

النفقات الصحية في الجزائر ورهانات تمويلها

Health expenditures in Algeria and their financing bet

علي سايح جبور

جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر 1، b.saiahdjebbour@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2020/06/06

تاريخ القبول: 2020/06/30

تاريخ النشر: 2020/08/15

ملخص:

تعرف النفقات الصحية في الجزائر ارتفاعا مستمرا، وتعتبر الأمراض المزمنة من الأسباب الرئيسية لتفاقم هذه النفقات من بين عوامل أخرى متداخلة. حيث التكفل بالأمراض الثقيلة يرهق الموارد المحدودة للتأمين على المرض، وسيتأزم الأمر أكثر مع شيخوخة السكان وانخفاض الفئة النشطة التي يركز عليها التمويل. وهذا يطرح بشدة إشكالية تمويل المنظومة الصحية، وخاصة في ظل الأوضاع الاقتصادية الراهنة، وارتفاع نسبة البطالة بين الشباب، بينما قدرات التمويل للضمان الاجتماعي، تركز على النشاط المهني وتعتمد في نفس الوقت على الهيكلة الديموغرافية وقدرة الاقتصاد على خلق مناصب شغل. ونهدف من خلال هذا العمل إلى تسليط الضوء على التطور المعبر للنفقات الصحية في الجزائر وتحديات التمويل وتقييم فعالية الإصلاحات المعتمدة من السلطات العمومية للمحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي. وكذلك تقديم بعض التوصيات التي بإمكانها أن تساهم في التحكم في النفقات الصحية دون المساس بمبدأي التضامن والمساواة في الحصول على العلاج.

كلمات مفتاحية: النفقات الصحية، تمويل التأمين على المرض، الأمراض المزمنة، شيخوخة السكان، إصلاحات الضمان الاجتماعي.

تصنيفات JEL: J18, J28, P36

Abstract:

Health expenditures in Algeria have been continuously increasing, and chronic diseases are among the main reasons for the exacerbation of these expenditures, among other interrelated factors. Where heavy disease sponsorship overwhelms the limited resources for disease insurance, it will become even more pronounced with the aging of the population and the less active group that underpins funding. This strongly raises the problem of financing the health system, especially in light of the current economic conditions and the high rate of unemployment among young people, while the social security financing capabilities are based on professional activity and

depend at the same time on demographic structure and the ability of the economy to create jobs. We aim through this work to shed light on the significant development of health expenditures in Algeria and the challenges of financing and evaluate the effectiveness of reforms adopted by public authorities to maintain the financial balances of social security funds. As well as providing some recommendations that can contribute to controlling health expenditures without compromising the principles of solidarity and equality in obtaining treatment.

Keywords: Health expenditures, Sickness insurance financing, Chronic diseases, Population aging, Social security reforms.

JEL Classification Codes : I18, J28, P36

1. مقدمة :

يجب أن تحتوي مقدمة المقال على تمهيد مناسب للموضوع، ثم طرح لإشكالية البحث ووضع الفرضيات المناسبة، بالإضافة إلى تحديد أهداف البحث ومنهجيته.

تمر الجزائر حاليا بالتحول الصحي والتحول الديموغرافي معا. حيث تم ملاحظة منذ سنوات من جهة انخفاض الأمراض المتنقلة وانتشار الأمراض غير المتنقلة، ومن جهة أخرى، انخفاض معتبر في معدلات الخصوبة والوفيات، مما أدى إلى امتداد حياة المسنين وارتفاع عدد كبار السن. الشيء الذي أدى بدوره إلى ارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة والأمراض المرتبطة بالشيخوخة. وتمثل هذه الأمراض مشكلا حقيقيا للصحة العمومية وعبئا ثقيلا على المنظومة الصحية، نظرا لارتفاعها المستمر والتكاليف المعتبرة الناجمة عنها، حيث تتطلب هذه الأخيرة علاجا مكلفا وطويل الأجل، والتكفل بها يهدد توازنات صناديق الضمان الاجتماعي ويطرح بشدة إشكالية تمويل المنظومة الصحية.

ومن هنا برزت أهمية ترشيد استخدام الموارد المالية المخصصة للصحة، والتحكم في النفقات الصحية التي أصبحت عائقا أمام كل سياسة لتمويل التأمين على المرض. ولهذا كان الهدف الرئيسي من الإصلاحات المعتمدة على مستوى الضمان الاجتماعي هو التحكم في النفقات وترشيد استخدام الموارد المالية، لمواجهة عبء الأمراض غير المتنقلة (المزمنة) التي تتشكل بشكل متزايد ميزانية الصحة. ولمعالجة هذا الموضوع قمنا بطرح التساؤل التالي:

هل المؤسسات التمويل القدرة على مواجهة النفقات الصحية المتنامية في ظل محدودية الموارد

المالية وارتفاع عبء الأمراض المزمنة في الجزائر؟

وتحت هذا السؤال تدرج الاسئلة التالية:

- ماهي الأسباب الرئيسية لتفاقم النفقات الصحية في الجزائر؟
 - هل لمؤسسات التمويل القدرة على مواجهة التطور السريع للنفقات الصحية؟
 - ماهي الاجراءات المتخذة للتحكم في النفقات الصحية في الجزائر؟
- وللإجابة على التساؤلات السابقة تم تقسيم هذا العمل إلى المباحث التالية:

1. تطور النفقات الصحية في الجزائر؛

2. الهيكلة الديموغرافية والتشغيل وتحديدات التمويل؛

3. الاصلاحات المعتمدة للمحافظة على التوازنات المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي.

2. تطور النفقات الصحية في الجزائر:

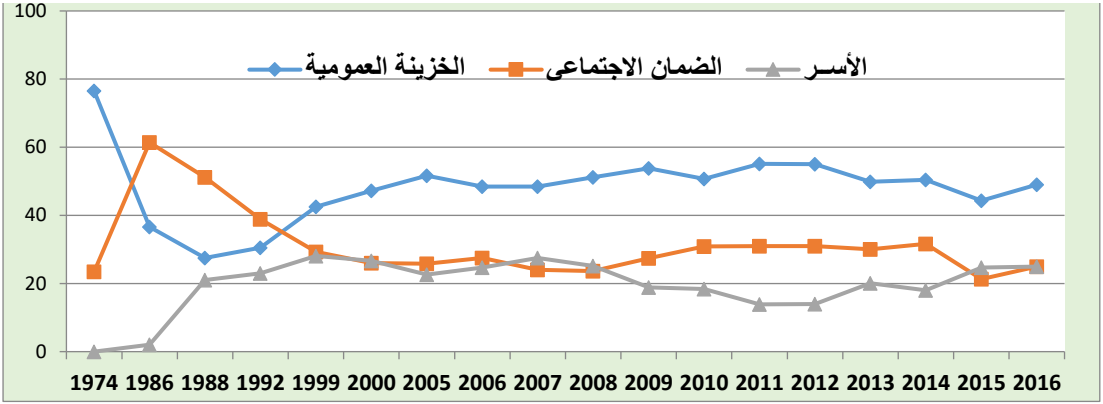
يحتل الضمان الاجتماعي في الجزائر، مكانة رائدة في سياسة البلاد، كوسيلة للتقدم الاجتماعي، حيث يهدف إلى تجسيد مبدأ الحق في الصحة للجميع، ويساهم في ترقيةها من خلال نشاطه الاجتماعي الصحي، غير أن استدامة هذا النشاط يتطلب ضبط التدفقات المالية والتحكم في التكاليف، ولهذا يجب استخدام الموارد المخصصة للرعاية الصحية بالطريقة الأكثر فاعلية وضرورة ترشيد النفقات الصحية، التي أصبحت تحدد التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي، بسبب تطور الحاجيات الصحية للسكان وارتفاع الطلب على العلاج الناجم عن التحول الصحي الجاري الذي أصبح يمثل عبئا ثقيلا، على الأطراف المعنية بتمويل الصحة في الجزائر.

