جامعة وهران 2
كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه"ل.م.د" في علوم التسيير

تخصص: اقتصاد تطبيقي

دراسة تحليلية لواردات الادوية في الجزائر للفترة 1990-2019

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد: عرابي سفيان

أمام لجنة المناقشة

رقيق اسعد دريس	أستاذ	جامعة وهران 2	رئيسا
آيت حبوش ميهوب وهيبة	أستاذة	جامعة وهران 2	مقررة
شنوف صادق	أستاذ محاضر – أ –	جامعة وهران 2	مناقشا
مخفي أمين	أستاذ	جامعة مستغانم	مناقشا
بوري نسيمة	أستاذة محاضر – أ –	المدرسة العليا للاقتصاد	مناقشا

السنة: 2022/2021

أتقدم بجزيل الشكر والإمتنان الى أستاذتي ميهوب وهيبة، لما منحته لي من وقت وجهد كبير وتوجيه وإرشاد.

كما أهدي هذا العمل إلى:

الوالدين الكريمين حفظهما الله،

وإلى زوجتي وأولادي وكل أفراد العائلة

إلى روح جدي رحمه الله،

وإلى روح الأستاذ ايت حبوش عبد المجيد تغمده الله برحمته الواسعة.

المحتوى	الصفحة
الشكر	
الإهداء	
فهرس المحتويات	[أ - ج]
قائمة الأشكال	[ح - د]
قائمة الجداول	[ذ - ر]
مقدمة	15
الفصل الأول: مفاهيم، نظريات وسياسات التجارة الدولية	
تمهيد	
المبحث الأول: مفهوم وتطور النظريات المفسرة للتجارة الخارجية	7
المطلب الأول: النظريات والمناهج الكلاسيكية في تفسير التجارة الخارجية	7
1- تعريف التجارة الخارجية	7
2- أهمية التجارة الخارجية	8
3- النظريات الكلاسيكية في تفسير التجارة الخارجية	9
4- النظرية النيوكلاسيكية في التجارة الدولية	10
المطلب الثاني: الاتجاهات الحديثة والناهج الفكرية الجديدة في تفسير التجارة الخارجية	11
1- نموذج ليندر: الأسواق والاختراعات	11
2- نظرية اقتصاديات الحجم	12
3- نموذج الفجوة التكنولوجية	12
4- نظرية دورة حياة المنتوج	13
5-نظرية التبادل اللامتكافئ (Arghiri-S.Amine) Unequal exchange :	13
6- نظرية P. Krugman	14
المبحث الثاني: سياسة التجارة الخارجية للجزائر في ظل الانفتاح الاقتصادي	16
أولا: الانفتاح الاقتصادي مفاهيم وأهداف	16
ثانيا: الانفتاح التجاري الخارجي للجزائر	17
المطلب الأول: مفهوم وأهداف السياسة التجارية	18
1- تعريف السياسة التجارية	18
1-1سياسة الحرية التجارية	18

2-1سياسة الحماية التجارية	19
2- تصنيف أدوات السياسة التجارية	20
3- أهمية التخطيط للتجارة الخارجية	21
المطلب الثاني: تطور تحرير التجارة الخارجية في الجزائر	22
1- مراحل تحرير التجارة الجزائرية	22
2- الأسباب الداخلية لتحرير التجارة الخارجية	24
3- التوجهات الإقليمية والعالمية للسياسة التجارية الجزائرية	25
أولا: عولمة التجارة الدولية	25
ثانيا: عولمة وسائل الإنتاج وظهور الشركات متعددة الجنسيات	25
4- العلاقات التجارية الأوروبية الجزائرية	26
خلاصة الفصل الأول	28
الفصل الثاني: هيكلة قطاع المنتوجات الصيدلانية على المستوى العالمي	
تمهيد	30
المبحث الأول: تنظيم تجارة المنتوجات الدوائية	31
المطلب الأول: التكتل والتركيز الاقتصادي لشركات الأدوية العالمية	33
1- تعريف عمليتي الاندماج والاستحواذ	33
2- مفهوم اندماج واستحواذ الشركات الصيدلانية العالمية	34
3- أسباب الاندماج والاستحواذ.. بين الاستقواء والبقاء	36
المطلب الثاني: التجارة الدوائية العالمية والميزة التنافسية	39
1- أهم مؤشرات تجارة الادوية عالميا	41
2- اهم البلدان المصدرة للأدوية في العالم والطلب عليها	42
3- عوامل الميزة التنافسية:(Competitive Advantage Factors)	43
4- الفرص:(Opportunité)	46
المبحث الثاني: آليات تطوير قطاع المنتوجات الدوائية	48
المطلب الأول: نظريات النمو الحديثة	48
1- نظرية الدفعة القوية Big Push	48
2- إستراتجية النمو المتوازن Nurks لBalanced Growth	48
3- إستراتجية النمو غير المتوازن Unbalanced Growth	49

4- نظرية شومبيتر	50
5- إستراتيجية إحلال الواردات	51
6- إستراتيجية التصنيع الموجه للتصدير	51
7- نظرية النمو التلقائي القائم على تغيير الطلب	51
8- استراتيجيات تلبية الحاجيات	52
9- المجموعة الإستراتيجية	55
المطلب الثاني: البحث والتطوير في الصناعة الدوائية	55
1- أهمية الابتكار.. البحث والتطوير	55
2- أهم الخصائص التي تميز عملية الابتكار في القطاع الصناعي الدوائي	57
2-1انواع الصناعة الدوائية	58
3- الابتكار في الشركات الصيدلانية العالمية	59
4- مدى مساهمة الابتكار والبحث والتطوير في صناعة الأدوية العالمية.	59
5- احتكار الصناعات الدوائية	63
6- احتكار القلة:	64
خلاصة الفصل الثاني	67
الفصل الثالث: هيكلة قطاع المنتوجات الصيدلانية على مستوى الجزائر	
تمهيد	69
المبحث الأول: تنظيم، واليات عمل سوق الأدوية الجزائري	70
المطلب الأول: محددات سوق الأدوية في الجزائر	71
• المتعاملون في سوق الأدوية	71
1- المؤسسات العمومية	71
2- المنتجون والموزعون	72
3- تجار الجملة الخواص	74
4- الصيدليات الخاصة	74
المطلب الثاني: مميزات صناعة الأدوية في الجزائر	75
1-آلية ضبط سوق الأدوية المحلي	75
1-2 نظام تعويض الأدوية	77
1-3 سياسة التسعير	79

2- الصناعة الدوائية في الجزائر	81
3- مساهمة الواردات الأدوية في السوق المحلي	84
4- تحديات البحث والتطوير للصناعة الدوائية في الجزائر	88
4-1البيو تكنولوجي (Biotechnologie) في الصناعة الجزائرية	90
المبحث الثاني: الاستيراد وسياسته في الجزائر	91
المطلب الأول: عموميات على الاستيراد	91
1- تعريف الواردات	91
2- دالة الواردات	92
3- أهم مناهج الطلب على الواردات	94
4- سياسة الجزائر الاستيرادية	95
المطلب الثاني: واردات الأدوية في الجزائر	101
أولا: تطور الواردات الإجمالية للجزائر فترة التحول الاقتصادي	101
ثانيا: تطور واردات سوق الأدوية	104
ا- قبل التحرير	104
ب- فترة التحرير	105
خلاصة الفصل الثالث	112
الفصل الرابع: تحليل معمق لاستيراد الأدوية في الجزائر –دراسة قياسية للقطاع الصيدلاني بوهران–	
تمهيد	114
المبحث الأول: تحليل معمق لاستيراد الأدوية في الجزائر	115
المطلب الأول: العوامل المؤثرة في استهلاك الأدوية في الجزائر	115
1- العوامل الديموغرافية	115
2- العوامل الاجتماعية-الاقتصادية (Facteurs Socio-économiques)	125
3- العوامل الاقتصادية	127
4- العوامل الصحية	131
المطلب الثاني: تحليل استيراد الأدوية في الجزائر	157
1- استيراد المنتوجات الصيدلانية في الجزائر	157
2- أهم المنتوجات الصيدلانية المستوردة (حسب التصنيف) للجزائر	158
3- أهم الأدوية والمواد الأولية المستوردة في الجزائر	170

مؤشر الفساد	178
المبحث الثاني: دراسة قياسية للقطاع الصيدلاني بوهران 2018	179
المطلب الأول: منهجية البحث التطبيقي	180
1- منهجية الدراسة	180
2- استبيان المسح الميداني	181
3- اختيار ومميزات مجتمع الدراسة:	183
4- طرق معالجة وتحليل بيانات المسح الشامل	184
المبحث الثاني: عرض وتفسير النتائج	187
1- خصائص مجتمع الدراسة	187
2- متغيرات الدراسة	190
3- قراءة في نتائج الاختبار	194
•التحليل الإحصائي	196
4- التفسير الاقتصادي	197
خلاصة الفصل الرابع	205
الخاتمة	206
المراجع	215
الملاحق	236

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	يوضح مسار دورة المنتج	13
02	يوضح السوق العالمية للأدوية حسب المواقع الجغرافية القارية لسنة 2018 (سعر الإنتاج)	31
03	المجموعة الاستراتيجية في الصناعة الصيدلانية	65
04	مراحل العملية الابتكارية	57
05	واردات الأدوية في الجزائر خلال الفترة (1990-2017)	87
06	خريطة تبين قائمة الأسواق الموردة للمنتجات الصيدلانية للجزائر خلال سنة 2017	87
07	تطور الإنتاج العلمي من 2000 الى 2016 في جميع التخصصات	89
08	منحنى دالة الواردات بدلالة الدخل	92
09	دالة الاستيراد في الفترة القصيرة.	93
10	دالة الاستيراد في الفترة الطويلة.	94
11	رسم بياني يوضح النمو الديموغرافي لسكان الجزائر 1990-2020.	116
12	توقعات النمو السكاني للجزائر 2050	117
13	يوضح الرسم البياني معدل الخصوبة الإجمالي (TFR) للجزائر للفترة 1990-2020.	118
14	رسم بياني يبين تطور وفيات كل من حديثي الولادة، الأطفال دون سن الخامسة.	119
15	يوضح الرسم البياني متوسط العمر المتوقع عند الولادة لكلا الجنسين في الجزائر.	120
16	يوضح التركيب العمري لسكان الجزائر خلال الفترة 2008-2018.	121
17	رسم توضيحي عام لشكل الهرم حسب التركيبة السكانية.	122
18	يبين الرسم البياني معدل الاعالة الديموغرافية في الجزائر للفترة 1998-2018.	123
19	رسم بياني يبين تطور سكان الريف والحضر في الجزائر خلال الفترة 1990-2020.	124
20	رسم بياني لتطور مؤشر التنمية البشرية، نسبة التغير في الجزائر خلال الفترة 1990-2017.	125
21	تطور سعر الصرف الدينار الجزائري مقابل الأورو والدولار خلال الفترة 2000-2019.	127
22	رسم بياني لتطور كل من نسبة البطالة والتضخم في الجزائر خلال الفترة 1990-2019	128
23	يبين تطور الاجر القاعدي منذ 1990 الى غاية 2020.	129
24	رسم بياني يوضح تطور الكتلة النقدية في الجزائر في الفترة 1995-2017.	130
25	رسم بياني يوضح الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة بالنسبة للقوة الشرائية للفرد 2000 إلى 2019.	132
26	رسم بياني يمثل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي للفترة 2000-2019.	133
27	يبين الانفاق الصحي في الجزائر بالنسبة 1995-2018.	134
28	يبين تطور المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990-2017.	134
29	تطور عدد الأطباء، الصيادلة وجراحي الاسنان في الجزائر خلال الفترة 1990-2017.	135

30	يبين تطور انخفاض عدد السكان مقابل ارتفاع عدد الأطباء، الصيادلة وجراحي الاسنان للجزائر خلال الفترة 1990-2017.	136
31	يوضح الرسم البياني لمختف اللقاحات المحققة والموصى بها عالميا للجزائر للفترة 2000-2019.	138
32	يوضح عدد الإصابات الجديدة بالسرطان لكلا الجنسين في سنة 2018.	142
33	قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3001 خلال الفترة 1990-2019.	157
34	اهم البلدان الموردة للمنتج 3001 للجزائر من الفترة 1990-2019.	158
35	يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3001 الى الجزائر لسنة 2017.	159
36	قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3002 خلال الفترة 1990-2019.	160
37	اهم البلدان الموردة للمنتج 3002 للجزائر من الفترة 1990-2019.	161
38	يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3002 الى الجزائر لسنة 2017.	161
39	قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3003 خلال الفترة 1990-2019.	162
40	اهم البلدان الموردة للمنتج 3003 للجزائر من الفترة 1990-2019.	163
41	يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3003 الى الجزائر لسنة 2017.	164
42	قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3004 خلال الفترة 1990-2019.	164
43	اهم البلدان الموردة للمنتج 3004 للجزائر من الفترة 1990-2019.	165
44	يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3004 الى الجزائر لسنة 2017.	166
45	قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3005 خلال الفترة 1990-2019.	166
46	اهم البلدان الموردة للمنتج 3005 للجزائر من الفترة 1990-2019.	167
47	يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3005 الى الجزائر لسنة 2017.	168
48	قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3006 خلال الفترة 1990-2019.	168
49	اهم البلدان الموردة للمنتج 3006 للجزائر من الفترة 1990-2019.	169
50	يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3006 الى الجزائر لسنة 2017.	170
51	يبين استيراد الهيبارين للاستخدام العلاجي للجزائر 1992-2019.	170
52	يبين استيراد مستخلصات الغدد للأغراض العلاجية للجزائر 1992-2019.	172
53	يبين استيراد Antisera وكسور الدم للجزائر 1992-2019.	173
54	يبين استيراد Penicillines Streptomycine بأشكال جرعات للجزائر 1992-2019.	173
55	يبين استيراد Alkaloids بأشكال جرعات للجزائر 1992-2019.	175
56	يبين استيراد هرمونات الغدة الكظرية بأشكال جرعات للجزائر 1992-2019.	176
57	يبين استيراد هرمونات الغدة الكظرية بأشكال جرعات للجزائر 1992-2019.	177
58	مخطط توضيحي عن مسار الدراسة واهم المصادر المقصودة.	181

59	يبين التوزيع والانحدار المعياري للقيم المتبقية.	195
60	يبين القيمة المتوقعة الموحدة للانحدار.	195
61	يبين مراحل البحث والتطوير لصنع دواء.	198
62	يبين مراحل البحث والتطوير لصنع الدواء.(Approche des 5 M)	203

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	مختلف الأدوات المؤثرة في الواردات والصادرات	20
02	يبين اهم عمليات الادماج والاستحواذ للشركات العالمية (2010-2018)	38
03	اهم الشركات (10) الأولى في انتاج الادوية عالميا لسنة 2018 (الوحدة: سعر الانتاج خارج الرسوم	40
04	يبين اهم 15 دولة في تصدير الادوية لسنة 2019	42
05	يمثل فائض صافي التصدير من سنة 2015 الى غاية 2019. الوحدة بالمليار دولار امريكي.	45
06	يبين اهم 15 بلد من ناحية العجز في الصادرات الدوائية لسنة 2019 (منذعام2015).	47
07	يبين اهم 10 شركات صيدلانية في العالم لسنة 2018 والنفقات على البحث والتطوير.	61
08	يبين هوامش الربح والاسعار المقننة.	80
09	يبين الإنتاج المحلي من الادوية خلال الفترة 1995-2019 (الوحدة: مليون دولار امريكي)	82
10	تطور عدد براءات الاختراع المطلوبة البيوتكنولوجية الجزائر 2000 -2014.	91
11	تطورات معدلات الرسوم الجمركية في الجزائر خلال الفترة 1992-2002.	100
12	ملخص لاهم مؤشرات وانواع السرطان في الجزائر لسنة 2018.	141
13	ارقام داء السكري في الجزائر لسنة 2018.	145
14	يبين احصائيات بطاقة الشفاء لسنة 2018.	149
15	يبين حصيلة فاتورة التعويضات الممنوحة للصيدليات المتفقة مع CNASفي إطار نظام –الدفع من طرف ثالث-	149
16	يبين النفقات المتعلقة برعاية مرضى غسيل الكلى	149
17	يبين النفقات المتعلقة برعاية المرضى في العيادات الخاصة بجراحة القلب	150
18	النفقات المتعلقة برعاية المصابين امراض الدم والاورام	150
19	يبين رقم الاعمال للسوق العالمي للأدوية	151
20	يبين الإنتاج الوطني للأدوية لسنة 2018	152
21	يبين ارقام مختلفة حول مجموعة صيدال	152
22	يبين قيمة الترويج للأدوية في الجزائر	154
23	قيمة الادوية المسيرة من طرف الصيدلية المركزية الاستشفائية (PCH)	155
24	يبين ديون المستشفيات	155
25	يوضح الادوية المنتهية الصلاحية في المخازن	156
26	تجميعية للأسئلة المباشرة	187
27	يوضح نتائج المتغيرات الخاصة بالعراقيل والمشاكل المتعلقة بالبحث والتطوير	188
28	يوضح نتائج المتغيرات الخاصة بالتقييم	189

29	يبين الإحصاءات الوصفية	190
30	اهم درجات الارتباط	191
31	يمثل اختبار التباين (معنوية الانحدار)	194
32	مختصر لجميع النتائج المحصل عليها في صياغة النموذج	196

المقدمة

يشهد الاقتصاد العالمي اليوم تطورات كبيرة في مجال التجارة الدولية، المبنية على تمايز النسب، فكل بلد ينتج أفضل ما لديه، ويقوم بتصدير السلعة أو الخدمة التي له فيها ميزة نسبية، واستيراد ما له فيه قليل من التميز. بفضل التجارة الدولية يمكن للدول الحصول على ما تحتاجه من تكنولوجيا ومواد مصنعة لازمة لتحقيق برامجها التنموية الاقتصادية والاجتماعية، خاصة مع تنامي الطلب على الكثير من السلع الاستهلاكية الضرورية.

يعتبر الدواء من أهم المواد والمنتوجات المتداولة في السوق الدولية، والجزائر كغيرها من الدول النامية، تستورد المنتوجات الصيدلانية بما فيها الأدوية بشكل كبيرا جدا ومستمر، إذ وصلت الفاتورة إلى أكثر من مليار دولار سنويا بالرغم من وجود صناعية محلية نمت بشكل سريع جدا مقارنة بالصناعات الأخرى-فمنذ سنة 2008 حققت نموا بأكثر من 17 %-، لكن عدم التمكن من تصنيع أنواع من الأدوية المهمة، والمحتكرة بواسطة كبرى الشركات الصيدلانية العالمية، فضلا عن ارتفاع الطلب المحلي، يجعل من التوجه إلى عملية الاستيراد أمرا محتوما لا خيار. أمام هذا الوضع نطرح الإشكال الأتي: **كيف يمكننا تشخيص العوامل المؤثرة في الاستيراد الدوائي للجزائر؟**

إن الإجابة على السؤال المهم تقودنا إلى طرح مجموعة من الأسئلة الفرعية المكملة، نحاول الإجابة عليها من خلال بحثنا:

- هل استيراد الأدوية يقتصر على الجوانب الصحية فقط؟
- إلى أي مدى يؤثر احتكار واستحواذ كبرى الشركات العالمية الصيدلانية على إنتاج واستيراد الأدوية في الجزائر؟
- ما هو دور أنشطة البحث والتطوير والابتكار على الصناعة الدوائية المحلية؟
- ما دور الصناعة الصيدلانية المحلية في الحد من الواردات وزيادة النمو الاقتصادي وهل يرتهن الإنتاج المحلي للأدوية بمدى تطبيق معايير الجودة الصحية؟

فرضيات الدراسة:

بغرض معالجة الإشكالية المطروحة وتحقيق أهدافها، نضع مبدئيا جملة من الفرضيات نلخصها فيما يلي:

- استيراد الأدوية مرتبط بالعوامل الصحة فقط.
- هناك علاقة قوية بين استيراد الأدوية وتزايد الاندماجات والإستحواذات للشركات العابرة للقارات.
- وجود توافق بين تطور استيراد الأدوية وأنشطة البحث والتطوير في الصناعة الصيدلانية الجزائرية.
- يرتهن الإنتاج المحلي للأدوية بمدى تطبيق معايير الجودة الصحية.

مبررات اختيار الموضوع:

هناك عدة دوافع ساهمت في اختيارنا لهذا الموضوع منها:

- إبراز أهم العوامل المؤثرة في ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية في الجزائر.
- أهمية قطاع الصناعة الصيدلانية في تغطية الطلب المحلي والنهوض بالاقتصاد الجزائري.
- تزايد اهتمام البلدان المتقدمة والنامية بقطاع الدواء خاصة مع تزامن جائحة Covid 19 (كورونا) وما خلفته من أثار سلبية.
- قلة الدراسات العلمية النظرية والميدانية التي تناولت الإشكالية بعمق.

أهداف الدراسة:

جملة من الأهداف نسعى إلى تحقيقها من وراء القيام بهذا البحث نذكر منها:

- محاولة الوصول إلى تحليل الواردات الصيدلانية للجزائر في ظل ارتفاع فاتورة الاستيراد.
- إبراز مدى احتكار الشركات العالمية الصيدلانية للإنتاج والتصدير لكافة دول العالم.
- إبراز أهمية البحث والتطوير والابتكار في الصناعة الدوائية محليا وخارجيا.
- محاولة التأكيد على الدور المتنامي لقطاع صناعة الدواء كأحد الأدوات الأساسية في تحقيق التنمية الاقتصادية.
- محاولة الوقوف على المشاكل والتحديات التي تواجهها الصناعة الصيدلانية الوطنية، ودورها في تقليص الواردات الدوائية، في ظل إعطائها الأولوية من ناحية التحفيز.

نطاق الدراسة:

طبقت هذه الدراسة على بيانات وإحصائيات لفاتورة استيراد الأدوية في الجزائر خلال الفترة 1990-2019، فضلا عن إثراء الموضوع بدراسة ميدانية قياسية (استبيان)، حول الإنتاج الصيدلاني في مدينة وهران لعينة عشوائية بسيطة (10 مؤسسات) لاختبار فرضية علاقة أنشطة البحث والتطوير، واستيراد الأدوية في الجزائر.

منهجية الدراسة:

تعتمد منهجية الدراسة على الأسلوب الوصفي التحليلي في وصف الظاهرة من خلال تحليل أهم العوامل المؤثرة في ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية في الجزائر خلال الفترة 1990-2019، بالاعتماد على أرقام وإحصائيات موثوقة. فضلا عن دراسة ميدانية قياسية باستعمال المنهج الاستقصائي (استبيان)، وفيما يخص المعالجة تم استخدام برنامج الرزمة الإحصائية (spss) وذلك للوصول إلى إثبات الفرضيات أو نفيها لتفسير النتائج.

هيكل الدراسة:

ارتأينا أن يكون البحث مقسما على أربعة فصول، فكان الفصل الأول مخصصا لذكر المفاهيم، السياسات والنظريات المفسرة للتجارة الدولية، وذكر أهم المناهج الفكرية الكلاسيكية والحديثة واهم روادها، فضلا عن تطور سياسة التجارة الخارجية للجزائر في ظل الانفتاح الاقتصادي، مرورا بالتوجهات الإقليمية والعالمية للسياسة التجارية وانعكاسات عولمة التجارة الدولية على ظهور الشركات متعددة الجنسيات.

الفصل الثاني تناولنا فيه هيكلة قطاع المنتوجات الدوائية على المستوى العالمي، حيث عرجنا على أهم الاندماجات والاستحواذات لكبرى الشركات الصيدلانية والدوائية العالمية، ثم تطرقنا إلى آليات تطوير قطاع المنتوجات الدوائية، من خلال إبراز أهمية نظريات النمو الحديثة ودور عمليات البحث والتطوير في الصناعة الدوائية.

أما الفصل الثالث فقط قمنا بعرض هيكلة قطاع المنتوجات الدوائية على المستوى الجزائر، حيث تطرقنا إلى مميزات صناعة الأدوية في الجزائر من خلال عرض تنظيم، واليات عمل سوق الأدوية محليا سواء من ناحية الإنتاج أو عمليات البحث والتطوير، وكذا دراسة سياسات الجزائر الاستيرادية خاصة في ظل الانفتاح الاقتصادي.

وفي الفصل الرابع قمنا بدراسة تحليلية معمقة للعوامل التي ساهمت في ارتفاع فاتورة الاستيراد الدوائي للجزائر للفترة 1990 إلى غاية 2019 والوقوف على أهم الأدوية المستوردة سواء من ناحية النوعية أو الكمية مع ذكر البلدان المصدرة، كما قمنا أيضا بدراسة قياسية ميدانية للبحث عم مدى اهتمام المنتجين بأنشطة البحث والتطوير على مستوى المناطق الصناعية بولاية وهران والتواصل مع جميع الفاعلين بالقطاع الصيدلاني.

تمهيد:

تمثل القيم المسيطرة على الواقع الدولي اليوم في الشرعية الأيديولوجية الغربية والتكنولوجية المرتبطة بالديمقراطية السياسية، التي تؤكد متانة العلاقة بين اقتصاد السوق الحرة والتنمية والديمقراطية، فالتطور وتحرير التجارة (في إطار التبادلات المتساوية) والحرية، أصبحت المعالم التي ينطلق منها النظام العالمي الجديد، وهي من فوائد ومحاسن سقوط الشيوعية. إلا أن البعض يرى بان الفجوة الكبيرة بين الدول المصنعة والدول الفقيرة ومحاولة تكريس إيديولوجية النظام العالمي الجديد الرأسمالي، تخدم البلدان المتقدمة أكثر عن طريق فسح مجالات واسعة للاستثمار المشروط وكذلك لتسويق منتجاتها تبعا للقواعد الدولية الجديدة المنظمة للتجارة. (كيبش، 2002، صفحة 222)

فمثلا اعتبر النفط من أهم مصادر الطاقة في العالم، لكنه ليس سلعة ككل السلع المتداولة في التجارة الدولية، وهذا لعدة اعتبارات سياسية واقتصادية. فبعد الحرب العالمية الثانية أصبح النفط أحد المتغيرات الكبرى، التي تلعب دورا حاسما في صراعات القوى العالمية بين الكتلتين الغربية والسوفيتية وأداة ضغط في الكثير من الأحيان (سلاح سياسي). وباعتبار الجزائر دولة نفطية بالدرجة الأولى (اقتصاد ريعي)، فإنها لم تسلم من تبعات الأزمات النفطية، التي غالبا ما تكون مفتعلة من طرف القوى العظمى والشركات النفطية العالمية. في سنة 1973 حدث أزمة نفطية دولية –الصدمة الأولى للنفط–حيث ارتفع سعر البرميل إلى أكثر من 400%(من 3,01 دولار أمريكي للبرميل إلى 20 دولار)، تسببت في انكماش اقتصادي كبير، بالرغم من أن الدول المصدرة للنفط استفادت من هاته الأزمة، إلا أنه كان الفائز الأكبر هو الولايات المتحدة الأمريكية. (ابراهيم، 2010، صفحة 39) ثم استمر انخفاض إنتاج دول الأوبك بما فيها الجزائر إلى 30% –بعدما كان يشكل 50% من الإنتاج العالمي مع نهاية 1977–حتى أواسط الثمانينات، وهذا نتيجة الاكتشافات الجديدة في بحر الشمال وألاسكا ومناطق أخرى، بالإضافة إلى انخفاض الأسعار (أزمة 1986) وانهيار الاتحاد السوفيتي[1]. (سلامة، 2015، صفحة 15)

لقد كانت أزمة 1986 كارثة بكل المقاييس، وهذا نظرا لانعكاساتها السلبية ليس على الاقتصاد فقط، بل تعدت ذلك إلى أزمة اجتماعية ثم سياسية وأمنية. ودخل اقتصاد الجزائر في مديونية ضخمة، وأصبح صندوق النقد الدولي والبنك الدولي للإنشاء

[1] في مطلع الثمانينات تنبه وزير النفط السعودي "احمد زكي اليماني" إلى ضرورة امتلاك السعودية لحصة في السوق العالمية فأغرقها بالنفط، مسببا انهيار الأسعار إلى ما دون 10 دولار للبرميل، ليتضح فيما بعد أن الحاجة إلى حصة في السوق كانت مجرد غطاء لمؤامرة بين وكالة الاستخبارات المركزية الأمريكية والسعودية لتعجيل إسقاط الاتحاد السوفيتي.

والتعمير متحكمان بالقرارات الاقتصادية الوطنية. وكل هذا نتيجة الاعتماد المطلق على العائدات النفطية. (عبدالسلام، سعدي ، و هوام ، 2018، صفحة 336)

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى أهم النظريات والسياسات المفسرة للتجارة الدولية وتطورها عبر مختلف المناهج الفكرية في علم الاقتصاد، فضلا عن عرض أهمية التحول الاقتصادي للجزائر-وإتباع سياسة الانفتاح التجاري-باعتباره محطة فارقة في توجهات الدولة المستقبلية آنذاك، والى غاية يومنا هذا.

المبحث الأول: مفهوم وتطور النظريات المفسرة للتجارة الخارجية

المطلب الأول: النظريات والمناهج الكلاسيكية في تفسير التجارة الخارجية

1- تعريف التجارة الخارجية

يرجع الاقتصاديون عوامل قيام التجارة الدولية إلى "المشكلة الاقتصادية" والتي يقصد بها محدودية الموارد المتوفرة لبلد ما، بغض النظر عن تطورها أو تخلفها، في المقابل إشباع الحاجيات المتزايد نتيجة الطلب وهو ما يخلق التفاوت في الدولة الأمر الذي يستدعي التبادل مع الخارج والتبادل التجاري. (قدو ، 2008، صفحة 46)

هناك من يفرق بين مفهوم التجارة الدولية International Trade التي توصف بأنها عملية تبادل السلع والخدمات من مكان جغرافي لأخر، أو بمعنى أخر من دولة إلى أخرى عبر تخطي الحدود، وبين مفهوم التجارة الخارجية Foreign Trade وهي ما يترتب على هاته الحركة من انتقال السلع والخدمات بين الدول وعمليات النقل، الخدمات والتامين التي تحتاج إليها عمليات التبادل بين الدول. (ابو العلا، 2014، صفحة 6) حيث تهدف التجارة الدولية لتحقيق منافع متبادلة لأطراف التبادل في إطار القواعد المنظمة للسلع والخدمات وفي نطاق الأقاليم الجمركية والمناطق التجارية الإقليمية، حيث يشمل مصطلح التجارة الدولية اليوم: (قصي، 2010، صفحة 13)

- الصادرات والواردات السلعية المنظورة.
- الصادرات والواردات الخدمية غير منظورة.
- الهجر الدولية وتتمثل في تنقلات الأفراد.
- الحركات الدولية لرؤوس الأموال.

تعرف التجارة الخارجية على أنها فرع من فروع علم الاقتصاد الذي يهتم بدراسة الصفقات الاقتصادية والتبادل التجاري، الذي يتم بين الدولة والعالم الخارجي في صوره الثلاث المتمثلة في انتقال السلع والخدمات، الأفراد ورؤوس الأموال. ميزة التجارة الدولية أنها تمكن كل دولة من أن تستفيد من مزايا الدول الأخرى، فما تتمتع به دولة ما تضعه التجارة الدولة تحت تصرف دولة أخرى.

التجارة الدولية تلعب دورا هاما في دعم الاقتصاديات المحلية عن طريق توفير العملة الصعبة الموجهة لتمويل الاستثمارات الموجهة في الخطط الاقتصادية، فتحقيق المزيد من النمو يتطلب المزيد من الانفتاح الخارجي، وإلغاء العديد من القيود المفروضة على حرية التجارة بكثير من الانسياب للسلع والخدمات ورؤوس الأموال (رنان، 2009، صفحة 6).

إن التخصص الدولي والإنتاج وتقسيم العمل الدولي هما أصل التجارة الدولية الخارجية، فالمبادلات الدولية تتم على أساس تفاوت الأسعار في السلع بالنسبة لنفقات الإنتاج-بسبب عناصر الإنتاج-. (مصطيفى و بن سانية، 2014، صفحة 250)

2- أهمية التجارة الخارجية

للتجارة الخارجية دور مهم في حياة الأمم من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وذلك من خلال تنظيم الموارد الاقتصادية(ابو حرب، 2009، صفحة 98) حيث تعتبر التجارة الخارجية مؤشرا جوهريا على قدرة الدول الإنتاجية والتنافسية في السوق الدولي وانعكاس ذلك على رصيد الدولة من العملات الأجنبية وما له من أثار على الميزان التجاري (مسعداوي، 2010، صفحة 12) وتوسيع القدرة التسويقية وتحقيق الرفاهية للبلاد، عن طريق توسيع قاعدة الاختيارات فيما يخص مجالات الاستهلاك والاستثمارات وتخصيص الموارد الإنتاجية بشكل عام.

التجارة الخارجية كذلك لها أهمية في نقل التكنولوجيا والمعلومات الأساسية التي تفيد في بناء الاقتصاديات المتينة، وتعزيز عملية التنمية الشاملة والارتقاء بالأذواق وتحقيق كافة المتطلبات والرغبات وإشباع الحاجات، بالإضافة إلى إقامة العلاقات الودية وعلاقات الصداقة مع الدول الأخرى المتعامل معها. ويمكن حصر أهمية التجارة الخارجية فيما يلي: (يحي الرفيق، 2012، صفحة 20)

- التجارة الدولية تربط المجتمعات مع بعضها البعض خاصة في ظل العولمة أين أصبح العالم قرية صغيرة.
- توسيع الأسواق التنافسية من خلال فتح أسواق جديدة وتسويق منتجات الدول وخير مثال جمهورية الصين الشعبية.
- تحقيق الرفاهية عبر تنمية الاقتصاد الذي يساهم في رفع الدخل القومي الإجمالي، وبالتالي تنشيط عملية الاستهلاك والاستثمار.
- تنمية القطاع المالي والصيرفة بتبادل النقود وجلب العملة الصعبة، عن طريق حركة رؤوس الأموال بغرض الاستثمار سواء على المدى القصير أو الطويل.

– انعكاس عمليات التصدير والاستيراد على رصيد الدولة من الاحتياطي بالعملة الصعبة.

– تنمية قطاع الخدمات عن طريق تبادل الخدمات والتي تتضمن خدمات النقل والتأمين والشحن وغيرها.

– التنمية البشرية بتبادل عنصر العمل، ويشمل انتقال الأيدي العاملة الفنية من بلد إلى آخر فضلا عن نقل التكنولوجيا.

3– النظريات الكلاسيكية في تفسير التجارة الخارجية

يعود تحليل التجارة الخارجية إلى المدرسة الكلاسيكية التي ظهرت في أواخر القرن الثامن عشر، حيث أكدت على ضرورة الاهتمام بحرية التجارة الخارجية لزيادة ثروة الدولة، وبالتالي قوتها بدلا من تخزين المعادن النفيسة الذي أكدت عليه المدرسة التجارية. يقول "ادم سميث" (1723-1790)"Absolute Advantage":" إذا كان مقدور بلد أجنبي أن يمدنا بسلعة أرخص مما أو أنتجنا نحن، فلنشتريها منه ببعض إنتاج صناعتنا"، أي يكفي وجود فرق بين نفقات الإنتاج حتى تقوم التجارة(جودة ، 1992، صفحة 18). فالتخصص وتقسيم العمل هما الأساس الأول والعامل الفعال في وفرة الإنتاج وزيادة ثروات الأمم، فالدول تختلف فيما بينها مما تملكه من عناصر الإنتاج من ناحية وطبيعتها من ناحية أخرى. (السيد، 2018، صفحة 306)

لقد اختلف"David Ricardo" (1772-1823) مع "Adam Smith"، من خلال قانون الميزة النسبية في التجارة الخارجية، حيث تنص نظريته "Comprative Advantage" على قيام التجارة الدولية يكون باختلاف التكاليف النسبية لإنتاج السلع (محمود ، 1999، صفحة 25). فهو يحسب نفقات السلع بكمية وحدات العمل المبذولة في إنتاج وحدة من سلعة ما. (رنان، 2009، صفحة 22)

وقد ساهم "John Stuart Mill" (1806-1873) "Theory of International Values" من خلال نظرية القيم الدولية في إعطاء كيفية ممارسة التجارة الدولية بإبراز دور الطلب بين البلدين في تحديد معدل التبادل الدولي، الذي يتحقق بالطلب على السلع "الطلب المتبادل للدولتين". أي أن طلب (الواردات) الدولة الأولى من إحدى السلع يساوي عرض (صادرات) الدولة الأخرى من السلع الأخرى والعكس صحيح. (محمود ، 1999، صفحة 32) بمعنى أخر معدل المقايضة الدولي. (قصي، 2010، صفحة 20) ويرتكز هذا معدل التبادل الدولي على أساسين وهما:

– **المرونة السعرية للطلب**: إن الدولة التي يكون طلبها غير مرن هي ذات النفع الأكبر من التجارة، مقارنة بالدولة التي طلبها مرن.

– **حجم الطلب المتبادل**: تميل شروط التجارة إلى الدولة التي تحصل على معظم الربح، من خلال طلبها الصغير من السلعة مقارنة بطلب الدولة الثانية. (الليثي، 2002، صفحة 22)

إن فرضيات "John Stuart Mill" لم تجدي نفعا في ظل تطور الاقتصاد وتغير ظروف التجارة في العالم المعاصر التي أصبحت تقوم على النفقات والأسعار أيضا. فالنظريات الكلاسيكية التقليدية فسرت متى تقوم التجارة الدولية ولم تفسر كيف تقوم التجارة، مما فتح المجال إلى تفسيرات أخرى نطرحها فيما يلي:

4- النظرية النيوكلاسيكية في التجارة الدولية

إن نتائج الحرب العالمية الأولى فرضت معطيات جديدة للتجارة الدولية، توجب إعادة النظر في الفرضيات القديمة وهذا بظهور مفكرين جدد مثل: Heckscher وOhlin، Haberler، Leontief وغيرهم. من الذين ساهموا بإدخال معطيات وفرضيات جديدة، أعطت زيادة أكثر من سابقاتها في ضوابط التجارة الخارجية، وما هو شكلها نوعا ما، وسوف نستعرض بعض الشيء من التفصيل على الشكل الأتي:

4-1 نظرية نسب عناصر الإنتاج Factor Proportions Theory

لقد جاء كل من " Heckscher وOhlin1919-1933" بمفهوم "أسعار عناصر الإنتاج" كنقد للنظرية الكلاسيكية، التي تتحدد وفق الندرة او الوفرة النسبية لهذه العناصر في الدول، حيث إن اختلاف أسعار السلع التي تنتجها الدول نتيجة لاختلاف ظروف عوامل الإنتاج، والتي تتفاعل مع بعضها للإنتاج واختلاف الطلب على هذه السلع، هما شروط لقيام التجارة الدولية. (خليل، 2005، صفحة 243)أي أن كل دولة ستركز على إنتاج السلع التي تستخدم العوامل ذات الوفرة النسبية لها بكثافة وتقوم بتصديرها، وتستورد السلع الأخرى. ويعود هذا إلى الاختلاف الوحيد بين الدول في نسب عوامل الإنتاج المتوفرة لها. (جميل، 2014، صفحة 218)

بالرغم من العمل طويلا بنظرية " نسب عناصر الإنتاج " إلا أنها لم تسلم من الانتقادات، (اللسريتي، التلباني، و الشامي، 2019، صفحة 282) خاصة بالدراسة التطبيقية التي قام بها الاقتصادي " Leontief ". ونذكر منها:

1- التركيز على عدم تجانس وحدات عناصر الإنتاج.

2- إهمال النظرية لإمكانية انتقال عناصر الإنتاج بين الدول.

3- إمكانية اختلاف أساليب الإنتاج لسلعة واحدة.

4-2 لغز ليونتيف Leontief Paradox

قام "واسيلي Leontief 1947"باختبار نظرية " Heckscher-Ohlin " من خلال دراسة بيانات واقعية لهيكل التجارة الخارجية الأمريكية معتمدا على ما سمي بجداول المدخلات والمخرجات للبرهنة على صحة النظرية. حيث عمل "Leontief " على حساب نسبة رأسمال /العمل لمجموعة عريضة من صادرات وواردات الولايات المتحدة الأمريكية، واثبت أن صادرات أمريكا هي أكثر كثافة للعمل (وفرة في عنصر العمل) من استيراداتها مقارنة بالدول الأخرى. (حمادي، 2007، صفحة 14)وهو ما يخالف نظرية " Heckscher-Ohlin" التي تنص على أن البلد ينتج ويصدر السلع التي تعتمد على عنصر الإنتاج الأوفر نسبيا، وتستورد تلك السلع التي تعتمد في إنتاجها على عنصر الإنتاج النادر نسبيا.

وخلاصة القول إن ما ينطبق على الهيكل الاقتصادي الأمريكي ليس بالضرورة مماثل لجميع الدول الأخرى وهو ما يعيب دراسة Leontief، إلا انه لا يمكن أن ننكر دور لغز Leontief في السماح للعديد من الدراسات التي تفسر معظمها عن عدم تأييده لنظرية هيشر-أولين خاصة من حيث انطباقها عمليا على ارض الواقع، مثل: تماثل عوامل الإنتاج للسلعة الواحدة في مختلف الدول.

تعرضت نظرية التجارة الخارجية للعديد من التطورات بدءً من نظرية المزايا النسبية الساكنة لـ" Ricardo"، ثم إسهامات"Alexander Hamilton-1791 " ، و" Friedrich List -1840 "الخاصة بضرورة الحماية، ثم إسهامات" Heckscher-Ohlin " من خلال إدخال رأس المال-كعنصر إنتاج آخر-في التحليل، إلى أن انتهت حالياً بما يسمى بنظرية التجارة الحديثة التي ساهم بها العديد، من أهمهم"Paul Krugman " من خلال إدخال فروض عدم تجانس السلع محل التجارة، وافتراض تزايد الغلة مع الحجم، وكذلك استبدال فرض المنافسة التامة بالمنافسة الاحتكارية.

المطلب الثاني: الاتجاهات الحديثة والناهج الفكرية الجديدة في تفسير التجارة الخارجية

إن ما يعيب النظرية التقليدية والتقليدية الحديثة في التجارة الدولية أنها لم تؤخذ بعين الاعتبار درجة المرونة في الطلب بين كل من الدول ذات الاقتصاد المتقدم والمتخلف، إضافة إلى عدم التطرق إلى نوع السلع المتبادلة بين الدول من منتجات أولية أو منتجات صناعية، الأمر الذي ساعد على ظهور مناهج فكرية جديدة تفسر بطريقة أكثر تطبيقية نظرية التجارة الدولية، سنتعرض لها فيما يلي:

1- نموذج ليندر: الأسواق والاختراعات

اعتمد " Stavan Linder 1961" في نظريته "تشابه الأذواق" على التحليل الديناميكي للتجارة بالإضافة إلى مقارنته للوضع قبل وبعد القيام بالتجارة. اهتم كذلك بدراسة المسار القومي عند الانتقال من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، وعليه تختلف هذه النظرية الكلاسيكية ونظرية نسب عناصر الإنتاج، اللتين تعتمدان على التحليل الاستاتيكي المقارن (الرفيق، 2012، صفحة

73)، على أن العامل المهم في إنتاج السلع ليس نفقات الإنتاج، بل هو السوق الذي يتم فيه التداول، فالمستهلكون يتبعون المنتج الجديد بغض النظر على تقدم الدول المتداولة، وظروف الطلب على السلع المتنوعة بالإضافة إلى حجم الوفرات الناتجة عن الإنتاج والتجارة في السلع المتمايزة وتقسيم الأسواق هي التي تفسر قيام التجارة الدولية. (قصي، 2010، صفحة 25)

لقد أضافت المدرسة السويدية Linder إحدى الأدبيات الاقتصادية في نظريات التجارة الدولية، وهذا لعدة اعتبارات منها: (الرفيق، 2012، صفحة 77)

- الاعتماد على الأسلوب الاستاتيكي في التحليل.

- التركيز على الطلب كأساس في تحديد مبدأ التخصص وتقسيم العمل بين الدول.

- أكثر واقعية من ناحية إعطاء تفسير لتحليل التفاوت في الدخول.

- التأكيد على ان الفرق في البنيان الاقتصادي بيد الدول هو الأساس في قيام التجارة الدولية.

2- نظرية اقتصاديات الحجم

تعد نظرية اقتصاديات الحجم في التجارة الخارجية، تطويرا وتعديلا لنظرية " هيكشر_ اولين" بإدخالها وفرات الحجم الكبير كأحد المصادر الرئيسية للمزايا النسبية المكتسبة، حيث يجب توفر سوق داخلي كبير لتصدير السلع التي يجب إنتاجها في ظل اقتصاديات الحجم. كما أن هذه النظرية فرقت بين الدول الصناعية الكبرى والصغيرة من ناحية الميزة النسبية المكتسبة في السلع التامة الصنع والسلع الاستهلاكية. (بن حركو، 2019، صفحة 85)

ومن هنا يمكن القول إن نظرية اقتصاديات الحجم تسعى إلى تفسير نمط التجارة الخارجية بين الدول الصناعية المتقدمة ذات السوق الداخلي الكبير، وبين الدول الصناعية ذات السوق الداخلي الصغير.

3- نموذج الفجوة التكنولوجية:

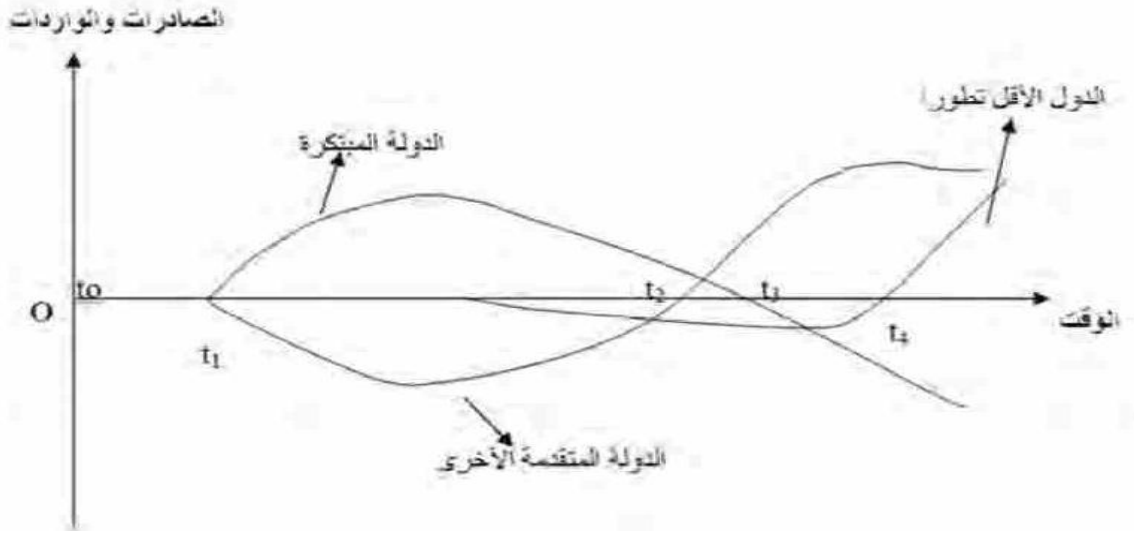
يعود نموذج الفجوة التكنولوجية إلى الاقتصادي MV. Posner إذ تستخدم هذه النظرية لتفسير هيكل التجارة الخارجية بين الدول، بما في ذلك نوع المنتجات الذي يعتبر نتيجة مباشرة للتغيرات التكنولوجية، وهي تغيرات تأخذ إما شكل اختراع أو شكل تجديد، حيث يكون للدول التي تحوز الإمكانات الفنية المتقدمة في إنتاج السلع ومنتجات ذات جودة أفضل وبنفقات اقل، الأفضلية

في اكتساب مزايا نسبية مستقلة عن الدول الثانية. (بن حركو، 2019، صفحة 72)فمضمون هذه النظرية هو أن الدولة صاحبة الاختراع تتمتع بالاحتكار المؤقت في إنتاج وتصدير السلع ذات التقدم التكنولوجي. وقد كان الاقتصادي "M.V Posner 1960" الفضل في توضيح هذه النظرية، بان قدم تفسير النمط الجديد للتجارة الدولية على وجود فجوتين أساسيتين في التحليل هما: فجوة الطلب وفجوة التقليد، حيث يقصد بفجوة الطلب الفترة الزمنية بين ظهور إنتاج سلعة خلال دورة المنتج.

4- نظرية دورة حياة المنتوج:

في سنة 1966 جاءت نظرية دورة حياة المنتوج للاقتصادي "Raymond Vernon" كنظرية مكملة لتحليل "Posner"، بحيث أنها تعتمد على نفس المبدأ المتمثل في الفارق التكنولوجي، فقد أوضح "Posner" إن التجديد (أي إنتاج سلعة جديدة او استخدام طريقة إنتاجية جديدة) قد يولد ميزة نسبية جديدة لدولة ما، وان هذه الدولة سيكون باستطاعتها الاستفادة من هذه الميزة في توسيع صادراتها إلى الأسواق الدولية، طالما بقيت هذه الميزة بعيدة عن التقليد وطرح المنتجات المماثلة الى السوق الدولية. فالابتكارات والتحسينات في المنتج للدولة الوافرة للمهارة، تصبح متطلباته من العمالة الماهرة في الإنتاج والتسويق اقل حدة، وتنتقل الميزة النسبية لدولة أخرى. (القحطاني و ابراهيم، 2012، صفحة 69)يوضح الشكل الأتي إحدى الطرق الممكنة لتطوير الميزان التجاري لدى الدول من خلال دورة حياة المنتج عبر المراحل الزمنية:

الشكل رقم (1): يوضح مسار دورة المنتج



المصدر: (القحطاني و ابراهيم، 2012، صفحة 70)

5- نظرية التبادل اللامتكافئ: Unequal exchange (Arghiri-S.Amine)

تستمد هذه النظرية مبادئها من التفاوت الموجود بين مختلف الدول، وهذا بسبب التجارة الدولية من جهة، –التي ساهمت في توسيع الفجوة من ناحية التطور بين البلدان–ومن جهة أخرى هناك عوامل خارجية مثل الحرب العالمية الثانية، التي أوجدت دول جد قوية وأخرى ضعيفة على الخريطة. وقد أوضح " 1969Arghiri Emmanuel " في كتابه " التبادل اللامتكافئ" طبيعة العلاقات بين الدول المتقدمة والمتخلفة هو نتيجة مؤامرة من الدول المتقدمة، إذ يرى Emmanuel إن السلع لا تتبادل بقيمتها الحقيقية في السوق، (عادل زكي، 2019، صفحة 5) وهناك صورتان للتبادل اللامتكافئ:

الصورة الأولى: إن التركيب العضوي لرأس المال (فنون الإنتاج) مختلف بين البلدين بالرغم من تساوي الاجور، فان ساعة العمل في البلد المرتفع لرأس المال تحصل على منتجات أكثر في السوق الدولية والعكس صحيح، وهو ما يبرره التفاوت في الإنتاجية.

الصورة الثانية: هي أن معدلات الأجور مختلفة بين البلدين وتساوي التركيب العضوي لرأس المال، أي أن التجارة الدولية سوف تخدم البلد المتقدم أكثر من البلد المتخلف، وهذا بتحويل فائض القيمة من الدولة ذات الأجر المنخفض إلى الدولة ذات الأجر المرتفع عن طريق معدل التبادل الدولي.

بحسب ايمانويل يتطلب على الدول المتخلفة زيادة مبادلاتها التجارية مع نظيراتها ذات الأجر المنخفض، وتقلص في الوقت ذاته التعامل مع الدول حيث الأجور مرتفعة، فضلا عن الاعتماد على نفسها أكثر فأكثر (استقلاليتها).

أما "سمير أمين S.Amine " فقد ارجع سبب اختلاف الأجور بين الدول المتقدمة والنامية إلى أسباب تاريخية، وكذا بالدرجة الأولى البنية والهيكل الاقتصادي للبلدان النامية الذي تركه الاستعمار، والذي لعب دورا كبيرا في زيادة الفجوة واللاتكافؤ بين مستويات التطور بين الدول.فيعرف "سمير أمين" التبادل اللامتكافئ بأنه تبادل لمنتجات في إنتاج يكون فيه الفرق بين الأجور أعلى من الفرق بين الإنتاجيات. حيث يلخص شروط تبلور بديل ايجابي فيما يلي: (معز، 2020)

- ضرورة فك الارتباط، بمعنى إخضاع العلاقات الخارجية في جميع الميادين إلى خيارات داخلية مستقلة عن الرأسمالية العالمية.
- القدرة السياسية على القيام بإصلاحات اجتماعية عميقة لتحقيق المساواة أساسها الرغبة في التغير لا أكثر.

ويرى أمين أن هناك نوع من التبعية لا التبادل، خاصة بين الدول الأوروبية ودول المتوسط حين طرح مقولة "الاستعمار الجماعي" أي المراكز الرأسمالية أصبح باستطاعتها ضبط التناقضات بينها إلى حد ما، خاصة في ظل العولمة.

6– نظرية P. Krugman

يرجع الكثير من الاقتصاديين إلى أن تأسيس النظريات الحديثة للتجارة الدولية، يعود إلى الاقتصادي P. Krugman في السبعينات من القرن الماضي (1960-1970)، خاصة من خلال أعماله التي حصل بفضلها على جائزة نوبل سنة 2008، وهذا عندما سلط الضوء على ان زيادة العوائد على نطاق واسع (وفرات الحجم الخارجية للشركة) والمنافسة غير الكاملة (الاحتكارية). ويفترض أن الشركات الكبيرة لها ميزة مفرطة على الشركات الصغيرة، في هذه الحالة وفورات الحجم. مما يسمح لهذه الهياكل الكبيرة بالإنتاج بتكلفة وحدة أقل بكثير. ويخلص إلى أن أول من يصل إلى السوق لديه ميزة. كما تؤدي العوائد المتزايدة الناتجة عن هذا الموقف إلى الاحتكار أو احتكار القلة في السوق، مما يخلق حواجز أمام دخول الوافدين الجدد. -فكلما كانت الشركات أكبر، كلما كانت وفورات الحجم أكبر، كلما كان من الصعب على الداخلين الجدد أن يكونوا منافسين-هذا هو المكان الذي ستضطلع فيه الدولة بدور هام في التجارة الدولية وإعادة تنظيم السوق، من خلال وضع الإعانات والتعريفات الجمركية، التي يمكن أن تخلق حالات سوق احتكارية جديدة. ويمكن تشبيه هذه النظرية بشكل من أشكال الإستراتيجية الحمائية ، حيث يجب على الدول حماية شركاتها، في الأسواق التي تكون فيها المنافسة غير كاملة.(Hanna , 2013, p. 24)

فمن أسباب قيام التجارة الدولية التوزيع غير متكافئ لعناصر الإنتاج والتفاوت الكبير في أسعارها (الأرض، العمل، رأس المال، التنظيم)، وجود فائض في الإنتاج-مقابل وجود طلب عليه-، تنوع أذواق المستهلكين في جغرافيا العالم وخاصة اختلاف التفاوت التكنولوجي، الذي أضحى عامل يصنع الفرق والقوة، وأحدث تغيير في ابعاد وطبيعة التجارة الدولية. ان الحرب العالمية الثانية-كان الانقسام بعد 1945(Trente Glorieuses) أيديولوجيا بين معسكر شرقي وغربي، الأمر الذي أثر على العلاقات الدولية الاقتصادية-أدت الى خلق شكل جديد وقوي للاستثمار الدولي تمثل في ظهور الشركات العابرة للقارات. (Edelman, 1987, p. 113)على هذا الأساس، تكتلت الدول في شكل شركات متعددة الجنسيات، التي اعتمدت على قوة التصنيع واستخدام التكنولوجيا وتوحيد الإنتاج بزيادة امكانياتها المادية وتسخيرها للكفاءات البشرية الفنية ومهارات التسويق الدولي. فقد عملت الشركات على زيادة الإنتاج مع خفض التكاليف والتركيز على الجودة والتركيز على الأسواق المحلية والعالمية، وهذا لتعزيز القدرات التنافسية، مما نتج عنه في الأخير سياسة الاندماج والاستحواذ خاصة في ظل تحرير التجارة الدولية وبروز المنظمة العالمية للتجارة. (الخضر، 2007، صفحة 57)

فإذا ما أسقطنا هذا الجانب على الصناعة الدوائية العالمية أجدها تتميز بعدة خصائص -مما ذكرنا سابقا-حيث أضحت تضاهي الصناعات الضخمة مثل صناعة الأسلحة، وهذا نظرا لعدة اعتبارات من استعمال أرقى التكنولوجيات وأحدث ما توصلت

اليه البحوث العلمية ومراكز البحث والتطوير، فضلا عن نشاطها عالميا في حركة التجارة الدولية هذا إذا ما اعتبرنا ان الدواء ليس كغيره من السلع والخدمات الأخرى باعتباره ماد ضرورية لحياة الإنسان –قضية حياة أو موت–.

لطالما اعتبرت الجزائر إحدى الدول الهامة في الحركة التجارية الدولية منذ القدم، وهذا بفضل موقعها الاستراتيجي واعتبارها أحد أهم البلدان المصدرة للمواد الطاقوية. على هذا الأساس سوف نستعرض أهم السياسات التجارية التي مرت بها البلاد، لاسيما في ظل الانفتاح التجاري.

المبحث الثاني: سياسة التجارية الخارجية للجزائر في ظل الانفتاح الاقتصادي

أولا: الانفتاح الاقتصادي مفاهيم وأهداف

في الواقع تصنف الجزائر منذ استقلالها في خانة دول اقتصاد الريع، باعتمادها على تصدير البترول والغاز الطبيعي فقط، فالدول الريعية[1] ذات اقتصاد تداولي تعتمد على دخل لا يتم كسبه بالإنتاج والعمل، بل باستغلال البيئة والموارد الطبيعة. ويعرف الخبير الاقتصادي الدكتور "صبري السعدي" الاقتصاد الريعي النفطي بأنه "الاقتصاد الذي يعتمد على الريع الاقتصادي المتولد من إنتاج النفط (والغاز) المملوك كليا (الطاقات الإنتاجية والاحتياطات) للدولة". (عصماني، 2018، صفحة 294) وتتميز اقتصادات الدول الريعية بما يطلق عليه المرض الهولندي[2]، عبر تحليل العلاقة بين المستخرجات الطبيعية–لاسيما النفط–والتدني الذي يمكن ان يصيب القطاعات الأخرى خاصة الصناعة. اما التنويع الاقتصادي فهو تنويع جملة مصادر مداخيل الدولة، بحيث يكون الناتج المحلي الجمالي مبني على أساس توسيع القاعدة الإنتاجية، لتجنب سيطرة المواد الأولية. وتكمن أهداف التنويع الاقتصادي فيما يلي: (عصماني، 2018، صفحة 302)

1–تحقيق التنمية المستدامة بتضافر وإشراك القطاعات الصناعية الإنتاجية.

2–الاهتمام بالقطاعات الإنتاجية لتقليص البطالة وزيادة إنتاجية رأس المال البشري.

3–الانفتاح التجاري وتشجيع الصادرات.

[1] أطلق مصطلح الدول الريعية في فترة السبعينات على الدول النفطية، والريع هو الاعتماد على ما يؤمنه الموقع الجغرافي وما تمنه الطبيعة (هبة الطبيعة) وما تتيحه الأرض (مناجم وثروات باطنية)، اذ تعود على الدولة بعوائد خارجية من خلال نمو اقتصادي غير ديناميكي مرهون فقط بتطور أسعار الريع.

[2] يعود ابتكار مصطلح "Dutch disease"الى الاقتصادي البريطاني Gregory – في مقال نشره على مجلة The Economist سنة 1977– متداولا الوضعية التناقضية لاكتشاف الثروات الطبيعية والانشغال بها على هيكلة الاقتصاد بالسلب، في إشارة إلى هولندا إثر اكتشافها للغاز الطبيعي والتوسع في استخدامه، الأمر الذي أثر انعكاسيا على الصناعات التحويلية المحلية.

4-التخفيف من حدة الأزمات المصاحبة للريع.

5-تحفيز الاستثمارات وتنويعها على كافة القطاعات الإنتاجية خاصة الاستثمارات الأجنبية.

6-مشاركة القطاع الخاص وإعادة هيكلة القطاع العمومي في تحقيق النمو الاقتصادي.

ان التنويع الاقتصادي غالبا ما يكون مقرون بالانفتاح الاقتصادي (Economic Openness)، فجملة الأهداف السابقة لا يمكن تحقيقها في اقتصاد منغلق او معزول في منأى عن العالم، ويعرف الاقتصاد المفتوح على انه: تحرير الطاقات الإنتاجية بما فيها القطاع الخاص –رفع القيود-وفتح الباب أمام الاستثمارات الأجنبية واستخدام التكنولوجيا وأحدث ما توصل إليه العلم من تقانة، وحرية الاستيراد –إلغاء الحواجز والتعريفات-وحرية تنقل رؤوس الأموال وتحويل الأرباح ورؤوس الأموال للمستثمر الأجنبي. (الوابل، محمود، و عباس، 2018، صفحة 191) كل هذه النقاط تندرج ضمن النظام الليبيرالي التي سعت الجزائر إلى تطبيقها تدريجيا في بيان السياسة العامة للدولة في سنة 1990 والموافقة عليه في جوان 1991، في سبيل التغيير وتحقيق التنمية الاقتصادية، ونلخص هنا في هذا الإطار جملة من التدابير على الشكل الأتي: (زيرمي ، 2011، صفحة 136)

- مبدأ حرية التجارة والصناعة.
- خصخصة المؤسسات العمومية الاقتصادية.
- إزالة الاحتكارات العمومية.
- إلغاء النصوص المقيدة للاستثمار.
- تكريس مبدأ حرية الأسعار.
- مبدأ حرية التعاقد.

ثانيا: الانفتاح التجاري الخارجي للجزائر

في حقيقة الأمر، لم يكن للجزائر في فترة التسعينات أمامها خيار سوى حذو وانتهاج ما سارت علية الدول النامية آنذاك، من تبني اقتصاد مفتوح مغاير للاقتصاد الاشتراكي في سبيل تحقيق النمو الاقتصادي، وهذا نظرا للمعطيات المفروضة من ضغوطات العولمة وظهور التكتلات التجارية والاقتصادية الكبرى في العالم. حيث سارعت الجزائر إلى تحرير التجارة الخارجية ذلك من خلال انفتاحها على العالم الخارجي وانتهاج سياسة التصنيع من أجل التصدير الذي يسمح بتخفيض الضغط الخارجي. وهذا ما عكسته البرامج

المدعومة من طرف صندوق النقد الدولي، في بداية عملية الانتقال أفضلية لما يسمى بالمعالجة بالصدمة «Thérapie de choc»، وهو ما يعني تعويض نظام التخطيط المركزي باقتصاد السوق عن طريق دفعة مباشرة وواحدة من الإصلاحات.

يعرف Bhagawati-Krueger الانفتاح التجاري:" أنه السياسة التي منشأها تقليل درجة التجهيز ضد الصادرات، ويرتكز المحللون الاقتصاديون في الغالب على التخفيضات في رسوم وتراخيص الاستيراد كخطوة أساسية في إصلاح التجارة الخارجية". (زدون، بن ديمة، و ابن جدو، 2019، صفحة 349)

المطلب الأول: مفهوم وأهداف السياسة التجارية

تعتبر اليوم السياسة التجارية أداة مهمة لتحقيق التنمية الاقتصادية والعمالة الكاملة، وتثبيت سعر الصرف وخلق التوازن في ميزان المدفوعات وحماية الصناعات الناشئة والصناعات الإستراتيجية وما إلى ذلك. وتختلف السياسة التجارية من قبل الحكومات وهذا حسب الأهداف الاقتصادية التي ترمي إلى تحقيقها، حيث يمكن التمييز بين نوعين متباينين ومختلفان من السياسة التجارية وهما: سياسات الحرية والحماية في التجارة الدولية.

1- تعريف السياسة التجارية:

يقصد بالسياسة التجارية مجموعة الإجراءات التي تتخذها السلطات ذات السيادة في المجال الاقتصادي لتحقيق أهداف معينة. وتعرف على أنها:" مجموعة من القواعد والأساليب والأدوات والإجراءات والتدابير، التي تقوم بها الدولة في مجال التجارة الخارجية، لتعظيم العائد من التعامل مع باقي دول العالم في إطار تحقيق التوازن الخارجي، ضمن منظومة تحقق الأهداف الاقتصادية الأخرى للمجتمع، خلال فترة زمنية معينة". (مسغوني، 2005، صفحة 18)

قد تضع الدولة قيودا على دخول وخروج السلع من أراضيها كما تضع قيودا على الخدمات الخارجية التي تنجز لمصلحة مواطنيها أو التي يقوم بها مواطنوها أو مؤسساتها في الخارج، وتوصف تلك السياسة بأنها تقييدية أو حمائيةRestrictive أوProtective، وفي الحقيقة ليست هنالك بلدان تمارس تجارة بدون قيود إطلاقا في الوقت الحالي، فكل الدول الموجودة اليوم فرضت في مرحلة من تاريخها الحديث قيودا شديدة على التجارة وحاليا تتفاوت البلدان في حدة القيود مثل الجزائر بعد الاستقلال.

1-1 سياسة الحرية التجارية:

ويقصد بها إطلاق العنان للتبادل التجاري الدولي دون قيود تعيقه، أي إعطاء نوع من الحرية إزاء تدفق السلع والخدمات عبر الحدود السياسية للدولة حتى تكون التجارة الدولية حرة خالية من القيود والعقبات، إذ لا يجوز فرض قيود تعيق تدفق السلع والخدمات بالنسبة للصادرات أو الواردات على حد سواء. ويعود هذا إلى المبدأ إلى نظرية النسبية لديفيد ريكاردو وأطروحات الفيزيوقراطيين (الطبيعيين)حيث يستدل المدافعون على تحرير التجارة بالحجج التالية: (الأشقر، 2017، صفحة 10)

- وجود الأيدي خفية(Hidden Hand) التي تعيد التوازن تلقائيا دون تدخل الدولة.

- إن المنافسة الحرة كفيلة بتحقيق السعر العادل (Fair Price) أي إرضاء كل من البائع والمشتري في نفس الوقت.

بالرغم من المزايا الكبيرة التي تنتج عن الحرية المطلقة للتجارة الدولية مثل: نقل التكنولوجيا وتشجيع التقدم الفني، ومنافع المنافسة ومحارب الاحتكار وغيرها من المحاسن التي بإمكانها تحقيق التنمية الاقتصادية، إلا انه هناك مساوئ قد تنجم عن هذا التحرير قد تعصف باقتصاديات الدول، وهذا ما حدث بالفعل سنة 1929(أزمة الكساد) حين انهار الاقتصاد العالمي مما تتطلب ضرورة تدخل الدولة في الاقتصاد وفق نظرية كينز حينها.

1-2 سياسة الحماية التجارية:

ويقصد بها " حماية الإنتاج المحلي للسلع والخدمات من المنافسة الأجنبية، بالإضافة إلى حماية المصالح العامة". ويعود إلى محاولة استفادة الدول القوية المصنعة من التبادل الدولي في علاقة ذات منفعة أحادية (من طرف واحد) وإفقار الدول الضعيفة، في شكل كبح محاولة النمو وتحقيق التطور في الدول الأخرى. وقد ناد لأول مرة بهذا المبدأ الاقتصادي الأمريكي (Alexander Hamilton-1791) لحماية الصناعات الأمريكية من السلع الانجليزية وتبعه الألماني (Friedrich List -1840) عندما ناد بحماية الصناعة الألمانية، ويستند المدافعون على سياسة الحماية التجارية على ما يلي: (الأشقر، 2017، صفحة 12)

ا- حماية سيادة الدولة: مثل الحصار الاقتصادي أو السلع الضارة بالصحة العامة أو التعرض للإغراق السلعي.

ب- زيادة تحصيل الإيرادات: وهذا بفرض التعريفات والرسوم جمركية.

ج- حماية الصناعات الناشئة: خاصة الصناعات الحديثة المعرضة مباشرة للمنافسة الأجنبية التي قد تؤثر عليها بالسلب.

د- تشجيع الإنتاج المحلي: فتلبية الطلب المحلي أولا (تحقيق الاكتفاء) من شانه خلق مناصب العمل وإعطاء الفرص في تنويع المنتوجات.

وتقوم هذه الحماية عن طريق عدة وسائل، فغالبية الدول اليوم تستخدم وتعتمد على ثلاث أنواع من التدخل في السياسة التجارية وهذا بناء على ما يلي: (الأشقر، 2017، صفحة 9)

1-العلاقات النقدية: وهو خاص بضبط ميزان المدفوعات في حالة العجز مثلا تقوم الدولة بفرض بعض القيود على العملة الصعبة لمعالجة هذا الخلل (تدخل غير مباشر).

2-سياسة الدولة: وهو تدخل مباشر للدولة في السياسة التجارية بغية تحقيق جملة من الأهداف المسطرة (اجتماعية، اقتصادية، صحية...)، مثل: فرض رسوم جمركية على سلع ما من اجل تشجيع المنتوج المحلي.

3-القيود المفروضة على التجارة: ويكون هذا في أسواق المنافسة غير التامة (الأسواق الاحتكارية واحتكار القلة).

2- تصنيف أدوات السياسة التجارية:

يقصد بأدوات السياسة التجارية الوسائل التي تستعملها الدولة للتأثير على حجم واتجاه ونوعية تجارتها الخارجية، وتختلف الأدوات حسب النظام الاقتصادي المعمول به. ويمكن تلخيص مجموعة التدابير اللازمة للسياسة التجارية فيما يلي:

الجدول رقم (1): مختلف الأدوات المؤثرة في الواردات والصادرات

الأدوات التي تؤثر على الواردات	الآليات المؤثرة على الصادرات
- الرسوم الجمركية - نظام الحصص - القيود الطوعية على الصادرات - الاتفاقيات السلعية الدولية. - اتحادات المنتجين الدولية. - ميكانيزم المحتوى المحلي (قاعدة المنشاء) - الإغراق - آليات الربط	- الرسوم على الصادرات. - نظام الحصص ورخص التصدير. - دعم الصادرات.

المصدر: من اعدادنا (عاشور، 2012، صفحة 486)

3- أهمية التخطيط للتجارة الخارجية:

تعتبر خطة التجارة الخارجية، برنامج عمل محدد للمبادلات التجارية، سواء من حيث حجم التصدير والاستيراد خلال مدة معينة، وكذلك الكيفية التي ستتم بها المبادلات. وقد تنقسم الخطط التجارية من ناحية المدة إلى طويلة الأمد وتضم السياسة العامة للتصدير والاستيراد، وهناك الخطة المتوسطة وتكون درجة أكبر من التفاصيل لقطاع التجارة الخارجية، أما الخطة القصيرة يتم فيها اتخاذ الإجراءات التفصيلية للتجارة الخارجية. (عثامنية ، 2001، صفحة 31)

إن من بين الإصلاحات المقامة، تلك المرتبطة بتحرير نظام المبادلات والتجارة الخارجية نذكر منها:

- مرونة مراقبة المبادلات.
- تحرير التجارة الخارجية.
- التخفيض التدريجي في قيمة الدينار بداية من 1989.
- إصلاح النظام الجبائي والنظام الجمركي بالمؤازرة التقنية والمالية للبنك الدولي.
- تشييد قابلية التبديل للدينار من خلال وضع سوق المداولات مع البنوك.

3-1 إصلاحات الصرف الأجنبي: كانت تهدف برامج التثبيت إلى توحيد سعر الرسمي والموازي حتى يصبح يتحدد عن طريق العرض والطلب. وهو ما سيساعد انتقال رؤوس الأموال الأجنبية، فتم كمرحلة أولى تجهيز الميزانيات العامة بالعملة الصعبة، ثم تم تخفيض القيمة الخارجية للدينار سنة 1991 إلى 25% ثم استمرت العملية إلى 50% ليتدهور في الأشهر المتتالية ويفقد 70% من قيمته أمام الدولار سنة 1994. ويمكن القول أن سعر الصرف في فترة التسعينات مر بعدة مراحل انتقالا من النظام الثابت إلى التعويم ليصبح بدءا من عام 1996 لسعر الصرف نظاما حقيقيا ما بين البنوك. (بطاهر ، 2004، صفحة 189)

3-2 سياسة الموازنة: بهدف زيادة الإيرادات وتقليص النفقات وعلاج العجز السلبي، قامت الجزائر بإصلاحات ضريبية بإدخال نظام الرسم على القيمة المضافة بأربع معدلات وهي: 7%، 13%، 21%، و40% هذه الأخيرة التي تم إلغاؤها بموجب قانون المالية لسنة 1995، كما قامت بتخفيض الرسوم الجمركية تدريجيا من حد أقصى 60% إلى 50% ليصل سنة 1997 إلى 45% وهذا كله في إطار تشجيع التجارة الخارجية وفق الاتفاقات الممضية مع الهيئات الدولية. (بطاهر ، 2004، صفحة 197)

المطلب الثاني: تطور تحرير التجارة الخارجية في الجزائر

1- مراحل تحرير التجارة الجزائرية:

يعتبر قطاع التجارة من بين أهم القطاعات الحساسة في الدولة، حيث مر بعدة مراحل تماشيا مع السياسات الاقتصادية مرورا بالاقتصاد السوق إلى يومنا هذا، وقد لعبت التجارة الدولية دورا هاما في تطوير الصادرات والواردات وتوضيح كيفية تحرك مختلف البضائع والسلع والعمليات المصاحبة لها، وتتمثل أهم هذه المراحل فيما يلي:

مع بداية الثمانينات سعت الجزائر-بعد موت الرئيس هواري بومدين-إلى تحرير التجارة الخارجية من خلال قيامها بجملة من الإجراءات منها: السماح بالوساطة في إبرام عقود التجارة الخارجية في 1983، وترخيص الاستيراد للخواص للمستلزمات التي يتطلبها نشاطهم (غير موجهة للبيع) في 1984 مع توسيع قائمة البضائع المستوردة في نهاية نفس السنة، كما تم تأسيس AMPEXفي عام 1986 لدعم الصادرات، ليتم الإعلان الرسمي لتحرير التجارة وإنهاء احتكار الدولة في عام 1991. (عاشور، 2012، صفحة 488) ويعود هذا الى الواقع الذي فرضه الانفتاح الاقتصادي العالمي المصحوب بالتطور التقني الكبير، أين أصبحت كل الأنشطة الاقتصادية مفتوحة أمام المنافسة واللجوء إلى قانون السوق. لقد مرت التجارة الخارجية في الجزائر بسياستين أساسيتين هما: (مراد و مرغيت، 2016، صفحة 4)

1-1 مرحلة احتكار الدولة 1962-1989: ويرجع هذا إلى النظام الاقتصادي المتبع في تلك الفترة، حيث كانت الجزائر تعتمد على الاقتصاد المخطط والمركزي الذي يمنح الدولة كل الصلاحيات في التسيير والتخطيط للبرامج والسياسات الاقتصادية، فمارست الدولة الاحتكار التام على التجارة الخارجية، التي امتازت بالمراقبة.

1-2 مرحلة التحرير ما بعد (1990): تزامنت مع التحول الاقتصادي والتوجه إلى اقتصاد السوق، وتم هذا وفق برامج الإصلاح التي جسدها برنامج التعديل الهيكلي (1994-1998) بمرافقة صندوق النقد الدولي[1] الذي حتم على الجزائر فتح سوقها على العالم الخارجي وحرية دخول رؤوس الأموال الأجنبية وتحرير التجارة الخارجية. إلا أن بداية الانفتاح الحقيقي على التجارة الخارجية أقرته المادة 41 من قانون المالية التكميلي لعام1990، وكذلك منشور رقم 63 المؤرخفي1990/08/20 والذي حدد طرق من حال اعتماد

[1]لقد كان صدور قانون النقد والقرض في 1991/4/14 نهاية الاحتكار الممارس من طرف الدولة، حيث نص على السماح لغير المقيمين بتحويل رؤوس أموالهم للاستثمار في الجزائر، في إشارة إلى مساواة المستثمرين المحليين بالأجانب.

لتجار الجملة وكذا الحقوق والواجبات المتعلقة بهم، ولأول مرة أصبح استيراد السلع لإعادة بيعها أمرا مسموح به للمتعاملين التجاريين وليس فقط لاستعمالها في الإنتاج. (زايري و دربال، 2008، صفحة 50)

تمثلت هذه المرحلة مرحلة أخرى تميزت بصدور المرسوم التنفيذي[1]رقم91-37 المؤرخ في 1991/02/13 المتعلق بشروط التدخل في ميدان التجارة الخارجية مع إلغاء شهادات الاستيراد والتصدير وبإمكان أي شخص معنوي مقيد في السجل التجاري بصفة بائع بالجملة أن يمارس الاستيراد. إلا أن صدور هذا المرسوم تزامن مع صدور التعليمة رقم 03/91 الصادرة عن البنك الجزائري (افريل 1991) والتي تضبط شروط تمويل عمليات الاستيراد، وللحد من حرية التدخل وذلك بغرض البحث عن تمويلات خارجية وبتحديد سقف لا يقل عن مليوني دينار. – يمكن تصنيف هذه المرحلة بالتحرير المقيد للتجارة–وعلى إثر التوقيع على برنامج التصحيح الهيكلي[2]الذي يهيئ الجزائر للدخول إلى اقتصاد السوق والاندماج في الاقتصاد العالمي أصدرت الحكومة التعليمة 94-13 (12 افريل 1994) والتي ألغت سابقتها (625) ودعم إلى إعفاء الواردات من السلع الرأسمالية–التي تقل قيمتها على نصف مليون دولار–من شرط الحصول على تمويل لا يقل اجله عن ثلاث سنوات (تطبق بدا من 1 يناير 1995). كما تم تحرير سعر الصرف، وتخفيض التعريفة الجمركية من 60% سنة 1996 الى 45% سنة 1997. مع إلغاء تراخيص الاستيراد والتصدير والإبقاء على بعض المعاملات التجارية. (موسليم، 2017، صفحة 105)

إذن ومن خلال ما سبق وفي إطار برنامج التصحيح الهيكلي فانه يمكن القول إن الإجراءات المتخذة خلال هذه المرحلة، من تخفيض قيمة العملة الوطنية، رفع الدعم على الأسعار، تغير السياسة الجمركية بما يلائم سياسة التحرير ورفع القيود الإدارية والكمية على الواردات. اتى بثماره ولو في الفترة الاولى كان اهمها: (الأخضر، 2014، صفحة 31)

– انخفاض معدل التضخم من 29,8% سنة 1995 الى 18,7% سنة 1996 ثم 5,7% سنة 1997 ليصل الى أدنى مستوياته سنة 1998 ما نسبته 5,1%، وهو ما تم بلوغه كهدف.

– تراجع المديونية الخارجية الى 30,3 مليار دولار عام 1998 مقابل 32,5 مليار دولار و33,6 مليار دولار سنة 1997 و1996 على التوالي.

[1]المرسوم التنفيذي رقم 37/91 المؤرخ في 1991/02/13، المتعلق بشروط تدخل الدولة في مجال التجارة الخارجية، الجريدة الرسمية، العدد 12، الصادرة بتاريخ 1991/03/20، ص 4180.

[2] لقد أدى ارتفاع المذهل للديون الخارجية (29,5 مليار دولار أمريكي) سنة 1994–والخوف من عملية إعادة الجدولة–، اجبر الدولة الجزائرية اللجوء الى عقد اتفاق (STANDBY) مع صندوق النقد الدولي(FMI)، بغية تحقيق برنامجين، تعلق الأول بتامين الاستقرار والتوازن الاقتصادي الكلي لمدة سنة(1994-1995). والثاني حول التعديل الهيكلي (1995-1998) في محاولة الدخول إلى السوق العالمي والاندماج في الاقتصاد العالمي.

- خلال فترة تنفيذ البرنامج، عرف الناتج المحلي الإجمالي نمو ايجابي بنسبة متوسطة 3,4% -خلال الأربع سنوات-لأول مرة منذ 1986.

- انعكس برنامج الاستقرار الاقتصادي على احتياطي الصرف الذي تراكم أو نما من سنة 1994 إلى 8,7 مليار دولار سنة 1998.

2- **الأسباب الداخلية لتحرير التجارة الخارجية:**

يمكننا ذكر على سبيل المثال لا الحصر، أهم العوامل الدافعة إلى تحرير التجارة الخارجية فيما يلي:

2-1 تفاقم أزمة المديونية: لقد كانت أزمة تفاقم الدين الخارجي من أكبر المشاكل التي أثقلت كاهل الدولة الجزائرية عقب الأزمات المتتالية التي مرت بها، وهذا سواء على الصعيد الداخلي أو الخارجي، خاصة وقرب آجال التسديد وفق إعادة الجدولة (اتفاق نادي باريس 1994، اتفاق نادي لندن 1994) المتفق عليها مع الجهات المانحة (صندوق النقد الدولي، البنك العالمي). حيث بلغت هذه النسبة 87,5% سنة 1993، فكل إيرادات الدولة كانت تذهب لسداد الديون وبعبارة أخرى فان الجزائر ولمدة ثلاث سنوات تدفع ما يعادل مديونيتها الخارجية كخدمات ديون فقط. (بطاهر ، 2004، صفحة 201)

2-2 التضخم: سياسة تخفيض قيمة الدينار المنتهجة بسبب الشروط المفروضة والمتبعة، أدت إلى ارتفاع فاتورة الواردات وتكلفة خدمة الديون مما أدى إلى عجز الميزان التجاري، وقد قوبلت هذه الأزمات بإصدار النقود أدى ذلك إلى ارتفاع التضخم(CNES, 2002 ,p. 41.) لقد سعى البنك المركز إلى تعديل معدل الخصم –بعد صدور قانون النقد والقرض[1]-بسبب تداعيات تحرير الأسعار على ارتفاع معدلات التضخم في إطار التطهير المالي للاقتصاد. حيث انخفضت معدلات التضخم مع نهاية 1996 بعد إتباع سياسة نقدية حازمة وحذرة ليصل إلى 18,6 % ثم إلى 5 % سنة 1998. (مدوخ، 2011، صفحة 374)

2-3 **عجز الميزان التجاري:**

بالنظر إلى الخصائص التي يتسم بها الاقتصاد الوطني باعتباره اقتصادا ريعيا بالدرجة الأولى فطالما عانت الجزائر من أحادية التصدير(98% محروقات)، على عجز الميزان التجاري، لذا عملت على تنويع الاقتصاد من خلال تنويع الصادرات وهو ما يتطلب فتح المجال التجاري على دول العالم.

[1] القانون رقم 10/90 المؤرخ في 4 افريل 1990 المتعلق بالنقد والقرض.

3-التوجهات الإقليمية والعالمية للسياسة التجارية الجزائرية:

أولا: عولمة التجارة الدولية

وذلك بتزايد نمو تبادل السلع والخدمات وحرية انتقال رؤوس الأموال، بين الدول (بالاستيراد والتصدير)، فمع تشكل الدولة الحديثة وتطور التجارة ووسائل النقل والتكنولوجيا المعرفية، تطورت أيضا العلاقات التجارية بين الدول وتوطدت في إطار تبادل وتعامل مشترك، أين أصبح مفهوم العزلة، الانطواء والاكتفاء الذاتي غير مألوفا بالنسبة لبعض الدول، وبدأت التجارة الخارجية بين الدول وبعضها تأخذ أهمية أكبر وأكثر في الاقتصاد المحلي لمعظم الدول في عالمنا الحديث.

