

تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015

د. سعيدة نيس

جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي - الجزائر

saidanisse@yahoo.fr

Financing health expenditures in Algeria for the period 2000-2015

Dr. Nisse Saida

University of Echahid Hamma Lakhder - Eloued; Algeria

Received: 2016

Accepted: 2016

Published: 2016

ملخص:

تمثل الصحة عنصرا هاما في التنمية الاقتصادية حيث تعتبر مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية ومن ثم زيادة الناتج الداخلي الخام وذلك من خلال تحسين وتطوير الوضع الصحي للإنسان الذي يعتبر هدف التنمية ووسيلتها في الوقت ذاته. لقد شهد المجتمع الجزائري تحسنا في الوضع الصحي للسكان، لكن رغم التحسن النسبي للمؤشرات الصحية الكمية، والانجازات المحققة في مجال الصحة إلا أنه مازال يعاني من نقائص كبيرة أثرت سلبا على مردوده مما جعله يعيق مسار العملية التنموية. هذه النقائص تتمثل خاصة في ضعف الموارد المالية المخصصة له وسوء استعمالها وسوء التوزيع الجهوي للمؤسسات الاستشفائية وسوء الخدمات الصحية المقدمة.

الكلمات المفتاحية: اقتصاد الصحة، الوضع الصحي، الإنفاق على الصحة، تمويل الصحة.

Abstract:

Health can be considered as an important component in the economic development for the key role it plays in increasing production, raising productivity, and thus increasing the gross domestic product by improving and developing the health status of the human being. This, of course, represents both the goal of development and the means for its implementation.

The Algerian community has witnessed an improvement in the health status of the population. However, despite the relative improvement in the quantitative health indicators, and the achievements accomplished in the field of health, it still suffers from significant deficiencies that negatively affected its outcome, which slows down the development process. These deficiencies specifically include the lack and misuse of the financial resources allocated for development, the disproportionate regional distribution of medical institutions in the country, as well as the poor medical services provided.

Keywords: health economics, health status, health expenditure, health financing.

المقدمة:

إن الوضع الصحي للسكان يؤثر بشكل مباشر وواضح على النمو الاقتصادي لأن القدرات العضلية والذهنية لليد العاملة تساعد أو تعيقها على أداء عملها وبالتالي تحفزها على الإنتاج، ومن ثم تساعد على رفع الإنتاجية أو تتسبب في انخفاضها. ولضمان واستمرار التأثير الايجابي للصحة على النمو الاقتصادي فإن البلدان تتحمل نفقات باهظة الثمن ومتزايدة عبر الزمن من أجل المحافظة على الموارد البشرية وتنميتها ومن ثم

زيادة إنتاجية الأفراد وبالتالي زيادة الناتج الداخلي الخام، وهذا ما جعل الاستثمار في مجال الصحة الشغل الشاغل لدى حكومات البلدان المتقدمة والبلدان النامية.

من خلال ماسبق ذكره فإن إشكالية هذه الورقة البحثية تدور حول كيفية تقويم الموارد المالية المخصصة لتمويل نفقات الصحة في الجزائر ومدى استجابتها وتطابقها مع الأهداف الموكلة لهذا القطاع.

سنعالج إشكالية هذا الموضوع من خلال محورين :

- أولا: الصحة في الأدبيات الاقتصادية

- ثانيا: واقع الصحة في الجزائر

أولا: الصحة في الأدبيات الاقتصادية

لم يهتم علماء الاقتصاد في دراساتهم بالنشاطات الاجتماعية للأفراد كالتربية والتكوين والصحة بشكل واضح ومباشر إلا بعد الحرب العالمية الأولى، حيث همش التحليل الاقتصادي للصحة واعتبرها نشاطا اجتماعيا ليس له علاقة بالنشاطات الاقتصادية ولا يساهم في خلق الثروة ونموها.

1. مفهوم الصحة

يرتبط مفهوم الصحة بمفاهيم أخرى متشابهة الدلالة، تتمثل في الصحة، الخدمة الصحية والنظام الصحي. وللتمييز بين المفاهيم الثلاثة سنعرف كل واحد منها.

1.1. الصحة: تعرف الصحة بأنها وصف لحالة الفرد سليم، وباعتبار أنها عملية معقدة فإن أغلبية المختصين يفضلون تعريف العلة ومن ثم يستنتجون أن الصحة هي غياب العلة¹. ولا تقتصر الصحة على غياب العلة لدى الأفراد فقط، لكنها تمتد لتحتوي الصحة الشخصية وصحة البيئة والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية وتنظيم الخدمات الطبية والتمريض والعمل على التشخيص المبكر للأمراض وتعليم أفراد المجتمع كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة².

من خلال هذا التعريف نستنتج أن الصحة لا تقتصر على معالجة الأمراض فقط، لكنها تشمل صحة الجسم والعقل وصحة المجتمع والبيئة التي تتكون من عوامل فزيائية وبيولوجية واجتماعية ونفسية. وعليه يمكن التمييز بين ثلاثة أقسام للصحة : الصحة الوقائية، الصحة العلاجية، الصحة المهنية.

يحلل المختصون في اقتصاد الصحة مفهوم الصحة كمنتج نهائي غير قابل للتجار مصدره عدة مدخلات

نلخصها فيما يلي:

- ✓ مدخلات على مستوى الفرد تتكون من الوعي بأهمية الصحة والعادات الصحية الشخصية؛
- ✓ مدخلات على مستوى البيئة التي نعيش فيها تتمثل في نوعية السكن وجودة الغذاء وسلامة البيئة والمحيط؛

✓ مدخلات على مستوى الجهات الصحية والتي تتكون من الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي للأفراد.

2.1. الخدمة الصحية: تعرف الخدمات الصحية بأنها جميع الخدمات التي يقدمها النظام الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجات موجهة للأفراد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية كإنتاج الأدوية والتجهيزات الطبية وغيرها، بهدف تحسين الوضع الصحي لأفراد المجتمع وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض³. نستنتج من التعريف أن الخدمة الصحية تنقسم إلى ثلاثة أقسام:

✓ خدمات علاجية مرتبطة مباشرة بالأفراد هدفها القضاء على العلة وتحسين الصحة بعد الإصابة بالمرض؛

✓ خدمات وقائية مرتبطة بالأفراد والبيئة والمحيط هدفها الوقاية من الإصابة بالمرض؛

✓ خدمات إنتاجية مرتبطة بالأفراد.

تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص تجعلها مختلفة عن خدمات الأنشطة الاقتصادية الأخرى، هذه الخصائص مرتبطة بمفهوم الصحة ونحصل عليها من خلال دراسة الطلب والعرض على الصحة.

تعتبر الخدمة الصحية خدمة جماعية ومن مدخلات الصحة، لذلك فإن الطلب عليها مشتق من الطلب على الصحة ككل⁴. أما فيما يتعلق بعرض الخدمات الصحية فإنها تخضع إلى حد كبير إلى تدخل وتنظيم الدولة⁵.

نستنتج إذن أن الخدمة الصحية متاع اقتصادي يباع ويشترى في سوق الخدمات الصحية وتنتج من عدة مدخلات

(المدخلات الكلاسيكية المعروفة)

3.1. النظام الصحي: لقد عرّفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي في تقريرها لسنة 2000 بأنه "مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، والنشاط الصحي عبارة على كل مجهود هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات"⁶. النظام الصحي يشمل مجهودات كل الوحدات والتنظيمات التي تبذل من أجل العناية بالشؤون الصحية بهدف تحسين الوضع الصحي للسكان سواء تعلقت هذه المجهودات بالرعاية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة من خلال البيئة والمحيط الذي يعيشون فيه.

