

السياسات العامة الصحية في الجزائر بين البعدين الوقائي والعلاجي

The Health Public Policies in Algeria: Between Preventive and Therapeutic Dimensions



طالب الدكتوراه/ عمر بن سليمان^{1,2}

¹المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، (الجزائر)

²المؤلف المراسل: amarbenslimane.ab@gmail.com

تاريخ النشر: 2019/09/28

تاريخ القبول للنشر: 2019/02/14

تاريخ الاستلام: 2018/10/23



ملخص:

مع تزايد ظاهرة الإنفاق العام على الصحة في الجزائر، وفي ظل التوجه الحديث للعديد من الدول نحو انتماج سياسات عامة صحية أكثر عقلانية من حيث تخصيص الموارد، توجب على الجزائر إعادة النظر في الأولويات التي تطرحها عملية المفاضلة بين بدائل السياسات العامة الصحية من حيث التكاليف، وبذلك تحولت معظم جهود الإنفاق العام على الصحة من التركيز على البعد العلاجي المجاني إلى التركيز على البعد الوقائي، مع ترك الجزء المتبقي من جهود الإنفاق الوطني على الصحة إلى فاعل أساسي آخر هو منظومة الضمان الاجتماعي، وذلك حتى يتسنى ملء الفراغ الذي خلفته الدولة.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق العام على الصحة؛ السياسات العامة الصحية؛ سياسة مجانية

العلاج؛ السياسات الصحية الوقائية؛ قطاع الصحة؛ منظومة الضمان الاجتماعي.

Abstract:

With increasing public expenditure on health in Algeria, and in the new trend era that many states rationalize their health public policies in the issues of resources allocation, Algeria state has had to revise its priorities in the process of trade-offs between public health policies alternatives in terms of costs. All this push the Algerian actors to interest by the preventive actions and giving the main role to the social security to managing the rest of public expenditure efforts in order to fill the void left by the State.

keywords: Free treatment policy; Health public expenditure; Health public policies; Preventive health policies; Health sector; Social security system.

مقدمة:

تخضع العديد من السياسات العامة الصحية في البلدان المختلفة إلى اعتبارات فنية مرتبطة بكيفيات تمويل عملية تنفيذ السياسة العامة الصحية المنتهجة في ظلّ الموارد المتاحة. وأمام عجز الكثير من الدول والتي من بينها الجزائر في مواجهة الارتفاع المتنامي للنفقات العامة على الصحة، توجب عليها إعادة النظر في سياساتها الصحية وفق أولويات معينة، مع اختيار الأدوار التي تؤديها إلى جانب فواعل أخرى.

إشكالية الدراسة:

تعتبر ظاهرة تزايد النفقات العامة من الظواهر المعروفة في علم المالية العامة، إذ تشير هذه الظاهرة إلى الاتجاه الدائم للنفقات العامة نحو الارتفاع، والتي يفرضها التطور الحاصل في العوامل المختلفة كالعوامل السياسية والاجتماعية والاقتصادية.

وعلى اعتبار أن الإنفاق العام في الجزائر يرتبط إلى حد كبير بتسيير وتجهيز القطاعات المختلفة من أجل تلبية الحاجات العامة التي يعجز الأفراد عن تلبيتها بمفردهم، فإن أثر ظاهرة تزايد الإنفاق العام امتد ليشمل أغلب القطاعات العمومية، والتي من بينها قطاع الصحة. وهذا ما يبرز إمكانية تأثر أولويات السياسات العامة الصحية وخاصة من حيث عملية تنفيذ بديل السياسة العامة الصحية الذي تم اختياره، نظرا لأن عملية التنفيذ هي المرحلة التي تتطلب تركيز معظم جهود الإنفاق العام.

وهنا تبرر الإشكالية التالية: ما مدى تأثير جهود التخفيف من الإنفاق العام الصحي في الجزائر على تحول السياسات العامة الصحية المنتهجة من التركيز على السياسات العلاجية إلى التركيز على السياسات الوقائية؟

فرضيات الدراسة:

لأجل الإجابة عن إشكالية الدراسة نطرح الفرضيات التالية:

- تأثرت أولويات السياسة العامة الصحية في الجزائر بفعل الارتفاع الدائم للنفقات العامة الصحية التي تتطلبها عملية التنفيذ، مما أدى إلى تحويل جهود الإنفاق من سياسة مجانية العلاج إلى السياسات الصحية الوقائية.

- لجأت الدولة إلى إسناد عملية التكفل بالنفقات المترتبة عن الخدمات الصحية المتصلة بالعلاج إلى منظومة الضمان الاجتماعي، مما ترتب عنه انخفاض في قيمة مساهمات الدولة المتعلقة بتمويل النفقات الصحية الوطنية.

- أدى تركيز جهود الدولة نحو الاهتمام بمحور السياسات الصحية الوقائية إلى التخفيف من فاتورة الإنفاق العام على الصحة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

- تحديد طبيعة الدور الذي تقوم به الدولة في مجال ترقية وصيانة الصحة العامة.

- الكشف عن إمكانية تخلف الدولة عن تأدية بعض الأدوار المتعلقة بمجال اهتمام السياسات العامة الصحية.

- إبراز الأهمية التي تحتلها منظومة الضمان الاجتماعي في مجال تمويل النفقات الصحية الوطنية. مناهج ومقتربات الدراسة:

تم استخدام مجموعة من المناهج والمقتربات من أجل القيام بمعالجة إشكالية البحث بحيث تتمثل أهمها فيما يلي:

المنهج التاريخي:

من خلال تحليل التطور التاريخي لمنظومة التمويل الوطنية للإنفاق العام على الصحة في الجزائر، انطلاقاً من الفترة التي تلت الاستقلال وصولاً إلى نمطها الحالي، وذلك بغرض التعرف على أهم الإصلاحات التي لحقت بمنظومة التمويل وأثر ذلك على تحسين الموارد المالية لقطاع الصحة.

المنهج المقارن:

والذي من خلاله يمكن المقارنة الزمنية بين مضامين السياسات الصحية المنتهجة في الجزائر ضمن مرحلتين هامتين عرفتا تغيرات في ملامح النظام السياسي الجزائري ويعتبر فيها دستور 1989 فاصلاً محورياً بينهما، حيث يساعد هذا المنهج في التعرف على أهم أوجه الشبه والاختلاف بين مضامين تلك السياسات من حيث توجهاتها وأهدافها والغايات الكامنة وراءها.

أما عن أهم المقتربات التي تم الاعتماد عليها فتتمثل فيما يلي:

الاقتراب القانوني المؤسسي:

بحيث تم استخدام هذا الاقتراب من أجل التطرق إلى الأطر القانونية التي تضبط عملية تمويل المنظومة الصحية، من حيث تحديد طبيعة الأطراف المساهمة في عملية التمويل والمحددات التي تحكم التزاماتهم المالية، وكذا تحديد طبيعة تكوين تلك المنظومة.

اقتراب إدارة شؤون الدولة والمجتمع:

تم اعتماد هذا الاقتراب من أجل التعرف على طبيعة العلاقة بين الدولة والمجتمع، بالتركيز على دور الدولة في تلبية الحاجات الصحية المجتمعية ومحاولة الكشف عن مدى تواجد فواعل غير رسمية تتشارك مع الفواعل الرسمية في تحمل العبء الاجتماعي المتعلق بمجال الصحة.

المبحث الأول

تغير الرؤية بشأن تمويل عملية تنفيذ السياسات العامة الصحية

يعتبر الإنفاق العام الأداة الرئيسية التي يتم من خلالها تحويل السياسة الصحية من أطرها النظرية إلى الواقع العملي، حيث تظهر تلك الأهمية خاصة في مرحلة تنفيذ السياسة العامة الصحية أين يتم تغطية مختلف التكاليف المترتبة عن التوجهات المستقبلية التي تم اختيارها.

وعلى هذا الأساس، سيتم التطرق من خلال هذا المبحث إلى مطلبين، بحيث يتعلق المطلب الأول بإبراز أهمية الإنفاق العام على الصحة متضمنا بذلك تعريفه، أما المطلب الثاني فيتعلق بتحديد نهج الإنفاق العام في الجزائر من حيث نصيب قطاع الصحة منه، وكذا تحديد أثر ذلك على توجهات السياسات الصحية المنتهجة.

المطلب الأول: أهمية الإنفاق العام على الصحة

يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإجبارية). أما إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية فهو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة التي تغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم خدمات المياه والصرف الصحي⁽¹⁾.

