

## المنظومة الصحية الجزائرية وإشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية: نحو مقارنة سوسولوجية تكاملية وفاء قاسمي<sup>(1)</sup> و أ.د يوسف سعدون<sup>(2)</sup>

1 قسم علم الاجتماع، جامعة باجي مختار - عنابة، socio\_guesmi@yahoo.fr

2 قسم علم الاجتماع، جامعة باجي مختار - عنابة، youcef\_saadoun@yahoo.fr

تاريخ الإيداع: 2017/03/05

تاريخ المراجعة: 2017/01/10

تاريخ القبول: 2018/01/30

### ملخص

أقامت الجزائر بعد الاستقلال نظاما صحيا يسعى إلى تحقيق تنمية صحية هدفها الحفاظ على الصحة العمومية وترقيتها، حيث عرف هذا النظام الصحي الوطني عدة إصلاحات متعاقبة من حيث البناء والوظيفة. غير أنه يشهد حاليا عدة اختلالات وتناقضات أثرت سلبا على مستوى أدائه العام. وانطلاقا من العام إلى الخاص، نحاول من خلال هذا المقال تقديم تحليل سوسولوجي تكاملي تبرز فيه مظاهر هذه الاختلالات سواء المتعلقة بالنظام الصحي نفسه أو تلك المرتبطة ببيئة قطاعه.

الكلمات المفتاحية: سياسة صحية، نظام صحي، تنمية صحية، اختلالات.

### *The Algerian Health System and the Problematic of Finding Health Development: Towards an Integrative Sociological Approach*

#### Abstract

After the independence, Algeria established a health system which aimed at realizing health development that preserves and promotes public health. This national health system underwent many successive reforms both at the level of its structure and function. Nevertheless, it is currently facing many imbalances and contradictions which have negatively affected the level of its general performance. Moving from the general to the more specific, we have attempted hereby to make an integrative sociological analysis where we present the different imbalances whether those related to the health system itself or to its surrounding environment.

**Key words:** Health policy, health system, health development, imbalances.

### *Le système sanitaire algérien et la problématique du développement sanitaire : Approche sociologique intégrative*

#### Résumé

L'Algérie a mis en place un système sanitaire visant à réaliser le développement du secteur dont l'objectif principal est la préservation et la promotion de la santé publique. Cependant, ce système national de santé a subi plusieurs réformes successives, notamment sur les plans structurel et fonctionnel. Actuellement, il connaît de nombreux déséquilibres et contradiction qui ont affecté d'une manière négative la bonne marche de ce secteur vital. A travers cet article, notre démarche consiste à suivre une analyse sociologique intégrale, tout en mettant en relief les multiples facettes de ces déséquilibres ayant un lien d'une part avec le système de santé lui-même, et d'autre part avec son environnement.

**Mots-clés:** Politique sanitaire, système sanitaire, développement sanitaire, déséquilibres.

المؤلف المرسل: وفاء قاسمي، socio\_guesmi@yahoo.fr

## أولاً: طرح الإشكالية

لا تزال قضية تحقيق «التنمية الصحية» في مجتمعات العالم الثالث ومن ضمنه العالم العربي عموماً والمجتمع الجزائري خصوصاً، تثير النقاش والبحث خاصة في العقود الأخيرة من القرن الماضي، سواء في المؤتمرات والندوات العلمية التي تنظمها منظمة الصحة العالمية (OMS)، أو التي تنظمها المؤسسات العلمية والحكومية في بلدان العالم الثالث. رغم مرور أكثر من نصف قرن من عمليات التنمية بها، إلا أن المشكلات الصحية لا تزال بها مستمرة. وعلى الرغم من محاولات التحليل التي أريد بها الوقوف على مشكلات الصحة العمومية لهذه المجتمعات، والملاحظ فيها أنها تنحو إلى طرح القضايا التقنية والتنظيمية والمالية، ودراسة الجوانب الطبية الصرفة، أكثر من اهتمامها وتركيزها على الجوانب السوسيوثقافية والأبعاد السياسية والاقتصادية والتاريخية، هذا ما جعل التصورات النظرية التي انتهت إليها مثل هذه التحليلات تصورات جزئية، لا تعالج مشكلات التنمية الصحية في سياقاتها التاريخية التي أنتجت في نطاقها وفي ضوء علاقاتها بالقطاعات الأخرى المكونة للمجتمع، إنما تعالج مظاهر تلك المشكلات وصور انتشارها عبر ضالة الموارد المالية ونقص التغطية بالكوادر الطبية.

يترتب على هذا من الناحية الاستيمولوجية ضرورة تبني المنظور المعرفي السوسيلوجي التكاملي كخلفية للتحليل، بناء على ذلك، فإن ظاهرة اختلالات المنظومة الصحية -حسب تقديرنا- هي ظاهرة مجتمعية (phénomène sociétal) تعبر عن أزمة شاملة متعددة الأبعاد والعناصر، وجزء من نظام اجتماعي متأزم أعم وأشمل، فلا ينبغي أن تفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية، ذلك أن الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية كما تتأثر هي بذاتها بهذه العوامل، فوضع قضايا الصحة والمرض في إطار سوسيلوجي من شأنه أن يوفر أرضية مناسبة لتعزيز قدرات الطب على العلاج. فلم تعد الصحة مفهوماً طبيًا بحتاً بل لها محددات أخرى لا تقل أهمية وتأثيراً عن العوامل البيولوجية، هي المحددات السوسيوثقافية والبيئية والاقتصادية، فانقلنا من الحديث عن سوسيلوجيا الطب إلى سوسيلوجيا الصحة متجاوزين بذلك الحدود الضيقة للمفهوم، بالتالي فمشكلة الصحة متضمنة علائقياً مع المشكلة العامة للتخطيط للتنمية المجتمعية (Développement Sociétal).

وتأسيساً على ذلك، فقد شكلت قضية تحقيق التنمية الصحية في الجزائر تحدياً كبيراً دفع إلى إقامة نظام صحي وطني يستند في سياسته الصحية على الطب المجاني (La médecine gratuite)، حيث نص الميثاق الوطني لسنة 1986 على اعتبار أن الصحة حق تتكفل الدولة برعاية صحة المواطنين وتحسينها. وإذا كانت التنمية بجميع أبعادها تساهم مساهمة شاملة في تحسين صحة الجماهير الشعبية فإن صحة المواطن أحد الشروط الأساسية لإنجاح عملية التنمية الشاملة، وعلى هذا الأساس يعتبر الطب المجاني مكسباً ثورياً وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبيراً عملياً عن التضامن الوطني، ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج<sup>(1)</sup>. والذي اعتبر -من قبل الكثير من الدارسين - مكسباً اجتماعياً للغالبية العظمى من أفراد المجتمع عانى من ممارسات نظام صحي استعماري كان قائماً على سيادة اللامساواة الصحية بين المعمرين الفرنسيين والأهالي. كما تجدر الإشارة أن السياق الذي جاء فيه تاريخ سياسة الطب المجاني يتزامن والارتفاع الكبير لأسعار البترول في السوق الدولية المصدر الرئيسي في تمويل مشروعات التنمية في الجزائر، لكن تغير الظروف الاقتصادية بانخفاض أسعار البترول في السبعينيات وانهارها نهاية الثمانينيات أظهر عدم قدرة الدولة وعجزها على الاستمرار في تغطية

النفقات الصحية المتزايدة. أمام تفاقم مشكلات القطاع الصحي، أصبحت المنظومة الصحية الجزائرية تعاني من عديد الاختلالات - هي مجموعة من التناقضات التي أصبحت تعيشها عبر مختلف التحولات التي عرفتتها والتي جعلتها تتخبط في تناقضات بنائية ووظيفية، ترتبط بمفهوم تكريس مبدأ العدالة ونكافئ الفرص فيما يتعلق بتوزيع الخدمات الصحية جغرافيا بين مختلف الأقاليم واجتماعيا بين مختلف شرائح المجتمع، والسعي نحو جودة الخدمات الصحية التي يكرسها تنامي قطاع صحي ليبرالي تستفيد منه فئة اجتماعية محدودة-، ليست في الواقع كمشكلة تعبيراً عن أزمة قطاعية تخص قطاع الصحة معزولة عن باقي القطاعات الأخرى تفهم في إطاره وتحل انطلاقاً منه، إنما هي في الأساس جزء من كل، من وضع اجتماعي وتربوي وثقافي وسياسي ضمن سياق تاريخي معين، إنها إذن تعبير عن أزمة مجتمع في قطاعاته المتعددة، لا عن أزمة قطاع منفرد ومحدود بعينه دون سواه، والتي عبر عنها «Jean Claude Gayot» في كتابه «quelle Médecine pour quelle société?» "إن أزمة الطب في حد ذاتها هي أزمة مجتمع، ذلك أن الحقيقة السوسولوجية ليست بعيدة عن الحقيقة الطبية"<sup>(2)</sup>.

