

التغيرات الجديدة في السياسة الصحية للجزائر

أ. صيفي ذهبية

المدرسة العليا للتجارة - القليعة

ملخص :

من خلال هذا المقال نحاول التطرق لأهم النقائص التي عرفتتها السياسة الصحية الجزائرية، والتي أنتجت وضعية منتقدة من طرف الجميع، وبالأخص المواطن المريض، ثم نتعرف على المشروع الذي جاءت به السلطات الوصية لإصلاح وضعية قطاع الصحة ومعالجة مواطن الاختلال فيه، ونعرض في الأخير ما تم وما لم يتم تحقيقه فعليا من هذا المشروع إلى غاية الآن .

Résumé :

Nous allons essayer a travers cet article d'aborder les différentes insuffisances qui ont met la politique de la santé algérienne, malheureusement, dans une situation très critiquée de la part de tous le monde, et beaucoup plus par les malades. Ensuite, nous exposons le projet de la réforme du secteur de la santé. Enfin, nous démontrons le processus d'exécution de plan d'action pour avoir une idée sur la réalisation concret de ce projet.

مقدمة

إن المؤسسة الصحية الجزائرية لا تنفك تتغير باستمرار نتيجة التطورات التي حدثت في السياسة الصحية بفعل جهود الإصلاح المتواصلة، فقد انطلقت هذه السياسة من مرحلة محدودة الخيارات جراء ضعف الوسائل والموارد ما بين سنتي 1962 و 1981، وتمثل هدفها الأساسي في إنعاش الوحدات الصحية التي خلفها المستعمر، وتوفير الحد الأدنى من الخدمات الصحية للسكان، وفي المرحلة الموالية والمحددة بين سنتي 1981 و 1997 تميزت بأول ظهور القوانين الأساسية المنشئة للمؤسسات الصحية كما فتحت الباب واسعا أمام القطاع الخاص وعرفت نموا في عدد المنشآت الصحية وزيادة في البرامج الصحية بالإضافة إلى تطبيق سياسة مجانية العلاج منذ سنة 1973، مما أدى إلى تحسن مستوى الصحة العمومية، وقد لعبت الظروف الإقتصادية الجيدة للبلاد في ذلك الوقت دورا مهما في ايجابية هذه المرحلة. ثم عرفت المؤسسة الصحية عملية إعادة للهيكلة سنة 1997 والتي كانت بداية مرحلة جديدة للإصلاح امتدت إلى غاية 2002، وذلك بفعل تناقص الموارد المالية للدولة في نهاية التسعينات وهو ما يفسر الصعوبات التي عرفها القطاع العمومي للصحة، حيث بدأت الأزمة الاقتصادية في الجزائر تشدد أكثر فأكثر، وهنا ظهرت رغبة السلطات في تكثيف جهود الإصلاحات في مجال الصحة.

- فما هي الخصائص التي ميزت السياسة الصحية الجزائرية قبل تقرير هذه الإصلاحات ؟
- وما هو البديل الذي طرح من اجل تغيير وضعية قطاع الصحة إلى الأفضل ؟

1 - مميزات السياسة الصحية قبل تقرير الإصلاحات

إن تعدد توجهات السياسة الصحية الجزائرية، ترك آثارا منها ما هو ايجابي كالزيادة في الهياكل و في الموارد البشرية المتخصصة والقضاء على بعض الأمراض المتفشية. ومنها ما هو سلبي، وذلك على المستويين الداخلي والخارجي للقطاع مما أكسبه خصائص باتت سببا كافيا لإطلاق عملية الإصلاح والإعلان عن الإرادة في تغيير الأمور نحو الأفضل، وذلك ما سنراه في :

- الظروف الداخلية لقطاع الصحة.

- الظروف المحيطة بقطاع الصحة.

1.1 الظروف الداخلية لقطاع الصحة.

أ - نقائص تنظيمية¹:

- عدم وجود استقلالية فعلية في تسيير المؤسسات الصحية، رغم كثرة الشعارات، ويظهر ذلك من خلال التدخلات المتعددة لأجهزة الإدارة الوصية في عملية التسيير مما جعل جهود التسيير لكلا الجهتين غير فعالة بل يزيدها إنقالا.

- عدم وجود تنسيق بين المؤسسة الصحية ومختلف الجهات الفاعلة مثل الجماعات المحلية، ومختلف القطاعات الأخرى رغم أن الوضعية الصحية لمجموعة سكانية ما تتداخل فيها عدة عوامل هي مسؤولية مشتركة بين العديد من القطاعات وليس قطاع الصحة فقط فعلى سبيل الذكر: قطاع التجارة، قطاع التعليم العالي، التربية، البلدية...
- التوزيع السيئ للهياكل الصحية يجعلها تلبي الجزء القليل فقط من الاحتياجات الصحية، وينقص من فاعليتها.
- عدم ملائمة الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية مع أهدافها الاقتصادية والمالية، ووجود نقص في إجراءات التسيير.

- وجود نزاعات داخلية بين الإدارات ومختلف الفاعلين فيها مثل النقابات، اللجان وذلك يعود لإقصاء هؤلاء الفاعلين من المساهمة في اتخاذ القرارات الخاصة بالوضعية الاقتصادية والاجتماعية للمؤسسات.

- عدم وضوح معالم الخريطة الصحية رغم أنها تشكل الوسيلة الأولى للتخطيط الصحي، مما أنتج عدم التساوي في الوضعية الصحية للسكان و ذلك حسب التقسيمات الجغرافية.

- تدني في تنظيم الخدمات المتعلقة بالاستقبال، الإقامة النظافة.

- نظام المعلومات يفتقد لغالبية حلقاته ابتداء من طلب الخدمة الصحية إلى ما بعد نهاية هذه الخدمة. أي أن المواطن لا يعرف حتى مكان التوجه عندما يريد خدمة صحية.

وبغض النظر عن أين وجد هذه الخدمة، وكيف، ومتى فإنه حتى بعد الاستفادة مما طلب لا يستطيع تتبع حالته ولا تصنيفه صحيا (مريضا أو متعافيا)، إن هذه النقاط ليست تعدادا دقيقا للمشاكل التي تتخبط فيها المنظمة الصحية بل مجرد حصر لها ضمن عناوين فقط. فيمكن إيجاد الكثير من هذه النقائص التنظيمية.

ب- نقائص في الموارد:

" إن النظام الصحي العمومي يشكو من نقص في الموارد المالية فهناك مفارقة بين ميزانيات المؤسسات الصحية والتي هي في تناقص مستمر في حين أن الطلب على العلاج هو في زيادة مستمرة أيضا، وأدى هذا إلى تدهور مهم في شروط سير هذه الهياكل... وهو ما شكل أول عوامل المديونية لهذه المؤسسات يضاف إليها عدم التساوي في توزيع هذه الوسائل والتي لا تمنح حسب صنف المؤسسة وحسب الخدمات التي تؤديها. إلى جانب غياب التحكم في التكاليف وفي النفقات والتي تعود لعدم الاعتماد على مؤشرات النشاط والكفاءة كمعايير موضوعية"².

