

جامعة الجيلالي بونعامة

خميس مليانة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم التجارية

موضوع :

تطور قطاع الصحة في الجزائر بين الواقع والمأمول

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية

تخصص: تسويق خدمات

إعداد الطالبين:

نجماي عبد الرحمان

أوشبر عيسى

إشراف الأستاذة: بن فريحة نجاة

لجنة المناقشة

الصفة

اسم ولقب الأستاذ

رئيسا

سونة عبد القادر

مشرفا ومقررا

بن فريحة نجاة

ممتحنا

وراد حسين

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنارنا لنا درب العلم والمعرفة وأحاثنا على أولادنا الوالدين ووفقنا في

إنجاز هذا العمل

لتوجهه بجزيل الشكر والإستغفار إلى كل من ساعدني

من قريب أو بعد في إنجاز هذا العمل

وفي تذييل ما وجهته من صعوبات وأخص بالذكر الأستاذة المسترفة

الأستاذة بن فريحة نجاة

التي لم تبخل على توجيهاتها ونصائحها

التي كانت عوناً لي في إتمام هذا البحث

كما أتقدم بالشكر إلى جميع الأساتذة الذين رافقوني في المسوار الدراسي

الإعتراف

أهدى هذا العمل المتواضع إلي من شاركوا في رحمة الحياة،
فأضأ، ولإلى الطريق، عندما انطفأت سوره ومنحوني الأمل
حينما حصفت بي رباح اليأس،
وحنوني عن الدوا، عندما أصابني الداء،
وصنعوا لي مظلة النجاة بدعواتها
التي كانت صدق في أذني ونبؤ في جياتي أسمى رحمها الله وأبى رحمه الله
سأكرين وحامدين الله دائما.
وإلى من كانت فرحتهم فرحتي،
ونظراتهم نظرتي، وحبهم لهم جياتي إخوتي.

الاهل

اللى من قال فيها تعالى " وقل ربى ارحمهما كما ربياني صغيرا "

اللى الجوهره التى لا تقدر بتمن والربى الحبيبه التى لا زلت انعم بحنانها وانلمس بركات

وحوانها اسأل الله تعالى ان ينسا فى ذلك يرزقنى به

اللى الغالى الذى لم يكره الزمن والربى العزيز مثال القدره الصالحه والموجه

بأقواله وافعاله اطال الله عمره ورزقنى به، اسأل الله ان يرزقها خير ما رزق اهل الدنيا

وخير ما رزق اهل الجنة وان يجعلنا خير ابناء لخير ابا،

اللى كل افراد عائلتى كبيراً وصغيراً

اللى من رزقنى الله بهم نعمة وتعلمت منهم الكثير اصدقائى واحبابى

اللى كل من وعظنى وشجعنى وقرح لى يد العوف والمساعده من قريب ومن بعيد ممن لم

ينسى لى ذكر اسمائهم الاحتراف لهم بالجميل اليهم جميعاً اهلى هذا البحث المتواضع سائله

المولى سبحانه ان يجعله خالصاً لوجه الكريم

عيسى

فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان
	إهداء
	شكر
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
أ	مقدمة
الفصل الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر	
09	تمهيد
10	المبحث الأول: واقع الصحة في الجزائر
10	المطلب الأول: تعريف الصحة والنظام الصحي
13	المطلب الثاني: مراحل تطور النظام الصحي الجزائري
18	المطلب الثالث: أسس النظام الصحي الجزائري
22	المبحث الثاني: واقع إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
22	المطلب الأول: المعوقات الداخلية والخارجية لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
31	المطلب الثاني: مبادئ وأهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
37	المطلب الثالث: تخطيط الخارطة الصحية في الجزائر

40	المبحث الثالث: عرض الدراسات السابقة والقيمة المضافة
40	المطلب الأول: عرض الدراسات السابقة
48	المطلب الثاني: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة
52	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني: الإطار التطبيقي
54	تمهيد
55	المبحث الأول: المؤسسة الاستشفائية العمومية خميس مليانة.
55	المطلب الأول: تعريف المؤسسة الإستشفائية خميس مليانة
55	المطلب الثاني: أهداف ومهام المؤسسة العمومية الاستشفائية:
56	المطلب الثالث: التنظيم الهيكلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية خميس مليانة
61	المطلب الرابع: الإيرادات والنفقات العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية خميس لسنة 2011
64	المبحث الثاني: واقع المنظومة والخدمات الصحية في الجزائر 2010-2020
64	المطلب الأول: تطور الخدمات الصحية الجزائرية 2010-2020
66	المطلب الثاني: مؤشرات تطور الخدمات الصحية في الجزائر
71	المطلب الثالث: الوضعية الصحية والخدمات الصحية بالجزائر
72	خلاصة الفصل الثاني
74	خاتمة
	قائمة المراجع

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تطور عدد الأطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر (2010-2020)	66
02	تطور المنشآت القاعدية الصحية من الجزائر.	67
03	المنشآت القاعدية خارج المستشفيات (2010-2020)	68
04	المنشآت الصحية الخاصة 2013-2020	69
05	عدد الأطباء قطاع النشاط (2013-2020)	70

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
61	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية	01

مقدمة

كل السياسات سواء الشاملة منها أو القطاعية ترتكز أساسا على الفرد، فهو المحرك الأساسي لها، فنجاحها أو فشلها في تحقيق أهدافها مرتبط بقدرة الفرد على العمل أو النشاط المنتج.

عموما يعتبر الفرد المحرك الرئيسي، وفي نفس الوقت الهدف الرئيسي لأي سياسة تعتمدها الدولة، فلقد إهتمت كل الدول بصحة أفرادها ولكن بأساليب وأنظمة مختلفة وفقا لما تتوفر عليه من إمكانيات مادية وبشرية وتقنية، والجزائر إحدى هذه الدول التي إهتمت كل الإهتمام بصحة وسلامة أفرادها وذلك مباشرة بعد إسترجاع السيادة الوطنية بعد قرابة قرن ونصف القرن من همجية الإستعمار الفرنسي الذي إتخذ كل الأساليب في سبيل تجويع وتمريض الشعب الجزائري.

غداة الإستقلال إتخذت الدولة الجزائرية النهج الإشتراكي لنظامها السياسي والإقتصادي كقطيعة مع النظام الليبرالي الإستدماري الفرنسي، وعلى أساس ذلك كان من الضرورة إستبدال الشكل الصحي الإستعماري الموروث بشكل آخر يختلف عنه في عناصره وأهدافه، في هذه المرحلة بالذات كان على الدولة الجزائرية إتخاذ إجراءات إستعجالية من أجل القضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة التي كانت سائدة في المجتمع الجزائري بشكل رهيب، هذه الوضعية الصحية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية كانت السبب الرئيسي للوفيات والإعاقات خاصة منها وفيات الأطفال.

ولأجل ذلك عمدت الدولة الجزائرية إلى إنشاء أول وزارة للصحة في عهد حكومة أحمد بن بلة، ثم وزارة الشؤون الإجتماعية في عهد حكومة أحمد بن بلة الثانية، ثم وزارة الصحة والمجاهدين والشؤون الإجتماعية في عهد حكومة أحمد بن بلة الثالثة، ثم وزارة الصحة العامة في عهد حكومة الهواري بومدين والتي شكلت يوم 10 جويلية 1965، لتحقيق هدفين رئيسيين هما: إعادة توزيع المؤسسات الصحية بما فيها الأطباء والمرضين على جميع جهات الوطن بحيث يسمح للمواطنين الإستفادة من العلاج بشكل متساوي، والهدف الآخر هو محاربة الأمراض والأوبئة المتنقلة مثل مرض السل والتيفويد والتهاب السحايا... الخ. حيث إعتمدت في هذا الشأن عدة برامج كانت موجهة إلى الفئات المحرومة، في هذه المرحلة تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال وبعد ذلك تم تأسيس ما يسمى بالصحة العمومية، وهذا المفهوم هو لب جل السياسات الصحية التي إعتمدتها الجزائر في سبيل تأمين السلامة الصحية لكل الأفراد من جهة، وكتعبير للقرار السياسي الذي يبين النهج السياسي والإقتصادي الذي تبناه النظام السياسي الجزائري.

وعليه فقد مرت سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل مختلفة منذ الإستقلال إلى يومنا هذا، كانعكاس للظروف التي سادت في كل مرحلة على حدى، سواء الظروف السياسية والإقتصادية وحتى الإجتماعية والبيئية، ولكل سياسة عناصرها وأهدافها، إلا أن الهدف الرئيسي هو حماية صحة الأفراد بشكل عام، فأهم عنصر فيها هو الفرد وأسمى هدف فيها هو صحة الفرد.

مقدمة:

و بإعتبار أن المنظومة الصحية هي مجموعة من الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية، يقوم على تسييرها أفراد ذوي مهارات وتخصصات مختلفة، ويعتبرون المحرك الرئيسي لها، أصبحت هذه المنظومة تواجه مشاكل وصعوبات في تحقيق الأهداف الرامية إلى تحسين الخدمات الصحية التي يستفيد منها المواطن الجزائري، وهذه الصعوبات تخص التنظيم الإداري والبيروقراطي من ناحية، والتسيب الذي أصبح يميز معظم المنظمات الصحية في الجزائر، وصعوبة الإتصال بين مختلف الشرائح المكونة لهذه المؤسسات والمحيط الخارجي لها، وهذا ما وسع في الهوة بين المواطن (الذي يعتبر الزبون بالمفهوم الإقتصادي) والمؤسسات الصحية بكل أشكالها المكونة للمنظومة الصحية.

ولقد إتضح مع مرور السنوات أن المنظومة الصحية في الجزائر، لا تستطيع تحسين وتطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن رغم المجهودات المبذولة في سبيل ذلك من طرف السلطات العمومية، والسبب في ذلك هو أن الأفراد أو الموظفين في هذه المؤسسات لم يعودوا مهتمين بتقديم أقصى ما لديهم من مجهودات في أداء مهنتهم، بدعوى أن الظروف الإجتماعية والإقتصادية وحتى الظروف المهنية التي تميز حياتهم المهنية بصفة عامة لم تعد تشجعهم على ذلك، الأمر الذي أدى إلى تدهور قطاع الصحة بصفة عامة.

ومن هذا المنطلق سنحاول التعرض إلى هذه المشاكل المطروحة بحددة في قطاع الصحة، وهذا ما يدل على أن سياسة إصلاح المنظومة الصحية هي جزء من الإصلاحات العامة والشاملة التي باشرتها الحكومة على أكثر من مستوى، وسنقوم بتحليل هذه السياسة، مع الإهتمام أكثر بالإشكالية المطروحة سابقا، وإيجاد العلاقة بين تدهور الخدمات الصحية في المنظومة الصحية الوطنية، وتدهور الأوضاع المهنية والإجتماعية للمستخدمين الأجراء في هذا القطاع الذي يعتبر الحلقة الرئيسية في نظرنا في سبيل تحقيق التنمية المستدامة.

وعليه سنتناول سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر من جانب التحليل الاقتصادي دون إهمال الجانب القانوني والإجتماعي للدراسة، وكشف الرهانات السلطوية لهذه السياسة، وإبراز مدى الإهتمام الذي توليه السلطات العمومية لقطاع حساس كقطاع الصحة، والمجهودات المبذولة في سبيل تحقيق الأهداف الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية للسكان، وذلك من خلال إصلاح المنظومة الصحية وجعلها تتماشى والتغيرات التي طرأت على المجتمع الجزائري في كل المجالات السياسية والإقتصادية والإجتماعية.

2. إشكالية البحث:

وعليه يمكن طرح الإشكال التالي:

ما مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة في الجزائر، وما مدى مطابقتها لنتائجها للأهداف المعلنة؟

و على ضوء هذه الإشكالية الرئيسية يمكن وضع بعض التساؤلات الفرعية:

مقدمة:

- ما هو موقع سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة ضمن الإصلاحات الشاملة التي إتبعتها الدولة في سبيل الوصول إلى التنمية المستدامة؟

- ما هو دور النظام الصحي الجزائري في تحقيق أهداف السياسة الصحية المنتهجة؟

- هل الموارد المادية والبشرية التي وفرتها الدولة كافية لتحقيق وتحسين السلامة الصحية لأفراد المجتمع ؟
- أين تكمن مكانة الفرد ضمن هذه السياسة باعتباره المحرك الرئيسي لها من جهة وباعتباره الهدف الرئيسي من جهة أخرى ؟

- ما طبيعة العلاقة التي تربط بين مختلف العناصر المكونة للمؤسسة الصحية العمومية؟

3. فرضيات البحث:

للإجابة على التساؤل الرئيسي وكذلك الأسئلة الفرعية قمنا بصياغة بعض الفرضيات العلمية التي سنحاول الإجابة عليها في هذه الدراسة وهي على الشكل التالي:

- تحقيق الأهداف المرجوة من أي سياسة صحية هو ضرورة وجود نظام صحي عصري ومرن.
- تحسين الجودة في تقديم الخدمات، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية، يرتكز أساسا على مدى جودة النظام الصحي القائم.
- إصلاح المنظومة الصحية في جانبها المادي والتقني على حساب تحسين ظروف عمال القطاع لا تؤدي إلى تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها السياسة الصحية.

يعد الأفراد ركيزة أي إصلاح تقوم به أي دولة في سبيل الوصول إلى تحقيق الإستقرار والتنمية المستدامة

4. أهمية الدراسة:

إن الموضوع محل الدراسة يكتسي أهمية كبيرة من جانبيين رئيسيين: الأهمية العلمية والأهمية العملية وستنطرق إلى كل جانب على حدى.

الأهمية العلمية: تظهر الأهمية العلمية لموضوع "تطور قطاع الصحة في الجزائر بين الواقع والمأمول"

في كونه أحد الموضوعات الهامة التي تم إحاطتها بالرعاية والبحث من قبل الباحثين والمتخصصين في مجال السياسة العامة، وأخص بالذكر الدول المتطورة في أوروبا وآسيا والقارة الأمريكية، مع أن السياسات العامة هو تخصص حديث إلا أنه حقق قفزة علمية في جميع مناحي الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية، خاصة السياسات العامة الصحية، مع إستعمال الوسائل العلمية التي تقوم على توظيف المداخل والمناهج الملائمة.

فصحة الأفراد كظاهرة ومالها من إنعكاسات سياسية وإجتماعية وحتى إقتصادية، أثارت إهتمام العديد من الهيئات الوطنية والدولية والحكومية وغير الحكومية والمؤسسات التعليمية (الجامعات والمعاهد العلمية

مقدمة:

المتخصصة) ورجالات السياسة والإقتصاد الذين قاموا بإجراء دراسات وإصدار أبحاث ونشرات تختص بمختلف أبعادها وإنعكاساتها على مختلف المجالات الحياتية، وبشأن ذلك عقدت عدة لقاءات ومؤتمرات وطنية ودولية حول أهمية صحة الأفراد بشكل عام، ومالها من علاقة بجميع مناحي الحياة الأخرى وتأثير ذلك على صحة الأفراد بشكل خاص.

نجاح أو فشل السياسات العامة الصحية يكون من خلال مقارنة نتائجها بالأهداف التي تم برمجتها أثناء عملية صنع هذه السياسة وهنا تكمن أهميتها العملية، فالقضاء على المشاكل الصحية التي يتخبط فيها المواطن الجزائري، لا يكون عن طريق سلوكيات أو أعمال فردية غير ممنهجة وغير قائمة على أسس علمية أو ما يسمى بالإصلاحات الترقيعية، ولكن عن طريق وضع سياسة صحية قائمة على مؤشرات ومقاييس تتصل بالإنفاق والموارد الصحية والتنظيم الإداري والصحي في الدولة، وإدراك مشكلاتها الأساسية مما يسمح بتحقيق أفضل النتائج، وهو تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للسكان.

فكل الإصلاحات الترقيعية التي قامت بها السلطة الوصية أدت إلى المزيد من المشاكل التي مازال يتخبط فيها المجتمع الجزائري من سوء في تسيير المنشآت الصحية كالمستشفيات... الخ، وعدم وجود الإهتمام اللازم بالمشاكل التي يعاني منها الأطباء والممرضون والإداريون، خاصة الجانب الإجتماعي منها ، ويبقى المواطن الجزائري بين "مد وجزر" حيث يسير في متاهات مظلمة، من جهة الظروف الإجتماعية القاسية من فقر ومرض، وعند ذهابه إلى الطبيب لا يجد العناية اللائقة به كإنسان له الحق في الحياة والعيش الكريم، وزبدة القول أن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر لا بد وأن تكون قائمة على أسس علمية وأخلاقية كفيلة بتخطي هذه العقبات، التي تقف حاجزا في سبيل تطوير قطاع الصحة في الجزائر، وهو الهدف الذي نسعى من وراءه من خلال هذه الدراسة، بحيث نحاول الوقوف على حالة قطاع الصحة في الجزائر والتعرف على أسباب فشلها وتقديم الحلول والبدائل الممكنة، وهكذا يمكن تعميم النتائج، وتصحيح المسار الذي وضعت من أجله هذه السياسة.

5. أهداف البحث:

الهدف من هذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر (سياسة إصلاح المنظومة الصحية) في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2020 وذلك من خلال دراسة تحليلية لعملية الإصلاح المنتهجة في هذه الفترة، وعليه يمكن إبراز أهم أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:

- إبراز مدى أهمية قطاع الصحة في الجزائر على جميع المستويات (المستوى السياسي والإقتصادي والإجتماعي).
- محاولة تحليل سياسة إصلاح المنظومة الصحية موضوع البحث والدراسة خلال الفترة المذكورة وذلك بتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، والتركيز على الإيجابيات ومحاولة تصحيح الأخطاء وإيجاد البدائل الممكنة.
- محاولة فهم وتحليل العلاقة التي تربط المواطن مع النظام الصحي القائم.

مقدمة:

- إبراز أهمية المجال الصحي في علاقته بالمجالات المكملة الأخرى السياسية والاجتماعية والإقتصادية.
- ضرورة تحسين الظروف الاجتماعية والإقتصادية للسلك الطبي والشبه الطبي والإداريوالمهني القائم على تسيير هذا القطاع وذلك من أجل القضاء على التهاون واللامهنية التي أصبح يتميز بها النظام الصحي الجزائري.

6. أسباب اختيار الموضوع:

- تأتي هذه الدراسة كمحاولة لإبراز أهمية الصحة وأبعادها وإنعكاساتها على مختلف المجالات الإقتصادية والاجتماعية والسياسية.
- وعليه سنتناول دراستنا هذه إعتبارا للمبررات التالية.
- محاولة إبراز مدى نجاح أو فشل سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة خلال الفترة المدروسة، ومعرفة الأسباب والمعوقات التي حالت دون الوصول إلى النتائج المرجوة.
- إلقاء الضوء على ظروف العمل التي تميز هذا القطاع، ومدى تأثيرها على صحة الأفراد الذين يطلبون العلاج من ناحية والسلك الطبي والشبه الطبي والإداريين والمهنيين من ناحية أخرى.
- سوء التسيير والتنظيم الذي يميز النظام الصحي في الجزائر من خلال بعض الزيارات التي قادتنا إلى بعض المؤسسات الإستشفائية العمومية، وإنعدام النظافة والتهاون المسجل من طرف مستخدمي قطاع الصحة، عدم إحترام أوقات العمل، وحتى الجهوية في تقديم العلاج، كل ذلك دفعنا إلى إجراء هذه الدراسة.
- إنعدام الأدوية لدى بعض المستشفيات والصيدليات، وإرتفاع ثمنها في بعض الأحيان أثر بشكل سلبي على المواطن خاصة الذي لا يملك التأمين اللازم لذلك.
- الإضرابات والتوقفات عن العمل التي تحدث هنا وهناك من طرف الأطباء والمرضين والإداريين كرد فعل على الظروف المعيشية التي يمرون بها، والتي يرون أنها لا تسمح بالعمل الجاد والمثمر.
- تعقد العلاقة بين المواطن والنظام الصحي من جهة والمواطن والضمان الإجتماعي من جهة أخرى، والبيروقراطية السلبية في تقديم التعويض عن الأضرار.
- المساهمة ولو بالشيء القليل في إثراء أدبيات تحليل السياسات القطاعية من خلال قطاع الصحة في الجزائر.

7. حدود الدراسة:.

سنتعرض إلى حدود إشكالية الدراسة المتداولة في كل الدراسات الوصفية الميدانية، وهي الحدود الجغرافية، والحدود الزمنية.

أ - **الحدود الجغرافية:** يتمثل ميدان الدراسة في المؤسسة الإستشفائية العمومية الأطرش أحمد خميس مليانة، والتي تقع وسط المدينة ، والتي تغطي نسبة كثافة سكانية معتبرة سواء الذين يقطنون بالقرب منها، أو الذين

مقدمة:

يأتون من أمكنة أخرى بعيدة نتيجة لتوفر هذه المؤسسة على عدة تخصصات قد لا تتوفر عليها مستشفيات أخرى في الولاية.

ب - **الحدود الزمنية:** لقد تم تحديد الفترة الزمنية للدراسة من سنة 2000 إلى سنة 2020، حيث تزامنت هذه الدراسة مع دخول الجزائر فترة جديدة من الإصلاحات التي مست مجمل القطاعات الحيوية المحركة للإقتصاد الوطني، وقطاع الصحة أحد هذه القطاعات التي أعتبرها المحرك الرئيسي لعجلة التنمية في الجزائر.

