

تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء المعايير الكفاءة والكفاية والعدالة

ط/د. كرمين سميرة.

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير .

جامعة محمد خيضر - بسكرة.

تاريخ النشر: 2019/09/30

تاريخ القبول: 2019/08/30

تاريخ الاستلام: 2019/06/19

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى فاعلية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1990 - 2016)، وذلك للكشف عن مدى كفاءته وكفايته وعدالته، ومن تم تبيان إلى أي مدى يمكن أن يلبي متطلبات التطوير التي تلتزم بها الحكومة، حيث تم التطرق إلى تحليل حجم الإنفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى كفايته، وتحليل الهيكل العام للإنفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى كفاءته، وتحليل نمط توزيع الإنفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى عدالته، وتوصلت الدراسة أن سياسة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الفعالية والكفاءة والكفاية والعدالة، مما أدى إلى تدهور حال الصحة وانحدار جودة خدماتها.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق العمومي على الصحة، كفاءة الإنفاق، كفاية الإنفاق، عدالة الإنفاق، فاعلية الإنفاق.

تصنيف JEL: A20، E00

Abstract

: The objective of this study is to assess the effectiveness of public spending on the health sector in Algeria during the period 1990 to 2016 to determine its efficiency, adequacy and fairness, and to what extent it can meet the development requirements of the government. The analysis of the public expenditure on health to show its adequacy, analyze the general structure of public expenditure on health to show its efficiency, and analyze the pattern of distribution of public expenditure on health to demonstrate its fairness. The study concluded that the public expenditure policy on the health sector is characterized by low efficiency, efficiency, , Than Has led to a deterioration in the health situation and the decline in the quality of its services.

Keywords: public expenditure on health, expenditure efficiency, expenditure adequacy, expenditure justice, spending effectiveness .

Jel Classification : A20 ،E00.

* كرمين سميرة (rebanisam@yahoo.fr).

المقدمة:

تعد السياسة الصحية واحدة من أهم السياسات العمومية لأي دولة، كونها تتطلع لتحسين الحالة الصحية للمواطنين من جهة، ودافعا مهما لتحسن كافة مؤشرات التنمية الأخرى من جهة أخرى، إذ يشكل عدم التوافق في وضع السياسات الصحية أحد أهم المشاكل الرئيسية التي تعيق سير القطاع الصحي، باعتباره قطاعا مركبا ومعقدا يحتاج إلى الدقة والتركيز في تسييره وإدارته، ويتطلب توفير آليات عديدة تساهم في ضمان التمويل على المدى البعيد، ويكون ذلك من خلال تدبير التمويل المحلي في الموازنة العامة للدولة، الذي يضمن الاستمرارية والاستدامة، لهذا فلا بد أن يكون التمويل الصحي يتصف بالكفاءة المطلقة حتى يساهم في رفع مقدره السياسات على تحسين مخرجات الرعاية الصحية واعطاء حماية مادية والحصول على رضا المواطنين من حيث تقديم الخدمات بصفة عادلة وذات كفاءة عالية وبصيغة دائمة ومستمرة.

أولت الجزائر اهتماما متزايدا لتحصيل الإيرادات وذلك لجمع قدر كافي من العوائد لتمويل القطاع الصحي بصفة مستمرة وعادلة في حق المواطنين، وحتى يتسنى للطبقات محدودة الدخل الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية، وكذا توفير لهم الحماية المالية اللازمة لمواجهة مختلف الأمراض والإصابات الغير متوقعة، فتخصيص الموارد المتاحة لا بد أن تضي نوعا من العدالة والإنصاف بين مختلف الفئات المجتمعية والمناطق الجغرافية والمؤسسات الصحية، من خلال توزيعها حسب الاحتياجات والأولويات المحددة من قبل منظمي الخدمات الصحية. وانطلاقا مما سبق ارتأينا طرح الإشكالية الرئيسية التالية:

ما مدى فاعلية السياسات الإنفاقية على القطاع الصحي في الجزائر؟

بالإضافة إلى بعض الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى كفاءة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1990-2016)؟
 - ما مدى كفاية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال نفس الفترة؟
 - ما مدى عدالة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال نفس الفترة؟
- 1- تحليل تطور وانعكاسات الإنفاق العمومي على سياسة التعليم في الجزائر خلال الفترة (1990-2016):**

▪ **المرحلة الأولى: (1990-2000)**

عرفت المنظومة الصحية عدة تغيرات وتحولات خلال فترة التسعينات، خاصة بعد الأزمة المالية الحادة التي شهدتها العالم سنة (1986)، التي نتج عنها انخفاض رهيب في العائدات النفطية، وتراجع الاقتصاد الوطني، وأثرت بشكل كبير على كافة الجوانب ومنها الجانب الصحي الذي عانى هو الآخر من الانسداد

المالي، خاصة بعد استمرار تطبيق سياسة الطب المجاني التي تم الإعلان عنها سنة (1974)، والتي أثرت على سير وعمل المؤسسات الصحية بسبب زيادة التكاليف الصحية.

كما أن الوضع الأمني المتدهور الذي عاشته الجزائر خلال العشرية التسعينات كان له أثر وخيم على القطاع الصحي، الذي نتج عنه تخريب وحرق الهياكل والبنى التحتية ما جعلها خارج الخدمة، حيث دفعت هذه الوضعية السلطات العمومية إلى القيام بإصلاحات اقتصادية في إطار التثبيت الاقتصادي، وبهذا فتحت أبوابها على الأسواق العالمية، واتجاهها نحو اقتصاد السوق، واعتمادها على التسيير الليبرالي ومنح الاستقلالية في التسيير.

أهم ما ميز فترة بداية التسعينات هو اعتماد سياسة صحية تهدف إلى مكافحة وفيات الأطفال، لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تأرجحا في ظل غياب أهداف واضحة، إذ ظهر ذلك من خلال كثرة الاحتياجات بسبب نقص التكوين والتمويل وقلة الحوافز وغيرها، حيث غلب عليها الاهتمام بتوفير الدواء وتنظيم الاستعجالات والملفات الاجتماعية، وعموما اتسمت الفترة بكثرة المشاكل التي ساهمت في عرقلت السير الحسن للقطاع، وأمام هذه الوضعية المزرية حدث نوع من الإهمال الطبي ما دفع توجه المرضى نحو القطاع الخاص لتلقي الخدمات الصحية، وما جعل الدولة تعيد النظر في سياستها الصحية واهتمامها بسياسة الوقاية ونظام العيادات بدلا من المستشفيات الجامعية، وفي منتصف (1991) تم اقتراح برنامج لإصلاح القطاع الصحي، ومن بين الأهداف التي تم التركيز عليها:¹

▪ الانفتاح على العالم مع محاولة تجديد الوصايا والتسيير الفعال للميزانية.

▪ وضع آليات للتكيف والتجاوب من خلال مسار شامل لمدة خمس سنوات.

لكن مع تردي الوضع خلال الفترة وانعدام الاستقرار الاقتصادي والسياسي والاجتماعي، لم يحقق البرنامج نجاحا وكان أقرب من الافتراضات المعزولة التي تفتقر إلى الدراسة الثابتة في ظل غياب الأهداف الواضحة والتوجه الغير مدروس، وغياب المراقبة للقطاع الصحي الخاص الذي زاد من تدهور القطاع الصحي العام.

