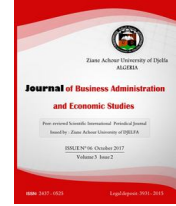




مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية



www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/313/

موقع المجلة:

انعكاس الإنفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر خلال الفترة (2009-2018)

Reflection of public expenditure on health organization in Algeria during the period 2009 - 2018

لخضر بن عطا الله ، * LAKHDAR BENATALLAH ، I.benatallah@mail.univ-djelfa.dz

¹طالب دكتوراه، مخبر سياسات التنمية الريفية في السهوب، جامعة زيان عاشور بالجلفة (الجزائر)

تاريخ النشر: 2020/12/31

تاريخ القبول: 2020/12/01

تاريخ الإرسال: 2020/09/06

الكلمات المفتاحية	ملخص
الإنفاق العام؛ الإنفاق الصحي؛ المنظومة الصحية.	تهدف هذه لدراسة إلى لوقوف على حجم الإنفاق العام على الصحة في الجزائر خلال الفترة (2009-2018)، وانعكاسه على المنظومة الصحية من خلال عدد ونوع الهياكل الصحية من جهة، وبعض المؤشرات الصحية من جهة أخرى. وقد توصلت الدراسة إلى أنه على الرغم من تزايد حجم الإنفاق الصحي خلال السنوات الأولى من فترة الدراسة خاصة- والذي يظل خاضعا لتقلبات أسعار النفط- وتجسيد الكثير من الهياكل الصحية وتحسن بعض المؤشرات إلا أن كل هذا لا يعكس حجم تطلعات الجزائريين وقدرات الإمكانيات المتاحة، إذ لا تزال الصحة بالجزائر تشهد الكثير من النقائص التي تؤكد محدودية فعالية وعدالة هذا الإنفاق، ولذلك يجب ترشيد الإنفاق العام، وتفعيل آليات الرقابة عليه وتحقيق توزيع عادل لهياكل الصحة، وكذا العمل على تقليص ارتباط الإنفاق الصحي بالجبابة البترولية.

H51 ؛ I19 :JEL

Abstract

This study aims to determine the amount of public spending on the health system in Algeria during the period (2009-2018), and its influence in terms of the number and kinds of health institutions, along with some health indicators. The study concluded that despite the increase in health spending, and consequent growth of health institutions and some indicators, this does not reflect the capacities available, since the Algerian health system still witnesses various shortcomings, proving the limited effectiveness and fairness of this spending. Therefore, the public expenditure should be rationalized along with activating its control mechanisms, and achieving a fair distribution of health institutions as well as reducing the link between health spending and petroleum taxation.

Keywords

Public spending;
Health spending;
Health system.

JEL Classification Codes : H51 ؛ I19

*البريد الإلكتروني للباحث المرسل: I.benatallah@mail.univ-djelfa.dz

1. مقدمة:

مع مطلع الألفية الثالثة، وفي ظل ارتفاع أسعار النفط تبنت الجزائر سياسة مالية توسعية فاعتمدت لذلك عدة مخططات تنموية ولعل أهمها المخطط الخماسي الثاني " برنامج توطيد النمو " الذي يمتد من 2010-2014 فارتفع حجم النفقات العامة.

ولأنّ الصحة تعد حقا من حقوق الإنسان من جهة، وركيزة من ركائز التنمية الشاملة من جهة ثانية فقد نالت بدورها نصيبا من هذا الإنفاق في ظل سعي الجزائر لتحقيق تنمية صحية مستدامة، ولذلك أولت أهمية للنهوض بالمنظومة الصحية ومن خلالها تقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة للجزائريين.

وقد جاءت هذه الدراسة للوقوف على حجم وأثار الإنفاق الصحي على المنظومة الصحية خلال الفترة الممتدة من سنة 2009 إلى غاية سنة 2018، وهذا من خلال الإجابة على الإشكالية التالية:

ما هي آثار الإنفاق العام على المنظومة الصحية في الجزائر؟ وتدرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- كيف كان حجم الإنفاق العام على الصحة في الجزائر خلال الفترة 2009-2018؟
- كيف انعكس الإنفاق الصحي على المنظومة الصحية بالجزائر؟
- هل تحققت للجزائريين رعاية صحية في مستوى الإنفاق المرصود؟
- فرضيات الدراسة: للإجابة على الأسئلة المطروحة يمكن صياغة الفرضيات التالية:
 - حجم الإنفاق الصحي في تزايد مستمر.
 - للإنفاق الصحي تأثير على المنظومة الصحية بالجزائر.
 - الخدمات الصحية عكست مستوى الإنفاق الصحي.
- أسباب اختيار الموضوع: من أسباب اختيار الموضوع يمكن أن نذكر:
 - أنّ التنمية الصحية تعد رافدا من روافد التنمية المستدامة، وهذه الأخيرة تعد من قضايا الساعة.
 - الوقوف على مدى التوافق بين الإنفاق العام على الصحة ومستوى الخدمات الصحية المقدمة.
 - التعرف على مستوى بعض المؤشرات الصحية بالجزائر.
- أهداف الدراسة: الهدف من الدراسة يتمثل في محاولة الوصول إلى بعض النقاط نوجزها فيما يلي:
 - التعرف على بعض المفاهيم ذات الصلة بالإنفاق العامة والمنظومة الصحية الجزائرية.
 - التعرف على تطور مستويات الإنفاق الصحي بالجزائر.
 - التعرف على انعكاس الإنفاق العام على المنظومة الصحية الجزائرية، وأهم العقبات التي قد تقف أمام الرقي بمستوياتها.

