

سوق التأمين الصحي في الجزائر

أ. محمد دبو زين (أستاذ مساعد أ)

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير جامعة بومرداس

سوق التأمين الصحي في الجزائر

الأستاذ: محمد دبورين (أستاذ مساعد)

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير جامعة بومرداس

الكلمات الدالة:

التأمين الصحي - الرعاية الصحية - تأمينات الأشخاص - التأمين الصحي الإجباري - التأمين الصحي الاختياري - سوق التأمين الصحي، الطلب و العرض على التأمين الصحي.

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى عرض نظرية التأمين الصحي و الآليات التي تحكم الطلب و العرض لهذا نوع من التأمين، وهذا بالتعرض لمحددات الطلب و محددات العرض عليها. بعدها درسنا سوق التأمين الصحي من الوجهة النظرية من جهة، و عرض لوضعية سوق التأمين الصحي في الجزائر. يعتبر الطلب على التأمين الصحي عبارة عن طلب مشتق من الطلب على الخدمات الصحية. فالطلب على الخدمات الصحية يعتمد أساساً على الحالة الصحية للأفراد. إذن هناك علاقة وثيقة بين التأمين الصحي و الحالة الصحية للفرد.

يمكن القول من ما سبق على أن الطلب على الخدمات الصحية بوجه عام هو مثل الطلب على أي سلعة أو خدمة في السوق، يتأثر أساساً بالسعر و هناك محددات أخرى تؤثر فيه. أما بالنسبة للتأمين الصحي الاجتماعي الإجباري، لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى أو توقعات الدخل و الأسعار أي دور يذكر في التأثير على الطلب على تلك الخدمات (المجانية)، و يكون منحني الطلب في هذه الحالة عديم المرونة.

وينقسم سوق التأمين الصحي في الجزائر، إلى تأمين صحي إجباري حكومي، مُسيّر من طرف صناديق التأمين الاجتماعي (CNAS, CASNOS) و تأمين صحي اختياري تجاري، مُسيّر من طرف شركات التأمين المتخصصة في تأمينات الأشخاص، حيث يسيطر التأمين الإجباري بحوالي 97.30 % مقارنةً بالتأمين الاختياري التجاري.

وفي الأخير يجب الإشارة على أن هذا الأخير يقدم للمؤمن لهم أداءات على أساس المصاريف الطبية المدفوعة حقيقةً عكس التأمين الإجباري الذي يطبق تعويضات محددة عن طريق نصوص قانونية، حيث أن هذه التعويضات غالباً ما تكون أقل من المصاريف الحقيقية المدفوعة.

Résumé :

Le but de cette étude est de présenter la théorie économique de l'assurance santé et les mécanismes qui contrôlent la demande et l'offre de ce type d'assurance, et ce, en traitant les déterminants de la demande et les déterminants de l'offre de cette assurance. Ensuite, on a étudié le marché de l'assurance santé avec une vision théorique d'une partie, et la situation du marché de l'assurance santé Algérien d'autre part.

La demande sur l'assurance santé est considérée comme une demande dérivée de la demande des services santé. A cet effet, la demande sur les services santé se base essentiellement sur l'état de santé des individus. Donc, il existe une relation très étroite entre l'assurance santé et l'état de santé de l'individu.

On peut dire, de ce qui précède, que la demande sur les services santé, d'une façon générale, est similaire à la demande du n'importe quel produit ou service sur le marché, elle réagit principalement aux changements des prix et à d'autres déterminants qui influent également sur elle. Mais, pour l'assurance santé sociale obligatoire, il n'y a pas d'influence sur la demande quelque soit le déterminant ; le prix, le revenu, les prix des autres produits et l'anticipation du revenu ou des prix ; dans ce cas la courbe de la demande est inélastique.

Le marché de l'assurance santé en Algérie se divise en deux : assurance santé sociale obligatoire, gérée par les caisses des assurances sociales (CNAS, CASNOS) et une assurance santé facultative commerciale, gérée par les sociétés d'assurances spécialisées dans les assurances de personnes. La dominance de l'assurance obligatoire est nettement claire avec 97,30% par-rapport à l'assurance facultative commerciale. En fin, Il est important de préciser que cette dernière présente des indemnités afférentes aux frais réels déboursés par les assurés, contrairement aux indemnités fournies par les caisses des assurances obligatoires qui se basent sur une indemnité déterminée par des textes réglementaires, cette indemnité en général est au-dessous des frais réels engagés par les assurés.

مقدمة:

يدرس الاقتصاد «عملية المفاضلة أو الاختيار لكيفية استخدام الموارد النادرة، لإنتاج سلع مختلفة و توزيعها بين مختلف فئات المجتمع، و ذلك لاستهلاكها في الحال أو في فترة مستقبلية، و من ثم، فإن جوهر الدراسات الاقتصادية يتمثل أساساً في تحليل النماذج المختلفة لتخصيص الموارد وتكاليف و تحسين و تطوير تلك النماذج و العوائد المكتسبة منها»¹.

من هنا نجد أن تطبيق الاقتصاد على الخدمات الصحية و التأمين الصحي يثير صعوبات خاصة، حيث يصعب تعريف و قياس الخدمات الصحية و غالباً ما يصعب تقييمها. و لكن في الواقع، تختلف

1 : Mooney G.H, Russel R. and Weir R., Choices for health care, A Practical introduction to the economics of healthy provision, Macmillan Ed, U.K. 1986, page 03.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

التغطية التأمينية باختلاف عدد السكان و الخدمة الصحية و التكلفة الطبية التي تغطيها. و تعتبر أي تغطية غير كافية راجعة إلى فرضيتين؛ إما عدم الكفاية الناتج عن عدم كفاية الطلب (عدم كفاية الأموال) لدى المستهلكين لكي يتمكنوا من شراء كمية التأمين الملائمة، أو أنه ناتج عن فشل صناعة التأمين في تقديم تغطية أكثر ملائمة (وهذا ما يميز سوق التأمين الصحي في الجزائر).

في هذا المقال سنتطرق بعرض الأسس النظرية لاقتصاديات التأمين الصحي، حيث نتعرض فيه لجانب الطلب و جانب العرض، بعد ذلك نتعرض لهما معاً عند دراسة سوق التأمين الصحي من الناحية النظرية. بعدها ندرس وضعية سوق التأمين الصحي في الجزائر و محاولة إسقاط نظرية العرض و الطلب على التأمين الصحي من خلال تحليل بعض الإحصائيات المتعلقة بحالة الجزائر.