- بالنسبة للوسائل المادية فإن " التجهيزات التي تملكها هذه المؤسسات هي في غالبيتها غير كافية وغالبا ما هي قديمة ومعطلة حيث بلغت نسبة العطل في الأجهزة نسبة 20% وبقيت ثابتة على تلك النسبة إلى غاية سنة 2003"³.

- بالإضافة إلى مشاكل التموين بالأدوية والمستحضرات الصيدلانية والتي كانت تشهدها المؤسسات الصحية من حين لآخر مثل انقطاع المخزونات وعدم مراجعة مدونة الأعمال الطبية وأسعارها.

- أما بالنسبة للموارد البشرية فإنه وبالرغم من " أن مجمل مستخدمي الصحة يمثل حوالي نسبة 19.9% من مستخدمي قطاع الوظيفة العمومي، وهو يأتي في المرتبة الثالثة بعد قطاع التربية الوطنية (33.5%) وقطاع الداخلية والجماعات المحلية (28%)"⁴، إلا أن هذه الثروة تعاني من عدم وجود سياسة لإدارة الموارد البشرية ونحن نعني بالسياسة " وجود تخطيط وتقييم فعليين، ويعود ذلك إلى الطابع المتجمد للقواعد المسيرة للحياة المهنية ولا يمكنها أن تسمح بترقية وتطوير الوضعية السوسيو مهنية لهم، كما أن توزيع هذه الأعداد على الهياكل الصحية غير خاضع لمعايير موضوعية. فتسجل بعض المصالح عجزا في المستخدمين في حين أن مصالح أخرى تعاني فائضا، أضف إلى ذلك مناخ العمل والذي هو بعيد كل البعد عن تحقيق رضاهم وبالتالي مردود يتهم ونقص في الثقافة الاتصالية والحوار"⁵.

إن هذه الظروف بالإضافة إلى أخرى : "أدت بهجرة أكثر من 6000 طبيب عام ومتخصص يعملون حاليا في الخارج مما شكل نزيفا كبيرا وغير قابل للتحكم فيه"⁶.

2.1 الظروف المحيطة بقطاع الصحة:

أ- الخصائص الديمغرافية: عدد السكان تضاعف حوالي 3 مرات مقارنة بعدد السكان مباشرة بعد الاستقلال، حيث أصبح (30.6 مليون نسمة) ويشكل الأطفال والشباب الشريحة الأكبر فيه (48%) أما الأشخاص ذوي العمر الثالث (60 سنة فما فوق) فيشكلون نسبة في تزايد مستمر، " ويفسر ذلك تحسن الوضع الأمني (الاستقلال)، والمستوى المعيشي، خاصة في إطار المنهج الاشتراكي... من خلال المخططات التنموية... بغرض المحافظة على الاستقلال الاقتصادي وتلبية الاحتياجات الأساسية للسكان"⁷، "أما نسبة الزيادة السكانية فانخفضت إلى 1.64% سنة 1999 ونفس الشيء بالنسبة للوفاة حيث انتقل من 16.45% سنة 1970 إلى 5.6% سنة 1999"⁸.

ويرجع سبب انخفاض نسبة الزيادة السكانية والذي بدأ يتناقص منذ سنة 1993 إلى غاية سنة 2000 حيث انتقل من 2.25 % إلى 1.43% إلى " الحالة التي عرفت بها البلاد آنذاك خاصة الوضع الأمني... والوضع الاقتصادي المزري للأسر، وتفشي البطالة والنزوح من الريف إلى المدينة وأزمة السكن والإعراض عن الزواج وتسريح العمال بسبب التخريب

والحرق الذي لحق بمنشآت الدولة⁹، "و فيما يخص الأمل في الحياة عند الولادة والذي يعتبر مؤشر صحة ومؤشر تنمية في نفس الوقت، فإنه عرف إرتفاعا بـ 20 سنة مقارنة بسنة 1962، و بـ 11 سنة مقارنة بسنة 1980"¹⁰.

ب- الخصائص الصحية: إن استهلالنا للظروف الخارجية بالوضع الديمغرافية كان من أجل التقديم للوضع الصحية والتي أصبحت تتميز عن الوضع السابقة للصحة الوطنية عموما. فالجزائر في هذه المرحلة هي في فترة ايبيدلمولوجية انتقالية - حسب الخبراء في هذا الميدان- حيث تتميز ببقاء الأمراض المتقلة (أمراض الأطفال المعدية، السل، الأمراض المتقلة عن طريق المياه، الأمراض المتقلة عن طريق الحيوان) وهي الموصوفة بأمراض الفقر، ولتي "تتميز بها الدول التي في طور التنمية، ويضاف إلى هذه الوضع طغيان الأمراض غير المتقلة والمسماة بأمراض الرفاهية (السرطان، السكر، أمراض القلب والشرابين، القصور الكلوي، الأمراض العصبية، و التنفسية الحادة) و التي تغلب في البلدان المتقدمة، و هي تتطلب تكفلا طبيا ثقيلا و مكلفا و الذي سيتضاعف تأثيراتها مع زيادة شريحة الشيخوخة في السنوات الآتية. وزيادة على ذلك يجب الاهتمام بمشاكل الصحة العقلية و التي يزيد حجمها الحالي و تأثيرها على المدى المتوسط و البعيد ستكون معتبرة، وسيزيد حمل الدولة أضعافا إن علمنا أن هناك شريحة من المجتمع والتي لم تسمح لها إمكانياتها المادية من طلب العلاج"¹¹، وما ينتج من إعاقات جراء الحوادث المرورية و المنزلية و المهنية والأمراض الناتجة عن التلوث والتي هي من نتائج التمدن أو زيادة الأوساط الحضرية نتيجة لسياسة الإسكان المنتهجة.

ج- الخصائص الاقتصادية والاجتماعية: إن التدهور المستمر في قيمة الدينار - نهاية الثمانينات- و كذا انخفاض معدلات النمو الاقتصادي بسبب تدهور أسعار النفط - المصدر الأساسي للعملية الصعبة- قد أثر مباشرة على النشاط الاقتصادي ككل، وكنتيمة حتمية حدث اختلال في ميزان المدفوعات و تراكم في الديون الخارجية و قد أدت هذه الوضع بالسلطة الجزائرية إلى القيام بمفاوضات عميقة مع صندوق النقد الدولي و البنك العالمي، قبلت على إثرها بميكانيزمات جديدة في التمويل حيث شرعت في إصلاحات جذرية بهدف التقليل من نسبة التضخم و من نسبة العجز في الميزانية العامة للدولة، و تبلورت هذه الإصلاحات في مخطط التعديل الهيكلي للمؤسسات و الذي كان يهدف أساسا إلى تحقيق توازن الاقتصاد الكلي و دفع النشاط الاقتصادي و تبني اقتصاد السوق و ما يتبعه من خصوصية...الخ، و إصلاح المنظومة الصحية جاء كحل عقلائي اقتصادي خلال تحديد حجم الموارد المسخرة لقطاع الصحة للخروج من آثار الدفع الجزافي و ما نتج عنه من سلبيات.

