

## آليات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر

سنوسي علي\*

## ABSTRACT:

La facture des soins en Algérie a connu une croissance qui ne cesse de se développer et ceci est dû au rapide développement social et économique du pays. Dans le domaine des dépenses de la santé, les chiffres de ce secteur menacent la stabilité et l'équilibre de certains secteurs qui participent à son financement ainsi que le budget de l'Etat. Cet accroissement excessives des dépenses n'a pas été accompagné d'une croissance similaire du rendement ni d'une amélioration de l'état de santé du citoyen.

L'accroissement des dépenses de la santé représente un fardeau pour les institutions donatrices qui ne peuvent y faire face. Aujourd'hui, il est nécessaire de discuter de la façon de réduire le rythme de cet accroissement sans affecter le bon fonctionnement de ces structures en excluant les dépenses inefficaces et en examinant minutieusement les dépenses particulières de chaque centre et de connaître de dépenses des fonds publics en proposant les solutions moins coûteuses et plus efficaces et efficientes.

De ce fait, les dépenses de santé sont devenues une préoccupation majeure des responsables et acteurs de ce secteur qui visent à améliorer la qualité des prestations de service de santé prodiguées tout en maîtrisent les dépenses.

\* أستاذ مساعد قسم "أ"، جامعة محمد بوضياف المسيلة.

## ملخص:

لقد شهدت فاتورة العلاج في الجزائر تطورا كبيرا وتناميا واسعا، تطورت بتطور عجلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد، وأضحى أرقام هذا القطاع في مجال الإنفاق الصحي تهدد استقرار وتوازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة. ويكفي الإشارة إلى أن هذا التزايد المفرط في الإنفاق الصحي لم يصاحبه تزايد مماثل في المردود ولا في تحسين الحالة الصحية للمواطن.

إن تنامي الإنفاق الصحي وبالصورة التي آل إليها لا يمكن إلا أن يكون عبئا على الهيئات المانحة والتي لا تستطيع مجابهته، فبات من الضروري البحث في كيفية التقليل من سرعة هذا التنامي المتواصل دون التأثير على سير هذه الهياكل، وهذا باستبعاد الإنفاق غير الفعال عن طريق بحث رشادة ونجاعة كل مركز إنفاقي معين، ومعرفة القنوات التي تصرف فيها الأموال العمومية مع اقتراح البدائل الأقل كلفة والأكثر فعالية ونجاعة .

وعليه أضحي الاهتمام بالإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمون المشرفون على هذا القطاع إلى معرفتها وتحليلها وبالتالي التحكم فيها من أجل الارتقاء بجودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الصحي، نظام الصحة، آليات التحكم، الخدمات الصحية.

### المقدمة

تشهد المنظمات الصحية اليوم جملة من التغيرات من أبرزها ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية نتيجة الاعتماد المتزايد على التقنية الطبية المتطورة والمتغيرة باستمرار، إضافة الى زيادة الضوابط الخارجية التي تمارسها جهات التمويل بهدف تخفيض التكلفة وتحسين الخدمة الصحية المقدمة. كما تشهد هذه المنظمات تغييرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية يتمثل في الرغبة في المشاركة في حثييات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين جودتها، وفي ظل تلك التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المنظمات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها.

ونتيجة للمشاكل التي عرفها قطاع الصحة بالأخص إبتداء من نهايات القرن العشرين وحالة الانسداد التي عرفتتها الهياكل الصحية نتيجة لتفاقم الحالة المالية والتسييرية لها، فكثر الحديث وبإلحاح حول السياسات المتبعة لتسوية مشاكل قطاع الصحة، سياسات تعتمد على التحليل بغرض التحكم في الإنفاق الصحي باعتباره جوهر المشاكل التي تعصف بمعظم الأنظمة الصحية العالمية، كما تعتمد هذه السياسات على تحليل وبحث الموارد المسخرة لهذا القطاع.

### مشكلة البحث

جاء هذا المقال ليجيب عن السؤال التالي: كيفية التحكم في ظاهرة الزيادة المتسارعة في نفقات الصحة، والحاجة الملحة للموارد المخصصة لتمويلها؟.

**أهمية البحث:**

تتبع أهمية هذا المقال من:

- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع، نتيجة تأثيرها على العنصر البشري الذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.
- اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة.
- المؤشرات الصحية في الجزائر، والتي تنذر بوجود مشاكل يجب الالتفات إليها.

**هدف البحث:**

يهدف البحث بشكل أساسي إلى تحليل تطور نمو الإنفاق الصحي في الجزائر، وذلك بهدف تحسين واقع قطاع الصحة، والوقوف على أبعاد الضعف والقوة في السياسة الصحية التي انتهجتها الجزائر منذ اعتماد سياسة الإصلاح.

**منهج البحث:**

يعتمد البحث على المنهج الوصفي في عرض جوانب السياسة الصحية في الجزائر بعد الإصلاحات ومحاولة تحديد مكامن القوة والضعف فيها.

**محتويات البحث:**

تقودنا الإجابة على الإشكالية السابقة، إلى تحليل جوانب الموضوع من خلال المحاور التالية:

المحور الأول: نظام الصحة في الجزائر؛

المحور الثاني: إشكالية تطور الإنفاق الصحي؛

المحور الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية؛

المحور الرابع: آليات التحكم في الإنفاق الصحي وأثره على نوعية الخدمات الصحية في الجزائر.

المحور الأول- تطور نظام الصحة في الجزائر:

### 1- تعريف النظام الصحي:

توجد تعاريف عديدة للنظام الصحي، منها أن النظام الصحي هو "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها. وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"<sup>1</sup>.

كما عرف النظام الصحي "بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة"<sup>2</sup>.

مما سبق ذكره يمكن تعريف النظام الصحي على أنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيًا في ذلك جملة من الأمور هي:

\* أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة؛

\* أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة وللمواطن.

ينكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية هي:

- 1- الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية وهذا المكون يمثل الأشخاص والعائلات التي تحتاج هذه الخدمات الصحية المتوفرة في المؤسسات الصحية.
- 2- المكون المهني والفني، ويشمل الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية للأفراد، ومن أمثلة هؤلاء، الطبيب، الممرض... الخ .
- 3- المكون الاجتماعي: ويتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، الدولة والشعب والذين كل منهم يقوم بدوره، حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها تتمثل فيما يلي: تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تحسين مستوى الرعاية الصحية، جمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه.

