واقع وأفاق عصرنة المؤسسات الإستشفائية في الجزائر

الأستاذ: بن عيسى بن علية
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
جامعة زيان عاشور–الجلفة–الجزائر؛

الطالب : بن عيسى مصطفى
كلية الحقوق والعلوم السياسية
جامعة زيان عاشور–الجلفة–الجزائر؛

ملخص:

أولت الجزائر اهتماما كبيرا بقطاع الصحة، كونه يعد من القطاعات الحساسة و الهامة جدا في حياة الشعوب لعلاقته الوثيقة و المباشرة بمستوى الرعاية الصحية للأفراد.

من خلال تتبع التطور التاريخي للنظام الصحي في بلادنا نجد أن هذا النظام شهد الكثير من التغييرات و التطورات منذ الاستقلال إلى الآن، من أجل تحسين الوضع الصحي في البلاد ككل و توفير أقصى درجة رعاية صحية ممكنة لجميع السكان، من أهم هذه التغييرات المحاولات الجادة لتطويره، و مشاريع الإصلاح الكبيرة التي مسته، خاصة منها مشروع إصلاح الهياكل الإستشفائية و هذا نظرا للحالة السيئة التي أصبحت تميز القطاع، و المشاكل و الصعوبات الكبيرة التي يتخبط فيها.

Résume:

L'Algérie a accordé une grande attention au secteur de la santé, parce qu'il est considéré l'un des secteurs sensibles et très important dans la vie des peuples, et de sa relation étroite et directe avec le niveau de soins de santé pour les personnes.

On faisant le suivi de l'évolution historique du système de la santé dans notre pays,on trouve que ce système a connu beaucoup de changement et d'évolutions pendant l'indépendance jusqu'à présent, pour améliorer la situation sanitaire dans le pays dans son ensemble et donner des soins maximales et possibles de santé pour tous les citoyens, le plus important de ces changements de tentatives sérieuses pour le développer, et les grands projets que le touchent, En particuliers le projet de l'amélioration des structures hospitalises en vue de l'état misérable qui caractérise ce secteur et ses grandes problèmes.

مقدمة :

يعتبر قطاع الصحة من القطاعات الهامة و الحساسة، و التي تولي لها الدول أهمية بالغة، نظرا لعلاقته المباشرة بصحة و سلامة الأفراد، على اعتبار أن الأفراد الأصحاء هم عصب كل سياسة تنموية، فمن غير الممكن تحقيق تنمية شـــاملة حقيقية دون تحسين و تطوير الأوضاع الصحية للإنسان.

في هذا الإطار و إدراكا منها للأهمية الكبيرة لهذا القطاع الحيوي، عملت الجزائر و منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها المنظومة الصحية، سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج، و بتتبع التطور التـــاريخي للنظـــام الصحي في الجزائر نجد أنه مر بمحطات تاريخية حاسمة امتدت عبر سنوات طويلة، و التي شهدت الكثير من التطورات سواء تعلق الأمر بالهياكل و المنشآت الاستشفائية و طرق تنظيمها و تسييرها، أو ما تعلق بالظروف الاقتصـــادية و الاجتماعية المحيطة بهذه الهياكل.

في هذا الإطار و نظرا لتردي أوضاع القطاع الصحي في بلادنا و جملة المشاكل التي يتخبط فيها سارعت الســـلطات العمومية إلى الاهتمام به، و إعطاءه المكانة اللائقة، و التكفل بتنظيمه و تسييره بطرق و أساليب حديثة و فعالة، من خلال القيام بالكثير من مشاريع الإصلاح، و التي يعد من أهمها مشروع إصلاح المستشفيات بداية 2003.

سنحاول من خلال هذه الورقة التطرق لواقع قطاع الصحة في الجزائر و مشاريع إصلاحه و تطويره، من خلال 03 محاور رئيسية:

المحور الأول: ماهية المؤسسات الاستشفائية.

المحور الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي و المؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

المحور الثالث: آفاق تطوير المؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

المحور الأول: ماهية المؤسسات الاستشفائية

1-مفهوم المستشفى:

يعرّف المستشفى على أنه هيكل تنظيمي يضم مجموعة من الأنظمة الفرعية المتكاملة، و التي تتمثل في نظام الخدمات الطبية و شبه الطبية، و نظام الخدمات الإدارية و نظام الخدمات الفندقية، بحيث تتفاعل هذه النظم معا بهدف تحقيق و تقديم أقصى درجات الرعاية الصحية للمريض.

و هناك من يعرّف المستشفى على أنه " **منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مجموعة من الوظائف، منها العلاجية و الوقائية و التدريبية و العلمية و أيضا الوظائف المهنية و التأهيلية، بالإضافة الى وظيفة البحث العلمي بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للسياسة الصحية**"

و قد عرّفت منظمة الصحة العالمية "world health organisation" المستشفى على أنه:

" **جزء أساسي من تنظيم اجتماعي و طبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، و تمتد عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه يشكل أيضا مركزا لتدريب العاملين**

كما عرفته الهيئة الأمريكية للمستشفيات "American hospital association" بأنه عبارة عن " **مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص و العلاج اللازمين للمرضى**[1]"

من خلال التعريفين يتضح لنا أن تعريف منظمة الصحة العالمية يأتي أكثر شمولا من تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات، حيث تتعدى وظائف المستشفى من التشخيص و العلاج لتشمل مهام التعليم و التدريب و القيام بالبحوث.

