

تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية-دراسة حالة
الجزائر

**Evaluation of health policy effectiveness in addressing health care
financing: Case study of Algeria**

إيمان العباسي

باحثة دكتوراه

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

البريد الإلكتروني Labbacci2300@gmail.com

ملخص:

يرجع العديد من الباحثين في مجال السياسات العامة، اختلالات المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر إلى أسلوب تمويل الخدمات الصحية القائم على مبدأ مجانية العلاج، أين تغطي الدولة أغلب نفقات القطاع، ووصفت هذه السياسة بأنها لم تكن ناجعة.

وأمام هذا الواقع تبنى صناع السياسات الصحية في الجزائر حلولاً بديلة. يتناول هذا المقال تلك السياسات البديلة لمعرفة مدى فاعليتها في معالجة المشاكل المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: سياسة عامة، سياسة عامة صحية، خدمات صحية، فاعلية، تمويل.

Abstract:

Many public policy researches attributed the problems of the health system to the method of financing health services based on free health care, where the state covers most of the sector's expenditures. This policy has been described as ineffective. Algeria's health policymakers adopted alternative solutions. This article examines these alternative policies to see how effective they are in addressing the issue of health care financing.

Key words: Health policy, effectiveness, frees health care, health care financing.

مقدمة:

يعتبر التقييم المستند إلى أسس علمية أداة هامة لترشيد السياسات الحكومية، وعملية جوهرية تلازم كل مرحلة من مراحل صنع السياسات العامة، حيث تقدر من خلالها إمكانية الاستمرار في سياسة ما أو التوقف عنها. ويعد تقييم الفاعلية أحد أنواع التقييم التي تعنى بقياس مدى قدرة سياسة ما على تحقيق الأهداف التي أقيمت لأجلها ويكون ذلك بالنظر إلى النتائج والآثار المترتبة عنها بعد تنفيذها.

ولقد حظيت مسألة تقييم السياسات العامة الصحية باهتمام الباحثين والدارسين في حقل السياسات العامة، ولاقى تمويل الخدمات الصحية على وجه الخصوص حيزا هاما من هذا الاهتمام على اعتبار أنه يمثل سياسة متفرعة عن السياسة العامة الصحية، حيث تناولت عدة دراسات العلاقة السببية بين تمويل الخدمات الصحية ومستوى جودتها وفعاليتها، ممهدة بذلك الأرضية لصناع القرار من أجل إعادة النظر في سياسات التمويل المعتمدة واختيار أفضل البدائل المتاحة والممكنة.

ونظرا للإختلالات التي تعاني منها المنظومة الوطنية للصحة في شقها المتعلق بالتمويل والإنفاق على القطاع، جاءت هذه الدراسة من أجل تقييم مدى فاعلية السياسات المتبعة في هذا المجال، ولهذا الغرض سعينا للإجابة عن السؤال المركزي التالي: ما مدى فاعلية السياسات الصحية الموجهة لمعالجة الإختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية في الجزائر؟

وقد استدعت الإجابة عن هذا الإشكال تناول المحاور التالية:

أولاً: تحديد مفاهيم الدراسة

ثانياً: سياسات معالجة الإختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية بالجزائر

ثالثاً: تقييم السياسات المنتهجة لمعالجة مسألة تمويل الخدمات الصحية بالجزائر

أولاً: تحديد مفاهيم الدراسة

يعد تحديد مفاهيم الدراسة اللبنة الأولى لأي بحث علمي، فإزالة اللبس عن تلك المفاهيم خطوة هامة لتحديد أهداف البحث ورسم حدوده، لذلك سنتناول ضمن هذا المحور أهم المفاهيم المتعلقة بدراستنا.

1- مفهوم السياسة العامة الصحية:

جاء تعريف السياسة العامة الصحية على لسان كلا من Michael E. Kraft و Scott R. Furlong في كتابهما Public Policy على أنها "تشمل كل الأفعال التي تتخذها الحكومة للتأثير على تقديم خدمات الرعاية الصحية ومختلف نشاطات الحكومة التي تؤثر أو تحاول التأثير على الصحة العامة والرفاهية"¹. فالسياسة الصحية بهذا المعنى هي عبارة عن نشاطات الدولة الموجهة لترقية الصحة الشخصية والصحة العامة على حد سواء.

وتعرف أيضا على أنها "موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال الوثائق الدستورية والإدارية"².

وحسب الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية "هي مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة

¹ -Scott R. Furlong and Michael E. Kraft, **Public Policy: Politics, Analysis, and Alternatives**, Fourth Edition, London, 2013, p277.

² - محمد العيد حسيني، السياسة العامة للصحة في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور المقرب المؤسسي، مذكرة ماجستير في السياسة العامة المقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013، ص 51.

للحكومات تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية، مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في مجال الصحة بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفعالية"³.

وهي بالنسبة للبعض "مشروع معياري طموح يستجيب لمتطلبات المجتمع في مجال الصحة ويقضي على اللامساواة الموجودة ضمن هذا القطاع"⁴.

