وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم التجارية
قسم علوم التسيير
الملتقى الوطني الأول حول الصحة في الجزائر بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل 'المستشفيات نموذجا' يومي
10 و11أبريل 2018

المحور الأول: إشكالية هياكل أم إشكالية تسيير؟

عنوانالمداخلة: تحديات المنظومة الصحية بين أزمة التدبير وأزمة الموارد.

دراسة حالة.تلمسان.

مزيان التاج بن عمارة لينا
أستاذ محاضر'أ' طالبة باحثةالطورالثاني
benamara_lina_kh@outlook.commezianetadj@gmail.com
المدرسة العليا لإدارة الأعمال. تلمسان

ملخص:

اولت الجزائر كغيرها من الدولانشغالا واهتماما كبيرين بقطاع الصحة، كونه يعد من القطاعات الحيوية في حياة الشعوب والأمم ولما يمثله من العلاقةالتبادلية الوثيقة والمباشرة بين مستوى قوة الاقتصاد الذي يؤثرفي مستوى صحة الأفراد والسكانوالتي هي الأخرى بدورها تؤثر في صلابة وسلامة الاقتصاد.

من البديهي أن توفير حزمة الخدمات الصحية الاساسية والمتكاملة للساكنة يتطلب منالدولة أن تكون جاهزة لمواجهة عديد التحديات المتعلقة ان على مستوى تسيير شؤون الموارد البشرية والعلاقات الإنسانية وما يترتب عنها من معضلات في سوق العملومن فوارق بين ما هو متاح وما هومطلوب، أو على مستوى الموارد المادية والمالية من هياكل وتجهيزات ومستلزمات وتمويل.

في هذه المداخلةالمتواضعة وبغيةالمشاركة في تغيير جانب من المشهد السلبي لواقع منظومتنا الصحية اعتمادا على تحليل جانب من التحديات التي تواجه المنظومة الوطنية الصحية، سنحاول تقديم بعضا من المساهمة في إيجاد حلول لأزماتها،وسنأخذ هياكل ولاية تلمسان نموذجا.

الكلمات المفتاحية: قطاع الصحة، الخدمات الصحية، التسيير، الهياكل، التمويل.

Résumé
Considérant que la santé est l'un des secteurs vitaux dans la vie des peuples et des nations, et parce qu'elle détient une relation étroite, réciproque et directe entre elle et le niveau de l'économie, l'Algériea accordé,comme d'autres pays, une grande attention et importance à ce secteur, ce qui influe sur le niveau de santé des individus et ducollectif et qui également,à leur tour, affectent l'intégrité de l'économie et sa puissance.

Il est évident que l'offre des prestations de santé à la population , exige que l'État soit prêt à faire face à de nombreux défis liés au niveau dumanagement des ressources humaines , des relations humaines,des problèmes de l'emploi dans le marché du travail et desécarts entre ce qui est disponible et ce qui est nécessaire, aussi qu' au niveau des ressources physiques (structures, équipements, fournitures et financement) .
Par l'occasion de cette modeste contribution, nous allons essayer de rechercher des solutions au dysfonctionnement et aux défis que rencontre la gestion de notre système de santé , et nous prendrons l'état des structures de Tlemcen commemodèle.
Mots-clés : secteur de la santé, services de santé, gestion, structures, financement.

مقدمة:

لقد كرست الجزائر في دستورها حق المواطنين في حماية صحتهم، وذلك لان الصحة ليست حقا عالميا فحسب، بل موردا رئيسيا للتنمية الاجتماعية والاقتصادية والفردية،وعلى الرغم من تسجيل بعض النتائج الرئيسية اليوم، فان الحقيقة تبقى ان النظام الصحي الوطني الجزائري يواجه العديد من القيود التي تؤثر على كفاءته وأدائه،ولأننا غالبا نناقش الحلول الحقيقية للمشاكل الكاذبة والحلول الكاذبة للمشاكل الحقيقية لم نتوصل الى حلول حقيقية للمشاكل الحقيقية.

ذلك رغم الجهود المبذولة في مجال تقديم الخدمات والرعاية الصحية، فانه وجب عدم اغفال تذمر وعدم رضا الساكنة من التكفل الصحي سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص فضلا عن التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية.

إزاء هذا الوضع، يبقى التساؤلمطروحا: **ماهي مختلف التحديات التي تعترضالمنظومة الصحية الجزائريةوتكبح مواكبة التطورات التي تعيشها الأمم المتقدمة الأخرى؟وكيف يمكن تجاوز العقبات؟**

تهدف هذه الورقة البحثية الى معرفة تحديدالتحديات وتأثيرها على السير الحسن لعمل القطاع الصحي سيما في مجال:

- الهياكل المتعلقة بالخدمة الصحية والتحديات التي تواجهها من ناحية توزيعها ومختلف الموارداالمشكلة لها
- طريقة تسيير القطاع والهياكل التابعة له.

أهمية البحث:محاولة تبيان التحديات التي يواجهها القطاع الصحي وكيفية تجاوزها.

منهجية البحثاعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي المتضمن تحليل وتوصيف التحديات التي تواجه مختلف الهياكل الصحية متبوعةبدراسة ميدانية لواقع الحال بولاية–تلمسان.

أولا: مظاهر تحديات التسيير.

أ. مظاهر تحديات تسيير الهياكل:

بدراسة الخريطة الصحية للمنظومة الصحية الوطنية، يتضح انوضعية النظام الصحي في الجزائر تكشف عن مجموعة من التقلبات والاختلالات وأن الإصلاحات التي عرفها التنظيم الهيكلي من خلال حل القطاعات الصحية في بداية سنة 2008، واستبدلها بالمؤسسات الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية، لم تغير من مستوى التكفل الصحي للسكان وبعكس ما زادت في نفقات الدولة ومن تضخيم في الهياكل الإدارية وزيادات في التأطير دون أن يرافقه رضا بالخدمات الصحية واحترام للتسلسل العلاجي.

ان التردد الذي تعرفه الإدارة العليا من خلال مشروع الإصلاح سيما قانون انشاء مقاطعات صحية في سنة 2017 والعودة الى بدأ يثبت بما لا يدع مجالا للشك في أننا لم نجد بعد حلا لإشكالية تنظيم الهياكل.

ب. تحديات التسيير:

- **تحديات متعلقة بالتنظيم.**

ان المؤسسة الاستشفائية مؤسسة ذات طابع اداري تخضع في تسييرها الى المنطق الاداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي اين نجد أن العلاقات الهيكلية واضحة، في حين ان العلاقات الوظيفية غامضة وغير محددةبوضوح، فنجد تعدد اجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل عمل الوصاية ثقيل (الولاية–الوزارة)، الامر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

حيث سيتم ذكر العناصر المتعلقة بهذه العلاقة كالتالي[1]:

_ من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط اعمالها.

_خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع, و المتعلقة بالمستخدمين و قواعد المحاسبة و هذا بالرغم من تمتعها باستقلالية قانونية تكفلها مختلف النصوص القانونية و التنظيمية الخاصة من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي.

_ غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما ادى الى ركود نشاطهم في ظل غياب تكييف قانونهم الاساسي و سوء ظروف العمل و الاجور مقارنة مع القطاع الخاص, فتسيير مسارهم المهني منظم بقانون قائم على الفكر الاداري المرتكز على منطق التنظيم الاداري المرتبط بأسس بيروقراطية.

_ عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن و حتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة، اذ نجد في الشمال 1 طبيب لكل 800 ساكن يقابله 1 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب، فبينما يتمركز الاطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 1 طبيب لكل 318 نسمة، يوجد في ادرار 1 طبيب لكل 2103 نسمة، اي 50% من الاطباء موجودين في منطقة الوسط في حين 1 من المؤسسات العمومية للصحة لا تتوفر على طبيب مختص[2].

---

1 حميدة بن حليمة، الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر، النظام التعاقدي، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة ادارة الصحة، المدرسة الوطنية، افريل 2006، ص 5.

2سعيدان رشيد و اخرون, واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات, مجلة البشائر الاقتصادية, الجزائر, العدد01, 2014,ص 03.

_ نفاذ المواد الصيدلانية الاساسية, حيث ان الصيدلية المركزية للمستشفيات التي لها احتكار لم تعد قادرة على سد كل الاحتياجات و هذا على الرغم من ان الجزائر تدفع كل سنة مابين 500 و 600 مليون دولار تقريبا لشراء ما يقارب 600 مليون وحدة بيع و مع هذا فان الكثير من المصالح الصحية توجد عاجزة عن تلبية طلب المرضى و هذا بسبب نقص او انعدام الدواء, فحالة ندرة هذه المادة الضرورية و الاستراتيجية تطرح في كل مرة مع جميع عواقبها على المرضى و عليه ليس من باب المبالغة اذ قلنا ان هناك العديد من المصالح الصحية تعمل بوتيرة بطيئة.

ان هذا الاضطراب في التموين بالأدوية مس جميع اصناف الادوية بما فيها الادوية الاكثر اهمية بالنسبة للمرضى ففي قسم الولادة **مثلا** يعتبر اللقاح D3 اهم مادة صيدلانية تحتاجها المرأة ذات الزمرة الدموية السالبة ويجب حقنها في مدة لا تتعدى 72ساعة بعد عملية الولادة لحماية المولود القادم من التشوهات، غير ان هذا اللقاح يوصي عليه من ممتهني الصحة باقتنائه من البلدان المجاورة او من فرنسا، فالطلب عن هذا اللقاح هو في حدود 1000 وحدة في السنة وعلى مستوى كامل الوطن[3].

_ تعاني المؤسسات الصحية كغيرها من المؤسسات الخدمية من ظاهرة الانتظار, الا ان الانتظار في المؤسسات الصحية تكون تكلفته عالية جدا لان المريض قد لا يستطيع الانتظار نظرا لحالته الصحية, وان كان تقليل زمن الانتظار مؤشر مهم لجودة الخدمة و حسن التسيير و التنظيم فالوقت في المؤسسة الصحية ذو اهمية كبيرة و خاصة الوقت المتعلق بمدة بقاء المريض في النظام ككل[4].

_ يعرف الاداء باختصار على انه انجاز هدف او اهداف المؤسسة, و بالتالي فان عملية تقييم الاداء تعرف على انها ذلك الاجراء الذي يهدف الى تقييم منجزات الافراد عن طريق وسيلة موضوعية للحكم على مدى مساهمة كل فرد في انجاز الاعمال التي توكل اليه و بطريقة موضوعية و كذلك الحكم على سلوكه و تصرفاته اثناء العمل و على مقدار التحسن الذي طرا على اسلوبه في اداء العمل, و اخيرا على معاملة زملائه و مرؤوسيه[5]. فتقوم اهمية عملية التقييم على التعرف على نواحي القصور في اداء العاملين, و من ثم يعطيهم الفرصة لمعالجتها في المستقبل,كما يساعدهم على التعرف على نواحي السلوك غير المقبول من وجهة نظر المؤسسة و بالتالي يحثهم على تحسينها[6].فعلى مستوى المستشفيات نجد ضعف كبيير في تقييم النشاطات الطبية و هذا بسبب عدم وجود الوسائل كالجان المتخصصة في هذا المجال و عدم تقبل فكرة التقييم من الممارسين[7].

_ غياب مراجعة مدونة الاعمال و النشاطات الطبية و غياب اجماع على مقاييس ممارسة طبية جيدة و معممة.

---

3 زاير مصطفى, تسيير المواد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالجزائر, جامعة تلمسان, مذكرة لنيل شهادة الماجستير, السنة الدراسية 1999,ص 01.

4 تاريخ الاطلاع 2018/02/10، M_ quality.net

5 مهدي حسن زويلف, ادارة الافراد مدخل كمي, دار مجدي لاوي, الاردن, ط3,ص188.

6 زهير ثابت, تقييم اداء الشركات و الافراد, دار قبيار,القاهرة,2001,ص15.

7 زهرة خلافة واخرون، تأثير ادارة التغيير على جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر، جامعة تبسة، السنة الدراسية2016، ص16

_ غياب المتابعة المؤسساتية للمريض في حالة الاستشفاء طويل المدى و بعد خروجه كذلك.

- **: تحديات متعلقة بالتكوين.**

_ عرف موضوع التكوين المتواصل لمستخدمي الصحة اهتماما تدريجيا خاصة في السنوات الاخيرة, مما ادى الى اعتباره محور اولي لمخططات وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات.

ففي عام 1993 تم خلق تنظيم للاستشارة في مجال التكوين المتواصل(لجنة وطنية للتكوين المتواصل لعمال الصحة), و تم اقتراح استراتيجية للتكوين المتواصل خضعت خلال عام 1995 لمناقشة و اثراء 03 ملتقيات محلية تم عرضها على مجلس استشاري طبي و علمي و نقابة و حركة جمعوية, بالإضافة الى تنظيمات اخرى تشترك في تنظيم اعمال التكوين المتواصل لأفراد الصحة وذلك لتنظيم العمل من اجل الوصول الى الاهداف المسطرة لكافة المستويات.

