ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر، تطورها، أسبابها ومتطلبات ترشيدها

The Phenomenon of increasing Health expenditure in Algeria development, reasons, and requirements for rationalization

أ. د/ باركة محمد الزين – أ/ خلاصي عبد الاله
مخبر مجموعة البحث في المالية العامة GREFIP– جامعة تلمسان

الملخص:

تهدف هذه الدراسة الى تحليل ظاهرة تطور وتنامي الانفاق الصحي في الجزائر من خلال التطرق الى الأسباب التي أدت الى زيادة الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بوتيرة جد متسارعة، حيث أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل الى الاستخدام الأمثل للموارد بطريقة ليس فيها هدر أو تجاوز، والعمل على ايجاد مجموعة من الحلول والآليات التي تعمل على ترشيد الانفاق وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة. وقد توصلت الدراسة الى أن التغير في خريطة المرض والنمو الديمغرافي والتوسع في مجالات التغطية الاجتماعية من أهم العوامل المفسرة للزيادة المتسارعة لنفقات الصحة .

الكلمات المفتاحية: الانفاق الصحي؛ الجزائر؛ القطاع الصحي؛ ترشيد الانفاق؛ الخدمات الصحية.

Abstract:

This study aims at analyzing the phenomenon of the development and increase of health expenditure in Algeria via tackling the reasons that led to increasing the public expenditure on the health sector at a speeding pace. For, need has become, more than before, a must to apply the optimal use of resources in a way where there would be no waste or exceed. The work on finding a group of solutions and mechanisms that could help to rationalize the expenditure and improve the level of granted health services. This study concluded that the change in disease map and demography as well as the expansion in social coverage fields are among the most important causes that explain the fast health expenditure.

Keywords: health expenditure, Algeria, health sector, expenditure rationalization, health services.

المقدمة:

لقد شهد الانفاق الصحي في الجزائر تطورا كبيرا وتناميا واسعا، تطورت بتطوره عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلاد، وأضحت أرقام القطاع الصحي في مجال الانفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة، ويلاحظ أن هذا التزايد في الانفاق الصحي لم يصاحبه تزايد مماثل في المردود ولا في تحسين الحالة الصحية، حيث لايزال القطاع الصحي في الجزائر يعاني من مشاكل، والتي انعكست من خلال الاضرابات المتكررة لموظفي القطاع بمختلف فئاتهم، وعدم رضى المواطن الجزائري عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

من هنا كانت ضرورة الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيئات المانحة وهذا بمنظار الفعالية والعدالة والعقلنة، أمرا لابد منه، وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية، التي كان لها أثر بالغ في التقليل من نشاطها، ومردوديتها، وضعف في نوعية الخدمات الصحية المقدمة.

اشكالية الدراسة: نظرا للتزايد الكبير للانفاق الصحي في الآونة الأخيرة أضحى الاهتمام بالانفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المشرفين على قطاع الصحة الى معرفتها وتحليلها وبالتالي التحكم فيها.

على ضوء ما سبق يمكن بلورة اشكالية الدراسة على النحو التالي:

ماهي أسباب التزايد المتسارع للانفاق الصحي في الجزائر خلال السنوات الأخيرة ؟ وماهي السبل الكفيلة لترشيده ؟

هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة الى التطرق الى اشكالية تنامي الانفاق الصحي في الجزائر، ذلك من خلال تحليل تطور الانفاق الصحي والتطرق الى الأسباب والعوامل التي أدت الى زيادته بوتيرة متسارعة، كما تهدف الدراسة أيضا الى ابراز الآليات الكفيلة بترشيد هذا الانفاق في ظل الوضع الاقتصادي والصعوبات المالية التي تعرفها البلاد.

فرضيات الدراسة: سعيا للاجابة على الاشكالية المطروحة اعتمدنا على الفرضيات التالية:

- التغير في الخريطة الصحية للمرض والنمو الديمغرافي والتطور التكنولوجي وراء زيادة الانفاق الصحي.
- تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية استراتيجية شراء الخدمات، هذا من شأنه زيادة فعالية القطاع الصحي وترشيد النفقات.

تقسيمات الدراسة: من أجل الالمام بمختلف جوانب الموضوع، ارتأينا تناوله في المحاور الثلاثة التالية:

- المحور الأول: الانفاق الصحي وطرق تقدير وقياس انتاجيته.
- المحور الثاني: تطور الانفاق الصحي في الجزائر.
- المحور الثالث: أسباب زيادة الانفاق الصحي في الجزائر وآليات ترشيده.

المحور الاول الانفاق الصحي وطرق تقدير وقياس انتاجيته:

1.مفهوم الانفاق الصحي: قبل أن نقوم بتعريف الانفاق الصحي، يجدر بنا تقديم تعريف للنفقات العامة لأن النفقات الصحية هي صورة من صور النفقات العامة.

للنفقة العامة عدة تعاريف مختلفة باختلاف الشخص القائم بالتعريف:

- النفقة العامة هي مبلغ نقدي يخرج من الذمة المالية لشخص معنوي عام بقصد اشباع حاجة عامة[1].
- النفقة العامة كم قابل للتقويم النقدي يأمر بانفاقه شخص من أشخاص القانون العام اشباعا لحاجة عامة[2].
- النفقة العامة هي تلك المبالغ المالية التي تقوم بصرفها السلطة العمومية أو أنها مبلغ نقدي يقوم بانفاقه شخص عام بقصد تحقيق منفعة عامة، كما يمكن تعريفها بأنها استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة بهدف اشباع حاجة عامة[3].

من خلال التعاريف السابقة يتضح أن النفقة العامة تتكون من ثلاث عناصر وهي:

- مبلغ نقدي.
- تصدر من الدولة أو أي شخص معنوي.
- الغرض منها تحقيق منفعة عامة.

