

إشكالية الإنفاق على الصحة و رهانات مصادر تمويله في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2020

The problem of spending on health and the stakes of its funding sources in Algeria during the period 1990 to 2020

مشري محمد¹، بن عطة محمد²¹ جامعة معسكر، الجزائر، تسيير الجماعات المحلية و التنمية المحلية، mohamed.mecheri@univ-macara.dz² جامعة معسكر، الجزائر، تسيير الجماعات المحلية و التنمية المحلية، mebenata@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2023/02/15

تاريخ القبول: 2023/03/12

تاريخ النشر: 2023/03/15

ملخص :

هدف هذه الدراسة إلى تبيان جانب مهم يخص الاقتصاد الصحي في الجزائر، و هو توضيح العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها خلال الفترة 1990-2020 مع إدراج بعض الآليات التي تعمل على ترشيد النفقات المتزايدة، بحيث اعتمدت الدراسة على الأسلوب الوصفي التحليلي لمعالجة و تحليل معطيات و إحصائيات الدراسة، تتمثل هذه المتغيرات في نفقات الصحة الوطنية و مصادر تمويلها و هي نفقات الصحية المدفوعة من طرف الدولة، نفقات الصحة المعوضة من طرف صناديق الضمان الاجتماعي، نفقات الصحة الصادرة من العائلات.

كلمات مفتاحية: النفقات الصحية، التمويل الصحي، الضمان الاجتماعي .

تصنيفات JEL : H51، I10 .

Abstract:

to show an important aspect related to the health economy in Algeria, which is to clarify the relationship between health expenditures and their funding sources during the period 1990-2020 with the inclusion of some mechanisms that rationalize the increasing expenditures, so that the study relied on the analytical descriptive method for processing and analyzing data and Study statistics, these variables are represented in national health expenditures and their funding sources, which are health expenditures paid by the state, health expenditures compensated by social security funds, health expenditures issued by families.

Keywords: health expenses, health financing, Social security .

Jel Classification Codes: H51, I10 .

1. مقدمة:

تعتبر صحة الشعوب قضية جوهرية في سبيل دوام الدول و تطورها، حيث ما لم يتمتع الإنسان بالصحة الجيدة فلا يمكن الحديث عن عملية تنمية اقتصادية و لا اجتماعية، إذ يمثل الإنسان أساس هذه التنمية وجوهرها المحوري، لذا تعد الخدمات التي يقدمها النظام الصحي في كل بلد من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع الذي تتعهد جميع الحكومات شعوبها بتوفيرها، وذلك إيماناً منها بأن تحسين الخدمات الصحية ينعكس إيجاباً على جميع شرائح المجتمع اقتصادياً و اجتماعياً، لذلك و في عديد من بلاد العالم نجد أن الحكومات خصوصاً في العقدين الماضيين قامت بإدخال مجموعة من الإصلاحات كان الهدف منها تحسين المنظومة الصحية من أجل رعاية صحية تتماشى مع الأمراض المنتشرة الراهنة .

لكن التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية التي عرفتها مختلف دول العالم أدت إلى زيادة في عدد السكان و تغيرات في نمط الاستهلاك، و ظهور أمراض جديدة مستعصية، الأمر الذي أدى إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية و بالتالي تطور و تنامي الإنفاق الصحي من أجل تغطية الطلب المتزايد على هذا الأخير، حيث كشف تقرير منظمة العالمية للصحة مؤخراً أن الإنفاق على الصحة مؤخراً يشهد نمواً متسارعاً مقارنة بباقي قطاعات الاقتصاد العالمي، إذ يمثل 10% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي وهو ما يتضح بشكل خاص في الدول ذات الدخل المتوسط و المنخفض حيث يزداد الإنفاق على الصحة بمعدل 6% في المتوسط سنوياً مقارنة ب 4% في البلدان ذات الدخل المرتفع، لذا أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى الاستخدام الأمثل للموارد بطريقة ليس فيها هدر و تجاوز، و العمل أكثر من ذي قبل على إيجاد المواد المالية اللازمة و كذا الآليات التمويلية لتغطية هذا الإنفاق المتزايد على الصحة .

الجزائر بدورها شهدت نفقاتها الصحية تطورا و تنامياً واسعاً منذ الاستقلال إلى غاية يومنا هذا، حيث أن التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري طرحت مشكل نمو الحاجات الأفراد إلى الخدمات الصحية و الإنفاق عليها، فالزيادة الكبيرة في حجم النفقات الصحية على المستوى الناتج الداخلي الخام بلغت نسبة 9.12% في السنوات الأخيرة ، الأمر الذي جعل أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمة في تمويله، و أصبح تمويل نفقات الصحة يشكل رهان حقيقي لصانعي السياسات الصحية هذا ما جعل الدولة الجزائرية تواجهها مشاكل في عدم قدرتها على تمويل نفقات هذا القطاع المتزايدة، على هذا الأساس فإن النظام الصحي الجزائري يحتاج إلى آليات تمويلية تضمن تغطية نفقاته على المدى المتوسط و البعيد .

إشكالية الدراسة : على ضوء ما سبق، ونظراً لنمو المتزايد لنفقات الصحة من سنة لأخرى أصبح الاهتمام بتوفير المصادر المالية لتغطية هذه النفقات من الأولويات صانعي السياسات الصحية في الجزائر، من هذا المنطلق يمكن صياغة الإشكالية التالية: **ما طبيعة العلاقة بين الإنفاق الصحي ومصادر تمويله خلال فترة 2000 إلى غاية 2020 ؟**

من خلال الإشكالية يمكن طرح التساؤلات التالية :

- فيما تتمثل الأسباب التي أدت إلى تنامي نفقات الصحة في الجزائر وما مصادر تمويلها ؟
- كيف يمكن لكل من النظام التعاقدي و نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ترشيد النفقات الصحية ؟

فرضية الدراسة :

- وجود علاقة طردية بين نفقات الصحة و مصادر تمويلها.
- الزيادة في نفقات الصحة سببها التغير في الهرم السكاني مع ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية و المعدات الصيدلانية
- يعتبر كل من النظام التعاقدي و محاسبة التكاليف ABC آليتان أساسيان في ترشيد النفقات الصحية .

الهدف من الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى معرفة شكل العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر تمويلها في الجزائر خلال فترة الدراسة، كذلك معرفة الأسباب المؤدية إلى ارتفاع الإنفاق الصحي بشكل كبير في سنوات الأخيرة في الجزائر .

منهج الدراسة : بغرض الوصول إلى لأهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي ، أما المنهج الوصفي من خلال إبراز المقاربة النظرية لنظام الصحة الجزائري خاصة بعد تطبيق مجانية العلاج ، ثم يكون المنهج تحليليا عند الحديث على الإنفاق الصحي ومصادر تمويله من خلال تحليل معطيات إحصائية خلال فترة الدراسة .

الدراسات السابقة :

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع الصحة و الأنظمة الصحية بصفة عامة و تمويل الصحة و الأنظمة الصحية بصفة خاصة ومن بين هذه الدراسات نعرض ما يلي :

➤ **دراسة كرمين سميرة (2019) تحت عنوان : تقييم مدى فعالية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1990-2016** من خلال الدراسة تم التطرق إلى تحليل حجم الإنفاق العمومي و الهيكل العام للإنفاق العمومي لتبيان مدى كفاءتهما، وتحليل نمط توزيع الإنفاق العمومي على الصحة لمعرفة مدى عدالته، و توصلت الدراسة أيضا أن سياسة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الفعالية و الكفاءة و الكفاية و العدالة ، مما أدى إلى تدهور حالة الصحة و انحدار جودة خدماتها .