وقد شهدت الأنظمة الصحية في العالم ثلاثة أجيال من الإصلاح⁷:

✓ الجيل الأول: تأسيس أنظمة وطنية للرعاية الطبية وانتشار الضمان الاجتماعي تدريجيا في البلدان المتقدمة ثم في البلدان المتوسطة الدخل وأخيرا في البلدان النامية.

✓ الجيل الثاني: تم إصلاح النظام السائد وذلك بتوفير الرعاية الصحية الأولية للسكان (توفير مستوى أساسي من العناية الصحية ومستوى ملائم من التغذية ونشر التعليم وتوفير المياه النظيفة والصرف الصحي لكل السكان).

✓ الجيل الثالث: تعرضت مقارنة الرعاية الصحية الأولية للسكان للنقد لأنها لم تركز اهتماما إلى الطلب على الخدمات الصحية وإنما ركزت على جانب العرض لذا ظهر الجيل الثالث للإصلاح ليهتم بالطلب، استند هذا الأخير على تقديم خدمة أساسية عالية النوعية لكل أفراد المجتمع يركز على التمويل العام والتمويل الخاص المنظم والمراقب.

2. الصحة من خلال الفكر الاقتصادي

كانت البداية الحقيقية لاعتبار الصحة نشاطا خاضعا للتحليل الاقتصادي مع ظهور نظرية رأس المال البشري في بداية عقد الستينات حيث ظهر علم جديد يهتم بالجوانب المتعلقة بالمهارات والحالة الصحية لبيد العاملة أطلق عليه "اقتصاد الصحة"، لكن قبل ذلك لم تلق اهتماما اقتصاديا مباشرا وواضحا لدى الاقتصاديين لأنهم اعتبروا أن الإنفاق على الصحة غير منتج غير أنه ضروري لأنه يمكن الدولة من القيام بوظائفها وذلك لضمان حمايتها باعتبار أن هذه الحماية ضرورية للتنمية. كما اعتبروا أن هذا النوع من الإنفاق عبئ على الدولة لكنه يضمن السلم الاجتماعي لذا فإن الدور الإيجابي للصحة على النمو الاقتصادي لم يكن موجودا في مؤلفاتهم.⁸

1.2. الصحة قبل ظهور نظرية رأس المال البشري: يشير البعض إلى أن البدايات النظرية الأولى التي عالجت الصحة من الناحية الاقتصادية ترجع للاقتصادي آدم سميث في كتابه ثروة الأمم سنة 1776 عند تحليله لمحددات الصحة وسيرورة سوق الخدمات الصحية.⁹ وفي منتصف القرن 19 تمت الإشارة للعلاقة الجدلية بين التنمية والرأسمالية والصحة حيث أشار جدول الوضع العضلي والذهني لعمال مانفكتورة القطن والصوف والحريير سنة 1840 في مدينة Villermé إلى العلاقة بين ظروف العمل وتدني الأجور وسوء الوضع الصحي للعمال، حيث اعتبر أن مرض أو وفاة عامل يطرح مشكلا أخلاقيا واجتماعيا، ويمثل في نفس الوقت خسارة اقتصادية للمجتمع.¹⁰

لكن غالبية المفكرين اعتبروا أن نشأة "اقتصاد الصحة" وظهوره كعلم مستقل بذاته كان سنة 1963 في المقال الذي نشره Kenneth J. ARROW بعنوان "Uncertainty and the welfare economics of medical care"¹¹. وتجدر الإشارة إلى أن تكوين الخبرة الاقتصادية لمشاكل وسياسات الصحة تمت في فرنسا سنة 1950 من طرف أطباء يهتمون بـ "اقتصاد الطب" لكن الحاجة إلى خبرة اقتصادية لمسائل الصحة لم تتطور إلا في سنوات الثمانينات وذلك من أجل التحكم في النفقات المتزايدة للصحة وكيفية تمويلها. وهكذا تدريجيا تطور هذا العلم واستقل على الاعتبارات الإدارية والطبية وأصبح علما قائما بذاته يدرس الجانب الاقتصادي للصحة.

2.2. البدايات الحقيقية لاقتصاد الصحة: مع بداية عقد الستينات من القرن العشرين وفي الولايات المتحدة الأمريكية أخذت الدراسات الاقتصادية منحى آخر خاصة مع تطور نظرية رأس المال البشري لشولتز وبايكر وأورو، التي اهتمت بالنشاطات الاجتماعية مثل التعليم والتكوين والصحة وأدخلتها في حقل التحليل الاقتصادي. ثم عمت واتسعت مختلف محاولات التحليل الاقتصادي للصحة في بلدان أوروبا الغربية.

لقد تطور علم اقتصاد الصحة في بداية سبعينات القرن العشرين في فرنسا مع ظهور المحاولات الأولى لجمع الأفكار والأبحاث التي تميزت بالاختلاف وعدم التلاحم، لكنها كانت تتفق على اعتبار الصحة مجالاً خاضعاً للتحليل الاقتصادي.

حسب J. Debourbon BUSSET يمكن تفسير علم اقتصاد الصحة بميزته "علم- مفترق" Science- (carrefour) حيث يقول في هذا الشأن "أن خلق وتطوير علاقات متينة بين مجالات البحث المختلفة أمر هام..... فإذا كانت العلوم المركبة من اسمين تتطور بسرعة، فإن هذا ليس مجرد صدفة حيث بينت التجربة أن التقاء مفهومين متباعدين أمر ايجابي جداً"¹².

يهتم التحليل الاقتصادي أساساً بقاء الموارد الكلية المتاحة حيث يتمثل موضوعه في كيفية تحديد الخيارات الأفضل من أجل الاستخدام الأمثل للموارد النادرة، أي كيفية تخصيص هذه الأخيرة بطريقة عقلانية بين مختلف الأنشطة المتنافسة فيما بينها بما فيها النشاط الصحي. وهكذا اعترف علماء الاقتصاد بعلاقة الصحة بالنمو الاقتصادي حيث اعتبروا في البداية أن النمو الاقتصادي هو الذي يؤثر بشكل ايجابي على الصحة وذلك من خلال ثلاث قنوات¹³:

- ✓ النمو الاقتصادي يؤثر على الصحة من خلال ارتفاع المداخيل ومن ثم تحسين المستوى المعيشي؛
- ✓ النمو الاقتصادي يؤثر على الصحة بشكل ايجابي من خلال التطور التقني؛
- ✓ النمو الاقتصادي يؤثر على الصحة بشكل ايجابي من خلال التمدن.

كما أن سولو 1956 قد سبق رواد نظرية رأس المال البشري في دراسته للارتباط القوي بين المداخيل والصحة حيث توصل إلى علاقة سببية بين المتغيرتين، تتمثل في كون المداخيل هي التي تؤثر على الصحة من خلال سهولة الحصول على السلع والخدمات التي تؤدي إلى تحسين التغذية والصحة، وكذلك من خلال الحصول على مستويات أفضل للتربية التي تعزز هي بدورها سلوك الأفراد فيما يخص النظافة والصحة. ضف إلى هذا فإن المداخيل تمثل حماية ضد الصدمات الخارجية منها الصحية مثل الأوبئة¹⁴.

