

الاتجاهات الحديثة لترشيد الإنفاق الصحي

دراسة حالة الجزائر

Modern trends of rationalization of health expenditure
Case study of Algeria

بوقناديل محمد، علي دحمان محمد

أستاذ محاضر 'أ'، المركز الجامعي لعين تموشنت (الجزائر)، mohakmed.bouKnadil@yahoo.fr

أستاذ مساعد 'ب'، المركز الجامعي لعين تموشنت (الجزائر)، mohammedali84hotmail.fr

الملخص:

لقد شهدت فاتورة العلاج في الجزائر تطورا كبيرا وتناميا واسعا، تطورت بتطوره عجلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد، وأضحت أرقام هذا القطاع في مجال الإنفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة ويلاحظ إلى أن هذا التزايد في الإنفاق الصحي لم يصاحبه تزايد مماثل في المردود ولا في تحسين الحالة الصحية بالبلاد.

ففي قطاعات أخرى من الاقتصاد الوطني فان تزايد الأنفاق بالخصوص إذا كان سريع فانه يعبر دوما على رواج وديناميكية النشاط لهذا القطاع، فهو يعتبر عاملا ايجابيا، فلماذا في ميدان الصحة لا يعتبر هذا كقطاع محرك للاقتصاد، خالق للعمالة والدخل ومشجع إضافي لرفاهية الأفراد وسعادتهم من جهة، ومن جهة ثانية لماذا التزايد في الأنفاق الصحي الذي يعبر عن جهد اجتماعي أصبح اليوم محل انشغال كبير للسلطات العمومية والخبراء والرأي العام؟

إن احتواء التكاليف الصحية يجب أن يصبح شعار وهدف المرحلة المقبلة و ذلك من خلال ضرورة الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيآت المانحة وهذا بمنظار: الفعالية والعدالة والعقلنة، أمرا لا بد منه، وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية.

الكلمات المفتاح : القطاع الصحي، المؤشرات الصحية، الكفاءة، الإنفاق الصحي.

Abstract:

The bill of treatment in Algeria has witnessed a great development and a wide growth, developed by the development of the social and economic development in the country, and the figures of this sector in the field of spending affect the balance of some other sectors contributing to its funding as well as the state budget and note that this increase in health expenditure was not accompanied by A similar increase in revenue and not in improving the health situation in the country.

In other sectors of the national economy, the increase in tunnels, especially if it is fast, always reflects the viability and dynamism of the activity of this sector, it is a positive factor, why in the field of health is not considered as an engine of the economy, the creator of labor and income and an additional saturated for the welfare of individuals and happiness, On the other hand, why is the increase in health spending, which reflects a social effort, today a matter of great concern to public authorities, experts and public opinion?

I. تمهيد:

إن هدف كل الحكومات هو البحث عن السبل الأكثر اقتصادا والأقل تكلفة لدفع وتيرة التقدم لخدمة النفع العام، وذلك نظرا للوضع المالي المتأزم الناتج عن ندرة وتقلص الموارد من جهة وتزايد الاحتياجات وتنوعها من جهة أخرى وهو ما يستخلص من الزيادات المتعبرة في ميزانيات بعض القطاعات الحيوية التي تزداد سنة بعد سنة.

يعتبر قطاع الصحة أهمها بحيث تزداد نسبة النفقات الصحية وكذا الوعي الثقافي، كل هذه العوامل أدت إلى زيادة نسبة التكاليف الصحية التي أصبحت تشكل الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في القطاع الصحي. وعلى هذا الأساس فقد كان لا بد من ضرورة إيجاد حلول لترشيد الإنفاق الصحي، وذلك من خلال اتخاذ عدة أساليب وأدوات حديثة التسيير بغية التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة، ولعل من بين هذه الأدوات:

- استخدام نظام المعلومات من أجل تعزيز النظم الصحية¹.

- استخدام حوكمة النظام الصحي بوصفها الآلية الضرورية لإصلاح الأنظمة الصحية بحيث تكون أكثر عدالة وقابلية للمساءلة وأكثر كفاءة².

- استخدام أسلوب التكلفة المستهدفة وذلك من خلال تخفيض التكاليف إلى أدنى حد ممكن.

- منهجية الانحرافات الستة لتحسين الكفاءة والفعالية في مؤسسات القطاع الصحي.

- الإدارة بالأهداف كأداة أساسية لترشيد الإنفاق العام.

- الحسابات الوطنية للصحة كآلية لرقابة على الإنفاق الصحي³.

- **اشكالية الدراسة:** ان الإشكالية العامة للدراسة تتمحور حول التساؤل التالي: ماهي أهم الآليات التي يمكن تطبيقها لترشيد الإنفاق بهذا القطاع؟

- **أهداف الدراسة:** من خلال هذه الآليات سنوضح نقطتين أساسيتين:

- **النقطة الأولى:** كيف يمكن تحقيق ما يسمى بمسألة فعالية الإنفاق العام؟ أي بمعنى كيف يعود مبلغ 381 مليار دج بالنفع على أكبر شريحة من المجتمع؟ أي أن الإنفاق العام لا بد أن يذهب إلى حيثما تم تخصيصه من أهداف.

- **النقطة الثانية:** كيف يمكن لمبلغ الإنفاق العام على الصحة أن يزيد في الموازنة العامة بحيث يصبح الإنفاق على الصحة واحد من أولويات المجتمع؟ وذلك بالطبع مرتبط بكيفية صنع الموازنة العامة.

II. الميزانية حسب الأهداف ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي

إن أهم انشغال للمؤسسة الاستشفائية في الوقت الراهن هو تقديم خدمات علاجية ذات نوعية بأقل التكاليف، لكن ومن خلال تحليلنا للتسيير المالي الحالي في المؤسسات الصحية سواء من ناحية مصادر التمويل أو طرق تحضير وإعداد الميزانية، وكذا تنفيذها والرقابة عليها، نلاحظ وجود مجموعة من العراقيل تحول دون تقديم خدمات صحية أحسن للمرضى وإعطاء مستوى ملائم للتكفل بهم، وهذا بالنظر للتسيير المالي المقيد بمختلف القوانين والإجراءات الثقيلة والبطيئة، الأمر الذي يعكس على الواقع غياب استقلالية المستشفيات خاصة من الناحية المالية على الرغم من أن النص المنشئ لها يقر بإضفاء الشخصية المعنوية والاستقلال المالي عليها. وعلى هذا الأساس فقد كان لا بد من ضرورة إعادة النظر في نمط التسيير من خلال طريقة التسيير عبر الأهداف.