ويتعلق هذا النمط من الإنفاق بتقديم الخدمات الصحية للانتفاع المباشر بها، كالتحصين باللقاحات وإمدادات المياه الصحية والصرف الصحي، وتوفير المعلومات حول الصحة الشخصية ورعاية الأطفال. بالإضافة إلى ذلك فإن الإنفاق العام على الصحة يشتمل أيضا على توسيع فرص الحصول على الخدمات العلاجية من خلال المستشفيات العامة والمتخصصة، أو من خلال تأسيس أنظمة ملائمة للتأمين الصحي⁽²⁾.

وتكمن أهمية تطوير الإنفاق على قطاع الصحة في أنها تساهم بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة جودتها، لذلك فإن الأهمية المثلّية للنمو الاقتصادي تكمن في تحقيق تنمية حقيقية لقدرات الإنسان بما يساهم في تحقيق مستوى معيشة لائق، وحياة طويلة خالية من الأمراض. وهذا هو المطلوب من الدول التي تسعى إلى تحقيق مسيرة تنموية مرتفعة، بحيث يجب أن تتحرك في إطار منظور تنموي متكامل يراعي فيه البعد الاجتماعي جنبا إلى جنب مع البعد الاقتصادي⁽³⁾.

المطلب الثاني: نهج الإنفاق العام على الصحة في الجزائر والتغير في سلم الأولويات

عرفت النفقات الصحية في الجزائر نموا سريعا بحيث ظهر بفعل عوامل ساهمت في زيادتها، والتي تتمثل إجمالاً في:⁽⁴⁾ التحول الوبائي، النمو الديموغرافي، التطور الطبي وتكنولوجيات العلاج، زيادة المنشآت والهياكل الصحية، زيادة عدد العمال في قطاع الصحة، التحول إلى نظام السوق، التوسع في الحماية الاجتماعية. وبين الجدول رقم (01) تطور النفقات الصحية الوطنية في الجزائر قبل سنة 1989، والتي تؤكد على اتجاه النفقات نحو الارتفاع بحيث تضاعفت في الفترة ما بين 1979 و1989 بمتوسط زيادة قدره 1.4 مليون دينار جزائري سنويا.

الجدول رقم (01): تطور النفقات الصحية الوطنية في الجزائر للفترة 1979-1989.

السنة	1979	1980	1981	1982	1983	1984
قيمة النفقات الصحية الوطنية مليون دج	4.617	6.112	7.384	8.579	9.939	11.474
السنة	1985	1986	1987	1988	1989	
قيمة النفقات الصحية الوطنية مليون دج	12.754	15.173	16.873	19.187	19.959	

Source: Fatima-Zohra Oufriha, Financement de la Dépense Nationale de Santé et Autonomie de Système de Soins, Cahiers de CREAD, 3^{ème} et 4^{ème} Trimestres, 1991, P8.

ويمكن التمييز في الجزائر بين مرحلتين أثرتا في نهج الإنفاق العام على الصحة هما: مرحلة ما قبل سنة 1989 التي ارتبطت إلى حد كبير بالنموذج الاشتراكي الذي يفترض بناء مجتمع اشتراكي يتساوى فيه جميع المواطنين بالحقوق المكتسبة نفسها، وتعتبر فيه الدولة فاعلا أساسيا في كافة أوجه حياة المجتمع، وكان الناتج الأساسي في هذه المرحلة هو سياسة مجانية العلاج التي ارتبطت بتوسع كبير في مجال الإنفاق العام على الصحة. أما المرحلة الثانية التي جاءت بعد سنة 1989 فإنها ارتبطت بالتوجه نحو تبني بعض صفات النموذج الليبرالي، والتي تشير بداياته إلى تراجع الدولة عن تأدية بعض الأدوار في مجال الإنفاق على الصحة، بحيث حصرت نشاطها في مهمة الوقاية من الأمراض وأناطت الجزء الباقي فيما يخص نفقات العلاج والاستشفاء إلى فواعل أخرى كهيئات الضمان الاجتماعي والأفراد.

وتعود سياسة مجانية العلاج في الجزائر إلى مدة قصيرة بعد الاستقلال، وتجسدت خاصة من خلال الأمر 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973⁽⁵⁾ الذي يعتبر من أوائل التشريعات التي تمنح لكل المواطنين وبدون استثناء حق الاستفادة من العلاج المجاني أمام جميع القطاعات الصحية، بحيث تتضمن تلك الخدمات جميع أعمال الصحة العمومية، والأعمال المتعلقة بالتشخيص والعلاج والاستشفاء. ويتم تمويل التكاليف المترتبة عن تأدية هذه الخدمات من خلال المخصصات المالية التي توفرها الدولة والهيئات العمومية التابعة لها، والتي يتم تحويلها إلى ميزانيات القطاعات الصحية.

وتأكدت سياسة مجانية العلاج كذلك من خلال صدور دستور عام 1976⁽⁶⁾، حيث أقرت بحق كل المواطنين وبدون استثناء في الاستفادة من خدمات صحية عامة ومجانية، وتعهدت الدولة كذلك بتوسيع مجال الوقاية من الأمراض. وتهدف هذه السياسة إلى القضاء على الفروقات وعدم المساواة التي كانت واضحة بين فئات المجتمع المختلفة من حيث الحصول على العلاج، ولأجل التخفيف من الإصابة بالأمراض التي عرفت انتشارا واسعا في القرى وبعض الجيوب الفقيرة في المدن، بالإضافة كذلك إلى أن رئاسة الجمهورية في تلك الفترة كانت تسعى نحو تقوية شرعيتها أمام الشعب في خضم مرحلة عرفت غياب الكثير من المؤسسات الدستورية المعروفة حاليا⁽⁷⁾.

وتتبع هذا الدستور صدور أهم قانون متعلق بالصحة يتمثل في القانون رقم 85-05⁽⁸⁾ الذي يقر كذلك بما جاءت به المادة 67 من دستور 1976، وذلك بتوفير الدولة لمجانبة العلاج التي تشمل جميع

أعمال الصحة العمومية والفحوص التشخيصية ومعالجة المرضى واستشفائهم، والتي يتم تمويل نفقاتها من طرف الدولة إلى جانب توفير كافة الوسائل الممكنة.

وهنا يمكن القول بأن سياسة مجانية العلاج المنتهجة في الجزائر قبل سنة 1989 كانت تخص جميع الأعمال والخدمات التي تقدمها المؤسسات العمومية للصحة، لكن مع أزمة انخفاض أسعار النفط في سنة 1986- وعلى اعتبار أن الإيرادات المتأتية منها مصدر رئيسي لتمويل الإنفاق العام على الصحة- تمخض عنها بوادر تشير إلى إمكانية إعادة النظر في التكاليف التي تتحملها الدولة في إطار سياسة مجانية العلاج، وفعلا كان ذلك من خلال صدور نص دستور 1989 أين ثبت تراجع الدولة عن تأدية بعض الأدوار.

فقد تضمن دستور 1989⁽⁹⁾ إن مجال تدخل الدولة في مجال الإنفاق العام على الصحة سوف يقتصر مستقبلا حول سياسة الوقاية من الأمراض المعدية والوبائية، وكذلك في مجال مكافحة تلك الأمراض، وهذا يعني أن الإنفاق العام على الصحة مستقبلا لن يتضمن نفقات الاستشفاء والعلاج وغيرها، وأن تلك النفقات سوف توجه فقط نحو تحقيق سياسة الوقاية. حيث تشمل الوقاية بحسب القانون الجديد للصحة رقم 11-18⁽¹⁰⁾ كل الأعمال التي يتم من خلالها التقليل من أثر الأمراض، أو تفادي حدوثها، أو إيقاف انتشارها، أو الحد من أثارها.

ولقد تأكد ذلك الاتجاه من خلال قوانين المالية التي يمكن من خلالها معرفة مضامين سياسة الإنفاق العام التي تنتهجها الدولة، بحيث ظهر ذلك بداية في قانون المالية لسنة 1995،⁽¹¹⁾ الذي يؤكد على ما جاءت به المادة 51 من دستور 1989 السالفة الذكر، بأن دور الدولة سوف يقتصر على مجال الوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها، فإن هذا الأمر كذلك من خلال نص المادة 132 قد حدد دور الدولة بأنه يتضمن تغطية نفقات الوقاية، ونفقات التكوين والبحث الطبي، والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا، والتي يتم التكفل بها في إطار ميزانية الدولة، أما باقي النفقات المتعلقة بالاستشفاء والعلاج والأدوية وغيرها فإنه سيتم التكفل بها وفق آلية التعاقد التي تربط بين وزارة الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي.

وتوالت إلى غاية هذه اللحظة -أي 2018 - قوانين المالية الأخرى، حيث نصت جميعها على ما جاءت به المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995. وكذلك هو الحال بالنسبة للدراسات والتعديلات الدستورية اللاحقة، فقد انتهجت الدولة مسارا مماثلا لما حدده دستور 1989، حيث لم يغير دستور سنة 1996 والتعديلات اللاحقة له في السنوات 2002 و2008 و2016 من طبيعة النهج القائم، وهذا ما يؤكد عن تخلي الدولة عن جانب أساسي في سياسة مجانية العلاج المتعلق بالعلاج والاستشفاء، وهو ما يؤكد إلى حد كبير على أن هذا التوجه سببه هو تزايد الاختلالات المتعلقة بتمويل النفقات اللازمة لتنفيذ سياسة صحية مجانية وعامة.