ثانيا: عولمة وسائل الإنتاج وظهور الشركات متعددة الجنسيات

عبر ما يسمى الاستثمارات الخارجية المباشرة؛ في بداية النصف الثاني من القرن العشرين بدأ نوع آخر من العلاقات الاقتصادية بين الاقتصاد المحلي والعالمي بالظهور فبالإضافة إلى التبادل التجاري، أصبحت بعض الدول تتلقى سلعًا وخدمات كواردات من بقية الدول، وظهرت شركات كبيرة غير مرتبطة بدولة محددة سميت فيما بعد بالشركات المتعددة الجنسيات، حيث لم يعد هدفها هو تصدير السلع إلى دولة أخرى فقط، بل أصبحت تقوم باستثمارات فيها بإنشاء المصانع وإجراء عمليات الإنتاج على أرض الدولة. بالتالي فعوضا عن استقبال الدولة لمنتجات الشركات الكبرى عبر الاستيراد، أصبحت تستقبل مصانع بأكملها لكي تقوم الشركات الكبرى بعملية الإنتاج على أرضها.

إن الجزائر وهي كغيرها من الدول، ترى أنه لابد من التعاطي الإيجابي مع التحولات الاقتصادية الدولية، وبات واضحا أن الجزائر تسعى للاستفادة من الفرص التكنولوجية والخبرة التي توفرها الشركات العالمية بغية تنمية مواردها الاقتصادية. واليوم وفي إطار التحرر الاقتصادي تسعى إلى الاندماج في الاقتصاد العالمي وعدم البقاء بمعزل عن التطورات الاقتصادية العالمية، ويبرز ذلك من خلال توقيعها لاتفاق شراكة مع الاتحاد الأوروبي الذي يعتبر الشريك التجاري الأول لها،هذا الاتفاق جاء ليدعم العلاقات الأورو-جزائرية المتميزة، والعلاقات الإفريقية الجزائرية في مجالات العديدة لتعزيز وتنويع العلاقات والمبادلات التجارية فيما بينها.

كما أن ظهور المنظمة العالمية للتجارة (OMC) وأهمية التطور الاقتصادي حتم على المسئولين والمسيرين الجزائريين إعادة النظر في الإستراتيجية التنموية والتنظيمية للعلاقات الاقتصادية الدولية. ووضع عدة إصلاحات وبرامج تمكنها من النجاح في التحول إلى اقتصاد السوق، لأجل الاندماج بصفة تنافسية في المبادلات الخارجية.

4- العلاقات التجارية الأوروبية الجزائرية:

تعود علاقات الاتحاد الأوروبي مع الجزائر إلى السنوات الأولى لاستقلال البلاد، وقد تحققت في عام 1976 بتوقيع اتفاقية التعاون وافتتاح بعثة الاتحاد الأوروبي إلى الجزائر في يوليو 1979 لمدة 35 عامًا، حيث مول الاتحاد الأوروبي مشروعات لدعم الإصلاحات التي قامت بها الجزائر في عملية التطوير والتحديث. كما أتاحت الشراكة الأورو-متوسطية (يوروميد)، التي تأسست عام 1995 بهدف بناء منطقة سلام وأمن ورخاء مشترك على ضفتي المتوسط، توقيع اتفاقية الشراكة بين الاتحاد الأوروبي والجزائر في عام 2002. والغرض الرئيسي من هذه الاتفاقية هو تعزيز التجارة الثنائية من خلال الاستفادة من إنجازات التكامل الأوروبي. على هذا الأساس، تعمق التعاون بين الاتحاد الأوروبي والجزائر على مر السنين وصقله لتحقيق شراكة تؤثر على عدد كبير من أبعاد الحياة اليومية لبلداننا (العدل، التوظيف، النقل، البيئة والتراث والشركات الصغيرة والمتوسطة، وما إلى ذلك). وغني عن القول إن العلاقات الأوروبية الجزائرية تثري وتقوي الروابط القوية والمتعددة القائمة بين الجزائر والدول الأعضاء في الاتحاد.

في ديسمبر 2011، قررت الجزائر المشاركة في سياسة الجوار الأوروبية، التي لا تقتصر على تنفيذ التعاون أو الاتفاقيات التجارية، ولكنها تشمل أيضًا تقاربًا سياسيًا واقتصاديًا وتقاربًا بين شعبي الضفتين من البحر الأبيض المتوسط، على أساس الالتزام المشترك بالمبادئ الديمقراطية وسيادة القانون واحترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وسيسمح تنفيذ خطة العمل التي يجري التفاوض عليها حاليا بتقارب أوثق، تحتوي هذه الخطة على جدول أعمال للتبادلات والإصلاحات والإجراءات المشتركة في المجالات التي يختارها الطرفان حسب الاحتياجات الخاصة والأولوية للجزائر. (SKOLIL, 2016)

تحدد اتفاقية الشراكة بين الجزائر وأوروبا التي دخلت حيز التنفيذ في سبتمبر 2005 إطار العلاقات الثنائية بين الطرفين. من حيث التجارة، بحلول عام 2020، ستنشئ منطقة تجارة حرة بين الجزائر وأوروبا. كما اتخذ بلدنا خطوة أخرى في يناير 2009 في انفتاح اقتصاده على التجارة الخارجية، من خلال إضفاء الطابع الرسمي على عضويته في منطقة التجارة الحرة العربية وفي 1 مارس 2014 من خلال التوقيع على اتفاقية تجارية تفضيلية مع تونس. (algex, 2016)

يعد برنامج دعم تنفيذ اتفاقية الشراكة (P3A) جزءًا من الدعم المقدم للإدارات الجزائرية في جهودها لتنفيذ مختلف جوانب اتفاقية الشراكة مع الاتحاد الأوروبي.

لقد كانت العلاقات التبادلية للجزائر مع الاتحاد الأوروبي قديمة وهذا نظرا لقرب المسافة بينهما والأسباب التاريخية الاستعمارية، وبعد استقلال الجزائر تم إبرام أول اتفاق للشراكة في 1976/07/01 ولمدة 20 سنة، وفق بروتوكولات تتجدد كل خمس سنوات ومنح البنك الأوروبي لقروض من اجل الاستثمار، وتمحور هذا الاتفاق على ما يلي: (بلحاج، 2014، صفحة 154)

- ترقية المبادلات بين الاتحاد الأوروبي والجزائر.
- مبدأ التوازن في التبادلات بين الطرفين.
- تسهيل دخول المنتجات الجزائرية إلى السوق الأوروبية المشتركة.

خلاصة الفصل الأول:

في الواقع لعبت التجارة الخارجية دورا كبيرا كمحرك للنمو خاصة في الدول الصناعية التي باشرت تنمية اقتصاداتها في القرن 19 مثل أوروبا، وهو ما عمل عليه الاقتصاديون مثل ادم سميث ودفيد ريكاردو وأخذت جل اهتماماتهم، بفكرة أن التجارة محرك للنمو الاقتصادي، وان الولوج في التجارة الدولية بإمكانه أن يخلق أحيانا نوعا من الثورة الصناعية في الدولة التي كانت محدوديتها في استغلال مواردها من قبل. (بوخشيم، 2003، صفحة 35) هذا من جانب النظرة التقليدية للتجارة الحرة، أما من ناحية تكافئ الفرص والتفاوت الدولي، فقد ساهمت التجارة الدولية في عدم تساوي الدخول وتكريس التباين بين الدول المتقدمة والمتخلفة، خاصة عندما لعبت الشركات المتعددة الجنسيات وبتواطئ الحكومات والمنظمات الدولية في التلاعب بالأسعار واحتكار أنماط الطلب الذي أدى إلى إخلال موازين التنمية الاقتصادية. (رنان ، 2011، صفحة 4)فما انفكت النظرية الاقتصادية أن تثبت أن مكاسب التجارة مبنية على تمايز النسبية، فكل بلد ينتج أفضل ما لديه ويقوم بتصدير السلعة أو الخدمة التي له فيها ميزة نسبية، واستيراد ما له فيه قليل من التميز، لكن بعد الحرب العالمية الثانية وظهور المنظمات العالمية (OMC،FMI) والعولمة وتداعياتها من تحرير التجارة، الثورة الصناعية الثالثة والرابعة، تقدم وسائل النقل والمواصلات والثورة التكنولوجيا الحديثة أثر في حركة التجارة الدولية .

وتماشيا مع متطلبات الوضع الاقتصادي آنذاك –منذ تسعينيات القرن الماضي–انتهجت الجزائر سياسة اقتصادية أساسها الانفتاح وتحرير التجارة الخارجية،حيث بادرت بإصلاحات واسعة بتحرير التجارة واستقطاب الاستثمار الأجنبي، بغرض زيادة فرص النمو وتحقيق الرفاه الاقتصادي والاجتماعي. لكن يجدر بنا الإشارة إلى أن هذه التدابير واجهت ارتفاع كبير في فاتورة الاستيراد بشكل عام وهو الأمر الذي انعكس سلبا على الاقتصاد القومي، مما تتطلب إعادة النظر في الإجراءات المتخذة بشكل أكثر جدية ونجاعة.

تمهيد:

مع اتساع نطاق الأسواق العالمية وازدياد تماسك شبكة التجارة الدولية، أصبح النمو الاقتصادي متعلقا بشكل وثيق بالتنمية الاقتصادية في اغلب الدول. ومن مظاهر التقدم، التطور العلمي والتكنولوجي وتسخير مبالغ مالية ضخمة للاستثمار في مجال البحث والتطوير والفن الصناعي والتقدم الفني والتقني، التي تعتبر من أبرز مميزات الدول الغنية والمتقدمة. وتكمن الأهمية الاقتصادية للاختراعات الصناعية في تسويقها تجاريا، فالاكتشاف لا يعتبر تنمية إلا إذا استخدم هذا التقدم الفني الصناعي في الإنتاج... فالاختراع في حد ذاته ليس إلا حقيقة علمية أما الابتكار فهو حقيقة اقتصادية. (بالدوين، 2009، صفحة 70)

ارتبطت محاولات التنمية ارتباطا عضويا بالتصنيع، فقد اجمع الفكر الاقتصادي بشقيه-الرأسمالي والاشتراكي-على حتمية الصناعة كمفتاح أوحد للتنمية في العالم الثالث، حيث إن هناك من رأى بان هدف التصنيع يجب أن يكون الاكتفاء الذاتي أو التقليل من الواردات، او تشجيع التصدير. وهناك من رأى الاهتمام بالصناعات الثقيلة-وهناك من أيد الصناعات الخفيفة-. كما أن هناك من حبذ الصناعات المتطورة تقنيا، وهناك من شجع الاعتماد على كثافة اليد العاملة. (الصيبي، 1992، صفحة 66)

في الواقع قوة صناعة الأدوية هي أحد أصول وعوامل النمو الاقتصادي وتوفير مناصب الشغل، وأي صناعة من البديهي تحتاج العمل دائما، وبالخصوص صناعة الأدوية التي تخضع إلى زيادة مهولة في ارتفاع الطلب العالمي بمعدل مرتفع للغاية يبلغ 7٪ سنويا بالقيمة الحقيقية بين 1990 و2003. في الحقيقة إن الطلب العالمي على الأدوية يتزايد بحوالي ضعف سرعة المنتج المحلي العالمي، والتجارة العالمية للأدوية ترتفع بشكل أسرع مقارنة مع التجارة العالمية.(LEEM, 2005, p. 7) لهذا يجب على البلدان التي لديها صناعة أدوية قوية لذلك الاستفادة من النمو، في سوق عالمي في حالة توسع دائما، فالحفاظ على إمدادات تنافسية من الأدوية عامل موات للنمو الاقتصادي العام والعمالة الوطنية.

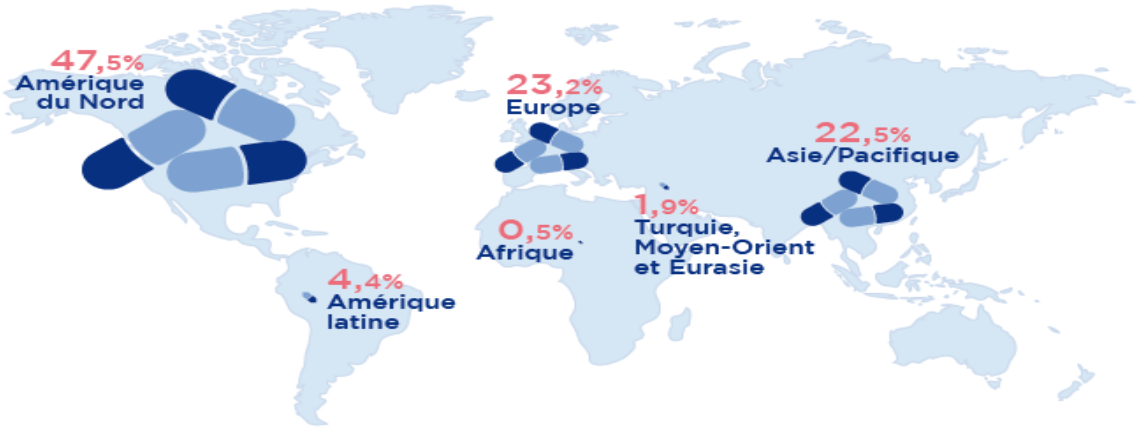
سوف نحاول في هذا الفصل التطرق بالتفصيل لهيكلة قطاع المنتوجات الدوائية على المستوى العالمي، خاصة من ناحية تنظيم تجارتها الدولية وسيطرة الشركات الكبرى عبر التكتلات والتركيزات الاقتصادية العالمية، بالإضافة إلى ذكر مختلف نظريات التصنيع وأهمية عمليات البحث والتطوير في الصناعة الدوائية.

المبحث الأول: تنظيم تجارة المنتوجات الدوائية

تشير أخر التقارير انه سوف يتجاوز سوق الأدوية العالمية 1.5 تريليون دولار بحلول عام 2023 بنمو نسبته ما بين 3 إلى 6 بالمائة معدلات النمو السنوية على مدى السنوات الخمس المقبلة – ملحوظ التباطؤ من 6.3 ٪ التي شوهدت على مدى السنوات الخمس الماضية. وستظل المحركات الرئيسية للنمو هي الولايات المتحدة والأسواق الصيدلانية بنسبة 4 إلى 7٪ و5 إلى 8٪ نمو سنوي مركب، على التوالي، أما الأسواق الأوروبية الخمسة الأعلى، سوف تشهد نمو بطيء إلى 1 إلى 4٪، مقارنة بـ 3.8٪ في السنوات الخمس الماضية، في حين أن النمو في اليابان من 3 إلى 0٪-. ويرجع هذا إلى التنبؤ بديناميكيات أسعار الصرف. تعتبر الصين هي أكبر سوق للأدوية، مع توقع أن تصل إلى 140-170 مليار دولار بحلول عام 2023، ولكن من المنتظر أن يتباطأ نموها من 3 إلى 6٪. على العموم سوف تشهد كل الأسواق الناشئة نموا اقل في السنوات الخمس القادمة مقارنة مع السنوات الماضية كنمو اقتصادي وتوسعات الوصول إلى الرعاية الصحية.(IMS, 2019, p. 2)

تسيطر مجموعات كبيرة على صناعة الأدوية تسمى "Global Players" أو شركات الأدوية الكبرى"Big Pharmas"، وهذا منذ نشأتهم، فهم يتبعون إستراتيجية التنمية المبنية على أساس مستوى مراكز البحوث والتطوير. فقد ركزت شركات الأدوية حتى الآن نشاطها بشكل رئيسي في البلدان المتقدمة كأمريكا، الاتحاد أوروبي، واليابان. أين توجد النظم الصحية-ضمان طلب الرعاية الطبية- ، كما أنها تسمح للشركات للاستثمار في البحث عن جزيئات جديدة، وبشكل أكثر تحديدًا في بعض الأمراض (أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، الربو والسكري، وما إلى ذلك). لذلك تتميز سوق الأدوية العالمية بقوة شديدة تركيز الإنتاج على المستوى الجغرافي.

الشكل رقم (2): يوضح السوق العالمية للأدوية حسب المواقع الجغرافية القارية لسنة 2018 (سعر الإنتاج)



المصدر: اعتمادا على IQViA. (leem, 2019, p. 40)

استحوذ الثالوث (la Triade) –أمريكا الشمال واليابان وأوروبا–لوحدها على أكثر من 86٪ من مبيعات الأدوية لـ 14٪ من سكان العالم، في سوق عالمي قدر بـ 518 مليار دولار في عام 2004. فعلى مدى خمس سنوات (1998–2004)، زادت الولايات المتحدة حجم سوقها: أين وصلت الى 47٪ في عام 2004 مقابل 38٪ في 1998. وعلى النقيض من ذلك، تراجعت أوروبا قليلاً من 31٪ في 1998 بنسبة 29٪ في عام 2004 (Weinmann, 2005, p. 6). تؤكد هذه الأرقام فقط على حيوية السوق الأمريكية، ويعود هذا إلى سياسة البحث والتطوير المعتمدة في أمريكا مع بداية الألفية وكذا الاستحواذات والاندماجات الكبرى للشركات الأمريكية الصيدلانية.

تعتبر الولايات المتحد الأمريكية مهد التكتلات الاقتصادي للشركات الصناعية، وهذا للسيطرة على الأسواق التجارية المحلية والعالمية، هدفها التركيز في وحدات جامعة وضخمة بإبرام اتفاقيات بين عدة شركات، من اجل الاحتكار في عمليات الإنتاج او التسويق ووضع سياسة أسعار موحدة. (سامي، 2014، صفحة 561)ويرجع هذا الأمر، الى الأزمات الاقتصادية منذ 1929 أزمة الكساد، إلى بداية التسعينات مع سقوط الاتحاد السوفيتي وظهور الأحادية القطبية ثم الأزمة المالية الاقتصادية عام 2008، التي ارتفع فيها الاندماج بشكل كبير إذ بلغ عدد عمليات الاستحواذ والاندماج 251 عمليةبقيمة823ملياردولار.

وفق دراسة أجرتها (IMS Health(Abbott, 2015 p. 32[1]، إن سوق الأدوية العالمية في عام 2015 نما بـ 1.069 مليار دولار (بمعدل 8,9 %)، ومن المتوقع أن يستمر في النمو بمقدار 350 مليار دولار بحلول عام 2020. والسبب في ظهور الأسواق المستجدة بنمو قدر 9,20% مقابل 3,10% للأسواق المعهودة –وهذا خلال دراسة توقعات سوق الأدوية للفترة 2015–2019– ، وقد ركزت الدراسة على ازدياد المبيعات في العديد من الأسواق الناشئة الرئيسية بما في ذلك الهند، روسيا، الصين والبرازيل. اذ ارتفعت المبيعات في هذه الأسواق الناشئة الرئيسية 32.4٪ في 2015 مقابل 11.0٪ في 2014. ويعود هذا الى تأثير عمليات الاستحواذ الكبيرة واستمرار القطاع الصيدلاني في مواجهة خسائر براءات الاختراع، والتي من المتوقع أن تزن حوالي 190 مليار دولار على الإيرادات بحلول عام 2020.

[1] Abbott هي شركة تساهمية متنوعة ومختصة في الرعاية الصحية العالمية، مكرسة لتحسين الحياة من خلال تطوير المنتجات والتقنيات،التي تمتد على نطاق واسع من الرعاية الطبية. مع مجموعة من العروض الرائدة القائمة على العلم في التشخيص والأجهزة الطبية والتغذية والمستحضرات الصيدلانية العامة ذات العلامات التجارية.

أضحت الصناعة الدوائية من أهم الصناعات النشيطة في وقتنا الحالي كونها أمل الكثير من المرضى في العالم، كما أنها تعد من أكبر الصناعات العالمية التي تدر أموالا هائلة وربما أكبر من صناعة السلاح ومحاذاة الصناعات الطاقوية والنفطية،حيث تشير الإحصاءات والتقارير لسنة 2018الى انه تجاوز السوق العالمي للأدوية 1046 مليار دولار أمريكي (أي ما يعادل 928 مليار اورو) بمعدل نمو 5%بالمقارنة مع سنة 2017. مع بقاء السوق الأمريكية الأكثر أهمية واستحواذا بـ 45% من السوق العالمية متفوقة على السوق الأوروبية (فرنسا، ألمانيا، بريطانيا، ايطاليا، اسبانيا) التي تحقق 15,7% من حصة السوق العالمية، متبوعا باليابان 7% والدول النامية ممثلة في كل من الصين والبرازيل 10,4%.

المطلب الأول: التكتل والتركيز الاقتصادي لشركات الأدوية العالمية

إن المظاهر الأولى لعمليات التركيز الاقتصادي بدأت في أواخر القرن التاسع عشر لاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية، أين ظهرت بعض المبادرات الطامحة للسيطرة على الأسواق التجارية الداخلية والخارجية، من خلال محاولة إنشاء وحدات اقتصادية ضخمة، عن طريق إبرام اتفاقات بين عدة شركات هدفها احتكار إنتاج سلع معينة والهيمنة على الأسواق وفرض سياسة موحدة للأسعار.

في التسعينات من القرن الماضي، طرأت تغييرات عدة في مجال التجارة والاستثمار الأجنبي المباشر، وهذا راجع إلى: أولا، طبيعة الاستثمار الأجنبي المباشر الذي طغت عليه عمليات الاندماج والاستحواذ –أكثر من 85 ٪ من إجمالي الاستثمار الأجنبي المباشر– (Kang and Johansson, 2000). حيث انه خلال الفترة 1991–1999، نمت عمليات الاندماج والشراء عبر الحدود بأكثر من عشرة أضعاف. ثانيا، بسبب ازدياد تكلفة الابتكار وعولمة الأسواق–أكثر عالمية–إذ أن الحجم الأمثل للشركات قد ازداد في العديد من الصناعات وقد ساهم ذلك في موجة عمليات الاندماج والاستحواذ، والتي مثلت 3.4 تريليون دولار أمريكي في عام 1999، بعد 2.5 تريليون دولار أمريكي في عام 1998–اعتبرت سنة قياسية آنذاك–. وهذا بغية تعزيز الأعمال الأساسية للشركات. ثالثا، دور التطور التكنولوجي كعامل فارق في ارتفاع عمليات الاندماج والاستحواذ. (OCDE, 2000, p. 41)

1– تعريف عمليتي الاندماج والاستحواذ:

ويعرف التركيز الاقتصادي بأنه:" عملية تجميعية أو توحيد عدد من المشروعات المشتغلة بنفس الصناعة في مشروع واحد أو مشروعات قليلة، –تجنبا لتشتت المشاريع الكثيرة–بحيث يزداد عدد المشروعات الكبيرة أو يزداد الحجم، ومن ثم يزداد الإنتاج الكبير ويقل الإنتاج الصغير". (بيومي، 2000، صفحة 39)

في حين أن عملية الاستحواذ مهمة في تهيئة الظروف، من اجل التجميع الاستراتيجي الناجح، فان القول المأثور: إيجاد قيمة يحدث فقط بعد الاستحواذ، يبقى فوق كل شيء وتبقى له مكانة مرموقة. هناك عوامل من اجل الاندماج الناجح والفعال من قبل إستراتيجية التجميع الاستراتيجي حيث تشمل: (ويليانسون، 2001، صفحة 268)

ا-الاستعداد للعمل بنحو حاسم من اجل الاندماج: ويقصد به محاولة حل جميع المشاكل بالشركة المراد دمجها، مثل: كثرة العمال والمشاكل البيئية والديون ومختلف التكاليف.

ب-ايصال الرؤية الجديدة: كهدف الإستراتيجية التجميعية لكسب اقتصادات حجم متزايدة وتوسيع لدائرة عرض الإنتاج والتسويق وربح المنافسة الخارجية.

ج-استخدام التنوع: إن نقل الثقافة عبر الشركات المدمجة، هو عبارة عن تكامل وليس سيطرة، وبالتالي التنوع من شانه خلق طرق جديدة في عملية الإنتاج ونقل التكنولوجيا، مما يسمح ببناء قدرات جديدة من اجل الابتكار.

2- مفهوم اندماج واستحواذ الشركات الصيدلانية العالمية[2]:

الاندماج (Fusion) هو عقد تتفق بمقتضاه شركتان او أكثر، على وضع المساهمين وجميع الأموال في إطار الشركة الواحدة مع زوال الشخصية المعنوية لكل من الشركات المدمجة، وقيام شخصية واحدة هي شخصي الشركة الجديدة، أو مع بقاء الشخصية المعنوية للشركة الدامجة.

يعرف الاندماج على انه: دمج شركتين في شركة جديدة مع اختفاء وانتهاء إحداهما، او ارتفاع رأس مال شركة على حساب شركة أخرى او عدد من الشركات-المدمجة-، وهناك فرق بين الإدماج والاستحواذ حيث أن: (الغالبي، 2007، صفحة 412) الاندماج هو عملية ضم لمؤسستين -عادة ما تكون بنفس الحجم-او أكثر معا، مما ينتج مؤسسة واحدة. إذ يستلزم تلقائيا انتقال عالمي للتراث السلبي والنشط للشركة المنحلة لصالح الشركة المستفيدة، أما الاستحواذ باختصار فهو شراء شركة لشركة أخرى. (Hachez, 2016, p. 7)

ا- الاندماج أفضل وسيلة للتركز الاقتصادي:

[2] اعتبر كل من الاندماج والاستحواذ آليتان تصبان في إطار مشترك لاستراتيجيات المؤسسات الجديدة التي تهدف غالبا إلى النمو، فالاستحواذ هو شراء مؤسسة أخرى، والاندماج هو الاتحاد مع مؤسسة أخرى. في هذا البحث لا يهمنا الفرق بينهما كثيرا بقدر ما يهمنا من نتائج مترتبة عليهما.

من أجل التكيف مع البيئة الاقتصادية، فإن الشركات ملزمة في كثير من الأحيان بإعادة تنظيم مؤسساتها، لذلك تلجا إلى عملية الاندماج بوصفها عملية تسمح لها بالمواءمة مع حجم السوق وفق ما تقتضيه الظروف – إعادة تنظيم هيكلي-، فعندما تتلاءم الشركات من حيث الحجم أو المنتوج، تعمل على وضع سياسة مشتركة من اجل زيادة تطورهم ونموهم، بحيث يصبح الاندماج عملية انصهار في كيان واحد يعمل على كيفية تركيز كل جهودهم وزيادة حجم نشاطهم، وفي هذا الخصوص يحذر السيد: GillesMARTIN(1978)من هاته الإشكالية موضحا:" إذا لم يكن من المشكوك فيه عملية الاندماج هي عملية تركيز (Concentration) من الناحية الاقتصادية، فهو يظهر في الحيز الضيق للناحية التشريعية". (Osman، 2015، صفحة 24)

أي أن الاندماج يؤدي إلى تغيير في المراقبة المستدامة على المشاريع للشركة المدمجة المعنية، أين يتم تجميع كل الأنشطة والمشاريع التجاري السابقة مع مشاريع مستهدفة للشركة الجديدة، وهكذا الاندماج يعمل على اختفاء الشركة المدمجة نهائيا.

ب- الاندماج هو عملية إعادة الهيكلة:

تهدف المؤسسات دائما، إلى تحسين وإعادة النظر في شكل منظمتها وممارساتها عبر تشخيص موقفها وإصلاح الجوانب السلبية وتقوية نقاط القوة، وهذا لتفادي التهديدات المحيطة بها سواء من المنافسين أو خطر الإفلاس، يقصد بإعادة هيكلة (Restructuration) هو إعطاء صبغة تشريعية جديدة للمؤسسة المعنية وفق أسلوب ممنهج، أو تعديل بسيط في الإطار التشريعي للمؤسسة. حسب السيدGérard FARJAT 2004) (:" إن النتيجة الجذرية المنبثقة عن إعادة الهيكلة هي التغيير الحاصل على المستوى التشريعي مع الاحتفاظ بالجانب الاقتصادي" اي إعطاء شكل جديد من شانه بعث رؤية إستراتيجية حديثة تشمل الهيكل التنظيمي ووظائف الموارد البشرية ومنتجاتها وخدماتها وقد عرفهاEdgerF.Huse1989 بأنها:" عملية تغيير مخططة تسعى لإحداث نتائج محددة وتسير وفقا لبرنامج زمني محكم ويتم ذلك من خلال تغيير في السياسات والهياكل والإجراءات ونظم العمل وبالشكل الذي يؤدي إلى تغيير وتطوير في سلوك البشر ويرفع من فاعلية المنظمة. (نجيب عبد الغني، 2019)

فالاندماج بمثابة وليد اتفاق بين الشركات الداخلة فيه، يفضي إلى وجود شركة واحدة، سواء بانضمام واحدة او أكثر في أخرى، او بامتزاجهما معا، لينشا على أعقابهما شركة جديدة ذات شخصية معنوية مستقلة، وهو من عمليات إعادة تنظيم وهيكلة الشركات. (تادرس خ.، 2007، صفحة 46) اما الاستحواذ (Acquisition) فهو امتلاك مؤسسة لأخرى واحتوائها بالكامل عن طريق شرائها – عادة ما تكون متفاوتة في الحجم-. إلا أن الآثار السلبية التي صاحبت هذه التكتلات، أصبحت تهدد مصالح المستهلك وتضر بمبدأ المنافسة عن طريق خلق نوع من الاحتكار والهيمنة على الأسواق. (الدباس، 2012، صفحة 512)

يمكن للاندماج أن يكون محليا أو دوليا وهذا حسب جنسية الشركات المعنية، كما يمكن أن يكون بالضم أو المزج وعليه يمكن أن نضع التقسيم الأتي: (النعيمي، 2017، صفحة 129)

ا-الاندماج عن طريق الضم: ويقصد به الاندماج الذي يترتب عليه زوال الشخصية المعنوية للشركة او الشركات المدمجة، بانتقال جميع الأصول وخصومها إلى الشركة الدامجة، حيث تعدل هذه الأخيرة في عقد ينسجم مع الوضع الجديد والقيام بإجراءات الإعلان القانونية.

ب-الاندماج عن طريق المزج: إنشاء شركة جديدة ذات شخصية معنوية جديدة تختلف عن سابقاتها، نتيجة اتحاد شركات بمجموع رؤوس أموالها، حيث يحدث المزج عبر شركات لها نفس الحجم لتجنب السيطرة لإحداهما على الأخرى.

3- أسباب الاندماج والاستحواذ.. بين الاستقواء والبقاء: (تادرس خ.، 2007، صفحة 46)

هناك العديد من العوامل التي تدفع الشركات للتكتل والاندماج بصفة ثنائية أو جماعية وبأشكال مختلفة، وهذا بحثا على المزيد من القوة والسيطرة وبسط النفوذ وكذا الاحتكار وغيرها من الأسباب التي سوف نلخصها فيما يلي:

- وسيلة فنية لتطوير المشروعات التجارية وإنشاء مشروعات ضخمة قادرة على المنافسة.
- تحقيق التكامل مع الشركات المدمجة وتبادل الخبرات.
- التصدي للشركات المنافسة في السوق والتصدي للسيطرة والتبعية أو الرغبة في الاحتكار وكسب أكبر حصة سوقية.
- محاولة التهرب الضريبي بتغيير مكان الشركة والإقامة في بلدان تنخفض بها الضريبة.

كما أن هناك مشكل كبير الذي يعتبر دافع أساسي في عملية الاندماج أو الاستحواذ، وهو إشكالية البحث والتطوير والتكاليف الباهظة الناجمة عنها خاصة في مجال صناعة الأدوية وانتهاء صلاحية براءات الاختراع، حيث يصبح الاندماج والاستحواذ أمر ضروري لابد منه،

3-1 الاندماجات والإستحواذات.. ضرورة لبقاء شركات الأدوية:

أصبحت الاستحواذات والاندماجات أكثر من أي وقت مضى حاجة ملحة في سوق الأدوية العالمية، وهذا راجع لعدة اعتبارات تارة من اجل المنافسة الشرسة خاصة مع ظهور بلدان مصنعة جديدة كالهند والصين، وتارة أخرى من اجل نفقات البحث والتطوير المكلفة جدا وطول مدة اختبار النتائج، بالإضافة إلى البحث على أسواق جديدة، إذ تمثل أعلى خمس مجموعات 23,7% من السوق العالمية.

دفع الإصلاح الضريبي الأخير، في الولايات المتحدة الأمريكية -بعدما تم رفع معدل الضريبة الشركات من 35% إلى 21%، وخفض الضرائب على أساس الإرباح التي تحققها الشركات الأمريكية في الخارج-، إلى التعجيل بالاندماج والاستحواذ للشركات الأمريكية لصناعة الأدوية، حيث بلغت قيمة مجموع عمليات الاستحواذ والاندماج 114 مليار دولار سنة 2018.كما أن هناك أهداف أخرى لشركات الأدوية العالمية، كتحقيق وفرات الحجم ومواجهة الضغوط التي تفرضها الحكومات على أسعار الأدوية، فضلا عن اقتناء التكنولوجيا الحيوية، والبحث عن علاجات جديدة فعالة والتوجه إلى استعمال وإدخال الذكاء الصناعي في عملية الابتكار والبحث والتطوير.

3-2 أهم الشركات الصيدلانية العالمية وعمليات الإدماج والاستحواذ:(Cristofari J.-J. , 2014)

في عام 1996، ولد اندماج الشركتين السويسريتين، Ciba-Geigy وSandoz، شركة Novartis وفتح الطريق أمام حركة الاندماجات والاستحواذات في محاولة بعث وإعادة تشكيل صناعة جديدة للأدوية، وهذا بسبب فقدان براءة الاختراع على جزيئاتها الرئيسية. إن العمليات الحديثة التي أعلنت من قبل الصيدلة العالمية تبشر بمناورات عظيمة جديدة تشكل جزءا من البحث عن نماذج تطوير معاصرة ستشهدها كبرى شركات إنتاج الأدوية العالمية.

قامت شركة Roche بالاستحواذ على المجموعة الألمانية Boehringer-Mannhein سنة 1997، وVentana بإدماج شركة Genentech عام 2008 وتشكيل مجموعة مختصة في مجال قطاع المستحضرات الصيدلانية الحيوية(Biopharmaceutique). إن مجموعة Novartis التي نعرفها بشكلها الآن هي نتاج شراء للشركات الأمريكية Hexal في الأدوية الجنيسة وChiron في مجال اللقاحات (بلغ إجمالي مبيعات اللقاحات Novartis 1.4 مليار دولار في عام 2013)، ثم في سنة 2007 شركة Alcon في مجال البصريات ومواطنتها Speedel سنة 2008.

تعتبر شركة Sanofi من أهم الشركات الأوروبية في قطاع الصيدلة وأكثرها تطبيقا لعملية الاندماج والاستحواذ بحوالي 300 عملية في العشرين سنة الماضية، مع العلم أن Sanofi هي نتاج اندماج كل من Hoechst Rousselو MarionMerrel Dow سنة 1995، ثم شرائها Rhône-Poulec واستحواذها على Synthélabo سنة 1998، وفي سنة 2004 استحوذت Sanofi-Synthélabo على Rhône-Poulenc التي أصبحت Aventis وتشكل ما يعرف حاليا بمجموعة Sanofi. استمرت عمليات Sanofi الجديدة وتدمج المتخصص البريطاني في اللقاحات Acambis (2011) وتصبح رائدة في مجال البيوتكنولوجي عالميا (14 مليار دولار من حيث القيمة)، من جهتها قامت شركة Pfizer بأكبر عمليات الدمج (سنة 2000)

وشراء Warner Lambert ثم Pharmacia (سنة 2002) -التي استحوذت على Monsanto سنة 2000-وفي عام 2009 استحوذت على Wyeth كأكبر عملية استحواذ آنذاك.

في الواقع أدت هذه الحركات الضخمة إلى بناء مجموعات عملاقة، أعطت نشاطا متميزا في العمليات الحديثة من خلال إعادة تنظيم المشهد الصيدلاني العالمي. نستعرض أهم عمليات الإدماج والاستحواذ في الجدول الأتي: (العربي، 2018)

الجدول رقم (2): يبين أهم عمليات الإدماج والاستحواذ للشركات العالمية (2010-2018)[3]

السنة	الشركة الجديدة	الشركة السابقة	الاختصاص	المقابل المالي
أكتوبر 2010	Pfizer الامريكية	King Pharmaceutical الامريكية	مسكنات الألم	3.6 مليارات دولار
ماي 2011	Takeda اليابان	Nicomide سويسرا	ادوية مختلفة	13.7 مليار دولار
جوان 2013	Atarasinica البريطانية	Berl الامريكية	الربو والرئة	1.15 مليار دولار
ماي 2016	Pfizer الامريكية	Anacor الامريكية	ادوية مختلفة	5.2 مليارات دولار
اوت 2013	Amgine البريطانية	Onex الهند	أدوية السرطان	10.4 مليارات دولار
اوت 2016	Pfizer الامريكية	Medivation الامريكية	علاجات السرطان	14 مليار دولار
سبتمبر 2016	Bayerالألمانية	Monsatoالأميركية	المستحضرات الطبية	66 مليار دولار
يناير 2017	Johnson and Johnson الامريكية	Acliton السويسرية	التكنولوجيا الحيوية	30 مليار دولار

[3] تم الاستعانة بموقع العربي الجديد، صحيفة (https://www.alaraby.co.uk/) -العربي الجديد موقع الكتروني وصحيفة يومية تملكها شركة فضاءات ميديا ليميتد مقرها لندن-.

فيفري 2017	RickitBenkiser البريطانية	Nutrition الامريكية	ألبان الأطفال	16.6 مليار دولار
جوان 2017	Gilead Sciences الامريكية	Kite Pharma الامريكية	معالجة السرطان	11.9 مليار دولار
يناير 2018	Celgeneالامريكية	Juno Therapeutics الامريكية	معالجة السرطان	9 مليارات دولار
يناير 2018	Sanofi الفرنسية	Bioverativ الامريكية	الامراض النادرة	11.6 مليار دولار
يناير 2018	Sanofi الفرنسية	Ablynex البلجيكية	التكنولوجيا الحيوية	4.8 مليارات دولار

المصدر: من إعداد الطالب بناء على المرجع السابق

وفي 29 يوليو 2019، أعلنت شركتا أدوية أمريكيتان Mylan وPfizer عن اندماج شركتي Mylan و Pfizer's Upjohn لإنشاء عملاق أدوية عالمي. إذ ستكون الشركة الجديدة مملوكة بنسبة 57٪ لمساهمي شركة Pfizer و43٪ مملوكة لشركة Mylan. يجب أن يبلغ حجم مبيعاتها حوالي 20 مليار دولار لأرباح تبلغ حوالي 8 مليار دولار، مع العلم أنه يجب سداد دين كبير بقيمة 24.5 مليار دولار. كان Mylan حتى الآن ثاني مصنع عالمي للعقاقير الجنيسة وراء شركة Teva الإسرائيلية، متقدماً على شركة Sandoze السويسرية (التابعة لشركة Novartis) وشركة IndianSun للأدوية ومستحضرات التجميل Lupin.(WALLACE, 2019, p. 4)

المطلب الثاني: التجارة الدوائية العالمية والميزة التنافسية

في عصر العولمة الصناعية والمالية وتحرير التجارة المتنامي، أضحت البلدان في غير مأمن من اشتداد المنافسة المتنامية خاصة في ظل هذه الظروف، اين يتم تحديد موقف الدول من خلال قدرتها على تطوير الصناعات والشركات التي تكون قادرة على المجابهة بما يكفي لتحمل المنافسة في أسواق التصدير الأجنبية والفوز بها. يلبي الاقتصاد التنافسي هذه الضرورة من خلال تمكين المبادرات الفردية أو الدولة لتوليد المعرفة التي ستشكل في نهاية المطاف ثروة تنافسية (دولية) جديدة للاقتصاد الوطني.

إن الصناعة الدوائية بمفهومها الحديث، ازدهرت بالاكتشافات العلمية والبحث والتطوير، والتي تسجلها الشركات كبراءات اختراع تحتكر بموجبها الأسواق المحلية والعالمية، وهو ما جعلها من أضخم الصناعات في العالم. ففي عام 2018، حققت العشرة الأوائل في

صناعة المستحضرات الصيدلانية العالمية وحدها 31.5٪ من إجمالي مبيعات صناعة المستحضرات الصيدلانية في جميع أنحاء العالم. بلغت قيمة التداول 1،205 مليار دولار بعدما كانت 1.052 مليار يورو (+ 4.8٪)-تشمل حوالي 82من عقاقير هؤلاء القادة العشرة-حيث لها وضع ضخم (أكثر من مليار دولار في المبيعات) وتمثل هذه أكثر من 54 ٪ من حجم مبيعات العشرة الأوائل مع مبيعات تبلغ حوالي 181 مليار يورو، العشرة الأوائل ما زالت تحت السيطرة (Cristofari, 2019).

الجدول رقم (3): أهم الشركات (10) الأولى في إنتاج الأدوية عالميا لسنة 2018 (الوحدة: سعر الإنتاج خارج الرسوم)

		Chiffre d'affaires PFHT (en Md$)	Part de marché
1	NOVARTIS (Suisse)	55	5,3%
2	JOHNSON & JOHNSON (Etats-Unis)	54	5,2%
3	PFIZER (Etats-Unis)	51	4,9%
4	ROCHE (Suisse)	45	4,3%
5	SANOFI (France)	43	4,1%
6	GLAXOSMITHKLINE (Royaume-Uni)	42	4,0%
7	MERCK & CO (Etats-Unis)	42	4,0%
8	ABBVIE (Etats-Unis)	41	3,9%
9	LILLY (Etats-Unis)	30	2,9%
10	GILEAD SCIENCES (Etats-Unis)	30	2,9%

المصدر: اعتمادا على IQViA.(leem, 2019, p. 41)

في الواقع أصبحت المنافسة بين البلدان أو بالأحرى الشركات الكبرى والمتعددة الجنسيات تعتمد بالأساس على خلق الابتكارات والمنتوجات الجديدة التي تتطلب استثمارات بحث متطورة وتكنولوجيا فائقة، وليس فقط باستغلال المزايا الطبيعية أو الثروات المحلية، ويتطور هذا النمط الجديد من المنافسة عن طريق التجدد المتسارع لأصناف المنتجات المصدرة. فالمنافسة الدولية تبنى على أساس الابتكار وقوة البحث والتطوير وهو من يصنع الدول المصدرة. حسب M.Porter (1985) تعرف الميزة التنافسية على أنها: تلك القيمة المقدمة من المؤسسة لزبائنها، -والتي تتجاوز كلفة إنتاجها-مع قابلية شرائها. وهذا بأخذ المنافسين بعين الاعتبار عن طريق تقديم اقل الأسعار، أو تقديم مزايا فريدة من نوعها تعوض عن ارتفاع الأسعار. كما أن الميز التنافسية تنشأ بمجرد توصل المؤسسة إلى اكتشاف طرق جديدة أكثر فعالية للإنتاج مقارنة بالمنافسين.(المرصد الوطني للتنافسية 2011, p. 13) ويرجع M.Porter هذا التميز إلى الابتكارات والمبادرات التي يقوم بها القادة، بهدف إما استغلال الموارد الطبيعية بشكل أفضل او لزيادة الإنتاج. ويقسم M.Porter هذه العوامل إلى عامة: التي تعود بالفائدة على جميع الفروع الصناعية (مستوى عال من التعليم في التخصصات العلمية الأساسية، نظام فعال البنية التحتية للاتصالات للتصدير) وعوامل متخصصة: تتعلق بنشاط صناعي معين، ويمكن أن يكون أكثر من ذلك حاسمة لبناء

ميزة تنافسية. (Boudjemil ، 2005، صفحة 66) ويؤكد M.Porter2002أن تحليل القدرة التنافسية يجب أن يبدأ على المستوى الجزئي، فالمؤسسة حسب رأيه هي وحدة التحليل الأساسية، والمؤسسات وليست الدول هي التي تتنافس في صناعة ما أو في إحدى شرائح الصناعة، وتستمد الدولة تنافسيتها من الشركات والصناعات العاملة بها.

كما أنه في الاقتصاد القائم على المعرفة الجديد، هناك دول تشهد هيكلة جديدة لمزاياها النسبية على ثلاث مستويات وهي:

– المستوى الأول: ويضم التشابه من ناحية القدرات والموارد المعرفية (R&D، الموارد البشرية).

– المستوى الثاني: ويقصد به الاستثمار في تنمية هذه الموارد، ويكمن الاختلاف والتباين بين الدول او الشركات في التخصص في محتوى هذه المهارات.

– المستوى الثالث: يمكن أن يترجم الاختلاف في المهارات إلى أوجه تشابه في المنتجات المتداولة السلع النهائية، مما ينتج عنه ميزات في السلع المنتجة، والتي تعكس بلورات الاختلافات في المهارات. (Boudjemil , 2005, p. 67)

1– أهم مؤشرات تجارة الأدوية عالميا:

بالرغم من أن التجارة الدولية للأدوية شهدت تغييرات كبيرة على مدى السنوات الماضية، والتي أثرت على توازنها وإعادة تشكيل مساراتها، بصعود كل من الصين والهند والبرازيل كصناعات صيدلانية ناشئة فرضت نفسها في السوق العالمية لتجارة الأدوية خاصة الجنيسة منها، لازالت تسيطر عليها الشركات الكبرى الرائدة في مجال إنتاج الأدوية الأصلية والمستحضرات الطبية، والمتمركزة في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أوروبا، ويرجع هذا إلى دور الحكومات الداعم للتنافسية في سياق الهيكل الحديث لنظريات التجارة الخارجية، وخاصة فيما عرف باسم نظرية التجارة الإستراتيجية، والتي في إطارها تتدخل الحكومة لتشجيع مختلف الأنشطة على خلق وفورات خارجية إيجابية، وكذلك جذب الأرباح من الاقتصادات الأجنبية إلى الاقتصاد الوطني، عبر تقديم إعانات تنافسية لدعم البحث والتطوير في الصناعة، والحد من دخول الشركات الأجنبية إلى الأسواق المحلية عن طريق تنمية وتطوير القدرات التنافسية للشركات المحلية العمومية والخاصة لعدم تمكين الشركات الأجنبية من الاستحواذ على الأسواق المحلية. (زيدان وبريش ، 2005، صفحة 17)

تسارعت عمليات الشراء الدولية للأدوية بنسبة 3.8٪ من 2018 إلى 2019 فقط، حيث فاقت كل التوقعات لجميع البلدان المستوردة منذ عام 2015، عندما بلغت قيمة مشتريات استيراد الأدوية 366.7 مليار دولار (بالنسبة لكل سنة). وارتفع الإنفاق على الأدوية الصيدلانية وواردات الأدوية بنسبة 14.9٪. بشكل عام بلغت تكلفة المشتريات العالمية من الأدوية والمستحضرات الصيدلانية المستوردة ما مجموعه 421.5 مليار دولار أمريكي في عام 2019.

2- أهم البلدان المصدرة للأدوية في العالم والطلب عليها:

في التعاملات القارية، اقتنت دول أوروبا أكثر من نصف (53.1 ٪) من الأدوية في جميع أنحاء العالم المستوردة خلال 2019 مع شراء الأدوية بقيمة 224 مليار دولار. لتليها أمريكا الشمالية في المركز الثاني بنسبة استيراد 21.5٪ ثم قارة آسيا بنسبة 18.1 ٪ من المستحضرات الصيدلانية المستوردة. وأمريكا اللاتينية (3 ٪) باستثناء المكسيك ولكن بما في ذلك منطقة البحر الكاريبي وأفريقيا (2.8 ٪) ثم أوقيانوسيا (1.5 ٪) بقيادة أستراليا ونيوزيلندا. وفيما يلي أهم 15 بلد حسب تصدير الأدوية وأعلى قيمة من الدولار من الأدوية وهذا في سنة 2019: (Workman, 2020)

جدول رقم (4): يبين أهم 15 دولة في تصدير الأدوية لسنة 2019

البلدان	الصادرات من الأدوية (مليار الدولار)	النسبة من الصادرات الإجمالية للأدوية %
المانيا	56,9	%14.5
سويسرا	47.8	12.2%
هولندا	31.1	%7.9
بلجيكا	29	7.4%
فرنسا	26.6	6,8%
ايطاليا	24.8	6,3%
امريكا	24.3	%6.2
بريطانيا	18.3	%4.7
ايرلندا	17.9	4.6%
الدانمارك	15.5	4 %
الهند	14.8	3,8%
اسبانيا	10.1	2,6 %
السويد	8.2	2,1 %

كندا	7.5	1,9 %
النمسا	5.8	1.5%

المصدر: من اعداد الطالب

بلغ إجمالي المبيعات العالمية من الأدوية والأدوية المصدرة حسب البلد 392.9 مليار دولار أمريكي في عام 2019. فمن حيث القيمة، شحنت الدول الخمس عشرة المدرجة 86.2٪ من جميع الأدوية والأدوية المصدرة لنفس السنة. كما يجدر الإشارة الى أن من بين البلدان المذكورة أعلاه، كانت أسرع الدول المصدرة للأدوية نموًا منذ عام 2015 هي: الدنمارك (بزيادة 485.1٪)، هولندا (+ 60٪)، إيطاليا (+ 47.3٪)، وسويسرا (+ 38.2٪).

3- عوامل الميزة التنافسية (Competitive Advantage Factors):

إذا نظرنا من زاوية الإبداع فتعتبر الميزة التنافسية عملية اكتشاف أو إبداع طرق جديدة أكثر فاعلية من تلك المستعملة من قبل المنافسين، مع قدرة المنظمة على تجسيد ذلك الاكتشاف ميدانيا. كما ترتكز الميزة التنافسية على عوامل تتمثل في: (قمري، 2017 , p. 36)

ا- الجودة المتميزة: هي قدرة الإدارة على تلبية حاجات المستهلكين ورغباتهم بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم من خلال مجموعة من الأبعاد، وتتمثل هذه الأبعاد كما حددها (Evans 1993) فيما يلي : الأداء، الهيئة، المتانة، القابلية للخدمة، الجمالية.

ب- التكلفة :يبين (Evans, et al 2002)بان المنظمة يمكن لها تخفيض التكاليف من خلال الاستخدام الكفء للطاقة الإنتاجية المتاحة لها، فضلا عن التحسين المستمر لجودة المنتجات والإبداع في تصميم المنتجات وإتقان العمليات،إذ يعد ذلك أساس مهما لخفض التكاليف، فضلا عن مساعدة المديرين في دعم واستناد استراتيجيات المنظمة، ويمكن استخدام التكلفة كبعد أساسي تتنافس من خلاله المنظمات عبر سعيها إلى المحافظة والاستمرارية في تقرير الحصة السوقية.

ج- الاستجابة المتميزة لحاجات العملاء: لتحقيق استجابة متفوقة للزبائن يجب على المنظمة أن تكون قادرة على أداء المهام بشكل أفضل من المنافسين في تحديد وإشباع حاجات الزبائن، وعندئذ سيولي الزبائن قيمة أكبر لمنتجاتها، مما يؤدي إلى خلق تميز يستند على الميزة التنافسية، ويجب أن تتماشى عملية تحسين جودة المنتوج الذي تقدمه المنظمة مع تحقيق تلك الاستجابة.

د- الإبداع : يعتبر الإبداع نجاح وتفوق المنظمات كونه يشير إلى كل ما هو جديد أو حديث، ومتعلق بطريقة إدارة المنظمة أو منتجاتها، وبالتالي فهو كل تطور يتحقق في أنواع المنتجات وعمليات الإنتاج وتضم الإدارة والهياكل التنظيمية والاستراتيجيات التي تعتمد على المنظمة، لذلك فإن الإبداع يشكل مصدرا رئيسيا للميزة التنافسية المستدامة لأنه يمنح المنظمة شيئا متفردا يميزها عن منافسيها.

فيظل التحولات الاقتصادية المتسارعة، وسيطرة اقتصاديات الكبرى والشركات الضخمة، على حصص الأسد من الناتج القومي العالمي،خاصة إذا علمنا أن من أهم مميزات عولمة المبادلات ميزة التكلفة المنخفضة التي أنتجتها ثورات تكنولوجيات الاتصال والمعلومات، الأمر الذي انعكس في تحسين القدرة التنافسية والأداء الفعال للشركات المتعددة الجنسيات، لأن الدولة لم تعد الفاعل الاقتصادي الوحيد في إطار العولمة، بل تشاركها في ذلك المنظمات الدولية والشركات الخاصة والفردية، اقترح نموذج Dunning[4] (OLI) الذي قدم شكلا جديدا للتخصص العالمي والميزة التفاضلية من خلال المزج بين ثلاث نظريات من الاستثمار الأجنبي المباشر بالمعادلة التالية: الاستثمار الأجنبي المباشر = O + L + I حيث ان: (عبابسة ، 2009، صفحة 38)

1- **ميزة الملكية**(Firm Specific Avantages) "**O**": معنوية وتتعلق بالمؤسسة، مع إمكانية تحويلها عبر الشركات المتعددة الجنسيات بتكاليف دنيا مثل: العلامة، الربح و اقتصاد الحجم.

2- **ميزة الموقع ميزة** (C.S.A Country Specific Advantage"**L** "):تتعلق بمميزات المؤسسة الأم، مثل استعمال المؤسسة للعوامل الخارجية والجاذبية للاستثمارات بالنسبة لموقع الدولة المستضيفة للشركة الأجنبية المستثمرة، وهذا لعدة اعتبارات اقتصادية، سياسية واجتماعية ثقافية.

3- **ميزة الإدخال"I"** (Internalization Advantages): وهو الأخذ بعين الاعتبار في تكاليف مؤسسة معينة، تلك التي تنتج عن نشاطاتها الجانبية.

إن إحدى المعايير التي يستند إليها في قياس فعالية الدول المعاصرة، هي قدرتها على التصدير والحصول على أكبر قدر ممكن من العملة الصعبة. وهذا أولا بتحسين الجودة-يحدث تخفيض في تكاليف الإنتاج-ومن ثم احتلال مركز تنافسي أقوى. مبني على استحواذ

[4]النموذج الكهربائي Eclectic Paradigm، المعروف أيضًا باسم نموذج OLI، هو إطار تقييم ثلاثي المستويات يمكن للشركات اتباعه عند محاولة تحديد ما إذا كان من المفيد متابعة الاستثمار الأجنبي المباشر (FDI). ويأخذ النموذج الانتقائي نهجًا شموليًا لفحص العلاقات والتفاعلات الكاملة للمكونات المختلفة للأعمال التجارية. والهدف هو تحديد ما إذا كان نهج معين يوفر قيمة إجمالية أكبر من الخيارات الوطنية أو الدولية الأخرى المتاحة لإنتاج السلع أو الخدمات. وهو مبني على نظرية الاستيعاب التي شرحها لأول مرة في عام 1979 الباحث John H. Dunning.

على حصة سوقية أكبر وتعظيم رقم الأعمال ثم الحصول على أرباح أكبر. ولهذا تعتبر ألمانيا وسويسرا البلدان الأكثر تمتعا بفائض في التجارة الدولية للأدوية والمستحضرات الصيدلانية، حيث تعبر هذه التدفقات الايجابية –الفائض–مدى الميزة التنافسية القوية التي تتمتع بها كل من هاتين الدولتين بالنسبة لفئة الأدوية والمنتوجات الصيدلانية.علما اننا نقصد الصادرات الصافية الايجابية كقيمة اجمالية ناقص قيمة إجمالي الواردات – فائض قيمة الصادرات لكل بلد من الأدوية والمنتجات الصيدلانية ومشترياته من الواردات لتلك السلعة ذاتها– وهذا راجع للاستثمارات الكبيرة في قطاع الأدوية للعديد من البلدان خاصة في السنوات الأخيرة، حيث سجلت ثلاث دول انخفاضا في مبيعات الأدوية والأدوية المصدرة خلال فترة 5 سنوات. كانت المملكة المتحدة (انخفاض –26.7٪) وإيرلندا (انخفاض –18.9٪) والولايات المتحدة (انخفاض –6.1٪).

سجلت الدول التالية أعلى صافي صادرات إيجابية للأدوية والأدوية خلال عام 2019. يعرف Investopedia[5] صافي الصادرات على أنه قيمة إجمالي صادرات الدولة مطروحًا منها قيمة إجمالي وارداتها. وبالتالي، تقدم الإحصائيات أدناه الفائض بين قيمة الأدوية والصادرات لكل بلد ومشترياته من الواردات لتلك السلعة نفسها.

جدول رقم (5): يمثل فائض صافي التصدير من سنة 2015 إلى غاية 2019. الوحدة بالمليار دولار أمريكي

البلدان	الصادرات من الأدوية (مليار الدولار)	النسبة من فائض صافي التصدير %
سويسرا	26.5	+ ٪30.9
المانيا	26	+ %7,9
الهند	13.7	+ %28
ايرلندا	13.6	%–23,4
الدانمارك	12.3	+ ٪9995.8
فرنسا	10.8	%+28,8
هولندا	9.7	%+81,9

[5]معهد Investopedia (منذ 1999) عبارة عن مجموعة من المحررين والكتاب وخبراء المنتجات والمطورين وعلماء البيانات والمحللين والمديرين التنفيذيين، الذين يكرسون أنفسهم بشدة للتعليم المالي والاستثمار المالي والاستشارة والتمكين، وقد حضي باشادة دولية وكبرى المنظمات العالمية والدولية. www.investopedia.com

ايطاليا	7.5	٪305.2 +
السويد	5,3	٪51.4 +
بلجيكا	4.9	%-10,6
سنغافورا	3	٪25.3-
النمسا	2	%11,8+
إسرائيل	1.23	-٪75.3
سلوفينيا	1,2	%23-
المجر	700,1 مليون دولار	٪17,3+

المصدر: من إعدادنا

4- الفرص (**Opportunité**):

ارتفعت التجارة والمنافسة العالمية في الصناعات ذات التقنية العالية وفورات الحجم، والتي وضعت ضغوطًا على انخفاض الأسعار. –خاصة مع بداية التسعينات–حيث روجت الصناعات الفائقة التكنولوجيا الاهتمام أكثر بالتجارة الخارجية نتيجة تقسيم عمليات الإنتاج والابتكار في جميع أنحاء العالم للاستفادة من المعرفة المحلية والمزايا النسبية. وارتفع الاستثمار الأجنبي المباشر باعتباره مصدر للأفكار والمفاهيم المبتكرة، لأن تعقيدات الابتكار على الحدود التكنولوجية يجعل من الصعب زيادة الشركات والدول الفردية للمشاركة في الأنشطة المبتكرة. فكما تشير الأدبيات ان التجارة الدولية تظهر بوضوح في تجسيد الكفاءات وتعزيز المنافسة التي تحسن الفعالية الإنتاجية، وهو ما يتيح للشركات الوصول إلى تقنيات جديدة عبر المعرفة والمفاهيم والخدمات والأفكار المبتكرة.(OCDE, 2000, p. 40)

ستختلف أهمية الأسواق الدولية بين الشركات والصناعات لكن معظم الشركات لا تعمل فقط داخل الحدود الوطنية. من الواضح أن الشركات التي تعمل في سوق التصدير تحتاج إلى فهم الأسواق الدولية، ولكن حتى الملاك الوحيدين للسلع المنتجة لسوق محلية صغيرة قد تستخدم بشكل جيد المواد الخام المستوردة في الإنتاج، وبالتالي ستتأثر بالتغييرات التي تحدث دوليًا.

تتطلب كثافة المعرفة المتزايدة للنشاط الاقتصادي العالمي طرق جديدة للتفكير في الصناعة والمنافسة والإدارة الإستراتيجية. غالبا ما يتم تلخيصها بواسطة مقاييس الميزة التكنولوجية النسبية. إن الشركات المتعددة الجنسيات ليست قناة سلبية لنقل التكنولوجيا. ففي

دراسة قام بها (2001) Thomas Malnight[6]، اين تتبع تطور شركتين للأدوية من شركات وطنية إلى عالمية كسلسلة من مفاتيح وظيفية: تتحول بعض الوظائف إلى عولمة قبل غيرها، وتظل وظائف أخرى مركزة على البلدان.(kogut, 2004, p. 272)

تصدرت الولايات المتحدة الأمريكية البلدان التي حققت عجزا تنافسيا منذ عام 2015 بسبب التدفق السلبي، حيث ارتفع عجز الإنتاج الدوائي بنسبة 41.9٪، ويرجع هذا إلى عدة اعتبارات منها: ظهور الأسواق النامية خاصة مجموعة BRICS ودخولها سباق إنتاج الأدوية والمنتجات الصيدلانية كالبرازيل، وكذا المنافسة الأوروبية تلبية للطلب الاستهلاكي القوي، فضلا عن سياسة الضرائب المتبعة في أمريكا التي نفرت الشركات المحلية واستثمارها في الخارج.

جدول رقم (6): يبين أهم 15 بلد من ناحية العجز في الصادرات[7] الدوائية لسنة 2019 (منذ عام 2015)

البلدان	الصادرات من الأدوية (مليار الدولار)	النسبة من فائض صافي التصدير %
امريكا	- 55,1	%41.9
الصين	- 17	%71,9
اليابان	- 12.1	-19,6%
روسيا	- 9.9	58,4 %
السعودية	- 3.8	- %12,1
استراليا	- 3.3	- %19,6
كوريا الجنوبية	- 3.2	%51
البرازيل	- 3	%25,3
التايوان	- 2.6	%38

[6]تتميز العملية التي يحدث بها هذا التطور بعلامة القيود التنموية للشركة، والتي تعكس تاريخها وبصمة لها الأصول، وتحديات البيئات الأجنبية. وبالتالي تتطور الشركات بشكل مرتفع درجة التعقيد الداخلي من أجل معالجة استباقية شديدة التمايز بيئته. تذكر دراسته أن العولمة ليست خطية عملية وتعتمد بشدة على الشكل والإستراتيجية. وهي عملية يتطلب وقتًا لتتطور القدرات وتنضج.

[7]تصدير عملية بيع وتسليم سلع وخدمات الى الخارج، يعتبر التصدير هام جدا في توازن الميزان التجاري، واحد العوامل الأساسية في تحقيق التنمية الاقتصادية(Croissance). تصدير خاضع لنظام الحصص عند الخروج: أي إن الكمية محددة من طرف البلد المصدر بسبب نظام الحصص المطبق في ذلك البلد. تصدير خاضع لنظام الحصص عند الدخول: أي ان الكمية محددة من طرف البلد المستورد بسبب نظام الحصص (Contingentement)المطبق في ذلك البلد. (علية، 1985، صفحة 110)

بولندا	- 2.3	%82,3
رومانيا	- 2.2	%46,1
التشيك	-2	%34,3
تركيا	-1.79	%-17
الامارات	- 1.75	5 %
المكسيك	- 1.74	%20,6

المصدر: من إعداد الطالب

المبحث الثاني: آليات تطوير قطاع المنتوجات الدوائية

سوف نتطرق في موضوعنا إلى التنمية الاقتصادية نظرياتها ومحدداتها باعتبارها العملية التي يتم من خلالها تحسين مستويات معيشة المجتمعات بزيادة نصيب الفرد من الدخل القومي، والذي لا يمكن ان يتحقق-ولو بشكل نسبي-إلا من خلال دور الصناعة والتصنيع في النشاط الاقتصادي للمجتمعات والدول النامية بصفة عامة، حيث تصنف هذه الأخيرة وفق درجة التصنيع فيها مقارنة بالدول المتقدمة. (الاهدن، 1994، صفحة 65)

المطلب الأول: نظريات النمو الحديثة

1- **نظرية الدفعة القوية Big Push**:

تركز على تدخل الدولة وإعطاء دفعة قوية من الاستثمار يمكن من التغلب على الركود الاقتصادي وتحقق قدرا أعلى من الإنتاج والدخل وعندئذ ينتشر أثر التنمية على المجتمع كله، ويرىROSENSTEIN RODAN انه لإنجاح هذه النظرية على ارض الواقع وتحقيق التنمية في البلدان النامية، يجب توفير القدر الكبير من رؤوس الأموال التي يستحسن إقراضها من الخارج-لتجنب تبعات التمويل-على أن تستثمر في الصناعات الخفيفة دون الثقيلة، مع إنشاء الهياكل القاعدية الكبرى، وهذا كله ينتج عنه نقلة نوعية للمجتمع ككل نحو انطلاق فعلي. (بدران، 2014، صفحة 41)

2- إستراتجية النمو المتوازن لـ Balanced Growth Nurks:

وتتبلور هذه النظرية حول فكرة النمو المتوازن وأهميته للتنمية، حيث يركز Nurks-عمل Nurks على تطوير نظرية الدفعة القوية-على إنشاء وحدات إنتاجية متكاملة في وقت واحد -مع ضخ رؤوس أموال إنتاجية كبيرة، الأمر الذي ينتج عنه اتساع نطاق السوق وزيادة الطلب على منتجات الصناعات-وفق تكامل بين الوحدات مما يؤدي الى خلق الرفاهية على كافة المجتمع. (بدران، 2014، صفحة 42)

3- إستراتجية النمو غير المتوازن Unbalanced Growth:

تنص هذه النظرية على استهداف والتركيز في قطاع معين وتخصيص الاستثمارات له فقط بدلا من توزيعها على قطاعات الاقتصاد الوطني، من خلال إنشاء أنشطة منتجة ستولد بدورها الحاجة لمشروعات اجتماعية مكملة، ويرى رواد هذا النظرية –أمثال الأمريكي Alber.Hirshman والفرنسيين F.Perroux و G.de Bernis-انها الأكثر واقعية والملائمة للدول المتخلفة، كما أن أطروحاتهم التي تجمعها الفكرة المحورية قد تعددت وفق التفصيل التالي: (مصطيفى و سانية، 2014، صفحة 72)

3-1 نظرية Alber.Hirshman والصناعات المحركة(القائدة):

يرى Alber.Hirshman بوجوب تركيز الدول المتخلفة على الاستثمار في القطاعات الإستراتيجية الرائدة التي تعمل على تحريض القطاعات الأخرى للحاق بها، حيث يتم الاختيار بدقة وفق معايير أهمها –في نظره-"القدرة على الدفع إلى الخلف" "والقدرة على الدفع للخلف"، بحيث تعطى الأولوية للمشاريع او القطاعات التي حجم الطلب على منتجاتها في السوق يساوي نصف طاقتها، أي أولوية الاستثمارات المنتجة على البنية القاعدية.

3-2 نظرية أقطاب النموPerroux:

ركز على Perroux على أقطاب النمو بدل الصناعات المحركة، حيث أعطى أهمية قصوى للمنشاء كمحفز للنمو من خلال مستوي المنطقة او القطب، أي إبراز العلاقة بين النشاط الاقتصادي والمكان الجغرافي التفاعلي غير المتجانس للتنمية المحلية. لكنه يشترط لنجاح انطلاق التنمية الاقتصادية توفر مسبق لوسط اجتماعي واقتصادي يمتلك حدا أدنى من التطور الذي بموجبه يمكن توفير المرونة لعمل آليات الجذب في أقطاب النمو.

3-4 نظرية الصناعات المصنعة De Bernis:

عمل De Bernis على تطوير نموذج سابقيه-Perroux-مركزا على الصناعات الثقيلة وبالأخص "الصناعات المصنعة"، ويقصد بها تلك الصناعات التي تشكل منتجاتها عاملا محفزا لصناعات أخرى تستخدم هذه المنتجات كمدخلات لها. كما يرى أن هذه الصناعات في الفروع التالية:

-مجموع فروع الأربعة التي تقدم سلعا رأسمالية للفروع الأخرى.

-الفروع الكبيرة للصناعات الكيماوية.

-إنتاج الطاقة (الصناعات البتروكيماوية).

وقد طبقت في الجزائر خلال الفترة 1967-1977، بغية تحقيق التنمية من خلال الاعتماد على الصناعة الثقيلة مع الارتكاز على فروع معينة يكون لها مفعولا تعاقبيا أو تسلسليا في تحريك الاقتصاد، وهي المقاربة التنموية المندرجة ضمن التخطيط الشامل في نظام اقتصادي موجه قائم على التدخل القوي للدولة في كل النشاطات الاقتصادية، ليتم التراجع عنها مع بداية الثمانينات بعض تبني الإصلاحات التي غلب عليها البعد التنظيمي من خلال التركيز على تجاوز نمط التسيير الممركز والإداري للاقتصاد، للوصول إلى إحداث فعالية أحسن للنظام الإنتاجي مع ضمان سير فعال ومنسجم للاقتصاد ككل بشكل عام. (ميموني وناجح، 2018، صفحة 3)

3-4 نظرية اقطاب النمو Growth Centers:

تختص هذه الإستراتيجية بالبحث في العلاقة بين الخصائص الوظيفية للمناطق والجغرافية المحلية، الإقليمية، الوطنية والعالمية، بتركيز عوامل التنمية في عدد محدد من أقطاب النمو. أي إبراز العلاقة بين النشاط الاقتصادي والمكان الجغرافي التفاعلي فيمكن للمؤسسة الصناعية ان تلعب دور مهم جدا في التنمية الاقتصادية خلال نطاق نفوذها الإقليمي وفي مجال مكاني ما. (العزاوي، 2016، صفحة 195)

4- نظرية شومبيتر:

يرى شومبيتر بان تقدم الإنتاج القومي يحدث عبر قفزات غير متناسقة عند استغلال أفاق جديدة من الموارد، ويصاحب هذا التقدم فترات من الرخاء والكساد بالتبادل، حيث يرتكز شومبيتر على شخصية المنظم في تحليله لتحقيق التنمية الذي قد يعمل على الأشكال الآتية: 1-إدخال سلعة جديدة. 2-استخدام طريقة جديدة في الإنتاج.3-افتتاح سوق جديدة. 4-استغلال مورد جديد من موارد المواد الخام. 5-إعادة تنظيم صناعة من الصناعات. (بالدوين، 2009، صفحة 45)

5- إستراتيجية إحلال الواردات:

يقصد بها أن ينتج المجتمع محليا ما كان يستورده من قبل أو ما كان يمكن أن يستورده لو لم يقم بهذا الإنتاج، بغية تحقيق نوع من الاكتفاء الذاتي وتقليص الاعتماد على الخارج من ناحية ارتفاع فاتورة الاستيراد. حيث تعتمد الدولة في هاته السياسة على مجموعة من الإجراءات، كفرض رسوم جمركية مرتفعة على السلع الاستهلاكية المستوردة المنافسة للإنتاج المحلي-لكي يرتفع سعرها، مما يؤدي إلى نقص الطلب عليها وزيادته على السلع المنتجة محليا-. كما تقوم الحكومة أيضا بتخفيض الرسوم الجمركية على المعدات واللوازم المستعملة في إنتاج السلع المراد تشجيع إنتاجها محليا. (نعيم، 2016، صفحة 46)

6- إستراتيجية التصنيع الموجه للتصدير:

يعتبر قطاع التصدير قوة دافعة بالنسبة للأسواق الخارجية التي تفتح مجالا واسعا أمام سلع معينة، فأي صناعة يمكنها أن تنمو بسرعة أزيد إذا أمكنها أن تبيع منتجاتها في الأسواق الخارجية بدلا من الأسواق الداخلية فقط، وقد يؤثر هذا على نمو صناعة أخرى مرتبطة بها. كما أن التصدير يخلق طلبا فعال جديد على السلع في السوق الداخلي، لان قيام المنافسة بين الصناعات المصدرة والصناعات التي تعتمد على السواق الداخلي فقط من اجل الحصول على الموارد الإنتاجية يحفز تلك الصناعات على إدخال ابتكارات لتزيد من قدرتها الإنتاجية. (بالدوين، 2009، صفحة 84) تقوم هذه الإستراتيجية على اختيار عدد معين من الصناعات التي يكون الهدف من إقامتها التوجه نحو السوق الخارجي وليس السوق الداخلي-أي ان نجاحها مقتصر على مدى زيادة الطلب الخارجي-.

7- نظرية النمو التلقائي القائم على تغيير الطلب:

ترجع معالم هذه النظرية إلى بول هوفمان الذي قام بتحديد مراحل النمو التلقائي وفق الفروض التالية:

- اعتماد أسلوب الاقتصاد الحر.
- عنصر الطلب هو الحافز على التنمية.
- وجود تتابع زمني حتمي للانتقال بين المراحل-وفق قانون إنجيل[8] في الطلب الصناعي-.
- تقاس نوعية المرحلة بناتج قسمة صافي للصناعات الاستهلاكية على نظيره الخاص بالصناعات الاستثمارية.

[8] عند تحقق حالة الإشباع لدى المجتمع عند مستوى معين من الدخل الحقيقي، فان كل زيادة في الدخل بعد هذا الإشباع ستؤدي إلى حدوث زيادة متناقصة في الطلب على المواد الغذائية (أي انخفاض المرونة الدخلية للطلب)، وبالتالي إلى حدوث زيادة متزايدة في الطلب على المواد غير الغذائية. **قانون انجيل Engel's Law**

وعلى ضوء الفروض السابقة الذكر ركز هوفمان على تحديد المراحل الخاصة بالنمو الاقتصادي وجب على كل مجتمع المرور بها، ونذكرها على الترتيب الأتي: (الاهدن، 1994، صفحة 57)

1- مرحلة صناعات تجهيز المواد الأولية وإعدادها للتصدير، والتي تتميز بارتفاع الاهتمام بالسلع الاستهلاكية مقارنة بالاستثمارية.

1- مرحلة تصنيع السلع الاستهلاكية بغرض تحقيق الاكتفاء الذاتي وتقليص حجم الاستيراد، وهو ما يحسن الميزان التجاري.

2- مرحلة تصنيع السلع الوسيطة وإحلالها محل الواردات، مما يسمح بتخفيف العبء على الميزان التجاري والمرور إلى المرحلة الموالية.

3- مرحلة تصنيع السلع الإنتاجية أو الرأسمالية كالآلات والمعدات الثقيلة، وهي مرحلة يرى هوفمان بأنها أرقى واخر مراحل التطور الصناعي.

8- استراتيجيات تلبية الحاجيات:

يرى العديد من الاقتصاديين أن تحقيق التنمية لا يقتصر على تحسين وعدالة توزيع الدخل الفردي، بل يتجاوز ذلك إلى محاربة الفقر المطلق وتخفيض مستمر لمعدلات البطالة أيضا. ومنه تبني ما يطلق عليه اسم "تلبية الحاجيات الأساسية" التي تعنى أساسا بضرورة توفير القدر المعقول من مأكل، مشرب، ملبس، تعليم أساسي وعناية صحية. (عجمية، ناصف، و نجا، 2008، صفحة 200)

تعتبر الرعاية الصحية من أهم مرتكزات هذه الإستراتيجية، من توفير الدواء لعلاج مختلف الأمراض وغيرها من المنتجات الصيدلانية التي يحتاجها الإنسان، والتي تدخل ضمن الوفاء بالاحتياجات الأساسية للقاعدة العريضة من أفراد المجتمع، وكذا النهوض بمستوى قدرات القوة العاملة. بالرغم من تعدد وجهات النظر إلا انه هناك من يرى(Singh) بإمكان الجمع بين تلبية الحاجيات الأساسية وإستراتيجية التصنيع معا، خاصة وان الأولى تتطلب على المدى الطويل تحويل في الهيكل والبنيان الإنتاجي في صالح الصناعة، كما أن تلبية الحاجيات الأساسية التي تؤدي إلى تحسن في توزيع الدخل تعمل بدورها على دفع عملية التصنيع. (عجمية، ناصف، و نجا، 2008، صفحة 203)

8-1 نظرية التبعية:

يعرف Dos Santos التبعية على أنها: "واقعة يكون اقتصاد أقطار معينة مشروطا بتنمية وتوسع اقتصاد آخر، حيث تستطيع بعض الأقطار السائدة أن تتوسع وتواصل تنميتها، بينما الأقطار التابعة تستطيع ذلك لكن كانعكاس لذلك الحاصل في الأقطار الأولى وفق أثار إيجابية او سلبية على تنميتها مباشرة". (القريشي، 2017، صفحة 100) ويميز Santos بين ثلاث أنواع من التبعية هي:

ا- التبعية الاستعمارية: ويقصد بها السيطرة التامة لرأس المال الأجنبي على كافة اقتصاديات المستعمرة عبر احتكار التجارة.

ب- التبعية المالية-الصناعية: سيطرة رأس المال الأجنبي على مراكز إنتاج المواد الأولية والزراعية في البلدان المستعمرة.

ج- التبعية التكنولوجية-الصناعية: ظهور الشركات المتعددة الجنسيات وإقامتها لصناعات تلبية للسوق المحلية في البلدان المتخلفة، ضمن نطاق ما يسمى "بإستراتيجية إحلال الواردات".

8-2 إستراتيجية التنمية المستقلة:

يعتبر Paul Barane رائدا في الدعوة إلى التنمية المستقلة، والتي ترتكز على ضرورة تدخل الدولة التي تعمل على زيادة نشاطها الاقتصادي لإنجاح عملية التنمية والتطور. بالإضافة الى اعتماد المجتمع على تطوير ذاته وفق الإمكانات التي يتمتع بها، فضلا عن إعطاء الأولوية إلى بناء قاعدة علمية متينة تنشر المعارف وتكون المهارات الفردية العاملة والعمل على تأهيل الكوادر البشرية، تعبئة الموارد المتاحة وتصنيع المعدات الإنتاجية، التوزيع العادل للفائض الاقتصادي وعدم استنزافه. (القريشي، 2017، صفحة 109)

8-3 نظريات النمو الذاتي أو الداخلي:

لقد شرح Paul Romer 1994 فكرة النمو الذاتي انطلاقا من مستلزمات الإمداد ومخرجاته، فالنمو هنا لا يعتمد إلا على سلوك او تصرفات أطراف النشاط الاقتصادي ومتغيرات الاقتصاد الكلي. ويمكن القول أن هذا النموذج هو إمكانية إبقاء الناتج الحدي لرأس المال دون انخفاض وقت أول مع تراكم راس المال. (القريشي، 2017، صفحة 110)لقد أعطى Paul Romer مصطلح النمو أكثر أهمية وخصائص من خلال مقالاته وأعماله البحتة، خاصة عندما ادخل مصادر جديدة في للنمو تمثلت في:

8-3-1رأس المال المادي أو المعرفة لـ Paul Romer

ويعني به المعرفة كمصدر للنمو الذاتي، من خلال تراكم الخبرة المكتسبة من الإنتاج والتي تنتج تلقائيا. حيث يقسم Romer الفجوة بين الدول الغنية والفقيرة إلى مكونين هما:

ا- الفجوة المادية: وتتضمن المصانع والطرق والآلات الحديثة (رأس المال المادي).

ب- الفجوة الفكرية: وتشمل المعرفة عن الأسواق والتوزيع، والقدرة على استعمال الأفكار في حل المشاكل الاجتماعية والفنية، وهو ما يميز الدول الغنية عن غيرها الفقيرة، كما انه يشير إلى تمتع الفجوة الفكرية بالعديد من المزايا مثل: التطور التكنولوجي الذي ينتج وفورات خارجية. يرتبط رأس المال الفكري بخلق الثروة والتراكم المعرفي الذي يعطي الإضافة، لذا يعرف على انه: "القدرة العقلية لدى فئة معينة من الموارد البشرية المتمثلة في الكفاءات القادرة على توليد الأفكار المتعلقة بالتطوير الاستراتيجي للأنظمة والأنشطة والاستراتيجيات، بما يضمن للمؤسسة امتلاك ميزة تنافسية مستدامة". (يوسف الزين و مكيد ، 2018، صفحة 78)

كما يمكننا إدراج نموذج الذي اقترحه Lukas بخصوص رأس المال البشري نظرا لأهميته في موضوعنا هذان وتكملة للنموذج السابق-لان معظم الاقتصاديين يدرجون رأس المال البشري ضمن أبعاد رأس المال الفكري-.

8-3-2 رأس المال البشري Lukas:

وتعني أهمية الاستثمار في الرأس المال البشري هو السبب في الإنتاجية المرتفعة في البلدان المتقدمة[9]، كما أعاد Lukas إحياء الاستثمار في الراس المال البشري عبر زيادة المعارف المكتسبة من خلال إعادة التأهيل، والذي ينجم عنه نمو ذاتي باعتبار الإنسان مصدر رئيسي ومخزون للمعرفة التي ترتبط بالأفراد عن طريق التدريب والتعليم والتكوين. (القريشي، 2017، صفحة 114) ويقترح Lukasنموذجين هما:

- النموذج الأول: يكتسب الفرد المهارة والاختصاص، من خلال تراكم راس المال البشري داخل مختلف القطاعات الاقتصادية.

- النموذج الثاني: تركيز راس المال في قطاع من القطاعات، حيث يتم التضحية بإنتاج سلعة مقابل أخرى تتميز بزيادة أثار التعليم والتدريس فيها، او إنتاج السلع التي تقدم أكبر قدر ممكن من الإمكانيات لتراكم راس المال البشري.

وباختصار يتمثل راس المال البشري في القوى العاملة التي تمتلك القدرة على التغيير والإبداع عبر مختلف المعارف والمهارات المتنوعة والخبرة الميدانية المكتسبة نتيجة الممارسة أو التعليم والتكوين، كما انه محرك الإبداع في المؤسسة أو المنظومة ككل.

8-3-3تراكم رأس المال التكنولوجي:

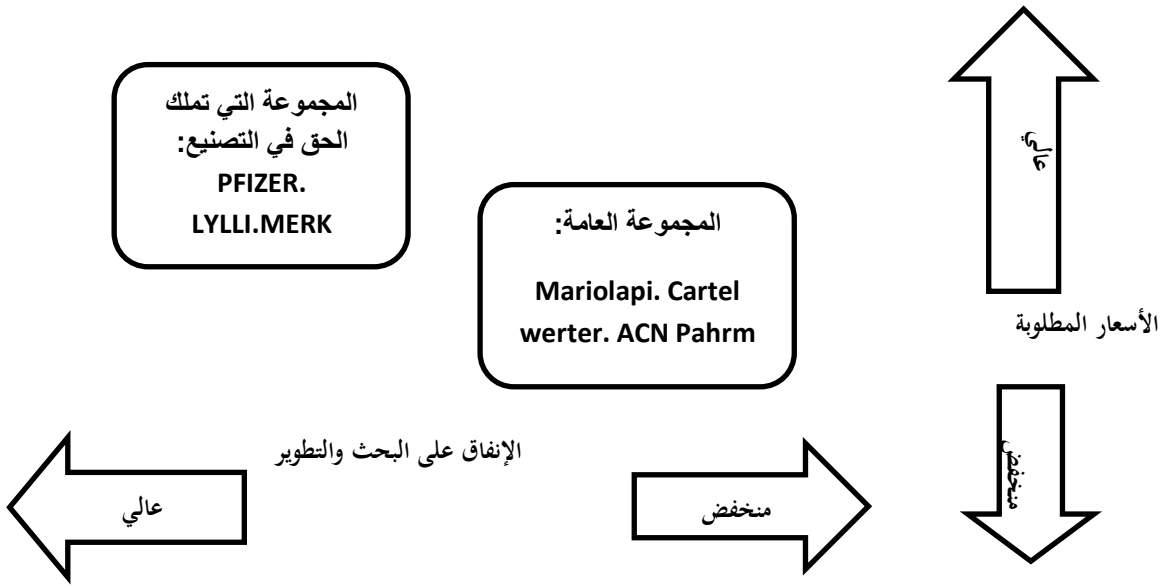
ويتمثل في التجديدات التكنولوجية التي تسمح بإنتاج سلعة جديدة أكثر إنتاجية من السلع القديمة، بحيث تصبح تشبع نفس الحاجيات ولكن بطريقة أفضل. ويعتبر راس المال التكنولوجي مؤشرا لعدد التجديدات التي يستطيع اقتصاد ما تحقيقها، لأنه ناتج عن عملية البحث والتطوير. (القريشي، 2017، صفحة 118)

[9] يرجع الاهتمام الأول لأهمية الاستثمار في الراس المال البشري إلى الاقتصادي الألماني Theodore Schultz عام 1961.

