

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايت - تلمسان

لكية العلوم (الإحصائية و التسيير)

مذكرة:

الدراسة المسماة بتسيير في العلوم الاقتصادية

الموضوع:

تسيير الممرات الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالأزناز دراسة حالة الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان

تحت إشراف :

الأستاذ: د. بن حبيب عبد الزواق

تقديم :

السيد: زاير مصطفى

لجنة المناقشة:

- ♦ الرئيس : الأستاذ د. دريال عبد القادر
- ♦ المقرر : الأستاذ د. بن حبيب عبد الرزاق
- ♦ المناقش : الأستاذ د. بن مقدم مصطفى
- ♦ المناقش : الدكتور نصيب رجم
- ♦ المناقش : الأستاذ د. بندي عبد الله

- "جامعة وهران"
- "جامعة تلمسان"
- "جامعة تلمسان"
- "جامعة عنابة"
- "جامعة تلمسان"

السنة الجامعية

1998 — 1999

تشكرات

شكري أولا لله عز وجل الذي أعانني على إنجاز هذا العمل المتواضع.
شكري ثانيا إلى المشرف على هذا البحث الأستاذ الدكتور بن حبيب عبد الرزاق.
و إلى الأستاذ الدكتور بن مقدم مصطفى على إرشاداته و ملاحظاته القيمة.
تشكراتي أيضا إلى الأستاذ الدكتور بندي عبد الله و الدكتور نصيب رجم الدين شرفوني
بمناقشتهم لهذا البحث.

كما أخص بالشكر كذلك :

مسؤول الصيدلية المركزية بمستشفى تلمسان : "الصيدلي طارق"
مسؤول الشؤون البداغوجية بنفس المستشفى.
مسؤول قسم المحاسبة و المالية.

إلى المهندس في الإعلام الآلي فريد بمديرية الضرائب لتلمسان
إلى المهندس في الإعلام الآلي يحيى آمال و مونية
و إلى كل من ساعدني على إنجاز هذا البحث
و إلى الأستاذ بطاهر سمير مع التوفيق في رحلة البحث الجديدة.



إهداء

إلى يتابع الحنان:

الوالد مرحمه الله

الوالدة حفظها الله

إلى زوجتي

إلى أبنائي: خير الدين لحظ

وعليد خالد

إلى الأساتذة الكرام: الأستاذ بن حبيب عبد الرزاق

الأستاذ بن مقدم مصطفى

إلى أعضاء اللجنة المناقشة لهذا البحث.

إلى رئيس قسم النسيير و رئيس قسم العلوم الإقتصادية.

إلى مدير قسم ما بعد التدرج و رئيس مصلحة الدراسات.

إلى جميع أصدقائي.

إلى جميع الأساتذة و العمال و الطلبة بكلية العلوم الإقتصادية

و النسيير - تلمسان.

إلى كل من يكن لنا الحب و الإحترام.

أهدي ثمرة جهدي.

مقدمة البحث

إنّ السياسات الإقتصادية و الإجتماعية المنتهجة منذ الإستقلال وضعت من المواطن الجزائري غايتها المنشودة، و عليه جعلت من الصحة حق أساسي لكل عنصر بشري مهما كانت وضعيته الإجتماعية، و لقد تمّ تثبيت هذا الحق بقرار مجانية العلاج المجسّد ابتداءً من سنة 1974⁽¹⁾ بما في ذلك حماية و تحسين المستوى الصحيّ، حيث عرفت الميزانيات المخصّصة لهذا القطاع تطوّراً كبيراً إلى جانب إنتشار الهياكل الصحية هنا و هناك عبر مختلف أنحاء الوطن، و كذلك الزيادة في الكفاءات من مختلف التخصصات، و هي عوامل دفعت بنمو الطلب على الخدمات الصحية عبر القطاعات الصحية العمومية و هذا ما أدى بدوره إلى الزيادة في إستهلاك الأدوية، و بالتالي الزيادة في حجم استيراد هذه المادّة الحيوية من البلدان الأجنبية.

من هذا المنطلق اكتسب موضوع الأدوية أهمية كبيرة في السياسات الصحية لكافة بلدان العالم عموماً و الجزائر خاصة حيث أشارت مختلف الدراسات الإقتصادية التي ظهرت في السنوات الأخيرة أن الدواء هو عنصر أساسي و هام في أية سياسة صحية و في إدارة أي نظام صحي نظراً لخصوصيته العلاجية و الوقائية.

(1) الأمر المتعلق بمجانبة العلاج رقم 65-78

الصادر في 26 ديسمبر 1973.

فالطلب عن الدواء يختلف من مفهومه عن الطلب عن أية سلعة أو خدمة أخرى، فهذا الأخير من الناحية الإقتصادية هو عموماً شيء محدد، يعبر عنه في السوق من طرف الأشخاص الذين يختارون حسب أذواقهم و يدفعون من أموالهم ما يظيب لهم لتلبية حاجياتهم أو حاجيات غيرهم، أما بخصوص الطلب في المجال الصحي فإن الصورة تتعدّد أكثر من حيث المفارقات التالية :

1- إن الإنسان يستطيع شراء تحفة فنية إذا توفّرت له الرغبة في ذلك و المال الكافي إنه بذلك يستطيع تحديد مكان و زمان الشراء، بينما قد يجد هذا الإنسان نفسه في المستشفى دون أن يريد ذلك و أحياناً بدون أن يملك المال الكافي لدفع تكاليف الإستشفاء.

2- يمكن القول أنه لا يوجد "سوق للصحة" إذ يمكننا مثلاً أن نغيّر الجزّار أو الخياط أو الحلاق بسهولة أكبر من تغيير جراح إختصاصي و على سبيل المثال يوجد على مستوى ولاية تلمسان طبيين إثنين متخصصين في جراحة الأعصاب، كما يوجد مختص واحد على مستوى مصلحة أمراض العظام بالمركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان و طبيب مختص واحد على مستوى مصلحة الأمراض النفسية بنفس المركز⁽¹⁾.

3- في كثير من الأحيان، فإن الإختيار لا يرجع إلى المريض و إنما الطبيب هو الذي يقرر العمليات الجراحية، هو الذي يوصف الدواء بالنوعية و الكمية اللازمين، التحاليل، الفحوص بالأشعة و كل ما هو ضروري للمريض.

4- إن اللجوء إلى الطبيب هو من دافع الضرورة و ليس من دافع الترفيه. من هنا بدت إهتمامات الطبيب و الإقتصادي مختلفة من حيث أن الأول هدفه علاج المرضى مع متابعة التطور الطبي المستمر و ذلك مهما كان الثمن، أما الثاني فهو مجبر على إحترام مبدأ العقلانية في استخدام الموارد المالية المحدودة لتلبية الحاجات المتعددة و بأكثر فعالية ممكنة⁽¹⁾ غير أنه و رغم هذه المشاكل فإن إهتمام الإقتصاديين بدى أكبر منذ الخمسينات و تضاعف خلال السنوات الأخيرة بفعل عاملين أساسيين :

• الأول متعلق بإتجاه النفقات الصحيّة نحو النمو بمعدلات أكبر مما هو مسجّل في معدل نمو الناتج الداخلي الخام.

في الجزائر صرّح وزير الصحة، سنة 1994 في ملتقى حول الصحة العمومية، بأن البلاد قد وصلت إلى أقصى الحدود للتمويل في ميدان الصحة و عليه لا يمكن تجاوز نسبة 5% من الناتج الداخلي الخام و هو ما يعادل 166 دولار للفرد الواحد بينما كان في سنة 1985 يعادل 15 دولار أمريكي للفرد مقابل 2.3 دولار في الهند و 10.3 دولار في البرازيل مما أهّل الجزائر لتكون من بين المستهلكين الأوائل للدواء بالنسبة للدول النامية.

1- D'après Larbi Lamri. système de santé Algérienne. Organisation, Fonctionnement et Tendence. Mémoire de Magister. universite d'Alger 1986 p.30

• الثاني متعلق بالتسيير و المتمثل في محاولة معرفة فعالية المؤسسات الصحية في مجال التسيير.

من هنا إنطلقت محاولات عديدة لدراسة المشاكل المرتبطة بالنشاطات الصحية و تحليلها و تفسيرها لإيجاد الحلول اللازمة لها و لعلّ أولى و أهم هذه المشاكل و كما سبق ذكرها هي ارتفاع النفقات الصحية و سوء التسيير، في وقت بدت الموارد المالية المتاحة محدودة جداً، و هنا أيضاً تكمن أسباب إختيارنا لهذا الموضوع الذي لم يكن عفويّاً إنما رغبةً منا في إيجاد الحلول للمشاكل التي تُعاني منها المنظومة الصحية عموماً و المراكز الإستشفائية الجامعية خصوصاً و ذلك بطرح جملة من الحلول العملية و التقنية، فمهما يكن فإن الأزمة التي مسّت الجزائر ابتداءً من سنة 1986 بسبب انخفاض أسعار البترول و تراجع العائدات النفطية من العملة الصعبة. خلقت مشكلة التمويل في الوقت الذي زادت فيه النفقات الصحية بمعدّلات كبيرة و على رأسها مصاريف الدواء حيث تدفع الجزائر كل سنة ما بين 500 و 600 مليون دولار لشراء ما يقارب 600 مليون وحدة بيع و مع هذا فإنّ الكثير من المصالح الصحية توجد عاجزة عن تلبية طلب المرضى و هذا بسبب نقص أو انعدام الدواء، فحالة ندرة هذه المادة الضرورية و الإستراتيجية تطرّح في كل مرّة مع جميع عواقبها على المرضى و عليه ليس من باب المبالغة إذا قلنا أن هناك العديد من المصالح الصحية تعمل بوثيرة بطيئة خصوصاً ابتداءً من السّداسي الثاني من سنة 1990 إذن ماذا تشتري الجزائر ب 500 مليون دولار كلّ سنة؟

لماذا هذا النقص في الأدوية الضرورية في المصالح الصحية العمومية؟

كيف يمكن تفسير انعدام مواد صيدلانية ذات الأهمية القصوى في قطاعات صحية عديدة، في حين و في قطاعات أخرى تُوجد نفس المواد بكميات كبيرة تنتهي في أغلب الأحيان الآجال المحددة لإستهلاكها و هي مازالت في المخازن؟ هل يمكن إذن التحدث عن أية خدمة صحية دون الوقوف عند القطاع الصيدلاني؟

إنه يبدو جلياً ما لهذا القطاع من دور في تقديم الخدمة الصحية للمرضى بالمستشفيات أي تقديم الأدوية بالتنوع المناسبة، بالكمية اللازمة و في الأوقات المناسبة و توزيعها على المصالح الداخلية للمستشفى عند الحاجة⁽¹⁾.

فهل الأمر يتم على هذا النحو بالنسبة للمركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان؟

(1) إدارة المستشفيات حسان محمد ندير. معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990. ص 219

إن الواقع المعاش يُبينُ أنّ القطاعات الصحية العمومية شهدت و تشهدُ دائماً إضطرابات كبيرة و متكرّرة في تموينها بالدواء و الذي انعكس سلباً على التسيير العادي للمؤسسات الصحية⁽¹⁾ و أدى إلى تدهور الخدمة الصحية حيث أجمّلت عمليات جراحية لمرضى تمّ تخديرهم بعد أن اتّضح إنعدام مواد صيدلانية خاصة بحالاتهم المرضية و يكفي فقط أن نقف عند معدّل الوفيات الذي ما زال يسجّل ارتفاعاً غير عادي في المصالح التالية على مستوى المستشفى الجامعي بتلمسان.

- مصلحة أمراض الأطفال : عدد الوفيات 200 في سنة 1991 إنتقل إلى 225 حالة وفاة في سنة 1997.

- مصلحة أمراض القلب : إنتقل عدد الوفيات من 61 في سنة 1991 إلى 80 حالة وفاة في سنة 1997⁽²⁾.

إن هذا الإضطراب في التموين بالأدوية مسّ جميع أصناف الأدوية بما فيها الأدوية الأكثر أهمية بالنسبة للمرضى ففي قسم الولادة يعتبر اللقاح D₃ أهم مادة صيدلانية تحتاجها المرأة ذات الزمرة الدموية السالبة و يجب حقنها في مدّة لا تتعدى 72 ساعة بعد عملية الولادة لحماية المولود القادم من التشوهات، غير أن هذا اللقاح يُوصى باقتنائه من البلدان المجاورة أو من فرنسا فالطلب عن هذا اللقاح هو في حدود 1000 وحدة في السنة و على مستوى كامل الوطن.

(1) المؤسسات الصحية : يفقد بها كل فياكل الصحية

الموجودة في المنظومة الصحية العمومية.

Bilan du 31/12/91 et 31/12/97 C.H.U Tlemcen (2)

يجب الإعتزاف هنا أن المسيرين للمؤسسات الصحية، الموزعين، المنتجين، المستوردين و المقررين الذين من برنامج استعجالي إلى برنامج استعجالي آخر لم ينجحوا و إلى غاية الساعة في وضع حد لهذه الوضعية التي وصلت إلى حد لا يطاق.

إن المشكل بدى واضحا أنه يكمن في التسيير، فاقصر مفهوم التسيير على القيادة و الإشراف في غياب الإدراك الكلي و العميق لمبادئ التسيير و التعاليم الأساسية للإدارة العلمية الحديثة حال دون أن يتمكن المسيرين من التحكم في ميكانزمات التسيير.

إن الدواء تتوقف عليه حياة المرضى و ما دام التمويل يتوقف على الأسواق الخارجية فهذا يستدعي:

أولا : تنويع مصادر التمويل بما يضمن الجودة بأقل التكاليف.

ثانيا : تحسين قنوات التوزيع.

ثالثا : إدخال التقنيات العلمية على أنظمة تسيير المنتجات الصيدلانية.

فتسيير المنتجات الصيدلانية على مستوى المراكز الإستشفائية الجامعية يعاني من مشاكل عديدة، فالحجم الكبير من الأدوية لا يمكن تسييره بطرق عشوائية فلقد أثبتت التجارب فشل هذه الطرق المبنية على المجازفة لهذا يبدو واضحا أنه يجب وضع قواعد علمية لتسيير المنتجات الصيدلانية حسب درجة أهميتها و حسب أهمية كل صنف، مما سوف يساعد من تحسين في فعالية التسيير و التقليل من التكاليف.

إنّ دراستنا هذه هي حلقة من دراسات سابقة بالرغم من قلتها نهدف من ورائها إلى تقديم أهم الطرق التقنية في تسيير المخزون على مستوى الصيدلية المركزية للمركز الإستشفائي الجامعي بعد أن لاحظنا أن التسيير الحالي للمخزون يغلب عليه الطابع التجريبي التقليدي و هو ما يؤدي دوماً إلى عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون تُرجم ميدانياً بتكوين مستويات كبيرة من المخزون مقابل إستهلاك ضعيف، هذا ما أدى إلى الإفراط في تخزين بعض الأدوية، و تعرض المنتجات الصيدلانية إلى خطر التلف أو في أحيان أخرى تكوين مستويات ضئيلة من المخزون أقل بكثير من مستويات الإستهلاك مما أدى إلى نفاذ بعض الأدوية و التي انعكست سلباً على الحالة الصحية للمرضى.

إن تطبيق الطرق العلمية في تسيير المخزون ستساعد المسؤولين على التحكم في التكاليف و استخدام أحسن للسوارد المتاحة.

إن الدراسات في هذا الموضوع قليلة على مستوى الوطن و بحثنا ليس سوى حلقة متواصلة لهذه الدراسات رغم ما واجهه من عقبات لما يتسم من خصوصيات نذكرها على سبيل الحصر:

1- يجب الإعتراف بحساسية الموضوع نظراً لأهمية السوق الجزائرية للأدوية و لمبلغ الفاتورة المدفوعة كل سنة و بالعملة الصعبة و كذلك للمجال الواسع الذي تنشط فيه "مافيا الأدوية" في غياب سياسة واضحة.

2- إن تحليل الإنتاج و الإستيراد يبقى صعب التقييم نظراً لإخفاض العملة الوطنية و العملات الأجنبية من حين لآخر.

3- صحة الإحصائيات و هو المشكل المطروح خصوصا على مستوى المستشفى الجامعي بحيث لحد كتابة هذه المذكرة لم يتمكن المستشفى من وضع الميزانية التسييرية لسنة 1998 بسبب نقص الإحصائيات الواردة من المصالح الطبية.

إن إختيارنا لهذا الموضوع، يرجع إلى أهميته الإستراتيجية، الإقتصادية منها و الإجتماعية من جهة و إلى الأزمة الخطيرة التي تشهدها المنظومة الصحية في مجال التموين بالدواء خاصة على مستوى القطاعات الصحية و من أجل الإحاطة و الإلمام بمختلف جوانب الموضوع رأينا أن نقسم هذا البحث إلى خمسة فصول نتناول فيها مايلي :

الفصل الأول : و نظرا لكون موضوعنا يهتم بمعالجة الجانب الإقتصادي للصحة رأينا من المنطقي تخصيص فصل نعالج فيه الصحة في البناء النظري الإقتصادي و قد قسمنا هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث:

في المبحث الأول : نتناول فيه الصحة في الفكر الإقتصادي

في المبحث الثاني : نتناول فيه المقاربات النظرية في إقتصاد الصحة.

في المبحث الثالث : عالجنا فيه العوامل المؤثرة على الطلب على الخدمات

الصحية و الإستهلاك الصيدلاني.

أما الفصل الثاني : فنتناول فيه عرض الخدمات الصحية بما فيه تطور القطاع الصيدلاني و السوق الوطنية للأدوية. و يضم هذا الفصل مبحثين:

المبحث الأول : نتناول فيه العلاقة الديناميكية بين تطور القطاع الصيدلاني و
والوضع الاقتصادية للجزائر و تطور النظام الصحي.

المبحث الثاني : نتناول فيه تطور السوق الجزائرية للأدوية من الإستهلاك إلى
الإنتاج و وضعية كل واحد منهما.

الفصل الثالث : فخصّصناه لتحليل الإستهلاك الصيدلاني في القطاعات الصحية
العمومية في الجزائر و قد قسمناه إلى مبحثين :

المبحث الأول : نتناول فيه العوامل المساعدة على الإستهلاك الصيدلاني
المبحث الثاني : نتناول فيه تركيبة إستهلاك الأدوية في القطاعات الصحية
العمومية.

الفصل الرابع : خصصناه لتحليل الإستهلاك و المخزون على مستوى الصيدلية
المركزية و قد قسمناه إلى خمسة مباحث:

المبحث الأول : نتناول فيه طرق العمل في تقديم الخدمة الطبية في المستشفيات
و تأمين الأدوية.

المبحث الثاني : بإعتبار أن دراسة الحالة تمس مستشفى تلمسان فقد خصصنا

له هذا المبحث للتعرف على تنظيمه، الوسائل و مميزات الصيدلية

فيه و هي عوامل من شأنها أن تساعد على فهم طرق التسيير و

العلاقة بين الصيدلية و مختلف المصالح.

المبحث الثالث : نتناول فيه تسيير المخزون و مختلف النماذج المعمول بها و ذلك لتبيان
نقائص هذه النماذج و التي دفعتنا إلى اعتماد طريقة ABC.

المبحث الرابع : نتناول فيه تطبيق طريقة ABC على قيم الإستهلاك السنوي و على قيم
المخزون السنوي.

المبحث الخامس : نخصصناه لدراسة التوازن بين المخزون و الإستهلاك بالإعتماد على
مؤشرين و هما معدل دوران المخزون و فترة تغطية المخزون.

مقدمة

تهدف الدول الحديثة في خططها التنموية الاجتماعية الاقتصادية إلى أهداف عديدة يأتي في مقدمتها الإرتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين، ولقد ساهم التقدم العلمي المذهل في شتى المجالات و الأنشطة في تقديم أحدث الابتكارات لخدمة الإنسان و رفاهيته، لذا أصبحت الخدمات من اهتمامات الباحثين و المهتمين لتطويرها و تحسينها و لما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع هذه النفقات، و هو أمر يتأتى بتأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلا جيدا، لضمان الإستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة و لقد تضاعفت الأبحاث و الدراسات المخصصة للصحة في معظم الدول بإعتبار أن صحة الأفراد لها تأثير كبير إن لم نقل مباشر على التنمية الاقتصادية بإعتبار أيضا أن الصحة تخفض من تكاليف الإنتاج لأنها توفر بيئا عاملة سليمة و طبقة شغيلة تمتاز بقدرات عقلية و بدنية و ذهنية قادرة على تحمل الصعاب و بالتالي تسمح بالزيادة في المداحيل و تحسين الإنتاج و الإنتاجية.

إلى جانب هذا فإن الصحة تخفض من تكاليف العلاج و تسمح بذلك باقتصاد موارد كانت ستوجه لذلك.

إن العنصر البشري أصبح من المتغيرات الأساسية في معادلة النمو الاقتصادي فرأس المال لا يكفي لوحده لتحقيق النمو الاقتصادي إذا لم يتم إدماجه مع رأس المال البشري الذي يمكن تعريفه على النحو التالي:

« أنه مجموعة الإمكانيات و القدرات البدنية و العقلية و الذهنية التي تتوفر لدى الإنسان، و التي يمكن تحسينها بواسطة الإستثمارات في مجال الصحة و التربية و التي تعود عليه آجلا بالمرودية، كزيادة في إنتاجية العمل و تحسين المداحيل و العمر المرتقب. » *

إن الدراسات الإقتصادية التي مسّت ميدان الصحة هي محاولات لدراسة المشاكل المتعلقة بالنشاطات الصحية و تحليلها تحليلاً إقتصادياً و لقد زاد الإهتمام بعد إستفحال ظاهرة ارتفاع النفقات الصحية أملاً في إيجاد السُّبل للتحكم في التكاليف الصحية و عقلنة التسيير للموارد التي أصبحت محدودة لتلبية حاجات المجتمع فهل يمكن التوفيق بين اهتمامات الطبيب و اهتمامات الإقتصادي من حيث توفير العلاج بأكثر فعالية ممكنة و بأقل تكلفة؟
من هنا تبرز عدّة تساؤلات تتطلّب المعالجة اللازمة.

ما المقصود بالصحة؟

ما هي المقاربات النظرية التي تناولت الصحة؟

هل الصحة هي استثمار أم استهلاك؟

و ما معنى الإستهلاك في الميدان الصحي؟

سنحاول الإجابة عن هذه التساؤلات في الفصل الأول و الذي يتضمن الصحة من منظور الفكر الإقتصادي و النظريات الإقتصادية المختلفة.

المبحث الأول : الصحة في الفكر الاقتصادي

تمهيد

ما هو موقف النظريات الاقتصادية من موضوع الصحة؟ إن العلوم الطبية و العلوم الاقتصادية تختلف من حيث المبدأ و من حيث المهمات فالطبيب هدفه علاج المرضى مهما كلف ذلك بينما الاقتصادي فهدفه هو البحث عن العقلانية في استخدام الموارد المحدودة لتلبية حاجات المرضى و احتياجات الهياكل الصحية...⁽¹⁾ و بأكبر فعالية ممكنة فحتى نهاية الخمسينات لم تكن هناك أية علاقة تربط علم الاقتصاد بالطب. ثم ما لبثت تظهر مؤشرات التقارب بين المهمات الطبية و المهمات الاقتصادية في الإطار الصحي و جاء هذا التقارب كنتيجة حتمية للتطور المذهل للنفقات الصحية و هو ما أصبح يشكل عبئا اقتصاديا على الدول فأين هي مكانة الصحة في البنية النظرية لمختلف الأفكار الاقتصادية؟ للإجابة على هذا السؤال سوف نستعرض مراحل تطور الأفكار و المدارس الاقتصادية و ما تميز به الفكر الاقتصادي عبر هذا التطور. عموماً كان الفكر الاقتصادي يرى في الصحة قطاع غير منتج و لا يساهم في زيادة الثروة.

