

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

د. سليمة بلخيري جامعة تبسة  
د. بخوش وليد جامعة أم البواقي  
أ. وفاء قاسمي جامعة عنابة

الملخص :

سعت الجزائر بعد الاستقلال إلى محاولة إقامة نظام صحي عادل ومتكامل لكافة الجزائريين، حيث عرف هذا النظام الصحي الوطني عدة إصلاحات وتغيرات سواء من حيث الهياكل الصحية. بمختلف أنواعها، ومن حيث عدد العاملين بها، هذه التغيرات كانت عبر مراحل عديدة، إلا أنها تعرف حاليا عدة تناقضات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها، خاصة في ظل المستجدات المعاصرة كمنافسة القطاع الخاص و التحول البوائي وكذا الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الراهنة. ونحاول في هذا المقال تسليط الضوء على واقع الصحة العمومية، مع محاولة تقييم النظام الصحي الوطني.

الكلمات المفتاحية: الصحة العمومية، النظام الصحي، الإصلاح، التنمية الصحية.

Summary:

After independence, Algeria sought to establish a just and integrated health system for all Algerians. This national health system has undergone several reforms and changes, both in terms of health structures of various kinds and in terms of the number of workers. These changes have been in many stages, Prevented the achievement of the goals and objectives for which it was found, especially in light of contemporary developments such as private sector competition and epidemiological transformation as well as current economic and social conditions. In this article we try to shed light on the reality of public health, while trying to assess the national health system.

Keywords: public health, health system, reform, health development.

مقدمة :

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق أساسي من حقوق الإنسان وهدف اجتماعي عالمي النطاق، عاملا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية المستدامة، فمن غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان، الذي هو أداة وغاية التنمية، ذلك أن الفرد المكتمل صحيا هو القادر على الإنتاج، لأول مرة تم التناول في اجتماعات مجلس الأمن والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية، فأصبحت الصحة في هذا الصدد عامل يساعد في الوصول إلى الأهداف التنموية الأخرى ومن جهة ثانية فإنها هدف تنموي في حد ذاتها.

وإذا كانت الصحة حق أساسي للإنسان والرعاية الصحية وسيلة لحماية هذا الحق، الواجب توفيره للفرد بدون أي معوقات أو تمييز، فإن النظام الصحي يمثل الإطار الأساسي الذي يضمن توفير الرعاية الصحية ويجدد كفاءتها، فلقد اهتمت كل دول العالم بحماية صحة أفرادها وترقيتها، ولكن بأساليب وأنظمة مختلفة وفقا لما تتوفر عليه من إمكانيات مادية وبشرية مراعية في ذلك خصوصيتها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، بذلك اختلف النظام الصحي من دولة لأخرى وإن اشتركت في هدف وهو تحقيق التنمية الصحية، أما الحديث عن المنظومة الصحية في الجزائر لها خصوصيتها التي استمدتها من خصوصية مختلف التغيرات البنوية السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي عرفها المجتمع الجزائري والتي تأثر بها، بحيث شهدت المنظومة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات من حيث البناء

### المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

والوظيفة تحت اسم إصلاحات، وكانت هذه التغيرات عبر مراحل أساسية فالمرحلة الأولى هي مرحلة تسيير الأزمة الصحية عشية الاستقلال والناجمة أساسا عن ممارسات نظام صحي استعماري كان قائما على سيادة اللامساواة بين الأهالي والمعمرين الفرنسيين، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة شكل فيها الطب المجاني قاعدة أساسية لتقديم الخدمات الصحية، أما المرحلة الثالثة فتميزت بإصلاح القطاع الصحي، عن طريق هيكلته ومحاولة تطوير أساليب التسيير والتنظيم، بينما المرحلة الرابعة هي مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وفسح المجال أما القطاع الخاص للمساهمة في تدعيم الفعل العلاجي على المستوى الوطني مع اعتماد صيغة جديدة في إدارة المؤسسات الصحية العمومية تماشيا مع تغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي يشهدها المجتمع الجزائري حاليا، وبالنظر إلى ماحققته المنظومة الصحية الوطنية وامتلاكها لعدة مقومات إيجابية ( المنشآت الصحية ، المستشفيات، عمال السلك الطبي... )، والتي انعكست على واقع الصحة العمومية للجزائريين فتحسنت مجمل المؤشرات الصحية كمؤشر أمل الحياة عند الولادة ومعدل الوفيات بالنسبة للرضع والأمهات، والتي لا يمكن أن تخفي جملة التناقضات التي تعرفها منظومتنا الصحية لعل أبرزها تدهور الخدمة الطبية على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية، بالإضافة فإن هذه الهياكل الصحية تعاني من نقص كبير في الموارد البشرية الكفيلة بتقديم الخدمات الصحية وهذا النقص يزداد حدة عندما يتعلق الأمر بالموارد البشرية المتخصصة في مجالات طبية معينة ونفس الشيء بالنسبة لتوفر العتاد والتجهيزات الطبية، مع بروز معوقات تنظيمية على مستوى التسيير للمؤسسات الصحية العمومية فالتركيبة المزدوجة في تسييرها بين إطارات السلك الطبي والإطارات الإدارية اظهر في الآونة الأخيرة عدة اختلالات في تسيير بعض المؤسسات الصحية خاصة المستشفيات بسبب التداخل في الصلاحيات بين الإداريين والأطباء. إن مثل هذا الطرح يقودنا فعلا إلى طرح تساؤل إشكالي كبير مركب ومتشعب في حيثياته، ومفاده: ما هي أبرز الإصلاحات التي عرفتها المنظومة الصحية الجزائرية؟، وهل استطاعت منظومتنا الصحية في ضوء ما عرفته من إصلاحات تحقيق أهدافها المسطرة؟، وما هي أبرز النتائج المحققة على مستوى الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري؟.

ضمن هذا المبحث العريض بالذات، لا نرمي - في حدود ما يسمح به المجال المتاح لهذه المساهمة العلمية - إلى أن نلم بكل ما تتطلبه الدراسة المفصلة للنظام الصحي والصحة العمومية، حتى ولو كان ذلك في إطار منظور تخصصي معين، كالمنظور السوسي-ونفسي الذي نعتمده في مقاربتنا هذه خلفية للتحليل والتفسير. وإنما نرمي على وجه التحديد إلى محاولة تسليط الضوء بالتحليل والنقد على جانب مهم من هذا المبحث أو الانشغال المعرفي الكبير والمتمثل في الآتي:

رصد - بشكل مركز - لمراحل تطور المنظومة الصحية في سياق الشروط المأزمية التي تؤطرها، فالأزمة ليست أزمة قطاع صحة لوحده فقط تنطلق منه وتحل في إطاره، فالصحة العمومية تمثل مجهود كل قطاعات المجتمع نحو مسالة الصحة. مع توضيح الإصلاحات الهيكلية والوظيفية التي عرفتها المنظومة الصحية والوقوف على أبرز مظهرات اختلالها. قراءة سوسولوجية في ضوء مؤشرات الوضع الصحي العام للجزائريين، بإجراء عملية تقييم للنتائج المحققة من قبل المنظومة الصحية، حيث يشكل الوضع الصحي العام أبرز مخارج النظام الصحي وأحد أهم أشكال تقييم أدائه .

أولا : تطور المنظومة الصحية الجزائرية: بين الإصلاحات وهدف تحقيق تنمية صحية.

لكي تحقق الصحة العمومية فعاليتها الحقيقية فهي تعتمد على الفعل المنظم، مستندة في ذلك على النظام الصحي والذي يعتبر أبرز كيان يمكن أن نلاحظه من خلال البعد التنظيمي للصحة العمومية. حيث يشكل النظام الصحي " الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقديم هذه الخدمة بطريقة شاملة و متكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة<sup>1</sup>. " وإذا كان لا يوجد خلاف حول مبدأ تحقيق تنمية صحية والرفع من مستوياتها كهدف نهائي لأي نظام صحي، فإن الاختلاف يكمن حول الأساليب المستعملة في تحقيقها وتقييمها، لذلك اختلفت الأنظمة الصحية التي تطورها وتبناها مختلف المجتمعات لتحقيق تنمية صحية مستدامة بها. والجزائر عمدت بعد الاستقلال مباشرة إلى السعي لتحقيق تنمية شاملة تلمس مختلف قطاعات المجتمع، منها قطاع الصحة والقضاء على التخلف الصحي والتبعية الأجنبية، وعليه عرف النظام الصحي عدة تطورات وتغيرات تحت اسم إصلاحات، ويمكن أن نميز أربعة مراحل أساسية لتطور المنظومة الصحية وهي :

