

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم-

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

التخصص: التسيير هياكل استشفائية

الشعبة: العلوم التسيير

التمويل في المؤسسات الاستشفائية واثرها على النظام الصحي

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ولاية تلمسان

تحت إشراف الأستاذ:

د/ معارفية الطيب

مقدمة من طرف الطالب:

- بوجلولي محمد

أعضاء لجنة المناقشة :

الصفة	الاسم واللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيسا	د. خليفة الحاج	أستاذ محاضر (ب)	جامعة مستغانم
مقررا	أ. معارفية الطيب	أستاذ محاضر (أ)	جامعة مستغانم
مناقشا	شارف بن عطية سفيان	أستاذ مساعد	جامعة مستغانم
مدعو	ميلود ناصر	أستاذ مساعد	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2017-2018

إهداء

حمدا لله خالق الأكوان و منزل القرآن و معلم الإنسان و الصلاة و السلام على نبيه و على آله و أصحابه أجمعين أما بعد :

أهدي ثمرة جهدي إلى أعز ما أملك في الوجود إلى إنسان رأيته بين الناس رجلا و بين الرجال بطلا و بين الأبطال مثلاً , إلى من هيا لي أسباب الراحة و السعادة و تعب من أجلي أبي رحمه الله

إلى التي منحني الحب و الحنان و التي أنارت لي الطريق بدعواتها و بحسن رعايتها , إلى التي جعلت الجنة تحت قدميها و كانت رمزا للتضحية و العطاء أُمي .

إلى كل الأهل و الأحباب .

إلى كل الأساتذة .

إلى الزملاء ,

و إلى كل رفقاء الدرب الجامعي و كل عمال جامعة خروبة

و إلى كل طلبة علوم التسيير دفعة 2018/2017 .

كلمة شكر

الحمد لله الذي خلق الانسان وعلمه ما لم يعلم ' و الصلاة والسلام على اشرف المرسلين ة خاتم الانبياء
ورسل محمد صلى الله عليه وسلم

نتقدم بالشكر الجزيل الى الاستاذ الفاضل "معارفية الطيب " الذي ارشدنا وتابع انجاز هذه المذكرة بكل
اهتمام ومسؤولية .

الى كل من ساعدنا ولو بالكلمة الطيبة وندعو الله ان يوفق جميع الاساتذة لتأدية رسالتهم .

الى جميع الاساتذة ودكاترة جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم

ونحمده سبحانه على اعانتته لنا و امدادنا بالصبر والمثابرة اللازمين لإتمام هذا العمل المتواضع

الصفحة	قائمة المحتويات
I	الاهداء
II	شكرو عرفان
III	قائمة الجداول
IV	قائمة الاشكال
5-1	مقدمة عامة
26-6	الفصل الاول : النظام الصحي في الجزائر وهيكله القطاع الصحي
6	تمهيد
7	المبحث الاول : واقع النظام الصحي في الجزائر
	المطلب الاول نظام الصحي الجزائري ومراحل تطوره :
11	المطلب الثاني : هيكله النظام الصحي
16	المطلب الثالث : اصلاح النظام الصحي في الجزائر:
19	المبحث الثاني : هياكل القطاع الصحي في الجزائر
19	المطلب الاول : قطاع الصحي العمومي
24	المطلب الثاني : قطاع الصحي الشبه العمومي
25	المطلب الثالث : قطاع الصحي الخاص
26	خاتمة الفصل
51-27	الفصل الثاني : المستشفى كالمورد للرعاية الصحية :
27	المقدمة
28	المبحث الاول : عموميات حول المستشفى
28	المطلب الاول : مفهوم المستشفى
30	المطلب الثاني : وظائف الاساسية للمستشفى
33	المطلب الثالث : تصنيف المستشفيات
36	المبحث الثاني : المستشفى كالنظام
36	المطلب الاول : المستشفى كالنظام مفتوح
40	المطلب الثاني : مكونات المستشفى كالنظام
47	المطلب الثالث : رهانات الحالية للمستشفى
51	الخاتمة
72-52	الفصل الثالث : مصادر وانظمة التمويل في القطاع الصحي و تطور الانفاق و مدى فعاليته في النظام الصحي الجزائري
52	المقدمة

53	المبحث الاول: تطور الانفاق ومدى فعاليته في النظام الصحي الجزائري
53	المطلب الاول : نظرة حول الوضع الصحي في الجزائر.....
56	المطلب الثاني : تطور الانفاق علا الرعاية الصحية
57	المطلب الثالث : الميزانية العامة للصحة بالنسبة للميزانية الدولة
58	المطلب الرابع : ميزانية العامة للصحة بالنسبة للناتج المحلي الخام
60	المبحث الثاني : مصادر و أنظمة التمويل في القطاع الصحي.....
61	المطلب الاول : تطور النظام التمويل في المنظومة الصحية
63	المطلب الثاني : نظام التمويل من 1969- 1974
64	المطلب الثالث : نظام التمويل من 1974 الى يومنا هذا.....
70	المطلب الرابع : تشخيص النظام التمويل للقطاع الصحي
72	الخاتمة
88-74	الفصل الرابع : دراسة تطبيقية المؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية اسم الشهيد "شعبان حمدون".....
74	مقدمة
75	المبحث الاول : نظرة عامة حول المؤسسة
75	المطلب الاول: بطاقة فنية عن قطاع الصحي في الولاية
77	المطلب الثاني : تقديم المؤسسة
80	المطلب الثالث : الهيكل التنظيمي للمؤسسة
83	المبحث الثاني : موارد ونفقات المؤسسة
83	المطلب الاول : الموارد البشرية
84	المطلب الثاني : مصادر التمويل للمؤسسة
85	المطلب الثالث : نفقات المؤسسة
87	خاتمة الفصل
88	خاتمة عامة
89	خلاصة
90	قائمة المراجع

قائمة جداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1-1	تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام.	22
2-1	تطور عدد الممارسين(عمال السلك الطبي) في القطاع الخاص	24
1-2	تمثيل لأقسام الوحدات الداخلية للمستشفى	38
2-2	التنظيم الداخلي للمستشفى وفقا Dallery.	39
3-2	العلاقة بين النظام والنظم الفرعية المنبثقة عنه	40
1-3	ميزانية التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة	56
2-3	الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة	57
3-3	ميزانية وزارة الصحة بالنسبة للنواتج المحلي الخام	58
4-3	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحي	66
5-3	مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر	68
6-3	مدى مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة	69
7-3	تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للنواتج الداخلي الخام	70
8-3	نسبة الدين لقطاع الصحة حسب الهياكل لسنة 2010	71
1-4	الأقسام الطبية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية	78
2-4	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون بمغنية	80
3-4	توزيع الموارد البشرية بمستشفى شعبان حمدون ل 2016	83
5-4	توزيع النفقات لسنة 2016	85

قائمة الاشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
38	تمثيل لأقسام الوحدات الداخلية للمستشفى	1-2
39	التنظيم الداخلي للمستشفى وفقا Dallery.	2-2
40	العلاقة بين النظام والنظم الفرعية المنبثقة عنه	3-2
80	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون بمغنية	2-4
84	: مصادر تمويل المستشفى للسنة المالية 2016	4-4

مقدمة عامة

1. المقدمة العامة

لم يحظى قطاع الصحة إلا بإهتمام القليل من الباحثين الاقتصاديين والاجتماعيين على الرغم من أهميتها وخصوصيتها وتفرداها عن باقي القطاعات من خلال البعد الاجتماعي ووقعه الإنساني، فجعل الأبحاث كانت تنصب على القطاعات الاقتصادية، إلا أن الواقع الحالي فرض على المفكرين الاهتمام بهذا الجانب عبر التحاليل النظرية والأبحاث الانتقادية للسياسات المنتهجة ونتائجها. فالمشاكل التي عرفت هذا القطاع وبالأخص حالة الانسداد على مستوى هياكله، والتي كانت نتاجا لتفاقم الحالة المالية و التسييرية لها هي من أكثر العوامل التي أدت إلى الحديث عن السياسات المتبعة لتسوية جوهر هذه المشاكل.

ومما لا شك فيه أن هذا القطاع قد شهدت في العقود الأخيرة تطورا هاما في العالم ككل أو في زمرة البلدان النامية و البلدان العربية علي وجه الخصوص و قد تميزت هذه التطورات باتساع الأبحاث الطبية والبيوطبية علي مستوى القطاع الصحي مما جعل حل المشاكل الصحية المستعصية لدى الأفراد أمرا واردا بين الحين والآخر.

أما بالنسبة للجزائر فقد شهد هذا القطاع تطورات كبيرة تزامنت مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. و قد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذه القطاع، وهو محاولة القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمجة، أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذا القطاع من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي تلعبه هذا القطاع في التنمية.

لكن علي الرغم من ارتفاع الإنفاق علي هذا القطاع ، و ما تبدله الدولة من جهود في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية إلا أن الاستفادة من ذلك ما زال دون المستوى المطلوب أين بقي هذا القطاع عرضة للعديد من المشاكل نتيجة للقصور الإداري من جهة ، و عدم فعالية السياسات الموضوعة من جهة أخرى. (ان ارتفاع المذهل في تكاليف هذا القطاع جعل السلطات والحكومات تتساءل عن هذا المشكل وعن السياسة الواجب إتباعها لتسويته، وبهذا فقد أصبح ينظر إلى هذه القطاع كمصدر للنفقات الباهظة والتبذير بدلا من كونها منفذ لدفع وتيرة النمو. و أمام هذه التحديت النوعية و الكمية التي تشهدها هذا القطاع في الجزائر فقد بات لزاما علي المشرفين عليها التفكير بصفة جدية في سبل مواجهة هذه التحديات وبالتالي المحافظة علي جودة الخدمات الصحية من خلال عقلانية و حسن تسيير الطاقات المسخرة لها حتى تؤدي المهام المرسومة لها علي أكمل وأحسن وجه ، و بذلك تتفادى المصير المشئوم الذي آلت إليه القطاعات الاقتصادية الأخرى و كل ذلك لا يأتي إلا ببروز نية صادقة في تغيير نمط التسيير وكذا التحليل الهيكلي و المالي لجوانب الإنفاق بهذا القطاع مع استبعاد الإنفاق الغير فعال

2. الهدف من البحث:

يهدف هذا البحث إلى التطرق لبعض الحقائق المتعلقة بالقطاع الصحة، وهذا من خلال إبراز الجوانب التالية:

- هيكله هذا القطاع.
- أهم الإصلاحات التي شهدتها هذا القطاع.
- مصادر تمويلها.
- مخصصاته المالية من الميزانية العامة.
- تقييم مردودية هذا القطاع.
- محاولة تحديد الخلل بهذه القطاعات مع معرفة الأسباب التي أدت إلى فشلها في تأدية مهامها.
- وفي الأخير نسلط الضوء على مؤسسة عمومية الاستشفائية كعينة لدراسة تطور هذا القطاع.

3. أهمية البحث:

من خلال هذا البحث يتم إبراز مدى تطور القطاع الصحي في الجزائر، وما تتطلبه من نفقات من أجل تحقيق الأهداف المرجوة منها، وفي الأخير يتم تقييم مردود هذا القطاع مع إبراز الأسباب التي أدت إلى اختلالها، والتي ترجع أساسا إلى سوء التسيير والتخطيط، مع الاستعمال السيئ للموارد المتاحة.

4. منهج البحث:

اعتمدنا في هذه الدراسة على تطبيق المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على أساس الاستقراء والاستنتاج.

5. دوافع اختيار البحث:

- لقد تم اختيار موضوع البحث للأسباب التالية:
- نقص الدراسات التي تتناول البحث في ميدان الصحة خاصة باللغة الوطنية.
 - الوضعية السيئة التي تعيشها هذا القطاع خاصة في الآونة الأخيرة ، بما في ذلك الفوضى العارمة و الإضرابات المتتالية لعمال القطاع.
 - أهمية هذا الموضوع في الاقتصاد الوطني باعتبار أن هذا القطاع هي الأكثر استهلاكاً للموارد المالية، والأكثر تأثيراً على تنمية البلاد.

6. الإشكالية:

إن موضوع تقييم نفقات الصحة يقودنا إلى طرح الإشكالية الرئيسية التالية:
ما هو حجم المخصصات المالية التي توفرها الدولة لتسيير قطاع الصحة في الجزائر؟
و هل هناك فعالية في استغلال هذه المبالغ؟

انطلاقاً من هذا التساؤل الجوهرى سنطرح مجموعة من التساؤلات و الاستفسارات الفرعية و التي تلخص أهـم نقاط المناقشة و ترسم بذلك حدوداً للبحث، و هي كالتالى:

أ - هل يمكن الحديث عن هذا القطاع دون التطرق إلى أهم التطورات التي مست أنظمتها و كذا هياكلها و أهم مصادر تمويلها ؟.

ب - هل أن الوضعية التي آلت إليها هذا القطاع مردها إلى عوامل مالية ، أم لأسباب أخرى يمكن التحكم فيها متى أردنا ذلك ؟.

ج - ما هي أهم الإجراءات ، الوسائل و الحلول اللازمة للتفعيل من هذا القطاع نحو تنمية مستدامة ؟. للإجابة على التساؤلات المطروحة في إشكالية البحث و ساحة النقاش بصفة عامة انطلقنا من الفرضيات التالية:

أ - إصلاح المنظومة الصحية أصبح أكثر من ضروري في الوقت الراهن نظراً لعدم استجابتها بالقدر الكافي للمتطلبات المتنامية للأفراد.

ب - إن فعالية المنظومة الصحية هي نسبة بالنظر إلى المؤشرات الايجابية المسجلة ، إلا أن هذه النتائج تخفي جملة من النقائص التي تشكل تحدياً ينبغي مواجهته في المستقبل.

ج - إن المخصصات المالية هي كافية لضمان السير الحسن لهذه القطاعات ، و بالتالي فالمشكلة التي تعاني منها ليست بالمادية تتعلق بالدفع المالي (بل هي أعمق من ذلك تتعلق أساساً بالجانب التنظيمي التسيير)

7. صعوبات الدراسة

إن الصعوبات التي واجهتنا أثناء انجاز هذا البحث لا تختلف عن تلك التي هي مألوفة لدى بقية الباحثين و التي نوجزها في ما يلي:

-النقص الكبير في المراجع سواء تعلق الأمر باللغة العربية.

-صعوبة الاتصال بالمصالح المعنية للإدلاء بأي معلومات لها صلة بالموضوع و هو ما يكرس مبدأ البيروقراطية لذي الإدارات العمومية.

-تضارب في الإحصائيات بين المصالح الإدارية و الوزارات.

-ندرة الدراسات التي تتناول موضوع تقييم نفقات الصحة و إن وجدت فهي لا تتناول إلا بعض الجوانب الفنية، نتيجة انعدام معايير يستند إليها في عملية التقييم.

-طبيعة الأنظمة المغلقة و التي تصعب من وجود بيانات و إحصائيات دقيقة غير موثوق بها (و التي غالباً ما تدفع الباحث إلى العزوف عن أي دراسات نقدية لهذه السياسات).

8 تحديد المفاهيم

أ.جودة الخدمات الصحية: هي مجموع الخدمات المقدمة إلى المريض منذ وصوله إلى المستشفى أو المركز الصحي إلى غاية خروجه منه، و الهدف من ورائها تحسين صحة الفرد و إعادتها إلى حالتها الطبيعية.

كما يقصد بها تحقيق مستوى عالي و ج²يد في تقديم الخدمات الطبية من خلال ثلاثة أبعاد أساسية :
 كفاءة الجهاز الط²بي، طريقة التعامل مع المريض، المنشآت الصحية و التجهيزات المتوفرة.
 ب. التنمية: بالنسبة للاقتصاديين هي الزيادة في السلع و الخدمات بمع²دل يزيد عن الزيادة الحاصلة في عدد السكان ، أ² ما بالنسبة للسياسيين فإنها تعني اللحاق بالدول المتقدمة و القضاء علي المثلث الخطير (المرض الفقر الجوع)، و عموما هي عملية شاملة تمس الإنسان بالدرجة الأولى.
 بصفة عامة التنمية هي مجموعة الإجراءات و التدابير الاقتصادية و الاجتماعية ، تهدف إلي إحداث تغيير هيكلي في الكيان الاقتصادي لبناء آلية اقتصادية تضمن تحقيق زيادة حقيقية في الناتج الإجمالي ، ورفع مستوى الدخل الفردي الحقيقي ، بالكيفية التي تضمن العدالة في توزيع هذا الناتج.
 ج. التنمية البشرية: تهت²م بدعم قدرات الفرد و قياس مستوى معيشته ، و تحسين أوضاعه في المجتمع.
 د. التنمية المستدامة: هي تلبية احتياجات الحاضر دون أن تؤدي إلي تدمير قدرة الأجيال المقبلة علي تلبية احتياجاتها الخاصة. و بالتالي فان تحقيق تنمية مستدامة يتطلب إحداث تكامل بين الإجراءات المتخذة في ثلاثة مجالات أساسية النمو الاقتصادي و الاجتماعي، حفظ الموارد الطبيعية و البيئية، العدالة في توزيع الموارد.

9. محتويات البحث وتقسيماته

من خلال هذا البحث سنحاول التطرق إلى المحاور الأساسية للإشكالية من خلال المنهجية التي تتضمن ثلاثة (03) فصول نظرية وفصل تطبيقي.

الفصل الأول يتناول النظام الصحي في الجزائر وهيكله القطاع الصحي من خلال:

- إبراز واقع النظام الصحي في الجزائر. و تطوره
- هيكله القطاع الصحي في الجزائر
- الإصلاحات في المنظومة الصحية في الجزائر.

أما الفصل الثاني فهو يخص المستشفى في القطاع الصحي و الدور الذي يلعبه في المنظومة الصحية ككل في الجزائر من خلال إبراز الجوانب التالية:

_ تطرق حول أهمية المستشفى في النظام الصحي

_ حساسية هذه المؤسسة و تعامل المباشر مع الافراد

_ الرهانات الحالية و اهم التحديات التي تواجه المستشفيات

اما الفصل الثالث سنخصصه لمصادر و انظمة التمويل في القطاع الصحي و تطور الانفاق و مدى

فعاليته في النظام الصحي الجزائري مع ابراز الجوانب التالية

_ مدى تطور الانفاق علا الرعاية الصحية

_ كيفية تخصيص الميزانية العامة للصحة بالنسبة للميزانية الدولة ككل

_ نظام التمويل في القطاع الصحي الجزائري و مصادره

_ تشخيص النظام التمويل للقطاع الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في منظومة

الصحية

أما الفصل الرابع فهو يخص المؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية اسم الشهيد " شعبان حمدون "

مدى تطور فعالية النظام التمويل في المؤسسة

_ تحليل جانب الإنفاق الصحي في المؤسسة

_ دراسة مصادر التمويل في المؤسسة

وفي الأخير سنتطرق إلى بعض الحلول التي تعنى بإصلاح هذا القطاع فيما يخص جانب التمويل و طرق

الانفاق في النظام الصحي

الفصل الاول :

النظام الصحي في الجزائر وهيكله
القطاع الصحي

تمهيد

إن صحة المواطن أغلى ما تملكه المجتمعات حيث أنها ثروة يجب الحفاظ عليها و صيانتها إذ أن الإنسان هو هدف لكل ما تقدمه برامج و خطط التنمية من خدمات و إن مطلب الحياة هو أول مطالب ذلك الإنسان ، و أهم مقومات الحياة هو الصحة ، و من جهة أخرى فالإنسان هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية ، فإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فهو ليس بالهدف الوحيد بل و يجب السعي نحو تحسين جودة الخدمات الصحية و كذا تحقيق العدالة بين الأفراد من خلال تيسير حصولهم عليها.

بالنسبة للجزائر فقد شهد قطاع الصحة تطورا كبيرا خاصة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي تزامنا مع التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية للبلد. لكن على الرغم من ضخامة ما تنفقه الدولة على هذا القطاع الحساس في سبيل تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام أو الخاص إلا أن الاستفادة من هذه الخدمات ما زال دون المستوى المطلوب أين يبقى القطاع عرضة للعديد من المشاكل.

المبحث الأول: واقع النظام الصحي في الجزائر.

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية ولشخصية وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

المطلب الأول: النظام الصحي الجزائري ومراحل تطوره.

1- تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر:

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير⁹⁴. واتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية والمتنقلة، على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال، ونظراً لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع: مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية، وتميز العمل على أرض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة حصماية الناس والمجتمع (التطعيم الإجباري لجميع الأطفال) والوقاية من الأمراض المنتشرة (القضاء على الملاريا والسل). ومن هنا أصبح لزاماً انتهاز سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة، والمهم بالنسبة لمسئولي الصحة هو إبراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات، والإصرار على الزيادة في تكوين عدد الأطباء والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية، لأن العديد من احصكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها على أساس تجاري لأنها جزء من ميراثها القومي. وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الاستقلال بثلاث ميزات رئيسية وهي:

-تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسمياً من يناير 1974 ، تطبيقاً للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 ولذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهذا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على رعاية صحية.

1- حوالمف رحيمه، تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان)، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان 2010/2009، ص 133.

- صلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.
- إنشاء قطاع الصحة ومحاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بإنجاز العديد من المرافق الصحية، وخصوصا المستشفيات والهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة والمراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام أساسية وهي الرعاية، التدريب والبحث.
وخلال عقدين الثمانينات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة ومرور بلادنا بالعشرية السوداء من جهة أخرى، اضطر النظام للرضوخ إلى التعديل الهيكلي منذ 1994 ، بعد أن شهد نظام الرعاية الصحية انهيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي.
1998 شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من - وخلال الفترة ما بين 1989 الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها، بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية، وظهور العيادات الخاصة المنافسة.

2- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر:

فقد تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل وتتمثل في:

2-1- - المرحلة الاولى (1962 1965)

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم.

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 هذه المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج في AMG والاستشفاء، والتي تسير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية المدن والبلديات، والتي تسير من البلديات، وأخيرا مراكز النظافة المدرسية والتي تسير من طرف وزارة التعليم. ومن جهة أخرى، هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

2- بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير 2009، ص / 170 جامعة الجزائر، 2008.

2-2- المرحلة الثانية (1965 1979)

ميزت هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1969 الى 1979 ، وهذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي⁹⁵ . والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق احضرية والريفية، فنجد تركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض. أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ 1975 ، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي:

-المشكلات الصحية :كمكافحة الأمراض المتنقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية... الخ.

-مكافحة الأمراض غير متنقلة :كأمراض القلب، الأمراض العقلية... الخ.

-المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

-المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة ب 60 % من مجموع النفقات، و30 من طرف الضمان الاجتماعي، والبقية 10 % من طرف السكان أو الأسر، بحث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها، وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية AMG المجانية

2-3- المرحلة الثالثة (1990 2000)

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، واعتبرت اللجنة المركزية لجهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على⁹⁶ :

-إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأداء وهذا لا يشمل وزارة الصحة فقط، وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية في الصحة.
- التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.
- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت في 97 :
- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية كلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
- المكلّفة بضمان تموين الهياكل الصحية بالمنتجات (PCH) الصيدلية المركزية للمستشفيات الصيدلانية (1994)
- الوكالة الوطنية للدم (ANS) المكلّفة بوضع السياسة الوطنية للدم سنة 1995
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ABNS المكلّفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد CNPM المكلّف بمراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 150
 97 بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية
 وعلوم التسيير 2009، ص 170 جامعة الجزائر، 2008

المطلب الثاني: هيكله النظام الصحي في الجزائر.

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تلهم المستشفيات الجامعية الجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا⁹⁸. ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتتمثل في:

1-المستوى المركزي:

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

1-1-الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع استراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال⁹⁹ :

- وقاية صحة السكان ورعايته،
 - التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي،
 - التنظيم الصحي والخريطة الصحية،
 - العلاج الطبي في الهياكل الصحية،
 - تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين،
 - العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات،
 - ينظم المهين ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهل على تطبيقها،
 - دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة،
 - التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها،
 - احصاية الصحة في الوسط التربوي والعائلي والعملي.
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

1-2-ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04) ، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج

1-3-الأمانة العامة :تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

1-4-المفتشية العامة :يشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية100 :

-الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية،

-توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية،

-العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد،

-ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

1-5-المديريات المركزية :وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين،

مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

2-على المستوى الولائي:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الاجتماعية (CMS) الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم. كما أنها لا تنهون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

2-1- المراكز الاستشفائية الجامعية:

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974 ، وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي 660 إلى 700 سرير ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة.

يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية. وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنها ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي 102 :

-الميدان الصحي،

-الميدان التكويني،

-ميدان الدراسة والبحث.

يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام يزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

3-على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

العمومية المؤسسات (صحية قطاعات شكل في والبلدية الدائرة مستوى على الصحية الخدمات تنظم الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة 103 ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية. وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لـ *des soins* *hiérarchisation* (تم إنشاء قطاعات صحية فرعية *sous-secteurs sanitaire* المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتهما في المجتمع حيث أوكلت لها مهمة انتقاء احصالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في احصالات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وهي تتكون على الترتيب من:

101 -بموجب قانون رقم 74 0 الصادر في 13 جوان 1974

المرسوم التنفيذي رقم . 467 - 97 المؤرخ في 102 - /12/1997

103 المنشأة الاستشفائية المتخصصة: هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين. مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال.

1-3 عيادة متعددة الخدمات

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛
 - الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛
 - تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.
- 2-3- : (Centre de santé) (المركز الصحي ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة
- 3-3- : (salle de soin) (قاعات العلاج وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل
- 1000-2000 ساكن.

104 ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى :

– الاستشفائية العمومية المؤسسات (: EPH) établissement Publics Hospitalier.

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP Etablissements publics de santé de proximité
 - المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) Etablissements Hospitaliers spécialisé.
 - وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات
 - Polycliniques أو إلى قاعات للعلاج، (salles de soin حسب حالة وضعيتها المادية
- إن المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة باحصاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين، حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة (EPSP) اما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، تحدد المشتملات المادية واحصيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة 105 . أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي،
- تشخيص المرض،
- العلاج الجوارى،
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي،
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي،
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان،
- وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

المطلب الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر.

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002 ، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات.

1- أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

1-1-1- أهداف مشروع الإصلاح:

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي 106 :

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع احصاجات الصحة للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير احصسن للمؤسسات الصحية.

- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.

- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

- توفير الإمكانيات الضرورية لمحتري في الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

- ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

1-2-1- ملفات مشروع الإصلاح:

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:

1-2-1-1- ملف احاجيات الصحية وطلب العلاج:

تمحور هذا الملف حول دراسة كفيات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية،

وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، البائي، المالي والتنظيمي. وتم التعرض إلى كفيات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى

106 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات:

الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 12 جانفي 200.

1-2-2- ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

1-2-3- ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقية في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين ولتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

1-2-4- ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

1-2-5- ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى

1-2-6- ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل واحصائية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة الظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

2- مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة:

تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم 07 140 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات فيسير - كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 والذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية¹⁰⁷. وقد أعطت سياسة الإصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3000 سرير، ووصل في القطاع العام إلى أكثر من 62000 سرير. أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد وصيانتة، ومنهم مهندسين جزائريين إضافة إلى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد وصيانتة. وقد تم إنشاء مؤسسات كويتية متخصصة وخاصة في طب العيون في بعض الولايات الوطن الشيء الذي يفتح ويحث المؤسسات الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات وبلوغ الجودة العالمية.

المبحث الثاني هياكل القطاع الصحي في الجزائر

بالنسبة للجزائر فقد شهد قطاع الصحة تطورا كبيرا خاصة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي تزامنا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية للبلد. لكن على الرغم من ضخامة ما تنفقه الدولة على هذا القطاع الحساس في سبيل تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام أو الخاص إلا أن الاستفادة من هذه الخدمات ما زال دون المستوى المطلوب أين يبقى القطاع عرضة للعديد من المشاكل.

و على هذا الأساس ارتأينا التطرق من خلال هذا المبحث إلى ثلاث مطالب بحيث:

سنتطرق من خلال المطلب الأول : قطاع الصحي العمومي

سنتطرق من خلال المطلب الثاني : قطاع الصحي شبه العمومي

سنتطرق من خلال المطلب الثالث : قطاع الصحي الخاص

المطلب الأول : قطاع الصحي العمومي

يتكون القطاع الصحي العمومي من مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الإداري، تتمتع بالشخصية المعنوية وكذا بالاستقلالية المالية وعلى هذا الأساس فالإطار التنظيمي للقطاع الصحي العمومي يشمل ثلاثة مستويات أساسية وهي:

الفرع الأول المستوى المركزي

تشمل الوزارة على عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة بواسطة السكرتير العام بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة و السكان تقوم هذه اللجان بالفحص ، و تلعب دورا هاما في التنمية و المتابعة و كذا تقييم البرامج الوطنية للصحة ، و في المقابل توجد عشر (10) هيئات تحت وصاية الوزارة مسيرة من طرف مجلس الإدارة.

المستوى الجهوي

من أجل تحقيق الملائمة بين عرض العلاج و احتياجات السكان و كذلك من أجل ضمان المساواة و العدالة بين الأفراد في الاستفادة من الخدمات الصحية أسست الجهوية للصحة سنة 1995 ، حيث يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعاضدة القطاعات مكلفة ب: -تدعيم التشاور بين المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بتحديد التوجهات الإستراتيجية. -اتخاذ القرار من خلال التخصيص الأمثل للموارد ، كما يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهام خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية ، ويجدر الإشارة على أنه توجد خمس (5) مناطق صحية في الوطن:

1 - Le ministère de la santé et de la population , Rapport national sur le développement du système national de la santé , Alger , mai 2006 .

- منطقة الوسط: تضم 11 ولاية .
- منطقة الشرق: تضم 14 ولاية^[2].
- منطقة الغرب: تضم 11 ولاية^[2].
- جنوب شرق: تضم 7 ولايات^[2].
- جنوب غرب: تضم 5 ولايات^[2].
- الجدير بالذكر أن المستوى الجهوي يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية للمنطقة
- في كل ولاية من ولايات الجزائر (48) ولاية (نجد ما يعرف ب مديرية الصحة والسكان و التي تم تأسيسها بمقتضى المرسوم التنفيذي 97 / 261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 وتتمثل مهامها أساسا في:
- . جمع و تحليل المعلومة الصحية^[2].
- . وضع حيز التنفيذ البرامج القطاعية للنشاط الصحي^[2].
- . التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية^[2].
- . مراقبة هياكل القطاع الخاص^[2].
- أ. القطاعات الصحة: يعتبر القطاع الصحي النواة الأساسية بالنسبة للمنظومة الصحية في الجزائر
- 442 المؤرخ في 5 سبتمبر - حيث بلغ عددها 185 قطاعا صحيا تم إنشائها بناء على المرسوم 81
- 1981 موزعة على خمسة مناطق صحية كما يلي:
- منطقة الوسط : تتوفّر على 56 قطاع صحي^[2].
- منطقة الشرق: تتوفّر على 55 قطاع صحي^[2].
- منطقة الغرب : تتوفّر على 43 قطاع صحي
- منطقة الجنوب الشرقي: تتوفّر على 20 قطاع صحي^[2].
- منطقة الجنوب الغربي : تتوفر على 11 قطاع صحي^[2].
- إذن فالقطاع الصحي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية
- و كذا بالاستقلال المالي يقترح الوزير المكلف بالصحة و السكان بعد استشارة الوالي حل أي قطاع صحي عبر مرسوم تنفيذي . يتكون القطاع الصحي من مجموعة من الهيئات التي تهدف إلي:
- . تغطية حاجيات سكان مجموعة من البلديات و التي هي تابعة إلى الوزارة المكلفة بالصحة^[2].
- . إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية من خلال اتفاقيات توقع مع المؤسسة القائمة^[2] بالتكوين.
- . تنظيم نشاطات الوقاية و التشخيص و العلاج^[2].
- . ترقية المحيط من خلال مكافحة الآفات الاجتماعية.

ل المراسيم التنفيذية رقم 97 / 467 مؤرخة في 02 ديسمبر 1997 ، المتعلقة بتجديد قواعد إنشاء الهياكل الصحية 1 - - 465 - 466 .

ب-المراكز الاستشفائية المتخصصة: لقد تم إنشائها بناء على المرسوم رقم 8122 243 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 و المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخ² صصة حيث وصل عددها إلى 25 مؤسسة. إذن فالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت هذه المراكز الاستشفائية المتخ² صصة بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة و السكان و هذا بعد استشارة الوالي ، أما المهام²م التي توكل إليها: فهي تقوم بتطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة².

المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة².

استخدامها كميدان لتكوين الشبه طبي و التسيير الاستشفائي.

ج.المراكز الاستشفائية الجامعية: أنشأت هذه المراكز بموجب المرسوم رقم 86 25 المؤرخ في 15 فيفري 1986 و هي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية أما الوزير المكلف بالتعليم الوصاية البيداغوجية ، أما المهام التي أسندت إلى هذه المراكز الاستشفائية الجامعية فهي تتمثل في: العلاج:

. المساهمة في ترقية صحة السكان .

. ضمان العلاجات المتخصصة .

التكوين:

. للمراكز الاستشفائية الجامعية علاقة وطيدة مع المعهد العالي للعلوم الطبية فيها يخ² ص².

. التكوين لمرحلة التدرج و ما بعد التدرج.

. إضافة إلى تكوين الأعوان الإداريين من أجل تحسين مستواهم..

البحث العلمي:

تلعب المراكز الاستشفائية الجامعية دور هام²م فيها يخص عملية البحث العلمي .

من خلال تنظيم ندوات و لقاءات دراسية في مختلف المواضيع الطبية.

يمكن أن نبرز تطور المنظومة الصحية للقطاع العام من ناحيتين أساسيتين (المادية و البشرية)

أولا .من ناحية المادية:سنحاول من خلال هذا الجانب التط

رق إلى التطورات التي عرفت الهياكل

الصحية القاعدية للقطاع العام (المستشفيات الجامعية، المراكز الصحية، قاعات العلاج، العيادات، الصيدليات).

الجدول رقم (1 - 1) : تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام.

السنة	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
المستشفيات الطبية الجامعية	428	504	448	515	564	569	603	599	679	698
المراكز الصحية	1110	1126	1185	1252	1268	1281	1285	1287	1296	1308
قاعات العلاج	3601	3780	3851	3954	4100	4267	4412	4454	4628	4687
العيادات المتعددة الخدمات	462	478	487	496	504	478	516	518	520	533
الصيدليات	1108	1099	994	989	1022	1035	1012	/	1054	1019

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات

توضح البيانات الواردة في الجدول على أن قطاع الصحة في الجزائر عرف قفزة نوعية من حيث الوسائل المادية (الهياكل القاعدية للصحة) خاصة خلال العشر سنوات المنصرمة حيث خصصت الجزائر 8 % من الناتج المحلي إلى قطاع الصحة في سنة 2010 عوض 1.6 % من الناتج المحلي لسنة 1999 و هذا من أجل تقليص من نسبة العجز الذي يعاني منه قطاع الصحة 1 فسعي الجزائر وراء تحقيق إستراتيجية تعميم الخدمات الصحية لكافة الأفراد تجسد من خلال السياسة الوطنية للصحة عبر تركيز الجهود على المنشآت الصحية القاعدية حيث:

- سجلت المستشفيات الطبية الجامعية زيادة بمعدل 14%

- أما المراكز الصحية فبمعدل 11 %

- أما قاعات العلاج فبمعدل 12 %

- أما العيادات متعددة الخدمات بمعدل 11%

كما توضح النسب الواردة في الجدول على أن تركيز جهود قطاع الصحة بالجزائر يتم خاصة على مستوى الهياكل الصحية ذات تكلفة أقل و مردودية أعلا.

- حيث تحتل قاعات العلاج المرتبة الأولى ضمن الهياكل الصحية القاعدية بنسبة تتراوح ما بين % 53.67 لسنة 1997 إلى % 56.79 لسنة 2004

- وتليها المراكز الصحية بنسبة تتراوح ما بين 16 ، 54 إلى 16 ، % 08 من نفس السنة

- في حين أن المستشفيات الطبية الجامعية ونظرا لضخامة الموارد المالية التي تستلزمها من أجل إنشائها وتجهيزها (الشيء الذي جعلها تحتل آخر مرتبة ضمن الهياكل الصحية القاعدية % بنسبة تتراوح من 6 ، % 33 إلى 8 ، 48

لكن بالرغم من هذا التطور في الهياكل الصحية بالجزائر إلا أن الطلب يتزايد على العلاج مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوفرة لدى القطاع الصحي العمومي و هذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود في التخطيط لهذه الموارد (الهياكل السائدة على أرض الواقع تبقى بعيدة عما كان مخطط له (و كيفية استخدامها خاصة بعدما كثر الحديث حول فعالية النظام الصحي من أجل التكفل بالمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية.

المطلب الثاني قطاع الصحي شبه عمومية

تتمثل هذه الهياكل بالخصوص في المراكز الطبية للضمان الاجتماعي¹ وقد ألحقت هذه الهياكل (عيادات، مراكز استشفائية) بالقطاع الصحي حيث تم ذلك² أئيا عام 1984 تغطي الهياكل الشبه عمومية التابعة للضمان الاجتماعي شريحة كبيرة من³ تتمتع بحيث لها دور كبير في التقليل من الأمراض، كما أن لها مساهمات واسعة في الصحة والوقاية من الأمراض المهنية. إن الهدف من اللجوء إلى هذا القطاع هو نجدة القطاع العمومي حيث جاء ليخفف من العبء الذي يتح⁴ مله فكان بمثابة مسكنا وقتيا لتدهور القطاع العمومي.

لقد كان الضمان الاجتماعي يدير أكثر من 145 وحدة سنة 1979 هذه الوحدات مكونة من مراكز طبية اجتماعية، عيادات متخصصة ومخابر للتحليل ومنذ 1980 تم وضع برنامج استثمار هام جدا يتضمن 12 مركز طبي اجتماعي، 6 عيادات متخصصة، 9 مراكز للمعوقين، و 8 مراكز خاصة بصعوبة التنفس.

المطلب الثالث : قطاع الصحي الخاص

لقد شهدت الخدمات الصحية للقطاع الخاص تغيرات و تحولات عديدة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا حيث بدأ يتوسع منذ 1969 و ذلك بتوسيع المدن الحضرية و تمركز الاستثمارات الصناعية و الاجتماعية في المدن. فلقد كان هذا القسم مه⁵ مشا و مع⁶ طلا لفترة طويلة من الزمن فلم تظهر أهميته إلا بعد أن عرف القطاع العام مشاكل عديدة و هذا راجع إلى عجز الدولة عن تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية من قبل الأفراد ، فضعف مرد ودية القطاع العام هو من أكثر العوامل التي ساهمت في تطور القطاع الخاص. فلقد خرج من قوقعته عن طريق إصلاحات 1990 أين أصبح مك⁷ ملا للقطاع العمومي حيث يعملان من أجل أهداف مو⁸ حدة إذ تم تسجيل عدد كبير من الأطباء و الأخصائيين الذي انتقلوا من القطاع العام إلى القطاع الخاص بنسبة تفوق 110% خلال العشر سنوات الأخيرة بحيث بلغ عدد الأطباء و الأخصائيين في القطاع الخاص 15000 . مقابل 7240 في القطاع العمومي سنة 1991 كما أشارت التقارير على أن 44 % من الأطباء و الأخصائيين و 34 % من المتخ⁹ صصين في الطب العام يمارسون نشاطاتهم في القطاع الخاص، و إن هذه النسب هي في تزايد مما يفيد باحتمال حدوث نزيف في القطاع الصحي العمومي نتيجة للنقائص العديدة التي يعاني منها القطاع

الجدول رقم (1- 2) : تطور عدد الممارسين) عمال السلك الطبي (في القطاع الخاص

السنة	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الأطباء	8195	8699	9706	10345	10776	11401	11464	11982	12350	12487
جراحو الأسنان	2764	2901	3049	3346	3580	3747	4804	3987	4472	4728
الصيدلة	3604	3948	4305	4575	4778	4995	5502	5860	6305	7103
المجموع	14563	15548	17060	18252	19134	20143	20770	21829	23127	24156

المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

توضح البيانات الواردة في الجدول التطور الملحوظ في عدد العاملين بالسلك الطبي خاصة خلال العشرية الأخيرة فالمشاكل التي يعاني منها القطاع العام كانت سببا في تحول العديد من اليد العاملة من القطاع الصحي العمومي نحو القطاع الصحي الخاص. و من جهة أخرى تمثل فئة الأطباء الفئة الغالبة في السلك الطبي بالقطاع الخاص بنسبة تتراوح من 51% إلى 57 % ، تم تأتي فئة الصيادلة بنسبة تتراوح من 25 % إلى 29 % و في الأخير تأتي فئة جراحوا الأسنان بنسبة تتراوح من 18 % إلى 19%

خاتمة الفصل الأول

منذ إحلال الدولة للطب الثاني في الجزائر وضعت كل الوسائل من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي و هذا من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة. و على هذا الأساس يمكن اعتبار الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية نسبية بالنظر إلى ايجابية المؤشرات الصحية المسجلة، إلا أن هذه النتائج لا يجب أن تخفى جملة النقائص التي لا تزال تعانها منظومتنا الصحية و التي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهته مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية و تغير خارطة المرض. إذن فإصلاح المنظومة الصحية أصبح أكثر من ضروري في الوقت الراهن ، و هذا راجع لعدم استجابتها بالقدر الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان ، و كذا في ظل ضعف الفعالية و هو ما يجعل السلطات الجزائرية تقتنع بحتمية تسريع إصلاح ص² حي عميق يقوم على تقريب الصحة من المواطن، و ترتيب مستويات العلاج مع إعادة التركيز على الوقاية وتحسين نوعية الخدمات التي لا طالما اشتكى الجزائريون من رداءتها.

