

إصلاح النظم الصحية - إشارة إلى حالة الجزائر وتونس

أ.د. براق محمد*

د.عدمان مريزق*

الملخص: ينبغي إعادة التفكير في النظام الصحي الجزائري إجمالاً، الشيء الذي يتطلب إصلاحات عامة وعميقة في مبادئ التسيير، التمويل، إدارة الموارد البشرية، وغيرها. ومن أجل تسليط الضوء على ما سبق، سوف ينصب الاهتمام بصورة أساسية بملفات إصلاح النظام الصحي في الجزائر وتونس، بهدف كشف النقاب عن مصادر الخل ومحاولة اقتراح الحلول المناسبة.

الكلمات المفتاحية: الإصلاح، النظام الصحي، الاختلالات، تدابير المعالجة.

Résumé:

Le système de santé en Algérie, doit être repensé intégralement et donc nécessite des réformes globales et de fond dans ses principes de fonctionnement, de financement, de la gestion des ressources humaines...ect.

Pour pouvoir mettre en lumière ce que nous avançons, nous accorderons une attention particulière aux dossiers de la réforme des systèmes de santé en Algérie et en Tunisie, afin de détecter les dysfonctionnements et trouver les solutions adéquates.

Mots clés: réforme, système de santé, dysfonctionnements, mesures correctives

مقدمة:

شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينيات تقدماً ملحوظاً ومستمر في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن. وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة.

وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح، لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها. ولذا، كان من الضروري إعادة النظر في السياسة الصحية، وذلك بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

*أستاذ التعليم العالي - المدرسة العليا لتجارة

*أستاذ مساعد مكلف بالدروس - المدرسة العليا للتجارة

وجاء هذا البحث ليجيب على السؤال الجوهرى الموالي:

ما هو واقع إصلاح النظام الصحى فى الجزائر وتونس ؟

و تفرع عن هذا السؤال الجوهرى مجموعة من الأسئلة الفرعية كما يلي:

- ما هى أشكال إصلاح النظم الصحية ؟
- ما هى أهداف الإصلاح وملفاته فى الجزائر ؟
- ما هى أوجه قصور النظام الصحى فى الجزائر، وما هى التدابير المتخذة لمعالجتها ؟
- ما هى أهداف الإصلاح وملفاته فى تونس ؟

وينقسم البحث إلى ثلاثة أجزاء سيتم التطرق فى الجزء الأول إلى إصلاحات النظم الصحية وأشكالها، بينما يخصص الجزء الثانى لإصلاح النظام الصحى فى الجزائر، وأخيرا يتم عرض الإصلاح الصحى فى تونس.

أولاً: إصلاح النظم الصحية وأنواعها

سوف يتم تناول مفهوم إصلاح النظام الصحى، ثم أنواع الإصلاحات التى تمس النظم الصحية، كما يلي:

1- تعريف إصلاح النظام الصحى

تعنى كلمة إصلاح تغيير إيجابى، و تعتبر مسارا مخططا يوجه الأبعاد الاستراتيجية للنظام الصحى، ويشمل مجموعة من المقاييس والتدخلات المستهدفة.

ويوجد اتفاق نسبى على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحى، والتى تشمل ما يلي

(1):

- ينبغى أن يكون التغيير الحادث هيكليا (Structure) وليس سطحيا (incrémental).
- ينبغى أن تصاحب أهداف التغيير بتغيير فى المؤسسات وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.
- ينبغى أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
- ينبغى أن يشمل عدد كبير من المقاييس المتناسقة.
- ينبغى أن يكون المسار موجها من طرف سلطات وطنية أو/ وجهوية.
- ينبغى تكيف خصائص البلد مع التغييرات التى سوف تحدث.

كما أن إصلاح النظم الصحية فى الدول النامية يهدف إلى حل مشكلتين أساسيتين هما (2):

- نقص الموارد المخصصة لقطاع الصحة؛
- التسيير الجيد/ ترشيد النفقات

2- أنواع إصلاحات النظم الصحية

والجدير بالذكر أنه من المهم التمييز بين الإصلاحات المنبثقة من النظم الصحية وتلك المفروضة من الخارج (خاصة بعد الإصلاحات الاقتصادية والسياسية)، وذلك لأن هذه المقارنة تسمح بتقييم إصلاحات الصحة .