كذلك توصف السياسات الصحية بأنها " خيارات الدولة في مجال الصحة لتحقيق الرعاية الشاملة لمواطنيها ولتحقيق ذلك يجب أن تتخطى كل الفواعل ومؤسسات الدولة الرسمية وغير الرسمية ويتم ذلك من خلال:"⁵

_ إنشاء نظام صحي رصين

_ رفع القدرة الشرائية للمواطن حتى يتحمل تكاليف الخدمات الخاصة

_ إتاحة الأدوية والتكنولوجيا الخاصة

_ تهيئة الكفاءات البشرية اللازمة ومنحها إطار اجتماعي ومهني مؤتم"

وكتعريف إجرائي يمكن القول بأن السياسة العامة الصحية هي مجموعة الخيارات التي تتبناها فواعل الدولة الرسمية وغير الرسمية تماشياً مع التوجهات العالمية، تترجم هذه الخيارات من طرف متخذي القرار في شكل أفعال وتشريعات وخطط وبرامج، تهدف إلى تمكين الأفراد من التمتع بحقهم في الصحة من خلال تحسين الخدمات الصحية على مختلف مستوياتها (رعاية أولية، رعاية ثانوية، رعاية شاملة) لتغطية مطالب الأفراد واحتياجاتهم الكمية والنوعية منها، يتولى تنفيذها مؤسسات تابعة للقطاع العام أو القطاع الخاص.

³- عمر خروبي بزار، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999_2009): دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، رسالة ماجستير في العلوم السياسية، كلية العلوم السياسية والإعلام ، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2011، ص16.

⁴-Magali Barbeiri, Pierre Cantrelle, **politique de santé et population, politique africaine**, n :31, France, 1991,p51.

⁵- لقمان مغراوي، صناعة السياسة العامة الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، عدد :01، الجزائر، جوان 2014، ص30.

والجدير بالذكر أن السياسة العامة الصحية تركز على مجموعة من المقومات نوجزها في:⁶

- ✓ الالتزام السياسي: يتجاوز مفهوم الالتزام السياسي مجرد وجود الإرادة السياسية إلى ضرورة الالتزام الفعلي والأخذ بما يجب القيام به من أجل تجسيد أهداف السياسة الصحية على أرض الواقع.
- ✓ الاعتبارات الاجتماعية: حيث تعد مراعاة المساواة والعدالة الاجتماعية في توزيع الخدمات الصحية من صميم السياسة العامة الصحية.
- ✓ مشاركة المجتمع: إن وعي أفراد المجتمع ونضج حسهم بمدى مسؤوليتهم اتجاه الحفاظ على صحتهم من شأنه أن يخفف العبء على الدولة ويقلص من تكلفة إنفاقها على القطاع.
- ✓ الإصلاح الإداري: إن تكييف الإدارة العامة على اعتبار أنها الجهة المعنية بتنفيذ برامج ومشاريع السياسة الصحية مسألة لا يمكن تجاوزها، ولا يقتصر ذلك على قطاع الصحة فحسب بل جميع القطاعات التي تؤثر بطريقة ما على صحة الأفراد.
- ✓ سن التشريعات: بعد اتخاذ قرار دخول السياسة العامة حيز التنفيذ، يتم تحيين الترسانة القانونية تماشياً مع مشروع السياسة المقررة لضمان عدم الحياد عن الأهداف المسطرة أثناء عملية التنفيذ.
- ✓ إعداد خطة عمل: تتضمن خطة العمل تفاصيل تتعلق بخطوات التنفيذ مفصلة، يتحدد ضمن خطة العمل الإطار الزمني والمكاني والموارد المخصصة المادية والمالية والبشرية.
- ✓ تخصيص الموارد المالية: يرتبط عادة تنفيذ أي سياسة عامة بضرورة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية المخصصة للقطاع وهو الشأن بالنسبة لقطاع الصحة، فتشييد المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها وتجهيزها وتفعيلها يترتب عليه إنفاق أموال معتبرة.

2- مفهوم الخدمات الصحية:

⁶- رضا زروالية، مرجع سابق، ص ص 69-72.

عرفت الخدمة الصحية بناء على أنواعها بأنها " تلك الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة والعتاد الطبي وغيرها بغية رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"⁷

أوهي "المنفعة أو مجموعة المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق

له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية و العقلية و الاجتماعية، وليس فقط علاجاً لأمراض والعلل"⁸

وتعرف أيضا على أنها تلك الخدمات التي تقدم في المؤسسات والمرافق الصحية المختلفة أو في الجهات

ذات العلاقة بصحة الإنسان والتي تسهم في تشخيص حالات المرضى ومعالجتهم وتأهيلهم ووقايتهم من

الأمراض المختلفة وتسعى إلى الحفاظ على سلامة وصحة الإنسان الجسمية والعقلية وتحسينها.⁹

وكتعريف إجرائي يمكن القول بأن الخدمات الصحية هي مجموع الخدمات التي تقدم في المؤسسات

والمرافق الصحية المختلفة أو في جهات أخرى خارج قطاع الصحة، ويكون الهدف منها حماية صحة

الإنسان الجسمية والعقلية والنفسية وترقيتها، قد تكون هذه الخدمات وقائية أو تشخيصية أو علاجية أو

تأهيلية كما قد تكون هذه الخدمات موجهة لشخص بعينه أو للمجتمع ككل.