➤ **دراسة joseph.D (2019) بعنوان: تمويل الصحة العالمية في الماضي و الحاضر و المستقبل (1995-2050)** تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى كفاءة الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة (195) دولة خلال فترة 1995-2050 ، وقد توصلت الدراسة أنه من المتوقع أن يستمر نمو الإنفاق على الصحة للفرد، وعلى هذا الأساس تعد زيادة تحديد الأولويات الصحة و إجمالي الإنفاق العمومي من العوامل الرئيسية لتسهيل عملية تمويل النظم الصحية في جميع البلدان، حيث يتم تعبئة موارد محلية إضافية للصحة لتحل محل المدفوعات التي تدفع من الجيب بشكل تدريجي، كما توصلت الدراسة بأن الزيادات المستمرة في كمية التمويل الصحي ضرورة لتحقيق التغطية الصحية وتحسين النتائج الصحية على الصعيد العالمي .

➤ **دراسة (2016) Dr.BOULAHRIK Mohand تحت عنوان : Financement du système de santé Algérien** أوضحت الدراسة أن النفقات الصحية الوطنية تشمل كل من نفقات التشغيل و الاستثمار في القطاع الصحي و التي تقع على عاتق الدولة و هيئات الضمان الاجتماعي و المستخدمين و الأسر ، و قد توصلت الدراسة إلا أن حجم الإنفاق الصحي الوطني سيتزايد في السنوات الأخيرة القادمة نظرا لاحتياجات الصحة الجديدة للسكان مما يتطلب تكنولوجيا رعاية صحية تتماشى مع هذا الأخير ، و بالإضافة إلى الهيئات التمويلية سألقة الذكر من الضروري أن يساهم ممولون آخرون مثل السلطات المحلية و شركات الملوثة و التأمينات الاقتصادية.

➤ **دراسة د. سعيدة نيس (2016) الموسومة ب : تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015**

بالنسبة لتمويل نفقات الصحة الوطنية فقد بينت الدراسة أن خزانة الدولة تغطي الجزء الأكبر بنسبة 42% تليها هيئة الضمان الاجتماعي بنسبة 32% تم الأسر ب 22%. مع ذلك فإن النفقة الوطنية الصحية التي تتحملها الأسرة أكبر مما تتحمله الأسر في الدول المتقدمة ذات الدخل المرتفع رغم أنها تتميز بدخل فردي مرتفع مقارنة بالدخل الفردي في الجزائر. كما بينت الدراسة بان الناتج الداخلي الخام المخصص للصحة الوطنية لم يتجاوز في المتوسط 3.8 % سنويا، هذه النسبة تعتبر ضعيفة

مقارنة ببعض البلدان الأخرى ذات الدخل المتوسط مثل تونس ولبنان رغم أن عدد سكانها اقل من عدد سكان الجزائر، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية توصي بتخصيص حصة لا تقل عن 5% من الناتج الداخلي المحلي.

➤ دراسة عبد الله خلاصي (2017)، تحت عنوان: إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017. توصلت هذه الدراسة إلى أن حصة الدولة في تمويل نفقات القطاع الصحي تشكل نسبة كبيرة جدا تليها صناديق الضمان الاجتماعي و التي بدورها أصبحت تعاني من صعوبات مالية نتيجة التغير في الهرم السكاني و تحويلات نحو الخارج من اجل العلاج ، و أيضا ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية. كما تهدف الدراسة أيضا إلى تفعيل دور نظام التعاقد وفق إستراتيجية شراء الخدمات الصحية، و البحث عن مصادر تمويل جديدة أصبحت ضرورة حتمية.

➤ دراسة B.Brahmia end N.Mahfoud سنة 2014 بعنوان " the problem of funding

Heath system in algérien تطرقت هذه الدراسة إلى الاختلال و المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، كما بينت الدراسة أن النظام الصحي الجزائري لا يزال يعتمد على المجانية في الخدمات الصحية المقدمة من طرف المرافق الصحية، هذه الخدمات مدعومة بثلاث جهات تمويلية رئيسية متمثلة في الدولة وتعتبر مساهمتها أكبر في تمويل النفقة الصحية، الضمان الاجتماعي ويعتبر اقل مساهمة من حصة الدولة، مساهمة الأسر و التي تعتبر مساهمة ضعيفة ، كما توصلت الدراسة إلى أنه رغم كل الإجراءات الإصلاحية التي اتخذتها الدولة لا تزال النفقات الصحية في تزايد مستمر، وهذا راجع حسب الدراسة التنقل الوبائي و زيادة التطور الديموغرافي، كما أوصت الدراسة على مراجعة الإصلاحات لتلبية احتياجات الأفراد و ضرورة البحث عن مصادر تمويل جديدة للنظام الصحي.

هيكل الدراسة : لمعالجة هذا الموضوع و الإجابة عن الإشكالية المطروحة تناولنا هذا البحث من خلال المحاور التالية:

المحور الأول : لمحة تاريخية عن قطاع الصحة في الجزائر .

المحور الثاني : عرض و تحليل الإنفاق الصحي و مصادر تمويله في الجزائر .

المحور الثالث : بعض آليات حديثة لتحكم في نفقات الصحة في الجزائر .

2. العنوان الرئيسي الأول : لمحة تاريخية عن قطاع الصحة في الجزائر.

سنحاول من خلال هذا، تقديم تطور القطاع الصحي في الجزائر من خلال التطرق إلى أهم التطورات التي مر بها منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ، وعليه يمكن تقسيم هذه الفترة التي مرة النظام الصحي في الجزائر إلى عدة مراحل أساسية، حيث عملت الجزائر على تطوير نظام الصحي و جعله يتماشى مع حاجيات السكان .

1.2 مرحلة إدارة الأزمة الصحية (1962-1974) : عقب الاستقلال ورثت الجزائر وضعية صحية متدنية اتسمت بنقص كبير في

الموارد المادية و البشرية و بني تحتية مخطمة، نتيجة لعملية التخريب و الحرق الذي قادتها منظمة الجيش الفرنسي السري، كما تم تهريب الآلات و المعدات الصحية إلى فرنسا عن طريق إقامة جسر جوي في 19 مارس 1962 (Jean claude, 1985, p. 29)، كما عرفت أيضا هذه المرحلة نقضا حادا في عدد الإطارات الفنية و الإدارية لتسيير المؤسسات الصحية، حيث قدر عدد الأطباء الجزائريين ب: 342 طبيب و 70 صيدي (حروش، 2008، صفحة 132) و قدر عدد الإطارات الفنية المؤهلة ب: 1.8 % لكل 10 آلاف نسمة ، بعد مغادرة 2200 طبيب و 2700 ممرض تاركين حوالي 144 مستشفى بدون تسيير إداري و تقني (بلخير، 2018، صفحة 303)، كما كان اغلب الشعب الجزائري يعاني من ويلات الفقر و الجوع و

الجهل و مختلف الأمراض المرتبطة بنقص التغذية و غياب النظافة و الوقاية إذ لم يتجاوز مؤشر أمل في الحياة بعد الولادة 49 سنة ، و كانت الهياكل الصحية وعدد المستخدمين محدودة جدا و متركزة في المدن الشمالية الكبرى (نيس، 2016، صفحة 367)، أما المناطق الريفية ذات الأغلبية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي و الأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى مراكز الصحية (رحيمة، 2010، صفحة 133).

