

واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر

The Reality and Prospects of Health System in Algerian

بوشلاغم عميروش وشرفي منصف

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2

Abstract

ملخص

This paper aims to highlight the imbalances that health system in Algeria is suffering of, in order to put a diagnosis of the current situation and justify the reforms the Ministry has initiated. This necessitates to adapt to this new reality the health system is witnessing in the economic, social and political levels. As along with the demographic, epidemiological, technological and globalization transformations that force us to abandon old behaviors and adapt to current health transformations.

Keywords: health system, reforms, bets, treatment offer, health transition, challenges, Algeria.

تهدف هذه الورقة البحثية إلى ابراز الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر، بغرض وضع تشخيص للوضع القائم وتبرير الإصلاحات التي باشرت الوزارة الوصية في تنفيذها. الأمر الذي يستلزم ضرورة التكيف مع هذا الواقع الجديد الذي تشهده المنظومة الصحية على الصعيد الاقتصادي، الاجتماعي والسياسي. مع التحولات الديمغرافية، الوبائية، التكنولوجية وتحديات العولمة، التي تفرض علينا ترك السلوكيات القديمة والتأقلم مع التحولات الصحية الراهنة.

الكلمات المفتاحية: المنظومة الصحية،

الإصلاحات، الرهانات، عرض العلاج،

التحول الصحي، التحديات، الجزائر.

أضحى الاهتمام بالمنظومة الصحية الوطنية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص من الضروريات والأولويات الملحة، فهو يمكننا من تعزيز المكتسبات المحققة من جهة وضمن الحق في العلاج لكافة فئات السكان من جهة أخرى. ويتحقق ذلك من خلال تحسين فعالية المنظومة الصحية عن طريق إدخال إجراءات تنظيمية تمس كل مكوناتها، وعلى رأسها المستشفيات التي تعتبر المحور المركزي لمنظومة العلاج والعامل الرئيسي الذي يقف وراء نموّ النفقات الصحية. مرت المنظومة الصحية في الجزائر، خلال السنوات الأخيرة بأزمة حادة يمكن تشخيص ملامحها في عدم رضا العاملين أو الأطراف الفاعلة في المنظومة الصحية، بظروف أداء مهامهم من جهة، وصعوبتها وتعقدتها مع مرور الوقت من جهة ثانية. فمحيط العمل تدهور بشكل مستمر، مما انعكس سلباً على نوعية الخدمات المقدمة وعلى التكفل باحتياجات السكان التي ما فتأت تزداد مع الوقت بالرغم من وجود تغطية واسعة في الهياكل الاستشفائية التي لا تستجيب كما ينبغي لطلبات العلاج ولا تمكن بالتدرج في العلاج.

إضافة إلى المشكلات السابقة الذكر نسجل تقادم التجهيزات والهياكل الاستشفائية وعدم تناسب طرق التمويل (التي انعكست من خلال ارتفاع في نسب مساهمة العائلات في النفقات الصحية) هذه الوضعية تحد من إمكانية علاج مختلف فئات السكان وتحل بمبادئ التضامن الإنصاف والحق في العلاج. وعدم امتلاك الإدارة المركزية لأدوات تسييرية عملية على مستوى إدارة الأعمال، كفيلة بترشيد العرض الاستشفائي وتخصيص الموارد البشرية والمالية الملائمة لذلك. وفي هذا الإطار بالذات يمكننا أن نذكر على سبيل المثال عدم التوازن الجهوي في مجال التغطية الطبية. وتميز الاستقبال على مستوى الهياكل الاستشفائية بنقائص كبيرة، أبرزها غياب العلاقة بين المريض والطبيب، الظروف الصعبة المتعلقة بالإقامة في المستشفيات (إلزام العائلات بالمساهمة) بالإضافة إلى تقلص العمل داخل الهياكل الصحية خاصة الاستشفائية، ابتداء من الساعة 12 سا، وهذا منذ تطبيق النصوص المتعلقة بالنشاط التكميلي.

مشكلة البحث

إن التغيرات التي تشهدها الجزائر على الصعيد الاقتصادي، الاجتماعي والسياسي مع التحولات الديموغرافية والوبائية، إضافة إلى التقدم التكنولوجي والعلمي وتحديات العولمة. يحتم علينا ضرورة تكييف المنظومة الصحية وعلى رأسها المستشفى مع هذه المتطلبات مع الحرص الشديد على إبقاء وتعزيز المكتسبات المحققة بالإضافة إلى¹

- لا مركزية جد محدودة في تسيير النظام الصحي، إذ أنّ الإدارة المركزية غير قادرة على أداء مهمتها الأساسية والمتمثلة في قيادة النظام بشكل عام؛
- خضوع تسيير الهياكل الصحية إلى قواعد غير مرنة؛
- ضعف التنسيق مع القطاعات الأخرى، الذي لا يسمح الإطار المؤسساتي الحالي بتسيير جيد وفعال للنظام الصحي.

تجدر الإشارة أنّ هذه الاختلالات تمّ التركيز عليها أيضًا في التقرير الأولي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات سنة 2002، إلا أنّ هذا الأخير تطرق إلى بعض الجوانب الأخرى المرتبطة بالتنظيم والإمكانات المادية والبشرية، التمويل، الإعلام والتكوين². تفرض تلك الاختلالات ترك السلوكيات القديمة والمنغلقة والتكيف مع التغيرات الجديدة، وذلك من خلال تطبيق مضمون برنامج إصلاح المستشفيات للوزارة الوصية، وهو ما يقودونا إلى طرح التساؤل الرئيسي:

ما هي الاختلالات وآفاق المنظومة الصحية الوطنية في ظل التحولات الراهنة ؟

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى تحليل الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر، ومحاولة وضع تشخيص للوضع القائم، ثم نحاول فيما بعد تبرير الإصلاحات وتأطير أهدافها مع إبراز التحديات التي تواجهها. وذلك على اعتبار أنّها تشكل جوهر الدراسة، ومن جهة أخرى سنحاول التطرق إلى الرهانات التي تنتظر المنظومة الصحية الوطنية. ولتحقيق الأهداف السالفة الذكر اعتمدنا على المنهج الوصفي المتعلق بوصف وتحليل المعلومات المتمثلة في الدراسات النظرية للمنظوم الصحية الوطنية وتقييم نتائجها بما يوافق أهداف البحث. وللإلمام بمختلف جوانب الموضوع، قمنا بتقسيم الدراسة إلى مبحثين نتناول فيهما ما يلي:

المحور الأول: اختلالات المنظومة الصحية ومجىء الإصلاحات

المحور الثاني: الرهانات التي ستواجه المنظومة الصحية في الجزائر

المحور الأول: اختلالات المنظومة الصحية ومجىء الإصلاحات

نحاول في هذا المحور تحليل الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية، بهدف وضع تشخيص للوضع القائم ثم نحاول تبرير مجىء الإصلاحات وتحليل مضمونها والتحديات التي يتعين عليها مواجهتها، وهو ما نبينه فيما يلي:

1.1. اختلالات المنظومة الصحية

يمكن إرجاع الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية إلى الأسباب الرئيسية التالية:³

- صعوبة الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة كون معظم الأطباء الأخصائيين متمركزين في المدن الكبرى وهم لا يستطيعون تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، إضافة إلى مشكلة الصيانة والأعطال المتكررة التي تصيب التجهيزات الطبية، مما يستلزم على المواطنين التوجه إلى القطاع الخاص وهذا ما يفسر زيادة مساهمة العائلات في نفقات الصحة خلال السنوات الأخيرة.
 - تسجيل نقائص كبيرة فيما يتعلق بالاستقبال على مستوى الهياكل الاستشفائية، أبرزها غياب العلاقة بين المريض والطبيب والظروف الصعبة المتعلقة بالإقامة في المستشفيات كإلزام العائلات بالمساهمة مثلاً.
 - تقلص العمل بالهياكل الصحية خاصة الاستشفائية ابتداءً من 12 سا. منذ دخول حيز تطبيق النصوص المتعلقة "النشاط التكميلي" الذي يرخص للأطباء الأخصائيين العموميين الممارسة جزئياً بالقطاع الخاص.
 - عدم رضا الموظفين عن ظروف أداء عملهم ولا بالمقابل المالي الذي يتحصلون عليه مقارنة مع القطاع الخاص، مما أدى إلى هجرة كبيرة للكفاءات الطبية نحو الخارج أو القطاع الخاص على مستوى التجهيزات والصيانة، فقد ساهمت كثرة الانقطاعات والأعطال التي تمس التجهيزات الطبية والفردية بقسط كبير في تأخر وتردي جودة الخدمات الصحية خاصة في المصالح الفنية.
 - تعؤد مسيري المؤسسات الصحية على الإجراءات غير المرنة وعدم تكيفهم في بعض الأحيان مع النصوص المعمول بها في وزارات أخرى مثل وزارة المالية أو الوظيف العمومي وعلى الجهات الوصية التفاوض مع وزارة المالية بناءً على هذه المقترحات.
- تفرض تلك الاختلالات ترك السلوكيات القديمة والمغلقة والتكيف مع التغيرات الجديدة وذلك من خلال تطبيق مضمون برنامج إصلاح المنظومة الصحية للوزارة الوصية.

2.1. إصلاح المنظومة الصحية

إنّ الاختلالات التي شاهدها المنظومة الصحية في الجزائر هي التي عجلت بمجيء قطار الإصلاحات، والتي مسّت أهم وظائفها المتمثلة في التمويل، والتسيير، وإنتاج العلاج والتنظيم. أمّا عن مكونات إصلاح المنظومة الصحية فهي تضم:

- إصلاح التمويل من خلال التأمين الصحي؛
 - إصلاح مؤسساتي يهدف تحديد دور كل الفاعلين في الصحة بدقة ووضوح؛
 - إصلاح المستشفيات في إطار منظومة علاجية مندمجة.
- إنّ إصلاح المنظومة الصحية تتطلب سلسلة من الإجراءات ذات طابع تنظيمي، تسييري ومالي، تسمح بتحسين فعالية قطاع المستشفيات العمومية وجعله أكثر تنافسية. وإصلاح المستشفيات يعدّ جزءاً لا يتجزأ من إصلاح المنظومة الصحية الوطنية بشكل عام، ويمكن تحديد العناصر الأساسية للإصلاح الصحي في الدول النامية في:⁴

- تحسين التغطية الصحية ومعالجة الفوارق الجهوية في عرض العلاج؛
- وضع الأطر المؤسساتية للتكفل بالأشخاص المعوزين؛
- تحسين إدارة المصالح الصحية، مع العلم أنّ إصلاح المستشفيات ما هي إلاّ الوجه الذي يعكس سياسة التحكم في التكاليف، تسخير وترشيد الموارد.

3.1. الوسائل المعتمدة في إصلاح المنظومة الصحية

يعتبر إصلاح المنظومة الصحية اختياراً سياسياً يعتمد على سبعة وسائل أساسية هي:⁵

- إصلاح التمويل؛
- مراجعة القوانين الأساسية للمستشفيات والعمال؛
- أتمة نظام المعلومات؛
- تقدير التكاليف الفعلية وفوترة النشاطات؛
- النهج التعاقدية؛

- اعتماد نظام الجدارة؛
- الحوار الاجتماعي حول إصلاح المنظومة الصحية.

4.1. محاور التدخل لإصلاح المستشفيات

وتتمثل في ستّ نقاط وهي:⁶

- إعادة هيكلة المستشفيات من حيث المهام، التدرج في العلاج، والتنظيم الداخلي؛
- تحسين التسيير مع تطوير الكفاءات التسييرية وإدخال أدوات وميكانيزمات جديدة في التسيير، التقييم، المراجعة والمراقبة الداخلية؛
- تحسين جودة الخدمات والعلاج مع ضرورة وضع ميكانيزمات تقويم تخصّ الجودة والأداء؛
- تجنيد وإعادة ترمين وتحفيز العمّال؛
- تجديد الهياكل وإعادة تأهيل التجهيزات الاستشفائية والبيو طبية؛
- تحسين ظروف استقبال وإقامة المرضى.

1.4.1. تطوير محاور التدخل لإصلاح المستشفيات

يتطلب تطوير محاور التدخل لإصلاح المستشفيات ما يلي:⁷

- تطوير التخطيط الاستراتيجي: بغرض تكييف أحسن بين العرض وطلب العلاج، ممّا يستوجب إعداد خريطة جهوية لتنظيم العلاج والصحة بالتعاون مع القطاع الخاص حسب نموذج النظام الصحي المندمج وفرع العلاج، بهذا فإنّ مخطط تطوير المستشفى يحاول تكييف العلاج الاستشفائي مع احتياجات السكان آخذاً بعين الاعتبار الشكل الوبائي والمرضى، إضافة إلى ذلك يجب على المستشفيات إعداد مشروع المؤسسة الذي يحدد المخطط الاستراتيجي للتطوير خلال فترة معينة.