لكن مع مرور الوقت وبظهور نظريات النمو النابع من الداخل (ROMER 1986, LUCAS 1988, BARRO 1990) والنظريات التجريبية التي تحلل لأول مرة العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي في عدة بلدان (BARRO

(1992, MANKIN et autres 1991, بدأت الأبحاث تدمج الصحة في نماذج النمو وفي السياسات الاقتصادية على المستوى الكلي. وهكذا فإن هذه الدراسات ساعدت على ظهور حقل جديد للبحث يدرس دور الصحة في النمو الاقتصادي¹⁵.

لكن في بداية عقد التسعينات من القرن العشرين بينت أبحاث Robert W. FOGEL أن اتجاه العلاقة السببية قد انعكس حيث توصل إلى أن تحسين النظام الغذائي يفسر تقريبا نصف النمو البريطاني ما بين سنتي 1680-1980، هذه الآثار يمكن إرجاعها إلى المداخل أو إلى الصحة¹⁶. ومنه فإن الصحة تعتبر عاملا من عوامل النمو الاقتصادي من خلال رفع الإنتاجية الذي يتحقق بانخفاض الوفيات وتمتع العمال بصحة جيدة.

رغم كل الصعوبات والقيود التي واجهت هذا المجال من التحليل فإن اقتصاد الصحة ظهر وتطور بسرعة من أجل إيجاد حلول للتناقض القائم بين المتطلبات الاجتماعية والقيود الاقتصادية¹⁷، حيث يهتم بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين مختلف استخداماتها المتنافسة والتي من بينها الصحة التي تتميز بندرة مواردها في حين تزداد الحاجة إليها عبر الزمن، ومن هنا ظهرت الحاجة إلى ظهور فرع جديد في علم الاقتصاد يهتم بالقضايا الصحية وتحليلها وتقييم سياستها وربطها بالنمو الاقتصادي سمي "اقتصاد الصحة".

3. التحليل الاقتصادي للصحة

يعتقد علماء الاقتصاد في البلدان الليبرالية أن تقديم الخدمات الصحية لا يختلف عن خدمات الأنشطة الاقتصادية الأخرى إذ يعتبرونها مثل الخدمات السوقية الأخرى كالنقل والتأمين..... الخ، لكن وجهة النظر هذه جزئية لأن الخدمات الصحية ليست كلها قابلة للتجارة حيث لا يخضع جزء منها لقانون السوق.

يتكون سوق الخدمات الصحية من الخدمة المتداولة (الخدمة الصحية) والعرض (الجهة المقدمة للخدمة الصحية) والطلب (المريض) وسعر الخدمة الصحية. تتميز هذه السوق عن سوق خدمات الأنشطة الأخرى، حيث عادة ما يجهل المستهلك (المريض) علته وطبيعة العلاج الملائم لحالته، عدم تجانس الخدمات الصحية المعروضة، الطبيعة الخاصة لهذه الخدمة تجعل من الضروري تدخل الدولة لتحمل جزء من التكاليف، غياب توليفة الأسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة الصحية المقدمة¹⁸. هذا كله يعني أن عملية اتخاذ القرار لا تتم في بيئة من اليقين بتفضيلات المستهلك وإنما تعتمد على احتمالات حدوث مختلف الحالات الصحية¹⁹.

1.3.1.3. الطلب: يتكون الطلب على الصحة من الطلب على العلاج والوقاية، ويتكون الطلب على العلاج من خدمات التشخيص والأدوية من خلال العلاج المباشر في المنازل أو عن طريق الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية، يهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص المريض من المرض أو تخفيف معاناته من الألم. أما الطلب على الوقاية فيشمل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع وهو ما يطلق عليه الخدمات الصحية البيئية، ترتبط

هذه الأخيرة بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمؤسسات التي تمارس نشاطات ملوثة للبيئة²⁰.

2.3. العرض: يتميز عرض الخدمات الصحية بكونه يتم من خلال منافذ محدودة تتميز في الغالب بالاحتكار من خلال إمكانية التحكم في الأسعار نظرا لخصوصية الخدمة الصحية، ومن ثم غياب حافز الربح بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع العام. ضف إلى هذا فإنه تتوفر لدى العارضين (الأطباء) معلومات تتحدد على أساسها نوعية الخدمة الممنوحة والتي لا تتوفر لدى المستهلك (المريض).

3.3. السعر: لا يتحدد سعر الخدمة الصحية من خلال آلية السوق وإنما يخضع في الغالب للمؤسسات الحكومية التي لا تهدف إلى الربح وإنما إلى تحقيق المصلحة العامة، حيث تتدخل الدولة بوضع قيود على السعر وذلك بتحديد سقف أعلى أو أدنى²¹.

ثانيا: واقع الصحة في الجزائر

يتطرق هذا المحور لتحليل الصحة في الجزائر من خلال دراسة الوضع الصحي للسكان والنفقات المترتبة على ضمان مستوي صحي ملائم، وكذلك مصادر الموارد التي تمول هذه النفقات.

1. لمحة تاريخية عن الصحة في الجزائر

يمكن تقسيم المراحل التي عرفها النظام الصحي في الجزائر إلى أربعة مراحل:

1.1. مرحلة إعادة بناء النظام الصحي الذي دمره الاستعمار 1962-1973: غداة حصول الجزائر على الاستقلال تميز الوضع الصحي للسكان بمستويات متدهورة نتيجة السياسة الاستعمارية المنتهجة في هذا المجال وخاصة بعد الرحيل المكثف للأطباء والسلك شبه طبي، وكان يتميز بانتشار الأمراض المرتبطة بنقص التغذية وغياب النظافة والوقاية إذ لم يتجاوز مؤشر الأمل في الحياة بعد الولادة 49 سنة²²، وكانت الهياكل الصحية وعدد المستخدمين محدود جدا ومتمركز في المدن الشمالية الكبرى (طبيب واحد لكل 8649 ساكن، وفيات الأطفال قدرت بـ140 لكل 1000 طفل)²³.

2.1. تأسيس الطب المجاني 1974-1986: إن القيود والصعوبات التي ميزت النظام الصحي سابقا جعلت السلطات تتبنى سياسة صحية عمومية جديدة تتمثل في تكفل الدولة بشكل كامل ومكثف للوضع الصحي للسكان.

إن سياسة تأمين المحروقات التي تبنتها الجزائر آنذاك أدت إلى تحسين الموارد المالية للدولة وهذا ما ساعدها على إطلاق برنامج واسع للتنمية في جميع المجالات، وفي مجال الصحة فقد ترجم هذا البرنامج ببعض القرارات السياسية مثل مجانية العلاج بموجب مرسوم رقم 65-73 بتاريخ 1973/12/28، هذا القرار شمل كل المؤسسات العمومية والإسعافات الوقائية ونفقات الإقامة والأكل. هذه الإجراءات أدت إلى تحسن محسوس للوضع الصحي

للسكان حيث ارتفع عدد الهياكل الاستشفائية وعدد المستخدمين- مع اختلال مابين المناطق الحضرية والمناطق الريفية- ومن ثم تحسنت المؤشرات الصحية حيث قدر الأمل في الحياة بعد الولادة 57 سنة، وطبيب لكل 1746 ساكن وانخفض معدل وفيات الأطفال إذ أصبح 8 لكل 1000 طفل سنة 1984²⁴.

