

1. مقدمة:

إن زيادة النفقات الصحية مقارنة بالناتج القومي الخام أصبح محط انشغال و اهتمام أغلبية الدول التي أدركت أهمية تبني مبادئ الاقتصاد من أجل التحكم في التكاليف ،إلا أن تطبيق المبادئ الاقتصادية ليس بالأمر السهل باعتبار أن الصحة لها خصائص تميزها عن غيرها من السلع، فهي حق مكفول للجميع بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، و تعاني الخدمات الصحية من ندرة الموارد المخصصة لها بينما تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن، و بسبب خصوصية هذه الخدمات تطور مؤخرًا فرعًا اقتصاديًا خاص بها سمي باقتصاد الصحة من أجل تحليل القضايا الصحية، و تقييم سياستها و تشريعاتها و أنظمتها من حيث تأثير كل منهما على عرض و طلب الخدمات الصحية، و للتخطيط المستقبلي، و لإنتاجها بكفاءة و توزيعها بعدالة و لتحديد تكاليف و منافع أي من خياراتها، و اقتصاد الصحة باعتباره كعلم منفصل من أجل ترشيد أكثر للنفقات الصحية التي شهدت نموًا بشكل متزايد و غير مراقب أدى إلى عدم القدرة على التحكم في التكاليف، و سوء تسيير الخدمات الصحية و من هنا كانت ضرورة الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة الجزائرية و الهيئات المانحة، و هذا بمنظور الفعالية و العدالة أمرا لا بد منه، و ذلك لصدة الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية التي كان لها أثر بالغ في التقليل من نشاطها و مردوديتها، و ضعف في نوعية الخدمات الصحية المقدمة .

1.1. مشكلة الدراسة : لا يمكن لأي بلد أن يرتقي إلا بنهضة صحية، و الأكيد أن من أبرز الفروقات بين البلدان المتقدمة و النامية هو النهضة الصحية و الرقي في ميدان الصحة، و لا يتحقق ذلك في الجزائر إلا بسياسة صحية ناجحة و رشيدة تجعل من الإنفاق الصحي عنوانا لها، ثم تختار آليات التحكم في الإنفاق الرشيد و العقلاني، و عليه يمكن حصر مشكلة دراستنا في السؤال الجوهرى التالي :

- ما هو واقع الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر؟ و ما هي الإختلالات التي يعاني منها نظام تمويل هذا الإنفاق؟

2.1. أهداف الدراسة: تهدف ورقتنا البحثية لتقييم و تشخيص الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر، و مدى مساهمته في الرعاية الصحية لضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين، و تحديد اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر، و كذا معرفة مدى اختلاف نمو النفقات الصحية باختلاف مستويات الناتج المحلي الإجمالي، و معرفة المشاكل و العراقيل التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر خاصة في التسيير للموارد المالية.

3.1. منهج الدراسة : قصد الإجابة على الإشكالية المطروحة و الإحاطة بمختلف جوانب الموضوع، اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي ،ذلك أن البحث يتطلب تجميع المعلومات و البيانات لتحليل و تقييم الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر، وتحديات التمويل خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017

4.1. محاور الدراسة: قسمنا ورقتنا البحثية إلى :

المحور الأول: الإطار النظري لاقتصاديات الصحة و النفقات

المحور الثاني: الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة

المحور الثالث: تقييم و تشخيص الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة 2008-2017.

2 - الصحة في الأدبيات الاقتصادية :

1.2. الإسقاطات الاقتصادية على الصحة :

لخلق انسجام بين مبادئ الاقتصاد و أهداف الصحة العمومية، ظهرت العديد من المفاهيم و المبادئ التي تهدف للوصول إلى أفضل ترشيد للخدمات الصحية.

أ- تعريف الصحة العمومية: هي مجموع الوسائل التي تهدف إلى تحسين الحالة الصحية داخل مجتمع ما، و هي العلم الذي يمنع ظهور الأمراض، و يمدد أمل الحياة، و يحسن الصحة و النشاط الذهني و الفيزيائي لأفراد المجتمع(Rachelle, 2003, P13)

ب- الوظائف الأساسية للصحة العمومية (العلواني، 2014، ص ص 14-15):

- تحري المشاكل و مكافحة الأخطار التي تهدد الصحة العمومية.

- تحليل و تقييم الحالة الصحية.

- برامج تعزيز الصحة و الوقاية.

- الحد من تأثيرات الكوارث على الصحة.

- ضمان الجودة في الخدمات الصحية للفرد و السكان.

- تقييم وتعزيز تغطية الخدمات الصحية لتسهيل عملية الوصول إليها.

ج- تعريف اقتصاد الصحة : هو العلم الذي يهتم بالحصول و استخدام الوسائل الوقائية و العلاجية،

حيث يعتبر إنتاج المنفعة المتمثل في حالة الصحة الجيدة بعد الوقاية و العلاج هم المخرجات " out

puts"، و أن الوسائل المستخدمة لذلك من تشغيل المستشفيات و إنتاج الأدوية هم عوامل الإنتاج

مدخلات "in puts" (العلواني، 2014، ص 16):

- كما يعرف اقتصاد الصحة على أنه : "العلم الذي يبحث في الحصول على أحسن حالة صحية "فردية أو جماعية"، و ذلك باستخدام وسائل مالية و تقنية و بشرية مع أقصى ترشيد للتكاليف" (فيليبس، البناء، 2012، ص ص 11-12)

- و باعتبار أن الصحة ليست سلعة كغيرها من السلع، فهذا يجعلها غير خاضعة كلياً لجميع المقاربات الاقتصادية، لهذا و من أجل تحديد المفهوم الحقيقي لاقتصاد الصحة، يجب الموازنة بين ما يندرج فعلاً ضمن اقتصاد الصحة، و بين ما ليس كذلك، و يظهر هذا في الجدول التالي (Castiel, 1999, PP 11-12):

جدول 1 : ما يندرج ولا يندرج في اقتصاد الصحة

اقتصاد الصحة ليس	اقتصاد الصحة هو
- محاسبة للتكاليف.	- تحضير معطيات ملائمة (تكلفة - ربح).
- الوسيلة التي أوجدها الضمان الاجتماعي للقيام بالاقتصاديات	- إيضاح للقرارات بشكل جماعي من أجل خفض التكاليف.
- وسيلة حصرية في خدمة الإدارة.	- نتائج مستعملة و جمع معلومات لتحسين نظام الصحة.
- ممارسات متعارضة مع أخلاق مهنة الطب.	- أخذ في الحسبان الآداب الطبية.