1- مرحلة محاولة إدارة الأزمة الصحية الموروثة عن الاستعمار الفرنسي (1962-1974): ورثت الجزائر عقب الاستقلال وضعية صحية متردية اتسمت بنقص كبير في الموارد المادية والبشرية وبنية تحتية مفككة، نتيجة عملية التخريب والحرق التي قادتها منظمة الجيش الفرنسي السري، كما تم تهريب الآلات والمعدات الصحية إلى فرنسا عن طريق إقامة جسر جوي في 19 مارس 1962، كما عرفت هذه المرحلة أيضا نقصا حادا في عدد الإطارات الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية، حيث قدر عدد الأطباء الجزائريين ب: 342 طبيبا وقدر عدد الإطارات الفنية المؤهلة ب: 1.8% لكل 10 آلاف نسمة، بعد مغادرة 2200 طبيب و 2700 ممرض تاركين حوالي 144 مستشفى دون تسيير إداري وتقني<sup>1</sup>. كما كان أغلب الشعب الجزائري يعاني من ويلات الفقر والجوع والجهل ومختلف الأمراض الفتاكة من ملاريا وسل وكوليرا وتيفويد...، أضف إلى ذلك انعدام التغطية الصحية والتي وإن وجدت فإنها تتمركز في المدن أين تعيش الأغلبية العظمى من المعمرين.

فهذه الوضعية الموروثة عن الاستعمار الفرنسي استوجبت القيام بإصلاح المنظومة الصحية، من خلال إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما تركها العمال الذين كانوا أغلبهم من الفرنسيين، وزادت الحرب التحريرية في حدة تدهور هذه الهياكل بالاستعانة بإطارات من بعض الدول كبلغاريا ورومانيا وروسيا...، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء الجزائريين إلى الخارج من أجل تكوينهم وتدريبهم، وإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية (مؤسسة عمومية ذات طابع إداري) سنة 1964. بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 64-110 بتاريخ 10 أبريل 1964، حيث كان الهدف من وراء إنشائها إنجاز الأعمال الخاصة بالدراسات والبحث في الصحة العمومية الضرورية لتطوير برامج العمل الصحية وترقية الصحة العمومية، والذي تلاه وضع برامج وطنية لمكافحة السل والملاريا والرمم الحبيبي سنة 1965 بدعم من منظمة الصحة العمومية (OMS)، كذا صدور مرسوم<sup>2</sup> رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية 1969، القاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها وهي خطوة تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية. وكلها خطوات من أجل إعادة تنظيم وهيكلية النظام الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد .

2- مرحلة مجانية العلاج وتطبيق المشكلات الصحية (1974-1980): عرفت هذه المرحلة تحولات ارتبطت بصدور وتطبيق مرسوم الطب المجاني المؤرخ في 1973/12/28 وتم الإعلان عن ذلك في جانفي 1974 كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية تكون لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة الطب مجانية النظام الصحي الوطني<sup>1</sup>، وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني 1976، حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

فيه: " الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج"<sup>2</sup> كما دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي تنص صراحة بأن " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي"<sup>3</sup>. كما أن السياق الذي جاء فيه تطبيق سياسة الطب المجاني يتزامن مع الارتفاع الكبير لأسعار البترول في السوق الدولية .

والجدير بالإلماح في هذه المرحلة أن الطب الوقائي (La Médecine préventive) قد أهمل وهمش، حيث وجهت الاستثمارات في مجال الصحة إلى الطب العلاجي (La Médecine curative)، بمعنى أن مفهوم الذي أعطي للصحة خلال هذه المرحلة كان يعزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي أنشأت في ظلها، وينظر إليها على أنها مشكلات عضوية وأن الحلول ينبغي أن تكون تقنية. وربما ما يفسر لنا ذلك هو اهتمام المخطط الرباعي الثاني (1973-1977) بالجانب المادي Matérialisations والتطبيقي (العلاجي) Médicalisation وأصبح المستشفى هو العنصر المركزي في عملية التنمية الصحية بحيث يستفيد من (3/4) ثلاثة أرباع الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي<sup>4</sup>.

