

تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة

Evaluation of public spending on the health sector in Algeria level relative to the general budget

محمد بوقناديل
معهد العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير
المركز الجامعي عين تيموشنت، الجزائر
mohammed.bouknadil@yahoo.fr

محمد على دحمان
معهد العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير
المركز الجامعي عين تيموشنت، الجزائر
mohammedali84@hotmail.fr

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2000-2014)، وذلك بتشخيص مجهودات الدولة في تدعيم القطاع الصحي من خلال سياسة الإنفاق العام، وذلك في ظل الموارد الضخمة التي أنفقتها في هذا الأخير بالتركيز على برامج الفترة (2001-2014)، وذلك لما لها دور في تحقيق التنمية البشرية بصفة خاصة والتنمية الاقتصادية، بتحليل تطور نسبا لإنفاق المخصصة لهذا القطاع والوقوف على مدى تحقيق الأهداف المرجوة.

وتوصلنا من خلال هذه الدراسة ملاحظة تزايد النفقات الصحية من سنة إلى أخرى ومن برنامج تنموي إلى آخر، مما يبين نية الدولة لتحقيق وتحسين الوضع الصحي ومستوى الرعاية الصحية، وكذا عدم توافق ما خصص من إنفاق وما حقق من أهداف، حيث أن الجزائر تحتل المراتب الأخيرة من حيث المستوى والنظام الصحي مقارنة بالدول التي لها نفس الخصائص.

الكلمات المفتاح: نفقات عامة، رعاية صحية، تنمية بشرية، نظام صحي.

Abstract: This study aims to analyze the evolution of spending of the health sector in Algeria during the period (2014-2000). This was done by making a diagnosis of the state's efforts to strengthen the health sector through public expenditure policy, in the light of the colossal resources devoted to this sector within the framework of the programs Of the period (2001 to 2014).

The results show that health spending increases year by year and from one development program to another, reflecting the state's intention to improve health status and level of care. Nevertheless, the results achieved are insufficient in relation to the allocated expenditure and Algeria still occupies the last positions in terms of level and health system compared with countries that have the same characteristics.

Keywords: Public Spending, Health, Human Development, Health System.

تمهيد:

يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإجبارية). إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي. وهنا يرى البعض انه كلما زاد حجم الإنفاق العام، كانت الخدمات المقدمة أفضل وأحسن. وهذا القول غير صحيح على الإطلاق إذ أن تخصيص اعتمادات أكبر في الميزانية لا يعنى بالضرورة تقديم خدمات أفضل فالعبرة هنا بالسياسة الانفاقية بالمجتمع.

وعلى الجانب الآخر فان توزيع هذا الإنفاق يعكس خللا كبيرا حيث تستحوذ الأجرور على الجانب الأكبر من هذه المصروفات، ونظرا لأن الغالبية من الأطباء تقع ضمن الشرائح الدنيا من المراتب فقد كان من الطبيعي أن ينعكس ذلك بالسلب على أداء الأعمال المطلوبة منهم، وأدى إلى هبوط مستويات الأداء الحكومي في قطاع الصحة.

فضلا عما سبق فالشيء الملاحظ الاستثمارات العامة في قطاع الصحة قد هبطت من 14% من إجمالي الإنفاق العام على الصحة عام 2010-2011 إلى 11% عام 2013-2014 وذلك على الرغم من وجود العديد من المشروعات الاستثمارية المهمة في هذا المجال سواء مستشفيات عامة أو مركزية أو قروية بالإضافة إلى المشروعات الخدمية المكتملة مثل المعاهد الفنية ومدارس التمريض والحجر الصحي، وقد أدى التناقص السنوي لهذه الاعتمادات إلى تردد المقاولين والشركات عن الدخول في مناقصة وزارة الصحة أو زيادة الأسعار زيادة كبيرة تضمن له تعويض التأخر في السداد من جانب الحكومة. وكلها أمور توضح بما لا يدع مجالاً للشك أننا لإنفاق العام على الصحة ضعيف للغاية، ولا يتناسب بأي حال من الأحوال مع الاحتياجات المجتمعية، ويتطلب المزيد خاصة إذا ما أخذنا بالحسبان الوضع الصحي الراهن وحالة التي آلت إليها المستشفيات الجزائرية.

وعلى الرغم من كل ما سبق ومن الغريب أن البعض يطالب بخفض الإنفاق العام على الصحة بحجة أن القطاع الخاص لديه القدرة على ذلك، وهنا تكمن الخطورة إذ تشير الدراسات إلى أن أي خفض في معدل الإنفاق العام المخصص لقطاع الصحة سوف يؤثر سلباً على أداء هذا القطاع. ونظراً لأن معظم الإنفاق العام لوزارة الصحة بدون الأجر يخصص للخدمات العلاجية، حيث أنه يصعب تخفيض هذا النوع، فإن الإنفاق على الخدمات الطبية الوقائية هو الذي سيتأثر بأي سياسات مستقبلية، الأمر الذي يزيد من خطورة الوضع نظراً لانتشار العديد من الأمراض المتوطنة بالبلاد، هذا فضلاً عن أنه ونظراً لصعوبة خفض الإنفاق على بند الأجر في موازنة وزارة الصحة والذي يحتاج إلى الزيادة لا إلى النقصان، فإن معظم الخفض سوف ينصب على المستلزمات السلعية، وعلى وجه الخصوص الأدوية. من هنا يجب العمل على زيادة الإنفاق على الصحة وليس العكس وذلك لمعالجة المشكلات العديدة التي يعاني منها المجتمع، وهو ما يتطلب وضع الأسس الضرورية لإصلاح الإنفاق العام وجعله يصب في صالح الأهداف الرئيسية التي تقرر من أجلها وهذا من خلال تبني مجموعة من الأساليب التي تساعد على ترشيد هذا النوع من الإنفاق.

إذن إصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة، فالحصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمل تكلفتها يكتسب أهمية قصوى ولكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطاً هائلاً على الميزانيات الحكومية ولحسن الحظ فهناك عدد من خيارات الإصلاح أمام الدول التي تواجه هذه الضغوط، أو تلك التي تسعى إلى تجنبها في المستقبل.

وتبين التجربة في الاقتصاديات المتقدمة أن توليفة من ضوابط الميزانية الأكثر إحكاماً مع إصلاحات معززة لفعالية أنظمة الرعاية الصحية يمكن أن تساعد في الحفاظ على فرص الحصول على الرعاية الصحية عالية الجودة في حين تبقى على الإنفاق العام تحت السيطرة ويكتسب تحسين كفاءة الإنفاق العام الصحي في الاقتصاديات الصاعدة أهمية أيضاً، ولكن بعضها يستطيع تحمل المزيد من الإنفاق العام، وينبغي أن تضمن كل البلدان توفير فرص متكافئة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وأن تنفق بشكل أكثر كفاءة على الصحة العامة¹. وعلى هذا الأساس الإشكالية المطروحة تتمحور حول التساؤل التالي:

◀ ما معنى أن نستثمر كل هذه الأموال، وتحدد كل هذه الخطوات والميزانيات ثم لا تكون النتائج وفق الأهداف المسطرة؟

◀ هل نجحنا في استثمار رأسمال المادي وأخفقنا في استثمار رأسمال البشري؟

I. أولاً. تقييم الإنفاق الصحي نسبة إلى الموازنة العامة.

أضحى من المسلم به استناداً إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول، وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياساً لمخرجات التنمية الشاملة وقد أشار برنامج العمل التاسع 1996-2001 لمنظمة الصحة العالمية، أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة، كما أكد كل

من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة و مستدامة"².

