مجلة البحوث الاقتصادية المتقدمة: المجلد (08)، العدد (02) / 2023
PISSN : 2572-0198 / EISSN : 2676-1572

اصلاح المنظومة الصحية ودورها في ترشيد الانفاق الصحي في الجزائر

Health system reform and its role in rationalizing health spending in Algeria

براهيم حوميميد[1]، أنيسة العسكري [2].

[1] جامعة الجزائر 03 (الجزائر)
[2] جامعة الجزائر 03 (الجزائر

تاريخ الاستلام: 22-11-2021 **تاريخ القبول:** 02-10-2023 **تاريخ النشر:** 30-12-2023

ملخص:
تنامي تكاليف الرعاية الصحية والطلب المتزايد على الخدمات الصحية الذي سببه النمو الديمغرافي وانتشار الأمراض المزمنة، بات يشكل عبئا ثقيلا على كاهل الدولة بحكم أن ميزانية الدولة تعتبر مصدرا رئيسيا لتمويل القطاع الصحي، وهو ما يدفع بالحكومة الجزائرية الى اعادة النظر في قضية اصلاح المنظومة الصحية ومعالجة مختلف الاختلالات والمشاكل للقضاء على التبذير وسوء استغلال الموارد المالية والتوجه نحو الاستغلال الأمثل للنفقات الصحية وضبطها دون الاخلال بضمان الرعاية الصحية للمجتمع، وتهدف هذه الدراسة الى ابراز الأليات الضرورية لإصلاح المنظومة الصحية ومساهمتها في ترشيد وتفعيل الانفاق العام على الصحة للنهوض بالقطاع الصحي في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: نفقات صحية، قطاع الصحة، إصلاح المنظومة الصحية، ترشيد الانفاق الصحي.
تصنيف JEL: H51؛ I19.

Abstract:
The growth in health care costs, and the increasing demand for health services caused by demographic growth and the spread of chronic diseases, as it has become a heavy burden on the state, because the state budget is a major source of financing the health sector. This is what prompts the Algerian government to reconsider the issue of reforming the health system and addressing various imbalances and problems to eliminate waste and misuse of financial resources, and to move towards the optimal use and control of health expenditures, with a commitment to ensuring health care for the community.
This study aims to highlight the necessary mechanisms to reform the health system and its contribution to the rationalization and effectiveness of public spending on health to advance the health sector in Algeria.
Keywords: *Health expenses; Health sector; Health system reform; Rationalization of health spending.*
Jel Classification Codes: H51 ; I19.

المؤلف المرسل: براهيم حوميميد، Houmimid.brahim@univ-alger3.dz

1. مقدمة

شهدت الجزائر مع بداية الألفية الجديدة تقدما في مجال تقديم الخدمات الصحية للمواطن، تحسنت معها بعض المؤشرات الصحية، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة، هذا التحسن ترجم جهود الحكومة الجزائرية وسعيها لتطوير المنظومة الصحية في الجزائر، حيث عرفت مجموعة من الإصلاحات للارتقاء بالخدمات الصحية، على رأسها تبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية. غير أن جهود الاصلاح هذه لا تزال تواجه تحديات كبيرة ناجمة عن أوجه القصور وعدم الحصول على نتائج جيدة، وهو ما يتجلى في المعاناة المستمرة للمرضى، البيروقراطية وسوء التسيير وتداخل المصالح بين الأطراف التي لها علاقة بالمستشفيات، وغيرها من المشاكل التي يعاني منها القطاع.

كما أن النفقات الصحية في ظل واقع المنظومة الصحية الحالية لم يحقق الأهداف المرجوة، لذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية، ووضع قضية إصلاح المنظومة الصحية في أعلى سلم أولويات الحكومة، خصوصا في ظل المشاكل المالية الناتجة عن تزامن انخفاض أسعار النفط والأزمة الصحية العالمية لكوفيد19 التي لا تزال تلقي بتداعياتها على الاقتصاد الوطني، مما سبق يمكن أن نتصور إشكالية اصلاح المنظومة الصحية ودورها في ترشيد الانفاق الصحي في ظل الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وارتفاع الميزانية المخصصة للقطاع الصحي من سنة إلى أخرى.

في ظل الواقع المشار إليه يمكن صياغة الاشكالية التالية:

ماهي الاليات الكفيلة للإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية؟ وإلى أي مدى يمكن أن يساهم هذا الإصلاح في ترشيد الانفاق الصحي؟

للإجابة على الإشكالية السابقة سنتطرق في هذا البحث الى:

- واقع المنظومة الصحية في الجزائر.
- الإنفاق الصحي في الجزائر.
- إصلاح المنظومة الصحية ودورها في ترشيد الانفاق الصحي.

وللإلمام بالموضوع إعتمدنا على المنهج الوصفي في تطرقنا الى واقع القطاع الصحي، ثم نتبع المنهج التحليلي لتفسير أثر اصلاح المنظومة الصحية في ترشيد الانفاق.

وتتجلى أهمية البحث في الأهمية التي يكتسيها القطاع الصحي في الاقتصاد الوطني، وكما يعتبر هذا القطاع الأكثر استهلاكا للموارد المالية وعاملا مهما من عوامل التنمية، حيث يحاول هذا البحث تشخيص أهمية اصلاح المنظومة الصحية ودورها في تحقيق ترشيد الانفاق الصحي.

كما سنحاول في هذا البحث معرفة أهم عراقيل ورهانات اصلاح المنظومة الصحية، كذلك تقييم الانفاق الصحي على القطاع الصحي وانعكاساته على بعض المؤشرات الصحية، وكذلك إبراز الاليات الضرورية التي يمكن ان تساهم في اصلاح المنظومة الصحية ودورها في الاستغلال الأمثل للنفقات المالية المخصصة للقطاع الصحي في الجزائر.