1- نظرية الطلب على التأمين الصحي:

يعتبر طلب المستهلك على التأمين الصحي، عن كمية التغطية التأمينية التي يرغب في شرائها عند أسعار (أقساط أو اشتراكات) مختلفة. و يشتري المستهلك تغطية تأمينية إضافية إذا انخفض قسط التأمين. فبمجرد حصول المستهلك على تأمين إضافي ما، ينخفض العائد الحدي لزيادة التأمين وهذا بازدياد التغطية التي لديه. إذاً عندما يتساوى العائد الحدي للتغطية الإضافية مع تكلفة شراء ذلك التأمين (العائد الحدي للتغطية الإضافية = تكلفة شراء التأمين الإضافي)، يكون المستهلك قد اشترى الكمية الملائمة من التأمين، بافتراض بقاء الأشياء الأخرى على حالها (بدون تغيير).

تعرف الملائمة من الناحية الاقتصادية بأنها الوضع الذي يساوي فيه العائد الإضافي للتأمين مع التكلفة الحدية لشراء تلك التغطية الإضافية².

كذلك يجب الإشارة، على أن الطلب على التأمين الصحي عبارة عن طلب مشتق من الطلب على الخدمات الصحية. فالطلب على الخدمات الصحية و التأمين الصحي يعتمد أساساً على الحالة الصحية للأفراد. إذن، هناك علاقة وثيقة بين التأمين الصحي و الحالة الصحية، هذا يمثل إحدى الصعوبات عند محاولة التنبؤ بهذا الطلب. فالأفراد يقيمون الحالة الصحية الواحدة بطرق مختلفة، فمثلاً إصابات الركبة قد تسبب نفس الدرجة من الألم لفردين مختلفين و لكن مضاعفاتهما تكون أكبر بالنسبة للاعب كرة القدم المحترف بالمقارنة بأي فرد آخر³.

يختلف الطلب على التأمين الصحي و الخدمات الصحية باختلاف الهيكل العمري للمجتمع. و يمثل الطلب على التأمين الصحي شراء ضرورة، أي شراء غير مرغوب فيه ولكنه ضروري مع هذا. كما تفترض نظرية الطلب أن المستهلك رشيد، و أنه يحقق إشباع من استهلاكه للسلعة، و أن المستهلك يهدف إلى تعظيم الإشباع أو المنفعة الكلية المستمدة من السلع التي يستهلكها.

تفترض كذلك نظرية الطلب أنه، بالنسبة لمعظم السلع و الخدمات، هناك علاقة عكسية بين الكمية المطلوبة و السعر. و بالنسبة للطلب على الخدمات الصحية فهي لا تشذ عن قانون الطلب حيث يكون هناك أيضاً علاقة عكسية بين سعر الخدمة الصحية و الكمية المطلوبة من هذه الخدمة

2 : بول فلديتن، اقتصاديات الرعاية الصحية، ترجمة الدكتور محمد حامد عبد الله، طبع ونشر جامعة الملك سعود، الرياض، 2007، صفحة 187.

3 : MOONEY Gavin, Key issues in health economies, New York, Harvester Wheat sheaf, 1994, P 235.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

من جانب المستهلك. فعندما ينخفض سعر الخدمة الصحية يزداد عدد المرضى الذين يطلبون تلك الخدمة، لأن هناك ذوي الدخل المنخفضة الذين لا يقدرّون على دفع سعر الخدمة الصحية.

كما تفترض نظرية الطلب على التأمين أن كل فرد يريد أن يزيد منفعته. لذلك نقوم بطرح تساؤل محوري وهو لماذا يشتري الفرد التأمين و آخر لا يقوم بشرائه؟ و هنا نجد أن الإطار النظري للتأمين الصحي يستخدم التنبؤ، و يفترض أن كل فرد يريد أن يزيد من منفعته، فالفرد لا يعلم إذا كان سوف يصاب بمرض يؤدي إلى فقد جزء من ثروته في العلاج أم لا، لذلك تفترض النظرية أنه يختار بين أمرين هما:

- أن يقوم المستهلك أو طالب الخدمة بشراء التأمين، و بذلك يتحمل خسارة قليلة

(la franchise)، و الحصة الكبيرة من الخسارة تكون على عاتق هيئة التأمين.

- أن لا يشتري المستهلك التأمين، و يتحمل كل الخسارة لوحده (أي يقوم بشراء الخدمة الصحية مباشرة عند الحاجة إليها). هذا يعني مواجهة الاحتمال الأصغر و الخسارة الكبيرة في حالة وجود المرض، أو الاحتمال الأكبر لعدم حدوث مرض وعدم وجود خسارة.

باستخدام المنفعة، كما ناقشها فريدمان و سنج M. Friedman & L. Sanage، يفترض أن المستهلك يقوم بإرساء اختياره على واحدة من البدائل المتاحة، وفقاً لأولويات البدائل الخاصة به، و يتم ترتيب تلك الاختيارات حسب أهميتها⁵.

بناءً على هذا نجد أن المستهلك لديه اختياران، هما:

- أن يضحي بجزء من ثروته و ينتقل إلى مستوى منفعة أقل مقابل شراء التأمين (بدفع قسط التأمين).

- أن يقوم بالمخاطرة و يُبقى ثروته كاملة و يظل عند مستوى منفعة مرتفع و لا يقوم بشراء قسط التأمين. و ذلك مع المخاطرة، أي في حالة حدوث مرض يؤدي إلى انخفاض ثروته بشكل كبير و انتقال المنفعة إلى مستوى منخفض.

