الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة
معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

الميدان: العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

المرجع : 2021

فرع: علوم التسيير

التخصص: إدارة مالية

مذكرة بعنوان:

إشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر: أية بدائل متاحة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير

تخصص " إدارة مالية "

إعـداد الطلبة:

- محسني عليمة.

إشراف الأستاذ الدكتور:

- بوشلاغم عميروش .

لجنة المناقشة

اسم ولقب الأستاذ	الجامعة	الصفة
بولصباع محمود	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	رئيسا
بوشلاغم عميروش	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	مشرفا ومقررا
قرين الربيع	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	مناقشا

السنة الجامعية 2021/2020

شكر و تقديـر

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه،

الحمد لله الذي بنعمه تتم الصالحات

والصلاة والسلام على سيدنا محمد سيد المرسلين وخاتم النبيين وآله وصحبه أجمعين

أما بعد

أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف: الأستاذ الدكتور عميروش بوشلاغم على قبوله الإشراف على هذا العمل، وعلى مساعدته ونصائحه، وعلى توجيهاته السديدة القيمة.

الشكر موصول أيضا إلى جميع أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه المذكرة، دون أن أنسى توجيه الشكر والاحترام إلى كافة إدارة قسم علوم التسيير.

وفي الأخير أتوجه بخالص الشكر والامتنان لكل من ساعدني من قريب أو بعيد على إنجاز هذا العمل وإتمامه.

عليمة

إهداء

إلى قرة العين، إلى حبيبة القلب، إلى التي سهرت الليالي وعقلها

لا ينام

إلى الغالية أمي حياتي.

إلى أغلى الناس، إلى السند المعين، إلى الدرع الحصين الغالي

أبي حبيبي

حفظكما الله ورعاكما دوما أبدا.

إلى أخي العزيز وزوجته وأبنائه رعاهم الله.

إلى أختي العزيزة، النجمة المضيئة، حفظها الله على الدوام.

إلى كل من حفظهم قلبي، وجمعتني بهم الصداقة والأخوة وإلى كل أفراد

عائلة محسني.

عليمة

فهرس المحتويات

البيان		الصفحة
شكر وتقدير		
إهداء		
قائمة المحتويات		
مقدمة عامة		أ-ج
الفصل الأول: المنظومة الوطنية للصحة		
تمهيد الفصل		2
I	مدخل نظري لمنظومة الصحة الوطنية	3
1.I	مفهوم المنظومة الصحية	3
2.I	مكونات المنظومة الصحية	4-3
3.I	الأهداف الإستراتجية للمنظومة الصحية الوطنية	5-4
4.I	الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة	6-5
II	العراقيل والرهانات بالمنظومة الوطنية للصحة	6
1.II	التطور التاريخي لمنظومة الصحة في الجزائر	8-6
2.II	تنظيم وهيكلة المنظومة الصحية في الجزائر	12-8
3.II	العراقيل التي تواجه النظام الصحي الوطني وتدابير معالجتها	14-12
4.II	الرهانات التي تواجه المنظومة الصحية في الجزائر	14
خلاصة الفصل		15
الفصل الثاني: تمويل المنظومة الوطنية للصحة		
تمهيد الفصل		17
I	اختلالات وتقييم نظام التمويل الصحي الحالي في الجزائر	18
1.I	ما المقصود بالتمويل الصحي	18
2.I	اختلالات نظام التمويل الصحي الحالي للمنظومة الوطنية للصحة	20-18
3.I	الجوانب الايجابية والسلبية لنمط التمويل الصحي في الجزائر	21-20
II	مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر	21

II.1	مساهمة الدولة	23-22
II.2	مساهمة الضمان الاجتماعي	25-23
II.3	مساهمة الأسر	26-25
خلاصة الفصل		27
الفصل الثالث: البدائل المتاحة لتمويل منظومة الصحة الوطنية		
تمهيد الفصل		29
I	سياسات شاملة لإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية	30
I.1	نظام الضمان الاجتماعي لتمويل نفقات الصحة	31-30
I.2	النمط التعاقدي كبديل لتمويل نفقات الصحة	36-31
I.3	توسيع مصادر التمويل الصحي في الجزائر	37-36
II	تجارب دولية في مجال التمويل الصحي	38
II.1	التمويل ضمان الاستدامة و الصلابة	40-38
II.2	تمويل بعض منظومات الصحة في العالم	43-40
II.3	نظام التمويل المبني على الأنشطة	44-43
خلاصة الفصل		45
الخاتمة عامة		49-47
قائمة المراجع		54-51
ملخص		55

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	النفقات الإجمالية للصحة بالنسبة إلى الناتج الداخلي الخام	19
02	مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة	25

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990-2018	22
02	نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي للفترة 1990-2018	24

مقدمة عامة

إن ميدان الصحة لم يبقى حكرا على الممارسين الصحيين فقط، بل أصبح موضوع اهتمام الاقتصادي في النصف الثاني من القرن العشرين، نظرا لصعوبات التمويل التي مست الدول الغربية.

ارتفاع التكاليف ليست ظاهرة محلية، بل هي ظاهرة عالمية، أين فاقت الزيادة في هذه النفقات الزيادة في الناتج الداخلي الخام، ما أثر سلبا على نوعية خدمات المؤسسات الصحية ومكانتها، ما أوجب إيجاد طريقة للتحكم في النفقات المتزايدة لهذا القطاع.

أما بالنسبة للجزائر فقد شهد قطاع الصحة تطورات كبيرة تزامنت مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدها المجتمع الجزائري بشكل عام من خلال القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق السياسات المناسبة والتخصيصات المالية من الميزانية العامة للدولة، بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع وما تبذله الدولة من جهود في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية، إلا أن الاستفادة من ذلك لا يزال دون المستوى المطلوب، فمجانية العلاج المنتهجة في تحديد السياسة الصحية في الجزائر ورغم كل الإمكانيات التي وفرت والمتوفرة حاليا لم ترقى بالصحة إلى المستوى الذي سطر لتحقيقه.

فقد أصبحت الدولة غير قادرة على تغطية نفقات القطاع الصحي وخاصة مع تراجع العائدات النفطية للبلاد، أدى بدخول المؤسسات الصحية أزمة حقيقية تدنت فيها مكانتها وتراجعت فيها إيراداتها، إذ أصبح من الصعب تعبئة الموارد المالية الكفيلة بتغطية النفقات الصحية المتزايدة بوتيرة أكبر من الناتج الداخلي الخام لمنظومة صحية يهيمن عليها الطابع العمومي، مما يتطلب البحث عن مصادر تمويل بعيدا عن المحروقات تضمن تمويل دائم لتخفيف العبء المالي الذي تتحمله الدولة، وإيجاد طريقة للسيطرة على الإنفاق الصحي من جهة وتوسيع وتنويع مصادر تمويلها من جهة أخرى، هذا ولتحقيق أهدافها المسطرة يستلزم إصلاح المنظومة الوطنية للصحة ووضعها في سلم أولوياتها وتخصيص الأموال اللازمة والكافية لتطوير القطاع الصحي والنهوض به وانتهاج آليات وبدائل تمويلية جديدة تضمن تغطية هذه النفقات على المدى الطويل.

إشكالية الدراسة:

ماهي البدائل المتاحة لتمويل المنظومة الصحية في الجزائر في ظل التحولات الاقتصادية، الديمغرافية والصحية التي تشهدها الجزائر؟

للإجابة على هذه الإشكالية يتم طرح الأسئلة الفرعية التالية:

-ما المقصود بالتمويل الصحي؟

-ماهي الإصلاحات الجديدة في منظومة الصحة الوطنية؟

-هل المخصصات المالية الحالية كافية لتغطية نفقات القطاع الصحي؟

-فيما تتمثل البدائل المتاحة لتمويل المنظومة الصحية في الجزائر؟

فرضيات الدراسة:

-إن المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر لا تكمن في نقص الوسائل المادية، المالية، والبشرية وإنما إلى سوء استخدامها وهو ما يستوجب العقلانية في التسيير.

-تعد مسألة التمويل محور الإصلاحات لذا يمكن للقطاع الصحي تبني نمط التعاقد والنظام الضريبي كسياسات شاملة لإصلاح منظومة الصحة الوطنية.

-أساس تمويل منظومة الصحة الوطنية هو الدولة، والضمان الاجتماعي والأسر.

-مدى امتلاك الدولة لمصادر تمويل إضافية لتحسين المنظومة الوطنية للصحة وتغطية جل نفقاتها.

أهمية الدراسة:

-تنبع أهمية البحث من الناحية العلمية إلى تقويم نظام تمويل الصحة الحالي بالشكل الذي يزيد من فعالية وكفاءة أداء المنظومة الصحية الوطنية.

-لمس الإضافة التي تحققت من خلال الإصلاحات في الواقع الصحي الجزائري.

-كما سعت الدراسة إلى البحث عن مصادر تمويل إضافية لتغطية الثغرات الحاصلة في نظام التمويل الصحة الوطني.

أهداف الدراسة:

-التعرف على ماهية المنظومة الصحية والتمويل الصحي.

-معرفة العراقيل التي تواجه منظومة الصحة الوطنية والإصلاحات المقترحة لتحسين القطاع الصحي.

-تسليط الضوء على مصادر تمويل المنظومة الوطنية للصحة.

-التوصل إلى البدائل المتاحة لتمويل منظومة الصحة في الجزائر.

أسباب الدراسة:

-نقص الدراسات التي تتناول البحث في ميدان الصحة.

-الوضعية السيئة التي تعيشها المنظومة الصحية خاصة في الآونة الأخيرة.

-أهمية هذا الموضوع في الاقتصاد الوطني باعتبار القطاع هو الأكثر استهلاكا للموارد المالية وأكثر تأثيرا على تنمية البلاد.

-عدم كفاية المصادر المالية الحالية لتلبية الحاجات المتزايدة لنفقات الصحة.

منهج الدراسة:

بغرض الوصول إلى أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتبر أساس جميع البحوث، المنهج الوصفي من خلال تقديم المنظومة الصحية في الجزائر والتمويل الصحي، ثم يكون المنهج تحليليا عند الحديث على مصادر التمويل ومختلف البدائل المقترحة لتمويل النظام الصحي الوطني.

ولانجاز الدراسة تم الاعتماد على العديد من المصادر والمراجع والتي تتمثل في الكتب، المذكرات والرسائل الجامعية، المجلات، التقارير، القوانين والمراسيم.

صعوبات الدراسة:

-قلة المراجع.

-ضيق الوقت.

-عدم وجود كتب تتناول المنظومة الصحية أو التمويل الصحي خاصة باللغة الوطنية.

الدراسات السابقة:

تم تناول جوانب الموضوع في العديد من الدراسات نذكر منها:

-دراسة نوري عبد الصمد سنة 2014 بعنوان "واقع وآفاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة": تناولت الدراسة مراحل تمويل المنظومة الوطنية للصحة قبل وبعد تبني سياسة مجانية العلاج، والاختلالات التي شهدها نظام التمويل في الجزائر بسبب ارتفاع النفقات الصحية وغموض العلاقات بين المؤسسات الصحية وأيضا عجز بعض المؤسسات العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي عن أداء مهامها، كما تطرقت الدراسة إلى الإصلاحات المنتهجة لتمويل نفقات الصحة من خلال عصرنة منظومة الضمان الاجتماعي وتبني النظام التعاقدي كبديل لتمويل المنظومة الوطنية للصحة.

-دراسة علي دحمان محمد سنة 2017 بعنوان "تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر": أظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين

الخدمات الصحية بقدر ما يبين التكاليف الناتجة عن مجانية العلاج، كما بينت الدراسة تناقص الإنفاق الصحي العمومي مقابل الارتفاع في مساهمات القطاع الخاص في عملية تمويل الخدمات الصحية، وهذا دليل على انخفاض مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية الاحتياجات الصحية.

-دراسة بن جامع سناء ومخالفيه لبنة سنة 2019 بعنوان "دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية": هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين التمويل الصحي وجودة الخدمات الصحية، وتكمن أهميتها في لمس الإضافة التي تحققت من خلال الإصلاحات المقترحة على القطاع الصحي وكذا أخذ صورة شاملة عن الواقع الصحي في الجزائر، وخلصت الدراسة إلى أن حجم التمويل الحكومي غير كافي لتغطية جل النفقات الصحية ما يستوجب إتباع نماذج صحية عالمية لضبط التكاليف والبحث عن مصادر جديدة لتمويل نشاط المؤسسات الصحية.

-دراسة عبد الكريم هشام سنة 2019 بعنوان "تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني وإشكالية التطبيق": عالجت الدراسة تطور مصادر تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر وإصلاح هذه المؤسسات العمومية من خلال تطوير مؤسسات الضمان الاجتماعي وإصلاح قطاع التشغيل بغية تمويل التكاليف المختلفة للصحة، وقد شددت الدراسة على ضرورة البدء بتطبيق نظام التعاقد في المستشفيات الوطنية بسرعة قبل نفاد الموارد المالية المتاحة.

-دراسة خلاصي عبد الإله سنة 2020 بعنوان "العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر- دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018": تناولت الدراسة مصادر تمويل المنظومة الوطنية للصحة ومختلف الإصلاحات و التدابير المتخذة للنهوض بالقطاع الصحي، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أسباب ارتفاع الإنفاق الصحي من خلال قياس وتحليل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها للفترة 1990-2018، وتوصلت الدراسة إلى أن الإنفاق العمومي في تزايد مستمر رغم الإعتمادات والإمكانيات المالية التي توفرها الدولة سنويا، لذلك لا بد من التوجه نحو آليات جديدة لتمويل النظام الصحي واعتماد النمط التعاقدي وفق إستراتيجية شراء الخدمات من أجل التحكم في النفقات المتزايدة ورفع فعالية النظام الصحي في الجزائر.

هيكل الدراسة:

تحتوي الدراسة على ثلاثة فصول مقسمة على الشكل التالي:

الفصل الأول: هو عبارة عن تقديم للمنظومة الوطنية للصحة، تناولنا في شقه الأول مدخل نظري لمنظومة الصحة الوطنية، والثاني يتمحور حول العراقيل والرهانات بالمنظومة الوطنية للصحة.

الفصل الثاني: جاء بعنوان تمويل المنظومة الوطنية للصحة ، تطرقنا في القسم الأول منه إلى اختلالات وتقييم نظام التمويل الصحي الحالي بالجزائر، أما القسم الثاني فضم مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر.