3- مرحلة الاتجاه نحو الانفتاح: ليبرالية العلاج (1980-1990): كانت بداية هذه المرحلة هي بداية التحولات والتغيرات الجذرية في إستراتيجية التنمية الوطنية وتوجهاتها، أين نسجل تغير الاتجاه السياسي للحكومة، والتي بدأت منذ سنة 1980 وانعكس هذا التحول في المجال الاقتصادي، وبدأ الاتجاه نحو سياسة الانفتاح والتوجه نحو الليبرالية\*. ولأول مرة في تاريخ السياسة الصحية الجزائرية يتم استبعاد المفهوم التقني الذي يعرف الصحة " هي الخلو من المرض"، وتسبني المفهوم السوسولوجي والذي يعتبر الصحة من الأنشطة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية ذات البعد الوقائي، والذي جاء في توصيات المؤتمر الاستثنائي للحزب الحاكم (FLN) سنة 1980، ومن ملامح التحول في هذه المرحلة نجد: أنه إذا كان الميثاق الوطني لسنة 1976 و1986 وكذلك دستور لسنة 1976 قد تضمن موادهم التأكيد على " الطب المجاني"، فإن الذي حدث في دستور 1989 هو استبعاد الطب المجاني وإسقاط جميع مواد، فقد جاء في المادة (51) من دستور 1989 " أن الرعاية الصحية للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض البائية والمعدية ومكافحتها"<sup>1</sup>. هذا يعني أن الدولة تتكفل بالوقاية من الأمراض البائية والمعدية ومكافحتها وليس علاجها. كما أشار التقرير العام لإصلاح النظام الصحي لسنة 1990 أيضا وتضمن مفهومها جديدا للمؤسسة الصحية والنظام الصحي، فهو يحدد من وجهة نظر عضوية، بمعنى أنه لا بد للمؤسسة الصحية أن تتكيف مع الظروف الجديدة للتنمية وأن تكون قادرة على تلبية الحاجات الصحية بطريقة أفضل، وذلك كمحاولة لإيجاد فعالية للنظام الصحي<sup>2</sup>.

4- مرحلة غياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي والتحول البيئية والديمقراطية (1990-2001).

لا يمكن لمن يضع السياسة الصحية النجاح في مسعاه دون الإلمام بكل جوانب هذه السياسة، ويأتي على رأس هذه الجوانب المعرفة العلمية الدقيقة لمحمل المعطيات الديمغرافية والبيئية الخاصة بالبلد المعني. ولعل أبرز ما يميز هذه المرحلة هو بداية ظهور نمط جديد من المراضة وهي الأمراض المزمنة على رأسها السرطان والتي أصبحت من الأسباب الأولى للوفيات في الجزائر أنظر جدول رقم (1) مع استمرار نمط مراضة الأمراض المعدية والذي يمكن أن نسميه بالتحول البيئية المشوه في دراستنا هذه، أين تستمر في الظهور أمراض الفقر والتخلف مع ظهور نمط جديد من الأمراض وهي الأمراض الغير المعدية المزمنة، على خلاف الدول المتقدمة التي نجد فيها نمط مراضة يتميز بسيطرة الأمراض المزمنة بحيث تم القضاء تقريبا

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

بشكل كلي على الأمراض المعدية. أما بالنسبة للتحول الديموغرافي، نجد أن عدد سكان الجزائر عرف نموا متزايدا منذ الاستقلال حيث كان حوالي 08 ملايين نسمة عقب الاستقلال ليصل إلى 38.7 مليون نسمة<sup>2</sup> حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات في 1 جانفي 2014، والذي يرجع لعدة عوامل كتحسن ظروف المعيشة وتوفير الرعاية الصحية و في نفس الوقت يشكل هذا العدد ضغطا يتمثل الطلب التزايد للخدمات الصحية .