2. المنظومة الصحية في الجزائر

1.2. مستويات المنظومة الصحية في الجزائر:

النظام الصحي في الجزائر مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (**MSPRH**) ويشمل ثلاث مستويات أساسية: وطني(مركزي)، ولائي وقاعدي.

1.1.2 المستوى المركزي: يتمثل في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ويتكون من:

– الوزير: يقوم بوضع استراتيجية لتنمية قطاعه في مختلف المجالات.

– ديوان الوزير: يتكون من مدير الديوان ومساعديه وعددهم 07، وملحقون بالديوان وعددهم04، حيث يكلفون بجميع اشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم ويشاركون الوزير في اعمال حكومته.

– الأمانة العامة: تتكون الأمانة العامة من أمين عام يساعده اثنان من مديري الدراسات، ومكتب البريد حيث يكلفون بالتنسيق بين الهياكل المركزية والمراكز التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

– المفتشية العامة: يشرف عليها 6 مفتشين ويقومون بالمهام التنظيمية في الوزارة.

– المديريات المركزية: وتشمل 8 مديريات لكل منها اختصاص معين وهي: مديرية السكان – مديرية الوقاية – مديرية المصالح الصحية – مديرية الصيدلية والدواء – مديرية التكوين – مديرية التخطيط – مديرية التقنين والمنازعات.

2.1.2 المستوى الولائي: في هذا المستوى نجد:

– مديريات الصحة والسكان: وعددها 48 مديرية موزعة على كامل الوطن، يترأس كل مديرية الصحة في كل ولاية مدير يقوم بتمثيل الوزير في ولايته.

– المراكز الاستشفائية الجامعية: هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المادي، ويتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة (أي وزير الصحة والسكان)، ووزير التعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي والبحث العلمي الوصاية البيداغوجية، وهذا نظرا لطبيعة هذه المؤسسة التي تهتم كذلك بالتكوين والبحث العلمي (المرسوم التنفيذي رقم 97-467، 1997، صفحة 30).

–المؤسسة الاستشفائية الجامعية: أنشئت بواسطة المرسوم التنفيذي 03-270 المؤرخ في 13أوت 2003، وهي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص تهدف الى التشخيص والعلاج والوقاية وتطبيق برامج الصحة الوطنية والتعاون مع مؤسسات التعليم العالي لضمان التكوين في علوم الطب والقيام بأعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة (تناح وعبد الكريم، 2019، صفحة 392).

.3.1.2.المستوى المحلي: أما في ما يخص التنظيم الصحي على المستوى المحلي نجده يتكون من:

– المؤسسة العمومية الاستشفائية: هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المادي، توضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء واعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007، الصفحات 10-11).

– المستشفيات المتخصصة: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط، كأن يكون هذا المستشفى متخصص في مجال العيون أو القلب أو الأطفال أو غيرها، وما يميز هذا النوع من المستشفيات أنها تحاول إيجاد الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة في مجال تخصص معين وبالتالي تكون الخدمة في ذلك التخصص مميزة ومتعمقة في نفس المجال (مخيمر والطعامنة، 2003، صفحة 13).

– المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية، ومؤسسات عمومية للصحة.

وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

الجدول (1) : المؤسسات والهياكل العامة للمنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2017

المستوى	البيان	العدد
المركزي	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات	--
الولائي	مديريات الصحة والسكان	48
	المؤسسات الاستشفائية الجامعية	01
المحلي	المراكز الاستشفائية الجامعية	15
	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة	77
	المؤسسات العمومية الاستشفائية	205
	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	273

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام، 2018، على الموقع www.ons.dz شوهد يوم 2021/10/13

2.2. نشاطات المنظومة الصحية:

تتكون نشاطات المنظومة الصحية من:

1.2.2 العلاج: ويتعلق الأمر بمجموع نشاطات التشخيص والعلاج، والتي يكون الهدف منها هو اشباع حاجة الأفراد من الصحة، ويسهر على أداء هذه المهمة الأطباء والجراحين والصيادلة وغيرهم ممن لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالمرضى، سواء كانوا ينشطون في مستشفيات عامة أو عيادات خاصة.

2.2.2 الوقاية الصحية: وتنقسم الى (عيساوي، 2005، صفحة30):

– وقاية أولية: وهي التي ليس للسلك الطبي تدخل مباشر فيها، فهي تهدف للقضاء على أسباب الأمراض، فمنها ما يخص البيئة كمعالجة المياه، محاربة التلوث، الوقاية من حوادث المرور، التغذية الحسنة والمسكن اللائق، ومنها ما يمس الوقاية الفردية التي تعتبر مسؤولية كل فرد كالتغذية المتوازنة وممارسة الرياضة.

– وقاية ثانوية: هذا النوع من الوقاية من اختصاص الأطباء، هدفها منع ظهور الأمراض مثل: التطعيم، التحاليل الطبية والفحوصات الوقائية.

3.2.2 صناعة وتجارة السلع والخدمات الطبية: هذا النشاط مهم من ناحية أن له علاقة مباشرة في المحافظة على صحة الأفراد، فهو لا يأخذ بعين الاعتبار المواد الصيدلانية فحسب بل أنه يضم أيضا: التجهيزات والأدوات الطبية، النظارات الطبية، أجهزة ومستلزمات الأشعة.