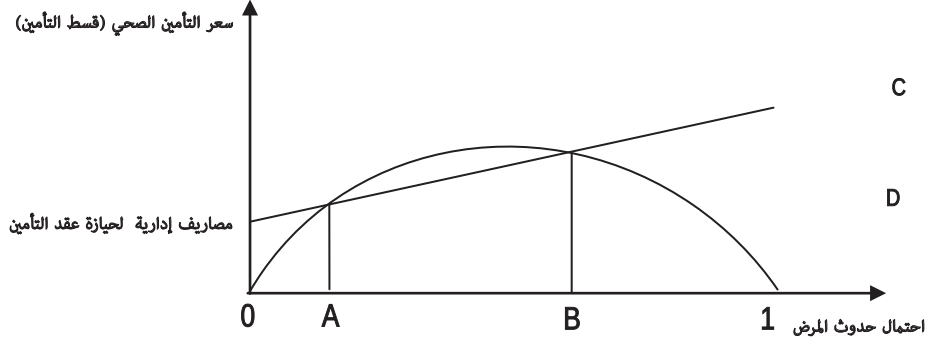
كما نجد أنه كلما انخفض سعر التأمين كلما زاد الطلب عليه، لأن سعر التأمين في هذه الحالة لن يؤدي إلى انخفاض المنفعة بشكل كبير يؤثر على الفرد. و يمكن توضيح العلاقة بين سعر التأمين و حجم الطلب عليه من خلال الشكل التالي:

4 : MOONEY Gavin, 1994, Pages 246 - 252

5 Paul. J. Feldstein, PhD, Health care economics, FHP Foundation chair in health care Management, Gradual School of Management, University of California Irvine, California, 1988, Page 114.

الشكل رقم: 01

العلاقة بين سعر التأمين و حجم الطلب عليه.



المصدر: من إعداد الباحث.

- يمثل المحور العمودي سعر التأمين أو قسط التأمين = القسط الصافي + مصاريف إدارية لحيازة عقد التأمين.

- يمثل المحور العمودي احتمال حدوث المرض، و هو محصور بين [0 و 1] .

- المنحنى C يمثل العلاقة التالية: كلما زاد احتمال حدوث المرض كلما زاد قسط التأمين.

- المنحنى D يمثل المبالغ التي يرغب المستهلك دفعها لشراء التأمين (و يعتقد أنها تحقق له مستوى معين من المنفعة).

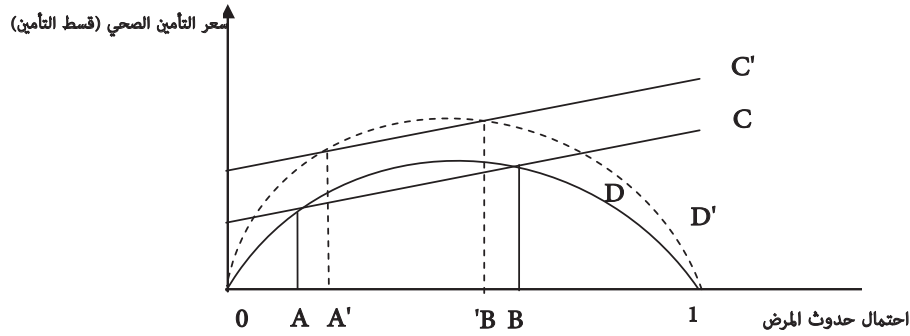
يتقاطع المنحنى C مع المنحنى D في النقطتين (A و B)؛ بين هاتين النقطتين يكون المستهلك في وضع أفضل، أي في مستوى منفعة أعلى، لأن السعر الذي يجب أن يدفعه لشراء التأمين أقل من الذي يرغب في دفعه (لما يكون احتمال حدوث المرض يقع بين A و B).

أما المجال بين النقطتين (A و 0): يكون السعر، الذي يجب أن يدفعه، أكبر من الذي يرغب في دفعه للحوادث التي يكون احتمال وقوعها ضعيف. في هذه الحالة نتوقع أن لا يشتري المستهلك التأمين الصحي للأمراض ذات الاحتمال الضعيف.

أما المجال بين النقطتين (B و 1): يكون السعر الذي يجب أن يدفعه كبير جداً بالنسبة للسعر الذي يرغب في دفعه للحوادث التي يكون احتمال وقوعها كبير. في هذه الحالة نتوقع أن لا يشتري المستهلك التأمين الصحي لأن المنفعة هنا أقل من تكلفة التأمين.

الشكل رقم: 02

العلاقة بين سعر التأمين و حجم الطلب عليه (في حالة ارتفاع سعر التأمين).



المصدر: من إعداد الباحث

إذا ارتفع سعر التأمين من C إلى C' : نلاحظ أن المستهلك يطلب تغطية تأمينية أقل ($B'A' < AB$). فسعر التأمين الأعلى يجعل السعر الجديد يزيد عن سعر التأمين الذي يرغب المستهلك في دفعه للتأمين.

بغض النظر عن احتمال وقوع الحدث، سيكون المستهلك في وضع أسوأ إذا كان عليه أن يدفع قسط للتأمين أعلى من ما يرغب في دفعه. أما إذا كان حجم الخسارة كما هو موضح في المنحنى D'، أكبر من الخط C'، فإنه سيشتري التأمين ضد تلك الخسارة المحتملة. و عليه، كلما ازداد سعر التأمين، سيكون من غير المحتمل أن يؤمن المستهلك ضد بعض الحوادث. وهذه العلاقة العكسية بين كمية التأمين المطلوبة و سعر التأمين، هي بمثابة دالة للطلب على التأمين.

لتلخيص نظرية الطلب على التأمين الصحي لابد من الأخذ بعين الاعتبار نقطتين أساسيتين:

- العوامل التي تؤثر على الطلب على التأمين الصحي.
- أثر الرفاهية على إقبال الأشخاص على شراء التأمين الصحي (هل سيكون المؤمن له على صحته في وضع أفضل أم أسوأ؟).

1-1- العوامل المحددة للطلب على التأمين الصحي:

زيادة على السعر، توجد عوامل عديدة تحدد مستوى الطلب على التأمين الصحي في السوق، وهي تلك العوامل التي تؤثر في قرارات المستهلكين الشرائية، و قد تؤثر في اتجاهاتهم الاستهلاكية. و من أهم هذه العوامل:

- أ- مدى حرص الفرد على استبعاد المخاطر⁶: إذا كان للفرد منفعة متزايدة، سيكون راغباً في دفع مبلغ إضافي لشراء التأمين الصحي.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

ب- احتمال وقوع الحدث (المرض): كما هو موضح في الشكل رقم:01، أن المستهلك لا يشتري التأمين الصحي للحوادث ذو الاحتمال الضعيف بسبب قلة منفعتها، و لا الحوادث ذو الاحتمال الكبير بسبب تكلفتها الكبيرة. إذن يفضل المستهلك شراء التأمين ذات الاحتمال المتوسط لمنفعتها و كثرة وقوعها.

