

التصنيف الإقليمي للقطاع الصحي في الجزائر:

د. سحبة بولرياس

أستاذة محاضرة (ب) بالمدرسة العليا

للأساتذة بوزريعة

الملخص باللغة العربية:

يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات الحساسة، حيث أنه حظي بعناية كبيرة في كل بلدان العالم خاصة المتقدمة، إذ يهتم بوضعية صحة السكان ويسعى إلى توفير العلاج لكل شرائح المجتمع دون تمييز.

لذا تسعى الدول إلى إنتهاج منظومة صحية شاملة تتماشى وفقا للمعايير الصحية المعمول بها دوليا، حيث يقاس مستوى معيشة ورفاهية المجتمعات على فعالية ودرجة الخدمة الصحية.

والجزائر بدورها تسعى إلى توفير العناية الصحية اللازمة لسكانها منذ الاستقلال، حيث حظيت التجهيزات الصحية بنصيب معتبر في السياسات والمخططات التنموية التي تنتهجها الدولة.

وما تسعى إليه الدولة حاليا من خلال إصلاح المنظومة الصحية ما هو إلا دليل على أهمية الخدمات الصحية ودورها في تنمية الموارد البشرية.

تختلف وضعية الخدمات الصحية كمّا ونوعاً حسب المنطقة وأهميتها الإقليمية.

الكلمات المفتاحية:

القطاع الصحي، المنظومة الصحية، التجهيزات الصحية، التهيئة الإقليمية، الأقاليم الصحية.

Résumé

Le secteur sanitaire est l'un des secteurs les plus sensibles dans la mesure où il revêt une grande importance dans tous pays du monde surtout les plus développés.

C'est pourquoi les Etats développent une organisation sanitaire globale qui s'accorde avec les critères sanitaires adoptés mondialement.

L'Algérie à son tour dispose la protection sanitaire nécessaire à ses habitations depuis l'indépendance, en effet les politiques et plans de développement de l'Etat ont accordé un grand intérêt aux infrastructures sanitaires. actuellement la réforme du système sanitaire n'est qu'une preuve de l'importance des services sanitaires et de leur rôle dans le développement des ressources humaines en Algérie.

Par ailleurs, la situation des services diffère quantitativement et qualitativement selon l'importance des régions.

Mots clé : secteur sanitaire ; système sanitaire ; infrastructures sanitaires ; aménagement régional ; les régions sanitaires.

مقدمة:

يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات الحساسة، حيث أنه حظي بعناية كبيرة في كل بلدان العام خاصة المتقدمة، إذ يهتم بوضعية صحة السكان ويسعى إلى توفير العلاج لكل شرائح المجتمع دون تمييز. لذا تسعى الدول إلى إنتهاج منظومة صحية شاملة تتماشى وفقا للمعايير الصحية المعمول بها دوليا، حيث يقاس مستوى معيشة ورفاهية المجتمعات على فعالية ودرجة الخدمة الصحية.

والجزائر بدورها تسعى إلى توفير العناية الصحية اللازمة لسكانها منذ الاستقلال، حيث حظيت التجهيزات الصحية بنصيب معتبر في السياسات والمخططات التنموية التي تنتهجها الدولة.

وما تسعى إليه الدولة حاليا من خلال إصلاح المنظومة الصحية ما هو إلا دليل على أهمية الخدمات الصحية ودورها في تنمية الموارد البشرية.

تختلف وضعية الخدمات الصحية كمّا ونوعاً حسب المنطقة وأهميتها الإقليمية. **الكلمات المفتاحية:** القطاع الصحي، المنظومة الصحية، التجهيزات الصحية، التهيئة الإقليمية، الأقاليم الصحية.

1-التجهيزات الصحية والتهيئة الإقليمية:

للتجهيزات دور فعال في هيكلة المجال، ويمكن إعتبارها العصب المحرك لمختلف الأنشطة الاقتصادية.

" فالتجهيزات هي ذلك الجزء من المجال الذي يتكون من مساحة مشغولة خالية أو الاثنين معا، أو مساحة مبنية حيث تقام أنشطة معينة بتنظيم وهيئة تسيير خاصة بها " (1).

كما تعرف التجهيزات كذلك بـ: " مجموع المرافق والمباني التي تساهم في ضمان تلبية حاجيات السكان في شتى المجالات " (2).