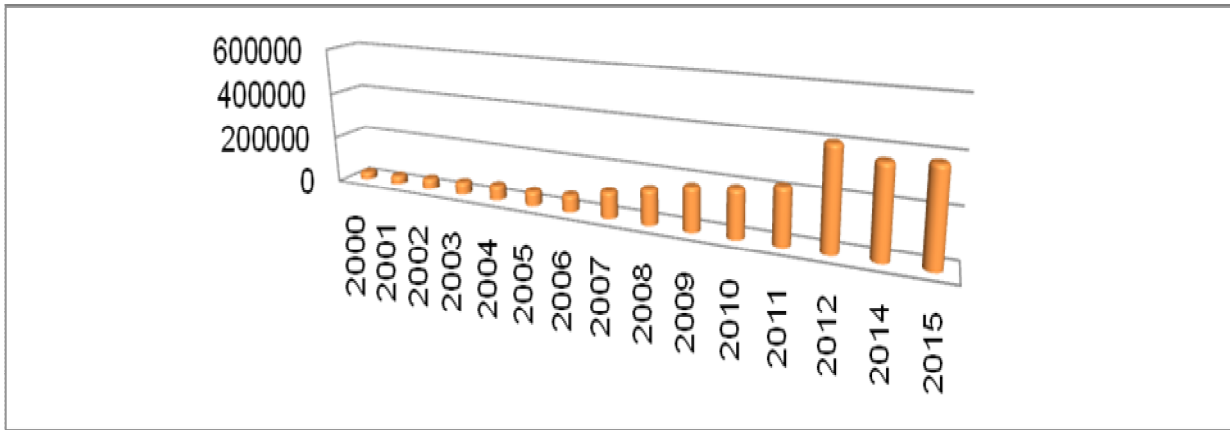
يعتبر النظام الوطني من أكبر المستهلكين من حيث حجم الميزانية المخصصة للقطاع الصحي إلا أنه وبمقابل ذلك أصبحت الموارد المالية المخصصة لهذا الأخير ثابتة خلال السنوات الأخيرة ويضاف إلى ذلك انخفاض نسبة الناتج الداخلي الخام الموجهة للصحة العمومية. ومن جهة أخرى فمن يوم لآخر تتضاعف حاجة القطاع للموارد توافقا مع المتغيرات الصحية والبشرية، مما يستوجب تحميل أعباء أكبر فأكثر على شخص المريض باعتباره المستفيد من خدمة المصالح العمومية إلى درجة أنه أصبح مجبرا على تحمل أعباء تشخيصات في مجالات معينة تضمن فقط من طرف القطاع الخاص .

وتبقى الإمكانيات المالية التي يحظى بها قطاع الصحة وإلى غاية يومنا هذا محدودة خاصة وان الحجم الأكبر من هذه النفقات ممولة من قبل الدولة وبالتالي هيمنت هذه القضية على السياسة الصحية الوطنية ومؤشراتها وهذا طبعا في ظل تراجع دور القطاع الخاص. وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال هذا المبحث معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر وكيفية تخصيصه.

أ. الإنفاق على التسيير.

لقد أصبح الاهتمام بالإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى المهتمين والمشرفين على هذا القطاع إلى معرفتها وتحليلها بهدف التحكم فيها، وذلك باعتبار أن التحكم في الإنفاق يكون بهدف الحصول على أكبر قدر من المردود من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية. أما بالنسبة للجزائر فإذا كانت النسبة المخصصة للمنظومة الصحية لا تظهر وبصفة حقيقة حجم الإنفاق المعتمد، أو بطريقة أخرى طريقة توزيع الإعتمادات على القطاع، خاصة فيما يتعلق بجانب التسيير، وذلك باعتبار أن الهيئات العمومية الأكثر استهلاكاً من حيث المخصصات المالية المقدمة للنفقات الوطنية للصحة، وقد نجد هذا من خلال الاعتمادات الجد ثقيلة والتي زادت من شدة الأعباء الملقاة على ميزانية الدولة"³ والتي تطورت بشكل لافت حسب ما يبرزه الشكل الموالي:

الشكل(01): تطور نفقات التسيير لقطاع الصحة (مليون دج)



المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات 2000 إلى غاية 2015

توضح البيانات الواردة في الجدول مدى التطور الملحوظ في نفقات تسيير القطاع الصحي، فبعدما كانت قيمة الاعتمادات لا تتعدى 1.3 مليار لسنة 1990 أصبحت خلال العشرية الأخيرة تتعدى 33.9 مليار دج سنة 2000 أي بمعدل نمو يتعدى 26 %، وقد استمرت هذه الزيادة في الإنفاق على القطاع من سنة لأخرى لتتعدى 381 مليار دج سنة 2015، ويجدر الإشارة أن أكبر زيادة شهدتها القطاع كانت سنة 2012 بنسبة ارتفاع تفوق 77 % باستثناء الانخفاض الذي كان في سنة 2005، بحيث انخفضت نفقات تسيير القطاع بنسبة 2.05 % .

تحليل الإنفاق الصحي حسب المصالح.

إن تحليل حقل الإنفاق الصحي حسب المصالح يبين مدى استحواد القطاعات الصحية (les secteurs sanitaires) على القسم الأكبر من الاعتمادات وذلك طيلة الفترة الممتدة من (2000 إلى 2010) بنسبة تتعدى 60 %، وذلك من أجل تلبية احتياجات الهياكل القاعدية لهذا القطاع. بمختلف أنواعها واختصاصاتها. في حين أن المصالح المركزية فقد كانت تستحوذ على نسبة لا تتعدى 40 %، أما المصالح اللامركزية فقد خصص لها نسبة ضئيلة جدا لا تتعدى 10 % لكن ابتداء من سنة 2010 فقد تم إعادة النظر في نفقات التسيير وذلك من خلال زيادة حجم الإعتمادات المالية المخصصة للمصالح المركزية لتقارب 54 % سنة 2015. وعلى هذا الأساس فالإشكال المطروح يتعلق: بالأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد حجم الإنفاق الصحي على المصالح المركزية وبنسبة كبيرة خلال فترة ممتدة 2000-2015 ؟

إن الإجابة على هذه الإشكالية تستدعي منا الاستعانة بالجدول التالي :

الجدول (01): تطور النفقات الصحية حسب المصالح خلال فترة (2000-2015) الوحدة : مليون دج

السنة	المصالح المركزية	المصالح اللامركزية	القطاعات الصحية
2000	33297.46	603.278	53584.558
2001	37707.49	617.299	58994.000
2002	48386.371	730.736	71986.201
2003	54680.020	750545	819221.00
2004	62979.386	791.066	89274.811
2005	61579.212	881.742	78699.442
2006	940.117	940.117	103385.220
2007	105.129	1134.453	142904.466
2008	122307.224	11171.276	164711.470
2009	176807.624	1515.205	212464
2010	195011.83	1515.205	187809.51
2011	225476.50	2383.035	218562.093
2012	402070.416	2874.93	391.340
2013	382860.66	2575.31	349568.23
2014	363650.911	2275.69	307796.476
2015	379589.913	1262.149	318898.086

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات خلال الفترة 2000-2015

- المصالح المركزية: لقد شهدت المصالح المركزية زيادة معتبرة في حجم الإعتمادات المالية المخصصة لها بما يقارب 345292.5 مليون دج طيلة الفترة الممتدة من 2000-2015 وقد كانت أكبر زيادة في حجم هذه الإعتمادات سنة 2012 بنسبة تتعدى 78 %.

إن سبب زيادة هذه النفقات مرده إلى العوامل التالية:

1. زيادة نفقات المستخدمين: إن الارتفاع في نفقات المستخدمين يفسر بما يلي:

- التكفل بالترقية العادية للمستخدمين (المرسمين والمناوبين).
- ارتفاع نسبة الاشتراكات الاجتماعية في الضمان الاجتماعي التي انتقلت من 24 % سنة 1999 إلى 25 % سنة 2000.
- رفع بعض المنح المتعلقة بقطاع الصحة كمنحة المردودية.
- تطبيق النظام التعويضي لموظفين الذين ينتمون إلى الأسلاك المشتركة بنسبة 50 %، الناتج عن تطبيق المراسيم التنفيذية والقانون الأساسي وتمثل في:
- الأطباء الممارسون العاملون، أطباء الأسنان والصيدلة.