جدول رقم(1): يمثل توزيع الوفيات نتيجة الأمراض الغير منتقلة في الجزائر

ارتفاع الضغط الدموي ومضاعفاته	44.5%
السرطانات	16.0%
العجز التنفسي المزمن ( الربو، الالتهابات الرئوية المزمنة)	7.6%
مرض السكري	7.4%
أمراض الجهاز الهضمي	5.1%
أمراض أخرى مختلفة	19.4%
المجموع	100%

project TAHINA( transition and health impact in north Africa), INSP ,enquête national de santé, Source: November 2007,p48

5- مرحلة إصلاح المستشفيات ومحاولة إعطاء دفع للنظام الصحي في ظل غياب رؤية إستراتيجية (2002- إلى يومنا هذا) :

أبرز ما يميز هذه المرحلة هو الشروع في إصلاح جديد للمنظومة الصحية سمي بإصلاح المستشفيات سنة 2002 حتى اسم وزارة الصحة والسكان أصبحت تحت اسم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، في محاولة إلى إعطاء دفع للمنظومة الصحية والرفع من مستوى أدائها، مع الشروع في إعادة النظر في طرق التمويل الصحي من خلال نظام التعاقد (contractualisation)، حيث تضاعفت النفقات الصحية مع النمو الديموغرافي المتزايد، مما حتم على الدولة الجزائرية ترشيد النفقات للوفاء بالمتطلبات الخاصة بالعلاج والوقاية لكافة فئات السكان، وصدور المرسوم التنفيذي رقم 07140 المؤرخ في 19 ماي 2007 لإعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسات الصحية من المواطن. وهناك سعي لوضع قانون جديد للصحة العمومية والذي لم يتم المصادقة عليه بعد على مستوى البرلمان أين أصبح قانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها بتاريخ 16 فيفري 1985 لم يعد يتماشى و الوضع الصحي الراهن والذي وضع منذ سنة 1985 .

إن ما تجدر الإشارة له في هذا السياق، أن النظام الصحي بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب وتسهيل مداخلته فيما يخص المشتريات والتموين، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وإلى تسجيل عجز الحماية الاجتماعية، فطرح مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه، ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية يقودنا إلى الحديث عن اختلالات المنظومة الصحية رغم ما عرفته من إصلاحات من حيث البناء والوظيفة، وهنا في هذا المحور من الدراسة لا بد لنا من التأكيد أن الأزمة التي يعيشها قطاع الصحة، 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 وضع اجتماعي واقتصادي وسياسي وتربوي وضمن سياق تاريخي معين، إنما إذن تعبير عن أزمة مجتمع في قطاعاته المتعددة، لا

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

عن أزمة قطاع منفردة ومحدودة بعينه دون سواه، والتي عبر عنها Jean claude guyot في كتابه quelle médecine pour quelle santé، "إن أزمة الطب في حد ذاتها أزمة مجتمع، ذلك أن الحقيقة السوسولوجية ليست بعيدة عن الحقيقة الطبية<sup>1</sup>". وهذا ما يمهّد لنا الحديث عن أبرز اختلالات النظام الصحي .

ثانياً\_ تظاهرات اختلالات النظام الصحي: مساهمة في رصد الواقع وتحديات التنمية الصحية.

تعيش المنظومة الصحية الجزائرية اليوم وتعاني عدة اختلالات هيكلية ووظيفية، وسنقوم بمحاولة رصد أبرزها:

1- سوء تسيير المؤسسات الصحية: تمر المؤسسات الصحية الجزائرية بوضعية صعبة، فأصبحت اليوم محط لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين، هذه الانتقادات مؤسسة حول الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية التي تكون قطاع غير منظم، عدم تحريك والاستعمال السيئ لموارد بشرية مؤهلة ولكن بدون تحفيز، مع عطل المعدات والتجهيزات الطبية في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة إلى جانب التبعية إلى الخارج، الشيء الذي لم يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه.