3.1. عدم تطابق النظام الصحي مع التحولات الديمغرافية والوبائية 1987-2002: إن الأزمة الاقتصادية والأمنية التي عرفتھا الجزائر في تلك الفترة جعلت من الصحة أولوية ثانوية بالنسبة للسلطات الحكومية، مما انعكس سلبا على القطاع الصحي حيث عرف صعوبات كبيرة (تسيير المؤسسات الاستشفائية وصيانة التجهيزات) وهذا ما جعل السلطات تحوّل جزء من صلاحياتها في مجال الصحة إلى القطاع الخاص مع العلم أن تحرير هذا الأخير تم دون تأطير قانوني²⁵.

إن التحولات التي عرفتھا الجزائر في تلك الفترة أثرت بدرجة قوية على القطاع الصحي، ويمكن تلخيص هذه التحولات في العناصر التالية:

- ✓ تحولات وبائية: مثل استمرار الأمراض المتقلة عن طريق المياه وارتفاع الأمراض المزمنة غير المعدية²⁶؛
- ✓ تحولات ديمغرافية: تميزت هذه الفترة بانخفاض محسوس في معدلات الولادة وانتشار الشيخوخة²⁷؛
- ✓ تحولات اقتصادية اجتماعية: إن الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق أدى إلى انخفاض المداخيل وارتفاع الدين الخارجي ونقص موارد الدولة الذي أدى إلى تقليص تطور القطاعات الاجتماعية بما فيها الصحة وانتشار الفقر، فعلى سبيل المثال قدر الأمل في الحياة عند الولادة 67 سنة في 1990، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 47 لكل 1000 طفل، وطبيب واحد لكل 1063 ساكن²⁸.

4.1. إعادة تنشيط الإرادة السياسية في مجال الصحة 2003-2015: تتميز هذه الفترة بإعادة الاعتبار للقطاع الصحي وجعله من أولويات السلطات الحكومية لكن دون وضع خطة حقيقية طويلة المدى. هذه المبادرة كانت نتيجة لوفرة الموارد المالية التي عرفتھا هذه الفترة مما أثر إيجابيا على الموارد المخصصة للصحة حيث عرفت مؤشرات الصحة تحسنا معتبرا إذ انتقلت نفقات الصحة من 3,48% من الناتج الداخلي الخام سنة 2000 إلى 3,9% سنة 2011، وارتفع مؤشر الأمل في الحياة من 70,5% سنة 2000 إلى 77,1% سنة 2015، كما تم إنشاء هياكل استشفائية متعددة واستثمارات ضخمة في التجهيزات خاصة في ميدان التصوير الطبي، وأصبح لكل طبيب 702 ساكن²⁹.

في هذه الفترة استمرت تقريبا نفس التحولات الوبائية والديمغرافية حيث ارتفعت الأعباء المرتبطة بالأمراض غير المتقلة والمزمنة مع استمرار الأمراض المتقلة³⁰.

2. الوضع الصحي للسكان في الجزائر من خلال المؤشرات الصحية

تقيس منظمة الصحة العالمية الوضع الصحي للسكان من خلال عدد من المؤشرات نلخصها في العناصر التالية:

1.2. مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة: يظهر تحسن الوضع الصحي للسكان من خلال مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة الذي ارتفع بسبع سنوات خلال الفترة 2000-2015، هذا التحسن مرده التطور في ظروف المعيشة والمجهودات المسجلة في مجال الخدمات الصحية والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (01): تطور مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة للفترة 2000-2015 (السنوات)

السنوات	2000	2004	2006	2008	2010	2013	2015
المؤشر	70,2	71,4	71,4	75,6	76,3	77	77,1

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على المراجع التالية:

- معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.
- عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، العدد 31، جوان 2009، المجلد ب، جامعة منتوري قسنطينة، ص 292.
- بومعروف الياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 2009/07-2010، جامعة ورقلة، ص 27.

رغم تحسن هذا المؤشر إلا أن جودة المعيشة والوضع الصحي للسكان لم يصل بعد للمستويات التي وصلت إليها البلدان المتقدمة وحتى بعض البلدان العربية ذات الدخل المتوسط، حيث قدر ب 81 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية و 83 سنة في الأردن سنة 2011³¹.

2.2. معدل وفيات الأطفال: لقد تحسن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات تحسنا ملحوظا حيث انتقل من 40 حالة لكل 1000 طفل سنة 2000 إلى 24 حالة سنة 2015 أي انخفض خلال هذه الفترة بنسبة 66,6% والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (02): معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات خلال للفترة 2000-2015 (%)

السنة	2000	2002	2004	2008	2010	2013	2015
المؤشر	39,95	34,7	34,7	27,6	25,6	24,35	24

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.

هذا التحسن المعتبر مرده الجهود المبذولة والبرامج الصحية المعتمدة من قبل السلطات، لكن هذه النتائج تخفي الفوارق الجهوية بين المناطق الريفية والحضرية خاصة ولايات الجنوب والهضاب العليا³².

رغم هذا التحسن في المؤشر غير أنه يبقى مرتفعا مقارنة بنظيره في بلدان أخرى مثل تونس 14 حالة سنة 2012،

كوبا 6 حالات سنة 2010³³.

3.2. معدل وفيات الأمهات: رغم الجهود المبذولة فيما يخص تكفل الدولة بصحة الطفل والأم وذلك من خلال إنشاء مراكز لحماية الأمومة والطفولة إلا أن معدل وفيات الأمهات يبقى مرتفعا في الجزائر حيث يمثل من مجموع وفيات الأمهات في الفئة العمرية 15-49 سنة 10%³⁴. ومع ذلك فإن هذا المؤشر سجل تراجعاً في الفترة 2000-2010 حيث انتقل من 140 حالة لكل 100000 ولادة سنة 2000 إلى 97 حالة سنة 2010³⁵، إذ قدر التراجع بنسبة 41%. إن بقاء هذا المؤشر مرتفعا يرجع إلى مجموعة من النقائص المرتبطة بمستويات التربية الصحية للأمهات ومتابعة أطوار الحمل وكذلك مستويات التغطية الصحية وفعاليتها.

رغم التراجع الملحوظ لمعدل وفيات الأمهات غير أنه يبقى مرتفعا مقارنة مع البلدان المتقدمة وحتى بعض البلدان العربية حيث قدر بـ 8 حالات في فرنسا و14 حالة في الكويت و25 حالة في لبنان و56 حالة في تونس سنة 2010³⁶.
4.2. التغطية الصحية: عرف القطاع الصحي كغيره من القطاعات الاقتصادية إصلاحات لتحسين أدائه ورفع فعاليته وذلك من خلال توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لتغطية احتياجات السكان من الخدمات الصحية، وتعتبر الهياكل القاعدية وتجهيزاتها المادية والبشرية من أهم المنجزات التي تحققت في هذا المجال.

والملاحظ هو أن التحولات الاقتصادية التي عرفها الاقتصاد الجزائري والمتمثلة في تحرير الاقتصاد في سنوات التسعينات ساعد على ظهور القطاع الخاص في مجال الصحة.

إن كم الهياكل القاعدية الاستشفائية لا يعطينا دلالة موضوعية خاصة وأن طريقة تنظيم وهيكل هذه المؤسسات ليست متجانسة بالنسبة لكل السنوات حيث تختلف من سنة إلى أخرى وهذا ما يفسر أحيانا العدد المتناقص لهذه المؤسسات. والهدف من إحصاء عدد الهياكل القاعدية الاستشفائية هو معرفة قدرة تغطية هذه الهياكل لعدد السكان الإجمالي من خلال معرفة عدد الأسرة والإمكانيات البشرية لكل 10000 ساكن ومقارنته بنظيره في البلدان ذات الدخل المتوسط، والجدول التالي يوضح التغطية المادية والبشرية الاستشفائية للسكان خلال فترة الدراسة.

