



دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات

التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر

- دراسة حالة المؤسسات الصحية العمومية لولاية بسكرة-

بن الزاوي عبد الرزاق و بن فرحات عبد المنعم

جامعة بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، مخبر العلوم الاقتصادية

و علوم التسيير

abenzaouiprof@gmail.com

الملخص-

رغم الإنفاق الهام والمتزايد على الصحة الذي بلغ 5.4% من الناتج الداخلي الخام (خلال سنة 2010)، فإن بعض المؤشرات الصحية كمعدل الأمل في الحياة ومعدل الوفيات ... وكذا بعض المؤشرات السريرية لمؤسساتنا الاستشفائية كمعدل شغل الأسرة ومعدل الدوران لا تزال غير معبرة عن فعالية تسيير المنظومة الصحية ولا عن كفاءتها، كما أن نظرة المواطن لها لا تزال تتسم بكثير من التشاؤم والاتهام حيالها.

وفي هذا السياق فقد تبنت الدولة رؤية إستراتيجية جديدة لتسيير المنظومة الصحية تقوم في جانب منها على: تحقيق الجودة الخدمية العلاجية وتحقيق متابعة ورقابة فعالة للنشاطات الوقائية.

ومن أجل بلورة هذه الأهداف تم تغيير الخارطة الصحية بشكل جذري، حيث ألغيت فكرة القطاع الصحي وانبثقت من رحمه إلى الوجود مؤسسات عمومية استشفائية و أخرى للصحة الجوارية، وهي بذاتها وبعد فترة لم تستمر لأكثر من خمس سنوات، كانت كاشفة لبعض القصور

والخلل ما أثر على كفاءة الاستخدام الصحي وأصبحت هذه الخارطة الأخيرة محل مراجعة هي الأخرى ليغدو الحديث عن تنظيم جديد ينحو – من خلال المشروع القبلي المقدم من قبل وزارة الصحة والسكان في الجزائر – نحو العودة إلى القطاع الصحي السابق بمسمى «الدائرة الصحية» بأدوات وأنماط تسييرية مختلفة.

هذه الورقة ومن خلال حالة ولاية بسكرة، تستهدف تقييم بعض مؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية التي شهدتها قطاع الصحة العمومي في الجزائر.

كلمات مفتاحية: الخدمة الصحية، الخارطة الصحية، وزارة الصحة والسكان، قطاع الصحة العمومي في الجزائر

An evaluative study of the medecal services indicators during the organizational shifts in the sector of public health in Algeria

Case study: public medical institutions in Biskra

Abstract-

Despite the significant and increasing health expenditures, which amounted to 5.4% of GDP (in 2010), some health indicators such as life expectancy and mortality ... as well as some clinical indicators of our hospitals, as bed occupancy rate and rate of rotation is still not expressive to the effectiveness and efficiency of the health systems management. In addition, the citizen is still characterized much of the pessimism and accusation about it.

In this context, the Algerian state has adopted a new strategic vision for the management of the health system based in part on: achieving quality of curative car, control and and effective monitorninig of preventive activities.

To achieve these objectives, health map has been radically changed, with the cancellation of the health sector and the creation of new public hospitals and other health proximity institutions. After five years later, this map was the object of a debte at the level of public

authorities for a new organization tends – through the preliminary project submitted by the Ministry of Health and population in Algeria- about to return to the previous health sector under the name «health department» with different tools and managerial styles.

Through the case of Biskra, this article, aims to evaluate some of the health service indicators in light of organisational changes in the public health sector of Algeria.

Keywords –

health service, health map, the Ministry of Health and Population, the public health sector in Algeria

مقدمة –

شهد قطاع الصحة كغيره من المرافق العمومية إصلاحات عميقة لتحسين أدائه ومردودية خدماته؛ فالمنظومة الصحية التي كانت وإلى عهد قريب قائمة على رؤية تستند إلى جمع وتوحيد الهياكل والمنشآت الصحية القائمة على شكل مرفق عام يتمثل في القطاع الصحي كمشروع استراتيجي يهدف إلى تلبية حاجيات الصحة وأهدافها المتمثلة في: الوقاية و العلاج القاعدي، بالإضافة إلى إنشاء مراكز استشفائية جامعية ومؤسسات استشفائية متخصصة؛ كانت محل العديد من الانتقادات بسبب النتائج التي حققتها والتي لم تكن بمستوى الطموح المرجو منها،

إذ برغم الانفاق الهام والمتزايد على الصحة الذي بلغ 5,4% من الناتج الداخلي الخام خلال 2010¹، فإن بعض المؤشرات الصحية كمعدل الأمل في الحياة ومعدل الوفيات ... وكذا بعض المؤشرات السريرية لمؤسساتنا الاستشفائية كمعدل شغل الأسرة ومعدل الدوران لا تزال غير معبرة عن

¹ Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : déficits nationaux et enjeux partagés, les notes d'IPEMED, N°13, avril 2012, p 28, www.ands.dz site vu le : 14decembre 2015.

فعالية تسيير المنظومة الصحية ولا عن كفاءتها، كما أن نظرة المواطن لها لا تزال تتسم بكثير من التشاؤم والاتهام حيالها.

وفي هذا السياق تبنت الدولة الجزائرية رؤية استراتيجية جديدة لتسيير المنظومة الصحية بغرض تحسين الأداء الصحي ومختلف مؤشرات ومحاولة الوصول إلى تحقيق الجودة الخدمية العلاجية من خلال أنسنة المستشفيات و الرفع من أداء العاملين ... الخ من جهة وتحقيق متابعة و رقابة فعالة للنشاطات الوقائية من جهة أخرى.

