دور المؤسسة الإستشفائية في تحقيق مطلب الصحة

أ.رشيدة كرمبيط
تحت تأطير أ.د. درواش رابح
جامعة البليدة 2

ملخص

تعتبر المؤسسة الإستشفائية الواجهة الحضارية التي تظهر التقدم الصحي والعلمي والاجتماعي للمجتمع بحيث يشير تواجدها فيه على وجود الصحة به. تتشكل من شبكة من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية المتبادلة بين مختلف أعضائها وتتكون من أنساق فرعية متكاملة الأدوار والوظائف، كما تمتاز أنشطتها بالحساسية لتعلقها بحياة الأفراد، قدرتها على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية يجعل منها العمود الفقري لأي نظام صحي فهي المكان المفضل لكل من المريض لتلقي العلاج والطبيب لممارسة عمله مع باقي القوى العاملة الأخرى.

يعرض هذا المقال السياق التاريخي للمؤسسة الإستشفائية بالإضافة إلى استعراضه مجمل الأدوار التي تؤديها لتحقيق مطلب الصحة للأفراد، كما يسلط الضوء على أهم ما يميز الصحة في الجزائر.

الكلمات الدالة: المؤسسة الاستشفائية ، أدوار المستشفى، تاريخ المستشفى .

Abstract

The hospital institution is considered to be a cultural interface which shows the health and the progress of the scientific and social community, therefore its existence shows that there is a good health. This institution is constituted of a network of relation and social interaction between its members and it is constituted of sub-systems which have complementary roles and functions, besides this its activities are is characterized by a sensibility because of the great importance it gives to life of individuals and their ability to provide all

kinds of health care which made it as the backbone to any health organization since it is a privileged place for both of them that is to say for the ill persons who are looking for health care and doctors who practice their work with the other workers.

This paper not only shows the historical context of the hospital institution and all kind of roles fulfilled in hospitals so that to achieve its objective which is the health of individuals but it also shows the principal characteristics of health in Algeria.

Key words: hospital institution, the role of hospital, the history of hospital.

مقدمة :

المؤسسة الإستشفائية نظام اجتماعي مركب متخصص يتكون من مجموعة من الأقسام والبنى الفرعية بحيث يؤدي كل بناء وظيفة تساعد على استمرار نسقه الفرعي وديمومته ككيان اجتماعي، يتخذ هذا البناء ركائز ومقومات عدة تساعد على العمل والفاعلية من أجل الحفاظ على قيمة اجتماعية أساسية التي هي الصحة.

كما يسود داخل هذا البناء أنماط من العلاقات الاجتماعية المختلفة والمتكاملة التي هي من مستلزماته حتى يستقر وينمو، تربطها أخلاقيات مهنة الطب والتمريض والتخصص المهني العلمي الدقيق بشكل ترتيبي محدد ومرتبط بأدوار يلتزم بها كل الفاعلين فيه، ويترتب عنها تبعات ومسؤوليات ومزايا وصلاحيات، خدماته ضرورة إنسانية يسعى من خلالها لمكافحة الألم وللحفاظ على سلامة صحة الأفراد عن طريق إرساء قواعد الوقاية.

إذن يمكن اعتبار المؤسسة الإستشفائية منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مجموعة من الوظائف المختلفة العلاجية والوقائية، كما أنها مكان للتدريب العلمي والتقني في المجال الطبي لمساعدة الباحثين في انجاز مختلف دراساتهم هادفين من ورائها إلى العمل للرقي بصحة الإنسان .

1- تعريف المؤسسة الإستشفائية

تعددت التعاريف المقدمة للمؤسسة الإستشفائية فعرفت بأنها "مجموعة من المتخصصين والمهن الطبية وغير الطبية، والمدخلات المادية والمواد، تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم واستمرار المنظمة الصحية " (صلاح محمد ذياب ،2003، ص 83). وكما عرفت على أنها " تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المهنية المحترفة، والجماعات غير المهنية المحترفة من الأفراد، من أجل الحصول على خدمات ذات كفاءة عالية إلى المرضى" (عبد الله محمد عبد الرحمان،1990،ص). وقد عرفتها جمعية المستشفيات الأمريكية (American Hospital Association) بأنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض (Nursing)، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين" (غازي فرحان،1999، ص 06). وهي حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (World Health Organisation) جزء أساسي من تنظيم اجتماعي طبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية أو وقائية، وتمتد عياداتها الخارجية إلى البيوت، كما يعمل كمركز لتدريب القوى العاملة الصحية والقيام ببحوث اجتماعية حيوية" (غازي فرحان،1999، ص 06).