- تحسين تسيير المستشفيات: ويستدعي الأمر ما يلي:⁸

- ✓ دعم استقلالية المستشفى مع إنشاء هياكل تسيير تعتمد على مبدأ تحمل المسؤولية وإعداد التقارير؛

- ✓ إدخال أدوات حديثة في التسيير كالمحاسبة التحليلية، مراقبة التسيير، نظام معلومات مندمج، وفوترة ملائمة؛
- ✓ تحسين جودة الخدمات والعلاج التي تتطلب وضع ميكانيزمات مراقبة الجودة وتقويم أداء المصالح، وكذلك وضع نظام اعتماد الجودة المرتكز على ترقية التنافسية في البلدان المتخلفة. ولتحسين صورة المستشفى العمومي يتطلب مجهودات صرف كبيرة تتعلق بتحسين ظروف الاستقبال كالإقامة للمرضى وتحسين بعض المصالح التقنية كالإطعام، والتنظيف بالاعتماد على المكافحة من الباطن مع القطاع الخاص كخيار استراتيجي.

- وضع استراتيجية بناءة وفاعلة في تسيير الموارد البشرية: إذ تشكل الموارد البشرية العنصر الأساسي في تحقيق أهداف المنظمة في إطار استراتيجية تطوير الأساليب الجديدة لطرق تسيير الموارد البشرية. ومن الضروري جداً الحصول على مخطط عمل يهدف إلى:⁹

- ✓ تطوير الكفاءات في تسيير المستشفيات والعلاج وتحسين جودتها وذلك باستخدام أدوات جديدة في التسيير؛
- ✓ تحسين استخدام الرأسمال البشري من خلال تقويم الإنتاجية ووصف مناصب العمل؛
- ✓ وضع إجراءات تحفيزية كعلاوات المردودية، علاوة المداومة؛
- ✓ مراجعة القوانين الأساسية لعمّال الصحة.

- وضع برنامج لإعادة تأهيل المستشفيات العمومية: بعض الهياكل الاستشفائية قديمة ولا تستجيب في غالب الأحيان للمعايير الجديدة، بالإضافة إلى غياب الاستراتيجية في مجال الصيانة وتعرض التجهيزات إلى الأعطال المتكررة، كل هذا يتطلب تأهيلاً للمستشفيات العمومية، وإعداد الإطار المرجعي للمخطط الرئيسية كخريطة ومخطط عصرنة التجهيزات واستراتيجية في ميدان الصيانة، وهذا التأهيل أصبح أكثر من ضروري ونحن على أبواب الألفية الثالثة.

5.1. بعض الملاحظات المتعلقة بمشروع إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية

وتتركز هذه الملاحظات في مجموعة من النقاط لمسناها في المنظومة الصحية عند مباشرتها عملية الإصلاح والتي يمكن اجمالها أساسا في النقاط التالية:

- التركيز على الجوانب المالية أكثر من أسلوب التسيير: يبدو أنّ اهتمام السلطات العمومية منصبّ أكثر نحو إصلاح الجوانب المالية المتعلقة بالصحة (النهج التعاقدى، نظام التسعيرة، طرق ومصادر تمويل المستشفى، العلاقة بين صناديق التأمين ومقدمي خدمات الصحة، إعادة تعريف وتحديد حجم سلة السلع والخدمات الطبية القابلة للتغطية من قبل صندوق التأمين والدولة) أكثر من الاهتمام بطرق تحسين اشتغال وتسيير المستشفيات والمؤسسات الصحية.¹⁰
- ضعف الطرق المستخدمة وعدم احترام رزنامة الإصلاحات: إنّ تجارب بعض الدول أثبتت أنّ العديد من الإصلاحات كانت جيدة في مضمونها، غير أنّها فشلت عند التطبيق بسبب الطرق المستخدمة وعدم احترام مخطط الرزنامة، فمن العناصر الأساسية لنجاح الإصلاحات هي مدى قدرة السلطات الجزائرية على وضع الأولويات، وتحديد الإصلاحات المستعجلة التي يجب تجسيدها في الميدان، وإجراء البعض منها لأنّها تتطلب عمل خبيرة مسبقاً وعلى العموم فيجب إعطاء الأهمية في هذا المجال للنقاط التالية:¹¹

- ✓ إعداد رزنامة تحضير الإصلاحات وتجسيدها بشكل محدد ومقيد؛
- ✓ تحديد طرق العمل، فمثلاً الطريقة المعتمدة من طرف المغرب لتحضير إصلاح المنظومة الصحية أثبتت نجاعتها، وإنشاء لجان في موضوعات متخصصة يتمّ تعيينها مع مجمل الفاعلين في الصحة (الوزارات، ممثلي مهنيي الصحة). ثم يتمّ معاينة نتائج عمل هذه اللجان من طرف الوزارة الأولى، وفق رزنامة العمل المحددة والمسطرة هذا بمساعدة الخبراء؛
- ✓ الإعلان عن نتائج الإصلاح خلال مختلف مراحل التطبيق وتوفير شروط الاتفاق؛
- ✓ اختبار الإصلاحات في عدّة مستشفيات عن طريق مشاريع قيادية إذ على مستوى المنطقة، والولاية؛

✓ وضع جهاز تقويم مستمر للإصلاحات بحيث نستطيع تحسين الإجراءات المتخذة.

- أما على مستوى المنظومة الصحية والإصلاحات تصب في النقاط التالية:

- ✓ إعادة تعريف سلعة أو حجم السلع والخدمات الصحية القابلة للتغطية من طرف الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي؛
- ✓ تحديد طبيعة وأشكال العلاقة التي تربط صندوق الضمان الاجتماعي مع مقدمي الخدمات.

- على مستوى إصلاح المستشفيات، فالإصلاحات تندرج ضمن النقاط التالية:

- ✓ إعادة النظر في عرض العلاج المتخصص؛
- ✓ عصرنة وتكييف الهياكل الصحية؛
- ✓ مقارنة جديدة وحديثة في تسيير الموارد البشرية والهياكل الاستشفائية؛
- ✓ الدفع الجزئي من طرف المستخدم أو المستهلك.