ومن أجل بلورة هذه الأهداف تم تغيير الخارطة الصحية بشكل جذري، حيث ألغيت فكرة القطاع الصحي و انبثقت من رحمه إلى الوجود مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية، وهي بذاتها وبعد فترة لم تستمر لأكثر من خمس سنوات، كانت كاشفة لبعض القصور والخلل ما أثر على كفاءة الأستخدام الصحي وأصبحت هذه الخارطة الأخيرة محل مراجعة هي الأخرى ليغدو الحديث عن تنظيم جديد ينحو -من خلال المشروع القبلي المقدم من قبل وزارة الصحة والسكان في الجزائر- نحو العودة إلى القطاع الصحي السابق بأدوات وأنماط تسييرية مختلفة.

وضمن هذا الإطار، فإن هذه الورقة تبحث في تقييم مؤشرات الخدمة الصحية العمومية بالجزائر في ظل التحولات المختلفة على صعيد التسيير التي عرفها هذا القطاع العمومي، من خلال دراسة حالة ولاية بسكرة.

وكمحاولة لفحص مختلف المؤشرات وتقييمها، تم تتبع المحاور

التالية:

أولاً- مفهوم وأهداف الخدمة الصحية العمومية

ثانياً- تحولات الخارطة الصحية الجزائرية،

ثالثاً- محددات تقييم الخدمة الصحية

رابعاً- المؤشرات الصحية لولاية بسكرة وتقييمها

خامساً- النتائج والاقتراحات

أولاً- مفهوم وأهداف الصحة العمومية:

1- تعريف الصحة العمومية:

تعرف الصحة على أنها " مجموعة من الوسائل التي تهدف إلى تحسين الصحة داخل مجتمع إنساني من خلال نشاطات مقررّة وقانونية " كما تعرف على أنها " العلم و المهارة الذي يمنع ظهور الأمراض، لتمديد الحياة و تحسين الصحة و النشاط الذهني و الفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعية متفق عليها لتطهير الوسط و لتوعية الفرد بقواعد الصحة الفردية " ¹.

و نفس هذه العناصر تقريبا يذكرها القانون 85- 05 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها إذ جاء في المادة (04) منه ما يلي: " المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال و الوسائل التي تسعى لحماية صحة الإنسان و ترقيتها " ²

فالصحة إذن هي نظام ميكانيكي هدفه تحسين صحة السكان لضمان الراحة الجسمية و العقلية والاجتماعية، فهي لذلك:

¹ جون (فرانسوا)، الصحة استهلاك أو استثمار، إكونوميكا، لبنان، سنة 1981، صفحة 10

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 08، الصادر في 26 جمادى الأولى عام 1405هـ، الموافق لـ 17 فيفري سنة 1985، القانون رقم 85- 05 المؤرخ في 25 جمادى الأولى عام 1405 هـ، الموافق لـ 16 فيفري سنة 1985، المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

- تؤثر على المحيط من خلال تقليص قدرته على نقل الأمراض.
- تنظم عملية الحصول على العلاج.
- تراقب الحالة الصحية باعتبارها تعكس مدى شفافية السياسة التي تتبناها الإدارة.
- تعمل على الوقاية من الأوبئة الفتاكة.
- تتحمل أعباء الصحة الجماعية.

وتتمثل أهداف الصحة العمومية بحسب ما ذكره القانون 85-

05 المتعلق بحماية الصحة العمومية وترقيتها في مادتيه الثانية والثالثة في ما يلي¹:

- تساهم حماية الصحة وترقيتها في رفاهية الإنسان الجسمية و المعنوية و تفتحها ضمن المجتمع، و من ثم تشكل عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في البلاد " (م02)؛ فالصحة إذن لها هدف أساسي هو المساهمة في إيجاد المناخ الملائم و الجسم السليم للعامل الرئيسي لتنمية البلاد و هو الإنسان.
- حماية الإنسان من الأمراض و الأخطار و تحسين ظروف المعيشة و العمل لا سيما عن طريق ما يأتي:
 - تطوير الوقاية .
 - توفير العلاج الذي يتماشى و حاجيات السكان.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 08، الصادر في 26 جمادى الأولى عام 1405هـ، الموافق لـ 17 فيفري سنة 1985، القانون رقم 85- 05 المؤرخ في 25 جمادى الأولى عام 1405 هـ، الموافق لـ 16 فيفري سنة 1985، المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

- أسبقية الحماية الصحية لمجموعات السكان المعرضة للأخطار.
- تعميم ممارسة التربية البدنية و الرياضة و التسلية والتربية الصحية.

ثانيا- تحولات الخارطة الصحية في الجزائر:

عرفت الخارطة الصحية الجزائرية عدة تحولات مست الأشكال التنظيمية والأنماط التسييرية لمؤسساتها العمومية التي تقوم عليها وذلك بغرض تحسين مردوديتها وكفاءة مخرجاتها الخدمية، بما ينعكس بأثر إيجابي على المؤشرات الصحية العامة، حيث تم اعتماد القطاع الصحي في بداية الثمانينات كركيزة هيكلية لتجسيد الاستراتيجية الصحية لتلك المرحلة، استصحبته عدة تغيرات على صعيد التنظيم الداخلي والعلاقات الخارجية، ليكون محل تعديل هيكلي شامل سنة 2007 من خلال المرسوم التنفيذي 07-140 المحدد لخارطة صحية جديدة تقوم على مؤسسات صحية عمومية جوارية وأخرى استشفائية، ويترقب لهذه الأخيرة تغييرا جديدا بالغائها كلية واعتماد مقاربة تسييرية وتنظيمية لخارطة جديدة تستند على الدائرة الصحية في تحقيق أهدافها.