ويعرفها المشرع الجزائري في المادة الأولى في المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء، تنظيم وسير المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية على أنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي."

2- السيرورة التاريخية للمؤسسة الإستشفائية

اتخذ المستشفى بلغة العصر الحديث أشكال متعددة عبر عصور مختلفة، كما أطلقت عليه مسميات متنوعة. والبداية كانت عند الإغريق سنة 1200 قبل الميلاد أين اتخذت المستشفيات شكل معابد مخصصة لرعاية المرضى وللعبادة في آن واحد، أدى فيها كهنة المعابد دور الأطباء في رعاية المرضى. كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد الشفاء" في مصر سنة 600 قبل الميلاد، واستخدمت نفس التسمية في الهند سنة 273 قبل الميلاد فقد أطلقت على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها

تسمية "السيكيستا" أي معابد الشفاء، وفي مطلع الديانة المسيحية أقيمت بيوت الكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين، وكانت الدوافع الرئيسة من وراء بناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:(عبد العزيز المخيمر ومحمد الطعامنة، 2007،ص ص 5-6).

1- علاج المرضى ورعايتهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع؛

2- الاهتمام بالجانب الروحي للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم؛

3- اعتبار هذه البيوت الملاذ الآمن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم.

كان للعرب النصيب الأكبر في تأسيس وبناء المستشفيات وتصميمها وفتح أبوابها لجميع فئات المجتمع خاصة الفقيرة منها، فلقيت في صدر الإسلام وعصر الخلفاء الراشدين والأمويين والعباسيين ببلاد الأندلس والمغرب العربي اهتمام متزايد إذ كان بناؤها يتم على يد الخلفاء والحكام بل وامتد إلى بقية رجال الدولة، أطلقوا عليها تسمية البيمارستان وهي كلمة فارسية الأصل مؤلفة من قسمين "بيمار" وتعني المريض، العليل أو المصاب و"ستان " وتعني مكان أو دار أي بما معناه دار المرضى أو مكان المرضى. كانت الخيمة الطبية التي أمر الرسول صلى الله عليه وسلم بنصبها في ساحة المسجد في غزوة الخندق نواة البيمارستانات العربية في الإسلام والتي كان يداوى فيها الجرحى وهي بذلك تعتبر أول مشفى حربي في الإسلام.

زاد العرب من عدد المستشفيات ووسعوا في خدماتها بحيث أظهروا من خلال تقديمها روحاً إنسانية مست حتى المساجين، كما جعلوها خاضعة لنظم دقيقة تضمن حسن سير عملها ونوعوا من أقسامها بحيث اختص كل منها بعلاج مرض معين، إلى جانب الأقسام الإدارية ونظم الخدمة التخصصية وتوفير الدواء والغذاء والتموين والمالية، وجعلوا منها معاهد علمية لما اشتملت عليه من نظام التعليم الطبي، كما أقاموا عيادات خارجية بها.

كان العرب أول من نادى بالطب الوقائي، واهتم بالطب الروحاني، ووضع أسس الطب المخبري، وابتكروا إلى جانب المستشفيات الثابتة مستشفيات أو مستوصفات متنقلة تجرها الدواب حيث تنتقل من مكان إلى أخر، ويطاف بها في المدن والأرياف وتضم أطباء وممرضون يزورون مختلف المناطق والسجون لنشر الصحة بين أفراد المجتمع، وتحمل في

الحروب والغزوات إذ كان للجيش أطباء وصيادلة مخصصون. وإلى جانب إعطاء الدواء والعلاج اهتم العرب بتغذية المريض ونظافته الشخصية ونظافة ثيابه .

وعليه فللعرب الأولوية في تحسين المستشفيات والرفع من قيمتها، وتعيين أطباء دائمين بالمستشفيات في العالم قبل أوروبا "(الوحيشي أحمد بيري،1989م ، ص 145) . من بين القواعد والنظم التي وضعها العرب في العصور الإسلامية في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة والتي لا يزال معمول بها في الطب الحديث إلى يومنا المعاصر ما يلي: (عبد العزيز المخيمر ومحمد الطعامنة،2007،ص 6).

1- عدم السماح للمرضى أو المصابين بالأمراض المعدية بالاندماج ومخالطة المرضى الآخرين أي الحجز الصحي؛

2- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى؛

3- توفير مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية؛

4- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة؛

5- الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى؛

6- التركيز على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى؛

7- إجازة مزاولة مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان.