"خاصة و أنه ورد في تقرير البنك الدولي للاستثمار فيما يخص الصحة سنة 1993 أنه تصرف أموال بما تفوق الحاجة أو بصفة سيئة من أجل الصحة بالجزائر من جراء خيارات غير صائبة من حيث الأولوية الصحية و التكنولوجية أو الهياكل القاعدية كما أشار التقرير إلى ركود الوضع الصحي و أحيانا تدهوره في البلدان النامية منذ نهاية الثمانينات من جراء سياسة التعديل الهيكلي و الأزمة الاقتصادية..."¹²

إن هذه الوضع الاقتصادية أدت إلى رداءة الوضع الاجتماعية بكل جوانبها خاصة بتقشي ظاهرة البطالة، و ما نتج عن التسريح الذي شهدته المؤسسات الاقتصادية، و غلاء مستوى المعيشة مما أدى إلى انزلاقات خطيرة تعدت بذلك الحدود الاجتماعية لتمس الأوضاع السياسية و الأمنية للبلاد و التي زادت الطين بلة.

د- الخصائص البيئية: إن الكثير من المشاكل الصحية التي يتكفل بها قطاع الصحة، هي في الحقيقة مشاكل كان من الممكن عدم وجودها أو على الأقل وجودها بصورة ضعيفة. إن الأمر يتعلق بالبيئة، والتي كانت ضحية التنمية الصناعية والاجتماعية التي اعتمدتها الدولة إبان تنفيذها لمخططاتها التنموية والتي عرفت الحجم الأكبر ما بين سنوات السبعينات والثمانينات، و أيضا خلال التوسعات العمرانية من أجل مواجهة مشاكل الإسكان الخاصة بالأعداد المتزايدة للسكان إثر النمو الديموغرافي السريع الذي عرفته البلاد و أيضا النتائج السلبية للنزوح الريفي نحو المدن و زيادة نسبة السكن العشوائي. كل هذا و الكثير مثله كان سببا في زيادة نسب العديد من الأمراض، بل حتى سببا في الوفاة للكثير من السكان، نذكر أمثلة عنها فيما يلي:¹³

- الأمراض المنتقلة عن طريق المياه، وذلك لعدم قنوتات الصرف الصحي و عدم توفر مخططات التصفية الكافية حيث تغطي نسبة 20% فقط من السكان، هذا وإن كانت في حالة نشاط، زد على ذلك نقص التزود بالماء الشروب و الذي إن وجد يكون ذو نوعية رديئة، إن هذه الأمراض تكلف قطاع الصحة أموالا طائلة.
 - التلوث الناتج عن سوء تسيير النفايات والتي يقدر جمعها فقط بـ 60% أي الباقي في الطبيعة، وعملية الحرق لهذه النفايات تتم بالقرب من المراكز الحضرية المنتجة لها مما يزيد في خطر الإصابة بالأمراض.
 - شروط السكن غير الملائمة، بل المضرّة بالصحة والتي قد تكون بسبب هيكلة أو كيفية أو الوسائل والمواد المستعملة لإنجازه، أو لمساحته، والتي تميز السكنات الهشة المقدرة بـ 6% من الحظيرة السكنية للدولة سنة 1966، والتي تأوي زيادة عن الأمراض المنتقلة عن طريق المياه، إلتهاب السحايا، السل، الأمراض المنتقلة جنسيا، آلام المفاصل الحادة، الأمراض الاجتماعية والنفسية بسبب غياب شروط العيش.
 - المشاكل الصحية في أوساط العمل وزيادة الأمراض المهنية بسبب التعرض للمواد المضرّة بصحة العمال مثل الغازات والغبار، والضجيج.
 - تلوث الهواء بفعل المصانع وحظيرة السيارات القديمة والذي يعد سببا في تفشي الأمراض التنفسية وأمراض القلب والشرابين.
 - تلوث الشواطئ بنسبة 70% منها ممنوعة من السباحة بفعل قرب مواقع الصناعة الثقيلة بالساحل والذي يحوي أخصب الأراضي وأهم الموارد المائية رغم أنه يمثل 1.7% من المساحة الكلية للجزائر.
- كل هذا يدعونا إلى التساؤل كيف يمكن لقطاع الصحة أن يتحمل آثار كل هذه الوضعية التي لم يكن سببا فيها. إنه يقوم بعلاج أثارها لكن أين باقي القطاعات التي لعل دور الوقاية من مخاطر النشاطات التي تدخل ضمن مسؤولياتها. إن هذا وصف شامل للظروف المحيطة بالمؤسسة الصحية عشية تقرير إحداث عملية التغيير فيها، والذي أخذته الحكومة على عاتقها فبدأت بتخصيص جهاز مكلف بإصلاح المستشفيات وإضافته إلى وزارة الصحة والسكان والتي بدأت بعقد اجتماعات ومؤتمرات قصد تشريح الوضعية والبحث عن البدائل على المستوى الجهوي والوطني.

2. البدائل المطروحة في مشروع الإصلاحات الصحية

1.2 أهم الأعمال المتناولة لعملية الإصلاح :

لقد حددت السلطات بديل للتنظيم السابق للمؤسسة الصحية والذي جاء كثمرة عمل مشترك بين مجموعة من الخبراء ومسؤولي وزارة الصحة وكذلك مديري المؤسسات الصحية على الصعيد الجهوي والوطني ومن أهم هذه الأعمال نذكر "المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية لسنة 1990 والذي انعقد في مدينة الجزائر شهر ديسمبر وفي إطار هذا الأخير شكلت ستة لجان تمثلت في :

- لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية.
- لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية.
- لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة.
- لجنة التكوين.

كما انعقدت حلقة للخبراء في مدينة "جانت" من 17 إلى 20 ديسمبر من نفس السنة - 1990- و هي حلقة تتعلق بإصلاح المنظومة الصحية. و شارك فيها ممثلين عن وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية والصندوق الوطني للتأمين عن الأجراء و كذلك خبراء أجانب... و تمثلت أهداف هذا الاجتماع في إجراء تقدير لنتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية و كذلك اقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لأجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح " ¹⁴ و سنعرض فيما يلي محتوى عملية الإصلاح هذه كما ورد في التقارير الرسمية فنعرض أولا إلى أهدافها ثم إلى اتجاهاتها و أخيرا إلى خطة العمل المرسومة لإنجازها.

2.2 - الأهداف العامة لعملية الإصلاح :

إن أهداف عملية التغيير في تنظيم المؤسسات الصحية تمثلت عموما فيما يلي ¹⁵:

- تركيز ومواءمة جهاز توفير الخدمات الصحية والاستشفائية مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام معلومات كفو.
- منح مستخدمي الصحة، مهما كانت أسلاكهم ومسؤولياتهم، كل الوسائل والإمكانات التي بها يستطيعون تلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية بفاعلية.
- إعادة التأكيد على وجوب التأسيس لعلاقات تعاقدية بين جميع المتدخلين في صحة المواطنين.
- التأكيد على حقوق وواجبات مستعملي المؤسسات الصحية، وحماية المرضى منهم بصفة خاصة.
- تأمين الإمكانات المالية الضرورية للسير الحسن للمؤسسة الصحية.
- تحسين فعالية النفقات المخصصة للمؤسسة الصحية تحت أي صورة كانت.

