

Original Article

تقييم فعالية إصلاحات المنظومة الصحية الجزائرية

Evaluation de l'efficacité des réformes appliquées au système de santé algérien.

Evaluation of the effectiveness of the reforms applied to the Algerian health system

د. مفيدة فرطافي¹، أ.د. إبراهيم براهيمية²

¹ جامعة قسنطينة-3

² جامعة قسنطينة-3

ملخص:

تشهد المنظومة الصحية الجزائرية تكاليف متنامية ناجمة عن التحولات الصحية والديموغرافية الجارية. ولقد أصبحت هذه النفقات عبءاً أمام تمويل المنظومة الصحية، وخاصة مع ارتفاع الفئة المسنة الأكثر عرضة للأمراض والأكثر استهلاكاً للعلاج. ومن هنا برزت أهمية ترشيد الموارد المالية المخصصة للصحة، وتقادي الاحتفاظ الذي يلزم الهياكل الصحية والذي له أثر بالغ على مستوى فعاليتها ونوعية خدماتها. ولهذا كان من بين الأهداف الرئيسية للإصلاحات المعتمدة احتواء النفقات وتكييف المنظومة الصحية مع عبء الأمراض الجديدة. نتناول في هذا المقال التحديات التي تواجه المنظومة الصحية نظراً للتحولات الجارية ومدى فعالية التدابير المتخذة التي تهدف إلى تكييفها مع الطلب الجديد على الخدمات وترشيد النفقات الصحية؛ أصبحت هذه النفقات تشكل حاجزاً بالنسبة للأسر محدودة الدخل المعرضة إلى الإقصاء من العلاج. بعد استعراض آثار العبء الجديد للأمراض غير المتوقعة وتطورها، سنقوم بتقديم اقتراحات لتحسين الخدمات الصحية والتحكم في النفقات.

الكلمات المفتاحية: المنظومة الصحية الجزائرية، التحولات الصحية والديموغرافية، النفقات الصحية، التوازنات المالية، الضمان الاجتماعي.

RESUME

Le système de santé algérien se caractérise par l'accroissement des dépenses dans un contexte de transition démographique et sanitaire dans laquelle les maladies non transmissibles constituent la principale cause de mortalité.

Cette augmentation des dépenses de santé pose le problème du financement dans la mesure où la population âgée, exposée aux maladies chroniques et dégénératives qui nécessitent des traitements coûteux et de longue durée, est en accroissement constant et représente de nos jours près de 9 % de la population totale. La rationalisation de l'emploi des ressources allouées à la santé s'est imposée ; des mesures adéquates ont été entreprises par les pouvoirs publics en vue d'enrayer les dysfonctionnements et distorsions qui entachent la performance du système de santé. Des réformes ont été engagées dans ce sens, afin de maîtriser les dépenses et d'adapter des services de santé à la nouvelle charge de morbidité. L'accroissement de ces dépenses risquait de constituer un facteur d'exclusion de l'accès aux soins pour les détenteurs de faibles revenus. Nous traiterons dans ce papier de la nouvelle charge de morbidité induite par la transition sanitaire et son évolution ; nous nous intéresserons également à l'accroissement des dépenses de santé dont le poids sur les ménages détenteurs de faibles revenus risque de constituer un facteur d'exclusion de l'accès aux soins. Au terme de ce papier nous présenterons des propositions visant l'amélioration des prestations sanitaires meilleure maîtrise des dépenses.

Mots clés : système de santé algérien, transition sanitaire et démographique, dépenses de santé, équilibres financiers, sécurité sociale.

* Corresponding author. Tel.: +0-000-000-0000 ; fax: +0-000-000-0000.
E-mail Address:

Article received on:
Article accepted on:

الراهنة التي تشهد نموا ضئيلا و شح حاد في محصول صادرات النفط.

1. المقدمة:

لقد أدت التحولات الجارية التي تشهدها المنظومة الصحية الجزائرية إلى ارتفاع طلب الخدمات على منظومة العلاج وزيادة الضغوط على مؤسسات التمويل. هل إصلاحات المنظومة الصحية استجابت لهذه التحديات؟ سنحاول الإجابة على هذا الإشكال من خلال مقارنة نمط الطلب الجديد المتنامي مع عرض العلاج المتوفر في القطاع العمومية، وإبراز نقاط الضعف ونقاط القوى التي تتميز بها المنظومة الراهنة.

هل بلغت الإصلاحات المعتمدة الأهداف الرئيسية المتمثلة في تكيف العرض مع الطلب و ترشيد النفقات الصحية؟ يعتبر هذا السؤال المحور الذي يسمح لنا بدراسة الوضع الحالي للمنظومة الصحية من خلال الإجابة على الأسئلة الفرعية الموالية:

1-ما هي الإصلاحات المعتمدة لمواجهة العبء الجديد للأمراض وترشيد النفقات الصحية؟
2-ماهي التحديات التي تواجهها منظومة العلاج ومؤسسات التمويل الصحية؟

3-ما هو الوضع الراهن للمنظومة الصحية بعد تطبيق الإصلاحات؟

2. الفرضية: بحثنا ينطلق من الفرضية التالية:

شهدت المنظومة الصحية الجزائرية إصلاحات هامة لكن لا زالت تعاني من اختلالات عميقة لا تمكنها من التكيف مع التحولات الصحية والديمقراطية الجارية، كما لا تسمح بترشيد النفقات.

المنهج المتبع: التطرق إلى الإصلاحات التي اعتمدت لصالح المنظومة الصحية، و صف التحول الذي نشهده في الطلب على العلاج، و كشف مدى قدرة المنظومة على استيعاب الطلب في الوضع الصحي الراهن. نعتد على بعض الدراسات الموضوعية السابقة و على نتائج البحث العلمي الذي قمنا به في إطار إنجاز رسالة دكتوراه حديثة المناقشة. لقد درسنا أسباب الاستشفاء و أسباب الوفيات في ثلاث مراكز استشفائية جامعية متواجدة في الشرق الجزائري. و سنقوم بمقارنة النتائج المتوصل إليها في رسالتنا مع تلك المتضمنة مشروع المعهد الوطني للصحة العمومية المعروف بمشروع INSP-TAHINA. أخيرا سنقترح بعض التدابير لتجاوز أهم العقبات التي تواجه المنظومة الصحية، و جعلها تستجيب بأكثر فعالية للتحولات الجارية. سنتبع الخطوات التالية لإنجاز هذه الدراسة

أولا: تناول تطور النفقات الصحية و تحديات التمويل في ظل التحولات الراهنة.