1.2. مصادر تمويل الصحة في الجزائر:

إن تمويل المنظومة الصحية في الجزائر، تتكفل به ثلاث جهات رئيسية: الدولة، التي تسهر على تحقيق العدالة الاجتماعية وترقية الرعاية الوقائية والعلاجية، من أجل تحسين الوضع الصحي للسكان، الضمان الاجتماعي، الذي يعمل من خلال صناديقه (CNAS , CASNOS...) على ضمان وظيفة إعادة توزيع الدخل، والحد من عدم الاستقرار وعدم الأمن والأسر التي أصبحت تتكفل بنسبة كبيرة من النفقات الصحية، بالإضافة إلى مساهمة ثانوية للتأمين الخاص والتعاضديات، ومنه فإن التمويل الصحي الوطني يتميز بنموذج التمويل المختلط الذي يستمد موارده من الضرائب الوطنية من جهة، ومن الاشتراكات الاجتماعية من جهة أخرى، وتختلف نسبة المساهمة في هذا التمويل حسب الحالة الاقتصادية للبلاد.

ومن خلال الجدول الموالي، سنوضح تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر:

الشكل 1: تطور نسب مصادر تمويل الصحة في الجزائر من إجمالي النفقات الصحية بين 1974 و 2016



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

- ZIANI, L. et ZIANI, Z., (2012), "Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie", Colloque international sur l'industrie de l'assurance réalité et perspectives de développement, Université de Chlef, Algérie.
- ZEHNATI, A., (2015), "Un risque fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé", *El Watan*, 02 Février.
- BRAHAMIA, B., (2016), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger.

لقد تغيرت مساهمة مختلف موارد تمويل المنظومة الصحية الوطنية، بشكل ملموس في الثمانينات، أين تراجعت مساهمة الدولة على حساب الضمان الاجتماعي في المرحلة الأولى، ثم بعد ذلك على حساب الأسر، التي أصبحت مجبرة على دفع حصة مرتفعة بشكل متزايد من مصاريف رعايتها الصحية، وهذا يطرح مشكل الانصاف والمساواة في الحصول على العلاج في الجزائر.

حيث يتضح من الشكل السابق، أن خلال سنوات السبعينات، حصة نفقات الضمان الاجتماعي في مجموع نفقات الصحة كانت ضعيفة قدرت بـ 23,49%، ويعود هذا إلى المكانة التي كانت تحتلها الدولة في التمويل، بسبب الفوائض المالية لتلك الفترة، والتي سمحت بتغطية نسبة معتبرة من النفقات الصحية مثلت 76,5%، غير أن حصة الضمان الاجتماعي ارتفعت مع مرور السنين بسبب الأزمة التي عرفتتها البلاد، حيث أخذ هذا النظام دوره كعمول رئيسي بدل الدولة.

انطلاقاً من سنة 2000 نلاحظ تراجع حصة الضمان الاجتماعي وعودة ارتفاع حصة الدولة في تمويل مجموع النفقات الصحية، وهذا نتيجة ارتفاع ميزانيتها، بفضل عائدات المحروقات.

أما بالنسبة للأسر فبعد أن كانت لا تساهم أبدا في تكاليف العلاج، بفضل الطب المجاني، بدأت حصتها تتصاعد تدريجيا إلى غاية بلوغها أعلى نسبة بـ 29,33% في 1999، وهذا يعود إلى انسحاب الدولة من القطاعات الاجتماعية بسبب الأزمة الاقتصادية لسنوات 1986 وتطبيق برامج التعديل الهيكلي، حيث أصبح المرضى يلجؤون بشكل كبير إلى القطاع الخاص أين التكاليف في جزئها الأكبر على عاتق المريض، وخاصة أن الدفع المباشر للأسر في القطاع الحر يعتبر مرتفعا جدا في الجزائر، وظلت هذه النسبة مرتفعة إلى منتصف الألفية أين مثلت ربع مجموع النفقات 26,02%.

بعد 2005 بدأت مساهمات الأسر في الانخفاض، بينما حصة الدولة أصبحت تتزايد باستمرار، وهذا يعود إلى الوضع المالي المريح، الذي عرفه الاقتصاد الجزائري في تلك الفترة بفضل ارتفاع أسعار البترول خاصة في 2008 أين تجاوزت لأول مرة 100 دولار للبرميل.

ولكن ما تجدر الإشارة إليه، هو عودة ارتفاع مساهمات الأسر من جديد، حيث قدرت بـ 24,7% في 2014 وارتفعت إلى 25% في 2015، وما يلفت الانتباه هو تساوي هذه الأخيرة مع تلك الخاصة بالضمان الاجتماعي عند 25% مقابل 49% بالنسبة للخزينة العمومية في نفس السنة، وهذا راجع إلى اللجوء الكبير إلى القطاع الخاص ذو الأسعار العالية جدا، وذلك بسبب تدني خدمات القطاع العمومي والنقص الفادح في الأخصائيين، وخاصة أنه لا يتم تعويض تكاليف القطاع الخاص إلا بنسب ضعيفة جدا، وهذا بسبب الفوارق المعتبرة بين أسعار الخدمات الصحية المدفوعة والمبالغ المعوضة من الضمان الاجتماعي. حيث أسعار التعويض المطبقة من طرف صناديق التأمين على المرض، والتي تعود إلى سنة 1987، لم تعد تعكس التكاليف الحقيقية المدفوعة من قبل الأسر.

إن تراجع أسعار المحروقات في الفترة الأخيرة، أزم الوضع أكثر، لأن الدولة اضطرت إلى تخفيض الموارد الموجهة للصحة، وتحملت الأسر أعباء إضافية أخرى أدى بها إلى التقليل من فرص الحصول على الخدمات الصحية، وهذا ما طرح من جديد إشكالية المساواة في الحصول على العلاج، بحكم أنه ليس لكل الأسر الإمكانيات اللازمة لطلب الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص بسبب ارتفاع تكاليفها وانخفاض معدلات تعويضها.

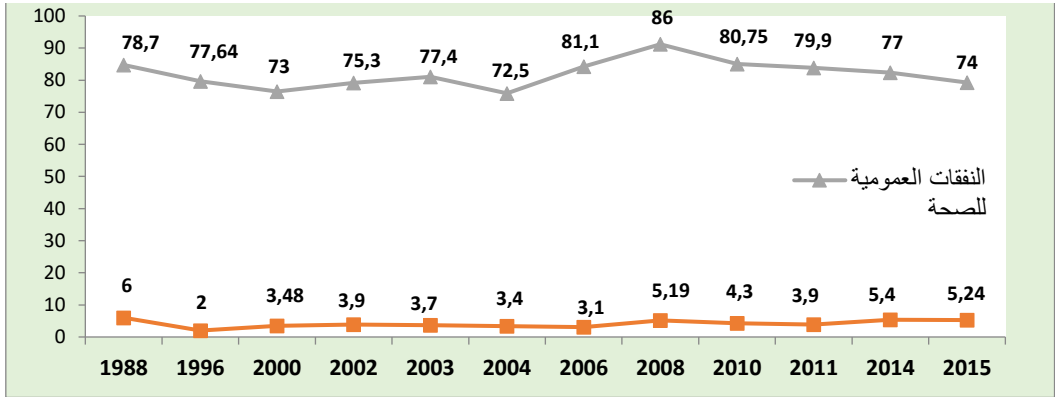
هذا وحسب العديد من المصادر ومنها البنك العالمي، فإن نسبة مساهمة الأسر الجزائرية في النفقات الصحية حاليا تتراوح بين 25% و 28%، بينما توصي منظمة الصحة العالمية والبنك العالمي، فقط بنسبة 10% (KOURTA, 2015)، ولم تقدر هذه النسبة في فرنسا في 2013 سوى بـ 9,5%.