3.2 الاتجاهات الإستراتيجية للإصلاح :

إن تحقيق هذه الأهداف يحتاج إلى إعمال استراتيجيات عمل فعالة مستندة في ذلك إلى النصوص التشريعية والتنظيمية المهنية وذلك في الميادين التالية¹⁶:

- تنظيم النظام الصحي.
- إصلاح تمويل الصحة.
- تنظيم نظام فعال للمعلومة الصحية.
- البرمجة الصحية.
- الأدوية والتجهيزات الطبية.
- القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة.
- التكوين الطبي.
- البحث في الميادين العلمية المتعلقة بالصحة.
- الاتصال ومشاركة السكان.
- قواعد وأخلاقيات المهنة.

وكل إستراتيجية من هذه الاستراتيجيات حددت لها مجموعة من الأهداف المتوسطة والتي ستترجم إلى تطبيق فعلي، وسنعرض بتلخيص محتوى هذه الإستراتيجيات.

أ- التنظيم والتسيير :

- إعداد الخريطة الصحية والتي تشكل العنصر المرجعي في التنمية الصحية للبلاد عن طريق التقسيم الحكيم للموارد في إطار موحد و مدمج لجميع المتدخلين .
- إعادة تهيئة مختلف مستويات نظام الصحة عن طريق تخصيص الموارد البشرية و المادية اللازمة لكل مستوى مما يسمح بمعالجة المشاكل الصحية في الإطار الذي وجدت فيه و ضمان اللحاق إلى الفئات المعوزة و البعيدة للخدمات الصحية القاعدية الوقائية و العلاجية بالنسبة للدوائر و الولايات، أما الخدمات الصحية المتخصصة فتكون على مستوى جهوي عن طريق المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية.
- تعويض نظام الاستشفاء ببدائل أخرى، كالعلاج المتنقل، و العلاج في البيت...
- اعتماد صور حديثة للتسيير بالنسبة لمديري هذه المؤسسات خاصة فيما يخص التعاقد من الباطن، التأسيس لمجموعات شراء مشتركة بين المؤسسات فيما يخص الأدوية و التجهيزات، إدخال العمل بالمحاسبة التحليلية، تقنية مشروع المؤسسة، الاستعمال الفعال للموارد البشرية و المادية، تقييم الكفاءات والتكاليف.

ب- التمويل :

- توجيه الوسائل المالية نحو تلبية الحاجات الصحية الضرورية عن طريق: مراجعة ميكانيزمات منح الوسائل والتي يجب أن تبني على منطق النشاط.

- منح الأولوية للعلاج القاعدي بحيث يكون استعمال المؤسسات متساوي بين كل سكان الولايات مع إضافة الوسائل للولايات التي تعاني من تأخر صحي.
- العمل بنظام الحسابات الوطنية للصحة والتي تسمح بالتعريف بمجموع الوسائل الممنوحة لنظام الصحة بمجمله، مما يسمح بتحليلها و تقييمها (أي الوسائل).
- مراجعة العلاقات بين صناديق التأمين والمؤسسات الصحية عن طريق تحيين مدونات الأعمال الطبية، وطرق تمويلها، وأسعارها.
- تصفية ديون المؤسسات الصحية عن طريق التخفيف منها تدريجيا خلال تطبيق مشروع الإصلاح.

ج- الإعلام الصحي:

- إلزامية احترام جميع دعائم المعلومة الصحية من ملفات المرضى وسجلات الفحص والصيدلية والإدارة...الخ للإجراءات والقواعد المهنية.
- تحديد المؤشرات الصحية الضرورية ووضع دعائم المعلومات الملائمة لها.
- تحديد الأشخاص المسؤولين في كل المستوى عن هذه الدعائم ووظائفها.
- استعمال النتائج المحللة للمعلومة الصحية في أخذ القرارات المحلية.
- تأمين انتقال المعلومات إلى المستويات عن طريق توفير الوسائل لذلك.
- تأسيس بنوك معلومات جهوية ومركزية فيما يخص الحالة الصحية، الوسائل البشرية، المالية والمادية للتمكين من استعمالها لتقييم النشاطات ونوعية الخدمات.

د- البرمجة الصحية:

- إن ميدان الوقاية يجب أن يأخذ المكان المميز في مهام نظام الصحة وذلك عن طريق:
- وضع و تقييم البرامج السابقة للصحة و تزويدها بما تحتاجه من وسائل، و كذلك إعداد برامج جديدة تهتم
- بمكافحة الأمراض المزمنة الغالبة مثل : داء السكري، الضغط الدموي، أمراض القلب، السرطان، مكافحة
- الأمراض المتنقلة عن طريق الدم.
- المساهمة في الأعمال التي تهدف إلى ترقية مستوى معيشة السكان خاصة في ميدان : التغذية، النشاط الرياضي، مكافحة الإدمان...
- تحسين الصحة في الأوساط الخاصة بضمان التغطية الشاملة للسكان المعنيين (المدارس، الجامعات، الأوساط المهنية...) و كذا التكفل بالصحة العقلية و المشاكل الصحية الناجمة عن العنف، و كذلك الاهتمام بالبرامج الموجهة للمراهقين، و صحة المستهلك في إطار تحقيق الأمن الصحي و مضاعفة المراقبة فيما يخص النوعية الميكروبيولوجية والكيميائية للماء والهواء والبيئة بصفة عامة، وكذلك تحسين النظافة في الأوساط الاستشفائية.
- تشديد المراقبة الصحية على مستوى الحدود فيما يخص الأشخاص والسلع.
- فيما يخص البرامج المتعلقة بالسكان يجب تقوية البرامج المتعلقة بحماية الأمومة وتطوير الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية و كذلك الوقاية و الكشف و علاج الأمراض المتنقلة جنسيا، والسرطانات.

- في مجال الخدمات العلاجية يجب تحسين مستوى هذه الخدمات عن طريق التعريف و الإعلام بكل ما يخصها وتوفير الوسائل اللازمة لذلك.

هـ - الأدوية والتجهيز :

- توفير الأدوية الضرورية عن طريق تشجيع إنتاج الأدوية الجنيسة ومراجعة النصوص القانونية المتعلقة باستيراد الأدوية والمتاجرة فيها، وكذلك إعادة تنظيم الصيدليات الاستشفائية بوضع مدونات خاصة وتحسين طرق تسييرها كمخزونات وتوزيعها.
- عقلنة النفقات الموجهة للمنتجات الصيدلانية.
- تقوية الرقابة على المنتجات الصيدلانية و التجهيزات الطبية عن طريق وضع مقاييس وإجراءات وكذا فيما يخص نقل الدم و منتجاته بتكوين المستخدمين و توفير الوسائل الضرورية.
- العمل بأسلوب التسيير بالإعلام الآلي لهذه المنتجات وإعادة تنشيط مفتشية الصيدلة عن طريق وضع برنامج خاص و وضع دليل تعتمد عليه المؤسسات الصحية في كل العمليات التي تقوم بها في هذا الميدان.

و- القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة :

- تجنيد المستخدمين عن طريق مراجعة أساليب ممارستهم لأعمالهم وشبكات الأجور من أجل التخفيض في الفارق بينهم وبين مستخدمي القطاع الخاص.
- التخفيض من الفوارق الجهوية فيما يخص المستخدمين المتخصصين عن طريق وضع وسائل تجذب هؤلاء إلى تلك المناطق.
- العمل بأسلوب التعاقد عندما تصبح هناك تغطية لجميع الاحتياجات البشرية.
- إشراك الأطباء في نقل المعلومات الضرورية للتقييم الصحي والمراقبة اليبديميولوجية، واحترام قواعد العمل الخاصة بذلك.

ز- التكوين :

- فيما يخص التكوين الأساسي يجب تحسين نوعية التكوين وملائمته مع المناصب المستقبلية عن طريق تكوين المسيرين وفق الأنماط الحديثة، التحكم في أعداد الطلبة الأطباء، تكوين المتخصصين في الصحة.
- فيما يخص التكوين المتواصل يجب إشراك جميع فئات المستخدمين من أجل تحسين المهارات ويجب ربط ذلك بالتطور في المسار المهني لهم، كما يجب توفير مراكز للوثائق والتي من شأنها توفير المعلومات التقنية وتشجيع التبادل بين مختلف الهياكل الوطنية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية.

ح- البحث في علوم الصحة :

- توجيه البحوث العلمية التي تجري عادة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية، أو في مخابر جامعات الطب نحو البحوث التطبيقية أو الميدانية، وتقييم مدى استجابة إمكانيات نظام الصحة تقييما نوعيا وكميا.
- تحديد المعوقات في التسيير والتمويل والتي تخل بسير نظام الصحة، من أجل اقتراح وتوفير العناصر الموضوعية المساعدة على أخذ القرارات.

- وضع الوسائل المادية والبشرية الضرورية للتحكم في التقدمات العلمية والتكنولوجية التي تعرفها علوم الصحة في هذا العصر وذلك يتطلب المنطقية والاختيار بالنظر إلى محدودية الوسائل.

ط- الاتصال:

وتتفرع هذه الإستراتيجية إلى فرعين: الاتصال الاجتماعي، والاتصال الداخلي، إذ يجب وضع سياسة اتصال اجتماعي تسمح لنا بإشراك السكان في التكفل بمشاكلهم الصحية، والدور الأساسي في هذه العملية يكون موزعا على: المؤسسات الصحية، أطباء الصحة المدرسية الجامعية والصحة المهنية في القيام بأعمال الاتصال دون إهمال دور وسائل الإعلام في التحسيس بمشاكل الصحة العمومية، كما تهدف هذه السياسة إلى توجيه القائمين على القطاعات الأخرى لتحديد اختياراتهم في حماية وترقية الصحة.

ي- قواعد وأخلاقيات المهنة:

لقد كرس الدستور حق جميع المواطنين في حماية صحتهم وجعل من ذلك حقا أساسيا. لكن الوضعية المتعددة الأبعاد التي عاشتها الدولة لأكثر من عشرية أدت إلى عدم تمكن بعض الشرائح من المجتمع لا يستهان بها من الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، مما نتج عنه بعض الممارسات والتي لا تمت بصلة بقواعد وأخلاقيات العمل، ولذلك فمن الضروري إصلاح و تصحيح هذه الممارسات عن طريق:

- احترام مبدأ المساواة في الحصول على الخدمات الصحية تكريس ذلك في المؤسسات الصحية.
- أما على مستوى المريض فيجب وضع ميثاق يوضح شروط استقباله وإقامته بالمؤسسة بالخصوص إحترام كرامته اختياراته، الالتزام بالسرية.
- كما يتطلب الأمر إجراء تحسين وتوعية لمختلف مستخدمي المؤسسة بقواعد العمل الأخلاقيات التي يجب أن يتمتعوا بها بغض النظر عن القيم الأخلاقية والثقافية.

ولهذا الغرض فإنه يجب تفعيل دور المجلس الوطني لأخلاقيات المهنة ومختلف اللجان على مستوى المؤسسات ذاتها، والتي من شأنها التكفل بحل هذا النوع من المشاكل.

4.2 مشروع خطة العمل:

إن خطة العمل التي حددت من أجل تطبيق هذه الإصلاحات قسمت إلى ثلاث مراحل و التي سنعرضها فيما يلي¹⁷:

أ- على المدى القصير (من جويلية 2001 إلى ديسمبر 2003):

- التفاهم مع مختلف فاعلي الصحة حول مشروع الإصلاح.
- إعداد و تطبيق برنامج الاتصال الاجتماعي.
- مراجعة القانون المتعلق بحماية وترقية الصحة (القانون رقم 85-05).
- مراجعة الاتفاقيات مع صناديق تأمين المرض وتحسين مدونة الأعمال الطبية وشبه الطبية.
- التفاوض من أجل مسح ديون المؤسسات العمومية للصحة.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.

- إجراء محادثات مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي حول إصلاح الدراسات الطبية وشبه الطبية وحول التحكم في أعداد التكوين، ومنح الأهمية لتكوين المتخصصين.
 - إعداد الخريطة الصحية ودراسة التخطيطات الصحية اللازمة على المستوى الوطني والجهوي.
 - إعداد بطاقات تعريفية للقطاعات الصحية من أجل تقييم درجة تغطيتها للاحتياجات السكانية وتحديد طبيعة وحجم الوسائل الواجب توفيرها وفق الأولويات.
 - مراجعة القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة من أجل جذب والإبقاء على المتخصصين المؤهلين في القطاع العام هذا من جهة، ومن جهة أخرى من أجل تشجيعهم لإعادة توزيعهم في المناطق المعزولة.
 - إعادة تهيئة المنشآت والتجهيزات ومنح الأولوية لتطوير النشاطات الطبية الصحية عن طريق إنشاء هياكل استشفائية جديدة.
 - وضع ودراسة المعايير والميكانيزمات الخاصة بعملية تقييم نشاطات المؤسسات الصحية وتعميم نظام المعلومات الخاصة بالتسيير.
 - تقوية برنامج الصحة الاستشفائية.
 - التعريف والتطبيق لمجمل الخدمات الصحية القاعدية العلاجية منها والوقائية والتي يجب أن تكون في متناول السكان أينما كانوا.
 - إعداد ونشر المخططات العلاجية المتفق عليها فيما يخص الأمراض ذات الانتشار الواسع في الوطن.
 - تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات والتعديلات الواجب إتباعها.
- ب- على المدى المتوسط (إلى غاية 2005):**
- اختيار طريقة العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن الضروري بين التغطية الصحية الشاملة وتطهير الوضعية التمويلية.
 - وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة و تنظيم فروع التكفل بهؤلاء المرضى.
 - تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية و التي تركز أكثر استقلالية في التسيير.
 - تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق هدف 45 % على الأقل من الاحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية الجنية.
 - وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم الإعلام الآلي (إنشاء بنك معلومات في كل ولاية).
 - إعداد وتطبيق البرامج المحلية للأعمال الصحية.
 - تحديد ميكانيزمات منح وتخصيص الوسائل.
 - لا مركزة الميزانيات الخاصة بالتسيير عن طريق ربطها بالولايات.
 - وضع مفتشية مكلفة بتقييم النشاطات الطبية والتسييرية على مستوى كل مديريات الصحة والسكان.
 - تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات واقتراح التعديلات.