إن استعراض السيرورة التاريخية للمؤسسة الإستشفائية يظهر التطورات التي شهدتها إلى أن وصلت إلى ما هي عليه في الوقت الحاضر من حيث الشكل والأدوار والوظائف. وهذا إن دل على شيء فانه يدل على أهمية وجودها في حياة الأفراد، فهي في تصورهم مرادفة للحياة بحيث يستنجدون بها لتحقيق مطلبهم الأساسي والأهم الذي هو الصحة عصب وجودهم، والواضح أيضاً النصيب الأكبر للعرب في هذا التطور. والجزائر كغيرها من البلدان العربية المسلمة شهدت بها المؤسسة الإستشفائية تطورات من حيث الشكل والأدوار خلال الحقبات التاريخية التي مرت.

3- أدوار المؤسسة الإستشفائية

تقوم المؤسسة الإستشفائية من أجل تلبية مطلبهم بمجموعة من الأدوار والوظائف إذ على الرغم من أن الرعاية الصحية للمرضى هي الدور الأولي والأساسي للمؤسسة الإستشفائية بحيث ترتكز حولها كافة أنشطتها ومهامها غير أن هناك أدوار أخرى عديدة وعلى

درجة كبيرة من الأهمية من شأنها تحسين عملية رعاية المرضى ورفع مستوى مجهودها للرقي بصحة المجتمع وعليه يمكن إيجاز هذه الأدوار فيما يلي:

1-3 الدور العلاجي: يقصد به الخدمات التشخيصية والعلاجية، سواء من خلال العلاج الدوائي المباشر أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفى أو من خلال التدخل الجراحي، بالإضافة إلى ما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المختبرية العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية ومما لا شك فيه أن الخدمة الصحية والعلاجية تمثل الوظيفة التي تحضى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على السواء. (طلعت الدمرداش إبراهيم ،2006، ص ص25-26)

2-3 الدور الوقائي: نعني به الرعاية المرتبطة بتوجيه النظام الصحي في المجتمع أو ما يسمى الخدمات الصحية البيئية، حيث يرتبط بتشجيع مشاركة الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية على أساس الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع (الأمراض المعدية والأوبئة ...) مما يتطلب الوقاية منها ويكون بالبرامج التثقيفية وحملات التطعيم وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الحاملة للأمراض ...ويتم هذا وفقاً للأولويات والبرامج التي تلائم الظروف المحلية لكل دولة أو منظمة. (طلعت الدمرداش إبراهيم ،2006،ص ص25-26)

3-3 الدور التعليمي والتدريبي: إن التطورات التقنية الحديثة الحاصلة في العلوم الطبية تفرض ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية وذلك من خلال التعليم والتدريب المستمر، والمستشفيات بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات تمثل مراكز تدريب عملية للأطباء وأعضاء التمريض والفنيين والأخصائيين، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى ومن ثمة تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها بالإضافة إلى أن وجود المتخصصين في المجالات المختلفة يسهم في نقل نتائج الممارسات والتجارب السابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء والممرضين وتبادل المعلومات معهم وهو الأمر الذي يتعذر تحقيقه خارج المستشفى.

4-3 دور البحث الطبي والاجتماعي: إن المستشفيات من خلال ما تحتويه من مخابر وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضى متنوعة وإطارات بشرية متخصصة مهنياً تساهم بشكل كبير في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة

في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطور الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل. كذلك تمكن نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج من القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص، وتحديد معدلات انتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية العقاقير المختلفة العلاج، أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة، وابتكار طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها. ومما لا شك فيه أن إجراء مثل هذه البحوث والدراسات خارج المستشفيات إن لم يكن متعذراً فإنه من المؤكد سيكون باهظ التكاليف.

5-3 الدور التأهيلي: تخصص المستشفيات الكبيرة خاصة العسكرية قسماً خاصاً لعلاج التشويه والعلاج الطبيعي، وذلك لتدريب أصحاب هذه الحالات على مزاولة مهامهم الأصلية أو تدريبهم على أعمال جديدة تتناسب وحالتهم الجديدة. ويمكن أن يمس التأهيل حتى العوامل النفسية والمعنوية التي يعاني منها المريض سواءً قبل المرض أو بعده، وأيضاً العوامل البيئية والأسرية التي تحيط بالمريض وذلك لمساعدته على الشفاء الكامل بأقصى سرعة ممكنة (سيد محمد جاد الرب،2008، ص 44).