جدول (03): تطور التغطية الصحية لكل 10000 ساكن خلال الفترة 2000-2015

السنوات	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2013	2015
عدد الأسرة	19,2	18,7	19,2	18,2	17,8	17,7	17,5	17,7
عدد الأطباء	12,2	12,9	13,5	13,9	16	18,2	20,1	15,4
عدد جراحي الأسنان	2,7	2,5	2,7	2,8	3,1	3,1	3,4	3,5
عدد عمال السلك شبه طبي	28,6	27,9	27,3	26,9	27,5	28,9	---	31,1
عدد الصيادلة	1,8	1,9	2,1	2,3	2,4	2,6	2,4	2,9

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على المراجع التالية:

- Ministère de la santé, Statistiques sanitaires, 2016.
- Office National des Statistiques.

- MAHFOUD Nacera et autres, Consommation des médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie, جامعة ورقلة، 2017/11 العدد 2017/11، p 46

نلاحظ من الجدول أن الإمكانيات المادية الموضوعة تحت تصرف السكان لم تتماشى مع النمو الديمغرافي حيث سجل عدد الأسرة لكل 10000 ساكن انخفاضا قدر بـ 7,8% خلال الخمسة عشر سنة الماضية، وبمقارنة هذا المؤشر بنظيره في البلدان المتقدمة وفي بعض البلدان العربية نجده أقل بكثير، حيث قدر في مصر بـ 22 سرير سنة 2005 وفي تركيا بـ 28 سرير سنة 2004³⁷. ضف إلى هذا سوء توزيع المؤسسات الاستشفائية عبر التراب الوطني حيث تستحوذ العاصمة لوحدها على 55% من الهياكل الاستشفائية في حين لا يتعدى ذلك في الشرق 22%، الغرب 20%، الجنوب الشرقي 2%، الجنوب الغربي 1%³⁸.

ويمكن تأكيد هذا الخلل في توزيع المؤسسات الاستشفائية بالمسافة المتوسطة التي تفصل بين مقرات سكن السكان وأقرب مؤسسة حيث نسبة كبيرة من سكان الهضاب العليا والريف (78%) تقيم على بعد أكثر من 5 كلم من أقرب مركز صحي³⁹.

إن قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها يؤثر سلبا على كمية وجودة الخدمات الصحية الممنوحة مما يؤدي إلى خلل في توزيع الخدمات الصحية على السكان وبالتالي تدهور وضعهم الصحي ومن ثم انخفاض اليد العاملة المساهمة في عملية الإنتاج وانخفاض الإنتاجية وهذا ما يؤثر سلبا على النمو الاقتصادي.

- بالنسبة للموارد البشرية فقد سجلت مؤشرات التغطية بالأطباء والسلوك شبه طبي خلال الخمسة عشر سنة الماضية تحسنا ملحوظا حيث ارتفع عدد الأطباء لكل 10000 ساكن بـ 26%، لكن رغم هذا التحسن فإنه يبقى غير كاف في المقارنة مع بلدان أخرى عربية مثل الأردن التي سجلت مؤشرات تتقارب مع مثيلاتها في البلدان المتقدمة حيث قدر المؤشر بـ 24,5 لكل 10000 ساكن سنة 2009، وقدر نفس المؤشر في اسبانيا بـ 39,6⁴⁰. ضف إلى هذا الخلل الجهوي في التغطية الطبية حيث 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 في الجلفة⁴¹.

أما بالنسبة للتغطية شبه طبية يلاحظ تحسن حيث ارتفع هذا المؤشر بـ 8,7%، ومع ذلك يبقى أقل من نظيره في البلدان المتقدمة وبعض البلدان العربية حيث قدر سنة 2009 في اسبانيا بـ 51,1% لكل 10000 ساكن وفي الأردن 40,3% وفي تونس 32,8⁴².

3. الإنفاق على الخدمات الصحية وموارد تمويلها

إن الهدف من الإنفاق على الخدمات الصحية هو الوقاية من الأمراض والشفاء منها من أجل ضمان المحافظة على الموارد البشرية وتنميتها ومن ثم زيادة إنتاجية الأفراد ومنه زيادة الناتج الداخلي الخام، لذا فإن الإنفاق على الصحة لا يعتبر ضرورة إنسانية فقط بل ضرورة اقتصادية تتطلب البحث في مصادر تمويلها.

1.3. الإنفاق على الخدمات الصحية: تشمل النفقة الوطنية للصحة مجموع النفقات المرتبطة بتأسيس المؤسسات الاستشفائية وتجهيزها وتسييرها، وتتكون من نفقات التسيير للهيئات العمومية، ونفقات الوقاية وتباعد الولادات، ونفقات اقتناء الأدوية، والمبالغ المنفقة مقابل الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص، والنفقات التي تتحملها المراكز الصحية الاجتماعية، ونفقات الاستثمارات الصحية.

1.1.3. عوامل زيادة نفقات الخدمات الصحية: إن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري تطرح مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية والإنفاق عليها، ويمكن تلخيص هذه التغيرات في العناصر التالية:

- ✓ التغيرات الاقتصادية والمتمثلة في الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق ومختلف الإصلاحات التي عرفها الاقتصاد الجزائري التي أثرت على القطاع الصحي؛
- ✓ التغيرات الديمغرافية والمتمثلة في انخفاض معدلات الولادة وارتفاع مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة وبالتالي انخفاض الفئة العمرية صغيرة السن وبداية ظهور الشيخوخة التي تحتاج إلى إنفاق متزايد على احتياجاتها الصحية حيث انتقلت الفئة العمرية أكبر من 60 سنة من 6,6% سنة 1998 إلى 8,5% سنة 2014⁴³؛
- ✓ تغيرات الخريطة الصحية والمتمثلة في انخفاض الأمراض المتقلة مع استمرارها بالإضافة إلى استمرار الأمراض غير المتقلة والمزمنة التي تتطلب إنفاقا ضخما نظرا لغلاء الأدوية التي تتطلبها (السرطان وأمراض القلب وضغط الدم... الخ)؛
- ✓ تحسن مستوى معيشة السكان وارتفاع الأسعار والتقدم التقني الذي ساهم في ابتكار التكنولوجيات المتقدمة للعلاج⁴⁴.

2.1.3. تطور حجم الإنفاق على الصحة: يخضع حجم الإنفاق على الصحة إلى ضرورتين أساسيتين : الطلب الاجتماعي على الصحة المرتبط بالاحتياجات الديمغرافية المحددة بالطاقة البشرية التي ينبغي المحافظة عليها من خلال توفير الرعاية الصحية الضرورية، والطلب الاقتصادي على الصحة والناجم عن وضع سياسة تنمية اقتصادية واختيار تكنولوجي واحتياجات المجتمع للموارد البشرية القادرة على تأطير الاقتصاد الوطني.

لتحديد وتحليل حجم الإنفاق على الصحة يمكن الاعتماد على مؤشرين: نسبة ما يخصص للصحة من الميزانية العامة للدولة، وحصة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام.

❖ الإنفاق على الصحة في الميزانية العامة للدولة: هذا المؤشر يبين كيف تتنافس الصحة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب إنفاقا عموميا، أي الأولويات التي تمنحها السلطات العمومية للصحة في مجموع نشاطاتها.