(Didier, 1999, P11): المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

2.2. المقاربات الاقتصادية على الصحة (العلواني، 2014، ص ص 18-19):

قد أدخل الاقتصادي "Gary Becker" مفهوم رأس المال البشري في مجالات عديدة، و انتقل هذا المفهوم تدريجياً ليطبق على الصحة من طرف الاقتصادي "Michael Crossman".

• رأسمال الصحة : و يضم :

✓ مركب دائم: و الذي يقاس بالوقت "t" سواء عن طريق احتمال الموت في "t" أو بأمل الحياة للعمر "t".

✓ مركب جودة: و الذي يقاس بمؤشر نسبي يكون بين 0 لأجل الموت، و 1 لصحة جيدة و يسمى "QALY".

- و مضمونه أن كل فرد يولد بصحة و حياة افتراضية تتناقص مع العمر حتى الموت، و يعد رأس المال البشري جزء من دالة المنفعة لأي شخص، و التي تحدد له في نفس الوقت جودة الحياة و إمكانية العمل.

- و يفرق بين رأسمال الصحة الفردي و الجماعي، فأى ضعف في رأسمال الصحة الفردي قد يؤثر على الجماعة.

* رأسمال الصحة الفردي : يعتمد رأسمال الصحة الفردي على العوامل الوراثية التي تتعاظم يوما بعد يوم بسبب تطور الدراسات حول الصبغيات البشرية، حيث أن مستوى التعليم مرتبط بالآباء سواء فطريا أو عن طريق التلقين، كما يعتمد رأسمال الصحة الفردي على السلوك الفردي الناتج عن الانتماء إلى مجموعة اجتماعية و الذي يعتمد على معرفة وسائل الوقاية و العلاجات الجاهزة، و كيفية استعمالهم، فهذه العوامل تؤثر على رأسمال البشري للفرد أثناء فترة كيانه منذ ولادته، و قد يتعرض كل واحد خلال فترة حياته إلى أي عامل من هذه العوامل، و هذا ما يجعل الصحة الفردية تتناقص تدريجيا أثناء فترة الحياة إلى غاية الموت.

* رأسمال الصحة الجماعي : المقصود به رأسمال الصحة المتعلق بمجتمع أو بأمة أو بمجموع القدرات الفردية التي تشكل رأسمال الصحة الجماعي، و التي تتأثر بالإضافة إلى العوامل التي تؤثر في رأسمال الصحة الفردي بعاملين آخرين هما : الاقتصاديات الخارجية و السلوك الأخلاقي الجماعي، حيث أن الاقتصاديات الخارجية تجعل دوال المنفعة مرتبطة.

3.2. النفقات في قطاع الصحة : إن تمويل نفقات الصحة يعتبر من المواضيع التي تشغل اهتمام المجتمعات الحديثة، و الملاحظ أن إحداث التوازن على المستوى الكلي بين نفقات ومصادر التمويل يؤدي إلى تحسين أداء أنظمة الصحة.

أولا. عوامل زيادة نفقات الصحة (Majnon,2001,P69):

إن زيادة نفقات الصحة يقوم على مجموعة من العوامل يمكن إيجازها في النقاط التالية :

* العمر و الجنس : ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجيا أثناء فترة الشباب إلى غاية 50 سنة، ثم تبدأ في الارتفاع تدريجيا، و هذا بفعل الأمراض التي تزيد مع ارتفاع السن، و تكون نفقات العلاج مرتفعة عند النساء أكثر من الرجال بسبب الولادة و اهتمامهن المتزايد بالصحة.

* حسب الجيل : يلاحظ أن كل جيل جديد يستهلك علاجا أكثر من الجيل الذي يسبقه مما يؤدي إلى ارتفاع النفقات نتيجة تطور أشكال الوصول للعلاج، و وجود تغطية اجتماعية عن طريق التأمينات

الصحية من خلالها يمكن الوصول إلى العلاجات من دون عائق مالي، و بدفع نسبة ضئيلة من تكاليف العلاج من طرف المريض.

* تطور الأمراض الوبائية : إن انتشار الأمراض المعدية كالسل و السيدا، و ظهور فيروسات جديدة (أنفلونزا الطيور، أنفلونزا الخنازير)، و كذلك الارتفاع الملحوظ في عدد المصابين بالأمراض المزمنة مثل (السرطان، أمراض القلب، ...) يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية.

ثانيا. العلاقة بين النفقات و نظام الصحة (فيليبس، البنا، 2012، ص409) :

من أجل الحكم على الكفاءة الكلية لنظام الصحة فإن علاقة الفعالية ترتبط بالنفقات المستخدمة، و في المقابل يجب أخذ الكثير من الحيلة و الحذر في استعمال الأرقام من أجل إنجاز مقارنات موثوقة، و مقارنة النفقات المستخدمة عن طريق أنظمة الصحة يظهر مشكلتين منهجيتين :

- الأولى: يجب وضع معطيات تدمج نفس العناصر المحدثة في كل الدول، فمثلا "نفقات الاستشفاء" قد تحوي المصاريف المستخدمة في المنازل للمتقاعدين المصابين، نفقات الوقاية، في حين أنها ليست محسوبة بنفس الطريقة في جميع الدول.

- الثانية : يجب اختيار وحدة نقدية مناسبة و يستخدم هنا في الغالب الدولار، و إلا ستكون نسب التبادل في السوق متقلبة، و تؤدي إلى ظهور انحرافات.