II. 1- مفهوم الميزانية حسب الأهداف: إن التحول الذي يشهده القانون الأساسي للميزانية في العديد من البلدان قد تبلور فعليا عبر انتقال

مختلف الإدارات العمومية التابعة للدولة من منطق التصرف حسب الوسائل إلى منطق جديد يعتمد على التصرف حسب النتائج والأهداف والمردودية وفعالية الاستثمارات العمومية، وفي المقابل حرية التصرف والإدارة المخولة إلى مختلف المتصرفين العموميين وخاصة منهم المسؤولين على البرامج العمومية والذين أصبحت تتم مسائلتهم حول نتائج تصرفهم الذي تعهدوا بمقتضاه بتحقيق نتائج معينة محددة سلفا.

ويتلخص المبدأ الأساسي للميزانية حسب الأهداف في اعتمادها على المهام المخولة إلى الوزارات وخاصة منها المهام المشتركة بينها، وعلى البرامج التي تترجم بدورها إلى أنشطة، وفي هذا الاتجاه ترتبط المهمة بجملة من الأنشطة الرامية إلى تحقيق سياسة محددة، وتعتبر البرامج تجميعا لجملة من الاعتمادات المالية المخصصة لتنفيذ نشاط أو جملة من الأنشطة المتكاملة والراجعة إلى وزارة واحدة والتي ترتبط بأهداف دقيقة ونتائج منتظرة محددة وتكون هذه الأنشطة محل متابعة وتقييم، وتمكن الأنشطة المحددة من توظيف محتوى البرامج، وهي تجمع كل الاعتمادات

المخصصة لنفس الغرض وتستجيب الحاجة إلى التحديد الدقيق لمضمون السياسة العمومية وطريقة تنفيذها وطريقة تخفيضها وتبيان المهام التي يقوم بها مختلف المتدخلين"⁴.

II. 2 مسؤولية الأطراف الفاعلة في الميزانية: كما ذكرنا سابقا تتدخل الأطراف في ضبط الميزانية وتنفيذها ومراقبتها، لذلك سنحاول تحديد مهمة كل طرف وبمحة على حدة وذلك بهدف الوقوف على طبيعة التحديات التي يواجهها كل طرف⁵.

● **مسؤولية ضبط الميزانية حسب الأهداف:** إن التحول المثير للاهتمام في مجال إعداد الميزانية في صفتها التقليدية لتصبح ميزانية حسب الأهداف يتعلق بجملة من العناصر الأساسية:

- تحديد السياسات العمومية وفق مهمات تمكن مختلف الأنشطة المكونة للبرنامج من تبيان محتواها وتقديم إيضاحات حول الاستعمال المتوقع للاعتمادات، ويمكن التمشي الجديد في مجال الميزانية من عرض أكثر ملائمة للاعتمادات ويتم تنفيذ الميزانية وتقييمها على أساس مؤشرات للأداء تمكن من توجيه التصرف الحكومي نحو النتائج.

- أن البرنامج هو إطار للمسؤولية وتخصيص الاعتمادات يتم بحسب الأنشطة بحيث يجمع البرنامج الاعتمادات المخصصة لتنفيذ نشاط أو عدة أنشطة متكاملة، ويرجع البرنامج إلى وزارة واحدة ويمكن من إدارة أنشطة الدوائر الإدارية بهدف بلوغ الأهداف المرسومة لكل سياسة عمومية.

● **مسؤولية تنفيذ الميزانية حسب الأهداف:** من المفيد الإشارة في البداية إلى الطبيعة الشمولية للأداء في مجال الميزانية حيث أن التمشي الجديد لا يتلخص بالضرورة في تجميع عدد من المؤشرات الحسائية أو المحاسبية أو الفنية وإنما يتمثل بالنسبة لكل برنامج في تحديد إستراتيجية وأهداف يتم بلورتها عبر مؤشرات محددة بدقة وفعالية.

● **مسؤولية الرقابة على الميزانية حسب الأهداف:** لا يختلف اثنان في أهمية الرقابة على تنفيذ الأداء، بل هناك من يعتبر أن الرقابة هي جزء لا يتجزأ من التصرف والإدارة، وفي هذا المجال يمكن أن يتضمن التمشي الرقابي ما يلي:

— **بخصوص تحديد أهدافه، يتعين التأكد من المسائل التالية:**

- وجود أهداف واضحة ومحددة بالنسبة إلى الإدارة أو الهيئة.
- وجود أهداف تفصيلية لكل قسم من أقسام الإدارة.
- مدى اعتماد على بيانات وإحصاءات واضحة ودقيقة لتحديد الأهداف.
- مدى تناسق الأهداف وعدم وجود تناقض أو تعارض بينهما.
- مدى مشاركة المكلفين بالتنفيذ في تحديد الأهداف المرسومة.
- مدى تغير الأهداف خلال مراحل الإنجاز وعند الاقتضاء تحديد الفوارق.

— **بخصوص توفر الموارد والتنظيم:**

- التأكد من رصد الموارد البشرية الضرورية من حيث العدد والكفاءة والخبرة.
- دراسة النموذج التنظيمي المعتمد ومدى تماشي مع خصوصيات أسلوب التصرف حسب الأهداف.
- معرفة الصيغ المعتمدة في وضع خطة التنفيذ قصد تحديد مدى مصداقيتها.
- التأكد من مدى توافر إجراءات اللقاية الداخلية تضمن سلامة العمليات التي يتم إنجازها لتحقيق الأهداف المرجوة.
- التأكد من مدى مطابقة الهيكل التنظيمي المعتمد للتقسيم الفعلي للعمل وتحليلات الوظائف من حيث عددها ومؤهلات شاغليها.
- الوقوف على مدى احتواء مخطط الإنجاز على إجراءات تنظيم سير العمل وعلى معايير واضحة لقياس فعالية التنظيم.

— **بخصوص نظام المعلومات وتقييم الأداء:**

- التأكد من مدى تحديد قنوات الاتصال بين الأعوان.

- التعرف على مصادر المعلومات وعلى مدى انسيابها بسهولة ويسر وقياس سرعة وصولها إلى المعنيين بالأمر.

- وجود مؤشرات تمكن من قياس الأعمال التي يتم إنجازها في مختلف مراحل التنفيذ.

III. مشروع عصرنه أنظمة الميزانية ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي بالجزائر

باشرت الجزائر برنامج لإصلاح المالية أو ما يسمى مشروع عصرنه أنظمة الميزانية وذلك في إطار الورشة الواسعة التي باشرت بها الجزائر والمتعلقة بالإصلاحات الكبرى التي تخص ما يلي:

- إدخال أدوات اقتصاد السوق.

- جعل الاستثمار المنتج كمحرك للنمو.

- تركيز أنشطة الدولة حول مهامها الرئيسية.

III. 1- عيوب النظام الميزاني الحالي: أسندت مهمة تحديد معالم مشروع عصرنه أنظمة الميزانية لوزارة المالية، والتي لجأت إلى خبرات أجنبية

من أجل تحديد النقائص المتعلقة بتسيير الميزانية واقتراح حلول لعصرتها ولقد تمثلت أهم معالم النقص في النقاط التالي⁶:

- عدم وجود أهداف للإنفاق، فالميزانية لا تشير صراحة إلى أولويات وإستراتيجية الدولة ومهامها.