فجميع المراسيم الموجهةالى مختلف الهياكل الصحية تنص على ان تتم أعمال التكوين المتواصل على شكل أعمال متعاقبة او مستمرة حسب نوع معين من الدورات بحيث نجد:

- التكوين المهني المتخصص الذي بموجبه يتم تكوين الموظفين الذين لديهم بعض النقائص في اداء العمل و بالتالي يعمل هذا التكوين على سد ثغرة بين القدرات الشخصية للموظفين و متطلبات المنصب الذي يشغلنا و هذا بإضافة معلومات و معارف و كذا خبرات جديدة للموظف المتكون.
- التكوين اثناء العمل و يكون هذا النوع من التكوين اثناء العمل و داخل القطاع و يمس فئتين و هما الموظفين الجدد و الموظفين القدامى.
- التمهين يتم هذا النوع من التكوين عن طريق جلب المتكونين من مراكز التكوين خارج المؤسسة و هذا وفقا للإمكانيات المتاحة في المؤسسة, بحيث يتم تكوين تطبيقي و عملي في شتى التخصصات المتوفرة في القطاع.
- التكوين خارج الوطن و يتم هذا التكوين خارج الجزائر حيث يتم اختيار المتكونين حسب الكفاءة و القدرات الشخصية للعاملين داخل المستشفى[8].لكن ما يلاحظ أن النظام التكويني و التعليمي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي و بالتالي عدم توافق التكوين الاكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي, بالإضافة الى عدم قدرة القطاع في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية و الواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية و النوعية و هذا بسبب عدم الدراية الكافية و عدم دراسة الطلب الحقيقي للعلاج, بالإضافة الى عدم التوافق الاكاديمي في العديد من المجالات و المهارات الوظيفية المطلوبة بسبب ضعف التكوين او اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة، فبعض التخصصات مثلا لا نجدها في مخطط تسيير الموارد البشرية كالفيزيائيين الطبيين و اعوان النظافة و الصيانة الاستشفائية، حيث نجد ايضا ارتفاع نسب التغيب في الحصص

8بودوح غنية، استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية واداء الموارد البشرية، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، السنة الدراسية2013، ص149.

التكوينية و انعدام ثقافة التكوين و هذا بسبب رفض الموظفين الحصص و البرامج الخاصة لأنها لا تعود عليهم بربح مادي و هذا كله يدخل في كيفية و طريقة تسيير هذا المحور[9].

- ان الاحتياجات المعبر عنها من قبل وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات المتوقعة للفترة (2015-2020) كما يلي:
  - 30643 أصحابشهاداتمنهم:13356 شبه طبي في الصحة العمومية، 2166 قابلة في الصحة العمومية، 690 عون طبي في التخديروالإنعاش، 14431 مساعد تمريض في الصحة العمومية[10].

ت. تحديات متعلقة بالموارد المالية.

ان احتواء التكاليف الصحية يجب ان يصبح هدفاللمرحلة المقبلة.من هنا كانت ضرورة الاستعمال الامثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيآت المانحةوهذا بمنظار الفعالية والعدالة والعقلنة، امرا لابد منه، وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية، التي كانت لها أثر بالغ في التقليل من نشاطها،ومردوديتها،وضعف ورداءة في نوعية الخدمات الصحية المقدمة. لقد عرفت ميزانية القطاع الصحي تذبذبات أثرت في تمويل القطاع بحيث نلاحظ أنها ارتفعت في سنة 2012 الى 000 348 945 404 دج أي ما يناهز ضعف ميزانية 2011 لتعود الى الانخفاض في سنة 2013 الى 306925 000 642 دج و 000 753 946 365 دج سنة 2014 ف000 062 972 381دج في 2015 و 400 379 000 000 دج في 2016 [11].

_ ان زيادة عدد السكان و ارتفاع حجم الاستثمارات في قطاع الصحة سواء كانت بنية تحتية او تجهيزات طبية دفع بوتيرة الانفاق الصحي الى الاعلى, لذا سيكون مطلب التحكم في نفقات قطاع الرعاية الصحية امرا حاسما لضمان قدرة الجزائر لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان[12] ففي سنة 2016 على سبيل المثال نرى ان الانفاق على القطاع العام يصل الى5.9% اما بالنسبة الى الانفاق القطاع الخاص يصل الى 2.1% و بالتالي فان اجمالي الانفاق العام يصل الى8.1%. اما في سنة 2017 فنرى ان الانفاق على القطاع العام يصل الى 6.3%وفي القطاع الخاص يصل الى 2.2%وبالتالي فان اجمالي الانفاق يصل الى 8.57% و هذا بالنسبة الى الناتج الاجمالي الخام للبلد(PIB) [13] فمن خلال هذه الاحصائيات نرى ان النفقات على القطاع الصحي في ارتفاع تدريجي رغم أنه لم يصل الى مستوى انفاق سنة 2012.

9حميدة بن حليمة، مرجع سابق ذكره، ص08.

10 وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات .audit 2013

تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ديسمبر 112015

12 معزوز نشيدة، دور الرعاية الصحية الاولية في تخفيض الانفاق الصحي في الجزائر، جامعة البليدة، ص 398.

13 تاريخ الاطلاع 2018/02/12 , perspective.usherbooke.ca.

ان ما يلاحظبرغم زيادة النفقات التي توجه الي مختلف الهياكل الصحية،أن هناك اختلال في توزيع هذه الموارد وأن المسؤولينيعتمدون على الانفاق أكثر ما يعتمدون على التدبيروأن هناك غياب التحكم في النفقات المتعلقة بتكاليف المصالح والانشطة الطبية مما جعل من محاسبة المستشفى محاسبةغير يقينية.

ج. تحديات متعلقة بالسلطة.

توجد تعاريف كثيرة فيما يخص السلطة و التي نذكر منها[14]:

_ تعرف السلطةAuthorityy على انها: " القوة القانونية او الشرعية التي تمنح الحق للرؤساء في اصدار الاوامر للمرؤوسين, و الحصول على امتثالهم للقرات و تنفيذ الاعمال المكلفين بها" فالسلطة هي اصدار الفرد لقرارات توجه أعمال و أفعال فرد آخر, فعلاقته السلطة تؤكد ان مايصدر شخص من القرارات و يقوم بنقلها, متوقعا ان هذه القرارات و الأوامر سوف تحظى بالقبول من شخص لآخر, و بالطبع فان الشخص الاخر يتوقع هذه الاوامر و يحدد سلوكه وفقا لها.