2.2 مرحلة تنمية وتطوير المنظومة الصحية (1974-1989) : وقد عرفت هذه المرحلة بمرحلة إصلاح القطاع الصحي، و كانت الدولة هيا الفاعل الوحيد في مجال توجيه و تحقيق و تمويل استثمارات الصحية ، وقد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية ، إذ حققت المؤسسة الصحية قدرا من التقدم في المجال الصحي. كما تميزت هذه الفترة بالتأسيس لمبدأ مجانية العلاج، ذلك من خلال الأمر رقم 73-63 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، حيث تتكفل الدولة بضمان التغطية الصحية لجميع فئات الشعب. ويكون ذلك على حساب خزينة الدولة و يكون بصفة مباشرة وهو الذي سمح بإحداث فرق كبير في استفادة مواطنين من الخدمة الصحية لتصبح متوفرة و مجانية (خلاصي، 2017، صفحة 201)، و كان هذا قرار " مجانية العلاج" كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي و توحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد . وذلك بتسخير كافة الوسائل و الإجراءات لحماية الصحة و ترقيتها في البلد (حاروش، 2008، صفحة 137). كما شهدت أيضا هذه المرحلة عدة تغيرات و تطورات نذكر منها:

- المحافظة على صحة المواطن و تعزيزها مع تقديم خدمة صحية بطريق شاملة و متكاملة للسكان و بتكلفة معقولة وميسرة (بوالشرش، 2014، صفحة 06).
- المشكلات الصحية ينظر لها على أنها مشكلات عضوية لا علاقة لها بالظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية وأن الحلول ينبغي أن تكون تقنية، ما يفسر اهتمام المخطط الرباعي الثاني (1973-1977) بالجانب المادي و التطبيقي (العلاج) وأصبح المستشفى هو المركزي في عملية التنمية الصحية (فريجة، 2015، صفحة 29).

3.2 مرحلة ركود النظام الصحي (1990-1999): عرفت هذه الفترة انهيار أسعار البترول منذ 1986 ما نجم عنه أزمة مالية مست جميع القطاعات نتيجة الاعتماد الكلي للدولة على مداخل البترول ، مما أدى إلى عدم قدرة الدولة على تمويل و تسيير قطاع الصحة حيث توقفت جميع المشاريع الخاصة بتنمية هذا القطاع بل وصل الحد إلى الاستدانة الخارجية سنة 1994 (عياش، جوان 2009، صفحة 295)، و أيضا الأزمة الأمنية الخطيرة التي عرفت البلاد خلال هذه العشرية و التي أدت إلى هجرة كفاءات عديدة في قطاع الصحة و ما صاحبه من غلق لكثير من الهياكل الصحية الجوارية في الأرياف و المناطق البعيدة التي مستها الأزمة الأمنية .

4.2 مرحلة إصلاح و إعادة التنمية للنظام الصحي (2000 - إلى يومنا هذا) : أبرز ما ميز هذه المرحلة محاولة إعطاء دفع جديد للمنظومة الصحية و تحسين من مستوى أداؤها، مع الشروع في إعادة النظر في طرق التمويل الصحي ، كما تميزت هذه المرحلة بعدة نقاط نذكر منها :

✓ تغيير اسم وزارة المسؤولة عن الخدمات الجامعية بالجزائر بداية من جوان 2002 إلى اسم " وزارة الصحة والسكان إصلاح المستشفيات " (عياد، 2015-2016، صفحة 127).

✓ ضخ أموال كبيرة في إطار برامج دعم النمو الاقتصادي كما يلي: (تقرير وزارة الصحة و السكان، ديسمبر 2015)

- برنامج دعم النمو الاقتصادي 2005-2011، إنجاز 14 مستشفى بمبلغ 12.878.462.000.00 دج.

• البرنامج التكميلي لدعم النمو 2005-2009، إنجاز 156 مستشفى و 25 هيكل صحي جوازي بمبلغ 258.666.171.000.00 دج.

• برنامج النمو الاقتصادي 2010-2014، إنجاز 120 مستشفى و 171 هيكل صحي جوازي بمبلغ 95.891.715.000.00 دج.

✓ البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات وتطبيقه بصورة نهائية خلال سنة 2009 (خروبي بزار، 2011/2010، صفحة 50).

✓ فيما يتعلق بالهيكل الصحية خلال هذه الفترة، فإنه قد ارتفع بشكل لافت للنظر في فترة 2011-2016 حيث بلغ مجموع المستشفيات المنجزة 205 مستشفى، بينما بلغ عدد العيادات متعددة الخدمات 528 عيادة بعدما كان عددها 50 عيادة خلال الفترة 1999-2004، كما تم إنجاز خلال الفترة 2001-2016، 1000 قاعة علاج بزيادة قدرها 306 قاعة مقارنة بالفترة 1999-2014 (بوعزيز، 2018، صفحة 820).

✓ وضع مخطط " المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدّر بتكلفة 2000 مليار دج و المخطط للفترة من 2009 إلى 2025 (سلطاني، 2015-2016، صفحة 142).

✓ إن المؤسسات الصحية من حيث التنظيم الإداري و بالنظر إلى قواعد إنشائها تعمل في إطار نظام قانوني عام بينما النشاط الطبي و العلاقات بين الأفراد و العاملين سواء كانوا مستخدمين أو ممولين تحكمهم قواعد النظام القانوني الخاص (قندوز، 2018، صفحة 171).

3. عرض و تحليل الإنفاق الصحي و مصادر تمويله في الجزائر .

1.3 الإنفاق الصحي في الجزائر: لازالت الدولة الجزائرية تبذل جهودا جبارة لتمكين جميع المواطنين من ضمان الحصول على العلاج الإستشفائي الطبي وإيجاد طرق و استراتيجيات لرفع كفاءة أداء المنظمات الصحية و تطوير جودة الخدمات الصحية عن طريق ضرورة تعاون و وتكامل بين القطاع العمومي الصحي والخاص للنهوض بالمنظومة الصحية وحل المشكلات التي تواجه النظام الصحي ، كذلك العمل على تحسين و تطوير نظام تحليل وحساب التكاليف الميزانية للقطاع الصحي ليتمكن من استخدام الموارد الممنوحة بصفة عقلانية (ديناوي، أكتوبر 2021، صفحة 66).

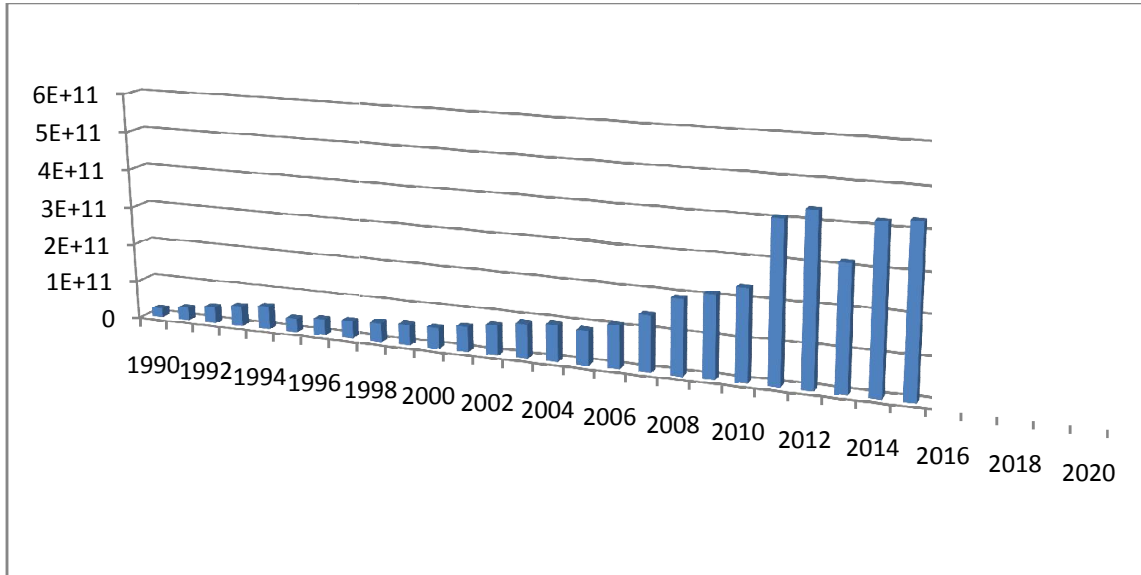
- **تعريف الإنفاق الصحي :** هو ذلك الإنفاق على الصحة من الإنفاق الجاري و الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية و المحلية)، و القروض و المنح الخارجية (بما في ذلك بالإضافة إلى التبرعات التي يتم تقديمها من طرف الوكلاء الدولية و المنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الاجتماعية و الصحية أو الإجبارية، و يقيس إجمالي الإنفاق على الصحة الاستخدام النهائي لمكونات الرعاية الصحية من السلع و الخدمات بالإضافة إلى تكوين رأس المال الإجمالي في الصناعات التي تقدم الرعاية الصحية (المؤسسات حيث الرعاية الصحية هي النشاط السائد) (مكيد، فرقاني، 2017، صفحة 07) .