(ASKENAZ et All, 2013)، وهذا يؤكد أن هناك خطر كبير لاشتداد عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية في بلادنا، فحسب المنظمة الصحية العالمية فإن كل عام حوالي 150 مليون شخص في العالم يواجهون نفقات صحية كارثية، بسبب الدفع المباشر و 100 مليون شخص منهم ينزلون إلى تحت خط الفقر (GOPAKUMAR, 2016).

2.2. تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر:

إن المؤشرات الاقتصادية مثل النمو الاقتصادي، إجمالي الدين الحكومي والبطالة، عوامل مهمة لتحديد نمو الإنفاق على الرعاية الصحية بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لذلك الإنفاق (دريسي، 2015)، حيث حدوث تباطؤ في النمو الاقتصادي وارتفاع البطالة يؤدي إلى خفض نمو الإنفاق على الرعاية الصحية.

الشكل 2: تطور حصة النفقات الصحية العمومية كنسبة من الـ PIB في الجزائر بين 1988 و 2015



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

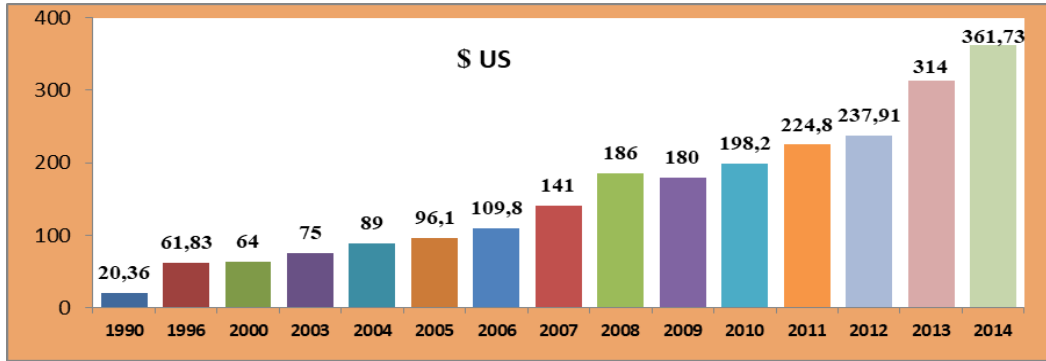
- BRAHAMIA, B., (2016), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger.
- ZEHNATI, A., (2015), "Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie", Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Bejaia, Algérie, p.100.
- KAÏD, N., (1998), "Le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluations à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa", Thèse de doctorat en sciences économiques, Université d'Alger, Algérie, p. 104.

نلاحظ من خلال الشكل أن حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، قدرت بـ 6% في 1988، وهذا يعود إلى الوضع المالي المريح الذي عرفته البلاد في تلك الفترة، ولكن بسبب الأزمة الاقتصادية وتطبيق برامج التعديل الهيكلي (1994-1998) انخفضت هذه النسبة إلى 2% في 1996، ولكن انطلاقا من سنة 2000 بدأت هذه النسبة ترتفع من جديد، ولكنها ظلت تتراوح بين 3 و4% ما عدا في سنة 2008 أين تجاوزت 5%، بفضل ارتفاع مداخيل البترول، إذ حتى النفقات العمومية للصحة في تلك السنة، بلغت أعلى مستوياتها 86%.

والجدير بالذكر أنه رغم التحسن الذي تم ملاحظته في سنوات الألفية، ظلت نسبة الناتج الداخلي الخام المخصصة للخدمات الصحية بعيدة عن تلك المطبقة في الدول المتطورة، حيث في سنة 2013 مثلت في الولايات المتحدة 16,4%، وفي كل من هولندا، ألمانيا وفرنسا 11% وفي المملكة المتحدة 8,5% (PELLET, 2016)، مقابل 5,24% في الجزائر، ولكن كانت أعلى من تلك المسجلة في تونس 4,23% والمغرب 1,96% في نفس السنة.

وكذلك فيما يخص الإنفاق الصحي للفرد الذي يعتبر من أهم المؤشرات للوقوف على فعالية ونجاعة المنظومات الصحية، حيث رغم أنه عرف زيادة مستمرة في بلادنا إلا أنه يبقى بعيدا جدا عن ذلك المسجل في الدول المتطورة، وفي الجدول الموالي سنعرض تطور هذا المؤشر في الجزائر.

الشكل 3: تطور النفقات الصحية للفرد (دولار أمريكي) بين 1996 و 2014



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

- DJENANE, A.M., (2015), "Santé et équité. Vers une économie politique de la santé", Pensée plurielle, 2 (39).
- ZEHNATI, A., (2015), "Un risque fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé", El Watan, 02 Février.
- BRAHAMIA, B., (2016), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger.

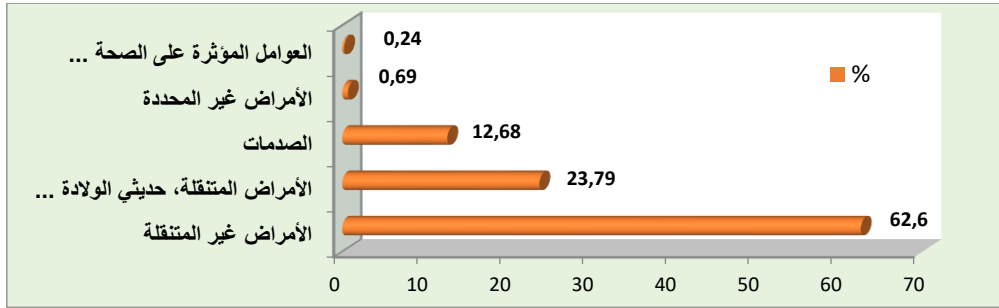
نلاحظ من خلال الجدول أن هناك زيادة مستمرة للنفقات الصحية للفرد في بلادنا، حيث تضاعفت بأربع مرات خلال 5 سنوات، منتقلة من 20,36 إلى 61,83 دولار بين 1990 و 1996، واستمر ارتفاع هذا المؤشر في سنوات الألفية بانتظام إلى غاية بلوغه 314 دولار في 2013، وقدر هذا المؤشر حسب البنك العالمي في سنة 2014 بـ 361,73 دولار في الجزائر مقابل 305,31 في تونس و 190,05 في المغرب، وبالمقارنة مع بعض الدول النامية يعتبر الإنفاق الفردي على الصحة في بلادنا مرتفعا حيث في سنة 2013 أنفقت الجزائر 10 مرات أكثر مما أنفقته النيجر وتشاد، ولكن أنفقت 10 مرات أقل مما أنفقته فرنسا وإيطاليا (DJENANE, 2015)، وفي نفس السنة أنفق الفرد الفرنسي على صحته 286 مرة أكثر مما أنفقته الفرد في أريتريا وهذا يوضح عدم المساواة في الحصول على العلاج على المستوى العالمي، رغم شعار منظمة الصحة العالمية "الصحة للجميع في 2000".

ويبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي في بلادنا بسبب قلة الموارد والزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم عن عدة عوامل منها: التحول الصحي والديموغرافي، تطور عرض العلاج، توسيع التغطية الاجتماعية والتي قدرت بـ 85%، وارتفاع مستوى المعيشة للسكان، الذي يظهر من خلال ارتفاع مؤشر التنمية البشرية (IDH) إذ انتقل من 0,5 إلى أكثر من 0,7 بين 1980 و 2014، حيث كسبت الجزائر بذلك عشر مراتب بانتقالها من المرتبة 93 في 2013 إلى المرتبة 83 في 2014 عالميا، واحتلت بذلك المرتبة الأولى في شمال إفريقيا (PNUD, 2015).

