

دراسة تحليلية لتمويل قطاع الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2017)

Health Care Financing in Algeria: An Analytical Study during the Period (2000-2015)

بومعروف الياس¹، صاوي مراد² / BOUMARAF LYES / SAOULI MOURAD

boum_lyes@yahoo.fr

¹ جامعة سطيف

mouradsaouli5@gmail.com

² جامعة قالة

تاريخ النشر: 31/12/2020

تاريخ القبول: 19/12/2020

تاريخ الاستلام: 21/09/2020

ملخص:

إن الغرض من هذه الدراسة هو تحليل أسلوب تمويل الرعاية الصحية في الجزائر باستخدام البيانات المتعلقة بتطور النفقات الصحية وآليات التمويل المتبعة من قبل السلطات العمومية خلال الفترة (2000-2017). وقد خلصت الدراسة إلى أن نظام الرعاية الصحية يشهد ضعفا في مجال تعبئة الموارد، عدم العدالة في عملية التمويل وفوارق في مجال العرض الصحي. وبالتالي، من واجب السلطات العمومية بلورة استراتيجية شاملة للتمويل الصحي تضمن المساهمة العادلة لجميع الأطراف المستفيدة وجعل التأمين الصحي حلقة اجبارية وسيطة بين الطلب والعرض الصحيين واعتماد أنظمة أكثر كفاءة لسداد الرعاية الصحية وتفعيل ميكانيزمات لرصد واحتواء التكاليف.

كلمات مفتاحية: التمويل الصحي، التأمين الصحي، النفقات الصحية، الرعاية الصحية، العرض الصحي.

تصنيف JEL: I18, I12, H51

Abstract:

The aim of this study is to analyze the financing health care in Algeria during the period (2000-2017). Data from World Bank Data was used to describe the evolution of health expenditures and financing mechanisms used by public authorities.

The study concluded that the health care system suffers from a lack of resource mobilization, inequality in financing and disparities in health supply. Consequently, it is the duty of the public authorities to develop a comprehensive health financing strategy that's guarantees the fair participation of all stockholders, to make health insurance a compulsory intermediate between health demand and supply, to adopt more efficient health payment systems and to activate mechanisms to monitor and contain costs.

Keywords: health financing, health insurance, health expenditures, health care, health supply.

Jel Classification Codes: I18, I12, H51

Résumé:

Le but de cette étude est d'analyser Le mode de financement du système de santé. Des données du World Bank Data ont été utilisées pour décrire l'évolution des dépenses de santé ainsi que les mécanismes de financement utilisés par les pouvoirs publics durant la période (2000-2017).

L'étude a conclu que le système de santé connaît des faiblesses dans la mobilisation des ressources, des inégalités de financement et des disparités de l'offre des soins. Par conséquent, il est de devoir des pouvoirs publics de développer une stratégie globale de financement garantissant la participation équitable des tiers, de faire l'assurance maladie un intermédiaire obligatoire entre l'offre et la demande de santé, d'adopter des systèmes de paiement plus efficaces et d'activer des mécanismes de suivi et de maîtrise des coûts.

Mots-clés: Financement de la santé, assurance maladie, dépenses de santé, soins de santé, offre de santé.

Codes de classification de Jel: I18, I12, H51

المؤلف المرسل: بومعروف الياس
boum_lyes@yahoo.fr

1. مقدمة:

أصبحت مسألة اصلاح نظام تمويل الرعاية الصحية محط اهتمام العديد من الأطراف ذات المصلحة بما في ذلك المرضى، الأطباء، مؤسسات التأمين الصحي، السلطات العمومية، جمعيات حماية المرضى، المنظمات الدولية. وبالتالي سعت عديد الأنظمة الصحية لاعتماد اصلاحات مست قضية تمويل قطاع العناية الصحية لغرض الحفاظ وتقديم رعاية صحية عالية الجودة وبأسعار معقولة تلي احتياجات المجتمع بطريقة فعالة واقتصادية والتي يمثل اكبر تحدي للجهات الفاعلة والمسؤولة عن قطاع الرعاية الصحية.

على الرغم من أن الأزمة الاقتصادية جلبت اهتماما غير مسبوق لقضية استدامة النظام الصحي على المستوى العالمي، اقتصر الكثير من الأبحاث والمناقشات بشكل أساسي على القضايا التقليدية المتعلقة بتحليل مبدأ الكفاءة- الفعالية، جودة الرعاية الصحية، التغطية الصحية، ولم يتم إلى حد الآن إيلاء الاهتمام الكافي لمسألة من يدفع، والأهم من ذلك إشكالية استدامة التمويل الصحي (Liaropoulos L , Goranitis I, 2015, p. 14) ، خاصة وأن معظم الدول تعتمد على مساهمة السلطات الحكومية (التمويل العمومي) في عملية تمويل العناية الصحية، مما قد يعرض قدرة النظام الصحي على الوفاء بالتزاماته المشروعة اتجاه السكان، خاصة وأن معظم الأنظمة الصحية أبانت عن عدم قدرة في تغطية تكاليف الرعاية الصحية المتزايدة خلال فترات الركود الاقتصادي (Keegan C, Thomas S, Normand C, Portela C, 2013, p. 139). كما أظهرت العديد من الدراسات أن معدل نمو النفقات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية فاق معدل نمو الثروة الوطنية (الناتج المحلي الإجمالي) (Catlin A, Cowan C, Heffler S, Washington B., 2007, p. 151)، وأن الركود الاقتصادي ساهم في تباطؤ نمو الإنفاق على التأمين الصحي والنفقات الصحية الفردية، فضلا عن انخفاض قيمة الاستثمارات الرأسمالية من قبل مقدمي الرعاية الصحية (Martin A, Lassman D, Whittle L, Catlin A, 2011, p. 20).

إن عملية ضمان ديمومة النظام الصحي في تقديم العناية الصحية تتطلب أولا الاستدامة في عملية التمويل الذي يعد في آن واحد عاملا مهما وعائقا أمام جميع الأنظمة الصحية في العالم حتى بالنسبة للدول المتقدمة، فما بالك بالدول النامية والدول المتخلفة. إن ارتفاع تأثيرات التطورات العلمية الطبية، ارتفاع-في معدل النمو السكاني وما صاحبها-من تنوع وبائي، استدعى ضرورة توسيع الإمكانيات العلاجية، مما نتج عنه ارتفاع في العبء المالي على جميع الأطراف بما في ذلك، الدولة، التأمين الصحي، الأفراد والأسر. لذا من الضروري توفير حماية مالية للمرضى من مخاطر ارتفاع تكاليف العلاج، وحتى لا ندفع بالأفراد للمفاضلة بين المرض وعدم المرض على أساس المقدرة الاقتصادية.

إن الجزائر شأنها شأن العديد من الدول النامية، لا زالت تعاني من مشكلة تمويل الصحة على الرغم من ضعف ما تخصصه السلطات العمومية لقطاع الصحة بسبب ارتباط عملية التمويل بمستوى الدخل المحلي الإجمالي. وعلى الرغم من التدفقات المالية التي تصرف سنويا على صحة الجزائريين، إلا أنها تنطوي على إمكانية الحد بشكل كبير من عدم المساواة في النتائج الصحية، حيث أن قطاع العناية الصحية الوطنية يعاني منذ فترة طويلة من انعدام قواعد علمية في مجال تغطية النفقات الصحية (Dehmene A M, 2016, p. 48) . فالعلاقة القوية الملاحظة من الناحية العملية بين النتائج الصحية والإنفاق على الرعاية الصحية يدل على وجود إمكانيات كبيرة للاستثمار في قطاع الرعاية الصحية والحد من الفوارق بين المناطق الجغرافية وبين الأفراد والجماعات.

لقد عانت الجزائر من مشكلة التمويل بسبب الأزمة الاقتصادية التي مازالت آثارها إلى حد الآن مما أثر سلبا في آن واحد على العرض والطلب الصحيين وهذا نتاجا لانخفاض اسعار البترول سنتي 2009 و2012، واستمر هذا الانخفاض الى ما بعد 2015 (BOUDIA M, FAKHARI F, ZEBIRI N., 2017, p. 889)، عجز دائم في الصندوق الوطني للتقاعد (بلغت مديونيتها في نهاية 2014 : 155.1 مليار دينار) (Saïdoun N, 2019) ومشاكل مالية بالنسبة لباقي صناديق التأمين الصحي (CNAS/CASNOS).

