

قراءة في واقع إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية قبل أزمة فيروس كورونا A Reading the reality of Algerian health reform before the Corona virus crisis

فضيل مريم بتول^{*1}
Fodil meriem batoul¹

¹ جامعة الجزائر -3- (الجزائر)، مخبر إدارة التغيير في المؤسسة الجزائرية، Fodil.meriembatoul@univ-alger3.dz

تاريخ الاستلام: 2021/08/31؛ تاريخ القبول: 2021/11/17؛ تاريخ النشر: 2021/12/31

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على السياسات والبرامج الصحية التي طبقتها الجزائر منذ الاستقلال إلى فترة ما قبل فيروس كورونا بداية سنة 2020، بغية تشخيص الوضع القائم وإبراز أهم الجوانب التي شملها إصلاح المنظومة الصحية في هذه الفترة، وهو الأمر الذي يستلزم حتمية التكيف مع الواقع المتجدد الذي تعرفه المنظومة الصحية على مختلف الأصعدة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية تماشياً مع التطورات التكنولوجية السريعة وكذا التحولات الديموغرافية والوبائية.

كما تهدف الدراسة إلى تسليط الضوء على أهم الاختلالات والعراقيل التي تحد من الجهود التي تبذلها الدولة لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة وفي الأخير عرض أولويات السياسة الصحية من خلال الإصلاحات المسطرة لآفاق سنة 2030.

كلمات مفتاحية: الخدمات الصحية؛ إصلاح المنظومة الصحية؛ أزمة فيروس كورونا؛ الجزائر.

تصنيفات JEL: I12 ; I14 ; I15 ; I18.

Abstract: This study aims to identify the health policies and programs that has been applied in Algeria since independence intel the out break of Corona virus in beginin of 2020 , in order to diagnose the current situation and to highlight the most important aspects included by the health system reform at this period. This requires coping with the renewed reality witnessed by the health system at various economic, social, and political levels in line with technological developments and demographic , epidemiological transformations.

It also highlights the imbalances and obstacles limiting the State efforts in upgrading the provided health services. It similarly outlines health policy priorities through the 2030 reforms prospects.

Keywords: Health services; Health system reform; Corona virus crisis; Algeria.

JEL Classification Codes: I12; I14; I15; I18.

^{*} -المؤلف المرسل: فضيل مريم بتول، Fodilbatoul@gmail.com

تمهيد

إنّ إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية يطرح تحديا كبيرا، ويفرض تضاعف الجهود لترشيد عمل المستشفيات والمؤسسات الصحية بشكل يمكنها من القيام بدورها على أكمل وجه عن طريق التكفل الفعلي بصحة المواطن ورعايته مما يستوجب التركيز على جميع الجوانب خاصة التسييرية منها، التنظيمية، التجهيزات والمعدات الطبية وكذا الاهتمام أكثر بالطاقم الطبي والإداري المكون لهذا القطاع الحساس .

في هذا الإطار تبرز أهمية الموضوع في زيادة الاهتمام والحرص على ضرورة تحسين الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الاستشفائية العمومية كونها عصب الرعاية الصحية . إذ أصبحت المستشفيات الحديثة معقدة التركيب ومتعددة المهام، فخدماتها توسعت بفضل التطور التكنولوجي لوسائل وطرق العلاج، مما تطلب منها التجاوب السريع، فأصبحت الخدمات التي تقدمها لا تقتصر على العناية بالمرضى فقط بل تتعداها لتشمل خدمات الفندقية والإيواء، التغذية، النظافة وكذا البحث العلمي والتكوين.

ولمعالجة الموضوع نحاول طرح الإشكالية التالية : فيما تمثلت أهم جوانب إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر قبل أزمة فيروس كورونا 2020 ؟ وما هو أثر إصلاحها على جودة الخدمات الصحية المقدمة في تلك الفترة ؟

وللإجابة على هذه التساؤلات سنتطرق لهذا الموضوع من خلال النقاط الآتية:

- نبذة عن التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر (منذ الاستقلال - ما قبل أزمة كورونا 2020).
- معوقات النظام الصحي الجزائري، مراحل عملية إصلاح المنظومة الصحية، والأهداف المرجوة من هذا الإصلاح.
- أولويات السياسة الصحية الجزائرية من خلال الإصلاحات لآفاق سنة 2030.
- خاتمة وآفاق الدراسة.

لقد عرّفت المنظمة العالمية للصحة WHO النظام الصحي بأنه: "مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة. ويحتاج هذا النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات وكذا توجيهات واتجاهات عامة. ولا بد للنظام الصحي من توفير الخدمات التي تلبى الاحتياجات العامة بأسعار عادلة ومعاملة الأفراد على نحو لائق يضمن كرامتهم"¹ ، ولكل نظام صحي أسس ومبادئ يقوم عليها.

وسنتطرق إلى أهم الأسس التي قام عليها النظام الصحي الجزائري منذ الاستقلال من خلال:

I - 1 فترة ما بين سنة 1962-1973 تكوين المنظومة العمومية للصحة:

ورثت الجزائر بعد الاستقلال، نظاما صحيا رثا ومتدهورا، يتمركز أساسا في كبريات المدن كالعاصمة، وهران وقسنطينة. يتمثل خاصة في الطب العمومي داخل المستشفيات وبعض العيادات، إلى جانب الطب المدرسي النفسي الذي تشرف عليه وزارة التربية والتعليم.

لم تكن الجزائر في هذه الفترة، تتوفر إلا على 1319 طبيب(منهم 285 جزائريا فقط)، ما يعادل طبيب لكل 8092 نسمة، و 264 صيدليا أي صيدلي لكل 52323 نسمة. و 151 طبيب أسنان، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة. كما تميزت هذه الفترة بالخراب:

انتشار الأمراض المتقلة والعدوى خاصة في الأرياف وذلك لانعدام البرامج الوقائية الوطنية وسوء التغذية الناتج عن الفقر، وما ترتب عنه من وفيات حيث بلغت نسبة وفيات الأطفال 181 وفاة لكل 1000 نسمة، كما أن مأمول الحياة لم يتعدى 51 سنة، في حين أن أغلب الخدمات العلاجية متاحة للأوروبيين فقط.

كما شهدت الفترة عجزا كبيرا في عدد الهياكل القاعدية فقد بلغ عدد المنشآت الصحية 143 منشأة، ضمت قرابة 39000 سرير²، وبالرغم من أن ما تميزت به السياسة الصحية من محدودية في الخيارات، إلا أن الجزائر عازمت على الشروع في

تنفيذ البرامج ذات الأولوية بدءاً بالتكفل الطبي المجاني للأطفال، وإلزامية التلقيح ومجانته لخمس أمراض 'السل، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري والتيتانوس' من خلال المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09-07-1969 بغية القضاء على الأمراض المعدية.

ومع بداية المخطط الوطني، الذي تزامن مع بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية المنشأ سنة 1964، وكذا صدور القانون المنظم لمهنة الطب والصيدلة لسنة 1966، أخذت مؤشرات التحسن بالظهور شيئاً فشيئاً من خلال إنشاء بعض الهياكل القاعدية خلال 1967-1969، بالإضافة إلى دعم التكوين الطبي والشبه الطبي، للرفع من عدد الأطباء وتحقيق المساواة والسهولة في الحصول على العلاج. من خلال إجراء أول مسابقة لتكوين الأطباء سنة 1967 وإصلاح برامج التعليم العالي في العلوم الطبية سنة 1971.