وفيما يلي تقديم موجز لأهم التحولات التي عرفتتها الخارطة الصحية في الجزائر:

1- القطاع الصحي: المنظومة الصحية الجزائرية كانت

وإلى عهد قريب قائمة على مجموعة هياكل مجمعة في إطار تنظيمي هو القطاع الصحي والذي بنيت عليه مختلف السياسات الوطنية للصحة من برامج وقائية وعلاجات قاعدية وكذا منظومة علاجية تدرجية، وذلك بحسب ما حدده المرسوم

التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية الصادر في سنة 1981¹، حيث حدد مهمة القطاع الصحي في أنها تتمثل في : " التكفل التام والمتكامل والتدرج السلمي للقضايا الصحية الخاصة بالسكان عن طريق:

- (1) تنفيذ البرامج الوطنية والجهوية فيما يخصه،
- (2) القيام بتنظيم وتوزيع الاسعافات وبرمجتها،
- (3) أن يكون دعامة للتدريبات العلمية وأن يساهم في إعادة تدريب جميع موظفي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.
- (4) الإسهام في تنسيق أعمال جميع الهياكل الواقعة في مجال القطاع الصحي ومراقبتها، وذلك في إطار التنظيم الجاري به العمل".

2- النسيج الصحي الجديد في الجزائر: تشكل بناء جديد للخارطة الصحية يركز على نوعين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية و أخرى للصحة الجوارية. وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07² مؤرخ في 19 مايو سنة 2007، كما وتضمن إعادة هيكلة إدارية وتنظيمية لهذه المؤسسات.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 36، الصادر في 09 ذي القعدة عام 1401هـ، الموافق لـ 08 سبتمبر سنة 1981، المرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 هـ، الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981، المتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 33، الصادر في 03 جمادى الأولى عام 1428هـ، الموافق لـ 20 مايو سنة 2007، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ، الموافق لـ 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

وقد كانت لذلك مجموعة من الدوافع تمثلت أساسا في: الخلل المرتبط بالتنظيم و الوسائل المادية و البشرية، وكذا الخلل المرتبط بالإعلام و التكوين. كما أن هذا التغيير وضعت له مجموعة من الأهداف تمثلت أساسا في:

- التحكم في التسيير و تدنية التكاليف.
- تمكين النشاط الوقائي وجودة العمل العلاجي من خلال:

- ✓ أنسنة المستشفيات.
- ✓ تحسين ظروف الإيواء للمرضى.
- ✓ تزويد المستشفيات بكل ما يلزم من معدات و تجهيزات.
- ✓ الاهتمام بالموارد البشري الصحي ليتجاوب مع المقتضيات الجديدة.

3- المراجعة الحديثة لهيكله وتسيير المؤسسة الصحية في الجزائر

بعد أقل من ستة سنوات عن تطبيق المرسوم التنفيذي 07-140 الخاص بهيكله المنظومة الصحية العمومية حول مؤسسات عمومية للصحة الجوارية وأخرى استشفائية، ظهرت خلال هذه الفترة بعض الاختلالات في التسيير وإدارة الشأن الصحي بشكل عام، أبرزه النقد المتتابع من كثير من الشركاء الاجتماعيين حول آليات تسيير هذه الهيئات العمومية وكذا قدرته على تحقيق الأهداف الصحية المطلوبة مثل تعريف الاحتياجات الصحية للمواطن، تقريب الخدمة، تحقيق الجودة ... الخ.

وعلى إثر ذلك وبالتشاور مع الشركاء الاجتماعيين ومهنيي الصحة، تقدمت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في نهاية سنة 2013،

بمشروع جديد يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر، وطرحته للإثراء والمناقشة بغرض إعداد المشروع النهائي للمرسوم التنفيذي المحدد لهذه الهيكلية الجديدة المسماة في المشروع القبلي بالدائرة الصحية¹.

ثالثا- محددات تقييم الخدمة الصحية:

وضع الباحثون في مجال الصحة مجموعة من المؤشرات التي تمكنا من معرفة مستوى فعالية خدمات مؤسسات نظم الرعاية الصحية وتسمح لنا بتقييمها، والتي يمكن تصنيفها إلى^(*): مؤشرات كلية و مؤشرات تفصيلية حسب المصالح.

1- المؤشرات الكلية: ويمكن تقسيمها إلى: مؤشرات الإستشفاء و مؤشرات الوقاية

1-1 مؤشرات الإستشفاء:

أ- متوسط المدة الزمنية للإستشفاء: حسابه يسمح بتقييم الفترة التي قضاها المريض قصد الاستشفاء. هذا المؤشر يسمح بإعطاء حكم

¹ هذا المشروع الجديد تضمنته المراسلة الصادرة من طرف الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المتشفيات إلى مختلف مديريات الصحة والسكان بالولايات تحت رقم 1043 ل03 ديسمبر سنة 2013.

^(*) يمكن مراجعة : DIDIER (Stinge), la fonction publique hospitalier, imprimé en France, 1993, page 53

(شعلان) محمد صلاح الدين، quality indicators of medical management، services in measurement of hospital performance، بحوث المؤتمر العربي الثاني، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية، ص 152.

تقديري على نوعية الخدمة المقدمة؛ ففي الواقع كلما كانت مدة الاستشفاء قليلة كلما كان التكفل بالمريض من حيث العلاج ناجعا.

من الممكن أحيانا وجود مرضى يشغلون الأسرة لوقت أطول من المعدل العام لفترة المكوث مثل حالة المصابين بالأمراض المزمنة.