يعد التمويل عاملا مهما لظهور تغيرات بين النظام الاقتصادي والنظام الصحي من جهة، وبين النظام الصحي (العرض الصحي) والمرضى (الطلب الصحي) من جهة أخرى. وفي هذا السياق، ستحاول الدراسة الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي: **ما واقع تمويل الرعاية الصحية الوطنية في الجزائر؟** والتساؤلات التالية:

1. ما طبيعة أسلوب التمويل الصحي الوطني ؟
 2. ماذا كانت مستويات الأداء التمويلي لقطاع الصحة خلال الفترة (2000-2017)؟
- الفرضية الرئيسية:**

على الرغم من ارتفاع حجم تمويل الرعاية الصحية الوطنية خلال الفترة (2000-2017)، إلا أن ذلك لم يكن كافيا من ناحية الحجم وغير عادل من ناحية مصادر التمويل وغير كفاء من ناحية نوعية وجودة وتوزيع الرعاية الصحية. **أهمية الدراسة:**

إن التمويل الصحي هو مجال علمي متعدد التخصصات نظرا لعلاقته الوطيدة بين العوامل الاجتماعية، الهيكلية، الاقتصادية و السلوكيات الشخصية التي تؤثر بشكل مباشر على نوعية وتكلفة الرعاية الصحية، كما أن مجال أبحاثه يمس الأفراد، الأسر، المنظمات، المجتمعات والسكان.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- إلقاء الضوء على إشكالية التمويل الصحي التي يعاني منها قطاع الرعاية الصحية الوطنية؛
- عرض مقارنة مجهودات السلطات العمومية في مجال التمويل الصحي مع بعض الدول المتقدمة صحيا وتبيان المساهمة المالية للأطراف الأخرى ذات الصلة؛
- اقتراح مجموعة من التوصيات لغرض تحسين سياسة التمويل الصحي وجعله مستداما.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي من خلال التعرف على ظاهرة التمويل الصحي وتبيان إطارها الصحيح وأهميتها بالنسبة للجزائر وتفسير جميع الظروف المحيطة بها، والوصول إلى النتائج وبلورة مجموعة من التوصيات.

2. نظرة على أسلوب التمويل الصحي الوطني

سيتم التعرف أولا عن تطور النفقات الصحية الوطنية اعتمادا على مجموعة من المتغيرات (الناتج المحلي الإجمالي، الإنفاق الصحي الكلي والإنفاق الصحي الفردي). ثانيا سنتعرف على مفهوم التمويل الصحي بناء على آراء الباحثين والمنظمات ذات الصلة باقتصاد الصحة، بعدها سنحدد الأطراف المتدخلة في عملية التمويل الصحي في الجزائر. وفي الأخير، سنكتشف التحديات والإصلاحات التي مست التمويل الصحي الوطني.

1.2 تطور النفقات الصحية الوطنية

ليس هناك أدنى شك أن الرفع في الإنفاق الصحي يصاحبه ارتفاع في المستوى الصحي. فمعظم البلدان ذات الإنفاق الصحي المرتفع لديها مستوى صحي أعلى بكثير من البلدان ذات الإنفاق الصحي المنخفض. على سبيل المثال، البلدان الأوروبية وبلدان أمريكا الشمالية تعد البلدان الأحسن في مجال الصحي، وتعد كذلك البلدان الأكثر إنفاقا على الصحة. ولكن الإشكالية التي تطرح: ما مقدار الثروة التي سوف نخصصها للرفع من المستوى الصحي بمستوى معين ؟ الإجابة عن هذا السؤال صعبة بسبب أولا: عدم وجود علاقة تناسبية بين الإنفاق الصحي والمستوى الصحي¹، وثانيا: أن الصحة تتأثر أيضا بمتغيرات بيئية أخرى

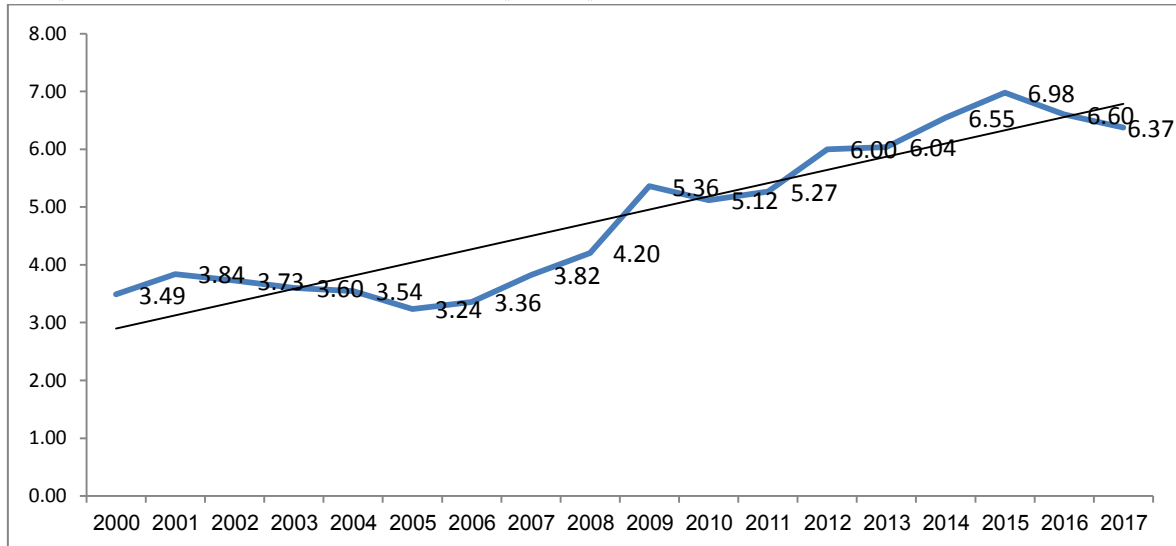
¹العديد من الدراسات أكدت على العلاقة الايجابية بين الانفاق الصحي والمستوى الصحي ولكن هذه العلاقة ليست تناسبية، بمعنى انه لا يمكن التنبؤ بمقدار

تتجاوز المتغيرات المتعلقة بالعناية بالصحة كالمغيرات الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية والتي لديها تقريبا نفس أثر العناية الصحية، وبالتالي وجب تجاوز النظرة التقليدية التي تعبر أن مسألة الصحة هي قضية قطاع الرعاية الصحية.

إن أكثر الأساليب استخداما للتعرف على مستويات ما تخصصه الدول للنفقات الرعاية الصحية هي النسبة المئوية لإجمالي الدخل المحلي (GDP) المخصص لقطاع الصحة. ويتم قياس هذا المؤشر بشكل عام من خلال قسمة النفقات الصحية الكلية على الناتج المحلي الإجمالي. حيث يعكس هذا المؤشر الأهمية التي تلها السلطات العمومية الصحية لمسألة صحة مواطنيها. يبين الشكل رقم (1) تطور هذا المؤشر في الجزائر للفترة (2017-2000). ففي عام 2000، أنفقت الجزائر من دخلها ما مقداره 3.49% على الصحة، وهي نسبة ضعيفة مقارنة ما أنفقته العديد من الدول والمناطق. ففرنسا أنفقت ما مقداره 9.58% من دخلها على الصحة، المتوسط العالمي والمتوسط العربي بلغا 8.61% و 4.19% على التوالي في تلك الفترة.

وقد عرف هذا المؤشر انخفاضا مقارنة بالاتجاه العام خلال الفترة (2005-2002)، حيث انخفض من 3.84% عام 2001 ليصل إلى 3.24% عام 2005، ثم ارتفع خلال الفترة (2017-2006) بواقع 3.13 نقطة، ولكنه يبقى أقل من المتوسط العالمي (9.88%) وأعلى من المتوسط العربي (4.45%). وهذا ناتج عن السياسة الصحية التوسعية التي اعتمدتها الجزائر بداية من سنة 2007.

شكل رقم 1. تطور نسبة النفقات الصحية الكلية الى الناتج المحلي الإجمالي للجزائر للفترة (2017-2000) بالدولار الأمريكي الجاري

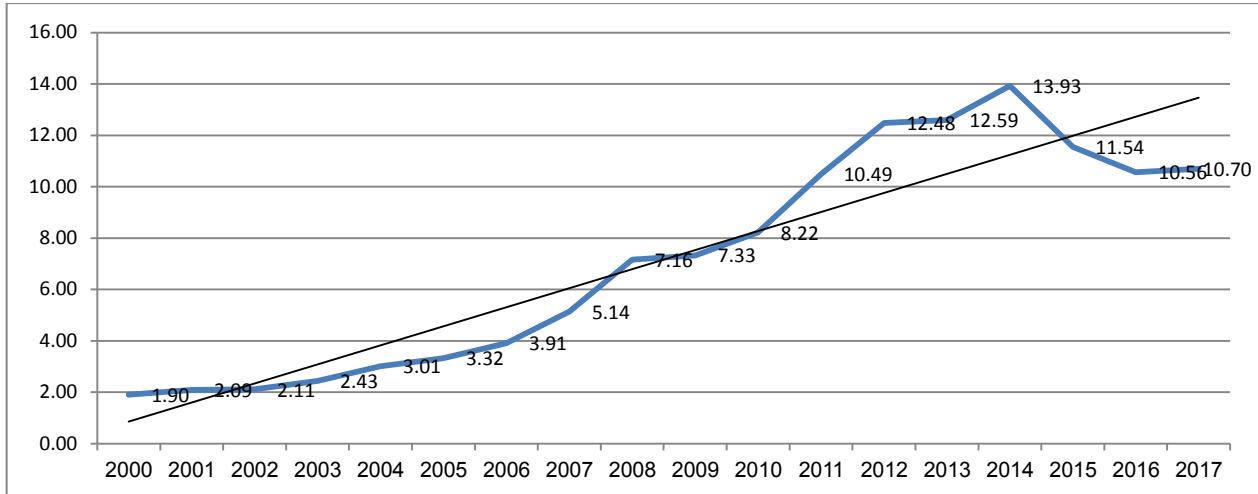


Source : World Bank Data², <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ> (consulté 02/09/2020).

