الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية بين الواقع والمأمول

دراسة تطور قطاع الصحة في الجزائر 2010– 2017

Health services in institutions between reality and hope

Study on the development of the health sector in Algeria 2010-2017

* أنساعد رضوان [1]، بن فريحة نجاة [2]

[1] جامعة حسيبة بن بوعلي (الجزائر)، **Ensaad_redouane@yahoo.fr**

[2] جامعة الجيلالي بونعامة (الجزائر)، **Ben_nadjat@yahoo.com**

تاريخ الاستلام: 2019/11/18 تاريخ القبول: 2020/06/15 تاريخ النشر:2020/12/31

ملخص: يعرف المجال الصحي مؤخرا عدة تطورات خاصة في مجال تقديم الخدمات الصحية والعناية بالفرد والمجتمع، كما تسعى المؤسسات الاستشفائية إلى تحقيق أهدافها واستمراريتها في الأسواق والدخول إلى أسواق جديدة، من خلال التركيز على تقديم خدمات صحية تتماشى وتطلعات المرضى وأفراد المجتمع الذي تنشط به، وهذا للوصول إلى أكبر شريحة من السوق، والمحافظة على مكانتها وصورتها بتقديم أفضل الخدمات الصحية لطالبي العلاج والاهتمام بطالبي الوقاية، وتسعى الجزائر جاهدة للنهوض بهذا القطاع من خلال إصلاحات في المنظومة الصحية وكذا توفير ميزانية وتسهيلات طبية لاستيعاب الطلب المتزايد على الخدمة الصحية من قبل أفراد المجتمع الجزائري الذي يعرف نموا كبيرا، وتطورا ملحوظا.

الكلمات المفتاحية: خدمات صحية، مؤسسات استشفائية، الجزائر، مجتمع جزائري

تصنيف JEL: L8

Abstract: The health sector has recently been informed of several developments, especially in the field of providing health services and taking care of the individual and society. Health institutions are also seeking to achieve their goals and continue to operate in markets and to enter new markets by focusing on providing health services in line with the aspirations of patients and members of the society in which they are active. This is aimed at reaching the largest segment of the market and maintaining their status and image by providing the best health services for those seeking treatment and caring for the students. Algeria is striving to promote this sector through the health reform of the health system, as well-care the health service of members of the Algerian society, which is experiencing significant growth and remarkable development.

Key words: health services, hospital institutions, Algeria, Algerian society**.**

Classification JEL: L8

* **المؤلف المرسل.**

مقدمة:

أصبحت المؤسسات الاستشفائية تلعب دور الرابط بين أفراد المجتمع والخدمة الصحية التي يتلقاها هذا الأخير، حيث أن التنامي الاقتصادي والاجتماعي والصناعي الذي عرفته المجتمعات أدى إلى تزايد المشكلات الصحية وتزايد الطلب على الخدمات الصحية، مما جعل المؤسسات الاستشفائية تأخذ شكل مؤسسات أعمال متوسطة وكبيرة الحجم تهدف من خلالها لتقديم خدمات العلاج والوقاية إلى المرضى من جهة وتحقيق عامل الربح من جهة أخرى.

ونظرا لما يشهده قطاع الصحة في الجزائر من تطور، سعيا من الدولة إلى الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية المقدمة ومحاولة النهوض بها، وقصد دراسة واقع الخدمات الصحية في الجزائر ومدى نموها وتطورها، يمكننا طرح التساؤل التالي:

ما واقع تطور الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر؟

وللإجابة عن هذا السؤال قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

- لا تلبي الخدمات الصحية الجزائرية في المؤسسات الصحية تطلعات المرضى.
- لم تعرف الخدمات الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا خلال السنوات الاخيرة.
- تتميز الخدمات الصحية الجزائرية المقدمة في المؤسسات الصحية بالقصور وعدم الجودة.

ولمناقشة هذا التساؤل وجب التعرف على:

- ماهية الخدمات الصحية وما أهم مجالات تطويرها؟
- ماهية المؤسسات الاستشفائية ودورها في المجتمع؟
- دراسة تطور الخدمات الصحية في الجزائر منذ عام 2006 إلى عام 2017.
- دراسة تحليلية لأهم التطورات التي طرأت على قطاع الصحة في الجزائر منذ 2010 إلى غاية 2017.

حيث تهدف الدراسة إلى دراسة الواقع الصحي في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر، ومدى تطورها منذ عام 2006 إلى غاية 2017. واعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي والتحليلي والذي يلائم موضوع البحث.

أولا: الخدمات الصحية

تعتبر الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت أنظمته السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية، تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية[1]، ويمكننا التفصيل فيها كما يلي:

1- مفهوم الخدمة الصحية:

يعرف (Kotler 1997) الخدمة على أنها تمثل كل عمل أو نشاط يمكن لطرف أن يقدمه لطرف آخر ويكون أساسا غير ملموس ولا ينتج عنه تملك لأي شيء وقد يرتبط تقديمه بسلع مادية أوقد لا يرتبط.

وتعرف الخدمات الصحية وفقا لذلك على أنها: " الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية(المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية"[2].

كما تعرف أنها: "الرعاية الطبية تعني أو الخدمات العلاجية أو الاستفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو الحكمية التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية[3].

ويمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها "النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط بيع سلعة أو خدمة أخرى"[4].

2– تصنيف الخدمات الصحية:

يصنف (Gooffrey 1994) الخدمات استنادا إلى مجموعة من المؤشرات وإن هذا التصنيف ينطبق على الخدمات الصحية وعلى النحو التالي[5]:

أ–من حيث الاعتمادية: إن الخدمات الصحية تتنوع استنادا إلى اعتمادها على السلع الملموسة مثل (التحاليل المختبرية، الأشعة، الجراحة ....) وخدمات يعتمد تقديمها على العنصر البشري كالعلاج النفسي...

ب–من حيث نوع الحاجة: فقد تكون الخدمات تشبع حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة من المنافع مثل الرقود في المشفى حيث تقدم خدمات الإطعام، العناية، الفحص الصباحي...

ج–من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية: حيث يختلف مقدموا الخدمات الصحية في أهدافهم (الربحية واللاربحية) ومن حيث ملكية المؤسسات الاستشفائية والبرامج التسويقية .

3– خصائص الخدمات الصحية:

وهي لا تختلف عن خصائص الخدمات والمتمثلة في:

أ–عدم ملموسية الخدمات الصحية: إن المستفيد لا يتعرف على الخدمة إلا بعد أن يقوم بعملية الشراء لذلك يسعى المستفيد من الخدمات الصحية إلى جمع المعلومات عنها بهدف تحديد مؤشرات عامة من نوعية وجودة الخدمات وقد تكون هذه المؤشرات استنادا إلى خبرات الأهل والأصدقاء[6].

ب–غير قابلية للانفصال (التماسك): ويترتب على هذه الخاصية أن يكون تقديم الخدمة في الوقت الذي تطلب فيه، تكون العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها قوية ووطيدة، زيادة درجة الولاء لمقدم الخدمة، ...الخ[7].

ج–عدم تماثل الخدمات (التباين): تتصف الخدمات بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وأداء وسلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان، وعلى المعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية. ومن هنا فان على المؤسسات الاستشفائية أن تعمل على[8]:

د– تلاشي الخدمة الصحية: إن الخدمات تتلاشى وتنتهي سواء إن تمت الاستفادة أو لم تتم الاستفادة منها، وهكذا فهي تستمد قيمتها من الوقت الذي تؤدي فيه فقط حيث انه لا يمكن تخزينها لتستخدم في وقت لاحق[9].

هـ- عدم انتقال الملكية: إن ما يحصل عليه المستفيد من الخدمة هو مجموعة من المنافع ولكن يستطيع تحقيق انتقال ملكية السلع المساعدة للعلاج مثل الحبوب.

و- تذبذب الطلب: يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب وعدم الاستقرار وذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج.

4- مجالات تطوير الخدمات الصحية:

للحفاظ على مكانة المؤسسات الاستشفائية ينبغي أن تعمل على تقديم خدمات جديدة، حتى تتكيف مع البيئة المتغيرة من خلال تطوير الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية ، بتحسين جودة ونوعية الخدمة أو بتقديم خدمات جديدة، وأن دواعي تقديم خدمات جديدة يرجع إلى[10]:

- مسايرة المستشفيات للتطورات العلمية في مجال أداء الخدمات الصحية.
- زيادة نسبة الأمراض تعتبر أحد الدوافع لتطوير الخدمات الصحية.
- شكاوي وإقتراحات المرضى لعدم كفاية الخدمات المقدمة لهم.

ثانيا: مفهوم المؤسسة الاستشفائية وأنواعها

نستعرض أهم التعاريف المقدمة للمؤسسات الاستشفائية فيما يلي:

1- تعريف المؤسسة الاستشفائية :

يتباين مفهوم المؤسسات الاستشفائية تبعا إلى تباين الأطراف المتعاملة معها، وبالتالي فإن كل طرف يمكن أن يعرف المؤسسة الاستشفائية تبعا لتلك العلاقة القائمة بينهما، حيث يعرفها كل من[11]:

أ- المرضى: على أنها الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم واستشفائهم.

ب- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

ج- الكادر الطبي: هو الموقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية وبما يملكونه من خبرة ومهارة وقدرة على إعادة الابتسامة لمرضاهم.

د- إدارة المؤسسة الاستشفائية : منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفء وفعال.

هـ- مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق اتفاقات مسبقة.

و- الطلبة والجامعة: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة ولإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.

