أثر الإنفاق الصحي على أداء النظام الصحي في الجزائر خلال الفترة: 2000–2020

The impact of health spending on the performance of the health system in Algeria during the period:2000-2020.

ط.د لنصاري فاطمة[1] ، أ.د بوعزة عبد القادر[2]

[1] جامعة أحمد درايعية–أدرار (الجزائر)، Lansari.fatima@univ-adrar.edu.dz

[2] جامعة أحمد درايعية، مخبر التكامل الاقتصادي الجزائري الإفريقي–أدرار (الجزائر)، abdelkaderbou@univ-adrar.edu.dz

تاريخ الارسال: 2023/10/25 **تاريخ القبول:** 2024/01/05 **تاريخ النشر:** 2024/01/06

ملخص:

تهدف هذه الدراسة عن طريق رصد وتحليل بيانات ومؤشرات منظمة الصحة العالمية بصفة عامة ومؤشرات لها علاقة بالإنفاق الصحي بصفة خاصة الى تقييم أداء المنظومة الصحية الجزائرية ومدى فعاليتها في تقديم الرعاية الصحية لمواطنيها، واعتمدنا في هذا التقييم على مؤشرات لها صلة بالأداء الصحي كمعدل الوفيات للرضع ، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة ومراقبة تطورها خلال فترة زمنية من سنة 2000 الى سنة 2020 مع تسليط الضوء على الانفاق الصحي ومدى انعكاسه على أداء المنظومة الصحية في الجزائر، وتم تقسيم هذه المؤشرات على أساس ثلاث معايير هي معيار الكفاءة ، الكفاية والعدالة وهذا حتى يتسنى لنا تقييم الأداء من مختلف جوانبه في صورة اكثر وضوحا وتفصيلا، وخلصنا في هذه الدراسة الى ان المنظومة الصحية الجزائرية ورغم كل التطور الذي وصلت اليه خاصة اذا ما قورنت بالفترة التي تلت الاستقلال، لكنها في الواقع المعاش مازالت هناك محدودية في الخدمات الصحية المقدمة للمواطن مع وجود ضعف كبير في إدارة وتنظيم هذه الخدمات.

كلمات مفتاحية: النظام الصحي ، الرعاية الصحية ، الانفاق الصحي ، الصحة ، الأداء الصحي .

تصنيفات JEL : E61،E6،H51،H5.

Abstract :

This study aims by monitoring and analyzing World Health Organization data and indicators in general, and indicators related to health spending in particular, to evaluate the performance of the Algerian health system and the extent of its effectiveness in providing health care to its citizens.

In this evaluation, we relied on indicators related to health performance such as the infant mortality rate and average life expectancy at birth, and monitored their development over a period of time from the year 2000 to the year 2020, while highlighting health spending and the extent of its reflection on the performance of the health system in Algeria,These indicators were divided on the basis of three criteria: efficiency, sufficiency and fairness, so that we can evaluate performance in its various aspects in a clearer and more detailed way,In this study we concluded that the Algerian health system, despite all the development it has achieved, especially when compared to the period following independence, is in fact still limited in the health services provided to the citizen, with a significant weakness in the management and organization of these services

Keywords: Health system, health care, health spending, health, Healthy performance.

JEL Classification Cods : H5,H51,E6,E61.

المقدمة:

تعتبر الصحة نقطة مهمة لتحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات، حيث تولي الدول أهمية كبيرة لتوفير تغطية صحية شاملة تتصف بالفعالية والكفاءة وهذا ما يساعد بشكل كبير في تحقيق النمو الاقتصادي حيث أن صحة الفرد لها تأثير كبير على انتاجيته، والجزائر كغيرها من الدول بذلت جهود كبيرة وخصصت موارد مالية ضخمة لتطوير منظومتها الصحية منذ الاستقلال الى وقتنا الحالي حتى تواكب احتياجات مواطنيها الصحية .

حيث نهدف من خلال هذه الدراسة الى تقييم الجهود المبذولة من الحكومة الجزائرية من اجل تقديم خدمة صحية ميسورة وبجودة عالية للمواطن.

كما تأتي أهمية البحث من أن تقييم الأداء للمنظومة الصحية يُمكِن من التأكد من مدى حسن الاستغلال والحفاظ على الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة وتعظيم العائد منها عن طريق رفع المستوى الصحي للبلاد.

من خلال هذا البحث نحاول تقييم اداء المنظومة الصحية الجزائرية ومدى فعاليتها وكفاءتها في ظل ما تملكه من موارد فنية وإدارية مالية وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية :

- ما هو الإنفاق الصحي وما هي أهميته؟
- ما لمقصود بالنظام الصحي وماهي اهداف الرعاية الصحية؟
- ماهي معايير تقييم النظام الصحي ؟
- مدى فعالية السياسة الصحية في الجزائر في تطوير المنظومة الصحية وبالتالي تحسين الرعاية الصحية للسكان ، وهل حققت أهدافها الصحية ؟

كيف دعمت الحكومة ميزانية نظامها الصحي لتحقيق أهدافها ، وهل أداء هذا النظام يعكس حجم المبالغ المخصصة له ؟

الفرضية:

الانفاق الصحي الحكومي الذي يرافقه مستوى عال من الترشيد والرقابة يؤدي الى اشباع الطلب على العلاج وبتكاليف معقولة وبالتالي التحسين من مستوى أداء النظام الصحي .

منهج البحث:

يتبع هذا البحث المنهج التحليلي الوصفي عن طريق فحص وتحليل بيانات ومؤشرات لها علاقة بالقطاع الصحي في الجزائر للفترة من 2000سنة إلى غاية سنة 2020 .

الدراسات السابقة :

هناك مجموعة من الدراسات التي تناولت موضوع الصحة ، الأنظمة الصحية وتمويل الصحة من بينها هذه الدراسات :

1-دراسة الباحثين حيدر عادل صادق و حمدية شاكر مسلم , **توظيف الانفاق الحكومي وتحليل فعاليته: دراسة وصفية تحليلية في وزارة الصحة**, تناولت الدراسة إشكالية مدى تأثر الاقتصاد العراقي بزيادة الانفاق الحكومي الصحي ومدى انعكاسه على واقع التنمية المستدامة , بالعراق للفترة الممتدة من سنة 2007 إلى سنة 2020 , يهدف البحث الى ابراز سياسة الانفاق الحكومي الصحي من اجل تحديد خطط الوزارة وبيان طرق توزيع الانفاق العام على الصحة ومدى التوظيف خلال السنة, وخلصت

الدراسة الى وجود ضعف في عملية تمويل هذا القطاع من طرف الحكومة مما أدى الى عدم قدرة الوزارة على تحقيق هدفها في تقديم خدمة عالية ذات جودة وفعالية, واوصت الدراسة بضرورة دعم القطاع الصحي الخاص و الاستثمارات في القطاعات الصحية وإيجاد طرق مبتكرة لجذب مصادر لتمويل القطاع وتعيين فريق استشاري قانوني متخصص لعمل مراجعة شاملة لقوانين الصحة والبيئة في العراق ومحاكاتها مع القوانين الحديثة في العالم والدول المجاورة.

2-دراسة الباحثين محمد علي دحمان ومحمد بوقنادل , **تقييم الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة الى الموازنة العامة**, وقد عالجت الدراسة الإشكالية التي تطرح تساؤل حول سبب استثمار الحكومة هذا الحجم من الأموال و قيامها بتحديد خطوات وميزانيات لتحقيق اهداف معينة ثم لا تكون النتائج وفق الأهداف التي سطرتها , وذلك للفترة الممتدة من سنة 2000 الى سنة 2014 وخلصت الدراسة الى انه رغم تزايد الانفاق العام على القطاع الصحي وتزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بالقطاع إلا أن عدم الرقابة والتسيير الغير فعال لموارد القطاع جعله يتخبط في العديد من المشاكل التي عادت بالسلب على مستوى العدالة في الخدمات المقدمة وكذلك جودة هذه الخدمات.