إن مثل هذا الطرح يقودنا فعلاً إلى تساؤل إشكالي كبير، مركب ومتشعب في حيثياته، مفاده: ما هي أهم التجليات والمظاهر التي تفصح عن أبرز اختلالات المنظومة الصحية الجزائرية والتي تشكل عوائق وظيفية في سبيل تحقيق تنمية صحية؟ ما يسهم أيضاً في تشخيص واقع قضايا الصحة والمرض في المجتمع الجزائري، وتجدر الإشارة أيضاً، أن الجزائر تبنت جملة من الإصلاحات لتمكين قطاع الصحة من الرفع من أدائه ومسيرة التحولات الديموغرافية والوبائية التي تشهدها.

وضمن هذا المبحث العريض لا نرمي بالذات - في حدود ما يسمح به المجال المتاح لهذه المساهمة العلمية- إلى أن نلم بكل ما تتطلبه الدراسة المفصلة للنظام الصحي والتنمية الصحية، وحتى ولو كان ذلك في إطار منظور تخصصي معين كالمنظور السوسولوجي الذي تعتمده مقاربتنا هذه كخلفية للتحليل والتفسير، إنما نرمي على وجه التحديد إلى محاولة تحليل ونقد جانب مهم من هذا الاشتغال المعرفي الكبير، والمتمثل في الآتي: رصد - بشكل مركز- أبرز مظاهر تلك الاختلالات سواء منها ما تعلق بالنظام الصحي نفسه أو تلك المرتبطة ببيئة قطاعه. فالأزمة - كما سبق وأشرنا- ليست أزمة قطاع الصحة لوحده وإنما هي عبارة عن تراكم لمجموعة من اختلالات مرتبطة بقطاعات المجتمع الأخرى، فالنهوض بالصحة العمومية تمثل تكامل جهود كل قطاعات المجتمع نحو مسألة الصحة.

### ثانياً: السياسة الصحية، النظام الصحي وهدف تحقيق التنمية الصحية

لقد أكدت منظمة الصحة العالمية (OMS) إلى كل دول العالم، عبر العديد من مؤتمراتها على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، ويجب أن تكون في متناول جميع سكان العالم، ولا يمكن بلوغ هذا الهدف دون أن يكون في إطار سياسة صحية، بذلك تعد السياسة الصحية "تعبيراً عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها"<sup>(3)</sup>. ما يشير إلى أن السياسة الصحية ناتجة عن دراسة شاملة للاحتياجات وتحديد الأولويات وترتيبها وخطة عمل مع التنسيق بين الأنشطة ذات الصلة. كما عرفت الباحثة «مارجريت ستاسي Margaret Stacey» السياسة الصحية بأنها "تلك القرارات التسييرية الجماعية أو الفردية التي تؤثر على كيفية التي تقدم بها الرعاية الصحية"<sup>(4)</sup>. إن هذا التعريف يجعل من السياسة الصحية هي مجموع الأهداف والبرامج المسطرة والمترجمة على شكل قرارات منظمة لجهود الفاعلين والتي من

شأنها أن تحدد الكيفية التي تقدم بها الرعاية الصحية، مستندة في ذلك كله على الفعل المنظم الذي يوفره النظام الصحي والذي أشار إليه « ليفي A. Lévy » «النظام الصحي هو مجموع الوسائل التنظيمية، والبشرية، والهيكلية، والمالية والموجهة لتحقيق أهداف سياسة صحية ما»<sup>(5)</sup>. وضمن نفس السياق للتحديد السابق، فقد عرف أيضا التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000 والصادر عن منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه "مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية"<sup>(6)</sup>. بمعنى أن النظام الصحي جملة من الموارد وعملية تنظيم وإدارة هذه الموارد يؤدي إلى تقديم رعاية صحية. كما تتفاوت النظم الصحية فيما بينها من حيث التعقيد والترابط بين أجزائها، تبعا لطبيعة النظام السياسي السائد، وتنظيم المجتمع نفسه<sup>(7)</sup>.

ولعل أبرز هدف رئيس تسعى إلى تحقيقه السياسة الصحية، والذي يتجلى بشكل واضح من استقرار ما تنتهجه دول العالم لذلك، هو تحقيق تنمية صحية كهدف نهائي، وما تتضمنه من أهداف ثانوية كضمان المساواة في الحصول على فرص الوقاية والعلاج، وتحقيق الفعالية التنظيمية في إدارة المؤسسات الطبية وجودة الخدمات الصحية المقدمة بها، وتمويل برامج الصحة العمومية بطريقة منصفة وفعالة.

إذا كان لا يوجد خلاف حول مبدأ تحقيق تنمية صحية للمجتمع والرفع من مستواها، فإن الاختلاف يكمن في الأساليب المستعملة في تحقيقها وتقييمها. لذلك اختلفت السياسات الصحية التي تطورها وتتبنها مختلف المجتمعات لتحقيق تنمية صحية بها، والتي تختلف باختلاف نظمها وبيئاتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية، كما تتأثر أيضا بالقيم والمعتقدات المجتمعية السائدة وبالمراد المتاحة لها في هذا المجال، حيث تتفاعل مع بعضها وتؤثر على تحديد المعالم النظرية والرؤى التي تنتهجها السياسة الصحية، بما في ذلك الفلسفة التي تقوم عليها عملية التخطيط، إضافة إلى أسلوب إدارة النظام الصحي وتركيبته التنظيمية وطرق تمويله<sup>(8)</sup>. الملاحظ أن السياسة الصحية في الدول المتقدمة، خاصة لدى دول الاتحاد الأوروبي، تتميز بأن نشاطاتها القطاعية موجهة لدعم الصحة العمومية، كما أن هذه السياسة الصحية تعرف تغييرات تماشيا وتلك الإصلاحات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. ما يعني أن التخطيط من أجل الصحة عندها لا يتم كقطاع منعزل إنما بمراعاة القطاعات الأخرى المكونة للنسق المجتمعي العام، والذي تسبقه عملية ممهدة للحصول على المعلومات والبيانات الكافية من مختلف القطاعات، تلك المعلومات التي يستعان بها في تصميم الإطار العام لإستراتيجية التنمية في المجال الصحي. وهو ما توصل إليه وأكد على أهميته «جورنال ميردال Gunnar Myrdal» أثناء دراسته لمشكلات التنمية في جنوب آسيا، ومكانة الصحة في عملية التنمية، على ضرورة الاعتراف بالعلاقات المتبادلة بين مختلف قطاعات المجتمع، وأن الصحة لا يمكن أن تفهم بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية، ما يعاون المخطط على أن يواجه المشكلة الصحية على أوسع جبهة ممكنة، مما يمكنه من دمج عديد المعايير التي يدعم كل منها الآخر<sup>(9)</sup>.

وعليه، تشكل السياسة الصحية جزءا من سياسات التنمية الشاملة، وبذلك تعكس الأهداف الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، على نحو تكون إستراتيجيات القطاعات المختلفة متداخلة فيما بينها، وتسهم في بلوغ الأهداف النهائية للمجتمع، وهو الأمر الذي أكده إعلان ألما آتا سنة 1978، في إحدى المبادئ الأساسية للتنمية وتبناه مؤتمر الرعاية الصحية الأولية، والذي شاركت في الإعداد له عدة منظمات دولية، بما فيها منظمة الصحة العالمية (OMS)، "إن السياسة الصحية جزء من التنمية الشاملة، وهي تحترم أغراضا اقتصادية واجتماعية هامة

للغاية مثل: تحسين نمو جيل جيد بدنيا واجتماعيا ونفسيا وعقليا وزيادة إنتاجية العمل، وأن تشترط السياسة الصحية إقامة المشاريع التنموية في الصناعة والزراعة في ارتباط وثيق بنظام الرعاية الصحية الشاملة<sup>(10)</sup>. وهذا كله يوحي أن التنمية الصحية كهدف رئيس للسياسة الصحية التي تسعى إلى تحقيقها عبر نظام صحي، ما هي إلا نسق فرعي تتكامل وظيفيا مع مختلف الأنساق الأخرى المشكلة للبناء الاجتماعي العام، وعاملا محوريا في توازنه العام، مما يجعل منها أهم مقومات التنمية المستدامة وللتحديث الاجتماعي بشكل أعم وأشمل.

### ثالثا: مظاهر اختلالات المنظومة الصحية في الجزائر

من المهم الإشارة هنا، إلى أننا ننطلق في تعقلنا لهذا المبحث من دراستنا من جملة من المعطيات الواقعية التي تؤثر بعمق على الإشكال المطروح بقوة، وهذا ما يوجهنا إلى التركيز على الجانب الكمي، وبأن نذكر كثيرا من المعطيات الكمية مع توظيفاتها التبريرية ضمن سياقات معينة لمقاربة جوانب المشكلة المطروحة - اختلالات المنظومة الصحية في الجزائر - مع الاعتماد على الأبعاد الاجتماعية والثقافية، والاقتصادية والبيئية، التي تشكل العوامل المؤثرة على عمل النظام الصحي في سبيل تحقيق تنمية صحية والرفع من مستوياتها.