يتبين من خلال استعراض أدوار المؤسسة الاستشفائية تنوعها وتعددها وذلك وفق ما تتطلبه الحاجة أو المطلب بحيث من أجل تلبية احتياجات السلامة البدنية والعقلية يأتي الدور العلاجي وبالتوجيه والإعلام، ومن أجل تجنب الوقوع في الأمراض وانتشارها يكون الدور الوقائي ومن أجل تحسين وتجديد المعارف واستعادة القدرات البدنية يأتي الدور التكويني والتأهلي.

4- الصحة في الجزائر

شهد قطاع الصحة في الجزائر وضعيات صحية مختلفة بناءً على ما مر به من مراحل تاريخية رسمت انطلاقاً منها سياسات صحية تسعى لتحسين الأداء ومردودية الخدمات، وتمثلت المراحل التي مرت بها هذه السياسات في ما يلي:

4-1 **المرحلة الأولى 1962-1974:** سعت الجزائر في هذه الفترة لتسيير الأزمة الصحية جراء ما ورثته بعد الاستقلال من وضعية صحية صعبة عرفت فيها قلة في عدد هياكلها الصحية وندرة كبيرة في الموارد البشرية المؤهلة بالإضافة إلى التفشي الواسع للأمراض والأوبئة نتيجة الفقر المدقع وسوء التغذية.

2-4 المرحلة الثانية 1974 – 1980: تمثلت السياسة الصحية في هذه المرحلة " في تطبيق قانون الطب المجاني على كامل القطاعات الصحية سنة 1974 إضافة إلى صدور

الميثاق الوطني سنة 1976 وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات والمراكز الصحية والمخابر، إلى جانب تكوين الأطباء وعمال الصحة بهدف الوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن، مع تطوير الاهتمام والرعاية بالأمومة والطفولة. كما عرفت المركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، إضافة إلى غياب متخصصين في التسيير الصحي انعكس سلباً على القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين، هجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الإستشفائية الجامعية التي ينبغي أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخماً كبيراً مع تدهور نوعية العلاج (وزارة الصحة والسكان، 1990).

3-4 المرحلة الثالثة 1980– 1995: خضعت السياسة الصحية خلال هذه الفترة لعملية تقييمية اتبعتها الجزائر على السياسة التنموية، فعملت على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل.

كانت الإستراتيجية الصحية مرتكزة حول المستشفى والخدمات العلاجية مما أدى إلى تهميش الرعاية الأولية والوقاية، بالإضافة إلى الاكتظاظ والازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، نقص وندرة الأدوية، وأهم المشاكل تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي، وهو ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص هذا الأخير سمحت له الفرصة بالنمو والارتقاء بخدماته كماً ونوعاً، إلا أن المواطن البسيط لم يكن بإمكانه الاستفادة من العلاج فيه (القطاع الخاص) بسبب تكلفته المرتفعة إذ يعمل بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبرالي).

هذه الوضعية أقلقت السلطة السياسية الجزائرية مما استدعى المسؤولين في أعلى هرم السلطة إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني FLN في ديسمبر 1980 لملف الصحة فقط، واحتوت قرارات المؤتمر على 159 نقطة كانت بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني.

4-4 المرحلة الرابعة 1995 – 2005 : انتهجت خلال هذه المرحلة سياسة إصلاحية في القطاع الصحي من قبل الوزارة الوصية نتيجة الارتفاع المفرط في نفقات الصحة الناتجة عن تطبيق سياسة العلاج المجاني، والتدهور التدريجي لجودة الخدمات الصحية المقدمة وذلك من أجل رفع فعاليته ودفعه نحو المبادرة الحرة وحرية المنافسة من خلال تحسين نوعية خدماته وذلك من خلال مجموعة من الوسائل الإصلاحية تمثلت في:

- **مراجعة القوانين الأساسية:** من خلال العمل على تكييف قوانين المؤسسات الإستشفائية العمومية، وإضفاء المرونة على إجراءات التسيير الإداري والمالي والمراقبة، والتوجه نحو إرساء عقود أهداف وزارة /مستشفيات (مشروع مؤسسة) ومستشفى / مصلحة (مشروع مصلحة) .(زهرة رباحي،2006،ص 05).

- **أسلوب النظام التعاقدي لتمويل قطاع الصحة:** تم اعتماد أسلوب جديد لتمويل قطاع الصحة من اجل التحكم في النفقات الصحية التي تتحملها الدولة لوحدها في إطار العلاج المجاني، تمثل في أسلوب التمويل على أساس العلاقات التعاقدية والتي حددتها المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في أن "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان، وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"(الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 87).