كما يؤكد "ميثاق الصحة" الذي تم وضعه في سنة 1998 على ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية بحيث يرمي إلى تحديد الأولويات والمبادئ الرئيسية التي ينبغي أن

تتميز بها السياسة الوطنية للصحة، ومن بين ما يدعوله هذا الميثاق هو ضرورة تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة من خلال إشراك المجتمع في تلك العملية،⁽¹²⁾ حيث ينطلق ذلك من فكرة أن اعتماد المجتمع على ذاته في التنمية الصحية من أهم الآليات التي من شأنها التخفيف من التكاليف الصحية⁽¹³⁾.

إن إسناد الجزء الباقي المتعلق بتمويل نفقات الاستشفاء والعلاج إلى هيئات الضمان الاجتماعي، مع احتفاظ الدولة بجزء معين من مهمة الإنفاق العام على الصحة الذي يخص فئة المحرومين، قد جعل من منظومة الضمان الاجتماعي ملجأ أساسيا وفاعلا رسميا رئيسي في عملية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر. وتتكون هذه المنظومة الهامة من عدة صناديق تتمثل فيما يلي⁽¹⁴⁾:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS.

- الصندوق الوطني للتقاعد CNR.

- الصندوق الوطني للتأمين على البطالة CNAC.

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS.

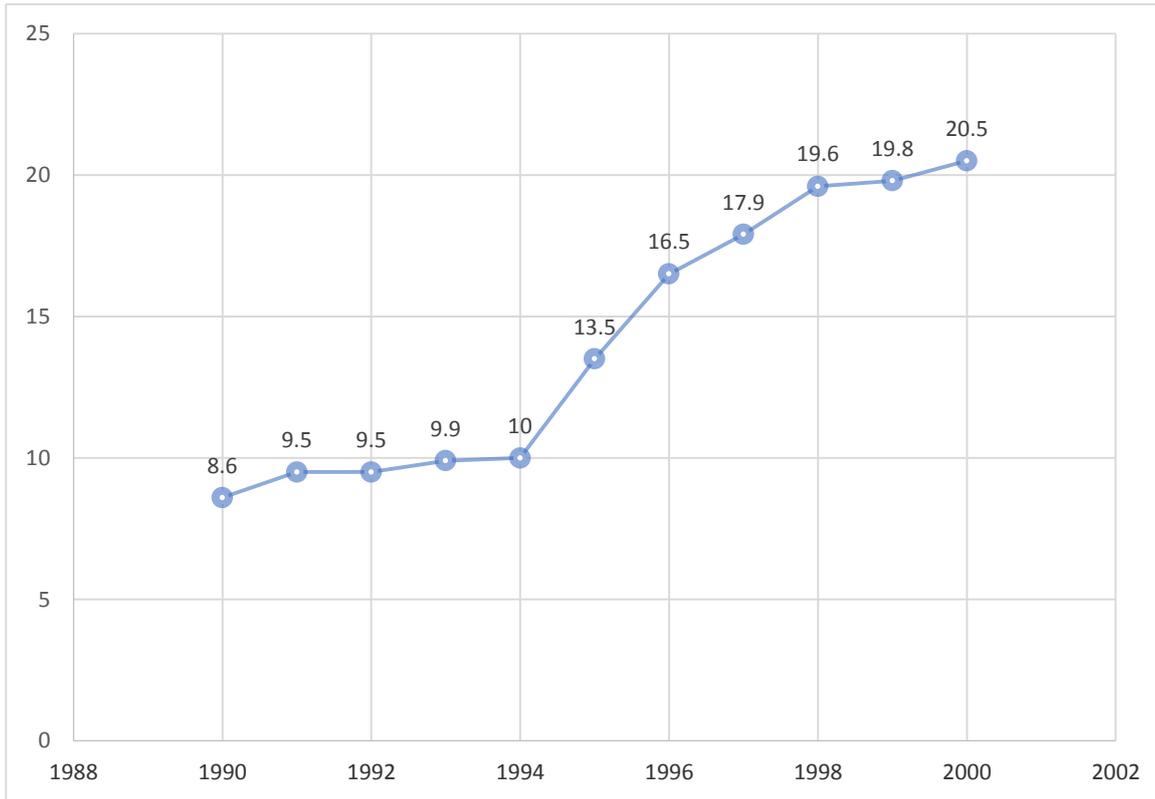
- صندوق التأمين على البطالة لقطاع البناء والأشغال العمومية CACOBATPH.

وتساهم هذه المنظومة في تمويل قطاع الصحة في الجزائر من خلال المساهمات التي تدفع في ميزانيات القطاعات الصحية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية)، وهذا كله يتم في إطار العلاقات التعاقدية التي تربط هيئات الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة⁽¹⁵⁾. حيث توجه تلك المساهمات نحو تغطية الأعباء المالية الصحية التي تخص فئة المؤمنین وذويهم من أصحاب الحقوق⁽¹⁶⁾.

أما فيما يخص الكيفية التي يتم من خلالها دفع المساهمات المالية من طرف هيئات الضمان الاجتماعي نحو ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة، فإن ذلك عادة ما يتم من خلال مساهمات تقديرية تتضمنها قوانين المالية بصفة دورية سنويا، وذلك مع إمكانية تحديد تسبيق جزافي لتلك المساهمة في بعض الأحيان (الشكل رقم 01). ويتبين من خلال هذا الشكل مثلا بأن قيمة المساهمة الجزائرية التي تتحملها منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر في مجال تمويل المؤسسات العمومية للصحة عرفت ارتفاعا كبيرا بحيث تضاعفت في عام 2000 بمقدار 140% بالمائة عما كانت عليه في سنة 1990، وهو ما يعكس العبء الاجتماعي الكبير الذي أصبحت تتحمله منظومة الضمان الاجتماعي في فترة عرفت أزمات كثيرة منها ما هو متعلق بالأزمات الاقتصادية التي كانت سببا في تراجع مداخيل الدولة واللجوء إلى الاستدانة والخضوع إلى مطالب صندوق النقد الدولي بشأن الإصلاحات الهيكلية مما ترتب عنه تسريح العديد من العمال وبالتالي تناقص موارد منظومة الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى زيادة الأعباء الصحية على منظومة الصحة في الجزائر بسبب الأزمة الأمنية وتداعياتها على صعيد المجتمع من ناحية الارتفاع المستمر لحصيلة ضحايا أعمال العنف الذين يتم التكفل بهم في المؤسسات العمومية للصحة.

كما تؤكد البيانات المدرجة في الجدول بأن التمويل ما يزال يخضع إلى الطريقة نفسها التي تم بدء العمل بها منذ سنة 1974 (أي نظام الدفع الجزافي بالنسبة لصندوق الضمان الاجتماعي مع مساهمة معتبرة للدولة والأفراد) وهو ما يدل على أن آلية التعاقد التي نصت عليها القوانين السالفة الذكر لم تنتهج فعليا بعد لأنها لا زالت مجمدة من حيث التطبيق⁽¹⁷⁾.

الشكل رقم (01): تطور قيمة المساهمة الجرافية للضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر للفترة 1990-2000



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: قوانين المالية للسنوات ما بين (1999-2000).
 إن المبدأ الأساسي في تحديد قيمة تمويل منظومة الضمان الاجتماعي للمؤسسات العمومية للصحة يتوقف على أساس المعلومات المتعلقة بالمؤمن لهم اجتماعيا، بالإضافة إلى ذويمهم من أصحاب الحقوق، الذين تم التكفل بهم من طرف المؤسسات العمومية للصحة في إطار العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة،⁽¹⁸⁾ بحيث يتم تقديم المعلومات الخاصة بالأداءات من طرف المؤسسات العمومية للصحة إلى هيئات الضمان الاجتماعي بصفة دورية كل ثلاثة أشهر، ومن بين ما تتضمنه تلك المعلومات: طبيعة العلاج المقدم وتكلفة الأداء، ومدة الإقامة، وغيرها⁽¹⁹⁾.
 ولابد من الإشارة كذلك، إلى أنه إلى جانب مساهمات منظومة الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة، فإن هنالك إمكانية للجوء الدولة إليها بطلب من أجل تمويل المشاريع الاستثمارية الخاصة بقطاع الصحة والحماية الاجتماعية، بحيث يتضمن ذلك الطلب قيمة

المساهمة المالية المطلوبة. وهذا ما تضمنته بعض قوانين المالية، مثل قانون المالية لسنة 1987 من خلال نص المادة 127، وقانون المالية لسنة 1990 من خلال نص المادة 137.