8. المنهج المعتمد في البحث:

المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم. "إنه الطريقة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم". فإستخدام المناهج وطرق البحث العلمية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة، ويمكن إستعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر وهذا في إطار التكامل المنهجي المتعارف عليه والمعمول به من طرف الباحثين الأكاديميين في مختلف العلوم الإنسانية والإجتماعية على الخصوص.

وتكتسي طبيعة البحوث الكمية والإستطلاعية خصائص معينة، تحتم علينا إستخدام مجموعة من المناهج، وبالنظر إلى كون موضوع بحثنا هذا يدخل ضمن هذا الإطار، قمنا بإستعمال المناهج التالية:

المنهج الوصفي:

الذي يعتبر من بين المناهج الأكثر شيوعاً وإستخداماً في الدراسات الكمية والإستطلاعية، أو ما يسمى بالدراسات المسحية الشاملة، وهذا بغية الوصول إلى معرفة كل حيثيات وجوانب الظاهرة محل الدراسة والتحليل، فالمنهج الوصفي يعرف " بأنه تلك الطريقة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث في دراسته لظاهرة إجتماعية أو سياسية معينة وفق خطوات بحث معينة يتم بواسطتها تجميع البيانات والمعلومات الضرورية بشأن الظاهرة وتنظيمها وتحليلها من أجل الوصول إلى أسبابها والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي إستخلاص نتائج يمكن تعميمها مستقبلاً "

وقياساً على ذلك ، وجدنا أن هذا المنهج يكتسي أهمية كبيرة في دراستنا هذه، لما له من دور فَعَال في وصف وتجميع المعلومات والبيانات حول موضوع الدراسة المتمثل في عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر .

المنهج التاريخي:

مقدمة:

يعتبر هذا المنهج الحلقة الرئيسية في معظم البحوث العلمية والأكاديمية لما له من أهمية بالغة في تفصي الحقائق التاريخية عن الظاهرة محل الدراسة، ومحاولة الإستفادة من تجارب الماضي، وصدق من قال بأن فهم الحاضر يكون بدراسة الماضي ومن ثم يمكن التنبؤ بالمستقبل.

ولقد قمنا بإستعمال المنهج التاريخي في هذه الدراسة المتواضعة، من خلال التطرق إلى الخلفيات التاريخية للمنظومة الصحية في الجزائر بالإستعانة ببعض الوثائق والكتابات التاريخية، ومجمل التطورات الحاصلة عبر مختلف الفترات الزمنية والمكانية للظروف الصحية التي ميزت الجزائر منذ الفترة العثمانية إلى يومنا هذا.

9. أدوات البحث:

ونتناول مجمل الأدوات والمستعملة في هذه الدراسة:

- المسح المكتبي في الدراسة النظرية، والذي يهدف إلى الوقوف على أهم ما تناولته المراجع والمصادر المختلفة في هذا المجال، وكذا الدراسات الحديثة.

10. هيكل الدراسة: لمعالجة هذا الموضوع قمنا بتقسيمه إلى فصلين تمثلت في:

الفصل الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر

الفصل الثاني: الإطار التطبيقي

الفصل الأول

تمهيد:

إختلف الوضع الصحي للشعب الجزائري من فترة تاريخية إلى أخرى، فقد مر بعدة مراحل متباينة فيما بينها، وهو ما يلاحظ من خلال كل الوثائق التاريخية والكتابات المترجمة لذلك الوضع السائد في مختلف الفترات بمختلف عناصرها، ومع ذلك ظهر التحسن في الوضع الصحي كلما إنتقلنا من مرحلة إلى أخرى، كنتيجة للتطور الحاصل في المجال الطبي، و نعني به تحسن الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي القائم في كل مرحلة من المراحل المختلفة.

المبحث الأول: واقع الصحة في الجزائر

سنحاول من خلال هذا المبحث تقديم واقع الصحة في الجزائر من حيث تعريف الصحة والنظام الصحي، ومراحل تطور النظام الصحي وأسس النظام الصحي الجزائري

المطلب الأول: تعريف الصحة والنظام الصحي

قبل التطرق للمنظومة الصحية في الجزائر وتطورها ومختلف العناصر المكونة لها يجب أن نقف أولاً على مفهوم المنظومة الصحية.

1- مفهوم الصحة¹:

لقد ورد في ديباجة ميثاق منظمة الصحة العالمية تحديد للدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن و السلم و الإستقرار و ذلك ضمن إطار يحوي مبدئين أساسيين .

- مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن كحق أساسي من حقوق الإنسان، بغض النظر عن الجنس أو الدين أو الإلتناء السياسي أو الظروف الإجتماعية و الإقتصادية.

- إن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن و السلم محلياً و دولياً .

و بموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى : " تحقيق حالة السلامة العامة البدنية والعقلية و النفسية للفرد"، و لقد جرت محاولات منذ القديم للتفريق بين الصحة و المرض، حيث يعتقد أطباء اليونان بأن الصحة هي حالة التوازن التام أو الكامل²، و الصحة لغة هي "حالة حسنة أو سوية جسمياً و عقلياً، أو ذهنيّاً و لكن أيضاً بعيدة عن الألم و المرض"

و قد حدد إعلان مؤتمر ألما أتا الشهير في الإتحاد السوفياتي في عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها " لا تعني غياب المرض و الوهن فحسب ، بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدنية و الذهنية و الجسمية ".

وهناك تعريف آخر يحدد تعريف الصحة على أنها ذلك " التوازن أو الإنسجام لكل الإمكانيات للكائن البشري(الحيوية، و النفسية، و الإجتماعية)، حيث هذا التوازن يلزم من جهة إشباع الحاجيات الأساسية للإنسان التي هي قريبا نفسها عند جميع البشر(كالحاجيات العاطفية، الغذائية، و الصحية و التربوية و الإجتماعية)من جهة، و من جهة أخرى تأقلم و بدون توقف للإنسان مع بيئة دائمة التغير"

و عرف البنك الدولي(World Bank) الصحة بأنها : " القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع و أنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه إزدياد الدخل و التعليم في سلوك الأفراد ، و مقدار النفقات و كفاءة إستخدامها

¹ منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000، ص4

² عبد المهدي بوعوانة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، عمان: دار حامد، 2004، ص26-27

في النظام الصحي للدولة مع النظر لمدى إنتشار الأمراض في داخل المجتمع متلازماً مع ظروف المناخ و البيئة".

إن الصحة ليست في جوهرها كباقي السلع التي يرغب الناس في الحصول عليها، و يعود هذا الفارق إلى علم الأديان، حيث يقول **جونان ميلر** " جسم الإنسان يحتل مكانة خاصة لا يحتلها غيره من الأشياء في العالم لأن الإنسان ليس سيد جسمه فحسب بل أن الجسم يملك صاحبه، و يعد جزءاً لا يتجزأ منه، و يختلف جسم الإنسان إختلافاً تاماً عن باقي الأشياء التي نملكها، فقد يفقد المرء أمواله وكل ما بحوزته من كتب و بيوت دون أن تتغير شخصيته، إلا أن من الصعب أن تتصور إنساناً دون بدن، و يقال أن الجسم مسكن الإنسان و لكنه مسكن من نوع خاص، فحيث يوجد الجسم يوجد الإنسان".¹

فالصحة إذن من مقومات الثروة غير القابلة للتصرف، و هي في هذا الصدد تشبه إلى حد ما الأشكال الأخرى من الرأس المال البشري، كالتعليم و المعارف المهنية و المهارات الرياضية، إلا أن هناك أوجه إختلاف رئيسية فيما بينها، فالصحة معرضة لأخطار جسيمة لا يمكن توقعها و لا يرتبط بعضها ببعض في أغلب الأحيان، كما لا يمكن إكتسابها كإكتساب المعارف و المهارات.

2- مفهوم المنظومة الصحية :

يتم تعريف المنظومة الصحية بالاعتماد على النظرة التحليلية التي تعتبر المنظومة على أنها نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها هناك عدة تعاريف للمنظومة الصحية نذكر أهمها:

المنظومة الصحية عبارة عن مجموعة العناصر المتناسقة والمهيكلية بهدف الوقاية الترقية الصحية وتوزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع يمكن القول أنها منظومة معقدة تسهم في الحماية الإطعام وتحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل التفاعل الاتصال...²

يعرف "J.F. NYS" المنظومة الصحية على أنها: "مجموع نشاطات مرتبة فيما بينها لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين والتي تنشئ داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتا تجانس واستقرار زمني".

كذلك هي عبارة عن أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة.³

1- منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000، ص4

2 Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE Europe de l'est Maghreb, Bahaeddine, éditions, Constantine, Algérie, 2010, p 73.

وعرفت المنظمة العالمية للصحة على أنها: مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية والنشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أوفي إطار متعدد القطاعات".

مما سبق يتضح لنا إن الفهم الجيد للمنظومة الصحية وأهدافها يتطلب منا معرفة مختلف النشاطات التي تحتويها حيث بتحديد هدف كل نشاط ثم بتنسيق هذه الأهداف نصل إلى الهدف الرئيسي للمنظومة الصحية.

3- مكونات المنظومة الصحية :

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية والهدف الذي تسعى إليه حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية والحفا عليها وتعزيزها وحتى نتحصل على هذه المخرجات لابد من توفر مجموعة من المدخلات التي تعتبر مكونات المنظومة الصحية بالإضافة إلى الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى مخرجات في شكل خدمات صحية وفيما يلي مجموع العناصر المكونة للمنظومة الصحية:

الموارد البشرية:

تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامين الخاصين والاستشاريين في جميع مجالات الطب بالإضافة إلى الهيئة التمريضية والطبية المساعدة كالصيادلة ومخصي مختبرات الأشعة، التخدير والإنعاش، الرقابة الصحية، التأهيل والعلاج الطبيعي... الخ، كذلك الموارد البشرية الإدارية والمحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات ويجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عال من الخبرة والكفاءة والتعاون لينعكس ذلك على جودة الخدمة الصحية.

الموارد المالية:

تتنوع مصادر التمويل الصحي فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة والإشراف على برامج رعاية الأمومة والطفولة وبرامج التطعيم إلا أن زيادة التكاليف والطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الإنفاق الحكومي عليها دفع ببعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها ومستوى تطورها نذكر أهمها: التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعي التمويل عن طريق الضرائب، التمويل من خلال التأمين الخاص.¹

الأجهزة والمعدات: تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية حيث أن توفير الأجهزة والمعدات والآلات المتطورة والمزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة وعلاجها وزيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

¹صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009، ص52.

المباني والهياكل المستخدمة: تشمل العيادات المراكز الطبية، المستشفيات، الصيدليات، المستوصفات، والمختبرات على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية وفي ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى، الحمامات، الممرات، محطات التمريض، ومخازن الأدوية، وغيرها حيث تتوفر على التهوية، الإنارة، التدفئة، النظافة، وأماكن الانتظار، والراحة... الخ.

المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية: هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية والرعاية الصحية ورغم أنه من الصعب تليينها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها فبقدر تعدد حاجات المرضى ومتطلباتهم تتعدد وتتوسع المستويات الخاصة بالخدمات.

البحوث وتراكم المعارف: تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية والاختراعات بهدف تحسين العلاج ومكافحة الأمراض كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض واعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولة مثل: إبر الأنسولين...¹

المطلب الثاني: مراحل تطور النظام الصحي الجزائري

لاشك أن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والداستير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا، وهو الآن حق من حقوق المواطن. سنحاول التطرق من خلال هذا المبحث إلى مختلف المراحل التي مر بها القطاع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا .

أولا: النظام الصحي من 1962-1974

لقد شهدت الجزائر وضعية صعبة بعد الاستقلال وهذا يرجع إلى الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد، وعلى هذا الأساس تعتبر سنة 1962 سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي في الجزائر، نلاحظ من خلالها أن هذا الأخير كان يلبي احتياجات نسبة ضئيلة من السكان المتمركزين في المدن وبعض الأرياف وذلك بواسطة طب الدولة *une médecine de l'état* ويمكن أن نبرز خصائص القطاع الصحي لهذه الفترة فيما يلي :

حقله العمال في السلك الطبي والشبه الطبي، فمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك ف ارغا محسوسا بالقطاع، خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين، كما أن توزيعهم عبر الت ارب الوطني كان توزيعا غير عادل، مما أدى إلى استدعاء التعاونية الأجنبية الطبية *Coopératif médical* من أجل التكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع .

¹ -حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف اطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتورا ، جامعة أبو بكر بالقائد، تلمسان، 2009-2010، ص 133.

الفصل الأول:

كما تميزت هذه الفترة بقلّة الهياكل الصحية حيث تموضعت أغلبية المستشفيات والصيدليات، وكذا العيادات في شمال البلاد .

أما في ما يخص الجانب التنظيمي فقد وجدت الجزائر نفسها تسير في نظام متشعب حيث كانت المساعدات الطبية المجانية تحت الوصاية المحلية، والوقاية المدرسية تحت وصاية التربية الوطنية . وعلى هذا الأساس فقد ألزمت هذه الظروف الطارئة التي كان يعيشها المجتمع الجزائري، الدولة بضرورة اتخاذ إجراءات التي من شأنها التقليل من حدة الوضع حيث شملت هذه الإجراءات:¹

- ❖ تأميم المجال الطبي؛
- ❖ خلق المعهد الوطني للصحة العمومية ؛
- ❖ إعادة تنشيط معهد باستور الجزائري ؛
- ❖ خلق الصيدلة المركزية الجزائرية وكذا المتاجر العامة للمستشفيات ؛
- ❖ ومن أجل السير الحسن للهياكل الصحية فقد التزمت الدولة بتغطية 60% من نفقات الصحة على مستوى الهياكل الاستشفائية والمستوصفات الطبية المجانية .
- ❖ التجار وأصحاب المشاريع الصناعية والزراعية مسؤولون عن تكاليف علاجهم بنسبة 10 % .

ثانيا: النظام الصحي 1974-1988

توافق سنة 1974 مع بداية المخطط الرباعي الثاني الذي من أهدافه إعطاء الأهمية الكبرى للحالة الاجتماعية، فالإعلان عن سياسة الطب المجاني تعد واحدة من المكاسب التي أقرتها الدولة الجزائرية، حيث أن الجزائر بإرسائها لهذا المبدأ كانت ترى وجهة جديدة. لكن أدت الصعوبات المالية التي عرفتتها الهياكل الصحية آنذاك والتي تراكمت عبر السنوات إلى تهديد استقرارها المالي، بالإضافة ذلك ضعف المصادر التمويلية التي كانت تساهم في إمداد القطاع بالوسائل المادية والمالية، أرت أن الحل لهذه المشكلة المالية يكون عبر الدولة حيث تتحمل كافة المسؤوليات بما يتعلق بضمان حماية وتحسين صحة السكان .

ولتحقيق ذلك التزمت وزارة الصحة العمومية بتوسيع مجانية الطب والهياكل الصحية في أرجاء الوطن مع إعادة تنظيم، تمويل وتوزيع الأدوية، تكثيف الجهود للتكوين الطبي وشبه الطبي، تطوير حماية الأمومة والطفولة، الاحتفاظ بالوقاية المدرسية، تحسين طب العمل والطب الوقائي، وأخي ار التكفل التام بالمعوقين ذهنيا وحركيان هذا كله يعطي للصحة أهداف اجتماعية متماسكة ومتناسقة .

لقد عرفت هذه الجراة السياسية في بدايتها صعوبات عند التطبيق الميداني، لأنها أدخلت تغييرات في طريقة التسيير والعمل مما يجعلها تتناقض مع المبادئ والمكرمات التي كان تتميز الهياكل الصحية آنذاك، إلا أن توفر الأموال نتيجة ارتفاع المداخل الربعية البترولية غطى من نقائص هذا الاختيار وسلبياته.

¹أحواف رحيمة، المرجع السابق، ص 133.

الفصل الأول:

حسنة 1980 كانت بداية المخطط الخماسي الأول (1982-1984) الذي من أهدافه ترقية المجتمع من كل النواحي وأولهم الصحة .

حفي سنة 1981 تم رسم مشروع استراتيجي جديد يهدف إلى حماية وترقية الصحة من بين ما يضمنه هذا المشروع :

- ❖ تطوير النظام الصحي الوطني ؛
- ❖ مساهمة السكان ضرورية لتطبيق هذا المشروع؛
- ❖ حماية وترقية الصحة فرض على كل مواطن .

بههدف السير الحسن والتوزيع الجيد للعلاج في القطاع العمومي سعت الدولة إلى ترسيخ ثلاث مبادئ أساسية وهي:¹

أ-تقسيم القطاع الصحي (La Sectorisation) حيث سعت الدولة من خلال هذا التقسيم إلى توزيع القطاعات الصحية عبر كافة التراب الوطني من أجل خلق نوع من التكامل بين الوحدات الصحية، حيث يضم كل قطاع صحي: مستشفى عام، عيادات طبية، م اركز صحية، قاعات علاج وعيادات توليد .

ب-التدرج في العلاج (La hiérarchisation) يرمي هذا المبدأ إلى تنويع العلاج بالنسبة للوحدات الصحية حسب درجة التعقيد والتقنية المطلوبة .

ت-الجهوية الصحية (La régionalisation sanitaire) ينص هذا المبدأ على تقسيم التراب الوطني انطلاقا من تسلسل مستويات العلاج إلى ثلاثة عشرة منطقة صحية حيث تضم كل منطقة مجموعة من الولايات .

كما تميزت هذه المرحلة بتطور عدد المنشآت الصحية القاعدية وهذا بفضل الاستشارات التي تتحملها الدولة حيث ارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986، أضف إلى ذلك الزيادات المعتبرة في عدد المستخدمين بالقطاع الصحي من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987 .

لكن بالرغم من الوضعية الصحية الجيدة التي كانت توفرها الدولة إلا أن هذا كان على حساب أموال ضخمة تصرفها الدولة على القطاع، حيث ارتفع حجم المبالغ المخصصة للقطاع الصحي من 194 مليون ع ام 1963 إلى 3 ملايين دج عام 1988 . وبالتالي إذا كانت الأموال التي تتفق في هذا المجال كبيرة كان يجب أن تكون بالموازاة مع حجم الخدمة المقدمة، أي أنها تتناسب مع حجم هذه النفقات لكن الزيادة في حجم هذه المبالغ لا تبرر أبدا تحسين نوعية الخدمة وجودتها، وانما يمكن أن تبرر بغياب المسيرين في القطاع وبالتالي تبديد الأموال العامة.

¹اصلاح محمود -ذياب، المرجع السابق، ص55

ثالثا: النظام الصحي (1988-2000)

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة، والاستقرار في كل المجالات مما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والتجارية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء وحدات صحية ضرورية، وعملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية، ويمكن حصر هذه الهياكل كما يلي: ¹

- ✓ إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية في سنة 1933 .
- ✓ إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات في سنة 1994 .
- ✓ إنشاء الوكالة الوطنية للدم سنة 1995 .
- ✓ إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي في سنة 1995 .
- ✓ إنشاء المركز الوطني للتسمم سنة 1998 .
- ✓ إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي في سنة 1996 .

رغم المجهودات المبذولة من طرف الحكومة في سبي تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والاستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي.

رابعا: النظام الصحي (2000-2009)

ما يميز هذه المرحلة هو تجسيد النظام التعاقدى للعلاج عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009، حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرض عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي CNAS وCASNOS، أما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي). إعادة تنظيم القطاعات الصحية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية، هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

رغم التطور الملحوظ في المنظومة الصحية الجزائرية بفضل الجهود المبذولة من قبل الجهات المعنية إلا أنها مازالت تعاني من عدة نقائص والتي نوجزها فيما يلي :

أ-مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته ونعتبرها مشكلات داخلية والتي تتمثل في :

¹صلاح محمود -ذياب، المرجع السابق، ص.98.

- ✓ عدم وجود ارتباط بين الأطراف الفنية (السلك الطبي، السلك شبه طبي والطاقت الإداري) من خلال ضعف المراكز الصحية الأمر الذي انعكس سلبا على مردودية القطاع الصحي .
- ✓ ضعف التنظيم الصحي أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في العلاج وكذلك التوزيع السيئ للمصالح الصحية عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح .

ب- أما المشكلات الخارجية فيمكن ضبطها في مايلي: ¹

- ✓ عدم التوازن فيما يخص المراكز الصحية وهذا بحكم ضعف التخطيط نتيجة نقص المعلومات الخاصة بتوزيع السكان لدى هيئات التخطيط .
 - ✓ غياب التوزيع العادل والعقلاني للأطباء خاصة في المناطق النائية والمحرومة .
 - ✓ عدم تماشي الب ارمج التعليمية في مجال تكوين الأطباء مع السياحة الصحية .
 - ✓ عدم وجود تنسيق بين وزارة الصحة والهيئات الأخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية .
- إذن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليس بالمادية (تتعلق بالدفع المالي) بل هي أعمق من ذلك وتتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها .
- فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي من أجل تحسين مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على جانب التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة.