تقدم هذه الإحصائيات نظرة عامة عن درجة الاهتمام التي تليها الجزائر للصحة، ولكنها لا تقدم المعلومات الكافية حول كمية الموارد المخصصة لقطاع الصحة بعد تعديل آثار التضخم والنمو السكاني. لذا وجب معرفة المبالغ الفعلية المخصصة للصحة، حيث يظهر الشكل رقم (2) تطور الإنفاق الصحي الوطني طيلة الفترة (2017-2000). فالبيانات تظهر المنحى التصاعدي للإنفاق الصحي. فمن 1.90 مليار دولار سنة 2000 إلى تقريبا 13.93 مليار دولار سنة 2014، بارتفاع يقدر تقريبا بأكثر من سبع مرات، وهذا راجع إلى التحسن في مستوى الحياة، النقلة الوبائية والديموغرافية والتحسين في التكفل ببعض الحالات الوبائية (Ziani Z, Ziani F, 2014). ولكن انخفض هذا المؤشر إلى المستوى إلى 10.60 مليار سنة 2017، بسبب الظروف الاقتصادية التي تعيشها الجزائر وما صاحبها من سياسات تقشفية مست جميع القطاعات الحيوية ذات الصلة بالمواطنين.

²اعتمدنا على إحصائيات البنك العالمي بسبب غياب الكثير من المعلومات الصحية على مستوى المواقع الحكومية الجزائرية.

شكل رقم 2. تطور النفقات الصحية الكلية للجزائر للفترة (2000-2017) بمليار (الدولار الأمريكي الجاري)



Source : World Bank Data³,

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?end=2015&locations=DZ&start=2000>

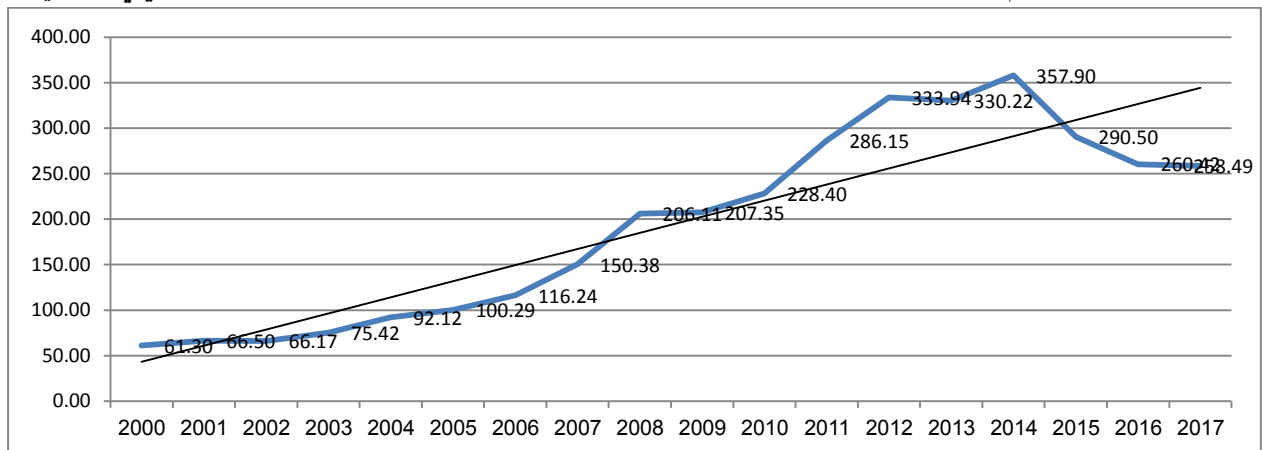
(consulté 02/09/2020).

على الرغم من أن هذه البيانات تقدم دلالات واضحة حول تطور النفقات الصحية الوطنية وعن المبالغ المخصصة للصحة، إلا أنها لا تقدم معلومات عن حجم الإنفاق الصحي المخصص لكل فرد، فقد تكون النفقات الصحية في تطور، إلا أن نصيب الفرد منها في انخفاض بسبب أن معدل نمو السكان هو أعلى من معدل نمو الإنفاق الصحي.

الشكل رقم (3) يوضح نصيب الفرد من الإنفاق الصحي للجزائر للفترة (2000-2017). من خلال البيانات، يتضح أن هناك ارتفاع في هذا المؤشر من 61.3 دولار سنة 2000 إلى 357.90 دولار سنة 2014، لكنه انخفض إلى مستوى 258.49 دولار سنة 2017.

هذه المستويات من الإنفاق الصحي الفردي هي أقل بكثير من المتوسط العالمي (1061.14 دولار سنة 2017)، المتوسط العربي (345.78 دولار سنة 2017) وبعيدة كل البعد عن أعلى مستوى إنفاق صحي في العالم (الولايات المتحدة بـ 10246.13 دولار سنة 2017).

شكل رقم 3. تطور النفقات الصحية الكلية للفرد للفترة (2000-2017) بالدولار الأمريكي الجاري



Source : World Bank Data,

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=DZ> (consulté 02/09/2020).

³تحصلنا على النفقات الصحية الكلية بضرب النفقات الصحية الفردية في عدد السكان.

إن المبالغ التي تنفقها كل دولة على صحة الأفراد والجماعات تتغير عبر الزمن، وتكون نتاج لمجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية، فضلا على الهيكلة التمويلية والتنظيمية لنظام الصحي. وهذا ما سوف نقوم بتحليله من خلال النقطة الموالية.

2-2. مفهوم التمويل الصحي

تواجه معظم دول العالم تحديات صعبة في عملية تمويل انظمتها الصحية. إن التكنولوجيات الحديثة للطب، التوقعات المتزايدة للمرضى كلها عوامل تعمل على زيادة الطلب على الصحة مما يؤدي الى ارتفاع في تكاليف الرعاية الصحية. وفي الوقت نفسه، تعمل كذلك الظروف الاقتصادية الكلية (الوضعية الاقتصادية) والديموغرافية والمالية على تضيق نطاق الحكومات في مجال تمويل الصحة العامة.

إن الجمع بين ضغوط التكاليف المتزايدة والنطاق المحدود لزيادة الانفاق يجبر الحكومات على ضرورة الاتجاه نحو التمويل المستدام المبني على البحث عن موارد مالية جديدة والاستخدام الكفاء (الكفاءة التخصيصية) والفعال لها لغرض تحقيق أكبر منفعة على الصحة العامة (1, p. 14, Paxton A, Dutta A, Kandwal A, 2014)، لذا تسعى جميع البلدان للحفاظ على نظم الرعاية الصحية من خلال تقليل الاعتماد على الموارد الخارجية التي لا يمكن التنبؤ بها والتفكير حول قضية تعزيز القدرة على تحليل مصادر التمويل الصحي وتعظيم استخدام الموارد المالية المحدودة.

لقد عرفت المنظمة العالمية للصحة من خلال تقريرها المعنون بتمويل الأنظمة الصحية: مجموعة أدوات لرصد تعزيز النظم الصحية الصادر سنة 2008، أن عامل التمويل يعد من أهم وظائف النظام الصحي، والذي يهتم «بتعبئة، تراكم وتخصيص الأموال لتغطية الاحتياجات الصحية للسكان بشكل فردي وجماعي (2, p. 2, World Health Organization, 2008)».

هذا التعريف يركز فقط على الملاءة المالية للمستفيدين والتغطية الصحية، في حين استثنى الوضعية المالية لموفري الرعاية الصحية. وقد استدركت المنظمة هذا الخطأ بإدماجها للملاءة المالية للعرض الصحي والفعالية الصحية بتعريفها للتمويل على أنه « توفير الأموال وتحفيز مقدمي الخدمات الصحية لضمان حصول جميع الأفراد على الصحة العامة، الفعالية والرعاية الصحية الشخصية». وقد تم توسيع هذا التعريف سنة 2007 على النحو التالي «إن نظام التمويل الصحي الجيد هو الذي يوفر الأموال الكافية للصحة، بحيث يمكن الناس من استخدام الخدمات اللازمة المحمية من العسر المالي أو الفقر المقترن بالاضطرار إلى دفع ثمنها، ويوفر حوافز لمقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها لكي يكونوا أكثر فعالية» (32, p. 32, World Health Organisation, 2007).