## 2- تطور النظام الصحي الجزائري

لقد شكّل قطاع الصحة أحد الاهتمامات الكبرى للسلطات الجزائرية، والتي قررت منذ الاستقلال إقامة منظومة صحية ووطنية يمكنها التكفل بالاحتياجات الصحية للمواطنين والقضاء على الأمراض التي خلفها الاستعمار، وتعويض الشعب عن المعاناة والحرمان التي عاشها سنوات طوال. فكان لزاما على الدولة التكفل التام بهذا القطاع، واعتباره أولوية أولويات التنمية، وسنحاول من خلال هذا الجزء تقديم أهم المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر بهدف فهم خصائصه الرئيسية.

أ - المرحلة الأولى - السياسة الصحية في الجزائر من 1963 - 1973<sup>3</sup>:  
 غداة الاستقلال، كانت الجزائر تملك 500 طبيب (50% منهم جزائريون) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين بلغ عددهم 10.5 مليون نسمة. وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز (180 طفل لكل 1000 طفل)، وأمل حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتقلة. ولمواجهة هذه الوضعية، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الأطباء (العموميين والخواص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج؛

- مكافحة المرض والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المتقلة.

كما تميزت هذه المرحلة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومة، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال.

ب - المرحلة الثانية - تطور السياسة الصحية في الفترة من 1974 - 1989:

يعتبر الأمر 73- 65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973<sup>4</sup>، أول نص تصدره الحكومة الجزائرية في الميدان الصحي، والذي جاء مكرسا لمبدأ مجانية العلاج في القطاع الصحي الوطني، ومؤسسا لإنشاء نظام اشتراكي، تماشيا مع التوجه السياسي للدولة، بمعنى آخر نظام صحي وطني تتكفل فيه الدولة بنفقات العلاج.

يندرج إقرار سياسة الطب المجاني، في سياق التغيرات الاجتماعية العميقة التي قررت الدولة الجزائرية تطبيقها بعد استرجاع الاستقلال الوطني، وكان خطوة في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. وانطلاقاً من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي فيما يخص توزيع الخدمات الصحية بين السكان.

إذا وبموجب القرار السياسي الهام الخاص بالطب المجاني في جميع القطاعات الصحية، وبالموازاة مع هذا تم توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه، كما تبع هذا الإصلاح قرار وزاري مشترك في جانفي 1974، والذي تم بموجبه تحويل هياكل التعااضديات الفلاحية إلى مصالح صحية، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي بعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعااضديات إلى وزارة الصحة. وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال نشاطاتها. أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات الوفاة، وهذا راجع لتحسن مستوى معيشة السكان من جهة وإلى وضع البرامج الصحية الوطنية حيز التطبيق (البرنامج الموسع للتطعيم، محاربة سوء التغذية،



تقليص وفاة الأطفال ومحاربة مرض السل...) ومن جهة أخرى القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديمغرافي، كما لوحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المتنتقلة.

#### المرحلة الثالثة- تطور السياسة الصحية في الفترة من 1990 - 1999<sup>5</sup>:

تميزت هذه المرحلة بنراكم المشاكل، والتي تطورت منذ نهاية الثمانينيات من القرن العشرين، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن، وترجم هذا الأخير بما يلي:

- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينيات من القرن العشرين كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة. وعلى المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي حدد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.

#### المرحلة الرابعة- تطور السياسة الصحية من سنة 2000 إلى يومنا هذا (مرحلة الإصلاحات الصحية):

جاءت هذه المرحلة من أجل إصلاح المنظومة الصحية إصلاحا يدعم بأهداف دقيقة منها خصوصا تقريب الصحة من المواطن وترتيب مستويات العلاج وإعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي والتكفل

بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية ومواصلة تحسين نوعية الخدمات. وتتمثل الأهداف الصحية في هذه المرحلة فيما يلي:

- إدراج تدابير لتحرير القطاع ورفع الحواجز التي تعترض تدخل القطاع الخاص، تلك هي التوجهات التي سعت الحكومة إلى تعميقها، وتحرص المنظومة الصحية على تقليص التفاوت في مجال التغطية الصحية وتمكين الجميع من الاستفادة من العلاج وتقريب وسائل الصحة الأولية من المجموعات السكانية، كما يجب دمج تنظيم الطب الوقائي وسلامة البيئة في مراكز الصحة الأولية كوسيلة عمل أساسية لسياسة الصحة؛
  - وضع سياسة نشطة للصحة العمومية تضمن تكاملا بين القطاعات وتحقيق تكامل بين مختلف التدخلات في البرامج الوقائية والعلاجية؛
  - تقريب مراكز الصحة من المواطن، ولذلك يجب مراجعة الخريطة الصحية بحيث يتم ضمان الحصول على العلاج للسكان الأكثر حرمانا أو القاطنين بالمناطق الفقيرة والمحرومة. وانطلاقا من هذا المنظور يتم تشجيع فرق متنقلة قادرة على التدخل في المناطق الجغرافية النائية وفي الأحياء الحضرية المحرومة؛
  - اتخاذ تدابير وإجراءات حقيقية ومشجعة تعمل على استقرار الأطباء العامين والخواص في المناطق المحرومة؛
  - إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنيسة ومحاربة الأدوية المزيفة؛
- يقتضي تنفيذ هذه الإستراتيجية تصحيح لامركزية الصحة على مستوى الولايات، مع تركيز الوسائل في الولايات التي تعرف مؤشرات صحية غير

ملائمة، وذلك من خلال تجنيد المنظومة الصحية العمومية و إدماج القطاع الخاص ضمن إطار إستراتيجية الحكومة.

#### المحور الثاني- إشكالية تطور الإنفاق الصحي في الجزائر:

أصبح تزايد النفقات الصحية المستمر هاجسا يؤرق مختلف الأنظمة الصحية العالمية، كما أصبحت من الاهتمامات الأولية والأساسية للباحثين في ميدان اقتصاد الصحة؛ كون الموارد الوطنية المسخرة سنويا لهذا القطاع بدأت في التراجع شيئا فشيئا.

إن قطاع الصحة هو قطاع محرك للاقتصاد الوطني من حيث أنه خالق للعمالة والمداخيل ومشبع إضافي لرفاهية الأفراد هذا من جهة؛ ومن جهة أخرى لماذا هذا التزايد في الإنفاق الصحي الذي يعبر عن جهد اجتماعي أصبح محل انشغال كبير للسلطات العمومية والخبراء والرأي العام؟.

يعود ذلك إلى ما يلي:

- أ - انتقادات توجه إلى طرق تنظيم وسير الوحدات الصحية، التنظيم والتحكم في الموارد البشرية العاملة في هذا القطاع سواء كانت مراقبة أو غير مراقبة للأنشطة الصحية وهذا قياسا بالجهود المالية التي سخرت لذلك؛
- ب - يحمل استهلاك هذه الخدمة إشكالية اللامساواة في التوزيع لها والرغبة المتزايدة في تحسين وضعية الهيئات المشرفة على ذلك، وعصرنة جهاز إنتاج الخدمة وتحسينه، ولكن دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة في ثمن تغطية الأفراد للحصول على أحسن خدمة، وهو السمة المميزة لمشكل كبير يتمثل في كيفية التحسين المتواصل لصحة المجتمع على مستوى

النوعية، وإطالة فترة الحياة، بدون أن يكون هناك اقتطاع متزايد من موارد المجتمع".