2-الوظائف الأساسية للمستشفى:

تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف وراء إنشائها، إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات و هي[2]:

2-1. الوظيفة العلاجية: و هي مجمل الخدمات التشخيصية و العلاجية و التأهيلية و الاجتماعية و النفسية، و كل ما يرتبط بها من فحوصات و خدمات للإسعاف و الطوارئ و التمريض و الخدمات الصيدلانية و الغذائية

2-2. الوظيفة الوقائية: من خلال مساهمة المستشفيات في الوقاية من الأمراض و منع انتشارها و مراقبة العدوى المكتسبة للحد منها، و كذا دوره في توعية الأفراد إعلاميا بأهمية الوقاية عن طريق حملات التوعية و إجراء التطعيمات اللازمة

2-3. وظيفة التدريب و التعليم: تتم من خلال قيام الأطباء القدماء و المتخصصين ذوي الخبرة، بتدريب و تعليم الأطباء الجدد و تبادل المعلومات عن طريق عقد الاجتماعات الدورية و الدراسة المشتركة لحالات المرضى

2-4. الوظيفة البحثية: تساهم المؤسسات الاستشفائية من خلال مخابرها العلمية و ما تحتويه من أجهزة و معدات و سجلات طبية، و حالات مرضية متنوعة و كوادر بشرية متخصصة، في توفير بيئة مناسبة لإجراء مختلف البحوث و الدراسات الطبية، للمساهمة في تقدم العلوم الطبية و تطوير الوسائل و الأساليب العلاجية.

2-5. الخدمات الممتدة الى المحيط الخارجي[3]: و هي مجمل الخدمات الصحية التي تتم لفائدة أشخاص خارج أسوار المستشفى، و خاصة منهم المرضى كبار السن، الذين يعانون أمراضا مزمنة تتطلب وقتا طويلا للعلاج، إذ تتم رعاية هذا الصنف من المرضى و الإشراف عليهم في منازلهم دون الحاجة الى تحمل مشقة التنقل الى المستشفى.

3- الخصائص المميزة للمستشفى:

للمستشفى طبيعة و خصائص تميزه و ينفرد بها عن سائر المؤسسات الأخرى، يمكن تلخيصها إجمالا في[4]:

- المستشفى نظام مفتوح يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل و تتكامل مع بعضها البعض؛
- يعتبر المستشفى تنظيم معقد لكونه يشتمل على عدد كبير من الأفراد، علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، و أساليب و وسائل التكنولوجيا المستخدمة في العلاج و الوقاية؛
- رسالة المستشفى رسالة إنسانية من الدرجة الأولى، لأنه يعمل من اجل رعاية الإنسان المريض؛
- المستشفى نظام ذو أهداف متعددة، تختلف حسب طبيعة و تصنيف نوع المستشفى.

4- تصنيف المستشفيات:

يتم تصنيف المستشفيات وفقا لمجموعة من المعايير من بينها: الملكية، التخصص، الحجم، متوسط مدة الإقامة...الخ، ويعتبر التصنيف حسب الملكية و التخصص المعيارين الأكثر شيوعا و استعمالا.

4-1. التصنيف حسب الملكية:

تصنف المستشفيات حسب معيار الملكية أو التبعية الإدارية إلى نوعين هما[5]:

4-1-1. المستشفيات الحكومية: هي المستشفيات التي تملكها و تديرها الأجهزة الحكومية المختلفة، من وزارات و هيئات و مؤسسات، وفق نظم و لوائح حكومية تحكم سيرها و إجراءات العمل بها، و تأخذ المستشفيات الحكومية عدة أشكال من أهمها:

- ✓المستشفيات الحكومية العامة؛
- ✓المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة؛
- ✓المستشفيات الحكومية المتخصصة؛
- ✓المستشفيات الجامعية؛
- ✓المستوصفات أو قاعات العلاج.

4-1-2. المستشفيات الخاصة: هي المستشفيات التي يملكها أفراد أو هيئات أو شركات خاصة، تتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص، و في حدود القواعد المنظمة لقطاع الصحة في البلد، و تأخذ المستشفيات الخاصة عدة أشكال من أهمها:

- ✓مستشفيات بأسماء أصحابها؛
- ✓مستشفيات الجمعيات و الهيئات غير الحكومية؛
- ✓مستشفيات استثمارية.

4-2. التصنيف حسب التخصص:

تصنف المستشفيات حسب معيار التخصص الى نوعين هما[6]:

4-2-1. المستشفيات العامة: هي المستشفيات التي تتوفر فيها الخدمات الصحية لتشخيص و علاج مختلف الحالات المرضية، لكونها تضم معظم التخصصات.