4.2.2 نقل المرضى: هذا النشاط يضم مجموع الوسائل التي تساهم في نقل المريض من مكان تواجده إلى المستشفى أو نقل الطبيب من المستشفى أو العيادة إلى مكان تواجد المريض إذا استدعت الضرورة ذلك.

5.2.2 التدريس الطبي والبحث العلمي: التعليم الطبي يسمح بتكوين اطارات الصحة، هذا هو سبب ضم المنظومة الصحية لهذا النشاط، حيث تلعب المعاهد الطبية والمستشفيات بمختلف أنواعها وتخصصاتها دورا كبيرا في مجال التكوين والتدريب الطبي في تكوين وتدريس الطلبة في ميدان الصحة، وتعمل المستشفيات على تطوير مهاراتهم وقدراتهم.

3. الإنفاق الصحي العام في الجزائر:

1.3 ماهية الانفاق الصحي:

1.1.3 تعريف الانفاق الصحي الحكومي: النفقة الصحية هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية أو إنتاجية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض (بايزيد وسهام حرفوش، 2015، صفحة 8).

وتشكل مصاريف الصحة جزءا كبيرا من موازنات الدول، والتي تصرف في توفير الرعاية الصحية الأولية والأدوية وحملات التوعية وغيرها.

2.1.3 استخدامات النفقات الصحية: تعتبر الرعاية الصحية ذات تكلفة، فمن المهم تخصيص الموارد الضرورية لمجابهة هذه التكاليف، ويمكن تلخيص النفقات الصحية فيما يلي (SESETE، 2008):

- نفقات الرعاية الطبية للمرضى: وتشمل نفقات المرضى، تكاليف المتعلقة بالمرض نفسه.
- نفقات خاصة بالنظام الصحي: وتتمثل في مجمل النفقات العامة والخاصة بالتكوين الطبي وشبه الطبي، والبحث العلمي الصيدلاني
- نفقات الوقاية: وتتمثل في مجمل نفقات الوقاية الطبية، الطب الوقائي والحماية الجماعية والرقابة الطبية.
- نفقات التسيير العام للقطاع الصحي: وتتمثل في مجمل مصاريف التشغيل والتجهيز.

3.1.3 مصادر تمويل الإنفاق الصحي: تختلف مصادر التمويل باختلاف النظام الصحي السائد في البلد وقد تكون هذه المصادر منفردة أو متعددة، وتتحكم فيها السياسة الاقتصادية في ذلك البلد، وعلى العموم يمكن تقسيم مصادر تمويل الإنفاق إلى ما يلي:

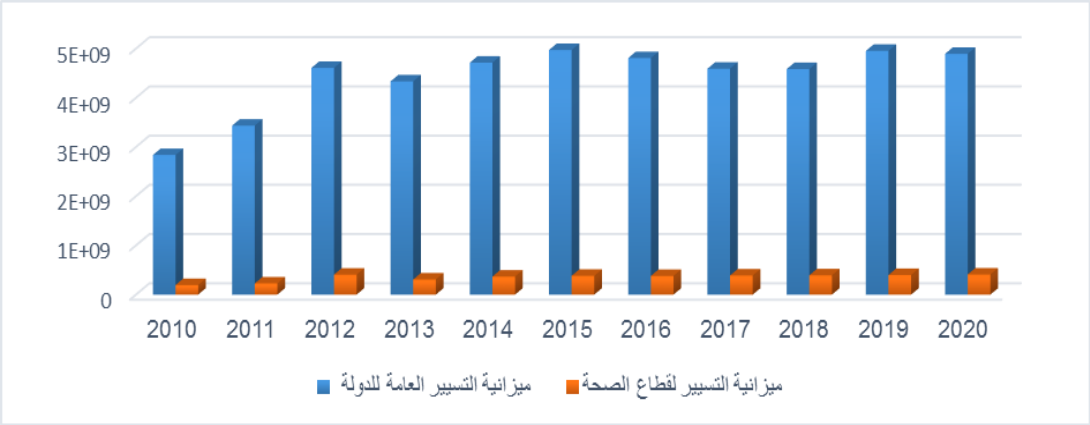
- مصادر تمويل عمومية (الدولة وأجهزتها المختلفة).
- مصادر تمويل خاصة مثل الأطباء الخواص والعيادات الخاصة.
- التأمينات بانواعها (إجبارية أو اختيارية، ربحية أو غير ربحية).
- مصادر تمويل خارجية كمساعدات المنظمة العالمية للصحة.

2.3 تحليل تطور النفقات الصحية في الجزائر

لتقييم وتحليل الانفاق الصحي يمكن الاعتماد على ميزانية الصحة في الدولة، بالإضافة الى بعض مؤشرات تقييم الانفاق الصحي بالنسبة الى المؤشرات الاقتصادية الكلية مثل حصة الانفاق الصحي في الناتج الداخلي الخام ومتوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحي.

1.2.3 الميزانية العامة للتسيير للقطاع الصحي:

الشكل 1: ميزانية التسيير العامة للصحة مقارنة بميزانية التسيير العامة للدولة للفترة (**2010–2020**).



المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على قوانين المالية السنوية للجزائر للفترة (2010–2020)

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن مخصصات ميزانية الدولة الموجهة لقطاع الصحة في ارتفاع عموما خلال الفترة 2010-2020، باستثناء ميزانية الصحة لسني 2012 و2016 التي عرفتا انخفاضا بسيطا. لتعاود الارتفاع خلال السنوات التالية (2017-2020) أي زيادة ب 28,87 مليار دج بنسبة ارتفاع 7,6 %.