وهو ما يتطلب تحكما أكثر في تطور نفقات الصحة وهذا بعد تحليل ميكانزمات تطورها وتزايدها. ولتحليل التطور في الإنفاق الصحي لابد من الرجوع إلى مؤشرات لها علاقة بهذا العامل.

### 1- تعريف النفقة الوطنية للصحة:

تعرف النفقة الوطنية للصحة على أنها مجموع النفقات المتعلقة بالاستثمارات والتسيير التي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة، وتحمل الدولة والضمان الاجتماعي الجزء الأكبر من هذه النفقات، والجزء الآخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات.

### 2- مكونات النفقة العمومية للصحة:

تتكون من مجموع النفقات التالية :

- نفقات تسيير الهيئات الصحية العمومية؛
- نفقات العلاج في الخارج؛
- نفقات اقتناء الأدوية؛
- الاستثمارات الصحية؛
- تكلفة الخدمات المقدمة من طرف المراكز الطبية -الاجتماعية؛
- المبالغ التي تنفق لقاء الخدمات العلاجية المقدمة من طرف القطاع الخاص.

ومنه يمكن تلخيص النفقة الوطنية في شكل معادلة على النحو التالي:

$$\text{النفقة الوطنية للصحة} = \text{نفقات القطاع العمومي} + \text{نفقات القطاع شبه العمومي} + \text{نفقات القطاع الخاص}$$

- في حساب النفقة الوطنية للصحة، لا تؤخذ بعين الاعتبار النفقات التالية :
- مداخيل التعويضات المدفوعة من طرف الضمان الاجتماعي؛
  - نفقات الصحة العسكرية؛
  - نفقات التسيير للإدارة المركزية والجماعات المحلية المخصصة للصحة.
- 3- أسباب تزايد النفقات الصحية:

سنحاول من خلال هذا الجزء إبراز أهم المسببات الرئيسية لتزايد النفقة الوطنية للصحة فيما يلي:

#### 1 - المعايير المعتمدة في توزيع الإعتمادات:

تعتبر الهياكل الصحية في الجزائر مؤسسات عمومية ذات طابع إداري<sup>6</sup>. وفي تحضير الميزانية وتوزيع الإعتمادات المالية نجد أن الطابع الإداري البيروقراطي هو السمة الغالبة على حساب المنظور الاقتصادي والعلمي. وبذلك تغيب الرشادة والنجاعة في استعمال الأموال العمومية، سواء على المستوى القاعدي أي على مستوى الهيئات الصحية أو على المستوى المركزي - وزارة الصحة -

- المعايير المتبعة على المستوى القاعدي:

يتم تحضير وتوزيع الإعتمادات على المستوى القاعدي عشوائيا، وهذا راجع لغياب نظام إعلامي نشط بهذه الهياكل، وغياب ميكانزمات المحاسبة التحليلية وتغيب دورها الأساسي في تحديد التكاليف.

وفي غياب الأساليب العلمية تلجأ هذه الوحدات إلى أساليب جزافية لتوزيعها. وهنا يكمن الداء في استخدام الأموال العمومية، إذ في الغالب يخصص لكل بند متوسط الإعتمادات المخصصة له في السنوات الثلاثة الأخيرة، مضافا إليه معدل إضافي يختلف من مؤسسة صحية لأخرى، وهذا

بالاعتماد على اتجاهات أسعار عوامل إنتاج الخدمات الصحية وكذا توقعات الآفاق المستقبلية المتوقعة كأهداف ومشاريع لتوسيع المصالح، والتي تكون مبررة للزيادات في الاعتمادات مقارنة بالسنة الفارطة. وإن كانت هذه التبريرات قد أهملت من طرف الكثير من المسيرين لكونها في الغالب لا يؤخذ بها على المستوى المركزي، ولا تعطى لها الأهمية اللازمة في منح الاعتمادات.

إن الأساس الإداري والبيروقراطي الذي يطغى على تحضير الميزانية واحد من العوامل التي تؤدي إلى المغالاة في الإنفاق الصحي وطلب موارد جديدة بدون مقابل حقيقي لها، وفي ظل الظروف الراهنة يستحيل أن تستمر العملية بهذه العشوائية وبدون تحديد الأهداف بدقة، والبرامج والأنشطة الصحية التي تمنح على أساسها الأموال العمومية.

- المعايير المتبعة في توزيع الاعتمادات على المستوى المركزي:  
تحضر ميزانية التسيير لوزارة الصحة ويصادق عليها من طرف وزارة المالية بالاعتماد على ميزانية الدولة، والأموال العمومية المخصصة من طرف الضمان الاجتماعي لفائدة قطاع الصحة، فالمعايير المتخذة في منح الاعتمادات الضرورية وتوزيعها على مستوى المركز لا تأخذ بعين الاعتبار آفاق البرامج وأنشطة الهياكل الصحية، بل إن منح الاعتمادات المالية السنوية يكون على أساس<sup>7</sup>:

- الاعتمادات المالية المستهلكة في السنة المالية السابقة؛

- الاعتمادات الضرورية لسير الهياكل الجديدة؛

- أساس التغيير في الأسعار.

يؤدي السير في هذا الطريق إلى تقاوم الأزمة المالية للوحدات الصحية ويحد من نشاطاتها وتوسعاتها وبالتالي لا مفر من عصرنة طرق التسيير وذلك من خلال إدخال تقنيات تسيير حديثة تقرر كل عنصر نفقة معين بفعالية ومرودية منتظرة ومحددة مسبقا.

وبنقادي هذه العشوائية والجزافية في إنفاق المال العام الذي يمنحه المجتمع لهذا القطاع وينقصه من إنتاجه الداخلي الإجمالي، يمكن النهوض بالحالة الصحية للمجتمع وحمايته من الأمراض والأوبئة التي تؤثر على نهضته الاقتصادية.