كما تعرف التجهيزات حسب عدة معايير: فصنف حسب طبيعة النشاطات التي تقدمها، حيث ينظر إليها من زاوية غرض الاستعمال كالتجهيزات التعليمية، الصحية، الثقافية، الرياضية.

كما تصنف أيضا حسب التأثير الجغرافي، أي ذلك المجال الذي يضم موضع تلك التجهيزات، فتصنف بذلك التجهيزات ذات التأثير الوطني، الجهوي أو المحلي⁽³⁾.

تتفاعل التجهيزات مع المجال، فتؤثر عليه وتتأثر به، ويتميز مجال التجهيزات بالتطور والتوسع بسبب تفاعله مع المعايير الجديدة في التسيير والتنظيم التي تحددها الجهات الوصية، وكذلك الحاجة إلى تنوع الخدمات، دون إهمال عامل النمو السكاني الذي يستلزم تلبية حاجياتهم⁽⁴⁾.

ولكي يكون المجال حيويا وفعالا يشترط أن تكون تكلفة الاستعمال معقولة مع بقية المرافق المختلفة والسكان، ومن الناحية المادية أي الكلفة التي يدفعها المستعمل للوصول إليه خاصة وسائل النقل، والمعنوية أي الشعور بالارتياح النفسي عندما يقصده أو الوقت الذي يستغرقه في ذلك وبالتالي يجب توفر المواصلات.

تؤدي التجهيزات دورا مهما في التنمية وتحسين الحالة الاقتصادية والمعيشية للسكان فهي بذلك تسعى لضمان تلبية حاجياتهم، إذا كانت موزعة وفق مجموعة متنافسة فيما بينها وخاضعة للمقاييس العلمية والتقنية الحديثة، هكذا يمكن أن تشكل أقطابا حيوية تنطلق منها مختلف الأنشطة والوظائف الحيوية.

وتعد التجهيزات الصحية نموذجا للتجهيزات الضرورية في حياة السكان وتعرف بـ: مجموع الوحدات الصحية الموجودة، مهما كانت أهميتها وصفتها الإدارية من مراكز صحية، عيادات متعددة الخدمات، قاعات العلاج، المؤسسات الإستشفائية والعيادات الخاصة⁽⁵⁾.

والمجال لا يستغنى عن صنف معين من تلك التجهيزات الصحية فإنطلاقاً منها يتشكل قطب متنوع، كما يمكن أن يكون عاملا محدد في كيفية النمو وإتجاه التوسع العمراني.

إن الخدمة العامة للسكان مرتبطة بالحاضر والمدى القريب لكن تحتاج إلى النظرة المستقبلية للنتائج التي ستجبر عن إحدى القرارات التي تتخذ في الحاضر

وتأثيرها على تطور السكان، إذ أن التقديرات والرؤية المستقبلية في ميدان الخدمات الصحية هدفها يتعدى النظرة إلى المستقبل للمساعدة على بنائه. فالعلاقة بين التنظيم المجالي والنظام الصحي قديمة، لأن المرافق الطبية والإستشفائية شغلت المجال منذ القدم، وعند تنقل السكان إلى تلك المرافق أوجد عدة أقطاب ساعدت المدن التي توجد بها على نشأتها وتطورها، وهذه العلاقة ظهرت بعد نهاية الثورة الصناعية، وأصبح المستشفى في عصرنا الحالي من أهم مستخدمي اليد العاملة نتيجة للتطور العلمي الطبي وتنوع التخصصات، ومن أكبر الوسائل التي يهيكل بها المجال (6).

ومع أواخر القرن العشرين، أصبحت الجغرافيا خاصة منها الصحية تعتمد على المناهج العلمية إذ لم تعتمد تكتفي بالمنهج الوصفي، بل اعتمدت أيضا على الإحصائيات، وهي التي تساعد على التحليل وسرعة إتخاذ قرارات فعالة ومناسبة فالجغرافية بعدما كانت وصفية أصبحت جغرافية التحليل المجالي والتطبيق، والتطورات في جميع المجالات تفرض إنتهاج البعد المجالي في الخدمة الصحية، والجغرافيون يسعون إلى تحقيق أحسن توزيع للخدمات حسب موطن السكان (7).