9- المجموعة الإستراتيجية:

تختلف الشركات في مجال الصناعة الواحدة فيما بعضها بسبب سياسة التوزيع مثلا أو جودة المنتوج المقدمة أو التكنولوجيا المستخدمة، سياسة التسعير المتبعة وغيرها من العوامل التي تفرق بين الاستراتيجيات الأساسية التي تتبعها شركات في مجموعات مقابل أخرى تتبع نفس المناهج، وهو ما يطلق عليه بالمجموعة الإستراتيجية. (Charles و Gareth، 2001، صفحة 156) فمثلا يمكننا تقسيم شركات الصناعة الصيدلانية إلى مجموعتين رئيسيتين: الأولى تضم الشركات التي تتبنى إستراتيجية المخاطر العالية-اغلب الشركات الضخمة-من خلال إنتاج أدوية جديدة-التي ترتفع عوائدها وإرباحها-الذي يتطلب نفقات كبيرة على البحث والتطوير فهو طريق مكلف وشاق ومحفوف بالمخاطر خاصة في ظل فشل مشروع البحث. أما المجموعة الثانية فيمكن حصرها في الشركات التي تتبنى إنتاج الأدوية العامة-المنخفضة التكاليف-او أنواع من الأدوية التي انتهت براءات اختراعها أي أنها تمتاز بمخاطر قليلة وتكاليف منخفضة.

الشكل رقم(3): المجموعة الإستراتيجية في الصناعة الصيدلانية



المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على(Charles و Gareth، 2001، صفحة 157)

المطلب الثاني: البحث والتطوير في الصناعة الدوائية

1- أهمية الابتكار.. البحث والتطوير:

يقصد بالبحث والتطوير (R&D) بأنه: مجموعة الآليات التي يتم اعتمادها والأعمال والمشاريع الابتكارية والإبداعية، التي يجري تنفيذها بطريقة منظمة وتكاملية، بهدف زيادة المخزون المعرفي والثقافي للبشر بما في ذلك معرفة الإنسان والمجتمع، واستخدام هذه المعارف لبناء تطبيقات جديدة وتحسين حياة البشر وزيادة النمو الاقتصادي وتحقيق الأمان.

وتعرف منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE.2013) البحث والتطوير على انه:" العمل الإبداعي الذي يتم على أساس نظامي، بهدف زيادة مخزون المعرفة بما فيها معرفة الإنسان والمجتمع واستخدام مخزون المعرفة هذا لإيجاد تطبيقات جديدة" (مؤسسة محمد بن راشد، 2015)

أورد تقرير التنافسية العربية الذي أعدته مؤسسة محمد بن راشد آل مكتوم بالشراكة مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي " مؤشر التنافسية العربي 2015" المؤشرات الدالة على وجود البحث والتطوير في الشركات الصناعية، وهي:

- إنفاق الشركات على عمليات البحث والتطوير.

-السعي للحصول على براءة اختراع.

-توفر رأس المال المبادر.

-مدى قدرة الشركة على خلق و تطوير التكنولوجية المستخدمة.

-مدى سعي الشركة لاستيعاب التكنولوجية الجديدة.

-مدى توفر مراكز البحث و التطوير المتخصصة كما و نوعاً. (من ناحية العدد والجودة).

-مدى الاعتماد على الابتكار.

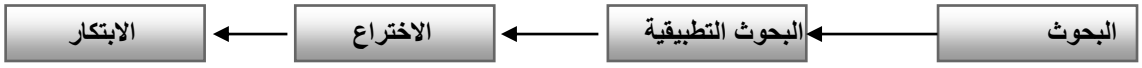
وعرف الابتكار حسب (Druker.F.1985) على انه:" التخلي المنظم عن القديم، وفي المقابل يعني الإدخال المنظم للجديد مع التأكيد على الاستمرارية في العملية".(الطيف، 2018، صفحة 11)

كما يذكر (Steine1975) الابتكار بأنه تلك العملية، التي ينتج عنها عمل جديد مقبول أو ذو فائدة أو مرض لدى مجموعة من الناس، ويعرف (Roger 1954) الابتكار بأنها: ظهور إنتاج جديد ناتج عن تفاعل بين الفرد والمادة.(الالوسي، 2002، صفحة 7)

إن عملية الابتكار تعتمد على سلسلة من الإجراءات والخطوات التي تنتهج وقيمة تسويقية، حيث عرفت عدة نماذج تطورت مع الوقت، نذكر من أهمها النموذج الخطي والذي يأخذ نموذجين حسب مصدر الابتكار:

ا-النموذج الأول ProcessesTechnology Push): (يسمى بنموذج (الدفع التكنولوجي) وقد تم تطوير نموذج العملية هذا في الخمسينات من القرن الماضي من قبل Schumpeterحيث تكون العملية الابتكارية علي الشكل التالي:

الشكل رقم (4): مراحل العملية الابتكارية



المصدر: Perrin J. 2001

حيث يعتبر عصب الابتكار غالبًا ما يكمن في كيانات البحث أو البحث الأساسي ثم إلى البحث التطبيقي أو تطوير الاختراعات، التي تؤدي إلى إنتاج وتسويق منتجات جديدة.

ب-النموذج الثاني (ProcessesNeed Pull): يسمي بنموذج (دفع السوق)، الذي تم تطويره من قبل Schmookler سنة 1966، حيث تأخذ العملية الابتكارية تغير سلوك الزبائن والمستهلكين كعنصر أساسي لتطوير منتجات مبتكرة.

مع تسارع وتيرة التقدم التكنولوجي، أخذت عمليات الابتكار في النظرية الاقتصادية مفهوما آخر، حيث وصف(Roux، 2001، صفحة 79) S.Kline et N.Roesenberg (1986) –نموذج السلسلة المترابطة– على أن العملية الابتكارية هي: عملية تكرارية أو سلسلة متكررة بين مختلف مراحل البحث والتطوير، الاختراع والتسويق. كل هذه النماذج دفعت إلى ظهور نماذج أخرى تعزز مفهوم الشراكة، التحالفات، والشبكات، كعنصر أساسي في بث المعلومات وإشراك المعارف للوصول إلى مخرجات ابتكارية جديدة في القطاع الصناعي، كما هو الحال في جميع قطاعات البحث والتطوير المكثفة. تتميز عمليات الابتكار بالتنوع والطابع التطوري وتشابك أنماط التفاعل، حيث ان هناك ثلاث أسباب منطقية من التفاعل: (Hamdouch, 2000, p. 38)

- منطق الاستباقية في الحصول على الموارد واختيار الشركاء والأسواق.
- منطق التكامل المباشر أو غير المباشر للمنافسين أو الشركاء الرأسيين تحديد نسبة المساهمة في البحث التطوير وحصة في السوق).
- منطق التفاعل المختلط بين مختلف الجهات الفاعلة في القطاع (المختبرات الصيدلانية وشركات التكنولوجيا الحيوية ومراكز البحث العامة، وذلك من أجل تسريع العملية الابتكارية.

2- أهم الخصائص التي تميز عملية الابتكار في القطاع الصناعي الدوائي:

ا- نشاط يتعلق بالجانب الصحي.

ب- التركيز علي البحوث العلمية الأساسية والتطبيقية ثم الإنتاج والتسويق، حيث تدخل بعض التعقيدات كإجراء التجارب السريرية عنصرا هاما.

ج- ابتكارات تخضع لمبدأ عدم اليقين، تكاليف عالية في البحث والتطوير تأخذ توجها طويل الأمد ودرجة مخاطرة كبيرة.

د- المنتجات الصيدلانية التي تخضع للمعايير التنظيمية-في ما يخص التسعير و التسويق-، حيث نجد نوعان من المنتجات : **أدوية مبتكرة** التي تمتاز بارتفاع أسعارها، و**أدوية جنيسة** تمتاز بانخفاض أسعارها، حيث تقوم على أدوية مبتكرة قديمة، والتي سقطت براءة اختراعها في المجال العام.

2-1 أنواع الصناعة الدوائية:

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية في السبعينيات الدواء الأساسي-وهذا في إطار الرد على الشكوك فيما تعلق بالإمدادات إلى البلدان النامية-كما يلي: " الأدوية الأساسية هي تلك التي تلبي احتياجات غالبية السكان في الرعاية الصحية؛ لذلك يجب أن تكون متاحة في جميع الأوقات المناسبة، وبالكميات الكافية وفي الشكل الصيدلاني اللازم. "كما انه يجب التلميح إلى أن الدواء الأساسي مرتبط بجانبين أساسين هما أولا، الجانب العلاجي ويقصد به ضمان الشروط الثلاثة للدواء من فعالية وسلامة ونجاعة، وثانيا الجانب الاقتصادي الذي يعنى بالرعاية الصحية العمومية. (Andriollo, et al., 1997, p. 2) حيث تشكل الصناعات الصحية قطاعا استراتيجيا وزنه الاقتصادي كبير على مستوى العالم، يجمع القطاع أربعة القطاعات الرئيسية: المنتجات الطبية للاستخدام البشري، والمنتجات الطبية البيطرية، الأجهزة الطبية والتقنيات الطبية والتشخيصات الداخلية المختبر. (D. Little، 2013، صفحة 3) كما تصنف الأدوية من خلال اكتشاف الجزيء الرئيسي (molécule) حسب كل مكون لها إلى ثلاث أنواع متواجدة في السوق الصيدلاني:

1- الأدوية الرئيسية (princeps): ونقصد بها الأدوية الأصلية التي تتميز بطول مرحلة البحث والتطوير، واحتكار بيع المنتج لفترة زمنية تقدر بـ 20 سنة عند وضعه في السوق، وعامة ما تكون قابلة للتعويض.

2- الأدوية الجنيسة (génériques): تمثل الأدوية المطابقة للأصلية المنتهية ملكية حماية براءة اختراعها.

3- الأدوية (OTC (over-the-counter: حيث تمثل حصة هامة في سوق الأدوية، وتتميز بارتفاع أرباحها مثل مستحضرات التجميل التي تباع بشكل حر-اي يمكن اقتناؤها بدون وصفة طبية- (automédication)، وعادة ما تكون غير قابلة للتعويض.

كما يمكننا تصنيف الأدوية من حيث الشكل المرحلي إلى عدة أصناف[10]:

- المواد الأولية (الأساسية): يمكن أن تكون طبيعية وغير طبيعية، وهي المكون الأساسي في جودة المنتج النهائي.
- مستلزمات التعليب والتغليف: سواء علب ورقية او كبسولات زجاجية التي تحافظ على صلاحية وجودة الأدوية، كما تلعب هذه العملية دور كبير جدا بمبيعات وتسويق المنتجات الصيدلانية.
- المنتجات النهائية: وهي تشكل هيئة الدواء القابل للاستهلاك الأخير.

3-الابتكار في الشركات الصيدلانية العالمية:

هناك ثلاثة تصنيفات من المؤسسات العالمية،التي تنشط في الصناعة الدوائية:(Coutinet, 2008, p. 125)

- المؤسسات الرائدة والكبيرة الحجم: مثل Pfizerو GlaxoSmithKline، حيث تعتمد استراتيجياتها على تطوير منتجات توفر أكبر حصة سوقية والتي تلقى رواج وإقبال عالمي عليها.
- المؤسسات المتوسطة الحجم:مثل Forest وAllergan، تتبنى هذه الشركات متوسطة الحجم استراتيجيات متخصصة، حيث تختار صناعة دوائية معينة التي لا تتواجد فيها شركات الأدوية الكبرى، بحيث يوجد بها عدد كبير من الاحتياجات غير الملقاة في السوق.
- مؤسسات التكنولوجيا الحيوية: هي النوع الثالث من الشركات، وهي أكثر حداثة وتواجه منافسة قوية في سوق الأدوية. في الواقع ان نموها كان قويا ابتداءا من ثمانينيات القرن الماضي، حيث أصبحت من المؤسسات الناشطة التي تعمل على الاستثمار في البحث والتطوير والعمل على دمج المعلومات الحيوية وتقنيات الحاسوب، ومن أهم هذه المؤسسات الأولى في هذا النشاط نجد Biogen،Amgen.

4-مدى مساهمة الابتكار والبحث والتطوير في صناعة الأدوية العالمية.

[10]Pollock, Aetal. Good Manufacturing practice in the pharamacentical industry, Workshop on Tracing Pharamacenticals in South Asia, University of Edinburgh, 2009.

إن العالم اليوم يشهد تقدما تكنولوجيا هائلا في مختلف المجالات والميادين العلمية وخاصة ما يسمى بالتكنولوجيا الحديثة او فائقة التطورن والتي تندرج تحتها خمسة مجالات أساسية هي علوم الاتصالات والمعلوماتية والالكترونيات الدقيقة، والفوتونات الضوئية الدقيقة، وتكنولوجيا الفضاء والمواد الجديدة، وصناعة الأدوية والكيماويات الدقيقة، والهندسة الوراثية والتكنولوجيا الحيوية. (الحوت وشاذلي، 2007، صفحة 236)

من المتوقع أن يصل سوق الأدوية العالمية الى 1500[11] مليار دولار في السنوات القليلة القادمة، علما انه في سنة 2018 سجلت مبيعات أكبر عشرة شركات الأولى 31,5% من إجمالي المبيعات العالمية و54% من إجمالي رقم الأعمال من خلال بيع 82 دواء. وقدر بـ 1205 مليار دولار[12](Blockbuster) التي تسيطر عليه الولايات المتحدة الأمريكية بفضل تمكنها من التكنولوجيا وبراءات الاختراع المسجلة بفضل شركاتها الرائدة، ويرجع هذا النمو والتطور الى ثلاث محاور أساسية وهي: (Cristofari J. J., 2019)

- اهتمام الشركات العشرة الأولى بعلم الأورام المناعي العلاجات المناسبة له من خلال الأدوية المطروحة في السوق او التي لا تزال في مرحلة البحث والتطوير.
- ازدياد الاهتمام والمشاركة في الأمراض الالتهابية بأنواعها المنتشرة بكثرة وأمراض الكبد مثل NASH.
- وفي الأخير تسخير وتعزيز كل القدرات في مجال البحث والتطوير والإنتاج خاصة في مجال العلاج بالخلايا والجينوم.

وبعائد إجمالي بلغ 331,35 مليار اورو (2,66+%)، تمكنت الشركات العشر أوائل من تحقيق صافي أرباح التي ارتفعت بـ 45% الى 87,05 مليار اورو سنة 2018، في حين بلغ سنة 2017 ما يعادل 59,79 مليار اورو.(نفس المرجع السابق)

على هذا الأساس، فقد بلغ الإنفاق على البحث والتطوير 69,33 مليار اورو (7,69+%) مقارنة مع سنة 2017 أين بلغ 60,48 مليار اورو، ويعود هذا النمو إلى الابتكار والإبداع والبحث والتطوير، إذ سيتم إطلاق ما لا يقلعن 54 جزيء جديد سنويا خلال السنوات الخمس التالية، حيث ثلثا (3/2) هذا المركبات سيوجه إلى المنتجات المتخصصة و30 منها إلى علاج السرطان.

[11] تم http://pharmanalyses.fr/2018-un-excellent-cru-pour-le-top-10-de-la-pharma-mondiale/ الاطلاع عليه 2020/02/23. 14:32

[12] تسمى المجموعة الرائدة بـ blockbuster التي يتجاوز رقم أعمالها المليار دولار في السنة.

وإجمالا زاد عدد التجارب الإكلينيكية في مراحلها النهائية سنة 2018 بنسبة 11% (IQVIA)[13] أما في مراحلها الأولى فقد ارتفع الى 9%، وفقا لمركز الدراسة وتطوير العقاقير (CSDD) فان نصف الأدوية في خط البحث والتطوير بنحو 80% من كل الأدوية التجريبية لعلاج الأمراض المرتبطة بالسرطان تعتمد على مؤشرات البيولوجية والبيانات الجينية لاستهداف العوامل العلاجية.

شكلت كل من شركة Novartis، Otsuka، Pfizer وSanofi تحالف مع Verily (وحدة علوم الحياة)، على أمل إعادة بعث وتطوير التجارب الإكلينيكية (السريرية) في مجالات السرطان، الصحة العقلية، السكري، والأمراض الجلدية وأمراض القلب، باستخدام التكنولوجيا التي تم تطويرها من طرف Verily، إذ تم إنشاء منصة ضخمة Real-RealWorld Evidence (RWE)[14]تضم العديد من المرضى والأطباء والباحثين تعمل على تطوير وجمع البيانات بجودة عالية وتنشيط المعلومات الصحية عبر السجلات الصحية الالكترونية والمصادر الرقمية الأخرى. (FDA, 2020)

كما أبرمت شركة Pfizer وBMS اتفاقية إستراتيجية مع مؤسسة Concerto HealthAI، التي ترتكز على بيانات الحقيقية العالمية الخاصة بالسرطان Real-World Data(RWD[15]) وإدماج الذكاء الصناعي المتقدم (IA) وهذا قصد تحديد وتطوير أدوية الخاصة بعلوم الأورام الدقيقة، بالإضافة إلى كيفية استخدام الأدوية للمساعدة في تحسين نتائج المرضى.

الجدول رقم (7): يبين أهم 10 شركات صيدلانية في العالم لسنة 2018 والنفقات على البحث والتطوير

(الوحدة: مليار اورو)

[13]معهد (IQVIA) يستخدم علم البيانات البشرية دمج علوم وتكنلوجيا المعلومات والعلوم الانسانية لمساعدة العملاء على تلبية كل من الاحتياجات الحالية والفرص المستقبلية. موقع https://www.iqvia.com/newsroom/2019/04/iqvia-institute-for-human-data-science-study-record-59-new-us-drugs-launched-in-2018-success-rates-f تم الاطلاع عليه 2020/02/20.

[14]**Real-world evidence**: موقع الكتروني يحتوي معلومات مستكملة عن حالة أنشطة الهيئة في مجال تطوير واستخدام الادارة الاقليمية لإدارة الاغذية والزراعة.(FDA) مثل: التجارب العشوائية بما في ذلك التجارب البسيطة الكبرى والتجارب العملية والدراسات القائمة على الملاحظة (العشوائية/الاحتمالات).

[15]**Real-world data**: ويمثل مجموعة البيانات الحقيقية المتعلقة بالحالة الصحية للمرضى / تقديم الرعاية الصحية التي تجمع بصورة روتينية من مصادر متنوعة. مثل: السجلات الصحية الالكترونية، البيانات التي يتم انشاؤها من المريض...

الشركة	رقم الأعمال	الربح الصافي	النفقات على D&R	R&D/ CA (%)	عدد العمال
Pfizer(USA)	46,81 (+2%)	9,73	6,98 (+4%)	14,9	92400
Norvatris (Suisse)	45,32 (+5%)	11	7,92 (-)	17,4	125000
Roche (Suisse)	50,44 (+7,1%)	9,64	9,8 (+6%)	19,5	94440
J& J (USA)	71,26 (+6,7%)	19,47	9,41 (+1,7%)	13,2	135100
GSK (UR)	34,47 (+5%)	7,92	4,17 (+2%)	12,1	95450
Sanofi (FR)	34,46 (+2,5%)	6,82	5,9 (+7%)	17,1	106860
Merck et Co (USA)	36,63 (+5%)	5,41	8,51 (-5,6%)	23,2	69000
Abbvie (USA)	28,64 (+15%)	4,96	9,02 (+23%)	31,5	30000
Gilead (USA)	20,74 (+4%)	7,33	3,26 (+4,9%)	15,7	21500

Amgen (USA)	19,32 (-15,2%)	4,77	4,36 (-)	22,6	11000
المجموع	**388 (+2,07%)**	**87,05**	**69,3 (+7,69%)**	/	780750

المصدر: من إعدادنا[16]

وبشكل عام زاد الاهتمام بالذكاء الصناعي (IA) وإدخال الآلة في التجارب السريرية، وهو ما عاد بالإيجاب على البحث والتطوير كمراقبة الأدوية، اليقظة الدوائية، إدارة المخاطر وتكنولوجيا المعلومات التي ساعدت على المعالجة الضخمة والمتعددة للبيانات ومصادرها المتباينة في عملية البحث عن العلاجات.

5-احتكار الصناعات الدوائية:

تعتبر الصناعة الدوائية من أعظم الصناعات في العالم بسبب أرباحها، حيث تخضع لسيطرة شركات ضخمة، ذات نفوذ واحتكار تام، برزت خلال الاكتشافات العلمية التي كانت تسجلها كبراءات اختراع، عندما تلبي منشاة واحدة طلبات كل زبائن السوق من خلال منتج ليس له بديل في السوق نقول أنها في حالة احتكار، فالمحتكر هو وجود البديل من عدمه، والمنافسة من عدمها.

ويعتمد المحتكر على أربع قوى لمنع المنافسين من الدخول إلى السوق تتمثل في: (الشرفاوي، 2018، صفحة 249)

5-1 اقتصاديات وفرات الحجم Economies of Scale

تتمتع المنشاة باقتصاديات الحجم عندما تنخفض التكلفة الوسيطية[17] على الأمد الطويل مع التوسع في حجم الإنتاج، مثل تمكن مؤسسة ما من تكنولوجيا معينة متطورة في الإنتاج تسيطر بها على حصة كبيرة من السوق.

5-2 اقتصاديات المجال Scope Economies

[16] اعتمادا - Rapport Annuel des Laboratoires et SEC filings- من الموقع http://pharmanalyses.fr/ تاريخ الاطلاع: 2020/02/03.

[17] *التكاليف المتغيرة:* هي عبارة عن تكلفة عناصر الإنتاج المتغيرة التي ترتبط ارتباطا طرديا بحجم الإنتاج مثل المواد الأولية، تكاليف النقل. اما التكاليف الثابتة: هي عبارة عن تكلفة عناصر الإنتاج الثابتة التي لا ترتبط بحجم الإنتاج، مثل التامين المرتبات الثابتة. ومجموعهما يعطي التكاليف الكلية، وفيما يخص التكاليف المتوسطة: وتمثل ما تتحمله مقدار وحدة واحدة المنتجة من التكاليف الكلية.

مع زيادة المنتوجات في المنشاة يمكن لها الوصول إلى رأس المال بتكلفة اقل، ومع زيادة الاستفادة من هذه الميزة إلى حدود قصوى تهبط معها التكلفة الوحدة إلى مستوى عالي من التنافسية فيمكن للمنشاة أن تصل إلى وضع احتكاري.

3-5 مكملات التكلفة Cost Complementarities

ويقصد بها استفادة مؤسسة من تنويع وتعدد المنتجات التي تنتجها، وعندما يؤدي زيادة إنتاج أحد المنتجات الى تخفيض التكلفة الحدية[18] لإنتاج أحدها الأخر. خاصة إذا ما تواجدت منشاة أخرى تنتج منتوج واحد وبتكلفة أكبر. فإذا كان لمكملات التكلفة أثر جوهري بما يكفي على التكلفة الحدية، فان ذاك يمكن من الوصول إلى حالة الاحتكار.

6-احتكار القلة:

يقصد باحتكار القلة عندما ينحصر ويسيطر عرض سلعة أو إنتاج سلعة ما بعدد محدود أو قليل جدا من العارضين او المنتجين. ويعود هذا إلى السيطرة على مستلزمات أو مكونات إنتاج السلعة ووفق طرق لها الحق الحصري بصنعها و/او توزيعها-براءة اختراع-، أو تمكنها من إنتاجها بتكاليف منخفضة أو بنوعية وجودة مميزة، بحيث لا تستطيع المنشآت الأخرى —ما عدا القلة-تحقيقها. (فضيلة و خضور، 2008، صفحة 286)

يقتصر احتكار القلة على البلدان المتقدمة المصنعة ويتميز بعدد صغير من المشاريع الإنتاجية، في نوع من المنافسة الاحتكارية تتمثل في الاعتماد المتبادل أي انه تتأثر المشاريع في بينها في المؤسسات. حيث يجب أن تتكهن المؤسسة الناشطة في هذا المجال بردود فعل غيرها عند تغير أسعارها أو إنتاجها، كما انه هناك بالإضافة إلى العوائق السابقة —التكاليف-للدخول في السوق هناك حواجز وموانع تتمثل في: (العيكلي، 2000، صفحة 198)

- حقوق الملكية الفكرية وبراءات الاختراع.
- السيطرة على التقنيات المستعملة في الإنتاج والتي تتطلب المزيد من التحكم.
- أشكال من الحروب الاقتصادية-مثل المؤامرة-تمنع المشاريع الجديدة من الولوج الى السوق.
- امتلاك المواد الأولية والوصفات السحرية-ان صح ذلك-تجعل منها المسيطر والقوي في مجال التخصص.
- النشاطات الحكومية التي تعرقل فسح المجال للدخول سواء عن تعمد او غير قصد.

[18] التكلفة الحدية هي الزيادة في التكاليف الكلية الناجمة عن زيادة الإنتاج بمقدار وحداة واحدة (تكلفة الوحدة الإضافية المنتجة).

1-6 براءات الاختراع والملكية الفكرية

تعتبر براءات الاختراع والملكية الفكرية أحد أهم مميزات الصناعة الدوائية وأحد العوائق القانونية، وهي عبارة عن امتلاك حق حصري لبيع منتج ما، مانحا لها موقع احتكاريا، وان كان هذا لمدة زمنية معينة. وتعتبر أحد العوامل لتشجيع المبتكر الذي بذل جهد في اكتشافه بالإضافة الى تشجيعه على زيادة الابتكار والاختراع. فالملكية الفكرية هي موقع التوترات الفردية بين الملكية الحصرية والوصول إلى العلاجات، ما بين إزالة الاحتكار والمطالبة بـ "الحق في الصحة" خاصة بالنسبة للبلدان النامية، فقد قررت الهند والبرازيل استبعاد براءات الاختراع الصيدلانية، حيث قامت الهند في سنة 1970 بمزاولة عمليات وإجراءات التصنيع مملوكة ببراءات اختراع، كما أنها عملت ببراءات الاختراع التي تتراوح مدتها بين 7 و5 سنوات قبل طرحها في المجال العام. أما فيما يخص البرازيل فقد، ألغت واستبعدت المنتجات الصيدلانية من براءات الاختراع منذ عام 1945، ليتم توسيع هذا الاستثناء ويشمل العمليات الصيدلانية 1971. في هذين البلدين الناميين، وقد اعتبرت الاختراعات الصيدلانية ملكية عامة إلى حد كبير وكان ذلك بكل بحرية-وقابلة للنسخ-ويعود هذا الى سببين رئيسيين هما، أولا: بحجة الصحة العامة، فالأدوية من السلع لأساسية التي لا يجب احتكارها. ثانيا: بحجة السياسة الصناعية، أي انه نسخ الاختراعات الأجنبية سيضمن التعلم التقنيات الصيدلانية وبناء صناعة الأدوية المحلية والاكتفاء الذاتي. (Cassier & Corrêa, 2010, p. 109)

وعلى هذا الأساس، قامت كبرى الشركات الصيدلانية بحركة مضادة من اجل حماية الملكية الحصرية وبراءة الاختراع للمنتجات المصنعة، من خلال عولمة وتعزيز معايير الملكية الصناعية مع براءات الاختراع الأدوية لمدة 20 عاما لجميع الدول الأعضاء في منظمة التجارة العالمية الجديدة 1994. مما أدى إلى فرض قيود أجبرت البرازيل على احترام حقوق الملكية (ADPIC) التي أتت بها بنود المنظمة العالمية للتجارة سنة 1996، ولحقتها الهند بعد عشر سنوات (2005). هذه الفترة الطويلة-1994 الى غاية 2005- ساعدت كثيرا الهند في تعزيز إنتاجها الصيدلاني خاصة فيما تعلق بالأدوية الجنيسة، وفي نقل التكنولوجيا الحديثة وتقوية عمليات البحث والتطوير.

إن فرض المنظمة العالمية للتجارة لتطبيق اتفاقية حماية حقوق الملكية (TRIPS) ابتداء من أول عام 2005، خلقت واقعا صعبا على الدول النامية، وهذا حين وضعتها أمام واقع صعب وموقف قانوني تنافسي-عادل وغير عادل في نفس الوقت-من قبل كبرى الشركات. هذه الأخيرة التي تملك كل الموارد المعرفة والتكنولوجيا المتطورة لكافة المنتجات المسوقة عالميا مع ملكية التصرف فيها دون

غيرها، حيث تشمل حقوق الملكية المنتوجات الدوائية وطريقة التصنيع أيضا، كما تنص الاتفاقية على ضرورة ضمان حرية الدخول إلى الأسواق دون حماية محلية للإنتاج الداخلي.

لقد شهد عام 2007 تمديد المنظمة العالمية للتجارة موعد المصادقة على التعديلات القانونية فيما يخص حصول الدول النامية على إنتاج الأدوية دون ترخيص، استثناء من قوانين براءة الاختراع وحقوق الملكية وهذا إلى غاية 2009. علما انه تم سابقا وان أجازت المنظمة للدول النامية إعفاء مؤقتا يسمح لها بإنتاج الأدوية الخاصة بعلاج أمراض السل والملاريا ونقص المناعة مع إمكانية استيرادها من الدول النامية المنتجة لها. الجدير بالذكر أن هذه الاستثناءات مقيدة بشرط توجيه الأدوية المحددة للسوق المحلي في الدول المصنعة وتصديرها للدول النامية التي لا تمتلك قدرات لإنتاجها. (صندوق النقد العربي، 2008، صفحة 71)

6-2 دواعي وضع سياسات ملكية فكرية للمؤسسات العلمية والبحثية (الخضيري، 2007، صفحة 6)

إن من أهم دواعي وضع سياسات ملكية فكرية للمؤسسات العلمية والبحثية هي:

- تطوير أداء المؤسسات وذلك باستغلال وحماية حقوق الملكية الفكرية الناتجة.
- نشر وتسويق حقوق الملكية الفكرية بما يحقق أقصى درجات الفائدة.
- لتسهيل انتقال التكنولوجيا من المؤسسات العلمية والبحثية إلى القطاع الصناعي.
- تحفيز الباحثين والعاملين في المؤسسات العلمية والبحثية لتقديم وتنفيذ الأفكار والمشاريع الإبداعية.
- مؤسسة الإجراءات والأسس التي يتم إتباعها لغايات تسجيل وبيع وتوزيع حقوق الملكية الفكرية.

خلاصة الفصل الثاني:

خلال القرن العشرين، شهدت البشرية أروع التطورات الطبية في تاريخها بفضل التقدم العلمي، إذ أصبح من الممكن تحديد أصل العديد من الأمراض وتطوير العلاجات التي حسنت بشكل ملحوظ الحالة الصحية للسكان، أين لعبت صناعة الأدوية دورًا لا يمكن

إنكاره في هذا، من خلال الاستثمار بكثافة في البحث والتطوير لمنتوجات صيدلانية جديدة–وهي تواصل القيام بذلك–، وبالتالي فهي أحد اللاعبين الرئيسيين في مجال الصحة وكذلك صناعة مهمة جدًا في العديد من البلدان. كما تضاعف الإنفاق على البحث والتطوير في مجال المستحضرات الصيدلانية أكثر من ثلاثة أضعاف منذ عام 1990.

إن تجارة الأدوية بين دول العالم اليوم يسيطر عليها نخبة الأمم من خلال عملية خلق مهارات محددة وتخصصات كل أمة بتمكنها من العمل المعرفي. بالإضافة إلى الاعتماد على المزايا التنافسية بالتوصل إلى اكتشاف طرق جديدة في الإنتاج، وبالتالي إنتاج سلع وخدمات ذات خصائص فريدة ومتميزة، من خلال الإدارة والمعرفة وقيام التحالفات الإستراتيجية وإنشاء الترابطات الشبكية. وتميز الكثير من الأدبيات بين عدة أنواع من التنافسية هي: (وديع، 2003، صفحة 7)

– تنافسية التكلفة أو السعر: فالبلد ذو التكاليف الأرخص يتمكن من تصدير السلع إلى الأسواق الخارجية بصورة أفضل (مع الأخذ بعين الاعتبار أثر سعر الصرف).

– التنافسية غير السعرية: باعتبار أن حدود التنافسية معرفة بالعديد من العوامل غير التقنية وغير السعرية، فإن بعض الكتاب يتكلمون عن المكونات غير السعرية في التنافسية.

– التنافسية النوعية: وتشمل بالإضافة إلى النوعية والملائمة عنصر الابتكارية، فالبلد ذو المنتجات المبتكرة يتمكن من تصدير سلعه حتى ولو السعر اعلى من منافسيه.

– التنافسية التقنية: حيث تتنافس المشروعات من خلال النوعية في صناعات عالية التقنية.

تمهيد:

في السبعينيات والثمانينيات، سجلت صناعة الأدوية نموًا مزدوجًا، حيث مرت بفترات ومخاطر عالية التكاليف تنطوي على تطوير خطوط إنتاج جديدة –أين وصل تمويل البحث والتطوير 20٪ من إجمالي المبيعات–فضلا عن انقضاء الكثير من الأدوية الأكثر مبيعا لبراءة اختراعها. كما أن الزيادة في عمليات الاندماج والاستحواذ داخل صناعة الأدوية عرقلت نوعا ما أفاق النمو مع الوافدين الجدد بالسوق، خاصة عندما تمت عمليات دمج أفقية بين الشركات متساوية الحجم وسيلة لتجنب الاستحواذ غير المرغوب فيه من قبل المنافسين، الذين يبحثون بدورهم عن أهداف مناسبة. وتطلب عمليات البحث والتطوير والتسويق والتوزيع الكثير من التمويل مقابل تحسين الأرباح لدى شركات الأدوية. (Kang & Johansson, 2000, p. 29)

وتعتبر الجزائر من بين الدول الناشئة التي تدرك أهمية الصناعة الدوائية في تحسين صحة المواطن والقضاء على مختلف الأمراض، لذلك نجدها تبذل جهودا معتبرة في هذا المجال لتغطية الطلب المحلي، خاصة فيما يتعلق بتقليص فاتورة استيراد الأدوية المتنامية بشكل مذهل، وكذا محاولاتها لتقنين وتنظيم السوق الوطنية للمنتجات الصيدلانية بشكل عام.

على ذكر ما سبق، سوف نقوم في هذا الفصل بالتطرق لهيكلة قطاع المنتوجات الدوائية على المستوى الجزائري، خاصة وانه تهيمن علية التبعية للخارج عن طريق الاستيراد المتنامي بصفة متزايدة، بالإضافة إلى الإشارة إلى سياسة الاستيراد المتبعة ومدى مساهمة الأدوية في الإيرادات الجزائرية.

المبحث الأول: تنظيم، واليات عمل سوق الأدوية الجزائري

يعتبر مالك بن نبي–كتاب مشكلة الحضارة–الصناعة وسيلة للمجتمع للمحافظة على كيانه واستمرار نموه، خاصة وأنها ذلك النشاط الإنساني الذي يكسب به الفرد قوته وعيشه وربما يتعدى ذلك إلى بناء مجده. (بن نبي، 2000، صفحة 88) وتعرف الصناعة أيضا على أنها:" مجموعة من المؤسسات تقدم منتجات أو خدمات يمكن أن تمثل بدائل لبعضها البعض وهذه البدائل عبارة عن منتجات أو خدمات تؤدي إلى إشباع الحاجات الأساسية لنفس المستهلك". اما النشاط الصناعي فيعرف على انه:" ما يؤمنه إنتاج السلع والخدمات واستغلال الثروات المادية والبشرية لإشباع حاجات المجتمع ضمن مجالات الإنتاج والاستهلاك والتشغيل، ويعتبر قطاع الصناعة قطاعا محرك الخطط التنمية وخاصة في البلدان النامية". (بوطيب وغميمة ، 2018، صفحة 4)

منذ الاستقلال والجزائر تسعى إلى تشييد نظام صحي سليم مرفوق بصناعة صيدلانية عمومية تلبي الحاجيات الوطنية، عن طريق مجموعة من المؤشرات وأساليب السياسة الصحية، تجلت في الإنفاق على البنى التحتية كالمستشفيات والصيدليات، والارتقاء بجودة الخدمات الطبية المقدمة مثل توفير الدواء، تكوين الأطباء والممرضين... الخ، ومكافحة الأمراض المعدية والتقليل من الوفيات خاصة عند الولادة.

في الواقع يعتبر سوق الأدوية في الجزائر صعب الدراسة والتحليل نظرا لعدم وجود إحصائيات دقيقة عنه في مجال الإنتاج التوزيع وكذا الاستهلاك، كما أنه يشكو من رقابة فعالة وصارمة من طرف الإدارة العمومية رغم كثرة النصوص التشريعات بالمنظمة له. سنحاول التركيز على الواردات من الأدوية ومدى تأثير أنشطة البحث والتطوير على المنتجات الصيدلانية وكذا على الإنتاج اعتمادا على بعض الإحصائيات المتوفرة. وتعتبر الجزائر مثل غيرها من الدول النامية ذات صناعة دوائية ضعيفة وليس بمقدورها تلبية احتياجات السوق الوطني من هذه المادة الحيوية الضرورية لصحة الإنسان، وعليه تعتمد الجزائر بنسبة كبيرة على الواردات لتلبية هذه الاحتياجات سواء في مجال استهلاك الأدوية أو حتى في مجال تموين الصناعة المحلية بالمواد الأولية[1].

[1] يحكم محور الأدوية والصناعة الصيدلانية عدد من القوانين، نذكر منها:

– المادة170من القانون رقم85–05 المؤرخ في16فبراير1985، المتضمنة على تعريف الدواء،

– القانون رقم08–13 الصادر بتاريخ 20 جويلية 2008، المعدل والمتمم للقانون رقم85– 05الصادر في16فيفري1985، والمتضمن لجملة من الأحكام بما في ذلك إنشاء وتعيين مهام" الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري "من خلال المادة7،

–المرسوم التنفيذي رقم 92 –282 المؤرخ في 06جويلية1992،المتعلق بتسجيل المواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري؛

– المرسوم التنفيذي رقم 92–285 المؤرخ ب06 جويلية 1992، المتعلق برخص استغلال مؤسسة إنتاج المنتجات الصيدلانية أو/وتوزيعها؛

–يحكم قطاع الصحة في الجزائر القانون رقم85–05الصادرفي16فيفري1985والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها

– المرسوم التنفيذي رقم 92– 285 المؤرخ ب06جويلية1992، المتعلق بالإعلام الطبي والعلمي الخاص بالمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري.

المطلب الأول: محددات سوق الأدوية في الجزائر

المتعاملون في سوق الأدوية:

تميز قطاع صناعة الأدوية في الجزائر بمركزية التسيير، لذا لم يسلم من المشاكل الكبيرة التي عانت منها الصناعة الجزائرية بشكل عام، حيث كابد معضلات جمة على غرار انعدام الخبرة والتكنولوجيا المتطورة، غياب الفعالية ومشكل الأموال ومشاكل التسيير الإداري ...الخ، مما تطلب تدخل الدولة لإعادة مراجعة سياستها اتجاه المؤسسات الاقتصادية لإعطاء نفس جديد للمنتوج المحلي وأكثر تنافسية للقطاع الخاص والشركات الأجنبية، لكن كل هذا لم يمنع واردات الجزائر من الأدوية من التزايد كل عام بسبب عدم كفاية الإنتاج المحلي. وفيما يلي أهم الفاعلين في سوق الأدوية الجزائرية:(ECOMED, 2016)

1- المؤسسات العمومية:

تتمثل في مختلف الوزارات التي على علاقة مباشرة بتنظيم سوق الأدوية وهي:

1-1 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:

تعتبر الفاعل الرئيسي لسوق الأدوية، وذلك بتدخلها المباشر بعمليات التنظيم والتسيير بمختلف القوانين السارية من خلال:

- تحديد قائمة (La nomenclature) الأدوية ذات الاستعمال الإنساني.
- منح الاعتماد للمصنعين وتراخيص الاستيراد، والتسجيل الأولي لكل الأدوية والمنتجات الصيدلانية ومنح تراخيص البيع.
- اليقظة الدوائية عبر مختلف مؤسساتها لمراقبة المنتجات الصيدلانية.
- الحفاظ على مخزون أدنى لمدة ثلاثة أشهر من طرف الصيدلية المركزية الاستشفائية.
- تحديد السعر النهائي لكل منتج دوائي يباع في الجزائر (P.P.A)،وكذا تحديد هوامش الربح سواء عند الإنتاج، التوزيع بالجملة والبيع بالتجزئة.

1-2 وزارة العمل والضمان الاجتماعي:

ويتجلى عملها في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (C.N.A.S)، الذي يعتبر من أهم الفاعلين في سوق الأدوية عبر نظام التعويض.

1-3 الوزارة المكلفة بالصناعة:

فقطاع الإنتاج الصيدلاني يخضع إلى تراخيص ونظام وزارة الصناعة باعتباره ضمن مؤسسات النسيج الصناعي المحلي، فهي لا تتدخل في محتوى المنتوج الدوائي، ولكن تعمل بشكل تنسيقي مع وزارة الصحة.

2- المنتجون والموزعون:

يحتوي سوق الأدوية في الجزائر على أربع أصناف من المتعاملين وهم: المتعاملون في القطاع العام، المنتجون الخواص، الموزعون بالجملة والصيدليات الخاصة المكلفة بالبيع بالتجزئة.

2-1 القطاع العام:

لقد مر هذا القطاع بمرحلتين أساسيتين –كما ذكرنا الفصل الأول-أولا في مرحلة التخطيط المركزي، حيث سيطرت الدولة على كافة عمليات الأنشطة الصيدلانية ابتداء من الإنتاج، التوزيع بالجملة والاستيراد والبيع بالتجزئة. أما المرحلة الثانية بعد تحرير الاقتصاد والتوجه إلى اقتصاد السوق وإعتماد نهج الإصلاحات الإقتصادية وتحديدا مع مطلع التسعينات، وعلى هذا الأساس أضحى المتعاملون العموميون مقسمون إلى أربع مستويات وهي:

- الإنتاج: وتقوم به مؤسسة صيدال (SAIDAL) التي أنشأت في1982، وهي شركة عمومية متخصصة في إنتاج مختلف المنتوجات الدوائية الجنيسة والمضادات الحيوية.

- التوزيع بالجملة: وتشرف عليه مؤسسة (DIGROMED)، والتي تولت مكان المؤسسة العمومية الجهوية الثلاثة منذ سنة 1997.

- التوزيع بالتجزئة: وتشرف عليه مؤسسة (ENDIMED) هي مؤسسة مكلفة بتوزيع الأدوية على مختلف الصيدليات العمومية المتواجدة عبر التراب الوطني. إلى جانب (SOMEDIAL) وهي مؤسسة عمومية أنشأت سنة 1997 في إطار شراكة بين:

  - (G.P.E) Groupe Pharmaceutique Européen = 68.68%
  - SAIDAL = 24.70%
  - FINALEP = 06.62%

- الصيدلية المركزية للمستشفيات (P.C.H): تعتبر أهم مؤسسة في قطاع الصحة الجزائري وهذا نظرا لمهامها القيمة، فهي تتمتع بالطابع الصناعي والتجاري، حيث هي المسؤولة على تموين المرافق العمومية الصحية داخل الوطن. من خلال مباشرة مختلف عمليات الاستيراد الدوائي المحتكرة والمسؤولة عن إدخاله إلى الجزائر، فضلا عن استفادتها سنويا من 50% من ميزانية استيراد وزارة الصحة.

2-2 القطاع الخاص:

مع بداية الانفتاح الاقتصادي وتشجيع الإنتاج الصيدلاني بالجزائر بلغ عدد الشركات المنتجة سنة 1995 ما يساوي 23 وحدة إنتاج إلى غاية 2000، كما بلغ حجم السوق الوطنية للأدوية في الجزائر سنة 1996 ما قيمته 405 مليون دولار بمساهمة قدرت بـ 21% في الصناعة الوطنية-مجلة التنمية الصناعية العربية، العدد37،أكتوبر19-، ليبدأ الانطلاق الفعلي للإنتاج مع بداية 2002. وقد أدى التحرير التدريجي للاقتصاد الوطني من الجزائر أحد أهم الأسواق الإفريقية الواعدة في شمال إفريقيا في مجال الصناعات الصيدلانية،فقد فاقت تدفقات الاستثمارات الأجنبية المباشرة سنة 2011 المليارين ونصف مليون دولار منها 420 مليون دولار كاستثمارات في صناعة الأدوية لوحدها، وهو ما يبين جاذبية هذا القطاع في الجزائر بعدما كانت 160 مليون دولار سنة 1998. يعتبر تدفق الاستثمارات الأجنبية المباشرة[2] في النظرية الحديثة للنمو، عامل محفزا لمعدل نمو دخل الفرد في البلد المضيف، حيث إن السماح بدخول تكنولوجيات حديثة والتدفقات الخارجية تسمح بتمويل العجز في الحساب الجاري- ان تدفقات الاستثمار الأجنبي لا يترتب عنها ديون خارجية او التزامات لسداد مبالغ وفق آجال محددة-بالإضافة إلى انه يساعد في تنمية وتدريب الموارد البشرية وتحفيز الاستثمار في البحوث والتطوير. (الاسرج، 2005، صفحة 6) وتوجد أربع أشكال للاستثمارات الأجنبية المباشرة الخاصة في الصناعة الصيدلانية الجزائرية جسدها المجمع الصناعي العمومي الجزائري صيدال مع شركاء عالميين تمثلت فيما يلي: (يحياوي، 2017، صفحة 138)

1- المشاريع المشتركة المنجزة (Joint venture).

2-عقود التصنيع الإمتيازية (المناولة الصناعية contrat de Façonnage).

3-شراء تراخيص الإنتاج (Licence):وتخص الأدوية المحمية ببراءات الاختراع وتسمى أدوية أصلية (Médicament Princeps)، حيث تعطي المخابر الأم-صاحبة الحق في الملكية-الترخيص للإنتاج مقابل مادي.

4-شراء المساعدة التقنية من مخابر أجنبية (Assistance Technique).

[2]والمقصود بالاستثمار الأجنبي هو انتقال لرؤوس الأموال الأجنبية للاستثمار في الخارج بشكل مباشر للعمل في صورة وحدات صناعية أو تمويلية أو إنشائية أو خدمية ويمثل حافز الربح المحرك الرئيسي لهذه الاستثمارات الأجنبية المباشرة.

تحتاج الصناعات الدوائية إلى تكنولوجيا عالية التطور وكفاءات متخصصة متمكنة من استخدام واستيعاب تلك التكنولوجيا، بالإضافة اليد عاملة فنية على درجة عالية من التدريب والكفاءة والمهارة، وقد عرفت اتجاها جديدا خلال التسعينات بظهور تكنولوجيا تجديدة مرتكزة على البحث والتطوير ضمن الصناعات الكيميائية والبيوتكنولوجيا.

أما فيما يتعلق بعدد المستوردين[3] فقد تم إحصاء سنة 2014 نحو 38 متعاملا، بينما كان هذا الرقم 62 سنة 2002 و 120سنة2001 و 121سنة2007، ويحققون ما نسبته % 60 من إجمالي واردات الأدوية بالجزائر سنة 2014 بلغ عددهم 314 في 2015، من بينهم 68 منتج محلي للأدوية و40 مستورد (H.Hafed, 2016) انخفاض عدد المستوردين راجع الى إجبار كل مستورد على مزاولة الإنتاج الدوائي محليا كشرط ضروري لمنحه ترخيص الاستيراد سنة 2008، إلى 38 متعامل فقط سنة 2014.

3- تجار الجملة الخواص:

بموجب المرسوم الوزاري رقم 59 المؤرخ في 20 جويلية 1995 والمحدد لشروط القيام بوظيفة التوزيع بالجملة للمنتجات الصيدلانية بالجزائري، تم استحداث هذه الوظيفة للخواص للتعامل في مجال تجارة الجملة للأدوية، حيث يقومون بتموين وتلبية طلبات الصيادلة الخواص بمختلف الأدوية المطلوبة. واستنادًا إلى بيانات من السجل التجاري، بينما تم تحديد 637 تاجر جملة سنة 2017.

4- الصيدليات الخاصة:

وهي منتشرة على كافة التراب الوطني، أين توفر جميع الأدوية والمستلزمات الطبية والمستحضرات الصيدلانية للاستعمال البشري، حيث توزع بشكل مضبوط وهذا حسب الكثافة السكانية، وقد أدى تزايد الصيدليات الخاصة عبر الأحياء السكانية إلى حالة تشبع نوعا ما نظرا لتكاثرها بشكل متزايد، فضلا عن وجود الكثير من الطلبات لأصحاب خرجي الجامعات وكليات الصيدلة في وزارة الصحة قيد الدراسة. الأمر الذي أدى إلى انتشار البطالة بين أصحاب هاته الطلبات، كما ننوه إلى أننا سوف نقوم بذكرها بالتفصيل في الفصل الموالي (الجانب التطبيقي).

بالإضافة إلى المؤسسات الصحية والطبية ذات الطابع العمومي والخاص كالمستشفيات والعيادات ومختلف المراكز الطبية، والتي سوف نتعرض إلى إحصائها بالتفصيل في الفصل الموالي (الفصل الرابع).

[3] المرسوم الوزاري 1 رقم 46 المؤرخ في07 أكتوبر 1998 والمحدد لدفتر الشروط والإجراءات وشروط طرح الأدوية المستوردة.

المطلب الثاني: مميزات صناعة الأدوية في الجزائر

1- آلية ضبط سوق الأدوية المحلي:

قنن المشرع الجزائري مسألة تسجيل جميع المنتجات الصيدلانية بموجب المرسوم التنفيذي 08-828 المتعلق بتسجيل جميع المنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، وذلك قبل تسويقها للتأكد من مدى مطابقتها لمواصفات الأمن والجودة والفعالية الدولية والوطنية. فبالنسبة للمنتجات الصيدلانية المستوردة فإن إجراءات تسجيلها حدد بموجب القرار رقم 98-46 المؤرخ في 07 أكتوبر 1998، حيث حدد دفتر شروط تقنية بموجبها يتم وضع المنتجات الصيدلانية المستوردة المخصصة للطب البشري في السوق، كما أنه في حالة سحب أي مقرر تسجيل يجب أن يرسل إلى الوزير المكلف بالصحة ويمكن أن تصدر هذه الطلبات من هيئات منها: مؤسسة استيراد الأدوية أو توزيعها ومؤسسات صنع المنتجات الصيدلانية المحلية أو الأجنبية. (بوعبد الله، 2019، صفحة 180)

يعتبر تقييم الأدوية في مرحلة AMM أمر غاية في الأهمية، وهذا إلى عدة اعتبارات خاصة من حيث قبوله لسداد التامين الصحي والتمييز-كمنتج جديد ذو جودة-والتعامل مع الموقف المرضي الذي يطلق عليه الفائدة الإكلينيكية المتمثلة في الاستجابة للصحة والمصلحة العامة، والتي في الأخير سوف تؤدي إلى انعكاس شرطي مباشر على الصحة والفائدة الفردية. (Le Jeunne & Massol, 2007 , p. 507)

1-1 مرحلة تسجيل الدواء ثم وضعه في السوق:

مشروع تطوير الأدوية هو عملية اكتساب المعرفة التي تسمح للجزيء الناتج عن البحث بافتراض أن يكون ينشط الخلايا الحية لتصبح دواء، بمعنى الحصول على ترخيص التسويق وهذا بعد تسجيله وفق ملف ضخم يتضمن كافة المراحل إنتاج وتطوير الدواء الجديد فترة تصنيعه، مع ضمان هذا الدواء لثلاث شروط أساسية وهي الجودة والسلامة والفعالية. (Didier & Bougaret, 2000, p. 2)

فمن غير المعقول طرح الدواء مباشرة في السوق دون منح رخصة لذلك بعد تسجيله من طرف الوزارة المختصة، هذه المرحلة التي تعتبر جد مهمة معمول بها في كافة الدول الأخرى، حيث يقوم المنتج بتقديم طلب إنزال دواء ما إلى السوق إلى الهيئة المعنية، والتي

تقوم بدورها بدراسة الطلب، عن طريق المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية (LNCPP)[4]، الذي يمنح الموافقة بـ (AMM) – Autorisation de Mise sur le Marché – تحت اسم المخبر او المصنع المنتج.

يوجد أكثر من مرسوم ينظم مراحل وشروط تسجيل الدواء وفق سياسة النظام الصحي العمومي، شرط أن توفر الجهة المعنية بالتسجيل، مجموعة من الوثائق الضرورية الى اللجنة التقنية للتسجيل (CTE)-التابعة لوكالة الأدوية-[5]والتي يحدد القانون مهامها وفق المرسوم التنفيذي والمتمثلة في تحديد فعالية وامن وسلامة الدواء المقبول للتسجيل وفق معايير الجودة المطلوبة، فضلا عن طرح السعر المناسب لتسويقه. وتتمثل أهم شروط التسجيل فيما يلي: (الجريدة الرسمية رقم 44، 2008)

– ضرورة مرافقة الملف بدراسة تفصيلية حول التركيب الكيميائي.

–دراسة علمية صيدلانية تصف طريقة عمل المركب.

–تقديم ملف يخص اليقظة الدوائية والآثار الجانبية للمنتج وفق دراسة سريرية.

وتعمل اللجنة التقنية للتسجيل بالتنسيق مع لجنة المدونة الوطنية للمواد الصيدلانية، التي تبقى هي المسؤولة على طرح الدواء في السوق.

1-1-2 المدونة الوطنية للمواد الصيدلانية (Nomenclature):

تعد مسألة إعداد قائمة الأدوية من إحدى دعائم السياسة الصيدلانية، حيث تسمح هذه المسألة بضبط الاختبارات ومراقبة التكاليف، حيث تم انتهاجها في الجزائر لأول مرة في سنة 1973، ومفادها انتقاء الأدوية والمنتجات الصيدلانية حسب حاجة السوق ومدى توافقها مع تطور الطب والصيدلة، حيث أنه من خلال ذلك يمكن مراقبة التكاليف والتحكم في مسألة استيراد الأدوية الضرورية.

[4] وفق المرسوم التنفيذي رقم 93-140 الموافق لـ 4 جوان 1993 المتعلق بإنشاء وكيفية عمل المخبر.

[5]المادة 10 : تعدل أحكام المادة 175 من القانون رقم 05 – 85المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985، كما يأتي: "المادة 175 : يجب أن يكون كل دواء مستعمل في الطب البشري والجاهز للاستعمال والمنتج صناعيا أو المستورد أو المصدر، قبل تسويقه مجانا أو بمقابل، محل مقرر تسجيل تمنحه الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، المذكورة في المادة 173،بعد أخذ رأي لجنة تسجيل الأدوية المنشأة لدى هذه الوكالة.

حيث تم تعيين لجنة وطنية لقائمة المنتجات الصيدلانية سنة 1980 تضم أطباء، صيادلة، أطباء أسنان جامعيين تقنيين. مهمتها إعداد قائمة الأدوية المسموح بوصفها في التراب الوطني[6]، حيث وضعت هذه اللجنة قائمة بـ: 1500 دواء تجدد دوريا، ثم قائمة في سنة 2006 بمقتضى القرار رقم 06-230 المؤرخ في 2006/04/12 يتضمن تعديل قائمة الأدوية الوطنية، وقائمة في سنة 2008 بمقتضى القرار المؤرخ في 2008/12/30 المعدل والمتمم لقرار 2008/11/30 المتعلق بمنع استيراد المنتجات الصيدلانية والأجهزة الطبية المخصصة لطب الإنسان التي يتم إنتاجها في الجزائر، الجريدة الرسمية رقم 13 ليوم 2008/12/25.(بوعبد الله، 2019، صفحة 179)

1-2 نظام تعويض الأدوية:

تقع النظم الصحية وتكاليفها في قلب المناقشات السياسية والاقتصادية في البلدان المتقدمة، في سياق نمو الإنفاق الصحي أسرع من الناتج المحلي الإجمالي. فالعلاقة بين الصحة والاقتصاد (Arrow 1963) مركبة ومعقدة في نفس الوقت، ويشكل مرض أو وفاة الإنسان مشكلة أخلاقية واجتماعية الذي ينتج عنه خسارة اقتصادية جماعية. حيث تقابل الرعاية الصحية الرفاه والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، فالاهتمام بصحة الإنسان يتطلب تحسين الظروف المعيشية وتطوير المرافق الطبية وضمان التامين الحماية الاجتماعية.

على هذا الأساس، لا يمكن أن يكون نظام الحماية الاجتماعية لبلد ما سوى انعكاس لمستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية فيها، كما يعكس مستوى التشاور بين مختلف الفاعلين في المجال الصحي، الاقتصادي، الاجتماعي والسياسي. وعموما لقد سعت الجزائر منذ الاستقلال إلى تعميم الحماية الاجتماعية بالاعتماد على التضامن والعدالة بين مختلف فئات المواطنين كنوع من مبادئ تساوي الفرص. وقد أجريت العديد من الإصلاحات والتحسينات خاصة من ناحية جودة الخدمات المقدمة والامتيازات في الكثير من الأحيان، خاصة من التغطيات التي شملت المستفيدين كالعمال الأجراء والغير أجراء، الموظفين الخواص، الحرفيين..الخ.

يعتبر صندوق الضمان الاجتماعي من أهم العناصر الفاعلة في نظام الرعاية الصحية والتامين الاجتماعي للمواطنين، حيث من بين مهامه تعويض الأدوية (القابلة للتعويض) للمؤمنين وفق قائمة أدوية يعمل بموجبها ومحددة بالشراكة مع وزارة الصحة والتجارة بمعية وزارة العمل والضمان الاجتماعي، علما أن هذه القائمة قابلة للتحيين كل ما اقتضت الضرورة وتحمل كافة النسب والأسعار المرجعية للمستفيدين والمسجلين لدى الصندوق.

[6] يتكون أحدث إصدار من التسمية الوطنية (2018/13/03) من 4611 العلامات التجارية.

إن تعويض الأدوية يكلف كثيرا صندوق الضمان الاجتماعي[7]، إذ وصلت إلى حدود 28,27 % من إجمالي مصاريف التأمينات الاجتماعية بمبلغ إجمالي قدره 16,400 مليار دج سنة 1998، لترتفع خدمة التأمينات الى 33 من إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي سنة 2000 بمبلغ 6,77 مليار دج، ثم بلغت سنة 2007 ما نسبته 45,68 % بقيمة 7,8 مليار دج، وفي سنة 2010 وصلت مجموع نفقات الضمان الاجتماعي في الجزائر 186 مليار دج منها 110 مليار دج تعويضات للأدوية المقتناة من طرف المأمنين (ارتفعت النسبة بقيمة 16 %)، وفي المجمل تضاعف الاستهلاك السنوي للمأمنين بثلاثة مرات خلال سبعة سنوات(2000-2007) لينتقل من حيث القيمة من 1036 إلى 3243 دينار جزائري. (علي دحمان، 2017، صفحة 187) واستمرت نفقات الضمان الاجتماعي بسبب ارتفاع عدد المصابين بالأمراض المزمنة (2.888.445 مصاب سنة 2016، و2.643.060 مصاب سنة 2017)، كما ارتفعت المصاريف المتعلقة بإطار نظام الدفع من قبل الغير، فيما يخص المواد الصيدلانية الى 183.477.245.345 دج سنة 2016 والى 194.389.036.121 دج سنة 2017، وفيما يخص الفئة العلاجية تطورت نفقات الأدوية التي يتم تعويضها كذلك، حيث تأتي أمراض القلب في المرتبة الأولى بحصة سوقية تبلغ 22٪ (45٪ من الجزائريين يموتون بأمراض القلب)، ثم مرضى السكري بنسبة 21٪، والأمراض المعدية بنسبة 10٪ وطب نفسي بنسبة 5٪.

في الحقيقة يعود هذا الارتفاع بالأساس، الى تعويض الأدوية الخاصة بالأمراض غير معدية، فتكلفة الأدوية التي يسددها الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي تتعلق 54٪ بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم والتي يتم تعويضها بنسبة 100٪. مع العلم أن اللجنة المشتركة بين الوزارات (بما في ذلك قطاعات الصحة والعمل والتوظيف والضمان الاجتماعي) مسؤولة كل شهر عن تحديث قائمة الأدوية القابلة للسداد، على أساس المعايير العلمية والطبية. (APA, 2019)

تم اتخاذ إجراءات ضرورية في ميدان التأمينات الاجتماعية، فيما يخص مراقبة النفقات وترشيدها (تضاعفت بنسبة 300% من سنة 2001 الى سنة2007) لضمان توازن المالي لموارد التوفير فيما يخص الشؤون الاجتماعية من بينها:

- الاعتماد على سياسة السعر المرجعي[8] الموجهة لتشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة، لتخفيض النفقات الصحية عموما(من 30% الى 50%) والتأمينات الاجتماعية خصوصا.

[7] ويحددالقانون83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية والصادر في 2 جويلية 1983 الإطار التنظيمي الخاص بتدخل هيئات الضمان الاجتماعي في عملية تعويض الأدوية.

[8] تم العمل بسياسة السعر المرجعي ابتداءا من 2006، وفق المرسوم الوزاري 2005/12/29 المثبت لنظام السعر المرجعي والتعويضات الدوائية وكيفية العمل بها. كما تم توسيع لائحة الأدوية المقصودة من 1000 دواء سنة 2006 الى 2156 دواء سنة 2008،

- الاعتماد على الأدوية البديلة[9]، وهذا من خلال إعطاء الصيدلي مساحة أكبر في بيع الدواء المماثل والطبق الأصل من حيث المكونات، مع الموصوف في الوصفة الطبية، والمعتمد لدى قائمة الأدوية المرخصة من طرف الوزارة المعنية، كما يحق للطبيب المحرر للوصفة السماح او الرفض الكلي للدواء المختار للمريض من طرف الصيدلي[10].
- اعتماد بطاقة الشفاء كتنظيم الكتروني مرن منذ 2006، من شانه تسهيل وتسريع إجراءات تعويض الأدوية، للمؤمنين والمتعاقدين، والقضاء على التجاوزات الموجودة. يعتبر هذا العمل جد مهم وفعال من ناحية التحكم ومراقبة نظام التأمينات الاجتماعية والتحكم في النفقات الطبية المقدمة[11].

3-1 سياسة التسعير[12]:

تتداخل عدة أطراف في تحديد أسعار الدواء، باعتباره منتج ليس كغيره من المنتجات الموجودة في السوق، لذا فالسياسة السعرية تحدد بالإضافة إلى وزارة الصحة-السلطة الوصية الأولى-، هناك وزارة التجارة ووزارة العمل والضمان الاجتماعي. كما يجب مراعاة كل الفاعلين في سوق الأدوية كالمنتجين والمستوردين وتجار الجملة والصيدليات.

فبالنسبة للمنتجين فان إجراءات تحديد أسعار الأدوية المباعة حددها المرسوم التنفيذي رقم 95-06 المؤرخ في 25 جانفي 1996 بـ: 20 % كهامش صافي للإنتاج، 15 % كهامش صافي للتوزيع بالجملة وفي الأخير 33 % للهامش الخام للتوزيع بالتجزئة. اما بالنسبة للموزعين، يعتمد حساب الهوامش على تطبيق نظام الهوامش الثابتة والمتغيرة، والذي يعتمد على أربعة معايير سعرية أدرجها القانون في المرسوم التنفيذي رقم 98-44 المؤرخ في 1 فيفري 1998 في الجدول رقم () كما يلي: (وزارة التجارة، 2009)

---

[9] المقرر التنفيذي المؤرخ في 1992/07/06، رقم 92-276، الحامل للنص 146، المتعلق بتسجيل المواد الصيدلانية للاستعمال الطبي، مكن بالعمل سنة 2006 بالسماح بالحق في الأدوية البديلة.

[10] في غالب الأحيان الطبيب هو من يقرر شراء الدواء، ضرورة الحوار بين الطبيب والمريض، لتوعية وتوضيح فعالية الأدوية الجنيسة البديلة، كما يجب على الصيدلي احترام الوصفة المقدمة من طرف المريض وعدم إجبار المريض على تناول أدوية بديلة خاصة في حال تنبيه الطبيب لذلك في الوصفة (non-substituable).

[11] نظام الدفع الثلاثي منصوص عليه في أحكام المادة 60 من القانون رقم 83-11 المؤرخ 2 يوليو 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمكمل بالمادة 26 من الأمر رقم 96-17 المؤرخ 6 يوليو 1996. بالإضافة الى المرسوم التنفيذي رقم 9-395 المؤرخ 24 نوفمبر 2009 بشأن إنشاء الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات بتحدد المستحضرات الصيدلانية وأيضًا شروط الاتفاقات بين الصيدليات وCNAS، حتى يتمكن المؤمن عليهم من الاستفادة من الإعفاء المسبق من الضمان الاجتماعية للحصول على الأدوية الموصوفة. ثم يقوم الصيدلي بدفع فاتورة للمنظمة المعنية، كمية الأدوية التي يتم صرفها.

[12] لا يحدث الا في الجزائر، المخابر والمصانع الصيدلانية الأجنبية هي من تحدد سعر بيع الدواء بقيم خيالية لا تتوافق مع الأسعار العالمية، دون أدني مراقبة او مسؤولية من الحكومة، لتنتظر حتى سنة 2015 وتستفيق بعد 10 سنوات ضيعت فيها ما يعادل 10 مليار دولار. حسب موقع algérie-focus.

الجدول رقم (8): يبين هوامش الربح والاسعار المقننة

مجال تحديد السعر	هامش تجار الجملة	هامش تجار التجزئة
اقل من 70 دج	% 20	% 50
من 70,01 دج الى 110 دج	% 15	% 33
من 110 دج الى 150 دج	% 12	% 25
أكثر من 150 دج	% 10	% 20

المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على المرسوم التنفيذي رقم 98-44 المؤرخ في 1 فيفري 1998.

بالنسبة لتحديد أسعار الأدوية المستوردة هناك حالتان: (Ferroukhi , 2005)

- الحالة الأولى: استيراد الأدوية والمعاد بيعها، فانه تتوافق هذه المجالات مع سعر CAF (التكلفة والتأمين والشحن) للأدوية المستوردة والمعاد بيعها كما هي، وبأسعار البيع عند خروجها من المصنع بدون الضريبة بالنسبة للمصنعين او المعبأين-مع الإشارة إلى أن إيداعات أسعار الأدوية المستوردة تتم لدى وزارة التجارة قبل أي تسويق-، أما أسعار الإنتاج و / أو التغليف، فتوضع في الاعتبار تكاليف التشغيل والرسوم التي تساهم بشكل مباشر في إنتاج هذه السلع. ويتم تحديد قيمة هذه الرسوم وتكلفة المواد الخام من خلال تطبيق سعر الصرف في يوم التخليص الجمركي لهذه المواد، بالإضافة الى احتساب الرسوم الأخرى بالرجوع إلى البنود المحاسبية والمالية في ميزانية الشركة.

- الحالة الثانية: استيراد الأدوية وبيعها كما هي، فانه يتم تحديد الأسعار من قبل المستورد وتحت مسؤوليته الخاصة على أساس سعر CAF بالإضافة إلى الرسوم والضرائب المنصوص عليها في التشريعات المعمول بها، والتكاليف والملحقات التي تم تكبدها بالفعل، والهوامش التي تم أخذها على النحو المنصوص عليه في القانون.

على العموم فان النظام المعمول به في سياسة التسعير الدوائي، تخدم بالدرجة الأولى المستوردين على حساب المنتجين المحليين، حيث تمكنهم من هوامش ربح طائلة، خاصة إذا ما استهدفوا المنتجات الصيدلانية المرتفعة الثمن فضلا الى عدة عوامل منها: (صدوقي و شعيب ، 2009، صفحة 32)

- الهوامش ثابتة وعامة سواء بالنسبة للمنتج المحلي او الأجنبي.

- عدم مراعاة تغير سعر الصرف، حيث تؤخذ بعين الاعتبار أسعار التسجيل في تحديد هوامش الربح بالنسبة للمنتجين المحليين، وهو ما يدفعهم الى تحمل تكاليف إضافية في حل انخفاض العملة الوطنية في سوق الصرف، نتيجة اعتمادهم المطلق على الخارج في التموين بالمواد الأولية ونقل التكنولوجيا وتراخيص الإنتاج، في حين ان المنتج الأجنبي لا يتحمل هذه التكاليف.

وفي السياق ذاته، أفاد رئيس الاتحاد الوطني للمتعاملين الصيدلانيين، عبد الوهاب كرار أن الأسعار المطبقة حاليا والتي تعد منخفضة مقارنة بأسعار بعض الدول الأوروبية والمتوسطية يمكن أن تشكل "عائقا" للاستثمار ما يتطلب مراجعتها. حيث سياسة الأسعار الحالية من شانها تحطيم ديناميكية التنمية وخاصة تطوير الإنتاج المحلي، كما اقترح رئيس UNOP ضرورة إعادة النظر في تسعيرة الأدوية، كونها لم تتغير منذ مدة زمنية معتبرة، إلى جانب أن بعض الأدوية المستوردة يكون فيها التعويض للمستورد أكثر من تلك التي يصنعها المنتج محليا، أي يشمل ذلك الأدوية الجنيسة التي لا تعوض، ولأن كل ذلك يندرج ضمن سياسة الوزارة.

أخيرا، فان سياسة التسعير الدوائي في الجزائر محفزة على الاستيراد مقابل الإنتاج المحلي[13]، فمن الناحية التقنية نجد أن الوزارة الوصية على ذلك ليست لها المؤهلات الفنية الكافية لتقدير التكاليف المصرح بها من طرف المصنع الصيدلاني، فضلا عن عدم تناسق النظام التسعيري فيما يخص الأسعار الخاصة بالاستيراد FOB (free on board) وأسعار المواد المنتجة محليا PPA و PCSU (prix cession sortie usine)، اذ نجدها مختلفة كثيرا بالرغم أحيانا انه نفس النوع من المنتوج. اما من الناحية الإدارية فهناك تداخل بين مصالح وزارة التجارة (PPA) ومصالح وزارة الصحة (FOB) في مراقبة وتحديد نظام الأسعار.

2- الصناعة الدوائية في الجزائر:

لقد حققت الصناعة الدوائية في الجزائر نموا معتبرا، حيث قفزت من 25% سنة 2008 الى 65% سنة 2018 حسب OGB (Oxford Business Group)، بنسبة نمو تجاوزت 17%، وهو ما ساهم في تراجع فاتورة واردات الأدوية وتقليصها من 5 مليار دولار الى 2 مليار دولار (2008). كما تضمن التقرير ايضا ان الصناعة الصيدلانية الجزائرية أمام تحدي صعب مع انتشار وازدياد الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض السرطان، التي سجلت نسب مرتفعة ما بين 42000 الى 45000 حالة جديدة كل سنة، ومن المتوقع ان يرتفع هذا الرقم الى 61000 مع حلول 2025.

[13] حسب السيد مسعود بلعمبري رئيس SNAPO، قامت وزارة العمل 2017 بتخفيض السعر المرجعي لحوالي 150 دواء، دون مراعات المعايير الدولية في ذلك والتضخم الكبير للعملة الوطنية، مما ساهم في حدوث فارق كبير بين السعر المرجعي المحدد من طرف وزارة العمل وسعر بيع الدواء من طرف الصيدلي، والتي سوف يتحملها المستهلك المريض. بسبب تغطية العجز المالي للصندوق الضمان الاجتماعي.

كما تبنت الحكومة سياسة تشجيع الإنتاج الوطني بدل الاستيراد خاصة في ظل التقشف ووضع تسهيلات للمستثمرين في مجال الأدوية، حيث صرح السيد مختار حزبلاوي (المسؤول على الإنتاج الصيدلاني بوزارة الصحة والسكان) انه يتم العمل على تنفيذ 354 منها 92 مشروع إنتاج للأدوية بقدرة 2500 صنف أي ما يعادل 60% من إجمالي الأدوية المسجلة في الجزائر، الأمر الذي مكن الصناعة الصيدلانية من تغطية السوق المحلي بنسبة 53% من حاجيات الوطنية من حيث القيمة.

في الواقع، الصناعة الصيدلانية في الجزائر لا تزال فتية والإنتاج المحلي لا يزال لا يغطي طلبيات السوق المحلية، وهو ما أثقل فاتورة الاستيراد التي تتذبذب في تزايد سنة بعد سنة، وهذا بسبب انتشار الأمراض المستعصية وارتفاع الطلب على الأدوية الأجنبية مقارنة بالمحلية –أزمة ثقة–، وعدة مشاكل تعرقل من عمل السوق الوطنية لإنتاج الأدوية سوف نتطرق لها لاحقا، إليكم الجدول التالي:

الجدول رقم(9): جدول يبين الإنتاج المحلي من الأدوية خلال الفترة 1995–2019 (الوحدة: مليون دولار امريكي)

السنة	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
الإنتاج المحلي	34,97	45,2	56	67,83	72,9	93,04	111,4	106,6	100,8	225	232,4	455	586,6
النسبة السوقية %	/	/	/	12%	15%	20%	16%	15%	14%	18%	17%	27%	29%
السنة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
الإنتاج المحلي	533,9	771,3	800	1138	1117	1243	1373	1401	1489	1471	1506	/	/
النسبة السوقية %	22%	30%	32%	34%	33%	36%	35%	38%	37%	40%	45%	47%	/

المصدر: من إعدادنا اعتمادا على IPMED وUNOP

يتضح من خلال الجدول ان حجم الإنتاج المحلي من الصناعة الصيدلانية في تزايد مستمر منذ سنة 1995 بالرغم من ان الإنتاج سنوات التسعينات كان مقتصر فقط على مجمع صيدال العمومي، وفي سنة 2000 بلغ ما قيمته 93,04 مليون دولار بتغطية 20%، وهذا راجع الى انعكاس سياسة الانفتاح المنتهجة (التوجه الى اقتصاد السوق) مع ارتفاع الاستثمار الأجنبي ودخول منتجين خواص جدد الى السوق الدوائية الوطنية. ليستمر في الارتفاع سنوات الألفية الى غاية سنة 2008. وهذا راجع للانتعاش الاقتصادي الذي عرفه الاقتصاد الجزائري مع ارتفاع أسعار البترول في تلك الفترة، إلا أن التغطية انخفضت نوعا ما بسبب ارتفاع الاستهلاك الدوائي والذي رافقه ارتفاع الاستيراد كذلك. وفي سنة 2009 قفز الإنتاج الى ما قيمته 771,3 مليون دولار بسبب تراجع الاستيراد نوعا ما إثر صدور قانون منع استيراد الأدوية المصنعة محليا. واستمرت معه نسبة التغطية بنسب متفاوتة الى حد ما لان استيراد الأدوية عاود الارتفاع مرة أخرى خاصة بعد سنة 2011 (كما سنرى لاحقا) وهذا ما يفسر على أن الإنتاج المحلي لا يلبي الحاجيات الوطنية من الأدوية المطلوبة خاصة مع ارتفاع الأمراض المستعصية غير متنقلة مثل أمراض القلب، السرطان وأمراض الدم التي لا يقدر المنتجون المحليون تصنيعها نظرا لاقتصارها على كبرى الشركات العالمية الصيدلانية وتمتعها بمهارات عالية التقنية، مما يستوجب استيرادها لا محال.

على هذا الأساس، اتخذت الجزائر عدة إجراءات وإصلاحات بغية تحقيق جملة من الأهداف تنوعت بين اقتصادية واجتماعية وحتى صحية إنسانية، تمحورت حول النقاط التالية:

- تخفيض فاتورة استيراد الدواء التي أرهقت الدولة الجزائرية خاصة عندما فاقت المليارين دولار سنويا.
- ضمان توفير الدواء لكل الجزائريين وتحقيق الاكتفاء الذاتي.
- بناء وتشجيع صناعة صيدلانية وطنية من شانها النهوض بقطاع الصناعة ككل وتخفيض الضغط على النفط.
- ترشيد نفقات الصحة التي يتحملها صندوق الضمان الاجتماعي.
- تطوير الأدوية الجنيسة وخلق قطب قاري وإقليمي متخصص في المجال.
- خلق مناصب عمل جديدة وتشجيع وتطوير الصادرات خارج المحروقات.

ولأسباب اقتصادية واجتماعية محظة، اختارت الجزائر تطوير الأدوية الجنيسة (Médicaments Génériques) في الجزائر كهدف رئيسي لتقليص العبء على صندوق الضمان الاجتماعي الذي انفق 77 مليار دج سنة 2008 لتعويض الأدوية

حسب تصريح مدير الضمان الاجتماعي، فالأدوية الجنيسة لها أهمية بالغة في سوق المنتجات المعوضة % 56 :من سوق ألمانيا، 53 %في انجلترا وفقط % 8.6 فيفرنسا.

3- مساهمة الواردات الادوية في السوق المحلي:

لا تزال الجزائر على غرار كافة دول شمال إفريقيا تندرج ضمن عنوان التركيب الصيدلاني، أي تحويل المادة الأولية إلى منتج صيدلاني يتناوله المريض. حيث تكمن الصعوبة في إنتاج المواد الأولية هذه الأخيرة يعتبرها العالمون في مجال الدواء، حجر الأساس في تصنيف الدول المصنعة للأدوية من غير المصنعة. ويعود هذا بالدرجة الأولى إلى عمليات البحث والتطوير المكلفة، حيث لابتكار دواء واحد جديد يكلف في مجال البحث والتجريب ما بين 125 إلى 250 مليون دولار وهو عبء على دولة واحدة بمفردها. (مداح عرابي، 2013، صفحة 29) وتنحصر السوق الصيدلانية العالمية على دول قليلة من حيث الإنتاج والاستهلاك، حيث أن 80% من الصناعة الصيدلانية العالمية تقوم بها الشركات الكبرى المصنعة والمحتكرة للأدوية المتواجدة في أمريكا الشمالية[14] وأوروبا الغربية واليابان، بينما تستهلك أمريكا الجنوبية وأوروبا الشرقية واسيا 19% وافريقيا1%. (Ballet, 2012,, p. 8)

تعاني الجزائر كغيرها من الدول من إشكالية ازدياد النفقات على الأدوية لأسباب عديدة و متنوعة –كما ذكرنا سابقا- سواء من ناحية سياسة عرض الأدوية أو الطلب عليها، إذ يعتبر الدواء احد أهم الدعامات الرئيسية للمبادلات التجارية الدولية فترتبط الصناعات الصيدلانية بحقوق التراخيص بشكل مباشر بموجب الاتفاقيات العالمية لحماية حقوق براءات المخترعين في ظل العولمة وحرية انتقال رؤوس الأموال، لذا تسعى الجزائر إلى تسخير كل جهدها للتنمية الصناعات الصيدلانية وتقليص فاتورة الاستيراد، وهذا لتغطية الطلب المحلي المتزايد بسبب ندرة الأدوية وعدم كفاية الإنتاج الوطني.

بالإضافة إلى ذلك، فهو وضع غير مستقر لأن المستورد يجب أن يقوم بالتحويل في غضون فترة سنتان(02) كمنتج. (تبدو هذه الفترة قصيرة نظرًا لتعقيد عملية الاستثمار) بالإضافة إلى حقيقة أن المستورد غير معترف به حقًا على أنه موزع كامل الأهلية، ولم يتم تخصيص هامش له (الموزع – المستورد ملزم بتقاسم نفس الهامش مع موزع الجملة).

أهم المستوردين لسنة 2018 هم:

[14]أمريكا لوحدها تستهلك حوالي 50% ما يستهلكه العالم، وحقق السوق الأمريكي نصف مبيعات السوق العالمي سنة 2006 بمبلغ 300 مليار دولار من رقم الأعمال، وخلال 10 سنوات فقط انتقلت أمريكا من 30% إلى 50% من الاستهلاك الإجمالي العالمي.

PCH, SANOFI, BIOPHARM, ALDAPH, ATPHARMA L´INSTITUT PASTEUR, HIKMA, L´UNION PHARMACEUTIQUE CONSTANTINOISE, GLAXO SMITH KLINE, LES LABORATOIRES DE DIAGNOSTICS MAGHREB et PFIZER.

أثقلت واردات الأدوية الخزينة العمومية منذ الوهلة الأولى لتحرير التجارة الدولية، ليتم في سنة 1997 ولأول مرة إجبار المستوردين على الاستثمار في الإنتاج الصيدلاني، ويتبعه في سنة 2002 تحديد قائمة من 128 دواء ممنوع استيرادها في محاولة لتشجيع الصناعة المحلية، لكن هاته الإجراءات باءت بالفشل، لترتفع فاتورة استيراد الدواء في كل مرة، رغم ارتفاع الإنتاج الداخلي استوردت الجزائر سنة 2000 أكثر من 500 مليون اورو، مما استدعى تأطير وضبط فاتورة الاستيراد بموجب المرسوم رقم 04-03 المؤرخ في 19 جويلية 2003 الذي نص على النقاط الثلاث الآتية:

1-مراقبة عملية الاستيراد: بفرض تعريفات جمركية وضريبية مرتفعة على الأدوية المستوردة.

2-تنمية صناعة الأدوية الجنيسة وطنيا: كخيار استراتيجي من اجل تخفيض فاتورة الاستيراد نلخصها فيما يلي:

-لا يسمح بتسجيل أي دواء ذو جودة إلا في حالة غياب دواء جنيس يفي بالغرض، وفي حدود فائض التكلفة مقارنة بالتعريفة المرجعية الخاصة بـ DCI (Dénomination Commune Internationale) المحددة بـ 25% كأقصى حد.

-العمل على تشجيع وتسهيل الهيئات الحكومية المعنية على إنتاج كل دواء جنيس ذو جودة عالية، مع منع استيراد أي دواء يصنع محليا.

-يلقى المصنع للدواء محليا كل التحفيزات المالية والتخفيضات الضريبية وإخضاعها لنظام تعريفي مشجع للتعويضات الدوائية.

3- حماية المنتوج الوطني: خاصة من المنافسة الشرسة التي تفرضها المنتجات الصيدلانية للشركات العالمية الكبرى.

استوردت الجزائر سنة 2004 حوالي 758 مليون اورو، وفي سنة 2005 الى 1,4 مليار اورو ثم تعاود النزول الى 900 مليون اورو في السنة 2006[15].

[15] نفس المرجع السابق، الملتقى الدولي أفاق الصناعات الصيدلانية في الجزائر 21 اكتوبر 2007 تصريحات وزير الصحة عمار تو.

إن توقيع الجزائر اتفاق مع الاتحاد الأوروبي والسعي للانضمام لمنظمة العالمية للتجارة، حتم على الحكومة إنماء الإنتاج الدوائي وإعادة النظر في سياسة استيراد المنتجات الصيدلانية المصنعة وطنيا، وكذا تنظيم سياسة التوزيع لدى المستوردين، من خلال مرسوم الجريدة الرسمية المؤرخ في 12 جوان 2005.

بسبب تراجع الصناعة الوطنية التي تأثرت بالاستيراد الذي بقي يرتفع كل عام بصف رهيبة تم إصدار قرار منع استيراد أكثر من 1000 نوع من الدواء في 14 ديسمبر 2008 الذي نص على ما يلي:[16]

- إلزام كل مستورد لديه رخصة استيراد على تقديم ملف إقامة وحدة صناعية للمواد الصيدلانية في مدة لا تتجاوز 6 أشهر، وان يحقق استثماره في مدة لا تتجاوز السنتين.
- على كل متعامل وطني أو أجنبي يريد تسويق منتجاته في الجزائر القيام ببناء وحدة صناعية للإنتاج.
- على كل مستورد يقوم بتركيب المواد الصيدلانية المستوردة ان يصنعها محليا في مدة لا تتجاوز السنة.
- منع استيراد الأدوية المصنعة محليا.

