

قراءة في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر

الأستاذ: هلالي احمد

أستاذ مساعد، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير
جامعة أدرار

الأستاذة: عياد ليلي

أستاذة مساعدة، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير
جامعة أدرار

الملخص:

تشير معظم الإحصائيات الصحية المدروسة سابقاً أن قبل سنة 1999 كان النظام الصحي الجزائري يعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية، وضعف الموارد والإمكانات المادية والبشرية. وفي هذا الإطار عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة جديدة سميت بسياسة الإصلاح للمستشفيات، التي هدفت في مجملها إلى دفع منظومة الصحة نحو العصرية. وذلك بغية تحسين الأداء والتكفل الكامل والجيد بالمرضى. سنحاول من خلال هذه الورقة العلمية، توضيح عمق الإصلاحات التي استندت عليها المنظومة الصحية الجزائرية لاسيما ما تعلق بالبحث في السبل الكفيلة برفع مستوى جودة الخدمات الصحية على مختلف أنواعها ومستوياتها، والصعوبات التي حالت دون ترسيخ مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لنصل في الأخير إلى تقييم واقع الأداء الصحي في المؤسسات الصحية الجزائرية عموماً. الكلمات المفتاحية: النظام الصحي، الجودة، تقييم الأداء، الإصلاحات، إدارة الجودة الشاملة.

Abstract:

In order to achieve the wanted level of development, Algeria as many countries tries to improve the sector services through a package of reform measures during different periods of time. The purpose of these reforms is to improve the quality of the health services in an attempt to reach an acceptable level of the patient satisfaction.

Many statistical records showed that after 1999 the system suffered hardly from organizational and structural deficiencies as well as a poor situation of the physical and human resources.

In this context, the health sector has undertaken a new policy known by the hospitals reform policy which aimed at boosting the health system towards the modernization. The general objective of all this is to consolidate the care efforts addressed to the patients.

This research paper tries to shed light on the reform depth of the Algerian health system, particularly which is concerned by the possible venues to increase the quality level of the health services, and diminish the difficulties that faced the application of the total quality management as well as the evaluation of the health performance in the Algerian health institutions in general.

Keywords: Health system, quality, performance evaluation, reforms, total quality management.

مقدمة

غداة الاستقلال، اهتمت السياسة الصحية بالجزائر بضرورة إنشاء الطب المجاني وضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي ومكانتهم الاجتماعية، وجسدت مختلف الدساتير الجزائرية هذه القضية واعتبرتها حث ضروري ومشروع تكفله الدولة بمختلف أجهزتها.

حاولت الجزائر الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع، وسعت لأجل هذا المبدأ جاهدة بالرغم من الظروف الصعبة التي عاشتها والأزمات التي توالى عبر الأزمنة السابقة. وقد أشارت بعض المؤشرات الصحية إلى تراجع عدد الوفيات بصفة عامة، وارتفاع متوسط العمر المأمول عند الولادة وذلك في فترة التسعينات.

بالرغم من مختلف الجهود الساعية إلى تحسين الوضع الصحي الجزائري، إلا أن الأساليب المستخدمة، وطرق التمويل والإنفاق قبل مشروع الإصلاح لم تحقق الهدف الذي وضعت لأجله، ولهذا السبب قامت الجزائر بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، هدفه إرساء مبدأ العدالة الاجتماعية، وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات الصحية وضمان الاستمرارية على المستوى الاستراتيجي.

من خلال هذا المقال سنقوم بعرض موجز للنظام الصحي الجزائري وأهم الرهانات والتحديات التي تواجهه، من خلال توضيح لواقع الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية ودراسة نقدية وتقييمية لأداء النظام الصحي الجزائري من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: تقديم النظام الصحي الجزائري،

المبحث الثاني: مكانة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية،

المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي الجزائري وتقييم أدائه.

المبحث الأول: تقديم النظام الصحي الجزائري

يعتبر قطاع الخدمات الصحية من أهم القطاعات حيوية في مختلف المجتمعات، فهي أساس التنمية ونقطة انطلاقها الأولى، كما يعد المستوى الصحي للمجتمع مقياساً لدرجة تقدمه.

ولتحقيق هذا المستوى من التقدم، تسعى الجزائر على غرار باقي دول العالم إلى تحسين أوضاع هذا القطاع من خلال إجراءات إصلاحية عبر فقرات زمنية متفاوتة، هدفت هذه الإصلاحات في مجملها إلى تحسين جودة الخدمات الصحية لتحقيق مستوى رضا مقبول ومستوى صحي ملائم للمواطن.

من خلال هذا المبحث سنعرض على مختلف التطورات التاريخية التي شهدتها النظام الصحي الجزائري، ومختلف المؤسسات المكونة له بهدف فهم مكوناته وخصائصه الرئيسية.

أولاً: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

بالاضطلاع على مختلف المراحل التي تطور بها النظام الصحي بالجزائر نجد أنه ينقسم إلى ثلاثة فترات

رئيسية وهي:

الفترة الأولى: من 1963 إلى 1973

بعد الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (5% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون نسمة.

تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بتراجع عدد العاملين في القطاع حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100000 ساكن، متمركزين في المناطق الكبرى من الوطن، إضافة إلى طاقم تمريضي لا يتعدى 138 ممرض²، حيث الأغلبية منهم غير مؤهلة وليست لديها شهادات، وانعدام التجربة للطواقم الإداري المسير.

ومن بين المؤشرات الصحية كذلك ارتفاع معدل وفاة الأطفال بحيث تجاوز العدد (180 طفل لكل 1000) وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة بسبب انتشار الأمراض المتنقلة هذه الأسباب وغيرها ساهمت في عدد الوفيات والإعاقة، ولمواجهة هذه الوضعية، وفي ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين وهما:

* تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.

* مكافحة الأمراض خاصة المتنقلة منها، ومحاولة التقليل من مستوى الوفيات.

كما تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة لحماية طبقة السكان المحرومين وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية (السل و الملاريا)، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال.