اما في مايخص السلطة في المستشفى فهي ترتكز على القيام بعدة انشطة لتحقيق اهدافها و ضمان السير الحسن لمصالحها, و يقتضي هذا وجود هيئة ادارية تتركز على هذه السلطة, و هناك رئيس لهذه الهيئة الادارية, و الذي قد يكون مديرا عاما او مديرا, حسب حجم و نوعية نشاط المؤسسة. وهو يتمتع بهذه السلطة التي يستمدها من الوظيفة التي يشغلها ومن المكانة التي يحتلها في المؤسسة، حيث تخول له الحق في التصرف والتوجيه، واتخاد القرارات.لكن ما يشهده واقعنا الان هو عكس جميع هذه المفاهيم حيث نجد ظواهر مختلفة والتي نجدهاأكثر انتشارا في الوقت الحالي هي سلطة الاطباء حيث نجد هؤلاء غير متواجدين في الميدان في الاوقات الضرورية والتي يجب ان يكونوا متواجدين فيها، فهم يعملون وفق اوامرهم ووفق العلاقات الاجتماعية ايضا فكما ذكر فيأحد المقالات "**اوامر الاطباء تعلن نقوص الخطر**" وهذا ما يؤدي بالنظام الصحي الى مرحلة العجز في تقديم العلاج للمجتمع[15].

لعله من نافلة القول أن نشير في هذا المقام، بأن سلطة المدير في المجلس الإداري وفق التنظيم المستحدث منذ 2007الى يومنا هذا لا ترق الى مستويات المسؤولية من خلال كونه لا يمثل إلا أمينا للجلسة!

د. تحديات متعلقة بقانون الصحة.

تعلن منظمة العفو الدولية ان مشروع القانون الجديد المتعلق بالصحة يتضمن بعض التعديلات التي تستحق الترحيب, الا انه لا يفي بالمتطلبات الكافية لحماية الحق في الصحة. و اضافت المنظمة انه يجب على الحكومة الجزائرية تعديل مشروع القانون بما يكفل احترام و حماية, و اعمال جميع جوانب الحق في الصحة قبل عرضه للمداولة في المجلس الشعبي الوطني.

14تاريخ الاطلاع 2018/02/17, revues.univ-ouargla.dz.

15تاريخ الاطلاع 2018/02/10، تاريخ النشر 2017/10/17 le soirdalgerie.com.

و من المتوقع ايضا ان يصدر "مقرر الامم المتحدة الخاص المعني بحق كل انسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية و العقلية"(**المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة**), تقريره عن الجزائر في عام2016, و ذلك بمناسبة اجتماع مجلس حقوق الانسان بالأمم المتحدة.

ان مجلس الوزراء الجزائري بعد مايزيد عن **26 عاما** من اخر تعديل للتشريع الخاص بالصحة, قد اقر مشروع القانون المتعلق بالصحة الذي أعلنت عنه وزارة الصحة و اصلاح المستشفيات في ماي2017 والذي ما فتئ يراوح مكانه بعد عدة تأجيلات.

في الوقت الحالي ينظم الحق في الصحة و الحصول على الرعاية الصحية بموجب القانون رقم **05-85** المؤرخ في **16 فيفري1985** المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها, و الذي عدل في عام **1990** و لم يعدل هذا القانون منذ ذلك الحين, حتى و لو كانت الحكومة قد اعلنت احيانا عن عزمها مراجعة الاطار القانوني الحالي. وقد قال وزير الصحة السابق عبد المالك بوضياف ان الهدف من مشروع القانون هو تحديث المنظومة الصحية للبلاد[16]. فنجد ان مشروع القانون الجديد يسعى الى ادخال بعض التحسينات وهذا فيما يتعلق بمبدأ المساواة في الحصول على الرعاية الصحية وعدم التمييز،ومبدأ الموافقة الواعية في الاجراءات الطبية،والوقاية منالامراض،وصحة المراهقين، بالإضافة الى وضع أسس لا جراء عمليات الاجهاض بشكل قانوني،وبالرغم من كل هذه التعديلات اضافة الى تعديلات اخرى نرى انه لم يفصلفيتطبيقها داخل الهياكل الصحية المتواجدة في مختلف الولايات.

ثانيا. تحديات الأمراض ومظاهر البيئة الصحية

مع كل التحدياتالتي يواجهها النظام الصحي بكامله، يجب ان يكون هناك تسيير فعال لمختلف الوضعياتوهذا لمواجهة مختلف الظروف المتوقعة او الفجائية.

سنتطرق في هذا المقام واقع مظاهر البيئة الصحية كالتالي[17]:

- الامراض المزمنة:

ان التحول الذي تعرفه الجزائر من حيث نوع المرض حيث تم الانتقال من مرحلة سادت فيها الامراض المتنقلة الى مرحلة تسود فيها الامراض المزمنة، حتم على الحكومة وفي مقدمتها وزارة الصحة على ضرورة العمل حتى يمكنها التكيف مع هذا الوضع حيث نجد ازدياد عدد الحلات هذه الامراض والمتمثلة في مرض السكري ومرض السرطان بالإضافة الى امراض القلب والشرايين. فهذا الارتفاع في نسبة الامراض المزمنة لا تنبؤ الا بالأسواء في التأثير على النمو الطبيعي لحالة السكان وتزيد منأعباء الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة الى قطاع الصحة.

- الامراض المتنقلة:

16التاريخ 2017/06/02، منظمة العفو الدولية، بيان للتداول العام، رقم الوثيقة 28/6390/2017.

17 مرجع سابق ذكره, واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات, ص 7.

تعتبر امراض التهاب الكبد،التيفويد،الليشمانيوز، الحصبة ومرض السل الاكثر انتشار،والتي ساهمت بشكل كبير في زيادة الوفيات لدى شريحة الاطفال خصوصا في عام 2010/2009 الى جانب نقص الامكانيات خاصة في عدد الاطباء وكثرة الاخطاء الطبية اين تم اللجوء الى التعاون الخارجي.