أهمية الدراسة: تستمد الدراسة أهميتها من خلال الوقوف على مستويات الإنفاق العام على الصحة، وانعكاس ذلك على المنظومة الصحية، ومستويات الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري من جهة، وكذا على النقائص التي تشهدها هذه الخدمة من خلال بعض المؤشرات من جهة أخرى.

حدود الدراسة:

حدود الإطار الزمني للدراسة بالفترة الممتدة بين 2009-2018، التي شهدت في عمومها نموا مطردا للإنفاق الصحي.

أما الإطار المكاني فتتمت دراسة حالة الجزائر.

منهج الدراسة: نظرا لطبيعة الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي بغية عرض المفاهيم الأساسية ذات الصلة بالموضوع، وكذا تحليل الإحصاءات والمؤشرات المتعلقة بالإففاق الصحي، والمنظومة الصحية في الجزائر. **هيكل الدراسة:** للإجابة على الإشكالية المطروحة، ومحاولة الإحاطة بجوانب الموضوع تم تقسيم الدراسة إلى المحاور التالية:

أولاً: الإففاق العام.

ثانياً: المنظومة الصحية الجزائرية.

ثالثاً: تطور الإففاق الصحي بالجزائر ما بين 2009-2018.

رابعاً: انعكاس الإففاق العام على المنظومة الصحية ما بين 2009-2018

II. الإطار النظري والدراسات السابقة:

1. الإففاق العام: يعد الإففاق العام أحد أوجه السياسة الاقتصادية (المالية) التي تتبناها الدولة للتأثير على الوضع الاقتصادي والاجتماعي، والتي تعكس حجم التدخل الحكومي في النشاط الاقتصادي، ولتوضيح مفهوم الإففاق العام بإيجاز نقف أولاً على تعريفه اللغوي والاصطلاحي ثم نبين الأركان التي يقوم عليها على النحو التالي:

أ. تعريف الإففاق:

- **لغة:** مشتق من كلمة نفق، وهي تدل على انقطاع الشيء وذهابه، ومنه نفقت الدابة أي ماتت، ونفق البيع أي راج، وذلك أنه يمضي فلا يكسد ولا يقف، وسميت النفقة لأنها تمضي لوجهها، ونقول أنفق الرجل، أي ذهب ما عنده، ورجل منفاق أي كثير النفقة ومنه قوله تعالى:

نَرَحِمُ قَتْلَ رُلُوْبِي إِذْ تَأْتُمُ لَأْتَمَسَ كَتْمُ خَشْيَةِ الْإِنْفَاقِ وَكَانَ الْإِنْسَانُ قَوْتَرًا " 100 الإسراء. أي لأمرتكم خشية نفاذها فتصبحوا فقراء (شعبان، 2012، صفحة 78)

- **اصطلاحاً:** هناك مجموعة من المفاهيم التي تضمنتها كتب المالية العامة خاصة لتحديد ماهية النفقات العامة، ومنها:

- **النفقات العامة:** تلك المبالغ المالية التي تقوم بصرفها السلطة العمومية (الحكومة، والجماعات المحلية) (محزري، 2015، صفحة 55)

وتعرف كذلك بأنها " مبالغ نقدية أقرت من السلطة التشريعية ليقوم شخص عام بإنفاقها في توفير سلع وخدمات عامة وتحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية " (الفار، 2008، صفحة 50)، فهي استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة بهدف إشباع حاجة عامة، ووفقاً لهذا التعريف يمكن اعتبار النفقة العامة أنها ذات أركان ثلاثة:

- مبلغ نقدي.

- يقوم بإنفاقه شخص عام.

- الغرض منه هو تحقيق نفع عام. (محزري، 2015، صفحة 55)

ب. أركان - عناصر - النفقة العامة:

- **النفقة العامة مبلغ نقدي:** إذ تتخذ النفقة العامة عادة طابعا نقديا، يتمثل فيما تدفعه الدولة أو هيئاتها العامة للحصول على الموارد الإنتاجية من سلع وخدمات تحتاجها للقيام بنشاطها، كدفع مرتبات وأجور العاملين ودفع مستحقات الموردين والمقاولين والإففاق على الجيش وقوات الأمن، والإففاق على الخدمات والمرافق والأشغال العامة، والإففاق على خدمة

الدين العام بما يتطلبه من سداد الأقساط والفوائد (البطريق، 1984، صفحة 173) ومع أن الإنفاق العام قد ظل لفترة طويلة من الزمن يتم في صورة عينية كقيام الدولة بمصادرة جزء من ممتلكات الأفراد، أو الاستيلاء جبرا على ما تحتاجه من أموال، ومنتجات دون تعويض أصحابها تعويضا عادلا أو إرغام الأفراد على العمل بدون أجر (السخره) (محرزي، 2015، صفحة 56)، إلاّ هذا الوضع انتهى بعد أن تطور النشاط الاقتصادي وشاع معه الاقتصاد النقدي الذي أفضى للتخلي عن نظام المقايضة.

وعليه فإنّ الوسائل غير النقدية (العينية) التي تقوم الدولة بدفعها مقابل الحصول على ما تحتاجه من سلع وخدمات لا تعد من باب النفقات العامة كما أنّ ما تدفعه الدولة في صورة عينية كالسكن المجاني، أو نقدية كالإعفاء (كلي، جزئي) من سداد الضرائب ونفقات العلاج والتعليم،... أو الشرفية كمنح الألقاب والأوسمة لبعض موظفيها أو لغيرهم من الأفراد لا يعد من قبيل الإنفاق العام فالدولة هنا لم يخرج من ذمتها مقابلا، ولم تتنازل عن إيراد كان يمكن تحصيله.