الفصل الثالث: يتضمن البدائل المتاحة لتمويل المنظومة الوطنية للصحة، حيث جاء في جزئه الأول سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي الجزائري، وشمل مختلف مصادر التمويل الجديدة لتلبية احتياجات القطاع الصحي المتزايدة، أما في الجزء الثاني فقد تم عرض تجارب بعض الدول الرائدة في مجال التمويل الصحي.

الفصل الأول: المنظومة الوطنية للصحة

تمهيد:

الصحة شرط أساسي للفرد لأداء أدواره على أكمل وجه، فالصحة في المجتمع ثروة يجب الحفاظ عليها وتنميتها، ما تطلب تدخل الدولة في ميدان الصحة من أجل تحسينها وترشيد تمويلها بما يضمن إستمراريتها وحيوية أنشطتها، وتختلف الأنظمة التي تتبناها المجتمعات لتحقيق التنمية الصحية باختلاف نظمها وبيئاتها السياسية، الاجتماعية والاقتصادية، كما تتأثر بالقيم والمعتقدات الدينية السائدة، والموارد المتوفرة والمتاحة لها في هذا المجال، ورغم اختلاف هذه الأخيرة إلا أنها تلتقي جميعا في هدف واحد هو صيانة صحة الفرد والمجتمع وترقيتها باستمرار، من خلال توفير الرعاية الصحية اللازمة والعمل على إصلاح هذا القطاع الحيوي للتكيف مع جل التغيرات ومواكبة التطورات الحاصلة.

ما جعلنا نسلط الضوء على المنظومة الوطنية للصحة والتعرف على أهم أهدافها ووظائفها في القسم الأول من هذا الفصل وكذا التطرق للمراحل الأساسية لتطور المنظومة الصحية ومختلف العراقيل والتحديات التي تواجهها وأوجه القصور التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر في القسم الثاني.

I. مدخل نظري لمنظومة الصحة الوطنية

تحمل المنظومة الصحية مفاهيم ترتبط بالخدمات الصحية ومتطلبات توفير هذه الخدمة، والذي يمكننا من تحليل مكوناتها والتطرق لمختلف أهدافها ووظائفها بالشكل الذي يسمح بفهم نتائجها.

I.1 مفهوم المنظومة الصحية:

هناك عدة تعار يف للمنظومة الصحية نذكر منها:

-المنظومة الصحية: عبارة عن مجموعة من العناصر التي تعمل مع بعضها البعض وتربط بشبكة من الاتصالات بهدف تحقيق أهداف معينة ، تشمل المنظومة مستويات وعلاقات وهيكل تنظيمي وأهداف وتفاعل مع البيئة وتحديد مدخلات وكيفية تشغيلها ومخرجات ومؤثرات بيئية تؤثر في التغير والنمو والتطوير.[1]

-ينظر للمنظومة للصحية على أنها: مجموع التزامات وتعهدات تخصصها الدولة للاهتمام بصحة الأفراد والمجتمع، ويمكن النظر إليها بأنها تدخل اجتماعي ينظم الأفراد والجماعات أنفسهم فيه بطريقة معينة لمكافحة الأمراض بشتى أشكالها وشدتها والوقاية منها.[2]

-تعتبر المنظومة الصحية: الإطار الذي يتم فيه تحديد الاحتياجات الصحية العامة للسكان، والعمل على توفير مختلف الخدمات بصورة شاملة ومتكاملة، من خلال إيجاد موارد التمويل اللازمة وبتكلفة مقبولة يمكن تحملها من قبل الأفراد والمجتمع.[3]

-عرف المشرع الجزائري النظام الصحي من خلال المادة 04 من قانون 05/85 " المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها".[4]

I .2 مكونات المنظومة الصحية:

تتكون المنظومة الصحية من مجموعة عناصر أساسية تتمثل فيما يلي:[5]

[1] فريد راغب النجار ، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية ، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2015 ، ص 51.

[2] صلاح محمود دياب ، إدارة خدمات الرعاية الصحية ، الطبعة الأولى ، دار الفكر للنشر و التوزيع ، عمان، الأردن، 2010 ، ص 169.

[3] عياشي نور الدين ، المنظومات الصحية المغاربية ، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية ، جامعة قسنطينة ، 2010/2009، ص 07.

[4] المادة 04 من القانون رقم 05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985 ، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.

[5] فتحي مجناح ، محمد قنفود ، تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي ، تخصص: تسيير عمومي ، جامعة محمد بوضياف، 2018 /2019 ، ص 43-45.

I.1.2.الموارد البشرية: تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامين، الخاصين والاستشاريين في جميع مجالات الطب، بالإضافة إلى الهيئة التمريضية والطبية المساعدة مختصي مختبرات الأشعة، التأهيل والعلاج الطبي... إلخ كذلك الموارد البشرية الإدارية والمحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات ويجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بالخبرة والكفاءة لينعكس ذلك على جودة الخدمات الصحية.

I.2.2. الموارد المالية: تتنوع مصادر التمويل الصحي، فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول إلا أن زيادة التكاليف والطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دفع بالبحث عن مصادر تمويل أخرى كاشتراكات الضمان الاجتماعي، الضرائب والتأمين الخاص.

I.3.2. الأجهزة والمعدات: تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية، حيث أن توفير الأجهزة والمعدات والآلات المتطورة المزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة وعلاجها.

I.4.2. المباني والهياكل المستخدمة: تشمل العيادات، المراكز الطبية، المستشفيات والصيدليات التي تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية في ظروف بيئية مناسبة.

I.5.2. المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية: هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية والرعاية الصحية، والتي يجب تلبية أكبر قدر منها لتلبية حاجياتهم المختلفة.

I.6.2. البحوث وتراكم المعارف: تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية والاختراعات بهدف تحسين العلاج ومكافحة الأمراض، كما تساهم في تخفيض التكاليف من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض.

I.3 الأهداف الإستراتجية للمنظومة الصحية الوطنية:

تقوم المنظومة الصحية الجزائرية على مجموعة من الأهداف الإستراتجية والتي يمكن أن نلخصها في النقاط التالية:[1]

I.1.3. إستراتيجية المكاسب: زيادة المكاسب الطبية من خلال التقليل من أعباء الأمراض والتركيز على الأولويات الصحية وخصوصا الأمراض المسببة للوفيات كأمراض القلب والشرايين، أمراض السرطان والسكري... الخ بتطوير المعايير والبروتوكولات الطبية والعلاجية الموحدة وتنفيذ البرامج الوقائية الشاملة

[1] علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ، تخصص : تسيير المالية العامة ، جامعة تلمسان ، 2017/2016 ، ص 104-105.

لهذه الأمراض.

I.2.3 إستراتجية الجودة وتطوير الأداء: تطوير جودة استجابة الخدمات الصحية لحاجات الأفراد والمجتمع وتقوية دور الوزارة كمنظم ومراقب للجودة واعتماد الخدمات العلاجية المبنية على القرائن المثبتة علميا، وعلى إدارة الأداء المؤسسي عند تقديم وتطوير هذه الخدمات.

I.3.3 إستراتجية الرعاية الصحية الأولية: الاستمرار في اعتماد الرعاية الصحية الأولية كعماد وركيزة أساسية للخدمات الصحية في الجزائر وتوفير الرعاية الشاملة لجميع فئات المجتمع.

I.4.3 إستراتجية الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة: تطوير نظام صحي متكامل للربط بين المستويات الأولية والثانوية والثلاثية وذلك لتقديم رعاية صحية عالية الجودة وسهلة المنال من قبل الجميع.

I.5.3 إستراتجية الاستثمارات المستقبلية: الاعتماد على التوجيهات الإستراتجية كمرجع أساسي عند الاستثمار في المشاريع الجديدة وتطوير القوى العاملة لبناء المنشئات وشراء المعدات الطبية الأولية وجميع المستلزمات الأخرى.

I.6.3 إستراتجية العمل المشترك: الشراكة في العمل مع الأطراف ذات العلاقة بالصحة محليا وإقليميا وعالميا وذلك من أجل تقنين الخدمات والاستخدام الأمثل للمهارات والموارد.

I.7.3 إستراتيجية الإدارة والتنظيم: إجراء التعديلات والإصلاحات على الهيكل التنظيمي بما يتناسب وتطبيق التوجيهات والإستراتجيات الصحية المستقبلية ونشر اللامركزية كنموذج للإدارة.

I.8.3 إستراتجية الموارد البشرية: تقوية وتطوير إدارة الموارد البشرية والتخطيط للقوى العاملة ورفع مستوى الأداء لدى جميع العاملين في القطاع الصحي، وتقدير دورهم وتحفيزهم لتقديمهم أفضل الخدمات.

I.9.3 إستراتجية التنمية والتعليم وإجراء البحوث : تطوير دور الخدمات الصحية في التنظيم والتدريب وإجراء البحوث والدراسات والتركيز على بحوث النظم الصحية.

I.10.3 إستراتجية الإدارة المالية: تطوير النظم المالية والكفاءة والمهارات الإدارية لتنفيذ الإستراتجية والعمل على التوظيف الأمثل للموارد المتاحة.

I.4 الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة :

تقوم المنظومة الصحية الوطنية بعدة وظائف أساسية نوجزها كما يلي:[1]

I.1.4 توزيع العلاجات: تتميز هذه الوظيفة بالتكامل المستمر للنشاطات الصحية من خلال تقديم خدمات صحية علاجية وقائية بالاعتماد على ثلاثة عوامل أساسية وهي تخص:

-لامركزية الإدارة الصحية.

-التناسق بين الوظائف.

-استقلالية المنظمة الصحية.

I.2.4 التكوين في العلوم الصحية: لا يمكن ضمان سيرورة السياسة الصحية في غياب إطارات ذات كفاءة ومهارة لائقة، ولذلك فقد كان لابد من تكوينهم وفق احتياجات القطاع ونخص بالذكر الأطباء، تقني الصحة، وموظفي الإدارة الصحية.

I.3.4 تنظيم النشاطات الإدارية ونشاطات الأعضاء المساعدة: كذلك من بين المهام التي تعنى بها المنظومة الوطنية للصحة وهو التنسيق بين النشاطات الرئيسية للمنظومة الصحية أي النشاطات التي تقوم بها الهياكل الصحية وبين الهيئات التابعة لها ونخص في ذلك:

-المنظمات ذات الطابع الاقتصادي لإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية.

-المؤسسات الوطنية لصناعة المعدات والأدوات الطبية.

-المؤسسات الجهوية للتموين بالمنتجات الصيدلانية.

II. العراقيل والرهانات بالمنظومة الوطنية للصحة

شهدت المنظومة الصحية الوطنية العديد من الإصلاحات والتطورات والتغيرات مند الاستقلال إلى يومنا الحالي فقد عانى القطاع الصحي من العديد من المشاكل التي تسعى الدولة للتغلب عليها وحلها باعتماد تنظيم جديد للهياكل والمؤسسات لدفع المنظومة الوطنية نحو الأفضل لتقديم خدمات صحية بأعلى كفاءة وفعالية.

II.1 التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر:

[1] علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، مرجع سبق ذكره ، ص 105، 106.

كانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال متردية بسبب الأمراض، الحرمان، والأوبئة الناتجة عن الظروف المعيشية من جهة وغياب التغطية الصحية من جهة أخرى، أما بعد الاستقلال فيمكن وصف الفترة التي مرت بها المنظومة الصحية بالجزائر عبر ثلاث مراحل أساسية كما يلي:[1]

II .1.1 النظام الصحي 1962-1974:

عملت الجزائر مند الاستقلال على إعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار والذي لم يكن يلبي سوى احتياجات نسبة قليلة من السكان بالمدن والأرياف، ويمكن إبراز خصائص النظام الصحي في هذه الفترة فيما يلي:

-قلة العمال في السلك الطبي والشبه الطبي، فمغادرة الأطباء الفرنسيين الجزائر ترك فراغا محسوسا بالقطاع خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين.

-التوزيع غير العادل لعمال القطاع الصحي مما أدى إلى استدعاء التعاونية الأجنبية الطبية للتكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع.

-قلة الهياكل الصحية حيث تموضعت أغلب المستشفيات والصيدليات وكذا العيادات في شمال البلاد.

-أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد وجدت الجزائر نفسها تسير نظام متشعب حيث كانت المساعدات الطبية الجانية تحت الوصاية المحلية أما الوقاية المدرسية فكانت تحت وصاية التربية الوطنية.

II .2.1 النظام الصحي 1974-2007 بداية الإصلاحات:

لقد سجل في هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات رئيسية هي:

-قرار تأسيس الطب المجاني في جانفي 1974 وهو أهم قرار اتخذته السلطات في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، بسبب الضغط الاجتماعي وعودة الأمراض والأوبئة.

-إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

-تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع شبه الطبي.

[1] بن عطية حورية ، آثر منح الاستقلالية للمؤسسات الإستشفائية العمومية في رفع النفقات الصحة ، مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية ، تخصص : اقتصاد و تسيير المؤسسة ، جامعة بسكرة ، 2019/2018 ، ص 31-37.

حيث كان ظهور القطاع الصحي كهيئة عمومية من خلال المرسوم رقم 81-243 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 والمتعلق بكيفية وإنشاء تنظيم المقاطعات الصحية.

عرف الضمان الاجتماعي عجزا ابتدءا من 1988 بعدما كانت مساهمته لفترة طويلة تمول مجانية العلاج وهذا لعدة أسباب منها:

-الأزمة البترولية لسنة 1986 .

-تأخر نمو التشغيل وارتفاع البطالة.

-العلاج في الخارج لغير المؤمنين.

كما ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 تطبيق التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان وتخصص هذه المساهمات كما يلي:

-يتكفل الضمان الاجتماعي بتغطية النفقات الخاصة بالمؤمنين وذوي حقوقهم.

-تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين لهم اجتماعيا.

II .3.1 النظام الصحي بعد 2007 منح الاستقلالية للمؤسسات الإستشفائية:

في هذه المرحلة تم منح الاستقلالية للمؤسسات الصحية من خلال قانون إصلاح المنظومة الصحية لسنة 2007، فقد تم إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية كما يلي:

II .1.3.1 المؤسسات الإستشفائية العمومية: تعد مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي، تتكون من هياكل التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وتغطي حاجة سكان بلدية واحدة أوعده بلديات.

II . 2.3.1 المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: هي مؤسسات إدارية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، وتحدد المشتملات المادية لها والحيز الجغرافي بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

II .2 تنظيم وهيكلة المنظومة الصحية في الجزائر:

بعدما استعرضنا تطور النظام الصحي الجزائري من خلال مختلف المراحل التي مر بها سوف نتناول تنظيمه العام ومختلف هياكله:

II .1.2 تنظيم النظام الصحي في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة والسكان هي المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والقاعدية التابعة لها والتي نوضحها كالأتي: [1]

II .1.1.2 المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كل من الوزير، ديوان الوزير،الأمانة العامة، المفتشية العامة، المديريات المركزية.