فالتغيرات المفروضة من الإجراءات الحكومية، والتي غالبا ما تكون بمساعدة أو ضغط المنظمات الدولية، لم تكن لديها أهداف خاصة أو صريحة لتطوير النظام الصحي، لكن كانت تهدف إلى تحقيق التوازنات الكلية. ويمكن لهذا النوع من التغيير أن ينتج تحسينات في النظام الصحي أو خلق ظروف مناسبة لترقية الصحة، لكن ذلك ليس دائما هدفه الصريح أو المباشر.

ويمكن للتغيرات المفروضة من الخارج أن تكون لها مصادر متنوعة نبرزها فيما يلي (3):

- **تغيير النظام السياسي والاقتصادي**، ومثال ذلك الاتحاد السوفياتي سابقا وأوروبا الشرقية مع سقوط جدار برلين.

- **تغييرات القطاع الصحي الناتجة عن إصلاح المؤسسات**، حالة حركة الديمقراطية السياسية في أمريكا اللاتينية. واعتبر هذا التغيير كاستجابة لأزمة الديون والحاجة لإقامة الديمقراطية بعد عشرات من الديكتاتوريات والنظم العسكرية. أخذت هذه التغييرات شكل تخفيض موازنات الدولة وإعادة تخصيص السلطات والموارد إلى المجالس البلدية والمقاطعات والمناطق.

- **التغيرات في قطاع الصحة الناتجة عن سياسات التعديل الهيكلي programmes d'ajustement structurel (PAS) (4)** وإعادة الهيكلة الاقتصادية والمالية، حالة برامج التعديل الهيكلي في أمريكا اللاتينية وإفريقيا، خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى 1990.

وكانت لأشكال التغيير أعلاه نتائج على البلدان التي حدثت فيها، والتي يمكن عرضها فيما يلي (5):

في دول الاتحاد السوفياتي سابقا وأوروبا الشرقية، كان للتغييرات الهيكلية السياسية والاقتصادية وزن سلبي كبير على ظروف الحياة وعلى المصالح الصحية. فتفكك القطاع العام والتمويل الجماعي للعلاج والدخول المفاجئ لقوى السوق وانتشار الفساد، أدى إلى تراجع الحالة الصحية للسكان. إضافة إلى ذلك خوصصة عرض الخدمات والسلع، والتي عممت على قطاع الصحة، في حين القدرة الشرائية للسكان وللدول تراجعت بصورة كبيرة.

أما النوع الثاني من الإصلاح المفروض من الخارج، نتج عن إصلاح المؤسسات التي قامت به أمريكا اللاتينية، والتي ترجمت عن طريق إجراءات اللامركزية خلال الفترة الممتدة من 1980-1990. وكانت النتيجة في أول الأمر تخفيض الأموال المخصصة لقطاع الصحة من طرف الجماعات المحلية. فاللامركزية في السينغال (6) تعتبر مثالا يجب تحليله، فبعد سنوات من الجهود لتحسين المناطق الصحية، قررت الحكومة لامركزية جذرية للسلطات والموارد العمومية، لكن بدون تعريف الجماعات

المحلية بكيفية تخصيص رؤوس الأموال وتسييرها. والنتيجة كانت سوء تنظيم كبير للعلاج وغياب كلي للاتصال ما بين المسؤولين المحليين للمصالح الصحية.

نوع آخر من الإصلاح المفروض من الخارج، وذلك عن طريق برامج التعديل الهيكلي (PAS) التي مست خاصة إفريقيا خلال سنوات الثمانينيات وبداية التسعينيات.

صممت برامج التعديل الهيكلي أساسا من طرف البنك العالمي Banque Mondiale وصندوق النقد الدولي Fond Monétaire International، وتشمل خفض العملات، تحرير التجارة، تخفيض النفقات العمومية من أجل مواجهة عجز الموازنة وميزان المدفوعات، وإجراءات الخصوصية وتوسيع دور السوق.

كان قطاع الصحة الضحية الأولى، حيث نتج عن ثبات النفقات العمومية والاجتماعية ارتفاع أسعار الأدوية والخدمات وتأزم مشاكل التغذية، توقف التوظيفات، وعدم تغير هيكل الأجور في الوظيف العمومي، مما أدى إلى زيادة النشاطات غير الرسمية في القطاع العام وخارجه. لكن في الوقت الحالي أدمجت برامج التعديل الهيكلي بعدا اجتماعيا، يهدف إلى التنبؤ بالآثار السلبية والاحتفاظ بالخدمات الأساسية الوقائية والعلاجية.

