

الفصل الخامس :التطور التاريخي للمؤسسة الصحية العمومية الجزائرية

تمهيد

أولا : حول إشكالية مفهوم الصحة

ثانيا : مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر

1-المرحلة الأولى: تسيير الأزمات الصحية (1962-1974)

2-المرحلة الثانية: مجانية العلاج وتطبيب المشكلات

الصحية(1974-1980)

3-المرحلة الثالثة:السياسة الصحية الجديدة (1980-1995)

4-المرحلة الرابعة:إصلاح المنظومة الصحية(1995-2005)

ثالثا : أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر

1-القطاعات الصحية : قواعد إنشائها ، تنظيمها وسيرها

2-المراكز الاستشفائية الجامعية:قواعد إنشائها،تنظيمها وسيرها

3-المؤسسة الإستشفائية المتخصصة

4-الهيكل غير الإستشفائية

خلاصة

تمهيد :

لقد شهدت المؤسسة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات سواء من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها ، أو من حيث عدد العاملين بها، هذه التغيرات كانت عبر مراحل عديدة نوجزها في أربع مراحل أساسية :

فالمرحلة الأولى هي مرحلة تسيير الأزمات الصحية نظرا لتراكمات الممارسة الاستعمارية ، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة شكل فيها الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية في الجزائر ، أما المرحلة الثالثة تميزت بإصلاح القطاع الصحي ، وذلك عن طريق هيكلته ومحاولة تطوير أساليب التسيير والتنظيم ، بينما المرحلة الرابعة تعتبر مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق، وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا ، واعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية ، تعرف بنظام التعاقد ، فهي إذا مرحلة إصلاح المؤسسة الصحية العمومية تماشيا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشهدها الجزائر حاليا .

من خلال هذا الفصل يتعرض الباحث إلى ماهية الصحة ، ثم إلى مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر، فأنواع المؤسسات الصحية العمومية وكيفية تنظيمها وسيرها .

أولا : حول إشكالية مفهوم الصحة :

الصحة مفهوم نسبي للإنسان، ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة وقدم "بركنز" "Perkins" تعريف الصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم قوى الجسم للمحافظة على توازنه (1).

كما أن هناك تعريف سلبي يعتبر أن الصحة هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل، بالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين يشعرون بالمرض أو لا تبذو عليهم علامات الاعتدال عند الفحص أصحاء (2). ولكن هذا التعريف غير دقيق إذا ما قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية الذي يصف الصحة على أنها " حالة من الكفاية والسلامة الكاملة الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض والضعف ، وربما كان اتساع نطاق هذا التعريف يجعلنا قادرين على استخدام التمييز بين المرضى والأصحاء على أساس إجرائي أو محلي" (3).

ونستخلص من التعاريف السابقة لمفهوم الصحة الشروط التالية :

- انعدام المرض العضوي أو العجز .
- القدرة على التكيف مع البيئة المحيطة به ، وهذه تعكس صحة نفسية سليمة.
- القدرة على التفاعل الاجتماعي بأن يكون الإنسان فردا منتجا ومنتما للمجتمع الذي يعيش فيه .

ويقرر إعلان منظمة الصحة العالمية لعام 1978 أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان ، وأن بلوغ أرقى مستوى للصحة يعتبر من أهم الأهداف الاجتماعية

(1) عبد المحي محمود حسن صالح : مرجع سابق، ص 16.

(1) المرجع السابق: ص 17.

(2) عبد المجيد الشاعر وآخرون : علم الاجتماع الطبي ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، 2003، ص 61.

، وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب نظرة جديدة لمفهوم الصحة تحتم بذل جهد من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحي ، واعتبار أن الصحة جزء متمم للتنمية الشاملة ، ويجب أن توجه الطاقة المتولدة من تحسين الصحة إلى دعم التنمية والعمل على استمرارها، وعموماً يمكن القول أنه من الصعوبة تعريف الصحة ومفهومها بشكل دقيق وواضح وثابت ولكن يمكن الاستعانة بتعريف منظمة الصحة العالمية الذي تم تبنيه خلال إعلان المآثا لعام 1978 حول توفير الصحة للجميع بحلول 2000 والذي نص كالاتي "إن الصحة لا تعني غياب المرض والوهن فحسب ، بل هي حالة كاملة من السلامة البدنية والذهنية والاجتماعية (1) .

وبناء على هذا التعريف فالصحة تشمل ثلاثة عناصر أو أوجه وهي السلامة الجسمية والعقلية ، الاجتماعية ، غير أن بعض المفكرين في هذا المجال أضاف وجهاً رابعاً والمتمثل في السلامة الروحية وذلك من أجل مقابلة التطور الحديث الذي يركز على الناحية النفسية والجسمانية .

