

النفقات الصحية وتحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري

مفيدة فرطقي دكتورة في علوم التسيير
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
جامعة قسنطينة-2 عبد الحميد مهري

الملخص:

تعرف النفقات الصحية في الجزائر ارتفاعا مستمرا، و تعتبر الأمراض المزمنة من الأسباب الرئيسية لتفاقم هذه النفقات من بين عوامل أخرى متداخلة. حيث التكفل بالأمراض الثقيلة يرهق الموارد المحدودة للتأمين على المرض، وسيتأزم الأمر أكثر مع شيخوخة السكان وانخفاض الفئة النشطة التي يركز عليها التمويل. و هذا يطرح بشدة إشكالية تمويل المنظومة الصحية، و خاصة في ظل الأوضاع الاقتصادية الراهنة، و ارتفاع نسبة البطالة بين الشباب، بينما قدرات التمويل للضمان الاجتماعي، تركز على النشاط المهني وتعتمد في نفس الوقت على الهيكلة الديموغرافية وقدرة الاقتصاد على خلق مناصب شغل. ونهدف من خلال هذا العمل إلى تسليط الضوء على التطور المعترف للنفقات الصحية في الجزائر وتحديات التمويل و تقييم فعالية الإصلاحات المعتمدة من السلطات العمومية للمحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي. وكذلك تقديم بعض التوصيات التي بإمكانها أن تساهم في التحكم في النفقات الصحية دون المساس بمبدأي التضامن والمساواة في الحصول على العلاج .

الكلمات المفتاحية: النفقات الصحية، تمويل التأمين على المرض، التحول الصحي، الأمراض المزمنة، شيخوخة السكان، إصلاحات الضمان الاجتماعي.

Résumé :

Les dépenses de santé en Algérie ont connu une très forte augmentation. La prévalence des maladies chroniques, est l'une des principales causes de la hausse considérable de ces dépenses, entre autres facteurs. La prise en charge médicale lourde et onéreuse de ces pathologies menace les équilibres des caisses de l'assurance maladie. Ce problème va s'accroître avec le vieillissement de la population et la réduction de la population active sur laquelle repose le financement, ce qui pose de façon accrue la problématique du financement de la santé. Notamment à la lumière de la situation économique actuelle et l'augmentation du chômage, tandis que la capacité du financement de la sécurité sociale, basée sur l'activité professionnelle, dépend à la fois de la structure démographique et de la capacité de l'économie à générer de l'emploi. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence l'évolution importante des dépenses de santé en Algérie et les défis de financement et évaluer l'efficacité des réformes adoptées pour préserver les équilibres financiers des caisses de la sécurité sociale. En fin proposer des recommandations susceptibles de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, sans pour autant remettre en cause les principes de la solidarité et de l'égalité d'accès aux soins.

Mots- clés : Les dépenses de santé, financement de l'assurance maladie, la transition sanitaire, les maladies chroniques, le vieillissement de la population, les réformes de la sécurité sociale.

المقدمة:

تمر الجزائر حاليا بالتحول الصحي والتحول الديموغرافي معا. حيث تم ملاحظة منذ سنوات من جهة انخفاض الأمراض المتنقلة وانتشار الأمراض غير المتنقلة، ومن جهة أخرى، انخفاض معتبر في معدلات الخصوبة والوفيات، مما أدى إلى إمتداد حياة المسنين و ارتفاع عدد كبار السن. الشيء الذي أدى بدوره إلى ارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة والأمراض المرتبطة بالشيخوخة. وتمثل هذه الأمراض مشكلا حقيقيا للصحة العمومية و عبئا ثقيلا على المنظومة الصحية، نظرا لارتفاعها المستمر والتكاليف المعتبرة الناجمة عنها. حيث تتطلب هذه الأخيرة علاجا مكلفا وطويل الأجل، والتكفل بها يهدد توازنات صناديق الضمان الاجتماعي و يطرح بشدة إشكالية تمويل المنظومة الصحية.

و من هنا برزت أهمية ترشيد استخدام الموارد المالية المخصصة للصحة، والتحكم في النفقات الصحية التي أصبحت عائقا أمام كل سياسة لتمويل التأمين على المرض. ولهذا كان الهدف الرئيسي من الإصلاحات المعتمدة على مستوى الضمان الاجتماعي هو التحكم في النفقات وترشيد استخدام الموارد المالية، لمواجهة عبء الأمراض غير المتنقلة (المزمنة) التي تشكل بشكل متزايد ميزانية الصحة. ولمعالجة هذا الموضوع قمنا بطرح التساؤل التالي:

هل لمؤسسات التمويل القدرة على مواجهة النفقات الصحية المتنامية في ظل محدودية الموارد المالية وارتفاع عبء الأمراض المزمنة في الجزائر؟

وتحت هذا السؤال تدرج الاسئلة التالية:

- 1- ماهي الأسباب الرئيسية لتفاقم النفقات الصحية في الجزائر؟
 - 2- هل لمؤسسات التمويل القدرة على مواجهة التطور السريع للنفقات الصحية؟
 - 3- ماهي الاجراءات المتخذة للتحكم في النفقات الصحية في الجزائر؟
- وللاجابة على التساؤلات السابقة تم تقسيم هذا العمل إلى المباحث التالية.
- 1- تطور النفقات الصحية في الجزائر
 - 2- الهيكل الديموغرافية والتشغيل وتحديات التمويل
 - 3- الإصلاحات المعتمدة للمحافظة على التوازنات المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي

1- تطور النفقات الصحية في الجزائر:

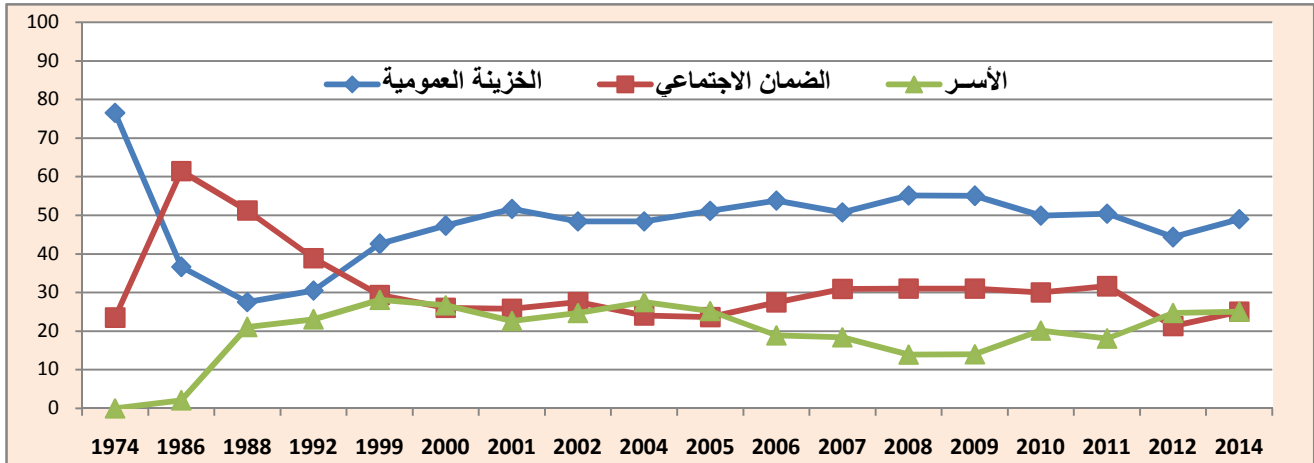
يحتل الضمان الاجتماعي في الجزائر، مكانة رائدة في سياسة البلاد، كوسيلة للتقدم الاجتماعي. حيث يهدف إلى تجسيد مبدأ الحق في الصحة للجميع، و يساهم في ترقيتها من خلال نشاطه الاجتماعي الصحي. غير أن استدامة هذا النشاط، يتطلب ضبط التدفقات المالية و التحكم في التكاليف. ولهذا يجب استخدام الموارد المخصصة للرعاية الصحية، بالطريقة الأكثر فاعلية وضرورة ترشيد النفقات الصحية، التي أصبحت تهدد التوازنات المالية لصناديق الضمان

الاجتماعي، بسبب تطور الحاجيات الصحية للسكان وارتفاع الطلب على العلاج الناجم عن التحول الصحي الجاري الذي أصبح يمثل عبئا ثقيلا، على الأطراف المعنية بتمويل الصحة في الجزائر.

1-1 مصادر تمويل الصحة في الجزائر:

إن تمويل المنظومة الصحية في الجزائر، تتكفل به ثلاث جهات رئيسية: الدولة، التي تسهر على تحقيق العدالة الاجتماعية، و ترقية الرعاية الوقائية و العلاجية، من أجل تحسين الوضع الصحي للسكان. الضمان الاجتماعي، الذي يعمل من خلال صناديقه(CNAS, CASNOS...) على ضمان وظيفة إعادة توزيع الدخل، والحد من عدم الاستقرار وعدم الأمن، والأسر التي أصبحت تتكفل بنسبة كبيرة من النفقات الصحية. بالإضافة إلى مساهمة ثانوية للتأمين الخاص والتعاضديات. ومنه فإن التمويل الصحي الوطني، يتميز بنموذج التمويل المختلط، الذي يستمد موارده من الضرائب الوطنية من جهة، و من الاشتراكات الاجتماعية من جهة أخرى. وتختلف نسبة المساهمة في هذا التمويل، حسب الحالة الاقتصادية للبلاد. ومن خلال الجدول الموالي، سنوضح تطور مصادر تمويل الصحة .

الشكل 01: تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من إجمالي النفقات الصحية(%) (1974-2014)



المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على المصادر التالية:

- ZIANI, L. et Ziani, Z., (2012), "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, Université Hassiba Ben Bouali, chlef, Algérie, 3-4 décembre.
- BRAHAMIA, B., (2014), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier.
- ZEHNATI, A., (2015), "Un risque fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé", *El watan*, le 02-Fevrier.
- BOUDERBA, N., (2016), "Du système national de santé", *Algérie patriotique*, le 09 sep. consulté le 01 fevrier 2018 à 17 :54.