3-دراسة الباحث علي دحمان محمد **تقييم فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحية بالجزائر** وتساءلت الدراسة حول مدى فعالية الانفاق الصحي بالجزائر وهل انتاجيته هذا القطاع تعكس حجم المبالغ المخصصة له, وخلص الدراسة الى ان الوضع الحالي يستلزم إصلاحات تتمحور حول تجسيد استقلالية حقيقية للمؤسسة الصحية مع منح صلاحيات اكبر للمسير المالي من اجل اتخاذ القرارات المناسبة مع ضرورة تشجيع القطاع الخاص لخلق جو من المنافسة من اجل تحقيق فعالية اكبر.

4-دراسة الدكتور عدمان مريزق , **دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر**, تساءلت الدراسة حول أداء النظام الصحي بالجزائر و ما المؤشرات التي تسمح بتقييم اداء هذا النظام , خلصت الدراسة الى وجود عدة أساليب تتبعها الدول في تقييم أنظمتها الصحية لكن المسؤولية النهائية لأداء النظام الصحي تقع على عاتق الحكومة فالإدارة الواعية والمسؤولة وذات رؤيا مستقبلية هي جوهر الأداء الجيد .

5-دراسة الباحثان سليمة حفيظي, **تقييم أداء النظام الصحي وتحقيق جودة الخدمات الصحية** , تساءلت حول كيف يمكن تقييم أداء النظام الصحي في تحقيق جودة في الخدمات الصحية, خلصت الدراسة الى انه عند تقييم الأداء الصحي بشكل مستمر وفعال هذا من شأنه الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية حتى يستفيد منها المرضى وتجعل المنظومة الصحية متأهبة لأي ازمة صحية كأزمة كوفيد 19 .

الغرض من الدراسة:

سعت الدراسات السابقة على مدى فترات مختلفة الى تقييم ما مدى نجاح الحكومات في توظيف انفاقها على القطاع الصحي باستعمال أساليب قياسية و وصفية ومعرفة ما إذا كانت إنتاجية القطاع تعكس حجم المبالغ المخصصة له ، وفي هذه الدراسة نسعى الى تقييم أثر هذا الإنفاق على أداء المنظومة الصحية الجزائرية وهل الانفاق الصحي المرتفع له الأثر الأكبر والوحيد على هذا الأداء ام يجب ان يرفق بعناصر وآليات أخرى لترشيد الانفاق , عن طريق دراسة وصفية تحليلية للفترة الممتدة ما بين 2000-2020 .

1- تعريف الانفاق الصحي:

هو انفاق الحكومة سواء على المستوى المركزي او المستوى المحلي على القطاع الصحي وكذا القروض والمنح والاعانات المخصصة للرعاية الصحية للأفراد، (مشري و بن عطة، 2023)، ومن بين اهم مصادر الانفاق الصحي ما يلي :

- الدولة من خلال النسب التي تخصصها للقطاع الصحي من الانفاق العام ؛
- التأمينات وصناديق الضمان الاجتماعي عن طريق الاقتطاعات العائلية من الأجور؛ (عمورة و بن حسين، 2019)
- الأُسَرْ عن طريق ما يتحمله المواطنين من تكاليف للفحوصات والعلاجات من جيبهم الخاص. (ديناوي و زرواط، 2021)

2- أهمية الإنفاق الصحي:

تكمن أهمية الانفاق الصحي في انه يوفر موارد ويخلق حوافز مادية ومالية لمقدمي الخدمات الصحية ، مما يؤدي الى تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد، (عادل و شاكر مسلم، 2023) كما تكمن أهميته أيضا في ظل ارتفاع تكاليف العلاج وأسعار الأجهزة والأدوات الطبية مما تسبب في صعوبة الحصول على العلاج خاصة للفقراء وذوي الدخل المحدود حيث لا يجب ان تكون قلة الأموال سبب في عدم حصول المريض على العلاج فهو حق لكل انسان ، حيث يعتبر التمويل الصحي عنصر أساسي في قدرة النظم الصحية على توفير الرعاية الصحية للمواطن وبتكاليف معقولة.

3- تعريف النظام الصحي:

عرفها j.fnys :" أنها مجموعة النشاطات المرتبطة فيما بينها والتي لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى، والتي تعمل من أجل الوصول الى هدف معين وتنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزاءها فيما بينها مشكلتا تجانس و استقرار زمني ". (دحمان، 2017)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه: "كل المنظمات والمؤسسات والموارد المعنية باتخاذ إجراءات صحية, ويقصد بالإجراءات الصحية كل جهد يبذل في مجال الرعاية الصحية الشخصية أو الخدمات الصحية العامة أو من خلال مبادرات مشتركة بين القطاعات وتكون غايته الأولية النهوض بالصحة." (WHO، 2000)

وعليه من خلال ما سبق من التعاريف يمكن القول أن النظام الصحي هو تجانس أو تكامل مجموعة من العناصر قد تكون مستقلة في ذاتها ولكن في مجملها لها تأثير على الوضعية الصحية لأي بلد.

حيث أنه وعند محاولة اعطاء نظرة تحليلية للمنظومة الصحية لأي بلد نعتمد عليها قد يكون لها علاقة بالإنفاق العام, البيئة, الموارد البشرية وغيرها , قد تكون اقتصادية او اجتماعية المهم أن يكون لها تأثير على الميدان الصحي لهذا البلد.

بالتالي يمكن الفهم من التعاريف السابقة أن المؤسسات والموارد المختلفة المستخدمة في مجال الرعاية الصحية والتي نعبر عنها كمدخلات يمكن استخدامها للوصول الى افضل مستوى وتدخل صحي وبتكلفة معقولة وهذا ما نعبر عنه كمخرجات النظام الصحي .

4- أهداف النظام الصحي:

حسب تقرير منظمة الصحة العالمية: " معظم الدول تسعى في نظمها الصحية إلى تحقيق ثلاث أهداف أساسية عامة وهامة من حيث درجتها وتوزيعها وهي: النهوض بالصحة ، الاستجابة لتطلعات السكان المشروعة والعدالة في المساهمات المالية ." (WHO، 2000)

4-1- النهوض بالصحة:

تعزيز مستوى الصحة العامة عن طريق تقديم خدمات صحية وقائية وعلاجية لكل المواطنين بدون تفاوت عن طريق اتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهة بعض الامراض قبل ظهورها كتوفير التلقيحات المختلفة ، توفير العلاج بمختلف مستوياته ، التشخيص الأفضل للأمراض (حفيظي، 2023)، والتكوين المهني والفني للأشخاص القائمين على تقديم الخدمة الصحية لمحتاجيها .

4-2- الاستجابة لتطلعات السكان المشروعة:

من خلال التغطية الشاملة لاحتياجات مواطنيها من الخدمات الصحية وتحسين وصول الرعاية الصحية لهم مع عدم وجود فوارق في تقديم الخدمة من مكان لآخر مما يكفيه عناء التنقل ليستفيد من العلاج .