الفصل الثاني

المستشفى كمورد الرعاية

مقدمة:

تعتبر المستشفى كمؤسسة خدمات خاصة، أهم ما يميزها عن غيرها الجانب الإنساني النبيل، استمرارية أنشطتها على مدار العام (24 س/24 س)، هذا إلى جانب حساسية أنشطتها لتعلقها بحياة الإنسان. وكغيرها من المنظمات، فالمستشفى وتسايرا مع التطور الذي تشهده هذه المنظمة أصبحت تعيش تحولات كبيرة واكبتها إصلاحات هامة، سعت من خلالها إلى ترشيد نفقات¹ والرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وعلى هذا الأساس، تقوم المستشفى بإدارة العديد من التدفقات ذات أهمية متباينة تصاحب مسار المريض من دخوله المستشفى إلى غاية خروجه، فنجد مثلا التدفقات الفندقية مثل الوجبات، الغسيل والتي لا تحظى بأهميتها البالغة إذا إقترنت بشروط النظافة الإجبارية، وكذا التدفقات الصيدلانية والتي تتميز بالزامية عدم النفاذ نظرا لخاصيتها الحيوية لحياة المريض. هذا إضافة إلى تدفقات مادية أخرى كتدفقات المعدات والأجهزة الطبية والتي لا تقل شانا عن نظير² السابقة. وبذلك تتبنى المستشفى نوعين من الخدمات المقدمة (Back office). ومنها ما هو خفي عنهم (Front office) منها ما هو ظاهر لأعين المرضى كلها نقاط سنتطرق إليها خلال هذا الفصل، مع استعراضنا للمستشفى كجزء من النظام الصحي من جهة، وكمورد للرعاية الصحية من جانب آخر، مع بيان مختلف التوجهات والتحديات التي تقابل هذه المؤسسة.

المبحث الاول :-عموميات حول المستشفى

تعتبر المستشفى من المنشآت الهامة في المجتمع الحديث حيث انها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية وهي تسهم بذلك في رفع المستوى الصحي للبلاد ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفع.

-المطلب الاول :مفهوم المستشفى

تعني كلمة المستشفى في العربية " المكان الذي يطلب فيه الشفاء " 37 " أي البرء من العلة ، وفي اللغة اللاتينية تعني إكرام الضيف 38 ، وقد اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة. وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد خصصت ، Aesculapivs حيث إتخذت المستشفيات شكل معابد سميت بـ "معابد آلهة الطب" 39 " لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء ، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه بـ "معابد الشفاء" في مصر سنة 600 ق م وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 ق م حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان أي معابد الشفاء " Cikista 40 وعلاجها اسم " السيكتا 500 ميلادية أماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء - في حين أن الرومان قد خصصوا خلال الفترة 350 وعلاج المرضى. 41 وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ " البيمارستانات " أي دور المرضى ، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين " بيمار " بمعنى مريض أو عليل و" ستان " بمعنى دار . 42 وقد خطى العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول³⁶ في العصر الحديث ويأتي من بين هذه القواعد أو النظم ما يلي:

-عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.

-اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى.

-وجود مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية.

-الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.

-التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

-إجازة مزاولة مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان.

36 Sheila Twinn and al , Community health care nursing: principles for practice , Elsevier Health Sciences,

2002, pp161-162.

سيد محمد جاد الرب ، إدارة المنظمات الصحية والطبية- منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة ، دار النهضة العربية، القاهرة، 1997 ،

وفي العصر الحديث عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American Hospital Association) المستشفى بأنها⁴⁴: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للنوم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى". أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي بأنها⁴⁵: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أم وقائية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المترلية، كما أنها⁴⁶ أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية⁴⁷".

وقد عرفت من قبل الدكتور عبد الإله ساعاتي بأنها⁴⁸ مكان لتكوين المرضى وعلاجهم بما يتطلب ذلك من خدمات فندقية وتوفير التغذية للمرضى، وأنها⁴⁹ أيضا مكان للتدريب والتعليم المستمر ومكان لإجراء البحوث في مختلف الحقول الصحية⁵⁰.

كما استخدمت بعض البحوث والدراسات والكتابات العلمية مدخل النظام approche des systèmes في تعريف المستشفى وذلك باعتبارها نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه⁵¹.

وفي ضوء ما تقدم، ومن خلال المفاهيم السابقة للمستشفى يمكن تعريف هذه الأخيرة على أنها⁵² جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام⁵³ وفي نفس الوقت هي عبارة عن نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معا⁵⁴ لتحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي

منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395، منظمة الصحة العالمية، سويسرا، 1980، ص6

44. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص31

حسان نذير محمد حرساني، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص51

2- المطلب الثاني : الوظائف الأساسية للمستشفيات

قد تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم وهي:

- توفير خدمات الرعاية الأولية اللازمة لتعزيز صحة المجتمع.
- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة.
- تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية المساعدة.
- تقديم الخدمات العلاجية

_ توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية: في عام 1978 وخلال اجتماع المالطة ممثلو 166 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية على أن يكون هدف الصحة للجميع هو الهدف الذي يتوجب أن تسعى الدول إلى تحقيقه وتم تتويج هذا الاجتماع بإصدار إعلان المآلتا التاريخي الذي نص على أن الرعاية الصحية الأولية هي وسيلة تحقيق هذا الهدف محدد الأسس والسبل والإستراتيجيات الرامية إلى تحقيق ذلك 48 ونتيجة لذلك تركزت السياسات الصحية للدول على الرعاية الصحية الأولية التي أصبحت المحور الأساسي للخدمات الصحية وحظيت باهتمام مكثف في الكثير من دول العالم. وهكذا أصبحت المستشفيات تساهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية واعتبرها المدخل الأساسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع وتشجيع أفراد المجتمع على تفهم المشاكل الصحية التي يعاني منها المجتمع سعيا وراء التخلص منها. وهذا ما أكدته الدكتور Halfdan Mahler المدير العام لمنظمة الصحة العالمية الأسبق في قوله: أن النظام الصحي القائم على الرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن يحقق أهدافه ويتطور بل لا يمكن أن يوجد بدون شبكة من المستشفيات تنهض بمسؤولية دعم الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع 49 "

وفي هذا الصدد فإن العديد من الأنشطة ومجالات الرعاية الصحية تختلف باختلاف الظروف البيئية للمجتمعات إذ نجد أهمها تتمثل في رعاية المسنين، رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، الوقاية من الأمراض من خلال التطعيم، بالإضافة إلى توفير الأدوية والأمصال الأساسية.

هذا إلى جانب توعية الأفراد بجوانب الصحة والمرض والعادات المؤدية إليه وكذا طرق المحافظة على الصحة من خلال تنظيم ندوات للمرضى وذويهم أو إذاعة برامج للتوعية الصحية عن طريق الراديو والتلفاز وتوعية طلاب المدارس والجامعات من خلال نشرات إرشادية تساعد على معرفة سبل الوقاية من الأمراض المختلفة.

48: زيد حمزة، الطب والصحة في نصف قرن، بحوث وأوراق المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية والطبية"

القاهرة، نوفمبر 2007 ، ص 03

49. عبد الإله ساعاتي ، مبادئ إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ص 53.

_ تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات الصلة مع الصحة :
إن التقدم الهائل في علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها والذي نشهده في وقتنا الحاضر، لخير دليل على أهمية البحوث في المجال الصحي. وقد أصبحت المستشفيات بإمكانيات الضخمة مكانا خصبا لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات المعملية و العمليات الجراحية. ويسهم وجود المعامل والمختبرات والتجهيزات الطبية في إتاحة الفرصة أمام الباحثين حتى يقوموا بالبحوث التطبيقية المتعلقة مثلا باختبار فعالية عقاقير جديدة أو اكتشاف طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها كما تساعد وجود سجلات طبية منظمة على توفير بنك للمعلومات الديموغرافية والطبية يستعملها الباحثون في الدراسات المتعلقة بفعالية أساليب التشخيص المتبعة أو في معرفة كيفية التغير الحاصل في معدلات حدوث وانتشار الأمراض.

_ تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية المساعدة :
إذا كانت تقارير المنظمات الدولية قد أكدت أن معدل النمو الاقتصادي الأعلى متوافر في الدول التي بلغت معدلات أعلى في تنمية القوى البشرية وأولت التعليم والتدريب عناية فائقة، فإن منظمة الصحة العالمية أكدت على أن مستوى الخدمات الصحية الأعلى متوافر في المؤسسات الصحية التي تولي اهتماما كبيرا بالتعليم والتدريب، فالتعليم يوفر المعارف الأساسية والتدريب يكمل التعليم بتوفير المهارات التطبيقية. ولقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بالسرعة وجود حاجة إلى مهارات وكفاءات جديدة في الموارد البشرية العاملة بالمستشفى. لتصبح بذلك مركزا لتنمية المعلومات لكثير من العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبية وكذا تطوير مهاراتهم وقدراتهم هذا وتتوافر إمكانية التدريب والتعليم في المستشفيات الجامعية والتخصصية أكثر منها في المستشفيات الأخرى وذلك يعود بالدرجة الأولى إلى إمكانات هذه المستشفيات من الناحية المادية والبشرية والتجهيزات اللازمة لعملية التدريب والتعليم إلا أن ذلك لا ينقص من أهمية المستشفيات الأخرى في قيامها بالتدريب والتعليم الطبي والتمريضي للخريجين الجدد من الأطباء والمرضى.

_ لرعاية الصحية للمرضى :تسعى المستشفيات بصفة عامة إلى رعاية المريض والمصاب حتى تتقدم حالته إلى ما هو أحسن وأفضل، ولذلك فإن تقديم خدمات الرعاية الصحية سواء تمثلت هذه الرعاية في الخدمات التشخيصية أو العلاجية يعد من أهم وظائف المستشفى وما يرتبط بها من خدمات مساعدة. وفيما يلي سنحاول توضيح معالمها الأساسية:

- أ- **خدمات التشخيص** : تمارس المستشفيات أنواعا متعددة من خدمات التشخيص نوجزها فيما يلي:
- * التشخيص السريري (الإكلينيكي): يمارس هذا التشخيص في مجالات الطب الباطني ، الأنف والأذن والحنجرة ، أمراض النساء والتوليد ، الجراحة ، أمراض العيون.
 - * التشخيص الشعاعي: ويتضمن عمليات التصوير الشعاعي والتصوير بالموجات فوق الصوتية.
 - * التشخيص المخبري: كإجراء فحوصات الدم والبول وإفرازات المريض الناتجة عن الجوانب الجرثومية والطفيلية والكيميائية.
 - * التشخيص النفسي: بالتعرف على الأسباب الأساسية والثانوية المسببة للاضطرابات النفسية عند المريض.
 - * التشخيص التخطيطي: كما هو الحال في مجالات تخطيط الرأس وتخطيط القلب.
- ب- **خدمات العلاج** : أهمها:
- * العلاج التأهيلي: كعلاج أمراض النطق وعلاج بعض الحالات النفسية...
 - * العلاج الطبيعي: كتمارين التمرينات الرياضية والتدليك....
 - * العلاج الشعاعي: كاستخدام المواد المشعة في علاج حالات الأمراض السرطانية.
 - * العلاج بالتنفس الاصطناعي: كما هو الحال عند إنعاش المرضى بالأكسجين الإضافي أو إنعاشهم تحت ظروف العمليات الجراحية.
 - * العلاج الجراحي: كالقيام بعمليات الاستئصال وتركيب الأعضاء وزرعها.
- ت- **الخدمات المساعدة**: وتتمثل في مجموعة الخدمات التي تمكن المستشفى من تحقيق الأهداف بصورة غير مباشرة أين تساعد على تيسير تقديم الخدمات الطبية للمستفيدين من المستشفى. ويمكن توضيحها فيما يلي:
- * خدمات شؤون المرضى: كاستقبال المرضى وإعداد السجلات الطبية وإعداد التغذية اللازمة لهم.
 - * خدمات التمريض: المتواجدة في الأقسام الداخلية للمستشفى أو في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية.
 - * الخدمات الطبية المساعدة كالمختبرات ووحدات تخطيط الرأس والقلب ووحدات التعقيم المركزي للأدوات والمستلزمات الطبية ووحدات الأشعة والتخدير والصيدلية.
 - * الخدمات العامة: كخدمات الصيانة وخدمات الاتصالات السلوكية واللاسلكية وخدمات التنظيف.
 - * خدمات الوحدات الإدارية: مثل إدارة شؤون العاملين والتمويل والاستثمار والمشتريات والمخازن والتسويق....

المطلب الثالث : تصنيف المستشفيات

يختلف تصنيف المستشفيات من دولة إلى أخرى، ومن كاتب إلى آخر وهذا الاختلاف في التصنيفات يعتمد على أسس تتبناها هذه الجهة أو تلك، إضافة إلى الهدف المراد تحقيقه من التصنيف ومهما كانت الأهداف والأسس لتصنيفات المستشفى فإنها لا تتعدى التصنيفات التالية:

أولاً: تصنيف المستشفيات على أساس الملكية

ثانياً: تصنيف المستشفيات على أساس الحجم

ثالثاً: تصنيف المستشفيات على أساس التخصص

رابعاً: تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب

خامساً: تصنيف المستشفيات على أساس الموقع الجغرافي.

أولاً: تصنيف المستشفيات على أساس الملكية² :

تنقسم المستشفيات على أساس الملكية أي على أساس مالك هذه المستشفى هل هو شخص عادي أو مجموعة أشخاص أو قطاع حكومي إلى ثلاثة أقسام:

1. **المستشفيات الحكومية:** وهي تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للدولة بغض النظر عن أية عوامل

أخرى كالحجم أو التخصص، وفي الغالب فإن المستشفيات الحكومية² دف إلى تقديم الخدمات الطبية بمختلف مستوياتها دون أن يكون لدى هذه المستشفيات أية أهداف ربحية، وهي تسعى للوصول إلى أقصى درجة من رضا المواطن والمرضى، وتخضع هذه المستشفيات إلى القوانين وأنظمة وتعليمات الدولة. ويتم تعيين الكوادر الطبية والتمريضية من خلال الأنظمة الخاضعة لرقابة الجهات التشريعية والتنفيذية وغالبا ما يكون نظام اتخاذ القرار في الجوانب الفنية والإدارية في هذه المستشفيات مركزيا.

2. **المستشفيات الخاصة:** وتكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من أشخاص كشركة

مساهمة ، ويهدف هذا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح ويطلق عليها بالمستشفيات الربحية وتقاس كفاءة هذه المستشفيات بكمية الأرباح المحققة في السنة المالية، ويطبق في هذه المستشفيات مبادئ إدارة الأعمال والتي تسعى لتحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق.

3. **المستشفيات الخيرية:** يكون هذا النوع من المستشفيات مملوكا لجهات خيرية تطوعية مبنية على

أساس عرقي أو ديني أو جهوي. وتشكل هذه المستشفيات الوسطية بين الخاص والحكومي، حيث تسعى إلى تغطية نفقات من جهة ومن جهة أخرى إلى تحقيق رضى ومساعدة المحتاجين للخدمة الصحية. ويتوفر هذا النوع من المستشفيات في الكثير من الدول وفي حالة وجودها فإن الخدمات التي تقدمها تبقى محدودة نظرا لمحدودية المخصصات المالية المتوفرة وارتباط مستوى ونوعية الخدمة المقدمة بحجم الأموال والتبرعات المتوفرة.

٢ ثانيا: تصنيف المستشفيات على أساس الحجم:

تنقسم المستشفيات على أساس الحجم إلى ثلاثة أقسام:

1. مستشفيات كبيرة الحجم: وهي تمثل تلك المستشفيات التي تتميز بعدد كبير من الأقسام خاصة الطبية التخصصية أو عدد كبير من الأسرة في كل قسم. و في الغالب يتم اعتماد عدد الأسرة للتمييز بين هذه الأنواع من المستشفيات وهناك الكثير من الدراسات التي اعتبرت المستشفى الكبير أكثر من 500 سرير بشكل عام أو تزيد عدد الأقسام الطبية التخصصية في المستشفى عن ثمانية أقسام وأحيانا عشرة أقسام.

2. مستشفيات متوسطة الحجم: وهذا النوع من المستشفيات يكون عدد أسرته 200 سرير وقل من 500 سرير أو يحتوي على خمسة أقسام طبية رئيسية ومتخصصة.

3. مستشفيات صغيرة الحجم: وهي تلك المستشفيات التي يكون عدد أسرته أقل من 200 سرير أو يكون أقل من خمسة أقسام وأحيانا تحتوي هذه المستشفيات على تخصص واحد فقط. وبغض النظر عن أعداد الأسرة المعتمدة إلا أنه يمكن كذلك تقييم حجم المستشفيات تبعا للوضع العام للقطاع الصحي لتلك الدولة.

٣ ثالثا: مستشفيات حسب التخصص: وهي نوعان :

1. مستشفيات عامة: وتتمثل في المستشفيات التي تضم تخصصات طبية مختلفة ومتعددة مثل أمراض الأطفال والأمراض الباطنية وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة وأمراض القلب..... الخ

2. مستشفيات تخصصية: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط كان تكون هذه المستشفى متخصصة في مجال العيون أو القلب أو الأطفال . و ما يميز هذا النوع من المستشفيات أنها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة في مجال تخصص معين وبالتالي تكون الخدمة في ذلك التخصص أكثر تميزا وتعمقا في نفس المجال.

٤ رابعا: تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب : حيث يمكن تصنيف المستشفيات

أيضا إلى كونها تعليمية أو غير تعليمية ويرتبط ذلك بوجود فرصة التعليم في هذه المستشفيات في حقل من الحقول الطبية أو أكثر، وغالبا ترتبط هذه المستشفيات التعليمية بالجامعات أو المؤسسات العلمية البحثية المختلفة وفقا لبرامج علمية متخصصة معدة لهذا الغرض، وعلى هذا الأساس نجد:

- 1. المستشفيات التعليمية:** وهي التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر فيها الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية التي تساهم في تعليم وتدريب طلبة كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساعدة بالإضافة إلى توفير الأجهزة والمعدات والمختبرات التي تساعد في التدريب والتعليم.
- 2. المستشفيات غير التعليمية:** وهي تلك المستشفيات التي لا تتوفر فيها الإمكانيات المادية والبشرية لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض والمهن الطبية الأخرى وهي تمتاز بصغر الحجم و محدودية.

التخصصات المتوفرة فيها. وتركز هذه المستشفيات في الغالب على تقديم خدمات طبية رئيسية في مجال الجراحة والتوليد والباطني والأطفال وليست مهيأة لاستقبال الطلبة والمتدربين ولا تتوفر على الإمكانيات التكنولوجية المتطورة ويكون موقعها في المدن الفرعية والمناطق قليلة الكثافة السكانية.

خامسا: تصنيف المستشفيات على أسس جغرافية :

يتم تقسيم المستشفيات حسب موقعها الجغرافي أو حسب التقسيم الإداري لتلك الدولة إذ يمكن أن نجد:

1. **المستشفيات المركزية:** وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة، وتعتبر مثل هذه المستشفيات بمثابة المستشفيات العامة أيضا وذلك نظرا لتوفر الإمكانيات البشرية والمادية⁵² والتي تمكنها من مواجهة مختلف الحالات الطبية.
2. **مستشفيات المناطق الإقليمية:** وهي تلك التي تتواجد في العاصمة أو مراكز المدن الكبيرة وتخدم منطقة صحية بأكملها وتحتوي هذه المستشفيات على أعلى خدمات تخصصية لا يستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى هذا وتتوقف السعة السريرية لهذه المستشفيات إلى حد كبير على الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع.
3. **المستشفيات المحلية الصغيرة :** وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة وهي عادة تقدم الخدمات لجمهير المنطقة باختلاف أنواعها من خدمات أمراض باطنية وجراحة عامة وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.

52 ناصر دادي عدون، اقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة، الجزائر، الطبعة الثانية، ص 209

حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، مرجع سابق ص 94

51. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 40

المبحث الثاني المستشفى كنظام :

المطلب الاول التنظيم الداخلي للمستشفى :

للتنظيم أهميته التي تعود في جذورها الى الماضي البعيد ، عندما أدرك الإنسان منذ القدم حاجته إلى التعاون في انجاز بعض المهام التي لا يستطيع أن يقوم^[2] ا وحده. وبالتالي يكتسب تعاون العاملين بالمستشفى أهمية خاصة إذا ما قورن بالمنظمات الأخرى ، ذلك أن المستشفى تعمل على تقديم خدمات تخصصية تنسم إلى حد كبير بطبيعتها العاجلة غير القابلة للتأجيل ، ومن هنا تبرز أهمية التنظيم الذي يعني في الأساس وكما يعرفه Boward بأنه " مجموعة من النشاطات أو القوى الشخصية المنسقة بوعي "52. أو كما يراه Koontz و O'Donnel (1964) بأنه " تجميع أوجه النشاطات الضرورية لانجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتنسيق بينها أما Casis و Hodgett (1983) فيريان انه العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقا" وبقراءة متأنية لهذه التعاريف يمكن ملاحظة أنها تدور حول العملية التي يتم بانها تحديد المهام والواجبات المناطة بالوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى وتوزيعها على العاملين والتنسيق بينهم فضلا عن تحديد المسؤولية والسلطة لمختلف هذه الوحدات بالشكل الذي يكفل تحقيق الأهداف المرسومة. فالمستشفى مثلها مثل أي مؤسسة لها إدارة عليا ممثلة في مجلس إدارة مكون من مدير مستشفى ورئيس الجهاز الطبي وبمساعديه ممثل لوزارة الصحة وفي بعض الدول يشترك في^[3]لس ممثلي العمال كما هو الحال في الجزائر ، فعند الحديث عن تنظيمها الداخلي لابد أن نعرف بان المستشفى تقوم أصلا على وجود أنشطة رئيسية وأنشطة أخرى تدعمها على أساس أن كل نشاط له دور مطلوب في الخدمة الطبية التي تؤدها المستشفى. فقد اعتمد بعض الباحثين في دراساتهم للتنظيم الداخلي للمستشفى على سلاسل القيمة ل Porter المستعملة في امجال الصناعي من قبل والتي قسمت المؤسسة إلى أنشطة رئيسية وأنشطة داعمة، إذ يعتبر Porter بان المؤسسة تكتسب ميزة تنافسية بممارسة هذه الأنشطة الخالقة للقيمة. 55 فأما بالنسبة للأنشطة الرئيسية فهي تلك الأنشطة التي لها علاقة مباشرة بإنتاج وبيع المنتج ونقله إلى الزبون بما فيها خدمات ما بعد البيع. وعن الأنشطة الداعمة فهي الأنشطة المساندة للأنشطة الرئيسية التي بدو^[4] لا تستطيع الأنشطة الرئيسية من القيام بمهامها كما ينبغي. نفس التقسيم نستطيع أن نتبناه في المؤسسات الإستشفائية فالأنشطة الخالقة للقيمة هي تلك الأنشطة

Micheal E.Porter, Competitive advantage - Creating and sustaining superior performance, The free press, USA, 1998, p38.

