

اقتصاد الصحة في الجزائر: تمويل وآفاق

The economy of health in Algeria : financing and prospects

د. تيلولت سامية *

Dr. Tiloult Samia

جامعة الجزائر 3، الجزائر، tiloult.samia@gmail.com

تاريخ النشر: 2020/06/30

تاريخ القبول: 2020/05/05

تاريخ الاستلام: 2020/03/01

ملخص: يمكن اعتبار الصحة كعنصر هام ومهم في التنمية الاقتصادية للدور الأساسي الذي تلعبه في زيادة الإنتاج، وزيادة الإنتاجية، وبالتالي زيادة الناتج المحلي الإجمالي الخام، من خلال تحسين وتطوير حالة صحة الفرد. وهذا بالتأكيد يمثل هدف التنمية وإمكانيات تنفيذه. لاحظ المجتمع الجزائري تحسنا وتطورا في الوضعية الصحية للأفراد وعلى الرغم من تطور مؤشرات الصحة من الناحية الكمية والمنجزات المحققة في ميدان الصحة، إلا أن قطاع الصحة يعاني من نقائص وثغرات مهمة والتي أثرت سلبا على نتائجها. ما أدى إلى تباطؤ مسار التنمية، وتشمل هذه الثغرات، نقص وسوء استعمال الموارد المالية الموجهة للتنمية، والتوزيع الجهوي غير المتناسب للمؤسسات الصحية في البلاد، ورداءة الخدمات الصحية المقدمة.

الكلمات المفتاحية: اقتصاد الصحة، تمويل الصحة، الوضع الصحي، ميزانية القطاع الصحي.

تصنيفات JEL: H61, H68, I11, I18

ABSTRACT: Health can be seen as an important component of economic development for the key role it plays in increasing production, increasing productivity, and hence increasing gross domestic product by improving and developing the state of health of the human being. This, of course, represents both the development objective and the means for its implementation. The Algerian community has observed an improvement in the state of health of the population. However, despite the relative improvement in quantitative health indicators and the achievements made in the field of health, it still suffers from significant shortcomings which have negatively affected its results, which slows down the development process. These shortcomings include the lack and misuse of financial resources allocated to development, the disproportionate regional distribution of medical institutions in the country, as well as the poor medical services provided.

Keywords: health economics, health status, health expenditure, health financing.

Jel Classification Codes : H61, H68, I11, I18

* المؤلف المرسل

1- مقدمة

تعتبر الصحة (الجسدية والنفسية) العنصر الأساسي الذي تقاس عليه كل المجتمعات المزدهرة، فإذا كان المواطنون مرضى فإن النظام بأكمله ينهار، لأن الصحة تحقق للفرد التوافق مع بيئة العمل وتساعد على مواجهة كل العقبات التي تعترضه في حياته اليومية والمهنية، فتجعله يحس إحساسا ايجابيا، مفعما بروح المبادرة، وترفع من معنوياته، وهذا ما يزيد من تركيزه في العمل، وهو ما يؤدي إلى رفع المردودية في الإنتاج ويضمن السلامة أثناء العمل ويحقق الكفاية المرجوة.

إن الهدف من الإنفاق على الخدمات الصحية هو الوقاية من الأمراض، من أجل ضمان سلامة الفرد، ومن ثم المحافظة على الموارد البشرية وتنميتها، وهو ما ينعكس ايجابيا على زيادة إنتاجية الأفراد، ومنه زيادة الناتج الداخلي المحلي الخام، لذا فإن الإنفاق على الصحة لا يعتبر ضرورة إنسانية فقط، بل ضرورة اقتصادية تتطلب البحث في مصادر تمويلها.

يتعرض قطاع الصحة في الجزائر عدة انتقادات ناتجة عن تدني جودة الخدمات، إن لم تقل ردائها، المقدمة من قبل مؤسسات الصحة العمومية، والتي لا تتوافق مع تطلعات المواطن، في مقابل المخصصات المالية الضخمة المتزايدة، ونقص الهياكل الصحية اللازمة للتكفل بمختلف الأمراض على مستوى الوطن، وهو ما يرسم صورة قاتمة على القائمين على قطاع الصحة، من حيث التسيير وتقديم خدمات لائقة ترضي المواطن، ناهيك عن التعطل الدائم (عن قصد أو غير قصد) للأجهزة الطبية المتوفرة. واقع المنظومة الصحية جعلت صورة المؤسسات الإستشفائية العمومية غير مرضية، يرجع العديد من الباحثين إلى أن الإختلالات في المنظومة الوطنية للصحة ناتجة عن أسلوب تمويل الخدمات الصحية القائمة على مبدأ مجانية العلاج، أين تغطي الدولة أغلب نفقات القطاع، ووصف هذه السياسة على أنها غير ناجعة، تكن ناجعة سواء من ناحية تسويق صورة الصحة أو عصرنة النمط في تسيير المستشفيات، رغم الجهود المبذولة من أجل إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، إلا أن الإنفاق على الرعاية الصحية مازال يشكل معضلة حقيقية ويبقى السؤال المطروح في هذا المجال:

- ما مدى تطابق الموارد المالية المخصصة لتمويل نفقات الصحة في الجزائر مع الأهداف والأداءات الموكلة لهذا القطاع؟

حيث تهدف هذه الدراسة إلى معرفة، وإبراز وإظهار ما مدى مساهمة الإنفاق على الرعاية الصحية في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطن.