1.1 تعريف النفقة الصحية:

- النفقة الصحية هي عبارة عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار والتسيير، والتي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية، حيث نجد أن الجزء الكبير من هذه النفقات تتحملها الدولة والضمان الاجتماعي، والجزء الآخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات[4].
- النفقة الصحية هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية(نفقة صحية عامة) من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية أو انتاجية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي

[1]- حسين مصطفى حسين، المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001، ص: 11.
[2]- حامد عبد الرزاق دراز، مبادئ المالية العامة، الاسكندرية، 2000، ص: 378.
[3]- محمد عباس محرزي، اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003 ص: 65.
[4]- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2010، ص: 155.

للأفراد وعلاجهم و وقايتهم من الأمراض، ويشكل الانفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه ويشير الى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والأفراد[5].

- أما LEVY يرى أن " النفقة الحقيقية للصحة مرتبطة بسلوك المرضى، مقدمي الخدمات العلاجية، وموارد تمويل النظام الصحي" [6]. اذ يرى أن التمويل العمومي يؤدي حتما الى الارتفاع نفقات الصحة، مادام سعر الاستهلاك المطلوب من طرف المستعمل سينخفض دون أن تنخفض أتعاب الطبيب وذلك عن طريق الزيادة في العرض، وهم مجبرون على تلبية الطلب.

2.1 أنواع النفقات الصحية:

من المعروف محاسبيا أنه هناك أنواع من النفقات، نفقات مباشرة وغير مباشرة، ثابتة وغير ثابتة و كذا النفقات الكلية، وفيما يخص النفقات الصحية فهي بدورها تنقسم الى:

- **النفقات المباشرة والغير مباشرة:** المباشرة هي كافة النفقات ذات الصلة المباشرة بالمنتج أو الخدمات وتشمل التكاليف المباشرة للمواد والعمال، و بالنسبة للقطاع الصحي فالنفقات المباشرة هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشآت الصحية كالأجور والرواتب والمواد والمصاريف الأخرى. أما النفقات الغير المباشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لاترتبط مباشرة بالمنتج نفسه، وهي النفقات التي يشار اليها على أنها مصاريف غير مباشرة أو مصاريف تشغيل وقد تشمل بنودا كالايجار والكهرباء والهاتف...الخ، أما بالنسبة للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم آخر تحمل لمصاريف القسم المعني نتيجة لاشتراكه في تأدية الخدمات الصحية[7].
- **النفقات الثابتة والغير الثابتة:** تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لاتتغير مطلقا مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الأجل القصير كتكاليف المباني، التكاليف الرأسمالية للآلات والمعدات، وتشمل كذلك تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود طويلة الأجل مثل الأطباء الاستشاريين. أما النفقات الغير ثابتة (المتغيرة) فهي التي تتغير باستمرار مع مستوى نشاط المشروع مثل تكاليف طعام المرضى، مفروشات الأسرة، المواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل قفازات المطاط، والقطن الطبي والمطهرات الطبية والخيوط الطبية...، أيضا مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الأجل أو المؤقتة [8].

---

[5]- سهام حرفوش، علي بايزيد، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2012)، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015، ص: 08.

[6] - Emil. Levy, G Du Menil, M. bangener,,la croissance des dépenses de santé, Pris.1982 ,p : 45 .

[7]- مالكي هبة الرحمان، ، نفقات قطاع الصحة في الجزائر، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وادارة الصحة، الجزائر،2015، ص: 19.

[8]- ابراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، طبعة 02، مصر، 2006، ص: 169.

- **النفقات الكلية:** وهي مجموع النفقات المباشرة والغير المباشرة.

2. مقاييس الانفاق الصحي ومؤشرات الانتاجية:

1.2 مقاييس الانفاق الصحي:

حتى يمكن عقد مقارنات ذات مغزى بين مستويات الانفاق الصحي بين الدول المختلفة، يمكن الاعتماد على عدة مقاييس منها:[9]

- نسبة اجمالي الانفاق الصحي الى الناتج المحلي الاجمالي أي: $\frac{\text{اجمالي الانفاق الصحي}}{\text{الناتج المحلي الاجمالي}}$.
- متوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحي أي: $\frac{\text{اجمالي الانفاق الصحي}}{\text{عدد السكان}}$.
- اجمالي الانفاق الصحي الى اجمالي الانفاق العام في الموازنة العامة للدولة أي: $\frac{\text{اجمالي الانفاق الصحي}}{\text{اجمالي الانفاق العام}}$.
- اجمالي الانفاق الصحي الى اجمالي الانفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة أي:

$$\frac{\text{اجمالي الانفاق الصحي}}{\text{اجمالي الانفاق الاجتماعي في الموازنة العامة}}$$.

2.2 مؤشرات الانتاجية: تعتبر عملية تقدير إنتاجية الإنفاق العام على قطاع الصحة من المشكلات الأساسية في مجال اقتصاديات الصحة، ذلك أن الناتج النهائي للخدمات الصحية يتمثل في تحسين ورفع مستوى الصحة لأفراد المجتمع وهو منتج ذو طبيعة غير مادية، ومن هنا تظهر صعوبة قياس إنتاجية الإنفاق العام على قطاع الصحة، ولتجاوز ذلك وجب البحث عن بعض المؤشرات، ومن أهمها:

1.2.2 مؤشرات توقع الحياة والوفيات:

أ. مؤشر توقع الحياة: يقصد بالعمر المتوقع عند الميلاد عدد السنوات التي يتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة، وذلك في حالة استمرار أنماط الوفيات السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته، وانطلاقا من هذا المؤشر يمكن معرفة مستوى الخدمات الصحية، ومن ثم تقدير إنتاجية الإنفاق العام على قطاع الصحة،و

[9]- بوزناد دليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول الى جودة الخدمة في المؤسسة الصحية العمومية- دراسة حالة قطاع الصحة في الجزائر-، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2012، ص: 51.