والجدير بالإشارة أنه بالإمكان التمييز بين نوعين من الإصلاح هما إصلاح كلي (شامل) وإصلاح جزئي، حيث يصيب الإصلاح الجزئي جزء من النظام (مركز استشفائي جامعي، مركز صحي...) أو نوع من السكان (حضري، شبه حضري) أو نوع من الخدمات (استعجالات، تطعيم...). وبالتالي، فهو يتعلق بإجراءات جزئية بدون برنامج موسع. أما الإصلاح الكلي أو الشامل، فهو ليس جمع بسيط لعمليات التجديد القليلة، وإنما هو مسار قطيعة مع النظام القديم، والسعي إلى تحقيق حركية جديدة، ويفترض وجود تحليل قبلي للمشاكل والقيود والإمكانيات المتاحة والآثار المحتملة.

ثانيا : إصلاح النظام الصحي في الجزائر.

تتناول هذه الفقرة أهداف مشروع الإصلاح وملفاته، بالإضافة إلى عرض أوجه قصور النظام الصحي وطرق معالجتها.

1- أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته

بتاريخ 17 جوان 2002، تغيرت تسمية وزارة الصحة والسكان، لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الشيء الذي يترجم إرادة السلطة السياسية لإدماج قطاع الصحة في حركية الإصلاح، والذي من المفروض أن تكون لديه نتائج ايجابية على جودة حياة المواطنين سواء كانوا مستعملين أو مقدمي الخدمات (7).

وسيتم التعرض لأهداف مشروع الإصلاح في الجزائر وملفاته من خلال العناصر الآتية:

1-1- أهداف مشروع الإصلاح في الجزائر.

لقد أورد التقرير التمهيدي(8) للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي تتمثل في الآتي (9):

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
 - ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
 - التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
 - إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
 - توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.
 - تحسين فعالية النفقات التي تخصص في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.
- ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفان أساسيان هما التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

1-2- ملفات مشروع الإصلاح في الجزائر

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تصوره على ستة ملفات، يمكن عرضها فيما يلي (10):

1-2-1- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج

تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، البائي، المالي والتنظيمي .

وتم التعرض بشكل واف إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

1-2-2- ملف الهياكل الاستشفائية

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حدّ سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي.
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص.
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار.

- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

1-2-3- ملف الموارد البشرية

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث إن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

1-2-4- ملف الموارد المادية

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل. والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل

الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين جميعها عناصر مكملة لهذا الملف.

1-2-5- ملف التمويل

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حالياً مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

1-2-6- ملف اشتراك القطاعات

نظراً لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة .

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدّة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أمّا بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثاً معمقاً على نتائج التحقيق الجاري حالياً، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة .

2- أوجه قصور النظام الصحي وطرق معالجتها

لم يعتبر التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، أنه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصاً المستشفى، وإنما قدم حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزاً، وتمس جوانب جد مهمة.

وفيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها (11):

2-1- الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تعزى إلى نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية؛

- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛

- مديونية ثقيلة؛

- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.
- وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:
- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ بالإضافة إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحيين مدونة الأعمال الطبية و التسعير.
- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد و ضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفية التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.
- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم و البحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعطاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.
- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقه مستقلة عن ميزانية المستشفى.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.
- وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها. وعلى هذا الأساس، توجد محاولات للتفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها .

2-2- الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين. وعلى هذا الأساس، يمكن إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدى كمايلي:

2-2-1- العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والموارد البشرية وتدابير معالجتها

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، يمكن عرضها كآتي :

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة النقل وغير فعالة.
- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
- تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
- نقص في صيانة العتاد الطبي.
- نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الإختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.

- تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للإختلالات السابقة كما يلي :

- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية وهياكلها غير الممركزة.
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفّز .
- توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.

- جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤوليتها.
- تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

2-2-2- العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات و تحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام، وهذا ما تسبب أساساً في ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعتهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة، وبالتالي اتخاذ تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمناهج المعروفة وتحديد المجالات التي يدرج فيها

الإعلام الآلي ومصاحبة هذه العملية بتطوير التكوين الضروري لذلك، بالإضافة إلى توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

2-2-3- العراقيل المرتبطة بالتكوين و طرق معالجتها

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي والخاص)، وذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادراً على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية وشبه الطبية.

- مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.

- كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية:

* إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.

* وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.

أما فيما يخص الممارسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.

* إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.

* جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطاً بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.

* وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين و/أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.

* مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الإهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء "جامعة لعلوم الصحة " في المستقبل القريب.