جدول (04): نصيب نفقات الصحة في الميزانية العامة للدولة للفترة 2008-2015 (مليون دج)

السنة	نفقات الصحة			النفقات العامة للدولة			الصحة في الإنفاق العام %		
	التجهيز	التسيير	المجموع	التجهيز	التسيير	المجموع	التجهيز	التسيير	المجموع
2008	3689	129201	132890	2305000	2017969	4322969	0,2	6,4	3,1
2009	14837	178323	193160	2598000	2593741	5191741	0,6	6,8	3,7
2010	13563	195012	208575	3331952	2838000	6169952	0,4	6,9	3,4
2011	13813	227859	241672	3184120	3434307	6618427	0,4	6,6	3,6
2012	3711	404945	408656	2820417	4608250	7428667	0,1	8,8	5,5
2013	12684	306926	319610	2544207	4335614	6879821	0,5	7,1	4,6
2014	17058	365947	383005	2941714	4714452	7656166	0,6	7,8	5
2015	2349	381972	384321	3885785	4972278	8858063	0,1	7,7	4,3

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على قوانين المالية ووثائق مقدمة من طرف مصالح الخزينة العمومية.

نلاحظ من خلال الجدول أن المتوسط السنوي لنصيب الصحة من إجمالي الإنفاق العام للدولة قدر بـ 4,1% وتستحوذ نفقات التسيير على الجزء الأكبر حيث بلغت قيمتها 7,2% من نفقات التسيير العامة خلال الثمن سنوات الماضية (لم نستطيع الحصول على بيانات ميزانية التجهيز المخصصة للصحة للفترة 2000-2007 لذا اقتصر التحليل على الفترة 2008-2015)، مع العلم أن متوسط اعتمادات الدفع المخصصة لتجهيز قطاع الصحة لا تتجاوز 4% سنويا من إجمالي ميزانية الصحة.

لقد عرفت الفترة 2008-2015 تطورا غير منتظم لمجموع نفقات الصحة حيث تميزت بالتناقص أحيانا وبالتزايد أحيانا أخرى إذ سجلت أقصى زيادة سنة 2012 (69%)، أما سنة 2013 فقد سجلت انخفاضا ملحوظا (-22%). بالنسبة لبنية نفقات التسيير فإن المعروف أن العامل البشري في المؤسسات الاستشفائية يمثل أهم عنصر وخاصة السلك شبه طبي، وهكذا فإن نفقات المستخدمين تمثل حوالي ثلثي نفقات التسيير، وإذا أضفنا هذه الأخيرة إلى نفقات الدواء فإن هذين العنصرين يمثلان 80%⁴⁵. أما بالنسبة لنفقات التجهيز (اعتمادات الدفع المفتوحة) لنفس الفترة فتموها كذلك غير منتظم، مع العلم أن الوضعية المالية للاعتمادات المفتوحة تبين أن نسبة استهلاكها ضعيفة حيث قدرت في المتوسط بـ 25% سنويا وكانت أعلى نسبة سنة 2010 (53%) وأدنى نسبة سنة 2015 (3%). هذا الوضع يدل على خلل في تسيير هذه الأموال الطائلة المرصودة لبناء وتجهيز المؤسسات الاستشفائية وعدم الالتزام بانجاز البرامج المسطرة في آجالها.

❖ نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام: هذا المؤشر يمثل الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، كما يعتبر من ضروريات التخطيط والتنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة. إن نسبة الإنفاق العمومي على الخدمات الصحية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر قدرت في المتوسط بـ 2% سنويا⁴⁶، وهي نسبة ضئيلة جدا على الرغم من الوفرة المالية الناجمة عن ارتفاع أسعار النفط. إن عجز القطاع الصحي العمومي على تغطية احتياجات السكان من الخدمات الصحية أدى إلى تطور القطاع الصحي الخاص، وهكذا فإن صعوبة الحصول على الخدمات الصحية العمومية والتي ترجع أساسا لعدة أسباب كسوء الاستقبال وبعد المؤسسات الاستشفائية عن مقر سكن المريض والمواعيد الطويلة... الخ، ساعد على انتشار العيادات والمصحات الخاصة. لكن هذا التطور الكبير للقطاع الصحي الخاص لم يتم بشكل منظم وفي إطار مشروع تنموي صحي وطني حيث لم تعرّف أهدافه بشكل واضح ولم تحدد علاقته بالقطاع العمومي، ضف إلى هذا فإن التعريف المطبقة غير خاضعة للرقابة. والجدول التالي يبين لنا نصيب نفقات الصحة الكلية (القطاعين العمومي والخاص) في الناتج الداخلي الخام في الجزائر وبعض البلدان المتقدمة والنامية.

جدول (05): نفقات الصحة الكلية في الناتج الداخلي الخام في بعض البلدان للفترة 2000-2011 (%)

البلد	2000	2002	2004	2006	2009	2011
الجزائر	3,5	3,5	3,6	4,2	4,6	3,9
المغرب	4,7	5	5,1	---	5,2	---
تونس	5,6	5,6	5,4	---	6,3	---
لبنان	10,9	10,8	---	8,8	---	---
فرنسا	10,1	9,7	---	11	11,6	---
ألمانيا	10,3	10,8	---	10,6	---	---

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على :

- OMS, statistiques sanitaires 2009, pp108-110.
- NABNI, opcit, p30.
- OMS, La santé dans le monde, Genève, 2006, pp199-201.
- عياشى نورالدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، عدد 31 جوان 2009، مجلد ب، جامعة قسنطينة، ص 300.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط السنوي لنسبة الإنفاق الصحي الوطني في الناتج الداخلي الخام لا يتجاوز 3,8% وهي أقل بكثير مما تخصصه بعض البلدان العربية مثل تونس ولبنان واللاتي يتجاوز نسبة إنفاقهما على الخدمات الصحية 5%، هذا رغم أن عدد السكان في هذه البلدان أقل من عدد السكان في الجزائر، أما بالنسبة للبلدان المتقدمة فلا وجه للمقارنة. مع العلم أن منظمة الصحة العالمية تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام⁴⁷، وتجدر الإشارة إلى أن مصدر الأموال المخصصة للصحة الوطنية من الناتج

الداخلي الخام في الجزائر تقريبا كلها من القطاع العمومي حيث كانت تمثل 73% سنة 2000 و80% سنة 2010⁴⁸.

إن نسبة الإنفاق الوطني على الصحة في الناتج الداخلي الخام ارتفعت خلال الفترة 2000-2011 بنسبة 11% بينما ارتفع عدد السكان بـ 30%، ضف إلى هذا استمرار الأمراض المتقلبة والأمراض غير المتقلبة المزمنة المتزايدة نتيجة تزايد الشيخوخة التي تتطلب إنفاقا متزايدا، هذا كله دلالة على عدم تماشي النفقات الوطنية للصحة والاحتياجات المتزايدة للسكان، ومن ثم تدهور الخدمات الصحية كما ونوعا.

إن نصيب النفقات الكلية للصحة في الناتج الداخلي الخام يعكس مدى اهتمام البلدان بسكانها في المجال الصحي لكنه لا يعطي مدلولاً على عدالة توزيع الإنفاق الصحي على السكان، لذا نكمل هذا التحليل بدراسة متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الجزائر ونقارنه بنظيره في بلدان أخرى عربية ومتقدمة.