لكن في بعض الحالات الاستثنائية التي قد يتعذر على الدولة تمام الحصول على احتياجاتها عن طريق الإنفاق النقدي مثل أوقات الحروب والأزمات الحادة، قد تعد بعض الوسائل غير النقدية من قبيل النفقات العامة إلا أنّ ذلك استثناء لا يجب تعميمه (محرزي، 2015، صفحة 56)

إنّ أخذ الإنفاق العام الصورة النقدية له عدة مزايا نوجزها فيما يأتي:

- الإنفاق النقدي يعطي فرصة أكبر لتحقيق مبدأ المساواة بين الأفراد في الاستفادة من النفقات العامة وفي تحمل الأعباء والتكاليف العامة، ذلك أنّ الإنفاق العيني قد يمنح عنه مزايا عينية تُحل بمبدأ المساواة والعدالة بين الأفراد.
- التعامل النقدي في عملية الإنفاق قد يسهل إجراء الرقابة بصورها المتعددة (الإدارية والبرلمانية) على النفقات العامة ضمانا لحسن استخدامها وفقا للأحكام والقواعد المنظمة لذلك، وصعوبة ذلك في حالة الإنفاق العيني.
- تنافي وتعارض إكراه الأفراد على تأدية أعمالهم وفقا لنظام السخرة مع مبادئ الديمقراطية القائمة على حفظ حرية وكرامة الفرد.

- صدور النفقة العامة عن جهة أو شخص عام: ويقصد بها وجوب أن تصدر النفقة عن شخص عام (هيئات حكومية مركزية أو محلية) أي أن ينحصر نطاق النفقة العامة في المبالغ التي تخرج من ذمة الدولة بواسطة شخص عام. وعليه فإنّ إقدام متعامل خاص ببناء مدرسة أو مستشفى أو اقتناء آلة إنتاجية لصالح مصلحة من مصالح الدولة لا يعد إنفاقا عاما رغم عمومية الهدف لأنه لم يصدر عن شخص عام.

- استهداف النفقة العامة لإشباع حاجة عامة: ترى غالبية المؤلفات المالية أنه لكي يتحقق وجود النفقة العامة لا يكفي صدورها من جهة عامة، بل يجب أن يستهدف الإنفاق إلى تحقيق منفعة عامة أي لقضاء مصلحة عامة وليس لإشباع حاجة خاصة (الفار، 2008، صفحة 51)، ولا يمكن اعتبار إنفاق شخص عام لمال عام بقصد تحقيق مصالح شخصية خاصة من قبيل الإنفاق العام، ويرجع ذلك لضرورة سيادة مبدأ العدالة والمساواة فطالما أنّ جميع الأفراد (مواطنوا الدولة، المقيمون) متساوون في تحمل الأعباء الضريبية فمن المنطق أن يتساووا كذلك في النفع العام (الاستفادة من النفقات العامة)، ومع كل هذا فإنه يلاحظ أنه من الصعوبة بمكان تحديد الحاجة العامة تحديدا موضوعيا فهذا التحديد

يرتكز على معيار سياسي أكثر منه اقتصادي أو اجتماعي ذلك أن السلطة السياسية في الدولة هي المنوط بها تحديد وتقرير ما إذا كانت حاجة ما عامة أم لا، كما أن تحقيق هدف إشباع الحاجات العامة يخضع للرقابة الإدارية والتشريعية، وأحيانا القضائية.

2. المنظومة الصحية: قبل التطرق إلى المنظومة الصحية الجزائرية، لا بد من الوقوف على مفهوم المنظومة الصحية، وأهدافها، والعوامل المؤثرة فيها.

أ. مفهوم المنظومة الصحية: تعددت وتباينت التعاريف التي تحدد معنى النظام الصحي وهنا نختصر على هذين التعريفين:

- **تعريف المنظمة العالمية للصحة:** عرفت النظام الصحي على أنه: "مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة، ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة، ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق." (ماهو النظام الصحي؟ منظمة الصحة العالمية، 2018)

- **تعريف المشرع الجزائري:** عرف المنظومة الوطنية للصحة من خلال المادة 04 من القانون 05/85 على أنها: "هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها".

ب. أهداف النظام الصحي: تتمثل في:

الوقاية الصحية.

العلاج الطبي.

التغطية الصحية الشاملة.

نقل المرضى.

التكوين وتطوير البحث العلمي.

القيام بخدمات التسيير.

تصنيع وتسويق المنتجات الطبية.

ت. العوامل المؤثرة في وضعية المنظومة الصحية: تتأثر المنظومة الصحية بعوامل عدة يمكن حصرها في:

- **السكان:** وذلك من خلال وجوب توفر الإحصائيات المتعلقة بعدد السكان، معدل النمو الديموغرافي متوسط عدد أفراد الأسرة، التوزيعات (الكثافة السكانية، حسب الجنس الفئات العمرية)، المستوى الثقافي معدل الدخل، العادات والتقاليد، ...

- **الموارد الطبيعية:** من خلال الوقوف على مقدرات الدولة والمتمثلة في حجم موارد الدولة، مستواها الاقتصادي وحجم القوى العاملة بها، حجم الإنفاق الصحي.