- عودة أمراض وأوبئة الفقر: ان الأخبار المتسارعة[18] ما فتأت تطالعنا بعودة أمراض الفقر واعتماد مخططات صحية استعجالية من طرف القائمين على الصحة العمومية ولعل آخرهاالجرب (1026 حالة ظهور القمل بتلاميذ المؤسسات التربوية بولاية البويرة) وتضاعف عدد الإصابات بالبوحمرون الى 600 حالة في أسبوع في 5 ولايات (الجلفة، ورقلة، تيارت، اليزي، الوادي) تعاني من انتشار عير مسبوق لداء الحصبة والبوحمرون اذ تضاعفت الإصابات من 295 حالة الى 600 في ظرف أسبوع فقط وتسجيل 10 وفيات في ظرف 3 أسابيع وهذ ما يفسر اختلالات في أنظمة التلقيح ونقص في الكفاءة التقنية كهدف وسيط للمنظومة الصحية الوطنية .
- الوضعية الديمغرافية:

بينت الاحصائيات المتعلقة بالجزائرأن نسبة تمركز السكان في المنطقة الشمالية من الوطن وصلت الى 63.9% اما فيما يخص المناطق الريفية فان نسبة تمركز السكان في انخفاض تدريجي مع مرور السنوات[19]. وبهذا فان ظاهرة الهجرة الداخلية تمثل متغيرا يؤثر تأثيرا واضحاومباشرا في توزيع السكان والحصول على العلاج.

إذا كانت الصحة حق من حقوق الانسان، فلا يجب أن تتفاوت في وصول المرضى والنساء الحوامل الى مراكز العلاج في المناطق النائية.

القسم التطبيقي:

قصد اسقاط الجانب النظري على الجانب التطبيقي وقصد الوقوف على التنظيم الصحي، أخذنا ولاية تلمسان مثالا لمعرفة ما آل اليه واقع الصحة والتغطية الصحية (الهياكل المتواجدة، عدد الاطباء، الوقاية من مختلف الامراض ....)ومعرفة مختلف التحديات التي تواجها الهياكل الصحية المتواجدة.

1. التنظيم الصحي:

بالنظر الى الخريطة الصحية لولاية تلمسان، نجد البيانات التالية:

الجدول رقم(01): تقديم القطاع الصحي ولاية –تلمسان–

CHU المركز الاستشفائي الجامعي	TLEMCEN تلمسان	899 Lits
المؤسسات الاستشفائية العمومية	GHAZAOUET غزوات	232 Lits
	MAGHNIA مغنية	264 Lits
	MADROMA ندرومة	140 Lits

18 الصحف الوطنية الصادرة بتاريخ 4مارس2018(الخبر، المسار، النهار، الشروق ...)

19 تاريخ النشر 2010/05/18، djazairess.com

05 EPH	SEBDOU سبدو		232 Lits
	REMCHI الرمشي		120 Lits
01 EHS المؤسسات الاستشفائية المتخصصة	Mere et enfant TLEMCEN مؤسسة الأم والطفل		204 Lits
Total المجموع			2730 Lits
EPSP المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	Polyclinique العيادات المتعددة الخدمات	Salles de soins قاعات العلاج	Maternités مراكز الولادات
07	39	282	19
Secteur privéالقطاع الخاص			
05 centres d'hémodialyses 05 مراكز أمراض الكلى	11 Unites de transport sanitaire 11 وحدات النقل الصحي	01 Clinique أمراض العيون d'ophtalmologie 01 Clinique جراحة dentaire الأسنان	07 Etablissements Hospitalier Privé Nbr de lits 192 المؤسسات الخاصة ب 192 سرير

من خلال هذا الجدول يلاحظ ان القطاع الصحي لولايةتلمسانيتوزع على معظم البلديات،وبهذا فان هياكل الصحةمتاحة،فضلا عن احتمال استقبال هياكل أخرى خلال سنة 2018 ويتم توضيح هذه الاخيرة في الجدول التالي:

الجدول رقم(02): الهياكل التي ستستقبل سنة2018

Structures الهياكل	**Opération العمليات**	**Localité المنطقة**	**Capacité en lits طاقة الاستيعاب**
Hôpitaux المستشفيات	Etude et réalisation d'un hôpital de 60 lits à Marsa Ben Mhidi	MARSA BEN MHIDI	60 Lits
Hôpitaux spécialisés المستشفيات المتخصصة	Réalisation d'un centre anti cancer de 120 lits à Tlemcen	CHETOUANE	120 lits
	Réalisation et équipement d'un Bloc opératoire pour le Centre de chirurgie infantile au profit du complexe mère et enfant à Tlemcen	TLEMCEN	40 lits
Polyclinique العيادات المتعددة الخدمات	Réalisation de 02 centres de de santé à Bouihi Et El Aricha	BOUIHI	10 lits
	Etude. réalisation et équipement de 03 centres de santés à Maghnia (Ouest) Ghazaouet (Sidi amar) souani	SOUANI	10 lits
	Réalisation de 05 polycliniques à SEBRA, Fellaoucène, Souahlia, Tlemcen (Koudia) et Sebdou	SEBRA SOUAHLIA KOUDIA	10 lits
	Etude. réalisation et équipement de 03 centres de santés à Maghnia (Ouest)	SIDI SNOUSI	10 lits

	Ghazaouet (Sidi amar) Souani		
	Etude et réalisation de 04 polycliniques à Sidi Snouci, Beni Ouarssous, Amieur et Beni Mester	BENI MESTER	10 lits
UMC **وحدات الاستعجالات الطبية**	Etude et réalisation et équipement de 04 unités chirurgicales à : Tlemcen, Maghnia, Ghazaouet et Sebdou	GHAZAOUET	60 lits
		SEBDOU	60 lits
		NEDROMA	60 lits

تأسيسا على المعطيات الواردة في الجداول أعلاه، سنحاول أن نتطرق الى دراسة بعضا من التحديات التي سوف نتوقف على ذكرها على سبيل المثال وليس الحصر (الهياكل، الموارد البشرية، احتياجات التكوين، بيئة الأمراض، التكفل الصحي، خط الانتظار)

1. التحديات المتعلقة بالتنظيم:

لمعرفة طبيعة التحدي القائم، يتبادر الى ذهننا فيما إذا كان الاحتياج الى الهياكل أم الى الموارد؟

بالعودة الى الهياكل ومقارنتها بحجم النشاطات المتمثل في:

حصيلة النشاطات موقوفة الى غاية 30 سبتمبر 2017

Etablissements	Consultations		Actes dentaires			Actes radio	Actes labo	Urgences médicales et chirurgicales	Actes opératoires	Soins Infirmiers
	Spécialisées	**Générales**	**Extractions**	**Soins**	**Consultations**					
C.H.U Tlemcen	128808	0	8784	8225	11956	99410	874778	79525	5446	43528
E.H.S (mère-enfant)	69378	0	0	0	0	22924	166663	53189	5493	218377
E.P.H Ghazaouet	17000	4439	972	81	901	20675	38112	34508	1296	129737
E.P.H Nedroma	7878	39060	0	0	0	10374	54879	2501	723	21118
E.P.H Maghnia	33423	21673	194	196	1182	26590	100785	85508	1741	80423
E.P.H Sebdou	15898	40969	1012	262	823	12778	43221	28494	1785	150588
E.P.H Remchi	6504	7101	1015	464	851	2096	7627	0	166	4681
E.P.S.P Tlemcen	37799	420237	27189	5986	23551	43793	198873	91453	0	389760
E.P.S.P Remchi	13792	166336	27770	8484	41934	44979	123697	93179	0	274396
E.P.S.P Ghazaouet	12309	181223	15791	4122	6664	15387	138352	9409	0	174094
E.P.S.P Maghnia	17370	120941	9425	2355	22638	10549	58231	65540	0	110071
E.P.S.P Bab El Assa	630	105576	6891	5429	7072	6170	30242	36806	0	101035
E.P.S.P Sebdou	13430	145872	8881	778	5451	14133	32719	10091	0	136747
E.P.S.P Ouled Mimoun	3848	159960	15982	1750	5913	21765	78330	50508	0	131175
Total	378067	1413387	123906	38132	128936	351623	1946509	640711	16650	1965730

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان 2017

أثناء تفحص الاحصائيات المقدمة يلاحظ أن التغطية الصحية لا تحتاج الى هياكل باعتبار أن معدل استغلال الأسرة لمختلف الهياكل لا يرق الى النسبة الطلوبة في استغلال الهياكل باستثناء المركز الاستشفائي الجامعي CHUو المؤسسة الاستشفائية المتخصصة EHS

من بين العناصر الأخرى كيفية توزيع الممارسين الطبيين حيثيعرف هؤلاءتوزيعامتذبذبا واضحا من ناحية المناطق او من ناحية القطاع فالجدول التالي يوضح عدد الاطباء المتواجدون في القطاع العام والخاص.

جدولرقم(02): مؤشرات الموارد البشرية

السلك	قطاع عام		قطاع عام+خاص	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
اطباء اخصائيون	708	1/1515	1111	1/966
اطباء عامون	798	1/1344	1075	1/998
جراحي الاسنان	258	1/4158	475	1/2347
صيادلة	59	1/18184	484	1/2216
شبه طبيون	3425	1/313	3616	1/297

من خلال الجدول، يتضح أن القطاع الخاص يشهد تصاعدا ملحوظا في عدد الاطباء مقارنة بالقطاع العام على الرغم من المكانة التي يحتلها هذا القطاع، اذ أصبح القطاع الخاص ينافس القطاع العام بدل أن يكون مكملا لهويستقطب مختلف القدرات البشرية والكفاءات الطبية.

_ من بين تحديات التنظيم ايضا نجد انه العديد من الهياكل الصحية تعاني من ظاهرة الانتظار ولعلنا نستدلبظاهرة الانتظار فيما يخص امراض الكلى:

جدول رقم(03): نشاطات غسيل الكلى في 2017/09/30

Etablissement	Nombre degénérateur	Nombre de malades	Nombre de malades en attente
CHU Tlemcen	18	54	788
EPH Maghnia	15	76	8
EPH Sebdou	16	40	8
EPH Ghazaouet	11	33	3
S/T Public	60	203	807
Renadial1	19	92	0
Renadial2	18	105	0
Mansourah	17	100	0
Chap. Hamel	20	74	0
Clinique Tabet	23	84	0
Clinique ibn Sina	15	67	0
Centre Hémodialyse Takwa	12	25	0
S/T Privé	124	547	0
Total Général	184	750	788

من الجدول اعلاه نلاحظ ان صفوف الانتظار في القطاع العام اي في الهياكل الاستشفائية العامة يصل عدد المرضى الى 807 مريض و هو عدد كبير مقارنة بالقطاع الخاص الذي لا توجد فيه قائمة المرضى الذين ينتظرون.

2.التحديات المتعلقة بالتكوين:

يتم توضيح التخصصات التي هي معنية بالتكوينات خلال السنوات القادمة في الجدول التالي:

جدول رقم(04): التكوين

Spécialités	Années						Total
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Sages-femmes	29	17	22	20	30	30	265
Infirmiers de santé P	40	95	80	50	0	0	265
Laborantins	21	10	10	10	0	0	51
Manipulateurs Rx	40	25	25	10	0	0	100
kinésithérapeutes	5	8	10	7	0	0	30
Assistants sociale	0	2	2	2	0	0	6
Assistants Med	0	8	3	3	0	0	14
Préparateurs en ph	0	30	0	20	0	0	50
Diététiciens	0	5	5	0	0	0	10
Ergothérapeutes	0	0	2	0	0	0	2
Appareilleursorthopédistes	0	0	1	0	0	0	1
Hygiénistes	0	0	5	3	0	0	8
AMAR	26	19	0	0	0	0	45
Aides-soignants	261	150	150	0	0	0	411
Total	422	369	315	125	30	30	1141

نلاحظ من الجدول اعلاه ان معظم برامج التكوينات تستهدف مساعدي التمريض بالدرجة الاولى وهذ لعدم وجود تخطيط وتقدير للاحتياجات من التكوين في هذا السلك على مستوى مؤسسات التكوين شبه الطبي،ثم تأتي في المرتبة الثانية من حيث الاحتياج المعبر عنه، برامج التكوين الموجهة للقابلات مع عدم تقديم اي برنامج تكوين لباقي التخصصات.

3.تحديات متعلقة بالتمويل:

فيما يخص جانب النفقات نجد مبالغ كبيرة تنفق على مختلف الهياكل الصحية.

