

## نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية

### ملخص

تعتبر الهياكل الصحية القاعدية حجر الزاوية في المنظومة الصحية نظرا إلى الدور الذي تلعبه في مجال الوقاية والعلاج الأولي. مكانتها في هيكلية المنظومة الصحية تجعلها في تواصل مستمر مع السكان، الذين تتكفل بصحتهم قبل أن تقوم بتوجيههم- إذا تطلب الأمر ذلك- إلى مصالحي العلاج المتخصصة في مستويات أعلى من هرم المنظومة. فهي تقوم بتوفير علاج الطب العام ثم توجيه المريض نحو المؤسسات الاستشفائية المتخصصة مع متابعة تطور وضعه الصحي و ذلك يتم في إطار منظومة صحية مهيكلية حسب تدرج خدمات العلاج. يلعب الطبيب الذي ينشط في مثل هذه الهياكل دور طبيب العائلة، من حيث تغطية الاحتياجات الصحية للأسر التي توجد تحت تغطية المؤسسة الصحية القاعدية: فهو يقوم بالوقاية، فحص المرضى المقبلين على المركز الصحي، توفير العلاج العام، تقديم النصائح والإرشادات و التوجيه. كما يتولى الطبيب العام توجيه المريض إلى المؤسسة الاستشفائية و متابعة ملفه الصحي حتى حالة الشفاء. يبرز إذن الدور المحوري الذي يقوم به الطبيب العام المنتمي للهيكل الصحي القاعدي، الذي بفضل نشاطه يجنب اكتظاظ المؤسسات الاستشفائية ومصالح الاستجالات، و منه يساهم في تقليص تكاليف العلاج. غير أن المؤسسات الصحية القاعدية تعاني من عقبات كثيرة تحول دون فعالية نشاطها، و من بينها قلة الموارد البشرية أو عدم ملائمتها، انعدام توفر العتاد الطبي أو المواد الصيدلانية. إذن و لكي تلعب الهياكل الصحية القاعدية دورها المنوط بها على أكمل وجه، و جب العناية بها و رفع التكفل بها إلى مستوى الرهانات التي تواجهها. سنتطرق في مقالنا هذا إلى وضع و تطور تنظيم الهياكل المعنية بالموازاة مع تطور المنظومة الصحية الجزائرية، التركيز على أهم القيود والصعوبات التي واجهت هذه المؤسسات الصحية، مع محاولة بلورة حلول موضوعية قابلة للأخذ بعين الاعتبار أو مقتبسة من منظومات صحية لبعض البلدان المتطورة.

أ. نصر الدين عيساوي

جامعة أم البواقي

أ.د. ابراهيم براهيمية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

جامعة قسنطينة 2

الجزائر

### Résumé

Les structures de soins de santé de base sont considérées comme la cheville du système de santé, étant le rôle considérable qu'elles sont appelées à jouer dans les domaines de la prévention et des soins primaires.

### مقدمة

تم وضع تعريف الخدمات الصحية الأساسية من طرف المنظمة العالمية

للصحة (OMS) سنة 1978 من خلال إعلان "ألما-أتا-La déclaration d'Alma-Ata" من بين ما تم الاتفاق عليه هو حتمية استجابة العلاج الأساسي إلى 90% من طلبات السكان، كما يجب أن تكون الخدمات الصحية القاعدية بوابة المنظومة الصحية الوطنية والمنظم لخدمات العلاج من المستوى الثاني والثالث ....

مهما اختلفت التسميات من خدمات صحية جوارية، علاج أساسي أو علاج أولي، فهناك تداخل في المفاهيم ونقاط مشتركة تصب كلها في هدف واحد، ألا وهو تقديم خدمة صحية قريبة من المواطن جغرافيا وزمنيا، ذات نوعية عالية، تحمي المواطن من تأزم حالته الصحية في إطار احترام القانون للحالات الصحية التي لا تستدعي مكوث المريض لمدة تزيد عن 24 ساعة في المؤسسة الصحية.

يهدف هذا التشخيص إلى إبراز أهمية دور الهياكل الصحية القاعدية ضمن المنظومة الصحية على المستوى المحلي أو الدولي. أن للتحويلات الاقتصادية، الاجتماعية، الديموغرافية والوبائية تأثيرا بالغا لإعادة النظر -كلما استدعت الضرورة- في دور هذا النوع من الهياكل الصحية لكي تستجيب لتطلعات المواطنين. كما نهدف إلى إبراز أهمية عملية تقييم الموارد المادية،

البشرية و التنظيمية الموضوعة تحت تصرف الهياكل الصحية القاعدية بهدف تمحيص ما هو ايجابي لتثمينه و ما هو سلبي لمعالجته.

التساؤل الذي يطرح هو: ما هي فلسفة الخدمات الصحية الجوارية؟ ما هو الدور المنوط بالهياكل الصحية القاعدية ضمن المنظومة الصحية الوطنية مع مرور الزمن؟ وما هي آليات تصحيح و من ثم تفعيل دور هذا النوع من الهياكل الصحية لتستجيب لتطلعات طالب العلاج؟

Etant en contact permanent avec la communauté elles jouent un rôle tampon entre celle-ci et les échelons supérieurs du système de soins. Ces structures doivent prendre en charge localement la demande des usages et procèdent à leur orientation selon les besoins de leur état de santé, vers les structures sanitaires spécialisées ou hautement spécialisées dans un système de santé hiérarchisé.

Le praticien activant à cet échelon est considéré comme le médecin de famille : il reçoit en consultation les patients de son district, dispense des soins, conseille, oriente et développe la prévention et la promotion de la santé. Il est censé suivre le dossier du patient dont il a la charge lorsque celui-ci est orienté par lui vers des confrères ou des spécialistes relevant des structures de soins spécialisés.

De par sa position dans la filière de soins, sa place est perçue comme le pivot dans le parcours du patient, qui accède ainsi aux soins préventifs ou curatifs que son état de santé requiert en lui évitant de se présenter directement aux divers services hospitaliers, les encombrer et entraver ainsi la hiérarchie du système de santé. Mais pour jouer pleinement ce rôle les services de soins de santé de base méritent une attention particulière en ce qui concerne leur dotation en moyens et en ressources humaines, comme nous allons tenter de le mettre en évidence dans notre papier.