II .2.1.2المستوى الجهوي: بغية تحقيق العدالة وضمان مبدأ المساواة في الحصول على العلاج، ومن أجل الموازنة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، أسست الجهوية الصحية سنة 1995 وتعتبر هيئة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتداخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالأهداف الإستراتجية، اتخاذ القرارات وتخصيص الموارد شكلت هذه الجهوية لخمس مناطق صحية وهي:

-منطقة الوسط وتضم 11 ولاية.

-منطقة الشرق وتضم 14 ولاية.

-منطقة الغرب وتضم 11 ولاية.

-منطقة الجنوب الشرقي وتضم 07 ولايات.

-منطقة الجنوب الغربي وتضم 05 ولايات.

II .3.1.2 المستوى الولائي: على مستوى كل ولاية تتواجد مديرية الصحة والسكان حسب المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14 جويلية 1997 والتي تسير وتحدد القواعد التنظيمية وتشغيل هذه المديرية حسب ماورد في الجريدة الرسمية رقم 47 وتتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية،

[1] خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة حالة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد المالية العامة، جامعة تلمسان، 2020/2019، ص80-85.

وتنسيق مهام ونشاطات المنشآت والهياكل الصحية وتمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص، وهي مكلفة بمختلف المنشآت الصحية المتخصصة والقطاع الصحي والمراكز الإستشفائية الجامعية.

II .4.1.2 المستوى المحلي –الدائرة والبلدية–: تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية، وللحد من الضغط على المراكز الإستشفائية تم إنشاء قطاعات صحية فرعية، أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحوى مستشفى ورعاية البسيطة منها ذاتيا.

II .2.2 الهياكل والمؤسسات بالنظام الصحي الجزائري:

تنقسم المؤسسات الصحية الإستشفائية في النظام الصحي الجزائري إلى:

II .1.2.2المؤسسات الصحية العمومية: وهي خاضعة للقانون العام ولا تهدف إلى تحقيق أي أرباح وتنقسم إلى ما يلي:

أولا:المراكز الاستشفائية الجامعية: تعرفها المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 467/97 كما يلي: "المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم تنفيذي وبناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي..." [1] حيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي والبحث العلمي الوصاية البيداغوجية.

فيما يخص مهام المركز الاستشفائى الجامعي فهي عديدة منها ما يتعلق بميدان الصحة والعلاج ومنها

ما يخص مجال التكوين والبحث العلمي,

ثانيا:المؤسسات الإستشفائية المتخصصة: عرفت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بمقتضيات المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 "على أنها مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي" [2] على غرار باقي المؤسسات العمومية الاستشفائية ويتم إنشائها بمرسوم تنفيذي بناءا على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي وتوضع تحت وصاية الوالي في الولاية المرجوة بها مقر المؤسسة.

[1] المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 و الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.

[2] المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 و المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها .

المهام الموكلة لهذه المؤسسات الاستشفائية المتخصصة نصت عليها المادة 05 من المرسوم التنفيذي السابق الذكر والمتمثلة في:

-تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي والاستشفاء.

-تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.

-المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.[1]

ثالثا:المؤسسات العمومية الاستشفائية: عرفت المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤسسات العمومية الاستشفائية "على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي".[2]

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 04 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان وتتولى على الخصوص:

-ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة.

-تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

-ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.[3]

رابعا:المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: نصت المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 "على أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي".[4]

تتكون المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، تغطي مجموعة من السكان، تتمثل مهامها في:

-الوقاية والعلاج القاعدي.

---

[1] المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والمتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

[2] المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

[3] المادة 04 من المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

[4] المادة 4 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 ، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .

-تشخيص المرضى.

-العلاج الجواري.

-الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
-الأنشطة المرتبطة بالصحة الإيجابية والتخطيط العائلي.

II .2.2.2 المؤسسات الصحية الخاصة: تعرف على أنها جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، وهذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم، عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجانا، تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة وأنشطة الاستكشاف.[1]

II .3 العراقيل التي تواجه النظام الصحي الوطني وتدابير معالجتها:

يعاني النظام الصحي الوطني من عدة قصور واختلالات يسعى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات بطرق لمعالجتها ونذكر البعض منها:[2]

II .1.3 العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والموارد البشرية وتدابير معالجتها:

توجد عدة عراقيل تعيق التنظيم على مستوى القطاع العام نبرزها فيما يلي:

-نقص في صيانة العتاد الطبي.

-نفاد الموارد الصيدلانية بسبب ضغوط مالية وتنظيمية تزيد من حدتها الإختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.

-تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.

-تثبيط المستخدمين بقوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.

ولم تترك هذه النقاط دون معالجة بل تم وضع حلول واقتراحات لهذه الاختلالات والمتمثلة في:

-توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.

-تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتنظيم الداخلي.

[1] خلاصي عبد الإله ، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 89 ، 90.

[2] زايدي سماح ، دور جودة الخدمات في الارتقاء بالأداء الصحي ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية ، تخصص : تسويق ، جامعة أم البواقي ، 2018/2017، ص125-127.

-مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة وإدراج نظام تعويض محفز.

-وضع نظام متعلق بالتعويض عن المناوبة لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية للصحة.

أما فيما يخص القطاع الخاص فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

II .2.3 العراقيل المرتبطة بالتكوين وتدابير معالجتها:

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة العمومي والخاص نظرا لعدة اعتبارات تتمثل في:

-لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.

-التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمة في الميدان.

-مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

-تكوين المسيرين على مستوى التعليم العالي لا يستجيب لمواصفات التسيير في المستشفيات.

كما خصص المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض من وزارة الصحة والسكان العمل عليها والمتمثلة في:

-إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين.

-وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن.

-إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حيث الحاجة وتحسين مستواهم أثناء عملهم.

-مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة والاهتمام بالبحث العلمي.

II .3.3. العراقيل المرتبطة بالإعلام وتدابير معالجتها:

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من أثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات، وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيا الجديدة للإعلام، وهذا ما تسبب أساسا في ضياع الخبرة، والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة، وبالتالي اتخاذ أولوية مفادها العمل بالمناهج المعروفة وتحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي، ومصاحبة العملية بتطوير التكوين الضروري لذلك، بالإضافة إلى توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

II .4. الرهانات التي تواجه المنظومة الصحية في الجزائر:

فيما يتعلق بالرهانات المنتظرة من الإصلاح، يبدو حسب رأينا أن السلطات العمومية ستواصل وتعزز سياق الإصلاحات، حيث تأمل في الوصول إلى تحقيق مؤشرات بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في غضون 2025 مع الأخذ بعين الاعتبار التحديات التالية:[1]

-تطور المستوى الديمغرافي.

-التحولات الوبائية.

-مستوى عرض العلاج.

-احتياجات العلاج حسب نوعية الإصابات.

-الاحتياجات من التجهيزات الطبية الثقيلة.

-تطوير إستراتيجية لعلاج نوعي.

-تحسين جودة العلاج المقدم والتكفل الطبي.

-وضع خريطة صحية جديدة نحو الانفتاح على القطاع الخاص.

-دعم التنسيق مع القطاعات الأخرى.

[1] بوشلاغم عميروش ، شرفي منصف ، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر ، مجلة دراسات اقتصادية ، جامعة قسنطينة 2 ،المجلد 04 ، العدد 03 ، ديسمبر 2017 ، ص 18.

خلاصة الفصل:

تقوم المنظومة الوطنية للصحة بعدة وظائف هامة من أجل الحفاظ على سلامة واتزان القطاع الصحي ككل وتحقيق أهدافه المنشودة من زيارة الأعمار، القضاء على الأمراض المستوطنة والمعدية وكذا حماية المواطنين من الأخطار، وهذا ما ميز المنظومة الصحية في الجزائر عبر مختلف مراحل تطورها الأساسية، فقد حاولت الجزائر رسم سياسات واضحة المعالم خاصة في المجال الصحي وإصلاح المنظومة الوطنية بغية التخلص من التبعية وترقية القطاع إلى المستوى المطلوب.

وقد انعرج النظام الصحي الوطني بمؤسسات وهياكل متعددة اتسمت بالمرونة مع جل التغيرات والتكيف مع مختلف التطورات الحاصلة لمواجهة العراقيل التي تقف أمام المنظومة الصحية بإيجاد التدابير الملائمة لمعالجتها ومحاولة التصدي للرهانات التي تلوح في الأفق وكل هذا لإرضاء رغبات المواطنين وضمان رعاية صحية متكاملة للأفراد والمجتمع، ورفع مستوى الأداء الصحي بصفة عامة، لمواكبة عجلة التنمية الاقتصادية وتحقيق مؤشرات الصحة العالمية.

الفصل الثاني: تمويل المنظومة الوطنية للصحة

تمهيد:

تعتبر منظمة الصحة العالمية عملية تمويل الإنفاق الصحي عنصر أساسي في قدرة الأنظمة الصحية على الحفاظ وتعزيز الصحة لأفراد المجتمع، حيث أن التمويل الصحي لا يقتصر على تجميع الموارد فقط، بل يجب أن يحقق الهدف الأساسي وهو تمكين الأفراد من الاستفادة والحصول على الرعاية الصحية اللازمة دون التعرض لمخاطر الصعوبات المالية.

وبما أن صحة المواطن أغلى ما تملكه المجتمعات وثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها، لأنها لا تقدر بثمن إلى أنها تكلف مالا، وعلى هذا الأساس فإن المنظومة الوطنية للصحة تسعى لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمة المالية، ورغم الاختلالات الكبيرة التي يعرفها النظام الصحي والمتمثلة أساسا في ارتفاع النفقات الصحية ومختلف العراقيل الأخرى في التسيير وكذا ضعف بعض المؤسسات في أداء مهامها، إلى أن الدولة تعمل جاهدة إلى تغطيتها وإيجاد الحلول المناسبة وتوفير مصادر التمويل الرئيسية برشادة وعقلانية.

ما جعلنا نتطرق إلى العراقيل التي يتعرض لها نظام التمويل الصحي الحالي في الجزائر والجوانب الإيجابية والسلبية له في الجزء الأول من هذا الفصل، والمصادر الأساسية لتمويل المنظومة الوطنية للصحة في الجزء الثاني.

I.اختلالات وتقيم نظام التمويل الصحي الحالي في الجزائر

التمويل نشاط هام بالمؤسسة، حيث تمثل الصحة الجيدة العنصر الأساسي لمعافاة الإنسان، إذ تسعى المنظومة الوطنية للصحة إلى توفير الأموال اللازمة لتغطية تكاليف نشاطاتها وتلبية رغبات وطلبات الأفراد ومواجهة مختلف الصعوبات والتحديات بتقديم أفضل خدمة صحية ممكنة وبأقل تكلفة.

1.I ما المقصود بالتمويل الصحي:

التمويل الصحي: مجموعة من السياسات والترتيبات التي يتخذها البلد من أجل ما يتعلق بما يلي:

-مصادر الإيرادات وآليات المساهمة (الحصول على الإيرادات).

-تجميع الأموال.

-شراء الخدمات.

-السياسات المتعلقة بتصميم المزايا وآليات التقنين وأساس الاستحقاقات.

-تصريف شؤون الوظائف والسياسات المرتبطة بمكونات النظام الصحي.[1]

التمويل الصحي: ليس مجرد جمع الأموال من أجل الصحة، إنه موضوع أكبر بكثير فهو يتعلق أيضا بحق الذين يطلب منهم الدفع، ومتى يدفعون، وكيف تنفق الأموال التي تجمع أي ما يتعلق ب:

-تحصيل الإيرادات.

-التجميع للموارد المالية وإدارتها.

-الشراء وهو عملية دفع مقابل الخدمات الصحية.[2]

2 .I اختلالات نظام التمويل الصحي الحالي للمنظومة الوطنية للصحة:

يعرف نظام التمويل الحالي للمنظومة الوطنية للصحة اختلالات كبيرة، تمثلت في الارتفاع المتزايد للنفقات الصحية دون تحسن الخدمات الصحية بالشكل المناسب، وغموض العلاقات بين جهات تقديم العلاج العمومية والخاصة، والجهات المسؤولة على وضع السياسات العمومية للصحة وهيئات

[1]Joseph kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowelt, Dorjsuren Bayarsaikhan, Developing a national health financing strategy, a reference guide, world health organization, 2018, p10 .
[2] Health systems financing the path to universal coverage, the world health report, world health organization, 2010, p36.

الضمان الاجتماعي.

كما يتسبب النظام القانوني الذي يؤطر المؤسسات العمومية للصحة، والذي يعطيها صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري، في مشاكل كبيرة في التسيير، بسبب عدم تناسب هذه الفئة القانونية التقليدية مع النشاط الصحي الذي يحتاج قواعد تسيير أكثر مرونة من القواعد التي تتوفر عليها المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري، وكذا عدم تمكن هيئات الضمان الاجتماعي من أداء مهامها.[1]

I .1.2 ارتفاع النفقات الصحية وغموض العلاقات بين مقدمي العلاج وممولية:

لم تحقق الخدمات الصحية التي تقدمها المرافق الصحية العمومية والخاصة رضا السكان، رغم الارتفاع المذهل للنفقات الإجمالية للصحة، ما شكل عبئا كبيرا تتحملة الجهات العمومية بسبب مجانية العلاج، إضافة إلى العلاقات الغامضة التي تربط بين مختلف الفاعلين في ميدان الصحة، بسبب عدم تخصص كل جهة في نشاط محدد، إما التمويل، أو تقديم العلاج، أو ممارسة دور السلطات العمومية التي ترسم السياسة الصحية، وتضبط النشاط الصحي، حيث تؤدي وزارة الصحة في الجزائر كل الأدوار فنجدها مسؤولة عن السياسة الصحية، وممولا، ووصية على المؤسسات العمومية للصحة التي تقدم العلاج.

ولقد بلغت النفقات الصحية الإجمالية في الجزائر مستويات قياسية، فقد وصلت إلى 8 بالمائة من الناتج الداخلي الخام لسنة 2009 كما يبين الجدول الآتي:

الجدول رقم 01: النفقات الإجمالية للصحة بالنسبة إلى الناتج الداخلي الخام

السنة	1999	2000	2001	2003	2007	2008	2009
النفقات الإجمالية للصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام	3.96%	3.80%	4.05%	4.35%	6.8%	8%	8%

Source :Djamel OULD ABBES(Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière) :**Etat des lieux du système de santé en Algérie**, à l'ouverture de la conférence national « politique de santé et réforme hospitalière » palais des Nations, Club des pins Alger .du 3 au 5 février 2011

[1] نوري عبد الصمد ، واقع و آفاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة دراسة قانونية ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام ، فرع: الدولة و المؤسسات العمومية ، جامعة الجزائر 1 ، 2014/2013 ، ص 71-84.

