فعالية الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر بين الواقع و المأمول

د. جدي عبد الحليم د. محصول نعمان
جامعة 8 ماي 1945 قالمةجامعة محمد الصديق بن يحي جيجل
h.djeddi@yahoo.frmehassouel_naamane@yahoo.fr

ملخص:

يؤثرالوضعالصحيللمجتمعوبشكلمباشروبينعلى معدلاتالنموالاقتصادي في الدولذلك أنالقدراتالعضليةوالذهنيةللعاملتساعده في عملهوبالتاليتحفيزالإنتاج أو تعطبله إن كانت ليست بخير،ومنثمتساعدهاعلىرفعالإنتاجيةأوتتسببفيانخفاضها .ولضمانذلكفإنالبلدانتتحملنفقاتكبيرة و مكلفة من حيثالثمنومتزايدةمنأجلترقية الموارد البشريةوتنمية صحياوبالتاليزيادةالناتجالوطني الكلي،وهذاماجعلالاستثمارفيمجالالصحةله أولوية كبيرةلدىحكوماتالبلدان.

الكلمات المفتاح: الصحة، الانفاق الصحي، تمويل الصحة، اقتصاد الصحة.

Abstract:

The healthstatus of the society directly affects economicgrowth rates in countries. The muscular and mental abilities of the worker help him in hiswork and thusstimulate production or disruptions if they are not good and thus help them to raiseproductivity or cause theirdecline. To ensurethis, countries bear large, expensive and increasingcosts for humanresourcesupgrading, healthdevelopment and thus an increase in overall national output, makinginvestment in health a high priority for the Governments of countries.**Keywords**: health, healthspending, healthfinancing, healtheconomics.

مقدمة:

يرتبط الإنفاق الصحى بالسياسة العامة للدولة. فمصادر تمويل الخدمات الصحية تبدأ بالإنفاق الحكومى، كما تشمل بشكل ثانوى كل من التمويل الخيرى و كذا القطاع الخاص. الذي ينتشرفقط فى الرعاية الصحية الأولية والعياداتالخارجية، أما فيما يتجاوز ذلك من فحوص وعلاج بالمستشفيات، فهو مكلف جدا ولا يقدر عليه سوى قلة من المجتمع، والنوع الرئيسى من التمويل هو التمويل المجتمعى من خلال التأمين الصحى، فهو نوع تكافلى من التمويل، إذ يدفع المواطن متوسط التكلفة التى تكفى، مدعمة بتضامن المنتفعين.

وتهدف هذه الدراسة لدراسة التغيرات فالسياسة الصحية واقتصاديات الصحة، حيثشهدتالسنواتالأخيرةمنحياةالمجتمعالجزائريبعضالنموواالانجازاتفيميادينعديدةبمافيذلكتحسينصحةالناسفقدشهدناانجازاتهام ةفيمجالتخفيضمعدلاتالوفياتوسوءالتغذيةلدىالأطفالوتمكينالناسمنالوصولالىالمياهالعذبةوالسكنالائقوغيرها . كماشهدناإحرازكبيرفيالهياكلالصحيةوالوسائلالتابعةلها، وكذاالمعنيينالعاملينفي المجالالصحيعلىمدىالعقدالماضي،خاصةمعولوجالقطاعالخاصمجالالصحةوأصبحسنداداعماجلجهودالدولةلترقيةالمستوىالصحي فيالجزائر.

لا شك أن الجزائر عملت منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج، كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا. هذه المبادئ عرفت نجاحات وبعض الاختلالات عبر المراحل المختلفة التي مرت بها البلاد، وكانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال مترديةً، حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية، وهذه الأمراض التي كانت ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من جهة، وغياب التغطية الصحية من جهة أخرى فقد كان في خدمة ل 10 ملايين نسمة بعد الاستقلال قرابة 300 طبيب، مما استوجب تحديد الأولويات والتركيز على سياسة وطنية للصحة، تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة وفيات الأطفال، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية. وقد خصصت الوسائل لتنفيذ برنامج صحيمستعجل كتكوين الأطباء، بناء الهياكل والتجهيزات، وتشجيع التمويل الطبي، و قد حقق هذا البرنامج الكثير من الأهداف.

وفي هذا الإطار، رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية، تمثلت في رسم إستراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، وتمثلت هذه الإستراتيجية في عدد من المحاور، هي الوقاية التي تعتبر

أفضل طرق العلاج، لتجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معاييره.

وبما أن سياسة التصنيع في الجزائر تعتمد على الصناعات الثقيلة التي تتطلب يدا عاملة كبيرة، وهو ما أدى إلى انتشار حوادث العمل بكثرة، واستوجب ذلك تطوير طب العمل لحماية العامل والاقتصاد في آن واحد، كما انجر عن سياسة التصنيع اتساع شبكة الطرقات وتلوث البيئة نتيجة الغازات الصناعية، بالإضافة إلى حوادث المرور والأمراض البيئية.