خامسا: النظام الصحي (2010-2014)

في هذه المرحلة استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدر ب 619 مليار دج في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010-2014، المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2009 وخصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و45 مركب متخصص في الصحة و377 عيادة متعددة الاختصاصات و1000 قاعة علاج و17 مدرسة للتكوين الشبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين .

كما يشمل البرنامج الخماسي تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 متعددة التخصصات و34800 سرير في أفق 2015 .

وتجدر الإشارة إلى أن هناك هياكل استشفائية متعددة موزعة عبر الوطن منها 13 مركز استشفائي جامعي ومؤسسة استشفائية جامعية واحدة و5 مؤسسات استشفائية و68 مؤسسة استشفائية متخصصة و195 مؤسسة عمومية استشفائية.

¹ إصلاح محمود -ذياب، المرجع السابق، ص 102.

وعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عدده 271، وتشرف هذه المؤسسات على تسيير :

- ❖ 988 عيادات التخصصات والتي تتوفر على 3566 سرير مخصص للأمهات .
- ❖ 378 عيادة متعددة التخصصات دون سرير .
- ❖ 5376 قاعة علاج، ويقدر العدد الإجمالي للأسرة العمومية 63680 سرير.

المطلب الثالث: أسس النظام الصحي الجزائري

بعد عرض التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري من خلال المراحل التي مر بها سوف نتناول تنظيم العام ومختلف هياكله.

1 تنظيم المنظومة الصحية

تشمل المنظومة الصحية الجزائرية ثلاث مستويات أساسية هي:¹

1-1 المستوى المركزي:

تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة عن طريق الأمين العام إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وأخرى قطاعية تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان حيث تقوم هذه اللجان بالفحص كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية ومتابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة وفي المقابل توجد عشر هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

2-1 المستوى الجهوي:

من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج واحتياجات السكان وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج أسست الجهوية الصحية سنة 1995 ويعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص مكلفة بتدعيم التشاور بني المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية اتخاذ القرار وعلى الخصوص تخصيص الموارد وعلى المستوى القانوني والوظيفي يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية.

توجد خمس مناطق صحية منطقة الوسط تضم 11 ولاية ومنطقة الشرق تضم 14 ولاية أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية ومنطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين: منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات ومنطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات.

والجدير بالإشارة إلى المستوى الجهوي يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة وتبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

¹ - صلاح محمود - ذياب، المرجع السابق، ص 105.

1-3 المستوى الولائي :

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية فكل منها مديرية للصحة والسكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديرية الصحة والسكان والوارد بالجريدة الرسمية رقم 47 تتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومات الصحية ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها فمديرية الصحة والسكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت والهيكل الصحية كما تمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص مكاتب طبية، صيدليات، مخابر التحاليل والأشعة، عيادات خاصة) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية المتمثلة في:

• المنشآت الصحية المتخصصة (EHS).

• القطاعات الصحية (SS).

• المراكز الاستشفائية (CHU).

2- الهياكل والمؤسسات بالمنظومة الصحية :

تقوم الوزارة الوصية بالإشراف وتسيير القطاع الصحي في الجزائر الذي يتكون من مكونين هما القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص يخضع للمراقبة وشرو الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية مع الإشارة إلى هيمنة القطاع العام على الخدمات الصحية في الجزائر.

المؤسسات الصحية العمومية:

تقسم الخريطة الصحية المعاد هيكلته من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي:¹

- **المركز الاستشفائي الجامعي (CHU):** هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي بناء على اقتدار مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي يصدر مرسوم تنفيذي يرخص بإنشاء مركز استشفائي جامعي تتمثل مهامها الأساسية في تغطية الاحتياجات الصحية والتكوينية بالإضافة إلى ميدان البحث العلمي والأعمال الدراسية.²
- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية والي الولاية تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره وبالإضافة إلى ذلك فهي تقوم بـ:³ تنفيذ نشاطات الوقاية التشخيص والعلاج إعادة

¹ صلاح محمود - ذياب، المرجع السابق، ص 106.

² أنشأ المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 13/06/1973.

³ تم تغيير تقسيم القطاعا الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى اخولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 الذي أسس لتشكيل المستشفيات الاستشفائية المتخصصة EHS.

التكليف الطبي والاستشفاء تطبيق البرامج الوطنية الجهوية والمحلية للصحة المشاركة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستوياتهم.

- **المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH):** هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تخضع لوصاية الوالي تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تعمل على تغطية سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات وتتمثل مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان من خلال¹: ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج، التشخيص، وإعادة التكليف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية الصحية، ضمان حفظ الصحة والنظافة، مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، تجديد معارف مستخدمي الصحة والعمل على تحسين مستواهم.
- **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):** قانونيا لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج وتتمثل مهامها في²: تشخيص والعلاج الجوارية، الفحوصات الخاصة بالطب العام، الفحوصات الخاصة بالطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطي العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.
- **العيادة متعددة الخدمات (Polyclinique):** وتتمثل المهام الأساسية لها في³: تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستجالية والفحوصات العامة المتخصصة، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية تقوم بالوساطة بين المركز الصحي Centre de Santé والمستشفى مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية وتحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات.
- **المؤسسات الصحية الخاصة:** في السابق كان نشاط القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، تم إضافة هياكل جديدة هي العيادات الاستشفائية ذات الأنشطة الطبية والجراحية بما في ذلك أمراض النساء والتوليد وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات بالإضافة إلى مخابر التحليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية. وقد اشترط المشرع الجزائري في إطار ممارسة الخواص لنشاطات مرتبطة بتقديم الخدمات الصحية على أن تستغل هذه العيادات عن طريق طبيب/ مجموعة أطباء من ذوي الاختصاص أو عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف إلى الربح.

¹ - تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، و الذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH وحدد مهام هذه المؤسسات في المادة 04 من هذا المرسوم.

² - تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، و الذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP.

³ بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، تم إلغاء المراكز الصحية Centre de Santé لتحويل إلى قاعات متعددة الخدمات Polyclinique أو إلى قطاعات علاج Salle de Soins

والجدير بالذكر هو أنه رغم وجود ما يمنع ذلك إلا أن الجزائر لا تحتوي على مستشفيات ضخمة خاصة في شكل المراكز الاستشفائية الجامعية فرغم أن القانون الجزائري يرخّص لأي مستثمر له المؤهل القدرة والرغبة في القيام بهذا التوظيف المالي.¹

Le système de santé en Algérie, défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPMED, études et ¹ analyses, Tirage N°13, Avril 2012, p 43.

المبحث الثاني: واقع إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، الإقتصادية منها والإجتماعية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى، ونظراً لما أصبح يعاني منه النظام الصحي في الجزائر من مشاكل حقيقية داخلية وخارجية، كانعكاس لتدهور الوضع الإقتصادي والسياسي والإجتماعي وحتى الأمني للمجتمع الجزائري، أصبح من الضروري بمكان القيام بتغيير الوضع وإعادة قطاع الصحة إلى سكوته الحقيقية.

المطلب الأول: المعوقات الداخلية والخارجية لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

1- المعوقات الداخلية :

وتتمثل في العراقيل والإختلالات التي أصبح يتخبط فيها، تنظيمه تجاوزه الزمن وأصبح غير قادر على ضمان فعالية الخدمات الإستشفائية وتتمثل هذه الإختلالات فيما يلي:¹

1-1 إختلالات متعلقة بالتنظيم: إن المؤسسة الإستشفائية مؤسسة ذات طابع إداري تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، أين العلاقات الهيكلية واضحة، في حين أن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، فنجد تعدد أجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة فهي تشكل في غالب الأحيان إمتداداً عضوياً للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

أولاً: من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.

ثانياً: خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة وهذا بالرغم من تمتعها بإستقلالية قانونية تكفلها مختلف النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بها من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي.

❖ غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم في ظل غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص، فتسيير مسارهم المهني منظم بقانون قائم على الفكر الإداري المرتكز على منطق التنظيم الإداري المرتبط بأسس بيروقراطية.

❖ عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال 1 طبيب لكل 800 ساكن يقابله 1 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب²، فبينما يتمركز الأطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 1 طبيب لكل 318 نسمة، يوجد في أدرار 1 طبيب لكل

¹-حميدة بن حليمة، "الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدية". تقرير التربص الميداني ، السنة الرابعة إدارة

الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة ، أبريل 2006، ص5

²- نفس المرجع ، ص6.

2103 نسمة، أي 50% من الأطباء موجودين في منطقة الوسط في حين أن 1/6 من المؤسسات العمومية للصحة لا تتوفر على طبيب مختص.¹

❖ قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في أغلب الأحيان وعدم تجانس حظيرتها وعجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة بها، إذ في أغلب الأحيان يتم إستيراد الأجهزة من دول وشركات مختلفة قد لا يكون لها ممثلون على المستوى الوطني.

❖ نفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، حيث أن الصيدلية المركزية للمستشفيات التي لها إحتكار لم تعد قادرة على سد كل الإحتياجات.

❖ غياب مراجعة مدونة الأعمال والنشاطات الطبية وغياب إجماع على مقاييس ممارسة طبية جيدة ومعظمة.

❖ صعوبة حصول المرتفقين(المرضى) على العلاج.

❖ غياب المتابعة المؤسساتية للمريض في حالة الإستشفاء طويل المدى وبعد خروجه كذلك.

❖ نقص النجاعة والنوعية في الخدمات العلاجية المقدمة للمستعملين(طول الإنتظار للحصول على موعد الإستشفاء وظروف الإقامة غير المشجعة وغير المقبولة من طرف المرضى، وطول الإقامة داخل المستشفى أحيانا بدون مبرر).

❖ ضعف تقييم النشاطات الطبية بسبب عدم وجود الوسائل كاللجان المتخصصة في هذا المجال وعدم تقبل فكرة التقييم من الممارسين.

1- إختلالات متعلقة بالتمويل:

إن المنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة طلب هو في تزايد مستمر على العلاج، بالإضافة إلى العديد من الإختلالات الأخرى التي تدخل في هذا الإطار والمتمثلة في:

*قلة الموارد المالية وسوء توزيعها وعدم تكييفها، فهيكلة النفقات وموارد الميزانية على الشكل الحالي يجمد فكر من ينفذ هذه الميزانية، فهو مقيد بهذه الأبواب لذلك فهو منفق وليس مسير.

*غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية.

فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية، تتميز بوضعية اللاتسيير، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة الإستشفائية وفقدان مصداقيتها والتي تتجاوز في بعض الأحيان 25% من الميزانية وهي نسبة معتبرة، إذ تتزايد مرة وتنخفض مرة أخرى.²

¹ mohamed khadir,une algérie à deux collèges,une médecine à deux vitesses,el watan, n°

5890,13mars 2010, p19

² علي لوحيديية، محاضرات في تسيير المصالح الصحية، أقيت على طلبة السنة رابعة تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، 2005، ص 16

1-2 إختلالات متعلقة بوسائل التسيير:¹

***المتعلقة بالنظام الإعلامي:** إن الإعلام الصحي كغيره من الوسائل الأخرى يخضع لنتائج التطور التكنولوجي الذي تشهده كل القطاعات، بحيث إنتقلنا من النمط التقليدي لإستغلال المعلومات وتحليلها إلى نمط جديد يعتمد أساسا على التكنولوجيا الجديدة الخاصة بالإعلام، فالنظام الإعلامي الحالي لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع للطلب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، ومن أهم الإختلالات نجد ما يلي:

- إنعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه إنعدام أي إستغلال لهذه الرموز.

- سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، وعدم تكييف ومرونة بعض السجلات الإدارية، مما نتج عنه عدم إستفادة المريض من هذه السجلات بطريقة منتظمة، وهذا ما يدل على غياب الهدف الحقيقي من إعداد هذا الملف.

*المتعلقة بالتكوين:²

- النظام التكويني والتعليمي لا يأخذ بعين الإعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، بالإضافة إلى عدم قدرة القطاع في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية والواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية والنوعية وهذا بسبب عدم الدراية الكافية وعدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان على العلاج.

- عدم التوافق الأكاديمي في العديد من المجالات والمهارات الوظيفية المطلوبة بسبب ضعف التكوين أو إختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة (بعض التخصصات مثلا لا نجدها في مخطط تسيير الموارد البشرية كالفيزيائيين الطبيين وأعوان النظافة والصيانة الإستشفائية).

- إنعدام ثقافة التكوين في المستشفيات وذلك ما يظهر جليا من خلال رفض الموظفين الحصص والبرامج الخاصة بالتكوين وإعتبارها كمصدر للإزعاج لأنها لا تعطي أية مردودية وغير محفزة ولا توجد لها أي نتائج ملموسة كالحصول مثلا على علاوات أو شهادات خاصة بها.

- ضعف مردودية الأساتذة المؤطرين فهم ينفرون منها لأنها لا تعود عليهم بالربح ولا تفيدهم من ناحية بحثهم العلمي أو العملي وبالتالي فهذا يؤثر على نوعية المعلومات المقدمة للموظفين.

- إرتفاع نسب التغيب في الحصص التكوينية دليل على عدم الإهتمام من طرف الموظفين بهذه الحصص والبرامج.

¹- نفس المرجع، ص 20

²- حميدة بن حليمة، مرجع سابق، ص 8

1-3 الاختلالات المتعلقة بالقطاع الخاص وشبه العمومي¹

إن التعايش بين القطاع العمومي والقطاع الخاص ينمو في أذهان مستعملو قطاع الصحة بصفة عامة، فالقطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد في كل الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة، تنافس الهياكل الإستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءاتها الطبية وتتافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الإزدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحتة وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة.

هذه الإزدواجية شكلت خطراً على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الإجتماعي، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج، إذ يجب الإشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاجات ذات المردودية والربحية كالجراحة والتوليد وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية، الشيء الذي أدى إلى جذب إطارات القطاع العام مما جعلها تنافس هذا الأخير، فرغم التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من العديد من الاختلالات ومنها:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة وشبه العمومية.
- عدم إحترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات.
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.
- غياب إحترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش .
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والقطاع العمومي للصحة.
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات، بالإضافة إلى مشكل الإستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة.
- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية والإستعجالات.

كل هذه الإختلالات التي تجسدها هذه الوضعية للمنظومة الصحية بالجزائر تستلزم حتماً إصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة وللمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة لأن مجرد نية التغيير لا تمكننا من تدارك هذه المشاكل والمعوقات.

2- المعوقات الخارجية

سنتناول في هذا الجزء الظروف التي أحاطت بالمنظومة الصحية الوطنية من خلال التعرض إلى الوضعية الصحية، ثم الوضعية الديمغرافية، ثم الوضعية الإقتصادية.

¹ - حميدة بن حليمة، مرجع سابق، ص 11.

1-2 الوضعية الصحية:

تعرف الجزائر تحول وبائي كبير، حيث إنتقلنا من هيمنة الأمراض المتقلة التي ميزت الوضع العام للصحة في الجزائر، إلى ظهور وسيطرة الأمراض المزمنة، ومرد ذلك إلى المحيط الإجتماعي وتحول نمط المعيشة للسكان بما فيها مشاكل الصحة العقلية، والإدمان والحوادث المرورية أين لا يمكن غض البصر على نتائجها الخطيرة على المجتمع¹.

-الأمراض المتقلة:

حيث تعتبر أمراض التهاب الكبد، التيفويد، الليشمانيا، الحصبة ومرض السل الأكثر إنتشارا، والتي ساهمت بشكل كبير في زيادة الوفيات لدى شريحة الأطفال خاصة، إلى جانب ذلك الفقر وسوء التغذية، ونقص الإمكانيات، خاصة النقص الهائل في عدد الأطباء، وكثرة الأخطاء الطبية التي أودت في كثير من الأحيان بحياة الكثير من المرضى، أين تم اللجوء إلى التعاون الخارجي، ورغم ذلك فبفضل البرنامج الخاص بالتلقيح تم إلى حد كبير التحكم في عدد المصابين بهذه الأمراض، هذا لا يعني القضاء عليها بشكل كلي، مثل مرض السل الذي يعتبر من الأمراض الأكثر شيوعا في الجزائر والذي يهدد حياة العشرات من الأطفال، نتيجة لسوء التغذية لعدد كبير من العائلات وذلك بسبب الفقر، ومن جهة أخرى قلة النظافة، التي تساهم هي الأخرى في إنتشار مرض السل²، والأرقام التالية توضح الوضعية الصحية للسكان، وهذا حسب الجدول التالي:

جدول رقم 01: يبين نسبة الأمراض المتقلة في الجزائر لكل 100000 نسمة:

السنوات	1999	2006	2007	2009
نوع الأمراض				
الحصبة	11.28	2.9	2.4	0,031
الكزاز	0.06	0.02	0.007	0.005
الخانوق	0.02	0.01	0.01	0.00
السعال الديكي	0.10	0.06	0.04	0.04
شلل الأطفال	0.00	0.00	0.00	0.00
السل	60,1	65,2	63,3	63,3

¹ - حميدة بن حليمة، مرجع سابق، ص13.

² - R.A.D.P, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, politique nationale de santé, évaluation et perspectives (rapport global), 02 octobre 2007, p24.

الفصل الأول:

4,2	4,1	4.40	/	التهاب الكبد B
3,5	3,8	3.10	/	التهاب الكبد C
1.9	1.02	1.90	7.16	التهاب السحايا
0,29	0.10	0.47	3.38	الملاريا
0.14	0.14	0.13	0.11	الايذز
1,80	2.40	2.91	9.84	التيفويد
26,09	21.9	43.9	19.8	الليشمانياوز الجلدي

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2010

إن ما يلاحظ من خلال الجدول أن مرض شلل الأطفال قد تم القضاء عليه نهائيا، وهذا راجع إلى برامج التلقيح المكثفة من طرف وزارة الصحة، في مقابل ذلك ظل مرض السل أحد الأمراض المتنتقلة التي إستعصى القضاء عليها حيث بقيت النسبة مرتفعة طيلة عشرية كاملة دون التقليل من حدتها، ونحن نعلم أن هذه الأمراض سببها الأساسي هو الفقر (أمراض الفقر) وإن دل ذلك على شيء فإنه يدل على أن نسبة كبيرة من السكان يعيشون في ظل الفقر، مما يتسبب ذلك في ظهور هذه الأمراض التي ساهمت بقدر كبير في إرتفاع معدل الوفيات في الجزائر، وهنا يمكننا القول بأن الجزائري يعاني مرتين، مرة بسبب فقره، ومرة بسبب مرضه.¹

-الأمراض المزمنة:

إن التحول الذي تعرفه الجزائر من حيث نوع المرض (حيث إنتقلنا من مرحلة سادت فيها الأمراض المتنتقلة إلى مرحلة تسود فيها الأمراض المزمنة، دون القضاء التام على بعض الأمراض المتنتقلة مثل مرض السل الذي يسمى مرض الفقر) حتم على الحكومة وفي مقدمتها وزارة الصحة على ضرورة العمل للتكيف مع هذا الوضع الجديد، ويظهر ذلك جليا من خلال عدد المصابين بهذه الأمراض، حيث وصل حسب إحصائيات 1998 إلى 10,5% من عدد السكان، 8,4% بالنسبة إلى الذكور، 12,6% بالنسبة إلى الإناث، فالجزائري هو الوحيد في العالم الذي يعاني من نوعين من الأمراض، أمراض الفقراء وأمراض الأغنياء.

في حين توضح بعض الأرقام الصحية، أن عدد السكان حسب آخر إحصاء لسنة 2008 أكثر من 34 مليون نسمة، أما عدد مرضى السكري فيقارب 03 مليون، أي 5% من السكان، أما مرض السرطان الذي لا يقل خطورة من داء السكري، فقد بلغ عدد المصابين 130 ألف في 2009 بمعدل 35 ألف حالة كل سنة، بنسبة 53% للنساء و47% للرجال، ويمثل مرض إرتفاع الضغط 5% من السكان، أما أمراض المفاصل فتمثل

¹حميدة بن حليمة، مرجع سابق، ص14.

الفصل الأول:

حوالي 2٪، أما أمراض الربو فتتمثل حوالي 2٪ بالإضافة إلى أمراض القلب والشرابين بنفس النسبة (مجتمع مريض).