ومحاولة تحقيق أقصى حد من الاكتفاء من مختلف الادوية والأجهزة الطبية والمواد الصيدلانية وضمان وصولها إلى الافراد لتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطن. (حفيظي، 2023)

4-3- العدالة في المساهمات المالية:

حسب منظمة الصحة العالمية النظم الصحية لا تهدف إلى تحسين صحة الناس وفقط بل وكذا وقايتهم من التكلفة المالية المرتبطة بالمرض، (WHO، 2000) وتسعى الدول إلى توفير هذا الدعم والحماية الصحية لمواطنيها, حيث لايزال العديد من الأشخاص محرومين من الحصول على هذه الخدمات خاصة ذوي الدخل الضعيف, فحسب موقع البنك الدولي فإن الدفع المباشر من الجيب الخاص للإنفاق على الرعاية الصحية والأدوية هو السبب في الكثير من حالات الفقر الجديدة المسجلة سنويا في بعض الأقاليم ،(الدولي، 2023)، فعندما ينفق الفرد من جيبه الخاص للحصول على الرعاية الصحية فإنه قد يتخلى على نفقاته الأساسية كالغذاء ,السكن والتعليم او يدفعه للتخلي على العلاج، وهذا يؤثر على المدى البعيد على النمو الاقتصادي ، حيث خلصت عدة دراسات إلى وجود علاقة سببية بين صحة المواطن والنمو الاقتصادي فالمواطن المريض لا يمكن ان يعمل بصورة جيدة بالتالي يؤثر على إنتاجيته، (دیناوي و زرواط، 2021) وعليه تسعى العديد من البلدان توسيع نطاق الحماية المالية والاجتماعية من خلال قرارات في كيفية تمويل الخدمات الصحية حيث تحاول بعض الدول إلى فرض مساهمات على الأشخاص القادرين على الدفع وذلك من خلال الضرائب و/ أو الاشتراكات في مخططات التأمين الصحي مع تقديم الدعم لفئات معينة كالفقراء والمسنين. (WHO، 2000)

5- معايير تقييم المنظومة الصحية:

التوليفة الأمثل للإنفاق على الرعاية الصحية هو ما تعمل مختلف الدول للوصول إليه ليستفيد المواطن من خدمة صحية وفيرة وميسورة.

وعلى الرغم من أنه لا يمكن القول بأن هناك نظام صحي مثالي ولكن يمكن أن نلاحظ أن هناك تفاوت في أداء الأنظمة الصحية من دولة الى أخرى ، حيث يتم اللجوء عند تقييم أداء هذه الأنظمة الى عدة مؤشرات كمعدل الوفيات الرضع و معدل العمر المتوقع عند الولادة وكذا معدل الانفاق الصحي العام ويتم أيضا اللجوء عند التقييم الى الاطلاع على عدد الاسرة و المستشفيات فهذه المؤشرات تساعد في تحديد الفارق بين نظام صحي جيد الأداء وآخر يفشل في أداء وظيفته, حيث أنه كلما سعينا الى تشكيل مؤشر مركب لقياس مستوى التحسن في الصحة فهذا يعطينا صورة اكثر وضوحا وتفصيلا لمختلف جوانب ذلك الأداء وقياس مدى تحقيق هذه المنظومة الصحية لأهدافها ,حيث يمكن ان نصنف هذه المؤشرات على أساس ثلاث معايير أساسية: (الفندري، 2021)

5-1- معيار الكفاءة:

ونقصد بمعيار الكفاءة هو أداء الاعمال بطريقة جيدة والتمكن من الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة لتحقيق حجم او مستوى معين من النواتج بأقل التكاليف ويقاس مستوى الكفاءة بالمقارنة بين الناتج في الوضع الحالي وبين ما يمكن انتاجه باستخدام نفس الموارد. (لعراف و بوقرة، 2021)

5-2- معيار الكفاية:

ونقصد به مدى كفاية مخصصات القطاع الصحي من الانفاق العمومي مقارنة بالقطاعات الأخرى وكذا حصتها من الناتج المحلي الإجمالي وهل تغطي احتياجات القطاع ام لا .(الفندري، 2021)

5-3- معيار العدالة:

ونقصد بها مدى قدرة المواطن في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة دون ان تكون بينه وبينها عوائق مادية أو بشرية أي العدالة في توزيع التحسن في المستوى الصحي .(WHO، 2000)

6- تقييم النظام الصحي في الجزائر:

أعطت الجزائر أولوية واهتمام بالغ منذ الاستقلال لقطاع الصحة الذي عرف تطورا كبيرا من حيث الكوادر الطبية والشبه طبية وكذا الهياكل القاعدية من مستشفيات وقاعات علاج كما اهتمت بتوفير الادوية وباقي المستلزمات الطبية والصيدلانية من خلال انشاء مؤسسة صيدال , وانشأت أيضا معهد باستور والذي يعتبر من اهم المخابر الطبية في الجزائر وكان له دور مهم في الازمة الصحية التي اجتاحت العالم سنة 2020 والجزائر بصورة خاصة وهي ازمة وباء كوفيد 19 .

لكن رغم كل هذا مازالت المنظومة الصحية في الجزائر تعرف مشاكل وصعوبات حالت دون تقديم خدمة صحية ترقى الى المستوى الذي يتطلع له المواطن وهذا ما قد يضطره في كثير من الأحيان الى البحث عن العلاج خارج الوطن .

وبمأن تقييم أداء المنظومة الصحية يساعد في معرفة التطور التاريخي لهذه المنظومة وتحليل أنشطتها الصحية ومدى فعاليتها لفترة زمنية معينة وهذا ما يسهم في التقليل من إنفاقها وتدعيم ايجابياتها ، وسنحاول في هذه الدراسة تقييم النظام الصحي في الجزائر للفترة ما بين 2000 الى 2020 من خلال تحليل بيانات ومؤشرات متعلقة بالقطاع الصحي ومحاولة تسليط الضوء مدى فعالية سياستها الصحية ومدى تحقيقها للأهداف الأساسية للنظم الصحية وهل يعكس هذا النظام حجم الانفاق المخصص له، لجأنا في هذه

الدراسة لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر الى ثلاث معايير هي معيار الكفاءة , معيار الكفاية ومعيار العدالة وهذا لمحاولة تغطية مختلف جوانب هذا الأداء .

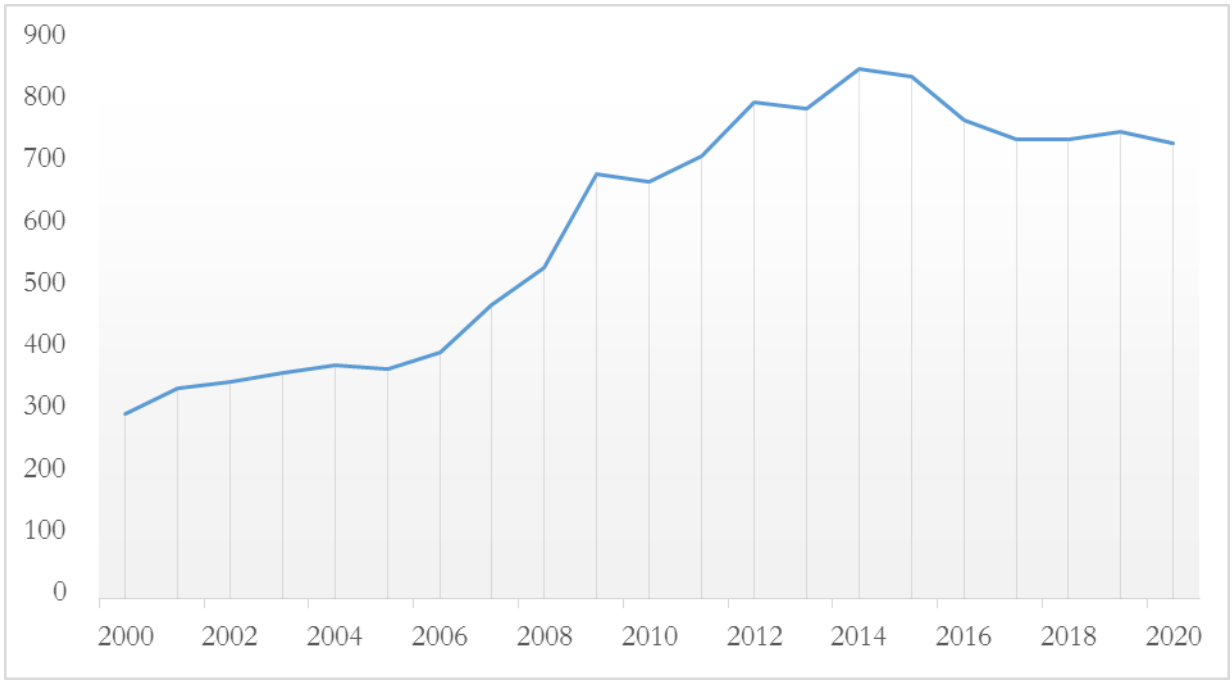
6–1– معيار الكفاءة:

بما أن الهدف الرئيسي للأنظمة الصحية هو زيادة عمر الافراد وتحسين جودة الحياة الصحية لهم، (WHO، 2000) وعليه فإنه لقياس كفاءة النظام الصحي في تحقيق هذا الهدف هو بمعرفة ما مدى استغلال مدخلات القطاع الصحي أي ما تم إنفاقه على هذا القطاع مقابل ما تم الوصول اليه في الواقع من مخرجات او ما حققته من تحسن لتحقيق أهدافها .

رغم أنه ليست هناك طريقة محددة لقياس كفاءة النظام الصحي إلا انه كثيرا ما يتم الاعتماد على عدد من المؤشرات التي تساعد في معرفة مدى تحسن الخدمات الصحية مقارنة مع ما تم انفاقه كمؤشر العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ومعدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي) ونسبة التحصين ضد الحصبة حيث هذه المؤشرات تعطينا نظرة عامة للحالة الصحية للسكان ودور النظام الصحي في وقاية السكان من الامراض وكذا سرعة الاستجابة ونوعية التدخلات الطبية ، ومن أهم المؤشرات التي تعبر عن مدخلات النظام فغالبا ما يتم التعبير عنها ما نصيب الفرد من الانفاق الصحي .

6–1–1– مدخلات النظام الصحي:

الشكل(01):يوضح نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي بالدولار الأمريكي



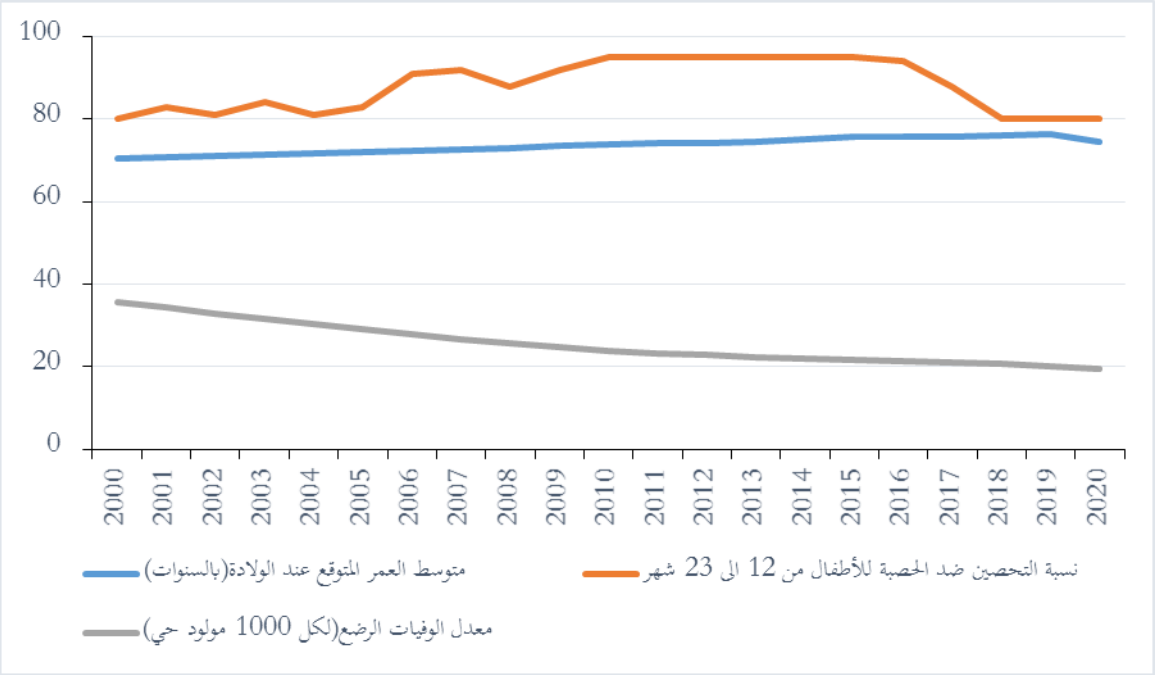
المصدر: اعداد الباحث بناءا على قاعدة بيانات البنك الدولي **الوحدة**: الدولار الأمريكي

عملت الجزائر على رفع نصيب الفرد من الانفاق الصحي عبر السنوات لتصبح من ضمن دول الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل التي تخصص أعلى نصيب للفرد من الانفاق الصحي حيث نلاحظ من خلال المنحنى ان نصيب الفرد في سنة 2000 بلغ 297,26 دولار لكنه عرف مستوى تصاعدي مع مرور السنوات خاصة في الفترة ما بين 2011 و 2015 حيث وصل

الى اعلى مستوى سنة 2014 حيث قدر بـ 854,94 دولار ، ولكنه عرف انخفاض بفارق يقارب 100 دولار في الفترة الممتدة ما بين 2016 و 2020 في حدود ما بين 772,11 دولار و 754,2 دولار .(worldbank, 2023)

6-1-2- مخرجات النظام الصحي:

الشكل (02):يوضح نسبة التحصين ضد الحصبة، متوسط العمر المتوقع عند الولادة ومعدل الوفيات للرضع



المصدر: اعداد الباحثان بناءا على قاعدة بيانات البنك الدولي

نلاحظ من خلال الشكل ما يلي :

بالنسبة لوفيات الرضع لكل 1000 مولود حي :

نلاحظ ان سنة 2000 كانت اعلى نسبة لوفيات الرضع بمعدل 35,6% ولكنه عرف انخفاض تدريجي مع مرور السنوات الى معدل 22,8% سنة 2012 ووصل الى 19,6% سنة 2020 .(worldbank, 2023)

بالنسبة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات):

عرفت الجزائر تغير في متوسط العمر المتوقع بما يقارب 6 سنوات خلال العشرين سنة ما بين سنة 2000 وسنة 2020 , حيث قدر سنة 2000 بـ 70,47 سنة لكنه واصل في الارتفاع تدريجيا حتى وصل الى 76,06 سنة في 2018 و 76,47 سنة في 2019 واستقر سنة 2020 على 74,45 سنة.(worldbank, 2023)

بالنسبة لنسبة التحصين ضد الحصبة للأطفال من 12 الى 23 شهر:

تعتبر الجزائر من بين الدول التي تعطي أهمية كبير للطب الوقائي خاصة ان موقعها الجغرافي خاصة من الناحية الجنوبية يجعلها عرضة للعديد من الامراض المعدية, حيث نلاحظ من خلال المنحنى ان نسبة التحصين ضد الحصبة منذ سنة 2000 بلغت 80% وهذا اعلى بكثير من نسبة التحصين دول جنوب الجزائر مالي والنيجر في نفس السنة حيث بلغت نسبة 49% في دولة مالي ونسبة 37% في دولة النيجر , وقد عرفت هذه النسبة مزيد من الارتفاع الى غاية 95% في السنوات ما بين 2010 و2015

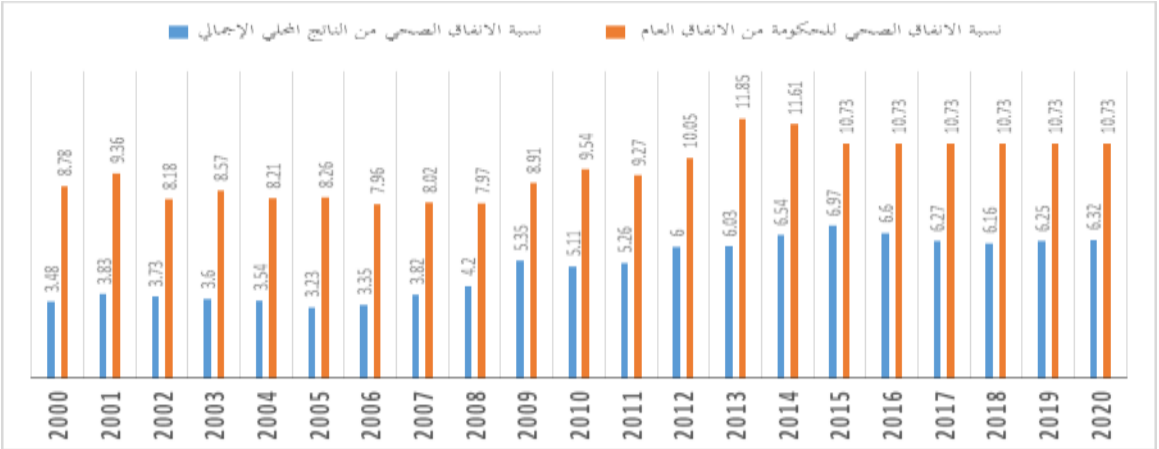
لكنها عادت واستقرت على معدل 80% في السنوات الثلاث الأخيرة 2018, 2019و2020. (worldbank, 2023)

- من خلال الشكلين 1 و 2 نلاحظ ان هناك علاقة إيجابية بين الانفاق الصحي والمعبر عنه بنصيب الفرد من الانفاق الصحي وما بين التحسن في جودة الحياة الصحية للأفراد , وهذا ما يظهر من خلال انخفاض معدل وفيات الرضع والزيادة في متوسط العمر المتوقع للحياة عند الولادة وارتفاع نسبة التحصين ضد الحصبة , وهذا ما نلاحظه خاصة في السنوات ما بين 2011 و2015 وهي السنوات التي عرفت اعلى مستوى انفاق حيث تجاوزت لأول مرة عتبة 600 دولار سنة 2011 وبلغت 713,42 دولار وتراوحت ما بين 800 دولار و 854,94 دولار في السنوات الأخرى , وهي نفس الفترة التي عرفت طفرة في مستوى المؤشرات المدروسة حيث تجاوز متوسط العمر المتوقع 75 سنة و وصلت نسبة التلقيح ضد الحصبة نسبة 95% وانخفض معدل وفيات الرضع الى 21% , والعكس صحيح ففي الفترة التي شهدت اقل انفاق بنصيب الفرد يقدر بـ 297,26 دولار سنة 2000 فإننا نلاحظ اسوء مستوى للمؤشرات المدروسة حيث قدر العمر المتوقع للحياة بـ 70,47 سنة ونسبة التلقيح بـ 80% ونسبة الوفيات للرضع كانت في اعلى مستوى لها خلال كل العشرين سنة قدرت بـ 35,6%, غير انه يمكن تفسير استمرار وجود تحسن في المؤشرات في السنوات اللاحقة من سنة 2016 الى سنة 2020 رغم ثبات الانفاق على نصيب الفرد في حدود ما بين 772,11 دولار و754,2 دولار على انه بعض النتائج لسياسة صحية معينة في لفترة معينة يمكن تستمر نتائجها في الظهور لفترات لاحقة أي ان العمل التي تم القيام به في فترة الذروة للإنفاق الصحي ما بين 2011 و2015 حققت نتائج على المدى البعيد خاصة ان الانخفاض في الانفاق على نصيب الفرد لم يتجاوز 100 دولار طوال تلك الفترة .(worldbank, 2023)

6-2- معيار الكفاية:

من الصعب ان يتمتع قطاع صحي بمستوى أداء عالي في ظل ضعف الانفاق عليه، ولكن يجب أن يصاحب هذا الانفاق عدة تدابير وإجراءات كالشفافية والحوكمة وكذا ان تتبعه المسائلة حيث عندما يكون الفساد عال جدا فإنه ليس من المتوقع تحقيق افضل النتائج في القطاع .(حسن، 2023)

الشكل(03): يوضح نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الإنفاق العام ونسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي



المصدر: اعداد الباحثان بناءا على قاعدة بيانات البنك الدولي .

من خلال الشكل نلاحظ اهتمام الدولة الجزائرية في تنمية القطاع الصحي من خلال ما تخصصه لهذا القطاع من الميزانية العامة للدولة ومن خلال نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي وهذا كالآتي:

بالنسبة للإنفاق الصحي للحكومة من الانفاق العام:

يظهر لنا هذا المؤشر جهود الدولة في تنمية قطاع الصحة من خلال ما تخصصه له من الميزانية العامة للدولة مقارنة بباقي النفقات العمومية حيث يظهر لنا انه في الفترة الممتدة ما بين سنة 2000 وسنة 2020 ان هذه النفقات عرفت مستوى تصاعدي , فمن خلال سياسة البرامج الخماسية التي اتبعتها الدولة خلال هذه الفترة عمدت الحكومة الجزائرية الى تخصيص غطاء مالي معتبر لهذا القطاع , فخلال البرنامج الإنعاش الاقتصادي للفترة ما بين 2000 وسنة 2004, (دحمان و بوقناديل، 2016)،حيث تراوح ما بين 8,18% ونسبة 9,36%، (worldbank، 2023) اما في البرنامج التكميلي لدعم النمو ما بين سنة 2005 وسنة 2009, (دحمان و بوقناديل، 2016)،عرف انخفاض نسبي في بعض السنوات في حدود 1% حيث قدر بـ 7,96% سنة 2006 و7,97% سنة 2008, (worldbank، 2023)، وفي برنامج التنمية الخماسي م بين سنة 2010 وسنة 2014, (دحمان و بوقناديل، 2016)،عرفت نسبة الانفاق الصحي ارتفاع ملحوظ وهو الأعلى طوال الفترة من سنة 2000 الى غاية سنة 2020 حيث بدأ بنسبة 9,54% سنة 2010 حتى وصل الى نسبة 11,85% سنة 2013 و11,61% سنة 2014, (worldbank، 2023)، ويمكن تفسير ذلك بفترة البحبوحة المالية التي عاشتها الجزائر في تلك الفترة نتيجة ارتفاع عائداتها من النفط والغاز بسبب ارتفاع أسعاره في تلك الفترة , لكن بداية سنة 2015 ودخول الجزائر في سياسة التقشف بداية من ذلك العام عرفت مخصصات القطاع الصحي انخفاض الى نسبة 10,73% وبقيت هذه النسبة ثابتة دون تغيير الى غاية سنة 2020 .