الصحة في منظور مختلف المدارس الفكرية

1. « أول تيار في الفكر الاقتصادي و يمثله التجاريون كان تصورهم لمفهوم الثروة مرتبط بالنقود في صورة المعادن النفيسة و خاصة الذهب و الفضة ». ⁽¹⁾
2. رواد الفكر الفيزيوقراطي، بزعامة فرانسوا كينييه الذي يرى أن الثروة تتمثل في المنتجات المادية و عليه فإنه يستبعد نشاط الخدمات كنشاط منتج للثروة. ⁽²⁾

(1) Larbi LAMRI : Système de Santé Algérien, Organisation, Fonctionnement et Tendances p.14

(2) مبادئ الاقتصاد السياسي. د. محمد دويدار 1981، ص 167 الشركة الوطنية للنشر و التوزيع.

3. المدرسة التقليدية بزعم آدم سميث إعتبر فقط قطاعات الزراعة و الصناعة و التجارة كقطاعات منتجة و لكنها تخص فقط السلع المادية و يستبعد بذلك النشاطات الإجتماعية التي يعتبرها غير منتجة.

4. « ريكاردو إرتكز على نظرية العمل في القيمة إذ لكي تكون للسلعة قيمة لا بُدَّ أن تكون نافعة إجتماعياً، أي تشبعُ حاجة ما و على الرغم من ذلك استبعدَ النشاطات الإجتماعية من حقل التحليل الإقتصادي ». (1)

5. كارل ماركس و "نظرية العمل في القيمة" يرى أن رأس المال ينتج في عملية الإنتاج و ذلك لا يتم إلا بواسطة الأشياء المادية.

6. بروز رواد الفكر الحدي أو النظرية الحدية التي تركز على مفهوم المنفعة، فتحليلهم يهتم بسلوك المستهلك أو المنتج فمن المنفعة إلى الطلب، الذي يحدد بسلوك المستهلك في السوق (نظرية الطلب) و من الطلب إلى العرض الذي يتحدد بسلوك المنتج في ظل ظروف السوق (نظرية العرض).

7. مقارنة كينز و هي المقاربة التي يبرزُ فيها كينز دور الدولة و من خلالها القرارات التي تؤثر في النشاطات و التوازن الإقتصادي بصفة عامة.

إن هذه النظريات الإقتصادية استبعدت في تحليلها النشاطات الإجتماعية بما فيها الصحة فهي تُركز بنائها إلا على الأشياء المادية و كل نشاط يساهم في زيادة الثروة:

تم ما فتئت منذ فترة الستينات تأخذ الأبحاث الخاصة بالصحة بحرى آخر فرضته معطيات لم يكن بالإمكان تجاهلها و أثرت بشكل كبير على النمو الإقتصادي للدول و هي على وجه الخصوص الميزانيات المخصصة للصحة. فالبحت عن المستوى الأمثل في توزيع المواد تُواجهه صعوبات كبيرة بإعتبار أن الصحة مُرتبطة بعدة عوامل بيولوجية، إجتماعية، نفسية، بيئية إلخ...

و هي عوامل غير ثابتة، غير موضوعية و غير قابلة للقياس.
إذن ما هي الصحة؟

المبحث الثاني : المقاربات النظرية في اقتصاد الصحة

إن تعريف الصحة يطرح عدة مشاكل، لكونها تتضمن في مكوناتها عنصرين : أحدهما موضوعي و الثاني ذاتي و هو ما يُصعبُ من عملية تعريف الصحة تعريفاً واضحاً و دقيقاً.

فالصحة عند الأطباء هي حالة غياب الأعراض التي تميز الأمراض (مثل أمراض الغدد، أمراض القلب، الإلتهابات الرئوية إلخ...) و لكن هذا التعريف قد استبعد الأمراض النفسية البدنية⁽¹⁾ و عليه يبقى تعريفاً محدوداً و ناقصاً. بعض الباحثين في ميدان الصحة حاولوا من جهتهم تعريف الصحة و منهم على وجه الخصوص:

• جون فرانسوا نيز (Jean François Nys) فيعرف الصحة على أنها « الإستعداد على تدليل أثر و تغيرات المحيط البيولوجي، الفضائي و البشري، دون أن يؤدي ذلك إلى اضطراب في هذا المحيط »⁽²⁾ فهذا التعريف يبقى غامضاً في مضمونه فما معنى الإستعداد؟ و ما معنى تدليل تغيرات المحيط البيولوجي؟

• أما إيفان إيليش (Ivan Illich) فيعرف الصحة على أنها : « القدرة على التكيف مع محيط متغير، القدرة على النمو، على الكبر في السن، على العلاج، الحاجة إلى المعاناة، و إنتظار الموت بسلامة »⁽³⁾ هذا التعريف كذلك يتسم بالتعقيد فما معنى الصحة هي إنتظار الموت بسلامة؟ و يتسم كذلك بالتناقض من حيث أن الصحة حسبه هي القدرة على العلاج، و الحاجة إلى المعاناة.

(1) P. Etienne BARRAL : Economie de la Santé Faits et chiffres. ED Dunod Paris 1979 p.138

(2) Larbi LAMRI : Système de Santé Algérien, p.22

(3) P. BARRAL : Economie de la Santé p.140

البحث الثالث : العوامل المؤثرة على الطلب على الخدمات الصحية والإستهلاك الصيدلاني

1.3. خصائص الطلب على الخدمات الصحية :

يتسم الطلب على الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص و هي :⁽¹⁾

- 1- أن المريض لا يعرف مراحل و أساليب العلاج المختلفة التي تعد من إختصاص طبيه الذي يحدد و يقرر الفعالية و الكفاءة لتلك الأساليب .
- 2- أن الحاجة و الطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض منها بالنسبة للطبيب المعالج فبينما نجد المريض يرى التوقف عن العلاج بعد بداية تحسن صحته نجد الطبيب يرى عكس ذلك .
- 3- أن طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي المنتجات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة و أساليب العلاج المطلوبة و كيفية إشباعها لحاجاتهم حيث تتأثر الحاجة و الطلب على الخدمة بالمستوى الإجتماعي و الثقافي و الإقتصادي لمستفيدي الخدمات.

سلوك الأفراد المستفيدين و استخدام الخدمات الصحية :

إن اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام الخدمات الصحية يرجع إلى عوامل خاصة بالفرد و عوامل خاصة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد و مدى التفاعل القائم بينهما .

(1) مقدمة في إقتصاديات الصحة : كلية التجارة جامعة الزقازيق مصر العدد الأول 1986

مدحت عبدالعزيز ص. 93 - 94

2.3. العوامل الفردية :

1.2.3. الإستعداد أو القابلية :

بعض الأفراد لديهم قابلية أو استعداد لإستخدام الخدمات الصحية بصورة أكثر من غيرهم ، و عند البعض الآخر يكون لديهم تنبؤ بمخالتهم الصحية من خلال ما يشعرون به من أعراض مرضية و هؤلاء الأفراد يستخدمون الخدمات الصحية حتى و لو كانت غير ملائمة . و برغم وجود تلك النوعية من الأفراد فإن الخصائص التالية تعد من الخصائص المؤثرة على استخدام الخدمات الصحية و هي :

2.2.3 . الهيكل الإجتماعي :

تؤثر مكونات الهيكل الإجتماعي على نمط استخدام الخدمات الصحية

- و طلبها و هي : - التعليم
- السلالة
- المهنة
- حجم الأسرة
- الديانة
- الحالة السكنية
- التنقل من مكان إلى آخر...

3.3. العوامل الديموغرافية :

و هذه العوامل تتعلق ب :

- الجنس
- السن
- الحالة الإجتماعية
- المرض السابق (...)

حيث نجد أن لكل فئة عمرية (أطفال ، شباب ، مسنين) مجموعة من الأمراض التي تصيبها بصورة إحصائية أكثر من غيرها من الفئات العمرية مما يدعو إلى وجود نمط خاص من الرعاية المطلوبة ، كذلك فإن جنس الفرد ذكرا كان أو أنثى يؤثر على استخدام الرعاية الصحية ، كذلك نجد أن الأمراض السابقة و المشاكل الصحية التي واجهت الفرد في الماضي تجعله يقبل على طلب الرعاية الصحية في المستقبل فضلا عن الإستخدام الحالي لها .

1.3.3 المعتقدات :

تؤثر معتقدات الأفراد نحو الرعاية الطبية ، تأثيرا على سلوك الفرد نحو استخدام الخدمات الصحية فعلى سبيل المثال نجد الأفراد الذين يعتقدون بكفاءة الأطباء في العلاج تتعامل معهم على عكس الأفراد الذين لا يثقون في هؤلاء الأطباء و في نتائج علاجهم .

2.3.3 الحالة المرتبطة بالأسرة و المجتمع :

إن الأفراد قد يتوفر لديهم الإستعداد و التقبل لإستخدام الخدمات الصحية و لكن في المقابل لا بد من توافر الوسائل التي تمكنهم من القيام بذلك و المتمثلة في الموارد التي تعبر عن المقدرة على توفير الخدمات الصحية و هي على نوعين :

3.3.3. موارد الأسرة :

متمثلة في عوامل عديدة يمكن أن تؤثر على إستخدام الخدمات الصحية و هي :

- الدخل
- وجود تأمين أولا
- مكان معيشة الأسرة ...)

4.3.3. خصائص المجتمع الذي تعيش فيه الأسرة :

إن خصائص المجتمع الذي تعيش فيه الأسرة من حيث حجم التسهيلات الصحية المتاحة تعمل على الإستخدام المتزايد للخدمات الصحية خاصة و أن توافرها سوف يقلل من إنتظار المرضى في طوابير أمام المصالح الطبية المختلفة. بالإضافة إلى هذا فإن :

- معتقدات المجتمع و طبيعة الريف و الحضر الذي تعيش فيه الأسرة تنعكس على إستخدام الخدمات الصحية .
- من وجهة النظر الإقتصادية بعد تخفيض أسعار الخدمات الطبية يؤدي إلى مزيد من إستخدام الخدمات الصحية .

5.3.3. مستوى المرض :

إن توافر الإستعداد أو القابلية للرعاية الصحية و المقدرة المالية للفرد أو الأسرة لا يعد كافيا لإتخاذ القرارات، حيث يجب توافر إدراك المرض حتى يمكن إستخدام الخدمات الصحية.

4.3. العوامل المؤثرة على إزدياد الطلب على الخدمات الصحية :

يتأثر إزدياد الطلب على الخدمات الصحية بمجموعة العوامل التالية :

1.4.3. العوامل المرتبطة بخصائص الصحة :

إن الطلب على الخدمات الصحية لا يتطلب التأجيل ، فضلا عن ضرورة الصحة للجميع و عدم خصوصيتها لفئة دون أخرى .

2.4.3. العوامل المرتبطة بالمريض :

يتحدد الطلب على الخدمة الطبية من خلال طلب المريض للعلاج ، فالطبيب يقوم بتحديد العلاج فقرارات الطبيب بالإضافة إلى طلب المريض للخدمة الطبية سوف يؤثر على خلق الطلب على الخدمة الطبية .

3.4.3. العوامل المرتبطة بالمجتمع :

يتزايد الطلب على الخدمات الطبية نظرا للخصائص التالية التي تميز المجتمع الجزائري و

هي :

- أ- الزيادة السكانية التي مافتتت تزداد عاما بعد عام حيث توجد الجزائر في مقدمة الدول ذات الكثافة السكانية المرتفعة و ما يصاحبها من تزايد الطلب على الخدمات الطبية بأنواعها المختلفة .
- ب- وجود الكثير من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية ، التلوث و عدم وعي المواطنين بقواعد الصحة .
- ج- إن التطور الإقتصادي و الإجتماعي للجزائر بالإضافة إلى المرحلة الإرهابية أوجدت مجموعة من الأمراض النفسية و العقلية و أمراض مزمنة أخرى .
- د- ظهور بعض الأمراض التي يقف الطب الحديث عاجزا أمامها لفترات طويلة من الزمن مثال مرض السرطان ، فقدان المناعة ، داء السكري ...
- هـ- تزايد أعداد الحوادث لأسباب مختلفة فضلا عن مرحلة الإرهاب التي إنعكست على زيادة الخدمات الطبية .

5.3. العوامل المؤثرة على طلب المريض للخدمات الطبية :

إن طلب المريض للخدمة الطبية هو المحرك الأساسي في الطلب على العمالة الطبية و التعليم الطبي ، و لذا يبدو من الأهمية تحديد تلك العوامل المؤثرة على طلب المريض للرعاية الطبية و التي نوجزها فيما يلي :

خاتمة الفصل

إن الملاحظة الأولى المستخلصة من تحليلنا لهذا الفصل هو العلاقة الوطيدة التي أصبحت تربط النظام الصحي بالنظام الإقتصادي.

فصحة السكان لها تأثير مباشر على النمو الإقتصادي لكون الحالة الصحية للطبقة الشغيلة، و نعني به القدرات البدنية، العقلية و الذهنية للعمال قادرة على دفع عجلة النمو و ما بحثنا إلى حلقة من تلك التي حاول الباحثون تحليل إتجاه النفقات الصحية نحو النمو. تعدلات أكبر مما هو مسجل في معدل نمو الناتج الداخلي الخام، و محاولة منا معرفة منطلق إشتغال الهياكل الصحية و فعاليتها في المجال التسيير.

إن محاولتنا لإقتراح أساليب تسيير أكثر نجاعة و هذا ما سوف يمكن المؤسسات الصحية من التحكم في التكاليف خاصة و أن المواد المالية المتاحة محدودة و من جهة أخرى تفاعلي ظاهرة نفاذ أو تكديس الأدوية و هي ظاهرة مصيرية بالنسبة للمرضى و مكلفة بالنسبة للدولة.

إن المسيرة التنموية للجزائر منذ الإستقلال قد أفرزت مشاكل و النظام الصحي لفهمه يجب وضعه في إطار المسيرة التنموية لأنه يؤثر و يتأثر بالنظام الإقتصادي و الإجتماعي فالمشاكل التي ما زال يعاني منها هي من زاوية حالة منطقية بحكم التنمية السريعة و الغير رشيدة أحيانا.

الفصل الثاني

عرض الخدمات الصحية

" تطور القطاع الصيدلاني و السوق الوطنية للأدوية "

المبحث الأول : العلاقة الديناميكية بين تطور القطاع الصيدلاني و الوضعية الاقتصادية للجزائر

مقدمة

إن الحالة العامة للقطاع الصيدلاني و نمط الإستهلاك، لا يمكن فهمهما إلا في إطار الوضع الإقتصادي و الإجتماعي للبلاد و كذلك في كيفية تنظيم النظام الصحي. إن العوامل التي ساعدت على تطور الإستهلاك الصيدلاني في الجزائر هي كثيرة و ما يهمنا في هذا الفصل هو تبيان العلاقة العميقة بين ديناميكية تطوّر القطاع الصيدلاني و الوضعية الإقتصادية و الإجتماعية للبلاد.

إنّ الدراسة التاريخية تُفرضُ علينا لفهم و الإحاطة بجميع معطيات الوضعية الحالية فيما يخص المواد الصيدلانية.

فغداة الإستقلال فإن مجال الأدوية التي كان من و ظائفه توزيع الأدوية في المناطق الحضرية و جدّ نفسه غير مؤطر، فالتحكم التدريجي للأنشطة المتعلقة بالأدوية و وضع سياسة تتماشى و توجهات البلاد طبعاً المرحلة ما بين 1962 و 1982 و عليه يمكن إستخلاص ثلاثة محطّات أساسية.

1.1. الفترة ما بين 1962 – 1969 Période de pragmatisme

إنّ مجال الصيدلة الذي تركه المستعمر كان يتمثل من جهة في حوالي 600 صيدلية توزع الدواء في أغلب الأحيان في المناطق الحضرية أين كانت تتمركز الجالية الأجنبية، و من جهة أخرى في مؤسستين صغيرتين للإنتاج تابعة للخواص الفرنسيين.

في هذه الفترة، عدّة إجراءات اتُّخذت و تمثلت في :

1- إنشاء الصيدليات المركزية الجزائرية.

2- إنشاء صيدليات الدولة.

3- تأميم شبكة التوزيع.

كلّ هذا أدّى في سنة 1969 إلى احتكار استيراد المواد الصيدلانية إلى الصيدلية المركزية الجزائرية. و عليه فإنّ كل الإهتمام في هذه الفترة تمثل في التموين و التوزيع أما مسائل الإنتاج و المراقبة فقد أهملت إلى حدّ ما.

2.1. الفترة ما بين 1969 - 1980 "فترة التنظيم المركزية" Période d'organisation centralisée

شهدت هذه المرحلة نموًا ملحوظًا للصيدلية المركزية الجزائرية و تمثل هذا النمو فيما يلي:
- أصبحت الصيدلية المركزية هي المؤسسة الوحيدة المرخص لها باستيراد ليس فقط الأدوية بل و كذلك أجهزة الجراحة و المواد البيطرية و المواد المستعملة في المخابر إلى جانب المواد الكيماوية غير أنه و بعد نمو مستمر لأنشطة الصيدلية المركزية لفترة ما يقارب 10 سنوات بدأت تظهر مشاكل و انقطاعات فيما يخص التموين و هذا لتقليص قائمة الأدوية بدون سابق إعلام أو تحضير و تطلّب وضع قائمة للأدوية عملا متواصلًا و كبيرًا.

3.1. الفترة ما بين 1980 - 1982

بعد المشاكل التي عُرفت في سنة 1979، اتُّخذت إجراءات لتصحيح الوضعية بإعادة التقييم النوعي و الكمي للمخزونات.

4.1. قائمة الأدوية La nomenclature de médicaments

هذه العملية أدت إلى إنشاء عن طريق مرسوم للجنة المركزية لقوائم الأدوية و كانت مهام هذه اللجنة هي إيجاد أنجع السبل لمحاربة التبذير و الإستهلاك الزائد بدون التأثير على المرضى و تسهيل عملية تسيير المخزون لمحاربة الأدوية من التلّف. و عليه تمّ وضع قائمة للأدوية التي تخصّ المجتمع الجزائري من طرف أخصائيين و تضمّ 1500 نوع من الأدوية "معدّل قوائم الأدوية في بعض البلدان الشرقية هي في حدود 1500 و 2000 نوع".

5.1. التنوع في مجال استيراد الأدوية

إنّ الإستيراد المرخص به للمؤسسات التابعة لوزارة الصحة يغطي 85 % من احتياجات الجزائر من الأدوية.

إنّ الجهود التي بُدلت في اتجاه تنويع مصادر التموين سمحت للبلاد بجلب الأدوية من قبل 384 مورّد ينتمون لـ 28 بلداً موزعين على الشكل التالي:

4 دول اشتراكية

7 دول من أوروبا الشرقية

17 دولة أخرى

و من بين 384 مورّد هناك 119 مورّد من فرنسا يُغطّون 66 % من إجمالي واردات الجزائر من الدواء أما 205 الباقين من 6 بلدان أروبية حسب البيان التالي :

| | | |
|-------------------------------|--------|-------------------|
| 60 مورّد من 21 بلد آخر { 16 % | } 15 % | بلجيكا |
| | | إيطاليا |
| | | ألمانيا الاتحادية |
| | | هولندا |
| | | سويسرا |
| | | بريطانيا |

إن مصالغ الصحة العمومية ما فتئت تشدّ الإلتباه حول المصاريف الضخمة المخصصة للعلاج من مختلف الأمراض، ففي سنة 1994 و حسب وزير الصحة، فإن الجزائر قد وصلت إلى أقصى حدود التمويل في ميدان الصحة بحيث لا يمكن للجزائر أن تتعدى 5 % من PIB من أجل التموين و هو ما يقدر بـ 166 دولار للفرد الواحد.

في سنة 1993 بلغت المصاريف المخصصة للصحة 53 مليار دينار و حتى و إن أخذنا التخفيضات التي عرفتها العملة الوطنية فإن المبلغ يبقى مرتفعا.

و ما بين سنة 1993 و سنة 1994 بلغت الميزانية المخصصة لإستيراد الأدوية لكلتا السنتين ما يساوي 1.3 مليار دولار⁽¹⁾.

هذه المبالغ تعطي صورة واضحة عن أهمية سوق الأدوية في الجزائر التي تعتبر من أهم الأسواق في الدول النامية.

إن الجزائر تتميز بصفة واضحة عن العديد من الدول بإستهلاك متوسطي ما بين 15 و 20 دولار للفرد الواحد و هذا إلى غاية نهاية الثمانينات كانت الجزائر في مقدمة البلدان النامية.

إستهلاك الأدوية للفرد الواحد بالدولار في بعض البلدان

| سنة 1994 | سنة 1985 | |
|----------|----------|----------|
| 166 | 15 | الجزائر |
| - | 10.3 | البرازيل |
| - | 2.3 | الهند |
| - | 15 | مصر* |

(1) جريدة الوطن 3 أبريل 1994

* المنظمة العالمية للصحة OMS

إن الملاحظة الأولى المستخلصة هو المستوى المرتفع للإستهلاك بالمقارنة مع الكثير من الدول الإفريقية و هذا هو السبب الآخر الذي يجعل السوق الجزائرية من أهم الأسواق في إفريقيا و حيث انتقل الإستهلاك الإجمالي مقيما بإسعار الجملة من 1300 مليون دج سنة 1979 إلى 2900 مليون دج سنة 1987⁽¹⁾ لينتقل في سنة 1994 إلى 15.5 مليار دينار جزائري.

إن فاتورة الإستيراد للأدوية انتقلت من 285 مليون د.ج في سنة 1973 إلى 1200 مليون دج في سنة 1983، أي بمعدل نمو سنوي متوسط يقدر ب 24 %.

إن سياسة مجانية العلاج ساهمت في زيادة الطلب على الدواء و خصوصا ابتداءً من سنة 1974، هذه الزيادة اصطدمت بأزمة مالية خانقة لم يُعد في إمكان المؤسسات الوطنية المتخصصة استيراد ما هو مطلوب و في الوقت المطلوب وبالكميات المرغوب فيها و هو ما خلق مشكل ندرة الأدوية و عواقبه على صحّة المواطنين و المنظومة الصحيّة ككل و رغم كل هذا ارتفعت فاتورة الدواء من 1600 مليون دج سنة 1988 إلى 2300 مليون دج في سنة 1990. بمعدل نمو متوسط سنوي يقدر ب 41.6 % *

و في سنة 1994 تعدت فاتورة الدواء 15.5 مليار دج.

إن ما يمكن استخلاصه من هذه الإحصائيات هو أن فاتورة الإستيراد تُلي 85 % من الإحتياجات الوطنية للدواء، مقابل 15 % يوفرها الإنتاج الوطني و هو ما يفسر مدى التبعية الجزائرية للسوق الخارجية للأدوية و هذا اللجوء إلى السوق الدولية من أجل تلبية الإحتياجات راجع إلى العوامل التالية:

(1). Miloud Kaddar : système de santé et médicament cas de l'Algérie op. cit p.243.

* Fatema Zohra oufriha: Cette chère santé, Analyse économique du système de soin en Algérie *

- أ. قلة الإستثمار في مجال الأدوية و بالتالي فإن المؤسسات المنتجة لا يمكنها تلبية الإحتياجات الوطنية.
- ب. زيادة الإستهلاك بصفة كبيرة و هذا بسبب زيادة النمو الديموغرافي و مجانية العلاج خصوصا بعد سنة 1974.
- ج. نقص في برامج الوقاية و التوعية للمواطنين.
- د. الإستهلاك العشوائي الذي طبع الأسرة الجزائرية.
- هـ. الإستهلاك الغير منظم.
- و. وجود شبكة توزيع للأدوية في الجزائر مما سمح بإيصال الدواء إلى مختلف المناطق.