2- واقع القطاع الصحي في الجزائر:

أعطت الجزائر الأولوية للقطاع الصحي منذ الاستقلال، لأنه يعكس الحالة الإجتماعية للسكان، إذ يقاس مستواهم المعيشي حسب درجة العناية الصحية دون إهمال العوامل الإقتصادية الأخرى، فسارعت إلى تشييد المنشآت الصحية وضمانها للمواطن، كما ركزت على التكوين في الميدان الطبي لكي تساهم هذه التجهيزات النمو السكاني، وتحقيق سياسة التوازن الجهوي.

ولإعطاء نظرة عامة عن الواقع الصحي بالأرقام، لدينا الإحصائيات التالية: إنخفاض معدل الوفيات إلى 06% مع نهاية القرن العشرين، بعدما كان يقارب 16،45% سنة 1970 صاحبه إرتفاع أمد الحياة إلى 70 سنة حيث ازداد بـ: 14 سنة (8).

هذه المؤشرات صاحبها زوال بعض الأمراض والأوبئة وعودة بعضها لظروف معينة وظهور أخرى، حيث لم تسجل أي حالة لمرض الكوليرا سنة 2000، وقد سجلت 1298 حالة سنة 1990،

كما تقلصت حالات الإصابة بمرض الدفتيريا إلى 30 حالات سنة 2000، مقابل 1000 حالة سنة 1995⁽⁹⁾.

بينما تم تسجيل إرتفاع عدد حالات الإصابة بحمى التيفوئيد إلى 2881 حالة سنة 2000 مقابل 2828 حالة سنة 1999، وقدر متوسط الإصابة بهذا الوباء: 26.35 حالة لكل 100.000 ساكن خاصة في شهر أوت خلال عام 2003 وحاملي الفيروس بـ: 32.73 حالة لكل 100.000 ساكن، وينتقل خاصة عن طريق مياه الشرب الملوثة⁽¹⁰⁾.

إضافة إلى مرض التهاب السحايا تم تسجيل 0.88 لكل 100.000 ساكن عام 2004 بعدما كان 0.82 حالة عام 2003، في نوع واحد من هذا المرض، بينما تم تسجيل 108.81 حالة لكل 100.000 ساكن في ولاية برج بوعريرج سنة 2003 في كل أنواع هذا المرض⁽¹¹⁾.

وتم تسجيل إرتفاع الإصابة بفيروس الإيدز S.I.D.A، حيث صرح بـ: 484 حالة سنة إرتفع إلى 642 حالة سنة 2003 و 1721 حالة⁽¹²⁾ حاملي الفيروس كما تم كشف حالات جديدة لحاملي الفيروس، موزعين حسب الأقاليم كنموذج للواقع الصحي :

جدول رقم : (01)

يبين عدد حاملي فيروس الإيدز حسب الأقاليم لعام 2004

الإقليم	العدد
الوسط	43
الغرب	99
الشرق	0
الجنوب الشرقي	76
الجنوب الغربي	08
المجموع	233

المصدر : 14: P 2004 OP- CIT L.I.NP.S

شكل رقم (01)

عدد حاملي فيروس الإيدز عام 2004 حسب الأقاليم

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) والشكل المرفق له أن عدد حاملي فيروس الإيدز يختلف من إقليم لآخر في الجزائر، ويعد الإقليم الغربي الأكبر عدداً بـ: 99 حالة، ثم الجنوب الشرقي بـ: 76 حالة وأدناه في إقليم الشرق بـ 07 حالات، وبالتالي فإن الجزائر تعرف إنتشار خطر فيروس الإيدز، هذا ما يستوجب على الجهات الوصية إتخاذ الإجراءات الإستعجالية للحد من إنتشار الوباء.

إلى جانب هذه الأوبئة هناك بعض الأمراض غير المعدية، كالإعاقة الذهنية التي بلغ عدد المصابين بها أكثر من 140000 حالة إعاقة ذهنية 15% منهم أطفال، ويعد الإنهيار العصبي هو السبب الرئيسي لزيادة هذا الرقم بسبب الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية والأمنية الصعبة في العشرية الأخيرة من القرن العشرين⁽¹³⁾.

وزيادة على ذلك حوادث المرور التي تخلف سنوياً أكثر من 4000 قتيل وما يقارب 30000 جريح أكثرهم معاقين مدى الحياة⁽¹⁴⁾.