- ميزانية الدولة تتكون من ميزانيتين (التسيير والتجهيز) بحيث تدار كل واحدة وفقا لقواعد ومبادئ مختلفة، بحيث أن ميزانية التسيير منظمة تبعا للآمرين بالصرف، أما ميزانية الاستثمار فهي منظمة وفقا للقطاعات أي مدونة تبعا لطبيعة النفقة.

- اللجوء إلى عمليات كثيرة خارج الميزانية على شكل حسابات خاصة بالخزينة.

- من حيث القاعدة القانونية فإن قانون المحاسبة العمومية يعتبر قانونا بسيط بالإضافة إلى أنه عدل عدة مرات بقوانين بسيطة، الأمر الذي يؤدي إلى الإخلال بمبدأ وحدة الميزانية.

- بطأ في تنفيذ الميزانية العامة، وذلك باعتبار أن الجزء الأكبر لا يتم تنفيذه إلا في النصف الثاني من كل سنة مالية.

- وجود فراغ قانوني وذلك باعتبار أن الفترة الممتدة من 1984 إلى غاية وقتنا الحالي أسفرت عن تحولات وتطورات هامة في كافة المجالات، مما يستوجب ضرورة تكييف القاعدة القانونية مع هذه المستجدات.

- إن إقرار الاعتمادات يتم بناء على السنوات السابقة والمساومة والعامل الشخصي نظرا لغياب معايير موضوعية .

- لا يسمح التقدم الميزاني الحالي بالتسيير حسب النتائج وإنما حسب الوسائل لأن النفقات المقدمة حسب طبيعتها وليس حسب برامج وأهداف معينة، وبالتالي لا يسمح باستعمال مؤشرات لقياس النجاعة.

- إن النظام الميزاني الحالي لا تستعمل فيه تقنية ترشيد الخيارات المالية (RCB) وذلك باعتبار أن تقدير النفقات العامة يتم من طرف كل وزارة وهو ما يؤدي إلى المغالاة في طلب الإعتمادات دون مراعاة أولويات الإنفاق وبالتالي تبديد المال العام .

- عدم التجانس في التصنيف بحث أن الباب الواحد يشير إلى عدة نفقات من طبيعة مختلفة⁷.

III. 2- المحاور الكبرى لإصلاح ميزانية القطاع الصحي: يتمثل مشروع إصلاح ميزانية القطاع الصحي ضمن الموازنة العامة بغرض تدعيم

تقوية أداء وزارة المالية بصفة عامة ووزارة الصحة بصفة خاصة حتى تتمكن من القيام بمهامها الرئيسية في تسيير الأموال العمومية على أحسن وجه، ولذلك فإن هذا المشروع يقوم بإعادة النظر في أنظمة تحضير وتنفيذ الميزانية، وذلك من خلال تحسين الأداء في مجال الانضباطية والفعالية

والنجاعة في تنفيذ برامج الإنفاق. و من ثم يعتمد نظام الميزانية المقترح على مجموعة من العناصر الأساسية نجملها في النقاط التالية:

- **نظرية تعدد السنوات:** نظرا لصعوبة التطبيق الصارم لمبدأ سنوية الميزانية فقد تم إرساء هذا المبدأ باعتباره من أولويات الإصلاح والذي يعتمد على أساس تقسيم ميزانية المؤسسات الصحية إلى برامج تفوق السنة⁸، مع تقديم الاعتماد على شكل ترخيص بالالتزام وإعتمادات الدفع.
- **ثنائية الحرية والمسؤولية:** من أهم ما يعاب عن تنظيم الميزانية الحالي هو صلاية وجمود النظام (نظام بيروقراطي) من خلال تقييد المسيرين بمجموعة من القواعد والقوانين وعلى هذا الأساس فقد استهدفت عملية الإصلاح هذه النقطة بالذات عبر إعطاء المسيرين الحرية من خلال تزويدهم بغلاف مالي وكذا تفويض سلطة الاعتماد، وبالتالي بموجب هذا التفويض يستطيع المسير القيام بعمليات النقل والتحويل، لكن يقابل هذه الحرية للمسير مجموعة من الالتزامات التي يتقيد بها والتي تخص:
 - تقلص حسابات توضح عملية التسيير لأدائهم.
 - اختيار المبادرة القريبة لتحقيق الأهداف.
 - احترام الغلاف المالي المسموح به.
 - وضع تحليل يوضح ويفسر الفروقات بين النتائج المحققة والمتوقعة.
- **مراجعة مدونة الموازنة:** كذلك من أهم أهداف الإصلاح هو الانتقال من الترخيص عن طريق الفصول إلى الترخيص بالبرامج، إذ يسمح هذا الأسلوب بترجمة الخطوط والنشاطات في شكل برامج تسعى من خلالها الحكومة إلى تحقيق أهداف دقيقة ونظرة مستقبلية للنتائج⁹.
- دمج ميزانية التسيير والتجهيز وذلك من خلال الاعتماد على تسيير الإعتمادات على شكل برامج.
- وضع سياسات ميزانية ويتجسد ذلك من خلال الإجراءات التالية:
 - ✓ برمجة النفقات في إطار مقارنة متعددة السنوات (CDMT) تمتد لثلاث سنوات مع تحديد أهداف النفقات على القطاع والوزارة.
 - ✓ استحداث أنظمة لمتابعة مؤشرات الأداء.
 - ✓ تدعيم عمليات تحليل ودراسة المشاريع على مستوى وزارة الصحة.
 - ✓ إعادة مسار هيكلية الإنفاق وذلك من خلال تقديم اقتراحات تتعلق بإجراءات تسديد النفقات وتسريع الدفع مع ترشيد دور المتدخلين وتحديد مسؤولياتهم¹⁰.

III. 3- أهمية الإصلاح الميزاني وشروط نجاحه على مستوى القطاع الصحي: أمام تطور دور الدولة في توفير التمويل اللازم للقطاع

الصحي فقد أصبح من الضروري تحديث نظام الميزانية أكثر من أي وقت مضى خاصة أمام المبادرات التي قامت بها العديد من الدول على غرار: تركيا، السويد، الصين. . الخ. واستنادا الى النتائج التي حققتها هذه الدول تجعلنا نتساءل عن أهمية الإصلاح الميزاني بالجزائر وعن شروط نجاحه على مستوى القطاع الصحي؟

- **أهمية الإصلاح:** يحظى مشروع إصلاح الموازنة العامة بأهمية بالغة نوجزها في النقاط التالية:
 - إن تضيق نظرية تعدد السنوات تمكن من تحسين تقنية التخطيط وضمان التوزيع الجيد للموارد حسب الأهداف المحددة.
 - إن مراجعة مدونة الميزانية تمكن من التنسيق بين المبالغ المخصصة والأهداف المسطرة وبالتالي الانتقال من ميزانية الوسائل إلى ميزانية النتائج (أي من الفاعلين إلى الفعالية).
 - تقييم السياسات العمومية عبر استعمال مؤشرات ومعايير محددة تمكن من تسهيل المناقشات حول اختيارات الميزانية وبالتالي تقوية روح المسؤولية لدى المسؤولين عبر كافة المستويات.
 - إن الحرية الممنوحة للمسيرين حتى وإن كانت جزئية فهي تمنحهم مرونة في تسيير الاعتمادات من دون الدخول في تعقيدات أي الإجراءات الروتينية التي من شأنها أن تعيق البرامج والمشاريع.