رغمالجهودالكبيرةالمبذولةمناجلإصلاحالمنظومةالصحيةفيالجزائر،إلاأنالإنفاقعلى الرعاية الصحيةمازاليشكلمعضلةحقيقية،ويبقىالسؤالالمطروحفيهذاالمجال **ما مدى فعالية الإنفاقعلى الرعايةالصحيةفيالجزائر؟**

أهدافالدراسة: الهدفمنهذهالدراسةهوالتشخيصالدقيقوالموضوعيلقطاعالصحة و الانفاق عليهفيالجزائروسياسةإصلاحالمنظومةالصحية

الفرضيات:

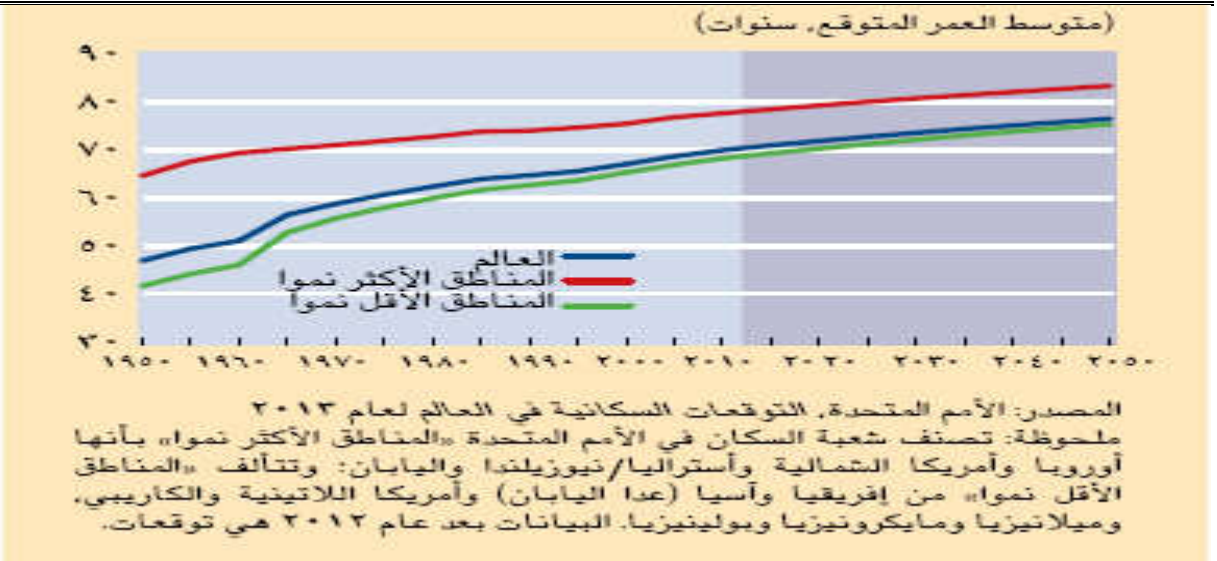
-تحسينالجودةفيتقديمالخدماتيرتكزأساساعلىمدىجودةالنظامالصحيالقائم.

-إصلاحالمنظومةالصحيةدون تحسينظروفعملالقطاعلاتؤديإلىتحقيق.

1- الإنفاقعلىالرعايةالصحيةعالميا[1]:

تعتبر صحة الإنسانأحدأشكالرأسالمالالبشريالذييمكناستخدامهبشكلأفضل،مثلها مثلالمعرفةوالمهاراتو التقنية،ف

الصحةتمثلعاملاأساسيالقيمةالعمل،خاصةلقدرةالأفرادوالأسرعلىالنهوضبمستوياتتمتلكهمعظمالشعوبالفقيرة،فإماالمعيشيةأو إبقائهافوقخطالفقر.منأوضحمؤشراتالتقدمفيالرعايةالصحيةالزيادةالحادةالتيتحققتفيأعمارالمواطنين،فعلىمدارالعقودالستةالما ضية،زادمتوسطالعمرالمتوقععالميابأكثرمن 23 عاماومنالمتوقعطبقاالتوقعات " شعبةالسكانفيالأممالمتحدة " أنيزدادقرابة 07 أعوامأخربحلولعام 2050 .



منذعام 2010 ،تباطأنموالإنفاقالعامعلىالرعايةالصحية عالميا،بحيثيشملالإنفاقالعامعلى الصحةمصروفاتالخدماتالمقدمةفيالمستشفياتالخاصةوالمرافقالصحيةالحكوميةومصروفات التأمينالعامعلىالصحة،والشكلالمواليبينسبةالإنفاقالعامعلىالرعايةالصحية كنسبةمئويةمن إجماليالناتجالمحلي.

2- واقع التنمية الصحية في الجزائر:

إذاكانالدخلالوطنييعدمؤشرامباشراللوقوفعلىماتحققمنتنميةاقتصاديةلبلدما،فإنالأمريختلفتماماًبالنسبةللتنميةالصحية .

ذلكأنالتغيراتالتييعرفهاالمحيط،التطورالاقتصاديوالاجتماعيوالثقافيللمجتمع،والاهتمامالمتزايدللسكانبالصحة،إضافةإلىطبيعة الخدمةالصحيةباعتبارهاتمثلأساساخدمةاجتماعيةكلهاعبارةعنعواملأدتإلىوجودتساؤلاتحولواقعوأهميةالتنميةالصحية . فلايوجدهناكاختلافحولمبدأالرفعمنمستوىالتنميةالصحيةولكنالاختلافيكمنحولالأهدافالمرتبطة بهاوالأساليبالمستعملةفيتحقيقهاوتقييمها[2].

2- 1- السياسة الصحية من 1962 إلى 1965: تميزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة، بمحدودية في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر، كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية حيث تمركز النظام الصحي غداة الاستقلال في كبريات المدن خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، إلى جانب مراكز الطب المدرسي النفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى، هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب جلهم من الاجانب ولقد

عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف الستينيات وما بعدها، تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية، لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد،فقبل سنة 1965، لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا؛ منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيبا واحدا لكل 8092 نسمة، و264 صيدليا؛ أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان، فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة، أما من حيث الهياكل القاعدية، فقد كان هناك عجز كبير، حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962،

2-2- مرحلة 1965 – 1979:تميزت هذه الفترةبإعادة بعث نشاط المعهد الوطني للصحةالعموميةسنة 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة عام 1966، حيث بدأت الأمور في التحسن من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي1967 و1969. وما ميّز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية العلاج الأولي، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي. والهدف من هذه الهياكل القاعدية، هو قبل كل شيء الوقاية، نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974، وميز هذه المرحلة التاريخية كذلك، بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969 -1970، التلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية، وذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية. كما ضمت هذه المقاييس مكافحة مرض الرمد، والإعلان عنه إجباريا، بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية.