تعالج اشكالية هذه الدراسة من خلال ثلاثة نقاط:

- الصحة في الأدبيات الاقتصادية
- نظرة حول واقع الصحة في الجزائر
- تمويل نفقات الصحة في الجزائر

2. الصحة في الأدبيات الاقتصادية وأهميتها :

1.2 مصطلحات الدراسة

هناك عدة مفاهيم متشابهة الدلالة مع الصحة، مثل الخدمة الصحية، النظام الصحي، السياسة الصحية...

1.1.2 مفهوم الصحة: هي تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد وليست تعني غياب المرض، بل وصف لحالة "الفرد السليم" وتمتد تحتوي الصحة الشخصية وصحة البيئة والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية وتنظيم الخدمات الطبية والتمريض والعمل على التشخيص المبكر للأمراض وتعليم افراد المجتمع كيفية تطوير الحياة الصحية، (نيس، 2016)، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع من أجل الوقاية من الأمراض و الترقية الصحية (كوثر، 2008)

2.1.2 النظام الصحي: لقد عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي في تقريرها لسنة 2000 بأنه "مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، والنشاط الصحي عبارة عن كل مجهود هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات (بومعراف، 2010)، النظام الصحي يشمل مجهودات كل الوحدات والتنظيمات التي تبذل من أجل العناية بالشؤون الصحية العامة من خلال البيئة والمحيط الذي يعيشون فيه (نيس، 2016).

3.1.2 الخدمات الصحية: هي جميع الخدمات التي يتم اتخاذها بشكل مبدئي لأسباب صحية والتي لها تأثيرا مباشرا على الصحة، بما في ذلك برامج الرعاية الصحية مثل تحسين الصحة والعلاج لبعض الأمراض المحددة (لوناجينينس، 2015) فهي تعرف بأنها جميع الخدمات التي

يقدمها النظام الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجات موجهة للأفراد أو الوقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو انتاجية كإنتاج الأدوية والتجهيزات الطبية وغيرها بهدف تحسين الوضع الصحي لأفراد المجتمع.

4.1.2 السياسة الصحية: هي موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة والذي يعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية .

2.2 نشأة اقتصاد الصحة وأهميته :

إن البدايات النظرية الأولى التي عالجت الصحة من الناحية الاقتصادية ترجع للاقتصادي آدم سميث في كتابه عن ثروة الأمم سنة 1776 عند تحليله لمحددات الصحة وسيرورة سوق الخدمات الصحية (روشكس، 2009، Rochaix)، و مع بداية عقد الستينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية، أخذت الدراسات الاقتصادية منحاً آخر، خاصة مع تطور نظرية رأس المال البشري لشولتز وبايكروا وزو، التي اهتمت بالنشاطات الاجتماعية مثل التعليم والتكوين والصحة وادخلتها في حقل التحليل الاقتصادي، ثم عمت واتسعت مختلف محاولات التحليل الاقتصادي للصحة في بلدان أوروبا الغربية (نيس، 2016) حيث ظهر علم جديد يهتم بالجوانب المتعلقة بالمهارات والحالة الصحية لليد العاملة، حيث أطلق عليه "اقتصاد الصحة"، لكن قبل هذا لم تلق اهتماماً اقتصادياً مباشراً وواضحاً لدى الاقتصاديين لأنهم اعتبروا الإنفاق على الصحة غير منتج ولكنه ضروري لأنه يمكن الدولة من القيام بوظائفها وواجباتها، وذلك لضمان حماية الأفراد باعتبار أن هذه الحماية ضرورية للتنمية، كما اعتبروا أن هذا النوع من الإنفاق عبئ على الدولة لكنه يضمن السلم الاجتماعي، لذا فإن الدور الإيجابي للصحة على النمو الاقتصادي لم يكن موجوداً في مؤلفاتهم (اولمان، 2009، Ulmann) ولكن غالبية المفكرين اعتبروا أن نشأة "اقتصاد الصحة" وظهوره كعلم مستقل لذاته كان سنة 1963 في المقال الذي نشره Kenneth-J-Arrow بعنوان

"uncertainty and the welfare of medical care" والجدير بالذكر أن تكوين الخبرة الاقتصادية لمشاكل وسياسات الصحة تمت في فرنسا سنة 1950 من طرف أطباء يهتمون "باقتصاد الطب" لكن الحاجة إلى خبرة اقتصادية لمسائل الصحة لم تتطور إلا في سنوات الثمانينيات، وذلك من أجل التحكم في النفقات المتزايدة للصحة وكيفية تمويلها، وهكذا تدريجياً تطور هذا العلم واستقل على الاعتبارات الإدارية والطبية، وأصبح علماً قائماً بذاته

يدرس الجانب الاقتصادي للصحة (نيس، 2016) بعبارة أخرى كيفية تخصيص الموارد المالية للأزمة و انفاقها بطريقة عقلانية بين مختلف الأنشطة المتكاملة فيما بينها بما فيها النشاط الصحي ، وهكذا اعترف علماء الاقتصاد بعلاقة الصحة بالنمو الاقتصادي حيث اعتبروا في البداية ان النمو الاقتصادي هو الذي يؤثر بشكل ايجابي على الصحة.

رغم كل الصعوبات والقيود التي تواجه هذا المجال من التحليل، فإن اقتصاد الصحة ظهر وتطور بسرعة من اجل ايجاد حلول للتناقض القائم بين المتطلبات الاجتماعية و القيود الاقتصادية، حيث يهتم بتخصيص الموارد الاقتصادية القليلة بين مختلف استخداماتها المتنافسة والتي من بينها الصحة التي تتميز بندرة مواردها في حين تزداد الحاجة اليها مع الوقت، ومن هنا ظهرت الحاجة الى ظهور فرع جديد في علم الاقتصاد يهتم بالقضايا الصحية وتحليلها وتقييم سياستها وربطها بالنمو الاقتصادي يسمى ب"اقتصاد الصحة".

