المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات

نور الدين عياشي ❖ جامعة عبد الحميد مهري ❖ قسنطينة ❖ الجزائر

ملخص

تسعى المنظومات الصحية إلى التركيز على أمور أساسية، تتمثل من جهة في كيفية الحصول على موارد مالية كافية، والاستفادة منها لتحقيق الفعالية، الكفاءة، والعدالة. ومن جهة أخرى، اعتماد سياسات كفيلة بحصول الفئات المحرومة على خدمات الرعاية الصحية الضرورية بكلفة ميسورة، مع مراعاة عدم تعرضهم للمخاطر المالية الناجمة أساسا عن أساليب الدفع المباشر في نقاط تلقي الخدمات.

ويشكل الإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية عنصرا جوهريا في ضمان الحصول على تلك الخدمات، ومن ثم تخفيف عبء الإنفاق الفعلي للأسر. وقد تكون الأقساط المرتفعة، والمسددة بشكل مباشر من قبل الأفراد، عند حصولهم على الرعاية الصحية، عائقا أمام توفير الحماية من الأخطار المالية، خصوصا في ظل تفاوت إمكانيات الإنفاق المباشر للأسر على هذه الخدمات. وهو ما يطرح إشكالية تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف بين الأفراد والأسر عند الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: المنظومة الصحية، النفقات العمومية للصحة، الخدمات الصحية

Abstract

Health systems seek to focus on important issues. On the one hand, it is crucial to search for effective ways of acquiring sufficient financial resources and use them efficiently and effectively in order to get justice. On the other hand, health policies adopted by authorities have to be oriented to the interest of those disadvantaged classes which can benefit from care health with less cost and without being exposed to financial risks caused by direct payment methods at service delivery points.

The public spending constitutes a primordial service to guarantee access to health care, and alleviate the burden of actual spending of the families. High premiums that individuals may pay directly at times of obtaining health care would have been an obstacle as far as financial risks hedging policies are concerned. Further, differences between families in the light of direct spending abilities to get access to health services may raise a problematic issue to achieve justice and equity between families and individuals in obtaining health care.

***Keywords**: health system, public expenditure on health, health services*

.

مقدمة:

إن الأسئلة المتعلقة بمحاربة مشكلة الفقر، وتقليل مظاهر اللامساواة في الحصول على الرعاية الصحية، ورفاهية الأفراد، هي انشغالات تتقاسمها عديد الدول. هذا الانشغال تدعمه المنظمة العالمية للصحة، التي تؤكد في مختلف تقاريرها السنوية والقطرية، على أن التحدي الأساسي هو السعي الدائم لتحسين مختلف المؤشرات الصحية وتخفيض الأعباء الناجمة عن معدل الوفيات. ومن أهم تلك المؤشرات يمكن ذكر معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة)، معدل وفيات الأمهات، مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات، مؤشر التغطية الطبية وغيرها من المؤشرات التي تسمح بالوقوف على أداء وفعالية المنظومة الصحية.

إذا كانت الصحة لا تقدر بثمن، فإنها تكلف مالا، وعليه فإن المنظومة الصحية الفعالة هي التي تلبي احتياجات السكان، مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمات المالية. ومفهوم العدالة يعني أن تعتمد مساهمة الأفراد في تمويل المنظومة الصحية على دخلهم، ولا تكون متوقفة على حالتهم الصحية. وقد أصبح نمو تكاليف الرعاية الصحية في الجزائر من الانشغالات الكبيرة للجهات الوصية، فمعدل نموها يفوق في كثير من الأحيان معدلات النمو الاقتصادي التي تتسم بالتذبذب وعدم الاستقرار، بسبب ضعف إمكانيات تنويع القاعدة الاقتصادية، وكذا الارتباط الكبير بالأحداث والتطورات الدولية. ويعتبر النمو الديموغرافي، وهرم السكان، والتطور التكنولوجي في المجال الطبي، وتغير خريطة المرض، من العوامل التي تمارس ضغطا مستمرا على تمويل المنظومات الصحية الجزائرية.

مما سبق يمكن صياغة التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي الآليات الكفيلة بترشيد النفقات الصحية في الجزائر في ظل الاحتياجات المتنامية؟

ولتعزيز هذا الطرح يمكن صياغة الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي أهم المؤشرات الصحية المسجلة في الجزائر؟
- ما هي حصة النفقات العمومية في تمويل المنظومة الصحية الجزائرية؟
- ما هي العوامل المفسرة لنمو النفقات الصحية في الجزائر؟
- كيف يمكن ترشيد منظومة العلاج، والتحكم في التكاليف الصحية بشكل عام؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة في تناولها للمسألة الصحية التي تحظى بأهمية بالغة ضمن دائرة انشغالات الرأي العالمي، حيث برزت كأحد المؤشرات الهامة في التنمية المستدامة من خلال المؤتمرات واللقاءات الدولية المنعقدة. وفي ظل النمو المتسارع للنفقات الصحية يتوجب البحث عن آليات تنظيم وتمويل سواء في مجال عرض العلاج ونوعيته، أو في مجال التمويل والتحكم في التكاليف. كل ذلك من أجل تحقيق شمولية التغطية الطبية، وتجسيد مبدأ الإنصاف في الحصول على الخدمات العلاجية الضرورية لمختلف شرائح المجتمع.

أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح أثر الاحتياجات المتنامية للسكان على نمو النفقات الصحية وخاصة العمومية منها. فالتحول الديموغرافي ومعه التركيبة العمرية للسكان، وخريطة المرض، هي عوامل ساهمت في تزايد الاحتياجات ومعها طرحت إشكالية التوفيق بين ضمان مستويات العرض وموارد التمويل اللازمة.

كما تهدف هذه الدراسة أيضا إلى إبراز الآليات الكفيلة بترشيد هذه النفقات في ظل الوضع الاقتصادي والصعوبات المالية التي تعرفها الجزائر.

منهج الدراسة:

بالنظر لخصوصية الموضوع، فقد اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة من أجل تحليل المعلومات والبيانات الإحصائية الواردة في مختلف المراجع ذات الصلة بالموضوع، ومحاولة إبراز النمو الذي تعرفه النفقات الصحية ببلادنا، ومختلف العوامل المفسرة لذلك، ومن ثم التطرق إلى الآليات الكفيلة بترشيد هذه النفقات في ظل التحولات التي تعرفها الجزائر دون المساس بالحق في العلاج.

أدوات الدراسة:

تمت الاستعانة بأسلوب الدراسة الأكاديمي الذي يعتمد على مختلف المراجع المتعلقة بموضوع البحث، وكذا المواقع الالكترونية المتخصصة بغرض الحصول على الإحصائيات المتعلقة بقطاع الصناعة الدوائية.

تقسيمات الدراسة:

من أجل الإحاطة بمختلف جوانب الموضوع، ارتأينا تناوله في المحاور الثلاثة التالية:

- تطور النفقات الصحية في الجزائر
- العوامل المفسرة لنمو النفقات الصحية في الجزائر

- آليات التحكم في النفقات الوطنية للصحة وترشيدها.

1- تطور النفقات الصحية في الجزائر:

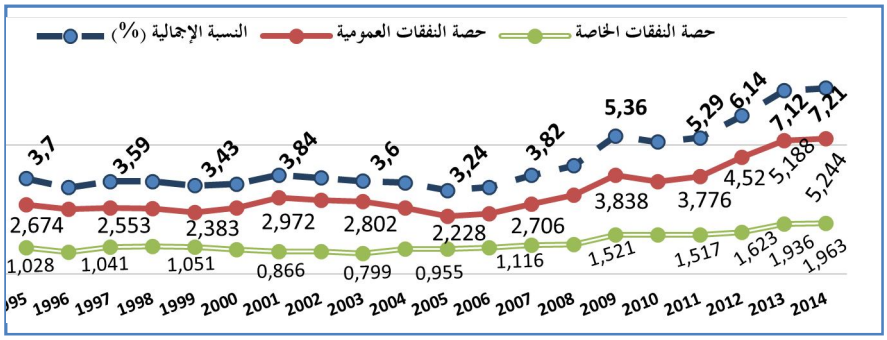
من المعروف أن اختيار طرق ووسائل تمويل أي منظومة صحية يتم في إطار خصوصية كل دولة فجميع الدول باختلاف توجهاتها ومستويات تطورها، تسعى إلى مراجعة الأساليب التي تمول بها منظوماتها الصحية، سواء تعلق الأمر بطرق تحصيل الأموال، توزيع المخاطر، أو حزمة الخدمات التي يمكن تقديمها. ويمكن القول إن للمنظومة الصحية أربع وظائف أساسية هي[1]:

- تقديم الخدمات، و إيجاد وتوفير الموارد، وضمان التمويل، والإدارة العامة.