ثانيا: تحديد الإصلاحات المعتمدة على مستوى المنظومة الصحية الجزائرية.

ثالثا: اقتراح تدابير تنسجم مع الطلب الناجم عن التحولات الراهنة و ترشيد النفقات الصحية.

3. تطور النفقات الصحية في ظل التحولات الراهنة:

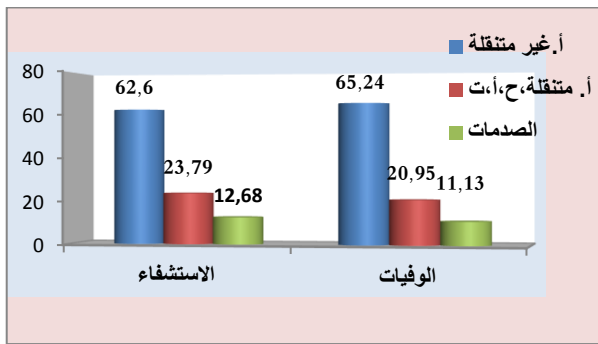
تعرف النفقات الصحية في الجزائر نموا متصاعدا و يعتبر التحول الصحيين أهم أسباب الظاهرة و يتميز هذا التحول بسيطرة الأمراض غير المتقلبة في أسباب الاعتلال و أسباب الوفيات. التكفل بالأمراض غير المتقلبة يتطلب علاجا مكلفا وطويل الأمد، و يتزامن مع استمرار تأثير تلك المتقلبة. قدرات التمويل الحالية المتوفرة ليست في مستوى هذا التحدي،

وسيتأزم الأمر أكثر مع التزايد المتواصل لعدد المسنين الذي تصل نسبته اليوم إلى 8.5% من عدد السكان. وهذا يطرح بشدة إشكالية تمويل المنظومة الصحية، خاصة في ظل الأوضاع الاقتصادية

3.1 ملاحظة تطور الأمراض غير المتقلبة:

مند التسعينيات عرفت الأمراض غير المتقلبة انتشارا واسعا و أصبحت تمثل مشكلا حقيقيا للصحة العمومية و عبئا ثقيلا على قدرات تمويل صندوق الضمان الاجتماعي، ولقد أصبحت اليوم السبب الرئيسي للاعتلال والوفيات في الجزائر (فرطقي، 2017)¹. من المعلوم أن لهذه الأمراض أثر على الصعيد الاقتصادي، نظرا لإصابة اليد العاملة المنتجة، و على صعيد نوعية حياة الفرد الذي يعاني من مرض مزمن (VERNAY et al, 2015). لنلاحظ حجم الأمراض غير المتقلبة في الشكل الآتي الذي تبرزه معطيات سنتي 2015-2016.

الشكل 1: توزيع أسباب الوفيات والاستشفاء حسب المجموعات الكبرى الثلاث للأمراض (2015-2016) (%)

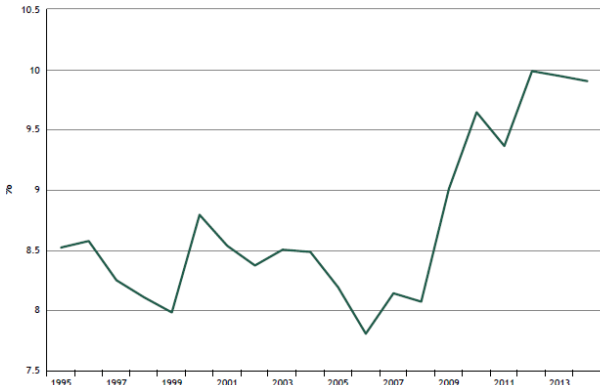


المصدر: فرطقي مفيدة (2017)، التحول الصحي في الجزائر من خلال أسباب الاستشفاء والوفيات- حالة المنطقة الصحية للشرق، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارة و علوم التسيير، جامعة قسنطينة - 2، ص. ص. 225، 246.

نلاحظ أن الأمراض غير المتقلبة تمثل السبب الرئيسي للاستشفاء والوفيات في الجزائر، مقارنة بمجموعتي الأمراض الأخرى (الأمراض المتقلبة، أمراض حديثي الولادة، الأمومة والتغذية ومجموعة الصدمات)، قدرت نسبتها على التوالي بـ 62,6% و 65,24%. ولقد عرفت هذه الأخيرة تطورا معتبرا وسريعا في بلادنا منذ بداية العشرية الماضية كما أكدته نتائج مشروع البحث (INSP-TAHINA) المشار إليه.

ويعود تطور هذه الأمراض إلى انتشار عوامل الخطر الرئيسية (تغيير العادات الغذائية، انعدام النشاط البدني، والتدخين، السلوك المخطر). وتعود بالأخص إلى انتشار عوامل الخطر الوسيطة (ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع السكر والدهون في الدم والسمنة)، والتي تعتبر عوامل مضاعفة تؤدي إلى أمراض مزمنة أخرى أكثر خطورة، (فرطقي، براهمية، 2015)². و الأكثر عبئا على صناديق الضمان الاجتماعي. وما تجدر الإشارة إليه فإن النسبة المعتبرة للأمراض غير المتقلبة تعود خصوصا إلى أمراض القلب والشرابين والسرطان، التي أصبحت تمثل حاليا أول أسباب الاستشفاء والوفيات في الجزائر، كما يوضحه الشكل 2 الموالي.