## 2- طرق تنظيم وتسيير الهياكل الصحية وأثرها على نمو الإنفاق الصحي:

لهذه الطرق الأثر البالغ في تطور الإنفاق الصحي خصوصا في مراقبة صرف وإنفاق الأموال، عقلنتها ونقادي التبذير والإسراف في التكاليف الهامشية التي لا تضيف شيئا للحالة الصحية للمجتمع بل ربما تؤثر سلبا على الحالة الصحية. فالاستغلال الأمثل للموارد البشرية والمادية الخاصة بالقطاع له تأثير كبير في نمو الإنفاق الصحي وتحسين الحالة الصحية للأفراد. ولذا من الضروري أن نلقي الضوء على وضعية نفقات المؤسسات الصحية كما هو مبين في الجداول التالية:

أ- نفقات الموظفين: ويمكن إبراز نفقات الموظفين في الفترة الممتدة من 2001 إلى 2006 على النحو التالي:

الجدول (1.2): تطور نفقات موظفي الصحة في الجزائر خلال الفترة  
2001-2006. الوحدة 10 آلاف دج

السنة	2001	2002	2003	2004	2005
المبالغ المرصودة	45532558303	49171678000	53351837778	59019443000	52695185000
نسبة التغير %	-	1.18	1.26	1.71	0.09

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للميزانية  
والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك زيادة في نفقات الموظفين ما بين  
سنة 2001-2004، وهذا راجع إلى الزيادة في مرتبات مستخدمي مؤسسات  
الصحة العمومية. أما فيما يخص سنة 2005 هناك انخفاض في نفقات  
الموظفين قدرت بـ 0.09% مقارنة بسنة 2004 أما في سنة 2006 فلقد  
ارتفعت بـ 1.92%.

ب- نفقات الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي: يمكن توضيح  
مدى تطور هذه النفقات في الجدول التالي:

الجدول ( 2.2): تطور نفقات الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال  
الطبي في الجزائر خلال الفترة 2002-2005. الوحدة 10الاف دج

	2002	2003	2004	2005
المبالغ	12371533	16500.000	16500.00	18500.000
نسبة التغير (%)	-	33.37	-	12.12

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للميزانية  
والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات



يتبين لنا من الجدول أن قيمة الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي عرفت ارتفاعا خلال سنة 2003 بنسبة قدرت بـ 33.37% مقارنة بسنة 2002، ويمكن إرجاع ذلك إلى زلزال 21 ماي 2003 الذي خلف العديد من الجرحى وبالتالي توسيع شبكات وكميات توزيع العلاج والأدوية. وشهدت سنة 2004 ثباتا في قيمة الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستهلاك الطبي، وذلك لامتناس الزيادة المتعلقة بسنة 2003. أما سنة 2005 فشهدت ارتفاعا قدر بـ 12.12% مقارنة بسنة 2004، ويعود ذلك لإنشاء مؤسسات صحية جديدة<sup>8</sup>.

### ج- نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية في الجزائر

تتمثل نفقات التسيير الأخرى فيما يلي:

#### جدول ( 3.2 ) : نفقات التسيير الأخرى خلال الفترة 2002 - 2005

الوحدة 10 ألاف دج

2005	2004	2003	2002	
2275000	2187000	1907000	1647348	نفقات التكوين
1813000	1828000	1354000	1202641	نفقات التغذية
2730000	2608500	2434000	1761000	نفقات الأعمال الوقائية النوعية
4070000	3780000	3300000	2629329	نفقات العتاد الطبي والأدوات الطبية
3000000	2730000	2300000	1491000	نفقات صيانة الهياكل الصحية
6040000	4701000	4436000	3393000	نفقات أخرى للتسيير
1226000	1037000	864000	769750	نفقات على الخدمات الاجتماعية
45000	40000	40000	40000	نفقات البحث الطبي
21199000	18911500	16635000	12934068	مجموع المبالغ
12.10	13.69	28.61	-	نسبة التغير %

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المديرية الفرعية

للميزانية والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

يبين لنا الجدول أن نسبة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية ارتفعت في سنة 2003 بـ 28.61% مقارنة بسنة 2002، ويعود ذلك إلى زيادة نفقات صيانة الهياكل الصحية على وجه الخصوص، حيث بلغت هذه الزيادة 54.25% بالنسبة لسنة 2002، أما سنة 2004 فقد ميزها ارتفاع في قيمة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية بمعدل 13.69% مقارنة بسنة 2003. غير أن هذه الزيادة كانت نتيجة تفاقم نفقات التغذية. نلاحظ من الجدول أن نسبة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية ارتفعت من سنة لأخرى وخاصة في سنة 2004 حيث أن هذه الزيادة ترجع إلى ارتفاع قيمة النفقات الأخرى بشكل خاص.

### 3- عوامل أخرى:

- هناك عوامل أخرى عديدة مباشرة وغير مباشرة وراء تزايد الإنفاق الصحي، ونذكر منها ما يلي:
- التقدم العلمي والطبي، وما ينجم عنه من اكتشاف أمراض جديدة ووسائل تشخيص وعلاج وأدوية جديدة أيضا تحتاج إلى المزيد من النفقات؛
  - استحداث أساليب حديثة في التشخيص والمعالجة، وهي مرتفعة التكلفة مقارنة بأساليب التشخيص التقليدية؛
  - عدم توافر نظام معلومات جيد على مستوى المؤسسات الصحية العمومية الذي من شأنه اختصار خطوات ومراحل العلاج وتكاليفه؛
  - عصرنة الحياة وارتفاع الوعي العام الذي أدى إلى الإقبال على طلب الخدمة الصحية؛
  - مشاكل التلوث البيئي وما يترتب عنها من تدهور في الحالة الصحية العامة للسكان وبالتالي زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية؛

- قصور النظم الإدارية التي تعاني من الإجراءات البيروقراطية المفرطة، والتركيز على الأنشطة لا على الأهداف؛

- عدم ترشيد واستخدام الموارد الأمر الذي أدى إلى زيادة القوى العاملة الصحية وكذلك زيادة المباني دون حدوث زيادة في نوعية الخدمات المقدمة، وهذا ما أدى إلى هدر معدات النظام الصحي وانخفاض نسبة المرضى المستفيدين من الخدمات، وعدم التوزيع العادل في استخدام المرافق الصحية بين المناطق النائية والحضرية بالإضافة إلى تمركزها في المناطق الحضرية.

كان لهذه العوامل الأثر البالغ في الطلب على العلاج، وبالتالي إمكانية الرفع من الإنفاق الصحي للمجتمع، بالإضافة إلى هياكل العرض التي تأثر في الطلب على العلاج "العرض يحدد الطلب"، كما أن الحالة الصحية للمجتمع تتأثر بعوامل أخرى كالمحيط، الاستهلاك غير الطبي، التدخين، المخدرات والعوامل الأخلاقية... الخ.

أدت كل هذه الأسباب إلى ظهور أزمة تزايد النفقات الصحية في الجزائر، التي فرضت على السلطات العمومية التفكير بجديّة في إدخال إصلاحات من شأنها التحكم في تزايد النفقة الوطنية للصحة.