ت- حجم الخسائر: كلما زاد حجم الخسائر المتوقعة، كلما ازداد مبلغ قسط التأمين الذي يكون الفرد راغباً في دفعه⁷.

ث- الدخل: تتوقف كمية السلع و الخدمات التي يستطيع الفرد شرائها على دخله الحقيقي، ومن بين هذه السلع و الخدمات، الخدمة الصحية متضمنة التأمين الصحي، فكلما ارتفع دخل الفرد زادت قدرته على دفع قيمة التأمين الصحي و الاشتراك فيه و العكس في حالة انخفاض دخل الفرد.

ج- سعر التأمين: كلما ارتفع سعر التأمين انخفض الطلب على التغطية التأمينية، أو بمعنى آخر قلّت الحوادث التي يؤمن الفرد ضدها.

ح- أسعار السلع الأخرى: يتأثر الطلب على سلعة ما بالتغير في أسعار السلع الأخرى، و لكن يتحدد اتجاه و مقدار هذا الاتجاه بطبيعة السلعة التي تغىّر سعرها بالنسبة لسعر السلع الأخرى. في هذا الصدد نجد نوعين من السلع:

السلع البديلة: يتأثر كذلك حجم الطلب على التأمين الصحي بالزيادة أو بالنقصان بسبب الخدمات الصحية البديلة، إذن قد يكون أكثر من نوع واحد للعلاج لمرض معين، فإذا كانت جميع هذه الطرق على نفس القدر من الفاعلية، يُمكن أن تُتخذ القرارات على أساس السعر و على أساس الملائمة كذلك.

فيجب مراعاة مدى إمكانية الإحلال بين الخدمات في مجال الخدمات الصحية، فهو يعتمد على العوامل، منها التكنولوجيا المتاحة و القواعد التي تحدد نطاق الأنشطة التي يؤديها مختلف أفراد الهيئة الطبية و الذي يطلق عليها «الملائمة»، فإذا ارتفع العلاج، مع ثبات الأشياء الأخرى، فإن الطلب عليه سينخفض، في حين سيرتفع الطلب على العلاج البديل⁸.

السلع المكملّة: هي السلع التي تُستخدم عادة معاً، بحيث أن زيادة استهلاك إحداها يتضمن زيادة استهلاك الأخرى و العكس. فنجد في مجال الخدمات الصحية خدمات عديدة متكاملة طبيعتها، فمثلاً زيادة عدد العمليات الجراحية سيربط بزيادة الطلب على المستشفيات و العيادات و خدمات الإقامة و الأدوية و خدمات التمريض. و بالتالي زيادة حجم الطلب على التأمين الصحي.

خ- الأذواق: يمكن أن يؤدي تغيّر أذواق و تفضيلات المستهلكين إلى انتقال منحنيات الطلب مع مرور الزمن. بينما يعتمد قدر كبير من التطور في الخدمات الصحية على أدلة البحوث العلمية، فإننا غالباً ما نجد أن هذه الأدلة تُحدث تغيّرات في غُط العلاج، و تزيد من الثقافة الصحية لدى الأفراد، وبالتالي تُغيّر من أذواقهم، إذن كلما تغيّرت الأذواق لصالح سلعة أو خدمة معينة زاد الطلب عليها، و كلما تغيّرت الأذواق في غير صالح سلعة أو خدمة معينة انخفض الطلب عليها.

7 : بول فلديستين، صفحة 199

8 : طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة الزقازيق، مصر، 2000، ص 95-94

سوق التأمين الصحي في الجزائر

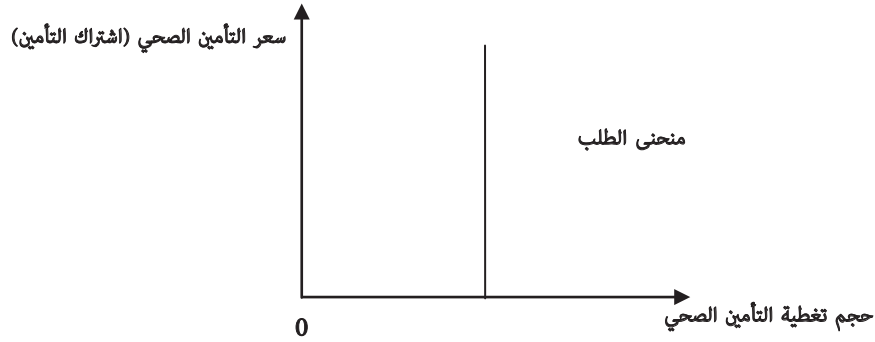
د- حجم و هيكل السكان: أي تغير في حجم أو هيكل السكان، سيحدث انتقال مقابل لذلك في منحنيات الطلب على العديد من السلع و الخدمات و منها الطلب على الخدمات الصحية وبالتالي الطلب على التأمين الصحي.

2-1- خصائص الطلب على التأمين الصحي الاجتماعي الإجمالي (الحكومي):

عندما تقدم الخدمات الصحية مجاناً، لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى أو توقعات الدخل و الأسعار، أي دور يذكر في التأثير على الطلب على تلك الخدمات المجانية، و يمكن توضيح الكمية المطلوبة بنقطة على المحور الأفقي، شكل منحنى الطلب مقابل للسعر صفر أي أن منحنى الطلب في هذه الحالة يكون عديم المرونة.⁹ يأخذ منحنى طلب التأمين الصحي الإجمالي شكل خط عمودي على المحور الأفقي مما يوضح أنه عديم المرونة بالنسبة للسعر:

الشكل رقم : 03

منحنى طلب التأمين الصحي الاجتماعي الإجمالي بالنسبة لسعر التأمين.



المصدر: من إعداد الباحث

يمكن تلخيص ما سبق على أن الطلب على الخدمات الصحية بوجه عام هو مثل الطلب على أي سلعة أو خدمة في السوق، يتأثر أساساً بالسعر و هناك محددات أخرى تؤثر فيه، أما بالنسبة للتأمين الصحي الاجتماعي الإجمالي، فهناك محددات مختلفة تؤثر على الطلب غير السعر، و لكن قد يضطر الفرد في بعض الأحيان إلى اللجوء لبدائل التأمين الصحي إما بسبب عدم دخولها تحت القائمة المقبولة للتعويض من قبل صناديق التأمين الاجتماعي، أو لعدم توافرها.