ثالثا. مؤشرات مقارنة نفقات الصحة: توجد عدة مؤشرات تستخدم من أجل مقارنة نفقات الصحة و هي (Vilcot, Hervé, 2006, P84)

أ- نفقات الصحة لكل فرد و لكل سنة : إن الاختلاف في النفقات المعينة من دولة إلى أخرى يوضح في الأساس مستوى الغنى في الدول بالنسبة للنتائج المحلي الخام لكل ساكن، و أنه كلما قدمت الدولة مستوى معيشي مرتفع لسكانها، قدمت نفقات أكثر لعلاجهم و هي واحدة من القوانين الأساسية لاقتصاد الصحة.

ب- نفقات الصحة الإجمالية مقارنة بالثروة الوطنية: و هذا المؤشر يعكس أولوية النفقات المرتبطة بالصحة مقارنة بالنفقات الأخرى المتعلقة بالتعليم، العدالة، ... الخ.

ج- النفقات العمومية و النفقات الخاصة للصحة: إن جزء من النفقات الصحية هو على شكل أموال عمومية ممثلة في : الضرائب و الاشتراكات، أما الأموال الخاصة، و التي تكون على شكل دفع مباشر للمرضى أو أقساط تأمين يلاحظ اختلافها بالنسبة لكل دولة حسب نظامها الصحي.

د- نفقات الصحة حسب الدورات الاقتصادية: إن الملاحظ اختلاف بين النفقات حسب الدورات الاقتصادية طويلة المدى والدورات قصيرة المدى التي تمتد من 5 إلى 6 سنوات و تسعى بدورات الأعمال، كما يميز بين النفقات في مراحل الانتعاش والنفقات أثناء فترة الأزمات.

- إن أشكال تمثيل مؤشرات الأداء هي عديدة: (أعداد، معدلات، نسب، نسب مركبة، مؤشر مركب)، ومؤشرات الجودة يمكن التعبير عنها بطرق مختلفة (نسب، أعداد، نسب مئوية، ...)، وعندما لا يمكن وضعها على شكل أرقام يعبر عنها بشكل تقديري، كما يوجد العديد من الأشكال لتمثيل هذه المؤشرات على شكل منحنيات ورموز تسمح بثمين و تقدير الحالة، و تقييمها مقارنة مع الأهداف المحددة، و من المنحنيات الأكثر أهمية هناك: الأشكال الدائرية، الأعمدة، المنحنيات، الأشكال العنكبوتية.

3.الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة :

1.3- دراسة (بومعروف، صاولي، 2017، ص ص 219-234) : هدفت الدراسة لمقارنة مستويات الإنفاق الصحي الكلي و الفردي بين دول المنطقة و بين منطقة (MENA)، و منظمة التعاون و التنمية الاقتصادية، حيث استخدم الباحثان في دراستهما أسلوب تحليل Panel ل 18 دولة من المنطقة على مدى 20 سنة من سنة 1995 حتى سنة 2014، و قد أظهرت النتائج أن معدل نمو النفقات الصحية 340 % خلال فترة (1995-2014) قد فاق معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (125 %) خلال نفس الفترة، كما توصل الباحثان إلى أن كل من الدخل و الإنفاق العمومي، فئة الشيخوخة، تحسن الصرف الصحي كلها عوامل متحركة في نمو النفقات الصحية لدول المنطقة خلال الفترة (1995-2014) و بالتالي وجب عدم ربط نمو النفقات الصحية بالدخل، و لكن بالحالة الصحية و الوبائية لسكان المنطقة، كما أن تحميل الأفراد مسؤولية الإنفاق الصحي سيسهم في خفض مستوى الإنفاق الصحي لدول منطقة (MENA).

2.3- دراسة (بحوصي، 2018، ص ص 152-170): هدفت الدراسة لمعرفة أثر الإنفاق العام الموجه لقطاع الصحة على النمو الاقتصادي، و ذلك من خلال تحليل العلاقة السببية بين المتغيرين في الجزائر خلال الفترة (1995-2013)، حيث استخدم الباحث أسلوب التكامل المشترك، و سببية "جرا نجر"، و كذا نموذج تصحيح الخطأ "ECM"، و توصل الباحث في الأخير إلى وجود علاقة سببية في الأجلين القصير و الطويل في اتجاه واحد، تمتد من النمو الاقتصادي إلى الإنفاق العام على قطاع الصحة، بينما لم يتم ملاحظة أي علاقة سببية من الإنفاق العام على قطاع الصحة باتجاه النمو الاقتصادي، و هذا ما يتطابق و مضمون قانون "فاجنر".

3.3- دراسة (أزمور، دحمان محمد، 2018، ص ص 119-146): هدفت الدراسة إلى توضيح انعكاس الإنفاق العام على قطاع الصحة بالجزائر على مردودية هذا الأخير، إذ اعتمد الباحثان دراسة تحليلية قياسية، وذلك من خلال تحليل أهم مؤشرات قياس إنتاجية الإنفاق العام على الصحة، و توصل الباحثان في الأخير إلى أن إنتاجية الإنفاق العام على الصحة المتحصل عليها باستخدام مؤشرات الخدمات الصحية، وكذا مؤشرات توقع الحياة والوفيات لا تعكس المبالغ الكبيرة الموجهة لهذا القطاع، حيث أنه وبالرغم من التحسن المسجل من سنة لأخرى إلا أن ذلك يبقى بعيدا عما تسجله دولاً أخرى تعيش نفس الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، وهذا راجع إلى تركيز هذه الأغلفة المالية على عدد الهياكل الصحية على حساب جانب الجودة في الخدمات الصحية.

4.3- دراسة (بوعزيز، 2018، ص ص 807-838): هدفت الدراسة إلى معرفة الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية، ممثلة في الإنفاق على القطاع الصحي، وبين الناتج المحلي الإجمالي (GDP) في الجزائر في الفترة الممتدة (1990-2016)، كما هدفت إلى معرفة مدى التطورات الحاصلة في القطاع الصحي من حيث الإنفاق و الهياكل، إذ اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي للبيانات و الإحصائيات و المقارنة بينها و مناقشتها وتحليلها، كما اعتمد على اختبار "جرانجر (Granger)" لدراسة السببية في الأجل القصير و "تودا-ياماموتو (Toda-Yamamoto)" في الأجل الطويل، من جهة أخرى تم استخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة المتباطئة (ARDL) لدراسة و تقدير الأثر التبادلي بين الإنفاق على القطاع الصحي من جهة، و الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة موضوع الدراسة، و توصل الباحث في الأخير إلى وجود علاقة سببية موجبة في الأمد الطويل من الناتج المحلي الإجمالي نحو الإنفاق الصحي في الأمد الطويل، حيث أن زيادة الناتج المحلي الإجمالي ب 1 % يؤدي إلى زيادة الإنفاق الصحي ب 47,74 %، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الحكومة الجزائرية قد خصصت مبالغ مالية كبيرة للاستثمار في القطاع الصحي في ظل البرامج التنموية المختلفة.