لقد تغيرت مساهمة مختلف موارد تمويل المنظومة الصحية الوطنية، بشكل ملموس في الثمانينات، أين تراجعت مساهمة الدولة على حساب الضمان الاجتماعي في المرحلة الأولى، ثم بعد ذلك على حساب الأسر، التي أصبحت مجبرة على دفع حصة مرتفعة بشكل متزايد، من مصاريف رعايتها الصحية. و هذا يطرح مشكل الانصاف و المساواة في الحصول على العلاج في الجزائر. حيث يتضح من الشكل السابق، أن خلال سنوات السبعينات، حصة نفقات الضمان

الاجتماعي في مجموع نفقات الصحة، كانت ضعيفة (23,49 %). و يعود هذا إلى المكانة التي كانت تحتلها الدولة في التمويل، بسبب الفوائض المالية لتلك الفترة، والتي سمحت بتغطية نسبة معتبرة من النفقات الصحية (76,5%). غير أن حصة الضمان الاجتماعي ارتفعت مع مرور السنين، بسبب الأزمة التي عرفتها البلاد، حيث أخذ هذا النظام دوره كمول رئيسي بدل الدولة. إنطلاقاً من سنة 2000 نلاحظ تراجع حصة الضمان الاجتماعي وعودة ارتفاع حصة الدولة في تمويل مجموع النفقات الصحية، وهذا نتيجة ارتفاع ميزانيتها، بفضل عائدات المحروقات.

أما بالنسبة للأسر فبعد أن كانت لا تساهم أبداً في تكاليف العلاج، بفضل الطب المجاني (1974)، بدأت حصتها تتصاعد تدريجياً إلى غاية بلوغها أعلى نسبة (29,33 %) في 1999. وهذا يعود إلى انسحاب الدولة من القطاعات الاجتماعية، بسبب الأزمة الاقتصادية لسنوات 1986 وتطبيق برامج التعديل الهيكلي. حيث أصبح المرضى يلجؤون بشكل كبير إلى القطاع الخاص، أين التكاليف في جزئها الأكبر على عاتق المريض. وخاصة أن الدفع المباشر للأسر في القطاع الحر، يعتبر مرتفعاً جداً في الجزائر. وظلت هذه النسبة مرتفعة إلى منتصف الألفية أين مثلت ربع مجموع النفقات (26,02 %). بعد 2005 بدأت مساهمات الأسر في الإنخفاض، بينما حصة الدولة أصبحت تتزايد باستمرار، وهذا يعود إلى الوضع المالي المريح، الذي عرفه الاقتصاد الجزائري في تلك الفترة بفضل ارتفاع أسعار البترول خاصة في 2008 أين تجاوزت لأول مرة 100 دولار للبرميل.

ولكن ما تجدر الإشارة إليه، هو عودة ارتفاع مساهمات الأسر من جديد. حيث قدرت بـ 24,7% في 2012 وارتفعت إلى 25% في 2014. وما يلفت الانتباه هو تساوي هذه الأخيرة مع تلك الخاصة بالضمان الاجتماعي عند 25% مقابل 49% بالنسبة للخزينة العمومية في سنة 2014. وهذا راجع إلى اللجوء الكبير إلى القطاع الخاص ذو الأسعار العالية جداً، وذلك بسبب تدني خدمات القطاع العمومي و النقص الفادح في الأخصائيين. وخاصة أنه لا يتم تعويض تكاليف القطاع الخاص إلا بنسب ضعيفة جداً. وهذا بسبب الفوارق المعتبرة بين أسعار الخدمات الصحية المدفوعة والمبالغ المعوضة من الضمان الاجتماعي. حيث أسعار التعويض المطبقة من طرف صناديق التأمين على المرض، والتي تعود إلى سنة 1987، لم تعد تعكس التكاليف الحقيقية المدفوعة من قبل الأسر. وهناك عوامل أخرى ساهمت كذلك في إثقال النفقات الخاصة، ومنها المبالغ غير المعوضة والتطبيب الذاتي (Automédication).

إن تراجع أسعار المحروقات في الفترة الأخيرة، سيؤزم الوضع أكثر، لأن الدولة ستضطر إلى تخفيض الموارد الموجهة للصحة، وستتحمل الأسر أعباء إضافية أخرى، قد تؤدي بها إلى الفقر والتقليل من فرص الحصول على الخدمات الصحية. وهذا سيطرح من جديد إشكالية المساواة في الحصول على العلاج. لأنه ليس لكل الأسر الإمكانيات اللازمة، لطلب الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص، بسبب ارتفاع تكاليفها وانخفاض معدلات تعويضها.

هذا وحسب العديد من المصادر ومنها البنك العالمي، فإن نسبة مساهمة الأسر الجزائرية في النفقات الصحية حالياً تتراوح بين 25% و 28%، بينما توصي منظمة الصحة العالمية والبنك العالمي، فقط بنسبة 10% (KOURTA).

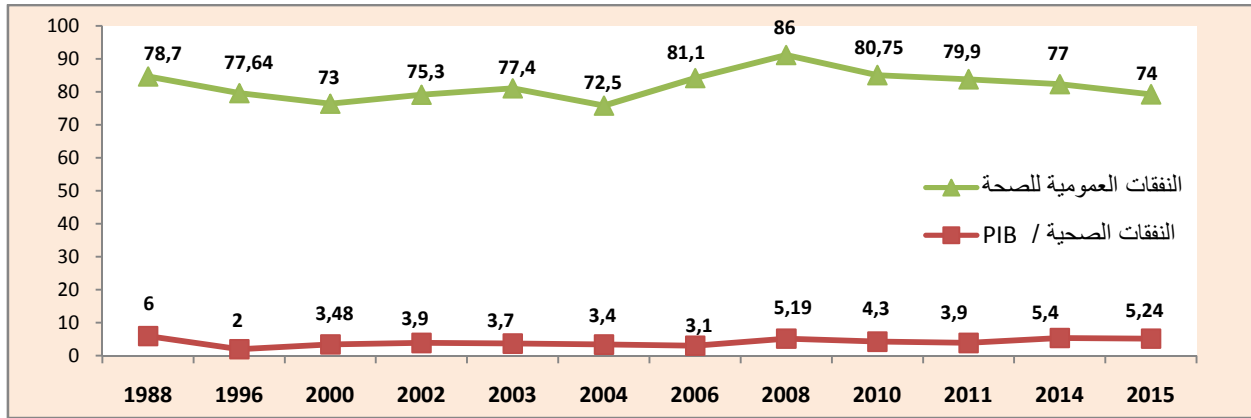
(2015) ولم تقدر هذه النسبة في فرنسا في 2013 سوى بـ9,5% (ASKENAZ et al, 2013). وهذا يؤكد أن هناك خطر كبير، لإشتداد عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية في بلادنا. حيث الدفع المباشر يمثل غالبا نفقات كارثية، تدفع بالأسر إلى الفقر. فحسب المنظمة الصحة العالمية، فإن كل عام حوالي 150 مليون شخص في العالم، يواجهون نفقات صحية كارثية، بسبب الدفع المباشر و100 مليون شخص منهم، ينزلون إلى تحت خط الفقر (GOPAKUMAR, 2016).

ربما مراجعة مدونة الأنشطة الطبية، وتحديد الأسعار المطبقة على التعويضات، سيخفف قليلا من التكاليف التي تبقى على عاتق الأسر. لكن قد يؤدي هذا إلى تدهور أكبر لتوازنات صناديق التأمين على المرض، التي تواجه ارتفاعا مستمرا للنفقات الصحية، التي تنمو بوتيرة أسرع من النمو الاقتصادي التي تستمد منه الصحة مواردها.

1-2 تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر:

إن المؤشرات الاقتصادية مثل النمو الاقتصادي، إجمالي الدين الحكومي و البطالة، عوامل مهمة لتحديد نمو الانفاق على الرعاية الصحية، بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لذلك الانفاق (دريسي، 2015). حيث حدوثها يؤدي إلى نمو الاقتصاد وارتفاع البطالة يؤدي إلى خفض نمو الإنفاق على الرعاية الصحية.

الشكل 2: تطور حصة النفقات الصحية العمومية كنسبة من الـ PIB في الجزائر (%) بين 1988 - 2015



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على المراجع التالية:

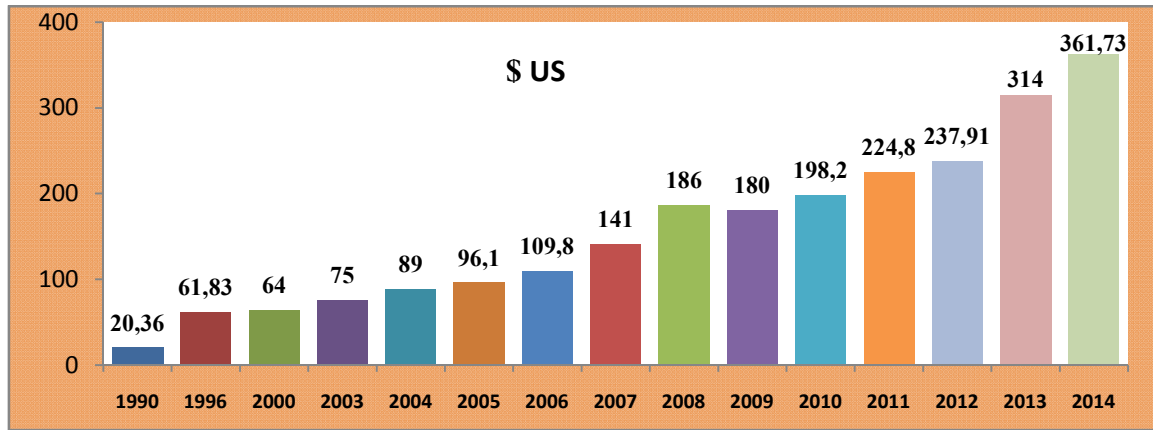
- ❖ ABID, L., (2015), "Les déserts médicaux ou inégalité territoriale en matière de répartition de l'offre de soins", *le guide de la médecine et de la santé en Algérie*. In, www.santemaghreb.com
- ❖ BRAHAMIA, B., (2014), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier.
- ❖ ZEHNATI, A., (2014), Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie, Thèse de doctorat en sciences économiques, université de Bejaia (Algérie) et université de bourgogne (France).
- ❖ KAÏD, N., (1998), Le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluations à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de doctorat en sciences économiques, Faculté des sciences économique, des sciences commerciales et de gestions, université d'Alger, P. 59.
- ❖ Banque Mondiale, Algérie, données économique. In, www.banquemondiale.org/fr/country/algeria.
- ❖ NABNI, (2013), Cinquantenaire de l'indépendance : Enseignements et vision pour l'Algérie de 2020.