3.2. أثر الأمراض المزمنة على النفقات الصحية في الجزائر:

تعرف النفقات الصحية في الجزائر تطورا مستمرا حيث قدر البنك العالمي نموها بـ 39% خلال الفترة الممتدة من 1995 إلى 2009، وترتفع هذه الأخيرة باستمرار إذ انتقلت من 106 إلى 129 مليار دينار بين 1998 و 2002، ومن 175 إلى 185 مليار دينار بين 2010 و 2011، كما أنها بلغت حوالي 300 مليار دينار في 2014، ويعتبر انتشار الأمراض المزمنة التي تتطلب التكنولوجيا الطبية المكلفة والأدوية ذات الأسعار المرتفعة من الأسباب الرئيسية لتفاقم هذه النفقات في بلادنا، ولقد عرفت هذه الأمراض تطورا معتبرا خلال العشرية الماضية حيث انتقلت في الوفيات من 58,6% إلى 65,24% وفي الاستشفاء من 50,4% إلى 62,6% (فرطقي، 2017)، وتمثل الأمراض المزمنة اليوم السبب الرئيسي للاعتلال والشكل الموالي يوضح ذلك.

الشكل 4: توزيع أسباب الاستشفاء خلال سنتي 2015 و 2016



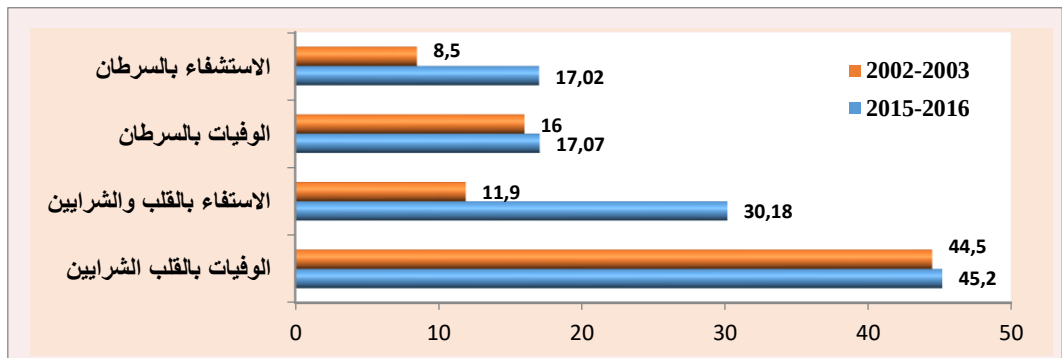
المصدر: فرطقي مفيدة، (2017)، ص. 225.

إن انتشار الأمراض غير المتحركة (الأمراض المزمنة) له آثار سلبية على التنمية وعواقب وخيمة على عرض العلاج والاقتصاد (التغيب عن العمل، تمويل التأمين على المرض...) وعلى نوعية حياة المرضى، ويعود انتشار هذه الأمراض في بلادنا إلى انتشار عوامل الخطر الرئيسية (تغير العادات الغذائية، قلة الحركة وانعدام النشاط البدني والتدخين)، وخاصة عوامل الخطر الوسيطة (ارتفاع ضغط الدم، السكري، ارتفاع الدهون في الدم والسمنة) (فرطقي، براهيمية، 2015)، والتي تعتبر أمراض مزمنة وعوامل خطر رئيسية لأمراض مزمنة أخرى.

ولقد لوحظ تطور معتبر للاستشفاء بالأمراض المزمنة عن الوفيات وخاصة فيما يتعلق بأمراض القلب والشرابين والسرطان (السببين الرئيسيين للوفيات والاستشفاء)، وهذا راجع إلى التقدم الطبي وتطور العلاج الذي أدى إلى امتداد حياة المرضى، ومنه ارتفاع عدد سنوات الحياة في صحة سيئة، الشيء الذي أدى إلى ارتفاع العبء على صناديق الضمان الاجتماعي.

الشكل 5: تطور الاستشفاء والوفيات بأمراض القلب والشرابين والسرطان بين سنتي 2002 و 2003 وكذا بين

2015 و 2016



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على فرطقي مفيدة، (2017)، ص. 228.

إن وتيرة ارتفاع نفقات الضمان الاجتماعي مقارنة بموارده تزداد توازنه المالي الذي هو أصلاً ضعيف، وهذا يعود خاصة للنفقات المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية والتي تعود بدورها إلى زيادة الطلب على الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة، ذات التكلفة العالية، وخاصة أدوية السرطان، حيث أن فاتورة أدوية علاج السرطان تمثل نسبة 80% من فاتورة أدوية المستشفيات، بينما لم تكن تمثل قبل 15 سنة سوى 10 إلى 15%، وهذا بسبب الانتشار الواسع للسرطان في بلادنا حيث تسجل حالياً 50000 حالة جديدة كل عام، وهذه الزيادة المعتبرة ناجمة عن التحولات الديموغرافية، عوامل الخطر للتحويل الوبائي والتغير في العادات الغذائية.

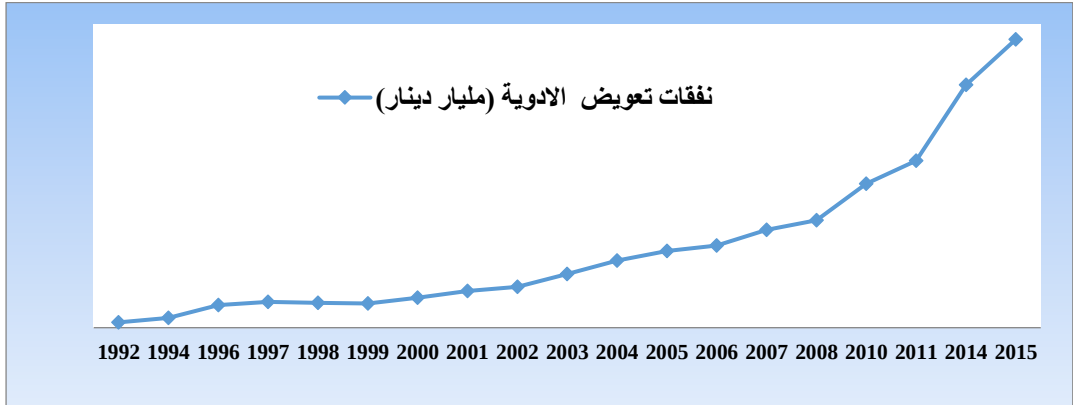
ومع استمرار تزايد هذه الأمراض في بلادنا، ستتفاقم هذه النفقات في السنوات القادمة، وخاصة أن المخابر العالمية الكبرى التي تتحكم في صناعة أدوية السرطان على غرار الأمراض الثقيلة الأخرى ترفع أسعارها بشكل متواصل، حيث دخل العالم منذ بضع سنين في حقبة جديدة، حقبة الأسعار الباهظة، الخيالية وغير المقبولة، ولم تعد أسعار الأدوية ترتبط حقيقة بتكاليف البحث والتطوير. إذ الرقم الوحيد المتاح، الذي يُحسب من طرف نفس الفريق لمركز تافتس (Tufts) منذ 40 سنة يفتقد للمصداقية، وتبرر الشركات الكبرى أسعارها بالحديث عن قيمة أدويتها، أو عن المدخرات التي يمكن أن تجلبها للمنظومات الصحية، ولكن بينت الدراسة التي أنجزت من طرف أطباء الأورام في الولايات المتحدة، حول 85 دواء وضع في السوق بين 1995 و2013 أن أسعار هذه الأدوية، ارتفعت أسرع بكثير من قيمتها العلاجية.

ومنه يمكن القول أن نمو النفقات الصحية، يعود خصوصاً إلى فاتورة استيراد الأدوية التي ارتفعت بشكل كبير جداً في السنوات الأخيرة، حيث تضاعفت بستة مرات بين 2002 و2016 منتقلة من 0,4 إلى 2,8 مليار دولار، ورغم بعض الانخفاض الذي شهدته هذه الفاتورة بين 2014 و2015 بفضل بعد الإجراءات المتخذة، عرفت فقط في الثلاثة شهور الأولى من سنة 2016، ارتفاعاً قدره 41,67%.