لم تمنع هذه الإجراءات من تحقيق الأهداف المرجوة، حيث استوردت الجزائر ما يقارب 70% من استهلاكها الإجمالي للأدوية من فرنسا(13,5%) وايطاليا (9,2%)،اذ بلغت 1,4 مليار دولار سنة 2008، لتصل أعلى قيمة سنة 2009 بـ 1670 مليون اورو بسبب ارتفاع المسنين وزيادة الأمراض المزمنة (حسب وزارة الصحة).

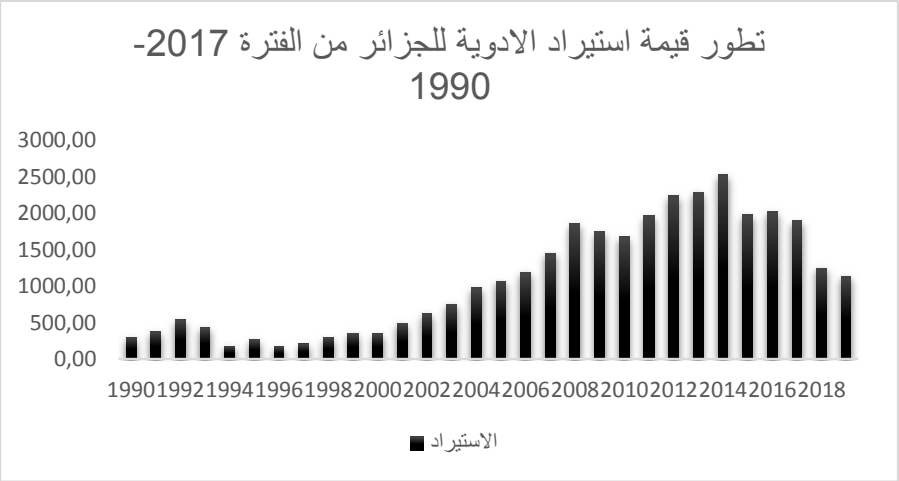
إن الأزمة المالية العالمية سنة 2008، أثرت على فاتورة الواردات بصفة عامة والأدوية بصفة خاصة، فانخفاض الواردات كان بسبب التأثر بتغير سعر الصرف، فالدولار أكثر عرضة للتذبذب مقارنة بالاورو لعدة اعتبارات تتعدى الجانب الاقتصادي فضلا على أن معظم الأدوية المستوردة من الاتحاد الأوروبي (اي بالاورو).

استمرت الواردات في الارتفاع واستمرت معها القوانين والتعديلات غير فعالة، ليعدل سنة 2015 المرسوم الصادر في سنة 2008 لكن دون جدوى، سواء من ناحية دعم التصنيع المحلي او تقليص فاتورة الواردات، حيث اكد السيد لطفي بن باحمد رئيس

[16]الإطار التشريعي للاستثمار في الصناعة الصيدلانية الجزائرية نلخص أهمها جاء فيه كما يلي:
– دفتر الشروط لسنة 1997: يجبر مستوردي الدواء في الجزائر بالاستثمار في الإنتاج الصيدلاني لأجل أقصاه سنتين إلى أربع سنوات،
– تعليمة 2003 وقائمة الـ 128 منتوج: بإعفاء بعض المواد الأولية من الرسوم الجمركية ومنع استيراد 128 دواء يصنع محليا،
– قرار سنة 2005:إلغاء دفتر الشروط كليا وبالتالي وضع قطيعة لتطور الاستثمار الصيدلاني في الجزائر،
– إعادة تأسيس دفتر الشروط أكتوبر سنة 2008: إجبار الأجانب بالاستثمار مع مستثمرين محليين بنسبة لا تقل عن 30%.
– قرار منع استيراد الأدوية المصنعة محليا وقائمة منع استيراد ال 354 دواءديسمبر2015.

المجلس الوطني لعمادة الصيادلة ان هناك ندرة مزمنة في أزيد من 100 صنف هام من الأدوية، حيث بعدما كان يراعي استيراد الأدوية المواصفات المتعلقة بالسعر والنوعية والشروط التقنية فقط، فانه اليوم يخضع لتقليص الحصص المستوردة، الأمر الذي كان له التأثير المباشر على المخزون الاحتياطي مقابل الطلب المتزايد. هناك أدوية ممنوعة من الاستيراد لكن غير مسجلة للتصنيع المحلي(مصدر الإذاعة الجزائرية القناة الثالثة 12 جويلية 2017).

الشكل رقم (5): واردات الأدوية في الجزائر خلال الفترة (1990–2017)



المصدر: من إعدادنا اعتمادا على UN COMTRADE(TradeMap, 2019).[17] **وCNIS**.

الشكل رقم (6): خريطة تبين قائمة الأسواق الموردة للمنتجات الصيدلانية للجزائر خلال سنة 2017

[17] إحصاءات تجارية لتنمية الأعمال الدولية. موقع مركز التجارة الدولية (TRADE MAP) بالتعاون مع الاتحاد الاوروبي، المنظمة العالمية للتجارة وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية والتجارة. تم الاطلاع عليه 2020/09/29 التوقيت 21:51.

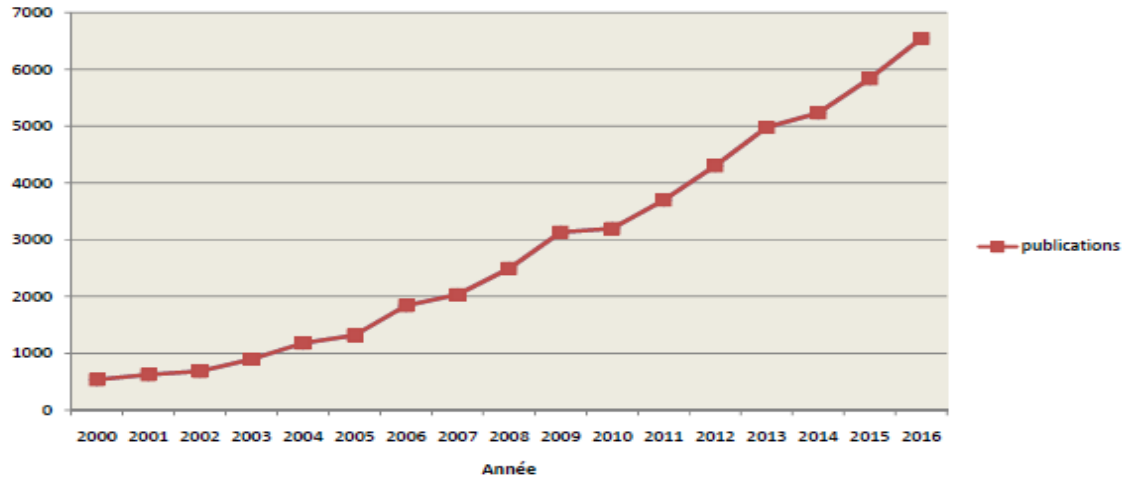
المصدر: من إعدادنا اعتمادا على UN COMTRADE(TradeMap, 2019).

4- تحديات البحث والتطوير للصناعة الدوائية في الجزائر

4-1 البحث والتطوير.. الابتكار.. والصناعة الدوائية الجزائرية:

على الرغم من الجهود الهائلة التي بذلتها الدولة في التكوين والتعليم العالي منذ الاستقلال، ولأسباب مختلفة قد تستغرق وقتًا طويلاً للتذكر هنا، إلا أن المهارات المنتجة لا تُستغل إلا قليلاً جدًا بهدف الابتكار من قبل القطاع الاقتصادي. خاصة فيما يخص إنتاج براءات الاختراع التي هي أحد مخرجات عملية الابتكار في المنظمات، وتعتبر أيضًا واحدة من أكثر مؤشرات النتائج التكنولوجية استخدامًا. (Amdaoud, 2017). هذا فيما يخص الإنتاج التكنولوجي، أما فيما يتعلق بالمطبوعات العلمية، يوضح الشكل أدناه زيادة مطردة في المنشورات في الجزائر من 524 منشورًا في عام 2000 إلى 6544 منشورًا في عام 2016، وهذا بسبب زيادة عدد الباحثين وطلاب الدكتوراه. (رجم، 2020،p145)

الشكل رقم (7): تطور الانتاج العلمي من 2000 الى 2016 في جميع التخصصات



المصدر: من إعداد الطالب اعتماد علىDGRSDT,2018

ويظهر تحليل الملامح الوطنية للتخصص العلمي في الجزائر خلال عام 2016 تخصصًا معينًا في التخصصات التقنية. يقودها مجال المناعة وعلم الأحياء الدقيقة أكثر من 20٪ من إجمالي الإنتاج العلمي، يليه الكيمياء الحيوية، وعلم الوراثة الجزيئي وعلم الأحياء، وعلوم المواد والطب، على التوالي 13٪، 11٪، 10٪.

على هذا الأساس، تسعى الجزائر إلى أن تصبح قطب صناعي صيدلاني في إفريقيا خاصة بجلب الاستثمارات الأجنبية وتطوير الأدوية البيوتكنولوجيا عبر قطاعها العام والخاص، إذا يحاول مجمع صيدال[18] دخول مجال الابتكار بإنشاء مركز البحث والتطوير بسيدي عبد الله وتصنيع الأدوية المعتمدة على التكنولوجيا الحيوية وخصوصا التكافؤ الحيوي، وأيضا اللقاحات بشراكة مع الشركة الأردنية "اكديما"[19].

كما تم إنشاء سنة 2018 مجمع آخر متخصص بإنتاج أدوية علاج الأورام بالشراكة مع الشركة الفرنسية " ايبسن" والشريك الجزائري " إيسل هولدينج" –شركة مالية مهتمة بالشراكات الصناعية–، حيث من المفترض ان يبدأ العمل بحلول عام 2021، كما تم جلب الشركة العالمية الفرنسية "Sanofi" بطاقة إنتاجية تقدر بـ 100 مليون وحدة سنويا في تخصّصات علاجية مختلفة منها السكري، أمراض القلب، والأعصاب. فضلا عن هذا هناك، عدة مصانع هامة مثل شركة "AstraZeneca " و «Biopharm" و " Kendi" التي ساهمت كثيرا في إنعاش السوق الوطنية وتقليص الواردات.

[18] ينتج مجمع صيدال أكثر من 200 دواء موزع على 20 فئة علاجية، وبحصة سوقية تقدر بـ 16% على المستوى الوطني.

[19] انظر تصريح المدير العام لمجمع صيدال السيد ياسين تونسي لجريدة النهار، اطلاع يوم 2020/02/20. الموقع https://www.ennaharonline.com/?p=257065

2-4 البيو تكنولوجي (Biotechnologie) في الصناعة الجزائرية:

تعرف التقنيات الحيوية Biotechnologies على انها:" مجموعة تقنيات الهندسة الحيوية والهندسة الطبية الحيوية وعلم الجينوم وعلم تحرير الجينات وعلم البروتينات الوراثية وعلم محاكاة الطبيعة وعلم الأحياء التركيبي، وتتنوع تطبيقاتها بين مجالات الطاقة، المادة، الصناعات الكيميائية، الصيدلانية، الزراعية والطبية". (Oman LLC, 2 0 1 9, p. 9)

محاولة من الحكومة الجزائرية اهتمامها بالبحث والتطوير وفرض نفسها في مجال صناعة الأدوية العالمية، قررت إنشاء قطب الصناعة البيوتكنولجية (التكنولوجيا الحيوية) في منطقة سيدي عبد الله بالجزائر العاصمة، كمشروع ضخم يغطي شمال افريقيا الشرق الأوسط في تصنيع المستحضرات الصيدلانية وتوريد الأدوية، ومجابهة كل من الولايات المتحدة الأمريكية التي تحتل المركز الأول عالميا وتليها ايرلندا وسنغافورة بحلول عام 2020[20].

وقد أوكلت مهام البحث والتطوير ودراسة الجدوى الى مكتب شركة Deloitte الدولية للخبرات في إطار الشراكة الأمريكية-الجزائرية، إلا إن الدراسة أوضحت أن الاقتصاد الجزائري سيكون عائق باعتباره اقتصاد ريعي (يعتمد على البترول فقط)، ونسبة الخريجين في الجزائر في الميادين العلمية تقل عن 1% فقط، فضلا عن ان هناك زيادة في النفقات الصحية وقلة مشاركة القطاع الخاص. كما تطرقت المنظمة الى قاعدة الاستثمار في الجزائر (51%-49%) التي تعتبر مشكل أساسية لجلب الاستثمارات بالرغم من الإمكانات التي تتمتع بها الجزائر. فيما يلي أهم التوصيات التي خرجت بها المنظمة[21]:

- يجب توفير حرية وانتقال المنتجات المبتكرة الى الجزائر، لان القطب الصناع البيوتكنولوجي لا يستطيع إنتاج كل شيء.
- قلة الإنتاج بالنسبة للمصانع الجزائرية للأدوية أمر مثبط للصناعات التكنولوجية الحيوية المستقبلية.
- ضرورة الاستقرار التنظيمي والشفافية في التعامل لأجل إمكانية التنبؤ.
- تنمية الموارد البشرية والمهارات الفنية العلمية في مجال البحث والتطوير.
- زيادة الشراكة بين الصناعة والجامعات والمعاهد الدولية لوضع نظام يكفل تحرير الأسعار وحقوق الملكية الفكرية وفقا للمعايير الدولية.

[20] استغرقت أمريكا في بنا مجموعة التكنولوجيا الإحيائية في بوسطن ما يقارب 100 عام المعروفة باسم "دافوس التكنولوجيا الحيوية" وايرلندا حوالي 50 عام وسنغافورة 30 عاما.

[21] اما فيما يخص التجارب الطبية فهناك فارق كبير بين الدول الرائدة في مجال البيوتكنوجيا والجزائر، حيث أجرت سنغافورة سنة 2011 ما يعادل 686 تجربة وايرلندا 457 تجربة و5210 في أمريكا مقابل 28 فقط في الجزائر. - انظر دراسة مكتب Deloitte (تقرير 200 صفحة و88 توصية) حول قطب البيوتكنولوجي، موقع https://www2.deloitte.com/dz/fr.html.

في الواقع هذا غير كافي، خاصة من ناحية البحث والتطوير وابتكار أدوية جديدة، فمعظم الشركات المتواجدة في الجزائر تنتج الأدوية الجنيسة والأدوية المنتهية براءة اختراعها، وهو أمر يجعلها في تحدي صعب أمام الصناعة الدوائية العالمية التي تطورت وسيطرت بفضل الابتكار واختراع علاجات جديدة، ويعود هذا الى عدة اعتبارات منها التكاليف الباهظة للبحث والتطوير، عدم الاهتمام المستثمرين بمجال الابتكار والبحث على ما هو سهل لتحقيق الربح فقط، افتقار الجزائر لليد العاملة الفنية المؤهلة والمكونين في مجال البحث وغيرها من المشاكل المتعددة الأبعاد سواء اقتصادية، اجتماعية، ثقافية وسياسية.

الجدول رقم (10): تطور عدد براءات الاختراع المطلوبة في البيوتكنولوجية للجزائر 2000 –2014

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الصناعة	8	11	112	90	102	9	0	1	5	1	1	1	0	0	0
البيوتكنولوجي	2	/	13	9	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على (قطاف ، 2018، صفحة 241)

نلاحظ من الجدول ان سنة 2002، كانت نسبة عالية من ناحية تقديم براءات الاختراع في مجال الصناعة الصيدلانية، لتنخفض ثم تنعدم تماما مع سنة 2014، وهذا بسبب عدم تشجيع أنشطة البحث والتطوير على مستوى الدوائي، بالإضافة الى ملاحظتنا قلة الاهتمام بمجال البيوتكنولوجي، والذي أصبح الشغل الشاغل للصناعات الصيدلانية العالمية، ويعود هذا إلى عدم وجود سياسة ابتكار جادة من طرف الدولة والسلطات الوصية. على العموم لا تساهم الجزائر كثيرا في مجال البحث والتطوير في الصناعة الدوائية العالمية والمحلية.

المبحث الثاني: الاستيراد وسياسته في الجزائر

المطلب الأول: عموميات على الاستيراد

1- تعريف الواردات:

تتمثل الواردات فيما يتم شراؤه من السلع والخدمات من باقي دول العالم، لتحقيق المنفعة وإشباع حاجات الاستهلاك المحلي- الطلب الداخلي للمقيمين في الداخل-، وتشكل الجانب المدين من حسابات الميزان التجاري للدولة. فالواردات جزء يجب أن يطرح من الناتج القومي، لكونه إنفاق لا يقابله إنتاج محلي، ولهذا تواجه الدولة مشكلة انخفاض دخلها القومي عند سدادها لقيمة وارداتها. (الخطيب و دياب، 2013، صفحة 108) كماأن زيادة الواردات سوف تؤدي إلى تخفيض الطلب على السلع و الخدمات المحلية ، داخل حدود الوطن. (صخري، 2005، صفحة 131)

2- دالة الواردات:

بشكل عام، يعبر عن دالة الواردات حسب النموذج البسيط بعلاقة الدخل الوطني، حيث يشكلان علاقة طردية أي كلما زاد الدخل زادت الواردات والعكس صحيح. ويمكننا كتابة دالة الواردات بدلالة الدخل على الشكل التالي:

$$M= m.y +M0$$

حيث:

M: دالة الواردات.

m: الميل الحدي للاستيراد.

Y: الدخل.

M0: الواردات التلقائية.

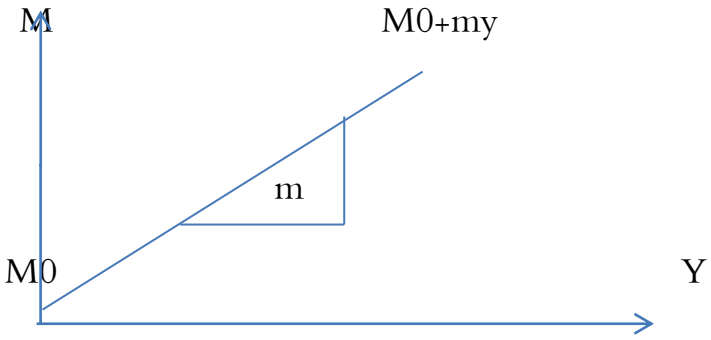
الميل الحدي للاستيراد m: هو مقدار التغير في الواردات نتيجة التغير في الدخل بوحدة واحدة ونرمز له بالرمز:

الميل الحدي للاستيراد: $MPM=\frac{\Delta M}{\Delta Y}$

$0 < m < 1$: معناه أن الزيادة في الدخل تؤدي إلى زيادة في الواردات و لكن بمقدار اقل من الزيادة في الدخل.

ويمكن تمثيلها بيانيا كما يلي:

الشكل رقم (8): منحنى دالة الواردات بدلالة الدخل



المصدر:عمر صخري، مرجع سابق، ص132

تعتبر الواردات نوع من التسرب للدخل الوطني، لأنها تشكل جزء من الدخل الوطني الذي لا يعاد إنفاقه على المنتجات المحلية بل على المنتجات المستوردة من الخارج، أي أن مشتريات السلع الوطنية التي تدخل في تابع الطلب الكلي. لان الطلب على السلع الأجنبية لا يمارس تأثير مباشر على الناتج الوطني. (بريبش ، 2007، صفحة 176)

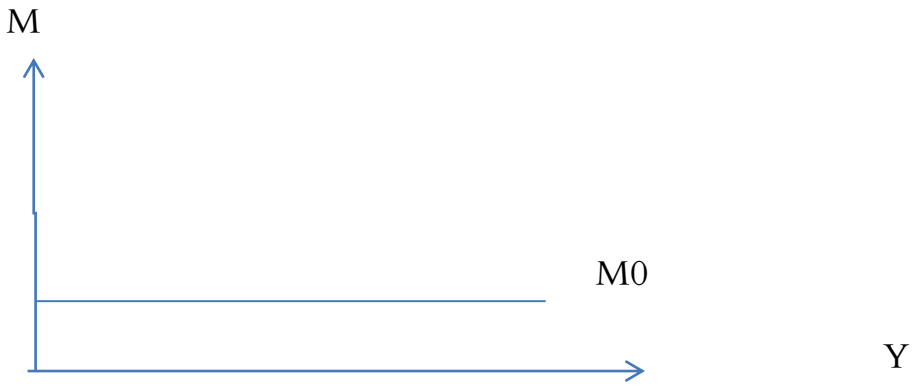
وبناءا على ذلك فان زيادة في الواردات تؤدي إلى تخفيض الطلب على السلع المحلية، لذلك فهي تطرح من الدخل الوطني كما يلي: $D=C+I+G+X-M$

2-1 تابع الاستيراد:

ا- الفترة القصيرة:

تكون الواردات التلقائية($M0$) أو الواردات المستقلة أكبر من الصفر، أي أن الدولة تستورد حتى لو كان الدخل معدوما و ذلك باللجوء إلى الاقتراض، أما الميل الحدي للاستيراد فهو مقدار التغير في الواردات لما الدخل يتغير بوحدة واحدة، و بيانيا يمكننا تمثيلها بدالة خطية كما يلي:

الشكل رقم(9): دالة الاستيراد في الفترة القصيرة

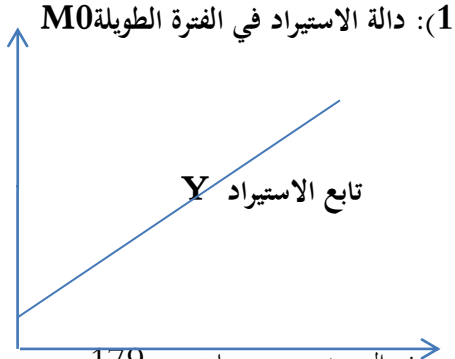


المصدر: بريبش السعيد، مرجع سابق، ص178

ب- الفترة الطويلة:

وفق للفكر الاقتصادي الحديث حول محددات الطلب على الواردات، يؤكد معظم الاقتصاديون على أهمية عامل الدخل القومي كمحدد رئيسي للواردات في الاقتصاد المفتوح، فهي غير مستقلة عنه، كما أن $M0$(الواردات المستقلة) ليس له أي مدلول في المدى الطويل وبتعبير آخر فان$M0$ يكون مساويا للصفر، حيث نلاحظ في المنحنى التالي: أن منحى تابع الاستيراد ينطلق من مركز الإحداثيات لان $M0=0$.

الشكل رقم(10): دالة الاستيراد في الفترة الطويلةM0



المصدر: بريبش السعيد، مرجع سابق، ص179

3- أهم مناهج الطلب على الواردات:

إن الهيكل النظري لتحديد الأسعار وحجم التجارة تأتي من النظرية العامة لتفاعل الطلب والإنتاج في نمذجة سلوك الواردات، كما انه في هذا المجال يهيمن على الأدب الاقتصادي نوعان من النماذج اعتمادًا على ما إذا كانت السلع المتبادلة مثالية بدائل للسلع المحلية أم لا. (Gudin & Capet, 1993, p. 15) وهما نموذج البدائل المثالية ونموذج البدائل غير الكاملة، فيما يلي أهم خصائصهما: (Barassou , 2005, p. 32)

3-1 منهج البدائل المثالية(نموذج فائض الطلب)The Excess Demand Approache:

ويقرر انه إذا كانت السلع المستوردة بدائل تامة للسلع المنتجة محليا، فان الواردات تمثل في هذه الحالة بفائض الطلب الكلي عل العرض الكلي. حيث يفترض هذا النموذج عدم وجود دالة طلب استيراد-معزولة-، في مكان يمثل الطلب على فائض الواردات. هذا يعني أن لتقدير أو توقع الطلب الاستيراد، يجب علينا في الواقع تقدير الطلب المحلي، والواردات ستظهر على أنها متبقية-وهذا صعب التحقيق-. في نموذج البدائل المثالية، هناك سعر واحد، العقلانية وراء تلك الفرضية هي الإيمان بأنه تم تجاهل التكاليف (النقل، حواجز التعريفات وغيرها)، وأن جميع الأسعار يتم التعبير عنها بعملة مشتركة، أي سيكون هناك سعر واحد للسلع القابلة للتداول. ويتم تحديد هذا السعر العالمي الفريد من قبل التفاعل بين العرض والطلب العالميين على السلع المتداولة. بعبارات واضحة، يمكن للبلد أن يؤثر فقط على سعر السلعة التجارية إذا كان يمكن أن يؤثر على العرض أو الطلب الدولي. واقعيا يعتبر هذا النموذج صعب التقدير في التطبيق، والحصول على طلب محلي أصعب بكثير من الحصول على الواردات، وبالتالي فإن النموذج البديل غير الكامل أكثر ملائمة.

3-2 منهج البديل غير التام The Imperect Substitute Approach

وفيه تعتبر السلعة المستوردة بديل غير تام للسلعة المنتجة محليا، وهو ما يعني أن الطلب على الواردات يكون نتاج لتعظيم سلوك المستهلك أو المنتج. يعتمد النموذج البديل غير الكامل على ملاحظة بسيطة:

– السلع المستوردة من قبل الدولة هي بدائل غير كاملة للبضائع المنتجة على المستوى الوطني.

– السلع التي تصدرها الدولة هي بدائل غير كاملة للبضائع التي تنتهجها الدولة المستوردة أو دولة مصدرة أخرى.

تستند السمات الرئيسية للنموذج على نظرية الطلب التقليدي. في الواقع، وفقًا لهذه النظرية يسعى المستهلك دائمًا إلى ذلك تعظيم فائدته ضمن قيود ميزانيته. وفي الحالات التي يكون فيها المستورد منتج، فان الطلب على الواردات يسعى إلى تعظم الإنتاج وفق قيود التكاليف المتوفرة.

وباختصار، تقدم دالة طلب الاستيراد الكمية المطلوبة على أنها دالة لمستوى النشاط الاقتصادي في البلد المستورد، مع سعر السلع المستوردة وسعر السلع المحلية. كما أن المعادلات في هذه النماذج عادة ما يتم التعبير عنها في شكل لوغاريتمي، بحيث تكون المعاملات يمكن تفسيرها بسهولة على أنها مرونة.

4– سياسة الجزائر الاستيرادية:

لإعادة التوازن للمبادلات التجارية تستخدم الدول ثلاث سياسات من إجراءات الحماية ومراقبة سعر الصرف والقروض بالعملات الأجنبية. وتتمثل الإجراءات التجارية في طبيعة ثنائية بهدف تخفيض الواردات وزيادة الصادرات، حيث يمكن بلوغ تخفيض الواردات بتعديل مصطنع لأسعارها، وهو ما يستدعي تعديل التعريفات والرسوم الجمركية، أو تتبع نظام الحصص. وعادة ما تتطلب السياسة التجارية كثيرا من الوقت لتعطي ثمارها. كما تستخدم الدولة أيضا سياسة دعم الصادرات عن طريق الدعم المادي المباشر منا لحكومة للمصدرين لتخفيض أسعار السلع المصدرة،بهدف رفع درجة منافستهم للمنتوجات الأخرى المماثلة في الأسواق العالمية.

إذا كان هناك عجز في ميزان المدفوعات فانه على الدولة ان تخفض من قيمة عملتها المحلية مقارنة بالعملات الأخرى–حسب النظرية الكينزية–، وهذا لتشجيع الصادرات وتقليص الواردات. إلا أن لهذه السياسة عيوب، فهي تدعو للمعاملة بالمثل لان الطرف الأخر من التبادل في ظل هذه الإجراءات يواجه نقصا في صادراته وارتفاع وارداته، مما ينتج عنه نقص في العمالة والدخل لهذه البلدان، فتقوم هي الأخرى بتخفيض عملتها مما يؤدي الى تؤثر الدولة –المطبقة للسياسة أولا–من إحباط محاولاتها في تحسين ميزان مدفوعاتها. وبدلا من تخفيض العملة، تلجا الدولة الى فرض قيود جمركية وضرائب على الواردات وبالتالي ترتفع أسعار المنتجات المستوردة لدى

المستهلكين، ولذلك فهي لا تشجع على واردات هذه المنتجات بينما تشجع على الإنتاج المحلي. (منصور، 2012، صفحة 500) وباختصار فالضريبة الجمركية تدعم المنتجين المحليين على ان تمويل ذلك الدعم يتم بواسطة الاستهلاك، الذي يدفع أسعارا أعلى.

كما يمكن اللجوء الى تطبيق نظام الحصص في الاستيراد–لمنع المعروض الأجنبي من السلع في السوق المحلية–، وهو نوع من القيود، بحيث تحدد الكمية من استيراد سلعة معينة، مما يؤدي إلى رفع أسعار السلع على النحو الذي ينتج عن الضريبة. لكن مع اختلاف متباين، ففي نظام الحصص إذا تزايد الطلب المحلي على السلع، فان السعر المحلي يرتفع–الطلب أكبر من العرض–مع وجود كمية محدودة من استيراد هاته السلع. أما في حال فرض الضريبة، فانه مسموح لاستيراد السلع–بكميات غير محدودة–شريطة خلق عرض مقابل لها–يوجد من يدفع ثمنها–، وبالتالي لا يرتفع السعر المحلي فوق السعر العالمي مضافا إليه الضريبة. (منصور، 2012، صفحة 501) على ان نظام الحصص الاستيراد أكثر ضرارا نوعا ما من الضريبة الجمركية.

وهناك سياسات أخرى لتخفيض الواردات مثل: حصص الصادرات الاختيارية (بالنسبة للدول الأجنبية) ونظام الرقابة على الصرف.

4–1 الضريبة الجمركية: هي الرسوم المفروضة عادة على الواردات الداخلة للبلد[22]–العابرة للحدود الوطنية–، حيث يوجد في كل دولة جدول يقدر التعريفات الجمركية Tarif، المفروضة على السلع المستوردة[23]. وتحسب–تقدر–الرسوم الجمركية بعدة طرق مثل النسب المئوية من قيمة السلعة ويسمى رسما قيميا (ويتغير حسب تغير قيمة السلعة)، كما انه يمكن فرض الضريبة وفق العدد او الوزن أو نوع السلعة–بغض النظر عن قيمتها–ويسمى في هذه الحالة رسما نوعيا، مع الإشارة انه يبقى ثابت ولا يتغير إذا تغيرت قيمة السلعة. ويمكن الدمج بين الرسمية السابقين معا في رسم مركب ويفرض على السلع المستوردة لتدارك عيوب كل من رسم القيمة والنوعية. (يونس، مندور، و السريتي، 2000، صفحة 267)

4–2 نظام الحصص: المساومة بهدف الحصول على ميزات تجارية، استعمل هذا النظام مباشرة بعد أزمة الكساد 1929. يتمثل في شكلين هما الحصص الإجمالية ونظام الحصص الموزعة، حيث تحدد الدولة في نظام الحصص الإجمالي من جملة السلع دون توزيع هذه الحصة على الدول المختلفة المصدرة للسلعة. وهو ما قد يعود بالسلب على الدولة المستوردة بحيث قد تكون وجهة واحدة فقط تتفرد

[22] تفرض الضريبة الجمركية كذلك على الصادرات، أي على السلع الخارجة من البلد، ولكن نادرا نسبيا في التجارة الدولية الحديثة والدول المتقدمة.

[23] قد يكون في سياسة فرض الرسوم الجمركية على الواردات غرضه الحماية، ولكن يجب التذكير انه يلعب دور مهم في تحصيل إيرادات الدولة، فهو مصدر دخل مالي كبير للخزينة.

بها الدولة المصدرة والتي قد تكون ذو كفاءة محدودة. لذا تم التوجه الى نظام الحصص الموزعة الذي يحدد في بادئ الأمر كل حصة من الدول المصدرة للسلعة المستوردة بهدف التنويع.

3-4 الرقابة على الصرف:يعرف سعر الصرف بأنه عدد الوحدات من عملة بلد ما، التي يتم مبادلاتها مقابل وحدة واحدة من عملة بلد أخر، وانخفاض سعر صرف لعملة دولة ما، تعني ان وحدات أكثر من هذه العملة تلزم لشراء وحدة واحدة من العملة الأجنبية. وأسعار الصرف شانها شان الأسعار الأخرى تنخفض وترتفع بحسب ظروف السوق.ويجب التلميح الى وجوب التمييز بين سعرين للصرف، حيث انه هناك:

ا- سعر الصرف الإسمي: هو مقياس يستعمل لمعرفة قيمة العملة المحلية لدولة ما مقارنة بالعملة الأجنبية لدولة أخرى، حيث يتم تحديده وفق الطلب والعرض عليهما في السوق في فترة زمنية معينة، وينقسم إلى سعر صرف رسمي وهو المتعامل به المؤسسات الرسمية وسعر صرف موازي له وهو السعر المتعامل به الأسواق الموازية[24].

ب- سعر الصرف الحقيقي: هو عدد الوحدات من السلع الأجنبية اللازمة لشراء وحدة واحدة من السلع المحلية، ويتضمن سعر الصرف الحقيقي أسعار الصرف الاسمي، ومعدلات التضخم، كما نه يعبر عن القدرة التنافسية لأسعار سلع الدولة، فبارتفاع سعر الصرف الحقيقي يدل على ضعف القدرة التنافسية للسلع المصدرة بالنسبة للأسعار والعكس صحيح. (الخطيب و دياب، 2013، صفحة 285) وفي الأخير سعر الصرف مهم في التجارة الخارجية خاصة نتيجة الاستيراد والتصدير للسلع والخدمات ورؤوس الأموال، وقوة السياسة النقدية المتمثلة في المؤسسات المالية والبنوك التجارية.

كما انه توجد عدة عوامل تتحكم في أسعار الصرف، يمكننا طرحها كما يلي:

4-3-1 أسعار الفائدة المحلية: ويتعلق الأمر بالاستثمارات الأجنبية ودورها في جلب العملة الصعبة، طبعا مع اخذ سعر الفائدة الحقيقي بعين الاعتبار، فكلما كان مرتفعا كان محفزا للاستثمار الأجنبي المباشر نظرا لارتفاع العوائد المالية وزيادة الأرباح. فارتفاع الطلب على الإقراض من طرف المستثمرين يؤدي الى ارتفاع قيمة العملة المحلية.

4-3-2 أسعار الفائدة الأجنبية: ويتعلق الأمر بسعر الفائدة للعملة في الخارج، والذي يجب أن يكون منخفض لجلب المقرضين على تحويل عملاتهم المحلية الى عملتك-الأجنبية بالنسبة لهم-حيث زيادة الطلب هذا، يكسبها قيمة أعلى.

[24] يتغير سعر الصرف يوميا-هبوطا وصعودا-، وهذا حسب الطلب على العملة المحلية مقابل الأجنبية، وفق محددات كتغير الأسعار المحلية والدولية، وتغير أسعار الفائدة، بالإضافة العوامل النفسية، وخاصة السوق الموازي الذي يلعب دور مهم لان الكثير من المستوردين والمتعاملين البسيطين والسماسرة والمضاربين الذين يشترون ويقتنون العملة الصعبة الأجنبية في تعاملاتهم الاقتصادية من دون وجود ضوابط قانونية-غياب الدولة ومؤسساتها-تحدد الأسعار.

4-3-3 الصادرات والواردات: فزيادة الطلب على صادرات دولة ما، يؤدي الى زيادة الطلب على عملتها مما ينتج عنه ارتفاع قيمتها. أما إذا زادت قيمة وارداتها بالنسبة لقيمة الصادرات يؤدي ذلك الى انخفاض في العملة المحلية.

4-3-4 تباين معدلات التضخم: باعتبار التضخم زيادة الكتلة النقدية في السوق-ارتفاع الأسعار-فانه من البديهي سوف تنخفض قيمة العملة في سوق الصرف الأجنبي (هذا بافتراض ثبات العوامل الأخرى وبقائها على حالها).

من بين أنواع التضخم هناك التضخم الهيكلي والذي يقصد به حدوث التضخم لأسباب ترجع لاختلالات في العرض والطلب في كل من الدول النامية والمتقدمة معا. (مندور، زكى، و ناصف، 2004، صفحة 308)

أولا في الدول المتقدمة: فمن ناحية الطلب يستمر ارتفاع الأسعار بسبب منافسة السلع القديمة والسلع الحديثة التي تتطور نتيجة التكنولوجيا، مما يزيد الطلب عليها بدرجة يفوق درجة العرض. ام من ناحية العرض فان التضخم الهيكلي الذي يحدث يفسر باحتكار الشركات العملاقة في الدول المتقدمة، والتي تتحكم في الأسعار بسبب سيطرتها-على أجور العمال وأذواق المستهلكين-على السوق مما يخلق ضغوط تضخمية دائمة.

ثانيا في الدول النامي: قد تؤدي مشاريع التنمية التي تستقطب الاستثمارات الأجنبية الى إغراق كبير من ناحية وجود إنفاق جديد للمستثمرين دون وجود إنتاج مادي-أي زياد الطلب دون العرض-. وكذلك اختصاص الدول النامية في تصدير المواد الأولية فقط-دون الإنتاجية-الى الدول المتقدمة دون تنويع اقتصادي واعتماد على منتوج واحد غير مستقر عادة ما يتحدد سعره وفق ظروف خارجية، مما يؤدي بعصف النشاط الاقتصادي في كثير من الأحيان، وبالتالي يتسبب في إحداث ضغوط تضخمية مستمرة.

4-4 أثر التضخم على الواردات:

يتمثل التأثير في الاحتياطات الأجنبية للدولة من خلال أثره السلبي على الصادرات والواردات، وخلق عجز في ميزان المدفوعات بسبب هذا النزيف في الاحتياطات الأجنبية للدولة. ففي فترة التضخم ترتفع نسبيا الأسعار المحلية مقارنة من نظيرتها من العملة الأجنبية، اين تصبح الصادرات الدولة المعنية أعلى نسبيا في نظر الأجانب، مما يؤدي الى خفض الطلب عليها-فتنخفض حصيلة الصادرات-، ومن ناحية أخرى يرتفع سعر السلع المحلية مقارنة في الدول الأجنبية الأخرى، مما يستدعي زيادة الاستيراد وبالتالي استنزاف العملة الأجنبية بشكل كبير. (مندور، زكى، و ناصف، 2004، صفحة 316)

يمكن الإشارة هنا الى التضخم المستورد الذي يحدث أثر زيادة التكاليف للمواد الأولية —سلع التجهيز، الاستهلاك-في البلدان المصنعة، والتي تعكسها الدول المصنعة في زيادات في أسعار البيع وعند استيرادها تتأثر هذه البلدان المستوردة.

الطلب الكلي هو مجموع قيمة الخدمات والسلع التي يطلبها المستهلكون، الحكومة، المؤسسات الإنتاجية والعالم الخارجي خلال فتة زمنية معينة. ويتكون من: الإنفاق الاستهلاكي الخاص، إجمالي الاستثمارات الخاص، الإنفاق العام، وصافي الطلب الخارجي على السلع والخدمات (الصادرات والواردات). (يونس، مندور، و السريتي، 2000، صفحة 97)

4-5 تشجيع الصادرات

لطالما شكلت الصادرات خارج قطاع المحروقات في الجزائر مشكلا عويصا لتعاقب الحكومات وتداول البرامج الاقتصادية التي سعت الى تنويع الصادرات، لكن بقي البترول والغاز الطبيعي مسيطران على الصادرات الجزائرية بنحو 97% وهو ما دفع الدولة الى تنشيط التصدير المبني على تشجيع الإنتاج المحلي. مع وصول سنة 1996 أصبح تحرير التجارة الخارجية خاليا من كل القيود الكمية، وهذا ما ترجمه إنشاء العديد من الهيئات والوكالات المشجعة على التصدير تمثلت فيما يلي:

- الصندوق الخاص بترقية الصادرات (FSPE) بموجب قانون المالية لسنة 1996.

- الشركة الجزائرية للتامين وضمان الصادرات (CAGEX) بموجب الأمر رقم 06/96 المؤرخ في 10 جانفي 1996. الجريدة الرسمية العدد 3، المؤرخ في 1996/10/06.

- الغرفة الجزائرية للتجارة الخارجية (CACI) بموجب المرسوم التنفيذي 93/96 المؤرخ في 3 مارس 1996.

- الديوان الجزائري لترقية التجارة الخارجية (PROMEX) بموجب المرسوم التنفيذي 327/96 المؤرخ في 1 /1996/10 الجريدة الرسمية، العدد 58، المؤرخ في 1996/10/06.

- الوكالة الوطنية لترقية التجارة الخارجية : ALGEX حيث جاءت في إطار سياسة توسيع المبادلات التجارية والتكامل العالمي، وقد تم إنشاء) ALGEX (بموجب المرسوم التنفيذي 174/04) في 12جوان 2004 بغرض تقديم الدعم الفعال للصادرات خارج قطاع المحروقات.

4-6 احتياطات الصرف الأجنبي

ينجم عن الإفراط في الاستيراد تنامي الطلب على النقد الأجنبي لتسوية هذه المستوردات مما يسهم في استنزافها في المدى الطويل. فكما هو معلوم تقوم الجزائر بإدخال العملة الصعبة إلى البلاد عن طريق مبيعات المحروقات فقط، بينما السوق هو من يقوم بإخراج تلك العملات إلى الخارج عبر تزايد الاستيراد. (مراد و مرغيت، 2016، صفحة 8) وهو ما يخلق نوع من الاختلال في الميزان التجاري وصعوبات في موازنة ميزان المدفوعات. الأمر الذي دفع الحكومة الجزائرية الى إقرار جملة من الإصلاحات التالية:

- إلغاء القاعدة التي تقضي بتمويل بعض الواردات الاستهلاكية بشكل مطلق بالنقد الأجنبي الخاص للمستورد للنظام رقم 11/94 الصادر من البنك الجزائر بتاريخ 11 افريل 1994 والمتعلق بشروط القيام بعمليات الاستيراد السلع إلى الجزائر وتمويلها[25].

كما تم بنك الجزائر بإصدار التعليمة 20/94 –التي ألغت سابقاتها الخاصة بعملية تمويل الواردات–التي بموجبها أصبح كل شخص معنوي وطبيعي يمارس النشاط التجاري والمسجل في السجل التجاري إمكانية الحصول على العملة الصعبة، وبالتالي ممارسة نشاط الاستيراد. مع إزالة الحدود الدنيا المفروضة على آجال سداد ائتمانات المستوردين، وتوضيح شروط منح القروض المصرفية على في شكل جديد بين البنك والمتعامل الاقتصادي حيث أن:

– ضمان القدرة على السداد مع حيازة القدر الكافي من العملة المحلية.

– التعامل بشكل احترافي من طرف المتعاملين الاقتصاديين، بالبحث عن أحسن السلع في الأسواق الأجنبية بأسعار معقولة واستيرادها وفق الشروط المعمول بها دوليا من نقل وتخزين.

4–7 هيكل الحماية الجمركية

الجدول رقم (11): تطورات معدلات الرسوم الجمركية في الجزائر خلال الفترة 1992–2002

السنة	نسبة التعريفة الجمركية المطبقة						عدد المعدلات
1992	3%	7%	15%	25%	40%	60%	6%
1996	3%	7%	15%	25%	40%	50%	6%
1997	/	5%	15%	25%	45%	/	4%
1998	3%	/	15%	25%	45%	/	4%
1999	/	5%	15%	25%	45%	/	4%
2000	/	5%	15%	25%	45%	/	4%
2001	/	5%	15%	25%	40%	/	4%

[25] بقرار وزير الاقتصاد المؤرخ في 10 افريل 1994 والمتضمن وقف استيراد بعض السلع. متبوعا بالتعليمة 13/94 الصادرة عن رئيس الحكومة المؤرخة في 12 افريل 1994 المتضمنة حل لجنة AD-HOC. وهذا قصد فك الرباط على الواردات ووضع حد لتدخل الدولة وتحرير الاستيراد.

3%	/	/	30%	15%	5%	/	2002

المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على بيانات CNIS

في سنة 1997 تم خفض الضريبة الجمركية من 50% الى 45% وحصر مجموعة من السلع الممنوعة من الاستيراد، تمثلت هذه المواد في المواد المحرمة شرعا والمواد الممنوعة لأغراض صحية واجتماعية، المواد الممنوعة من الاستيراد بشكل مؤقت، والمواد الغذائية التي تتمتع بدعم من الدولة. وبموجب قانون المالية لسنة 2001 تم إلغاء وتخفيض الضريبة القصوى (45%) الى 40%.كما شهدت هذه السنة 1997 تخفيض عدد المعدلات إلى خمسة 0%، 5%، 15%، 25%،45%. وتخفيض الحد الأدنى من 5% الى 3% سنة 1998 ويرجع بعدها الى 5% في السنة الموالية (1999).

المطلب الثاني: واردات الأدوية في الجزائر

أولا: تطور الواردات الإجمالية للجزائر فترة التحول الاقتصادي

لقد كان هدف الجزائر في هذه المرحلة تحرير التجارة الخارجية بالكامل وتشجيع الصادرات خارج قطاع المحروقات، والإسراع في اندماج الاقتصاد الوطني في الاقتصاد العالمي والبحث عن مكانة في التقسيم الدولي الجديد للعمل محاولة بذلك الخروج من الاقتصاد الريعي. وقد عرفت هذه المرحلة عدة صعوبات كذلك منها عجز الميزانية، العسر المالي، التضخم، وتفشي البطالة التي أججت الأوضاع الاجتماعية، وكذا مسالة تمويل الواردات التي كانت مقيدة نوعا ما خاصة في ظل تراكم أزمة الديون الخارجية في نهاية الثمانينات وأزمة خدمة الدين[26].

يقصد بخدمة الدين الى الواردات تلك العلاقة التي من خلالها نعرف قدرة الدولة على رفع مقدرتها الذاتية للاستيراد، فقد تأثرت كثيرا الواردات الجزائرية في فترة التسعينات، وهذا راجع الى خدمة الدين الخارجي–ارتفعت نسبة خدمة الدين الى الواردات بنحو 75% سنة 1992–، حيث يقدر بان الجزائر كانت قادرة على رفع قدرتها من الاستيراد ¾ من الواردات آنذاك–(1990–1993) –لو ان خدمة الدين كانت اقل. فقد أضحت منافسة للواردات الإجمالية في تلك الفترة وهو ما انعكس سلبا على الاستثمار وعمليات الإنتاج والتشغيل. (روابح، 2006، صفحة 119) وهو ما أثر بالسلب على ميزان المدفوعات، فبالرغم من الإصلاحات

[26]تقليص المديونية نتيجة عملية إعادة جدولة بعض ديونها، حيث انخفضت نسبة خدمة الدين إلى السلع والخدمات من % 82 في سنة 1993 إلى 24 %فيسنة1997. وللتذكير، "في سنة 1995 كان إجمالي الدين الخارجي31,571 مليون دولار، و33,561 مليون دولار في سنة 1996، و 31,222مليون دولار في سنة1997 ،و 30,470في سنة 1998.

التغيرية في بنية الاقتصاد الجزائري فلم تستطيع الجزائر التخلص من هيمنة المحروقات عليه على مستوى بنية الناتج المحلي الخام، التي بقيت رهينة تقلبات السوق النفطية العالمية. فعلى مستوى الميزان التجاري سجل تذبذب في قيمه نتيجة تناقص في حصيلة الصادرات التي تراجعت بتراجع أسعار النفط، مما أثر على انخفاض الواردات من 1990 الى 1993 ثم عاودت الارتفاع سنة 1994 إلى 9,2 مليار دولار الى غاية 1997، هذا الارتفاع المحسوس في الصادرات النفطية باستثناء سنة 1998 وكان ذلك راجع-دائما- إلىارتفاعأسعارالنفطعلىالتواليإلى17,6 دولار 1995، 19,8 دولار سنة 1996، لتصل حصيلة الصادرات النفطية الى 14 مليار دولار في سنة 1997 بعسر 21,7 دولار للبرميل. (الجوزي، 2012، صفحة 231)

ان سياسة تخفيض قيمة العملة بغرض تحسين ميزان المدفوعات لم يكن لها الأثر الكبير المرجو، والتوازن المسجل في ميزان مدفوعات الجزائر راجع الى تحسن أسعار النفط بدءا من سنة 1998 -باعتبار معظم صادرات الجزائر في تلك الفترة أساسها النفط والغاز الطبيعي-وليس من تداعيات خفض قيمة الدينار، فالعجز مقترن دائما بأسعار المحروقات التي تحددها الأسواق الدولية.

مع بداية الالفية ومع تحسن اسعار النفط على المستوى العالمي-ارتفع احتياطي من العملة الصعبة الى 12 مليار دولار حيث لم تحققه منذ الثمانينات-، ارتفعت قيمة الواردات الاجمالية الى 16% مقارنة بسنة 2000 بعدما كانت 9,17 مليار دولار سنة 1999، بتصدر المعدات الصناعية فاتورة الواردات بـ 33% ثم تليها السلع الغذائية بـ 26% من اجمالي الواردات. (كربالي، 2005، صفحة 14)

ارتفعت الواردات الإجمالية من 11.969 مليار دولار سنة 2003 إلى أكثر من 20.047مليار دولار سنة 2005 بمعدل نمو بلغ % 59 ،ورغم هذا الارتفاع في قيمة الواردات ارتفع معدل التغطية من 153.9 سنة 2002 ليصل إلى 221.9 سنة2005، وهذا نتيجة نمو الصادرات بمعدل أكبر من معدل نمو الواردات، إلا أنه ابتداء من سنة 2007 بدأ معدل تغطية الصادرات للواردات في انخفاض من % 237.8 سنة 2006 الى % 196.5 سنة 2008 ثم الى 132.2%سنة 2010، وهذا نتيجة لنمو الواردات الإجمالية الناتج عن نمو الواردات من المنتجات الغذائية والمواد الصناعية على وجه الخصوص وانخفاض الصادرات الناتج عن انخفاض أسعار المحروقات[27].

[27]إذ بلغت 54,39% سنة 2008، إلا أن هذه النسبة انخفضت سنة 2009الى 39,58%، نتيجة تراجع أسعار النفط بسبب الأزمة المالية العالمية؛ ومع عودة التحسن في سوق النفط عادت النسبة للارتفاع خلال الفترة 2010-2012، لتعاود الانخفاض خلال الفترة (2013-2015) ،حيث بلغت سنة 2015 نسبة 25,55 %تزامنا مع انخفاض أسعار النفط.

حيث في سنة 2007 ارتفعت الواردات بنسبة (% 14) من حيث الحجم، وبـ (% 12.5) من حيث القيمة، وهو ما يمثل ربع إجمالي الناتج الداخلي، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الوقوف على فئات السلع المعنية بالاستيراد حيث نجد واردات السلع الوسيطة بـ 39.6 %وسلع الاستهلاك بـ % 31، % وسلع التجهيز بـ % 29.5.

بلغت الواردات سنة 2010 ما يعادل 40.47 مليار دولار أي بعد سنة فقط من إقرار الحكومة للاعتماد المستندي في قانون المالية التكميلي 2009. ثم تواصل الارتفاع سنة 2011 ويبلغ 45,9 مليار دولار. وسجلت سنة 2014 أعلى قيمة من حيث الواردات وحطمت فاتورة الاستيراد تلك السنة التي عرف نصفها الثاني بوادر أزمة تراجع أسعار النفط الرقم القياسي بفاتورة بلغت 58,580 مليار دولار، تليها سنة 2013 بفاتورة استيراد بلغت 55,028 مليار دولار ثم 2015 بفاتورة قدرت بـ 51,702 مليار دولار، قبل أن تعمد الحكومة إلى نظام رخص الاستيراد بداية سنة 2016 وتبقى المحصلة التي أفرزتها هذه النتائج دون المستوى المطلوب، إذ لم تتراجع فاتورة الاستيراد السنة الماضية سوى بـ 7 مليار دولار فقط. و46.82 مليار دولار في ظرف 14 سنة ما بين 1999 و2014.

لقد عرفت الواردات الجزائرية ارتفاع سواء في ظل الاقتصاد الاشتراكي او اقتصاد السوق المفتوح وهذا لعدة اعتبارات منها: (شيخي، 2012، صفحة 168)

- السلع الوسيطة والحاجة الكبيرة لها نظرا لافتقارها في الجزائر خاصة في تمويل الاستثمارات والعمليات الإنتاجية المحلية.
- السلع الاستهلاكية وتزايد الطلب عليها بدرجة كبيرة جدا كالحليب والأدوية والقمح، وهذا راجع لعدم تمكن الجزائر من تحقيق الاكتفاء الذاتي وفشل البرامج التنموية كالفلاحة والصناعة.
- عدم التوفيق بين النمو الديموغرافي المتزايد–وارتفاع الطلب–والإنتاج الذي لم يعرف نموا مسايرا لذلك بسبب السياسات الاقتصادية المنتهجة.

تسابق الحكومة الجزائرية الزمن، من أجل تقليص فاتورة الواردات، عبر فرض جملة من الإجراءات الجديدة على عمليات الاستيراد، بهدف مواجهة الأزمة المالية التي تعاني منها، نتيجة تهاوي أسعار النفط.ووضعت الحكومة الجزائرية رقم 30 مليار دولار سقفاً لقيمة الواردات في عام 2018، كإجراء للحماية بهدف تخفيض منحنى وفاتورة الواردات السنوية حيث وصلت الى 46 مليار دولار سنة 2017. وتتمثل هذه الإجراءات في فرض رسوم جمركية على بعض المنتوجات المستوردة حيث 20 منتوج فقط تمثل 50% من جملة الواردات الجزائرية منذ 10 سنوات.

ثانيا: تطور واردات سوق الأدوية

ا– قبل التحرير:

لقد عرف سوق الأدوية في الجزائر في سنوات التسعينات تراجعا من حيث القيمة حوالي 600 مليون دولار سنة 1995 بمنتج واحد متمثل في شركة صيدال وأربعة متعاملين اقتصاديين يستوردون الأدوية في الجزائر، و6 موزعين بالإضافة إلى 3196 صيدلي سنة 1991. ويرجع هذا إلى العديد من المعطيات آنذاك كالأزمة الاقتصادية 1986 وتداعياتها على كافة الميادين، وكذا الأزمة السياسية والانفلات الأمني الناتج عن 5 اكتوبر 1988، والتي أدت بالجزائر إلى العشرية السوداء والحرب الأهلية، فضلا عن المشاكل الاقتصادية والاجتماعية كالبطالة والتضخم والمديونية الخارجية وغيرها من الأزمات التي عصفت بسوق الأدوية الجزائري، والذي كان يراه العديد من الباحثين والخبراء سوق واعدة وزاهرة في إفريقيا والمنطقة المتوسطة. ان سياسة الدولة المتبعة أثرت على تطور السوق الصيدلاني في الجزائر، حيث استحوذت الواردات بنسبة أكثر من 80% مع نسبة قليلة جدا للإنتاج المحلي الذي لم يتجاوز 20% فقط. كما انه يجب الإشارة إلى أن هذا الاستيراد محتكر من طرف الدولة، يضاف إليه سياسة التوزيع والبيع بالجملة. وتمثل هذا في الصيدلية المركزية الجزائرية التي كانت تتقاسم عمليات الاستيراد والتوزيع كما يلي:

- ENAPHARM (مقرها العاصمة): مهمتها تزويد وتموين المستشفيات وقطاع الصيادلة العمومية والخاصة بكاملها في وسط الجزائر.
- ENOPHARM (مقرها وهران): مكلفة بالجهة الغربية للبلاد.
- ENCOPHARM (مقرها قسنطينة): مكلفة بالجهة الشرقية للبلاد.

هذا الاحتكار الموكل إلى الثلاث PHARMS المستوردة، أثر على أساليب تلبية العرض المحلي بعدم تنويع الاستيراد من حيث التقنيات والإجراءات والاقتصار على تعميم المناقصات التي تم استخدامها في الكثير من الأحيان لاقتناء الدواء الجنيس.(OUFRIHA, 1992, p. 299) فضلا على ان هذا التقسيم الجغرافي واستيراد الأدوية بشكل فرداني خلق نوع من عدم التوازن في وفرة وندرة الأدوية على مختلف مناطق التراب الوطني، وهو ما تسبب في خسائر في الكثير من الأحيان بين أطراف الموزعين وصلت في بعض الأحيان الى 30% من رقم الأعمال.(WHO, 1997, p. 17) تفاقمت أزمة ندرة الادوية في فترة التسعينات كثيرا خاصة مع التحول في السياسات الاقتصادية وإعادة الهيكلة المتبعة، فضلا على عدة عوامل نلخصها فيما يلي:

– طول فترة دراسة ومعالجة ملفات المستوردين في البنوك، أدى الى عدم استيراد بعض الادوية المطلوبة بصفة عاجلة وبالتالي نقصها على مستوى المخازن العمومية.

– عدم ملائمة سياسة الطلب المحلي للأدوية واستيراد الخارجي، مما أدى الى توفير ادوية غير مطلوبة سواء غالية الثمن او لا تتماشى والحاجيات المحلية.

– إرغام المؤسسات على وضع التعريفة الخاصة بالأدوية (Vignettes) علبة الدواء، مما استدعى المزيد من الوقت لإكمال هذه العملية من طرف المؤسسات–عملية يدوية آنذاك–، مما تسبب في تأخير–وصل الى 6 أشهر في بعض الحالات–توصيل الكثير من الطلبيات في الصيدليات.

– التوزيع غير العادل والعشوائي في الكثير من الأحيان المتبع من طرف الموزعين الخواص او العموميين وعدم التنسيق مع صيدليات التموين. والبيع بالتجزئة خاصة عندما ارتفع عدد الصيدليات الخاصة من 1308 الى 2357 سنة 1992.

– تمركز التجمعات السكانية في المناطق بكثافات متباينة، خلق نوع من الندرة في الادوية في المناطق الأكثر سكان مقارنة بالأضعف.

ب– فترة التحرير

في الواقع، كان التغيير الاقتصادي وإصدار قانون 90–10 (14 ابريل 1990)[28] والتي أقرت حرية الاستثمار (07 اوت 1990) بموجب القانون 90–16 الذي أجاز الاستقرار في الجزائر لتجار الجملة المعتمدون والمخول لهم ممارسة الاستيراد السلع وإعادة بيعها. ان المتأمل لهذه التغيرات وتداعياتها كانت بمثابة طفرة ايجابية على نقاط عديدة اهمها: (BELLAHCENE & FERFERA, 2014, p. 56)

أولا: تطوير العديد من القوانين والنصوص التشريعية التي تتماشى وسياسة التغيير والانفتاح، ساعدت في جلب الكثير من الاستثمارات الأجنبية[29]، وفي هذا السياق التنظيمي العام، تم إصدار العديد من النصوص القانونية المنظمة لقطاع الأدوية. وضرورة الالتزام بالاستثمار في الإنتاج المطلوب (المرسوم رقم 46 الخاص بوزارة الصحة والمؤرخ في 7 أكتوبر 1998)، والمعدل وفق (قرار رقم وزارة الصحة والمؤرخ في 06 جوان 2005) والقاضي بعدم استيراد 128 دواء منتج محليا (نشرة سبتمبر 2003) ثم إلغائها في 2005،

[28] أنهى "قانون النقود والائتمان"، 1990، احتكار الدولة للتجارة الخارجية وفتح جميع قطاعات النشاط تقريبا لرأس المال المحلي والأجنبي. الالتزام الوحيد لاستيراد التجار هو استثمار جزء من أرباحهم في أنشطة الإنتاج والخدمات. وامتداداً لهذا النص، فإن لائحة بنك الجزائر، المؤرخة مايو 1991، توحد إجراءات الوصول إلى العملات الأجنبية لجميع المستوردين، سواء كانت عامة أو خاصة.

[29] المرسوم التشريعي رقم 93–12 المؤرخ في 5 أكتوبر قانون رقم 83 لسنة 1993 بشأن تشجيع الاستثمار رقم المؤرخ 20 أغسطس 2001 المتعلق بتنمية الاستثمار والاستثمار الأمر رقم 06–08 الذي يعدل ويكمل قانون 2001.

وإعادة صياغتها وتعديلها بمقتضى القرار الوزاري المؤرخ 30 أكتوبر 2008، الذي منع استيراد كل منتوج صيدلاني او دواء يصنع محليا. يعود هذا القرار، من ناحية، إلى نمو فاتورة الاستيراد (1.4 مليار دولار في عام 2007 وحوالي 1.3 مليار دولار في الأشهر التسعة الأولى من عام 2008)، ومن ناحية أخرى في انخفاض الصناعة المحلية التي تحولت إلى 20٪ فقط من طاقاتها. ستقلل هذه المبادرة من اعتماد الدولة على السوق الخارجية من خلال تطوير الإنتاج المحلي، والحفاظ على الضمان الاجتماعي عن طريق خفض أسعار الأدوية.

ثانيا: ويتعلق الأمر بإعادة تنظيم القطاع العام من خلال حل الثلاثة Pharms –السابقة الذكر-عام 1997 وإنشاء Digromed و Endimed وإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات واعتماد شركة صيدال لإنتاج الأدوية الى مجموعة صناعية 2 فبراير 1998.

ثالثا: ازدياد وتنشيط عمليات الاستيراد والتوزيع المنتجات بالجملة من الأدوية المحلية كذلك، مباشرة بعد تنفيذ التشريع بشأن التجارة الخارجية والمرسوم التنفيذي رقم 92-285 المؤرخ 6 يوليو 1992 المتعلقة بإذن تشغيل منشأة إنتاج و/أو توزيع المنتجات الصيدلانية. القيام العديد من الشراكات الأجنبية وقيام العديد من الشركات الصيدلانية والمخابر المحلية والأجنبية.

وقد اعتمد سنة 1991 اول وكيل معتمد للاستيراد من الخواص تمثل في مخبر LPA(Laboratoire Pharmaceutique Algérien) الذي تطور نشاطه بسرعة، واستحوذ على حصة سوقية من الاستيراد ارتفعت في سنة فقط (من 1990 الى 1991) من 9.9٪ إلى 21.5٪. لقد حتم على المستوردين الاستثمار في الإنتاج الوطني للمنتجات الصيدلانية بداية من 1990، وهذا ما نتج عنه الكثير من الاتفاقيات الشراكة بين المستوردين الجزائريين والشركات الأجنبية او ممثلين للأجانب في الجزائر،(SNOUSSI , 2012, p. 21) وهذا ما سمح بإنشاء 7 مشاريع خاصة للإنتاج سنة 1995 بتصريح من السلطات العمومية تمثلت في:

-COOPHARM-Institut Liorente(Espagne), BIOPHARM

- BIOPHARM-Conphab(Canada) + Partenariat de Jordanie

-APOTHEX-Apothex (Maroc)

-IMA-LAPHAL, Synthelabo-Delalande(France)

-LPA-SANOFI-Smithkline-Beecham-Biochemie(France,Belgique,Autriche)

-APHA-SOTHEMA (Maroc)

-Haouchine-INVESA international (Egypte)

إن إشراك القطاع الخاص في تحرير التجارة والمساهمة في استيراد الأدوية خلق نوع من الفوضى مما استدعى مرة أخرى تدخل الدولة في شكل تقييد نوعا ما في السياسة الخارجية للتجارة وإعادة احتكار استيراد المنتجات الصيدلانية والأدوية عام 1996. فقد تم حل PHARMS في عام 1997 ليبدأ نشاط DIGROMED في عام 1998، إلى جانب SIMEDAL في مجال الاستيراد وENDIMED للتوزيع بالتجزئة. إلا انه تم غلق شركة DIGROMED في جوان 2009 بسبب عدم تمكنها من التسيير ومقاومة الضغوطات، ولم تعد هناك شركة للتوزيع بالجملة عامة. في حين بلغ عدد المستوردين في سنة 2010 ما يساوي 139 مستورد مقابل 44 في سنة 2004 و62 في 2002. اما بالنسبة للموزعين فقد بلغ 590 عام 2010 موزعين على التراب الوطني مع اقتناع الدولة الجزائرية بضرورة الانتقال الاقتصادي، بادرت الى تحرير استيراد المنتجات الصيدلانية والأدوية ووضع القوانين التي تسمح بإشراك الخواص، مع ضرورة المحافظة على الصحة العامة وحماية المستهلك. لذا سعت الدولة جاهدة إلى توفير المواد الصيدلانية والأدوية للمواطن الجزائري وذلك بإعطاء المؤسسات العمومية المكلفة بالصحة والمعتمدة مهمة الاستيراد والتوزيع على المستهلك، وهذا نظرا لعدة أسباب كاستحالة التصنيع المحلي الذي يتطلب المواد الأولية تميز الدواء بتكنولوجيا فائقة التطور وسيطرة واحتكار لكبرى الشركات العالمية المتواجدة في الدول المتقدمة. وقد أسندت عملية الاستيراد والتصنيع بما فيه عملية التوزيع المنتجات الدوائية الى المؤسسات الصيدلانية دون سواها نظرا لحساسية الدواء فهو ليس كغيره من السلع-تمس بسلامة المريض وحياته-، وهذا حسب ما جاء قانون حماية الصحة وترقيتها[30] (المادة 169-173و المادة 184). حيث ان:

المادة الأولى: يهدف هذا القانون إلى تعديل وتتميم بعض أحكام القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

المادة الثانية: يعدّل عنوان الباب الخامس من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمذكور أعلاه،كما يأتي:

- متعاملي الاستيراد مسؤولون عن توافر الأدوية وفقًا لأحكام المواصفات التي تحدد برنامج الاستيراد الخاص بهم.

[30]القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المؤرخ في 1985/02/16، المعدل والمتمم القانون رقم 08-13 المتضمن تعديل قانون حماية الصحة و رقم 85-05، المؤرخ في 2008/07/20، الجريدة الرسمية العدد 44.

– يجب أن يلتزم الموردون الدوليون الذين يزودون السوق الوطنية من خلال استيراد المنتجات المعدة لإعادة البيع في الدولة بأنفسهم، ويستجيبوا للمسؤولية الصيدلانية، بما في ذلك من حيث توفير المنتج.

– المسؤولية الفنية لهذا النشاط هي المسؤولية الحصرية للمدير الصيدلي الفني.

– البيئة الاقتصادية التي تتطور فيها الواردات لها تأثير على قضايا التوفير، وخاصة من خلال استمرار انخفاض قيمة العملة الوطنية مقابل اليورو، من خلال حرمان المشغلين من التمويل المستقر مع النتيجة المباشرة للانهيار من سلسلة التوريد. (ABED, BENBAHMED, & Amir, 2008, p. 15)

من خلال الإحصائيات، يتضح أن الاستيراد الصيدلاني في الجزائر في ارتفاع مستمر خلال الفترة ما بعد الألفية 2000 ليتخطى حاجز المليار دولار سنة 2005–بمبلغ قدره 1,06 مليار دولار–وهذا راجع الى دخول الشراكة الاوروبية حيز التنفيذ مع بداية 2005، حيث أدى إزالة القيود الجمركية على المنتوجات الأوروبية ارتفاع اجمالي الواردات، اين مس ذلك 53% من الواردات الجزائرية. الأمر الذي جعل من السلطات المعنية بضرورة تدارك فاتورة الواردات الصيدلانية التي تتزايد سنة تلوى أخرى بسبب دخول الشركات الكبرى الى السوق الجزائرية نتيجة فتح الحدود، لتصل الى أكثر من ملياري دولار سنة 2013.

في الواقع أثرت سياسة الإصلاحات المطبقة من تعديل هيكلي وإجراءات الصندوق النقد الدولي على ارتفاع الواردات من جديد بشكل محسوس، لكن مع بداية الألفية وتحسن أسعار البترول على المستوى العالمي، عاودت الواردات في التطور نحو الزيادة بشكل كبير وهذا راجع الى الطلب المتزايد نتيجة تحسن الأوضاع مقارنة بالماضي وبرامج الدولة في اعاد الاعمار والإنعاش الاقتصادي، واستمر على هذا النحو الى غاية ازمة 2008–الأزمة المالية العالمية–.

أدى التطور الضعيف لقطاع الأدوية في الجزائر إلى الاعتماد على الأجانب في تلبية الحاجيات المحلية المتزايدة سنة بعد سنة، حيث انه بالرغم من رفع احتكار الاستيراد المشروطً في أوائل التسعينات من القرن الماضي والتزام المستوردين المعتمدين بالاستثمار في إنتاج الأدوية إلا ان فاتورة الأدوية في تلك الفترة بقت مرتفعة.

وأخيرًا وبموجب أحكام الأمر رقم 1429 المؤرخ 30 نوفمبر 2008 بشأن حظر استيراد الأدوية والأجهزة الطبية المعدة للاستخدام البشري والتي تصنع في الجزائر، وهي المنتجات التي اتخذها المصنعون المحليون كالتزام لتطوير الإنتاج المحتمل أن يلبي احتياجات السوق المحلية في قائمة المنتجات المحظور استيرادها، ويتم تحديثها بانتظام من حين الى أخر حسب تطور الأوضاع، حيث تم إقرار ما يلي:

– من بين الجهات الفاعلة في سلسلة قيمة الدواء، يجب على المستوردين الامتثال لأحكام عديدة مقيدة للغاية بموجب مرسوم وزارة الصحة 30 أكتوبر 2008 التي تحدد الشروط الفنية لاستيراد الأدوية والأجهزة الطبية المخصصة للطب البشري.

– يجب على المستورد أن يتعهد بالاستثمار في غضون سنتين في الإنتاج الوطني المنتجات المستوردة المعادلة.

– يجب تقديم ملف الاستثمار خلال 6 أشهر من اكتتاب الشروط الفنية ويجب أن يحتوي على بناء مصنع للإنتاج في الشراكة (التقنية العلمية)؛ تطوير/توسيع المصنع؛ أو تقديم ملفات لتطوير جزيئات ومركبات كيميائية في شكل في مشروع استثماري.

– يتم منح إذن الاستيراد لمدة عام واحد ويتم تجديده اعتمادًا على التقدم في الاستثمارات والإنتاج. وإذا لم يقم المستورد بالاستثمار في غضون عامين، فلن يستورد مرة أخرى.

تهدف هذه النصوص التشريعية والقانونية الى جعل وتحويل المستورد الى منتج او مستثمر–تقليص فاتورة الواردات وتشجيع الإنتاج المحلي–، ولكن في الحقيقة من الصعب جدا ان تنجح هذه القرارات، خاصة وان المدة قليلة نوعا ما (عامين فقط) وكذا نقص الخبرة والتكوين لدى المستوردين الذين اعتادوا على الربح السريع دون بذل أكبر جهد ممكن، ويتم تحويلهم بين ليلة وضحاها الى مقاولين اقتصاديين على ارض الواقع. فضلا عن هذا تم خلق مشكل الموزعين –المستوردين واين يتم إقحامهم، هل ضمن المستوردين الذين يحولون الى منتجين، او يبقون موزعين لكن من دون ممارسة الاستيراد؟[31] وهو الأمر الذي دفع بعض المستوردين الى التحايل على قرارات الدولة، حيث مع انتهاء مدة الإنشاء والاستثمار–المقدرة بسنتين–يتم غلق كلي للشركة، وإعادة فتحها وإحيائها باسم أخر جديد ومزاولة ممارسة الاستيراد مرة أخرى وهكذا دواليك. مما أدى في الأخير عدم نجاح القرارات من الوزارة الوصية وزيادة مشكل الندرة ونفاذ المخزون.

تمكنت الجزائر من تخفيض فاتورة استيراد الأدوية بنسبة 5% في سنة 2010 وهو أهم انخفاض سجل منذ القرار الحكومي المتخذ في جانفي 2009 بمنع استيراد الأدوية التي تصنع محليا. وتقلصت فاتورة الواردات الجزائرية للأدوية في 2010 بـ 4.66% لتهبط بذلك إلى 1.66 مليار دولار، مقابل 1.74 مليار دولار في سنة 2009 و1,86 مليار دولار في سنة 2008 حسب (المركز الوطني للإعلام الآلي والإحصاءات الجمارك). حيث تجلت الأدوية المخصصة لعلاج البشر ما نسبته 96 % من الواردات الإجمالية للأدوية، التي تراجعت قيمتها من 1,692 مليار دولار في 2009 الى 1,598مليار دولار في 2010 بانخفاض قدره

[31] في الجزائر، يخضع مستورد الأدوية لقانون خاص–هذا الأمر غير موجود في بلدان أخرى–من ناحية، يقع الموزع–المستورد بشكل منطقي في مستوى التوزيع (يتم التعامل مع التوزيع من قبل الموزعين والمستوردين والموزعين وتجار الجملة)، ولكن من ناحية أخرى يتم تعيين المسؤوليات والالتزامات بالقرب من تلك المنبع من المختبر المصدر، ووضعه في نفس مستوى المنتجين.

5.5%. وأما فيما يخص الأدوية المخصصة للطب البيطري تمثلت في 1,16 % من إجمالي فاتورة الواردات، بتسجيل ارتفاع طفيف من 15.54مليون دولار في 2009 إلى 19.25 مليون دولار بارتفاع قدره 23,8 %حسب ذات المركز. كما سجل نفس التوجه بالنسبة للمواد شبه الصيدلانية التي تمثل 2.63 % من إجمالي الدواء المستورد ليرتفع المبلغ الى 43.70 مليون دولار في 2010 مقابل 35.17 مليون في 2009 مسجلا بذلك ارتفاعا قدره 24,4 % استنادا لأرقام الجمارك.

ويعود هذا التخفيض في فاتورة الواردات الى القرارات الحاسمة التي فرضت قيود غير مباشرة على استيراد الأدوية والمنتجات الصيدلانية بغية تشجيع الإنتاج المحلي. وتمثلت هذه القوانين فيما يلي:

- قرار مؤرخ في 2 محرم عام 1430 الموافق 30 ديسمبر سنة 2008، يعدل ويتمم القرار المؤرخ في 2 ذي الحجة عام 1429 الموافق 30 نوفمبر سنة 2008، والمتعلق بمنع استيراد المنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية الموجهة للطب البشري المصنعة في الجزائر.

- قرار مؤرخ في 2 ذي الحجة عام 1429 الموافق 30 نوفمبر سنة 2008، يتعلق بمنع استيراد المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية الموجهة للطب البشري المصنعة في الجزائر. الجريدة الرسمية 14 ديسمبر 2008 –والمعدل والمتمم للقرار المؤرخ في 6 يونيو سنة 2005، يحدد دفتر الشروط التقنية الخاصة باستيراد المنتجات الصيدلانية الموجهة للطب البشري-.

- المرسوم التنفيذي رقم 09-102 المؤرخ في 10 مارس سنة 2009، والذي يحدد الإجراءات المطبقة عند استيراد وتصدير الادوية ذات الاستعمال البيطري.

بالرغم من وضع وزارة الصحة قائمة ضمت251 دواء ممنوع من الاستيراد-بسبب إنتاجه محليا-سنة 2011. الا ان فاتورة الادوية عادت إلى الارتفاع من حيث القيمة رغم انخفاض في الكميات المستوردة، إذ بلغت قيمة الواردات الجزائرية 2.2 مليار دولار سنة 2013 مقابل 2,14 مليار دولار سنة 2012. حيث شملت مدونة الأدوية لسنة 2012 ما يساوي 5836 منتوج دوائي، شكلت منه الأدوية الجنيسة ما نسبته أكثر من 70% وأكثر من 62% عبارة عن واردات. في سنة 2014 استوردت الجزائر ما قيمته 2.6 مليار دولار كأقصى قيمة استيراد، مما يدل على فشل كل مساعي الحكومات المتعاقبة الساعية الى ترشيد النفقات وتقليص الواردات الدوائية في مقدمتها تحديد قائمة المنتجات الصيدلانية للاستعمال الإنساني والمعدات

الطبية المنتجة وطنيا[32]، خاصة وان فاتورة استيراد الأدوية استقرت على نفس المنوال في حدود ملياري دولار للسنوات المتتالية(1,96 مليار دولار سنة 2015و 2,02 مليار دولار سنة 2016و 1,89 مليار دولار سنة 2017)، في ظل عدم كفاية الإنتاج المحلي وعدم تغطيته للطلب الداخلي أقرت الحكومة من خلال قانون المالية لسنة 2017 تدابير جديدة، تهدف إلى تشجيع المنتوج المحلي من جهة وضبط الواردات من جهة أخرى أو إحلالها، خاصة تلك التي تعتبر كمالية أو أدوية رفاهية[33].

[32]قررت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات منع استيراد 357 دواء من الخارج بعد أن أصبحت هذه الأدوية منتجة محليا من قبل شركات جزائرية أو شركات خاضعة للقانون الجزائري، فضلا عن قائمة من 11 نوع من المستلزمات الطبية الموجّهة للطب البشر البشري.

[33]أقدمت الحكومة على اخذ تدابير جبائية جديدة، في إطار الزيادة في رسوم التسجيل والمراقبة للأدوية–سواء مستوردة او منتجة محليا–قبل الترخيص لها للدخول إلى السوق والتسويق لإجراء المراقبة لعينة منها. وهذا وفق الإجراءات المتعلقة بالتسجيل والمراقبة للمرسوم رقم 92 –284 الصادر في 6 جويلية 1992 المتعلق بتسجيل المواد الصيدلانية الموجهة للاستخدام البشري.

خلاصة الفصل الثالث:

في الواقع بالرغم من اعتبار الأدوية سلعة ضرورية إلا أن الأدوية حالة خاصة جدا، يمكن التوقع بان الطلب على السلع الضرورية اقل مرونة، فالأدوية مثلا، فان الطلب عليها يعتبر قليل المرونة للغاية، لأنها ضرورية لحياة المرضى الذين يستهلكونها، وبالتالي فارتفاع أسعارها بنسبة 20% او 30% لن يؤدي ذلك الى تخفيض الكمية التي يطلبها المستهلكين بشكل ملحوظ، كذلك فان انخفاض سعرها بنسبة 20% او 30% لن يؤدي ذلك إلى زيادة الكمية التي سيشتريها المستهلكون من هذه الأدوية. (ابو حمد، 2006، صفحة 82)

وبشكل عام، يبقى البحث والتطوير في الجزائر ضعيف خاصة من جانب تنمية الصادرات الصناعية وهو ما يعكس ضعف القدرة التنافسية لقطاع الصناعة بصفة عامة للجزائر، فبينما تنفق الولايات المتحدة الأمريكية ودول الاتحاد الأوروبي 4% من ناتجها المحلي على البحث والتطوير فان النسبة في الجزائر لا تتعدى 0,01%. وهو ما اثر بشكل مباشر على تنمية الصناعة الصيدلانية المحلية وارتفاع فاتورة الاستيراد خاصة في الأدوية التي من الممكن تصنيعها داخل التراب الوطني، بالإضافة الى ذلك تعاني الصناعة الدوائية الجزائرية من مشاكل جمة كالإجراءات الإدارية التي لا تخلوا من البيروقراطية، وطول مدة دراسة الملفات المودعة للتسجيل من طرف المصنعين المحليين، وعدم المساواة في التعامل مع الشركات الأجنبية والمحلية، هذه الأخيرة تعاني من مشكل بيع منتجاتها لان غالبية مصنوعاتها الدوائية تندرج ضمن قائمة الأدوية غير المعوضة، الأمر الذي يجعل المستهلك الجزائري يتجنبها من اجل الحصول على تعويضات يجدها في المنتج المستورد. فضلا على اختلاف مطالب وزارة العمل والضمان الاجتماعي (المكلفة بتعويض الأدوية) ووزارة الصحة العمومية.

وعلى ذكر ملف التعويضات والرعاية الصحية، فالزيادة الكبيرة في فاتورة تعويض الأدوية تسببت في اختلال الميزان المالي (CNAS) وهذا بسبب ارتفاع الأمراض المزمنة مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم والسرطان على وجه الخصوص، حيث يجري الإعداد لخطة جديدة لمكافحة السرطان 2020-2025 مع تحميل تغطية تكاليف العلاج بشكل جزئي من قبل الدولة. مع تحديد جميع الاحتياجات الضخمة سواء على المستوى القصيرة أو طويل الأجل فيما يتعلق بالكواشف والتصوير والوقاية، كما انه يتم العمل على رفع وتيرة الابتكارات الطبية والاقتصادية من حيث تقديم الخدمات الطبية: إذ يتم البحث عن الصحة الإلكترونية e-santé، والأجهزة الطبية الأقل تكلفة وما إلى ذلك، وهذا في إطار ترشيد الميزانيات الصحية.

وفي الأخير، لا تغطي الصناعة الدوائية للجزائر إلا ما يقارب 50٪ من الحاجيات المحلية وهذا بسبب عدم تمكنها من امتلاك وتصنيع الجزيئات المبتكرة والخبرة في المعرفة في صناعة الأدوية، خاصة وأنها كانت تهدف إلى تلبية 70٪ من احتياجات سكانها بحلول عام 2020. كما نشير الى أن الجزائر حاليا تنوع من مصادر استيرادها من خلال عدة بلدان حول العالم بعدما كانت تحتل فرنسا المرتبة الأولى بين موردي الجزائر. عرضه متنوع للغاية وتنافسي للغاية بالنسبة للأدوات المخبرية، وأدوات الطب والجراحة، وأدوات تقويم العظام، والأطراف الاصطناعية، وأجهزة السمع، والعلاج التنفسي والعلاج بالأكسجين وأجهزة الأشعة السينية. (LARRAS, 2020)

تمهيد:

حسب منظمة الصحة العالمية فان تعريف الصحة لا يقتصر على حالة المرض أو العجز فقط، بل يتعدى ذلك إلى أنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا[1]. وهو ما يوحي لنا بتعدد العوامل غير الطبية (مثل الظروف المعيشية، العمل، البيئة المادية وغيرها) في تحديد والإلمام بمفهوم الصحة وإعطائه نظرة أكثر شمولية. وعلى هذا الأساس وباعتبار ان الدواء جزء لا يتجزأ من الصحة، فان الطلب عليه لا يقتصر على المرض فقط، بل يتعدى ذلك إلى العديد العناصر التي تحدد ارتفاع او انخفاض استهلاكه. على غرار التركيبة السكانية، النمو الديموغرافي، التغطية الاجتماعية، الانفاق الحكومي والإنتاج الصيدلاني وغيرها من العوامل المتنوعة والمتعددة.

والتي سوف نتطرق اليها بالتحليل المعمق في الجزء الأول من الجانب التطبيقي وفق تشخيص مجموعة من البيانات والإحصائيات الصادرة من مختلف المصادر الموثوقة الدولية والمحلية للجزائر خلال الفترة 1990 الى غاية 2019.

ومحاولة منا لإثراء الموضوع أكثر، وفي ظل القوة والسيطرة العالمية للشركات الصيدلانية الكبرى على احتكار وتصدير الدواء الى غالبية الدول (كما رأينا في الفصل الأول)، والذي يعود بالدرجة الأولى الى الإنفاق الكبير على عمليات البحث والتطوير وابتكار أدوية جديدة التي تصل الى 40% من الموارد الإجمالية، ارتأينا أن نسلط الضوء في الجزء الثاني: على موقع الصناعة الصيدلانية الجزائرية وعلاقتها بعمليات البحث والتطوير، وهذا في إطار تقليص فاتورة استيراد الأدوية.

[1] ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، بتوقيع 61 دولة في 22 جويلية 1946، السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، المجلد 2، الصفحة 100.