والفترة ذاتها، كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضموناً من طرف الصيدلية المركزية

الجزائرية (PCA) على الخصوص.³

سعت السياسة الصحية في هذه الفترة بانتهاج المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية ومحاولة تكثيف الجهود لبناء المستشفيات وزيادة تكوين الأطباء، والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية.

وقد كانت المراكز والمستوصفات الصحية تسير من قبل البلديات، وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي

1968-1967.

¹ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص115

² حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2010/2009، ص133

³ M. Chaouch, Développement du système National de Santé: Stratégies et perspectives "le gestionnaire",

verve élaborée par l'école nationale de la santé publique n°5, Juin 2001, PP4-5

وقد كانت مراكز النظافة المدرسية تسير من قبل وزارة التعليم وكان بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات الصحة العمومية وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة. أنأ4

الفترة الثانية: من 1974-1989

تميزت هذه الفترة بعض الأمور الهامة نذكر منها:5

* تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقاً من جانفي 1974، من أجل تسديد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية.6

* إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

* إنشاء القطاع الصحي الذي اعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء، وإعادة التكييف الطبي، والتي تغطي حاجات مجموعة من السكان لبلدية ما والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

* وقد سجل خلال هذه الفترة ما يلي:

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في مختلف ربوع الوطن.

- تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، وهذا بفضل الاستثمارات الضخمة التي قامت بها الدولة.

- ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير سنة 1973 إلى 62500 سرير سنة 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 سنة 1974 إلى 1147 سنة 1986.

- أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية، كما ارتفع أمل الحياة من 51 سنة 1965 إلى 65 سنة 1987.

- أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك، وكان التمويل وكان تقدير هذه الخدمات

كالتالي:7

4 حوالف رحيمة، مرجع سبق ذكره، ص133

5 Saihi. A, Le système de santé publique en Algérie, Revue "gestions hospitalières" La revue des décideurs hospitaliers, n°455, Avril 2006, PP241-242

6 الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1398هـ الموافق ل28 ديسمبر 1973م، والمتضمن قانون المالية لسنة 1974م، والمتعلق بتأسيس الطب المجاني

_ 60% نسبة تمويل الدولة من مجموع النفقات؛

_ 30% نسبة تمويل الضمان الاجتماعي؛

_ 10% نسبة تمويل السكان والأسر.

- بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات التي تهدف إلى التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديمغرافي.

وتهتم الدولة بالأفراد المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية. وما يمكن عرضه كانتقاد لهذه الفترة، هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، بحيث كان الهدف الرئيسي هو تلبية الطلب قدر الإمكان.

الفترة الثالثة: من 1990 إلى 2007

تميزت هذه الفترة بتراكم المشاكل وبالضبط مع نهاية الثمانينات، والتي استدعت إعادة هيكلة النظام الصحي تدريجياً، وذلك رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن.

ومن أهم مميزات هذه الفترة ما يلي: 8

* مشروع الجهوية الصحية، لتجسيد القطاعية اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية عادلة ومتوازنة.

* على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق)، وعلى المرصد الجهوي للصحة وما يعاب على هته الهيئة أن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت إليها، نظراً لأن إطارها القانوني والتنظيمي حدّ من صلاحيتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.

* إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والتي تمثلت فيما يلي: 9

المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) مكلف بالمراقبة قبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.

الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH): مكلف بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994).

الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995).

الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.

المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): وكلف بمراقبة الآثار المرتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

⁷ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2012، عمان، الأردن، ص 200 (بتصرف)

⁸ M. Chaouch, Op. Cit, P6

⁹ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 120

صدر المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية وتنظيم سيرها، وبهذا أصبحت المؤسسات الصحية العمومية عبر كافة الإقليم الجغرافي الجزائري تقسم إلى المراكز الاستشفائية الجامعية، القطاعات الصحية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة. بالإضافة إلى تغيير اسم الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 إلى اسم: "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات".¹⁰

صدر المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، والذي تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى: مؤسسات عمومية استشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، مؤسسات استشفائية متخصصة، وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب وضعيتها المادية.¹¹

ملاحظة: تجدر الإشارة إلى أن الفترة الممتدة من 2007 إلى غاية يومنا هذا، وبعد تبعنا لبعض الدراسات والإحصائيات الحديثة نجد أنه لم يطرأ تغيير واضح على هيكلية النظام الصحي ولم تتوفر لدينا بيانات خاصة بالتجديد على هذا المستوى.

ثانياً: هيكلية النظام الصحي الجزائري

بعد استعراضنا للتطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري، نستعرض الآن هيكلية هذا النظام بصفة عامة والذي يشمل ثلاثة مستويات رئيسية وهي:¹²

1- المستوى المركزي

تشمل المؤسسات (10) عشر وحدات، مؤسسة عن طريق مرسوم تنفيذي ومنسقة عن طريق الأمين العام، بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية، تستمد لسلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان. تلعب هذه اللجان دوراً هاماً في متابعة وتقييم برامج الصحة على مستوى الوطن.

ضاف إلى ذلك، توجد عشرة (10) هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

2- المستوى الجهوي

بغية تحقيق العدالة وضمان مبدأ المساواة في الحصول على العلاج، ومن أجل الموازنة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، أسست الجهوية الصحية سنة 1995.

¹⁰ عنيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير غ منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2012/2011، ص 57

¹¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في جمادى الأولى عام 1421 الموافق 19 ماي 2007

¹² Ministre de la santé et de la Population, Développement du système national de santé stratégie et perspective,

Mai 2001. <http://www.Ands.dz/Système de Santé htm#1>

تعتبر هذه الجهوية هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتداخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالأهداف الإستراتيجية، اتخاذ القرارات، وتخصيص الموارد.

شكلت هذه الجهوية لخمس مناطق صحية وهي: 13

- منطقة الوسط وتضم 11 ولاية؛

- منطقة الشرق وتضم 14 ولاية؛

- منطقة الغرب وتضم 11 ولاية؛

- منطقة الجنوب الشرقي ويضم 07 ولايات؛

- منطقة الجنوب الغربي ويضم 05 ولايات.