- المفتشون الممارسون.
- الأسلاك الشبه طبية.
- الممارسون الأخصائيون.
- رفع مستوى الأجر الوطني الأدنى وذلك بصدور المرسوم الرئاسي رقم 467/03 المؤرخ في 2003/12/02.
- التوظيف حسب المناصب الشاغرة، فمثلا سنة 2011 تم فتح 145 منصب مالي منها:
 - ✓ 15: منصب مالي لفائدة المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية.
 - ✓ 52: منصب لفائدة أساتذة التعليم والتكوين الشبه طبي.
 - ✓ 50: منصب مالي لفائدة الوكالة الوطنية للدم (12 وكالة جهوية للدم).
 - ✓ 08: مناصب للأعوان المتعاقدين.
 - ✓ 20: منصب مالي لفائدة المعهد الوطني للصحة العمومية وذلك لوضع حيز الخدمة خمسة (05) مراكز للمعاينة الجهوية للصحة (ORS) المتواجدة في: وهران، الجزائر، قسنطينة، بشار، ورقلة.
- 2. **زيادة نفقات الأدوات وتسيير المصالح:** هذه النفقات مخصصة للتكفل بمصاريف المهمات بالخارج لإطارات هذا القطاع، وهذا بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 466/02 المؤرخ في 24 ديسمبر 2002 والمتعلق بالمكافآت المعوضة للمصاريف المترتبة عن المهمات المؤقتة بالخارج. كما يضم هذا البند النفقات المخصصة للأبواب التالية:
 - لوازم المكتبة والأدوات المختلفة.
 - نفقات تسيير المصالح.
 - الألبسة.
 - حظيرة السيارات.
- 3. **زيادة حجم النفقات المخصصة لأشغال الصيانة:** هذه النفقات موجهة للصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري.
- 4. **النشاط التربوي والثقافي:** زيادة حجم النفقات يمكن تفسيرها أيضا بزيادة الإعتمادات المخصصة للتكفل بمصاريف التكوين المتواصل للمستخدمين الطبيين، الشبه طبيين والإداريين.
- 5. **النشاط الاجتماعي:** في هذا الفصل تدرج النفقات التالية:
 - المساهمة في الخدمات الاجتماعية.
 - الدعم المباشر لمداخيل الفئات الاجتماعية المحرومة.
 - مساهمة الدولة في تكاليف تسيير مؤسسات الصحة.
 - تقديم إعانات للمستشفى المركزي للجيش بالنسبة لنفقات العلاج والإقامة المقدمة للفئات المعوزة الغير مؤمنة اجتماعيا.
- 6. **النشاط الاقتصادي:** هذه الزيادة موجهة بصفة حصرية للصيدلية المركزية للمستشفيات للتكفل ببرنامج مكافحة السرطان والأمراض النادرة الخاصة بالطفولة.
- 7. **النشاط الدولي:** هذه النفقات تمثل قسط الجزائر في تمويل التكاليف المقتسمة لبرنامج تعاون الجزائر لبرنامج التحكم في النمو الديمغرافي.
- 8. **نفقات أخرى:** يحتوي هذا الباب على النفقات التالية:
 - تشجيعات للخدمات الخاصة بحماية الصحة.

- المساهمة في تمويل نشاطات الهلال الأحمر الجزائري.
 - مساهمة للجمعيات ذات المنفعة العمومية.
 - المؤتمرات والملتقيات التي تعني بمواضيع تخص الأسرة والطفل.
 - النفقات القضائية ونفقات الخبرة.
- **المصالح اللامركزية:** إن زيادة الإنفاق الصحي يرجع أيضا إلى زيادة حجم الإنفاق على المصالح اللامركزية كونها تستحوذ على نسبة تتراوح بين 10% إلى 54% من نفقات تسيير القطاع وذلك من أجل تغطية النفقات التالية:

- 1/نفقات الموظفين:** وهي تشمل ما يلي: الأجر، الرواتب، التعويضات، التكاليف الاجتماعية والجباية. إن الارتفاع المسجل على مستوى هذه النفقات يفسر:
- ترقية المستخدمين.
 - التوظيف حسب المناصب الشاغرة .
- 2/الأدوات وتسيير المصالح:** هذا الفصل يجمع النفقات التالية:
- اقتناء وتسديد اللوازم المكتبية.
 - شراء اللوازم المختلفة.
 - التكاليف الملحقة (ماء، هاتف، كهرباء، غاز... إلخ).
- 3/صيانة المباني:** تخص هذه النفقات المبالغ الموجهة لأجل الصيانة العادية للمباني ذات الاستعمال الإداري بما فيها المساحات الخضراء .

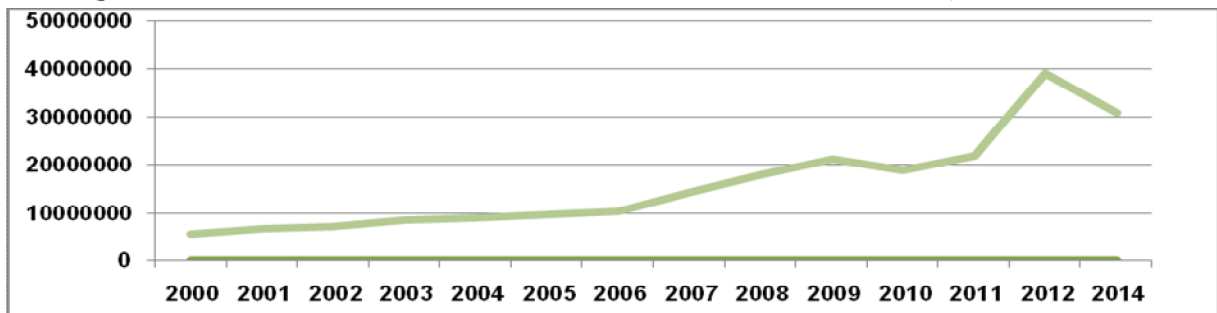
4/النشاط الاجتماعي: في هذا الفصل تدرج لا سيما النفقات التالية:

- المساهمة في الخدمات الاجتماعية.
 - الدعم المباشر لمداخل الفئات الاجتماعية المحرومة.
- 5/ نفقات أخرى:** يخص هذا الباب النفقات القضائية ونفقات الخبرة.

- تحليل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الإعتمادات

تعتبر المؤسسات الصحية النواة الأساسية في الهياكل الصحية القاعدية وأوسعها شمولاً وانتشاراً لمختلف الاختصاصات العلاجية والوقائية في الخريطة الصحية للبلاد فلا عجب أن توجه الاهتمامات والمجهودات إلى هذه الهياكل وهو ما يبرر بما يوجه للمؤسسات الاستشفائية، والهياكل الصحية من أرصدة مالية تتعدى نسبتها 45% من ميزانية تسيير القطاع ، أما الباقي يوزع على الهياكل الأخرى المتواجدة في ميدان الصحة العمومية.

الشكل (02): أهم الإعانات الممنوحة للمؤسسات الصحية والقطاعات الصحية الوحدة: ألف دج



المصدر: وزارة الصحة والسكان

إن الزيادة في حجم النفقات المخصصة للقطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية بقيمة تتعدى 262313 مليون دج (خلال فترة 2000-2015) كان نتيجة لزيادة حجم المساهمات التالية:

- مساهمة الدولة.
- المساهمة جزائية لصندوق الضمان الاجتماعي.
- تسديد الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي بالنسبة للخدمات المسيرة عن طريق: المعاهدات إيرادات أخرى ورصيد السنوات السابقة.