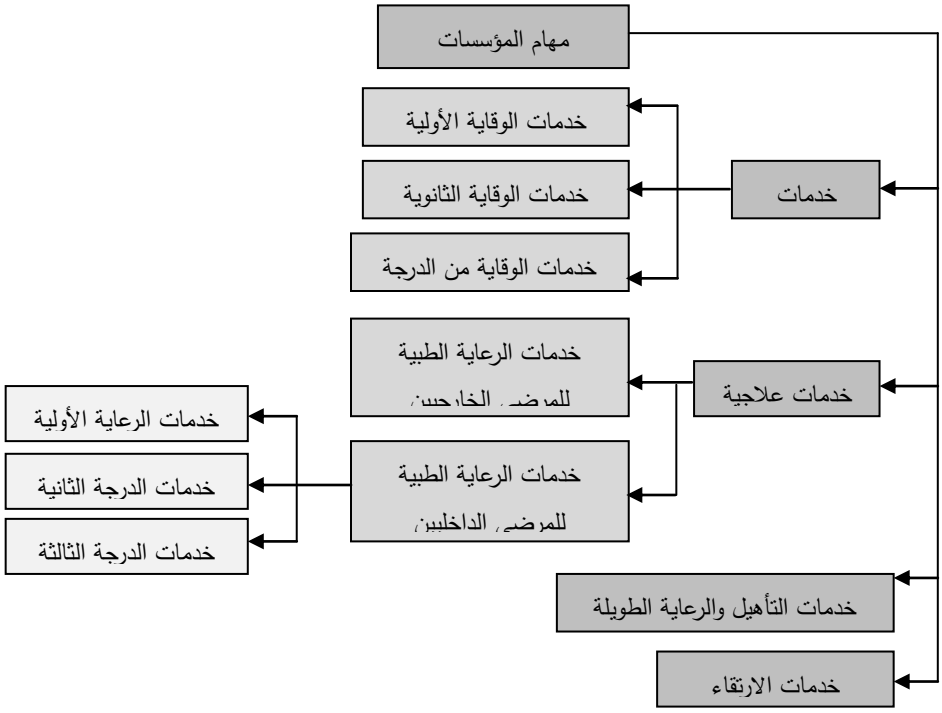
و تعرف أيضا: "هي عبارة عن تركيب اجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، يتكون من أفراد تحتاج خدمات صحية وطبية ومن مهنيون ومتخصصون يقدمون الرعاية الصحية"[12].

تعرفها منظمة الصحة العالمية (OMS) على أنها: "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية"[13].

2– مهام المؤسسات الاستشفائية:

ويمكن توضيحها من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 01: أهم مهام المؤسسات الاستشفائية:



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على: ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، الطبعة العربية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 24-26.

ويمكن تحديدها بأربع مهام رئيسية، وهي:[14]

أ– الخدمات الوقائية: ويمكن تصنيفها على ثلاث مستويات: الخدمات الوقائية الأولية، والثانوية، وخدمات الوقاية من الدرجة 3.

ب– الخدمات العلاجية: وتنقسم إلى قسمين: خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجين ، خدمات الرعاية الطبية للمرضى الداخلين.

ج– خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل: وتشمل هذه الخدمات الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى والمصابين جراء الحوادث بسبب العمل أو الطبيعية، أو الولادية (خلقية)، أو لأسباب أخرى لممارسة حياة طبيعية نشطة لفترة ليست بالقصيرة.

د– خدمات الارتقاء بالصحة: تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن، وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم للفرد[15].

3– الوظائف الأساسية للمؤسسات الاستشفائية:

يمكن إيجاز أهم وظائف المؤسسات الاستشفائية فيما يلي:

أ– تقديم خدمة الرعاية الصحية للمريض والمصاب: وهو الهدف الأساسي الأول للمستشفيات تقديم أفضل ما يمكن من الرعاية الصحية وفقا لإمكانيات المتابعة للمريض والمصاب، وذلك يتطلب تظافر جهود العاملين في المؤسسة الاستشفائية على مختلف تخصصاتهم[16].

ب– تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية وفي العلوم الطبية المساعدة: ينظر (Goetsch& Davis 1997) إلى التدريب والتطوير المستمر على أنه وسيلة لتنمية إمكانات العاملين في المؤسسة كل ضمن وظيفته بما يحقق الانجاز الأمثل[17].

ج–تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى التي لها علاقة بالصحة: حيث أن التقدم الهائل في علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها هو خير دليل على أهمية البحوث في مجالات العلوم الطبية، وأصبحت المؤسسات الاستشفائية تضم كافة الإمكانيات التي تساعدها على إجراء مثل هذا النوع من البحوث مثل وجود سجلات طبية أو بنك المعلومات تساعد في القيام بالبحوث والدراسات[18].

د– الوظيفة الممتدة إلى المنزل: إن المؤسسة الاستشفائية كمؤسسة اجتماعية نشطة، دائمة التأثر والتأثير بالبيئة المحيطة لا ينبغي لها اقتصار دورها على تقديم الخدمات الطبية داخل أسوارها، بل لابد لها من مد خدماتها خارج أسوارها لتصل إلى بعض المرضى، في بيئتهم المنزلية وخاصة الحالات المرضية المزمنة.[19]

4– أنواع المؤسسات الاستشفائية:

يمكن تقسيم أو تصنيف المؤسسات الاستشفائية، كما يلي:

أ–التصنيف حسب الملكية والإشراف: يميز بين نوعين من المؤسسات[20] :

– المؤسسات الحكومية: تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح:

المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها.

المؤسسات الحكومية الخاصة بفئات معينة: تتميز بتبعيتها لوزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية.

المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص في تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة، من أمثلتها مستشفيات العيون والأطفال والصدر وغيرها...

المستوصفات والوحدات العلاجية: هي مؤسسات صغيرة الحجم ومحدودة الإمكانيات، تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا.

المستشفيات الجامعية: تتبع للجامعات أو كليات الطب، تقدم نفس خدمات المؤسسات العامة والتخصصية.