5.3- دراسة (جواب الله، 2017، ص ص 205-220): هدفت الدراسة إلى تحليل السياسة العامة الصحية في الجزائر، و مكانة الإنفاق الصحي ضمن الإنفاق العام مع الاستعانة بمقاربة تاريخية منذ الاستقلال، و قد ركزت على بعض المعالم التي ميزت السياسة الإنفاقية في مجال الصحة خلال فترة البحث مع الإسهاب في أبرز المصادر التي تغذي الإنفاق الصحي في الجزائر، و استعمال الباحث الدراسة القياسية باعتماده نموذج "ARDL" و اختبار الحدود، من أجل اختبار مدى وجود ارتباط بين الإنفاق الصحي و مصادره، و لقد توصل الباحث في الأخير إلى أن قطاع العائلات مصدر مهم في الآونة الأخيرة، و يمكنه أن يؤثر على

الإنفاق الصحي، هذا إلى جانب صناديق الضمان الاجتماعي التي تراجع دورها بسبب العجز الذي تعاني منه.

6.3- دراسة (كريمين، 2019، ص ص 112-131):هدفت الدراسة إلى تقييم مدى فعالية الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1990-2016)، إذ اعتمدت الباحثة دراسة تحليلية، وذلك للكشف عن مدى كفاءة و كفاية و عدالة الإنفاق العمومي، و من ثم تبين إلى أي مدى يمكن أن يلبي متطلبات التطوير التي تلتزم بها الحكومة، حيث تم التطرق إلى تحليل حجم الإنفاق العمومي على الصحة لتبيان مدى كفايته، وتحليل الهيكل العام للإنفاق العمومي على الصحة و تحليل نمط توزيع الإنفاق العمومي على الصحة لتبيان عدالته، وتوصلت الباحثة إلى أن سياسة الإنفاق العمومي على القطاع الصحي تتميز بالانخفاض في الفعالية و الكفاية و الكفاءة و العدالة، مما أدى إلى تدهور الصحة و انحدار جودة خدماتها.

7.3- دراسة (باركة، خلاصي، 2017، ص ص 113-134) : هدفت الدراسة لتحليل ظاهرة تطور وتنامي الإنفاق الصحي في الجزائر من خلال التطرق إلى الأسباب التي أدت إلى زيادة الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بوتيرة جد متسارعة، حيث أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى الاستخدام الأمثل للموارد و ترشيد الإنفاق و تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة، حيث اعتمد الباحثان دراسة تحليلية لتطور نفقات الصحة في الجزائر نسبة إلى المؤشرات الاقتصادية الكلية خلال الفترة الممتدة ما بين (2008-2015)، و توصل الباحثان في الأخير إلى أن الوضعية الصعبة للقطاع الصحي مرتبطة بمشاكل في التنظيم والتسيير، و ليس في نقص في الإمكانيات و الموارد المالية و البشرية، فهذه الموارد مستخدمة استخداما سيئا، الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين الصحية، و أن التزايد المستمر للمخصصات المالية للقطاع الصحي لا يعكس بشكل مباشر ما توصل إليه من أهداف و هذا نظرا لتأثره بعدة متغيرات خارج الإنفاق بالإضافة إلى عدم التخصيص الجيد لها.

8.3- دراسة (سعيدة، 2015، ص ص 362-379):هدفت الدراسة لإبراز كيفية تقويم الموارد المالية المخصصة لتمويل نفقات الصحة في الجزائر، ومدى استجابتها و تطابقها مع الأهداف الموكلة لهذا القطاع، حيث اعتمدت الباحثة دراسة تحليلية خلال الفترة الممتدة ما بين (2000-2015) من خلال التطرق لواقع الصحة في الجزائر، و تحليل الوضع الصحي للسكان في الجزائر من خلال المؤشرات الصحية (مؤشر الأمل في الحياة، معدل الوفيات، التغطية الصحية)، و تحليل تطور حجم الإنفاق الصحي في الجزائر، وتوصلت الباحثة في الأخير إلى أنه رغم التحسن النسبي للمؤشرات الصحية الكمية، و

الإنجازات المحققة في مجال الصحة، إلا أنه ما زال يعاني من نقائص كبيرة أثرت سلبا على مردوده مما جعله يعيق مسار العملية التنموية، هذه النقائص تتمثل في ضعف الموارد المالية المخصصة له، و سوء استعمالها و سوء التوزيع الجهوي للمؤسسات الاستشفائية و سوء الخدمات الصحية المقدمة.

4.تقييم وتشخيص الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2017) :

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

1.4- الإنفاق على الخدمات الصحية، و موارد تمويلها:

تشمل النفقات الوطنية للصحة مجموع النفقات المرتبطة بتأسيس المؤسسات الاستشفائية و تجهيزها و تسييرها، و تتكون من : نفقات التسيير للهيئات العمومية، و نفقات الوقاية و تباعد الولادات، و نفقات اقتناء الأدوية، و المبالغ المنفقة مقابل الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص، و النفقات التي تتحملها المراكز الصحية الاجتماعية، و نفقات الاستثمارات الصحية.