نلاحظ من خلال الجدول أن حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، قدرت بـ 6% في 1988، وهذا يعود إلى الوضع المالي المريح الذي عرفته البلاد في تلك الفترة. و لكن بسبب الأزمة الاقتصادية وتطبيق برامج التعديل الهيكلي (1994-1998)، انخفضت هذه النسبة إلى 2% في 1996. ولكن إنطلاقاً من سنوات 2000 بدأت هذه النسبة ترتفع من جديد، ولكنها ظلت تتراوح بين 3 و 4% ماعداً في سنة 2008 أين تجاوزت 5%، بفضل إرتفاع مداخيل البترول. إذ حتى النفقات العمومية للصحة في تلك السنة، بلغت أعلى مستوياتها (86%).

والجدير بالذكر أنه رغم التحسن الذي تم ملاحظته في سنوات الألفية، ظلت نسبة الناتج الداخلي الخام المخصصة للصحة، بعيدة عن تلك المطبقة في الدول المتطورة. حيث في سنة 2013، مثلت في الولايات المتحدة (16,4%)، وفي كل من هلمندا، ألمانيا وفرنسا (11%) و في المملكة المتحدة (8,5%) (PELLET, 2016)، مقابل (5,24%) في الجزائر. و لكن كانت أعلى من تلك المسجلة في تونس (4,23%) و المغرب (1,96%) في نفس السنة (2013)(Banque mondiale, 2015).

وكذلك فيما يخص الإنفاق الصحي للفرد، الذي يعتبر من أهم المؤشرات للوقوف على فعالية ونجاعة المنظومات الصحية، حيث رغم أنه عرف زيادة مستمرة في بلادنا، يبقى بعيداً جداً عن ذلك المسجل في الدول المتطورة. وفي الجدول الموالي سنعرض تطور هذا المؤشر في الجزائر.

الشكل 3: تطور النفقات الصحية للفرد (دولار أمريكي) بين 1996-2014



المصدر من اعدادنا بالاعتماد على:

- DJENANE, A.M., (2015), "Santé et équité. Vers une économie politique de la santé", *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 39, pp. 109-120.
- ZEHNATI, A., (2014), op.cit.
- BRAHAMIA, B., (2014), op.cit.
- OMS, (2014), "profil sanitaire des pays : Algérie statistiques " .
- Banque Mondiale, *Perspective Monde*, " Des données sur tous les pays " date de consultation: 2-2-2017.

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك زيادة مستمرة للنفقات الصحية للفرد في بلادنا. حيث تضاعفت بأربع مرات خلال 5 سنوات، منتقلة من 20,36 إلى 61,83 دولار بين 1990 - 1996. واستمر ارتفاع هذا المؤشر في

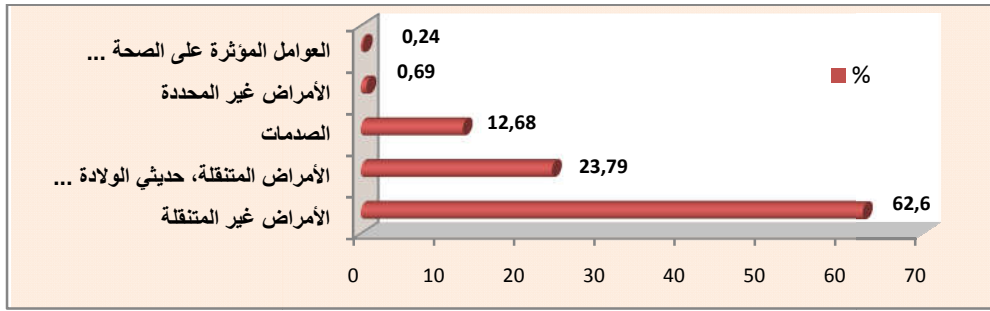
سنوات الألفية بانتظام، إلى غاية بلوغه 314 دولار في 2013 . وقدر هذا المؤشر حسب البنك العالمي في سنة 2014 بـ 361,73 دولار في الجزائر مقابل 305,31 في تونس و190,05 في المغرب (Banque mondiale, 2017). وبالمقارنة مع بعض الدول النامية، يعتبر الإنفاق الفردي على الصحة في بلادنا مرتفعا، حيث في سنة 2013 أنفقت الجزائر 10 مرات أكثر مما أنفقته النيجر وتشاد، و لكن أنفقت 10 مرات أقل مما أنفقته فرنسا (4 864) وإيطاليا (158 3)(DJENANE, 2015). وفي نفس السنة أنفق الفرد الفرنسي على صحته 286 مرة أكثر مما أنفقته الفرد في اريتريا (Statistique-mondiales, 2015). وهذا يوضح عدم المساواة في الحصول على العلاج على المستوى العالمي، رغم شعار منظمة الصحة العالمية "الصحة للجميع في 2000".

و يبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي في بلادنا بسبب قلة الموارد و الزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم عن عدة عوامل منها: التحول الصحي والديموغرافي، تطور عرض العلاج ، توسيع التغطية الاجتماعية والتي قدرتها 85% (SNOUSSI et ZOUANTI, 2013)، و ارتفاع مستوى المعيشة للسكان، الذي يظهر من خلال ارتفاع مؤشر التنمية البشرية (IDH). إذ انتقل من 0,5 إلى أكثر من 0,7 بين 1980-2014. وكسبت الجزائر بذلك عشر مرات، حيث إنتقلت من المرتبة 93 في 2013 إلى المرتبة 83 في 2014 عالميا، واحتلت بذلك المرتبة الأولى في شمال إفريقيا (PNUD, 2015). الشيء الذي أدى إلى تغير نمط الحياة والسلوكيات الفردية، وساهم في انتشار الأمراض المزمنة في بلادنا.

1-3 أثر الأمراض المزمنة على النفقات الصحية في الجزائر:

تعرف النفقات الصحية في الجزائر تطورا مستمرا، و قدر البنك العالمي نموها بـ 39% خلال 14 سنة (1995-2009) (SNOUSSI et ZOUANTI, 2013). و ترتفع هذه الأخيرة باستمرار، إذ انتقلت من 106 إلى 129 مليار دينار بين 1998-2002، ومن 175 إلى 185 مليار دينار بين 2010-2011. وصرح مدير الضمان الاجتماعي مؤخرا ، أن النفقات الصحية بلغت حوالي 300 مليار دينار في 2014. (BOURKAIB, 2014) ويعتبر إنتشار الأمراض المزمنة التي تتطلب التكنولوجيا الطبية المكلفة والأدوية ذات الأسعار المرتفعة، من الأسباب الرئيسية لتفاقم هذه النفقات في بلادنا. ولقد عرفت هذه الأمراض تطورا معتبرا خلال العشريتين الماضيتين (2002-2003 و 2015-2016). حيث انتقلت في الوفيات من (58,6% إلى 65,24%) وفي الاستشفاء من (50,4% إلى 62,6%) (فرطاي، 2017). وتمثل الأمراض المزمنة اليوم السبب الرئيسي للاعتلال والشكل الموالي يوضح ذلك.

الشكل 4: توزيع أسباب الاستشفاء حسب المجموعات الكبرى الثلاث للـ GBD (2015-2016)

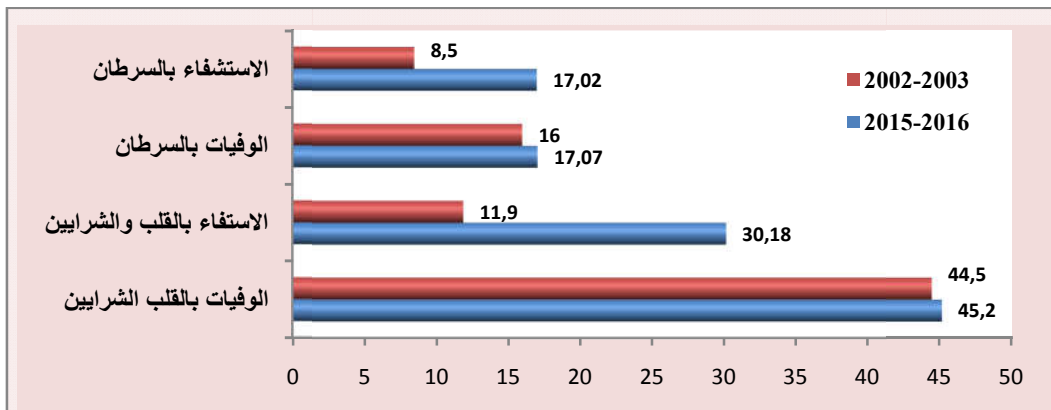


المصدر: فرطافي مفيدة (2017)، التحول الصحي في الجزائر من خلال أسباب الاستشفاء والوفيات - حالة المنطقة الصحية للشرق، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارة وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2- عبد الحميد مهري. ص. 225.

إن انتشار الأمراض غير المتقدمة (الأمراض المزمنة) له آثار سلبية على التنمية و عواقب وخيمة على عرض العلاج والاقتصاد (التغيب عن العمل، تمويل التأمين على المرض...) (VERNAY et al, 2015). ويعود انتشار هذه الأمراض في بلادنا إلى انتشار عوامل الخطر الرئيسية (تغير العادات الغذائية، قلة الحركة وانعدام النشاط البدني والتدخين)، وخاصة عوامل الخطر الوسيطة (ارتفاع ضغط الدم، السكري، ارتفاع الدهون في الدم والسمنة) (فرطافي، 2015)، والتي تعتبر أمراض مزمنة وعوامل خطر رئيسية لأمراض مزمنة أخرى.