الجدول رقم(05): ميزانية مختلف الهياكل الصحية سنة-2017-

السنة	المبلغ المفتوح	عنوان 1	%	عنوان 2	%	مواد صيدلانية	%
		نفقات المستخدمين		نفقات التجهيز			

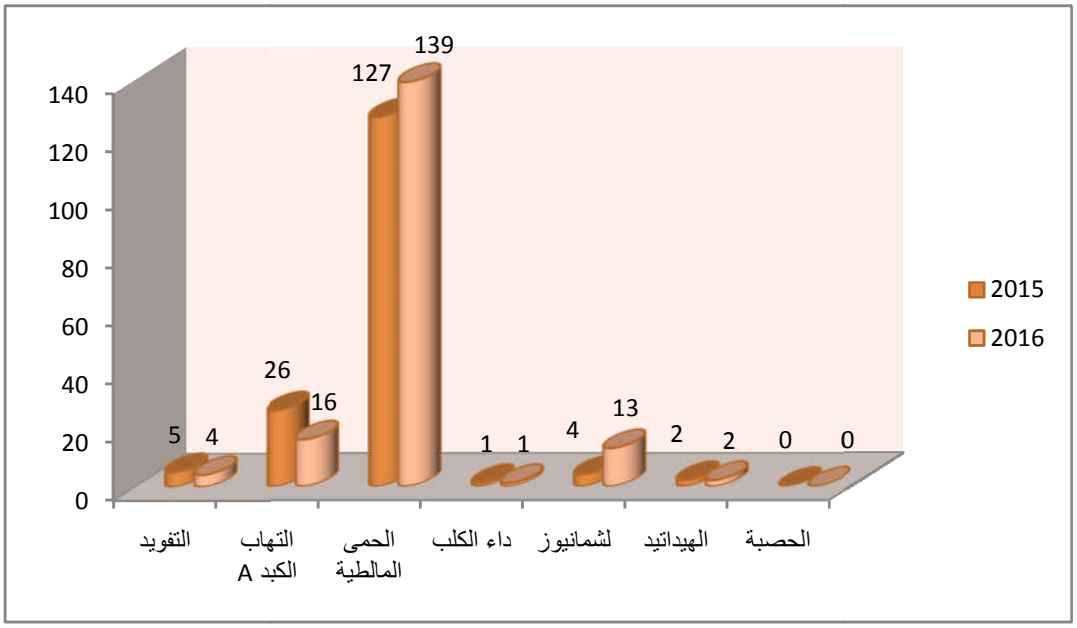
2017	7 662 555 000,00	6 248 000 000,00	81,53	1 414 555 000,00	18,46	580 000 000,00	41,00

نلاحظ من خلال الجدول السابق ان أكبرمبلغ تم انفاقه هو المبلغ الموجه للقوى العاملة بنسبة 81% مع العلم ان مجموع العمال في قطاع الصحة على مستوى الولاية حسب الرتبة هو **8436** عوناوفي المرتبة الثانية نجد ايضا ان مستوى الانفاق على المواد الصيدلانية يمثلما نسبته41%وهذا مقارنة بنفقات التجهيز التي تشكل حول 18.46%.

كل هذه العمليات والاجراءات التي تتخذ على مستوى الهياكل الصحية بهدف التصدي لمختلف الظروف الخارجية التي يجب على الهياكل الصحية ان تتعامل معها ويتم توضيح هذه الظروف الخارجية فيمايلي:

1.الامراض المزمنة:

شكل رقم (01): شكل يوضح انتشار الامراض المتنقلة

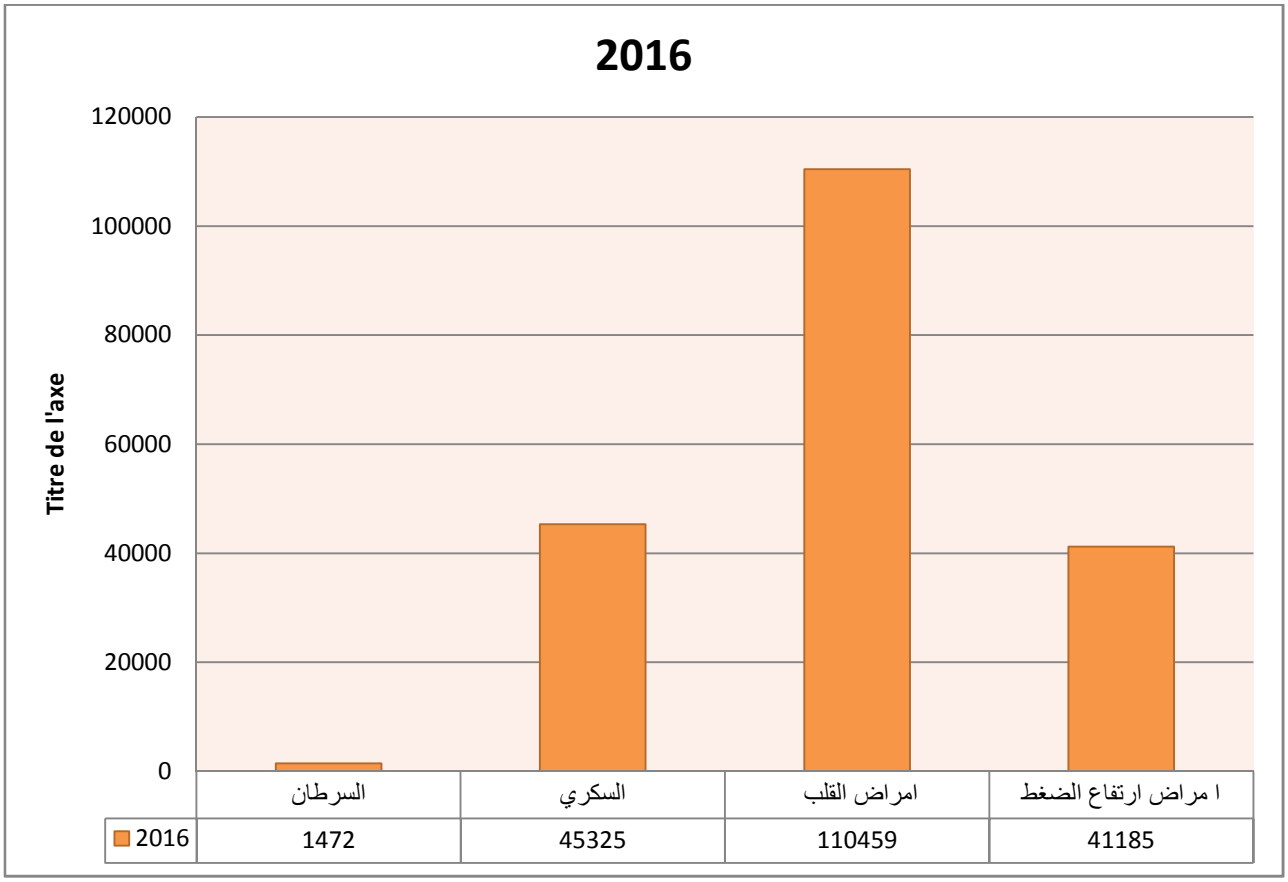


ما يلاحظ من خلال الشكل ان مرض الحصبة قد تم القضاء عليه تلقائيا،وهذا راجع الى مختلف البرامج التلقيح التي قامت بها وزارة الصحة، في المقابل نرى ان مرض الحمى المالطية خلال سنة 2015 و2016 تشهد حالات كثيرة لهذا المرض هذا الأخير الذي يحدث نتيجة الاصابة بجراثيم البروسيلوزوهي من الامراض المشتركة بين الانسان والحيوان اذ تحدث الاصابة عند الانسان بعد انتقال الجراثيم اليه من الحيوان.