عوامل زيادة نفقات الصحة :إن التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري تطرح مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية و الإنفاق عليها، و يمكن تلخيص هذه التغيرات في العناصر التالية (سعيدة، 2015، ص372):

- التغيرات الاقتصادية : و المتمثلة في الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق و مختلف الإصلاحات التي عرفها الاقتصاد الجزائري التي أثرت على القطاع الصحي.
- التغيرات الديمغرافية : تتمثل في انخفاض معدلات الولادة و ارتفاع مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة، و بالتالي انخفاض الفئة العمرية صغيرة السن، و بداية ظهور الشيخوخة التي تحتاج إلى إنفاق متزايد على احتياجاتها الصحية حيث انتقلت الفئة العمرية أكبر من 60 سنة من 6,6 % سنة 1998 إلى 8,5 % سنة 2014.
- تغيرات الخريطة الصحية:تتمثل في انخفاض الأمراض المتنقلة مع استمرارها بالإضافة إلى استمرار الأمراض غير المتنقلة و المزمنة التي تتطلب إنفاقا ضخما نظرا لغلاء الأدوية التي تتطلبها (السرطان و أمراض القلب، و ضغط الدم، ... الخ).

— تحسن مستوى معيشة السكان و ارتفاع الأسعار و التقدم التقني الذي ساهم في ابتكار التكنولوجيات المتقدمة للعلاج.

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

- لتحديد وتحليل حجم الإنفاق على الصحة يمكن الاعتماد على مؤشرات :

* نسبة ما يخصص للصحة من الميزانية العامة للدولة (ميزانية التشغيل و التجهيز).

* حصة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام.

* متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الجزائر.

2.4- الإنفاق على الصحة في الميزانية العامة للدولة : هذا المؤشر يبين كيف تتنافس الصحة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب إنفاقا عموميا أي الأولويات التي تمنحها السلطات العمومية للصحة في مجموع نشاطاتها، و الجدول التالي يوضح نصيب نفقات الصحة في ميزانية التشغيل و التجهيز العامة .

جدول 2 :نصيب نفقات الصحة في الميزانية العامة للدولة للفترة 2008-2017 :

الوحدة مليون دينار

السنة	ميزانية التشغيل	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التشغيل %	ميزانية التجهيز %
2008	129201	64689	193890	66,7	33,3
2009	178323	34141	212464	83,9	16,1
2010	195012	41934	236946	82,4	17,6
2011	227859	180631	408490	55,8	44,2
2012	404945	31324	436269	92,9	7,1
2013	306926	9982	316908	96,9	3,1
2014	365946	55340	421286	86,9	13,1
2015	381972	46691	428663	89,2	10,8
2016	379407	19747	399154	95	5
2017	389073	30236	419309	92,8	7,2

المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على وثائق من مديرية الميزانية لوزارة المالية

نلاحظ من خلال الجدول رقم 2 أن كل من ميزانتي التشغيل والتجهيز المخصصة لوزارة الصحة خلال الفترة الممتدة ما بين 2008- 2017 هي في ارتفاع مستمر وهذا راجع إلى المخصصات المرصودة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي عرفها قطاع الصحة في الجزائر بصفة عامة بالنسبة لنفقات التشغيل: نلاحظ من خلال الجدول أن ميزانية التشغيل بلغت أعلى قيمة مخصصة لها ، أي أن نصيب نفقات الصحة في الميزانية العامة للدولة من جانب نفقات التشغيل عرف تزايدا و ارتفاعا ملحوظا خاصة في سنة 2012 بنسبة 92,9% و سنة 2013 بنسبة بلغت 96,9% و في سنة 2016 بنسبة قدرت 95% و عام 2017 و هي السنة الأخيرة بنسبة 92,8% و للإشارة فقط أن سنة 2010 هو تاريخ بداية المخطط الخماسي و بالتالي هذه الإعتمادات الجد ثقيلة زادت من شدة الأعباء الملقاة على عاتق الدولة باعتبار أن نفقات التشغيل استحوذت على الجزء الأكبر من نفقات التشغيل العامة خلال الثمن سنوات الماضية .

بالنسبة لنفقات التجهيز : لقد استفاد قطاع الصحة من اعتمادات مالية معتبرة و التي من شأنها تلبية الطلب المتزايد على العلاج، وذلك باعتبار أن القطاع قد تعزز بأكثر من 127 منشأة صحية سنة 2015 منها 17 مستشفى و 78 عيادة متعددة الخدمات و 22 مركز صحي ...إلخ، أما ما نلاحظه من خلال الجدول أن نفقات التجهيز أي اعتمادات الدفع المفتوحة فنموها غير منتظم ، و أن الوضعية المالية للإعتمادات المفتوحة تبين أن نسبة استهلاكها ضعيفة قدرت في المتوسط خلال السنوات الماضية ب 25%، فكانت أعلى نسبة حسب الجدول أعلاه في سنة 2008 ب 33,3% و أدنى نسبة سنة 2013 ب نسبة قدرت 3,1% ، أما سنة 2017 و هي السنة الأخيرة بلغت 7,2% ، و بالتالي فإن هذا الوضع يدل على خلل في تسيير هذه الأموال الطائلة المرصودة لبناء و تجهيز المؤسسات الإستشفائية و عدم الإلتزام بإنجاز البرامج المسطرة في آجالها .

3.4. الإنفاق على الصحة بالنسبة للنتائج الداخلي الخام في الجزائر: هذا المؤشر يمثل الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الدولة كما يعتبر من ضروريات التخطيط و التنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية و الاجتماعية ، كما قدرت نسبة الإنفاق العمومي على الخدمات الصحية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر خلال السنوات الماضية ب 2% ، و هي نسبة ضئيلة جدا على الرغم من الوفرة المالية الناجمة عن ارتفاع أسعار النفط ، و الجدول التالي يبين نصيب نفقات الصحة الكلية (العام والخاص) في الناتج الداخلي الخام في الجزائر.