للإجابة عن هذا التساؤل قسمنا محتوى المقال إلى قسمين: أحدهما يمثل حوصلة عن تطور تشريع وتنظيم اشتغال الهياكل الصحية القاعدية، أما القسم الثاني فقد خصص لوضع تصورات و إبراز تجارب دولية يمكن من خلالها تحسين أداء الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر.

سنحاول فيما يلي عرض أهم المحطات التي مرت بها الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر، محاولين في كل مرة توضيح الأسباب و الأهداف الرئيسية المتوخاه من عملية الإصلاح يليه نقد عن ما تم تخطيطه و ما تم تحقيقه في تلك المرحلة.

### 1- تحليل ديناميكي للخدمة الصحية الجوارية في الجزائر:

تعتبر الهياكل الصحية القاعدية أساس المنظومة الصحية الجزائرية، نظرا للدور الموكل إليها من ناحية ضمان خدمات الوقاية بمعناها الواسع و توزيع العلاج الأولي. تمثل الخدمات المقدمة من طرف الهياكل الصحية غير الاستشفائية المستوى الأول من الخدمات الصحية الموجهة للمجتمع ضمن عرض علاجي متدرج. تتضمن الهياكل الصحية القاعدية (العيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات العلاج، قاعات توليد، مستوصفات...) (1).

مرت الهياكل الصحية القاعدية – بغض النظر عن تسميتها- بمراحل عديدة منذ الاستقلال إلى غاية اليوم، وقد حملت مجموعة من الإصلاحات محاولتنا مساندة التحولات الاقتصادية، الاجتماعية، الديموغرافية والوبائية بداية من الأمر المتعلق بمجانبة العلاج سنة 1974، لتليه مرحلة تخطيط تطور المنظومة الصحية انطلاقا من الخريطة الصحية الوطنية لسنة 1980 ... سنحاول فيما يلي التعرّيج على تطور الهياكل الصحية القاعدية عبر الزمن من خلال تطور التقنين و التنظيم الذي يحكمها.

### 1-1 رهان إعادة تشغيل المنظومة الصحية لمواجهة وضع صحي متدهور (1962-1973):

تميزت الجزائر غداة الاستقلال بمجموعة من الصعوبات كان أهمها الهجرة الجماعية لأغلب الممارسين الطبيين وشبه الطبيين من أصل أوروبي. تم إحصاء في بداية هذه المرحلة ما يقارب 342 طبيب جزائري حسب الديون الوطني للإحصاء (ONS) أو ما يقارب 500 طبيب منهم 10% أطباء أخصائيين حسب مصادر أخرى. (2)

ما ميز هذه المرحلة الوضعية الصحية المزرية التي تركها المستعمر الفرنسي نظرا لتفشي الأمراض المعدية على نطاق واسع والتي كرسها غياب الوقاية، قلة الوعي مع ضعف المستوى المعيشي لأغلب الجزائريين المسلمين. تم تسجيل سنة 1963 معدلات عالية لوفيات الأطفال ما يقارب نسبة 170‰، بالإضافة إلى تدني متوسط أمل حياة الفرد الجزائري الذي لم يتعدى 50 سنة. (3)

ترك المستعمر عددا معتبرا من الهياكل الصحية المتمركزة في شمال البلاد، والتي بنيت خصيصا للاستجابة إلى طلبات المعمرين. دفع العدد المحدود للأطباء غداة الاستقلال إلى محاولة الإسراع للتكفل بطلبات المواطنين من دون تنظيم فعلي لتوزيع العلاج على المستوى الوطني، لأن الوقت لم يترك المجال للتنظيم، وقد أعطيت الأولوية آنذاك للتكفل بالخدمات الصحية غير المتناهية المتعلقة (بمعالجة الأمراض المعدية، تطعيم الرضع والأطفال، معالجة المعطوبين...)، هذا ولم تستطع الدولة الإجابة على طلبات المواطنين بسبب الوضع الصحي المزري الذي سببه البأس، الفقر والتخلف.

تعتبر المنظومة الصحية الموروثة من الحقبة الاستعمارية موجهة أساسا لتقديم العلاج، على الرغم من أن الاحتياجات الحقيقية للمواطنين آنذاك تكمن في الخدمات الصحية الوقائية بمعناها الواسع و الخدمات الصحية الأساسية، كما تميزت هذه المرحلة أيضا بغياب سياسة صحية واضحة المعالم.

عرفت سنة 1971 إصلاح التعليم العالي و لامركزية التكوين الذي كان مقتصرًا على جامعة الجزائر، في مرحلة أولى جامعة وهران و قسنطينة، ليتسع في مراحل موالية إلى جامعة عنابة، باتنة، سطيف، سيدي بلعباس... (4) ما يعاب على هذه الإصلاحات هو تركيزها على التعليم العالي من دون إدخال تغييرات عميقة على المنظومة الصحية الوطنية.

بعد إصلاحات سنة 1971 التي حاولت توفير الموارد البشرية اللازمة للتكفل بالطلبات الصحية للمواطنين، جاء الأمر المتعلق بمجانبة العلاج الخاص بسنة 1973 لرفع الحواجز المالية عن المواطنين بغرض تلبية احتياجاتهم العلاجية الذي يمثل منطلق المرحلة الموالية.

## 2-1 مرحلة الطب المجاني غير المهيكل (1974-1980):

يعتبر الأمر (Ordonnance) رقم 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بمجانبة العلاج نقطة تحول هامة في المنظومة الصحية الجزائرية، الذي مفاده إمكانية طالب العلاج الحصول مجانا على الخدمات الصحية المطلوبة مهما كان مستوى دخله أو حالته الصحية. صدور قانون مجانيّة العلاج كان بسبب التوجهات السياسية الجديدة للدولة الجزائرية، بالإضافة إلى رؤية أصحاب القرار في أن تحسين الحالة الصحية للمواطن تمر من خلال تدليل الصعوبات المتعلقة بالحصول على العلاج، من بينها الحاجز المالي الذي كان يعاني منه أغلب المواطنين آنذاك.