### المحور الثالث- مصادر تمويل المنظومة الصحية:

#### 1- مساهمة الدولة:

لقد انعكس النمو المضطرد لقطاع الصحة الوطنية في زيادة النفقات الوطنية للصحة العمومية وذلك من سنة لأخرى، مما دفع براسمي السياسة الصحية إلى فتح باب النقاش ومن ثم البحث عن مصادر جديدة للتمويل.

ولقد كانت الدولة تغطي الجزء الأكبر أي حوالي ثلاث أرباع احتياجات المنظومة الصحية أما الربع الباقي فيتحملة صندوق الضمان الاجتماعي. وابتداء من تاريخ سنة 1995 صدر قرار وزاري مشترك<sup>9</sup>، أصبح بموجبه يساهم الأفراد بدورهم في تغطية جانب من نفقات الخدمات الصحية المقدمة إليهم. بالرغم من هذه الخطوة الجريئة، إلا أن نظام التمويل الصحي في الجزائر بقيت موارده محدودة، وهذا ما أدى بالمسؤولين على هذا القطاع إلى البحث عن مصادر تمويلية جديدة أو إضافية لضمان التكفل باحتياجات الطلب الوطني المتزايد. وعلى هذا الأساس كان النقاش يدور منذ سنة 1993 حول البحث عن دور جديد للدولة في علاقتها بالمنظومة الصحية من جهة ونظام الضمان الاجتماعي من جهة أخرى. ومنذ هذا التاريخ تغيرت نسبة مساهمة الدولة مقارنة بمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي. وتبقى النفقات الخاصة بالوقاية والتكوين والبحث العلمي والفئات المعوزة على عاتق ميزانية الدولة.

## 2- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي<sup>10</sup>:

دخلت مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات الصحية العمومية حيز التنفيذ منذ سنة 1974 بالاعتماد على العلاقات التعاقدية. ويساهم صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة كبيرة في تمويل النفقة الوطنية للصحة مقارنة بمساهمة الهيئات الأخرى ويأخذ الأشكال التالية: التأمين، المساعدات الاجتماعية التي تدخل في إطار العلاج لحالات العوز والمرض، وتقدر نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي بـ 30% من مجموع نفقات الصحة.

## 3- مصادر مختلفة

بدأت هذه المصادر في البروز منذ سنة 1995 بصدور القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 جانفي 1995 المتعلق بتحديد طبيعة الموارد المالية الآتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة، حيث سمح هذا القرار بمساهمة المنتفعين في دفع مبالغ جزافية مقابل الخدمات الصحية المقدمة كالفحوصات الطبية، الإقامة... الخ، إلا أن هذا النوع من التحويل المعتمد لا يعبر بصدق عن التكلفة الحقيقية للخدمة العمومية. وهذه المصادر ضعيفة جدا لا تتعدى 3% من مجموع المداخيل.

الجدول (1.3) : مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1989 إلى 2002<sup>11</sup>:

البيان	1989	1992	1994	1996	2000	2002
مساهمة الدولة (1)	3364000	13030000	20720000	23400000	43842845	57368050
(1) / (4) = %	16.85	23.4	34.55	24.34	28.18	32.92
مساهمة CNAS (2)	11987000	17037000	22250000	42770000	68770000	76830000
(2) / (4) = %	60.06	30.6	37.05	44.43	44.2	44.1
مساهمة العائلات والفرد (3)	4608000	12600000	17000000	30000000	42987551	40039869
(3) / (4) = %	23.09	22.62	28.34	31.21	27.63	22.98
النفقة الوطنية للصحة (4)	19959000	55697000	59970000	96100000	155600396	174237919

المصدر : مريزيق عدمان، مرجع، سبق ذكره، ص 181.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه:

- هناك انخفاض في الميزانية المخصصة للصحة رغم عدم توقف الطلب على الخدمات الصحية.
- ارتفاع مساهمة الدولة في حصة النفقة الوطنية للصحة، إلا أن هذه المساهمة تبقى أقل من نظيرتها بالنسبة إلى CNAS خلال نفس الفترة، وذلك نتيجة الوضعية المالية المترتبة عن إرساء مبدأ مجانية العلاج،

ولهذا كان لزاما عليها تخفيف نسبة مساهمتها وذلك من خلال تفعيل دور CNAS على أن يتحمل الحصة الكبرى من حجم النفقات الصحية. أما فيما يخص مساهمة العائلات والمصادر الأخرى فهي ثابتة نسبيا، ويمكن إرجاع ذلك إلى ثبات تسعير الخدمات الصحية في هذه الفترة سواء تعلق الأمر بالطب العام، الطب الخاص أو تسعيرة المكوث بالمستشفى .

من المفيد مقارنة تطور الناتج الداخلي الخام بالنفقات الإجمالية للصحة ونفقات الإدارات العمومية والخاصة للصحة كما يبرزه الجدول التالي:

**الجدول (2.3): تطور الناتج الداخلي الخام وموازنة الصحة في الجزائر**

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	
3.4	3.6	3.5	3.5	3.8	3.5	3.7	4.1	النفقات الاجمالية للصحة ( DTS ) كنسبة من الناتج الداخلي الخام
74.8	72.5	77.4	75.3	77.4	73.3	71.9	73.8	نفقات الادارات العمومية للصحة ( DAPS ) كنسبة من ( DTS )
25.2	27.5	22.6	24.7	22.6	26.7	28.1	62.2	نفقات القطاع الخاص للصحة ( DPVS ) كنسبة من ( DTS )

SOURCE : Algérie. Dépenses Nationales en Santé

[http:// www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf](http://www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf)

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك انخفاضا في الميزانية المخصصة، رغم عدم توقف زيادة الطلب على العلاج بفعل الانتقال الوبائي والنمو الديمغرافي، مما يؤدي إلى زيادة الصعوبات التي تواجه المنشآت الصحية لضمان عناية أفضل بالمرضى، وهو ما ينعكس على جودة الخدمات المقدمة. كما يسهم النقص الموازناتي في زيادة ثقل دين المنشآت الصحية مما يؤثر على كفاية الصيانة بسبب عدم تجديد الوسائل المادية التي

تعرضت للتقادم نتيجة نقص قطع الغيار، والاستعمال الزائد وغياب سياسة صيانة واضحة المعالم.

**المحور الرابع- آليات التحكم في الإنفاق الصحي وأثره على نوعية الخدمات الصحية في الجزائر:**

#### 1- آليات التحكم في الإنفاق الصحي:

عند ملاحظتنا للنفقات الضخمة ومقارنتها بموارد التمويل المحدودة، نلاحظ أن الدولة تتسحب تدريجيا من تمويل الصحة بالشكل الذي عرفته سابقا في عهد المجانية من جهة، ومن جهة أخرى نجد تبعية نسبية لقطاع الصحة تجاه الوزارة الوصية نظرا لاعتماده على الاعتماد الممنوح له في إطار ميزانية التسيير ضمن الميزانية العامة للدولة. وعلى الرغم من ذلك فإن الموارد المتوفرة غير كافية لتغطية شاملة لهذا القطاع. ولذلك من اللازم إيجاد مصادر تمويل جديدة.