غير أنه و بدون الغوص في تفاصيل المشاكل التي أفرزتها المسيرة التنموية للجزائر فإن ما يمكن الإعتراف به هو أن السياسات المنتهجة في جميع الميادين كانت مُرتكزة على مداخيل البترولية دون سواها و كانت سنة 1986 هي بداية المتاعب الحقيقية للبلاد مع إنخفاض المفاجئ لمداخيل المحروقات و بالتالي الإنخفاض في السيولة من العملة الصعبة لإستزاد احتياجات البلاد، كل هذه العوامل و أخرى متعددة أدت إلى تدهور الحالة الإقتصادية للجزائر و ما يتبعها على مستوى الإجماعي خصوصا و هذه الوضعية أثرت على هيكل و تطور المنظومة الصحية في البلاد و هذا شيء منطقي انطلاقا من علاقات التأثير و التأثير.

6.1. تطور النظام الصحي

إن الأزمة التي يعيشها حالياً القطاع الصيدلاني هي نتاج التوجهات العامة للسياسة الصحية في البلاد.

هياكل و تنظيم النظام الصحي

بالمقارنة مع الكثير من الدول النامية، تمتلك الجزائر هياكل صحية كثيرة، منتشرة على مختلف المناطق حيث ارتكزت السياسة الصحية في الفترة ما بين 1962 و 1970 على محورين استراتيجيين:

المحور الأول : يخص برامج وطنية للوقاية و مكافحة الأمراض الكثيرة الإنتشار حيث اقترحت المنظمة العالمية للصحة تخصيص 12.5 % من الميزانية الكلية للصحة لقطاع الوقاية بدلاً من بناء المستشفيات إلا أن الإعتماد بقي في حدود 3 %.

المحور الثاني : و هو الذي سوف تبنى عليه السياسة الصحية و يهدف إلى توجيه النظام الصحي بمعنى ذلك وضع قطاعات صحية، منظمة حول وحدات إستشفائية و هياكل لتقديم العلاج (عيادات متعددة الخدمات، هياكل صحية، ...).

مجانة العلاج هي الأخرى ساهمت في إكمال المشروع الشامل للطلب الإجتماعي لفائدة جميع الجزائريين بدون استثناء.

مع نهاية السبعينات عرفت السياسة الصحية توجهات عميقة من حيث الإستثمار حيث كانت الأولويات لمضاعفة الهياكل الصحية حيث تضاعفت المؤسسات الصحية انطلاقا من مفهوم السلطات آنذاك من أن جميع المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية تكمن في نقص الهياكل و العتاد.

هذه السياسة التي اعتمدت على مضاعفة حجم العرض في ميدان العلاج تناست كلية مدى الصعوبات المالية و الإحتياجات الكبيرة للأموال التي يتطلبها تسيير هذا النظام الصحي.

1.6.1. الديموغرافية الطبية

من أهم العوامل الأساسية المحددة للطلب على الأدوية، نجد عدد واصفي الدواء، من هذه الناحية، تتميز الجزائر بالمجهودات المعتبرة في ميدان التكوين و هذا الجدول يوضح هذا التطور في ميدان تكوين الأطباء و الصيادلة.

تطور عمال السلك الطبي و الصيادلة من سنة 1962 إلى 1996

| 1996 | 1991 | 1962 | |
|-------|-------|------|---------------|
| 27648 | 24369 | 600 | الأطباء |
| 7837 | 7563 | 135 | جراحي الأسنان |
| 3866 | 2575 | 266 | الصيادلة |

وزارة الصحة : الدليل الإحصائي للصحة

غير أن هذا العدد الهائل من الأطباء و الجراحين و الصيادلة لم تصحبه سياسة توزيع عادلة على مختلف مناطق البلاد و على مختلف الميائل الصحية ففي سنة 1979، 73 % من الأطباء كانوا يراولون مهامهم في 3 مدن جزائرية وهران - الجزائر - قسنطينة و من بين 800 أخصائي يعملون في نفس هذه الفترة (1979) 700 منهم يعملون في المراكز الإستشفائية الجامعية في حين 100 الباقون يعملون بنصف الوقت. في سنة 1971 نفس الصورة بقت تقريبا على حالها 45 % من الأخصائيين التابعين للقطاع العام و 34 % العاملين لحسابهم الخاص كانوا ينشطون في ولايتين فقط الجزائر و وهران. وقد دلت الإحصائيات الصادرة عن وزارة الصحة أن 22 مستشفى داخل الوطن تعمل بدون طبيب أخصائي.

2.6.1. شبكة توزيع الأدوية

إن شبكة توزيع الأدوية بالتجزئة تضم القطاعات الصحية و الصيدليات و العمومية حيث ما فتئت تتضاعف الصيدليات الخاصة و سُجِّل هنا 3866 صيدلي في سنة 1996 منهم 3419 صيدلي يعمل لحسابه الخاص بمعدل إجمالي يساوي 88.4 % و بكثافة طبية تقدرُ بصيدلي واحد لكل 7880 ساكن.

هذا التطور الكبير و المتواصل له أهمية كبيرة من حيث العلاقة التي تربطه بإمكانيات الدولة من أجل تلبية الإحتياجات الإجتماعية اللازمة لذلك، بمعنى آخر هذا الحجم الهائل في عدد السكان يتبعه حجم كبير من حيث الطلب على السلع و الخدمات و خصوصاً المواد الصيدلانية التي هي موضوع بحثنا.

و لفهم التباعد المسجل حالياً بين مستوى الإحتياجات و المواد المالية و المادية المتاحة فإنه من الضروري الإشارة إلى بعض الملاحظات التي ميّزت العشرينات من حياة الجزائر المستقلة حيث شهدت البلاد تحولات كبيرة و عميقة مسّت غالبية الهياكل الإقتصادية و الإجتماعية و الثقافية و السياسية، غير أن أهم هذه التحولات هي التي مسّت قطاع البناء، التشغيل و التي أدت إلى انفجار الطلب الإجتماعي.

إن الإستراتيجيات الإقتصادية المنتهجة منذ الإستقلال لم تكن مبنية على أسس مدروسة حيث ظهرت مشاكل عديدة نتيجة تطبيق البرامج الإستثمارية و منها:

1. التباعد بين وتيرة النمو للمداخيل و بين نمو الإنتاج.
حيث أن المداخيل المتعلقة بالأجور عرفت تطوراً كبيراً في الوقت الذي تنمو فيه عمليات الإنتاج الداخلي بوتيرة ثقيلة جداً و هو ما لم يسمح بالإستجابة للطلب الداخلي المتزايد.

2. توجيه الإستثمارات نحو القطاعات الإدارية و الإجتماعية على حساب القطاعات الإنتاجية و تجدر الإشارة هنا أن حصة كبيرة من الإستثمارات الإجتماعية خصّصت للإنجازات من أجل التباهي *réalisation de prestige*.

هذا التفاوت بين الطلب الداخلي الكبير و الإنتاج الذي لم يعد يُلبّي هذه الإحتياجات دفع البلاد بانتهاج سياسة الإستزاد، حيث انتقلت الواردات من المواد الإستهلاكية غير المواد الغذائية من 429 مليون دينار في سنة 1967 إلى 3980 مليون دينار 1990 لتصل إلى 12693.50 مليون دج في سنة 1996⁽¹⁾ و تجدر الإشارة إلى أن الفترة التي عرفت فيها الواردات تطورا كبيرا هي الفترة التي كانت الجزائر تحصلُ فيها على قروض خارجية بسهولة كبيرة و هذا ما يفسّر اللامبالاة في تسيير التوازنات الخارجية و هو ما كان يُعدُّ بداية لمديونية مؤجلة.

(1) المصدر : ONS و المديرية العامة للجمارك

المبحث الثاني : تطور السوق الجزائرية للأدوية

مقدمة

لقد خصصنا هذا المبحث لدراسة السوق الجزائرية للأدوية، نظرا لأهميتها من حيث كون الجزائر تعتبر من أهم الأسواق في العالم العربي، في إفريقيا و على المستوى العالمي، فالإستهلاك الوطني المتزايد للأدوية وضعف الإنتاج المحلي لهذه المادة الحيوية جعل من الجزائر واحدة من أكبر البلدان إستيرادا للدواء و من هذا المنطلق إرتأينا أنه من الأهمية قبل الحديث عن السوق الوطنية للأدوية، إعطاء نظرة شاملة عن الإنتاج و الإستهلاك في الدول النامية و الدول المنظورة و تبيان مكانة الجزائر كل هذا على مستوى المبحث الأول، أما في المبحث الثاني فقد خصصناه لدراسة و ضعية الإستهلاك

و الإنتاج الصيدلاني في الجزائر مع إبراز حجم إستيرادها و مكانتها في الأسواق العالمية، المبحث الثالث نعالج العوامل المؤثرة في الطلب على الأدوية .

1.2. إستهلاك المواد الصيدلانية في العالم:

من البديهي جدا أن يكون هناك تفاوت بين الدول المتطورة و الدول النامية في مجال الصحة من حيث إستهلاك المواد الصيدلانية أو من حيث الإنتاج فرغم محاولة بعض البلدان النامية إنتاج المواد الصيدلانية إلا أنها لم تصل إلى المستوى الذي يؤهلها للمنافسة أو حتى لسد الإحتياجات الداخلية.

فالبلدان المتطورة هي المسيطرة على التطور الكبير للإستهلاك و الإنتاج الصيدلاني حيث إنتقلت قيمة الإستهلاك من 40 مليار دولار أمريكي سنة 1975 إلى 75 مليار دولار أمريكي في سنة 1980 إلى 94 مليار دولار سنة 1985 و تجاوز حدود 164 مليار دولار في سنة 1989.

الإستهلاك العالمي من المواد الصيدلانية

| السنة | قيمة الإستهلاك |
|-------|-----------------|
| 1975 | 40 مليار دولار |
| 1980 | 75 مليار دولار |
| 1985 | 94 مليار دولار |
| 1989 | 164 مليار دولار |

المصدر: نور الدين عياشي، واقع و آفاق الإستهلاك و الإنتاجي الصيدلاني في الجزائر.

رسالة ماجستير جامعة قسنطينة 1994 ص. 35

توزيع نسب الإستهلاك بين الدول النامية و المتطورة (1985-1976)

| نسبة السكان | | نسبة الإستهلاك | | |
|-------------|------|----------------|------|----------------|
| 1985 | 1976 | 1985 | 1976 | |
| 25% | 27% | 79% | 76% | الدول المتطورة |
| 75% | 73% | 21% | 24% | الدول النامية |

O.M.S LA Situation Pharmaceutique dans le monde 1990

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن التقارب في مستويات الإستهلاك قد إزداد توسعا فحصة الدول المتطورة كانت تقدر في سنة 1976 ب 76% ل 27% من سكان العالم في حين لم تتعدى هذه النسبة في الدول النامية 24% ل 73% من سكان العالم.

أما في سنة 1985 فنلاحظ بالرغم من إخفاض نسبة سكان الدول المتطورة إلى 25% من سكان العالم فإن نسبة الإستهلاك إرتفعت إلى 79% فيما يلاحظ العكس بالنسبة للدول النامية فمع إرتفاع نسبة السكان إلى 75% من سكان العالم نجد أن نسبة إستهلاكها إخفضت إلى 21% .

و يمكن تفسير إخفاض الإستهلاك الصيدلاني إلى :

- إرتفاع الأسعار

- تأثير الأزمة الإقتصادية التي مست الدول و خاصة إفريقيا التي ظلت حصة

إستهلاكها ضعيفة بسبب نقص الموارد المالية و المديونية.

و يمكن توضيح ضعف إستهلاك الفرد في الدول النامية من خلال هذه المقارنة مع الدول

المتطورة وهذا ما يوضحه الجدول التالي :

الإستهلاك الصيدلاني للفرد بين (1976-1985) في الدول المتطورة و الدول النامية:
الوحدة.دولاراً.

| الدول | السنوات | 1976 | 1985 | معدل النمو السنوي المتوسط % |
|-----------------|---------|------|--------|-----------------------------|
| الدول المتطورة | | 29.0 | 62.10 | 8.8 |
| أوروبا الغربية | | 34.0 | 54.50 | 5.4 |
| امريكا الشمالية | | 36.3 | 106.30 | 12.7 |
| أوروبا الشرقية | | 17.0 | 24.50 | 4.1 |
| اليابان | | 35.6 | 116.30 | 14.0 |
| الدول النامية | | 3.4 | 5.4 | 5.0 |
| آسيا | | 2.4 | 4.2 | 6.3 |
| إفريقيا | | 3.0 | 4.9 | 5.7 |
| أمريكا الشمالية | | 11.2 | 13.8 | 2.3 |
| باقي العالم | | 10.3 | 19.4 | 7.2 |

المصدر : Kaya-Kamel: Politique Pharmaceutique et système de santé en Algérie . op cit p.16

إن التفاوت المسجل في مستويات الإستهلاك الصيدلاني يمكن تغيره و توضيحه من خلال التفاوت بين الدخل كما هو مبين في الجدول التالي :

الإستهلاك الصيدلاني و الدخل للفرد في بعض الدول في سنة 1990 بالدولار الأمريكي :

| الدول ذات الدخل المنخفض | الإستهلاك الفردي | دول ذات دخل متوسط | الإستهلاك الفردي | دول ذات دخل مرتفع | الإستهلاك الفردي |
|-------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| إثيوبيا | 0.8 | بوليفيا | 3 | سنغفورة | 27 |
| النيبال | 1 | زيمبابوي | 5.1 | العربية السعودية | 40 |
| تنزانيا | 1 | اليمن | 5.1 | إنجلترا | 96 |
| الزائير | 1.6 | سوريا | 7.1 | زيلندا الجديدة | 99 |
| الهند | 1.7 | المغرب | 10 | إسبانيا | 114 |
| غانا | 2 | تونس | 14 | كندا | 147 |
| سريلانكا | 2 | الجزائر | 15 | إيطاليا | 191 |
| الفتنام | 3 | البرازيل | 23 | ألمانيا | 201 |
| الصين | 3.7 | المكسيك | 25 | الولاية المتحدة | 201 |
| كوريا الشمالية | 4 | الأرجنتين | 48 | فرنسا | 214 |
| الباكستان | 4.5 | كوريا الجنوبية | 57 | اليابان | 234 |

المصدر: نور الدين عياني: واقع وآفاق الإستهلاك و الإنتاج في الجزائر ص. 44

هذا الجدول يبين التفاوت بين الإستهلاك الفردي من دولة إلى أخرى أو من مجموعة دول إلى مجموعة أخرى بالمقارنة مع الدخل.

فتقدر أعلى حصة للإستهلاك الفردي في دول ذات دخل مرتفع ب 234 في اليابان .

و الجدول التالي يبين أيضا تفاوت الإستهلاك الصيدلاني بين الدول النامية و الدول المتطورة في سنة 1980 . الوحدة: مليون دولار.

| الدول | 1980 | % من الإستهلاك العالمي |
|----------------------------|-------|------------------------|
| الولايات المتحدة الأمريكية | 14270 | 18.8 |
| اليابان | 9560 | 12.6 |
| ألمانيا الفدرالية | 6560 | 8.06 |
| فرنسا | 4950 | 6.5 |
| إيطاليا | 3120 | 4.1 |
| بريطانيا | 2590 | 3.4 |
| الأرجنتين | 1920 | 2.5 |
| إسبانيا | 1790 | 2.3 |
| البرازيل | 1476 | 1.9 |
| المكسيك | 1100 | 1.4 |
| كندا | 888 | 1.2 |
| الهند | 880 | 1.2 |
| بلجيكا | 853 | 1.1 |
| كوريا الجنوبية | 630 | 0.8 |
| إيران | 608 | 0.8 |
| هولندا | 589 | 0.8 |
| سويسرا | 577 | 0.8 |
| كولومبيا | 560 | 0.7 |
| السويد | 542 | 0.7 |
| إستراليا | 531 | 0.7 |
| المجموع العالمي | 76016 | 100 % |

المصدر : Djamel Benseba: Les firmes multinationales pharmaceutique et les pays

en voie de developpement op. cit p.14

إن ضعف الإستهلاك الصيدلاني للفرد في الدول النامية يرجع خلال الثمانينات إلى تزايد أعباء المديونية وقلة الموارد المالية مما أثر على إمكانيات الدول في مجال إستيراد الأدوية .
أما من حيث المناطق الجغرافية فإن الإستهلاك العالمي يظهر جليا في الجدول التالي :

الإستهلاك العالمي حسب المناطق (مليون دولار)

| نسبة الإستهلاك في 1989 | 1980 | 1980 | قيمة الإستهلاك المناطق |
|------------------------|--------|-------|-------------------------|
| 30.9 | 50830 | 17559 | امريكا الشمالية و الوسط |
| 2.9 | 4844 | 4925 | أمريكا الجنوبية |
| 26.9 | 44274 | 23972 | أوروبا الغربية |
| 8.8 | 14432 | 9853 | أوروبا الشرقية |
| 1.7 | 2845 | 2270 | إفريقيا |
| 1.7 | 2736 | 1715 | الشرق الأوسط |
| 1.6 | 2567 | 1325 | آسيا الوسطي |
| 1.1 | 1781 | 1247 | جنوب و شرق آسيا |
| 23.5 | 38633 | 15016 | الشرق الأقصى |
| 1 | 1574 | 688 | أقيا نوسيا |
| 100 | 164516 | 78614 | المجموع |

المصدر : S.A.K KAYA : Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie. Alger.

opu 1994 op p.16

2.2. تطور استهلاك المواد الصيدلانية

إن السوق الجزائرية للأدوية هي من أهم الأسواق في العالم وخاصة في إفريقيا و العالم العربي، و المجتمع الجزائري من أكبر المجتمعات المستهلكة للأدوية حيث تشير الإحصائيات إلى نمو الإستهلاك بمعدلات أكبر من معدل زيادة النمو الديموغرافي و هذا ما بيّنه الجدول التالي:

جدول : تطور معدلات الإستهلاك الصيدلاني مقارنة مع تطور معدل الزيادة في عدد السكان في الجزائر

| 2000 - 1990 | 1990 - 1982 | 1982 - 1974 | |
|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| % 52 | % 47.92 + | % 64 + | الإستهلاك الصيدلاني |
| % 22.15 | % 15.49 | % 21.79 | معدل زيادة السكان |

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإستهلاك الصيدلاني في الجزائر يتميز بمعدلات مرتفعة مقارنة مع نمو السكان الذي بقي أقل مرتين إلى ثلاث مرات مقارنة مع تطور الإستهلاك الصيدلاني و هذه الزيادة في الإستهلاك أسباب كثيرة و بهذا تطور الإستهلاك الصيدلاني للفرد الواحد في الجزائر على النحو التالي:

جدول : تطور الإستهلاك الصيدلاني للفرد في الجزائر

| السنوات | 1970 | 1972 | 1974 | 1980 | 1990 | 1996 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|
| الإستهلاك الفردي | 20 | 33 | 47 | 84 | 160 | 166* |

نلاحظ من خلال هذا الجدول إرتفاع متوسط الإستهلاك للفرد في الجزائر عبر مختلف السنوات و هذا ما يفسّر استهلاك الجزائر و حدها في سنة 1988 ما يساوي 11 % من قيمة الإستهلاك الصيدلاني للدولة العربية المقدّر بـ 2.7 مليار دولار⁽²⁾.

* S.A.K KAYA :Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie. opu 1994 p.18

Mostepha Khiat : Regard sur la santé op cit. p.81.(2)

1.2.2. التمويل

إن تحليل مصادر التمويل ذو أهمية خاصة من حيث أنه يوفر لنا بصفة مباشرة المعلومات حول المستوى بين حجم الإستهلاك و القدرات التمويلية للبلاد.
إن الملاحظة الهامة هنا أن سوق الأدوية يخضع و ما زال يخضع لحجم الواردات و يعني هذا الميزانية بالعملة الصعبة التي تخصصها الدولة كل سنة.

الإستزاد

إن هيكل الواردات حسب المناطق الجغرافية للموردين تجعل في المقام الأول الدول الغربية و على رأسها فرنسا التي تستحوذ على 60% إلى 70% من واردات الجزائر من الأدوية التي تستورد 85% من حاجياتها بعملة صعبة تقدر سنويا بحوالي 550 - 600 مليون دولار أمريكي و هذا البيان يوضح حجم الواردات حسب المناطق الجغرافية للموردين.

جدول : الواردات حسب المناطق الجغرافية للموردين.

| 1988 | 1983 | 1979 | 1975 | |
|-------|---------|---------|---------|---------------------|
| % 90 | % 96.20 | % 96.30 | % 98.26 | الدول الغربية |
| % 10 | % 2.81 | % 2.81 | % 1.13 | الدول الشرقية |
| / | % 1.1 | % 0.29 | % 0.61 | بلدان العالم الثالث |
| % 100 | % 100 | % 100 | % 100 | المجموع |

إنّ السوق الجزائرية هي في الواقع مستغلّة من طرف بعض الشركات العابرة للقارات و التي تبلغ المشتريات الجزائرية من قبلها في حدود 96 % إلى 98 % من الأدوية. في سنة 1989، استوردت الجزائر الأدوية من قبل 271 مُورّد أجنبي و كانت أهم مؤسسات الموردين في سنة 1989 على النحو التالي :

العشرة مورّدين الأوائل المتعاملين مع الجزائر في سنة 1989

| Fournisseurs | Pays |
|--------------|-----------------------|
| SANOFI | FRANCE |
| LEK | YOUgosLAVIE |
| UPSA | FRANCE |
| RPR | FRANCE / USA |
| BIOCHEMIE | AUTRICHE |
| BRISTOL | ITALIE / FRANCE / USA |
| ANTAR | BELGIQUE |
| SANDOZ | FRANCE / SUISSE |
| PFIZER | FRANCE / USA |
| MEDIM PEX | HONGRIE |

* MINISTERE de la Santé : 1991

و تجدر الملاحظة أن الجزائر كانت أول زبون للصناعة الصيدلانية الفرنسية و هذا إلى غاية سنة 1990 أين انتقلت إلى المرتبة الثالثة بعد ألمانيا الغربية و هولندا. و هذه المكانة لفرنسا تعود بالأساس إلى عاملين أساسيين:

1. أولاً طبيعة و عادات الوصفات التي يقدمها الأطباء المتكونون أساساً في فرنسا أو الدارسين بكتب فرنسية.
2. الأسعار المنخفضة المطبقة من طرف الشركات الفرنسية.
3. نظام تكوين الأطباء في الجزائر
4. خطوط القروض الممنوحة للجزائر و التي توجه بصفة غير مباشرة نحو التمويل الخارجي.

2.2.2. سياسة الدواء و إستزاده

إن درجة التبعية أو الإستقلالية نحو العالم الخارجي تتوقف على النمط الذي بني عليه النظام الصحي و خاصة مع الصناعة التي توفر له الإحتياجات. في الجزائر ، نظام العلاج يعتمد بشكل كبير جداً على الأدوية المستوردة و العتاد الطبي من خارج البلاد.

فما هي الوضعية في الجزائر؟

للإجابة عن هذا التساؤل لا بدّ من تحليل السياسة الإستيرادية و السياسة الإنتاجية المطبقة في البلاد.