من الواجب أن لا يساءل قطاع الصحة لوحده عن واقع الصحة العمومية للسكان وعن حجم الأمراض المتفشية في المجتمع، وحتى وإن كانت مسؤوليته كبيرة في الوقاية من المرض ومعالجته، ذلك أن تحقيق تنمية صحية تقتزن بعمل قطاعات أخرى ذات العلاقة المباشرة والتأثير القوي على المستوى الصحي للجزائريين، وترتبط هذه القطاعات أساسا بالجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد. وعليه، فإن قطاع الصحة يعاني بشكل مضاعف من اختلالات على مستواه ومن اختلالات ترتبط بقطاعات المجتمع الأخرى التي لها تأثير قوي على مستوى صحة السكان خاصة في ظل غياب مبدأ التعاون ما بين القطاعات ذات العلاقة بالشأن الصحي. بناء على ذلك، سنتناول الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي وتلك المرتبطة ببيئة قطاعه.

كما نشير ومن باب التأسيس المنهجي على ملاحظة أساسية تتعلق بكون أن تلك التجليات والمظاهر التي سنذكرها لاحقا هي من السعة والتعدد والتشابك العلائقي والارتباط البنوي المعقد، بحيث يصعب الإحاطة بها كلها. ويمكن إجمال هذه المظاهر فيما يأتي:

**1- اختلالات ترتبط باستجابة النظام الصحي للاحتياجات المشروعة للسكان:** سيتم التعرف على أبرز الاختلالات التي تتعلق بالنظام الصحي الوطني والتي تعكس لنا بعض أوجه القصور في أدائه لأدواره المرتبطة أساسا في الاستجابة للاحتياجات المشروعة للسكان، لنؤكد مرة أخرى إلى أن النظام الصحي ليس وحده القادر على رفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع، لكن تشترك في ذلك العديد من النظم الاجتماعية الأخرى، كما أنه من الصعب الحديث عن كل تلك الاختلالات في هذه المساهمة العلمية، لذلك سوف نقصر في تحليلنا على أبرزها والتي تتجلى فيما يأتي:

**1-1- التباين بين معدل النمو السكاني ومعدل تطور التغطية الصحية:** نركز في هذا العنصر على معدل النمو السكاني الذي شكل هاجسا فعليا لدى عدد كبير من دول العالم، التي ترى في المعدلات المرتفعة للنمو السكاني ضغطا وطلبا إضافيا على الخدمات الصحية، ما يجعل تطور التغطية الصحية غير مساير للنمو السكاني الحاصل في المجتمع. وعموما فقد بذلت الدولة الجزائرية بعد الاستقلال جهودا جبارة لتوفير خدمات صحية

ملائمة لكافة أفراد الشعب، خاصة بعد سنة 1967 أين نسجل بداية المخطط الثلاثي الأول كقاعدة انطلاق لبناء المجتمع الاشتراكي. وركزت في مختلف المخططات التنموية على تشييد الهياكل الصحية بدأ من المخطط الثلاثي الأول (1967-1969) مروراً بالمخطط الرباعي الأول (1970-1973)، كما لم تكن المسألة السكانية مطروحة ولم يتم الإشارة إلى النمو الديموغرافي في المخططات التنموية والتي بدأ العمل بها ابتداء من سنة 1967. فالخطاب السياسي لم يكن يشعر بالقلق إزاء التزايد السكاني، حيث اعتبره رأسمال وطني خلال هذه الفترة. وعموماً فقد عرفت الجزائر نمواً ديموغرافياً سريعاً، حيث ارتفع عدد السكان سنة 1970 إلى 13.309 مليون نسمة بعدما كان 10.458 مليون نسمة سنة 1962، أي بزيادة قاربت 3 ملايين نسمة في ظرف 8 سنوات فقط، وحسب تقديرات الديوان الوطني للإحصائيات فإن عدد سكان الجزائر سوف يبلغ 41.2 مليون نسمة بحلول سنة 2017<sup>(11)</sup>، ما يعني أن النمو الديموغرافي في الجزائر ظل يرتفع باستمرار وإن كان بوتائر مختلفة. هذا الارتفاع المتزايد في عدد السكان يعني استمرار زيادة الطلب على العلاج، الذي لم يصاحبه ارتفاع مماثل في تطور معدل التغطية الصحية من حيث عدد الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة، وهو ما تكشفه الأرقام الإحصائية الواردة في الجدول الآتي:

**جدول رقم (01):** تطور عدد السكان وعدد الأسرة للهياكل الإستشفائية العمومية في الجزائر خلال الفترة

(1966-2015)

السنوات	1966	1974	1989	1998	2000	2011	2013	2014	2015
السكان بالملايين	11.75	15.16	24.40	29.50	30.39	36.71	38.29	39.11	39.96
عدد الأسرة	39418	41728	65000	59000	53315	59130	63207	64108	64762
سرير/ساكن	298	363	375	500	570	620	605	610	617

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, La santé des algériennes et des algériens, Ed ANEP, Alger, avril 2002, p 60.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la population, Situation Démographique et Sanitaire (2000-2014), Alger, Juillet 2014, p 21.
- ONS: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2013-2015), Edition 2016, Alger, numéro 46, p 26.

يتضح لنا من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، أن عدد الأسرة لم تشهد خلال فترة التسعينيات أي تطور بسبب الأزمة المتعددة الأوجه التي شهدتها الجزائر في تلك الفترة، بل بالعكس نسجل انخفاضا في عددها، فانتقل العدد من 65000 سريرا سنة 1989 إلى 59000 سريرا سنة 1998، وكذا المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) لم يتغير عددها لمدة 09 سنوات، والتي بلغت 13 مركزا استشفائيا جامعا منذ 2002 حتى سنة 2010، كما أن الطلب على العلاج والاستشفاء لم يتوقف خلال هذه السنوات بل هو في تزايد، وحتى إن سجلنا ارتفاعا في عدد الأسرة بين سنتي 2014 و2015 فهو يعد ارتفاعا نسبيا إذ هي زيادة تقدر بـ 654 سريرا مقابل زيادة سكانية طبيعية تقدر بـ 858000 نسمة. ونتيجة لذلك، تدهورت التغطية الصحية من حيث عدد الأسرة للهياكل الصحية العمومية وأصبحت ضعيفة وغير مسايرة للنمو السكاني الحاصل، حيث انتقلنا من سرير لكل 375 ساكن سنة 1989 إلى سرير لكل 617 ساكن سنة 2015.

**1-2- عدم تكيف عروض العلاج والاستشفاء مع نمط الأمراض المنتشرة:** على الرغم من التحسن في الحالة الصحية للسكان الجزائريين، والذي نلمسه في مؤشر انخفاض معدل الوفيات العامة خاصة بين سنتي 2012 و2013، من 4.53% إلى 4.39% أي بانخفاض نسبي قدره (12) 1.1%. وإن عرف ارتفاعا نسبيا سنة 2015 والذي وصل إلى 4.57% (13). أيضا معدل وفيات الأطفال خاصة الرضع. فمنظمة اليونسيف مثلا: تعتمد معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية وتحقيق التنمية الصحية لبلد ما. فقد استطاعت الجزائر أن تخفض مؤشر وفيات الرضع، إذ انتقل معدل الوفيات من 36.9% لسنة 2000 إلى 25.5% سنة 2008 ووصل إلى 23.7% سنة 2010، ليصل سنة 2015 معدل وفيات الرضع للإناث بـ 20.7% و 23.7% للرضع الذكور ليقتدر إجمالي الوفاة للرضع لنفس السنة (14) أي 22.3%. ورغم ذلك فهو لا يغطي الارتفاع المتزايد للأمراض المختلفة في المجتمع الجزائري. أين تستمر في الظهور الأمراض المتقلبة - انظر جدول رقم (02) - مع ظهور نمط جديد من الأمراض هي الأمراض المزمنة ما يعني تنامي الأعباء، وهو ما اصطلح على تسميته « بالتحول الوبائي غير المكتمل»، على خلاف الدول المتقدمة، التي نجد فيها نمط المرض يتميز بسيطرة الأمراض المزمنة والقضاء تقريبا بشكل كلي على الأمراض المتقلبة. ومن أبرز الأمراض المزمنة التي أصبحت تمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة لدى الجزائريين، هو مرض السرطان، فهو يحتل مكانة متقدمة من بين الأمراض غير المتقلبة بتزايد نسب الإصابة به- كما هو موضح في الشكل رقم (01)-، حيث سجل أكثر من 80 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة سنة 1990 لترتفع سنة 2010 إلى 130 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة (15)، أي بزيادة قدرها بـ 50.000 حالة جديدة وهي زيادة سريعة.