كما سعت الجزائر إلى تحقيق التعاون العلمي مع عدة دول من أجل إرسال كوادر طبية لتكوين الأطباء الجزائريين في الهند والصين والاتحاد السوفياتي آنذاك.

I - 2- فترة ما بين سنة 1974-1989 تنمية وتطوير المنظومة الصحية:

في هذه الفترة، بدأت بوادر الإصلاح تتضح تدريجياً، فتحسن المستوى المعيشي ساعد على تراجع معدل الوفيات (بلغ 122 لكل 1000 نسمة سنة 1979)، التراجع الملحوظ في بعض الأمراض المعدية، كما سعت الدولة الجزائرية في هذه المرحلة إلى وضع برامج وطنية للصحة حيز التنفيذ تمثلت في برنامج محاربة السل والقضاء على سوء التغذية ووفيات الأطفال، بالإضافة إلى البرنامج الموسع للتطعيم فضلاً عن عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة والطفولة.

تميزت هذه المرحلة التي شهدت فيها الجزائر ارتفاعاً محسوساً في عائدات النفط (1973 و 1979) ب:

- تحسناً في الوضعية الاقتصادية، مما أثر بالإيجاب على الاستثمارات في الصحة؛
- ارتفاع عدد المؤسسات الصحية المنشأة من طرف الدولة، على غرار إنشاء معهد باستور بالجزائر والصيدلية المركزية لإنتاج الأدوية محلياً؛
- ازدياد ملحوظ في عدد مستخدمي القطاع العمومي الصحي، أين ارتفع عدد الأطباء الجزائريين من 1425 سنة 1974 إلى 4561 سنة 1979، كما تضاعف عدد أطباء الأسنان الجزائريين بشكل ملحوظ فقد كان عددهم سنة 1969 لا يتعدى 132 طبيب أسنان ليصل إلى 1305 سنة 1979³؛
- إصدار قرار مجانية العلاج⁴، حيث تكفلت الدولة بضمان التغطية الصحية لجميع فئات الشعب على حساب خزانة الدولة وبصفة مباشرة؛
- إنشاء مؤسسات صحية عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالاستقلال المالي، تتكون من مجموعة الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، تابعة لوزارة الصحة تتمثل في القطاعات الصحية⁵، والتي ارتبطت بها كل وحدات العلاج الأساسية⁶؛
- اعتماد نظام مشاركة الأطباء الخواص في تقديم جزء من خدماتهم يتمثل في 24 ساعة عمل، ضمن المرفق العمومي؛
- الاعتماد على مبدأ تدرج العلاج بتأسيس قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974، التي تعد المقر التقني لمقترح القطاعات الصحية الفرعية؛
- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العمومية والعيادات المتعددة الاختصاصات وكذا المراكز الصحية⁷؛

- الشروع في إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986⁸ تمثلت في المراكز الاستشفائية الجامعية والتي بلغ عددها 13 مكلفة بالعلاج، التكوين والبحث العلمي؛
- إنشاء الخارطة الصحية سنة 1980 ضمت 5 مناطق صحية، كل منطقة تضم عددا من الولايات' الشرق، الوسط، الغرب، الجنوب الشرقي والجنوب الغربي'، لتحقيق اللامركزية في تسيير الشأن الصحي. تلتها خريطة أخرى سنة 1982 تضم 13 منطقة على مستوى الإقليم الوطني؛
- اعتماد نظام الخدمة المدنية للأطباء في سنة 1984، الذي ينص على إلزامية الخدمة في المرفق العمومي بعد التخرج مباشرة وقبل التوجه للقطاع الخاص؛
- ظهور مشاريع رسمية لفتح عيادات طبية وجراحية خاصة سنة 1988⁹.

I - 3- فترة ما بين سنة 1990-2001 مرحلة الأزمة:

أهم ما ميز هذه الفترة هو تراكم المشاكل الاجتماعية من جهة (العشرية السوداء وما خلفته من تدهور في الصحة النفسية للمواطنين، هجرة الكفاءات الصحية بالإضافة إلى غلق العديد من الهياكل الصحية الجوارية في الأرياف والمناطق البعيدة)، والاقتصادية من جهة أخرى (تراجع أسعار النفط ابتداء من سنة 1986)، مما دفع بالحكومة إلى إعادة هيكلة القطاع الصحي ليتماشى مع التغيرات الجديدة فقد سعت إلى:

- الاعتماد على أساليب تسيير تتميز بالحدثة واللامركزية كاعتماد مجالس الإدارة، وتطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي والخاص؛
- التحكم في التكاليف الصحية وتخفيض التبعة عبر دعم الصناعة الدوائية الوطنية والتجهيزات الطبية¹⁰؛
- مساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام مقابل مبلغ رمزي عند الفحص تمثل في 50 دج للطبيب العام و100 دج للأخصائي، و100 دج عند الإيواء أيضاً، بموجب القرار رقم 1 المؤرخ في 8 أفريل 1995¹¹. والجدير بالذكر أن المادة 51 من دستور 23 فيفري 1989 نصت على: 'الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها' مما يؤكد توجه الدولة المتمثل في التخلي عن السياسة السابقة، وذلك برفع احتكار القطاعات العمومية لكافة الخدمات الصحية، فأصبح تدخلها يقتصر على الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، في حين أن باقي العلاجات تتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.
- إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من خلال مجموعة من المراسيم (97-465 و 97-466 و 97-467) المتضمنة تنظيم المؤسسات الصحية وقواعد سيرها¹²؛

I - 4- فترة ما بين سنة 2002-2020 إعادة التنمية الصحية من جديد:

تعد سنة 2002 سنة حاسمة في المنظومة الصحية الجزائرية، ويظهر ذلك جلياً في تغيير اسم وزارة الصحة والسكان ليصبح 'وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات'، وتمثل الغرض من إعادة التسمية هو الوقوف على أعم معوقات هذا القطاع الحساس، وإيجاد حلول جذرية جديدة من خلال مبدأ إصلاح المستشفيات من الداخل إلى الخارج. ركزت الإصلاحات منذ البداية على التخطيط الحسن لسبل العلاج وتنظيمه وعصرنته، من خلال مراقبة التطورات الاجتماعية للمواطنين بتقديم الخدمات التي توافق هذا التغيير حسب الطلب.

وفي سنة 2007 أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح "المؤسسات الاستشفائية العمومية" و"المؤسسات العمومية للصحة الجوارية"¹³ أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، كنوع من اللامركزية، هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المواطن من المؤسسات الصحية. هذا التعديل حوّل 185 قطاع صحي إلى 198 مؤسسة استشفائية عمومية و273 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية.

كما تم بناء العديد من المستشفيات خلال برنامج التنمية الممتد من 2005-2009، ليتعدى عدد الوحدات الصحية 800 منشأة.

كما شهدت سنة 2018 تغييرا هاما في العديد من بنود المنظومة القانونية للصحة الجزائرية، أين أصبح يطلق عليه بقانون الصحة الجديد فمن بين أهم المستجدات التي جاء بها القانون، إنشاء خارطة صحية تتماشى وخصوصية كل منطقة بغية التحكم في انتشار الأمراض مع القيام بتحقيقات جهوية ووطنية تساعد أصحاب القرار. كما أولى أهمية كبيرة للقطاع الصيدلاني الذي عرف تطورا ملحوظا بعد خوض القطاع الخاص الاستثمار في إنتاج الأدوية محليا، حيث خصص أكثر من 50 مادة لتسيير وصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية وكذا المخابر البيولوجية¹⁴.