2- ضعف مستوى الخدمات الصحية: نظرا للحالة المزرية التي أصبحت تعيشها المؤسسات الصحية، أثر بشكل سلبي على مستوى ونوعية الخدمات الصحية، وقد أفرز هذا الوضع حالة تآمر وعدم الرضا على الخدمات الصحية لدى المواطنين الجزائريين، مثلما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم(2): الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر

بالمقارنة مع دول أخرى لسنة 2009

البلد	الجزائر	تونس	السعودية	الأردن	فرنسا	اسبانيا	سويسرا	النمسا
نسبة المحييين بالرضا	52	80	69	66	84	84	81	89

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

يشير هذا الجدول أن نسبة الرضا على الخدمات الصحية في الجزائر متدنية مقارنة بما هو في الدول الغربية وحتى العربية،

وهو ما يدل على ضعف أداء النظام الصحي في الجزائر، وابتعادها الكبير عن المقاييس الدولية المعمول بها في هذا المجال.

3- استمرار اللامساواة الصحية: والتي نلمسها في سوء توزيع المرافق الصحية عبر التراب الوطني، حيث تشهد الجزائر اختلالا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني خاصة المستشفيات الجامعية، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية في حين لا يتعدى ذلك في الشرق 22%، الغرب 20%، بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2% والجنوب الغربي 1%<sup>1</sup>. إضافة إلى ذلك هناك فوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية، إذ نجد معدل الأطباء في الجزائر العاصمة طبيب لكل 416 ساكنا، يقابله طبيب لكل 1766 ساكنا في الهضاب العليا و 1 طبيب لكل 2109 ساكنا في الجنوب<sup>2</sup>.

ومن خلال التقسيم الجغرافي والتقني على وجه الخصوص للتهيئة العمرانية، نجد فروقات واضحة بين مناطق الجنوب ومناطق الشمال، فإذا كان معدل الأمل في الحياة عند الولادة بالنسبة لمنطقة الجزائر وبالنسبة لكلا الجنسين هو 80.4 سنة فهو يقل تقريبا ب 5 سنوات بالنسبة لمنطقة الجنوب إذ يبلغ 74.5 سنة لمدن تمنراست وإيزي وأدرار وتندوف، بينما احتمال الوفاة هو ب 3.5 بالنسبة لمنطقة الجزائر نجد أن هذا الاحتمال يرتفع تدريجيا إلى أن يبلغ 6.5 بالنسبة لمنطقة الجنوب<sup>3</sup>. كذلك تشهد الجزائر اختلالا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني خاصة بالنسبة للمراكز الإستشفائية الجامعية، كما هو في الجدول التالي:

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

جدول رقم (02): توزيع بعض الهياكل العمومية الإستشفائية

بين مختلف جهات الوطن لسنة 2013

الجنوب الغربي	الجنوب الشرقي	الشرقية	الغربية	الوسطى	المناطق الهياكل الصحية
0	0	4	3	7	عدد المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)
0	0	1.2447	7.2360	9.2308	سرير/ساكن (CHU)
0	0	3	2	0	عدد المؤسسات الإستشفائية (EH)
0	0	7.22921	4.21626	0	سرير/ساكن (EH)
7	1	20	21	20	عدد المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)
6.1743	8.22848	3630,1	9.2937	4.2927	سرير/ساكن (EHS)
14	25	66	35	55	عدد المؤسسات الإستشفائية العمومية (EPH)
570	8.579	2.928	9.1131	9.1106	سرير/ساكن (EPH)

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

تعكس الإحصائيات الواردة في الجدول أعلاه حجم الانجازات 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 وديمقراطيتها كههدف معلن وبين الواقع العملي اختلافا. حيث نسجل دائما استحواذ الشمال على الجزء الأكبر من هذه الهياكل الصحية خاصة المراكز الإستشفائية الجامعية، 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 محرومون من الرعاية الصحية المتخصصة لعدم توفرها أي مركز إستشفائي جامعي (CHU) ومؤسسة إستشفائية (EH)، وهو ما يجبر المرضى للسفر لتلقي هذه الرعاية بالشمال. إضافة إلى ذلك هناك فوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية، إذ نجد تمركز الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية في المدن الكبرى، وغياها تقريبا في المناطق الريفية، هذه الأخيرة تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين.

جدول رقم(03): توزيع الموارد البشرية الطبية للقطاع العمومي

لبعض ولايات الجزائر لسنة 2015

الولايات	الجزائر	أدرار	وهران	سطيف	تمنراست	قسنطينة
التغطية الصحية	3456008	487498	1875596	1781597	226576	1082460
عدد السكان	1414	60	2585	257	64	244
أطباء أخصائيون	2444	8124	725	6932	3540	4436
طبيب أخصائي/ ساكن	2081	277	2164	693	127	756
أطباء عامون						

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

1431	1784	2570	866	1759	1660	طبيب عام/ ساكن
273	34	189	502	65	785	طبيب أسنان
3965	6664	9426	3736	7499	4402	طبيب أسنان/ ساكن

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, p61

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 الغير 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.