4-5 المرحلة الخامسة ما بعد 2005: تميزت هذه المرحلة بمواصلة إصلاح المؤسسات الصحية حيث بدأ فيها تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009، كما أعيد هيكلة الخريطة الصحية المعمول بها قبل سنة 2007 بصدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 والهادف لإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وبموجبه تم إلغاء أحكام المرسوم الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، وبالتالي تتحول جميع مؤسسات وهياكل القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية إستشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية وتم تطبيقه ابتداءً من 1 جانفي 2008 .

ساهم تطبيق الخريطة الصحية الجديدة في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، وأدت إلى تقريب الصحة من المواطن كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية.

5- معايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر

5-1 "تصنف المؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر وفق مجموعة المعايير التالية: عدد السكان، عدد البلديات، عدد الأسّرة، عدد المصالح، الطابع الجامعي، مقر الولاية. ويتم ترتيبها وفق ثلاث مستويات "أ" ، "ب" و"ج" تنازلياً بحسب عدد النقاط المتحصل عليها .

5-2 تصنف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب معيار: عدد السكان، عدد البلديات وعدد هياكل الصحة الجوارية (العيادات المتعددة الخدمات مع عيادة الولادات أو بدونها

وقاعات العلاج)"(الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية ، العدد 20 ،2012، ص ص 24-25).

6- مكونات النظام الصحي الجزائري

يتكون النظام الصحي الجزائري من قطاعين هما: القطاع العمومي وهو المهيمن تتدخل الوزارة الوصية في تسيير وتحسين العلاج فيه . القطاع الخاص وتعمل الوزارة الوصية على مراقبة شروط الممارسة الطبية فيه.

6-1 مؤسسات القطاع العمومي

6-1-1 المؤسسة الإستشفائية المتخصصة: هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة، تتكفل بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره وتقوم بما يلي :

- تنفيذ نشاطات الوقاية، التشخيص، العلاج، إعادة التكييف الطبي والإستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، العدد 81،1997،ص ص 13-14).

6-1-2 القطاع الصحي: هي "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي، لها نفس المهام الموكلة للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالإضافة إلى:

- تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها؛
- ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي؛
- المساهمة في ترقية المحيط وحمايته في مجالات الوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

تتشكل المؤسسة الإستشفائية العمومية من :

- مؤسسات عمومية إستشفائية EPS .
- وحدات صحية قاعدية تتمثل في العيادات المتعددة الخدمات، المراكز الصحية وقاعات العلاج" (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، العدد 81،1997، ص 20).

لكن تضمن قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 لسنة 2007 تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH): وهي حسب نفس المرسوم عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أومجموعة بلديات، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة. تتمثل مهامها حسب المادة 04 في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، تتولى في هذا الإطار على الخصوص المهام التالية: (الجريدة الرسمية، العدد 33، 2007، ص ص 10-11)

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية الصحية؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

كما يمكن استخدامها ميداناً للتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP): وهي حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية غير أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

تتمثل مهامها حسب المادة 08 في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بما يلي:

*الوقاية والعلاج القاعدي؛

*تشخيص المرض والعلاج الجواري؛

*الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛

*الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛

*تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان وتكلف على الخصوص بما يلي:

- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة، ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛

- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميداناً للتكوين الطبي وشبه الطبي، والتكوين في التسيير الإستشفائي .

3-1-6 المركز الإستشفائي الجامعي: "وهو عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي يتكفل بما يلي:

في ميدان الصحة:

*ضمان نشاطات التشخيص، العلاج، الإستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقائية، إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية و ترقية صحة السكان؛

*تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة؛

*المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

في ميدان التكوين:

*ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب؛

*المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة، إعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

في ميدان البحث:

*القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة "(الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، العدد 81 ،1997،ص ص29-30) .

*تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج، التكوين والبحث في علوم الصحة.

7- إحصائيات صحية

يمكن إظهار دور المؤسسة الإستشفائية في تحقيق مطلب الصحة من خلال زيادة الطلب على خدماتها الصحية ومن خلال الإحصائيات التالية: سجلت مرافق الرعاية العامة في الجزائر سنة 2015 ما يلي : 98927937 استشارة طبية موزعة وفق الأتي :
17929510 استشارة متخصصة.

49112388 استشارة عامة.

039 886 31 استشارة إستعجالية.