وفيما يتعلق بالأخلاقيات والأدبيات والبيو-أخلاقيات الطبية، فقد وضع القانون تنظيما جديدا لنزع وزرع الأنسجة والأعضاء والخلايا البشرية. وضمان قانونيتها وأمنها وذلك بإنشاء وكالة وطنية لزراعة الأعضاء كما نصت عليه المادة 356 من القانون¹⁵.

كما ذكر القانون الجديد بالزامية أداء الخدمة المدنية، حيث أشار في المادة 197 منه إلى أن "يتعين على الممارسين الطبيين المتخصصين أداء التزام الخدمة المدنية بالهيكل والمؤسسات العمومية للصحة قبل أن يمارسوا في القطاع الخاص أو بصفة حرة"¹⁶.

وعلى العموم فقد تمحورت أهم أهداف السياسة الصحية في هذه الفترة في:

- إصلاح المنظومة الصحية إصلاحاً يدعم بأهداف حقيقية، خاصة فيما تعلق الأمر بتوفير الصحة للجميع، تقريب الصحة من المواطن، ترتيب مستويات العلاج، إعادة التركيز على تعزيز الوقاية والعلاج الأولي، سعيها إلى تحسين نوعية الخدمات؛
- محاربة الانتقال الوبائي من خلال 26 برنامجاً وقائياً، 8 برامج علاج، 4 برامج دعم؛
- ترقية الأدوية الجنيسة والقضاء على الأدوية المزيفة من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية؛
- إعداد خارطة صحية تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج؛

الاستعانة بالإعلام والاتصال والتربية في مجال الوقاية والصحة، باعتبارها أدوات جد فعالة في هذه المرحلة، يجب أن تعمم إلى جانب تنظيم أنشطة صحية أولية ذات تأثير معتبر على نسبة الوفيات؛

II- معوقات النظام الصحي الجزائري وحتمية الإصلاح

عرف النظام الصحي الجزائري مراحل عديدة تراوحت بين التطور والتدهور هذا ما أضعف من مردوديته وحدّ من مخرجاته، وعلى هذا الأساس لخصت المشاكل والاختلالات التي يعاني منها الى :

1. معوقات داخلية تخص مكونات النظام وتعتبر مشاكل داخلية.
2. معوقات خارجية تخص مكونات المحيط والتي تتمثل في بيئة النظام ومختلف العلاقات المباشرة والغير مباشرة التي تؤثر عليه.

II - 1 المشاكل والإختلالات الداخلية

يعاني التنظيم الصحي الجزائري من مجموعة من الاختلالات الداخلية¹⁷؛ التي نلخصها في النقاط التالية:

أ. اختلالات التمويل:

إن أهم ما تعاني منه المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء تسيير الميزانيات الموجهة للقطاع الصحي وليس قلتها فقط، هذا ما يظهر في التخصيص والتوزيع الغير كفى لمواردها المالية بالإضافة الى العديد من المشاكل الأخرى التي تدخل ضمن هذا الإطار والمتمثلة أساساً في :

- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض عليها، التي تعاني من تراكم المديونية التي تتجاوز في بعض الأحيان نسبة 30% من الميزانية وفقدان مصداقية تسييرها؛
- غياب التحكم الجيد والرشيد في التكلفة والنفقات الصحية المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، إذ تبلغ النسبة المخصصة لأجور العمال ما يعادل 80% وفي بعض الحالات قد تصل الى 93% من ميزانية المستشفى، وهذا راجع الى غياب التخطيط الوظيفي المتمثل أساساً في تخطيط الميزانية من جهة، وتخطيط القوى العاملة من جهة أخرى¹⁸.

ب. اختلالات التنظيم، الموارد المادية والبشرية:

إن أهم ما يعرقل المنظومة الصحية من الناحية التنظيمية هو:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة في بعض الأحيان،
 - الخضوع الشبه تام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط الأعمال، مما ترتب عنها ظهور صراعات تنظيمية كبيرة،
 - عدم تجانس بعض القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية مع مهامها؛
 - عدم ملائمة وحدات الهياكل التنظيمية للعديد من المؤسسات الصحية؛
 - بالإضافة الى غياب المتابعة المؤسساتية للمرضى في حالة الاستشفاء الطويل المدى، وانعدام المتابعة البعدية؛
- أما من ناحية القوى العاملة والموارد البشرية، فإننا نلاحظ بوضوح:

- غياب تحفيز المستخدمين المؤدي إلى ركود نشاطهم، بسبب غياب تكييف قوانينهم الأساسية وظروف العمل الغير ملائمة، والأجور المتدنية مقارنة مع القطاع الخاص،
 - تباين واضح وكبير في توزيع الموارد البشرية والمادية بين مختلف ربوع الوطن،
 - غياب مراجعة مدونة الأعمال والنشاطات الطبية؛
 - التقييم الغير كافي للممارسات الطبية؛
- ومن الناحية المادية فإننا نلاحظ الكثير من الاختلالات أهمها:
- قلة التجهيزات الصحية وقدمها وعدم صلاحيتها في بعض الأحيان، بسبب العجز عن صيانتها أو نقص كفاءة الهيئات التقنية المتخصصة في الصيانة؛
 - نفاذ بعض المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية تنظيمية تزيد من شدة وطئتها، حيث لم تعد الصيدلية المركزية للمستشفيات قادرة على سد كل الاحتياجات الدوائية¹⁹،
- ج. اختلالات متعلقة بالإعلام الصحي والمعلوماتية:

إن منظومة الإعلام الصحي الحالية لا تدلنا إلا على جزء بسيط من المتطلبات الحقيقية للعلاج، ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، ومن أهم الاختلالات الملحوظة في هذا المجال، نجد:

- أدوات عمل وتسجيل غير متطورة؛
 - انعدام تكوين المستخدمين في مجال ترميز والترتيب الدولي للأمراض؛
 - سوء مسالك الملفات والتقارير الطبية للمرضى؛
 - عدم ملائمة السجلات الإدارية.
- د. اختلالات التكوين :

إن النظام التعليمي والتكويني الصحي لا يأخذ بدقة الحاجيات التي يتطلبها القطاع الصحي، ويظهر ذلك من خلال عدم توافق التكوين الأكاديمي للمستخدمين مع المؤهلات المفروضة في الواقع العملي؛

- مدارس التكوين الشبه طبي لا تستجيب بشكل كامل الى طلبات التكوين المتواصل لكل مستخدميه؛
 - ضعف تكوين بعض المسيرين بسبب اختلاف طبيعة تكوينهم عن الوظيفة التي يشغلونها؛
- ذ. اختلالات تمس القطاع الخاص :

يشهد تطور القطاع الخاص الذي أصبح يمتلك مكانة مهمة ضمن هياكل النظام الصحي الجزائري، فقد صارت العيادات الخاصة تنافس الهياكل والمؤسسات الاستشفائية العمومية من ناحية الكفاءات الطبية، ونوعية الخدمات المقدمة. بعد تبني السلطة العمومية مسعى التحرر الاقتصادي والاجتماعي الذي أعلن عنه منذ بداية الإصلاحات، فالمنظومة الصحية المزدوجة خلّفت مشكلة عدم التوازن بين القطاعين، بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب نشاطات القطاع الخاص من جهة. ومن جهة أخرى فإن العيادات وبالرغم من كون أهدافها تجارية بحتة، كونها تستقطب فئة محدودة من المرضى، القادرين على دفع المستحقات المفروضة على العلاج، والتي هي في ارتفاع دائم، إلا أنها تخلق نوع من المساواة في العلاج بفسح المجال للقطاع العمومي للقيام بدوره الكامل لإشباع حاجيات باقي الفئات.