إن تحليل حقل الإنفاق الصحي حسب طبيعة الاعتمادات المخصصة لتسيير الهياكل الصحية (المؤسسات الاستشفائية والقطاعات الصحية) يبين التنامي وتزايد المستمر في نفقات تسيير القطاع طيلة الفترة محل الدراسة يظهر ملاحظة هامة والأساسية مفسرة لهذا التطور والتنامي المستمر وهو وجود مركز إنفاق هام يستحوذ على غالبية الإمكانيات المالية الموجهة للوحدات الصحية القاعدية في شكل رواتب ومنح تنفق على المستخدمين وذلك بنسبة تتعدى 74 % من الميزانية العامة للسير وهو رقم في تنامي مستمر، كما يظهره الجدول الموالي:

الجدول (02): تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعة الاعتمادات الوحدة: مليون دج

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
نفقات الموظفين	37185	36652	46534	47000	54000	56000	60.020	79138	94243	115068	118350	147518	317170
نفقات التكوين	1327	1390	1613	1772	2177	3257	2560	3207	5300	8000	8550	8628	18714
نفقات التغذية	1024	1055	1203	1354	1828	3200	1813	3770	5605	6530	7104	7500	7875
الأدوية	8015	9415	11015	14400	16500	18500	18100	30487	39487	44498	49268	52768	5400
الوقاية	1161	1361	1561	2234	2608	2730	3400	3712	5190	8000	8200	8600	8800
الأدوات والمعدات	1883	2329	2592	3300	3780	4070	5000	8050	9000	10000	10500	11000	11500
صيانة المباني الصحية	1161	1419	1491	2300	2730	3000	3600	5000	7000	8900	8925	9372	9800
التسيير الإداري	2326	2589	2693	3736	4501	6040	5768	7790	10090	12824	13750	14662	15000
خدمات اجتماعية	707	744	769	864	1037	1226	1689	1700	1720	1808	2356	2564	2700
البحث الطبي	20	20	20	40	40	45	45	50	50	50	50	50	50

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال فترة ممتدة 2000-2012

أولاً. نفقات الموظفين: شهدت النفقات المالية المخصصة للمستخدمين بالمؤسسات الاستشفائية وكذا القطاعات الصحية، زيادة معتبرة تعدت قيمتها 270 مليار دج، وان هذه الزيادة تفسر أساساً:

- الأثر المالي الناجم عن تطبيق النظام التعويضي لموظفي السلك الطبي والشبه طبي وحتى الإداري بنسبة 74 % من هذه النفقات.
- التمديدات الخاصة بالتوظيفات التي أجريت خلال كل سنة سابقة بنسبة 08 % من هذه النفقات.
- ترقية المستخدمين.

- زيادة معدلات التوظيف بأكثر من 44354 منصب مالي جديد وذلك من أجل تغطية النقائص على مستوى المؤسسات الصحية التي تم استحداثها والتي تعدت 1200 مؤسسة صحية، وهذه المناصب المالية هي موزعة كما يلي:

- السلك الطبي: 8897 منصب مالي.
- السلك الشبه طبي: 4696 منصب مالي.
- السلك الإداري: 2500 منصب مالي.

ثانيا. نفقات التكوين: لقد شهدت نفقات التكوين هي الأخرى زيادة معتبرة خلال الفترة الممتدة (2000-2012) بقيمة 17387 مليون دج، هذه الزيادة تفسر بالتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من طرف القطاع والموجهة للتكفل بالأثر المالي الناجم عن مصاريف التكوين الطبي والشبه طبي لفائدة مستخدمي المؤسسات الصحية (تكوين 1342 طبيب مختص سنة 2008).

ثالثا. نفقات التغذية: إن الزيادة في نفقات التغذية بأكثر من 6850 مليون دج يمكن تفسيرها بارتفاع قيمة اليوم الواحد للتغذية من 65 دج لليوم الواحد سنة 2000 إلى 300 دج سنة 2012، وقد تم حساب هذه القيمة على اعتبار أن نسبة امتلاء الأسرة والذي يقدر بـ 75 % من مجمل 82639 سرير. وكذا تفسر بالتكفل بتغذية المستخدمين المكلفين بالمناوبة والمتبرعين بالدم. إضافة إلى تغذية المرضى ومرافقيهم للذين يتم التكفل بهم من خلال نفقات التغذية عبر الهياكل الجديدة.

رابعا. نفقات الأدوية: لقد عرفت النفقات المخصصة للأدوية هي الأخرى زيادة معتبرة خلال العشرية الأخيرة (2000-2012) بقيمة 45985 مليون دج .

إن هذه الزيادة يمكن تفسيرها كما يلي:

- ✚ **45 %** من الإعتمادات المالية المخصصة للأدوية موجهة من أجل:
- التسديد الجزئي لمستحقات الصيدلة المركزية للمستشفيات والتي تعدت قيمتها 1.406 مليون دج سنة 2005 .
- تدعيم حصة الأدوية على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية وكذا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية .
- ✚ **20 %** من الإعتمادات المالية هي موجهة للتكفل بالحالات التالية :
- عمليات زرع الكلى: والتي انتقل عددها من 40 حالة تم التكفل بها سنة 2009 إلى 144 حالة سنة 2012 .
- عمليات زراعة القرنية: والتي تقلص عددها من 100 حالة سنة 2009 إلى 200 حالة سنة 2011 ثم إلى 10 حالات سنة 2012.
- زرع الكبد: 20 حالة فقط تم التكفل بها سنة 2009.
- زرع مادة موال: 50 حالة تم التكفل بها لأول مرة سنة 2009.
- ✚ **35 %** من باقي الإعتمادات المالية المخصصة للأدوية هي موجهة للتكفل بالأمراض التالية :
- أمراض اليتيمة: 3000 حالة تم التكفل بها سنة 2009 مقابل 500 حالة فقط سنة 2012
- أمراض الصم: 100 حالة إضافية سنة 2011 مقابل 80 حالة سنة 2009.
- الأورام السرطانية: 3000 حالة تم التكفل بها سنة 2012.
- الكبد الفيروسي: 120 حالة سنة 2012.

من جهة أخرى فقد تكفل القطاع لأول مرة ببعض الأمراض الجديدة (2009) كالسكوليوز (100 عملية)، الكولون (03 عمليات)، جراحة قلب الأطفال (300 حالة)، الأمراض الوراثية للأطفال (160 PCU) 160 عملية سنة 2009.

خامسا. نفقات الوقاية: لقد شهدت نفقات الوقاية هي الأخرى زيادة معتبرة تراوحت قيمتها 200 مليون دج (أي بنسبة 2.50 %) سنة 2010 إلى 2.8 مليار دج (أي بنسبة 55 % كحد أقصى لسنة 2009).

إن هذه الزيادة المقدرة بـ 7639 مليون دج خلال الفترة الممتدة 2000 إلى 2012 موجهة أساسا لأجل التكفل بالاحتياجات الحقيقية والمعبر عنها من طرف القطاع والتي تتمثل في اقتناء الحقن والتطعيمات ومواد أخرى ولوازم ضرورية لمتابعة البرنامج الموسع للتطعيم، وكذا العمليات الخاصة بالوقاية لا سيما وضع حيز التنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من آفة سونوز وأمراض السيدا وآفة السل، أيضا فإن باقي الإعتمادات المقترحة توزع كما يلي :

✓ التكفل بالبرنامج الوطني لتلقيح الأطفال ضد الحمى القلاعية والأمراض الرئوية .

✓ التكفل بالخصص الأولية للمواد والحقن الموجهة لتحسيد برنامج الوقاية على مستوى المؤسسات الصحية الجديدة .
سادسا. الأدوات والمعدات: إن هذه الزيادة المقدرة بـ 8639 مليون دج موجهة أساسا للتكفل بالاحتياجات الحقيقية المعبر عنها من قبل القطاع، وتخصص لاقتناء الأدوات والمعدات الطبية الضرورية لتسيير المؤسسات الموجودة حاليا، وكذا المؤسسات الصحية المنتظر استلامها (التي تعدت 1200 مؤسسة صحية)، وقد كانت أكبر زيادة شهدتها هذه النفقات سنة 2003 بقيمة زيادة قاربت 770 مليون دج (أي بنسبة 30%).