كذلك بلغ عدد العمليات الجراحية المجرات على مستوى مرافق الرعاية العامة بـ 788 809خلال سنة 2015 توزعت حسب نوع الهيكل كما يلي:

- 31%من العمليات تمت على مستوى المراكز الإستشفائية الجامعية /المؤسسات الإستشفائية الجامعية CHU/EHU .
- 55% من العمليات نفذت على مستوى مؤسسات عمومية إستشفائية EPH/EH .
- 14% من العمليات أجريت على مستوى المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS(وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، 2016، ص 40) .

و فيما يلي جدول يوضح نسب الإستشارات الإستشفائية خلال الفترة 2000-2014

جدول رقم 1 : تطور نسب الفحوصات خلال الفترة 2000-2014

السنة	فحوصات متخصصة	فحوصات عامة	فحوصات استعجالية	المجموع
2000	15,11	57,61	27,29	100,00
2001	15,59	60,34	24,07	100,00
2002	15,95	60,71	23,34	100,00
2003	16,67	58,54	24,79	100,00
2004	16,79	57,68	25,53	100,00
2005	16,79	53,36	29,85	100,00
2006	13,32	62,96	23,72	100,00
2009	15,73	51,67	32,60	100,00
2010	14,60	51,93	33,47	100,00
2011	14,33	53,59	32,08	100,00
2012	14,53	54,00	31,47	100,00
2013	15,07	53,25	31,69	100,00
2014	15,43	53,51	31,06	100,00

Source : Annuaire statistique - MSPRH-DEP

الشيء الملاحظ من الجدول أن أنشطة الفحوصات العامة هي التي أخذت نسب مرتفعة وذلك بطبيعة الحال لأنها أول إجراء بعد التخصص، كذلك نسب الفحوصات الإستعجالية هي في ارتفاع من سنة لأخرى مما يدل على زيادة الطلب على الخدمات الصحية الإستشفائية .

وفيما يخص الأنشطة الخاصة بالأشعة والفحوصات أو الكشوف الوظائفية فقد بلغت وفقاً لنوعية الهيكل كما يلي :

جدول رقم2 : أنشطة الأشعة والفحوصات حسب نوعية الهيكل

نوع الهيكل	**العدد**
مؤسسات عمومية إستشفائيةEPH + EH	7156778
المراكز الإستشفائية الجامعية /المؤسسات الإستشفائية الجامعية CHU + EHU	3729898
المؤسسات الإستشفائية المتخصصةEHS	1073115
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP	4285950
المجموع	16245741
Source : Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière , Direction des études et de la planification ,**SANTE ,EN CHIFFRES2016**,p43	

وهي بأعداد كبيرة مما يوضح حجم الأنشطة التي تقوم بها مختلف الهياكل الصحية. أما بالنسبة لنوعها فقد بلغ عددها خلال الفترة 2000-2014 حسب معطيات الجدول الموالي:

جدول رقم 3 : تطور أنشطة الأشعة خلال الفترة 2000-2014

Echographie	Radiographie	Scanner	IRM	السنة
361321	4605270	57400	1697	**2000**
409638	4656347	41110	2318	**2001**
946769	4758789	54074	2054	**2002**
427230	5533176	61861	2292	**2003**
472154	5298898	64923	2626	**2004**
509712	6507071	76766	7695	**2006**
850788	6244342	128400	9623	**2009**
813838	6244899	153934	14068	**2010**
1085130	7337481	185264	15205	**2011**
1076169	1169303	231110	18018	**2012**
1234633	11838998	255431	22208	**2013**
1267538	11355877	250050	26449	**2014**

Source : Annuaire statistique - MSPRH-DEP

تبين معطيات الجدول أعلاه تنوع أنشطة الأشعة مما يوضح الدور التكويني للمؤسسة الإستشفائية، كما أن ارتفاع أعدادها من سنة لأخرى يوضح مدى الإقبال على هذا النوع من الخدمات .

وفيما يخص أنشطة طب الأسنان فقد قدرعددها حسب إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة2016 بـ 585 444 نشاط 41% منه إقتلاع (نزع) و50% منه علاج و 9% جراحة ترميم الأجزاء التالفة.

وقدر عدد القيام بنشاط الاستشفاء على مستوى المؤسسات العلاجية 3 العامة بـ3336703: 18.08% منه رجال، 51,97 % للإناث و29.95 % للأطفال.