وبالتالي نستنتج أن الحالة الصحية في الجزائر بالرغم من الجهود التي تبذلها الدولة لتحسينها إلا أنها تبقى إلى يومنا هذا غير مستقرة.

3- التنظيم الإداري للهياكل الصحية في الجزائر:

إن الهياكل الصحية في الجزائر تتوزع على مجال جغرافي مرتبطة بشبكة من الوحدات الصحية لتغطية إحتياجات كل السكان، ويتم هذا التنظيم على أسس إدارية ولا توجد الحدود الطبيعية كمعيار للتقسيم، لتشكل مجموعة من الهياكل الصحية التي تدخل ضمن الأقاليم الصحية في الجزائر ويتم التنظيم كالتالي:

3-1- على مستوى البلدية: تحتوي البلدية على وحدات صحية تقدم الخدمات

الصحية الأولية للسكان حيث يقام مركز صحي وأحياناً قاعات علاج لكل: 5000 إلى 1200 ساكن، إضافة إلى عيادة متعددة الخدمات⁽¹⁵⁾.

3-2- على مستوى الدائرة: إن الخدمات الصحية على مستوى الدائرة تكمن

في متابعة الحالات الصحية المتبعة على مستوى البلدية في العيادات الطبية وتكون تابعة للمركز الصحي على مستوى الدائرة، ثم تنقل إلى مستشفياتها، حيث توجد

متابعة بين العيادات والمراكز الصحية والمستشفيات وتدرس الحالات وتنتقل من هيكل لآخر أعلى منه حسب درجة المرض وتوفر الإمكانيات الطبية⁽¹⁶⁾.

3-3- على مستوى الولاية: توجد الهياكل الصحية الكبيرة كالمراكز الجامعية التي تحتوي على عدة مصالح طبية قاعدية، واختصاصات هامة لا توجد على مستوى البلدية أو الدائرة وبالتالي تنقل الحالات التي لم يتم علاجها في العيادات أو المراكز الصحية أو المستشفيات إلى مستوى الولاية الذي يتوفر على إمكانيات مادية وبشرية أكبر.

وتكون كل الهياكل الصحية تابعة له على مستوى التأطير الطبي، وفي كثير من الأحيان لا توجد المستشفيات الجامعية وإنما تكفي بمستشفى ولائي فقط⁽¹⁷⁾.

3-4- على مستوى الإقليم: يوجد على مستوى الإقليمي المراكز الاستشفائية الجامعية التي تغطي كل التخصصات التي لا تتوفر بمستشفيات الولاية، فالإقليم الصحي يقوم على أساس مركز إستشفائي جامعي ليغطي نقائص الهياكل الصحية على مستواه.

4- التقسيم الجغرافي للأقاليم الصحية في الجزائر:

في عام 1996 تم تقسيم الأقاليم الصحية إلى 05 أقاليم وتم اعتمادها إلى الآن، وهي كالتالي:

4-1- الإقليم الأول: يشمل القسم الشمالي الأوسط للجزائر يشمل 11 ولاية: الجزائر، البلدة، بومرداس، تيزي وزو، بجاية، المدية، البويرة، عين الدفلى، برج بوعريرج، الجلفة، تيبازة⁽¹⁸⁾.

4-2- الإقليم الثاني: يمثل القسم الشمالي الشرقي للجزائر، مقسم إلى 14 ولاية: قسنطينة، قالمة، عنابة، سطيف، جيجل، باتنة، مسيلة، أم البواقي، تبسة، سكيكدة، الطارف، سوق أهراس، خنشلة ميلة.

4-3- الإقليم الثالث: يشمل القسم الشمالي الغربي للجزائر، يضم، 11 ولاية: وهران، غليزان، معسكر، عين تيموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، سعديّة، مستغانم، تسيميلت، تيارات، الشلف.

4-4- الإقليم الرابع: يمثل القسم الجنوبي الشرقي للجزائر، مقسم إلى 07 ولايات: ورقلة، غرداية، إليزي، تلمراست، الوادي، الأغواط، بسكرة.

4-5- الإقليم الخامس: يشمل القسم الجنوبي الغربي للجزائر، و يضم 05 ولايات: بشار، تندوف، أدرار، نعامة، البيض⁽¹⁹⁾.