- **شروط نجاح الإصلاح:** إذا كانت نية الإصلاح موجودة فهي إذن تحتاج إلى مجموعة من الشروط من أجل نجاحه والتي نجملها فيما يلي:
 - الاعتماد على مؤشرات واضحة، دقيقة وملائمة تمكن من قياس الأداء وبتالي مقارنة النتائج بالأهداف.
 - لا يمكن أن نتصور نجاح كامل لجهود الإصلاح دون أن تكون جزء من إستراتيجيته تمس الجهاز الإداري عبر إصلاح الإدارة العامة من خلال توسيع مهامها وصلحياتها لتتكيف مع الإصلاح الجديد.
 - من أجل متابعة عملية الإصلاح فلا بد من تخصيص خلايا إدارية متخصصة على مستوى الوزارة.
 - تمثل الحكومة محور السلطة التنفيذية بينما يمثل البرلمان محور السلطة التشريعية لذلك يعتبر توفير وتحسين العلاقة ما بين هاذين المحورين شرطا أساسيا لنجاح النظام الميزاني.
 - أما النظام المحاسبي ومن أجل تحقيق إصلاح وشفافية في الموازنة العامة فالأمر يستدعي وجود نظام محاسبي يقدم نظرة شاملة للمعاملات المالية¹¹.
 - لا يمكن أن تكلل محاور الإصلاح بالنجاح التام إلا إذا تم تطبيق المشروع عبر مراحل متدرجة، وهذا حتى تتمكن الإدارة بما فيها من مسيرين من التأقلم مع محاور هذا الإصلاح.

IV. الحوكمة ودورها في ترشيد الإنفاق الصحي

لقد باتت الحوكمة واحدة من متطلبات الإدارة الرشيدة في مؤسسات الميزانية العامة في مختلف دول العالم، و إحدى آليات استكمال عمليات الإصلاح عمليات الإداري، وتجنب أي محاذير من خلال تعزيز مبادئ العدالة والشفافية والوضوح والإفصاح، والمراقبة والمساءلة¹². وعلى الأساس فالإشكال المطروح يتمحور حول مدى مساهمة آليات الحوكمة في زيادة مصداقية الميزانية العامة للقطاع الصحي وترشيد نفقاته؟.

IV. 1- التأصيل النظري لماهية حوكمة النظام الصحي

- **تعريف حوكمة النظام الصحي:** أصبح موضوع حوكمة النظام من المواضيع البارزة في جداول التنمية وقد كان الدافع وراء تزايد الاهتمام به الحاجة لتحسين النتائج الصحية وتحقيق أكبر قدر من المسائلة.
- وقد عرفت منظمة الصحة العالمية حوكمة النظام الصحي بأنها: "القواعد التي تحكم توزيع الأدوار والمسؤوليات والتفاعل بين المستفيدين من الخدمات الصحية، صناع القرار ومقدمي خدمات الصحة"¹³.
- كما عرفها صندوق النقد الدولي بأنها: "إدارة العلاقات بين مختلف أصحاب المصلحة في مجال الصحة بما في ذلك أفراد الأسرة، المجتمعات المحلية، الشركات، الحكومات، الشركات الخاصة، وغيرها من الكيانات التي لها مسؤولية تقديم ورصد الخدمات الصحية".
- وعلى هذا الأساس ترتكز حوكمة النظام الصحي على المفاهيم التالية:

✓ السياسات الصحية.

✓ الخدمات الصحية المقدمة.

✓ توزيع الموارد الصحية واستخدامها.

✓ توزيع التكاليف.

✓ المستفيدين من الخدمات الصحية.

✓ مراقبة الأداء والنتائج الصحية التي ينبغي تحقيقها.

- **أهداف حوكمة النظام الصحي:** وكمة النظام الصحي هي عملية فعالة تنطوي على تحسين نوعية الخدمات الصحية وتلبية احتياجات الأفراد على العلاج وذلك من خلال¹⁴:

✓ الحد من الفساد في القطاع الصحي.

✓ ضمان الاستجابة للفئات السكانية المحرومة.

✓ توسيع قاعدة المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية.

✓ ضمان تمويل صحي عادل.

✓ ضمان كفاءة النظام الصحي.

✓ تحسين آليات الرقابة والمساءلة في القطاع الصحي.

• الإطار المؤسسي لحكومة النظام الصحي: إن تطبيق نظام مفهوم الحكومة على مستوى المؤسسات الصحية يشمل ثلاثة مجموعات أساسية وهي كالتالي "15":

- **المجموعة الأولى:** وتشمل الدولة ومختلف هيئاتها من مسؤولين حكوميين، وزارة الصحة، وكالات الصحة والتأمين الاجتماعي، وكالات التوزيع العمومية (للمستحضرات الطبية والمستلزمات والمعدات . . . إلخ).

- **المجموعة الثانية:** وهي تضم مقدمي الخدمات الصحية من القطاعين العام أو الخاص (وتشمل المستشفيات، العيادات، المختبرات، شركات الأدوية . . . إلخ).

- **المجموعة الثالثة:** وتضم الأشخاص أو الأفراد المستفيدين من الخدمات الصحية.

IV. **2- إستراتيجية تنفيذ حوكمة النظام الصحي:** إن آليات الحوكمة تعكس الظروف الاقتصادية في البيئة التي تتم فيها ممارسة الحوكمة، ويتم تقسيمها عموماً إلى آليات داخلية وأخرى خارجية "16":

• **الآليات الداخلية للحكومة:** تنصيب الآليات الداخلية للحكومة على أنشطة الإدارة والإجراءات اللازمة لتحقيق أهداف المؤسسة وهي كما يلي:

- **لجنة المراجعة:** لقد أدت الانهيارات المالية الكبرى إلى زيادة الاهتمام بوضع لجنة خاصة بالمراجعة، يتجلى دورها في التنسيق بين المراجعة الداخلية والخارجية للمؤسسة، كما تقوم بحماية الاستقلال المالي للمرجع الخارجي.

- **الرقابة الداخلية:** تعتبر الرقابة الداخلية إحدى أهم الوسائل المساعدة على عملية الحوكمة.

- **المراجعة الداخلية:** هي نشاط مستقل يساعد على تحقيق مقاربة ومنهجية لإدارة المخاطر، الرقابة مع تقديم اقتراحات من أجل تقوية فعاليتها، إذن فوظيفة المراجعة الداخلية هو الرقابة وبالأخص الرقابة الفجائية، مع التركيز على عنصر التجانس والتناسق بين أنظمة الرقابة الداخلية.

