

تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2013-2004)

دريسي أسماء*

Résumé: Cette étude est une tentative d'analyser l'évolution des dépenses de soins de santé en Algérie durant la période (2004-2013) dans le contexte du processus de réforme du système de santé, en dépit de la hausse du budget du secteur de la santé, mais il n'a pas atteint tous ses objectifs visant à améliorer les soins de la santé. L'Algérie souffre encore d'une mauvaise répartition des établissements hospitaliers à travers tout le territoire national, surtout si nous savons que la plupart des établissements hospitaliers privés existent dans les grandes villes, et ceux du nord ce qui nécessite une reconsidération de la politique dans ce secteur vue la distribution réelle de la population à travers le territoire nationale. Le succès de la politique de réforme dépend de l'existence d'un système de santé moderne et flexible.

Mot clés: Réforme du système de santé, dépenses de santé, PIB, économie de santé.

Classification JEL : H51, I18

الملخص: هذه الدراسة هي محاولة لتحليل تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر ومدى فعاليته خلال الفترة (2013-2004) في إطار عملية إصلاح المنظومة الصحية، ورغم ارتفاع ميزانية قطاع الصحة، إلا أنه لم يحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية، وما زال هذا القطاع منهار فالجزائر تعاني من سوء توزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني، خاصة إذا علمنا أن معظم المؤسسات الصحية الخاصة موجودة في المدن الكبرى و الشمالية منها، مما يدعو إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة، وجعلها تتماشى و التوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن.

الكلمات المفتاحية: إصلاح المنظومة الصحية، النفقات الصحية، الناتج المحلي الخام، اقتصاد الصحة.

تصنيف JEL: H51, I18

*أستاذة محاضرة قسم ب، جامعة الجزائر 3، الجزائر.

مقدمة

تعتبر "الرعاية الصحية"، من بين ابرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياسا بما كان عليه في مراحل سابقة، ويرجع ذلك إلى ظهور أمراض متنوعة وأمراض لم تكن معروفة من قبل حيث يصعب علاجا، لهذا توجب أن يكون هناك اهتمام متزايد من طرف الدول النامية بخدمات الرعاية الصحية، خاصة جانب النفقات المخصصة لها من الميزانية العامة للدولة وكنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. إن تفشي بعض الأمراض مؤخرا (كمرض الايولا غرب إفريقيا، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية- كورونا-) يفرض على الدول - خاصة النامية منها مثل الجزائر- إتباع منهج صحيح من حيث الإنفاق على الرعاية الصحية، وإتباع القواعد العالمية من اجل حماية صحة المواطنين.

يهدف الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر إلى تحقيق هدف أساسي وهو الوقاية من المرض أولا، والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، هذا الهدف يضمن المحافظة على رأس المال البشري ومن ثم زيادة إنتاجية الفرد وبالتالي زيادة الناتج المحلي الإجمالي، لذا فان الاهتمام بالإنفاق على الرعاية الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط و إنما الدافع الاقتصادي أيضا.

رغم الجهود الكبيرة المبذولة من اجل إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، إلا أن الإنفاق على الرعاية الصحية مازال يشكل معضلة حقيقية، ويبقى السؤال المطروح في هذا المجال : ما مدى فعالية الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر من خلال الإصلاحات التي مست القطاع الصحي؟

تهدف هذه الورقة البحثية إلى معرفة مدى مساهمة الإنفاق على الرعاية الصحية في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين و هذا من خلال تسليط الضوء على الإصلاحات التي مست هذا القطاع الحساس بالإضافة إلى معرفة المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية خاصة جانب التسيير للموارد المالية.

I - نظرة حول وضع الصحة العالمية

شهدت الصحة العامة لسكان العالم بأي مقياس من المقاييس* تحسنا كبيرا في المتوسط على مدى القرنين الماضيين، ويرجع ذلك إلى حد كبير لتحسن الزراعة المؤدي إلى الزيادة في كمية الغذاء، وكذلك إلى توجيه جهود كبيرة تهدف إلى مكافحة الأمراض المعدية¹.