أصبح العلاج مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك. بموجب القرار السياسي الخاص بالطب المجاني في جميع القطاعات الصحية، وبالموازاة مع هذا، توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه، وتبع هذا الإصلاح قرار وزاري مشترك صادر في جانفي 1974، تم بموجبه تحويل هياكل التعاضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة[3].

كما تميز النظام الصحي في نهاية هذه المرحلة (1979) إلى حد ما بلامركزية حقيقية للعلاج، وإيصال واسع للعلاج للمواطن، وهذا بواسطة تدعيم القطاع الصحي في كل من الدائرة والولاية، والوقاية من الأمراض بالمناطق

الريفية مع التكفل بالاستشفاء. وحتى يقوم القطاع الصحي من خلال المستشفى بالمهام المنوطة به، تم اقتراح ما يسمى بالقطاعات الصحية الفرعية، والتي تعد العيادة متعددة الخدمات المقر التقني الإداري لها. وبدأت ثمار إصلاح العلوم الطبية وإعادة ترتيب التكوين شبه الطبي، تظهر بوضوح، حيث لوحظ ارتفاع محسوس للسلك الطبي بمختلف رتبهم (كالأستاذ والأستاذ المحاضر، الأستاذ المساعد، الطبيب المختص، والطبيب العام، بالإضافة إلى أعوان شبه الطبي. ففي هذه السنة (1979)، بلغ عدد الهيئة الطبية الجزائرية 3761 طبيبا، مقابل 2320 طبيبا أجنبيا، وهذا المجموع من الأطباء(6081) يضمنون تغطية صحية، تعادل طبيبا واحدا لكل 2960 نسمة[4].

2-3- السياسة الصحية 1979 2007: تميزت هذه المرحلة بإنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986، وهي المراكز الإستشفائية الجامعية، وفي نهاية الثمانينيات، وبدستور 23 فيفري 1989 الذي يبين تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية،و تم أيضا إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، وفي سنة 2007، أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، و قد عرفت المؤشرات الصحية تحسنا غير كاف، كما جاء في تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة ب 9.1 ٪ من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال، كانت دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة واستراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت، فيما يخص الرعاية الصحية. ومن أهم المؤشرات، نجد وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40.5 من الألف، حسب المنظمة وحسب الجزائر، فهي 35.8 من الألف، بينما بلغ معدل الحياة 74.8 سنة، في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98% ، الدفتيريا، الكزاز والسعال الديكي ب 87%، التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81 %، أما متوسط توزيع الأطباء، فنجد طبيبا واحدا تقريبا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن... فإذا كانت التغطية الطبية تقارب المتوسط العالمي على المستوى الكلي، فعلى المستوى الجزئي، نجد تفاوتا كبيرا بين الولايات والجهات، مما يترجم سوء توزيع الأطباء وعدم التحكم في التوازن الجهوي[5].

2-4 المرحلة 2007إلى بومنا هذا:شهد القطاع الصحي قفزة من حيث الكم والنوع في هذه الفترة، غير أن هناك اختلالات مازالت تعتري مجال الصحة، فقد عرفت هذه المرحلة إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية، بما فيها المستشفيات الجامعية والمؤسسات المتخصصة والمراكز الصحية، بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي والخاص فضلا عن إعادة بعث البرامج الوطنية، تحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد والتسجيل، المراقبة والتوزيع، وتخلي الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية في المجال، وقد عرف القطاع

من جانب آخر، انتقالا للوضعية الديموغرافية والوبائية للسكان، إلى تعزيز العلاج الجواري من أجل تقريب الصحة من المواطن، حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية في سنة 2007، يهدف إلى فصل مهام المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعديا أسفر عن تأسيس الطب الجواري الذي قرب العلاج من المواطن. كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية، على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل أيضا قاعات للعلاج والعيادات متعددة الخدمات. واستفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار، تم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشسفائيةوجوارية[6].

2-5 -الإختلالاتالمميزةللنظامالصحيفيالجزائر[7]:المؤسسةالإستشفائيةهيفيالحقيقةمؤسسةذاتطابعخدميتخضعفي تسييرهاإلىالمنطقالإداري، فالعلاقاتالهيكليةداخلهاموجودة،لكنالعلاقاتالوظيفيةغيرمحددةبوضوح،إذنجدتعددأجهزة التدخلفهيتشكلفيغالبالأحيانامتداداعضويللإدارةالمركزية،الأمرالذيترتبعنهعلاقة خضوععضويةمزدوجةمنخلالخضوعشبهالتاملللإدارةالمركزيةفيمايتعلقبتخطيطأعمالها و كذلكخضوعتامفيمايتعلقبمنهجيةالتسييرالمخولةلهامنقبلالتشريع،والمتعلقةبالمستخدمينوقواعدالمحاسبة وعدمالمساواةفيتوزيعالمواردالبشريةوالماديةبينجهاتالوطنوحتىداخلكلجهة،حيثنسجلفوارقكبيرةإذنجدفيالشمالطبيبلكل 800 ساكنيقابله 01 طبيبلكل1200 نسمةفيالجنوب.