• **الآليات الخارجية للحكومة:** تتمثل الآليات الخارجية للحكومة في الرقابة التي يمارسها أصحاب المصالح والتي يمكن أن نوجزها فيما يلي:

- **المراجعة الخارجية:** تؤدي المراجعة الخارجية دوراً هاماً في تحسين نوعية الكشوفات المالية، فهي تمثل حجر الزاوية للحكومة.

- **القوانين والتشريعات:** لقد أثرت بعض التشريعات على الفاعلين الأساسيين في عملية الحوكمة لكن إذا كانت القوانين عكس ذلك، فإن ذلك سوف يساعد على تقوية دور لجنة المراجعة على إعداد تقارير مالية، وإيجاد طرق فعالة من أجل الاتصال (بين المراجع الخارجي ولجنة المراجعة)، وبالتالي الحد وبشكل كبير من الفساد المالي.

أما بالنسبة للنظام الصحي فحكومة هذا النظام تركز على القواعد التي تحكم توزيع الأدوار والمسؤوليات بين مختلف الأطراف الفاعلة بالإضافة إلى تنفيذ جملة من الإصلاحات والإجراءات التي من شأنها تعزيز الحوكمة وتحسين كفاءة الخدمات الصحية .

• **تحديد المسؤوليات والعلاقات بين مختلف الجهات الفاعلة:** لقد أشرنا آنفاً أن حوكمة النظام الصحي تشمل ثلاثة مجموعات أساسية (الدولة، مقدمي الخدمات والمستفيدين من العلاج)، وعلى هذا الأساس فمسؤولية هذه الجهات الثلاثة الفاعلة في النظام الصحي تتمثل فيما يلي "17":

- **مسؤولية الدولة وواضعي السياسات:** يمكن إيجاز دور الدولة وهيئاتها في حوكمة النظام الصحي فيما يلي:

- توفير التمويل اللازم لتنفيذ السياسات الصحية.

- إنشاء هياكل لا مركزية الصحة.

- استحداث آليات للرقابة المالية للوقوف على مدى كفاءة الخدمات الصحية.

- وضع حوافز مشجعة لمقدمي الخدمات.

- صياغة استراتيجيات ملائمة لإدارة القطاع الصحي، مع ضرورة إشراك جميع الأطراف الفاعلة، كما يجب أن تتضمن هذه الإستراتيجية رؤية مستقبلية لقطاع الصحة وكيف يتم تحقيق الأهداف المسطرة.

- **مسؤولية مقدمي الخدمات الصحية:** إن تطبيق مبادئ الحوكمة على المنظومة الصحية تتطلب مسؤولية كبيرة ملقاة على عاتق الهيئات الخاصة أو العامة التي تعني بتقديم الخدمات الصحية وذلك من خلال:

- توفير خدمات العلاج حسب الطلب.

- نقل احتياجات الأفراد ومطالبهم إلى السلطات العليا.

- توفير المعلومات الكافية لأغراض الرصد والتقييم وتنفيذ المساءلة.

- ممارسة الضغط لإجراء إصلاحات على السياسة الصحية حالة عدم رضا المستفيدين.

- الالتزام بالمسؤولية الأخلاقية اتجاه المرض وأخلاقيات المهنة اتجاه الوظيفة.

- **مسؤولية المستفيدين من الخدمات الصحية:** يلعب المستفيدين دورا هاما في تنفيذ إستراتيجية الحوكمة، بحيث تؤكد دراسات البنك الدولي أنه من دون المشاركة الإيجابية من قبل المستفيدين لن تحقق المشروعات في المجتمعات الغايات والأهداف المخطط لها، وتتمثل مسؤولية المستفيدين في إطار حوكمة المنظومة الصحية في:

- المشاركة في صياغة السياسات الصحية.

- مشاركة أصحاب المصلحة في الإدارة والإشراف على خدمات الرعاية الصحية.

- تقديم ملاحظات على جودة الأداء والمساءلة.

- ممارسة الضغط من أجل تحسين الخدمات الصحية.

● **المشاركة والعدالة:** إن عملية ترشيد الإنفاق العام من خلال مراعاة البعد الكمي والكيفي في تسيير المال العام يتطلب مشاركة أصحاب المصلحة في تحسين الخدمات الصحية، كما يتطلب وجود قنوات تضمن مشاركة المستفيدين في اتخاذ القرارات الصحية وتقييم الأداء والمساءلة، وفي هذا الإطار يلعب المجتمع المدني، المجالس النيابية واللجان الصحية دورا هاما في مشاركة مختلف أصحاب المصلحة في الإدارة والإشراف على الخدمات الصحية. وهو ما أكدته دراسة "Tendler" التي أثبتت وجود علاقة إيجابية بين زيادة مشاركة المنظمات الغير حكومية وتحسين الخدمات الصحية، ومن جهة أخرى ترشيد الإنفاق العام من خلال مبادئ الحوكمة يتطلب وجود نظام صحي عادل يقوم على أساس:

- غياب الفوارق في مجال الصحة والتي يمكن تفاديها من خلال الوقاية والعلاج.

- التوزيع العادل لعبء تكاليف العلاج على الأفراد.

- الاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت للاحتياجات والتوقعات الشخصية للذين يسعون إلى الرعاية الصحية¹⁸.

• **تعزيز آليات المساءلة:** لقد حظي مفهوم المساءلة بأهمية بالغة من طرف بعض التنظيمات الدولية والتي تجسدت من خلال جملة من الإعلانات الدولية أهمها ما جاء في "إعلان طوكيو" أين تم تحديد جملة من المبادئ العامة التي تلزم بها الهيئات العليا للرقابة المالية والتي تتمثل فيما يلي:

- تحديد القواعد والأهداف بشكل واضح لمختلف البرامج والاستثمارات (المنحزة أو في طور الإنجاز) وذلك من أجل تسهيل عمليات المراجعة للنتائج.

- وضع قواعد ومعايير مرضية لقياس الأداء من قبل السلطات المركزية.

- ضمان الرقابة على السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بالتنمية والبرامج المحددة للأهداف القومية.

- التعاون بين مختلف هيئات الرقابة لدعم التغيير والصلاحيات التي تدعم المسائلة.

- المحافظة على استقلالية هيئات الرقابة وموضوعيتها ومصادقيتها.