وما هو ملاحظ أن هذه المؤسسات الجهوية تبقى افتراضية، حيث ليست لديها أي استقلالية مالية على مستوى كل جهة، وهي غير محددة بشكل دقيق على مستوى الهيكل القانوني.

3- المستوى الولائي:

على مستوى كل ولاية تتواجد مديرية الصحة والسكان، حسب المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والتي تسير وتحدد القواعد التنظيمية وتشغيل هذه المديرية، حسب ما ورد في الجريدة الرسمية رقم 47 وتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية، وتنسيق مهام ونشاطات المنشآت والهيكل الصحية، وتمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر، عيادات خاصة... الخ) وهي مكلفة بمختلف المنشآت الصحية المتخصصة، والقطاع الصحي، والمراكز الاستشفائية الجامعية.

يبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعاً صحياً، ويختلف عددها من ولاية لأخرى، ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية، وطب وقائي، مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقديم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي. كما تتكفل المراكز الاستشفائية الجامعية بالعلاج، التكوين والبحث. 14

4- المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

يتم تقديم الخدمات الصحية على المستوى المحلي في شكل قطاعات صحية (المؤسسة العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة، وحدات صحية قاعدية) بحيث تتولى هذه المؤسسات بتحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية.

وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية، تم إنشاء قطاعات صحية فرعية، وهي مكلفة بانتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة تتم على مستواها، بالإضافة إلى إنجاز حملات وقائية وتطعيمية لسكان المنطقة المحلية وتتكون عموماً هذه المراكز من: 15

¹³ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 162

¹⁴ نفس المرجع اعلاه، ص 158

عيادة متعددة الخدمات: وهي مكلفة بالمهام التالية:

* تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة والمتخصصة؛

* الإشراف الإداري على المراكز الصحية البلدية؛

* القيام بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

المركز الصحي: وهو يتواجد في كل قرية أو تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية

الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

قاعات العلاج: عند كل 1000 إلى 2000 نسمة تتواجد قاعة علاج وهي موكلة بتقديم أبسط

الخدمات العلاجية مثل الحقن والتضميد والتطعيم، كما تعمل على توجيه الحالات المرضية إلى المستشفى.

وحسب قرار المرسوم التنفيذي (07-140) الصادر في 2007، تضمن تغيير تقسيم القطاع الصحي

إلى: عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات علاج على حسب المنطقة الريفية، البنية الهيكلية، والدعم المادي

المتوفر.

ثالثاً: عرض الخدمة الصحية في الجزائر

بعد أن تولت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مهمة الإشراف على النظام الصحي

الجزائري لاسيما ما تعلق بتسيير العناية الصحية في الوسط العمومي، ومراقبة شروط الممارسة في القطاع الخاص،

أما التغطية الاجتماعية فقد أوكلت مهمة تسييرها إلى صناديق وطنية تابعة لوزارة العمل والضمان

الاجتماعي وهي مكونة من ثلاثة صناديق وهي:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS.

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء CASNOS.

- الصندوق الوطني للتقاعد CNR.

وتقوم هذه الصناديق بضمان نظام الحماية الاجتماعية مثل: المرض، الأمومة، العطب، الوفاة والتقاعد،

حوادث العمل، الأمراض المهنية، الخدمات الاجتماعية، التأمين على البطالة والتقاعد المسبق.

وفي هذا السياق، يمكننا عرض تطور نسب التغطية الصحية حسب ما ورد في تقارير وزارة الصحة

وإصلاح المستشفيات وهي كالتالي:

جدول رقم (1/1): تطور نسب التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر

مؤشر السنوات						المؤسسة الصحية
2004	2003	2002	2001	2000	1995	
512	516	513	504	497	460	عيادة متعددة الاختصاصات
65304	63546	61125	61131	61097	60435	نسبة عيادة متعددة الاختصاصات
5820	5697	5509	5368	5216	4865	مركز صحي+قاعة علاج
5745	5756	5692	5740	5822	5714	نسبة مركز صحي+قاعة علاج
33435	32789	31357	30810	30365	27800	السكان بالآلاف

Source: Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, **la santé des Algériennes et des Algériens**, décembre 2004 P94 (données 1995-2002) et Avril 2006, P24 (données 2003-2004).

نلاحظ من خلال الجدول أنه في ظرف خمس سنوات (1995-2000)، سجلت زيادة قدرها 8.04% بالنسبة للعيادات المتعددة الاختصاصات، ثم تزيد بوتيرة ضعيفة لغاية 2003، وبعد ذلك تعاود الانخفاض. أما فيما يخص المراكز الصحية وقاعات العلاج، فنلاحظ ارتفاعاً قدر بـ 19.63% سنة 2004 مقارنة بسنة الأساس.

وعموماً خلال العشرية السابقة، سجل الطاقم الطبي نمواً مسارعاً قدر بحوالي 70% بالنسبة للقطاع العمومي، بحيث سجل ارتفاعاً في عدد الأطباء الممارسين من 21000 (4000 منهم أخصائيون) سنة 1999، إلى 35000 طبيب ممارس (منهم 13000 أخصائيون) سنة 2007.¹⁶ ونشير إلى أن ولايات الجنوب، عدد الأطباء الأخصائيين لم يكن يتجاوز 80 طبيباً مختصاً سنة 1999 ليصل هذا العدد إلى 1000 طبيب مختص سنة 2007.¹⁷

وبهدف تحقيق تكفل جيد بالمريض، وتلبية طلبات المواطنين بشكل أوسع، رافقت السياسة الصحية العمومية جهوداً هامة للاستثمار من طرف الدولة لتدعيم وتوسيع شبكة المنشآت الصحية، لتغطية طبية أفضل. وأهم الإحصائيات التي تشير إليها في هذا الخصوص هي:¹⁸

بالنسبة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2008، استفاد القطاع الصحي من 244 مليار دينار جزائري، من أجل إنجاز مجموعة من المنشآت الصحية، منها 152 تم استكمالها وحوالي 400 منشأة في طور الإنجاز. أما بالنسبة لسنة 2009 فقد قدرت الإحصائيات الإجمالية المتعلقة بالهياكل الاستشفائية كالتالي:¹⁹

* القطاع العام:

- 268 مستشفى منها (31 مركز استشفائي متخصص و13 مركز استشفائي جامعي).