تم تكريس حق المواطن في الحصول على العلاج في الميثاق الوطني لسنة 1976 كما يلي: "تأخذ الدولة على عاتقها ضمان الحماية، الحفاظ و تحسين صحة جميع السكان" (5)، كما ورد هذا الحق في دستور 1976 في مادته 67 "كل المواطنين لهم الحق في الحصول على العلاج، يضمن هذا الحق من خلال خدمة صحية عمومية ومجانبة" (6). يمكن ذكر أهم ما ميز هذه المرحلة فيما يلي:

مكن قانون مجانية العلاج من رفع الحواجز و الصعوبات للحصول على الخدمات الصحية، لكن الموارد المادية و البشرية المتوفرة آنذاك لم تكن كافية للإجابة على كل طلبات المواطنين، مما خلق صعوبات جمة للتكفل بالاحتياجات الصحية للمواطنين، التي أدت بدورها إلى خلق طوابير طويلة أمام مصالح الخدمات الصحية العمومية. (7) على الرغم من قيام أصحاب القرار آنذاك بالتركيز على رفع الحواجز المالية للحصول على العلاج، بالمقابل لم تأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والاقتصادية للصحة، بعبارة أخرى تم التركيز على إرساء سياسة علاجية من دون التركيز بالمقابل على الوقاية بمعناها الواسع.

تجدر الإشارة إلى قلة فعالية الطب المجاني في الاستجابة إلى طلب المواطنين لعدة أسباب ذكرنا بعضها آنفاً، وكذلك لسوء تمركز عرض العلاج الاستشفائي المتمثل في حوالي 44500 سرير، حيث يكمن أكثر من ثلثي الأسرة في أربع ولايات من شمال البلاد: الجزائر، وهران، عنابة وقسنطينة.

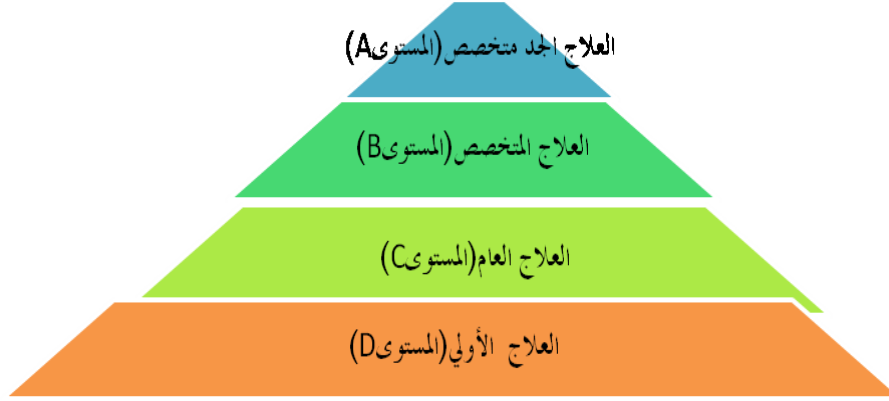
نفس الملاحظة تنطبق على التوزيع غير المنسجم للسلك الطبي، حيث تم إحصاء ما يقارب ثلاث أرباع الأطباء الجزائريين متمركزين في ثلاث ولايات (الجزائر، وهران وقسنطينة)، بينما التغطية الطبية لسكان المناطق الريفية والولايات الداخلية كانت ترتكز بنسبة 80% على أطباء متعاونين أجانب. لم يتغير الوضع الصحي كثيراً رغم مجانية الطب، ذلك لأنه مرتبط بالوضع الاجتماعي والاقتصادي العام للسكان: مثلاً نسبة وفيات الأطفال بقيت مرتفعة والتي بلغت 98% سنة 1980 ولم تتأثر بالمقاربة العلاجية التي ميزت نشاط المنظومة الصحية. (8) الشيء الذي دفع السلطات العمومية إلى ضرورة إعادة النظر في طبيعة المنظومة الصحية الموروثة، والتفكير في تشييد منظومة وطنية تخضع إلى التخطيط المركزي وذلك بفضل إعداد الخريطة الصحية الوطنية سنة 1981. تمخض عن اجتماع اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني سنة 1980 مجموعة من القرارات تتعلق بقطاع الصحة، من بين هذه القرارات توحيد المنظومة الصحية، لامركزيتها بالاعتماد على منهج التنمية المخططة لهذا القطاع. (9)

### 3-1 مرحلة التنمية المخططة للمنظومة الصحية الوطنية (1981-1985):

تم إدراج لأول مرة مصطلح القطاع الصحي (Le secteur sanitaire)، المعبر عن تقسيم إداري نظري للقطر. يغطي القطاع الصحي فضاء جغرافي يقارب مساحة الدائرة وتشمل خدماته حوالي 100000 نسمة. يضم القطاع الصحي الهياكل الصحية القاعدية، ويعتبر حجر الزاوية للمنظومة الصحية الوطنية و مركز القرار لكل نشاط صحي. ما ميز هذه الخريطة هيكلية المنظومة و تدرج عرض العلاج إلى مستويات (A,B,C,D) بالموازاة مع درجة التخصص ووفقاً لاحتياجات المواطنين، حيث تم رسم المسار العلاجي للمواطن من الأسفل إلى الأعلى حسب وضعه الصحي وما يحتاجه من علاج سواء من خدمات عامة أو متخصصة. (10) في هذا الإطار، تلعب الهياكل الصحية القاعدية (المستوى العلاجي D) بالإضافة إلى تقديم خدمات الوقاية والعلاج الأولي

دورا أخرا يتمثل في توجيه طالب العلاج نحو المستويات العلاجية الاستشفائية المتخصصة، تكريسا لمبدأ تدرج العلاج. يظهر التنظيم الهرمي لتوزيع العلاج من خلال الشكل الموالي:

شكل رقم (1): التنظيم الهرمي لمستويات العلاج ضمن الخريطة الوطنية للصحة



المصدر: من إعداد الباحث

تم إحصاء سنة 1980 ما يقارب 161 عيادة متعددة الخدمات، 662 مركز صحي و 1364 قاعة علاج على المستوى الوطني، و التي تمثل خط الدفاع الأول لمواجهة مختلف الأمراض التي كانت منتشرة آنذاك، من خلال التكفل بطلب الخدمات الصحية المتمثلة في الوقاية والعلاج الأولي. (11)

تلعب الهياكل الصحية القاعدية دورا محوريا ضمن المنظومة الصحية الوطنية حيث نشاطها يستوعب حوالي 90 % من طلب السكان. (12) وعليه أخذت اهتماما خاصا عند إعداد الخريطة الصحية الوطنية في أوائل الثمانينيات. لكن تجسيد الخريطة الصحية اصطدم بأثر الأزمة الاقتصادية الحادة التي واجهت البلاد منذ سنة 1986 مع التقلص المفاجئ لعائدات المحروقات.

#### 4-1 . مرحلة التحولات الاقتصادية والسياسية (1986-2007) :

لم تتحقق أهداف الخريطة الصحية في أفق 1990 - لاسيما هدف شمولية التغطية الصحية - بسبب آثار الأزمة الاقتصادية و السياسة التقشفية المعتمدة آنذاك. للحد من

عجز الموازنة العامة وضمان سداد خدمة الديون الخارجية المتركمة تم الاستجابة لالتزامات صندوق النقد الدولي.

من المعلوم أن الجزائر من بين الدول التي تعتمد اعتمادا شبة كليا على تصدير المحروقات (التي تمثل حوالي 98% من مجموع عائدات المحروقات). انهيار سعر النفط في السوق الدولية منذ 1985 تسبب في نشوب الأزمة الاقتصادية في الجزائر، لاسيما عندما أصبح ميزان المدفوعات عاجزا عن تسديد خدمة الديون الخارجية وتدني معتبر للواردات من السلع والتجهيزات، الذي أدى بدوره إلى إضعاف تمويل قطاعات الاقتصاد الوطني لاسيما الحيوية منها، وما نتج عنه من تفاقم الوضع الاجتماعي. برزت حينها ضرورة ملحة لطلب الجزائر جدولة ديونها من خلال التفاوض مع الصندوق النقدي الدولي (FMI)، و من ثم تبني برنامج التكيف الهيكلي بداية سنة 1993.

تميزت الفترة من 1992 إلى 1997 بتسريح أكثر من 400000 عامل، و ما تبعها من صعوبات اجتماعية جمة (البطالة، انخفاض القدرة الشرائية...)، التي ألفت بظلالها على قدرات تمويل صندوق الضمان الاجتماعي، نظرا لانخفاض حجم الاشتراكات المحصلة تبعا لتسريح العمال و لتفاقم البطالة. (13)

أما الجانب الديموغرافي، فقد شهد تحولا متواصلا بدءا بانخفاض معدل الإنجاب لأول مرة خلال هذه الفترة، علما بأن الجزائر تميزت بنمو ديموغرافي سريع منذ الاستقلال تجاوز في بعض السنوات معدل 3% والذي انخفض باستمرار حتى صار تحت نسبة 2% منذ بداية القرن الحالي، منبئا بتغير الهرم السكاني في الجزائر والدليل عن ذلك النمو المحسوس لنسبة المسنين. الشيء الذي يؤدي بدوره لا محالة إلى تغير الطلب على العلاج بارتفاع حالات الأمراض غير المتنقلة التي سترغم السلطات المعنية على تكيف المنظومة الصحية كي تستجيب للطلب المتنامي على علاج الأمراض المزمنة: السكري، أمراض القلب و الشريان، أمراض السرطان، ألزهايمر، الخ... (14)

أفرزت هذه المرحلة مجموعة من الحقائق نذكر أهمها فيما يلي:

لم يتم العمل بمبدأ تدرج العلاج ضمن المنظومة الصحية الوطنية، مما خلق نوعا من الاختلال في متابعة المريض والاستغلال غير العقلاني للموارد المتوفرة في القطاع. كما لم تلعب الهياكل الصحية القاعدية في ظل القطاعات الصحية الدور المنوط بها، علما أن الهدف الأساسي من وضعها كان لا مركزية الخدمات الصحية الأساسية، بالإضافة إلى تفادي الضغط على مصالح الاستعجالات الاستشفائية. لكن رغم كل الجهود المبذولة في هذا المسعى، لازلت المنظومة الصحية تعاني من اختلالات كبيرة فيما يخص التكفل بالخدمات الصحية الأساسية.

لم يساير العرض العلاجي التحولات الوبائية المستجدة، حيث تم تسجيل تغير الخريطة الوبائية في هذه المرحلة لاسيما الانتشار الواسع للأمراض المزمنة مع استمرار انتشار المعدية منها، من دون تكيف فعال لعرض العلاج لكي يستجيب لتطلعات السكان.

يبين الجدول الموالي تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر قبل إصلاحات سنة 2007.

جدول رقم (1): تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر في الفترة بين 1991-2006

2006	2005	2004	2003	2000	1999	1997	1991	
520	516	512	516	497	482	462	445	عيادات متعددة الخدمات
1248	1292	1275	1285	1252	1185	1110	1112	مراكز صحية
4684	4628	4545	4412	3964	3851	3601	3618	قاعات علاج
592	/	599	603	515	448	428	582	مراكز طبية اجتماعية
5251	5111	5128	5124	5324	5347	5366	4493	عدد السكان لكل هيكل صحي قاعدي (*)

Source : [www.ons.dz](http://www.ons.dz), consulté le 01/07/2012

(\*) تستنتى من مجموع الهياكل الصحية القاعدية المراكز الطبية الاجتماعية.