وفي هذا الصدد ومن أجل النهوض بالقطاع الصحي أصدرت الجهات المعنية مجموعة من المراسيم التنفيذية التي دعت إلى ضرورة إنشاء وحدات صحية جديدة كالهياكل الإستشفائية الجامعية وعصرنتها، وإعادة تنظيم وبناء ما تم تخريبه من أجل إضفاء نجاعة على القطاع ومن بينها : المرسوم التنفيذي لسنة (1993) الذي صدر لتنظيم معهد وطني للصحة العمومية، والرسوم التنفيذية لسنة (1994) الذي يتعلق بإنشاء مخبر وطني لرقابة المواد الصيدلانية، والرسوم التنفيذية لسنة (1995) الذي يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والطعام في الوسط الإستشفائي، وقد أعلنت ذلك فيما قبل في قانون المالية لسنة (1993)، أنه بداية من هذه السنة ستتكفل بالوقاية والبحث وبالمعوزين أما باقي العلاجات تكون وفق النظام التعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، والرسوم الوزاري لسنة (1998) الذي يتعلق بالإففاق على الهياكل الصحية كالمراكز الصحية والتجهيزات الصحية وغيرها.²

ويمكن توضيح ذلك من خلال أهم المنشآت القاعدية الصحية التي تم إنجازها والتي لا تزال قيد الإنجاز.
▪ **الجدول رقم: (0 1) - المنشآت القاعدية الصحية التي تم إنجازها والتي لا تزال قيد الإنجاز.**

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
المستشفيات	284	263	263	267	274	251	232	223	245	261	268
المراكز الصحية	1309	1112	1117	1131	1160	1152	1098	1110	1126	1185	1252
قاعات العلاج	3344	3618	3848	3958	-	4174	3748	3601	3780	3851	3964

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الديوان الوطني للإحصائيات. الفصل الخاص بالصحة.
توضح الأرقام الواردة في الجدول الانخفاض المحسوس في إنجاز المنشآت العمومية للصحة بداية من التسعينات، حيث سجلت في سنة (1990) ما يقارب 284 مستشفى و 1309 مركزا صحيا و 3344 قاعة للعلاج، لينخفض عددها في سنة (1995)، ويسجل ما يقارب 251 مستشفى و 1152 مركزا صحي، وليعود الارتفاع التدريجي في السنوات الموالية ويسجل سنة (2000) ما يقارب 286 مستشفى و 1252 مركزا صحيا و 3964 قاعة للعلاج، وإجمالاً ما يمكن حوصلته من منجزات في هذه الفترة هو توفير " 2 سرير لكل 1000 ساكن، وعيادة لكل 60731 نسمة، ومركز صحي لكل 25454 نسمة، وقاعة للعلاج لكل 6667 نسمة، والجدير بالذكر أن معظم هذه المنشآت الصحية هي غير مشغلة وعاطلة عن العمل وقد قاربت 13%".³

وعليه تبقى الإجراءات لإنشاء المستشفيات والمراكز الصحية لمحاولة تقريب الخدمات الصحية للمواطنين غير كافية بالنظر إلى الأموال المعتبرة التي أنفقت على القطاع، بالإضافة إلى تمركزها في المناطق الشمالية الكبرى، وتبقى المناطق الجنوبية والمناطق الريفية تعاني من النقص الفادح في قلة المرافق الصحية، وعليه فإن توزيع الإنفاق الاستثماري لإنشاء المنشآت الصحية في الجزائر هو غير عادل وغير منصف في حق كل مناطق الوطن، ويمكن إرجاع السبب إلى الأوضاع الأمنية الصعبة التي كانت تعيشها البلاد خلال هذه العشرة .

أما فيما يخص التغطية الصحية البشرية فنجد أن الإنفاق العمومي على الرعاية الصحية يساهم في تكوين رأس المال البشري، ما يجعل الاقتصاد يحافظ على قوته العاملة ورفع كفاءتها، وهذا ما يدعم الأفكار التي طرحها العالم الشهير (Schultz) في سنة (1961)، ومن بينها تعميم الخدمات الصحية بصورة واسعة، وضم كل الإنفاقات التي تؤثر على توقعات الحياة وقوة النشاط والحيوية وقدرة الاحتمال لدى الأفراد، وتعمل على تحسين القدرات البشرية وتساهم بالتالي في تحقيق النمو الاقتصادي.⁴ وفيما يلي سنتطرق إلى التغطية الصحية للممارسين للصحة خلال فترة التسعينات:

▪ الجدول رقم: (02) - التغطية الصحية البشرية خلال الفترة الممتدة من (1990 - 2000):

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
عدد الأطباء	23550	24791	25304	25491	25796	27317	27652	28344	29970	30962	32332
عدد الصيادلة	2134	2575	2984	3189	3425	3691	3866	4022	4299	4600	4814
عدد جراحي الأسنان	7199	7563	7833	7885	7763	8056	7837	7966	7954	8062	8197

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الديوان الوطني للإحصائيات، الفصل الخاص بالصحة. تشير البيانات المشار إليها في الجدول أعلاه إلى ارتفاع عدد الممارسين للصحة سواء تعلق الأمر بالأطباء أو الصيادلة أو جراحي الأسنان، ويرجع ذلك إلى اهتمام الدولة بالمنظومة الصحية من خلال تعزيز المرافق الصحية باليد العاملة المؤهلة سعيا منها لسد احتياجات الأفراد وذلك بإصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان، ووضع برامج للتكوين وفق التطورات والمعايير الدولية للوصول إلى التغطية الصحية الجيدة.

-تطور أهم المؤشرات الصحية في الجزائر خلال فترة التسعينات:

أولاً- معدل وفيات الأطفال:

يوجد مؤشران هامان يعطيان فكرة واضحة وجيدة في مجال صحة الطفل، وهما مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة ووفيات الرضع حديثي الولادة، إذ يعد هذا الأخير من أهم المؤشرات الصحية لكونه يجسد حجم الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة للعناية بهذه الفئة العمرية، وقد استطاعت الجزائر أن تخفض من مؤشر الوفيات الأطفال بصفة عامة في السنوات الأخيرة وذلك يترجم بجهود الدولة واعتمادها برامج صحية تهدف إلى تحسين المؤشرات الصحية وصحة الأطفال، لكن ما يعاب فيها هو أن هذه النتائج تخفي فوارق جهوية بين مختلف المناطق وطبيعة الوفيات، إذ يوجد تباينا كبيرا بين المناطق الشمالية والمناطق الداخلية والجنوبية التي تسجل مستويات حرجة.⁵ وفيما يلي سنتطرق إلى أهم التطورات التي شهدتها المؤشران خلال فترة التسعينات:

▪ الجدول رقم: (03) - معدل وفيات الأطفال بين فترتي (1990 - 2000)

السنوات	1990	1991	1992	1995	1997	1999	2000
معدل وفيات الرضع حديثي الولادة لكل 1000 مولود حي	41.80	40.90	40.00	37.20	35.50	34.40	33.90
معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة	6.31	6.17	6.04	5.67	5.40	5.17	5.07

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي.