والملاحظ أن هذا التعريف يؤكد على ضرورة ارتباط الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية أيضاً بالإنسان. ومعنى ذلك أن المرض ليس وحده الدال على عدم الصحة ، وإنما يجب أن يكون هناك تكامل سليم بين مكونات شخصية الإنسان ، ويقصد بذلك الحالات الأربعة السابقة ، والدليل على هذا التكامل يظهر في أداء الإنسان لأدواره الاجتماعية ووظائفه في الحياة على أكمل وجه .

إن التاريخ الخاص بالصحة والمرض يبين لنا أن مصطلحات الصحة والمرض ليست جامدة بل أنها تتطور مع الزمن ، إنها بنية اجتماعية ، لقد تطور الأمر وأصبح مفهوم الصحة أكثر صعوبة في تحديد محتواه، وخاصة عندما يتم ربطه بمفهوم آخر وهو الرفاهية *bien etre*، وهذا ما أدى ببعض الباحثين للحديث عن انفجار مصطلح الصحة، وأصبح هذا المصطلح يشمل مصطلحات جد مختلفة من تسوس الأسنان إلى حالة شرايين القلب ، من هنا يمكن التكلم عن مصطلح

(1) محمود بستان : منهج التربية الصحية ، الطبعة الأولى، دار القلم، الكويت، 1981، ص 189.

الصحة ليس كمفرد ووحيد المعنى بل عن الصحة كمصطلح متعدد Multiple ومهما كان الأمر فإن الباحثين حاليا يتكلمون عن حقيقتها المتعددة المعاني (1). وفي مجتمعنا المعاصر أصبحت الصحة تحتل مكانة كبيرة ومنتزادة من يوم إلى آخر، فلم يعد مفهوم الصحة ، يعني إصابة الجسم بالمرض بل أصبحت الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة هي أحد أهداف المنظومة الصحية العالمية ، فتعريف الصحة بأنها غياب المرض أعتبر من قبل علماء الاجتماع تعريفا ناقصا ويظهر ذلك بجلاء في الأمراض المزمنة والأمراض العقلية، مع تعقد الحياة المعاصرة ازداد الاهتمام بموضوع الصحة في شتى مجالات الحياة (محيط العمل الأسرة إلخ ، وانطلاقا من أن الصحة تعتبر أحد أبعاد التنمية الاجتماعية إلى جانب التعليم فقد أصبح الاهتمام بهذا الجانب من أولويات البرامج التنموية وتذهب الدراسات الاجتماعية والاقتصادية إلى أن الصحة تمثل مكانا بارزا في خريطة التنمية .

ومما سبق يمكن القول أنه رغم الاهتمامات المتزايدة بالصحة ، ورغم التطور العلمي والتقني في المجال الطبي ومجال الصحة فالهوة مازالت شاسعة في مجال الصحة والمرض بين الأغنياء والفقراء ، بين الدول المتقدمة وبين الدول المتخلفة في جنوب إفريقيا وأمريكا اللاتينية وجنوب آسيا ، وإذا كان في الغرب يبحثون عن كيفية المحافظة على الصحة فمازالت هناك مجتمعات تعاني إلى حد الآن من أمراض الفقر والأمراض المتنقلة عن ضغوطات الحياة اليومية ، إلى جانب الأمية والجهل وارتفاع التكلفة الطبية والمستشفى والأدوية ، وهي عوامل تزيد من معانات الأشخاص المعرضين لخطر المرض وتجعلهم عاجزين تماما وهذا ما يجعلنا نقول أن الاستفادة من العلاج والعدالة الاجتماعية يجب أن تشكل المبادئ الأساسية لأي سياسة وطنية في مجال الصحة .

(1)Joel flutret :le monde des personnel de l'hôpital,ce que soignez vent dire .paris,l'harmattan,2002 p7-11.

ثانيا : مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر**المرحلة الأولى : تسيير الأزمات الصحية (1962-1974)**

بعد الاستقلال ورثت الجزائر عن الاستعمار وضعية متأزمة أُنسجت بنقص كبير في الموارد المادية والبشرية الغير متوازنة في تركيبها وتوزيعها، وازدادت خطورة المشكلة الصحية عشية الاستقلال بالهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين بحيث نجد أن في 02 ماي 1962 تم مغادرة (2200) طبيب و (2700) ممرض وممرضة تركوا ورائهم (144) مستشفى بدون تسيير إداري وتقني، وقبل ذلك وفي 19 مارس 1962 تم إقامة جسر جوي يربط بين الجزائر وفرنسا لنقل المعدات والآلات التي كان يستخدمها الاستعمار في استغلال الجزائر (1).

إضافة إلى ما سبق كانت الجزائر تعاني من الفقر المدقع، سوء التغذية و انتشار واسع للأوبئة والأمراض الخ، والواقع أن الأزمة الصحية التي عرفتها المؤسسة الصحية العمومية كانت أزمة عميقة الجذور نتيجة تراكمات الممارسة الاستعمارية وتحيز المؤسسات الصحية الاستعمارية، التي تميزت بالامساواة في توزيع فرص الصحة بين الفرنسيين والجزائريين ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال كما يلي: (2)

- هجرة جماعية للأطباء (2200) طبيب و (2700) ممرض وممرضة.
- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك (08) أطباء لكل 100.000 ساكن. وكان عدد الصيادلة حوالي (50) صيدلي و (30) طبيب أسنان فقط .
- نقص كبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
- سوء التغذية ، سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية .

(1) Ministre de la santé: séminaire sur le développement d'un système national de santé, expérience algérienne ;Alger, 1983, p07-52.

(2) MOHAMED AMIR :l'histoire de la santé en algerie ,édition OPU, Alger ,P205.

- كانت المرافق الصحية وعدد المستخدمين محدودا جدا ومتمركز في المناطق والمدن الكبرى .

هذه الوضعية الصحية الصعبة التي ورثتها الجزائر عن الاستعمار حتمت عليها القيام بعدة إصلاحات على المنظومة الصحية، والتي كانت بصورة مشوهة ومن أجل مواجهة هذا الوضع استعانت الجزائر بإطارات من بعض الدول كبلغاريا و رومانيا وروسيا... الخ، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء إلى الخارج من أجل تكوينهم وتدريبهم ، فالنقص الكبير في الوسائل والمعدات الصحية ورؤوس الأموال خلقت روح التعاون بين المؤسسة الصحية الجزائرية وبين الدول المتطورة، لإعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد ، وفي الإطار تم صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات، وهي كما يلي (1):

- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية سنة 1963 .
 - الاستفادة من مراكز الأمومة والطفولة (PMI) مجانا .
 - تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا وحمى المستنقعات والتراخوما عام 1965 .
 - التطعيم يكون إجباريا ومجانيا لخمسة أمراض (السل ، التيتانوس السعال الديكي شلل الأطفال ، الجدري) عام 1969، وذلك من خلال القرار 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969.
 - الحملة الوطنية للتطعيم ب BCG وشلل الأطفال 1969-1970.
 - إنشاء لجنة النظافة ومجلس الأمراض المهنية .
- ومن أهم الإصلاحات في هذه المرحلة نجد انتداب العديد من المسؤولين إلى المستشفيات الجامعية بمختلف ولايات الوطن بموجب القرارات المؤرخة في 26 - 27 نوفمبر إلى 07 ديسمبر 1965 .

وفي 22 فيفري و 07 مارس 1965 صدرت جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية، ومن ضمن هذه القرارات أن هؤلاء المسؤولين يمارسون فترة

(1) MOSTAFA KHIATI: quelle santé les algériennes ? édition Maghreb relation ,Alger, 1990,P52.

تدريبية بالمركز الإستشفائي الجامعي، كما تم إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية والاجتماعية بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل شخص من هؤلاء المسؤولين، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وتعد قائمة الاجتماعات واللوازم والمستشفيات (1).

وفي هذه الفترة من تطور المؤسسة الصحية كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي ، وكان نظام التشغيل مبنيا على لجنتين واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية، مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما. كما يشترك ممثلوا صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية ، ولم يكن هدف هذه المؤسسات الربح ، وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بأقل تكلفة ، وكان يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محدودة ومبررة (2).

بالإضافة إلى ما سبق هناك المرسوم 66-73 المؤرخ في 04 أفريل 1966 الذي ألحق الوحدات الصحية بالمؤسسات الإستشفائية، وتوسيع الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين، وكذلك مرسوم 69-96 في جويلية 1969 الذي أقر بإجبارية ومجانية التطعيم الذي وصل حتى الأرياف، كالتطعيم ضد شلل الأطفال سنة 1969-1970 (3).

ومع بداية السبعينات وخاصة في الفترة الممتدة بين 1970-1974 عرفت المؤسسة الحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء والعاملين وكذا عدد المستشفيات والمراكز الصحية والتي ساهمت في التوعية الصحية للمواطنين، والجدول رقم (01) يبين ذلك: (1)

جدول رقم (01): المنجزات المحققة في المجال الصحي (1962-1974)

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد الأول سنة 1966، ص 341-342 .
(2) بن لوصيف زين الدين : تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات، المعاصرة ، أبحاث روسيكادا ، جامعة سكيكدة ، العدد 01 ديسمبر 2003 ، ص 139.
(3) Ministre de la santé: séminaire sur le développement d'un système national de santé, Op.Cit .p7-25.
(1) محمد رضا بالمختار: نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه ، رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1988، ص 67

و

ينبغي الإشارة إلى نقطة	المنجزات السنوات	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
	1962	342	156	188
	1974	1425	163	558

هامة في السياسة الصحية الجزائرية تتمثل في صدور قانون الطب المجاني سنة 1973 ، وخلق القطاع الصحي مع بداية تنفيذ الطب المجاني سنة 1974 .