بداية من سنة 2013، فتحت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (O.C.D.E) النقاشات حول الاستدامة المالية للأنظمة الصحية للدول العضوة خاصة وأن دول المنظمة يعانون من الارتفاع المذهل للنفقات الصحية، وقد أشار اجتماع المنظمة الذي عقد بباريس ايام 24-25 افريل 2014 إلى أهمية نشر افضل الممارسات الجيدة في إدارة ميزانيات قطاعات العناية الصحية للدول الأعضاء (2, p. 2, Liaropoulos L, Goranitis I, 2015). إلى جانب ذلك، ألحت العديد من المبادرات الأخرى من قبل دول الاتحاد الأوروبي، المنظمات غير الربحية، جمعيات حماية المرضى، صناعات الأدوية على ضرورة تبني نظام للرعاية الصحية المستدامة وتمكين المريض منها.

خلاصة لذلك، يمكن تعريف تمويل الرعاية الصحية بأنه فرع من فروع التمويل الذي يساعد المرضى المستفيدين من الرعاية الصحية في سداد النفقات الطبية على المدى القصير والطويل، دون المساس سلبا بالوضعية المالية لموفري الخدمة الصحية وموردي التمويل.

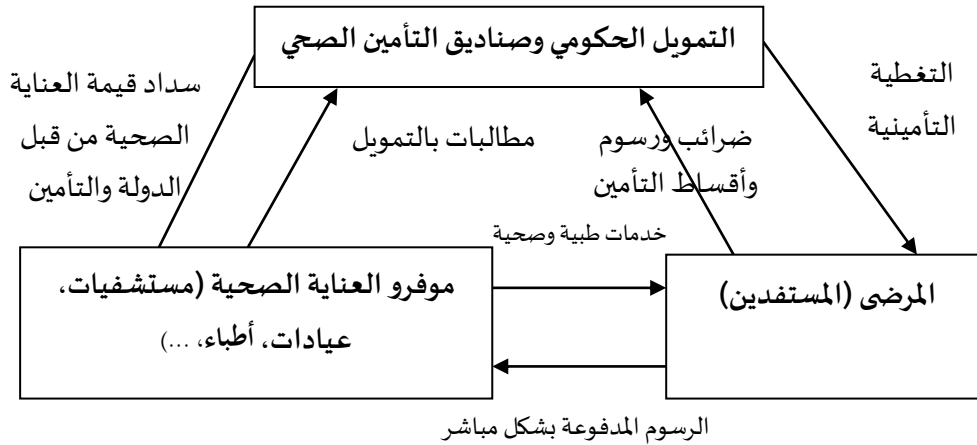
3-2. آليات التمويل الصحي

إن التمويل الصحي هو أكثر من مجرد جمع للأموال من أجل الصحة، هو أيضا قضية تهم من يطلب منهم الدفع وكيف سيتم إنفاق الأموال التي تم جمعها، لأن غاية التمويل هو تحسين الصحة والتغطية الصحية والرفع من استجابة العرض الصحي

وتوفير عدالة في المساهمة المالية كما جاء بها تقرير المنظمة العالمية للصحة الصادر سنة 2001 والمعنون بـ «من أجل أنظمة صحية أكثر أداءاً».

على مستوى العالم، هناك تشابه على نطاق واسع لأنظمة الرعاية الصحية من حيث أساليب التمويل وخطط دفع قيمة الرعاية الصحية. فنظام الرعاية الصحية هو نظام مهيكّل يتخذ من خلاله جميع القرارات المتعلقة بمقدار الرعاية الصحية المنتجة، الطريقة أو الطرق التي تنتج بها، من الذي ينبغي أن يتحمل هذه الرعاية وكيفية تمويلها. الشكل رقم (4) يعطي نموذجاً عملياً لكيفية تمويل الرعاية الصحية من خلال تحديد طبيعة العلاقات التفاعلية بين الأطراف الرئيسية وهم المرضى (المستفيدين)، مقدمي الرعاية الصحية والطبية وأخيراً صناديق التأمين الصحي والتمويل الحكومي في شكل رسوم والضرائب. المصدر الأساسي للتمويل الصحي في الجزائر هو الدولة أو ما يسمى بالتمويل الحكومي القائم على الضرائب والرسوم (Boulahrik M, 2016, p. 16)، وتتمثل هذه الضرائب والرسوم في الضرائب على الدخل، ضرائب الشركات والرسوم على القيمة المضافة ورسوم الاستيراد (Bennett S, Gilson L, 2001, p. 6). أما التأمين الصحي فيتأتى من المساهمات المقدمة من قبل الأفراد إلى صناديق رسمية، والأساس المعتمد في حساب أقساط التأمين هو الراتب، وعادة ما تكون هذه المساهمة في التأمين إلزامية بالنسبة للأجراء على الرغم من وجود مجموعات تعمل لحسابهم الخاص أين تكون المساهمة طوعية مثلما يحدث في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء. أما المصدر الأخير للتمويل هم الأفراد من خلال الرسوم المدفوعة بشكل مباشر وفقاً للتعريفات محددة لخدمات الرعاية الصحية سواء كان في القطاع العام أو القطاع الخاص. وهناك من يضيف مساهمات الجمعيات الخيرية والمجتمع المدني.

شكل رقم 4. الأطراف المتدخلة في عملية تمويل الرعاية الصحية



Source :Santerre, R.E. and Neun, S.P. (2000) *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*, 5 th edition, 2010, 2007 South-Western, Cengage Learning, IN John M. Gowdy, *ECONOMICS INTERACTIONS WITH OTHER DISCIPLINES* – Volume I , 2009 EOLOSS PUBLISHERS /UNESCO, p.45.

4-2. إصلاحات وسقطات سياسات التمويل الصحي الوطني

تعتمد عملية تمويل قطاع الرعاية الصحية الوطنية على مزيج من المصادر، حيث يساهم الممولون بحصص متزايدة في إجمالي التمويل الصحي، وتساهم الضرائب والرسوم الممثلة في الدولة في الحجم الأكبر من النفقات الصحية الكلية. كما أن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (C.N.A.S)، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (C.A.S.N.O.S)، الصندوق الوطني للتأمين العسكري (C.N.M.S.S) والصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (C.N.A.C) تقدم أدواراً غير مهمّة في تمويل الرعاية الصحية الوطنية نظراً لمستوى تدني أقساط التأمين الصحي بسبب قلة الاشتراكات الاجتماعية والضعف في المستوى العام للأجور.

الجدول رقم (1) يبين مصادر تمويل الرعاية الصحية في الجزائر للفترة (2005-2015).
جدول رقم 1. مصادر تمويل الرعاية الصحية في الجزائر للفترة (2000-2015) ب %

البيان	الدولة	C.N.A.S	مصادر اخرى
2005	61.26	34.74	04.00
2006	65.97	31.43	03.60
2007	74.10	24.31	01.59
2008	78.12	19.61	02.27
2009	81.52	17.90	00.58
2010	83.24	16.03	00.73
2011	89.10	09.30	01.60
2012	82.60	11.03	06.37
2013	82.51	13.28	04.21
2014	82.14	15.43	02.43
2015	79.73	16.46	03.81

SOURCE : BOULAHRIK Mohand, **Financement du système de santé Algérien**, Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33 – 2016, PP.17-18.

على الرغم من إظهار السلطات العمومية التزاما متزايدا نحو التغطية الصحية الشاملة من خلال بناء الهياكل الصحية ووضع أسعار رمزية للخدمات الصحية لتعزيز المساواة في قطاع الرعاية الصحية، مع ذلك، نجد أن مساهمة صناديق التأمين الصحي في عملية التمويل ضعيفة، ويبقى التمويل العمومي القائم على الضرائب والرسوم هو المسيطر على الرغم من انخفاض مستوياته في السنوات الأخيرة بفعل الأزمة الاقتصادية التي مازالت تعاني منها الجزائر إلى حد الآن (جدول رقم 01).
قبل البدء بتحليل الإصلاحات التي مست قطاع تمويل الرعاية الصحية في الجزائر وجب أولا التعرف على الاتجاهات الحديثة للإصلاحات التمويلية.

تعتبر إصلاحات التمويل الصحي جزءا أساسيا في عملية تطوير أي قطاع صحي خاصة في الدول ذات الدخل المتوسط والضعيف. وينصب التركيز المالي في النقاشات الدولية على ضرورة التحرك بعيدا عن الاعتماد المفرط على الأفراد والجماعات في عملية التمويل الصحي إلى نظام أشمل أقل مخاطر بالنسبة للأطراف المتدخلة في عملية التمويل وتوفير حماية أكبر للمرضى بالاعتماد على التأمين الصحي كوسيط بين المرضى والعرض الصحي، وهذه هي الغاية الأساسية لتقارير المنظمة العالمية للصحة في الدول النامية.