يبين الجدول رقم (1) التطور المستمر للهياكل الصحية القاعدية ومن ثم الجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين مهما كانت التحديات. بالموازاة يلاحظ نمو متسارع لشبكة الهياكل الصحية التابعة للقطاع الخاص؛ يعود السبب الرئيسي لتنامي هذا القطاع إلى تطبيق برنامج التعديل الهيكلي واعتماد اقتصاد السوق؛ ساهم هذا الأخير في تحرير الاقتصاد وتشجيع المنافسة في عرض العلاج و السماح للرأسمال الخاص بالاستثمار في قطاع الصحة مع تحديد الدور الذي تلعبه الدولة في الحقل الاقتصادي، وقد كان من بين شروط برنامج التعديل الهيكلي التخلي تدريجيا عن تمويل العلاج تاركة المجال للضمان الاجتماعي والأسر.

إن استثمار الخواص في قطاع الصحة جلب إليه عددا متزايدا من الأخصائيين الذين كانوا يمارسون نشاطهم في المؤسسات الصحية العمومية. يبين الجدول الموالي تطور ممارسين الصحة في القطاعين.

جدول رقم (2): تطور ممارسين الصحة بين القطاع العام والقطاع الخاص، أثناء الفترة 1997 و 2005 (أو السنة الأقرب منها)

الممارسين	سنة 1997	سنة 2005	نسبة	القطاع العام	القطاع الخاص
-----------	----------	----------	------	--------------	--------------



				التطور (%)	عدد السكان لكل ممار س	عدد الممارسين	عدد السكان لكل ممارس	عدد الممارسين	
2005	1997	2005	1997						
%	%	%	%						
31.77	28.9	68.23	71.08	33.07	872	37720	978	28344	اطباء (عامين، أخصائيين و مقيمين)
48.21	34.7	51.79	65.30	16.46	3546	9277	3483	7966	جراحين أسنان
96.01	89.6	3.99	10.39	63.28	5010	6567	7602	4022	صيادلة

Source :

ONS Algérie, [www.ons.dz](http://www.ons.dz)

ONS, L'Algérie en quelques chiffres, n°37, résultats 2004-2006, édition 2008, Alger, p. 19.

تميزت نهاية هذه المرحلة بيوادر تحسن المؤشرات الاقتصادية الكبرى نظرا لنمو الإيرادات المتأتية من صادرات النفط التي سمحت بدورها بارتفاع الاحتياطي من العملة الصعبة الذي بلغ سنة 2007 ما يقارب 110 مليار دولار. انتهزت الدولة الفرصة لتسديد الديون الخارجية التي لم يتبقى منها إلا مبلغ لا يتعدى المليار دولار في نفس السنة. بهذا تمكنت الدولة من إعادة بعث عجلة الاقتصاد والعودة إلى النمو من جديد، حيث وصل معدل نمو في نفس السنة إلى 3.2%، صاحبه انخفاض محسوس لنسبة البطالة التي وصلت 13.8%... (15).

دفعت التحولات الواردة سابقا أصحاب القرار إلى القيام بإصلاحات أخرى في القطاع الصحي.

### 5-1 لمحة عن مضمون إصلاحات المنظومة الصحية لسنة 2007:

تضمنت الإصلاحات الجديدة تنظيم توزيع خدمات الهياكل الصحية القاعدية، التي حاولت احتواء التحول الصحي الذي تطرقنا إليه سابقا والتخلي عن التنظيم القديم المؤسس على وحدة القطاع الصحي. تتميز الخريطة الصحية الجديدة بتنظيم الخدمات الصحية العمومية غير الاستشفائية، التي أصبحت تتمحور حول المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (Etablissement Public de Santé de Proximité, EPSP)، التي تعرف كالتالي: "مؤسسات عمومية ذات صبغة إدارية، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية و التي تدخل تحت وصاية الوالي" (16).

نجد ضمن تنظيم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية خصوصا العيادات المتعددة الخدمات (Les polycliniques)، المراكز الصحية (Les centres de santé) التي تغطي فضاء سكاني معين، محدد بموجب مرسوم صادر عن وزارة الصحة. (17)

يقع على عاتق المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ضمان الخدمات التالية: الوقاية، التشخيص، العلاج الأولي، الفحوصات الخاصة بالطب العام وتلك الخاصة بالطب المتخصص القاعدي، الخدمات الصحية المتعلقة بالأمومة والطفولة، والمساهمة في إعداد البرامج الوطنية للصحة والسكان. (18)

بالإضافة إلى ذلك تساهم المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في ترقية وحماية المحيط فيما يتعلق بالنظافة، محاربة المخاطر التي تهدد الصحة العمومية، توفير التكوين المتواصل لعمال المرافق الصحية، وإعادة تأهيل الموارد البشرية الموظفة.

وقد كان الهدف من وراء الإصلاحات الأخيرة منح أكثر استقلالية للهيكل الصحية القاعدية بفضل لامركزية المنظومة الصحية العمومية. (19) لتحقيق هذه الأهداف عمدت الوصاية إلى إعادة تنظيم الخريطة الوطنية للصحة.

تم الفصل بين المستشفيات العامة والعيادات متعددة الخدمات، علما أن القطاع الصحي في الخريطة الوطنية للصحة لسنة 1980 كان يشمل المستشفى العام و الهياكل الصحية القاعدية من جهة، ومن جهة أخرى كان مركز قراره المستشفى العام. بعد إعادة هيكلة القطاع الصحي أصبح المستشفى العام - المسمى المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) مستقلا عن باقي الهياكل الصحية القاعدية التي أصبحت تلعب دور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).

تم الفصل بين الخدمات العلاجية والخدمات الوقائية، حيث يتميز التنظيم الجديد للهيكل الصحية القاعدية - التي تنتمي إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بتقريب الخدمة الصحية من المواطن، بفضل توفير الخدمات الصحية ذات الطلب الواسع، وكذا وسائل الكشف والتحليل (الأشعة، مخبر تحاليل طبية، جراحة الأسنان...) إلى جانب الخدمات الصحية القاعدية المعروفة.

تتمتع كل من المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باستقلالية القرار والذمة المالية.