ويمكن القول بالنسبة لهذه الفترة من تاريخ المؤسسة الصحية في الجزائر أنه بالرغم من النصوص ومواثيق الثورة الجزائرية، كبرنامج طرابلس سنة 1962 وميثاق الجزائر 1964، والتي كانت تنادي بإلغاء الممارسة الحرة وتأميم الطب، إلا أن ذلك لم يحدث نظرا لأن طريق النمو في تلك الفترة كان مطروحا بين الاشتراكية والليبرالية ، كما أدت قلة المنشآت وعدد العاملين لسهولة التسيير والتنظيم .

المرحلة الثانية : مجانية العلاج وتطبيق المشكلات الصحية (1974-1980)

عرفت المؤسسة الصحية في هذه المرحلة عدة تطورات ، وذلك بتطبيق مجانية العلاج وفقا للمرسوم 1973/11/28 حيث عممت هذه السياسة عبر كل القطاعات الصحية ، إذ شملت مجموعات عمل متعددة الاختصاصات كلفت بالمساعدة على تنفيذ المخطط الرباعي الثاني، وإعداد البرامج الصحية وشبه الصحية .

وقد اهتمت الجزائر بتطوير المنظومة الصحية، وذلك من خلال إثراءها في مشروع الميثاق الوطني سنة 1976 ، إذ تتكفل الدولة بضمان الوقاية لتحسين صحة

السكان، ومنه فإن عمل أو نشاط المؤسسة الصحية العمومية يجب أن يأخذ بعين الاعتبار كعنصر مهم في التطور السوسيو/ اقتصادي للبلد .

كما شكل الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية في الجزائر كما أقترح إعادة تنظيم الوظيفة الطبية، وتوزيع الأدوية بالإضافة إلى إنشاء المراكز الطبية الاجتماعية والمخابر اللازمة ، خاصة في المناطق النائية وتدعيم البنية التحتية وتلاحم الهياكل الإدارية بحكم التزايد المستمر للسكان وإصلاح السلك الطبي والشبه الطبي ، وإعطاء الأولوية للمناطق التي تعاني من نقص في التأطير الطبي ، وتطوير وقاية الأم والطفل ، المراقبة الطبية المستمرة بطريقة تعطي للصحة العمومية محتوى اجتماعي صارم (1) .

وتواصلت التطورات في النظام الصحي الجزائري حيث أدخلت المراكز الصحية إلى الأرياف وتزايد عدد المستشفيات في المدن ، ففي سنة 1976 تجسدت مركزية في العلاج الأمر الذي فسح المجال الواسع لوصول المواطنين إلى الهياكل الصحية القاعدية ، إذ تتكفل إدارة المستشفيات ، بالمخطط الطبي والمادي حتى تتمكن من التنسيق ، والفعالية ما بين الهياكل الصحية ، كما أن هذه الفترة شهدت تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين ، انعكس ذلك إيجابا على الوضع الصحي بصفة عامة، حيث ارتفع أمل الحياة ، وانخفاض معدل وفيات الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية، عموما فقد شهدت هذه المرحلة تطورا في المجال الصحي حيث زاد عدد المراكز الصحية ، عدد المستشفيات، العيادات متعددة الخدمات والأطباء.(2)

والملاحظ أن هذه المرحلة تميزت بتراجع الدولة في الإنفاق على الصحة ففي سنة 1979 كانت الدولة تساهم بـ 61% من الإنفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية ، في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة بـ 38.5% غير أن هذه النسب تغيرت مع حلول سنوات الثمانينات .

(1) الميثاق الوطني، 1976، ص ص 184-185.

(2) جلال أحمد حسن : دراسات في التنمية والتكامل العربي ، الطبعة الأولى، مركز دراسات الوحدة العربية، 1982، ص 298 .

كما تميزت هذه المرحلة كذلك بالمركزية المفرطة في التسيير ، حيث أقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير ، كما أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة ، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك، إضافة إلى غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي أنعكس ذلك على عدم القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين ، وهجرة هياكل العلاج القاعدية ، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الإستشفائية الجامعية، والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص ، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج.(1)

وفيما يتعلق بأهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة فكانت تركز على ما يلي (2).

- تحديد إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع .
 - تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج (ديمقراطية العلاج).
- إن الملاحظات التي يمكن أن نستشفها من هذه المرحلة ما يلي:(3)
- هناك اختلاف بين الأهداف المعلنة في الموثائق الرسمية وبين الواقع الموضوعي، خاصة فيما يتعلق بديمقراطية العلاج وعدالة توزيع العلاج.
 - أن التنمية الصحية قد همشت في المرحلة الأولى من عملية التنمية في المرحلة – 1962-1969 كما أن الطب الوقائي هو الآخر همش وأهمل في المرحلة (1974-1980)، حيث وجهت الاستثمارات نحو الطب العلاجي ، وهذا يعني أن التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة كانت تعزل المشاكل الصحية عن الأبعاد الاجتماعية وتتنظر إليها على أنها مشكلات عضوية ، وهذا ما يفسر اهتمام المخطط الرباعي (1973-1977) بالجانب المادي والتطبيق العلاجي ، بحيث أصبح المستشفى هو العنصر المركزي في عملية التنمية إذ يستفيد ب4/3 ثلاث أرباع الموارد المالية المخصصة للقطاع

(1) وزارة الصحة والسكان : تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري ، 1990.