المبحث الأول: تحليل معمق لاستيراد الأدوية في الجزائر

سنتطرق في هذا المبحث إلى تشخيص استيراد الأدوية في الجزائر بإبراز أهم العوامل المؤثرة في ذلك، حيث تعتمد منهجية الدراسة التطبيقية في هذا المبحث التطبيقي على أسلوب التحليل الوصفي (الشامل) الذي عرج على مختلف المصادر الدولية والوطنية المعتمدة والموثقة في جمع الإحصاءات، والرسومات البيانية و الخرائط. مثل: البنك الدولي، المنظمة العالمية للصحة، وزارة الصحة الجزائرية، الوكالة الوطنية للتطوير والاستثمار (ANDI)، الديوان الوطني للإحصائيات، موقع United Nations Statistical Office (الأمم المتحدة)، موقع Worldometer ، موقع ECOSTAT وموقع Trade Map. أيضا هذا المبحث سيكون للإجابة على الفرضيتين الأولى والثانية والتي سنردهما في ما يأتي:

- استيراد الأدوية مرتبط بالعوامل الصحة فقط.
- هناك علاقة قوية بين استيراد الأدوية وتزايد الاندماجات والإستحواذات للشركات العابرة للقارات.

المطلب الأول: العوامل المؤثرة في استهلاك الأدوية في الجزائر

1– العوامل الديموغرافية[1](Worldometers, 2020)

في الواقع تؤثر صحة السكان على النمو الاقتصادي والدخل الإجمالي، اذ يكمن دور الصحة في الاستثمار في رأس المال البشري وأهميته في النمو–المتمثلة في الزيادة من إنتاجية العمل–، بالإضافة إلى ذلك، تجدر الإشارة إلى أن سياسة الخدمات الصحية العمومية هي أيضا جزء من رأس المال الاجتماعي للبلد باعتبارها عامل أساسي للتماسك الاجتماعي والسياسي والاقتصادي، في تقرير لجنة الصحة والاقتصاد الكلي لمنظمة الصحة العالمية عام 2001 أكد

[1] يتم تشغيل Worldometer من قبل فريق دولي من المطورين والباحثين والمتطوعين بهدف إتاحة إحصاءات العالم في تنسيق مثير للتفكير وملائم للوقت لجمهور واسع حول العالم. تم نشره من قبل شركة وسائط رقمية صغيرة ومستقلة مقرها في الولايات المتحدة. تم التصويت لـ Worldometer كواحد من أفضل المواقع المرجعية المجانية من قبل جمعية المكتبات الأمريكية (ALA)، أقدم وأكبر جمعية مكتبات في العالم.

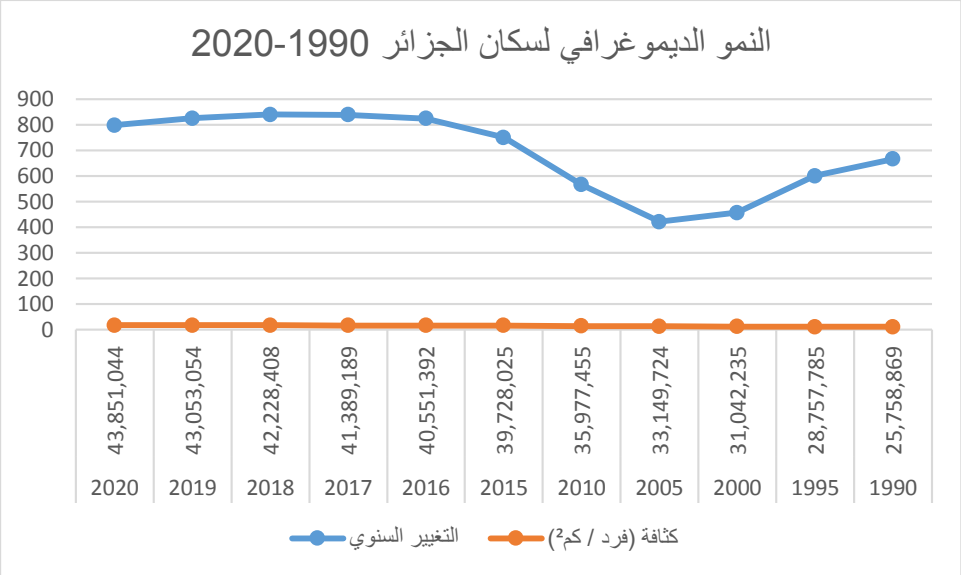
- على مدار الخمسة عشر عامًا الماضية، تم طلب إحصاءاتنا وتقديمها إلى: مطبعة جامعة أكسفورد، وايلي، بيرسون، سيرن، اتحاد شبكة الويب العالمية (W3C)، المحيط الأطلسي، بي بي سي، متحف ميلتون جيه روبنشتاين للعلوم والتكنولوجيا، متحف العلوم في فيرجينيا، ومورجان ستانلي، وآي بي إم، وهيوليت باكارد، وديل، وكاسبرسكي، وبرايس ووترهاوس كوبرز، وأمازون أليكسا، وترجمة جوجل، ومؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (ريو +20)، وحفل U2، وغيرها الكثير.
- تم الاستشهاد بـ Worldometer كمصدر في أكثر من 10000 كتاب منشور وفي أكثر من 6000 مقال صحفي متخصص.

على أن "تحسين الحالة الصحية للسكان هي مدخلات حاسمة للحد من الفقر والنمو الاقتصادي والتنمية على المدى الطويل "(منظمة الصحة العالمية، 2001).

1–1 تطور النمو السكاني للجزائر

تشير الأرقام الى تضاعف عدد السكان–ما يقارب النصف–خلال العشرين السنة الماضية حيث انتقل من 25 مليون سنة 1990 الى 43 مليون سنة 2020، بمعدل نمو 3% كل ثلاث سنوات، وهو ما ينعكس بارتفاع الطلب على استهلاك الادوية (والاستهلاك بصفة عامة).

الشكل رقم (11): رسم بياني يوضح النمو الديموغرافي لسكان الجزائر 1990–2020



المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على Worldometer.

1–1–1توقع النمو الديموغرافي للجزائر 2020–2050

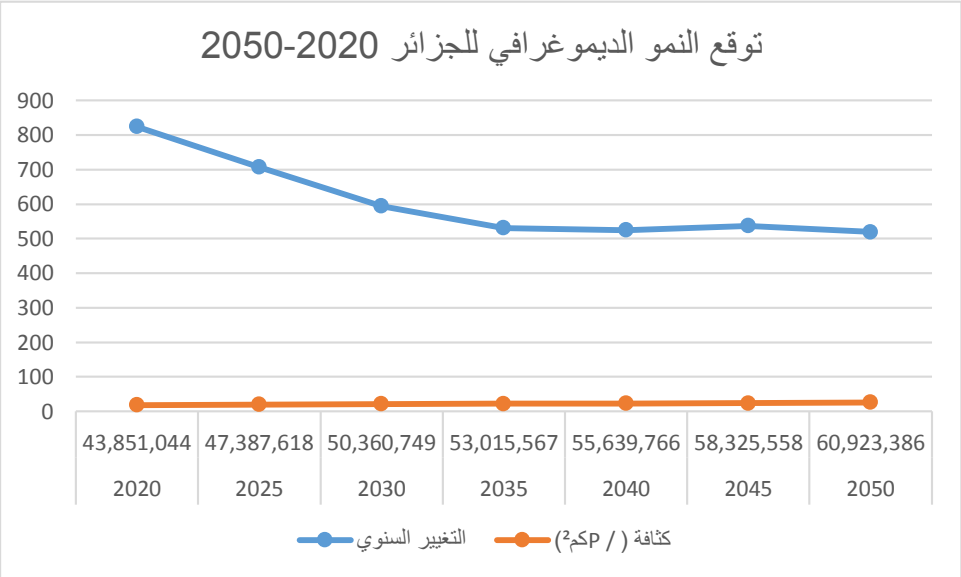
تميزت سنة 2018 للمرة الخامسة على التوالي بعدد ولادات حية تجاوزت عتبة المليون، وبارتفاع في عدد الوفيات. كما عرفت هذه السنة استقرار في مستوى معدل وفيات الرضع للسنة الثانية على التوالي بينما يواصل معدل المواليد الأموات في الانخفاض. ومن جهة أخرى عرف معدل احتمال البقاء على قيد الحياة ارتفاعا طفيفا.

حسب أخر الإحصائيات فان عدد السكان المقيمين في الجزائر 43.851.044 نسمة في الأول من جانفي 2020، وقُدر حجم النمو الطبيعي 797.990 شخصا، مع معدل نمو طبيعي بلغ 1,85%، مُسجلا بذلك

تراجعًا بلغ 0,1 نقطة مقارنة بسنة 2019، ولعله من الجدير الإشارة أنه ولثاني مرة منذ 2018 و2009 تراجع مستوى هذا المعدل إلى دون 2 % ويعود هذا الانخفاض أساسًا إلى عاملين رئيسيين، من جهة تراجع حجم الولادات الحية خلال هذه السنة، وارتفاع حجم الوفيات من جهة أخرى.

لكن على العموم، تقدر الهيئات الاحصائية المحلية والدولية بان النمو السكاني سوف يتزايد بنفس الوتيرة أي بحوالي 2 الى 3% (إذا بقيت نفس الشروط)، ليصل الى 50 مليون سنة 2030 و60 مليون سنة 2050. لذا يجب اخذ هذه التنبؤات بعي الاعتبار خاصة من ناحية النمو الاقتصادي في إطار التوازن، خاصة من ناحية تطوير سوق الادوية من ناحية الإنتاج الذي يجب ان يغطي هذا النمو المستمر.

الشكل رقم (12): توقعات النمو السكاني للجزائر 2050



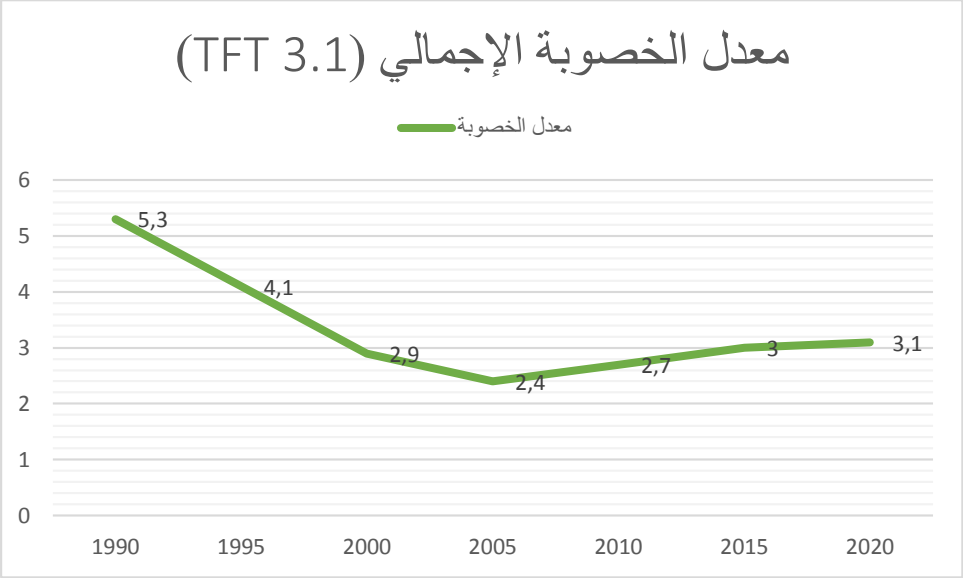
المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Worldometer.

2-1 مؤشر الخصوبة في الجزائر Taux de Fécondité Total

يمثل معدل الخصوبة الإجمالي(TFR) معدل الخصوبة على مستوى الإحلال: متوسط عدد الأطفال لكل امرأة المطلوب لكل جيل، ويقاس بعدد المواليد الاحياء لكل امرأة، فكلما كان معدل الخصوبة الإجمالي(TFR) أكبر من القيمة 2,1 معناه عدد السكان الأصليين في ارتفاع والعكس صحيح. وعلى العموم بلغت قيمة (TFR) في الجزائر

3,1 سنة 2020، فهو أكبر من القيمة المطلوبة خلال فترة الدراسة، بالرغم من تدنيه سنة 2005 الى 2,4 الا انه لم يقل عن قيمة 2,1.

الشكل رقم (13): يوضح الرسم البياني معدل الخصوبة الإجمالي(TFR) للجزائر للفترة 1990–2020



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Worldometer.

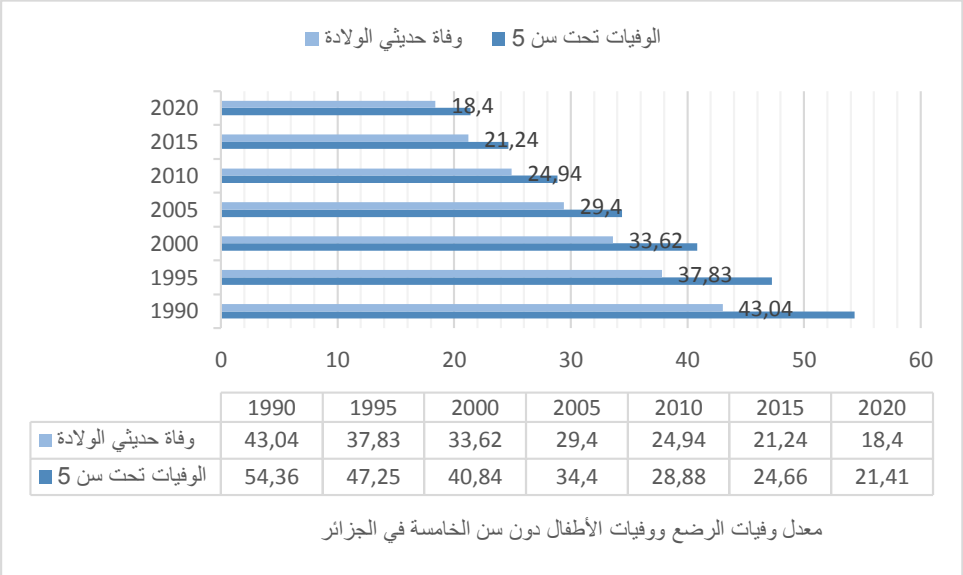
3–1 مؤشر او معدل وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر

منذ سنوات الستينيات، بذلت الجزائر جهوداً مهمة في تحسين التكفل الصحي للسكان، لاسيما من خلال تعميم الصحة المجانية وتقديم الخدمات الطبية كالتطعيم، فضلا عن الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية ونوعيتها (خاصة في المناطق الريفية) مع مراعاة الاحتياجات الخاصة المرتبطة بحماية الأم والطفل في وضع برامج الصحة العمومية

وقد سمحت هذه الجهود بتحسين ملموس للظروف المعيشية للسكان وكذا مؤشرات الصحة، فخلال العشرين عاما الماضية فقد سجل البلد تراجعاً ملحوظاً في تقليل معدل الوفيات عند الرضع والوفيات الاطفال دون الخامسة، وكذا في بعض الأمراض المعدية على غرار شلل الأطفال.

انخفضت من43,04حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 1990 إلى18,4حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام2020، والوفيات تحت سن الخامسة من 54,36 لكل 1000 مولود حي سنة 1990 الى 21,41 لكل 1000 مولود حي سنة 2020.

الشكل رقم (14): رسم بياني يبين تطور وفيات كل من حديثي الولادة، الاطفال دون سن الخامسة



	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
وفاة حديثي الولادة	43,04	37,83	33,62	29,4	24,94	21,24	18,4
الوفيات تحت سن 5	54,36	47,25	40,84	34,4	28,88	24,66	21,41

معدل وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر

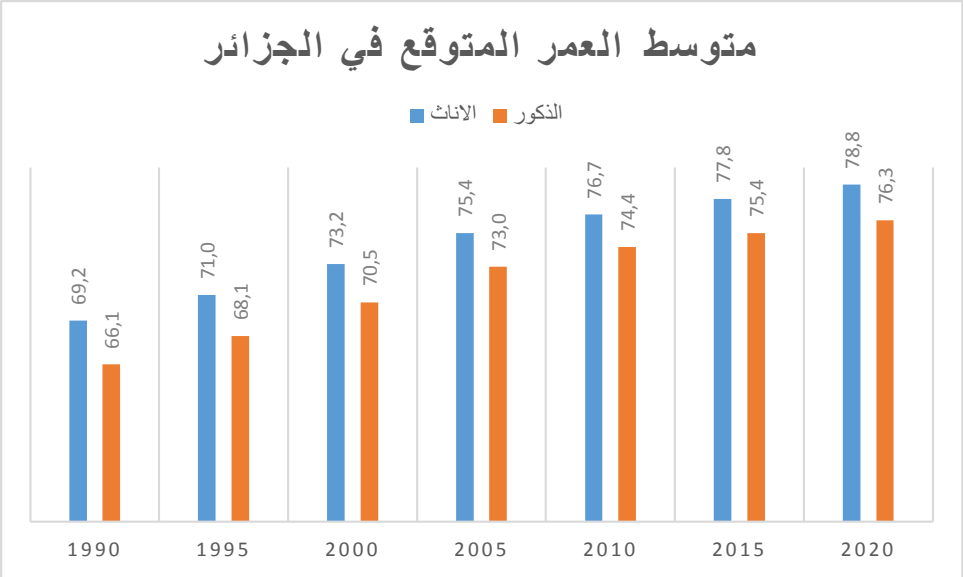
المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Worldometer.

4-1 مؤشر متوسط العمر المتوقع (العمر المتوقع عند الولادة) في الجزائر

تعرف منظمة الصحة العالمي متوسط العمر على انه:" مقياس إحصائي لمتوسط الحياة التي الذي من المتوقع أن يعيشه الكائن الحي، بناءً على سنة ميلاده وعمره الحالي وعوامل ديموغرافية أخرى بما في ذلك الجنس". او باختصار هو قياس توقع البقاء على قيد الحياة. فكلما عاش الإنسان سنين أكثر كان أفضل، اذ يمثل متوسط العمر الجيد مدى الصحة الجيدة التي يتمتع بها السكان، كما يعكس مدى استقرار البلاد سواء سياسيا، اجتماعيا واقتصاديا.

في الجزائر، تمتلك النساء متوسط عمر أكبر مقارنة بالرجال–في اغلب فترات الدراسة–، حيث بلغ سنة 1990 ما قيمته 69,2 لدى النساء و66,1 لدى الرجال، ليرتفع مع حلول الألفية ويبلغ 73,2 للنساء و70,5 للرجال. ومع التحسن على مستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي–مقارنة مع سنوات التسعينات–ارتفع متوسط العمر ليصل لكلا الجنسين مجتمعين 77.5سنة (العمر المتوقع عند الولادة)، بالنسبة للإناث 78.8سنة (العمر المتوقع عند الولادة) اما الذكور 76.3سنة (العمر المتوقع عند الولادة) خلال توقعات سنة 2020.

الشكل رقم (15): يوضح الرسم البياني متوسط العمر المتوقع عند الولادة لكلا الجنسين في الجزائر



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Worldometer.

1-5 مؤشر الشيخوخة والتقدم في العمر

الشيخوخة الديموغرافية مصطلح يستخدم بشكل عام للإشارة إلى الأهمية المتزايدة لكبار السن في عموم السكان. بمعنى آخر، سنقول إن شيخوخة السكان إذا زادت نسبة القوى العاملة المسنة إلى إجمالي القوى العاملة بمرور الوقت، بغض النظر عن حدود العمر المعتمدة لتحديد السكان المسنين. (CHERIF , 2012)

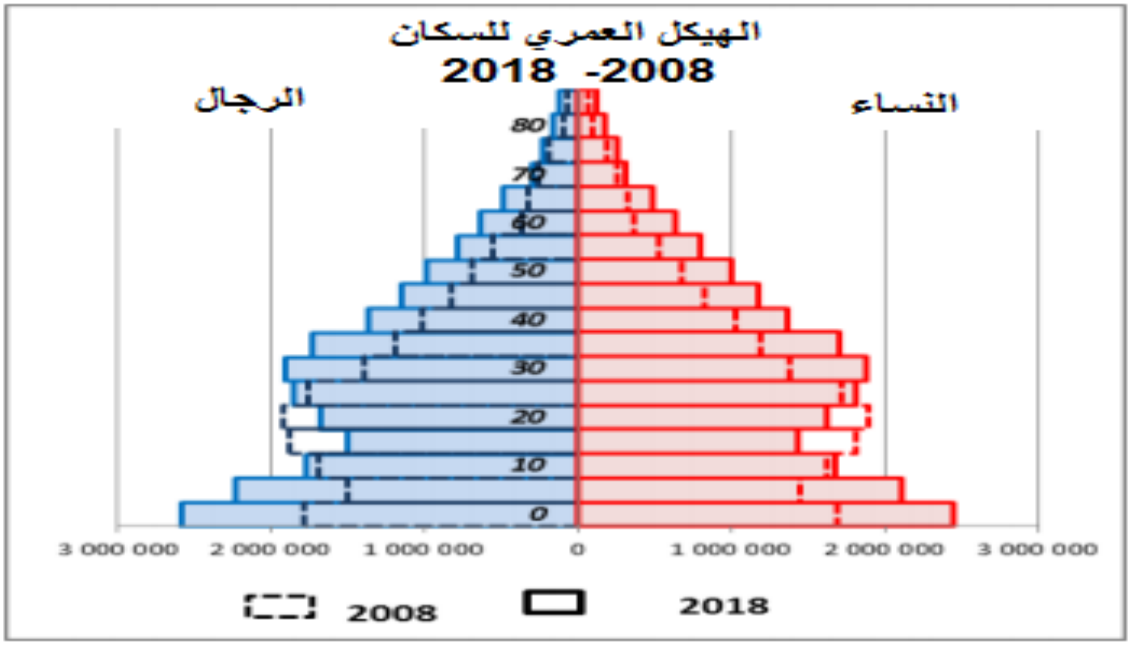
وفقًا لتقرير (ONS)، في عام 2019 بلغ عدد فئة أكثر من 60 سنة ما يقارب 11 مليون شخص من اجمالي السكان البالغ عددهم أكثر من 40 مليون جزائري. في وقت كانت تمثل حصة الفئة العمرية 0-19، أكثر من نصف إجمالي السكان، أي 53.3٪ في عام 1990 و50.5٪ في عام 1995، أي ان نسبة كبار السن (60 سنة فأكثر) ضئيلة، حوالي 6٪ من مجموع السكان. بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية، فإن "شيخوخة السكان هي أحد أهم التحولات في المجتمع" لدرجة تكريسها ليوم الصحة العالمي (7 أبريل 2012) تحت شعار "صحة جيدة من أجل شيخوخة أفضل"(Mimouni, 2013, p. 1)

ان ارتفاع الشيخوخة في الجزائر-أكثر من أي وقت مضى-يتطلب مستقبلا رعاية صحية جيدة، وبالتالي المزيد من استهلاك الادوية الناجمة عن الكبر في السن خاصة مع تعرض هذه الفئة الى مختلف الامراض المصاحبة للتقدم في

العمر، اذ جمعت الأبحاث الوبائية الكثير من الأدلة على أن المساواة ليست مجرد غاية أخلاقية مرغوبة للغاية، إنه عامل أساسي لصحة السكان الجيدة. وفقًا لإيفانز، "يمكن أن يكون وجود أو عدم وجود رعاية أمرًا بالغ الأهمية لصحة الأفراد؛ لكنها لا تفسر الاختلافات في الحالة الصحية للسكان ". (Jean-Pierre Papart, 2001, p. 268)ان ارتفاع الشيخوخة في الجزائر معناه طرا تغيير في تركيبة الهرم السكاني الاجمالي، حيث نستعرض ذلك اكثر تفصيلا في السرد التالي:

بين سنتي 2017 و2018 تواصل تراجع نسبة السكان في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) منتقلة من 61,1% إلى 60,6%. وانتقلت نسبة فئة السكان البالغين 60 سنة فأكثر من 9,1% إلى 9,3% خلال نفس الفترة، وبلغ بذلك حجم هذه الفئة 3.969.000 شخصا (وهو ما يعادل زيادة بلغت 166 000 شخصا مقارنة بسنة 2017). (ANDI, 2019)

الشكل رقم(16): يوضح التركيب العمري للسكان الجزائر خلال الفترة 2008-2018



المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على ANDI

1-5-1 مؤشر الهرم السكاني

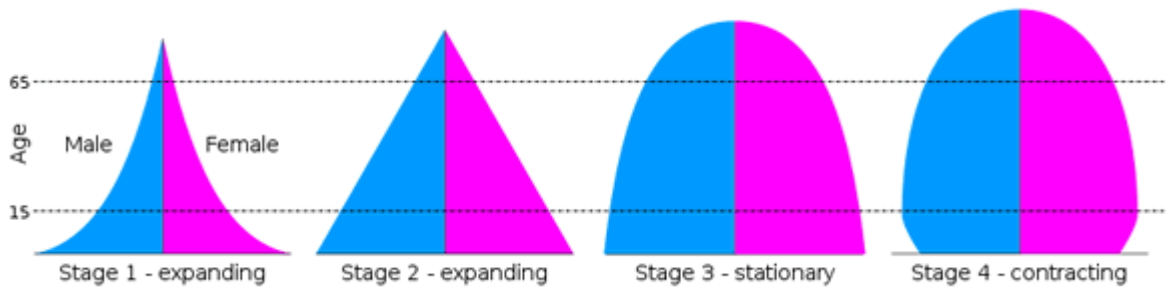
الهرم السكاني الهرم السكاني (ويسمى أيضًا "هرم العمر والجنس") هو تمثيل بياني لعمر وجنس الافراد، ويأخذ عدة اشكال وانواع حسب تركيبة السكان نذكرها كما يلي: (worldometers, 2019)

ا– هرم توسعي: يشير الى تزايد عدد السكان، اذ يتميز بقاعدة عريضة أي نسبة أكبر من الأشخاص في الفئات العمرية الأصغر، مما يشير إلى ارتفاع معدلات المواليد ومعدلات الخصوبة العالية، وقمة ضيقة أي ارتفاع معدل الوفيات وانخفاض متوسط العمر المتوقع.

ب– هرم ضيق: يشير الى تناقص عدد السكان، اذ يتميز بقاعدة ضيقة أي نسبة أقل من الشباب، تشير إلى انخفاض معدلات المواليد مع انخفاض كل فئة عمرية لاحقة عن سابقتها.

ج– هرم ثابت: مع نسبة متساوية إلى حد ما من السكان في كل فئة عمرية–السكان مستقرون– لا يتزايدون ولا يتناقصون.

الشكل رقم (17): رسم توضيحي عام لشكل الهرم حسب التركيبة السكانية



المصدر: منقول للتوضيح من موقع Worldometer.

ويؤثر تطور التركيبة السكانية على معدل الإعالة الديمغرافية[1]، المعرف كحاصل القسمة لإجمالي فئتي الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 15سنة وأولئك البالغين 60سنة فما فوق على الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي

[1]**نسبة الإعالة:** هناك ثلاثة أنواع من نسبة الإعالة العمرية: الشباب، وكبار السن، والإجمالي. عادة ما يتم ضرب جميع النسب الثلاثة في 100.

1- **نسبة التبعية للشباب:** السكان الذين تتراوح أعمارهم من 0 إلى 15 عامًا مقسومًا على السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و64 عامًا. الصيغة: ([السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 0–15] ÷ [السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و64 عامًا]) × 100.

2- **نسبة إعالة المسنين:** السكان الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا مقسومًا على السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و64 عامًا.

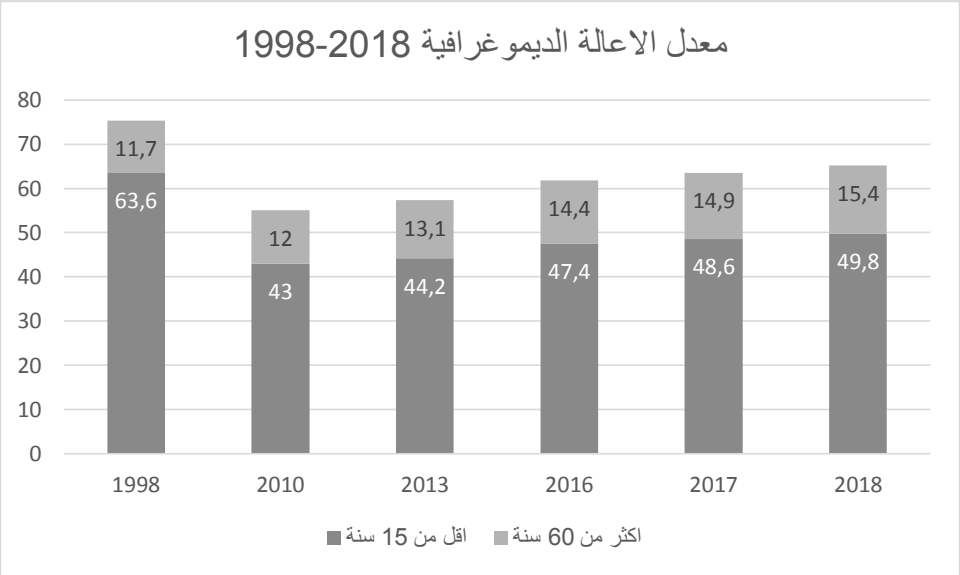
الصيغة: ([السكان الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا] ÷ [السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و64 عامًا]) × 100.

3- **نسبة التبعية الإجمالية:** مجموع نسب الشباب والشيخوخة. الصيغة: (([السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 0–15] + [السكان الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا]) ÷ [السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و64 عامًا]) × 100.

(59-15سنة)، حيث يواصل هذا المعدل في الارتفاع ليبلغ 65,2لكل 100شخص في سن النشاط الاقتصادي مقابل 63,5خلال سنة 2017و55 خلال سنة 2010.

ويعود هذا الارتفاع أساسًا إلى ارتفاع حجم الولادات الذي عرفته الجزائر منذ 2003 إضافة إلى ارتفاع معدل البقاء على قيد الحياة، حيث يُظهر توزيع هذا المعدل حسب الفئة العمرية 49,8 شخص دون الخامسة عشر من العمر لكل 100 شخص في سن النشاط الاقتصادي و15,4 شخص لدى الفئة العمرية 60 سنة فأكثر. وفيما يتعلق بتطور حجم السكان ما بين 2008 و2018، فان البيانات تُظهر تزايدًا يقارب 8مليون نسمة (7.987.000)نسمة.وتظهر هذه التغيرات الهيكلية أن الانتقالية الديمغرافية لا تزال قائمة، وتتجلى من خلال التوسع المستمر لقاعدة الهرم السكاني وتقلص فئتي 19-15سنة و 24-20سنة. حيث بلغ على التوالي 762.000 و521.000 نسمة وبذلك فإنه وبالرغم من تزايد حجم السكان ما بين 2008 و 2018 فان حجم فئة الشباب (24-15 سنة) عرف تراجعًا بلغ .1.283.000 نفس المصدر (ANDI)

الشكل رقم (18): يبين الرسم البياني معدل الاعالة الديموغرافية في الجزائر للفترة 1998–2018



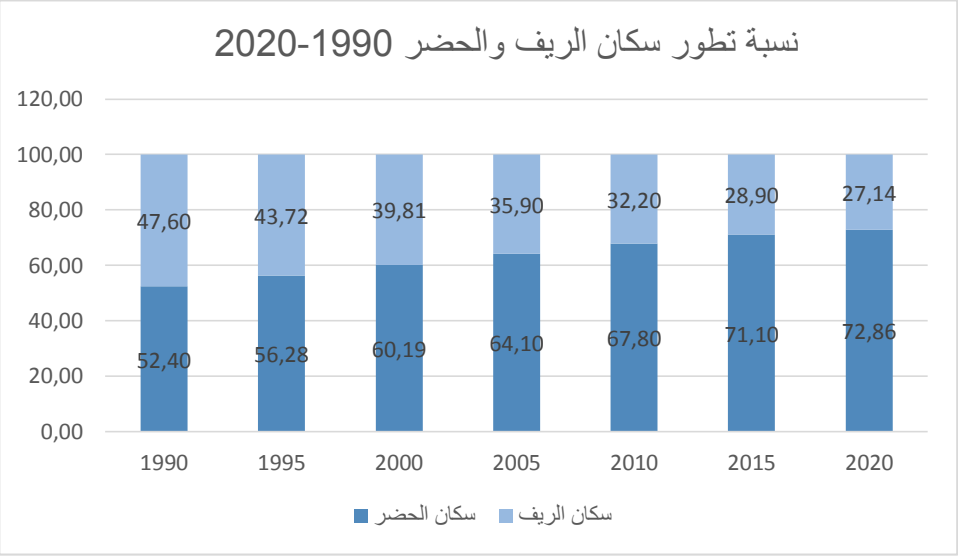
المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على (ANDI)

1-6 التمدن (التحضر) وأثره على الظروف الصحية:

التمدن او التحضر هو ظاهرة ديموغرافية تتوافق مع تركيز سكان الكوكب في المناطق الحضرية، كنتيجة للتغييرات الكبيرة في البيئة وأنماط الحياة. (Air Liquide, 2014) ويعتبر التحول الى العيش في المدن الكبرى عامل مهم في تحديد صحة السكان خاصة وانه في بعض الاحيان يهدد حياة القاطنين في المناطق الحضرية، بسبب الجزيئات الدقيقة المنبعثة من السيارات أو النشاط الصناعي أو استخدام الوقود في المنازل تسبب أمراض الجهاز التنفسي وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان.

بالنسبة للجزائر، يتسم توزيع السكان على الأراضي الوطنية باختلالات كبيرة: 65٪ من السكان يتركزون في 4٪ من التراب الوطني في شمال البلاد. وينتشر 25٪ من السكان على 9٪ من الأراضي الوطنية في منطقة المرتفعات، كما ينتشر 10٪ من السكان على 87٪ من الأراضي في جنوب البلاد. لا تزال الفروق بين المناطق في الكثافة السكانية ملحوظة للغاية: 1 ساكن / 1 كم^2 في الجنوب مقابل 222 نسمة/ 1 كم^2 في الشمال (d'habitation, 1998). لا تزال الجزائر دولة سريعة التحضر مع كثافة عالية من الهجرة الداخلية، ولا سيما النزوح من الريف خاصة سنوات التسعينات بسبب العشرية السوداء. ويمثل سكان الحضر اليوم 53٪ من إجمالي السكان (أي 15.000.000 نسمة).وتشير التوقعات الى ارتفاع سكان المدينة الى 40 مليون شخص خلال 10 سنوات القادمة، حيث يقطنها اليوم حوالي 22 مليون شخص سنة 2018. (echoroukonline، 2018)

الشكل رقم (19): رسم بياني يبين تطور سكان الريف والحضر في الجزائر سخلال الفترة 1990–2020



المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على Worldometer.

وتعمل المؤسسات الحكومية والمنظمات العالمية في الحد من عواقب التحضر كقضية عالمية –خاصة في البلدان والعواصم الصناعية الكبرى–منع من أجل تحسين الصحة على الصعيد العالمي، عبر برامج تتكيف مع أنماط الحياة المحلية وتعرضها، والهدف منها هو:

– تطوير النشاط البدني.

– تشجيع اتباع نظام غذائي صحي.

– تشجيع السكان على اعتماد وسائل النقل والتدفئة التي تحافظ على جودة الهواء.

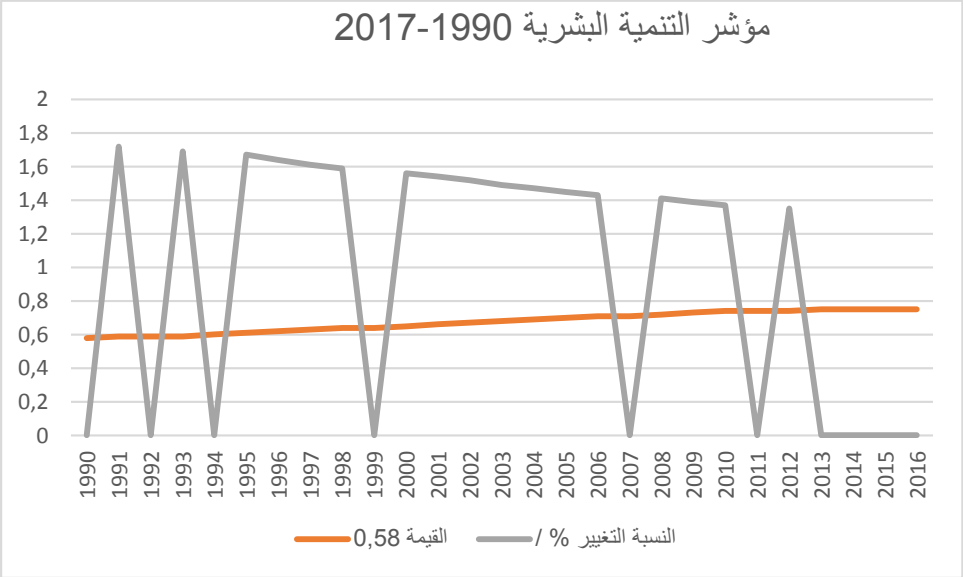
1– العوامل الاجتماعية–الاقتصادية (Facteurs Socio–économiques)

1–2 مؤشر التنمية البشرية: (monde، 2019)

هو مؤشر مركب يقيس متوسط نوعيةالحياة لسكان البلد، من الناحية النظرية ينتقل المؤشر من 0 إلى 1، ويأخذ في الاعتبار ثلاثة أبعاد للتنمية البشرية. أولاً، إمكانية التمتع بحياة طويلة وصحية بناءً على متوسط العمر المتوقع عند الولادة (كما رأينا سابقا). ثم يتم تقييم مستوى التعليم على أساس معدل الأمية والحضور في مختلف مستويات النظام المدرسي. وأخيرًا، مستوى المعيشة، محسوبًا من الناتج المحلي الإجمالي للفرد، مع مراعاة تعادل القوة الشرائية (PPP). حيث يتم استخدام معدل القوة الشرائية "لقياس القوة الشرائية النسبية لعملات دول مختلفة لنفس أنواع السلع والخدمات".(نظرًا لأن أسعار السلع والخدمات يمكن أن تختلف من بلد إلى آخر)

وحسب الشكل التالي، فقد بلغ معدل الجزائر للتنمية البشرية 0,75 سنة 2017 (ثابت عند نفس القيمة منذ سنة 2014)، ويعتبر فوق المتوسط (كلما كان قريب من الواحد 1 كان جيد)، فخلال الفترة 1990–2017، هناك متوسط سنوي قدره 0,67، ونشير بانه تحسن مقارنة بأدنى قيمة (0,58) في عام 1990.

الشكل رقم (20): يمثل الرسم البياني لتطور مؤشر التنمية البشرية، نسبة التغير في الجزائر خلال الفترة 1990–2017



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على احصائيات برنامج التنمية البشرية للامم المتحدة لسنة 2018.

2–2 مؤشر الفقر:

لا توجد تقديرات حديثة للفقر في البلاد، إلا أن الأرقام الرسمية من 2011/2010 تظهر أن 5.5% من السكان في عداد الفقراء، مع وجود تباينات إقليمية كبيرة، وتستند هذه التقديرات إلى خطوط الفقر التي تقل عن 3.6 دولار للفرد في اليوم والتي تعد أدنى كثيراً من خط الفقر البالغ 5.5 دولار للفرد في اليوم المقترن بالشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل.

2–3 مؤشر الامية:

لقد سعت الجزائر منذ الاستقلال الى تقليص نسبة الامية في اوساط افراد المجتمع، وهذا بغية تمكين جميع المواطنين من ممارسة حقوقهم السياسية والاقتصادية والاجتماعية والعمل بالمقاربات الدولية الجديدة لبناء مجتمع أكثر استدامة من خلال استراتيجية أطلقتها سنة 2007 بمعية الشركاء الرسميين والمجتمع المدني. فحسب آخر تقديرات الديوان الوطني لمحو الأمية وتعليم الكبار، انخفضت نسبة الامية الى 8,71 بالمائة سنة 2020. [1](APS، 2020)

2– العوامل الاقتصادية

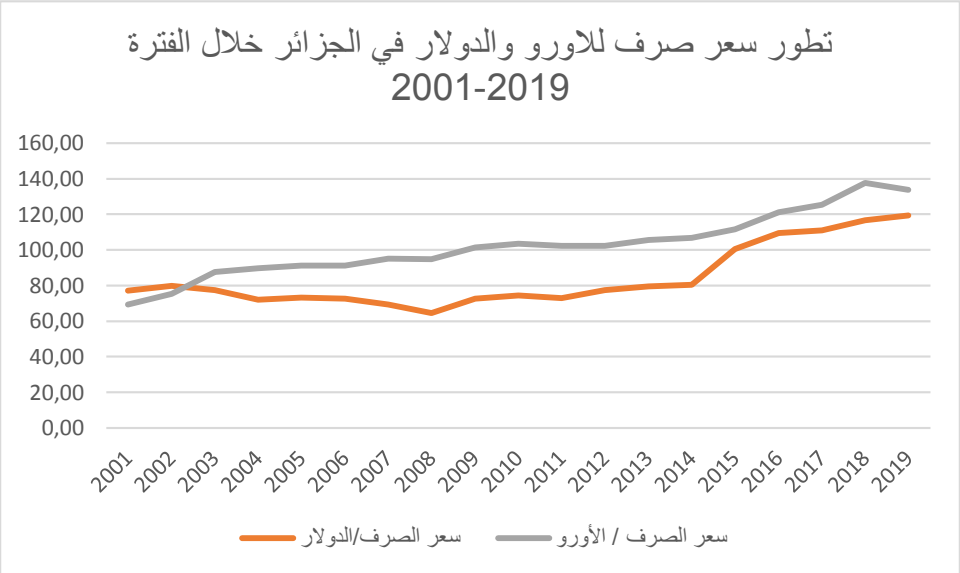
[1]وتعمل هذه المنظمة على تطبيق توصيات العقد العربي لمحو الامية 2015–2024 من خلال محاوره الاساسية (محو الامية الابجدية والثقافية والمعلوماتية) وكذا مواصلة تنفيذ توصيات هيئة الامم المتحدة في مجال التنمية المستدامة الى غاية 2030.

3-1 مؤشر سعر الصرف:

تعتمد الجزائر في صادراتها على قطاع المحروقات بنسبة كبيرة أي حوالي 98 %، تحصلها بقيمة الدولار الأمريكي، أما الواردات فإن معظمها من منطقة الأورو، و بالتالي التصدير يكون بعملة منخفضة و الاستيراد بعملة مرتفعة، وهذا ناتج عما يشهده الدولار الأمريكي من انخفاض أمام العملة الأوروبية المرتفعة وهو ما انعكس على ارتفاع فاتورة الاستيراد بصفة عامة بما فيها استيراد الادوية، مما جعل الجزائر في مواجهة المشاكل المترتبة عن الفرق في قيمة العملات، و من بينها ضعف القدرة الشرائية لعائداتها النفطية أمام ارتفاع فاتورة الواردات.

الميزان التجاري هو المؤشر الذي يقيس مجمل الفرق بين قيمة الصادرات وقيمة الواردات الخاصة بالسلع والخدمات في الدولة، وهو واحد من مكونات ميزان المدفوعات وبهذا يعطي نظرة ثاقبة عن الضغوط التي تتعرض لها العملة، ومنه فإن حركة الصرف عالميا تؤثر على حصيلة صادرات الجزائر وعلى قيمة المدفوعات عن الواردات الجزائرية من الدول الأجنبية. (هجيرة ومليكي، 2012، صفحة 129)

الشكل رقم (21): تطور سعر الصرف الدينار الجزائري مقابل الأورو والدولار خلال الفترة 2000–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على احصائيات ANDI

نلاحظ من الشكل ان غالبا ما كان سعر صرف الاورو مرتفعا مقابل الدولار–ماعدا سنة 2001 وهذا راجع لبداية التعامل بالاورو في الاتحاد الاوروبي كعملة رسمية التي تم اصدارها سنة 1999–وهو في الحقيقة ما يفسر ارتفاع

فاتورة الاستيراد بشكل عام وفاتورة الادوية بشكل على اعتبار الجزائر تستورد غالبية منتجاتها الصيدلانية بما فيها الادوية من دول الاتحاد الاوروبي وهو ما سوف نتطرق اليه بالتحليل الدقيق لاحقا.

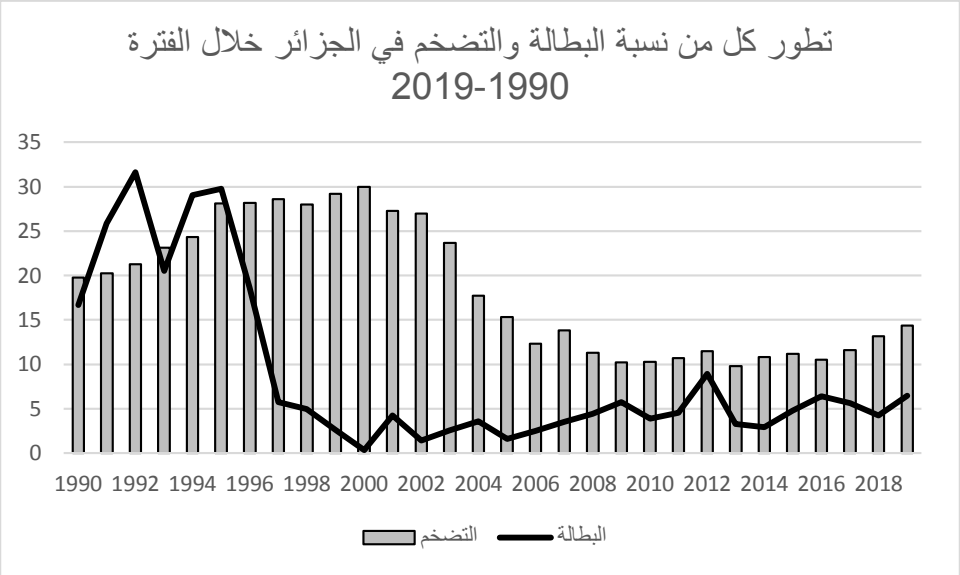
3-2 مؤشرا البطالة والتضخم

بشكل عام، تعتبر البطالة والتضخم ظاهرتان سلبيتان تشهدها اقتصاديات الدول النامية، ويعتبران من اهم عراقيل النمو الاقتصادي، اذ يتعد اثارهما الى الجانب الاجتماعي، التعليم والصحة، باعتبارها عاملان مضبطان للإنفاق الاستهلاكي بسبب تدهور القدرة الشرائية وارتفاع الاسعار. (راجع منحنى Philips) (سنوسي وبن البارا، 2018، صفحة 59)

تمثلت دراسة Philips 1958 في العلاقة بين البطالة ومعدلات تغير الأجور النقدية في المملكة المتحدة خلال الفترة 1861-1957، اين وقد توصل في هذه الدراسة إلى وجود علاقة إحصائية قوية بين نسبة العاطلين إلىإجمالي السكان ومعدل التغير في أجور الساعة للعامل. وقد بين فيليبس أن معدل التغير في الأجور الكلية ومعدل البطالة يكونان علاقة عكسية، حيث أنه في ظل ظروف الرواج يزداد الطلب الكلي على السلع والخدمات وبالتالي يزداد الطلب على العمال ويزداد مستوى التوظيف ويقل معدل البطالة، وفي نفس الوقت تزداد الأجور، ومن تم الدخول والطلب على السلع وبالتالي ترتفع الأسعار، ويحدث العكس في حالات الركود والكساد. (شلوفي ، 2017، صفحة 4)

لقد شهدت الجزائر ارقاما مذهلة في البطالة والتضخم معا، وهذا بسبب برامج التصحيح الهيكلي والشروط المفروضة من طرف صندوق النقد الدولي، كتسريح العمال بسبب خوصصة المؤسسات العمومية، ورفع الدعم عن المنتجات الممولة من طرف الدولة مما ادى الى ارتفاع الاسعار بشكل كبير جدا. ويبن الشكل التالي اهم مراحل تطور كلا الظاهرتين:

الشكل رقم (22): يبين الرسم البياني لتطور كل من نسبة البطالة والتضخم في الجزائر خلال الفترة 1990–2019.

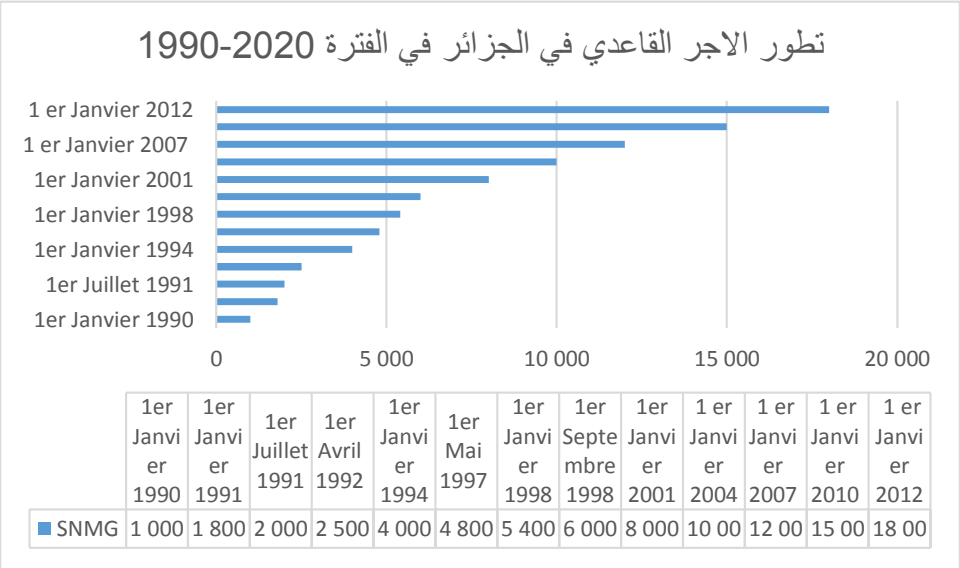


المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على احصائيات ANDI

3-3 مؤشر الكتلة الاجرية:

بالرغم من النمو في الاجر القاعدي الاسمي، الا انه لا يدل بالضرورة على تحسن المستوى المعيشي للأفراد، وذلك نتيجة ارتفاع المستمر للأسعار (التضخم) لذا فالأجر القاعدي الحقيقي هو من يؤخذ بعين الاعتبار لأنه يعبر عن القدرة الشرائية الحقيقية. (سراج، 2008، صفحة 100)

الشكل رقم (23): يبين تطور الاجر القاعدي منذ 1990 الى غاية 2020



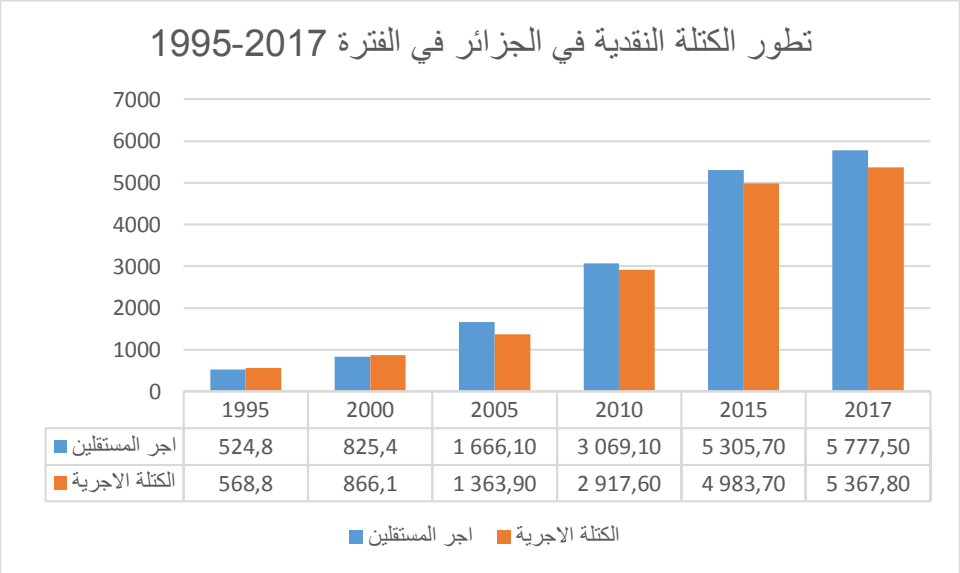
	1er Janvier 1990	1er Janvier 1991	1er Juillet 1991	1er Avril 1992	1er Janvier 1994	1er Mai 1997	1er Janvier 1998	1er Septembre 1998	1er Janvier 2001	1 er Janvier 2004	1 er Janvier 2007	1 er Janvier 2010	1 er Janvier 2012
SNMG	1 000	1 800	2 000	2 500	4 000	4 800	5 400	6 000	8 000	10 00	12 00	15 00	18 00

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على ONS

في دراسة قام بها الاستاذ عبد الرحمن مبتول سنة 2016، حول مشكلة العمالة والأجور التي تطرح مشكلة الحاجة الملحة إلى إعادة توجيه جميع السياسات الاقتصادية والاجتماعية، خاصة في ظل الضغط الديموغرافي المتصاعد. وتوصل الى ضرورة ربط التحليل الموضوعي للتضخم بين عملية التراكم وتوزيع الدخل ونموذج الاستهلاك حسب الطبقات الاجتماعية من أجل تحديد سياسة الأجور التي تحمي أكثر الفئات حرمانًا، ويطرح الاستاذ سؤالا: كيف يواجه الجزائري الذي يعيش في 200/250) SNMG يورو في الشهر عندما يكون كيلو اللحم 10 يورو، المصاريف التي لا مفر منها: الطعام، النقل، الصحة، التعليم.(MEBTOUL, 2016)

كما تطرق الباحث الى مشكلة الدعم الحكومي التي يستفيد منها الاغنياء قبل الفقراء، وهذا لانه يختلف تصور التضخم عند الأسرة التي تحصل على الحد الأدنى للأجور وتخصص أكثر من 70٪ من دخلها المتواضع للضروريات الأساسية عن تلك التي تحصل على صافي 500 ألف دينار شهريًا.

الشكل رقم (24): رسم بياني يوضح تطور الكتلة النقدية في الجزائر في الفترة 1995–2017



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على ONS

3– العوامل الصحة:

في هذا الإطار سوف نتطرق اولا الى مقارنة الجزائر بدول العالم فيما يخص الانفاق العام، لأنه عامل ومؤشر هام في عكس الاستهلاك الدوائي للفرد الجزائر نظير ما يحظى به من نصيبه في الانفاق الصحي[1]، ثم نستعرض اهم الامراض المزمنة والمكلفة والتي تعتبر السبب الرئيسي في ارتفاع فاتورة استيراد الدواء.

لقد كان Arrow[2]هو الذي لفت الانتباه بالفعل إلى واحدة من أكثر خصائص سوق الرعاية الطبية وضوحًا: الطبيعة غير المستقرة وغير المنتظمة وغير المتوقعة للطلب الفردي، فضلاً عن فائدة الرعاية المستمدة منها وتكلفة الفرصة البديلة للمرض. (Hartmann, 2004, p. 240) وتعتبر البلدان المتقدمة أكثر إنفاقا على صحة مواطنيها، اذ أعلنت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في عام 2017 أن الولايات المتحدة احتلت المرتبة الأولى في الإنفاق في قطاع الصحة بمعدل إنفاق 17.2٪ من ناتجها المحلي الإجمالي، تليها سويسرا. في المرتبة الثانية بنسبة 12.4٪، تليها ألمانيا في المرتبة الثالثة بنسبة 11.3٪ من ناتجها المحلي الإجمالي على قطاع الصحة.

وبحسب البروفيسور العمري العربي المتخصص في اقتصاديات الصحة، فقد كشف أن متوسط إنفاق الفرد الجزائري على فاتورة الدواء يقدر بـ 10.000 دينار في السنة، أي ما يعادل 35.000 دينار في السنة لكل الجزائريين، بسبب ارتفاع الأمراض غير المعدية والتي يتصدرها السرطان، أمراض القلب والسكري. (Asmae, 2018)

وفيما يخص الانفاق على الادوية، توقع خبراء في مجال الصناعات الدوائية أن يرتفع إجمالي الإنفاق العالمي على الأدوية بمقدار 367 مليار دولار حتى عام 2021، وبحسب التقديرات الدولية، من المتوقع أن يصل إجمالي الإنفاق العالمي على الأدوية والمنتوجات الصيدلانية إلى 1.5 تريليون دولار عام 2021. (Mahmoud, 2018)

في الجزائر، بلغت الفاتورة الإجمالية لامتلاك الأدوية 3,8 مليار دولار عام 2018–أكثر من نصفها من الإنتاج المحلي–بارتفاع يزيد على 6٪ مقارنة بفاتورة نفقات سنة 2017. (Hanafi, 2019) وتشير الاحصائيات الى نمو مبيعات السوق الصحية الجزائرية بنسبة 11٪ بالنسبة لصناعة الأدوية، كما يقدر حجم الأعمال بأكثر من 3

[1]توضع " ميثاق الصحة " سنة 1998 كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية، بحيث يهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح.

[2]"Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care "CET article du prix Nobel d'économie Kenneth J. Arrow publié en 1963 dans l'American Economic Review marquee.

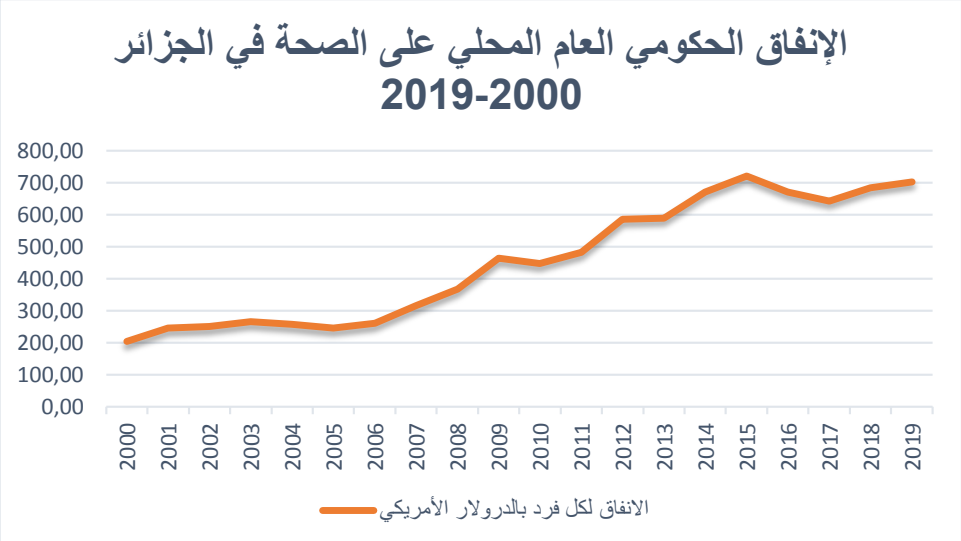
مليارات يورو، على الرغم من قيود الاستيراد وتزايد الإنتاج المحلي، زادت واردات الأدوية بشكل حاد في عام 2018.

(France, 2020)

4-1 الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة (بالنسبة للقوة الشرائية للفرد)

تم على مدار العقدين السابقين تقدما في تغطية خدمات الرعاية الصحية ونوعيتها في الجزائر، مع تحسن المؤشرات بانتظام وانخفاض حالات الأمراض المعدية، الا ان الانفاق الصحي يبقى ضعيفا نوعا ما خاصة إذا ما قارناه مع القدرة الشرائية. منذ 2014، نما الإنفاق المحلي العام للحكومة الجزائرية على الصحة بنسبة 0.9٪ على أساس سنوي، مع 703.45 دولارًا لنصيب الفرد من تعادل القوة الشرائية في عام 2019، احتلت البلاد المرتبة 70 من بين بلدان العالم في الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي. احتلت النرويج المرتبة الأعلى حيث بلغ نصيب الفرد من تعادل القوة الشرائية 5778.49 دولارًا في عام 2019، بزيادة قدرها 2.2٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت الولايات المتحدة ولوكسمبورغ والسويد على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

الشكل رقم (25): رسم بياني يوضح الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة بالنسبة للقوة الشرائية للفرد 2000 إلى 2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على البنك الدولي[1]

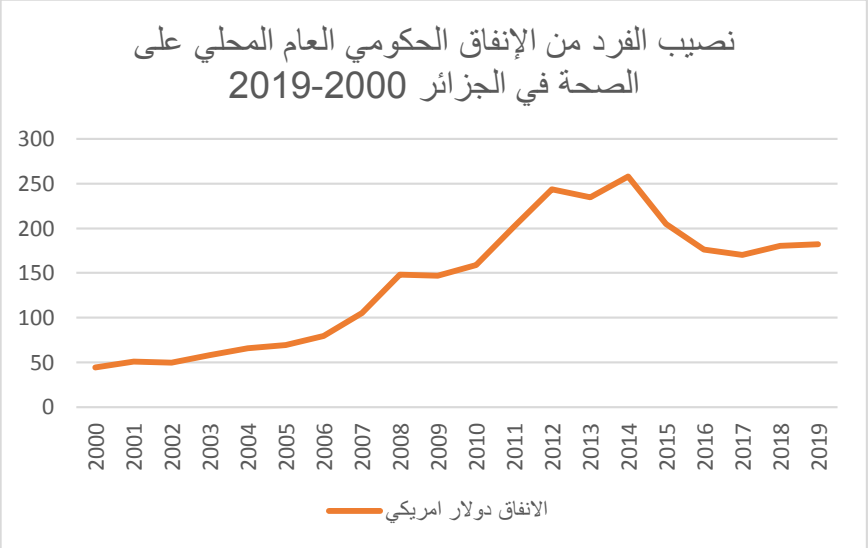
[1]Source: World Bank. Curated and published by Nation Master at:

4–2 نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي:

شكلت ميزانية وزارة الصحة لعام 2018 (قانون المالية 2018) ما نسبته 8,55٪ من إجمالي الإنفاق الحكومي، اذ تمثل 7٪ من الناتج المحلي الإجمالي. ويرجع هذا الى سياسة التقشف المتبعة في الدولة (ازمة البترول 2014) خاصة وان الجزائر تعتمد على الجباية وتحصيل النفطية والغاز في ناتجها المحلي الخام.

منذ عام 2014، انخفض نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام في الجزائر بنسبة 6.7٪ على أساس سنوي، وفي عام 2019، كانت الدولة في المرتبة 99 مقارنة بدول العالم في الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي للفرد بـ 181.89 دولارًا. تصدرت النرويج الترتيب بـ 6899.87 دولار في عام 2019، + 1.1٪ مقابل 2018. احتلت الولايات المتحدة والسويد وأيسلندا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

الشكل رقم (26): رسم بياني يمثل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي للفترة 2000–2019



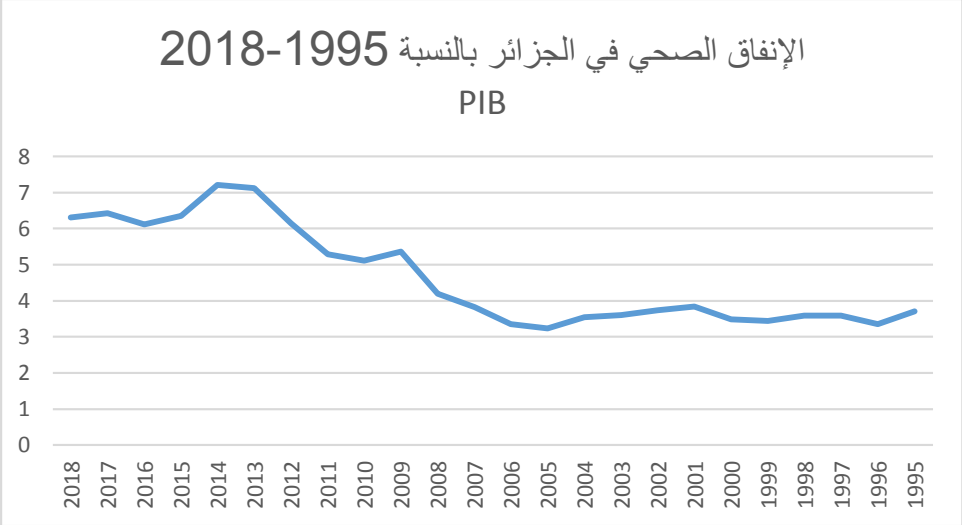
المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على البنك الدولي (نفس المصدر)

4–3 الإنفاق على الصحة النسبة من الناتج المحلي الإجمالي:

https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-domestic-general-government-health-expenditure. Consulter le 25/09/2020 à 02 :21h.

منذ عام 2009، زاد الإنفاق الصحي في الجزائر بمقدار 6.1 نقطة على أساس سنوي. في عام 2014، احتلت البلاد المرتبة 76 من بين بلدان العالم في الإنفاق الصحي بنسبة 7.21 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. احتلت الولايات المتحدة المرتبة الأعلى بنسبة 17.14 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2014، بزيادة قدرها 1.4 نقطة مقارنة بعام 2013.

الشكل رقم (27): يبين الانفاق الصحي في الجزائر بالنسبة 1995–2018



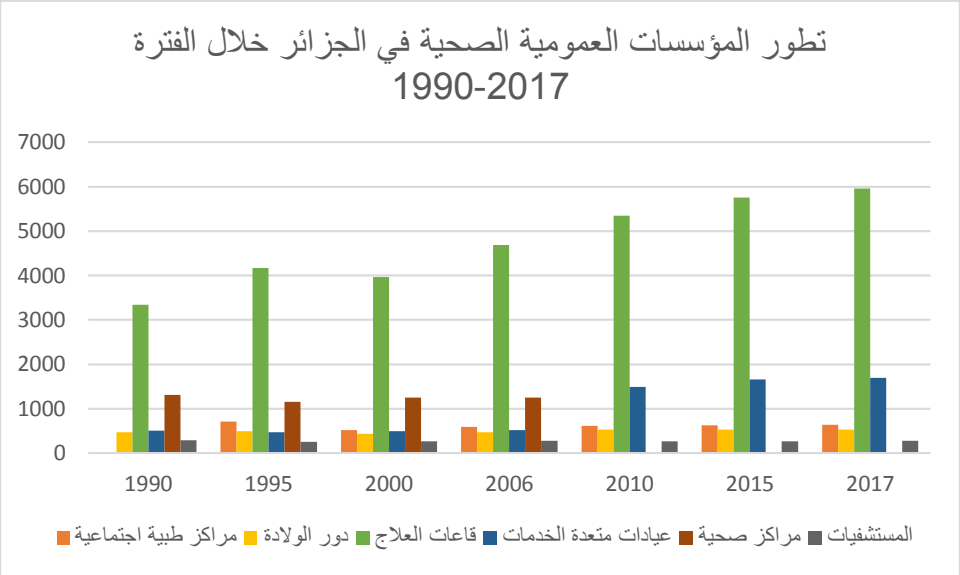
المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على البنك الدولي (نفس المصدر)

وعلى العموم، يبقى الانفاق العام على الصحة قليل جدا مقارنة مع ما تنفقه الدول المتقدمة، وهو ما انعكس كذلك على كمية الادوية المستهلكة من طرف الجزائريين اين وصل 730 علبة دواء سنويا، من بينها 420 علبة منتجة محليا. وهو ما يعادل 80 دولاراً أمريكياً سنوياً من الأدوية فقط، مقابل معدل عالمي يصل إلى 127 دولاراً.

4–4 مؤشر المنشآت القاعدية الصحية

4–4–1 عدد المرافق الصحية:

الشكل رقم (28): يبين تطور المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر خلال الفترة 1990–2017

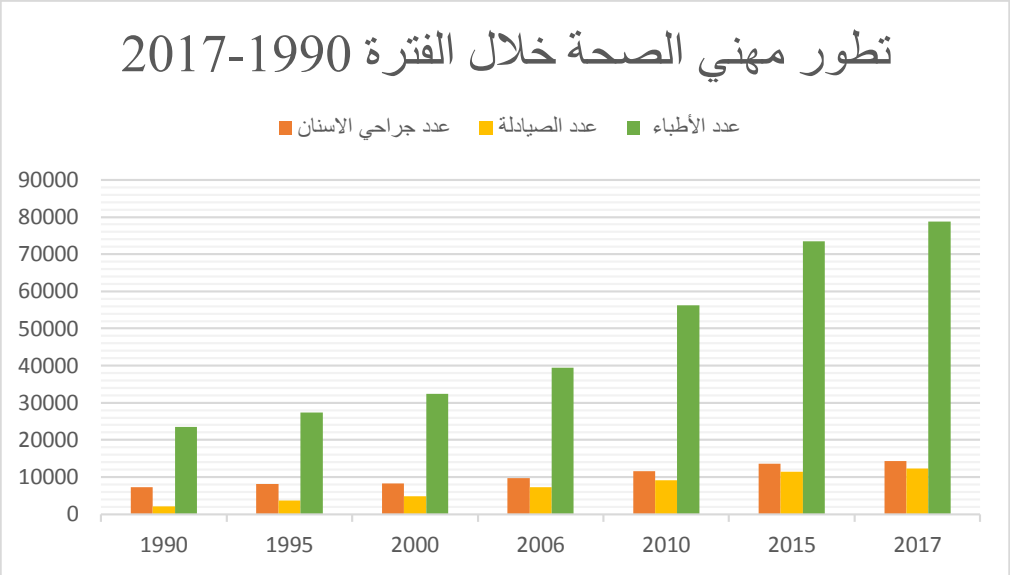


المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على ONS ووزارة الصحة

لقد عملت الجزائر على وضع وتأسيس منشئات صحية منذ الاستقلال، وقد تنوعت بين بناء مستشفيات عمومية ومرافق صحية متنوعة كالعيادات وقاعات العلاج ودور الولادة. الا ما يعيب عليها هو ان توزيع هذه المرافق الصحية يحوزه اشكالا خاصة في المناطق الريفية والنائية التي لا تحتوي على المراكز الصحية مما يضطرهم الى التنقل الى المدن الكبرى قصد العلاج، بالإضافة الى ذلك هناك مشكل التسيير والبيروقراطية في إدارة هذه المرافق الصحية العمومية.

4-4-2 عدد مهني الصحة:

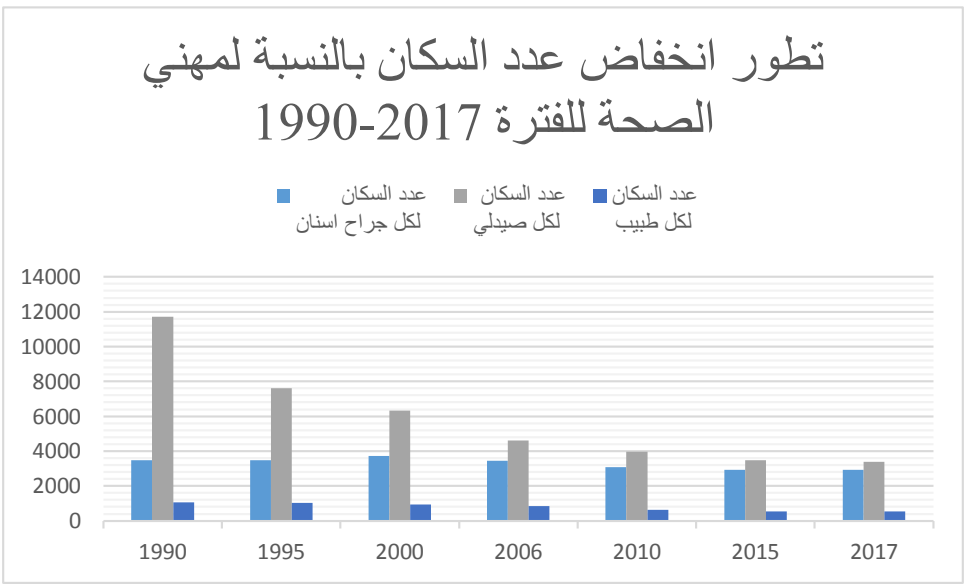
الشكل رقم (29): يبين تطور عدد الأطباء، الصيادلة وجراحي الاسنان في لجزائر خلال الفترة 1990-2017



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على ONS ووزارة الصحة

يوضح الشكل ان هناك ارتفاع متزايد في عدد كل من الأطباء والصيادلة وجراحي الاسنان، وهذا مقارنة بتطور السكان الذي يتطلب رعاية صحية بتوفير لكل تجمع سكاني عدد معين من الأطباء وغيرهم من مهني الصحة على العموم.

الشكل رقم (30): يبين تطور انخفاض عدد السكان مقابل ارتفاع عدد الأطباء، الصيادلة وجراحي الاسنان للجزائر خلال الفترة 1990–2017



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على ONS ووزارة الصحة

4–5 مؤشر تطور الامراض:

وفقًا لنتائج الدراسة السنوية التي أعدتها IQVIA (سابقا IMS Health)، تركز خمسة مجالات علاجية على ثلث السوق العالمية، ولكن 55٪ من نموها يتعلق بالأورام (105 مليار دولار أمريكي)، والسكري (80 مليار دولار أمريكي)، وأمراض المناعة الذاتية (65 مليار دولار أمريكي)، وإدارة الألم (46 مليار دولار أمريكي)، وأمراض الجهاز التنفسي (43 مليار دولار أمريكي).

على هذا الاساس، وفي ظل الارقام المذهلة للأمراض المستعصية، تم توجيه انشطة البحث والتطوير لكبرى الشركات العالمية الى المنتجات البيولوجية–هي التي تقود النمو–والتي تمثل الآن ربع سوق الأدوية العالمية، مع انخفاض قيمة الأدوية القائمة على المواد الكيميائية تحت ضغط الأدوية الجنيسة.(dzentreprise, 2019)

وفيما يلي سوف نستعرض تطور الامراض في الجزائر، والتي تعتبر العامل الاساسي لارتفاع عمليات استيراد الادوية.

4–5–1 الأمراض المتنقلة المعدية: MALADIES TRANSMISSIBLES

لقد حققت الجزائر أرقاما جيدة في توفير اللقاحات للعديد من الأمراض المتنقلة، خاصة بالنسبة للاطفال وحديثي الولادة للوقاية من العدوى على غرار: مرض السل، الحصبة، والسعال الديكي، والتهاب الكبدي C. ويمثل الشكل التالي مختلف التطعيمات واللقاحات العلاجية. (بوتفنوشات، 2014، صفحة 190)

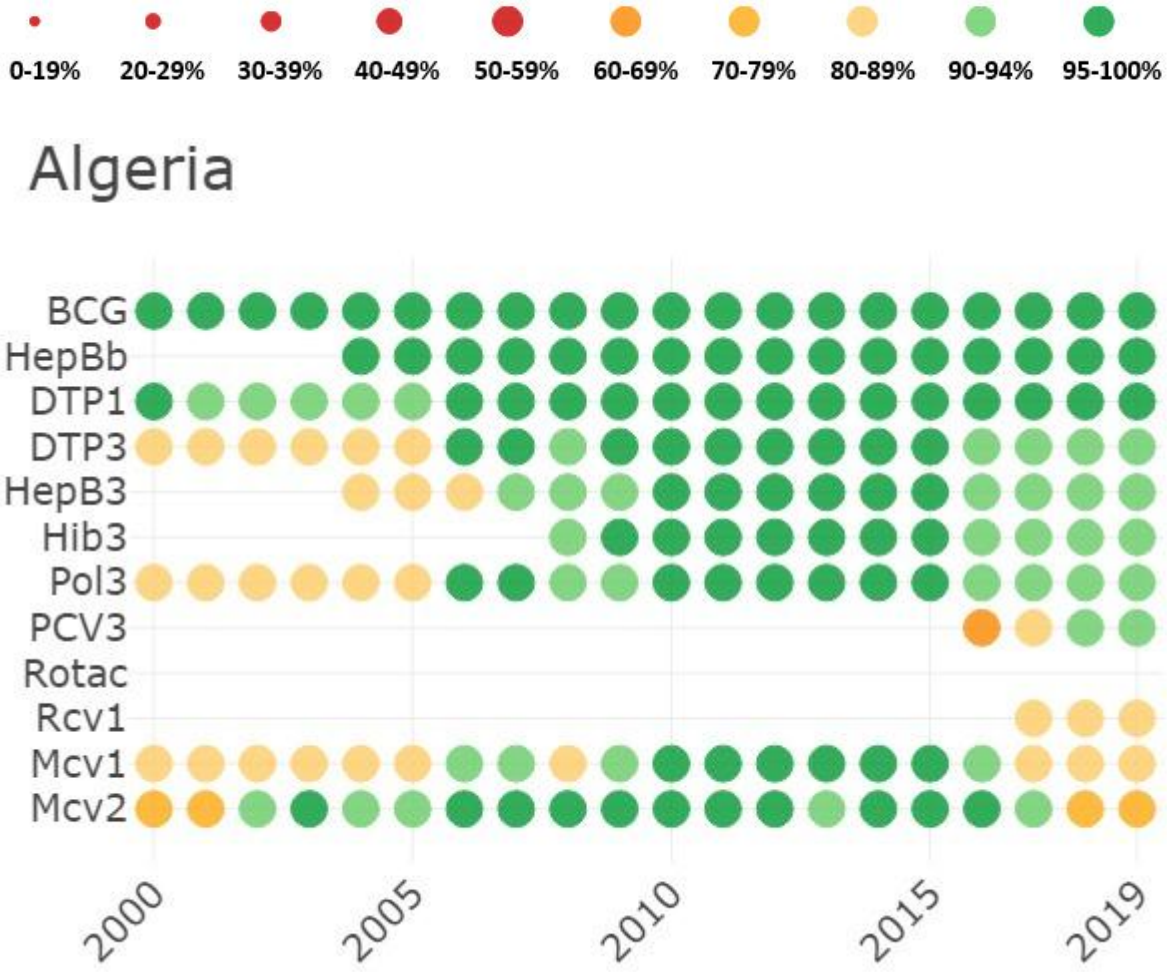
تُظهر النقاط الملونة في هذه البطاقة المثقبة تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف للتغطية الوطنية للتحصين (البيانات اعتبارًا من 15 يوليو 2020) لجميع اللقاحات الموصى بها عالميًا بحيث: (who، 2019)

- مستوى واتجاهات تغطية التطعيم، من خلال مقارنة التغيرات في التغطية خلال فترة 15 سنة، يتم تصور هذا الاتجاه من خلال رمز اللون وحجم الفقاعة.
- يشير الظل الأخضر إلى بلوغ الهدف بتغطية 90٪.
- التوقف عن الدراسة بين اللقاحات التي يتم تناولها في وقت مبكر من العمر، وتلك التي يتم جدولتها لاحقًا. يتم ترتيب مجموعات اللقاحات وفقًا للجداول الموصى بها بدءًا من جرعات الولادة (أعلى الرسم البياني) إلى الجرعات بعد السنة الأولى من العمر (أسفل الرسم البياني). من الناحية المثالية، تكون الجرعات المتأخرة أقل

بشكل هامشي من الجرعات السابقة، مما يُظهر قدرة الدولة المختارة على تتبع جميع الأطفال وتحصينهم بالكامل.

- حالة الإدخال وامتصاص اللقاحات الجديدة. يوضح الرسم البياني متى تم تقديم لقاحات جديدة (مثل لقاح الفيروسة العجلية أو لقاح المكورات الرئوية)، وما إذا كانت تغطيتها تتقارب مع اللقاحات الراسخة.

الشكل رقم (31): يوضح الرسم البياني لمختف اللقاحات المحققة والموصى بها عالميا للجزائر للفترة 2019–2000



Vaccines:

BCG	Baccille Calmette Guérin vaccine	HepBb	HepB birth dose جرعة تلقيح التهاب الكبد عن الولادة
DTP1	First dose of diphtheria toxoid,	DTP3	Third dose of diphtheria

	tetanus toxoid and pertussis vaccine جرعة الاولى ضد السعال الاختناق، الكزاز والسعال الديكي		toxoid, tetanus toxoid and pertussis vaccine
HepB3	Third dose of hepatitis B vaccine	Hib3	Third dose of Haemophilus influenzae type B vaccine
Pol3	Third dose of polio vaccine الجرعة 3 من لقاح شلل الاطفال	PCV3	Third dose of Pneumococcal Conjugate
Rotac	Rotavirus last dose	Rcv1	First dose of Rubella Containing Vaccine لقاح الحميراء
MCV1	First dose of Measles-containing vaccine جرعة 1 ضد الحصبة	MCV2	Second dose of Measles-containing vaccine

في سنة 2009[1]، ووفقا للأرقام الرسمية، هناك ما يزيد على ٪ 5 من الأشخاص مصابين بالتهاب الكبد الفيروسي، بما في ذلك 5.2 ٪ من السكان مصابين ب التهاب الكبد باء(B) و7.2 ٪ بالتهاب الكبد سي(C) اي حوالي نصف مليون مصاب ،–هذا ما اقره السيد بوعلاق، رئيس "جمعية SOS لا لتهاب الكبد ب الجزائر "–، حيث أكد أن العلاج من الفيروس متوفر في الجزائر، ولكنه مكلف جدا، ويدفع المريض أكثر من 3000 دينار جزائري فقط لإجراء فحص طبي، في حين أن علاج المرض لمدة سنة كاملة يكلف حوالي 150 مليون سنتيم ، اذ تكلف الدولة 350 مليون دينار للتكفل بالمرضى عبر 60 مركز انشاء خصيصا لذلك. (صالي، 2010، صفحة 62)

فيما يخص الامراض المعدية تصنف الى صنفين، فهناك امراض يتم محاربتها بالتطعيم واللقاحات والتي قطعت الجزائر شوطا كبيرا في علاجها باستيراد شتى انواع التطعيمات. وهناك امراض تخضع للوقاية والنظافة البيئية للحد من انتشارها، حيث يتسبب في انتشارها ما يلي:

[1]حيث أن تلك النتيجة كانت استنادا إلى دراسة أجرتها وزارة الصحة على عينة من السكان من ست ولايات من شرق الجزائر، التي لديها معدلات انتشار 43.3 ٪.

–اهتراء وتقادم نظام الامداد الخاص بمياه الشرب، والذي يجب ان يخضع للصيانة المستمرة وتحسين جودة المياه المقدمة للسكان.

–تدهور الصحة البيئية، ولا سيما بسبب عدم كفاية وتقادم شبكة تصريف ومعالجة مياه الصرف الصحي.

–انتشار المساكن الهشة والعشوائية (الفوضوي)، الذي يؤدي إلى استخدام العديد من الأساليب التي تتسبب جميع مخاطر التلوث وبالتالي تفشي المرض.

–عدم كفاية أو حتى عدم تطبيق النصوص القانونية، مثل: تصريح التقسيم الفرعي، رخصة البناء، مخطط استخدام الأرض، دراسات الأثر البيئي، المخطط الرئيسي للتطوير وتخطيط المدن.