4-2-2. المستشفيات المتخصصة: هي المستشفيات التي تتوفر فيها الخدمات الصحية لتشخيص و علاج حالات مرضية معينة، أو لعلاج فئات معينة من المجتمع.

المحور الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي و المؤسسات الاستشفائية في الجزائر

1- الإطار القانوني للمستشفيات في الجزائر:

حسب ما جاء في العدد 33 من الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة يوم 20 ماي 2007، وفي "المواد 2،3،4" ورد تعريف المؤسسات العمومية الاستشفائية على أنها " **مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت تصرف الوالي، تتكون من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي، تتمثل مهامها الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان**، و في هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الاستشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم؛

أما فما يخص مهام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، فتختلف عن مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية قليلا، و هي تتمثل في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة فيما يأتي:

- الوقاية و العلاج القاعدي؛
- تشخيص المرض؛
- العلاج الجواري؛
- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي؛
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي؛

و في هذا الإطار تكلف على الخصوص بما يأتي:

- المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النقاوة
- مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية؛
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم[7].

2- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

مر النظام الصحي في الجزائر بحقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة، شكلت بعضها منعرجات حاسمة في تاريخ هذا القطاع منذ الاستقلال و حتى وقتنا الحاضر، و على هذا سنقوم بتقسيم هذا التطور إلى 04 مراحل أساسية و هي:

2-1.المرحلة الأولى 1962-1973:

كانت المنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال متدهورة بشكل كبير نتيجة للسياسة الاستعمارية في هذا المجال، حيث كانت المرافق الصحية و أعداد المستخدمين محدودة جدا و متمركزة أساسا في المدن الكبرى كالجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة؛ و تمثل النظام الصحي المعتمد آنذاك، خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، و كذا عيادات و مراكز صحية تشرف عليها البلديات و تقدم مساعدات طبية مجانية؛ من جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عياداتهم الخاصة و جلهم كانوا من الأجانب؛

تميزت الوضعية الصحية في هذه الفترة بنسب مرتفعة لوفيات الأطفال و خاصة الرضع تجاوز معدلها 18%، و الأمل في الحياة لم يتعدى 50سنة، و كان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية و المعيشية السبب الرئيسي لمعظم الوفيات

و قد شهدت هذه الفترة أيضا مغادرة الأطباء الأجانب، حيث تقلص عددهم من 2500 الى 600 طبيب فقط، مع نقص فادح في المنشآت القاعدية الصحية، حيث بلغ عدد المستشفيات سنة 1966 حوالي 163 مستشفى بسعة 39418 سرير، و 256 مركز صحي، مع حوالي 19000 مستخدم إداري و 20000 مستخدم شبه طبي[8]؛

أمام هذه الوضعية الحرجة للقطاع الصحي و محدودية الموارد، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين هما[9]:

- إعادة توزيع المؤسسات الاستشفائية(عمومية و خاصة) و كذا الأطباء على مختلف جهات الوطن، للسماح لكل السكان من الاستفادة من العلاج بشكل متساوي (تم فرض إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للأطباء في القطاع الخاص مع تشكيل فرق طبية متنقلة)؛
- القضاء على الأمراض و الأوبئة المتنقلة و تخفيض نسبة الوفيات؛

مع بداية العمل بهذا المخطط، و بصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة سنة 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئا ما، حيث صدر المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969 و المتعلق بإجبارية التلقيح و مجانيته، والذي ساهم بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية من خلال التلقيح ضد الشلل و مكافحة الملاريا؛ و بالموازاة مع ذلك تزايدت أعداد الأطباء و القدرات السريرية للمؤسسات الاستشفائية لتصل الى حوالي 1425 طبيب، مع سعة سريرية في المستشفيات تقدر بـــ 41728 سرير،؛ بالإضافة إلى 558 مركز صحي و 143 قطاع صحي.

2-2. المرحلة الثانية 1974-1988:

نتيجة لعدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة على تلبية كل حاجيات السكان الصحية و للضغط الاجتماعي الكبير، تم الإعلان عن قرار مجانية الطب[10] من أجل تجسيد شعار "الصحة للجميع" مهما كان دخلهم

و وضعيتهم الاجتماعية[11]؛ بالإضافة الى ذلك و نتيجة للجهود و الاستثمارات الكبيرة التي قامت بها الدولة تحسنت نوعية التعليم و التكوين في الدراسات الطبية كثيرا؛ ما سمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية،

و بلغة الأرقام ارتفعت القدرات السريرية في المؤسسات الاستشفائية الى 62500 سرير سنة 1987، كما ارتفع عدد المراكز الصحية من 558 مركز سنة 1974 الى 1147 سنة 1986، و تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872عامل سنة 1973 الى حوالي 124728 سنة 1987.

و قد انعكست هذه الجهود إيجابا على الوضع الصحي في البلاد، حيث ارتفع متوسط الأمل في الحياة الى 65 سنة و تراجعت معدلات وفيات الأطفال و كذا حدة الأمراض المعدية؛

للإشارة أصبحت الدولة عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي تتحمل تقريبا كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في بداية هذه الفترة على ذلك[12].