لاتعانيالمنظومةالصحيةالجزائريةمنقلةالمواردالماليةوإنماسوءتسييرالمواردالماليةالمتاحةهوالذيزادمنتأزموضعيةالهياكلالصحية منأجلمواجهةالطلبالمتزايدللعلاج،هذابالإضافةإلىسوءتوزيعالمواردالماليةالمتاحة،فهيكلةالنفقاتوالإيراداتالمتعلقةبميزانيةقطاعالصحةغيرمرتبةحسبالأولويات؛غيابالتحكمفيالنفقات) أوالتحكمفيالتسيير (وعدمدقةالمعطياتالمتعلقةبتكاليفالمصالحوالنشاطاتالصحية،مماجعلمنمحاسبةالمستشفىتقريبية،غيردقيقةوغيرحقيقة،فوضعيةالمؤسساتالعموميةللصحةفيظلهذاالنظامالمعتمدللميزانيةتتميزبوضعيةالتسيير،وهومايفسرالوضعيةالتيتتميزبتراكمالديونعلىالمؤسسة العموميةوفقدانمصداقيتها.

إنأهمخللفيالمنظومةالصحيةالجزائريةهوسوءالتسيير .

هذاالعنصرناتجعننقائصفيالنظامالإعلاميالصحي،وكذاالتكوينالصحي،**بالنسبةللنقطةالأولى** :

فالنظامالإعلاميالحاليلايعطيمعلوماتكاملةعنالطبالعلاجيونوعيةالخدماتالصحيةالمتوفرةللسكان .

2- تقييم المنظومة الصحية خلال خمس عشريات من الزمن (1962-2017) [8]

2-1 .

متطلباتالتنميةالصحيةالمستدامةفيالجزائر:علىالرغممنارتفاعمعدلالأملفيالحياةلدىالجزائريين،إلاانهيبقىبعيداعنالمستوياتالمحققةمنطرفالعديدمنالدول،فالجزائرتحتلالمرتبة 84 حسبترتيبالمنظمةالعالميةللصحة .

كماأنالتحسنفيمعدلالأملفيالحياةلنيغطيعلىالانتشارالواسعللأمراضالمتفشيةفيا • تمعالجزائريسواءكانتمتنقلةأوغيرمتنقلة .
فأمراضالسكريوارتفاعضغطالدموالسرطانلاتزالتمثلأهمأسبابالوفاةفيالجزائر .
وبالنظرللتنميةالصحيةالوطنيةحسبالمنظمةالعالميةللصحة،نجدهامتدنية،فالجزائرتحتلالمرتبة 45 حسبالمستوىالصحيوالمرتبة 81 حسبترتيبأداءالنظامالصحي .
وهذامايدلعلىأنالمستوىالصحيللجزائرييننغيرمرتبطبالقطاعالصحي،فالعديدمنالعواملالرئيسيةالحاسمةلقطاعالصحةوالحلولالفعالة للمشاكلوالمعوقاتالتييعانيمنهاالقطاعالصحيالجزائريتقعخارجنطاققطاعالعنايةالصحية .
بمعنىأنتحقيقتنميةصحيةمستدامةتقترنبقطاعاتذاتالعلاقةالمباشرةوالتأثيرالقويعلىالمستوىالصحيللجزائريين .
وترتبطهذهالقطاعاتأساسابالجوانبالاقتصاديةوالبيئيةوالتغذيةوالتعليموالتشغيلوالإسكانوغيرهامنالقطاعاتذاتالعلاقةبحياةالأفراد .ويمثلالتصديلهذهالعواملالأساسيةمفتاحالقيامتنميةصحيةوطنيةمستدامةوتحسنمطردفيقطاعالصحةعلىالمدىالطويل[9].

تعدالجزائرمنبينالدولالرائدةفيمجالالسياساتالاجتماعية،التيتتميزعلىالخصوصبإجراءاتحمائيةمتقدمةفيمجالاتعديدةم نها،الاستثمارفيالتربيةوالتعليم،التكوين،المنظومةالصحية،العملوالضمانالاجتماعيوالتضامنالوطنيوحمايةالفئاتالمحرومة . خصصتللنفقاتالاجتماعيةالعموميةبمافيهاالتدابيرالمتخذةلتحسيندخلالأسروالرفعمنمستواهمالمعيشي .
،وبفضلالإنفاقالحكوميالمعتبروالسياساتالمتخذةوتنويعالأنشطةوالمشاريعالاقتصادية،سجلتحسنظروفمعيشةالأسرةالجزائريةإذيت متعلسسبيلالمثال،قرابةنصفالجزائرييننبسكناتفردية فيإطارتوفيرالسكنالاجتماعيالريفيوالسكنالتساهميوالترقوي،تطبيقالبرنامجبناءأز يدمنمليونوحدةسكنيةجديدةمن2005إلى2009 . كماتقلصعددالمنازلالهشةب22.7 %
فيالفترةالممتدةمن1998إلى2007تنفيذالبرنامجالقضاءعلىالأحياءالقصديرية.علىالرغممنارتفاعمعدلالأملفيالحياةلدىالجزائر يين،إلاانهيبقىبعيداعنالمستوياتالمحققةمنطرفالعديدمنالدول،فالجزائرتحتلالمرتبة 84 حسبترتيبالمنظمةالعالميةللصحة .
كماأنالتحسنفيمعدلالأملفيالحياةلنيغطيعلىالانتشارالواسعللأمراضالمتفشيةفيالمجتمعالجزائريسواءكانتمتنقلةأوغيرمتنقلة .
فأمراضالسكريوارتفاعضغطالدموالسرطانلاتزالتمثلأهمأسبابالوفاةفيالجزائر .
وبالنظرللتنميةالصحيةالوطنيةحسبالمنظمةالعالميةللصحة،نجدهامتدنية،فالجزائرتحتلالمرتبة 45 حسبالمستوىالصحيوالمرتبة 81 حسبترتيبأداءالنظامالصحي .
وهذامايدلعلىأنالمستوىالصحيللجزائرييننغيرمرتبطبالقطاعالصحي،فالعديدمنالعواملالرئيسيةالحاسمةلقطاعالصحةوالحلولالفعالة للمشاكلوالمعوقاتالتييعانيمنهاالقطاعالصحيالجزائريتقعخارجنطاققطاعالعنايةالصحية .
بمعنىأنتحقيقتنميةصحيةمستدامةتقترنبقطاعاتذاتالعلاقةالمباشرةوالتأثيرالقويعلىالمستوىالصحيللجزائريين .
وترتبطهذهالقطاعاتأساسابالجوانبالاقتصاديةوالبيئيةوالتغذيةوالتعليموالتشغيلوالإسكانوغيرهامنالقطاعاتذاتالعلاقةبحياةالأفراد .ويمثلالتصديلهذهالعواملالأساسيةمفتاحالقيامتنميةصحيةوطنيةمستدامةوتحسنمطردفيقطاعالصحةعلىالمدىالطويل.