¹⁶ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية التخطيط والتنمية، إحصائيات صحية بتاريخ 15 سبتمبر 2007، ص43

¹⁷ نفس المرجع أعلاه، ص44

¹⁸ الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>

¹⁹ عتيق عائشة، مرجع سابق، ص137

ببطاقة استقبال مقدرة بـ 54000 سرير.

- 504 عيادة متعددة الخدمات و 5368 مركز طبي ومستوصف.

- 515 مركز طبي اجتماعي، و 1121 وحدة طبية للكشف ومتابعة الصحة المدرسية.

- 80 وحدة طبية وقائية في الوسط الجامعي إضافة إلى 120 مركز لنقل الدم.

- الهيئات التابعة للقطاع العسكري منها: 01 مستشفى مركزي، و 06 مستشفيات جهوية، و 03 عيادات

متعددة الخدمات، و عيادتان للتوليد.

* القطاع الخاص:

- 121 عيادة عاملة، تستخدم ما يقارب بـ 500 اختصاصي و 200 طبيب عام، و 1200 عون شبه طبي،

ببطاقة استقبال مقدرة بـ 3400 سرير.

وفي هذا الصدد يمكننا عرض تطور عدد الممارسين الطبيين حسب كل قطاع في الجدول التالي:

جدول رقم (2/1): تطور عدد الممارسين الطبيين حسب كل قطاع في الجزائر (من 1995 إلى 2004)

السنة	أخصائيين		المقيمين	أطباء عامون		أطباء أسنان		صيادلة		إجمالي	
	عام	خاص		عام	خاص	عام	خاص	عام	عام	خاص	
1995	3554	2528	3151	10296	4950	5188	2473	460	3183	22649	13134
2000	4155	4522	4316	11275	5803	4647	3346	202	4587	24595	18258
2001	4291	4861	5239	11569	5915	4833	3580	185	4778	26117	19134
2002	4498	5216	5060	11861	6185	4629	3747	177	4995	26225	20143
2003	4641	4700	4514	12122	5996	4625	3755	178	5502	26080	19953
2004	4781	4844	4582	12338	6068	4698	3920	198	5857	20689	20689

La Source: Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, **la santé des Algériennes et des Algériens**, décembre 2004, P95, Avril 2005, P36-37, Avril 2006, P168-202.

ما يمكن أن نلاحظه، حسب ما ورد في إحصائيات في هذا الجدول أن عدد الأخصائيين يتوزع بالتساوي ما

بين القطاعين العام والخاص، أما أطباء الأسنان فتوزعهم متباين قبل 2000، وشبه متساوي ابتداء من هذه السنة

ما بين القطاع العام والخاص.

- فيما يخص الصيادلة الخواص فهم يشكلون الأغلبية الساحقة في هذه البيانات.
- وانطلاقاً من بعض المعطيات الإحصائية يمكننا عرض تغطية الممارسين الطبيين بالنسبة لعدد السكان انطلاقاً من سنة الاستقلال إلى غاية 2009 حسب بيان أصدره وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبتمبر من سنة 2009، وهي ملخصة في الجدول التالي:

جدول رقم (3/1): تطور مؤشرات التغطية الطبية بالنسبة للسكان بالجزائر

السنوات	طب عام	طب خاص	طب أسنان	صيادلة	شبه طبيين
1962	1 من 25643 من عدد السكان				
1999	1750/1	3594/1	3752/1	6134/1	364/1
2009	1457/1	2052/1	3241/1	4492/1	370/1

La Source: Communication du Monsieur le ministre de la santé et de la population et de la reforme hospitalière
Septembre 2009, P16.

نستخلص من خلال البيانات الجدولية أنه هناك ارتفاع ملحوظ على مختلف عدد الممارسين الطبيين من سنة الاستقلال إلى غاية 2009 وذلك تناسباً مع ارتفاع في عدد السكان ما عدا الممارسين الشبه الطبيين فنلاحظ ارتفاع ضعيف ما بين 1999 و2009.

المبحث الثاني: مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية

يشير ميثاق الصحة لسنة 1998²⁰ أن الاستفادة من مجانية العلاج، والعدالة الاجتماعية والتضامن الاجتماعي، تشكل المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان، بالإضافة إلى الجهود المبذولة على مستوى تحسين التسيير الإداري، ومنح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة وقوانين أساسية تتلاءم وخصوصياتها، من خلال وضع برنامج لا مركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي، وتأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة. كما أولى الميثاق اهتماماً واضحاً بالتكوين والإعلام والاتصال التي تعتبر أهم عناصر الحياة في المنظومة الصحية.

تشير معظم الإحصائيات الصحية المدروسة سابقاً أن قبل سنة 1999 كان النظام الصحي يعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية، وضعف الموارد والإمكانات المادية والبشرية.

وفي هذا الإطار عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة جديدة سميت بسياسة الإصلاح للمستشفيات، التي هدفت في مجملها إلى دفع منظومة الصحة نحو العصرية. وذلك بغية تحسين الأداء والتكفل الكامل والجيد للمريض. ظهرت مكانة الجودة في المؤسسات الصحية لأول مرة في المرسوم التنفيذي رقم (07-140) من خلال التنظيم الجديد للتسيير على مستوى المؤسسات الصحية، حيث دخل هذا المرسوم حيز التنفيذ سنة 2008 (حسب ما ناقشناه سابقاً) وأعطى أولوية كبيرة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة

²⁰ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، **ميثاق الصحة**، 1998، ص12

للمواطن وتطويرها، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

وقد أعطت سياسة الإصلاح مكانة هامة للقطاع الخاص وفتحت المجال أما الاستثمار الأجنبي في هذا المجال، خاصة فيما يتعلق بإصلاح العتاد وصيانتها، وما هو مشهود حالياً فتح استثمار المؤسسات الكوبية المتخصصة في شتى المجالات الصحية لاسيما طب العيون وطب النساء والتوليد، الأشعة وغيرها من التخصصات التي حثت على الاهتمام أكثر بمجال الجودة في تقديم الخدمات وبلوغ مستويات الجودة العالمية.