بداية من السنوات الأولى للاستقلال، اعتمدت السلطات العمومية في الجزائر آنذاك على سياسة صحية تعطي الأولوية لجانب الوقاية. أما الرعاية الصحية فكانت تحت وصاية صندوق الضمان الاجتماعي للأشخاص المؤمنين، البلديات المحرومة والمرضى (Chaouch A, 2014). في هذه المرحلة والتي امتدت حتى سنة 1973، كان التمويل الصحي موزع على أساس 60% على الدولة، 30% على صندوق الضمان الاجتماعي و10% على عائق المرضى (Ziani Z, Ziani F, 2014). أما المرحلة الثانية الممتدة من 1974 وحتى سنة 1984، عرفت بمرحلة مجانية العلاج (قرار ديسمبر 1973)، حيث أصبح جميع المواطنين يستفيدون مجانا من العلاج والرعاية الصحية بناء على الميثاق الوطني الذي أكد على مبدأ ضمان الدولة الحماية والحفاظ وتحسين الصحة لجميع السكان. في هذه الفترة كانت قضية التمويل الصحي تقع على طرفين هما: الدولة وصندوق الضمان الاجتماعي.

إن اعتماد سياسة الرعاية الصحية المجانية كان قرارا سياسيا لتسهيل وصول الرعاية الصحية والأدوية لجميع السكان عن طريق إزالة العقبات المالية مما نتج عنها غياب ميكانيزمات التسيير والرقابة والتخلي عن مبدأ المحاسبة والفوترة، المساهمة العشوائية للدولة والضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاع الصحي العمومي واستياء كبير من قبل مختلف الشركاء خاصة الفئة المهنية والمواطنين (Chaouch A, 2014).

خلال الفترة الممتدة بين (1986-2003)، شهدت الجزائر انخفاض حاد في أسعار البترول مما أثرا سلبا على الإمكانيات التمويلية للدولة خاصة في مجال الرعاية الصحية، وأصبح هذا الأخير يخضع للتغيرات التي يعرفها سعر البترول في الأسواق

العالمية. كما شهدت هذه المرحلة، بداية من سنوات التسعينيات، أعمال إرهاب وتخريب مست جميع أرجاء الوطن. وبالتالي أصبحت قضية العلاج المجاني، مصدرا للتبذير وارتفاع في النفقات الصحية الوطنية. وبدأت الدولة تفكر تدريجيا في الانسحاب من عملية التمويل الصحي وتحميل الأفراد جزءا من عملية التمويل عن طريق إدخال أولا المساهمة الرمزية للخدمة الصحية على مستوى المستشفيات والمؤسسات الصحية العمومية التي استحدثت من خلال مرسوم صدر في 1986، إضافة إلى فتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار الصحي بداية من سنة 1990.

المرحلة الرابعة الممتدة من 2004 حتى 2015، عرفت ارتفاعا في أسعار البترول، ورجعت الدولة إلى سياساتها التوسعية في مجال الصحة عن طريق ارتفاع في بناء الهياكل الصحية والاستثمارات خاصة في مجال التصوير الإشعاعي، الرفع من حجم التوظيف. ولكن عاودت أسعار البترول إلى الانخفاض سنة 2014 من 110 دولار إلى 30 دولار، وعادت الدولة إلى سياساتها التمويلية السابقة بإتباع سياسات تقشفية في الخفض في التمويل، سحب العديد من الأدوية من عملية السداد من قبل الضمان الاجتماعي، ضف إلى ذلك ارتفاعا هائلا في أسعار الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع الخاص بسبب عدم وجود الرقابة وارتفاع في أسعار صرف العملات الأجنبية.

لقد فشلت معظم الإصلاحات التي مست جانب التمويل الصحي في الجزائر، بسبب السياسات العشوائية المعتمدة على سعر البترول في تحديد ما مقدار ما تدفعه الدولة لقطاع العناية الصحية الوطنية، حيث أصبحت قضية التمويل (الإنفاق) - التي من المفروض أن تكون مرتبطة بالاحتياجات الصحية للسكان- تعتمد أساسا على الدخل المحلي الإجمالي، وعلى الرغم من المحاولات العديدة للسلطات العمومية لجعل الضمان الاجتماعي الوسيط الوحيد بين العرض الصحي والطلب الصحي أو ما يسمى بنظام التعاقد، إلا أن هذه المحاولات فشلت بسبب الاهتمام المفرط للدولة للجانب الاجتماعي على حساب الجانب الاقتصادي.

3. تقييم أداء التمويل الصحي الوطني

تعتبر قضية التمويل الصحي مسألة مثيرة للجدل تقريبا في جميع دول العالم. ويقاس التمويل الصحي بمجموع الاستهلاكات النهائية لخدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الرعاية الصحية الشخصية (الرعاية العلاجية، الرعاية التأهيلية والرعاية الطويلة الأجل والخدمات المساعدة والمواد الطبية). سوف نحاول من خلال هذه النقطة تقييم أداء تمويل القطاع الصحي اعتمادا على أربعة عوامل أساسية هي تعبئة الموارد، التأمين الصحي، العدالة في التمويل والعرض الصحي.

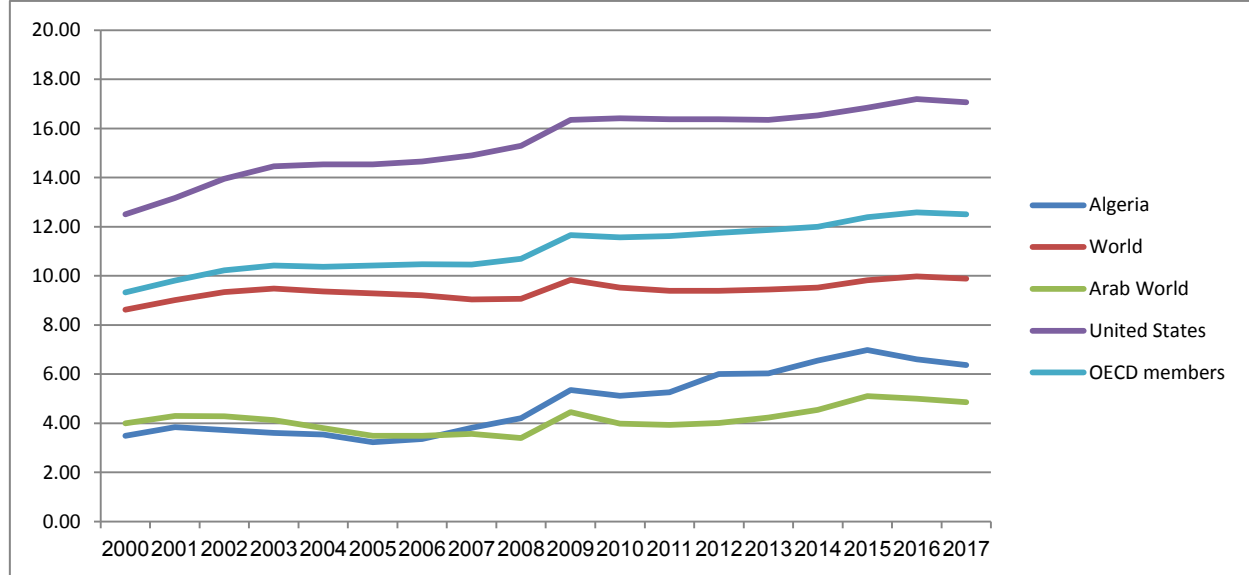
1-3. في مجال تعبئة الموارد

أكدت العديد من الدراسات على وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي (الدخل المحلي الإجمالي) سواء كان ذلك على مستوى الدول المتقدمة أو الدول النامية (Serap B, 2016, p. 83). فالجزائر أنفقت سنة 2017 ما يعادل 6.37% من ناتجها المحلي على الصحة بارتفاع يقدر بـ 1.51 نقطة مقارنة بالمتوسط العربي وبانخفاض يقدر بـ 3.51 نقطة مقارنة بالمتوسط العالمي (الشكل رقم 5). وعلى الرغم من انخفاض ما تخصصه السلطات العمومية من ثروتها على الصحة مقارنة بالمتوسط العالمي، هناك ارتفاع مذهل لهذا المعدل بمقدار تقريبا ثلاث نقاط خلال 17 سنة⁴. وهذا كان نتاجا عن اتساع الهيكلة الصحية التي عرفتها الجزائر خاصة بداية من سنة 2007 حيث فاق معدل الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي المتوسط العربي كما هو مبين في الشكل رقم 5.

⁴هناك تطور في هذا المعدل (مقارنة زمنية)، ولكنه يبقى بعيدا عن المعدلات المحققة من قبل بالدول المتقدمة (مقارنة مكانية).

إن انخفاض نسبة ما تخصصه الجزائر من ناتجها المحلي الإجمالي لقطاع الصحة مقارنة بالدول المتقدمة وحتى متوسط الدول العربية يعطي دلالة واضحة على نقص الاهتمام الذي تليه السلطات العمومية لقضية صحة المواطنين.