أماالأهدافالتيترميإليهاالسلطاتالعموميةمنخلالإصلاحالمنظومةالصحيةفيمك :
إيجازهاكمايليدفالتوزيعالعقلانيوالعادلتحسينقدراتالمنظومةالصحيةمنخلالتحديثالخريطةالصحيةللموارد،إعادةتأهيلوتعزيزالمنشـ

آتالصحةالجواريةوالفرقالطبيةالمتنقلة،تحسينالرعايةالصحيةفيالوسطالمدرسي وإصلاحآلياتالتمويلللمنظومةالصحيةمنخلال : إعدادالحساباتالسنويةالخاصةبالصحة،تحديثمدونةتسييرالأعمالالطبية.

2-2 تقييم الانجازات:

شهد القطاع الصحي مع مرور خمسين سنة على استقلال الجزائر قفزة متميزة من حيث الكم و النوع بفضل الاهتمام الذي أولته الدولة لهذا القطاع غير أن هناك اختلالات مازالت تعتري مجال الصحة حسب تقديرات المختصين.

وقد عرفت العشرية الاولى من الاستقلال (1962-1972) نقصا فادحا في الاطباء حيث لم تكون تتوفر الجزائر انذاك الا على 500 طبيبا للتكفل بصحة 10ر5 ملايين ساكن. ودلت المؤشرات الصحية لتلك الفترة على ارتفاع وفيات الاطفال بنسبة 180 وفاة لكل 1000 ولادة حية خمسهم يغادرون الحياة قبل السنة الاولى من عمرهم وذلك نتيجة تفشي الامراض المعدية ونقص التغطية باللقاحات التي لم تتعد نسبة 10 بالمائة ونفس الوضعية شهدتها وفيات الامهات الحوامل التي سجلت 230 وفاة لكل 100 ألف ساكن، إن قلة الموارد المالية لتلك الفترة جعلت الجزائر عاجزة تماما على مواجهة انتشار الامراض الوبائية المعدية التي تسببت في تسجيل عدد مرتفع من الوفيات والاصابة بالاعاقات بوسط المجتمع، ولتتصدي لهذه الوضعية المزرية والتخفيض من الفوارق في توزيع الاطباء قررت الدولة تقسيم أوقات العمل بين القطاعين العمومي والخاص لتوفير العلاج للجميع. كما شهدت هذه الفترة تطبيق التلقيح الاجباري لكل الاطفال الى جانب تنظيم حملة وطنية واسعة لمكافحة الملاريا.

وفيما يخص العشرية الثانية (1972-1982) عرفت تبني سياسة صحية ارتكزت على ثلاث محاور تتمثل أولا في تطبيق الطب المجاني في جانفي 1974 وثانيا في اصلاح التكوين الطبي وتحسين نوعية التدريس والتأطير أما المحور الثالث فيتمثل في انشاء علاج قاعدي[10].

وعرف القطاع خلال نفس العشرية انشاء 13 مؤسسة استشفائية جامعية اسندت لها مهمة العلاج والتكوين والبحث العلمي حيث ساهمت هذه المؤسسات في ترقية التكوين الطبي وشبه الطبي وبروز الكفاءات الوطنية من خلال مشاركتها في القاءات الدولية ذات المستوى الرفيع.

وكانت العشرية الموالية 1992-2002غنية بالانجازات حيث شهدت ميلاد عدة مؤسسات دعمت وزارة الصحة على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور الجزائر الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للضمادات الحيوية. وتضاف الى هذه المؤسسات الصيدلية المركزية للمستشفيات والوكالة الوطنية للدم والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية والمركز الوطني لمكافحة التسمم والوكالة

الوطنية للتوثيق الصحي، وتتمثل المرحلة الاخيرة منذ 2002 محدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية وتنظيمية مما دفع بالسلطات العمومية الى اتخاذ مبادرة سياسة اصلاح المستشفيات التي تهدف الى تخطيط وتنظيم العلاج بها.

كما تهدف السياسة الجديدة الى أنسنة وتأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية مع المحافظة على مبدئي العدالة والتضامن المكرسين من طرف الدولة. وقد عرف القطاع من جانب آخر انتقالا للوضعية الديموغرافية والوبائية للسكان الى تعزيز العلاج الجواري من أجل تقريب الصحة من المواطن، وباشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيما جديدا للمؤسسات الصحية في سنة 2007 يهدف الى فصل مهام المستشفيات الجامعية و تلك التي تضمن علاجا قاعديا. كما برزت تقسيما جديدا للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل أيضا قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات.

واستفاد القطاع من سنة 2005 الى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دج تم استثماره في انجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية. وقد حقق القطاع خلال العشرية الاخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية باللقاحات بنسبة 90 بالمائة مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة أدت الى الوفيات والاعاقات خلال السنوات الاولى للاستقلال بجانب القضاء على الامراض المتنقلة وتراجع الوفيات لدى الاطفال الى معدل أوصت به المنظمة العالمية للصحة بالاضافة الى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5 بالمائة كل سنة[11].