**شكل رقم (01):** تطور عدد حالات الإصابة بالسرطان في الجزائر خلال الفترة (2000-2013)



**Source:** République Algérienne Démocratique et populaire: plan national Cancer (2015 - 2019), Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade, Edition & Publication - ANDS, Alger, Octobre 2014, p 18

وحسب رأي الخبراء فإن هذا العدد يتطلب ما لا يقل على 20 مركزا للعلاج خاصة العلاج الكيميائي (Chimiothérapie) والعلاج بالأشعة (Radiothérapie)، وهي من العلاجات التي لا تنتظر المريض، ويمكن أن تجهز عليه قبل موعد العلاج والذي قد يمتد إلى ستة أشهر أو أكثر. وما تجدر الإشارة إليه، أنه يوجد في الجزائر حاليا 06 مراكز لمكافحة السرطان عبر الوطن، وهي غير كافية. وهذا التحول الوبائي غير المكتمل يتزامن والتحول الديموغرافي، المتمثل في تناقص الفئات العمرية النشطة وارتفاع نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة فما فوق. حيث انتقلت من 8.5% إلى 8.7% بين سنتي 2014 و2015 أي ما يعادل 3484000 نسمة، منهم 511000 في فئة البالغين 80 سنة فأكثر (16)، ما يؤدي لبروز

ظاهرة اجتماعية لا تقل أهمية عن التحول الوبائي غير المكتمل هي بؤادر الشيخوخة في المجتمع الجزائري، ففهم الحقائق السكانية من حجم ونمو وتوزيع وتركيب يعد أساسيا لفهم الكثير من المتغيرات التي تساعد على تكييف عروض العلاج والاستشفاء، انطلاقا من التحول في بنية الهياكل الصحية وتوزيعها أي في هندسة بنائها إلى المسارات العلاجية التي تختلف اختلافا واضحا بين الأمراض المتقلة وغير المتقلة. حيث نجد تباينا في الفئات العمرية وتميزات أخرى بشأن نطاق المرض، ونستشهد على ذلك، بالتحقيق الذي أجري سنة 2006 حول صحة الطفل والمرأة، أين اتضح أن الفئات المسنة هي الأكثر معاناة بهذه الأمراض. فمعدل الإصابة بالأمراض المزمنة لدى الفئة التي تتراوح أعمارها 60 سنة فما فوق بلغ 51% ما يقابل 13038 حالة مصابة بأمراض مزمنة، بالنسبة للإناث نجد 6362 حالة و6676 حالة للذكور خلال نفس السنة<sup>(17)</sup>.

جدول رقم (02): تطور عدد حالات الإصابة ببعض الأمراض المتقلة في الجزائر خلال الفترة (2000-2015)

السن	2015	2014	2013	2012	2009	2006	2003	2000	السن الأمراض المتقلة
الذئبية	0	0	0	0	0	5	7	3	Diphthérie
الحصبة	197	154	3544	1891	2248	932	12688	1601	Rougeole
السل	23562	22449	21973	21413	18526	20594	19322	17827	Tuberculose
الملاريا	747	266	603	887	94	117	427	541	Paludisme
حمى التيفويد typhoïde	97	123	177	232	781	945	1110	2805	Fièvre typhoïde
التهاب الكبد الفيروسي ب Hépatites virales B	2896	2576	2342	1797	1985	2932	2080	2704	التهاب الكبد الفيروسي ب Hépatites virales B
الليشمانيا الجلدي Leishmanioses	6542	4543	6171	8390	12097	14714	13749	4450	الليشمانيا الجلدي Leishmanioses
الحمى المالطية Brucellose	3262	3933	3936	4500	6655	7812	2783	3933	الحمى المالطية Brucellose

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على:

- Conseil National Economique et Social, Rapport National sur le Développement Humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie 2007, p 95.
- ON: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2009-2011), Edition 2012, Alger, numéro 42, p 25.
- ONS: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2013-2015), Edition 2016, Alger, numéro 46, p 27.

إن قراءة ما تشير إليه الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه، تجعلنا نقول بأن هناك اهتماما كبيرا ومتزايدا من قبل الدولة الجزائرية في إطار القضاء على الأمراض المتقلة بانخفاض معدلات الكثير من الأمراض مثل: الذئبية (Diphthérie) الذي تم القضاء عليه، في المقابل نجد مرض السل (Tuberculose) وصل إلى مستويات مخيفة والذي ارتفع من 17827 حالة سنة 2000 إلى 22449 حالة سنة 2014، ووصل سنة 2015 إلى 23562 حالة، والذي يسمى مرض الفقر وهو يوحى لنا بمدى تدهور المستوى المعيشي للسكان. كما نجد أن مرض التهاب الكبد الفيروسي ب (Hépatites virales B) والليشمانيا الجلدي (Leishmanioses) والحمى المالطية (Brucellose) هذه الأمراض لم يتم حتى التخفيف من حالات الإصابة بها، بل هي في تزايد مستمر، وإن كان

مرض حمى التيفويد (Fièvre typhoïde) ومرض الحصبة (Rougeole) عرفا انخفاضاً واضحاً، لكنه لا يعد تقدماً محرزاً بالنظر إلى الأهداف المسطرة والإمكانات المسخرة، وهي في مجملها أمراض متقلبة إما عبر المياه أو عن طريق الحيوان بالإضافة إلى تدهور المحيط المعيشي. وهو ما يجسد توجهات السياسة الصحية الجزائرية آنذاك والمتمثلة في التوجه نحو تطبيب المشكلات الصحية وتطبيق سياسة الطب المجاني، والمتبنية كما يبدو للمنظور الطبي، والتي يدعمها كبار أساتذة الطب وعلى رأسهم الوزراء الذين تولوا قطاع الصحة، والذين غالباً ما كانوا من الأطباء، يرون في أن المريض ليس سوى نظام من الأجهزة البيولوجية ينبغي إصلاحه، والصحة تتحقق في أن تنتظم الحياة وفق برنامج بيولوجي معين، وهو ما كان له ضريبته، حيث لم يؤد تطبيق سياسة الطب المجاني إلى القضاء على الأمراض المتقلبة، لأنه تم عزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية التي تولدها، وأعطاهها مفهوماً عضوياً، مما انعكس ذلك على المشروعات والبرامج الصحية، التي طغت عليها النزعة التطبيقية العلاجية وأهملت الجوانب الاجتماعية والأبعاد الثقافية لمفهوم الصحة والمرض، فكانت الاعتمادات المالية المخصصة للطب الوقائي قليلة جداً.

### 1-3- تنامي الإنفاق الصحي الوطني مع استمرار ضعف مستوى الخدمات الصحية:

أبرز ما يلاحظ على تمويل قطاع الصحة في الجزائر أنه ضعيف، وما زال بعيداً عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، على الرغم من أن مستوى الإنفاق الوطني للصحة عرف منحى تصاعدياً. ويمكن توضيح ذلك من خلال عرض الجدول الآتي:

جدول رقم(03): تطور معدل النفقات الصحية الوطنية من الناتج المحلي الإجمالي من 1973 إلى 2014

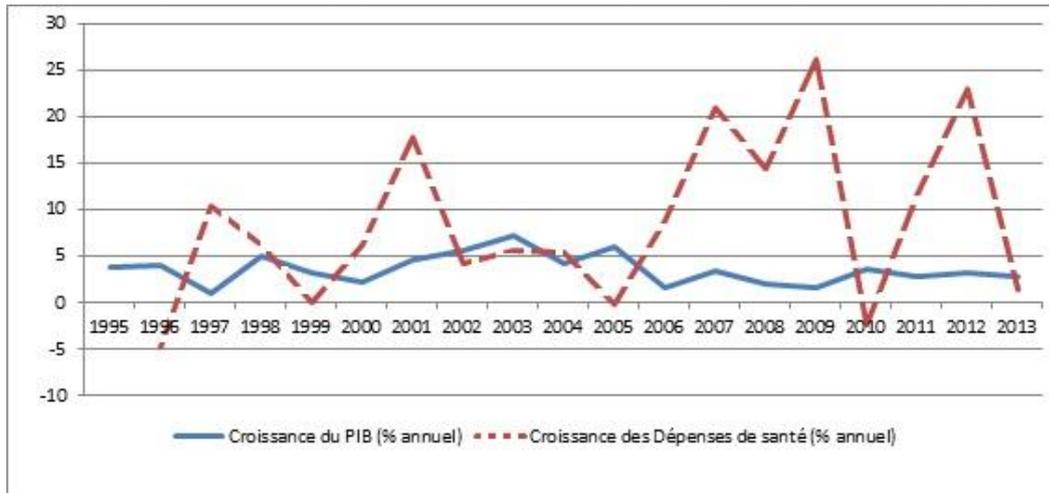
2007	2005	2000	1991	1980	1973	السنوات
4.36	3.54	3.49	2.21	3.74	1.60	معدل الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)
2014	2013	2012	2011	2010	2009	السنوات
7.21	7.12	7.35	7.31	6.60	5.79	معدل الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)