زادت اهمية الصحة في العالم بدرجة كبيرة خلال العقدين الماضيين مع شغل هذا الموضوع مكانة رئيسية كمؤشر وأداة للتنمية الاجتماعية والإقتصادية باعتبارها تساهم في زيادة الانتاج والانتاجية.

وبسبب وجود علاقة ارتباطية قوية ومستمرة بين الدخل والصحة. اعتبر خبراء الاقتصاد أن أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل على غرار المعرفة والمهارات لدى الشعوب، إن الصحة عاملا ومحددا أساسيا لقيمة العمل، مما زاد في فهم أهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، لأن سلامة الصحة العامة هي محرك قوي للمجتمع للنمو الاقتصادي فيه حيث يزداد نصيب الفرد من إجمالي الناتج الداخلي المحلي الخام، ناهيك عن توفير فرص العمل ونمو الثروة.

3. واقع الصحة في الجزائر :

مرت المنظومة الصحية في الجزائر بفترات حرجة، أولها غداة حصول الجزائر على استقلالها حيث تميز الوضع الصحي للسكان بمستويات متدنية و متدهورة، نتيجة السياسة الاستعمارية المنتهجة في هذا المجال، وخاصة بعد مغادرة الكفاءات الطبية وشبه الطبية الفرنسية. كان يتميز المجتمع الجزائري بانتشار الفقر والأمراض المرتبطة بنقص التغذية ونقص النظافة والوقاية، إذ لم يتجاوز مؤشر الأمل في الحياة 49 سنة (نابني، 2013، NABNI) وكانت الهياكل

الصحية وعدد المستخدمين محدودا جدا، و متمركزا في المدن الشمالية الكبرى، و أثناء هذه الفترة تبنت الجزائر سياسة صحية عمومية جديدة، تتمثل في تكفل الدولة بشكل كامل بالوضع الصحي للأفراد، من خلال إقرار سياسة الطب المجاني بموجب مرسوم : 65-73 المؤرخ في 28/12/1973 وهذا القرار شمل كل المؤسسات العمومية و الإسعافات الأولية و نفقات الإقامة و الأكل. هذه الإجراءات أدت الى تطور ملموس و محسوس للوضع الصحي للسكان، حيث ارتفع عدد الهياكل الاستشفائية و عدد المستخدمين - مع اختلاف ما بين المناطق الحضرية و المناطق الريفية - و من ثم تحسنت المؤشرات الصحية، حيث قدر مؤشر الأمل في الحياة 57 سنة، من دون التفكير في إنعكاسات مجانية العلاج على الاداءات الطبية.

ثم جاءت فترة ثانية حرجة تمثلت في الأزمة الاقتصادية التي لحقت بالدول مع نهاية الثمانينيات، اضافة الى الأزمة الأمنية التي تولدت عنها أزمة سياسية و التي تجلت من خلال غياب المؤسسات الدستورية، و تعطل الكثير من البرامج و المشاريع، حيث تركت هذه الأوضاع بصمتها بصورة سلبية على المؤسسات بما فيها المكلفة بوضع و تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر، هذا ما أدى بالسلطات الجزائرية لإتخاذ الصحة كأمر ثانوي، مما انعكس سلبا على القطاع الصحي، حيث نتج عنه صعوبات كبيرة في تسيير المؤسسات الإستشفائية، و صيانة التجهيزات الطبية مما دفع السلطات إلى تحويل جزء من صلاحياتها في مجال الصحة إلى القطاع الخاص، مع العلم ان هذا الأخير ترك دون تأطير قانوني.

من النتائج المباشرة لعدم اعطاء الأولوية لهذا القطاع الاستراتيجي (قطاع الصحة) من قبل السلطات غداة الأزمة الاقتصادية في الثمانينيات و نتيجة لظهور صراعات على أعلى المستويات في الدولة في سنة 1996 ، ظهور وباء حمى التيفوئيد التي كبدت الدولة خسائر فادحة جراء العلاجات و تكاليف إقامة المصابين في المستشفيات. و قد ظهرت انعكاسات سلبية نتيجة هذا الوضع على القطاع الصحي، سواء كانت وبائية أو ديمغرافية أو إقتصادية أو إجتماعية، وقد تسبب الانتقال من الاقتصاد المخطط الى اقتصاد السوق في انخفاض المداخيل و ارتفاع الدين الخارجي و نقص موارد الدولة، التي أدت بدورها الى انحسار و انكماش في تطور القطاعات الاجتماعية بما فيها الصحة و انتشار الفقر مما أدى الى تدهور الخدمات الصحية.

إن التغير الذي لحق بأدوات المنظومة الصحية و هو فتح المجال للقطاع الخاص، سواء التكفل بالعلاج او الفحص أو في مجال استيراد الأدوية و المستلزمات الطبية و كذلك التحول

الذي لحق بطرق تمويل النظام الصحي. غير أن توفير خدمات مجانية للمواطنين داخل المؤسسات الصحية العمومية بقيت من الثوابت حتى وان كانت الخدمات المقدمة لا ترقى الى مستوى الأموال الكبيرة التي يتم ضخها في القطاع.(علي عبد القادر، 2003)

لقد عرفت المنظومة الصحية خلال التسعينيات إصلاحات تمثلت في ظهور سنة 1998 القانون 98 - 09 المؤرخ في 19-08-1998 المعدل والمتمم للقانون 85-05 المؤرخ في 16-02-1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها والذي جاء في المادة 04 منه التأكيد على السماح للممارسين الطبيين في الصحة العمومية والاستشفائيين الجامعيين الممارسة بصفة خواص.