وتعتبر الصحة العقلية في الجزائر إشكالية بالنسبة للصحة العمومية، حيث وصل في سنة 1998 عدد الإعاقات العقلية إلى 460 حالة لكل 100000 فرد، أي بنسبة 2 ذكور لكل 1 إناث.¹

إن ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة في الجزائر لا تنبؤ بخير، كونها تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان في الجزائر، ومن جهة أخرى تزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة إلى قطاع الصحة، مع أن ارتفاع النفقات العمومية على الصحة في الجزائر، تمليها ظروف إقتصادية وإجتماعية، لما للدولة في ذلك من مسؤولية حماية السكان والتكفل بجزء كبير من المصاريف الخاصة بالحماية والوقاية من الأمراض، وهو حق دستوري لكل الشعب الجزائري دون تمييز، ولكن ماهي الأسباب الكامنة وراء ارتفاع عدد المصابين ذه الأمراض المزمنة؟ هل يعود ذلك إلى تغيير النمط المعيشي للسكان، أم إلى عدم وجود تكفل حقيقي من طرف القائمين على قطاع الصحة في الجزائر؟

2-2 الوضعية الديمغرافية:

إن الإحصاء الوطني للسكان الذي أجري سنة 1998 كشف عن معدل التمدن قدر ب: 58,3 ٪، فيوجد 326.090.18 من السكان يعيشون في المدن، 686.943.12 يقطنون في الأرياف، ويبقى 5689 موزعون على المناطق النائية.²

فهذا التوزيع غير توازنالم للسكان يعود أساسا إلى الخصوصيات الجغرافية للوطن، حيث نجد 37,8 ٪ من السكان يتواجدون على طول الشريط الساحلي، 52,2 ٪ موزعون على مناطق التل والإستبس، في حين أن 9,7 ٪ من السكان تتربع على 83 ٪ من المساحة الإجمالية للبلاد المتموقعة في الجنوب، وتمثل ظاهرة الهجرة الداخلية متغيراً يؤثر تأثيراً واضحاً ومباشراً في توزيع السكان.³

فالاتوازن طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج بالأخذ بعين الإعتبار متطلبات إقامة نظام صحي قائم على الخريطة الصحية التي تأخذ بعين الإعتبار الخصوصيات الجغرافية والديمغرافية لكل منطقة.

إذا كان توزيع السكان على المساحة الجغرافية للجزائر، طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج، هذا يعني أن اللامساواة في الحصول على العلاج والوقاية من الأمراض كانت حاصلة وبشكل كبير مما دعى إلى ضرورة إصلاح المنظومة الصحية، لكي تواكب هذا التطور الديمغرافي، فالإصلاح يجب أن

2003 , novembre 2005,-¹ - O.M.S,Bureau regional pour L'Afrique ,Algérie: plan de travail 2004

p2

² - حميدة بن حليلة، المرجع السابق ، ص14.

³ - إسماعيل قيرة، و آخرون، مستقبل الديمقراطية في الجزائر، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2002، ص248

الفصل الأول:

يعكس حقيقة التوزيع السكاني في الجزائر، أي ربط عملية إصلاح المنظومة الصحية مع التوزيع الحقيقي للسكان على المساحة الجغرافية، حتى يكون هناك توازن في تقديم الخدمات الصحية.

جدول رقم 02: يبين الوضعية الديمغرافية في الجزائر من 1999 إلى 2009:

السنوات	1999	2006	2007	2008	2009
المؤشرات	/	/	/	/	/
مجموع السكان	29,5	33,5	34,1	34,8	35,6
معدل المواليد	19,82	22,07	22,98	23,62	24,07
معدل الوفيات	4,72	4,30	4,38	4,42	4,51
معدل نمو السكان	1,51	1,78	1,80	1,92	1,96
سن الزواج عند الرجال	31,3	33,5	33,5	33	33
سن الزواج عند النساء	27,6	29,9	29,9	29,3	29,3
معدل وفيات الأمومة	117,4	92,6	88,9	86,2	/
معدل وفيات الاطفال	39,4	26,9	26,2	25,5	24,8
أمل الحياة	71,9	75,7	75,7	75,6	75,5
مؤشر الخصوبة	2,66	2,27	2,27	/	/
نسبة استعمال حبوب الحمل	55,1	61,4	62,5	/	/
المعدل الخام للزواج	5,44	8,82	9,55	9,58	09,68
معدل الولادة في المستشفى	92,0	95,3	96,5	97,2	/
معدل الولادة في البيت	8,0	4,7	3,5	2,8	/

المصدر: مديرية السكان، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2010

إن أول ملاحظة يمكن إستنتاجها من خلال الأرقام الموضحة في الجدول هي أن نسبة التغطية الصحية في الجزائر مقبولة، ولكن هل الوصول إلى العلاج هو في متناول الجميع من دون إستثناء، وهل يعني هذا أن المنظومة الصحية في حالة جيدة؟ إذا كان كذلك، فلماذا عملية الإصلاح؟ إذا فالوضعية الديمغرافية هي جزء من جملة من الأسباب والحتميات التي دفعت السلطات العمومية إلى القيام بعملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر.

3-2 الوضعية الاقتصادية:

لقد عرفت الجزائر في هذه الفترة تحسن ملحوظ للتوازنات العامة للإقتصاد الوطني، حيث مرت نسبة التضخم من 5٪ سنة 1998 الى 3,5 ٪ سنة 2007 و 3,5 ٪ في سنة 2009 كحد أدنى، أما فيما يخص إحتياجات الصرف فقد مرت من 4,4 مليار دولار سنة 1999 إلى 140 مليار دولار سنة 2008، بينما كانت تشكل في سنة 2007 الإحتياجات 40 شهر من الإستيرادات للأملك والخدمات مقابل 4,6 أشهر سنة 1999.¹

الشيء الإيجابي الذي يحسب لصالح السلطات العمومية هو تخفيض المديونية الخارجية للبلاد، لتبلغ أقل من 5 مليار دولار، في حين كانت تبلغ 29 مليار دولار في سنة 1999، كما تجدر الإشارة إلى أن المديونية العمومية الخارجية الحالية تبلغ أقل من 500 مليون دولار، أما مؤشرات النمو، فقد إستقرت وتيرة النمو المتوسط خارج المحروقات خلال العشر سنوات الماضية إلى نسبة حوالي 5٪.

ومن أجل إعادة الإقتصاد الوطني إلى سكوته الطبيعية، فقد عمدت السلطات العمومية ممثلة في رئيس الجمهورية إلى إطلاق برنامجين سنويين لدعم الإقتصاد، ويتعلق الأمر ببرنامج دعم الإنعاش الإقتصادي (2001-2004)، بمبلغ 7,5 مليار دولار وكذلك برنامج تعزيز النمو (2005-2009) بمبلغ 120 مليار دولار، وإطلاق برنامج تكميلي لدعم النمو، وكذلك برنامج الجنوب والهضاب العليا في الفترة الممتدة ما بين 2005 و 2009 بميزانية قدرها 200 مليار دولار.²

هذه الوضعية الإقتصادية المريحة والحبوحة المالية التي أضحت تتوفر عليها الجزائر كانت مؤشر ودافع قوي لتنمية الإقتصاد الوطني خارج قطاع المحروقات، والإهتمام بالناحية الإجتماعية للمواطنين خاصة الموظفين الذين أصبحت قدرتهم الشرائية في إنخفاض مستمر بما فيهم موظفي قطاع الصحة، وهي من الرهانات الإستراتيجية لمباشرة أي عملية إصلاح .

فرغم هذه البحبوحة المالية إلا أن ظروف العمال في قطاع الصحة بالجزائر لم تتحسن كثيرا وخير دليل على ذلك كثرة الإضرابات العمالية في المنظومة الصحية من طرف الأطباء والمرضين، وحتى الإداريين، كل ذلك جعل النظام الصحي في الجزائر يعاني من اللاتوازن وتدهور الخدمات الصحية، كنتيجة حتمية لهذه الوضعية التي وجب تغييرها.

إن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر ليست شكلية تتعلق بالدفع المالي، بل هي أعمق من ذلك، وتتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها، أي مختلف العلاقات بين مكونات المحيط العام، فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية والإجتماعية التي تعطي أكثر فعالية

¹ - حصيلة الرئيس عبد العزيز بوتفليقة، التوازنات العامة للإقتصاد الوطني (1999- 2009) ، 2010 ، ص 10

présidentbouteflika.com-www.le

² - 11 حصيلة الرئيس عبد العزيز بوتفليقة، ص 2-

لعناصر النظام الصحي، لتتحسن مردودية الخدمات المقدمة إعتامادا على الجانب التسييري الرشيد أكثر من الإعتاماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة لا يمكن التحكم فيها، أو لا تعمل بكامل قدراتها.

المطلب الثاني: مبادئ وأهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

إن لكل سياسة عامة مبادئ وأهداف معينة، وعملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، إتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري، دف التكفل بالصحة العامة للسكان من خلال إتخاذ مبدأ الوقاية خير من العلاج، وهذا المبدأ إرتكزت عليه جل عمليات الإصلاح التي قامت بها السلطات العمومية منذ إسترجاع السيادة الوطنية.

ولقد تميزت العشرية الأخيرة في الجزائر (1999-2009) بإسترجاع الأمن إلى حد كبير بعد سنوات من الفوضى والأعمال التخريبية التي طالت حتى الصيدليات والتي يمكن وصفها بمجموعة من السلوك التي تهدد توازن النظام ككل¹، وتبنت خلالها السلطات العمومية عملية إصلاح شاملة مست جميع القطاعات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية، وذلك بهدف الوصول إلى التنمية الوطنية المستدامة، وتوفير وسط معيشي لائق للمواطن الجزائري.

من بين هذه الإصلاحات، إصلاح النظام الصحي الذي بات من الضروري تصحيح مساره الذي حاد عن أهدافه الحقيقية في توفير خدمات صحية جيدة يتطلع لها كل مواطن جزائري، وعليه

فقد جاءت في هذا الإطار الجلسات الوطنية التي إنعقدت أيام 26-27-28 ماي 1998م بقصر الأمم بالجزائر العاصمة والتي تم فيها وضع "ميثاق الصحة" كإشارة إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية مع التحولات الإقتصادية والإجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح.

1- مبادئ عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر :

ولقد إحتوى ميثاق الصحة على المبادئ الأساسية التالية للسياسة الصحية:²

* إن الإستفادة من مجانية العلاج والعدالة الإجتماعية، والإنصاف والتضامن الوطني الإجتماعي يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان.

¹ - عامر مصباح، معجم مفاهيم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، ط1، الجزائر: المكتبة الجزائرية بودواو، 2005، ص

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، الجزائر: الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم 26، 27، 28 ماي 1998م، ص 5.

الفصل الأول:

*إن حماية الصحة وترقيتها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة، وهذا يتطلب مبدئياً إعداد وتنفيذ إستراتيجيات وسياسات ملائمة في مجال السكن، والتشغيل وتطهير الوسط وحماية المحيط وتحسين التغذية، وكذا نشاطات صحية تستهدف الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى، بما فيها الفئات الوسطى، كما أكد هذا الميثاق على إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، كما يجب التأكيد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية، وهذا بدمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة، كالقطاع العمومي والشبه العمومي والقطاع الخاص، كما تتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي وإعداد وتنفيذ إستراتيجيات ملائمة وإعادة الإعتبار للموارد البشرية والمادية وإزالة الفوارق الجهوية، وذلك من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة، وتكريس التعددية القطاعية، علماً بأن مشكل الصحة ليس مشكلة وزارة الصحة فقط، وترقية نظام ناجع للإعلام وكذا التكوين المتواصل والإتصال.

أما المنطقة الجهوية كما جاء تعريفها: هي وحدة جغرافية صحية تتكون من عدة ولايات تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة، ومهمة هذا المجلس تتمحور خصوصاً، في ضمان وبصورة عقلانية وناجعة حماية وترقية صحة المواطنين، وهناك خمسة مناطق صحية جهوية وهي: الجزائر-قسنطينة- وهران -ورقلة- بشار.

- المنطقة الصحية "الوسط" وتشمل الولايات التالية: الجزائر، البلدية، بومرداس، تيبازة، تيزي وزو، بجاية، البويرة، المدية، الجلفة، برج بوعريريج، عين الدفلة.
- المنطقة الصحية "الشرق" وتشمل الولايات التالية: قسنطينة، قالمة، عنابة، سكيكدة الطارف، تبسة، خنشلة، ميله، سوق أهراس، أم البواقي، سطيف، جيجل، باتنة، المسيلة.
- المنطقة الصحية "الغرب" وتشمل الولايات التالية: وهران، غليزان، معسكر، عين تيموشنت سيدي بلعباس، تلمسان، سعيدة، مستغانم، تيسمسيلت، تيارت، الشلف.
- المنطقة الصحية "الجنوب الشرقي" وتشمل الولايات التالية: ورقلة، غرداية، إليزي، تمنراست الوادي، الأغواط.
- المنطقة الصحية "الجنوب الغربي" وتشمل الولايات التالية: بشار، تندوف، أدرار، النعامة البيض.¹

*إن التعددية القطاعية تشكل محورا إستراتيجيا، كما أن حماية الصحة وترقيتها لا تخص قطاع الصحة لوحده، إذ تستوجب شروطا وموارد ضرورية كالإستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن والتشغيل، وحماية المحيط، كما يجب أن تكون هذه التعددية القطاعية في كل المستويات المحلية، والجهوية والوطنية، كما تجدر الإشارة إلى وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الإعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل وغيرها.

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول1418هـ

الفصل الأول:

وفي إطار التعاون بين الجزائر والمنظمة العالمية للصحة، تم تسطير برنامج تعاون إلى أفق 2005 يخص التعاون في مجال قطاع الصحة، والهدف من هذا التعاون هو محاربة وفيات الأمومة ووفيات الأطفال، والتكفل بصحة السكان من خلال المساواة في الحصول على العلاج، خاصة ما يتعلق بالعلاج الأولي في المراكز الصحية.¹

وقد تمحورت حسب الميثاق على ما يلي:

- تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الإقتصادية والإجتماعية التي تعرفها البلاد، حيث أن هذه التحولات كانت تفرض على السلطات العمومية العمل على تجديد وترقية قطاع الصحة بصفة عامة، وإعادة تنظيم وتحيين الأطر التنظيمية والقانونية التي تحكم المنظومة الصحية في الجزائر، بحيث جعلها تتماشى والتطورات والتحولات التي أصبحت تميز تنظيم العلاقات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية في المجتمع الجزائري.

- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته، وهذا تأكي دا لما جاء به قانون 1973 الخاص بمجانية العلاج لكافة السكان دون تمييز جهوي أو طبقي، لأن مردودية هياكل قطاع الصحة العمومي أصبحت في تدهور مستمر، لذلك وجب على السلطات العمومية العمل على المحافظة على هذه الهياكل التي تعتبر الملاذ الأخير لشريحة كبرى من المجتمع الجزائري.

- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.

- إقامة جسور بين القطاع العمومي والشبه العمومي والقطاع الخاص.

- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها.

- تطوير وتدعيم السند القانوني للمنظمة الصحية.

- خلق وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة.

- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي.

- ترتيب وتوزيع العلاجات والإستعجلات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية.

- تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع.

- تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات والمواد الصيدلانية وضمان توفير المواد الضرورية.

- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية، وأمن حقن الدم.

- إعادة تقويم التجهيزات التقنية.

الفصل الأول:

- تحسين الظروف والوضعية الإجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة، ووضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية.

- إنشاء مجلس وطني للصحة.¹

2- أهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر :

في حين تمثلت الأهداف الرئيسية لميثاق الصحة في أفق سنة 2005 حول مايلي:

- الإلتزام المؤقت لصالح الوقاية، لا سيما في مجال:

❖ صحة الأم والطفل.

❖ صحة الشباب.

❖ الصحة العقلية.

❖ الصحة في الأوساط الخاصة.

❖ الأمراض المزمنة.

❖ الحوادث والإعاقات.²

-تطوير علاج الصحة القاعدية، مثل إعادة الإعتبار للمراكز الصحية وقاعات العلاج، وتزويدها بالوسائل والمعدات الطبية والموارد البشرية، للتكفل بالعلاج القاعدي والأولي وذلك للتخفيف من الضغوطات التي تعرفها المراكز الإستشفائية الجامعية، والتي أصبحت تلعب دور المراكز الصحية وقاعات العلاج، أي تقديم العلاج من الدرجة الأولى، وهي الحالة التي أصبح يتميز بها النظام الصحي الجزائري، فهذا الإختلال في التنظيم أدى إلى تدني الخدمات الصحية الموجهة إلى السكان.

-تحسين مؤشرات صحة السكان، وتزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب وحماية المحيط ومعالجة المياه القذرة، وغيرها.

-التخفيض من المخاطر المرتبطة بمحيط غير مناسب، كالتلوث ومخاربة الآفات الإجتماعية.

-التحكم في التكاليف وتخفيض التبعية بفضل تدعيم وتطوير صناعة وطنية في مجال التجهيزات والمواد الصيدلانية.

- إعادة تأكيد مبدأ مجانية العلاج في إطار قانوني مجدد.³

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة و السكان، ميثاق الصحة، المرجع السابق ، ص7

² - نور الدين حاروش، مرجع السابق ، ص 165.

³ - نفس المرجع ، ص 166.

الفصل الأول:

وأما الأهداف العامة فقد كانت السلطات العمومية ترمي إليها من خلال إصلاح المنظومة الصحية والمسطرة إلى أفاق 2009 وهي على الشكل التالي¹:

*تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال:

- تحديث الخريطة الصحية الهادفة إلى التوزيع العقلاني والعاقل للموارد، في إطار توحيد المنظومة الصحية، التي تعمل على إدماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك ولا سيما القطاع الخاص .

- ضمان الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد كلها، عن طريق تعيين الأطباء الأخصائيين في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الأولوية، مدعوماً بمراجعة الخدمة المدنية مراجعة ملائمة، وإعادة تأهيل وتعزيز منشآت الصحة الجوارية، والفرق الطبية المتقلة، وتحسين التجهيزات وصيانتها.

- مواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات.

*تطوير الصحة الوقائية من خلال:

- تعزيز وسائل مصالح وخدمات علم الأوبئة، والوحدات الصحية الأساسية من أجل إعادة تأهيل شبكة المراقبة الصحية وخدمات العلاج الأولي .

- مواصلة حملات التطعيم وتحسيس المواطنين، وبصورة خاصة في الوسط المدرسي .

- تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.

- برامج تحسيس وتربية تشمل مخاطر الأمراض المتقلة.

*تحسين العلاج الإستشفائي من خلال:

- ترتيب مستويات العلاج، الذي سيسمح بتحقيق تغطية طبية وصحية أساسية أو تخصصية مح سنة، وفي هذا الإطار ستقدم ضروب العلاج عالية المستوى ضمن مؤسسات الصحة على أساس توافقات علاجية تبادر بها لجان طبية، ويتم اعتمادها في ندوات وطنية، وسيتم الإلتزام كذلك بأعمال قصد تحسين التكفل بالعلاج النوعي.

*إصلاح المستشفيات من خلال: ²

- تحسين ظروف إستقبال المرضى وإقامتهم، ودوام أعمال الرعاية الصحية الإستشفائية .

- دعم ترتيب التكفل بالإستعجالات الطبية الجراحية.

¹ - مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر البرلماني، الصادرة بالجزائر، العدد 6، جويلية 2004.ص

² - نور الدين حاروش، مرجع السابق، ص 170.

الفصل الأول:

- تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة، ولا سيما الخدمات المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج.
 - البحث عن بدائل للإستشفاء، ولاسيما من خلال تطوير الإستشفاء نهاراً، والعلاج المنتقل والمقدم في المنزل.
 - إدخال المحاسبة التحليلية في تسيير المستشفيات .
 - تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء.
 - تأسيس "مشروع المؤسسة" من أجل التسيير الإستشراقي .
 - مراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة .
 - *إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال:
 - إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الإجتماعي إلى التعاقد.
 - إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة .
 - تحديث مدونة تسيير الأعمال الطبية .
- لن يكون هناك إصلاح حقيقي للمنظومة الصحية دون رسم سياسة عامة وطنية للأدوية وعليه فقد تم مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية، من خلال مراجعة المدونة التي ستخضع لمنطق الصحة العمومية، بتشجيع الأدوية الأساسية والجنيسة، وفي هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية: ¹
- تحسين الحصول على الأدوية الجوهرية.
 - ضمان نوعية المنتجات الدوائية ومراقبتها بالخصوص، عن طريق تعزيز عمليات التفتيش
 - ترشيد الإنفاق بفضل ترويج إستخدام الأدوية الجنيسة، وجعل التعويض تبعاً للخدمة الطبية المقدمة.
 - تطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات، والصيدلة الصناعية.
 - *أما فيما يخص الموارد البشرية فقد سطرت الأهداف التالية:
 - تنفيذ سياسة الموائمة بين المقبلين على التكوين والإحتياجات الضرورية.
 - تعميم التكوين المتواصل.
 - تنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداءات.
 - تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة.

¹- نور الدين حاروش، مرجع السابق ، ص172.

المطلب الثالث: تخطيط الخارطة الصحية في الجزائر

بعد تحديد المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، والتعرض إلى الوضعية الخارجية المحيطة به، وكذلك تحديد الأهداف المسطرة من طرف السلطات العمومية في هذه المرحلة نأتي إلى التطرق لمكونات عملية الإصلاح، حيث سنتناول الجوانب الأساسية التي إحتوت عليها سياسة إصلاح النظام الصحي في الجزائر، من خلال التطرق إلى المخططات التي رسمتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والتي مست الفترة الزمنية المدروسة (1999-2009)، وكذلك نظام تمويل قطاع الصحة والأساليب الجديدة المتخذة في هذا الميدان، وذلك لإضفاء مرونة أكبر في تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية من جهة، وتحسين الرعاية الصحية المقدمة للسكان.