Houda TLAHIG, Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas du service de stérilisation, Thèse de Doctorat, Institut Polytechnique de Grenoble, 2009, p2

الرئيسية المتعلقة بسيرورة رعاية المريض (e processus de soin du patient) والتي تجمع بين كل الأنشطة من أنشطة الإمداد الداخلي والخارجي، إنتاج الأعمال الطبي وما يلها من رعاية صحية .
أما الأنشطة الداعمة فهي تلك الأنشطة التي تقوم بدعم الأنشطة الرئيسية والعمل على حسن سيرها، وهي تشمل كل من البنية التحتية للمستشفى) أنشطة إدارية، تخصيص الموارد (...، إدارة الموارد البشرية) توظيف، تكوين،...الخ. (بحوث طبية و إدارة للمواد) شراء، اختيار للموردين... 56 وفي نفس السياق صنف Moisdon وTonneau الوحدات الداخلية للمستشفى ضمن خمسة أقسام نستطيع ضمها في مجموعتين للأنشطة

الأولى -وتتمثل في الأقسام المرتبطة بمسار رعاية المريض والتي تضم:

- 1 - المصالح الإكلينيكية (les services cliniques) أو كما يسميها البعض بوحدات العلاج أو أقسام التنويم وهي تمثل المكان الذي يقوم فيه الطبيب بالفحوصات للمريض و الممرض برعايته والأعوان بتغذيته وإيوائه.وتتطلب هذه الوحدات قسطا هاما من الموارد المادية) الأسرة والأدوية (والبشرية) أطباء ، شبه طبيين ومساعدين وعمال نظافة وآخرون.
- 2 - مصالح الفحص والتشخيص (les services de consultation) في هذه الأقسام يتم فحص المريض واتخاذ القرار حول إخضاعه للعلاج في المستشفى أم لا(كالاستعجالات)
- 3 - الجناح التقني (le plateau technique) الذي يتكون من القسم الجراحي، قسم الأشعة الطبية وكذا قسم المختبر للتحاليل. إن لهذا الجناح من الأهمية ما يجعله يتطلب أجهزة ذات مستوى عال من التكنولوجيا والكفاءات الطبية المتخصصة من أطباء وجراحين وممرضين وتقنيي التخدير وشبه طبيين متخصصين..

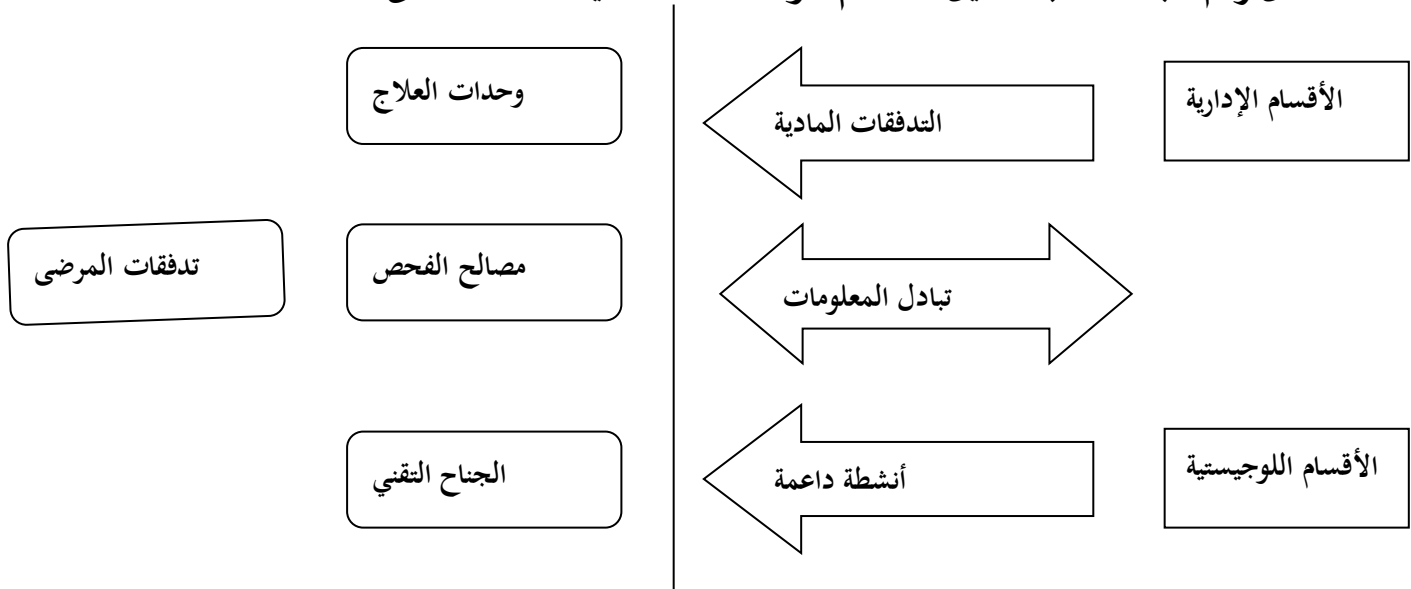
الثانية :أقسام المساعدة والدعم (Les secteurs d'appoint et de support):

اذ تتكفل هذه الأقسام بالمريض منذ لحظة دخوله والتعامل معه وإسكانه في القسم المخصص لعلاج، والعمل على توفير الراحة له وإطعامه والمحافظة على نظافة المكان الموجود فيه وصيانة الأجهزة والمستلزمات الطبية وكذا تقديم الطعام له ومرافقيه في المستشفى.إذن يتعلق الأمر هنا ب :الأقسام الفندقية أو كما تدعى في المؤلفات الأقسام اللوجيستكية والإدارية.

الأقسام اللوجيستكية: والتي تقوم على أساس تسيير أنشطة التغذية ، التعقيم ، التنظيف والغسيل، نقل المرضى، التخزين و توزيع المنتجات الطبية استهلاكية ، أدوية....)

الأقسام الإدارية: وتجمع بين الإدارة العامة والمصالح الاقتصادية والمالية ومصلحة إدارة الموارد البشرية وكذا قسم الإعلام الآلي ، من مهامه ضمان التوازن المالي بين النفقات والإيرادات ، إدارة السجلات الطبية للمرضى فويرة مصاريف علاج المرضى.وفيما يلي تمثيل² موع الأقسام المكونة للوحدات الداخلي للمستشفى

الشكل رقم : (2 - 1) :تمثيل لأقسام الوحدات الداخلية للمستشفى



الأقسام الخاصة بمسار رعاية المريض

أقسام المساعدة والدعم

المصدر : Said Kharraja, Outils d'aide a la planification et l'ordonnancement des plateaux :

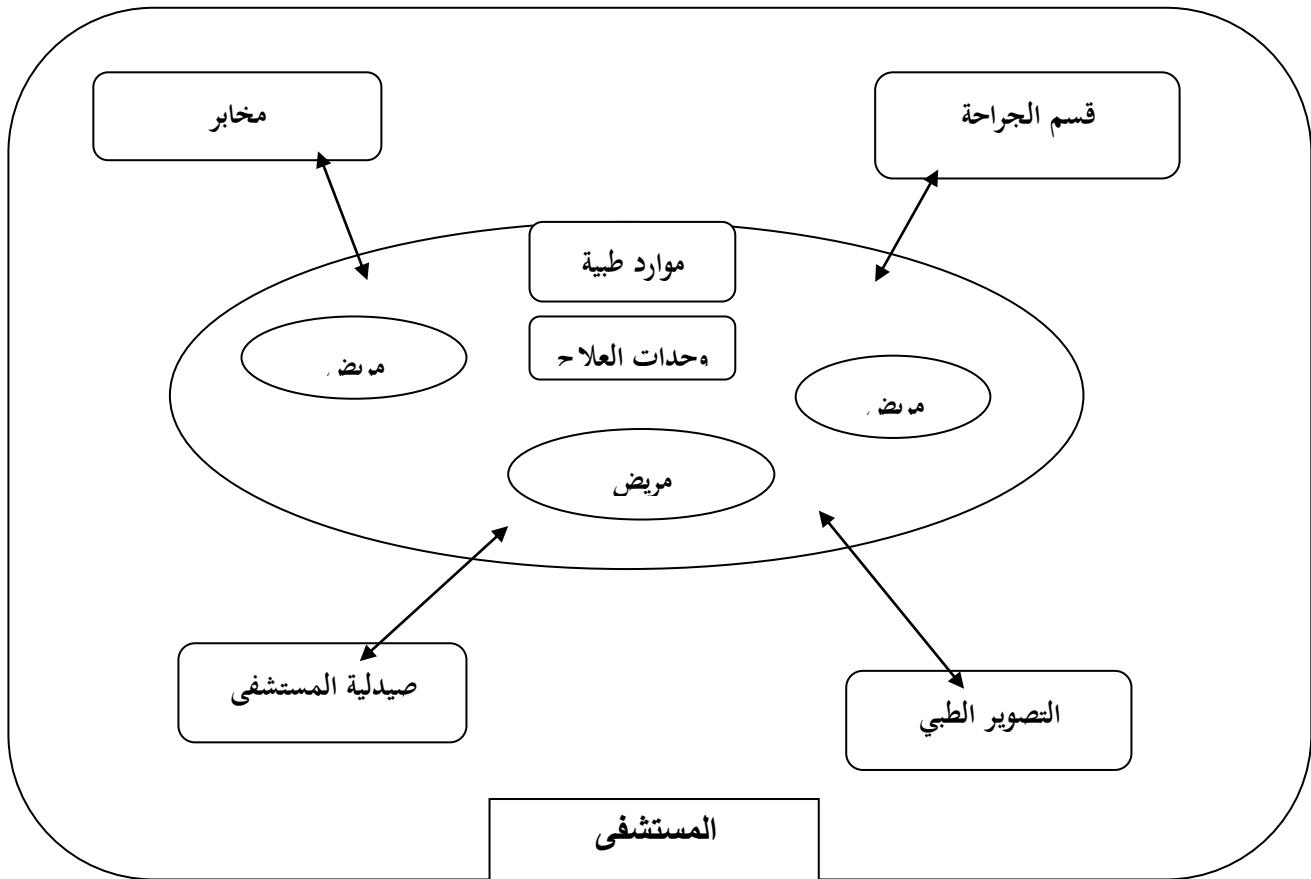
medico-techniques, op.cit, p13

a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques,

Thèse de Doctorat, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne, 2003, p13.

أما Dallery فقد عبر عن التنظيم الداخلي للمستشفى بمجموعة من الأقسام المحيطة بوحدة العلاج التي تتفاعل وتنسق تسييرها مع القسم الجراحي والوحدات الفرعية الأخرى مثل المخابر وأقسام الأشعة والصيدلية المتواجدة بالمستشفى. 59 ونوضح ذلك في الشكل الموالي

الشكل رقم : (2 2) :التنظيم الداخلي للمستشفى وفقا Dallery.



المصدر 59 Dallery Yves, Les méthodes de la logistique industrielle au service de la santé : apport et limitation

Ingénierie de la santé, 8ème journée, Laboratoire Génie Industriel, Ecole centrale , Paris, 2004, p 0

Linda Rouleau, Théorie des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde

Presses de l'université du Québec, Canada, 2007, p 40

Joël De-Rosnay, Une approches multidimensionnelle de l'homme textes issus des travaux du congrès du 4-

5-6 octobre 1990 : Systèmes, éthiques, perspectives en thérapie familiale, Yveline Rey et Bernard Prieur ,

ESF Editeur ,Paris, 1991, p 25.

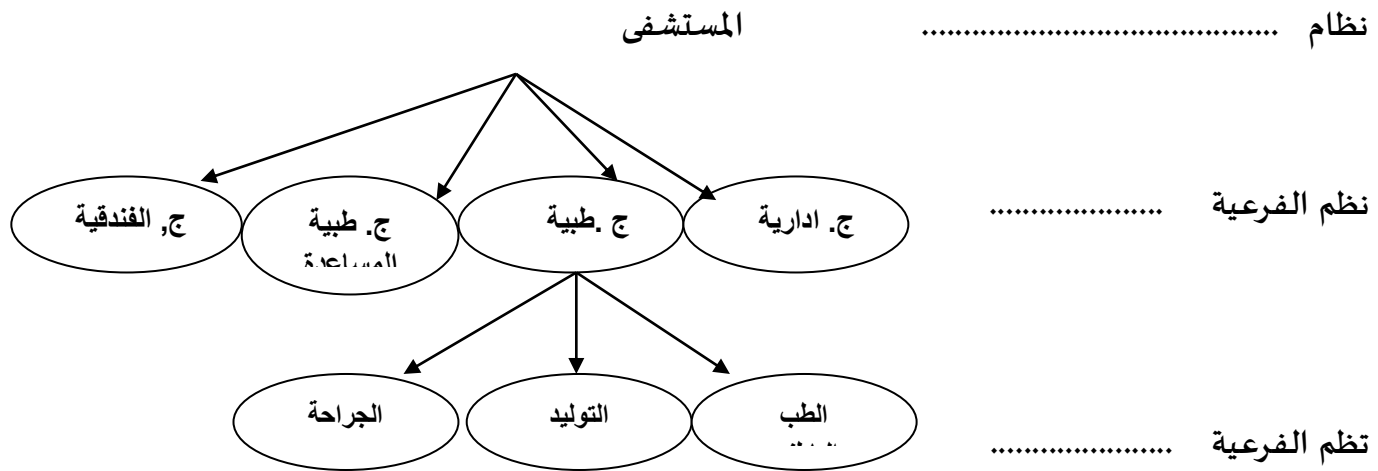
المطلب الثاني المستشفى :نظام مفتوح :

عرفت Linda Rouleau (2007) النظام على انه مجموعة من العناصر المتفاعلة 60 ، كما عرفه 1991 DeRosnay بأنه عبارة عن مجموعة عناصر تتفاعل بشكل ديناميكي ومنظم لتحقيق هدف معين . 61 وبالتالي فالنظام هو عبارة عن: مجموعة من الأجزاء تشكل عناصر النظام *مجموعة من العلاقات المتبادلة فيما بين هذه العناصر

*إطار يجمع هذه العناصر وتلك العلاقات في كيان واحد يسمى هذا الإطار " حدود النظام".

وبدقة أكثر يعرفه Saber Aloui (2007) على انه وحدة شاملة لعناصر منظمة تتفاعل فيما بينها والتي تعمل وتتطور سعيا لتحقيق هدف معين ضمن محيط يؤثر فيها وتؤثر فيه . 62 و بذلك فالنظام هو مجموعة من النظم الفرعية المترابطة والمتداخلة فيما بينها والتي تعمل بعضها مع بعض من اجل تحقيق أهداف معينة. أما النظم الفرعية فهي تمثل مجموعة العناصر الوظيفية ضمن نظام اكبر . وكل نظام هو في حقيقته نظام فرعي لنظام اكبر وله في ذات الوقت أنظمة فرعية اصغر.

الشكل رقم : (2 - 3) : العلاقة بين النظام والنظم الفرعية المنبثقة عنه



المصدر :محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 50

Saber Aloui , Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système , thèse de Doctorat ,Ecole des Mines, Paris, 2007, p 06.

Billy J.Hodge and al, Organization Theory : a strategic approach , Prentice Hall ,New jersey, Fifth edition, 1996, P 14.

Robin Fortin, Comprendre la complexité : introduction à la méthode d'Edgar Morin, les Presses

Universitaires de Laval , l'Harmattan ,CANADA , 2eme édition, 2005, p 42.

والنظم نوعان:

نظام مغلق وهو الذي يتصف بالاحتواء الذاتي 63 أو الانعزال عن المؤثرات البيئية الخارجية حيث لا يتلقى أي نوع من الطاقة أو الموارد . والنظام الثاني هو نظام مفتوح ويتسم بانفتاحه المطلق على البيئة المحيطة به واحتياجه للتبادل معها من حيث المواد والطاقة . 64 وفي الشكل الموالي تبرز العناصر الأساسية لهذه التعاريف وتعتبر المستشفى نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه . وفيما يلي ملخص لأهم الصفات التي تتميز المستشفى كنظام عن غيره من المنظمات الأخرى:

- تتميز المستشفى بنظام خدمة مستمرة لاستقبال المرضى على مدار اليوم (24) ساء / 24 ساء .
- تعتبر المستشفى من المنظمات الفنية والاجتماعية المعقدة 65 نظرا لاشتراكه على عدد كبير من العاملين ولتعدد التخصصات الدقيقة في أقسامه المختلفة، وكذا تنوع أساليب التكنولوجيا المستخدمة في التشخيص والعلاج.

- كما تتسم المستشفى بكون نظاما لحل مشكلات معينة التي تعترض صحة أفراد المجتمع، وان هؤلاء يتفاعلون مع نظام المستشفى بحيث يتأثرون به ويؤثرون فيه أيضا.
- أن المستشفى أيضا نظام إنساني فمدخلاته إنسانية وأنشطته وأعماله تتم بوسائل إنسانية تستخدم كافة الموارد المكانية والتقنية أفضل استخدام ممكن بينما تتمثل مخرجاته في رعاية المرضى والتدريب وإعداد البحوث والدراسات العلمية.

- كذلك تعتبر المستشفى بمثابة نظام لا يمكن ميكنة نشاطاته أو توحيدها لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية بعضهم عن بعض، وذلك على خلاف المنظمات الصناعية التي تركز على منتج له مواصفات محددة، فضلا عن عدم إمكانية تحديد الوقت المستغرق لكل ناتج على عكس المنتج الصناعي.
- هذا وتتميز المستشفيات بوجود خطين للسلطة 66 ، الأول خط السلطة الوظيفية الرسمية وتتمثل في الجهاز الإداري بالمستشفى بينما يتمثل الخط الثاني في خط سلطة المعرفة والذي يتميز بأفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ.

ـ مكونات المستشفى كنظام مفتوح

توضح نظرية النظم التأثير المتبادل بين البيئة والمنظمة من خلال المدخلات والتفاعلات ثم المخرجات. ولقد استخدم الكثير من علماء إدارة المستشفيات هذه النظرية لتبيان اثر البيئة على المستشفى، حيث تتحول (المدخلات) الموارد (من خلال عمليات إلى مخرجات تمثل النتائج والأهداف المتحققة) الخدمات الطبية. فالمستشفى هو التنظيم الرسمي الذي يقدم خدمات صحية كمخرجات من خلال استخدام الموارد كمدخلات، إذ تلعب إدارة المستشفى دورا حيويا من خلال إدارة هذه الموارد للوصول إلى الأهداف والنتائج بأقل التكاليف وأحسن جودة ومن خلال تفاعل مثمر مع العوامل البيئية المتمثلة في الثقافات والقيم والمعتقدات للعاملين ولأفراد المجتمع ذلك أن الموارد تأتي من البيئة الخارجية للمستشفى كما أن استخدام هذه الموارد يتم من قبل العاملين بالمستشفى (البيئة الداخلية) والمخرجات تصدر بدورها إلى البيئة الخارجية المحيطة بها. وبذلك يظهر جليا أن المستشفى كنظام مفتوح يقوم على عناصر أساسية نوضحها فيما يلي:

1. المدخلات: تمثل المدخلات العناصر اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاته المختلفة، وهي تشمل 3 عناصر أساسية نذكرها فيما يلي:

أ- **العنصر الإنساني:** ويشمل المستفيدين من خدمات المستشفى بجانب القوى العاملة² أعلى المستويين الإداري والفني. وتعتبر القوى العاملة من أهم العناصر المكونة للمستشفى، إذ تساهم بمجهوداتها في إيصال الرعاية الطبية للمستفيدين وفق أحدث الأساليب التكنولوجية المستخدمة وبالجودة المناسبة في التشخيص والعلاج.

ب- **العنصر المادي:** ويشمل جميع الإمكانيات المادية مثل الأموال النقدية المتوفرة والقروض، والإستثمارات المختلفة والتبرعات، هذا بالإضافة إلى الموارد الطبيعية المختلفة مثل الأرض والمباني والتجهيزات الطبية والأدوية والأسرة ومستلزمات الغرف والأغذية....

ت-عنصر المعلومات : وهي نوعان:

معلومات عن البيئة الداخلية للمستشفى: وتشمل أنظمة وسياسات ومعايير الخدمة، والمعلومات الإدارية والمحاسبية والمعلومات الخاصة بالعاملين وكذا المتعلقة بالمرضى. وتسهم هذه المعلومات في التعرف على مدى الاستفادة من خدمات المستشفى وتقييم جودتها، فضلا عن الوقوف على نشاطات العاملين ورصد اتجاهات التكاليف مما يؤهلها إلى معرفة إن كان قد تم استغلال مواردها بالصورة المناسبة.

***معلومات عن البيئة الخارجية للمستشفى:** والتي تشمل المعلومات الخاصة بالاحتياجات الصحية لمنطقة الخدمة والمعلومات الخاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية، وبذلك تكتسب هذه المعلومات أهمية بالغة لأنها تعطي المستشفى فكرة واضحة عن المدخلات وعن عملية تحويلها إلى مخرجات.