2-3. المرحلة الثالثة 1989-1998:

رغم أن الجزائر عرفت خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية و سياسية كبيرة تسببت في حالة أمنية متدهورة و خطيرة؛ إلا أن هذه الفترة شهدت أيضا إعادة تنظيم قطاع الصحة، عن طريق صدور الكثير من المراسيم التنفيذية الهامة و التي سمحت بإنشاء معاهد و مراكز و وحدات صحية ضرورية لدعم و تطوير هياكل القطاع الصحي، نذكر من أهمها[13]:

✓المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية"lncpp" سنة 1993 من أجل المراقبة الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرها في السوق؛

✓الصيدلية المركزية للمستشفيات"pch" سنة 1994 لضمان تمويل المستشفيات بالمنتجات الصيدلانية؛

✓الوكالة الوطنية للدم"anp" سنة 1995 لتطبيق السياسة الوطنية للدم؛

✓الوكالة الوطنية للإعلام الصحي سنة 1995و التي تتكفل بتطوير الإعلام و الاتصال في المجال الصحي؛

✓المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي سنة 1996 للتكفل بالتعليم و التكوين و البحث لفئة شبه الطبي؛

✓المركز الوطني للتسمم"cnt" سنة 1998؛

أما فيما يتعلق بالتغطية الصحية من خلال الهياكل لسنة 1998، فيمكن الاستدلال بالأرقام التالية:

- 02 سرير لكل 1000 نسمة؛
- عيادة لكل 60731 نسمة؛
- مركز صحي لكل 25454 نسمة؛
- قاعة علاج لكل 6667 نسمة؛

و ما يلاحظ خلال هذه الفترة أن 13% من هذه الهياكل و خاصة المتواجدة في المناطق الريفية و النائية غير مستغلة، نتيجة للأوضاع الأمنية السيئة.

و بالنسبة لعدد المستخدمين خلال هذه الفترة؛ فقد ارتفع عدد الأطباء ليصل حوالي 28274 طبيب، و حوالي 7966 طبيب أسنان و أكثر من 4022 صيدلي، بالإضافة إلى 41657 تقني سامي في الصحة؛ و قد ساهمت هذه الأرقام في تحسين المؤشرات الصحية، فانخفضت نسبة وفيات الأطفال إلى 4.4% و ارتفع متوسط الأمل في الحياة الى 68 سنة؛

و لكن و رغم الجهود المبذولة من طرف السلطات في تطوير قطاع الصحة و تحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية للمواطنين، إلا أنه لا تزال هناك بعض السلبيات، من بينها:

➢ عودة و استفحال بعض الأمراض المرتبطة بالبيئة المعيشية للسكان كمرض التيفوئيد، الإسهال، الحمى،...الخ؛

➢المديونية المرتفعة للمستشفيات الناتجة عن سوء التخطيط و التسيير؛

➢ غموض العلاقة بين القطاع الصحي و قطاع الضمان الاجتماعي؛

2-4. المرحلة الرابعة 1999 الى وقتنا الحاضر:

تميزت هذه الفترة بعودة الأمن والاستقرار تدريجيا الى الجزائر، الشئ الذي انعكس ايجابيا على المنظومة الصحية في الجزائر، في هذا الصدد أكدت رئيسة لجنة الصحة بمجلس الأمة الأستاذة "شاشوة لويزة" أن الجزائر قطعت شوطا كبيرا في مسار القضاء على الأمراض المعدية و مواجهة الأمراض المرتبطة بسلوك الانسان البيئي، ومرجعة ذلك الى المشروع الطموح الخاص بإصلاح المستشفيات والنظام الصحي ككل[14].

* وبالنسبة للمؤشرات الصحية خلال هذه الفترة فقد تحسنت كثيرا، فمثلا ارتفع معدل الأمل في الحياة الى 71سنة لدى لدى الذكور و 73 سنة لدى الإناث، و انخفضت معدلات وفيات الأطفال إلى 3.7% و تم القضاء بصفة نهائية على كثير من الأمراض المتنقلة "الجذام، الحصبة، السعال الديكي،...الخ" .

* أما عن الهياكل الصحية فقد بلغت حسب إحصائيات فيفري 2008:

(240) مستشفى عمومي، (511) مستشفى خاص بالأمومة، (1477) عيادة متعددة الخدمات،(14) مركز استشفائي جامعي، (5117) قاعة علاج، (11385)عيادة طبية للقطاع الخاص،(164) عيادة طبية جراحية خاصة

* و بالنسبة لأعداد المستخدمين خلال هذه الفترة، فقد ارتفع عدد الأطباء ليصل إلى 35368 طبيب، بمعدل 11 طبيب لكل 10000 ساكن، مع 9553 طبيب أسنان، و أكثر من 6689 صيدلية، بالإضافة إلى 69749 مستخدم شبه طبي.

* وفي مجال التغطية بالأدوية فقد عملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي من خلال إلزام الموزعين الأجانب على الاستثمار محليا، و منع استيراد الأدوية التي تنتج محليا، بالإضافة لتشجيع استعمال الأدوية الجنيسة[15].