ويعود هذا الارتفاع إلى التبعية للخارج في التموين بهذه المواد وتحرير الاقتصاد، حيث منذ سنة 2000 صار القطاع الخاص يحتكم على 90% من سوق الاستيراد (ZEHNATI, 2014)، مما أدى بالموردين إلى استيراد الأدوية الأصلية ذات الأسعار الباهظة، وخاصة تلك المتعلقة بالأمراض الثقيلة (السرطان، القلب...)، من أجل الحصول على هامش ربح أكبر، وكذلك المبالغ الهائلة الموجهة لتعويض نفقات هذه الأخيرة، حيث من بين النفقات الأكثر وزناً على فرع التأمينات الاجتماعية نجد تعويض الأدوية التي تعرف ارتفاعاً مستمراً، والتي تعود بالأخص إلى ارتفاع الأسعار، واعتماد نظام الدفع من طرف الغير (Tiers

(payant)، حيث خلال سنوات التسعينات إلى غاية سنة 2000 الحصة الإجمالية للنفقات التي كانت تخصصها CNAS للأدوية لم تتجاوز في المتوسط 25% ولكن انطلاقا من سنة 2001 عرفت هذه الأخيرة ارتفاعا معتبرا، ومن خلال الشكل الموالي سنوضح تطور هذه النفقات.

الشكل 6: تطور نفقات تعويض الأدوية في الجزائر بين 1992 و 2015



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

- BRAHAMIA, B., (2016), "**Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**", Colloque international sur les politiques de santé, Alger.
- ZIANI, L., ZIANI, Z., (2012), "**Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie**", Colloque international sur l'industrie de l'assurance réalité et perspectives de développement, Université de Chlef, Algérie.
- SNOUSSI, Z., (2015), "**Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie**", *Economie industrielle*, 1 (149).

نلاحظ من خلال الشكل أعلاه، أن نفقات تعويض الأدوية، تضاعفت بأكثر من ثلاث مرات في فترة قصيرة، حيث انتقلت من حوالي 13 مليار دينار في سنة 2000 إلى 64,56 مليار دينار في 2007، وفقط في سنة 2011 بلغت هذه التعويضات 59% من مجموع النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بمبلغ إجمالي قدره 110 مليار دينار، وارتفعت من 160 إلى 190 مليار دينار بين 2014 و 2015، بينما لم تمثل في سنة 1988 سوى 0,5 مليار دولار.

وسيستمر نمو نفقات تعويض الأدوية مع ارتفاع استهلاك الأدوية ذات الأسعار الباهظة، حيث رغم الإجراءات المتخذة للتحكم في عبء استهلاك الأدوية، يواصل هذا الاستهلاك تسجيل ارتفاعات منتظمة وإثقال كاهل منظومة الضمان الاجتماعي وخاصة أن اللجوء إلى الأدوية الجنسية لازال منخفضا، والوقاية من الأمراض المزمنة مُهمّشة بينما قدرات التمويل محدودة، ومنه يبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي في

بلادنا بسبب قلة الموارد والزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم خاصة عن التحول الصحي، بينما الموارد المالية الناتجة عن النشاط المهني قليلة.

3. الهيكلة الديموغرافية والتشغيل وتحديات التمويل:

تواجه الجزائر تحديات ديموغرافية واقتصادية خطيرة، والتي تتمثل أساسا في مشكل البطالة وتوفير مناصب شغل لعدد كبير من السكان في سن العمل وإيجاد حلول للأزمة المالية التي يعانيها صندوق التقاعد، نتيجة الارتفاع المستمر في عدد المتقاعدين. حيث انتقل من 451000 إلى 1032000 بين 1986 و1998 ومن 2500000 في سنة 2014 إلى 3000000 متقاعد في 2016.

فكيف يمكن إذن رفع فعالية المنظومة الصحية في مثل هذا السياق؟ وخاصة أن الجزائر تمر بالمرحلة الثالثة من التحول الديموغرافي، التي تتميز بارتفاع عدد كبار السن الناجم عن انخفاض الوفيات والخصوبة، دون أن تُنهي تماما المرحلة الثانية، حيث لا تزال نسبة السكان في سن العمل مرتفعة، وهذه النسبة المعتبرة للفترة النشطة (15-59 سنة)، ستستمر في الجزائر إلى غاية 2025 (KATEB, 2010)، بسبب الدخول المتأخر للمرحلة الثانية من التحول الديموغرافي، رغم أن نسبتها من إجمالي السكان بدأت تنخفض في السنوات الأخيرة وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (01): توزيع سكان الجزائر حسب الشرائح العمرية بين 1995 و2015

2015	2014	2013	2012	2011	2008	2004	2000	1998	1995	
11,7	11,6	11,4	11,2	11,0	10,0	9,1	9,8	10,9	13,4	4-0
17,1	16,8	16,7	16,7	16,7	18,0	20,7	24,1	25,3	25,6	14-5
62,5	63,1	63,6	64,0	64,4	64,29	63,1	59,4	57,2	55,0	59-15
8,7	8,5	8,3	8,1	7,9	7,6	7,1	6,7	6,6	6,0	+ 60

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

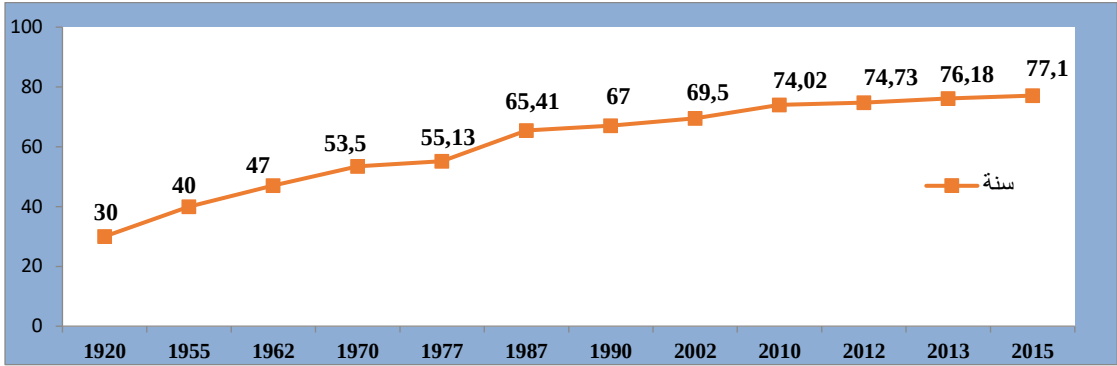
- BRAHAMIA, B., (2016), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier.
- ONS, (2017), "Activité, emploi et chômage", 785.

يتضح من خلال الجدول أعلاه، هيمنة السكان في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) على حساب المجموعات الأخرى، حيث ارتفعت من 55% إلى 64,4% بين 1995 و2011، ولكنها بعدها بدأت بالانخفاض إلى غاية بلوغها 62,5% في 2015، في حين واصلت فئة 60 سنة فأكثر

ارتفاعها، منتقلة من 8,1 إلى 8,7% بين 2012 و 2015 (3000484 نسمة، منهم 511000 فئة البالغين 80 سنة فما فوق) (ONS, 2017).

الشكل الموالي سيعرض تطور مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر بين 1920 و 2015:

الشكل 7: تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر بين 1920 و 2015



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

- ONS, (2017), "Activité, emploi et chômage", 785.
- عياشي نور الدين، (2013)، "دور النفقات العمومية للصحة في تجسيد مبدأ التغطية الشاملة"، الملتقى الوطني حول التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية"، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، ص 132.