#### 1- البحث عن مصادر تمويل جديدة:

- مساهمة المؤسسات الملوثة: عديدة هي المؤسسات الصناعية التي تؤثر نشاطاتها سلبا على صحة السكان، وفي هذا الإطار يمكن أن تقرض على هذه المؤسسات ضريبة لصالح قطاع الصحة، ويمكن أن تتغير نسبة هذه الضريبة من مؤسسة لأخرى وذلك حسب درجة التلوث الذي تلحقه بالبيئة وبالتالي بالصحة؛

- المؤسسات الاقتصادية ذات النسبة العالية من المرض ومن حوادث العمل: وذلك في إطار مشاركة هذه المؤسسات لحماية صحة عمالها، إذ أن حماية صحة العمال تعتبر إجبارية على كل مؤسسة، طبقا لقانون "طب العمل" المؤرخ في 1988/01/26 والمتعلق بالوقاية والحماية في وسط

الشغل. ويعد نشاط طب العمل من مهام القطاعات الصحية العمومية، وعليه يمكن إيجاد صيغة لعلاقة تعاقدية بين المؤسسات المعنية والمؤسسات الصحية. وهذا ما يمكن المؤسسة الصحية من إيجاد مصدر مالي جديد<sup>12</sup>؛

- مساهمة التأمينات الاقتصادية: يجب أن تقدم التأمينات الاقتصادية مشاركتها في التمويل الصحي وذلك لكونها تتكفل طبيا بالخسائر البشرية الناتجة عن الكوارث والأخطار التي يقوم بها هذا النوع من المؤسسات بتأمينها، ذلك عن طريق إجراءات تتمثل في وضع رسوم على الحوادث بقيمة الخدمات الصحية المقدمة لضحايا الحادث؛

- مساهمة الجماعات المحلية: يجب أن تكون مساهمتها فعالة ومنتوعة لأن لها مسؤولية فيما يتعلق بالمحافظة والوقاية العمومية، منه التقليل من الأمراض الناتجة عن البيئة وبالتالي التخفيض من المصاريف التي قد تتجم عن ذلك. كما يمكن البلديات أن تقوم بتسيير وتمويل الوحدات الصحية القاعدية "قاعات العلاج والمراكز الصحية" الواقعة في رقعها الجغرافية.

## 2- تخصيص الاعتمادات المالية وطريقة تسييرها:

- ضرورة وضع معايير موضوعية لمنح الاعتمادات المالية اللازمة لتحقيق أهداف محددة مسبقا. وعلى العكس مما هو معمول به وهو المنح الجزافي للاعتمادات المالية لمدة سنة مالية، حيث يكون المسير مجبرا على التحكم في الموارد المالية المتاحة وعلى إنفاقها كلية، لأنه إذا حدث العكس فإن التخصيص المالي للسنة المقبلة سوف يكون أقل من السنة التي قبلها، بمعنى آخر وكأنه يطلب من المسير أن يبذر أكثر حتى يحصل على أكثر، كما أن تقسيم الميزانية إلى عناوين، أبواب... الخ لا يعتمد على حجم النشاطات المقدمة أو النتائج المرجوة. وعليه فإن المؤسسات الصحية تطبق



مبادئ المحاسبة العمومية والتي تعمل على تبرير هذه النفقات، وليس كما يفترض أن تكون عليه المحاسبة بكونها وسيلة لمراقبة عملية التسيير وأرضية لتخطيط النشاطات المستقبلية؛

- اعتماد نظام محاسبي جديد بدلا من المحاسبة العمومية<sup>13</sup> ألا وهو نظام المحاسبة التحليلية، وذلك للوقوف على حقيقة النفقات التي سيقوم بها. ويفترض هذا وجود شفافية في تبادل المعلومات بين مختلف المؤسسات الصحية وذلك للمشاركة في اتخاذ قرارات فعالة؛

- منح استقلالية أكبر في التسيير وضمن المبادرة على مستوى المؤسسات الصحية للسماح بإنفاق معقول مقابل نتائج مرسومة؛

- ضرورة التحكم ميدانيا بالمشاركة في ترشيد المخصصات المالية عن طريق التفاوض بين مانح المال ومنفقه فيما يخص المبالغ الممنوحة، وذلك بتبرير صاحب النفقة للممول طبيعة النفقة والنتيجة المنتظرة منها.

### 3- تطوير وتشجيع الاستثمار في صناعة الأدوية بالجزائر:

بلغ ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية 1.043 مليار دولار في الأشهر الثمانية الأولى من سنة 2008<sup>14</sup>، وتؤثر هذه الأرقام على ميزانية القطاع الصحي وعلى حسابات شركات الضمان الاجتماعي. فالإنتاج المحلي للأدوية لا يغطي سوى 20% من إجمالي الاحتياجات الوطنية. كما تعتبر الجزائر أول سوق للأدوية في المغرب، وأكبر مستورد للأدوية من فرنسا، وتعتبر المورد الأول بنسبة تمثل 70% من حصة السوق (470 مليون أورو في سنة 2007)<sup>15</sup> فمنذ تاريخ 2008/10/21 أصبح ملف الأدوية من الانشغالات الأولى لمجلس الحكومة، وفي هذا التاريخ اتخذت الحكومة قرار

الاستثمار في الجزائر، بدعم وتشجيع الاستثمار المحلي في صناعة الأدوية سواء من طرف المنتجين المحليين أو المستثمرين الأجانب الذين يرغبون في الاستثمار في الأدوية بالجزائر خاصة في الأدوية الجنيسة بمنحهم تسهيلات وتحفيزات استثمارية.

وهذا ما يسمح حسب UNOP باستعمال كل القدرات والإمكانات الوطنية التي تسمح برفع نسبة الإنتاج في الأدوية في السوق المحلي إلى 70% من إجمالي الاستهلاك الوطني.

#### 4- التحكم في التوظيف

يجب أن ينظر إلى سياسة التشغيل بمنظار الفعالية، كما أن الاستغلال العقلاني للموارد البشرية كفيل بتحسين الحالة العامة للقطاع، وذلك بالتوزيع العادل لها بين الشمال والجنوب، ولا تبقى موطنة في المدن الكبرى وبخاصة الجزائر العاصمة، مما أدى إلى وجود في قاعة علاج واحدة طبيبين، ويعمل على آلة واحدة لترميم الأسنان ثلاثة إلى أربعة أطباء أحيانا، مع الإشارة إلى أن هؤلاء لا يشتغلون كامل الحجم الساعي القانوني، وبالتالي كيف يمكن الحديث عن الاقتصاد في النفقة.