– المؤسسات الخاصة: تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، وفي حدود الإطار المنظم للقطاع الصحي، وهي: مؤسسات بأسماء أصحابها، مؤسسات صحية استثمارية، مؤسسات الجمعيات غير الحكومية.

ب– التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة: تنقسم المؤسسات الاستشفائية إلى[21]:

- المؤسسات المعتمدة: هي مؤسسات معترف بجودة خدماتها المقدمة، حيث تشرف على مراقبة الخدمات هيئات رسمية متخصصة.
- المؤسسات غير المعتمدة: هي المؤسسات التي لم تتحصل بعد على اعتماد من طرف الهيئة المتخصصة بذلك.

و هناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الاستشفائية ، منها[22]:

- **طبيعة الملكية**، وتنقسم إلى: المؤسسات الحكومية/العامة، المؤسسات غير الحكومية/ الخاصة غير الربحية، التطوعية والخيرية، المؤسسات الخاصة والهادفة للربح.
- **طبيعة التخصص**: عام، أخصائية (مستشفيات النساء..)، متخصصة جدا (مراكز القلب..)
- **عدد الأسرة**: تنقسم إلى مؤسسات صغيرة (أقل من 100 سرير)، متوسطة (100-300 سرير)، كبيرة (أكثر من 300 سرير).
- **طول الإقامة**: وتنقسم إلى مؤسسات ذات إقامة طويلة (30 يوما فما فوق) أو إقامة صغيرة.
- **تدريب طلاب الطب المستجدين أو الخرجين**: التعليم، عدم التعليم.
- **مستوى الخبرة**: رعاية أساسية، رعاية ثانوية، رعاية من الدرجة الثالثة.

ثالثا: تطور الخدمات الصحية الجزائرية (2010– 2017):

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

فبفضل المرسوم التنفيذي رقم 07-140 الصادر في 19 ماي 2007 والذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، فسجلت البطاقة الصحية 1419 عيادة متعددة الخدمات و 5077 قاعة علاج و419 دور للولادة العمومية و 190 مؤسسة استشفائية عامة في عام 2008، وصولا إلى 1684 عيادة متعددة الخدمات و 5875 قاعة علاج و416 دور للولادة العمومية و200 مؤسسة استشفائية عامة في عام 2016[23].

ويبقى توزيع البنى التحتية للصحة العمومية في المناطق الإقليمية غير متساو 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 المرتفعات و 11.7% في الجنوب منها 1.4% فقط في منطقة الجنوب الكبير، بينما تتركز المراكز الاستشفائية الجامعية في الشمال بنسبة 50% في المنطقة الشمالية الوسطى (تحديدا في الجزائر العاصمة)، و 21% في الشمال الغربي و14% في الشمال الشرقي[24].

أما بالنسبة للقطاع الخاص فإن التفاوت في النسب واضح حيث تتمركز العيادات الخاصة بنسبة 73% في الشمال (42% في المنطقة الشمالية الوسطى، 17% في الشمال الغربي و 15% في الشمال الشرقي)، 21% في المرتفعات و 5% 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 و 30% 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 ثراءا من حيث البنية 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 2010 إلى 66189 في عام 2013، بمتوسط زيادة سنوية بنسبة 0.6%، وتوزع أسرة المستشفيات كما يلي[25]:

- مراكز استشفائية جامعية (CHU): 125000 سرير.
- مؤسسات استشفائية جامعية (EHU): 764 سرير.

- مؤسسات استشفائية خاصة (EHS): 11298 سرير.
- مؤسسات استشفائية عامة (EPH): 37769 سرير.
- مؤسسات استشفائية (EH): 876 سرير.

فعلى الرغم من أن عدد المستشفيات ارتفع خلال هذه الفترة، إلا أن نسبة السكان لكل سرير لم تتناقص، وشهدت زيادة طفيفة حيث انتقلت من 551 نسمة لكل سرير في عان 2010 إلى 578 نسمة لكل سرير في عام 2013، 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 عن وزارة الصحة أيضا تركيزا 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 خلال[26]:

- البحث عن ظروف معيشية أفضل.
- احتمالات التقدم في الحياة المهنية.
- البحث عن الربحية 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 والصيادلة وجراحو الأسنان) في ولايات شمال البلاد.

1- أهم مؤشرات تطور الموارد البشرية لقطاع الصحة في الجزائر من2006- 2017:

إن تدعيم التكفل الصحي بالمواطن نوعيا وكميا من أولويات الحكومة وهو مدرج في برنامج عملها، يتمحور هذا الجانب الهام للنشاط الاجتماعي للحكومة في الاستمرار في تطوير الوقاية وتحسين تنظيم الخدمات الصحية ووفرة المنتجات الصيدلانية.