انبثق عن التنظيم الجديد لشبكة الهياكل الصحية العمومية 192 مؤسسة عمومية استشفائية و 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية. (20) تمخض عن إعادة هيكلة العرض العمومي للخدمات الصحية تغيير دور العيادات المتعددة الخدمات (Les polycliniques) بموجب إصلاحات سنة 2007، التي أصبحت مركز قرار توزيع خدمات العلاج الجوارية، أي مقر المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP). (21)

تم تسجيل تحول معظم المراكز الصحية، التي اتسعت مواردها الصحية ومكنتها من توسيع نشاطها من خلال ضمها لأطباء متخصصين، مخابر الكشف والتحليل، أجهزة الأشعة... والتي سمحت لها بالتحول إلى عيادات متعددة الخدمات، هذا ما سمح بارتفاع عدد هذه الأخيرة سنة 2008 إلى 1495، مع تسجيل 5117 مركز صحي. (22) تمثل العيادات متعددة الخدمات حجر الزاوية في الخريطة الصحية الجديدة، نظرا للدور الذي

تلعبه كبوابة المنظومة الصحية، كمنظم للعلاج، وموجه للمريض في مساره العلاجي المتدرج. تغطي العيادات متعددة الخدمات الاحتياجات الصحية لـ 25000 نسمة في المدينة، وبين 3000 و 4000 نسمة في المناطق الريفية، مع ضمان المناوبة على مدار اليوم.

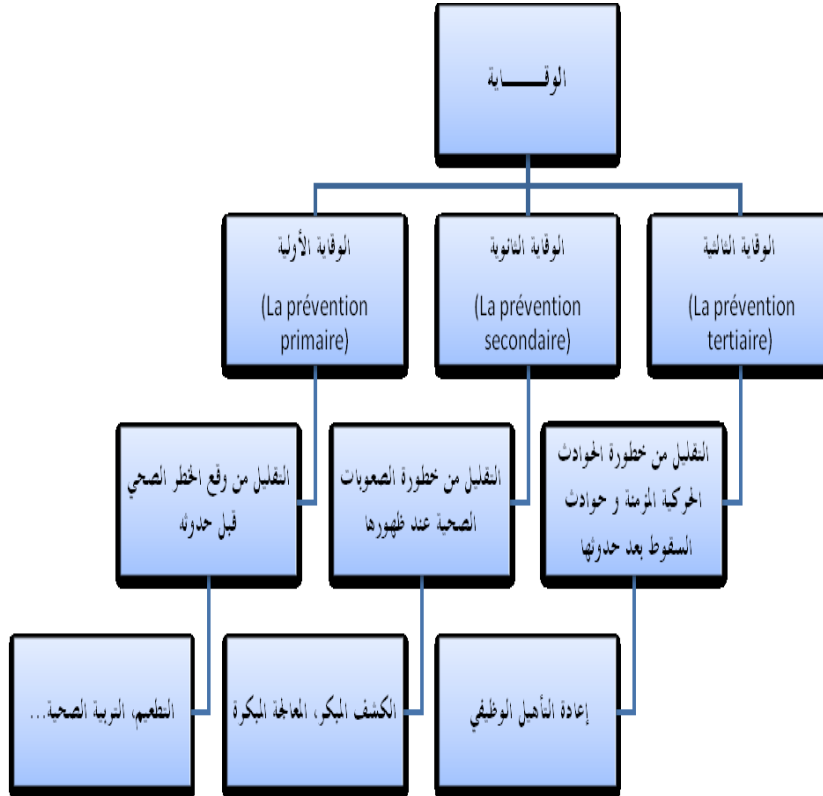
رغم المجهودات المبذولة من طرف السلطات العمومية، لا تزال الهياكل الصحية القاعدية تعاني من نقص في نوعية الخدمات الصحية المقدمة وكذا تدني فعاليتها؛ كيف يمكن إذن تحسين أدائها؟

## 2- تحسين أداء الهياكل الصحية القاعدية:

يتطلب تفعيل نشاط الهياكل الصحية القاعدية إعادة الاعتبار للدور المحوري الذي تلعبه في الوقاية والتكفل بالعلاج الأولي. سنتطرق فيما يلي إلى بعض العوامل التي إذا أخذت في الحسبان، قد تدعم فعالية أداء الهياكل الصحية محل الدراسة.

### 1-2 إعادة تأهيل خدمة الوقاية للهياكل الصحية القاعدية :

تبرز الوقاية من المنظور الاقتصادي كوسيلة لتقليص نفقات العلاج التي يتحملها المجتمع، ولو أنها هي الأخرى مكلفة. ساهمت الإصلاحات الأخيرة في توسيع نشاط الهياكل الصحية القاعدية لاسيما بإضافة أنشطة جديدة مثل مخبر التحليل الحيوي، جهاز الأشعة، وتوظيف أطباء متخصصين للتكفل ببعض الأمراض غير المتنقلة. تلعب هذه الهياكل دورا متميزا في الوقاية والعلاج الأولي، ودورا آخرى يتمثل في توفير الخدمات الأساسية للمصابين بالأمراض غير المتنقلة الأكثر انتشارا؛ لعل الشكل الموالي سيساعد في استيعاب القارئ لنشاط الهياكل المعنية.



Source : F. DA SILVA et E. RUSCH, Santé et déterminants de la santé : le temps des indicateurs, document PDF([www.rusch1.fr/pdf](http://www.rusch1.fr/pdf))

يظهر من خلال الشكل البياني أعلاه، أن الوقاية بمعناها الواسع تنطلق من مرحلة تقدير وقوع الخطر أو الإصابة، مروراً بتسيير المخاطرة الصحية حالة حدوثها، وصولاً إلى مساندة الخطر أو الإصابة بعد وقوعها.

تبقى الوقاية أولوية الهياكل الصحية القاعدية، و بالمقابل لا يمكن تحقيق مثل هذه الأهداف من دون تكاتف جهود الأطراف المتدخلة في المنظومة الصحية، لاسيما التنسيق بين القطاعين العام و الخاص وخلق التكامل والانسجام فيما بينهما من أجل تحقيق الهدف المشترك الكامن في تحسين الوضع الصحي للأفراد.