حساب هذا المؤشر أيضا يسمح بإجراء مقارنة بين مختلف مصالح الاستشفاء التي لها نفس التخصص أو بتخصصات مختلفة.

متوسط المدة الزمنية للاستشفاء يعطى بالمعادلة التالية:

$$\frac{\text{عدد أيام الاستشفاء خلال السنة}}{\text{عدد المرضى الباقين حتى 12/31} + \text{عدد المرضى المستشفين خلال السنة}}$$

ب- **معدل شغل الأسرة:** يسمح هذا المؤشر بمتابعة شغل الأسرة لمصلحة استشفائية. في الواقع، إذا كان معدل شغل الأسرة مساوي لـ 100%، فذلك لا يعني أن أداء المصلحة فعال، بل يثبت أن المرضى لم يتم التكفل بهم كما يجب في الهيئات غير الاستشفائية وأن مصلحة الوقاية لم تؤد دورها كاملا. بالمقابل، إذا كان معدل شغل الأسرة منخفضا جدا، أقل من 50%، فنستنتج العكس بما يعني أن ارتفاع معدل شغل الأسرة هو بمثابة جرس إنذار لبحث الخلل في التسيير وإيجاد الحل في أقرب الأوقات.

معدل شغل الأسرة يعطى بالمعادلة التالية:

$$100 \times \frac{\text{عدد أيام الاستشفاء}}{\text{عدد أيام السنة} \times \text{عدد الأسرة}}$$

ج- **معدل الدوران:** هذا المؤشر يسمح بمعرفة عدد المرضى الذين تم استشفائهم على ذات السرير خلال سنة معينة؛ فهو يسمح إذن، بتقييم الدوران على السرير بمصلحة استشفائية. يسمح كذلك بإجراء مقارنة بين مختلف المصالح الاستشفائية.

كما يحظى هذا المؤشر من زاوية أخرى بأهمية معتبرة في تقييم التكلفة السنوية للسرير مقارنة بميزانية التسيير؛ فكلما كان معدل الدوران مرتفعاً بالنسبة للسرير، كلما انخفضت التكلفة نتيجة لارتفاع طاقة الاستيعاب داخل المستشفى.

$$\text{معدل الدوران} = \frac{\text{عدد المرضى الباقين في السرير} + 01/01}{\text{عدد المرضى الداخليين}} \times \text{عدد أسرة الاستشفاء}$$

د- **متوسط المرتفقين:** ويعني متوسط المرضى الذين دخلوا إلى المستشفى خلال سنة معطاة. هذا المؤشر يسمح بمراقبة المرضى الذين قصدوا مكتب الدخول وباقي المصالح الاستشفائية.

$$\text{متوسط المرتفقين} = \frac{\text{عدد أيام المرضى في المستشفى}}{\text{عدد أيام السنة}}$$

هـ- **نسبة الوفيات:** والمقصود به نسبة الوفيات بين المرضى الذين دخلوا المؤسسة الاستشفائية. وتعطى نسبة الوفيات كالتالي:

$$100 \times \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد الإخراجات (أحياء + أموات)}}$$

و- **معدل الإشغال لأي يوم:** والمقصود به تحديد معدل شغل الأسرة اليومي. ويعطى كالتالي:

$$\frac{\text{عدد المرضى الموجودين في ذلك اليوم}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة}}$$

ز- **معدل شغور الأسرة :** ويوضح هذا المؤشر نسبة شغور الأسرة بالنظر لعدم القدرة على الاستغلال الكامل للطاقة الإيوائية للمؤسسة الاستشفائية، ويعطى كالتالي:

$$100 - \text{معدل شغل الأسرة}$$

1- (2) مؤشرات الوقاية:

أ- **نسبة الوفيات:** وذلك لما تهدف إليه الصحة من تمديد معدل العمر وخفض نسبة الوفيات، بما يجعل هذا المؤشر دليلاً على حسن التكفل بالمرضى كلما كان منخفضاً والعكس من ذلك كلما كان مرتفعاً فإنه يدل على عدم توفر الشروط الكافية للتكفل الجيد بالمرضى بما يعني تراجعاً في مستوى الخدمة.

$$\text{و تعطى نسبة الوفيات وفق } 100 \times \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد الاستشفاءات}}$$

المعادلة التالية

ب- **معدل وفيات الأطفال:** و هو مؤشر دال على مدى نجاعة السياسات الوطنية في برامج التلقيح الموسعة، وكذا برامج حماية الأمومة و الطفولة والتي هي من صميم العمل الوقائي للهيكل الصحية العمومية.

و تعطى نسبة وفيات الأطفال أقل من خمسة عدد الوفيات بين
(05) سنوات وفق المعادلة التالية

$$1000 \times \frac{\text{سنوات}}{\text{عدد الأطفال اقل من 05 سنوات}}$$

و تعطى نسبة وفيات الرضع وفق عدد الوفيات بين
الأطفال اقل من
المعادلة التالية

$$\times \frac{\text{سنة}}{\text{عدد المواليد}} \times 1000$$

و تعطى نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة عدد الوفيات بين
الأطفال اقل من 28 ×
وفق المعادلة التالية

$$1000 \frac{\text{يوم}}{\text{عدد المواليد الأحياء}}$$

ج- **معدل العمر المتوسط للفرد:** و هو يحدد مقدار أمل الحياة للإنسان في ظل النظام الصحي للبلد الذي يقطنه.