ويعود ارتفاع النفقات الصحية في المنظومة الصحية الجزائرية إلى عدة أسباب من بينها:

-توسع العرض العمومي للعلاج.

-ارتفاع تكاليف التجهيزات الطبية والنشاطات الصحية.

-آليات التسيير والضبط التضخمية.

-طول إقامة في المستشفيات.

I .2.2 ضعف فعالية المؤسسات العمومية للصحة وهيئات الضمان الاجتماعي في أداء مهامها:

بصفة عامة تعتبر المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري الشماعة التي يعلق بها سوء التسيير العمومي، حقيقة يعتبر تصنيف المؤسسات العمومية للصحة في فئة المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري أحد أهم الاختلالات التي تعرفها بصفة عامة، ونظام تمويلها على الخصوص، بالنظر للقيود الصارمة التي تحكم مالية هذا النوع من المؤسسات، بهدف الحفاظ على الأموال والممتلكات العامة التي تمنحها لها الدولة من أجل استمرارية سير المرفق العام.

كما لم تنل هيئات الضمان الاجتماعي رضا مموليها، ونقصد بهم المؤمن لهم اجتماعيا الذين يدفعون الاشتراكات الاجتماعية، دون أن يلاحظوا لها أثر على تحسن الخدمات التي تقدمها الهياكل الصحية، بل كثيرا ما تتهم هيئات الضمان الاجتماعي بسوء استعمال أموال المؤمن لهم اجتماعيا، ونقص الفاعلية، حيث كثيرا ما يتم صرف أموال باهظة على علاج بعض مسؤوليها والمقربين منهم في الخارج، كما يعيب البعض على هيئات الضمان الاجتماعي كثرة منازعاتها التي تكلف أموالا كان من الأجدر استثمارها في تطوير التخصصات الطبية في الجزائر.

I .3. الجوانب الإيجابية والسلبية لنمط التمويل الصحي في الجزائر:

إن إصلاح المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر أصبح أكثر من ضروري في الوقت الحالي وذلك بالنظر لمجمل الاختلالات المسجلة في القطاع وتبقى مسألة التمويل محور الإصلاحات المعتمدة، وعلى هذا الأساس سوف نحاول التطرق إلى بعض النقاط الايجابية وكذا السلبية التي تخص جانب التمويل لهذا القطاع والتي نبرزها على هذا النحو .[1]

I .1.3 ايجابيات نظام تمويل الصحة:

[1] علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، مرجع سابق ، ص 177، 178.

-إن نظام التمويل الجزافي عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريفة الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.

-كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد على الدولة كممول رئيسي للقطاع فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في إطار التضامن الوطني وبالتالي الحفاظ على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط والتنظيم لمختلف البرامج.

-كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعنى بها قطاع الصحة هو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

I .2.3 سلبيات نظام تمويل الصحة

-من أهم عيوب التمويل عن طريق "جزافي المستشفيات" تجريد المسيرين ومصالح الضمان من المسؤولية مما أدى إلى إبعاد كل شكل من أشكال التعاقد أو متابعة ومراقبة الأموال الممنوحة، الشيء الذي أذى إلى إفراغ هذه العلاقة من كل معنى اقتصادي، أي تغلب منطق الموارد على منطق النتائج، أصبحنا نمول المؤسسات عوض تمويل النشاطات.

-إن غياب التخطيط على المدى البعيد، زيادة حدة العراقيل البيروقراطية في الجهاز الإداري عوامل كانت وراء التظهور التدريجي للخدمات الصحية.

-تراجع ميزانية قطاع الصحة خاصة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 انعكس سلبا على الخدمات الصحية، لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية.

-يضاف إلى هذا ارتفاع في ديون الصحة والتي وصلت إلى 7.11 مليار دينار جزائري لسنة 2004، ومما لاشك فيه أن هذه الديون سوف تنعكس سلبا عل الأداء الحسن للهياكل الصحية بالجزائر وكذا نوعية العلاج المقدم.

II. مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

تضمنت المنظومة الصحية الجزائرية عدة مصادر للتمويل، هذه المصادر التي اختلفت نسب مساهمتها في تمويل النفقات الصحية حسب السياسات الصحية المنتهجة من طرف الدولة وأولويتها عبر المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية، وعموما يمكن حصر المصادر الأساسية لتمويل النفقات الصحية في الجزائر في ثلاثة مصادر ألا وهي مساهمة الدولة، مساهمة الضمان الاجتماعي، ومساهمة الأسر.

II .1 مساهمة الدولة:

كان النظام المعمول به لتمويل نفقات الصحة بعد الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية للدولة والجماعات المحلية، حيث كانت تقدر بنسبة 60 بالمائة من إجمالي النفقات الصحية، وتخصص لتمويل تكاليف الفقراء والمعوزين ذوي الدخل الضعيف، حيث هذه النفقات المخصصة لمعالجة هذه الفئات تمول من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85 بالمائة ومن طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية بنسبة 15 بالمائة.[1]

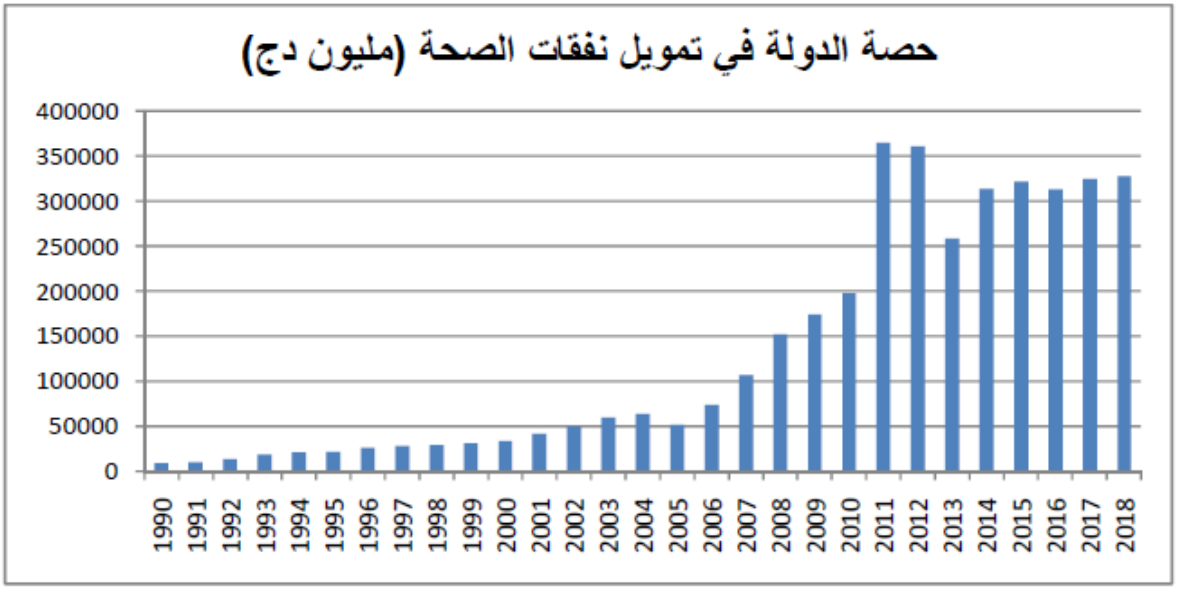
إلى أن إحداث الدولة للطب المجاني سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الجزافية جعل الدولة والضمان الاجتماعي يساهمون في التمويل بنسبة مهمة، حيث يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال إعتمادات الميزانية العامة للدولة، وتنقسم هذه الاعتمادات إلى قسمين:

-الإعتمادات التي تغطي نفقات التسيير وتمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة، وتتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين ونفقات الأدوية.

-الإعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز والتي تتحملها الدولة بالكامل.

والشكل الموالي يوضح تطور مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر:

الشكل رقم 01: تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة 1990-2018.



المصدر: خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر مرجع سابق، ص141.

[1] خلاصي عبد الإله ، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 140 ، 141.

من خلال الشكل يتبين أن حصة الدولة في تمويل النفقات الصحية يشكل نسب كبيرة جدا، إذ بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية حوالي 63.8 بالمائة وأعلى نسبة تمويل كانت سنة 2011 ب 89 بالمائة، وأدنى نسبة كانت 29.64 بالمائة سنة 1991، من خلال الشكل يتبين أيضا أن حصة الدولة في نفقات الصحة هي في تزايد مستمر من سنة لأخرى خلال فترة الدراسة وهذا ما يؤكد الاهتمام الكبير من طرف الدولة بقطاع الصحة في الجزائر.

II .2 مساهمة الضمان الاجتماعي:

لقد حاول المشرع الجزائري، مند سنة 1993، إعادة تحديد دور الدولة وطبيعة العلاقات التي تربط المنظومة الصحية، ونظام الضمان الاجتماعي فيما يتعلق بتمويل المنشئات الصحية العمومية، ومند ذلك التاريخ فإن قانون المالية لكل سنة ينص صراحة على أن تقوم الدولة بتمويل نفقات الوقاية، التكوين، الأبحاث الطبية، والعلاجات الموجهة للفئات الفقيرة غير المؤمنة اجتماعيا، في حين تتولى مؤسسات الضمان الاجتماعي تغطية التكاليف الطبية للمؤمنين اجتماعيا، وذوي حقوقهم، كما أن النفقات المتعلقة بالفئات الفقيرة تكون ممولة عن طريق الاعتمادات المسجلة في ميزانية وزارة العمل والتضامن الوطني، هذه الأخيرة تستعمل كل سنة تلك الاعتمادات لإيداع مخصصات وزارة الصحة.[1]

إن الجهود المبذولة والرامية لتطبيق الصيغ التعاقدية، تصطدم بجملة من العراقيل التي تحول دون تجسيدها على أرض الواقع وتكمن أساسا في صعوبة التحديد الدقيق لفئة الفقراء والمؤمنين اجتماعيا.

فالضمان الاجتماعي تسيره ثلاثة صناديق أساسية هي:

-الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء.

-الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

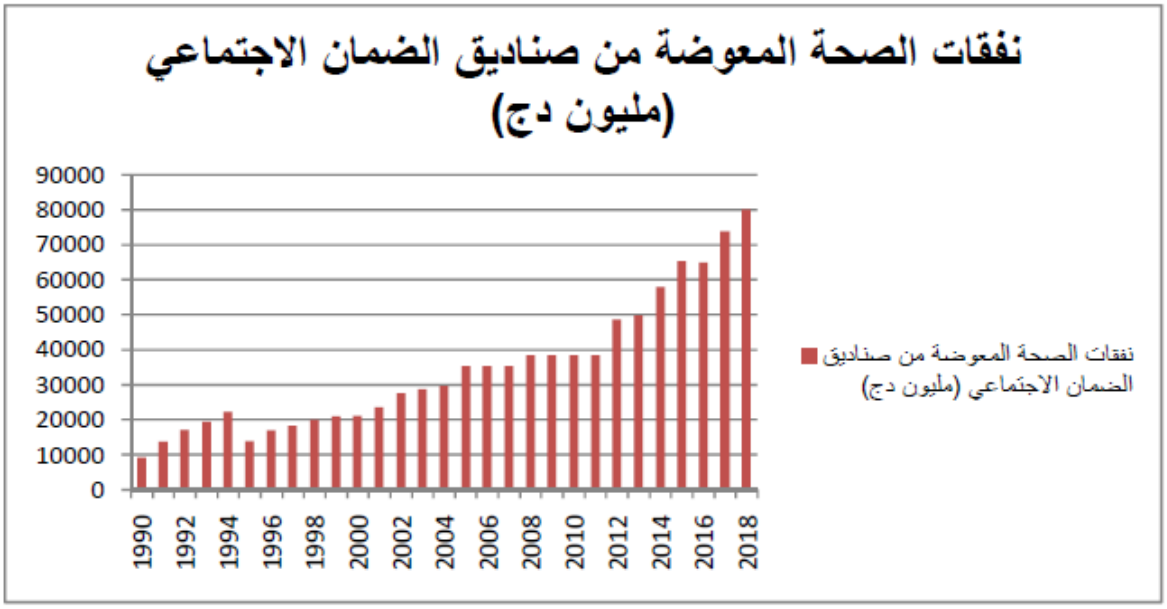
-الصندوق الوطني للتقاعد.

بالإضافة إلى الصندوق الوطني للتأمين على البطالة، والصندوق الوطني للعطل والبطالة ورداءة الأحوال الجوية للبناء، الأشغال العمومية للمياه.

والشكل الموالي يوضح مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة:

[1] عياشي نور الدين ، المنظومات الصحية المغاربية ، مرجع سابق ، ص 312-317.

الشكل رقم 02: نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي للفترة 1990-2018



المصدر: خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، مرجع سابق، ص142 .

من خلال الشكل يمكن ملاحظة التطور المتسارع للمبلغ الجزافي لتمويل المستشفيات لا سيما بعد سنة 2011، وهذا يدل على الدور الايجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات القطاع الصحي، إلا أن هذه الصناديق تعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع وصل لحدود 14.4 ،16.6 خلال الفترة 2006- 2015 والذي يؤذي إلى انخفاض الأجور وبالتالي انخفاض الاقتطاعات الاجتماعية، كما أن التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية أدت إلى ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي.

وتعرف صناديق التأمين على المرضى صعوبات مالية، جراء النمو المستمر للنفقات الصحية في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بضعف مستويات التصريح بالعمال على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم، كل ذلك له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر في ظل تراجع مستوى الاشتراكات الاجتماعية، ومعها انخفاض في العائدات مقابل الارتفاع في حجم النفقات.

وقد عرفت نفقات الصحة لنظام الضمان الاجتماعي نموا متسارعا في السنوات الأخيرة، تأتي بالأساس من الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء بواقع 96.5 بالمائة من القيمة الإجمالية في سنة 2004، مقابل 3.5 بالمائة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، وبالنظر للمؤشرات

الحالية فإن موارد الضمان الاجتماعي المخصصة للصحة لن تعرف على المدى المتوسط نفس وتيرة النمو التي عرفتها في السنوات الأخيرة لجملة من التحديات تكمن أساسا في:

-التهرب من دفع الاشتراكات الاجتماعية.