لكن في الواقع فإن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط إلى مستوى الخدمات الصحية فقط، وإنما يرجع وبدرجة كبيرة إلى عوامل أخرى كالتغذية والإسكان والبيئة [10].

ب. مؤشر معدل الوفيات: تعد مؤشرات الوفيات مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق العام الصحي، وذلك لأن معدل الوفيات يتوقف على عوامل أخرى بخلاف مستوى وحجم الإنفاق العام الصحي كالحروب مثلا. غير أنه لا يمكن إغفال أو إنكار أن انخفاض أو عدم جودة الخدمات الصحية يؤذي إلى حدوث الوفيات، لذلك فإنه يمكن أخذ هذا المؤشر كدلالة جزئية ونسبية، ويشتمل هذا المؤشر على ثلاثة مؤشرات فرعية وهي:[11]

– **مؤشر معدل وفيات الرضع:** ويقصد به عدد وفيات الأطفال الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة لكل 1000 مولود حي خلال سنة معينة. ويعتبر هذا المؤشر من أهم المؤشرات التي تبين مستوى الخدمات الصحية، وتعكس الوضع الصحي وكذا العوامل والظروف الاجتماعية والاقتصادية لمختلف الدول، كما يعد أيضا الهدف الرابع ضمن أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية.

– **مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة:** يعتبر هذا المؤشر على نسبة الأطفال المتوفين قبل بلوغهم سن خمس سنوات، وذلك لكل 1000 طفل مولود. ويحسب هذا المؤشر كما يلي:

$$\frac{\text{نسبة الأطفال المتوفين أقل من } \mathbf{5} \text{ سنوات خلال فترة زمنية معينة}}{\text{مجموع الأطفال أقل من } \mathbf{5} \text{ سنوات}} \times \mathbf{1000}$$

ولعل أهم سبب لوفيات الأطفال دون سن الخامسة عالميا هي الأمراض وفي مقدمتها مرض الالتهاب الرئوي.

– **مؤشر وفيات البالغين:** ويقيس هذا المؤشر نسبة وفيات الأشخاص البالغين لسن الرشد، وذلك لكل 1000 شخص بالغ.

2.2.2 مؤشرات الخدمات الصحية: تعتبر مؤشرات الخدمات الصحية بمثابة مقاييس مباشرة يتم من خلالها تقدير إنتاجية الإنفاق على قطاع الصحة، وهي تستخدم لتحديد مدى إمكانية حصول أفراد المجتمع على الخدمات الصحية، ويشتمل هذا المؤشر على مؤشرات فرعية منها: مؤشر عدد الأطباء، وعدد أسرة المستشفيات لكل 1000 من السكان.

المحور الثاني تطور الانفاق الصحي في الجزائر:

[10]- عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، الكويت، 2003، ص: 12.

[11]- فاطمة بوسالم، يسرى مقداد، مدى ملائمة السياسات الاستثمارية الصحية لأهداف التنمية البشرية في الجزائر، مداخلة في اطار الملتقى الوطني حول السياسات العمومية في الجزائر، جامعة بسكرة، 16/15 جانفي 2014، ص: 12-14.

تعرف الجزائر نموا ملحوظا لنفقات الصحة، والتي يمكن تحليلها من جانبين من جانب تطور نفقات الصحة نسبة الى المؤشرات الاقتصادية الكلية، ومن جانب تطور نفقات الصحة نسبة الى الموازنة العامة.

1. تطور نفقات الصحة نسبة الى المؤشرات الاقتصادية الكلية:

1.1 نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام: هذا المؤشر يمثل الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، كما يعتبر من ضروريات التخطيط والتنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية، والجدول الآتي يمثل الانفاق على الصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام.

الجدول رقم (01): الانفاق على الصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام.

السنوات	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
نفقات الصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام	4.20	5.18	4.82	5.14	6.01	6.64	7.23	7.86

Source: https://données.banquemondiale.org/fr/country/algérie ,2017

من خلال الجدول رقم (01): يمكن ملاحظة أن نسبة نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام في تزايد خلال الفترة (2008-2015)، كما يمكن تسجيل متوسط سنوي قدره 5,89 وأعلى مستوى سنة 2015 قدره 7,86 وأدنى مستوى سنة 2008 قدره 4,20.

أما عن التغير المسجل بين السنة الأولى والسنة الأخيرة هو 87% حيث:

$$(Y15 - Y08)/Y08 * 100 = 87\%$$

2.1 نصيب الفرد من النفقات الصحية : ان نصيب النفقات الصحية في الناتج الداخلي الخام يعكس مدى اهتمام الدولة بسكانها في المجال الصحي لكنه لايعطي مدلولا على عدالة توزيع الانفاق الصحي على السكان، لذا سنقوم بدراسة نصيب الفرد من الانفاق الصحي، حيث أن نصيب الفرد من النفقات الصحية هو مجموع النفقات الصحية في العلاقة مع مجموع السكان، والجدول التالي يوضح تطور النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي.

الجدول رقم (02): نصيب الفرد من نفقات الصحة بالدولار الأمريكي

السنوات	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
نصيب الفرد من نفقات الصحة	201.13	195.21	209.83	270.77	318.98	313.52	368.09	404.02

Source: https://données.banquemondiale.org/fr/country/algérie ,2017

ان نصيب الفرد من النفقات الصحية في تزايد خلال الفترة (2008-2015)، كما يمكن تسجيل متوسط سنوي قدره 285,19، وأعلى مستوى سنة 2015 قدره 404,02 وأدنى مستوى سنة 2009 قدره 195,21. وفيما يخص التغير المسجل بين السنة الأولى والأخيرة فهو 100% أي الضعف حيث:

$$(Y15 - Y08)/Y08 * 100 = 100\%$$

2. تطور نفقات الصحة نسبة للموازنة العامة:

يبين هذا المؤشر كيف تتنافس الصحة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب انفاق عمومي،حيث تظهر تنمية هذا القطاع من خلال المخصصات المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية و ارتفاع الإنفاق على القطاع الصحي وما تبذله الدولة في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية.