يرتكز تحسين وتطوير الخدمات الصحية على وجود قدر كاف من التمويل، ويختلف تمويل الخدمات

الصحية من نظام صحي لآخر ويكون في إحدى الصور التالية:¹⁰

⁷- محمد عدنان مرزوق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراجحة للنشر والتوزيع، ط1 عمان 2012.ص35.

⁸- الهام يحيوي ، ليلي بوحديد، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها، مجلة الباحث، عدد 14، 2014، الجزائر، ص319.

¹- منير مصلح محمد الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن: دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، رسالة ماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2012

¹⁰- منتدى البدائل العربي، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، متاح في:

- التأمين الاختياري ويوجد هذا النمط في أغلب دول العالم الثالث، كما نجده أيضا في بعض الدول المتقدمة كسويسرا والولايات المتحدة الأمريكية.

- التأمين الإجباري يعتمد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية وبعض الدول النامية

- التأمين الشامل ويشمل أجزاء القطاع العام والخاص وأصحاب المهن الحرة، يختلف عن التأمين الإجباري في كونه يكفل حق غير المؤمنين أيضا في الاستفادة من الرعاية الصحية وهو معتمد في بعض الدول الاسكندنافية والعربية كالجزائر.

- التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية تكون فيه الدولة هي المصدر الوحيد للتمويل ولتقديم الخدمات الصحية وهو ما تقوم عليه المنظومة الصحية في كوبا.

3- مفهوم التقييم في السياسات العامة:

يقصد بالتقييم لغة تقدير قيمة الشيء، أما اصطلاحا فهو " عملية حساب قيمة كل نتيجة من نتائج تطبيق شيء ما " ¹¹بمعنى أنه يعتمد على لغة الأرقام قدر الإمكان .

أما في مجال السياسات العامة فيقصد به " عملية تبني معايير محددة لتقدير قيمة معينة لكل معيار، يتبع ذلك عملية تعريف وتوضيح وتطبيق لهذه المعايير من أجل التوصل إلى الأهمية أو القيمة النهائية لنتائج قرار ما". ويفترض أن تتم عملية تقييم أي سياسة عامة في استقلالية عن أي جهة أو طرف حتى تكون موضوعية ولا تنحاز إلى جهة ما أو طرف معين.¹²

<http://bel-ahmar.net/?p=2057> تم التصفح بتاريخ 2018/05/04 على الساعة 17:00.

¹¹ عبد الفتاح ياغي، السياسات العامة: النظرية والتطبيق، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2010، ص 143.

¹² - المرجع نفسه، ص 144.

والجدير بالذكر أن مفهوم التقييم يختلف عن التقويم في كونه يقف عند إعطاء قيمة للشيء بينما يتعدى التقويم هذا المعنى إلى محاولة إصلاح الشيء وتعديله بعد إبراز قيمته.¹³

ويعتمد تقييم السياسات العامة عادة على المعايير التالية:¹⁴

الملائمة: ويقصد بها مدى اتساق أهداف السياسة مع الأولويات.

الفاعلية: وتعني مدى تحقق أهداف السياسة.

الكفاءة: وتشير إلى تحقيق أهداف السياسة بأقل تكلفة.

وسنتناول من خلال هذا المقال معيار الفاعلية بينما يقع كل من معياري الكفاءة والملائمة خارج إطار دراستنا.

ثانيا: سياسات معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية في الجزائر

تبذل السلطات الرسمية في الجزائر جهودا معتبرة لتطوير وتعزيز قطاع الصحة تترجم في عدة أشكال فقد تكون برامج أو قوانين أو خطط أو خطابات الجهات الرسمية، وبالرغم من ذلك تظل المنظومة الوطنية للصحة تعاني من عدة إختلالات لاسيما على مستوى التمويل.

¹³ - أحمد إبراهيم خضر، الفرق بين مصطلحي التقييم والتقويم، متاح

في: <http://www.alukah.net/web/khedr/0/50989> / تم التصفح بتاريخ: 2018/05/02، على الساعة 15:16.

¹⁴ - عدنان عبد الأمير مهدي الزبيدي، السياسة العامة: دراسة نظرية، المركز العربي الديمقراطي، متاح

في: <https://kitabab.com> تم التصفح بتاريخ 2018/05/02، على الساعة 16:10.

1- أهم الإختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية

تعد سياسة التمويل واحدة من بين السياسات المتقرعة عن السياسة الصحية وأكثرها تعقيدا، فهي ترتبط من جهة بالأهداف العامة للسياسات الصحية ومن جهة أخرى بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وكذا التوجهات السياسية، وتتمثل أهم الإختلالات المتعلقة بتمويل خدمات الرعاية الصحية في:¹⁵

- ✓ التخصيص والتوزيع غير الملائم للموارد المالية وعدم كفايتها
- ✓ ضعف التحكم في تكاليف الخدمات والنفقات الصحية
- ✓ امتصاص المستشفيات للميزانية المخصصة للقطاع على حساب الهياكل الأخرى مما يؤدي إلى المساس بمبدأ التدرج في العلاج
- ✓ ضعف تكوين المستخدمين المكلفين بالتسيير المالي في المؤسسات الصحية
- ✓ وجود تباين في توزيع الموارد المالية للقطاع وعدم ملائمتها لطبيعة الخدمات الفعلية المقدمة

2- السياسات المتبعة لمعالجة إختلالات تمويل الخدمات الصحية:

لأجل معالجة مجموعة الإختلالات التي تعاني منها المنظومة الوطنية للصحة في جانبها المتعلق بالتمويل، اتجه الخيار السياسي منذ بداية الألفية الثالثة نحو تفعيل النظام التعاقدى من جهة وتعزيز دور القطاع الخاص من جهة أخرى، وشرع حينها في اتخاذ مجموعة الإجراءات اللازمة لإنجاح هاتين السياستين، وبلوغ أهدافهما المنشودة.