من جهة أخرى يعود إنخفاض في عائدات ميزانية التسيير العامة للدولة في السنوات الثلاثة (2016،2017،2018) بفعل تداعيات أزمة انهيار أسعار النفط التي شهدها العالم سنة 2014. وقد بلغت نسبة الانفاق العام على الصحة 8,34% سنة 2020 حيث نجد أن هناك ارتفاع ضئيل في النسبة (زيادة بنسبة 0,58%) وهذا بعد الاصلاحات الضريبية التي قامت بها الدولة والرفع من الجباية العادية.

2.2.3 ميزانية التجهيز لقطاع الصحة في الجزائر:

الجدول (2): تطور ميزانية التجهيز لقطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة 2013–2018 مليون دج

السنة	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ميزانية التجهيز	41934	180631	31324	9982	55340	46691	19747	30236	47239

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على وثائق مقدمة من مديرية الميزانية لوزارة المالية الجزائرية

من الجدول نلاحظ تذبذب في تطور نفقات التجهيز للقطاع الصحي، حيث عرفت أعلى قيمة سنة 2011 فقد تجاوزت ال 180 مليار دج وذلك خلال الانطلاق الفعلي للمخطط الخماسي، لتعرف انخفاضا كبيرا في سنة 2013، ليعاود الانخفاض في سنة 2016 بأكثر من 64% مقارنة بميزانية سنة 2015 أي ما يقدر بأكثر 35,5 مليار دج، وهذا بسبب انخفاضات إيرادات الميزانية العامة بسبب الازمة الناتجة عن تداعيات انخفاض أسعار النفط أنداك.

في الأخير أمكن القول أن الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة رغم تطورها خلال السنوات السابقة إلا انها لم تساهم بما فيه الكفاية في النهوض بالقطاع الصحي والارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، ولم تعكس ما جاء في بنود الإصلاحات.

3.2.3 تطور حجم الإنفاق على الصحة ونصيب الفرد منه في الجزائر خلال الفترة (2010-2018)

الجدول (3) : %الانفاق على الصحة من (PIB) ونصيب الفرد منه في الجزائر خلال الفترة (2010-2018)

السنة	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الانفاق على الصحة من PIB	5,12	5,27	6,00	6,04	6,55	6,98	6,61	6,38	6,22
نصيب الفرد من الانفاق الصحي	229	287	336	332	360	292	260	258	256

المصدر: الاعتماد على بيانات البنك الدولي على الموقع: https://2u.pw/Rmr68 شوهد يوم 2021/11/13

من الجدول أعلاه يتبين أن:

- الانفاق الصحي كنسبة من الناتج الداخلي الخام عموما في تزايد حتى سنة 2015، حيث وصل الى أعلى مستوى (6,55%)، ليعرف بعدها انخفاضا في السنوات الثلاثة اللاحقة حيث وصلت النسبة سنة 2018 الى 6,22%.

- نصيب الفرد من الانفاق الصحي عرف ارتفاع خلال الفترة 2010-2014 فبعدما كان نصيب الفرد سنة 2010 حوالي 229 دولار، أصبح سنة 2014 حوالي 360. لينخفض في السنوات اللاحقة ليضل نصيب الفرد من الانفاق الصحي سنة 2018 الى 256 دولارا.

في الجزائر ارتفاع عدد السكان وزيادة حجم الاستثمارات في قطاع الصحة دفع بالإنفاق الصحي الى الاعلى لذا سيكون مطلب ترشيد النفقات الصحية أمرا حاسما لضمان قدرة الجزائر على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان، كل هذا يجعل مسألة اصلاح المنظومة الصحية الوطنية أمرا ضروريا لاحتواء ضغط تكاليف الانفاق الصحي.

4. إصلاح المنظومة الصحية ودورها في ترشيد الانفاق الصحي

الثقل الاقتصادي الذي بات يشكله الانفاق الصحي أوجب على السلطات المحلية البحث عن حلول لمواجهة الارتفاع الكبير وذلك عن طريق اجراء بعض الإصلاحات في المنظومة الصحية والبحث عن طرق تسيير أكثر عقلانية للموارد المالية لتحقيق الأهداف المنشودة في إطار ترشيد النفقات الصحية.

1.4 اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر:

1.1.4 معوقات إصلاح المنظومة الصحية: خلص التقرير المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات حوصلة عن مجموعة من المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر، وسنتطرق اليها فيما يلي (conseil national de la réformeHospitalière، 2003):

- اختلالات متعلقة بتنظيم المؤسسات الاستشفائية: المؤسسات الاستشفائية تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، أين العلاقات الهيكلية واضحة، في حين أن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، فنجد تعدد أجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة، فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

– اختلالات متعلقة بالتمويل: المنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة طلب هو في تزايد مستمر على العلاج، بالإضافة قلة الموارد المالية وسوء توزيعها وعدم تكييفها، وغياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية.

اختلالات متعلقة بوسائل التسيير: و تتمثل في الاختلالات:

- المتعلقة بالنظام الاعلامي: إن الإعلام الصحي كغيره من الوسائل الأخرى يخضع لنتائج التطور التكنولوجي الذي تشهده كل القطاعات، فالنظام الإعلامي الحالي لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع للطلب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان.
- المتعلقة بالتكوين: النظام التكويني والتعليمي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، بالإضافة إلى عدم قدرة القطاع في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية و الواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية و النوعية، و هذا بسبب عدم الدراية الكافية و عدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان على العلاج.

– الاختلالات المتعلقة بالقطاع الخاص و شبه العمومي: إن التعايش بين القطاع العمومي و القطاع الخاص ينمو في أذهان مستعملي قطاع الصحة بصفة عامة، فالقطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد في كل الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة، تنافس الهياكل الاستشفائية العمومية بل و تمتص قدراتها البشرية و كفاءاتها الطبية و تنافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف و أساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، و التي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحتة و تستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة.