واستنادا على ما سبق، يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يتعين إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

ثالثا: الإصلاح الصحي في تونس:

لقد تم اختيار التجربة التونسية في مجال إصلاح النظام الصحي، نظرا للقرب الجغرافي والتشابه الثقافي، بالإضافة إلى الاعتماد على بعض المؤشرات الصحية (توقع الحياة عند الولادة، معدل الوفاة، نسبة ميزانية الصحة إلى الناتج الداخلي الخام)، والتي أثبتت أن تونس أفضل حال نوعا ما من الجزائر.

1- أهداف مشروع الإصلاح الصحي في تونس ومكوناته

سيتم التطرق في هذا العنصر إلى أهداف مشروع الإصلاح الصحي في تونس ومكوناته، كما يلي:

1-1- أهداف مشروع الإصلاح الصحي في تونس

يتكون النظام الصحي في تونس من ثلاثة قطاعات هي القطاع العام، القطاع شبه العام والقطاع الخاص. ويشمل القطاع العلاجي العام ثلاثة مستويات من حيث الاهتمام، وهي (12):

- المستوى الأول الذي يتكون من شبكة مراكز الصحة الأساسية، والمستشفيات المحلية.
- المستوى الثاني الذي يخص المستشفيات الجهوية والنهارية والمراكز الوسيطة.
- المستوى الثالث الذي يتكون من المستشفيات والمعاهد الجامعية.

وتمثل هدف إصلاح النظام الصحي في تونس في تحقيق كفاءة وجودة الخدمات المقدمة من طرف المستشفى العمومي، وذلك بتحسين الكفاءة الداخلية للمستشفيات الجامعية على أساس المعلومات المرتبطة بنشاطات وتكاليف العلاج، وهذا ما يسمح للسلطات العمومية بمراجعة تقسيم الأعباء المالية للنظام الصحي العمومي.

أما الأهداف الوسيطة الأساسية، فتتمثل فيما يلي:

- تحسين الكفاءة الداخلية للمستشفيات الجامعية عن طريق ترشيد التكاليف وتطوير جودة الخدمات،
- توفير المعلومات المتعلقة بالأنشطة وتكاليف الهياكل الاستشفائية للسماح بتغيير كفاءات توزيع الأعباء المالية للقطاع ما بين المصادر المؤسسية والمالية.

1-2- مكونات مشروع الإصلاح الصحي في تونس

لقد تم تقسيم إنجاز مشروع دعم إصلاح المستشفيات الى أربعة أجزاء هي (13):

- جزء مؤسساتي، والذي تم تجسيده عن طريق القانون 91-63 بتاريخ 29 جويلية 1991 الذي أنشئت بموجبه المنشأة العمومية للصحة، وحدة مستقلة لها شخصية مدنية، مدارة عن طريق القانون

التجاري، مسيرة عن طريق مجالس إدارية، ومدارة بواسطة مديريات عامة وتخضع لوصاية الدولة. بالإضافة الى ذلك، حولت المستشفيات، المراكز والمعاهد المتخصصة ذات الطابع الجامعي، بالتدريج الى منشآت صحية عمومية خلال أربع سنوات من 1992 إلى 1995.

- جزء تسييري، والذي يهدف الى وضع نظام معلوماتي للتسيير. وفي هذا الإطار وضع دليل موحد للإجراءات النمطية للتسيير، مجرب وموضوع حيز التطبيق، برمجيات الإعلام الآلي صممت ووجهت حسب البرمجة المتبناة داخل المنشآت الصحية العمومية المعنية.

وتطلب وضع واستغلال هذا النظام تنمية قدرات الموارد البشرية التي تعمل في المنشآت الصحية، بالإضافة الى جملة من عمليات التوظيف التي شملت مجموعة من الكفاءات المختلفة في المستشفيات المعنية كما خضع العمال والموظفين الجدد الى برامج تكوين مستمر وإعادة رسكلة مكثفة.

- جزء مخصص لدراسات تحضر لإصلاحات أخرى للنظام الصحي، والذي يهدف إلى ما

يلي:

* إصلاح نظام المساعدة الطبية المجانية الذي يعاني من عيوب ومشاكل كانت سببا في زيادة التكاليف.

* تحليل واقتراح بدائل الإصلاح لأنظمة التأمين على المرض العمومية منها والخاصة.

* وضع منهجية تطبيقية من أجل تحميل النفقات الاستشفائية على مختلف المصادر المؤسسية لتمويل العلاج الصحي.

* وضع المخططات التوجيهية الاستشفائية Plans directeurs Hospitaliers كأداة للتخطيط على المدى المتوسط، لتنمية المنشآت الاستشفائية الجامعية.