أولاً: إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية الجزائرية.

تشهد الجزائر اليوم، اهتماماً كبيراً على كافة المستويات فيما يتعلق بالجودة، لاسيما جودة الخدمات الصحية، ونظر لعدم توفر نظام أساسي للجودة وقاعدة بيانات هامة لدى المؤسسات الصحية التي تساعد في قياس وتقييم مستويات الجودة في الخدمة المقدمة، بات لزاماً على المؤسسات الصحية وضع إستراتيجية هادفة وفعالة لتطوير الجودة في النظام الصحي الجزائري.

على العموم تشمل إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة على النقاط الهامة التالية:²¹

* تطوير معايير الجودة على المستوى الوطني بما يتناسب مع الموارد المتاحة والمناخ والبيئة الجزائرية؛
* وضع آليات فعالة لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية؛

* خلق جو عمل داعم للجودة خاص بمتخذي القرار ومقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها في مختلف المؤسسات الصحية؛

* تدريب وتأهيل طواقم بشرية في مجال إدارة الجودة الشاملة على كل المستويات لتنفيذ برامج الجودة ومشاريع التحسين المستمر في المنشآت الصحية المختلفة.

ويعتبر الهدف الإستراتيجي من هذه النقاط الهامة هو تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري سواء كانت علاجية، وقائية أم استشارية، ومن ثم تعظيم كفاءة وفعالية استخدام الموارد المتاحة.

لماذا الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي؟

* قمنا باختيار دراسة مكانة الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي الجزائري لتمتعه ببعض الخصائص الهامة دون غيره من المؤسسات الصحية الأخرى.

* تتميز خصوصية هذا المركز من حيث تركيبته البشرية الضخمة وطاقة استيعابه التي عموماً تتجاوز 1500 سرير، بالإضافة إلى تنوع المهام والوظائف والتخصصات الطبية والشبه الطبية، فضلاً عن التداخل في التنظيم والتسيير وحتى التكوين العلمي الجامعي.

²¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 209 (بتصرف)

* المؤسسة الاستشفائية الجامعية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تنشأ بمرسوم تنفيذي، باقتراح مشترك بين وزير التعليم العالي والصحة، وتوضع تحت وصاية الصحة من الجانب الإداري، ومن الجانب البيداغوجي تحت وصاية وزير التعليم العالي والبحث العلمي²².
*تمثل مهام هذه المؤسسة الصحية في التشخيص والاستشفاء والعلاج والوقاية والتكوين والبحث، ولهذا اعتبرت هذه المؤسسة بمثابة أرضية خصبة لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

* من حيث التنظيم الإداري يتكون المركز الاستشفائي من مجلس إدارة يتشكل من الممثلين التاليين: ممثل وزير الصحة رئيساً؛ ممثل وزير التعليم العالي؛ ممثل الإدارة المالية؛ ممثل التأمينات الاقتصادية؛ ممثل الضمان الاجتماعي؛ ممثل المجلس الشعبي الولائي؛ ممثل المجلس الشعبي البلدي أين مقر المستشفى؛ ممثل الاستشفائيين الجامعيين؛ ممثل المرضى؛ ممثل العمال؛ ممثل جمعية المتفاعلين؛ ممثل المجلس العلمي للمستشفى؛ مدير المستشفى الجامعي وهو أمين المجلس.

* أما من حيث الهيكل التنظيمي فهو يضم أربعة مديريات وهي:

مديرية الموارد البشرية، مديرية المالية والمراقبة، مديرية الوسائل المادية، مديرية النشاطات الطبية وشبه طبية.

ثانياً: بعض الخطوات الهامة لإدخال الجودة للمستشفيات

لكي تتحقق أهداف الجودة في أي مؤسسة صحية لا بد من توفر بعض الخطوات الهامة نذكر منها²³:

1- تشكيل هياكل الجودة وهي مكونة من:

✓ مجلس الجودة: ومن مهامه تنظيم برامج الجودة ووضع المبادئ العامة والسياسات والإجراءات اللازمة لتحقيقها، ثم الإشراف على تطبيق هذه البرامج. يمكن تشكيل مجلس الجودة بالمركز الاستشفائي الجامعي بقرار من المدير العام لهذا المركز وهو يضم:

المدير العام رئيساً؛ مدير الجودة مقررًا؛ مساعد المدير العام عضواً؛ الأمين العام عضواً، رؤساء الأقسام الطبية أعضاء؛ رؤساء الأقسام الإدارية أعضاء؛ رؤساء اللجان المساعدة أعضاء. بالإضافة إلى الاختصاصيين الحاصلين على درجة الأستاذية وهم بمثابة رؤساء وحدات طبية متخصصة.

* من مهام هذا المجلس رسم السياسة العامة للجودة بالمستشفى ومتابعة تنفيذها، بالإضافة إلى مناقشة التقارير لمكتب الجودة وحشد الدعم المادي والمعنوي لتنفيذ برامج الجودة.

* يجتمع هذا المجلس كل ثلاثة أشهر، ويعتبر القائم على تشكيل اللجان المساعدة (لجنة مكافحة

العدوى المكتسبة، لجنة الوفيات، لجنة الاستعجالات، لجنة الدواء، لجنة النظافة... الخ).

✓ مكتب الجودة بالمستشفى:

تتمثل المهمة الرئيسية لهذا المكتب في تنفيذ خطط وبرامج مجلس الجودة والسهر على التطبيق الفعال لهذه البرامج.

²² نفس المرجع اعلاه، ص 210

²³ نفس المرجع اعلاه، ص 219

يتشكل هذا المكتب من الأعضاء التالية:

مدير إدارة الجودة بالمستشفى؛ مسئول التدريب أو المدير الفرعي للتكون المتواصل والتوثيق؛ مسئول برنامج مكافحة العدوى؛ مسئول اللجان المساعدة؛ مسئول الإحصاء والتحليل.