- **عوامل طبيعية:** إن العامل الطبيعي (المناخ) ذو تأثير كبير في التخطيط وبناء النظام الصحي خاصة وأنه سبب مباشر في التحكم في تباين الأمراض المنتشرة.

- **عوامل أخرى:** ومن أهمها: القطاعات الصحية، وهياكل التكوين، تكاليف التكوين، ...

ث. التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية: اقترن النظام الصحي في الجزائر، وظروف نشأته بوقائع الثورة التحريرية فكان متعدد الخدمات والوظائف ولم يقتصر أدائه على إسعاف أفراد جيش التحرير وتقديم العلاج لهم بل تعدت

مهامه إلى أكثر من ذلك فلقد اهتم بتقديم العلاج وتوفير الأدوية للمرضى والمصابين فمعالم النظام الصحي بدأت تتبلور في تلك الفترة من الثورة التحريرية رغم الظروف الصعبة التي كانت تتميز بها (غرايبي، 2016، صفحة 244) وغداة الاستقلال كانت وضعية الصحة العمومية متردية خاصة في ظل الأوضاع المعيشية المزرية الموروثة عن حقبة الاحتلال من فقر وحرمان وانتشار للأمراض المعدية فالأطباء والمستشفيات أغلبها يتركز في المدن بينما نجد أن المناطق الريفية في ظل افتقارها للمراكز الصحية كانت تواجه حاجياتها الصحية بالاعتماد على الطب التقليدي وعلى الأعشاب الطبية، وهنا بدأ التركيز على إحداث سياسة صحية والتي شهد تطورها المراحل التالية: (حوالف، 2017، الصفحات 224-229)

المرحلة الأولى "السياسة الصحية 1962-1974": وتنقسم بدورها إلى مرحلتين جزئيتين:

مرحلة الانطلاق في العمل من 1962-1965: شهدت هذه المرحلة تطورات كبيرة من حيث عدد المستخدمين والهيكل القاعدية لكن بمستوى بطيء مقارنة بمستوى تطور عدد السكان كما شهدت إصدار حزمة من النصوص القانونية، لكن نتيجة ضعف الإمكانيات تميزت هذه السياسة بمحدودية خياراتها فأقامت حملات التلقيح ضد بعض الأمراض من جهة، وطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية من جهة أخرى والتي وضعت في خدمة الأطباء الخواص للاستفادة من خبراتهم وهذا من خلال التعاقد معهم.

مرحلة إعادة بعث نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية 1965-1974: خلال سنة 1965 تم إصدار عدة قرارات تنظيمية، وخلال سنة 1966 أصدر المرسوم 66-73 المؤرخ في 1966 الذي يلحق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية وتوسيع الخدمات الصحية لصالح جميع المواطنين، ثم صدر لاحقا المرسوم 69-96 في جويلية 1969 الذي أقر إجبارية ومجانية التطعيم، وفي سنة 1973 أصدر قانون الطب المجاني، وفي السنة الموالية تم إنشاء القطاع الصحي.

المرحلة الثانية: "مجانية العلاج 1974-1980": بعد إقرار الطب المجاني سنة 1973 تم تعزيز هذا التوجه من خلال الميثاق الوطني 1976، وقانون الصحة الذي صدر خلال نفس السنة، وقد تميزت هذه المرحلة إلى جانب ذلك بتوسيع ومضاعفة الهياكل الصحية وتكوين الأطباء وعمال الصحة قصد الوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن وتعزيز الرعاية بالأمومة والطفولة.

وعموما فقد تركزت أهداف هذه المرحلة على:

وضع إستراتيجية وطنية لضمان توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع.

تحقيق العدالة في الحصول على العلاج (ديمقراطية العلاج).

وقد ظهرت نتائج هذه المرحلة من خلال التطور الذي مس خاصة الموارد البشرية (الأطباء، أعوان الشبه الطبي)

ومع ذلك فقد شهدت كذلك عدة مشاكل وصعوبات.

المرحلة الثالثة: "السياسة الصحية الجديدة 1980-1995": تميزت بإصلاحات مست القطاع الصحي فقد تم إصدار القرار رقم 22 المؤرخ في 1981/09/05 الذي ينظم ويسير القطاعات الصحية، وتطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير للمراكز الاستشفائية الجامعية في 1986/12/06، كما جاءت سنة 1988 بقانون 88-15 المتعلق بحماية

وترقية الصحة والذي سمح بفتح العيادات الخاصة، كما شهدت هذه المرحلة في ظل تدهور قيمة الدينار صعوبات في اقتناء الأدوية، والمعدات الطبية ليتم سنة 1995 إقرار مساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام. المرحلة الرابعة: "مرحلة إصلاح المؤسسات الصحية 1995-2005": بعد إقرار مجانية العلاج وملاحظة التدهور الذي بدأ في مستوى الخدمات الصحية العمومية تم اللجوء إلى تبني عدة إصلاحات لعل أبرزها: اعتماد النظام التعاقدى كأداة جديدة للتمويل الصحي والذي نصت عليه المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم. وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المُمّنين اجتماعيا وذوي حقوقهم... " (الجريدة الرسمية، 1994)

إنشاء خريطة صحية لتدارك الفوارق في توزيع المرافق الصحية وتصحيحها بين مختلف مناطق الوطن، ومنح صيدليات المستشفيات نوعا من الاستقلالية.