الشكل رقم 3: نسبة النفقات الصحية للجزائر من مجموع النفقات العامة للدولة (%)



المصدر :

Knoema.com, Algeria health expenditures as a % of public administration total expenditures

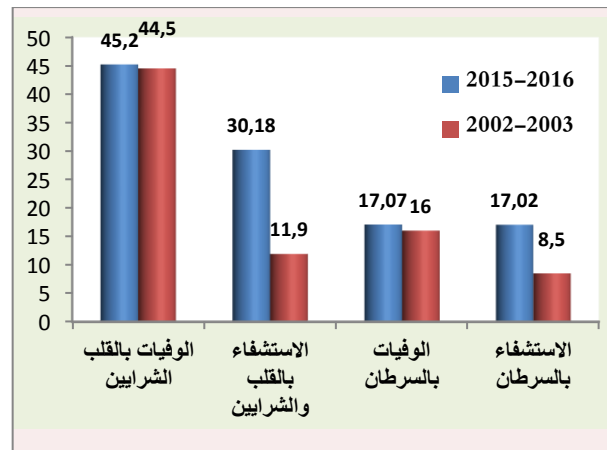
التحول الصحي تميز بانتشار سريع لأمراض السرطان في بلادنا. حيث حسب البروفيسور زيتوني، نسجل حاليا قرابة 000 50 حالة جديدة سنويا³ (ZITOUNI, 2016). ولقد أكد من ناحية أخرى البروفيسور حمدي شريف، أن الزيادة المعتبرة لمرضى السرطان في بلادنا تعود إلى التحولات الديموغرافية، التحول الوبائي وتغير العادات الغذائية⁴ (HAMDI CHERIF, 2017).

وتمثل نفقات أدوية علاج أمراض السرطان حاليا ما يقارب 80% من ميزانية أدوية للمستشفيات، بينما لم تكن تمثل خلال العشرين سنة الماضية إلا ما بين 10 إلى 15% (ZITOUNI, 2016). وهذا يعود إلى ارتفاع أسعار أدوية السرطان لأن أغلبها أدوية مبتكرة (Médicaments innovants) لم تسقط عنها براءات الاختراع، هذا من ناحية و من ناحية أخرى، محاولة الإنتاج المحلي لتلك التي تصبح غير محمية بقانون البراءة صعب، لأنهي يتطلب توفر مهارات الصناعة الصيدلانية، والتحكم في وتكنولوجيا عالية، واستثمارات مكلفة.

كما عرف الطلب على أدوية القلب والشرابيين ارتفاعا معتبرا، حيث أكدت بعض الدراسات أن أدوية أمراض القلب في المستشفيات الجامعية بالجزائر، تحتل المرتبة الأولى من حيث الطلب والاستهلاك، (معقل، بوشريبة، 2018)⁶.

ولقد أدى الطلب المعترف على أدوية الأمراض المزمنة إلى الارتفاع المستمر لنفقات الأدوية للصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)، التي قفزت من 75 مليار دج، سنة 2015 إلى 88 مليار دج. سنة 2017، (BENBAHMED, 2018)⁷. التحول الصحي ينعكس على نمو استهلاك الدواء في الجزائر الذي يقدر بنسبة متوسطة تساوي 9,3% خلال الفترة 2008-2016 و استهلاك إجمالي انتقل من 568.53 مليون دولار سنة 2000 إلى 3,8 مليار دولار سنة 2016 (عياشي، 2018)⁸. الشكل الآتي يبرز تطور مصاريف صندوق الضمان الاجتماعي من سنة 2000 إلى 2014.

الشكل 2: تطور الاستشفاء والوفيات بأمراض القلب والشرابيين وأمراض السرطان (%) بين 2002-2003 و 2015-2016



المصدر :- فرطقي مفيدة (2017)، مرجع سبق ذكره، ص. ص. 231، 254.

- INSP, TAHINA, Projet INCO-MED-TAHINA-Synthèse Enquête Morbide Hospitalière, 2005, P. 14.

- INSP, TAHINA, Projet TAHINA (Contrat n° ICA3-CT 2002-10011), Analyse des causes de décès année 2002, 2008, P. 64.

نلاحظ تطورا معتبرا للاستشفاء والوفيات بسبب هذا النوع من الأمراض المزمنة؛ إن امتداد متوسط العمر المتوقع للحياة عند الولادة له دور في الظاهرة، حيث انتقل من أقل من 50 سنة عند الاستقلال إلى أكثر من 75 سنة اليوم. وهذا راجع بالأساس إلى الرقي الاجتماعي النسبي، وتحسين التغطية الصحية ضمن منظومة علاجية واسعة الانتشار. العبء الجديد للأمراض الذي يتميز بسيطرة الأمراض المزمنة، قد يؤدي إلى تضاعف سنوات المرض والإعاقة لدى الأفراد (Disability Adjusted Life Years) إذا لم يلقي التكفل الملائم. من المعلوم أن العلاج يرتكز على تناول أدوية ثمينة، خاصة تلك المخصصة لعلاج السرطان، ولمدة مطولة.

3.2. أثر عبء الأمراض الغير منتقلة على النفقات الصحية و قدرات التمويل

ومع تنامي عدد المرضى المصابين تواجه اليم صناديق الضمان الاجتماعي تحدي كبير بالنسبة إلى إمكانيات التمويل. الملاحظ السنوات الأخيرة هو ارتفاع نفقات الصحة بالنسبة إلى الميزانية العامة للدولة كما نشاهد في البيان الموالي.

سنة 2000 إلى 59 % في سنة 2011، أين قدرت بمبلغ إجمالي قدره 110 مليار دج. و بلغت تعويضات صندوق الضمان الاجتماعي سنة 2017، مبلغ إجمالي قدره 212 مليار دج، يمثل في 64 مليون وصفة طبية محللتعويض⁹ (BRAHAMIA, 2018) بينما لم يصل مبلغ التعويض إلا 20 مليار دج سنة 2000 (MAHFOUD et al, 2017)¹⁰.