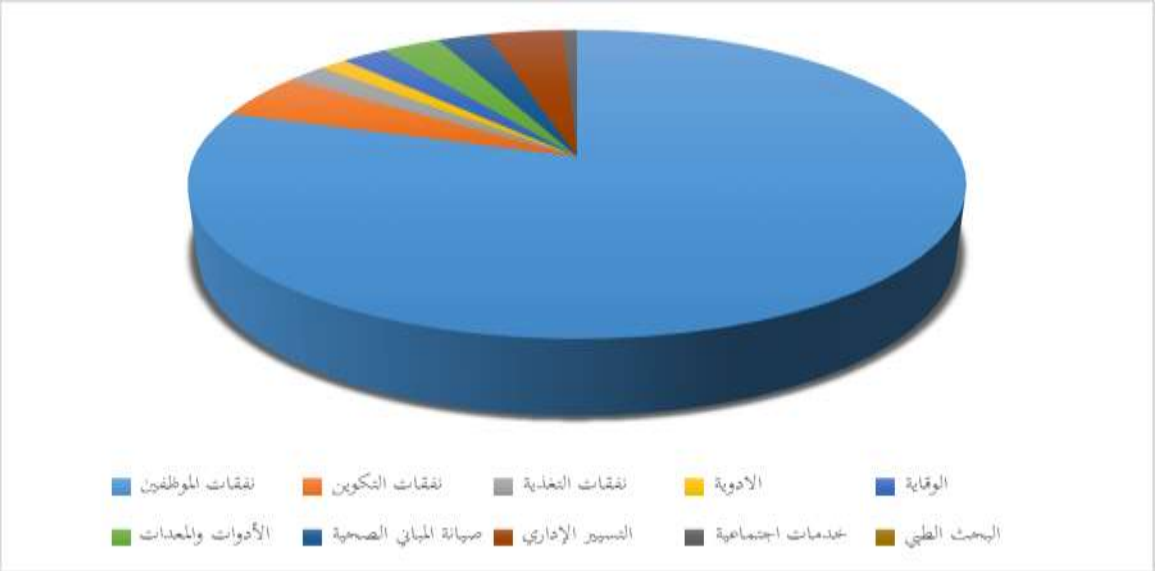
بالنسبة للإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي:

نلاحظ من خلال الشكل ان نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي عرفت استقرارا للفترة ما بين سنة 2000 وسنة 2007 بمتوسط 3% حيث اعلى نسبة خلال الثمان سنوات بلغت 3,83%, (worldbank، 2023)، ولكن منذ سنة 2008 عرفت هذه النسبة نمو بوتيرة تصاعدية بنسبة فارق ما بين 1% و3% حيث عملت الجزائر على الرفع من نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي للمُتساوي المعدلات العالمية والتي تقدر بـ 6% حسب منظمة الصحة العالمية, (WHO، World Health Organization، 2023)، وهذا ما تحقق ابتداء من سنة 2012 وبلغ اعلى معدل سنة 2015 بنسبة 6,97% وبقيت هذه النسبة مستقرة في حدود 6% حتى سنة 2020. (worldbank، 2023)

- ❖ وعليه كملاحظة عامة فإن الانفاق على الصحة في الجزائر عرف نمو بوتيرة تصاعدية خلال السنوت من 2000 الى غاية سنة 2020 حيث استقر في السنوات الست الأخيرة في حدود 10% من الانفاق العام الحكومي 6% من الناتج المحلي الإجمالي وذلك راجع لعدة أسباب من بينها:
  - النمو الديمغرافي الذي عرفته الجزائر حيث يقدر عدد سكان الجزائر بـ 44 مليون نسمة وهذه الزيادة في عدد السكان يجب ان يقابلها زيادة في الغطاء المالي كافي لتوفير الرعاية الصحية المناسبة لهم .

- ارتفاع فاتورة استيراد الادوية حيث تستورد الجزائر النسبة الأكبر من ادويتها من الخارج وهذا بطبيعة الحال يكون بالعملة الصعبة بالتالي تكون حجم المصاريف عالية حيث بلغ نسبة الواردات الجزائرية من الادوية سنة 2016 نسبة 63% مقابل 37% فقط من الإنتاج المحلي .(باركة و خلاصي، 2017)
- حجم الكادر الطبي والإداري والزيادات في منح ورواتب لعمال القطاع مما زاد في حجم كتلة الأجور حيث تستحوذ أجور الموظفين على غالبية الإمكانات المادية خاصة الموجهة لميزانية التسيير فمثلا سنة 2012 نجد ان ميزانية التسيير وزعت على الشكل الآتي :

الشكل(04):يوضح توزيع نفقات ميزانية التسيير لسنة 2012



المصدر: اعداد الباحثان بالاعتماد على المرجع (دحمان و بوقناديل، 2016) **الوحدة**: مليون دج

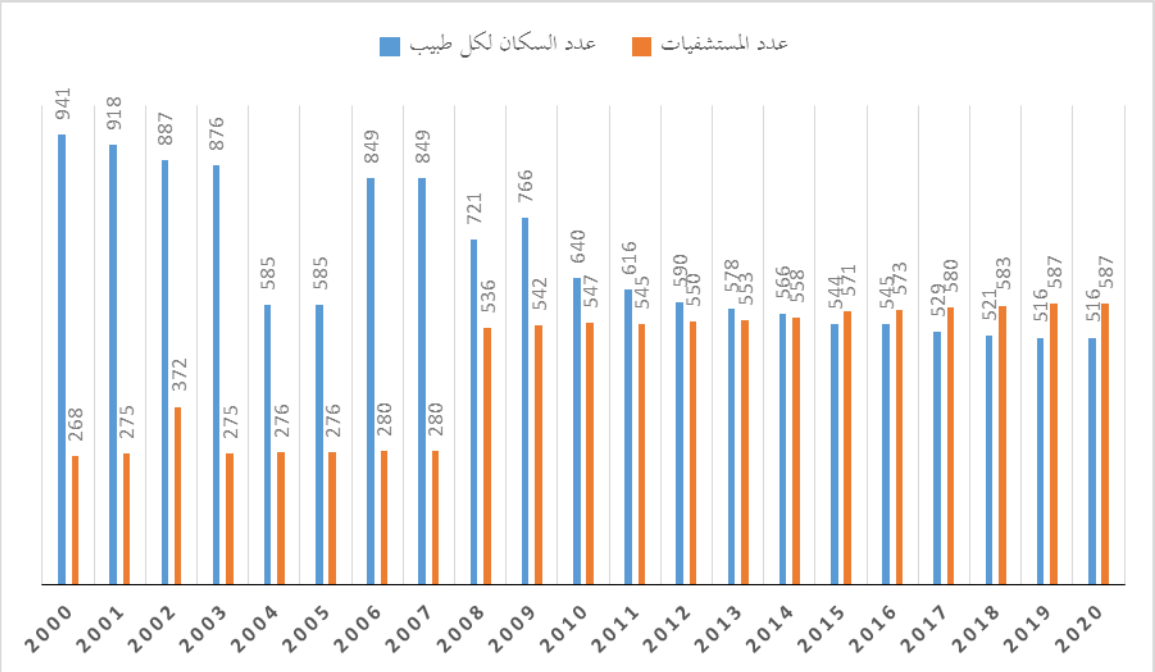
حيث نلاحظ ان نسبة نفقات الموظفين تقدر بـ 79,88% من مجموع نفقات التسيير والباقي يوزع على ما تبقى من النفقات وهذا ما ينطبق على باقي السنوات.