أما بالنسبة للنظام الصحي مفهوم المساءلة يتضمن التخصيص السليم للموارد المالية (صرفها واستخدامها)، كما يشمل مسؤولية احترام الأنظمة والقوانين القائمة ومعايير الأداء، والنتائج المتفق عليها لتقييم أداء النظام الصحي، ناهيك عن المحاسبة أمام الشعب في إطار تعددي مؤسسي سياسي يتمشى مع القيم المجتمعية السائدة والخيارات والتوقعات لإدارة النظام الصحي على نحو تشاركي. إن المسائلة بالنظام الصحي (أمام المؤسسات الإدارية، سياسية، اجتماعية، شبه قضائية) تتعلق بثلاث جوانب رئيسية:

أ. **مسائلة القيادات السياسية:** وذلك من خلال خضوع المسؤولين في السياسة الصحية للعقوبات القضائية أو الإدارية في حال اتضح أن أعمالهم منافية للمصلحة العامة، وعلى هذا الأساس تتضمن مساءلة القيادة السياسية في إطار الحوكمة الصحية في النقاط التالية:

- مدى حماية التشريعات لمعايير الصحة والسلامة في أماكن العمل.

- التدابير المتخذة لضمان إتاحة فرص متساوية للرعاية الصحية.

- الكفاءة في استخدام الموارد المخصصة للقطاع الصحي.

ب. **مساءلة الأداء:** إن تحقيق هذا النوع من المساءلة يتطلب بناء القدرات لممارسة الرقابة على الأداء، كما يمكن تعزيز مساءلة الأداء من خلال ضمان الحق في الحصول على الرعاية الصحية مأمونة، تتسم بالكفاءة والعدالة بما في ذلك من توفر الأدوية الأساسية، وتواجد الأطباء أثناء ساعات العمل، بالإضافة إلى التوظيف المناسب للفريق الصحي، الخصوصية والسرية في العمل، القدرة على الحصول على خدمات صحية من دون الاضطرار إلى تقديم مصروفات غير رسمية.

ج. **المساءلة المالية:** إن الرقابة والمساءلة وإدارة الشؤون المالية وإدارة الإنفاق من المبادئ الأساسية لحوكمة النظام الصحي، وهي ضرورة لمحاربة كل أشكال الفساد والهدر، وتنشأ المساءلة المالية من خلال تتبع التكاليف و الميزانية المخصصة للقطاع الصحي عبر أساليب حديثة للمحاسبة والتدقيق .

V. التحديات المعاصرة والمستقبلية للمنظومة الصحية الجزائرية

V. 1- **تقييم أداء النظام الصحي الجزائري حسب أسلوب المنظمة العالمية للصحة:** حسب تقييم منظمة الصحة العالمية تحتل فرنسا

المرتبة الأولى في مجال النظام الصحي أما عمان فتأتي على رأس القائمة في مجال المستوى الصحي في حين أن معظم الدول الإفريقية تحتل المراتب الأخيرة، حسب تقييم المنظمة لا يوجد هنالك ارتباطا بين المستوى الصحي، مستوى النظام الصحي والإنفاق الصحي، فالولايات المتحدة الأمريكية تمثل المرتبة الأولى في مجال الإنفاق الصحي، إلا أننا نجد أنها في المرتبة 72 و 37 في مجال المستوى الصحي ومستوى النظام الصحي على التوالي.

أما الجزائر فتحلت المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي¹⁹. إن هذه النتائج تدل على أن المستوى الصحي للسكان غير مرتبط بالنظام الصحي بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اقتصادية واجتماعية وثقافية. إذن فالمؤشرات الإيجابية التي حققتها الجزائر في مجال الرعاية الصحية من خلال احتلالها المرتبة 84 في مجال معدل أمل الحياة عند الولادة (من أصل 192 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية) لا تدل أساسا على فعالية النظام الصحي (فعالية تسيير موارد القطاع الصحي) بحيث نجد أنها تحتل مرتبة متدنية في مجال توزيع الخدمات الصحية²⁰ كذلك الأمر بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث أنها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول الأعضاء.

أما بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي فهي تحتل المرتبة 75²¹ استنادا إلى هذه المعطيات وإلى التحليل الذي قدمه الخبراء الاقتصاديين يمكن القول أن القطاع الصحي في الجزائر بصفة عامة والمؤسسات الصحية على وجه الخصوص لا زالت بعيدة كل البعد عن مستويات الأداء خاصة فيما يتعلق بالظروف الغير جيدة لاستقبال المرضى، ندرة الأدوية، قلة النظافة، التأخر في معالجة المرضى. . . إلى غير ذلك.

V. 2-التحديات المعاصرة لتنمية القطاع الصحي بالجزائر: لقد أكد التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 2014 حول كفاءة الإنفاق على الأنظمة الصحية بأن الجزائر احتلت المراتب الأخير (المرتبة 48 من بين 51) وقد اعتمد في ترتيب هذه الدول على معلومات مصدرها البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ووزارة الصحة في "هونكونغ" بحيث تم حساب ترتيب كل دولة استنادا على ثلاثة مؤشرات رئيسية وهي²²:

- مؤشر متوسط حياة الفرد، وتم تخصيص 06% من ترتيب كفاءة النظام الصحي.
 - مؤشر معدل الإنفاق الصحي على الفرد الواحد، وتم تخصيص 30% من ترتيب كفاءة النظام الصحي.
 - مؤشر معدل الإنفاق الصحي الكلي على الفرد الواحد، وتم تخصيص 10% من ترتيب كفاءة النظام الصحي.
- ولقد بينت نتائج التقرير أن أكثر من 40% من مجموع الإنفاق الصحي يستخدم بطرق ليس لها تأثير يذكر على تحسين مؤشرات الصحة. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن هناك مجموعة من العوامل التي حالت دون ترشيد الإنفاق الصحي والتي يمكن إجمالها فيما يلي²³:
- **ندرة الموارد:** يتم تمويل المؤسسات العمومية للصحة عن طريق مصدرين أساسيين الأول هو ميزانية الدولة و الثاني هو الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالإضافة إلى مصادر أخرى مختلفة تشارك بنسب ضعيفة وهي غير قادرة على تخفيف الضغط على الممولين الرئيسيين. إن هذه الوضعية تشكل خطرا على ميزانية المؤسسات العمومية للصحة بسبب احتلال التوازن بين حجم النفقات المتعاظم من سنة لأخرى، وحجم الإيرادات النادرة والتي لا تزيد إلا بنسب ضعيفة (10%) خاصة مع الأزمات الاقتصادية الطارئة كتذبذب أسعار المحروقات التي تؤثر على ميزانية الدولة فتلجأ إلى تخفيض من حجم مساهمتها وكذا انكماش سوق العمل الذي يؤثر على ميزانية الضمان الاجتماعي، حيث اضطر إلى تخفيض من مساهمته منذ سنة 1995 لتتولى ميزانية الدولة تعويض النقص الناجم عن ذلك وهو ما ساهم في زيادة العبء عليها.
 - **ضخامة المتأخرات (المستحقات):** تعاني معظم الهياكل الصحية وبالأخص المستشفيات التابعة للقطاع العام من ارتفاع في حجم مستحقاتها (ديونها) وذلك نتيجة إلى الاختلال في التوازن بين حجم الإيرادات والنفقات المخصصة لها، وهو ما اضطرها إلى الاستدانة من أجل تلبيتها خاصة الضرورية منها كنفقات الصيدلة، التغذية وأجور المستخدمين، حيث تعتبر الصيدلية المركزية للمستشفيات أكبر دائن للمؤسسات العمومية للصحة بمبلغ تجاوز 4.7 مليار دج سنة 2000 (أي بنسبة 59% من حجم ديون القطاع الصحي المقدرة 08 ملايين دج) "24" وهو ما أدى إلى بروز معوقات جدية أمام إضفاء طابع الاستدامة بالقطاع الصحي، ويشكل هذا الاستدلال على الأرجح حافزا لدى موردي الخدمات الصحية لتضخيم حجم فواتيرهم.