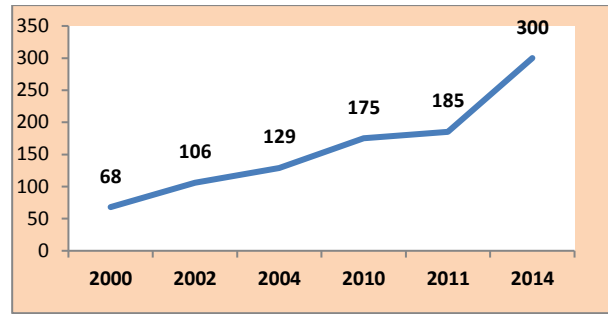
و مع استمرار انتشار الأمراض المزمنة الناجمة عن التحول الصحي الجاري في بلادنا، يتوقع تقادم النفقات الصحية في السنوات القادمة، لأن الطلب المدفوع إلى النمو السريع نظرا لتزايد عدد الإصابات، سيرتكز خصوصا على الأدوية الأصلية التي يتحكم في إنتاجها وتسويقها المخابر العالمية الكبرى، والتي تتحول باستمرار إلى أدوية (biosimilaires) يصعب تحقيق إنتاجها محليا في بلاد نامية مثل الجزائر.

وبالتالي سيبقى تمويل الصحة الانشغال الشاغل عند أصحاب القرار، مع الإشارة إلى محدودية الموارد المالية التي لها ارتباط بالنشاط المهني، أساس تحقيق اشتراكات التأمين على المرض وله علاقة بنسبة التشغيل. الهيكل الديمغرافية في الجزائر تعكس نسبة الناشطين أقل من ثلث السكان؛ من بين 40,800 مليون نسمة سنة 2016 نجد عدد الناشطين يساوي فقط 12,093 مليون وعدد الذين يمارسون نشاط يساوي 10,900 مليون فرد. أي أن طاقة العمل بالنسبة للاقتصاد الوطني أساسها هيكلي. المؤمن عليهم لدى هيئة الضمان الاجتماعي بلغ عددهم 11,957 مليون سنة 2016، ومن بينهم يوجد 6,140 ملايين أجرا فقط كمصدر لتحصيل الاشتراكات، بينما الضمان الاجتماعي يغطي 37 مليون شخصا، أي قرابة 85 % من السكان، (BOURKAIB, 2017)¹¹. مما سبق يمكن القول أن تمويل الصحة يبقى انشغال هام ليس بسبب طلب الرعاية الناجم عن التحول الصحي و الديمغرافي فحسب، بل توجد عوامل أخرى لها دافع في نمو النفقات: وتوسيع التغطية الاجتماعية، انتشار عرض العلاج العمومي و الخاص، ارتفاع مستوى المعيشة للسكان، تدهور وضع المحيط، الخ لتجاوز العقبات التي تواجه المنظومة الصحية، قامت السلطات العمومية بإدخال إصلاحات.

3.2 تحديات التمويل قطاع الصحة في ظل التحول الصحي والديموغرافي:

تمر الجزائر حاليا بالمرحلة الثالثة من التحول الديموغرافي، التي تتميز بارتفاع عدد كبار السن الناجم عن انخفاض الوفيات والخصوبة، دون أن تنتهي تماما المرحلة الثانية؛ حيث لا تزال نسبة السكان في سن النشاط (15- 59 سنة) مرتفعة، بسبب الدخول المتأخر للمرحلة الثانية من التحول الديموغرافي. ولكن نسبتها من إجمالي السكان بدأت تنخفض انطلاقا من سنة 2011، إذ نزلت من 64,4 % إلى 61,1 % في سنة 2017 (ONS, 2017)¹². نلاحظ بالنسبة للجزائر، استمرار فئة 15-59 سنة في الانخفاض بينما تواصل فئة 60 سنة فأكثر في التزايد، منتقلة من 7,9 % سنة 2011 إلى 9,1 % سنة 2017. حيث قدر عدد السكان البالغين 60 سنة فأكثر بـ 3 803 000 نسمة، من بينهم 564 000 سنهم 80 سنة فما فوق (ONS, 2017)¹³. وهذا يدل على بوادر الشيخوخة، التي تعود إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة، المشار إليه سابقا والمتضمن (الشكل 5)، حيث كسب الجزائريون والتي 30 سنة إضافية منذ الاستقلال، بفضل التقدم المحقق في الرعاية الصحية، نهيك عن التحسن الملحوظ في الظروف الاجتماعية

الشكل 4: تطور النفقات الصحية للضمان الاجتماعي بين 2000-2014 (مليار دج)

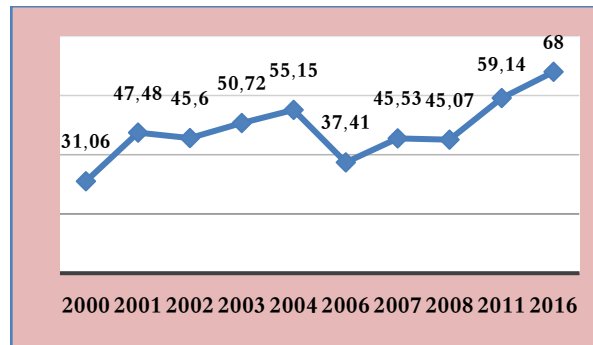


المصدر :

- BOURKAIB, D., L'augmentation des dépenses de santé, L'invité de la rédaction, Alger, chaîne 03, radio Algérienne, 04 décembre 2016 à 08 h15, Algérie.
- ZIANI, L., ZIANI, Z., Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie, Colloque international sur l'industrie de l'assurance réalité et perspectives de développement, 3-4 décembre 2012, université Hassiba Ben Bouali, Chlef, Algérie.
- MTESS, (2011), Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladies. www.coopami.org/fr/countries/countries/algéria/social.../social_protection10.pdf

حصة تعويض الأدوية التي كانت تمثل أقل من ثلث النفقات سنة 2000 صعدت إلى أكثر من الثلثين سنة 2016. والشكل 4 يوضح تطور حصة الأدوية المعوضة من نفقات الضمان الاجتماعي.

الشكل 5 : تطور حصة الأدوية في نفقات الضمان الاجتماعي في الجزائر 2000-2016 (%)



المصدر: عياشي نور الدين، تفعيل تنافسية الصناعة الدوائية في الجزائر كآلية لترشيد النفقات الصحية، الملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر، بين آليات التسيير ورهانات التمويل" المستشفيات نموذجا"، 10-11 أفريل 2018، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر. نلاحظ من خلال الشكل السابق، التطور المعتبر لحصة الأدوية من إجمالي نفقات الضمان الاجتماعي، حيث انتقلت من 31 % في

¹ONS, L'Algérie en quelques chiffres n° 47, édit 2017, Alger, pdf.