جدول 3 : الإنفاق على الصحة بالنسبة للنتائج الداخلي الخام في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-

2017:

السنة	نفقات الصحة (العامه) بالنسبة للناتج الداخلي الخام	نفقات الصحة (الخاصة) بالنسبة للناتج الداخلي الخام	نفقات الصحة (الكلية) بالنسبة للناتج الداخلي الخام
2008	3,06	1,14	4,2
2009	3,65	1,52	5,18
2010	3,30	1,52	4,82
2011	3,62	1,52	5,14
2012	4,41	1,59	6,01
2013	4,92	1,71	6,64

تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي و مصادر تمويله في الجزائر

2014	5,46	1,75	7,23
2015	6,04	1,81	7,86
2016	6,61	1,88	8,49
2017	7,17	1,94	9,12

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم على الموقع:-

<https://jonnés.Banque mondiale.org/fr/contry/algeria,consulté le 10/12/2019>

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط السنوي لنسبة الإنفاق الصحي الوطني في الناتج الداخلي الخام لا يتجاوز نسبة 9,5% ، و هي نسبة أقل مما تخصصه بعض البلدان العربية مثل تونس و لبنان ، و ذلك رغم أن عدد السكان لتلك البلدان العربية أقل من عدد السكان في الجزائر، أما البلدان الأجنبية فلا مجال للمقارنة كفرنسا و ألمانيا ، فيتضح من خلال الجدول رقم 02 أن نسبة الإنفاق الوطني على الصحة في الناتج الداخلي الخام في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008 و 2017 بلغت سنة 2008 نسبة 4,2% لترتفع سنتي 2013 و 2014 على التوالي بنسبتين قدرتا 6,64% و 7,23% ، ليتواصل الإرتفاع في سنة 2017 بنسبة متوسط قدرت 9,12% و هذا كله دليل على عدم تماشي النفقات الوطنية للصحة و الإحتياجات المتزايدة للسكان و من ثم تدهور الخدمات الصحية كما و نوعا .

4.4- نصيب الفرد من نفقات الصحة في الجزائر بالدولار الأمريكي :

جدول 4 : نصيب الفرد من نفقات الصحة في الجزائر بالدولار الأمريكي خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-

2017 :

السنة	نصيب الفرد من نفقات الصحة	السنة	نصيب الفرد من نفقات الصحة
2008	201,13	2013	313,52
2009	195,21	2014	368,09
2010	209,83	2015	404,02
2011	270,77	2016	439,94
2012	318,98	2017	475,87

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على: معطيات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية في العالم على الموقع:

<https://donnez banque mondiale. Org /fr/contry/algeria, consulté : 10 /12/2019>

نلاحظ من خلال الجدول أن نصيب الفرد من نفقات الصحة في الجزائر مقيمة بمتوسط معدل صرف الدولار الأمريكي قدرت سنة 2008 ب 201,13 دولار ، ثم ارتفعت في سنة 2014 ب 368,09 دولار بينما

قدرت النسبة سنة 2017 ب 475,87 دولار ، و للإشارة لا مجال للمقارنة بين نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الجزائر بالبلدان المتقدمة ، و حتى بعض البلدان العربية كتونس و المغرب و لبنان كما ذكرت سابقا فالفارق كبير ، و مع ذلك فقد سجل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الجزائر تحسنا ملحوظا ، حيث تضاعفت بأكثر من خمس مرات و نصف ، خاصة سنة 2017 بلغت 475,87 دولار و هي أعلى نسبة ، و هذا راجع إلى تحسن تغطية الضمان الاجتماعي لنفقات الصحة ، و كذلك لتحسن نظام الدفع الذي يسمح للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة للحصول على الأدوية بسهولة.

5.4. مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر (الدولة، الضمان الاجتماعي، الأسر) :

إن تمويل نفقات الصحة في الجزائر يعرف محدودية في تسخير موارد مالية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد و الناتج أساسا عن التحولات الديمغرافية و المرضية التي تعرفها البلاد ، كما تعرف احتياجات السكان نموا و تنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة ، التطور التكنولوجي في المجال الطبي و تدفق المعلومات كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج و تحسين نوعيته ، و يعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية : التمويل عن طريق الدولة و التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي و التمويل عن طريق الأسر

أ. التمويل عن طريق الدولة : يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة و هي: الإعتمادات التي تغطي نفقات التسيير و تمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة كما ذكرت سابقا في الجدول رقم 01 و تتكون من نفقات المستخدمين و نفقات الأدوية، و كذلك الإعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز و التي تتحملها الدولة بالكامل ، و الجدول التالي يوضح حصة مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة :

جدول 5 : مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة للفترة 2008- 2017 : الوحدة (10³ دج)

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
حصة الدولة	152577773	173268320	197437376	365762199	369240296
نفقات الصحة	193890787	212464000	236946962	408490413	436269706
نسبة التمويل	78,7%	81,5%	83,3%	89,5%	84,6%
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
حصة الدولة	313297838	310463142	320564752	319243153	331122410
نفقات الصحة	373800582	374715000	396217178	399154664	419309314
نسبة التمويل	83,8%	82,8%	80,9%	79,9%	78,9%

المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على:

- وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

- خلاصي، 2017، ص 204.

من خلال الجدول يتبين أن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة يشكل نسب كبيرة جدا ، إذ بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية حوالي 78,7% سنة 2008 ، ليتواصل الارتفاع في سنتي 2009 و 2010 على التوالي بمتوسط نسب تمويل قدرت ب 81,5% و 83,3% ، و أعلى نسبة تمويل كانت سنة 2011 إذ بلغت 89,5%، حيث كان نصيب الدولة في هذه السنة 365762199(10³دج) ، أدنى نسبة تمويل كانت سنة 2008 ب 78,7% بمبلغ 152577773(10³دج) أما عن سنة 2017 فقد بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية حوالي 78,9% بمبلغ 331122410(10³دج)، و بالتالي التغير المسجل بين السنة الأولى 2008 و السنة الأخيرة 2017 فهو 117% حيث $117\% = \frac{(Y17-Y08)}{Y08} \times 100$.

ب. التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي : يعتبر الضمان الاجتماعي المساهم الثاني بعد الدولة في تمويل نفقات الصحة حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية و الطبية للمؤمنين ، و الجدول التالي يوضح مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة .

جدول 6 : مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة للفترة 2008-2017 : الوحدة ألف دينار جزائري

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
الضمان الاجتماعي	38000000	38000000	38000000	38000000	48129410
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
الضمان الاجتماعي	49629410	57818524	65219092	64815511	73753570

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على :

- وثائق من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
- خلاصي، 2017، ص 205.