- **تعريف الإنفاق الصحي :** هو ذلك الإنفاق على الصحة من الإنفاق الجاري و الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية و المحلية)، و القروض و المنح الخارجية (بما في ذلك بالإضافة إلى التبرعات التي يتم تقديمها من طرف الوكلاء الدولية و المنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الاجتماعية و الصحية أو الإجبارية، و يقيس إجمالي الإنفاق على الصحة الاستخدام النهائي لمكونات الرعاية الصحية من السلع و الخدمات بالإضافة إلى تكوين رأس المال الإجمالي في الصناعات التي تقدم الرعاية الصحية (المؤسسات حيث الرعاية الصحية هي النشاط السائد) (مكيد، فرقاني، 2017، صفحة 07) .

- **مستوى تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990 - 2020 :**

تطورت الإعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة، وأيضاً النفقات الإجمالية الحكومية من خلال الفترة الممتدة 1990-2019 المبين في الشكل التالي :

الشكل 01 : تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990-2020



المصدر: من إعداد الباحثان باعتماد على بيانات مشروع ميزانية الدولة

من خلال الشكل المبين أعلاه يتضح أن الميزانية المخصصة لقطاع الصحة في الجزائر في تزايد مستمر سنوياً خلال الفترة الممتدة بين سنة 1990 و 2020، إن هذه الزيادة المستمرة هي نتيجة للسياسة الاتفاقية الموسعة التي انتهجها الحكومة، و ارتبط هذا التوسع بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية و السياسية الناتجة عن ارتفاع الإيرادات الحكومية التي تعتمد أساساً على الجباية البترولية، بحيث تبنت الجزائر في مرحلة (1990-1995) أسلوب التخطيط و إعادة الهيكلة كأداة لإعادة توجيه التنمية و تنظيمها، أما مرحلة (1995-1999) تعبر مرحلة الإصلاحات الاقتصادية (عايب، 2010، صفحة 256). بلغت نسبة الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالإنفاق العام ما بين 0.46% و 6.04% خلال الفترة (1990-1999). إن ارتفاع الإنفاق على القطاع الصحي هو أيضاً انعكاس لأثار البرامج التنموية المطبقة ومن بينها برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) بحيث استفاد القطاع كغيره من القطاعات بحصة 14.7 مليار دج من الحصة الإجمالية المقدرة ب 90.3 مليار دج ، كما تم تعزيز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع قدرت ب 545 مشروع موزعة على أربع سنوات. وقدرت مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009) بمبلغ قدرة 85 مليار دج بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج. إن ارتفاع نفقات الصحية راجع إلى الإصلاحات التي مرت بها المنظومة الصحية (عبو، 2013، صفحة 07). تم تعزيز مسار التنمية ببرنامج التنمية الخماسي (2010-2014) حيث استفاد قطاع الصحة بمبلغ قدره 619 مليار دج، كما عرفت ميزانية القطاع بنسبة زيادة 77.72 % ومثلت 8.79% من ميزانية الدولة، وهذا بسبب ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات و المواد الطبية وكذا ارتفاع عدد السكان مما ولد زيادة في ارتفاع حاجياتهم العلاجية (على دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، 2017، صفحة 240)، ورغم استمرارية الزيادة المطلقة في نفقات القطاع الصحي خلال الفترة الممتدة ما بين 2015-2020 حيث بلغت نسبة ميزانية القطاع إلى ميزانية الدولة خلال الفترة بنسبة 8.55 % ، ترجع هذه الزيادة السنوية إلى عدة عوامل منها الزيادات الاسمية الناتجة عن ارتفاع تكاليف القطاع الصحي كارتفاع الأجور و المنشآت القاعدية. مع النمو الديموغرافي السريع و ما صاحبه من ظهور أمراض معدية و مزمنة

رغم تحسن الظروف الاجتماعية و الاقتصادية هذا ما يعكس المخصصات المالية متزايدة لهذه المرحلة . كما يمكن تفسير هذه الزيادة بتفشي وباء كوفيد 19 وما صاحبه ارتفاع من الإنفاق الحكومي على الأدوية و العتاد الصيدلاني من جهة و كذا ارتفاع في كتلة أجور العمال بعد إقرار الحكومة تحفييزات ومنح مالية للأطباء و شبه طبيين و صيادلة العاملين في المستشفيات الحكومية، مما جعل ميزانية الصحة ثالث اكبر ميزانية في الجزائر سنة 2020 بعد كل من وزارة الدفاع و الداخلية .

2.3 مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر:

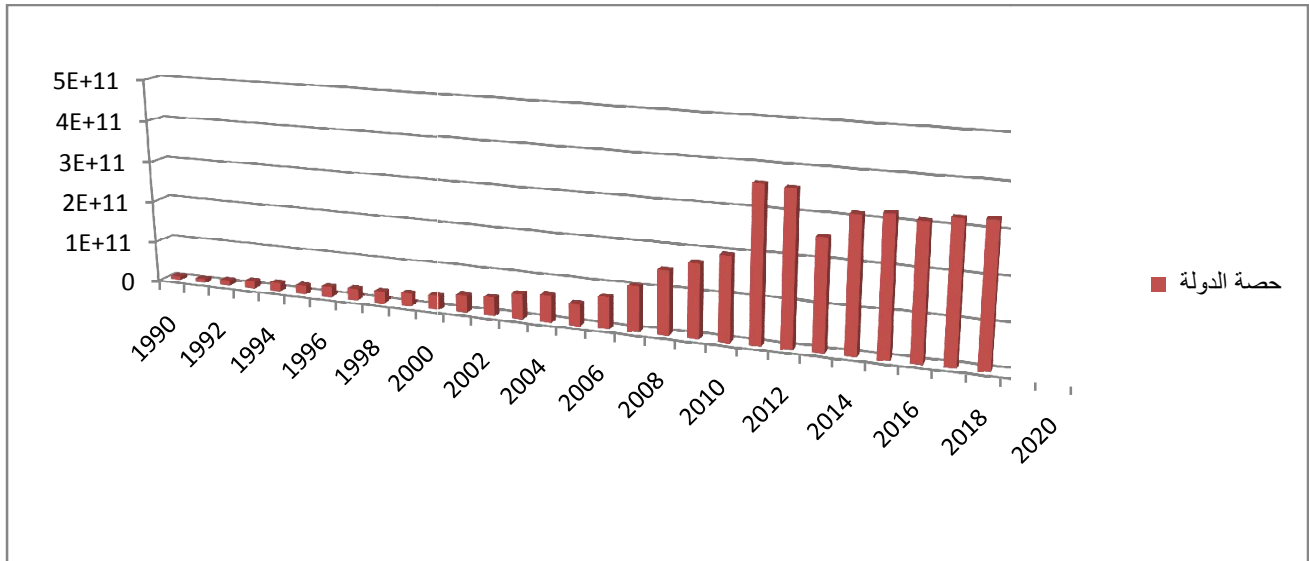
إن نظام تمويل النفقات الصحية في الجزائر لا يزال يشكل عقبة أمام إصلاح و النهوض بهذا القطاع بالنظر إلى غياب أسس علمية صحيحة و سليمة لتغطية نفقات الخدمات الصحية، و لو أنه خلال السنوات الأخيرة تم التحضير لمشروع نظام التعاقد كبديل لتمويل القطاع الصحي، إلا أن هذا البرنامج لم يرى النور بعد.