إن الدور الحاسم الذي تقوم به الخدمات خارج قطاع الصحة والتحويلات الاجتماعية والاقتصادية أدت إلى إحداث التغيرات، وإن لم تكن جذرية في السياسة الصحية في الجزائر، وهنا يجب الإشارة إلى الأدوار المهمة التي أصبح يقوم بها الخبراء والباحثون في المجالس الاستشارية على غرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي أو المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، حيث تؤكد على أهمية محددات الصحة ، مما دفع بالفاعلين السياسيين الى التركيز على هذه المحددات والتخفيف من الكثير من الأزمات الصحية، لتزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب ، وانجاز قنوات الصرف الصحي من أجل القضاء على الأمراض المتنقلة عن طريق المياه (M.T.H) والتي كانت تشكل خطرا دائما على البيئة وصحة المواطنين خاصة في القرى والأحياء الفقيرة، أو مشروع التطوير الريفي الذي يساعد في ترقية الإطار المعيشي لسكان الأرياف وإبقائهم في القرى ، دون الاضطرار إلى النزوح نحو المدن لطلب الرزق، وما يشكله ذلك النزوح من مخاطر على صحتهم وعلى صحة قاطني المدن والحوضر.

في مطلع الألفية الحالية عاد الاهتمام بالقطاع الصحي حيث جعلته الدولة من الأولويات ، لكن دون وضع خطة حقيقية متوسطة و طويلة المدى وكانت هذه المبادرة نتيجة الوفرة المالية التي عرفت الجزائر، جراء ارتفاع سعر البترول حيث شهدت مؤشرات الصحة تحسنا معتبرا إذ انتقل مؤشر الأمل في الحياة من 70.5 سنة 2000 إلى 77.1 سنة 2015 كما تم إنشاء هياكل استشفائية جديدة و خصصت غلافات مالية ضخمة لجلب التجهيزات الطبية خاصة في مجال التصوير الطبي.

رغم تحسن مؤشر الامل في الحياة إلا أن جودة المعيشة والوضع الصحي للسكان لم يصل بعد لمستويات عالية مثل الولايات المتحدة الأمريكية الذي قدر ب 81 سنة 2011 و 83 سنة في الأردن سنة 2012 .

ورغم البرامج الصحية والجهود المبذولة من قبل السلطات، ورغم النتائج المحصل عليها إلا أنها لا تخفي الفوارق الجهوية بين المناطق الريفية والحضرية ومناطق الجنوب والهضاب العليا وخاصة مع ارتفاع معدل وفيات الأمهات الحوامل الذي بلغ 10% في الفئة العمرية من 15 الى 49 سنة وهذا يرجع الى النقائص المرتبطة بمستويات الرعاية الصحية للأمهات ومتابعة أطوار الحمل وكذلك مستويات التغطية الصحية وفعاليتها.

4. تمويل النظام الصحي :

أن تمويل النظام الصحي هي العملية التي يتم من خلالها جمع الإيرادات من مصادر اولية و ثانوية، وهذه الموارد المالية يتم تحصيلها من النشاطات الصحية، ومساهمات الدولة و المساهمات الجزافية لهيئات الضمان الاجتماعي ، و المبالغ التي يدفعها المرضى في العيادات و المستشفيات بالإضافة إلى الإيرادات الأخرى ورصيد السنوات السابقة.

1.4 النفقات الصحية:

هي جميع النفقات الوطنية المرتبطة بتأسيس المؤسسات الاستشفائية و تجهيزها و تسييرها وتشمل نفقات التسيير ونفقات التجهيز.

1.1.4 نفقات التسيير: هي تلك النفقات الوطنية المتعلقة بتسيير الهيئات العمومية الصحية ، كنفقات المستخدمين التي تضم نفقات الموظفين ، من رواتب الأطباء وشبه الطبيين والإداريين و المسيرين وكذلك الترقية العادية للمستخدمين و تسيير المصالح العادية مع نفقات الوقاية و نفقات اقتناء الأدوية و النفقات الموجهة للمستشفيات و للصيدلية المركزية للمستشفيات ، وتوزيع المواد الطبية لفائدة المؤسسات العمومية للصحة وغيرها من نفقات مواجهة نشاطات الجمعيات و الملتقيات والمؤتمرات...الخ

2.1.4 نفقات التجهيز: هي نفقات تتعلق بالاستثمارات الكبرى و إشغال المنشآت الاقتصادية والاجتماعية ، و التي تهدف من خلالها الدولة إلى تكوين رؤوس الأموال بقصد تنمية الثروة الوطنية. و حسب المادة 35 من قانون رقم 84-17 المؤرخ في 07-07-1984 فإن الاعتمادات

المفتوحة بالنسبة إلى الميزانية العامة ووفقا للمخطط الإنمائي لتغطية نفقات الاستثمار الواقعة على عاتق الدولة تأتي في ثلاث أبواب :

— الاستثمارات المنفذة الممنوحة من طرف الدولة.

— إعانات الاستثمار الممنوحة من قبل الدولة.

— النفقات الأخرى (بن غانم شايب، 2019).

تتميز هذه النفقات بكونها :

1- الهدف منها تحقيق موارد مالية قيمتها الإجمالية اكبر.