## 2-2 تحقيق التكامل بين القطاع العام للصحة و القطاع الخاص:

يعتبر القطاع الخاص جزءاً لا يتجزأ من المنظومة العلاجية في الجزائر، نظراً للخدمات الصحية التي يقدمها لاسيما فيما يتعلق بالتشخيص، العلاج، الخدمات الأخرى المكملة للعلاج (تحاليل، أشعة...)، لكن يبقى دوره محصوراً في خدمات العلاج التي تدر عائداً والتي تستهدف فئة معينة من المجتمع ذات دخل مرتفع أو تلك المؤمن عليها؛ بالمقابل أثبت الواقع محدودية دور القطاع الخاص في الوقاية وترقية الصحة. مع العلم أنه يجب أن تكون له مكانة بارزة في منظومة صحية وطنية متكاملة و موحدة الأهداف. تحقيق التكامل بين القطاعين يتطلب إعطاء الطبيب العام مكانته الحقيقية، نظراً للدور الذي يلعبه كحلقة وصل بين القطاعين العام والخاص من جهة، و من جهة أخرى في تنسيق تدرج العلاج ومتابعة ملف المريض عبر مساره في المنظومة العلاجية.

### 2-3- تامين دور الطبيب العام في توفير الخدمات الصحية الجوارية :

يلعب الطبيب العام (General Practitioner) في المملكة المتحدة، هولندا، استراليا... دوراً منظماً للخدمات الصحية المطلوبة، سواء كان الوضع يستدعي تدخله المباشر أو توجيهه نحو طبيب مختص، و يلعب هكذا دور بواب المنظومة الصحية (Gate Keeper). سواء أكان الطبيب الممارس منفرداً أو يعمل ضمن مجموعة أطباء ينشطون في عيادة واحدة، فإن نشاطه لا يقتصر على الفحص أو التوجيه نحو مستويات علاجية عليا و محدداً لمسار المريض فقط، بل يتعدى ذلك إلى المشاركة في وظائف الصحة العمومية، كالوقاية والتنسيق في العلاج مع أطباء آخرين وكذا تبادل المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض. لا تختلف هذه النشاطات عما يحتويه التشريع الصحي في الجزائر من ناحية المضمون، لكن مع ذلك تبقى المنظومة الصحية الجزائرية شبه مزدوجة، غير منسقة، وبالتالي ضعيفة الفعالية رغم الاستثمارات المعتبرة المبذولة في القطاع منذ أكثر من ربع قرن. إذا فالطبيب العام يحتل لا محالة مكانة محورية في توفير الخدمات الصحية القاعدية و الوقائية التي يمكن تامينها من خلال آليات تحفيز.

من بين طرق تحفيز الأطباء العامين استحداث نمط لتحديد عوائدهم، الذي يأخذ بعين الاعتبار خصوصية نشاطهم من جهة، ومن جهة أخرى يحثهم على تحسين أدائهم.

### 2-4- تحفيز أطباء الصحة العمومية:

يعتبر التحفيز المادي شرط أساسي لإنجاح الإصلاحات في المنظومة الصحية. فوجود محفز مادي للمتدخلين في المنظومة الصحية، يمكن رسم أهداف لنشاط المؤسسات الصحية.

تتكون عوائد الأطباء في بعض الدول مثل "السويد" و"فلندا" و"بريطانيا" الذين يمارسون في الهياكل الصحية القاعدية أو في عياداتهم الخاصة بداية من سنة 1990 من الأنماط الثلاث التالية:

- المبلغ الجزافي (Le salariat/Le forfait).
- المبلغ المدفوع على أساس عدد المكتتبين لدى الطبيب ( La part de paiement ) (à la capitation).
- المبلغ المدفوع على أساس الأداء (La part de paiement à l'acte).

بموجب العقد المبرم بين الأطباء العامين البريطانيين في عياداتهم والمنظومة الصحية الوطنية (NHS) ما يسمى بعقد (New GP) في إطار إصلاحات "طوني بلار"، تم تخصيص نسبة 30% من الميزانية الممنوحة للطبيب العام من أجل تحسين جودة الخدمة المقدمة.(23)

أما بالنسبة إلى فرنسا، فيتم تحديد دخل الأطباء الليبراليين على أساس المبلغ المدفوع من قبل المريض (Le paiement à l'acte)، كما تم إدراج تجارب رائدة خلال السنوات الأخيرة بغية تنويع سبل تحديد عوائد الأطباء الذين يمارسون نشاطهم ضمن الهياكل الصحية القاعدية (المراكز الصحية، الديار الصحية، الأقطاب الصحية...)<sup>1</sup>.

أما بالنسبة للجزائر، فتحديد عوائد أطباء الصحة العمومية المنتميين للمستشفيات والهياكل الصحية القاعدية يتم حسب الأجر الجزافي (Le salariat/Le forfait). يمكن في هذا الصدد تحفيز أطباء الصحة العمومية من خلال نمط عائد إضافي - إدراج منحة متغيرة القيمة- من شأنه أن يخلق نوعا من المنافسة من أجل تحسين الأداء وتحسين نوعية الخدمات المقدمة. كما يمكن إدراج تحفيز غير مادي الذي يمكن أن يشمل كل المتدخلين في الهياكل الصحية.

## 2-5 تشجيع الممارسين شبه الطبيين على القيام ببعض العمليات الطبية البسيطة:

إذا نظرنا إلى خبرة بعض البلدان الغربية، نجد مثلا أن الممرضين في "النرويج" و"المملكة المتحدة" يتابعون تكوينا في الطب والجراحة الإستعجالية لمدة سنتين، التي تخول لهم ممارسة بعض خدمات العلاج التي كانت تقتصر على الأطباء فقط في وقت سابق. يسمح التشريع المحلي في "فلندا" للممرضين تقديم بعض الخدمات في اختصاص معين، في حالة غياب الأطباء الأخصائيين، بعد تكوين مختص في هذا المجال. كما يستطيع الممرض في "السويد" - المكون في اختصاص معين- أن يقوم بوصف محدود لبعض الأدوية. وقد قطع الممرضون شوطا كبيرا في متابعة المصابين بالأمراض المزمنة بالإضافة إلى تأطير خدمات الوقاية.(24) جودة الخدمات المقدمة كفيلة بمفردها لتحقيق جاذبية الهياكل الصحية.