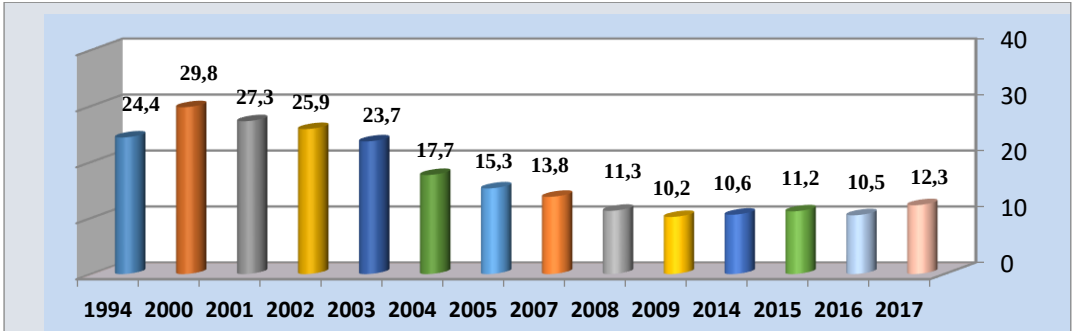
نلاحظ تطور معتبر لمتوسط العمر منذ الاستقلال، حيث كسبت الجزائر أكثر من 30 سنة بفضل التقدم الطبي وتحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية، وتعتبر الشيخوخة من الأسباب الرئيسية لارتفاع النفقات الصحية وتشكل عبئا ثقيلا على صناديق التأمين على المرض، والجدير بالذكر أن في الجزائر معدل الإعالة الديموغرافية للأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر، ارتفع من 11,1 إلى 14,0 شخص مسن معال لكل 100 شخص في سن النشاط (15-59 سنة) بين 1990 و 2015. كما عرف معدل الدعم انخفاضا معتبرا إذ نزل من 7 إلى 3 أشخاص ناشطين لكل متقاعد بين 2000 و 2015 وهذا سيؤدي إلى شلل صندوق التقاعد الذي يعاني منذ سنوات من العجز، ولم يتمكن من الاستمرار سوى بفضل التضامن الموجود بين مختلف صناديق الضمان الاجتماعي، كما ستواجه مؤسسات التمويل مشاكل أخطر في المستقبل، مع ارتفاع نسبة المسنين وانخفاض نسبة السكان في سن العمل.

تُبين الهيكلة الديموغرافية القيود التي يواجهها النشاط الاقتصادي الذي تأتي منه الموارد المالية المخصصة للصحة، حيث في أبريل 2017 قُدر إجمالي عدد الناشطين اقتصاديا بـ 12277000 شخصا على

المستوى الوطني وتخطى إجمالي النشاطات اقتصاديا عتبة المليونين (2525000) أي 20,6% من إجمالي السكان النشطين، أما حجم السكان المشتغلين فبلغ 10769000 شخصا مسجلا بذلك تراجعا قدر بـ 76000 شخصا مقارنة بسبتمبر 2016 (ONS, 2017)، هذا ويتزايد عدد طالبي الشغل الجدد باستمرار، حيث انتقل من 210000 في السنة في بداية سنوات 1990، إلى أكثر من 350000 في السنة بين 2005 و 2015.

وسيضاف هذا الطلب الجديد على الشغل إلى مخزون الطلب القديم الموجود، حيث فئة البطالين حسب تعريف المكتب الدولي للعمل قد بلغت 1272000 شخصا في سبتمبر 2016 وبلغت بذلك نسبة البطالة 10,5% على المستوى الوطني، وبلغت في أبريل 2017 نسبة 12,3% مسجلة زيادة قدرها 1,8 نقطة حيث قُدر عدد البطالين بـ 1508000 شخصا (ONS, 2017)، والشكل الموالي يوضح تطور هذا المؤشر منذ التسعينيات.

الشكل 8: تطور معدل البطالة في الجزائر 1994 و 2017



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

- BOUNOUA, C., (2013), "Les déterminants du chômage en Algérie : une analyse Econométrique (1980-2009)", Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Tlemcen, p. 88.
- ONS, (2017), "Activité, emploi et chômage", 785.

يوضح الشكل السابق أن معدل البطالة كان مرتفعا جدا في أواخر التسعينيات حيث الإصلاحات الاقتصادية التي طبقت ابتداء من 1989 والتي تدعمت بتطبيق برنامج التعديل الهيكلي ساهمت في رفع هذا المؤشر من 24,4% إلى 29,8% بين 1994 و 2000، وفي ظل تحسن المؤشرات الاقتصادية ابتداء من سنوات الألفية تراجعت هذه النسبة من 29,8% إلى 11,5% بين 2000 و 2008، واستقرت عند

10% بين 2010 و2014، ولكن بدأ هذا المؤشر في الارتفاع مؤخرا، حيث ارتفع إلى 11,2% في 2015 وبلغ 12,3% في 2017.

هذا وبلغت نسبة العمالة والمتمثلة في نسبة السكان المشتغلين على عدد السكان في سن العمل 37,4%، مسجلة بذلك تراجعاً بلغ 0,4% مقارنة بأفريل 2016، وتراجعت في أفريل 2017 بـ 0,6% نقطة مسجلة نسبة 36,8% وهذه الوضعية تعكس ضعف مصادر الاشتراكات للضمان الاجتماعي المرتبطة بالنشاط المهني، وخاصة أن المؤمنين غير النشطين يمثلون نسبة معتبرة من مجتمع المؤمنين، حيث بلغت هذه النسبة أكثر من 45% في 2007 (BRAHAMIA, 2016)، وقدر عدد الأشخاص المؤمنين في سنة 2016 بـ 11500000 شخص بينما الضمان الاجتماعي يغطي 35 مليون شخصا.

إذن فمن أين يمكن الحصول على الموارد المالية المخصصة للصحة، وخاصة في العشرية القادمة؟ حيث ستتقل فئة السكان النشطين إلى فئة المسنين بأعداد هائلة، بينما فئة السكان في سن العمل التي تعتبر القاعدة الأساسية لتمويل الضمان الاجتماعي، ستشهد تناقصاً كبيراً.

إن هذا الوضع سيؤدي إلى تفاقم مشكل تمويل التأمين على المرض، وهذا ما يؤكد التحديات الكبيرة التي تواجه المنظومة الصحية، حيث يبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي بسبب قلة الموارد والزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم خاصة عن التحول الصحي وعدة عوامل أخرى غالباً مرتبطة ببعضها البعض، ولهذا لا بد أن تُعالج العديد من الاختلالات من أجل الحفاظ على التوازنات المالية للضمان الاجتماعي وتحقيق مبدأ المساواة والانصاف في الخدمات الصحية. وهذا ما سعت إليه السلطات العمومية في السنوات الأخيرة من خلال الإجراءات التالية:

4. الإصلاحات المعتمدة للمحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي:

إن تمويل استهلاك الأدوية يمثل وزناً مالياً معتبراً في النفقات الصحية ويثقل كاهل التأمين على المرض، الأسر والدولة وخاصة مع انتشار الأمراض المزمنة وتطور التقنيات الطبية، الشيء الذي أدى إلى الارتفاع المستمر للاستهلاك الدوائي، حيث في غضون 23 سنة (من 1990 إلى 2013) تضاعف هذا الأخير بـ 7,73 مرة، منتقلاً من 375 مليون دولار إلى 2900 مليون دولار، وتضاعف الاستهلاك الصيدلاني للفرد بـ 393,33% في نفس الفترة منتقلاً من 15 إلى 74 دولار أمريكي (ZIANI et al, 2016). وقدر بحوالي 75 دولار في سنة 2016.

ويعتبر تعويض الأدوية للأجراء وأيضا التكفل بغير الأجراء من الأسباب الرئيسية لارتفاع الاستهلاك الدوائي، وخاصة أن التكفل بالمصابين بالأمراض المزمنة يتم بنسبة 100% في إطار الدفع من طرف الغير، وبنسبة 80% بالنسبة لبقية المؤمنين اجتماعيا، بالإضافة إلى عوامل أخرى كانتشار عرض العلاج وتعميم التغطية الطبية، وهو يمثل بذلك حجما ماليا معتبرا ويطرح مشكل حقيقي لصناديق الضمان الاجتماعي وخاصة مع النمو المتزايد لسوق الأدوية، وتخصص المنظومة الصحية حصة معتبرة لنفقات الدواء والتي قدرت في المتوسط بـ 21,65% في السنة من النفقات الوطنية للصحة، وهي بذلك تمثل وزنا ثقيلا في مجموع النفقات الصحية وتعرف تطورا مستمرا، حيث انتقلت من 8,1% إلى 1,32% بين 1991 و 2000، وبلغت 28,87% في سنة 2008 (ZIANI, L. et ZIANI, F., 2012).