لقد عمدت الجزائر منذ الاستقلال على تبني عدة سياسات صحية بهدف تحسين الوضع الصحي للسكان، والتي كان لها أثر واضح على تحسين مختلف المؤشرات الصحية، كانخفاض معدلات وفيات الأطفال سواء بالنسبة لحديثي الولادة أو الأطفال دون سن الخامسة، حيث انتقل عدد وفيات الرضع حديثي الولادة من 69 حالة وفاة لكل 1000 ولادة في سنة (1990) إلى 44 حالة وفاة لكل 1000 ولادة في سنة (2000)⁶، وبعبارة أخرى فقد انتقل من 41.80% في سنة (1990) إلى 33.90% في سنة (2000)، أما معدل الوفيات الأطفال دون السن الخامسة فقد عرف هو الآخر انخفاضا محسوسا حيث سجل 6.31% في سنة (1990) لينتقل ويسجل 5.07% في سنة (2000)، وهذا ما يترجم جهود الدول ومساعدتها لتحسين الوضع الصحي للأطفال من خلال البرامج الصحية الوطنية الموسعة التي انطلقت منذ نهاية الستينات والتي كانت بأول حملة للتلقيح الجماعي ضد مرض السل وضد مرض الجدري والسعال الديكي، وفي سنة (1977) تم التلقيح ضد الكزاز ليصبح إجباريا سنة (1984)⁷، وفي سنة (2000) أضيف التلقيح ضد مرض التهاب الكبد من نوع (B) ، وبهذا بلغت عمليات التلقيح والتطعيم ضد الحصبة وضد الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس وغيرهما مستويات متزايدة، والتي سجلت 83.1% من التغطية التلقيحية على المستوى المناطق الحضرية، ونسبة 81.8% في المناطق الريفية.⁸

وإجمالا تبقى أهم العوامل الأساسية التي تؤدي إلى وفاة الأطفال والرضع هو المستوى التعليمي للأم، أي أن معدل الوفيات له علاقة عكسية بالمستوى التعليمي للأم، حيث كلما ارتفع هذا الأخير انخفض معدل الوفيات، حيث قدر هذا المعدل ب 40% لدى الأمهات الأميات، في حين نجد 12% بالنسبة للأمهات المتعلقات هذا من جهة، ونجد من جهة أخرى أن سن الأمهات يؤثر هو الآخر على معدل وفيات الأطفال، فنجد 30% من الأمهات ذات الفئة العمرية (20 - 34 سنة)، ويرتفع أكثر من 40% إذا قل أو فاق المجال المحدد سابقا.⁹

ثانيا: - معدل وفيات الأمهات:

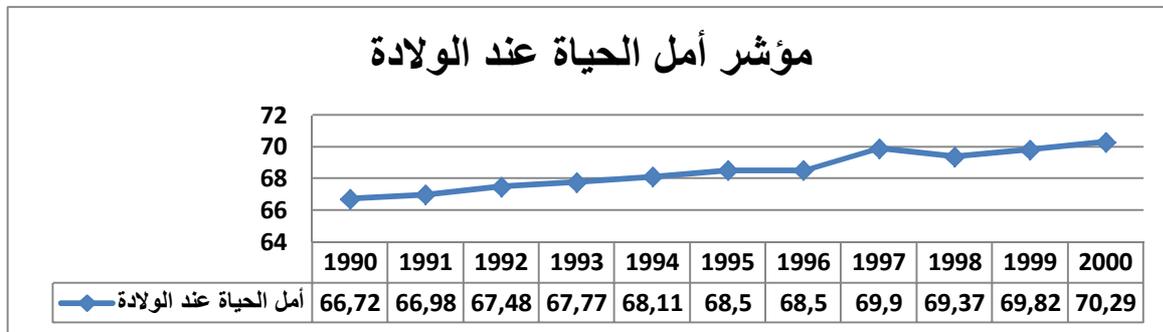
يعد من المؤشرات الهامة التي تعطي صورة شاملة وواضحة حول أداء المنظومة الصحية ونجاعة البرامج المعتمدة، فحسب التحقيق الوطني المتعلق بوفيات الأمهات الصادر في سنة (1999)، فإن مؤشر

وفيات الأمهات عرف تراجعاً في السنوات الأخيرة إذ انتقل من 215 حالة وفاة من ضمن 100000 حالة حية في سنة (1992)، إلى 117 حالة وفاة في سنة (1999)¹⁰، لكن ما تجدر الإشارة إليه هو التفاوت الكبير الحاصل بين ولايات الوطن، إذ تسجل المناطق الداخلية والهضاب العليا معدلات مرتفعة مقارنة بالمناطق الكبرى، فمثلاً سجلت ولاية أدرار في سنة (1999) ما يقارب 239 حالة وفاة ضمن 100000 ولادة حية وفي المقابل سجلت ولاية عنابة أخفض معدل قدر بـ 23.27 %، لكن بالرغم من التراجع المسجل يبقى المعدل مرتفعاً، خاصة إذا نظرنا إلى حجم المنشآت الصحية المتوفرة والإمكانيات البشرية المؤهلة لهذا الغرض، إذ نجد ما يقارب 90 % من الولادات تتم في الوحدات الإستشفائية وبحضور عمال مؤهلين، وأمام هذه النتائج غير المشجعة تبقى نسبة وفيات الأمهات تعادل 10 % من مجموع وفيات النساء، وإجمالاً يمكن إرجاع سبب بقاء هذا المؤشر في مستويات عالية إلى جملة النقائص المتعلقة بمستويات التربية الصحية ومتابعة أطوار الحمل وكذا مستويات التغطية الصحية وفعاليتها.¹¹

ثالثاً: مؤشر أمل الحياة عند الولادة :

يعد من المؤشرات الصحية التي تعبر عن إنتاجية الإنفاق الصحي، والتي لم يتم ذكره كهدف في ميثاق الألفية، ففي الجزائر عرف هذا المؤشر ارتفاعاً مستمراً، حيث انتقل من 66.72 سنة في سنة (1990) إلى 70.29 سنة في سنة (2000)، وبهذا قد حصلنا على ربح بشري بزيادة أكثر من أربعة سنوات، وعليه يبرز التحسن الإيجابي المسجل من خلال هذا المؤشر في النقاط التالية:¹²

- الاتجاه نحو تغيير التركيبة العمرية والهرم السكاني.
- التراجع النسبي في معدل الإصابات بالأمراض المعدية مقابل الارتفاع في الأمراض المزمنة (ضغط الدم، الداء السكري، داء السرطان...).
- ارتفاع في مؤشر الأمل عند الولادة يقابله انخفاض في مؤشر الخصوبة حيث أنخفض معدل الخصوبة في الجزائر من 4.9 % في سنة (1989) إلى 2.7 % في سنة (1999).
- الشكل البياني: رقم (1) - تطور مؤشر أمل الحياة عند الولادة خلال فترة التسعينات.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

-Perspective Monde, Université de Sherbrook, <http://perspective.usherbooke.ca/>, date de consultation : 03/03/2019.

▪ المرحلة الثانية: (2000 - 2016):

حرصت السلطات العمومية منذ مطلع الألفية الثالثة على استعادة الثقة والأمن والاستقرار بعد العشرية الدامية، وذلك من خلال وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى إصلاح المستشفيات وعصرنة النشاطات الصحية بما يتماشى ومتطلبات المرضى، ما يسمح بتقديم الخدمات الصحية ذات جودة عالية وتقليص الفوارق اللامساواة بين المناطق ومراعاة خصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الإختلالات الواردة في التنظيم والتنسيق، وكما أولى البرنامج الحكومي اهتماما بمجال تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين المستمر من أجل تحسين وترقية القطاع الصحي وتعزيز الرعاية الصحية ورفع من أداء المؤسسات الإستشفائية وتحديثها لإستعاب الاحتياجات المتزايدة للمواطنين .