أ. سياسة استيراد الأدوية

إلى غاية سنة 1990، هذه السياسة تعتمد على المراقبة المركزية للتموين أي عرض الدواء في السوق معتمدة على احتكار الدولة للإستيراد و للتوزيع بالجملة للمواد الصيدلانية. هذا الإحتكار أثر بشكل كبير على أنماط التموين الخارجية للسوق الداخلية أما من حيث تنوع مصادر التموين، فأساليب الشراء كانت تعتمد على تعميم المناقصات، هذا الأسلوب لم يخلو من العيوب لأنه يتطلب معرفة جيّدة للسوق العالمية و قدرة على المراقبة التقنية الصارمة. إن سياسة السّعر المنخفض لإستهلاك المواد الصيدلانية سمحت بظهور العوامل التالية:

أ - تشجيع إستهلاك المواد المستوردة المعروضة بأسعار منخفضة.

ب - عدم تشجيع الإنتاج الوطني

هذه السياسة بدون احتياطات جعلت من الإستزاد المصدر الأساسي للتموين إذا عَلِمنا أن 85 % من المواد الصيدلانية هي مستوردة. إذن الجزائر أصبحت ليس فقط واحدة من أكبر الأسواق و لكن واحدة من أكبر البلدان المستوردة على النطاق العالمي. في سنة 1976 احتلت المرتبة الثانية بعد العربية السعودية ب، 244.7 مليون دولار في حين بلغت واردات السعودية 300.7 مليون دولار *

إن مشكل الدواء أصبح يُطرح في كل مستوى من مستويات المنظومة الصحية. إن مجانية العلاج حرّرت الطلب على المواد الصيدلانية فلقد بلغت نفقات الأدوية في سنة 1980 : 10 % لترتفع في سنة 1989 إلى 20 % في الوقت الذي كان فيه سعر الصرف للدينار يدور في حدود (1.9 و 2.3) فرنك. فرنسي و هذا التطور يظهر جليا في الجدول التالي.

جدول : تطور واردات الجزائر من الأدوية خلال الفترة (1973 - 1994)

الوحدة 10⁶ دج

| السنوات | 1973 | 1983 | 1988 | 1990 | 1994 |
|-------------------------|------|------|------|------|-------|
| الواردات | 285 | 1200 | 1600 | 2300 | 15500 |
| القيمة المطلقة للواردات | 100 | 421 | 561 | 807 | 5438 |
| المؤشر | | | | | |

Fatéma zohra oufriha : cette chère santé.

الملاحظ هو أنه في سنة 1994 تجاوزت نفقات الأدوية 15.5 مليار دينار جزائري أي أكثر من 50 % من النفقات الصحية⁽¹⁾.

منذ نهاية الثمانينات و نظرا لإنخفاض العملة الوطنية و تقلبات أسعار الصرف في الدول الأخرى جعلت من الصعب تقييم الواردات بالعملة الوطنية و هذا ما صعّب من مهمة البحث.

Mostefa khiati : Regard sur la santé op. cit p 81 (1)

الإنتاج المحلي للمواد الصيدلانية

إنّ إنتاج الأدوية كان من صلاحيات المؤسسة العمومية " صيدال " التي نتجت من إعادة هيكلة الصيدلية المركزية الجزائرية التي كانت تحتكر الإنتاج، الإستزاد و توزيع بالجملة للأدوية. فلقد تطور الإنتاج الوطني من 46 مليون دينار في سنة 1974 إلى 417 مليون دينار في سنة 1990. هذا التطور كان نتيجة لتطور القدرات الإنتاجية لثلاثة مؤسسات صغيرة مختلطة الموجودة في ضواحي الجزائر العاصمة و دخول مركب المضادات الحيوية بالمدينة في عملية الإنتاج و لكن مع كل هذا فإن الصناعة الصيدلانية في الجزائر تتسم بالعوامل التالية:

1. وحدات قديمة، ذات حجم صغير و قدرات ناقصة.
2. مركب لا ينجز سوى 20 % و أقل من قدراته.
3. صيدال بوجود 2100 عامل و التي تعتبر المؤسسة الأولى في المغرب العربي تبقى ذات إنتاج ضعيف بالمقارنة مع الطلب الداخلي.

و يبقى بذلك الإنتاج الوطني منخفض بالمقارنة مع حجم الإستزاد و هذا ما يوضّحه البيان التالي :

حصة الواردات في التموين مقارنة بالإنتاج المحلي

الوحد : مليون

| السنوات | 1974 | 1978 | 1980 | 1984 |
|----------------|------|------|------|------|
| الإستزاد | 278 | 540 | 1100 | 1300 |
| الإنتاج المحلي | 46 | 105 | 129 | 155 |
| الإجمالي | 324 | 645 | 1229 | 1455 |
| 3/1 | 85.8 | 83.7 | 89.5 | 89.3 |

المصدر: S.A.K. Kaya. : politique pharmaceutique et système de santé en Algérie:

opu Alger 1994 p.20

التوزيع الجغرافي لواردات الجزائر

| البلدان | 1989 المبلغ د.ج. | % | 1994 المبلغ د.ج. | % |
|-----------|------------------|-------|------------------|-------|
| فرنسا | 1.951.112.750 | 57.68 | 11.771.983.557 | 66.91 |
| إيطاليا | 406.113.567 | 12 | 1.032.508.135 | 5.87 |
| يوغسلافيا | 116.211.037 | 3.43 | - | - |
| بريطانيا | 98.431.936 | 2.91 | 129.086.273 | 0.73 |
| إسبانيا | 90.242.777 | 2.66 | 812.836.747 | 4.62 |
| النمسا | 86.976.964 | 2.57 | 738.573.570 | 4.19 |
| اليونان | 72.508.736 | 2.14 | 37.926.957 | 0.21 |
| الدانمارك | 60.025.029 | 1.77 | 294.791.701 | 1.67 |
| هولندا | 51.233.528 | 1.51 | 351.815.999 | 1.99 |
| المجر | 47.171.479 | 1.39 | 44.667.000 | 0.25 |
| ألمانيا | 46.616.300 | 1.37 | 273.657.429 | 1.55 |
| بلجيكا | 43.799.143 | 1.29 | 109.706.231 | 0.62 |
| الهند | 36.883.865 | 1.09 | - | - |
| المغرب | 4.358.577 | 0.12 | 519.314.245 | 2.95 |
| تونس | 4.263.319 | 0.12 | 4.633.981 | 0.026 |
| الأردن | 10.892.332 | 0.32 | 649.853.499 | 3.69 |
| مصر | 13.553.041 | 0.4 | 64.832.63 | 0.36 |
| المجموع | 3.382.284.043 | | 17.592.543.331 | |

المصدر : Mostefa khiati : Regard sur la santé opu cit p 75

3.2. الصناعة الصيدلانية في الجزائر:

مقدمة:

بخصوص ملف الدواء، ألحّت الدولة على ضرورة ترقية الإنتاج الصيدلاني الوطني للتقليص من التبعية ورفع الإنتاج إلى نسبة 70% خلال سنة 2005 مع التحكم في تكاليف القطاع و الإبقاء على نظام الحماية الإجتماعية فمئذ الموافقة عليه من طرف المجلس الشعبي الوطني في سنة 1990، فإن قانون النقد قد ألح على ضرورة تشجيع المؤسسات الأجنبية على الإستثمار في الجزائر في الميدان الصيدلاني مع توفّي جميع التسهيلات لذلك .

1.3.2. الإستراتيجية الصناعية للمواد الصيدلانية:

إن الوضعية الحالية للصناعة الصيدلانية في الجزائر تتميز بعدد من المشاكل يمكن حصرها فيما يلي:

1- المشكل الأول ينطلق من الهيكل الداخلي لهذه الصناعة، فوسائل الإنتاج الموجودة في الساحة تتمثل في عدة وحدات تعمل منفصلة عن بعضها البعض فلا هناك تنسيق ولا تبادل للتكنولوجيا إذن تعمل بدور وجود إطار مهيكّل للتكامل فيما بينها.

2- المشكل الثاني هو إنعدام العلاقة بين هذه الصناعة الصيدلانية و بين محيطها أي لا وجود لآية علاقة بين هذه الصناعة و بين النسيج الصناعي الموجود و خصوصا على مستوى المواد الأولية و المواد نصف المصنعة على وجه الخصوص.

و لفهم هذه الوضعية يجب تحليلها في إطارها العام الذي أوجدها فنهاية الستينات و بداية السبعينات تميزت بعاملين إثنين:

الأول: يخص التأميمات و التي على أساسها تكونت المؤسسات العمومية و غياب قطاع خاص متطور .

فالصيدلية المركزية الجزائرية بنيت كمؤسسة إنتاجية على تحصيلها لمؤسستين إنتاجيتين (بيوتيك و فارمال) و هما أجزاء من مؤسسات أجنبية كانت موجودة في الجزائر قبل الإستقلال. فمؤسسة (بيوتيك) أتمت بنسبة 51% في سنة 1971 من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية و بنسبة 10% في سنة 1976.

مؤسسة (فارمال) موجودة منذ سنة 1959 تحت مراقبة عدة مخابر فرنسية و سويسرية و على رأسها (لاباز) و لقد تم تأميمها كلية في سنة 1976.

هذه الإجراءات تبعها إنشاء وحدة إنتاجية بالحراش في سنة 1971 لتتوسع من بداية الثمانينات .

الثاني: و يتمثل في المسألى التي تخص إنشاء صناعة الأدوية و التي طرحت خلال الإعداد للمخطط الرباعي الأول (1970-1973) و كان الهدف هو تلبية الإحتياجات الوطنية بدلا من الإستيراد وهذا أنشئ مركب المدية الذي بدأ إنشاؤه في سنة 1977 و الذي يتمثل حجم إنتاجه مايلي :

Antibiotiques en mac : 313.8 Tonnes

- Pénicilline G: 124.4 Tonnes dont 102.6 Tonnes de pénicilline semi - Synthétique.
- Pénicilline semi - Synthétique : 51.06 Tonnes dont 27.18 d'ampicilline et 23.88 d'axacilline
- pénicilline V: 29 Tonnes
- Tétracycline : 48.90 Tonnes
- oxytétracycline : 15.36 Tonnes
- Sheptomycine : 32.56 Tonnes

Spécialités pharmaceutiques :

- comprimés et dragées : 35 millions / an
- Sirops en suspensions 3.6 millions / an
- Pommades en Tubes 17 millions / an
- Flacons d'antibiotiques 80 millions / an
- Ampoules d'antibiotiques prêt à l'emploi : 10 millions / an
- gélules 200 millions / an .

2.3.2. برامج تطوير الصناعة الصيدلانية:

مع بداية الثمانينات تم تسطير برنامج لإنجاز 19 مشروعاً استثمارياً في القطاع الصيدلاني بقيمة 1 مليار دولار. و تمثلت هذه المشاريع في تحقيق مايلي:

1- تطوير و إعادة تنظيم المؤسسات الموجودة من أجل الزيادة في الإنتاج و تمثلت هذه السياسة في الإجراءات التالية:

أ- تكوين ورسكلة العمال.

ب- تطوير ظروف الصيانة للعتاد و الأجهزة.

ج- تخصص الوحدات و تطوير طرق العمل .

2- تنمية الإنتاج المواد الصيدلانية البيطرية المستوردة كلية من الخارج.

3- إنتاج مواد يمكن أن ندخل في تركيبات مختلفة لأدوية مختلفة .

4- إنشاء 6 وحدات إنتاجية غير متخصصة أي تنتج أنواع مختلفة من الأدوية.
5- إنتاج وسائل وجوب منع الحمل وهذا يدخل في إطار سياسة تباعد الولادات، هذه هي المخاور التي بنيت عليها إستراتيجية البناء الصناعي الصيدلاني في بدايته ومنذ الموافقة على قانون النقد من طرف المجلس الشعبي الوطني في سنة 1990 و الذي حث على تضييق إستثمار المؤسسات الأجنبية في هذا القطاع و تقديم جميع التسهيلات لذلك، في هذا الإطار تم إعتماد أربعة (4) مشاريع خاصة بالصناعة الصيدلانية و تخص مشاريع شركة مع مؤسسات إيطالية، مغربية وإسبانية).
غير أن هذه المشاريع لم يتم إنجازها بسبب عدة مشاكل إدارية، تقنية و بيروقراطية و حتى سنة 1992 قام المخبر الصيدلاني الجزائري IPA قام بإستيراد أدوية مرتفعة الثمن، وذات نوعية رديئة و بأحجام كبيرة و مازاد الأمور تعقيدا أن أحجاما كبيرة من الأدوية الخاصة بمرض السكري إستوردت و مدة إستعمالها قد إنقضت . و رغم هذه المشاكل فإن الجهات المعنية مازالت تمنح رخص إستيراد الأدوية و السؤال الذي يطرح بإلحاح هو لماذا تقديم تسهيلات لمعاملين خواص لا يملكون التجربة اللازمة في هذا الميدان؟ ولا يملكون من المكانة و الشهرة التي تسمح لهم بالتفاوض من موقع قوة؟

نقص النظرة الواقعية في إستراتيجية الصناعة الصيدلانية:

في إطار تحديد الأهداف المتوخاة من الصناعة الصيدلانية فإن الإستراتيجية المسطرة بنيت على أساس ما سيجب أن تكون عليه الصناعة الصيدلانية في الجزائر في حين تناست أنه كان يجب أن تبنى، انطلاق من تقييم للوسائل و للوجود التكنولوجي وهذا ما أدى إلى التعارض بين المسؤولين عن القطاع الصيدلاني و متطلبات المردودية في ميدان الإستثمارات فمثلا في فصل " الأهداف " نلاحظ ببيان تلك السياسة حيث جاء فيه " الصناعة الصيدلانية هي وسيلة لاقتحام كل نموذج إستهلاكي مستورد و التقليص من التبعية إتجاه الشركات المتعددة الجنسيات إضافة إلى هذا " وضع في متناول أفراد الشعب أدوية إستراتيجية بأسعار معقولة جدا"

ففيما يخص آفاق إنتاج الأدوية الضرورية فإن سياسة إنشاء الوحدات الصغيرة تبدو غير مريحة بالإضافة إلى هذا لا يمكن إنتاج قائمة محدودة من الأدوية وهذا ما يدعو إلى إلتخاذ إجراءات صارمة فيما يخص محاربة التبذير مكافحة الإستهلاك الذاتي للأدوية أي الإستهلاك فقط عن طريق الوصفات الطبية و عقلنة وصف الأدوية وهي إجراءات تبدو غير ممكن التحكم فيها

3.3.2. آفاق الصناعة الصيدلانية في الجزائر :

إنطلاقا من تقرير المنظمة العالمية للصحة حول آفاق تطوير الصناعة الصيدلانية في الجزائر يمكن إستخلاص الملاحظات التالية:

- 1- من الأفضل على الجزائر أن تراجع و بعمق المشاريع المنجزة و الموجودة.
 - 2- تحديد سياسة وطنية فيما يخص الصناعة الصيدلانية التي يجب أن تأخذ بعين الإعتبار المركب الصيدلاني للمدية. وهذا لتجنب المشاكل التي يعاني منها هذا المركب .
- نقطاع الإنتاج الصيدلاني يتميز بوجود نظامين مختلفين كلية .

الأول: و تمثله الثلاثة وحدات لتعبئة الأدوية الموجودة في ضواحي الجزائر العاصمة (فارما، الحراش و بيوتيك) حيث أن إمكانية هيكلة هذه الوحدات و تطويرها و الزيادة في إنتاجها تبقى واردة و ممكنة.

الثاني: و يمثل مركب المضادات الحيوية للمدية الذي كان موجهها لتغطية الإحتياجات الوطنية و إمكانية التصدير من الفائض نحو الدول الأجنبية.

غير أن تعقد المشاكل التقنية الخاصة بمهمات المركب، إضافة إلى المشاكل المالية التي لم تسمح للمركب بإستعمال جميع طاقاته الإنتاجية و التي تدور فقط في حدود 20 إلى 30% و بهذا فهذا الأنتاج هو بعيد و بكثير عن الأهداف المسطرة للمركب. فإذا لم تتخذ إجراءات عاجلة لإنقاذ المركب من الحالة التي يعاني منها فإن مؤسسة صايدال ستفلس لا محالة.

الوضعية الحالية للصناعة الصيدلانية في الجزائر:

إن مؤسسة صايدال بإنتاجها السنوي المقدر بحوالي 65 مليون وحدة بيع و التي تسير كل الإنتاج الصيدلاني تساهم ب20% تموين السوق الوطنية. وهذه مجموعة الأدوية المنتجة من طرف صايدال SAÏDAL

| Formes Pharmaceutiques | Nombre de Produits |
|------------------------|--------------------|
| comprimés | 32 |
| gélules | 10 |
| sirops liquides | 22 |
| sirops secs | 5 |
| pommades dermiques | 12 |
| pommades ophtalmiques | 2 |
| dentifrice | 3 |
| poudres | 1 |
| collutoires | 1 |
| gouttes | 1 |
| solutés | 2 |
| Ampoules buvasls | 3 |
| Ampoules injectasles | 4 |
| Flacon Injectables | 10 |
| suppositoires | 19 |
| solution (Alcool) | 18 |
| solutés massifs | 9 |

المصدر:

K.S.A Kmel : Politique Pharmaceutique et système de santé en Algérie Page : 108

Taux d'utilisation des capacités :

| Gamme | Capacités(Unitée de Vente) | Taux d'utilisation en 1990 (en %) |
|-------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Comprimés | 19900000 | 66.7 % |
| Gélules | 16100000 | 30 % |
| Pommades | 27000000 | 43.7 % |
| Sirops liquides | 20500000 | 59.4 |
| Suppositoires | 5200000 | 72 |
| Solutions | 1600000 | 115.2 |
| Sirops secs | 4000000 | 42.3 |
| Poudres | 3000000 | 6.3 |
| Ampoules buvasles | 2200000 | 80.4 |
| Solutés mamifs | 3000000 | 63.4 |
| Injectables | 50000000 | 26.2 |
| | 152500000 | 43.3 |

المصدر : Politique Pharmaceutique et système de santé en Algérie KAYA page 109

إن الملاحظة الأولى المستخلصة من هذا الجدول هو أن مركب المضادات الحيوية بالمدينة لا يحقق سوى 57.7% من الإنتاج و الذي يعادل 88000000 وحدة بيع بينما الإمكانيات الحقيقية للمركب تتمثل في إنتاج 152500000 وحدة بيع. وهذا مايدعو إلى الإسراع في إيجاد صيغة تمكن هذا المركب من تجاوز هذا المشكل بإعادة هيكلته وبعقلنة الإنتاج فيه.

و من أجل تحقيق آفاق تنميرية للقطاع الصيدلاني في الجزائر فهناك شروط تعتبر أكثر من ضرورية يجب الإلماز بها وهي:

- 1- تطهير الوضعية الماية لمركب المضادات الحيوية.
- 2- إجراء دراسة تقنية و مالية معمقة للمركب .
- 3- دراسة إمكانية إشراك المتعاملين الأجانب وخصوصا المتعاملين من المغرب العربي .

خاتمة الفصل

إن ما يمكن استخلاصه من خلال عرضنا للإستهلاك و الإنتاج الصيدلاني العالمي هو الفروق الكبيرة بين الدول المتطورة و الدول النامية فالأعباء المالية و منها المديونية أثر سلبياً على إمكانيات التغطية الصحية بالنسبة لهذه الدول الأخيرة و بتركز الإنتاج الصيدلاني في الدول المتطورة فقد زاد من تبعية الدول النامية و الجزائر بالإستهلاك الصيدلاني المتنامي و المعتمد على الإستيراد جعلها في المراتب الأولى في الأسواق العالمية من حيث وارداتها.

أما عن الصناعة الصيدلانية في الجزائر فبالرغم من الجهود التي بُذلت في هذا الميدان من أجل التخفيف من حدة الإستيراد في الوقت الذي شكل التمويل مشكلاً كبيراً بسبب نقص السيولة بالعملة الصعبة، بقيت هذه الصناعة ضعيفة حيث لم ترقى إلى المستوى المطلوب.

إذن من هذا الواقع شكل الإستيراد الحل الوحيد و هذا ما يجعلنا نهتم بدراسة طرق تسيير هذه المواد الصيدلانية في المؤسسات الصحية العمومية للتعرف على واقع يتسم بنفاذ المواد أحيانا أو بتكدس أدوية أحيانا أخرى و هي عوامل برهنت في أكثر من مرة على التسيير العشوائي و الغير عقلاني فلا المواد المالية كانت محل إشكال لأن الجزائر تخصص كل سنة ما يقارب 500 مليون دولار لشراء الأدوية و لا الهياكل الصحية لأنها منتشرة عبر التراب الوطني.

الفصل الثالث

الإسهلاك الصيدلاني في القطاعات

الصحية العمومية في الجزائر

المبحث الأول : العوامل المساعدة على الإستهلاك الصيدلاني

من الضروري جداً التطرق إلى دراسة و تحليل العوامل التي ساعدت على تطوّر الإستهلاك الصيدلاني في القطاعات الصحية العمومية. و تعتبر سنة 1974 سنة التحولات الكبرى نحو الإستهلاك المجاني للمواد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية إلى جانب عوامل متعددة سوف ندرسها لاحقا بنوع من التفصيل و منها :

1.1. النمو الديموغرافي

من أهم العوامل التي ساعدت على الزيادة في إستهلاك المواد الصيدلانية نلاحظ أنّ العوامل الإجتماعية - الديموغرافية تأتي على رأس هذه العوامل، فمن هذه الزاوية، تمتاز الجزائر بنسبة تكاثر كبيرة، تعتبر واحدة من أكبر النسب في العالم مقابل نسبة وفيات ضئيلة و هذا الجدول يبيّن الحركة الطبيعية للسكان الجزائريين المقيمين.

الحركة الطبيعية للسكان الجزائريين المقيمين (ألف)

| السنوات | الولادات الحية | الوفيات | الزيادة الطبيعية | عدد سكان الجزائر |
|---------|----------------|---------|------------------|------------------|
| 1990 | 775000 | 151000 | 624000 | 25 مليون نسمة |
| 1991 | 773000 | 155000 | 618000 | " " 25.618 |
| 1992 | 799000 | 160000 | 639000 | " " 26.257 |
| 1993 | 775000 | 168000 | 607000 | " " 26.864 |
| 1994 | 776000 | 180000 | 596000 | " " 27.460 |
| 1995 | 711000 | 180000 | 531000 | " " 27.991 |
| 1996 | 654000 | 172000 | 482000 | " " 28.800 |

المصدر : معطيات إحصائية الديوان الوطني للإحصائيات رقم 256

هذه النسب المرتفعة في الولادات جعلت عدد سكان الجزائر ينتقلون من 10 ملايين نسمة في سنة 1962 إلى 25 مليون نسمة في سنة 1990 ليرتفع هذا العدد إلى 28.800 مليون نسمة في سنة 1996 و هذه الزيادة في عدد السكان لازمتها زيادة في عدد و حجم الإحتياجات و هو ما يعني الزيادة في الطلب و بالتالي الزيادة في إستهلاك الأدوية حيث قدرت نسبة الإستهلاك للأدوية بـ 64 % ما بين سنتي 1974 و 1982 و نسبة 47.92 % ما بين سنتي 1982 و 1990 لتصل حسب التقديرات إلى 52 % بين سنتي 1990 و 2000 و هذه مقارنة بين الإستهلاك الصيدلاني بالنمو الديموغرافي.

مقارنة بين الإستهلاك الصيدلاني بالنمو الديموغرافي

(1)

| معدل الزيادة / السنوات | 82 - 74 | 90 - 82 | 2000 - 90 |
|--|---------|---------|-----------|
| نسبة السكان | 21.79 % | 15.49 % | 22.15 % |
| نسبة إستهلاك الأدوية | 64 % | 47.92 % | 52 % |
| عدد مرات زيادة الإستهلاك الصيدلاني بالنسبة لزيادة السكان | 03 | 2.5 | 2.5 |

ما نستخلصه من هذا الجدول هو أن إستهلاك الأدوية مقارنة بالنمو الديموغرافي هو مرتين إلى 3 مرات منذ سنة 1974، أي منذ الشروع غي تطبيق سياسة مجانية العلاج و هو ما يدلُّ على أن الإستهلاك في المجتمع الجزائري يأخذ من خصوصيات البيئة و النظام.