المرحلة الخامسة: "مرحلة مواصلة إصلاح المؤسسات الصحية 2005-2014": شهدت تجسيد قرارات المخططين الخماسيين الأول (2005-2009)، والثاني (2010-2014) وكانت البداية من خلال التدرج في تنفيذ النظام التعاقدى والذي تم تطبيقه نهائيا في أواخر سنة 2009، وبخصوص السياسة الدوائية تم العمل على دعم أدوية الأمراض المزمنة، وكذا تشجيع إنتاج الأدوية الجنيسة وفيما يتعلق بالتجهيزات فقد تم إنشاء هيكل جديدة ودعم المستشفيات الجهوية بالتجهيزات التي من شأنها أن تعزز من أدائها وتخفف الضغط عن المستشفيات الجامعية.

المرحلة السادسة: "مرحلة البحث عن الخدمة النوعية (الجودة الصحية)": وفيها تم السعي لإحداث تغييرات جذرية في تسيير المؤسسات الصحية (2015-2019)، والتي أضحت تستحوذ على نسب هامة من ميزانية الدولة، ورسم خطط استشرافية حتى بداية ثلاثينيات القرن الحالي.

الدراسات السابقة

تناول الموضوع عدة دراسات ومنها:

واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات للدكتورة حوالم رحيمة من جامعة تلمسان المنشور في العدد 6-2017 في مجلة المؤسسة، حيث وصلت إلى أن الزيادة المتوقعة في عدد السكان تتطلب إعادة النظر في المنظومة الصحية التي يجب عليها مسايرة هذا التطور

III. الطريقة والإجراءات:

في دراستنا لانعكاس الإنفاق العام على المنظومة الصحية بالجزائر تم جمع معطيات متعددة ذات صلة بالموضوع، ولاحقا تم تنسيقها وترتيبها في جداول عكست أهم هذه المعطيات، ومن خلالها تمت إضافة بعض النتائج المتولدة من الربط بين هذه المعطيات.

وقد كان مجتمع الدراسة عبارة عن الإنفاق العام بينما كانت عينة الدراسة تتمثل في الإنفاق العام على قطاع الصحة (الإنفاق الص (حي) خلال الفترة 2009-2018 وهنا تجدر الإشارة إلى أن جميع هذه البيانات تم اعتمادا على منشورات لعدة مصادر كالديوان الوطني للإحصائيات، البنك العالمي، المعهد العربي للتخطيط. وفي سعينا لتحليل هذه المعطيات تم الاعتماد على الرسوم البيانية التي كانت ترجمة للمعطيات الواردة في الجدول المشار إليها سابقا.

IV. نتائج الدراسة (التحليل والمناقشة)

تطور الإنفاق الصحي بالجزائر ما بين 2009-2018: مع بداية الألفية الثالثة شهدت أسعار النفط ارتفاعا حيث قفزت من 24.5 دولار للبرميل سنة 2001 إلى 115 دولار سنة 2013، وهذا ما مكن الجزائر من تحقيق بحبوحة مالية كبيرة شجعت أصحاب القرار على تبني سياسة مالية توسعية فارتفع حجم النفقات العامة ومعها توسعت مجالاتها، وهذا التوسع شمل كل مناحي حياة الجزائريين فكان منها:

المخطط الثلاثي "برنامج دعم إنعاش الاقتصاد" الذي يغطي الفترة 2001-2004 والذي خصص له 225 مليار دينار أي ما يعادل حوالي 7 مليار دولار، وقد كان نصيب قطاع الصحة منها 14.7 مليار دينار.

المخطط الخماسي الأول "البرنامج التكميلي لدعم النمو" الذي يغطي الفترة 2005-2009 وخصصت له اعتمادات قدرت ب: 4202.7 مليار دينار أي ما يعادل 55 مليار دولار، وكانت حصة قطاع الصحة منها 244 مليار دينار خصصت لإنجاز مئات المنشآت الصحية (عيادات، مستشفيات).

المخطط الخماسي الثاني "برنامج توطيد النمو الاقتصادي" الذي يغطي الفترة 2010-2014 وخصص له 21214 مليار دينار أي ما حوالي 286 مليار دولار، نصيب قطاع الصحة منها 619 مليار دينار. والجدول التالي يبين تطور النفقات الصحية خلال فترة الدراسة.

جدول رقم (01): حصة نفقات الصحة من الميزانية العامة للدولة خلال الفترة 2009-2018

السنة	النفقات العامة (مليون دينار)	نفقات الصحة (مليون دينار)		
		التجهيز	التسيير	المجموع
2009	5474574.8	14837	178323	193160
2010	6468860.8	13563	195012	208575
2011	8272561.9	13813	227860	241673
2012	7745527.1	3711	404945	408656
2013	6879821.2	12684	306926	319610
2014	7656166.6	17058	365947	383005
2015	8753727.3	2349	381972	384321
2016	7984180.2	14012	379407	393419