وفي السياق ذاته تم تطبيق سياسة صحية جديدة في مجال توزيع الأدوية، وذلك من أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة متميزة وعالية، والغرض منها هو تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية الجنيصة والمماثلة، وكذا دعم الأدوية الضرورية لأصحاب الأمراض المزمنة والخطيرة، وعملت أيضا على توفير المعدات والتجهيزات الطبية في المستشفيات الجهوية من أجل رفع العبء والضغط عن المراكز الإستشفائية الجامعية، وكذا فتح أقطاب طبية جديدة، وتعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الإستشفائي.¹³

أما في إطار تنظيم وإصلاح القطاع الصحي فقد تم وضع برنامج صحي وطني خلال الفترة (2000 - 2005) خصص للفئات الفقيرة من أجل تعميم الاستفادة لكافة المعوزين من الخدمات الصحية، ومن أهم النقاط التي شملت البرنامج هي¹⁴:

- تدعيم البرامج الوطنية للوقاية وخصوصا صحة الأم والأطفال والمسنين.
 - تعزيز نشاطات النظافة الصحية.
 - تشخيص الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة وذلك من خلال وضع إجراءات خاصة لمراقبة هذه الأمراض
 - لاسيما عن طريق نشاطات جواريه لفائدة هؤلاء الأشخاص.
 - تعزيز التربية الخاصة بالصحة بالاعتماد على طرق تدخل مشتركة
- وفيما يلي سنتطرق إلى أهم الإنجازات الخاصة بالتغطية الصحية والبشرية التي تم القيام بها خلال الفترة (2000 - 2016):

أولاً: المنشآت الصحية

▪ الجدول رقم: (04)

- تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2014 - 2016)

التعيين	2014	2015	2016
مؤسسة استشفائية عامة	196	200	200
مؤسسة استشفائية	05	09	09
مراكز استشفائية جامعية	14	15	15
مؤسسة استشفائية جامعية	01	01	01
مؤسسة استشفائية متخصصة	71	75	75
دور الولادة الخاصة	97	114	123
دور الولادة العمومية	416	415	416
قاعات العلاج	5726	5762	5875

La Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2014-2016, N°47, Edition 2017, p 26.

توضح البيانات المشار إليها في الجدول أعلاه التحسن الملحوظ في مجمل الهياكل الصحية، حيث تم إنجاز حوالي 200 مؤسسة استشفائية عامة و 416 دار للولادة العمومية و 5875 قاعة للعلاج في سنة (2016)، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو أن المنشآت الصحية تتمركز معظمها في المناطق الشمالية للوطن، فبالرغم من الجهود المبذولة لتوسيع في البنى التحتية الصحية يبقى هاجس التفاوت في توزيع التغطية الصحية مطروحا، وهو ما يمثل تحديا للسياسة الصحية لتسوية الإختلالات الواقعة، "وحسب التقرير الخاص بالصحة في العالم الصادر عن منظمة الصحة العالمية لسنة (2015)، يوجد 61 % من المستشفيات في الشمال، ومنها 28.4 % في منطقة الوسط - الشمال، مقابل 16.7 % في الشمال الغربي، وفي حين يوجد 27.3 % من مجموع المستشفيات في الهضاب العليا، ولا يحظى الجنوب سوى 11.7 % إذ يقع 1.4 % منها في الجنوب الكبير (أقصى الجنوب) "أما بالنسبة للتغطية السريرية هي الأخرى تعرف نفس التفاوت حيث بلغ متوسط عدد الأسر على الصعيد الوطني في القطاع العام في سنة (2014) نسبة 1.8 سرير لكل 1000 نسمة، حيث بلغ معدل الأسر في المناطق الشمالية سريرين لكل 1000 نسمة وهو أفضل معدل على المستوى الوطني، في حين تحوز مناطق الهضاب العليا على معدل سرير واحد لكل 1000 نسمة.¹⁵

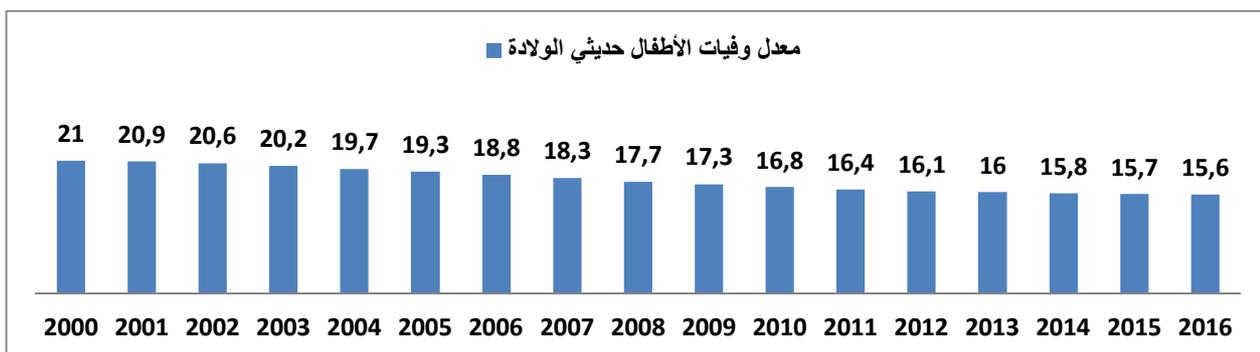
ثانيا: التغطية البشرية: ساهم ارتفاع عدد الممارسين في المجال الصحي في تزايد الإنفاق الصحي، خاصة بعد أن عرفت مجالات التكوين وثيرة متسارعة في الآونة الأخيرة، حيث أشارت المعطيات الإحصائية

المتعلقة بالديمغرافية الطبية لسنة (2016) إلى ارتفاع عدد الممارسين للصحة مقارنة بالسنوات السابقة، إذ قدر معدل طبيب واحد لكل 544 ساكن، و2929 ساكن لكل طبيب أسنان، وصيدلي واحد لكل 3483 ساكن.

❖ تطور أهم المؤشرات الصحية خلال الفترة (2000 - 2016)

أولاً: معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة:

▪ الشكل البياني رقم: (02) - معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة خلال الفترة (2000 - 2016)

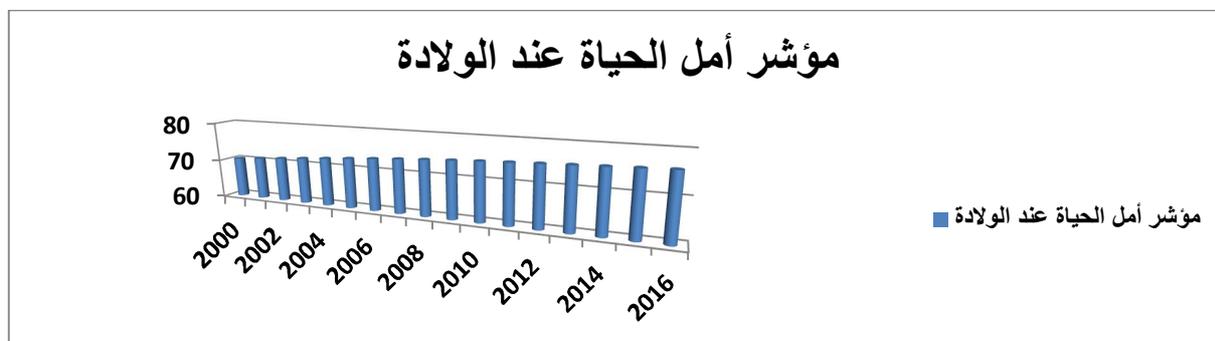


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الديوان الوطني للإحصائيات.

تبرز المعطيات الواردة في الشكل البياني أن الدولة استطاعت أن تخفض من مؤشر وفيات الأطفال حديثي الولادة من 21 % حالة لكل 1000 مولود حي في سنة (2000) إلى حدود 15.6 % حالة وفاة لكل 1000 مولود حي سنة (2016)، وهو ما يترجم بجهود الدولة المبذولة والبرامج الصحية المعتمدة لتحسين المؤشرات الصحية عامة، لكن تبقى هذه النتائج تخفي الفوارق الجهوية المسجلة بين مختلف المناطق.

ثانياً: مؤشر أمل الحياة عند الولادة:

▪ الشكل البياني رقم : (03) - مؤشر أمل الحياة عند الولادة:



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الديوان الوطني للإحصائيات.