هيكل و تنظيم القطاع الصحي في الجزائر : بعد عرض التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر من خلال المراحل الأربعة التي مر بها، سنتطرق الى تنظيمه العام، و الذي ينقسم الى ثلاث مستويات أساسية و هي[16]:

3-1. المستوى المركزي: و يتمثل في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، توجد تحت وصايتها (10) هيئات مسيرة من طرف مجالس إدارة، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة، تلعب دورا مهما في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة.

3-2. المستوى الجهوي: لضمان مبدأ المساواة و العدل في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995، حيث تم تقسيم القطاع الصحي في الجزائر الى 05 مناطق صحية، كل منطقة تضم مجموعة من الولايات، و الجدول الموالي يوضح لنا آخر تقسيم للمناطق الصحية في الجزائر:

جدول رقم 01: تقسيم المناطق الصحية في الجزائر (سنة 2000)

الوسط	الغرب	الشرق	الجنوب الغربي	الجنوب الشرقي
الجزائر	وهران	قسنطينة	بشار	ورقلة
بجاية	تلمسان	أم البواقي	ادرار	بسكرة
البليدة	تيارت	باتنة	تندوف	تمنراست
البويرة	سعيدة	تبسة	النعامة	اليزي
تيزي وزو	سيدي بلعباس	جيجل	البيض	الوادي
الجلفة	مستغانم	سطيف		غرداية
المدية	معسكر	سكيكدة		الأغواط
برج بوعريريج	تيسمسيلت	عنابة		
بومرداس	عين تموشنت	قالمة		
تيبازة	غليزان	المسيلة		
عين الدفلى	الشلف	الطارف		
		خنشلة		
		سوق اهراس		
		ميلة		

Source: Laid.y, rapport annuel sur la situation epidemiologique en Algérie, INSP,2000.

يهدف هذا التقسيم بالسماح للسكان في كل منطقة للوصول المشترك لمختلف المستويات المتدرجة للعلاج؛ هذه المستويات هي[17]:

- ✓المستوى(a) : علاجات دقيقة؛
- ✓المستوى(b) : علاجات متخصصة؛
- ✓المستوى(c) : علاجات عامة؛
- ✓المستوى(d) : علاجات أولية؛

فالعلاجات الطبية الدقيقة تتطلب تخصص طبي عالي و دقيق التخصص، تتم في منشآت صحية عالية التخصص؛

أما العلاجات الطبية المتخصصة في بعض الأمراض فتتم في منشآت صحية خاصة في تشخيص و علاج حالات مرضية معينة؛

و بالنسبة للعلاجات العامة فمستشفيات الولايات و الدوائر هي التي تضمن ذلك، حيث تقدم خدمات العلاج، الوقاية، التكوين الطبي و شبه الطبي،...الخ؛

و فيما يخص العلاجات الأولية فتتفرع على شبكة الهياكل الصحية القاعدية الموجودة على مستوى البلديات، الأحياء، أماكن العمل،...الخ، و التي تضمن أداء الخدمات العلاجية الأولية لكل المواطنين.

3-3. المستوى الولائي:

يكلف مدراء الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات على مستوى 48 ولاية، بتمثيل الوزارة على المستوى الولائي، حيث تتمثل مهامهم في جمع و تحليل المعلومات الصحية، و العمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما و متوازنا، بالإضافة إلى توزيع و مراقبة الأدوية و المواد الصيدلانية و تفقد ظروف خزنها و كذا حصر و تحديد الاحتياجات الصحية للولاية في مجالات: العلاج، الوقاية، الأدوية، الموارد البشرية، المنشآت الصحية، التجهيز و التكوين، و تطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية و الوقاية العامة، كما تمارس وصايتها و مراقبتها على هياكل القطاع الخاص (عيادات طبية، صيدليات، مخابر التحليل و الأشعة،...الخ)[18].

المحور الثالث: آفاق تطوير المؤسسات الاستشفائية في الجزائر

1-أسس و أهداف إصلاح النظام الصحي في الجزائر

اتخذت السلطات العمومية في سبيل تحسين و تطوير قطاع الصحة و تقريب هياكله و مؤسساته الصحية من المواطن؛ الكثير من الإجراءات من أهمها الجلسات الوطنية التي انعقدت شهر ماي 1998 بقصر الأمم بالجزائر العاصمة، و التي تم فيها وضع "ميثاق الصحة"، كإشارة الى ضرورة مسايرة المنظومة الصحية للتطورات الاقتصادية و الاجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد، يهدف هذا الميثاق الى تحديد الأسس و المبادئ الرئيسية التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة، من هذه المبادئ نذكر[19]:

- الاستفادة من مجانية العلاج و العدالة الاجتماعية، و الإنصاف و التضامن الوطني الاجتماعي؛
- حماية و ترقية الصحة تتطلب تنفيذ استراتيجيات و سياسات ملائمة في مجال السكن، التربية، التشغيل، و حماية المحيط، و كذا القيام بنشاطات صحية تستهدف الفئات المحرومة بالدرجة الأولى؛
- إعطاء الأولوية للقطاع الصحي في برنامج عمل الحكومة؛
- التأكيد على وحدة المنظومة الصحية من خلال تكامل منسجم للقطاع العمومي و شبع العمومي و الخاص؛
- توفير نظام إعلامي خاص لمتابعة و مراقبة المؤشرات الصحية في البلاد؛

في حين تمثلت الأهداف الرئيسية لميثاق الصحة فيما يلي:

- ✓إعادة الاعتبار للمراكز الصحية و قاعات العلاج، و تزويدها بالوسائل البشرية و المعدات الطبية اللازمة للتكفل بالعلاج القاعدي الأولي، لتخفيف الضغط عن المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- ✓ تحسين المؤشرات الصحية للسكان، و كذا تزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب و حماية المحيط و معالجة المياه القذرة و مكافحة التلوث، للتخفيض من المخاطر المرتبطة بمحيط غير مناسب صحيا؛
- ✓التحكم في التكاليف و تحقيق استقلالية صحية عن طريق تدعيم و تطوير الصناعة الوطنية في مجال التجهيزات الطبية و المواد الصيدلانية؛

✓إعادة التأكيد على مبدأ مجانية العلاج في إطار قانوني متجدد؛

2-مشروع إصلاح المستشفيات: الأهداف و الملفات

ضمن الإصلاحات الجارية على مستوى المنظومة الصحية في الجزائر، يعد تغيير اسم و سير عمل الوزارة الوصية سنة 2002 من تسمية وزارة الصحة و السكان الى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، كخطوة أولى ايجابية في مجال الإصلاح، حيث تبنت الوزارة مشروع تطوير و عصرنة المنشآت الاستشفائية كمنطلق لإصلاح النظام الصحي ككل.

2-1. أهداف مشروع إصلاح المستشفيات:

ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات سنة 2003 مجموعة من الأهداف، و الذي يسعى مشروع الإصلاح إلى تحقيقها، تتمثل فيما يلي[20]:

✓إحصاء عروض العلاج و الاستشفاء، و تكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛

✓ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛

✓التأكيد على حقوق و واجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص؛

✓إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛

✓توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، و ذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية؛

✓ تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعات المحلية في أي شكل للمؤسسات الصحية؛

يتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي، و تحسين جودة الخدمات المقدمة.

2-2. ملفات مشروع إصلاح المستشفيات:

فيما يخص ملفات مشروع الإصلاح، ركز المجلس في تصوره على (06) ملفات هامة، و هي[21]:

2-2-1. ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج: اهتم هذا الملف بدراسة كيفيات التنسيق بين النظام الوطني للصحة و المنشآت الاستشفائية الفرعية، و ذلك بتفادي عزل إصلاح هذه المنشآت عن الإطار الاجتماعي و الوبائي و المالي و التنظيمي، حيث تم التعرض بشكل وافي الى كيفيات التنسيق بين الهياكل الصحية الجوارية و مستشفى القطاع من جهة، و بين مستشفيات القطاع و المستشفيات الجهوية و الوطنية من جهة أخرى.

2-2-2. ملف الهياكل الاستشفائية: تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، و ذلك بإدراج مجموعة من الأهداف، نعرضها كالتالي:

- تعزيز رقابة الدولة على المؤسسات الاستشفائية العمومية و الخاصة، مع إدراج فكرة التكامل بين القطاعين؛

- المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج و جودة أداءها؛

- الاستعجال في وضع دعامة إعلامية، و التي تعتبر الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي؛

2-2-3. ملف الموارد البشرية: تمحور هذا الملف حول عنصر أساسي في النظام الصحي و هو المستخدمين، من خلال متابعة أحوالهم الشخصية، شروط و ظروف ممارسة عملهم، أجورهم و علاواتهم، ترقيتهم في المسار المهني، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين، و هذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي و التكوين المهني على وجه الخصوص.

2-2-4. ملف الموارد المادية: ركّز هذا الملف على ضرورة إدماج جميع الوسائل المادية لتنظيم العلاج، مع مراعاة التوزيع العقلاني و التوازن، بين كل من توفير الوسائل و مستوى الاستعمال و تسلسل العلاج، و تشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية و الخاصة بالأمن و النوعية و تعيين الأطقم الفنية و التكوين؛ عناصر مكملة لهذا الملف.

2-2-5. ملف التمويل: اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات و ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية حاليا مع

التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، و حول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات و الفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج لكل المرضى.