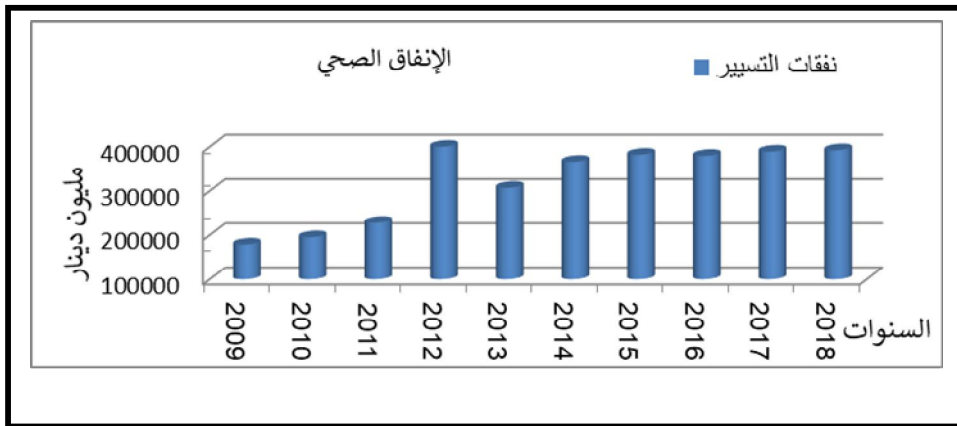
398801	389074	9727	6883215.6	2017
404827	392163	12664	8627778.2	2018

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على: - قوانين المالية - وثائق من مديرية الميزانية لوزارة المالية.

من خلال معطيات الجدول يظهر لنا أنّ النفقات المخصصة للصحة خلال فترة الدراسة (2009-2018) قد عرفت في عمومها نموا مطردا نظرا للمخصصات المالية التي تم رصدتها للقطاع ضمن برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2010-2014) فبلغ معدل نموها 10.73%، حيث ارتفعت من 193.16 مليار دينار سنة 2009 إلى 404.83 مليار دينار سنة 2018، لكن مع ذلك كانت قد شهدت تنديبا إذ تراوحت معدلات نموها بين (-22%) خلال سنة 2013 حيث تراجع بـ 89.064 مليار دينار عن مخصصات سنة 2012، وهذه الأخيرة شهدت بدورها نموا قدره (69%) إذ ارتفعت بحوالي 167 مليار دينار عن سنة 2011.

كما ويظهر أنّ متوسط مخصصات الصحة من الإنفاق العام قد بلغ 4.46% وأنّ نفقات التسيير قد تضاعفت خلال نفس الفترة إذ انتقلت من 178.3 مليار دينار سنة 2009 إلى 392.16 مليار دينار سنة 2018، كما أنها تستحوذ على الجزء الأكبر من نفقات التسيير العامة إذ قدرت بـ 6.67%، و تمثل نفقات المستخدمين قدرا هاما منها.

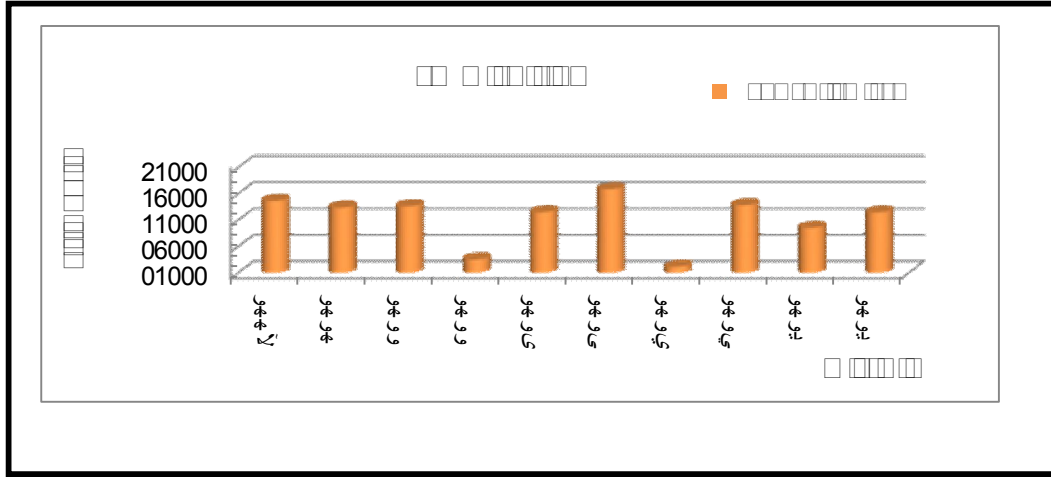
شكل رقم (01): نفقات التسيير من الإنفاق الصحي (2009-2018)



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول (01).

أما بخصوص نفقات التجهيز فقد تمثلت نسبة 0.4% من نفقات التجهيز العامة، ومع أنّ القطاع قد شهد تطورا في عدد الهياكل إلا أنّ مخصصات التجهيز كادت تكون مستقرة إذا ما استثنينا سنتي 2012، و 2015 حيث انتقلت من 14837 مليون دينار سنة 2009 إلى 12664 مليون دينار سنة 2018، مع العلم أنّ متوسطها قد بلغ حوالي 11441.8 مليون دينار، وهذا رغم قرار الحكومة سنة 2015 بتجميد العديد من المشاريع الصحية في إطار سياستها لترشيد الإنفاق على غرار المستشفيات التي كانت مبرمجة بكل من العاصمة، تيزي وزو، قسنطينة تلمسان، وورقلة، لنقرر في أواخر سنة 2019 رفع التجميد عن كل المشاريع الصحية المسجلة على مستوى الجنوب والهضاب العليا.

شكل رقم (02): نفقات التجهيز من الإنفاق الصحي (2009-2018)



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول (01).

انعكاس الإنفاق العام على المنظومة الصحية 2009-2018

جدول رقم (02): تطور المنشآت القاعدية الصحية بالجزائر خلال الفترة 2009-2017

السنة/التعيين	مؤسسة استشفائية عامة	مؤسسة استشفائية متخصصة	قاعات العلاج
2009	192	61	5258
2010	194	64	5350
2011	192	63	5491
2012	193	66	5545
2013	194	68	5634
2014	196	71	5726
2015	200	75	5762
2016	200	75	5875
2017	205	77	5957

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على: الديوان الوطني للإحصائيات.