(ZEHNATI, 2014)¹⁷وارتفعت إلى 200 مؤسسة في 2015 (MSPRH, 2016)¹⁸، وأصبحت لها الشخصية المعنوية والاستقلالية المالية، وتقدم العلاج من المستوى الثاني. و الشيء الجديد أيضا هو إنشاء 273 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، التي تشرف سنة 2015 على العيادات المتعددة الخدمات (1659) وقاعات العلاج (5762). وظلت المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) متواجدة مع زيادة عددها، حيث قدرت بـ 15 و 75 على التوالي في 2015. كما أضيفت لها المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EHU) و 09 مؤسسات استشفائية (EH)، (MSPRH, 2016)¹⁹ وكلها تقدم العلاج من الدرجة الثالثة.

كان الهدف الرئيسي للتنظيم الجديد، تحقيق اللامركزية منظومة العلاج العمومية، حيث الهياكل القاعدية لم تعد تابعة لتسيير مستشفى القطاع الصحي القديم، وأصبحت للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تتمتع بالاستقلالية مالية وإدارية. وسمحت هذه الإصلاحات بالامركزية العلاج المتخصصة، الأكثر طلبا الذي نزل بفضل الإصلاحات إلى مستوى الهياكل الصحية القاعدية استجابة لطلب التكفل بالأمراض الغير متنقلة وتقليل ضغط الطلب على المؤسسات الاستشفائية المتخصصة. ولهذا زودت المؤسسات الصحية متعددة الخدمات (polycliniques) والهياكل القاعدية بأطباء في بعض التخصصات ومخابر للتحاليل الطبية ومصالح للأشعة.

4.2 الإصلاحات المعتمدة للمحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي:

لقد تمثلت الإجراءات المتخذة فيما يلي:

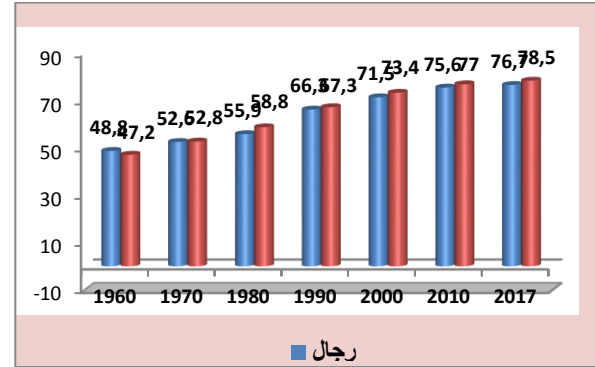
- ✓ السعر المرجعي
- ✓ عدم تعويض بعض الأدوية؛
- ✓ تشجيع وصف واستهلاك الأدوية الجنيسة وتلك المصنوعة محليا،
- ✓ تحفيز المخابر الأجنبية على الاستثمار في الجزائر؛
- ✓ التعاقد مع الطبيب المعالج (Médecin traitant) منذ سنة 2009؛
- ✓ تطوير مؤسسات الـ CNAS و التعاقد مع بعض المؤسسات العلاجية: مراكز التصوير الطبي، مراكز تصفية الدم، عيادة جراحة القلب، والتعاقد مع النقل الصحي؛
- ✓ التعاقد على العلاج مع المستشفيات؛
- ✓ إدخال البطاقة الالكترونية (الشفاء) وتوسيع نظام الدفع من طرف الغير (tiers payant)؛
- ✓ تعزيز الرقابة الطبية و مكافحة العمل غير الرسمي؛
- ✓ لتحصيل الجبري للاشتراكات، و ذلك في إطار تنفيذ تدابير قانون المالية التكميلي لسنة 2015؛
- ولكن السؤال الذي يطرح نفسه اليوم ما مدى تحقيق هذه الإجراءات على أرض الواقع؟
- هذا ما سنحاول التطرق اليه في المبحث الموالي.

4.3 وجهة نظر حول فعالية الإصلاحات المعتمدة

رغم الإصلاحات لا تزال المنظومة الصحية تعاني من عدة اختلالات، تمثلت خاصة في تدني الخدمات الصحية وعدم المساواة في الرعاية العلاجية؛ حيث بسبب ضعف نوعية الخدمات المقدمة والنقص الملاحظ في عدد الأطباء الأخصائيين، يلجأ المرضى إلى القطاع الخاص الذي يطبق أسعار معتبرة و غير مقننة، لا يعوض

والاقتصادية. أما متوسط العمر المتوقع بعد سن 60 سنة في الجزائر قد قدر بـ 19 سنة (BRAHAMIA, 2015)¹⁴. وهذا ينذر بقدوم الشيخوخة بسرعة استثنائية، التي تعتبر من الأسباب الرئيسية لارتفاع النفقات الصحية و تشكل عبئا ثقيلا على صناديق التأمين على المرض.

الشكل 6: تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس في الجزائر بين 1962 – 2017



المصدر:

- ONS, *Démographie Algérienne 2017, op.cit.*
- ¹⁵FORTAKI M., BRAHAMIA, B., La transition sanitaire et démographique en Algérie: caractéristiques et conséquences sur le système de santé, Colloque international : Le système de santé face à l'évaluation à l'aune de la transition plurielle: regards croisés, 21-22 Novembre 2018, Université de Tizi-Ouzou, Algérie.

تجدر الإشارة أن متوسط العمر في صحة جيدة (Healthy life expectancy at birth) قدر في الجزائر بـ 61 سنة (BRAHAMIA, 2016)¹⁶. أخذا بعين الاعتبار متوسط العمر المتوقع عند الولادة نستنتج أن الفرد الجزائري يقضي في المتوسط أكثر من 16 سنة من حياته يعاني فيها من المرض أو العجز. بعبارة أخرى امتداد العمر المتوسط يعتبر جيد، لكن الامتداد المصطحب بتقليل سنوات المرض و العجز أحسن. أي يجب إضافة للعمر المتوسط سنوات حياة نوعية.

4. الإصلاحات المعتمدة على مستوى المنظومة الصحية الجزائرية:

لقد استهدفت هذه الإصلاحات من جهة الشبكة العمومية للعلاج، و من جهة أخرى، منظومة الضمان الاجتماعي.