كما يمكن ملاحظة هذه الزيادة الهائلة في عدد السكان لكل 1000 نسمة و هي العوامل التي كان لها الأثر الكبير في زيادة إستهلاك الأدوية. و هذا الجدول يوضح المؤشرات الديموغرافية لكل 1000 نسمة.

(1) Mostefa Khiati : Regard sur la santé Edition Dahleb. 1995 p.2.

المؤشرات الديموغرافية (لكل 1000 نسمة)

| السنوات | المعدل الخام للولادات | المعدل الخام للوفيات | معدل الزيادة الطبيعية |
|---------|--------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1990 | % 30.94 | % 6.03 | % 24.94 |
| 1991 | % 30.14 | % 6.04 | % 24.10 |
| 1992 | % 30.41 | % 6.09 | % 24.32 |
| 1993 | % 28.22 | % 6.25 | % 22.57 |
| 1994 | % 28.24 | % 6.56 | % 21.68 |
| 1995 | % 25.33 | % 6.43 | % 18.90 |
| 1996 | % 22.91 | % 6.03 | % 16.88 |

المصدر: معطيات إحصائية الديوان الوطني للإحصائيات رقم 256

* المعدل الخام للولادات (لألف نسمة): هو العلاقة بين عدد المولودين الأحياء

بالمقارنة مع عدد السكان في تلك السنة

* المعدل الخام للوفيات (لألف نسمة): هو العلاقة بين عدد الوفيات في السنة بالمقارنة مع عدد السكان في تلك السنة.

2. تركيبة المجتمع الجزائري

إنَّ عُمُرَ الأشخاص يؤثر بصفة كبيرة على إستهلاكهم، فالدراسات العلمية أثبتت أن السنوات الأولى و الأخيرة من عُمُر الإنسان تتطلب إستهلاكاً كبيراً للمواد الصيدلانية و عليه فإن دراسة تركيبة المجتمع الجزائري تبين بوضوح أن النسبة العالية من السّكان متكونة من الشباب (75 % في سنة 1997)

و يكفي هنا الإيضاح أنه في سنة 1995 سُجِّلَ 152786 زفاف على مستوى القطر الجزائري ليرتفع هذا العدد إلى 156870 في سنة 1996⁽¹⁾. إضافة إلى هذا عدد المواليد السنوي الذي يُعدُّ من الأهم حتى على المستوى العالمي، هذه التركيبة أثرت بشكل كبير على مستوى الإستهلاك للأدوية و هو شئ طبيعي بحكم السّن والتطلّبات العُمرية التي تحتاج إلى الرعاية الصحية بشكل كبير.

1.2. تطور الهياكل الصحية

عرفت الجزائر نمواً واضحاً و كبيراً لطياكلها الصحية، حيث شهدت أولاً الفترة الممتدة ما بين 1962 و نهاية السبعينات تبني سياسة صحية إرتكزت حول عنصرين أساسيين:

العنصر الأول: انشاء قطاعات صحية منظمة بما فيها الهياكل المختلفة لتقديم الخدمات الصحية، كالعيادات المتعددة التخصصات و المراكز الصحية التي تقدم العلاج مجاناً.

العنصر الثاني: و يتضمن تبني برامج وطنية لمكافحة الأمراض المنتشرة و لقد تضاعف عدد العيادات المتعددة التخصصات من 1962 إلى 1996 بشكل ملفت للإنتباه و هذا ما يبيّن الجدول التالي:

(1) معطيات إحصائية : نشرة الديوان الوطني للإحصاء رقم 256

تطور الهياكل العلاجية في الجزائر

| العناصر | 1962 | 1972 | 1982 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1995 | 1996 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| عدد المستشفيات | 156 | 143 | 173 | 181 | 180 | 180 | 184 | 184 | 184 |
| عدد العيادات متعددة الخدمات | 0 | 16 | 228 | 451 | 445 | 450 | 451 | 460 | 460 |
| عدد المراكز الصحية | 188 | 307 | 820 | 1121 | 1112 | 1111 | 1115 | 1109 | 1109 |
| عدد قاعات العلاج و الفحص | 734 | 1266 | 1660 | 3344 | 3318 | 3757 | 3794 | 3757 | 3757 |
| عدد الأسرة الإستشفائية | 37787 | 38828 | 43700 | 55544 | 56976 | 57226 | 56094 | 54219 | 54219 |

المصدر : وزارة الصحة : إحصائيات 1996

و قد دلت الإحصائيات في 31 ديسمبر 1996 أن هياكل القطاع الصحي كانت تتكون من :

| العدد | عدد الأسرة | |
|-------|------------|------------------------------|
| 176 | 3 | المستشفيات الجهوية |
| 09 | 591 سرير | العيادات الإستشفائية |
| 13 | 15845 سرير | المراكز الإستشفائية الجامعية |
| 21 | 5913 سرير | E.H.S |

المصدر : وزارة الصحة : إحصائيات 1996

بالإضافة إلى هذا تمّ إحصاء:

- 544 عيادة متعددة التخصصات
- 1143 مركز للصحة
- 4284 قاعة للعلاج
- 39 مخبر ولائي للنضافة
- 130 مخبر للتحاليل الطبية
- 106 مصلحة للأشعة

إن هذا النموّ الذي عرفته الهياكل الصحية أثر مباشرة على حجم الخدمات الصحية المقدمة و الذي انعكس على الطلب على الأدوية خصوصاً منذ سنة 1974. إن الملاحظة التي يمكن إستخلاصها هو أنه بين الفترة الممتدة بين 1962 و 1972 لم تشهد الجزائر تطوراً لهاكلها الصحية إلا بعد تبني سياسة مجانية العلاج حيث كان الإعتقاد السائد آنذاك أن الهياكل الصحية الموروثة عن فرنسا كانت كافية لتغطية الإحتياجات الصحية. و مع ذلك التحول المسجل ابتداءً من سنة 1974 شرع في إنشاء و حداث استشفائية تَبَعُهُ استرداد كبير للتجهيزات الطبية المتطورة و هذا ما أثر مباشرة على حجم الخدمات الصحية المقدمة، غير أنه في ميدان إنجاز الهياكل الصحية برزت مشاكل عديدة تمثلت أساساً في عدم إحترام برامج إنجاز هذه الهياكل التي عرفت تأخراً كبيراً بسبب قلة السُّيولة و المشاكل التقنية و الإدارية فمثلا خلال الفترة الممتدة ما بين 1980 و 1984 بلغت نسبة إنجاز المستشفيات 57 % و العيادات متعددة الخدمات 20 % و المراكز الصحية 38.5 % و الجدول التالي يوضح ذلك.

إنجاز المياكل الصحية العمومية بين 1980 - 1984.

| المراكز الصحية | العيادات متعددة الخدمات | المستشفيات | |
|----------------|-------------------------|------------|--------------|
| 717 وحدة | 656 وحدة | 18800 سرير | المبرمجة |
| 276 وحدة | 130 وحدة | 10740 سرير | المنجزة |
| 38.5 % | 20 % | 57 % | نسبة الإنجاز |

المصدر : Kamel - Kaya "Politique pharmaceutique"

أما البرنامج قيد الإنجاز إلى غاية 31 ديسمبر 1995 فإنه تمثل في:

- 07 مستشفيات
- 03 ولادات حضرية تتضمن 223 سرير
- 06 ولادات ريفية تتضمن 64 سرير
- 14 عيادة متعددة الخدمات بدون أسرة للولادة
- 40 عيادة متعددة الخدمات تضم أسرة للولادة
- 26 مركز صحي بدون أسرة للولادة
- 111 مركز صحي تضم أسرة للولادة
- 12 مخبراً ولائيا للنظافة
- 27 مركز لتصفية الدم
- عيادة متخصصة في أمراض العيون بالأغواط تضم 90 سرير
- مصلحة للأمراض النفسية تضم 40 سرير
- تحويل عيادة متعددة الخدمات بسيدي موسى (البليدة) إلى مستشفى يضم 60 سريراً.

و بحلول سنة 1996 تم تحقيق المنشآت التالية التي استلمتها المنظومة الصحية في الجزائر.

• 03 مستشفيات :

* مستشفى ب 210 سرير

* مستشفى ب 120 سرير

* مستشفى ب 45 سرير

• 03 عيادات متعددة الخدمات في المناطق الريفية

• 04 عيادات متعددة الخدمات في المناطق الحضرية

• 16 مركز للصحة

• 04 مراكز لأمراض الكلى

• 01 مخبر للنظافة

• 02 عيادات للتوليد بالمناطق الريفية.

برنامج قيد الإنجاز إلى غاية 31 ديسمبر 1996:

و يتمثل في الهياكل التالية:

• 09 مستشفيات :

* 02 مستشفيات تستوعب 240 سرير

* 05 مستشفيات تستوعب 120 سرير

* 02 مستشفيات تستوعب 60 سرير

• 03 عيادات للتوليد في المناطق الحضرية ب 192 سرير

• 05 عيادات للتوليد في المناطق الريفية ب 60 سرير

• 41 عيادة متعددة الخدمات بدون أسيرة للتوليد

• 12 عيادة متعددة الخدمات تحتوي على أسيرة للتوليد

• 71 مركز صحي بدون أسيرة للتوليد

• 100 مركز صحي يحتوي على أسيرة للتوليد

• 15 مخبر للنظافة

• 18 مركز خاصا بأمراض الكلى

• 20 تهيئة و بناء لمدارس شبه طبية

إن هذا الحجم الكبير من الهياكل المشيد منها و الذي في طريق التشييد هو معيار لتزايد الطلب على الخدمات الصحية و معيار لتزايد إستهلاك الأدوية بصفة خاصة.

3.1. الديموغرافية الطبية

إلى جانب الحجم الكبير للهياكل الطبية الذي عرفته الجزائر، فإن الطبيب باعتباره واصف الأدوية هو في حد ذاته واحد من العوامل الأساسية لإرتفاع حجم الطلب على الأدوية.

لقد بذلت الجزائر جهوداً كبيرة في مجال تكوين عمال السلك الطبي على وجه الخصوص من أطباء، جراحين، مرضين، أخصائيين إلخ...

فلقد قُدِّر عدد الأطباء في نهاية سنة 1994 بـ 36202 طبيب في حين لم يتعدى 9000 طبيب في كل من تونس و المغرب. و لقد بلغ مجموع عمال القطاع الصحي مع نهاية سنة 1996 بما مجموعه 185705 شخص مقسمين على الشكل التالي:

| | |
|---------|---------------------------------|
| 39355 = | عمال السلك الطبي ⁽¹⁾ |
| 85296 = | عمال السلك شبه الطبي |
| 13111 = | عمال الإدارة |
| 47459 = | عمال الخدمات و الجناح التقني |
| 484 = | عمال آخرون |

(1) Annuaire des statistiques 1996 Ministère de la Santé

إنّ هذا التطور الذي مسَّ سلك الأطباء على وجه الخصوص و المجالات الوظيفية الأخرى ساهم بشكل كبير في إرتفاع مستويات الإستهلاك الصيدلاني.

1.3.1. سلك الأطباء

يعتبر الأطباء أحد المحدّدين لحجم استهلاك الدواء، و يأتون بذلك في مقدّمة دوافع الطلب على الأدوية، بل و يُعتبرون المسؤولون الأولون و المباثرون عن ارتفاع مستويات الإستهلاك الصيدلاني في الجزائر، و لقد شهد سلك الأطباء نمواً معتبراً في عدد الأطباء. فخلال 25 سنة أي في الفترة الممتدة ما بين 1962 - 1986 تمّ تكوين 15000 طبيب و ما بين 1987 و 1992 تمّ تكوين 14000 طبيب في حين بلغ في نهاية سنة 1996 : 39355 طبيب و هو بذلك يمثل 21.2 % من مجموع عمال القطاع الصحي و موزع على النحو التالي:

- 8196 متخصص منهم 2746 طبيب من القطاع الخاص
- 3546 طبيب قيد التخصص
- 15907 طبيب عام من بينهم 4946 طبيب من القطاع الخاص

و يتوزع الأخصائيين العاملين في القطاع العمومي على النحو التالي :

عدد الأطباء الأخصائيين : 5450 (في سنة 1996)

منهم : 55 % في المراكز الإستشفائية الجامعية

33 % في القطاعات الصحية

10 % في E.H.S

أما بقية الأنحصائيين و البالغ عددهم 1746 طبيب التابعين للقطاع الخاص فيمثلون 33.5 % بما مجموعه 2746 طبيب في حين ينشط 91 أخصائي في المؤسسات العمومية بما يمثل 1.1 %

فيما يخص الأطباء العاميين فيتوزعون على الشكل التالي :

- 10420 طبيب ينشطون في القطاع العمومي بنسبة 65.5 %
- 4946 طبيب ينشطون لحسابهم الخاص بما يمثل 31 %
- 541 طبيب ينشطون في المؤسسات العمومية بمعدل 3.4 %

و حتى بالنسبة للأطباء المشتغلين في القطاع العمومي فيتوزعون على النحو التالي :

- 91 % يشتغلون في قطاع الصحة
- 6.4 % يشتغلون في المراكز الإستشفائية الجامعية
- 1.4 % يشتغلون في E.H.S.

و من خلال هذه المعطيات الإحصائية لسنة 1996 فإن الكثافة الطبية على المستوى الوطني تتمثل فيما يلي :

01 طبيب لكل 1308 نسمة.

فيما يخص القطاع الخاص فإن إجمالي الأطباء في سنة 1996 قد بلغ 13672 أي بزيادة 4.1 % بالمقارنة مع سنة 1995 و هذا تفصيل لسلك القطاع الخاص.

إن الملاحظة هنا تكمن في أن الأطباء العموميون يشكلون أكبر نسبة في العدد الإجمالي للأطباء الممارسين في النظام الصحي الجزائري حيث بلغت:

• 73.57 % في سنة 1991

• 72.96 % في سنة 1992

• 70.90 % في سنة 1993

• 72.62 % في سنة 1995

و يشمل الأطباء العموميين كل من الأطباء العامون، المقيمون و الأخصائيون. أما بخصوص القطاع الخاص فإن إجمالي الأطباء في سنة 1996 قد بلغ 13672 طبيبا أي بزيادة 4.1% بالمقارنة مع سنة 1995 و هذا تفصيل لسلك القطاع الخاص.

يتوزع أطباء القطاع الخاص على الشكل التالي:

• 2746 أخصائي بمعدل 20%

• 4946 طبيب عام بمعدل 36 %

أما بالمقارنة مع سنة 1995 فقد سُجِّل ارتفاع عدد الأخصائيين بنسبة 8.62% في سنة 1996، أما عدد الأطباء العامون فقد بقي ثابتاً نسبياً.

إنّ ما يمكن استخلاصه هنا هو الجهود المبذولة من طرف الجزائر في مجال تكوين عمال السلك الطبي خاصة انطلاقاً من سنة 1976 التي شهدت تخرج أول دفعة إصلاح التعليم الطبي الذي شرع فيه انطلاقاً من سنة 1971 و الرامي إلى تكوين 1000 طبيبا سنوياً، هذا ما ساعد على الزيادة في استهلاك الأدوية بشكل خاص ففي سنة 1988 بلغت قيمة الأدوية المستهلكة عن طريق الوصفات الطبية 1471457 مليون دينار. غير أن هذه المعطيات لا تخفى عدم التوازن الجهوي في مجال التغطية الطبية فعلى سبيل المثال كان المؤشر في 31 ديسمبر 1995 على مستوى بعض الولايات كما يلي:

| | |
|-------------------|---------------------|
| □ الجزائر العاصمة | : طيب لكل 434 نسمة |
| □ وهران | : طيب لكل 740 نسمة |
| □ قسنطينة | : طيب لكل 864 نسمة |
| □ إيزي | : طيب لكل 3386 نسمة |
| □ تمراس | : طيب لكل 217 نسمة |
| □ أدرار | : طيب لكل 2105 نسمة |
| □ تندوف | : طيب لكل 853 نسمة |
| □ الواد | : طيب لكل 2340 نسمة |
| □ غليزان | : طيب لكل 3252 نسمة |
| □ الشلف | : طيب لكل 3447 نسمة |

2.3.1. أطباء الأسنان

هذا القطاع شهد هو الآخر تطوراً ملحوظاً حيث انتقل عدد أطباء الأسنان من 36 طبيباً في سنة 1963 إلى 279 طبيباً في سنة 1973، أي بزيادة سنوية تقدّر بـ 24 طبيباً غير أن هذا العدد لم يكن في هذه الفترة في مستوى الإحتياجات الصحية للسكان بحيث قدر مؤشر التغطية الصحية سن 1973 بطبيب أسنان واحد لكل 40497 نسمة.

و هذا التأخر في تكوين أطباء الأسنان يمكن إرجاعه إلى عدم معرفة حاجيات السكان الصحية في مجال علاج الأسنان لكون علاج الأسنان يعتبر حاجة صحية مجهولة⁽¹⁾ مقارنة بالطب العام أو المتخصص و كذلك إعطاء الأفضلية لطلبة الطب العام أو المتخصص من حيث المكانة و الإهتمام و حتى الأجور.

(1) Brahim Brahmia : la dynamique du système de santé Algérien op cit p. 61.

في الفترة ما بين 1974 و 1984 انتقل عدد أطباء الأسنان من 410 طبيباً في سنة 1974 إلى 490 طبيباً في سنة 1984، أما الأطباء الأجانب فقد ارتفع من 84 طبيباً في سنة 1974 إلى 216 طبيباً في سنة 1984. و ما يميز هذه الفترة هو تغطية كل طبيب أسنان لـ 8369 نسمة و هذا ما يعني الجهد المبذول في تكوين أطباء الأسنان.

في سنة 1985 زصل عدد أطباء الأسنان إلى 2644 طبيب ليصل إلى 7763 في نهاية سنة 1994 حيث بلغ مؤشر التغطية في 1995/12/31 بطبيب أسنان لكل 3773 نسمة⁽¹⁾ و للإشارة هنا فقد استغنت الجزائر في سنة 1994 نهائياً عن الإستعانة بالأطباء الأجانب. في سنة 1996 بلغ عدد جراحي الأسنان 7837 طبيب من بينهم 2561 تابعين للقطاع الخاص حيث بلغت الكثافة الطبية بذلك جراح أسنان واحد لكل 4861 نسمة.

و يشكل أطباء الأسنان العموميين أكبر نسبة من مجموع أطباء الأسنان الممارسين في النظام الصحي الجزائري مقارنة بالقطاع الخاص حيث بلغ متوسط هذه النسبة للفترة (1991 - 1993) 71 % و هذا ما يجعلهم يلعبون أدواراً كبيرة في توجيه و دفع الإستهلاك الصيدلاني في الجزائر.

(1) Brahim Brahmia : la dynamique du système de santé Algérien

op cit 61

تطور أطباء الأسنان مع المقارنة بين القطاع العمومي و القطاع الخاص
الفترة ما بين (1991 - 1996)

| 1996 | | 1995 | | 1993 | | 1992 | | 1991 | | السنة | القطاع |
|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|----------------|
| % | العدد | % | العدد | % | العدد | % | العدد | % | العدد | | |
| 67 | 5276 | 69 | 5583 | 69 | 5451 | 71 | 5567 | 73 | 5528 | | القطاع العمومي |
| 33 | 2561 | 31 | 2473 | 27 | 2105 | 25 | 1919 | 22 | 1657 | | القطاع الخاص |

Annuaire statistique 1991 et 1996 Ministère de la Santé

3.3.1. الصيدالة

لم يخضى سلك الصيدالة بالإهتمام المطلوب بعد الإستقلال، فلقد تم تكوين 542 صيدليا ما بين سنة 1962 و 1974 أي بمتوسط سنوي يقدر بـ 47 صيدليا و قد بلغ العدد الإجمالي للصيدالة 542 صيدليا في سنة 1974 من بينهم 101 صيدليا أجنبية⁽¹⁾ وقدر مؤشر التغطية في سنة 1974 بـ صيدلي واحد لكل 27095 نسمة و يجب الإشارة هنا أنّ المهام الأساسية للصيدالة تتمثل في:

- تسيير المنتجات الصيدلانية
- صناعة الدواء
- إعداد المستحضرات الصيدلانية
- المراقبة النوعية للدواء
- التحاليل البيولوجية ... إلخ

و انطلاقا من سنة 1991 تحسّن مؤشر التغطية حيث بلغ صيدلي واحد لكل 10082 نسمة و انتقل في سنة 1994 إلى صيدلي واحد لكل 8115 نسمة ليصل في سنة 1996 إلى صيدلي واحد لكل 4861 نسمة.

و هذا ما يدلّ على التطور العددي للصيدالة و بالتالي زيادة مراكز توزيع الأدوية ممّا يعني حتما الزيادة في إستهلاك الأدوية من طرف الأشخاص، و البيان التالي يُبين مدى تطور عدد الصيدالة منذ الإستقلال.

التطور العددي للصيدالة (جزائريون و أجانب) في الفترة ما بين (1963 - 1996)

| السنوات | 1963 | 1973 | 1983 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|------------------------|-------|-------|-------|------|------|------|------|
| الصيدالة | | | | | | | |
| جزائريون | 70 | 332 | 1130 | 3186 | 3425 | 3691 | 7837 |
| أجانب | 194 | 64 | 64 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| المجموع | 264 | 396 | 1194 | 3185 | 3425 | 3691 | 7837 |
| مؤشر التغطية | | | | | | | |
| عدد السكان لصيدلي واحد | 40127 | 36900 | 17152 | 8537 | 8115 | 7991 | 4861 |

- Brahim Brahmia : la dynamique du système de santé Algérien p.66

- Annuaire des statistiques 1996 Ministère de la Santé

إذن و بالإضافة إلى العوامل السالفة الذكر هناك عوامل أخرى أثرت على إستهلاك الدواء نوجزها فيما يلي :

- الإشهار الكبير المستعمل للأطباء كوسيلة لترويج الدواء عن طريق الوصفه للمرضى
- انخفاض سعر الدواء لفترة طويلة جعله في متناول الجميع و هذا بسبب تدعيم الدولة له و قد ساهم في ارتفاع ظاهرة الإستهلاك الذاتي للدواء، فمنذ السبعينات و إلى غاية نهاية الثمانينات فإن أسعار الأدوية قد تطور بمعدل سنوي يقدر بـ 1.5 %
- تهريب الأدوية إلى الخارج بسبب سعرها المنخفض و هي عادة أسعار أقل من الأسعار التوازنية و هنا نلاحظ أن المؤسسات الصيدلانية و إلى غاية التسعينات ظلت تحدد أسعار الدواء إدارياً دون أن تأخذ بعين الإعتبار التكاليف الحقيقية مما فتح المجال لتهريبها إلى خارج الحدود الجزائرية.

المبحث الثاني : تركيبة استهلاك الأدوية في القطاعات الصحية

تمهيد

إن غياب صورة واضحة للتشخيصات المرضية و غياب التقييم المنتظم للحالات المرضية باستثناء مرض "السل" الذي في بعض البرامج الوطنية يعد المشكل الأول في صياغة سياسة صيدلانية فعالة على المدى المتوسط و طويل الأمد. غير أن ربط الإستهلاك الصيدلاني بالتشخيصات المرضية أو بالمصالح الطبية من شأنه أن يساعدنا على إعطاء فكرة واضحة على نموذج الإستهلاك الذي يميز القطاعات الصحية.

1.2. هيكل الإستهلاك حسب الأصناف العلاجية.