أ- التوجه نحو النمط التعاقدى:

إن أسلوب التمويل القائم على مجانية العلاج حقق مكسبا هاما هو ضمان قابلية حصول جميع فئات المجتمع على العلاج، لكنه في مقابل ذلك أدى إلى اللاعقلانية في تسيير الموارد المالية، هذه الأخيرة التي لم تعد تتناسب مع حجم الخدمات المقدمة لأنها كانت تمنح وفق أسلوب جزافي أي دون تقدير فعلي لحجم النشاطات الصحية وما تتطلبه من أموال.¹⁶

لقد كانت الدولة هي المسؤول الأول عن تغطية نفقات القطاع الصحي العمومي في إطار العمل بمبدأ مجانية العلاج إلى غاية صدور قانون المالية لسنة 1995 الذي نص على ضرورة تفعيل النظام التعاقدى وحدد أطراف التعاقد في المادة 132 على النحو التالي:

الدولة: وظيفتها في هذا التعاقد تتمثل في تغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين وتقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي للولايات،¹⁷.

تسعى الدولة كطرف أساسي في النظام التعاقدى لضمان فعالية المؤسسات العمومية وتحسين جودة الخدمات وتوفير الرعاية الصحية لجميع الأفراد.¹⁸

¹⁵ - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها: دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، الجزائر، 2017، ص ص 152 - 153.
¹⁶ - عديلة العلواني، تفعيل النمط التعاقدى في نظام الصحة الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 25.

¹⁷ - رشيد سعيدان، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، عدد 1، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة طاهري محمد، بشار، سبتمبر 2014، ص 9.

¹⁸ - Fatima Zohra Oufriha, *Un système de santé a la croisée des chemins*, CREAD, Alger, p125.

الضمان الاجتماعي: الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال وعائلاتهم ويعد مصدر تمويله الأساسي الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال وينحصر دوره في توفير الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن والعدالة بين الجميع¹⁹.

صاحب الخدمة: يتمثل صاحب الخدمة في الهيئات الإستشفائية المقدمة لخدمات العلاج وحسب ما ورد في المرسوم 101-04 المؤرخ في 01 أفريل 2004 أن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق الذين تم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية²⁰.

المستفيدون من الخدمة: هم مجموع المرضى المعالجون بالمؤسسات الإستشفائية الصحية العمومية الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد زبائن، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون إليها:

✓ فئة المحرومين أو المعوزين، تكفلهم الدولة كليا

✓ فئة المؤمنين ويقع على عاتقهم تسديد 20% من مصاريف الاستشفاء والباقي تتكفل به مصالح الضمان الاجتماعي

✓ فئة أخرى (غير مؤمنين) يتحملون مصاريف استشفائهم كاملة²¹.

إن سياسة التعاقد تعبر عن مشروع طموح يحمل حلولا عملية لمسألة التمويل في القطاع الصحي العمومي وقد تمثلت أهم أهدافها في:

¹⁹ - رشيد سعيدان، بوهنة علي، مرجع سابق، ص، 9.

²⁰ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 101/04 المؤرخ في 01 أفريل 2004، والمتعلق بكيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، الجريدة الرسمية، عدد 20، ص30.

²¹ - رشيد سعيدان، بوهنة علي، مرجع سابق، ص، 10.

1- ترشيد النفقات والتحكم فيها حيث يتم التمويل في ظل هذا النظام على أساس بيانات دقيقة تشمل إحصائيات للخدمات المقدمة مع تكلفتها، ويسمح بتقييم حجم الإنفاق ويعزز روح المبادرة والمنافسة بين المؤسسات في مجال تحسين الخدمات الصحية، كما يؤدي إلى التوجه نحو المزيد من اللامركزية في التسيير والتي تمكن من الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وذلك عكس أسلوب التمويل الجزافي الذي يؤدي إلى إهدار المال العام دون تغطية فعلية للنفقات.

2- تكريس مبدأ التدرج في العلاج: أي الانتقال من الهياكل القاعدية غير الاستشفائية إلى الهياكل الاستشفائية المتخصصة.