6.1. التحديات التي تواجه الإصلاحات

وتتمثل فيما يلي:¹²

- الانتقال من منطق العرض والنمو الموسع إلى منطق النمو المكثف، أيّ التحول من منطق الوسائل إلى منطق النتائج؛
- تصور ووضع أدوات التنظيم والضبط التي تعتمد على الجودة الفاعلية، نظم المعلومات، الدراسات الإكتيوارية؛
- تسيير استراتيجيات الفاعلين في الصحة، النقابات، المدراء، مقدمي الخدمات ومسيري الضمان الاجتماعي على أساس الخدمة المقدمة والإقناع المحقق أو المثبت؛
- تطوير الكفاءات في مجال الموارد البشرية في تسيير الإصلاحات والأنظمة الجديدة المتعلقة بالتأمين ضد الأمراض؛
- التغلب على سوء فهم المساوئ أو الانحرافات المالية والاجتماعية التي قد تنجر عن تطبيق الإصلاحات؛

- إحداث تغييرات في مجال الضمان الاجتماعي للتكفل بالبطالة، والقطاع الخاص والقطاع غير الرسمي.

المحور الثاني: الرهانات التي ستواجه المنظومة الصحية في الجزائر

فيما يتعلق بالرهانات المنتظرة من الإصلاح، يبدو حسب رأينا، أنّ السلطات العمومية ستواصل وتعرّز سياق الإصلاحات، حيث تأمل في الوصول إلى تحقيق مؤشرات بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في غضون 2025 مع الأخذ بعين الاعتبار التحديات التالية:

1.2. على المستوى الديموغرافي

إنّ للتطور الديموغرافي آثار بالغة على تركيبة السكان وتجديدها وينعكس أيضاً على الاقتصاد والمجتمع فبالنظر إلى الدراسات الاستشرافية في هذا المجال، يُتوقع أن تتراجع المؤشرات في سنة 2025 بالنسبة للوفيات العامة مع تراجع محسوس لوفيات الأمهات والأطفال يرافقه زيادة محسوسة للزواج، وارتفاع محسوس أيضاً للعمر المرتقب عند الولادة وكذلك استئناف الولادات الشيء الذي يفرض على السلطات الصحية إعادة التفكير في تحديث المنظومة الصحية وجعل الصحة جوارية بصفة أوسع أيّ تقريب الصحة من المواطن، دون إغفال هدف الارتقاء بمستوى العلاج الذي يشككي منه المواطنون.

وتشير الدراسات أيضاً أنه بحلول 2025 سيشهد هرم الأعمار تغييرات هيكلية أكثر توازناً يميزه تقلص في الفئات الأكثر شبابية، وزيادة في العدد والنسبة بالنسبة للفئات العمرية الهمة وتوسع تدريجي للفئات المسنة، ممّا يترتب عنه آثاراً مباشرة على الصحة العمومية من جهة ويدفع بزيادة نفقات الصحة إلى النمو من جهة ثانية. ففي سنة 2025 نسجل المؤشرات 44,8 مليون نسمة لتعداد السكان، 16,9 في الألف بالنسبة لمعدّل الولادات، 4,5 في الألف بالنسبة لمعدّل الوفيات العام، 1,24 % بالنسبة لمعدّل الزيادة، وعمر مرتقب يصل إلى 80 سنة.¹³

2.2. على المستوى الوبائي

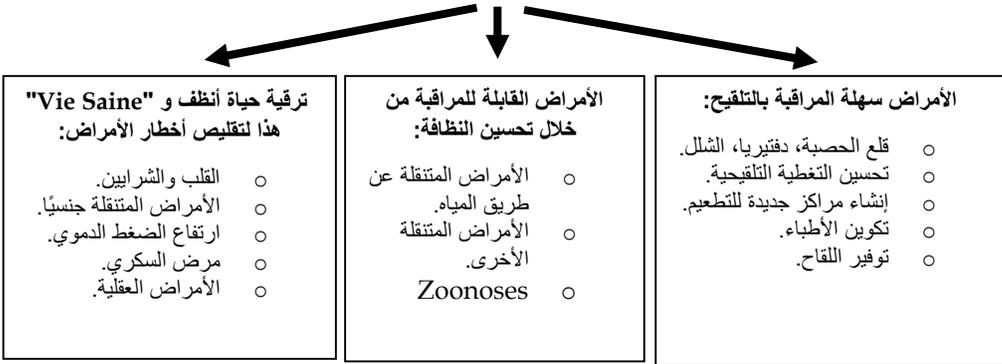
تعتبر الجزائر من الدول التي تشهد تحولاً وبائياً، موسوماً بتراجع بعض الأمراض المنتقلة، واستمرار البعض منها مع بروز أمراض الدول المتقدمة أو ما يعرف بالأمراض غير المنتقلة (الأمراض

المزمنة). مما يحتم وضع أولويات لمواجهة الرهانات، وهذا كما تحاول السلطات الجزائرية تجسيده لتحسين الوضعية الوبائية في المستقبل باعتمادها على:

- مواصلة برنامج التلقيح؛
- توفير بعض الأدوية المضادة للجراثيم؛
- تدعيم لمراقبة الأخطار الصحية؛
- التكفل بالأمراض المزمنة؛
- تدعيم التنسيق مع القطاعات الأخرى (المحيط، الوسط المهني، الصحة المدرسية).

الشكل رقم (1)

الرهانات الكبرى للصحة في الجزائر



Source : Le Marché des Produits Pharmaceutiques en Algérie :

Perspectives et Opportunités, Ubi France, Paris, 2008, p 31.

إنّ تحسين الوضعية الوبائية يفرض بالضرورة وضع سياسة صحية ترمي من جهة إلى مراقبة الأمراض المتنقلة إلى توفير ظروف عيش أحسن، من جهة ثانية تمكننا من تقليل أخطار الأمراض غير المتنقلة بهدف ترقية حياة سليمة.

3.2. على مستوى عرض العلاج

السنة المرجوة تتمثل في تحسين التغطية في مجال الأسرة الاستشفائية والموارد البشرية وإحداث نوع من التوازن بين مناطق الوطن في هذا المجال، لأنّ الموارد البشرية والهياكل الصحية المتوفرة حاليًا تعكس فروقًا واضحة بين مختلف جهات الوطن، بحيث تتمركز أهم الأقطاب

بوشلاغم عميروش وشرقي منصف

الصحية في الشمال في حين تعاني مناطق الجنوب والهضاب العليا من نقص كبير في الخدمات الصحية والمختصين. كما تراهن السلطات على إيصال الأدوية الجنسية إلى مستوى 80 % من الاستهلاك الإجمالي والنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل وتأمين عملية نقل الدم.