(2) Ministre de la santé: séminaire sur le développement d'un système national de santé, Op.Cit, p 71.

(3) Fatima zohra oufriha : quelques elements d'appréciation sur l'efficacité de fonctionnement de service de soins en algerie ,revue du cread , n°19 ,Alger ,1989,p 09.

الصحي ، وهذا يعني سوء توزيع الموارد المالية بين قطاعات الصحة نفسها

المرحلة الثالثة : السياسة الصحية الجديدة (1980-1995)

لا تختلف هذه المرحلة عن سابقتها فهي الأخرى عرفت تغيرات نوعية في تطور المؤسسة الصحية في الجزائر ، فقد كانت هذه الفترة عبارة عن تقييم للسياسة التنموية التي أتبعها الجزائر ، ومن ضمنها السياسة الصحية حيث نجد أن الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل.

كما تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي، إذ لعبت الحكومة آنذاك دورا بارزا في سبيل إصلاح هذا القطاع (القطاع العمومي) ، إذ كانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية⁽¹⁾ ، بحيث أن المؤسسة الصحية الجزائرية خلال هذه المرحلة حققت قدرا من التقدم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء، إذ نجد أن عدد الأطباء الجزائريين وصل سنة 1982 إلى (7350) طبيب في مقابل (2401) طبيب أجنبي ، كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين، حيث بلغ في نفس السنة (2171) أما عدد الصيادلة وصل إلى (1093) سنة 1982⁽²⁾.

والملاحظ أن المنشآت الصحية قد ارتفع عددها في سنة 1982، كما هو موضح في الجدول التالي :⁽²⁾

جدول رقم (02): تطور الهياكل الصحية من سنة 1979 إلى غاية 1982

⁽¹⁾ نبيلة بوخبزة : الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر ، المجلة الجزائرية للاتصال، جامعة الجزائر، العدد 16 – ديسمبر 1997 ، ص ص 33-94 .

⁽¹⁾ Ministère de la santé : Op.Cit , p272.

⁽²⁾ ministère de la santé, développement de la santé, Op.Cit, P273.

السنوات المنشآت الصحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة	183	183	196	196
المجمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

وكانت من أهم الاهتمامات في هذه الفترة العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي أقامتها هناك واعتمدت في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع .

و في سنة 1984 عرف قطاع الصحة العمومية تطورا ملحوظا خاصة في مجال المنشآت الصحية والجهاز الطبي، حيث بلغ عدد الأطباء خلال سنة 1984 (12082) طبيب و(2880) جراح أسنان و(1197) صيدلي.

كما جاء في سنة 1984 ضرورة دعم المؤسسة الصحية بالإجراءات التالية: (1)

- رفع مردودية الهياكل الموجودة، والتي تنشأ فيما بعد .
 - دعم الهياكل القاعدية بهدف تخفيف الضغط على المراكز الجامعية. والمستشفيات الكبرى المتخصصة .
 - الاعتماد على سياسة نشيطة في مجال الوقاية والتربية الصحية إلخ .
- وعلى الرغم من محاولة القضاء على الأمراض المنتشرة خلال تلك الفترة والانخفاض المحسوس في نسبة الوفيات ، إلا أنه بقي يشكل نسبة مرتفعة عند

(1) Ministère de la santé : rapport sur l'organisation du système de santé ,;Alger, janvier 1999 p3-4.

فئة الأطفال مع بقاء اللامساواة بين المدن ، حيث نجد أن المدن الكبرى كالجزائر العاصمة ، وهران ، قسنطينة ، تتوفر على أهم وأفضل الخدمات الصحية من خلال توفر المستشفيات الكبرى المجهزة بالعتاد الطبي والأطباء الأكفاء... الخ مع الاعتماد على الأطباء الأجانب ، واستمرار إرسال المرضى للعلاج بالخارج .

ويمكن الإشارة أيضا إلى تراجع الدولة مع بداية الثمانينات فيما يخص تمويل سير القطاعات الصحية مقارنة مع صندوق الضمان الاجتماعي، حيث بلغت مساهمة هذا الأخير سنة 1987 بـ 64.2% في حين ساهمت الدولة بـ 34.2% فقط خلال نفس السنة⁽¹⁾ .

وبالنسبة لعدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989 فقد شهد ارتفاع كبير كما يبينه الجدول التالي :

جدول رقم (03): عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989

السنوات المؤسسات الصحية	1985	1986	1989
عدد المستشفيات	211	238	261
عدد الأسرة	49315	55265	54147
قاعات متعددة الخدمات	319	359	433
مراكز صحية	669	1025	1089
قاعات العلاج	2454	2574	2693

⁽²⁾ Ministère de la santé : rapport sur l'organisation du système de santé, Op.Cit,p4-6.