1- مخططات قصيرة المدى: من 2000-2003

لقد تم تحديد عدة نقاط من خلال هذه المرحلة، حيث تعتبر هذه النقاط من المحاور الأساسية الواجب إعدادها وتنفيذها في الوقت نفسه، ويمكن تعدادها على الشكل التالي:¹

- التشاور مع مختلف الفاعلين في قطاع الصحة بشأن مشروع الإصلاح.
- إعداد ومباشرة العمل في برامج الإتصال الإجتماعي، والخاصة بإشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحية، ودعم وتوطيد المشاركة من أجل التكفل بحل مشكل الصحة في الجزائر.
- مراجعة قانون رقم 85-05 الخاص بحماية وترقية الصحة .
- مراجعة الإتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان على المرض وتعيين مدونة العقود الطبية والشبه الطبية.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي، بخصوص إصلاح الدراسات الطبية والشبه الطبية، والتحكم في منهاج التكوين، وإعطاء الأولوية في التكوين إلى الطب المتخصص من أجل الإستجابة إلى الإحتياجات الوطنية.
- إعداد البطاقة الصحية، ودراسة المخططات الصحية الوطنية والجهوية .
- التفاوض من أجل إلغاء ديون المؤسسات الصحية العمومية .
- إعداد دراسات موحدة حول القطاعات الصحية، بعد القيام بعملية تقييم درجة تغطية الإحتياجات الصحية، وتحديد طبيعة ومستوى مصادر التعبئة، وكذا تعيين المناطق ذات الأولوية.

¹ - R.A.D.P, M.S.P, Développement du système national de santé : stratégie et perspectives,

الفصل الأول:

- مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين في قطاع الصحة، حتى يتم جذب وإسترجاع المتخصصين المؤهلين في القطاع العمومي، ومن ناحية أخرى تشجيع الأطباء وشبه الطبيين على العمل في المناطق المعزولة والنائية.
- إعادة تهيئة وتأهيل الهياكل الصحية وتجهيزها، والبداية تكون بالقطاعات الصحية من الدرجة الأولى والمناطق الأكثر حرمانا، وربط ذلك بعملية التنمية وتدعيم الأنشطة ذات الصبغة الطبية والصحية، كبناء هياكل إستشفائية جديدة.
- وضع ميكانيزمات لتقييم الأنشطة في المؤسسات الصحية، وتعميم نظام الإعلام الآلي في التسيير.
- إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة (أمراض السكري، أمراض الربو، أمراض القلب والشرابين، أمراض السرطان، والأمراض العقلية) وذلك بتنفيذ برامج الوقاية من الأمراض.
- تدعيم برامج النظافة في الوسط الإستشفائي.
- إعداد وتوزيع المخططات والرسوم البيانية وتبسيطها، والتي تبين مجموع الأمراض المتفشية عبر الوطن.

2- مخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005: ¹

- إختيار أسلوب العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.
- وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة، وتنظيم طرق التكفل بالمرضى .
- تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تركز أكثر إستقلالية في التسيير.
- تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق 45% على الأقل من الإحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية.
- وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم إستعمال تكنولوجيات الإعلام الآلي (تأسيس بنك للمعلومات على مستوى كل ولاية)
- إعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
- تحديد ميكانيزمات المنح والموارد.
- لا مركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى الولاية، ووضع لجنة تتكفل بتقييم النشاطات الطبية والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.

¹ نور الدين حاروش، مرجع السابق ، ص 173.

- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات وإقتراح التعديلات والبدائل.¹
- 3- مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009:
- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم خدمات صحية عالية التخصص (الأمراض السرطانية، أمراض القلب، نقل الأعضاء، الأمراض العصبية).
- تكييف بعض المصالح الصحية للوقاية، والتكفل بالأمراض المرتبطة بشيخوخة السكان.
- تقييم هذه الأنشطة وتحديد المعوقات ووضع الأولويات.
- تدعيم مخططات الحماية والوقاية من أمراض الإيدز SIDA... إلخ.²

¹ - R.A.D.P,M.S.P,Développement du système national de santé : stratégie et perspectives, op.cit,p41

² -R.A.D.P,M.S.P,Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009,Alger, novembre 2004 ,p72.

المبحث الثالث: عرض الدراسات السابقة والقيمة المضافة

المطلب الأول: عرض الدراسات السابقة

استعان الباحث في إجراء بحثه ببعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الخدمة الصحية ونوعيتها (جودتها) وذلك محاولة منه الإحاطة بالمفاهيم والمناهج التي استخدمت سابقا في تناول هذا الموضوع ونقاط التشابه والاختلاف مع ما يرمي إليه في بحثه.

ومن جهة أخرى معرفة أهم النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات بما يكون منطلقا أساسيا للمساهمة في التراكمية المعرفية من خلال هذا البحث.

هذه الدراسات التي اطلع عليها الباحث، تنوعت بين المكتبة الجزائرية، العربية والأجنبية. وقد كانت كالتالي:

1- الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-"¹ وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية من قبل الباحثة العلواني عديلة.

عالجت هذه الدراسة إيجابيات وسلبيات النمط التعاقدى ومدى قدرته على تفعيل أداء أنظمة تمويل الصحة وعلى الأخص أنظمة التأمين الصحي.

أهم النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة فيما يتعلق بالجزائر هو أن:

✓ المتطلبات القبلية لتأسيس النمط التعاقدى لا تتوفر في التجربة الجزائرية وخاصة منها؛ القدرة التقنية للممثلين والقبول السياسي الجاد والداعم لتجسيد هذا الأسلوب على أرض الواقع.

✓ النمط التعاقدى في الجزائر يندرج ضمن إستراتيجية شراء الخدمات والتي من شروطها الفصل بين هيئات التمويل وهيئات تقديم الخدمات.

✓ إنجاح النمط التعاقدى في الجزائر يتطلب إعداد هياكل ومؤسسات تتوفر على الشروط اللازمة والكفيلة بإنجاح هذه العملية، وممثلين لديهم القدرة على التفاوض مع الهيئات المعنية، مع ضرورة توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة، واستخدام أدوات الرقابة الكفيلة بمتابعة تطور هذه العملية وتقييمها.

¹ العلواني عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-

✓ النمط التعاقدى هو أحد أساليب التمويل الكفيلة بتفعيل أداء المنظومة الصحية في الجزائر إذا ما تمت صياغته بالشكل السليم.

الدراسة الثانية: حملت هذه الدراسة عنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية"¹

عن طريق دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة، وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير من قبل الطالبة عتيق عائشة.

تناولت هذه الدراسة إشكالية واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الج زائرية ومدى تأثيرها على رضا المريض؟

وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي من خلال أسلوب دراسة حالة والتي كانت على مجموعة من المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة خلال شهر نوفمبر 2011. وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة إلى تتمثل فيما يلي:

- المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أن العوامل مثل العمر والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغي رها تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية، - رضا المرضى عن جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان والتعاطف، بينما كان معظم المرضى غير ارضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية،

الدراسة الثالثة: حملت هذه الدراسة عنوان "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2000-2009"² من خلال دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، للباحث (خروبي بزاره عمر)

هدف هذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر (سياسة إصلاح المنظومة الصحية) في الفترة الممتدة من 1999 إلى 2009 وذلك من خلال دراسة تحليلية لعملية الإصلاح المنتهجة في هذه الفترة.

استخدم الباحث في دراسته هذه مجموعة من المناهج متمثلة في المنهج الوصفي اعتماد على أسلوب دراسة حالة، إضافة إلى المنهج التاريخي والإحصائي.

¹ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، مدرسة الدكتوراة للتسيير الدولي للمؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية

²خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة غير منشورة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر6، السنة الجامعية 2010-2011.

توصلت الدراسة إلى أن نجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن، وهو ما لم تصل إليه الجزائر بعد، كون المؤسسات الصحية في الجزائر هي مؤسسات بيروقراطية أكثر منها خدمتية، حيث أنه من الصعوبة فهم العلاقة التي تربط بين المستخدمين داخل المؤسسة الصحية، سواء كانت علاقة رسمية أو غير رسمية، وذلك ما يؤدي إلى ظهور بوادر الـ الاستقرار والدخول في صراعات فئوية بارزة، وهذا ما يسمى بأشكالية السلطة داخل المؤسسات الصحية.

الدراسة الرابعة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية"¹ المعدة من طرف: نجاته صغيرو.

هدفت الباحثة من خلال بحثها هذا إلى التعرف على تقييم الزبائن (المرضى) لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم وتحديد أهم العناصر التي يوليها المريض نسبة عالية والتي تساعد إدارة المؤسسة على إعادة تشكيل أوضاعها لما تقتضيه الحاجة.

اعتمدت الباحثة في معالجتها لموضوع الدراسة على المنهج الاستنباطي والاستقرائي. توصلت الباحثة إلى أهم النتائج التالية:

- ضرورة تصميم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى،
- أفراد عينة الدراسة يقيمون كل بعد من أبعاد الجودة تقييما إيجابيا،
- أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري الملموسية والتعاطف،
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الصحية التي يقصدها المريض تؤدي دورا أساسيا في تحسين جودة الخدمات المقدمة،
- عدم وجود فوارق واضحة بين آراء وانطباعات أفراد عينة الدراسة نحو الجودة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة باختلاف: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة.

الدراسة الخامسة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة في الجزائر - دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة"¹ وهي مقدمة ضمن برنامج البحث الوطني (PNR) من فريق بحث تحت إشراف الدكتور: خنشور جمال،

¹صغيرو نجاته ، تقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة ميدانية- مذكرة غير منشورة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر6، السنة الجامعية

هدفت هذه الدراسة أساساً إلى وضع آلية علمية لتقييم مخرجات تسيير المنظومة الصحية من جهة ومن جهة أخرى تقييم هذه الآليات التسييرية بحد ذاتها والكشف عن الخلل الحادث في خارطة الصحة الجديدة وامكانية مارجعتها في ضوء النتائج المحصل عليها، بما يحقق الأهداف الاستراتيجية المقررة للمنظومة الصحية المتمثلة في تامين الجانب العلاجي وتحسين الجانب الوقائي وكذا عقلنة وترشيد الإنفاق الصحي،

في هذا المشروع البحثي تمت الاستفادة من استخدام المنهج الوصفي والمسحي والإحصائي التحليلي.

كانت أهم النتائج الرئيسية المتوصل إليها في البحث هي:

- ضعف الكفاءة التشغيلية للمستشفيات

- اقتصار العمل الوقائي على الوقاية من الدرجة الثالثة في ظل إغفال لأهمية الوقاية الأولية والثانوية مع تسجيل قصور في التنفيذ المتقن لبعض الب ارمج الوطنية للصحة،

- ضعف الاعتناء بمحاسبة التكاليف وبنظام معلومات التسيير المحاسبي وكذا الموارد البشرية، رغم توفر القطاع الوزاري المكلف بالصحة على شبكة انترانات (**intranet**) لذات الغرض، إلا أن استغلالها ما ازل بطيئاً جداً.

- ثبات الهياكل التنظيمية بين جميع المؤسسات، بما يتعكس مع المرونة في إعداد الهياكل التنظيمية وتوفيقها مع المتطلبات والخصوصيات المتعلقة بكل مؤسسة.

- ضعف دور مجلس الإدارة في مباشرة مهامه القيادية والتداولية وانف ارد المصالح المركزية في عملية التخطيط واصدار التعليمات.

- ضعف التنسيق بين المؤسسات الحديثة على إثر خارطة الصحة الجديدة، ما يدفع لإعادة النظر في هذه الخارطة والعمل وفق نظام الأقطاب وتكريس تعضيد الوسائل (**la mutualisation des moyens**) وذلك بغرض ترشيد الإنفاق من جهة ومن جهة أخرى تسهيل تحقيق العدالة وسهولة الوصول إلى العلاج للمواطن والابتعاد عن البيروقراطية والإجراءات الإدارية غير اللازمة في تلقيه للخدمة الصحية.

¹خنشور جمال، بن فرحات عبد المنعم وآخرون، تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة -دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة، بحث ميداني مقدم في إطار البرنامج الوطني للبحث (PNR)، للفترة من جوان 2011 إلى جويلية 2013، كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة.

الدراسة السادسة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية"¹ من خلال دراسة ميدانية على ثلاثة مستشفيات عمومية تابعة لولاية البويرة (مستشفى محمد بوضياف البويرة، مستشفى الأخضرية، مستشفى عين بسام)، للباحث سنوسي علي

عالجت هذه الدراسة إشكالية المعوقات التي تؤدي إلى عدم رضا المواطنين عن مستوى الخدمات التي يحصلون عليها في القطاع الصحي العمومي، رغم الاهتمام المتزايد الذي يحظى به خلال السنوات الأخيرة.

استخدم الباحث لمعالجة الإشكالية المطروحة قائمتين للاستقصاء، الأولى لقياس اتجاهات مسؤولي الإدارة باستخدام مقياس مكون من أحد عشر عنصرا تمثل المقاييس الفرعية للفعالية التنظيمية والقائمة الثانية لقياس مستوى رضا المستفيدين مكونة من خمس عناصر لقياس رضا المستفيدين.

خلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- ضرورة تبني ومساهمة مديري المستشفيات في العمل المستمر على تطوير وتحسين مستوى الأداء، من خلال الاستعانة بالخبرات الاستشارية المتخصصة في مجال الإدارة ونظم المعلومات والرقابة والجودة، مع ربط جهود التطوير بنظم فعالة لتقييم الأداء،
- أهمية حل المشكلة الخاصة بجمود اللوائح والقوانين والتشريعات المطبقة في مختلف المؤسسات الصحية والتي تحد من حرية المديرين في اتخاذ القرارات، كما تقف حائلا أمام تلك المنظمات نحو التطوير والتجديد وتحقيق الإصلاح المنشود.
- إيجاد الوسائل التنظيمية التي تسمح بزيادة فرص المشاركة في الإدارة، ما يضمن ارتفاع مستوى أداء وجودة التخطيط ورسم السياسات وتحقيق رقابة ذاتية على مستوى المستشفى .
- ضرورة العمل على إيجاد معايير قياسية للأداء لتوجيه العمل بالمستشفى، مع توفير هذه المعايير لجميع المستشفيات حتى يتسنى مقارنة الأداء بالمستشفيات ككل،
- أن يراعى في اختيار مديري المستشفيات توافر القدرات الإدارية والتنظيمية، بما ينعكس إيجابا على أداء المستشفى،
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية،

¹سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر -دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة حسيبة بن بوعلي (الشلف، الجزائر، سنة 2009).

- يجب أن تعتمد ادارة المستشفى على استراتيجية توقعات العملاء ومتطلباتهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم،
- إمداد المستشفيات بالأجهزة الطبية الحديثة، والعمل باستمرار على تحديثها للارتفاع بمستوى الأداء، فضلا عن تأثيرها في عمليات التسويق والجودة بالمستشفيات.

II-الدراسات العربية:

الدراسة السابعة: حملت هذه الدراسة عنوان " قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين"¹ للباحث صلاح محمود ذياب

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى استخدام المستشفيات الحكومية الأردنية لأبعاد جودة الخدمات الطبية ومدى معرفة العاملين في تلك المستشفيات لأبعاد جودة الخدمات الطبية، تم في هذه الدراسة استخدام المنهج الإحصائي الوصفي بالإضافة إلى المنهج الاستقرائي التحليلي وذلك على عينة تنتمي إلى جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وعددها 20 مستشفى في مختلف محافظات الأردن الاثنى عشر.

أظهرت الدراسة النتائج التالية أن:

- إدارة المستشفيات الحكومية أظهرت اهتماما في أبعاد الجودة للخدمة الطبية عدا بعد الاستجابة الذي كان ضعيفا، إذ ومن خلال مقارنة المتوسطات الحسابية فان الترتيب التنازلي للأبعاد هو الملموسية كان أكثر الأبعاد تطبيقاً ثم الاعتمادية، فالضمان، فالتعاطف، وأخي ار الاستجابة .
- أن توقعات المرضى للخدمات المتوقعة كانت إيجابية بما يرتبط بأبعاد الخدمة الطبية (الاعتمادية، الأمان والملموسية)، أما فيما يتعلق بتوقعات المرضى لبعدي التعاطف والاستجابة فقد كانت سلبية وهذا يؤكد وجود فرق بين الخدمات الطبية المقدمة فعلا والمتوقعة لهذين البعدين (الاستجابة والتعاطف).

III-الدراسات باللغة الأجنبية:

الدراسة الثامنة: حملت هذه الدراسة عنوان **Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise** للباحث (1980-2009)¹ Jean-Paul Domin

تناول الباحث في دراسته إشكالية تسيير المستشفيات العمومية في فرنسا بين منطلق المستشفى البيروقراطي ومنطلق المستشفى-المؤسسة، إذ أن الانتقال الذي عرفه القطاع الاستشفائي العمومي في فرنسا

¹ذياب صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، يناير

من خلال القوانين المختلفة، كان يستهدف أساساً إعادة تعريف تسيير هذه المؤسسات من مقاربة بيروقراطية إلى مقاربة إدارة الأعمال، بما يضمن من الناحية النظرية رشادة ومرونة أكثر في التسيير الصعوبات الفعلية التي تعيق هذا التحول التسييري بالنظر إلى طبيعة وخصائص المستشفى العمومي.

اعتمد الباحث منهجاً يقوم على تحليل النصوص القانونية الضابطة لعملية التسيير وإدارة المستشفى العمومي وموقعها من المدارس الإدارية المختلفة، في محاولة فهم منطق تفكير المستشفى منطلقاً من التحليل البيروقراطي فعلاقات الوكالة المعتمدة في هذه المنظمة وصولاً إلى التفكير في المستشفى المؤسسة (hôpital-entreprise). خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- منطق إدارة المستشفى هو منطق إداري بيروقراطي، بحيث يعود في أساسه إلى النمط التسييري للمستشفى عقب الثورة الفرنسية من خلال قانون 70 أكتوبر 1979، حيث عهد تسيير المؤسسة الاستشفائية للجنة إدارية (commission administrative) مكونة من 05 مواطنين يقيمون في البلدية المقر، برئاسة رئيس البلدية ويعينون أميناً يدير المستشفى بشكل فعلي، ليغير هذا الأمين فيما بعد ويصبح بصفة المدير ويتمتع بسلطة محاسبية وهرمية،
- استمرار المنطق البيروقراطي رغم التعديلات التي مست تنظيم مجلس الإدارة بعد الجمهورية الخامسة سنة 1958- الذي حل محل اللجنة الإدارية،
- تقليص دور مجلس الإدارة الديمقراطي الذي لا يتداول سوى في التوجيهات الكبرى للمؤسسة،
- أهمية اعتماد النموذج البريطاني الذي يحقق الديمقراطية في التسيير والرقابة على الأداء واتخاذ القرارات. ويمكن بالتالي من تحسين النتائج المرجة من الخدمة المقدمة في المؤسسة الصحية؛ حيث يقوم هذا النموذج على:

✓ الارتكاز على مفهوم الخصوصية الاجتماعية (social ownership)،

✓ السلطة تقوم على مبدأ عدم التركيز،

✓ المديرون والأطباء يحددون الأهداف بكل حرية وتخضع قراراتهم في المقابل لرقابة مجلس المؤسسة (board of governor) المشكل نصف أعضائه من ممثلي الأجراء والنصف الثاني من ممثلي الهيئات الشريكة،

✓ مدير المؤسسة والمدير المالي والمدراء المساعدين، يوظفون من قبل هذا المجلس الذي يقوم بدور المصادقة على التوجهات الإستراتيجية للمؤسسة، الرقابة على الفعالية، جودة العلاجات والنتائج المالية للمؤسسة.¹

¹ تور الدين حاروش، مرجع السابق، ص 174.

الدراسة التاسعة: حملت هذه الدراسة عنوان "quelles formes organisationnelles pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital" للباحث Sandrine CUEILLE.

ناقشت الباحثة في دراستها هذه إشكالية العلاقة التنظيمية والتسييرية للمرفق العمومي من خلال نموذج المستشفى العمومي وبين المنتج الذي يقدمه هذا المرفق. وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

- هل نمط التسيير والتنظيم المتبع داخل المرفق العام الصحي، له تأثير في طبيعة النشاط الذي يقوم به؟

- كيف يمكن تطبيق المبادئ المحددة للمرفق العام عند اعتماد الأنماط الحديثة من القطاع الخاص؟

اعتمدت الباحثة في دراستها هذه على الدراسة الوثائقية من خلال تحليل النصوص القانونية والتنظيمية التي تحكم تسيير وتنظيم المرفق العمومي بشكل عام من ونموذج المستشفى العمومي بشكل خاص، بالتطرق لمختلف التحولات التنظيمية والمقاربات التسييرية التي عرفتها هذه المؤسسة وموقعها من النظرية الإدارية من جهة والإبداعات الحاصلة في القطاع الخاص ومدى إمكانية الاستفادة منها في تحسين مردودية وكفاءة الخدمة الصحية العمومية.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هو:

- تحديد مبادئ نموذج جديد للتنظيم داخل المستشفى العمومي يرتكز على التنسيق الشبكي بدل التنسيق الهرمي. وذلك عن طريق:

✓ التعاون بين المؤسسات الصحية العمومية، بما يتوافق مع مهام المرفق العام الأساسية: العدالة، الإستمرارية، النوعية والحيادية، من جهة وبما يحقق لهذا المرفق تحسين الوصول للعلاج،

✓ تنمية أداة الإقليم الصحي، بدلا من القطاع الصحي.