ويعطى معدل العمر المتوسط للفرد وفق مجموع أعمار المتوفين
لفترة معينة
المعادلة التالية

$$\frac{\text{عدد المتوفين خلال ذات الفترة}}{\text{الفترة}}$$

د- **معدل الإصابة بالمرض:** و يعني متوسط حالات الإصابة بمرض ما لدى مجموعة سكانية خلال السنة (كما قد يعطى هذا المعدل خلال فترة مختارة تكون أقل من السنة) و يعطى معدل الإصابة بالمرض كالتالي:

$$\times \frac{\text{عدد الحالات من مرض معين}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

هـ- **معدل الخصوبة:** ويستعمل لقياس الخصوبة العامة للسكان خلال فترة معينة، كما يؤشر بالنسبة للمؤسسات الصحية الوقائية عن مدى نجاعة برنامج التخطيط العائلي حسب الأهداف المسطرة خلال فترة معينة. و يعطى معدل الخصوبة العام كالتالي:

$$\times \frac{\text{عدد المواليد الأحياء}}{\text{عدد النساء في سن الحمل (15-49) سنة في منتصف السنة}} \times 1000$$

$$\times \frac{\text{عدد المواليد في فئة عمرية معينة}}{\text{عدد النساء في نفس الفئة العمرية في منتصف السنة}} \times 1000$$

و يعطى معدل الخصوبة النوعي كالتالي:

و- **تطور الأمراض الوبائية:** و الهدف من ذلك هو معرفة مدى نجاعة النشاطات الوقائية في الحد أو التقليل من انتشار الأمراض الوبائية، لما لها من تداعيات جد سلبية على صحة المجتمع، و من ذلك: معدل الإصابة بالأمراض المراقبة بواسطة التلقيحات كالسعال

الديكي، معدل الإصابة بالأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات كالكلب، معدل الإصابة بالأمراض المتنقلة عن طريق المياه ... الخ.

2- المؤشرات التفصيلية حسب المصالح : توضع هذه المؤشرات لتقييم فعالية أداء التسيير الجزئي للمؤسسة الصحية في المصالح والأقسام المختلفة، وتتعدد حسب طبيعة المصلحة أو القسم من جهة وحسب التصور الاستراتيجي لمسير المؤسسة الصحية من جهة أخرى (سواء كانت مرفقا عاما أو مؤسسة خاصة). تتميز هذه المؤشرات بكون أغلبها ذات طابع كيفي ويصعب استخدامها، نظرا لما تتطلبه من متابعة مستمرة وملاحظة دقيقة وتطبيقها مكلف ومجهد في آن واحد. ويمكن ذكر بعضها كالتالي¹ :

- ✍ عدد المرضى المنتظرين للدخول لأزيد من 90 دقيقة.
- ✍ عدد المرضى المحولين إلى مؤسسات صحية أخرى لنقص الأسرة
- ✍ عدد المرضى المحولين بسبب تأخرهم في الاستشفاء لدى المؤسسة الصحية الأقرب، نظرا لضعف ثقافتهم الصحية
- ✍ عدد المرضى العائدين إلى مصالحتهم في أقل من 24 ساعة، نظرا لعدم مطابقة أو عدم واقعية علاجهم
- ✍ الأخطاء الصحية في التكفل بالمرضى
- ✍ الأضرار الناجمة عن عمليات التخدير
- ✍ عدد العمليات الجراحية
- ✍ نسبة الولادات القيصرية

¹ (نصيرات) فريد توفيق، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، سنة 2008،

✍ درجة الألم التي يشعر بها المريض
✍ درجة رضا المرافق الصحي (سواء كان مريضاً يقصد
العلاج أو مواطناً عمومياً يستفيد من برامج الوقاية
المختلفة)

رابعاً- المؤشرات الصحية لولاية بسكرة وتقييمها: وسنعرض فيما
يلي: الخارطة الصحية لولاية بسكرة قبل سنة 2008 وما بعدها
مختلف مؤشراتها.

1- الخارطة الصحية لولاية بسكرة قبل 2008: تشكلت الخارطة
الصحية لولاية بسكرة قبل التغييرات التي أتت بها المرسوم التنفيذي
رقم 07- 140 من أربع (04) قطاعات صحية هي:

- القطاع الصحي بسكرة: وضم: مستشفى جراحي
بمقر دائرة بسكرة، مستشفى طبي بمقر دائرة بسكرة،
عيادة جهوية في طب العيون بمقر دائرة بسكرة وعيادة
للتوليد بمقر دائرة بسكرة، إضافة إلى: 10 مجمعات
صحية و 27 قاعة علاج عبر بلديات:
بسكرة، جمورة، البرانيس، الحاجب، لوطاية، القنطرة
وعين زعوط.

- القطاع الصحي سيدي عقبة: وضم: مستشفى بمقر
دائرة سيدي عقبة، إضافة إلى: 09 مجمعات صحية
و 32 قاعة علاج عبر بلديات: سيدي عقبة، الحوش،
شتمة، عين الناقة، زريبة الوادي، مزيرعة، الفيض،
خنقة سيدي ناجي ومشونش

- القطاع الصحي طولقة: وضم: مستشفى بمقر دائرة
طولقة، إضافة إلى: 07 مجمعات صحية و 27 قاعة

علاج عبر بلديات: طولقة، بوشقرون، برج بن عزوز،
ليشانة، فوغالة، لغروس، اورلال، مليلي، امخادمة،
اوماش وليوة.

- القطاع الصحي اولاد جلال: وضم: مستشفى بمقر
دائرة اولاد جلال، إضافة إلى: 06 مجمعات صحية
و35 قاعة علاج عبر بلديات: اولاد جلال، سيدي خالد،
الدوسن، الشعبية، البساس وراس الميعاد.