La source: ministère de la santé: enquête sur la morbidité et la mortalité infantile En Algerie, alger,1985- 1988-p 26.

وفيما يخص الوحدات الصحية فقد بلغ عددها (264) مستشفى و(4000) وحدة صغيرة زيادة على(2300) وحدة متخصصة في معالجة أمور العمل والتخطيط العائلي ، بالإضافة إلى 26 مختبرا في سنة 1990⁽¹⁾ .
وبالنسبة للقوانين التي صدرت في الثمانينات فيمكن ذكر :

صدور القرار رقم 22 المؤرخ في 1981/09/05 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية كما تم تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير في 1986/12/06، فيما يخص المراكز الإستشفائية الجامعية و صدر قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة 1987 نظرا لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على استيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية، وفي هذه الفترة بالذات تم فسخ المجال أمام القطاع الخاص وتوسعه كمكمل أو كبديل للقطاع العمومي ويمكن أن نورد أهم المنجزات في مجال الصحة خلال هذه الفترة فيما يلي:

أ- بناء المستشفيات وتجهيزها بالمعدات الطبية و الجديدة المتطورة .
ب- تحسين وتطوير برامج الرعاية الصحية بالجوء إلى صندوق الضمان الاجتماعي الذي كان يغطي في هذه الفترة 65% من ميزانية القطاعات الصحية
ج - أما في سنة 1990 سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر حيث دعمته ببعض العيادات والمخابر الخاصة كما استمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني حتى شهر مارس سنة 1995⁽²⁾ .

ومما سبق تجد أن الجزائر في إطار التعاون مع منظمة اليونسكو سنة 1990 سطرت برنامج يضمن تبني أهداف محددة للفترة الممتدة بين 1991-1995 وهي

⁽¹⁾Ministère de la santé: enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en algerie ,Alger,1985-1988 p22.

⁽²⁾ Ministre de la santé ,rapport sur l'organisation du système de santé ,Alger janvier 1999.p.16 .

تخفيض وفيات الأطفال ومن بين هذه الأهداف توزيع ديموغرافي أكثر تساوي بين المناطق فيما يخص الاستفادة من الخدمات الصحية⁽¹⁾.

كما تميزت هذه المرحلة باستقلالية المستشفيات الجامعية ، حيث أصبحت لها ميزانية خاصة، ومن جهة أخرى ظهور مشاريع رسمية لفتح عيادات طبية وجراحية خاصة ، أي أنها أتمت بالانفتاح وليبرالية العلاج ، وهي السياسة التي تسببت في نزوح الإطارات الطبية وشبه الطبية من القطاع العام إلى القطاع الخاص ، نظرا للحوافز المادية والمعنوية المختلفة التي تقدمها للعاملين فيها مما أفقر القطاع العام من إدارته.

المرحلة الرابعة : مرحلة إصلاح المنظومة الصحية : [1995 – 2005]

وهي مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا ، إذ رغم المجهودات المبذولة لم تصل المؤسسة الصحية إلى المستوى المطلوب ، رغم الهياكل والكفاءات المتوفرة .

فالمؤسسة الصحية العمومية في الجزائر عرفت في السنوات الأخيرة تطورا ملحوظا سواء فيما يخص الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية العاملة بها . كما يبينه الجدول التالي :

جدول رقم (04) تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2000

الهياكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز استشفائية جامعية	13	13	13	13	13
قطاعات صحية	185	177	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز صحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات للعلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر: وزارة الصحة والسكان

(1) نبيلة بوخبزة : الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد علم الاجتماع جامعة الجزائر ، 1995، ص 61 .

رغم نمو هذه الهياكل الصحية العمومية وتنوعها إلا أنها حسب التقرير السنوي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (2001/12/31) لا تغطي سوى 40% من مجموع الخدمات الصحية المقدمة لمختلف شرائح المجتمع الجزائري .

والجدير بالذكر ، أن قطاع الصحة عرف بداية من جوان 2002 إضافة تسمية جديدة على الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر، ليتسع أكثر فأكثر مجال عملها، ألا وهي " وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات " الغرض منها الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون نمو هذا القطاع الاستراتيجي والحساس ، وإيجاد الحلول المناسبة لإنعاشه عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل ، بمعنى البحث عن ميكانيزمات جديدة تسمح بتسيير وتمويل هذه المنشآت الصحية ذاتيا (أ ي لا مركزية التسيير والتمويل) .

حاليا تم اعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية تعرف بنظام التعاقد ، وهي شكل عصري من المجانية يمكن وصفه بالمجانية المسيرة أو المنظمة ، وهذا لتحقيق المساواة في مجال الصحة بين مختلف جهات الوطن ، بحيث تتوفر كل المناطق على نفس الإمكانيات البشرية والتجهيزات والأدوية ، حيث يتيح نظام التعاقد إنشاء وكالات جهوية تتكفل مباشرة دون وصاية الوزارة بتوفير إمكانيات العلاج على مستوى المناطق التابعة لها باستثناء بعض التخصصات التي مازالت محل بحث ، والتي يتطلب الأمر فيها التنقل إلى المراكز الكبرى و عدا هذه الاستثناءات تبقى كل إجراءات التكفل متوفرة بالمنطقة الصحية⁽¹⁾.