وبين الجدول رقم 02، لمحة عامة عن أثر اللجوء إلى آلية التعاقد بين وزارة الصحة ومنظومة الضمان الاجتماعي في تنوع مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر للفترة 2000-2015. الجدول رقم (02): مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر للفترة 2000-2015.

السنة	التمويل الحكومي	التأمين الصحي	من الجيب	مصادر التمويل الأخرى
2000	46	27	26	1
2001	50	27	22	1
2002	49	27	23	1
2003	51	27	21	1
2004	47	25	26	1
2005	45	25	28	1
2006	43	26	29	1
2007	45	26	28	1
2008	46	27	26	1
2009	45	27	27	1
2010	43	27	29	1
2011	46	26	28	1
2012	50	24	26	1
2013	45	27	28	1
2014	45	28	27	1
2015	42	29	28	1

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية (*).

من خلال الجدول رقم 02، يتبين أنه على الرغم من اللجوء إلى آلية التعاقد بين وزارة الصحة ومنظومة الضمان الاجتماعي، والتي تفترض تكفل منظومة الضمان الاجتماعي بنفقات الخدمات الصحية المتصلة بالعلاج المقدمة من طرف المؤسسات الصحية لفئة المؤمنين، وحصر نفقات الدولة في مجال الوقاية من الأمراض، إلا أنه يلاحظ من خلال البيانات المتاحة أن قيمة النفقات الصحية التي تتحملها الدولة تقارب ضعف قيمة النفقات التي تتحملها منظومة الضمان الاجتماعي في الفترة التي تلي سنة

1989. وهذا بخلاف الفترة التي سبقت سنة 1989 (الجدول رقم 3)، أين كانت منظومة الضمان الاجتماعي هي التي تتحمل الجزء الأكبر من الإنفاق على الصحة الوطنية.
الجدول رقم 03: مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر للفترة 1980-1989.

1989	1985	1980	السنوات
19.94	17.9	29.3	الدولة
60.24	57.2	39.9	الضمان الاجتماعي
18.72	24.6	26	العائلات (الإنفاق الشخصي)
1.1	2.3	5.4	مصادر التمويل الأخرى (كالجماعات المحلية)
100	100	100	المجموع

Source: Fatima-Zohra Oufriha, Financement de la Dépense Nationale de Santé et Autonomie de Système de Soins, Cahiers de CREAD ,3 ème et 4 ème Trimestres ,1991, P8.

ويمكن إرجاع السبب الرئيسي وراء ارتفاع قيمة النفقات الصحية الوطنية التي تتحملها الدولة في السنوات التي أعقبت سنة صدور دستور 1989، إلى التوسع والتنوع الكبير في البرامج والخطط الوطنية للصحة التي تهتم بجانب الوقاية من الأمراض، والتي ترتب عنها بصفة خاصة إنجاز العديد من المنشآت الصحية المتخصصة.

وبين الجدول رقم 04 تطور قيمة النفقات العامة الصحية المخصصة للوقاية خلال الفترة الممتدة ما بين سنة 2000 وسنة 2012، بحيث تعكس تلك القيم تزايدا ملحوظا في قيمة الاعتمادات المالية أين تضاعفت بحوالي 7 أضعاف في سنة 2012 عما كانت عليه في سنة 2000. وما يلاحظ كذلك على تلك الزيادات بأنها تتجه في الغالب نحو الارتفاع بخطى ثابتة (أي بمقدار 200 مليون دينار جزائري)، وهو ما يعكس عدم مراعاتها للمتطلبات والحاجات الصحية المحلية والوطنية المتعلقة بجانب الوقاية، والتي دائما ما تتغير بصفة غير متوقعة.

وتعود الزيادة في قيمة هذه النفقات إلى تلبية احتياجات القطاع من حيث اقتناء الحقن واللوازم الضرورية المستخدمة من أجل متابعة البرنامج الموسع للتطعيم، وكذا العمليات الخاصة بالوقاية مثل تنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من آفة سونوز وأمراض السيدا والسل، والتكفل بالبرنامج الوطني لتلقيح الأطفال ضد الحمى القلاعية والأمراض الرئوية، بالإضافة إلى التكفل بالحصص الأولية للمواد والحقن الموجهة لتجسيد برامج الوقاية على مستوى المؤسسات الصحية الجديدة⁽²⁰⁾.

الجدول رقم 04: تطور نفقات الوقاية الصحية في الجزائر للفترة ما بين سنة 2000 و2012.

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
نفقات الوقاية مليون دج	1161	1361	1561	2234	2608	2730	3400
السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
نفقات الوقاية مليون دج	3712	5190	8000	8200	8600	8800	

المصدر: محمد علي دحمان، محمد بوقناديل، "تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة"، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 2، سنة 2016، ص 85.

المبحث الثاني

التوسع في مجالات اهتمام السياسات الصحية الوقائية في الجزائر

ترتكز السياسات الصحية الوقائية في الجزائر على بعدين أساسيين، بحيث يهتم البعد الأول بالوقاية من الأمراض المتنقلة، أما البعد الثاني فيهتم بالوقاية من الأمراض غير المتنقلة. ويُستهدف من خلال هذين البعدين حماية صحة المواطنين والحفاظ عليها عن طريق إعداد البرامج الصحية والمخططات التي تضمن تحقيق مستويات صحية عالية لدى الأفراد بما يساهم في ترقية وصيانة الصحة العامة. وعلى أساس هذه الأهمية فقد توسعت الجزائر في وضع البرامج الصحية والمخططات الوطنية للصحة، وذلك خاصة أمام ارتفاع العوامل المسببة للأمراض، وتزايد النمو الديمغرافي، وتحسن الموارد المالية للدولة، وغيرها من العوامل المؤثرة.

لذلك فإن هذا المبحث سيتناول أهم الجهود التي بذلت من طرف الدولة في مجال السياسات الصحية المتعلقة بجانب الوقاية، وهذا من خلال مطلبين اثنين يهتمان بكل بعد على حدة، بحيث يتضمن المطلب الأول الجهود المبذولة في إطار سياسة الوقاية من الأمراض المتنقلة، على خلاف المطلب الثاني الذي سيتضمن الجهود المبذولة في إطار سياسة الوقاية من الأمراض غير المتنقلة.

المطلب الأول: السياسة الوقائية المتعلقة بمكافحة الأمراض المتنقلة

احتلت السياسات الصحية الوقائية المتعلقة بمكافحة الأمراض المتنقلة مكانة بارزة في توجهات السياسة العامة للصحة، فغالبا ما تواجدت في مخططات عمل الحكومة على الرغم من تغير وتعاقب أعضائها. بحيث تنتهج الحكومة في هذا المجال سياسات تستهدف من خلالها:

- تطوير برامج جديدة ومخططات وقائية بغية توسيع حماية الصحة الى المراهقين والمسنين والفئات السكانية في الوسط التربوي والمهني والسجون.

- تطوير جهاز الرصد الصحي⁽²¹⁾.

- تعزيز البرامج الوطنية للوقاية وتطوير برامج جديدة من خلال توسيع القدرات الوقائية وتعزيزها

وذلك باعتماد رزنامة جديدة للتلقيح.