-ظاهرة البطالة وتأثيرها السلبي على الموارد المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي.

-عجز نظام المعاشات العمومي.

II .3 مساهمة الأسر (التمويل الخاص):

اختلفت طريقة مساهمة العائلات في تمويل النفقة الوطنية الصحية باختلاف المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية، وللحديث عن التمويل الخاص فهناك مصدرين:[1]

II .1.3 التمويل الذي مصدره مؤسسات عامة أو خاصة: تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، ومن جهة أخرى للتحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى خارج المؤسسة لتسيرها (مؤسسات التأمين).

II .2.3 التمويل الذي مصدره الأفراد: من خلال تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرهم المالية الخاصة، وهذا مقابل الخدمة المقدمة، بالتسديد كليا أو جزئيا، وسرعان ما تطور هذا المصدر، حيث يمكن الحكم من حجمه نظرا للطلب الكبير لخدمات الأطباء الخواص، وتفاديا للبيروقراطية وطوابير الانتظار الطويلة في المستشفيات العمومية.

والجدول الموالي يوضح مساهمة العائلات في تمويل نفقات الصحة:

الجدول رقم 02: مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة.

السنة	1974	1983	1987	1992	1997	2002	2007	2009	2010
نسبة التمويل	00	2.83	1.59	29.3	29.5	24.7	18.4	13.8	20.1

[1] بن جامع سناء ، مخالفيه لبنة ، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية ، حكيم – عقبي– قالمة ، مذكرة تخرج مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير ، تخصص : إدارة أعمال ، جامعة قالمة ، 2019/2018 ، ص 16،17.

المصدر: دحمان عيسى، الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل، آليات تمويل القطاع الصحي في ظل محدودية الموارد، عنوان المداخلة إشكالية تطبيق النظام التعاقدي في ظل محدودية الموارد المالية للقطاع الصحي بالجزائر، قالمة، 10-11 أفريل 2018 ص6.

وعموما تظل النفقات الصحية التي تتحملها الأسر الجزائرية رغم أنها بنسب معتبرة أقل مما هو مسجل في البلدان المجاورة.

خلاصة الفصل:

يتضح لنا من خلال ما سبق أن نظام التمويل الصحي يجب أن يتسم بالكفاءة والفعالية اللازمتان لضمان حصول السكان على الخدمات الطبية والرعاية الصحية باستمرار.

فالاختلالات الجمة التي يعاني منها نظام التمويل الحالي للمنظومة الوطنية للصحة بسبب الارتفاع المتزايد للنفقات، آليات التسيير التضخمية، وضعف فعالية المؤسسات العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي في أداء أدوارها، بالإضافة إلى تأدية الوزارة الصحية في الجزائر لكل الأدوار دون تخصص، شكل عبئا ماليا كبير على جهات التمويل العمومية، ما جعل مصادر التمويل الحالية والمسخرة من قبل الدولة غير كافية لتغطية نفقات القطاع الصحي المتزايدة، ما يتطلب تنويع مصادر التمويل والبحث عن بدائل جديدة من أجل تمويل المنظومة الصحية الجزائرية بما يتماشى مع التطورات الحاصلة في المجال الاقتصادي الاجتماعي والتكنولوجي بما في ذلك الأزمات المفاجئة وخاصة الصحية منها والتي تستنزف أموال الدولة.

الفصل الثالث:

البدائل المتاحة لتمويل منظومة الصحة الوطنية

تمهيد:

تحاول الدول جاهدة لوضع منظومات صحية شاملة لضمان التوزيع الفعال والمنصف للموارد، سعيا للحفاظ على الصحة وتجسيد الأهداف المنشودة، من خلال تطوير منظوماتها الصحية باختلاف أشكالها التنظيمية، وإيجاد آليات التمويل اللازمة بتكلفة يمكن تحملها، وإشراك كافة الأطراف والقطاعات الفاعلة والمؤثرة في المجال الصحي، لتكون النتيجة النهائية هي تحسين النظام الصحي ككل.

الجزائر كباقي دول العالم هي الأخرى تسعى للبحث عن موارد مالية كافية لتغطية المنظومة الصحية، والتي أصبحت تعاني من مشاكل وصعوبات بسبب النفقات المتصاعدة، ما يتطلب تنويع وتوسيع المصادر التمويلية للقطاع الصحي، وإيجاد مصادر تمويل جديدة تتسم بالشفافية والمساءلة والإنصاف في توزيعها بما يضمن كفاية المنظومة الصحية ويساعد على النهوض بها إلى منحى الدول المتطورة، وكذا تحقيق الكفاءة والفعالية لمختلف الهياكل الصحية وضمان خدمات صحية بعيدة عن المخاطر.

وسنحاول التطرق لبعض البدائل المقترحة من المنظومة الوطنية للصحة لتمويل القطاع، كمحاولة منها للإصلاح والسيطرة على النفقات المتزايدة في جل التطورات الاقتصادية، التكنولوجيا وحتى الصحية منها، والعمل على تفعيل دور الضمان الاجتماعي وإيجاد بدائل لمصادر التمويل الحالية.

I. سياسات شاملة لإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية:

بعد أن تبين أنه لا يمكن التطلع إلى منظومة صحية وطنية ذات كفاءة في ظل نظام تمويلها الحالي، الذي يوصف باللاعقلانية لعدم مراعاته الحجم الحقيقي للخدمات أو نوعيتها، وتميزه بغياب التشاور–المشاركة والشفافية، تعزز لدى الجميع فكرة إصلاح نظام تمويل الصحة باعتماد مجموعة سياسات شاملة حتى يتمكن هذا الأخير من تحقيق تمويل شامل ومناسب للقطاع الصحي.

I.1 نظام الضمان الاجتماعي لتمويل نفقات الصحة:

I .1.1 تفعيل دور الضمان الاجتماعي في التأمين على المرضى:

إن الأزمة التي يعيشها الضمان الاجتماعي والعجز المستمر أدى إلى انخفاض مشاركته في النفقات الوطنية للصحة، لذا فإن تفعيل دور الضمان الاجتماعي يحتاج إلى عملية من الإصلاحات نجمعها في:[1]

–يجب أن تكون مساهمة الضمان الاجتماعي قي ميزانية المؤسسات العمومية على أساس علاقات تعاقدية.

–إعادة هيكلة مؤسسات الضمان الاجتماعي بهدف زيادة مرد وديته واستقلاليته في التسيير عن إدارة الدولة.

–فتح المجال للمؤسسات الخاصة للاستثمار في ميدان التأمين على المرض ومن ثم خلق منافسة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي بما يحسن فعالية أدائها.

–رفع مساهمة الضمان الاجتماعي في النفقات الإجمالية للصحة.

–تحسين تنظيم هياكل الضمان الاجتماعي وسيرها، وخدماتها وأن تتوسع التغطية لتشمل القطاعات المصرح بها.

I .2.1 موارد الضمان الاجتماعي: :

تتمثل موارد الضمان الاجتماعي في ما يلي:

–العمال وأصحاب المهن الحرة والحرفين، حيث يدفعون اشتراكاتهم من الاقتطاعات المأخوذة من الأجر والأرباح المحققة من نشاطاتهم.

–تدفع اشتراكات الأفراد المعوزين من قبل الجماعات المحلية مساهمة منها لصحة سكانها.

[1] وفاء سلطاني ، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها ، دراسة ميدانية بولاية باتنة ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير ، تخصص : تسيير المنظمات ، جامعة باتنة 1 ، 2016/2015 ، ص 184–186.

-مساهمة أرباب العمل في التأمين لصالح مستخدميهم (تأمين إجباري).

I .3.1 كيفية مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية قطاع الصحة: :

وفقا للمرسوم الذي تبناه مجلس الحكومة في جلسته ليوم 24 نوفمبر 2003، من أجل المادة 116 من قانون المالية لسنة 2003 التي تلخص "مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية في المنشآت الاستشفائية المتخصصة (المراكز الاستشفائية المتخصصة والمراكز الجامعية) التي قد خصصت للتغطية المالية للعبء الطبي للمؤمنين اجتماعيا المأخوذين على عاتق المنشآت العامة للصحة في إطار الروابط التعاقدية التي تربط الحماية الاجتماعية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات" ويرتبط هذا بالأسس التالية:

-متطلبات الحماية الاجتماعية تنشأ من دفع المساهمات المالية السنوية إلى ميزانيات المؤسسات العامة للصحة كل ثلاثي على أساس المعلومة المحددة للمؤمنين اجتماعيا وحقوقهم.

-تدخل المراقب المالي لمنظمات الحماية الاجتماعية على مستوى الهياكل الاستشفائية على أساس المراجع والملفات المرضية المحددة.

-ضرورة وضع مصلحة في المستشفيات والعيادات المناسبة لمنظمات الحماية الاجتماعية المتخصصة لتسهيل معرفة حق التكفل بدون أن تلحق هذه العملية ضرر يمنع الاهتمام الطبي بالمريض.

I .2 النمط التعاقدي كبديل لتمويل نفقات الصحة: :

I .1.2 مفهوم النمط التعاقدي:

-عرفت منظمة الصحة العالمية التعاقد على أنه: عقد يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين أو أكثر والذي عن طريقه أو بواسطته يلتزم بالتنازل أو الاحتفاظ بالقيام ببعض الأشياء أي ارتباط إداري لشركاء مستقلين فهناك من يرى أن يمنح الأرباح والامتيازات في حين ترى أطراف أخرى أنه يمنح الحلول التعاونية.[1]

-ويمكن تعريف النهج التعاقدي بقطاع الصحة على أنه: إبرام المؤسسة الصحية مع ممولها عقد لأداء

خدمة وبذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها، وبهذا نجد أن النهج التعاقدي في قطاع الصحة يختلف تماما عن التعاقد العادي.[2]

[1] علي سنوسي ، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر ، 2010/2009 ، ص 353.

[2] بلقاسم حلوان ، النهج التعاقدي كنمط جديد في مجال التسيير ، مجلة المسير ، عدد خاص صادر عن المدرسة الوطنية للصحة العمومية ، جويلية 1998 ، ص 12.

2.2. أهداف النمط التعاقدي:

اعتماد التعاقد كنمط جديد للتمويل يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها أن ترفع من فعالية القطاع الصحي ويمكن حصر هذه الأهداف فيما يلي:[1]

-سد ثغرات نظام التمويل الحالي وإجراء التغييرات اللازمة من أجل تحقيق الشفافية في العلاقات بين مقدمي العلاج والممولين.

-التحكم الأفضل في النفقات الصحية.

-تحسين نوعية العلاج والخدمات الصحية.

-تحقيق الفعالية في تسيير المؤسسات العمومية للصحة وهيئات الضمان الاجتماعي.

-ليتمكن السكان من الحصول على العلاج بصفة مستمرة وفي أحسن الظروف والحفاظ على التوازنات المالية لهيئات الضمان الاجتماعي.

3.2.I التعاقد كآلية جديدة للتمويل الصحي في الجزائر:

تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر جملة من الاختلالات المتعلقة بالتمويل، لعل السبب الرئيسي ورائها هو نظام التمويل الجزافي الذي يتبنى منطق الإنفاق دون الاهتمام بنوعية الخدمات الصحية المقدمة، إذ أن الغموض الذي يسود العملية التمويلية بين مؤسسات الصحة والدولة والضمان الاجتماعي أدى إلى حدوث اختلال في التوازن بين عرض الخدمة الصحية والطلب عليها، لهذا كان لابد من هيكلة العملية التمويلية بين الأطراف الثلاثة (الدولة، الضمان الاجتماعي، والمؤسسات الصحية) وذلك من خلال تبني النمط التعاقدي كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الإنفاق الصحي المتزايد.

الحديث عن نظام التعاقد كنظام بديل لتمويل المؤسسات الصحية كان مند سنة 1986على إثر الأزمة الاقتصادية التي عاشتها الجزائر بسبب انهيار أسعار المحروقات وبدء الصعوبات المالية التي

واجهت الدولة في تمويل الخدمات الصحية والارتفاع المتواصل لعدد السكان وتنوع حاجاتهم الصحية.

يعتمد نظام التعاقد: تكفل كل هيئة ضمان اجتماعي بالمؤمنين التابعين لها وذلك بتسديد قيمة الخدمات الصحية التي يستفيدون منها بناءا على مبدأ التأمين الاجتماعي، ويكون في شكل قسط شهري يدفعه المؤمن لهيئة الضمان الاجتماعي في مقابل الخدمات التي يستفيد منها.

[1] نوري عبد الصمد ، واقع و آفاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة ، مرجع سابق ، ص 119.

رغم وجود إطار قانوني متكامل لتطبيق نظام التعاقد وذلك ابتداء من الدستور والقوانين المختلفة والمراسيم التنفيذية والقرارات الوزارية إلا أن تطبيق نظام التعاقد كبديل لتمويل المؤسسات العمومية للصحة قد شهد تأخر كبير وهذا ما لاحظناه إذ ذكر التعاقد لأول مرة بموجب قانون المالية لسنة 1992 حيث نص هذا القانون على أن مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات الصحية العمومية يكون بصفة تعاقدية بدلا من الدفع الجزافي.[1]

فقد نصت المادة 175 من قانون المالية لسنة 1992 على ما يلي: "تحدد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية والمؤسسات المتخصصة (بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية) وبصفة تقديرية (9500000000) يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كيفياته عن طريق التنظيم".[2]

كما بينت هذه القوانين السالفة الذكر في نصوصها أن نفقات الوقاية، التكوين، البحوث العلمية، والخدمات الصحية التي يستفيد منها المعوزين غير المؤمنين اجتماعيا تبقى على عاتق الدولة.[3]

لكن الجدير بالذكر أن اكتمال هذا الإطار القانوني سوف يأخذ سنوات لتحضير بقية النصوص القانونية وابتداء من سنة 2005 أصدرت تعليمات مباشرة لتطبيق نظام التعاقد كما يلي:

-تغطية التكاليف الصحية من طرف هيئات الضمان الاجتماعي بالنسبة للمؤمنين.

-تغطية التكاليف الصحية من طرف هيئات الحماية الاجتماعية بالنسبة للمعوزين.

-تحمل الخواص غير المؤمنين وغير المعوزين للتكاليف الصحية على عاتقهم الخاص.[4]

وهناك أسباب ودوافع وراء اختيار التعاقد كنظام لتمويل المنظومة الوطنية للصحة والمتمثلة في:

الأسباب العامة للتعاقد وتتمثل في:

-الإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية الناجحة في تمويل نفقاتها الصحية.

-توصيات بعض المنظمات كمنظمة الصحة العالمية والتي دعت البلدان الأعضاء إلى تبني نمط التعاقد في إصلاحاتها.