نلاحظ أن هذا التقسيم الإقليمي للقطاعات الصحية لم يعتمد فيه الموقع والخصائص الجغرافية لكل ولاية وانتماؤها الإقليمي ضمن الأقاليم الطبيعية الكبرى في الجزائر مما يعرقل التسيير الأحسن للقطاعات الصحية حيث ان لكل ولاية مميزات طبيعية وسكانية تميزها عما يجاورها من ولايات ضمن الأقاليم الأخرى، مما يعرقل تحقيق سياسة التوازن الجهوي فمثلا كيف يمكن ان نصنف ولاية الجزائر والتي تعد عاصمة البلد مع ولاية الجلفة في نفس الإقليم حيث تتميز الأولى بعدد سكاني اكبر وأكثر كثافة وبالتالي يكون توجيه العدد الأكبر للمشاريع الصحية نحوها مما يولد اهمال او تهميش ولاية عن اخرى من نفس الإقليم الصحي، هذا من حيث توزيع الوسائل والموارد البشرية والمشاريع ومن جهة أخرى يعد الاختلاف في التكوين الطبيعي والموقع الجغرافي بين ولاية وأخرى عاملا مهما لتحديد التخصصات الطبية التي يجب ان تتوفر في ولاية دون أخرى نظرا لانتشار بعض الأمراض التي ترتبط بخصائص البيئة الطبيعية التي تنتوع من الشمال الى الجنوب . لذا نقترح إعادة تقسيم القطاعات الصحية حسب التقسيم الإقليمي الجديد الذي صادق عليه ضمن المخطط الوطني لتهيئة الإقليم آفاق 2025 والذي يساير الخصائص الطبيعية والموقع الجغرافي والخصائص البشرية لكل ولاية اي ينتج عن ذلك 09 أقاليم صحية بدلا من 05 السابقة الذكر :

وفقا للقانون رقم 10.02 المؤرخ في 16 رجب 1431هـ الموافق لـ 20

جويلية 2010 يتضمن المصادقة على المخطط الوطني لتهيئة الإقليم:.

ينص على إنشاء تسع فضاءات للبرمجة الإقليمية وهي كالتالي :

على مستوى التل:

* شمال - وسط: يتضمن عشرة (10) ولايات هي: الجزائر، البليدة، بومرداس وتيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف، عين الدفلى.

* شمال - شرق: يتضمن ثمانية (08) ولايات: عنابة، قسنطينة، سكيكدة،

جيجل، ميله، سوق أهراس، الطارف، قالمة.

* شمال - غرب: يتضمن سبع (07) ولايات: وهران، تلمسان، مستغانم، عين

تيموشنت، غليزان، سيدي بلعباس، معسكر.

على مستوى السهول العليا:

* السهول العليا - وسط: ويتضمن ثلاث (03) ولايات: الجلفة، الأغواط، ميلة.

* السهول العليا - شرق: ويتضمن ستة (06) ولايات: سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريج، أم البواقي، تبسة.

* السهول العليا - غرب: تتضمن خمس (05) ولايات: تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة والبيض.

على مستوى الجنوب:

* جنوب - غرب: ويتضمن ثلاث (03) ولايات: بشار، تندوف، أدرار.

* جنوب - شرق: يتضمن أربع (04) ولايات: غرداية، بسكرة، الوادي، ورقلة.

* الجنوب الكبير: ويتضمن ولايتين: تمنراست، إيزي²⁰.

وبالتالي تنتج الأقاليم الصحية التالية :

الإقليم الصحي شمال وسط - الإقليم الصحي شمال شرق - الإقليم الصحي شمال غرب .

الإقليم الصحي السهول العليا وسط - الإقليم الصحي السهول العليا شرق - الإقليم الصحي السهول العليا غرب .

الإقليم الصحي الجنوب الغربي - الإقليم الصحي الجنوب الشرقي - الإقليم الصحي الجنوب الكبير .

5- مستويات ونظام الهياكل الصحية: تعتمد المنظومة الصحية في الجزائر لتغطية الخدمات الصحية للسكان على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي: مبدأ تصنيف التجهيزات الصحية، والخدمة الصحية، والقطاعات الصحية.

5-1- مبدأ التصنيف في الخدمة الصحية (Lierarchisation des soins):

المستوى (أ): (A): وهو العلاج المتخصص العالي، يقدم على المستوى الجهوي تنظمه هياكل صحية تدعى بالمؤسسات الاستشفائية الجهوية (E.H.R) مجال تأثيرها جهوي ووطني.