Source: - [http:// www.perspective.usherbrooke.ca/](http://www.perspective.usherbrooke.ca/) (Site consulté le: 27/10/2017)

إن القراءة الأولية للجدول أعلاه تجعلنا نقول، إن هناك تطوراً في الميزانية المخصصة للصحة، غير أن إنفاق الدولة الجزائرية على الصحة كان جد ضعيف في السبعينيات، بالرغم من أنها خصصت في تلك الفترة مبالغ مالية ضخمة للاستثمار بلغت 453 مليار دينار جزائري، نال التصنيع وحده 54.5% من المبلغ الإجمالي للاستثمارات<sup>(18)</sup>. وهذا الأمر يشكل انعكاساً للتوجه الاشتراكي للدولة الجزائرية في تلك الفترة، ولنظرتها للعلاقة بين التنمية والصحة، والتي تبدو أنها لم تعتبر الصحة نقطة أولية للفعل التنموي، وأنها تبقى مجرد متغير تابع للتنمية الاقتصادية، وأن سير عجلة التنمية الاقتصادية سيرافقه آلياً تحسن الوضع الصحي العام للسكان، فوظفت واستثمرت الأموال في القطاع الصناعي واعتبرت القطاع الصحي بذلك مجالاً غير إنتاجي ومستهلكاً كبيراً للأموال، فبقيت عملية الاستثمار في القطاع الصحي ضعيفة. كما أن ارتفاع الإنفاق الحكومي على الصحة في فترة الثمانينيات، والذي بلغ 3.74%، ما هو أيضاً إلا تجسيد لتوجه السياسي للدولة في تلك المرحلة، بتوجيه

مداخل الربيع النفطي نحو الاستهلاك الداخلي وزيادة نسبته على نسبة الاستثمار في الميزانية العامة، تحت شعار "من أجل حياة أفضل". ما يؤكد ارتباط الصحة العمومية بالسياسة والتي تبقى متأثرة بالتوجهات الأيديولوجية للنظام السياسي للمجتمع، والقوى السياسية والاجتماعية الفاعلة فيه وقبل ذلك توزيع القوة والسلطة فيه. أما انخفاض الإنفاق الوطني في مجال الصحة إلى 2.2% في بداية التسعينيات، فمرده الأزمة الاقتصادية التي عرفت الجزائر وهي انهيار أسعار البترول في السوق الدولية. وبالرغم من عودة ارتفاع أسعار البترول مع بداية الألفية الثالثة، فإن معدل الإنفاق الصحي بقي في مستويات متدنية، وشهد نوعا من الاستقرار خلال الفترة الممتدة (2002 - 2005)، رغم أن الطلب على العلاج لم يتوقف عن الزيادة، كما نلاحظ أيضا من المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن نسبة النفقات الصحية الإجمالية تشهد اعتبارا من سنة 2006 منحى تصاعديا مستمرا بلغ 4.36% سنة 2007 و5.32% سنة 2008، ولأكثر من ذلك تجاوز النسبة المقترحة والمحددة بـ 6% سنة 2010 من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS) إذ ارتفعت ووصلت سنة 2014 إلى 7.21% من الناتج المحلي الإجمالي الخام (PIB).

شكل رقم (02): تطور الناتج المحلي الإجمالي والنفقات الصحية الكلية (%) للجزائر خلال (1995-2013)



Source: <http://www.data.worldbank.org/countru/algeria>. Site consulté le: 19/06/2016

يوضح لنا الشكل رقم (02) حقائق أخرى، تثير إشكالية تنامي الإنفاق الصحي الوطني مقارنة بنمو الناتج المحلي الإجمالي (PIB)، فمعدل الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية استمر في الزيادة بمعدل أعلى من معدل الزيادة في الناتج الوطني الإجمالي. خلال الفترة الممتدة من (1995-2013) ارتفع الناتج المحلي الإجمالي من 67.626 مليون دولار أمريكي إلى 127.191 مليون دولار أمريكي بارتفاع يقدر بـ 88%، في حين نجد أن معدل النفقات الوطنية الصحية ارتفعت بأكثر من ثلاث مرات (316%)، فقد بلغت 30.507 مليون دولار أمريكي سنة 2013 بعدما كانت لا تتجاوز 7.400 مليون دولار أمريكي سنة (19) 1995.

هذا ما يسمح لنا بالقول، أن نمو النفقات الصحية في الجزائر كان أعلى من نمو الدخل المحلي الإجمالي (PIB)، وهذا يمثل تهديدا كبيرا لمستقبل المنظومة الصحية الوطنية التي تعتمد على مبدأ مجانية العلاج وتصر على التمسك به. وفي ذات السياق تجدر بنا الإشارة، إلى أن البعض يرى أنه كلما زاد حجم الإنفاق الصحي العام كانت الخدمات الصحية المقدمة أفضل وأحسن، وهذا القول غير صحيح على الإطلاق، إذ إن تخصيص

اعتمادات مالية أكبر في الميزانية لا يعني بالضرورة تقديم خدمات أفضل، فالخدمات الصحية المقدمة داخل المصالح الاستشفائية الجزائرية لا ترقى إلى مستوى الأموال الكبيرة التي يتم ضخها في قطاع الصحة، مثلما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (04): الرضا بنوعية الرعاية الصحية في الجزائر بالمقارنة مع دول أخرى مختارة لسنة 2009.

البلد	الجزائر	تونس	السعودية	الأردن	فرنسا	بلجيكا	اسبانيا	سويسرا	النمسا
نسبة المجيبين بالرضا (%)	52	80	69	66	84	88	84	81	89

المصدر: تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013، نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص ص 178-180.

تشير المعطيات المتوفرة، بأن نسبة الرضا على الخدمات الصحية في الجزائر بلغت 52%، وهي نسبة ضعيفة إذا ما قورنت حتى بالدول المغاربية المجاورة كتونس، والتي بلغت نسبة الرضا عندها 80%. وبناء عليه، فإن منظومتنا الصحية تفتقد لكفاءة وفعالية الإنفاق الصحي في ظل استمرار الزيادة في معدل الإنفاق العمومي على الخدمات الصحية بمعدل أعلى من معدل الزيادة في الناتج الوطني الإجمالي. وعليه يعد التحكم في هذا الارتفاع المذهل في النفقات الصحية من أهم تحديات سياسات إصلاح النظام الصحي عن طريق معرفة أسباب هذا النمو، والتي عادة ما تكون متعددة ومعقدة نظرا لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وحتى السياسية، كما أن كفاءة الإنفاق الصحي يعني ترشيد النفقات الصحية وليس تخفيضها أو الحد منها. والإشكالية التي يجب إدراكها لدى صانعي السياسة الصحية هو البحث عن سياسة لترشيد والتحكم في الإنفاق، بدل تخفيض الإنفاق والتركيز على القطاع الخاص، خاصة في ظل الأزمة الاقتصادية الحالية التي تمر بها الجزائر منذ بداية سنة 2013 بسبب استمرار تهاوي أسعار البترول المصدر الوحيد للدخل الوطني وخسارة الجزائر لنصف عائداتها، والعاكسة لمشاريع التنمية الفاشلة الرامية لتنويع الاقتصاد الوطني.

#### 4-1- استمرار اللامساواة الصحية:

نظرا لقلة المعلومات عن حجم عدم المساواة الصحية على مستوى المجتمع الجزائري، وما يتوفر لنا من معلومات في الوقت الحالي يرتبط على وجه الخصوص بطابعها الأفقي والجغرافي. من خلال التقسيم الجغرافي والتقني للتهيئة العمرانية، نجد فروقات واضحة بين مناطق الجنوب ومناطق الشمال. حيث أشار التقرير الوطني حول التنمية البشرية الصادر عن المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2008 أنه إذا كان مأمول الحياة عند الولادة بالنسبة لمنطقة الجزائر لكلا الجنسين هو 80.04 سنة فإنه يقل تقريبا بـ 5 سنوات بالنسبة لمنطقة الجنوب إذ يبلغ 74.7 سنة لمدن مثل تمنراست واليزي وأدرار وتندوف<sup>(20)</sup>. كذلك بالنسبة للاستفادة من التلقيح على اختلافاته هي 94.9% بالنسبة لمنطقة الجزائر، نجد أن هذه الاستفادة نقل تدريجيا إلى أن تصل إلى 63.6% بالنسبة لمناطق الجنوب<sup>(21)</sup>. كذلك تشهد الجزائر اختلالا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني خاصة بالنسبة للمراكز الاستشفائية الجامعية، و معطيات الجدول الآتي توضح ذلك:

جدول رقم (05): توزيع بعض الهياكل العمومية الاستشفائية بين مختلف جهات الوطن لسنة 2013

الجنوب الغربي	الجنوب الشرقي	الشرقية	الغربية	الوسطى	المناطق الهياكل الصحية
0	0	4	3	7	عدد المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)
0	0	4112	3756	5386	عدد الأسرة (CHU)
0	0	2447.1	2360.7	2308.9	سرير/ساكن (CHU)
0	0	3	2	0	عدد المؤسسات الاستشفائية (EH)
0	0	439	410	0	عدد الأسرة (EH)
0	0	22921.7	21626.4	0	سرير/ساكن (EH)
7	1	20	21	20	عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)
764	150	2772	3018	4248	عدد الأسرة (EHS)
1743.6	22848.8	3630,1	2937.9	2927.4	سرير/ساكن (EHS)
14	25	66	35	55	عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPH)
2337	5911	10841	7833	11234	عدد الأسرة (EPH)
570	579.8	928.2	1131.9	1106.9	سرير/ساكن (EPH)

Source: Brahamia Brahim et Khoukha Mekalt: Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire: prise en charge et financement, p 19-20, <http://www.eiseverywhere.com>, (site consulté le 29/10/2017)

تعكس الإحصائيات الواردة في الجدول أعلاه حجم الإنجازات المحققة في مجال تشييد الهياكل الصحية في الجزائر، كما تعكس لنا حجم سوء توزيعها بين مختلف مناطق الوطن. وهذا يؤشر على أن المنظومة الصحية الجزائرية كما أنها لم تستطع أن تقضي على التفاوت الموجود بين عرض المؤسسات الصحية لفرص الوقاية والعلاج وبين الطلب على الوقاية والعلاج، أيضا عدم قدرتها على تحقيق التوزيع العادل لهذه الفرص، ما يجعل من تأكيدها على العدالة الاجتماعية من خلال مجانية العلاج وديمقراطيته كهدف معلن وبين الواقع العملي اختلافا. حيث نسجل دائما استحواذ الشمال على الجزء الأكبر من هذه الهياكل الصحية خاصة المراكز الاستشفائية الجامعية، فتبقى سياسة التوازن الجهوي في تحقيق التنمية والاستفادة من عائداتها مجرد شعارات. كما تشير المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أيضا، أن إشكالية توفير رعاية صحية في الجزائر لا تتوقف عند عدم كفاية عدد الهياكل الصحية لعدد السكان، بل تشهد سوء توزيع جغرافي. الدليل على ذلك أن سكان الجنوب الجزائري محرمون من الرعاية الصحية المتخصصة لعدم توفر أي مركز استشفائي جامعي (CHU) بها ومؤسسة استشفائية (EH)، وهو ما يجبر المرضى للسفر لتلقي هذه الرعاية بالشمال. فتواجد المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية في الشمال بأعداد كافية يوفر معدل تغطية مرتفعة جدا تتجاوز 2 مليون نسمة لكل هيكل مع الغياب التام في الجنوب. هذا النقص يؤدي إلى طول انتظار موعد لإجراء عملية جراحية تتجاوز أكثر من شهرين. فيما يخص توفر المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) في منطقة الجنوب الشرقي تعد تغطية جد ضعيفة، حيث نجد مؤسسة استشفائية متخصصة واحدة لأكثر من 3 ملايين نسمة، أما ما يتعلق بعدد تواجد مؤسسة عمومية استشفائية (EPH) نسجل تغطية غير كافية تتوزع في وسط وغرب ومنطقة الجنوب الشرقي. إضافة إلى ذلك هناك فوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية، إذ نجد تمركز الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية في المدن الكبرى، وغيابها تقريبا في المناطق الريفية، هذه الأخيرة لا تحتوي إلا على بعض الأعوان شبه الطبيين.

جدول رقم (06): توزيع الموارد البشرية الطبية للقطاع العمومي لبعض ولايات الجزائر لسنة 2015

الولايات	الجزائر	أدرار	وهران	سطيف	تمنراست	قسنطينة
عدد السكان	3456008	487498	1875596	1781597	226576	1082460
أطباء أخصائيون	1414	60	2585	257	64	244
طبيب أخصائي/ ساكن	2444	8124	725	6932	3540	4436
أطباء عامون	2081	277	2164	693	127	756
طبيب عام/ ساكن	1660	1759	866	2570	1784	1431
طبيب أسنان	785	65	502	189	34	273
طبيب أسنان/ ساكن	4402	7499	3736	9426	6664	3965

- Source: Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: Santé en Chiffres 2015, Edition Juillet 2016, p 61.

تشير المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه إلى عدم وجود توازن في التغطية الصحية بالموارد البشرية الطبية بين مختلف ولايات الوطن، حيث نجد ولاية الجزائر العاصمة على سبيل المثال: طبيب أخصائي واحد لكل 2444 نسمة، بينما في أدرار طبيب أخصائي واحد لكل 8124 نسمة، هذا يعكس لنا التوزيع غير العادل للموارد البشرية الطبية خاصة المتخصصة منها على المستوى الوطني، مما يؤدي بالضرورة إلى تدني مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المناطق النائية والمحرومة، إلى جانب عدم التكفل الجيد بالمرضى ومنه زيادة عدد المرضى المحولين إلى الشمال من أجل التشخيص والعلاج.

#### 1-5- منافسة القطاع الصحي الخاص للعمومي وغياب التكامل الوظيفي:

إن الحديث عن العيادات الخاصة في الجزائر (Les cliniques privées) يعتبر بالأمر الحديث نسبياً، فرغم أن ظهور هذه العيادات يعتبر حديث العهد، إلا أن الممارسة الطبية الحرة كانت موجودة في الجزائر منذ الاحتلال. وعموماً فإن ظهور القطاع الصحي الخاص في الجزائر كان منذ سنة 1988 بعدما تم إصدار الترخيص بفتح عيادات خاصة من خلال المرسوم رقم 204-88 الصادر بتاريخ 18/10/1988، الذي يضع شروط إنشاء وفتح وتسيير العيادات الخاصة<sup>(22)</sup>، وقد جاء المرسوم رقم: 380-92 والصادر بتاريخ 13/10/1992 ليعدل ويكمل المرسوم الأول، حول شروط فتح هذه العيادات والمعايير التقنية والصحية التي يجب احترامها لإنشاء مثل هذه الهياكل<sup>(23)</sup>. فما أن سمحت الدولة الجزائرية للقطاع الخاص بالنشاط، أسهم هذا الوضع الجديد في فتح آفاق كبيرة أمام المستثمرين للولوج إلى ميدان الصحة الغني بالفرص لما يمثله المرض من هاجس عند جميع فئات المجتمع، فالتوجه نحو اقتصاد السوق ورفع القيود على حرية المبادرة، حتى شهدت بعض المدن خاصة الكبرى منها فتح مصحات وعيادات تكاد تغطي كل احتياجات المريض منذ دخوله حتى خروجه، وهو ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (07): تطور مختلف هياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر خلال الفترة (2008-2015)

السنوات	2008	2010	2011	2013	2015
الهيكل					
عيادة متخصصة	5621	6208	6457	7226	8352
عيادة عامة	6202	6315	6334	6482	6910
عيادة جراحة الأسنان	4717	5105	5249	5587	6144
عيادة جماعية	301	376	402	446	600

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على:

- ONS: Office National des Statistiques :L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2009-2011), Edition 2012, Alger, numéro 42, p 25.
- ONS: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2011-2013), Edition 2014, Alger, numéro 44, p 25.
- Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: Santé en Chiffres 2015, Edition Juillet 2016, p 15.

تشير معطيات الجدول أعلاه، إلى أن هناك نموا سريعا للقطاع الخاص بمختلف هياكله، ولكن كان لهذا النمو تأثير سلبي على قطاع الصحة العمومي، حيث كان من المفروض أن يكونا في حالة تكامل وظيفي، في سبيل الحفاظ والرفع من مستوى الصحة العمومية، وهو الأمر الذي لم يتحقق، فعدم وجود تأطير قانوني لهذا القطاع كانت له آثار سلبية على أداء الدور، كانهام وجود نظام لتسعير الأداءات، أو تخطيط مركزي للتوزيع الجغرافي لمؤسسات القطاع الخاص قد أثر سلبا على الدور المنتظر منه في التكفل الفعلي بالمرضى. فنجد بالعاصمة ما يقارب 2207 عيادة متخصصة و1051 عيادة عامة، أما ولاية قسنطينة فأنشأت بها 383 عيادة متخصصة و152 عيادة عامة، لتتخلف في ولايات الجنوب لتصل بأدرار إلى 9 عيادات متخصصة و27 عيادة عامة، أما في تندوف فيصل عددها إلى 2 عيادات متخصصة و5 عيادات عامة، و تم تسجيل وجود عيادة عامة واحدة فقط بولاية إليزي<sup>(24)</sup>. وهو ما يوحي أيضا بمدى سوء توزيع هياكل القطاع الصحي الخاص بين مختلف ولايات الوطن. كذلك بانتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصة منها نحو القطاع الصحي الخاص بحثا عن ظروف عمل أحسن وراتب أفضل، مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي وزاد من صعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام. فعلى سبيل المثال: بلغ عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في القطاع الخاص سنة 2006 نحو 5913 طبيب أخصائي ليرتفع إلى 7032 طبيب أخصائي سنة 2009، ليصل إلى 11001 طبيب أخصائي سنة 2015<sup>(25)</sup>.