وهذا يعني اعتماد اللامركزية في تسيير مصالح الصحية العمومية في الجزائر عموما فإن سياسة الجزائر في الوقت الحاضر تتمثل في النقاط التالية :

(1) جريدة الشروق اليومي ، العدد 4314 ، 27 فيفري 2005.

أ- إصلاح المستشفيات ،أي ترقية التكفل الطبي والجراحي بالحالات المرضية الثقيلة التي تطلبت في السابق تحويلات إلى الخارج على عاتق ميزانية الدولة وتسببت في نفقات كبيرة للمؤسسة الصحية العمومية ،علما أن التغطية الطبية حاليا هي طبيب لكل 800 مواطن مع تسجيل فوارق بين الشمال والجنوب .

ب- إعادة الاعتبار للمؤسسات الخاصة أي العيادات المختصة في مجالات طبية معينة .

ج - تطوير العلاجات القاعدية .

د - تشجيع الصناعة الصيدلانية القاعدية في مشاريع الاستثمار والشراكة والملاحظ أنه بالرغم من التطورات والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحة العمومية الجزائرية ،حيث تشير آخر الإحصائيات وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات لسنة 2005 ، إلى وجود أكثر من 50 ألف طبيب و (300) مستشفى و(1500) قاعة علاج وعيادة، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة⁽¹⁾.

ومازالت المؤسسة الصحية العمومية بصفة عامة تعاني من تناقضات عديدة ، لأن الإصلاح ارتكز على محاولة تطوير المنشآت والهياكل وعصرنتها دون الاهتمام بالعنصر البشري فيها ،الذي يمثل المحور الأساسي لكل عملية تغييرية وتطويرية للصحة العمومية في الجزائر .

فالعنصر البشري يعتبر أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال،حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع ،فتمثل ما بين 80 - 90 % من ميزانية هذه المؤسسات ، لكن هذا المورد العام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية ، وبدون تحفيز وآفاق ،نتيجة لضعف الأجور ،آفاق غامضة ،عدم تحريكهم ...الخ. كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للعاملين بصفة عامة وللمختصين الاستشفائيين الجامعيين بصفة خاصة نحو القطاع الخاص

(1) جريدة الشروق اليومي ، العدد 4553 ، 16 نوفمبر 2005 .

، نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي سواء المادية أو المعنوية، هذه الوضعية المتأزمة انعكست سلبا على أداء العاملين، مما انعكس على نوعية الخدمات الصحية .

ثالثا : أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر

1-3 القطاعات الصحية : قواعد إنشائها ،تنظيمها وسيرها :

لقد تم تحديد قواعد إنشاء القطاعات الصحية ،تنظيمها وسيرها وفق المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ 2 ديسمبر 1997 .

ويمكن تعريف القطاع الصحي أنه " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ويوضع تحت وصاية الوالي " (1) أما مكونات القطاع الصحي فهو يتكون من مجموع الهياكل الصحية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكيف الطبي ،ويتكفل بحاجيات السكان الصحية.

وفي هذا الإطار نجده يقوم بالمهام التالية: (2)

- أ- يضمن تنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها .
 - ب- يطبق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف والاستشفاء.
 - ج- يضمن النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي.
 - د- يطبق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة والسكان .
 - هـ- يساهم في ترقية المحيط وحمائته في مجالات الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار الاجتماعية .
 - و- يساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم .
- ويتكون القطاع الصحي من وحدات تغطي مجموعة سكانية معينة، يطلق عليها قطاعات صحية فرعية ،حتى يتمكن من تأدية المهام المسندة إليه .

(1) المرسوم التنفيذي رقم 97-466 الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997 ، ص 20.

(2) المرجع السابق ، ص 21.

(2) المرجع السابق : ص 29.

أما عن إدارة القطاع الصحي فيديره مجلس الإدارة ويسيره مدير ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي .

2-3 المراكز الاستشفائية الجامعية : قواعد إنشائها،تنظيمها وسيرها .

أنشأت المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب المرسوم رقم 86 – 300 المؤرخ في 11 فبراير 1986 .

وفي سنة 1997 تم إلغاء وتعديل المرسوم 86-300 ليحل محله المرسوم 97-466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية،تنظيمها وسيرها .

وقبل التطرق إلى مهام المراكز الاستشفائية الجامعية،ينبغي معرفة ماذا يعني المركز الاستشفائي الجامعي ؟

المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، ويتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بنا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي⁽²⁾ .
الوصاية الإدارية للمركز الاستشفائي الجامعي تمارس من طرف وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات ، أما الوصاية البيداغوجية تمارس من طرف وزير التعليم العالي، وتمتد إلى مجموع النشاطات البيداغوجية والعلمية للمؤسسة.
أما عن مهامه فالمركز الإستشفائي الجامعي مكلف بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث والتعاون مع مؤسسة التعليم والتكوين العالي في علوم الطب المعنية⁽¹⁾ .