سابعا. صيانة المنشآت الصحية: من أجل التكفل بالصيانة العادية للهياكل الصحية وكذا أشغال التهيئة للمنشآت الصحية فقد تم تخصيص مبالغ معتبرة تعدت قيمتها 809 مليون دج أي بنسبة تعدت 54% لتتخفف النسبة إلى حدود 5% أي بقيمة لا تتجاوز 500 مليون دج للموسمين الماضيين (2011-2012).

ثامنا. نفقات للتسيير الإداري: إن ضمان السير الحسن للمرافق والمنشآت الصحية استلزم تخصيص مبالغ إضافية قدرت بـ 12674 مليون دج موزعة حسب النسب التالية:

- تخصيص نسبة 21% من أجل اقتناء وصيانة الأدوات وشراء لوازم مختلفة.
 - تخصيص نسبة 32% للهياكل الجديدة.
 - تخصيص نسبة 47% للتكاليف الملحقة (الماء، الهاتف، الكهرباء...الخ).
- وعلى هذا الأساس فقد عرفت النفقات الموجهة لهذا الجانب زيادة معتبرة تراوحت قيمتها ما بين 1.04 مليار دج أي بنسبة زيادة 38.78% كأقصى حد لسنة 2003 لتتخفف إلى غاية 6.36% أي بقيمة لا تتعدى 912 مليون لسنة 2011.

تاسعا. نفقات الخدمات الاجتماعية: إن تطور شبكة الأجور والتعويضات الخاصة بموظفي الصحة يستلزم تخصيص مبالغ هامة التي شهدت انخفاضا محسوسا من 548 مليون دج لسنة 2010 إلى غاية 208 مليون دج لسنة 2011 أي بنسبة انخفاض تتعدى 21%.

عاشرا. البحث الطبي: إن تشجيع عمليات البحث العلمي في المجال الطبي يستدعي تخصيص مبالغ معتبرة، لكن حقيقة الأمر أن هذا المجال لم يرقى إلى المستوى المطلوب لكون أن المبالغ المخصصة لهذا الجانب قد شهدت زيادة محتشمة لا تتعدى 30 مليون دج في ظرف 12 سنوات.

تقييم الإنفاق على التجهيز والاستثمار

لقد عرفت عملية الاستثمار بالقطاع الصحي تطورا كبيرا خلال العشرية الأخيرة، وهذا بفضل زيادة حصة القطاع من خلال ما يخصص له من مبالغ معتبرة تسمح بإقامة هياكل صحية قاعدية تماشى وحجم الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

الفرع الأول: الأهداف المحددة حسب البرامج الفرعية

- تتمثل الأهداف المحددة من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات فيما يلي:
- توسيع عرض العلاج المقدم من طرف كامل الشبكة الصحية بما فيها القطاع الخاص.
 - تحسين الخدمات الاجتماعية من حيث العلاج.
 - إنهاء البرامج طور الإنجاز.
 - توسيع الأعمال الوقائية.
 - الحفاظ على هياكل التكوين الشبه طبي في حالة الاشتغال من خلال تهيئة بعض المؤسسات.
 - إصلاح المنظومة الصحية عن طريق إعادة تأهيل البنية التحتية والتدرج في العلاج وإقامة النواحي الصحية.
 - تشجيع وتطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات الصحية والمنتجات الصيدلانية.

- تطوير الأشكال البديلة لتمويل النفقات الصحية.
- مواصلة البرامج المعتمدة في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي المتضمن التكنولوجيا الجديدة للإعلام والاتصال (NTIC) في مجال الطب عن بعد⁴.

II. ثانيا. تقييم الإنفاق الصحي حسب البرامج الفرعية لنفقات التجهيز.

إن تحقيق الأهداف المحددة على مستوى البرامج الفرعية لنفقات التجهيز يتطلب توفير الموارد المالية الضرورية للقطاع، وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة من اعتمادات مالية معتبرة بقيمة 110500 مليون دج خلال سنة 2015، أي بزيادة تتعدى 99500 مليون دج وذلك باعتبار أن نفقات التجهيز لم تكن تتعدى 11000 مليون دج خلال سنة 2001.

من خلال حجم الإعتمادات المالية المخصصة للقطاع، فالملاحظة الأساسية التي يمكن إدراجها في هذا النطاق هو أن نفقات القطاع الصحي تشمل صنفين أساسيين: نفقات موجهة إلى المصالح المركزية (بنسبة 37% من حجم النفقات) ونفقات موجهة إلى المصالح اللامركزية بنسب 63% من حجم نفقات التجهيز.

سواء كانت النفقات موجهة إلى المصالح المركزية أو غير مركزية فهي تشمل ثلاثة قطاعات فرعية أساسية:

- أولاً. **نفقات الصحة:** تشمل هذه النفقات مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا بالهياكل الصحية القاعدية مختلفة تشمل:
 - مؤسسات استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية متخصصة.
 - المراكز الصحية (المراكز الصحية الخاصة بالألم والطفل، المراكز الصحية لتصفية الدم، المراكز الصحية لإعادة تأهيل الأعضاء، المراكز الصحية لمكافحة الأمراض... إلخ).
 - إنجاز عيادات طبية متعددة الخدمات.
 - إنجاز مصالح مختلفة على مستوى المؤسسات الاستشفائية.

وعلى هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة من مبالغ مالية معتبرة تعدت قيمتها 26795 مليون دج (سنة 2015) من أجل إنجاز هياكل صحية متعددة والتي من شأنها تلبية الطلب المتزايد على العلاج، وذلك باعتبار أن القطاع قد تعزز بأكثر من 127 منشأة صحية سنة 2015 منها: 17 مستشفى، 78 عيادة متعددة الخدمات، 22 مركز صحي... إلخ).

كما تشمل نفقات التجهيز المخصصة لهذا القسم الفرعي النفقات التي يتم استغلالها من أجل اقتناء التجهيزات الطبية الضرورية لسير الهياكل الصحية. وعلى هذا الأساس فقد تعزز القطاع بأكثر من 20220 مليون دج (2005-2015).

ثانيا. نفقات الهياكل الإدارية: تشمل النفقات المخصصة لهذا الفرع مجموع المبالغ المالية الموجهة لإنشاء هياكل صحية إدارية تضمن السير الحسن لمختلف المصالح، ولقد عرفت هذه النفقات هي الأخرى زيادة معتبرة من 40 مليون دج سنة 2005 إلى أكثر من 1530 مليون سنة 2015، وهو ما يفسر اهتمام الحكومة وسعيها المتواصل إلى تحسين البني التحتية الإدارية للتكفل أكثر بانشغالات عمال القطاع وكذا المرضى.

ثالثا. نفقات التكوين: تعبر نفقات التكوين عن مجموع المبالغ المالية الموجهة أساسا لإنشاء معاهد شبه طبية لتكوين عمال سلك الشبه طبي، كما تشمل مجموع النفقات الموجهة إلى المدرسة الوطنية للصحة العمومية. وعلى هذا الأساس ومن أجل ضمان تكوين لائق لعمال القطاع فقد تم تخصيص أكثر من 4600 مليون دج خلال الفترة الممتدة من (2006-2015) وللتوضيح أكثر يمكن الاستعانة بالجدول الموالي:

الجدول (03): تطور نفقات التجهيز حسب طبيعة النفقات الوحدة: مليون دج

2015	2012	2011	2006	2005	2004	2003	2002	
3911	1500	1700	440	305	183	62	25	التكوين
2118	1500	240	44	40	18	50	10	المنشآت الإدارية
63658	33040	136000	41225	14926	8258	1128	11800	الصحة

المصدر: مشروع ميزانية الدولة 2000-2015

لكن على الرغم من حجم المبالغ الضخمة التي رصدتها الحكومة لإنجاز هياكل صحية قاعدية بأكثر من 63773 مليون دج، إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه الهياكل مازالت بعيدة جدا على المعايير المقترحة والمبرمجة، وعلى هذا الأساس ينبغي التوجه أكثر نحو الاستثمار بالهياكل الصحية الخفيفة (العيادات والمراكز الصحية) لكونها أكثر اتصالا وقربا بالمواطن وأقل كلفة في الإنجاز، وهذه الهياكل الخفيفة هي الرعاية للبرامج المسطرة من طرف وزارة الصحة والخاصة بالوقاية، التلقيح، حماية الأمومة والطفولة... إلخ. فالتركيز على مثل هذه الهياكل من شأنه أن يخفف العبء على الهياكل القاعدية الثقيلة (120 و 240 سرير) لتكون الأكثر فعالية.