2-2-6. ملف اشتراك القطاعات: نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات إلى حد كبير بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل و الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية، الصناعة و الفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة و السياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية الأخرى ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

3- معوقات التنمية الصحية في الجزائر

على الرغم من الإصلاحات التي تقوم بها الجزائر لأجل الرفع من المستوى الصحي للسكان، إلا أنها تبقى غير فعالة نتيجة لوجود الكثير من الصعوبات و العراقيل التي تؤثر سلبا على واقع التنمية الصحية، يمكن إجمال هذه الصعوبات فيما يلي[22]:

3-1. ضعف تمويل النظام الصحي:

رغم ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة و حتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر حسب ماهو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم 02:تطور نسبة النفقات الصحية الى الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية و بعض الدول المتقدمة(2000-2003)

الدولة / السنة	2000	2001	2002	2003
الجزائر	3.5	3.8	4.2	4.1
المغرب	4.7	4.9	5.6	5.1
تونس	5.6	5.7	5.6	5.4

مصر	5.2	5.4	5.9	5.8
الأردن	9.2	9.4	9.3	9.4
العراق	1.7	1.6	1.6	2.7
و.م.أ	13.3	14	14.7	15.2
فرنسا	9.3	9.4	9.7	10.1
إسبانيا	7.4	7.5	7.6	7.7

Source: oms, rapport sur la santé dans le monde, Genève2006, pp 182-188.

من خلال الجدول نلاحظ نقصا في الاهتمام بالقطاع الصحي في الجزائر مقارنة بالدول الأخرى، فحسب هذه المؤشرات نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تأتي على رأس القائمة بالنسبة للعالم، إذ يمثل نصيب الصحة 13.3% سنة 2000، ليرتفع الى 15.2% سنة 2003، كما أنه في اغلب الدول المتقدمة يتجاوز هذا المؤشر 7.4%، ففي فرنسا مثلا تتراوح نسبة نفقات الخدمات الصحية من 9.3% الى 10.1%، بينما صرفت اسبانيا سنة 2003 ما يعادل 7.7% من ناتجها المحلي على قطاع الصحة.

في الجزائر لم يتجاوز هذا المؤشر 4.1% سنة 2003 و هو أقل من الجارتين تونس و المغرب، و الذي يتجاوز معدل إنفاقهما على الخدمات الصحية 05% من الناتج المحلي الإجمالي.

إن معدل النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي يعكس مدى اهتمام الدول بصحة مواطنيها إجمالا، و لكنه لا يعكس مبدأ العدالة في توزيع الإنفاق الصحي و الذي يتأثر بعامل عدد السكان.

3-2. قلة و سوء توزيع الهياكل الصحية:

لم يصاحب الارتفاع المتزايد للسكان في الجزائر، ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية، ففي حين أن عدد السكان شهد ارتفاعا بنسبة 4.07% بين سنتي 2000 و 2003، إلا أن ارتفاع الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرّة لنفس الفترة لم يتجاوز حدود 2.8%.

و من جهة أخرى تشهد الجزائر سوءا لتوزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعدى ذلك في الشرق نسبة 22%، الغرب 20%، الجنوب الشرقي بنسبة 02% و الجنوب الغربي 01%.

في هذا السياق أشار مجلس الوزراء المنعقد يوم الأحد 13 افريل 2008، في اجتماعه برئاسة السيد عبد العزيز بوتفليقة رئيس الجمهورية حول ملف السياسة الصحية الوطنية، بأن مستوى التغطية الصحية مازال بعيدا عن الاحتياجات الوطنية بسبب قدم التجهيزات و البنى التحتية، و نقص عدد الأسرّة و المستخدمين في القطاع الصحي، و أن قلة الهياكل الصحية و سوء توزيعها على جهات الوطن، تأثر على كمية و نوعية الخدمات الصحية المقدمة، مما ينجر عنه سوء العدالة و الاستجابة للاحتياجات الصحية و بالتالي انخفاض في المستوى الصحي للسكان.

3-3. المحيط و الوضع البيئي المتدهور:

تعد العوامل البيئية من أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد، و ما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر أنها في تدهور مستمر، و يمكن ذكر الخصائص التالية للوضع البيئي في الجزائر:

✓انحسار الغطاء النباتي و زيادة التصحر؛

✓الاستغلال المفرط للموارد المائية السطحية و الباطنية بسبب الجفاف، ما جعل مخزون المياه يتناقص، و قد بلغت نسبة السكان المحرومون من الحصول على مصدر مياه محسن 15% سنة 2004 بعدما كانت تمثل 13% سنة 2002؛

✓تدهور البيئة الساحلية و البحرية؛

✓ التلوث الصناعي بسبب المصانع غير المراقبة و ما تخلفه من نفايات خطيرة و سامة، حيث يبلغ حجم النفايات 325 ألف طن سنويا، مع مخزون غير معالج يقدر بـــ 2.5 مليون طن سنة 2009

كل هذه العوامل المجتمعة أثرت سلبا على صحة الجزائريين، فقد شهدت الجزائر في الآونة الأخيرة ارتفاعا حادا في أمراض التيفوئيد بسبب اختلاط مياه الصرف الصحي بالمياه الصالحة للشرب، و كذا ارتفاعا في حالات التسمم الغذائي و أمراض الجهاز التنفسي و أمراض القلب و الأوعية الدموية.