2عملية التحويل أو النشاطات: وهي المرحلة التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى مخرجات وبالتالي فهي تشمل جميع العمليات التي تؤديها الأقسام المختلفة بالمستشفى وفق التنظيمات المعدة لها، للوصول إلى تحقيق الأهداف العامة للمستشفى، وكما سبق الذكر فإن الأنشطة بالمستشفى تنقسم إلى قسمين : أنشطة رئيسية)نشاط التشخيص ،نشاط العلاج والأنشطة الخاصة بالجناح التقني (plateau technique) وأخرى مساعدة) أنشطة الإمداد والأنشطة الإدارية

3المخرجات:وتتمثل في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى من خلال استخدام مواردها البشرية والمادية، و في جودة هذه الخدمات واستمرار تحسينها وتطويرها وتوفيرها بأقل تكلفة ممكنة ، وتحقيق الأهداف التي أنشئت المستشفى من أجلها والمتمثلة في تقديم الخدمات الصحية بأعلى جودة وأقل تكلفة وكذا توفير التعليم الطبي والبحوث الصحية.

4.التغذية المرتدة: تعبر التغذية المرتدة عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين في المستشفى وفق الخطط والبرامج المرسومة لها، ويستفاد منها في تشخيص وتقويم المشكلات المتعلقة بتقديم الخدمة، إذا كانت نتائج هذه النشاطات لا تحقق الأهداف المحددة.

5-البيئة:وهي الظروف المؤثرة على المستشفى وعلى نموها في محيطها المتغير، ويمكن أن نصنف البيئة إلى نوعين:

أ-البيئة الداخلية للمستشفى :وتشمل:

-الجانب الإنساني:من خلال التفاعل ما بين العاملين بالمستشفى بعضهم مع بعض وبينهم وبين الإدارة والمستفيدين من خدمات المستشفى.

-الجانب التقني: يمثل ما يحتويه من أساليب و وسائل مستخدمة لإنجاح عمليتي التشخيص والعلاج.

-الجانب التنظيمي:ويشمل اللوائح والأنظمة التي تقررها إدارة المستشفى لتنظيم عملية تقديم خدمات الرعاية الطبية.

-ظروف العمل الطبيعية:كملائمة مساحات المكاتب للعاملين والإضاءة، التهوية والأثاث، فضلا على حسن تفاعل العاملين فيما بينهم، كل هذه الأمور تساهم في تحقيق درجة أعلى من فاعلية الأدوار التي يؤديونها.

ب-البيئة الخارجية للمستشفى : وهي تندرج ضمن مستويين:

-أولا : البيئة العامة:مثل العوامل السياسية ، الاجتماعية، الاقتصادية.

-ثانيا :البيئة الصحية المباشرة:وهي بيئة القطاع الصحي المباشرة مثل الأنظمة الصحية، التقنية و الطبية، مؤسسات التعليم الطبي، الصحة العامة للمجتمع، شركات التأمين الصحي وغيرها.

III-2-3 : المستشفى: نظام اجتماعي واقتصادي معقد

بالاستناد إلى Penalva يعبر التعقيد عن كل حالة تتكون فيها صعوبات لدى المراقب (سواء من حيث الفهم، التوقع وكذا التحكم 67. فالأنظمة الطبيعية) كالدماع، الجهاز المناعي (..وكذا الأنظمة الاصطناعية كالانترنت، المؤسسة (..تتميز بالتعقيد رغم أن التعقيد ليس بالميزة الجوهرية للنظام .وبالتالي فالتعقيد هو نعت يمنحه المراقب لهذا النظام وبالتالي لا نستطيع التنبؤ مسبقا بسلوك النظام لعدة أسباب أهمها الفهم، المعرفة غير الكافية لهيكلة التنظيمي.

والتعقيد نوعان :تعقيد ساكن وتعقيد حركي. فأما التعقيد الساكن (La complexité statique)

فهو التعقيد المرتبط² بكل النظام وعدد الوظائف المكونة له والعلاقات الموجودة فيه .وأما)

التعقيد الحركي أو الديناميكي فهو يرتبط بحركة التفاعلات بين الأنظمة الفرعية ومكوناتها.

وفي دراستنا هذه ،² تم بنوع خاص من الأنظمة والذي يتميز بكونه نظاما اجتماعيا وفنيا معقدا أين يلعب فيه العامل الإنساني الدور الرئيسي والأساسي.

Jean-François Vautier, Systèmes complexes, document disponible sur le site:www.techniques-del'ingenieur.

fr , consulté le 01-05-2010.

Michel Bonami, Bernard de Hennin, Jean-Michel Boqué, Management des systèmes complexes: Pensée systémique et intervention dans les organisations, De Boeck université, Bruxelles , 1ere édition 2eme tirage 1996 , p24

ويعرف Jean-François Vautier النظام السوسيوتقني المعقد على أنه 68 مجموعة مكونة من أشخاص ، وسائل وبرامج كلها منظّمة بشكل يسمح لها بالتفاعل فيما بينها ضمن بيئة معينة ومن تحقيق الأهداف التي من أجلها وجدت. "والمؤسسة أحسن مثال على هذا النوع من الأنظمة ، إذ تعتبر كنظام اجتماعي واقتصادي يقوم على إنتاج سلع أو خدمات لإشباع سوق ما باستعمال مختلف الوسائل التقنية والبشرية وفي هذا السياق، فإن المستشفى هي مؤسسة خدمات خاصة أهم خصائصها يكمن في كون الزبون الذي يجب إشباع حاجاته وإرضائه هو " المريض "، ووفقا لمعايير ISO 9000 فالزبون سواء كان منظمة أو فردا هو ذلك الذي يتلقى سلعة أو خدمة ما . 70 ولكن الشيء المميز هنا أنه في الوسط الإستشفائي يمثل الزبون في نفس الوقت موضوع ومستهلك الخدمة المقدمة له من طرف العديد من الأخصائيين والتي تؤثر مباشرة على حالته البدنية أو النفسية. وفي الواقع، فمنذ بداية التكفل بالمريض إلى غاية خروجه من المستشفى تنتظم العديد من المهن وتتفاعل فيما بينها من أجل تجسيد مهمة المستشفى المتمثلة في ضمان سلامة المرضى ونوعية العلاج المتعلق بكل عمل طبي. إذ تتأكد خاصية السوسيوتقنية للنظام الصحي من خلال الأعمال المنجزة و التفاعلات ما بين المريض و عمال المستشفى من أخصائيين ومهنيين بداية من المعاملات الإدارية حين دخول المريض إلى المستشفى) تكوين الملف الطبي (مرورا بقسم الأشعة والصيدلية أو الجراحة إلى غاية خروجه، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى فإن تعدد الوظائف والمهن العامة في المؤسسات الصحية وكذا كثرة العوامل المؤثرة فيها سواء تلك المرتبطة أم لا بأنشطة العلاج، تجعل من المستشفى نظاما معقدا مما يجعل إدارة هذه المؤسسات تواجه صعوبات كثيرة.

Normes ISO 9000 version 2000, relatives aux systèmes de management de la qualité. 71 Vigneron E, Santé et territoire, la documentation Française, Paris 2000 , d'après Houda Tlahig. Op.cit p 29.

Sondes HAMMAMI, Aide à la décision dans le pilotage des flux matériels et patients d'un plateau medicotechnique, Thèse de Doctorat , Institut National Polytechnique de Grenoble ,2006, p14

Lorraine Trilling, Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage de ressources humaines mutualisées en milieu hospitalier, Thèse de Doctorat, Institut National des Sciences Appliquées de Lyon,2006, p 09.

هذا ويرجع تعقيد المؤسسات الصحية إلى تعدد المهام، التسلسل الوظيفي، وكذا تنوع الأنشطة والمعدات . وهو ما اكده Vigner (2000) بأن نظام المستشفى هو نظام معقد لتنوع الوظائف والمهن، إضافة إلى أنشطة العلاج التي يقوم بها الأطباء والممرضون تضم المؤسسة الإستشفائية وظائف أخرى كالوظائف اللوجيستكية والإدارية.

اما Hammami (2006) فاعتبر المستشفى كبنية معقدة بشكل خاص من حيث وجهتين للنظر: أولها وظيفية : فالمؤسسة الإستشفائية ليست مكانا للعلاج والرعاية الطبية فقط بل ها فندق لإيواء المرضى، ومطعم مما يوحي بوجود خدمات وأنشطة فرعية تدعم الأنشطة الرئيسية للمستشفى. ثانيها اجتماعية: فالمستشفى تجمع بين الكثير من أفراد المجتمع ذوي حالات مختلفة تماما ومصالح جد متفرقة. في حين أشار Marcon (2004) إلى أن تعقيد المستشفى يرجع إلى اعتمادها على الموارد البشرية من ذوي المهارات العالية وقوة سلطة القرار إضافة إلى كون المريض وكما سبق الذكر بأنه المستهلك وموضوع الخدمة في آن واحد. 73 وتجدر الإشارة هنا إلى أن نشاط العلاج هو بذاته نشاط معقد ، يخص كل مريض على حدى 74 ، إذ تعتبر Aida Djebali (2004) بأن كل مريض هو كيان فريد من نوعه على عكس ما نجده في الأنظمة الصناعية التي تعتمد على معايير إنتاج معروفة مسبقا . 75 وبذلك فإن تعقيد النظام الإستشفائي يرجع كذلك للطابع البشري الذي نادرا ما نتحكم فيه أو حتى نتوقع ردود فعله أثناء التكفل به.

Aïda JEBALI, Vers un outil d'aide à la planification et à l'ordonnancement des ressources dans les services de soins , Thèse de Doctorat, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004, p 38.

Marcon Eric, Dimensionnement des ressources des plateaux médico-techniques des établissements hospitaliers. production de soins et Logistique hospitalière, Journal Européen des Systèmes Automatisés, volume 38, n° 06/2004, Lavoisier, 2004, p 633 .

المطلب الثالث: الرهانات الحالية للمستشفى

تواجه إدارة المنظمات الصحية قائمة طويلة من التحديات، من تغير في البيئة وتغير في التركيبة العمرية للسكان، إضافة إلى التطورات التقنية والتكنولوجية السريعة مصحوبة بتزايد وتنوع في الطلب على الرعاية الصحية الأمر الذي جعل المستشفى تعيد النظر في تنظيمها وإدارتها . ولمواجهة هذه العراقيل أصبحت المستشفى تولي أهمية بالعديد من الرهانات. فمن الآن وصاعدا تنتهج المستشفى مثلها مثل أي منظمة صناعية في تبنيها للثلاثية (التكلفة/الجودة/المدة) إذ تسعى إلى التوفيق ما بين المعايير الثلاثة، ما عدا عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالمرضى فنجد أن معيار الجودة يسيطر على المعيارين الآخرين بسبب ارتباطها المباشر بسلامة المريض.

1- الاستخدام الأمثل للموارد :

تتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه مستهلكي ومقدمي الخدمة الصحية في انه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير محدودة، فان عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا .و هذا يعني انه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم² المستهلكون، أو من يمثلهم بشأن الخدمات التي يشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيارات يقوم² المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة .و عادة ما تكون الموارد متاحة بدرجات وتكاليف متفاوتة ولا يمكن افتراض أنها ستكون متاحة للشراء عند الحاجة إليها ولذلك يجب أن يقوم المستهلكون والمنتجون بالتخطيط لذلك مسبقا بقدر من الحذر .و قد تكون ميزانية المستشفى كافية، ولكن هذه الموارد الأساسية قد لا تكون متاحة للشراء، ومن ثم تكون غالية جدا بسبب قصور عرضها، وهذا تكون عقلانية استخدام الموارد المحدودة احد الاختيارات السليمة لتحقيق أفضل النتائج الممكنة .فمثلا لا يعد استخدام جراح ماهر لإجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأمثل لذلك المورد، إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيدا .ومن هنا كانت الحاجة إلى التفكير في أدوات وأساليب للإدارة من اجل تخصيص فعال وكفاء للموارد داخل المستشفى.

Groupe pour le développement socioéconomique, A la recherche d'un investissement public de qualité , Rapport n° 36270-DZ ,une revue des dépenses publiques , Document de la Banque mondiale, vol 1, 15-09-2007, p 171.

Groupe pour le développement socioéconomique, A la recherche d'un investissement public de qualité, opcit, p172.

2 تطور الطلب على الخدمات الصحية :

إن تحليل خصائص الطلب على الرعاية الصحية في غاية الأهمية خصوصا عند صياغة السياسات التي يجب أن يتبناها القطاع الصحي. وفي الواقع تبرز أهمية معرفة محددات الطلب على الرعاية الصحية في وضع الاستراتيجيات الملائمة وذلك من أجل الرفع من كفاءة النظام الصحي عن طريق الاستخدام الفعال للخدمات وكفاءة التخصيص للموارد. ويعتبر تشيخ السكان وارتفاع أمل الحياة من أهم العوامل المؤدية إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية ، حيث تشير الإحصائيات إلى أن أمل الحياة قد بلغ 76 سنة عام 2008 بعدما كان 55 سنة فقط غداة الاستقلال ، هذا ما يصنف الجزائر ضمن الدول التي ترتفع² التنمية البشرية ، حيث يبلغ عدد الأشخاص المسنين الذين تفوق أعمارهم 60 نسمة 2.5 مليون نسمة أي بنسبة 7.4 % من عدد السكان. إن هذه الظاهرة صاحبها زيادة في المشاكل الصحية بما فيها من ظهور للأمراض الثقيلة المزمنة مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان. 80 حيث أظهر التحقيق الوطني ميكس 3 لسنة 2006 أن نسبة 10.5 % من السكان مصابون² هذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4.38 % وتليها أمراض السكري بنسبة 2.10 % وهو ما يعد ظاهرة عالمية تعود إلى تغير نمط المعيشة ولاسيما الغذائية منها وعوامل أخرى مثل التدخين وقلة الحركات الرياضية .

ضف إلى ذلك الزيادة في مستوى المعيشة الذي يؤدي إلى زيادة الطلب على الرعاية الصحية ويرفع مطالب جودة الرعاية لدى المرضى وطرق التكفل² م. هذا إلى جانب ظهور الأمراض الجديدة التي يقف الطب الحديث عاجزا أمامها لفترات طويلة من الزمن كمرض السرطان والايذز.

Michel Mannarini, L'organisation logistique hospitalière entre la différenciation des territoires et intégration des processus, Université Montpellier 2, 2006 ,p 06, document disponible sur le site :

http://www.univnancy2.fr/COLLOQUES/METAMORPHOSE_06/fichiers_PDF/MANNARINI.pdf, consulté

le 13-06-2010.

3 - التحكم في النفقات الصحية:

تشهد اجتماعات المعاصرة تغيرا في التركيبة العمرية للسكان ، حيث يتنبأ بتضاعف عدد السكان الذين تفوق أعمارهم 65 عاما في السنوات الخمسين المقبلة ، مع العلم أن تكاليف الرعاية لهذه الفئة سترتفع 4 أضعاف لتكلفة علاج السكان الأقل سنا 82 . هذا إلى جانب التطور التكنولوجي الهائل في المجال الطبي والمقترن أيضا بقيود تعددت باختلاف طبيعتها(قيود قانونية، المعايير المعمول بها⁸² الطلب المتزايد على الجودة الصحية)...، كلها أسباب وعوامل جعلت النفقات الصحية في تزايد مستمر ، حيث أشار تقرير البنك العالمي إلى أن الإنفاق الصحي في الجزائر قد ارتفع من 106 مليار دينار في 1998 إلى 192 مليار دينار عام 2002 ثم إلى 195 مليار عام 2010 وتجدر الإشارة إلى أن الجزائر تواجه زيادة حادة في الاحتياجات الصحية التي تتطلب جهودا متواصلة للسيطرة والتحكم في النفقات الصحية وإجراء إصلاحات من شأنها خلق مؤسسات صحية أكثر فعالية وكفاءة في تسييرها للموارد. فحسب تقديرات البنك الدولي فإن التحول الديموغرافي قادر على زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية بنسبة 60 % من حيث القيمة الحقيقية بين عامي 2000 و 2020. وبالتالي أصبحت السيطرة والتحكم في تكاليف الرعاية الصحية تشكل تحديا كبيرا سواء للمستشفى أو النظام الصحي ككل، حيث شرعت العديد من الدول في إعادة هيكلة عميقة لأنظمتها الصحية والاستشفائية خاصة، فوفقا ل Rollinger فان " انخفاض التكاليف سيبرز ويؤكد هذا التحول

الأستاذة براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظمة الصحية في الجزائر- واقع وآفاق، مجلة الاقتصاد المعاصر ، جامعة عنابة، العدد 04 أكتوبر 2008 ، ص 165

82 A.T.Kearney, Improving medicine supply chain, rapport du Cabinet de consultants A.T.KEARNEY, USA,

2004, p 01,. Document disponible sur le site:

4 التحسين من جودة الخدمات الصحية :

من وذلك ⁸⁶جود تحسين وفي الصحية الخدمات مجال في حقيقية انتقالة العشرين القرن شهد لقد خلال التطور التكنولوجي الهائل والسريع والذي ساعد العاملين في مجال العلوم الطبية على استخدام الأشعة السينية والطب النووي والعلاج الكيماوي ، وكذا اكتشاف الأمراض بشكل مبكر وتشخيصها واكتشاف اللقاحات والأمصال المضادة . ولكن هذا التطور التكنولوجي صاحبه زيادة كبيرة في التكاليف مما جعل من تحسين الجودة إحدى التوجهات الرئيسية للمنظمات الصحية موازاة مع خفض التكاليف اللوجستية التي تتكبدها ⁸⁶ فجودة الرعاية الصحية يمكن اختصارها بأ⁸⁷ الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصة الصحية المرغوبة، ضمن إطار اقتصادي معين، وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة .ومن الممكن أن نجد اختلافا في مفهوم الجودة من شخص إلى آخر وذلك حسب موقع ودور كل فرد في المنظمة الصحية، فبالنسبة للطبيب تكمن الجودة في تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية والمهارات المهنية ، إذ تعتبر خدمة تقديم الرعاية بالغة الأهمية عند الطبيب ^{Doing the right thing right} . ⁸⁷و للإداري فهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة" على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة وفق أسعار مناسبة، وهذا يشمل ضمنا أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة . أما صانعي السياسات الصحية في أي بلد فيعتبرون أن الجودة هي عبارة عن تحسين صحة أفراد ⁸⁸تمتع في ضوء الموارد المتاحة . أما الجودة من وجهة نظر المريض فتتمثل في أبسط النشاطات القاعدية التي يتوقع المريض أن يحصل عليها كالعلاج، التغذية، البيئة الآمنة، نظافة المكان، الاتصال مع مقدمي الرعاية، خدمات متوفرة طوال الوقت، مدة الحصول على موعد ⁸⁸...فوجود مثل هذه الامتيازات له تأثيره على رضا المريض، والذي يعد احد مؤشرات تقييم جودة الرعاية وفي نفس الوقت كأهم نتيجة مرجوة من الخدمات المقدمة.

Dominique Boudin, Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité, ADSP, n°35, juin 2001, p 26.

Raymond Grenier, La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients , Faculté des sciences infirmières , Université de Montréal, CANADA , document disponible sur le site :

www.scinf.umontreal.ca/cours/SOI6230/documents/grenier%201998.pdf, consulté le 13-06-2010.

Service Evaluation Hospitalière, Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation

الخاتمة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المستشفى كإحدى المنشآت الهامة في المجتمع الحديث، إذ تسهم من خلال تقديمها للخدمات الطبية بأنواعها في رفع المستوى الصحي للبلاد، ومن ثم توفير الظروف الملائمة لدعم التنمية الاقتصادية للبلد.

فتعرفنا عليها كنظام مفتوح يتميز بتعقيد إطاره الاجتماعي والاقتصادي من جهة، وكأهم مورد للرعاية الصحية المقدمة لأفراد المجتمع من جهة أخرى. كما تبين لنا جليا أن هذه المؤسسة تقوم على نوعين من الخدمات، فأما الأولى فهي تلك المرتبطة بحضور الزبون في حين يدعم النوع الثاني الخدمات الأساسية ويسهل الحصول عليها، أين تتمثل الخدمات الأساسية في تقديم الرعاية الصحية والتي بدورها تستند على أنشطة فرعية كأنشطة الإمداد من شراء وتخزين وتوزيع لمختلف المواد المستهلكة منها والصيدلانية وهو ما يشكل الجانب الخلفي والخفي لتقديم الخدمات الصحية والذي تبرز أهميته وفعاليته إلا حينما تحدث مشكلة كنفاز أدوية أو تأخر في التسليم وهو ما ينعكس سلبا على جودة الخدمات المقدمة وعلى نظرة المريض لهذه المؤسسة.

ضف إلى ذلك أنه تبعا لدراسات عديدة تبين أن لهذه الأنشطة وزنا ماليا هاما يلزم إدارة المستشفى بالشفافية نحوها والاهتمام أكثر بترقيتها وتحسينها. ولهذا سنحاول من خلال الفصل الموالي توضيح معالم هذه الأنشطة ومدى تأثيرها في جودة الخدمات الطبية المقدمة.