ولقد لوحظ تطور معتبر للاستشفاء بالأمراض المزمنة عن الوفيات وخاصة فيما يتعلق بأمراض القلب والشرايين والسرطان (السببين الرئيسيين للوفيات والاستشفاء) (الشكل 3). وهذا راجع إلى التقدم الطبي وتطور العلاج الذي أدى إلى امتداد حياة المرضى، ومنه ارتفاع عدد سنوات الحياة في صحة سيئة، الشيء الذي أدى إلى ارتفاع العبء على صناديق الضمان الاجتماعي.

الشكل 5: تطور الاستشفاء والوفيات بأمراض القلب والشرايين والسرطان (% بين 2002-2003 و 2015-2016)



المصدر من إعدادنا اعتمادا على المصادر التالية: - فرطافي مفيدة (2017)، مرجع سبق ذكره.

- TAHINA,(2005): Projet INCO-MED-TAHINA- Synthèse Enquête Morbide Hospitalière 2003.
- TAHINA,(2008) : Projet TAHINA (Contrat n° ICA3-CT 2002-10011), Analyse des causes de décès année 2002.

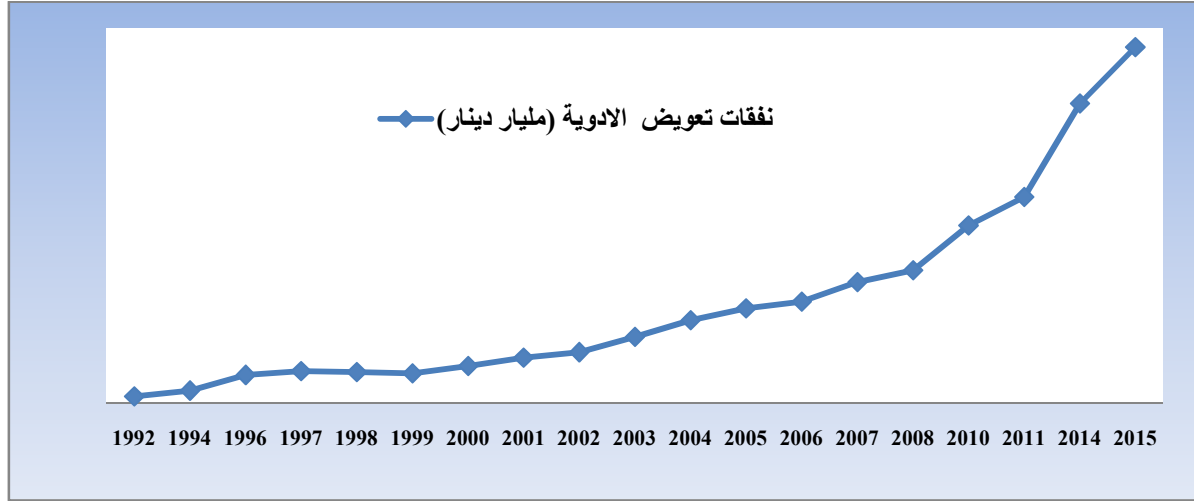
إن وتيرة إرتفاع نفقات الضمان الاجتماعي مقارنة بموارده، تهدد توازنه المالي الذي هو أصلا ضعيف. و هذا يعود خاصة للنفقات المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية، و التي تعود بدورها الى زيادة الطلب على الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة، ذات التكلفة العالية، و خاصة أدوية السرطان. حيث فاتورة أدوية علاج السرطان تمثل حاليانسبة 80 % من فاتورة أدوية المستشفيات، بينما لم تكن تمثل قبل 15 سنة سوى 10 إلى (ZITOUNI, 2016) 15 % .وهذا بسبب الانتشار الواسع للسرطان في بلادنا حيث تسجل حاليا 50 000 حالة جديدة كل عام. وهذه الزيادة المعتبرة ناجمة عن التحولات الديموغرافية،عوامل الخطر للتحوّل الوبائي والتغير في العادات الغذائية(HAMDICHERIF, 2017).

ومع استمرار تزايد هذه الأمراض في بلادنا، ستتفاقم هذه النفقات في السنوات القادمة. وخاصة أن المخابر العالمية الكبرى التي تتحكم في صناعة أدوية السرطان على غرار الأمراض الثقيلة الأخرى، ترفع أسعارها بشكل متواصل. حيث دخل العالم منذ بضع سنين في حقبة جديدة، حقبة الأسعار الباهضة، الخيالية وغير المقبولة، ولم تعد أسعار الأدوية ترتبط حقيقة بتكاليف البحث و التطوير. إذ الرقم الوحيد المتاح، الذي يُحسب من طرف نفس الفريق لمركز تافتس (Tufts) منذ 40 سنة يفتقد للمصداقية (CHIRAC, 2016).وتبرر الشركات الكبرى أسعارها بالحديث عن "قيمةأدويتها"، أو عن المدّخرات التي يمكن أن تجلبها للمنظومات الصحية، و لكن بينت الدراسة التي أنجزت من طرف أطباء الأورام في الولايات المتحدة، حول 85 دواء وُضع في السوق بين 1995 - 2013، أن أسعار هذه الأدوية، ارتفعت أسرع بكثير من قيمتها العلاجية(CHIRAC, 2016).

و منه يمكن القول أن نمو النفقات الصحية، يعود خصوصا إلى فاتورة إستيراد الأدوية التي إرتفعت بشكل كبير جدا في السنوات الأخيرة. حيث تضاعفت بستة مرات بين 2002-2016منتقلة من 0,400 إلى 2,8مليار دولار(BENBAHMED, 2016). ورغم بعض الانخفاض الذي شهدته هذه الفاتورة، بين 2014 -2015 بفضل بعد الإجراءات المتخذة، عرفت فقط في الثلاثة شهور الأولى من سنة 2016، ارتفاعا قدره 41,67% (BOURKAIB, 2016).

ويعود هذا الارتفاع إلى التبعية للخارج في التموين بهذه المواد و تحرير الاقتصاد. حيث منذ سنوات 2000 صار القطاع الخاص يحتكم على 90 % من سوق الإستيراد(ZEHNATI, 2014)، مما أدى بالموردين إلى إستيراد الأدوية الأصلية ذات الأسعار الباهضة، و خاصة تلك المتعلقة بالأمراض الثقيلة (السرطان، القلب...)، من أجل الحصول على هامش ربح أكبر. وكذلك المبالغ الهائلة الموجهة لتعويض نفقات هذه الأخيرة، حيث من بين النفقات الأكثر وزنا على فرع التأمينات الإجتماعية، نجد تعويض الأدوية التي تعرف ارتفاعا مستمرا. والتي تعود بالأخص إلى ارتفاع الأسعار، واعتماد نظام الدفع من طرف الغير (Tiers payant) حيث خلال سنوات التسعينات إلى غاية سنة 2000، الحصة الإجمالية للنفقات التي كانت تخصصهاCNAS للأدوية لم تتجاوز في المتوسط 25 % . ولكن انطلاقا من سنة 2001 عرفت هذه الأخيرة ارتفاعا معتبرا. حيث بلغت نسبة 54% في 2004 وارتفعت إلى 59% في 2011 (BRAHAMIA, 2011) و (MAHFOUD et YVES, 2017). ومن خلال الشكل الموالي سنوضح تطور هذه النفقات.

الشكل 6: تطور تعويض الأدوية في الجزائر (مليار دينا) (1992-2015)



المصدر: من اعدادنا اعتمادا على المراجع التالية:

- BRAHAMIA, B., (2010), "L'approvisionnement en médicaments du système de santé algérien, une gestion non maîtrisée", *Economie et société*, 04 novembre.
- BRAHAMIA, B., (2010), *Economie de la santé : évolution et tendance du système de santé OCDE- Europe de l'Est- Maghreb*, Ed.Bahaeddine Edition, Algérie.
- ZIANI, L., ZIANI, Z., (2012), "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, Université Hassiba Ben Bouali, chlef, Algérie, 3-4 décembre
- SNOUSSI, Z., (2015), "Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie", *Economie industrielle*, vol. 1, n° 149, pp. 103-147.
- MTESS, (2011), Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladies.
- BOURKAIB, D., (2015), "L'augmentation des dépenses de santé", L'invité de la rédaction, Alger, chaine 03, radio Algérienne, 04 décembre.
- BOURKAIB, D., (2016), "Sur 180000 dossiers dedépart à la retraite, 130000 concernent la retraiteproportionnelle", L'invité de la rédaction, Alger, chaine 03, radio Algérienne, 25 octobre.

نلاحظ من خلال الشكل أعلاه، أن نفقات تعويض الأدوية، تضاعفت بأكثر من ثلاث مرات في فترة قصيرة. حيث انتقلت من حوالي 13 مليار دينار في سنة 2000 إلى 64,56 مليار دينار في 2007. و فقط في سنة 2011 بلغت هذه التعويضات 59% من مجموع النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بمبلغ إجمالي قدره 110 مليار دينار. و ارتفعت من 160 إلى 190 مليار دينار بين 2014-2015. بينما لم تمثل في سنة 1988 سوى 0,500 مليار دولار. وسيستمر نمو نفقات تعويض الأدوية مع ارتفاع استهلاك الأدوية ذات الأسعار الباهظة. حيث رغم الإجراءات المتخذة للتحكم في عبء إستهلاك الأدوية، يواصل هذا الإستهلاك تسجيل ارتفاعات منتظمة، وإثقال كاهل منظومة الضمان الاجتماعي. وخاصة أن اللجوء إلى الأدوية الجنيسة لازال منخفضا، والوقاية من الأمراض المزمنة مُهمّشة، بينما قدرات التمويل محدودة. ومنه يبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي في بلادنا بسبب قلة الموارد و الزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم خاصة عن التحول الصحي، بينما الموارد المالية الناتجة عن النشاط المهني قليلة.

2- الهيكلة الديموغرافية والتشغيل وتحديات التمويل:

تواجه الجزائر تحديات ديموغرافية واقتصادية خطيرة، والتي تتمثل أساسا في مشكل البطالة وتوفير مناصب شغل لعدد كبير من السكان في سن العملو إيجاد حلول للأزمة المالية التي يعانها صندوق التقاعد، نتيجة الارتفاع المستمر في عدد المتقاعدين. حيث انتقل من 451 000 إلى 1 032 000 بين 1986 - 1998 ومن 2 500 000 في سنة 2014 إلى 3000 000 متقاعد في 2016 (BOURKAIB, 2016).