والجدول التالي يوضح المؤشرات الصحية للقطاعات الصحية
بالولاية خلال سنوات 2003، 2004 و2007:

جدول رقم (1) يوضح المؤشرات الصحية للقطاعات الصحية بولاية بسكرة خلال سنوات
2003، 2004 و 2007

القطاع الصحي	الفترة	عدد الخول	عدد الأيام الاستشفائية	عدد الأسرة	معدل الإقامة بالمستشفى	معدل شغل الأسرة	معدل الدوران	عدد الفحوصات الطبية	نشاطات المصالح الاستعجالية	مجموع الولادات الحية بالوسط الاستشفائي	عدد الوفيات بالوسط الاستشفائي
بسكرة	2003	23 058	53 078	607	2,30	23,96	37,99	87 680	97 832		560
	2004	25 353	63 178	684	2,49	25,31	37,07	92 382	100 321		676
	2007	29 723	76 399	603	2,57	34,71	49,29	126 703		7 565	651
طولقة	2003	5 675	13 667	94	2,41	39,83	60,37	38 799	26 506		52
	2004	5 848	12 517	117	2,14	29,31	49,98	38 815	27 235		37
	2007	7 826	20 930	117	2,67	49,01	66,89	89 741		4 090	199
سيدي عقبة	2003	3 199	6 413	71	2,00	24,75	45,06	58 494	29 645		10
	2004	4 079	7 525	89	1,84	23,16	45,83	65 917	46 563		7
	2007	4 507	11 379	78	2,52	39,97	57,78	453 370		2 297	52
اولاد جلال	2003	9 568	12 609	154	1,32	22,43	62,13	62 262	31 702		193
	2004	10 850	26 253	230	2,42	31,27	47,17	71 140	33 257		218
	2007	13 788	33 850	230	2,46	40,32	59,95	69 401		4 364	221
مجموع الولاية	2003	41 500	85 767	926	2,07	25,38	44,82	247 235	185 685	0	815
	2004	46 130	109 473	1 120	2,37	26,78	41,19	268 254	207 376	0	938
	2007	55 844	142 558	1 028	2,55	37,99	54,32	739 215		18 316	1 123

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية بسكرة

2- الخارطة الصحية لولاية بسكرة منذ سنة 2008:

بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المتضمن إنشاء وتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تشكلت الخارطة الصحية لولاية بسكرة من المؤسسات العمومية التالية:

- أ- المؤسسات العمومية الاستشفائية: تمثلت في: المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر، المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان، المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد والمؤسسة العمومية الاستشفائية عاشور زيان.
- ب- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: وتمثلت في: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية القنطرة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية جمورة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية طولقة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أولاد جلال، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الميعاد، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الدوسن، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية زريبة الوادي
- ج- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: وتمثلت في: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب العيون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة عيادة الولادة الحضرية.

وفيما يلي بعض المؤشرات الصحية الاستشفائية لعينات ولاية بسكرة (سنوات 2008، 2009، 2010) كما هو في الجدول التالي (2):

الجدول رقم (2): المؤشرات الصحية لمؤسسات ولاية بسكرة خلال سنوات 2008، 2009 و 2010

البلدية	المؤسسات الصحية	السنة	عدد الفحوصات المقدمة	عدد الدخول	عدد الأيام الإستشفائية	معدل الإقامة بالمستشفى	مجموع الولادات الحية بالوسط الإستشفائي	عدد الوفيات بالوسط الإستشفائي	
بسكرة	EPH بشير بن ناصر	2008	85078	9447	19390	21	/	391	
		2009	106819	6823	23074	3.37	/	216	
		2010	110281	5199	21843	4.20	/	359	
	EPH الدكتور سعدان	2008	00	9385	33490	45	/	254	
		2009	/	9938	28070	2.82	/	216	
		2010	/	8697	30614	3.52	/	194	
	EHS طب العيون	2008	17048	2327	5499	25	/	00	
		2009	4173	2854	9853	3.45	/	/	
		2010	3732	1926	6132	0.31	/	/	
	EHS الأم والطفل	2008	16350	15442	30698	105	8219	203	
		2009	21096	27081	68793	2.54	8545	234	
		2010	19247	23437	38411	1.63	8782	262	
	EPSP بسكرة	2008	75443	/	/	/	00	00	
		2009	110099	/	/	/	/	/	
		2010	83426	/	/	/	/	/	
القطرة	EPSP القطرة	2008	18440	/	/	/	195	05	
		2009	12813	469	346	0.74	278	12	
		2010	11009	603	474	0.18	237	08	
	EPSP جمورة	2008	16805	/	/	/	/	02	
جمورة	EPSP جمورة	2009	8730	/	/	/	/	11	
		2010	33786	8/	/	/	/	03	
طولقة	EPH زيتوني محمد	2008	46769	7029	16728	38	3843	237	
		2009	61230	9279	23190	2.5	4053	280	
		2010	59532	12209	25878	2.11	4012	241	
	EPSP طولقة	2008	56906	/	/	/	175	00	
		2009	61518	/	/	/	/	05	
		2010	77935	516	485	0.93	210	09	
	EPH عاشور زيان	2008	58885	12042	31875	40	3135	214	
		2009	38066	12842	32387	2.52	3332	308	
		2010	41950	15675	30816	1.96	3490	225	
	أولاد جلال	EPSP أولاد جلال	2008	40554	/	/	/	747	01
			2009	43879	346	1142	1.35	733	03
			2010	46682	1558	7469	4.79	725	/
		EPSP رأس الميعاد	2008	6840	/	/	/	109	/
	الدوسن	EPSP رأس الميعاد	2009	7889	149	22	0.15	146	07
			2010	13444	346	215	0.62	165	01
2008			24369	/	/	/	295	03	
EPSP الدوسن		2009	23866	336	342	1.01	299	02	
سيدي عقبة	EPSP الدوسن	2010	47431	749	595	0.79	379	01	
		2008	54395	/	/	/	1448	48	
		2009	80151	3490	958	2.74	1518	109	
	EPSP سيدي عقبة	2010	127377	4809	9231	1.91	1480	43	
		2008	31746	/	/	/	8507	12	
		2009	47860	1302	1588	1.21	840	55	
		2010	46619	2306	2798	1.21	845	11	
	مجموع الولاية			2008	335498	55672	137680	40	19023
			2009	628189	75382	198389	2.62	6868	1754
			2010	722451	78030	174961	2.24	20325	1357