● **العجز عن التحكم في النفقات:** يعود ارتفاع النفقات في المؤسسات العمومية للصحة إلى سببين رئيسيين هما:

✓ التقدم العلمي في المجال الطبي من جهة والذي يؤدي إلى ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات والمواد الطبية.

✓ ارتفاع حاجيات السكان من العلاج بصورة دائمة وسريعة تبعا للنمو الديمغرافي والتحول الوبائي .

إن هذا الارتفاع المذهل في حجم النفقات تطلب وضع نظام دقيق لحساب التكاليف. ولقد قطعت المؤسسات العمومية للصحة شوطا كبيرا في هذا الاتجاه بفضل إدخال المحاسبة التحليلية في حساب التكاليف بفضل التعليمات الوزارية رقم 05 المؤرخة في 03 ديسمبر 2001، حيث أصبح بالإمكان تحديد سعر يوم الاستشفاء وبالتالي حجم النفقات التي يتم صرفها بوضوح وتفايدي نقائص الدفع الجزائي الذي كان سائدا من قبل.

● **تبيد وهدر الأموال:** إن تبيد وهدر الأموال والفساد يشكل النسبة الأكبر في عدم كفاءة الإنفاق الصحي، بح. حيث أكد بعض المسؤولين أن نقص الأدوية سببه الفساد في مختلف عمليات الاستيراد والخزن حيث لا يتم اختيار الأدوية والمستلزمات الطبية على أساس الحاجة، بل على أساس العلاقات مع المكاتب العلمية التي تؤدي دورا كبيرا في الفساد حيث تقوم هذه المكاتب بدفع عمولات ورشاوى كبيرة للحصول على عقود توريد الموارد الطبية.

● **سوء التسيير:** إن الوضعية التي تمر بها المنظومة الصحية الجزائرية ومن خلالها المؤسسات الصحية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس فقط لنقص في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على حل المشاكل الصحية للمواطنين.

سادسا. مجال قانوني وتنظيمي ضيق: بحسب التنظيم الإداري المعمول به في الجزائر فإن المؤسسات العمومية للصحة ملزمة بتطبيق قواعد القانون الإداري الذي يعتبر في عدة حالات غير متطابقة بل ومتناقض مع مبادئ التسيير الحديث ويظهر ذلك من حيث عدم ملائمة الإطار القانوني الذي تجاوزه الزمن وأصبح معرقلا للتسيير الحسن للمؤسسات العمومية للصحة، وكذا من حيث جمود الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية على العموم والتميز بعدم ملائمتها في بعض الأحيان لمهامها بالإضافة إلى التقصير في أدائها .

أ. **إطار قانوني كلاسيكي:** يتمثل في عدم ملائمة النصوص القانونية على كثرتها والتي تتميز بأحكامها التقليدية والقديمة وذلك لأنها أصدرت في إطار إيديولوجية لم تعد صالحة حاليا، ومن جهة أخرى اعتمادها على مبادئ القانون الإداري التي وإن كانت ملائمة للنموذج البيروقراطي في التسيير إلا أنها لم تعد صالحة للتسيير وغير مسايمة لمستحدثات محيط المؤسسة العمومية للصحة . ويمكن أن نلمس ذلك بوضوح:

- في مجال تسيير المستخدمين: نجد بالدرجة الأولى القانون 05/85 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها والذي أدخلت عليه عدة تعديلات غير أن المسير يجد صعوبة في تطبيق بعض مواد التي تستلزم صدور تعليمات لتفسيرها وإيضاحها مثل المادة 195 التي تحدد مهام الأطباء الصيادلة وجراحي الأسنان، والمادة 227 التي تنص على شروط ممارسة مهنة المساعد الطبي.

- في مجال التسيير المالي: نجد القانون رقم 90/21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالحاسبة حيث لم يعد هذا النوع من المحاسبة مساييرا للتسيير الحديث خاصة وأنه لا يسمح بتحديد التكاليف بدقة، بالإضافة إلى القانون 84-17 المؤرخ في 07 جويلية 1984 المتعلق بقوانين المالية يتضمن هو الآخر أحكاما تقليدية متجاوزة فيما يخص إعداد و تنفيذ الميزانية.

ب. **ثقل الرقابة:** بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة يظهر ثقل الرقابة في عدة مجالات:

- بالنسبة لتسيير المستخدمين تتدخل الوصاية في مجال إعداد مخطط الموارد البشرية و ذلك بصورتين، فمن جهة نجد الرقابة السابقة المتمثلة في المصادقة على مشروع مخطط تسيير الموارد البشرية للمؤسسة من طرف المديرية العامة للوظيفة العمومي، ومن جهة نجد الرقابة السابقة المتمثلة في المصادقة على مشروع مخطط تسيير الموارد البشرية للمؤسسة من طرف مديرية الوظيفة العمومي، ومن جهة أخرى نجد الرقابة اللاحقة والمتمثلة في تأشير مديرية المالية بوزارة الصحة التي تراقب المناصب المالية وتصادق عليها.

- أما بالنسبة لإعداد ميزانية المؤسسة العمومية للصحة فتخضع للرقابة السابقة من طرف وزارة الصحة التي تعود إليها المصادقة على مشروع الميزانية التقديرية، وهناك الرقابة اللاحقة التي تمارسها مديرية الميزانية بوزارة الصحة عند تنفيذ نفقات المؤسسة.

ج. جهود الهيكل التنظيمي: يلعب التنظيم الهيكلي للمؤسسات العمومية دورا هاما في إنجاح مهامها وسرعة تنفيذها وضمان التنسيق بين مختلف المصالح، إلا أنها تتطلب في معظم الأحيان تدخل الوصاية ممثلة في وزارة الصحة ووزارة المالية، وهو ما يجعلها في أغلب الأحيان تتميز بالجمود وعدم مسايرة مستحدثات التسيير والمهام بمرور الزمن.