4.1 الإصلاحات المعتمدة على مستوى منظومة العلاج:

كان عرض العلاج العمومي قائما على أساس القطاع الصحي، محور المنظومة الصحية منذ 1980، حيث على مستوى الوطن كان هذا العرض ممثل بـ 185 قطاع صحي، 13 مركز استشفائي جامعي و 31 مؤسسة استشفائية متخصصة. وبتطبيق الإصلاحات الجديدة لسنة 2007، أدخل تنظيم جديد على الخريطة الصحية، من خلال المرسوم رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الذي ألغى القطاع الصحي وتضمن إنشاء، تنظيم و تسيير الوحدات الصحية الجديدة. وأصبحت الخريطة الصحية تضم 194 مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH)، حيث تم إضافة 09 مستشفيات جديدة، إلى 185 الموجودة قبل الإصلاحات

تنشر سوى مرة واحدة في 2003، وتعلقت بسنتي 2001-2002 (ZEHNATI, 2014)²¹. وكانت هذه التجربة الأولى من نوعها في بلادنا، غير أنه يجب إعدادها بصفة دورية. ويجب الإشارة إلى عدم وجود نظام معلومات فعال على مختلف مستويات المنظومة الصحية الجزائرية، بل يتم الاعتماد على نظام حساب التكاليف القديم، الشيء الذي لا يسمح بتقييم التكاليف والتحكم في النفقات.

3. الحلول المقترحة للتكفل بالأمراض المزمنة و ترشيد النفقات الصحية:

من أجل المساهمة في وضع سياسة فعالة لمواجهة عبء الأمراض المزمنة وترشيد النفقات الصحية، مع مراعاة المساواة في الحصول على العلاج والعدالة والإنصاف في تمويل الخدمات الصحية نقتراح ما يلي:

● تطوير الوقاية ومكافحة عوامل الخطر الرئيسية للأمراض المزمنة من خلال مقارنة شاملة ومتعددة القطاعات (Approcheglobalemultisectorielle). حيث مكافحة عوامل الخطر لا تخصص فقط وزارة الصحة ولكن تخصص العديد من الوزارات والقطاعات مثل الصناعة، الزراعة، التجارة، الرياضة، التعليم، الصحافة، الخ.

● إنشاء برامج للكشف المبكر للأمراض المزمنة لتفادي مضاعفاتها الخطيرة و التخفيف من تكاليف علاجها. فعلى سبيل المثال تكلفة علاج السرطان الذي في المراحل الأولى تكلف 25 مليون سنتيم، بينما في المراحل المتأخرة تكلف 500 مليون سنتيم (HAMDI CHERIF, 2017)²². وكذلك ضرورة وضع سجلات وطنية لمختلف الأمراض المزمنة، لمتابعة ومراقبة تطورها واتخاذ التدابير اللازمة للحد من انتشارها الخطير.

● تطوير المنظومة الصحية لتكييفها مع تطور الحاجيات الصحية للسكان. وهذا يتطلب تنظيم جديد للعلاج، عن طريق ترشيد مسارات العلاج (L'optimisation des trajectoires de soins)، من خلال التنسيق بين الهياكل القاعدية والمستشفيات والتنسيق بين أطباء الرعاية الأولية والأخصائيين. وهذا ما يعرف بمسار العلاج المنسق (Le parcours de soins coordonné) والذي يعتبر وسيلة فعالة لتحسين نوعية الخدمات الصحية وتخفيض التكاليف. وذلك من خلال تعزيز دور الطبيب المعالج الذي يعتبر المنسق الرئيسي للعلاج و ترشيد مسار المريض و التركيز على العلاج القاعدي وتحسين نوعية الخدمات التي تقدم على مستوى المؤسسات القاعدية، لأن جودة الخدمة الصحية الجارية المقدمة، تساهم في تفادي اللجوء إلى المستشفيات وتمنع تدهور الأمراض، ومنه تجنب التكلفة العالية للاستشفاء (عيساوي، 2016)²³.

● تطوير التكوين الطبي والشبه طبي، وخلق وظائف جديدة تتماشى والحاجيات الصحية الجديدة والاهتمام بالاستشفاء المنزلي والالتحاق بالركب فيما يخص الرقمنة الصحية و العلاج عن بُعد.

● تطوير النظام التعاقدى بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية، الذي يعتبر أفضل وسيلة لتمويل الخدمات الصحية بعدالة وشفافية. وكذا ضرورة تخفيض التكاليف الصحية التي تبقى على عاتق المريض وتحقيق المساواة في الحصول على خدمات صحية ذات جودة.

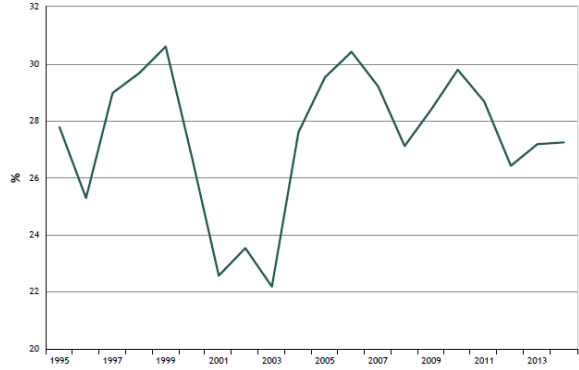
● رفع سن التقاعد إلى 65 سنة، من أجل إعادة التوازن المالي لصندوق التقاعد، الذي يعاني من العجز منذ سنوات، بسبب التقاعد المسبق، حيث قدر متوسط عمر المتقاعدين في الجزائر في السنوات الأخيرة بـ 53 سنة

وهذا سن مبكرا جدا وخاصة بالنظر إلى العمر المتوسط الذي أصبح يتجاوز الـ 77 سنة.

● رفع مساهمة الدولة في تمويل الخدمات الصحية عن طريق الضرائب. حيث الدول التي تعتمد على الضرائب في تمويل

منها إلى مبلغ زهيد، أسعار لا تتحملها الأسر ذوي المداخل المحدودة ولو تشملهم تغطية الضمان الاجتماعي. وهذا الوضع يساهم في عدم المساواة في العلاج. نسبة نفقات الصحة التي يتحملها الأسر نهائيا تفوق في المعدل ربع مجموع النفقات الصحية، كما نلاحظ في البيان الآتي.