**1-6- تناقض التعليم الطبي مع الخريطة الصحية للمجتمع:** يعتبر التعليم الطبي أحد العناصر الأساسية في السياسة الصحية، لكن هل برامج ومناهج التعليم الطبي في المجتمع الجزائري تؤدي الغرض المطلوب منها؟ بمعنى هل تستجيب للنمط الوبائي لهذا المجتمع؟.

فالملاحظ أن التعليم الطبي في الجزائر كثيرا ما يبعد تعريف الطلاب بنظم الطب التقليدي، ويتم تحقير هذا النوع من الطب ونعته بالخرافة والسحر، كما يتم إهمال الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض. بهذا التحديد يتم حجب الأسس السوسيوثقافية والاقتصادية عن التعليم الطبي، ما يساهم في استمرار المشكلات الصحية. هنا نجد «ستيفن Stevin» أحد خبراء التعليم الطبي، يرجع سبب فشل كليات الطب في حل المشكلات الصحية في مجتمعات العالم الثالث، إلى النقائص الموجودة في التعليم الطبي نفسه، خاصة فيما يتعلق بنقص برامج الرعاية

الصحية الأولية في الكليات الطبية في هذه المجتمعات، بحيث لا نجدها تزود الخريجين بالمعارف اللازمة لحفظ صحة المجتمع بناء على مشكلاته الصحية<sup>(26)</sup>.

إن ما تنتجه الجزائر من إطارات طبية لا يتناسب مع الاحتياجات الصحية الحقيقية المحلية، إنما تنتج إطارات طبية تناظر ما تنتجه كليات الطب في المجتمعات الرأسمالية المتقدمة، هذا النظام التكويني الذي لا يأخذ في اعتباره الحاجيات المطلوبة من قطاع الصحة وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع العملي، بالإضافة إلى عدم قدرة قطاع الصحة في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية والواقعية في مجال التكوين، وهذا بسبب عدم الدراية الكافية وعدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان على الوقاية والعلاج، مع عدم التوازن في العديد من التخصصات أو بعض التخصصات لا نجدها في مخطط تسيير الموارد البشرية كالفيزيائيين الطبيين وأعاون النظافة والصيانة الاستشفائية. ومما لاشك فيه، أن تحقيق تنمية صحية يقتضي أن تتوافق برامج ومناهج التعليم الطبي مع الخريطة الصحية للمجتمع، خاصة في ظل ما يعرفه المجتمع الجزائري من تحولات ديموغرافية وصحية، فإن التنمية الصحية ستبقى مشوهة وهدفا صعب التحقق، وستؤدي إلى تعقيد المشكلات الصحية بما يكرس التخلف والتبعية الصحية.

**1-7- تعطل الأجهزة الطبية واستمرار بقاء التبعية التكنولوجية الطبية:** لقد عرفت المعدات الطبية تطورا ملحوظا، خصوصا في بداية الثمانينيات أين تم استيراد آلاف المعدات التكنولوجية المتطورة، ووصل العدد الإجمالي للأجهزة الطبية المستوردة سنة 1999 إلى 18950 جهازا<sup>(27)</sup>. رغم أن الأجهزة الطبية تعد أهم وسيلة مادية تساعد على تقديم الخدمات الطبية في المستشفيات، فالعديد من مؤسساتنا الصحية تشتغل أقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيا الطبية الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ تعاني من تعطلات متواترة والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما يجعلها غير مستغلة لفترات قد تصل إلى عدة أيام أو شهور، مما زاد أيضا في مشكل الصيانة بالمؤسسات الصحية خاصة المستشفيات كثرة استعمال تلك الأجهزة في ظل غياب سياسة صيانة واضحة المعالم مع عدم وجود مختصين في ذلك. حيث تقدر نسبة تعطل الأجهزة الطبية بأكثر من 30%. وارتفع هذا العدد خصوصا ما يتعلق بأجهزة الاستغلال الوظيفي بـ 393 جهازا معطلا، أما أجهزة التعقيم والتطهير فنجد 374 جهازا معطلا، و147 جهازا معطلا خاصا بأجهزة الإنعاش والعلاج المكثف لسنة<sup>(28)</sup> 2015. فهذه الوضعية غالبا ما تجبر المرضى للذهاب إلى القطاع الخاص للحصول على التحاليل الطبية والتصوير بالأشعة.

إن عملية استيراد الأجهزة الطبية تستحق التحليل من المنظور السوسولوجي التكاملي، فهي كظاهرة تعكس لنا مدى التبعية التكنولوجية في مجال الطب، والنظرة التقنية الضيقة والأحادية لمفهوم الصحة، واعتبار المرض هو مجرد خلل فيزيولوجي يعالج بالدواء ولم ينظر له كظاهرة اجتماعية ثقافية بقدر ما هي ظاهرة بيولوجية باعتباره ناتجا عن عدة عوامل كالتدهور البيئي وغياب الثقافة الصحية وغيرها، وهو الأمر الذي يفسر لنا توجه الدولة نحو تطبيب المشكلات الصحية.

**2- اختلالات ترتبط ببيئة قطاع الصحة:** تجدر الإشارة في هذا السياق - من ناحية ابستمولوجية- إلى أن وضع المنظومة الصحية وعمل مختلف قطاعات المجتمع يعد - من منظور سوسولوجي للعلاقة التفاعلية القائمة بين مختلف القطاعات ومكونات المجتمع- جزءا من كل، من وضع اجتماعي واقتصادي وتربوي وسياسي عام، تفهم

في إطاره وتحل انطلاقا منه أيضا. عموما يمكن تقسيم الاختلالات التي ترتبط ببيئة قطاع الصحة إلى أربعة عوامل أساسية، وهي:

**1-2- العوامل الاقتصادية:** وتشمل ارتفاعا في معدل الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل، حيث تحتل الجزائر حسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2016 تحت عنوان « تنمية للجميع » المرتبة 83، بمعدل تنمية بشرية يبلغ 0.745، بعدما كانت تحتل المرتبة 93 عام 2013 بمعدل يبلغ 0.713. إن كان هناك تحسن في التنمية البشرية في الجزائر فهو غير كاف لما خطط للوصول إليه. أما فيما يخص الفقر فسجل فوارق كبيرة في التنمية بين الشمال والجنوب، رغم الخطاب السياسي المنادي بسياسة التوازن الجهوي لمناطق الوطن وعدالة الاستفادة من برامج التنمية المجتمعية. تحتل الجزائر المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني سنة 2005 بنسبة 21.5% (29). ومعدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد فقد بلغ 2% خلال الفترة الممتدة (1990-2005) و14.4% بالنسبة للسكان الذين يعيشون بـ 2 دولار في اليوم لنفس الفترة (30). أما بالنسبة لتوزيع الدخل، فقد دلت إحصائيات الأمم المتحدة على وجود فوارق كبيرة في توزيع الدخل، كما يظهر بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي، مما يرفع من مسؤولية القطاع الصحي اتجاه هذه الفئات الهشة.

**2-2- العوامل الاجتماعية والثقافية:** وتشمل المستوى التعليمي، والسكن والتهوية، والصرف الصحي، والتزود بالماء الصالح للشرب، بالإضافة إلى الوعي بأهمية الصحة وكيفية المحافظة عليها كممارسة الرياضة وتجنب التدخين والكحول. وهذه العوامل تعاني منها الجزائر وقد يرجع ذلك إلى اختلال التنمية المجتمعية واضطراب خططها، وهذا ما أظهرته الدراسة المسحية للحركات الاحتجاجية في الجزائر لسنة 2003، حيث أصبح الشارع الجزائري في السنوات الأخيرة مسرحا للعديد من الاحتجاجات وإن لم نقل بصفة دورية مع توقيف الحركة المرورية وأحيانا أعمال تخريبية حيث نجد أن 87.49% من المشاكل المطروحة من خلال هذه الاحتجاجات ذات علاقة بالوضع الاقتصادي والاجتماعي كالسكن وتوزيع المياه، وتعبيد الطرقات والاستفادة من النقل المدرسي وغيرها (31).