و على هذا الأساس سنحاول من خلال هذا العنصر التطرق إلى أهم المصادر الأساسية لتمويل المنظومة الصحية، تتمثل هذه المصادر في ثلاث عناصر أساسية منها التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الأسرة، بحيث تختلف مساهمة كل قطاع حسب طبيعة و خصوصية كل قطاع .

❖ حصة الدولة في تمويل نفقات الصحية :

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية المتمثلة في الدولة و الجماعات المحلية حيث كانت تقدر نسبة الإنفاق ب 60% من مجموع النفقات الصحية ثم ارتفعت إلى 81% خلال سنة 2017 ، هذه الزيادة سببها أن الدولة قامت بإحداث للطب المجاني مع إلغاء نظام التسعيرة الجزيئية أصبحت الدولة تساهم إلى جانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية، هذه الأخيرة التي تعد مسبقا في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية، وعلى هذا الأساس يمكن إبراز حجم العبء الذي تتحمله الدولة من أجل التكفل بالقطاع من خلال الشكل التالي (على دحمان، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، 2017، صفحة 180) .

الشكل (02): حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة



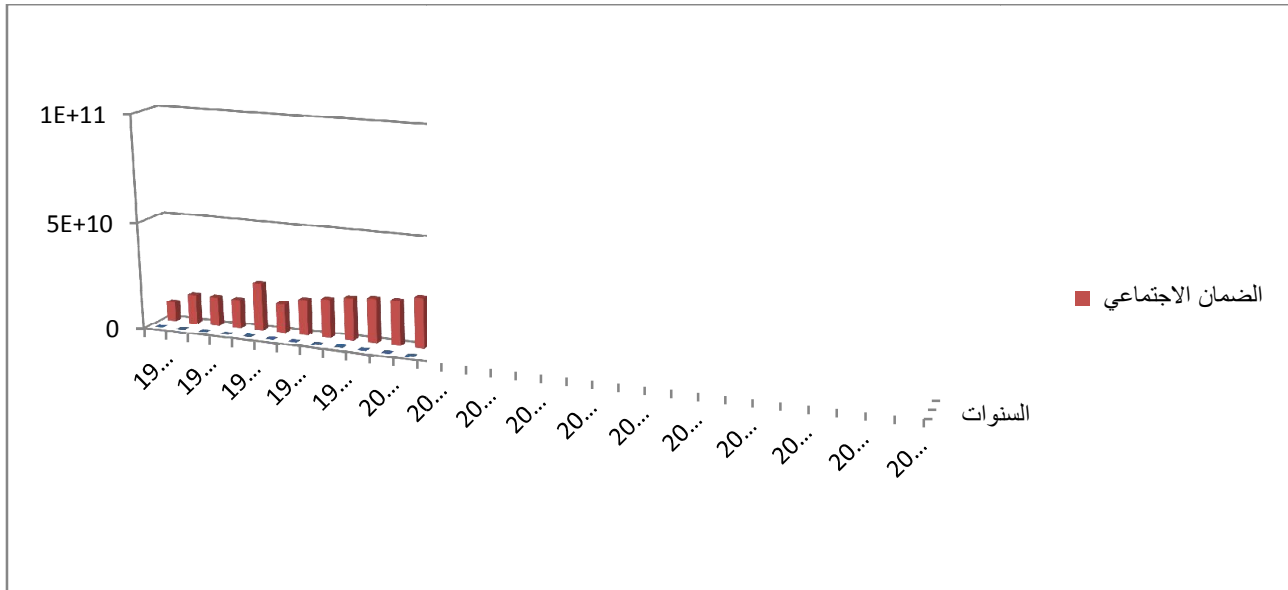
المصدر: من إعداد الباحثين باعتماد على منشورات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

تشير المعطيات الواردة في الشكل أعلاه أن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر قد عرفت تزايدا مستمرا خلال فترة الدراسة، ويمكن القول أن نسبة مساهمة الدولة خلال سنوات التسعينات كانت متواضعة و لكنها ضعيفة و غير كافية يرجع ذلك إلى شح موارد الدولة بسبب انخفاض أسعار البترول على المستوى العالمي، و يمكن تفسير الزيادة في نفقات الدولة بعد سنة 2000 أن الجزائر كانت تعيش وفرة مالية كبيرة لم يسبق لها مثيل، و قد كانت أعلى نسبة تمويل سنة 2011 حيث بلغ تمويل الدولة 363 948 093 000 دج، كما تعتبر أدنى مساهمة للدولة سنة 1991 بمبلغ قدره 9 581 000 000 دج. أن الزيادة المعتبرة في سنتين 2019 إلى غاية 2020 تعكس المجهود المبذول من طرف الدولة من أجل مكافحة وباء كوفيد 19 حيث قدرت نسبة الزيادة خلال سنتين الأخيرتين من فترة الدراسة بنسبة 20%. و هو ما يعكس التحدي لدى الحكومة من أجل مواجهة هذا الفيروس.

❖ التمويل نفقات الصحة عن طريق الضمان الاجتماعي :

يعتبر الضمان الاجتماعي المورد الثاني لتغطية النفقات الصحية في الجزائر، حيث أنه يتكفل بتمويل الخدمات الصحية في القطاعين العام و الخاص عن طريق التعويض الجزائي لنفقات الصحة العلاجية و الطبية للمؤمنين بحيث تقدر تغطية الضمان الاجتماعي لنفقات الصحة خلال سنة 2017 نسبة 16% من إجمالي النفقات الصحية، إن الأشخاص المؤمنين اجتماعيا و ذويهم (العمال، الأجراء، الموظفين وغيرهم) التأمين على أمراضهم تقدر سنويا ب 30% من النفقات الإجمالية للهيئات الصحية العمومية (كيفاني، 2006/2007)، مما سبق يمكن توضيح نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي في عملية تمويل النفقة الصحية من خلال الشكل التالي:

الشكل (03) : حصة الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات الصحة



المصدر: من إعداد الباحثين باعتماد على منشورات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

من خلال الشكل يمكن ملاحظة تطور الهائل للمبلغ الجزائري لتمويل المستشفيات خاصة بعد سنة 2011، فبعدما كان المبلغ لا يتعدى 38 300 000 000 (دج) ارتفع إلى 48 429 410 000 (دج) خلال سنة 2012 ليصل هذا الرقم 80 000 000 000 دج سنة 2019 ثم زيادة بنسبة 5.5% في سنة 2020 حيث قرد المبلغ ب 88 054 240 000 دج ، يمكن القول بان هذه المبالغ تمثل الدور الايجابي الذي تلعبه صناديق الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات القطاع الصحي، إلا أن هذه الصناديق تعرف صعوبات مالية نتيجة للنمو متزايد لنفقات الصحة نتيجة التغير في بنية الهرم السكاني، كما أن التحويلات من أجل العلاج نحو الخارج و ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية كان لها دور كبير في ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي، حيث عرفت عملية استهلاك الأدوية في

الجزائر ارتفاعا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة من العلاج و تغطية الضمان الاجتماعي للإفراد. كما لعبت صناديق دور مهم و فعال في تمويل المستشفيات بالمعدات الطبية منها قارورات الأوكسجين، و كل مستلزمات الطبية لمحاربة فيروس كوفيد 19 .