الشكل رقم 5. تطور النفقات الصحية الكلية إلى الناتج المحلي الإجمالي للفترة (2000-2017) – مقارنة بين الجزائر وبعض المنظمات والدول



Source : World Bank Data (2019).

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DZ-1W-1A-US-OE> (02/09/2020).

مادام أن مصدر التمويل الصحي هو الدخل المحلي الإجمالي من الأحسن مقارنة معدل نمو النفقات الصحية للفرد مع معدل نمو الدخل المحلي الإجمالي للفرد. وحسب بيانات البنك العالمي للفترة الممتدة (2000-2017) ارتفع الناتج المحلي الإجمالي بـ 202% في حين تجاوزت نسبة ارتفاع النفقات الصحية 462%، بانحراف غير ملائم يقدر بأكثر من 260%. وإذا قارنا معدلات النمو السنوية، نجد أن متوسط معدل نمو الدخل المحلي الإجمالي السنوي يقدر بـ 11.88%، في حين تجاوز معدل نمو النفقات الصحية سنويا معدل 27%.

كل هذه المعطيات الإحصائية تعطي دلالات قوية أنه مع استمرار نمو النفقات الصحية بهذه الوتيرة، سوف يتعرض نظامنا الصحي إلى مخاطر كبيرة وسيصبح غير قادر على تلبية الاحتياجات الصحية، وهذا ما لاحظناه من القرارات⁵ التي اتخذتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مؤخرا خاصة ما يتعلق بتخفيض المخصصات المالية للمؤسسات الصحية العمومية، توقيف الكثير من الدعم اتجاه الأدوية والمواد الصيدلانية⁶، ندرة كبيرة للأجهزة الطبية والأدوية سواء كان ذلك على مستوى المستشفيات أو الصيداللة الخواص.

2-3. في مجال التأمين الصحي

يعد التأمين الصحي⁷ شكلا من أشكال تمويل وإدارة الرعاية الصحية الذي يسمح للمرضى بتخفيض المخاطر. فهو يساهم في الحد من المخاطر الصحية التي يمكن ان يتعرض لها الأفراد ويوفر العدالة في التمويل للعديد من الأطراف (World Health Organization, 2003, p. 1).

⁵قانون الصحة الجديد الذي دخل حيز التنفيذ في 14 أوت 2018، والذي أكد من خلاله العديد من الخبراء والأطراف الفاعلة في القطاع الصحي انه بداية للتخلي على مجانية العلاج والذي سوف يصاحبه حتما خفض في المخصصات المالية للمؤسسات الصحية العمومية.

⁶قرارات وزارة التجارة بتعليق تراخيص استيراد الأدوية (-a-suspension-2018/02/04/www.algeriepatriotique.com)

(2019/05/25 [limportation-de-851-produits-economie-annuelle-de-15-milliard-de-dollars/](https://www.algeriepatriotique.com/2018/02/04/suspension-a-))

⁷سوف نركز في التعريف على التأمين الصحي على التأمين الإجباري أو ما يسمى لدينا بالضمان الاجتماعي، ويعرف لدى العالم الانجوساكسوني بـ التأمين الصحي الاجتماعي (الإجباري) لانه يمثل أكبر نسبة في المساهمة المالية التأمينية لقطاع الصحة في الجزائر.

يعرف التأمين الصحي على أنه «طريقة لتجميع الأموال للاستفادة منها في تغطية نفقات الرعاية الصحية لأفراد المجتمع، ويمكن تعريفه أيضا بأنه «آلية لإدارة الجوانب المالية للأخطار المحتملة، مثل الرعاية في المستشفيات، الأمراض أو التعرض الجسدي من خلال مبدئين أساسيين:

- نقل الخطر أو المخاطرة من الفرد إلى المجموعة؛
- توزيع حصص الخسائر على أساس عادل على جميع أعضاء مجموعة من المشتركين في التأمين» (بن عايد الأحمد ط، 2004، صفحة 649).

حسب التعاريف السابقة، يقي التأمين الصحي الأفراد من المخاطر المالية والصحية في آن واحد، وهو وسيلة عادلة نسبيا لتمويل الرعاية الصحية. فالعديد من البلدان الأقل نموا ودخلا نجحت في توسيع نطاق التغطية التأمينية بشكل كاف. أما البلدان ذات الوضع الاقتصادي والاجتماعي العالي ونسبة تشغيل مرتفعة تميل للحصول على تأمين صحي شامل. ولكن البلدان التي وصلت تقريبا إلى تغطية تأمينية شاملة، نجدها تتصارع مع احتواء التكاليف نوعية الرعاية الصحية، التنظيم وإعادة التعريف بالسياسات الصحة وعدم الكفاءة في القدرة الإدارية (1). (World Health Organization , 2003, p. 1).

تعد الجزائر من بين هذه الدول، فعلى الرغم من أن 90% من الجزائريين مؤمنين صحيا إلا أن ذلك لم يحسن من نسبة تمويل التأمين الصحي لقطاع الرعاية الصحية الوطنية (جدول رقم 02). فالعديد من صناديق التأمين الصحي تعاني من مشاكل مالية بسبب الضعف في اشتراكات الضمان الاجتماعي لأن هذه الأخيرة محسوبة على أساس الأجور والتي غالبا ما يشوبها الكثير من اللبس بسبب الاختلافات الكبيرة بين الأجور المصرح بها والأجور الحقيقية في القطاع الخاص. ضف إلى ذلك أن المؤمنون صحيا متساوون في مجال الحصول على الرعاية الصحية مهما كانت اشتراكاتهم الصحية وهذا يعطينا دلالة واضحة على عدم العدالة في التمويل الصحي. كما أن هناك إشكالية أخرى تتمثل في الفوارق الكبيرة بين أسعار الرعاية الصحية لدى القطاع العام والقطاع الخاص، وكذا المبالغ المعوضة من قبل صناديق التأمين مما جعل المرضى يتحملون جزءا كبيرا من المصاريف الصحية وهذا ما يتنافى مع مبدأ مجانية العلاج التي تنادي به دائما السلطات العمومية. كما لاحظنا في الآونة الأخيرة، لجوء وزارة الصحة والسكان لتقليص فاتورة الواردات من الأدوية وسحب العديد من الأدوية من قائمة الأدوية التي يتم تعويضها من قبل صندوق الضمان الاجتماعي.

3-3. في مجال العدالة في التمويل

تظل العدالة في التمويل الصحي هدفا رئيسيا للسياسات الصحية على مستوى العالم. وتشير الإحصائيات في البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل أن العديد من الأفراد والجماعات غير قادرين للحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجونها بسبب خلفياتهم الاقتصادية. وأكد تقرير المنظمة العالمية للصحة الصادر عام 2000 والمعنون بـ «من أجل أنظمة صحية أكثر أداء»، أن أحد الأبعاد الأساسية للأداء الجيد للنظام الصحي هو العدالة في التمويل (World Health Organisation, 2000, p. 38)، وعزز ذلك التقرير الصحي العالمي لعام 2010، من خلال تأكيده أن أحد ركائز التغطية الصحية الشاملة هو التمويل الأكثر عدلا في مجال الرعاية الصحية (World Health Organisation, 2010, p. xiv).

يتأتى التمويل الصحي الوطني من مصدرين أساسيين: المصدر العمومي والذي يشير إلى مجموع النفقات الرعاية الصحية التي تتحملها المصادر العمومية بالإضافة إلى مصادر التأمين الصحي، والمصدر الثاني يتأتى من الجمعيات والمساعدات الخارجية والنفقات الصحية التي يتحملها الأفراد. ومن خلال بيانات الجدول رقم 2، يتضح أنه طيلة الفترة (2000-2017) استحوذت السلطات العمومية على تمويل قطاع الرعاية الصحية الوطني بما يقدر بالمتوسط 71.82% (جدول رقم 2). وهذا شيء غير

مفاجئ باعتبار ان معظم الدول يحتل فيها التمويل الصحي العمومي المركز الأول. ولكن على الرغم من ذلك هناك انخفاضاً في التمويل العمومي للصحة⁸ في الجزائر مقارنة بالدول المتقدمة. من بين الأمثلة على ذلك، نجد ان فرنسا أنفقت ما مقداره 77.09% على الصحة من مصادر عمومية سنة 2017، 77.29% في بلجيكا، 83.69% في السويد، 77.66% في ألمانيا. وهذا طبيعي باعتبار ان مصادر النفقات الصحية العمومية هي الضرائب والرسوم والتأمينات الإجبارية التي يدفعها المواطنون لصالح الدولة. بالنسبة للنفقات الخاصة تشمل مجموع النفقات الفردية (النفقات الصحية المدفوعة بشكل مباشر من قبل الأسر والأفراد)، التأمين الصحي الخاص والمدفوعات المباشرة من قبل المنظمات الخاصة والخيرية.