ومن أجل التخفيف من اختلالات التوازنات المالية للضمان الاجتماعي، الناتجة عن الارتفاع المعتبر لأسعار الأدوية اعتمدت السلطات الجزائرية سياسة متعددة القطاعات تهدف إلى التحكم في هذه النفقات، وتم تعديل الهوامش التجارية حسب السعر من أجل تشجيع استيراد الأدوية ذات الأسعار المنخفضة. كما تم أيضا اللجوء إلى إدخال عدة إجراءات أخرى نذكر منها:

1.4. سياسة عدم تعويض بعض الأدوية:

إلى غاية 1995، كانت كل الأدوية الموصوفة تعوض تلقائيا، ولكن من حينها قرر المسؤولون مراجعة قائمة المدونة بإدخال مفهوم عدم التعويض (non remboursement) من الضمان الاجتماعي، وقام هذا الإجراء على مبدأ سحب من قائمة الأدوية المعوضة، المنتجات التي لا تمثل خدمة طبية أو علاجية مثبتة.

2.4. سياسة التشجيع على استهلاك الأدوية الجنيسة والأدوية المصنوعة محليا:

يعتبر تشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة الحل الرئيسي للتخفيف من العبء المالي الناجم عن الاستهلاك الدوائي، ولهذا قامت الجزائر بالتشجيع على الدواء الجنيس من خلال عدة إجراءات للتخفيف من النفقات المتعلقة بتعويض الأدوية، الشيء الذي أدى إلى ارتفاع حصة هذا الأخير في سوق الأدوية من سنة إلى أخرى، حيث مثل الدواء الجنيس نسبة 35% في 2011 مقابل 21% في 2004 (BRAHAMIA, MAHFOUD, 2017).

3.4. التعاقد مع الطبيب المعالج:

لقد تم إدخال التعاقد مع الطبيب المعالج لأول مرة في الجزائر في سنة 2009، بموجب المرسوم التنفيذي رقم 09-116 المؤرخ في 7 أفريل 2007، حيث تم توسيع نظام الدفع من طرف الغير إلى الفحوصات والأنشطة الطبية المقدمة من الطبيب المعالج لصالح المتقاعدين كمرحلة أولى وذوي حقوقهم، وكان هذا بهدف ترشيد النفقات الصحية للضمان الاجتماعي من خلال وصف والتشجيع على استهلاك الأدوية الجنيسة والمحلية، وفي هذا الإطار يتم تقديم تحفيزات مالية للطبيب عن كل وصف للأدوية الجنيسة والأدوية المحلية، تقدر بـ 20% و 50% عن مبالغ الفحوصات.

4.4. التعاقد على العلاج مع المستشفيات:

يتمثل هذا الإجراء في جعل مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات الصحية قائمة على أساس التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة، حيث توجه هذه المساهمة لتغطية نفقات الأجراء الاجتماعيين وذوي حقوقهم، أما نفقات الوقاية، التكوين والبحث العلمي والعلاج الموجه للمعوزين غير المؤمنين اجتماعيا تتكفل بهم الدولة، ويهدف هذا الإجراء إلى اتباع أسلوب أكثر فعالية لتمويل المؤسسات الصحية العمومية وتحسين التكفل بالمواطنين على مستوى المستشفيات، حيث يمكن المؤسسات الممولة من مراقبة كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمؤمنين، ولقد عرف هذا الإجراء التعاقدي نوعا من التقدم في 2010، حيث وُضعت الوسائل الضرورية على مستوى مكاتب الاستقبال للمستشفيات وعلى مستوى الضمان الاجتماعي، ولكن لم يدخل حيز التنفيذ ويبقى تطبيق هذا النظام التعاقدي متأخرا في بلادنا رغم أنه أُدرج في قانون المالية لسنة 1993.

5.4. تعزيز الرقابة الطبية ومكافحة العمل غير الرسمي:

من أجل التحكم في نفقاتها، سعت صناديق الضمان الاجتماعي وخاصة CNAS، إلى تدعيم مصالح ومنظمة الرقابة الطبية. وذلك من خلال إنشاء لجان طبية تراقب وتدرس الملفات ولكن اتضح أنها لم تحقق النتائج المرجوة، وهذا لأن تعزيز الرقابة الطبية يتطلب مشاركة مع مقدمي العلاج من أجل ترقية الاستعمال الرشيد والمناسب للعلاج، ولكن هذا لم يتم كما كان مطلوبا، كما سعت إلى مكافحة العمل غير الرسمي بواسطة عمليات رقابية على أبواب العمل، الذين يعتبرون الأمرين بالصرف الأساسيين لإيرادات CNAS.

ولكن لاتزال هذه التجاوزات قائمة وتهدد منظومة الضمان الاجتماعي بالنظر إلى العدد الكبير للشغل الذي يتطور بعيدا عن المسار الرسمي، حيث أكدت الدراسة التي قام بها المركز الوطني للإحصائيات حول الشغل والبطالة والتي نشرت في 2014 أن 72,1% من مجموع الشغل في القطاع الخاص غير معلن عنه، وبين 2015 و 2016 تم حصر 180000 مخالفة فيما يخص عدم التصريح بالنشاط وبالأجراء و 64000 مخالفة فيما يخص قواعد الاشتراك.

6.4. التحصيل الجبري للاشتراكات:

ومن أجل المحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي تم اتخاذ إجراءات للتحصيل الجبري للاشتراكات، وذلك في إطار تنفيذ تدابير قانون المالية التكميلي لسنة 2015، حيث اعتبرت سنة 2015 سنة لتحصيل الاشتراكات غير المدفوعة، ولقد تم فرض عقوبات تصل إلى 6 شهور سجن ومبالغ مالية على أرباب العمل الذين لا يتقدمون للتصريح بعمالهم قبل 31 مارس 2016، وسمحت تدابير هذا القانون بتحصيل حوالي 50% من الاشتراكات، حيث سدد 7000 رب عمل اشتراكاتهم، ومنحت حوالي 11000 جدولة لدفع الاشتراكات المتأخرة وتم التصريح بـ 17000 عامل.

والجدير بالذكر أن الإجراءات التي كانت تهدف إلى تخفيض فاتورة الاستيراد، لم تبلغ الأهداف المنشودة، حيث لاتزال فاتورة الأدوية مرتفعة جدا (2,8 مليار دولار في سنة 2016)، ورغم أن الانتاج المحلي عرف ارتفاعا واضحا إلا أنه يبقى دائما في معزل عن هذا التطور السريع، ولا تزال حصة الدواء الجنيس ضعيفة وتمثل 35% من الاستهلاك الكلي بالقيمة، مقابل 65% للدواء الأصلي، كما تعتبر تقلبات سعر الصرف (انخفاض العملة الوطنية) والارتفاع الكبير في أسعار الموردين اللذين تشتري الجزائر منهم احتياجاتها الدوائية من أهم العناصر التي ساهمت في ارتفاع استيراد الأدوية، ولكن هذا يعود إلى الموردين أكثر مما يعود إلى سعر الصرف حيث يلجأ هؤلاء إلى استيراد الأدوية الأصلية ذات الأسعار الباهظة من أجل الحصول على هامش ربح أكبر.

بالإضافة إلى ذلك، فإن غياب الرقابة على وصفات الأطباء في الجزائر لم يسمح بترشيد الانفاق على الدواء لدى الضمان الاجتماعي، عكس ما يحدث في الدول المتطورة التي استطاعت التحكم في نفقاتها الصحية مثل إنجلترا التي تفرض رقابة صارمة على واصفي العلاج وتفرض عقوبات على الأطباء تصل إلى حد الطرد عندما يقومون بوصف أدوية تفوق العدد المحدد أو وصف أكثر من مضاد حيوي في نفس الوصفة.