3- مكاسب قطاع الصحة في الجزائر وتشريح النقائص[12]:

إنالوضعيةالتيآلإليهاالنظامالصحيفيالجزائرتكشفعنمجموعةمنالتناقضاتوالإختلالاتالتيتعرقلالوصولإلىتحقيقالغايةالأساسيةللنظامالصحيوالمتمثلةفيحمايةصحةالمواطنوترقيتها .

فهياكلومؤسساتالمنظومةالصحيةفيالجزائرتعرفنوعامنالاتوازنوألاستقرار،منجهةعدمتلاؤمالقوانينالأساسيةللمؤسساتالإستشفائية،هياكلتنظيميةغيرملائمةوغيرموحدة،ومنجهةأخرىمستخدمونمثبطونوغيرمبالونبسببقوانينأساسيةغيرملائمة.وظروفعملوظامكفاءاتمتدهور،تكاليفونفقاتصحيةفيتزايدمستمر،ومجتمعيطالببجودةنوعيةالخدماتالصحية،كلهذهالمشاكلوالمعطياتالتيتتخبطفيهاالمنظومةالصحية،أدتبالسلطاتالعموميةإلىضرورةالعملمنأجلتغييرهذاالوضع،وذلكمنخلالقيامهابإصلاحاتشاملةتمسلنظامالصحيالجزائريبكلمايحتويهمنهياكلومؤسساتمنأجلحمايةصحةالمواطنووقايتهمنالأمراض،وصولاإلىالاستشفاءفيمراحلهاالأخيرة[13]

فبعد عرض مختلف المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال، إلى غاية اليوم، نؤكد انه بالرغم من بعض النقائص المسجلة ان الخدمات الصحية والتكفل بالمرضى في الجزائر في تحسن ملحوظ. فعدد الأطباء الجزائريين في سنة 1962 لا يكاد يعد على أصابع اليدين، وقد كان تحد كبير بالنسبة للجزائر لوضع نظام صحي يضمن تقديم الخدمات الصحية التي كانت بحاجة إليها السكان الذين خرجوا من حرب ضارية مع المستعمر، والتي خلفت أثارا جسمية ونفسية عليهم، بالإضافة إلى انتشار الأمراض المعدية جراء الفقر المدقع الذي كان يعيشه الشعب الجزائري آنذاك.ولذلك فان أول نظام صحي وضع ما بعد الاستقلال وبالتحديد في العشرية الممتدة من 1972 إلى 1982، والمتمثل في العمل على ضمان تلقي العلاج لمختلف السكان في الجزائر، وقد وضعت مكافحة الأمراض المعدية كالتيفوئيد والكوليرا التي كانت تحصد الأرواح أولوية، وقد حقق هذا التخطيط نتائج هامة جدا.

فالدولة ومنذ الاستقلال أولت أهمية بالغة للصحة باعتبارها قطاع حيوي، وقد خصصت ميزانيات معتبرة، ما فتئت تزداد في كل مرة، حيث تضاعفت قيمتها إلى 7 مرات ونصف منذ سنة 1962، حيث أن الإصلاحات التي خضع إليها القطاع عملت على ارتفاع عدد الهياكل الصحية عبر التراب الوطني، وضمان التغطية العادلة للخدمات الصحية لكل السكان في مختلف المناطق، بالإضافة إلى التقليص من فاتورة العلاج إلى الخارج، وكذا انخفاض فاتورة استيراد الأدوية، وبالرغم من التطور الذي عرفته المنظومة الصحية عموما، إلا ان قطاع الصناعة الصيدلانية ما يزال يعرف إشكالية ندرة الأدوية التي لم تتمكن الإجراءات والتدابير التي تم اتخاذها في إطار السياسة الصحية الجديدة، حيث يعتبر الفساد أحد أهم هذه الأسباب التي تؤدي إلى التذبذب الذي يعرفه سوق الأدوية.فالميزانية الكبيرة الموجهة للاستثمار في القطاع، قد ساهم في ظهور الرشوة والفساد، ولمكافحة هذه الآفة التي تنخر ليس قطاع الصيدلة فحسب بل الاقتصاد الوطني ككل، كان لا بد من اعتماد البرنامج الذي اقترحته المنظمة العالمية للصحة، والذي أعطى نتائج هامة في البرازيل.إذ يعد ضروري من اجل الوقاية خاصة وان الجزائر بلد مستهلك للأدوية، والطلب ما فتئ يتنامى بفعل ارتفاع عدد المرضى المزمنين، والمصابين بأمراض العصر كالسرطان .

إن حل مشكلة الندرة التي يعرفها قطاع الأدوية يتطلب بالضرورة اعتماد سياسة إصلاح للمنظومة الصيدلانية، والاستفادة من الكفاءات التي تتوفر عليها الجزائر في هذا المجال لضمان الحكم الراشد، لضمان وفرة المنتوجات الصيدلانية الأساسية والتي يصل عددها إلى 300 منتوج حسب ما تنص عليه المنظمة العالمية للصحة، فالجزائر تمتلك كل الأوراق التي تمكنها من إرساء صناعة صيدلانية، وإنتاج أدوية بالكمية والنوعية المطلوبة، حيث توجد في المرتبة الأولى مغاربيا من حيث قيمة النفقات التي توجهها لهذا القطاع.