إن ميدان الصحة يعمل على ضمان نشاطات التشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية ، والوقاية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان ، وكذلك المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية ، النظافة ، الصحة ،مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والمساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات

(1) المرجع السابق ، ص 30 .

الصحية، وفي ميدان التكوين يعمل المركز الإستشفائي الجامعي على ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به، كما يساهم في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم ، فيما يخص البحث يقوم بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة، إضافة إلى تنظيم مؤتمرات وندوات وأيام دراسية و تظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والبحث في علوم الصحة ، ولكي ينشأ مركز استشفائي جامعي يجب أن يتوفر على إمكانيات بشرية كافية ، وذات كفاءة عالية لضمان النشاط العلاجي والتكوين في مجال البحث ، كذلك يجب أن يتوفر على تجهيزات وعتاد علمي وبيداغوجي وتقني قادر على استيعاب الأساتذة والطلبة وضمان الظروف اللازمة للعمل (2) .

3-3 المؤسسة الاستشفائية المتخصصة :

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية، والاستقلال المالي وتتكون من هيكل واحد أو هيكل متعددة متخصصة للتكفل بما يأتي: مرض معين، مرض أصاب جهازا عضويا معيناً أو مجموعة ذات عمر معين ، ويذكر في تسمية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الاختصاص الموافق للنشاطات المتكفل بها (1) .

أما عن مهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، فتتمثل في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، والمساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم ، إضافة إلى تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء .

4-3 الهياكل غير الاستشفائية :

(2) محمد رضا بالمختار: مرجع سابق، ص 67.

(1) المرسوم التنفيذي رقم 97-465 الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 81 الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997 ص 13.

بعد التطرق إلى قواعد سير وتنظيم القطاعات الصحية... الخ، ينبغي علينا الآن أن نتطرق إلى جانب آخر من العلاجات، وهو العلاجات القاعدية، أو ما يعرف بالهياكل غير الاستشفائية .

من هذا المنطلق يمكن تعريف العلاج الصحي القاعدي على أنه علاج يتطلب التكفل الفوري، هذا التكفل الذي تقوم به وحدة صحية أو مركز صحي أو مجمع صحي وقد يكون شفائيا (تضميد عادي .فحص طبي ... ألخ)، أو وقائيا (كشف ، تلقيح ... إلخ) .

أما المنشأة الصحية القاعدية فهي كيان صحي تتكفل بالعلاجات الشفائية والوقائية لفائدة المواطنين ، التي تتطلب استشفاء، ومن ثم فحص الملجأ الأول للمواطنين ، في مجال الاحتياجات الصحية ، وهذا ما يعطيها مكانة هامة في ترتيب العلاجات الصحية.

وتوجد ثلاثة أنواع من المنشآت الصحية القاعدية (الوحدة الصحية ،المركز الصحي ،المجمع الصحي) :

1- الوحدة الصحية: يقدم بها العلاجات الصحية التالية :

- العلاجات الشفائية : (تضميدات بسيطة ، حروق من الدرجة الأولى).

- العلاجات الإستعجالية الأولية: (حوادث ، صدمات، لسعات

العقارب... الخ، تقديم عمليات الحقن المختلفة بصفة طبية).

-العلاجات الوقائية : (التطبيق التام الموسع للتقيحات ، تطبيق ومتابعة

البرامج الوطنية وبالخصوص المتعلقة بنظافة المحيط).

2- المراكز الصحية : إضافة إلى العلاجات السابقة، فهي تقدم علاجات

أخرى تتمثل في النشاطات الطبية (فحوصات طبية عامة ، نشاطات طب الأسنان وأمراض الفم).

3- المجمعات الصحية : إضافة إلى العلاجات السابقة المقدمة في الوحدة

الصحية والمركز الصحي نجد :

أ- فحوصات طبية متخصصة : كطب الأطفال ، طب التوليد والأمراض

- النسائية والطب الداخلي ، طب العيون .
- ب- الإستعجالات الطبية الجراحية .
- ج- طب العمل .

خلاصة :

رغم التغيرات والتطورات التي شهدتها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية منذ الاستقلال سواء من حيث عدد العاملين، أو من حيث الهياكل الصحية، إلا أنها تعرف حاليا عدة تناقضات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها ، خاصة في ظل المستجدات المعاصرة كالعولمة ومنافسة القطاع الخاص ، وكذا الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الراهنة .

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة ، مرتبطة أساسا بمشاكل التنظيم والتسيير، وليس نقصا في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية ، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا ، وبدون تحفيز وتحريك ، الشيء الذي انعكس على أداء العاملين بهذه المؤسسة ، وبالتالي عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين الصحية ، وتدهور الخدمات بصفة عامة .