كما يشهد تسيير القطاع الخاص عراقيل كثيرة، أهمها:

- غياب القوانين الأساسية التي تحكم المؤسسات والعيادات الطبية الخاصة؛
- عدم احترام دفاتر الشروط المحددة لعمل هذه المؤسسات؛
- عدم احترام مدونة النشاطات وتحديد تسعيرات الملائمة للخدمات الطبية؛
- إشكالية النشاط التكميلي وغياب التعاون والتكامل بين قطاع الصحة العمومية والقطاع الخاص؛
- عدم المشاركة في النظام الإعلامي الصحي والنشاطات الوقائية والاستعجالية التي يقدمها قطاع الصحة العمومية بالمجان؛

II - 2 المشاكل والاختلالات الخارجية

خصصنا في هذا الجزء دراسة أهم الظروف الخارجية التي أحاطت بالمنظومة الصحية من خلال تحليل الوضعية الصحية والديموغرافية وكذا الاقتصادية للجزائر خلال فترات متباعدة، من خلال:

أ. مؤشرات الوضعية الديموغرافية(السكانية):

لم يكن مأمول العمر في الجزائر يتعدى 66 سنة خلال سنة 1990، إلا أن تحسن الظروف المعيشية أدت إلى ارتفاع المعدل ليصل إلى 71 سنة خلال 2008، ثم إلى 74 سنة خلال 2009، والملاحظ أن هناك تباين كبير في تركز السكان أين

تشهد مناطق الشمال تركز 65 % من السكان في حين لا تتعدى نسبة 25 % في الهضاب العليا، و 10 % في الصحراء حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة عن الجزائر لسنة 2005-2002²⁰.

وقد بلغ عدد السكان 38297 ألف سنة 2013 بمعدل زيادة طبيعية بلغ 20,1، ليصل العدد إلى 39114 سنة 2015 بمعدل زيادة طبيعية بلغ 21,5، ليصل إلى 39963 سنة 2015 بنفس معدل الزيادة الطبيعية (الديوان الوطني للإحصائيات، 2016، 6) وقد بلغ عدد سكان الجزائر 43 مليون نسمة في 1 جانفي 2019 بمأمول عمر بلغ 77,1 سنة²¹

ب. مؤشرات الوضعية الصحية:

شهدت الجزائر تطوراً كبيراً في مجال مكافحة الأوبئة والأمراض المنتقلة، حيث انتقلت من سيطرة الأمراض المنتقلة التي ميزت الفترة الاستعمارية وغداة الاستقلال مباشرة، إلى مرحلة القضاء التدريجي عليها:

تطور الحالة الوبائية لبعض الأمراض المنتقلة:

الجدول رقم 1، تطور الحالة الوبائية للأمراض المنتقلة خلال 1999-2013:

المرض / السنوات	1999	2006	2007	2009	2013*
التيفويد	9,84	2,91	2,40	1,8	0,39
التهاب الكبد الفيروسي B	-	4,40	4,2	4,2	3,67
التهاب الكبد الفيروسي C	-	3,1	3,08	3,05	1,81
الليشمانيا	19,8	43,9	21,9	26,09	17,35
السعال الديكي	0,1	0,06	0,04	0,04	0,18
التهاب السحايا	7,16	1,9	1,02	1,9	2,82
شلل الأطفال	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
السل	6,01	65,02	63,3	63,6	53,5
الحصبة	11,28	2,09	2,4	0,031	0,07

المصدر: من إعداد الباحثة إستنادا إلى : (سعيدان ، بوهنة ، 2014) و * (OMS , 2016-2020)

ما يلاحظ من الجدول عموماً، أن الحالة الوبائية للأمراض المنتقلة عرفت تحسناً ملحوظاً من خلال الانخفاض الكبير في نسبة الإصابة بالتيفويد أين كان في 1999 يمثل 9,84 ليصل إلى 0,39 أي بنسبة أقل من 10/1. سعت الجزائر منذ 1999 إلى القضاء على شلل الأطفال تدريجياً وبصفة نهائية كونه كان أكبر سبب في وفيات الأطفال. كما يلاحظ الانخفاض المحسوس لالتهابات الكبد بنوعيه B و C. وهذا بفضل الحملات التحسيسية وبرامج التلقيح المكثفة من طرف الوزارة.

■ الأمراض المزمنة والغير سارية:

تنتشر في المجتمع الجزائري مجموعة من الأمراض المزمنة فعلى سبيل المثال: **مرض السكري**: اثبت إحصائيات سنة 1998 أن 10,5% من السكان مصابون بمرض السكري، والتي انخفضت إلى النصف تقريبا سنة 2008 لتصل إلى نسبة 5%²². **مرض السرطان**: هذا المرض الفتاك يمثل تحديا كبير في القطاع الصحي، فقد بلغ عدد المصابين به 130 ألف سنة 2009 ، بمعدل 35 ألف حالة كل سنة، ولكنه انخفض لحوالي 48 ألف سنة 2012، بفضل البرامج السامية لمكافحة، **مرض ارتفاع ضغط الدم** الذي يمثل عدد المصابين به نسبة 5 % من السكان. أما **أمراض القلب**: تشير الإحصائيات إلى أنّ السبب الأول للوفيات في الجزائر هي الأمراض القلبية، حيث تشير الإحصائيات إلى أن أكثر من 44,5 % من حالات الوفاة سببها الأمراض القلبية. ويؤكد خبراء الصحة أنّ هذه النسبة في ارتفاع مستمر بسبب الضغوط الاجتماعية التي تغلب على المجتمع الجزائري²³.

■ الصحة العقلية:

يؤكد المختصون أن نسبة 10% من الجزائريين يعانون من مشاكل نفسية متفاوتة. حيث تمثل 24,51 % نسبة الأمراض العقلية، تليها نسبة 21,38% من مرض الصرع، ثم الاكتئاب بنسبة 6,76% وأخيرا نسبة 2,86 من الاضطرابات العصبية²⁴.

■ معدل الوفيات:

شهدت الوفيات الإجمالية في الجزائر تحولا كبيرا في العقود الثلاثة الأخيرة، حيث بلغ معدل الوفيات الخام من الوفيات السنوية في عدد السكان نسبة 16,45 في الألف سنة 1970 ، ليتناقص إلى 4.96 % سنة 2000، ثم إلى 4.64 % سنة 2007 ليرتفع بنسبة طفيفة ليصل 4,72 % سنة 2018 كما هو موضح في الجدول رقم 2 ، كما انخفض معدل وفيات الأطفال من 39.7 % سنة 2000 إلى 30,8 % في سنة 2007 كما يوضحه نفس الجدول.