<sup>1</sup> عبارة عن تنظيمات لتوزيع الخدمات الصحية الجوارية في فرنسا التي انبثقت من المادة 1434-16 من قانون الصحة رقم 879-2009 المؤرخ في 21 جويلية 2009. تعمل المراكز الصحية، الديار الصحية و الأقطاب الصحية... على تنظيم الموارد المادية و البشرية الموكلة للجهات العمومية أو المملوكة من طرف أطباء خواص، من خلال الهياكل الصحية العمومية، الاستغلال الفردي أو من خلال مجموعة أطباء للعيادات الطبية و شبه الطبية المتواجدة في نفس حوض الحياة (Bassin de vie).

## 6-2 تحسين الصورة التقليدية للهيكل الصحية القاعدية:

توجد صورة سلبية للهياكل الصحية القاعدية لدى الطبقات الميسورة على أنها مصالِح علاج الفقراء، لكونها لا تميز بين المرضى من ناحية مستوى الدخل الأسري؛ إن تمويل مثل هذه الهياكل الصحية يتم بنسبة كبيرة من طرف الخزينة العمومية والضمان الاجتماعي، أما مساهمة الأفراد فتقتصر عموماً على القسط المدفوع الذي يدعى (Le ticket modérateur).

تظهر هذه الصورة التقليدية في بعض الهياكل الصحية القاعدية الجزائرية لاسيما فيما يتعلق بنقص وسائل العلاج و قلة الأطباء الأخصائيين في بعض الولايات الداخلية والولايات الجنوبية. يمكن رسم صورة تطويرية لهذه الهياكل الصحية من خلال توفير موارد مالية وبشرية تأخذ بعين الاعتبار خصوصية المنطقة وتركيبية السكان محل الهيكل الصحي من جهة، من جهة أخرى تشديد الرقابة في تسيير مثل هذه الهياكل وذلك بإتباع معالم سياسة تسيير استراتيجي محددة الأهداف، التي تحلل الفروق، تستنتج الأسباب وتعمل على محاسبة المتسببين في النتائج غير المرغوب فيها.

### الخاتمة

يوجد اتجاه عالمي نحو لا مركزية المنظومة الصحية و لو أن المفاهيم المتناولة هنا و هناك لا تختلف عن مفهوم الخدمة الصحية الجوارية ؛ فهناك من يستعمل مصطلح العلاج الأساسي (Les soins de base) أو العلاج الأولي (Les soins de premier recours)، من خلال هياكل صحية قاعدية متعددة الخدمات بغض النظر عن التنظيم الذي تنطوي تحته الفرق الطبية العاملة ضمن هذه الهياكل. لا مركزية الخدمة الصحية لا يتحقق من خلال تقريب الهياكل الصحية من طالب العلاج فقط، بل و من خلال تذليل القيود المالية، وتحسين جودة الخدمة المقدمة للمريض.

لنتمين دور الهياكل القاعدية في توزيع خدمات الوقاية و العلاج، توجد آليات يمكن أن تساهم في رفع مستوى فعالية أدائها، من بينها تشجيع الدراسات المقارنة (Benchmarking) بين ولايات الوطن، بين المنظومات الصحية المغاربية والمنظومات الصحية الدولية و تكريس أدوات التقييم العقلاني لنشاط العلاج من أجل التحكم في تسيير الهياكل الصحية و ترشيد الموارد الموظفة.

### هوامش المادّة العلمية

1. Brahim Brahmia, *Rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires de base et accroissement de leur performance : cas de la région sanitaire de l'est*, Projet de recherche ANDRS, Constantine 2011, p 44. Inédit.

2. Brahim Brahmia, *Economie de la santé : Evolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'est- Maghreb*, Bahaeddine Editions, Alger 2010, p. 348.
3. Fatima Zohra Oufriha, *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*, OPU Alger 1992, pp. 73-77.
4. Brahim Brahmia, *Economie de la Santé*, op. cit, p. 352.
5. Front de Libération Nationale, *Charte Nationale*, Alger 1976.
6. Idem.
7. Fatima Zohra Oufriha, *Coûts et surcoûts du système de soins en Algérie*, art. in revue du CENEAP, n° spécial, Alger 1988, p. 34.
8. Brahim Brahmia, *Economie de la santé*, op. cit, p. 356.
9. Fatima Zohra Oufriha, *Cette chère santé*, op. cit, p. 17.
10. Comité Central du FLN, Réunion de Décembre 1980, Résolution n°159 portant sur le dossier de la santé. Alger.
11. [www.ons.dz](http://www.ons.dz), consulté le 01/07/2012.
12. Fatima Zohra Oufriha, *Cette chère santé*, op. cit, p. 100.
13. Larbi LAMRI, *Le système de sécurité sociale en Algérie*, OPU, Alger 2004, p. 14.
14. Ibid, pp. 163-165.
15. Banque Africaine de Développement BAFD/OCDE, *Perspectives économiques en Afrique*, 2008, pp. 133-682.
16. JORADP, Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, Art. 6
17. Ibid, Art.7
18. Ibid, Art.8
19. Brahim Brahmia, *Rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires de base et accroissement de leur performance*, op. cit, p. 52.
20. Idem.
21. Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, JORDAP, 19 mai 2007.
22. Brahim Brahmia, *Rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires de base et accroissement de leur performance*, op.cit, p. 53.
23. Yvon Berland et Yann Bourgueil, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé*, L'observatoire national des professionnels de santé, Paris 2006, p. 28.
24. Médecine et soins de proximité, document pdf, 28juillet 2010, p. 15.