ج - على المدى البعيد (حتى 2010):

- توفير الوسائل اللازمة لسير المراكز الجهوية للخدمات الصحية ذات التخصص العالي (الأمراض السرطانية، الأمراض القلبية، نقل الأعضاء، الأمراض العصبية...).
- تكثيف بعض المصالح الصحية للوقاية والتكفل بالأمراض المرتبطة بشيخوخة السكان.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات ووضع الأولويات الجديدة.

5.2 - العملية التنفيذية لخطة الإصلاح

لقد تطرقنا فيما سبق إلى خطة العمل التي سطرته السلطات لتنفيذ عملية الإصلاح كما وردت في الوثائق التي أعدتها، لكن الآن سنتطرق إلى معرفة مدى تطبيق هذه الأعمال على أرض الواقع، لنحدد فيما بعد أيتها قد تم تحقيقه وأيتها لم يتحقق بعد، وسنعمد كمعيار لذلك على المدة الزمنية التي إتخذتها الوزارة الوصية كمحددات لخطة العمل.

أ. الأعمال المخطط لها من 2001 إلى نهاية 2003:

فيما يخص الأعمال المخطط تنفيذها خلال هذه المرحلة والتي تتبعنا صيرورتها إلى غاية نهاية دراستنا، نستطيع الإفادة بأن عملية الشرح لمشروع الإصلاح قد تمت فعلا في بداية تقرير هذه الإصلاحات حيث نظمت عدة مؤتمرات، وعدة ملتقيات وإجتماعات على المستوى الوطني وعلى المستوى الجهوي، حيث أن أهداف الإصلاح وخطة العمل لتنفيذه كانت من بين الثمار التي أتت بها هذه اللقاءات، حيث تم إعتماها بعد عدة إجتماعات للمجلس الوطني للإصلاح الإستشفائي، والتي هي في الواقع "عبارة عن حوصلة لمختلف المشاركات والإقتراحات الجماعية والفردية التي وردت من مستخدمي الصحة والمؤسسات التابعة للوزارة ومختلف النقابات العمالية للصحة وكذلك الجمعيات الناشطة في ميدان حماية صحة المواطنين بعد نداء المشاركة الذي أطلقه المجلس في أوت، وذلك بإرسالها مباشرة إلى أمانة المجلس أو عن طريق البريد الإلكتروني لموقع "Reformaster @ Santé.dz"، والذي أحصيت فيه حوالي 4 آلاف زيارة في بداية سنة 2003، كما تم إعداد التقرير الأولي للمجلس عن طريق إستغلال مساهمات وإثراءات 12 إجتماعا جهويا نظم مابين 10 و 17 ديسمبر 2002 على مستوى بعض الولايات¹⁸. فهذه الأهداف وهذه الخطة كانا محل تفاهم بين مختلف الأطراف الفاعلة في قطاع الصحة، كما أن عملية وضع برنامج الاتصال الإجتماعي قد عرفت بداية العمل عليها لكنها لم تنته سنة 2003 كما كان مخططا لها، بل لازالت متواصلة إلى حد الآن. وقد تم إنجاز أمور جد مهمة في هذا المجال، مثل إعادة تهيئة مكاتب الدخول لجميع المؤسسات الصحية و العمل بإجراءات تم إدخالها من أجل تقريب الصحة للمواطن وفي هذا الصدد تم إصدار عدة نصوص تنظيمية تمثلت في تعليمات و مناشير نذكر أهمها فيما يلي:

- التعليم رقم 07 المؤرخة في 23 أوت 2001 المتعلقة بتدعيم النشاطات الصحية.
- التعليم رقم 14 المؤرخة في 02 أكتوبر 2001 والمتعلقة بتحسين الخدمات المقدمة للمواطنين.
- التعليم رقم 16 المؤرخة في 22 سبتمبر 2002 والمتعلقة بأنسنة المستشفيات

كما إستفاد الأعوان العاملون بمكاتب الدخول من تدريبات على الوسائل والتقنيات الجديدة التي تم إقتنائها أو منحها من طرف الوزارة الوصية حسب إمكانيات كل مؤسسة صحية. وقد تم تنظيم هذه التدريبات على مستوى بعض المؤسسات، وقد ترجم بإنشاء نظام إعلام آلي على مستوى مكاتب الدخول والمصالح الإستشفائية، وعن طريق إدخال بل إجبار العمل

"البطاقة المتنقلة" التي تحصى كافة النشاطات والخدمات التي إستفاد منها المريض منذ دخوله إلى المستشفى إلى غاية خروجه. والتي عن طريقها يتم إحصاء نشاطات المؤسسة التي ستكون محل تعويض من طرف الجهة الممولة لها، وكان هذا بمثابة التحضير لإدخال مفهومي "العقلانية" و"إقتصاد الصحة" في تسيير المؤسسة الصحية.

فيما يخص مشكل الديون، فقد بدأت معالجته فعلا مع بداية هذه المرحلة بإحصاء جميع ديون المؤسسات الصحية، فتم منح إتمادات مالية من أجل تغطية الديون الصغيرة، أما تلك المؤسسات التي كانت لديها ديون كبيرة فقد تمت جدولة ديونها ضمن برنامج تسديد ولكن لم يتم التخلص منها في هذه المرحلة، بل إمتدت إلى غاية بداية سنة 2009 (أي المرحلة الثالثة من الخطة)، مما يدل على أن العملية أخذت أكثر من الوقت الذي تقرر لها، و ذلك يعود لقلة الموارد المالية للقطاع بصفة عامة.

- الشروع في الاجتماعات مع وزارة التعليم العالي و البحث العلمي من أجل مواكبة هذه الإصلاحات بإصلاح برامج التكوين حسب الإحتياجات الصحية للسكان و التي كانت غير محددة بعد من طرف وزارة الصحة و بدأ العمل على تحديدها عن طريق الدراسات الإستشراافية بناء على المعطيات الديموغرافية والوبائية للسكان، و كذلك حسب الأعداد الضرورية لتلبية هذه الإحتياجات، سواء في ميدان الطب أو التمريض أو في ميدان التسيير الإستشفائي، لكن هذه الغاية لم تدرك أبدا خلال هذه المرحلة وذلك لنقل المهمة وللنقائص الكبيرة فيما يخص جانب المعلومات الضرورية لذلك.