- تحقيق أهداف الألفية في مجال الصحة التي تتمثل في تقليص نسبة الوفيات لدى الأطفال والأمهات وتحسين صحة الأم، ومكافحة السيدا والملاريا على الخصوص⁽²²⁾.
 - تدعيم وتعزيز البرامج الوطنية التي تهدف للقضاء على الأمراض المتنقلة السائدة، واعداد برامج وخطط جديدة للوقاية ووضع آليات ملائمة لليقظة الوبائية.
 - محاربة الأمراض المعدية.
 - محاربة الأمراض التي يمكن مراقبتها من خلال التلقيح⁽²³⁾.
- ولقد ترجمت هذه السياسات والتوجهات من خلال عدة برامج ومخططات، تتعلق بالبرامج الوطنية للوقاية والمخططات الوطنية للصحة، والتي تم اعدادها بغرض مكافحة العديد من الأمراض المتنقلة. وتتمثل أهمها فيما يلي⁽²⁴⁾:
- البرنامج الوطني للوقاية من الرمد الحبيبي.
 - البرنامج الوطني للوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات.
 - البرنامج الوطني للوقاية من الالتهاب الكبدي "ب".
 - البرنامج الوطني للوقاية من الملاريا.
 - البرنامج الوطني للوقاية من التهاب السحايا.
 - البرنامج الوطني للوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق الماء.
 - البرنامج الوطني للوقاية من الأمراض التي تحدث داخل المستشفيات.
 - البرنامج الوطني للوقاية من فيروس فقدان المناعة المكتسبة/السيدا.
 - المخطط الوطني لمكافحة السرطان.
- ومن الناحية العملية فإن هناك جهودا مبذولة من أجل مكافحة العديد من الأمراض المتنقلة مثل السل والحصبة والكزاز وشلل الأطفال، وذلك من خلال اعتماد برامج وقائية تركز بصفة خاصة على توفير اللقاحات الضرورية، والتي تمنع انتشار الأمراض، وتقلل من احتمالية حدوثها.
- ولابد من الإشارة، إلى أن هذه الجهود تتم في إطار سياسة التلقيح الاجباري والمجاني التي تبنتها الجزائر من خلال عدة تشريعات مثل المرسوم رقم 69-96⁽²⁵⁾ المتعلق بمعالجة السل بصفة اجبارية ومجانا، والرسوم 69-88⁽²⁶⁾ المتضمن لبعض أنواع التلقيح الاجباري المعدل بالمرسوم 85-282⁽²⁷⁾، مثل الخناق والكزاز والشهاق وشلل الأطفال والحصبة. حيث تتكفل الدولة بنفقات الحصول على هذه اللقاحات من خلال الميزانية العامة المخصصة لوزارة الصحة العمومية، وتعميم التلقيح بها بصفة مجانية.
- وفي هذا الإطار كذلك، فإن هناك برامج سنوية تم وضعها للحد من المضاعفات المرتبطة بالأنفلونزا الموسمية، حيث يعاد تفعيلها كل سنة من طرف وزارة الصحة. وترتكز هذه المنظومة على⁽²⁸⁾:
- ضمان توفر اللقاحات على مستوى الهياكل الصحية والصيدليات.
 - إعلام المواطنين وتحسيسهم بشأن فوائد التلقيح.

كما تم وضع العديد من الأهداف من خلال مجموعة واسعة من البرامج الوطنية، والتي تستهدف بصفة خاصة تخفيض معدلات وفيات الأمهات والرضع، والتي من أهمها⁽²⁹⁾:

- البرنامج الموسع للتحصين، والذي تتمثل أهدافه في:
- استئصال شلل الأطفال في عام 2000.
- القضاء على الكزاز الوليدي في عام 2005.
- القضاء على الحصبة في عام 2005.
- القضاء على الدفتيريا في عام 2005.
- إدخال التطعيم ضد التهاب الكبد "ب".
- برنامج مكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال.
- برنامج مكافحة أمراض الجهاز التنفسي لدى الأطفال.
- برنامج التغذية.
- برنامج مكافحة الروماتيزم المفصلي الحاد.
- برنامج الوقاية من الحوادث.
- برنامج مكافحة الأمراض والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة.

ولأجل تحقيق الكفاءة والفعالية لجميع هذه البرامج، فإنها تخضع بصفة دورية إلى تقييم مستمر يتم من خلاله قياس الجهود المبذولة في هذا الصدد، من أجل اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة، ويتم تكييفها كذلك لتناسب مع المشاكل المحلية وذلك حتى تتمكن من تخفيف الفوارق الجهوية المستمرة⁽³⁰⁾.

وبالإضافة إلى هذا، ومن أجل مواجهة ظاهرة عدم كفاية المعلومات الصحية الأساسية والتي تعتبر من أهم المعوقات الرئيسية في الدول النامية التي قد تحول دون تنفيذ استراتيجيات صحية وطنية هادفة،⁽³¹⁾ قامت الجزائر في إطار الوقاية من الأمراض المتنقلة باتخاذ تدابير هامة، تتمثل في إقامة منظومة معلوماتية مهمتها الأساسية هي الرصد والإنذار المبكر على مستوى كل المؤسسات الصحية، ومراكز المراقبة الصحية بالحدود الوطنية، والتي تم العمل بها في سنة 2006. وتهدف هذه المنظومة الكشف المبكر عن الأمراض المتنقلة مثل أنفلونزا الطيور والإيبولا وغيرها، بحيث تخضع هذه المنظومة بصفة دورية إلى عملية التحديث مع التهديدات المحتملة. وتتمثل المهام الأساسية لهذه المنظومة في:⁽³²⁾

- إعلام جميع الممارسين الصحيين بكل المعلومات المتعلقة بالأمراض التي يجب مواجهتها، خاصة فيما يتعلق بكيفية نشوئها، وتحديد الحالة وفقا للمعايير العيادية والوبائية.

تنشيط منظومة الرصد والإنذار الصحي من خلال:

- ضمان توفر وسائل الحماية الفردية، وإقامة مخزون أممي من اللقاحات والأدوية اللازمة منذ ديسمبر 2012 (بفعل التهديدات السابقة).

- توفير وسائل أخذ العينات في الأوساط الملائمة.

- تسهر الدولة في حالة اكتشاف المرض على إعداد الأسرة الاستشفائية المخصصة لذلك على مستوى الهياكل الصحية.

- تنشيط منظومة الرصد والإنذار الصحي على مستوى مراكز المراقبة الصحية للحدود المتواجدة في المطارات والموانئ ونقاط العبور البرية.
- تدعيم التنسيق بين القطاعات.

من هنا يتبين أن الغرض الأساسي من هذه المنظومة هو إنشاء بنك من المعلومات الصحية حول الأمراض المتنقلة في الجزائر، خاصة في ظل انتشار العديد من الأمراض الجديدة وغير المعروفة، مما يخلق صعوبات كبيرة من حيث مجابته نظرا لصعوبة معرفة مصادرها وأسبابها وطرق انتقالها وكيفية معالجتها. كما تساعد هذه المنظومة كذلك على تبادل المعلومات والتجارب مع الدول التي تعاني من المشكلة نفسها -والتي قد تكون في الوقت نفسه هي الوسط الذي تشكل فيها ذلك المرض- والتي من شأنها توفير الوقت والجهد، وتجنب النفقات التي كان من المتوقع صرفها.

المطلب الثاني: السياسات الوقائية المتعلقة بمكافحة الأمراض غير المتنقلة

حظيت السياسات الوقائية المتعلقة بمكافحة الأمراض غير المتنقلة في الجزائر، بنفس الاهتمام الذي نالته السياسات الوقائية المتعلقة بمكافحة الأمراض المتنقلة، وهذا نظرا للانتشار الواسع للأمراض غير المتنقلة مثل أمراض السرطان والأمراض المزمنة كالسكري والقصور الكلوي والضغط الدموي وغيرها. لذلك قامت الدولة بإنشاء العديد من المؤسسات الصحية المتخصصة كمراكز تصفية الدم لمرضى الكلى ومراكز مكافحة السرطان، إضافة إلى اعتماد العديد من البرامج الصحية والمخططات الوطنية الذي يجري تنفيذها بغرض الوقاية ومكافحة الأمراض غير المتنقلة بالجزائر.

وترتكز أهم السياسات الحكومية في هذا المجال على:

- إنشاء إطار للتنسيق الوطني متعدد القطاعات، من أجل وضع مخطط للاستراتيجية الوطنية ومتابعتها وتقييمها.

- تطوير نظام معلوماتي يسمح بالحصول على معطيات موثوقة وموحدة.

- تعزيز عمليات الكشف عن الأمراض غير المتنقلة المنتشرة مثل سرطان الأعضاء التناسلية والثدي.

- تطوير الكشف عن ارتفاع ضغط الدم الشرياني ومرض السكري وسرطان القولون والمستقيم والبروستات⁽³³⁾.

- تطوير نظام للمراقبة والكشف والمتابعة بهدف الحد من أهم عوامل الخطر المشتركة بين الأمراض غير المتنقلة.

- تعزيز المراقبة الصحية على مستوى الحدود وجهاز الرصد الصحي⁽³⁴⁾.

- مباشرة تطبيق المخطط الوطني للحد من عوامل الخطر المشتركة (التدخين، التغذية السيئة، عدم ممارسة أنشطة بدنية) للأمراض غير متنقلة السائدة.