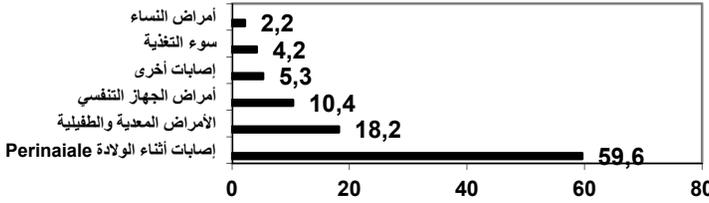
4.2. احتياجات العلاج حسب نوعية الإصابات

التغطية الطبية في مجال الموارد البشرية والهياكل الصحية معنية بالتكيف مع احتياجات العلاج حسب نوعية الأمراض والوفيات السائدة، وسنعمد في ذلك على الدراسة التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية أو ما يعرف باستقصاء TAHINA.

الشكل رقم (2)

توزيع الوفيات حسب الإصابات المعدية (المتنقلة)

ما قبل الولادة والغذائية والتوليد

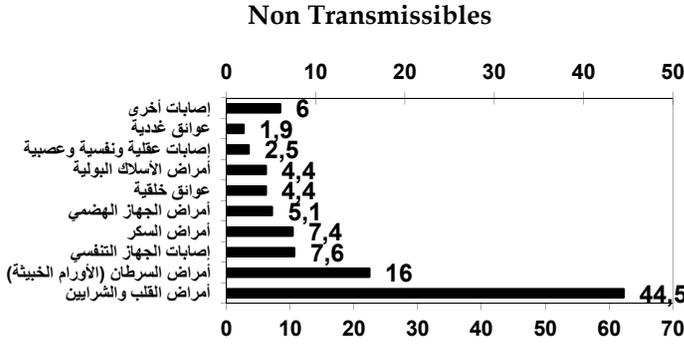


Source: TAHINA, Enquête nationale Santé, Institut National de Santé Publique, Alger, 2002, p 10.

يُلاحظ من الشكل أعلاه، أن نسبة الإصابات أثناء الولادة تمثل 59,6 % متنوعة بالأمراض المعدية والطفيلية بنسبة 18,2 %، ثم تأتي إصابات الجهاز التنفسي في الرتبة الثالثة بنسبة 10,4 %. نسب أمراض النساء وسوء التغذية موزعة على التوالي 2,2 % و 4,2 % ، أما بالنسبة للأمراض غير متنقلة فهي موزعة وفق الشكل الموالي :

الشكل رقم (3)

توزيع الوفيات بالنسبة للأمراض غير منتقلة

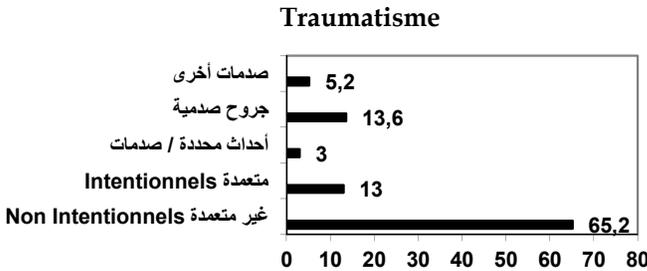


Source: TAHINA, op.cit, p 11.

يُلاحظ من الشكل أعلاه أنّ أمراض القلب والشرايين تأتي في الرتبة الأولى بنسبة 44,5% ثم تأتي الأورام الخبيثة، إصابات جهاز التنفس، أمراض السكري على التوالي بـ 16%، 7,6% و 7,4%. أمّا أمراض الجهاز الهضمي فنسبتها تقدر بـ 5.1%. أمّا بالنسبة لتوزيع الوفيات بحسب الصدمات فهي تأخذ الشكل التالي:

الشكل رقم (4)

توزيع الوفيات بحسب الصدمات



.Source: TAHINA, op.cit, p 11

يُلاحظ من الشكل أعلاه أنّ من بين نسب الصدمات نسبة الوفيات الناتجة عن الصدمات غير متعمدة أو غير إرادية تأتي في الرتبة الأولى بنسبة 65,2%. أمّا الصدمات المتعمدة فتقدر نسبتها بـ 13%.

5.2. الاحتياجات من التجهيزات الطبية الثقيلة

فعالية النظام الصحي مرتبطة إلى حد كبير بنوعية وجودة تجهيزات الاستكشاف والعلاج وكذلك تحسين تنظيم وتشغيل المعدات التقنية وفي هذا الإطار، فإن القطاع العمومي يشهد تأخرًا كبيرًا مقارنة بالقطاع الخاص الذي عرف ويعرف تطورًا كبيرًا يساير بذلك تطورات طلب العلاج، بالرغم من أن العرض ليس في متناول الجميع. إن الاحتياجات من التجهيزات مبنية على طلب السكان في مجال العلاج، وبالخصوص توفير الرعاية المناسبة للأمراض السائدة؛ والتكوين، والبحث العملياتي. وفيما يلي ملخص الاحتياجات في هذا المجال في سنة 2012.

تشهد الجزائر تأخرًا كبيرًا في التجهيزات المتعلقة بأمراض السرطان وأمراض القلب والشرابين، وفي هذا الإطار ترمي الإصلاحات إلى تحقيق الأهداف التالية:¹⁴

- تحسين التغطية في مجال علاج أمراض القلب باستخدام التقنية التداخلية أو العملياتية على مستوى المراكز الجامعية الاستشفائية 13 (دون اللجوء إلى الجراحة)
- تحسين التغطية في مجال علاج أمراض السرطان وهذا بتخصيص 50 آلة إضافية لتصل إلى مؤشر آتان لكل 1000.000 نسمة عوضًا لـ 12 آلة متوفرة حاليًا لـ 30 مليون نسمة؛
- إنشاء مخابر مرجعية (P3) على مستوى الأقطاب الثلاثة ومحبر (P4) بالجزائر العاصمة للتكفل بالمرضى والبحوث.