6-3- معيار العدالة:

من اهم المؤشرات التي يمكن ان تعبر عن معيار العدالة هي المؤشرات التي تعكس التوزيع الإقليمي للخدمات الصحية مثل: عدد الاسِرّة, عدد المستشفيات وتوزيعها, وكذا تعداد الكادر الطبي والشبه طبي، (عدمان، 2012) حيث عدم توفر هذه الأساسيات يضطر المواطن الى تكلف مشقة التنقل و ما يترتب على ذلك من زيادة في الانفاق من جيبه للحصول على الرعاية الصحية .

6-3-1- تطور تعداد المستشفيات وعدد السكان لكل طبيب:

الشكل(05):يوضح تطور تعداد المستشفيات وعدد الأطباء مقارنة بعدد السكان



المصدر: اعداد الباحثان من موقع الديوان الوطني للإحصائيات .

من اهم الأهداف التي تسعى النظم الصحية لتحقيقها هي تقليل فوارق في الوضع الصحي للأفراد , من خلال تحقيق اعلى درجة من الاستجابة لاحتياجات المواطن الصحية من خلال توفير منشآت صحية قريبة تحتوي على الإمكانيات المادية والبشرية قادرة على توفير الرعاية الصحية للمواطن وحمايته من الأعباء المالية الناجمة عن التنقل للبحث عن العلاج من خلال توفير مستشفيات تحتوي على اسرة قادرة على استيعاب اكبر عدد ممكن من المرضى مع كوادر طبية وشبه طبية تعمل على تقديم افضل خدمة صحية للمواطن وعليه ومن خلال الشكل نلاحظ ما يلي:

بالنسبة لعدد المستشفيات:

نلاحظ من خلال الرسم البياني ان الجزائر عملت طوال الفترة من سنة 2000 الى غاية سنة 2020 عملت على تقريب الخدمات القاعدية الصحية للمواطن من خلال الزيادة في عدد المستشفيات حيث قدر عددها سنة 2000 بـ 268 مشفى ووصل سنة 2007 الى غاية 280 مشفى تضم مؤسسات استشفائية عامة ومؤسسات استشفائية متخصصة ومراكز استشفائية جامعية ,(ONS، 2023)، كما عملت بعد سنة 2007 على القيام بإصلاحات شملت قطاع الصحة حيث تم عمل تجزئة جديدة لقطاع الصحي من خلال المرسوم التنفيذي رقم: 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها, (SGG، 2023)،حيث أنشئ بموجبه المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تضم عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج والتي تعتبر هياكل صحية خفيفة منتشرة عبر البلديات والاحياء وتعتبر اكثر قربا للمواطن واقل تكلفة في إنشاءها حيث تحتوي على عدد اسرة وكادر طبي صغير مقارنة بالمنشآت الصحية القاعدية الكبرى اهم مهامها تتمثل في : (SGG، 2023)

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
- تشخيص المرض ؛
- العلاج الجواري الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي ؛
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي .

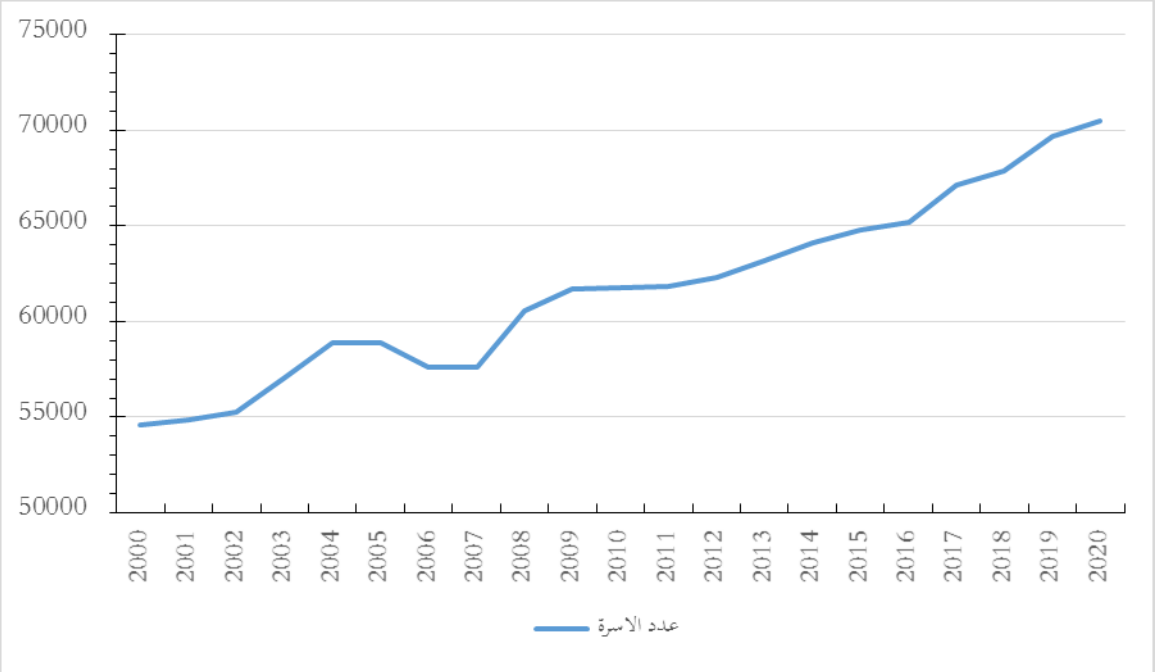
ومنذ سنة 2008 عرف عدد المستشفيات في الجزائر ارتفاع محسوس مقارنة بالسنوات السابقة حيث وصل عددها الى 536 مشفى سنة 2008 في حين لم يتجاوز 280 مشفى في السنوات السابقة واستمرت الزيادة في تعدادها حتى بلغت في سنة 2019 و2020 الى 587 مشفى .(ONS، 2023)

بالنسبة لعدد السكان المقابل لكل طبيب :

نلاحظ من خلال الشكل انه في سنة 2000 كل طبيب يقابله 941 مواطن ,وهذ رقم كبير يؤثر على نوعية الخدمة والأداء للطبيب وبالتالي العدالة في انه كل مواطن له الفرصة في الحصول على خدمة صحية جيدة , لكن هذا الرقم عرف انخفاض محسوس بسبب جهود الدولة الجزائرية للعمل على الرفع من حجم الكادر الطبي والشبه الطبي للبلاد عن طريق فتح التخصصات الطبية في عدد اكبر من جامعات الوطن وانشاء معاهد وطنية للشبه الطبي لتخريج كادر طبي قادر على استيعاب العدد المتنامي للسكان حيث وصل سنة 2010 الى عدد 640 مواطن لكل طبيب وفي سنة 2019 و2020 الى 516 مواطن لكل طبيب. (ONS، 2023)

6–3–2– تطور تعداد الأَسِرَّة في مستشفيات الجزائر:

الشكل(06):يوضح عدد الأَّسِرة:



المصدر: اعداد الباحثان بناء على معطيات موقع الديوان الوطني للإحصائيات .

عدد الأَسِرّة يعتبر احسن وسيلة للحكم على مدى توافر الخدمة الطبية وما مدى القدرة الاستيعابية للمستشفيات حيث نلاحظ من خلال المنحى تزايد عدد الاسرة في المستشفيات الجزائرية بصفة متواصلة حيث قدر سنة 2000 بـ 54618 سرير ووصل الى 58906 سرير سنة 2004 ,(ONS، 2023)، أي ما يعادل 1,7 سرير لكل 1000 شخص ,(worldbank، 2023)، وابتداء من سنة 2008 تجاوز تعداد الاسرة عتبة 60000 سرير حيث قدر بـ 1,9 سرير لكل 1000 شخص سنة 2015 ,(worldbank، 2023)، الى ان وصل الى غاية 70478 سرير سنة 2020 . (ONS، 2023)

ولكن تجدر الإشارة الى مؤشر تعداد الأَسِرّة لا يعكس جودة الخدمة الصحية المقدمة لأنه لا يظهر ما مدى توفر المستلزمات والمعدات الطبية وكفاءة الطاقم الطبي والشبه الطبي للمشفى .