- تفعيل ووضع برامج الوقاية وتشخيص السرطان والأمراض المزمنة الأخرى.
- تطوير وتعزيز برامج وقاية خاصة بولايات الجنوب.⁽³⁵⁾
- تركيز الجهود في مجال الوقاية على صحة الأم والطفل، وتعزيز البرنامج الوطني للتوليد، وتقليص وفيات حديثي الولادة.
- تطوير برامج جديدة ترمي إلى: توسيع التخطيط العائلي، وتوفير الحماية الصحية. والوقاية من الإعاقة التي يمكن تجنبها.
- متابعة تنفيذ المخطط الوطني للمكافحة المدمجة لعناصر مخاطر الأمراض غير المعدية، وتنفيذ مخطط السرطان 2015-2019، ومحاربة التدخين والإدمان، والتكفل بمرض التوحد.
- أما من الناحية العملية، فإنه يجري الآن التنفيذ الميداني لأهم برنامجين لقطاع الصحة في إطار سياسة الوقاية من الأمراض المتنقلة، والتي تم اعتمادها منذ عام 2014، وهما⁽³⁶⁾:
 - المخطط الوطني 2014-2018 لمكافحة عوامل الخطر للأمراض غير المتنقلة.
 - المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019.
- وعلى أساس النقطة الأخيرة، يمكن عرض أهم الملامح التي تحتويها هذه البرامج الهامة، بحيث يتضمن الفرع الأول مضمون المخطط الوطني لمكافحة عوامل الخطر، وذلك بالتركيز على الجهود المبذولة في إطار مكافحة التدخين والمخدرات، أما الفرع الثاني فسيتم تخصيصه للتعرف على الجهود المبذولة في إطار مكافحة السرطان، وذلك بالتركيز على المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019.
- الفرع الأول: مكافحة عوامل الخطر المسببة لبعض الأمراض غير المتنقلة**
- تكمن الغايات الأساسية للمخطط الوطني لمكافحة عوامل الخطر التي تسببها بعض السلوكيات السيئة مثل الإدمان على بعض المواد كالتبغ والمخدرات والكحول، وكذا مكافحة كل مظاهر التغذية السيئة، ومظاهر عدم ممارسة الأنشطة البدنية، وغيرها من العوامل المساعدة والمحدثة لبعض الأمراض الخطيرة مثل السرطان والالتهاب الكبدي.
- وتصب هذه الجهود في إطار التزام الجزائر أمام المجتمع الدولي بمكافحة عوامل الخطر المختلفة حيث صادقت على العديد من الاتفاقيات الدولية، مثل الاتفاقية التي تم اعتمادها في سنة 2003 من طرف منظمة الصحة العالمية بخصوص مكافحة التدخين، والتي صادقت عليها الجزائر في عام 2006، إضافة إلى الإعلان السياسي للاجتماع رفيع المستوى الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في سبتمبر 2011 والمتعلق بإنشاء إطار للتنسيق بين العديد من القطاعات من أجل الوقاية والمكافحة ضد عوامل الخطر الشائعة والمسببة للأمراض غير المتنقلة⁽³⁷⁾.
- أما فيما يتعلق بالمنظومة التشريعية الوطنية والتي تدل على محتوى السياسات الوقائية في مجال مكافحة عوامل الخطر، فإن هنالك العديد من القوانين الهامة مثل القانون رقم 85-05⁽³⁸⁾ والمرسوم التنفيذي رقم 01-285⁽³⁹⁾ والتي تعتبر من بين القوانين المرجعية التي تؤكد على منع التدخين في الأماكن العامة، مثل المؤسسات العمومية كالمؤسسات الصحية والمؤسسات التعليمية، والنقل العمومي وغيرها.

ويرمي هذا الإجراء في المقام الأول إلى الحفاظ على الصحة العامة، وضبط حرية الأفراد بشأن التدخين في الأماكن العامة. ومن بين القرارات التي تعكس تنفيذ المرسوم السابق، القرار المؤرخ في 21 يونيو 2016⁽⁴⁰⁾ الذي يحدد كفاءات تطبيق منع تعاطي تبغ التدخين في المؤسسات والهيكل التابعة لقطاع التعليم العالي والبحث العلمي.

كما لم يهمل قانون الصحة الجديد رقم 18-11⁽⁴¹⁾ موضوع مكافحة الإدمان على التبغ، والذي أكد على مسؤولية وزارة الصحة اتجاه هذا الموضوع، بحيث تقع عليها بصفة أساسية مسؤولية القيام بإعداد ووضع برامج الوقاية من الإدمان على التبغ ومكافحته (وذلك بالتعاون مع القطاعات الأخرى المعنية)، وهذا بهدف حماية الصحة العامة والحفاظ عليها.

ومن بين جملة الموانع والقيود التي تدل على مضمون برامج الوقاية ضد التبغ، منع كل أشكال الترويج والإشهار والرعاية للمنتوجات التبغية، وقيام الهيكل الصحية بنشاطات التحسيس والمساعدة على الإقلاع عن التدخين، منع التدخين في الأماكن العامة، بالإضافة إلى فرض شروط على كافة عمليات التسويق والإنتاج والاستيراد التي تتعلق بالمنتجات التبغية⁽⁴²⁾.

إن هذه الإجراءات من شأنها أن تخفف من الآثار الصحية السلبية لظاهرة استهلاك التبغ، كما أنها تقلل كذلك من مظاهر الإدمان الأخرى، كالإدمان على المخدرات والتي ترتبط في الغالب بظاهرة تناول التبغ. فوفقا للمسح الوطني لعام 2010 حول (انتشار المخدرات في الجزائر)، فقد أظهرت نتائجه أن هناك انتشارا واسعا لتناول المخدرات في الجزائر، بحيث يقدر بـ 18.4 بالمائة لدى مستهلكي التبغ، وهي موزعة كالتالي: 3.6 بالمائة لدى الفئة العمرية ما بين 12-15 سنة، و 25.1 بالمائة لدى الفئة العمرية ما بين 20-39 سنة، و 30.1 بالمائة عند فئة الأكبر من 40 عاما⁽⁴³⁾.

ولقد دفعت الآثار السلبية الناجمة عن هذه الظاهرة الحكومة إلى اتخاذ التدابير الضرورية من أجل مكافحة المخدرات والوقاية من الإدمان، وذلك من خلال عدة إجراءات كإقامة المراكز المتخصصة في معالجة الإدمان، والتنسيق بين القطاعات المختلفة (العدالة، الجمارك، وغيرها)، بالإضافة إلى اعتماد مخططات وبرامج وطنية تتعلق بمكافحة المخدرات والوقاية من الإدمان.

ويعتبر المخطط الوطني للوقاية من المخدرات الذي وضعتة الحكومة وتم العمل به منذ 29 جوان 2003 من المخططات الرئيسية التي تهدف إلى تنفيذ السياسة الوقائية في مجال مكافحة جميع أنواع الإدمان، بحيث تهدف من خلالها إلى تدعيم المنظومة الوطنية بالعديد من المنشآت والمصالح المتعلقة بمعالجة مشكلة الإدمان في الجزائر، ومن ضمنها افتتاح 15 مركزا جديدا لإزالة السم، و 53 مركزا وسطيا للعلاج موزعة على الولايات، و 185 وحدة استقبال وتوجيه في جميع القطاعات الصحية⁽⁴⁴⁾.

ولقد حددت الحكومة التحديات المتعلقة بهذه الخطة فيما يلي:⁽⁴⁵⁾

- إعادة النظر في التشريعات الوطنية المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية وفقا للاتفاقيات الدولية التي صادقت عليها الجزائر، وتوفير نظام قانوني وتنظيمي لتحسين السيطرة على مجال المخدرات من الإنتاج حتى الاستهلاك.

- دمج المدرسة والمسجد في أنشطة التوعية بشأن المخدرات، وكذلك إنشاء قاعدة بيانات وملف وطني يحتوي على جميع المعلومات المتعلقة بظاهرة المخدرات.

- توزيع فرق متخصصة على مستوى الحدود من أجل إحكام السيطرة على المنافذ، وتطوير قدرات ومستويات تدريب الموارد البشرية المتخصصة.

- توطيد وتعزيز التعاون الدولي.

- بداية نهج جديد للتعاون الدولي بين قطاعات الشرطة مع البلدان المجاورة، بهدف تبادل المعلومات في الوقت المناسب وبين المصالح المتخصصة التي يجب أن تعزز إنشاء وصيانة قنوات الاتصال بينها.

أما بخصوص السياسة الصحية في مجال مكافحة كافة أنواع الإدمان، كالإدمان على الكحول والمخدرات، وحسب القانون رقم 11-18⁽⁴⁶⁾ فإن الدولة تتكفل بمهمة اعداد البرامج والأعمال المتعلقة بالوقاية، وتنفيذها من خلال المؤسسات والهيكل الصحية التابعة لها، كما تسعى كذلك إلى إنشاء هيكل إزالة التسمم وإعادة التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي.

ومن بين السياسات الصحية المتبعة في مجال مكافحة الإدمان، يعتبر مخطط مكافحة المخدرات على مستوى قطاع الصحة من المخططات الهامة التي تسعى إلى توفير التدابير الوقائية والعلاجية اللازمة. بحيث يركز هذا المخطط على محاور أساسية تتعلق بـ:

- مراقبة ظاهرة المخدرات.

- تعزيز الوقاية منها.

- ضمان المتابعة الطبية للمدمنين.

- تكوين وإعادة تأهيل القائمين على العلاج.

- متابعة وتقييم المخطط.