أما بالنسبة لسياسة تجهيز الهياكل الصحية فهي لا تختلف في شيء عن إنجاز الهياكل نفسها، فلانطلاقة الحقيقة لهذه العملية بدأت مع بداية الثمانينات أين سطرت برامج واسعة للتجهيز الطبي ودفع مشتريات التجهيز بالوسائل الطبية المختلفة، حيث انتقلت من 50 مليون دج عام 1979 إلى 600 مليون دج عام 1981.

أما خلال العشرية الأخيرة فقد بلغ حجم النفقات المخصصة لاقتناء مختلف التجهيزات الطبية والجماعية بـ 2076 مليون سنة 2015 مقابل 1900 مليون دج سنة 2005. وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن هياكلنا الصحية تعرف الآن رواجاً في كسب هذه الأجهزة التي تسمح بتغطية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية. لكن ونظراً لغياب المختصين في استعمال هذه الوسائل فهناك العديد من الأجهزة هي حتى اليوم دون استغلال بل تأكلت واهتلكت بالتقادم دون استغلالها وهي مكلفة بالنسبة لاقتصاد الوطن ككل.

كما أن الظاهرة التي أصبحت مقلقة للمشرفين على هذا القطاع وهي ظاهرة تعطل هذه الأجهزة على الرغم من حدوثها ويرجع البعض أسباب هذه المتعطلات إلى:

- غياب سياسة واضحة لصيانة وحماية العتاد الطبي والتكوين على استعمال وصيانة مثل هذه الأجهزة.
- غياب إمكانيات استيراد قطع الغيار لدى الهياكل القاعدية أو الوحدات الصحية.
- انفصام واضح بين الممول والوحدات المستعملة لهذه الأجهزة.
- التبعية التكنولوجية وغياب عقود مع المنتجين لصيانة وتكوين مهندسين في العتاد الصحي.

III. ثالثاً. أبعاد تطبيق البرامج التنموية على القطاع الصحي بالجزائر.

عرفت الجزائر منذ الاستقلال مخططات كثيرة على طريق التنمية تمثلت في برامج ومخططات عملاقة أنفقت فيها الدولة إمكانيات ومبالغ ضخمة، كان آخرها برنامج الإنعاش الاقتصادي سنة 2011 إلى غاية سنة 2014 الذي خصصت له الدولة 432 مليار دولار، والذي كانت تصبو من خلاله إلى تدارك التأخر في التنمية في كل مجالاتها وقطاعاتها والوصول إلى معدلات مرتفعة في النمو. ونحن اليوم قد تجاوزنا نهاية هذه البرامج نجد أنفسنا أمام تساؤل يفرض نفسه والذي يتعلق: بمدى توافق الأهداف المسطرة مع النتائج المحققة بالقطاع الصحي، وما مدى فعالية ونجاح هذه السياسة أو إخفاقها؟.

على ضوء ما سبق سنحاول من خلال هذا العنصر تسليط القوى على التوجهات التنموية للقطاع الصحي في ظل هذه البرامج الاستثمارية تحليلاً وتقييماً وفق رؤية عميقة.

أولاً. برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي (PSRE) (2001-2004): الذي خصص له غلاف مالي أوولي بمبلغ 525 مليار دج (حوالي 07 ملايين دولار أمريكي) قبل أن يصبح غلافه المالي النهائي مقدراً بحوالي 1.216 مليار دج (أي ما يعادل 16 مليار دولار) بعد إضافة مشاريع جديدة له وإجراء تقييمات لمعظم المشاريع المبرمجة سابقاً⁵.

أ. أهداف برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي: وفقاً للوثيقة الرسمية التي أصدرتها الحكومة المتعلقة بمضمون برنامج الإنعاش الاقتصادي فإن أهداف هذا البرنامج حددت فيما يلي⁶:

- تهيئة وإنجاز هياكل قاعدية تسمح بإعادة بعض النشاطات الاقتصادية وتغطية الاحتياجات الضرورية للسكان فيما يخص تنمية الموارد البشرية.
- تنشيط الطلب الكلي.
- دعم النشاطات المنتجة للقيمة المضافة ومناصب الشغل عن طريق رفع مستوى الاستغلال في القطاع الفلاحي وفي المؤسسات المنتجة المحلية الصغيرة والمتوسطة.
- اختتام العمليات التي هي في طور الإنجاز⁷.

إن هذه الأهداف تدخل ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفقر والبطالة وعدم التوازن الجهوي خاصة من حيث الخدمات العمومية (على غرار القطاع الصحي) من خلال تقوية التجهيزات والهياكل الاجتماعية للبلديات الأكثر فقراً وعزلة والذي يؤدي إلى رد الاعتبار لمفهوم الخدمة العمومية.

ب. القطاعات المستفيدة من البرنامج: إن برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي خصص له 525 مليار دج وجه أساساً للعمليات والمشاريع الخاصة بدعم المؤسسات والنشاطات الإنتاجية الفلاحية، تقوية الخدمات العمومية في مجالات كبرى كالري والنقل، الهياكل القاعدية، تحسين الإطار المعيشي للسكان دعم التنمية المحلية وتنمية الموارد البشرية تزامنت هذه العمليات مع سلسلة من الإجراءات الخاصة بالإصلاحات المؤسساتية ودعم المؤسسات الإنتاجية الوطنية، حيث بلغ عدد المشاريع التي أدرجت ضمن هذا البرنامج بـ 16023 مشروع موزعة كما في الجدول الموالي⁸:

الجدول (04): محتوى برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي على مختلف القطاعات

عدد المشاريع	القطاع
6312	الري ، الفلاحة و الصيد البحري
4316	السكن و العمران ، الأشغال العمومية
1369	تربية و التكوين ، التعليم و البحث العلمي
1296	هياكل قاعدية متباينة و ثقافية
982	أشغال المنفعة العمومية و هياكل إدارية
623	اتصالات و صناعة
653	صحة ، بيئة و نقل
223	الحماية الاجتماعية
200	الطاقة ، دراسات ميدانية

المصدر: بوفليخ نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية، مرجع سابق، ص 04.

ج. مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004): إن الهدف الأساسي من تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي هو إعطاء دفع جديد للاقتصاد الوطني، ومن جهة أخرى فهو يعبر وبوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسة

توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحفيز الاستثمارات العمومية الكبرى، وهذا راجع إلى التجربة المبررة التي مرت بها الجزائر خلال فترة التعديل الهيكلي. وعلى هذا الأساس استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخططات هذا البرنامج بـ 14.7 مليار دج، أي بنسبة 16.28% من الحصة الإجمالية الموجهة لتنمية الموارد البشرية (البالغ قيمتها 90.3 مليار دج)⁹.

ومن ثم فقد ساهم التطبيق الفعلي لهذا البرنامج من تعزيز القطاع الصحي بعدد معتبر من المشاريع بما يقارب 545 مشروع من أصل 16063 مشروع موزعة على أربعة سنوات أي بمعدل 136 مشروع خلال كل سنة.