كما يقوم هذا المكتب بالمهام التالية:

- وضع خطة مفصلة عن برنامج العمل للثلاثي؛
 - توضيح إجراءات العمل والتجهيزات اللازمة لذلك؛
 - توعية العاملين بالمؤسسة ونشر الوعي بأهمية تطبيق الجودة؛
 - السهر على التطبيق الفعال والمستمر والتنفيذ العاملين على ذلك؛
 - وضع برامج مراجعة داخلية لعمليات التنفيذ؛
 - المتابعة الدورية والمستمرة بعد مراجعة بيان المراجعة الداخلية؛
 - طلب الاعتماد والإشهاد الخارجي والذي يتضمن عموماً ما يلي²⁴:
 - * جزء متعلق بحقوق المريض وأيه ورعايته؛
 - * جزء يتعلق بوظائف المستشفى من حيث الأداء والرعاية والموارد البشرية ومتابعة وضبط عدوى المستشفيات؛
 - * جزء متعلق بأداء كل من الطاقم الطبي والشبه الطبي والإداري.
- حيث يُعتبر هذا الاعتماد موحد في معظم الدول على غرار إنجلترا، إسبانيا، فرنسا وكندا والولايات الأمريكية.

ثالثاً: الفائدة من تطبيق برامج الجودة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية

تعتبر جودة الرعاية الصحية هدف إستراتيجي تسعى كل السياسات الصحية إلى بلوغه، فالأمر لا يتعلق فقط بتوفير الهياكل والمعدات والأجهزة المتطورة، ومواكبة التطورات التكنولوجية، بل يتعدى هذه المسائل ليشمل الجانب المعنوي والإنساني الذي تحقّقه هذه المهمة النبيلة والمرتبطة أساساً باستمرار حياة الإنسان. وقد أعلنت المنظمة العالمية للصحة²⁵ أن تحقيق الأهداف في المؤسسات الصحية لا يرتبط فقط بإنفاق الأموال الطائلة على التجهيزات المتطورة، بل له ارتباط وثيق بمدى تحقيق الرضا عند المرضى، والقضاء على الأمراض والأوبئة، والحفاظة على البيئة، وبالتالي تحقيق الجودة في أداء الخدمات الصحية.

رابعاً: معوقات التطبيق الفعال لنظم الجودة في المستشفيات الجزائرية

تواجه الإدارة الجزائرية وهي بصدد ممارسة نظم الجودة لاسيما في المؤسسات الصحية بعض الصعوبات والمعوقات التي نلخصها فيما يلي:

²⁴ نفس المرجع أعلاه، ص220

²⁵ تقرير منظمة الصحة العالمية، 2007، ص222

- * يحتاج تطبيق نظم الجودة وممارستها وقت طويل وهو عامل قد لا تتمكن الإدارة الصحية من توفيره نظراً لظروف العمل التي تكون في الغالب استعجاليه؛
- * استمرارية التغيير على مستوى القيادات الإدارية وتذبذبات التسلسل الهيكلي للنظام الصحي قد يبطئ عملية تطبيق نظم الجودة واستمراريتها؛
- * صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي، والتي يمكن من خلالها تقييم الأداء، وقد تتدخل التقديرات الشخصية وعدم الموضوعية عند وضع هذه المعايير؛
- * عدم ظهور النتائج الملموسة عند تطبيق نظم الجودة في المدى القصير يفقد اهتمام الإدارة بهذا النظام؛
- * عملية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية تحتاج إلى خبراء مؤهلين ومدربين، الأمر الذي لا يتوفر عموماً في مثل هذه المؤسسات؛
- * تميل المؤسسات الصحية إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمة الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى؛
- * عدم اهتمام الطاقم الطبي والشبه الطبي في المؤسسة الصحية بمسائل الجودة وتطبيقاتها، لأنهم يعتقدون أنها لا تنطبق ولا تتماشى مع وظائفهم وصلاحياتهم؛
- * ضعف مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة ونظمها، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة آلية لضبط التكلفة، وتؤكد الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير ولا تحقق الأهداف المرجوة منها.²⁶

المبحث الثالث: تقييم إصلاح النظام الصحي الجزائري

بعدما استعرضنا من خلال المبحثين السابقين دراسة وافية حول النظام الصحي، تطوره التاريخي وما ارتبط بذلك من تحديد على مستوى هيكله وتنظيمه، وبعدما اطلعنا على مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية والصعوبات التي تحول دون تطبيقها، سنهتم الآن بملف إصلاح النظام الصحي الجزائري وتقييم مستويات أدائه.

أولاً: واقع إصلاح النظام الصحي الجزائري

شهدت الجزائر في العقد الأخير من التاريخ مجموعة إصلاحات شملت مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، لاسيما قطاع الصحة، فقد كانت سنة 2002 سنة تحول بالنسبة للصحة الجزائرية، حيث اتضح ذلك التغيير جلياً في اسم الوزارة لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بعدما كانت تسميتها وزارة الصحة والسكان فقط. سنتعرف في هذه المساحة العلمية على أهداف مشروع الإصلاح وملفاته.

1/ أهداف مشروع الإصلاح

²⁶ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، كلية ع الاقتصادية جامعة منتوري،

قسنطينة، 2008/2009، ص111 متاح على الرابط التالي: {http://bu.umc.edu.dz/theses/economie/AKAH3054.pdf}

ورد في التقرير التمهيدي* للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وهي متمثلة في ما يلي:²⁷

* إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكليفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛

* ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات المالية؛

* التأكيد على الحقوق والواجبات للمستعملين، وحماية المرضى على وجه الخصوص؛

* إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛

* توفير الإمكانيات الضرورية لمختري الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية؛

* تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان المؤسسات الصحية.

ويتضح من خلال هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين وهما:

- التحكم في نظام المعلومات الصحي؛

- تحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملف الإصلاح، فقد تطرق المجلس في أبحاثه واجتماعاته وركز على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:²⁸

2/ ملف مشروع الإصلاح

✓ ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج

تتحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وهذا بغية تفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي. وفيه تم دراسة بشكل وافٍ كل الطرق وكفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

✓ ملف الهياكل الاستشفائية

ركز هذا الملف على طرق إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بصياغة جملة من الأهداف نستعرضها فيما يلي:

* تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛

* الحرص على التنظيم المحكم للمؤسسات الحكومية والخاصة على حد سواء من خلال إدراج أدوات الضبط

المالي والتخطيط؛

* للاضطلاع على المزيد زوروا الموقع التالي: <http://www.reformaster@samte.dz>.