من خلال الإحصائيات الواردة في الشكل البياني نلاحظ أن مؤشر أمل الحياة عند الولادة انخفض من 70.29 % في سنة (2000) إلى 76.08 % في سنة (2016)، وهذا راجع إلى اهتمام الدولة بالإنفاق

على الرعاية الصحية وتعميم الصحة العمومية والعلاج على المستوى الوطني، والذي كان له تأثير إيجابي في القضاء على عدة أمراض خطيرة.

2- تقييم سياسة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي:

تتوقف جودة وكفاءة خدمات الرعاية الصحية على مدى كفاءة وكفاية وعدالة وفعالية التمويل المخصص للقطاع الصحي، وذلك باعتبار أن الإنفاق على الرعاية الصحية هو المحدد الرئيسي لمستوى جودة العملية الصحية، وكما يساهم أيضا في إحداث آثارا تنموية على كافة القطاعات الاقتصادية والاجتماعية. وفيما يلي سنتطرق إلى تقييم سياسة الإنفاق العمومي على قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة (1990- 2016)، بالاعتماد على ثلاثة معايير أساسية الكفاية والكفاءة والعدالة.

أولاً: معيار الكفاية: يمكن قياس كفاية الإنفاق العمومي على الصحة من خلال تحليل نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي وحجمه من الإنفاق العمومي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية، كما يمكن مقارنتهما بالمعايير الدولية وكذا بالدول المتقدمة والنامية:

1- نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي:

يقيس لنا هذا المؤشر ما يمكن تخصيصه للرعاية والخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي، وفيما يلي نوضح أهم النسب المسجلة خلال الفترة (1990- 2016)

الجدول رقم: (5) - تطور نسبة الإنفاق العام على قطاع الصحة خلال فترة (1991- 2014)

السنوات	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2005	2006
نسبة الإنفاق الصحي من PIB (%)	2.2	2.2	1.8	1.5	1.6	3.5	3.2	3.4
السنوات	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
نسبة الإنفاق الصحي من PIB (%)	3.5	3.8	4.6	4.8	5.1	6.01	6.6	7.2

La source : Perspective Monde, Université de Sherbrook, [http// perspective.usherbooke.ca/](http://perspective.usherbooke.ca/), date de consultation : 03/03/2019.

- World Health Organization. (WHO).

<https://www.who.int/nutrition/publications/ar> .Date de consultation : 03/03/2019.

نلاحظ تراجع ميزانية القطاع الصحي من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (1991 - 1999)، حيث انخفضت من (2.2 %) في السنة المالية (1993) إلى (1.6%) في السنة المالية (1999)، وقد أظهرت النسب المسجلة اتجاهها تنازليا من قيمة منخفضة إلى قيمة أقل، وهذا ما يوضح الضعف في التخصيص وعدم الكفاية الموارد المالية المتاحة للرعاية الصحية ويمكن إرجاعها للسياسة الإنكماشية التي

انتهجتها الجزائر خلال هذه الفترة، وهذا لا يعكس بنود الإصلاحات التي أعلنت القيام بها، وانطلاقاً من سنة (2000) عرفت النسبة ارتفاعاً تدريجياً حيث انتقلت من 3.5 % إلى 7.2 %، وهذا ما يعكس اهتمام الدولة بالقطاع في السنوات الأخيرة، لكن إذا تم مقارنة هذه النسب بالنسب المسجلة في الدول العربية كتونس والمغرب والأردن فإنها تعد منخفضة جداً وضعيفة ولا تعكس إمكانيات الدولة، حيث يتجاوز الفارق 2 % هذا بالنسبة للدول النامية، فما بالك بالدول المتقدمة كفرنسا التي سجلت سنة (2014) نسبة 11.5 %، الولايات المتحدة الأمريكية سجلت نسبة 17.1 %¹⁶، وبالتالي يتضح لنا وجود فرق شاسع بين ما تخصصه الجزائر لقطاع الصحة وما تخصصه البلدان الأخرى، ولا يمكن تفسير الضعف في التخصيص إلى انخفاض حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع، خاصة أن الجزائر كانت تعيش خلال هذه الفترة وفرة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، وعليه يمكن إرجاع ذلك للعوامل التالية:¹⁷

- ضعف إدراك الدولة لفكرة أن الصحة الجيدة للفرد تساهم وتزيد في الإنتاج والإنتاجية، لذلك وجب على الدولة تخصيص مبالغ هامة للقطاع ضمن ميزانيتها العامة.
- ضعف مساهمة القطاع الخاص، باعتبار أن العبء المالي الأكبر يتحمله القطاع العام.

2- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية:

يمثل مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق الصحي المقدار المتحصل عليه لكل فرد من الرعاية الصحية، أي أنه يدل على مستويات وجودة الرعاية الصحية، ودرجة قدرات الدولة على تطوير الخدمات الصحية والاهتمام بها، ويؤكد الاقتصاديون على مسألة ارتباط نمو الإنفاق على الرعاية الصحية بنمو الدولة اقتصادياً، وبذلك يتقارب الاثنان من الاتجاهات العامة الهامة في السياق التحول في تمويل الرعاية الصحية، وبالتالي زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها من الخدمات الصحية.¹⁸

ويمكن توضيح نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في الشكل البياني الموالي:

الجدول رقم: (06)

- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام الصحي خلال الفترة (1995-2014) (بالدولار الأمريكي):

السنوات	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
نصيب الفرد من الإنفاق الصحي	54	60	95	181	233	279	313	932

المصدر: منظمة الصحة العالمية، على الموقع الإلكتروني:

<https://www.who.int/nutrition/publications/ar>، تاريخ الدخول 2019/06/15.

- علي دحمان محمد . (2017)، المرجع السابق، ص 250.

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي قد عرف تزايدا مستمرا في السنوات الأخيرة، لكن إذا تم مقارنته بالدول النامية والمتقدمة فإننا نلاحظ وجود اختلاف وتفاوت كبير، حيث أن الدول المتقدمة سجلت نسب مرتفعة جدا، إذ تم تسجيل في سنة (2014)، في الولايات المتحدة الأمريكية نسبة 9403 دولار أمريكي وفرنسا التي سجلت نسبة 4508 دولار أمريكي، وهذا ما يبرهن مدى اهتمامها بصحة الفرد وجعلها من أولوياتها، في حين نجد أن الدول النامية تسجل نسب منخفضة جدا ومحتشمة، وما يمكن الإشارة إليه حتى الدول النامية يوجد تباين كبير فيما بينها، فمثلا الجزائر تسجل نسب تقل بشكل واضح إذا ما تم مقارنتها بنظيراتها من الدول العربية كسعودية التي بلغ فيها ب 2466 دولار أمريكي، وتونس التي بلغ فيها متوسط الفرد ب 1040 دولار أمريكي¹⁹، وتعتبر نسب مقبولة بالنسبة للجزائر، وهذا ما يوضح حجم الفجوة التي تمثل الفارق في الإنفاق الصحي، ويتضح من هذا أن الجزائر لا تخصص مبالغ مالية كافية للأفراد من الإنفاق الصحي مقارنة بالمتوسطات والمعدلات الدولية.