- إعادة تعريف مفهوم المرفق العام الصحي من خلال تحديد المهام المرتبطة بكل الفاعلين في هذا المجال من التنسيق الشبكي.

الدراسة العاشرة: حملت هذه الدراسة عنوان "Performance et pouvoir dans l'hôpital" للباحث Thierry NOBRE

يطرح الباحث في دراسته إشكالية كفاءة المستشفى العمومي وفق السياق الحديث للخدمة الصحية ومتطلبات جودتها، متجاوزة بذلك المفهوم التقليدي للمستشفى القائم على القدرات الاستيعابية (عدد الأسرة...) وضمان العلاجات.

اتبع الباحث منهجية البحوث التدخلية أو الإجرائية (méthodologie de recherche) أو البحث عن طريق الفعل بالمشاركة (recherche-action) وذلك من خلال إجراء رصد للاختلالات الموجودة لتقييم فعالية التكفل بالمريض داخل المستشفى.

خلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- التحليل يبرز أن السياق الاقتصادي والتحول التي عرفتها الممارسة الطبية أثرت بشكل أساسي على آلية الكفاءة،
- التحولات التي عرفتها الممارسة الطبية، أفرزت معها تطورا في علاقات السلطة داخل المستشفى العمومي ؛ حيث أن المهنيين الطبيين أصبحوا الفاعلين الأساسيين في مقابل تقلص دور شبه الطبيين وكذا الإداريين،
- هذا التطور في العلاقات الذي يسميه Mintzberg بالبيروقراطية المهنية (la bureaucratie professionnelle)، يمثل تحديا في إيجاد توازن بين سلطات الفاعلين وضمان الاستمرار في مهمة المرفق الصحي العمومي في تقديم خدماته ضمن المنظومة الصحية الوطنية،
- أهمية خلق ثقافة تنظيمية تعنى بتحسين مستوى التنسيق بين سلطات الفاعلين الحاليين و إشراك فاعلين خارجيين (مستعملي المرفق الصحي بالأساس والمؤسسات الأخرى التي لها علاقة بهذه المؤسسة) في اتخاذ القرار الذي تكون سمته الأساسية تحقيق معادلة الخدمة النوعية والأخذ بعين الاعتبار العقلانية الاقتصادية.

المطلب الثاني: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

الدراسة الأولى: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-" وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية من قبل الباحثة العلواني عديلة.

التعليق: استفاد الباحث كثيرا من هذه الدراسة في تأصيل الجانب النظري حول النمط التعاقدى وأنواعه وتطبيقاته المختلفة لكونه يمثل نمطا مهما من أنماط تسيير المنظومات الصحية، إضافة إلى تناولها الآثار المترتبة عن تطبيق هذا النمط في الجزائر وهو ذات السياق الذي يتطرق إليه الباحث في جزء من هذه الدراسة مع تركيزه على أثر هذا النمط وغيره على نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسات العمومية للصحة.

الدراسة الثانية: حملت هذه الدراسة عنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية"

عن طريق دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة، وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير من قبل الطالبة عتيق عائشة.

التعليق: استفاد الباحث من هذه الدراسة في تكوين صورة أولية عن تقييم مستعملي المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر لجودة الخدمة الصحية من خلال الحالة المدروسة المتمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لسعيدة.

الدراسة الثالثة: حملت هذه الدراسة عنوان "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2000-2009" من خلال دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، للباحث (خروبي بزاره عمر)

التعليق: أفادت هذه الدراسة الباحث في تشخيص واقع المنظومة الصحية في الجزائر والآفاق المرجوة من الإصلاحات الحادثة حتى سنة 2009، أي بعد اعتماد الخارطة الصحية الجديدة في سنة 2007. كما أنها حاولت تقديم تشخيص لكيفية إدارة المؤسسات الصحية العمومية والوصول إلى توصيفها بالبيروقراطية، ما يعد منطلقاً أيضاً للباحث في تحديد الأنماط التسييرية التي عرفتها هذه المؤسسات.

حدود هذه الدراسة امتدت لفترة قصيرة من اعتماد الخارطة الصحية، ما يجعل عدة متغيرات حادثة فيما بعد هذه الفترة لم تكن قد حظيت بالدراسة هنا، وذلك فيما يتعلق بالأدوات التسييرية المحدثة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. وهو ما سيحاول الباحث في دراسته هذه الإحاطة بها ومناقشتها.

الدراسة الرابعة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية" المعدة من طرف: نجاة صغيرو.

التعليق: قدمت هذه الدراسة تحليلاً لجودة الخدمة الصحية وتقييمها من وجهة نظر الزبائن ومدى إمكانية تطويع الإدارة لممارستها بغرض تحقيق الرضائية عن الخدمة من قبل المنتفعين.

وقد استفاد الباحث من هذه الدراسة كنموذج يعزز المكتسبات المعرفية حول مستوى جودة الخدمات الصحية في الجزائر إضافة إلى ما تم التعرف عليه من خلال دراسة "عتيق عائشة" السابقة.

الدراسة الخامسة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة في الجزائر - دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة-" وهي مقدمة ضمن برنامج البحث الوطني (PNR) من فريق بحث تحت إشراف الدكتور: خنشور جمال،

التعليق: إضافة إلى كون الباحث مشاركاً في الفريق البحثي الذي تناول تقييم فعالية تسيير مؤسسات الرعاية الصحية في الجزائر بالدراسة، فقد كان هذا العمل بالنسبة له مساهماً في اختبار بعض الفرضيات المتعلقة بتسيير المنظومة الصحية في الجزائر وتأثيرها على المخرجات الخدمية.

إضافة إلى ذلك فهذه الدراسة اعتمدت في تقييمها لمستويات الخدمة على المؤشرات الكمية الاستشفائية والوقائية من خلال دراسة لعينة من مؤسسات ولاية بسكرة. وهو ما يعد مدخلا آخر لتقييم نوعية الخدمة.¹

الدراسة السادسة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية" من خلال دراسة ميدانية على ثلاثة مستشفيات عمومية تابعة لولاية البويرة (مستشفى محمد بوضياف البويرة، مستشفى الأخضرية، مستشفى عين بسام)، للباحث سنوسي علي التعقيب: معالجة هذه الدراسة لموضوع الفعالية التنظيمية وربط ذلك بتحسين الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية، يعتبر مرتكزا مهما للباحث في فهم العلاقة بين التنظيم الإداري المعتمد ومستوى الخدمة المقدم.

وإذا كانت هذه الدراسة قد ركزت أكثر على الجوانب التنظيمية بالمؤسسة الصحية العمومية، فإن العمل البحثي الذي سيتم إجراؤه حاليا، يقوم أساسا على دراسة علاقة نمط التسيير المتبع بجودة الخدمة الصحية.

II-الدراسات العربية:

الدراسة السابعة: حملت هذه الدراسة عنوان "قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين" للباحث صلاح محمود ذياب التعقيب: يستفاد من هذه الدراسة في إدراك أبعاد الجودة وتطبيقاتها من قبل المؤسسات الصحية العمومية في بيئات أخرى غير البيئة الجزائرية ولكن تماثلها من حيث الأبعاد الثقافية والاجتماعية، ومحاولة فهم السياقات التي يمكن أن تكون ذات أثر إيجابي في تحقيق خدمة بمواصفات الجودة.

III-الدراسات باللغة الأجنبية:

الدراسة الثامنة: حملت هذه الدراسة عنوان "Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise" للباحث (1980-2009) Jean-Paul Domin

التعقيب: شكلت هذه الدراسة للباحث، منطلقا أساسيا في فهم المنطق الفلسفي للتفكير الإداري بالمؤسسات الصحية العمومية والسياق التاريخي الذي أنشأه، خاصة وأن المنظومة الصحية الجزائرية بهيكلها وأعرافها الإدارية وثقافتها التنظيمية موروثه بالأساس من العهد الاستعماري.

وهو ما يجعل السياق التاريخي والفكر الإداري للقطاع الصحي العمومي الفرنسي دليلا أساسيا لفهم نظيره في الجزائر.

تور الدين حاروش، مرجع السابق ، ص 175.

إضافة إلى ذلك فإن كثي ار من الإشكالات والعوائق التسييرية التي يعاني منها قطاع الصحة العمومي في الجزائر تتماثل مع تلك الإشكالات والعوائق التي يعاني منها القطاع الصحي العمومي الفرنسي.¹

الدراسة التاسعة: حملت هذه الدراسة عنوان **quelles formes organisationnelles pour la "réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital"** للباحث Sandrine CUEILLE.

التعليق: الفائدة الأساسية التي كانت للباحث من خلال هذه الدراسة، هي تطرقها لمفهوم المرفق العام ومحدداته القانونية ومدى إمكانية الاستفادة من أدوات التسيير المعتمدة في القطاع الخاص، بغرض تحسين أداء القطاع العمومي وكفاءة مخرجاته (أي جودة الخدمة الصحية في نموذج المستشفى العمومي) من جهة والمحافظة على مبادئ المرفق العمومي المتمثلة في الحيادية، العدالة، الاستمرارية والنوعية، أو إعادة تعريف مفهوم هذا المرفق وأدواره.

ويعتقد الباحث أن هذه الدراسة مثلت مدخلا أساسيا في تنمية البحث حول استخدام المناهج والأدوات التسييرية للقطاع الخاص لصالح القطاع العمومي وتكييفها ضمن المحددات القانونية للمرفق العام.

الدراسة العاشرة: حملت هذه الدراسة عنوان **"Performance et pouvoir dans l'hôpital"** للباحث Thierry NOBRE

التعليق: عالجت الدراسة السابقة إشكالية العلاقات السلطوية بين مختلف الفاعلين المهنيين وتأثيرها على تجانس الأداء العام للمرفق الصحي العمومي وانعكاس ذلك بالضرورة على نوعية الخدمات.

وقد استفاد منها الباحث في فهم السلوك التنظيمي داخل المؤسسة العمومية للصحة وما يترتب عليه من انعكاس على المخرجات الخدمية.²

¹ نور الدين حاروش، مرجع السابق ، ص 176.

² المرجع نفسه، ص 179.

خلاصة الفصل:

لقد عملت السلطات العمومية على إعادة توزيع الهياكل الصحية، ومستخدمي قطاع الصحة من ممرضين و أطباء، عبر كامل التراب الوطني، بحيث يتيح لكل أفراد المجتمع الحق في الوصول إلى العلاج، وظهر ذلك من خلال القرار السياسي الذي إتخذته الدولة، والمتمثل في قرار تأسيس الطب المجاني، هذا الأخير يعتبر الركيزة الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر في ظل النظام الإشتراكي، ولكن مع التحول السياسي و الإقتصادي الذي شهدته الجزائر في بداية التسعينيات، ظهرت قوانين جديدة تتيح حرية إنشاء مؤسسات صحية خاصة، قبل ذلك كانت السلطة السياسية لا تعطي أي إهتمام للقطاع الخاص الذي كان تحت سيطرة القطاع العام.

الفصل الثاني:

تمهيد:

إن الوضعية التي آل إليها النظام الصحي في الجزائر تكشف عن مجموعة من التناقضات والإختلالات التي تعرقل الوصول إلى تحقيق الغاية الأساسية للنظام الصحي و المتمثلة في حماية صحة المواطن و ترقيتها. فهياكل ومؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر تعرف نوعا من اللاتوازن و اللاستقرار، من جهة عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمؤسسات الإستشفائية، هياكل تنظيمية غير ملائمة و غير موحدة، و من جهة أخرى مستخدمون مثبطون و غير مبالون بسبب قوانين أساسية غير ملائمة وظروف عمل و نظام كفاءات متدهور، تكاليف و نفقات صحية في تزايد مستمر، و مرتفقين يطالبون بجودة و نوعية الخدمات الصحية، كل هذه المشاكل و المعطيات التي تتخبط فيها المنظومة الصحية، أدت بالسلطات العمومية إلى ضرورة العمل من أجل تغيير هذا الوضع، و ذلك من خلال قيامها بإصلاحات شاملة تمس النظام الصحي الجزائري بكل ما يحتويه من هياكل و مؤسسات من أجل حماية صحة المواطن و وقايته من الأمراض، وصولا إلى الإستشفاء في مراحله الأخيرة.

و من خلال هذا الفصل حاولنا التطرق إلى تقديم عام للمؤسسة محل الدراسة و هي المؤسسة العمومية الاستشفائية بخميس مليانة، كما تطرقنا إلى الخدمات الصحية المقدمة .

المبحث الأول: المؤسسة الاستشفائية العمومية خميس مليانة.

المطلب الأول: تعريف المؤسسة الإستشفائية خميس مليانة

المؤسسة العمومية الاستشفائية بخميس مليانة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، انشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، بحيث كانت قبل صدور هذا المرسوم عبارة عن قطاع صحي ملحق ب 09 عيادات متعددة الخدمات بالإضافة إلى 30 قاعة علاج موزعة عبر 12 بلدية، وعلى إثره انقسم القطاع الصحي بخميس مليانة إلى مؤسستين هما:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية بخميس مليانة.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بخميس مليانة.

وظهر مستشفى خميس مليانة للوجود في سنة 1961 على شكل وحدة صحية، ثم تم توسيعه في سنة 1967 وللإشارة فإن هذه المؤسسة افتتحت أبوابها لاستقبال المرضى فعليا في 1968 وكانت آنذاك تحت إشراف الصحة والحماية الاجتماعية، ومع ازدياد النمو الديمغرافي وتزامن مع التقسيم الولائي الجديد في سنة 1984، تم توسيع المستشفى بجزء جديد من نوع البناء الجاهز ودخل حيز العمل بداية 01 فيفري 1984 إلى غاية يومنا هذا¹

وتتربع المؤسسة على مساحة تقدر ب 26531 م² بحيث تقدر المساحة المبنية ب 1783 م² كما قدرت القيمة العقارية للمؤسسة حسب إحصائيات سنة 2005 ب 195837170 دج، وتتوفر المؤسسة على قدرة استيعابية تصل إلى 300 سرير، وتم تصنيفها في قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية المصنفة في الفئة "أ" وذلك بموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير سنة 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

المطلب الثاني: أهداف ومهام المؤسسة العمومية الاستشفائية:

أ - بالنسبة لمهام المؤسسة الاستشفائية فإنها تتمثل في تكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، ولهذا تتولى على الخصوص المهام الآتية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص واعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

¹ المؤسسة العمومية الإستشفائية، خميس مليانة.

الفصل الثاني:

- ضمان حفظ الصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والاعتناء بصحة المرضى.
- ضمان تحسين مستخدمي مصالحي الصحة وتجديد معارفهم وذلك بالقيام بدورات تكوينية خاصة في مجال ما يسمى بالمناجحت.
- كما يمكن استخدام المؤسسة كميدان للتكوين الطبي وشبه طبي.
- ب - تسعى المؤسسة العمومية الاستشفائية لتحقيق أهداف عامة تتمثل فيما يلي:
 - المحافظة على الصحة والعناية من الأمراض لأعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية بأقل تكلفة¹
 - توفير خدمات علاجية متميزة تساعد في تحقيق مركز تنافسي قوي.
 - تطوير أداء الأطباء وهيئات التمريض والفنيين¹.

المطلب الثالث: التنظيم الهيكلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية خميس مليانة.

- فيما يخص التنظيم الهيكلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فإن المخطط التالي يحتوي على هيكلية المؤسسة العمومية الاستشفائية ويتكون هذا التنظيم من الهياكل الموزعة كما يلي:
- 1-**المديرية العامة:** المديرية مضمونة من طرف شخصية مسيرة تسمى المدير وهو المسير للوسائل المادية والبشرية، وتنفيذ قرارات المجلس الإداري.
 - 2-**مكتب النظام العام:** دور هذا المكتب هو ضمان حسن تسيير المؤسسة للمستشفى.
 - 3-**مكتب الاتصال:** يضمن الاعلانيين مختلف المديريات الفرعية للمستشفى، والمديرية العامة، وكافة المصالح الأخرى.

- 4المديرية الفرعية الصحية:

تهتم هذه المديرية بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الصحية الوقائية والعلاجية والتي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة حيث يختص مكتب تنظيم نشاطات العلاج ويتكفل بمكتب الطب الوقائي وكذا مكتب الدخول الذي يسهر على تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة كما يعتبر عنصرا أساسيا لتطبيق نظام التعاضدية في تمويل المؤسسة العمومية يضم المكاتب التالية:

¹ المؤسسة العمومية الإستشفائية، خميس مليانة.

الفصل الثاني:

➤ **مكتب الدخول:** يلعب هذا المكتب دورا فعالا في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة من القبول إلى الخروج لاسيما وأنه الأداة الأولية لتجسيد الإصلاحات المعن عنها في المنظومة الوطنية للصحة وينقسم هذا المكتب إلى عدة أقسام:

➤ (1) قسم الدخول والاستقبال:

- تسجيل المريض الذي قدم طلب الاستشفاء الممنوح له من طرف طبيب المستشفى في سجل خاص.

- إدراج كل معلومة خاصة بالمريض الاسم ، اللقب، تاريخ و مكان الازدياد..... الخ.

- يسهر على استقبال و توجيه الزائرين وتزويدهم بالمعلومات اللازمة ولهذا نجده مجند ليلا ونهارا ويمكن

القول على أنه يعتبر أكثر المكاتب نشاطا و حيوية.

➤ (2) قسم حركة المرضى والإحصائيات:

يهتم هذا القسم بجمع المعلومات والإحصائيات وتسجيلها اليا ومن أهم التسجيلات نذكر ما يلي:

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة على دخول المرضى اعتمادا على بطاقة المتابعة المستلمة من مكتب الاستقبال.

- تسجيل خروج المرضى في سجل حركة السكان حسب التسلسل الأبجدي من اجل تسهيل عملية البحث - اعداد تقرير يومي لتعداد المرضى، ويتم تحديد تحركات المرضى من الدخول والخروج.

- إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين لأسباب الوفيات وغيرها مجمع المعلومات حول نشاطات المصالح الطبية.

➤ (3) قسم الحالة المدنية:

يقوم هذا القسم بتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح بميلاد من طرف قابلة المستشفى كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص وإرسال إثبات الى البلدية من أجل التسجيل.

(4) قسم الارشيف:

يسهر هذا القسم على الملفات والسجلات التي تخص المرضى وهذا من اجل ضمان تقديم المعلومات التي يطلبها المريض أو المؤسسة كما يعد خزان للمعلومات ويتم اللجوء اليه في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية¹.

¹ المؤسسة العمومية الإستشفائية، خميس مليانة.

الفصل الثاني:

❖ مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها:

- تطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة والخاصة بتنظيم النشاط العمومي.
- السهر على السير الحسن لنشاط المؤسسة وتنسيق عملها
- يقوم هذا المكتب يوميا بإعداد استمارة يومية وإرسالها لمديرية الصحة والسكان لإعلامها في حالة وقوع حادث استثنائي أو أمراض ذات تصريح إجباري.
- تنظيم عمليات جراحية والسهر على حسن سيرها.
- تسيير صيدلية المؤسسة ومتابعتها وتنظيمها ومراقبتها

❖ مكتب التعاقد وحساب التكاليف

(5) المديرية الفرعية للمالية والوسائل:

تضم المديرية ثلاث مكاتب:

✓ مكتب الميزانية والمحاسبة:

- السهر على تنفيذ الميزانية ومراقبة احترام الاعتمادات الممنوحة
- استلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد واعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها والتأكد من مطابقة ارقام الميزانية.
- الإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنعة حسب الميزانية.
- اعداد وتنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية واعداد الحالة لكل ثلاث أشهر.
- اعداد حوالات الدفع الخاصة بالإنفاق مثل حوالات دفع الاجور ورواتب الموظفين؛ حوالات الدفع؛ الأوامر بمهمة...، ويرسلها إلى قباضة الضرائب.

- مكتب الصفقات العمومية. - مكتب الوسائل والهيكل¹.

(6) المديرية الفرعية للموارد البشرية:

➤ مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات:

- يتكفل هذا المكتب بتسيير الحياة المهنية للموظفين: التعيين، الترقية، العزل، الإحالة على التقاعد وهذا من خلال : - السهر على تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين.

¹ المؤسسة العمومية الإستشفائية، خميس مليانة.

الفصل الثاني:

- إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية والذي يضم مختلف دورات تكوينية لفائدة الموظفين .

أما فيما يتعلق بالمنازعات فالمكتب يتولى تسيير مختلف القضايا والتي تكون المؤسسة طرفاً فيها مدعي أو مدعى عليها كونها شخص معنوي ممثلة من طرف المدير كشخص وذلك بتعيين محامي يتولى المساعدة القضائية ومحضر قضائي يتولى التبليغ¹.

➤ مكتب التكوين:

(7) المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات الصحية:

(أ) مكتب صيانة التجهيزات الطبية.

(ب) مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

رابعا: الإمكانيات المادية والبشرية بمستشفى بخميس مليانة:

1- الإمكانيات البشرية: كما هو الشأن في مختلف المؤسسات العمومية الاستشفائية تملك المؤسسة العمومية الاستشفائية بخميس مليانة تعداد مقسم إلى فئات:

(أ) المستخدمين الطبيين: مشكلين من أطباء أخصائيين أطباء عامين ، جراحي أسنان، الصيادلة.