جدول رقم 2. نسبة النفقات الصحية العمومية والخاصة إلى مجموع النفقات الصحية الوطنية⁹ خلال الفترة (2000-2017)

السنوات	النفقات العمومية	النفقات الخاصة	السنوات	النفقات العمومية	النفقات الخاصة
2000	72,01	27,98	2009	70,93	29,06
2001	76,27	23,72	2010	69,51	30,48
2002	75,32	24,67	2011	70,63	29,36
2003	76,74	23,25	2012	72,96	27,03
2004	71,40	28,59	2013	71,06	28,93
2005	69,37	30,62	2014	72,04	27,95
2006	68,51	31,48	2015	70,49	29,51
2007	69,85	30,14	2016	67,70	32,29
2008	72,03	27,96	2017	65,98	34,02
			المتوسط	71.82	28.16

Source : World Bank Data.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?locations=DZ> (04/09/2020).

يظهر الجدول رقم (3) نسبة النفقات الصحية التي يتحملها الفرد في كل من الجزائر، فرنسا والمملكة المتحدة، ومن خلال المعطيات يتبين أن هناك تفاوت كبير بين الدول محل المقارنة، فالمواطن الجزائري يتحمل بالمتوسط ثلاثة مرات ما يتحمله المواطن الفرنسي و 2.29 مرة ما يتحمله المواطن البريطاني خلال الفترة (2000-2017). وهذا يعطينا دلالات واضحة أن السلطات الصحية الوطنية تحمل المواطن الجزائري في مجال الإنفاق الصحي أكثر بكثير مما يتحمله المواطن في الدول الأكثر تقدماً في مجال الصحة، مما أثر سلباً على قدرته الاقتصادية وبالتالي حالته الصحية.

جدول رقم 3. نسبة النفقات الصحية الفردية إلى مجموع النفقات الصحية الوطنية مقارنة بين الجزائر، فرنسا والمملكة المتحدة للفترة بين (2000-2017)

السنوات	الجزائر	فرنسا	المملكة المتحدة	السنوات	الجزائر	فرنسا	المملكة المتحدة
2000	25,79	7,27	11,60	2009	27,45	10,15	9,37
2001	21,67	7,34	11,44	2010	28,88	10,22	9,79
2002	22,52	7,14	11,35	2011	27,87	10,22	9,88
2003	21,15	7,38	11,53	2012	25,72	10,10	9,72
2004	26,09	7,25	10,35	2013	27,56	9,93	15,04

⁸ يقصد بالتمويل العمومي المصادر المتأتية من الهيئات الحكومية، الهيئات الإقليمية والهيئات المحلية إضافة إلى المساهمات الإلزامية المقدمة من قبل التأمين الصحي والاجتماعي والممثل في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (C.A.S.N.O.S)، الصندوق الوطني للتأمين العسكري (C.N.M.S.S).

⁹ الموقع يحدد نسبة النفقات الصحية الخاصة، لذا تم الحصول على نسبة النفقات الصحية العمومية بطرح نسبة النفقات الصحية الخاصة من 1.

14,97	9,85	26,66	2014	9,90	7,37	28,09	2005
15,12	9,71	28,21	2015	10,18	9,34	29,12	2006
15,49	9,55	30,88	2016	10,41	9,51	28,09	2007
15,96	9,38	32,55	2017	9,44	9,99	26,15	2008
11,75	8,98	26,91	المتوسط				

Source : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=DZ-FR-GB> (04/09/2020).

4-3. في مجال العرض الصحي

حسب السلطات العمومية الوطنية العرض الصحي هو «مجموعة من الأنشطة والوسائل التي تهدف إلى ضمان وتعزيز صحة السكان، وهو منظم بطريقة شاملة ومتناسكة وموحدة في إطار الخريطة الصحية، وهو من حيث المبدأ مصمم لأهداف تحسين الصحة والعدالة والقدرة على الاستجابة للاحتياجات المشروعة للسكان (Brahmia B, 2010, p. 401). لكن، في الواقع هناك فوارق كبيرة على الرغم من المساواة في مجال التمويل الصحي العمومي خاصة بين سكان الشمال وسكان الجنوب، بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، إضافة، إلى عدم رضا المهنيين، المرضى ومدراء الصحة على أداء نظامنا الصحي (Chaouch A, 2014).

هذه الفوارق يمكن تصنيفها إلى فوارق كمية خاصة فيما يتعلق بالهياكل الصحي، عدد الأطباء، عدد الأسرة، توفر الأدوية والأجهزة الطبية وفوارق نوعية تتمثل في كفاءة الفئة الطبية والتمريضية. كما أن اللامعالية في توزيع الرعاية الصحية على المواطنين أفقد قطاع العناية الصحية الكثير من الشرعية بسبب عدم قدرته على الاستجابة للاحتياجات الصحية المشروعة للسكان.

4. تحليل النتائج:

1-4. عرض نتائج الدراسة

إن تطوير نظام سليم لتمويل الرعاية الصحية هو أحد الآليات الرئيسية لإظهار الالتزامات والإرادة السياسية للسلطات العمومية وقدرتهم على ترجمة هذه الالتزامات إلى نتائج ملموسة. إن رغبة الجزائر في تطوير تمويل صحي قوي اصطدمت بمجموعة من العوائق والقيود التي أثرت سلبا على قطاع العناية الصحية في الوفاء بالتزاماته. فالنظام التمويلي الصحي الحالي يعد سببا مؤثرا في حدوث التفاوت في مجال الحصول على الرعاية الصحية وعدم كفاءتها، والرداءة في تقديم الخدمات الطبية والصحية في مجال النوعية والتكلفة.

إن انخفاض الالتزام الشرعي للسلطات العمومية في عملية تمويل قطاع الرعاية الصحية، عدم قدرة صناديق التأمين الصحي للوفاء بالتزاماتهم حفاظا على الصحة المالية لهذه الصناديق، ضف إلى ذلك، قدرة شرائية مزرية للمرضى، كلها تمثل عوائق أمام استدامة التمويل الصحي، مما نتج عنه عدم كفاءة العرض الصحي، التفاوت الكبير في تخصيص الخدمات الصحية بين المناطق الجغرافية (بين سكان الشمال وسكان الجنوب، بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية)، وارتفاع نسب النفقات الصحية الشخصية، حيث يحصل الأفراد عن قيمة صحية أقل مقابل المال الذي يدفعونه.

إن لجوء معظم المسؤولين الجزائريين والأفراد ميسوري الحال للعلاج في الخارج يعطي دلالات واضحة على أن قطاع الرعاية الصحية الوطنية يعيش أزمة شرعية. فالعديد من المواطنين يلجئون إلى طب التقليدي بدلا من الطب الحديث بسبب عدم قدرة العرض الصحي في معالجة الأمراض خاصة المستعصية منها وعدم القدرة الاقتصادية للمرضى.

2-4. توصيات الدراسة

وجب أولا تحديد أهداف استراتيجية التمويل الصحي عن طريق التعمق في فهم وظائف وأدوات نظام العناية الصحية واعتماد منهجا يضمن ان كل ما تم انفاقه يحقق قدرا كبيرا في مجال تحسين المستوى الصحي للسكان ويساعد في التحقق من عملية إنجاز أهداف وغايات التمويل الصحي ويوفر دليلا لمتخذي القرار حول كيفية التعامل مع المتغيرات البيئية التي يمكن أن تؤثر على الاستراتيجية.

إن عملية الإصلاحات التي تمس الجانب التمويلي لقطاع الرعاية الصحية الوطنية تتطلب أولا إصلاحات اقتصادية باعتبار أن الاقتصاد هو مصدر للثروة (الدخل)، وبالتالي وجب تحسين المستوى الاقتصادي للبلد حيث تكون جميع الأطراف المتدخلة في عملية التمويل قادرة على دفع ما تراه مستحقا لقطاع الرعاية الصحية. لذا من الضروري التمييز بين أهداف استراتيجية التمويل الصحي المتبعة من قبل الوصاية الممثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمتمثلة في تحسين الحماية المالية للأفراد والرفع من قدرة المنظومة الصحية في الاستجابة للرعاية الصحية وعملية انشاء أدوات لسياسة التمويل الصحي عن طريق انشاء نظام للتأمين الصحي يكون حلقة وصل بين الطلب والعرض الصحيين، اصلاح نظم سداد الخدمة الصحية والتنسيق مع وزارة المالية باعتبار ان الدولة هي الممول الأول لنظام الرعاية الصحية لتفادي العوامل التي لها آثار على تنفيذ خيارات وإصلاحات تمويلية معينة.