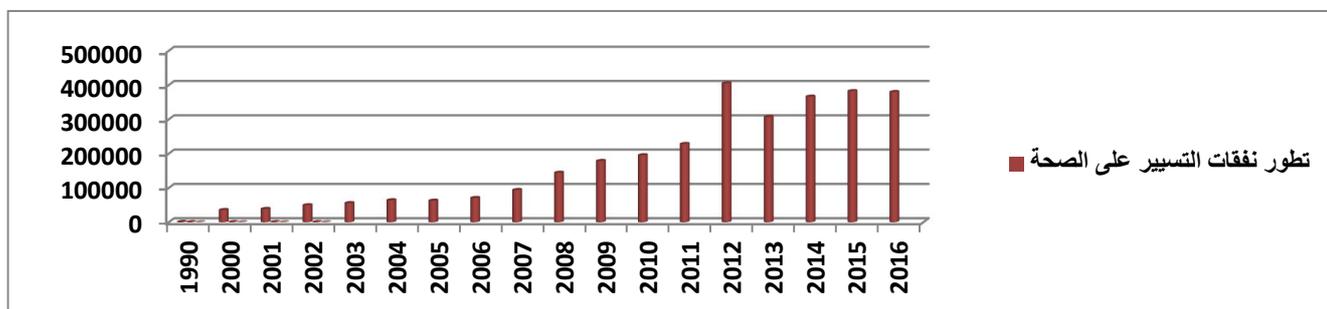
عموما فإن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الدول النامية يبقى منخفضا بالنسبة للدول المتقدمة، ويمكن أن نفسر سبب ارتفاعه في الدول المتقدمة بالتقدم التكنولوجي وزيادة عدد السكان، وتعكس النسب الأدنى في الدول الصاعدة بتوليفة من الاحتياجات في الإنفاق العمومي والقدرة المحدودة على زيادة الإيرادات²⁰، وبالتالي فإن "الزيادات في مجموع الإنفاق الصحي تبدو أمرا حتميا، لكن تراجع مدفوعات الرعاية الصحية التي تتسبب في إفقار المواطنين ليس حتميا بالضرورة، فرغم انخفاض متوسط الإنفاق من الأموال الخاصة للمواطن، فلا يزال هناك العديد من الأسر تزرع تحت وطأة الفواتير الطبية وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، وتشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد الحكومية من أجل الصحة إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم الصحية"²¹.
انطلاقا مما سبق يتبين لنا عدم كفاية الإنفاق العمومي الموجه للرعاية الصحية، ما يوضح تراجع دور الحكومة في القيام بمسؤولياتها اتجاه الصحة من خلال عدم توفيرها للموارد المالية الكافية واللازمة لتطويرها وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع.

ثانيا: معيار الكفاءة:

ترتبط الكفاءة بالتوزيع والاستخدام الأمثل للموارد المالية المتاحة، وذلك من أجل تحقيق الأهداف المرجوة إلى أقصى حد ممكن، ويتم قياسها عن طريق تحليل الهيكل العام للإنفاق العمومي الموجه للرعاية الصحية، أي تحديد نسبة الإنفاق الجاري والإنفاق الاستثماري، حيث أن الإنفاق الجاري يرتبط بنسبة الأجور وتعويضات العمال، أما الإنفاق الاستثماري يرتبط بنسبة البنى التحتية الإستشفائية والتجهيزات والمعدات الطبية.

الشكل البياني رقم: (04)

تطور نفقات التسيير لميزانية الدولة للقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1990 - 2016):



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قوانين المالية للسنوات المعنية.

يتبين لنا من خلال الشكل البياني أعلاه أن ميزانية التسيير عرفت ارتفاعا مستمرا خلال الفترة (1990 - 2016)، ويمكن إرجاع ذلك إلى حجم المخصصات المالية التي رصدت للقطاع في إطار الإصلاحات الاقتصادية (2000 - 2014)، حيث بلغت أعلى قيمة مخصصة لها في سنة (2012)، والملاحظ أن نفقات التسيير أخذت نفس المنحى نفقات التسيير العامة للدولة، وهذا ما يترجم بأن نفقات التسيير الموجهة للصحة تتأثر بحجم نفقات التسيير العامة للدولة.

ويمكن توضيح كيفية توزيع نفقات التسيير على مختلف الهياكل الصحية (القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية) في الجدول التالي:

الجدول رقم: (07) تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الإعتمادات:

السنوات	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012
نفقات الموظفين	37185	46534	54000	60.020	94243	118350	147518	317170
نفقات التكوين	1327	1613	2177	2560	5300	8550	8628	18714
نفقات التغذية	1327	1203	1828	3200	5605	7104	7500	7875
الأدوية	8015	11015	16500	18100	39487	49268	52768	5400
الوقاية	1161	1561	2608	3400	5190	8200	8600	8800
الأدوات والمعدات	1883	2592	3780	5000	9000	10500	11000	11500
صيانة المباني الصحية	1161	1491	2730	3600	7000	8925	9372	9800
نفقات التسيير الإداري	2326	2693	4501	5768	10090	13750	14662	15000
الخدمات الإجتماعية	707	769	1037	1689	1720	2356	2564	2700
البحث العلمي	20	20	40	45	50	50	50	50

المصدر: علي دحمان محمد. (2017)، المرجع السابق، ص 228.

من خلال المعطيات المبينة في الجدول يتضح لنا أن نفقات الموظفين تستحوذ على غالبية نفقات المؤسسات الصحية، إذ تمثل ما يفوق 67.47% وتليها نفقات الأدوية بنسبة 14.54 %، وبعدها نفقات

التسيير الإداري بنسبة 4.22 %، وتليها نفقات الأدوات والمعدات بنسبة 3.41 %، أما باقي النفقات الأخرى فتحوز على نسب ضئيلة جدا من مجموع النفقات الموجهة إلى المؤسسات الصحية. واللافت للنظر هو استحواد نفقات أجور موظفي القطاع بنسبة مرتفعة تكاد تلتهم كل مخصصات القطاع، لكن في المقابل نجد معاناة الأطباء من تدني الأجور، وعليه فإن ارتفاع أجور الموظفين لا تعكس ارتفاع أجور الأطباء وإنما تعكس ارتفاع نسب العمال والإداريين بالقطاع الصحي، وهذا يعكس درجة هدر الأموال وعدم كفاءة الإنفاق هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن ارتفاع نفقات الموظفين من مجموع النفقات الموجهة للقطاع يوحي بالتوزيع الغير العادل للنفقات الصحية، على اعتبار الأهمية الكبيرة التي توليها الدولة لنفقات الموظفين على باقي النفقات الأخرى، في حين نجد أن مجالات البحث العلمي الطبي والتكوين والوقاية وغيرها، لها أهمية كبيرة في تحسين الصحة العامة، وتخفيض مستويات الإصابة بالأمراض، فهذه المجالات تمس الجانب النوعي في قطاع الصحة الذي يبقى دون المستوى المطلوب، بالنظر إلى المشاكل التي يتخبط فيها المريض والصحة بشكل عام في بلادنا²².

1- تطور نفقات التجهيز لميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من (2000-2016)

شهد القطاع الصحي تطورا ملحوظا في مجال الاستثمار في البنى التحتية في مطلع الألفية الثالثة، وهذا راجع للمخصصات المرصودة للقطاع في إطار الإصلاحات الاقتصادية المتتالية، ما سمح بإقامة هياكل صحية قاعدية تتماشى مع الطلب المتزايد على الخدمات الصحية. وبالتالي فقد استفاد القطاع من اعتمادات مالية معتبرة قدرت ب 110500 مليون دج خلال سنة (2015)، بعدما كانت لا تتعدى 11000 مليون دج في سنة (2001)، أي بزيادة تتعدى 99500 مليون دج، وعموما فإن حجم المخصصات الموجه لتجهيز القطاع يشمل ثلاثة قطاعات فرعية أساسية وهي:²³

▪ **نفقات الصحة:** تتمثل في المبالغ المالية الموجهة خصيصا لمختلف الهياكل الصحية القاعدية وتشمل مايلي:

- المؤسسات الإستشفائية الجامعية ومتخصصة.
- المراكز الصحية بمختلف تخصصاتها.
- إنجاز عيادات طبية متعددة الخدمات.