4- عدم التكامل الوظيفي بين القطاع العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية: إن فتح المجال أمام القطاع الخاص دون ضبطه بإطار قانوني محدد وواضح أدى إلى زيادة عدد العيادات الاستشفائية الخاصة، والتي كان من المفروض أن تكمل وظيفيا القطاع العمومي، والذي حدث هو العكس، والذي تمثل في انتقال الكفاءات الطبية الخاصة المتخصصة نحو القطاع العمومي بحثا عن ظروف أحسن للعمل، مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي، وهو ما يعكس الحالة المربكة والوضعية المتأزمة التي تعيشها منظومتنا الصحية. 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>1</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>2</sup>.

ثالثا\_ تقييم النظام الصحي: نحو قراءة سوسيولوجية في النتائج المحققة على مستوى الوضع الصحي العام تمثل الصحة العمومية موضوعا استراتيجيا، يعد الاهتمام به أمر ضروريا بالنسبة للاستمرارية المجتمعية على نحو طبيعي، كما تعكس كل مجهود المجتمع بكل قطاعاته نحو موضوع الصحة، كما يشكل الوضع الصحي العام بكل مؤشرات المختلفة أحد أهم أشكال تقييم النظام الصحي، وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال التطرق إلى مايلي :

1- توقعات الحياة بالنسبة للمجتمع الجزائري: لقد جندت الدولة كل الوسائل من أجل تنفيذ مجموعة من البرامج في إطار خطط التنمية الشاملة المطبقة، وقد أتت تلك البرامج أكلها في الكثير من الجوانب، حيث انتقلت الكثير من المؤشرات الصحية وبدرجات متفاوتة من السلب إلى الإيجاب. منها معدل الأمل في الحياة عند الولادة، والذي عرف ارتفاعا حيث انتقل معدل الأمل في الحياة من 52.6 بالنسبة للرجال و52.8 بالنسبة للنساء سنة 1970 ويرتفع ليصل إلى 73.6

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

للرجال و75.6 للنساء، ويواصل ارتفاعه ليصل سنة 2008 عند النساء 76.6 سنة والرجال 74.9 سنة<sup>1</sup>. ليستقر معدل الأمل في الحياة لكلا الجنسين سنة 2010 عند 76.3 سنة<sup>2</sup>.

2- معدل الوفيات بالنسبة للجزائريين : بشكل عام تميزت بانخفاض معدل الوفيات، حيث تحتل الجزائر المرتبة الثانية ب4.38 مقابل 5.5 في تونس و5.83 في المغرب<sup>3</sup>. وقد استطاعت الجزائر أن تهبط بمؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 220 حالة في سنة 1970 إلى حدود 38 حالة وفاة لكل ألف مولود في سنة 2006<sup>4</sup>، وهو ما يعتبر ترجمة للجهود المبذولة، والبرامج الصحية المعتمدة من قبل الجزائر لتحسين المؤشرات الصحية عامة وصحة الطفل بصفة خاصة.

3- خصائص أمراض الجزائريين : بحسب تقرير التنمية البشرية هناك ميزتان أساسيتان لطبيعة الأمراض التي تصيب الفرد الجزائري، من جهة، الوجود المتزايد والمقلق للأمراض الغير سارية ومن جهة ثانية هناك استمرارية لبعض الأمراض السارية المرتبطة باختلالات التنمية المجتمعية على وجه الخصوص<sup>5</sup>. وهذا ما أكدته عديد الدراسات التي خلصت بأن الجزائر لا يزال بها أمراض دول العالم الثالث، مع ظهور نمط أمراض الدول المتقدمة<sup>6</sup>.