الفصل الثالث

مصادر و انظمة التمويل و تطور

الانفاق في نظام الصحي

مقدمة

تعتبر "الرعاية الصحية"، من بين ابرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياسا بما كان عليه في مراحل سابقة، ويرجع ذلك إلى ظهور أمراض متنوعة وأمراض لم تكن معروفة من قبل حيث يصعب علاجها، لهذا توجب أن يكون هناك اهتمام متزايد من طرف الدول النامية بخدمات الرعاية الصحية، خاصة جانب النفقات المخصصة لها من الميزانية العامة للدولة وكنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. إن تفشي بعض الأمراض مؤخرا (كمرض الايبولا غرب إفريقيا، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية -كورونا -) يفرض على الدول – خاصة النامية منها مثل الجزائر -إتباع منهج صحيح من حيث الإنفاق على الرعاية الصحية، وإتباع القواعد العالمية من اجل حماية صحة المواطنين. يهدف الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر إلى تحقيق هدف أساسي وهو الوقاية من المرض أولا، والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، هذا الهدف يضمن المحافظة على رأس المال البشري ومن ثم زيادة إنتاجية الفرد وبالتالي زيادة الناتج المحلي الإجمالي، لذا فان الاهتمام بالإنفاق على الرعاية الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط و إنما الدافع الاقتصادي أيضا. رغم الجهود الكبيرة المبذولة من اجل إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، إلا أن الإنفاق على ال : ما مدى فعالية الرعاية الصحية مازال يشكل معضلة حقيقية، ويبقى السؤال المطروح في هذا الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر من خلال الإصلاحات التي مست القطاع الصحي؟

دقف هذه الورقة البحثية إلى معرفة مدى مساهمة الإنفاق على الرعاية الصحية في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين و هذا من خلال تسليط الضوء على الإصلاحات التي مست هذا القطاع الحساس بالإضافة إلى معرفة المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية خاصة جانب التسيير للموارد المالية.

المبحث الاول تطور الانفاق ومدى فعاليته في النظام الصحي

المطلب الاول : نظرة حول وضع الصحة في الجزائر

يعتبر قطاع الصحة، احد القطاعات الرئيسية في عملية التنمية الاقتصادية التي تنتهجها الجزائر نظرا للدور الفعال الذي يقوم به من خلال ربط كل القطاعات الحيوية الاقتصادية منها و الاجتماعية.

1- الاختلالات المميزة للنظام الصحي في الجزائر:

يمكن تقسيم هذه الاختلالات إلى ثلاثة أقسام:

1- أ اختلالات متعلقة بالتنظيم⁸

المؤسسة الإستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري، فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة

- من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها؛
- من خلال خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة، أما فيما يخص الاختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها فيما يلي
- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانو
- وسوء ظروف العمل و الأجور مقارنة مع القطاع الخاص.
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن و حتى داخل كل جهة، حيث
- نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.

ب. 2- اختلالات متعلقة بالتسيير المالي⁹

لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلة الموارد المالية و إنما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، هذا بالإضافة إلى ما يلي:

- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، فهيكلة النفقات و الإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات؛

- غياب التحكم في النفقات) أو التحكم في التسيير (وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية، فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية تتميز بوضعية التسيير، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية و فقدان مصداقيتها.

حميدة بن حليمة، الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر، النظام التعاقدى، تقرير تربص، المدرسة العليا للإدارة، أفريل 2006، ص 5

ج-3-اختلالات متعلقة بوسائل التسيير

أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيير. هذا العنصر ناتج عن نقائص في النظام الإعلامي الصحي، و كذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى: فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان. يرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، و عدم مرونة السجلات الإدارية و انعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز و ترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي و بالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي و كذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة

- مبادئ و أهداف عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

السلطات العمومية في هذه عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، اتخذ لتحسين و تطوير قطاع الصحة و تقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري التكفل بالصحة العامة للسكان وهذا حسب ما جاء في المادة 51 من الدستور و التي تقول " : الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية و مكافحتها تم وضع " ميثاق الصحة سنة 1998 كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية، بحيث يهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح. بالنسبة لمبادئ السياسة الصحية فتمثلت فيما يلي

- حماية الصحة و ترقيةها من اجل الحد من اللامساواة، وإعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة.
- الاستفادة من مجانية العلاج والإنصاف والتضامن الوطني؛
- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة؛
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط؛
- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل.
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية
- إنشاء مجلس وطني للصحة.

ولكن في الواقع نرى أرقاما مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر والتي تسير إلى الأسوأ، بحيث يدفع المواطن ثمن تدني الخدمات وحقه في العلاج، وكشفت آخر الإحصائيات) حسب منظمة الصحة العالمية فيما يخص ترتيب الدول العربية فيما يتعلق بمعدل الإنفاق الحكومي للشخص الواحد عام 2012 عن الصحة الرعاية للمواطن حيث الجزائري، ظروف لتحسين المرصودة الضخمة الميزانيات رغم الجزائر، في المعتمد الصحي النظام تذييل على (2012 سنة الفرد/دولار 63.7المغرب تنفقه ما ضعف (2012 سنة الفرد/دولار 234.4) الجزائر تنفق التي (2012 سنة الفرد/دولار 175.3)تونس على ينطبق الأمر ونفس .جيدة صحية رعاية مقابل الصحة قطاع التي الأرقام على الاطلاع خلال ومن .الجزائر مع بميزانيتها مقارنة جيد لأبنائها، صحية رعاية تقديم في الأولى جاءت تعددها مراكز الدراسات ا بعيدة و الإحصاء نطالع أرقاما مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر، وهي أرقام مرعبة، على الرغم من كونها عن مبادئ وأهداف السياسة الصحية التي تبقى شعارات فقط، فكل الأمراض في تزايد مستمر. أما الأهداف التي ترمي إليها السلطات العمومية من خلال إصلاح المنظومة الصحية فيمكن إيجازها كما يلي

- 1 تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال :تحديث الخريطة الصحية للموارد، إعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحية الجوارية والفرق الطبية المتنقلة، تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.
- 2 إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال :إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة، تحديث مدونة تسيير الأعمال الطبية.

لقد جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن:"الحكومات مسئولة عن صحة شعوبها فعليها اخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة "ففي عديد من الدول الإفريقية وخاصة تلك التي عرفت النظام السياسي الاشتراكي كالجزائر، فان المنظومة الصحية كانت دائما تستجيب إلى مقاربة الصحة من منظور الخدمة العامة .على الرغم من توجه الجزائر نحو الانفتاح منذ سنة 1989 ، وكذا صدور العديد من المراسيم التنفيذية المنظمة للقطاع الخاص في المجال الصحي، إلا أن قانون حماية الصحة وترقيتها لا زال يحمل بعض ترسبات النهج الاشتراكي .

المطلب الثاني تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2006-2015)
تطور مخصصات الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر (2006-2015) يمثل الجدول الموالي مجموع ميزانيتي
التسيير والتجهيز المتعلقة بقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2006-2015
الجدول رقم 3 - 1 : (ميزانيتي التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة
الوحدة مليون دج

السنوات	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التسيير %	ميزانية التجهيز %
2006	66267,2	3954	70221,20	94,37	5,63
2007	62460,9	3879	,9036633	94,16	5,85
2008	70337,3	31443,5	101780,80	69,11	30,89
2009	93552,9	38882	132434,90	70,64	29,36
2010	143966,6	36990	,60018095	79,56	20,44
2011	178322,8	44327	222649,80	80,09	19,91
2012	195011,8	520399	715410,80	27,26	72,74
2013	227859,5	412463	640322,50	35,59	64,41
2014	404945,3	444300	849245,30	47,68	52,32
2015	3069257	63250	175,637	81,59	16,81

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق مقدمة من طرف وزارة المالية

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن كل من ميزانيتي التسيير والتجهيز المخصصة لوزارة الصحة هي في ارتفاع مستمر و هذا راجع إلى المخصصات المرصودة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي عرفها القطاع، إذ نلاحظ أن ميزانية التجهيز بلغت أعلى قيمة مخصصة لها في سنة 2010 ، وهو تاريخ بداية المخطط الخماسي أما ميزانية التسيير فبلغت ذروتها في سنة 2013 ولكن خلال الفترة (2006-2009). نلاحظ أنها كانت منخفضة وهذا راجع إلى احتياجات القطاع

المطلب الثالث الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة:
يمثل الجدول الموالي، الميزانية العامة لقطاع الصحة مقارنة بالميزانية العامة للدولة خلال الفترة الممتدة من (2006-2015)

الجدول رقم 3 – 2 : الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة الوحدة :مليون دج

السنوات	الميزانية العامة لقطاع الصحة	الميزانية العامة للدولة	النسبة %
2006	70221.6	1860030	4%
2007	66333.9	2105080	3%
2008	101780.8	2543350	4%
2009	132434.9	3194900	4%
2010	.6618095	4188400	4%
2011	222649.8	4199700	5%
2012	715410.8	4737844	15%
2013	640322.5	6019360	11%
2014	849245.3	6437616	13%
2015	376175	6879816.7	5%

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق مقدمة من طرف وزارة المالية

نلاحظ من خلال الجدول، أن نسبة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة في مجملها ضئيلة جدا ولا تعكس ما جاء في بنود الإصلاحات، على الرغم من ارتفاعها خلال الفتر (2010 2012) إلا أنها لم تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري وهذا السبب بسيط وهو سوء التسيير وتفشي الفساد على مستوى الإدارات العمومية فكلنا نعلم كم كمية الأدوية والضمادات التي يتم أخذها من قبل المرضى لعائلاتهم من جهة أخرى هذه الزيادة ترجع إلى برنامج

التنمية الخماسي الذي نجم عنه استفادة القطاع من غلاف مالي قدر ب 619 مليار دينار جزائري خصصت لانجاز 172 مستشفى و 377 عيادة متعددة الخدمات و 100 قاعة علاج و 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة ذوي الاحتياجات الخاصة. ولكنها تبقى غير يار بشكل شبه تام على ارض الواقع ²كافية بالمقارنة بالأموال المعتبرة التي تنفق في هذا القطاع إذ يعرف ا وهنا نخلص إلى نتيجة مهمة جدا وهي أن الإنفاق على الرعاية الصحية في الجزائر غير فعال ولم يجسد أي تحسين في الخدمة الصحية المقدمة للمواطن بسبب سوء التسيير وتبديد الأموال، أما بالنسبة إلى الانخفاض المسجل في سنة 2015 فهذا راجع إلى احتياجات القطاع من الأموال .

المطلب الرابع الميزانية العامة للصحة بالنسبة للنتائج المحلي الخام

يمثل الجدول التالي الميزانية العامة لقطاع الصحة مقارنة بالنتائج المحلي الخام في الفترة الممتدة من (2006-2015)

الجدول رقم 3-3 :ميزانية وزارة الصحة بالنسبة للنتائج المحلي الخام الوحدة مليون دج

السنوات	الميزانية العامة لقطاع الصحة	النتائج المحلي الخام	النسبة %
2006	70221.6	6135917	1%
2007	66333.9	7562000	1%
2008	101780.8	8514800	1%
2009	132434.9	9366600	1%
2010	180980.6	11090000	2%
2011	222649.8	10034300	2%
2012	640322.5	12049500	6 %
2013	640322.5	14481000	4%
2014	849245.3	16005900	5%
2015	376175	17771200	2%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق مقدمة من طرف وزارة المالية

أهم ملاحظة نلاحظها في هذا الجدول هو أن نسبة الإنفاق الاجتماعي على الرعاية الصحية في الجزائر يمثل جزء بسيط جدا -ويكاد يكون معدوم -بالنسبة للنتائج المحلي الخام (تقريبا 1% إلى 2% خلال (2012، إذ نلاحظ -2011- كل السنوات ماعدا فترة المخطط الذي اعتمدته الدولة 2010) زيادة في الأغلفة المالية المخصصة لهذا القطاع مقارنة بالسنوات السابقة و هذا دائما في إطار برنامج الدولة هي إصلاحات جوفاء خالية ⁷ الإنعاش الاقتصادي، وهنا يمكن القول أن الإصلاحات التي قامت المحتوى، ولكن الملاحظ انه خلال هذه الفترة أن هناك زيادة مقابلة في النتائج المحلي الخام راجعة بالدرجة الأساس إلى ارتفاع أسعار النفط و استفادة كل القطاعات من هذه الوفورات المالية.

قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري) دراسة تحليلية مقارنة(، مجلة دفاتر السياسة .و القانون، جامعة بشار، العدد 06 ،

جانفي 2012 ، ص230

نفس المرجع السابق، ص 124

المبحث الثاني :مصادر و أنظمة تمويل القطاع الصحي في الجزائر

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة و الخاصة و الخيرية بالرغم من أن المع 2 دلالت تختلف كثيرا ، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فان الخصائص المحددة لها و طبيعية إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية ، و التكاليف المرتبطة 3 ا تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمرا غير مرغوب فيه. و سواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظم حكومية ، أو تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي ، فالحكومة تتدخل كثيرا في تنظيم تقديم الخدمات الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة 1 أما بالنسبة للجزائر فتعرف المنظومة الصحية محدودية في تسخير الموارد المالية الإضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد و الناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية و المرضية التي تعرفها بلادنا ، كما تعرف احتياجات السكان نموا و تنوعا بالنظر إلى تطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي و تدفق المعلومات ، كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج و تحسين نوعيته.و خلاصة القول أن النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على ثلاثة

معايير أساسية و هي:

○ مساهمة الدولة

○ الضمان الاجتماعي

○ الأسرة

و نظرا لكون مشكلة تمويل القطاع الصحي من بين المشاكل التي تعترض المشرفين على القطاع خا 2 صة أمام الأزمات الاقتصادية و الركود العالمي و بالتالي سوف نحاول من خلال هذا المبحث دراسة أهم التطورات التي عرفها نظام تمويل قطاع الصحة بالجزائر. و على هذا الأساس ارتأينا التطرق:

_ من خلال المطلب الأول تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

- المطلب الثاني :لنظام التمويل من 1962 إلى 1974

_ أما من خلال المطلب الثالث :فسوف نتطرق إلى نظام التمويل من 1974 (أي نظام التمويل بعد إحداث الطب المجاني) إلى يومنا هذا.

- كمطلب الرابع :سوف نحاول تشخيص نظام التمويل للقطاع الصحي عبر التطرق إلى مختلف النقاط الايجابية و السلبية التي يتضمنها النظام مع ضرورة التفكير في مصادر جديدة للتمويل في المستقبل.

المطلب الاول تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

عرف نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر عدة تحولات يمكن تقسيمها إلى أربعة مراحل أساسية هي:

1 - المرحلة الأولى: من 1962 الى 1973

- ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس وتنظيمات المنظومة الفرنسية آنذاك.
- ابتداء من 1963 عملت الحكومة للحد من مختلف التشريعات القائمة وإدخال نوع من الاستقلالية في التسيير . ظهرت في هذه المرحلة ثلاث مصادر لتمويل النفقات الصحية وهي:
- التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة إلى % 60 يستفيد من هذا التمويل الأشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق...
- يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية % 30 من النفقات العامة للهيكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية والتي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.
- الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد الميسورين وأصحاب المهن الحرة.

2 المرحلة الثانية: من 1974 إلى 1993

- هذه المرحلة التي سميت بمجانية العلاج 265 ، حيث أصبح العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية، بالإضافة إلى التغيرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا تغييرات في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة، حيث عرفت تعويض سعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة. وقد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:
- الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج.
- القطاع الشبه عمومي: وهو يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية، ويستفيد من خدماته العمال وعائلاتهم.
- القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص للأطباء العاميين ، أخصائيون، أطباء أسنان.. لم تظهر مشاكل التمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي آنذاك، وصولا إلى سنة 1986 وبظهور أزمة مالية خانقة ناتجة عن ارتفاع أسعار البترول التي أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة، وخاصة ابتداء من 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي لانخفاض اشتراكات العمال مع بداية التسريحات العمالية من المؤسسات العمومية، مما أدى ذلك إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد المالية العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى.

3 المرحلة الثالثة: ابتداء من 1994 إلى 2006

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة الـ 266 للشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد. وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية : الطب العام ب 50 دج، الطب المتخصص ب 100 دج وذلك كمرحلة أولية . وفي مرحلة موالية توسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية.

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، القطاع الشبه العمومي، والقطاع الخاص. هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداء من 1990 أين فتح الـ 266 أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة. وما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرز التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطاتهم.

4 المرحلة الرابعة: من 2006 إلى يومنا هذا:

و تمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة 266 ائية في أواخر سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى والمرضى غير الإجراء عن طريق (CNAS)الأجراء عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية أما عديدي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية (CASNOS) الصندوق الوطني لغير الأجراء وذلك من أجل تخفيف العبء على خزانة الدولة، والتحكم المحاسبي الدقيق (DAS). الضمان الاجتماعي لتكاليف العلاج.

المطلب الثاني نظام التمويل 1962-1974

لقد تميز نظام التمويل خلال هذه الفترة بضعف الوسائل و هذا راجع إلى الوضعية الصحية التي كانت تعيشها البلاد حيث أنها كانت تسعى إلى إعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة عن الاستعمار هذا ما جعل من نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية ضئيلة حيث أنها لم تكن تتجاوز 1%، 5 من الناتج القومي الخام و على العموم فقد تميزت هذه الفترة بثلاثة مصادر أساسية للتمويل

1 التسبيقات

التسبيقات هي عبارة عن مساهمة الهيئات العمومية أي الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تقدر بحوالي 60 % و قد كان الأشخاص المستفيدون من هذه المساعدات الطبية المجانية متشككين في معظمهم من الأشخاص المعوزين و بالتالي فنتيجة هذه الوضعية أن الأشخاص المرضى المعنيين بهذا الإجراء و الذين كانوا يمثلون نسبة كبيرة من المواطنين لم يكونوا يستفيدون بصورة جيدة من العلاج ، حيث كانت النفقات الصحية التي تصرف علي هؤلاء المرضى تسدى إلى المؤسسات الصحية حسب النسب التالية

- 85 % من طرف الخزينة العامة
- 15% من طرف صندوق التضامن للدوائر و البلديات
- 8% لحساب الدوائر
- 7 % لحساب البلديات

1-مقدم طارق، إصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال إعادة النظر في تمويلها ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم

الاقتصادية ، فرع إدارة أعمال ، جامعة الجزائر ، 2008 ، ص 45

1974 المتضمن ، مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية 01/01/ المؤرخ في 2 - - 16 المرسوم رقم 74

2 :عائدات تسديد المصاريف

أي أن الضمان الاجتماعي يتحمل % 30 من النفقات الإجمالية للهيئات العمومية لصالح المنخرطين (المؤمنين و ذويهم)، و تحسب هذه التسبيقات على أساس تسعيرة) تعتمد على سعر اليوم (المحدد سنويا من طرف السلطات العمومية.

3 الموارد الخاصة

تأتي هذه المساهمة من قبل أصحاب المهن الحرة الذين لا يخضعون لأي نظام تأمين مقابل علاجهم (كأصحاب الأعمال الحرة، التجار، الحرفيون...الخ.(فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من قبل الهيئات العمومية يقوموا بدفع نفقاتهم مباشرة عند مغادرة المؤسسة الصحية ، و قد كانت تمثل هذه المساهمة حوالي % 10 من النفقات العامة للصحة.

رغم أن نظام التمويل السائد خلال تلك الفترة ق 72 دم مجموعة من المزايا فيها يخص التسيير المالي، إلا أنه و بالمقابل كان له جملة من العراقيل و التي تمثلت في تراكم حجم الديون العامة الغير مغطاة، إضافة إلى الحواجز المالية التي حالت دون تلبية حاجيات المواطنين كل هذه الأوضاع كانت دافعا للسلطات العامة نحو التفكير في نظام جديد لتمويل الهياكل الصحية بالجزائر.

المطلب الثالث :نظام التمويل من 1974 إلى يومنا هذا

إن تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم استبدال السعر اليومي بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية فلقد سمح هذا الإجراء الجديد بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى من أجل تلبية احتياجاتهم الصحية.

بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزافي) تحدد عن طريق قانون المالية (أين تحتوي على ثلاثة مصادر أساسية للتمويل

72 مساهمة الدولة

72 مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي

72 مساهمة الأسرة

أ- مساهمة الدولة

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة و الجماعات المحلية ، حيث كانت تقدر بـ 60 % من مجموع النفقات الصحية ، إلا أن إحداث الدولة للطب العام في سنة 1974 و إلغاء نظام التسعيرة الاستشفائية فإن مساهمة الدولة أصبحت تحدد بصفة جزافية و تشير على أن الجماعات المحلية التي كانت تساهم بنسبة 5 % أعفيت من التمويل ابتداء من سنة 1980 و هو ما يعني خسارة أحد موارد التمويل و بالتالي فمساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال هذه الفترة قد أصبحت تقارب نسبة 76 ، 5 % تعتبر مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال السنوات الأولى مجانية العلاج جد مهمة و لكن بدأت في التناقص خلال الفترة ما بين 1979 و 1988 أي بحلول الأزمة الاقتصادية التي بدأت - في الظهور منذ منتصف الثمانيات و كذا نتائج إعادة الهيكلة التي طبقتها الجزائر بدعم من الهيئات و المؤسسات الدولية ، كل هذه الأمور شكلت عائق أمام تجنيد الموارد اللازمة لتمويل القطاع الصحي حيث انخفضت نسبة مساهمة الدولة في تمويل هذا القطاع إلى أقل من 20 % سنة 1989 و تشير أن هذا التناقص في إعانات الدولة لم يدم طويلا حيث لوحظ انقلاب في نسبة المساهمة ابتداء من سنة 1993 والذي تأكد خلال العشرية الأخيرة أين تراوحت نسبة مساهمة الدولة في قطاع الصحة من 59% إلى 83 و 2 لعل ذلك مرده للعجز الدائم الذي أصبح يعاني منه صندوق الضمان

الاجتماعي ، كما ساهمت الوضعية المالية الجديدة التي تعيشها البلاد نتيجة ارتفاع في أسعار البترول إلى تزايد نسبة الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الأفراد الجدول التالي يوضح أكثر مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.