فيما يخص الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز، سجلت الجزائر منذ عام 1985 حتى 30 سبتمبر 2018 رقمًا تراكميًا بلغ 12083 حالة إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (VIH/SIDA) بمتوسط 700 إلى 800 حالة سنويًا. وهناك 15 مركز للفحص المجاني للفيروس.(APS, 2018)

4–5–2 الأمراض غير معديةLES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

تعتبر الامراض غير معدية مشكلة صحية عامة عالمية ومحلية، فهي السبب الرئيسي للوفاة في الجزائر، وتشكل معرفة مدى عوامل الخطر لهذه الأمراض غير المعدية الخطوة الأولى في مكافحة والوقاية مثل مرض السكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة وزيادة الوزن والسمنة. (A. Salah mansour, 2019) ارتفع معدل انتشار عوامل الخطر للأمراض غير المعدية في الجزائر من 21٪ عام 2003 إلى 23٪ عام 2017.(aps, 2019)

ا– داء السرطان Le Cancer:

يعتبر السرطان من أكبر مشاكل الصحة العامة في الجزائر. في السنوات الـ 25 الماضية، طرأت زيادة كبيرة في حدوث الأنواع الرئيسية من السرطانات التي لوحظت في كلا الجنسين. علاوة على ذلك، فإن معدل البقاء على قيد الحياة لمدة 5 سنوات منخفض بالنسبة للأورام الحادة بسبب صعوبة الوصول إليها رعاية مرضى السرطان وإطار رعاية صحية غير مكتمل[1]. حيث ارتفع معدل الاصابة عند الرجال بسرطان الرئة والقولون والمستقيم والمثانة والبروستاتا

[1]وتعتبر ولاية سطيف من أكبر الولايات من حيث عدد حالات الإصابة بالسرطان والوفيات، لذا تم منذ عام 1986 بالتعاون مع الوكالة الدولية لأبحاث السرطان (IARC) في ليون، العمل على برنامج مصمم خصيصًا لتسجيل السرطان، وموحد لالتقاط البيانات والتحكم

والحنجرة بشكل ملحوظ وثابت في العقد الماضي. ولدى النساء زاد معدل الإصابة بسرطان الثدي والقولون والمستقيم والغدة الدرقية والرئة بشكل ملحوظ في نفس الفترة. (Hamdi, Zaidi, Mahnane, & Kara, 2015, p. 101)

حسب المخطط الوطني للسرطان 2014، فقد بلغ عدد المصابين بالسرطان (اجمالا) سنة 2000 في كلا الجنسية 27775 مصاب، ليرتفع بعدها بست سنوات الى 40622 ثم في 2012 وصل العدد الى 48000. وندرج اخر الاحصاءات الصادرة عن للمنظمة العالمية للصحة لسنة 2018 في الجدول التالي:

الجدول رقم (12): ملخص لاهم مؤشرات وانواع السرطان في الجزائر لسنة 2018

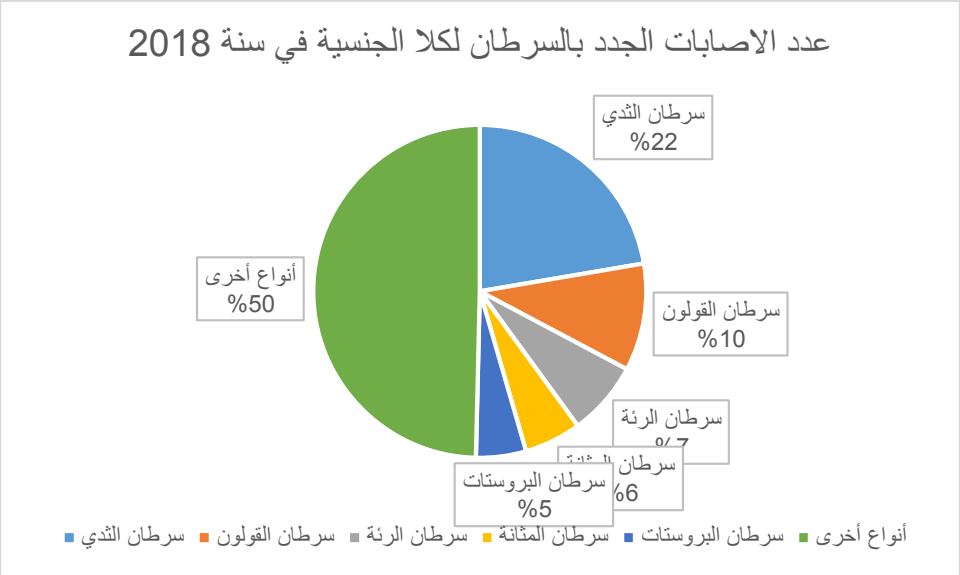
	الذكور	الاناث	المجموع
عدد الإصابات الجديدة	23 964	29 112	53 076
معدل الحدوث حسب العمر (العالم)	121,6	140,6	130,8
خطر الإصابة بالسرطان قبل سن 75 سنة (٪)	13	14	13,5
عدد الوفيات بسبب السرطان	16 062	13 391	29 453
معدل الوفيات المعياري حسب العمر (العالم)	81,3	65,9	73,3
خطر الموت بالسرطان قبل سن 75 سنة (٪)	8,5	7	7,8
حالات انتشار 5 سنوات	50 815	76 491	127 306
أكثر 5 أنواع من السرطانات شيوعًا باستثناء سرطان الجلد غير الميلانيني	الرئة	الثدي	الثدي
(مرتبة حسب الحالات)	القولون	القولون	القولون

فيها ومعالجتها. لتقدير معدلات الإصابة بالسرطان في الجزائر ومعدلات البقاء على قيد الحياة مهمان للغاية للمراقبة والسيطرة والتخطيط للرعاية.

	البروستات	الغدة الدرقية	الرئة
	المثانة	عنق الرحم	المثانة
	المعدة	المبيض	البروستات

المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على (Globocan, 2018, p. 1) **OMS**

الشكل رقم(32): يوضح عدد الإصابات الجديدة بالسرطان لكلا الجنسين في سنة 2018



المصدر:من اعدادنا بالاعتماد على (Globocan, 2018, p. 1) **OMS**

بالنسبة لسرطان الرئة والمرتفع عند الرجال، يرجع الأطباء سببه الى الاستهلاك المفرط للتدخين، حيث ان الاستهلاك العالمي للسجائر يرتفع باطراد منذ ذلك الحين كانت السجائر المصنعة قدم في بداية القرن الـ 20، وتشير توقعات المنظمة العالمية للصحة (سنة 1998)، بان عدد المدخنين سيرتفع بسبب التوسع في سكان العالم. حيث بحلول عام 2030 سيكون هناك على الأقل 2 مليار شخص في العالم، وخاصة في البلدان النامية بلدان اين الاستهلاك أصبح وباء عالمي.

بالنسبة للجزائر فان نفقات الحكومة على مكافحة التبغ، آخر سنة متاحة (2010)، بلغت 324753406 دج. حيث وصلت النسبة المئوية لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي المطلوبة لشراء 100 علبة من أكثر أنواع السجائر مبيعًا (كلما ارتفعت النسبة المئوية، قلت التكلفة) 5,99% بالرغم من فرض الضرائب قدرها 34,2%على

العلامة التجارية الأكثر مبيعًا (٪ من سعر التجزئة) في إطار برنامج مكافحة التدخين ضمن اتفاقية مع المنظمة العالمية للصحة.(WHO, 2019)

3-5-4 القلب والأوعية الدموية Les maladies cardio-vasculaires(saidal، 2014)

إن أمراض القلب والأوعية الدموية هي السبب الرئيسي للوفيات في العالم حيث أنها تتزايد من سنة إلى أخرى أكثر من أي سبب آخر. حيث يقدر عدد الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بـ 17.3 مليون، أي بنسبة 30٪ من مجموع الوفيات في العالم. من بين هذه الوفيات، يوجد نحو 7.3 مليون بسبب أمراض القلب التاجي و6.2 مليون بسبب السكتة الدماغية (إحصاءات 2008). كما هناك أكثر من 80٪ من الوفيات تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط وبالتساوي تقريبا بين الرجال والنساء. وتقدر الاحصاءات انه وبحلول عام 2030، فإن ما يقارب 23.6 مليون شخص سيموتون جراء الأمراض القلبية (أمراض القلب أو السكتة الدماغية بشكل أساسي). وفقا للتوقعات، فأن هذه الأمراض تظل الأسباب الرئيسية للوفاة.

في الواقع، أظهر المسح الصحي الوطني لعام 1990 أنه بالنسبة للأمراض المزمنة، تأتي أمراض القلب والأوعية الدموية في المرتبة الأولى بنسبة 22.5٪ (4/3 الحالات يمثلها ارتفاع ضغط الدم) ثم أمراض القلب والأوعية الدموية، الجهاز التنفسي 18.4٪ (الربو أكثر من 50٪ من الحالات) ومرض السكري 6.8٪.

أكد البروفيسور خير الدين مراد بودية، رئيس قسم أمراض القلب في مركز المستشفى الجامعي (CHU)، إن أمراض القلب، التي تسبب 45٪ من الوفيات في الجزائر، تصيب الآن الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و40. بمناسبة يوم الاحتفال بالذكرى الخمسين لعيادة القلب في مستشفى مصطفى باشا.(Ettouahria, 2012) وأشار وزير الصحة (الاسبق) إلى أن أمراض القلب والأوعية الدموية في الجزائر تحتل المرتبة الأولى بين أسباب الوفاة بنسبة 44.5٪، تليها السرطانات (16٪) وأمراض الجهاز التنفسي (7.6٪) ، والسكري (7.4٪). وقال إن الأمراض غير المعدية تؤثر على 10٪ من عامة السكان و51٪ من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر. كما قدر الوزير أن الوفيات المرتبطة بالأمراض غير المعدية ستمثل 58.6٪ من أسباب الوفاة مقابل 22.7٪ بسبب الأمراض المعدية و10.6٪ بسبب "الصدمة" والوفاة "العنيف" أو "العرضي". من جانبه قال "أمراض القلب غالبا ما تكون السبب في وفاة كبار السن (60 سنة فأكثر)، لكنها في الجزائر أيضا سبب وفاة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين

30 و40 عاما". الأستاذ مراد على هامش هذا اليوم التذكاري. وقدر أن "زيادة انتشار أمراض القلب ترجع بالدرجة الأولى إلى نقص الوقاية من أسبابها ومسبباتها". وأضاف أنه على الرغم من أن الجزائر أحرزت تقدما كبيرا في مكافحة الروماتيزم بهدف الحد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب، إلا أن الأخيرة "لا تقهر وتؤثر الآن على الشباب". يمكن أن تكون أمراض القلب والأوعية الدموية بسبب التغيرات في عادات الأكل، والاستهلاك المفرط للسكر والملح، ونقص الفحوصات الطبية، والتبغ (33٪) والعوامل الوراثية، ومن بين الأسباب الأخرى زيادة الوزن (48٪ عند النساء و15٪ لدى الرجال) وزيادة الكوليسترول.

إن عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية هي إتباع نظام غذائي غير صحي، قلة النشاط البدني، تعاطي التبغ واستعمال الكحول بشكل ضار. إن عوامل الخطر السلوكية هذه، هي المسؤولة عن حوالي 80 ٪ من أمراض الشرايين التاجية والدماغية. فضلا عن آثار النظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني قد تظهر في ارتفاع ضغط الدم والسكر والدهون في الدم، وزيادة الوزن أو السمنة، وتسمى هذه "عوامل المخاطر المتوسطة" أو عوامل الخطر الأيضية.

وهناك أيضا عدد من المحددات الكامنة للأمراض المزمنة، تعتبر إلى حد ما "أسباب الأسباب". إنها تعكس أهم القوى المؤثرة في التطورات الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية: العولمة، التحضر وشيخوخة السكان، من بينها الفقر والقلق وعوامل وراثيـة.

داء السكري Le Diabète(saidal، 2014):

ان داء السكري هو مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج كمية كافية من الأنسولين أو عندما لا يكون الجسم قادرا على استعمال الأنسولين الذي يُنتجه بشكل فعال. وهو ما يؤدي إلى زيادة تركيز الغلوكوز في الدم (فرط سكر الدم). ووفقا لتوقعات المنظمة العالمية للصحة، فإن عدد وفيات السكري سيتضاعف بين عامي 2005 و2030، وتشير الارقام الى 347 مليون شخص يعانون من داء السكري في جميع أنحاء العالم ففي عام 2004، سجلت حوالي 3.4 مليون وفاة جراء داء السكري، خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (أكثر من 80٪ وفاة من داء السكري) إن عدد الأشخاص الذين يعانون من داء السكري في الجزائر (2014) يقدر

ب 1.4 مليون من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و79 عاما، وفقا لدراسات وبائية من قبل متخصصين في مجال الصحة العمومية والفيديرالية الدولية لداء السكري.

ان إتباع نظام غذائي صحي، ممارسة النشاط البدني بانتظام، الحفاظ على الوزن الطبيعي والتوقف عن التدخين، يمكن أن تمنع أو تؤخر ظهور مرض السكري.

جدول رقم (13): ارقام داء السكري في الجزائر لسنة 2018

عدد المصابين بداء السكري	4 مليون
الاستهلاك	12 مليون وحدة او علبة شرائط (Bandellettes) في السنة
المصابين الجدد	25000 حالة جديدة في السنة
القيمة السوقية	120 مليون دولار
كبرى الموردين الرائدين	Ascencia(اليابان)، Roche(سويسرا)، Lifescan(أمريكا)

المصدر: (ECOSTAT, 2018)

4-5-4 أمراض التغذية Les maladies nutritionnelles:

بعد الاستقلال، كان سوء التغذية من أولى مشاكل الصحة العامة، أشارت الدراسات الاستقصائية التي أجريت لمرة واحدة إلى أن 60٪ من الأطفال يعانون من سوء التغذية. أتاح تحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية وارتفاع مستوى المعيشة ملاحظة أن سوء التغذية لدى الأطفال دون سن الخامسة قد انخفض بنسبة 50٪ كل عقد. وانخفض معدل الانتشار من 60٪ إلى 28.5٪ في عام 1975، ثم إلى 11.2 في عام 1987. وانخفض سوء التغذية الحاد إلى النصف خلال هذه الفترة، من 2.5٪ إلى 1.2٪، كما انخفضت التأخيرات غير الطبيعية من عتبة 45.9٪ إلى 16.5٪. بالإضافة إلى ذلك، أظهر المسح الوطني لعام 1995 أنه فيما يتعلق بتأخر الوزن المعتدل بالنسبة للعمر، فقد ظل عند نفس المستوى كما في عام 1987، أي 10٪. في المقابل، تضاعفت نسبة الأشكال الحادة من نقص الوزن

بالنسبة للعمر خلال العقد الماضي لتصل إلى 3٪. تقدر الدراسات التي تُجرى لمرة واحدة عدد الأطفال حديثي الولادة الذين يقل وزنهم عند الولادة عن 2500 غرام بنسبة 8٪.

4-5-5 الصحة النفسية La Santé Mentale:

على الرغم من الجهود المبذولة، تعاني الصحة النفسية حاليًا من مشاكل كبيرة فيما يتعلق بـ: مرافق استقبال المرضى –التنظيم العام للرعاية –نقص كبير في عدد الموظفين وسوء توزيعهم –تطبيق قانون الصحة العقلية. وفيما يتعلق بهياكل الرعاية الصحية، لا تزال مناطق واسعة من البلاد بدون أي تغطية للصحة العقلية. كما تقدر اللجنة الطبية النفسية الوطنية العجز الكلي في أسرة الطب النفسي بأكثر من 16000 سرير، هذا النقص محسوس بشكل خاص على مستوى الطب النفسي الطارئ حيث لا تعمل حاليًا سوى وحدات قليلة (مع عدد ضئيل من الأسرة).

بلغت نفقات الصحة النفسية من قبل وزارة الصحة 7.37٪ من إجمالي ميزانية الصحة، منها نفقات مستشفى الأمراض العقلية بنسبة 81.44٪ من إجمالي ميزانية الصحة النفسية.

ملحوظة: ينقسم الإنفاق على مستشفيات الأمراض العقلية إلى ميزانية تشغيل سنوية تبلغ 3،501،104،000 دينار جزائري (DA) وميزانية رأسمالية تبلغ 7،900،000،000 دينار جزائري والتي سيتم استثمارها في تطوير 17 مستشفى نفسي جديد على مدى السنوات الخمس المقبلة.(WHO, Mental Health Atlas , 2011)

4-5-6 حوادث العمل والأمراض المهنية Les accidents de travail et les maladies professionnelles:

ارتفعت الحوادث المرتبطة بالعمل بالتوجه الى مرحلة التصنيع، اذ بلغ عدد حوادث العمل 63343 عام 1979، و85119 عام 1981، و70 ألفا منها 700 حالة وفاة عام 1994 بمتوسط نسبة عجز دائم 16٪. (إحصائيات CNAS)في إطار أعمال الطبعة الثانية المؤتمر الدولي لمنع المخاطر المهنية بالجزائر العاصمة، وبحسب الارقام التي وردت من خلاله، فان الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNAS)، قد احصى ما مجموعه 47555 حادث عمل، بما في ذلك 529 حالة وفاة، في عام 2018. وبلغت التعويضات اليومية التي دفعها الصندوق 2.158.431 شخص، بينما تجاوزت المصروفات 26 مليار دينار من حيث تغطية حوادث العمل

والأمراض المهنية. وفيما يتعلق بالتقسيم حسب قطاع النشاط، فقد تم تسجيل نسبة 26٪ من إجمالي حوادث العمل و45٪ من الحوادث المميتة في قطاع البناء بينما بلغ معدل الحوادث في قطاع الخدمات 26.8 ٪ و10٪ في صناعة الصلب. اما فيما يخص الأمراض المهنية، فقد تم الإعلان عن 410 مراض مهني بدرجات متفاوتة، تمثلت في: الصمم (19٪)، والسل (13.6٪)، واضطرابات النطق (12.02٪).

كما قام الصندوق خلال السنوات الخمس الماضية، بزيارة 179799 منشأة مهنية في إطار الزيارات التي أعقبت الإعلان عن حوادث العمل والأمراض المهنية، بما في ذلك 29999 عملية مراقبة وتحري عن حوادث العمل والأمراض المهنية على مستوى المنشآت، بالإضافة إلى إصدار 93948 توصية لأصحاب العمل وتنظيم 2000 نشاط إعلامي وتوعوي لفائدة أصحاب العمل والمتدربين في التكوين المهني ".(APS, 2019)

4-6 مؤشر الرعاية الصحية

إذا نظرنا من الجانب الاقتصادي البحت، فان الرعاية الصحية تعتبر المنتج النهائي لصناعة الرعاية، أي انه سيكون لها نفس الشيء مثل عوامل التنمية من الصناعات الأخرى، اما الوجهة الاقتصادية الاخرى والمستسهلة نوعا ما، هي مراعاة الصحة واعتبارها ليست أشبه بمنتج نهائي، ولكن كعامل تساهم كغيرها في الإنتاج والذي قد نسميه "بالصحة الجيدة" (GATTAZ، 1999، صفحة 2)

حسب Beveridge الذي يُعرف بأنه أحد المروجين الرئيسيين لـ أنظمة التأمين الصحي الحديثة(طبق بعد الحرب العالمية الثانية) اعتمد على ضرورة إنشاء التغطية الصحية لجميع سكان بريطانيا العظمى لأنه اعتقد أنه مع مثل هكذا نظام، كل المرضى مع الأول يمكن استشارة أعراض المرض والقيام بالتشخيصات العلاجية باكرا دون عقبات مالية للعلاج، وبالتالي سيكون من الأسهل والاسرع علاج المرض من خلال الكشف عن الأعراض مبكرا، أي احتواء المرض بمجرد ضهور اعراضه الاولية، وهو ما يمكننا من حذفها من التامين الصحي لأننا نعلم ما حدث مسبقا (GATTAZ, 1999, p. 7)

بالنسبة الى الجزائر، فان تكلفة الأدوية القابلة للسداد في تزايد مستمر[1]، حيث تم تسديد فاتورة أدوية بقيمة 148 مليار دينار تم عام 2013، قبل أن تصل إلى 226 مليار دينار في 2018، مع توقع تجاوز 260 مليار دينار من الأدوية المسددة بحلول عام 2022. وحسب ذات المصدر، فان الإجازات المرضية الوهمية هي العامل الآخر في أصل اختلال التوازن المالي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، حيث أعلن عن اتخاذ مجموعة من الإجراءات القانونية لمواجهة هذه الظاهرة، مع نتيجة "انخفاض بنسبة 3٪ لوحظ في هذا المجال، إلى جانب انخفاض بنسبة 50٪ في الإجازة المرضية بعد إجازة الأمومة.

في هذا الصدد، يمكن اعتبار الجمع بين الصحة والاقتصاد امر غاية في التعقيد، يجب أن يكون للصحة أولوية كلية تفوق بكثير المشاكل الطارئة للتوازن الاقتصادي. فنجاح وفعالية أنظمة الحماية الاجتماعية هي التي–ومن المفارقات أن–تجعل إدارتها أكثر صعوبة. يذكر ان، جميع البلدان المتقدمة مهما كانت طرائق أداء أنظمة التأمين الصحي المختلفة الخاصة بهم[2]، هي تواجه اليوم مشاكل التوازن المالي، وهذا ما يفسر بسهولة مثلا ظاهرة الشيخوخة المصاحبة لزيادة حتمية في تكلفة الرعاية.

وفيما يلي بعض الجداول الاحصائيات الخاصة بنظام التعويض[3] لسنة 2018:

4–6–1 عدد بطاقات الشفاء[4] الممنوحة

تقدر تكاليف تعويض الادوية الضمان الاجتماعي ما قيمته 200 مليار دينار سنويا، فأكثر من 1409 من DCI التي تشمل 4300 نوع قابل للتعويض. ترجع الزيادة في نفقات الأدوية بشكل رئيسي إلى الزيادة في الأسعار

[1] تصريح للسيد: جمال مطري مدير الرقابة الطبية بهذه الهيئة العامة للبليدة، لوكالة الأنباء الجزائرية على هامش المنتدى الإقليمي العاشر للأطباء الممارسين والمستشارين الطبيين في المجلس الوطني (CNAS) سنة 2018.

[2] في مقال موسوم بـ "الطب والسوق"–M. Guy Abitbol–طرح مشكلة الازدواجية: إما "التقنين بدون منافسة"، وفقا لـ NHS (National HealthSystem) لبريطانيا العظمى، أو "تقنين المنافسة" وفقًا لنظام HMO (منظمة الصيانة الصحية) في الولايات المتحدة الامريكية.

[3] يعتبر تعويض الأدوية جزءًا متزايد الأهمية من نفقات التأمين الصحي (تمويل قطاع الصحة العامة، النفقات المرتبطة بنقل الرعاية إلى الخارج ونفقات تعويض الأدوية). وتتمثل في كل من الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي (CNAS) للموظفين، والصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي لغير الموظفين (CASNOS).

[4] تم إنشاء نظام دفع الطرف الثالث للأدوية–بشكل عام–في اوت 2011، اذ تم توزيع البطاقة الإلكترونية المعروفة باسم "بطاقة الشفاء" تستخدم هذه البطاقة الإلكترونية في تعويض الأدوية للمأمنين اجتماعيا.

وإنشاء نظام الدفع من طرف ثالث، ومنه تضاعف تعويض الادوية من 10 مليار دينار سنة 1995 الى ما يناهز 20 مليار دينار مع حلول عام 2000، ويصل نهاية سنة 2011 الى أكثر من 50 مليار دينار. (حسب تقديرات ONS).

الجدول رقم (14): يبين احصائيات بطاقة الشفاء لسنة 2018

عدد المستفيدين	14 مليون بطاقة
عدد البطاقات المعطلة	أكثر من 90000
عدد المأمنين اجتماعيا وذوي الحقوق	ما يقارب 39 مليون

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

لقد أدى عدم الالتزام بالفترة المحددة بالاتفاقية المبرمة بين الصيدليات والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والمقدرة بـ 15 يوم، حيث تتعدى 45 يوم على الأقل، الى خسائر فادحة بسبب التأخير في تسديد جميع الفاتورات، مما أدى الى تعطيل أكثر من 90000 بطاقة شفاء. (حسب تصريح مدير المراقبة الطبية بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)

الجدول رقم (15): يبين حصيلة فاتورة التعويضات الممنوحة للصيدليات المتفقة مع CNAS في إطار نظام –الدفع من طرف ثالث–

عدد الصيادلة	11590
القيمة	103 مليار دينار

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

الجدول رقم (16): يبين النفقات المتعلقة برعاية مرضى غسيل الكلى

عدد المكفلين	11497

عدد العيادات الطبية	181

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

الجدول رقم (17): يبين النفقات المتعلقة برعاية المرضى في العيادات الخاصة بجراحة القلب

عدد المرضى	4743
عدد العيادات الخاصة	19
القيمة المالية	1,8 مليار دينار
عدد الاطباء	3449 طبيب (632 مختص، متفقين مع CNAS بفاتورة قدرها 5,5 مليار دينار)

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

على الرغم من البرنامج الوطني الذي تم إطلاقه في عام 1990، المزود الرئيسي لأمراض القلب الروماتيزمية، كان الانخفاض في الإصابة 13.6 ٪ فقط بدلاً من 50 ٪ المرجوة، في عام 1995 تم إجراء 1000 عملية نصفها أجريت في الخارج بتكلفة متوسط 200.000 فرنك سويسري لكل تدخل. الجدير بالذكر انه اليوم احرزت الجزائر تقدما كبيرا في مجال عمليات الخاصة بجراحة القلب محليا، مما خفض التكاليف كثيرا–كفالة للعلاج بالخارج–بعدما كانت تجرى في الخارج بتكاليف باهظة.

الجدول رقم (18): النفقات المتعلقة برعاية المصابين أمراض الدم والاورام

النسبة	63% من الفاتورة الاجمالية
الرعاية الخاصة بأمراض الدم والاورام	45 مليار دينار

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

وفي الاخير، نظام التأمينات والرعاية الصحية، هو المكان الذي يتم فيه تنفيذ القرارات التي تؤثر على الخيارات السياسية المتعلقة بتنظيم المجتمع والخيارات الاقتصادية فيما يتعلق بكفاءة بلدنا في سياق المنافسة العالمية على الخيارات الاجتماعية التي تحافظ على التماسك الاجتماعي.

4-7 الإنتاج الصيدلاني المحلي:

تعتبر الصناعة الصيدلانية [1]جزء لا يتجزأ من القطاع الصحي، فضلا على انها قطاع استراتيجي مهم في خلق الثروة، وهو ما دفع الحكومة الجزائرية الى استحداث وزارة بأكملها للإنتاج الصيدلاني (يناير 2020)، وهذا بغية النهوض بالإنتاج المحلي وتقليص فاتورة الاستيراد–التي ارهقت الخزينة العمومية–والتوجه الى التصدير مع حلول سنة 2024، وهو ما سيعطي للجزائر مكانة متقدمة كقطب على المستويين القاري والدولي. وفي تصريح للوزير المنتدب المكلف بوزارة الصناعة الصيدلانية السيد: لطفي بن باحمد، انه بصدد مراجعة القوانين التنظيمية والاقتصادية، خاصة فيما يخص هوامش الربح والاسعار الدوائية (وجود تناقض في التشريع الحالي بخصوص هوامش الصناعة الصيدلانية)، وكذا مراجعة انواع الادوية المنتجة محليا، وتوجيهها الى الامراض المزمنة والغير معدية، بهدف تلبية حاجيات وتوفيرها للمواطنين.(radioalgerie، 2020)

وفي نفس الصدد، ذكر الوزير بان الدولة الجزائرية تراهن وتعول في سياستها هذه، على مجمع صيدال الذي في تقديرها انه يملك جميع الامكانات والمقومات للنهوض بالصناعة المحلية، ويبلغ الانتاج الوطني للدواء في الوقت الراهن 50 بالمائة أي 2 مليار أورو، وهي النسبة التي قال إنها سترتفع إلى 60 بالمائة سنة 2021 وتصل إلى 70 بالمائة سنة 2022.

وفيما يلي اهم الارقام والاحصائيات التي تمثل الانتاج المحلي للصناعة الدوائية في الجزائر:

جدول (19): يبين رقم الاعمال للسوق العالمي للأدوية

الجزائر	3,8 مليار دولار (4% من رقم الاعمال العالمي)

[1]شهد حجم سوق الأدوية الوطنية نموًا كبيرًا، لا سيما خلال العشر سنوات الماضية، اذ زادت قيمته بأكثر من 568 مليون دولار في عام 2000 إلى 3.45 مليار دولار في عام 2012، ويعود هذا الى جهود الاستثمار المقدر بقيمة 100 مليار دينار. في سنة 2002 بلغت حصة الإنتاج المحلي أكثر من 14٪ من السوق الوطنية لتصل الى 28٪ بحلول عام 2007 وحوالي 33٪ في عام 2012.

الولايات المتحدة الامريكية	550 مليار دولار
الاتحاد الاوروبي	200 مليار دولار
رقم الاعمال الإجمالي العالمي	1100 مليار دولار

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

جدول (20): يبين الإنتاج الوطني لسنة 2018

الاستهلاك المحلي	%55
قيمة الإنتاج المحلي	1,9 مليار دولار

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

يتطلع مجمع صيدال ان يرفع حصيلة انتاجه الى 300 مليون علبة دواء سنويا، ومضاعفة رقم اعماله من 10 مليار دينار (2017) الى 30 مليار مع حلول سنة 2019.

جدول رقم (21): يبين ارقام مختلفة حول مجموعة صيدال

رقم الاعمال	10 مليار دينار	ارقام سنة 2017
حجم الانتاج	130 مليون وحدة في السنة	
أصناف الادوية المنتجة	160 دواء (21 صنف علاجي)	
المشاريع الجديدة للإنتاج	السعة: 150 علبة دواء	مشاريع لتوسيع القدرة الانتاجية
نسبة تقدم الاشغال	%70	
الهدف الإنتاجي على المدى المتوسط	300 مليون وحدة في السنة	

انشاء وحدة البيوتكنولوجي	بداية الإنتاج سنة 2018	مشاريع متنوعة
إقامة مدرسة للتكوين	قيد الدراسة	
02 مشاريع في إطار البيوتكنولوجي – وحدة انتاج الانسولين – منتوجات لم يكشف عنها بعد	بداية الخدمة سنة 2018	
عدد وحدات الانتاج	80 وحدة	ارقام سنة 2019
مشاريع (تنتظر الترخيص) في الميدان الصيدلاني	150	
حصة صيدال من السوق الوطنية	%16	
الإنتاج المحلي	%50	

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على معطيات موقع مجمع صيدال

حسب تصريح السيد مسعود بلعميري رئيس النقابة الوطنية الجزائرية للصيادلة الخواص تشبع في عدد الصيادلة خاصة في مدن الكبرى –حاليا صيدلي لكل 2000 مواطن–حسب القانون فان يجب توفير صيدلية لكل 5000 مواطن

حسب وزير الصناعة الصيدلانية، تمكن الإنتاج الوطني من تغطية 52% بين سنة 2017 و2019 والمقدر ب 3,8 مليار دولار من الطلب المحلي بنحو 3311 منتج بـ 100 مصنع عام 2020، موزعين على 21 ولاية. كما ان 80% من السوق الاستشفائي في الجزائر مكون من 11 قسم علاجي 60%، موزعة بين ادوية السرطان وامراض الدم، التي تستهلك ما قيمته نقدا 1 مليار دولار سنويا، لهذا قامت الدولة مخطط صناعي مستعجل تمثل في مشاريع استثمارية نسردها على الشكل الاتي:(ENTV, 2020)

- أربع (4) مشاريع لأدوية السرطان وهو في مرحلة متقدمة من الإنجاز، حيث سيدخل حيز التنفيذ والإنتاج مع السنة الحالية.
- أربع (4) مشاريع لإنتاج المواد الحقن وأخر للمواد البيو تكنولوجية مع حلول عام 2021.
- مشروعين لإنتاج الانسولين مع بداية سنة 2022 بالإضافة الى مشروع ثالث من طرف شركة متعددة الجنسيات (تغطية معتبرة لسوق يقدر ب 400 مليون دولار).
- والوصول الى تغطية 70% من السوق مع افاق 2022.

الجدول رقم (22): يبين قيمة الترويج للأدوية[1] في الجزائر

القيمة	400 مليون دولار
النسبة	بين 10% و15% من سعر الدواء
عدد الصيادلة المزارين	11000
عدد الأطباء المزارين	60000

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

يعتبر تشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة إحدى الطرق المتبعة في العديد من البلدان لخفض التبعية وتقليص فاتورة الاستيراد، عبر تحفيز انتاج الادوية الجنيسة وتوفيرها للمستهلكين الاستهلاك بأسعار منخفضة، وعلى هذا الاساس، اتخذت الجزائر إجراءات عديدة لتشجيع إنتاج الأدوية الجنيسة وتسويقها. ووضع امتيازات ربحية للصيادلة قصد الترويج

[1] في البلدان المتقدمة، تلعب جمعيات المرضى دورًا أساسيًا في حياة المرضى، من خلال تزويدهم وعائلاتهم بالدعم المعنوي والعملي والمالي والاجتماعي والقانوني. لديهم أيضا قوة ضغط مهمة تساهم صناعة الأدوية بشكل كبير في تمويل هذه الجمعيات وتستفيد في المقابل من مزايا معينة. في حالة IAPO، على سبيل المثال، يتم تحديد هذه المزايا وفقًا لمستوى الدعم المالي الذي تقدمه كل شركة أدوية تسمى "الشريك الصناعي". وبالتالي، يتم تصنيف هؤلاء الشركاء إلى ثلاث مجموعات (ذهبية أو فضية أو برونزية) ويتمتعون بمزايا تتراوح من الإشادة على موقع IAPO إلى الاجتماعات الثنائية مع ممثليها. تعتبر IAPO الصناعة مصدرًا مهمًا للمعلومات.(PASQUIER, 2015, p. 5)

لها، ومساعدة الاطباء على توصيفها للمرضى. احتلت الادوية الجنيسة ما نسبته 21% سنة 2004 لتصل الى 35% سنة 2011 وتستحوذ اليوم على اغلبية الإنتاج الوطني.

الجدول رقم (23): قيمة الادوية المسيرة من طرف الصيدلية المركزية الاستشفائية (PCH)

السنة	2014	2017	2018
المبلغ المالي	14 مليار دينار	88 مليار دينار	96 مليار دينار
نسبة الفاتورة الاجمالية	%80	%80	%80

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

تدين الصيدلية المركزية الاستشفائية بمليار سنتيم لدى المستشفيات (2016)، منها 1500 مليار دولار لسنة 2014 تسببت في نقص سيولتها المالية، وقد ألزمت الحكومة المؤسسات العمومية الصحية بإبرام عقود بتخصيص 50% من ميزانيتها لفاتورة الدواء لتخفيف الضغط على المركزية الصيدلية وهذا منذ 2013 بهدف ضمان التمويل الدائم والمنتظم للمستشفيات، وضمان الوفرة بتكاليف مناسبة. (EchorouknewsTV، 2016)

الجدول رقم (24): يبين ديون المستشفيات

المبلغ المالي	34,5 مليار دينار

المصدر(ECOSTAT, 2018):

هناك اتفاقيات بين الصيدلية المركزية للمستشفيات والمخابر الصيدلانية الموردة للأدوية، يتم بموجبها التفاوض من اجل التعويض الدوائي بخصوص الكميات المنتهية الصلاحية للأدوية ومبالغ التعويض المستحقة. وحسب تصريح– السيد حافظ المدير العام للصيدلة والأجهزة الطبية–قال: بان وارة الصحة اتفقت مع المخابر الأجنبية المصدرة للأدوية بانه إذا ما بقيت ادوية فانه بإمكانها ارجاع كل علبة انتهت صلاحياتها ترجع الى مكان شرائها. (Ennahar tv، 2017)

الجدول رقم (25): يوضح الادوية المنتهية الصلاحية في المخازن

المبلغ المالي	2,4 مليار دينار
المدة	أكثر من 20 سنة
المبلغ المعوض	1,6 مليار دينار
التعويضات المنتظرة	400 مليون دينار
المبلغ غير المعوض	200 مليون دينار

المصدر:(ECOSTAT, 2018)

في الحقيقة، على الرغم من تنوع قطاع إنتاج الأدوية في الجزائر والإجراءات التي اتخذتها السلطات العامة لتشجيع وترويج الأدوية الجنيسة، إلا أن إنتاج الأدوية لا يزال محدودًا وغير كافٍ في مواجهة الطلب الذي يستمر في النمو، لذا تم اللجوء إلى استيراد الأدوية كحل وحيد لعلاج الخلل الوظيفي في السوق.

المطلب الثاني: تحليل استيراد الادوية في الجزائر

1– استيراد المنتوجات الصيدلانية في الجزائر:

بالرغم من ان الإنتاج المحلي سجل نموا، الا انه محدودا مقارنة بالواردات، حيث يرجع الكثيرين ان قيمة السوق الوطنية سببها ارتفاع فاتورة استيراد الادوية التي تفوق 2 مليار دولار سنويا (منذ 2014 تقريبا) –تضاعفت ستة أضعاف تقريبًا في فترة زمنية قصيرة–، وهو ما دفع الحكومة الى اتخاذ مجموعة من الاجراءات بغية تنمية التصنيع المحلي والحد من عمليات الاستيراد، عن طريق الترويج للاستثمار وتقليص عدد المستوردين اذ تم اجبارهم على الانتاج داخل الوطن مقابل فتح الاستيراد بعد عامين.

حسب تقرير منتدى المؤسسات الاقتصادية (2009) ارتفعت الواردات من السلع الاستهلاكية غير الغذائية خلال العشرين سنة ما بين سنوات الثمانينات والتسعينات (1985 الى غاية 2008) من 12 و13% الى 15

و16% من عام 2000 الى 2008. وتعزى هذه الزيادة بشكل أساسي الى الطفرة الملحوظة في واردات سيارات الركاب (28 إلى 32٪ من واردات المجموعة في 2007 و2008) مدعوماً بزيادة القروض الاستهلاكية في السنوات الأخيرة المذكورة–للأسر ذات الدخل المستقر والكافي–وزيادة الواردات من الأدوية (27 إلى 30٪ من واردات المجموعة في عامي 2007 و2008 مقارنة بـ 12٪ في عام 1990).(FCE, 2009, p. 4)

وغالبا ما احتلت الادوية والمنتجات الصيدلانية من بين المراكز الأولى في مختلف استيراد الدولة الجزائرية (انظر الملحق رقم ())، كما تصدرت القائمة في سنة 2006، ويعود هذا لعدة اعتبارات وأسباب تنوعت بين اقتصادية، اجتماعية، صحية وغيرها من الدوافع التي تطرقنا لها سابقا.

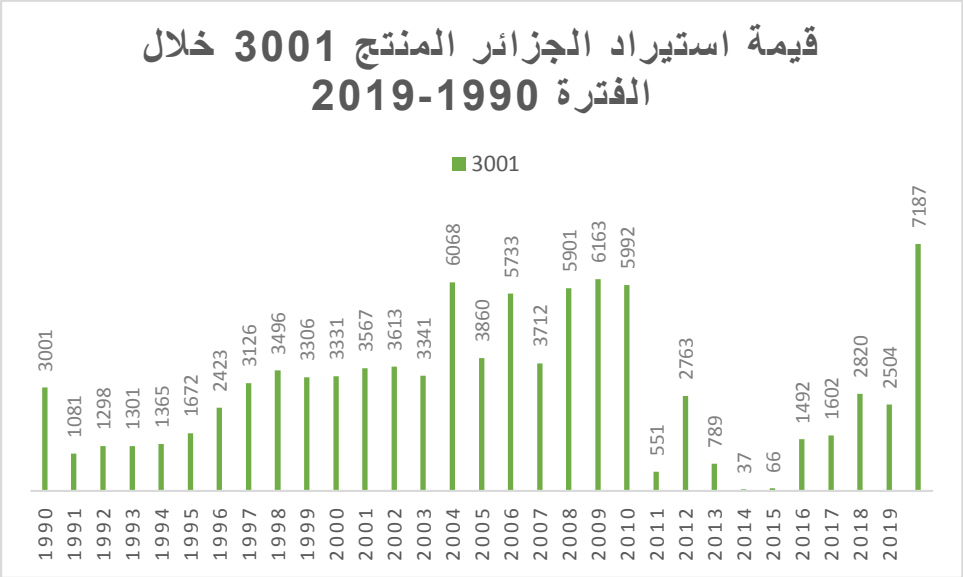
سنستعرض في هذه الفقرة ما استوردته الجزائر من منتوجات صيدلانية بما فيها الادوية والمواد الأولية (التركيبات الكيميائية)، بالإضافة الى البلدان المصدرة للجزائر، خلال فترة الدراسة بالاعتماد على بيانات محلية ودولية لإثراء الموضوع.

2– اهم المنتوجات الصيدلانية المستوردة (حسب التصنيف) للجزائر:

2–1 استيراد المنتوجات بتصنيف 3001:

يتمثل المنتج 3001 في الغدد وغيرها من الأعضاء المعدة للعلاج العضوي، مجففة، مسحوقة؛ خلاصات من غدد أو من أعضاء أخر أو من إفرازتها، معدة للعلاج العضوي؛ كبدين (هيبارين) وأملاحه؛ مواد بشرية أو حيوانية أخر محضرة للاستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي، غير مذكورة ولا داخلة في مكان آخر.

الشكل رقم (33): قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3001 خلال الفترة 1990–2019

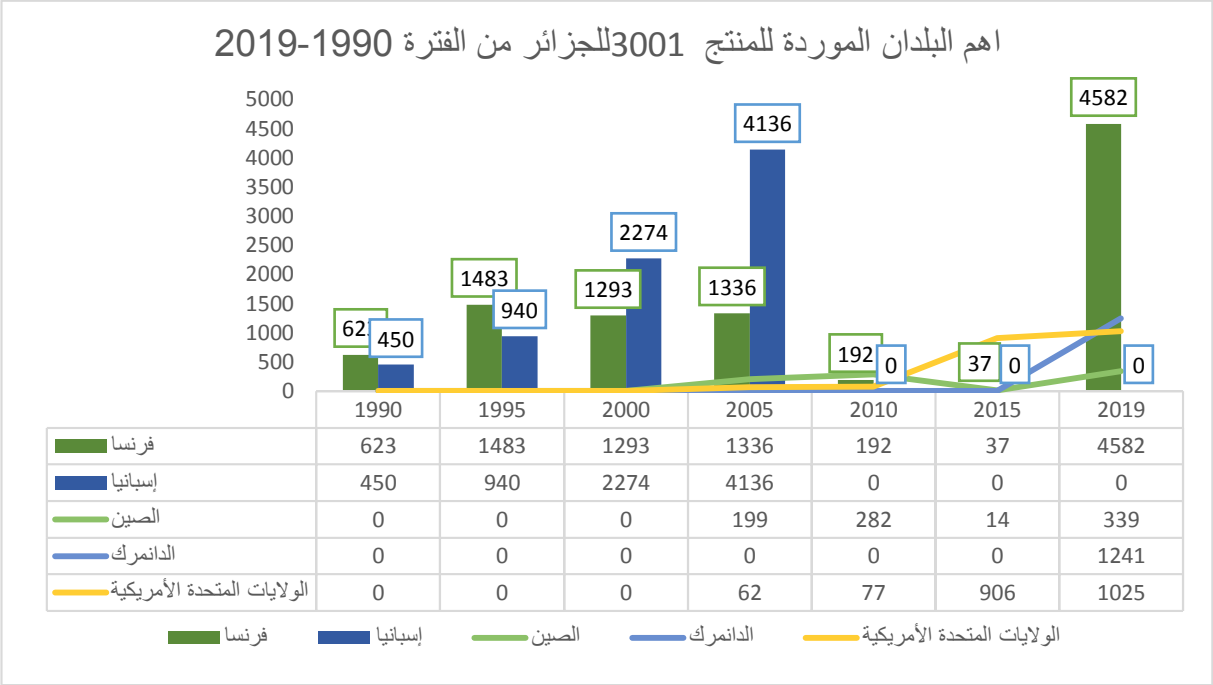


المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map[1](الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

عرف استيراد الجزائر من المنتوج صنف 3001 نموا على طول فترة الدراسة 1990-2019 مع تسجيل اعلى قيمة سنة 2009 بما يعادل 6163 ألف دولار امريكي. وقد سجلت انخفاضا سنة 2014 بـ 37 ألف دولار امريكي، كما يتوقع ان ترتفع مع نهاية عام 2020 الى 7187 ألف دولار امريكي. اما فيما يخص البلدان نوضحها في الشكل التالي:

الشكل رقم (34): اهم البلدان الموردة للمنتج 3001 للجزائر من الفترة 1990–2019

[1] https://www.trademap.org/Country_SelProductCountry_TS.aspx?nvpm=4%7c012%7c%7c%7c%7c3001%7c%7c%7c4%7c1%7c1%7c1%7c2%7c1%7c2%7c1%7c1%7c1Consulter le 25/09/2020 à 23 :11h.

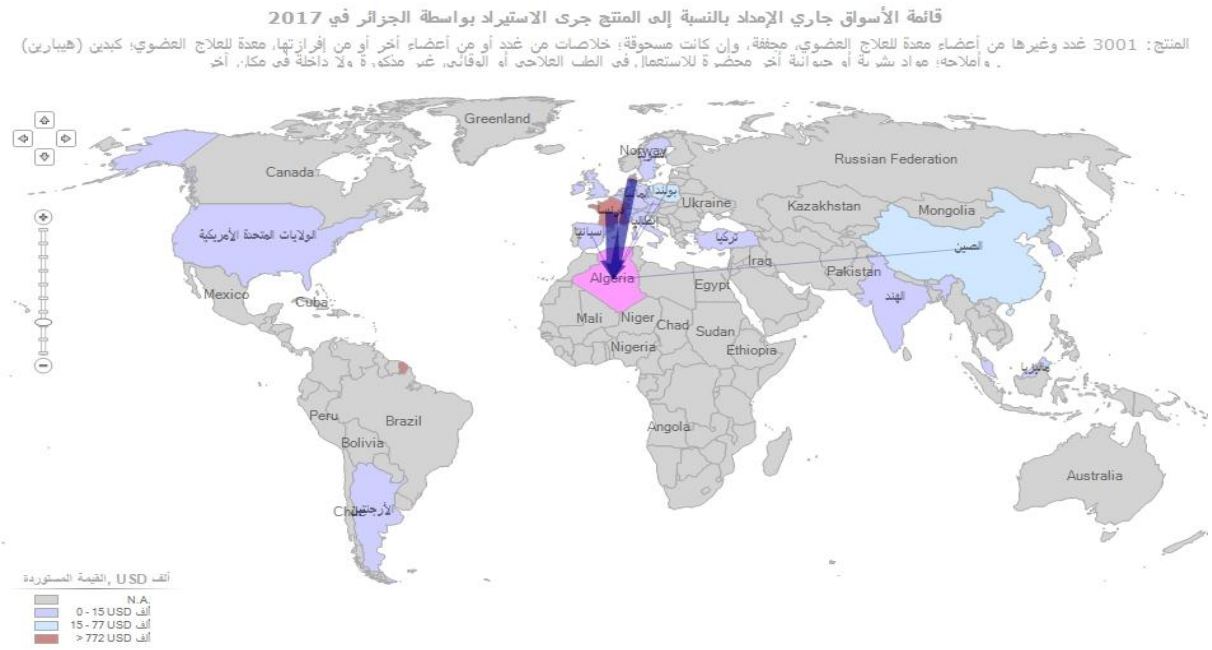


المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map[1] (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

تعتبر فرنسا المورد الأول للجزائر للمنتوج صنف 3001 منذ 1990 الى يومنا هذا، كما تأتي اسبانيا في المركز الثاني (ما عدا سنتي 2002 و2005 تجاوزت فرنسا بقيمة 2274 و4136 ألف دولار امريكي على الترتيب، ونلاحظ تقدم الصين خاصة بعد سنة 2000 بسبب التنمية التي حصلت في صناعاتها الصيدلانية. وفيما يلي خريطة توضيحية:

الشكل رقم (35): يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3001 الى الجزائر لسنة 2017

[1]https://www.trademap.org/Country_SelProductCountry_TS.aspx?nvpm=4%7c012%7c%7c%7c%7c3001%7c%7c%7c4%7c1%7c1%7c1%7c2%7c1%7c2%7c1%7c1%7c1Consulter le 25/09/2020 à 23 :11h.

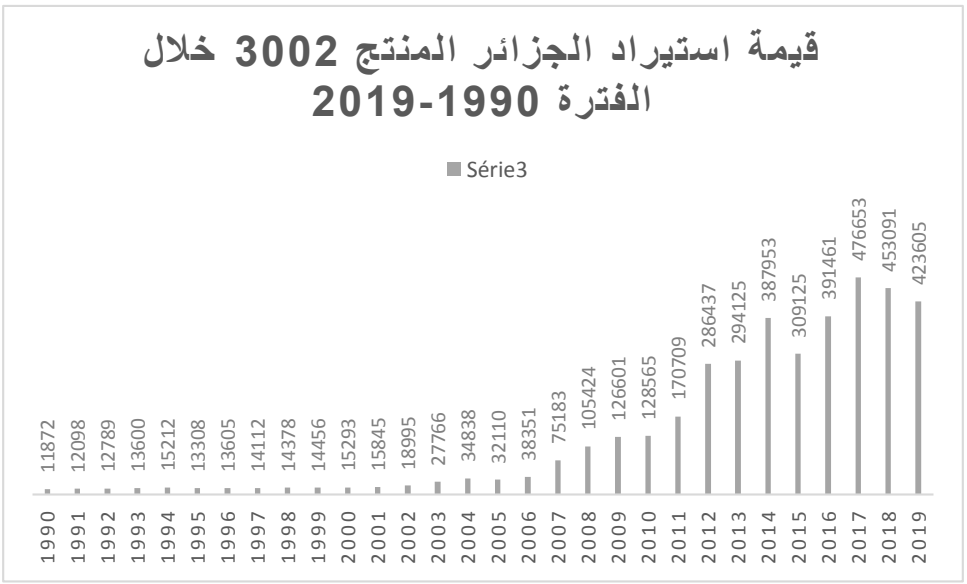


المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

2-2 استيراد المنتوجات صنف 3002:

يشمل المنتج 3002 دم بشري؛ دم حيواني محضر للإستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي أو للتشخيص الطبي؛ أمصال مضادة وغيرها من مكونات الدم والمنتجات المناعية، وان كانت معدلة أو متحصلاً عليها بعمليات تكنولوجية –حيوية؛ لقاحات وتوكسينات، وكائنات مجهرية مزروعة (باستثناء الخمائر) والمنتجات المماثلة.

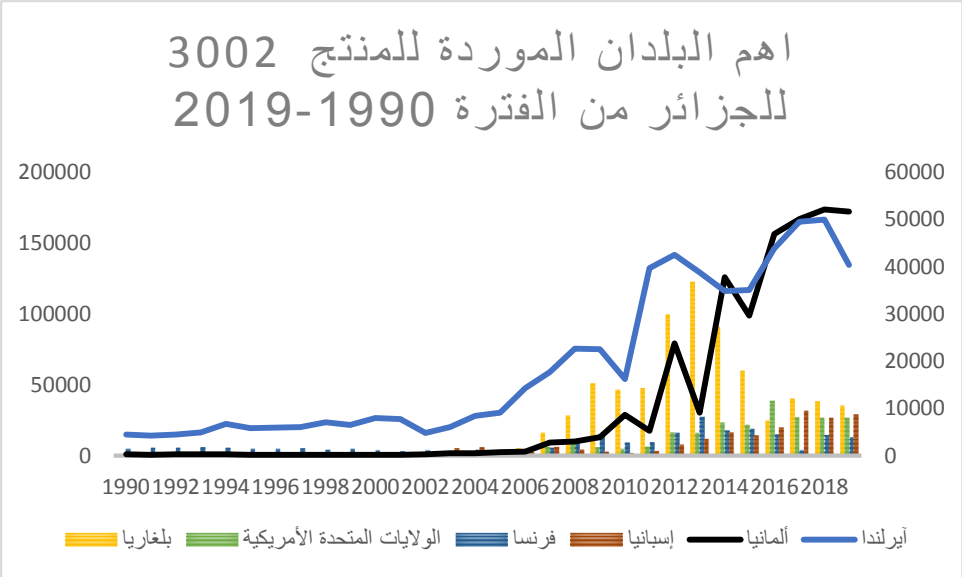
الشكل رقم (36): قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3002 خلال الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

يبين الشكل الأعلى مدى تطور استيراد المنتوجات الصيدلانية من صنف 3002 بشكل كبير، خاصة في العشر سنوات الأخيرة الى ان بلغت اقصى قيمة لها سنة 2017 بقيمة 476653 ألف دولار امريكي، ويرجع هذا الى ارتفاع الاستهلاك العلاجي والإنتاج المحلي.

الشكل رقم (37): اهم البلدان الموردة للمنتج 3002 للجزائر من الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map(الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

فيما يخص البلدان الموردة للمنتوج 3002، نجد ايرلندا كأول بلد تستورد منه الجزائر منتوجها الصيدلاني منذ 1990، كما نلاحظ في السنوات الأخيرة تراجعت ايرلندا وخلفتها المانيا قيمة 171829 ألف دولار امريكي مقابل 40325 ألف في سنة 2019.

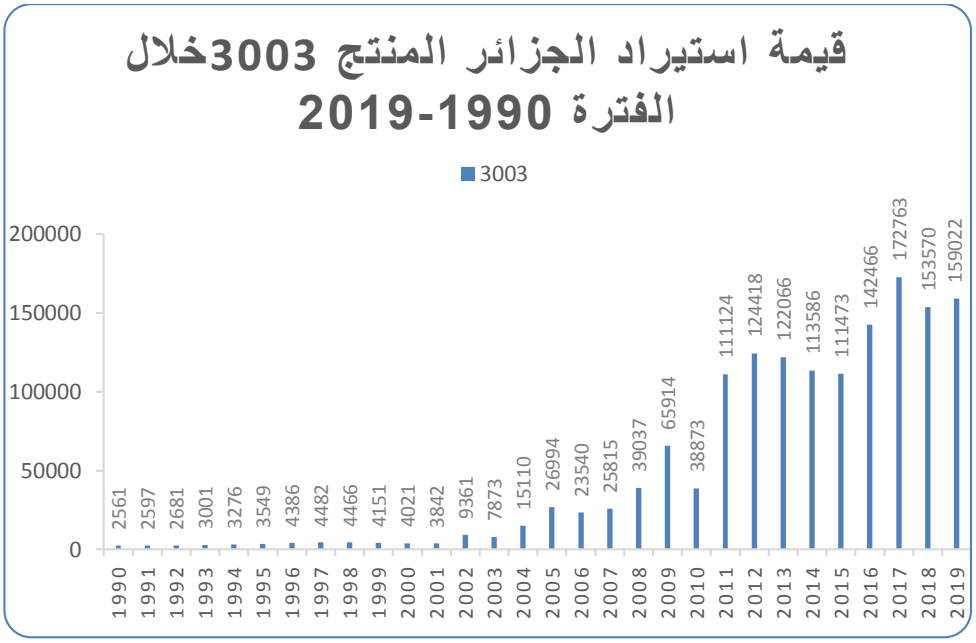
الشكل رقم (38): يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3002الى الجزائر لسنة 2017

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

3-2 استيراد المنتوجات صنف 3003:

يمثل المنتج 3003: أدوية (باستثناء المنتجات المذكورة في البنود 30.02 أو 30.05 أو30.06) مؤلفة من مكونين أو أكثر مخلوطة فيما بينها للاستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي، ولكن غير مهيأة بمقادير معايرة أو بأشكال أو في أغلفة معدة للبيع بالتجزئة.

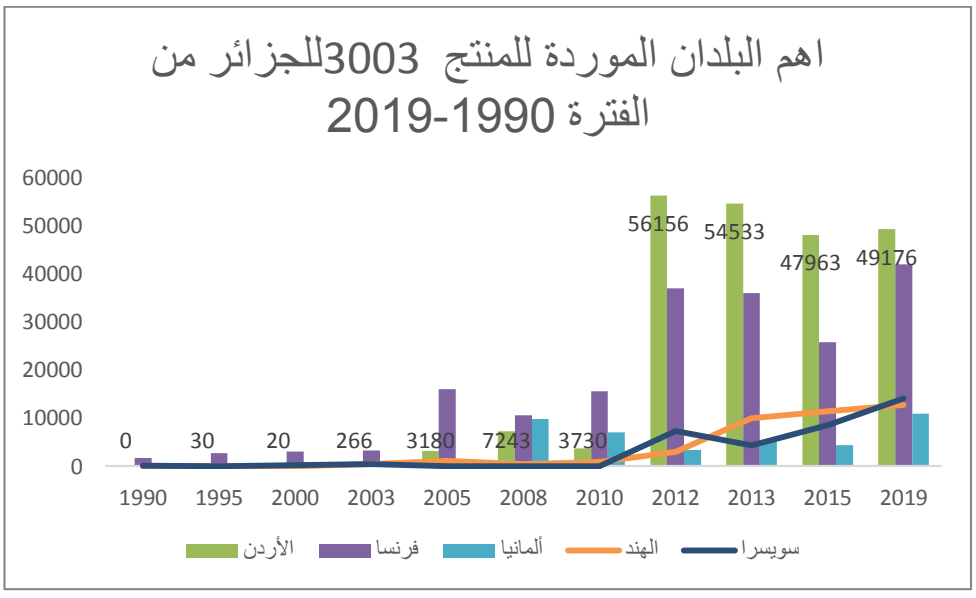
الشكل رقم (39): قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3003 خلال الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

لا يختلف استيراد المنتوج 3003 عن سابقيه في قيمة الاستيراد بشكل عام، حيث يوضح الشكل السابق نمو الادوية الخاصة للاستعمال العلاجي او الوقائي، وشهدت سنة 2017 تسجيل اعلى قيمة 172763 ألف دولار امريكي.

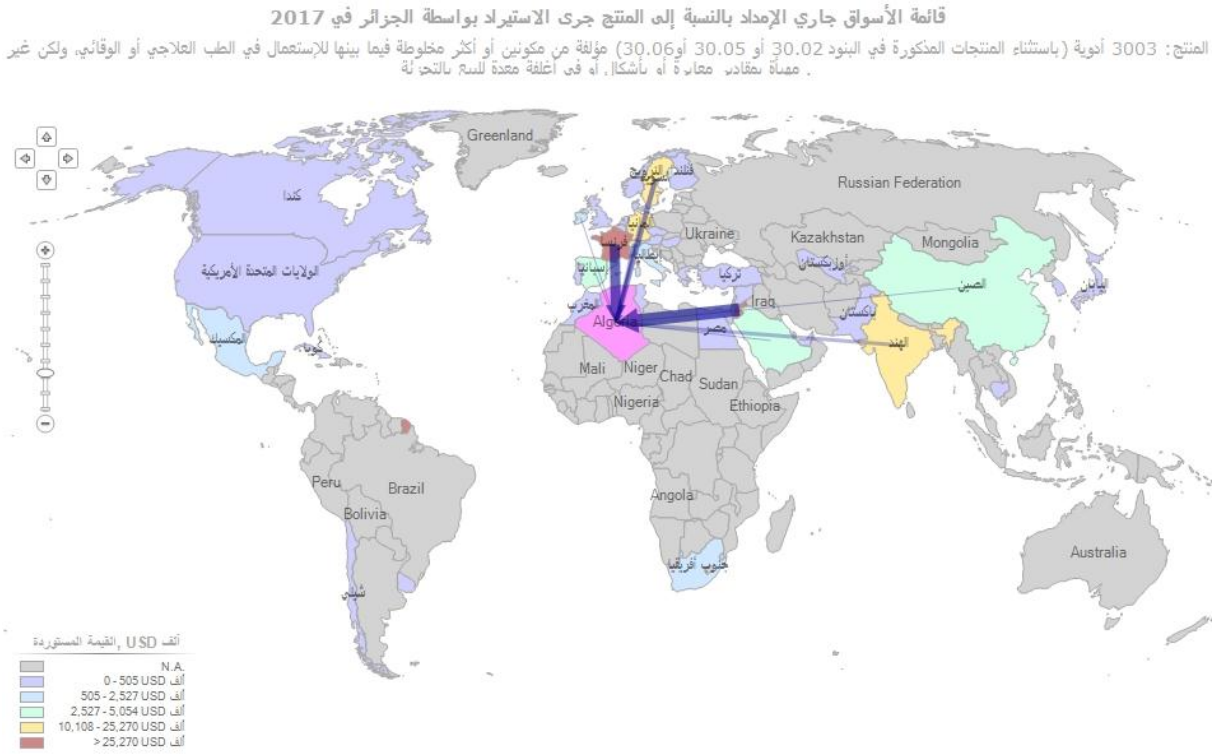
الشكل رقم (40): اهم البلدان الموردة للمنتج 3003 للجزائر من الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

في سنوات التسعينات، كانت فرنسا المورد الأول واستمر هذا الى غاية 2005 بقيمة 3180 ألف دولار امريكي، لتخلفها سويسرا بعد سنة 2012 بقيمة 56156 ألف دولار وتسجل بذلك اعلى قيمة لها، وتستمر الى غاية عام 2019.

الشكل رقم (41): يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3003 الى الجزائر لسنة 2017



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

4–2 استيراد المنتوجات صنف 3004:

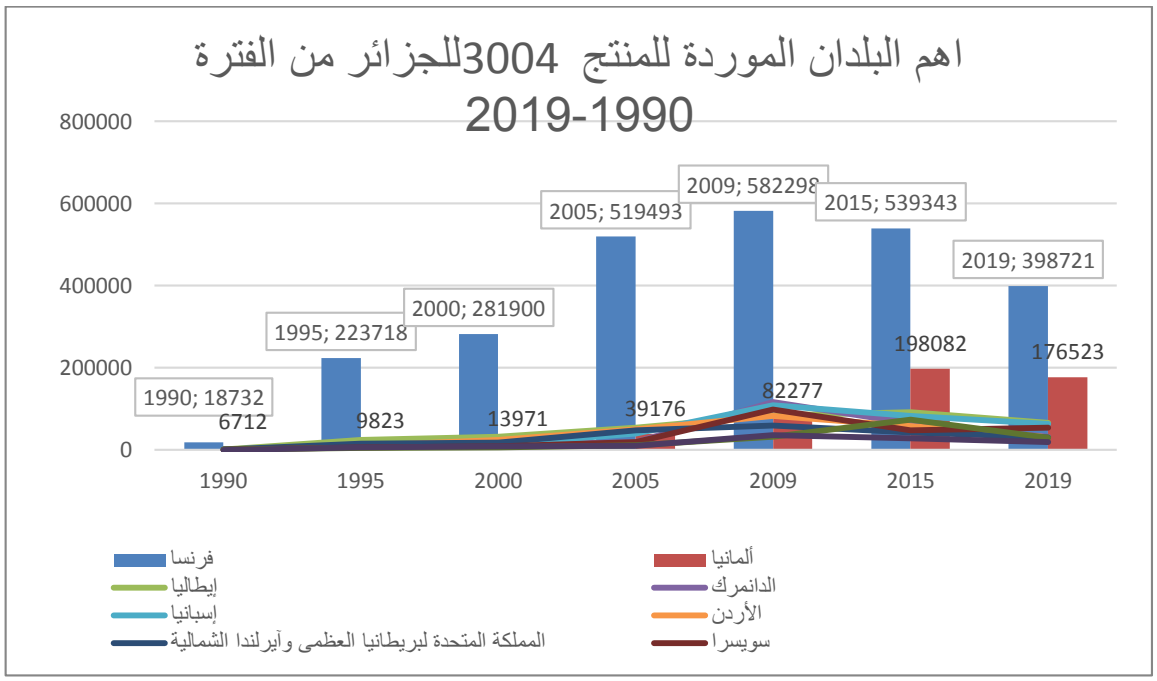
يشمل المنتج 3004: أدوية (بإستثناء الأصناف المذكورة في البنود 30.02 أو 30.05 أو30.06) مكونة من منتجات مخلوطة أو غير مخلوطة معدة للإستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي، مهيأة بمقادير معايرة، بما فيها تلك المعدة لإعطائها عبر الجلد أو بأشكال أو في أغلفة معدة للبيع بالتجزئة.

الشكل رقم (42): قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3004 خلال الفترة 1990–2019

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

يعتبر المنتوج صنف 3004 من أكثر المنتوجات الصيدلانية استيرادا في الجزائر مقارنة بالأنواع الأخرى، وهذا نظرا لأهمية ومكونات هذا الصنف، فضلا عن عدم امتلاك الإمكانيات المحلية لانتاجه.

الشكل رقم (43): اهم البلدان الموردة للمنتج 3004 للجزائر من الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

وعلى العموم، تظل فرنسا البلد الأول وباكتساح في تصدير المنتوج صنف 3004 الى الجزائر الى غاية يومنا هذا. كما سجلت سنة 2009 اعلى قيمة قدرت بـ 582298 ألف دولار امريكي، بالرغم من انخفاضها بعد هذه السنة الى ان وصلت سنة 2019 للقيمة 398721. الا انه من الواضح يجب التركيز على تشجيع انتاج الصنف 3004 باعتباره يمثل أكثر من النصف مقارنة مع الأصناف الأخرى.

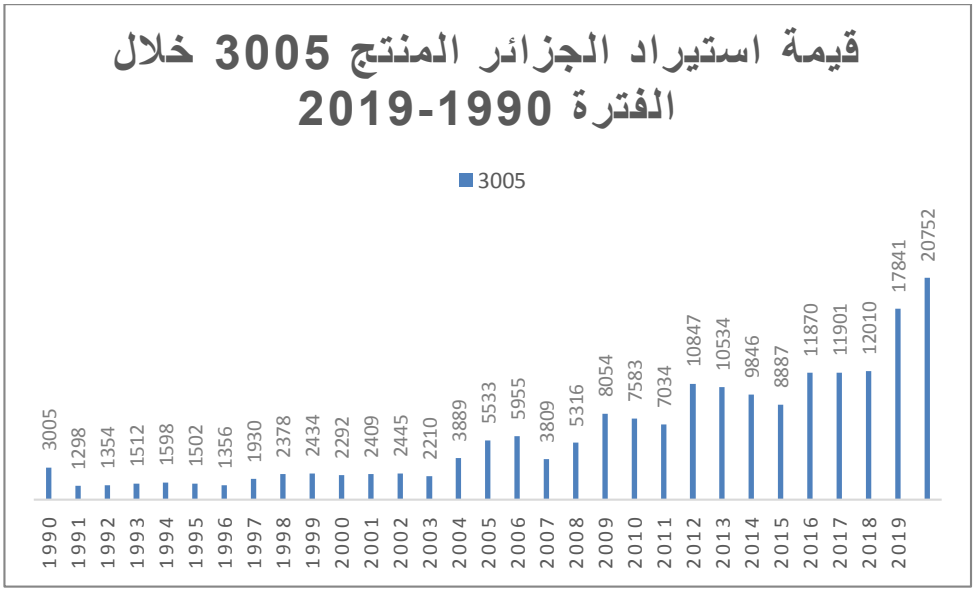
الشكل رقم (44): يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3004 الى الجزائر لسنة 2017

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

5-2 استيراد المنتوجات صنف 3005:

يتمثل المنتج 3005: حشو، شاش (غزي)، أربطه وأصناف مماثلة (مثل الضمادات واللصاقات والكمادات)، مشربة أو مغطاة بمواد صيدلية أو مهيأة للبيع بالتجزئة، لإستعمالات طبية أو جراحية أو لطب الأسنان أو البيطرة.

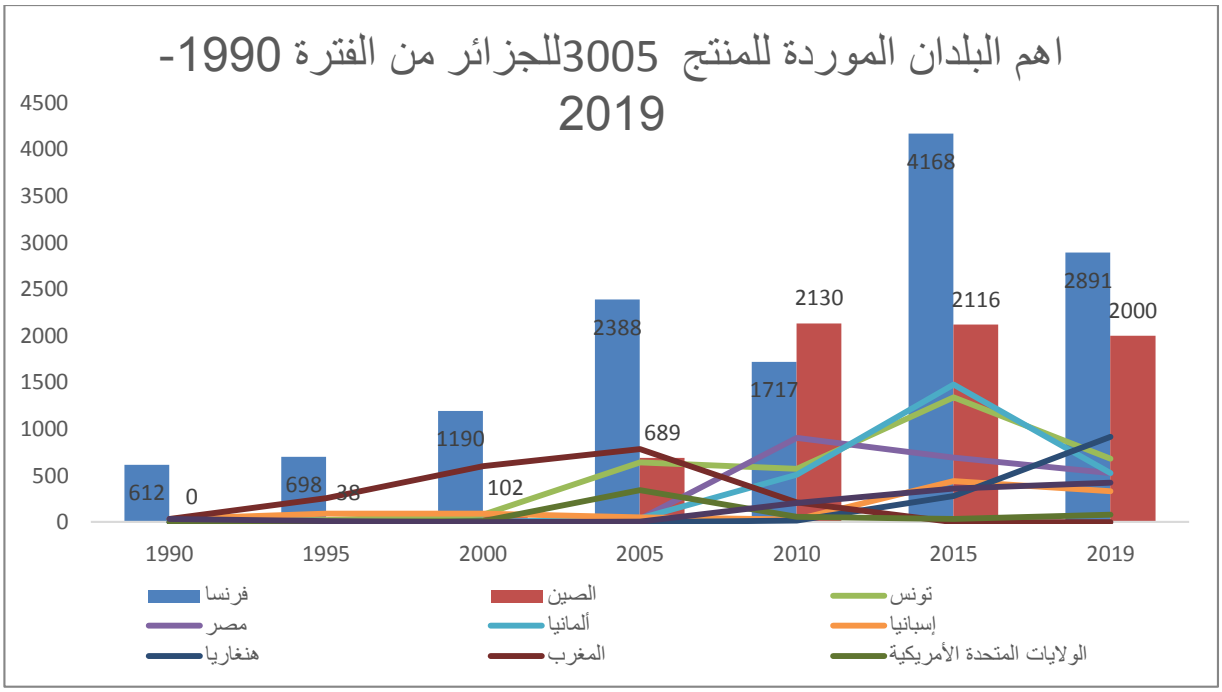
الشكل رقم (45): قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3005 خلال الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

بالرغم من التطور الملحوظ في منحنى استيراد المنتوج صنف 3005، حيث يتصاعد بشكل تدريجي الى ان وصل في سنة 2019 الى القيمة 20752 ألف دولار امريكي. فان أسباب هذا الارتفاع يعود الى الأجهزة الطبية الغير منتجة محليا وكذا ادوية طب الاسنان التي تعتبر من أغلى الادوية ثمنا فضلا عن اننا لا ننتجها محليا سواء في القطاع العام او الخاص وتستورد من أوروبا.

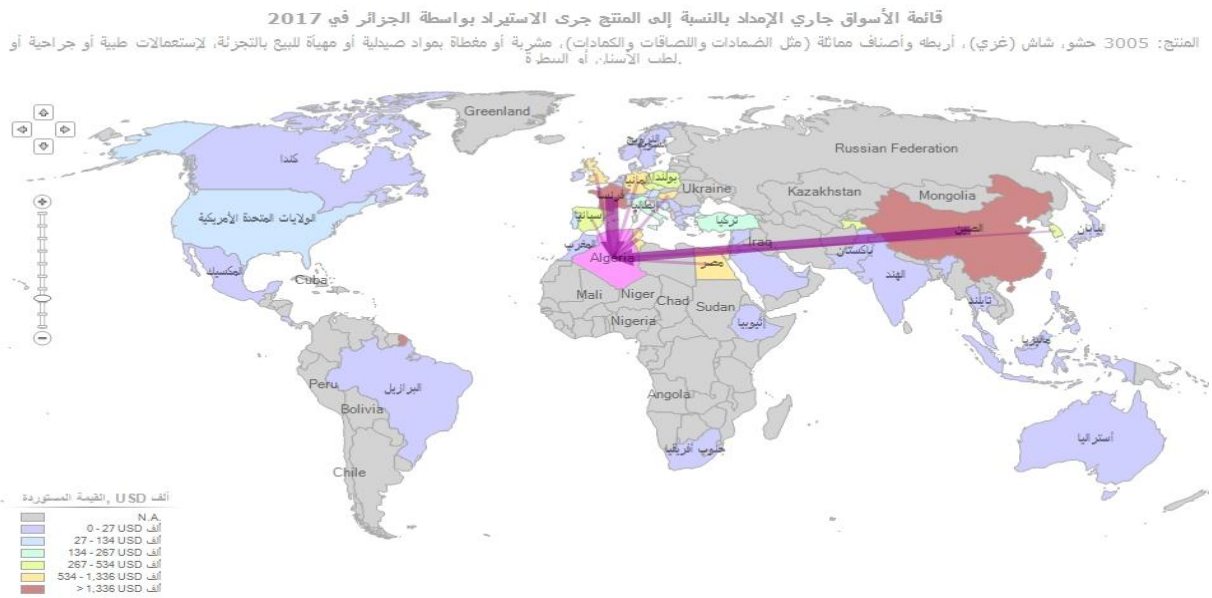
الشكل رقم (46): اهم البلدان الموردة للمنتج 3005 للجزائر من الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

من الشكل أعلاه نلاحظ ان المنافسة مشتدة بين فرنسا والصين من ناحية تصدير المنتوج 3005 الى الجزائر خاصة في السنوات الأخيرة. وهذا يعود الى النمو الملحوظ في الصناعة الطبية الصينية مؤخرا اذ أضحت منافسا عالميا، وسياسة تنويع الاستيراد المنتهجة من طرف الجزائر قصد تقليص فاتورة الاستيراد.

الشكل رقم (47): يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3005 الى الجزائر لسنة 2017

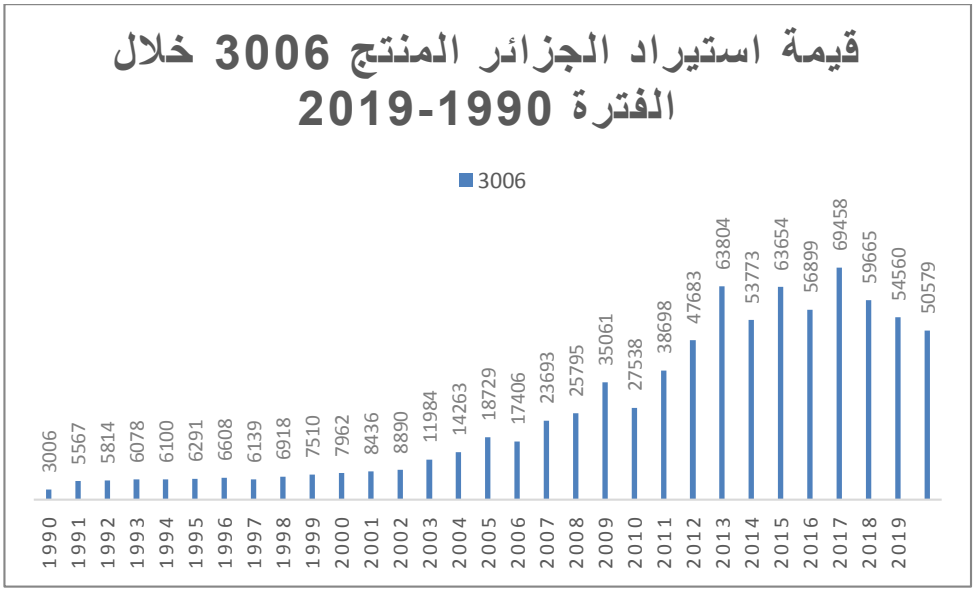


المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map(الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

6-2 استيراد المنتوجات صنف 3006:

يتمثل المنتج 3006: محضرات وأصناف صيدلية. تشمل في كل ما يشمل المواد والاجهزة الطبية (Tarif, 2016, p. 168)

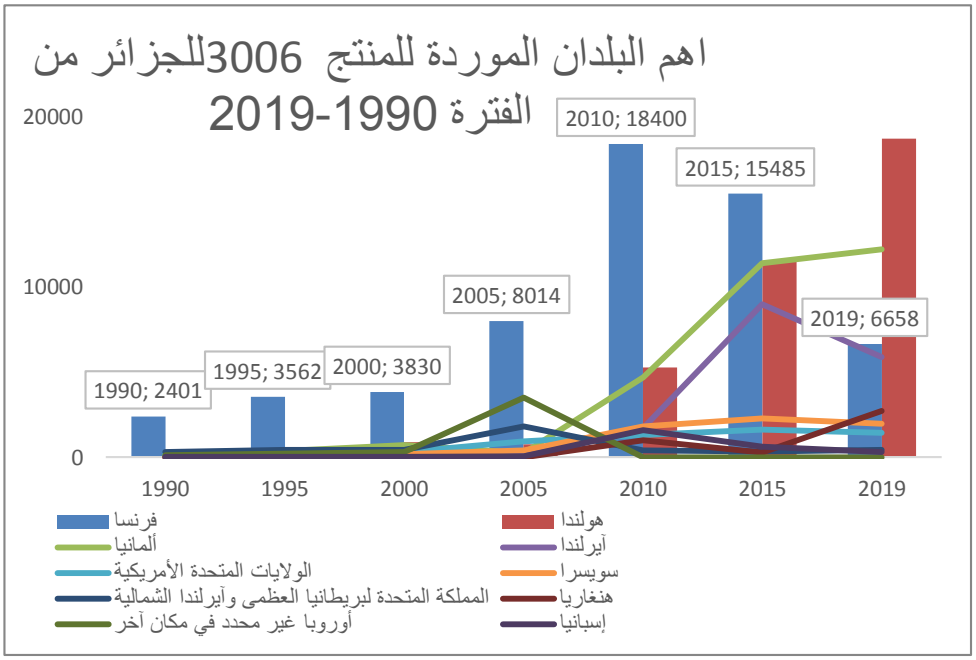
الشكل رقم (48): قيمة استيراد الجزائر للمنتج 3006 خلال الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map(الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

نلاحظ من الشكل السابق، منحى استيراد المنتوجات صنف 3006 في تزايد منذ 1990 الى ان وصل الى 69458 ألف دولار امريكي سنة 2017، وتعد فرنسا الممول الوحيد للمنتوج 3006 الى الجزائر مع تفوق هولندا في السنة الأخيرة 2019 بقيمة 6658 ألف دولار امريكي. انظر الشكل التالي:

الشكل رقم (49): اهم البلدان الموردة للمنتج 3006 للجزائر من الفترة 1990–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

الشكل رقم (50): يبين خريطة للبلدان الموردة للمنتج 3006 الى الجزائر لسنة 2017

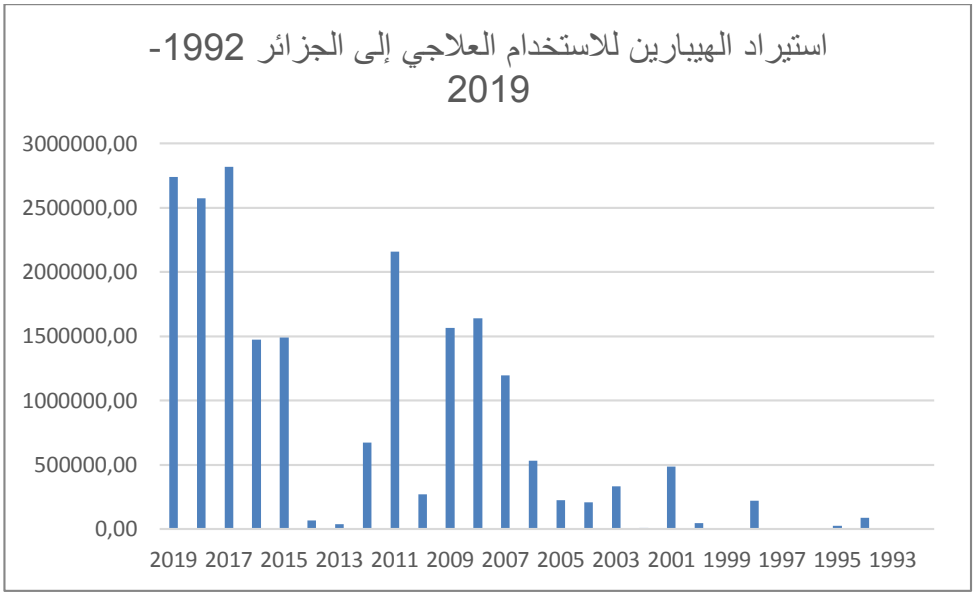
المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على Trade Map (الوحدة: الدولار الأمريكي ألف)

3– اهم الادوية والمواد الاولية المستوردة في الجزائر

3–1 استيراد الهيبارين للاستخدام العلاجي (3001):

منذ عام 2014، نما استيراد الجزائر للهيبارين للاستخدام العلاجي بنسبة 110.7٪ على أساس سنوي في عام 2019، احتلت الدولة المرتبة 47 مقارنة بالدول الأخرى في استيراد الهيبارين للاستخدام العلاجي بـ 2.738.839.69 دولارًا. تصدرت فرنسا الترتيب بـ 960.128.653.6 دولار في عام 2019، بنسبة -6.6٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت الولايات المتحدة وسنغافورة وألمانيا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

الشكل رقم (51): يبين استيراد الهيبارين للاستخدام العلاجي للجزائر 1992–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO[1]

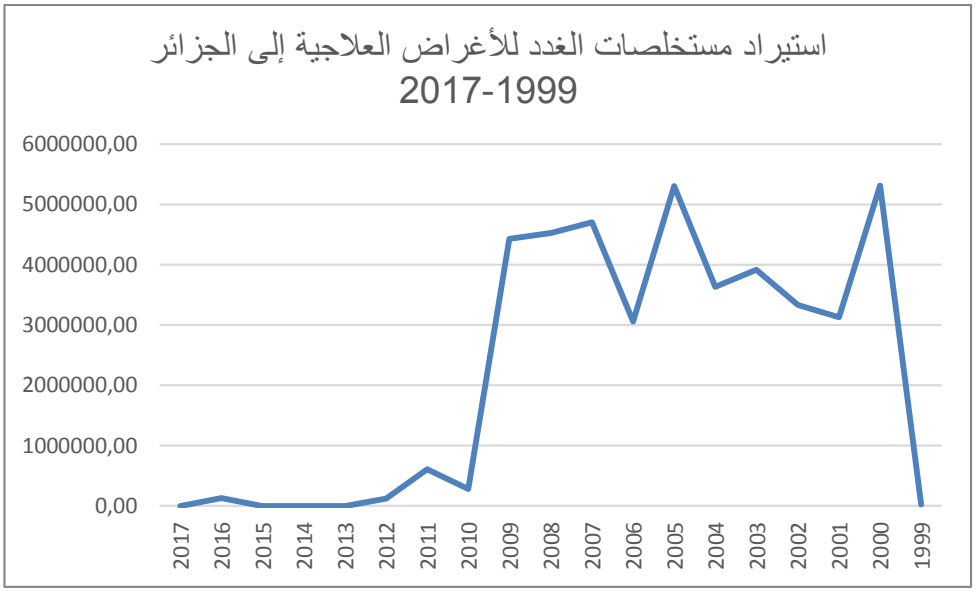
الهيبارين (Heparin): هو دواء مضاد للتخثر، يتعاطاه المرضى لمنع تشكل خثرات دم جديدة ومنع استمرار تشكل الخثرات القائمة، يتم إعطاء الدواء للمرضى الذين يخضعون لجراحة القلب مفتوح وغسيل الكلى (Dialysis)بهدف منع تخثر الدم.(webteb، 2020) ونظرا لارتفاع امراض القلب (كما رأينا سابقا) استوردت الجزائر بصورة مرتفعة خاصة بعد سنة 2005، لتبلغ اعلى قيمة لها في عام 2017 بقيمة 2819367,75 دولار امريكي.

2-3 استيراد مستخلصات الغدد للاستخدام العلاجي (3001):

منذ عام 2012، انخفض استيراد الجزائر لمستخلصات الغدد للاستخدام العلاجي بنسبة 70.5٪ على أساس سنوي. عند 259.97 دولارًا في عام 2017، كانت الدولة في المرتبة 119 مقارنة بالدول الأخرى في استيراد مستخلصات الغدد للاستخدام العلاجي. تتصدر إيطاليا الترتيب بـ 26.618.146.87 دولار في عام 2019، أي بانخفاض قدره 3.3٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت كوريا الجنوبية واليابان وأيرلندا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

[1]Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-heparin-for-therapeutic-use
Consulter le 10/09/2020 à 13:37h.