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية بسكرة

3- تطور بعض المعدلات الصحية الإجمالية للولاية من 2003 إلى 2010:

الجدول التالي يبرز تطور بعض المؤشرات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة لولاية من 2003 إلى غاية 2010

جدول رقم (3): تطور المؤشرات الصحية للمؤسسات العمومية للصحة بولاية بسكرة من 2003 إلى 2010.

السنوات	2003	2004	2007	2008	2009	2010
معدل شغل الأسرة	25,38	26,78	37,99	35,45	48,19	43,37
متوسط الإقامة	2,07	2,37	2,55	2,47	2,63	2,24
معدل الدوران	44,82	41,19	54,32	52,32	66,83	70,11
نسبة الوفيات	1,96	2,03	2,01	2,47	2,33	1,74

المصدر: من إعداد الباحثين بناء على معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية بسكرة

4- تقييم المؤشرات الصحية لولاية بسكرة:

من خلال تحليل المعطيات والمؤشرات الصحية المتحصل عليها من المؤسسات العمومية للصحة على مستوى ولاية بسكرة، يمكن استنتاج

بعض الملاحظات الأولية عن كفاءة الخدمة الصحية وفعالية التسيير وذلك كالآتي:

4- 1- ضعف الكفاءة التشغيلية للمؤسسات الاستشفائية:

إذا ما أخذنا المفهوم الذي يرشدنا إليه مؤشر متوسط المدة الزمنية للإقامة الذي بقي مستقرا في إجماليه بين 2 و 2.7% للفترة الممتدة من 2003 و حتى سنة 2010 فهو مؤشر جيد يعني في الغالب أن العناية الطبية بالمرضى كانت جيدة نظير إقامتهم القليلة بالمستشفى. و أن مصالح الوقاية و الهيئات غير الاستشفائية تقوم بدور جيد في مجال الفحوصات الخارجية المتخصصة منها و العامة، و كذا في التقليل من احتمالات الإصابة بالأمراض بما يقلل الضغط على المصالح الاستشفائية؛ غير أننا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار ملاحظة أن معدل شغل الأسرة ليس إيجابيا فهو دون المتوسط؛ إذ رغم تطور عدد الأسرة من 926 سريرا في 2003 إلى 1028 سريرا في سنة 2007 ؛ إلا أن معدل شغل الأسرة بقي يتراوح بين 25,38 % لمجموع الولاية في سنة 2003 و 26,78% في سنة 2004، ليعرف تطورا نسبيا في 2007 حيث وصل إلى 37,99% وفي سنة 2009 وصل إلى أقصى نسبه بمعدل 48,10%.

هذه المعدلات تعني أن نسبة كبيرة من الأسرة غير مشغولة أو غير مستغلة و هذا دليل على الإسراف في توزيع الأسرة و عدم تنظيمها على أساس النشاط. و هو نتيجة حتمية لسياسة تطوير الهياكل على حساب نتائج نشاطاتها.

إن كان الارتفاع الشديد لمعدل شغل الأسرة يعد بمثابة جرس إنذار لبحث الخلل في المصلحة المعنية؛ إذ يرشد في مثل هذه الحالة إلى أن

المرضى لم يتم التكفل بهم جيدا و أن مصالحي الوقاية لم تؤد دورها كما يجب في الهياكل القاعدية غير الاستشفائية، فإن ذلك لا يعني أن انخفاضه الشديد يعبر عن عكس هذه النتيجة؛ أي تكفل جيد بالمرضى و دور ممتاز لمصالح الوقاية، بل إن تدنيه الحاد عن 50% هو في الحقيقة مؤشر على عدم الاستغلال الجيد للأسرة المتاحة في المصلحة.

و في الإجمال هناك أكثر من 60% من الأسرة الاستشفائية غير مستغلة. فإذا ما أخذنا في الحسبان حجم الهياكل الاستشفائية و عدد المستخدمين المتواجدين بها و ما يرتبه ذلك من أعباء في الصيانة و تسديد مستحقات الموظفين، لوجدنا النتيجة الحتمية أن حجم الإنفاق على المصلحة لا يعبر عن الخدمة الفعلية المحققة و التي تظل من خلال هذه الموازنة بعيدة عن ما يجب أن تكون عليه.

4- 2- غياب مؤشرات لتحديد مستوى النظافة الاستشفائية:

تخلو أي مؤسسة صحية من مؤشرات محددة لمستوى النظافة الاستشفائية (*hygiène hospitalière*) بصفة كمية ما يمكن من تعزيز جودة المرافق الصحية والتقليل من الإصابات الاستشفائية. ولعل ذلك يعود إلى صعوبة تحديد معايير القياس من جهة ولضعف الكفاءة التقنية من مختصين في هذا المجال، رغم الأهمية التي أوليت لهذا الجانب من خلال إدراج مصلحة جديدة بالمؤسسات الاستشفائية تعنى بدراسة الأوبئة ونظافة الوسط الاستشفائي، إضافة إلى إدراجه كموضوع قار في برامج التكوين المتواصل المحددة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات منذ سنة 2000.