2- إنتاجية: يتولد عنها إنتاج مادي (قطاع الصناعة و الزراعة) أو غير مادي (قطاع

الصحة)

وفق للمادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 98-227 المؤرخ في 13 يونيو 1998 الذي نص على نفقات التجهيز العمومي للدولة والتي تتولى الوزارات والمؤسسات التي تتمتع بالاستقلال المالي والإيرادات المالية بناء على اقتراح من السلطات الوطنية .

ما يميز نفقات التجهيز هو اعتمادها على نظام خاص قائم على عدة أدوات أهمها :

— رخص البرامج : كما يطلق عليه AP وهو اختصار *Autorisation de programme* وتعني به ترخيص البرامج التي تمنح للإدارة لإنجاز مشاريعها ولا يمكن تجاوز سقف الغلاف المالي المسموح به إلا إذا تم إعادة تقييم المشروع.

— اعتمادات الدفع : ويطلق عليها CP اختصار لـ *Crédit de paiement* أي الأموال التي توضع لدى الخزينة سنويا، ليقوم هذا الأخير باستهلاكها حسب تقدم الأشغال، ويرخص اعتمادات الدفع سنويا حسب القطاع، وعلى عكس رخص البرامج فهي تخضع لمبدأ السنوية، وتلغى في آخر السنة، ان لم يتم استعمالها، ولكن منذ سنة 2006 لا يتم إلغاء اعتمادات الدفع في آخر السنة، وإذا لم يتم استخدامها وهذا ما وضحته لنا المادة أعلاه . أن اعتمادات الدفع تمثل دفع التخصيصات السنوية التي تمكن الأمر بصرفها أو تحويلها لتغطية الالتزامات المبرمة في إطار رخص البرامج المطبقة .

– البرنامج الجاري إنجازه : هو ذلك البرنامج الجديد الذي سجل في السنوات السابقة ولم ينته انجازه بعد، وما زال اعتماد دفعة السنة الحالية يسري الى السنة الموالية ويطلق عليه PEC

يخضع حجم الإنفاق على الصحة الى ضرورتين أساسيتين تنتج عنها ارتفاع النفقات بشكل كبير، الضرورة الأولى هو الطلب الاجتماعي على الصحة المرتبط باحتياجات المواطنين للخدمات الصحية والطبية، وخاصة عند تفشي بعض الأمراض المزمنة كأمراض السكري وضغط الدم وأمراض القلب و السرطان وباقي الأمراض الموسمية... الخ لان الحكومة هي المسؤولة فعاليا على صحة مواطنيها بأخذ جميع التدابير الصحية والطبية والاجتماعية المطلوبة(بن غانم شايب، 2019).

أما الضرورة الثانية هو الطلب الاقتصادي على الصحة، الناجم عن وضع السياسة التنموية الاقتصادية، مع احتياجات المجتمع للموارد البشرية القادرة على تاطير الاقتصاد الوطني خاصة بعد انتقال الاقتصاد من الاقتصاد المخطط الى اقتصاد السوق، الذي نتج عنه تغيرات اقتصادية عميقة أثرت على القطاع الصحي و هو بدوره تأثر بسبب التغيرات الديموغرافية التي زادت من نفقات الصحة بسبب ارتفاع مؤشر الأمل في الحياة، و بداية الشيخوخة التي تحتاج الى ارتفاع متزايد والطلب الكبير على الخدمات الصحية وهو ما أدى الى ارتفاع أسعار الأدوية والتقدم التقني الذي ساهم في ابتكار التكنولوجيا المتقدمة للقطاع الصحي(نيس، 2016).

2.4 تطور الإنفاق على الصحة :

إن الإنفاق على الصحة يعتبر من الأولويات التي تمنحها السلطات العمومية لهذا القطاع في مجموع نشاطاتها من خلال المخصصات الموجهة للرعاية الصحية والجدول التالي يوضح تطور هذا الإنفاق في الفترة الممتدة بين 2004-2018 :

الجدول 1: تطور ميزانية التشغيل وميزانية التجهيز الخاصة بقطاع الصحة
في فترة 2004-2018 الوحدة (بمليون دج)

السنوات	ميزانية التشغيل	ميزانية التجهيز	المجموع	نسبة ميزانية التشغيل %	نسبة ميزانية التجهيز %
2004	66267.2	3954	70221.2	94.37	5.6
2006	70337.3	31443.5	101780.8	69.11	30.8
2008	143966.9	36990	600180.5	79.56	20.4
2010	236926.9	5203.9	288966.8	27.26	72.7
2012	445569.7	44430	389869.1	47.83	52.3
2013	316908.1	63250	380158.1	81.59	16.8
2015	446237.1	2349	448586.1	98.1	01
2016	448160.6	603	454195.6	93.4	02
2018	479284.3	543	479827.3	99.8	0.2

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على احصائيات وزارة المالية (المديرية العامة للميزانية)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن كل من ميزانتي التشغيل والتجهيز المخصصة لقطاع الصحة هي في ارتفاع مستمر، وهذا راجع إلى المخصصات المرصدة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي عرفها، ومن جهة أخرى يرجع إلى برنامج التنمية الخماسي الذي نجم عنه استفادة قطاع الصحة من غلاف مالي قدره 619 مليار دج منها 172 مليار دج مخصصة لبناء 172 مستشفى و 377 عيادة متعددة الخدمات و 100 قاعة علاج و 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة ذوي الاحتياجات الخاصة (درسي، 2015) ولكنها تبقى غير كافية بالمقارنة بالأموال المعتبرة التي تنفق في هذا القطاع.