(ب) المستخدمين شبه الطبيين: تشكل مختلف الأسلاك لا سيما الممرضون، أعوان التخدير والانعاش ومشغلي الأجهزة وكذا القابلات وأعوان التطهير والمخبرين والمختصين في التغذية وتعداده 386 .

(ج) المستخدمين الإداريين: تتشكل من أعوان المعالج الإدارية، المتصرفين أعوان حفظ البيانات ومحاسبين إداريين وتقنيين ساميين في الإعلام الآلي وتعدادهم 85 عون وليصل مجموع تعداد المستخدمين المؤسسة العمومية الاستشفائية بخميس مليانة 667 عون مختلف الأسلاك السابقة.

2- الإمكانيات المادية: يمكن تقسيمها من حيث خصوصيتها كما يلي:

فيما يخص الهياكل القاعدية تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية على هيكل قاعدي ينقسم كما يلي: مستشفى واحد يتكون من 2 اجنحة مقسمة:

الجنحة (أ): مستشفى قديم: يحتوي المصالح التالية:

- الطابق الأرضي: يحتوي على: إدارة + مصلحة الاستعجالات مخبر + صيدلية + اشعة الطب الداخلي رجال + طب الجهاز الهضمي، الصيدلية المركزية.

¹ المؤسسة العمومية الاستشفائية، خميس مليانة.

الفصل الثاني:

- الباطن الارضي Sous-sol :

-الطابق الأول :الطب الداخلي نساء + طب الأذن، الأنف، الحنجرة، طب العيون نساء طب الأذن، الأنف، الحنجرة، طب العيون رجال +مصلحة طب الأورام.

-الطابق الثاني :إقامة الأطباء المختصين.

الجناح ب) :المستشفى الجديد: يحتوي على:

ورشات + غرف حفظ الجثث - Sous-sol :الباطن الارضي

-الطابق الأرضي : وحدة مكافحة سرطان عنق الرحم، فحص النساء الحوامل، مركز التنظيم العائلي، مصلحة التشريح، الإدارة الفرعية للمصالح الصحية، مكتب الدخول، مصلحة الاشعة المركزية، النادي، المطبخ، ورشات، مغسلة.

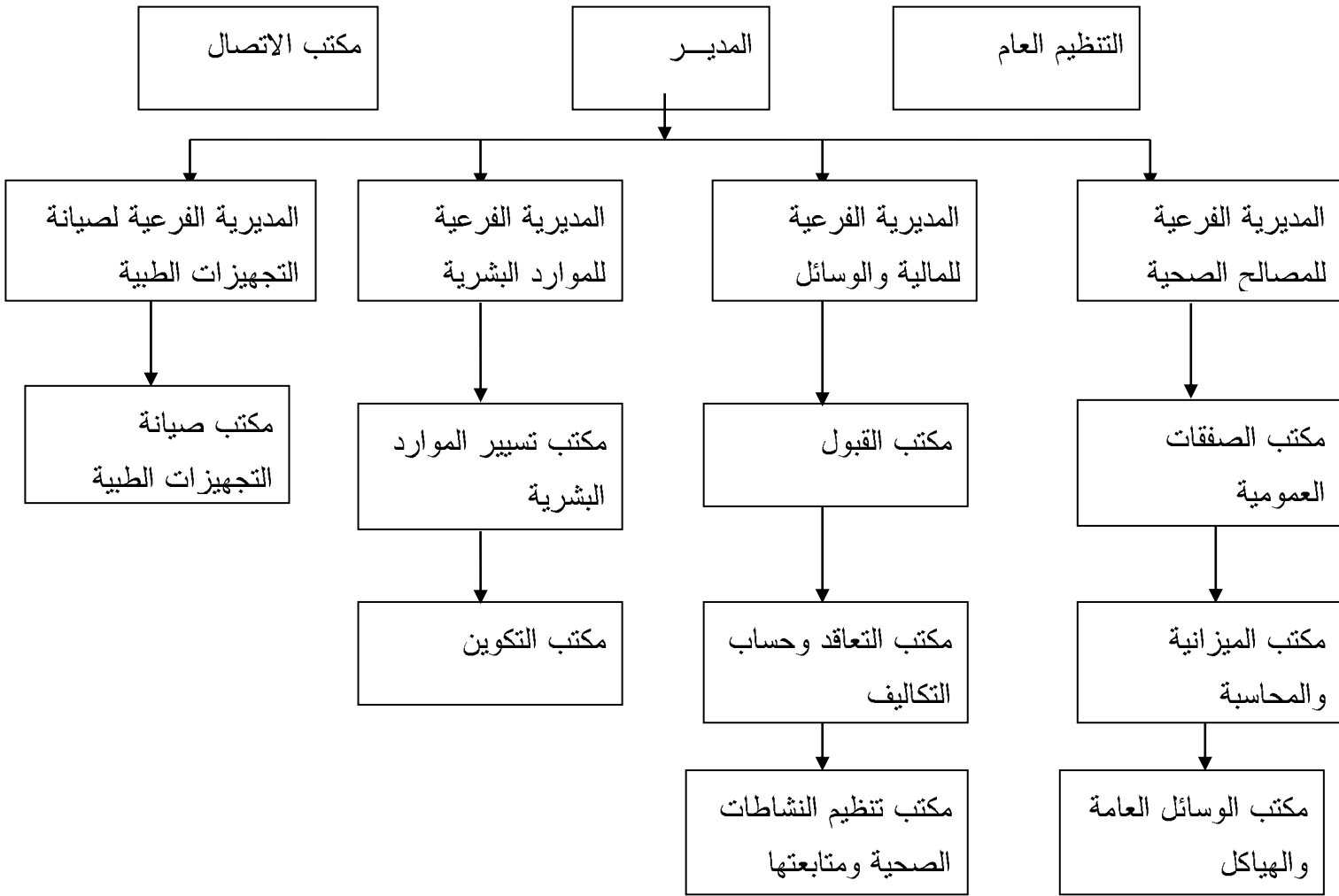
-الطابق الأول :مصلحة طب النساء +مصلحة حديثي الولادة + مصلحة الولادة.

-الطابق الثاني :جراحة النساء +جراحة الرجال +طب الأطفال + مصلحة الإنعاش +العمليات.

3- الوسائل المادية والتقنية :تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية على معدات تتمثل في أجهزة طبية صالحة الاستعمال متواجدة في مختلف المصالح الطبية واهمها موجود بقسم الجراحة لمراقبة الجهاز الهضمي .
échographie جهازين للأشعة، جهاز واحد بمصلحة الولادة والآخر بالعياد متعددة الخدمات،
échographie، جهازين لقياس ضغط القلب cardiographe، موجود بقسم الجراحة جهاز لمراقبة العظام،
جهاز fibroscope 05سيارات إسعاف، سيارتان سياحيتين، سيارة لنقل الموظفين، سيارتان لنقل المواد.¹

¹ المؤسسة العمومية الإستشفائية، خميس مليانة.

الشكل رقم 02 : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية



المصدر: الوثائق الداخلية للمؤسسة

المطلب الرابع: نظرة عامة حول المنظومة الصحية بخميس مليانة

توزيع نفقات وإيرادات المؤسسة الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لخميس مليانة¹

في إطار إستراتيجية تسيير الموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية لخميس مليانة باعتبارها العمود الفقري في التسيير، هذه المؤسسة الصحية تجدر الإشارة إلى ضرورة الانطلاق في عرضنا من عملية الجرد لهذه الموارد إبراز ميزاتها وخصوصياتها من نقائص أو فائض الوظائف الأساسية، وكذا الاتجاهات الأساسية التي أخذها تطورها بالنسبة للماضي والتي يتوقع أن يأخذها في المستقبل، حتى يتسنى لنا وضع المخطط تسيير للمدى المتوسط والبعيد يمكننا من معالجة النقائص واتخاذ حلول لكل ما يتعلق بوفرة الموارد من حيث الكم والنوع وتوزيعها وتأمينها وتطوير كفاءتها ومهارتها وبالتالي تحقق أهداف المؤسسة المنحصرة أساسا في

¹ المؤسسة العمومية الإستشفائية، خميس مليانة.

الفصل الثاني:

توفير العلاج بالكمية ، التوعية المطلوبة ، المنتظرة ولكن أيضا بالتوافق مع تسيير فعال للوسائل الزمان والمكان لضمان استمرارية نشاط المرفق وتحسين متواصل للخدمات الصحية المقدمة للمواطن. وفي هذا الاتجاه يبقى المورد البشري الضمان الأساسي والاستثمار الفعال لهذه الاستمرارية وبدونه تستحيل،

قد ارتأينا لتوضيح الإيرادات والنفقات للمؤسسة الاستشفائية خميس مليانة . فحسب القرار الوزاري المشترك رقم 0008815 المؤرخ في 20 أكتوبر 2011 يعدل القرار الوزاري المشترك رقم 00004106 المؤرخ في 17 أبريل 2011 المتضمن توزيع إيرادات و نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية، المؤسسات العمومية للصحة الجوية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة لكل ولاية والمراكز الاستشفائية الجامعية .

ميزانية التسيير المقدره للمؤسسة الاستشفائية 2011 :

الإيرادات والنفقات العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية خميس لسنة 2011:

النفقات العامة لسنة 2011

العنوان	النفقات	المبلغ بـ (دج)
1	نفقات الموظفين	610000000.00
2	نفقات التكوين	1125000.00
3	نفقات التغذية	21500000.00
4	نفقات الأدوية والمواد الأخرى	113000000.00
5	نفقات الأعمال الوقائية	10000000.00
6	العتاد والأدوات الطبية	20000000.00
2	صيانة الهياكل الصحية	25000000.00
1	نفقات أخرى للتسيير	45000000.00
9	الخدمات الاجتماعية	6200000.00
10	نفقات البحث الطبي	-
	مجموع النفقات	929325000.00

المصدر مديرية المالية والمراقبة

الفصل الثاني:

الإيرادات العامة لسنة 2011.

الإيرادات		العنوان
المبلغ بـ(دج)	صنف الإيرادات	
295025000.00	مساهمة الدولة	1
120000000.00	الهيئات الأخرى	2
2000000.00	إيرادات واردة من الصندوق الوطني للتأمينات	3
12300000.00	موارد أخرى	4
929325000.00	مجموع الإيرادات	

المصدر . بمديرية المالية والمراقبة

المبحث الثاني: واقع المنظومة والخدمات الصحية في الجزائر 2010-2020

المطلب الأول: تطور الخدمات الصحية الجزائرية 2010-2020

مهمة النظام الصحي الوطني في العناية بالاحتياجات الصحية للشعب الجزائري، ويستند إلى مجموعة من الهياكل الإدارية والتقنية، والمؤسسات المتخصصة والهيئات العلمية والتقنية، وقد مر عدة مراحل في تنفيذ الإصلاح الأخير لعام 2001، بهدف تحسين الإمداد العام بالرعاية الصحية.

ففضل المرسوم التنفيذي رقم 07-140 الصادر في 19 ماي 2007 والذي يتضمن إنتماء للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرهما، فسجلت العلاقة الصحية 1419 عيادة متعددة الخدمات و5077 قاعة علاج و419 دوز للولادة العمومية و190 مؤسسة استشفائية عامة في عام 2008، وصولاً إلى 1684 عيادة متعددة الخدمات و5875 قاعة علاج و416 دو للولادة العمومية و200 مؤسسة استشفائية عامة في عام 2016.¹

ويبقى توزيع البنى التحتية للصحة العمومية في المناطق الإقليمية غير متساوي في بعض المناطق مقارنة بغيرها كما بينتها إحصائيات 2013، حيث تقع 61% من المستشفيات في الشمال (28.4% في المنطقة الشمالية الوسطى مقارنة بـ 16.7% في الشمال الغربي)، من ناحية أخرى 27.3% في الممرضات و11.7% في الجنوب منها 1.4% فقط في منطقة الجنوب الكبير، بينما تتركز المراكز الاستشفائية الجامعية في الشمال بنسبة 50% في المنطقة الشمالية الوسطى (تحديداً في الجزائر العاصمة)، و21% في الشمال الغربي و14% في الشمال الشرقي.²

أما بالنسبة للقطاع الخاص فإن التفاوت في النسب واضح حيث تتركز العيادات الخاصة بنسبة 73% في الشمال (42% في المنطقة الشمالية الوسطى، 17% في الشمال الغربي و15% في الشمال الشرقي)، 21% في المرتفعات و5% فقط في الجنوب (4.2% في الجنوب الشرقي، 0.6% في الجنوب الغربي و0.2% في الجنوب).

كما توجد 58% من العيادات وغرف العلاج في شمال البلاد و30% فقط في المرتفعات وبالرغم من أن هذا التوزيع غير متساو إلا أنه يتطابق مع حجم السكان المقيمين هناك، غير أن هذا التوزيع يؤدي إلى تفضيل حركة المرضى إلى المناطق الأكثر ثراء من حيث المعنية التحتية الصحية، وبالتالي تؤدي إلى مواجهة صعوبات في برمجة الرعاية الصحية للقطاع، وزيادة التكاليف للأسر.

كما ارتفع عدد أسرة المستشفيات بشكل مطرد من 64979 عام 2017 إلى 66189 في عام 2020، بمتوسط

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، التقرير الوطني للتنمية البشرية في الجزائر 2013-2015: أجريت بالتعاون مع برامج الأمم المتحدة الإنمائي ما هو مكان الشباب من منظور التنمية البشرية المستدامة في الجزائر؟ 2014، ص 88.

² نفس المرجع، ص 89.

الفصل الثاني:

زادة سنوية بنسبة 0.6%، وتوزع أسرة المستشفيات كما يلي :¹

- مراكز استشفائية جامعية (CHL) : 125000 سرير .
- مؤسسات استشفائية جامعية (EHL) : 746 سرير .
- مؤسسات استشفائية خاصة EHS : 1128 سرير .
- مؤسسات استشفائية عامة (EIH) : 3776 سرير .
- مؤسسات استشفائية (EH) : 876 سرير .

فعلى الرغم من أن عدد المستشفيات ارتفع خلال هذه الفترة، إلا أن نسبة السكان لكل سرير لم تناقص، وشهد انه زادة طفيفة حيث انتقلت من 551 نسمة لكل سرير في عام 2017 إلى 578 نسمة لكل سرير في عام 2020، ويمكن تفسير هذا الوضع بالنمو الديموغرافي الذي شهدته الجزائر في هذه الفترة والذي هو أكبر من انجازات البنية التحتية وبالتالي أسرة المستشفيات الغير كافية.

كما تظهر الإحصائيات الصادرة من وزارة الصحة أيضا تركيز واضحا من الأطباء وخاصة المتخصصين في المنطقة الشمالية الوسطى بنسبة 44.5% ونقصا كبيرا في جميع التخصصات في الجنوب.

يمكن تفسير عدم وجود إشراف طبي عادل في جميع أنحاء الوطن من خلال²

- البحث عن ظروف معيشية أفضل.

- احتمالات التقدم في الحياة المهنية .

- البحث عن الرحية المادية التي يقدمها القطاع الخاص في الشمال

الاتجاه المتزايد نحو خصخصة الطب التخصصي ووجود الإجراءات الطبية بموجب اتفاقيات الضمان الاجتماعي على سبيل المثال غسيل الكلى الكلوي، الجراحة العامة، التوليد وأمراض النساء وطب العيون وما إلى ذلك

- الحواجز الثقافية التي تؤدي إلى انخفاض حركة الموظفين الطبيين، لاسيما النساء للانتقال إلى ولايات أخرى للعمل

- تركيز كليات الطب (الأطباء الصيادلة وجراحو الأسنان في ولايات شمال البلاد

¹المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 89.

²فس المرجع، ص 90.

الفصل الثاني:

المطلب الثاني: مؤشرات تطور الخدمات الصحية في الجزائر

1- أهم مؤشرات تطور الموارد البشرية لقطاع الصحة في الجزائر من 2010-2020

إن تدعيم التكفل الصحي بالمواطن نوعيا وكميا من أولويات الحكومة وهو مدرج في برامج عملها، يتمحور هذا الجانب الهام للنشاط الاجتماعي للحكومة في الاستمرار في تطوير الوقاية وتحسين تنظيم الخدمات الصحية ووفرة المنتجات الصيدلانية . وفيما يلي عرض لأهم مؤشرات تطور قطاع الصحة في الجزائر :

الجدول رقم 1: تطور عدد الأطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر (2010-2020)

السنة	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب	عدد الصيدالة	عدد السكان لكل صيدلي	عدد جراحي الأسنان	عدد السكان لكل جراح أسنان
2010	56209	640	9081	3962	11633	3093
2011	59618	616	9588	3829	12092	3036
2012	63534	590	10171	3686	12422	3018
2013	66236	578	10538	3634	12782	2996
2014	69076	566	11078	3531	13168	2970
2015	73431	544	11475	3483	13645	2929
2016	74937	545	11888	3435	13747	2971
2017	78838	529	12337	3382	14263	2925

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات

من خلال الجدول 1 نلاحظ الشكل رقم 1، أن عدد السكان لكل طبيب ولكل صيدلي ولكل جراح أسنان عرف انخفاضا مستمرا من عام 2016 إلى عام 2017، قابله ذلك بارتفاع مستمر لكل من الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان حيث انتقل عدد الأطباء من 39459 عام 2019 إلى 78838 عام 2020، ارتفع عدد الصيدالة من 7267 عام 2019 إلى 12337 عام 2020، وعدد جراحي الأسنان انتقل من 9648 عام 2019 ليصل إلى 14263 عام 2020، وهذا من أجل تغطية حاجات السكان والمرضى وتحقيق غاية الدولة في هذا المجال، حيث قدرت الحصص الوطنية خلال سنة 2020 بطبيب واحد لكل 529 نسمة وصيدلي لكل 3382 نسمة وكل جرح أسنان لكل 2935 نسمة¹.

2- أهم مؤشرات تطور البنية التحتية لقطاع الصحة في الجزائر من 2010-2020

يبينها الجدول التالي، كما يلي:

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 91.

الفصل الثاني:

الجدول رقم 2: تطور المنشآت القاعدية الصحية من الجزائر.

السنة	مؤسسة استشفائية عامة	مؤسسة استشفائية	مراكز استشفائية جامعية	مؤسسة استشفائية متخصصة	دور الولادة الخاصة
2013	194	04	13	64	97
2014	192	04	14	63	101
2015	193	05	14	66	105
2016	194	05	14	68	107
2017	196	05	14	71	97
2018	200	09	15	75	114
2019	200	09	15	75	123
2020	205	09	15	77	127

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديون الوطني للإحصائيات.

من خلال الجدول 2 نلاحظ أن كلا من المؤسسات الاستشفائية العامة والمؤسسات الاستشفائية والمركز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة ودور الولادة الخاصة عرفت ارتفاعا مستمر في عددها على مر السنوات من 2010 إلى 2020، هذا نظرا لما توليه الدولة من أهمية كبيرة لهذا القطاع، حيث وزعت الهياكل الاستشفائية بـ 205 مؤسسة استشفائية عامة و09 مؤسسات استشفائية و15 مركز استشفائي جامعي 77 مؤسسة استشفائية خاصة و127 دو ولادة خاصة عام 2020، بذلك حققت الجزائر قفزة في مجال المنشآت القاعدية الصحية حيث كانت نتائج الجزائر في برامج التنمية الخماسي (2010-2014) بـ 196 مؤسسة استشفائية عامة، و05 مؤسسات استشفائية و14 مركز استشفائي جامعي و71 مؤسسة استشفائية خاصة و97 دور ولادة خاصة عام 2014.

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 91.

الجدول رقم 3: المنشآت القاعدية خارج المستشفيات (2010-2020)

السنة	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية		
	عيادات متعددة الخدمات	قاعات العلاج	دور الولادة العمومية
2013	1491	5350	431
2014	1551	5491	437
2015	1601	5545	409
2016	1615	5634	412
2017	1637	5726	416
2018	1659	5762	415
2019	1684	5875	416
2020	1695	5957	409

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديون الوطني للإحصائيات.

نلاحظ من خلال الجدول 3 أن عدد العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج قد شهد ارتفاعا مستمر في أعدادها حيث انتقلت العيادات المتعددة الخدمات من 1401 عيادة في 2013 إلى 1695 عيادة في 2020، وبلغ عدد قاعات العلاج في 5957 قاعة في عام 2020 في حين كان عددها 5350 قاعة في 2013، وشهدت دور الولادة العمومية (وهي دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة وفي بعض قاعات العلاج انخفاضا في عددها بـ 28 دار ولادة في عام 2015 مقارنة بعام 2014 وهذا نظرا للتوجه إلى القطاع الخاص وزيادة عدد العيادات المتخصصة للقطاع الخلي، ويصل عددها في عام 2020 إلى 409 دار ولادة وهذا نظرا للاهتمام الذي تكنه الدولة للارتقاء بالقطاع العمومي لقطاع الصحة لضمان التكفل الصحي المناسب للمواطن الجزائري، حيث جاء في تقرير المخطط الخماسي (2014-2019) أن الدولة تسعى إلى تعزيز النسيج الاستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 والتي تشرف على تسيير 988 عيادة متعددة التخصصات تتوفر على 3566 سرير مخصص للأمهات و387 عمادة متعددة التخصصات دون سرر و5376 قاعة علاجه، ويقدر العدد الإجمالي للأسرة العمومية 63680، حيث قدرت القروض المالية لسنة 2016 الخاصة بالتسيير (80%) والتجهيز (20%) للقطاع العمومي للصحة بمجموع 222 مليار دج من بينها 38 مليار دج مساهمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وبصفة عامة تم مضاعفة القروض المالية المخصصة للقطاع العمومي للصحة بـ 4 مرات خلال الفترة الممتدة بين 2010 و2019، ومن خلال الجدول نلاحظ أن الجزائر حققت نجاحا في عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات، حيث بلغ عدد العيادات المتعددة الخدمات 1637 عيادة متعددة الخدمات وبلغ عدد قاعات العلاج 5637 قاعة

الفصل الثاني:

علاج في عام 2016.¹

3- تطورات المنشآت الصحية والموارد البشرية في الجزائر (2010-2020)

تعمل الدولة على تكثيف التغطية الصحية من خلال انجاز منشآت أساسية جديدة، وفك الخناق عن المراكز الاستشفائية العمومية .