ثانياً البرنامج التكميلي لدعم النمو PCSC (2005 - 2009): قدرت الاعتمادات المالية الأولية المخصصة له بمبلغ 8.705 مليار دينار (114 مليار دولار). بما في ذلك المخصصات السابقة (1.216 مليار دج) ومختلف البرامج الإضافية لا سيما برنامجي الجنوب والهضاب العليا والبرنامج التكميلي الموجه لامتصاص السكن الهش والبرامج التكميلية المحلية، أما الغلاف المالي الإجمالي المرتبط بهذا البرنامج عند اختتامه في نهاية 2009 فقد قدر بـ 9680 مليار دج (حوالي 130 مليار دولار) بعد إضافة عمليات إعادة التقييم للمشاريع الجارية ومختلف التمويلات الأخرى¹⁰.

أ. أهداف البرنامج التكميلي لدعم النمو: في ظل مسار الإنعاش الاقتصادي (2005-2009) تعترم الحكومة تكييف مقاربتها

قصد:

- استكمال الإطار التحفيزي للاستثمار عن طريق إصدار نصوص تنظيمية من شأنها أن تتمم قانون الاستثمار، وتطوير التدابير الكفيلة بتسهيل الاستثمار الخاص الوطني أو الأجنبي.
 - مواصلة تكييف الإدارة الاقتصادية والمالية الوطنية مع الانفتاح العالمي، سواءا تعلق الأمر بتأهيل أداة الإنتاج أو بالإصلاح المالي والمصرفي.
 - انتهاج سياسة ترقية الشراكة والخصوصية والحرص على تعزيز القدرات الوطنية في مجال خلق الثروات ومناصب الشغل وترقية التنافسية.
 - تعزيز مهمة ضبط ومراقبة الدولة قصد محاربة الغش والمضاربة ولمنافسة الغير مشروعة التي تخل بقواعد المنافسة والسوق على حساب المؤسسات الوطنية.
 - عمليا كان الهدف من البرنامج الذي يركز عن الاستثمار العمومي عصرنة الهياكل القاعدية وكان من المنتظر أن ينتهي في 2009، لكن عدد كبير من المشاريع التي يحتويها برنامج الإنعاش لم تنته بعد والكثير منها لا زال مجرد ورشات. وعن الأهداف المراد تحقيقها من خلال هذا البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي يمكن إنجازها فيما يلي:
 - الإصلاح في المجال الاقتصادي والمالي.
 - تحسين مناخ الاستثمار مع سهر الحكومة على جلب المستثمرين الأجانب في إطار الشراكة.
 - مكافحة الاقتصاد الغير رسمي، من خلال سهر الحكومة على الحد من تداعياته على الاقتصاد الرسمي.
 - عصرنة المنظومة المالية من خلال إقامة صندوق ضمان القروض لفائدة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة¹¹.
- ب. القطاعات المستفيدة من البرنامج: يركز برنامج دعم النمو على خمسة قطاعات رئيسية، وقد تم تقسيم النفقات المخصصة ضمن البرنامج بين هذه القطاعات وفقا لما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول (05): هيكل توزيع المخصصات المالية لبرنامج دعم النمو

على مختلف القطاعات خلال الفترة (2005-2009) الوحدة : مليار دج

النسبة من المجموع العام	حجم النفقات	القطاع
20.8 %	790.0	قطاع الخدمات العمومية الادارية
15.8 %	600.4	تطوير قطاع التنمية البشرية
22.7 %	862.6	تطوير قطاع الهياكل القاعدية
15.2 %	577.6	دعم القطاع الاقتصادي
25.5 %	969	تحسين ظروف الاسكان والاطار المعيشي
100 %	3800	المجموع العام

المصدر: البرنامج التكميلي لدعم النمو (2009-2005)، أفريل 2005، مجلس الأمة، ص ص، 7.6.

من خلال الجدول يتضح لنا مدى اهتمام الدولة في مواصلة جهود الإنعاش الاقتصادي وهذا من خلال التركيز على تحسين الإطار المعيشي للسكان وكذلك من خلال تطوير الهياكل القاعدية ومن ثم تحسين المرفق العام.

ج.مخصصات القطاع الصحي في إطار برنامج دعم النمو الاقتصادي (2005-2009): دائما وتحت إطار مواصلة مجهود الإنعاش وتكثيفه فقد بادرت الحكومة إلى اعتماد مخطط آخر ليطمئنت القوائم التي نتجت عن تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي، باعتبار أن قطاع الصحة من القطاعات الواعدة والإستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت إلى 85 مليار دج، أي بنسبة 4% من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل¹². بالإضافة إلى هذا وقصد تنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب وكذا الهضاب العليا، فقد تعزز القطاع بحصة معتبرة من هذا البرنامج:

في سنة 2007 وصلت اعتمادات الدفع الخاصة بتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى ما يقارب 06 مليار دج، أما فيما يخص تنمية القطاع في منطقة الهضاب العليا فقد خصص له 10.56 مليار دج خلال نفس السنة.

أما في سنة 2009 فقد انتقلت إتمادات الدفع الخاصة بالقطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى 5.8 مليار دج و 7.88 بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا.

من خلال هذه الهياكل ستستمر الخدمة العمومية بالصحة في تعبئة جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والاستشفائي الجهوي، كما ستسمح هذه المبالغ بإصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين أدائها وقدرات وذلك قصد تحقيق الأهداف المسطرة ضمن هذا البرنامج والتي تتعلق بـ:

- تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم ودوام أعمال الرعاية الصحية الاستشفائية .
- دعم ترتيب التكفل بالاستعجال الطبي والجراحية.
- تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة ولا سيما الخدمات الصحية المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج، وسيكون هذا الإصلاح مرهون بتحسين تسيير المستشفيات من خلال:

✓ إدخال المحاسبة التحليلية.

✓ تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء.

✓ تأسيس مشروع " المؤسسة " من أجل التسيير الاستشفائي.

✓ مراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية.

ثالثا.برنامج التنمية الخماسي PCCE(2010-2014): من أجل مواصلة المسار التي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة

2001 إلى غاية 2009، فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي

(2010-2014)، وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطورة جرأة سياسية من قبل الحكومة من خلال تخصيص غلاف مالي ضخم، لم يسبق لبلد سائر في طريق النمو أن خصصه حتى الآن والمقدر بحوالي 286 مليار دولار والذي من شأنه تعزيز الجهود التي شرع فيها سنة 2001 في دعم هندسة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للأمة.

أ. أهداف برنامج التنمية الخماسي (2010-2014): تعكس قيمة الاستثمارات العمومية للبرنامج الخماسي (2010-2014) 21.214 مليار دج إرادة السلطات العمومية في المحافظة على هذه الديناميكية التي تشمل جميع القطاعات من خلال تحديد مجموعة من الأهداف التي من المنتظر تحقيقها والتي تتمثل فيما يلي:

- استكمال المشاريع الكبرى في البرنامج الخماسي 2009/2005 وعلى الخصوص قطاعات السكة الحديدية والطرق والمياه بمبلغ 9700 مليار دج (أي ما يعادل 130 مليار دولار).
- إطلاق مشاريع جديدة بمبلغ 11.534 مليار دج أي ما يعادل حوالي 156 مليار دولار.
- تشجيع إنشاء مناصب شغل من خلال الإجماع المهني لخريجي الجامعات ومراكز التكوين المهني.
- استحداث ثلاث ملايين منصب شغل خلال السنوات الخمس للبرنامج.
- تطوير اقتصاد المعرفة من خلال دعم البحث العلمي وتعميم التعليم وتعميم استعمال الإعلام الآلي داخل المنظومة الوطنية للتعليم والمرافق العمومية.

ب. مخصصات القطاع الصحي من برنامج تنمية الخماسي (2010-2014): استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي معتبر بقدر 619 مليار دج وذلك في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين 2010-2014، وقد تم استغلال هذا البرنامج لإنجاز: 17 مستشفى، 45 مركز متخصص في الصحة، 377 عيادة متعددة الاختصاصات، 1000 قاعة علاج، 17 مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.

تصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن هذا البرنامج من الأولويات التي استهدفت تقليص الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة، وهايكل استشفائية متخصصة.