3- تحسين نوعية العلاج: وذلك من خلال فتح المجال أمام المبادرات الخاصة وتشجيع المنافسة بين القطاع العام والقطاع الخاص إذ يجد المؤسسات العامة نفسها مجبرة على الالتزام بمعايير الجودة لأجل استمرارها وحفاظا على مكانتها.²²

4- الشفافية: من الأهداف الأساسية لنظام التعاقدية هو الوصول إلى شفافية أكبر بين مقدمي المال (هيئات الضمان الاجتماعي) و بين مقدمي العلاج (الهيئات و المستشفيات الصحة العمومية)، فهي تمكن مؤسسات الضمان الاجتماعي من التعرف على المستوى الكمي والنوعي للخدمات الطبية والصحية المقدمة للمؤمنين

5- تحسين الأداء من أجل تحقيق الجودة في الرعاية الصحية: حيث يفرض النظام التعاقدية على المؤسسات الإستشفائية تقديم أفضل الخدمات العلاجية (مراعاة الجودة) لأن المستفيد من الخدمة (المريض) قد أصبح شريكا فعليا باعتباره احد أطراف التعاقد.

²² - عديلة العلواني، مرجع سابق، ص ص 34-36.

6- التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية: لضمان نجاح النظام التعاقدى لابد من توفير الموارد البشرية التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير والاستجابة لمقتضياته.و لا يتسنى ذلك إلا عن طريق التكوين الجيد و المستمر للعمال والبحث عن الكفاءات التي من شأنها تحقيق أهداف البرنامج.²³

والجدير بالذكر أن تنفيذ سياسة التعاقد مر عبر المراحل التالية:

المرحلة الأولى: انعقاد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية 1990 وظهرت خلاله بوادر النظام التعاقدى.

المرحلة الثانية: صدور قانون المالية 1992 حيث نصت المادة 175 منه على اقتراح التمويل على أساس التعاقدى ويطبق على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعى ووزارة الصحة وكان الهدف من وراء ذلك هو إعادة النظر في أسلوب التمويل الجزافى الذى أثقل كاهل الدولة.²⁴

المرحلة الثالثة: جاء في قانون المالية سنة 1995 أنه يتم تطبيق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط بين الضمان الاجتماعى ووزارة الصحة وهذا حسب الكيفيات المحددة عن طريق التنظيم وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية لصالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم، موضحا بذلك أبواب إنفاق المساهمات المقدمة.²⁵

المرحلة الرابعة: تمثلت في القرار الوزاري المشترك الصادر في 7 جانفي 1995 والذي جاء في إطار سياسة إعادة الهيكلة وكاستجابة لتوصيات البنك الدولي التي قدمها في سنة 1988، حدد هذا القرار قيمة الموارد التي تحصلها المؤسسات الصحية مقابل خدماتها وأصبح المواطنون بموجب هذا القرار يساهمون في تغطية

²³ - رشيد سعيدان، بوهنة علي، مرجع سابق، ص ص، 10 - 11.

²⁴ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 91 / 25 المتعلق بقانون المالية لسنة 1992، المؤرخ في 18 ديسمبر 1992، الجريدة الرسمية، عدد 65، ص 79.

²⁵ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 94 / 03 المتعلق بقانون المالية لسنة 1995، المؤرخ في 31 ديسمبر 1995، الجريدة الرسمية، عدد 87، ص 37.

نفقات الخدمات الصحية باستثناء الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة والتي تحضر قوائمها على مستوى البلديات.

إن هذا القرار الوزاري تبعه صدور عدة مراسيم تنفيذية (465/97، 466/97، 467/97) تضمنت إعادة تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية العمومية تماشياً والنمط الجديد في التمويل، وأهم ما جاء فيها هو إيجاد مصادر تمويل جديدة مثل إعانات الجماعات المحلية.²⁶

المرحلة الخامسة: تنصيب اللجنة المكلفة بتقييم النظام التعاقدى في 16 مارس 2002، بإشراف وزير الصحة ووزير العمل آنذاك وكلفت اللجنة بإعداد تقرير حول ملف النمط التعاقدى والوضعية الخاصة بما تم انجازه بغرض تقديم مقترحات بشأن وضع برنامج قصير أو متوسط الأجل لتفعيل النظام.

ب- سياسة تشجيع ودعم القطاع الخاص:

لقد تم الترخيص للقطاع الخاص في الجزائر بمزاولة ممارسات ونشاطات في مجال الصحة لأول مرة مع صدور القانون 88-15 المعدل والمتمم للقانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، والذي تضمن تحديد النشاطات المرخص بها،²⁷ وقد حدد المرسوم رقم 88-204 شروط انجاز العيادات الخاصة وكيفية فتحها وتنظيمها وسير العمل بها.²⁸

إن القطاع الصحي الخاص في الجزائر، وبالرغم من أنه يسعى بالدرجة الأولى إلى تحقيق أهداف ربحية، إلا أنه ساهم في تخفيف الأعباء الملقاة على عاتق القطاع العام خاصة لما تراجعت مداخيل الخزينة

²⁶ - عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 44.

²⁷ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 88-15 المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل والمتمم للقانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، عدد 18، 1988، ص 751 .

²⁸ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 والمتعلق بشروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، الجريدة الرسمية، عدد 42، 1988، ص 6.