الشكل رقم (52): يبين استيراد مستخلصات الغدد للاغراض العلاجية للجزائر 1992–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO[1]

عرف استيراد مستخلصات الغدد تذبذب، فقد عرفت استيراد اعلى سنة 1999 بقيمة 5314205 دولار امريكي، ثم تنخفض في سنة 2010 بقيمة 282342 دولار امريكي لتنخفض بعده بشكل تدريجي، وهذا حسب تقديرنا بسبب الانتاج المحلي.

3–3 استيراد Antisera[2] وكسور الدم الأخرى (3002):

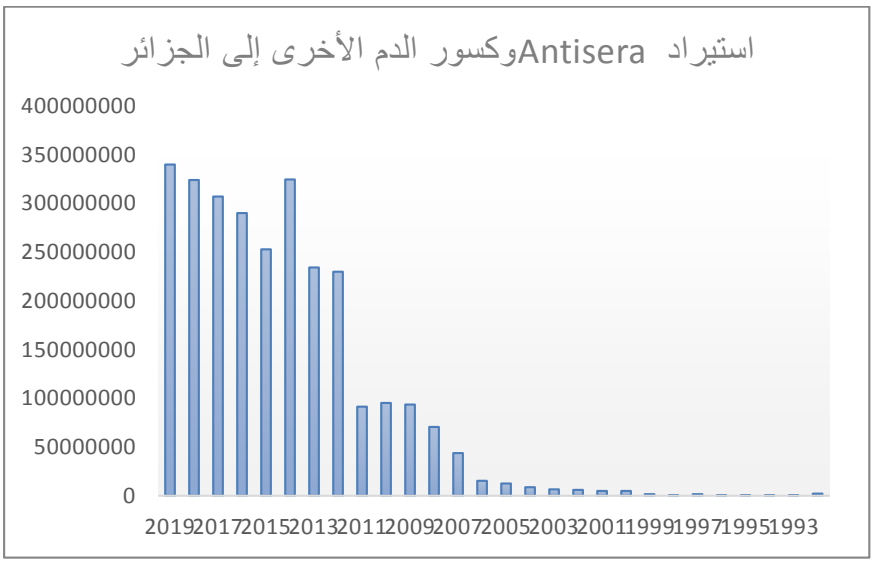
منذ عام 2014، ارتفعت واردات الجزائر من Antisera وكسور الدم الأخرى بنسبة 0.9٪ (على أساس سنوي)، عند 339.870.116.22 دولارًا في عام 2019، كانت الدولة في المرتبة 34 مقارنة بالدول الأخرى في استيراد Antisera وكسور الدم الأخرى. تصدرت ألمانيا الترتيب بـ 19.251.433.071.92 دولار في عام 2019، + 3.6٪ مقابل 2018. واحتلت الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وسويسرا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

[1]Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-extracts-of-glands-for-therapeutic-useConsulter le 10/09/2020 à 13 :37h.

[2]A serum containing antibodies, as antitoxins or agglutinins, obtained by inoculation of animals and used for injection into other animals to provide immunity to à specific disease. (dictionary, 2020)

يقصد Antiseraبالأجسام المضادة المركبة داخل مصل الدم، وتستعمل في المناعة، (dictionary, 2020) يشير المنحنى ادناه الى ارتفاع قيمة استيراد امصال الدم طيلة فترة الدراسة 1992-2019 لتبلغ اعلى قيمة لها بـ 324468480 دولار امريكي سنة 2015، وهذا ما يدل على استعمالها كمادة اولية في الصناعة الدوائية.

الشكل رقم (53): يبين استيراد Antisera وكسور الدم للجزائر 1992-2019



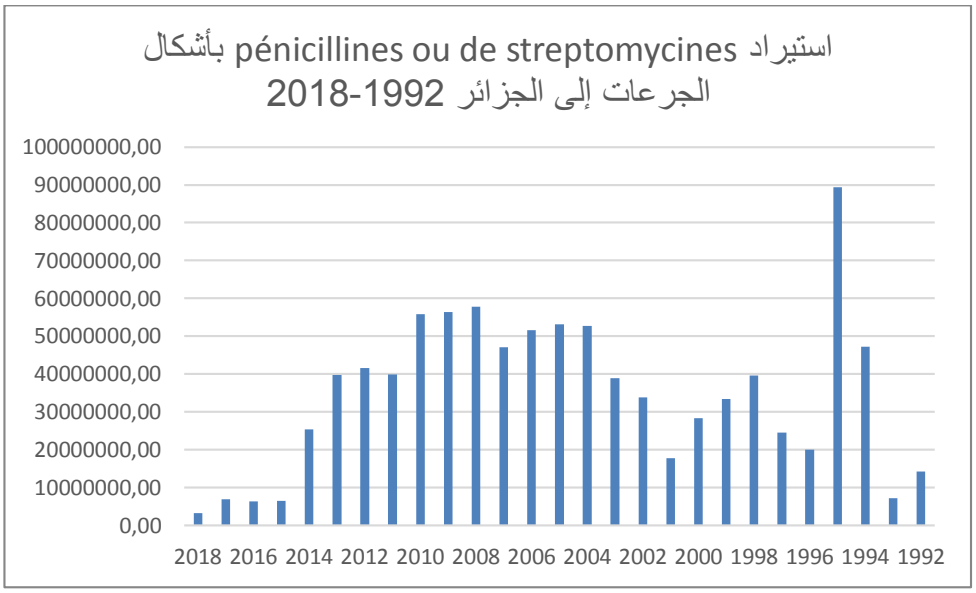
المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO[1]

4-3 استيراد البنسلينات أو الستربتومايسين في أشكال الجرعات (3003):

منذ عام 2013، انخفض استيراد الجزائر للبنسلينات أو الستربتومايسين بأشكال الجرعات بنسبة 39.5٪ على أساس سنوي. عند 3.216.938.21 في عام 2018، احتلت الدولة المرتبة 91 من بين الدول الأخرى في استيراد البنسلين أو الستربتومايسين في أشكال الجرعات. احتلت الولايات المتحدة المرتبة الأعلى بـ 612،783،476 دولار في عام 2019، أي بنسبة + 8.3٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت المملكة العربية السعودية والصين وألمانيا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

الشكل رقم (54): يبين استيراد Penicillines Streptomycine باشكال جرعات للجزائر 1992-2019

[1]Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-antisera-and-other-blood-fractions Consulter le 10/09/2020 à 13 :37h.



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO1

انخفاض استيرا البنيسيلين راجع الى استثمار مجمع صيدال في انتاجه، فضلا عن انتاج شركة Sanofi المختصة في تصنيعه عالميا والمتواجد في الجزائر.

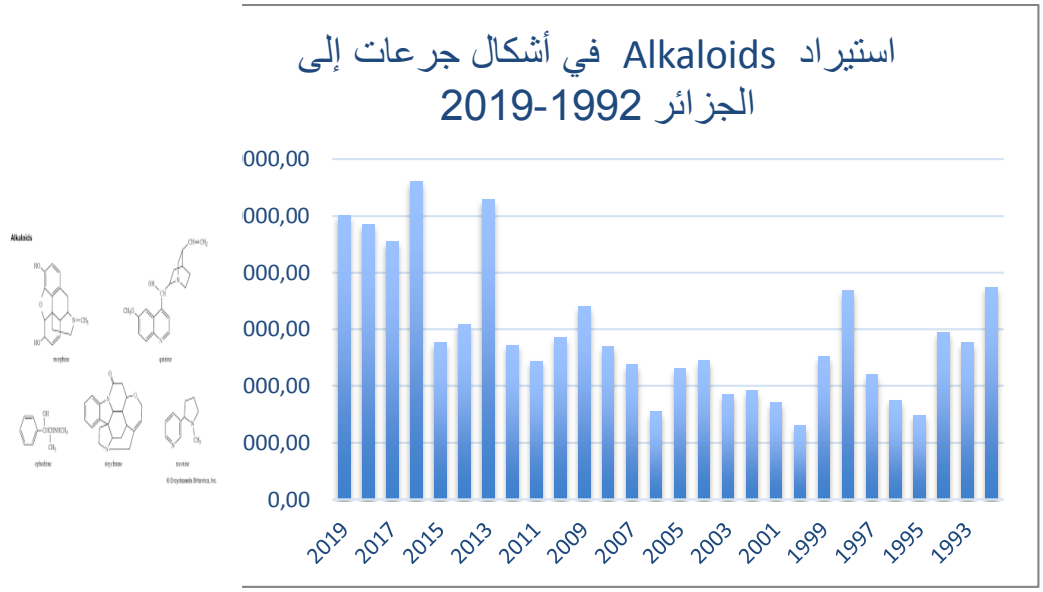
5-3 استيراد Alkaloids[2] في أشكال جرعات (3004):

منذ عام 2014، ارتفعت واردات الجزائر من **Alkaloids** في أشكال الجرعات بنسبة 10.3٪ على أساس سنوي. في عام 2019، احتلت الدولة المرتبة 50 من بين الدول الأخرى في استيراد قلويدات في أشكال الجرعات بسعر 1012210.63 دولارًا. احتلت الولايات المتحدة المرتبة الأولى حيث بلغت 1720.658.429.79 دولارًا في عام 2019، أي بنسبة -1٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت الصين وروسيا وألمانيا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

1Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-penicillins-or-streptomycins-in-dosage-formsConsulter le 10/09/2020 à 13 :37h.

[2]**Alkaloid**, any of a class of naturally occurring organic nitrogen-containing bases. Alkaloids have diverse and important physiological effects on humans and other animals. Well-known alkaloids include morphine, strychnine, quinine, ephedrine, and nicotine. (britannica, 2020)

الشكل رقم (55): يبين استيراد Alkaloids باشكال جرعات للجزائر 1992–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO[1]

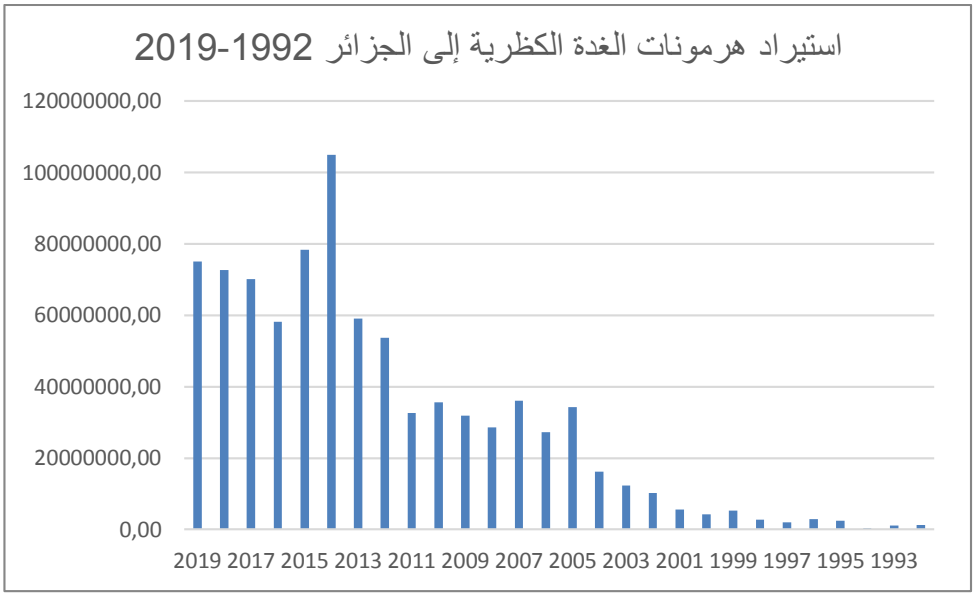
تعرف Alkaloidsعلى انها: مواد عضوية ذات اصل نباتي مهمة لصحة البشر (britannica, 2020) (انظر التعريف اسفل الهامش)، وتعتبر من اكثر المواد الاولية المستوردة في الجزائر، وهذا نظرا لاستخدامها في العديد من الصناعات الدوائية. وهو ما يبينه المنحى اعلى، حيث نمى استيرادها تدريجيا بنمو الصناع المحلية لتصل الى اعلى قيمة لها سنة 2016 بقيمة 11207880 دولار امريكي.

6–3 استيراد هرمونات الغدة الكظرية (3004):

منذ عام 2014، انخفض استيراد الجزائر للهرمونات القشرية الكظرية بنسبة 6.5٪ على أساس سنوي في عام 2019، احتلت الدولة المرتبة 23 مقارنة بالدول الأخرى في استيراد الهرمونات القشرية الكظرية بسعر 75.110.886.13 دولارًا. تصدرت الولايات المتحدة الترتيب بـ 2.365.488.881.06 دولار في عام 2019، بزيادة قدرها 8.4٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت الصين واليابان وألمانيا على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

[1]Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-alkaloids-in-dosage-forms
Consulter le 10/09/2020 à 13:37h.

الشكل رقم (56): يبين استيراد هرمونات الغدة الكظرية باشكال جرعات للجزائر 1992–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO[1]

في عام 1949، أبلغ Hench لأول مرة عن فعالية الكورتيزول(Cortisol) وACTH في علاج التهاب المفاصل الروماتويدي(Rheumatoid)، وهي ملاحظة سرعان ما امتدت إلى التطبيقات العلاجية في مجموعة متنوعة من الأمراض. (NCBI, 2003) حيث في معظم الصناعات الكيميائية المخصصة للعلاج الكثير من الامراض عن طريق الكورتيكوستيرويد الاصطناعية. وعلى هذا الاساس، استمر استيراد الهرمون بصورة مرتفعة، اذ وصلت اعلى قيمة 104860960 دولار امريكي سنة 2015 نظرا لحاجة الصناعة الصيدلانية الوطنية لهذه المادة المهمة.

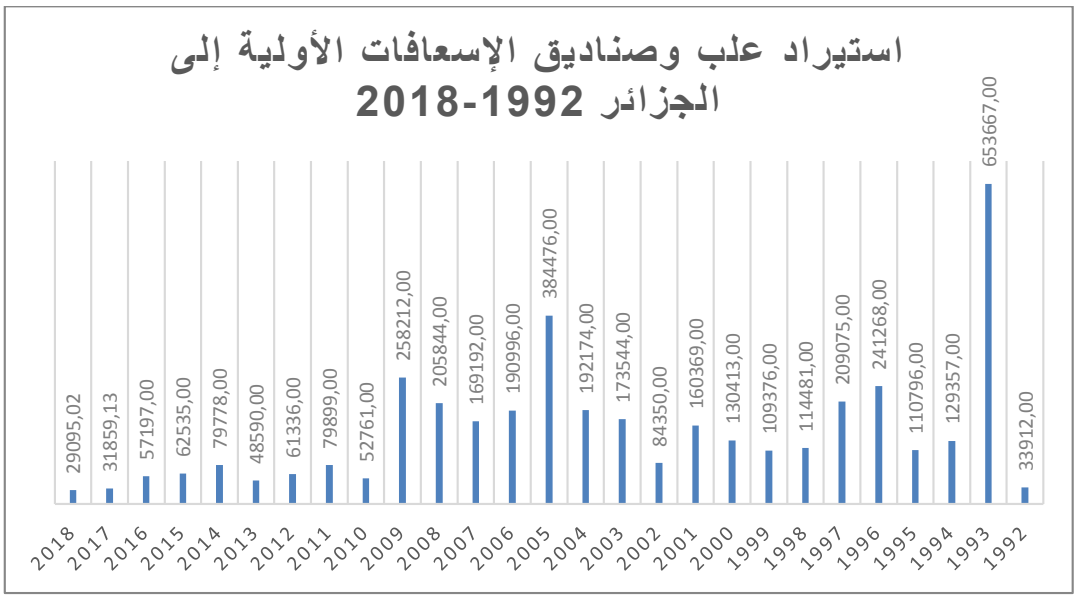
7–3 استيراد علب وصناديق الإسعافات الأولية (3006):

منذ عام 2013، انخفضت واردات الجزائر من علب وصناديق الإسعافات الأولية بنسبة 9.8٪ (على أساس سنوي) في عام 2018، احتلت البلاد المرتبة 137 من بين دول العالم في استيراد صناديق ومجموعات الإسعافات

[1]Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-adrenal-cortical-hormones
Consulter le 10/09/2020 à 13 :37h.

الأولية بسعر 29.095.02 دولارًا. تتصدر ألمانيا الترتيب بـ 45.741.401.17 دولار في عام 2019، أي بزيادة قدرها 0.6٪ مقارنة بعام 2018. واحتلت الولايات المتحدة وهولندا والمملكة المتحدة على التوالي المرتبة 2 و3 و4 في هذا الترتيب.

الشكل رقم (57): يبين استيراد هرمونات الغدة الكظرية باشكال جرعات للجزائر 1992–2019



المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على UNSO[1]

تعتبر سنوات التسعينات من أكثر فترات استيراد علب الاسعافات الاولية وهذا راجع في تقديرنا الى انعكاسات العشرية السوداء. حيث بلغت اعلى قيمة في سنة 1993 بما يعادل 653667 دولار امريكي،

يخضع الاستيراد الدوائي الى الكثير من العوامل–كما ذكرنا سابقا–، حيث تنوعت اسبابه بين ما يوجه الى الاستهلاك الصيدلاني، وبين ما يوجه للإنتاج المحلي، كمايجب ان نشير الى انه حتى البلدان المتقدمة لا تنتج جميع المواد الصيدلانية ومنتجاتها من الادوية محليًا، وهذا بسبب احتكار القلة من طرف كبرى الشركات العالمية الصيدلانية، كما ان الانتاج يتطلب تكنولوجيا متطورة جدا ومخابر للبحث والتطوير.

[1]Source: United Nations Statistical Office: Curated and published by NationMaster at: https://www.nationmaster.com/nmx/timeseries/algeria-import-of-first-aid-boxes-and-kits Consulter le 10/09/2020 à 13 :37h.

في الحقيقة بالاضافة الى كل ما سبق هناك مؤشر في غاية الاهمية من حيث التاثير سواء بالنسبة الى الانتاج الوطني والذي يعمل على كبحه وعدم نموه او بالنسبة للواردات التي يعمل على تضخيمها من ناحية الحجم او القيمة خاصة إذا ما تعلق بتهريب العملة الصعبة الى الخارج وغيرها من الاستنزافات التي تضر باقتصادنا بشكل عام. ويتمثل هذا العامل السلبي في:

3– مؤشر الفساد:

يرتبط تفشي الفساد بتوفر مجموعة من الشروط، كغياب الشفافية والمحاسبة والمراقبة والبيروقراطية وغيرها من الظواهر السلبية والتي تعتبر بديهية في الجزائر. وقد عرفت منظمة الشفافية الدولية في بداية عهدها الفساد بأنه: "سوء استخدام السلطة العامة لربح منفعة خاصة". كما اثرت البحوث تعديل وتطوير تعريف الفساد على انه:" السلوك الذي يمارسه المسؤولون في القطاع العام أو القطاع الخاص، سواء كانوا سياسيين أو موظفين مدنيين، بغيةإثراء أنفسهم أو أقربائهم بصورة غير قانونية، ومن خلال إساءة استخدام السلطة الممنوحة لهم". (حاحة ، 2013، صفحة 13)

ولم يسلم قطاع الادوية من ظاهرة الفساد في الجزائر، خاصة وانه من أسباب تضخيم فاتورة الاستيراد وسبب في عدم تمكن الإنتاج الوطني الدوائي في النمو بشكل كبير. هناك دراسة حول هذا الموضوع للباحث حسيني محمد العيد (2018) الموسومة بـ "الوقاية من مخاطر الفساد في قطاع الصحة بالجزائر وتاثيرها على جودة الخدمات الصحية". حيث تطرق الى الفساد في النفقات الموجهة للصحة وتاثيره على سلبية مزانية الصحة، وهو ما أثر على نوعية الخدمات المقدمة خاصة في القطاع العام. وقد توصل الباحث الى ان بالرغم من وضع القوانين المكافحة لظاهرة الفساد الإداري في الجزائر الا انها تبقى غير كافية ومحدودة.

– وقد تطرق الباحث في دراسته الى الفساد في قطاع الادوية، والتي نلخصها فيما يلي: (حسيني ، 2018، صفحة 206)

– التلاعب بالصفقات العمومية، واختيار الفائزين في المناقصات المفتوحة على أساس غير عادل لاستيراد المنتوجات الدوائية والتجهيزات الطبية.

– التلاعب بالتعريفات الجمركية الخاصة باستيراد الأدوية والمواد الأولية، بواسطة التصريح الكاذب بمساعدة كبار اللوبيات التي على علاقة مباشرة بالشركات العالمية المصنعة للدواء، للتضييق على مصنعي الدواء المحليين ودفعهم إلى التوقف أو التحول إلى الاستيراد.

– تواطئ العديد من موظفين القطاع العام المكلفين بشراء الادوية، مع الموردين المحتكرين للسوق بتكاليف مرتفعة.

– تزويد المستوردين المستشفيات بأدوية وأجهزة طبية، غي مطابقة للمعايير المعمول بها او غير صالحة للاستعمال، بتواطؤ مع المسؤولين الإداريين.

كما يمكننا إضافة:

- التصريح اللاأخلاقي للمستوردين، كتضخيم التكاليف او بلد المنشاء وهذا قصد الحصول على تعويضات من الحكومة او مقابل رفع سعر الدواء والحصول على هوامش ربحية أكبر.
- استيراد بعض الادوية الممنوعة من الاستيراد والمحددة بقائمة من طرف وزارة الصحة، وهذا ما لا يشجع الإنتاج الوطني. (حبيب، 2012)
- التحايل على القانون[1] وتهريب العملة الصعبة باستيراد الأدوية لم يتبق على تاريخ نهاية صلاحيتها سوى أشهر معدودات.

المبحث الثاني: الدراسة القياسية الميدانية

وفقًا لموقع"visual capitalist[2]"، يتركز معظم الإنفاق العالمي على البحث والتطوير في دول مجموعة العشرين، والتي تمثل 92% من حجم الإنفاق العالمي، في حين يتركز 94% من براءات الاختراع في الولايات المتحدة الأمريكية، اذ تتصدر المشهد بمبلغ يفوق 476 مليار دولار سنويا، ثم الصين بإجمالي إنفاق بلغ 371 مليار دولار،

[1] المدة القانونية لصلاحية الدواء لا يجب أن تقل عن ثلثي 2 3 /مدة صلاحية الدواء الموجه للاستهلاك البشري عند تاريخ الاستيراد.

[2] Visual Capitalist: موقع يعتمد دراسة على المعلومات والبيانات الضخمة والتوجهات العالمية المعقدة وطرحها ومعالجتها بطريقة يسهل فهمها واستخدامها (https://www.visualcapitalist.com/).

فاليابان وألمانيا اللتان يتجاوز الإنفاق فيهما 100 مليار دولار. ولا يختلف اثنان على دور البحث والتطوير في الصناعة الدوائية والتي اضحت من اهم الصناعات النشيطة في وقتنا الحالي كونها امل الكثير من المرضى في العالم، كما انها تعد من أكبر الصناعات العالمية التي تدر اموالا هائلة وربما أكبر من صناعة السلاح ومحاذاة الصناعات الطاقوية والنفطية، حيث تشير الاحصاءات والتقارير الى انه تجاوز السوق العالمي للأدوية 1046 مليار دولار امريكي (اي ما يعادل 928 مليار اورو) في سنة 2018 بمعدل نمو 5% بالمقارنة مع سنة 2017. مع بقاء السوق الامريكية الاكثر اهمية واستحواذا بـ 45% من السوق العالمية متفوقة على السوق الاوروبية (فرنسا، المانيا، بريطانيا، ايطاليا، اسبانيا) التي تحقق 15,7% من حصة السوق العالمية، متبوعا باليابان 7% والدول النامية ممثلة في كل من الصين والبرازيل 10,4%.

منذ ما يقرب من قرنين من الزمن، والأدوية تحقق تقدم علاجي مستمر لكثير من الامراض التي كانت مستعصية على البشر، وهذا بتزايد ابتكار واختراع عقاقير جديدة بفضل عمليات البحث والتطوير التي تولي لها المخابر الصيدلانية العالمية الأهمية القصوى.

من هذا المنطلق ارتأينا أن نقوم بمسح ميداني تمثل في توزيع استبيان على مجموعة من المؤسسات الصيدلانية بولاية وهران، وهذا لاختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بما يلي:

- وجود توافق بين تطور استيراد الأدوية وأنشطة البحث والتطوير في الصناعة الصيدلانية الجزائرية.
- يرتهن الإنتاج المحلي للأدوية بمدى تطبيق معايير الجودة الصحية.

المطلب الأول: منهجية البحث التطبيقي

من اجل تحليل تطور الواردات الدوائية قمنا باختيار الاستبيان كأداة فعالة تفي بغرض وهدف الدراسة المرجوة، للحصول على المعلومات والبيانات اللازمة، ومن ثم الانطلاق في تحليل النتائج المتحصل عليها واختبار الفرضيات التي ترى بإمكان انشطة البحث والتطوير المساهمة في تقليص الواردات الدوائية.

1– منهجيةالدراسة:

الجانب النظري:

تم استخدام منهج التحليل المعمق كمنهجية مناسبة لموضوع الدراسة، أما المعالجة الإحصائية فقد قمنا باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية (SPSS.V26) وذلك للوصول إلى إثبات الفرضيات أو نفيها لتفسير النتائج من خلال حساب ألفاكرونباخ، تحليل معامل الارتباط واختبار الانحدار البسيط والمتعدد.

الجانب الميداني:

الشكل رقم (58): مخطط توضيحي عن مسار الدراسة واهم المصادر المقصودة

المصدر: من اعدادنا

2– استبيان المسح الميداني:

لمعرفة وتقييم دور البحث والتطوير في ترقية الانتاج المحلي وبالتالي تقليص فاتورة الاستيراد لدى الشركات الصيدلانية، قمنا بإعداد استبيان نظرا لنجاعته في مثل هذه الدراسات الميدانية، والمكون من عدة اسئلة متنوعة حول فرضيات الدراسة، حيث اعتمدنا على نظريات الصناعة والنمو الاقتصادي ونظريات البحث والتطوير، وهذا في إطار الرد والاجابة على الاشكالية المطروحة.

هيكل الاستبيان:

- **تشخيص المؤسسة:**

من الضروري معرفة خصائص المؤسسات المستهدفة، ووضعيتها في السوق لمعرفة فاعليتها، ومن اجل اعطاء أكثر توصيف لنتائج مجتمع الدراسة.

- **العراقيل والتحديات في مجال البحث والتطوير:**

لمعرفة مكمن الخلل بالضبط، ومدى اهتمام المؤسسات الصيدلانية المحلية بأنشطة البحث والتطوير.

- **مجموعة اسئلة متنوعة:**

قمنا بطرح مجموعة من الاسئلة لتقييمها، واستخلاص اهم المتغيرات المرتبطة بالبحث والتطوير.

اختيار الاسئلة:

يتضمن استبياننا ثلاث فئات رئيسية من الأسئلة المغلقة.

- اسئلة ثنائية: او ما يسمى بالأسئلة المغلقة، حيث ينحصر اختيار المجيب في احتمالين (غالبًا نعم / لا).
- سؤال متعدد الخيارات: بالإضافة الى السؤال الثنائي اقترحنا بعض المساحة للمجيب إضفاء نوع من الحرية في الإجابة دون المقترحات المدونة في الاستبيان.
- مقياس سؤال ليكرت: أهمية هذا النوع من الأسئلة تكمن في فرز الإجابات المتشابهة (أكثر دقة)، وهو الهدف المرجو من الاستبيان، وعادة ما تكون هناك خمسة مقاييس.

لجمع المعلومات تم صياغة أسئلة بما يتوافق مع فرضيات وأهداف البحث، وتم عرض الإستبانة على عدد من المختصين في الدراسات والإنتاج الصيدلاني والاستيراد (النظام المنسق)،بهدف التأكد من قدرة الاستبانة على جمع المعلومات المطلوبة وفق الأهداف المراد الوصول إليها، مع استعمال مقياس ليكرت المكون من خمس درجات، بحيث لإبداء الرأي استخدمنا القيم من 1 (موافق بشدة)إلى 5 (أعارض بشدة)، أما فيما يخص التقييم استخدمنا القيم من 1 (رديء جدا) الى 5 (مقبول جدا).

تم تشكيل الاستبيان أساسا وبشكل ادق، لدراسة فرضية علاقة البحث والتطوير في الصناعة الصيدلانية وتقليص فاتورة استيراد الأدوية. حيث تناولنا مختلف العناصر الفاعلة في تطوير عملية البحث والعراقيل والمشاكل المصاحبة للقطاع الصيدلاني، فضلا عن تقييم مختلف الإجراءات الحكومة في النهوض بالإنتاج الوطني الدوائي لتخفيض الواردات التي اثقلت كاهل الخزينة العمومية بعدما فاقت المليارين دولار سنويا، ويشير الخبراء الى إمكانية ارتفاعها في السنوات القادمة إذا ما لم تتخذ الإجراءات والإصلاحات الفورية والآنية لتدارك الأمر.

عملية المسح:

وفقا لـ Nworgu (1991)، هناك طريقتان لإدارة الاستبيان: الإدارة المباشرة والإدارة غير المباشرة. بالنسبة إلى Quivy و Van Campenhoudt، فان الاستبيان هو "إدارة غير مباشرة" عندما يملأ المستجوب الاستبيان طبقا لإجابات المجيب. اما "الإدارة مباشرة" فهي عندما يقوم المجيب بملا الاستبيان بمفرده، كما يمكن ان تكون لإدارة الاستبيان ان تكون من خلال الإنترنت (البريد الإلكتروني، الشبكات الاجتماعية، ...).

فيما يخص ادارة استبياننا تمت بطرقتين: بالشكل المباشر (وجها لوجه)، وادارة غير مباشرة عن طريق الاتصال ببعض الصيدليات التي لهم علاقة مباشرة بالمنتجين (من ناحية توريد المنتجات الصيدلانية).

3– اختيار ومميزات مجتمع الدراسة:

يتكون نسيج الصناعة الصيدلانية في ولاية وهران من 18 مصنع ومخبر انتاجي، منها 10 فاعلة في السوق (تمارس نشاط الانتاج) و4 مخابر توقفت عن النشاط، بالإضافة الى موزعين بالتجزئة والجملة بعدد 29 مؤسسة. وقد قمنا بدراسة كل المجتمع والمقدر بـ 10 مصانع والمتحصل عليها من مديريتي الصحة والصناعة بوهران. خلال الفترة الممتدة بين 2019/08/17 الى غاية 2019/12/07.

صعوبات الدراسة:

لا يختلف اثنان عن خلو أي دراسة أكاديمية من وجود صعوبات وعراقيل سواء متعلقة بموضوع الدراسة مباشرة او ذات صلة غير مباشرة. ونلخص أهم المشاكل التي واجهناها فيما يلي:

- حساسية موضوع الدراسة، فالدواء أصلا يتميز بنوع من التكتم وانعدام المعلومات وهذا ايضا في الدول المتقدمة،
- الاموال الطائلة التي تذرها الادوية، جعل من اقتصار ممارسة الانتاج والاستيراد في يد اشخاص مجهولين (وراء الواجهة) واللوبيات في احتكار مجال الادوية ومنع دخول أي اخرين.
- تزامن طرح الاستبيان مع فضيحة شركة "TechnoPharma" المستقرة في وهران والمنسوبة الى وزير الصحة آنذاك "عبد المالك بوضياف" رفقة مسؤولين من وزارة الصحة. وهو ما صعب علينا المأمورية في جمع

البيانات اللازمة للدراسة. حيث زرعت نوع من الشكوك والشبهات لدى المستجوبين، خاصة في ظل الحراك الشعبي ومحاسبة المفسدين.

- تضارب في المعلومات والاحصاءات المحصل عليها من مديرية الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، ومديرية الصناعة والمناجم، بالرغم من تواجدهم في نفس الولاية.
- قمنا بالاتصال بالمركز الوطني للسجل التجاري وغرفة التجارة بولاية وهران، من اجل الحصول على معلومات أكثر وتوحيد وشمل لما قدمته لنا المديريتين السابقتين، لكن كان الرد سلبي بحجة عدم امتلاكهم لأي احصائيات متعلقة بإنتاج الادوية في ولاية وهران (حسب رئيسة القسم)، بالرغم من امتلاكنا لوثيقة مستخرجة من كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة وهران 2.
- كثرة التصريحات المغالطة والدعايات الكاذبة والمغرضة من طرف جل الوزراء الذين تناوبوا على قطاع الصحة وكبار والمسؤولين في الدولة، خاصة في مجال صناعة الادوية بالجزائر، وهذا ببيع الاوهام وتضخيم الارقام من ناحية حجم الانتاج وتغطية السوق المحلية والتصدير وغيرها من الاهداف السياسية المبيتة لا غير.

4– طرق معالجة وتحليل بيانات المسح الشامل:

قمنا باستخدام الانحدار المتعدد الذي يهتم بوصف تقييم العلاقة بين متغيرين أحدهما تابع والاخر مستقل. بعد إدخال المتغيرات وترميزها، تم استخدام برنامج EXCEL 2013 وبرنامج SPSS الإصدار 26 لمعالجة البيانات وتطبيق الأساليب التي تم الاحتفاظ بها في هذا العمل التجريبي. في الواقع، بدأنا بأساليب إحصائية وصفية أساسية ستسمح لنا بتحديد خصائص المتغيرات التي اعتمدها الاستطلاع (الفرز المسطح والفرز المتقاطع).

4–1 صدق أداة الدراسة:

تم عرض الاستمارة في صورتها الأولية مكونة من 35 سؤالا (من إجمالي 47 سؤال) على مجموعة من الباحثين والذين بلغ عددهم(6) حيث طلب منهم إبداء أرائهم وإصدار أحكامهم على الأداة من حيث مدى اتساق الفقرات مع المحاور التي أدرجت ضمنها، ومدى وضوح الصياغة اللغوية والمعنى، بعد ذلك استقرت الأداة على 4 فقرات رئيسية موزعة على المتغيرات السابقة الذكر والمراد دراستها.

4–2 اختبار ثبات أداة الدراسة:

قمنا باستخدام اختبار (ألفاكرونباخ) لقياس مدى ثبات أداة الدراسة حيث تمتعت الأداة بمعاملات ثبات جيدة على مستوى المحاور الفرعية، وعلى الأداة الكلية اذ بلغت قيمته الكلية 84% وهي نسبة ممتازة وملائمة وتطمئن بصدق الأداة لأنها أكبر من % 60 وهذا يعني أن أسئلة الاستبيان إذا تم توزيعها في وقت ومكان آخرين ستحصل على نفس الإجابات تقريبا، وبالتالي الاستبيان صالح للقياس

قبل الشروع في عملية فحص الفرضيات، ينبغي التحقق من بعض الاختبارات التي يتم إجراءها على بيانات البحث، وهي كالآتي:

- **الصدق الظاهري:**

تم التحقق والتأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة، وذلك من خلال عرضها على مجموعة من الخبراء الباحثين في الجامعة والمؤسسات العمومية والخاصة بالولاية–وهران–من أصحاب الخبرة والدراية في مجال الإنتاج الصيدلاني والتوزيع والبيع وأطباء فضلا عن إطارات بالجمارك الجزائرية وباحثين أكاديميين، وهذا كله بغرض التحقق من درجة ملائمة صياغة الفقرات منهجيا وتقنيا، ومدى وموائمة الفقرات إلى متغيرات الدراسة .وقد تم اخذ كل الملاحظات والآراء المتعددة والهادفة بعين الاعتبار،لغرض صياغة الاستبانة بشكلها النهائي.

4–3 الدراسات السابقة:

في الإطار الإجابة على الإشكالية الموضوعة، تم الانطلاق من عدد الدراسات السابقة، يمكن عرضها فيما يلي:

– **قطاف سلمى** (2017-2018)، تأثير البحث والتطوير على تنافسية الصناعة الأدوية–دراسة مقارنة بين الجزائر والاردن–شهادة دكتوراه بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة فرحات عباس سطيف 1–الجزائر–، من تأطير الاستاذ صالحي صالح. والتي تمحورت رسالة البحث حول اهمية البحث والتطوير باعتباره محركا للصناعة الصيدلانية وامتلاكها ميزة تنافسية بفضله، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي في دراستها هذه، اين توصلت الى تفوق الاردن على الجزائر في انها أكثر تنافسية، بالإضافة الى عدم ارتباط تنافسية الصناعة الصيدلانية عموما وصناعة الادوية خصوصا بالبحث والتطوير، لا في الجزائر ولا في الاردن خلال الفترة ما بين 2006-2015.

– **أ.عادلمياح**، أ. نذير مياح (06-07 نوفمبر 2008) بجامعة البليدة2 (عنوان البحث: تقييم استراتيجية البحث والتطوير كشرط أساسي للدخول إلى الأسواق العالمية (دراسة تطبيقية على المؤسسات الصناعية الدوائية العالمية) ضمن فعاليات الملتقى العلمي الدولي حول: استراتيجية تطوير القطاع الصناعي في إطار تفعيل برنامج التنويع الاقتصادي في الجزائر. استهدفت الدراسة تحليل أهمية استراتيجية البحث والتطوير في تدعيم المزايا التنافسية للمؤسسات الصناعية وتحقيق مزيد من التميز والاختلاف عن المنافسين، ومن ثم تحقيق مكانة مميزة في السوق العالمي. وتوصلت الدراسة الى ان صناعة الدواء صناعة كثيفة رأس المال والتكنولوجيا كما انها تتميز الصناعة الدوائية بالتخصص الشديد والمهارات العالية.

– **محبوب مراد، محبوب فاطمة** (2018/08/25) مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، تحت عنوان: واقع الصناعة الدوائية الجزائرية في ظل المنافسة العالمية مع الإشارة إلى حالة مجمع صيدال، تعرضت الدراسة إلى واقع الصناعة الدوائية في الجزائر، وذلك من خلال تعريفالصناعةالدوائيةوتحديدخصائصها،وأهمالتحدياتالتيتواجههامحلياودوليا، مع الاشارة إلى تطور نشاط مجمع صيدال كمثال عن المؤسسات المنتجة للأدوية في الجزائر.

– **سمير بن عبد العزيز، مزريق عاشور** (2017). الحماية الفعالة للاقتصاد الوطنية إستراتيجية للشراكة والاستقطاب الصناعي (دراسة تطبيقية على قطاع الأدوية في الجزائر) مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا (العدد7). تهدف الدراسة إلى محاولة حل الإشكال والمتمثل في أثر الحماية الفعالة على الاقتصاد الوطني بشكل عام والمنتوج الوطني على وجه الخصوص خاصة ما تعلق بصناعة الأدوية، ودور ذلك في توطيد الشراكة وجذب الموارد الاستثمارية. وقد توصلت الدراسة الى ان السياسة التجارية بما فيها تعزيز الشراكة لازالت لم ترقى الى تلك المستويات المطبقة من طرف الدول الأخرى،كما أن معدلات الحماية الاسمية ذات مساهمة ضعيفة في ارتفاع القيمة المضافة للإنتاج الصناعي اما صناعة الأدوية في الجزائر فانها لا تقوى على المنافسة الاجنبية.

– **الحدي نجوة** (2007)، سياسة الأدوية في الجزائر–دراسة اقتصادية–شهادة الدكتوراه من تاطير الأستاذ: العمري العربي. اصدار جامعة الجزائر (كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير). تطرقت الدراسة الى تحليل السياسة الصيدلانية بما فيها الدوائية في الجزائر مع التعريج على اهم العوامل المرتبطة بها مثل: النفقات الصحية ونظام التعويض والاستيراد. وتوصلت الدراسة الى وجوب تدعيم انتاج الادوية الجنيسة للاجابة على الاشكالية المطروحة.

– جلوات وردية، شريف لحلو (2018)، سوق الادوية في الجزائر (كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة وهران 2، الجزائر international journal of business et Economic Statergy (UBES) Vol.7)، دراسة حول ارتفاع استهلاك الأدوية إلى جانب تخفيض فواتير الاستيراد، بغية معرفة ما إذا كان العامل الرئيسي الذي يشجع تسويق الأدوية المحلية هو المنتج نفسه أو الفوائد التي يوفرها الضمان الاجتماعي. وقد توصلوا الى أن المستهلكين الصحيين يختارون الأدوية المحلية للأمراض العابرة لمزايا الضمان الاجتماعي الخاصة بهم لأنهم يعتبرون الأدوية المستوردة أكثر فعالية. كما يختار الصيادلة والأطباء الأدوية الوطنية كأولوية لفعاليتها.

المبحث الثاني: عرض وتفسير النتائج

1– خصائص مجتمع الدراسة

احصائيات الاسئلة المباشرة:

الجدول رقم (26): تجميعية للأسئلة المباشرة

الأسئلة المباشرة	الإجابات	
	نعم	لا
هل هناك شركاء في الشركة (associes)؟	20%	80%
هل لديكم فروع اخرى؟	40%	60%
هل حصلت مؤسستكم على اعانة مالية؟	0%	100%
هل مؤسستكم في شراكة؟	60%	40%
هل هناك دواء مبتكر او مخترع من قبل مؤسستكم	30%	70%
هل أنتم بصدد البحث وتطوير دواء جديد	40%	60%
هل انت مع قائمة الأدوية الممنوعة من الاستيراد	50%	50%
هل تقومون بعملية استيراد الادوية	100%	0%
هل تنتجون ادوية تم منع استيرادها	0%	100%

هل انتجتم دواء وتم رفضه بسبب شروط التسجيل	0%	100%

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على نتائج Excel

فيما يخص الأسئلة المباشرة والتي جمعت في الجدول أعلاه على شكل نسب مئوية، وهذا بغية معرفة واخذ نظرة شاملة على مختلف النتائج المتحصل عليها. نلاحظ ان 80% من المؤسسات الصناعية الصيدلانية بوهران لا تملك شركاء (Associes)، كما ان اغلبها ليس لديها فروع محليا (60%)، وفيما يخص الشراكة فمعظم المؤسسات الصيدلانية لها شراكة بنسبة 60% مقابل 40%، ونلاحظ ايضا قلة الادوية المبتكرة والمخترعة فتوجد فقط 30% ممن قاموا باكتشافات جديدة مقابل 40%ممن هم بصدد تطوير دواء جديد. كما انه تناصفت الإجابة حول الموافقة على قائمة الادوية الصادرة بخصوص منعها من الاستيراد بـ 50%، في حين ان جميع المؤسسات لم تتحصل على اعانات مالية، ولا تنتج ادوية تم حظر استيرادها بنسبة 100%، كما ان كل المصنعين المستجوبين يقومون بالاستيراد من الخارج، ولم يتم رفض أي دواء في فترة التسجيل.

- **احصائيات حول المتغيرات الخاصة بالعراقيل والمشاكل المتعلقة بالبحث والتطوير**

تنوعت خصائص المجتمع لتكون كالتالي:

الجدول رقم (27): يوضح نتائج المتغيرات الخاصة بالعراقيل والمشاكل المتعلقة بالبحث والتطوير

المتغيرات الخاصة بالعراقيل والمشاكل المتعلقة بالبحث والتطوير	الإجابات				
هناك مشكل عويص في عملية التمويل خاصة من طرف الدولة	10%	70%	20%	0	0
نقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية	60%	0	0	10%	30%
ارتفاع نسبة الضرائب والرسوم المفروضة من الدولة	30%	40%	0	30%	0
عدم الثقة في المنتوج المحلي(الدواء) يؤثر في تدهور الصناعة الوطنية	70%	30%	0	0	0
تقليص فاتورة الاستيراد تعتبر تضييق على التصنيع الوطني	0	50%	0	50%	0
المنافسة الاجنبية من شانها تطوير الصناعة المحلية	50%	30%	0	20%	0
الدخول في المنظمة العالمية للتجارة بإمكانه تنمية الصناعة الدوائية	60%	20%	0	20%	0

المقاييس المعتمدة	موافق بشدة	موافق	محايد	اعارض	اعارض بشدة
قاعدة 51-49 هي عرقلة للاستثمار الاجنبي وبالتالي حماية الصناعة المحلية	70%	30%	0	0	0
الاشهار في تسويق الادوية يقتصر على المختصين دون الناس كافة	80%	20%	0	0	0
الدواء الجزائري لا يتميز بالمعايير الصحية العالمية بل بمعايير الجودة فقط	0	50%		40%	10%
وجود أكثر من 200 شركة انتاج صيدلاني في السوق هو عامل ايجابي	0	20%	10%	20%	50%
غياب تام للعلاقة (المريض–الاطباء–الصيادلة) من ناحية اليقظة الدوائية	20%	40%	10%	30%	0

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

ان المتأمل للجدول اعلاه يلاحظ ان اغلب الاجابات تراوحت بين موافق بشدة وموافق، حول المشاكل المصاحبة لعرقلة البحث والتطوير في الصناعة المحلية الصيدلانية، ونخص بالذكر مشاكل التمويل، نقص اليد العاملة الفنية وثقة المستهلك الجزائري في الدواء المصنوع محليا، فضلا عن قاعدة الاستثمار 51-49 وعملية الاشهار والتسويق.

- **احصائيات متعلقة بفقرة التقييم (الانتاج، الابداع، التسعير):**

يبين الجدول ادناه اجابات وتقييم المستجوبين، من خلال ابداء رأيهم عن مجمل الاتفاقيات المبرمة في مجال التجارة الخارجية للأدوية، والتي كانت متوسطة بالنسبة لأوروبا ورديئة جدا بالنسبة للاتفاقيات مع الدول العربية (60%). و50% ممن يرون ان سياسات واستراتيجيات الدولة نحو التصدير انها مقبولة نوعا ما، وبشأن الاهتمام بالإبداع وتشجيع المبتكرين في مجال البحث والتطوير فقد كان التقييم دون المتوسط حيث 40% يرونه رديء و30% رديء جدا، بما في ذلك متغير مدى التمكن من استخدام وانتاج الدواء البيوتكنولوجي، حيث 80% من المستجوبين غير قادرين على تصنيعه. كما ان 80% غير راضين على سياسات الدولة المنتهجة في التسعير الدوائي.

الجدول رقم (28): يوضح نتائج المتغيرات الخاصة بالتقييم

المتغيرات الخاصة بالتقييم (الإنتاج، التجارة، الابداع، التسعير)	الإجابات				
سياسات الانفتاح التجاري المنتهجة من الجزائر	0	0	30%	60%	%10

المقاييس المعتمدة	رديء جدا	رديء	متوسط	مقبول	مقبول جدا
كيف ترون سياسة تحديد اسعار الادوية المتبعة من الدولة	80%	0	20%	0	0
مدى تمكنكم من استخدام وانتاج الدواء البيوتكنولوجي	70%	20%	10%	0	0
الاهتمام بالإبداع وتشجيع المبتكرين في مجال البحث والتطوير	30%	40%	30%	0	0
تثمينكم لسياسات واستراتيجية التصدير نحو الخارج	0	0	40%	50%	10%
اتفاقيات التجارة المبرمة مع الوطن العربي في مجال الادوية	60%	20%	0	20%	0
اتفاقيات التجارة المبرمة مع الاتحاد الاوروبي في مجال الادوية	0	20%	50%	30%	0

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

2– متغيرات الدراسة:

قمنا بتجميع المتغيرات التي تدل على البحث والتطوير (المتغير المستقل)في متغيرين مستقلين وهما اليد العاملة الفنية ونقصها في مجال الانتاج الصيدلاني ومتغير معايير الجودة الصحية للأدوية الجزائرية ومتغير تقليص فاتورة الاستيراد (المتغير التابع) وحصلنا عليه عن طريق حساب متوسط المتوسطات لهذه المتغيرات عن طريق البرنامج الإحصائي SPSS.-جدول Variables Entered/Removeda - وجدول Descriptive Statistics.

الجدول رقم (29): يبين الإحصاءات الوصفية

	N	الانحرافات المعيارية	المتوسطات
تقليص فاتورة الاستيراد لا تعتبر تضييق على التصنيع الوطني	10	1,054	3
الدواء الجزائري لا يتميز بالمعايير الصحية العالمية بل بمعايير الجودة فقط	10	1,197	3,1
نقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية	10	1,958	2,5

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول السابق الإحصاءات الوصفية لكل المتغيرات المدخلة في النموذج الانحدار التابعة والمستقلة. وقد شمل حجم المجتمع (10 مؤسسات صيدلانية) والمتوسطات الحسابية –حيث تتبع درجة مقياس ليكرت الخماسي–أي انها لا تتعدى العدد 5، والعمود الثاني يمثل الانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة[1].

2–1 صدق المحتوى (صدق الاتساق الداخلي):

يستخدم صدق المحتوى للتأكد من أن المتغيرات المستخدمة لها القدرة على تفسير خصائص البحث، وهل لها ارتباطات مع بعضها، ولقياس الصدق يتم استخدام مصفوفة الارتباط Correlation Matrix لقياس هل هناك ارتباطات إيجابية بين المتغيرات.

بعد التحقق من الصدق الظاهري يجب أيضا صدق الاتساق الداخلي وذلك من خلال الاعتماد على مقياس Pearson من اجل حساب درجة الارتباط لكل فقرة بالدرجة الكلية لجميع فقرات المحور وعناصره التي تنتمي اليه، وذلك بالنسبة للمحور الخاص بالمتغير المستقل والمحور الخاص بالمتغير التابع، ومن هنا نفرض انه يوجد ارتباط بين درجات فقرات كل المحور ككل عن الفرضتين:

فرضية العدم H0: لا يوجد ارتباط معناه r=0

فرضية العدم H1: يوجد ارتباط معناه r=0

ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

النتائج اختبار معاملات الارتباط بين فقرات

الجدول رقم (30): أهم درجات الارتباط

المتغير التابع	المتغيرات التي تمثل البحث والتطوير (المستقلة)	Pearson Correlation	Sig.
تقليص فاتورة الاستيراد لا تعتبر تضييق على التصنيع	نقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية	,808**	0,005

[11] يمكننا حساب قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس لكارت الخماسي عن طريق:
1- احتساب المدى (اكبر رقم في مقياس لكارت هو 5 ناقص اصغر رقم هو 1 فتصبح النتيجة تساوي 4).
2- نحسب طول الفئة (بتقسيم المدى على عدد الفئات –الخيارات- أي 5/4 = 0,80) بحيث تكون طول الفئة الأولى من 1 إلى 0,80 بمستوى (غير موافق إطلاقا) والفئة الثانية من 0,80 إلى 2,60 بمستوى (غير موافق) والفئة الثالثة من 2,61 إلى 3,40 بمستوى (محايد) والفئة الرابعة من 3,41 إلى 4,20 بمستوى (موافق) وفي الأخير الفئة الخامسة من 4,21 إلى 5.

0,006	,792**	المنافسة الاجنبية من شانها تطوير الصناعة المحلية	الوطني
0,002	,845**	وجود أكثر من 100 شركة انتاج صيدلاني في السوق هو عامل ايجابي	
0,000	,968**	الدواء الجزائري لا يتميز بالمعايير الصحية العالمية بل بمعايير الجودة فقط	
0,035	,667*	سياسات الانفتاح التجاري المنتهجة من الجزائر	
0,029	,686*	اتفاقيات التجارة المبرمة مع الوطن العربي في مجال الادوية	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

N=10

المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على نتائج SPSS

2-2 تحليل جدول الارتباط:

في الجدول التالي لخصنا أهم الارتباطات بين متغيرات الدراسة والتي تعكس مدى صدق الاستبيان من خلال قيم معاملات الارتباط بين أسئلة محاور الاستبيان (المتغير المستقل) مع الدرجة الكلية للمحور لا تساوي الصفر وبالتالي تقبل الفرضية البديلة H1 وترفض فرضية العدم H0. كما نلاحظ من خلال الجدول أن قوة الارتباط كانت قوية عند مستوى اقل من معنوية 1% باستثناء بعض المتغيرات التي كانت متوسطة الارتباط بمعنوية اقل من 5%.وتختلف قوة الترابط بين المتغيرات عن بعضها، إذ أن قيم الارتباط المحسوبة تبين أن أقوى علاقة بين المتغير التابع تقليص فاتورة الاستيراد لا تعتبر تضييق على التصنيع الوطني والمتغير المستقل المتعلق بمعايير وجودة الصحة للدواء الجزائري تساوي قيمة الترابط 0,968** وبقيمة معنوية 0,000 في علاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية. تؤكد على ضرورة أهمية البحث والتطوير في عملية تقليص فاتورة الاستيراد مقارنة مع زيادة الإنتاج ودوره في الحد وتقليص من فاتورة الاستيراد الدوائي.

حيث كانت العلاقة طردية وقوية هي كذلك ولكن بمعدل ارتباط منخفض (0,845**) قليلا نوعا ما عن سابقه (0,968**) وذو دلالة إحصائية بمعنوية 0,002.

كما نشير إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع الرئيسي ومحور الدراسة–تقليص فاتورة الاستيراد–والمتغير المتعلق بـ المنافسة الأجنبية من شانها تطوير الصناعة المحلية بالقيمة الترابطية القوية على الترتيب التالي 0,792** وبمعنوية قيمتها 0,006، وهو ما يفسر بدور الشراكات الكبرى سواء العمومية او الخاصة في نقل التكنولوجيا وتطوير عمليات البحث التطوير في المخابر المحلية وخاصة الدول الأوروبية.

كما نشير إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع الرئيسي ومحور الدراسة–تقليص فاتورة الاستيراد–والمتغير المتعلق بـ نقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية بالقيمة الترابطية القوية على الترتيب التالي 0,808** وبمعنوية قيمتها 0,005، وهو ما يفسر انعكاس اليد العاملة على أنشطة البحث والتطوير بالسلب او بالإيجاب على حسب مؤهلاتها التقنية والتكوينية على الابتكار والاختراع، فضلا عن الجودة وأساليب التصنيع الجيد.

اختبارالفرضيةالأولى:

توجدعلاقة تنبؤيةذاتدلالةإحصائيةبينعملية البحث والتطوير في الصناعة الصيدلانية كمتغير مستقل وتقليص فاتورة الاستيراد الدوائية الجزائرية كمتغير تابع.

2–3 طريقة التنبؤ: الانحدار

اختبارالفرضيةالفرعيةالأولى:

–لا توجدعلاقةذاتدلالةإحصائيةبينعملية البحث والتطوير وتقليص فاتورة الاستيراد الدوائي.

الفرضية الصفرية :لا توجد علاقة تنبؤية ذات دلالة إحصائية بين عملية البحث والتطوير وتقليص فاتورة الاستيراد الدوائي.

الفرضية البديلة: توجد علاقة تنبؤية ذات دلالة إحصائية بين عملية البحث والتطوير وتقليص فاتورة الاستيراد الدوائي.

2–4 الانحدار الخطي المتعدد

الفرضية الصفرية H0: نموذج الانحدار غير معنوي أي ان المتغيرات المستقلة لا تؤثر على المتغير التابع (تقليص فاتورة الاستيراد)..

الفرضية البديلة H1: نموذج الانحدار معنوي أي ان المتغيرات المستقلة تؤثر على المتغير التابع (تقليص فاتورة الاستيراد)..

3– قراءة في نتائج الاختبار

احصائيا:

الجدول رقم (31): يمثل اختبار التباين (معنوية الانحدار)

ANOVA

Model		مجموع المربعات	df	مربعات	F	Sig.
1	Regression	9,38	2	4,69	52,99	,000[b]
	Residual	0,62	7	0,089		
	Total	10	9			

a. Dependent Variable: تقليص فاتورة الاستيراد لا تعتبر تضييق على التصنيع الوطني

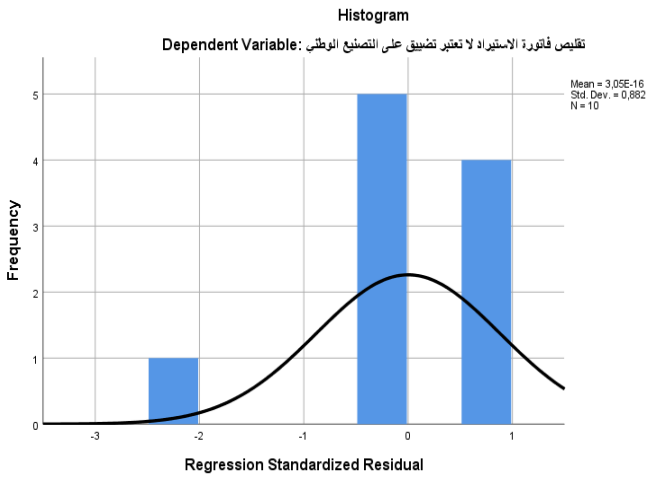
b. Predictors: (Constant), نقص اليد العاملة الفنية و المؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية, الدواء الجزائري لا يتميز بالمعايير الصحية العالمية بل بمعايير الجودة فقط

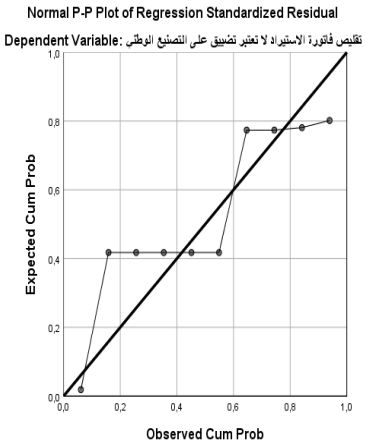
المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على نتائج SPSS

نلاحظ من جدول اختبار التباين ان هناك معنوية ذات دلالة إحصائية (0،000) وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H0 ونقبل الفرضية البديلة H1، أي ان الانحدار معنوي وتوجد علاقة بين المتغيرات المستقلة (الجودة الصيدلانية واليد العاملة الفنية) والمتغير التابع (تقليص فاتورة الاستيراد).

بيانيا:

الشكلين رقم (59): يبين التوزيع والانحدار المعياري للقيم المتبقية

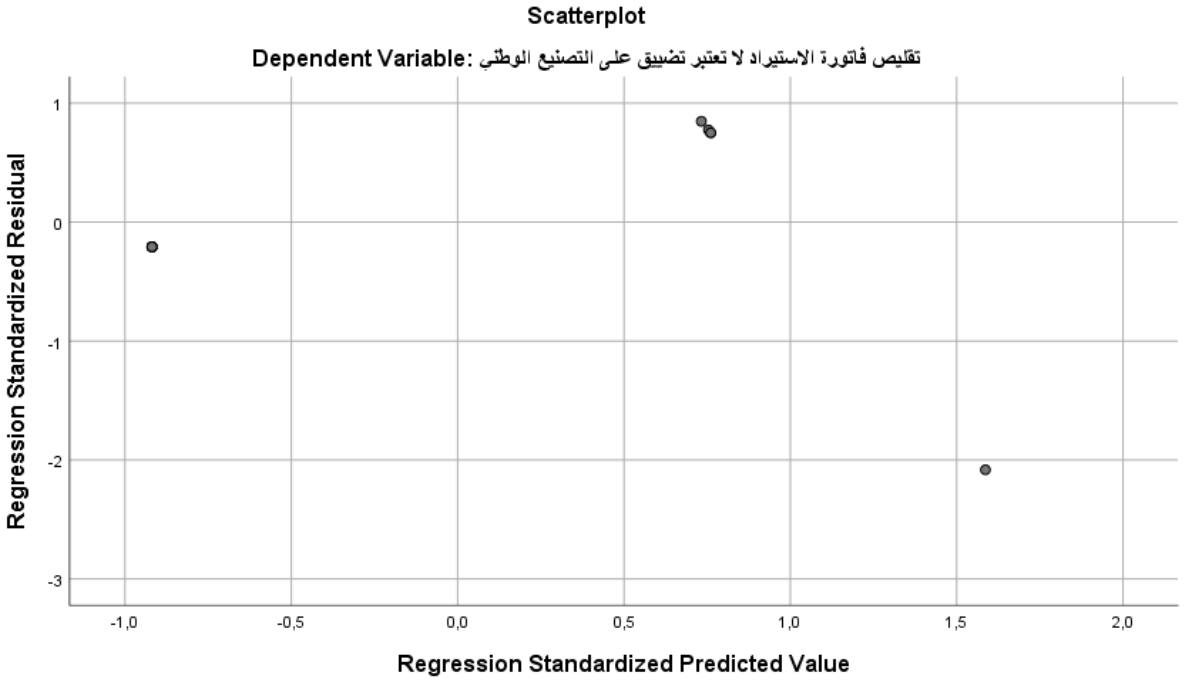




المصدر: من اعدادنا بالاعتماد على نتائج SPSS

نلاحظ ان البيانات متجمعة حول الخط البياني–المستقيم بزاوية $45°$–وقريبة جدا منه، وهو ما يدل على العلاقة الخطية وان البواقي تتوزع حسب التوزيع الطبيعي الذي يعتبر شرط محقق في صحة نموذج الانحدار، اما فيما يخص انتشار قيم البواقي والقيم المتوقعة فهي تتوافق من شرط الخطية–لأنها لا تؤخذ شكل معين–المطلوب في نموذج الانحدار كما يوضحها الشكل الاتي:

الشكل رقم (60): يبين القيمة المتوقعة الموحدة للانحدار



التحليل الاحصائي:

يمكن عرض وتجميع نتائج هذا التحليل احصائيا وبيانيا كما يلي:

الجدول رقم (32): مختصر لجميع النتائج المحصل عليها في صياغة النموذج

المتغير التابع	المتغيرات المفسرة	R	R2	F	Sig .F	Beta	T	Sig .T	VIF
تقليص فاتورة الاستيراد	الجودة الدوائية	0,969	0,938	52,98	0,000	0,843	5,683	0,001	3,206
	اليد العاملة					0,007	0,079	0,005	3,206

المصدر: من اعدادنا

من اجل معرفة العلاقة بين استيراد الأدوية والبحث والتطوير الدوائي، تم استخدام نموذج الانحدار الخطي المتعدد (الجدول) والذي اعتبرت فيه متغيرات البحث والتطوير، اليد العاملة الفنية والجودة الدوائية كمتغيرات تفسيرية ومتغير فاتورة الاستيراد وتقليصها كمتغير تابع. وقد أظهرت النتائج الدراسة أن نموذج الانحدار معنوي وذلك من خلال قيمة F البالغة (53) بدلالة (0,000) أصغر من مستوى المعنوية (0,001)، وتفسر النتائج ان المتغيرات المفسرة تشرح أو تفسر 93,8% من التباين الحاصل في تقليص فاتورة الاستيراد وذلك بالنظر إلى معامل التحديد R2، كما جاءت قيمة Beta التي توضح العلاقة بين تقليص الاستيراد الدوائي والجودة الصيدلانية–بما فيها الدوائية بطبيعة الحال– بقيمة

(0،84) ذات دلالة إحصائية حيث يمكن استنتاج ذلك من قيمة (T) والدلالة المرتبطة بها. معامل الارتباط R= 0.97 وهو يقترب من الواحد أي أن العلاقة قوية بين فاتورة الاستيراد وتقليصها والمتغيرات المفسرة له أنشطة البحث والتطوير،كما نلاحظ أن R2=: 0.93 مما يعني أن القدرة التفسيرية للنموذج قوية، حيث أن93% من التغيرات الحاصلة في فاتورة الاستيراد الدوائية في الجزائر هو راجع إلى عملية البحث والتطوير وأما 5% المتبقية تعود الى عوامل أخرى غير مدرجة في النموذج. كما يعني ذلك انه كلما تحسنت الجودة الدوائية (اهتممنا بالبحث والتطوير) بمقدار وحدة تحسن مستوى تقلص فاتورة الاستيراد بمقدار (0،84) وحدة. وكذلك جاءت قيمة Beta لمتغير نقص اليد العاملة الفنية بقيمة (0,007) دال إحصائيا. فكلما تحسنت اليد العاملة الفنية في مجال الإنتاج الصيدلاني بمقدار وحدة تحسن مستوى تقليص فاتورة الاستيراد بمقدار (0,007) وحدة. كما يوضح الجدول نتائج اختبار التعددية الخطية حيث كشفت النتيجة ان عامل تضخم التباين للنموذج كان (VIF=3,206) أصغر من (5) مما يشير الى عدم وجود مشكلة تعددية بين متغيرات النموذج، كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

تقليص فاتورة الاستيراد= 0,369+ 0,843* الجودة الدوائية+ 0,007* اليد العاملة الفنية

4– التفسير الاقتصادي:

تقوم الصناعة الصيدلانية على الربط بين نظم البحث والتطوير والابتكار والاختراع في آن واحد، في إستراتيجية متكاملة تتبع مجموعة من القدرات والإمكانات التكنولوجية بأساليب تنظيمية تقنية وفق التقدم والتطور الحديث. وموارد بشرية ومادية ابتداءا بمركز ومخابر البحث والتطوير وفق برامج مسطرة من نخبة مختصة في مجال الصناعة الصيدلانية أو بشراكات أجنبية فضلا عن الدعم المالي الذي يعتبر الأهم في هاته الإستراتيجية البحثية سواء بصيغة العمومية أو الخاصة وفي الأخير القوى او اليد الفنية المؤهلة والمختصة بالتكوين والتدريب والتعليم وغيرها من البرامج استثمار في رأس المال البشري.

4–1 معوقات ومشاكل البحث والتطوير الصيدلاني العالمي:

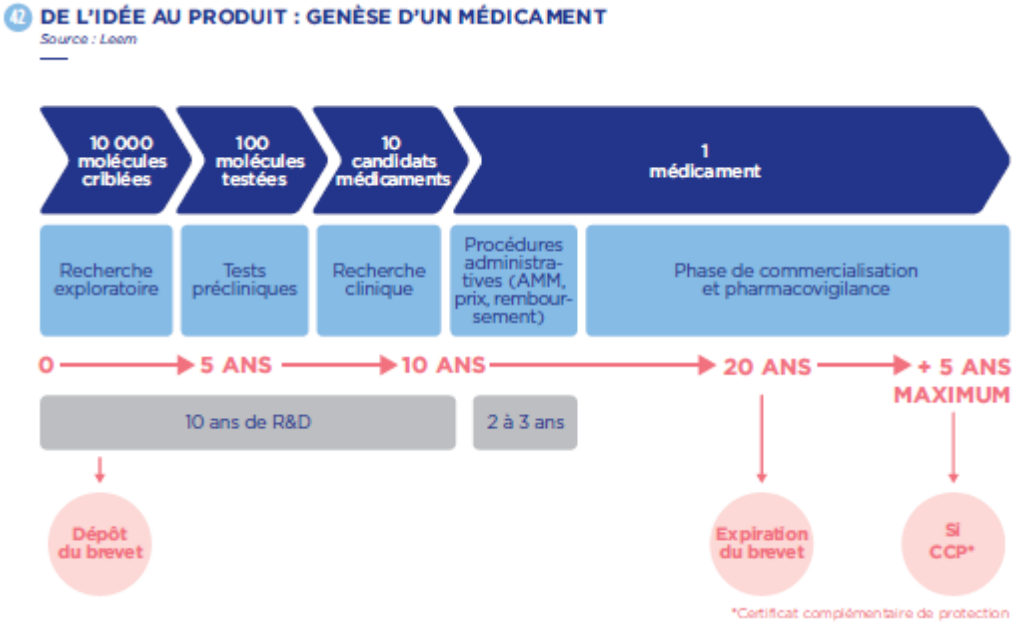
في الواقع تعتبر عملية البحث والتطوير الصيدلاني والدوائي من اعقد وأصعب البحوث في المجال العلمي التطبيقي، التي تنفر الباحثين من الولوج إلى ابتكار دواء أو مركب كيميائي من شانه إسعاد ملايين المرضى او إدخال

الأمل في قلوبهم. إن هذا العزوف عن البحث والتطوير في الصحة، هو مشكل عالمي وليس فقط محلي او قاري، فالعديد من الشركات الصيدلانية العالمية والعابرة للقارات أصبحت تشكوا نفس الأمر وهذا نظرا لعدة اعتبارات أهمها:(Leem, 2019, p. 46)

- طول فترة البحث والتطوير الخاصة بابتكار دواء جديد قد تصل الى 12 سنة او أكثر.
- التكلفة العالية وارتفاع نفقات البحث والتطوير، فقد قدرت دراسة أجرتها Leem 2012 ان اكتشاف دواء جديد قد يكلف ما بين 900 مليون دولار الى 1,5مليار دولار (مع الأخذ بعين الاعتبار راس المال).
- زيادة معدل الفشل في المجالات الجديدة تجعل اليوم موضوع البحث يعزف عنه الكثير من رجال الأعمال والمال عن الاستثمار فيه مثل الأمراض المزمنة التي لم يجد لها دواء لحد الآن.
- تعقيد عملية البحث واختراع دواء جديد حيث من 10000 جزيء يتم فحصها إلى 1 جزيء واحد في الأخير، وتسجيل براءة الاختراع واحدة، وهو ما اعتبر عمل شاق جدا للباحثين خاصة مع انتشار الأدوية المقلدة والجنيسة غير مطابقة التي تعصف بهذا الجهد الجبار لو لا حقوق حماية الملكية الفكرية التي تضمن حقوقهم وتشجعهم.
- ارتفاع الأسعار تكاليف التطوير ساهم في ارتفاع تكاليف البحث والتطوير خاصة السنوات الاخيرة بنمو قدر ب 10٪ في السنة، أي أكثر من 3/2 تكاليف بحث وتطوير.
- ارتفاع تكلفة الدراسات السريرية المرتبطة بتعقيد البروتوكولات: فمثلا تم ارتفاع البروتوكولات الخاصة بالفحوصات البيولوجية، الإشعاعية وغيرها بـ 57٪ خلال الفترة 2008-2013.
- تمديد مدة الدراسة بـ 25٪ في المتوسط، خاصة في علم الأورام ولعلاج أمراض الجهاز العصبي.

يجب أولا عرض مراحل تطوير دواء وهذا لمعرفة أكثر، ولماذا أصبح البحث والتطوير أمرا مقلقا بالنظر الى عزوف المستثمرين والدول عن الخوض فيه؟

الشكل رقم (62): يبين مراحل البحث والتطوير لصنع دواء



المصدر: منقول من Leem 2019

يمثل الشكل السابق مراحل البحث والتطوير لاكتشاف الدواء، والتي تعتبر من اعقد البحوث العلمية الميدانية مقارنة بالمجالات الاخرى، وفيما يلي شرح مفصل لاهم هذه الخطوات والمراحل البحثية:

4-2 مراحل تطوير وصنع دواء:

عموما يتم التفريق بين البحث والتطوير كنهجين لاكتشاف الدواء، فيشمل البحث كل ما يؤدي إلى اختيار مادة او يحتمل أن تكون دواء. وهي مقسمة إلى مرحلتين. كاستخراج مادة من منتجات طبيعية (نباتي أو حيواني أو معدني) وخلق التوليفة الكيميائية للجزيئات الجديدة. اما التطوير فهو دراسة تأثير المنتج او المركب على الجسم وتقييم مدى فعاليته في توقع مصير الدواء، واكتشاف آثاره السامة من أجل تقييم المخاطر المحتملة على البشر. وبالاستناد على «FDA»[1] و Leem تم وضع مراحل صنع الدواء بصفة مفصلة فيما يلي:

- **المرحلة الأولى: الاكتشاف والتطوير**(Leem, 2016)[2]

[1] «FDA» إدارة الغذاء والدواء الامريكية احدى أضخم المؤسسات الرائدة عالميًا في مجال صناعة الأدوية والأغذية. وهي المسؤولة عن حماية الصحة العامة من خلال ضمان سلامة وفعالية وأمن الأدوية البشرية والبيطرية والمنتجات البيولوجية والأجهزة الطبية، ومن خلال ضمان سلامة الإمدادات الغذائية ومستحضرات التجميل والمنتجات التي تنبعث منها الإشعاعات في بلادنا.

[2] Les 23 et 24 janvier 2016 à la Cité des Sciences et de l'Industrie, Le Leem a présenté une animation qui explique le parcours d'un médicament depuis sa naissance sur la

– الاكتشاف:

- يعمل الباحثين الكيميائيين الصيادلة على استهداف وصنع مركبات جديدة–مثل البروتينات–يتوقع ان تكون لها تأثيرات ايجابية في علاج أو تشخيص مرض معين.
- تخص الباحثين في الكيمياء الحيوية حيث يقومون بفحص واختبار المركبات الجزيئية السابقة لتحديد التأثيرات السلبية والجانبية خلال فترة العلاج
- التحضير لمنتج مضاد للمرض بمشاركة الأطباء والمتخصصين في الفسيولوجيا المرضية وهذا بعد تحديد طبيعة وأسباب المرض.
- جمع كل البيانات المتعلقة بتأثيرات غير متوقعة للدواء بفضل اليقظة الدوائية التي تضمن تجنب أسوء التوقعات.
- استعمال أخر التكنولوجيا المتطورة وأحدث الابتكارات الطبية في التحكم في الجينات والكروموزوم والخلايا الحية.

حتى هذه الخطوة فإننا نتكلم عن ألاف التجارب والاختبارات الضخمة، لإنتاج في الأخير مركب غير نهائي ونقي 100 بالمائة.

– التطوير:

بعد الحصول على المركب، يتم اجراء جملة من التجارب لمعرفة البيانات والمعلومات الكافية على المركب المستكشف، كالية عملة في الجسم؟ وماهي انعكاساته مع خصائص تفاعله مع الجسم؟ وطريقة تقديمه (اقراص–سائل ...) وتحديد الجرعات اللازمة والانسب لصحة المريض، وتفاعلاته مع الادوية الاخرى ومركباتها الجزيئية سواء المشابه له ام لا... وغيرها من الافتراضات والتساؤلات التي تنتج في نهاية المطاف دواء سليم وفعال وعلاجي للمرض المحدد سابقا دون أي اضرار خفيفة كانت او خطيرة.

المرحلة الثانية: الأبحاث غير الإكلينيكية

paillasse d'un laboratoire jusqu'au traitement des patients. #innovationsanté

تبقى مشكلة الاثار الجانبية للمركب المستحدث لا تزال قائمة في هاته المرحلة[1]، حيث تعتبر هذه المرحلة حساسة جدا للباحثين في تجريب الدواء اولا على الحيوان–حيوانات تجارب–قبل الانسان.

المرحلة الثالثة: الأبحاث الإكلينيكية

في الواقع هذه من أخطر المراحل والخطوات في عملية البحث والتطوير، أي الانتقال الى تجريبه على الانسان، وهي مرحلة شديدة الاهمية من حيث تعلقها مباشرة بحياة البشر. وتنقسم الى الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: وتخص امن وسلامة المركب المكتشف لحد الان، فيعمل الباحثون على تحديد التركيز–الجرعة–اللازم لتقديم المركب خلال فترة زمنية طويلة نوعا ما–من 3 أشهر الى 12 شهر–للمرضى بصفة تدريجية وحذرة مع تحرير البيانات والتقارير الانية واللحظة لأي أثر جانبي او احتمال ظهور اعراض يمكن ان تلحق ضررا بصحة المتعاطي، لأنه بالإضافة الى المرضى فانه يمكن ان يكون هناك اشخاص متطوعين لإجراء التجارب في صحة جيدة على شكل مجموعات قد تصل الى 100 شخص.

الخطوة الثانية: ينتقل الاجراء ليمس المرضى المستهدفين من هذا الدواء في شكل مجموعات ومعاينتهم باختلاف الاعراض المتنوعة من شخص لأخر، في فترة زمنية قد تصل الى عامين على الاقل، بغية الدخول في المرحلة والخطوة القادة من التجارب الاكلينيكية.

الخطوة الثالثة: وتستمر الى 4 او 5 سنوات من الابحاث والتجارب، كلها ابحاث في إطار الفعالية والنجاعة، ومدى علاجه للمرض محل الدراسة، وكذلك متابعة الاعراض السلبية والجانبية. بتجريبه على أكبر عدد ممكن من المرضى (300–3000)، وهو الامر الذي يسمح باكتشاف ادق الأعراض الجانبية النادرة الحدوث أو التي تتطور عبر الزمن.

الخطوة الرابعة: مع استمرار التجارب على مختلف المرضى للتأكد من الفعالية والسلامة معا، يقوم المطورون الباحثون بتكوين وتقديم ملف المركب الذي أصبح دواء نهائي قابل للتسجيل الى ادارة الغذاء والدواء الامريكية لغرض دراسة الملف ومراجعته لاتخاذ قرار القبول او الرفض بغية منح الترخيص للتسويق.

[1] يعتبر مشكل الاثار والاعراض الجانبية والسلبية مشكل مؤرق في مراحل تطوير واكتشاف دواء معين، لان هناك بعض الاثار الجانبية لا تظهر الا بعد سنوات وسنوات من تعاطي دواء ما، كما ان البيئة الجغرافية والمناخية تؤثر على الفيزيولوجية البشرية وبالتالي إمكانية الحصول على نتائج مختلفة، والتفاعلات الدوائية تختلف باختلاف الأعراق والأجهزة المناعية لكل فرد حسب بيئته وطعامه وحياته.

في الواقع بالرغم من كل المراحل المذكورة المستعصية والشاقة والمعقدة، الا انه يبقى الدواء المطروح في السوق متابع كذلك من طرف السلطات الوصية، بفضل الآراء التي يبديها المرضى، والتقارير التي يعدها الاطباء، الصيادلة والمختصين في الميدان، والتي من شانها وبموجبها يتم طلب اجراء تعديلات من الجهة المصنعة، او حتى يتم ايقاف الدواء تماما وسحبه من السوق.

4-3 مميزات الجودة الدوائية

4-3-1 ممارسات التصنيع الجيدة GMP:

ممارسة التصنيع الجيد هي مجموعة من التنظيمات والقوانين والإرشادات المستخدمة في تصنيع المواد والمنتجات الدوائية والمعدات الطبية ومنتجات ومنتجات تشخيصية (في داخل كائنات حية أو في أواني مختبرية) وكذلك في أنتاج الغذاء. أي الحصول على منتج ذو جودة معينة مع عدم تعرض العاملين عليه لأي خطر من أي نوع وحماية الجمهور من الأمراض ومن الغش والتحايل في المنتجات(ANSM, 2019, p. 12).

وتختلف إرشادات ممارسة التصنيع الجيد (GMP) في مجال الصناعات الغذائية بين البلاد فهناك ممارسة (GMP) خاصة بالولايات المتحدة وأخرى خاصة بالاتحاد الأوربي وأخرى بكندا وغيرها كما أن لمنظمة الصحة العالمية (WHO)ممارسة خاصة بها وبعض البلاد يتبع إرشادات ممارسة التصنيع الجيد الخاصة بدول صناعية كبرى أو منظمات دولية.ولهذا ففي معظم بلاد العالم توجد تشريعات تحتم إتباع إرشادات ممارسة التصنيع الجيد (GMP) في مجال الصناعات الدوائية ومجال صناعة الأجهزة والأدوات الطبية، التي تم إقرارها كقانون خاص بتلك البلاد. كما ان هناك انظمة معينة خاصة بدمج عامل الجودة والصحة والسلامة معا في نظام واحد (نظام EHS). وهذا قصد دخول اسواق التوريد الخاصة بالاتحاد الاوروبي في عملية منظمة بسلسلة حماية متجنبة للمخاطر والمشاكل الصحية والبيئية، وهنا يكمن دور الشراكة خاصة مع كبرى الشركات العالمية الصيدلانية والتي عن طريق المراقبة والتفتيش تقوم بمنح الموافقة وشهادات للشريك الصناعي الموافقة على رخص التصنيع الجيد. (سبيماكو، 2018، صفحة 26)

ان الأدوية السيئة الصنع قد تحتوي على مواد سامة أضيفت إليها عن غير قصد. وبالتالي قد تكون مميتة لاحتوائها على مكونات غير موجه للهدف العلاجي المقصود، كتلوثها مثلا مما او إضافة العلامة الخطأ على العلبة غالباً ما يؤدي ذلك الى اخطاء جسيمة وهنا يحضرني موقف دواء Rumaphed والخطا المرتكب من مجمع صيدال والذي

كاد ان يعصف بحياة الناس وبالمجمع وصمعته لولا تدراك الامر. فكمية غير كافية من المادة الفعالة active ingredient أو كمية زائدة منها، ينجم عن ذلك علاج غير فعال ونتائج سلبية. وفيما يلي اهم عمليات ممارسة التصنيع الجيد (GMP): (الجغبير، 2019، صفحة 55)

1- توكيد الجودة quality assurance

2- مكان العمل premises

3- المعدات equipment

4- الموارد البشرية personnel

5- التوثيق documentation

6- الإنتاج production

7- المواد الأولية raw materials

8- ضبط الجودة quality control

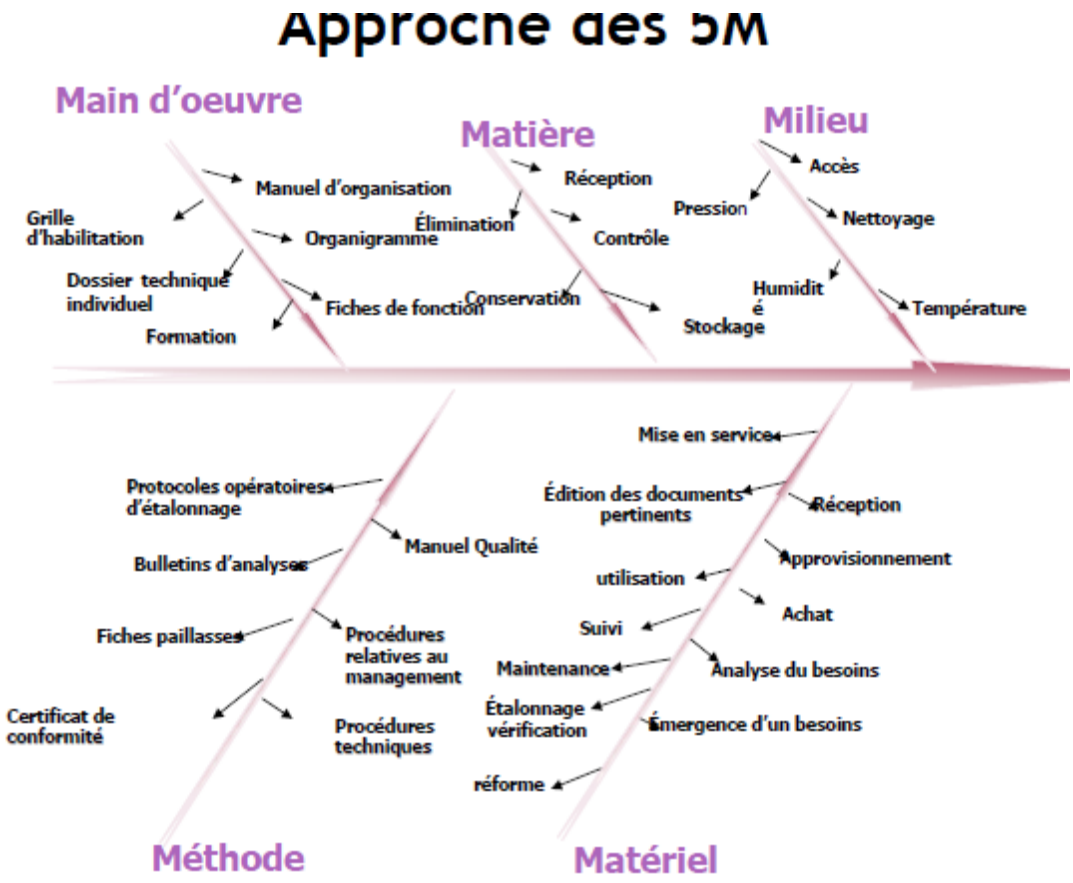
9- الشكاوى والمرتجعاتcomplaints & recalls

10- التحقق والفحص الذاتي validation & self inspection

11- ضبط عمليات التعبئة ووضع بطاقة البيانPackaging and labeling controls

12- التخزين والتسويقHolding and marketing

الشكل رقم (63): يبين مراحل البحث والتطوير لصنع دواء



المصدر: منقول من(Lncpp, 2010, p. 11)

خلاصة الفصل الرابع

وعلى ذكر ما سبق، وما تكنه صعوبة اكتشاف منتج دوائي جديد، فالجزائر وبالإضافة إلى التعقيدات البحثية في حد ذاتها. تعاني كذلك عراقيل ومشاكل تؤثر بالسلب على انطلاق أي نشاط أو عمل بحثي علمي، يصبوا إلى تشجيع الاكتشافات والابتكارات، التي من شانها تقليص فاتورة الاستيراد والقضاء على التبعية الصيدلانية، كنقص اليد العاملة الفنية–التي سبق وأشرنا لها كمتغير مستقل في نموذجنا–والتي أفاد تقرير الصحة العالمية لعام 2006 (حول الموارد البشرية في القطاع الصيدلاني) –العمل معاً من أجل الصحة–، يقدر أن 57 بلداً على الصعيد العالمي يعاني من أزمة في الموارد البشرية في المجال الصحي، برغم تجاهل القوى العاملة الصيدلانية الملائمة في أغلب الأحيان. إن التطوير والإنتاج والتوزيع والاستخدام الملائم للأدوية، وكذلك الوظائف الداعمة للتنظيم والبحوث العملية والتدريب جميعها يحتاج إلى إشراك المهنيين الصيدلانيين المؤهلين. ويعد التنفيذ الناجح لهذه الأنشطة أمراً ضرورياً لنظام صحي قوي. لذا، فإن النقص الشديد في الموظفين الصيدلانيين له آثار عميقة على صحة السكان(WHO, 2006). كما يمكننا عرض مختلف الصعوبات العراقيل التي تثبط عملية البحث والتطوير في الجزائر، والتي تعتبر قليلة جدا–إن لم نقل شبه منعدمة– وهذا من خلال عرضنا للاستبيان وطرحنا للتساؤلات المباشرة وغير مباشرة على الأخصائيين، وقد توصلنا فيما يلي:

- قليل جدا هي الشركات الدوائية الجزائرية التي تخصص حصة من نسبة المبيعات في تمويل عملية البحث والتطوير على غرار مجمع صيدال، بيوفارم. فهي تركز على الإنتاج كأعلى نسبة تليها عملية التسويق وأنشطة أخرى بحصص ضئيلة جدا.
- غياب التمويلات المالية والإعانات الخاصة والعمومية للاستثمار في أنشطة البحث العلمي وتطوير الأدوية.
- قلة الكوادر الفنية واليد العاملة المؤهلة من باحثين واختصاصيين في مجال الكيمياء والصيدلة.
- زيادة أسعار المواد الأولية في الأسواق العالمية واحتكار الكثير منها من طرف كبرى الشركات العابرة للقارات.
- مشكل انخفاض الأسعار الذي لا يحفز على الاستثمار وبالتالي تنشيط عمليات البحث والتطوير
- غياب إستراتيجية بحث وتطوير واضحة المعالم ومحفزة للشركات المحلية على تشجيع الإبداع والابتكار.