وتبقى نسبة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة في مجملها ضئيلة جدا ولا تعكس ما جاء في بنود الإصلاحات على الرغم من ارتفاعها خلال الفترة 2010-2012 حيث سجلت أقصى نسبة سنة 2012 أي 69% وبعدها انخفاض ملحوظ سنة 2013 ب 22% ، ففي سنة 2012 سجلت أقصى ارتفاع في نفقات التشغيل خلال الفترة الممتدة بين 2004-2015 قدره 404 مليار دج و هذا راجع إلى رفع الدولة للأجر القاعدي بالإضافة إلى تطبيق مخصصات

التعويضات لفائدة عمال القطاع الصحي بأثر رجعي الذي يمتد الى 4 سنوات سابقة بالإضافة إلى فتح مؤسسات استشفائية جديدة تتطلب نفقات التجهيزات ونفقات المستخدمين. لم تساهم كل هذه النفقات الكبيرة في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري وهذا بسبب سوء التسيير وتفشي الفساد على مستوى الإدارات في المستشفيات والمؤسسات الاستشفائية والصيدلية المركزية للمستشفيات. بخصوص نفقات التجهيز. ويمكن تقديم جدول يوضح تطور هذه النفقات العمومية في رخص البرامج المخصصة لهذا القطاع واعتمادات الدفع السنوية في الفترة 2010-2018

جدول رقم 2: تطور نفقات التجهيز العمومية في قطاع الصحة 2010-2018

الوحدة بملليون دج

السنة	رخص برنامج AP	اعتمادات الدفع CP
2010	131.5	170
2012	41.1	36.1
2014	80.6	114.1
2015	65.1	70.1
2016	20.2	40.1
2018	26.8	27.5

المصدر: المديرية العامة للميزانية، وزارة المالية

نلاحظ ان البرامج لسنة 2018 ارتفعت الى 26.8 مليار دج حيث ان 90% من رخص برامج سنة 2008 ذهبت لتجهيز المشاريع التي تم انجازها حتى توضع حيز الخدمة. أما الانخفاض الملاحظ سنة 2012 مقارنة بسنة 2010 فهو راجع إلى انخفاض سعر النفط الذي أثر سلباً على إيرادات الدولة.

أن اعتمادات الدفع لسنة 2015 تعتبر أعلى مقارنة ب 2018 وهذا راجع الى حجم رخص البرامج في تلك السنة لأنها بداية البرنامج الخماسي 2015-2019 وهو برنامج النمو الاقتصادي. نظرا للضرورة التي مرت بها الجزائر جراء انخفاض سعر النفط، فقد انقلبت موازينها فانتهجت سياسات لمعالجة الأزمة من بينها ترشيد النفقات التي تنص على :
- إعطاء الأولوية للمشاريع الجارية إنجازه.

-تجميد المشاريع التي لم يتم الانطلاق فيها.

من ضمن ميزانية التجهيز نجد ايضا البرامج الجديدة، وهي المشاريع التي تتبناها الدولة لأول مرة كمشروع إنجاز مستشفى جديد، و في نفس الوقت تتولى اعادة تقييم المشاريع الجارية انجازها ، حيث عرفت سنوات 2010 الى 2012 ارتفاعا في البرامج الجديدة و إعادة التقييم و تميزت هذه الفترة بالإستقرار المالي لكون الخزينة خالية من الديون. أما فترة 2014-2018 فتميزت بتذبذب في البرامج الجديدة، حيث شهدت سقوطا حرا و انكماشاً و انحساراً بسبب انخفاض سعر البترول و اعطاء الاولوية للمشاريع الجاري إنجازها .

3.4 نسبة الإنفاق الصحي العمومي من الميزانية العامة للدولة :

الجدول 3: تطور نسبة الإنفاق الصحي العمومي من الميزانية العامة للدولة

في الفترة الممتدة من 2008-2018

السنة	نفقات الصحة	النفقات العامة للدولة	النسبة %
2008	132890	4322969	3.1
2010	288966.8	6169952	3.4
2012	389869.7	7428669	5.5
2013	380158.1	6879821	4.6
2015	448586.1	8858063	4.3
2016	454195.6	-	-
2018	479827.3	-	-

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على احصائيات من وزارة المالية

أن المتوسط السنوي لنصيب الصحة من، اجمالي الانفاق العام للدولة قدرت ب 4.1% لقد عرفت الفترة 2008-2018 تطورا غير منتظم في مجموع نفقات الصحة حيث تميزت بالإنخفاض احيانا والارتفاع احيانا اخرى، اذ سجلت أعلى نصيب سنوي سنة 2012 ب 5.5% وفي سنة 2013 سجلت انخفاضا ب 0.9% واستمر الانخفاض الى سنة 2015 وهذا الوضع يدل على خلل في تسيير هذه الأموال المعتبرة الطائلة المرصدة لبناء وتجهيز المؤسسات الاستشفائية .

4.4 نسبة الإنفاق الصحي العمومي من الناتج الداخلي الخام الوطني :
تمثل هذه النسبة الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة ومدى اهتمام البلدان لسكانها في مجال الصحة ، كما يعتبر من ضروريات التخطيط والتنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة .

جدول رقم 4 : نسبة الإنفاق الصحي العمومي من الناتج الداخلي الخام
في الفترة الممتدة بين 2004-2018

السنوات	ميزانية القطاع الصحي	الناتج الداخلي الخام	النسبة %
2004	70221.6	6135917	1
2006	101780.8	8514800	1
2008	180980.6	11090000	2
2010	28866.8	12049500	6
2012	389869.7	16005900	5
2013	380158.1	17771200	2
2015	448586.1	-	-
2016	454195.6	-	-
2018	479827.3	-	-

المصدر: (دريسي ، 2015)

إن نسبة الإنفاق العمومي على الخدمات من الناتج الداخلي الخام في الجزائر قدرت في المتوسط بـ 2% سنويا (زياني، 2015، Ziani) وهي نسبة ضئيلة جدا تكاد تكون معدومة ، على الرغم من الوفورات المالية الناتجة عن ارتفاع أسعار النفط والجدول أعلاه (الجدول رقم 4) يبين نسبة الإنفاق الصحي العمومي من الناتج الداخلي الخام الوطني في الفترة الممتدة من 2004 الى 2018. وللمقارنة ما مدى مساهمة الناتج الداخلي الخام الوطني في قطاع الصحة والنفقات المخصصة له مع بعض الدول تقدم الجدول التالي :

الجدول رقم 5: مقارنة نفقات الصحة الكلية مع الناتج الداخلي الخام مع بعض الدول
في الفترة الممتدة بين 2000 و2009

السنة	الجزائر	المغرب	تونس	فرنسا	ألمانيا
2000	%1	%4.7	%5.6	%10.1	%10.3
2002	%1	%5	%5.6	%9.7	%10.8
2006	%1	-	-	%11	%10.6
2009	%4	%5.2	%6.3	%11.6	-

المصدر: نيس 2016

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الإنفاق الصحي الوطني من الناتج الداخلي الخام هي الأضعف مما تخصصه بعض البلدان المجاورة مثل المغرب وتونس التي يتجاوز نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية 5% أما بالنسبة للبلدان المتقدمة فحدث ولا حرج ولا مجال للمقارنة مع العلم أن منظمة الصحة العالمية تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام

5.4 تطور موارد تمويل الخدمات الصحية :

إن التزايد السريع للإنفاق الصحي وارتفاع تكاليف الخدمات الصحية الناتج عن تطور معدل النمو الديمغرافي وتغير الهرم السكاني، نتج عنه معضلة تمويل هذه نفقات والبحث عن مصادر الموارد التي تغطيها .

فالإيرادات الصحية تأتي بدرجة كبيرة من الخزينة العمومية للدولة، تليها مساهمة الضمان الاجتماعي ثم الإيرادات الأخرى المتمثلة في الاقتطاعات الإجبارية للعمال والمرضى المستفيدين من الرعاية ، وبهذا تحتل مساهمة الدولة أكبر نصيب من الإيرادات و الجدول التالي يوضح ذلك للفترة الممتدة ما بين 2010 و2018:

جدول رقم 6 : تطور الموارد الصحية في الفترة 2010-2018

الوحدة مليون دج

السنوات	الخزينة العامة	الضمان الاجتماعي	الإيرادات الأخرى	المجموع
2010	197683.4	38000	1243	236926.9
2011	218562.1	38000	6100	256562.1
2012	391340.2	48129.4	6100	439467.7
2013	258178.6	49629.4	9100	316908.1
2014	356025.8	57818.5	9100	422944.4
2015	365898.1	65219.1	15100	446217.1
2016	362245.1	64815.5	2100	429160.6
2017	371089.6	73753.5	2100	446952.1
2018	378184.3	80000	2100	460284.3

المصدر: المديرية العامة للميزانية بوزارة المالية.

نلاحظ أن أقصى مبلغ هو 391 مليار دج سنة 2012، كما هو معلوم في أنه كلما زادت نفقات المستخدمين بسبب تطبيق مخططات التعويض بأثر رجعي يمتد الأربع سنوات سابقة لفائدة عمال القطاع. نلاحظ إنخفاض في سنة 2013، في إجمالي الإيرادات حيث بلغ 316 مليار دج أي بإنخفاض قدره 129 مليار دج مقارنة لسنة 2012 بسبب رجوع نفقات المستخدمين الى وضعها الطبيعي دون تعويضات بأثر رجعي .

كما نلاحظ ارتفاع محسوس في الإيرادات الصحية لسنة 2014 حيث بلغ 422 مليار دج بسبب وإستلام عدد من المشاريع التي وضعت حيز الخدمة في البرنامج الخماسي 2010-2014 الخاص بالنمو الاقتصادي.

6.4 آفاق في ظل كوفيد 19:

بدأ ظهور فيروس كورونا في مقاطعة ووهان الصينية في شهر ديسمبر 2019، وتحول هذا الفيروس الى وباء عالمي في ظرف وجيز، وأطلق على هذا الفيروس المستجد ب(كوفيد 19)، لتزامن ظهوره في اواخر عام 2019، في الصين.

غيرت جائحة كورونا (كوفيد 19) وجه العالم وقلبته رأسا على عقب، و سوف لن يكون العالم بعد هذه الجائحة مثلما كان من قبل، وقد خلف وسيخلف هذا الوباء اثارا مدمرة على الاقتصاد العالمي وعلى العلاقات الدولية، وعلى الأنظمة الصحية فيه.

ظهرت أول حالة لفيروس كورونا (كوفيد 19) في الجزائر في أواخر شهر فيفري 2020، لرعية أجنبية، إن أزمة فيروس كورونا التي تمر بها البلاد هي المحدد الأساسي لملامح شكل النظام الصحي الذي ستعتمده الجزائر في المستقبل، ومدى تكريسه لمبدأ الحق في العلاج لكل مواطن جزائري.