* وضع مخطط استراتيجي صحي، الذي يرسم توقعات التنمية على المدى الطويل لقطاع الصحة في إطار التحولات.

- جزء تأهيل الهياكل القاعدية وتحسين الخدمات، الذي يهدف مع برامج أخرى إلى تجديد المعدات الطبية، الأثاث والفندقة، بالإضافة إلى التهيئات التقنية للمستشفيات المعنية بالمشروع.

2- نتائج مشروع دعم إصلاح المستشفيات

وتمثلت نتائج مشروع دعم إصلاح المستشفيات فيما يلي (14):

2-1- الكفاءة

بينت مؤشرات تشغيل المنشآت الصحية العمومية تحسنا في الكفاءة حيث:

- سجلت النشاطات الاسعافية للمنشآت العمومية للصحة (الفحص الخارجي والمستعجل) زيادة سنوية متوسطة بنسبة 4% خلال الفترة الممتدة من 1992 إلى 1998.

- مثلت هذه النشاطات الاسعافية عمليات استشفائية قليلة، فالعلاقة بين إجمالي الفحوصات وعمليات القبول انتقلت من 8 سنة 1991 إلى 9 سنة 1998، وهذا ما يبين كفاءة عالية للفحوصات وانخفاض العمليات الاستشفائية الممكن تجنبها.
- زيادة حالة الاستشفاء خلال الفترة الممتدة من 1992 إلى 1998 بنسبة 2,5% سنوياً، مما سمح بتخفيض تدريجي لطوابير الانتظار، عن طريق تخفيض مدة الإقامة المتوسطة بيوم واحد ما بين سنة 1991 و1998، هذا ما يكافئ تجنيد 900 سرير إضافي في المنشآت الصحية العمومية.
- تطور استغلال القدرات الاستشفائية بزيادة في دوران الأسرة، حيث انتقل من 34 الى 36 مريض لكل سرير، وذلك خلال الفترة الممتدة من 1992 إلى 1998، في حين استقر معدل شغل الأسرة حول 76%.
- خضعت بعض التجهيزات الثقيلة لتنظيم معين يسمح من الاستعمال المشترك من طرف العديد من المنشآت، وفق برنامج محدد مسبقاً.
- تحسنت تغطية المستحقات لدى الغير، هذا ما سمح بجمع موارد إضافية.

2-2- الإنتاجية

يمكن تسجيل النتائج الآتية:

- كان تطور الموارد المالية ثابتا، بلغ 5% في المتوسط سنويا خلال الفترة 1992 و 1998، وبقي أصغر من الزيادات المتراكمة للنشاط، علما بأن هذه الأخيرة مكلفة جدا. بهذه الوتيرة، نجحت عدة منشآت صحية عمومية في القضاء على عجزها السابق أو تقليله (42% من موازنات التشغيل سنة 1992 و 27% فقط سنة 1998) ومواجهة النشاط الجديد المكلف جدا بالتحسين التدريجي لظروف التكفل بالمرضى.

- لم تتطور الموارد البشرية المجنّدة في المراكز الصحية العمومية إلا بنسبة 2,3% سنويا من سنة 1992 إلى سنة 1998، وإذا أقصينا العمال المسيرين، هذه الزيادة تصبح فقط 1,9%، في حين زاد النشاط بنسب كبيرة جدا. هذا ما يدل على تنظيم أفضل للخدمات العلاجية وتحسين إنتاجية الطاقم المعالج.

2-3- الجودة

يمكن تسجيل نتائج الجودة كما يلي:

- لم تعرف مؤشرات متابعة جودة خدمات العلاج في المنشآت الصحية العمومية، هذا ما لا يسمح بالقيام بتقييم كلي للجودة وتطورها عبر الزمن، في كل مرة يسجل تحسنا في ظروف الاستقبال، الإقامة والفندقة وتسيير فضلات المستشفيات، وذلك بفضل وضع حيز التطبيق أنشطة خاصة بالتكوين والتحسيس.

- لم تحدد ضخامة ردود أفعال السكان حول إصلاح المستشفيات وفق قاعدة علمية للمقاربة، خاصة على مستوى اختيارهم وإشباعهم.

وبالمقابل لم تكن هناك ردود أفعال سلبية صريحة حول إجمالي مسار الإصلاح.