جدول (07): النفقات الصحية للفرد في بعض البلدان مقيمة بمتوسط معدل صرف الدولار الأمريكي للفترة 2000-2010

البلد	2000	2002	2004	2006	2009	2010
الجزائر	63	67,9	77,4	111,2	180,5	198
المغرب	178	186	234	---	---	153
تونس	114	120	---	---	---	241
لبنان	574	566	---	494	---	---
فرنسا	2404	2637	---	3937	---	---
ألمانيا	3572	4220	---	3718	---	---

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على :

- OMS, 2006, opcit, pp 199-201.
- OMS, 2009, pp 109-111.
- NABNI, opcit, p 32.

- عياشي نورالدين، مرجع سابق، ص 302.

يبين الجدول أنه لا مجال للمقارنة بين نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الجزائر وفي البلدان المتقدمة، وحتى بالنسبة لبعض البلدان العربية فإن الفارق كبير جداً فعلى سبيل المثال قدر سنة 2010 في الجزائر بـ 198 دولار بينما في تونس 241 دولار. ومع ذلك فقد سجل تحسناً ملحوظاً خلال هذه الفترة حيث تضاعف بأكثر من خمس مرات ونصف. ويمكن إرجاع هذا التطور للعوامل التالية⁴⁹ :

✓ تحسن تغطية الضمان الاجتماعي لنفقات الصحة؛

✓ تحسن نظام الدفع الذي يسمح للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة الحصول على الأدوية بسهولة.

2.3. موارد تمويل الخدمات الصحية: إن التزايد السريع للإنفاق الصحي الناتج عن ارتفاع معدل النمو الديمغرافي وتغيير الهرم السكاني وارتفاع عرض الخدمات الصحية ينتج عنه مشكل تمويل نفقات الصحة والبحث في مصادر الموارد التي تغطي هذه النفقات.

في الجزائر يعتمد تمويل نفقات الصحة بدرجة كبيرة على خزانة الدولة والضمان الاجتماعي (الاقطاعات الإجبارية للعمال) ومساهمة ضعيفة للأسر. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (07): بنية تمويل نفقات الصحة الوطنية في الجزائر للفترة 2000-2010 (%)

السنة	الخزينة العمومية	الضمان الاجتماعي	الأسر
2000	37,8	35,5	26,7
2002	39,6	35,7	24,7
2004	39,3	33,2	27,5
2006	54,4	26,7	18,9
2008	55,1	31	13
2010	49,9	30	20,1

Source : BRAHMIA Brahim, Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier 2014.

1.2.3.1.2.3. خزانة الدولة: يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة بالاعتمادات التي تخصصها الدولة للصحة في إطار الميزانية العامة للدولة. تنقسم هذه الاعتمادات إلى قسمين: الاعتمادات التي تغطي نفقات التسيير وتمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة، وتتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين ونفقات الأدوية والاعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز والتي تتحملها بالكامل الدولة.

يقدر متوسط مساهمة الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة بـ 46% سنويا، مع العلم أن هذه المساهمة سجلت تزايدا مستمرا حتى سنة 2008 ثم بدأت تتناقص سنة 2010 على حساب مساهمة الأسر التي بدأت في التزايد في هذه السنة. وتقدر نسبة نمو مساهمة الدولة في تغطية نفقات الصحة خلال الفترة 2000-2010 بـ 32%.

2.2.3. الضمان الاجتماعي: يعتبر نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر جزءا لا يتجزأ من السياسة الاقتصادية للبلد حيث دوره في التنمية الوطنية ضروري جدا لأنه يمثل الرافعة الأساسية لإعادة توزيع الدخل الوطني.

إن أموال الضمان الاجتماعي التي يستعملها لتغطية نفقات الصحة مصدرها الاقطاعات الإجبارية للأجور والتي تحدد مستواها الدولة، ومن ثم فهي عبارة على أجور غير موزعة مؤجلة لمواجهة صدف الحياة وتغطية الأخطار الصحية، بالإضافة إلى اشتراكات عمال القطاع الخاص في صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

يعتبر الضمان الاجتماعي المساهم الثاني بعد الدولة في تمويل النفقات الصحية حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العمومي والخاص عن طريق التعويض الجزئي للنفقات الطبية والعلاجية للمؤمنين، مع العلم أن

تعويض نفقات العلاج يتم بناء على تعريفه حددت من طرف وزارة الصحة سنة 1987 لم تتغير لحد الآن⁵⁰، كما أن تأمين المرض يتكون أساسا من مبلغ جزائي في استشفائي والذي لا يكاد يغطي ربع ما يتحمله المريض⁵¹.

تعرف صناديق الضمان الاجتماعي (التأمين على المرض) صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغيير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع وصل إلى حدود 14,4%- 16,6% في الفترة 2006-2015⁵² والذي يؤدي إلى انخفاض الأجور وبالتالي انخفاض الاقتطاعات الاجتماعية. ضف إلى هذا ضعف مستويات التصريح بالعمال بالنسبة لمؤسسات القطاع الاقتصادي الخاص وارتفاع النشاط الاقتصادي غير المنظم حيث لا تتجاوز نفقات الصحة التي يغطيها الضمان الاجتماعي لغير الأجراء في المتوسط 9% سنويا، هذه العوامل تؤثر سلبا على موارد الضمان الاجتماعي. وتقدر متوسط مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات الصحة الوطنية بـ 32% سنويا، مع العلم أن وتيرة نمو هذه المساهمات غير منتظمة، لكن يمكن القول أنها قد انخفضت بنسبة 15,5% خلال الفترة 2000-2010.

تغطي موارد الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء التأمين الاجتماعي والتكفل بالمرض خارج الوطن والجزائر في الاستشفائي وحوادث العمل والأمراض المهنية، بالإضافة إلى نفقات تسيير وتجهيز صندوق الضمان الاجتماعي. وتمثل نفقات الأدوية 32%⁵³ من مجموع النفقات التي يغطيها هذا الصندوق وهذا طبيعي بالنظر للتحويلات الديمغرافية والمرضية التي عرفها المجتمع الجزائري.

3.2.3. الأسر: تمثل النفقة الوطنية للصحة التي تتحملها الأسرة في المتوسط 22% سنويا وهي أكبر مما تتحمله الأسر في البلدان المتقدمة والتي تتميز بدخل فردي مرتفع، فعلى سبيل المثال قدرت مساهمة الأسر في فرنسا سنتي 2000 و2011 على التوالي 15% و20%⁵⁴. ومع ذلك فقد انخفضت مساهمة الأسر خلال هذه الفترة بـ 24,7%.

تفسر مساهمات الأسر في تمويل نفقات الصحة بالتجاوزات في قيمة التعريف الطبية في القطاع الخاص والتي لا تخضع للمراقبة من طرف أي جهاز، ضف إلى هذا فان بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي، وكذلك ظاهرة العلاج دون اللجوء إلى طبيب حيث يتجه المريض مباشرة إلى الصيدليات ويقتني ما يعتقد انه بحاجة إليه دون وصفة طبية.

الخاتمة

يؤكد الفكر الاقتصادي دور الصحة في التنمية الاقتصادية لأنها تدعم وتعزز القدرات العضلية والذهنية لليد العاملة وبالتالي تساهم في المحافظة عليها وترقيتها، ومن ثم تساعد على مواصلة عملية الإنتاج وتجعلها أكثر إنتاجية. ويعتبرها استثمارا يستفيد منه الفرد والمجتمع، وهكذا فان المستفيد من هذا الاستثمار هو الذي يتحمل أعباءه.