الشكل رقم 7 : نسبة نفقات الأسر من مجموع نفقات الصحة (%)



المصدر : Knoema.com, Algeria private health expenditures as a % of total health expenditure

رغم الإصلاحات التي اعتمدت لتقريب الهياكل الصحية من السكان، واللامركزية العلاج المتخصصة، لم يعكس هذا تأثيرا ايجابيا على انتشار الأمراض المزمنة في بلادنا لاسيما في الوقاية منها. إذ لا تزال هذه الأخيرة تحدث مبكرا، ولا تكتشف إلا متأخرا بعد حدوث مضاعفاتها الخطيرة. وهذا يؤكد عدم فعالية الهياكل القاعدية، رغم انتشارها الواسع عبر التراب الوطني، ورغم التدابير الجديدة التي استهدفتها. والجدير بالملاحظة أنها لم تقم بمهامها الأساسية، و التي تتمثل في الوقاية وتقديم الرعاية الصحية الأولية؛ تحولت الهياكل القاعدية بموجب الإصلاحات إلى عيادات تقدم الخدمات العلاجية و الرعاية المتخصصة، ما أدى إلى تفضيل العلاج على النشاط الوقائي.

ويعتبر تنسيق العلاج (La coordination des soins) أحد المناهج الضرورية لتحسين نوعية الخدمات الصحية، من خلال التماسك الذي يؤدي بدوره إلى احترام الممارسات الطبية المرجعية. توجيه المريض (L'adressage du patient)، أو إعادة توجيهه (le réadressage) غير معمول به رغم إحداث "طبيب العائلة" ضمن الإصلاحات²⁰. وهذا يبين التخلي عن الدور الأساسي للهياكل القاعدية الذي يكمن في تقديم خدمات الوقاية و العلاج الأولي، بالإضافة إلى تنسيق مسار العلاج.

علاوة على ذلك، فإن القطاع الخاص لم يؤخذ كما ينبغي بعين الاعتبار عند وضع الخريطة الصحية، رغم المكانة المتنامية التي يحتلها في عرض العلاج. حيث لا يزال هذا الأخير يعاني من ضعف التنسيق وانعدام التكامل بين القطاعين، العمومي والخاص. أما فيما يخص تطبيق النظام التعاقدى، رغم أنه أدرج في قانون المالية لسنة 1993 تطبيقه جد متباطئ.

و الجدير بالذكر أنه لم يتم إجراء أي تقييم لسياسة التحكم في النفقات الصحية، لا من طرف الضمان الاجتماعي و لا من مؤسسة أخرى؛ الدليل عن ذلك أنه لا تولى أهمية كبيرة للحسابات الوطنية للصحة (Comptes nationaux de santé). حيث أنها لم

الخلاصة:

من خلال تشخيص الوضع الراهن للمنظومة الصحية، تبين أن الإصلاحات المعتمدة لم تبلغ كل الأهداف المرجوة. حيث رغم لامركزية منظومة العلاج، التدرج في العلاج لا يحترم و لا تزال المستشفيات تعاني من ضغط الطلب الذي من المفروض أن يتكفل به على مستوى الهياكل القاعدية. حالات الأمراض المزمنة ذات تكاليف العلاج الباهظة ، لا تزال تنتشر بشكل متسارع و معظم الحالات لا تكتشف إلا عند بروز المضاعفات الخطيرة، ما يدل على عدم فعالية الهياكل القاعدية في استقطاب المرضى، و التي يركز فيها على المقاربة العلاجية بدل الوقاية .

كما أن الإصلاحات المعتمدة على مستوى الشبكة العمومية للعلاج، لم تسمح بالتحكم في النفقات الصحية، التي لا زالت تتزايد باستمرار. لقد أصبحت موارد التمويل غير قادرة على استيعاب النفقات الصحية في ظل وضع اقتصادي متأزم ؛ و بالتالي أصبحت الأسر تتحمل نفقات علاج مباشرة معتبرة ، غير قابلة للتعويض ؛ غير أن إصلاحات المنظومة الصحية كانت تهدف إلى المحافظة على أهدافها الرئيسية التي تكمن في تحقيق المساواة في الرعاية الصحية و الإنصاف في التمويل. الخزينة العمومية التي أصبحت اليوم الممول الرئيسي لقطاع الصحة تعاني من تدهور مستوى المحاصيل الآتية من صادرات النفط المتدنية.

وما يمكن قوله في الأخير أن الحاجيات الصحية للسكان، سوف تستمر في الارتفاع، نظرا للعبء المتزايد للأمراض المزمنة، الشيخوخة، تعميم التأمينات الاجتماعية، الانتشار الكبير لعرض العلاج، مع إدماج التكنولوجيات الجديدة المبتكرة، وأثار الطلب المفتعل الناجم عنها. وهذا يفرض على أصحاب القرار الأخذ بعين الاعتبار آراء و سلوكيات مختلف الفاعلين في قطاع الصحة، و اتباع توجيهات و نصائح الباحثين التي بإمكانها أن تساهم في وضع سياسة فعالة، للتحكم في النفقات الصحية وترشيد استخدام الموارد وتكثيف المنظومة الصحية مع التحولات المتعددة الجارية.

● منظومتها الصحية وهو ما يعرف بمنظومة بيفريدج، أكثر تحكما في نفقاتها الصحية، وتوفر تغطية شاملة لسكانها مثل المملكة المتحدة على سبيل المثال. مع العلم أن المؤشرات الصحية التي تقيس فعالية المنظومة الصحية في إنجلترا، تضاها تلك المسجلة في الدول المتطورة الأخرى، بل هي أفضل من تلك الموجودة في الدول التي تتميز بارتفاع نفقاتها الصحية على غرار الولايات المتحدة. ولكن هذا يتطلب ضرورة رفع عائدات الضرائب لتمويل النفقات وذلك من خلال تحسين النظام الضريبي، عن طريق مكافحة التهرب الضريبي و فرض رسوم على المؤسسات التي تتسبب في التلوث ورفع الرسوم على التدخين وعلى الخمر، الخ.