2-4 - التمويل وتقاسم الأعباء

يمكن ذكر النتائج المتعلقة بالتمويل وتقاسم الأعباء فيما يلي:

- خففت وسمحت دراسات إصلاح آليات التمويل التي توقعها المشروع من تجسيد الأفعال التي قادتتها الحكومة، والتي ترجمت بمراجعة النصوص القانونية التي تعيد تنظيم مجانية العلاج وتسعيرات العلاج المخفضة والإدخال التدريجي، منذ 1996، لفوترة العلاج الإسعافي والاستشفائي لمن لديهم تأمين اجتماعي، هذا المسار سمح من تجنيد موارد إضافية لفائدة المنشآت الصحية العمومية.

أما ما تعلق بتمويل موازنات تشغيل المنشآت الصحية العمومية (بدون أخذ أجور العمال) ، فقد سجل انخفاضا تدريجيا لحصة موازنة الدولة وزيادة حصة صناديق الضمان الاجتماعي والحصيلة الخاصة.

- شهدت أجور عمال المنشآت الصحية العمومية، ممولة إجمالا من طرف الدولة، زيادات متتالية ناتجة عن زيادة عدد العمال وإلى التعديلات السنوية للأجور، إلا أنها انخفضت مقارنة بالموازنة العامة

للمنشآت الصحية العمومية (تدمج الأجور) تدريجيا، بحيث انتقلت من 60,8% سنة 1992 الى 53,4% سنة 1998.

3- تقييم نتائج مشروع إصلاح المستشفيات في تونس

بعد استعراض نتائج مشروع إصلاح المستشفيات بتونس، فإن توافق نشاطاته مع أهدافه، يطرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بما يلي(15):

- قرار تركيز مجهود المشروع حول إصلاح المستشفى، بدون توقع في نفس الوقت تطور نشاط الوصاية، عن طريق تنظيم أكثر ملاءمة وعن طريق تدعيم قدراتها في مجالات التخطيط، البرمجة، التقييم والمراقبة.
- ولدت هذه المقاربة، التي تركز على إرادة تركيز كل الموارد في المستشفى، تباعدا ما بين توقعات المؤسسات الصحية العمومية والوصاية في تطور علاقتهما.
- درجة الاستقلالية الممنوحة للمنشآت الصحية العمومية، خاصة الاحتفاظ بعمالها تحت قوانين الوظيف العمومي، مسيرة عن طريق الإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية، والتي تواصل كذلك في تسيير أغلبية استثماراتها ومعدات الكبرية.
- أسهم التحضير الضعيف للإدارة المركزية والمستشفيات لتولي أدوارها الجديدة في الحد من تطبيق الاستقلالية قانونيا.
- اقتصار المشروع على جوانب تسييرية محضة دون تحضير إجراءات خاصة لتسيير العلاج والتحسين المستمر للجودة. تبقى هذه المقاربة جيدة، حيث كان ينبغي أولا تدارك التأخير الهام والمتراكم من طرف المكونة التسييرية لنظام العلاج، والتي لم تتطور بنفس وتيرة مكونات العلاج الطبي والتمريضي.
- التعليمات المحدودة نسبيا لمجلس إدارة المنشآت الصحية العمومية، رئاسته النظامية عن طريق ممثل وزارة الصحة العمومية، وكون المدير العام لا يشكل طرفا، لا بد على المشروع أن يكون حذرا عند انطلاق مسار الاستقلالية، بإنشاء أولا حوار منظم ما بين مجلس الإدارة والوصاية، وتجنبا للمدير العام من وضعية صراع ما بين المجلس والسلطة الهرمية. كما أن نشر مشروع مراجعة تنظيم المنشآت الصحية العمومية سيسمح بإعادة النظر في مهام وتركيبية مجلس الإدارة
- كل مؤسسة صحية عمومية لها لجنة طبية أو علمية استشارية، يشارك فيها المدير العام أو ممثله، بينما يرى المشرع ضرورة السهر من أجل التقييم الدوري للكفاءة وفعالية تشغيل جميع المصالح. وتقوم بإعداد تقرير سنوي متعلق بالتقييم التقني والاقتصادي للعلاج. في حين لم يتم تناول وسائل وإجراءات وضع حيز التطبيق هذه الامتيازات، وهناك أفكار تم اقتراحها من أجل إعادة فحص مكانة وكيفيات تشغيل اللجنة الطبية.

إذا كانت الآراء موزعة حول الجدولة المثلى لوضع هذه المقاييس حيز التطبيق، فهناك إجماع على ضرورة متابعة الإصلاح من أجل إعطاء المستشفيات استقلالية أكبر وإطار محفز ومقبول وتدعيم دور الوصاية كونها ضابطا للنظام.