جدول رقم (03): تطور عدد العمال في السلك الطبي في الجزائر خلال الفترة 2009-2017

السنة/التعيين	السلك الطبي		
	أطباء	جراحو أسنان	صيادلة
2009	52071	11135	8503
2010	56209	11633	9081
2012	63534	12422	10171
2013	66236	12782	10538
2014	69076	13168	11078

98551	11475	13645	73431	2015
100572	11888	13747	74937	2016
105438	12337	14263	78838	2017

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على: معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.

جدول رقم (04): تطور عدد العمال في السلك شبه الطبي في الجزائر خلال الفترة 2009-2017

السنة/ التعيين	السلك شبه الطبي		
	تقنيون ساميون	تقنيون	مساعدون في سلك شبه الطبي
2009	67229	20897	11312
2010	70519	20610	13172
2012	77688	19897	20005
2013	83503	15917	23924
2014	88478	8275	25050
2015	90939	6698	25821
2016	87575	4070	35720
2017	86694	3267	37662

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على: معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.

نلاحظ من خلال معطيات الجدول (02) أن عدد المؤسسات الاستشفائية العامة قد شهد نموا قدر ب: 6.77% حيث ارتفع عددها من 192 سنة 2009 إلى 205 سنة 2017 كما أن عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة قد ارتفع خلال نفس المدة من 61 إلى 77 إي بمعدل نمو في حدود 26.23%، وهو نفس المنحى الذي سار عليه عدد قاعات العلاج الذي انتقل من 5258 إلى 5957 سنة 2017.

إن هذا الارتفاع في عدد الهياكل الصحية يترتب عليه زيادة في أعداد الهيكل البشري المسير لها، وهو ما يظهر من خلال معطيات الجدولين (03)، و (04) حيث أن عدد عمال السلك الطبي والذي يضم (الأطباء، جراحي الأسنان، والصيادلة) قد ارتفع من 71709 إلى 105438 كان النصيب الأكبر فيه للأطباء إذ شهد عددهم نموا بلغ 51.4% حيث ارتفع عددهم من 52071 سنة 2009 إلى 78838 سنة 2017، ولأن المنحى التصاعدي في عدد السلك الطبي يحتاج لزيادة تسايره في عدد عمال سلك شبه الطبي الذي يضم بدوره (تقني سامي، تقني، مساعد) فقد ارتفع عددهم خلال نفس المدة من 99438 إلى 127623 .

إن هذه الزيادة في عدد السلك الطبي وشبه الطبي تعد زيادة حتمية في ظل ارتفاع عدد السكان - من 35.27 مليون إلى 41.72 مليون سنة 2017- (الديوان الوصني للإحصائيات، 2017) وهذا بدوره ما أثر على التغطية الصحية بالجزائر.

- لقد تم تطوير وتبني عدة مؤشرات لتعريف الحالة الصحية لبلد ما، أهمها (علي عبد القادر، 2003)
- العمر المتوقع عند الولادة (أمل الحياة): هو عدد السنوات التي من المتوقع أن يحيها الطفل حديث الولادة في حال استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.

- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: وهو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروبا في ألف، وتعتبر منظمة اليونيسيف هذا المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية.
- نسبة الإنفاق الصحي: وهو الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة منسوبا إلى الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي.

جدول رقم (05): بعض مؤشرات الحالة الصحية في الجزائر خلال الفترة 2009-2018

السنة	العمر المتوقع عند الولادة (سنة)	نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة (%)
2009	75.5	29
2010	76.3	27.5
2011	76.5	26.8
2012	76.4	26.1
2013	77	26.1
2014	77.2	25.6
2015	77.1	25.7
2016	77.6	25.4
2017	77.6	24
2018	77.7	24.2

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على:

- معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.

- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، تاريخ التصفح 2019/05/22،

<http://www.andi.dz/index.php/ar/statistique/demographie-algerienne>

من خلال المعطيات الواردة سابقا نلاحظ أنه في سنة 2017 أصبح هناك 19 طبيبا لكل 10000 ساكن بعد أن كان هناك في حدود 15 طبيبا لكل 10000 ساكن سنة 2009، كل هذا أسهم في النهاية في ارتفاع معدل لأمل الحياة من 75.5 سنة خلال 2009 إلى 77.7 سنة خلال 2017، وكذا تراجع نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 29 % إلى 24.2 % خلال نفس الفترة.

رغم كل هذا التحسن في الأداء الصحي فلا يمكن حصر ذلك في الإنفاق الصحي إذ هناك جوانب أخرى اجتماعية وثقافية، وأمنية كان لها الأثر بدورها في تحقيق هذا التحسن.