6.2. تطوير استراتيجية لعلاج نوعي

ترمي الاستراتيجية الصحية في إطار إصلاح المستشفيات إلى تحسين التكفل بالأمراض المزمنة (غير منتقلة)، كما أن عرض العلاج يجب أن يكون متوافقًا مع متطلعات السكان ويستجيب لمعايير الجودة، الأمان، والتحكم في التكاليف على مستوى العلاج، إضافة إلى الإجراءات الوقائية. فالأولويات يجب أن تنصب على الأسباب الأساسية للأمراض والوفيات الأكثر انتشارًا مثل: إصابات أمراض القلب، الحوادث والصدمات، أمراض السرطان، القصور الكلوي والإستعجالات، الأمراض العقلية. كل هذه الأسباب المرضية قد أعد لها برنامج عمل

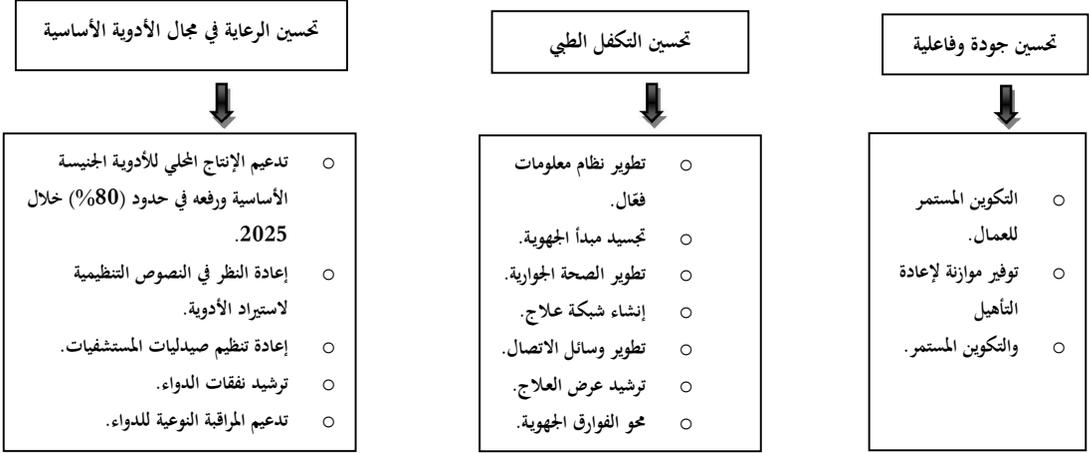
على المدى الطويل بهدف التكفل الجيد والنوعي بهذا النوع من الأمراض ويتمثل في إنشاء هياكل صحية متخصصة، والوقاية، التكوين.¹⁵

7.2. تحسين جودة العلاج المقدم والتكفل الطبي

إنّ توفير الهياكل والتجهيزات والموارد البشرية غير كافٍ لوحده لضمان فعالية الرعاية الصحية للمواطنين، فمن الضروري جدًا إعادة تأهيل منتظم للعمال والأطباء، وكذلك تسهيل الحصول على الرعاية الصحية للمواطنين¹⁶. وهو ما نوضحه فيما يلي:

الشكل رقم (5)

تحسين جودة وفاعلية العلاج والتكفل الطبي



Source : M S R H, Projection du Développement. op.cit, p 44

8.2. الخريطة الصحية الجديدة

فكما هو معروف تعتبر الخريطة الصحية أداة تخطيط من الدرجة الأولى، تمكننا من تحديد معايير التغطية الصحية على المستوى الوطني والجهوي لضمان توزيع عادل للرعاية الصحية. وتهدف الخريطة الصحية أيضاً إلى توقع التطورات والتحولات الطارئة (الديموغرافية الوبائية) المستقبلية وتكييفها مع عرض العلاج حتى يتسنى للقائمين بالصحة تلبية الطلب بشكل مثالي فمنذ ظهور القرار رقم 07-140 الموافق بـ 19 ماي 2007 والذي كرس تطبيق الخريطة

الصحية الجديدة، والتي نصّت على الفصل بين الهياكل الصحية غير الاستشفائية (العيادات المتعددة الخدمات)، من الهياكل الاستشفائية، ممّا سمح بظهور أنواع جديدة من المؤسسات الصحية تدعى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية، هذا القرار الجديد أعطى توسعاً أكبر للقطاع الصحي فبدل 185 قطاعاً صحياً أصبح: ¹⁷

- 190 مؤسسة استشفائية عمومية.

- 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية.

وعليه فهذه الخريطة الصحية الجديدة ستسمح بتحديد المسؤوليات وتحسين مبدأ التدرج في العلاج من خلال الفصل بين كل ما هو علاجي عن كل ما هو وقائي، وعلى هذا الأساس ستكفل المؤسسات الاستشفائية العمومية بالنشاطات العلاجية والاستشفائية، ذلك أنّ الاعتماد على الخريطة الصحية القديمة أثبت بأنّ المرضى يتوجهون مباشرة إلى المستشفيات غير مبالين بوجود قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات. ومنه فالتنظيم الجديد سيعيد للمستشفيات ميولتها الأولى وعلى رأسها الاستشفاء، أمّا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والتي تشكل من العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، فقد أصبحت تتكفل كلياً بالوقاية والعلاج القاعدي والجواري من جهة أخرى وترمي الإصلاحات الجارية في الجزائر إلى البحث عن الكيفية المثلى لإدماج القطاع الخاص في الخريطة الصحية من جهة ثانية. وهو ما سنبينه فيما يلي:

الشكل رقم (6) الخريطة الصحية الجديدة نحو الانفتاح على القطاع الخاص

سنة العيادات الخاصة

- بحسب آراء الممارسين في القطاع الخاص يبدو من المستعجل إدماج ديناميكية العيادات الخاصة. في السياسة الوطنية للصحة "القطاع العمومي غير قادر على التكفل بالطلب الإجمالي". كما يرون أن "القطاع العمومي تقع عليه أعباء التكوين، وتوفير الرعاية المناسبة للأمراض المزمنة "الثقيلة" بما فيها جراحة القلب.
- القطاع الخاص أكثر مرونة وأكثر استجابة ويجب قبوله كعامل **Acteur** إضافي ومكمل للقطاع العمومي.
- تبقى بعض المسائل مجهولة مثل: إصلاح تسعيرة العلاج **Tarification-Soins** واتفاقات القطاع الخاص **Conventionnement**.