▪ **نفقات الهياكل الإدارية:** توجه هذه النفقات لإنشاء الهياكل الصحية الإدارية التي تضمن السير الحسن لمختلف المصالح الصحية، وعرف هذا النوع من النفقات زيادة معتبرة حيث انتقل من 40 مليون دج في سنة (2005) إلى 1530 مليون دج سنة (2015)، وهذا ما يفسر سعي الدولة لتحسين وترقية البنى التحتية الإدارية لتكفل بالقطاع من كل النواحي.

▪ **نفقات التكوين:** تعبر على النفقات الموجهة لإنشاء المعاهد الشبه طبية لتكوين عمال السلك الشبه طبي، وكذا لإنشاء المعاهد الوطنية للصحة العمومية، وقد تم تخصيص أكثر من 4600 مليون دج، خلال

الفترة الممتدة من (2006-2015)، لكن بالرغم من المبالغ الضخمة التي رصدتها الحكومة لإنجاز هياكل صحية قاعدية، إلا أن هذه الهياكل مازالت بعيدة عن المعايير المقترحة والمبرمجة، وعليه لا بد من التوجه أكثر إلى الاستثمار في الهياكل الصحية الخفيفة كالمراكز الصحية والعيادات لكونها الأكثر قربا من المواطن وأقل كلفة في الإنجاز.

وعلى ضوء ما سبق يتبين لنا ضالة نصيب الإنفاق الاستثماري من إجمالي الإنفاق، واستحواد الإنفاق الجاري على الغالبية العظمى، وهذا ما يشير إلى انخفاض كفاءة الإنفاق العمومي على الصحة، والذي يؤثر تأثيرا سلبيا على مدخلات ومخرجات العملية الصحية، وهذا ما يستوجب ضرورة تعديل نمط تخصيص الإنفاق على النحو الذي يرفع من مستوى كفاءة الإنفاق بالإضافة إلى إعطاء أهمية للرقابة على أداء النظام الصحي، وكذا محاربة كل أشكال الفساد الإداري واتخاذ كل الإجراءات اللازمة لمواجهته.

ثالثا: معيار العدالة: ترتبط عدالة الإنفاق العمومي الموجه للرعاية الصحية بالدرجة الأولى بمدى التكافؤ في توزيع الموارد المالية، وعدم التمييز بين المناطق والأفراد سواء من ناحية الذكور أو الإناث أو بين الفقراء والأغنياء، بمعنى ضمان عدم حرمان أي فرد من الاستفادة من الخدمات الصحية، بسبب القدرة المالية أو المنطقة الجغرافية التي يقطن فيها، وذلك باعتبار أن الإنفاق العمومي هو الأداة الأساسية في تحقيق هذا الهدف.²⁴

فالملاحظ وجود صعوبة في الحصول على الرعاية الصحية المتخصصة، وذلك لوجود نقص كبير في عدد الأطباء الأخصائيين و"مركزهم في الولايات الثلاثة الكبرى في الوطن وهي الجزائر، قسنطينة وهران، مما يتعدى تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، وتوزع بنسبة 53% من الأخصائيين في القطاع العام، و34% في القطاع الخاص"²⁵، بالإضافة إلى مشكل الأعطال المتكررة التي تصيب التجهيزات الطبية العمومية التي وصلت نسبتها إلى 20%، وذلك بسبب تقليص الغلاف المالي المخصص للصيانة والتجهيز، مما يجبر المواطنين التوجه إلى القطاع الخاص، وهذا ما ينجم عنه ارتفاع مساهمة الأسر في نفقات الصحة.²⁶

وعليه ما يمكن قوله أن وجود فروق في توفر الخدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العمومية على المستوى الوطني قد يحرم المناطق الجنوبية والداخلية والريفية من الاستفادة من الخدمات الطبية، خاصة الطبقات الفقيرة التي لا تستطيع الدفع مقابل حصولها على العلاج، ونتج عن ذلك انتشار عدة أمراض سميت بأمراض الفقر التي تعتبر كمؤشر واضح لتدني الوضع الصحي للسكان، ومن أهم الحالات المرضية المسجلة في أواخر التسعينات حسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات²⁷:

- مرض التيفويد سجل 2427 حالة.
- مرض الإسهال سجل 2892 حالة .

- مرض الحمى سجل 3434 حالة.
- التسمم الغذائي سجل 1095 حالة.

وعليه يتبين لنا بوضوح وجود تفاوت وتباين في توفر الخدمات الصحية بين المدن الكبرى والجنوبية والريفية، وهذا يدل على أن الإنفاق على الرعاية الصحية يفتقد للعدالة والإنصاف في توزيع الموارد بين مختلف مناطق الوطن، وما يشير إلى وجود تحيز وتمييز واضح في توزيع المخصصات المالية في المدن الكبرى على حساب المناطق الأخرى التي سبق ذكرها.

2- **تقييم فعالية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي:** يمكن تقييم فعالية الإنفاق العمومي على الصحة انطلاقاً من تقييم النتائج المتحصل عليها من الإنفاق الاجتماعي الصحي، وعليه يمكن الاستعانة بالجدول الموالي لمعرفة أهم بنود الفعالية وعدم الفعالية للإنفاق الاجتماعي الصحي:

الجدول رقم: (08) أهم بنود الفعالية وعدم الفعالية للإنفاق الاجتماعي الصحي.

بنود عدم فعالية النظام الصحي	بنود فعالية النظام الصحي
الأداء المنخفض للخدمات الصحية الأساسية	تحسن في مؤشرات الحالة الصحية.
تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعاً للمنطقة.	انخفاض في معدلات الوفاة والإصابة بالأمراض.
وجود أمراض متعلقة بالفقر.	وجود بنية تحتية صحية.
تدهور الخدمات الصحية.	التغطية الكاملة لخدمات الصحة العامة.
تكس اليد العاملة الطبية في مناطق دون الأخرى	ارتفاع معدل استخدام التطعيم.
انخفاض مستوى الحالة الصحية للأمهات والأطفال.	نظام متعدد للخدمات الصحية.
انخفاض الأجور الفعلية	التحسن في بعض مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

-برنامج السياسات والنظم الصحية. (2005)، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة

تحليلية للوضع الراهن والرؤى المستقبلية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ص 106.

- بالاعتماد على بنود الفعالية وعدم الفعالية يمكن تلخيص أهم النتائج التي تم التوصل إليها:
- التحسن الملحوظ في المؤشرات الصحية خاصة في السنوات الأخيرة، كانخفاض في معدلات الوفيات سواء تعلق الأمر بالرضع أو الأطفال الأقل من خمسة سنوات أو الأمهات وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة ويعود ذلك إلى تطبيق جملة من البرامج الصحية المتعلقة بمكافحة الأمراض الخطيرة والمعدية، كالتوسع في عمليات التطعيم والتلقيح ضد الأمراض الفتاكة كالسل والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال وجذري وغيرها، بالإضافة إلى البرامج الموجهة لصحة الأم وطفلها، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو أنه بالرغم

من الإنجازات والنتائج المحققة في مختلف المجالات فإن هذه المؤشرات لا تعكس حقيقة وحجم الإمكانيات المالية والبشرية التي سخرتها الجهات الوصية في هذا المجال، وهذا ما يبرز حجم التحدي المنتظر من طرف الدولة للوصول إلى مؤشرات صحية ذات المستوى المطلوب خصوصا إذا ما تم مقارنتها بالدول المتطورة أو البلدان النامية ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة.²⁸

■ التحسن في بعض مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية: حيث ارتفع عدد الممارسين للصحة، ليسجل سنة (2016) طبيب واحد لكل 544 ساكن، وطبيب أسنان لكل 2929 ساكن، وصيدي لكل 3483 ساكن.