❖ تمويل نفقات الصحة عن طريق الأسر : و يمكن تقسيمها إلى مصدرين هما :

✓ التمويل الذي مصدره المؤسسات الخاصة و العامة: تسعى المراكز الصحية إلى تقرب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، ومن جهة أخرى التحكم في النفقات التي تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين) على سبيل المثال (خلاصي ع،، 2017، صفحة 165).

✓ التمويل الذي مصدره الافراد : بعد الاستقلال و أثناء مرحلة التمويل المختلط كانت هذه المساهمة من بعض فئات المجتمع و هم الاشخاص ذوي المهن الحرة، الحرفيون، المزارعون، و التجار الذين يدفعون نفقاتهم الصحية مباشرة بعد حصولهم علي الخدمة الصحية، مساهمتهم كانت تمثل 10% من إجمالي النفقات الصحية (dahmane mohamed, july 2016). بعد سنة 1984 صدرت تعليمة تفرض على المواطنين المساهمة في تكاليف الفحوصات و العلاجات الطبية إلا أنها واجهت صعوبات في التطبيق سببها العراقيل ذات الطابع الاداري (على محمد، 2016، صفحة 14)، و تمثل النفقة الصحية التي تتحملها الاسر في المتوسط 22% حيث تعبر نسبة كبيرة مقارنة ببعض الدول المتقدمة، و تفسر مساهمة الاسر في تمويل النفقات الصحة بالتجاوزات في قيمة التعريفات الطبية في القطاع الخاص و الذي لا تخضع للمراقبة من طرف اي جهاز، ضف الى ذلك بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي و كذلك ظاهرة العلاج دون اللجوء الى طبيب بحث يتجه المريض الى الصيدليات مباشرة و يقتني ما يعتقد انه بحاجة اليه دون وصفة طبية (نيس، 2016، صفحة 377).

4. آليات حديثة لتحكم في ترشيد نفقات الصحة في الجزائر

1.4 نظام التعاقد : تعرف المنظمة العالمية للصحة " عقد بين كيانهين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على الترك، أو الحيازة، أو القيام أولا ببعض الأشياء" فهو اتفاق بين شركاء مستقبليين (الصغير بعلي، 2005، صفحة 10)، إذن النمط التعاقدي هو اتفاق يربط بين كل من وزارة الصحة و الهياكل تحت الوصاية بميثاق الضمان الاجتماعي، حيث يلتزم الاول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين و يلتزم الطرف الاخر بتمويل الخدمة الصحية. و بهذا نجد النمط التعاقدي يختلف تماما عن التعاقد العادي من خلال ثلاث جوانب (على دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، 2017، صفحة 169) :

- النمط التعاقدي هو البحث عن تنمية شراكة حقيقية و دائمة بين القطاع الصحي و الضمان الاجتماعي .
- النمط التعاقدي هو لإعادة تحديد دور الدولة في القطاع الصحي من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام صحي عادل دون التدخل بطريقة مباشرة .
- النمط التعاقدي هو أداة إستراتيجية في تنمية النظام الصحي و بالتالي السياسة الصحية الوطنية لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الأطراف و الجهات الفاعلة.

أهداف نظام التعاقد : يعتبر نظام التعاقد نمط جديد في تسيير المؤسسة الاستشفائية والذي بدوره يحقق لها مجموعة من الاهداف من شأنها رفع فعالية هذا القطاع المتمثلة في :

أولا . التحكم في النفقات : إن الفعالية و النجاعة عنصران مهمان لتحكم في نفقات الصحية، أما الفعالية فيقصد

بما تحقيق كل الاهداف المسطرة، أما النجاعة تعني تحقيق الاهداف بأقل تكلفة ممكنة لذا يتعين على قطاع الصحة بلوغ الاهداف المسطرة كاملة بأقل وسائل ممكنة و تعزيز هذه الفكرة يأتي من جهة بتأسيس نمط التمويل عن طريق التعاقد، و من جهة أخرى بالتوجه نحو المبادرة الحرة و حرية المنافسة.

و على هذاالاساس، فإن النهج التعاقدي من خلاله يتحكم القطاع العمومي في نفقاته من خلال ما يلي :

تشخيص التكاليف: لا يمكن معرفة التكلفة الاجمالية بل يجب أيضا معرفة تكلفة أدنى وظيفة في المؤسسة، وهنا نتكلم عن اللامركزية داخل المؤسسة ذاتها، من خلال إعداد الميزانية لكل مركز مسؤولية داخل المؤسسة، وذلك من أجل تقديرات أدق للتوقعات.

عقلانية الانفاق: و ذلك بإستخدام الامثل للموارد، و كذا المزايا الجديدة التي يمنحها القانون كالتوجه نحو ابرام اتفاقيات مع متعاونين خارج المؤسسة الصحية قصد القيام بأعمال معينة من شأنها التخفيض من الاعباء المالية، التسييرية، البشرية، البيانات التابعة لها، عتاد العمل إلخ. (Gottzman, Aout 2001, p. 577).

ثانيا. تحسين نوعية العلاج : إن التوجه الجديد يميل نحو فتح يمسل امام فتح جميع المجالات تقريبا أمام المبادرات الخاصة، هذا الأمر من شأنه أن يخلق منافسة حادة بين القطاع العام و القطاع الخاص لا سيما في ظل نمو الوعي لدى المواطن الذي نمت فيه الرغبة في تحصيل كل حقوقه و عدم تجاوز كل العوائق التي تحول دون ذلك لا سيما إذا تعلق الامر بصحته، فالمجالات المفتوحة أمامه ن قطاع عام، قطاع خاص، وشبه عمومي تجعل منه زبونا له حق الاختيار في التوجه لمن يقدم له أحسن خدمة صحية بما في ذلك المعوز و الذي هو مكفول من طرف الدولة و الذي لا يستطيع أن يتغاضي الوضعية المتدنية للخدمة الصحية الذي تقدم له في المستشفى.

ثالثا. إحترام مبدأ التدرج في العلاج : يعاني النظام الصحي من وضعية اللاتوازن في عرض العلاج من مناطق معينة بصفة مذهلة بالوسائل و الاجهزة الطبية وكذا الهياكل الصحية و الاطباء الصحة المختصين بالمقارنة مع مناطق اخرى التي قد تقل او تنعدم فيها هذه الاشياء، إضافة الى التباين الديموغرافي، الصحي، الثقافي، الاجتماعي و الاقتصادي التي تؤثر في الطلب على العلاج و بالتالي على مبدأ تدرجه (benmansour, 2017/2018, p. 90).

2.4 نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ABC

يعد نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة (ABC) مفهوما حديثا حديثا بالنسبة للمؤسسات الصحية حيث أصبح تحديد تكلفة الخدمة الصحية بشكل أكبر دقة مسألة في غاية الاهمية.

مفهوم نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ABC : عرفت محاسبة الأنشطة أو ما يسمى بطريقة ABC إقبالا كبيرا من طرف المؤسسات الأمريكية و الأوروبية في سنوات الثمانيات خاصة بعد صدور كتاب للمؤلفين الشهيرين (R.KAPLAN et T.JOHNSON) سنة 1987 و الذي ذكر فيه حدود المحاسبة التقليدية و عرضا فيه اطار تصوري جديد هو المحاسبة على أساس الأنشطة، و يرجع أساس هذه المحاسبة الى المنظمة الدولية (C.A.M.I) حيث عرفته على أنه: الأسلوب الذي يقيس أداء و تكلفة الأنشطة المتعلقة باهداف التكلفة من منتجات أو خدمات أو زبون، فتكلفة كل نشاط تحدد على أساس مقدار استخدام الموارد و تحمل تكاليف الأنشطة على المنتجات أو الزبائن بمقدار استخدامها للأنشطة فهو اسلوب يعترف بالسببية بين مسببات التكاليف و الأنشطة (حمدية، 2010-2011، صفحة 66).