ومن بين أهم الإجراءات المتخذة⁽⁴⁸⁾:

- دعم النشاطات الترفيهية في أوساط المدمنين.

- إجراء دراسات وتحقيقات حول حاجات الشباب، ومواقفهم العملية اتجاه استهلاك المخدرات.

- إنجاز برنامج موسع للدراسات والأبحاث وعمليات سبر الآراء، قصد التعرف على مصادر المخدرات ومدخلاتها ومخارجاتها.

- تنظيم تظاهرات إعلامية وتحسيسية في الأماكن التي يرتادها الشباب، مع استخدام كل الدعائم

الإعلامية (المؤسسات التعليمية والجامعية، دور الشباب، المراكز الثقافية وغيرها).

الفرع الثاني: مكافحة السرطان

بالنسبة للبرنامج المتعلق بمكافحة السرطان 2015-2019 فهو يرتبط بالبرنامج الأول المتعلق بمكافحة عوامل الخطر، إذ يصب كل منهما في قالب واحد، نظرا إلى أن مرض السرطان في الغالب ما هو

إلا نتيجة للإفراط في استهلاك المواد المسببة لحصول عوامل الخطر، كاستهلاك التبغ أو المخدرات أو الكحول. ويتركز هذا المخطط على عدة محاور أساسية تتمثل في⁽⁴⁹⁾:

- تحسين الوقاية من عوامل الخطر (التركيز على التدخين).

- تحسين الكشف عن بعض أنواع السرطان.

- تعزيز قدرات التشخيص.

- تنشيط العلاج.

- تنظيم عملية توجيه ومرافقة المريض ودعمه.

- تطوير نظام المعلومات والاتصالات.

- تنمية البحوث وتقوية التدريب حول السرطان.

- تقوية وتنوع مصادر تمويل صندوق السرطان.

وكما تم الإشارة إليه سابقا، فإن تكفل الدولة بتغطية مصاريف الوقاية من الأمراض المختلفة يعني كذلك تغطية النفقات المترتبة عن مكافحة السرطان، وخاصة من حيث تمويل نفقات التجهيز (كإقامة المستشفيات والمراكز المتخصصة في مكافحة السرطان)، وكذلك من حيث مخصصات التسيير (مثل تكوين الأطباء في مجال الأشعة). وتعتبر الميزانية العامة للدولة من أهم المصادر التي يتم من خلالها تحقيق سياسة مكافحة السرطان في الجزائر، فبالنسبة للمخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019 مثلا، تساوي قيمة البرنامج حوالي 180 مليار د ج، من بينها 77 مليار د ج موجهة لبرنامج الاستثمارات الجاري والاستثمارات الخاصة بالعصرنة، وأكثر من 100 مليار د ج لاستغلال مراكز مكافحة السرطان ووحدات طب الأورام⁽⁵⁰⁾.

هذا بالإضافة إلى مصادر التمويل الأخرى، مثل استحداث حساب تخصيص خاص بموجب القانون رقم 10-13⁽⁵¹⁾ تحت عنوان "صندوق مكافحة السرطان" ورقمه 138-302، بحيث يتم تخصيص إيراداته للتكفل بنفقات التحسيس والوقاية، والكشف المبكر عن مرض السرطان وعلاجه⁽⁵²⁾ وهو يجمع بين ما تخصصه الدولة من خلال الميزانية العامة للدولة، وبين ما يتم تحصيله من طرف الدولة من رسوم مختلفة حددها القانون رقم 11-16⁽⁵³⁾، تتمثل في الرسوم المفروضة عن حق مرور الكحول، وحصّة من ناتج رسم إضافي على المنتجات التبغية، ورسم على رقم أعمال مؤسسات إنتاج أو استيراد المشروبات الغازية، وحصّة من ناتج رسم على رقم أعمال متعاملي الهاتف النقال، إضافة إلى بعض الإيرادات الأخرى والمساهمات المحتملة.

الخاتمة:

إن القول بتحول السياسة العامة للصحة في الجزائر من التركيز على سياسة مجانية العلاج نحو التركيز على السياسات الوقائية لا يعني التنصل التام عن تأدية الدور العلاجي من طرف الدولة للصحة العامة، بل يعني ذلك اللجوء إلى آلية أخرى تتمثل في منظومة الضمان الاجتماعي التي أصبحت تحتل مقام الدولة في مجال تمويل النفقات المترتبة عن الخدمات الصحية المختلفة المتعلقة بالعلاج والاستشفاء

وغيرها. فإذا رجعنا إلى طبيعة تكوين منظومة الضمان الاجتماعي في الجزائر نجد أنها عبارة عن شبكة من الهيئات العمومية الرسمية، وهي بخلاف معظم أنظمة الضمان الاجتماعي في بعض الدول الليبرالية، والتي تعتمد إلى حد كبير على وحدات متعددة من أنظمة التأمين الاجتماعي التابعة للقطاع الخاص، فهناك يمكن القول بأن الدولة قد تخلت عن تأدية دورها الرعائي كفاعل أساسي في حفظ الصحة العامة وترقيتها، وهذا لا ينطبق على الجزائر، لأن الدولة لم تهمل كلا البعدين.

كما يتبين مما سبق، أن المصادر الأساسية التي يتم بها تمويل عملية تنفيذ السياسات العامة الصحية في الجزائر تتمثل في مساهمات الدولة التي يتم تخصيصها من خلال الميزانية العامة للدولة، إلى جانب مساهمات منظومة الضمان الاجتماعي التي يتم تقديرها جزافيا من خلال قوانين المالية، وهذا لا يعني أن تقاسم الأدوار يفرض بالضرورة إلى عدم دعم طرف ما للآخر في حالة وقوع عجز عن المساهمة، ففي كثير من الأحيان ساهمت الدولة بتمويل صناديق الضمان الاجتماعي التي تعرضت إلى أزمات مالية حرجة (مثل صندوق التقاعد)، كما يمكن لمنظومة الضمان الاجتماعي أن تعمل كتحصينات دائمة للدولة ضد الأزمات الاقتصادية المختلفة.

ويمكن القول في هذا الإطار كذلك، بأنه على الرغم من لجوء الدولة إلى آلية التعاقد مع منظومة الضمان الاجتماعي من خلال وضع الإطار القانوني الذي يحدد مجال تدخل الدولة بمقابل مجال تدخل منظومة الضمان الاجتماعي، إلا أن مساهمات الدولة في مجال الإنفاق على الصحة بقيت على حالها في ارتفاع وتضخم مستمر، ويرجع ذلك إلى سبب رئيسي يتمثل في توسعها بمجال السياسات الوقائية والتي تفرضها جملة من العوامل المؤثرة، بالإضافة إلى احتفاظها بجزء مهم من تأدية الأدوار العلاجية لأن آلية التعاقد المستحدثة بفعل القوانين المختلفة لم تطبق فعليا، وهذا بدليل خضوع عملية تحديد مساهمات الضمان الاجتماعي إلى النظام الجزافي.

وبناءً على هذا، يمكن اقتراح ما يلي:

- ضرورة ابتكار مصادر أخرى لتمويل الإنفاق العام على الصحة، مثل فتح حساب تخصيص خاص تتمثل إيراداته الأساسية في نسبة معينة من الضرائب المفروضة على القطاع الخاص الذي ينشط في مجال الصحة، وهذا كاستثناء عن قاعدة عدم تخصيص الإيرادات لنفقات معينة، وذلك نظرا للأهمية التي تحوزها قضية الصحة العمومية.

- وضع آلية متابعة دورية ومستمرة بحيث تسمح بضبط وتدقيق الحسابات في مجال تحديد المستحقات وأسعار الخدمات الصحية المقدمة للمواطن من طرف المؤسسات العمومية للصحة، وذلك من أجل تفعيل التام لآلية التعاقد التي تربط بين وزارة الصحة ومنظومة الضمان الاجتماعي من جهة، ومن أجل التجاوب التام مع المستجدات والتغيرات الحاصلة في البيئة المحلية والوطنية من جهة أخرى.

- فتح المجال أمام المؤسسات الخاصة للتأمين الصحي، من خلال اللجوء إلى آلية التعاقد مع وزارة الصحة في بعض المجالات التي يستطيع القطاع الخاص تغطيتها من حيث النفقات والخدمات، مثل التأمين ضد الأمراض غير المزمنة وغير الوبائية.
- صياغة الآليات الضرورية التي تسمح بتفعيل وتعزيز عملية الشراكة في المجالات الصحية المختلفة بين القطاع الصحي العام والقطاع الخاص، مما يسمح بتخفيف الإنفاق الذي تتحمله الدولة، مثل عقد شراكات في مجال التخلص من نفايات المستشفيات.