من خلال الجدول نلاحظ التطور المتسارع للمبلغ الجزافي لتمويل المستشفيات لاسيما بعد سنة 2011، بعدما كان المبلغ في سنة 2008 لا يتعدى 38000 مليون دج، ثم ارتفع إلى 4812941 مليون دج سنة 2012 ليتواصل الارتفاع بشكل متزايد و غير مسبوق إلى 7375357 مليون دج في سنة 2017، و بالتالي فإن هذه المبالغ تمثل الدور الإيجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي ، إلا أن هذه الصناديق تعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار.

ج. التمويل عن طريق الأسر : تمثل النفقة الوطنية للصحة التي تتحملها الأسرة في المتوسط 22% و هي أكبر مما تتحمله الأسر في البلدان المتقدمة ، و التي تتميز بدخل فردي مرتفع فعلى سبيل المثال قدرت مساهمة الأسر في فرنسا سني 2000 و 2011 على التوالي 15% و 20% ، و مع ذلك انخفضت مساهمة الأسر خلال هذه الفترة ب 24,7% ، الجدول التالي يوضح مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة للفترة الممتدة ما بين 2008-2017.

جدول 7 : مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة للفترة 2008 – 2017 : الوحدة مليون دج:

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
حصة الأسر	800000	800000	800000	800000	800000
نسبة التمويل%	0.41	0.37	0.34	0.20	0.18
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
حصة الأسر	1100000	1100000	1100000	1100000	1100000
نسبة التمويل%	0.29	0.30	0.28	0.27	0.26

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على :

وثائق من وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات خلاصي، 2017، ص 206.

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة أو حصة مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة هي نسب ضعيفة جدا، حيث بلغت أدنى نسبة مساهمة في سنة 2012 بمعدل 0,18% بمبلغ 800000 مليون دج ، وأعلى نسبة مساهمة في سنة 2008 بمعدل 0,41%، أما السنة الأخيرة 2017 بحصة مساهمة قدرت ب 0,26% و هي ضعيفة جدا بشكل واضح ، و تفسر مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة بالتجاوزات في قيمة التعريف الطبية في القطاع الخاص ، و التي لا تخضع للمراقبة من طرف أي جهاز، كذلك بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي و ظاهرة العلاج دون اللجوء إلى الصيدليات مباشرة و يقتني ما يعتقد أنه بحاجة إليه دون وصفة طبية.

5. خاتمة: عرف الوضع الصحي في الجزائر تحسنا خلال الفترة (2008-2017)، و يظهر ذلك من خلال تحسن المؤشرات الصحية الكمية الناجمة عن الجهود التي بذلتها الدولة ، لكن مازال القطاع الصحي يعاني من معوقات مقارنة ببلدان أخرى متوسطة الدخل خاصة الأمراض المزمنة و الخطيرة التي تكلف المجتمع أموالا طائلة، و الخلل الجهوي في توزيع المنشآت الإستشفائية و الذي يتسبب في صعوبة الحصول على الخدمات الصحية إضافة إلى سوء تقديم هذه الخدمات، كل هذه المعوقات سببها كان سوء التنظيم و ضعف الأموال المخصصة للصحة و سوء استعمال الموارد المالية و المادية ، و من خلال تطرقنا للإنفاق على الصحة فإن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة لهذا القطاع ، و ما يؤكد ذلك هو حجم الإعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي و التي هي في تزايد، و من أهم العوامل التي أدت لزيادة الإنفاق العام على قطاع الصحة هي النمو الديمغرافي ، و تطور المنشآت القاعدية الصحية و ارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي ، و بالتالي أصبح مشكل تمويل الإنفاق الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في هذا القطاع الذي يعتمد تمويل نفقاته في الجزائر على ثلاث مصادر أساسية هي التمويل عن التمويل الدولة و التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي و التمويل عن طريق الأسر، و

بالتالي رغم كل الجهود المبذولة من قبل الدولة لتحسين مستوى الخدمات الصحية للمواطنين إلا أنها تبقى غير كافية لتغطية مطالب المجتمع ، ورغم تزايد الإنفاق العام على القطاع الصحي و تزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بهذا القطاع ، إلا أن عدم العقلانية و التسيير السيئ لموارد قطاع الصحة جعلته يواجه العديد من العقبات التي عادت بالسلب على العدالة في الخدمات المقدمة، و بالتالي يجب اتخاذ الإجراءات اللازمة التي تساهم في ترشيد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية، ورفع الوعي لدى الأفراد لتمكينهم من تحديد احتياجاتهم، و مساعدتهم في حلها باستخدام إمكانياتهم .

نتائج الدراسة : بعد الإلمام بكل جوانب البحث نظريا و تحليليا توصلنا للاستنتاجات التالية :

1- عجز القطاع الصحي العمومي على تغطية احتياجات السكان من الخدمات الصحية أدى إلى تطور القطاع الصحي الخاص و ساعد على انتشار العيادات و المصحات الخاصة .

2- استحوذت نفقات التسيير على الجزء الأكبر من نصيب نفقات الصحة في الميزانية العامة للدولة خلال الفترة 2008-2017، إذ بلغت أعلى ذروتها سنة 2013 نسبة 96,9 ، أما نفقات التجهيز أعلى نسبة لها كانت سنة 2008 ب 33,3 وهذا يدل على وجود خلل في تسيير هذه الأموال الطائلة .

3- نسبة الإنفاق الوطني على الصحة في الناتج الداخلي الخام في الجزائر ارتفعت خلال الفترة 2008-2017 حيث بلغت سنة 2017 نسبة 9,12 بينما ارتفع عدد السكان أيضا و هذا إضافة للأمراض المتزايدة نتيجة تزايد الشيخوخة التي تتطلب إنفاقا متزايدا ، و هذا دلالة على عدم تماشي النفقات الوطنية للصحة و الإحتياجات المتزايدة للسكان و من ثم تدهور الخدمات الصحية كما و نوعا .

4- مصدر الأموال المخصصة للصحة الوطنية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر تقريبا كلها من القطاع العمومي.