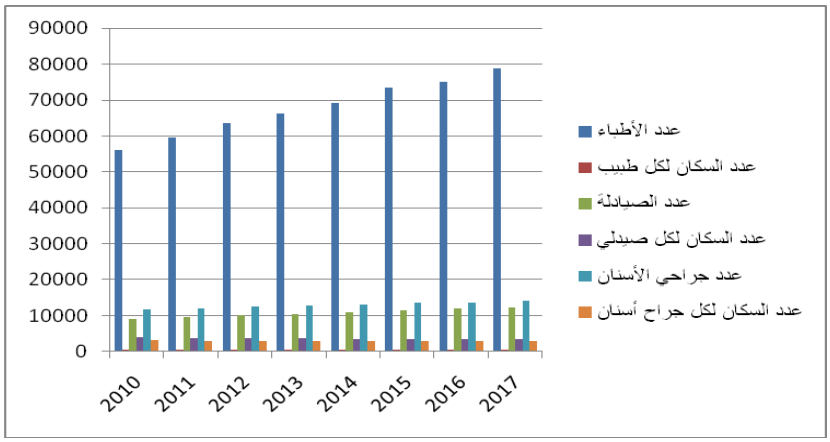
وفيما يلي عرض لأهم مؤشرات تطور قطاع الصحة في الجزائر:

الجدول رقم 01: تطور عدد الأطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر (2010-2017)

السنة	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب	عدد الصيادلة	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.

الشكل رقم 02: تطور عدد الأطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر (2006–2017).



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معطيات الجدول 01.

من خلال الجدول 01 نلحظ والشكل رقم 02، أن عدد السكان لكل طبيب ولكل صيدلي ولكل جراح أسنان عرف انخفاضا مستمرا من عام 2010 إلى عام 2017، قابله ذلك بارتفاع مستمر لكل من الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان حيث انتقل عدد الأطباء من 39459 عام 2006 إلى 78838 عام 2017، وارتفع عدد الصيادلة من 7267 عام 2006 إلى 12337 عام 2017، وعدد جراحي الأسنان انتقل من 9648 عام 2006 ليصل إلى 14263 عام 2017، وهذا من أجل تغطية حاجات السكان والمرضى وتحقيق غاية الدولة في هذا المجال، حيث قدرت الحصص الوطنية خلال سنة 2017 بطبيب واحد لكل 529 نسمة وصيدلي لكل 3382 نسمة وكل جراح أسنان لكل 2925 نسمة.

2– أهم مؤشرات تطور البنية التحتية لقطاع الصحة في الجزائر من 2010– 2017:

يبينها الجدول التالي، كما يلي:

الجدول رقم 02: تطور المنشآت القاعدية الصحية من الجزائر.

السنة	مؤسسة استشفائية عامة	مؤسسة استشفائية	مراكز استشفائية جامعية	مؤسسة استشفائية متخصصة	دور الولادة الخاصة
2010	194	04	13	64	97
2011	192	04	14	63	101
2012	193	05	14	66	105
2013	194	05	14	68	107
2014	196	05	14	71	97
2015	200	09	15	75	114
2016	200	09	15	75	123
2017	205	09	15	77	127

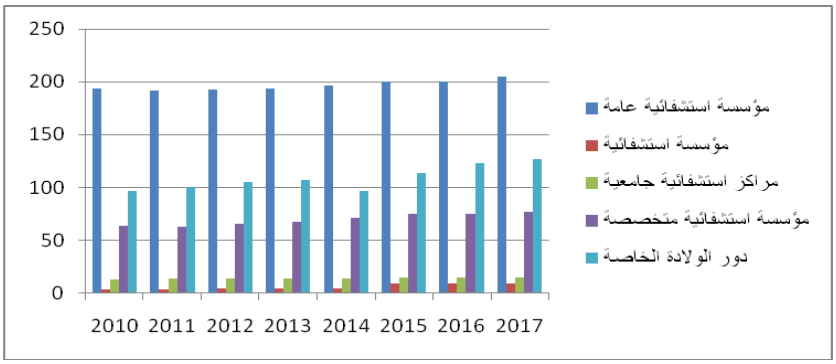
المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات.

من خلال الجدول 02 نلحظ أن كلا من المؤسسات الاستشفائية العامة والمؤسسات الاستشفائية والمراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة ودور الولادة الخاصة عرفت ارتفاعا مستمرا في عددها على مر السنوات من 2010 إلى غاية 2017،

هذا نظرا لما توليه الدولة من أهمية كبيرة لهذا القطاع، حيث وزعت الهياكل الاستشفائية بـ 205 مؤسسة استشفائية عامة و 09 مؤسسات استشفائية و15 مركز استشفائي جامعي 77 مؤسسة استشفائية خاصة و127 دور ولادة خاصة عام 2017، بذلك حققت الجزائر قفزة في مجال المنشآت القاعدية الصحية حيث كانت نتائج الجزائر في برنامج 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.

كما يترجمها الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 03: تطور المنشآت القاعدية الصحية من 2010 إلى 2017 في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معطيات الجدول 02.