وفي هذا المعنى، طبقت عدة مقاييس ، يذكر منها:

- منذ 1998، تم إدخال عقود الأهداف ما بين المنشآت الصحية العمومية والوصاية، والتي تهدف إلى تطوير علاقة تعاقدية مؤسسة على أداء المنشآت، والذي سيصبح الأداة الأساسية للتفاوض حول تجنيد الموارد.

- إعداد مقاييس بهدف تسهيل تطور دور الإدارة المركزية، وذلك بمراجعة الهياكل التنظيمية للإدارة الجهوية والإدارة المركزية وكذا نظام المعلومات.

- مراجعة أنماط تسيير الموارد البشرية، عبر قوانين الإطارات الجهوية، والذين يغيرون الأدوار المختصة بالإدارة المركزية ومديرية المنشأة الصحية العمومية والمستشفيات الأخرى.

- مراجعة كفاءات تسيير الاستثمارات والتجهيزات على أساس المخططات التوجيهية للمستشفيات وعقود الأهداف التي تم التفاوض عليها وإثباتها من طرف الوصاية.

الخاتمة:

انطلاقا من العرض السابق، يتبين جليا أن النظام الصحي في الجزائر يعاني من عدة نقائص، تشكل بؤرا لأزمة القطاع الصحي في الجزائر ، والتي يمكن عرضها فيما يلي:

- نقائص تتعلق بعدالة توزيع الرعاية الصحية وإتاحة فرص الحصول عليها، والتي تتمثل فيما يلي:

* هناك تفاوت جغرافي بالنسبة لوفيات الرضع والأطفال والأمهات، وحتى في توزيع الموارد البشرية.

* عجز المؤسسات الصحية العمومية من تتبع تطور طلب العلاج.

- نقائص تتعلق بكفاءة الإدارة والانتفاع وتوظيف القوى البشرية والخدمات السريرية، والتي تتمثل

فيما يلي:

* يمتاز تسيير المصالح الصحية بمركزية مفرطة وغير مرنة.

* أدى غياب الاستقلالية في التسيير والإدارة وتنظيم المصالح الصحية إلى زيادة التكاليف.

* تتجزأ الخدمة الصحية إلى هيئات محدودة الروابط والتعاون فيما بينها.

* حركة كبيرة للأخصائيين نحو القطاع الخاص.

* القطاع العام هو المستخدم الرئيسي للعمالة البشرية، طبقا لقوانين وقواعد التوظيف الجامدة، والتي لا تتمتع بتشجيع وحفز السلوك الأفضل ولا بالمرونة المطلوبة لتوزيع العمالة بكفاءة وتشغيلها باقتدار.

- نقائص التمويل والتي تتمثل فيما يلي:

* تبقى نفقات الصحة ضعيفة كنسبة من الناتج الداخلي الخام مقارنة بدول الجوار.

* تغيير النمط المرضي من طابع الأمراض المعدية إلى طابع الأمراض غير المعدية، ترتب على ذلك ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية المستهدفة لتغطية زيادة الحوادث، والتحول إلى تلك النوعية من الأمراض. * يؤدي عدم كفاية الموارد من ناحية، وغياب نظام لترشيد إنفاق الموارد إلى انعكاس نتائج الأداء غير المحدود على الجودة.

* يتم منح الأغلفة المالية للمؤسسات الاستشفائية على أساس عدد الأسرة.

ومن أجل إنجاح مشروع الإصلاح ينبغي مراعاة النقاط أدناه:

- إشراك المتعاملين - خاصة الطاقم الطبي - في تصميم الإصلاح من أجل تسهيل العملية.
- إشراك كل المتدخلين والاهتمام بهم سواء على مستوى إدارة وزارة الصحة العمومية أو الدوائر الأخرى، الشيء الذي سوف يسهل عملية التطبيق لاحقاً.
- تحديد بلغة مفهومة للجميع الأهداف الاستراتيجية والعملية لكل برنامج إصلاح، بدءاً من التصميم ومعايير تقويم الوصول إلى الأهداف. فالتقويمات الدورية الفعالة يمكن أن تصاحبها تصحيحات ضرورية للتغيرات غير المتوقعة من محيط الإصلاح أو أي مكون من مكوناته.
- التنبؤ مسبقاً بأنماط التغيير من أجل تحديد جيوب مقاومته.
- تحليل المحيط القانوني لكل إصلاح في قطاع الصحة من أجل اجتناب المفاجآت والتي قد تحد من تحقيق بعض الأفعال المرتقبة.
- كل إصلاح مؤسسي يمس مقدمي الخدمات العمومية للعلاج يجب أن يكون في نفس الوقت مع إصلاح تنظيمي للصيانة، حيث من الصعب إصلاح المستوى العملي دون المساس بالمستوى الاستراتيجي.
- تحديد استراتيجية إيصال وإعلام وتحسيس بمجرد تصميم الإصلاح وذلك بتحديد الفئة المستهدفة والوسائل، بالإضافة للموارد البشرية الواجب تجنيدها بهدف التنفيذ.
- يعتبر اختيار الأفراد الذين سوف يسيرون ويتابعون وضع الإصلاحات مهما جداً، حيث يجب أن يتم هذا الاختيار على أساس معايير التعهد والتحفيز والكفاءات التقنية للتسيير.
- ضمان استقرار أدنى للفرق في الهياكل، وعلى مستوى إدارة الصحة والدوائر الأخرى المعنية.