هذه الأخيرة تتمثل في مسؤولية السلطات العمومية في المجال الصحي، من خلال أنشطة الرقابة، التوجيه، والقوانين التشريعية. أما الوظيفة المالية، فتكمن في ضمان توفير الموارد المالية بالحجم الكافي، وبما يمكن السكان من الوصول إلى مختلف خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال وعادل.

تواجه الجزائر نموا متسارعا في نفقاتها الصحية بفعل جملة من العوامل أبرزها تزايد الاحتياجات الصحية، بفعل النمو الديموغرافي، وانعكاساته على الهرم السكاني وتغير خريطة المرض، واتساع مستويات التغطية الاجتماعية. هذه المعطيات تستوجب مجهودات متواصلة، من أجل ترشيد نفقات هذا القطاع، وإيجاد صيغ للتحكم في الميزانية المخصصة، خصوصا وأن القطاع العام هو محور المنظومة الصحية في الجزائر.

شكل رقم (1): نسبة النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجزائر



Source : BM, https : // données. Banquemondiale.org/fr/country/Algérie, 2017.

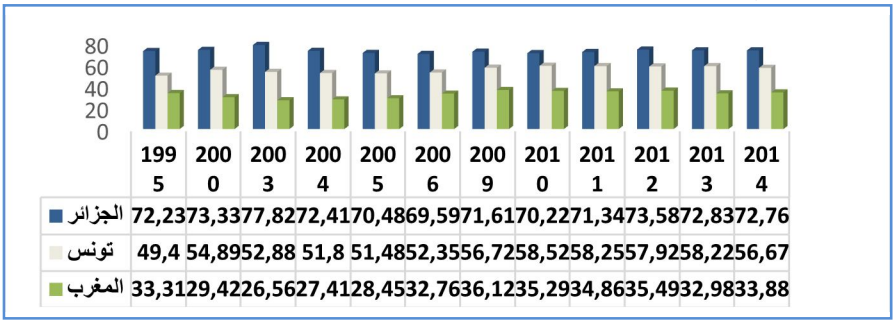
[1] *GUY Carrin, Régimes d'assurance - maladie communautaires dans les pays en développement : faits, problèmes et perspectives, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2003, p6.*

توضح معطيات الشكل النمو الذي عرفته حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، بحيث انتقلت من 3,7% في سنة 1995 إلى 3,82% في سنة 2007، لتبلغ 7,21% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2014. وهو ما يفسر الجهود الكبيرة التي تبذل من خلال تنامي المخصصات المالية لهذا القطاع الحيوي، مع الإشارة إلى أن توصيات المنظمة العالمية للصحة تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي.

وإذا كان تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف هو من بين الأهداف الأساسية لأي سياسة صحية، فإن المساهمة المتنامية للسلطات العمومية تعتبر ضرورية لضمان تمويل وتنظيم العلاجات الصحية. وهو ما تبرزه الأرقام الواردة في الشكل السابق، والدور الكبير للنفقات العمومية في مجال التمويل، أين بلغت 5,2% من الناتج الداخلي الخام، أي ما يعادل 72,76% من إجمالي النفقات الصحية[2]، وهو ما يضع الجزائر في المراتب المتقدمة على المستوى الدولي من حيث مساهمة النفقات العمومية.

إن النسبة الإجمالية المخصصة للمنظوم الصحية من الناتج الداخلي الخام تخفي الكثير من الحقائق ولا تظهر نوع الإنفاق المعتمد في عملية التمويل، وهنا تبرز أهمية التطرق إلى درجة الاعتماد على النفقات العمومية، في مجال التمويل الصحي. وإذا ما قارنا هذه النسب مع البلدين المغاربيين المجاورين فإننا نسجل التباين الكبير في هذا المجال مثلما توضحه معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (2): تطور حصة النفقات العمومية للصحة في البلدان المغاربية (%)



	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	72,23	73,33	77,82	72,41	70,48	69,59	71,61	70,22	71,34	73,58	72,83	72,76
تونس	49,4	54,89	52,88	51,8	51,48	52,35	56,72	58,52	58,25	57,92	58,22	56,67
المغرب	33,31	29,42	26,56	27,41	28,45	32,76	36,12	35,29	34,86	35,49	32,98	33,88

Source : https : // données. Banquemondiale.org/fr/country/Algérie, 2017, op.cit.

[2] *Banque mondiale, https : // données. Banquemondiale.org/fr/country/Algérie, consulté le 12/11/2017*

يشكل الإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية عنصرا جوهريا في ضمان الحصول على الخدمات الصحية، ومن ثم تخفيف عبء الإنفاق الفعلي للأسر. وقد تكون الأقساط المرتفعة، والمسددة بشكل مباشر من قبل الأفراد، عند حصولهم على الرعاية الصحية، عائقا أمام توفير الحماية من الأخطار المالية، ومعها إشكالية تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف في الحصول على مختلف الخدمات.

معطيات الشكل توضح تباينا واضحا في دور الإنفاق العام في تمويل المنظومات الصحية المغاربية أين سجلت الجزائر أعلى المستويات بين الدول الثلاث بنسبة إنفاق عمومي قاربت 73% في سنة 2014، في حين أن نسبة الإنفاق العام، في كل من تونس والمغرب، فلم تتعد في سنة 2014 نسبتي 56,67%، و33,88% على التوالي من إجمالي النفقات الصحية. وتوضح هذه المعطيات الإحصائية الاختلال الكبير الذي تعرفه مستويات الإنفاق الصحي في المغرب في ظل ضعف مستويات الإنفاق العام، ومحدودية مستويات التأمين.

قبل 18 أوت 2005، تاريخ الشروع في تطبيق القانون 00-65 المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية (القاعدية)، لم يعرف المغرب نظام التأمين الإجباري على المرض[3]. وكانت مستويات التغطية ضعيفة جدا لا تتعدى 16,4%. وقد شكل التأمين الإجباري عن المرض، الذي تم العمل به في سنة 2005 نقطة تحول في منظومة العلاج المغربية، سعيا لتحسين مستويات التغطية الصحية[4]. ورغم الجهود التي بذلت فإن نسبة السكان الذين شملهم التأمين على المرض لم تتعد 35% في سنة 2014. هذه الوضعية تقودنا إلى التأكيد على أن النفقات الفعلية التي يتحملها المرضى بشأن الرعاية الصحية، قد تخلق ضغوطا إضافية تتناقص معها فرص الحصول على الخدمات الصحية الضرورية بسبب تقلص مستويات الطلب.

بالنظر للدور المحوري للقطاع العام في المنظومة الصحية الجزائرية من خلال الخدمات التي يضمنها، وخاصة الاستشفائية منها، بالإضافة إلى مختلف السياسات والبرامج الوطنية الهادفة إلى تحسين المؤشرات، والوضع الصحي بشكل عام، تبقى مساهمة الأفراد

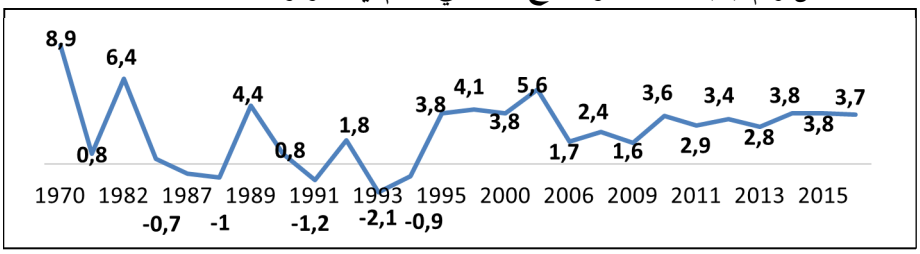
[3] *Fatiha Kherbach, L. Asma El Alami El Fellousse, Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, Rapport final, OMS, Novembre 2007, p12.*

[4] عياشي نور الدين، المنظومات الصحية المغاربية – دراسة مقارنة-أطروحة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة، السنة الجامعية 2010/2009.