ومما يلاحظ كذلك على آثار هذا الإنفاق أنها لم تصل بالجزائر إلى مصاف بعض الدول العربية حتى لا نقول الغربية من خلال بعض المؤشرات الصحية، فمن خلال الجدول (04) أعلاه نلاحظ تحسنا في مؤشر أمل الحياة الذي انتقل من 75.5 سنة خلال 2009 ليبلغ 77.7 سنة خلال 2018 نتيجة لعدة عوامل كاهتمام الدولة بالمنظومة الصحية وهذا ما ترك أثرا إيجابيا من أهم تجلياته القضاء بدرجة كبيرة على عدة أمراض أرقت الجزائريين لكن ومع ذلك يبقى معدل هذا لمؤشر دون المستوى فهناك دول لا تملك مقدرات الجزائر لكنها حققت نفس المستوى مع الجزائر كما هو الحال مع

الجارتين تونس، و المغرب، كما بلغ هذا المؤشر في دول أخرى كقطر خلال نفس السنة 80 سنة، واليونان 81 سنة بينما بلغ في كل من كوريا، و إيطاليا 83 سنة (البنك الدولي، العمر المتوقع عند الميلاد، 2019) كما نجد من جهة أخرى أن لبنان مثلا بلغ فيها معدل عدد الأسرة 29 سرير لكل 10000 ساكن سنة 2014، وفي تونس بلغ هذا المؤشر 23 سرير سنة 2015 (البنك الدولي، أسرة المستشفيات، 2019) بينما نجده في الجزائر قد شهد تراجعاً بنسبة 6.5% خلال ثماني سنوات إذ انتقل من 19.08 سنة 2009 إلى 17.84 سنة 2017 (الديوان الوصني للإحصائيات، 2017)

أما بخصوص عدد الأطباء لكل 10000 ساكن فنجد أنه بلغ سنة 2017 في لبنان 22.7، وفي الأردن 23 (البنك الدولي، أطباء لكل 1000 شخص، 2019) بينما في الجزائر كما سبقت الإشارة إليه فقد بلغ 19. كما وأنه إلى جانب كل هذا توجد فوارق في توزيع الهياكل الصحية جغرافياً حيث نجد أنها تتركز في المناطق الشمالية على حساب الجنوبية، وهذا بدوره ما أثر على في التغطية الصحية فنجد مثلاً أنه يوجد في مناطق الوسط 15.2 طبيب لكل 10000 ساكن مقابل 8.1 في الجنوب الشرقي، وطبيب واحد مختص لـ 733 ساكن في العاصمة مقابل طبيب واحد لـ 12827 ساكن بالجلفة (نيس، 2016)، وهذا بدوره ما أوجد صعوبة لدى محدودي الدخل في تأمين حصولهم على العلاج اللازم عند الحاجة.

V. الخلاصة:

لأنّ الرعاية الصحية تعد حقا من حقوق الإنسان، وضمانة للاستقرار الاجتماعي، و ركيزة من ركائز التنمية المستدامة باعتبارها محددًا لكفاءة و إنتاجية الإنسان، جاءت هذه الدراسة للوقوف على أثر الإنفاق الصحي على المنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة 2009-2019 والتي تم من خلالها التوصل إلى مجموعة من النتائج والتوصيات أهمها يتمثل فيما يلي:

النتائج:

- الجزائر تخصص اعتمادات مالية ضخمة و متزايدة للقطاع الصحي، وهذا ما يعكس أهميته.
- تأثر الإنفاق العام على الصحة بتقلبات أسعار النفط و هذا ما يلاحظ من خلال تراجع قيمة الاعتمادات خلال سنة 2013 التي سجلت نسبة نمو قدرت بـ: -21.8%.
- نفقات التجهيز تمثل الجزء الأصغر من النفقات العامة على الصحة في حدود 3.8% خلال فترة الدراسة.
- مساهمة الإنفاق الصحي في تحسن المؤشرات الصحية كارتفاع معدل أمل الحياة، انخفاض في نسبة وفيات الأطفال.

التوصيات:

- وجوب ترشيد الإنفاق العام، و تفعيل آليات الرقابة في كل مراحله.
- التوزيع العادل للهياكل الصحية المادية والبشرية على مختلف جهات الوطن للتقليل من الفوارق.
- العمل من أجل تقليص ارتباط الإنفاق الصحي بالجباية البترولية، وهذا لعدم رهن حياة الجزائريين لتقلبات أسعار النفط.
- وجوب تحيين الخريطة الصحية، والتعامل مع المستجدات فيها.

المراجع

- محمد عباس محرزى. (2015). *اقتصاديات المالية العامة*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- البنك الدولي. (2019). *أسرّة المستشفيات*. تاريخ الاسترداد 13 11 2019، من <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations>
- البنك الدولي. (2019). *أطباء لكل 1000 شخص*. تاريخ الاسترداد 13 11 2019، من <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations>
- البنك الدولي. (2019). *العمر المتوقع عند الميلاد*. تاريخ الاسترداد 13 11 2019، من <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
- الجريدة الرسمية. (1994، 12 31). *قانون المالية. المادة 132 ، الأمر رقم 94-03، 37*.
- الديوان الوصني للإحصائيات. (2017).
- حوالف، ر. (2017). *واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات*. مجلة المؤسسة. pp. 224-229.
- سعيدة نيس. (2016). *تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015*. مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، صفحة 371.
- شعبان، ف. (2012). *الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر دراسة حالة الجزائر 2000-2010* (أطروحة دكتوراه). كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر 3.
- علي علي عبد القادر. (2003). *اقتصاديات الصحة. المعهد العربي للتخطيط*، صفحة 10.
- فضيلة غرابيبة. (2016). *إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر - تحديات وإنجازات*. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، صفحة 244.
- ماهو النظام الصحي؟ منظمة الصحة العالمية. (2018، 11 22). تم الاسترداد من منظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int/features/qa/28/ar>
- مصطفى الفار. (2008). *الإدارة المالية العامة*. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- يونس أحمد البطريق. (1984). *المالية العامة*. بيروت: دار النهضة العربية.