خاتمة :

في الأخير يمكن القول، أن واقع الصحة العمومية للجزائريين اليوم رغم التطور الذي شهدته في السنوات الأخيرة ومحاولات الرفع من مستوياتها وترقيتها، إلا أنها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول، نظرا لعدة عوامل أثرت سلبا على تطورها، لعل أبرزها ضعف التنسيق بين مختلف قطاعات المجتمع من أجل المحافظة على الصحة العمومية ففضية حماية الصحة وتحسينها ليست معنية به قطاع الصحة فقط كما أشرنا، إضافة إلى ذلك فإن النظام الصحي الوطني رغم ما عرفه من إصلاحات إلا أنه لا يزال يسجل عدم قدرته على الاستجابة بالحجم الكافي والتنوع للمتطلبات الصحية المتنامية للسكان، وهو ما يعكس ضعف فعاليته، فتحقيق تنمية صحية يتطلب مشاركة جميع الأطراف ذات العلاقة في عملية التخطيط للتنمية المجتمعية، مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار التحديات الجديدة المتعلقة بتغير الخريطة الصحية و تغير الهرم السكاني.

قائمة المراجع المعتمدة :

<sup>1</sup> للمزيد في هذا الصدد أنظر : \_\_\_\_\_ :

- عدنان مريزق : دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية الصادرة عن جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 25 ، ماي 2012، ص 47.

\_ A.Lévy et autre : Santé Publique, 3 édition ,Masson, S.A\_120,bd Saint-Germain, 75280, paix Cedex 06, France, 1998 , p32

<sup>1</sup> نور الدين بوالشرش : التحولات البيوية للمؤسسة الصحية الجزائرية وإشكالية الأداء، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات ملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الطارف، يومي 21 و22 أبريل 2014، ص 06

<sup>2</sup> R.A.D.P.Décret n:69\_96 du juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, Journal Officiel, n59, du 11 juillet 1969, p560

<sup>1</sup> نور الدين حاروش : إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 137

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص 138

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص 138

<sup>4</sup> محمد كريم فريجة : دور الخدمة الاجتماعية الطبية على صحة المواطن، دار الجزائر، الجزائر، ط1، 2015، ص 29

## المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية

\* يمكن أن نتبع هذا التحول على مستوى القوانين التي أصدرت بعد عام 1980 نجد، في مارس 1982 تم صدور قانون للاستثمار لتشجيع القطاع الخاص في مجال الخدمات الاجتماعية والمؤسسات الصناعية، عام 1987 صادق البرلمان على منح استقلالية الإدارة لشركات القطاع العام وتنظيمه، في ديسمبر 1991 صادق البرلمان على قانون يسمح للشركات الأجنبية باستغلال آبار النفط الجزائرية .

<sup>1</sup> محمد كريم فريجة؛ مرجع سابق، ص 31

<sup>2</sup> عياش وهواه : التنمية والتحويلات الصحية الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 إلى 2002، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه دولة في علم اجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، إشراف خليفة بوزبرة، الجزائر، (2005—2006)، بحث غير منشور، ص 291

<sup>2</sup> الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، الموقع الإلكتروني [www.ons.dz](http://www.ons.dz)

<sup>1</sup> Jean claude guyot: quelle médecine pour quelle santé, Alger, Entreprise National de livre, 1985,p 29

<sup>1</sup> بومعروف إلياس و عماري عمار: من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، الصادرة بقسنطينة، عن جامعة قسنطينة، عدد 07،

2009—2010، ص 33

<sup>2</sup> CNES: Rapport national sur le développement humain Algérie 2007, Alger, juillet 2008, p 60

<sup>3</sup> Conseil national économique et social : Rapport national sur le développement humain , 2008, p55\_57

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> للمزيد في هذا الصدد أنظر: \_\_\_\_\_:

- 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, p29

<sup>1</sup> Grangaud, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie, défis nationaux et partagés, Ipméd, 2012, p55

<sup>2</sup> Conseil national économique et social, op cit, p 20

<sup>3</sup> عدمان مريزق : مرجع سابق، ص 58

<sup>4</sup> نور الدين عياشي : تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة بقسنطينة عن جامعة منتوري، المجلد ب، العدد 31 جوان

2009، ص 289

<sup>5</sup> Conseil National Économique et Social, Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie 2006, p20

<sup>6</sup> Rachid bougharbal : la transition épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la santé, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef – Alger, 2010, p7