كذلك من الأنشطة التي تبرز الدور العلاجي للمؤسسة الاستشفائية العمليات الجراحية على اختلاف أنواعها كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 4: تطور أنشطة العمليات الجراحية على المستوى الوطني خلال الفترة [2000-2014]

المجموع	Actes urgence	Facial	Chir-plast	Chir-Vacsul	Chir-card	Chir-thor	Neuro-Chir	Urologie	Gynécologie	Ortho	ORL	Ophtalmologie	Chirurgie générale	السنة
100	20,9	1,3	4,4	0,4	0,3	1,5	1,7	1,8	20,6	3,5	4,4	9,7	29,5	**2000**
100	16,4	1.0	2,9	0,5	0,2	1,3	1,4	1,9	22,1	10,0	5,4	7,6	29,3	**2001**
100	19,8	0,9	2,5	0,6	0,3	0,9	1,4	1,9	19,1	11.0	4,9	8,5	28,2	**2002**
100	20,0	0,9	2,1	0,4	0,3	1,1	1,4	1,6	23,3	10,7	4,6	6,1	27,4	**2003**
100	18,8	0,7	2,4	0,1	0,3	0,9	1,4	1,9	21,8	10,8	5,0	9,4	26,6	**2004**
100	18,7	1,2	2,6	0,1	0,5	0,4	1,4	1,9	22,1	11,2	4,3	8,2	27,3	**2006**
100	20,8	0,8	2.0	0,1	0,3	0,4	1,3	1,7	23,3	10.0	3,9	25,6	9,8	**2009**
100	19,1	0,7	2,4	0,2	0,3	0,4	1,3	2,0	26,4	9,6	3,9	8,3	25,2	**2010**
100	18,0	0,7	2,2	0,1	0,3	0,5	1,2	2,1	28,9	9,6	3,7	7,2	25,4	**2011**
100	15,3	1,1	2,3	0,2	0,2	0,5	1,4	1,8	29,9	9,6	3,7	8,2	25,7	**2012**
100	14,4	0,9	1,5	0,5	0,3	0,4	1,5	1,9	30,5	9,2	3,9	7,5	27,6	**2013**
100	16,4	0,8	1,0	0,2	0,2	0,4	1,1	1,6	25,9	7,9	3,2	17.3	23,9	**2014**

Source : Annuaire statistique - MSPRH-DEP

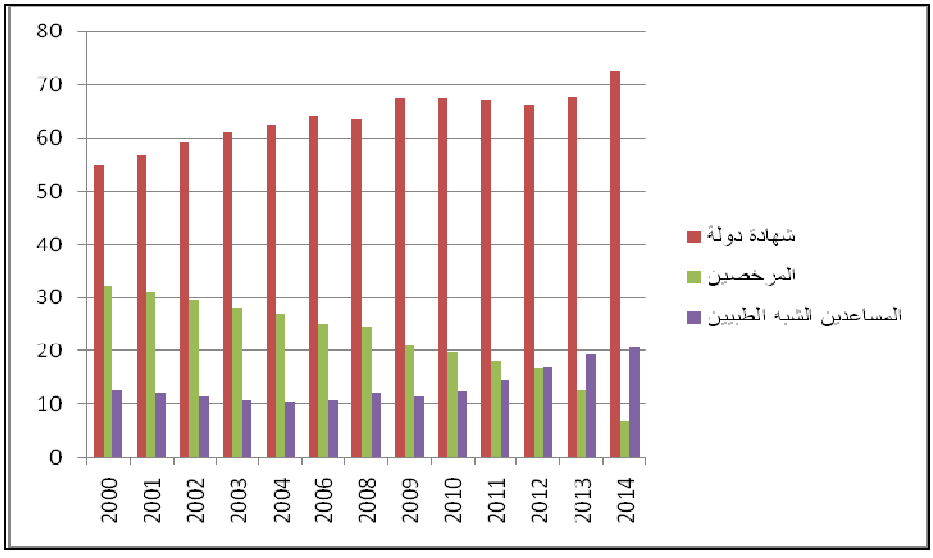
إن ازدياد العمليات من سنة لأخرى مؤشر واضح في هذه المعطيات وذلك في كل نوع منها وهو دليل على أنها المكان الذي يوفر للإفراد طلبهم العلاجي.

وتوضح معطيات الشكلين رقم 1 و2 تطور نسب ممارسي الصحة خلال الفترة 2000 – 2014 وهو ما يبرز دورها في تكوينهم، كما يلاحظ فيه ازدياد أعداد الممارسين من سنة إلى أخرى وهو ما يشير إلى ازدياد الحاجة لخدماتهم خاصة وأن تطبيق الخريطة الصحية الجديدة عزز الهياكل الصحية بجميع أنواعها.

شكل رقم 1: تطور نسب الممارسين-(على المستوى الوطني، 2000-2014.