الجدول رقم 2: معدل وفيات الخام ومعدل وفيات الأطفال خلال 2000-2018

المعيار	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2010	2011	2018
المعدل الخام للوفيات %	4.96	4.88	4.81	4.76	4.71	4.67	4.65	4.64	4.66	4.67	4.72
معدل وفيات الأطفال الوحدة ل 100000	33.9	33.30	32.40	31.30	30.10	28.80	27.50	26.40	23.50	22.90	20.10

المصدر: من إعداد الباحثة استنادا إلى : | [Algérie - Taux de mortalité - enfants \(par 1000 naissances\)](#)

و (UNICEF.2019) و [Statistiques \(usherbrooke.ca\)](#)

كما أن نسبة وفيات الأمهات قد تراجعت من سنة 2000 أين كانت تمثل 45 لتصل إلى 32,19 وفاة لكل 100000 سنة 2006. ثم تناقصت لتصل 29 وفاة خلال سنوات 2018-2019 وهذا التحسن يعود إلى عدة أسباب أهمها ازدياد في عدد المنشآت الصحية المتخصصة في صحة الأمومة والطفل وزيادة نسبة التغطية للأطباء المتخصصين في التوليد وطب النساء والقبالات، وكذا تطبيق البرنامج الوطني لتسريع تخفيض وفيات الأمهات (2015-2019) الذي يهدف

أساساً إلى تعزيز تنظيم الأسرة وتحسين نوعية الرعاية أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة وكذا تسهيل الوصول إلى كل النساء للحد من عدم المساواة والتمييز، بالإضافة إلى تعزيز مشاركة المرأة والأسرة فضلاً عن تحسين إدارة مكافحة وفيات الأمهات وذلك بتقييم العمل ودعم التعبئة الاجتماعية وتعزيز قنوات الاتصال²⁵.

ج. مؤشرات مختصرة للوضعية الاقتصادية:

لقد مرت نسبة التضخم من 5 % سنة 1998 إلى 3,5 % سنة 2009 كحد أدنى، وقد ارتفع احتياطي الصرف من 4,4 مليار دولار سنة 1999 إلى 140 مليار دولار سنة 2008، كما يلاحظ انخفاض المديونية الخارجية إلى أقل من 5 مليار دولار، في حين كانت 289 مليار دولار سنة 1999، وقد بلغت المديونية الخارجية 500 مليون دولار. استقرت وتيرة النمو المتوسط خارج قطاع المحروقات عند نسبة حوالي 5 %، وقد عمدت الدولة إلى إطلاق عدة برامج لدعم الاقتصاد تمثلت في برنامج تعزيز النمو 2001-2005 (بمبلغ 120 مليار دولار) و برنامج الإنعاش الاقتصادي 2004-2009 (بمبلغ 7,5 مليار دولار)، بالإضافة إلى البرنامج التكميلي لدعم النمو، وبرنامج تطوير الجنوب والهضاب العليا 2005-2009 بمبلغ 200 مليار دولار²⁶.

وقد بلغت نسبة الإنفاق العمومي على قطاع الصحة نسبة 3,82 % من إجمالي الإنفاق العام (3,06 % للقطاع العام و 0,76 % للقطاع الخاص)، وارتفع المعدل بعد ذلك ليصل إلى 5,49 % (4,68 % للقطاع العام و 0,81 % للقطاع الخاص) خلال سنة 2013، وقد حذر البنك العالمي من خلال التقرير العالمي للصحة، من أن الجزائر تضيق حوالي 20 % من النفقات على قطاع الصحة بسبب سوء التسيير والتكاليف المرتفعة لفواتير الأدوية²⁷.

II - 3- حتمية إصلاح المنظومة الصحية:

يعرف الإصلاح على أنه التعديل الحسن، والإصلاح الصحي هو ذاك التعديل الحسن الذي يعدّ مساراً مخططاً يوجه الأبعاد الإستراتيجية للنظام الصحي نحو الأحسن والأفضل، والذي يشمل مجموعة من المقاييس والتدخلات المستهدفة. يوجد اتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، والتي تقوم على أساس:

- أن يكون التغيير هيكلياً وليس سطحيّاً،
 - أن تكون مصاحبة أهداف التغيير بتغيير في المؤسسات وليس إعادة تحديد بسيطة للأهداف،
 - أن يكون هذا التغيير على المدى الطويل وذو أثر دائم عبر الزمن،
 - أن يضم عدداً هاماً من المقاييس المتناسقة،
 - أن يكون هذا المسار المهادف للإصلاح موجهاً من طرف سلطات وطنية محددة،
 - ضرورة تكييف خصائص البلد مع التغيرات المصاحبة لهذا الإصلاح²⁸
- ومن هذا المنطلق، وبالنظر إلى عديد المشاكل والمعوقات السابقة الذكر، التي تعرقل الوصول إلى تحقيق الغاية الأساسية للنظام الصحي والمتمثلة في حماية صحة المواطنين وترقيتها. تظهر حتمية الإصلاحات العاجلة للمنظومة الصحية الجزائرية.

III - مشروع إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

أقر المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، من خلال مشروع القانون التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، وخلال انعقاده سنة 2002 جملة من الإصلاحات تمثلت أساساً في إعادة هيكلة القطاع الصحي وتنظيم بعض المهام المنوطة به وتسييرها، حيث ركز على ستة ملفات تمثلت في²⁹

III- 1 ملفات الإصلاح : شملت ستة ملفات ضم كل ملف مجموعة من الأهداف، تمثلت أساساً في³⁰ :

أ. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تمحور هذا الملف حول كيفية التنسيق بين مختلف هياكل الصحة العمومية وذلك من خلال دراسة طرق التنسيق بين نظام الصحة الوطني ومنظوماته الفرعية، من خلال تفادي عزل سياسة إصلاح المؤسسات الاستشفائية بكل هياكلها عن إطار عملها الاجتماعي، والمالي وكذا التنظيمي، والوبائي .

ب. ملف الهياكل الاستشفائية: تمخض عن هذا الملف، إدراج جملة من الإجراءات التي مست إصلاح هياكل الصحة العمومية ومنشأتها من خلال:

- الإسراع في وضع دعامة إعلامية قوية وعاجلة، باعتبارها الركيزة الأساسية لنجاح أي إصلاح؛
- الحرص على التنظيم المحكم للمؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة على حد سواء، وذلك بإدخال أدوات التخطيط والرقابة والضبط المالي حيز التنفيذ؛
- تعزيز رقابة الدولة على كل المؤسسات الاستشفائية للقطاع العمومي والقطاع الخاص، من خلال إدراج فكرة التكامل بين هذين القطاعين؛
- رفع الوعي الثقافي من خلال إسهام المواطن في تنظيم العلاج مع استفادته من حقوقه الصحية والأخذ بعين الاعتبار تعزيز واجباته في هذا المجال؛
- تعزيز المساهم الفعالة للمرضى وجمعيات المرضى العديدة، من خلال الاستماع إلى آرائهم حول جودة الخدمات المقدمة وتوزيع شبكات العلاج عبر كافة أنحاء التراب الوطني،

ج. ملف الموارد البشرية: ركز على ضرورة التكوين لكل فئات المستخدمين: الأطباء، الشبه طبيين، الإداريين والتقنيين. وذلك بالاشتراك مع قطاعات أخرى كقطاع التعليم العالي والبحث العلمي و قطاع التكوين المهني. كما اهتم بمراجعة جوانب أخرى منها : تحسين ظروف العمل، تحسين الأجور والعلاوات والترقيات في المسار المهني... وغيرها.

د. ملف الموارد المادية: ركز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل والتجهيزات المادية الحديثة والضرورية لتنظيم العلاج، الذي يشترط إحداث توازن بين الوسائل ومستوى النشاط المقدم من جهة وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل من جهة أخرى. والهدف هنا، هو منح كل الوسائل والتجهيزات الضرورية للعلاج بشرط وجوب العقلانية في التوزيع من أجل تحقيق مبدأ العدالة والمساواة في الصحة. وتشكيل الجوانب التقنية المرتبطة بالصيانة والأمن والنوعية، من خلال تعيين الأطقم الفنية ذات الكفاءة والحرص على التكوين الجيد لها، تدعيماً لهذا الملف.