- صدور منشور يتعلق بإصلاح التجهيزات الطبية وهو المنشور رقم 04 المؤرخ في 07 أوت 2003، والذي يدخل ضمن هدف إعادة تهيئة المنشآت والتجهيزات، والذي بقي تطبيقه في الواقع قيد الإنتظار لعدة عراقل أهمها نقص الوسائل المالية.

- تم إصدار التعلية رقم 17 المؤرخة في 24 أكتوبر 2002 والتي تضم إجراءات تتعلق بالزيارات التفتيشية وهي تهدف غلى المبادرة بإعادة تأهيل قاعات العلاج وضمان سيرها عن طريق توفير التجهيزات والمستخدمين والسهر على برمجة الإستشارات الطبية الدورية.

وقد تم تقييم لهذه الإصلاحات في نهاية 2003 من طرف السلطات المركزية، واعتبر أن فكرة نوعية الخدمات هي بعيدة التحقيق في الوقت الراهن، وأن ذلك يتطلب إنسجاما بين القطاع الخاص والعمومي ويتطلب وجود أجهزة تفتيش خارجية.

هذا ما تم إنجازه بالنسبة للأعمال المقرر تحقيقها في هذه الفترة، أما البقية من الخطة فمنها ما تأجل إلى مرحلة آتية، ومنها ما لم يعرف النور إلى غاية الآن.

ب. الأعمال المخطط لها إلى غاية 2005: سنبداً جرد هذه الأعمال بدءاً بالأعمال المؤجلة منذ المرحلة السابقة حيث تم:

- مواصلة العمل على محو الديون المتبقية للمؤسسات الصحية، و بالرغم من ذلك فإنها لم ينتهي التخلص منها في هذه الفترة.

- النص على إجراءات جديدة تتعلق بتسيير المنتجات الصيدلانية في المؤسسات العمومية للصحة. والهدف منها التسيير العقلاني للمواد الصيدلانية وتدعيم إجراءات المراقبة الداخلية والتكفل الجيد بالمريض وذلك بموجب المنشور رقم 06 المؤرخ في 21 نوفمبر 2005 والذي من خلاله تم إدخال مفهوم المنافسة بعد أن كانت الإقتناءات من الأدوية ومستلزمات العلاج حكرا على الصيدلية المركزية للمستشفيات والتي كانت المورد الوحيد.

فيما يخص الوضعية المالية - كهدف رئيسي لهذه المرحلة - فإنه أعدت ترسانة من النصوص القانونية و التنظيمية قصد التأسيس للنمط التعاقدى، والذي يتمثل في تمويل الخدمات الصحية التي تؤديها المؤسسة الصحية عن طريق إتفاقيات تبرمها هذه الأخيرة مع الأطراف الممولة وهي تتمثل في:

- الدولة، حينما يتعلق الأمر بالمرضى عديمي الدخل وغير المؤمنين إجتماعيا، بالإضافة إلى تمويل نشاطات التكوين والبحث العلمي والوقاية.
- صناديق الضمان الإجتماعي، عند ما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين إجتماعيا وبذوي حقوقهم.
- الأفراد، وهم المرضى الذين لا ينتمون إلى فئة المعوزين الذين تتكفل بهم الدولة، ولا ينتمون إلى فئة المؤمنين إجتماعيا، وهي الفئة التي تكون متاحة الدخل.

وتبقى هذه النصوص مجمدة التطبيق بفعل أن التعاقد لم ينتهج بعد، و أن التمويل ما يزال يتم بنفس الطريقة التي مول بها منذ سنة 1974 (أي نظام الدفع الجزائي بالنسبة لصندوق الضمان الإجتماعي، مع مساهمة للدولة وللأفراد بنسبة جد ضئيلة).

3.4.3 - على المدى البعيد (حتى 2010):

عرفت هذه المرحلة مواصلة إعداد بعض النصوص التنظيمية والعمل على تطبيقها في الواقع والتي تتعلق خاصة بتحسين معاملة المريض، في محاولة لتغيير الفكرة من المريض أو المنفع إلى فكرة الزبون، وأيضا إرجاع هيبة المؤسسة الصحية، وهو تغيير بمس ثقافة المواطن والمريض، حيث وضع المنشور رقم 11 المؤرخ في 17 أكتوبر 2006 حدا لجلب المرضى للأغطية والأكل من طرف أهاليهم، وتم رفع تسعيرة اليوم الغذائي من 110 دج إلى 150 دج سنة 2006. كما تم عن طريق التعليم رقم 13 المؤرخة في 21 جانفي 2007 المتعلقة بتنظيم الزيارات للمرضى ومنعها إلا خلال الأوقات الرسمية وتحديد عدد الزائرين، حفاظا على صحة المريض ومن أجل التحكم أكثر في التسيير اليومي للمصالح الإستشفائية. كما تم تحديد شروط نقل المرضى والذي جاء لحل مشكل تحويلات المرضى من القطاعات الصحية إلى المراكز الإستشفائية الجامعية وذلك كنتيجة للتهرب من تحمل مسؤولية المرضى وذلك بواسطة التعليم رقم 07 المؤرخة في 03 سبتمبر 2006 المتعلقة بشروط نقل المرضى.

مراجعة خريطة صحية بإعطاء مقاييس جديدة للتغطية السكانية على المستوى الحضري والريفي، خاصة بعد أن بدأت الأعمال المشتركة بين قطاع الصحة وقطاع التعليم العالي تؤتي ثمارها من حيث التكوين حسب الإحتياجات، وقد نتج عن ذلك الخطوة الإيجابية من خلال إعادة تطبيق القانون الخاص بالخدمة المدنية للممارسين الأخصائيين الذين يضعهم أمام إجبارية العمل في المناطق الجنوبية خلال السنتين الأولى، و قد رافق ذلك منحهم التحفيزات المادية للعمل في الجنوب، كما رافق صدور هذه النصوص الخاصة بالإصلاحات الإستشفائية ظهور منح للأطباء ولشبه الطبيين، كما تم التخلص نهائيا من ديون المؤسسات الصحية في بداية سنة 2009.