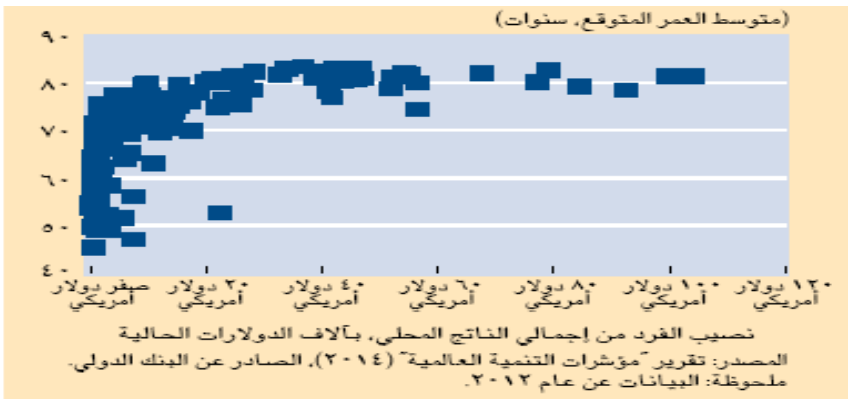
أ - أهمية الصحة في الأدبيات الاقتصادية

يعتبر تمتع الإنسان بصحة جيدة هدف أساسي للتنمية البشرية وهدف من أهداف الألفية، لأن الصحة الجيدة تساهم في النمو الاقتصادي من عدة نواحي:

- من زاوية إنتاجية العمل: إن الصحة الجيدة تعطي للفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر خلال نفس وحدة الزمن، والعمل لوقت طويل خلال نفس اليوم مما يساعد على زيادة الإنتاج والإنتاجية؛
- من خلال تحسين استخدام الموارد الطبيعية: تسمح الصحة الجيدة لأفراد المجتمع باستخدام الموارد الطبيعية التي يتعذر الوصول إليها بسبب المرض.

فالصحة مهمة لأن الناس يولون أهمية كبيرة للعيش حياة طويلة خالية قدر الإمكان من أي اعتلال بدني، ويوضح خبراء اقتصاديات التنمية بوجود علاقة ارتباط قوية و مستمرة بين الدخل والصحة و هو ما يتضح من خلال الرسم البياني رقم (01)

الشكل رقم (01): متوسط العمر المتوقع حول العالم حسب الدخل



المصدر: ديفيد بلوم، شكل الصحة العالمية، مجلة التمويل و التنمية، ديسمبر 2014، ص ن د، ص 09.

من خلال هذا الشكل، يتبين أن السكان في البلدان ذات الدخل المرتفع غالباً ما يتمتعون بمستويات أفضل من الصحة و هذا راجع إلى التغذية الصحية و زيادة فرص الحصول على مياه الشرب النقية، والصرف الصحي و الرعاية الصحية التي يوفرها الدخل المرتفع².

في السنوات الأخيرة، قام الخبراء الاقتصاديون بتعميق فهمهم لأهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، واعتبرها أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل، على غرار المعرفة والمهارات لدى الشعوب، و بما أن الصحة تمثل عاملاً محددًا أساسياً لقيمة العمل، وهو الأصل الرئيسي الذي تمتلكه معظم الشعوب الفقيرة، فإنها تتسم بأهمية خاصة لقدرة الأفراد و الأسر على النهوض بمستوياتهم المعيشية أو إبقائها فوق خط الفقر.

تتمثل أدق الأدلة على قيمة الصحة من الناحية الاقتصادية في - تحليلات الاقتصاد الجزئي - لأنها تقوم في المعتاد على حجم العينات الكبيرة و أدوات القياس الوفيرة لمستويات الصحة و الدخل وحدداتها بالإضافة إلى ذلك، هناك دراسات جزئية عديدة تركز على القضايا المتعلقة بصحة الأفراد، تقوم على أساس التجارب العشوائية الخاضعة للرقابة. اتضحت من خلال بعض الدراسات الأكثر دقة الآثار الإيجابية لعدة أمور منها:

- آثار علاج نقص الحديد في الدم على المشاركة في قوى العمل و الإنتاجية و مكاسب الدخل في اندونيسيا،

أما - دراسات الاقتصاد الكلي-، التي تستعرض الصورة الأكبر، فهي بطبيعتها اقل دقة، لكنها تفيد بأن سلامة الصحة العامة هي محرك قوي للنمو الإقتصادي حيث يزداد نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بما يقدر بنحو 04% من كل سنة إضافية في متوسط العمر المتوقع. هناك عدة قنوات تعمل في هذا المسار، منها الآثار الإيجابية للصحة على إنتاجية العمل، و معدل الالتحاق بالمدارس، و التحصيل العلمي، و الوظيفة الإدراكية للبشر، و معدلات الإدخار، لأن الناس يدخرون أكثر تحسباً لفترات التقاعد الأطول أجلاً، و الإستثمار الأجنبي المباشر الذي يقترن غالباً بالتكنولوجيا الحديثة و توفير فرص العمل و زيادة التجارة³.