تتميز الخدمة الصحية ببعض الخصوصيات تجعل من الصعب إخضاعها لكل المفاهيم الاقتصادية المطبقة على خدمات القطاعات الاقتصادية الأخرى، وبالتالي فهي ليست خاضعة كلها لقوى السوق.

لقد عرف الوضع الصحي للسكان في الجزائر تحسنا خلال فترة الدراسة، ويظهر ذلك من خلال تحسن المؤشرات الصحية الكمية الناجم عن الجهود التي بذلت. لكن مازال القطاع الصحي يعاني من معوقات مقارنة ببلدان أخرى متوسطة الدخل، خاصة بالنسبة للأمراض المزمنة والخطيرة التي تكلف المجتمع أموالا طائلة، وكذلك الخلل الجهوي في توزيع المنشآت الاستشفائية الذي يتسبب في صعوبة الحصول على الخدمات الصحية بالنسبة للبعض، والانقطاعات المستمرة في التموين بالأدوية، ضف إلى هذا سوء الخدمات الصحية المقدمة.

كل هذه المعوقات سببها سوء التنظيم وضعف الأموال المخصصة للصحة وسوء استعمال الموارد المالية والمادية حيث بينت الدراسة أن الناتج الداخلي الخام المخصص للصحة الوطنية لم يتجاوز في المتوسط 3,8% سنويا، هذه النسبة تعتبر ضعيفة مقارنة ببعض البلدان الأخرى ذات الدخل المتوسط مثل تونس ولبنان رغم أن عدد سكانها أقل من عدد السكان في الجزائر، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية توصي بتخصيص حصة لا تقل على 5% من الناتج الداخلي الخام.

بالنسبة لتمويل نفقات الصحة الوطنية فقد بينت الدراسة أن خزينة الدولة تغطي الجزء الأكبر 46% ويليها الضمان الاجتماعي 32% ثم الأسر 22%. ومع ذلك فإن النفقة الوطنية للصحة التي تتحملها الأسرة أكبر مما تتحمله الأسر في البلدان المتقدمة رغم أنها تتميز بدخل فردي أكبر بكثير من الدخل الفردي في الجزائر، ويمكن تفسير ذلك بالتجاوزات في قيمة التعريف المطبقة في القطاع الخاص وغير الخاضعة للمراقبة، مع العلم أن تعويضات الضمان الاجتماعي تتم على أساس تعريف حددت سنة 1987، والتي لا تتجاوز ربع ما تتحمله الأسرة.

الهوامش والإحالات:

¹ NYS T. F., La santé consommation ou investissement ?, Economica, Paris, 1980, p 264.

² أحمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، عمان الأردن، 2005، ص ص 13-19.

³ عدنان مريزيق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2008، ص 19.

⁴ مذكور فوزي، تسويق الخدمات الصحية، التراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص 198.

⁵ فريد كوتر، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، عمان، الأردن، 2008، ص 315.

⁶ بومعروف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، عدد 2010-2009/7، ص 30.

⁷ علي عبد القادر، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، الكويت، العدد 22 أكتوبر 2003 السنة الثانية ص ص 4-5.

⁸ ULMANN Philippe, La santé facteur de croissance économique, in Pierre- Louis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de sciences Po (P.E.N.S.P.)H.C., 2009, p 53.

⁹ ROCHAIX Lise, Petite histoire de l'économie de la santé, in Pierre-Louis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de sciences Po (P.E.N.S.P.) H. C. 2009, p 29.

¹⁰ FARGEON Valery, Introduction à l'économie de la santé, Presse Universitaire, Grenoble, France, sans date, p 9.

¹¹ Idem.

¹² DELANDE Gary, Introduction à l'économie de la santé, CESEG, Paris, 1991, p p 9-10.

- ¹³ ULMANN Philippe, opcit, p 54.
- ¹⁴ MOATTI Jean-Paul, Economie de la santé dans les pays en développement : Les apports de la lutte contre le SIDA, la tuberculose, et la malaria, Traité d'économie et de gestion de la santé, in Presses de sciences Po (P.F.N.S.), 2009, p 533.
- ¹⁵ ULMANN Philippe, opcit, p 55.
- ¹⁶ MOATTI Jean-Paul, opcit, p 533.
- ¹⁷ DELANDE Gary, opcit, p 10.
- ¹⁸ THIREAU Véronique, Politique de santé et théories économiques, Séminaire pluridisciplinaire. Cra Chrome sur la santé publique, 2/7/2015, Université Marseille.
- ¹⁹ علي عبد القادر، مرجع سابق، ص 7.
- ²⁰ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، 1999، ص ص 25-26.
- ²¹ فيليبس تشارلز، ترجمة جلال البنا، اقتصاديات الصحة، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، 2012، ص ص 21-24.
- ²² NABNI, Cinquantaine de l'indépendance enseignement et vision pour l'Algérie : Santé, Alger, janvier 2013, p 22.
- ²³ ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed, Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central : Quelques éléments de comparaison, la revue des sciences commerciales, n° 20 2015, Ecole des hautes études commerciales, Alger, p 244.
- ²⁴ NABNI, opcit, p 24.
- ²⁵ Idem.
- ²⁶ Idem.
- ²⁷ BRAHMIA Brahim, Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18/19 janvier 2014.
- ²⁸ ONS, Prospective statistique 1962-2011, p 34
- ²⁹ ONS, opcit, p 34.
- ³⁰ عياشي نورالدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31 جوان 2009، المجلد ب، جامعة قسنطينة 1، ص 292.
- ³¹ ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed, opcit, p 243.
- ³² عياشي نورالدين، مرجع سابق، ص 298.
- ³³ NABNI, opcit, p 28.
- ³⁴ نفس المرجع.
- ³⁵ ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed, opcit, p 245.
- ³⁶ Idem, p 246.
- ³⁷ NABNI, opcit, p 29.
- ³⁸ بومعروف الياس عماري عمار، مرجع سابق، ص 34.
- ³⁹ BRAHMIA Brahim, opcit, p 27.
- ⁴⁰ ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed, opcit, p 247.
- ⁴¹ NABNI, opcit, p 36.
- ⁴² ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed, opcit, p 247.
- ⁴³ BRAHMIA Brahim, opcit, p 10.
- ⁴⁴ OCDE, Quel avenir pour les dépenses de santé, Département des affaires économiques, Note de politique économique n° 19 06/2013, p 3.
- ⁴⁵ CHAOUICHE Ali, Le financement de système de santé, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier 2014.
- ⁴⁶ تم حسابه بالاعتماد على بيانات قوانين المالية والديوان الوطني للإحصائيات.
- ⁴⁷ عياشي نورالدين، مرجع سابق، ص 300.
- ⁴⁸ ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed, opcit, p 303.
- ⁴⁹ MAHFOUD Nacera, BRAHMIA Brahim, Impact du vieillissement futur de la population algérienne sur les dépenses de santé : Projection à l'horizon 2060, 2017, p 74. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/8045>, consulté le 13/09/2017
- ⁵⁰ CHAOUICHE Ali, opci.
- ⁵¹ LAMRI Larbi, Changeons le système de santé algérien, revue éditorial, p 60. www.infp.dz/spip.php?action=accéder_document&arg=96&cle...file...consulté le 13/09/2017
- ⁵² معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.
- ⁵³ تم حساب النسبة اعتمادا على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.
- ⁵⁴ [www. Mediatice-grenoble.fr](http://www.Mediatice-grenoble.fr). Dépenses de santé et régulation.