المستوى (ب): (B): هو العلاج المتخصص، له بعد ولائي تقدمه المستشفيات الولائية (E.H.W)

المستوى (ج): (C): وهو العلاج الذي يقدم على مستوى الدائرة ويغطي مجموعة من ال بلديات وتضمنه المؤسسات الاستشفائية للدائرة (E.H.D).

المستوى (د) : (D) : العلاج الأولي والتشخيص، توفره الهياكل الصحية المحلية على مستوى البلديات، تتمثل في العيادات المتعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات التشخيص والعلاج⁽²¹⁾.

5-2- تصنيف الهياكل الصحية:

(Hierarchisation des infrastructures sanitaires)

ويقصد به تصنيف التجهيزات الصحية المختلفة حسب موقعها من سلم التجهيزات والخدمات التي تقدمها وعدد السكان الذين تقوم بتغطيتهم صحيا وهي كالتالي:

5-2-1- قاعة العلاج والتشخيص: تعد أصغر وحدة في سلم التجهيزات الصحية، موجهة لتقديم العلاج الأساسي والتشخيص الأولي لمجموعة من السكان يعادل عددهم 5000 نسمة، أو ما دون ذلك في بعض المناطق الريفية النائية.

5-2-2- المركز الصحي: وحدة قاعدية تخصص للتكفل بتطبيق العلاج الأولي المتعدد للسكان يعادل عددهم 12000 نسمة.

5-2-3- العيادة المتعددة الخدمات: هيكل صحي يضمن خدمات صحية متخصصة ومتعددة، يضمن وينسق الخدمة الصحية بين التجهيزات القاعدية والإستشفائية يحدد إنشاؤها بـ: 48000 نسمة، ويمكن أن تكون مقرا تقنيا وإداريا يسمح بالتنسيق ومتابعة الخدمات الصحية في رقعة جغرافية معينة.

5-2-4- المؤسسات الإستشفائية: هي الهياكل العليا في سلم التجهيزات الصحية، تقدم الخدمات الصحية المتخصصة والعالية التخصص، وتتفاوت سعتها حسب حجم السكان الذين تخدمهم والرتبة الإدارية للمقر الذي توجد به⁽²²⁾.

إن المقاييس والمعايير تحدد على أساس الاحتياجات التي تتطور بفعل النمو الديموغرافي وأحيانا أخرى ظرفية خاصة مع حدوث الكوارث الطبيعية والبشرية والأوبئة.

5-3- مبدأ القطاعات الصحية: (Les secteurs sanitaires):

وهي تقسم كل ولاية إلى مناطق صحية تشمل مجموعة من البلديات ويعتبر القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية

والاستقلال المالي ويوضع تحت وصاية الوالي، ينشأ أو يتم حله بإقتراح من وزير الصحة بمرسوم تنفيذي بعد إستشارة الوالي (23).

ويتكون من الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية، التشخيص، العلاج، الإستشفاء، وإعادة التكيف الطبي، يقوم بتغطية حاجيات سكان مجموعة من البلديات بشكل منسجم ومنظم في مجال نشاطه، كما يقوم بضمان توزيع الإسعافات وبرمجتها، تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة والسكان، وفي ترقية المحيط وحمايته في مجال الوقاية والنظافة الصحية، ومكافحة الأمراض والآفات الاجتماعية، ويساهم في تأهيل مستخدمي المصالح الطبية وتحسين مستواهم، كما يستعمل كمقياس للتكوين الشبه الطبي والتسيير الإستشفائي (24).

وعلى هذا الأساس، بعد إعادة الهيكلة التي مست القطاع الصحي سنة 1977 بموجبها تم إحداث قطاعات صحية جديدة وإنشاء مؤسسات إستشفائية متخصصة جديدة بعد القرارات التنفيذية رقم 465/67 و 466/67 و 467/67، التي تحدد قواعد إنشاء المستشفيات الجامعية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة EPH والقطاعات الصحية، أصبح القطاع الصحي في الجزائر يشمل عدة هياكل صحية خلال سنة 2000 (25).