في تمويل الخدمات الصحية للقطاع العمومي ضعيفة، حيث ظلت المنظومة الصحية في الجزائر متأثرة بشكل كبير بمفهوم مجانية العلاج، الذي تم اعتماده منذ سنة 1974. وظل هذا المبدأ سائدا إلى غاية دستور 1996[5]، والذي لم يعد ينص على مبدأ مجانية العلاج، وأن كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، مع ضمان الدولة للبرامج الوقائية، ومكافحة الأمراض الوبائية والشائعة.

بحكم المساهمة المعتبرة للنفقات العمومية في مجال التمويل، فقد ظل قطاع الصحة يستحوذ على مخصصات متنامية من الناتج الداخلي الخام رغم تذبذب مستويات النمو الاقتصادي المحققة في الجزائر، خصوصا وأن الاقتصاد الجزائري هو اقتصاد وحيد الجانب تعتمد إيراداته بالأساس على الجباية البترولية في تمويل موازنة الدولة. وقد كان لانخفاض أسعار النفط آثار سلبية على مختلف المؤشرات الاقتصادية بدءا من سنة 2014. وهو ما يستلزم ضرورة بناء اقتصاد منتج ومستقر نتجنب من خلاله مخاطر الاقتصاد الريعي، والارتباط الكبير بالأحداث والصراعات الدولية.

كل رقم (3): معدل نمو الناتج الداخلي الخام في الجزائر 1970-2016



Source : https : // données. Banquemondiale.org/fr/country/Algérie,

والبيانات الواردة في الشكل توضح التذبذب الكبير في مستويات نمو الاقتصاد الوطني، خصوصا في فترة الثمانينيات مع الصدمة النفطية لسنة 1986 أين سجل الاقتصاد الجزائري معدل نمو سلبي في سنة 1987، إضافة إلى المعدلات السلبية منذ بداية التسعينيات، مع ارتفاع معدلات التضخم إلى حدود 29% سنة 1994، كما ترتب عن ذلك تقلص الاحتياطيات الدولية، مع ارتفاع خدمات الدين ارتفاعا كبيرا تجاوزت 80% من

[5] *Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, une revue des dépenses publiques, Rapport N° 36270-DZ, 15 aout 2007, p 176.*

الإيرادات المتأتية من الصادرات، مع تضاؤل فرص الحصول على التمويل الخارجي، وعجز في ميزان المدفوعات. كل هذه المؤشرات توحي بتدهور الوضع الاقتصادي في الجزائر، دفعها مع بداية سنة 1994، إلى طلب إعادة جدولة ديونها الخارجية واعتماد برنامج للاستقرار الاقتصادي لمدة سنة، مدعوما ببرنامج للتصحيح الهيكلي لمدة ثلاث سنوات. بحيث نجحت في تحويل اقتصادها، الذي كان يعاني من عجز مالي كبير واختلالات حادة، إلى اقتصاد تم فيه إرساء مقومات الاستقرار الاقتصادي الكلي، ومن ثم تنفيذ الإصلاحات الهيكلية المكملة لجهود التصحيح، وتحقيق معدلات نمو ايجابية قابلة للاستمرار. وقد كان للسياسات الصحية المنتهجة منذ الاستقلال، وحجم المخصصات المالية الأثر الإيجابي على تحسن الوضع الصحي للسكان تبرزه أهم المؤشرات الصحية في هذا المجال.

1-1 تطور أهم المؤشرات الصحية في الجزائر:

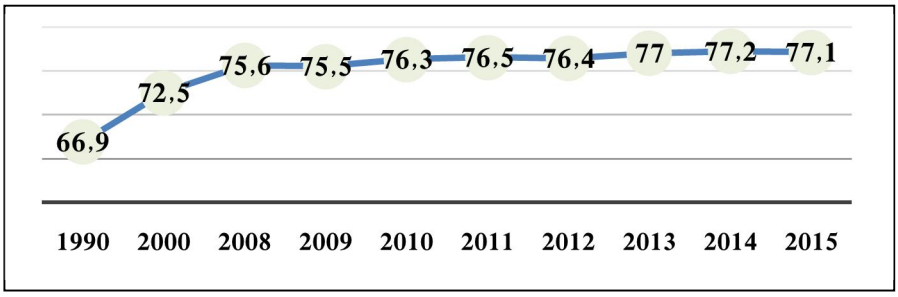
لقد حققت الجزائر على مدى العقود الثلاثة الأخيرة، نتائج مشجعة، وتحسنا كبيرا في معظم المؤشرات الصحية: وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وفيات الأطفال الرضع، مؤشر أمل الحياة عند الولادة، ونوعية الخدمات الصحية المقدمة. وعلى الرغم من هذه الإنجازات، والتحسينات بشكل عام، تواجه بلادنا جملة من التحديات، والعقبات في ضمان خدمات صحية لسكانها، بما يحقق الكفاءة والعدالة في توزيعها، وتجسيد العلاقة بين الكلفة والفعالية.

1-1-1 مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات:

لقد انتقل هذا المؤشر خلال الفترة 1990-2015 من 66,9 سنة إلى 77,1 سنة، وبزيادة بلغت أكثر من 10 سنوات، مع تسجيل تفاوت في هذا المؤشر حسب الجنس، ففي سنة 2015 بلغ هذا المؤشر 76,4 سنة بالنسبة للذكور مقابل 77,8 سنة للإناث[6].

[6] *ONS, Démographie Algérienne 2015, N° 740, Avril 2016, p3.*

شكل رقم (4): تطور مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات في الجزائر (1990-2015)



Source : ONS, Démographie Algérienne 2015, N° 740, Avril 2016, p5.

إن التحسن الإيجابي المسجل في هذا المؤشر يبرز معه تغير التركيبة العمرية " الهرم السكاني" ومعها خريطة المرض المتسمة باستمرار حالات الإصابة بالأمراض المتنقلة، إضافة إلى تزايد نسبة الإصابة بما يسمى بالأمراض غير المتنقلة أو المزمنة (السرطان، ضغط الدم، السكري...) والتكاليف الناجمة عن ذلك. ويظهر مع هذه الوضعية صعوبة ضمان مستويات تمويل فعالة ومستدامة، تسمح بتقديم الخدمات الصحية لغالبية السكان وبتكلفة ميسورة.

2-1-1 معدل وفيات الأطفال:

هناك مؤشران هامان، يعطيان فكرة واضحة وجيدة في مجال صحة الطفل، وهما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة). فمعدل وفيات الرضع يمثل مؤشرا بالغ الأهمية للمستوى الصحي العام في المجتمع، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية قوية مع معدلات الخصوبة السائدة. ويمكن توضيح تطور هذين المؤشرين من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم (1): تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر لكل ألف ولادة حية **(‰)**

	1990	2000	2008	2010	2011	2013	201	2015
أقل من 5 سنوات	55,7	43,0	29,7	27,5	26,8	26,1	25,6	25,7
الأطفال الرضع	46,8	36,9	25,5	23,7	23,1	22,4	22,0	22,3
عدد الولادات بالألف	775	589	817	888	910	963	101	1040

معدل المواليد الأموات	21,4	24,7	19,9	18,2	16,7	15,4	14,6	13,9

Source : ONS, Démographie Algérienne 2015, op. cit, p5.

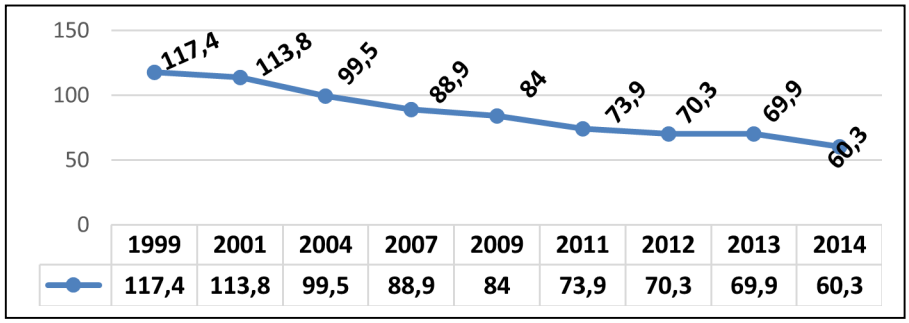
عمدت الجزائر منذ الاستقلال إلى تبني سياسات وطنية لتحسين الوضع الصحي للسكان، من خلال البرامج الموسعة لعمليات التلقيح والتطعيم، إضافة إلى البرامج الموجهة لصحة الأم والطفل. هذه الجهود كان لها الأثر الإيجابي في تحسين مختلف المؤشرات الصحية، حيث توضح معطيات الجدول التحسن المسجل في المؤشرات المتعلقة بالأطفال، فقد انتقل عدد وفيات الرضع من 36270 حالة وفاة في سنة 1990 إلى 23150 حالة في سنة 2015. وبعبارة أخرى فقد انتقل هذا المعدل من 46,8 إلى 22,3 ‰، وتفسير ذلك يكمن في تزايد مستويات التغطية في مجال التلقيح التي بلغت 90% على المستوى الوطني، حيث بلغت النسبة 83,1% في المناطق الحضرية و81,8% في المناطق الريفية[7]، في ظل تزايد عدد الولادات وتجاوزه لعتبة المليون منذ سنة 2014. في حين انتقل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 55,7 ‰ إلى 25,7‰ في سنة 2015. وبالرغم من الاستثمارات المنجزة والجهود المبذولة، بقي مؤشران بعيدان عن الأهداف المسطرة، ويتعلق الأمر بوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، ووفيات الأمهات.