● رفع معدلات النمو الاقتصادي، وذلك بتنويع الاقتصاد للاستثمار خارج نطاق المحروقات، من أجل خلق مناصب شغل

● لتوفير الموارد المالية اللازمة لتمويل صناديق الضمان الاجتماعي.

● احتكار الدولة لعملية استيراد الأدوية سواء كان ذلك لتلبية احتياجات المؤسسات العمومية أو الخاصة من أجل الاستفادة من حسمات و تخفيضات في الأسعار، التي تربط بحجم الطلبية و هو ما يعرف باقتصديات الحجم . وكذلك ضمان جودة الأدوية المستوردة وتجنب النفاذ.

● ترقية التكوين في مجال الصناعة الصيدلانية في الجامعات، وتطوير الشراكة بين منتجي الأدوية والباحثين. كما يجب السعي إلى نقل التكنولوجيا وتوطينها. لأن هناك أدوية سقطت عنها حماية براءات الاختراع، ولكن لا تملك بلادنا التكنولوجيا الضرورية لصناعة تلك الأدوية.

● ضبط وتنظيم الإنتاج المحلي للأدوية من أجل تنويعه، وتقديم تحفيزات لإنتاج جزيئات أخرى (d'autres molécules)، لسد مختلف الحاجيات وتخفيض فاتورة الاستيراد.

● عصرية تسيير المؤسسات الصحية واعتماد المحاسبة التحليلية الاستثنائية، التي تعتبر وسيلة ضرورية لمراقبة التسيير والتحكم في التكاليف. وهذا يتطلب تطبيق البرنامج الطبي لنظام المعلومات (PMSI) المعمول به في الدول المتطورة، والذي يعتبر كأداة حديثة للمحاسبة الاستثنائية وتخصيص الموارد وكذلك إنشاء نظام للحسابات الصحية الوطنية، لتتبع وتقييم النفقات الصحية.

Caractéristiques et conséquences sur le système de santé, Colloque International : Le système de santé face à l'évaluation à l'aune de la transition plurielle : regards croisés, 21-22 Novembre 2018, Université de Tizi-Ouzou, Algérie.

16. BRAHAMIA, B., Développement de l'offre de soins et degrés de satisfaction des usagers, un point de vue sur l'expérience algérienne, 2em Atelier du Réseau Africain de Formation en Territoire et Santé (RAFoRTS), Constantine, 24-25 et 26 mai 2016, Université Constantine3, Algérie.

17. ZEHNATI, A., 2014, op.cit.

18. MSPRH, Direction des études et de planification, Santé en chiffres 2015, Edition juillet 2016.

19. Idem.

20. Howard Oxley (OCDE), Améliorer la performance des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins, Conférence communes Commission européenne, OCDE, 17 septembre 2008, Hôtel Bedford, Bruxelles. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=554&langId=fr>

21. ZEHNATI, A., 2014, op.cit.

22. HAMED CHERIF, M., 2017, op.cit.

23. عيساوي نصر الدين، آليات تسيير الهياكل الصحية القاعدية الجزائرية في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة -2، الجزائر، 2013-2014.

8. عياشي نور الدين، تفعيل تنافسية الصناعة الدوائية في الجزائر كآلية لترشيد النفقات الحصة، الملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر، بين آليات التسيير ورهانات التمويل، "المستشفيات نموذجاً" 10-11-11 أبريل 2018، جامعة 8 ماي 1945 قالم، الجزائر.

9. BRAHAMIA, B., Transition sanitaire et accès aux soins: cas des pays maghrébins, Colloque international: Le système de santé face à l'évaluation à l'aune de la transition plurielle : regards croisés, 21-22- Novembre 2018, Université de Tizi-Ouzou, Algérie.

10. MAHFOUD, N. BRAHAMIA, B., et YVES, C., Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie . Algérie Business Performance Review, Université KasdiMerbah Ouargla, N°11, 2017.

11. BOURKAIB, D., une subvention d'équilibre de 500 milliard DA pour la CNR en 2018, L'invité de la rédaction, Alger, chaîne 03, radio Algérienne, 17 juin 2017 à 08 h15.

12. Office national des statistiques (ONS), 2017, op.cit. <http://www.ons.dz/-demographie.html>

13. Idem.

14. BRAHAMIA, B., Les systèmes de santé maghrébins entre les impératifs de déploiement des ressources et la bonne gouvernance, Séminaire international, l'évaluation des politiques publiques, Algérie, 4-5 Mai 2015, Université Constantine2, Algérie.

15. FORTAKI M., BRAHAMIA. B., La transition sanitaire et Démographique en Algérie :

المراجع:

1. فرطقي مفيدة، التحول الصحي في الجزائر من خلال أسباب الاستشفاء والوفيات- حالة المنطقة الصحية للشرق، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة -2، الجزائر، 2017.

2. فرطقي مفيدة، براهيمية ابراهيم، تطور الأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة -2- عبد الحميد مهري العدد: 02، 2015، ص.ص. 235-264.

3. ZITOUNI, M., Pathologie du cancer en Algérie, l'invité de la rédaction, Alger, chaîne 3, Radio Algérienne, 12 Octobre 2016 à 08 h15, Algérie.

4. HAMDY CHERIF, M. et al, 3^{em} Atlas du registre de cancer de Sétif, incidence, tendance et suivie. <http://www.ennoursetif.org> (consulté le 31-12-2018 à 17 h10).

5. ZITOUNI, 2016, op.cit.

6. معقال نسبية، بوشريية محمد، تمويل المستشفيات العمومية في وسط وشرق البلاد: دراسة تقييمية للقدرة على الحصول، الوفرة، الجودة وحسن استغلال الأدوية المتخصصة في علاج أمراض القلب خلال الفترة (2010-2015)، الملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر، بين آليات التسيير ورهانات التمويل، "المستشفيات نموذجاً"، 10-11-11 أبريل 2018، جامعة 8 ماي 1945 قالم، الجزائر.

7. BEN BAHMED, L., L'invité de la rédaction, Alger, chaîne 03, radio Algérienne, 04 Mars 2018 à 08 h15, Algérie.