العام، وذلك بفضل تغطيته للطلبات المتعلقة بالتشخيص والعلاج وتقديم الاستشارات الطبية والتحليل وبنسبة أقل خدمات الاستشفاء والإقامة.²⁹

ومن جهة أخرى ساهمت المؤسسات الخاصة في تحقيق قدر من المساواة في الحصول على الرعاية الصحية، فتواجدها في المناطق الحضرية وتوفيرها للخدمات الصحية للأسر الميسورة الحال والقادرة على دفع تكاليف العلاج، فتح المجال أمام القطاع العام من أجل التفرغ للعناية بالفئات محدودة الدخل وتنفيذ سياسات عامة تستجيب - إلى حد ما - للطلبات المتزايدة على الخدمات الصحية،³⁰ وهو ما نلمسه من خلال سياسة الإصلاح التي انتهجت خلال سنة 2007 والتي استهدفت تقريب الخدمات العمومية في مجال الصحة من المواطن عن طريق إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بموجب المرسوم التنفيذي 07-140.³¹

وعلى العموم فقد أثبت القطاع الخاص قدرته على تقديم خدمات نوعية ترقى لتطلعات الأفراد، إلا أن نشاطاته تنحصر في تقديم خدمات علاجية فقط وفي نفس الوقت مكلفة بالنسبة للأسر، ويظل الجانب الوقائي من صميم وظائف القطاع العام.³²

²⁹ - بختة بن فرج الله، المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2001، ص 112.

³⁰ - أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الوطنية، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية جامعة الجزائر، 2009، ص 188.

³¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، عدد 33، الصادرة بتاريخ 20/05/2007.

³² - رشيد سعيدان، علي بوهنة، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر، عدد 01، سبتمبر 2014، ص 05.

ثالثاً: تقييم السياسات الموجهة لمعالجة الإختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية

نظراً لصعوبة إجراء قياس كمي ومادي لمخرجات السياسات الاجتماعية، سنقوم بإجراء قياس شامل لمخرجات السياسات المطبقة لمعالجة مسألة تمويل الخدمات الصحية وعليه سنقف على تقييم الآثار المترتبة عن تفعيل النظام التعاقدى ودعم القطاع الخاص.

1- تقييم سياسة التعاقد:

جاء النظام التعاقدى كضرورة فرضته الظروف الاقتصادية والسياسية الوطنية وكذلك المنظمات الدولية في إطار المساعدات المالية المشروطة بإعادة الهيكلة، الأمر الذي اقتضى رفع دعم الدولة للخدمات الاجتماعية فتم اللجوء إلى النظام التعاقدى في قطاع الخدمات الصحية حيث كانت مجانية العلاج قد أثقلت خزينة الدولة وتسببت في نزيف مالي معتبر نتيجة سوء التسيير.

هذا النظام (النظام التعاقدى) وصف بأنه نمط من المجانية المنظمة أو المسيرة، وبالرغم من أنه النصوص التشريعية التي جاءت مؤكدة على تفعيله إلا أنه لا يزال دون ذلك للأسباب التالية:

- عجز الدولة عن التخلي عن دورها كدولة اجتماعية راعية لشؤون أفرادها رغم تبنيها النظام الرأسمالي ويرجع ذلك إلى انفراج الضيقة المالية التي شهدتها البلاد وارتفاع الدخل الوطني بداية الألفية الثالثة.
- غموض العلاقة بين أطراف التعاقد إذ نجد أن النصوص الصادرة بشأن هذا النظام لم توضح أسس والمبادئ التي تقوم عليها العلاقة التعاقدية.
- صعوبة إحصاء المعوزين
- عدم جاهزية مؤسسات الصحة العمومية وضعف قدرتها على إدارة نفقاتها بعقلانية، ناهيك عن عدم توفر الإمكانيات المالية والتجهيزات اللازمة كقارئ بطاقة الشفاء.

وفي إطار سياسة الإصلاح المتبعة في قطاع الصحة شرعت الوزارة الوصية باتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل القيام بتجربة أولية لتمويل مؤسسات الصحة العمومية وفق النمط التعاقدية، حيث اقتصر في البداية على بعض القطاعات الصحية والمراكز المتخصصة والمستشفيات الجامعية وجندت لأجل نجاح هذه الخطوة كل منوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات وهيئات الضمان الاجتماعي، مديريات النشاط الاجتماعي.

وتتلخص هذه العملية في المراحل التالية :

- ✓ تقديم بطاقة التسجيل الخاصة بالضمان الاجتماعي
 - ✓ تقديم بطاقة المعوز والتي يحصل عليها كل ذوي حاجة من مديرية النشاط الاجتماعي
 - ✓ تقديم بطاقة الضمان العسكري (خاص بالجيش الوطني، و الدرك الوطني). يقوم المستفيد من الخدمة بتقديم هذه البطاقة إلى مكتب الدخول عند دخوله المستشفى وذلك من أجل إتمام الإجراءات المتعلقة بفاتورة التكاليف التي تبين مختلف الخدمات التي تلقاها المريض خلال فترة إقامته بالمستشفى.³³
 - والجدير بالذكر أن الدولة عملت على تسخير الأرضية المناسبة لتطبيق النظام التعاقدية من خلال:
 - ✓ اعتماد التكوين المتواصل لعمال القطاع
 - ✓ تدعيم المستشفيات بتجهيزات جديدة و مرافق أخرى
 - ✓ التركيز على مكتب الدخول وتدعيمه ببرنامج وطني للفاتورة، باعتباره الوجهة الرئيسية التي تحرص على تطبيق هذه الإصلاحات
 - ✓ إصدار التعليمات تؤكد على حسن التكفل بالخدمات مثل الإطعام والإيواء والمعاملة.³⁴
- ورغم كل هذه الجهود المبذولة لا يزال تفعيل النظام التعاقدية وتجسيده على أرض الواقع مرهون بوجود إرادة سياسية حقيقية، رغم أنه يعد بمثابة الخيار أو الحل العقلاني لمسألة تمويل الخدمات الصحية.