#### 5- عصرنة قطاع الصحة العمومية والتقليل من معدل فترة المكوث

##### بالمستشفى<sup>16</sup>:

إذا كان التطور التقني يزيد من النفقات الصحية، وذلك باستخدام وسائل جديدة أكثر تطورا ومواد أكثر تكلفة لغرض ضمان النوع (نوعية جيدة للعلاج) والتحسين (تحسين العلاج)، فإنه بالمقابل يقلل من تكاليف المكوث في المستشفى.

- 6- إدخال إصلاحات أخرى من شأنها التحكم في النفقة الصحية:
- البحث عن بدائل للاستشفاء، ولاسيما من خلال تطوير الاستشفاء نهارا، والعلاج المتنقل، والعلاج المقدم في المنزل " HOSPITALISATION A DOMICILE "؛
  - مراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية العمومية؛
  - تحديد مدونة تسعير الخدمات الطبية وشبه الطبية؛
  - ضمان نوعية المنتجات الدوائية والعمل على خفض أسعارها بالاهتمام أكثر بالأدوية الجنيسة الأقل تكلفة سواء عند الاستيراد أو التصدير ومراقبتها بالخصوص عن طريق تعزيز عمليات التفتيش؛
  - \* ترشيد الإنفاق بفضّل ترويج استخدام الأدوية الجنيسة؛
  - \* تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة.

## 2- أثر الإنفاق الصحي على جودة الخدمات الصحية في الجزائر:

تعكس إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية العلاقة بين النفقة العامة بمكوناتها المختلفة (موارد بشرية، منتجات وسيطة، أصول رأسمالية) ومخرجات هذه الخدمة والتي تعكس مؤشرات الحالة الصحية (معدل العمر المتوقع، معدل الوفيات الخام، معدل وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات... الخ)، ويمكن التعرض إلى بعض هذه الآثار على جودة الخدمات الصحية كالتالي:

### أ - أثر الإنفاق الصحي على معدل العمر المتوقع عند الحياة:

لقد حققت الجزائر معدل متوقع بحياة الجزائريين عند الولادة وصل إلى 76.2 سنة في سنة 2008 وهو نفس مستوى البلدان المتقدمة، كما هناك

انخفاض جوهري في عدد الوفيات عند الولادة حيث انتقل من 96.5 لكل 100.000 ولادة حية سنة 2005 إلى 88.9 سنة 2007، وهناك انخفاض في عدد وفيات الأطفال حيث انتقل من 29.7 لكل 1000 ولادة حية سنة 2005 إلى 24.7 سنة 2007، وهذا ما يبرز تحسنا في صحة الأمهات والأطفال. بينما تؤكد مؤشرات الأوبئة زيادة تراجع بعض الأمراض (سيما منها تلك التي يمكن التحكم فيها عن طريق التلقيح) ..

**الجدول: توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 1991 - 2005:**

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1998	1996	1991	
73.6	73.9	72.9	72.9	71.9	71.5	70.5	66.8	66.9	توقع الحياة عند الولادة رجال
75.6	75.8	74.9	74.7	73.6	73.4	72.9	86.4	67.8	توقع الحياة عند الولادة نساء
74.6	74.8	73.9	73.4	72.9	72.5	71.7	67.7	67.3	الاجمالي

**المصدر:** وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

يظهر لنا من الجدول أن معدل الأمل في الحياة عند الولادة في تزايد، حيث انتقل هذا الأخير من 67.3 سنة في سنة 1991 إلى 74.8 سنة 2004 وهي معدلات قريبة من المعدلات المسجلة في الدول المتقدمة.

**ب- أثر الإنفاق الصحي على الوضعية الصحية:**

على صعيد الأوبئة تقلصت الأمراض المتقلة بفضل تعميم التطعيم. هذه الأمراض هي: الخناق، الكزاز، السعال الديكي وشلل الأطفال والحصبة. والجدير بالذكر أن الحصبة تمثل أكبر حالات الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم حيث بلغت 2000 حالة سنة 2003 لتتخفف إلى 500 حالة سنة 2004). وانتقل المؤشر الإجمالي للأمراض المتقلة عبر المياه إلى 26.9 حالة لكل 100.000 ساكن سنة 2000، وهذا ما يمثل إجمالا 8125

حالة مصرح بها (مقابل 27.3 حالة بالنسبة لـ 100.000 ساكن خلال سنة 1999)<sup>17</sup>.

ت- أثر الإنفاق الصحي على التغطية الصحية:

يتميز النظام الوطني للصحة بأهمية المنشآت والوسائل البشرية وتتشكل شبكة الصحة الوطنية من 185 قطاعا صحيا و 32 مؤسسة استشفائية متخصصة و 13 مركزا استشفائيا جامعا ومؤسسة استشفائية جامعية و 497 عيادة متعددة الاختصاصات و 1252 مركزا صحيا و 3964 قاعة علاج تضم في مجموعها 60.000 سرير (بما فيها القطاع الخاص). بما يمثل تغطية وطنية في حدود سريرين لكل ألف نسمة. وتقدر التغطية في المتوسط بطبيب واحد مختص لكل 3 آلاف نسمة وطبيب عام واحد لكل 1800 نسمة. وتتمحور إستراتيجية تطوير القطاع الصحي حول تحسين التغطية الصحية وتحسين الوضعية بشأن مكافحة الأوبئة وتحسين نوعية العلاج المقدم وذلك من خلال:

- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي؛
- إزالة الفوارق الصحية داخل الولايات ذاتها وما بين الولايات، وإخراج السكان من العزلة وتحسين الوصول إلى العلاج؛
- إقامة نظام للمتابعة الصحية؛
- تطوير تسيير المستشفيات ومقاييس التسيير وتنظيم التمويل وتحسين نوعية الخدمات والتكفل براحة المريض وبأمنه؛
- تحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية.

## ج- أثر الإنفاق الصحي على تكوين الإطارات الصحية:

لعملية التكوين أثر كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، ويتحقق ذلك بمواصلة التكوين ما بعد التدرج الموجه للأطباء العامين في تخصصات ضب التوليد، ومرض السكري والاستعدادات والأمراض التي عادت للظهور مجدداً، وذلك بهدف تحقيق الهدف المتمثل في تعزيز التغطية الطبية، تشغيل الهياكل الجديدة وتحفيز الأفراد المعنيين.