الفرق بين نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ABC و الانظمة المحاسبية التقليدية

يكمن اختلاف نظامين من حيث الفلسفة واجراءات التجميع و اعادة التجميع على مستوى كل مرحلة، بالإضافة الى اختلاف المبدأ الذي يقوم عليه كل من النظامين و يمكن ذكر أهم الفروقات بين نظام التكاليف على اساس الأنشطة و نظام التكاليف التقليدي من خلال الجدول الآتي :

الجدول رقم (01) : الفرق بين نظام محاسبة التكاليف على اساس الأنشطة ABC و الانظمة التقليدية

نظام التكاليف على اساس الأنشطة	الانظمة المحاسبية التقليدية
يقدم معلومات تفصيلية على كل نشاط من الأنشطة داخل كل قسم في المؤسسة	يقدم معلومات تكلفة كاملة عن وظيفة كاملة و تكون تجميعية لمختلف الأنشطة في مختلف الاقسام في المؤسسة
تعدد استخدام مجوعات التكاليف في القسم الواحد و بتخصص كل مجمع منها بنشاط معين لتسهيل حساب تكلفة وحدة النشاط (تكلفة وحدوية)	استخدام مجمع واحد للتكاليف الصناعية غير مباشرة في كل قسم أو عدة مجوعات في المؤسسة (تكلفة اجمالية)
في الغالب لا يستند العامل المسبب الى متغيرات المالية، بل متغيرات أخرى مثل الوقت، عدد الاجزاء، كمية الانتاج	تتضمن أسس التحميل متغيرات مالية تمثل تكلفة العمل المباشرة أو تكلفة المواد المباشرة
تحديد تكلفة المنتج بجميع تكاليف الأنشطة التي قامت بإنشائه هيكلته وصولا الي بناءه	تحديد تكلفة المنتج بقسمة مجموع التكاليف الممكنة على كمية الانتاج الاجمالية
يتم التشغيل داخل المؤسسة بالحسابات المتقدمة جدا	يتم التشغيل داخل المؤسسة يدويا أو بالحسابات القديمة

المصدر : من إعداد الباحثان بإعتماد على يحيى التكريتي، 2007، ص 99.

من خلال الجدول فإن الانظمة القديمة تركز على المنتجات و تقسيم التكاليف الغير مباشرة على أساس الوظائف، و يتم تحميل هذه التكاليف على المنتجات على أساس وحدة قياس التي تم تحديدها وفق متغيرات مالية مثل تكلفة العمل المباشر (اجور العمال ، ساعات اليد العاملة)، أما نظام التكاليف على أساس الأنشطة يركز على الأنشطة و يعطي لنا معلومات تفصيلية عن تكاليف كل نشاط داخل كل قسم، ويتم توزيع تكاليف الأنشطة على المنتجات وفق مسببات التكلفة و التي بدورها لا تستند الى متغيرات مالية (يحيى التكريتي، 2007، صفحة 101).

مزايا نظام محاسبة التكاليف على اساس الأنشطة : من بين المزايا التي تهدف اليها :

- يقدم نظام ABC امكانية جديدة لربط التكاليف بموضوع التكلفة كما يسمح بربط تكاليف الأنشطة بالفتات المختلفة للعملاء باعتبارهم هم الذين يطلبون أنشطة معينة و يتسببون في إحداث تكلفة، و هذا ما يساعد الادارة في الوصول الى فهم افضل طريقة لتوليد الارباح على مستوى المنتجات و العملاء .
- يساعد نظام محاسبة التكاليف على اساس الأنشطة ABC على ترشيد الجهود الادارة في مجال تخفيض التكاليف، من خلال تحليل الأنشطة و تسييرها و توفيره لمعلومات تفصيلية للأنشطة و التكلفة و مسبباتها و التي تكمن في الفهم الجيد للتكاليف و من ثم السيطرة عليها.
- قدرة نظام التكاليف المبني على اساس على توفير معلومات عن تكلفة الخدمات الطبية بشكل أكثر دقة و ذلك لانه يوفر رقابة فعالة على التكاليف غير مباشرة .

- رغم تداخل و تعقد الاعمال الاستشفائية إلا ان هناك إمكانية لتحديد و لو بصعوبة الأنشطة الأكثر ارتباطا بالتكاليف و الأنشطة الأقل ارتباطا و بالتالي استبعاد الأنشطة التي لا تضيف قيمة. (بوعزيز، حاجي، 2018، الصفحات 19-20).
- تعبر موجة التكلفة في هذا المستوى على مدى استهلاك المنتج المعين للموارد المستنفذة في الأنشطة، بعد تحديد التكاليف الخاصة بكل نشاط رئيسي الذي يمثل مجمع التكلفة منفردا، تأتي عملية اختيار موجهات الملائمة لربط تكاليف هذه الأنشطة بالخدمات الصحية، وهناك ثلاث طرق لمسببات التكلفة هي :
 - تخصيص تكلفة مجمع الأنشطة على أساس عدد مرات النشاط المؤداة، كعدد مرات تهئية الألات، عدد طلبات الخدمات الصحية.
 - تخصيص تكاليف الأنشطة وفق الزمن الذي تستغرقه تنفيذ النشاط (تنفيذ الخدمة الصحية).
- زيادة فعالية الدور الرقابي عند استعمال نظام التكاليف على أساس أنشطة ABC من خلال زيادة درجة التفصيل في المعلومات المقدمة الى الإدارة عن أنشطة المستشفى و ضرورة الاخذ بعين الاعتبار التوقيت المبكر في التحكم في الأنشطة من خلال زيادة الرقابة على موجهات الكلفة المختلفة للأنشطة و محاولة التخلص من الأنشطة الغير ضرورية و تخفيضها و زيادة التركيز على الأنشطة الضرورية التي تضيف قيمة للمستشفى و زيادة فعاليتها.
- نظام التكاليف على أساس التكلفة ABC قادر على توفير معلومات خاصة بتكلفة الخدمات الصحية أكثر دقة، مما يساهم بمساعدة متخذي القرار باتخاذ قراراتهم الادارية بالشكل الصحيح و في الوقت المناسب .
- إزدياد اهمية نظام التكاليف على أساس الأنشطة ABC في المؤسسات الصحية بسبب ازدياد الانفاق على القطاع الصحي و الذي يعود بشكل اساسي الى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، و هذا عكس الطرق التقليدية التي تقوم على فكرة أن المنتجات (الخدمات) هي التي تقوم باستهلاك الموارد.

5. خاتمة :

يمكن القول بأن الحكومة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي و ما يؤكد ذلك حجم الإعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي و التي هيا في تزايد مستمر من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية و الأهمية في الجزائر، و هو ما يؤكد أن المبالغ الضخمة المخصصة للقطاع الصحي تترجم مدي نية الدولة في تعزيز الصحة و تحسين نوعية الخدمة الصحية، كما يرجع أيضا هذا التزايد المطرد في المخصصات المالية إلى تغيير في خريطة المرض، النمو الديموغرافي، إضافة إلى توسع مجالات التغطية الصحية و ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، كلها عوامل أدت إلى زيادة الإنفاق الصحي و الذي أصبح الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا الشأن.

كما يعتمد تمويل النفقات الصحية في الجزائر على ثلاث مصادر رئيسية هي التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الأسر، فمن خلال فترة الدراسة تبين أن الدولة تساهم في تمويل نفقات الصحة بنسبة مهمة جدا، كما يلعب الضمان الاجتماعي دور إيجابي في تمويل نفقات الصحة بحيث يحتل المركز الثاني بعد الحكومة، وما يفسر تزايد نفقاته خلال سنوات الدراسة التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة الاستيراد، توصلنا أيضا زيادة دور العائلات في تمويل نفقات الصحية.