إن هيكل الإستهلاك حسب الأصناف العلاجية مرتبط بعدة عوامل تبدأ من التكوين، الإعلام، واصفي الدواء، مداخيل الأشخاص، المستهلكين و إلى غاية توفر الأدوية الموصوفة. إن تسيير الأدوية حسب الأصناف العلاجية، يفترض أن المؤسسات المكلفة بالتسوين تمتلك قدرة كبيرة في التأثير على عمليات التموين و الإستهلاك و التوزيع. مثل وضع دليل لتوجيه الممارسين الطبيين على وصف أصناف علاجية معينة أو استبدال منتج بمنتج آخر بنفس المفعول العلاجي و هو ما لا يوجد لدى مؤسساتنا.

إن هذا النظام من التسيير يفترض توفر عاملين أساسيين.

- 1- وجود تنسيق بين الإطارات الصحية و المؤسسات المكلفة بتموين السوق.
- 2- وجود داخل مؤسسات التموين إرادة قوية من أجل اتخاذ كل التدابير لمعرفة الإحتياجات من الأدوية و الحد بالتالي من طرف العملات الصعبة.

في الحقيقة، لا تتوفر في الجزائر هذه الشروط غير أن معظم الدراسات التي أنجزت في هذا الإطار أفرزت نفس النتائج و أعطت لنا فكرة واضحة حول الأصناف العلاجية الأكثر استهلاكاً في القطاعات الصحية و هو ما يظهر لنا واضحاً في الجدول التالي :

الإستهلاك الصيدلاني حسب الأصناف العلاجية
على مستوى المستشفى الجامعي بتلمسان في سنة 1997

الوحدة : دج

| الإستهلاك | | الأصناف العلاجية |
|-----------|-----------------|------------------|
| بالنسب % | بالقيمة (د ج) | |
| 10,10 | 726798,36 | أمراض القلب |
| 21,87 | 1573475,16 | أمراض الكلى |
| 4,80 | 345527,36 | الأمراض العصبية |
| 17,35 | 1248252,48 | الأمراض العقلية |
| 21,29 | 1531651,57 | الأمراض المعدية |
| 4,91 | 353097,32 | أمراض العيون |
| 4,51 | 324687,41 | أمراض المعدة |
| 3,48 | 250360,98 | أمراض الأذن |
| 11,70 | 839473,68 | أمراض النساء |
| 100 % | 7193306,32 | المجموع |

المصدر : معلومات مؤخودة من الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان.

من الجدول المبيث أعلاه، تتضح لنا المكانة الهامة التي تحتلها أدوية الأمراض المعدية في الإستهلاك الإجمالي، حيث تقدر نسبة الإستهلاك من هذا الصنف العلاجي^{21,87}% و هو أمر مقبول نظرا لاستمرار وجود الأمراض المنتقلة (Transmissibles) التي ترتبط أساسا بنظافة المحيط وكذلك بعادات الوصف الطبي.

و مثل هذه الأمراض تستدعي رعاية كبيرة و علاجا طويلا و مكلفا و هو ما يفسر توجه السكان إلى المستشفيات للعلاج من هذه الأمراض.
و من باب المقارنة استوقفتنا دراسة مستخلصة من تقرير للوزارة أعدت لتغطي الفترة ما بين 1974 و 1982 حول مكانة كل صنف علاجي للأدوية في الشرق الجزائري.

مكانة كل صنف علاجي في السوق الجزائري 1974-1982

بالنسب % للوحدات المباعة

| الأصناف العلاجية | % |
|--|--------|
| الأدوية ضد الأمراض المعدية | 23,7 % |
| الأدوية الخاصة بالأمراض العصبية | 10,5 % |
| الأدوية الخاصة بالأمراض الجلدية | 09,3 % |
| الأدوية الخاصة بأمراض العيون | 8,5 % |
| الأدوية الخاصة بأمراض المعدة و الأحشاء | 7,8 % |
| الأدوية الخاصة بأمراض الرئة و التنفس | 2,8 % |

حسب هذه الدراسة فإن المكانة التي تحتلها الأدوية الخاصة بالأمراض المعدية تعتبر منطقية من حيث أن الأمراض المعدية كانت بحجم كبير نظرا لتعلقها بنظافة المحيط الذي قل الاهتمام به. غير أن الملفت للانتباه هو المكانة الثانية التي تحتلها الأدوية الخاصة بالأمراض العصبية، و هو ما يمكن تفسيره بالعادات التي يتحلى بها الأطباء الواصفون للأدوية حيث و في الكثير من الأحيان ^{بضيق} دواء ضد الالتهاب إلى وصفة علاجية ضد الأمراض المعدية

"Association d'un Anti-inflammatoire à un traitement Anti-infectieux"

عموما من خلال هذه الدراسة و من خلال تلك التي أجريناها من معطيات خاصة من مستشفى تلمسان فإن النتائج التي تحصلنا عليها أثبتت لنا دور المؤسسات الاستشفائية في التكفل ببعض الأمراض الخطيرة و المكلفة.

2.2. استهلاك المواد الصيدلانية حسب المصالح الطبية :

إن الإستهلاك الصيدلاني حسب المصالح الطبية متوقف على عدة عوامل منها على وجه الخصوص، عدد المعينات، عدد القبول، عدد أيام الإستهفاء الخ... و كذلك طبيعة الوصف الطبي. و في هذا المجال يضم المستشفى الجامعي بتلمسان 21 مصلحة موزعة على الشكل التالي :

المستشفى الجامعي بتلمسان 1997

| الدوائر | المصالح | عدد الأسرة |
|------------------------|---------|------------|
| الطب | 11 | 325 |
| الجراحة | 06 | 291 |
| الإستعجالات | 01 | 20 |
| أمراض النساء و التوليد | 01 | 114 |
| الأمراض العقلية | 01 | 60 |
| الإنعاش | 01 | 02 |

و قد سجل في سنة 1997 ما يقارب 24636 مريض دخل المستشفى زيادة عن سنة 1996، و هذه الزيادة ترجع إلى العوامل التالية التالية :

1- تدعيم بعض المصالح بالكفاءات الطبية مثل مصلحة أمراض النساء و التوليد.

2- تحسين التكفل بالمرضى.

و نشير هنا على سبيل المثال أن مصلحة أمراض النساء و التوليد شهدت استقبال 7960 مريضة في سنة 1997 مقابل 5811 في سنة 1996 و هذا راجع لعودة الأطباء الأخصائيين من الخدمة الوطنية. هذه الأسباب و غيرها سمحت للمستشفى بالزيادة النسبية لنشاطه و هذه الزيادة أدت كذلك إلى الزيادة في استهلاك الأدوية بالمقارنة مع السنوات الأخرى. و هذا الجدول يبين نشاط و حركة دائرة الطب في سنة 1997 بالمستشفى.

نشاط و حركة دائرة الطب بمستشفى تلمسان

سنة 1997

| عدد الأيام | المقيمون | الفحص | المصلحة |
|------------|----------|-------|----------------------|
| 13323 | 1689 | 18999 | طب الأطفال |
| 4375 | 454 | 3986 | الطب الداخلي |
| 5620 | 474 | 2970 | طب الأعصاب |
| 14996 | 1187 | 15089 | أمراض القلب |
| 7992 | 665 | 3642 | أمراض الرئة و التنفس |
| 5220 | 574 | 882 | أمراض المعدة |
| 578 | 71 | 3638 | أمراض الجلد |
| 10163 | 902 | 2610 | الأمراض المعدية |
| | 6016 | | المجموع |

المصدر : ميزانية التسيير لسنة 1997 مستشفى تلمسان

معدل دوران المتوسطي كان 30 مريضا للسريير الواحد في سنة 1997 مقابل 27 مريض للسريير الواحد في سنة 1996. بمستشفى تلمسان. إن هذا الاقبال الكبير للسكان على المستشفيات و من تتبعنا لحركة و نشاط مستشفى تلمسان، اتضح لنا المكانة الكبيرة التي تحتلها الدوائر الطبية في الاستهلاك الاجمالي حيث ب 6016 مريض في دائرة الطب يعني الارتباط الكبير بين هذه الدائرة و خصوصيات الأمراض المعالجة التي تتميز بطول فترة علاجها و كثرة استهلاكها للأدوية.

و إذا كانت دائرة الطب تستقطب النسبة الكبيرة من المرضى فإن معظم الأمراض مرتبطة بنظافة المحيط و هذا ما يدل على قلة و عدم الاهتمام ببرامج الوقاية و هو ما يدفعنا إلى التفكير في صياغة سياسة صحية تأخذ في الحسبان برامج الوقاية، التوعية الصحية، التلقيح إلخ...).

و تجدر الملاحظة هنا أن القيمة الإجمالية للاستهلاك على مستوى دائرة الطب تتوزع

كما يلي : 48 % كمضادات حيوية

52 % أدوية متنوعة

3-3 الإستهلاك حسب أصناف السلك الطبي :

إن مختلف البحوث المنجزة في هذا الميدان، أوضحت أن أطباء القطاع الخاص يتميزون عن زملائهم في المؤسسات الصحية العمومية من حيث عدد الوصفات المحررة و كذلك من حيث كميات الأدوية الموصوفة في كل وصفة طبية. و لقد أجريت دراسة على مستوى بلدية قسنطينة⁽¹⁾ أفضت إلى النتائج التالية :

¹ Sid Ali Kaya Kamel: politique pharmaceutique,op cit p.14

توزيع أسطر الوصفات حسب أصناف السلك الطبي (بلدية قسنطينة)

| النسبة % | أصناف السلك الطبي |
|----------|-----------------------------------|
| 43,32 % | الأطباء العامون للقطاع الخاص |
| 20,76 % | الأطباء العامون للقطاع العمومي |
| 20,63 % | الأطباء الإحصائيون للقطاع الخاص |
| 12,68 % | الأطباء الإحصائيون للقطاع العمومي |
| 2,61 % | آخرون |
| 100 % | المجموع |

فالملاحظ هنا أن 64 % من أسطر الوصفات الطبية يقف وراءها القطاع الخاص بالرغم من أن عددهم لا يشكل إلا 16% من إجمالي عدد الممارسين الطبيين. كما نلاحظ أن الطبيب العام يحرر أكبر عدد من أسطر الوصفات مقارنة مع الإحصائيين.

خاتمة الفصل

إن الخلاصة المستنتجة من هذا الفصل هي أن القطاعات الصحية تمتلك من الإمكانيات ما يجعلها تساهم و بشكل فعال في الاستهلاك الصيدلاني و ذلك للاعتبارات التالية :

أ- إنتشار الهياكل الصحية العمومية حيث سجلت في سنة 1996 وجود⁽¹⁾.

- 232 مستشفى
- العيادات المتعددة الخدمات 446
- قاعات العلاج 3748
- عدد أسرة المستشفيات 53125

ب- وجود عدد كبير من الأطباء و أطباء الأسنان الذين يعتبرون المسؤولين المباشرين في تحرير الوصفات الطبية و بالتالي في تحديد مستويات الاستهلاك.
و هذا ما يوضحه الجدول التالي :

| التعيين | 1995 | 1996 |
|---------------|-------|-------|
| الأطباء | 25317 | 25652 |
| أطباء الأسنان | 8056 | 7837 |

المصدر : وزارة الصحة و السكان

الأطباء : أطباء عموميون + إختصاصيون + المقيمين بالمستشفيات الجامعية.

(1) الجزائر بالأرقام - وزارة الصحة 1996.

ج- الفحوصات التي تنتهي بالوصف الطبي و بالمكوث بالمستشفى و التي يتكفل المستشفى بتكاليفها أو بالفحوصات التي تنتهي فقط بالوصف الطبي و التي يتكفل المريض بمصاريفها و الملاحظ هنا أنه في السنوات الأخيرة أصبح المريض داخل المستشفى يتكفل بجزء من مصاريف الأدوية و في بعض الأحيان بمعظمها نظرا للمشاكل المالية التي تواجهها المؤسسات الصحية، غير

أنه في الكثير من الأحيان نجد أن السبب الذي يقف وراء انفاذ بعض الأدوية في القطاعات الصحية هو سوء التوزيع لهذه الأدوية.

غير أن جميع العوامل لم تحدد من زيادة الاستهلاك الصيدلاني الإجمالي في السنوات الأخيرة و الذي قدر بـ 550 مليون دولار في سنة 1994 حيث بلغ استهلاك الفرد الواحد في الجزائر في سنة 1996 بـ 166 دولار أي نمو الاستهلاك الصيدلاني بمعدل 2,5% من معدل زيادة النمو الديمغرافي. و هو ما يدفعنا إلى تحليل الإستهلاك و المخزون على مستوى الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان لفهم طرق التسيير المتبعة و أسباب ندرة الأدوية المتعلقة أساسا بسوء التوزيع و التسيير.

الفصل الرابع

تحليل الإستهلاك و المخزون على

مستوى الصيدلية المركزية

البحث الأول : المستشفى كمنظمة للرعاية الصحية

تمهيد:

إن المستشفى الحديث يعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية و المكان المؤدي لتوصيل رعاية المريض و أيضا تدريب الأفراد العاملين في القطاع الصحي و كذلك أداء البحوث الطبية و الصحية. و لما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تساهم في تحقيق التنمية الإجتماعية، فقد إزداد الإهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات و الإنفاق عليها.

و المستشفى، بما يشمله من موارد مادية و بشرية يعد المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج للرعاية الطبية، فهو القلب المهني و الإقتصادي للممارسة الطبية و المطبق للخدمة و التكنولوجيا الطبية بصفة مستمرة .

من هذا المنطلق كان إهتمامنا بمستشفى تلمسان من دافع دراسة نظم تسيير الأدوية و تحليل أسباب ندرة هذه المادة أحيانا ووجود مخزون غير لازم أحيانا أخرى و لايمكن القيام بهذه الدراسة إلا في إطار النشاط و التنظيم العام للمستشفى، فالعوامل متعددة تؤثر في بعضها البعض و قبل هذا يجدر بنا التطرق لمفهوم المستشفى، ووظائفه، خصائصه لنحدد الإطار الذي من خلاله ندرس قسم الصيدلية على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان.

1.1. مفهوم ووظائف المستشفى:

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (Américan Hospital Acociation) (1) المستشفى بأنه " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرض التشخيص و العلاج اللازمين".⁽¹⁾

أما منظمة الصحة العالمية، فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي بأنه " جزء اساسي من تنظيم إجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أم وقائية، و تمتد إلى الخدمات العيادية الخارجية.

إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين و للقيام ببحوث إجتماعية حيوية"⁽²⁾.

إذن مهما اختلفت المفاهيم، و مهما اختلفت وظائف المستشفيات بعضها عن بعض إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم بما فيها المركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان، موضوع دراستنا:

- 1- تحقيق مستوى عال من الرعاية الطبية للمريض و للمصاب.
- 2- توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة لتعزيز صحة المجتمع.
- 3- تعليم و تدريب العاملين في المجالات الطبية و التمريضية.
- 4- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية و العلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة .

(1) إدارة المستشفيات: حسان محمد نذير ص.25 المملكة العربية السعودية. 1990

(2) إدارة المستشفيات: حسان محمد نذير 1990 ص.34.

فالمستشفى بهذا يعتبر من المنظمات الفنية الإجتماعية المعقدة نظرا لا شتماله على عدد كبير من العاملين، و تعدد التخصصات الدقيقة في اقسامه المختلفة، و لتنوع أساليب التكنولوجيا المستخدمة في التشخيص و العلاج فهو نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة و خصائص مختلفة، كما يعتبر بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به و يؤثرون فيه.

إذن المستشفيات هي أولا وقبل كل شيء منظمات خدمية ذات طبيعة فريدة UNIQUE و متميزة لأن لها سمات أخصائص تنظيمية تميزها عن باقي المنظمات فما هي الخصائص المميزة للمستشفيات الحديثة؟.

- 1- يتميز المستشفى بنظام خدمة مستمرة لا استقبال المرضى على مدار اليوم⁽¹⁾.
- 2- يعتبر المستشفى من المنظمات الفنية الإجتماعية المعقدة نظرا لإشتماله على عدد كبير من العاملين و تعدد التخصصات الدقيقة في أقسامه المختلفة.
- 3- تعتمد الأنشطة المؤداة في المستشفى على بعضها البعض، مما يتطلب درجة عالية من التنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة.
- 4- يستلزم العمل بالمستشفى درجة عالية من التخصص.
- 5- يتطلب تنسيقا دقيقا من خلال وظائف متنوعة ذات طابع تخصصي متداخل في المهام لتحقيق الأهداف المرسومة بكفاءة عالية.
- 6- إن الجزء الأكبر من العمل يحمل صفة الإستعجال أو الطوارئ و طبيعته لا تختمل التأجيل.

(1) إدارة المستشفيات: فريد راغب نجار ص. 41

7- يعتبر المستشفى بمثابة نظام لا يمكن توحيد نشاطاته وذلك لإختلاف إحتياجات المرض و متطلباتهم الصحية بعضهم عن بعض و ذلك على خلاف الوضع في المنظمات الصناعية التي تركز على منتج له مواصفات محددة، فضلا عن عدم إمكانية قياس حجم العمل به بدقة في أي وقت من الأوقات نظرا لإختلاف المشكلات الصحية التي يواجهها وذلك على عكس الوضع في المنظمات الصناعية حيث يمكن تحديد الوقت المستغرق لكل ناتج⁽¹⁾

8- تتميز المستشفيات بوجود خطين للسلطة:

- الأول: خط سلطة الوظيفة الرسمية ممثلا بالجهاز الإداري.

- الثاني: خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الطبي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ .

9- يتصف المستشفى بتحديد الوظائف التي يعسى إلى تحقيقها في وقت واحد مثل تحقيق

رعاية طبية جيدة و التدريب و التعليم و البحوث و هذا فلما نجده في المنظمات الأخرى⁽²⁾

10- يتصف المستشفى بأنه نظام حي لقيام عدة أشخاص بأدوات تنظيمية متداخلة تتطلب

تنسيقا دقيقا من خلال وظائف متنوعة ذات طابع تخصصي متداخل في المهام لتحقيق الأهداف المرسومة بكفاءة عالية.

11- تعتمد الأنشطة المؤدات في المستشفى على بعضها البعض، مما يتطلب درجة عالية من

التنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة.

12- يتعامل المستشفى في صراع مع مشكلة الحياة و الموت مما يجعل العاملين به تحت

ضغوط بصفة مستمرة ولذا فهي ليست منظمة خدمية عادية .

(1) إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية و الطبية : فريد راغب نجار الطبعة الثانية القاهرة 1981 ص.17-18

(2) الإدارة في المستشفيات الخاصة دراسة تحليلية بحث رقم 4 الفرقة التجارية مجدة 1982 ص 35 .

13- يعتبر المستشفى نظاما مركبا من عدة أنظمة فرعية فهي تجميع لعدة أنظمة لكل منها طبيعة مميزة⁽¹⁾ و هذا في حد ذاته يمثل تحديا لإدارة المستشفى و المشرفين عليها حيث أن لكل واحد من هذه النظم خصائصه و يتميز أعضاؤه بسلوك تنظيمي يختلف عنه بالنسبة لأعضاء النظام الفرعي الآخر.

14- إن المستشفيات العامة تهتم جميع أفراد المجتمع و هذه الأهمية تزداد يوما بعد يوم و خاصة في ضل استحداث طرق علاجية و تمريضية جديدة.

15- صعوبة التنبؤ بحجم الطلب على خدمات المستشفى نظرا لأن العلاج تحكمه إعتبارات شخصية و عوامل غير مظهورة في الوقت الذي يصعب فيه تنميط العمل أو ميكنة جزء منه.

(1) تسويق الخدمات الصحية. فوزي مذكور كلية القاهرة إيتراك للنشر و التوزيع ص. 18.

2.1. عوامل اعتماد الخدمة الطبية المقدمة في المستشفى

تعتمد الخدمة الطبية المقدمة في المستشفى على جانبين أساسيين:

أولهما: تشخيص الطبيب المعالج.

ثانيهما: الدواء الذي يوصي به هذا الطبيب.

و لما كان تأمين الدواء الموصي به بالتنوع المناسبة و بالكمية اللازمة ، أمرا يقوم به قسم الصيدلة، فإنه يبدو جليا أهمية دور هذا القسم في تقديم الخدمة الطبية للمرض بالمستشفيات. و سوف أتناول دور هذا القسم من خلال عرض مهامه و تنظيمه و كيفية إدارته و تشغيله بما يكفل ممارسته لنشاطه بطريقة إيجابية مع عرض لأوجه القصور في أداء الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان و أسلوب مواجهة هذا القصور.

مهام قسم الصيدلية في المستشفى:

تؤدي الصيدلية العديدة من المهام في مجال امين و توزيع و صرف الأدوية و المستلزمات الطبية و من هذه المهام:

- إستلام الوصفات الطبية التي يمشير بها الطبيب المعالج.
- تنظيم إجراءات توزيع الأدوية على المرضى المنومين في المستشفى⁽¹⁾ بما يكفل سلامة وسرعة و وصولها إليهم، و تعويض ما نقص من رصيد أدوية و مستلزمات محطات التمريض بأجنحة المرضى المنومين و قسم الطوارئ و غرف العمليات.
- تأمين الأدوية و المستحضرات الصيدلانية التي يحتاجها المستشفى في الوقت المناسب و بالجودة المطلوبة من المصادر المتعددة و بالكمية و بالأسعار الملائمة.
- تخزين الأدوية بالطرق المناسبة بما يكفل سلامة حفظها و سرعة تناولها.

(1) و يقصد بهم المرض النقيبين بالمستشفى قصد العلاج

- تحضير و تركيب بعض الأدوية و المحاليل و المراهم و غيرها من المستحضرات الصيدلانية و تعبئتها في العبوات الخاصة بها .
- تحديث دليل الأدوية بالمستشفى بما يؤدي إلى إعلام الأطباء بالمتاح بالصيدلية من الأوية و المستحضرات الطبية بجانب الجديد الوارد إلى صيدلية المستشفى .
- و أخيرا المشهمة في برامج تعليم و تدريب طلبة كلية الطب فيما يتعلق بعلم الصيدلة .

1.2.1. المركزية و اللامركزية في توزيع و صرف الأدوية:

تعني مركزية توزيع الأدوية و المستحضرات الطبية للمرض المقيمين بالمستشفى و صرفها لمرض الطوارئ، أن الصرف يتم عن طريق مركز واحد يقوم بهذا النشاط بينما في ظل نظام لا مركزية توزيع الأدوية يكون هناك أكثر من مركز يناط به التوزيع ففي ظل مركزية التوزيع يمكن الإستفادة القصوى من الخبرات المتاحة، و كذلك يمكن الإشراف التام على مزاولة المهنة بما يؤدي إلى إنجازها بشكل أفضل، فضلا عن التوفير في المساحات و الغرف، بالإضافة إلى توفير نفقات التشغيل الإضافية وهذا الأسلوب هو المعتمد في صيدلية مستشفى تلمسان- محل دراستنا.

3.1. توزيع الأدوية و صرفها:

تتنوع أساليب توزيع الأدوية و المستحضرات الصيدلانية تبعا لنوع الخدمة الطبية المقدمة، فإما أن يتم صرف الأدوية مباشرة على ضوء الرصفات الطبية التي يحررها الأطباء المعالجون وهذا ما يحدث عادة في حالات الطوارئ أو يتم التوزيع طبقا لإحدى الطرق التالية وهذا بالنسبة للمرض المقيمين بالمستشفى:

أ- التوزيع حسب إجمالي الجرعة الكلية:

تركز هذه الطريقة على إرسال الأدوية و المستحضرات الطبية الخاصة بالمرضى المقيمين بكميات تكفي مدة الإستخدام التي حددها الأطباء المعالجون لمرضاهم. ويتم وضع هذه الأدوية و المستحضرات في مخزن الأدوية. تمحطات التمريض أي على مستوى كل مصلحة. وعندما تقترب هذه الأدوية من النفاذ، تقوم وحدة التمريض بإعادة طلب الأدوية و المخاليل الناقصة، أما لأدوية المتبقية فترسل أو ترجع إلى الصيدلية إما لإتلافها إذا أنتقضت مدة صلاحيتها أو للإستفادة من بعضها ثانية.