هـ. ملف التمويل: يعتبر هذا الملف الأثقل من بين كل الملفات، كونه يتأثر ويؤثر بشكل كبير على ميزانية الدولة، وقد اهتم بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، ضرورة إعادة النظر في التنظيم المالي لها، بالإضافة إلى تكييف القوانين الأساسية المسيرة للمؤسسات الصحية مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على أساس العلاقات التعاقدية. وكذا الشروط الواجبة لتخصيص ميزانيات الصحة و فوترتها.

و. ملف إشراك القطاعات: جاء هذا الملف بحكم ارتباط نشاط القطاع الصحي بالعديد من القطاعات الأخرى، على قطاع المالية، قطاع الضمان الاجتماعي، قطاع التضامن، قطاع التعليم العالي والبحث العلمي، قطاع التكوين المهني، الجماعات المحلية، قطاع البيئة، قطاع الصناعة، قطاع الفلاحة. فمن خلال إدراج الأنشطة القطاعية ذات

الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة لوزارة الصحة، فإن هذه الأخيرة، تحقق الانسجام المأمول بين توفير العلاج وتطوير الصحة تماشياً مع السياسات العامة الأخرى.

تجدر الإشارة إلى أن موضوع العلاج في منطقة الجنوب وموضوع الاستعجالات، لم يتم إدراجهم ضمن هذه الملفات رغم أهميتها البالغة، ورغم الإشارة إليهما في العديد من المرات. فبغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية الصعبة، وكذا عمليات الصيانة وظروف عمل المستخدمين الطبيين ومساعدتهم، وجب تنظيم العلاج بغية تلبية مجموع الاحتياجات الصحية الضرورية لسكان هذه المنطقة³¹. كما أن حالة الاستعجالات الطبية في المستشفيات تستدعي بحثاً معمقاً لمعرفة كل الاختلالات وتداركها.

III-2 تنظيم الأسس الإدارية للمنظومة الصحية:

شمل برنامج إصلاح المنظومة الصحية إعادة الهيكلة التنظيمية للقطاع، الذي يجمع بين أربعة مستويات، حيث أصبح

يضم:

أ- **على المستوى المركزي** : تمثله هيئة إدارية هي الوزارة، والتي مرت بعدة تسميات بدأ من 'وزارة الصحة العمومية والسكان' سنة 1962 وصولاً إلى 'وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات'³² منذ سنة 2002 إلى يومنا هذا.

ب- **على المستوى الجهوي** هياكل الدعم للصحة العمومية: إلى جانب وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تعمل هياكل الدعم على تطبيق برامج الصحة العمومية من خلال:

● الهياكل العمومية: متمثلة في: - المعهد الوطني للصحة العمومية

- معهد باستور الجزائر
- الصيدلية المركزية للمستشفيات
- الوكالة الوطنية للدم
- المدرسة الوطنية للصحة العمومية
- المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية
- الوكالة الوطنية للوثائق الصحية
- المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه طبي
- المركز الوطني لليقظة والسلامة الدوائية
- المركز الوطني لعلم السموم

● الهيئات الاستشارية: هناك مجموعة من اللجان الوطنية متكونة من خبراء و تقنيين تسمى بالهيئات الاستشارية ، نذكر منها :

- اللجان الوطنية الطبية المشتركة بين القطاعات : والتي تضم العديد من اللجان منها: اللجنة الوطنية لمكافحة الأمراض الحيوانية ، اللجنة الوطنية للإنجاب وتنظيم الأسرة، اللجنة الوطنية لطب العمل...

- اللجان الطبية المشتركة بين القطاعات والتي تضم أزيد من 20 لجنة متخصصة

- اللجان الطبية المتخصصة أو الفرق التقنية

ج- **على المستوى الوسيط** : تعمل على متابعة وتقييم البرامج المسطرة على المستوى المركزي وتشمل:

- المجلس الإقليمي للصحة

- المرصد الإقليمي للصحة
- مديرية الصحة والسكان
- على المستوى الولائي : تضم كلا من :
- القطاعات الصحية
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة
- المراكز الاستشفائية الجامعية³³

IV- أهداف سياسة إصلاح المستشفيات

ترتكز السياسة الصحية الجديدة من خلال الإصلاحات على تحقيق جملة من الأهداف، نذكرها مختصرة في النقاط

التالية:

- رفع المستوى الصحي من خلال رفع مأمول العمر لدى الجزائريين، وخفض معدلات الإصابة بالأمراض المتنقلة والأوبئة الفتاكة، القضاء الكلي على الأمراض المسببة لوفيات الأطفال، خاصة شلل الأطفال، الحصبة والسل؛
- الرفع من كفاءة تشغيل المستشفيات وذلك عبر تحسين السياسة المتبعة في إدارة المستشفيات من خلال: منحها الاستقلالية بخصوص ميزانية التسيير، الشخصية المعنوية، مع تعزيز الرقابة عليها، والاعتماد على التكنولوجيات الحديثة في التسيير؛
- التأكيد على مفاهيم التعليم الطبي حسب المعايير العالمية في المؤسسات الاستشفائية؛
- تحسين ظروف استقبال وطرق الإعلام والاتصال بالاستفادة من أحدث تكنولوجيات خدمات الإعلام الآلي؛
- التغطية الصحية المتخصصة لجميع المواطنين عبر كافة أنحاء الوطن من خلال التوزيع العادل للخدمات الصحية وتوفيرها وفق المعايير المعمول بها دوليا؛
- تفعيل مهام الرعاية الصحية الأولية وتعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية نحو المستشفيات من خلال تحقيق مبدأ التدرج في العلاج: الذي طرح نفسه بشدة من خلال هذه الإصلاحات، وذلك انطلاقا من الهياكل الغير استشفائية إلى الهياكل الاستشفائية المتخصصة بغية إنقاص الضغط من جهة، وتوفير أعلى مستويات الرعاية الصحية من جهة أخرى؛
- التحسين المستمر للكفاءات الطبية والشبه الطبية والإدارية والتقنية من خلال التكوين المستمر، أين يظهر جليا تكفل الدولة بنفقات بتدريب وتكوين الأطباء والأخصائيين بإنشاء مختلف الكليات والمعاهد الصحية؛
- ترشيد النفقات واحتواء التكاليف المتزايدة من خلال التسيير الجيد للموارد المتاحة وتقليص التكاليف؛
- التنسيق والتكامل بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية للصحة الجوارية من خلال توحيد معايير ومواصفات تقديم الخدمات فيها؛
- وضع سياسة صحة شاملة ومعايير موحدة للجودة وتقييم الأداء مع التنسيق المشترك لجميع المؤسسات الاستشفائية³⁴ ..

V- أولويات السياسة الصحية لآفاق سنة 2030

سعت الدولة الجزائرية إلى تحقيق جملة من الأهداف بتطبيق برنامج التعاون الدولي مع منظمة الصحة العالمية «WHO» في أجندتها لآفاق سنة 2030، إذ خطت للعمل على:

V-1 تدعيم السياسة الصحية: وذلك من خلال:

- تعزيز الحوار لتحديث الحسابات الصحية الوطنية وتوثيق التغطية الصحية الشاملة وتعزيز التنمية الصحية عبر كامل التراب الوطني،
- تقديم الدعم التقني لتطوير نماذج الوقاية من الأمراض والبرامج الوقائية،
- تقديم الدعم التقني لتحديد وتنفيذ الإستراتيجية الوطنية لتطوير الموارد البشرية في مجال الصحة،
- توفير الدعم الفني لإنشاء المرصد الجزائري للموارد البشرية الصحية،
- تقديم الدعم التقني لبناء قدرات العاملين في المجال الصحي في استخدام أحدث البرامج .
- تقديم الدعم التقني لبناء قدرات الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصيدلانية المنشأة حديثاً (ANPP)،
- تقديم الدعم التقني باستغلال وسائل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات TIC في عمليات تسجيل الأدوية،
- تقديم الدعم التقني لتحديث إدارة وزارة الصحة وقطاعاتها (الإدارة الالكترونية) لوضع إستراتيجية وطنية مواكبة للتكنولوجيا و وضع إطار قانوني لها.