فكيف يمكن إذن رفع فعالية المنظومة الصحية في مثل هذا السياق؟ وخاصة أن الجزائر تمر بالمرحلة الثالثة من التحول الديموغرافي، التي تتميز بارتفاع عدد كبار السن الناجم عن انخفاض الوفيات و الخصوبة، دون أن تُنهي تماما المرحلة الثانية. حيث لاتزال نسبة السكان في سن العمل مرتفعة. وهذه النسبة المعتبرة للفئة النشطة (15-59 سنة)، ستستمر في الجزائر إلى غاية 2025 (KATEB, 2010)، بسبب الدخول المتأخر للمرحلة الثانية من التحول الديموغرافي. رغم أن نسبتها من إجمالي السكان بدأت تنخفض في السنوات الأخيرة وهذا ما يوضحه الجدول الموالي.

الجدول 1 : توزيع سكان الجزائر حسب الشرائح العمرية بين 1995-2015

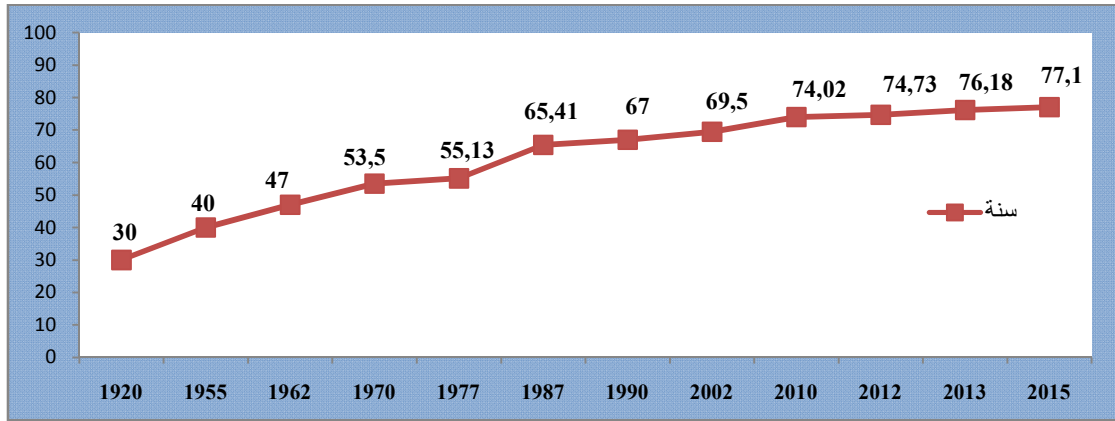
2015	2014	2013	2012	2011	2008	2004	2000	1998	1995	
11,7	11,6	11.4	11.2	11.0	10.0	9.1	9.8	10.9	13.4	4-0
17,1	16,8	16,7	16,7	16,7	18.0	20.7	24.1	25.3	25.6	14-5
62,5	63,1	63.6	64.0	64.4	64.29	63.1	59.4	57.2	55.0	59-15
8,7	8,5	8.3	8.1	7.9	7.6	7.1	6.7	6.6	6.0	+ 60

المصدر من اعدادنا اعتمادا على المراجع التالية

- BRAHAMIA, B., (2014), op.cit.
- ONS, démographie Algérienne 2015, op.cit.
- MILES, R., (2010), "Impact de l'urbanisation et des migrations internes sur le vieillissement spatial en Algérie", Université Blida 02.

يتضح من خلال الجدول أعلاه، هيمنة السكان في سن النشاط الاقتصادي (15- 59 سنة) على حساب المجموعات الأخرى. حيث ارتفعت من 55% إلى 64.4% بين 1995- 2011. ولكنها بعدها بدأت بالانخفاض إلى غاية بلوغها 62,5% في 2015. في حين واصلت فئة 60 سنة فأكثر ارتفاعها، منتقلة من 8.1 إلى 8.7% بين 2012-2015 (3 484 000 نسمة)، منهم 511 000 فئة البالغين 80 سنة فما فوق (ONS, 2015). وهذا يدل على بؤار الشيخوخة المرتقبة، بسبب ارتفاع متوسط العمر عند الولادة أولا، إذ انتقل من 47 سنة في 1962 إلى 77,1 سنة في 2015 (الشكل 5). ثم في مختلف أعمار الحياة بعد ذلك، حيث قدر متوسط العمر المتوقع عند 60 سنة في الجزائر بـ 19 سنة في 2011 (BRAHAMIA, 2015). والشكل الموالي سيعرض تطور هذا المؤشر.

الشكل 7: تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر بين 1920-2015



المصدر من اعدادنا بالاعتماد على المراجع التالية:

- TABUTIN, D. et al, 2001, P.14
- MOKHADDEM, A. et KHAROFI, M., p.19.
- ONS, Démographie Algérienne 2015, op.cit.

عياشي نور الدين، (2013)، دور النفقات العمومية للصحة في تجسيد مبدأ التغطية الشاملة، الملتقى الوطني حول التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة -2 عبد الحميد مهري.

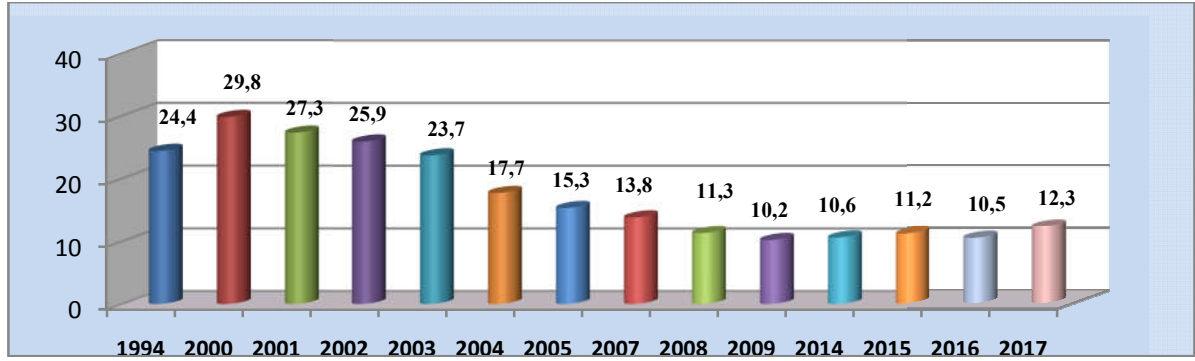
نلاحظ تطور معتبر لمتوسط العمر منذ الاستقلال، حيث كسبت الجزائر أكثر من 30 سنة، بفضل التقدم الطبي وتحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية. وتعتبر الشيخوخة من الأسباب الرئيسية لارتفاع النفقات الصحية وتشكل عبئا ثقيلا على صناديق التأمين على المرض. والجدير بالذكر أن في الجزائر، معدل الإعالة الديموغرافية للأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر، ارتفع من 11,1 إلى 14,0 شخص مسن معال، لكل 100 شخص في سن النشاط (15-59 سنة) بين 1990-2015. كما عرف معدل الدعم انخفاضا معتبرا، إذ نزل من 7 إلى 3 أشخاص ناشطين لكل متقاعد بين 2000 - 2015. وهذا سيؤدي إلى شلل صندوق التقاعد الذي يعاني منذ سنوات من العجز، ولم يتمكن من الاستمرار، سوى بفضل التضامن الموجود بين مختلف صناديق الضمان الاجتماعي. و ستواجه مؤسسات التمويل مشاكل أخطر في المستقبل، مع ارتفاع نسبة المسنين و انخفاض نسبة السكان في سن العمل.

تُبين الهيكلة الديموغرافية القيود التي يواجهها النشاط الاقتصادي، الذي تأتي منه الموارد المالية المخصصة للصحة، حيث في أبريل 2017، قُدر إجمالي عدد الناشطين اقتصاديا (La population active du moment) بـ 12 277 000 شخصا على المستوى الوطني وتخطى إجمالي النشاطات اقتصاديا عتبة المليونين (2 525 000)، أي 20,6% من إجمالي السكان الناشطين. أما حجم السكان المشتغلين (La population occupée du moment) فبلغ 10 769 000 شخصا، مسجلا بذلك تراجعاً قدر بـ 76 000 شخصاً مقارنةً بسبتمبر 2016 (ONS, 2017).

هذا ويتزايد عدد طالبي الشغل الجدد باستمرار، حيث إنتقل من 210 000 / السنة في بداية سنوات 1990، إلى أكثر من 350 000 / السنة، بين 2005-2015. و سيتراوح بين 250 000 و 300 000 / السنة إلى غاية 2040 (MEKALT et BRAHAMIA, 2015). و سيضاف هذا الطلب الجديد على الشغل إلى مخزون الطلب القديم الموجود. حيث فئة البطالين حسب تعريف المكتب الدولي للعمل، فقد بلغت 1 272 000 شخصا في سبتمبر 2016

وبلغت بذلك نسبة البطالة 10,5% على المستوى الوطني (ONS, 2016). وبلغت في أبريل 2017 نسبة 12,3%، مسجلة زيادة قدرها 1,8 نقطة. حيث قُدر عدد البطالين بـ 1 508 000 شخصا (ONS, 2017)، والشكل الموالي يوضح تطور هذا المؤشر منذ التسعينيات.

الشكل 8: تطور معدل البطالة في الجزائر (%) بين 1994-2017



المصدر من اعدادنا بالاعتماد على المراجع التالية:

- ◆ BOUNOUA, C., (2012-2013), Les déterminants du chômage en Algérie : une analyse Économétrique (1980-2009), Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Aboubekr Belkaid- Tlemcen, p. 88.
- ◆ ZEHNATI, A., (2014), op.cit, p.34.
- ◆ ONS, Activité, emploi et chômage en Septembre 2016, N° 763.
- ◆ ONS, Activité, emploi et chômage en Avril 2017, N° 785.