2- نظرية العرض على التأمين الصحي:

يتمثل العرض السوقي للسلعة في إجمالي الكميات التي يعرضها المنتجون للبيع، و يفترض الاقتصاديون عادة أن المنتجين يهدفون إلى تعظيم أرباحهم، و لكن هناك أهداف أخرى محتملة مثل تعظيم العائد و الناتج أو حصة السوق، هذا ما يسعى إليه أساساً عارضي التأمين الصحي التجاري. أما

9 : طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص 118.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

بالنسبة للتأمين الاجتماعي الإجباري (الخاص بصناديق التأمين الاجتماعي) الهدف هنا هو تحقيق أكبر فاعلية للتكاليف التي تُحمّل لتوصيل الخدمة الصحية¹⁰.

2-1- محددات عرض التأمين الصحي:

إن تقديم أي خدمة أو سلعة يتحقق في إطار عملية إنتاجية، و العلاقة الموجودة بين الناتج و تلك السلعة أو الخدمة يكون على أساس المدخلات المستخدمة في إنتاجها. وهناك بعض مواصفات عوامل الإنتاج الطبي التي تؤثر على التكاليف و حجم التأمين الصحي المتوفر: المحددات القانونية و التقدم التقني.

أ- المحددات القانونية:

في مجال الخدمات الصحية هناك عدد من المحددات القانونية على الوظائف التي يقوم بها المتخصصون في تقديم الخدمات الطبية، حتى إذا كان أي من العاملين في المجال الصحي قادر عليها، فمثلا في مجال تقسيم العمل و التخصص، لا تقدر الممرضة على القيام بعمل الطبيب و إن كانت قادرة على أداءه في بعض الأحيان، لأن ذلك يعتبر انتهاكاً لقوانين ممارسة العمل، و آثار تلك المحددات القانونية هي تحديد درجة التبادل بين عناصر الإنتاج. و نجد أن متخذ القرار غير قادر قانونياً على إدماج المدخلات، و لكن القانون يحدد مدى إمكانية حدوث تبادل تلك المدخلات لإنتاج مستوى معين من الناتج. و من هنا نجد أنه في بعض الأحيان المحددات القانونية قد تؤدي إلى رفع التكاليف (في حين لا ينتج عن ذلك التبادل أي تقليل في جودة الخدمة الصحية المقدمة) من هنا نجد أن بعض المحددات القانونية قد تؤدي في بعض الأحيان من رفع تكاليف عرض الخدمات الصحية مما يوضح سبب من أسباب رفع تكاليف الرعاية الصحية.

ب- التقدم التقني:

إن التقدم التقني في إنتاج الخدمة الصحية غالباً ما ينتج عنه استخدام متزايد في المدخلات، في حالة إعطاء رعاية أكثر للمريض مع احتمال أكبر لإنتاج ناجح، أو قد ينتج عن التقدم التقني تقليل استخدام إحدى المدخلات وهي الخدمات الإستشفائية و استخدام أدوية جديدة مما يقلل من استخدام العلاجات في المؤسسات الإستشفائية (الأكثر تكلفة)، هذا يؤدي إلى تقليل تكلفة الرعاية الصحية. لتحديد توليفة المدخلات (المقصود هنا بالمدخلات: الأطباء و الممرضين و الأجهزة الطبية المستخدمة والمستشفيات و العيادات والأدوية، أي كل ما يدخل في علاج المريض) الأقل تكلفة لابد من أن نعرف بعض المعلومات التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- معرفة الزيادة الحدية في الرعاية الصحية كل مرة نزيد فيها نوع من مدخلات الرعاية الصحية.
- العمل بقانون تناقص الغلة، و الذي ينص على أنه بعد نقطة محددة فإن الإنتاج الحدي يتناقص. هذا القانون ينطبق أيضاً بالنسبة لمدخلات الخدمات الطبية فزيادة إحدى المدخلات وبقاء المدخلات الأخرى ثابتة فإن ذلك يؤدي إلى تناقص الإنتاج الحدي بالنسبة

10 : A. Mc Guire, J. Henderson and G. Mooney, The Economics of health care, An introductory text, London Routed, 1988, Page 251.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

للخدمات الطبية، أي أنه لابد من زيادة جميع المدخلات، و ليس مدخل واحد فقط، فلا بد من معرفة نسبة الزيادة في جميع المدخلات حتى يعمل متخذ القرار على توليفة من جميع المدخلات، دون زيادة إحدى المدخلات و يؤدي إلى خفض الإنتاج الحدي.

- تحديد أسعار المدخلات المختلفة المستخدمة في الرعاية الصحية، بالإضافة إلى معرفة الإنتاجية الخاصة بكل مدخل و تكلفتها.

هذه المعلومات ستحدد أي توليفة من المدخلات يمكن استخدامها لتقديم مستوى محدد من المخرجات. بالإضافة إلى المعلومات التي يجب توفرها عن المدخلات و أسعارها، و لكي تزيد من حجم الخدمات لابد من إيجاد المزيد من الموارد لإدخالها في الإنتاج. و يكون العرض أكثر مرونة في حالة القدرة على التغيير في المدخلات و إيجاد بدائل لها.

نجد أن تحقيق مستوى عالٍ من الجودة الاقتصادية (أي تقديم رعاية صحية جيدة بأقل تكلفة ممكنة) للإنتاج يتطلب أن يقوم متخذو القرار باستخدام معلوماتهم عن الإنتاجية لمدخلاتهم وأسعار هذه الأخيرة، لتقديم المنتج بأقل تكلفة. و نجد أيضاً أنه في مجال الرعاية الصحية، قد يكون لمتخذي القرار أهداف أخرى بخلاف تقليل التكاليف. و بالإضافة لذلك فإن أسعار المدخلات المستخدمة في الإنتاج قد لا يتم الالتزام بها. إذا كان هناك دعم من الحكومة لبعض المدخلات مثل معدات المستشفى أو برامج التعليم لبعض الفئات من الأيدي العاملة، فإنه يمكن تقليل أسعار المدخل المدعم و يمكن استخدام غالبيته في الإنتاج حيث انه أرخص بالنسبة لمتخذي القرار.