ب- التوزيع حسب الجرعة اليومية:

وفقا لهذه الطريقة فإنه يتم إرسال الأدوية التي يصفها الأطباء المعالجون بكميات تكفي عادة ليوم واحد. ويتم إمداد المصالح بهذه الأدوية على ضوء ما يشير الطبيب المعالج من حيث حجم الجرعة..... و المدة اللازمة. و في حالة إقدام الطبيب المعالج على التغيير في خطة العلاج، تقوم الممرضة بإخطار الصيدلية بما طرأ من تغيير و تنفذ هذه الطريقة وفقا لما يلي:

- تخصص بطاقة لكل مريض بدون بها الأدوية التي يشير بها الطبيب و المدة اللازمة لإستخدام هذه الأدوية .

و تمتاز طريقة توزيع الأدوية حسب الجرعة اليومية، برغم ما يبذل فيها من جهد من قبل قسم الصيدلية- على طريقة توزيع الأدوية حسب إجمالي الجرعة الكلية بأنها:

- تقلل من الخسائر المالية الناجمة عن تلف الأدوية المتبقية نتيجة ما قد يحذفه الطبيب المعالج من أدوية بسبب تغيير خطط العلاج .
- تحكم السيطرة على صرف بعض الأدوية التي تصرف وفق ضوابط خاصة كأدوية المضادات الحيوية و أدوية المخدرات و المهدئات و المنومات (...)

من الناحية العملية، يطبق مستشفى تلمسان مزيجا من كلتا الطريقتين فتوزيع الأدوية مثل قطرات الأنف أو العين أو بعض الأشربة على شكل حصص تكفي لمدة أسبوع بينما هناك أدوية أخرى توزع على شكل حصص يومية مثل الحقن الوريدية و المخدرات إلخ (...).

إضافة إلى هذا، تقوم الصيدلية بتأمين رصيد محطات التمريض في الأقسام العلاجية و قسم الطوارئ و غرف العملية الجراحية، من الإحتياجات الصيدلانية الخاصة بنشاط هذه الأقسام و من أدوية الإسعاف اللازمة كالأدوية المنومة و المهدئة و المضادات للسموم و الحساسيات إلخ (...).

4.1. تأمين الأدوية:

- من المهام الأساسية للصيدلية هو تأمين الأدوية و المستلزمات الصيدلانية اللازمة للمستشفى و في سبيل تأمين هذه الأدوية يقوم القسم عادة بالمهام التالية:
- جرد دوري للأدوية لمعرفة ما قارب منها على النفاذ.
 - الجرد الفعلي للأدوية.
 - متابعة توزيع إنتهاء مفعول الأدوية الموجودة، للعمل على تأمين ما قارب مفعوله، من هذه الأدوية، على الإنتهاء و ذلك لتأمينه أيضا بعد تقديم تقرير إلى لجنة الأدوية بالمستشفى.

بعد ذلك تتحدد الأنواع المطلوب تأمينها و الكمية الآزمة منها، و يتم تأمين الأنواع المطلوبة بالكميات الآزمة إما:

- عن طريق قسم الصيدلية مباشرة.

- أو عن طريق قسم المشتريات بالمستشفى الذي يتلقى في هذه الحالة الأسماء التجارية للأدوية، و يقوم بالإتصال بقسم المبيعات لدى الموردين و الإتفاق معها على شراء الأنواع المطلوب بالكميات الآزمة .

المبحث الثاني : تقديم شامل للمركز الإستشفائي الجامعي للتلسمان

مقدمة

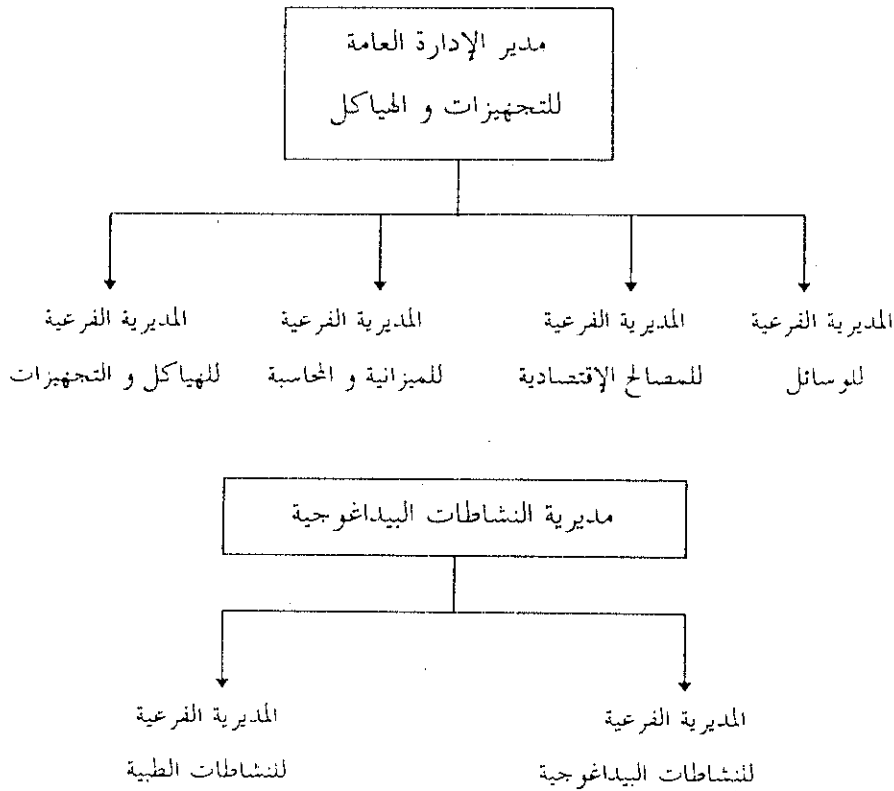
لما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية، فقد إزداد الإهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات و الإنفاق عليها، و لما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة فلهدف واحد هو أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع هذه النفقات و هو أمر يتأتى بتأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلاً جيداً لضمان الإستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة و يتأتى أيضاً بتأمين الأدوية الضرورية و لذا أصبح لزاماً تطبيق المناهج العلمية لتحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى لإشباع حاجاتهم و تطلعاتهم.

و إذا كان بحثنا قد انصب حول مستشفى تلمسان فلأن المستشفى بما يشمله من موارد مادية و بشرية يُعدُّ المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج للرعاية الطبية فهي القلب المهني و الإقتصادي للممارسة الطبية و المطبق للخدمة و التكنولوجيا الطبية بصفة مستمرة و لأنه يهتم جميع أفراد المجتمع و هذه الأهمية تزداد يوماً بعد يوم و خاصة في ظل مجموعة الإتجاهات الاجتماعية المتصلة بزيادة المعرفة الطبية و استحداث طرق علاجية و جراحية و ترميضية جديدة و أخيراً لأن المستشفى الحديث يُعدُّ المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية و المكان المؤدي لتوصيل رعاية المريض و أيضاً تدريب الأفراد العاملين في القطاع الصحي و كذلك أداء البحوث الطبية و الصحية.

المركز الإستشفائي الجامعي لتلمسان هو مؤسسة معنوية، عمومية تتميز بطابع إداري و إستقلالية مالية فبالإضافة إلى تقديم الخدمات الطبية فهو يقوم أيضا بالتكوين الجامعي، و التكوين ما بعد التدرج و البحث الطبي و التربية الصحية.

المركز مسير من طرف مدير عام يساعده أمين عام و مدراء كما يوجد هناك مجلس توجيهي و مجلس علمي، أما المراقبة المركزية فتقوم بها وزارة الصحة و المراقبة العلمية و التربوية فهي من صلاحيات وزارة التعليم العالي و البحث العلمي.

1.2. التنظيم الهيكلي للمركز.



عدد المصالح و الأسرة في سنة 1997 بلغت 802 سرير و 21 مصلحة موزعة على الشكل التالي:

| الأقسام | Départements | المصالح | Services | عدد الأسرة | Lits |
|-----------------|--------------|---------|----------|------------|------|
| الطب | | | 11 | | 325 |
| الجراحة | | | 06 | | 291 |
| الإستعمالات | | | 01 | | 20 |
| أمراض النساء | | | 01 | | 114 |
| الإنعاش | | | 01 | | 02 |
| الأمراض العقلية | | | 01 | | 60 |

و قد سُجِّل في سنة 1997 24636 مريض تم إدخالهم إلى المستشفى لإمضاء 297.612 يوما في حين وصل هذا العدد إلى 287.985 يوما في سنة 1996.

1.1.2. الإيرادات

مجموع إيرادات المركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان تأتي عن طريق:

- ◆ مساهمة الدولة أي مساهمة من وزارة الصحة و السكان.
- ◆ مساهمة مؤسسة الضمان الإجتماعي.
- ◆ التحصيل من المركز الوطني للضمان الإجتماعي في إطار الخدمات المدارة بالإتفاقيات.
- ◆ منابع أخرى مثل : ثمن العلاج، ثمن التحاليل، و كذا الأشعة^{ثمن}.

و هذا الجدول يوضح مشاركة هذه الهيئات في تمويل المركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان خلال سنة 1997.

| مساهمة الدولة | % | مساهمة صندوق الضمان الإجتماعي | % | المركز الوطني للضمان الإجتماعي | % | منابع أخرى | % |
|----------------|-------|-------------------------------|-------|--------------------------------|------|--------------|------|
| 215.800.000,00 | 42,74 | 282.000.000,00 | 55,86 | 4.478.664,00 | 0,89 | 2.589.320,00 | 0,51 |

و قد بلغت المداخيل المحصل عليها في 31 ديسمبر 1997 بـ 504.868.646,00 في حين بلغت هذه المداخيل 452.800.000,00 في سنة 1996.

2.1.2. النفقات

يتم صرف الإيرادات داخل المركز الإستشفائي على تسعة مجموعات و هي :

- ◆ مصاريف المستخدمين
- ◆ مصاريف التكوين
- ◆ مصاريف التغذية
- ◆ صيانة الهياكل الصحية
- ◆ المواد الصيدلانية و المواد ذات الإستعمال الطبي
- ◆ مصاريف خاصة بالوقاية
- ◆ التجهيزات و الآلات الطبية
- ◆ المساهمة في الخدمات الإجتماعية
- ◆ مصاريف أخرى خاصة بالتسيير

و هذا الجدول يبين كيفية توزيع الميزانية الخاصة بالنفقات لسنة 1997
" المركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان "

| معدل الإستهلاك (%) | الإستهلاك إلى غاية 98/02/25 | نسبة التوزيع (%) | المبلغ المخصص | تعيين النفقات |
|--------------------|-----------------------------|------------------|---------------|---------------------------|
| 99,75 | 260.632.000 | 50,76 | 261.300.000 | مصاريف العمال |
| 99,26 | 32.754.000 | 6,41 | 33.000.000 | مصاريف التكوين |
| 100 | 7.000.000 | 1,36 | 7.000.000 | مصاريف التغذية |
| 99,94 | 154.907.000 | 30,11 | 155.000.000 | مصاريف الأدوية |
| 98,34 | 2.950.000 | 0,59 | 3.000.000 | مصاريف الوقاية |
| 95,90 | 19.850.000 | 4,02 | 20.7000.000 | التجهيزات و الآلات الطبية |
| 99,39 | 6.460.000 | 1,27 | 6.500.000 | مصاريف الصيانة |
| 99,17 | 23.800.000 | 4,67 | 24.000.000 | مصاريف التسيير |
| 100 | 4.300.000 | 0,84 | 4.300.000 | الخدمات الإجتماعية |
| 99,58 | 512.600.000 | 100 | 514.000.000 | المجموع |

المصدر : ميزانية التسيير 1997 مستشفى تلمسان

3.1.2. الوسائل و الأنشطة

1. المجلس العلمي

يتأسس المجلس العلمي للمركز الإستشفائي الجامعي شتخص، رئيس مصلحة منتخب من طرف أعضاء المجلس العلمي لمدة 3 سنوات قابلة للتجديد و يتألف المجلس العلمي من جميع رؤساء المصالح للمركز، مدير معهد العلوم الطبية، مدير النشاطات البيداغوجية و الطبية و من مهامه:

- المشاركة في إعداد برامج التكوين و البحث في العلوم الطبية.
- إبداء الملاحظات حول مشاريع التجهيزات الطبية.
- اقتراح كل إجراء يُمكنُ من تحسين تنظيم و تسيير مصالح العلاج و الوقاية.
- إعداد البرنامج السنوي للتظاهرات العلمية.
- إعداد تقرير عام يُوجه إلى المدير العام.

2. المدير العام

يعتبر المدير العام، الممثل الشرعي للمركز الإستشفائي، فهو يؤمن الإدارة العامة، و يسهر على تسيير المستخدمين كما يسهر أيضا على المداومة و السير الحسن لمختلف المصالح يساعده في ذلك أمين عام و فرقة من موظفي الإدارة مكلفة بتحسين السياسة المسطرة و ذلك تحت مسؤولية مدير الإدارة العامة و مدير النشاطات البيداغوجية و الطبية.

3. اللجنة الإستشارية

يتزأسها المدير العام و تتألف من :

- رئيس المجلس العلمي

- 07 رؤساء مصالح معينين من طرف المجلس العلمي و يُستلون مختلف الأقسام

(département)

♦ مخاير التحاليل

♦ مصلحة الإشعاع

♦ الجراحة

♦ طب الأطفال

♦ طب الأمراض الصدرية

♦ الصيدلية

♦ طب العمل

4. الهياكل

يضمّ المركز الإستشفائي الجامعي مديرتين أساسيتين:

أ. مديرية الإدارة العامة للهياكل و التجهيزات: و تضمّ أربعة مديريات فرعية

أ.1. المديرية الفرعية للمستخدمين : من مهامها تسيير جميع المستخدمين و تضم مكتبين إثنين:

أ.1.1. مكتب المستخدمين الأطباء

أ.2.1. مكتب المستخدمين أشباه الأطباء.

أ.2. المديرية الفرعية للمصالح الإقتصادية و تضم مكتبين إثنين :

أ.1.2. مكتب التموينات

أ.2.2. مكتب الإيواء و الإطعام

أ.3. المديرية الفرعية للميزانية و المحاسبة و تضم مكتبين إثنين :

أ.3.1. مكتب الميزانية

أ.3.2. مكتب المحاسبة

أ.4. المديرية الفرعية للمهاكل و التجهيزات و تضم ثلاثة مكاتب :

أ.4.1. مكتب المهاكل

أ.4.2. مكتب الصيانة

أ.4.3. مكتب التجهيزات

ب. مديرية النشاطات البيداغوجية و تضم :

ب.1. المديرية الفرعية للنشاطات البيداغوجية و تضم :

ب.1.1. مكتب التكوين

ب.1.2. مكتب البرمجة و المتابعة

ب.2. المديرية الفرعية للنشاطات الطبية و تضم :

ب.2.1. مكتب الوقاية

ب.2.2. مكتب الإستعجالات و المناوبة.

2.2. الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان

1.2.2 مميزات الصيدلية المركزية للمستشفى الجامعي

الصيدلية المركزية للمستشفى الجامعي بتلمسان، تقوم بتسيير منتجات صيدلانية عديدة

و متنوعة، تعادل 233 منتجاً، أما المخزون فيتكون من منتجات غير متجانسة من حيث:

1. أن المنتجات الصيدلانية الأكثر استهلاكاً يُخصّص لها مستويات ضعيفة من المخزون بينما الأقل استهلاكاً فيفوق مخزونها مستويات الإستهلاك.
2. هناك أدوية يمكن إعتبارها أدوية إستراتيجية بحيث تستهلك بصفة مستمرة، بانتظام و لازمة لأي علاج كان مثل المضادات الحيوية في حين هناك أدوية تُستهلك بصفة غير منتظمة و بكميات غير منتظمة أيضاً.
3. تتميز بعض الأدوية بأسعار مرتفعة بينما تتميز أخرى بأسعار منخفضة في وقت تؤدي فيه نفس الغرض إلا في إختلاف المسميات.
4. تتميز بعض الأدوية بأسعار مرتفعة و قلة إستهلاكها بينما أدوية تتميز بأسعار منخفضة و كثرة التعامل بها.

من هذه الخصوصيات التي تتميز بها الصيدلية و المتمثلة في التنوع و الإختلاف في المنتجات الصيدلانية، فإنه من البديهي جداً أن لا يكون هناك نظام واحد لتسييرها بحيث أن تطبيق طريقة موحدة و بنفس الإهتمام على جميع المنتجات في تسيير المخزون قد أثبت عدم فعاليته بالإضافة إلى تكلفته المرتفعة لذلك كان لا بد من التفكير في إقتراح نظام تسيير بأحد بعين الإعتبار مميزات هذه الصيدلية و يهدف إلى تصنيف المنتجات إلى عدة أقسام متجانسة لنضع فيها بعض قواعد التسيير التي تتلاءم مع كل صنف.

فتصنيف المنتجات يمكن إجراؤه إنطلاقاً من عدّة معايير أهمّها :

- ◆ قيمة المخزون المتوسط
- ◆ الهامش الإجمالي
- ◆ قيمة الإستهلاك السنوي

2.2.2. مهام قسم الصيدلية في المستشفى

تعتمد الخدمة الطبية المقدمة في المستشفى على شقين أساسيين، أولهما تشخيص الطبيب المعالج. و ثانيهما : الدواء الذي يوصي به هذا الطبيب. و لما كان تأمين الدواء الموصى به بالتنوع المناسبة و بالكمية اللازمة، أمراً يقوم به قسم الصيدلية، فإنه يبدو جلياً أهمية دور هذا القسم في تقديم الخدمة الطبية للمرضى بالمستشفيات.

و سوف نتناول فيما يلي دور هذا القسم من خلال عرض مهامه و تنظيمه على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي بتلمسان و كيفية إدارته مع عرض لأوجه القصور في أدائه و أسلوب مواجهة هذا القصور فضلاً عن الإعتبارات الواجب مراعاتها لتطوير هذه الصيدلية.

أ. مهام قسم الصيدلية في المستشفى

إن مهام الصيدلية عديدة و متنوعة تتركز حول هدف واحد هو تأمين و توزيع صرف الأدوية و المستلزمات الطبية و من هذه المهام :

(1) تأمين الأدوية و المستحضرات الصيدلانية التي يحتاجها المستشفى في الوقت المناسب و بالجودة المطلوبة من المصادر المناسبة و بالكمية و بالأسعار الملائمة مع تخزينها بالطرق المناسبة بما يكفل سلامة حفظها و سرعة تناولها.

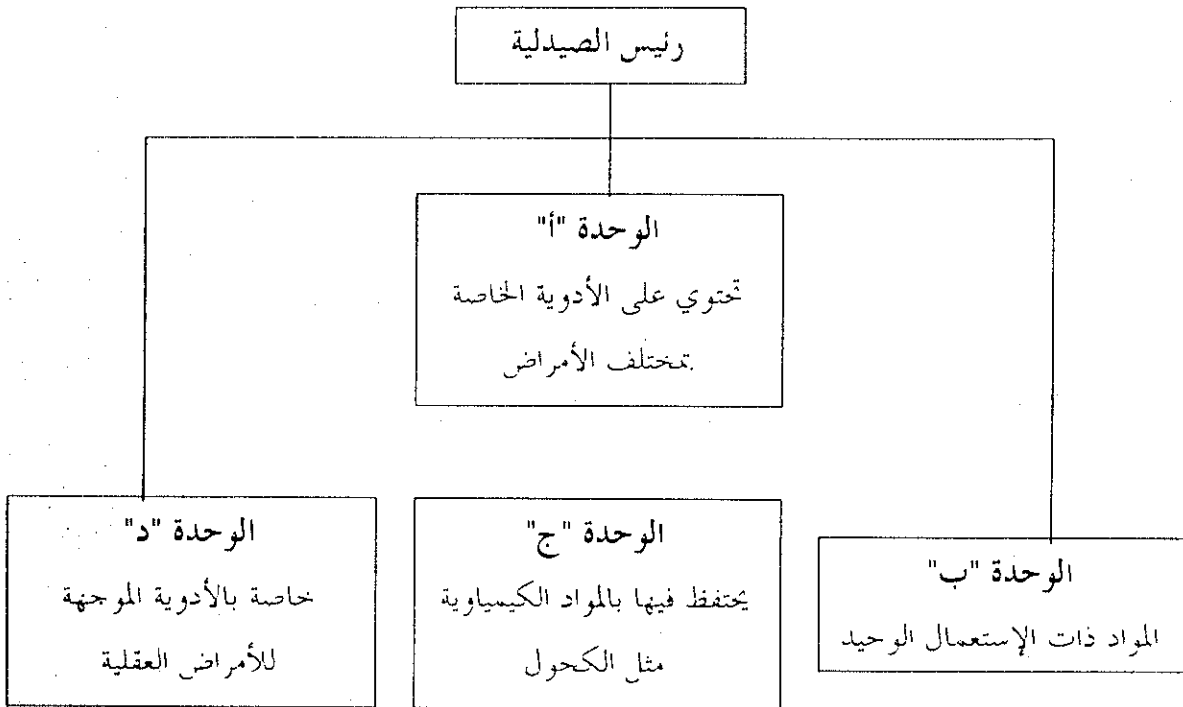
(2) تنظيم إجراءات توزيع الأدوية على المرضى في المستشفى، بما يكفل سلامة و سرعة وصولها إليهم.

3) تحديث دليل الأدوية بالمستشفى (Hopital Formulary) . كما يؤدي إلى إعلام الأطباء بالمتاح بالصيدلية من الأدوية و المستحضرات الطبية بجانب الجديد الوارد إلى صيدلية المستشفى منهما.

4) الإشتراك في برامج تكوين طلبة العلوم الطبية فيما يتعلق بعلم العقاقير (plarmacology)

3.2.2. تنظيم قسم الصيدلية

يعتمد نمط التنظيم في قسم الصيدلية على التنظيم الوظيفي المرتكز على تقسيم الصيدلية إلى وحدات تنظيمية بحيث تختص كل واحدة منها بأداء وظيفة معينة و يوضح الشكل المبين أدناه ذلك النوع من التنظيم في مستشفى تلمسان.



المبحث الثالث : تسيير المخزون

1.3. التعريف :

إن المخزون هو كمية متغيرة لبضاعة ما التي تزداد بالمدخلات و تقلص بالمخرجات، فبكل بساطة هو عبارة عن احتياط من المواد و البضائع في انتظار مرحلة التوزيع أو الاستهلاك قد تطول مرحلة توزيعه أو تقصر.

2.3. أنواع المخزونات :

يأخذ المخزون أشكلا مختلفة تتمثل فيما يلي :

1- المخزون من حيث دافعه :

يقصد بالدوافع تلك الأهداف التي سطرها المسير قبل كل عملية تخزين و للمخزون دافعين أساسيين:

- الدافع الاقتصادي.

- دافع الحماية.

الدافع الاقتصادي :

تمثل في رغبة المشروع في الحصول على فروقات في الأسعار لأجل تخفيض الكلفة.

دافع الحماية :

تمثل في رغبة المشروع في ضمان استمراريته و تلبية طلبات الزبائن و المستهلكين و

الحماية من تأثير المنافسة في مجال الأسعار.