■ وجود بنية تحتية صحية كاملة: شهدت المنشآت القاعدية الصحية في بلادنا نموا متزايدا في الفترة الأخيرة، خاصة في إطار إصلاحات (2007) التي أقرت إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وذلك لتقريب الخدمات الصحية للمواطن، وتحسين أساليب التسيير ونوعية الخدمات على مستوى الهياكل العمومية، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لتوسع في البنى التحتية الصحية إلا أن هناك تفاوت كبير في توزيعها على مختلف المناطق الوطن، إذ يبقى التحيز واضح على المناطق الحضرية دون الريفية، والمناطق الشمالية دون الداخلية والجنوبية، وهذا ما يمثل تحديا أمام السياسة الصحية لمواجهة وإيجاد الحلول البديلة لهذا المشكل.

■ التغطية الكاملة للخدمات الصحية العامة: بالنسبة لتغطية الخدمات الصحية العامة نلاحظ أن هناك نقص كبير في الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع العام، إذ أن في أغلب الأحيان يتجه المواطنون إلى القطاع الخاص لتلبية حاجاتهم الصحية، ويعود السبب إلى أن معظم التجهيزات الطبية معطلة أو لم تشغل بعد، بالرغم من ارتفاع حجم المخصصات المالية لاقتناء التجهيزات الطبية والذي بلغ 2076 مليون في سنة (2015)، بعدما كان 1900 مليون سنة (2005)، وبهذا يمكن لهذه التجهيزات أن تغطي الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، لكن لعدم وجود مختصين لاستعمال هذه الوسائل أدى هذا إلى تأكلها واهتلاكها دون استغلالها²⁹، بالإضافة إلى النقص الفادح في الأطباء المتخصصين، وذلك راجع إلى تدهور أجورهم وضعف أساليب التحفيز على مستوى القطاع العام، مما أدى إلى لجوء معظمهم إلى العمل في العيادات الخاصة.

■ تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعا للمنطقة: توزع الخدمات الصحية توزيعا غير متساويا بالنسبة لمناطق الوطن، ويعود السبب إلى تحيز الإنفاق الصحي على المناطق الكبرى دون المناطق الجنوبية والداخلية.

■ استمرار وجود الأمراض المتعلقة بالفقر: تراجع نسبة الإصابة بالأمراض المعدية والخطيرة في الآونة الأخيرة.

الخلاصة: حققت الجزائر طفرة كبيرة في تحقيق العديد من الأهداف الخاصة بقطاع الصحة، كتخفيض معدلات الوفيات والرفع من مؤشر أمل الحياة عند الولادة والقضاء على معظم الأمراض المعدية والخطيرة..، لكن هذا لا يعتبر كافي مقارنة بحجم المخصصات المالية التي رصدت من أجل تمويل القطاع، وعليه يتبين لنا أن الإنفاق العمومي على الرعاية الصحية هو غير فعال ولم يؤدي إلى تحقيق كل الأهداف المسطرة في السياسة الصحية الوطنية.

وفي الختام نورد أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية:

- عدم كفاية الإنفاق العمومي على الصحة وهذا ليس لإحتياجات القطاع فحسب وإنما حتى لمتطلبات التنمية بمعناها الواسع، ويعود ذلك إلى سوء التسيير والتنظيم وتغلغل الفساد على مستوى الإدارات الصحية، بسبب نقص الرقابة الفعالة وغياب الحوكمة الرشيدة والمحاسبة والمساءلة.
- انخفاض كفاءة الإنفاق العمومي على الرعاية الصحية ، التي تؤثر تأثيرا سلبيا على مدخلات ومخرجات العملية الصحية، وهذا ما يستوجب ضرورة تعديل نمط تخصيص الإنفاق على النحو الذي يرفع من مستوى كفاءة الإنفاق بالإضافة إلى إعطاء أهمية للرقابة على أداء النظام الصحي، ومحاربة كل أشكال هدر المال العام.
- غياب العدالة والإنصاف في توزيع الإنفاق العمومي على الصحة بين مختلف مناطق الوطن، ووجود تحيز وتمييز واضحين في توزيع المخصصات المالية في المدن الكبرى على حساب المناطق الأخرى.

الهوامش:

¹ علي دحمان محمد . (2017)، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، ص 118.

² خروبي برازة عمر . (2011)، إصلاح المنظومة الصحية (1999-2009)، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بشلف ، أطروحة ماجستير، جامعة شلف، ص 46.

³ خروبي برازة عمر . (2011)، المرجع السابق، ص 47.

⁴ مالكي عمر . (2018)، تحليل أثر النفقات العامة على التنمية البشرية خلال الفترة 1990-2014، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، ص 235.

⁵ عياشي نور الدين، (2009)، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية وبحوث اقتصادية، ب(31)، (293-309)، ص 298.

⁶ Rapport National Du MSPRH, (2003), population et de développement En Algérie, édition ANDS , Alger, P 14- 15.

⁷ Rapport National sur le Développement Humain (RNDH) de CNES, (1998), réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, P 48.

⁸ Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, (2017), Profil de pays 2016 – Algérie,

Addis-Abeba, Éthiopie, www.uneca.org/publications, consulté le 19/06/2019, p24.

⁹ بوقناديل محمد. وآخرون، (2017)، تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، 1(2)، ص 85.

¹⁰ المرجع نفسه، ص 82.

¹¹ عياشي نور الدين، (2009)، المرجع السابق، ص 298.

¹² دحمان علي، (2011)، تقييم نفقات الصحة والتعليم، أطروحة ماجستير، جامعة تلمسان، ص 54.

¹³ خروبي برازة عمر. (2011)، المرجع السابق، ص 50.

¹⁴ علي دحمان محمد. (2017)، المرجع السابق، ص 125.

¹⁵ Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Op.it, p 24.

¹⁶ World Health Organization. (WHO). <https://www.who.int/nutrition/publications/ar>, Date de consultation : 03/03/2019.

¹⁷ علي دحمان محمد. (2017)، المرجع السابق، ص 247.

¹⁸ فيكتوريا فان وآخرون. (2014)، التحول إلى المحلية، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، المجلد 51، العدد 04، ص 12.

¹⁹ World Health Organization. (WHO). <https://www.who.int/nutrition/publications/ar>, Date de consultation : 03/03/2019.

²⁰ ديفيد كودي وآخرون. (2011)، معالجة الموارد الرعاية الصحية، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، 42(1)، ص 42.

²¹ فيكتوريا فان وآخرون. (2014)، المرجع السابق، ص 12.

²² مالكي عمر. (2018)، تحليل أثر النفقات العامة على التنمية البشرية خلال الفترة 1990-2014، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، ص 244.

²³ علي دحمان محمد. (2017)، المرجع السابق، ص 233.

²⁴ العربي أشرف. (2010)، تقييم سياسات الإنفاق العام على التعليم في مصر على ضوء معايير الكفاية والعدالة والكفاءة، ورقة مقدمة ضمن المؤتمر الدولي الخاص بتحليل أولويات الإنفاق العام بالموازانات العامة في مصر والدول العربية، معهد التخطيط القومي، ص 13.

²⁵ علي دحمان محمد. (2017)، المرجع السابق، ص 120.

²⁶ بوشلاغم عميروش وآخرون. (2017)، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، 4(3)، (10-30)، ص 12.

²⁷ خروبي برازة عمر. (2011)، المرجع السابق، ص 48.

²⁸ عياشي نور الدين. (2017)، المرجع السابق، ص 99.

²⁹ علي دحمان محمد. (2017)، المرجع السابق، ص 234.