²⁷ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 17 جانفي 2003.

²⁸ Les 6 dossiers de la reforme hospitaliere [http://www.santemaghreb.com/actualités/0703/0703-27.htm].

* إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛

* مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛

* المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة

أدائها؛

* استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعتبر الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

✓ ملف الموارد البشرية

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي وحيوي وهو ملف المستخدمين، وتطرق إلى دراسة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقية وتكوينهم في المسار المهني، وهذا بالاشتراك مع وزارات أخرى مثل التعليم العالي والتكوين المهني.

✓ ملف الموارد المادية

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي استدعى توازناً بين الوسائل ومستوى النشاط، وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، وكان الهدف الرئيسي من ذلك توفير كل الوسائل الضرورية للعلاج، شرط أن يكون التوزيع عقلاني ومحكم، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والتنوعية عناصر جوهرية مكتملة لهذا الملف.

✓ ملف التمويل

اهتم هذا الملف بتوسيع موارد وطرق التمويل للمستشفيات، مع مراعاة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي وحكومته، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حالياً مع الأخذ في الحسبان التعديلات الجارية في مجال التمويل خاصة ما يتعلق بمسألة التعاقد في النشاطات. كما اهتم الملف بالشروط اللازمة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى والطلابين للخدمات الصحية.

✓ ملف اشتراك القطاعات

ترتبط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بنشاطات العديد من الوزارات والقطاعات الأخرى مثل وزارة المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، الأسرة والتضامن، التعليم العالي والتكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة، وعليه دعت الضرورة إلى ضمان الانسجام بين الصحة العامة والسياسات العمومية الأخرى من خلال دمج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

ونشير في هذا الصدد، أنه من بين المواضيع الهامة والتي لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع، ملف تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب وما يحتويه من عراقيل مرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة وظروف تعيين المستخدمين لاسيما الأطباء المتخصصين. و ملف الاستعجال على المستويين الجهوي والوطني، وهو أمر يستدعي بحثاً دقيقاً وعميقاً،

وقد كلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة الوصية.²⁹

ثانياً: تقييم أداء النظام الصحي الجزائري

تطرق المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات إلى المشاكل العامة التي يعاني منها النظام الصحي الجزائري، وأعد تقريراً مفصلاً حول معظم وضعيات العجز وسوء التسيير والمشاكل الأكثر بروزاً والتي تمس جوانب هامة جداً. وعليه، سنقوم بعرض مختلف الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي بالجزائر والطرق الكفيلة بمعالجة هذه الاختلالات.³⁰

1/ الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها.

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات، لاسيما التي تتعلق بالمسائل التمويلية الضرورية لمواجهة طلبات مستهلكي الخدمات الصحية المتزايدة واللامتناهية، ويمكن أن يعود السبب في ذلك إلى ما يلي³¹:

* تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية؛

* ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛

* مديونية ثقيلة؛

* غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

ومن بين ما جاء به المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات كخطوات لمعالجة هذه الاختلالات في القطاع العمومي ما يلي:

* البحث عن مصادر جديدة للتمويل، مثل استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، مع إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية؛

* إعفاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير؛

* قيام وزارة التضامن بإعادة تحديد وإحصاء فئات الأشخاص المعوزين، للبحث في كيفية التكفل مالياً بهم من طرف هذه الوزارة؛

* الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة طبقاً لتنظيم العام.

* إخراج المصالح الاقتصادية والعامية والتي مصادرها تكون عموماً خاصة بعيداً عن المستشفى؛

* إنجاز مخطط حسابات المستشفيات؛

* ترخيص إبرام العقود بين المستشفيات وعروض الخدمات المؤهلة والمتميزة لمؤسسات وطنية ودولية؛

* إعادة النظر في تفاصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات؛

* إعطاء قسط من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات للمؤسسات الصحية العمومية؛

²⁹ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص168 (بتصرف)

³⁰ معلومات هذا العنصر تمت صياغتها بالاضطلاع على الموقع الإلكتروني التالي:

<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/ompan018927.pdf>

³¹ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص171

* الانتقال. منظومة تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات؛
* تظل المهام الأساسية للمستشفى (الاستعجالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من مخصصات الميزانية الإجمالية؛

* تفعيل مردودية الوسائل المادية والبشرية؛
* تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة؛
* إنجاز ميزانية ملحقة ومستقلة عن ميزانية المستشفى لمواجهة الحالات الطارئة للتمويل؛
* مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

2/ الاختلالات المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وسبل معالجتها

نتج عن أشغال المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة ملاحظات، ترجمت إلى مسائل ضرورية تبرز من خلالها هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، ومن أهمها ما يلي:³²
* تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة النقل وغير فعّالة؛
* تضييق جهود المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة؛
* تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها؛
* نقص في صيانة العتاد الطبي؛
* نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية؛

* تقييم غير كاف للنشاطات الطبية

- وبعد حصر لهذه الاختلالات حاول المجلس تقديم مقترحات لمواجهتها نذكر منها:
* الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزه مهام الإدارة المركزية وهيكلها غير الممركزة؛
* مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحقيق شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز؛

* توحيد عملية توزيع الموارد المادية والموارد البشرية بشكل متوازن وعادل ما بين المناطق المختلفة للوطن؛
* إنشاء مديرية مستقلة على مستوى الوزارة الوصية مكلفة بصيانة العتاد الطبي؛
* جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً وتحديد مهامها بدقة وإلزامها لمسؤوليتها؛
* تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

3/ المعايير المرتبطة بوظيفة الإعلام وأوجه معالجتها

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من الطرق التقليدية في جمع المعلومات وتحليلها، إلى منهج يعتمد على التكنولوجيا الحديثة في الإعلام، مما أدى إلى ضياع سنوات الخبرة

³² نفس المرجع أعلاه، ص 172 (بتصرف)

للمكلفين بالإعلام يدوياً، وعلى هذا الأساس اتخذ المجلس التدابير اللازمة لمصاحبة عملية جمع المعلومات بالتطورات والتكوين المستمر والضروري لذلك.