3-1-1 معدل وفيات الأمهات:

يعكس ارتفاع وفيات الأمهات التفاوت الكبير في الحصول على الخدمات الصحية بين المناطق والدول على المستوى العالمي، كما تتباين النتائج المسجلة داخل الدولة الواحدة بين المناطق الحضرية والريفية، وكذا المستوى التعليمي للمرأة، ومستويات الدخل. ويعتبر معدل وفيات الأمهات من المؤشرات الهامة التي تسمح بالوقوف على مستوى الأداء للمنظومات الصحية، ونجاعة البرامج المعتمدة. وقد سجل هذا المعدل تحسنا كبيرا ببلادنا بانتقاله من 117,4 في سنة 1999 إلى 60 حالة وفات لكل 100 ألف ولادة حية في سنة 2014، وهو ما توضحه معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (5): تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر لكل مئة ألف ولادة حية

[7] *Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Profil de pays 2016 – Algérie, Addis-Abeba, Éthiopie, Mars 2017, p24, www.uneca.org/publications, consulté le 15/12/2017, p24.*



Source : MSPRH, Direction Générale De La Prévention Et De La Promotion De La Santé, plan national de réduction de la mortalité maternelle, 2015 – 2019, p 12, www.unicef.org/algeria/Rapport. Consulté le 14/12/2017.

رغم الجهود المبذولة والتحسن الذي عرفه هذا المؤشر، تبقى الجزائر بعيدة عن تحقيق الهدف الخامس من أهداف الألفية للتنمية[8] والمحدد بـ 50 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية. ففي سنة 2012 بلغ هذا المعدل 70,3 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية منها 54 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية على مستوى المؤسسات الاستشفائية[9].

بالرغم من هذه الإنجازات والنتائج المحققة في مجلات التكفل بصحة الأم والطفل، فإن المؤشرات السالفة الذكر لا تعكس حقيقة وحجم الامكانيات التي سخرتها الجهات الوصية في هذا المجال. وهنا يبرز حجم التحدي الذي ينتظر الجزائر للوصول بهذه المؤشرات الصحية إلى المستويات المطلوبة خصوصا إذا ما قارنا هذه الإنجازات مع ما هو مسجل في الدول المتطورة، أو البلدان ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة. ويمكن إبراز أهم هذه المؤشرات الصحية وفق بيانات الجدول الموالي.

جدول رقم (2): أهم المؤشرات الصحية في دول مختارة في سنة 2015

[8] في سبتمبر من عام 2000، تم عقد الجمعية العامة للأمم المتحدة في نيويورك، وتم تحديد مجموعة من الأهداف والغايات، والتي اعتمدت من قبل 191 دولة. حيث اعتبرت كاستمرارية للالتزامات التي تبنتها قمة الأرض. وحدد الإعلان مجموعة من ثمانية أهداف، و18 غاية، ومحاولة تحقيقها بحلول عام 2015 (OMD). في حين تتميز أهداف التنمية المستدامة (ODD) المحددة للفترة 2016 ـ 2030 (17 هدفا و169 غاية)، بتوسع نطاقها، ومعالجتها لعناصر مترابطة بالتنمية المستدامة، النمو الاقتصادي، الإدماج الاجتماعي وحماية البيئة.

[9] *MSPRH, Direction Générale De La Prévention Et De La Promotion De La Santé, plan national de réduction de la mortalité maternelle, 2015 – 2019, p12. www.unicef.org/algeria/Rapport. Consulté le 14/12/2017.*

	مؤشر أمل الحياة بالسنوات	وفيات الرضع (‰)	وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات ‰
اليابان	84	02	03
ألمانيا	81	03	04
السويد	82	02	03
فرنسا	82	04	04
و م أ	79	06	07
اليونان	81	04	05
المملكة المتحدة	81	04	04
كندا	82	04	05
روسيا	70	08	10
المكسيك	77	11	13
تركيا	76	12	14
البرازيل	75	15	16
المغرب	74	24	28
تونس	75	12	14
كوبا	80	04	06

Source : UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2016, L'égalité des chances pour chaque enfant, New York, Juin 2016.

توضح البيانات الواردة في الجدول التفاوت المسجل بين الدول في مختلف المؤشرات الصحية، فدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (*OCDE*) سجلت معظمها أحسن المؤشرات، بحيث بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) في المتوسط 3,9‰ في سنة 2015، في حين بلغ مؤشر أمل الحياة عند الولادة 80,6 سنة كمتوسط في دول المنظمة لنفس السنة[10].

[10] *OCDE, Panorama de la santé 2017, Les indicateurs de L'OCDE, Éditions OCDE, Paris, p 55, 65 http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

وبالرغم من التحسن في مؤشراتها الصحية، تواجه الجزائر على غرار العديد من البلدان النامية تحديات جديدة من شأنها التأثير على إنجازاتها التي تحققت حتى اليوم. وتكمن الصعوبات الحالية في ارتفاع تكاليف الرعاية بفعل تطور التكنولوجيات الطبية في السوق العالمي، وسياسات الانفتاح الاقتصادي المطبقة. ضف إلى ذلك جملة من التحديات الجديدة، والمتمثلة أساسا في الاحتياجات المتغيرة والمتزايدة للسكان في ظل التحولات الديموغرافية، وخريطة المرض.

2- العوامل المفسرة لنمو النفقات الصحية في الجزائر

كما تمت الإشارة إليه، فقد عرفت النفقات الصحية في الجزائر نموا معتبرا بانتقالها من من 3,7% في سنة 1995 إلى 7,21% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2014، ويجد هذا النمو تفسيره في عدة عوامل أهمها: التحول الديموغرافي، تغير خرطة المرض، نمو مستويات العلاج، توسع مجالات التغطية الاجتماعية، وارتفاع مستوى معيشة السكان.

1-2 التحول الديموغرافي:

إن موضوع تكامل التحولات الديموغرافية، مع عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، يجب أن يحظى بعناية خاصة لدى الهيئات والحكومات بفعل العلاقة المتبادلة والمتشابكة بينهما. ويستمد الموضوع أهميته من حقيقة أن هناك تغيرات في الهيكل العمري للسكان ينبغي التهيؤ لها، انطلاقا من ارتباطها بمسائل أساسية عديدة كالتربية، التشغيل والبطالة، الإنفاق العمومي، المسألة الصحية، والحماية الاجتماعية.

لقد استطاعت الجزائر من تجاوز المرحلتين الأولى والثانية من التحول الديموغرافي، ودخولها المرحلة الثالثة (النمو المتناقص) بانتقال مؤشر الخصوبة الكلي من 8 أطفال/ امرأة في سن الإنجاب في أواخر السبعينيات إلى حدود 2,4 في سنة 2000 واقترابه من ملامسة معدل الإحلال. غير أن الإحصائيات الأخيرة تشير إلى عودة هذا المؤشر للصعود مجددا ليصل إلى 3,1 طفل/امرأة في سنة 2015، وهو ما يعيق انتقال الجزائر إلى المرحلة الرابعة (مرحلة النضج الديموغرافي).

جدول رقم (3): تطور بعض المؤشرات الديموغرافية في الجزائر 1990 ـ 2015

	عدد السكان بالألف	معدل النمو الطبيعي (%)	المعدل الخام للولادات (‰)	المعدل الخام للوفيات (‰)	معدل الخصوبة الكلي عدد الأطفال/ امرأة

4,5	6,03	30,94	2,49	25022	**1990**
2,4	4,59	19,36	1,48	30416	**2000**
2,8	4,51	24,07	1,96	35268	**2009**
3,0	4,53	26,08	2,16	37495	**2012**
2,9	4,39	25,14	2,07	38297	**2013**
3,0	4,44	25,93	2,15	39114	**2014**
3,1	4,57	26,03	2,15	39963	**2015**

Source : ONS, Démographie Algérienne 2015, op. cit, p5.