• ضعف مساهمة القطاع الخاص: يمثل القطاع الخاص اليوم محور عملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في معظم بلدان العالم المتقدمة والنامية على حد سواء نظرا لما يتمتع به هذا القطاع مزايا و امكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات. بالنسبة للجزائر فلا يزال القطاع الخاص غير فاعل في الاقتصاد الوطني حيث أن نمو القطاع الخاص لا يتجاوز 50%²⁵، أما على المستوى الاجتماعي و بالأخص على مستوى القطاع الصحي فبالرغم من أن القطاع الخاص يعرف تطور مستمر، وذلك من خلال ما نلاحظه من زيادة عدد العيادات الخاصة وظهور المنافسة بينها إلا أن نسبة مساهمته في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة مازالت دون المستوى المطلوب (كما ونوعا) وذلك باعتبار أن العبء الأكبر يقع على عاتق القطاع العمومي .

VI. الخلاصة:

لقد شهدت الجزائر خلال الفترة القليلة الماضية ارتفاع محسوس في فاتورة العلاج، والتي تطورت بتطور عجلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد، و على هذا الأساس فقد أضحت أرقام هذا القطاع في مجال الإنفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة، بل ويلاحظ إلى أن هذا التزايد في الإنفاق الصحي لم يصاحبه تزايد مماثل في المردود ولا في تحسين الحالة الصحية بالبلاد.

ففي قطاعات أخرى من الاقتصاد الوطني فان تزايد الأنفاق بالخصوص إذا كان سريع فانه يعبر دوما على رواج وديناميكية النشاط لهذا القطاع، فهو يعتبر عاملا إيجابيا، فلماذا في ميدان الصحة لا يعتبر هذا كقطاع محرك للاقتصاد، خالق للعمالة والدخل ومشجع إضافي لرفاهية الأفراد وسعادتهم من جهة، ومن جهة ثانية لماذا التزايد في الأنفاق الصحي الذي يعبر عن جهد اجتماعي أصبح اليوم محل انشغال كبير للسلطات العمومية والخبراء والرأي العام؟.

إن مسألة ارتفاع التكاليف الصحية وجودة الخدمات المقدمة يضع مؤسسات الصحة العمومية أمام صورة سوداء على القائمين عليها سواء من حيث التسيير أو تقديم خدمات تضمن كرامة المواطن ورضاه وبالتالي تسويق صورة غير مرضية عن هياكل الصحة العمومية. فالوفاء بالسياسات الاجتماعية وفي مقدمتها مجانية العلاج يطرح العديد من التساؤلات حول ضمان قدرة الدولة على توفير موارد مالية والبحث عن صيغة التعاقد تمويل جديدة، في وقت تغيب فيه دراسة مصادر التكاليف والتسيير المالي ومراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات الاستشفائية.

وعلى هذا الأساس فترشيد الانفاق الصحي يتطلب الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيآت المانحة وهذا بمنظار: الفعالية والعدالة والعقلنة، أمرا لا بد منه، وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية، التي كانت لها أثر بالغ في التقليل من نشاطها، ومردوديتها، وضعف، ورداءة في نوعية الخدمات الصحية المقدمة. و ان تجسيد هذه الخطوة يتطلب اعداد استراتيجية شامل لتصحيح اختناقات القطاع الصحي مرتكزة في مدخلاتها على ضمان توفير خدمات صحية آمنة وفعالة و كفؤة، وعادلة وميسرة، مع التركيز على الاحتياجات المستقبلية لكافة الفئات العمرية .

المراجع:

1. دلال السوسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية: مذكرة ماجستير، علوم لتسيير تخصص نظام المعلومات، جامعة قاصدي مرباح، ورقة 2011-2012، ص أ.
2. Dina Balabanova, Valeria Oliveira-Cruz, Kara Hanson, **Health Sector Governance and Implications for the Private Sector**, October 2008, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
3. منظمة الصحة العالمية، المرشد الى انشاء نظام الحسابات الصحية، جنيف، 2003، ص 06.

4. أحمد عويدات: ميزانية البرامج و الأداء، مقال مقدم بمجلة المدرسة الوطنية للإدارة، عدد خاص، المجلد 16، العدد 02، الجزائر 2006 ص 16.
5. عمر التونكي، مسؤولية الفاعلين في تسيير ميزانية الأهداف، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، عدد خاص، المجلد 16، العدد 02، الجزائر 2006، ص 18.
6. Projet de modernisation des systèmes budgétaires (MSB) ,sur le site: [www. mf. gov. dz/ documentation](http://www.mf.gov.dz/documentation) .
7. مفتاح فاطمة، تحديث النظام الميزاني في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان 2010-2011، ص 101.
8. مفتاح فاطمة، تحديث النظام الميزاني في الجزائر، (مرجع سابق)، ص 102.
9. الحلقة الدراسية حول حسابات التخصيص الخاص، من إعداد طلبة السنة الرابعة فرع اقتصاد ومالية، الدورة 38، المدرسة العليا للإدارة، الجزائر، 2004-2005
10. محمد عمر أبودوح، ترشيد الانفاق العام و عجز الميزانية العامة للدولة، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 2006، ص 44.
11. أكيل حميدة، شكري معمر سعاد، تأثير تطبيق آليات الحوكمة في دعم حوكمة الميزانية العامة، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الوطني الخاص متطلبات ارساء مبادئ الحوكمة في ادارة الميزانية العامة للدولة، 30-31 أكتوبر 2012، ص 02.
12. Health system (2008) governance concepts expérience and programing options , united states agency for international développement (USAID), P 03
13. -صندوق النقد الدولي، تنظيم و إدارة الصحة العالمية، مجلة التمويل و التنمية، 2008، ص 35.
14. نوي نبيلة، الحوكمة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات التحكم في الانفاق الصحي بالجزائر 24-25 نوفمبر 2015، جامعة مسيلة ص 06
15. نوي نبيلة، الحوكمة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، (مرجع سابق)، ص 07
16. البنك الدولي: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط بشمال إفريقيا (العدالة والمساواة)، 2013، ص 39.
17. Stéphanie Guichard(2004),The reforme of the Health care system in Portugal,OECD Economics Department ,Working papers,NO 405,OECD ,Publishing .
18. حيدر فريجات، التأمين الصحي والإنفاق الصحي في الأردن، مديرية الأساليب والمنهجيات الإحصائية، الأردن، أيلول 2011.
19. OMS (2006), rapport sur la santé dans le monde, Geneva , P 175.
20. [www. assala. dz. net/ar/index:PHP](http://www.assala.dz.net/ar/index:PHP). visit le 24-12-2015 .
21. نوي نبيلة:الحوكمة كآلية كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، (مرجع سابق)، ص 16.
22. -نوي نبيلة، الحوكمة كمدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، سياسات التحكم بالإنفاق الصحي، (مرجع سابق) ص 16
23. développement du système national de santé stratégie et perspectives , ministère de la santé , Mai 2001.
24. -تقرير المجلس الاقتصادي، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المشروع التمهيدي للتقرير الوطني الخاص حول التنمية البشرية سنة 2003، الدورة العامة العادية، الخامسة والعشرون، الجزائر، 2004، ص 183.
25. مسعود البلي:واقع السياسات الاجتماعية بالجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، رسالة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم سياسية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009-2010، ص 215