يوضح الجدول السابق، أن معدل البطالة كان مرتفعا جدا في أواخر التسعينيات، حيث الإصلاحات الاقتصادية التي طبقت ابتداء من 1989، والتي تدعمت بتطبيق برنامج التعديل الهيكلي، ساهمت في رفع هذا المؤشر من 24,4% إلى 29,8% بين 1994 - 2000. وفي ظل تحسن المؤشرات الاقتصادية، ابتداء من سنوات الألفية تراجعت هذه النسبة من 29,8% إلى 11,5% بين 2000 - 2008، واستقرت عند 10% بين 2010-2014. ولكن بدأ هذا المؤشر في الارتفاع مؤخرا، حيث ارتفع إلى 11,2% في 2015 وبلغ 12,3% في 2017.

هذا وبلغت نسبة العمالة و المتمثلة في نسبة السكان المشتغلين / السكان في سن العمل 37,4%، مسجلة بذلك تراجعاً بلغ 0,4% مقارنة بأفريل 2016 (ONS, 2016). وتراجعت في أفريل 2017 بـ 0,6% نقطة (ONS, 2017). مسجلة نسبة 36,8%. وهذه الوضعية تعكس ضعف مصادر الاشتراكات للضمان الاجتماعي المرتبطة بالنشاط المهني، وخاصة أن المؤمنين غير النشطين، يمثلون نسبة معتبرة من مجتمع المؤمنين. حيث بلغت هذه النسبة أكثر من 45% في 2007 (BRAHAMIA, 2010). وقدر عدد الأشخاص المؤمنين في سنة 2016 بـ 11 500 000 شخص، بينما الضمان الاجتماعي يغطي 35 مليون شخصا (TIDJANI HADAM, 2016).

إذن فمن أين يمكن الحصول على الموارد المالية المخصصة للصحة، وخاصة في العشرية القادمة؟ حيث ستنتقل فئة السكان الناشطين، إلى فئة المسنين بأعداد هائلة، بينما فئة السكان في سن العمل، التي تعتبر القاعدة الأساسية لتمويل الضمان الاجتماعي، ستشهد تناقصا كبيرا. إن هذا الوضع سيؤدي إلى تفاقم مشكل تمويل التأمين على المرض. وهذا

ما يؤكد التحديات الكبيرة التي تواجه المنظومة الصحية، حيث يبقى تمويل الصحة الإنشغال الرئيسي، بسبب قلة الموارد والزيادة المستمرة للحاجيات، والتغير في الطلب على العلاج، الناجم خاصة عن التحول الصحي، وعدة عوامل أخرى غالبا مرتبطة ببعضها البعض. و لهذا لا بد أن تُعالج العديد من الاختلالات، من أجل الحفاظ على التوازنات المالية للضمان الاجتماعي وتحقيق مبدأ المساواة والانصاف في الخدمات الصحية. وهذا ماسعتاليه السلطات العمومية في السنوات الأخيرة من خلال الإجراءات التالية.

3- الإصلاحات المعتمدة للمحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي:

إن تمويل إستهلاك الأدوية يمثل وزنا ماليا معتبرا في النفقات الصحية، و يثقل كاهل التأمين على المرض، الأسر والدولة، و خاصة مع انتشار الأمراض المزمنة و تطور التقنيات الطبية. الشيء الذي أدى إلى الارتفاع المستمر للاستهلاك الدوائي. حيث في غضون 23 سنة (1990 – 2013) تضاعف هذا الأخير ب 7,73مرة، منتقلا من 375 مليون دولار إلى 2900 مليون دولار. وتضاعف الاستهلاك الصيدلاني للفرد ب 393,33% في نفس الفترة (1990- 2013) منتقلا من 15 إلى 74 دولار أمريكي (ZIANI et BRAHAMIA, 2016). وقدر بحوالي 75 دولار في سنة 2016 (BEN BAHMED, 2016).

ويعتبر تعويض الأدوية للأجراء و أيضا التكفل بغير الأجراء، من الأسباب الرئيسية لارتفاع الاستهلاك الدوائي. وخاصة أن التكفل بالمصابين بالأمراض المزمنة يتم بنسبة 100 % في اطار الدفع من طرف الغير (TP)، و بنسبة 80 % بالنسبة لبقية المؤمنين إجتماعيا. بالإضافة إلى عوامل أخرى كانتشار عرض العلاج و تعميم التغطية الطبية . و هو يمثل بذلك حجما ماليا معتبرا ويطرح مشكل حقيقي لصناديق الضمان الاجتماعي، وخاصة مع النمو المتزايد لسوق الأدوية. وتخصص المنظومة الصحية حصة معتبرة لنفقات الدواء، والتي قدرت في المتوسط ب 21,65% في السنة من النفقات الوطنية للصحة. وهي بذلك تمثل وزنا ثقيلًا في مجموع النفقات الصحية و تعرف تطورا مستمرا. حيث انتقلت من 8,1 % إلى 21,3 % بين 991- 2000 ، وبلغت 28,87 % في سنة 2008 (ZIANI, L. et ZIANI, F., 2012). ومن أجل التخفيف من اختلالات التوازنات المالية للضمان الاجتماعي، الناتجة عن الارتفاع المعتبر لأسعار الأدوية، اعتمدت السلطات الجزائرية، سياسة متعددة القطاعات تهدف إلى التحكم في هذه النفقات، وتم تعديلا لهوامش التجارية حسب السعر، من أجل تشجيع استيراد الأدوية ذات الأسعار المنخفضة. كما تم أيضا اللجوء إلى إدخال عدة إجراءات أخرى نذكر منها:

3-1 سياسة عدم تعويض بعض الأدوية :

إلى غاية 1995 ، كانت كل الأدوية الموصوفة، تعوض تلقائيا. و لكن من حينها، قرر المسؤولون مراجعة قائمة المدونة بإدخال مفهوم عدم التعويض (Non remboursement) من الضمان الاجتماعي. وقام هذا الإجراء على مبدأ سحب من قائمة الأدوية المعوضة، المنتوجات التي لا تمثل خدمة طبية أو علاجية مثبتة.

3-2 سياسة التشجيع على استهلاك الأدوية الجنيسة والأدوية المصنوعة محليا:

يعتبر تشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة، الحل الرئيسي للتخفيف من العبء المالي الناجم عن الاستهلاك الدوائي. ولهذا قامت الجزائر بالتشجيع على الدواء الجنيس من خلال عدة إجراءات، للتخفيف من النفقات المتعلقة بتعويض الأدوية. الشيء الذي أدى إلى ارتفاع حصة هذا الأخير في سوق الأدوية، من سنة إلى أخرى. حيث مثل الدواء الجنيس، نسبة 35% في 2011 مقابل 21% في 2004 (BRAHAMIA, MAHFOUD et YVS, 2017). ولقد تمثلت تلك الإجراءات في مايلي:

● اعتماد السعر المرجعي منذ 2006 في تعويض الأدوية. وقد طبق أولا على DCI 116 من 1000 علامة في 2006 (BRHAMIA, 2010). وفي 2012 حددت عدد ال DCI ب 590 ، أي حوالي 43 % من مجموع الأدوية المعوضة، وهو ما يعادل 3000 علامة من 4586 دواء معوض (ما يعادل DCI 1365) (SNOUSSI, 2015).

● حق الاستبدال الممنوح للصيادلة، للصرف الدواء الجنيس بدل الأصلي (Princeps) . وكذلك تحفييزات مالية منحت للصيدي، الذي يصرف الأدوية الجنيسة وتلك المصنوعة بالجزائر.

● انخفاض سعر الدواء الجنيس.

● اعتماد سياسة تهدف إلى تشجيع الانتاج المحلي وتحفيز المخابر الأجنبية على الاستثمار في الجزائر، من خلال منع استيراد الأدوية المنتجة محليا. و من بين الإجراءات المتخذة نجد: (ZIANI, L. et ZIANI, F., 2012)

- لا يتم تسجيل دواء ذو علامة إلا في حالة غياب دواء جنيس، مع وضع حدود لارتفاع التكلفة المحتملة، مقارنة بالسعر المرجعي للتسمية الدولية المشتركة، و التي قدرت كحد أقصى ب 25%.

- تشجيع انتاج الأدوية الأصلية، تحت شكلها الجنيس من طرف السلطات العمومية.

- يدّعم الانتاج المحلي للأدوية من قبل السلطات، من خلال الاعفاء على الحقوق و الرسوم الضريبية على المدخلات، ووضع سعر مرجعي مغري للتعويضات.

3-3 التعاقد مع الطبيب المعالج :

لقد تم إدخال التعاقد مع الطبيب المعالج لأول مرة في الجزائر في سنة 2009 ، بموجب المرسوم التنفيذي رقم 09-116 المؤرخ في 7 أبريل 2007. حيث تم توسيع نظام الدفع من طرف الغير (TP)، إلى الفحوصات والأنشطة الطبية المقدمة من الطبيب المعالج لصالح المتقاعدين كمرحلة أولى وذوي حقوقهم. وكان هذا بهدف ترشيد النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، من خلال وصف والتشجيع على استهلاك الأدوية الجنيسة والمحلية. و في هذا الاطار يتم تقديم تحفييزات مالية للطبيب عن كل وصف للأدوية الجنيسة و الأدوية المحلية، تقدر ب 20% و 50% عن مبالغ الفحوصات.

3-4 التعاقد على العلاج مع المستشفيات:

يتمثل هذا الإجراء في جعل مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات الصحية، قائمة على أساس التعاقد، مع المؤسسات العمومية للصحة. حيث توجه هذه المساهمة لتغطية نفقات الأجراء الاجتماعيين و ذوي حقوقهم. أما نفقات الوقاية، التكوين و البحث العلمي و العلاج الموجه للمعوزين غير المؤمنين اجتماعيا، تتكفل بهم الدولة. ويهدف هذا الإجراء إلى اتباع أسلوب أكثر فعالية للتمويل المؤسسات الصحية العمومية، و تحسين التكفل بالمواطنين على مستوى المستشفيات. حيث يمكن المؤسسات الممولة من مراقبة كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمؤمنين. ولقد عرف هذا الإجراء التعاقدى نوعا من التقدم في 2010، حيث وُضعت الوسائل الضرورية على مستوى مكاتب الاستقبال للمستشفيات وعلى مستوى الضمان الاجتماعي، ولكن لم يدخل حيز التنفيذ. و يقتطيق هذا النظام التعاقدى متأخرا في بلادنا رغم أنه أدرج في قانون المالية لسنة 1993.