الخاتمة:

حاولنا التعرض للسياسات العامة الصحية في الجزئر منبداية الستينات من القرن العشرين إلى يومنا هذا . فبعد ما قمنا بعرض للتطور التاريخي للسياسات العامة منخلال الإجراءات القانونية والتنظيمية التي صدرت عبر السنوات لضبط نشاط المصالح الصحية، مع التطرق لبعض الإحصائيات التي تبين التحديات التي واجهت صانع القرار الصحي، وكانت تلك النتائج انعكاس للكثير من الجهود التي قام بها الأطباء ومهنيي الصحة الآخرين والمسئولين على قطاع الصحة،

خاصة في فترة الستينات والسبعينات من القرن العشرين، لكن بالموازاة مع هذه النتائج، كانت هناك الكثير من الفرص الضائعة والكثير من الموارد التي تم هدرها بشكل غير عقلاني في النظام الصحي الجزائري شهد تطورا ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية، والدليل ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها والمزمنة .لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص و قد تم التوصل إلى أن أهداف المنظومة الصحية غير موجودة كما كانت الاهداف المسطرة كما أنها كلصحية بعيدة كلا البعد عن المعايير الدولية وعناصر التكاليف غير متحكم فيها ، إضافة إلى أنها كتوزيع غير عادل للمنتوج الصحي مع عدم توفر يد عاملة ماهرة.

و من ذلك كله وجب ما يلي:

- العمل على تجسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج ووضع آليات تنظيم مستويات عرض العلاج، أخذا بعين الاعتبار ضرورة التكامل بين القطاعين العام والخاص.
- ضرورة مواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير خريطة المرض، والهرم السكاني.
-

السعي لإرساء أسس نظام يضمن العدالة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من خدمات صحية تليق بإنسانيتهم، ويوفر الآليات الضرورة لضمان شفافية في التسيير المالي للمؤسسات بما فيها المؤسسات المكلفة بالسياسة الصحية.

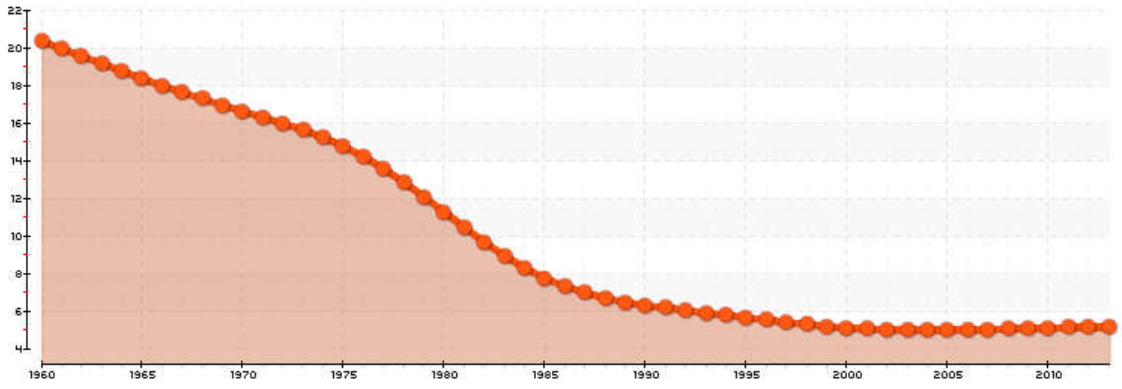
- على الفاعلين في مجال السياسة الصحية إبداع حلول للمشكلات الصحية تتسم بالجدة في التصور وتسمح بتحديد الاحتياجات الحقيقية.
- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية.
- وضع سياسة صحية شاملة معالتنسيق المشترك بين جميع المؤسسات الإستشفائية.
- ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف هم أهداف سياسة الإصلاح تحقيق ترشيد الإنفاق، التسيير الجيد للموارد تقليص التكاليف.
-

رفع مستوى الصحة يؤدي تطبيق النظام التعاقدي في مجال الصحة العمومية والدفع مقابل العلاج مسؤولية الدولة محصورة فيضمان الجانب الوقائي، وهذا ما يساعد على:

- خفض معدلات الوفيات خاصة وفيات الأطفال والرضع وكذا خفض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

الملاحق:

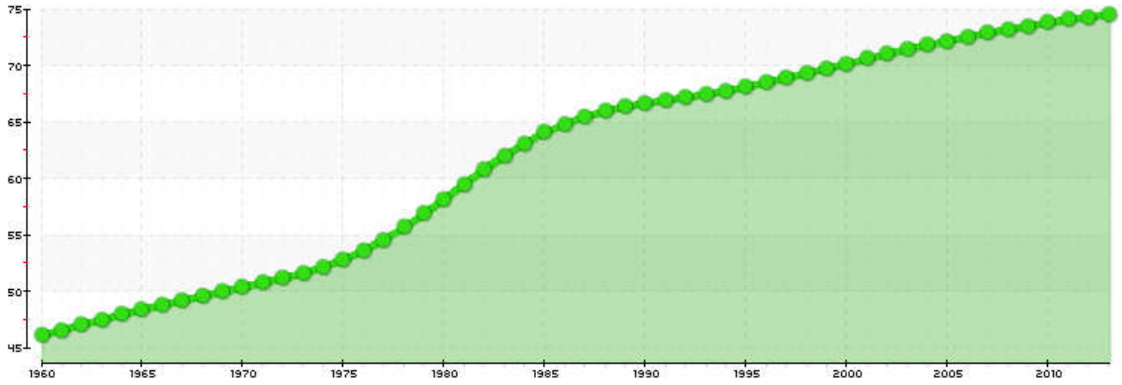
الجزائر - معدل الوفيات (لكل 1000 شخص)