ومن هنا نجد أن أهداف متخذي القرار قد تختلف بالنسبة إلى تقليل التكاليف و في هذه الحالة يكون منحى العرض للرعاية الصحية منخفض المرونة بمعنى أنه مع زيادة التكاليف لا يؤدي إلى خفض العرض.

2-2- تقييم الفاعلية الاقتصادية في الإنتاج:

إن فكرة الفاعلية الاقتصادية تتصل بجانب العرض و الطلب لأي صناعة أو نشاط اقتصادي، و عندما تتم عملية تقييم الفاعلية الاقتصادية فإننا نهتم بأي معدل وصل المنتج إلى أقصى حد له. إن الفاعلية الاقتصادية للطلب تتصل بالفاعلية الاقتصادية للعرض من خلال الأسعار¹¹.

وبالنسبة للتأمين الصحي فنجد أن الفاعلية الاقتصادية قد تظهر في ناتج الرعاية الصحية المقدمة، والسبب هو أن سعر الخدمات الطبية ومكوناتها الأخرى تتغير نتيجة لوجود تغطية التأمين الصحي والخصم الضريبي من أقساط التأمين و الحوافز التي يحصل عليها الطبيب، والذي لا يقوم بتقليل مصاريف العلاج على المريض و لأن ليس هناك أي حافز لتقليل التكاليف العلاجية حتى و إن أمكن ذلك، وهذه النقطة تعتبر إحدى عيوب التأمين الصحي الاجتماعي الإجباري.

نلاحظ أنه كلما كانت مرونة العرض كبيرة فإن الكثير من الزيادات في المصاريف الكلية تذهب

11 : R. D. Peterson & C. R. Macphee, Economic Organisation in medical Equipment and supply, London, Lextion Book, 1983, Pages 221-224.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

إلى الخدمات الطبية المتزايدة، في حين، في حالة العرض غير المرن فقد تكون الزيادة في الأسعار يقابلها انخفاض في الخدمات و بذلك تصبح تكاليف ميزانية التأمين الصحي الوطني أكبر، أي أن كلما كان العرض عديم المرونة تقل الخدمات الصحية بسبب التكاليف، و تقل جدوى برامج التأمين الصحي و شموليته¹².

ومن هنا فإن الفاعلية الاقتصادية من جانب العرض على الخدمات الطبية سوف تؤثر على متخذي القرار بالنسبة لنوعية برامج التأمين الصحي على المستوى الكلي. و بتحليل مرونة عرض الخدمات الطبية، فمن المحتمل التنبؤ، أكثر دقة، بالأثر على الأسعار و مصاريف برامج زيادة الطلب و لتقييم الأداء الخاص بمقدمي الخدمات الطبية، فمن الممكن تقليل التكاليف عن طريق ترشيد عملية تقديم الخدمة لتقليل نفقاتهم دون التأثير على الأداء الطبي.

كما نجد أن هناك عوامل تؤثر على مرونة العرض السعرية منها¹³:

- مدى سهولة تحويل عوامل الإنتاج بين الاستخدامات الحالية.

- تكلفة و مدى توفر عوامل الإنتاج الإضافية.

- الفترة الزمنية.

من أهم هذه العوامل المذكورة فوق، في تحديد مرونة العرض، هي الفترة الزمنية المتضمنة، فيما أن العرض عبارة عن تدفق، فبالتالي فإن زيادة معدل الإنتاج قد يتطلب زيادة حجم الهياكل الإستشفائية و كمية المعدات المستخدمة وقوة العمل. وكل هذه الأشياء تتطلب وقتاً، و هكذا نجد أن عرض العديد من الخدمات غير مرن في الأجل القصير. إذ أن تدريب الأطباء يستغرق عدة سنوات، أي أن عرض الأطباء غير مرن في الأجل القصير، و لكنه يصبح أكثر مرونة في الأجل الطويل.

3- سوق التأمين الصحي:

من بين العوامل الأساسية المؤثرة على الطلب الكلي على التأمين الصحي (كما سبق ذكرها) نجد: سعر التأمين، احتمال الخسارة، نسبة الخسارة، دخل المستهلك. كما نجد في حالة التأمين الصحي الإجباري أنه ينخفض تأثير السعر على طلب التأمين، أما بالنسبة للعرض فنجد أن الطبيب العام أو الأخصائي، في حالة التأمين الصحي، يقوم بشراء المستلزمات الطبية نيابة عن المستهلك و عادة ما يكون أهداف هؤلاء المشتركون (الطبيب العام و الأخصائي) غير واضحة. فإذا كان الهدف يتمثل في تعظيم المنفعة الحدية أو المكاسب الصحية فهنا يجب تخصيص الإنفاق بطريقة تجعل المنفعة الحدية متساوية مع الخدمات التي يتم شرائها¹⁴.

في حالة تقديم الخدمات الصحية في إطار سوق تنافسية، هنا تتحقق الكفاءة الاقتصادية من جانب الطلب و العرض، ولكنها تتراجع مع عدم توفر شروط السوق التنافسية. و من أهم هذه الشروط:

- أن يكون المستهلكون لديهم معلومات كاملة (حول الخدمات و الأسعار)،

12 : Paul J. Feldstein, op, cit, pp 133-135

13 : طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص 124

14 : Paul J. Feldstein, op, cit, pp 143-145

سوق التأمين الصحي في الجزائر

- أن تكون هناك حرية كاملة في تحرك الموارد.
- لكن في مجال الخدمات الصحية هذه الشروط غير متوفرة، حيث أن:
- المستهلكين تنقصهم المعلومات المتعلقة بالتشخيص الطبي، و حاجات العلاج و نوعية مقدمي الخدمات و مدى خبرتهم،
- هناك حواجز في انتقال الموارد، و التي تتمثل أساساً في القيود المفروضة على المهام المسموح بأداؤها لكل مهنة طبية، و شروط الدخول إلى المهن الصحية.
- بوجود التأمين الصحي في سوق الخدمات الصحية، هذا يؤدي إلى تخفيض للتكاليف الخدمات الصحية بالنسبة للمرضى، هذا بسبب شراء غطاء تأميني باشتراكات التأمين، وشراء أصحاب الأعمال للتأمين كمنفعة إضافية غير خاضعة للضرائب بالنسبة للعاملين لديهم. كذلك اعتماد مقدمي الخدمات الصحية يزيد عندما يكون مدعماً سواء من الحكومة أو من خلال الإعفاءات الضريبية على التأمين الصحي.
- أخيراً و من خلال تحليل للنظرية الاقتصادية للتأمين الصحي، التي تم عرضها سابقاً، نستطيع أن نقول أن التأمين الصحي يتكوّن من التأمين الصحي الإجباري و التأمين الصحي التجاري. هذان الأخيران يمثلان هيكل العرض و الطلب في سوق الخدمات الصحية و التأمين الصحي.
- يتضح من خلال هذا العرض لنظرية التأمين الصحي، أن تقييم التأمين الصحي يكون من خلال تحليل التكلفة و فاعلية التكاليف، فيجب معرفة حجم التكاليف التي يتمّ تحملها بالنسبة للعائد منها.

4- وضعية سوق التأمين الصحي في الجزائر:

يتكون سوق التأمين الصحي في الجزائر من تأمين إجباري لدى صناديق التأمين الاجتماعي، و تأمين تجاري اختياري لدى شركات تأمينات الأشخاص.

1-4- أهم التغطيات أو منتجات التأمين الصحي:

من أهم تغطيات التأمين الصحي الإجباري¹⁵ (CNAS, CASNOS) نجد:

- تأمين المرض،
- الأمومة،
- العجز،
- حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- و يتمثل التأمين الصحي التجاري في مجموعة من العقود تنتمي إلى فرع تأمينات الأشخاص، و تتكون أساساً من:

- التأمين على الحوادث الجسمية،
- التأمين على المرض،

15 : Le système de sécurité sociale en Algérie, Mohamed Réda ROUABHI, Dar El Othmania, Alger, Page 61

سوق التأمين الصحي في الجزائر

- تأمين المساعدة الطبية أثناء السفر (Assistance Voyage)،
- تأمين الاحتياط الجماعي.

4-2- التشكيلة الحالية لسوق التأمين الصحي الجزائري:

يتكون قطاع للتأمين الصحي من:

- صندوق للتأمين الاجتماعي الإجباري:
- الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للأجراء CNAS،
- الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS .

• سبعة (07) شركات تجارية متخصصة في التأمينات على الأشخاص:

- كاراما ¹⁶ CAARAMA.
- تأمين لايف الجزائر ¹⁷ TAAMINE LIFE ALGERI, TALA
- شركة التأمين للإحتياط و الصحة ¹⁸ SAPS .
- مصير للحياة ¹⁹ MACIR-VIE.
- أكسا الجزائر للتأمين على الحياة AXA Algérie Assurances Vie .
- موتويالست Le Mutualiste.
- كارديف الجزائر Cardif El Djazair.

يتكون سوق التأمين التجاري على الأشخاص في الجزائر، في غالبيته، من تأمينات جماعية موجهة للعمال. و هذا السوق ضعيف جداً مقارنة مع ادخار العائلات، حيث بلغت نسبة التأمين على الأشخاص من مجموع الادخار ²⁰ 0.14 % سنة 2010. و لهذا نجد أن شركات التأمين تعي تمام الوعي ضرورة الاستثمار في هذا النوع من التأمين الطويل المدى.

و في نفس السياق أدرجت أغلب شركات التأمين، في الجزائر، في إستراتيجياتها المستقبلية طرح منتجات جديدة في السوق تخص التأمين على الأشخاص، وهذا بالاستفادة من تجارب الدول الأخرى المتطورة في هذا المجال عن طريق الشراكة.

من المنتظر أن يكون هناك تطور هام في التأمين على الأشخاص في الجزائر. و حسب التوقعات يهدف سوق التأمين على الأشخاص تحقيق نسبة 10 % من الادخار العائلي في سنة 2015. يبقى هذا ممكن إذا استطاعت شركات التأمين تقديم عرض ملائم يتجاوب مع حاجيات المؤمن لهم.

16 : شركة فرعية لشركة CAAR La

17 : شركة فرعية لشركة CAAT. La

18 : شركة فرعية ناتجة عن الشراكة بين الشركتين : La SAA et MACIF.

19 : شركة فرعية لشركة CIAR La

20 : بلغ الادخار الصافي لسنة 2010 حوالي 5222 مليار دينار جزائري، حسب العدد 609 ، سبتمبر 2012 ، المديرية التقنية المكلفة بالمحاسبة الوطنية، الديوان الوطني للإحصائيات.

سوق التأمين الصحي في الجزائر

4-3- هيكلية سوق التأمين الصحي الإجباري و التجاري الاختياري.

الجدول رقم 01: تطور التأمين الصحي الإجباري و الاختياري.

الوحدة : ملايين الدينارات

2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	البيان
229 759	206 087	164 182	141 789	127 412	114 018	101 564	اشتراكات التأمين الإجباري
5 760	5 430	3 547	3 045	2 602	2 081	1 405	التأمينات التجارية على الأشخاص
2,51%	2,63%	2,16%	2,15%	2,04%	1,83%	1,38%	نسبة التأمينات التجارية على التأمينات الإجبارية.

المصدر: تقرير رقم 27 حول الإحصائيات الجزائرية، أفريل 2011، الديوان الوطني للإحصائيات، ص209، المجلس الوطني للتأمينات CNA، يوم دراسي حول تأمينات الأشخاص، واقع و أفاق، 18 ديسمبر 2012، مقر المجلس.

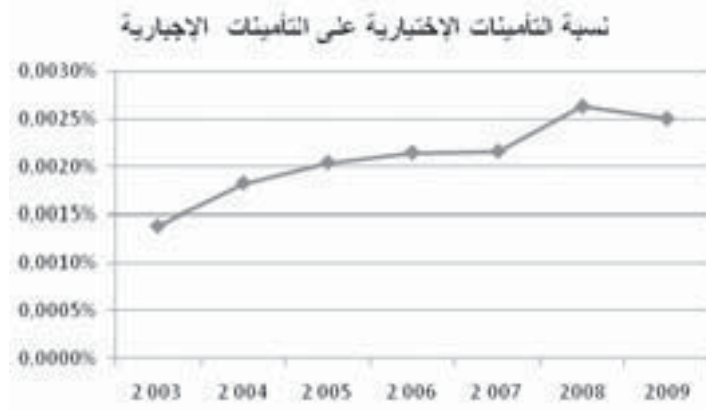
كما يبدو من خلال الجدول أن التأمينات الاختيارية تمثل أقل من 02.70% من التأمينات الإجبارية، هذه النسبة ضعيفة جداً، حيث نستطيع القول أنه لا يوجد تأثير يذكر للتأمينات الاختيارية على العرض الكلي في سوق التأمين الصحي.