3-4. ارتفاع معدلات الفقر و البطالة و سوء توزيع الدخل:

تحتل الجزائر عادة مراكز متأخرة في تقارير التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية، فقد احتلت المرتبة 104 في التقرير الصادر سنة 2007؛ لتتحسن الأوضاع فيما بعد، حيث صنفت في آخر تقرير و الخاص بسنة 2013 في المرتبة 93 عالميا[23]، و هي مرتبة تظل دون مستوى التطلعات و المجهودات المبذولة، أما فيما يخص الفقر، فإن الجزائر تراجعت الى المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني لسنة 2005 بنسبة 21.5%، بعدما كانت تحتل المرتبة 42 سنة 2002 بمعدل 21.5%، و فيما يخص نسبة السكان الذين يعيشون بـــ 02 دولار في اليوم أو أقل فقد بلغت 14.1% خلال الفترة (1990-2005).

بالنسبة لتوزيع الدخل، بلغ مؤشر جيني[24] حسب إحصائيات الأمم المتحدة لسنة 2003 ما مقداره (35.5)، و هذا يدل على وجود فوارق كبيرة في توزيع الدخل بين الأفراد.

كل هذه المعطيات ضاعفت من مسؤولية القطاع الصحي تجاه الطبقات الفقيرة في المجتمع، فالفقر يؤدي الى عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي الى تفشي الأمراض.

إن انخفاض مستوى التعليم، و سوء التغذية، و ارتفاع معدلات البطالة، و سوء توزيع الدخل، تعد من دون شك من العوامل الأساسية في التأثير المباشر و السلبي على المستوى الصحي العام للجزائريين.

الخاتمة:

يتضح جليا من خلال هذه الورقة أن السلطات العمومية في الجزائر بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تطوير النظام الصحي لتوفير أقصى درجة رعاية صحية ممكنة للسكان، من خلال القيام بالكثير من الإصلاحات الجادة وتوفير إمكانيات ضخمة للقطاع كالهياكل القاعدية الصحية، والتجهيزات الطبية الحديثة، إضافة إلى القدرات البشرية المؤهلة وذات الخبرة العالية، والموارد المالية الكبيرة، ورغم التطور الذي شهد النظام الصحي في السنوات الأخيرة، إلا انه لا

يزال بعيدا عن المستوى المأمول، نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطوره لعل من أهمها :ضعف مخصصات الإنفاق الصحي مقارنة بالدول المتقدمة و الدول العربية، وكذا الاستغلال السيئ للإمكانيات المالية المتوفرة ، قلة عدد الهياكل الاستشفائية مقارنة بعدد السكان و سوء توزيعها بين ولايات الوطن، ارتفاع معدلات الفقر وسوء توزيع الدخل، العوامل البيئية السلبية كالتلوث، نقص المياه، ...الخ .

الهوامش، المراجع و الإحالات

[1] – عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة2003، ص05.

[2] – نادية خريف، أساليب قياس الأداء و الفعالية بالمؤسسة الصحية و سبل تطويرهما، مجلة رؤى اقتصادية، العدد03، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير،جامعة الوادي2012، ص88

[3] – حامد نور الدين، العابد محمد، مرجع سبق ذكره، ص 73.

[4] – سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر: دراسة تطبيقية على المؤسسات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة الشلف2009، ص 229.

[5] – عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص ص 09–10.

[6] – أفنان محمد أحمد حمدان، واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير و التخطيط، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة نابلس2008،ص ص 20–21.

[7] – المرسوم التنفيذي رقم 07–140 المؤرخ في 19 ماي 2007، و المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

[8] – خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر" 1999–2009"، مذكرة ماجستير، كلية العلوم السياسية و الإعلام، جامعة الجزائر 2011، ص 37.

[9] – المرجع نفسه، ص 38.

[10] – الأمر رقم 73–65 المؤرخ في 1973/12/28، و المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1974/01/01، ص 02.

[11] – Mohamed Brahim farouk, bilan et perspectives du système national de santé, sur: www.djazairess.com .

[12] – بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة سكيكدة، دون تاريخ.

[13] – خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 49.

[14] – اليوم البرلماني حول النظام الصحي الوطني و تطوره منذ الاستقلال، المنعقد في مجلس الأمة بتاريخ 2012/06/27.

[15] – خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 52.

[16] – أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة الجزائر2009، ص 178.

[17] – سويسي دلال، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة2013، ص 08.

[18] – عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة تلمسان2012، ص133.

[19] – خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 71.

[20] - Msprh, rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière; les préalables et les actions urgentes, Alger le: 17/01/2013.

[21] – les dossiers de la reforme hospitalière, sur: www.santèmagheb.com/actualites/0703/0703-27.htm .

[22] – بومعراف الياس، عماري عمار، من اجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، 2010/2009، ص ص 32-33.

[23] – الجزائر تحتل المركز الـ93 في تقرير التنمية البشرية، على الموقع: . www.djazairess.com/akhbarelyoum/81800

[24] – يقيس مؤشر جيني عدالة توزيع الدخل القومي، حيث تمثل القيمة(0) المساواة الكاملة، و القيمة(100) اللامساواة الكاملة.