والجدول التالي يبرز لنا تطور نفقات الصحة نسبة الى الموازنة العامو للدولة وذلك للفترة (2010-2015).

الجدول رقم (03): تطور نفقات الصحة نسبة للميزانية العامة للدولة (2010-2015).

السنوات		2010	2011	2012	2013	2014	2015
النفقات الصحية	التجهيز	13563	13813	3711	12684	17058	2349
	التسيير	195012	227859	404945	306926	365947	381972
	المجموع	208575	241672	408656	319610	383005	384321
النفقات العامة	التجهيز	3331952	3184120	2820417	2544207	2941714	3885785
	التسيير	2838000	3434307	4608250	4335614	4714452	4972278
	المجموع	6169952	6618427	7428667	6879821	7656166	8858063
نسبة نفقات الصحة في الانفاق العام %	التجهيز	0.4	0.4	0.1	0.5	0.6	0.1
	التسيير	6.9	6.6	8.8	7.1	7.8	7.7
	المجموع	3.4	3.6	5.5	4.6	5	4.3

المصدر:من اعداد الباحث بالاعتماد على مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة واصلاح المستشفيات2015/2010.

من خلال الجدول يتضح أن مجموع نفقات الصحة خلال الفترة (2010-2015) عرفت تزايد ملحوظ من سنة لأخرى اذ سجلت أقصى زيادة سنة 2012 بنسبة 69%، وفيما يتعلق بنفقات الصحة الخاصة بالتسيير هي الأخرى عرفت تزايد مستمر خلال السنوات حيث سجل 195012 مليون دينار جزائري كمبلغ مخصص للتسيير سنة 2010 ليرتفع الى 381972 مليون دينار جزائري سنة 2015 في حين بلغت أعلى قيمة لها سنة 2012 حيث رصد لها مايقارب 404945 مليون دينار جزائري أي بنسبة زيادة 44 %. أما متوسط نسبة الانفاق الصحي في الانفاق العام للدولة بلغ 4,4 %، وتشكل نفقات التسيير الجزء الأكبر حيث بلغت 7,4% من نفقات التسيير العامة لميزانية الدولة في حين أن متوسط نسبة نفقات الصحة للتجهيز الى نفقات التجهيز للانفاق العام لم تتعدى 0,35% .

مما سبق يتضح أن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي ومايأكد ذلك هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد مستمر من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع هو من بين القطاعات ذات الأولوية والأهمية في الجزائر، الى أن أرقام هذا القطاع في مجال الانفاق أضحت تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة، اذ ان هناك أسباب أدت الى زيادة الانفاق الصحي بوتيرة جد متسارعة، حيث أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل الى ترشيد الانفاق الصحي والتحكم فيه، وهذا ماسنتطرق اليه في المحور الموالي.

المحور الثالث أسباب زيادة الانفاق الصحي في الجزائر وآليات ترشيده:

1. **أسباب زيادة الانفاق الصحي في الجزائر:** كما تمت الاشارة اليه، فقد عرف الانفاق الصحي في الجزائر تطور وتزايد متسارع، ويجد هذا التزايد المتسارع للنفقات الصحية عدة أسباب، ولعل أهمها ماسيتم ذكره في النقاط الآتية:

1.1 التغير في خريطة المرض:

عرفت الجزائر منذ فترة التسعينيات تحول في الخريطة الصحية تميز باستمرار المشاكل المترتبة عن الأمراض المتنقلة وتزايد أعباء الأمراض غير المتنقلة كالسرطان، السكري، أمراض القلب والأمراض التنفسية الحادة، مما شكل أعباء اضافية على النظام الصحي[12]. ولعل أهم الأسباب المفسرة لهذا التحول في الخريطة الصحية يمكن في التحسن المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وتغير في أسلوب الحياة وزيادة نسبة السكان في المناطق الحضرية، وتغير العادات الغذائية ونقص النشاط البدني، بحيث أشار تقرير منظمة الصحة العالمية سنة 2015 أن نسبة 13% من الأطفال أقل من خمسة سنوات ونسبة 10% من الأشخاص البالغين و24.3% من النساء يعانون من زيادة الوزن.[13] وفي الفترة 2012-2013 وحسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الذي أجري من قبل وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، فقد تباينت النتائج أين كانت الاصابة بالأمراض المزمنة مرتفعة لدى سكان المناطق الحضرية 15% مقابل 12% في المناطق الريفية، وأبرز المسح أن حالات الاصابة تتزايد مع تقدم السن، مايقارب 61% من الأشخاص البالغين 70 سنة فأكثر، ومن ناحية المستوى التعليمي فقد أبرزت النتائج أن المصابين بهذه الأمراض دون مستوى تعليمي34%، و17% من ذوي المستوى الابتدائي، وتشكل هاذين الفئتين ثلثي المصابين بالأمراض المزمنة[14].

[12] - MSPRH, plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée les facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2015-2019, p 12 .

[13] - nations unies, commission économique pour l'Afrique, profil de pays 2016 – Algérie, p 25 .

[14] - MPRH, Unicef, UNFPA, suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête, par Grappes à Indicateurs Multiples '' Mics, 2012-2013'', Algérie 2015, p 230.

2.1 تطور المنشآت القاعدية الصحية وعدد الممارسين في المجال الصحي:

ان تطور المنشآت القاعدية الصحية وعدد الممارسين في المجال الصحي يمكن اعتباره من بين أسباب تزايد الانفاق الصحي.