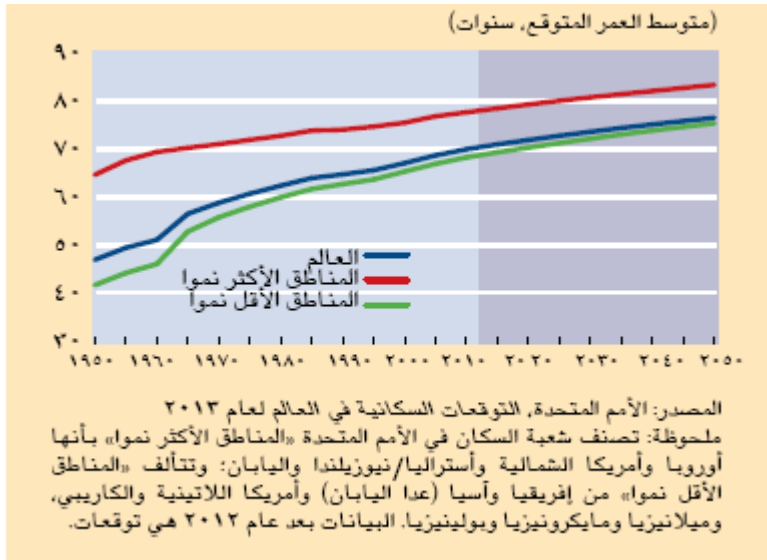
زادت أهمية الصحة العالمية بدرجة كبيرة خلال العقدين الماضيين مع شغل هذا الموضوع مكانة رئيسية كمؤشر و أداة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، فوفقاً لما ورد في مقال نشر في نوفمبر 2013 في مجلة "the atlantic" حول أكبر 20 ابتكاراً ساهمت أكثر من غيرها في صياغة طبيعة الحياة

الحديثة، فإن خمسة من هذه الابتكارات يرتبط مباشرة بالصحة و هي. البنسلين، عدسات النظر، اللقاحات، نظم الصرف الصحي، عقاقير منع الحمل.

ب- الإنفاق على الرعاية الصحية عالمياً

من أوضح مؤشرات التقدم في الرعاية الصحية الزيادة الحادة التي تحققت في أعمار المواطنين، فعلى مدار العقود الستة الماضية، زاد متوسط العمر المتوقع عالمياً بأكثر من 23 عاماً و من المتوقع طبقاً لتوقعات " شعبة السكان في الأمم المتحدة " أن يزداد قرابة 07 أعوام أخرى بحلول عام 2050، و هذا حسب المبين في الشكل التالي :

الشكل رقم (02): متوسط العمر المتوقع حول العالم (1950-2050)



المصدر: ديفيد بلوم، شكل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر 2014، ص ن د، ص 06.

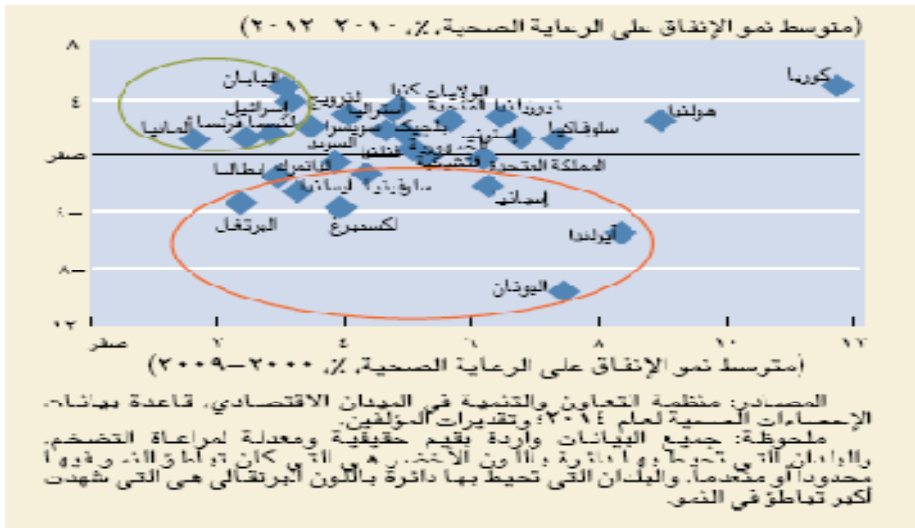
يبين الرسم البياني التقديرات المتوقعة لعمر الأطفال المولودين في سنة معينة إذا خضعوا طوال عمرهم لمعدلات الوفيات لفترة عمرية محددة خلال هذه السنة، و تعكس الزيادة الكبيرة في متوسط العمر المتوقع بين عامي (1950 و 2010) حدوث انخفاض حاد في معدلات وفيات المواليد و الأطفال و زيادة في طول أعمار البالغين⁴