- تطور المنشآت الصحية الخاصة في الفترة من 2010 إلى غاية 2020:

والموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 4: المنشآت الصحية الخاصة 2013-2020

السنة	عيادة طبيب مختص	عيادة طبيب عام	عيادة طب أسنان	صيدلية خاصة
2013	6208	6315	5105	8322
2014	6457	6334	5249	8760
2015	6776	6335	5368	9135
2016	7226	6482	5587	9520
2017	7742	6654	5928	9794
2018	8352	6910	6144	9962
2019	9042	7298	6514	10260
2020	9795	7803	6952	10512

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديون الوطني للإحصائيات

من خلال الجدول 4 نلاحظ أن المنشآت الصحية الخاصة عرفت تطورا كبيرا منذ عام 2013 إلى عام 2020، ومنها نظرا تدعيم عروض العلاج المتخصص ولا سيما من خلال تعيين أطباء مختصين وشه طبيين في إطار الخدمة المدنية، إلى حيث استقرار تعداد الأطباء لاسيما على مستوى الهضاب العليا والجنوب وكذا إعادة تأهيل الأجنحة التقنية لهذه المؤسسات

4 - تطورات الموارد البشرية للجزائر في القطاعين العام والخاص في الفترة 2013 - 2020

يستعرض الجدول التالي أهم الإحصائيات لتطور عدد الأطباء في الجزائر في الفترة 2013 إلى غاية 2020 بقطاعيه العام والخاص

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 92.

الفصل الثاني:

الجدول رقم 5: عدد الأطباء قطاع النشاط (2013-2020)

السنة	أطباء		جراحو أسنان		صيادلة	
	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص
2013	41954	14255	6410	5223	752	8329
2014	45108	14510	6696	5396	824	8764
2015	48212	15322	6981	5441	994	9177
2016	50325	15911	7195	5587	1018	9520
2017	52306	16770	7240	5928	1284	9794
2018	54953	18478	7261	6384	1501	9974
2019	55158	19779	7014	6733	1695	10193
2020	57227	21611	6928	7335	1796	10541

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات.

من خلال الجدول 5 نلاحظ أن عدد كل من الأطباء وجراحو الأسنان والصيادلة عرف ارتفاعا مستمرا على مدى السنوات من 2013 إلى 2020¹ وهذا نظرا لجهود الدولة المستمرة في تحسين الخدمة العلمية في المؤسسات الاستشفائية العمومية وتعزيز جهاز التوظيف في مختلف التخصصات والسعي إلى توظيف مهن صحية جديدة من أجل إضفاء المزيد من النجاعة على المؤسسات وتزويدها بموظفين مؤهلين قادرين على تلبية احتياجات السكان، وسعيها إلى تحقيق أكبر تغطية صحية للمواطن من خلال تشجيع القطاع الصحي الخاص.

وعلى الصعيد الصيدلاني تسعى الجزائر إلى تحسين تموين المؤسسات العمومية والصيدليات وكذا شبكات التوزيع، اعتماد الصرامة في تسيير المخزونات على مستوى الصيدلية المركزية للمستشفيات الصحية بهدف الوقاية من ندرة الأدوية، وهذا ما جاء في مخطط الحكومة لعام 2017، وأكدت الجزائر على تحسين وفرة الأدوية والحصول عليها من خلال مجانية كل أشكال الانتقاطع لا سيما فيما يخص اللقاحات والأدوية المخصصة لعلاج داء السرطان وتشجيع الاستثمار في مجال المنتجات الصيدلانية وهذا ما جاء في مخطط الحكومة لعام 2017، ومن خلال الجدول نلاحظ أن عدد الصيادلة ارتفع بشكل كبير في القطاع العام حيث بلغ عددهم 752 صيدلي في عام 2013 ليصل إلى 1796 صيدلي في عام 2020، قابله ذلك بارتفاع كبير في عدد الصيادلة في القطاع الخاص حيث انتقل عدد الصيادلة من 8329 صيدلي عام 2013 إلى 10541 صيدلي عام 2020، وهذا لما ترمي إليه الدولة من توفير الأدوية للمواطن بشكل يغلي كامل التراب الوطني والذي يترجمه الشكل المباني التالي

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 93.

الفصل الثاني:

المطلب الثالث: وضعية الصحية والخدمات الصحية بالجزائر

سعت الجزائر إلى تحسين وضعية الصحة والخدمات الصحية، وكانت لها جزء كبير من مخططها الحكومي لعام 2012 حيث نص على أن الحكومة ستواصل الجهود المبذولة في مجال مكافحة الأمراض المتنتقلة، بغرض:

- تقليص نسبة الوفيات لدى الأمهات والأطفال والقضاء على الأمراض المتنتقلة ذات الانتشار الواسع
- تطوير برامج جديدة ومخططات وقائية بغية توسيع حماية الصحية إلى المراهقين والمسنين والفئات السكانية في الوسط التربوي والمهني والسجون، وتطوير جهاز الرصد الصحي وفي مجال الوقاية من الأمراض غير المتنتقلة ومراقبتها، ستسهر الحكومة على:
- إنشاء إطار التنسيق الوطني متعدد القطاعات من أجل وضع مخطط الإستراتيجية الوطنية ومتابعتها وتقييمها، وتطوير نظام المراقبة والمتابعة يسمح بالحصول على معطيات موثوقة وموحدة، وكذا ترقية التدخلات الرامية إلى الحد من أهم العوامل المسببة للأخطار .
- كما أكدت الحكومة على تعزيز التكفل الصحي بالمواطنين في مخططها التنموي لعام 2014، حيث أكدت على ما يلي:

- تطوير نظام المراقبة والكشف والمتابعة بهدف الحد من أهم عوامل الخطر المشتركة بين الأمراض غير المتنتقلة وذلك في إطار تنسيق وطني ومتعدد القطاعات.
- تعزيز المراقبة الصحية على مستوى الحدود وجهاز الرصد الصحي وفي مجال مكافحة الأمراض المتنتقلة سعت الجزائر إلى:
- تعزيز البرامج الوطنية للوقاية وتطوير برامج جديدة من خلال توسيع القدرات الوقائية وتعزز بها وذلك باعتماد رزمادة جديدة للتلقيح
- تحقيق أهداف الألفية في مجال الصحة، التي تتمثل في تقليص نسبة الوفيات لدى الأطفال والأمهات وتحسين صحة الأم ومكافحة داء السيدا والملاريا على الخصوص.
- وقد أكدت الجزائر في المخطط الخماسي (2015-2020) أن علاج الأمراض المعدية سجل انخفاض معتبر في الأمراض المتنتقلة وانتشار الأمراض غير المعدية.¹

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 94-95.

خلاصة الفصل:

تظهر الدراسة الميدانية الماثلة أمامنا أن المؤسسة الإستشفائية العمومية كعينة من مجموع الهياكل الصحية العمومية، أنها الميدان الحقيقي الذي يعكس نجاح أو فشل سياسة الإصلاح التي باشرتها السلطة العمومية في الفترة الزمنية المحددة لهذه الدراسة، و من خلال المحاور التي تم التطرق إليها في إستمارة الإستبيان، و الأجوبة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، تبين لنا أن المنظومة الصحية في الجزائر تعاني من تدهور كبير على كل المستويات التنظيمية و الإجتماعية و الإقتصادية، و يعود ذلك إلى كون عملية الإصلاح التي باشرتها السلطة السياسية منذ عشرية كاملة لم تغير في الوضع شيئاً؛ بل أظهرت عدة تناقضات تعكس الصعوبة التي يصادفها القائمين على تسيير هذا القطاع الحساس؛

خاتمة

خاتمة

يعتبر قطاع الصحة أهم القطاعات على الإطلاق لما له علاقة مباشرة بنشاط الإنسان، فتحقيق السلامة الصحية العامة و البدنية و العقلية و النفسية، هي من بين الأهداف الأساسية للمنظومة الصحية، و الوصول إلى تحقيق ذلك يؤكد قدرة و قوة النظام الصحي المعمول به و بما يتكون من التوليفة البشرية ذات المهارة و الكفاءة في التسيير و التنظيم الرشيد، و بذلك يساعد الفرد على أداء واجباته و أعماله بشكل فعال، و لكن بإسقاط ذلك على طبيعة النظام الصحي الجزائري، نطرح السؤال التالي، هل تم تحقيق ذلك؟ نقول أن هذا الأخير شهد تطورا ملفت للنظر منذ إسترجاع السيادة الوطنية، و ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المنتقلة منها و المزمنا لشيء يدعو إلى التفاؤل.

و لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي حقق كل أهدافه، بل بالعكس فهو يشهد عدة مشاكل تنظيمية تخص الهياكل و المؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما أثار سلبا على السير العام لهذه المؤسسات و الصعوبة التي تجدها في تقديم الخدمات الصحية للسكان، و كان نتيجة ذلك توسع الهوة بينها وبين المواطن الذي أنهكه ضعف القدرة الشرائية، و زاد على ذلك إرتفاع تكلفة الحفاظ على الصحة.

فالإصلاح هو عملية دورية و متجددة، و ذلك من أجل درئ المساوئ و النقائص و دعم كل أشكال النجاح المحقق، و عليه فعملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة قطاعية مثل باقي السياسات الأخرى، و لكن هي سياسة معقدة بما فيه الكفاية لإصلاح ما تم إفساده، و تشجيع ما تم تحقيقه.

إذاً يمكننا القول أن سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ككل السياسات الماضية، لم تحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمريض، سواء داخل المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة، و إن كان هذه الأخيرة تقدم رعاية صحية أحسن لكونها تملك الوسائل البشرية و المادية و التقنية الضرورية لذلك، و لكن ذلك لا يعفيها كونها جزء من المنظومة الصحية الوطنية من جهة، و لصغر حجمها من جهة أخرى، الأمر الذي لا يساعدها على تغطية نسبة سكانية كبيرة، و هذا ما يجرنا إلى القول أن الجزائر ما زالت تعاني من سوء توزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني، خاصة إذا علمنا أن معظم المؤسسات الصحية الخاصة موجودة في المدن الكبرى و الشمالية منها، مما يدعو ذلك إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة، و جعلها تتماشى و التوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني.

فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري و مرن، و هو ما لم تصل إليه الجزائر بعد، كون المؤسسات الصحية في الجزائر هي مؤسسات بيروقراطية أكثر منها خدمتية، حيث أنه من الصعوبة فهم العلاقة التي تربط بين المستخدمين داخل المؤسسة الصحية، سواء كانت علاقة رسمية أو غير رسمية، و ذلك ما يؤدي إلى ظهور بوادر اللإستقرار و الدخول في صراعات فئوية بارزة، و هذا ما يسمى بإشكالية السلطة داخل المؤسسات الصحية.

لقد ركزنا في دراستنا هذه على الجانب الاجتماعي و الإقتصادي للمستخدمين في قطاع الصحة، بالإضافة إلى الجانب المهني لدى كافة الفئات العاملة في المؤسسة الصحية العمومية، و علاقة ذلك بسياسة إصلاح المنظومة الصحية، أو بالأحرى إظهار مدى أهمية هذا الجانب في إنجاح عملية الإصلاح، وتبين لنا أن عملية الإصلاح في الفترة المحددة للدراسة لم تركز كثيرا على هذا الجانب، وإهمالها لعنصر أساسي و هو الفرد الذي يعتبر الحلقة الغائبة فيها، و النتائج المتوصل إليها تبين ذلك، حيث أن إجابة غالبية أفراد العينة أن عملية الإصلاح لم تلقى نجاحا كبيرا لأنها أهملت وضعية المستخدمين في القطاع.

لا ينكر أحد أن السلطات العمومية بذلت كل المجهودات في سبيل توفير العلاج الكافي للسكان، من خلال إنشاء عدة هياكل صحية عمومية، و السماح للقطاع الخاص بالنمو مما عزز من العدد الإجمالي للهياكل الصحية المشكلة للمنظومة الصحية الحالية، ولكن ذلك لا يكفي لنقول بأن السياسة الصحية في الجزائر ناجحة، فالتركيز على جانب واحد و إهمال الجوانب الأخرى يؤدي عادة إلى الفشل في تحقيق كل الأهداف المخطط لها.

فإصلاح المنظومة الصحية في جانبها المادي و التقني و إهمال الجانب الاجتماعي و المهني للعمال لا يعكس حقيقة الإصلاح، حتى أن تلك الهياكل يبقى بعضها شاغر و ذلك لنقص العنصر البشري المؤطر لها، و نقص الموارد البشرية المتخصصة في استعمال تلك الوسائل المتطورة مما أدى ذلك إلى إتلافها وتكبيد الخزينة العمومية خسائر مادية كبيرة.

و الشيء الآخر الذي تم إستنتاجه من خلال هذه الدراسة المتواضعة، أن تعدد النقابات مع كثرتها أثر سلبا على فعاليتها، كونها لم تحقق أهدافها في تحسين الظروف الاجتماعية و الإقتصادية للعمال في القطاع، و لم تساهم في إثراء عملية الإصلاح، و ربما يعود ذلك لتغييبها من طرف المحرك الرئيسي لعملية الإصلاح و أعني السلطات العمومية، أو لعدم الإستقرار و الصراعات الداخلية التي تميز النقابات.

إن سياسة إصلاح المنظومة الصحية جزء من الإصلاحات الشاملة التي باشرتها الحكومة في جميع القطاعات، و ذلك بهدف الوصول إلى التنمية الشاملة و المستدامة على كل المستويات، المستوى السياسي و الاجتماعي و الإقتصادي، و بالنظر إلى الميزانية المالية السنوية المرصودة لقطاع الصحة فإنه يحتل المراتب الخمسة الأولى، هذا يعني أن الحكومة تولي أهمية كبيرة لإصلاح المنظومة الصحية، و لكن هذه الأهمية لم تتجسد في الواقع، لأن هذه السياسة قطعت فترة زمنية طويلة دون الوصول إلى تحسين الخدمات الصحية، فهذا يعني أنها عبارة عن برامج خالية من أهداف معينة، أو بأسلوب آخر هي سياسات ليس لها أهداف واضحة، ومجمل القول أنها سياسات ترقيعية من أجل ربح الوقت لا غير، ودليلنا في ذلك واضح، و يتجلى ذلك من خلال سوء التسيير الذي تشهده جل المؤسسات الصحية العمومية، إضافة إلى عدم وجود قانون واضح يضبط عمل مؤسسات القطاع الخاص مما ترك لها حيز كبير في التحايل على القانون و المواطن على حد سواء، و الجانب الآخر المتعلق بإهمال دور النقابة العمالية في صياغة قرار سياسي يضمن حقوق المستخدمين في

القطاع، من خلال مناداة هذه الأخيرة بضرورة إعادة صياغة القانون الأساسي لعمال القطاع، و جعله يتماشى و الأوضاع السياسية والإجتماعية و الإقتصادية التي تمر بها الجزائر.

الإقتراحات و التوصيات:

نظرا لأهمية هذا الموضوع على كل المستويات، وبإعتباره المرآة التي تعكس نمو و تطور صحة المجتمع، إرتأينا أن نقدم بعض الإقتراحات التي نرى فيها أفضل الحلول لحل مشكل الصحة في الجزائر بصفة عامة، و إصلاح المنظومة الصحية بصفة خاصة؛

-إعادة النظر في الخريطة الصحية، و ربطها بالتوزيع الحقيقي للسكان على مستوى كل التراب الوطني، و ذلك بمساعدة كل الأطراف والشركاء الإجتماعيين سواء المؤسسات السياسية المتمثلة في الوزارة، و الجمعيات والنقابات العمالية وحتى الأحزاب السياسية والسكان.

-تحديد مظاهر العجز و القصور على مستوى مؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر، و التي نعتقد أنها تتعلق بالجوانب التنظيمية و الهيكلية لمختلف أنواع هذه المؤسسات (المراكز الإستشفائية الجامعية، المستشفيات العمومية،...)، و المتعلقة أساسا بتنظيم السلطات و تحديدها، وضع الأولويات و ترتيب الأنشطة و تنسيق الأعمال داخل المنظمات الصحية.

-الإهتمام أكثر بالتكوين نظرا للنقص الكبير في العنصر البشري (الرأسمال البشري)، خاصة ما يتعلق بالأطباء الأخصائيين، و هو الأمر الذي وقفنا عنده من خلال الدراسة الميدانية في المستشفى.

-ضرورة تجهيز المستشفيات بأحدث الأجهزة الطبية، و ذلك من أجل تخفيف الأعباء على المرتفقين الذين ينتقلون في بعض الحالات إلى ولايات أخرى لإجراء بعض الفحوصات الطبية.

-الإهتمام أكثر بالجانب الإجتماعي و الإقتصادي لدى المستخدمين في قطاع الصحة بشكل عام، من خلال تحسين ظروف العمل (توفير الأمن، النقل، الإطعام، السكن...)، و الشيء الذي يؤرق الجميع دون إستثناء و في كل القطاعات الراتب الشهري الذي أصبح يشكل العبئ الأكبر لكل العمال، و الذي ساهم بشكل كبير في تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرتفقين

-ضرورة إشراك المجموعات النقابية و جمعيات المرضى في أي سياسة مستقبلية تتعلق بقطاع الصحة عامة، و ذلك من أجل توحيد الجهود و ربحا للوقت، وبالتالي تحقيق رؤية شاملة لما قد تمسه عملية الإصلاح، و هذا لتحقيق الشفافية في العمل و درئ الغموض الذي يسبب الفوضى، و هو ما يعيشه القطاع في الفترة الراهنة من فوضى في التسيير، و بيروقراطية مركزية تستبعد كل محاولة للإصلاح، بحجة نشر الفوضى من طرف العمال الذين إستعملوا حقهم الدستوري في الإضراب، والقول بأن هذه الإضرابات تحركها جهات لا تريد الإستقرار للبلاد إلى غير ذلك من الحجج التي يمكن إدراجها في خانة التهرب من المسؤولية، و إتباع أسلوب الهروب إلى الأمام، دون حلول تذكر في الواقع.

العرب اجمع

المراجع العربية:

أولاً: الكتب:

1. عبد المهدي بوعوانة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، عمان: دار حامد، 2004
2. صلاح محمود -ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان 2009،
3. إسماعيل قيرة، و آخرون، مستقبل الديمقراطية في الجزائر، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2002
4. عامر مصباح، معجم مفاهيم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، ط1، الجزائر: المكتبة الجزائرية بودواو، 2005

ثانياً: الأطروحات والمذكرات:

1. حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف اطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتورا ، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان ،2009-2010
2. حميدة بن حليلة، "الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدى". تقرير التربص الميداني ، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة ، أبريل 2006
3. علي لوحايدية، محاضرات في تسيير المصالح الصحية، أقيمت على طلبة السنة رابعة تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، 2005
4. العلواني عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-
5. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، مدرسة الدكتوراه للتسيير الدولي للمؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية
6. خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة غير منشورة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر6، السنة الجامعية 2010-2011.
7. صغيرو نجاة ، تقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة ميدانية- مذكرة غير منشورة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر6، السنة الجامعية 2010-2011

8. خنشور جمال، بن فرحات عبد المنعم وآخرون، تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة -دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة، بحث ميداني مقدم في إطار البرنامج الوطني للبحث (PNR)، للفترة من جوان 2011 إلى جويلية 2013، كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة.

9. سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر -دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة حسيبة بن بوعلي (الشلف، الجزائر)، سنة 2009.

10. نياب صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، يناير

ثالثا: المجلات والدوريات:

1. منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000

2. مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر البرلماني، الصادرة بالجزائر، العدد 6، جويلية 2004.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

1. Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE Europe de l'est Maghreb, Bahaeddine, éditions, Constantine, Algérie, 2010

2. J.F. NYS, la santé consommation ou investissement, Edition Economica, Paris, 1981

3. OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000

4. Le système de santé en Algérie, défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPMED, etudes et analyses, Tirage N°13, Avril 2012

5. mohamed khadir,une algérie à deux collèges,une médecine à deux vitesses,el watan, n° 5890,13mars 2010

6. R.A.D.P,Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, politique nationale de santé, evaluation et perspectives(rapport global), 02 octobre 2007, p24.

7. O.M.S, Bureau regional pour L'Afrique ,Algérie: plan de travail 2004-2005, novembre 2003

8. O.M.S ,Bureau regional pour L'Afrique ,Algérie: plan de travail 2002-2003 ,novembre 2001

9. R.A.D.P,M.S.P,Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009, Alger, novembre 2004