جدول رقم : (02)

يبين عدد الهياكل الصحية وطاقة استيعابها بالجزائر سنة 2000

الإقليم	العدد	طاقة الإستيعاب (سرير)
المستشفيات الجامعية	12	13045
المؤسسات الإستشفائية المتخصصة	31	6203
القطاع الصحي	185	-
مستشفيات القطاع الصحي	187	33319
قاعات الأمومة العمومية	4900	4862
قاعات الأمومة الخاصة	35	-
العيادات المتعددة الخدمات	482	-
المراكز الصحية	1190	-
قاعات العلاج	4500	-
المجموع	7113	57429

المصدر: نفس المصدر السابق، الجريدة الرسمية 1997، ص: 13.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن عدد الهياكل الصحية يختلف حسب النوع والأهمية فالمستشفيات الجامعية هي الأقل، لأنها تحتاج إلى التخصصات الطبية وأطباء مختصين بدرجات عالية وبالتالي فإن عددها لم يتجاوز 12 عام 2000، ولم يتم إنجاز بعد مستشفيات جامعية، كما نلاحظ أن قاعات العلاج هي الأكثر بـ 4500 قاعة نظرا لضرورة إنشائها في كل بلدية على الأقل، أما عن طاقة الإستيعاب فمستشفيات القطاع الصحي الأكثر إستيعابا للمرضى بـ 33319 سريرًا لوجودها في كل القطاعات الصحية بينما المؤسسات الإستشفائية المتخصصة والمستشفيات الجامعية توجد على مستوى الولاية أو الإقليم الصحي فقط.

6- سياسة تدعيم الصحة الجوارية وتحسين الخدمة بالجنوب والهضاب العليا:
تميزت هذه السياسة عموماً بإعادة تنظيم القطاعات الصحية، فأصبحت المؤسسة العمومية الإستشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، أي تم الفصل بين الإستشفاء والعلاج والفحص في إطار اللامركزية، هدفه تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسة الصحية من المواطن، ولتحقيق ذلك تم تدعيم القطاع بعدة هياكل قاعدية وعدد المستخدمين، وبالتالي أصبحت الجزائر لغاية سنة 2014 تتوفر على 14 مستشفى جامعياً، 68 مؤسسة إستشفائية متخصصة، 200 مؤسسة إستشفائية عمومية، 778 مؤسسة إستشفائية تابعة للقطاع الخاص بقدرة إستيعاب ما بين القطاعين العمومي والخاص تصل إلى أكثر من 71 ألف سرير.
فيما تجري الأعمال لإنجاز 10 مستشفيات جامعية عبر الوطن لتحسين الخدمة الصحية لا سيما بمنطقة الجنوب الهضاب العليا وتخفيف الضغط على مؤسسات الشمال خاصة في المدن الكبرى كالجزائر العاصمة.

ويهدف تعزيز العلاج الجوارى إلى تقريب الصحة من المواطن، حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية منذ 2007 يهدف إلى فصل مهام المؤسسات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجاً قاعدياً تشمل أيضاً قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات وبهدف تدارك النقص في عدد الأطباء تزايدت وتيرة التكوين حيث إنتقل متوسط السكان بالنسبة للطبيب الواحد من 1746 نسمة سنة 2000 إلى 12995 نسمة للطبيب الواحد سنة 2014.

ولمواجهة نقص الأطباء المتخصصين في مستشفيات الجنوب تمت توأمة المراكز الإستشفائية الجامعية للشمال ومستشفيات الهضاب العليا مع مستشفيات

الجنوب وذلك بإرسال بعثات طبية وشبه طبية من المركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس (الجزائر) إلى مستشفيات ولايات الجنوب (ورقلة، أدرار، إليزي) للتكفل بمختلف الاختصاصات التي تعاني من نقص الأطباء وهذا كنموذج لذلك، كما تقرر إنجاز ثلاثة مراكز إستشفائية جامعية في كل من الولايات التالية: بشار، الأغواط، ورقلة، بغية تعزيز التغطية الطبية في الجنوب (26).