– شهدت المنشآت القاعدية الصحية نموا بسبب الاجراءات الجديدة في اطار اصلاحات 2007 والتي أقرت انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حيث جاءت هذه الاجراءات كمحاولة لتقريب الخدمات القاعدية الصحية من المواطن، والجدول الموالي يبين تطور المنشآت الصحية القاعدية في الجزائر للفترة 2013–2016.

الجدول رقم (04): المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر(2013–2016)

التعيين	2013		2014		2015		2016	
	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة
مؤسسة استشفائية عامة	194	37769	196	38015	200	38305	200	38407
مؤسسة استشفائية	05	876	05	926	09	960	09	1324
مراكز استشفائية جامعية	14	12500	14	12862	15	13050	15	12910
مؤسسة استشفائية جامعية	01	764	01	806	01	810	01	818
مؤسسة استشفائية متخصصة	68	11298	71	11499	75	11637	75	11725
المؤسسةالعمومية للصحة الجوارية	271	–	271	–	271	–	273	–
–عيادات متخصصة	1615	3539	1637	3735	1659	3889	1684	4075
–قاعات علاج	5634	–	5726	–	5762	–	5875	–
–مصالح التوليد العمومية	412	3167	416	3209	415	3175	416	3142
مركز طبي اجتماعي	619	–	622	–	627	–	630	–

Source : (ONS, L'Algerie en quelques chiffres,2016, p 26)

بالنسبة للأسرة فيقصد بها الأسرة التقنية للمؤسسات العمومية الاستشفائية فقط، أما الباقي فيتعلق بالأسرة المنظمة، وتوضح الأرقام الواردة في الجدول أعلاه التحسن المسجل في المنشآت القاعدية الصحية، حيث سجلنا سنة 2016، 200 مؤسسة استشفائية عامة بعدد أسرة بلغ 38407 سرير، و 15 مركز استشفائي جامعي بعدد أسرة 12910، أما المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بلغت 75 مؤسسة بمجموع عدد أسرة 11725 سرير، وفيما يخص المنشآت القاعدية خارج المستشفيات، ففي 2016 أصبح عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية 273 مؤسسة و630 مركز طبي اجتماعي، ويعود هذا الارتفاع في عدد الهياكل الصحية الى سعي الدولة في تقليل التفاوت في مستويات التغطية الصحية، وبالتالي ارتفاع الانفاق على القطاع.

– فيما يخص تطور عدد الممارسين في المجال الصحي فهو بدوره يعتبر من بين أسباب تزايد نفقات الصحة، حيث عرف عدد عدد عمال السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر في السنوات الأخيرة زيادة بوتيرة متسارعة. ذلك مايوضحه الجدول الموالي.

الجدول رقم (05): تطور عمال السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر (2013–2016)

التعيين / السنة	2013	2014	2015	2016
عدد العمال في السلك الطبي	89556	93322	98551	100572
– أطباء	66236	69076	73431	74937
– جراحو أسنان	12782	13168	13645	13747
– صيادلة	10538	11078	11475	11888
عدد العمال في السلك الشبه الطبي	123344	121803	123458	127365
– تقنيون ساميون	83503	88478	90939	87575
– تقنيون	15917	8275	6698	4070
– مساعدون في السلك الشبه الطبي	23924	25050	25821	35720
التغطية الصحية:				

– عدد السكان لكل طبيب	578	566	544	545
– عدد السكان لكل جراح أسنان	2996	2970	2929	2971
– عدد السكان لكل صيدلي	3634	3531	3483	3435

Source : (ONS, L'Algerie en quelques chiffres,2016, p 25)

تشير معطيات الجدول المتعلقة بعدد عمال السلك الطبي والشبه الطبي، أنه في سنة 2016 تم تسجيل 100572 عامل في السلك الطبي ممثلة في: 74937 طبيب و13747 جراح أسنان و11888 صيدلي، وفيما يخص عمال السلك الشبه طبي وفي نفس السنة 2016، تم احصاء 127365 عاملا في الشبه الطبي وهذا ماسمح بتحسن كبير في معظم مؤشرات التغطية الصحية كما وضحها الجدول، حيث سجلت سنة 2016: طبيب لكل 545 سكان و جراح أسنان لكل 2971 ساكن و 3435 ساكن لكل صيدلي.

وكما هو معلوم فان المستخدمين في المجال الصحي يتقاضون رواتب وأجور، ونظرا لتطور وتزايد عددهم من سنة لأخرى فان هذا مايزيد من تطور نفقات المستخدمين وبالتالي الزيادة في ميزانية القطاع والانفاق الصحي عامة.

3.1 النمو الديمغرافي:

ان من أهم الأسباب التي أدت الى تزايد الانفاق العام على الصحة هو التزايد المستمر لعدد السكان، حيث بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر خلال سنة 2017، 41721000 نسمة أي مايعادل معدل نمو طبيعي 2,09%، وفيما يلي جدول يوضح تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في الجزائر للفترة 2012–2015.