1- مقدم طارق، إصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال إعادة النظر في تمويلها ، (مرجع سابق)، ص 46

المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 29 12 1993 المتضمن لمدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية

الجدول رقم (3 - 4) : مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحي

السنة	1995	1996	1997	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
الدولة اعتمادات لقطاع الصحة ب 610 د ج	15240	18294	19973	25580	27736	39460	67164	90254	17603 6	187806
التمويل نسبة بقطاع الصحة	%59	61%	56%	60,6%	60,6%	75,3%	64,95%	71,34%	77,98	82.77%

المصدر: زيدان سناء إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية 2011

ب - مساهمة الصندوق الضمان الاجتماعي

يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليه نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كممول رئيسي¹

لقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر في سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العمال ، حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا و ذويهم (العمال ، الأجراء ، الموظفين و غيرهم) من خلال نمط التأمين على المرض و الذي يعتمد على سعر اليوم الاستشفائي الذي كان يحدد سنويا ب 30 % من النفقات الإجمالية لهيئات الصحية العمومية لقد عرف نظام الضمان الاجتماعي إقبالا² بان الاستقلال فائض مالي يعود إلى عدة عوامل.

² الحفاظ على التعريف الضعيفة لتسديد النشاطات الطبية التي كانت تتم في القطاع الخاص فعدم احترام التسعيرة من طرف الأطباء ترك الأفراد يدفعون نفقات تفوق ما يتم تسديده من طرف صندوق الضمان الاجتماعي (فهذا الأخير كان يسدد 80% فقط من قيمة المدونة).

² عدم قدرة المستشفيات على تقديم الفواتير المتعلقة بالنفقات الطبية التي يتح ملها الضمان الاجتماعي.

² ضمان حق المؤمن يستلزم جملة من الإجراءات و نظرا للمستوى التعليمي الضعيف الذي كان سائدا آنذاك ، فعدد قليل من العمال كانوا يستفيدون من تسديدات الضمان الاجتماعي. رغم المراحل الصعبة التي مر بها الضمان الاجتماعي حيث أنه في 1963 تم إيداع أمواله لذي الخزينة العمومية لأن البنوك آنذاك كانت أجنبية. في 1971 عن طريق سياسة تجميد الادخار التأسيسي قامت الخزينة العمومية باقتراض كل الأموال الاحتياط المتاحة.

في سنة 1972 تم استبدال التسعيرة الفردية للنفقات الطبية بالنفقة الجرافية¹. لكن بإحداث السلطات العمومية انية العلاج في القطاع العمومي سنة 1974 ، و الذي كان من بين آثاره اعتماد نظام التمويل الاستشفائي الجرافي بالنسبة للمؤسسات الصحية و هذا بالضرورة تغيير طبيعة العلاقة السائدة بين الضمان الاجتماعي و المؤسسات الصحية. و قد تزامن إنشاء هذا النظام مع توسع القاعدة الاجتماعية و المالية للضمان الاجتماعي نتيجة تزايد عدد المؤمنين اجتماعيا من 1208854 سنة 1973 إلى 3000000 سنة 1984 أي بزيادة سنوية بمعدل 20 % و عليه فقد تطور فائض الصندوق من 25 مليون دج إلى 1493 مليون دج سنة 1980 و بالتالي مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية قد تأكدت يوما بعد يوم فبعدها كانت مساهمته لا تتعدى 23 % ، 5 % في قطاع الصحة لسنة 1974 أصبحت تفوق 40 % حيث وصلت سنة 1983 إلى 49 % و في 1989 إلى 60 %

زميت خدوجة ، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر ، (مرجع سابق) ، ص 121

كيفاني شهيدة ، التنمية الاقتصادية و الحماية الصحية في الجزائر ، (مرجع سابق) ، ص 173

الجدول رقم (3- 5) : مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر

السنوات	1996	1997	1998	1999	2009	2010	2011	2012	2013
صندوق مساهمة ضمان ب الاجتماعي 610دج	11250	113551	16576	17971	35300	38300	38300	38300	38300
مساهمة نسبة الصندوق لضمان الوطني الاجتماعي	39,8	39,3	33,4%	34,13%	27,90%	21,84%	17,79%	16,88%	14,88%

المصدر: زيدان سناء إدارة و مالية المؤسسة الاستشفائية.

(مشروع ميزانية الدولة 2005) إلى غاية 2013

ج - مساهمة العائلات

رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة فهذه الحالة تف² سر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص لأن هذا الأخير لم يحترم التسعيرة الرسمية و لا يوجد أي جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الأطباء أضف إلى ذلك زيادة الأسعار المدونة فهناك من العائلات غير مؤمنة ، و بالتالي هي مجبرة على تحمل النفقة كليا، و البعض الآخر منهم لا يطالب بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي كما توجد ظاهرة أخرى و هي تخص التداوي من دون اللجوء للطبيب من خلال شراء الأدوية من دون وصفة طبية. و على العموم تبقى مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي بالجزائر مساهمة معتبرة ، خاصة خلال السنوات الأخيرة أين وصلت نسبة مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي إلى % 24.7 سنة 2011 1

2-صغير أمال، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ، تقرير تربص ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم تسيير فرع اقتصاد 2004 ..
ص - 05 دولي، جامعة الجزائر، 2003

الجدول رقم (3 - 6) : مدى مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة

السنوات	1994	1995	1996	2010	2011
مساهمة العائلات ب 610 دج	6624	8288	16594	14582	13987
نسبة التمويل %	29%	25,6%	27%	25,2%	27,4%

المصدر:وزارة الصحة و السكان 2012

المطلب الرابع تشخيص الجوانب الايجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر
إن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر أصبح أكثر من ضروري في الوقت الحالي وذلك بالنظر إلى مجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير، وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. لكن بالرغم من التطور السريع الذي حققه قطاع الصحة في الوقت الراهن، إلا أنه تبقى مسألة التمويل محور الإصلاحات المعتمدة، وعلى هذا الأساس سوف نحاول التطرق إلى بعض النقاط الايجابية وكذا السلبية التي تخص جانب التمويل لهذا القطاع

1- ا- الايجابيات نمط التمويل

② إن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من ②تمتع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ ②ذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.

② كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كمول رئيسي للقطاع، فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في اطار التضامن الوطني وبالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي، وهذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط والتنظيم لمختلف البرامج.

② كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعني ② اقطاع الصحة وهو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع، وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

ب - سلبيات نظام التمويل

تراجع ميزانية القطاع الصحي خاصة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 حيث أنها كانت تمثل 4.1 % من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 لتتقلص إلى 3.5 % لسنة 2005 هذا ما انعكس سلبا على الخدمات الصحية الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية. (الجدول رقم (3 - 7) تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام

السنة	1997	1998	1999	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
الإنفاق نسبة الصحة على إلى الناتج الداخلي الخام	2,2	2,2	1,8	1,5	1,6	3,5	4,1	4,3	4,5	3,5	3,6

المصدر: النتائج العامة للتقرير الوطني الخاص بالتنمية البشرية لسنة 2010

② يضاف إلى هذا ارتفاع في ديون قطاع الصحة و التي وصلت إلى 11 ، 7مليار دينار جزائري لسنة 2010 ومما لاشك فيه أن هذه الديون سوف تنعكس سلبا على الأداء الحسن للهيكل الصحية بالجزائر وكذا نوعية العلاج المقدم. وهي موزعة كما يلي:

الجدول رقم (3 - 8): نسبة الدين لقطاع الصحة حسب الهيكل لسنة 2010

الهيكل الصحية	المراكز الاستشفائية	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة	القطاعات الصحية
نسبة الدين %	29.5 %	7%	63.5%

المصدر: علواني عديلة تقيم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر

1-علواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير، جامعة بسكرة، 2004 ،

الخاتمة

إن النظام الصحي الجزائري شهد تطورا ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية، والدليل ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها و المزمدة. لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص، بل بالعكس فهو يشهد عدة مشاكل تنظيمية و تسييرية تخص الهياكل و المؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما أثر سلبا على السير العام لهذه المؤسسات. يحظى قطاع الصحة باهتمام كبير من طرف الدولة حيث تخصص له سنويا وبتزايد مبالغ معتبرة، ما مكن القطاع من تحقيق تطور ملحوظ على مستوى المستشفيات من خلال عدة إنجازات متمثلة في فتح ٢٠٠ مائة مناصب شغل جديدة و تشييد عدة مستشفيات متخصصة و غيرها من الإنجازات. إلا أن كفاية فعلى الرغم من الأغلفة المالية الكبيرة المرصودة لهذا القطاع إلا أنه يعاني من سوء تسيير هذه الأغلفة ونقص الإطارات المؤهلة والمسؤولة.

وفي الختام نورد النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الورقة البحثية:

بالنسبة لعملية الإصلاح الصحي نجد:

-أهداف المنظومة الصحية غير موجودة ؛

-توفر هياكل صحية بعيدة كل البعد عن المعايير الدولية؛

-هناك توزيع غير عادل للمنتوج الصحي مع عدم توفر يد عاملة ماهرة؛

-عناصر التكاليف غير متحكم فيها.

-غياب إرادة سياسية في مجال إصلاح المنظومة الصحية.

بالنسبة لآثار الإصلاحات على فعالية الإنفاق الصحي نجد:

-الإصلاحات المنتهجة هي إصلاحات جوفاء لم تحدد مجالات تخصيص الإنفاق وإنما اقتصر

على بعض الشعارات العالمية فقط وغير موجودة ميدانيا

-الإنفاق على الرعاية الصحية غير فعال ولم يؤدي إلى أي تحسين في الخدمة الصحية المقدمة

للمواطن وهذا بسبب وحيد وهو سوء التسيير للأموال.

الفصل الرابع

المؤسسة العمومية الاستشفائية

لمغنية كعينة لواقع التمويل في

المؤسسة الصحية الجزائرية

مقدمة

لقد استفادت الولاية خلال العشرية الماضية من مبالغ هامة، والتي من شأنها أن تعطي دفعا قويا لمختلف القطاعات بالولاية وعلى رأسها قطاعي الصحة. لكن سوء التسيير يظل الهاجس الأول أمام تنمية هذه القطاعات وعلى هذا الأساس فالسؤال الذي يطرح نفسه: ما هو حجم المبالغ التي استفادت منها هذه القطاعات؟ وهل هي تتماشى والمردودية التي تقدمها مقابل ذلك؟. إن الإجابة على هذا الاستفسار يتطلب منا:

دراسة تحليلية المؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية اسم الشهيد "شعبان حمدون" بولاية تلمسان

المبحث الاول نظرة عامة حول المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية - : المطلب الاول بطاقة فنية عن قطاع الصحي في الولاية

تلمسان ولاية ساحلية وحدودية، تحدها من الشرق ولاية سيدي بلعباس ومن الجنوب ولاية النعامة ومن الشمال ولاية عين تموشنت والبحر الأبيض ، المتوسط، ومن الغرب المملكة المغربية، تقدر مساحتها ب 9017.69 كم² تنقسم إلى 20 دائرة و 53 بلدية، يقدر عدد سكانها بحوالي 950000 نسمة (حسب إحصائيات (2008 موزعون بكثافة 107 نسمة/كم² منهم : % 70.9 يتمركزون في المناطق الحضرية، % 21.9 في المناطق الشبه حضرية، % 7.2 في المناطق النائية. يشغل الجزء الجنوبي منها 2929 كلم² أي بنسبة % 33 من المساحة الإجمالية موزعة على 5 بلديات فقط أي بكثافة سكانية تقدر ب 9 نسمة/كلم² مقابل 145 نسمة/كلم² في الجزء الشمالي، وذلك راجع إلى الطابع المناخي الشبه صحراوي في جنوب الولاية، ولذا تغطي المناطق السهبية ثلث الولاية، تشرف الولاية على البحر الأبيض المتوسط بجهة واسعة طولها 70 كلم² ، كما تتوفر على 8 مناطق ساحلية قابلة للتعمير.

القطاع الصحي لولاية تلمسان

تتربع ولاية تلمسان على مساحة قدرها 9017.69 كم 2 بتعداد سكاني بلغ 980.763 نسمة سنة 2010 الذي جعل من تطوير بيئة القطاع الصحي لهذه الولاية ضرورة من الضروريات الملحة لاستيعاب هذا النمو السكاني وتلبية احتياجاته الصحية.

ويضم القطاع الصحي لولاية تلمسان على 268 :

-مركز استشفائي جامعي واحد.

- هي 4 مؤسسات عمومية إستشفائية (EPH)

2 المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية 2.

2 المؤسسة العمومية الإستشفائية لندرومة .

2 المؤسسة العمومية الإستشفائية للغزوات 2.

2 المؤسسة العمومية الإستشفائية لسبدو 2.

7 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) تتواجد على مستوى بلديات أولاد ميمون، سبدو،

الرمشي، مغنية، الغزوات، باب العسة ، تلمسان

-مؤسسة عمومية إستشفائية متخصصة للام والطفل بتلمسان.

- قاعة علاج موزعة على جميع تراب الولاية.

1-المطلب الثاني تقديم المؤسسة :

تحمل المؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية اسم الشهيد " شعبان حمدون " ، وهي تعتبر من أهم المرافق الحيوية في دائرة مغنية ، شهدت نشأة^[2] عدة مراحل أهمها كان إعادة هيكلتها في إطار الخريطة الصحية لسنة 1981-1982 كقطاع صحي ليعاد تحويله إلى جنوب 81 - 09- المؤرخ في - 05 بموجب المرسوم التنفيذي 242 مدينة مغنية وتدشينه يوم 26 ماي 1993 من قبل وزير الصحة محمد صغير بابس ، وفي عام 2008 تحول 07المؤرخ في 02 جمادى الأولى - إلى مؤسسة عمومية إستشفائية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 140 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات الصحية 1428-05- الموافق ل 19 الجوارية وتنظيمها.

وتبلغ السعة السريرية لمستشفى شعبان حمدون 240 سرير موزعة على 6 أقسام للتنوي

الجدول رقم (4 - 1) : الأقسام الطبية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية

أقسام التنويم	التخصص	الحجم السريري التخصص	الحجم السريري
مصلحة الطب العام	الطب الداخلي interne	28	60
	أمراض الجهاز الهضمي Gastro-entérologie	10	
	طب الكلى Néphrologie	06	
	أمراض الصدرية Pneumo phtisiologie		
مصلحة الجراحة العامة	الجراحة العامة	48	60
	جراحة العظام	12	
مصلحة طب الأطفال			
وأمراض التوليد مصلحة النساء	التوليد	36	60
	أمراض النساء	24	
مصلحة الاستعجالات			
مصلحة تصفية الدم			
		10	10

المصدر : وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

وبذلك فهي تتكون من:

4 مصالح للتنويم^[2] :

167

الطب العام^[2]

الجراحة العامة^[2]

طب الأطفال^[2]

التوليد^[2]

^[2] مصلحة الاستعجالات والطوارئ

^[2] مصلحة تصفية الدم^[2]

^[2] جناح تقني مكون من^[2] :

^[2] جناح العمليات الجراحية يضم 4 غرف للعمليات الجراحية .

^[2] قسم التصوير الطبي^[2] .

^[2] مختبر للتحاليل الطبية مزود ببنك للدم^[2] .

^[2] صيدلية مركزية^[2] .

وتعتبر المستشفى من الناحية القانونية كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية

المعنوية والاستقلال

المالي وهي تخضع لوصاية الوالي.

^[2] وتغطي هذه المستشفى الاحتياجات الصحية ل 4 دوائر هي مغنية ، بني بوسعيد ، باب العسة

وكذا مرسى بن مهدي.

و من خلال الشكل الموالي يظهر الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية والمحدد

بموجب قرار

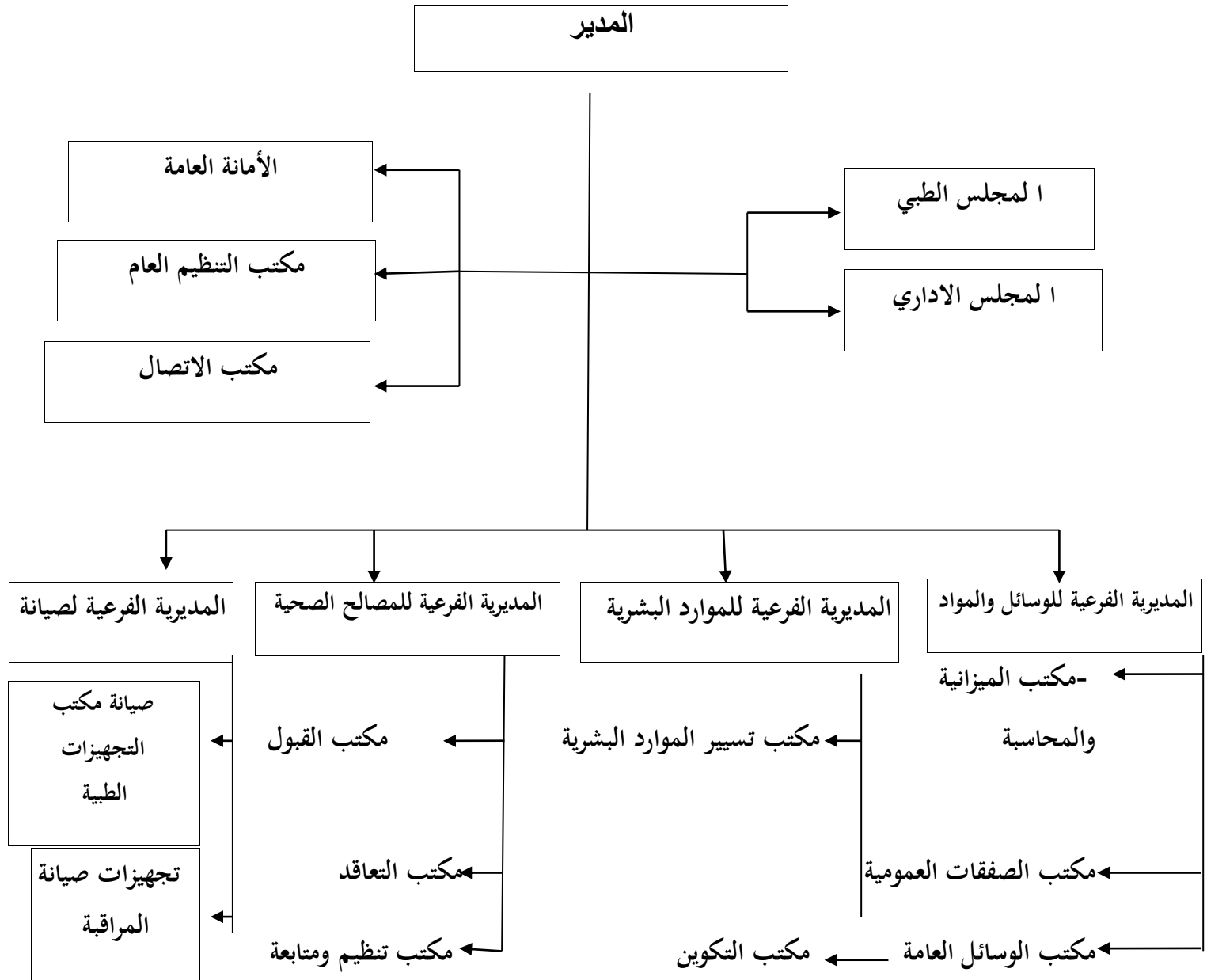
وزاري مشترك بين وزيري الصحة والمالية المؤرخ في 03 محرم 1431 الموافق ل 20 ديسمبر 2009

المحدد

للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.

المطلب الثالث الهيكل التنظيمي للمؤسسة

الشكل رقم (4 - 2) :الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون بمغنية



المصدر: القرار الوزاري المشترك لوزيري الصحة والمالية المؤرخ في 03 محرم 1431 الموافق ل 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية.