2.1.4 الرهانات التي تواجه اصلاح المنظومة الصحية

فيما يتعلق بالرهانات المنتظرة من الإصلاح، ستواجه السلطات العمومية بعض التحديات مستقبلا للوصول إلى تحقيق مؤشرات صحية متقدمة وتعزز سياق الإصلاحات.

– على المستوى الديموغرافي: تشير الدراسات الى أنه في السنوات القادمة سيشهد هرم الأعمار تغييرات هيكلية، تقلص في الفئات الاكثر شبابية مع زيادة في الفئات الهرمة، مما يترتب عنه أثار مباشرة على الصحة العمومية من جهة ويدفع بنفقات الصحة إلى النموّ من جهة أخرى. ما يفرض على السلطات إعادة التفكير في تحديث المنظومة الصحية وجعل الصحة جوارية بصفة أوسع أيّ تقريب الصحة من المواطن، مع الارتقاء بمستوى العلاج للمواطنين.

– على مستوى خارطة المرض: تشهد الجزائر تحولاً وبائيا (الانتقال من الامراض المعدية الى الأمراض المزمنة) مما يحتم وضع برامج ومخططات لمواجهة الرهانات الصحية المستقبلية، بالاعتماد على:

- مواصلة برامج التلقيح.
- مراقبة الاخطار الصحية، وتوفير الادوية اللازمة.

- التنسيق مع القطاعات الاخرى (المحيط، الوسط المهني، المدرسة وغيرها).

– على مستوى عرض العلاج: تتمثل في تحسين التغطية في مجال الأَسِرّة الاستشفائية والموارد البشرية وإحداث نوع من التوازن بين مناطق الوطن في هذا المجال.

الجدول (4) : تطور الهياكل القاعدية والمنشآت المنجزة خلال الفترة (2000–2017)

السنة	2000	2008	2010	2013	2014	2015	2016	2017
مؤسسات عمومية استشفائية	5,12	5,27	6,00	6,04	6,55	6,98	6,61	6,38
مراكز استشفائية جامعية	12	13	13	14	14	15	15	15
مؤسسة استشفائية متخصصة	31	57	64	68	71	75	75	77
مؤسسات عمومية للصحة الجوارية	224	271	271	271	271	271	273	273
عيادات متعددة الخدمات	---	1419	1491	1615	1637	1659	1684	1695
قاعات العلاج	---	5077	5350	5634	5762	5762	5875	5957

المصدر: بالاعتماد على:

– الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام، 2018 على الموقع www.ons.dz

– إيمان بن زيان، ريمة اوشن، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر–دراسة تحليلية–، مجلة العلوم الإنسانية، مجلد04، 2016 ص09.

من ارقام الجدول السابق نلاحظ تحسن في المنشآت العمومية للصحة، حيث سجلنا 170 مؤسسة استشفائية عمومية و220 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية في سنة 2000، ليرتفع عددهما سنة 2017 الى 205 و273 مؤسسة على التوالي، بينما عرفت المراكز الجامعية الاستشفائية ثبات في عددها خلال الفترة، اما المؤسسات الاستشفائية المتخصصة ارتفعت ب 46 وحدة خلال فترة (2000-2017). وبالرغم من هذا التطور الملحوظ في المنشآت الصحية هناك تفاوت كبير في مستويات التغطية الصحية بين مناطق الوطن، فحسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية لسنة 2015 أن 61% من المستشفيات تتواجد بشمال الوطن منها 28,4% بالشمال في الوسط، و16,7% في بعض مناطق الشمال الغربي والشرقي. أما منطقة الهضاب العليا فتضم 27,3 % من مجموع المستشفيات. في حين يضم الجنوب 11,7% من مجموع المستشفيات منها 1,4% فقط في الجنوب الكبير (عياشي ن، 2017، صفحة19).

– الوسائل والتجهيزات الطبية: فعالية النظام الصحي مرتبطة إلى حد كبير بنوعية وجودة تجهيزات الاستكشاف والعلاج وكذلك تحسين تنظيم وتشغيل المعدّات التقنية وفي هذا الإطار، فإنّ القطاع العمومي يشهد تأخرا كبيرًا مقارنة بالقطاع الخاص الذي يعرف تطورا يساير بذلك تطورات طلب العلاج، بالرغم من أنّ العرض ليس في متناول الجميع.