يعتبر آليات كل من نظام التعاقد و نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة أنماط جديد لتحكم في نفقات الصحة والذي يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها أن ترفع من فعالية النظام الصحي، فتطبيق كل من نظام التعاقد و نظام محاسبة التكاليف للأنشطة يمكن المؤسسات الصحية من تحقيق التحكم في نفقاتها من خلال الدقة في التمويل، كما يحقق عملية عقلنة الإنفاق وذلك باستغلال الأمثل للموارد. و قد توصلنا من خلال الدراسة إلى بعض النتائج نذكر منها :

- من خلال التحليل لنفقات الصحة اتضح أن الدولة الجزائرية تولي أهمية بالغة لقطاع الصحة، و ما يؤكد ذلك حجم المخصصات المالية الكبيرة المخصصة لقطاع الصحي و التي هيا في تزايد من سنة إلى أخرى، مما يعكس أن للقطاع أهمية بالغة و ذات أولوية و أهمية في الجزائر.
- يعتمد تمويل الإنفاق الصحي في الجزائر على ثلاث مصادر أساسية هي التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، أيضا التمويل عن طريق الأسر .
- إن ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي و الصعوبات المالية التي يعاني منها راجع إلى التحويلات من أجل العلاج في الخارج، التغير في الهرم السكاني ، ارتفاع الأسعار، ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية.
- إن تفعيل نظام التعاقد و نظام محاسبة التكاليف عن طريق الأنشطة و استخدامها وفق آلية إستراتيجية شراء الخدمات الصحية، هذا من شأنه زيادة فعالية هذا النظام من تحقيق أهدافه، كنتيجة لتحسين المنظومة الصحية و مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين مع ضمان في أن واحد رقابة و تحكم في النفقات الصحية و هو الهدف المنشود.

6. قائمة المراجع:

1. الصغير بعلي محمد. (2005). *العقود الإدارية*. عناية: دار العلوم للنشر و التوزيع .
2. الهيتي أحمد حسين. (2009). *العلاقة بين الانفاق على الصحة و التعليم والنمو الاقتصادي* "دراسة تحليلية في كل من الاقتصادي الاردني و السعودي للمدة 1981-2016" *مجلة العراقية للعلوم الاقتصادية* . 07 ,
3. بوشرش نور الدين ، (2014) . التحولات البنوية للمؤسسة الصحية في الجزائر و إشكالية الإداء، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة و السلوك الصحي في المجتمع الجزائري أيام 22-23 أفريل .الجزائر ،قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية :جامعة الطارف.
4. حاروش نور الدين .(2008). *إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية* . الجزائر :دار الكتامة للكتاب .
5. حمدية سمية .(2010-2011). استخدام لزام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ABC في تحديد تكلفة الخدمة الصحية .مأذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص محاسبة . الجزائر :جامعة محمد خيضر بسكرة .
6. حوالف رحيمة .(2010). تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان (أطروحة دكتوراه). تلمسان: جامعة ابوبكر بلقايد.
7. خلاصي عبد الاله، (2017). *العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)* (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد المالية العامة . كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ،الجزائر :جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان.
8. ديناوي أنفال عائشة ، زرواطي فاطمة الزهراء .(أكتوبر 2021) . أثر الانفاق الحكومي الصحي على النمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة (2000-2019) *مجلة الاقتصاد و البيئة* . 66 ,
9. سعيدة نيس .(2016). تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015. *مجلة الدراسات المالية والمحاسبية* ، 367.
10. سلطاني وفاء .(2015-2016). تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات ، جامعة باتنة .
11. سليمة بلخيري .(2018). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية . *مجلة الحقوق و العلوم الانسانية - العدد الاقتصادي 36 (01)* ، 303.
12. عايب وليد عبد الحميد .(2010). *الأثار الاقتصادية الكلية لسياسة الانفاق الحكومي :دراسة تطبيقية قياسية لنماذج التنمية الاقتصادية* . بيروت، لبنان : الطبعة الاولى، مكتبة حسن العصرية .
13. خلاصي عبد الاله .(2017). إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017. *مجلة المشكاة في الاقتصاد والتنمية و القانون* ، 201.
14. عبو عمر .(2013). جهود الجزائر في الالفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة .ورقة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول التحولات السياسية و إشكالية التنمية في الجزائر :واقع و تحديات . كلية العلوم القانونية و العلوم الادارية ،الجزائر :جامعة شلف .
15. على دحمان محمد .(2017). تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر .أطروحة الدكتوراه . كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ،الجزائر :جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان .
16. على دحمان محمد .(2017). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر .أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير المالية العامة . كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ،الجزائر :جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان.
17. على دحمان محمد .(2016). تكلفة العلاج في الجزائر . *مجلة الدراسات القانونية* . 14 ,
18. عمر بوعزيز .(جوان ، 2018). قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية و النمو الاقتصادي في الجزائر، الإنفاق الصحي نموذج خلال الفترة 1990-2016. *مجلة البحوث الاقتصادية و المالية، المجلد الخامس، العدد 01* ، 820.
19. خروبي بزارة عمر . (2010/2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف . مأذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية و لعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة . جامعة الجزائر 03.
20. كيفاني شهيدة .(2006/2007). التنمية الاقتصادية و الحماية الصحية في الجزائر .رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية . كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، الجزائر :جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان .

21. ليلي عياد. (2015-2016). اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبيريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية ادارار باستخدام نموذج المعدلات الهيكلية للفترة 2015/2016. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص تسويق . تلمسان : جامعي أبي بكر بلقايد .
22. محمد قندوز. (2018). تطور قانون الصحة في الجزائر في إطار المنظومة الصحية . المجلة الجزائرية للعلوم القانونية و السياسية ، 171.
23. محمد كريم فريجة. (2015). دور الخدمة الاجتماعية الطبية على الصحة المواطن . الجزائر : دار الجزائر .
24. مكيد علي، فرقاني سمية. (2017). العلاقة بين الانفاق الحكومي الصحي و النمو الاقتصادي في الجزائر دراسة قياسية للفترة (2000-2014) الاقتصاد و التنمية . 07 ,
25. بوعزيز ناصر ، حاجي أسماء . أبريل 10-11. (2018). ظاهرة تزايد النفقات الصحية في الجزائر و آليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني .الملتقى الوطني الاول حول :الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكالية التسيير و رهانات التمويل . كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ,الجزائر :جامعة 8ماي 1945قائمة.
26. نور الدين عياش. (جوان 2009). تطور المنظومة الصحية الجزائرية. مجلة العلوم الانسانية، العدد 31 ، 295.
27. تقرير وزارة الصحة و السكان و اصلاح مستشفيات . (ديسمبر 2015). الاصلاحات في الصحة التطور و الافاق.وزارة الصحة و السكان و اصلاح مستشفيات. الجزائر .
28. يحي التكريتي إسماعيل. (2007). محاسبة التكاليف المتقدمة قضايا معاصرة . الاردن :دار الحامد للنشر و التوزيع .

قائمة المراجع بالأجنبية :

- ammar, m. b. (2015). *ralation entre santé et economie internationale* (Vol. 05).
- benmansour, s. (2017/2018). la contractualisation dans le système de santé algerien : nouveau mode de financement des hopitaux . *thèse du doctorat en sciences economiques option monni -finnce-banque* . département des sciences economiques , algerie: université de mooloud mammeri de tizi-ouzou.
- dahmane mohamed, a. (july 2016). the financing health system problem in algeria. *inertanional reseachjournal of management* , 50.
- Gottzman, J. (Aout 2001). contrat d'objectifs et de moyens. *revue gestion hospitaliere.fédération hospitaliere de france.n 408* , 577.
- Jean claude, g. (1985). *quelle medecine pour quel santé*. alger: Entreprise National De Livre.
- Social, C. N. (2006). rapport national sur la développement humain.réalisé en coopération avec le programme (pnvd).