3-5 تعزيز الرقابة الطبية و مكافحة العمل غير الرسمي:

من أجل التحكم في نفقاتها، سعت صناديق الضمان الاجتماعي وخاصة CNAS، إلى تدعيم مصالح ومنظمة الرقابة الطبية. و ذلك من خلال إنشاء لجان طبية تراقب وتدرس الملفات. ولكن اتضح أنها لم تحقق النتائج المرجوة. وهذا لأن تعزيز الرقابة الطبية، يتطلب مشاوره مع مقدمي العلاج من أجل ترقية الاستعمال الرشيد و المناسب للعلاج، ولكن هذا لم يتم كما كان مطلوباً. كما سعت إلى مكافحة العمل غير الرسمي، بواسطة عمليات رقابية على أرباب العمل، الذين يعتبرون الأمرين بالصرف الأساسيين لإيرادات CNAS.

ولكن لاتزال هذه التجاوزات قائمة وتحدد منظومة الضمان الاجتماعي، بالنظر إلى العدد الكبير للشغل الذي يتطور بعيدا عن المسار الرسمي. حيث أكدت الدراسة التي قام بها المركز الوطني للاحصائيات حول الشغل والبطالة، والتي نشرت في 2014، أن 72,1% من مجموع الشغل في القطاع الخاص غير معلن عنه و بين 2015 و 1 جانفي 2016 تم حصر 180 000 مخالفة فيما يخص عدم التصريح بالنشاط و بالأجراء و 64 000 مخالفة فيما يخص قواعد الاشتراك (TIDJANI HADAM, 2016) (La minoration des assiettes decotisation).

3-6 التحصيل الجبري للإشتراكات:

ومن أجل المحافظة على توازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي، تم إتخاذ إجراءات للتحصيل الجبري للإشتراكات، و ذلك في إطار تنفيذ تدابير قانون المالية التكميلي لسنة 2015. حيث اعتبرت سنة 2015-2016 سنة لتحصيل الاشتراكات غير المدفوعة. ولقد تم فرض عقوبات تصل إلى 6 شهور سجن و مبالغ مالية (100 000 إلى 000 200 دينار) على أرباب العمل، الذين لا يتقدمون للتصريح بعمالهم، قبل 31 مارس 2016. وسمحت تدابير هذا القانون بتحصيل حوالي 50% من الإشتراكات، حيث سدد 7 000 رب عمل اشتراكاتهم، ومنحت حوالي 11 000 جدولة لدفع الاشتراكات المتأخرة وتم التصريح بـ 17 000 عامل (TIDJANI HADAM, 2016).

والجدير بالذكر أن الإجراءات التي كانت تهدف إلى تخفيض فاتورة الاستيراد، لم تبلغ الأهداف المنشودة. حيث لاتزال فاتورة الأدوية مرتفعة جدا (2,8 مليار دولار في سنة 2016). و رغم أن الانتاج المحلي عرف ارتفاعا واضحا، يبقى دائما في معزل عن هذا التطور السريع، ولا تزال حصة الدواء الجنييس ضعيفة، و تمثل 35% من الاستهلاك الكلي بالقيمة، مقابل 65 % للدواء الأصلي (BEN BAHMED, 2016). وتعتبر تقلبات سعر الصرف (انخفاض العملة الوطنية) والارتفاع الكبير في أسعار الموردين اللذين تشتري الجزائر منهم احتياجاتها الدوائية، من أهم العناصر التي ساهمت في ارتفاع استيراد الأدوية. ولكن هذا يعود إلى الموردين أكثر مما يعود الى سعر الصرف، حيث يلجأ هؤلاء إلى استيراد الأدوية الأصلية ذات الأسعار الباهضة، من أجل الحصول على هامش ربح أكبر.

وهنا لا بد من الإشارة إلى الميزة التي كانت تمتلكها المؤسسات العمومية الثلاث، (Enapharm, Encopharm, Enopharm) التي كانت تحتكر تموين وتوزيع المنتوجات الصيدلانية، قبل تحرير الاقتصاد وفتحها للمتعاملين الخواص. والتي تتعلق بالقدرة التفاوضية مع المخابر العالمية و الفائدة العائدة على مستوى الأسعار، من خلال اقتصاديات الحجم (les économies d'échelle) الناجمة عن الكميات المطلوبة (BRAHAMIA, 2010). أما حاليا فان المتعاملين الخواص اللذين يمثلون قطاع الدواء (205 مستورد و حوالي 500 تاجر جملة)، يعمل كل واحد منهم بمعزل عن الآخرين. حيث كمشتريين ينتشرون عند الموردين و يقدم كل واحد منهم الطلبية الخاصة به . ونظرا للطلبات غير المجمعة لا يستفدون من حسومات وتخفيضات الأسعار التي ترتبط بحجم الطلبية. بينما المؤسسات العمومية الثلاثة كانت لها وزنا كبيرا في التفاوض مع المخابر الأجنبية، مما سمح لها بالاستفادة من تخفيض الأسعار بالنظر إلى الطلبات الإجمالية المطلوبة.

وهنا تحضرنى أيضا التجربة التونسية، حيث اعتمدت نموذج يقوم على احتكار الدولة لعملية استيراد الأدوية، سواء كان ذلك لتلبية احتياجات المؤسسات العمومية أو الخاصة. حيث تلعب الصيدلية المركزية التونسية دورا وسيطا بين المؤسسات والصيدليات وبين المخابر الموردة. و تتولى استيراد جميع أنواع الأدوية، إذ تقوم بتجميع كل الطلبات سواء كانت للقطاع العمومي أو الخاص، وتتصل بالمخابر الموردة، للقيام بعملية الاستيراد. وهذا جعل لها قدرة تفاوضية كبيرة بالنظر إلى حجم الطلبية، ومكناها من الاستفادة من تخفيض الأسعار. كما أنتكفل الصيدلية المركزية بالتوزيع المباشر للأدوية، سمح لها بتحليل اتجاهات الاستهلاك الصيدلاني، ومنه وضع الاستراتيجيات المناسبة لتفادي الاختلالات في عملية التموين وتفادي الانقطاعات التي لاتزال تحدث كثيرا في بلادنا، رغم إنشاء وكالة وطنية للأدوية، والتي بعد سنوات من إنشائها لم تؤدي دورها بعد كما ينبغي، لأن هذه الانقطاعات لاتزال مستمرة. كما أنه في مجال الصناعة الصيدلانية، ورغم أن منتجي الأدوية الجزائريين (73 منتج 150 مشروع آخر ينتظرون الترخيص) استطاعوا رفع التحدي و الوصول بالإنتاج المحلي في سنة 2016 إلى 45% (BEN BAHMED, 2016)، ولكن أغلب هؤلاء المنتجين ينتجون نفس الجزيئات (Molécules).

بالإضافة إلى ذلك، فإن غياب الرقابة على وصفات الأطباء في الجزائر، لم يسمح بترشيد الانفاق على الدواء لدى الضمان الاجتماعي. عكس ما يحدث في الدول المتطورة، التي استطاعت التحكم في نفقاتها الصحية مثل إنجلترا، التي

تفرض رقابة صارمة على واصفي العلاج، وتفرض عقوبات على الأطباء تصل إلى حد الطرد، عندما يقومون بوصف أدوية تفوق العدد المحدد، أو وصف أكثر من مضاد حيوي في نفس الوصفة (براهمية، 2012-2013). و ما تجدر الإشارة إليه أنه لم يتم إجراء أي تقييم لسياسة التحكم في النفقات من طرف الضمان الاجتماعي أو أي مؤسسة أخرى للدراسات والبحث. كما أنه لا يتم نشر دوري للحسابات الوطنية الصحية (Comptes nationaux de santé).

الخلاصة:

تعاني المنظومة الصحية الوطنية من عدة اختلالات و تواجه صعوبات كبيرة لرفع فعاليتها وتحسين أدائها، من أجل مواجهة التحديات الصعبة التي يفرضها التحول الصحي الجاري. ويعتبر المشكل الأكثر خطورة الذي تعاني منه المنظومة هو تفاقم النفقات الصحية، بينما قدرات التمويل للضمان الاجتماعي محدودة، حيث تتعلق بالنشاط المهني، وتعتمد في نفس الوقت على الهيكلة الديموغرافية وقدرة الاقتصاد على خلق مناصب شغل. و لهذا فإن حل إشكالية تمويل الصحة يبقى معقدا جدا، و خاصة مع التطور المستمر للحاجيات الصحية التي يفرضها التحول الصحي، والتي أدت إلى إشتداد قيود التمويل على المنظومة الصحية وعلى الأسر. حيث تحميل هؤلاء حصة معتبرة من النفقات، ساهم في إشتداد عدم المساواة في الحصول على العلاج. و خاصة أن الدولة، لا يمكنها أن تستمر في رفع مساهماتها في التكفل بالنفقات الصحية، نظرا لارتباط مواردها مباشرة بأسعار المحروقات.

إن مؤسسات التمويل غير قادرة على مواجهة النفقات الصحية التي تنمو بوتيرة أسرع من النمو الاقتصادي الذي تستمد الصحة منه مواردها. وسيتأزم الأمر أكثر مع دخول الأليات الجديدة الناتجة عن الاصلاحات المعتمدة، ومنها مراجعة مدونة الأنشطة الطبية، وتعيين الأسعار المطبقة على التعويضات. الشيء الذي سيؤدي إلى تدهور الوضعية المالية لصناديق التأمين على المرض، الذي هو أصلا ضعيف. كما أنه من خلال التطرق إلى الاصلاحات التي اعتمدت في السنوات الأخيرة، ، تبين أنها لم تبلغ الأهداف المرجوة. حيث الاجراءات المتخذة في اطار سياسة التحكم في النفقات الصحية والتي استهدفت بعض عناصر الطلب، لم تُحدث التأثيرات المتوقعة.