5- نصيب النفقات الكلية للصحة في الناتج الداخلي الخام يعكس مدى اهتمام الدولة بسكانها في المجال الصحي لكنه لا يعطي مدلولاً على عدالة توزيع الإنفاق الصحي على السكان

6- نصيب الفرد من نفقات الصحة في الجزائر سجل تحسناً طفيفاً حيث بلغ 475,87 دولار سنة 2017 و هذا راجع إلى تحسن تغطية الضمان الاجتماعي لنفقات الصحة .

7- يعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر بدرجة كبيرة على خزانة الدولة أي الاقتطاعات الإجبارية للعمال ، و يلهم الضمان الاجتماعي الذي يساهم أيضا بنسب كبيرة في التمويل و هذا حسب ما تطرقنا له في الجدولين رقم 04 و 05 ، أما مساهمة الأسر فهي ضعيفة جدا في تمويل نفقات الصحة بالجزائر هذا ما بيناه في الجدول رقم 06 ، و مع ذلك فإن النفقة الوطنية التي تتحملها الأسرة أكبر مما تتحمله

الأُسْر في البلدان المتقدمة ، رغم أنها تتميز بدخل فردي أكبر بكثير من الدخل الفردي في الجزائر ، وهذا راجع للتجاوزات في قيمة التعريف المطبقة في القطاع الخاص و الغير خاضعة للمراقبة .

الاقتراحات العملية و الرؤى المستقبلية:بناء على النتائج التي توصلنا إليها نقترح أهم الاقتراحات العملية و الرؤى المستقبلية للارتقاء بالنظام الصحي ، وتحسين الوضع الصحي بالجزائر، و نقترح بعض الآليات الكفيلة لترشيد النفقات العمومية في ظل التحولات التي تعرفها الجزائر دون المساس بالحق في العلاج وكالاتي :

-تكريس الرقابة على تسيير الهياكل الصحية و على استخدام الأموال العمومية بإحداث هيئات رقابية صارمة لمراقبة التسيير و تتبع إنفاق الأموال العمومية.

- إعادة النظر في جانب التسيير المالي مسألة ضرورية و ذلك من خلال :

أ - منح استقلالية أكبر في التسيير و ضمان مجال للمبادرة على مستوى المؤسسات الصحية للسماح بإنفاق معقول.

ب- اعتماد نظام محاسبي إضافي و هو المحاسبة التحليلية للوقوف على حقيقة النفقات و ذلك للمشاركة في عملية اتخاذ القرار.

ج- ضرورة التحكيم ميدانيا من خلال المشاركة في ترشيد المخصصات المالية للمؤسسات الصحية عن طريق التفاوض بين مانح المال و منفقه فيما يخص المبالغ الممنوحة.

- باعتبار أن النظام الميزاني لا يتماشى و التطورات الحاصلة فلا بد من إصلاح نظم تسيير الموازنة العامة للمؤسسات الصحية حتى يكون عقلانية في تسيير موارد قطاع الصحة.

- إصلاح النظام الصحي كون أن المنظومة الصحية بالجزائر تعاني من عدة مشاكل في عدة ملفات كالتمويل و التخطيط و القوانين...إلخ .

- العمل على تحسين المؤشرات الصحية إلى فترة ما بعد 2020 حتى يكون هناك استدامة في تحسين المؤشرات الصحية.

- الاستفادة من خبرات دول الجوار خاصة تونس كونها استطاعت تحقيق نتائج إيجابية و فعالة بموارد مالية محدودة.

6. قائمة المراجع:

Didier Castiel, (1999).« **Economie et santé quel avenir ?** », édition Management, Paris,

- Rachelle Poigant,(2003), « **Santé Publique** », édition Estem, Paris
- Claude Vilcot, Hervé Leclot, (2006)»**Indicateur qualité en santé** », AFNOR, 2ème édition, Paris
- Béatrice Majnoni d'Intignano, (2001)« **Santé et économie en Europe**, Paris,
- العلواني عديلة, (2014) "أسس اقتصاد الصحة", دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع, الجزائر
- تشارلز فيليبس, جلال البنا, (2012) "اقتصاديات الصحة و الرعاية الصحية و التأمين الصحي (المسار الأمريكي)", المكتب العربي الحديث, الطبعة الأولى, الإسكندرية, مصر
- بومعروف إلياس, صاوي مراد, (2017), "اتجاهات و محددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط و شمال إفريقيا (MENA) دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014) باستخدام أسلوب تحليل البيانات (Panel)", مجلة المعارف, العدد 23, الصفحة 219-234.
- مجدوب بحوص, (2018) "الإنفاق العام على قطاع الصحة و أثره على النمو الاقتصادي في الجزائر, دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2013)", مجلة نور للدراسات الاقتصادية, مجلد 04, العدد 07, الصفحة 152-170.
- أزمور رشيد, علي دحمان محمد, (2018) "تقييم الإنفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية, دراسة تحليلية قياسية", مجلة التنمية و الاستشراف للبحوث و الدراسات, المجلد 03, العدد 04, الصفحة 119-146.
- عمر بوعزيز, (2018) "قياس الأثر التبادلي بين التنمية الاجتماعية و النمو الاقتصادي في الجزائر, الإنفاق الصحي نموذجاً خلال الفترة 1990-2016", مجلة البحوث الاقتصادية و المالية, المجلد 05, العدد 01, الصفحة 807-838.
- مصطفى جاب الله, مختار حميدة, (2017) , "محددات الإنفاق الصحي في الجزائر: دراسة قياسية باستعمال نموذج ARDL و اختبار الحدود", مجلة دراسات العدد الاقتصادي, المجلد 08, العدد 03, الصفحة 205-220 .
- كرمين سميرة, (2019) " تقييم فعالية سياسات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر في ضوء معايير الكفاءة و الكفاية والعدالة", مجلة البحوث و الدراسات التجارية, مجلد 03, العدد 02
- باركة محمد الزين, خلاصي عبد الإله, (2017) "ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي في الجزائر, تطورها, أسبابها, ومتطلبات ترشيدها", المجلة الجزائرية للمالية العامة, العدد 07.
- سعيدة نيس, (2016) "تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015", مجلة الدراسات المالية والمحاسبية, العدد 7.
- خلاصي عبد الإله, (2017) , "إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017, مجلة المشكاة في الإقتصاد والتنمية و القانون, العدد 6.