إضافة إلى ذلك لا تعتمد المؤسسات الصحية الكثير من المؤشرات الدالة على جودة الخدمات الصحية كمؤشر على فعالية التسيير مثل:

- ❖ عدد المرضى المنتظرين للدخول لأزيد من 90 دقيقة.
- ❖ عدد المرضى المحولين إلى مؤسسات صحية أخرى لنقص الأسرة
- ❖ عدد المرضى المحولين بسبب تأخرهم في الاستشفاء لدى المؤسسة الصحية الأقرب، نظرا لضعف ثقافتهم الصحية
- ❖ الأخطاء الصحية في التكفل بالمرضى
- ❖ درجة رضا المرافق الصحي (سواء كان مريضا يقصد العلاج أو مواطنا عموميا يستفيد من برامج الوقاية المختلفة)

4- 3- ضعف تنسيق الخدمات الصحية بين المؤسسات الجديدة:

التغيير الهيكلي في الخارطة الصحية، أنشأ مؤسسات جديدة تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ما أفرز وضعيات تنظيمية تستدعي التنسيق بين مختلف هذه المؤسسات لضمان حسن الرعاية والتكفل بالمرضى وللتخفيف من تعقيدات الإجراءات الإدارية المصاحبة لها، ويبرز ذلك خاصة في:

- عملية تحويل المرضى من مؤسسة لأخرى كانت تابعة لها إداريا خلال فترة القطاع الصحي، مثل التحويلات المتأتية من المؤسسات العمومية للصحية الجوية لجمورة، القنطرة نحو المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن

ناصر باعتبارها تتضمن جناح الاستعجالات الطبية والجراحية ومن هذه الأخيرة نحو المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم سعدان، فيما يتعلق بتحويلات الحالات الطبية دون الجراحية، مع العلم أن هذه المؤسسات كانت ضمن هيكل إداري واحد يتمثل في القطاع الصحي بسكرة،

▪ تنسيق جهود مصلحة الاستشفاء المنزلي (*hospitalisation à domicile*) وتوزيعها عبر المؤسسات الصحية موطن إقامة المريض وعدم تحميلها لمؤسسة استشفائية لوحدها؛ مع أن عمليات التنسيق هذه تخضع في الغالب لمزاج مدير المرفق الصحي ومقدار تجاوبه مع الفكرة نظرا لعدم وجود إلزام قانوني في هذا الشأن.

خامسا- النتائج والاقتراحات:

ما يمكن الإشارة إليه من خلال النظرة الموجزة - مع العلم أن المنظومة الصحية شديدة التعقيد- أنه برغم مقبولية بعض المؤشرات الكمية التقليدية حول أداء المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، إلا أن إطلالة بسيطة على الواقع المجتمعي تبرز عدم رضائية المواطن عن الخدمات الصحية، خصوصا ما تعلق بالمناحي الإنسانية والتعاملات الأخلاقية داخل المؤسسات العمومية، هذا فضلا عن الإختلالات التنظيمية الداخلية التي تشهدها هذه المؤسسات والتي تؤثر بشكل أو بآخر على نوعية الخدمات ومقبوليتهما وبالتالي مؤشرات غير التقليدية (ونقصد بذلك الإحصاءات حول الرضا النفسي عن الخدمة، مؤشرات الجودة كالموسمية، الاعتمادية والعدالة...)

هذه الوضعية غير الرضائية للمرفق العمومي ومختلف أطرافه (المواطن، العامل والدولة=، دفعت نحو التفكير في إعادة رسم جديد للخارطة الصحية يقوم على تنظيم جديد يتمثل في «الدائرة الصحية» بحسب المشروع القبلي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، محاولة بذلك اعتماد مقاربة جديدة تقوم على استعمال أدوات تسييرية حديثة كمشروع المؤسسة ودراسات الجودة الصحية.

غير أنه حرصا على فعالية التغيير وتلبيته للأهداف والطموحات المرجة، فإنه في اعتقادنا أن تحسين مؤشرات الخدمة الصحية يتجاوز العملية التنظيمية الرسمية - وإن كانت ذات أهمية بالغة- إلى ضرورة بناء ثقافة تسييرية جديدة تقوم على:

- إشراك المواطن في عملية التقييم الدوري عن طريق تفعيل دوره الرقابي والتداولي ضمن مجلس الإدارة كهيئة قيادية داخل المؤسسة الصحية من خلال ممثلية في المجالس المحلية وكذا المنتفعين.
- تحقيق معادلة المرفق العام لصحي القائمة على الاستمرارية، العدالة والحيادية وكذا مبدأ تدرج العلاج المنصوص في التشريعات الصحية المختلفة، من خلال إيجاد آلية للتنسيق بين مختلف المؤسسات في مجال التسيير الجزئي أو الاستفادة من الإمكانيات المادية من خلال أسلوب التعاضد (la mutualisation des moyens)
- الحرص والاعتناء بالأساليب التسييرية المحدثة من مشروع المؤسسة وأدوات التسيير بالنتائج،

- تفعيل اعتماد عقد الأهداف من خلال دفتر الشروط بين المسير ومجلس الإدارة وجعله أداة أساسية في التقييم ومنح الراتب والتعويضات المالية المختلفة،
- الإشراف الفعلي والعملي للمهنيين داخل المؤسسة، خاصة الأطباء وشبه الطبيين منهم لتحقيق الولاء للمؤسسة ما يرفع من مردوديتهم العملية وسعيهم نحو تقديم صورة فضلى لمؤسستهم،