التهميش:

(1) Miloud Kaddar, Les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tirés des expériences des dix dernières années

[http://www. Santé. Gov.ma/sm sm/cmm_web/les_reformes_des_systemes.htm](http://www.Santé.Gov.ma/sm sm/cmm_web/les_reformes_des_systemes.htm)

(date de consultation 22/10/2006)

(2) Abdelmouaim Aboussad, Equité et réforme du système de santé, janvier 2002

[http://www. Santetropicale.com/SANTEMAG/maroc*aboussad0102.htm](http://www.Santetropicale.com/SANTEMAG/maroc*aboussad0102.htm) (date de consultation 2/05/2007)

(3) Miloud Kaddar, Op.cit

(4) لمزيد من التفصيل أنظر:

- Foued Cheriet, "Effets de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé: quelques difficultés méthodologiques en matière d'évaluation, de réforme en réforme: un système de santé à la croisée des chemins", CREAD, Janvier 2006, p33

(5) Miloud Kaddar, Op.cit

(6) لمزيد من المعلومات تفحص الموقع التالي:

<http://www.gipspsi.org/GIP8FR/content/download/2970/25248/version/1/file/sé négal.pdf>

(7) ثم إثراء هذا التقرير باستغلال مساهمات الاجتماعات الجهوية الاثنى عشرة التي نظمت بين 10 و 17 ديسمبر 2002، والتي سبقتها عدة لقاءات ولأينية حضرها عدد من أعضاء المجلس. وسجلت أعمال هذه الاجتماعات في الموقع:

<http://www.reformaster.santé.dz> (date de consultation 25/9/2006)

(8) Abdelhak Saihi, "Le système de santé publique en Algérie", Revue "Gestions hospitalières", la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006

(9) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

(10) *Les 6 dossiers de la reforme hospitalière*

<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm> (date de consultation 18/11/2006)

(11) Assistance sociale dans la région Méditerranéenne, Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Algérie.

<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/unpan018927.pdf> (date de consultation 02/2/2007)

(12) المؤشرات الصحية

<http://www.alkhadra.com/society/index.html>(date de consultation 13/7/2007)

(13) Hédi Achouri, *le Projet D'appui à la reforme Hospitalière Objectifs, implémentation,Résultas et enseignement*, 30eme congres Médical Maghrébin.

[http:// www ibn Sina.promed. Com tu/Avicenne/médecine/congres/ Rapport.asp](http://www.ibnSina.promed.Com/tu/Avicenne/médecine/congres/Rapport.asp)(date de consultation 28/5/2007)

(14) *Idem*

(15) *Ibid*

قائمة المراجع

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي

للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

- Aboussad Abdelmouaim, *Equité et réforme du système de santé*, janvier 2002

[http://www.](http://www.Santetropicale.com/SANTEMAG/maroc*aboussad0102.htm)

[Santetropicale.com/SANTEMAG/maroc*aboussad0102.htm](http://www.Santetropicale.com/SANTEMAG/maroc*aboussad0102.htm)(date de consultation 2/05/2007)

- Achouri Hédi, *le Projet D'appui à la reforme Hospitalière Objectifs, implémentation,Résultas et enseignement*, 30eme congres Médical Maghrébin.

[http:// www ibn Sina.promed. Com tu/Avicenne/médecine/congres/ Rapport.asp](http://www.ibnSina.promed.Com/tu/Avicenne/médecine/congres/Rapport.asp)(date de consultation 28/5/2007)

- Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, *Assistance sociale dans la région Méditerranéenne*, Algérie

<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/unpan018927.pdf>(date de consultation 02/2/2007)

- Cheriet Foued, *Effets de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé: quelques difficultés méthodologiques en matière d'évaluation*, de reforme en reforme: un système de santé a la croisée des chemins, CREAD, Janvier 2006

- Kaddar Miloud, les reformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tires des expériences des dix dernières années