5. الخاتمة:

تعاني المنظومة الصحية الوطنية من عدة اختلالات وتواجه صعوبات كبيرة لرفع فعاليتها وتحسين أدائها من أجل مواجهة التحديات الصعبة التي يفرضها التحول الصحي الجاري، ويعتبر المشكل الأكثر خطورة الذي تعاني منه المنظومة هو تفاقم النفقات الصحية بينما قدرات التمويل للضمان الاجتماعي محدودة حيث تتعلق بالنشاط المهني وتعتمد في نفس الوقت على الهيكلة الديموغرافية وقدرة الاقتصاد على خلق مناصب شغل، ولهذا فإن حل إشكالية تمويل الصحة يبقى معقدا جدا، وخاصة مع التطور المستمر للحاجيات الصحية التي يفرضها التحول الصحي، والتي أدت إلى اشتداد قيود التمويل على المنظومة الصحية وعلى الأسر، حيث تم تحميل هؤلاء حصة معتبرة من النفقات، ساهم في اشتداد عدم المساواة في الحصول على العلاج، وخاصة أن الدولة لا يمكنها أن تستمر في رفع مساهماتها في التكفل بالنفقات الصحية نظرا لارتباط مواردها مباشرة بأسعار المحروقات.

إن مؤسسات التمويل غير قادرة على مواجهة النفقات الصحية التي تنمو بوتيرة أسرع من النمو الاقتصادي الذي تستمد الصحة منه مواردها، وسيتأزم الأمر أكثر مع دخول الآليات الجديدة الناتجة عن الإصلاحات المعتمدة، ومنها مراجعة مدونة الأنشطة الطبية، وتحسين الأسعار المطبقة على التعويضات، الشيء الذي سيؤدي إلى تدهور الوضعية المالية لصناديق التأمين على المرض الذي هو أصلا ضعيف، كما أنه من خلال التطرق إلى الإصلاحات التي اعتمدت في السنوات الأخيرة تبين أنها لم تبلغ الأهداف المرجوة، حيث الإجراءات المتخذة في إطار سياسة التحكم في النفقات الصحية والتي استهدفت بعض عناصر الطلب لم تُحدث التأثيرات المتوقعة.

وما يمكن قوله في الأخير أن الحاجيات الصحية للسكان سوف تستمر في الارتفاع في المستقبل نظرا للعبء المتزايد للأمراض المزمنة، الشيخوخة، تعميم التأمينات الاجتماعية والانتشار الكبير لعرض العلاج مع إدماج التكنولوجيات الجديدة المبتكرة وآثار الطلب المفتعل الناجم عنها، ولهذا لا بد على أصحاب القرار أن يضعوا سياسة فعالة للتحكم في النفقات الصحية وترشيد استخدام الموارد، حيث تتطلب هذه الاشكاليات التفكير العميق حول ميكانيزمات جديدة لتنظيم وتمويل المنظومة الصحية، والتي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار الأهداف الوطنية للصحة العمومية، خصوصيات البلاد والتحديات التي تفرضها التحولات المتعددة الجارية، ومنه نوصي بما يلي:

- تطوير الوقاية ومكافحة عوامل الخطر الرئيسية للأمراض المزمنة، وذلك من خلال مقارنة شاملة ومتعددة القطاعات وإنشاء برامج للكشف المبكر لهذه الأمراض، لتفادي مضاعفاتها الخطيرة والتخفيف من تكاليف علاجها؛
- تعزيز دور الطبيب المعالج والتركيز على العلاج القاعدي وعلى تنسيق العلاج الذي يعتبر من الوسائل الفعالة لتحسين نوعية الخدمات الصحية والتحكم في التكاليف؛
- تطوير إجراءات وآليات التعاقد بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية وتطوير المراقبة الطبية؛
- تعزيز نظام تحصيل اشتراكات الضمان الاجتماعي؛
- رفع مساهمة الدولة في تمويل الخدمات الصحية عن طريق الضرائب ورفع معدلات النمو الاقتصادي من أجل خلق مناصب شغل لتوفير الموارد المالية اللازمة لتمويل صناديق الضمان الاجتماعي؛
- اعتماد نموذج يقوم على احتكار الدولة لعملية استيراد الأدوية سواء كان ذلك لتلبية احتياجات المؤسسات العمومية أو الخاصة من أجل الاستفادة من تخفيضات في الأسعار، وضمان جودة الأدوية المستوردة وتجنب النفاذ؛
- ترقية التكوين في مجال الصناعة الصيدلانية في الجامعات وتطوير الشراكة بين منتجي الأدوية والباحثين؛
- ضبط وتنظيم الإنتاج المحلي من أجل تنويعه، وتقديم تحفيزات لإنتاج جزيئات أخرى، لسد مختلف الحاجيات وتخفيض فاتورة استيراد الأدوية؛
- عصنة تسيير المؤسسات الصحية باستخدام محاسبة التكاليف كوسيلة للتحكم وترشيد النفقات الصحية وإنشاء نظام للحسابات الصحية الوطنية (Comptes nationaux de santé) لتتبع وتقييم المصاريف الصحية.

6. قائمة المراجع:

- دريسي أسماء، (2015)، "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)"، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، 6.
- عياشي نور الدين، (2013)، "دور النفقات العمومية للصحة في تجسيد مبدأ التغطية الشاملة"، الملتقى الوطني حول التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية"، جامعة قسنطينة 2، الجزائر.

- فرطقي مفيدة، براهيمية ابراهيم، (2015)، "تطور الأمراض المزمنة في الجزائر"، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، 2.
- فرطقي مفيدة، (2017)، "التحول الصحي في الجزائر من خلال أسباب الاستشفاء والوفيات - حالة المنطقة الصحية للشرق"، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة قسنطينة 2، الجزائر.
- ASKENAZY, P. et al, (2013), "**Pour un système de santé plus efficace**", *Notes du conseil d'analyse économique*, 8 (8).
- BOUNOUA, C., (2013), "**Les déterminants du chômage en Algérie : une analyse Econométrique (1980-2009)**", Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Tlemcen.
- BRAHAMIA, B., (2016), "**Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**", Colloque international sur les politiques de santé, Alger.
- BRAHAMIA, B., MAHFOUD, N. et YVES, C., (2017), "**Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie**". *Algerian Business Performance Review*, Université de Ouargla, 11.
- DJENANE, A.M., (2015), "**Santé et équité. Vers une économie politique de la santé**", *Pensée plurielle*, 2 (39).
- GOPAKUMAR, M., (2016), "**L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du sud**", *Santé mondiale, enjeu stratégique et jeux diplomatique*". *Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)*.
- KAÏD, N., (1998), "**Le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluations à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa**", Thèse de doctorat en sciences économiques, Université d'Alger, Algérie.
- KATEB, K., (2010), "**La transition démographique en Algérie et marché du travail**", *confluences Méditerranée*, 1 (72).
- KOURTA, D., (2015), "**Dépenses de santé : les ménages se ruinent en soins**", *El Watan*, Algérie 24 Mars.
- ONS, (2017), "**Activité, emploi et chômage**", 785.
- PELLET, R., (2016), "**La place du secteur privé dans les systèmes de santé**", *les tribunes de la santé*, 2 (51).
- PNUD, (2015), "**Rapport sur le développement humain**", Algérie.
- SNOUSSI, Z., (2015), "**Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie**", *Economie industrielle*, 1 (149).
- ZEHNATI, A., (2015), "**Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie**", Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Bejaia, Algérie.
- ZIANI, L., ZIANI, Z., (2012), "**Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie**", Colloque international sur l'industrie de l'assurance réalité et perspectives de développement, Université de Chlef, Algérie.
- ZIANI, F., BRAHAMIA, B., (2016), "**La consommation de médicament en Algérie entre croissance, financement et maîtrise**", *Les Cahiers du MECAS*, 13.