2.الامراض المزمنة:

اضافة الى الامراض المتنقلة نجد ايضا الامراض المزمنة و التي تلعب دور هام هي الثانية في وقتنا الحالي و هذا من خلال الكم الهائل من الحالات التي تم الاعلان عنها و يتم توضيح احصائيات سنة 2016 لولاية –تلمسان– في الشكل التالي:

الشكل رقم(02): شكل يوضح الامراض المزمنة لولاية–تلمسان–



مايلاحظ من خلال هذا الشكل ان أكبر تحديات الصحة في ولاية تلمسان حالات الامراض المزمنة حسب احصائيات سنة 2016 وهي امراض القلب والاوعية الدمويةبالإضافة الى مرض السكري الذي يحتل المرتبة الثانية ويليه امراض ارتفاع الضغط فهذه الاحصائيات لا تنبؤ بالخير وهذا مجرد حال ولاية واحدة من بين 48 ولاية اخرى وبالتالي فسيكون هناك تأثير على الاقتصاد الوطني.

في الاخير بعد القيام بتحليل ما تم ذكره نصل الى أن خلل القطاع الصحي في الجزائر لا يتمثل في مشكل الهياكل بحد ذاتها وانما في كيفية تدبير الموارد والهياكل في حد ذاتها، ومن خلال دراستنا هذه نقوم باقتراح بعضا من الحول والتوصيات التي من الممكن ان نرى من السهولة بمكان تطبيقها على ارض الواقع.

نتائج الدراسة:

- ✓ بناء على نتائج الدراسة التيتم التطرق اليها في هذه الورقة البحثية، يتعين على الإدارة العليا في الصحة، التركيز اولا على التأطير البشري المتخصص في تسيير المستشفيات لأجل الاهتمام أكثر بجانب التكفل الصحي وجوانب التسييروالتنظيم وتبني ثقافة الاشراف التي تسمح لهم بمواجهة تحديات النظام الصحي، بحيث يجب التأكيد أن الصحة ليس مجرد انعدام وجود المرض أو العجز.
- ✓ محاولة احتواء مختلف التكاليف وان يكون هناك ترشيد في الانفاق يغطي مكونات النظام الصحي ككل.

- ✓ وضع سياسة صحية شاملة تحقق الأهداف الرئيسية من تحسين الوضع الصحي، الحماية المادية-بحيث لا يجب أن تؤثر نفقات الصحة على مستوى معيشة المواطن ووضعه الاقتصادي-ورضا المنتفعين من القطاع الصحي بالاستجابة وتعريف احتياجات وتوقع المريض من ضبط للمواعيد الطبية وتقليص خطوط الانتظار والنظر في الشكاوى ونظافة المرافق وتحسين المعاملات.
- ✓ تمويل الصحة بما يتناسب حقيقة الانفاق الصحي مع موارد الأسرة.
- ✓ التحكم في الكفاءة التقنية والكفاءة التوزيعية كهدف وسيط من خلال استغلال الموارد دون التقليل من الجودة، إعادة النظر في الأعداد الزائدة في تخصصات معينة ونقص في تخصصات أخرى والحال كذلك بالنسبة لبقية الموظفين ولكمية الأدوية الزائدة أو انتاج أو استيراد أدوية غير ضرورية التي تعتبر هدرا للمال العام.

الخاتمة:

نستنتج من خلال هذه الورقة البحثية ان القطاع الصحي في الجزائر يواجه العديد من أزمات الموارد وكذا تدبيرها، منها الحصول على الدعم و الثقة بغية تنفيذ السياسة الصحية و رصدها و تقييمها، و لعل تقارير عمليات التدقيق التي قامت بها الجهات القائمة على شؤون الصحة في مختلف مؤتمراتهابمحاولة الإجابة على التساؤلات سيما المتعلقة بتذمر وسخط الموطنين من خدمات الصحة بما فيهم تذمر ممتهني الصحة بمختلف أسلاكهم و حتى السلطات العمومية التي لم تستقر بعد في تعيين المسؤولين على مستوى هرم قطاع الصحة و ترددها في سن قانون الصحة الذي لم يتغير منذ 1985 ، ما يثبت لنا بما لا يدع مجالا للشك في مبررات إعادة النظر كليا في تصميم سياسة صحية تأخذ بصفة جدية

1. تحديد المشكلة وتعريفها،
2. تصميم سياسة تقنية فعالة تواجه المشكلة،
3. الحصول على الدعم والموافقة من خلال إطار مقابض التحكم في التمويل، التنظيم، القانون، الاقناع،الدفع، لمقدمي ومتلقي الخدمات،
4. تنفيذ السياسة الصحية المتفق عليها في أرض الواقع،
5. رصد السياسة وتقييمها دوريا.

المراجع والاحالات:

[1] حميدة بن حليمة،**الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر، النظامالتعاقدي**، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة ادارة الصحة، المدرسة الوطنية، افريل 2006,ص 5.

[2]سعيدان رشيد و اخرون،**واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات**، مجلة البشائر الاقتصادية،الجزائر، العدد01, 2014,ص 03.

3.مهدي حسن زويلف،**ادارة الافراد مدخل كمي**، دار مجدي لاوي،الاردن، ط3,ص188.

4.زهير ثابت،**تقييم اداء الشركات و الافراد**، دار قبيار، القاهرة,2001,ص15.

5.زهرة خلالفة و اخرون،**تأثير ادارة التغيير على جودة الخدمات في المؤسسات الصحية**، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر، جامعة تبسة، السنة الدراسية2016,ص16.

6.بودوح غنية،**استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحيةواداء الموارد البشرية**،اطروحة دكتوراه، جامعةبسكرة، السنة الدراسية2013، ص149.

7.حميدة بن حليمة، مرجع سابق ذكره، ص08.

9.معزوز نشيدة، **دور الرعاية الصحية الاولية في تخفيض الانفاق الصحي في الجزائر**، جامعة البليدة، ص 398.

10.مرجع سابق ذكره،**واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات**، ص 7.

مواقع الانترنت:

1..**M_ quality**.**net**

2.**perspective**.**usherbooke**.**ca**.

3.**revues**.**univ-ouargla**.**dz**.

4.**djazairess**.**co**.