يشرف المدير على تسيير المستشفى فهو يعتبر الأمر بالصرف لهذه المؤسسة العمومية يساعده في ذلك مجلس إداري

وهيئة استشارية تتمثل في المجلس الطبي

يتكون هذا الأخير من:

-مسؤولي المصالح الطبية

-الصيدلي

-جراح الأسنان

-ممثل عن الشبه الطبيين منتخب من قبل زملاءه

يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تقوم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها ولاسيما:

-التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية

-إنشاء هياكل طبية أو إلغائها

-مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة هيكلتها

كما يخول للمجلس الطبي اقتراح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها لاسيما مصالح العلاج

والوقاية وينتخب هذا المجلس من بين أعضائه رئيسا ونائبا للرئيس لمدة تدوم 03 سنوات قابلة للتجديد في حين يتألف المجلس الإداري من:

- ممثل عن الوالي رئيسا

- ممثل عن إدارة المالية

- ممثل عن التأمينات الاقتصادية

- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي

- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي

- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة

- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه

- ممثل عن الشبه طبيين منتخب من قبل رفاقه

- ممثل عن العمال

- رئيس المجلس الطبي

في حين توكل للمجلس الإداري مهام التداول على:

- مشروع ميزانية المؤسسة
- الحسابات التقديرية
- الحساب الإداري
- مشاريع الاستثمار
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة
- النظام الداخلي للمؤسسة
- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات
- الاقتصادية والجماعات المحلية والهيئات الأخرى
- البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية وصيانتها والتجهيزات المرافقة

المبحث الثاني موارد ونفقات المستشفى :

-المطلب الاول الموارد البشرية :

العدد	التخصص	المستخدمون
39	أطباء عامين	الطاقم الطبي
01	جراح أسنان	
01	صيدلي	
28	أطباء أخصائيين	
252	ممرض شهادة دولة	الطاقم شبه الطبي
	ممرض مؤهل	
	مساعدي التمريض	
41	مختلف المديريات (المدير، الأمانة، موظفي المديريات...)	الطاقم الإداري
128	مختلف المصالح (الإطعام، التنظيف، الغسيل).....	العمال المهنيون

تضم المستشفى 490 مستخدما ، باختلاف كفاءاتهم ومؤهلاتهم العلمية ، يتوزعون كما يلي :

الجدول رقم (4 - 3) : توزيع الموارد البشرية بمستشفى شعبان حمدون ل 2016

المصدر : وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

المطلب الثاني مصادر التمويل المستشفى :

أ- إيرادات المستشفى :

من خلال ميزانية التسيير للمستشفى نستطيع استخلاص مختلف مصادر التمويل لهذه المؤسسة، والموزعة بشكل

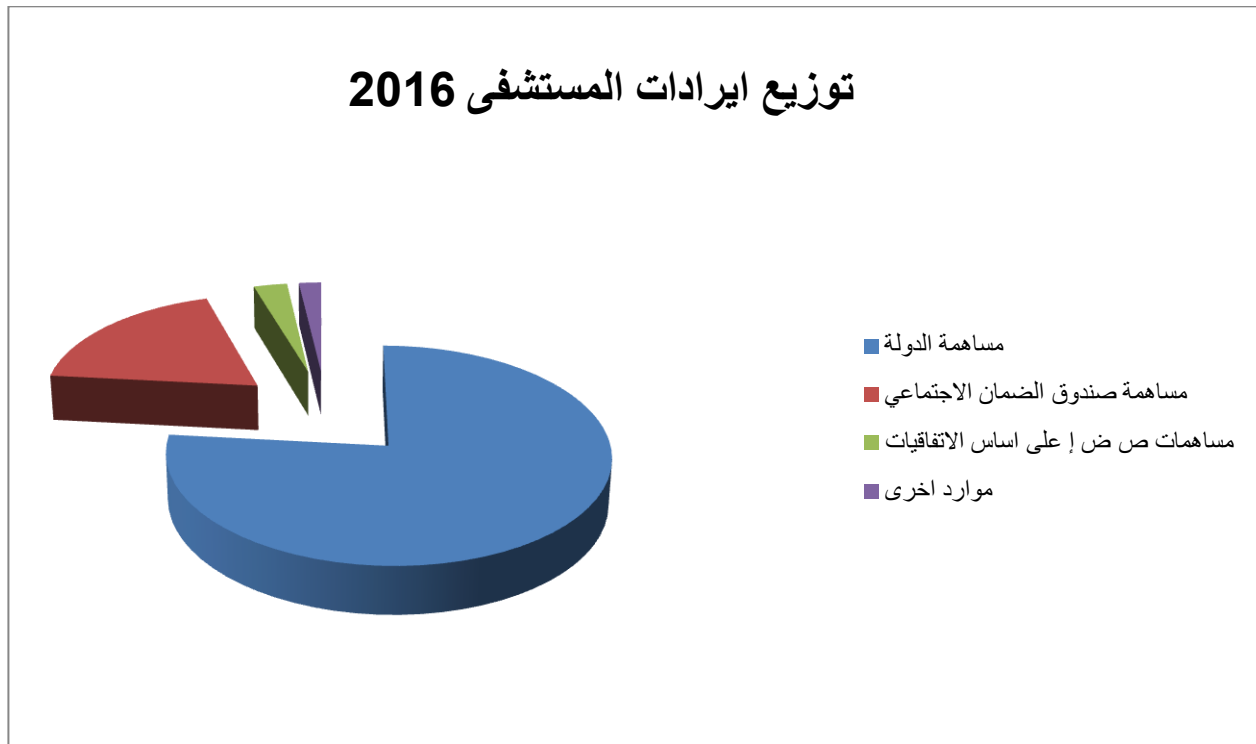
متفاوت ومختلف من مصدر إلى آخر، إذ نجد:

② مساهمات الدولة

② مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي②

② الإيرادات الواردة من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بعنوان الخدمة الخاضعة لاتفاقيات② .
موارد أخرى كمداخيل العلاج، التحاليل، الأشعة، إقامة وتنويم المريض بالمستشفى.(....)

الشكل رقم 4 - 4 : مصادر تمويل المستشفى للسنة المالية 2016



المصدر: الميزانية المالية للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون لسنة 2011

المطلب الثالث : نفقات المستشفى بالعودة دائما إلى الميزانية المالية لعام 2011 نستطيع تمييز مختلف النفقات المقسمة إلى 10 عناوين مقسمة بدورها إلى أبواب والتي نلخصها في الجدول الموالي:

الجدول رقم 4 - 5 توزيع النفقات لسنة 2016

نسبة التوزيع (%)	الإعتمادات المخصصة(دج)	تعيين النفقات
52,95	290.000.000.00	نفقات المستخدمين
0,17	930.000.00	نفقات التكوين
4,20	23.000.000.00	التغذية
23,92	131.000.000.00	الأدوية والمواد ذات الاستعمال الطبي
1,46	8.000.000.00	نفقات الاعمال الوقائية النوعية
4,20	23.000.000.00	العتاد والأدوية الطبية
6,30	34.500.000.00	صيانة الهياكل الصحية
5,84	32.000.000.00	نفقات اخرى لتسيير
0,97	5.300.000.00	خدمات اجتماعية
00	00	نفقات البحث العلمي
100%	547.730.000.00	مجموع النفقات

المصدر :الميزانية المالية للمستشفى لسنة 2016

الشيء الذي يشد الانتباه هنا هو الوزن المالي الضخم لمصاريف المستخدمين (52.95 %) تليها مصاريف شراء الأدوية والمواد ذات الاستعمال الطبي (23.92 %) ومن ثم أقسام التغذية والصيانة ونفقات 5.84 على التوالي (إن هذه المعطيات تؤكد لنا ما جاء بمختلف ، 6.30 % ، % التسيير كذلك 4.20) الأدبيات المتطرق إليها في الفصل الثاني وهو ما يتجسد في كون أن أنشطة الإمداد تحتل المرتبة الثانية من بعد أعباء المستخدمين من حيث العبء المالي الخاص بها.

الخاتمة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى دراسة ميدانية لمستشفى الشهيد شعبان حمدون، عالجت فيها الجانب الخفي والداعم للخدمات الصحية والمتمثل في تحديد النفقات و الموارد المالية للمؤسسة باختلافها. ، أين تعرضنا إلى مختلف الإجراءات المتبعة في كل واحدة منها. الشيء الذي استخلصناه في الأخير من خلال معاينتنا ومقابلاتنا مع عمال مختلف الأقسام سواء الإدارية ، الطبية أن هناك تعليمات دورية من الوزارة الوصية تدعو إلى تتبع ورقابة أكثر للموارد ولكنها تعالج كل نشاط على حدى. وهذا ما يدفعنا للقول بان تمويل الصحي لا يزال في مرحلته البدائية على عكس التمويل الصناعي الذي وصل إلى مرحلة تكامل الأنشطة بين الفاعلين في سلسلة التمويل. ففي القطاع الصحي ينعدم التنسيق بين المنتج والمورد والمستهلك وهو ما يظهر جليا من خلال حالات النفاذ المتكررة في المواد الصيدلانية بشكل يعود سلبا على مستوى الخدمة المقدمة وبالتالي على رضا المريض. نقطة أخرى سجلناها وهو سعي المنظومة الصحية إلى عصنة أنظمتها المعلوماتية بتبنيها لبرامج معلوماتية متطورة تساعد في التنسيق بين الأقسام الداخلية للمستشفى.

الخاتمة العامة

يؤكد الفكر الاقتصادي دور الصحة في التنمية الاقتصادية لأنها تدعم وتعزز القدرات العضلية والدهنية لليد العاملة وبالتالي تساهم في المحافظة عليها وترقيتها، ومن ثم تساعد على مواصلة عملية الإنتاج وتجعلها أكثر إنتاجية. ويعتبرها استثمارا يستفيد منه الفرد والمجتمع، وهكذا فإن المستفيد من هذا الاستثمار هو الذي يتحمل أعباءه

تتميز الخدمة الصحية ببعض الخصوصيات تجعل من الصعب إخضاعها لكل المفاهيم الاقتصادية المطبقة على خدمات القطاعات الاقتصادية الأخرى، وبالتالي فهي ليست خاضعة كلها لقوى السوق.

لقد عرف الوضع الصحي للسكان في الجزائر تحسنا خلال فترة الدراسة، ويظهر ذلك من خلال تحسن المؤشرات الصحية الكمية الناجم عن الجهود التي بذلت. لكن مازال القطاع الصحي يعاني من معوقات مقارنة ببلدان أخرى متوسطة الدخل، خاصة بالنسبة للأمراض المزمنة والخطيرة التي تكلف المجتمع أموالا طائلة، وكذلك الخلل الجهوي في توزيع المنشآت الاستشفائية الذي يتسبب في صعوبة الحصول على الخدمات الصحية بالنسبة للبعض، والانقطاعات المستمرة في التموين بالأدوية، ضف إلى هذا سوء الخدمات الصحية المقدمة.

كل هذه المعوقات سببها سوء التنظيم وضعف الأموال المخصصة للصحة وسوء استعمال الموارد المالية والمادية حيث بينت الدراسة أن الناتج الداخلي الخام المخصص للصحة الوطنية لم يتجاوز في المتوسط 144 % سنويا، هذه النسبة تعتبر ضعيفة مقارنة ببعض البلدان الأخرى ذات الدخل المتوسط مثل تونس ولبنان رغم أن عدد سكانها أقل من عدد السكان في الجزائر، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية توصي بتخصيص حصة لا تقل على 2% من الناتج الداخلي الخام.

بالنسبة لتمويل نفقات الصحة الوطنية فقد بينت الدراسة أن خزينة الدولة تغطي الجزء الأكبر 14 % ويلبها الضمان الاجتماعي 12 % ثم الأسر 22 % ومع ذلك فإن النفقة الوطنية للصحة التي تتحملها الأسرة أكبر مما تتحمله الأسر في البلدان المتقدمة رغم أنها تتميز بدخل فردي أكبر بكثير من الدخل الفردي في الجزائر، ويمكن تفسير ذلك بالتجاوزات في قيمة التعريف المطبقة في القطاع الخاص وغير الخاضعة للمراقبة، مع العلم أن تعويضات الضمان الاجتماعي تتم على أساس تعريف حددت سنة 0147، والتي لا تتجاوز ربع ما تتحمله الأسرة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

- الكتب

- 1 - د.عبد المكي محمود حسن صالح ، "الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي"، دار المعرفة الجامعية للنشر،الزاريطة(مصر،) 2003،
- 2 - د. نور الدين حاروش ، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية " ، دار الكتامة للكتاب و النشر ، الطبعة الأولى ، الجزائر، ديسمبر 200
- 3 - طلعت الدمرداش ،"اقتصاديات الخدمات الصحية" ، (الطبعة الثانية ،مكتبة القدس الزقازيق مصر1999
- 4 - د.سلوى عثمان الصديقي السيد رمضان، "الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي " ، دار المعرفة الجامعية للنشر ، الإسكندرية(مصر20- -
- 5 - سيد محمد جاد الرب ، إدارة المنظمات الصحية والطبية- منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة،دار النهضة العربية، القاهرة، 1997
- 6 - سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية- منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة ، دار المعرفة الجامعية للنشر ، الإسكندرية
- 7 - ناصر دادي عدون، اقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة، الجزائر، الطبعة الثانية، 2003
- 8- دريسي أسماء - تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال 2004 2013 الشركة الوطنية للنشر و التوزيع،الجزائر 2014
- 9 - د. سلوى عثمان الصديقي ، " مدخل في الصحة العامة و الرعاية الاجتماعية" المكتب الجامعي الحديث ،الإسكندرية(مصر 1999
- الاطروحات مذكرات
- 10 - مقدم طارق، إصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال إعادة النظر في تمويلها ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلو .الاقتصادية ، فرع إدارة أعمال ، جامعة الجزائر
- 11 - زيدان سناء ،إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير، جامعة الجزائر 2002 2001، ص 171
- 12 - علواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ،جامعة بسكرة ، 2004 ،

- 13 - أمير جيلالي، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تخطيط، جامعة الجزائر 2001 2000
- 14 - حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان)، أطروحة دكتوراه، 2010. ص 133 ، جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان
- 15 - بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير 2009 .، ص / 170 جامعة الجزائر، 2008
- 16 - بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير 2009 .، ص / 170 جامعة الجزائر، 2008
- التقارير، المقالات، المجلات، النشريات
- 17 - منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395 ،منظمة الصحة العالمية ، سويسرا 1980
- 18 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ميثاق الصحة، وزارة الصحة، الجزائر، الجلسات الوطنية 28. ماي 1998 ، قصر الأمم، ص / 27/ 05 للصحة 26
- 19 - مجلس الأمة،، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر البرلماني، العدد 06 جويلية . 2004
- 20 - قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، العدد 06 ، جانفي 2012
- 21 - صغير أمال، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ، تقرير تربص ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم تسيير فرع اقتصاد 2004 .، ص - 05 دولي، جامعة الجزائر، 2003
- قوانين و مراسيم
- 22 - بموجب المرسوم التنفيذي رقم 124 90 المؤرخ في 30 أفريل 1990
- 23 - بموجب المرسوم التنفيذي رقم (90 111 .) المؤرخ في 23 جوان 100 - 1990
- 24 - بموجب قانون رقم 74 10 الصادرة في 13 جوان 1974
- 25 - المرسوم التنفيذي رقم . 467- 97 المؤرخ في 102 - / 12/ 1997
- 26 - قرار امرسوم التنفيذي رقم 140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق مايو سنة- 2007
- 27 - قرار المرسوم التنفيذي رقم 140 07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق مايو سنة 2007.

- 28 - المراسيم التنفيذية رقم 97 467 مؤرخة في 02 ديسمبر 1997 ، المتعلقة بتجديد قواعد إنشاء الهياكل الصحية 1- - 465 - 466 .
- 29 - الأمر رقم 65 78 الصادر في 28 ديسمبر 1973 و المتعلق بمجانية العلاج 265 -
- 30 - المرسوم رقم 74 1974 المتضمن ، مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية 01/ 01/ المؤرخ في 2- - 16
- 31 - المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 29 12 1993 المتضمن لمدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية

- جرائد مواقع انترنت

- 32 - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، 30 ماي 2002 ، العدد 30 ، ص 11 ، ملحق رقم 2

- الاوراق بحثية ومدخلات

- 33 - زيد حمزة، الطب والصحة في نصف قرن، بحوث وأوراق المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية والطبية". القاهرة، نوفمبر 2007

قائمة المراجع باللغة الفرنسية

- 1 - Micheal E.Porter, Competitive advantage - Creating and sustaining superior performance, The free press USA, 1998
- 2 - Linda Rouleau, Théorie des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde Presses de l'université du Québec, Canada, 2007
- 3 - Joël De-Rosnay, Une approches multidimensionnelle de l'homme textes issus des travaux du congrès du 4-,
- 4 - Billy J.Hodge and al, Organization Theory : a strategic approach , Prentice Hall ,New jersey, Fifth edition, ESF Editeur ,Paris, 1991 1996
- 5 - Robin Fortin, Comprendre la complexité : introduction à la méthode d'Edgar Morin, les Presses Universitaires de Laval , l'Harmattan ,CANADA , 2eme édition, 2005

- 6 - Jonathan S.R and al, Managing health services organizations, Health Professions Press, USA, Third edition, 1992
- 7 - Sheila Twinn and al , Community health care nursing: principles for practice , Elsevier Health Sciences
- 8 - Penalva J. M, La modélisation par les systèmes en situations complexes. Paris, Université de Paris XI - Paris Sud. Ph.D,1997, d'après SABER ALOUI . op.cit
- 9 - Michel Bonami, Bernard de Hennin, Jean-Michel Boqué, Management des systèmes complexes: Pensée
- 10 - systémique et intervention dans les organisations, De Boeck université, Bruxelles , 1ere édition 2eme tirage 1996

الاطروحات مذكرات

- 1 - des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas du service de stérilisation, Thèse de Doctorat, Institut Polytechnique de Grenoble, 2009
- 2 - Said Kharraja, Outils d'aide a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, Thèse de Doctorat, Université Jean-Monnet, 2003
- 3 - a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, Thèse de Doctorat, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne 2003
- 4 - Saber Aloui , Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système , thèse de Doctorat ,Ecole des Mines, Paris, 2007
- 5 - Sondes HAMMAMI, Aide à la décision dans le pilotage des flux matériels et patients d'un plateau medicotechnique, Thèse de Doctorat , Institut National Polytechnique de Grenoble ,2006.

6 - Lorraine Trilling, Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage de ressources humaines mutualisées en milieu hospitalier, Thèse de Doctorat, Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, 2006

7 - Aïda JEBALI, Vers un outil d'aide à la planification et à l'ordonnancement des ressources dans les services de soins , Thèse de Doctorat, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004

التقارير، المقالات، المجلات، النشريات

1 - Marcon Eric, Dimensionnement des ressources des plateaux médico-techniques des établissements

2 - hospitaliers. production de soins et Logistique hospitalière, Journal Européen des Systèmes Automatisés, volume 38, n° 06/2004, Lavoisier, 2004

3- Groupe pour le développement socioéconomique, A la recherche d'un investissement public de qualité ,

4 - Rapport n° 36270-DZ ,une revue des dépenses publiques , Document de la Banque mondiale, vol 1, 15-09- 2007,

5 - A.T.Kearney, Improving medicine supply chain, rapport du Cabinet de consultants A.T.KEARNEY, USA, 2004

جرائد مواقع انترنت

1 - Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé : stratégie

2 - perspective, mais 2001. <http://www.Ands.DZ./système de santé htm>

3 - Jean-François Vautier, Systèmes complexes, document disponible sur le site: [www.techniques-del'ingenieur. fr](http://www.techniques-del'ingenieur.fr) , consulté le 01-05-2010.

4 http://www.univnancy2.fr/COLLOQUES/METAMORPHOSE_06/fichiers_PDF/MANNARI_NI.pdf, consulté le 13-06-2010.

تقارير

- 1 - Le ministère de la santé et de la population , Rapport national sur le développement du système national de la santé ,Alger , mai 2006
- 2 - 70 Normes ISO 9000 version 2000, relatives aux systèmes de management de la qualité.
- 71 Vigneron E, Santé et territoire, la documentation Française, Paris 2000 , d'après Houda Tlahig
- 3 - Service Evaluation Hospitalière, Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques , Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation

الملخص:

بالرغم من الاعتماد المالية الضخمة التي وجهتها الدولة لهذه القطاعات إلا أن الشيء الملاحظ وهو أن هذه القطاعات قد عرفت و مازالت تعرف اختلالات تعرقل مسارها التنموي و بالتالي إلى ما يرجع ذلك؟ هل لكون أن الجهود الحكومية أصبحت غير كافية لتحقيق التنمية الشاملة ما لم يجب تدعيمها بمبادرات خاصة) من طرف القطاع الخاص (تمويلا، إعدادا و تنفيذا، أم إلى سوء التسيير لهذه الاعتمادات نتيجة انعدام التخطيط المالي والبرمجة العلمية لتوظيف الأموال العامة ، خاصة أمام افت الادارة نحو طلب المزيد من الاعتمادات دون أي مردودية تذكر.

و خلاصة القول أن تنمية هذه القطاعات (الصحة و التعليم (و غيرها لن يحصل مادام أن الجزائر تفتقر لسمات الدولة الحديثة ذات الحكم الرشيد وهو ما ع²بر عنه صراحة فخامة سيادة الرئيس عبد العزيز بوتفليقة في خطابه لمواطنيه في 27 افريل 1999 بقوله: إن الدولة مريضة بالفساد مريضة في إدار²ا بالمحاباة و المحسوبية و التعسف و النفوذ في السلطة مريضة بالامتيازات التي لا رقابة عليها مريضة بتبديد الأموال و بها بلانه و لا راع" و عليه إن أي إصلاح لن يحقق أهدافه المنشودة ما لم يتم وفق أسس نزهة تصب في مضمون الشفافية.

Summary:

Despite the huge financial dependence of the state on these sectors, but what is noticeable is that these sectors have known and are still known imbalances hampering their development path and therefore what? Is it because government efforts are insufficient to achieve comprehensive development unless they are to be supported by private initiatives (by the private sector) to finance, prepare and implement, or to mismanagement of these funds due to lack of financial planning and scientific programming for the employment of public funds, Request more credits without any little cost-effectiveness.

To sum up, the development of these sectors (health and education) and others will not happen as long as Algeria lacks the characteristics of a modern state with good governance, which was explicitly expressed by His Excellency President Abdelaziz Bouteflika in his address to his citizens on 27 April 1999: A patient in the administration of favoritism and favoritism and arbitrariness and influence in the Authority sick privileges that are not controlled by the waste of money and without any Naha and no sponsor "and that any reform will not achieve its desired goals unless it is based on fair grounds in the content of transparency.