## الجدول: تطور عدد الممارسين حسب القطاع في الجزائر:

السنة	ممارسين اختصاصيين		اطباء عامون		أطباء أسنان		صيدلة	
	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام
1995	2528	3554	10296	4950	5188	2473	460	3183
2000	4522	4155	11275	5803	4647	3346	202	4587
2001	4861	4291	11569	5915	4833	3580	185	4778
2002	5216	4498	11861	6185	4629	3747	177	4995
2003	4700	4641	12122	5996	4625	3755	178	5502
2004	4844	4781	12388	6068	4648	3920	198	5857

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

يتضح من الجدول أعلاه أن الزيادة في عدد الممارسين الطبيين في تزايد مستمر بوتيرة أكبر بالنسبة للقطاع الخاص. جدير بالذكر أن نسبة الأطباء إلى عدد السكان في الجزائر مازالت ضعيفة مقارنة حتى ببعض دول الجوار كتونس والمغرب .

ويتوخى من الأهداف المرسومة تحسين التغطية من حيث الموارد البشرية للنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل.

**الخاتمة:**

إن نمو الإنفاق الصحي بالصورة التي آل إليها لا يمكن إلا أن تكون عبئا على الهيئات المانحة والتي لم تستطع مجابته. ومن هنا كانت ضرورة الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيئات المانحة - وهذا بمنظار: الفعالية، العدالة والعقلنة- أمرا لا بد منه. وذلك لفك الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية، التي كان لها أثر بالغ في التقليل من نشاطها، ومردوديتها، وضعف جودة الخدمات المقدمة. ولهذا بات من الضروري البحث في كيفية التقليل من سرعة نمو الإنفاق المتواصل دون التأثير على سير الهياكل الصحية، بتحليل الإنفاق على المستخدمين للتحكم في عدد المستخدمين وتطبيق مبدأ (التوظيف = فعالية) واستغلال الطاقات الموجودة لتوجيهها إلى الهياكل الصحية الداخلية والجنوبية التي تفتقر إلى الكوادر الطبية، وأن لا تبقى رهينة المدن الكبرى لأن بقاءها دون فعالية يعتبر تكلفة زائدة تضر أكثر مما تنفع. وبالتالي فإن هيكلة الإنفاق لا محالة سوف تعرف تحولا وتغيرا ايجابيا لصالح المراكز الإنفاقية الأخرى الأكثر أهمية ونجاعة في العمل الصحي كالوقاية والأدوية والتجهيز والتي تعتبر ركيزة المؤسسة الصحية، ومبرر وجودها على أن تخضع هي الأخرى لمقياس النجاعة والعقلنة في الإنفاق وذلك من خلال:

- تكريس الرقابة على تسيير الهياكل الصحية، وعلى استخدام الأموال العمومية، بإحداث هيئات رقابية صارمة تراقب المسيرين وتتابع إنفاق الأموال العمومية، وتقف على النتائج المحققة وتقارنها مع ما سطر من أهداف؛

- اعتماد سياسة تكوينية مستمرة لصالح كل الفئات، بدء بفتة المسيرين لإمدادهم بطرق التسيير الحديثة، لأن هذا من شأنه أن يرفع من أداء المسيرين، وأن يكرس مبدأ الكفاءة العلمية والتكوينية كمعيار وحيد في اختيار المشرفين على هذه الهياكل، والقائمين على الإنفاق الصحي، رحينها فقط نستطيع الكلام عن الرشادة والعقلانية في الإنفاق الصحي.

وفي الأخير يمكن القول بأن إعادة النظر في جانب التسيير المالي مسألة ضرورية من خلال:

- منح استقلالية أكبر في التسيير، وضمان مجال للمبادرة على مستوى المؤسسات الصحية للسماح بإنفاق معقول مقابل نتائج مرسومة؛

- اعتماد نظام محاسبي إضافي ألا وهو المحاسبة التحليلية للوقوف على حقيقة النفقات، ودراسة كافية الحاجيات حتى يتم التمكن من تسخير ما يلزم من أموال لسدها، وهذا يفترض وجود مصداقية أكثر وشفافية في تبادل المعلومات بين مختلف المؤسسات الصحية وذلك للمشاركة في عملية اتخاذ القرار؛

- ضرورة التحكيم ميدانيا وذلك بالمشاركة بترشيد المخصصات المالية للمؤسسات الصحية عن طريق التفاوض بين مانح المال ومنفقه فيما يخص المبالغ الممنوحة، وذلك بتبرير صاحب النفقة للممول طبيعة النفقة والنتيجة المنتظرة منها؛

- يمكن التفكير في مشاركة بعض الأطراف الفاعلة والمستفيدة من قطاع الصحة كالمؤسسات الاقتصادية الملوثة للبيئة والجماعات المحلية وغيرها للمساهمة في تمويل القطاع.



### التهميش والمراجع:

- 1 - فالح بن زياد الفالح، تطوير النظام الصحي في الممنكة، الرياض الالكتروني، الأحد 19 رمضان 1423، العدد 12574، ص38.
- 2 - علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، صص 38-39.
- 3 M. Chaouch. Développement du Système National de Santé: Stratégies et Perspectives. le gestionnaire. Revue Elaborée par l'école Nationale de Santé Publique. No 5 juin, 2001 pp 4-5.
- 4 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 م، ص 2.
- 5 - M. Chaouch. op. cit. p. 6.
- 6 - المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 1997/12/02 الذي يحدد قواعد وإنشاء المراكز الإستشفائية وتنظيمها وسيرها.
- 7 - منصور الزين، آليات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر، ملتقى وطني - تسيير النظام الصحي واصلاح المستشفيات - جامعة الجيلالي اليااس سيدي بلعباس، أيام 06-07 جوان 2007، ص 15.
- 8 - لمزيد من المعلومات ارجع الى الموقع التالي:  
<http://www.ands.Dz/ sociétés.htm>
- 9 القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 1995/01/07 والذي يحدد طبيعة ومبلغ المداخل الآتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة.
- 10 - أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع تخطيط، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001، ص 152.

- 11 - مريزق عدنان، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007، ص 181.
- \* لقد تجاوز مستوى الدين الاجمالي للقطاع الصحي 14 مليار دح سنة 2000
- 12 - زيدات سناء الغوثي، ادارة ومالية المؤسسات الاستشفائية. رسالة ماجستير، معهد الحقوق والعلوم الادارية، جامعة الجزائر، 2002، ص 78.
- 13 - القانون 21/90 المؤرخ في 15/08/1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية.
- 11 - p1http://zzz.sant2tropicale.com/sant2mag/algerie/qbid0805.htm, aout 2005
- 14 - ibid, p1
- 16 - منصورى الزين، تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة والبحث عن مصادر جديدة للتمويل، رسالة ماجستير، جامعة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 1998، ص 111.
- 17 - La santé des Algériennes et Algériens • 7 Avril 2002 • p 33.