المصدر : البنك الدولي
التاريخ : 2015
إنشاء: Actualitix - جميع الحقوق محفوظة

Actualitix.com

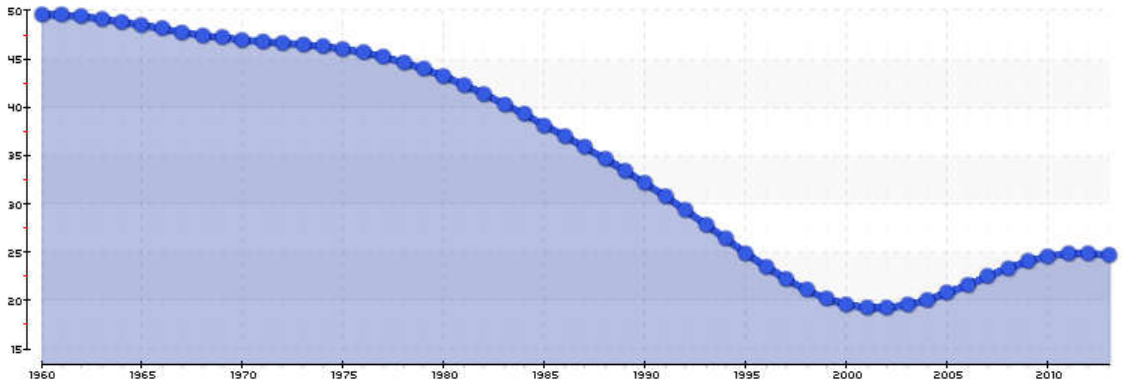
الجزائر - متوسط العمر (سنوات)



المصدر : البنك الدولي
التاريخ : 2015
إنشاء: Actualitix - جميع الحقوق محفوظة

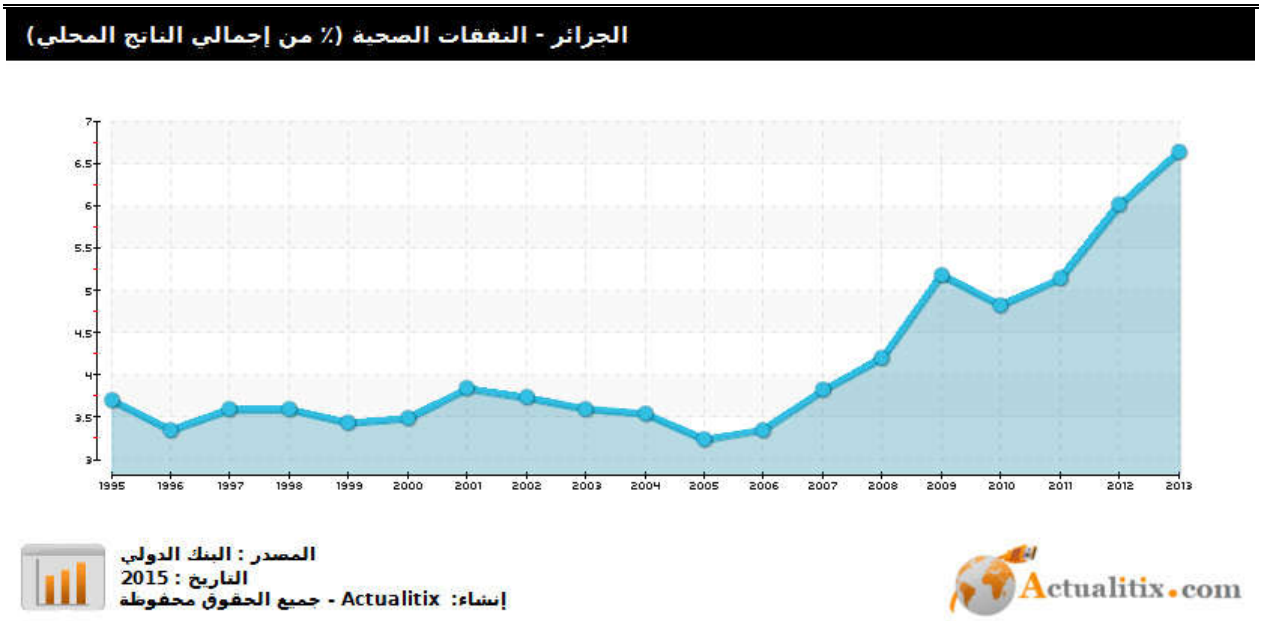
Actualitix.com

الجزائر - معدل المواليد (لكل 1000 شخص)



المصدر : البنك الدولي
التاريخ : 2015
إنشاء: Actualitix - جميع الحقوق محفوظة

Actualitix.com



المراجع و الهوامش:

[1] دريسي أسماء، تطورالإنفاقالصحيفيالجزائرومدىفعاليتهفيإطارإصلاحالمنظومةالصحية، المجلة الجزائرية للعولمة و السياسات الاقتصادية، العدد 6 ، 2015، الجزائر، ص139

[2] ديفيدبلوم،شكلالصحةالعالمية،مجلةالتمويلوالتنمية،ديسمبر، 2014 ،ص09

[3] https://www.djazairess.com/elmassa/61937

[4] المرجع السابق

[5] تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر

[6]. https://www.djazairess.com/elmassa/61937.

[77] دريسي أسماء، تطورالإنفاقالصحيفيالجزائرومدىفعاليتهفيإطارإصلاحالمنظومةالصحية، ص145

[8] بومعرافإلياسجامعةسطيف، عماربعمارجامعةسطيف، مناجلتنميةصحيةمستدامةفيالجزائر، مجلة الباحث ،عدد 7 سنة 2010، الجزائر ص 31

[9] **https://ar.wikipedia.org/wiki**

[10] **Amel Laribi , Actualité du système National de santé (2005–2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El– Marsa, Mai 2008, sur le Site: www. Santé,Dz. Mai 2008**

[11]**https://www.djazairess.com/elmassa/61937**

[12]**في يوم برلماني حول تطور المنظومة الصحيةحياة كنشر في الشعب يوم 27 – 06 – 2012**

[13]**. وكالة الأنباء الجزائريةنشر في وكالة الأنباء الجزائرية يوم 02 – 07 – 2012**