**2-3- العوامل السياسية:** مثل الديمقراطية وممارسة الحريات ومشاركة المجتمع المدني بمختلف تنظيماته... والسعي لإشراك فئات المجتمع المختلفة في عمليات تخطيط وتنفيذ وتقييم النشاطات الصحية، وهذا ما تفتقده السياسة الصحية الجزائرية فهي سياسات غير ديمقراطية، حيث نجد احتكار مجمل العمليات والمراحل المتعلقة بقضايا الصحة المجتمعية، تدعمها نخبة طبية وجماعات المصالح ممثلة في شركات استيراد وتصنيع الدواء والعتاد الطبي، خاصة مع الانفتاح الاقتصادي، فلا يجد المريض أو جمعيات المجتمع المدني أي مكان له في هذه السياسة الصحية، بحكم أن العمل الطبي من صلاحيات الأطباء وحدهم وهم أدرى بما ينفع المريض أو المواطن بشكل عام. فنلاحظ أن الدولة تريد أن تحوز على ثلاثة أدوار من غير السهل أن تقي بها كلها في نفس الوقت، فهي المقرر الوحيد في تقسيم الميزانية بين الهياكل الصحية، والمسير الوحيد لقطاع الصحة، والفاعل الوحيد المسؤول على التغييرات التي تمس السياسة الصحية.

**2-4- العوامل البيئية:** تتصف البيئة في الجزائر بالتدهور المستمر، رغم كل الجهود والنوايا للحفاظ على البيئة التي حددتها في إستراتيجيتها الوطنية للبيئة (2001 - 2010) ويمكن ذكر بعض خصائص الوضع البيئي في الجزائر (32):

- انحسار الغلاف النباتي وزيادة التصحر، حيث خسرت الجزائر منذ الاستقلال حتى سنة 2000 ما يقارب 25000 هكتار من الأراضي الصالحة للزراعة، و30 مليون هكتار من الأراضي القابلة للزراعة في كامل التراب الوطني التي أصبحت مهددة بالتصحر. كما أن الزيادة المفرطة في البناء والتعمير نتيجة الضغط الديموغرافي نتج عنه مشاكل حضرية تتعلق بالآفات الاجتماعية كالتفكك الأسري، والعنف والانحلال الخلقي...

- نجم عن عملية التصنيع غير المتحكم فيها، التلوث الصناعي والحضري فانبعاث الغاز من وسائل النقل والمصانع، التي بدأت تتقادم هي التهديد الأساسي لجودة الهواء. فمعظم الجزائريين المصابين بمرض الربو وبسرطان الرئة متواجدون ويعيشون في المناطق التي تتوطن فيه الأنشطة الملوثة للبيئة، كعناية، وسكيدة، والعاصمة ووهران.

- محدودية أماكن تجميع النفايات الصناعية وقدرات معالجتها، حيث نجد 7 ملايين طن في السنة من النفايات الصناعية ترمى مباشرة في الطبيعة دون معالجتها، و325000 طن من النفايات الخطيرة ترمى من طرف المصانع في الوديان وحتى السدود.

### خاتمة

تعتبر الأزمة الصحية في الجزائر امتدادا لأزمة بنائية عميقة ترجع إلى تراكمات الممارسة الاستعمارية في الماضي، والتي تميزت بالاستغلالية واللامساواة في توزيع فرص الوقاية والعلاج بين الفرنسيين والجزائريين، والتي أيضا أنتجت الظروف المواتية للتخلف الصحي، الذي لا يمكن إيجاد حلول له بالإجراءات السريعة والآنية كما كانت تتصورها الدولة. زيادة على ذلك، فإن أزمة النظام الصحي حاليا ترتبط بعدم وجود رؤية واضحة المعالم لأهدافه وتوجهاته ووظائفه الوقائية والعلاجية تتلاءم مع نمط المرض السائد فيه، وإنما نشأ في ظل شروط عدم التبلور الواضح لهذا المعطى الفكري والسياسي العام، فاتجهت التنمية الصحية إلى تطبيب المشكلات الصحية، بتوجيه الاستثمارات الصحية نحو الطب العلاجي المجاني، ما يعني عزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تولدها، والنظر على أنها مشكلات عضوية يمكن علاجها في حدود المستشفى.

عموما لقد أحست الدولة الجزائرية في السنوات الأخيرة بضخامة الأزمة، وتفاقم الاختلالات التي يعاني منها قطاع الصحة في ظل تنامي مشاكل القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالصحة، ما يتطلب إعادة النظر في السياسة الصحية المتبعة، من خلال عمليات الإصلاح التي تأخذ بعين الاعتبار العوائق المالية والتسييرية والتنظيمية وحتى القانونية بطرح مشروع قانون الصحة الجديد، والافتتاح أخيرا بضرورة تنسيق العمل ما بين قطاعات المجتمع خاصة ذات التأثير المباشر على صحة السكان.

### المراجع:

- 1- حزب جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني 1986، طبعة مجلة الوحدة، ص 90.
- 2- Jean Claude Gayot: quelle Médecine pour quelle société?, Edition Privat, Paris, 1982, p 29.
- 3- محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، د ط، دس، ص 42.
- 4- Margaret Stacey: medical sociology and health policy, an historical overview, edited by jonathan gabe, Michael calnan and Michael bury, this edition published in the taylor & francis e-library, 2003 simultaneously published in the USA and Canada by routledge 29 west 35<sup>th</sup> street , New York, p 14.
- 5- A. Lévy et autres: Santé Publique, 3 édition, Masson, S .A-120, bd Saint- Germain, 75280 paris Cedex 06, France, 1998, p 32.

6- OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, Pour un système de Santé Plus Performant, Genève 2000, p 09

7- منظمة الصحة العالمية: تطوير النظم الصحية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الثامنة والأربعون، البند 9 من جدول الأعمال، تموز/يوليو 2001، ص 5.

8- فريد توفيق النصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط 1، 2008، ص 54.

9- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط 1، 2011، ص 296-297.

10- انظر:

-The World Health Organization and The United Nations Children's Fund: Primary Health Care.

**Alma- Ata 1978**, Report of the International Conference, Geneva, 6-12 September 1978, p 45

11- ONS: Office National des Statistique: Démographie Algérienne 2015, N°740, Alger, 2015, p 01.

12- ONS: Office National des Statistique: Démographie Algérienne 2014, Alger, 2014, p 05.

13- ONS: Office National des Statistique: Démographie Algérienne 2015, Op cit, p 05.

14- Ibid, p 05

15- République Algérienne Démocratique et populaire: plan national Cancer (2015- 2019), Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade, Edition & Publication – ANDS, Alger, Octobre 2014, p 18

16- ONS: Office National des Statistique: Démographie Algérienne 2015, Op cit, p 02.

17- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Office National des Statistiques, Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Rapport préliminaire, juillet 2007, p 32

18- محمد بومخولوف، التوطين الصناعي وقضايا التنمية في الجزائر التجربة والآفاق، دار الأمة، الجزائر، 2001، ص 60.

19- إلياس بومعروف وعمر خلفاوي، اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة الممتدة (1995- 2013)، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي الأول حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي الواقع والآفاق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، يومي 24 و 25 نوفمبر 2015، ص 08.

20- Conseil national économique et social: rapport national sur le développement humain, 2008, p 55-57.

21- Ibid, p 60.

22- République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret n° 88-204 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées, Journal Officiel, n° 33, du 18 octobre 1988, p 9.

23- République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret exécutif n° 92-380 modifiant et complétant le Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées, Journal Officiel, du 13 octobre 1992, p 1583.

24- Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: Santé en Chiffres 2015, Edition Juillet 2016, Alger, p 61.

25- للمزيد في هذا الصدد انظر:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification et de la normalisation, statistique année 2006, statistique année 2008, statistique année 2009, sous direction des systèmes d'information et de l' informatique, Février 2008, Mars 2010, Avril 2011

- Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: Santé en Chiffres 2015, Op cit, p 29.

26- عياش وهواه: التنمية والتحولات الصحية- الديموغرافية في خلال الفترة من 1830 إلى 2002، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم اجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، إشراف خليفة بوزيرة، الجزائر، (2005-2006)، (بحث غير منشور)، ص 154.

27- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2000، نوفمبر 2001، ص 80.

28 - Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification, Santé en Chiffres 2015, Op cit, p77

29- Human Development Report (2007-2008), United Nations Development Programme (U N D P), New York, p 239 .

30 - Ibid, p 239.

31- عبد الناصر جابي، تقييم وطني لمشاركة المواطنين والمجتمع المدني في إصلاح القطاع العام في الجزائر، ص 20،

(تم تصفح الموقع بتاريخ: 2016/10/29) <http://pogar.org/localuser/pogarp/civil/assessments/algeria-a.pdf>

32- Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, rapport sur l'état et l'avenir de l'environnement en Algérie, Alger, 2000, pp 25-87.