³³ - رشيد سعيدان، بوهنة علي، مرجع سابق، ص 11.

³⁴ - المرجع نفسه، ص 11.

2- تقييم سياسة دعم القطاع الخاص

تسعى السلطات العمومية إلى تجسيد فكرة التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص في مجال تحسين التغطية بالخدمات الصحية، فلجأت الحكومة الجزائرية إلى إعطاء دور متزايد للقطاع الخاص في مجال الرعاية الصحية من أجل تخفيف العبء على الدولة التي تعد الممول الأساسي للخدمات الصحية، فازداد نشاطه بوتيرة سريعة خلال العقد الأخيرين.

غير أن زيادة نشاط القطاع الخاص لم يؤدي إلى خفض حجم الإنفاق العام على القطاع بقدر ما أدى إلى زيادة إنفاق الأسر على الصحة (شكل 1، شكل 2)، ويرجع السبب في ذلك إلى العلاقة الطردية التي تربط الإنفاق الحكومي بالطلب على الخدمات الصحية من جهة وبنشاط القطاع الخاص من جهة أخرى.

فزيادة الإنفاق الحكومي تؤدي إلى ارتفاع معدل الطلب على الخدمات وفي نفس الوقت اتساع نشاطات القطاع الخاص استجابة للطلب المتزايد، وإذا ما تراجع الإنفاق الحكومي يصحبه تراجعاً في الطلب وقد يحدث معه ثبط أو تراجع للممارسات الخاصة في مجال الصحة، ولكن قد يحدث العكس في بعض الحالات

35.

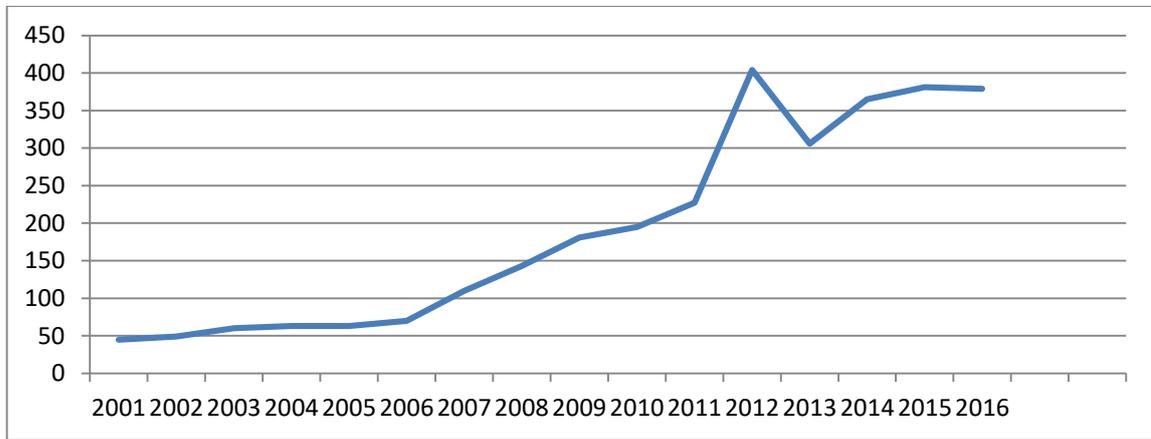
وفي سياق آخر فإن القطاع الخاص الذي يعمل وفق منطق براغماتي، قد يلجأ إلى القيام بممارسات غير قانونية قد تصل إلى المتاجرة بصحة المريض، فقد يستغل وضع المريض لتحقيق منافع أكبر بغض النظر عن الاحتياجات الحقيقية للمريض، كأن يلجأ الطبيب إلى إجراء عمليات جراحية دون وجود داعي لذلك فقط لأنها توفر ربحاً أكثر، كما قد يكون الطبيب في القطاع الخاص على استعداد لتلبية طلبات المريض على

³⁵ - مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب، دور القطاع الخاص في تحقيق التنمية الاقتصادية بالدول النامية - دراسة حالة الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، 2010، ص ص 139-140.