قدرت الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر بـ 858000 نسمة في سنة 2015، وبمعدل نمو طبيعي بلغ 2,15%، وتشير تقديرات الديوان الوطني للإحصاء إلى بلوغ سكان الجزائر 40,4 مليون نسمة في الفاتح جانفي 2016، وانتقاله إلى 41,2 مليون نسمة في الفاتح جانفي من سنة 2017[11].

بمقارنة التركيبة العمرية للسكان بين سنتي 2014 _2015، فقد سجلت الجزائر تزايدا في نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة بانتقالها من 28,4% إلى 28,8%، في حين انخفضت نسبة السكان في سن العمل والنشطين اقتصاديا (15 ـ 59 سنة) بتراجعها من 63,1% إلى 62,5%. وفي المقابل تزايدت نسبة الفئة العمرية لكبار السن (60 سنة فما فوق) من إجمالي السكان، حيث انتقلت من 8,5% إلى 8,7% وهو ما يعادل 3,484 مليون نسمة في سنة 2015 منهم 515 ألف من فئة البالغين 80 سنة فما فوق، حيث أدى ذلك إلى ارتفاع معدل الإعالة الديموغرافية إلى 60,1% في سنة 2015 مقابل 55% في سنة 2008[12]. هذا التحول الذي يجد تفسيره في تحسن المؤشرات الصحية ومستوى المعيشة للسكان، ومعها تغير خريطة المرض بفعل تزايد الحالات المرضية المرتبطة بكبار السن (ارتفاع ضغط الدم، السرطان، السكري...)، وهي الفئة الأكثر استهلاكا للخدمات العلاجية إلى جانب فئة صغار السن. كل هذه المعطيات توضح الضغوطات المستقبلية وإشكالية توفير الموارد المالية الكفيلة بتلبية الاحتياجات المتنامية للسكان دون المساس بالحق في العلاج.

[11] *ONS, Démographie Algérienne 2015, N° 740, Avril 2016, op.cit, p1.*

[12] معدل الإعالة الديموغرافية هو حاصل قسمة مجموع فئتي الأشخاص أقل من 15 سنة والفئة العمرية 60 سنة فما فوق على الفئة العمرية في سن النشاط (15-59 سنة).

وهنا تبرز أهمية الاستفادة من الاتجاهات الديموغرافية المستقبلية لفئة السكان النشطين، فيما يعرف بالهبة الديموغرافية كمنطلق لتسريع النمو الاقتصادي، من خلال تراكم أسرع لعوامل الإنتاج، وبالتالي الاستفادة من خزان الرأسمال البشري في سن العمل. غير أن توزع السكان في الجزائر يتسم بعدم التجانس بين المناطق، حيث يتركز 65% منهم في الشمال، 25% في الهضاب العليا، ونسبة 10% في الصحراء[13]. هذه الوضعية تطرح مشاكل وتكاليف إضافية، في مجال توفير مستويات جيدة للخدمات الصحية في المناطق الجنوبية أين يعيش السكان في تجمعات سكانية متباعدة.

2-2 التغير في خريطة المرض (التحول الصحي):

تعرف الجزائر منذ التسعينيات تحولا في خريطة المرض تميز باستمرار المشاكل الصحية القديمة (الأمراض المتنقلة) وتنامي أعباء الأمراض غير المتنقلة وخاصة منها السرطان، السكري، أمراض القلب والشرايين، الأمراض التنفسية الحادة (الربو)، مما يشكل أعباء إضافية على المنظومة الصحية الجزائرية[14].

أهم العوامل المفسرة لهذا التحول الصحي تكمن بالأساس في التحول الديموغرافي الذي يترجمه التحسن المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة ببلوغه 77,1 سنة في سنة 2015، إضافة إلى تغير أسلوب الحياة وتزايد نسبة السكان الحضر، تغير العادات الغذائية ونقص النشاط البدني. حيث يشير تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2015 أن 13% من الأطفال أقل من 5 سنوات، 10% من الأشخاص البالغين، 24,3% من النساء يعانون من زيادة الوزن[15].

---

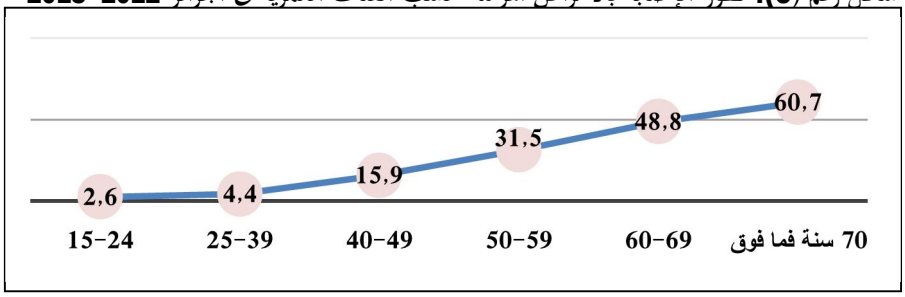
[13] *OMS, Stratégie OMS de coopération avec les pays, République Algérienne démocratique et Populaire 2002-2005.*

[14] *MSPRH, Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2015 – 2019, p12.*

[15] *Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Profil de pays 2016 – Algérie, op.cit, p25.*

وحسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الذي أجري في الفترة 2012-2013 من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات[16] فقد تباينت النتائج المسجلة حسب المنطق، أين كانت الإصابة بالأمراض المزمنة مرتفعة لدى سكان المناطق الحضرية (15%) مقابل (12%) في المناطق الريفية. كما أبرز المسح أن حالات الإصابة تتزايد مع التقدم في السن، 3% لدى الفئة العمرية (15-24سنة)، وما يقارب 61% للأشخاص البالغين 70 سنة فما فوق.

شكل رقم (6): تطور الإصابة بالأمراض المزمنة حسب الفئات العمرية في الجزائر 2012-2013



Source : *MPRH, Unicef, UNFPA, Suivi De La Situation Des Enfants Et Des Femmes, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples "Mics, 2012-2013", Algérie 2015, p 230.*

وحسب المستوى التعليمي، فقد أفرزت النتائج أن الإصابة بهذه الأمراض بلغت **34%** لدى الفئة التي هي بدون مستوى تعليمي، و17% من ذوي التعليم الابتدائي، حيث تشكل هاتين الفئتين ثلثي المصابين بالأمراض المزمنة. هذه النتائج تبين بوضوح أهمية القيام بالتحاليل الدورية، والكشف المبكر الذي يمكن من تخفيض الأعباء المالية الناتجة عن العلاجات المكثفة.

3-2 نمو مستويات عرض العلاج:

إن تزايد عدد الممارسين في المجال الصحي يمكن اعتباره من بين أسباب تزايد النفقات الصحية، وقد عرفت مجالات التكوين وتيرة متسارعة في الجزائر، حيث انتقل عدد

[16] *MPRH, Unicef, UNFPA, Suivi De La Situation Des Enfants Et Des Femmes, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples "Mics, 2012-2013", Algérie 2015, p 230.*

الأطباء في ظرف عشر سنوات فقط (1970-1980) من 1760 إلى 8512 طبيبا[17]، لينتقل عددهم إلى 28344 طبيبا في سنة 1997، ليقفز هذا العدد إلى 37720 طبيبا في سنة 2004[18].

وتشير المعطيات الإحصائية المتعلقة بالديموغرافية الطبية في سنة 2015 إلى 73431 طبيبا، 13645 طبيب أسنان، 11475 صيدلي، 123458 عامل شبه طبي[19]، وهو ما سمح بتحسن كبير في معظم مؤشرات التغطية التي يوضحها الجدول الموالي.