الجدول رقم(06): تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في الجزائر (2012–2105)

السنة	2012	2013	2014	2015
عدد السكان في وسط السنة (بالآلاف)	37495	38297	39114	39963
النمو الطبيعي (بالآلاف)	808	795	840	858
معدل النمو الطبيعي (%)	2,16	2,07	2,15	2,15
معدل الاعالة الديمغرافية اجمالي (%)	56,2	57,3	58,5	60,1
معدل الاعالة الديمغرافية للأشخاص الأقل من	43,5	44,2	45,0	46,1

15 سنة				
معدل الاعالة الديمغرافية للأشخاص 60 سنة فأكثر	12,7	13,1	13,5	14,0

Source: (ONS, démographie algerienne,2015,p14)

يتبين من خلال الجدول أن النمو الطبيعي للسكان انتقل من 808000 نسمة سنة 2012 الى 858000 نسمة سنة 2015، وبمعدل نمو طبيعي بلغ 2,15% سنة 2015، أما بالنسبة لمعدل الاعالة الديمغرافية المعرف كحاصل القسمة لمجموع فئتي الأشخاص الذي تقل أعمارهم عن 15 سنة والبالغين 60 سنة فأكثر على الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة)، فقد بلغ سنة 2015، 60,1% مقابل 56,2% سنة 2012. يعود هذا الارتفاع الى الزيادة في نسبة فئة السكان دون 15 سنة من العمر وفئة المسنين 60 سنة فأكثر، وكما هو معلوم فان هاتين الفئتين هما الأكثر استهلاكا للخدمات العلاجية وبالتالي فان تزايد الحالات المرضية المرتبطة بكبار السن وصغار السن سيؤدي حتما الى تزايد نفقات الصحة لتلبية احتياجاتهم العلاجية.

4.1 ارتفاع فاتورة الاستيراد للأدوية:

عرفت عملية استهلاك الأدوية بالجزائر نموا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة من العلاج وتغطية الضمان الاجتماعي للأفراد، ولعل من بين أهم العوامل التي ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك الأدوية بالجزائر نذكر ما يلي[15]:

- زيادة نمو السكان.
- الأسعار الممارسة (المستوى المنخفض لسعر الأدوية).
- ارتفاع نسبة التغطية الاجتماعية بنسبة أكثر من ¾ من عدد السكان الذين يستفيدون من تغطية الضمان الاجتماعي.

ويعتبر السوق الجزائري هو ثالث أهم الأسواق في افريقيا بعد كل من افريقيا الجنوبية ومصر، ويفوق حجمه 3,2 مليار دولار في سنة 2016 وهو في نمو مستمر، وان الاستهلاك الدوائي في الجزائر ارتفع بشكل مهم منذ نهاية العشرية الماضية، حيث ارتفع من 568 مليون دولار سنة 2000 الى 3206 مليون دولار سنة

[15]- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان،2016، ص: 246.

2016، هذا الارتفاع راجع للنمو الديمغرافي المتزايد عبر السنوات وكذا ظهور الأمراض المختلفة والتي سميت بأمراض العصر كأمراض القلب والسرطان والسكر، مع استمرار ظهور الأمراض القديمة كالأمراض الوبائية والطفيلية [16].

ان السوق الوطني للأدوية يشهد تطور من سنة لأخرى غير أن الأدوية تظل مرتبطة في تبعية الاستراد الذي يمثل 63% من قيمة السوق الوطنية سنة 2016 في حين أن الانتاج المحلي للأدوية لم يتجاوز 37%، حسب ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (07): تطور حجم سوق الأدوية في الجزائر (2012-2016)الوحدة (مليون دولار)

السنة	الانتاج المحلي	الاستراد	قيمة السوق الوطنية	الحصة من الانتاج المحلي %	الحصة من الواردات %
2012	1150.00	2324.84	3474.84	33	67
2013	1340.00	2366.79	3706.79	36	64
2014	1173.00	2179.00	3352.30	35	65
2015	1201.29	1960.00	3161.29	38	62
2016	1186.35	2020.00	3206.35	37	63

المصدر: لزهر بن عبد الرواق، جمال خنشور، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص:661.

5.1 أسباب أخرى:

يمكن أيضا أن يعود سبب ارتفاع الانفاق الصحي الى عدة عوامل أخرى، يمكن ادراجها في النقاط التالية:

- توسع مجالات التغطية الاجتماعية، فقد كان لتوسيع مستويات التغطية في مجال التأمين على المرض، نمو عرض العلاج، اضافة الى تزايد الاحتياجات الصحية والعلاجية للسكان الأثر الكبير في نمو نفقات صناديق الضمان الاجتماعي في مجال التأمين على المرض، خاصة تعريض الأدوية التي تحتل المرتبة الأولي في جدول نفقاتها، ويوجد في الجزائر صندوقين للتأمين على المرض هما الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء، و الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير

[16]- لزهر بن عبد الرزاق، جمال خنشور، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، ص: 660.

الأجراء، حيث بلغ عدد المؤمنين على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء لوحده 11 مليون مؤمن سنة 2015 وبلغ عدد الأجراء منهم 6126302 مؤمن، لهذا فان صناديق التأمين على المرض في الجزائر تعرف أعباء متزايدة، اضافة الى ضعف مستويات التصريح بالعمال على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وأيضا تزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم،وهذا مايكون له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر [17].

- زيادة نفقات التهيئة والترميم بالمؤسسات الاستشفائية، وأيضا التقلبات المسجلة في أسعار المواد واللوازم المختلفة التي من المعتاد أن تقتنيها المؤسسات الاستشفائية أدى بدوره الى ارتفاع النفقات من سنة لأخرى.
- التقدم العالمي في المجال الطبي والذي أدى الى استعمال مجموعة من التجهيزات والمزاد الطبية ذات مبالغ باهضة، كما أن هذا التقدم والتطور في المجال الطبي فتح الطريق لتوفير خيارات أكثر للعلاج والتشخيص دفعت بالطلب على الرعاية الصحية للارتفاع ومنه ارتفاع النفقات الصحية.
- تقنيات التسيير المعتمدة في المؤسسات الصحية والتي لا تقوم على أساليب الادارة الحديثة المتمثلة في التخطيط والتنظيم والرقابة والتقييم، كما أنها لا تسمح للمسيرين بمعرفة التكاليف الحقيقة والتحكم فيها وهذا ما أدى الى سوء التسيير وعدم الرشادة في الانفاق [18].