الشعب المستهدفة من العيادات الخاصة خلال السنوات الأخيرة والتي كانت موضوع اتفاق جزائي ومتفاوض عليه مع السلطات العمومية:

- ◀ جراحة القلب.
- ◀ جراحة الشرايين.
- ◀ تصفية الكلى.
- ◀ عمليات القلب التداخلية



التخصصات المطلوبة في المستقبل، وذلك بحسب مشاريع "اتفاقيات الأمراض الجديدة".

- ◀ أمراض النساء والتوليد: عجز كبير، وطلب في نمو مستمر، عملية قيصرية تكلف (800) أورو مقابل أقل من (1%) في التعويضات.
- ◀ أمراض السرطان: التشخيص والعلاج.

Source : Le Marché des Produits Pharmaceutiques en Algérie, op.cit, p 51.

9.2. دعم التنسيق مع القطاعات الأخرى

إنّ الإطار المؤسساتي الحالي لا يسمح بتسيير جيد وفعال لنظام الصحة ويرجع ذلك للأسباب التالية:

1.9.2. نقص التعاون بين المصالح المركزية

أدى إلى إعاقه قيادة النظام عدّة إدارات وزارية تتدخل في تسيير نظام الصحة من بينها وزارة الصحة التي تعطي التوجيهات الكبرى وتضمن التسيير العام للنظام الصحي، وزارة العمل والضمان الاجتماعي التي تضمن وصاية صناديق التأمين ضد الأمراض، وزارة المالية التي تتفاوض مع الصحة فيما يخص موازنة الصحة العمومية ووزارة التعليم العالي التي تضمن تكوين الأطباء، ولكي نضمن السير الحسن للنظام لا بد من وجود التنسيق والتعاون بين هذه الوزارات أو

المؤسسات، مع تحديد صلاحيات كل جهة وصية ولكننا في الميدان نجد العكس تمامًا، إضافة إلى برودة العلاقات بين وزارة الصحة ووزارة العمل والضمان الاجتماعي بفعل إشكالية تقاسم اشتغال المؤسسات الصحية العمومية (تمويل الصحة). كما أنّ وزارة التعليم العالي تحدد محتويات برامج كليات الطب دون استشارة وزارة الصحة (الاحتياجات، الأولويات) وفي بعض الأحيان تحدد وزارة الصحة أولويات الصحة العمومية دون الأخذ في الحسبان الموارد المالية المتاحة فعليًا. وهذا ما يفرض ضرورة تدعيم التعاون والتواصل والتنسيق بين مختلف هذه الوزارات.¹⁸

2.9.2. الهشاشة المؤسساتية لفاعلية نظام التسيير

إنّ غياب الفاعلين على المستوى المحلي يضر بتسيير النظام فكما هو معروف على المستوى الوطني توجد 5 مناطق صحية (الشرق، الغرب، الوسط، الجنوب الشرقي الجنوب الغربي) وعلى مستوى كل جهة أو منطقة يبرز المجلس الجهوي للصحة 1997، الذي يتشكل من الفاعلين الأساسيين للنظام (الدولة، صناديق الضمان الاجتماعي الأطباء، الجمعيات). هذا المجلس يعتبر هيئة تنسيق واتفاق في مجال الصحة من الدرجة الأولى إلا أنّ أدواره تنحصر في الجانب الاستشاري أكثر منه في الجانب العملي أو ممارسة السلطة، ومن جهة أخرى فوجود مديريات الصحة والسكان عبر 48 ولاية والتي تمثل الوزارة الوصية على المستوى اللامركزي وبناءً على قرار 14 جويلية 1997 فإنه يعطي لهذه المديريات مساحة واسعة من الصلاحيات والمهام نذكر من بينها: قيادة وتنسيق نشاطات الصحة العمومية، دعم النشاطات التي تركز مبدأ التدرج في العلاج، توزيع الموارد على مؤسسات الصحة، تقويم ومراقبة نشاطاتها ومتابعة الاستثمارات وبرامج التكوين، إلا أنّها لا تتوفر على كل الإمكانيات الضرورية لتنفيذ هذه المهام في ظروف حسنة تمثل أيضًا تمثيلًا فعالاً لوزارة الصحة على المستوى المحلي بالإضافة إلى ذلك فعلى المستوى الولائي، فالمعطيات الحالية لا تسمح بالتكفل الحسن بالمشاكل المتعلقة بعرض العلاج¹⁹. وهناك عوامل أخرى منها:²⁰

- **محدودية لامركزية النظام الصحي:** فالإدارة المركزية غير قادرة على أداء مهمتها الأساسية والمتمثلة في قيادة النظام بشكل عام.
- **خضوع تسيير المستشفيات إلى قواعد غير مرنة:** تعتبر المستشفيات مؤسسات ذات طابع إداري وهي تشبه بذلك الإدارات الكلاسيكية، فنجدها تطبق الإجراءات التقليدية

للمحاسبة العمومية وتطبق على عمالها قانون الوظيف العمومي. أما في مجال الميزانية، فالمسير مقيد بالقانون وليست لديه استقلالية كبيرة وهامش مناورة في هذا المجال. فمثلاً تحويل نفقات من باب إلى آخر يتطلب الحصول على الضوء الأخضر من الوزارة الوصية في شكل قرار وزاري (نفقات العاملين لا يحق تغييرها).

- **ضعف العلاقة بين المستشفيات والإدارة المركزية:** تخضع المستشفيات إلى رقابة شديدة من طرف الوزارة الوصية (الرقابة القبلية). وهذا ما يحد من المبادرة في نفس الوقت فالمسيرون ليست لديهم أهدافاً محددة من طرف الدولة تسمح لهم بتوجيه نشاطاتهم ومع انعدام جهاز تعاقدى بين مديرية الصحة أو الوزارة والمؤسسات الصحية يسمح لهم بتحديد النتائج المرجوة، وتحديد الإمكانيات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف، كما أنّ نشاطات المستشفى وأدائها غير خاضعة للتقويم من طرف الوزارة الوصية.
- **إجراءات الميزانية لا تستند إلى توجيهات استراتيجية:** بفعل ضعف الإطار المؤسساتي، إذ أنّ تحضير ميزانية التوظيف تتم بشكل ميكانيكي دون الأخذ في الحسبان الاحتياجات الفعلية للمؤسسات (ميزانية المستشفيات) والتي تتحدد بمعطيات السنة السابقة، ويقتصر دور مديرية الصحة في رفع المقترحات دون تغيير كبير إلى وزارة الصحة.
- **كما أنّ دعم التنسيق مع القطاعات الأخرى يجب أن يمس وزارات أخرى:** مثل وزارة البيئة والمحيط (التلوث البيئي، ثقافة المحيط)، وزارة الإسكان، وزارات الصناعة. كل هذه المشاكل تمّ تحديدها والتطرق إليها في مشروع قانون الصحة الأخير 2016.