بالإضافة إلى تعزيز المؤسسات الصحية بالوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

4/ العراقل المرتبطة بالتكوين وطرق معالجتها

أعطى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عناية خاصة لتكوين المستخدمين في قطاع الصحة وهذا لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- * لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة؛
- * التكوين الأكاديمي لم يكن قادراً على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه الطبية؛
- * لم تكن المدارس التكوين الشبه الطبي تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل للمستخدمين؛
- * تكوين المسيرين في مؤسسات التعليم العالي غير متطابقة مع مواصفات التسيير في المستشفيات.
- وعليه قام مجلس الإصلاح باتخاذ التدابير اللازمة لتصحيح الوضع وهي تتمثل في:
- * العمل بالتوازي مع قطاع التعليم العالي فيما يخص التكوين الأكاديمي للطواقم الطبي مع مراعاة انسجام مواصفات التكوين مع متطلبات مهنة الطب.
- * وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- * إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم؛
- * الاهتمام بمسألة وضع مخطط لإعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
- وأخيراً يمكننا أن نقول أن هذه الاختلالات وما قام به المجلس الإصلاحية من مقترحات لا يمكن أن نأخذ مسارها الصحيح والفعال إلا إذا تم تجسيد المبادئ العامة وبناء هيكل قانوني وإداري ومالي واجتماعي استراتيجي، وعلى جميع المستويات الصحية الاستشفائية.

خاتمة

غداة الاستقلال ورثت الجزائر أوضاعاً صحية مزرية نتيجة ما خلفه الاستعمار من تهميش وسوء الرعاية الصحية للمواطن الجزائري، وقد كانت آنذاك الرعاية الصحية الاستشفائية متمركزة في كبريات المدن في الشمال، بينما بقيت الفئات السكانية الداخلية والريفية والجنوبية تعاني بقسوة هشاشة النظام الصحي ورعايته، وسوء العدالة

في التوزيع.

عملت الجزائر من خلال سياساتها التنموية جاهدة لدفع عجلة التنمية، لاسيما ما تعلق بالجانب الصحي ورغم الخيارات المحدودة وضعف الوسائل المتاحة، حيث حاولت إعادة إنعاش الهياكل والمباني والمعدات قبل توفير الخدمة الصحية التي يحتاجها المواطن.

وبالرغم من كل التحديات التي واجهتها والتي لا تزال تواجهها، تسعى السياسة الصحية إلى تحسين الأوضاع الصحية والرعاية الاستشفائية من خلال إنشاء المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، محاولة بذلك إصلاح عدة قطاعات لاسيما التمويل وتسيير الموارد البشرية والمادية والإعلام والتكوين، وكلها اندرجت تحت وصاية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وكان من أهدافها الإستراتيجية الوقاية وعلاج الأمراض المزمنة والمعدية، العدالة في توزيع مدخلات الصحة، وإعادة الاعتبار للقطاع الخاص.

وبعد تبعنا محور مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الاستشفائية، خلصنا إلى أن هذا المفهوم لم يحظى بمكانته اللازمة، والأمر لم يكن سهلاً في التطبيق وذلك لوجود عدة صعوبات حالات دون تطبيق هذا المفهوم، كعدم التزام الإدارة العليا بتطبيق المبادئ والسهر عليها وعلى مراقبتها، طبيعة الهيكل التنظيمي، المركزية في اتخاذ القرارات التصحيحية الذي من شأنه إبطاء تصحيح الانحرافات اللازمة، وأخيراً ضخامة المؤسسة الصحية العمومية وتعدد مدخلاتها.

وفي هذا الصدد، يمكننا أن نقول أن تحقيق جودة الأداء في الخدمات الصحية على جميع المستويات ليس بالأمر الهين والسريع، وإنما يتطلب الوقت الكافي والعمل الدؤوب المتواصل، وروح الفريق، والتركيز على تحقيق الأهداف بالموازاة مع القيم والمناخ السائد، بالحرص على تطبيق النظام وقوة الإيمان بذلك تتحقق النتائج المبتغاة

قائمة المراجع

1- الكتب باللغة العربية

❖ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2012، عمان، الأردن.

2- الأطروحات والمقالات

❖ حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان 2010/2009.

❖ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2007.

❖ عنيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان، 2012/2011.

3- المجلات والجرائد الرسمية

❖ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في

- 03 ذو الحجة 1398هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، والمتضمن قانون المالية لسنة 1974.
- ❖ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في جمادى الأولى عام 1421 الموافق لـ 19 ماي 2007.
- ❖ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، 1998.
- ❖ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 17 جانفي 2003.
- ❖ تقرير منظمة الصحة العالمية، 2007.
- 4- المراجع باللغة الأجنبية
- ❖ M. Chaouch, Développement du système National de Santé: Stratégies et perspectives "le gestion maire", verve élaborée par l'école nationale de la santé publique n°5, Juin 2001.
- ❖ Saihi. A, Le système de santé publique en Algérie, Revue "gestions hospitalières" La revue des décideurs hospitaliers, n°455, Avril 2006.
- ❖ Ministre de la santé et de la Population, Développement du système national de santé stratégie et perspective, Mai 2001.
<http://www.Ands.dz/Système de Santé htm#1>.
- ❖ Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, la santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004 P94 (données 1995-2002) et Avril 2006, (données 2003-2004).
- ❖ Communication du Monsieur le ministre de la santé et de la population et de . Septembre 2009, la reforme hospitalière
- مواقع الانترنت
- ❖ الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>
- {<http://bu.umc.edu.dz/theses/economie/AKAH3054.pdf>}
- ❖ <http://www.reformaster@samte.dz>
- ❖ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière
[<http://www.santemaghreb.com/actualités/0703/0703-27.htm>].
- ❖ <http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/ompan018927.pdf>.