وبالتالي هذه الحالة، أي طغيان التأمين الصحي الإجباري على السوق الكلي بحوالي 97.30% ، تؤدي إلى استنتاج أنه عندما تقدم الخدمات الصحية مجاناً، لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى أو توقعات الدخل و الأسعار، أي دور يذكر في التأثير على الطلب على تلك الخدمات المجانية، و يمكن توضيح هذا بالرجوع إلى الشكل (رقم : 03) حيث أن الكمية المطلوبة تمثل بنقطة على المحور الأفقي و يكون شكل منحنى الطلب مقابل للسعر صفر أي أن منحنى الطلب في هذه الحالة يكون عديم المرونة.

إذن يأخذ منحنى طلب التأمين الصحي شكل خط عمودي على المحور الأفقي مما يوضح أنه عديم المرونة بالنسبة للسعر (كما هو مبين في الشكل رقم 03).

سوق التأمين الصحي في الجزائر

الشكل رقم 04 :



المصدر: من إعداد الباحث

بالرغم من ضعف التأمينات الاختيارية مقارنةً بالتأمينات الإجبارية، فإن مستقبل هذا النوع من التأمينات (الاختيارية) يعطي نظرة أكثر تفاؤلية، حيث توقعات السوق تشير إلى تطور في نسبة التأمينات الاختيارية خلال السنوات السبعة، كما هو مبين في الجدول رقم 01 و في الشكل رقم 04. كما يجدر الإشارة هنا أن سوق تأمينات الأشخاص يمكنه تحقيق 50 مليار دينار جزائري على مدى العشر سنوات المقبلة²¹.

الخاتمة:

تتمثل أهم النتائج التي توصلنا في إليها هذا البحث فيما يلي:

- سيطرت التأمين الصحي الإجباري ب 97.30% مقارنة مع التأمين الصحي الاختياري. وجود سوق كامنة للتأمين الصحي الاختياري، يجب استغلالها.

- تطور إيجابي في نسب الزيادة للتأمينات الاختيارية، خلال فترة الدراسة (من 2003 إلى 2009).

- ضرورة تطوير نظام التأمين الصحي الاختياري، لفعاليته في تلبية حاجيات المستهلكين مقارنة مع نظام التأمين الصحي الإجباري، و التي تخضع فيه التعويضات لقوانين تجعلها أقل من التعويضات الفعلية.

أما التوصيات الأساسية لهذه الدراسة، نستطيع تلخيصها فيما يلي:

- تحسين نوعية الخدمة التأمينية، وهذا بأخذ كل التدابير التي تهدف إلى تلبية حاجيات المؤمن لهم (إدخال في التغطية كل الطرق و الممارسات الجديدة في العلاج، بمتابعة كل المستجدات في المجال الصحي).

21 : Revue de l'Assurance N°2, deuxième semestre 2012, édité par le Conseil National des Assurances CNA, Page 32

سوق التأمين الصحي في الجزائر

- وضع برامج ترويج و إعلام المستهلكين بمختلف أنواع منتجات التأمين الصحي المتوفرة.
- توسيع شبكات توزيع منتجات التأمين الصحي.
- تقديم للمؤمن لهم تعويضات على أساس المصاريف الطبية المدفوعة حقيقياً و تفادي تطبيق الأداءات المعتمدة لدى صناديق الضمان الاجتماعي.
- أخذ كل التدابير التي تهدف إلى تلبية حاجيات المؤمن لهم (إدخال في التغطية كل الطرق و الممارسات الجديدة في العلاج، بمتابعة كل المستجدات في المجال الصحي).
- و من هنا يستلزم دفع ثمن تحول عميق مستوحى من تقارب تجاري محض (لتطوير وغزو هذا السوق). حيث تستطيع فيه شركات تأمين الأشخاص تغيير الوضعية الحالية للقطاع إلى وضعية أحسن.

المراجع باللغة العربية:

بول فلدستين، اقتصاديات الرعاية الصحية، ترجمة الدكتور محمد حامد عبد الله، طبع ونشر جامعة الملك سعود، الرياض، 2007.

طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة الزقازيق، مصر، 2000.

المراجع باللغات الأجنبية:

GUIRE A. Mc, J. Henderson and G. Mooney, The Economics of health care, An introductory text, London Routed, 1988.

FELDDSTEIN Paul. J., PhD, Health care economics, FHP Foundation chair in health care Management, Gradual School of Management, University of California Irvine, California, 1988.

MOONEY Gavin, Key issues in health economies, New York, Harvester Wheat sheaf, 1994.

PETERSON R. D. & MACPHEE C. R., Economic Organisation in medical Equipment and supply, London, Lextion Book, 1983.

ROUABHI Mohamed Réda, Le système de sécurité sociale en Algérie, Dar El Othmania, Alger, Page 61.

RUSSEL R. and WEIR R., MOONEY G.H , Choeces for health care, A Practical introduction to the economics of healthy provision, Macmillan Ed, U.K. 1986.

الدوريات و المجلات و التقارير:

تقرير حول الحسابات الاقتصادية من 2000 إلى 2011، العدد 609، سبتمبر 2012، المديرية التقنية المكلفة بالمحاسبة الوطنية، الديوان الوطني للإحصائيات.

تقرير خاص بيوم دراسي حول تأمينات الأشخاص، واقع و أفاق، 18 ديسمبر 2012، المجلس الوطني للتأمينات CNA، المكان: مقر المجلس.

تقرير رقم 27 حول الإحصائيات الجزائرية، أبريل 2011، الديوان الوطني للإحصائيات.
Revue de l'Assurance N°2, deuxième semestre 2012, édité par le Conseil National des Assurances CNA.