جدول رقم (4): تطور عدد عمال السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر 2013-2015

	2013	2014	2015
عدد الأطباء (عامون، أخصائيون، مقيمون)	**66236**	**69076**	**73431**
عدد الأطباء في القطاع العام	50325	52306	54953
عدد الأطباء في القطاع الخاص	15911	16770	18478
عدد أطباء الأسنان	**12782**	**13168**	**13645**
عدد أطباء الأسنان في القطاع العام	7195	7240	7261
عدد أطباء الأسنان في القطاع	5587	5928	6384
عدد الصيادلة	**10538**	**11078**	**11475**
عدد الصيادلة في القطاع العام	1018	1284	1501
عدد الصيادلة في القطاع الخاص	9520	9794	9974
عدد عمال شبه الطبي	123344	121803	123458
عدد السكان لكل طبيب	578	566	544
عدد السكان لكل طبيب الأسنان	2996	2970	2929
عدد السكان لكل صيدلي	3634	3531	3483
عدد السكان لكل عامل شبه طبي	4466	6730	7953

[17] *ONS. Algérie, Rétrospective statistique, 1970 – 1996, édition 1999, p37.*
[18] *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition2008, p19.*
[19] *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2013-2015, N°46, Edition 2016, p25.*

Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2013-2015, N°46, Edition 2016, pp25, 26

بشكل عام تظهر الأرقام الواردة في الجدول أعلاه التحسن المسجل في مؤشرات التغطية الطبية، حيث سجلت سنة 2015 طبيب لكل 544 ساكن، 2929 ساكن لكل طبيب أسنان، وصيدلي لكل 3483 ساكن. ونفس الملاحظة أيضا يمكن تسجيلها في النمو الذي شهدته المنشآت الصحية ببلادنا، والإجراءات الجديدة في إطار إصلاحات سنة 2007 والتي أقرت إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية (*EPH*)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (*EPSP*). وتأتي هذه الإجراءات كمحاولة لتقريب الخدمات الصحية القاعدية من المواطن، وتحسين أساليب التسيير ونوعية الخدمات المقدمة على مستوى الهياكل العمومية، والتي لم ترتق إلى حجم الاستثمارات والموارد المالية المقدمة في هذا المجال.

جدول رقم (5): تطور المنشآت الصحية العمومية في الجزائر 2013-2015

	2013	2014	2015
المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)	194	196	200
المؤسسات لاستشفائية (EH)	05	05	09
المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)	14	14	15
المؤسسات الاستشفائية الجامعية (EHU)	01	01	01
المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)	68	71	75
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) التي تضم:	271	271	271
عيادات متعددة	1615	1637	1659
قاعات العلاج	5634	5726	5762
مصالح التوليد العمومية	412	416	415

Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2013-2015, N°46, Edition 2016, pp25, 26

توضح الأرقام الواردة في الجدول التحسن المسجل في المنشآت العمومية للصحة، حيث سجلنا 200 مؤسسة عمومية استشفائية (EPH) في سنة 2015، 217 مؤسسة

عمومية للصحة الجوارية (EPSP) ومختلف المنشآت التابعة لها. بالرغم من الجهود الكبيرة في مجال التكوين والبنى التحتية غير أن التفاوت في مستويات التغطية الطبية، وعرض الخدمات العلاجية ما زال مستمرا بين المناطق، مما يمثل تحديا للسياسة الصحية الوطنية لمواجهة مثل هذه الاختلالات. فحسب تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2015، فإن 61% من المستشفيات تتواجد في شمال الوطن، منها 28,4% في شمال الوسط، 16,7% في بعض مناطق الشمال الغربي والشمال الشرقي. أما منطقة الهضاب العليا فتضم 27,3% من مجموع المستشفيات، في حين تضم منطقة الجنوب 11,7% فقط من مجموع المستشفيات منها 1,4% في الجنوب الكبير[20].

ونفس التفاوت تم تسجيله في نسبة التغطية السريرية، ففي الوقت الذي سجلت هذه النسبة على مستوى القطاع العام متوسطا وطنيا بلغ 1,8 سرير لكل 1000 ساكن في سنة 2014، فقد بلغت هذه النسبة على مستوى المناطق الشمالية سريرين /1000 ساكن، أما منطقة الهضاب العليا فسجلت نسبة أقل من المتوسط الوطني بواقع سرير لكل 1000 ساكن.

كما توضح الأرقام الواردة في الجدول السابق تنامي عدد الممارسين في القطاع الخاص، سواء تعلق الأمر بالأطباء، أطباء الأسنان أو الصيادلة، حيث أن العائد المالي، وخاصة بالنسبة للأخصائيين، يعتبر المحفز الرئيسي لتحول نشاط هؤلاء أكثر نحو القطاع الخاص سواء بشكل مباشر أو كنشاط إضافي.

جدول رقم (6): تطور عيادات القطاع الخاص في الجزائر 2013-2015

	2013	2014	2015
العيادات المتخصصة	7226	7742	8352
عيادات الطب العام	6482	6654	6910
عيادات طب الأسنان	5587	5928	6144

[20] *Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Profil de pays 2016 – Algérie, Mars 2017, op.cit, p25.*

عيادات ذات طابع جماعي (Cabinet de	446	512	600
عيادات التوليد الخاصة	107	97	114
الصيدليات الخاصة	9520	9794	9962

Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres, N°46, édition 2016, op.cit, p26

إن غياب نظام فعال للأجور، وضعف أساليب التحفيز، تعتبر من الأسباب الهامة والمفسرة لتنامي نشاط الأخصائيين في القطاع الخاص. هذه الوضعية جعلت الجهات المعنية، انطلاقا من سنة 2000، تتخذ جملة من الإجراءات الرامية لتحسين مؤشرات التغطية بين مختلف المناطق وخاصة الجنوبية منها، حيث تم السماح للأخصائيين، في إطار النشاطات التكميلية، بالممارسة في القطاع الخاص. لكن هذه الإجراءات المحفزة والهادفة إلى خلق التكامل بين القطاعين العام والخاص، قد أدت، في نهاية المطاف، إلى تدهور أكثر في مستويات الأداء، مع بقاء نشاط هؤلاء الأخصائيين متركزا بالأساس في المدن الكبرى، والتجمعات ذات الكثافة السكانية المرتفعة[21]. وهو ما خلق ازدواجية في المنظومة الصحية الجزائرية، تضاف إلى ذلك مشكلة التكاليف المترتبة عن الخدمات العلاجية المقدمة على مستوى العيادات الاستشفائية الخاصة، والتي تضاعفت بشكل كبير، مقارنة بنظام التعويضات على مستوى الضمان الاجتماعي التي لم يتم مراجعتها منذ سنة 1987. هذه النقاط تطرح إشكالية تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية في ظل المردودية الاقتصادية التي يبحث عنها القطاع الخاص.

4-2 توسع مجالات التغطية الاجتماعية (التأمين على المرض):

من العوامل المفسرة أيضا لنمو النفقات الوطنية للصحة هي اتساع مظلة التأمين لتشمل غالبية السكان ويوجد في الجزائر صندوقين للتأمين على المرض هما الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء (CNAS)، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS). وقد سمحت مختلف الإجراءات التي أقرتها الجهات الوصية إلى رفع نسبة التغطية للمؤمنين وذوي الحقوق إلى 85% من إجمالي السكان، حيث بلغ عدد المؤمنين على

[21] *Ministère de la santé, et de la population, Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, mai 2001, p21.*

مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء وحده أكثر من 11 مليون مؤمن في سنة 2015 وبلغ عدد الأجراء منهم 6.126.302 مؤمن.

وتعرف صناديق التأمين على المرض (الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء) أعباء متزايدة جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، في ظل الوضع الاقتصادي الذي تعرفه الجزائر، إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم، وهو ما قد يكون له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر.

جدول رقم (7): تطور عدد المؤمنين الاجتماعيين في الجزائر 2009-2015

2015	2012	2009	
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء (CNAS)			
474.944	477.285	237.280	مجموع الإيرادات (مليون دج)
395.395	280.753	187.104	مجموع النفقات (مليون دج)
79.549 +	**196.532 +**	**50.176 +**	الرصيد (مليون دج)
11.342.779	9.288.143	8.346.692	إجمالي عدد المؤمنين الاجتماعيين
6.126.302	5.332.787	4.788.252	منهم: عدد الأجراء
%54,01	%57,41	%57,37	نسبة الأجراء من العدد الإجمالي
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS)			
43.709	30.789	19.095	مجموع الإيرادات (مليون دج)
41.256	26.609	17.739	مجموع النفقات (مليون دج)
2.453	**4.180**	**1.356**	الرصيد (مليون دج)
1.493.629	1.250.075	941.825	عدد المنتسبين النشطين
643.997	472.787	393.176	عدد المشتركين
243.241	223.121	209.796	عدد المتقاعدين

Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres, édition 2016, op.cit, p23.