الإصلاحات الثالثة التي نراها ضرورية هو توحيد ووضع أسعار معقولة لخدمات الرعاية الصحية بين القطاع الخاص والقطاع العام والتخلي عن مبدأ مجانية العلاج الذي أنهك واستنزف موارد القطاع الصحي العمومي. إن التباين الكبير في أسعار العناية الصحية وتباينها بين القطاعين العام والخاص أثر سلبا على مستويات الخدمات الصحية المقدمة للمرضى مما أثر ذلك سلبا على مستواهم الصحي. وتتطلب عملية وضع انظمة تسعير الخدمات الصحية توفير قاعدة بيانات ومعلومات حول التكاليف الفعلية التي تتطلبها عملية تقديم الرعاية الصحية ومراقبة معدلات السداد ووضع ميكانيزمات تقدير الأسعار وأنظمة الدفع بحيث تكون أسعار الخدمات الصحية تقارب الطرق الأكثر فعالية وكفاءة لتقديم الرعاية الصحية وتتيح نتائج جيدة في مجال الصحة وتوقعات جد دقيقة في مجال اعداد ميزانيات الصحة.

الإصلاحات الثالثة تتركز على مسألة التأمين الصحي باعتباره مصدر مهم للموارد ومن المفروض أن يضطلع بالدور الذي على أساسه تم نشأته. حيث يمكن استخدام الإنفاق الصحي العمومي لتقديم تأمين صحي شامل يساعد في التقليل من عبئ الإنفاق الشخصي. فأسلوب التمويل الحالي المباشر لصناديق التأمين الصحي للمؤسسات الصحية العمومية نتج عنه ضعف في عمليات الرقابة، وبالتالي من المفروض أن يكون التأمين الصحي حلقة وسيطة بين العرض الصحي سواء كان عمومي و خاص والطلب الصحي.

إن التنظيم الفعال، الرقابة على احتواء التكاليف، زيادة المسائلة ورصد تأثير النفقات على الصحة تعد أهم الآليات للتوفيق بين العرض الصحي والطلب الصحي كما ونوعا وكلفة.

5. خاتمة:

تعترف جميع الأمم بأهمية الصحة كأحد الجوانب الرئيسية للتنمية والرفاهية الاقتصادية. وعلى الرغم من ذلك تعاني معظم قطاعات الرعاية الصحية من إشكالية التمويل. وتميل الدول الأكثر عدلا في التمويل إلى تخفيف العبء المالي على قطاع العائلات، في حين نجد أن معظم الدول النامية خاصة في السنوات الأخيرة بداءت شيئا فشيئا التخلي على دورها المحوري في عملية التمويل بسبب الظروف الاقتصادية التي تعيشها.

تعاني الجزائر مثلها مثل العديد من الدول النامية من إشكالية تمويل قطاع الرعاية الصحية بسبب الاعتماد المفرط على المصادر العمومية في عملية التمويل. كما أن ارتفاع عبء ما يتحمله الأفراد في عملية التمويل سواء كان بشكل غير مباشر (الضرائب والرسوم) أو في شكل مدفوعات مباشرة سوف يعرض كثيرا قطاع الرعاية الصحية لمخاطر عدم الاستمرارية (عدم

الاستدامة) للوفاء بالالتزامات المشروعة للمجتمع الصحي والذي حددها الدستور الجزائري. كما ان العديد من ملايين الجزائريين سوف يصبحون غير قادرين للوصول الى الرعاية الصحية الأساسية وسوف تتأثر حتما فعالية وجودة الخدمات الصحية. لذا من الضروري توزيع مخاطر التمويل اعتمادا على مبدأ التمويل العادل اجتماعيا وتوجيه حجم أكبر من الضرائب والرسوم نحو استخدامات عمومية أخرى.

6. قائمة المراجع:

1. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 2004.
2. Aaron Catlin, Cathy Cowan, Stephen Heffler, Benjamin Washington (2007), **National Health Spending In 2005: The Slowdown Continues**, HEALTH AFFAIRS , ~ Vo l u m e 2 6 , N u m b e r 1.
3. Alexander Paxton, Arin Dutta, Ashutosh Kandwal (2014) , EFFECTIVENESS OF FUND ALLOCATION AND SPENDING FOR THE NATIONAL RURAL HEALTH MISSION IN UTTARAKHAND, INDIA State and District Report, Health Policy Project, USA.
4. Ali CHAOUCHE , **Le financement du système de santé**, Colloque international sur les politiques de santé Hôtel Aurassi, Alger 18 & 19 janvier 2014,. http://www.sante.dz/colloque/docs/06_financement_systeme_sante_chaouche.pdf (consulté 25/05/2019).
5. Ali Dehmane. ,M (2016) ,**The financing Health system Problem in Algeria**, International research Journal of Management, IT & Social Sciences (IRJMIS), Vol 3 , Issue 7 .
6. Anne Martin, David Lassman, Lekha Whittle, Aaron Catlin (2011), **Recession Contributes To Slowest Annual Rate Of Increase In Health Spending In Five Decades**, Health Affairs , 30:1.
7. BOUDIA Mounya FAKHARI Farouk ZEBIRI Noura (2017), **La crise économique actuelle en Algérie entre les fluctuations des prix de pétrole et l'exploitation des potentialités disponibles pour la réalisation du décollage économique** – étude analytique, Journal of Economic & Financial Research, Volume 4/ Issue 2 / December.
8. BOULAHRIK Mohand (2016), **Financement du système de santé Algérien**, Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33.
9. Brahim BRAHAMIA, Brahamia B. (2010), **économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé**. : OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, Constantine, Edition Baha-eddine.
10. Chaouch Ali (2014), le **financement du système de sante, colloque international sur les pratiques de santé**, hôtel Aurassi, Alger 18-14/2014. http://www.sante.dz/colloque/docs/06_financement_systeme_sante_chaouche.pdf, 526/05/2019.
11. Conor Keegan, Steve Thomas, Charles Normand, Conceição Portela (2013), **Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure**, International Journal of Health Care Finance and Economics, Volume 13, Issue 2, June, . <https://www.springermedizin.de/measuring-recession-severity-and-its-impact-on-healthcare-expend/8893596> (consulté 25/05/2019).
12. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (consulté 25/05/2019).
13. <https://www.algerie360.com/enorme-deficit-financier-de-la-cnr-des-chiffres-inquietants/> (consulté 25/05/2019).
14. https://www.healthpolicyproject.com/pubs/272_HealthFinancingResourceGuide.pdf (2019/05/25)
15. <https://www.huffpostmaghreb.com/entry/securite-sociale-90-de-la-population-assuree-et-plus-de-3-millions-de-pensions-versees-> Sécurité sociale: 90% de la population assurée et plus de 3 millions de pensions versées mensuellement, [mensuellement_mg_5b4f19e4e4b0b15aba8a2331](https://www.huffpostmaghreb.com/entry/securite-sociale-90-de-la-population-assuree-et-plus-de-3-millions-de-pensions-versees-) (consulté 25/05/2019).

16. L. CHACHOUA(2014), *Le Système National de Sante : 1962 a nos jours*, Colloque International sur les Politiques de Santé Alger, les 18 et 19 Janvier 2014, Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, pp.15-16, http://www.sante.dz/colloque/docs/01_systeme_sante_chachoua.pdf (consulté 25/05/2019).
17. Lycourgos Liaropoulos ,Ilias Goranitis (2015), *Health care financing and the sustainability of health systems*, International Journal for Equity in Health, 14: 80, .
18. Miniar Ben Ammar Sghari Sami Hammami (2013), *Relationship between Health Expenditure and GDP in Developed Countries*, IOSR Journal Of Pharmacy, Volume 3, Issue 4, May 2013.
19. Nabila Saïdoun , *Réforme du système des retraites : L'autre dossier brûlant pour le gouvernement*, <https://www.algerie360.com/reforme-du-systeme-des-retraites-lautre-dossier-brulant-pour-le-gouvernement/>, (consulté 25/05/2019).
20. Santerre, R.E. and Neun, S.P. (2000) *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*, 5 th edition, 2010, 2007 South-Western, Cengage Learning, IN John M. Gowdy, ECONOMICS INTERACTIONS WITH OTHER DISCIPLINES – Volume I , 2009 EOLOSS PUBLISHERS /UNESCO.
21. Sara Bennett Lucy Gilson , *Health financing: designing and implementing pro-poor policies*, by HSRC, DFID Health Systems Resource Centre, London, 2001 .
22. Serap Bedir (2016), *Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries*, Advances in Economics and Business, 4(2,).
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). The World Health Report 2010— *financing for universal coverage*. Geneva Switzerland , 2010.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007), *Every Body's Business Strengthening Health Systems To Improve Health Outcomes* , Who s framework for Action, Genova Switzerland.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), *HEALTH SYSTEMS FINANCING: Toolkit on monitoring health systems strengthening*, Genova Switzerland .
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *Health Systems: Improving Performance*, The World health report 2000, , Genova Switzerland,.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003), *Social Health Insurance*, Report of a Regional Expert Group Meeting, New Delhi , INDIA, 13-15 March.
28. Ziani., Zoulikha, Ziani., Farida (2014), *le Financement de la Santé en Algérie*, FORUM DES ECONOMISTES 2014, 5-7 juin 2014, Hammamet (Tunisie).