الهوامش:

- (1) قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، 2017/12/24، <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- (2) المعهد العربي للتخطيط، سياسات العدالة الاجتماعية، مجلة جسر التنمية، الكويت، العدد 110، فيفري 2012، ص 11.
- (3) عبد الفتاح الجبالي، الإنفاق العام الاجتماعي ومشكلات تحديد الأولويات، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، مركز شركاء التنمية، 23-24 ديسمبر 2009، القاهرة، ص 3.
- (4) عبد القادر قداوي، النمو السكاني والنفقات العامة في الجزائر، النشر الجامعي الجديد، تلمسان، 2017، ص 207.
- (5) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 03 ذي الحجة عام 1393 الموافق لـ 28 ديسمبر سنة 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، عدد 01، المؤرخة في 07 ذي الحجة عام 1393 الموافق لـ 01 يناير سنة 1974، ص ص 2-3.
- (6) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 76-97 مؤرخ في 30 ذي القعدة عام 1396 الموافق لـ 22 نوفمبر سنة 1976 يتضمن اصدار دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المؤرخة في 02 ذو الحجة عام 1396، ص 1305.
- (7) بوحنية قوي، حسيني محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، الجزائر، المجلد 1، العدد 1، جوان 2014، ص 22.
- (8) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 8، المؤرخ في 27 جمادى الأولى عام 1405 الموافق لـ 17 فبراير سنة 1985.
- (9) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1989.
- (10) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق لـ 2 يوليو سنة 2018 يتعلق بالصحة. الجريدة الرسمية، العدد 46، المؤرخة في 16 ذو القعدة عام 1439 الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص 7.
- (11) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 94-03 مؤرخ في 27 رجب عام 1415 الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994 يتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية، العدد 87، المؤرخة في 27 رجب عام 1415 الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994، ص 37.
- (12) دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إصلاح المنظومة الصحية خلال 2004-2013، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، الجزائر، العدد 6، سنة 2015، ص 147.
- (13) معزوز نشيدة، دور الرعاية الصحية الأولية في تحفيز الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، الجزائر، المجلد 8، العدد 1، جوان 2017، ص 407.
- (14) صرامة عبد الوحيد، دولة الرعاية الاجتماعية والتحول إلى اقتصاد السوق في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، الجزائر، العدد 30، ديسمبر 2008، ص 194.
- (15) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 91-25 مؤرخ في 09 جمادى الثانية عام 1412 الموافق لـ 16 ديسمبر سنة 1991 يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65، المؤرخة في 11 جمادى الثانية عام 1412 الموافق لـ 18 ديسمبر سنة 1991، ص 79.
- (16) الأمر رقم 94-03، المرجع السابق، ص 37.

- (17) صيفي ذهبية، التغيرات الجديدة في السياسة الصحية للجزائر، مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، الجزائر، المجلد 1، العدد 10، سنة 2017، ص 158.
- (18) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 11-02 مؤرخ في 20 شوال عام 1423 الموافق لـ 24 ديسمبر سنة 2002 يتضمن قانون المالية لسنة 2003، الجريدة الرسمية، العدد 86، المؤرخة في 21 شوال عام 1423 الموافق لـ 25 ديسمبر سنة 2002، ص 43.
- (19) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 101-04 مؤرخ في 11 صفر عام 1425 الموافق لـ 01 أبريل سنة 2004 يحدد كيفية مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 20، المؤرخة في 14 صفر عام 1425 الموافق لـ 04 أبريل سنة 2004.
- (*) قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، 2017/12/24، <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- (20) محمد علي دحمان، محمد بوقناديل، تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، الجزائر، العدد 2، سنة 2016، ص 87.
- (21) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، سبتمبر 2012.
- (22) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، ماي 2014، ص ص 38-39.
- (23) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الحكومية في مجال الصحة، سبتمبر 2015، ص ص 2-5.
- (24) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قرار مؤرخ في 25 ربيع الأول عام 1434 الموافق 06 فيفري سنة 2013 يحدد قائمة البرامج الوطنية للوقاية والمخططات الوطنية للصحة وكذا المنتوجات الصيدلانية المرتبطة بها، الجريدة الرسمية، العدد 50، المؤرخة في 04 ذو الحجة عام 1434 الموافق 09 أكتوبر سنة 2013، ص 26.
- (25) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة العمومية، مرسوم رقم 96-69 المؤرخ في 23 ربيع الثاني عام 1389 الموافق 8 يوليوس سنة 1969 يتعلق بمعالجة السل بصفة اجبارية ومجانا، الجريدة الرسمية، المؤرخة في 26 ربيع الثاني عام 1389، ص 789.
- (26) المرسوم رقم 69-88، المرجع السابق، ص 709.
- (27) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة العمومية، مرسوم رقم 85-282 المؤرخ في 29 صفر عام 1406 الموافق 12 نوفمبر سنة 1985 يعدل المادتين الأولى والرابعة من المرسوم رقم 69-88 المؤرخ في 17 يونيو سنة 1969 المتضمن بعض أنواع التلقيح الاجباري، الجريدة الرسمية، المؤرخة في 26 ربيع الثاني عام 1389، ص 789.
- (28) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مجلس الأمة، مجلة مجلس الأمة، الجزائر، العدد 63، ديسمبر 2014، ص 16.
- (29) Le Gouvernement Algérien, Rapport National sur les objectifs du Millénaire pour le développement Algérie. Alger: EL-DIWAN, Juillet 2005, p53.
- (30) Ibid. p54.
- (31) فليب عطية، أمراض الفقر -المشكلات الصحية في العالم الثالث -، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، مايو 1992، ص 192.
- (32) مجلة مجلس الأمة، العدد 63، المرجع السابق، ص 16.
- (33) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، سبتمبر 2012.
- (34) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح الوزير الأول، مخطط عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، ماي 2014، ص ص 38-39.
- (35) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الحكومية في مجال الصحة، سبتمبر 2015، ص ص 2-5.
- (36) المرجع نفسه، ص 5.
- (37) Le Gouvernement Algérien, Rapport National sur les objectifs du Millénaire pour le développement Algérie, Op.cit., p54.
- (38) قانون رقم 85-05، المرجع السابق.

(39) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 285-01 المؤرخ في 06 رجب عام 1422 الموافق 24 سبتمبر سنة 2001 يحدد الأماكن العمومية التي يمنع فيها تعاطي التبغ وكيفية تطبيق هذا المنع. الجريدة الرسمية، العدد 55، المؤرخة في 8 رجب عام 1422 الموافق 26 سبتمبر سنة 2001، ص 18.

(40) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، قرار مؤرخ في 16 رمضان المؤرخ عام 1437 الموافق 21 يونيو سنة 2016 يحدد كيفية تطبيق منع تعاطي تبغ التدخين في المؤسسات والهيكل التابعة لقطاع التعليم العالي والبحث العلمي. الجريدة الرسمية، العدد 46، المؤرخة في 29 شوال عام 1437 الموافق 03 غشت سنة 2016، ص 31.

(41) قانون رقم 11-18، المرجع السابق، ص 9.

(42) المرجع نفسه.

(43) République Algérienne Démocratique et Populaire, C.N.E.S, Rapport National sur le Développement Humain 2013-2015. Alger : ANEP Rouiba, 2016, p 95.

(44) Ibid. p96.

(45) Ibid. p97.

(46) قانون رقم 11-18، المرجع السابق، ص 9.

(47) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مجلس الأمة، مجلة مجلس الأمة، الجزائر، العدد 45، فيفري 2011، ص 42.

(48) المرجع نفسه، ص 42.

(49) République Algérienne Démocratique et Populaire, Plan National Cancer 2015-2019, Octobre 2014, p34.

(50) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الوزارة الأولى، بيان اجتماع مجلس الوزراء، ماي 2015، ص 6.

(51) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 13-10 المؤرخ في 23 محرم عام 1432 الموافق 29 ديسمبر سنة 2010 يتضمن قانون المالية لسنة 2011. الجريدة الرسمية، العدد 80، المؤرخة في 24 محرم عام 1432 الموافق 30 ديسمبر سنة 2010، ص 23.

(52) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 12-343 المؤرخ في 01 ذي القعدة عام 1433 الموافق 17 سبتمبر سنة 2012، يحدد كيفية تسيير حساب التخصيص الخاص رقم 138-302 الذي عنوانه "صندوق مكافحة السرطان". الجريدة الرسمية، العدد 52، المؤرخة في 03 ذي القعدة عام 1433 الموافق 19 سبتمبر سنة 2012، ص 6.

(53) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 11-16 المؤرخ في 03 صفر عام 1433 الموافق 28 ديسمبر سنة 2011 يتضمن قانون المالية لسنة 2012. الجريدة الرسمية، العدد 72، المؤرخة في 04 صفر عام 1433 الموافق 29 ديسمبر سنة 2011، ص 22-23.