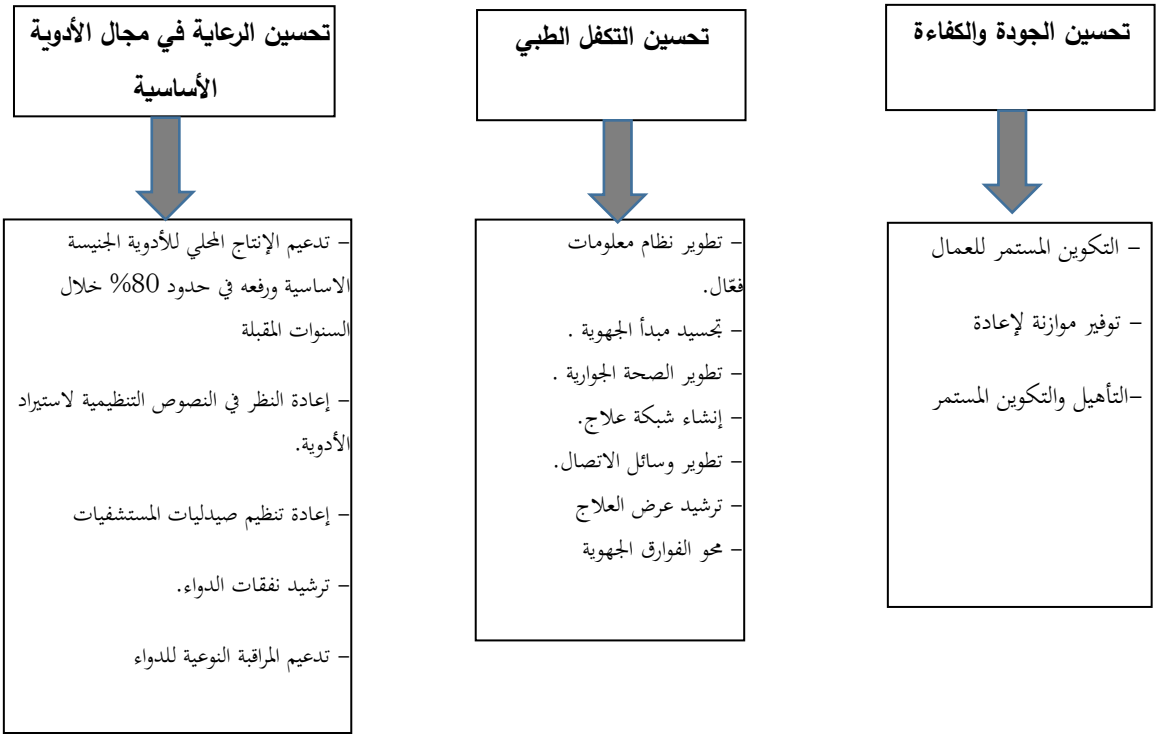
إنّ الاحتياجات من التجهيزات مبنية على طلب السكان في مجال العلاج، وبالخصوص توفير الرعاية اللازمة للأمراض السائدة والتكوين والبحث العملياتي.

– تطوير استراتيجية العلاج: ترمى الاستراتيجية الصحية في إطار إصلاح المستشفيات إلى تحسين التكفل بالأمراض المزمنة (غير متنقلة)، كما أن عرض العلاج يجب أن يكون متوافقًا مع متطلعات السكان ويستجيب لمعايير الجودة، الأمان، والتحكم في التكاليف على مستوى العلاج، إضافة إلى الإجراءات الوقائية فالأولويات يجب أن تنصب على الأسباب الأساسية للأمراض والوفيات الاكثر انتشارا مثل: أمراض القلب، الحوادث والصدمات، أمراض السرطان، القصور الكلوي والإستعجالات، الأمراض العقلية، كل هذه الأسباب المرضية يجب اعداد

لها برنامج عمل على المدى البعيد بهدف التكفل الجيد والنوعي بهذه الامراض وانشاء هياكل متخصصة(بوشلاغم وشرفي، 2017، صفحة22).

– تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة والتكفل بالمرضى: إنّ توفير الهياكل والتجهيزات والموارد البشرية غير كاف لوحده لضمان فعالية الرعاية الصحية للمواطنين فمن الضروري تأهيل العمال والأطباء بشكل منتظم، وكذلك الحصول على الرعاية الصحية للمواطنين، وهذا ما نوضحه فيما يلي:

الشكل 2: تحسين جودة وكفاءة العلاج والتكفل الطبي



المصدر: بوشلاغم عميروش، شرفي منصف، مرجع سبق ذكره،ص**23**.

2.4 دور إصلاح المنظومة الصحية في ترشيد الانفاق الصحي:

1.2.4 ترشيد الانفاق الصحي:

ترشيد الانفاق الصحي هو: "اختيار الأمثل للنفقة العامة في مجال الصحة، يحدد بدقة وفق منهج موضوعي ويهدف إلى بيان قدرة الوسائل الفنية على تحديد قيمة العائد في المجالات العامة، وهو يعني التركيز الأولي على بعض القطاعات، وبعض المشكلات الكبيرة ذات الأولوية، وإعداد استراتيجية على المدى المتوسط لاختيار النفقة الرشيدة "(درواسي، 2004، صفحة171).

إذا ترشيد الإنفاق الصحي يعني حسن تصرف في الأموال دون إسراف ولا تقصير، والازمة الصحية (كوفيد 19) والاقتصادية (أزمة النفط) الراهنة أوجبت على الحكومة التعامل بالرشادة في الاموال كسبا وإنفاقا، أي تحقيق التوازن بين النفقات العامة واقصى ما يمكن تدبيره من الموارد العامة للدولة.

2.2.4 متطلبات نجاح عملية ترشيد الإنفاق الصحي العام: تتطلب عملية ترشيد الإنفاق العامة توافر جملة من العناصر والدعائم التي ترتكز عليها وأهمها:

– تحديد حجم الإنفاق الحكومي الأمثل: وذلك عن طريق تضييق الفجوة بين الحد الأعلى والحد الأدنى للإنفاق الصحي، ويتوقف حجم الإنفاق على القرار السياسي المعبر عن موقف الدولة إزاء الوظائف التي يمكن أن تتحملها الحكومة اتجاه المجتمع في قطاع الصحة (علماوي وأوصيف، 2015، صفحة 16).

– إتباع مبدأ الأولوية: من خلال توجيه الأموال الى مشاريع الصحة ذات الأولوية وبالتالي تحقيق أهداف الانفاق العام عليها.