لقد كان لتوسيع مستويات التغطية في مجال التأمين على المرض، نمو عرض العلاج، إضافة إلى تزايد الاحتياجات الصحية والعلاجية للسكان الأثر الكبير في نمو نفقات صناديق الضمان الاجتماعي في مجال التأمين على المرض، وخاصة تعويض الأدوية التي تحتل المرتبة الأولى في جدول نفقاتها. وتجدر الإشارة إلى أن السوق الوطني للأدوية في الجزائر قد عرف وتيرة نمو متسارعة، بانتقاله من 568,53 مليون دولار في سنة 2000 إلى 2,46 مليار دولار في سنة 2010، 3,45 مليار دولار في سنة 2012[22] ليتجاوز حدود 3,8 مليار دولار في سنة 2016[23]، حيث بلغت حصة الواردات 2,02 مليار دولار مقابل 1,8 مليار دولار للإنتاج الوطني. هذه الوضعية جعلت الجزائر تتبنى جملة من الإجراءات الهادفة إلى تخفيض فاتورة الدواء من خلال منع استيراد الأدوية المنتجة محليا، تشجيع وصف واستهلاك الأدوية الجنيسة (*Les médicaments génériques*) التي تشكل نسبة بسيطة من إجمالي الأدوية المدونة في الوصفات الطبية.

المكانة الكبيرة التي تحتلها الأدوية تبرزها الحصة المتنامية لها في نفقات الضمان الاجتماعي، حيث انتقلت من 31,06% في سنة 2000 إلى 68% في سنة 2016. فخلال سنة 2016 بلغت نفقات تعويض الأدوية ما يقارب 230 مليار دينار جزائري من خلال 92 مليون وصفة طبية مقدمة للتعويض، في حين بلغت هذه القيمة على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للأجراء 176 مليار دينار في خلال سنة 2015[24].

كل هذه المعطيات توضح الأعباء المالية الكبيرة التي تتعرض لها صناديق الضمان الاجتماعي جراء ارتفاع نفقات التعويض، والتي تستدعي بذل جهود إضافية لتغيير أساليب الوصف، والبيع على مستوى الصيدليات، تحسين صورة ونظرة الفرد الجزائري نحو الأدوية

---

[22] *Mohamed Wadi Zerhouni, L.Asma El Alami El Fellousse, Vers un marché maghrébin du médicament (Algérie, Libye, Maroc, Mauritanie, Tunisie), IPEMED (Institut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen), février 2015, p27.*

[23] *Ministère des Finances, Direction Générale des Douanes, Centre National de l'Informatique et des Statistiques : Statistiques du commerce extérieur de l'Algérie, Année 2016.*

[24] *Bulletin mensuel de Batimatec Expo, Octobre 2017, www. batimatecexpo.com, consulté le 22/11/2017.*

الجنيسة وفعاليتها. هذا الإجراء من شأنه إنجاح السياسة الوطنية لترويج الأدوية الجنيسة التي تم الشروع فيها منذ 15 مارس 2008، وقد تلعب وسائل الإعلام المختلفة دورا مكملا لكل هذه الجهود الرامية لإبراز مزايا ومكانة الأدوية الجنيسة في التأثير على النفقات الوطنية للصحة.

5-2 تحسن مستوى المعيشة:

إن توظيف مفهوم التنمية البشرية، هو سعي للارتقاء بالفكر التنموي من الإطار الضيق إلى مجال أوسع، يأخذ بعين الاعتبار الحياة البشرية بأبعادها المختلفة. ويعتبر مؤشر التنمية البشرية *(IDH)* من الوسائل التي تسمح بالوقوف على إيجابيات وسلبيات سياسات التنمية الاقتصادية، والاجتماعية التي تنتهجها الدول من خلال إجراء المقارنات الدولية الممكنة.

في التقارير الدورية لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية والمتعلق بمؤشر التنمية البشرية، تصنف الدول بناء على معايير واضحة تحدد مدى تقدمها في مجالات عديدة، مثل المستوى الصحي العام للسكان مقاسا بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة، مستوى التحصيل العلمي، مقاسا بمزيج من معدل معرفة القراءة والكتابة بين البالغين، إضافة إلى نسبة القيد الإجمالية في التعليم الابتدائي، الثانوي والعالي. والمعيار الثالث يتناول مستوى المعيشة من خلال متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام سنويا، بالدولار الأمريكي حسب تعادل القدرة الشرائية (PPA).

لقد حققت التنمية الاجتماعية في الجزائر مؤشرات إيجابية، ناتجة بالأساس عن تحسن الأداء الاقتصادي، وبروز التنمية البشرية كأولوية في برامج الحكومة، تعززها الإجراءات المعتمدة لصالح الفئات والمناطق المحرومة. فبمقارنة بسيطة بين الوضعية الحالية، والحالة التي ورثتها غداة الاستقلال تتضح أهمية الأشواط التي تم قطعها والتي تبرزها نتائج بعض الميادين الأساسية، كمجال التربية، محاربة الأمية، تحسن المؤشرات الصحية، ظروف السكن، والبنى التحتية. ويمكن توضيح تطور هذا المؤشر مقارنة بكل من تونس والمغرب وفق معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (8): تطور مؤشر التنمية البشرية في البلدان المغاربية

السنوات	1990	2005	2013	2015	ترتيب 2002	ترتيب 2003	ترتيب 2005	ترتيب 2013	ترتيب 2015
تونس	0,66	0,766	0,721	0,725	92	89	91	90	97
الجزائر	0,65	0,733	0,717	0,745	108	103	104	93	83
المغرب	0,55	0,646	0,617	0,647	125	124	126	129	123

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, 2004, 2005, 2007- 2008, 2014.

PNUD, Rapport sur le développement humain 2016, le développement humain pour tous, pp 26, 27.

حسب التقرير الأخير الصادر في سنة 2016 فقد انتقلت الجزائر إلى فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة باحتلالها المرتبة 83 من أصل 188 دولة، وتراجعت تونس إلى المرتبة 97، في حين ظلت المغرب في فئة الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة باحتلالها للمرتبة 123[25]. فبالنسبة للجزائر تبرز مختلف التقارير التحسن الكبير في المكونات الثلاثة لهذا المؤشر، حيث ارتفع مؤشر أمل الحياة عند الولادة إلى حدود 77,1 سنة في سنة 2015، وتشير المعطيات المتعلقة بمجالات التعليم إلى حجم الجهود التي بذلت في هذا القطاع أين بلغ معدل التمدرس الخام للأطفال في سن السادسة 98,5% خلال السنة 2013-2014، في حين لم يتجاوز هذا المعدل 43% في سنة 1966[26]. وقد نجحت الجزائر في تقليص فجوة التعليم بين الجنسين، وأصبحت المساواة شبه كاملة، وهذا ما يوضح الدور الرائد للمنظومة التعليمية في إحداث التغييرات الاجتماعية والاقتصادية المرجوة. ويبقى الاشكال الكبير الذي تواجهه بلادنا هو وضرورة توافق مخرجات المنظومة التعليمية مع الاحتياجات الفعلية لسوق العمل، وبما يتناسب مع اقتصاد عالمي سريع التغير.

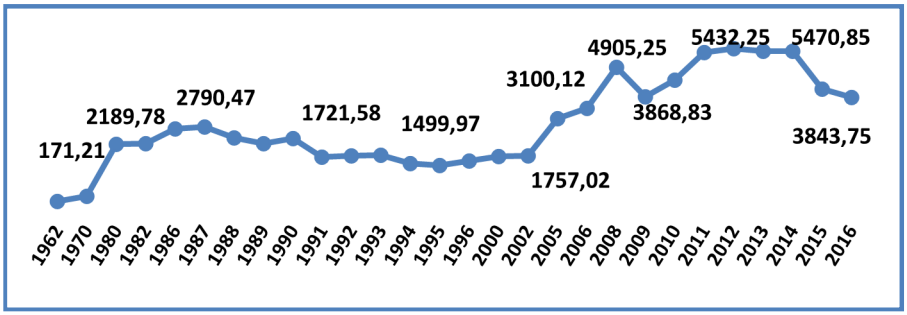
[25] *PNUD, Rapport sur le développement humain 2016, le développement humain pour tous, pp 26, 27.*

[26] *Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Profil de pays 2016 – Algérie, Mars 2017, op.cit, p23.*

العنصر الثالث المتعلق بحصة الفرد من الناتج الداخلي الخام عرف هو أيضا تحسنا ملحوظا بانتقاله من 334,26 دولارا في سنة 1970 إلى 1757,02 دولارا في سنة 2000، ليقارب حدود 3850 دولارا في سنة 2016. وبمقارنة نتائج سنة 2016 مع بعض البلدان المجاورة، فقد بلغت حصة الفرد في مصر 3514,49 دولارا، تونس3688,65 دولارا، المغرب بحصة بلغت 2832,43 دولارا في نفس السنة.