- عدم التمكن من التقنيات الحديثة كالبيوتكنولوجيا، واقتصار الابحاث على المجال التقليدي للكيمياء الصيدلانية كعمليات الدمج الصناعي للمواد الخام في صورها المختلفة (اقراص، كبسولات، مراهم...) وفقا لطرق بديهية لا تمت بما الت اليه الصناعات الصيدلانية الحديثة.
- اقتصار معظم الشركات المحلية على الانتاج السهل وغير مكلف، كالادوية الجنيسة من مضادات حيوية ومسكنات الالام ومضادات الالتهابات وفق طرق انتهت براءات اختراعها وهو امر لا يحفز على تشجيع البحث العلمي.
- عدم وجود وحدات بحث وتطوير خاصة فقط باكتشاف أسرار ووصفات المواد الخام وجزيئات المركبات الأم التي تشكل أساس الصناعة الدوائية.
- انعدام تام للشركات الناشئة Start up التي لا يستغنى عنها في البلدان المتطورة، لما تلعبه من دور هام أنشطة البحث والتطوير كداعم تكميلي للشركات الكبرى.

في الحقيقة ما نستخلصه من كل ما سبق، هو أن عملية البحث والتطوير صعبة جدا خاصة بالنسبة لدولة نامية كالجزائر، **لكنه ليس بالأمر المستحيل**، إذا ما كانت هناك إرادة حقيقية فردية او حكومية، إنسانية أكثر منها اقتصادية بثت ولا تزال تبث السعادة والأمل والابتسامة في أوجه المرضى من خلال الاكتشافات التي عرفنها كالبنيسيلين واللقاحات التي كانت تودي بحياة الملايين من المرضى حول العالم، ولا تزال البحوث مستمرة دون ملل ولا كلل في محاولة إيجاد أدوية لأمراض العصر على غرار السرطانات أمراض الدم، التهاب الكبدي C، الإيدز وغيرها من الأمراض الخطيرة التي سوف يقضي عليها الانسان عاجلا ام اجلا بالعلم والعلم فقط ولما لا تكون للجزائر مساهمة في هذا الانجاز التاريخي مستقبلا.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة:

يخضع الاستيراد الدوائي إلى الكثير من العوامل-كما ذكرنا سابقا-، حيث تنوعت أسبابه بين ما يوجه إلى الاستهلاك الصيدلاني، وبين ما يوجه للإنتاج المحلي، كما يجب إن نشير إلى انه حتى البلدان المتقدمة لا تنتج جميع المواد الصيدلانية ومنتجاتها من الأدوية محليًا، وهذا بسبب احتكار القلة من طرف كبرى الشركات العالمية الصيدلانية، كما أن الإنتاج يتطلب تكنولوجيا متطورة جدا ومخابر للبحث والتطوير.

نتائج الدراسة في الجانب النظري:

لقد أسفرت الدراسة في جانبها النظري عن الاستنتاجات التالية:

في الواقع لعبت التجارة الخارجية دورا كبيرا كمحرك للنمو خاصة في الدول الصناعية التي باشرت تنمية اقتصاداتها في القرن 19 مثل أوروبا، وهو ما عمل عليه الاقتصاديون مثل ادم سميث ودفيد ريكاردو وأخذت جل اهتماماتهم، بفكرة أن التجارة محرك للنمو الاقتصادي، وان الولوج في التجارة الدولية بإمكانه أن يخلق أحيانا نوعا من الثورة الصناعية في الدولة التي كانت محدوديتها في استغلال مواردها من قبل. (بوخشيم، 2003، صفحة 35) هذا من جانب النظرة التقليدية للتجارة الحرة.

أما من ناحية تكافئ الفرص والتفاوت الدولي، فقد ساهمت التجارة الدولية في عدم تساوي الدخول وتكريس التباين بين الدول المتقدمة والمتخلفة، خاصة عندما لعبت الشركات المتعددة الجنسيات وبتواطؤ الحكومات والمنظمات الدولية في التلاعب بالأسعار واحتكار أنماط الطلب الذي أدى إلى إخلال موازين التنمية الاقتصادية. (رنان ، 2011، صفحة 4) فما انفكت النظرية الاقتصادية أن تثبت أن مكاسب التجارة مبنية على تمايز النسبية، فكل بلد ينتج أفضل ما لديه ويقوم بتصدير السلعة أو الخدمة التي له فيها ميزة نسبية، واستيراد ما له فيه قليل من التميز، لكن بعد الحرب العالمية الثانية وظهور المنظمات العالمية (OMC،FMI) والعولمة وتداعياتها من تحرير التجارة، الثورة الصناعية الثالثة والرابعة، تقدم وسائل النقل والمواصلات والثورة التكنولوجيا الحديثة أثر في حركة التجارة الدولية .

مباشرة بعد الحرب العالمية الثانية، تطور الاقتصاد العالمي بوتيرة نمو كبيرة جدا، تمثلت في مرونة التجارة الدولية بالنسبة للإنتاج العالمي، والتطور الاقتصادي العام، بفضل التصنيع والتطور التكنولوجي، أدى إلى انفجار التجارة الخارجية المزدوجة خاصة بين الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية. فبفضل التصنيع تمكنت دول الشمال من

تحقيق فائض في الثروة، هذا الارتفاع في الثروة سمي بالتنمية الاقتصادية، أدى إلى جلب الكثير من المهاجرين والمستثمرين مما ساهم من التسريع في اندماج الأسواق على المستوى العالمي.

إذا أردنا تحقيق التنمية في المستقبل القريب خاصة من ناحية زيادة الدخل واستيعاب ارتفاع حجم السكان المتزايد علينا بالتصنيع وإتباع التنمية الصناعية كمنهج منقذ، فالقطاع الصناعي يخلق وفورات الخارجية تدفع عجلة التقدم التي تعود بالتطور على القطاعات الأخرى. وهو ما اعتمدته الدول المتقدمة في تطورها ونهوضها للقضاء على التخلف الاقتصادي ونحمل فيما يلي الحجج المؤيدة لسياسة التصنيع فيما يلي: (عجمية، ناصف، و نجا، 2008، صفحة 166)

1- الاستفادة من تجارب الدول المتقدمة باعتبارها اعتمدت على التنمية الصناعية لتقدمها وتطورها.

2- يعتبر قطاع الصناعة نشاط إنتاجي ديناميكي مقارنة بالقطاعات الأخرى كالزراعة مثلا.

3- إن تنويع الإنتاج يؤدي إلى تنويع الصادرات وبالتالي التخلص من مخاطر التخصص في إنتاج وتصدير نوع واحد أو عدد قليل من السلع الأولية وما يصاحبه من تقلبات في حصيلة النقد الأجنبي، ويعمل على إيقاف اتجاه التحول في شروط التجارة ضد صالحها.

4- وأخيرا، إن التنمية الصناعية تعمل على تثقيف وتدريب وتأهيل اليد العاملة بالمقارنة مع النشاط الإنتاجي في القطاعات الاقتصادية التقليدية.

نتائج الدراسة في الجانب التطبيقي:

1- الجزء الخاص بالدراسة التحليلية:

يخضع ارتفاع واردات الأدوية في الجزائر بالإضافة إلى العوامل الصحية، إلى عدة عوامل غير طبية بالدرجة الأولى على غرار الظروف المعيشية، العمل، البيئة المادية وغيرها. ولقد قادنا تحليل البيانات والإحصائيات الصادرة من مختلف المصادر الموثوقة الدولية والمحلية للجزائر خلال الفترة 1990 إلى غاية 2019. إلى النتائج التالية:

- **العوامل الديموغرافية:**

– إن محددات العناصر الديموغرافية خلال فترة الدراسة رفعت من فاتورة استيراد الدواء بشكل عام في الجزائر. فقد أدى النمو السكاني الذي تضاعف من 25 مليون نسمة سنة 1990 إلى 43 مليون سنة 2020 (بنسبة 3% كل ثلاث سنوات) إلى ارتفاع الطلب على استهلاك الأدوية. خاصة فيما يتعلق بالتكفل الصحي للسكان من خلال تعميم الصحة المجانية وتقديم الخدمات الطبية كالتطعيم، الذي أدى بدوره إلى انخفاض معدل الوفيات وارتفاع معدل الولادات.

– تطلب ارتفاع معدل الشيخوخة رعاية خاصة وجيدة بالمسنين، وبالتالي المزيد من استهلاك الأدوية الناجمة عن تعرض هذه الفئة إلى الكثير من الأمراض المستعصية والمصاحبة للتقدم في السن.

– إن التوزيع السكاني غير المنتظم حيث 65% من السكان يتمركزون في 4% من التراب الوطني، وهذا بسبب انتشار ظاهرة التمدن والتحضر، الأمر الذي أثر على الظروف الصحية وتفاقم أمراض الجهاز التنفسي وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان بسبب الجزيئات المنبعثة من السيارات ومناطق الأنشطة الصناعية.

- **العوامل الاجتماعية الاقتصادية:**

– يشير مؤشر التنمية البشرية إلى تحسن نوعية الحياة لسكان البلد والذي ارتفع مقارنة مع سنوات التسعينات، مما أدى إلى تحسن نوعي في القدرة الشرائية بصفة عامة وزيادة الطلب على استهلاك الأدوية بصفة خاصة. فضلا عن تراجع مستويات الفقر والأمية معا.

- **العوامل الاقتصادية:**

– ان اعتماد الجزائر على قطاع المحروقات في صادراتها بعملة الدولار الأمريكي وتحصيل وارداتها بعملة الأورو، –التصدير يكون بعملة منخفضة والاستيراد بعملة مرتفعة–وضع الجزائر أمام مشكل فارق قيمة العملات، الأمر الذي انعكس على ارتفاع فاتورة الاستيراد بصفة عامة بما فيها استيراد الأدوية.

– تفشي ظاهرتي البطالة والتضخم في الجزائر، ساهم في عرقلة النمو الاقتصادي وأثر بشكل كبير على تضبيط الإنفاق الاستهلاكي بسبب الإصلاحات الهيكلية والتقييد بالشروط المفروضة من طرف صندوق النقد الدولي، حيث تم رفع الدعم عن المنتجات الممولة من طرف الدولة، مما تنتج عنه تدهور القدرة الشرائية وارتفاع الأسعار.

- **العوامل الصحية:**

– لقد بذلت الجزائرجهودا معتبر–خاصة في العقدين الماضيين–في تغطية خدمات الرعاية الصحية وتحسينها، حيث بلغ الإنفاق المحلي العام للحكومة الجزائرية على الصحة 9 بالمائة على أساس سنوي. ومثلت ميزانية وزارة الصحة سنة 2018 ما نسبته 8,5 بالمائة من اجمالي الإنفاق الحكومي أي 7 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي. الأمر الذي ساهم في ارتفاع الفاتورة الاجمالية لامتلاك الأدوية –حوالي نصفها مستورد–إلى 3,8 مليار دولار سنة 2018 بارتفاع يزيد على 6بالمئة مقارنة بسنة 2017. بالإضافة إلى زيادة تشييد المنشآت والمرافق الصحية (كالمستشفيات، العيادات، المراكز الطبية...) وكذا مهني الصحة كالأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان لاحتواء النمو السكاني المتزايد، الى ارتفاع الطلب على الأدوية.

– انتشار الأمراض المعدية وهذا بسبب تقادم أنظمة الإمداد الخاصة بمياه الشرب، وتقادم شبكة تصريف ومعالجة مياه الصرف الصحي. فمثلا يكلف داء لالتهاب الكبدي الدولة الجزائرية ما قيمته 350 مليون دينار للتكفل بالمرضى عبر 60 مركز مخصص لذلك.

– ارتفاع انتشار الأمراض غير المعدية حيث وصل معدل العوامل الخطرة إلى 23 بالمائة عام 2017. وتشير الإحصاءات إلى أن الأمراض غير المعدية مسؤولة عن 58,6 بالمائة من أسباب الوفيات، إذ تحتل أمراض القلب والأوعية الدموية المرتبة الأولى بنسبة 44,5 بالمائة تليها السرطانات بـ 16 بالمائة، ثم أمراض الجهاز التنفسي بـ 7,6 بالمائة والسكري بـ 7,4 بالمائة. حيث انه تسيطر هذه الأمراض على 10 بالمائة من السكان و51 بالمائة من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 أو أكثر.

– تعتبر الرعاية الصحية مؤشر جد هام وغاية في التعقيد لعلاقة الصحة والاقتصاد، فبالنسبة لصندوق الوطني الضمان الاجتماعي للجزائر فان تكلفة الأدوية القابلة للسداد في تزايد مستمر، حيث تم تسديد فاتورة أدوية بقيمة 148 مليار دينار سنة 2013، قبل أن تصل إلى 226 مليار دينار في سنة 2018.

– كما أن تكاليف تعويض الأدوية بلغت ما قيمته 200 مليار دينار سنويا فأكثر من 1409 من أصل 4300 دواء ونوع قابل للتعويض إذ ترجع هذه الزيادة إلى بشكل رئيسي إلى ارتفاع الأسعار وإنشاء نظام الدفع من طرف ثالث، ومنه تضاعف تعويض الأدوية من 10 مليار دينار سنويا سنة 1995 إلى ما يناهز 20 مليار مع حلول سنة 2000 ليصل إلى أكثر من 50 مليار دينار مع نهاية سنة 2011.

– عدم كفاية الإنتاج المحلي الصيدلاني في تغطية الطلب الاستهلاكي للمواطنين، حيث لا يزال لا يلبي سوى 50 بالمائة، واستيراد الباقي من الخارج بقيمة فاقت 2 مليار دولار سنويا.

– لم يسلم قطاع الأدوية في الجزائر من استفحال ظاهرة الفساد، والتي تعتبر من بين الأسباب الرئيسية في تضخيم فواتير الاستيراد الدوائي، بالإضافة إلى التلاعب بالصفقات العمومية، التصريحات المغلوطة لدى المصالح الجمركية، سيطرة اللوبيات على استيراد بعض الأدوية والتضييق على المنتجين المحليين، تواطؤ العديد من موظفي القطاع العمومي في وضع قائمة الأشخاص المستوردين وقائمة الأدوية الواجب استيرادها، التحايل على القانون وتهريب العملة الصعبة.

2– الجزء الخاص بالدراسة الميدانية:

وعلى ذكر ما سبق، وما تكنه صعوبة اكتشاف منتج دوائي جديد، فالجزائر وبالإضافة إلى التعقيدات البحثية في حد ذاتها. تعاني كذلك عراقيل ومشاكل تؤثر بالسلب على انطلاق أي نشاط أو عمل بحثي علمي، يصبوا إلى تشجيع الاكتشافات والابتكارات، التي من شانها تقليص فاتورة الاستيراد والقضاء على التبعية الصيدلانية، كنقص اليد العاملة الفنية. كما يمكننا عرض مختلف الصعوبات العراقيل التي تثبط عملية البحث والتطوير في الجزائر، والتي تعتبر قليلة جدا–إن لم نقل شبه منعدمة–وهذا من خلال عرضنا للاستبيان وطرحنا للتساؤلات المباشرة وغير مباشرة على الأخصائيين، وقد توصلنا إلى ما يلي:

- قليل جدا هي الشركات الدوائية الجزائرية التي تخصص حصة من نسبة المبيعات في تمويل عملية البحث والتطوير على غرار مجمع صيدال، بيوفارم. فهي تركز على الإنتاج كأعلى نسبة تليها عملية التسويق وأنشطة أخرى بحصص ضئيلة جدا.
- غياب التمويلات المالية والإعانات الخاصة والعمومية للاستثمار في أنشطة البحث العلمي وتطوير الأدوية.
- قلة الكوادر الفنية واليد العاملة المؤهلة من باحثين واختصاصيين في مجال الكيمياء والصيدلة.
- زيادة أسعار المواد الأولية في الأسواق العالمية واحتكار الكثير منها من طرف كبرى الشركات العابرة للقارات.
- مشكل انخفاض الأسعار الذي لا يحفز على الاستثمار وبالتالي تنشيط عمليات البحث والتطوير
- غياب إستراتيجية بحث وتطوير واضحة المعالم ومحفزة للشركات المحلية على تشجيع الإبداع والابتكار.

- عدم التمكن من التقنيات الحديثة كالبيوتكنولوجيا، واقتصار الأبحاث على المجال التقليدي للكيمياء الصيدلانية كعمليات الدمج الصناعي للمواد الخام في صورها المختلفة (أقراص، كبسولات، مراهم...) وفقا لطرق بديهية لا تمت بما ألت إليه الصناعات الصيدلانية الحديثة.
- اقتصار معظم الشركات المحلية على الإنتاج السهل وغير مكلف، كالأدوية الجنيسة من مضادات حيوية ومسكنات الآلام ومضادات الالتهابات وفق طرق انتهت براءات اختراعها وهو أمر لا يحفز على تشجيع البحث العلمي.
- عدم وجود وحدات بحث وتطوير خاصة فقط باكتشاف أسرار ووصفات المواد الخام وجزيئات المركبات الأم التي تشكل أساس الصناعة الدوائية.
- انعدام تام للشركات الناشئة Start up التي لا يستغنى عنها في البلدان المتطورة، لما تلعبه من دور هام أنشطة البحث والتطوير كداعم تكميلي للشركات الكبرى.

في الحقيقة ما نستخلصه من كل ما سبق، هو أن عملية البحث والتطوير صعبة جدا خاصة بالنسبة لدولة نامية كالجزائر، لكنه ليس بالأمر المستحيل، إذا ما كانت هناك إرادة حقيقية فردية أو حكومية، إنسانية أكثر منها اقتصادية بثت ولا تزال تبث السعادة والأمل والابتسامة في أوجه المرضى من خلال الاكتشافات التي عرفنها كالبنيسيلين واللقاحات التي كانت تودي بحياة الملايين من المرضى حول العالم، ولا تزال البحوث مستمرة دون ملل ولا كلل في محاولة إيجاد أدوية لأمراض العصر على غرار السرطانات أمراض الدم، التهاب الكبدي C، الإيدز وغيرها من الأمراض الخطيرة التي سوف يقضي عليها الإنسان عاجلا أم آجلا بالعلم والعلم فقط ولما لا تكون للجزائر مساهمة في هذا الانجاز التاريخي مستقبلا.

اختبار الفرضيات:

على ضوء نتائج هذه الدراسة تمكنا من الإجابة على الفرضيات كما يلي:

– من خلال الدراسة التحليلية المعمقة اتضح عدم تأكيد الفرضية القائمة على اقتصار استيراد الأدوية بالعوامل الصحية فقط، فقد تبين أن الطلب على الاستهلاك الدوائي يتعدى الجوانب الطبية وارتفاع الأمراض إلى عدة عوامل أخرى تمثلت في اجتماعية واقتصادية وأخرى متعلقة حتى بالفساد.

– يمكننا التأكيد على وجود علاقة بين استيراد الأدوية وتزايد الاندماجات والاستحواذات للشركات الكبرى المصنعة للمنتوجات الصيدلانية، ويعود هذا إلى احتكار هذه الأخيرة للتكنولوجيات المتطورة وحيازتها على براءات الاختراع للكثير من الأدوية خاصة المتعلقة بالأمراض المستعصية والتي تستوردها العديد من الدول حتى المتقدمة منها.

– هناك علاقة قوية بين المتغير التابع تقليص فاتورة الاستيراد لا تعتبر تضييق على التصنيع الوطني والمتغير المستقل بمعايير وجودة الصحة للدواء الجزائري في علاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية. تؤكد على ضرورة أهمية البحث والتطوير في عملية تقليص فاتورة الاستيراد الدوائي ذو دلالة إحصائية ذات معنوية. كما نشير الى هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع الرئيسي —تقليص فاتورة الاستيراد الدوائي–والمتغير المتعلق بنقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية بقيمة ترابطية قوية. وهو ما يفسر انعكاس اليد العاملة على أنشطة البحث والتطوير بالسلب أو بالإيجاب على حسب مؤهلاتها التقنية والتكوينية على الابتكار والاختراع، فضلا عن الجودة وأساليب التصنيع الجيد.

– يبدو جليا صحة الفرضية القائمة على وجود علاقة تنبؤية ذات دلالة إحصائية بين عملية البحث والتطوير في الصناعة الصيدلانية كمتغير مستقل وتقليص فاتورة الاستيراد الدوائية الجزائرية كمتغير تابع.

أفاق الدراسة:

نظرا لاتساع موضوع البحث وأهميته، نقترح مزيدا من الدراسات على الشكل الاتي:

– دراسة قياسية للانتاج الصيدلاني الوطني ومساهمته في الصناعة.

– دور أنشطة البحث والتطوير في الإنتاج الوطني الصيدلاني.

– التسويق الصيدلاني ودور المؤسسات التوزيعية.

– صادرات الجزائر من الأدوية وسبل تطويرها.

الاقتراحات:

من خلال معالجتنا لموضوع الدراسة ارتأينا أن نقدم بعض الاقتراحات التالية:

– تشجيع البحث العلمي في المخابر الصيدلانية، وإنشاء مراكز وطنية لتكوين اليد العاملة الفنية والمؤهلة قصد تشجيع الابتكار والاختراع.

– الاستفادة من الخبرات الأجنبية والشركات الصيدلانية المقيمة محليا، مع زيادة الاستثمار الأجنبي لخلق المنافسة وتلبية الحاجيات الوطنية. وكذا تكثيف المشاركات بين الشركات الوطنية والخاصة ونظيراتها الأجنبية.

– تحفيز المؤسسات الوطنية والخاصة في القطاع الصيدلاني، لزيادة الإنتاج وتغطية السوق المحلية. وهذا بالإعفاءات الضريبية وتسهيل الحصول على رخص وضع الأدوية في السوق.

– محاربة الفساد الإداري والأخلاقي خاصة في مجال الاستيراد الدوائي، ومعاقبة المتورطين في الاستهزاء بصحة المواطنين.

– وضع شراكات بين الجامعات والوزارة الوصية لتكوين وتخريج صيادلة في مجال الصناعة الدوائية والبيوكيمياء وليس تجار فقط.

– الاهتمام بمجال البيوتكنولوجي باعتباره مستقبل الصناعات الصيدلانية مستقبلا. واستقطاب رجال الأعمال للاستثمار فيه.

المراجع باللغة العربية:

1- ابراهيم قصي عبد الكريم، **اهمية النفط في الاقتصاد والتجارة الدولية –النفط السوري أنموذجا–**، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق سوريا (2010).

2- ابو حرب عثمان، **الاقتصاد الدولي**، دار اسامة للنشر والتوزيع، الاردن: عمان (2009) .

3- ابو العلا محمد محمود، **نظم التجارة الدولية**، مصلحة الجمارك المصرية، القاهرة مصر (2014).

4- الأخضر قاسمي، **أثر الصادرات غير النفطية على النمو الاقتصادي في الجزائر دراسة مستقبلية حول تنويع الاقتصاد الجزائري**، ماجستير تخصص: اقتصاد التنمية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير –جامعة الحاج لخضر باتنة –الجزائر– (2014).

5- الاسرج حسين عبد المطلب، **سلسلة تنمية الاستثمار الاجنبي المباشر الى الدول العربية**، بنك الكويت الصناعي، الكويت (2005).

6- الأشقر فراس، .**مقدمة في التجارة الدولية**، جامعة حماة: كلية الاقتصاد، سوريا (2017).

7- الالوسي صائب، **تنمية الفكر الابتكاري**، دار المنهل، عمان– الاردن – (2002).

8- الاهدن فرهاد محمد علي، .**التنمية الاقتصادية الشاملة من منظور اسلامي**، مؤسسة دار التعاون للطبع والنشر، القاهرة مصر (1994).

9- البدوي ابراهيم احمد وعطا الله سامي، **إعادة تأهيل السياسة الصناعية في الوطن العربي : دروس الماضي وتحديات الحاضر وآفاق المستقبل** .عمران، عدد شهر اوت 2014.

10- الجغبير فتحي، **ممارسات التصنيع الجيد**، جمعية الشركات الصناعية الصغيرة والمتوسطة، الاردن.

11- الجوزي جميلة، **ميزان المدفوعات الجزائري في ظل السعي للانضمام إلى المنظمة العالمية للتجارة** .مجلة الباحث – العدد11 (2019)

12- الحوت ,محمد صبري وناهد عدلي شاذلي، **التعليم والتنمية**، متكبة الانجلو المصرية– مصر –(2007).

13- الخضر علي ابراهيم، .**ادارة الاعمال الدولية**. دار رسلان، دمشق – سوريا (2007) .

14- الخضيري غازي، **دور البحث والتطوير في مجال الملكية الفكرية :تجربة الأردن** .ندوة الويبو الوطنية حول الملكية الفكرية لفائدة أعضاء غرفة التجارة والصناعة، المنظمة العالمية للملكية الفكرية، الاردن (2007) .

15 –الخطيب فاروق بن صالح وعبد العزيز بن احمد دياب **Advanced Studies in macroeconomic theory**، جامعة الملك عبد العزيز، جدة السعودية (2013) .

16- الدباس معتصم محمد، **أثر الاندماج على أداء الشركات وأرباحها**. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرون، العدد الثاني. جوان 2012

17 – الرفيق يحي احمد .**التجارة الدولية** :جامعة العلوم والتكنولوجيا صنعاء (2012)

18- السيد سامي، **النقود والبنوك والتجارة الدولية**، جامعة القاهرة (2018)

19- الشرفاوي معاذ سعيد، **الاقتصاد الجزئي** .الجامعة العربية السورية (2018)

20- الصيبي عبد الرحمان غازي، **التنمية الاسئلة الكبرى** :المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت (1992) .

21- الطيف عبد الكريم .**محاضرات في إدارة الابداع والابتكار** .جامعة أمحمد بوقرة بومرداس (2018) .

22- العربي الجديد، (Réalisateur) **تعرّف إلى أضخم صفقات الاستحواذ في قطاع الأدوية العالمي**.(2018) .[Film].

23- العزاوي فلاح جمال معروف، **التنمية المستدامة والتخطيط المكاني**، دار دجلة للنشر والتوزيع، الاردن . (2016)

24- العيكلي طارق، **الاقتصاد الجزئي** .الجامعة المستنصرية بغداد، العراق (2000) .

25- الغالبي طاهر محسن منصور، **الادارة الاستراتيجية: منظور منهجي متكامل**، دار وائل للنشر، عمان الاردن (2007)

26- القحطاني سفر بن حسين وابراهيم كمال الدين علي، **مذكرات ومحاضرات في نظرية التجارة الدولية** .ترجمة ريتشارد بومفريه .جامعة الملك سعود السعودية.(2012) .

27- القريشي علي حاتم، **اقتصاديات التنمية** .حوض الفرات النجف الاشرف بغداد (2017)

28- القريشي مدحت، **التنمية الإقتصادية نظريات وسياسات وموضوعات**، دار وائل للنشر والتوزيع. الأردن (2007)

29- اللسريتي محمد واحمد محي الدين التلباني ومحمد حسن الشام .**اقتصاديات النقود والبنوك والتجارة الخارجية** . كلية التجارة سوتير الشاطبي، جامعة الاسكندرية، مصر(2019) :

30- الليثي محمد عادل .**التنمية الاقتصادية، مفهومها، نظرياتها سياستها**، دار الجامعة، الإسكندرية (1998)

31- الليثي محمد عجمية، **التبادل الدولي :دراسة في منهجية وآليات التبادل الاقتصادي الدولي المعاصر** دار النهضة العربية، القاهرة (2002)

32- النعيمي,شيماء فوزي احمد وثامر نايف الديلمي .**الاثار القانونية لانقسام الشركات دراسة مقارنة**، 2017 المجلد 6 :الاصدار 23/part1 :**مجلة كلية القانون للعلوم القانونية والسياسية**، جامعة كركوك (2017)

33- الوابل عبد الله بن علي، معتز تاج السر، محمود حسن، عباس فؤاد عباس ..**أثر التمويل المصرفي في عمليات التجارة الخارجية: دراسة تطبيقية على بعض البنوك في السعودية** .2015-2005 **Global Journal of Economics** and Business– Vol. 5, No. 2,, pp.. (2018)

34- بالدوين مير، **التنمية الاقتصادية**، الدار القومية للطباعة والنشر ، مصر(2009)

35- بدران احمد جابر، **التنمية الاقتصادية والتنمية المستدامة**، مركز الدراسات الفقهية والاقتصادية، القاهرة . (2014)

36- بريبش السعيد .**الاقتصاد الكلي**، دار العلوم عنابة- الجزائر - (2007)

37- بطاهر علي .**سياسات التحرير والاصلاح الاقتصادي في الجزائر** .مجلة اقتصاديات شمال افريقيا العدد الاول (2004, 6 1)

38- بلحاج نور الهدى، **أثر تحرير التجارة الخارجية على المؤشرات الاقتصادية الكبرى دراسة حالة الجزائر** .2009-2000ماجيستر اقتصاد دولي، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والتجارية،جامعة محمد خيضر بسكرة(2014) .

39- بن حركو غنية .**نظريات التجارة الدولية**، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2 (2019)

40- بن نبي مالك .**مشكلات الحضارة**، مشكلة الثقافة، دار الفكر، دمشق، سوريا (2000)

41- بو خشيم عبد الناصر عزالدين، **تطور هيكل التجارة الخارجية في الاقتصاد الليبي دراسة تحليلية قياسية** .1998-1973دكتوراه .جامعة الاسكندرية -كلية التجارة، مصر (18 6 ,2003)

42- بوتفنوشات حياة، **وضعية الامراض العدية بالجزائر** .مجلة الحكمة للدراسات الاجتماعية .العدد 4، المجلد . 2 .(2014, 06)

43- بوطورة فضيلة وسمايلي نوفل .**تقييم تطور حجم الاستثمار الأجنبي المباشر الوارد من دول العالم للجزائر للفترة (2015-2005) بين حقيقة التعديلات والإصلاحات التشريعية وواقع الإحصائيات الواقعية مع إشارة لبعض الدول العربية** .مجلة جديد الاقتصاد (31 12 ,2017)

44- بوطيب الناصر، غميمة مصطفى ..**الصناعة الغذائية ودورها في تطوير الصناعات التحويلية .استراتيجية تطوير القطاع الصناعي في إطار تفعيل برنامج التنويع الاقتصادي في الجزائر**، مخبر تسيير الجماعات المحلية ودورها في تحقيق التنمية، جامعة البليدة 2، (2018)

45- بوعبد الله مسعود .**مسؤولية مؤسسات تصنيع الدواء عن استعمال المواد البيولوجية**، كلية الحقوق، تخصص قانون وصحة .دكتوراه .جامعة جيلالي اليابس، بسيدي بلعباس، الجزائر (2019)

46- بيومي زكرياء محمد، **الاندماج كوسيلة من وسائل التركيز الاقتصادي :دراسة اقتصادية وقانونية وضريبية** .مجلة المال والتجارة، العدد39 (2000) .

47- تادرس خليل فكتور، .**تقسيم الشركة من الوجهة القانونية**، دار النهضة العربية، القاهرة (2007)

48- تادرس خليل فكتور .**تقسيم الشركة من الوجهة القانونية**، دار النهضة العربية، القاهرة (2007)

49- جميل خالد محمد، **اساسيات الاقتصاد الدولي**، الاكاديميون للنشر والتوزيع. عمان الاردن (2014)

50- جودة عبد الخالق، **الاقتصاد الدولي**. دار النهضة العربي، القاهرة (1992)

51- حمادي طه يونس .**نظريات التجارة الدولية التقليدية الكلاسيكية والحديثة والتكتلات الاقتصادية مع اشارة الى السوق الاوروبية الموحدة** .مجلة البحوث الاقتصادية العربية المجلد 14 (2007)

52- خالد محمد جميل ..**اساسيات الاقتصاد الدولي**، الاكاديميون للنشر والتوزيع. عمان الاردن (2014)

53- خليل سامي .**الاقتصاد الدولي** .دار النهضة العربية. القاهرة (2005)

54- رجم كاميليا ..مذكرة دكتوراه تخصص اقتصاد تطبيقي**-Le reseau univer-entreprise-** . **labo de rechrche au sein de métropole oranaise**.وهران ,كلية علوم التسيير ,الجزائر :جامعة وهران 2كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير(24 6 ,2020) .

55- رنان مختار، **علاقة التجارة الدولية بالفقر وتوزيع المداخيل**، منشورات دار الامل الطبعة1 (2011) الجزائر.

56- رنان مختار .**التجارة الدولية ودورها في النمو الاقتصادي** منشورات الحياة.الجزائر(2009) .

57- روابح عبد الباقي **المديونية الخارجية والاصلاحات في الجزائر –دراسة تحليلية مقارنة** .–ماجيستر، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة العقيد الحاج لخضر باتنة –الجزائر. (2006)

58- زايري بلقاسم ودربال عبد القادر " **تسهيل التجارة "وتحديات الإصلاح التجاري في الجزائر** .مجلة الاقتصاد والمجتمع العدد5 (2008)

59- زدون جمال ونسرين بن دية وعائشة ابن جدو، **الانفتاح التجاري والنمو الاقتصادي في الجزائر :دراسة تحليلية قياسية للفترة 1980–2014** مجلة اقتصاديات المال والاعمال، جوان (2019)

60- زيدان محمد وبريش عبد القادر، **المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، دور الحكومات في تدعيم التنافسية حالة الجزائر**، ورقلة :جامعة ورقلة كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية (**2005**)

61- زيرمي نعيمة، **التجارة الخارجية الجزائرية من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في التسيير الدولي للمؤسسات –مدرسة الدكتواره– جامعة تلمسان – الجزائر(2011)

62- سبيماكو الدوائية .**التقرير السنوي 32 للعام المالي**2018، السعودية :الشركة السعودية للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية (2018)

63- سراج وهيبة، **دراسة اقتصادية قياسية على مدى عدالة الاجور في الجزائر**، رسالة ماجيستير .تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة .جامعة شلف، كلية العلوم الاقتصادية ,الجزائر(2008) .:

64- لسلامة، **اسباب الهبوط الحاد في اسعار النفط فائض الانتاج ام سياسة دولية** .المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسيات الدوحة .قطر (2015)

65- سنوسي علي وبن البارا محمد**العلاقة بين معدل التضخم النقدي ومعدل البطالة في الجزائر–دراسة قياسية – خلال الفترة .2013–1980**. مجلة العلوم الاحصائية العدد7 . افريل 2018

66- شلوفي عمير .(,**العلاقة بين التضخم والبطالة ومدى تحقق منحنى فيلبس في الاقتصاد الجزائري دراسة قياسية للفترة الممتدة من2015 – 1980**. مجلة التنمية والإستشراف للبحوث والدراسات المجلد. العدد 02 جوان 2017.

67- شيخي حفيظة، **ترشيد السياسات الجارية من اجل الاندماج الايجابي للجزائر في الاقتصاد العالمي– المنظمة العالمية للتجارة** .–ماجيستر مالية دولية، كلية العلوم الاقتصادية، وهران –الجزائر :–جامعة وهران. (**2012**).

68- صالي محمد، **الامراض المنقولة جنسيا والسيدا–دراسة ميدانية لطلبة جامعة وهران** .–ماجيستير .**تخصص انتاج وتحليل البيانات الكمية**، وهران، كلية العلوم الاجتماعية، قسم الديموغرافيا ,الجزائر(2010) .

69- صخري عمر .**التحليل الاقتصادي الكلي**، الطبعة الخامسة : ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.(2005) .

70- صدوقي غرسي وشعيب .**دور السياسات العامة الدوائية في دعم القدرة التنافسية لصناعة الأدوية في الجزائر** .مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية –دراسات اقتصادية(1 4 ,2009) .

71- صندوق النقد العربي، **التقرير الإقتصادي العربي الموحد** .ابوظبي – دولة الامارات العربية المتحدة :صندوق النقد العربي(2008) .

72- عادل زكي محمد عادل، **نقد نظرية التبادل غير المتكافئ**، الاسكندرية :مدرسة الاسكندرية للاقتصاد السياسي.(2019) .

73- عاشور فلة .**انعكاسات السياسة التجارية على تطور التجارة الخارجية في الجزائر منذ** 1994مجلة العلوم الانسانية 2012

74- عبابسة نوال .**التخصص الدولي بين النظرية والواقع حالة الجزائر**، ماجيستر التحليل والاستشراف الاقتصادي .جامعة قسنطينة ,كلية العلوم الاقتصادية ,قسنطينة (2009) .

75- عبدالسلام فريدة وسكينة ايمان سعدي وجمعة هوام ..**دراسة تقيمية للسياسات والقرارات الإقتصادية الأخيرة للجزائر في ظل مسعاها لتحقيق التنويع الاقتصادي** .مجلة رماح للبحوث والدراسات (03 ,2018)

76- عثامنية رؤوف .**التخطيط في قطاع المؤسسات الصغيرة والمتوسطة**.ماجيستر تخصص :تخطيط .كلية العلوم الإقتصادية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر.(2001) .

77- عجمية محمد عبد العزيز وناصف ايمان عطية نجا علي عبد الوهاب .**التنمية الاقتصادية المفاهيم والخصائص، النظريات الاستراتيجيات، المشكلات** :مطبعة البحيرة، مصر.(2008) .

78- عصماني رفيقة ،**مسار الانتقال من الاقتصاد الريعي إلى التنويع الاقتصادي دراسة تحليلية تقييمية لتجربة دول التعاون الخليج** .المجلة الجزائرية للاقتصاد والدولية العدد09 : 20 ,أفريل2018

79- علي دحمان .**تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**.شهادة الدكتوراه، تخصص :تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان .(2017)

80- علية محمد البشير .**القاموس الاقتصادي**، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت لبنان.(1985) .

81- فضيلة عابد وخضور رسلان .**التحليل الاقتصادي الجزئي** .منشورات جامعة دمشق كلية الاقتصاد، سوريا . (2008)

82- فوزي محمد سامي .**الشركات التجارية :الأحكام العامة والخاصة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 7ط، عمان . (2014)

83- قدو بديع جميل .**التسويق الدولي** .دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.(2008) .

84- قصي عبد الكريم ابرهيم .**اهمية النفط في الاقتصاد والتجارة الدولية –النفط السوري انموذجا** :- منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب .-دمشق -سوريا .(2010)

85- قمري حياة ..**أثر التعلم التنظيمي على استدامة الميزة التنافسية بمجمع صيدال** .مجلة الاقتصاد الصناعي العدد 13، ديسمبر2017 .

86- كربالي بغداد .**نظرة عامة على التحولات الاقتصادية في الجزائر** .مجلة العلوم الإنسانية-جامعة محمد خيضر بسكرة العدد الثامن ..(2005)

87- كيبش عبد الكريم .**نحو نظام عالمي جديد** .مجلة العلوم الإنسانية. ,17 جوان2002

88- لعمري ابراهيم، Récupéré sur **www.aljazairalyoum.com**. (8 6 ,2017) . الجزائر اليوم :

https://www.aljazairalyoum.com/%D8%B2%D9%85%D8%A7%D9%84%D9%8A-%D9%8A%D8%B7%D9%85%D8%A3%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA%D8%AD%D8%A7%D8%AF%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6%D8%B1%D9%8A%D8%A9-%D9%84%D9%84%D8%A7%D8%AF/

89- محمود يونس .**اقتصاديات دولية**، الدار الجامعية، الاسكندرية.(1999) .

90- مداح عرابي الحاج .**تنافسية الصناعات الصيدلانية في دول شمال إفريقيا** .الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية .العدد 9 .(2013) .

91- مدوخ ماجدة، **ادوات السياسة النقدية في الجزائر بعد صدور قانون النقد والقرض** .90/10مجلة العلوم النسانية جامعة محمد خيضر بسكرة نوفمبر 2011

92- مراد يونس ومرغيت عبد الحميد .**مستقبل الانفتاح التجاري في الجزائر في ضوء النمو المفرط للواردات** . اليوم الدراسي حول موضوع "البدائل التمويلية للاقتصاد الجزائري "يوم 25 أفريل .2016جيجل الجزائر: قسم العلوم الاقتصادية بجامعة محمد الصديق بن يحيي جيجل الجزائر.(2016) .

93- مراد يونس ومرغيت عبد الحميد ...**مستقبل الانفتاح التجاري في الجزائر في ضوء النمو المفرط للواردات** . اليوم الدراسي حول موضوع "البدائل التمويلية للاقتصاد الجزائري ."جيجل الجزائر : (قسم العلوم الاقتصادية بجامعة محمد الصديق بن يحيي جيجل الجزائر (2016)

94- مسعداوي يوسف، **دراسات في التجارة الدولية** دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع .الجزائر.(2010) .

95- مسغوني منى .**علاقة سياسة الواردات بالنمو الاقتصادي الوطني في الفترة الممتدة بين-1970 2001**.ماجستر تخصص دراسات اقتصادية .جامعة ورقلة، كلية العلوم الاقتصادية،ورقلة 7 ,2005) . 6).

96- مصطيفى عبد الطيف وبن سانية عبد الرحمن .**دراسات في التنمية الاقتصادية** مكتبة حسن العصرية .بيروت - لبنان.(2014) .

97-معز الطاهر .(2020, 03 30). www.politics-dz.com. Récupéré sur **الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية** والاستراتيجية: https://www.politics-dz.com/%d9%85%d8%ad%d8%a7%d8%b6%d8%b1%d8%a7%d8%aa-%d9%81%d9%8a-%d8%ae%d8%b1%d8%a7%d9%81%d8%a9-%d8%a7%d9%84%d8%aa%d8%a8%d8%a7%d8%af%d9%84-%d8%ba%d9%8a%d8%b1-%d8%a7%d9%84%d9%85%d8%aa%d9%83%d8%a7%d9%81%d8%a6/

98- مندور احمد محمد وزكى ايمان محمد وناصف ايمان عطية .**مقدمة في النظرية الاقتصادية الكلية** :قسم الاقتصاد، كلية التجارة جامعة الاسكندرية .مصر (2004)

99-منصورمحمد ابراهيم .**الاقتصاد الكلي النظرية والسياسة** ترجمة لـ :مايكل ابدجمان :دار المريخ، الرياض . السعودية.(2012) .

100- مؤسسة محمد بن راشد ,آ .م .(2015) .مؤشر البحث والتطويرِ والابتكار :طبع في شركة دار الغرير للطباعة والنشر، دي .الامارات

101- موسليم مريم .**أثر سعر صرف الدولار–الأورو على التجارة الخارجية في الجزائر**.شهادة الدكتوراه تخصص مالية، كلّية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية :جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان .(2017) .

102- ميموني سمير وناجح اشرف .**تقييم للموقف التنافسي لقطاع الصناعة التحويلية الجزائرية على ضوء أوضاعه الحالية –تحليل مقارن مع الدول المتوسطية الشريكة مع الاتحاد الاوروبي .–استراتيجية تطوير القطاع الصناعي في إطار تفعيل برنامج التنويع االقتصادي في الجزائر**. جامعة علي لونيسي – البليدة2. البليدة .(2018).

103- نجيب عبد الغني ابراهيم .2مارس2019 .**موقع الإدارة العامة والمحلية علم الإدارة العامة بوابة للتنمية والتقدم** . Consulté le 03 01, 2020, sur http://kenanaonline.com/PLAdminist: http://kenanaonline.com/users/PLAdminist/posts/1017115

104- نعيم الهام .**استخدام نموذج البرمجة بالأهداف في نمذجة النظم الصناعية .تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات** .دكتوراه، جامعة ابي بكر بلقايد ,كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ,تلمسان.(2016) .

105- هجيرة عبد الجليل ومليكي سمير بهاء الدين .أثر تغيرات سعر الصرف على الميزان التجاري الجزائري Les . Cahier du MECAS, N°08. (2012, Décembre).

106- واشد وردية .**مدخل الى الاقتصاد الجزئي** .ترجمة لـ فريديريك تلون .المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت لبنان (2008)

107- وديع محمد عدنان، **القدرة التنافسية وقياسها .سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية**.العدد الرابع والعشرون السنة الثانية ديسمبر 2003

108- وزارة التجارة .(2009) .**الهوامش والأسعار المقننة، ظبط أسعار المنتوجات والخدمات،** . Récupéré sur www.commerce.gov.dz: https://www.commerce.gov.dz/ar/reglementation-des-prix-des-biens-et-services

109- ويليانسون بيتر ج، **الفوز في اسيا استرتيجيات للمنافسة في الالفية الجديدة** السعودية :العبيكان . (2001)

110- يحي الرفيق احمد التجارة الدولية جامعة العلوم والتكنولوجيا صنعاء . اليمن(2012) :

111- يحياوي حسنية .**واقع الإستثمار الأجنبي المباشر في الصناعة الصيدلانية الجزائرية** .مجلة مجاميع المعرفة رقم 05. أكتوبر2017

112- يوسف الزين خيرة ومكيد علي، **واقع رأس المال الفكري في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية –حالة فرع الأنتيبيوتيكال بمجمع صيدال** .–مجلة ابعاد اقتصادية .العدد 8رقم1 ,(26 05 ,2018)

113- يونس محمد عبد الله. **أزمة العلم :لماذا صعدت أنماط جديدة لسياسة بلا مرجعية** .المستقبل للأبحاث والدراسات المتقدمة 25 فبراير 2018

114- يونس محمود ومحمد احمد مندور احمد محمد السريتي، **مبادئ الاقتصاد الكلي** :.جامعة الاسكندرية: قسم الاقتصاد كلية التجارة. مصر (2000).

المصادر والمراجع باللغة الفرنسية والانجليزية:

1- A. Salah mansour, K. ABARKAN. **Facteurs associés au retard à l'initiation des antihypertenseurs observés dans une population de diabétiques hypertendus**. 25congré national du 20 au 22. Constantine: zinith ahmed bay constantine. (2019).

2- Abbott. **The Abbott 2015 Annual**. U.S.A: the Forest Stewardship Council (FSC). (2015).

3- ABED, LHOUARI, BENBAHMED, LOTFI, & Amir, TOUAFIK. (2008). **Enjeux et Perspectives de l'environnement Pharmaceutique en Algrie**. CIOPF (pp. 1-29). Paris: CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS/ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS.

4- Air Liquide, C. O. **Urbanisation et évolution des modes de vie Une tendance mondiale du XXIe siècle**. Consulté le 4 27, 2020, sur Créative Oxygène: https://www.airliquide.com/fr/sante/urbanisation-evolution-modes-vie.(2014. 12 .21)

5-Ali, HAMZA CHERIF. **Researchgate**. Consulté le 04 27, 2020, sur https://www.researchgate.net/: https://www.researchgate.net/publication/262259993_POPULATION_ET_EMPLOI_EN_ALGERIE_TENDANCES_RECENTES_ET_PERSPECTIVES. (2007, January).

6- Amdaoud, MOUNIR.. **Le Système National d'Innovation en Algérie : entre inertie institutionnelle et sous-apprentissage**. Innovations, (2017)

7- ANDI.. Agence National du developement d'investissement. Récupéré sur www.andi.dz: http://www.andi.dz/index.php/ar/statistique/demographie-algerienne-2017 (2019, 07)

8- Andriollo, O., Machuron, L., Videau, J., AbeIIi, C., Piot , S., & Muller, D. **Approvisionnements pour l'aide humanitaire ou**

les pays en développement : la qualité du médicament essentiel multisource. S.T.P. PHARMA PRATIQUES, (1997)

9- ANSM. **Guide des principes des bonnes pratiques de fabrication**. France: Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2019).

10- APA.. **CNAS : 226 milliards de dinars de médicaments remboursés en 2018**. algerie, Agence de Presse Algérienne (radioalgerie), alger. (2019, 6 25)

11- APS. **Plus de 12.000 cas de VIH/SIDA enregistrés en Algérie depuis 1985**. Récupéré sur www.aps.dz: http://www.aps.dz/sante-science-technologie/81488-plus-de-12-000-cas-de-vih-sida-enregistres-en-algerie-depuis-1985. (2018,11 30).

12- APS. **APS/ CNAS : plus de 47.000 accidents de travail déclarés en 2018**. Récupéré sur www.aps.dz: http://www.aps.dz/societe/98408-cnas-plus-de-47-000-accidents-de-travail-declares-en-2018. (2019, 12 03).

13- Aps. http://www.aps.dz/, (**Le taux de prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles est de 23%**. Consulté le 4 28, 2020, sur ALGÉRIE PRESSE SERVICE: http://www.aps.dz/sante-science-technologie/90966-le-taux-de-prevalence-des-facteurs-de-risque-des-maladies-non-transmissibles-est-de-23. (2019, 6 22).

14- APS. **وكالة الانباء الجزائرية**. Récupéré sur www.aps.dz: http://www.aps.dz/ar/societe/91886-71-8. (2020, 09 07).

15- Asmae, MENOUAR. **35الجزائريون ينفقون ألف مليار سنتيم سنويا على أدوية السكري والسرطان**. algérie, https://www.ennaharonline.com/%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6%D8%B1%D9%8A%D9%88%D9%86-%D9%8A%D9%86%D9%81%D9%82%D9%88%D9%86-35-%D8%A3%D9%84%D9%81-%D9%85%D9%84%D9%8A%D8%A7%D8%B1-

%D8%B3%D9%86%D8%AA%D9%8A%D9%85-%D8%B3%D9%86%D9%88/, algérie. (2018, 03 29).

16- Ballet, J. **L'INFLUENCE DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES : Médicaments, intérêts financiers et controverses, Cours d'éthique économique**. France: Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines. Récupéré sur J.Ballet, L'INFLUENCE DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES : Médicaments, intérêts financiers et controverses, Cours d'éthique économique,Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, 02/06/2012, (2012).

17- Barassou , DIAWARA. **les détenninants des importations au sénégale**. **Programme de Troisième Cycle Interuniversitaire, D.E.A,Macroéconomie Appliquée**,. sénégale, Université Cheikh Anta Diop de Dakar Faculté des Sciences Economiques et de Gestion et C.I.E.R.E.A, sénégale: Université Cheikh Anta Diop de Dakar. (2005, MARS).

18- BELLAHCENE, OOARDIA, & FERFERA MOHAMED YACINE. **LES EFFETS CONTRASTÉS DE L'INTERVENTION DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES ETRANGERS DANS LE SECTEUR ALGERIEN DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE**. Les cahiers du cread n°107-108, (2014).

19- Boudjemil , AHME. **La nouvelle compétitivité dans la nouvelle économie**. جامعة ورقلة :ورقلة .المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات و الحكومات .كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية قسم علوم التسيير. (2005).

20- Britannica. **britannica**. Récupéré sur www.britannica.com: https://www.britannica.com/science/alkaloid. (2020, 5 20).

21- Cassier, MAURIS., & Corrêa MARILINA .**BREVETS DE MÉDICAMENT, LUTTES POUR L'ACCÈS ET INTÉRÊT PUBLIC AU BRÉSIL ET EN INDE**. Innovations n° 32, (2010, 2).

22- Charles , W., & Gareth, R. (2001). **الادارة الاستراتيجية مدخل كامل**. ترجمة رفاعي محمد رفاعي ومحمد سيد احمد عبد المتعال. الرياض :السعودية. دار المريخ للنشر.

23- CHERIF HAMZA ALI. **Vieillissement démographique en Algérie : réalité et perspectives**. (2012, 12).

24- CNES. " **مشروع تقرير حول الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني من سنة** 2001 ". الجزائر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. الدورة العامة. العشرون. (2002).

25- Cristofari Jacque. 2018, **un excellent cru pour le Top 10 de la Pharma mondiale**. Journaliste spécialisé en économie de la santé, france. Récupéré sur http://pharmanalyses.fr/2018-un-excellent-cru-pour-le-top-10-de-la-pharma-mondiale/ France, (2019, 08 15).

26- Cristofari Jacque Jean. **pharmanalyses**. Consulté le 03 2020, 04, sur Nouvelle vague de manœuvres dans la Pharma mondiale: https://pharmanalyses.fr/nouvelle-vague-de-manoeuvres-dans-la-pharma-mondiale/ (2014, avril 27).

27- Cristofari Jacque Jean. 2018, **un excellent cru pour le Top 10 de la Pharma mondiale**. Consulté le 01 24, 2020, sur pharmanalyses: http://pharmanalyses.fr/2018-un-excellent-cru-pour-le-top-10-de-la-pharma-mondiale/ (2019, août 15).

28- Cristofari Jacque Jean. **pharmanalyses** / 2018, un excellent cru pour le Top 10 de la Pharma mondiale. Récupéré sur http://pharmanalyses.fr/: http://pharmanalyses.fr/2018-un-excellent-cru-pour-le-top-10-de-la-pharma-mondiale/(2019, 8 15).

29- Cristofari Jacque Jean. **Nouvelle vague de manœuvres dans la Pharma mondiale**. France, PharmAnalyses, Industriels de la santé, France. (2014, avril 27).

30- D. Little Arthur. Synthèse N° 57 prospective Emploi-Compétences: **les industries de santé**. Paris: Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, France (2013).

31- D'habitation, R. n. (1998). **التقرير الوطني حول السكان**. القاهرة: الندوة الدولية حول السكان والتنمية.

dictionary. (2020). dictionary. Récupéré sur www.dictionary.com: https://www.dictionary.com/browse/antisera

32- Didier Gourc & Bougaret Sofie. **L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE : SES PROJETS DE DEVELOPPEMENT, LEURS CARACTERISTIQUES ET LEUR MANAGEMENT**. AFITEP, (2000, 1).

33- Douane, A. **Tarif Douanier 2016**. Sous Direction du Tarif douanier et de l'Origine. Algérie: (2016).

34- Dz-entreprise. OGB: **L'industrie pharmacetique a atteint une croissance de 65% en 2018**. Récupéré sur dzentreprise: https://www.dzentreprise.net/7921-2/.(2019, 1 8).

35-EchorouknewsTV, h.-2. (Réalisateur). **4000 مليار سنتيم ديون الصيدلية المركزية لدى المستشفيات** [Film]. (2016).

36- Echoroukonline. **18جزائري مليون "يزحفون نحو المدن!** الجزائر, https://www.echoroukonline.com/18-%D9%85%D9%84%D9%8A%D9%88%D9%86-%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6%D8%B1%D9%8A-%D9%8A%D8%B2%D8%AD%D9%81%D9%88%D9%86-%D9%86%D8%AD%D9%88-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AF%D9%86/, الجزائر. (2018, 2 20).

37- ECOMED. **مدونة المتخصص اقتصاد**. Récupéré sur ecomedfot.blogspot.com: https://ecomedfot.blogspot.com/2016/12/reality-of-drugs-market-in-algeria.html. (2016, decembre).

38- ECOSTAT. **ecostat-algeria**. Récupéré sur economie et statistique Algeria: http://ecostat-algeria.com/a-la-une/sante-actualites/lancement-dune-nouvelle-usine-des-produits-de-diabete-en-algerie/. (2018, 5 27).

39- ECOSTAT. **ecostat-algeria**. Récupéré sur Economie Statistique Algeria: http://ecostat-algeria.com/a-la-une/pharmacie-centrale-livraison-de-88-milliards-de-dinars-de-medicaments-en-2017/(2018, 2 5).

40- ECOSTAT. **ecostat-algeria**. Récupéré sur Economie Statistique Algeria: http://ecostat-algeria.com/a-la-une/sante-actualites/medicaments-les-laboratoires-depensent-400-millions-de-dollar-en-marketing/ (2018, 6 21).

41- Edelman, Joan Spero. **The politique of international economics relation**. ST martin 85 press. Jordan. (1987).

42- Ennahar tv, h. (Réalisateur). **هذه هي تكلفة استراد الجزائر للأدوية** ...المدير العام للصيدلة ..!! [Film]. (2017).

43- ENTV (Réalisateur). **تقرير حول الصناعة الصيدلانية في الجزائر**[Film]. (2020).

44- Ettouahria Salima. **Les cardiopathies à l'origine de 45% des décès en Algérie**. elmoudjahid, http://www.elmoudjahid.com/fr/mobile/detail-article/id/25443. (2012)

45-FCE. **Evolution des échanges commerciaux de 1985 à 2009. 62% des importations de l'Algérie sont des biens d'équipement**. Alger: Forum Chefs Entreprises. (2009).

46- FDA. **Real-world data (RWD) and real-world evidence (RWE) are playing an increasing role in health care decisions**. Consulté le 03 30, 30, sur US FOOD AND DRUG AD:INISTRATION : https://www.fda.gov/science-research/science-and-research-special-topics/real-world-evidence. (2020, 03 23).

47- Ferroukhi Yasmine. **La lourde facture du médicament en Algérie. Récupéré sur www.santemaghreb.com (le guide de la médecine et de la santé en algérie)**: http://www.santemaghreb.com/algerie/abid0805.htm. (2005, Août 23).

48- Fischer Lancelote. **Qu'est-ce qu'un médicament ?** Récupéré sur slideplayer, presentation spéciale de VIDAL: https://slideplayer.fr/slide/507967/ (2020, 09 11).

49- France, b. **Businessfrance**. Consulté le 4 29, 2020, sur Le marché algérien de la santé est en croissance:

https://www.businessfrance.fr/le-marche-algerien-de-la-sante-est-en-croissance#. (2020, Avril 7).

50-GATTAZ Yvon. **L'ÉCONOMIE et la MÉDECINE**. **Séance Solennelle**. Allocution du Président. France, ACADÉMIE DE MÉDECINE, France: ACADÉMIE DE MÉDECINE. Séance Solennelle. (1999, décembre Mardi 14).

51- Globocan**The Global Cancer Algeria**. **USA**: **The Global Cancer Observatory**. (2018).

52- Gudin de Vallerin Phillipe, & Capet Stéohanie. **Fonctions d'importations et d'exportations : l'apport de la théorie économétrique récente**. Économie & prévision, n°107. (1993, 1).

53- Hachez Samuel. **Le sort des contrats intuitu personae en cas de fusion**. belgique: universit2 catholique louvaine.Faculté de droit et de criminologie. (2016).

54- Hamdi Cherif, Zaidi Zoubida, Mahnane, Abbas & Kara Lamia. **Cancer estimation of incidence and survival in Algeria 2014**. Journal of Cancer Research & Therapy, (2015, October 14).

55- Hamdouch, Perrochon. **Formes d'engagement en R&D, processus d'innovation et modalités d'interaction entre firmes dans l'industrie pharmaceutique**.p. 29-50. Revue d'économie industrielle, vol. 93, 4e trimestre, (2000, 09 25).

56- Hanafi, H. **Approvisionnement en médicaments: 3,8 milliards de dollars dépensés en 2018**. Algérie, https://www.algerie360.com/approvisionnement-en-medicaments-38-milliards-de-dollars-depenses-en-2018/, Algérie. (2019, MAI 5).

57- Hanna Joseph. **De la transposition des modèles alternatifs de l'économie dans la théorie pure du commerce international**. THEMOS – Théorie, Modèle, Système. Valenciennes, PRES Université Lille Nord de France, Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis, IDP, EA1384, Valenciennes, France, France : Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis. Institut du développement et de la prospective. (2013, -10).

58- Hartmann Sandrine. C. **ÉCONOMIE DE LA SANTÉ : AVANCÉES THÉORIQUES ET OPÉRATIONNELLES**. Revue de l'OFCE. (2004, 11 10).

59- Health, é. r. (**Algérie-Focus 2013**, mai 30). www.algerie-focus.com/blog/2013/05/251-medicamentstoujours-interditsdimportation-enalgerie. 2013.

60- HEDIR Mouloud. Communication de M. HEDIR Mouloud Conseiller Économique / **Le Commerce Extérieur Algérien**. Récupéré sur www.commerce.gov.dz : https://www.commerce.gov.dz/journees-d-etudes-sur-la-strategie-algerienne-en-matiere-de-commerce-exterieur. (2015).

61- IMS. **The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023**. USA: IQ VIA INSTITUTE. (2019).

62- Jean-Pierre Papart, P. C. (2001, janvier 7). **L'économie contre la santé : un devoir de résistance pour la santé publique**. LES NOUVEAUX CAHIERS DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE D'ÉTUDES DU DÉVELOPPEMENT, La santé au risque du marché Incertitudes à l'aube du XXI e siècle, 2001

63- Kang Nam Honn & Johansson Sara. **Cross-Border Mergers and Acquisitions**: **Their Role in Industrial Globalisation**. Paris, Cedex 16, France.: OECD Science, Technology and Industry Working Papers -Organisation de Coopération et de Développement Economiques-.(2000).

64- Kogut bruce. **From Regions and Firms to Multinational Highways Knowledge and Its Diffusion as a Factor in the Globalization of Industries**. Locating Global Advantage Industry Dynamics in the International Economy, Stanford University Press, Stanford, California, 2004.

65- Larousse. **Dictionnaires**. Récupéré sur www.larousse.fr: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pharmacognosie/60136 (2020, 9 11).

66- LARRAS Ahmed. **Businessfrance**; Le marché algérien de la santé est en croissance. Récupéré sur www.businessfrance.fr: https://www.businessfrance.fr/le-marche-algerien-de-la-sante-est-en-croissance. (2020, Avril 7).

67- Le Jeunne, Claire & Massol Jacque. **Comment évaluer l'intérêt des médicaments ? Elsevier Masson SAS**. tome 36 n°3 cahier 2, (2007 , mars).

68- LEEM. **Les enjeux de l'industrie du médicament pour l'économie française Etude LEEM**. PARIS. France: Rexecode Services. LEEM. (2005).

69- Leem (Réalisateur). **Parcours du médicament : de la recherche à la production** [Film]. (2016).

70- LEEM. **Les entreprises du médicament**. Récupéré sur www.leem.org: https://www.leem.org/quest-ce-que-lautomedication. (2017, 07 25).

71- Leem. **Bilan économique du secteur du médicament**. Paris. France. (2019).

72- Leem. **Bilan économique Edition 2019**. france: leem Edition 2019. Récupéré sur leem/ les entreprises des médicaments: https://www.leem.org/marche-mondial. (2019, 09 27).

73- Lncpp. **Gestion de la qualité**, **BPL et BPF**. Algérie: Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques. (2010).

74- Mahmoud Hichem. **2021مليار دولار حتى 367الإنفاق العالمي على الأدوية يزيد**. london, https://www.aleqt.com/, london. (2018, 20مايو).

75- MEBTOUL Abderrhmen. **Emploi**, **salaires**, **inflation et réserves de change en Algérie**, 2001/2015 Perspectives face aux tensions budgétaires. lemaghreb le quotidien de l'économie, https://www.lemaghrebdz.com/?page=detail_actualite&rubrique=Contribution&id=80569. Récupéré sur lemaghrebdz: https://www.lemaghrebdz.com/?page=detail_actualite&rubrique=Contribution&id=80569. (2016).

76- Mimouni Badra Moutassam. **Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb : enjeux de leur prise en charge**. CRASC: Insaniyat 59, (2013).

77- Monde, P. **Perspective monde**. Récupéré sur perspective.usherbrooke: (2019, 07 16). https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/statistiques/3

78- NCBI. **ncbi**. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12994/ (2003).

79- OCDE. **A New Economy? THE CHANGING ROLE OF INNOVATION AND INFORMATION TECHNOLOGY IN GROWTH INFORMATION SOCIETY**. Paris Cedex 16, France.: Head of Publications Division Public Affairs and Communication Directorate 2, rue André-Pascal, 75775. (2000).

80- Oman LLC, P. **FOURTH INDUSTRIALREVOLUTION (4IR) Glossary**.Oman: External Affairs and Communication Department. 2019

81- Osman Abdelkrim. **La fusion des sociétés commerciales en droit français et syrien (étude comparative)**. RENNES: UNIVERSITÉ DE RENNES 1. (2015).

82- OUFRIHA Fatima Zohra. **Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie**. ALGER: Office des Publications Universitaires (OPU). (1992).

83- PASQUIER Liliane Maury. **La santé publique et les intérêts de l'industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique ?** Strasbourg: conseil de l'europe. (2015).

84- Petroleum Development Oman, L. **GLOSSARY FOURTH INDUSTRIAL REVOLUTION (4IR)**. Oman: External Affairs and Communication Department Petroleum Development Oman LLC. (2019).

85- Radioalgerie. radioalgerie. نحو اتخاذ اجراءات جديدة لمراجعة اسعار المواد الصيدلانية. Récupéré sur www.radioalgerie.dz:

https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20200129/189028.html. (2020, 01 29).

86- Roux Pascale. **DYNAMIQUES ORGANISATIONNELLES, INTERACTIONS LOCALISÉES ET**. Revue d'Économie Régionale & Urbaine, (2001, février 1).

87- Saidal. **saidalgroup**. Récupéré sur www.saidalgroup.dz: https://www.saidalgroup.dz/ar/votre-sante/2014-03-19-14-39-07/2014-03-19-14-40-13. (2014).

88- SKOLIL Marek. **Ambassadeur/Chef de Délégation de l'Union européenne en Algérie**. Récupéré sur www.algex.dz: http://www.algex.dz/index.php/qui-sommes-nous/cooperations/ue. (2016, 2 2).

89- SKOLIL, Marek. **Ambassadeur/Chef de Délégation de l'Union européenne en Algérie**. Récupéré sur algex: http://www.algex.dz/index.php/qui-sommes-nous/cooperations/ue. (2016, 2 2).

90- SNOUSSI Zoulikha. **MARCHE DES MEDICAMENTS GENERIQUES EN ALGERIE : QUELLE REGULATION POUR QUELLE PROMOTION ?** REVUE NOUVELLE ECONOMIE N°: 07 – Septembre,2012

91- Tarif, d. **Tarif douanier**. Algérie: DIRECTION GENERALE DES DOUANES. MINISTERE DES FINANCES. (2016).

92- WALLACE David. **Génerique bulttin**: **Pfizer to merge off-patent business with Mylan**. germany: pharma intelligence. (2019).

93-Webteb. **webteb**. Récupéré sur www.webteb.com: https://www.webteb.com/drug/%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%8A%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D9%8A%D9%86. (2020).

94- Weinmann Nelly. **LA GLOBALISATION DES LEADERS PHARMACEUTIQUES**. France: Direction Générale des Entreprises DGE Observatoire des Stratégies Industrielles Mission prospective. (2005).

95- WHO. **Guide OMS des normes relatives aux bonnes pratiques de fabrication** (**BPF**). New York: Organisation mondiale de la Santé; Partie 1 : Modes opératoires normalisés et formules originales de fabrication. (1997).

96- WHO. **Mental Health Atlas** . USA: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. (2011).

97- Who. **apps.who.int**. Récupéré sur Global Health Observatory visualizations. Immunization coverage country punchcards: https://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.immunization-cov?x-country=DZA. (2019).

98- WHO. **WHO report on the global tobacco epidemic**, 2019 Country Profile: Algeria. USA: WHO. (2019).

99- Workman Daniel. **worldstopexports**. Consulté le 02 15, 2020, sur Drugs and Medicine Exports by Country: http://www.worldstopexports.com/drugs-medicine-exports-country/(2020, March 10).

100- Worldometers. **www.worldometers**. Récupéré sur https://www.worldometers.info/demographics/algeria-demographics/#u5-infa-title. (2019).

101- Worldometers. **worldometers**. Récupéré sur www.worldometers.info: https://www.worldometers.info/demographics/algeria-demographics/#u5-infa-title. (2020).

الملاحق

الملحق رقم: 01 خاص باستبيان الدراسة

استقصاء حول موضوع: **صناعة الادوية في الجزائر**

اعددنا هذا الاستبيان لتسليط الضوء على واقع، افاق وتحديات الصناعة الدوائية في الجزائر من خلال مقارنتها مع الواردات منها، وتبني استراتيجية التصنيع الصيدلاني لتحقيق التنمية الاقتصادية، وتقليص فاتورة استيراد الادوية في ظل سياسة التقشف التي انتهجتها الحكومة.

ستكون هاته الاستمارة لخدمة البحث العلمي لا أكثر، في ميدان الاقتصاد التطبيقي، لذلك نرجوا منكم التعاون معنا بكل موضوعية وامانة علمية.

ملاحظة: لكم جزيل الشكر والامتنان، ونعدكم ان هذه المعلومات سرية ولا تستعمل الا لأغراض علمية.

1- تشخيص المؤسسة:

ما هو الشكل القانوني لمؤسستكم؟ SPA SNC EURL SARL

تاريخ انشاء المؤسسة: .....

ما عدد العمال لديكم؟ دائمون..... مؤقتين..... اخرى.....

هل هناك شركاء في الشركة (associes)؟ نعم لا

من المسؤول عن تسيير المؤسسة؟ المالك المساهم

هل لديكم فروع اخرى؟ نعم لا اذا كانت الاجابة بنعم، اين.....

ما هي وضعية المؤسسة في السوق (الحصة السوقية)؟ %

هل حصلت مؤسستكم على اعانة مالية من قبل احدى الهيئات الداعمة (عمومية او خاصة)؟ نعم لا

في حالة الاجابة بنعم من هي؟ .....

هل تنتجون ادوية: اصلية جنيسة OTC اخرى

مستلزمات التعبئة والتغليف

هل مؤسستكم في شراكة مع قطاع عام او خاص؟ نعم لا

من هو: .....

2- العراقيل والتحديات في مجال البحث والتطوير

	موافق بشدة	موافق	محايد	اعارض	اعارض بشدة
هناك مشكل عويص في عملية التمويل خاصة من طرف الدولة					
نقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية					
ارتفاع نسبة الضرائب والرسوم المفروضة من الدولة					
عدم الثقة في المنتوج المحلي(الدواء) يؤثر في تدهور الصناعة الوطنية					
تقليص فاتورة الاستيراد تعتبر تضييق على التصنيع الوطني					
المنافسة الاجنبية من شانها تطوير الصناعة المحلية					
الدخول في المنظمة العالمية للتجارة بإمكانه تنمية الصناعة الدوائية					

	موافق بشدة	موافق	محايد	اعارض	اعارض بشدة
غياب تام للعلاقة (المريض-الاطباء-الصيادلة) من ناحية اليقظة الدوائية					
وجود اكثر من 200 شركة انتاج صيدلاني في السوق هو عامل ايجابي					
الدواء الجزائري لا يتميز بالمعايير الصحية العالمية بل بمعايير الجودة فقط					
الاشهار في تسويق الادوية يقتصر على المختصين دون الناس كافة					
قاعدة 51-49 هي عرقلة للاستثمار الاجنبي وبالتالي حماية الصناعة المحلية					

هل هناك دواء مبتكر او مخترع من قبل مؤسستكم؟ نعم لا

هل أنتم بصدد البحث وتطوير دواء جديد؟ نعم لا

هل انت موافق مع القائمة الاسمية للأدوية الممنوعة من الاستيراد المقترحة من طرف الدولة؟ نعم لا

ندرة الادوية سببها: قصور الانتاج المحلي عملية الاستيراد اخرى

هل تقومون بعملية استيراد الادوية؟ نعم لا

ما هو مصدر المواد الاولية او النصف مصنعة المستخدمة في مؤسستكم؟ خارجي محلي

- اذا كان خارجي فهو عن طريق: استيراد مباشر متعاملين (مستوردين)
- ما هو البلد المصدر لكم؟ .....

هل تنتجون ادوية تم منع استيرادها؟

هل تستخدمون كافة طاقتكم الانتاجية؟

النسبة: .....%.

هل انتجتم دواء وتم رفضه بسبب شروط التسجيل لوضعه في السوق (AMM)؟

ما هي الاسباب: .....

3- ما هو تقييمكم للمعطيات التالية

	رديء جدا	رديء	متوسط	مقبول	مقبول جدا
سياسات الانفتاح التجاري المنتهجة من الجزائر					
اتفاقيات التجارة المبرمة مع الاتحاد الاوروبي في مجال الادوية					
اتفاقيات التجارة المبرمة مع الوطن العربي في مجال الادوية					
تثمينكم لسياسات واستراتيجية التصدير نحو الخارج					
الاهتمام بالإبداع وتشجيع المبتكرين في مجال البحث والتطوير					
مدى تمكنكم من استخدام وانتاج الدواء البيوتكنولوجي					
كيف ترون سياسة تحديد اسعار الادوية المتبعة من الدولة					

الملحق رقم: 02

الرقم	اسم المنتجات الدوائية	رقم الفصل والفرع	التعريفة الجمركية
1	عند نفس مستوى التجميع كما هو الحال مع المنتج:3001 غدد وغيرها من أعضاء معدة للعلاج العضوي، مجففة، وإن كانت مسحوقة؛ خلاصات من غدد أو من أعضاء أخر أو من إفرازتها، معدة للعلاج العضوي؛ كبدين (هيبارين) وأملاحه؛ مواد بشرية أو حيوانية أخر محضرة للاستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي، غير مذكورة ولا داخلة في مكان آخر .	30.01	5
2	عند نفس مستوى التجميع كما هو الحال مع المنتج:3002 دم بشري؛ دم حيواني محضر للإستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي أو للتشخيص الطبي؛ أمصال مضادة وغيرها من مكونات الدم والمنتجات المناعية ،وان كانت معدلة أو متحصلاً عليها بعمليات تكنولوجية – حيوية؛ لقاحات وتوكسينات، وكائنات مجهرية مزروعة (باستثناء الخمائر) والمنتجات المماثلة .	30.02	5
3	عند نفس مستوى التجميع كما هو الحال مع المنتج:3003 أدوية (باستثناء المنتجات المذكورة في البنود 30.02 أو 30.05 أو30.06) مؤلفة من مكونين أو أكثر مخلوطة فيما بينها للإستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي، ولكن غير مهيأة بمقادير معايرة أو بأشكال أو في أغلفة معدة للبيع بالتجزئة .	30.03	5
4	عند نفس مستوى التجميع كما هو الحال مع المنتج:3004 أدوية (بإستثناء الأصناف المذكورة في البنود 30.02 أو 30.05 أو30.06) مكونة من منتجات مخلوطة أو غير مخلوطة معدة للإستعمال في الطب العلاجي أو الوقائي، مهيأة بمقادير معايرة، بما فيها تلك المعدة لإعطائها عبر الجلد أو بأشكال أو في أغلفة معدة للبيع بالتجزئة .	30.04	5
5	عند نفس مستوى التجميع كما هو الحال مع المنتج:3005 حشو، شاش (غزي)، أربطه وأصناف مماثلة (مثل الضمادات واللصاقات والكمادات)، مشربة أو مغطاة بمواد صيدلية أو مهيأة للبيع بالتجزئة، لإستعمالات طبية أو جراحية أو لطب الأسنان أو البيطرة.	30.05	5
6	عند نفس مستوى التجميع كما هو الحال مع المنتج:3006 محضرات وأصناف صيدلية، مذكورة في الملاحظة (4) من هذا الفصل.	30.06	5

الملحق رقم: 03

المحور الرئيسي	العبارات (المتغيرات)	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
هل هناك دواء مبتكر او مخترع من قبل مؤسستكم	هناك مشكل عويص في عملية التمويل خاصة من طرف الدولة	,689*	0,028
	نقص اليد العاملة الفنية والمؤهلة في مجال الصناعة الصيدلانية	0,411	0,238
	ارتفاع نسبة الضرائب والرسوم المفروضة من الدولة	0,018	0,960
	عدم الثقة في المنتوج المحلي(الدواء) يؤثر في تدهور الصناعة الوطنية	-0,089	0,807
	تقليص فاتورة الاستيراد تعتبر تضييق على التصنيع الوطني	0,210	0,545
	المنافسة الاجنبية من شانها تطوير الصناعة المحلية	-0,130	0,711
	الدخول في المنظمة العالمية للتجارة بامكانه تنمية الصناعة الدوائية	-0,440	0,193
	غياب تام للعلاقة (المريض-الاطباء-الصيادلة) من ناحية اليقظة الدوائية	-0,098	0,789
	وجود اكثر من 200 شركة انتاج صيدلاني في السوق هو عامل ايجابي	0,000	1,000
	الدواء الجزائري لا يتميز بالمعايير الصحية العالمية بل بمعايير الجودة فقط	0,134	0,711
	الاشهار في تسويق الادوية يقتصر على المختصين دون الناس كافة	-0,327	0,356
	قاعدة 51-49 هي عرقلة للاستثمار الاجنبي وبالتالي حماية الصناعة المحلية	-0,429	0,217
	سياسات الانفتاح التجاري المنتهجة من الجزائر	0,218	0,545
	اتفاقيات التجارة المبرمة مع الاتحاد الاروبي في مجال الادوية	,842**	0,002
	اتفاقيات التجارة المبرمة مع الوطن العربي في مجال الادوية	,674*	0,033
	تثمينكم لسياسات واستراتيجية التصدير نحو الخارج	0,307	0,389
	الاهتمام بالابداع وتشجيع المبتكرين في مجال البحث والتطوير	0,563	0,090
	مدى تمكنكم من استخدام وانتاج الدواء البيوتكنولوجي	0,592	0,071
	كيف ترون سياسة تحديد اسعار الادوية المتبعة من الدولة	0,218	0,545
	هل انت موافق مع القائمة الاسمية للأدوية الممنوعة من الاستيراد المقترحة من طرف الدولة	0,218	0,545

«دراسة تحليلية لواردات الادوية في الجزائر للفترة 1990–2019»

الملخص:

تحتكر شركات قليلة الصناعة الدوائية العالمية خاصة من ناحية الانتاج والسويق، وهذا بسبب امتلاكها براءات الاختراع للكثير من المنتوجات الصيدلانية ومختلف الادوية، واكتسابها التكنولوجيا اللازمة لأنشطة البحث التطوير، فضلا عن اتساع عمليات الاستحواذ والاندماج. انصب اهتمامنا في هذه الدراسة، الى تشخيص وتحليل العوامل المؤثرة في ارتفاع استيراد الادوية في الجزائر، من خلال اعتمادنا على منهج التحليل الوصفي المعمق، وعرض دراسة قياسية ميدانية للقطاع الدوائي بولاية وهران. وبغية تقليص فاتورة الاستيراد الدوائي فقد تبين وجوب الاهتمام أكثر بمخابر البحث والتطوير الدوائي على المستوى المحلي، خاصة وأنها تعاني من نقص في اليد العاملة الفنية المؤهلة ومعايير الجودة الدوائية.

الكلمات المفتاحية: التجارة الخارجية، الصناعة الدوائية، الاندماج والاستحواذ، عمليات البحث والتطوير، دراسة قياسية.

« Analyse des importations de médicaments en Algérie 1990-2019 »

Résumé :

Peu d'entreprises ont le monopole de l'industrie pharmaceutique mondiale, notamment en termes de production et de commercialisation, en raison de leur brevetage de nombreux produits pharmaceutiques et de divers médicaments, et leur acquisition de technologies pour les activités de recherche et de développement, ainsi que l'expansion des acquisitions et des fusions. Dans cette étude, nous nous sommes concentrés sur le diagnostic et l'analyse des facteurs influant sur l'augmentation de l'importation de médicaments en Algérie, en s'appuyant sur une approche d'analyse descriptive approfondie et en présentant une étude standard de terrain du secteur pharmaceutique dans la wilayat d'Oran.

Afin de réduire la facture des importations de produits pharmaceutiques, il a été démontré qu'une plus grande attention doit être accordée aux laboratoires de recherche et de développement de médicaments au niveau local, d'autant plus qu'ils souffrent d'une pénurie de main-d'œuvre technique qualifiée et de normes de qualité pharmaceutique.

Mots clés : *le commerce extérieur, industrie pharmaceutique, Fusions et acquisitions, recherche et développement, étude économétrique.*

«Analysis of imports of medicines in Algeria 1990-2019»

Abstract:

Few companies have a monopoly on the global pharmaceutical industry, especially in terms of production and marketing, because of their patenting of many pharmaceutical products and various medicines, their acquisition of technology for research and development activities, as well as the expansion of acquisitions and mergers. In this study, we focused on the diagnosis and analysis of the factors affecting the rise in the import of medicines in Algeria, drawing on an in-depth descriptive analysis approach and presenting a field standard study of the pharmaceutical sector in Oran State. In order to reduce the pharmaceutical import bill, it has been shown that more attention must be paid to drug research and development laboratories at the local level, especially as they suffer from a shortage of qualified technical labour and pharmaceutical quality standards.

Key words: *foreign trade, pharmaceutical industry, mergers and acquisitions, research and development, econometric study.*