وقد عرف القانون المتعلق بحماية وترقية الصحة تعديلا في بعض جوانبه سنة 2008 بموجب القانون رقم 08 - 13¹⁹ دون التمكن من مراجعته كليا كما قرر في المرحلة الأولى من مخطط الإصلاح، وبخصوص القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية فقد تأخر إنجازها في المرحلة الأولى والثانية من هذا المخطط، وذلك لطول عملية جمع وإحصاء الإحتياجات الصحية للسكان والتي أسفرت حتى سنة 2007 عن تغيير جزئي في الخريطة الصحية بإلغاء المؤسسة الصحية المسماة " بالقطاع الصحي" والذي كان 185 قطاعا صحيا و تم تعويضها بمؤسستين هما²⁰:

- المؤسسة العمومية الإستشفائية: والتي وضعت تحت وصاية الوالي وهي تتكون من هيكل واحد للتشخيص والعلاج والإستشفاء وتغطي حاجات بلدية أو مجموعة بلديات وتتكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، بلغ عددها 199 مؤسسة عمومية إستشفائية.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: وضعت تحت وصاية الوالي أيضا، وهي تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج وتغطي مجموعة من السكان ضمن حيز جغرافي صحي محدد. وعددها 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية. أما القوانين الأساسية للمراكز الإستشفائية الجامعية، والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة فهي ذاتها لسنة 1997 ولم يأت أي نص يمنحها أكثر إستقلالية في التسيير، كما عبر عنه في المرحلة الأولى من مخطط الإصلاح، بالرغم من أنها مازالت توفر التخصصات الصحية ذات المستوى العالي وبنفس الوسائل تقريبا التي كانت تؤدي بها خدماتها سابقا، والزيادة الطفيفة في عدد المستخدمين في الصحة لا يمكن التعبير عنها مقارنة بزيادة الطلب الصحي أكثر فأكثر، أي أن الطلب متزايد والإمكانات ذاتها أولا تكاد تراوح مكانها.

- أما فيما يخص الأدوية الجينية فهي مطروحة في السوق الآن ويستعملها الأفراد والمؤسسات الصحية وهو يطرح عدة مشاكل، لكن الهدف تجسد في غالبه حيث يغطي حوالي 60% من الإحتياجات الوطنية.

- أما بخصوص إعداد ومتابعة البرامج الوطنية والمحلية للصحة فهو يتم ولكن بخطى ثقيلة ونفس الشيء بالنسبة للمخططات العلاجية التي تخص الأمراض ذات الانتشار الواسع في الوطن.

- تبقى مراجعة القانون 85 - 05 من بين أهم النقاط التي لم تتجز إلى غاية نهاية 2017، رغم مصادقة مجلس الحكومة على مشروعه الذي طرحته الوزارة الوصية في نهاية 2016.

- تضاف إليها تطبيق النهج التعاقدية في تمويل النشاطات الصحية التي تؤديها المؤسسات الصحية للأفراد.

- يبقى الكثير لينجز فيما يخص وضع معايير وميكانيزمات تقييم النشاطات الصحية، وتعميم نظام المعلومات الخاصة بالتسيير، والخاصة بالتخطيط الصحي.

الآن وبعد أن خلصنا إلى تعداد عناصر خطة العمل المتوقعة، والإنجازات المحققة فعلا، والبقية المؤجلة، يمكننا ملاحظة أن وتيرة التغيير كما وصفت تتم بطريقة فوضوية وغير مراعية للأولوية التي سطرت بها خلال وضع مخطط الإصلاح، كما أنها تقوم بطرح مفاهيم صعبة ومعقدة وغير قابلة للتطبيق لعدم تكامل وعدم إكمال الإنجازات التي قد تتكفل بتوضيح وتسهيل تطبيقها، كما يتم في كل مرة إصدار تعليمة جديدة أو منشور دون التأكد من تنفيذ أو معوقات تنفيذ التعليمات السابقة، وذلك مرده إلى تغييب وظيفة التقييم في هذا المخطط ومتابعة تنفيذه بالإعتماد على المركز والتخلي عن ذهنية الحوار في المراحل المالية على عكس التي بدء بها تقرير الإصلاحات.

خاتمة

إن عملية التغيير بهذا المحتوى أو بغيره لا مفر منها وذلك لحساسية نشاط هذه المؤسسة وما تقوم به من مهام قصد تلبية الحاجات الصحية للسكان. فهي أولا وأخيرا خدمات عمومية بوسائل عمومية، مما يتطلب منها الإلتزام بإنتاج أفضل نوعية للخدمة الصحية وكذلك بأقل التكاليف الممكنة مع ضمان شروط ومناخ الراحة والإحترام والتقدير للشخص المريض بصفته مواطنا، كما تبدو لنا أن هذه العملية ليست بالبسيطة بل هي جد معقدة وجد مكلفة من حيث زمن إنجازها ومن حيث الوسائل المادية والمالية والبشرية وكذلك التنظيمية الضرورية لتحقيقها، كما يوجد فارق بين توقع الإنجاز ومحتواه وبين ما تم تحقيقه، وهو أمر يدعو إلى إعادة مراجعة مخطط الإصلاح من حيث أولوياته في التنفيذ، ومن حيث إعطاء كل أمر حجمه الحقيقي من حيث متطلباته من الوسائل ومن حيث مدة الانجاز.

قائمة المراجع

1. Ministère de la Santé et de la Population, Conseil National de la Réforme Hospitalière, (Rapport Préliminaire : Contraintes et Dysfonctionnement), (Résumé), P de 7 au 10.
2. Ecole National d'administration, " la gestion de l'établissement public de santé : Nécessité de la Réforme", (Séminaire, 36^{ème} Promotion, Juin 2003), p-p : 21-22 .
3. Ebid, P 31.
4. Ministère de la Santé et de la Population, " Développement du système Nationale de Santé", (Document Interne), Juin 2001 , p 21.
5. Ibid, pp : 42 – 43.
6. CHAOUI, Farid, " le système de santé en Algérie: un enjeu stratégique, état des lieux, enjeux et perspectives", Revue : Confluences internationales, Institut National d'Etudes de Stratégie Globale p : 12.
7. عبد القادر قداوي، النمو السكاني والنفقات العامة الجزائر نموذجاً،(يتصرف)، تلمسان، الجزائر، النشر الجامعي الجديد، 2017، ص-ص : 210-211.
8. Ministère de la santé et de la population, "Développement du système nationale de santé et perspectives", Mai 2001,(Document interne),p –p : 10- 12.
9. Ibid, p 10.
10. Ibid, pp : 12 - 13.
11. عبد القادر قداوي، مرجع سابق، ص 186.
12. جريدة الخبر، " تقرير البنك الدولي للاستثمار في الصحة اصلاح المنظومة أكثر من ضروري"، الصادرة في 4 جانفي 1994، العدد 970.
13. Ministère de la Santé et de la Population, Boudjemaa dalila, "la santé une Préoccupation intersectorielle, (Assises nationales de la santé, Alger, 26-27 et 28 Mai 1998),sp, (résumé).
14. فريد شابي، "تقرير عن المؤتمرات والحلقات الدراسية المتعلقة بإصلاح المنظومة الوطنية"، وزارة الصحة والسكان، الجزائر، 1990، ص 15.
15. Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, Conseil National de la réforme Hospitalière, Op Cit, P 2.
16. Ministère de la Santé et de la Population, (Document Interne), Op Cit, p – p : 37 – 38.
17. Ibid, du 38 au 52, (Résumé).
18. Conseil National de la Réforme Hospitalière, Op Cit, p1.
19. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "القانون رقم 08 – 13 المؤرخ في 20 جويلية 2008 المعدل والمتمم للقانون رقم 85 – 05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها"، (الجريدة الرسمية، العدد 44 الصادرة في 03 أوت 2008)، ص 3.
20. المرسوم التنفيذي رقم 07 – 140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، (الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007) ص 10.