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الإقتصاديات المتقدمة و قد زاد هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية (دراسة Clements, Coady, and Gupta, 2012) و يمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات.

خلال نفس الفترة، ارتفع أيضا الإنفاق الخاص على الصحة الذي يمثل نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الإقتصادات المتقدمة، و في حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد وضع ضغوطاً كبيرة على الميزانيات، خاصة في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات عالية في الإقتصاديات المتقدمة⁵.

منذ عام 2010، تباطأ نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية، بحيث يشمل الإنفاق العام على الصحة مصروفات الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة و المرافق الصحية الحكومية و مصروفات التأمين العام على الصحة، و الشكل الموالي يبين نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي.

الشكل رقم (03): تطور الإنفاق على الرعاية الصحية حول العالم (2010-2012)



المصدر: بينيديكت كليمنس، فاتورة الصحة، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر 2014، ص ن د، ص 23

هناك خمسة عوامل دفع للإنفاق على الرعاية الصحية التي يمكن إيجازها كما يلي 6:

- شيخوخة السكان: تزايد احتياجات الأشخاص من الرعاية الصحية غالبا مع تقدم العمر؛
 - نمو الدخل: يرتبط نمو الدخل غالبا بتزايد الطلب على خدمات صحية أكثر وأفضل؛
 - التقدم التكنولوجي: تمثل التحسينات في التكنولوجيا الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية، فقد أدى التطوير المستمر للإجراءات و الأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من المشاكل الصحية و في علاجها؛
 - أثر بومول **William Baumol** : يشير هذا الأثر، المسمى بإسم منشئه، الاقتصادي ويليام بومول، إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية بما في ذلك الخدمات المقدمة من الحكومة، و في قطاع الصناعات التحويلية يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفض عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج و لكن في مجال الرعاية الصحية يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء و المرضات / المرضين دون المساس بمستوى الخدمات.
 - السياسات و المؤسسات الصحية: يمكن أن تؤثر السياسات و المؤسسات المعينة بالرعاية الصحية على الإنفاق من خلال آثارها على كل من العرض و الطلب فالبنية التحتية في هذا المجال وكذا التكوين الجيد له الدور الكبير في زيادة العرض و بالتالي تحسين جودة الخدمة الصحية؛
- يشير التحليل الاقتصادي الكلي إلى أن المؤشرات الاقتصادية الكلية و المالية العامة (مثل النمو الاقتصادي و البطالة و إجمالي الدين الحكومي) عوامل مهمة لتحديد نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لذلك الإنفاق - التي سبق بيانها - و قد بين التحليل، الذي يستند إلى نموذج يستخدم بيانات سنوية لجميع الإقتصادات المتقدمة خلال الفترة (1980 - 2012) أن حدوث تباطؤ في النمو الإقتصادي و تزايد معدلات البطالة يؤديان إلى خفض نمو الإنفاق على الرعاية الصحية و هذا مثلما هو مبين في الشكل الموالي

الشكل رقم (04): علاقة الإنفاق على الرعاية الصحية بنصيب الفرد من النمو الحقيقي



المصدر: بينيديكت كليمنس، فاتورة الصحة، مجلة التمويل و التنمية، ديسمبر 2014، ص ن د، ص 24.

ج- دور الإصلاحات في زيادة كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية

إن إصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة، فالحصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمل تكلفتها لها أهمية بالغة، ولكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطاً كبيراً على ميزانيات الحكومة.