Source : Annuaire statistique -MSPRH-DEP(*) Non compris les Professeurs , Docents ,Maitres Assistants et Résidents au nombre de 14991 en 2013 et de 14788 en 2014

شكل رقم 2: تطور نسب الشبه الطبيين خلال الفترة ،2000-2014.



Source : Annuaire statistique - MSPRH-DP

إن تشيخ السكان وارتفاع أمل الحياة من المؤشرات الدالة على أدائها لأدورها ومن مظاهر تحسن المستوى الصحي، وفي هذا " تشير الإحصائيات إلى أن أمل الحياة قد بلغ 76 سنة عام 2008 " (rapport national sur le développement humain, CNES,2008) بعدما كان 55 سنة فقط غداة الاستقلال، هذا ما يصنف الجزائر ضمن الدول التي ترتفع بها التنمية البشرية، حيث يبلغ عدد الأشخاص المسنين الذين تفوق أعمارهم 60 سنة 2.5 مليون نسمة أي بنسبة 7.4% من عدد السكان (Souhila Hammadi,2010)

كذلك وفي نفس السياق توضح معطيات الجدول أدناه تطور المؤشرات الصحية خلال الفترة الزمنية الممتدة من 1990 إلى 2009 .

جدول رقم 5: المؤشرات الصحية خلال الفترة 1990-2009.

المؤشرات الصحية	السنوات			
	1990	2000	2008	2009
مأمول العمر عن الميلاد بالسنوات	66	69	71	74
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000مولود حي	64	48	41	32
احتمال الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 1000 نسمة	181	153	132	105
إحصاءات منظمة الصحة العالمية عن الجزائر 2009 www.who.int,05/04/2012				

إن القضاء على الأمراض الوبائية هو كذلك مؤشرًا دالاً على مجهودها الوظيفي بحيث تم القضاء على معظم الأمراض المتنقلة بصفة نهائية (الجذام، الحصبة، الدفتيريا، مرض السعال الديكي)، أما عن مرض السل فقد بلغ عدد حالاته حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة.

خاتمة:

يبدو من خلال عرض الإحصائيات الصحية المتعلقة بالفحوصات ومختلف الأنشطة والعمليات التي تقوم بها المؤسسة الإستشفائية، وكذا عرض تطور نسب الممارسين الصحيين حجم ما تقوم به المؤسسة الإستشفائية من أدوار، والتي تم عرضها فيما سبق لتلبية مطلب مهم وأهم الذي هو الصحة وعليه على الرغم من النقائص التي تعاني منها المؤسسة الإستشفائية الجزائرية إلا أنها تساهم في تحقيق مطلب الصحة للأفراد من خلال قيام أفراد نسقها بأدوارهم.

الهوامش

1- صلاح محمد ذياب، ورقة بحثية بعنوان :**درجة الرضا الوظيفي لدى الأطباء العاملين في مستشفى البشير الحكومي**، المؤتمر العربي الثاني في الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية، 29/27 سبتمبر 2003،المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.

2- عبد الله محمد عبد الرحمان، **معوقات البناء التنظيمي للمستشفى: دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.

3- غازي فرحان، **خدمات الإيواء في المستشفيات**، دار الزهران، عمان، 1999.

4- عبد العزيز المخيمر ومحمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات "المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية لتنمية الادارية، القاهرة، 2007 .

5- الوحيشي أحمد بيري، وأ.عبد السلام بشير الدويبي، **مقدمة في علم الاجتماع الطبي**، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، الطبعة الأولى 1989م، مصراته الجماهيرية العربية الليبية.

6- طلعت الدمرداش إبراهيم، **اقتصاديات الخدمة الصحية**، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، مصر 2006.

7- سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، مصر 2008 .

8- وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.

9- زهرة رباحي، **إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر، مهماتها، تنظيماتها من خلال مشروع الإصلاح، بين الأهداف والوسائل**، الملتقى الدولي الأول لاقتصاد الصحة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة بجاية ، (13-15 نوفمبر 2006).

10- الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 87 .

11- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير سنة 2012، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، العدد 20 .

12- المرسوم التنفيذي رقم 97-465، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997.

13- الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر في 20 مايو 2007.

14- المرسوم التنفيذي رقم 97-467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، العدد 81، 10ديسمبر 1997.

15- Résultats globaux du rapport national sur le développement humain, CNES,2008.

16- Souhila Hammadi, **Parce que les algériens ont gagné vingt ans d'espérance de vie, les risques d'Alzheimer augmentent**, article de la liberté Algérie ,Mercredi 07-04-2010.