الجدول رقم 03: المنشآت القاعدية خارج المستشفيات (2006-2017)

السنة	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية		
	عيادات متعددة الخدمات	قاعات العلاج	دور الولادة العمومية
2010	1491	5350	431
2011	1551	5491	437
2012	1601	5545	409
2013	1615	5634	412
2014	1637	5726	416
2015	1659	5762	415
2016	1684	5875	416
2017	1695	5957	409

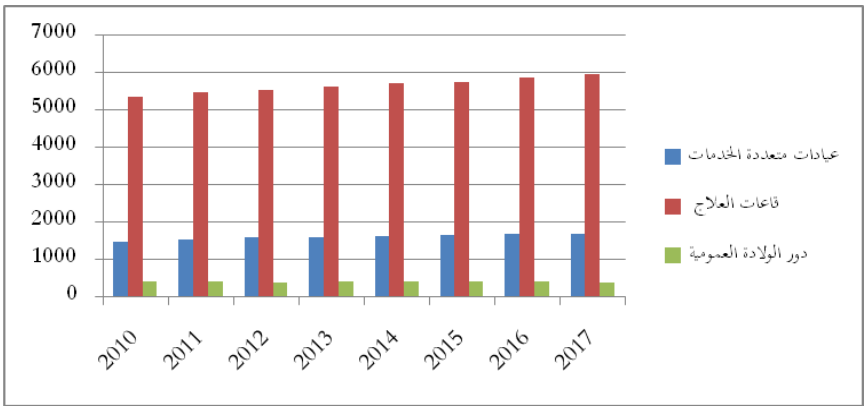
المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات.

نلاحظ من خلال الجدول 03 أن عدد العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج قد شهدت ارتفاعا مستمرا في أعدادها حيث انتقلت العيادات المتعددة الخدمات من 1491 عيادة في 2010 إلى 1695 عيادة في 2016، وبلغ عدد قاعات العلاج في 5957 قاعة في عام 2017 في حين كان عددها 5350 قاعة في 2010، وشهدت دور الولادة العمومية (وهي دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة وفي بعض قاعات العلاج) انخفاضا في عددها بـ 28 دار ولادة في عام 2012 مقارنة بعام 2011 وهذا نظرا للتوجه إلى القطاع الخاص وزيادة عدد العيادات المتخصصة للقطاع الخاص، وصل عددها في عام 2017 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 (2010-2014) 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 و 387 عيادة متعددة التخصصات دون سرير و 5376 قاعة علاج، ويقدر العدد الإجمالي للأسرة العمومية 63680، حيث قدرت القروض المالية لسنة 2009 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 2000 و 2009، ومن خلال الجدول نلحظ أن الجزائر حققت نجاحا في عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات حيث بلغ عدد العيادات المتعددة الخدمات 1637 عيادة متعددة الخدمات وبلغ عدد قاعات العلاج 5627 قاعة علاج في عام 2014.

ويترجمها الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 03: المنشآت القاعدية خارج المستشفيات(2006–2017)



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الجدول (03).

3- تطورات المنشآت الصحية والموارد البشرية في الجزائر (2010–2017):

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 2017:

والموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 04: المنشآت الصحية الخاصة (2010–2017)

السنة	عيادة طبيب مختص	عيادة طبيب عام	عيادة طب أسنان	صيدلية خاصة
2010	6208	6315	5105	8322
2011	6457	6334	5249	8760
2012	6776	6335	5368	9135
2013	7226	6482	5587	9520
2014	7742	6654	5928	9794
2015	8352	6910	6144	9962
2016	9042	7298	6514	10260

2017	9795	7803	6952	10512

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

من خلال الجدول (04) نلحظ أن المنشآت الصحية الخاصة عرفت تطورا كبيرا منذ عام 2010 إلى عام 2017، وهذا نظرا تدعيم عروض العلاج المتخصص ولاسيما من خلال تعيين أطباء مختصين وشبه طبيبين في إطار الخدمة المدنية، إلى حيث استقرار تعداد الأطباء لاسيما على مستوى الهضاب العليا والجنوب وكذا إعادة تأهيل الأجنحة التقنية لهذه المؤسسات، ويوضحها الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 04 : تطور المنشئات الصحية الخاصة (2006-2017)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات الجدول (04).

- تطورات الموارد البشرية للجزائر في القطاعين العام والخاص في الفترة 2010 – 2017:

يستعرض الجدول التالي أهم الإحصائيات لتطور عدد الأطباء في الجزائر في الفترة 2006 إلى غاية 2017 بقطاعيه العام والخاص.

الجدول رقم (05): عدد الأطباء حسب قطاع النشاط (2010-2017)

السنة	أطباء		جراحو أسنان		صيادلة	
	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص
2010	41954	14255	6410	5223	752	8329
2011	45108	14510	6696	5396	824	8764
2012	48212	15322	6981	5441	994	9177
2013	50325	15911	7195	5587	1018	9520
2014	52306	16770	7240	5928	1284	9794
2015	54953	18478	7261	6384	1501	9974
2016	55158	19779	7014	6733	1695	10193
2017	57227	21611	6928	7335	1796	10541