V-2 محاربة الأمراض الغير سارية 'أ غ س': وذلك من خلال :

- تقديم الدعم الفني للوزارة الوصية لتنفيذ الخطة الإستراتيجية من خلال تطوير المواد المتاحة، ومراقبة تفشي 'أ غ س'، تطوير برامج الاتصالات، برنامج البحث؛
- تشجيع سياسة الحوار لتحديد احتياجات الدعم الفني، بغية رسم الخطة الوطنية متعددة القطاعات، من أجل مكافحة المتكاملة لعوامل الخطر للأمراض غير السارية؛
- توفير الخبرات اللازمة لدعم إجراء دراسة استقصائية عن تقييم واتجاه عوامل الخطر ل'أ غ س'؛
- دعم التنسيق المتكامل للخطة الإستراتيجية متعددة القطاعات، الرامية إلى مكافحة 'أ غ س'؛

V-3 محاربة الأمراض المعدية: حيث تعمل الدولة على:

- تقديم الدعم الفني لتعزيز نظام الترصد الوبائي للأمراض المنتقلة جنسيا، والدعوة إلى تطوير إستراتيجية فحصها، خاصة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز VIH؛
- دعم تطوير وتنفيذ استراتيجيات محددة لصحة الشباب والمراهقين بموجب قانون الصحة الجديد، بغية الرفع من الوعي الصحي بخطورة هذه الأمراض في وسط الشباب؛

V-4 صحة الأم والطفل: وذلك من خلال :

- تعزيز الحوار من أجل تحديد احتياجات الدعم الفني للمساعدة في تسريع خفض معدل وفيات الأمهات؛
- توفير الدعم الفني لإنشاء نظام ترصد لوفيات الأمهات ومسبباتها؛
- تقديم الدعم اللازم لإنشاء نظام مراقبة واستجابة فعال لتقليل وفيات الأطفال حديثي الولادة؛
- تسريع وتيرة تقليص نسبة وفيات الأمهات ببلوغ أقل من 25 وفاة لكل 100.000 ولادة حية في آفاق 2030³⁵.

V-5 تحسين مستويات الصحة العقلية:

لقد حققت الجزائر تقدماً ملحوظاً في التكفل بتحسين مستويات الصحة العقلية لمواطنيها. وقد دفعت التحديات الحالية لتطوير وتنظيم الرعاية الصحية العقلية والنفسية.

- حيث سعت من خلال المخطط الوطني لترقية الصحة العقلية 2017-2020، إلى تقديم إطار استراتيجي وطني شامل ينسق أنشطة الترقية والوقاية والعلاج والتأهيل.
- تهدف الإجراءات المبرمجة إلى تعزيز وحماية الحقوق الأساسية للمرضى، وتدعيم التوعية والرعاية المجتمعية الحسنة للمرضى بدون استثناء. كما ستساعد في تسهيل الحصول على الرعاية الصحية العقلية، وتدعيم المساواة والدفع نحو تطبيق حلول مبتكرة للمشاكل التي يطرحها موضوع التكفل بالاضطرابات العقلية.
- كما سيساهم تنفيذ هذا المخطط في تحقيق التنمية المحددة من طرف الأمم المتحدة، في خطتها لآفاق سنة 2030 للتنمية المستدامة على المستوى العالمي³⁶.

الخلاصة

إن أكبر مكسب عرفه القطاع الصحي الجزائري، منذ الاستقلال إلى اليوم، هو تبنيه سياسة 'العلاج المجاني' كمفهوم وكواقع مجسد في الهياكل القاعدية الكبيرة والمنتشرة في أرجاء الوطن، إلا أنه في الواقع العملي يعتبر عاجزاً عن تأدية مهامه على أحسن وجه، وهذا العجز يرجع إلى كون هذه الخدمات المجانية يتلقاها المواطن متى شاء، مما يرفع الطلب عليها بكثرة، وهذا ما يدفع إلى التفكير "عاجلاً" في جعلها بمقابل مادي، بغية تدارك الخسائر ورفع المردودة الصحية حيث يصبح متلقي الخدمة الصحية مطالباً بدفع مبلغ معين مقابل تلقيه العلاج مما يساهم في تنظيم العملية العلاجية على كافة المستويات.

ما يلاحظ من خلال مجمل الإصلاحات الصحية التي تقوم بها الدولة الجزائرية، أن الأهداف المحددة من هذه البرامج والسياسات، هو البحث عن كيفية تطوير القطاع الصحي، والارتقاء بنوعية الخدمات المقدمة فيه وإتاحة فرص الحصول عليها لكافة شرائح المجتمع بدون استثناء أو تمييز.

غير أنّ النظام الصحي في الجزائر يواجه عدة قيود وعراقيل، تحدّ من فعاليته في تقديم أحسن الخدمات، وجب القضاء عليها بانتهاج سياسة رشيدة في التنظيم والتسيير، حيث لازال النظام الصحي يواجه:

- غياب أنظمة المعلومات والاتصالات العصرية ذات الكفاءة والفعالية في معظم المراكز والمؤسسات الصحية؛
- معاناة مستخدمي القطاع الصحي، وغياب التحفيز الملائم وما نتج عنها من كثرة الإضرابات لأسباب مهنية وأخرى اجتماعية (نظام الأجور، المسار المهني، أمن العمل...)
- ضعف في تفاعل المؤسسات الصحية العمومية في مجال التنظيم والتسيير الخاص بمواجهة الأمراض الغير معدية وأهمها أمراض القلب والأوعية الدموية، الأمراض السرطانية؛
- سوء استخدام الموارد المتاحة وهذا راجع إلى عدم التحكم في النفقات الصحية الغير مبررة؛
- التوزيع غير العادل للأخصائيين والعتاد الصحي وتمركز العديد من الخدمات الصحية في كبرى الولايات، مما يبرر ارتفاع الضغط المستمر في الطلب على العلاج المتخصص فيها؛

- عدم التمكن من القضاء على ظاهرة التبذير في العلاج واستهلاك الأدوية، وذلك راجع لعدة أسباب أهمها غياب الثقافة الصحية للمواطنين، ومجانبة العلاج؛
وتسعى الدولة الجزائرية إلى تعميق اتجاهاتها في إصلاح المستشفيات من خلال مخطط التنمية المستدامة لآفاق سنة 2030 وذلك من خلال :

- وضع سياسات وبرامج التدريب المناسبة لتطوير المستشفيات وتسيير شؤونها الإدارية والمالية.
 - إنشاء الأجهزة المناسبة التي تكفل التنمية الفعالة والإدارة الحكيمة لموارد المستشفيات المالية والمادية والبشرية.
 - تقليص التفاوت في مجال التغطية الصحية، وتمكين جميع المواطنين من الاستفادة من العلاج بدون عراقيل جغرافية، من خلال تقريب هياكل الرعاية الصحية الأولية من المجمعات السكانية،
 - دمج تنظيم الطب الوقائي وسلامة البيئة في مراكز الرعاية الأولية كوسيلة عمل أساسية،
 - تحرير القطاع الصحي الخاص من بعض القيود، ورفع الحواجز الذي تعترضه.
- آفاق الدراسة:

- نقترح في هذه الدراسة جملة من التساؤلات التي بإمكانها أن تشكل مواضيع لدراسات جديدة ، وهي :
- ما هو واقع الإصلاحات الصحية أثناء الأزمات الصحية (خاصة في حالات الأوبئة العالمية) ؟ وفيما تتمثل الخطط الإستعجالية التي تعتمد عليها الدولة الجزائرية في حالات الطوارئ العالمية؟ وما مدى نجاعتها في ظل نقص الموارد الصحية؟
 - هل ترتقي الاستراتيجيات الصحية المعتمدة في الجزائر خلال الأزمات الصحية إلى المستوى الذي توصي به منظمة الصحة العالمية ، و الذي يسمح لها بتدارك الأوضاع بأسرع ما يمكن والخروج من الأزمات بأقل الأضرار؟
 - ما هي الإضافات الفعلية للموسسة التي قدمتها الوكالة الوطنية للحماية الصحية Agence National de Sécurité ANSS – Sanitaire منذ تأسيسها (المرسوم التنفيذي رقم 20-158 المؤرخ في 21 شوال 1441 الموافق لـ 13 جوان 2020) خلال هذه الأزمة الصحية التي تدخل عامها الثاني على التوالي؟

الإحالات والمراجع :

¹ www.who.int consulter le : 09-03-2019.

² جفال عبد الحميد، سيدي دريس عمار، (2015)، "التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية"، الطبعة الأولى، دار الأيام، الأردن. ص: 70.

³ بولصباغ محمود، (2015)، "تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر من وجهة نظر المرضى دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق"، أطروحة دكتوراه (غ م) في العلوم التجارية، جامعة الجزائر-3. ص: 114.

⁴ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، (ج ج د ش) المرسوم رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973م المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية (ج ر) الصادرة بتاريخ جانفي 1974م، ص: 02.

⁵ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981م المتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها.

⁶ عدنان مريزق، (2008)، "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية"، رسالة دكتوراه (غ م) في علوم التسيير، جامعة الجزائر-3. ص: 187.

- ⁷ تشمل المهام الرئيسية للمستشفيات: تقديم الخدمات الوقائية بدرجاتها الثلاثة بدء بخدمات الوقائية الأولية، تقديم الخدمات العلاجية التي تضم خدمات الرعاية بدرجاتها الثلاثة، بدء بخدمات الرعاية الأولية، خدمات التأهيل والرعاية طويلة الأجل، بالإضافة إلى خدمات الارتقاء بالصحة العمومية.
- ⁸ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986م المتضمن للقانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، الصادرة بتاريخ 12 فيفري 1986م، ص: 115.
- ⁹ بولصباغ محمود، (2015)، مرجع سابق، ص: 145.
- ¹⁰ نفس المرجع السابق، ص: 146.
- ¹¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المنشور الوزاري رقم 1 المؤرخ في 8 أفريل 1995م المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء في المستشفيات العمومية، الجريدة الرسمية الصادرة سنة 1995.
- ¹² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المراسيم التنفيذية رقم 97-465، رقم 97-466، رقم 97-467 المؤرخة في 2 ديسمبر 1997م، الجريدة الرسمية الصادرة سنة 1997م.
- ¹³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المتضمن قرار إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، 19 ماي 2007.
- ¹⁴ www.aps.dz/ar/santecie-science-technologie/59633-2018-08-15-18-26-40 consulter le : 10-03-2019
- ¹⁵ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 46، المرسوم التنفيذي رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 مايو سنة 2018، ص: 34.
- ¹⁶ نفس المرجع السابق، ص: 20.
- ¹⁷ جيلالي أمير، (2009)، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية"، أطروحة دكتوراه (غ م) في علوم التسيير، جامعة الجزائر-3، ص: 182.
- ¹⁸ حاروش نور الدين، (2012)، "الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"، دار الثقافة، الأردن. ص: 147.
- ¹⁹ فالسياسة الصحية الجديدة منعت في السنوات الأخيرة، استيراد بعض الأدوية الجنسية والمكملات الغذائية مما خلق أزمة البحث عنها، وتوفيرها لمستحقيها، مبقية تكلفتها بتوفير أدوية العلاج الكيميائي الباهظة الثمن لفائدة مرضى السرطان.
- ²⁰ OMS, Stratégie de coopération avec les pays, République Algérienne Démocratique et populaire, 2002-2005, p4.
- ²¹ الديوان الوطني للإحصائيات، "الجزائر بالأرقام-نتائج 2013-2015"، رقم 46، الصادر في 2016، الجزائر.
- ²² سعيدان رشيد، بوهنة علي، (2014)، "واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات"، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الأول سبتمبر، الجزائر. ص: 07.
- ²³ بولصباغ محمود، (2015)، مرجع سابق، ص: 155.
- ²⁴ نفس المرجع السابق، ص: 157.
- ²⁵ معاش فيصل، (2020)، "وفيات الأمهات في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030"، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 10، العدد 2-ديسمبر 2020، ص ص 14-31.
- ²⁶ سعيدان رشيد، بوهنة علي، (2014)، مرجع سابق، ص: 08.
- ²⁷ بولصباغ محمود، (2015)، مرجع سابق، ص: 152.
- ²⁸ عدنان مريزق، (2008)، مرجع سابق، ص: 128.
- ²⁹ OMS, Stratégie de coopération avec l'Algérie, 2016-2020, sur le site : www.who.int consulter le 09-03-2019.
- ³⁰ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, consulter le 06 -02-2019 sur le site www.santemaghreb.com .
- ³¹ لتدارك هذا الوضع، سعت الدولة فيما بعد إلى توفير مراكز حدودية للصحة الجوارية، بالإضافة إلى تدارك مخلفات التصحر لولايات الجنوب الكبير (ادرار، تمنراست، اليزي، تندوف) من خلال برامج مساعدة في حالات الطوارئ، للبدو الرحل في المناطق الحدودية الجزائرية، وعلى سبيل المثال: خلال الفترة الممتدة بين 2011-2015، منحت الدولة أزيد من 1,12 مليار دج لهذه الولايات، إلى جانب توفير المواد الغذائية الأساسية: الأرز،

الحليب، الشابي... انظر: -Rapport National 2000- Unicef , Objectifs du millénaire pour le développement ; 2015,p 39.

³² بوقفة رؤوف، (2017)، "قوانين المؤسسات الصحية"، سلسلة مناجمت الصحة 3، دار الزنبقة للنشر الحر، نسخة الكترونية. ص: 06.

³³ للمزيد حول تسميات وزارة الصحة انظر: ضحاك نجية، (2012)، "تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر دراسة حالة المؤسسات الاستشفائية في القطاع العمومي"، أطروحة دكتوراه (غ م) في علوم التسيير، جامعة الجزائر -3.

³⁴ ريمة أوشن، (2017)، "إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري" رسالة دكتوراه (غ م) في علوم التسيير، جامعة الجزائر -3. ص: 219.

³⁵ OMS, *Stratégie de coopération, Un aperçu sur l'Algérie*, 2018, sur le site : www.who.int consulter le 12-12-2019.

³⁶ MSPRH, Octobre 2018, *Promotion de la santé mentale en Algérie : faire face aux nouveaux défis, développer des réponses adaptées*, consulter le 26-09-2019, sur le site : [http:// www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)