[1] تناح أحمد ، عبد الكريم هشام ، تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني و إشكالية التطبيق ، مجلة الباحث ، جامعة باتنة 1، المجلد 06 العدد 01 ، جانفي 2019 ، ص 397 – 401.

[2] المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 ، يتضمن قانون الملية من سنة 1992 ، الجريدة الرسمية ،العدد 65 .

[3] خلاصي عبد الإله ، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 152.

[4] تناح أحمد ، عبد الكريم هشام ، تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني و إشكالية التطبيق ، مرجع سابق ، ص 401 .

-إدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية.

أما أسباب اختيار الضمان الاجتماعي للتعاقد معه فهي ترجع إلى:

-الشفافية في العلاقات بين المانحين ومقدمي الرعاية الصحية.

-مراقبة أفضل للنفقات وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.

-زيادة الكفاءة في أداء مؤسسات الرعاية الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي مما يتيح الاستخدام الرشيد والأفضل للموارد.[1]

I .4.2 مشاكل تطبيق النهج التعاقدي في الجزائر: :

بالنسبة للجزائر النهج التعاقدي يعني في محتواه الانتقال من النظام الجزافي للمؤسسات الصحية مسيرة من قبل عينات الضمان الاجتماعي وما تقتضيه من التخلي عن مجانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات العمومية للصحة للمؤمنين اجتماعيا وهذا من خلال المعلومات التي تقدمها المؤسسات الصحية لوكالات الضمان الاجتماعي في إطار علاقات تعاقدية، تهدف إلى توفير الموارد المالية اللازمة للقطاع، متابعة ومراقبة الأموال الممنوحة، وبالتالي الانتقال من منطق الموارد إلى منطق النتائج، لكن عملية تطبيق هذا المشروع اعترضته العديد من المشاكل والصعوبات

تمثلت أساسا في:

-مشكل تسيير مستخدمي المراكز الصحية القاعدية من ناحية: الأجر، التوظيف، والإشراف.

-غياب الاستخدام الأمثل لبطاقة المريض وكذا عدم معرفة كيفية ملكها.

-نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي.

-غياب الوثائق المحاسبية.

-غياب برامج النشاط.

-عدم الأخذ بعين الاعتبار الطلبات في الميزانية.

-قيود التمويل التي أصبح يعاني منها نظام الضمان الاجتماعي خلال العشرية الأخيرة.[2]

[1] خلاصي عبد الإله ، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 152،153.

[2] علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، مرجع سابق ، ص 214.

وعليه فإن إصلاح تمويل الصحة لابد أن يكون ضمن دراسة عميقة لهيكلة جميع المؤسسات والقطاعات التي تدخل ضمن الموضوع، لأن إصلاح تمويل الصحة يتطلب إصلاح بيئة الضمان الاجتماعي وقطاع التشغيل وتحصيل الاقتطاعات الخاصة به، كما يدخل ضمن هيكلة وفعالية عمل قطاع الضرائب كما يلي:

-يعاني قطاع الضمان الاجتماعي من تذبذب في الإيرادات التي يكون مصدرها الاقتطاعات من أجور العمال الأجراء وغير الأجراء.

-يعاني سوق التشغيل في الجزائر من ضبابية كبيرة وعزوف لأرباب العمل عن الاعتماد على الإطار القانوني لتشغيل الأفراد بتسجيلهم ضمن مفتشيات العمل المحلية وتأمينهم والعمل ضمن إطار تعاقدي رسمي لما له من تكاليف مرتفعة لا يريدون تحملها ويبقى العامل هو من يدفع ثمن عدم وجود عقد رسمي ينظم علاقة العمل ويحمي حقوقه ويضمن له الحصول على تأمين مناسب وخدمات صحية كاملة.

-يعاني قطاع الضرائب بصفته يضمن مدا خيل الدولة من عزوف أغلب المكلفين بالضرائب عن دفعها أو دفعها في إطار تصريح منافي للواقع ما عدا فئة الموظفين والتي يتم اقتطاع الضرائب من مرتباتها، وعليه فحجم الضرائب التي يمكن الحصول عليها في الواقع أقل بكثير مما يمكن الحصول عليه لصالح الدولة، مما يعني نقص الموارد العامة وهو ما يؤدي إلى إشكاليات في تمويل الدولة لمختلف الخدمات الصحية.

-الملاحظة التي يمكن استنتاجها من تطور تمويل الصحة في الجزائر أن عملية التمويل ككل كانت مرتبطة بارتفاع أسعار المحروقات وبصورة مباشرة، فإذا ارتفعت هذه الأخيرة ترتفع ميزانية وزارة الصحة ويرتفع تمويل الدولة لتكاليف الصحة وإذا انخفضت تنخفض الميزانية، وتعاني الدولة من التكاليف المرتفعة للصحة خاصة مع الارتفاع المستمر لعدد السكان.

-الطبيعة القانونية للمؤسسات الصحية الحالية فهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تخضع للرقابة

المالية المسبقة للنفقات وللمحاسبة العمومية في الإيرادات والنفقات، وهو ما يجعل عملية تمويلها عن طريق تعاقد مباشر بينها وبين هيئات أخرى صعبا نوعا ما، ما يستلزم تغيير طبيعتها القانونية للحصول على نوع من المرونة في التعاقد.[1]

وتجاوز هذه العقبات يستوجب توفير مجموعة من الشروط منها:

-وضع برنامج حقيقي في مجال التكوين المتواصل للممارسين الطبيين وشبه الطبيين لتمكينهم من لعب دور أساسي في تقديم المعلومات.

[1] تتاح أحمد ، عبد الكريم هشام ، تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني و إشكالية التطبيق ، مرجع سابق ، ص 401-403 .

-استغلال استمارة العلاج وتصنيف الملفات الإدارية للمرضى، والذي من شأنه أن يسمح بالتكفل العملي ومتابعة التسديدات وتسيير أفضل للنفقات.

-التقييم الدوري لمدى تنفيذ التزامات الأطراف وتقديم التصحيحات اللازمة بمراعاة جميع التجارب الجهوية.

-تدعيم هذا البرنامج بمحاسبة تحليلية دقيقة وبالوسائل البشرية والمادية التي تضمن لمكتب الدخول أداء مهامه في أحسن الظروف. [1]

I .3 توسيع مصادر التمويل الصحي في الجزائر:

بالإضافة إلى مصادر التمويل الأنفة الذكر يمكن أن تظهر مصادر تمويل أخرى، ومن هذه الموارد الجديدة نذكر:

I .1.3 إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمة: :

إن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد هي من سياسات إصلاح المستشفيات والنظام الصحي الشاملة، وتعتبر مصدر تمويل للخدمات الصحية وقد تم تطبيق هذا النظام حديثا في بعض دول مجلس التعاون الخليج العربية كدولة الإمارات المتحدة، وقد تكون رمزية في البداية بهدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة للقطاع وهذا من شأنه أن يحفز ترشيد الاستخدام ومصدر للتمويل. [2]

I.3.2 تنويع مصادر تمويل الخدمات الصحية:

يكون ذلك بالتركيز على عدة جوانب منها:

-التركيز على الضمان الصحي التعاوني كأحد أهم روافد التمويل للخدمات الصحية.

-إعداد الدراسات اللازمة لتقييم نظام الضمان الصحي التعاوني بما يساعد على تطبيقه على الجميع، ودراسة تأثيره في العرض والطلب والتأثير على الأسعار.

-عمل دراسة تقييمية لترسيخ مبدأ المشاركة في تحمل تكاليف بعض الخدمات الصحية.

-التأكيد على أهمية مشاركة أفراد المجتمع في توفير الخدمات الصحية عن طريق الهيئات والتبرعات والوقف الإسلامي.

[1] علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، مرجع سابق ، ص 215.

[2] بن جامع سناء ، مخالفية لبنة ، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 57.

-التنسيق والتعاون مع مؤسسات القطاع الخاص بهدف بلورة مجالات جديدة للتمويل الملائم والاستثمار في تقديم الخدمات الصحية. [1]

3.3.I خلق مصادر تمويل أخرى:

-يمكن تطبيق ضريبة تصاعدية على الدخول الخاصة بالأشخاص الميسورين وأصحاب المهن الحرة.

-تطبيق ضريبة خاصة بالتلوث المفرز من طرف المؤسسات التي تصيب المحيط بنفاياتها، هذه الضريبة تكون متصاعدة حسب درجة التلوث وليس حسب رقم الأعمال المسجل، من أجل كبح تلوث هذه المؤسسات، البحث عن تكنولوجيا أقل تلوث في ذلك الميدان، والمساهمة في علاج الأشخاص المتضررين من تلوث المحيط.

-مساهمة المؤسسات المنجزة للأشغال العمومية في تمويل الخدمات الصحية من أجل تعويض الأشخاص الذين سيتضررون من الأشغال غير القائمة على أسس علمية والتي تؤدي إلى حوادث جمة.

-مساهمة الجماعات المحلية في تمويل الخدمات الصحية من أجل الحفاظ على صحة السكان والوقاية من الأمراض، نظافة المحيط من جهة ومن جهة أخرى المساهمة في تمويل الخدمات الصحية على المستوى الوطني.[2]

-فتح مجال في الميزانية خاص بقطاع الصحة العام لمساهمة المتبرعين.

-لابد أن يعكس المبلغ المدفوع مقابل العلاج الخدمة السعر التكلفة الحقيقية للعلاج.

-إعفاء الموارد الخاصة بالمستشفيات من الضرائب.

-الدفع المباشر لغير المقيمين.

-الحصول على عوائد التغطية الصحية الناتجة على النشاطات والمقابلات والحفلات وذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.[3]

[1] بن جامع سناء ، مخالفية لبنة ، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 58.

[2] نصر الدين عيساوي ، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية ، دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص اقتصاد مالي ، جامعة قسنطينة ، 2005/2004 ، ص 128.

[3] وفاء سلطاني ، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها ، مرجع سابق ، ص 183.

II. تجارب دولية في مجال التمويل الصحي:

إن الخدمات الصحية تكلف مالا، ومادامت النفقات الصحية تواصل نموها يبدو منطقيا البحث عن بدائل تمويلية جديدة تكون فيها البلدان قادرة على توفير خدمات صحية ميسورة التكلفة، فليست هناك طريقة موحدة لتطوير نظام التمويل من أجل تحقيق تغطية شاملة، حيث ينبغي لجميع الدول اتخاذ خيارات وعمل مفاضلات بحسب الأولويات.

II.1 التمويل ضمان الاستدامة والصلابة

كيفية قيام الأنظمة الصحية بتدبير الأموال المطلوبة واللازمة لتشغيل وهيكلة القطاع الصحي مسألة محورية، فجهود إعادة هيكلة التمويل يمكن أن توجد بالتساوي في الأنظمة التي لها تمويل أحادي غير تنافسي يستند إلى الضرائب كما هو الحال في أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي، وفي كل من دول **غرب أوروبا** وفي دول **أوروبا الوسطى والشرقية.**

الإنفاق على الصحة يختلف بشكل واسع عبر البلاد، فالإنفاق على الصحة كنسبة من إجمالي الناتج المحلي ارتفع في معظم الدول، حيث تستند أنظمة الرعاية الصحية الأوروبية إلى خليط من آليات المشاركة في تمويل الرعاية الصحية، مع تقديم تغطية صحية تشريعية عالمية أو شبه عالمية وأكثر آليات التمويل شيوعا هي الضرائب العامة والضرائب المخصصة (عادة ما تكون في شكل ضرائب جدول الرواتب للتأمين الصحي الاجتماعي المستند إلى المشاركة) بالرغم من أن دفعات الجيب تمثل آلية تمويل هامة في العديد من الدول.

القرارات بشأن تمويل الرعاية الصحية هي سياسة بالأساس حيث أنها تنطوي على إعادة توزيع للموارد، وفي الوقت الحالي تشمل تنويع آلية المشاركة لتمويل الرعاية الصحية، تحويل العبء من التمويل التحصيلي إلى الآليات الفردية المستخدمة في تجميع الأموال، توسيع منافسة التأمين، إصلاح الآليات المستخدمة في تحصيل الأموال، توسيع المنافسة في التأمين وتوسيع إعادة تنظيم تمويل الرعاية الصحية على المدى الطويل.[1]

II .1.1 تنويع آلية التوزيع لتمويل الرعاية الصحية:

استجابة لارتفاع ضغوط التكاليف اتبع صناع السياسة الوطنيون نطاقا عريضا من المبادرات التي تتناقض في بعض الأوقات، مجموعة أساسية من المبادرات سعت إلى تنويع آليات المساهمة لتمويل الأنظمة الصحية العامة عن طريق توسيع آليات التوزيع، حاول صناع السياسة تقليل اعتمادهم على ضرائب الدخل

[1] Josep Figueras, Martin Mckee, Health systems, Health wealth and societal well-being, Assessing the case for investing in health systems ,first published, 2015, p240-249.

الظاهرة والمقيدة، وابتداع مصادر جديدة يمكن أن تقدم عوائد إضافية، تسعى بعضهم لتوسيع التمويل العام، على سبيل المثال تحويل العبء إلى الحكومات الإقليمية كما حدث في **ايطاليا، السويد، اسبانيا، فرنسا، ألمانيا، وهولندا**، وهناك إجراءات أخرى يتم البحث عنها لزيادة آليات المساهمة الخاصة التحصيلية في شكل تأمين خاص والفردية، بالزيادة في مشاركة التكلفة.

II .2.1 تحويل العبء من تحصيل التمويل إلى الفرد:

بعض الدول سعت لتحويل العبء من التمويل التحصيلي إلى الفردي، سواء من خلال تشجيع التأمين التطوعي المرتبط بالخطر، كما هو الحال في دول **أوروبا الوسطى والشرقية وفرنسا وسلوفانيا**، وفي مكان أخر تم تحويل التكلفة مباشرة إلى أولئك الذين يحصلون على الرعاية، من خلال زيادة الدفعات المشتركة والمكافآت بدون طلب، مشاركة التكلفة تم تقديمها في كل من دول **أوروبا الوسطى والشرقية** كوسيلة لزيادة العائد وقد تم تمديدها في دول عديدة مثل **النمسا، فرنسا، ألمانيا، المجر، والبرتغال.**

II .3.1 إصلاح عملية تجميع التمويل:

هناك تحويل من الاستناد على عوائد الضرائب العام والحق العام المستند إلى الشعب، إلى الاستناد إلى تمويل الضرائب المخصص والحق المستند إلى المشاركة في أغلب دول **أوروبا الوسطى والشرقية** أغلب الدول قدمت ترتيبات تأمين صحي اجتماعي وأشارت إليه على الأقل في شكل رمزي، التحويل من تحصيل وتجميع الأموال على المستوى الوطني إلى صناديق التأمين الاجتماعي أدى إلى تحديات جديدة، خاصة في حالة وجود أنظمة تحصيل ضعيفة، كما هو الحال في بعض الدول، تم كذلك تقديم نظام أنلاين للتصديق على مستخدمي الخدمات الصحية سدادا لاشتراكاتهم.