وما يمكن قوله في الأخير أن الحاجيات الصحية للسكان، سوف تستمر في الارتفاع في المستقبل، نظرا للعبء المتزايد للأمراض المزمنة، الشيخوخة، تعميم التأمينات الاجتماعية، الانتشار الكبير لعرض العلاج، مع إدماج التكنولوجيات الجديدة المبتكرة، وآثار الطلب المفتعل الناجم عنها. ولهذا لا بد على أصحاب القرار أن يضعوا سياسة فعالة للتحكم في النفقات الصحية و ترشيد استخدام الموارد. حيث تتطلب هذه الاشكاليات التفكير العميق، حول مكاميزمات جديدة لتنظيم وتمويل المنظومة الصحية. و التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار الأهداف الوطنية للصحة العمومية، خصوصيات البلاد والتحديات التي تفرضها التحولات المتعددة الجارية. ومنه نوصي بمايلي:

● تطوير الوقاية ومكافحة عوامل الخطر الرئيسية للأمراض المزمنة، وذلك من خلال مقارنة شاملة ومتعددة القطاعات وإنشاء برامج للكشف المبكر لهذه الأمراض، لتفادي مضاعفاتها الخطيرة و التخفيف من تكاليف علاجها.

- تعزيز دور الطبيب المعالج والتركيز على العلاج القاعدي وعلى تنسيق العلاج (coordination des soins) الذي يعتبر من الوسائل الفعالة لتحسين نوعية الخدمات الصحية والتحكم في التكاليف.
- تطوير اجراءات وآليات التعاقد بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية وتطوير المراقبة الطبية.
- تعزيز نظام تحصيل اشتراكات الضمان الاجتماعي.
- رفع مساهمة الدولة في تمويل الخدمات الصحية عن طريق الضرائب ورفع معدلات النمو الاقتصادي من أجل خلق مناصب شغل لتوفير الموارد المالية اللازمة لتمويل صناديق الضمان الاجتماعي.
- اعتماد نموذج يقوم على احتكار الدولة لعملية استيراد الأدوية سواء كان ذلك لتلبية احتياجات المؤسسات العمومية أو الخاصة. من أجل الاستفادة من تخفيضات في الأسعار، وضمان جودة الأدوية المستوردة وتجنب النفاذ.
- ترقية التكوين في مجال الصناعة الصيدلانية في الجامعات و تطوير الشراكة بين منتجي الأدوية والباحثين.
- ضبط وتنظيم الإنتاج المحلي من أجل تنويعه، وتقديم تحفيزات لإنتاج جزيئات أخرى، لسد مختلف الحاجيات وتخفيض فاتورة استيراد الأدوية.
- عصنة تسيير المؤسسات الصحية باستخدام محاسبة التكاليف كوسيلة للتحكم وترشيد النفقات الصحية وإنشاء نظام للحسابات الصحية الوطنية (Comptes nationaux de santé) لتتبع وتقييم المصاريف الصحية.

المراجع:

- 1- ASKENAZY, P. et al, (2013), "Pour un système de santé plus efficace", *Notes du conseil d'analyse économique*, vol. 8, n° 8, pp. 1-12.
- 2- Banque Mondiale, Algérie, données économiques. In, www.banquemondiale.org/fr/country/algeria.
- 3- Banque mondiale, (2015), *Perspective monde*, date de consultation 2-2-2017.
- 4- BEN BAHMED, L., (2016), L'invité de la rédaction, Alger, chaine 03, radio Algérienne, 10 février.
- 5- BOUDERBA, N., (2016), " Du système national de santé ", *Algérie patriotique*, le 09 sep. Consulté le 01 février 2018.
- 6- BOUNOUA, C., (2012-2013), Les déterminants du chômage en Algérie : une analyse Econométrique (1980-2009), Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Aboubekr Belkaid- Tlemcen.
- 7- BOURKAIB, D., (2015), "L'augmentation des dépenses de santé", L'invité de la rédaction, Alger, chaine 03, radio Algérienne, 04 décembre.
- 8- BOURKAIB, D., (2016), "Sur 180000 dossiers de départ à la retraite, 130000 concernent la retraite proportionnelle", L'invité de la rédaction, Alger, chaine 03, radio Algérienne, 25 octobre.
- 9- BRAHAMIA, B., (2010), "L'approvisionnement en médicaments du système de santé algérien, une gestion non maîtrisée", *Economie et société*, 04 novembre.
- 10- BRAHAMIA, B., (2010), *Economie de la santé : évolution et tendance du système de santé OCDE- Europe de l'Est- Maghreb*, Ed. Bahaeddine Edition, Algérie.
- 11- BRAHAMIA, B., (2014), "Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie", Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier.

- 12- BRAHAMIA, B., (2015), "Les systèmes de santé maghrébins entre les impératifs de déploiement des ressources et la bonne gouvernance ", Séminaire international, l'évaluation des politiques publiques, Université Constantine2-, Algérie,4-5 Mai.
- 13- BRAHAMIA, B., MAHFOUD, N. et YVES, C., (2017), "Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé enAlgérie". *Algérien Business Performance Review*, UniversitéKasdiMerbahOuargla, N°11.
- 14- CHIRAC, P., (2016), Commission des affaires sociales : Auditions relatives au prix des médicaments, Paris, le 22 juin. Int,https://youtu.be/_0TQG9rQq_4.
- 15- DJENANE. Abdel M., (2015),"Santé et équité. Versuneéconomiepolitique de la santé", *Penséeplurielle*, vol. 2, n° 39, pp. 109-120.
- 16- HAMDY CHERIF, M. et al, (2017), 3^{em} Atlas du registre de cancer de Sétif, incidence, tendance et suivie. Int, www.ennour-setif.org
- 17- GOPAKUMAR, M., (2016),"Chapitre 15-L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du sud", *Santé mondiale*, enjeu stratégique et jeux diplomatique. *Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)*, pp. 307-334.
- 18- KAÏD, N., (1998), Le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluations à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa, Thèse de doctorat en sciences économiques, Faculté des sciences économique, commerciales et de gestions, université d'Alger.
- 19- KATEB, K., (2010),"La transition démographique en Algérie et marché du travail",*confluences Méditerranée*, vol. 1, n° 72, pp.155-172.
- 20- KOURTA, D., (2015), " Dépenses de santé : les ménages se ruinent en soins ", *El Watan*, Algérie 24 Mars.
- 21- MEKALT, K. et BRAHAMIA, B., (2015), Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, Bejaia.
Int, <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>.
- 22- MILES, R., (2010), "Impact de l'urbanisation et des migrations internes sur le vieillissement spatial enAlgérie", Université Blida02.
- 23- MTESS, (2011), Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladies.
- 24- NABNI, (2013), Cinquantenaire de l'indépendance : Enseignements et vision pour l'Algérie de 2020.
- 25- ONS, Démographie Algérienne -2015.
- 26- ONS, Activité, emploi et chômage en Septembre 2016, N° 763.
- 27- ONS, Activité, emploi et chômage en Avril 2017, N° 785.
- 28- OMS, (2014), profil sanitaire des pays : Algériestatistiques
- 29- PELLET, R., (2016), " La place du secteur privé dans les systèmes de santé ",*les tribunes de la santé*, vol. 2, n° 51, pp. 47-56.
- 30- PNUD, (2015), Rapport sur le développement humain, Algérie.
- 31- SNOUSSI, Z., ZOUANTI, M., (2013), "L'explosion des dépensesenAlgérie, déterminer les raisons pour contenir le problème", Université de khemisMliana , Doc Pdf.
- 32- SNOUSSI, Z.,(2015), "Tarif de référence et entrée des génériques :l'impact sur les prix des médicamentsenAlgérie", *Economieindustrielle*, vol. 1, n° 149, pp. 103-147.

- 33- TABUTIN, D. et al, (2001), "L'histoire de la population de l'Afrique du Nord pendant le deuxièmemillénaire", *INED*, Pari. Doc Pdf.
- 34- TAHINA,(2005), INCO-MED-TAHINA- Synthèse Enquête Morbide Hospitalière 2003
- 35- TAHINA,(2008),Contrat n° ICA3-CT 2002-10011), Analyse des causes de décèsannée 2000.
- 36- TIDJANI HADAM, H., (2016), "la loi de finance 2015 tend à améliorer le recouvrement des cotisations de sécuritésociale", L'invite de la redaction, Alger, chaine 03, radio Algérienne, 28 mars.
- 37- VERNAY, M. *et al*, (2015)," Les maladies chroniques: tendancesrécentes, enjeux et perspectives d'évolution", *SantéPublique*, HS (S1), pp. 189-197.
- 38- ZEHNATI, A., (2014), Analyseéconomique de l'émergenceet du développementd'uneoffreprivée de soinsenAlgérie, Thèse de doctoraten sciences économiques, université de Bejaia (Algérie) et université de bourgogne (France).
- 39- ZEHNATI, A., (2015), "Unrisque fort d'une accentuation des inégalitésd'accès aux soins de santé", *El watan*, 02 février.
- 40- ZIANI, L., ZIANI, Z., (2012), "Le rôle de la sécuritésociale dans le financement de la santé enAlgérie",Colloque international sur l'industrie de l'assurance réalité et perspectives de développement, UniversitéHassiba Ben Bouali, chlef, Algérie ,3-4 décembre.
- 41- ZIANI, F., BRAHAMIA, B., (2016), " La consommation de médicament en Algérie entre croissance, financement et maitrise ", *Les Cahiers du MECAS*, N° 13/ juin.
- 42- ZITOUNI, M., (2016), " Pathologie du cancer en Algérie ", l'invité de la rédaction, Alger, chaine 3, Radio Algérienne, 12octobre.

- 43- براهيمية ابراهيم، النفقات الصحية، (2012-2013)، مقياس اقتصاد الصحة، محاضرة للسنة الثانية ماستر، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2 - عبد الحميد مهري.
- 44 - دريسي أسماء، (2015)، تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعملة والسياسات الاقتصادية، العدد:06.
- 45- عياشي نور الدين، (2013)، دور النفقات العمومية للصحة في تجسيد مبدأ التغطية الشاملة، الملتقى الوطني حول التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2- عبد الحميد مهري.
- 46- فرطافي مفيدة، براهيمية ابراهيم، (2015)، تطور الأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2- عبد الحميد مهري العدد:02.
- 47- فرطافي مفيدة، (2017) 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 - عبد الحميد مهري.