خدمات معينة حتى وإن كانت غير ملائمة من الناحية الطبية بهدف إرضاءه وهذا الأسلوب أقل شيوعاً في القطاع العام.³⁶

وفي هذه الحالة فبدلاً من أن تكون سياسة دعم القطاع الخاص الخيار الأمثل لمعالجة مسألة التمويل في قطاع الصحة ستخلق مشاكل أخرى مالية خاصة بالنسبة للأسر، ولن تساهم في تخفيض الإنفاق الحكومي على القطاع وهو ما يبينه الشكل التالي:

شكل رقم 1: منحى بياني يوضح تطور ميزانية القطاع (الوحدة: مليار دينار)



المصدر: من إعداد الطالبة بناء على عدة مصادر

من خلال الرسم البياني (شكل رقم 01) يمكن أن نستشف بأن الإنفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2016 مر بثلاثة مراحل أساسية:

المرحلة الأولى 2001 - 2012 تزامنت مع ارتفاع أسعار النفط فأخذت ميزانية القطاع تزداد سنة تلو الأخرى خاصة مع الإصلاحات التي شهدتها القطاع والبرامج التي تم إطلاقها لتحسين الخدمات الصحية. ففي هذه المرحلة بلغ متوسط الزيادة في الميزانية العامة حوالي 30 مليار دينار سنوياً وبلغت

³⁶ - هورهيكوراسا وآخرون، القطاع الخاص مقابل القطاع العام، التمويل والتنمية، عدد 51، صندوق النقد الدولي، ديسمبر 2014.

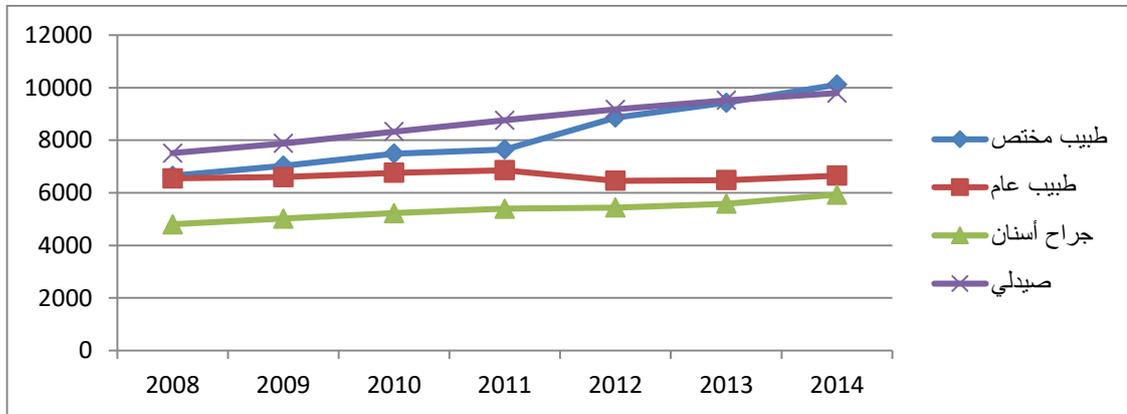
ذروتها سنة 2012 بزيادة جد هامة قدرت ب 177 مليار دولار أي حوالي الضعف تقريبا خلال سنة واحدة (من 227 إلى 404).

بعد الأزمة المالية والاقتصادية تراجعت ميزانية القطاع في ظرف سنة واحدة ب 100 مليار دينار (306 مليار سنة 2013).

وإذا ما تمت مقارنة منحى تطور الميزانية المخصصة للصحة بمنحى تطور نشاطات القطاع الصحي الخاص في مختلف مجالات الرعاية الصحية (شكل رقم 2)، سنلاحظ بأن هذه الأخيرة كلها قد تأثرت بتطور الميزانية لكن بشكل مختلف، حيث نجد أن الطب العام هو المجال الطبي الوحيد الذي سجل تراجعا نسبيا سنة 2012 حين بلغت ميزانية الصحة أعلى مستوى لها خلال العقد الأخيرين، بينما استمر نمو الممارسات المتعلقة بالمجالات الطبية الأخرى بنفس الوتيرة تقريبا.

شكل رقم 02: منحى بياني يوضح تطور عدد الكوادر الطبية العاملة بالقطاع الخاص بين سنتي

2008 و 2014



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على التقارير السنوية الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح

المستشفيات

على العموم نستنتج من خلال هذه الأرقام أنه وعلى الرغم من الحرص على تفعيل النظام التعاقدى وبالرغم من تنامي نشاط القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية إلا أن الدولة لتزال الممول الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية.

خاتمة:

كخاتمة لما جاء يمكن القول بأن الدولة تظل الممول الأساسي للخدمات الصحية في الجزائر، ذلك أن السياسات المتبعة في سبيل معالجة مشاكل تمويل القطاع الصحي تظل إما غير واقعية وغير قابلة للتنفيذ على أرض الواقع بسبب عدم جاهزية المؤسسات الصحية كما هو الحال بالنسبة لسياسة التعاقد، وإما تنفذ بشكل غير مدروس ودون تحديد دقيق للأهداف فيترتب عن ذلك تحقيق نتائج غير التي أنشأت لأجلها، وأحيانا نتائج غير مرغوب بها كسياسة دعم القطاع الخاص التي ساهمت في زيادة معدل إنفاق الأسر على الصحة دون أن تحقق تراجعا في الإنفاق الحكومي، وفي كلتا الحالتين ومادامت السياستان لم تبلغوا بعد المراد منهما فإن مسألة الفاعلية تظل محدودة نسبيا.

تاريخ الاستقبال: 2018/05/12

تاريخ القبول: 2018/05/27

تاريخ النشر: 2018/06/13