تبين التجربة في الاقتصاديات المتقدمة أن توليفة من ضوابط الميزانية الأكثر إحكاماً مع إصلاحات معززة لفعالية أنظمة الرعاية الصحية يمكن أن تساعد في الحفاظ على فرص الحصول على الرعاية الصحية "العالية الجودة" و تبقى على الإنفاق العام تحت السيطرة. تتمثل أفضل الإستراتيجيات التي تؤدي إلى احتواء الإنفاق في الاقتصاديات المتقدمة في مزيج من الأدوات اللازمة لإحتواء التكاليف و إجراء إصلاحات لتحسين كفاءة الإنفاق⁷ :

- وضع حد أقصى للميزانية مع إشراف مركزي: بحيث تمثل أداة قوية للحد من النفقات من خلال عنصر المراقبة الذي يؤدي إلى تخفيض نسبة الفساد وزيادة الشفافية.

- الإدارة العامة لخدمات الرعاية الصحية و تنسيقها: بحيث يساعدان على الحد من تكاليفها باستبعاد الخدمات غير الضرورية.
- الإصلاحات التي تزيد الحصة التي يتحملها المريض من التكلفة: إما من خلال مساهمة أكبر في التكلفة أو توسيع نطاق التأمين الخاص.

تواجه الاقتصاديات النامية - حيث متوسط طول العمر المتوقع أقصر و معدل وفيات الأطفال الرضع أعلى - تحديات مختلفة في الإنفاق على الصحة العامة مما تواجهه الاقتصاديات المتقدمة، بحيث ينبغي أن تهدف الإصلاحات فيها إلى توسيع أنظمتها للرعاية الصحية** و تتجنب في نفس الوقت عدم الكفاءة و ما ينتج عنها من تكاليف عالية.

إن إصلاح الرعاية الصحية يشكل تحدياً مالياً أساسياً أمام صناعات السياسة في الاقتصاديات المتقدمة و النامية على السواء، وتبين التجارب أن مزيجاً من الإصلاحات يمكن أن يساعد على احتواء نمو الإنفاق في الاقتصاديات المتقدمة في حين يحافظ في الوقت نفسه على الإنصاف و الكفاءة.

في الاقتصاديات الناشئة يمثل توسيع نطاق تغطية الخدمات الأساسية لتشمل قطاعاً أوسع من السكان أفضل طريقة لتحسين الصحة على أساس قابل للاستمرار من المنظور المالي.

II - نظرة حول وضع الصحة في الجزائر

يعتبر قطاع الصحة، احد القطاعات الرئيسية في عملية التنمية الاقتصادية التي تنتهجها الجزائر نظرا للدور الفعال الذي يقوم به من خلال ربط كل القطاعات الحيوية الاقتصادية منها و الاجتماعية.

أ- الإختلالات المميزة للنظام الصحي في الجزائر:

يمكن تقسيم هذه الإختلالات إلى ثلاثة أقسام :

1 - اختلالات متعلقة بالتنظيم⁸

المؤسسة الإستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري، فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان امتداداً عضوياً للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

- أ- من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها؛
- ب- من خلال خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة، أما فيما يخص الإختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها فيما يلي :

- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل و الأجور مقارنة مع القطاع الخاص.
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن و حتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.

أ-2. اختلالات متعلقة بالتسيير المالي⁹

- لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلة الموارد المالية و إنما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، هذا بالإضافة إلى ما يلي:
- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، فهيكلة النفقات و الإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات؛
 - غياب التحكم في النفقات (أو التحكم في التسيير) وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية، فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية تتميز بوضعية التسيير، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية و فقدان مصداقيتها.

أ-3- اختلالات متعلقة بوسائل التسيير

- أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيير. هذا العنصر ناتج عن نقائص في النظام الإعلامي الصحي، و كذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى: فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان. يرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات و التقارير الطبية، و عدم مرونة السجلات الإدارية و انعدام تكوين الموظفين في مجال

الترميز و ترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي و بالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي و كذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة.

ب- مبادئ و أهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، اتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحسين و تطوير قطاع الصحة و تقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان وهذا حسب ما جاء في المادة 51 من الدستور و التي تقول : " الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية و مكافحتها " .

تم وضع " ميثاق الصحة " سنة 1998 كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية، بحيث يهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية و الأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح. بالنسبة لمبادئ السياسة الصحية فتمثلت فيما يلي 10 :

- حماية الصحة و ترفيتها من اجل الحد من اللامساواة، وإعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة.
- الاستفادة من مجانية العلاج والإنصاف والتضامن الوطني؛
- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة؛
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط؛
- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل.
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع؛
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تمييزية
- إنشاء مجلس وطني للصحة.