II .4.1 تمويل الرعاية على المدى الطويل:

إن المناطق التي تخضع لإصلاح ملحوظ قد تم ملاحظته في تمويل الرعاية على المدى الطويل، فترتيبات التمويل المخصصة ارتبطت بصناديق تأمين اجتماعي منفصل تم إنشاؤها في **النمسا، ألمانيا، وفرنسا**، وقد انضم إليها الآن ترتيبات تمويل عامة إصلاحية في **السويد**، بينما الدول الممولة من الضرائب التي قامت حديثا بتوسيع الحقوق الأساسية إلى رعاية طويلة الأجل ممولة من خلال الضرائب في **سكوتلندا، واسبانيا.**

II .5.1 تمويل الصحة العامة:

تقوية وظيفة التمويل لخدمات الصحة العامة هي إستراتيجية إصلاح هامة لتحسين أداء النظام الصحي للرقي بالاستثمار في الصحة، تحديد مستويات التمويل، استخدام ميزانيات التجميع، وكذلك لتقديم

آليات جديدة لتحصيل التمويل.

الإنفاق على الصحة العامة صعب جدا لقياس مدى كفاءته، إذ يرجح أنه في غرب أوروبا، وبالرغم من الزيادة في الجدول السياسي، كانت هناك زيادة في التمويل فقط في بعض الدول لكن بنسب ضئيلة على سبيل المثال **النمسا** (من1.6 بالمائة إجمالي إنفاق على الصحة في 1995 إلى 2 بالمائة عام 2005)، **هولندا** (من3.5 بالمائة إلى 4.7 بالمائة عام 2007)، **وايطاليا** لم تتجاوز 0.7 بالمائة ، فأنشطة الصحة العامة يمكن أن يتم تنسيقها وتمويلها من وزارات أخرى، مثل الوزارات الاجتماعية والبيئية.

ميزانيات التجميع هي إستراتيجية أخرى لتحسين أداء النظام الصحي، **المملكة المتحدة والسويد** قاما بتجربة ميزانيات تجميع لخدمات الصحة والرفاهية المتكاملة، والتي تسهل التعاون بين الخدمات المختلفة،البرامج والمهنيين، والميزانيات المجمعة يمكن كذلك أن تساعد في تعزيز الاستثمار في مجال الصحة، الدول كذلك التي قدمت آليات جديدة لتحصيل الأموال للصحة العامة، على سبيل المثال كل شخص مؤمن عليه في **سويسرا** يدفع اشتراك سنوي قدره 2.40 فرنك سويسري لتعزيز الصحة التي يتم تحصيلها من قبل شركات التأمين الصحي ويتم تجميعها من قبل وكالة التعزيز الصحي الفدرالي.

II.2 تمويل بعض منظومات الصحة في العالم

حسب منظمة الصحة العالمية توجد عدة آليات للمساهمة في التمويل الصحي نذكر منها:[1]

II .1.2 آليات المساهمة: وتتمثل في:

-مصادر الإيرادات المحلية مقابل الإيرادات الخارجية.

-مصادر الإيرادات المدفوعة مقدما مقابل مصادر المدفوعات المباشرة.

-مصادر الإيرادات العامة (الإلزامية) مقابل الخاصة.

II .2.2 آليات المساهمة الطوعية: وتضم كل من:

-التقاسم الرسمي للتكاليف مع المرضى.

-المدفوعات غير الرسمية وهي المدفوعات المنفذة وقت الاستفادة من الخدمة أو قبلها مباشرة.

-الإنفاق المباشر للخدمات والمدخلات التي لا توجد لها مدفوعات مقدمة.

-إدخال مصادر تمويل جديدة كالضرائب المخصصة وضريبة الرواتب.

[1] Joseph Kutzin , Sophie witter , Mattew Jowelt , Dorjsuren , Bayarsaikhan , Developing a national health financing strategy ,last reference , p22-27.

وسنذكر فيما يلي نماذج عن تمويل الأنظمة الصحية لبعض الدول:

أولا كندا: يوجد تجمع تمويل إجباري وحيد ومميز إقليميا في كل مقاطعة ويغطي تكلفة حزمة استحقاقات شاملة لجميع السكان.

ثانيا هولندا: المشاركة إلزامية، يمكن للسكان الاختيار من بين شركات تأمين خاصة متنافسة لتكون الشركات التي تقدم لهم حزمة شاملة محددة، وأيضا اختيار شراء خدمة التأمين الصحي على أساس طوعي، وتوجد آلية متطورة لإعادة التوزيع عبر المجمعات.

ثالثا الهند: نظام تأمين صحي ممول من الحكومة، وهو مصمم للأسر المعيشية التي يقل دخلها عن عتبة محددة، ويحق لهم التسجيل والحصول على تغطية تأمينية لرعاية المرضى الداخلين دون مشاركة المستفيدين في المدفوعات حتى الحد الأقصى السنوي للنفقات التي يتكبدها المخطط نيابة عن كل شخص مشمول بالتغطية، وبموجب هذا البرنامج تتنافس شركات التأمين الخاصة على الحصول على عقد حكومي لتكون وكالة للتجميع لجميع الولايات أو لمناطق جغرافية محددة.

رابعا تمويل نظام الصحة البريطاني:

يتم تمويل الرعاية الصحية والتأمين الصحي في بريطانيا من خلال الدولة بالإضافة إلى أصحاب العمل والأفراد، حيث يمثل إجمالي الإنفاق على الصحة 6.7 بالمائة من قيمة الناتج المحلي الإجمالي البريطاني تتحمل منه الحكومة 85 بالمائة بينما يتحمل القطاع الخاص والأفراد 15 بالمائة. [1]

خامسا تمويل نظام الصحة الياباني:

يتم تمويل نظام الرعاية الصحية في اليابان من خلال ثلاث جهات أساسية، ألا وهي:

-الشركات والأفراد وتغطي 52.9 بالمائة من إجمالي النفقات.

-الحكومة وتمثل 32.2 بالمائة من إجمالي النفقات.

-المشاركة المباشرة في النفقات والتي تغطي حوالي 14.9 بالمائة.

سادسا تمويل المنظومة الصحية الفرنسية:

[1] حسن محمد السيد ، أحمد مندور ، ماجدة جبريل ، أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر ، مجلة العلوم البيئية ، جامعة عين شمس ، مصر ، المجلد 44 ، الجزء الأول ، ديسمبر 2018 ، ص 463-465.

تعتمد المنظومة الصحية الفرنسية على أربعة مصادر رئيسية لتمويل تكاليف العلاج وهي:[1]

1. التمويل الحكومي (عن طريق الجماعات المحلية): تقوم الحكومة الفرنسية بتغطية نسبة معينة من حجم نفقات القطاع الصحي إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه المساهمة تظل محتشمة وذلك باعتبار أنها لا تتعدى نسبة 9 بالمائة من تكاليف القطاع وهذا في ظل الدور الكبير الذي يقوم به الضمان الاجتماعي في تمويل الهياكل الصحية.

2. التأمين الإلزامي (الإجباري على المرضى): يتميز الضمان الاجتماعي في فرنسا بالتعقيد وهذا بحكم وجود عدة أنظمة للتأمين على المرضى، ويتميز نظام التأمين الإجباري على المرضى بكونه المصدر الرئيسي لتمويل المنظومة الصحية الفرنسية بفضل الاشتراكات التي يدفعها العمال.

3. التأمين التكميلي: حاولت الحكومة الفرنسية خلق تغطية صحية شاملة للأفراد من خلال التأمين الإجباري لكن نظرا لارتفاع النفقات الصحية يتحمل المريض جزء من هذه التكاليف، فمعظم الفرنسيين يلجئون إلى هذه الصناديق للتكفل بأعباء العلاج، ما جعل التأمين التكميلي أحد أهم مصادر القطاع الصحي.

4. التمويل عن طريق الأسرة: يساهم المواطنون في تمويل النظم الصحية عن طريق السداد المباشر عند طلب الخدمات الصحية.

من جهة أخرى تمتاز المنظومة الصحية الفرنسية بتنوع مصادر التمويل من خلال تنوع صناديق التأمين على المرضى الأمر الذي من شأنه أن يخلق نوعا من المنافسة فيما بينها وبالتالي تعزيز قدرتها على الاستجابة إلى احتياجات المشتركين وتحفيزها على الإصلاح والابتكار وتخفيض التكاليف وتعظيم الأرباح.

سابعا تمويل المنظومة الصحية الأمريكية:

تمثل نفقات الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية نسبة كبيرة، ومن أجل تغطية هذه النفقات تعتمد الو.م.أ على ثلاث مصادر رئيسية لتمويل هذا القطاع وهي:

1. التمويل الحكومي: تمثل مساهمة الدولة في تمويل المساعدات الطبية المجانية إلى الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها عتبة الفقر.

2. التأمينات: تعتمد الو.م.أ أيضا على هذا الأسلوب من التمويل لتوفير الخدمات الصحية المطلوبة لكافة الأفراد.

[1] بن جامع سناء ، مخالفيه لبنة ، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 59-63.

3. التمويل عن طريق الأفراد: تعتبر المشاركة المالية للمرضى محدودة جدا، وهي في غالب الأحيان منعدمة خصوصا في العلاج الاستشفائي، لذلك نجد أن المواطن الأمريكي يقوم بإجراء الفحوصات الطبية لدى الممارسين التابعين لمنظمات صيانة الصحة شريطة تسديد أقساط ثابتة أو لدى الممارسين التابعين للمنظمات المتعاقد معها.

II.3 نظام التمويل المبني على الأنشطة

بعد التعرف على مصادر تمويل بعض الدول لمنظوماتها الصحية، إضافة إلى المصادر التمويلية السالفة الذكر يمكن للجزائر تبني ما يلي: [1]

II.3.1 مبدأ تعدد مصادر التمويل: لا بد من اعتماد مصادر أخرى للتمويل، فمن المعروف أن الدولة والضمان الاجتماعي هما أهم ممول للمؤسسات الصحية ورغم التطور الكبير لمساهمة هذين الأخيرين إلا أن العجز موجود، وأمام النسبة الضئيلة للموارد الخاصة أصبح من الضروري توسيع مصادر التمويل إلى أعوان آخرين يكون لهم التأثير على قطاع الصحة، وبالتالي يجب إعادة تنشيط مصادر التمويل الحالية والبحث عن بدائل جديدة، بحيث تشترك الحكومة والقطاع الخاص في تمويل القطاع الصحي مع اعتماد نسبة كبيرة على الضرائب والاشتراكات من (70 إلى 90 بالمائة) إذ أثبت هذا الأسلوب فعاليته في تمويل القطاع الصحي بالعديد من الدول كاليابان، هولندا،كندا، فرنسا، ألمانيا، ايطاليا، بريطانيا، والسويد إذ أن هذا النوع من التمويل يعني أن الدولة تدفع تكاليف العلاج لطرف آخر يقوم بتقديم الخدمات الصحية.

II.3.2 نظام التمويل المبني على الأنشطة: والذي أثبت مدى فعاليته في دولة قطر، وبذلك تنضم الجزائر إلى 30 دولة حول العالم تطبق هذا النظام والذي يمثل الخطوة الأولى نحو تطوير آليات تمويل النظام الصحي، وبذلك فإن الشركة الوطنية للتأمين الصحي ستدخل في عقد تقديم خدمات مع مقدمي الخدمات الصحية من القطاعين العام والخاص، وسيعتمد التمويل بهذا الشكل أساسا على "نظام التمويل المبني على الأنشطة" ويتم تدعيمه بجداول أسعار قياسية، والتي يتم تصميمها بالاستفادة من أفضل التجارب العالمية في مجال منهجيات تكاليف الرعاية الصحية.

وبالنسبة لفوائد هذا النظام على منظمي الخدمات الصحية فتتمثل في:

-يوفر الشفافية للاستخدام الحالي والمستقبلي للخدمات الصحية، الكفاءة، الجودة، الأمان، عدالة توزيع الخدمات الصحية وسهولة الوصول لها.

-توفير المعلومات لمتخذي القرارات على مستوى الدولة.

[1] علي دحمان محمد ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، مرجع سابق ، ص 216.

-يوحد أنظمة تشغيل المستشفيات ونظم تقاريرها الإدارية.

-يحقق لجميع مقدمي الخدمات الصحية المرخص لهم في الدولة سواء من القطاع العام أو الخاص المشاركة في نظام التأمين الصحي الاجتماعي شريطة توفر معايير الجودة.

-يؤدي إلى تحسين النظم الإدارية.

-تحسين النظام الصحي ككل.

خلاصة الفصل:

إن السياسة الصحية بالجزائر والتي تقوم على مجانية العلاج أوجبت تخصيص إمكانيات مالية ضخمة ممولة خاصة من طرف صناديق الضمان الاجتماعي، ومع الأزمات الاقتصادية التي تعاني منها البلاد نتيجة تراجع أسعار المحروقات والذي جعل عملية التمويل تنخفض، وما نجم عنه تقلص إيرادات الضمان الاجتماعي وبروز صعوبات في تمويل القطاع الصحي بالبلاد.

إن غياب الرقابة والعقلانية في تخصيص الأموال أدى بضرورة صياغة إستراتيجية وطنية للتمويل الصحي، لخدمة الصالح العام وذلك بتطبيق النظام التعاقدي كبديل لتمويل نفقات الصحة، وتخفيض الضغط الكبير الذي يقع على عاتق الحكومة، لكن يبقى على السلطات المعنية العمل على الإحاطة بجوانب النظام التعاقدي وسد الثغرات المختلفة التي تعرقل تطبيقه وتحول دون تنفيذه، فبالرغم من الجهودات الجبارة التي قامت بها الدولة في خلق مصادر تمويل جديدة تبقى غير كافية أمام نفقات القطاع المتزايدة باستمرار.