كما يشمل البرنامج الخماسي الثاني تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية وذلك باعتبار أن الظروف اقتضت توفير 254 عيادة متخصصة و 34800 سرير في آفاق 2015¹³.

ويعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل الصحة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 والتي تشرف على تسيير 988 عيادة متعددة التخصصات وتوفر على 3566 سرير متخصص للأمهات و 387 عيادة متعددة الاختصاصات و 5376 قاعة علاج.

بالنظر إلى المؤشرات الصحية المسجلة الآن، نرى بأن أثر هذه البرامج على القطاع الصحي كان ضعيفا رغم الموارد المالية الضخمة الموظفة. مما يعكس أداء غير فعال بعيد على مستوى طموحات التنمية الشاملة المتوازنة والمستدامة إذن، أين يكمن الخلل:

✓ هل أخطأنا الرؤية منذ البداية؟

✓ هل أخطأنا التوجه منذ الانطلاقة؟

✓ هل أخفقنا في تحديد الأولويات؟

إن الثروة البترولية والغازية للجزائر مكنتها من مراكمة مبالغ هامة من دون عناء كبير مقارنة بالكثير من الدول الأخرى، وعلى هذا الأساس يجب ألا تحول هذه النعمة إلى ذريعة للإففاق المفرط من دون تحديد محكم للأولويات ودراسة متأنية لجدوى المشاريع

المبرجة ولا سيما للاغتناء الغير مشروع لقلّة من المتحكمين في دوائر القرار على حساب فئات عريضة من المجتمع. (ان هذا التفسير يتماشى مع الفرضية الثالثة للبحث حول عدم فعالية السياسات المنتهجة بالقطاع بصفة خاصة).

إن القراءة المتأنية والموضوعية للبرامج الاستثمارية التي تم إنجازها تؤكد أن الجزائر لم يطرأ عليها أي تغيير للاعتبارات التالية:

- من أجل إحداث القطيعة مع أسلوب البرامج الماضية التي اتسمت بالتبذير وسوء التسيير، كان من اللازم أن تقدم الحكومة تقييما مفصلا لما أنجز وما لم ينجز خلال كل مخطط سابق قبل الانخراط في مخطط جديد. فالحديث الرسمي على أن المخططات السابقة أتاحت تحقيق إنجازات متواضعة في النواحي الاقتصادية والاجتماعية وبالأخص القطاع الصحي من خلال أدائه الغير مقنع إذ عرفت الجزائر خلال الفترة الأخيرة مجموعة من حالات التلاعب بالمال العام والرشوة على حساب صحة المواطن.
- لقد اتسم إنجاز هذه المخططات بالتعثر والتبديد الكبير للموارد العمومية، فمثلا البرنامج الخماسي الثاني (2010-2014) رصد مبلغ 130 مليار دولار (وهو ما يعادل 45 % من الميزانية الإجمالية) لإنجاز مشاريع سبق برمجتها في المخططات السابقة ولم تنفذ. والسبب في ذلك يعود إلى أخطاء في تقدير تكاليف المشاريع، كما قد يكون مردّه إلى ضعف وتيرة إنجاز المشاريع التي تجاوزت السقف الزمني المحدد لها، وفي كلتا الحالتين فإن رصد 130 مليار دولار لاستكمال مشاريع كانت ضمن البرنامج السابق إشارة قوية إلى خلل عميق في البرمجة وسوء في التسيير.
- البرامج الاستثمارية لا تعدو كونها قائمة من مجموعة المشاريع التي تم إعدادها من طرف وزارات مختلفة كل حسب ميدانه. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن الطابع القطاعي يطغى على حساب المنظور الشمولي، وذلك باعتبار أن هذه البرامج لا توحى بوجود أي إستراتيجية تنموية واضحة المعالم لدى الحكومة الجزائرية، إذ انه يركز على إعداد هياكل صحية دون الحديث عن سياسات وأهداف نوعية في مجالات الصحة.
- إن الاستثمارات العمومية شرط ضروري إلا أنه بمفرده غير كافي لتحقيق تنمية اجتماعية في المدين البعيد والمتوسط والتي تبقى رهنا بمدى انخراط القطاع الخاص في الاستثمار، ولذلك كان لزاما إشراكه عبر الحوار والتشاور حول أولويات الاستثمار العمومي بالقطاع في إطار إستراتيجية محددة للتنوع، كما أنه لا بد أن تعمل الحكومة على خلق بيئة قانونية ملائمة من أجل تشجيع المبادرات الفردية بالقطاع والاستثمارات الخاصة المحلية والأجنبية على حد سواء.
- إن فعالية و نجاعة الاستثمارات بالقطاع الصحي والحد من سوء التبذير لا يمكن أن يتحقق إلا بتفعيل أجهزة الرقابة والمحاسبة وتعزيز الدور الرقابي للبرلمان عبر فحص قوانين التصفية وتمكينه من تشكيل لجان لتقصي الحقائق والتجاوزات التي تتم على حساب المال العام.

خاتمة:

رغم كل الجهود المبذولة من طرف السلطات الجزائرية لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، إلا أنها تبقى غير كافية لتغطية كل متطلبات المجتمع، ورغم تزايد الإنفاق العام على القطاع الصحي وتزايد الميزانيات المخصصة للنهوض بالقطاع، إلا أن عدم الرشادة والتسيير غير الفعال لموارد القطاع جعلته يتخبط في العديد من المشاكل التي عادت بالسلب على مستوى العدالة في الخدمات المقدمة، وكذلك جودة هذه الخدمات.

وبالتالي يجب اتخاذ عدة إجراءات التي من شأنها أن تساهم في ترشيد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية، ورفع الوعي لدى الأفراد وتثقيفهم بهدف الحد من الأمراض وتوعيتهم وتعليمهم سلوكيات جديدة تمكنهم من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم، ومساعدتهم في حلها باستخدام إمكاناتهم.

الاحالات والمراجع:

1. بينيديكت كليمنتس، وديفيد كودي، معالجة موارد الرعاية الصحية، مجلة التمويل والتنمية، الصادرة عن صندوق النقد الدولي، المجلد 48، العدد الأول، مارس 2011، ص 42.
2. محمد عثمان عبد المالك، الصحة والتنمية والفقر، مناقشة و تعقيب عبر جريدة soudanes journal of public Health , octobre 2007
3. زميت خدوجة، تحليل تكليف الصحة في الجزائر، مرجع سابق، ص 593
4. مشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة خلال فترة ممتدة من 2000-2015.
5. محمد مسعى، سياسة الإنعاش الاقتصادي وأثرها على النمو، مجلة الباحث، عدد 10 سنة 2012، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 47.
6. بوفليح نبيل، آثار برنامج التنمية الاقتصادية على الموازنة العامة في الدول النامية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، فرع نقود ومالية، جامعة شلف، الجزائر 2004/2005، ص 104.
7. زنوح يسمينة، إشكالية التنمية المستدامة بالجزائر، مذكرة ماجستير، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2005-2006، ص 179.
8. بريش عبد القادر، معزوز لقمان، أبعاد تطبيق البرامج التنموية على الاقتصاد الجزائري (فرص و تحديات)، مداخلة في إطار الملتقى الدولي الرابع، حول رؤية مستقبلية للاقتصاد الجزائري في ضوء خمسين سنة من التنمية، جامعة بشار، 04-05 مارس 2014، ص 91.11 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، تقرير حول الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للجزائر خلال السداسي الأول من سنة 2001، ص 81.
9. عبو عمر، عبو هودة، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر، 2013، ص 07.
10. بلال بوجمعة، تقييم سياسة الإنعاش الاقتصادي (2001-2014)، مرجع سابق، ص 04
11. بلال بوجمعة، تقييم سياسة الإنعاش الاقتصادي (2011-2014)، مرجع سابق، ص 05.
12. البيان الصادر عن إجتماع مجلس الوزراء و الخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014، برئاسة رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في 24 ماي 2010، ص 02.