ولكن في الواقع نرى أرقاماً مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر والتي تسير إلى الأسوأ، بحيث يدفع المواطن ثمن تدني الخدمات وحقه في العلاج، وكشفت آخر الإحصائيات (حسب منظمة الصحة العالمية فيما يخص ترتيب الدول العربية فيما يتعلق بمعدل الإنفاق الحكومي للشخص الواحد عام 2012)، عن تذييل النظام الصحي المعتمد في الجزائر، رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري، حيث تنفق الجزائر (234.4 دولار/الفرد سنة 2012) ضعف ما تنفقه المغرب (63.7 دولار/الفرد سنة 2012) على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية جيدة. ونفس الأمر ينطبق على تونس (175.3 دولار/الفرد سنة 2012) التي جاءت الأولى في تقديم رعاية صحية جيدة لأبنائها، مقارنة بميزانيتها مع الجزائر. ومن خلال الاطلاع على الأرقام التي تعدها مراكز الدراسات والإحصاء نطالع أرقاماً مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر، وهي أرقام مرعبة، على الرغم من كونها بعيدة عن مبادئ وأهداف السياسة الصحية التي تبقى شعارات فقط، فكل الأمراض في تزايد مستمر .

أما الأهداف التي ترمي إليها السلطات العمومية من خلال إصلاح المنظومة الصحية فيمكن إيجازها كما يلي 11:

1. تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال: تحديث الخريطة الصحية بهدف التوزيع العقلاني و العادل للموارد، إعادة تأهيل و تعزيز المنشآت الصحة الجوارية والفرق الطبية المتنقلة، تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.
2. إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال: إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة، تحديث مدونة تسيير الأعمال الطبية.

لقد جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن: "الحكومات مسئولة عن صحة شعوبها فعليها اخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة" ففي عديد من الدول الإفريقية وخاصة تلك التي عرفت النظام السياسي الاشتراكي كالجزائر، فان المنظومة الصحية كانت دائما تستجيب إلى مقارنة الصحة من منظور الخدمة العامة. على الرغم من توجه الجزائر نحو الانفتاح منذ سنة 1989، وكذا صدور العديد من المراسيم التنفيذية المنظمة للقطاع الخاص في المجال الصحي، إلا أن قانون حماية الصحة وترقيتها لا زال يحمل بعض ترسبات النهج الاشتراكي¹².

ت - تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2004-2013)
1. تطور مخصصات الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر (2004-2013)

يمثل الجدول الموالي مجموع ميزانيتي التسيير والتجهيز المتعلقة بقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2004-2013.

الجدول رقم(01): ميزانيتي التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة

الوحدة مليون دج

السنوات	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التسيير %	ميزانية التجهيز %
2004	66267,2	3954	70221,20	94,37	5,63
2005	62460,9	3879	,9036633	94,16	5,85
2006	70337,3	31443,5	101780,80	69,11	30,89
2007	93552,9	38882	132434,90	70,64	29,36
2008	143966,6	36990	,60018095	79,56	20,44
2009	178322,8	44327	222649,80	80,09	19,91
2010	195011,8	520399	715410,80	27,26	72,74
2011	227859,5	412463	640322,50	35,59	64,41
2012	404945,3	444300	849245,30	47,68	52,32
2013	0306925,	63250	175,637	81,59	16,81

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق مقدمة من طرف وزارة المالية

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن كل من ميزانيتي التسيير والتجهيز المخصصة لوزارة الصحة هي في ارتفاع مستمر و هذا راجع إلى المخصصات المرصودة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي عرفها القطاع، إذ نلاحظ أن ميزانية التجهيز بلغت أعلى قيمة مخصصة لها في سنة 2010، وهو تاريخ بداية المخطط الخماسي أما ميزانية التسيير فبلغت ذروتها في سنة 2013. ولكن خلال الفترة (2004-2009) نلاحظ أنها كانت منخفضة وهذا راجع إلى احتياجات القطاع .

2. الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة:

يمثل الجدول الموالي، الميزانية العامة لقطاع الصحة مقارنة بالميزانية العامة للدولة خلال الفترة الممتدة من (2013-2004)

الجدول رقم (02): الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة

الوحدة: مليون دج

النسبة %	الميزانية العامة للدولة	الميزانية العامة لقطاع الصحة	السنوات
4%	1860030	70221.6	2004
3%	2105080	66333.9	2005
4%	2543350	101780.8	2006
4%	3194900	132434.9	2007
4%	4188400	.6618095	2008
5%	4199700	222649.8	2009
15%	4737844	715410.8	2010
11%	6019360	640322.5	2011
13%	6437616	849245.3	2012
5%	6879816.7	376175	2013

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق مقدمة من طرف وزارة المالية

نلاحظ من خلال الجدول، أن نسبة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة في مجملها ضئيلة جدا ولا تعكس ما جاء في بنود الإصلاحات، على الرغم من ارتفاعها خلال الفترة (2010-2012) إلا أنها لم تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري وهذا لسبب بسيط وهو سوء التسيير وتفشي الفساد على مستوى الإدارات العمومية فكنا نعلم كم كمية الأدوية والضمادات التي يتم أخذها من قبل المرضى لعائلاتهم، من جهة أخرى هذه الزيادة ترجع إلى برنامج

التنمية الخماسي الذي نجم عنه استفادة القطاع من غلاف مالي قدر ب 619 مليار دينار جزائري خصصت لانجاز 172 مستشفى و 377 عيادة متعددة الخدمات و 100 قاعة علاج و 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة ذوي الاحتياجات الخاصة. ولكنها تبقى غير كافية بالمقارنة بالأموال المعتبرة التي تنفق في هذا القطاع إذ يعرف انهيار بشكل شبه تام على ارض الواقع وهنا نخلص إلى نتيجة مهمة جدا وهي أن الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر غير فعال ولم يجسد أي تحسين في الخدمة الصحية المقدمة للمواطن بسبب سوء التسيير وتبديد الأموال، أما بالنسبة إلى الانخفاض المسجل في سنة 2013 فهذا راجع إلى احتياجات القطاع من الأموال.

3. الميزانية العامة للصحة بالنسبة للنتائج المحلي الخام (PIB):

يمثل الجدول التالي الميزانية العامة لقطاع الصحة مقارنة بالنتائج المحلي الخام في الفترة الممتدة من (2013-2004)

الجدول رقم (03): ميزانية وزارة الصحة بالنسبة للنتائج المحلي الخام

الوحدة مليون دج

السنوات	الميزانية العامة لقطاع الصحة	النتائج المحلي الخام	النسبة %
2004	70221.6	6135917	1%
2005	66333.9	7562000	1%
2006	101780.8	8514800	1%
2007	132434.9	9366600	1%
2008	180980.6	11090000	2%
2009	222649.8	10034300	2%
2010	715410.8	12049500	6%
2011	640322.5	14481000	4%
2012	849245.3	16005900	5%
2013	376175	17771200	2%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق مقدمة من طرف وزارة المالية

أهم ملاحظة نلاحظها في هذا الجدول هو أن نسبة الإنفاق الاجتماعي على الرعاية الصحية في الجزائر يمثل جزء بسيط جدا- ويكاد يكون معدوم- بالنسبة للنتائج المحلي الخام (تقريبا 1% إلى 2%) خلال كل السنوات ماعدا فترة المخطط الذي اعتمدته الدولة (2010-2011-2012)، إذ نلاحظ زيادة في الأغلفة المالية المخصصة لهذا القطاع مقارنة بالسنوات السابقة و هذا دائما في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي،وهنا يمكن القول أن الإصلاحات التي قامت بها الدولة هي إصلاحات جوفاء خالية المحتوى، ولكن الملاحظ انه خلال هذه الفترة أن هناك زيادة مقابلة في الناتج المحلي الخام راجعة بالدرجة الأساس إلى ارتفاع أسعار النفط و استفادة كل القطاعات من هذه الوفورات المالية .

الخاتمة: إن النظام الصحي الجزائري شهد تطورا ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية، والدليل ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها و المزمنة. لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص، بل بالعكس فهو يشهد عدة مشاكل تنظيمية و تسييرية تخص الهياكل و المؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما أّثر سلبا على السير العام لهذه المؤسسات.

يحظى قطاع الصحة باهتمام كبير من طرف الدولة حيث تخصص له سنويا وبتزايد مبالغ معتبرة، ما مكن القطاع من تحقيق تطور ملحوظ على مستوى المستشفيات من خلال عدة إنجازات متمثلة في فتح مناصب شغل جديدة و تشييد عدة مستشفيات متخصصة و غيرها من الإنجازات إلا أنّها تبقى غير كافية فعلى الرغم من الأغلفة المالية الكبيرة المرصودة لهذا القطاع إلا انه يعاني من سوء تسيير هذه الأغلفة ونقص الإطارات المؤهلة والمسؤولة.