الخاتمة:

بذلت الدولة الجزائرية جهودا كبيرة لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين لكن الواقع يظهر لنا هشاشة النظام الصحي الجزائري في مواجهة الازمات الصحية، وهذا ظهر خاصة خلال الازمة الصحية التي مرت بها البلاد من خلال تفشي وباء كوفيد 19 الذي كان خير دليل على ذلك , فقد صنف مؤشر الامن الصحي العالمي لسنة 2019 وهو مؤشر يهدف الى تقييم قدرات الدول على التأهب ضد الأوبئة والامراض المعدية وما مدى استعدادها لمواجهتها على أساس 06 فئات وعن طريق نظام تنقيط من 01 الى 100 , صنف الجزائر من ضمن الدول الأقل جاهزية لمواجهة الأوبئة حيث نجد ان الجزائر احتلت المرتبة 173 من اصل 195 دولة بنقطة تقدر بـ 23,6 نقطة وهو اقل بكثير من المتوسط الأدنى المطلوب والذي يقدر بـ 40,2 نقطة ,كما سجلت الجزائر اقل المستويات في الفئات الست التي يعتمدها هذا المؤشر وهي : الوقاية ,الكشف والإبلاغ, الاستجابة السريعة, النظام الصحي, الامتثال للمعايير وبيئة المخاطر . (IndexGHS، 2023)

ويمكن تفسير ضعف النظام الصحي الجزائري بعدة أسباب أهمها ضعف التسيير الفعال لموارد القطاع بالتالي يجب العمل على ان يكون الانفاق ملائم لطبيعة مشكلات القطاع الصحي في الجزائر, حيث يلاحظ انه رغم الزيادة في عدد المستشفيات والعيادات خلال هذه السنوات فإنها غالبا ما تكون اصغر من ان تعمل بكفاءة وجودة بسبب نقص التجهيز وكذلك عدم توفر الكادر الكافي خاصتا الاخصائيين, وحتى في المنشآت الكبرى التي من المفروض ان لها امكانيات وتجهيزات أفضل فإنها غالبا ما تواجه مشكلة تعطل هذه الأجهزة نتيجة ضعف التكوين في مجال تشغيل وصيانة هذه الأجهزة التي غالبا ما تكون مستوردة ، بسبب هذا نجد اداء النظام الصحي في الجزائر اقل من نظيره من الدول ذات الشريحة الدنيا المتوسطة الدخل ,(WHO، World Health Organization، 2023) التي لها معدلات انفاق قريبة من الجزائر واحيانا هناك من تنفق اقل من الجزائر ولكن تحقق أداء قريب أو احسن منها فإذا اخذنا مثال دولة جمهورية مصر العربية التي تصنف ضمن نفس الشريحة ونسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي تقدر في حدود 4% ونسبة الانفاق الصحي من الانفاق العام بحدود 5% وعدد سكانها الذي يفوق الجزائر بكثير فإذا قارناها بالجزائر التي تخصص نسبة 6% للإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي و 10% للإنفاق الصحي من الانفاق العام، (worldbank، 2023)، نلاحظ انه رغم أن دولة مصر تخصص اقل بكثير للقطاع الصحي مما تخصصه الجزائر خلال الفترة 2000 –2020 الا اننا نجد من خلال مؤشرات الأداء الصحية ان أداء نظامها الصحي يقدم رعاية صحية افضل من الجزائر واكثر كفاءة, وعليه من خلال ما سبق نرى انه على الحكومة الجزائرية إعادة النظر في الأسس الإدارية والتنظيمية

للقطاع والعمل على ترشيد استخدامها لمواردها لتحسين أداء نظامها الصحي وتقديم خدمات صحية للمواطنين بشكل كفء وفعال، فالإنفاق المرتفع ليس هو الطريقة الوحيدة في تحقيق كفاءة وأداء فعال للنظام الصحي .

المصادر والمراجع:

1. IndexGHS. (2023). *The 2021 Global Health Security Index*. Récupéré sur The 2021 Global Health Security Index: https://www.ghsindex.org/
2. ONS. (2023). *Office National des Statistiques*. Récupéré sur Office National des Statistiques: https://www.ons.dz/spip.php?article2879
3. SGG. (2023). *SGG Algérie*. Récupéré sur SGG Algérie: https://www.joradp.dz/HAR/Index.htm
4. WHO. (2000). منظمة الصحة العالمية *.تحسين أداء النظم الصحية*
5. WHO. (2023). *World Health Organization*. Récupéré sur World Health Organization : https://www.who.int/ar
6. WHO. (2023). *World Health Organization (WHO)*. Récupéré sur World Health Organization (WHO): https://www.who.int/ar
7. worldbank. (2023). *.البنك الدولي* Récupéré sur World Bank Open Data: https://data.worldbank.org

8. الفندري ,ع .(2021) .*الإنفاق الصحي في مصر بين اعتبارات الكفاءة والفعالية* .مصر :معهد التخطيط القومي بمصر.
9. باركة ,م .ا & .,خلاصي ,ع .(2017) .ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي في الجزائر تطورها،اسبابها ومتطلباتها .*المجلة الجزائرية للمالية العامة*.60-45 ,
10. حسن ,ع .ا .(2023) .تقييم كفاءة الانظمة الصحية للدول ذات الإنفاق المرتفع والمتوسط للسيطرة على جائحة كورونا بالتطبيق على المملكة العربية السعودية .*المجلة العربية للإدارة*.43-27 ,
11. حفيظي ,س .(2023) .تقييم أداء النظام الصحي وتحقيق جودة الخدمات الصحية .*مجلة التغيير الاجتماعي*.48-29 ,
12. دحمان ,ع .(2017) .تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر .*اطروحة دكتوراه* .تلمسان ,كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ,الجزائر :جامعة أبو بكر بلقايد –تلمسان .–
13. دحمان ,م .ع & .,بوقناديل ,م .(2016) .تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة الى الموازنة العامة . *مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية*.95-79 ,
14. دیناوي ,ا .ع & .,زرواط ,ف .(2021) .أثر الانفاق الحكومي الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة .2019 - 2000*مجلة الاقتصاد والبيئة*.85-58 ,
15. عادل ,ح .ص & .,شاكر مسلم ,ح .(2023) .توظيف الانفاق الحكومي وتحليل فاعليتة :دراسة وصفية تحليلية في وزارة الصحة .*مجلة كلية دجلة الجامعة*.177-163 ,
16. عدمان ,م .(2012) .دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر .*مجلة العلوم الانسانية*.60-45 ,
17. عمورة ,س .ب & .,بن حسين ,ن -2015) .(2019) .دور وأثر الإنفاق العام الموجه لرأس المال البشري في النمو الاقتصادي بالجزائر للفترة .2000)*مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*.346-329 ,
18. لعراف ,ف & .,بوقرة ,ر .(2021) .انتاجية البنك ما بين الكفاءة والفعالية مدخل مفاهيمي .*مجلة دراسات اقتصادية* , 111-123.
19. مشري ,م & .,بن عطة ,م .(2023) .إشكالية الإنفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990إلى .2020*مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية*.155-140 ,