2.آليات ترشيد الانفاق الصحي والتحكم فيه :

تطرح اليوم في الجزائر مشكلة تزايد نفقات الصحة بوتيرة متسارعة وبمعدلات تفوق بكثير الزيادة في ميزانية الصحة، بحيث أن تغير الخريطة الصحية للمرض، والنمو الديمغرافي، وتطور المنشآت القاعدية الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي، اضافة الى توسع مجالات التغطية الصحية، كلها عوامل أدت الى زيادة الانفاق العام على القطاع الصحي والذي أصبح الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا القطاع. على هذا الأساس كان لابد من ايجاد حلول لترشيد الانفاق الصحي والتحكم فيه، وترشيد الانفاق الصحي لايعني تقليص المخصصات المالية للصحة، وانما هو حسن الاستغلال والتوظيف الأمثل لهذه المخصصات المالية.

من خلال هذا يمكن صياغة بعض الآليات التي تساهم في ترشيد النفقات الصحية والتحكم فيها:

[17]- عياشي نور الدين، المنظومة الصحية الجزائرية بين اشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، العدد20، 2017، ص: 109-110.

[18]- ولد محمد نسيمة، آليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وادارة الصحة، الجزائر، 2017، ص: 19-20.

– ضرورة اعتماد عدة أساليب وأدوات حديثة التسيير من أجل التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة، كاستخدام حوكمة النظام الصحي بوصفها الآلية الضرورية لاصلاح الأنظمة الصحية بحيث تكون أكثر عدالة وقابلية للمساءلة وأكثر كفاءة، واستخدام نظام المعلومات من أجل تعزيز النظام الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية، اعتماد طريقة التسيير عبر الأهداف كأداة أساسية لترشيد الانفاق، اعتماد الحسابات الوطنية للصحة كآلية للرقابة على الانفاق الصحي [19].

– تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية استراتيجية شراء الخدمات، فهذا من شأنه زيادة فعالية هذا النظام في تحقيق أهدافه المتمثلة في المساواة والعدالة، الفعالية وكذا الاستمراية المالية، ومنه كنتيجة تحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمات المقدمة للمواطنين مع ضمان في آن واحد رقابة وتحكم في النفقات وهو الهدف المنشود [20].

– البحث عن مصادر تمويل جديدة وتتمثل هذه المصادر فيما يلي [21]:

- ✓ مساهمة المؤسسات الصناعية الملوثة التي نشاطاتها تؤثر على صحة السكان، حيث في هذا الاطار يمكن فرض على هذه المؤسسات الملوثة ضريبة لصالح القطاع الصحي، ويمكن أن تتغير نسبة هذه الضريبة من مؤسسة لأخرى حسب درجة التلوث التي تلحقه بالبيئة وبالتالي بالصحة.
- ✓ مساهمة المؤسسات الاقتصاية ذات النسبة العالية من المرض ومن حوادث العمل، وذلك في اطار مشاركة هذه المؤسسات في حماية صحة عمالها، وعليه يمكن ايجاد صيغة لعلاقة تعاقدية بين المؤسسة المعنية والمؤسسات الصحية، وهذا ما يمكن المؤسسة الصحية من ايجاد مصدر مالي جديد.
- ✓ مساهمة الجماعات المحلية حيث يجب أن تكون مساهمتها فعالة ومتنوعة لكونها لها مسؤولية خاصة فيما يخص المحافظة على الصحة العمومية، كما يمكن للبلدية أن تقوم بتسيير وتمويل الوحدات الصحية القاعيدة الواقعة في رقعتها الجغرافية.

– تشجيع الانتاج المحلي للأدوية حيث أن ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية أثر على ميزانية القطاع الصحي، عليه وجب السير قدما نحو التطور لانتاج الأدوية والمستلزمات الطبية محليا، فالانتاج المحلي للأدوية لايغطي سوى 30% على الأكثر من احتياجات السوق الوطنية للأدوية، عليه لابد من تشجيع ودعم الاستثمار المحلي

[19]- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سايق، ص: 253.

[20]- – علواني عديلة، أهمية النمط التعاقدي في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الانسانية، العدد43، 2016 ص: 455.

[21]- سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، مرجع سابق، ص: 167.

في صناعة الأدوية سواء من مستثمرين محليين أو أجانب يرغبون في الاستثمار في سوق الأدوية بالجزائر، ويكون هذا الدعم والتشجيع من خلال منح تسهيلات وتحفيزات استثمارية .

– على الحكومة أن تركز على الاجراءات الوقائية والتعزيزية من خلال توفير خدمات اعلامية صحية تعلم المواطنين عادات صحية سليمة وسلوك صحي سليم ويكون هذا باستخدام وسائل الاتصال الجماهيري، كذلك العمل على ترسيخ الثقافة الصحية لدى المواطنين، فالتثقيف الصحي يلعب دورا أساسيا في الوقاية من الأمراض وفي تغيير السلوكيات الرائجة والنمط الاجتماعي السائد، اذ يعرف التثقيف الصحي على أنه " إعداد الناس للمحافظة على صحتهم، فهو إدخال تغيير إيجابي على سلوكهم العام لتفادي الأمراض، وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات جديدة، ويكون ذلك بالتوجه إليهم لاستنهاض الهمم، ودفع الوعي الصحي قدما في سبيل نضال يهدف المحافظة على سلامة الأفراد "[22] . وان كل هذا يكون له أثر ايجابي في عدم كثرة الأمراض وسلامة الأفراد وبالتالي التقليل من الانفاق الصحي وعقلنته.

الخاتمة:

يحتل القطاع الصحي في الجزائر موقعا متميزا بين باقي القطاعات الأخرى نظرا للأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع لاتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم، ويعد توفير الرعاية الصحية احدى هذه الخدمات التي يجب أن تحظى بعناية كبرى من الحكومة انطلاقا من أهمية تحسين الحالة الصحية للفرد والجماعة لما لذلك من أهمية في دعم مسيرة التنمية.