وفي الختام نورد النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية:

بالنسبة لعملية الإصلاح الصحي نجد:

- أهداف المنظومة الصحية غير موجودة ؛
- توفر هياكل صحية بعيدة كل البعد عن المعايير الدولية؛
- هناك توزيع غير عادل للمنتوج الصحي مع عدم توفر يد عاملة ماهرة؛
- عناصر التكاليف غير متحكم فيها.
- غياب إرادة سياسية في مجال إصلاح المنظومة الصحية.

بالنسبة لآثر الإصلاحات على فعالية الإنفاق الصحي نجد:

- الإصلاحات المنتهجة هي إصلاحات جوفاء لم تحدد مجالات تخصيص الإنفاق وإنما اقتصر على بعض الشعارات العالمية فقط وغير موجودة ميدانيا ؛
- الإنفاق على الرعاية الصحية غير فعال ولم يؤدي إلى أي تحسن في الخدمة الصحية المقدمة للمواطن وهذا بسبب وحيد وهو سوء التسيير للأموال.

الهوامش :

- * والتي تقاس بزيادة العمر المتوقع، انخفاض وفيات الرضع، التقليل من اعتلال الصحة.
- 1- مايكل سنس و مورين لويس، **الصحة والنمو**، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، البنك الدولي للإنشاء والتعمير، 2009، ص 03.
 - 2- ديفيد بلوم، **شكل الصحة العالمية**، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر، 2014، ص 09 .
 - 3- نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.
 - 4- نفس المرجع السابق، ص 06.
 - 5- بنيديكت كليمنس و آخرون، **فاتورة الصحة**، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر 2014، ص 22.
 - 6- نفس المرجع السابق، ص 22.
 - 7- نفس المرجع السابق، ص ص 43،44.
- ** مثالا: الصين اضطلعت شتغهاي، وهي أكبر المدن التجارية في الصين بتنفيذ إصلاح متعدد الأبعاد في الرعاية الصحية بهدف الحد من نفقات الرعاية الصحية التي يتحملها المواطن و تحسين قطاع الصحة، وبتكلفة اقل (دراسة 2013، cheng)، فعلى سبيل المثال كانت مستوصفات الصحة المجتمعية في شنغهاي تصرف للمواطنين 1000 دواء في إطار قائمة الأدوية الأساسية - حتى من قبل أن تبدأ الصين تنفيذ إصلاحات الصحة الوطنية في عام 2009 التي أتاحت صرف 307 دواء لجميع المواطنين في كل أنحاء البلاد، حيث تم ربط شبكة المستشفيات و الأطباء بالملفات الطبية للمرضى و مراقبة التكاليف.
- 8- حميدة بن حليلة، **الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر، النظام التعاقدى**، تقرير تربص، المدرسة العليا للإدارة، أبريل 2006، ص 05.
 - 9- نفس المرجع السابق، ص 06.

- 10- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **ميثاق الصحة**، وزارة الصحة، الجزائر، الجلسات الوطنية للصحة 28/27/26 ماي 1998، قصر الأمم، ص 05.
- 11- مجلس الأمة، **برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة**، مجلة الفكر البرلماني، العدد 06 جويلية 2004، ص 65.
- 12- قنذلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، العدد 06، جانفي 2012، ص 230.

قائمة المراجع

- 1- مايكل سنس و مورين لويس، **الصحة والنمو**، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، البنك الدولي للإنشاء والتعمير، 2009،
- 2- ديفيد بلوم، **شكل الصحة العالمية**، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر، 2014
- 3- بنيديكت كليمنس و آخرون، **فاتورة الصحة**، مجلة التمويل والتنمية، ديسمبر 2014،
- 4- الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **ميثاق الصحة**، وزارة الصحة، الجزائر، الجلسات الوطنية للصحة 28/27/26 ماي 1998، قصر الأمم.
- 5- مجلس الأمة، **برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة**، مجلة الفكر البرلماني، العدد 06 جويلية 2004.
- 6- نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة، الجزائر 2007.
- 7- صلاح محمود ذياب، **إدارة الخدمات الصحية**، دار الفكر، 2008.
- 8- خروبي بزارة عمر، **اصطلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1990-2009)**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 3
- 9- 12- قنذلي رمضان، **الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)**، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، العدد 06، جانفي 2012.