الخاتمة:

إن للهياكل الصحية أهمية بارزة في توفير الخدمات الصحية للمواطن وفي تنمية الموارد البشرية التي تركز على الاهتمام الأمتل للفرد على كل المستويات المعيشية خاصة ما يتعلق بصحته، حيث منحت الجزائر أولوية تطوير القطاعات للقطاع الصحي، من خلال إصلاح المنظومة الصحية بكل جوانبها المتعلقة بالمؤسسات الصحية بمختلف أصنافها الإدارية وتوزيعها المجالي، والبشرية بتوفير المختصين في كل الميادين الصحية، والمادية أيضا من وسائل وتوفير رؤوس أموال ضخمة لخدمة القطاع ناهيك عن التكوين المستمر للأطباء والاستفادة من الخبرات الأجنبية، لكن نظرا للاكتظاظ الهائل المسجل في أهم المؤسسات الإستشفائية الكبرى خاصة بولاية الجزائر ذات الأهمية الحضرية في مجال الخدمات الصحية ميزها عن باقي مناطق الجزائر إنعكس ذلك على نوعية الخدمات المقدمة مما أدى إلى تدني درجة الخدمة الصحية التي لم تصل بعد إلى المستوى المقبول. مما يتطلب إعادة خطة توجيه المرضى عبر الأقاليم والحدّ من تركزهم في إقليم دون غيره والحدّ من ذهنية أن الخدمات الأفضل لا تتوفر إلا في الولايات الكبرى، ذلك في إطار صب الاهتمام الأقاليم الكبرى دون المناطق الريفية والنائية تحقيقا للتوازن الجهوي في القطاع الصحي.

أما المشاكل الداخلية الخاصة بالمؤسسات الصحية كالنظافة وقدم الوسائل المستعملة فيمكن للمسؤول عن المؤسسة أن يتداركها حينما يدرك قيمة المسؤولية المكلف بها.

المراجع:

¹ - A.Zuchelli. introduction a l'urbanisme opérationnel. Vol. epau . Alger. 1984.

² - Op-ct. Introduction a l'urbanisme opérationnel. Alger.

- ³ – Op-cit. Introduction a l’urbanisme opérationnel. Alger.
- ⁴ – Pavane D. Les Schémas régionaux organisation des soins : une nouvelle pour l’usage_et le citoyen revue politique parlementaire n 908 février 1999
- ⁵ - Op.cit.f.1999
- ⁶ - A.Zucchelli, op-cit. Alger. 1984.
- ⁷ – A.Zucchelli, op-cit. Alger. 1984.
- ⁸ – الطفل الجزائري، صدر عن الأمم المتحدة للطفولة UNICEF الجزائر، 1993، ص: 18.
- ⁹ – الواقع الصحي للجزائر تقرير رقم (03) وزارة الصحة والسكان، سنة 2000، ص: 02.
- ¹⁰ – Situation epidemiologique sur LA Base des cas declares A L C.N.S.P. Annuel 2004 p 01.
- ¹¹ – Op-cit. L’i.n.p.s. 2004. P : 07.
- ¹² – Op-cit. L’i.n.p.s. 2004. P : 07.
- ¹³ – مصدر سابق الذكر، تقرير رقم (03)، وزارة الصحة والسكان، 2000، ص: 03.
- ¹⁴ – نفس المصدر السابق، ص: 04.
- ¹⁵ – Ministère de la santé. Organisation des services de santé de sécurité SOCIALE. SEMHNAIER national. BISKRA 29. 31 Mai 19779. P :19.
- ¹⁶ – OP-CIT. P :19.
- ¹⁷ – Organisation des services de santé et de sécurité social op-cit. P : 20
- ¹⁸ – Carte sanitaire nationale. Ministère de santé. Septembre 1983. P : 02.
- ¹⁹ – OP- CIT, P : 02.
- ²⁰ – الجريدة الرسمية، الجزائرية، العدد 61، السنة (47)، المؤرخ في 13 ذو القعدة 1431هـ الموافق لـ 21 أكتوبر 2010، ص 28
- ²¹ – الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية، عدد 81 الصادرة في 10/12/1997، المطبعة الرسمية للجزائر، ص: 10.
- ²² – نفس المصدر السابق، الجريدة الرسمية، 1997، ص: 11.
- ²³ – نفس المصدر السابق، الجريدة الرسمية، 1997، ص: 12.
- ²⁴ – نفس المصدر السابق، الجريدة الرسمية، 1997، ص: 12.
- ²⁵ – مصدر سابق، الجريدة الرسمية، 1997، ص: 13.
- ²⁶ – جريدة المساء، عشرية من المكتسبات في قطاع الصحة والضمان الاجتماعي، العدد 2301 يم، 18/أفريل 2014، وبتصرف من الباحثة اعتمادا على معطيات من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات WWW.SANTE.GOV.DZ