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

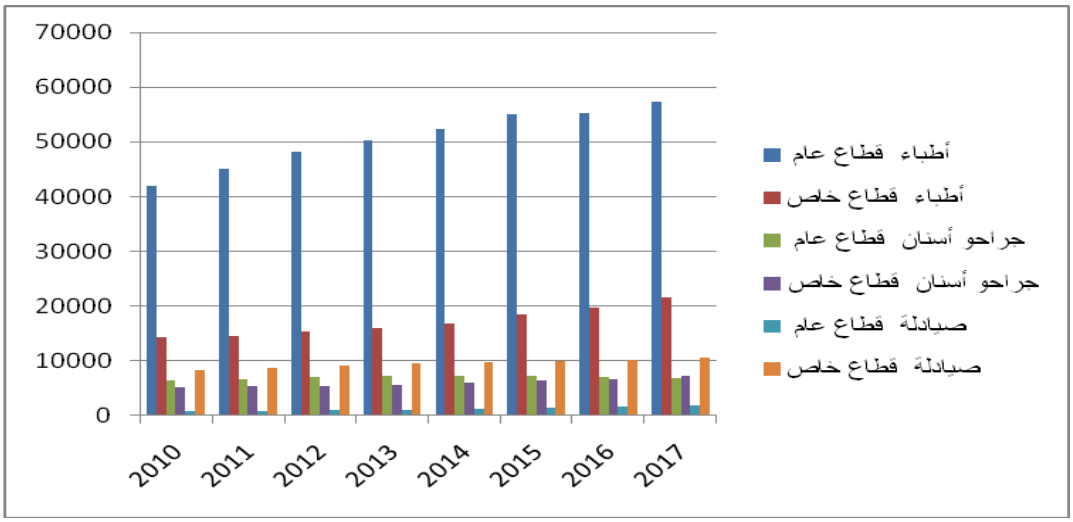
من خلال الجدول (05) نلاحظ أن عدد كل من الأطباء وجراحو الأسنان والصيادلة عرف ارتفاعا مستمرا على مدى السنوات من 2010 إلى 2017 وهذا نظرا لجهود الدولة المستمرة في تحسين الخدمة الطبية في المؤسسات الاستشفائية العمومية وتعزيز جهاز التوظيف في مختلف التخصصات والسعي إلى توظيف مهن صحية جديدة من أجل إضفاء المزيد 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، واعتماد الصرامة في تسيير المخزونات على مستوى الصيدلية المركزية للمستشفيات الصحية بهدف الوقاية من ندرة الأدوية، وهذا ما جاء في مخطط الحكومة لعام 2012، وأكدت الجزائر على تحسين وفرة الأدوية والحصول عليها من خلال محاربة كل أشكال الانقطاع لاسيما فيما يخص اللقاحات والأدوية المخصصة لعلاج داء السرطان وتشجيع الاستثمار في مجال المنتوجات الصيدلانية وهذا ما جاء في مخطط الحكومة لعام 2014، ومن خلال الجدول نلحظ أن عدد الصيادلة ارتفع بشكل كبير في القطاع العام حيث بلغ عددهم 752 صيدلي في عام 2010 ليصل إلى 1796 صيدلي في عام 2017، قابله ذلك بارتفاع كبير في عدد الصيادلة في القطاع الخاص حيث انتقل عدد الصيادلة من 8329 صيدلي عام 2010 إلى 10541 صيدلي عام 2017، وهذا لما ترمي إليه الدولة من توفير الأدوية للمواطن بشكل يغطي كامل التراب الوطني.

والذي يترجمه الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (05): عدد الأطباء حسب قطاع النشاط (2010–2017)



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معطيات الجدول (05).

4– وضعية الصحة 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 المتنقلة، بغرض:

- تقليص نسبة الوفيات لدى الأمهات والأطفال والقضاء على الأمراض المتنقلة ذات الانتشار الواسع.
- تطوير برامج جديدة ومخططات وقائية بغية توسيع حماية الصحة إلى المراهقين والمسنين والفئات السكانية في الوسط التربوي والمهني والسجون، وتطوير جهاز الرصد الصحي.

وفي مجال الوقاية من الأمراض غير المتنقلة ومراقبتها، ستسهر الحكومة على:

- إنشاء إطار للتنسيق الوطني متعدد القطاعات من أجل وضع مخطط للإستراتيجية الوطنية ومتابعتها وتقييمها، وتطوير نظام للمراقبة 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 للمراقبة والكشف والمتابعة بهدف الحد من أهم عوامل الخطر المشتركة بين الأمراض غير المتنقلة وذلك في إطار تنسيق وطني ومتعدد القطاعات.
- تعزيز المراقبة الصحية على مستوى الحدود وجهاز الرصد الصحي.

وفي مجال مكافحة الأمراض المتنقلة سعت الجزائر إلى:

- تعزيز البرامج الوطنية للوقاية وتطوير برامج جديدة من خلال توسيع القدرات الوقائية وتعززيها وذلك باعتماد رزمانة 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 (2010-2014) أن علاج الأمراض المعدية سجل إنخفاض معتبر في الأمراض المتنقلة وانتشار الأمراض غير المعدية.

خلاصة:

مما سبق ذكره في فإنه يمكننا الإشارة إلى أن الدولة الجزائرية قامت بالعديد من الإصلاحات التي مست قطاع الصحة وصولا إلى خصخصة القطاع، في محاولة منها لتقليل الضغط على القطاع العام الذي بات عاجزا أمام الطلب المتزايد للخدمة الصحية ذات جودة ومن خلال تحليل لتطور الخدمات الصحية لاحظنا:

- تمكن القطاع الخاص على الاستحواذ على السوق الصحية من حيث الأجهزة الطبية، والكادر الطبي المتخصص، الذي بات غائبا عن المؤسسات العمومية.
- فقامت الجزائر بالعديد من الإصلاحات في قطاع الصحة العمومية بزيادة المنشآت الصحية وإصلاحها، ودعمها بأطباء متخصصين وعاملين ذوي كفاءة وخبرة وخريجي الجامعات والمعاهد، كذلك بتوفير الأدوية اللازمة للمؤسسات العمومية وفتح مؤسسات متخصصة للأمراض المزمنة والخطيرة كأمراض السرطان.
- تطور القطاع الخاص الذي صار يلعب دورا مهما في تلبية احتياجات المواطن من الخدمة الصحية.
- تمكن القطاع العام من توفير أخصائيون فاقو نسبة القطاع الخاص أحيانا لكن دائما هناك عجز على مستوى القطاع العام نظرا لعدم وجود تحفيزات، هذا ما جعل الأطباء الاخصائيين يتوجهون الى القطاع الخاص .
- خصصت الدولة الجزائرية أغلفة مالية معتبرة من اجل اصلاح المستشفيات و تطوير المنظومة الصحية للبلاد لكنها لم تصل بعد الى المستوى المطلوب.

و من أهم التوصيات و الاقتراحات التي توصلت اليها دراستنا:

- وضع تشخيص حقيقي لأسباب فشل الاصلاحات الخاصة بالقطاع الصحي في الجزائر و محاولة معرفة أهم المشاكل التي كانت سببا في عدم وصول هذا القطاع الى المستوى المنشود.
- ضرورة التنسيق بين القطاع العام و القطاع الخاص العامل في القطاع الصحي من أجل تبني استراتيجية مشتركة تكون المصلحة العامة هي الغالبة .

- محاولة الاستفادة من الدول الجيران وحتى الدول الأجنبية في تطوير القطاع الصحي كان عاما أم خاصا .
- محاولة بناء مستشفيات وعيادات صحية بمعايير دولية و توفير كل المستلزمات الطبية التي تسهل من عمل الطاقم الطبي .
- التكوين المستمر للأطباء و الطاقم الشبه الطبي من أجل ضمان خدمات صحية ذات جودة .
- محاولة بناء نموذج تسييري فعال لقطاع الصحة بالجزائر وفق رسالة و اهداف و رؤية مدروسة .
- محاولة تخصيص ميزانية خاصة لبناء مشاريع استعجالية للنهوض بالقطاع الصحي العام .
- فتح باب الاستثمار الأجنبي في القطاع الصحي لتحقيق التنمية المستدامة في الصحة .

الإحالات والمرجع:

[1] كورتل فريد وصادق درمان والعامري نجاة، **تسويق الخدمات الصحية**، دار الكنوز المعرفة، عمان- الأردن، 2012، ص 35.

[2] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات– المفاهيم والتطبيقات– بحوث ودراسات** ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر الجديدة، القاهرة، 2003، ص ص 8،9 .

[3] عبد المجيد وآخرون، **الرعاية الصحية الأولية**، الطبعة الأولى، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2000، ص11.

[4] فوزي شعبان مدكور، **تسويق الخدمات الصحية**، الطبعة الأولى، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة،1998، ص 97.

[5] المرجع السابق، ص 99.

[6] عمرو خير الدين، " **التسويق : المفاهيم والاستراتجيات** " ، مكتبة عين الشمس للنشر، القاهرة ،1997 ، ص 268.

[7] محمد صالح المؤذن، **مبادئ التسويق**، دار الثقافة عمان الأردن . الطبعة الأولى2002 ، ص223.

[8] حمد محمود مصطفى، "**التسويق الاستراتيجي للخدمات**" ،دار المناهج عمان الأردن، 2001 ،ص 66.

[9] عبد الجبار منديل ،"**أسس التسويق الحديث** " دار الثقافة للنشر والتوزيع ،عمان الأردن، 2002 ،ص 220.

[10] أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية** ، أطروحة دكتوراة في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص 69.

[11] ثامر البكري، **إدارة المستشفيات**، الطبعة العربية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن ، 2005، ص 21.

[12] عبد المهدي بواعنة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الاستشفائية : مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية** ، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 65.

[13] نجاة صغيرو، **تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية** ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة الجاح لخضر، باتنة، 2011-2012، ص 04.

[14] ثامر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 24.

[15] حمدية سعاد، **استخدام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة (ABC) في تحديد تكلفة الخدمة الصحية** ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2010-2011، ص 10.

[16] محمد الريحان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، **المؤتمر العربي الثالث حول: الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات– تقنية نظم المعلومات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 5-7 ديسمبر 2004، ص09.

[17] راضي عبد الله علي ورافد عبد الجليل مجيد، دور مبادئ إدارة الجودة الشاملة في تحسين الأداء المؤسسي في مستشفيات دائرة صحة البصرة، **مجلة كلية الإدارة والاقتصاد**، جامعة البصرة، المجلد 8، العدد الخامس عشر، 2015، ص 293.

[18] سوسي دلال، **نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية** ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، قسم علوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2011- 2012، ص36.

[19] أنساعد رضوان، **التسويق الصحي كمدخل لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية الخاصة : تجارب دولية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف،2014-2015، ص 7.

[20] عبد العزيز مخيمر & محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)**، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص 11-16.

[21] كحيلة نبيلة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية** ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2008-2009، ص 27.

[22] مضر زهران، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 114.

[23]

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

[25] نفس المرجع، ص 89.

[26] نفس المرجع، ص 90.