ويبق لكل بلد طريقته في تمويل النظام الصحي، وعموما يمكن حصر بدائل التمويل التي تعتمد عليها الدول حاليا في أربعة مصادر أساسية وهي التمويل العمومي، التمويل الخاص، التمويل من خلال التأمينات، والتمويل الخارجي، وهذا ما تطرقنا له بتناولنا لأنظمة تمويل عدة دول كأمريكا التي تبنت النظام الحر (يقوم أساسا على قوى السوق في عرض وتمويل الخدمات الصحية)، بريطانيا التي اعتمدت نظام بيفردج (الدولة هي المصدر الأساسي لتمويل المنظومة الصحية) وفرنسا من خلال نظام مزيج لتمويل منظومتها الصحية، واستلهاما من هذه الدول يمكن للجزائر تبني مبدأ تعدد مصادر التمويل ونظام التمويل المبني على الأنشطة كإحدى الحلول التمويلية الناجعة في الميدان الصحي.

الخاتمة العامة

إن مناقشة موضوع التمويل لابد أن يكون مرتبط بعد عوامل تتعدى المنظومة الصحية في حد ذاتها، لتشمل أنظمة وقطاعات أخرى تتفاعل هذه الأخيرة معا لتحقيق الهدف المنشود، ويتفق كثير من خبراء الأنظمة الصحية في العالم على أن النظام الصحي هو الإطار الذي يتم من خلاله التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات بإيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحية تؤدي إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة، مما يحقق صحة شاملة لكل أفراد المجتمع.

وتولي الدولة الجزائرية أهمية قصوى للقطاع الصحي باعتباره قطاع حيوي حساس، ودليل ذلك حجم الموارد المالية المخصصة لهذا القطاع سنويا، إلا أن التحديات التي تواجه المنظومة الصحية وتحول دون تطويرها، والمتمثلة خصوصا في الارتفاع المذهل لنفقات تقديم الخدمات الصحية بسبب النمو الديمغرافي الكبير، التحديات السياسية والأمنية، التحولات التكنولوجيا، والتطورات الاقتصادية والصحية (انتشار الأمراض المزمنة وظهور أمراض جديدة) وغيرها من الاختلالات التي أوجبت التفكير جديا في بناء نظام صحي مرن قادر على التكيف مع جل التغيرات في البلاد.

وهذا ما أكدت عليه منظمة الصحة العالمية التي اعتبرت دوافع نمو النفقات الصحية تتمثل أساسا في:

-الشيخوخة والتحول الديمغرافي.

-النمو الاقتصادي وارتفاع الدخل.

-التكنولوجيا الحديثة والتطور الطبي.

-الأسعار الأعلى نسبيا لمدخلات الرعاية الصحية.

-ارتفاع توقعات السكان.

ولأن عملية الإصلاح ليست بالأمر الهين، تطلب الأمر تدخل كل الإطارات والقطاعات الفاعلة ومشاركة الأجهزة الحكومية المسؤولة عن الصحة والتمويل من أجل توفير حجم تمويل مناسب لزيادة قدرة وكفاءة أنظمة المؤسسات الصحية على تقديم أحسن الخدمات وتغطية جل النفقات، باعتماد آليات تمويلية جديدة من خلال تفعيل دور مؤسسات الضمان الاجتماعي، تطبيق النمط التعاقدي، وتطبيق نظام الضرائب بمختلف أنواعها وكذا تبني نظام التمويل المبني على الأنشطة استلهاما بالدول العالمية في المجال الصحي، والتي تهدف جميعا إلى تحقيق الكفاءة والفعالية لمنظومة الصحة الوطنية، التي تسعى هي الأخرى لتوفير الشفافية-المساءلة والتوزيع العادل للموارد المالية بغية تغطية تمويلية شاملة.

وقد وصلنا من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

نتائج الدراسة:

-شهدت المنظومة الصحية الوطنية العديد من التطورات والإصلاحات مند الاستقلال إلى يومنا هذا في مجال الموارد المالية والبشرية، التكوين والإعلام وغيرها من التدابير والإصلاحات المتخذة، التي سعت الحكومة من خلالها على العمل على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان المختلفة.

-النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتعتبر وزارة الصحة والسكان هي المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.

-يعتمد تمويل المنظومة الصحية في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية وهي التمويل عن طريق الدولة، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، وأيضا التمويل عن طريق الأسر، والذي تزايد دوره مؤخرا في تمويل نفقات الصحة من خلال توجه العائلات نحو القطاع الخاص للعلاج بدلا من القطاع العام.

-يعاني نظام التمويل الحالي للمنظومة الوطنية للصحة من اختلالات كبيرة بسبب غموض العلاقات بين جهات تقديم العلاج العمومية والخاصة والجهات المسؤولة عن وضع السياسات العمومية، بالإضافة إلى مشاكل التسيير بسبب عدم تناسب النظام القانوني المؤطر للمؤسسات العمومية للصحة مع النشاط الصحي الذي يحتاج قواعد تسيير أكثر مرونة، وكذا ضعف فعالية المؤسسات العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي في أداء مهامها، ما شكل عبئ مالي كبير على جهات التمويل التي أصبحت غير كافية لتغطية نفقات القطاع الصحي المتزايدة.

-الإنفاق على الصحة في الجزائر في تطور وتزايد مستمر من سنة إلى أخرى، وتعد مسالة التحكم في هذا التطور الكبير لنفقات الصحة من أهم التحديات للمنظومة الصحية الوطنية.

-أصبحت مؤسسات الضمان الاجتماعي تعاني مؤخرا من عجز كبير ما أدى إلى انخفاض مشاركتها في تغطية النفقات الصحية، وهو ما تطلب عملية من الإصلاحات لتفعيل دورها من خلال إعادة هيكلة مؤسسات الضمان الاجتماعي وبناء مساهماتها على أساس علاقات تعاقدية، من أجل رفع مساهمة هذه الأخيرة في النفقات الإجمالية للصحة.

-إن تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية شراء الخدمات من شأنه زيادة فعالية هذا النظام وتحسين أداء المنظومة الصحية وضمان رقابة وتحكم في النفقات الصحية وهو الهدف المطلوب.

-توسيع وتنويع مصادر تمويل المنظومة الصحية وخلق مصادر تمويل جديدة والقائمة أساسا على النظام الضريبي من شأنه رفع المرد ودية المالية للقطاع الصحي وتغطية النفقات الصحية المتصاعدة.

-تختلف المصادر التمويلية لنفقات الأنظمة الصحية من بلد لآخر، وعموما يمكن حصر المصادر الأساسية لتمويل نفقات الأنظمة الصحية في أربعة مصادر وهي التمويل العمومي، التمويل الخاص، التمويل من خلال التأمينات، والتمويل الخارجي، وآليات تمويل نفقات الصحة لها تأثير على أداء النظام الصحي والذي يكمن في تحقيق الإنصاف، الشفافية والاستدامة.

-استلهاما بالدول الأخرى يمكن للجزائر تبني نظام التمويل المبني على الأنشطة كخطوة نحو تطوير آليات تمويل النظام الصحي الوطني.

التوصيات والاقتراحات: بناءا على النتائج السابقة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

-الإبقاء على مساهمة الحكومة في تمويل المنظومة الصحية، لكن بتعزيز الإجراءات التنظيمية والرقابية تجنبا لهدر وتبذير الأموال.

-يجب التركيز على القطاع العمومي وتدعيمه، فقطاع الصحة يساهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال توفير الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض.

-قد تكون هناك حاجة إلى تعزيز القدرة في مجال المحاسبة والإدارة المالية على الصعيد المحلي لكي تكون الإصلاحات فعالة.

-تقع على عاتق الحكومات الوطنية مسؤولية وضع إستراتجية وطنية للتمويل الصحي وتنفيذها بحسب الظروف السائدة وهذا تأثرا بالدول الرائدة في مجال التمويل الصحي.

-ضرورة جمع مزيد من الأموال من أجل الصحة والحفاظ على التمويل الدائم في مواجهة الاحتياجات والمتطلبات المنافسة.

-ضرورة ترك المجال مفتوح لأطراف أخرى للتمويل غير السائدة حاليا والذي من شأنه دعم وتطوير نظام التمويل الحالي والرقي بالقطاع الصحي ككل.

-يمكن للحكومة الوطنية تنفيذ توصيات منظمة الصحة العالمية بفرض ضرائب على المواد المضرة بالصحة كالسجائر، للحفاظ على الصحة من جهة ولتوفير موارد مالية إضافية من جهة أخرى.

-العمل على نشر الثقافة الصحية من خلال زيادة الوعي العام وإشراك المجتمع المدني.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1-صلاح محمود دياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية،الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

2-فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2015.

المذكرات والرسائل الجامعية:

1-بن جامع سناء، مخالفيه لبنة، دور التمويل الصحي في جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية-حكيم عقبي- قالمة، مذكرة تخرج مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير، تخصص: إدارة أعمال، جامعة قالمة، 2019/2018.

2-بن عطية حورية، أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع النفقات الصحية، مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة بسكرة، 2019/2018.

3-خلاصي عبد الإله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة حالة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد المالية العامة، جامعة تلمسان، 2020/2019.

4-زايدي سماح، دور جودة الخدمات في الارتقاء بالأداء الصحي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية، تخصص: تسويق، جامعة أم البواقي، 2018/2017.

5-علي دحمان محمد، تقيم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان، 2016/2015.

6-علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2010/2009.

7-عياشي نور الدين، المنظومات الصحية المغاربية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة، 2010/2009.

8-فتحي مجناح، محمد قنفود، تقيم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي، تخصص: تسيير عمومي، جامعة محمد بوضياف، 2019/2018.

9-نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة حي البيير بقسنطينة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص: اقتصاد مالي، جامعة قسنطينة، 2005/2004.

10-نوري عبد الصمد، واقع وآفاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة دراسة قانونية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام، فرع: الدولة والمؤسسات العمومية، جامعة الجزائر، 2014/2013.

11-وفاء سلطاني، تقيم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د في علوم التسيير، تخصص: تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، 2016/2015.

المجلات:

1-بلقاسم حلوان، النهج التعاقدي كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة المسير، عدد خاص صادر عن المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جويلية 1998.

2-بوشلاغم عميروش، شرفي منصف، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، المجلد 04، العدد 03، ديسمبر 2017.

3-تناح أحمد، عبد الكريم هشام، تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني وإشكالية التطبيق، مجلة الباحث، جامعة باتنة 1، الجزائر، المجلد 06، العدد 01، جانفي 2019.

4-حسن محمد السيد، أحمد مندور، ماجدة جبريل، أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر، مجلة العلوم البيئية، جامعة عين شمس، مصر، المجلد 44، الجزء الأول، ديسمبر 2018.

المداخلات:

1-دحمان عيسى، الصحية وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل، آليات تمويل القطاع الصحي في ظل محدودية الموارد، عنوان المداخلة إشكالية تطبيق النظام التعاقدي في ظل محدودية الموارد المالية للقطاع الصحي بالجزائر، قالمة، 10-11 أفريل 2018.

القوانين والمراسيم:

1-المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

2-المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والمتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

3-المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

4-المادة 04 من القانون رقم 05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

5-المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

6-المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 19 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

-المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية ، العدد 65.

المراجع باللغة الأجنبية:

Ouvrages :

1-Josep Figueras, Martin Mckee, Health systems, Health wealth and societal well-being, Assessing the case for investing in health systems, first published, 2015.

Rapports :

1-Joseph Kutzin, Sophie witter, Matthew Jowelt, Dorjsuren Bayarsaikhan, Developing a national health financing strategy, a reference guide, world health organization, 2018.

2-Health systems financing the path to universal coverage, the world health report, world health organization, 2010.

Documents divers:

1-Djamel OULD ABBES (Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière) : **Etat des lieux du système de santé en Algérie**, à l'ouverture de la conférence national « politique de santé et réforme hospitalière », Alger du 3 au 5 février, 2011.

ملخص:

طرح تمويل النظم الصحية إشكالية عالجتها العديد من الأطروحات النظرية، التي رسمت السياسات العريضة لبناء أنظمة صحية متوازنة ورشيدة، تتسم بالإنصاف والشفافية في توزيع موارد الإنفاق الصحي، وقد انتهجت الجزائر بعد الاستقلال سياسة اجتماعية تركزت على التكفل بالقطاع الصحي، حيث ساعد الريع النفطي على ذلك، وبانخفاض أسعار المحروقات وجدت الدولة نفسها أمام مشاكل حقيقية في التمويل، لأن توفير الموارد المالية للصحة وتغطية التكاليف المتزايدة للإنفاق الصحي أصبح من أهم التحديات التي تواجه المنظومة الصحية في الجزائر، التي دعت إلى التفكير في مصادر تمويلية جديدة عن طريق تفعيل دور الضمان الاجتماعي، وتطبيق النمط التعاقدي وكذا تنويع مصادر التمويل وغيرها من الآليات المنتهجة لإصلاح المنظومة الصحية والرقي بها.

ويبقى من الضروري تطبيق الرقابة الإنصاف والمساءلة في المنظومة الصحية الوطنية لتحقيق تغطية تمويلية شاملة تضمن الاستدامة الصحية.

الكلمات المفتاحية: المنظومة الصحية، التمويل الصحي، نفقات الصحة، نظام الضمان الاجتماعي، النمط التعاقدي.

Résumé :

Le financement des systèmes de santé a posé un problème qui a été abordé par de nombreuses thèses théoriques, qui ont tracé de larges politiques pour construire des systèmes de santé équilibrés et rationnels, caractérisés par l'équité et la transparence dans la répartition des ressources des dépenses de santé.Après l'indépendance, l'Algérie a mené une politique sociale axée sur la prise en charge du secteur de la santé, car les rentes pétrolières y ont contribué. défis importants auxquels est confronté le système de santé en Algérie, qui appellent à réfléchir à de nouvelles sources de financement en activant le rôle de la sécurité sociale, et en appliquant les contrats types, ainsi qu'à diversifier les sources de financement et d'autres mécanismes de réforme et de modernisation du système de santé.

Il reste nécessaire de mettre en œuvre une surveillance de l'équité et de la responsabilisation dans le système de santé national pour parvenir à une couverture financière complète qui assure la durabilité de la santé.

Mots-clés : système de santé, financement de la santé, dépenses de santé, système de sécurité sociale, modèle contractuel.

Abstruct:

The financing of health systems has posed a problem that has been tackled by many theoretical theses, which have drawn up broad policies to build balanced and rational health systems, characterized by equity and transparency in the distribution of health resources. health expenditure.After independence, Algeria pursued a social policy focused on taking charge of the health sector, because oil rents contributed to it. important challenges facing the health system in Algeria, which call for thinking about new sources of funding by activating the role of social security, and applying standard contracts, as well as diversifying the sources of funding and other mechanisms for reform and modernization of the health system.

There remains a need to implement equity and accountability monitoring in the national health system to achieve comprehensive financial coverage that ensures health sustainability.

Keywords: health system, health financing, health expenditure, social security system, contractual model.