– ضمان الجودة في مجال الصحة والرفع من المردودية: يجب أن تعكس المردودية النتيجة التي تترتب عن النفقة على الصحة العامة (اقتصاديا واجتماعيا)، فينبغي أن تكون المردودية جيدة تعكس قيمة الأموال التي صرفتها الدولة من أجل توفير الوقاية للسكان.

– التحديد الدقيق لوقت ومقدار النفقة: هذا العنصر يتعامل مع قضيتين لا غنى عن أي منهما، الأولى أن تكون النفقة الصحية في حدود الوضع الأمثل لها، أو عبارة أخرى ضرورة تحري أن تكون النفقة معيارية أو قريبة منها، والثانية أن يتم الإنفاق في الوقت المناسب دون تقديم أو تأخير.

– توافر المعلومات المالية: يجب توافر جملة المعلومات اللازمة عن الموارد المالية المتوقعة من الخدمات الصحية، وعن أوجه الإنفاق المختلفة، وأن تكون هذه المعلومات معالجة، وقابلة للاستعمال، مما يسمح بالتأكد من اتجاهات حركة الإيرادات والإنفاق مستقبلاً.

3.4 أليات إصلاح المنظومة الصحية ودورها في ترشيد الانفاق

اصلاح وتحديث النظام الصحي أصبح أمرا حتميا للاستغلال الأمثل للموارد وتحسين الخدمات الصحية، ويمكن ايجاز أهم نقاط الاصلاح الضرورية النظام الصحي التي تساهم في ترشيد الانفاق الصحي فيما يلي:

1.3.4 إعادة النظر في النظام التعاقدي: وذلك من خلال تفعيل تطبيق نظام التعاقد الذي جاء في قانون المالية لسنة 1993 في اتفاقية مبرمة بين صندوق الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية العمومية والخاصة ووزارة التضامن الوطني يتكفل بموجبها كل قطاع بعلاج الفئة التي تنتمي اليه، وذلك في إطار تخفيف العبء على ميزانية القطاع الصحي.

2.3.4 خلق شراكة بين القطاع العام والخاص: وذلك بتشجيع القطاع الخاص ودعمه لتقديم الخدمات الصحية على أحسن وجه، مع تمكين الأفراد من الحصول على الخدمة بأسعار معقولة لا تثقل كاهلهم.

3.3.4 الإنفاق على البحث والتطوير وتشجيع إنتاج للأدوية محليا: يجب الاهتمام بزيادة الإنفاق على البحث والتطوير، بهدف دعم وتشجيع انتاج الادوية والمستلزمات الطبية محليا، وذلك للحد من استيراد الادوية، وما يكلفه هذا الاستيراد من عبء كبير على الخزينة العمومية.

4.3.4 تفعيل دور التوعية والوقاية عن طريق الإعلام: يقصد بها عملية تعليم الناس عادات صحية سليمة، وسلوك صحي جديد، ومساعدتهم على نبذ الأفكار والاتجاهات الصحية الخاطئة واستبدالها بسلوك صحي سليم باستخدام مختلف قنوات الاعلام ووسائل التواصل الاجتماعي.

.5.3.4. التثقيف الصحي: يساهم التثقيف الصحي في إعداد الناس للمحافظة على صحتهم، فهو إدخال تغيير إيجابي على سلوكهم العام لتفادي الأمراض، وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات جديدة، ويكون ذلك بالتوجه إليهم لاستنهاض الهمم، ودفع الوعي الصحي قدما في سبيل نضال يهدف للمحافظة على سلامة الأفراد (مالك، 2006، صفحة 194).

6.3.4 الرفع من الضرائب على التبغ والكحول: ذلك للحد من استهلاك هذه المواد المضرة بالصحة من جهة وزيادة مداخيل الدولة من جهة اخرى.

4.4 إحتواء ضغط تكاليف القطاع الصحي ودورها في ترشيد الانفاق الصحي

التكلفة المتزايدة للصحة وضع ميزانية الدولة على المحك، مما أوجب اللجوء الى بعض الحلول لتخفيض تكاليف الانفاق الصحي ويتعلق الامر ب:

1.4.4 تحسين الرعاية الصحية الأولية لتخفيض الانفاق الصحي: تعتبر الرعاية الصحية الأولية الحلقة الأولى والمدخل الأساسي لكافة المستويات الصحية، حيث أن الاستخدام الأمثل للموارد يبدأ بالرعاية الصحية الأولية فتحسين جودتها والتوزيع العادل للخدمات الصحية يقلل العبء على المستويات الاعلى، حيث كلما ارتفعنا في المستويات الصحية تزداد تكلفة العلاج

2.4.4 تبني نظام قياس التكاليف في القطاع الصحي: إخضاع تكاليف القطاع الصحي للتحليل والدراسة وفق نظام قياس أمر لابد منه لتقليل التكاليف داخل المؤسسات الاستشفائية، فاستعمال الاساليب الفعالة لقياس التكاليف كنظام التكاليف على اساس النشاط يساهم في ترشيد قرار الانفاق.

3.4.4 نماذج التنبؤ بتكاليف الانفاق الصحي: تتعد العوامل التي تؤدي الى زيادة الانفاق الصحي واعتماد نماذج التنبؤ يقود لتوضيح السياسات اللازمة، فالعوامل تختلف وفقا للمدى الزمني، ففي المدى القصير نمو النفقات مرتبط بميزانية الحكومة، أما في المدى المتوسط التغيرات لتكنولوجية تلعب دورا مهما في تفسير الزيادة، بينما على المدى الطويل التغيرات في حجم الامراض مرتبط بزيادة الانفاق (معزوز، 2016، صفحة 403).