وهي فرصة أيضا لإعادة النظر في الكثير من الأمور، على غرار المنظومة الصحية الوطنية من خلال تدعيمها وعصرنة آلياتها، فمراجعة المنظومة الصحية الوطنية، وبناء منظومة صحية عصرية تستجيب لاحتياجات المواطن ونظمن له العلاج اللائق.

5. خاتمة:

شهد النظام الصحي في الجزائر تطورا ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية والدليل ما حققه في سبيل القضاء والتخفيف من الأمراض المزمنة والمتنقلة ويظهر من خلال ذلك تحسن المؤشرات الكمية للصحة ، لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص بل بالعكس فهو يشهد عدة نقائص و ثغرات ومشاكل تنظيمية مثل وجود خلل جوهري في توزيع المنشآت الاستشفائية ، وتسيير هذه الهياكل والمؤسسات الصحية بكل انواعها، والتي تعاني من معوقات مقارنة ببلدان أخرى متوسطة الدخل، مما أثر سلبا على السير الحسن لهذه المؤسسات، فقطاع الصحة يحظى باهتمام كبير من طرف الهياكل الإستشفائية للدولة حيث تخصص له سنويا مبالغ معتبرة وهو ما مكن القطاع من تحقيق تطورا ملحوظا على مستوى الهياكل الاستشفائية، من خلال عدة انجازات متمثلة في فتح مناصب شغل جديدة وتشديد عدة مستشفيات متخصصة وغيرها من الانجازات، إلا انها تبقى غير كافية، فهي إصلاحات عرجاء وجوفاء خالية من المحتوى.

فعلى الرغم من الأغلفة المالية الكبرى المرصودة والمخصصة لهذا القطاع إلا أنه يعاني من سوء تسيير هذه الأغلفة، ونقص الإطارات المؤهلة والمسؤولة، ويظهر ذلك أيضا من خلال الانقطاعات المستمرة في التموين بالأدوية ، ونقص الأخصائيين في بعض المستشفيات مما أدى

الى ضعف ورداءة الخدمات المقدمة و سوء التنظيم و سوء استعمال الميزانيات المقررة لهذا القطاع
نتائج الدراسة :

- عدم تناسق بين الوسائل والأهداف المسطرة من الإنفاق العمومي المتزايد بشكل كبير مقارنة بالإيرادات المحصلة.
- نفقات الصحة تزداد بشكل مستمر خلال فترة الدراسة وبشكل متتالي .
- هياكل الصحة لا تتماشى مع المعايير الدولية .
- عناصر التكاليف غير متحكم فيها.
- غياب إرادة سياسية في مجال إصلاح المنظومة الصحية .
- الإنفاق على الصحة غير فعال ولم يؤدي الى تحسين خدمة الصحة بسبب سوء التسيير للأموال .

6. قائمة المراجع

1.6 قائمة المراجع باللغة العربية

- بوحنية قوى و حسيني محمد العيد (2014) السياسة العامة الصحية في الجزائر- المجلة الجزائرية للدراسات السياسية العدد 1-ص 9
- بودالي محمد (2004) المسؤولية الطبية بين اجتهاد القضاء الإداري و القضاء العادي المجلة القضائية العدد 1-ص 17
- بوغانم نسرین و شايب نهاد (2019) اعداد وتنفيذ الميزانية العامة للدولة، دراسة حالة وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات – جامعة التكوين المتواصل ص 86
- بومعروف إلياس، عماري عمار (2010) من اجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر – مجلة الباحث جامعة ورقلة 2010 – ص 30
- تشارلز فيليس (2012) اقتصاديات الصحة – دار النشر المكتب العربي الحديث – ص 11

- دريسي أسماء (2015) تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية (2013-2004) – المجلة الجزائرية للعملة و السياسات الاقتصادية – العدد 6 ص 137

- علي عبد القادر علي (2003) ، اقتصاديات الصحة (سلسلة دورية) – المعهد العربي للتخطيط بالكويت – العدد 22 أكتوبر ص 4

- مارك نصر الدين (1998) الإنعاش الصحي والمسؤولية الطبية – المجلة القضائية العدد 1 ص 37

- نيس سعيدة (2016) ، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة (2015-2000) ، مجلة الدراسات المحاسبية المجلد 7 ص 12

2.6 قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

- NABNI, (2013), Cinquantaine de l'indépendance enseignement et vision pour l'Algerie : Santé, Alger, janvier 2013.

-ROCHAIX Lise, (2009), petite histoire de l'économie de la santé, in pierre-Louis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé, presses de science Po (P.E.N.S.P) H. C.

-ULMANN philippe, (2009), La santé facteur de croissance économique, in pierre-Louis et al, Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de sciences Po (P.E.N.S.P) H. C.

-ZIANI Lila, ACHOUCHE Mohamed,(2015), les systèmes de santés dans les pays du Maghreb central : Quelques éléments de comparaison, la revue des science commerciales, n° 20 2015, Ecole des hautes études commerciales, Alger.

3.6 المواقع الالكترونية

استفادة قطاع الصحة من زيادة تقدر بنسبة 2.28 بالمائة في قانون المالية لسنة 2020
www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/78806-2-28-2020

رشاد أبوداود / عالم ما بعد كورونا

<http://www.albayan.ae/opinions/articles/2020-04-24-1.3839961>

منظمة الصحة العالمية ، مرض فيروس كورونا كوفيد 19

https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/lovel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=CjwKCAjw_LL2BRAkEiwAv2Y3...

https://ar.wikipedia.org/wiki/الصححة_في_الجزائر
[جائحة فيروس كورونا في الجزائر 2020](https://ar.wikipedia.org/wiki/جائحة_فيروس_كورونا_في_الجزائر_2020)