خاتمة

مرت المنظومة الصحية في الجزائر خلال فترة التسعينيات من القرن الماضي بأزمة عميقة وواجهت عراقيل عدّة، أدت إلى اختلالات عميقة وجوهريّة مست أهم وظائف المنظومة الصحية وهي: التمويل، التسيير والإدارة، إنتاج العلاج والتنظيم. تجدر الإشارة أنّ هذه الاختلالات، تمّ التركيز عليها أيضاً في التقرير الأولي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات سنة 2002، والذي شخّص المنظومة الصحية بشكل دقيق، وأكد على الجوانب المرتبطة بالتحول الديموغرافي التحول الوبائي، التغطية الصحية (الهياكل والموارد البشرية، التجهيزات)، الدواء، التمويل وجودة الخدمات، وذلك من خلال التركيز على جملة من المؤشرات:

بوشلاغم عميروش وشرقي منصف

- تشير المؤشرات الديموغرافية إلى تراجع الوفيات بشكل عام، انخفاض محسوس لوفيات الأمهات والأطفال، استئناف الولادات، ارتفاع معدلات الزواج، ارتفاع محسوس للعمر المرتقب عند الولادة؛

- بينت المؤشرات الوبائية زوال بعض الأمراض المتنقلة والاتجاه الصريح للقضاء على الأغلبية منها (خاصة القابلة للمراقبة بواسطة التلقيح). كما أكدت تلك المؤشرات نفسها على ارتفاع الأمراض غير المتنقلة. مثل: مرض ضغط الشرايين، أمراض القلب والشرايين أمراض السكري، السرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، أصبحت تلك الوضعية الوبائية مشابها تماما بوضعية الدول المتقدمة؛

- في مجال التغطية الصحية نشير إلى تقادم التجهيزات والمياكل، نقص في الأسرة الاستشفائية، عجز في الموارد البشرية خاصة الطبية المتخصصة وإعادة تنظيم الخريطة الصحية بما يتلاءم مع احتياجات السكان؛

- في مجال الدواء بالرغم من وتيرة النمو التي شهدتها إلا أنه نسجل ضعف نسبة استهلاك الدواء الجينيس على المستوى الوطني الناتج عن ضعف التغطية؛

- في مجال التمويل، اتجهت ميزانية الصحة نحو الزيادة مع نهاية سنة 1999، وازدادت حدة منذ 2005؛

- في مجال جودة الخدمات وتشغيل المصالح الصحية، فإن المعطيات المتوفرة تشير إلى عدم تناسب بين الاستثمارات المعتمدة وأثرها على الجودة، عدم رضا المستهلكين، وذلك بسبب سوء الاستقبال ضعف تسيير المصالح الصحية.

يفرض هذا التشخيص إصلاحات جذرية في المنظومة الصحية والتي يمكن تحديد أهدافها

فيما يلي:

- تقريب الصحة من المواطن (جوارية الصحة)؛

- تحقيق مبدأ التدرج في العلاج؛

- إعادة الاعتبار للوقاية والعلاج القاعدي أو الأساسي؛

- التكفل بالتحول الوبائي والديموغرافي؛

- القضاء على الفوارق الجهوية في التغطية الصحية؛

- التطوير التدريجي لجودة الخدمات الصحية.

اعتمدت الوزارة الوصية من أجل تحقيق تلك الأهداف، على برنامج عمل مسطر على المدى القصير، المتوسط والطويل، أما فيما يخص الآفاق المنتظرة من الإصلاحات فيبدو حسب رأينا أنّ السلطات العمومية مستمرة في دعمها وتعزيزها. حيث تنوي تحقيق المؤشرات الحالية لبلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في غضون 2025، وذلك من خلال التركيز على ما يلي:

- نحو الفوارق الصحية ما بين وداخل الولايات؛
 - وضع نظام للمعلومات واليقظة الصحية؛
 - تطوير تسيير المستشفيات؛
1. وضع معايير الجودة ومؤشرات الأداء للهيكل الصحية والعمل بها.

هوامش واحالات

¹ Banque Mondiale : **Revue des Dépenses Publiques**, Washington, Août 2007, p 168.

² M S R H : **Rapport Préliminaire du Conseil National de la Réforme Hospitalière**, 2002, p 2

³ SAIHI Abdelhak : **Le Système de Santé Publique en Algérie : Analyse et Perspective**, Gestion Hospitalière, 2006, p 243.

⁴ KAID Tlilane Nouara : **Quelle Réforme Hospitalière pour les Pays en Développement**, 1^{er} Colloque International d'Economie de la Santé, Bejaia, 2006, p 8.

⁵ Ibid, p 9.

⁶ Idem.

⁷ Kaid Tlilane Nouara, **op.cit.**, p 9.

⁸ Ibid, p 10.

⁹ Idem.

¹⁰ OUFRIHA Fatima Zohra : **La réforme Hospitalière en Algérie : Un Difficile Accouchement**, Revue Cread, Transition et système de santé en Algérie, Numéro spécial, 2009, p 75.

¹¹ Banque Mondiale : **op.cit.**, p 193.

¹² KADDAR Miloud : **Réformes des Systèmes de Santé et Protection Sociale au Maghreb**, p 16. In: www.euromedsalut.hets. (28.04.2017)

¹³ Rapport national de l'Algérie : **Conseil des Droits de l'homme**, Annexe n° 12, Alger, 2008, p 46.

¹⁴ نقصد بالتجهيزات الطبية الثقيلة: الأجهزة المكلفة والتي تستلزم شروط معينة في تهيئتها وتشبثها (Installation) وذات تكلفة مرتفعة في الصيانة.

¹⁵ M S R H : **Projection du Développement du Secteur de La Sante : Perspective décennale**, Ministère de La Sante de La Population et de la Reforme Hospitalière, 2003, p 39.

¹⁶ Ibid, p 44.

¹⁷ O. N. S : **L'Algérie en quelques chiffres**, édition 2012, pp 23-24. In: <http://www.ons.dz/-l-algerie-en-quelques-chiffres-.html> (29.04.2017)

¹⁸ Banque, **op.cit.**, p 167.

¹⁹ Ibid, p 168.

²⁰ Idem.