غير أن هذا التحسن المسجل على مستوى هذا المؤشر لا يعكس فعلا حقيقة توزيع الدخول، في ظل التفاوت المسجل، بقدر ما يعطي صورة مبسطة عن نصيب الفرد من النتائج الاقتصادية المحققة.

جدول رقم (7): تطور حصة الفرد من الناتج الداخلي الخام في الجزائر بالدولار الأمريكي



Source : Banque mondiale, https : // données. Banquemondiale.org/fr/country.

هذه النقلة النوعية توضح الجهود التي تبذلها الجزائر على الجبهة الاجتماعية في محاولاتها الجادة لتحسين مختلف المؤشرات، حيث حظيت قطاعات التعليم، الصحة والسكن بمخصصات معتبرة. ففي قانون المالية لسنة 2016 تم اعتماد 15,9% من ميزانية الدولة لقطاع التربية الوطنية، 7,9% لمجالات الصحة و4,7% لمساعدة ودعم التشغيل، إلا أن الاستفادة من ثمار هذه التنمية في شقها الاجتماعي تظهر العديد من الفوارق وعدم المساواة في توزيعها بين المناطق.

إن الصعوبات المالية التي تمر بها الجزائر جراء انهيار أسعار النفط في السنوات الأخيرة، والسياسات التقشفية المعتمدة، قد تكون لها انعكاسات سلبية على الجبهة الاجتماعية التي بدأت بوادرها من خلال ارتفاع مستويات التضخم إلى حدود 6,4% في سنة

2016 مقابل 4,8% في سنة 2015[27]، وبلوغ معدل البطالة 12,3% في أفريل 2017 مقابل 10,3% في سبتمبر 2016[28]. فمن المعروف أن المؤشرات الاقتصادية الكلية (معدل النمو الاقتصادي، مستويات البطالة، حجم الديون) هي من العوامل المؤثرة على حجم الإنفاق العام في مجال الرعاية الصحية.

3- آليات التحكم في النفقات الوطنية للصحة وترشيدها:

لا يتم تقييم المنظومة الصحية بالنظر إلى حجم النفقات المخصصة لها فقط، بل لا بد من تقييمها أيضا من خلال الانجازات المحققة، والوسائل المستعملة في تحسين المؤشرات الصحية، وكذا مستوى العدالة والإنصاف في الوصول إلى هذا النوع من الخدمات. وفي ظل ندرة الموارد المالية، وارتفاع أعباء وتكاليف العلاج بسبب زيادة الطلب، الذي يرجع إلى التحول الديموغرافي، تغير خريطة المرض، تطور عرض العلاج تبرز نظرة جديدة في محاولة لتوزيع أعباء تمويل المنظومة الصحية الجزائرية وترشيد نفقاتها. وترشيد النفقات لا يعني تقليص الموارد المالية المخصصة للصحة، وإنما المقصود هو حسن الاستغلال والتوجيه بما يضمن تحقيق وتجسيد العلاقة بين الكلفة والفعالية.

من خلال هذه الدراسة يمكن صياغة بعض الآليات التي قد تساهم في تفعيل مستويات الأداء وترشيد النفقات دون المساس في الحق في العلاج:

---

27 *Fonds Monétaire International, Algérie, département de la communication, Communiqué de presse n° 17/201, 01 juin 2017, p1.*

28 *ONS, Activité, Emplois & Chômage en Avril 2017, N° 785, Aout 2017, p12.*

29 *UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2016, L'égalité des chances pour chaque enfant, New York, Juin 2016.*

30 *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004 : La liberté culturelle dans un monde diversifié.*

31 *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005 :La coopération internationale à la croisée des chemins, L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités.*

32 *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008 : La lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.*

33 *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2014 : Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience.*

التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج "العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وتجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية وتحقيق التوازن المطلوب بين مختلف المناطق والفئات.

ضرورة تفعيل الإجراءات الأخيرة المتعلقة بتجسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج، والدور الذي تلعبه المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية لتخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية. بالإضافة إلى ضرورة خلق تكامل وظيفي بين القطاعين العام والخاص، وتحديد دور هذا الأخير في منظومة العلاج في إطار السياسة الصحية العامة التي تحددها الدولة.

السعي لتطوير أساليب استخدام المؤشرات الصحية وتحسين قاعدة البيانات المتعلقة بالوضع الصحي واتجاهاته، على نحو يساهم في وضع وصياغة الاستراتيجيات المستقبلية لتحسين أداء المنظومة الصحية، والسعي الجدي لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة. ومن هنا تبرز أهمية إدراج الدراسات السكانية في وضع، وصياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام لمواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير التركيبة العمرية، وخريطة المرض وتنامي الاحتياجات الصحية.

يجب أن تتركز الاستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة وليس المرض، بمعني توجيهها نحو الرعاية الصحية الأولية التي تشكل الإطار الأمثل لتقديم الخدمات، تحسين مؤشراتها وضمان عدالتها. فالتحديات الجديدة تفرض ضرورة العودة وتجسيد المبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية التي تم الاتفاق عليها منذ سنة 1978 في إعلان آلما-آطا.

بالنظر للبعد الاقتصادي الكبير الذي يكتسيه قطاع الصناعة الدوائية، فقد عرف تحولات هيكلية وبنيوية هامة تبرزها تبني الجزائر لجملة من القرارات والتدابير الهادفة إلى تشجيع بروز صناعة محلية قادرة على ضمان الأمن الصحي للأفراد، وتطوير البدائل المحلية وتشجيع الإنتاج الوطني. ومن بين الإجراءات المتخذة العمل على تشجيع وصف واستهلاك الأدوية الجنيسة بالتنسيق بين قطاع الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي، الشروع في تطبيق السعر المرجعي في تعويض الأدوية الذي اعتمد على أساس أسعار الأدوية الجنيسة، إضافة إلى منع استيراد الأدوية المنتجة محليا، وغيرها من الإجراءات الرامية إلى تشجيع إنتاج واستهلاك الدواء الجنيس. وقد كان لجملة هذه الإجراءات الأثر الإيجابي في ترقية الصناعة الوطنية للدواء سمحت بتنامي حصتها في تلبية الطلب الداخلي في حدود 47%. غير أن الهدف المسطر بتغطية الطلب المحلي بواقع 70% في آفاق 2019، وتجسيده على أرض الواقع يستلزم ضرورة تكثيف الجهود وتطهير المناخ الاستثماري،

وتحديد المسؤوليات لكافة المتعاملين، مع تفعيل أكثر لمختلف القوانين والإجراءات التي تم اتخاذها لتخفيض حصة الواردات التي تبقى السمة المميزة للسوق الجزائري للدواء.

الخاتمة:

لقد أصبح نمو تكاليف الرعاية الصحة من الانشغالات الكبيرة لمختلف الدول. كما أن ضمان تقديم تغطية شاملة، ودائمة للعلاجات الأساسية، هي من القيم المتعارف عليها. إلا أن معدل نمو هذه النفقات الصحية يفوق في الكثير من الأحيان معدلات النمو الاقتصادي، وهو ما يطرح إشكالية ضمان المستويات المطلوبة في عملية التمويل. ويعتبر النمو الديموغرافي، التركيبة العمرية، التطور التكنولوجي في المجال الطبي، تغير خريطة المرض، كلها من العوامل التي تمارس ضغطا مستمرا على تمويل المنظومات الصحية.

تبرز العديد من الدراسات والتقارير أن تباين المؤشرات الصحية بين مختلف الدول وداخل الدولة الواحدة ما هو إلا انعكاس للتفاوت المسجل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وعليه تم اعتبار هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة انطلاقا من كون الصحة جزء لا يتجزأ منها. وهنا يبرز الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري (مجالات الصحة، التعليم، السكن..) كمطلب أساسي لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة من خلال إيجاد مزيج ملائم للسياسات التي تحقق التوازن بين مستوى النمو الاقتصادي والمسألة الاجتماعية في مختلف أبعادها.