4.4.4 تركيز الانفاق الحكومي على الحملات الوقائية: أوضحت معظم الدراسات ان تركيز الانفاق الحكومي على الحملات الوقائية تؤدي الى تقليل نسبة الاصابة بالأمراض والفيروسات وبالتالي خفض تكلفة العلاج الباهظة، ففي اغلب الدول النامية نجد ان مخصصات الخدمات العلاجية مرتفعة مقارنة بالوقائية.

5. الخاتمة:

القطاع الصحي من اهم القطاعات التي تستهلك مبالغ مالية معتبرة، وبالرغم من ذلك لم يتحقق الاصلاح المنشود والأهداف المرجوة، حيث لا يزال القطاع يعاني من العديد من المشاكل تسببت في عدم الاستغلال الأمثل للموارد المالية.

كما عرفت عملية اصلاح المنظومة الصحية مجموعة من البرامج والمخططات، وعلى الرغم من الامكانيات المالية المسخرة لم تساهم هذه الاصلاحات بما فيه الكفاية في ترشيد النفقات الصحية، لتحقيق متطلبات وتطلعات واحتياجات المجتمع الصحية، وهو ما أوجب على الحكومة اتخاذ إجراءات إصلاح القطاع الصحي تساهم في استخدام أمثل للنفقات الصحية وجعلها اكثر فاعلية خصوصا في ظل الازمة المالية الحالية الناجمة عن تقاطع الازمة الصحية والأزمة الاقتصادية، لذا يجب وجب الان وأكثر من أي وقت مضى انتهاج إصلاح مالي شامل يقوم على:

- إعادة النظر في سياسة الانفاق العام القائمة على إعادة التوازن فقط.
- إصلاح النظام الصحي عن طريق تفعيل نظام التعاقد في القطاع الصحي لتخفيف العبء على ميزانية القطاع، وكذا خلق شراكة مع القطاع الخاص.
- تبني نظام لقياس وتحليل تكاليف القطاع الصحي من أجل تخفيض التكاليف، وترشيد الانفاق وتشجيع انتاج الادوية محليا لتقليص من فاتورة الدواء الباهظة.
- احتواء تكاليف القطاع الصحي عن طريق تحسين الرعاية الصحية الأولية وتركيز الانفاق على الحملات الوقائيةز
- مكافحة كافة مظاهر وأشكال الفساد وسوء التسيير في مختلف المؤسسات الصحية.

الإحالات والمراجع :

المؤلفات:

- مخيمر عبد العزيز، الطعامنة محمد، 2003، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.

الأطروحات:

- دراوسي مسعود، 2004، السياسة المالية ودورها في تحقيق التوازن الاقتصادي: دراسة حالة الجزائر (1990-2004) اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، ص 171.
- عيساوي نور الدين، 2005، مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية ، تخصص اقتصاد مالي، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، ص30.

- شعباني مالك، 2006، دور الإذاعة في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي- دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

المقالات:

- بوشلاغم عميروش، شرفي منصف، ديسمبر 2017، واقع افاق المنظومة الصحية، مجلة دراسات اقتصادية، مجلد 04، العدد 03.
- تناح احمد، عبد الكريم هشام، 2019، تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني واشكالية التطبيق، مجلة الباحث للدراسات الاكاديمية، المجلد 06، العدد 01، ص392.
- معزوز نشيدة،2016، دور الرعاية الصحية في تخفيض الانفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية جامعة البليدة، المجلد 8 العدد 01، ص403، البليدة، الجزائر.
- بن زيان إيمان ، ريمة اوشن، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر-دراسة تحليلية-، مجلة العلوم الإنسانية، مجلد04، العدد01، 2016 ص09.
- عياشي نورالدين ، جوان 2017، المنظومة الصحية الجزائرية بين اشكالية عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الاستاذ، العدد 20 ، جامعة قسنطينة، ص19.

المداخلات:

- أوصيف لخضر، علماوي احمد، 2015، اصلاح المنظومة الصحية كالية لترشيد الانفاق الصحي، الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر، جامعة المسيلة، الجزائر.
- حرفوش سهام، بايزيد علي، 2015، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر (2000-2012)، الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر، جامعة المسيلة، الجزائر.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في10شعبان1418هـ،الموافق 02 ديسمبر1997م، المحدد قواعد إنشاء و تنظيم و تسيير المراكز الإستشفائية الجامعية ،الجريدة الرسمية ،العدد 81،الصادرة في 10شعبان 1418هـ،الموافق 02 ديسمبر1997م،ص30.
- المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المؤرخ في 2جمادى الاولى1428 الموافق ل19 ماي 2007، المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، الصادرة في 2جمادى الاولى1428 19 ماي 2007، ص10-11
- الديوان الوطني للإحصاء، الجزائر بالأرقام، 2018، على الموقع www.ons.dz شوهد يوم 2021/10/13
- موقع وزارة المالية الجزائرية http://www.dgpp-mf.gov.dz/index.php/rapports-de-presentation-des-lois-de-finances شوهد يوم 2021/11/1

- بيانات البنك الدولي على الموقع:
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2018&locations=DZ&start=2000 شوهد يوم 2021/11/13

- Albert MACHOZI SESETE, Estimation des dépenses de soins de santé dans les différents transferts de fonds (ville de Kinshasa), economie de sante, university de kinshsa, disponible sur le site https://www.memoireonline.com/06/09/2164/m_Estimation-des-depenses-de-soins-de-sante-dans-les-differents-transferts-de-fon0.html Consulte le 18 /04/2021

- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme Hospitalière, les prêtables et les actions urgentes, Alger, 2003, sur le site : www.sante.dz/reforme - hospitalière / rapport - liminaire . Consulte le 0311