وعلى الرغم من كل الجهود المبذولة من طرف السلطات الجزائرية لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، الا أنها تبقى غير كافية لتغطية متطبات المجتمع، ورغم تزايد الانفاق الصحي وتزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بالقطاع، الا أن عدم الرشادة وسوء التسيير لموارد القطاع جعلته يتخبط في العديد من المشاكل التي عادت بالسلب على مستوى الخدمات المقدمة.

وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة الى النتائج التالية:

– بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالانفاق الصحي خلصنا أن نصيب الفرد من الانفاق الصحي هو في تزايد من سنة لأخرى وهذا مايعكس هدى اهتمام الدولة بسكانها في المجال الصحي ولكنه لايعطي مدلولا على عدالة توزيع الانفاق الصحي، وايضا الانفاق الصحي بالنسبة للناتج الداخلي الخام هو في تزايد كل سنة وهذا مايعبر عن الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة.

[22]- شعباني مالك، دور الاذاعة في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي– دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة –، أطروحة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، جامعة قسنطينة، 2006 ص: 194.

– تبين من خلال تحليل الانفاق الصحي نسبة للموازنة العامة أن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي وما يأكد ذلك هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية والأهمية في الجزائر.

– تغير الخريطة الصحية للمرض، النمو الديمغرافي، وتطور المنشآت الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي، اضافة الى توسع مجالات التغطية الصحية وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، كلها عوامل أدت الى زيادة الانفاق الصحي والذي أصبح الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا القطاع.

– ان التزايد المستمر للمخصصات المالية للقطاع الصحي لايعكس بشكل مباشر ما توصل اليه من أهداف وهذا نظرا لتأثره بعدة متغيرات خارج الانفاق بالاضافة الى عدم التخصيص الجيد لها.

– ان الوضعية الصعبة للقطاع الصحي، مرتبطة بمشاكل في التنظيم والتسيير وليس نقص في الامكانيات والموارد المالية والبشرية، فهذه الموارد مستخدمة استخدام سئ، الشئ الذي انعكس على عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين الصحية.

التوصيات: بناءا على النتائج السابقة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

– إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقاً للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

– التعجيل في تطبيق النظام التعاقدي كطريقة جديدة للتمويل، و كحل لترشيد النفقات.

– وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتمادا على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع وتعداد السكان وتوزيعهم وفقا للفئات العمرية.

– نتيجة للتطور في قطاع الخدمات الصحية، و أهمية هذا القطاع سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية، و تنوع و كثافة العمالة الموجودة، فإنه لا بد للمؤسسات الصحية من الحفاظ على تقييم الأداء، و ذلك من أجل تقديم خدمات الرعاية الصحية على درجة عالية من الجودة.

– نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والملتقيات والأيام التحسيسية والندوات والمعارض، في مختلف وسائل الإعلام بشكل متواصل من أجل الوقاية خير من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على خدمات الصحة.

– يجب أن يكون هناك نظام رقابي و متابعة داخل كل مؤسسة صحية

قائمة المراجع:

– ابراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، طبعة 02، مصر، 2006.

– بوزناد دليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول الى جودة الخدمة في المؤسسة الصحية العمومية– دراسة حالة قطاع الصحة في الجزائر–، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2012.

– حامد عبد الرزاق دراز، مبادئ المالية العامة، الاسكندرية، 2000.

– حسين مصطفى حسين، المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001.

– سهام حرفوش، علي بايزيد، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000–2012)،مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر الواقع والأفاق، جامعة المسيلة، 25/24 نوفمبر 2015.

– شعباني مالك، دور الاذاعة في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي– دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة –، أطروحة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، جامعة قسنطينة، 2006.

– علواني عديلة، أهمية النمط التعاقدي في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الانسانية، العدد43، 2016.

– علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2010.

– عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، الكويت، 2003.

– فاطمة بوسالم، يسرى مقداد، مدى ملائمة السياسات الاستثمارية الصحية لأهداف التنمية البشرية في الجزائر، مداخلة في اطار الملتقى الوطني حول السياسات العمومية في الجزائر، جامعة بسكرة، 16/15 جانفي 2014.

– لزهر بن عبد الرزاق، جمال خنشور، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد الخامس، العدد 01، 2018.

– مالكي هبة الرحمان، نفقات قطاع الصحة في الجزائر،مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وادارة الصحة، الجزائر، 2015.

– محمد عباس محرزي، اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003.

– محمد علي دحمان، تقييم مدى فعاليى الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان، 2016.

– ولد محمد نسيمة، آليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمنت وادارة الصحة، الجزائر، 2017.

عياشي نور الدين، المنظومة الصحية الجزائرية بين اشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، العدد20، 2017.

– مشروع ميزانية الدولة و قطاع الصحة واصلاح المستشفيات 2015/2010.

– Emile Levy, G. Du Menil, M. Bangener, la croissance des dépenses de santé, Pris, 1982.

- MSPRH, plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée les facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2015 - 2019.
- Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, profil de pays 2016, Algérie.

- MPRH, Unicef, UNFPA, suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête, par Grappes à Indicateurs Multiples ‘’ Mics, 2012-2013’’, Algérie 2015.
- https://données.banquemondiale.org/fr/country/algérie,2017, consulté le 21/10/2017.
- ONS, l’Algérie en quelques chiffres, (2016), résultats 2013-2015, N°46, sur le site : www.ons.dz , consulté le 25/10/2017.
- ONS, Démographie algérienne, (2015), résultat 2012 - 2015,sur le site : www.ons.dz, consulté le 25/10/2017.