2- المخزون من حيث الفعالية :

يقصد بالفعالية قدرة المشروع على استخدام المخزون في المجال الذي خزن لأجله و استخدامه أو الحصول عليه عند الحاجة.

أ- المخزون الخارجي :

و هو عبارة عن الاحتياجات المشتراة و التي مازالت بحوزة المورد.

ب- مخزون الطريق :

و هي الاحتياجات التي تم شراؤها و شحنها و هي في طريقها إلى المؤسسة.

ج- مخزون الفحص و الاستلام :

و هي الاحتياجات المشتراة و التي تم وصولها إلى الميناء أو المطار.

د- المخزون الخاص بالإنتاج :

في غالب الأحيان تتم عملية فرز قسم من الشاحنات بعد أن يتم استلامها و نقلها إلى الجهة التي طلبتها دون أن تمر بالمخازن الرئيسية.

المخزون الفعلي :

و هي احتياجات تم فحصها و استلامها و تخزينها أي أصبحت داخل المخازن جاهزة للاستعمال في أي وقت و هو نوعين :

- مخزون ساكن : مخصص كاحتياط الأمان (مخزون أمان).

- مخزون متحرك : هي الكميات الموجودة ناقص المخزون المحجوز (مخزون الدوران).

3- المخزون من حيث نوعيته :

يقصد بالمخزون حسب النوعية أي نوعية المواد أو الصفة التي تمتاز بها، حيث هناك مواد تامة الصنع، مواد نصف مصنعة إلخ ...

4- المخزون من حيث طبيعته :

المقصود بطبيعة المواد حالتها الطبيعية أو التركيبية، إذ أن أنواعا عديدة من المواد تختلف طبيعة بعضها البعض و اختلافها يؤدي بالضرورة إلى توفير أماكن ملائمة لذلك.

حدود التخزين :

إن الطريقة الأساسية للرقابة على المخزون هي تحديد مستويات هذا المخزون و المتسل في :

أ- الحد الأدنى (مخزون أمان) :

هو المخزون الاحتياطي من كل مادة و الواجب توافره بصورة دائمة و الذي لا يستعمل إلا في الحالات الاستثنائية.

ب- حد الطلب :

و هو المستوى الذي يحدد كميات من الوحدات و التي إذا وصل المخزون إليها وحب البدء في إجراءات طلب المواد و يتحدد مستوى إعادة الطلب على أساس التقرير.

و يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار عدة معطيات من بينها :

- الكميات المستهلكة في الفترة السابقة.

- التغيرات التي تقع في المستقبل و منها زيادة الاستهلاك و ذلك باستبدال مادة أخرى، و

الكميات المحفوظة في المخازن لمواجهة الطوارئ و التي تعتبر كحد أدنى.

ج- الحد الأقصى (الأعلى) :

يمثل أعلى مستوى يجب أن لا تزيد عنه كميات المخزون في مخزن المؤسسة أي الحد الذي

لا يمكن تجاوزه و عند وضع هذه الحدود بالنسبة للمؤسسة يجب الأخذ بعين الاعتبار :

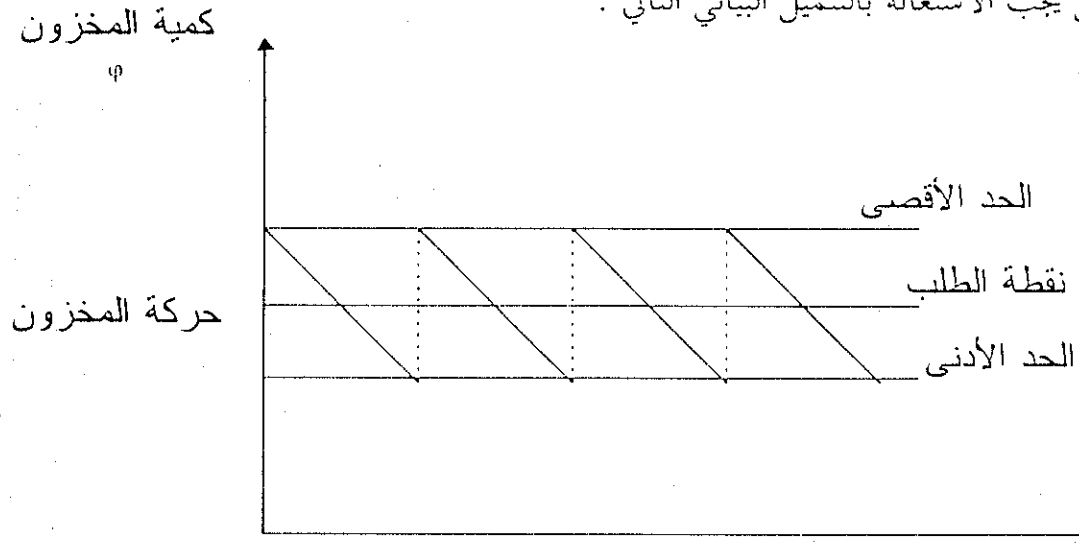
- فترة الانتظار.

- معدل توزيع السلع.

- هامش الأمان.

علما أن مخزون الحد الأعلى = مخزون الحد الأدنى + مخزون الأمان، و لنفهم حدود

التخزين يجب الاستعانة بالتمثيل البياني التالي :



تمثيل بياني يمثل حدود المخزون

في كافة الأحوال فإن التخزين بكمية كبيرة يزيد في نفقات السلع المخزونة، لدى من الضروري عدم المبالغة في زيادة الحد الأعلى بنسبة كبيرة تزيد عن مجموع الحد الأدنى و مخزون الأمان، إلا أنه لا ينبغي السماح بهبوط معدل المخزون أي أنه بمجرد وصول المخزون إلى الرقم الذي يشكل مجموع الحد الأدنى و مخزون الأمان فإن هذا يوجب طلب التوريد بمخزونات جديدة.

3.3. نماذج تسيير المخزون

1.3.3. نموذج ولسن Wilson

يعتبر نموذج ولسن من بين نماذج تسيير المخزون بحيث يهدف إلى تحديد كمية ثابتة من المواد الأولية أو السلع لإعادة التموين حسب وتيرة منتظمة.

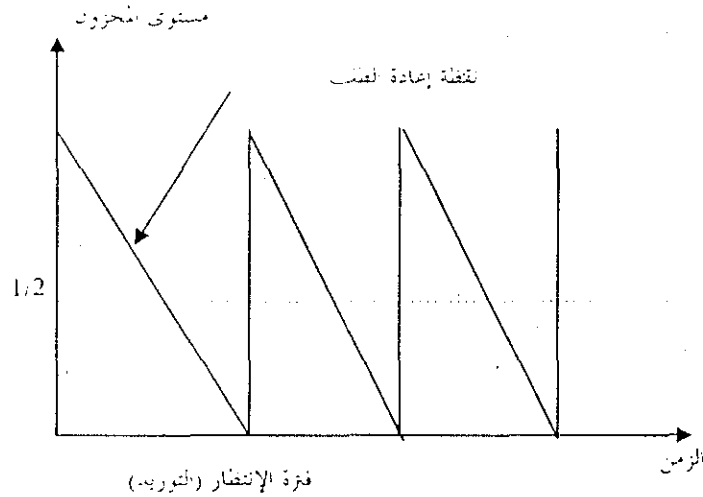
يحسب نموذج ولسن بالطريقة الرياضية التالية :

$$\text{قانون ولسن : ك} = (\text{م ط ل/أ})^{2/1}$$

و يقوم على أساس الشروط التالية :

- 1- فترة الإستخدام ← الإستهلاك، الطلب، و المبيعات تكون ثابتة و معروفة.
- 2- الفترة الزمنية ← بين طلب البضاعة و استلامها هي الأخرى ثابتة و معروفة.
- 3- معدل الإستخدام ← معروف و لم يتغير.
- 4- فترة الإنتظار ← معروفة و لم تتغير.

يرى هذا النموذج أنّ هدف التسيير هو تقليص تكاليف الشراء (مصاريف ترفعها المؤسسة عند إصدار أمر الشراء و تنقص كلما كانت الكمية كبيرة) و أيضا تقليص تكاليف التخزين (التأمينات، الحراسة، الإحتلاكات... و هي تزيد كلما كانت الكمية كبيرة) و يمكننا تقليص هذه التكاليف بتحديد الكمية المثلى للمخزون الذي يجب الإحتفاظ به و هذا يستوجب الكمية الإقتصادية التي تحقق التوازن بين تكلفة الشراء و تكلفة التخزين بحيث تكون التكلفة الإجمالية في الحد الأدنى لها و يمكن تمثيل فرضيات نموذج ولسن



من هذا البيان نلاحظ أنّ مستوى الإستهلاك ثابت، فيتمّ إعادة الطلب لما يبلغ مستوى المخزون $1/2$ و خلال فترة الإنتظار للسّلع المطلوبة يتمّ إستهلاك النصف الباقي و بانتهائه تصل البضاعة المطلوبة خلال فترة التوريد و بذلك فإنّ كل الوسائط ثابتة.

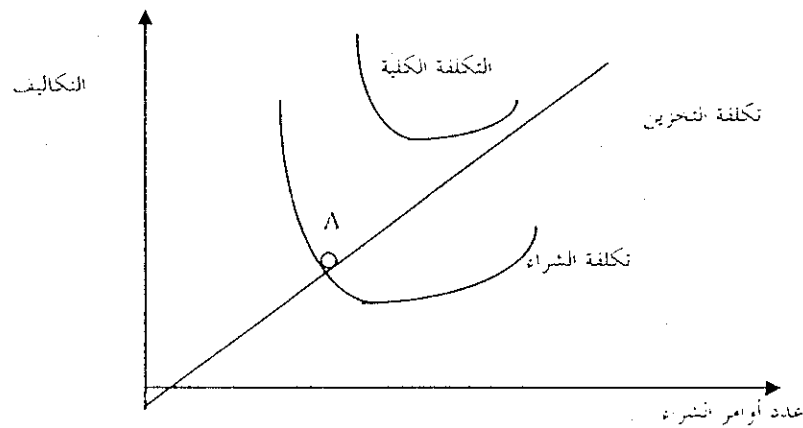
إنّ تكاليف التخزين تتناسب طرديا مع عدد أوامر الشراء (تكاليف الطلبية) فكلما زاد عدد إصدار أوامر الشراء كلما زادت تكاليف التخزين و العكس أي على المؤسسة أن تعمل في ظلّ وضعية تجرّها على اتخاذ قرارات أساسيين :

- ما هو مقدار الكمية التي تطلب دفعة واحدة، ومتى يتم طلب هذه الطلبية؟ وتنفذ هذه القرارات تحت نوعين من الضغوط.

* طلب كميات كبيرة قصد التقليل من تكاليف الشراء.

* طلب كميات صغيرة قصد التقليل من كميات التخزين.

و لذلك لا بدّ للمؤسسة أن تبحث عن الكمية المثلى للطلب ويتم تحديدها بيانياً كما يلي :



إذن من هذا البيان نجد أن أقل قدر ممكن للتكلفة الكلية يتحقق عند نقطة تلاقي تكلفة الشراء مع

تكلفة التخزين و عليه فإنه يتم الوصول إلى الكمية المثلى للطلب بتوفر الشرطين :

$$* \text{تكلفة الشراء} = \text{تكلفة التخزين.}$$

وأيضا * التكلفة الإجمالية تكون في أقل ما يمكن.

لكن لهذا النموذج حدود أو عيوب ففي الحياة الواقعية والعملية لا توجد ولا تتحقق هذه

الظروف والشروط.

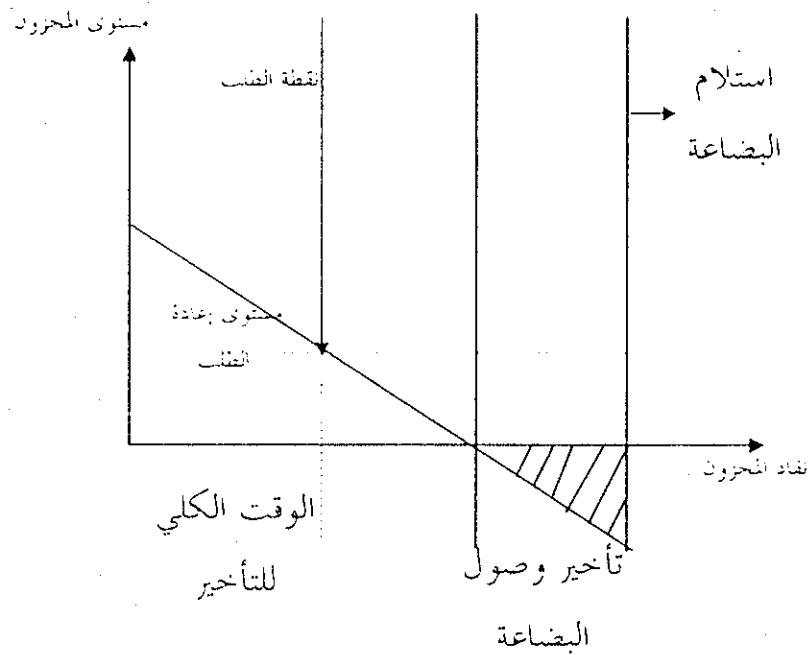
فالإستخدام الثابت قد يتغير بزيادة حجم المبيعات و فترة الإنتظار قد تتغير بسبب حدوث

المتاعب أو مشاكل للبائع أو لوسائل النقل.

عندما لا تستطيع المخازن تلبية طلبات العملاء، و في فترة الإنتظار تزيد مشكلة نفاذ التخزين و في هذه المرحلة تترتب عنها سلبيات هي على سبيل الحصر:

- ضياع الوقت.
- تكاليف الكهرباء.
- تكاليف إضافية للعمال إلخ...

وهذا شكل بياني لحالة نفاذ خاصة بالمخزون، معدل الإستهلاك عادي طبيعي و لكن استلام البضاعة متأخر.



ملاحظة :

الشكل يوضح عدم إرتفاع المخزون إلى النقطة الأصلية لأن الطلبية متأخرة.

2.3.3. نموذج حالة عدم التأكد :

في حالة عدم التأكد تقوم المؤسسة بتقدير إحتياجاتها المستقبلية وهنا لا بد من أن نفرق بين إتحامين تلجأ إليهما المؤسسة لتقدير هذه الإحتياجات و هما التنبؤ و التوقع.

التوقع :

يعتبر التوقع أمرا ضروريا للتحكم في المستقبل و بالقدر الممكن، فهو أداة لوصف ما قد يحدث في المستقبل و يستخدم لذلك نماذج رياضية لتحديد القيم المستقبلية لدراسة الظاهرة المعينة بقدر ممكن من الثقة. فالتوقع لا يقصد به التخمين الغيبي و إنما يعني به القدرة على توقع ما قد يحدث إذا سارت الظروف سيراً معيناً. لذلك فهو دراسة عملية تقوم على أسس و قواعد متعارف عليها.

و تفترض عملية التوقع ما يلي :

- 1- أن النموذج المعتمد يعكس الواقع بصورة جيدة.
 - 2- أن الظروف أو الشروط العامة لتطور الظاهرة المدروسة تبقى على حالها في الفترة المستقبلية.
- فالتوقع من هذه الفرضيات هو الحصول على تقديرات لظاهرة ما في ظروف محددة استنادا إلى تصور جيد عن العلاقة التي تربط هذه الظروف بالظاهرة محل الدراسة و اعتمادا على تحليل دقيق للملاحظات الماضية و تفسيرها و من ثم تصور سيرورة هذه الظاهرة مستقبلا و تعتمد عليه المؤسسة لما تكون بصدد تحليل إحصائي للسلاسل الزمنية.

التنبؤ :

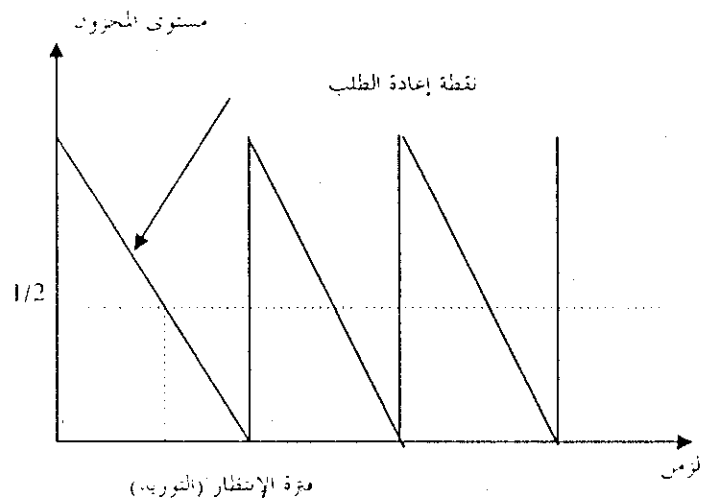
يرجع هذا الأسلوب إلى الميزة التي يمتاز بها القائمون على هذه الوظيفة عند تقديرهم للإحتياجات، و هو بذلك يختلف عن التوقع في كون التنبؤ يهتم بالتغيرات الطائفة التي قد تحدث للظاهرة المدروسة في المستقبل، إكتشاف منتج معين، وصول منتج استهلاكي معين لنهاية دورة حياته.

و التنبؤ لا يعتمد على بناء النماذج الرياضية و لا يملك منهاجاً مثل التوقع بل يعتمد على الخبرة الكاملة للأشخاص⁽¹⁾.

و من أهم الطرق المتبعة في عملية التنبؤ طريقة تقديرات الخبراء و منها طريقة "DELPHI".
و هناك ثلاث أساليب للتنبؤ في السلاسل الزمنية. هناك التنبؤ الطويل المدى، التنبؤ قصير المدى و التنبؤ المتوسط المدى. غير أن المشاكل التي تعترض المؤسسة عند تطبيقها لهذا الأسلوب هو خطأ التنبؤ.

3.3.3. نموذج نقطة إعادة الطلب

إن التوقيت المناسب لإصدار أمر الشراء يتوقف على عدة عوامل أهمها فترة الإنتظار اللازمة منذ بدئ إرسال الطلبية حتى وصولها إلى المخازن. ومدى إنتظار الطلب خلال فترة الإنتظار الواحدة و على مدار فترات الإنتظار المتلاحقة و مدى إنتظار الطلب على مدار العام. يؤثر كل من هذه العوامل في تحديد التوقيت المناسب لإعادة الطلب أو في تحديد ما يسمى بنقطة إعادة الطلب.



المبحث الرابع : تطبيق طريقة ABC على قيم الإستهلاك السنوي و على قيم المخزون السنوي

مقدمة

لقد أشرنا سابقا أنّ عملية تصنيف المنتجات تعتمد على عدة معايير غير أنه من الواجب إختيار معيار أكثر دلالة من غيره و من أجل ذلك لابد من :

• تعريف و صياغة نظام لتسيير المنتجات الصيدلانية و هذا يمثل المشكلة التي نريد حلها

• إختيار معيار يمكننا من القيام بالتحليل و في هذا الصدد إختارنا أحد المعايير الأكثر إستعمالا و الأكثر تمثيلا ألا و هو معيار قيمة الإستهلاك السنوي، إنّ هذا الأخير بأحد بعين الإعتبار قيمة المنتجات من جهة و حركة المنتجات من جهة أخرى. و من أجل إعداد فيما بعد بعض مؤشرات التسيير إرتأينا ربط هذا المعيار بمعيار المخزون.

إذا المعايير المعتمد عليها هي :

• كمية الإستهلاك السنوي

• كمية المخزون المتوسط

و في دراستنا هذه سوف نعتد على طريقة ABC لميزاتها التي سبق ذكرها بحيث نطبق طريقة ABC بداية على المعيار الأول "قسم الإستهلاك السنوي" ثم ثانية على المعيار الثاني "قيم المخزون المتوسط" مع تحليل الإستهلاك و المخزون على مستوى الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان و

الذي سوف يمسُّ جميع المنتجات الصيدلانية المستهلكة و من هذا المنطلق إرتأينا تقسيم هذا الفضل إلى عنصرين إثتين :

العنصر الأول : نطبق فيه طريقة ABC على الإستهلاك و على قيم المخزون مع دراسة النتائج المتحصل عليها.

العنصر الثاني : نخصِّصه لدراسة التوازن بين المخزون و الإستهلاك و هذا إنطلاقاً من النتائج المتحصل عليها في المبحث الأول.

1.4. تعريف طريقة ABC و كيفية إستخدامها

طريقة ABC⁽¹⁾ هي طريقة إحصائية، تعتبر واحدة من الطرق الأكثر إستعمالاً في مجال التسيير. و هي ترجمة مماثلة لقانون 20/80 و ما يعرف بإسم قانون باريتو (PARETO) يرتبط إستعمالها بتصنيف المنتجات الصيدلانية إلى ثلاثة أصناف، و تعتمد هذه التقنية على معالجة كل صنف وفق طريقة معينة تتلائم و طبيعة المتوج الصيدلاني حتى تكون النتائج المترتبة عنها أكثر فعالية و نلاحظ على العموم :

الصنف A : يمثل ما بين 70 % و 85 % من قيمة المعيار المختار و 20 % من العدد الإجمالي للمنتجات.

الصنف B : يمثل ما بين 10 % و 20 % من قيمة المعيار المختار و 40 % من العدد الإجمالي للمنتجات.

الصنف C : يمثل ما بين 5 % من قيمة المعيار المختار و 40 % من العدد الإجمالي للمنتجات.

إن طريقة ABC تسمح لنا بتحديد الأهمية النسبية للمنتجات على النحو التالي :

الصنف A : منتجات كبيرة الأهمية و عليه يجب فرض نظام رقابة لتشديد السيطرة على هذا الصنف.

الصنف B : و يشمل المواد المتوسطة الأهمية و لذلك يجب فرض نظام رقابة متوسطة و تكون موضوع تخطيط أمثل للإحتياجات.

الصنف C : و يشمل المواد قليلة الأهمية و يتم تسييرها بواسطة الجرد الدائم خاصة و أنها لا تشكل إلا نسبة قليلة في العدد الإجمالي للمنتجات و هذا ما يجعله قليلة التكلفة و لا نستغرق وقتا طويلاً.

و بإمكاننا أن نربط أهمية كل صنف حسب سرعة دوران كل صنف حيث أننا إذا لاحظنا مادة من الصنف A سرعة دورانها بطيئة يمكننا إدراجها في الصنف B و العكس كلما زادت سرعة دوران المادة زادت أهميتها و بناء على هذا يمكننا وضع رسم بياني يمثل طريقة ABC.

2.4. مراحل تطبيق طريقة ABC

إنه من أجل تحديد أصناف المنتجات و رسمها البياني، تتطلب طريقة ABC إتباع المراحل التالية :

1. سحب عينة عشوائية، في حالة ما إذا لم نعمم الطريقة على كل المنتجات
2. تحديد معيار التحليل و نحن سوف نعلم على معيارين الأكثر دلالة و هما
- معيار الإستهلاك
- معيار المخزون

- أي بمعنى آخر سوف نعلم في مرحلة أولى على الإستهلاك و في مرحلة ثانية على المخزون.
3. حساب قيمة الإستهلاك السنوي الموافق لكل منتج ينتمي إلى العينة المدروسة.
4. ترتيب المنتجات المستهلكة سنوياً بالقيمة المتناقصة.
5. العدد التراكمي للمنتجات بالنسب المئوية.
6. ترقيم المنتجات و ضم القيم المستهلكة سنوياً.
7. حساب نسبة كل منتج من قيمة الإستهلاك الإجمالي.
8. رسم الشكل البياني لمنحنى ABC و الذي نتحصل عليه :
 - 1.8. بوضع الأعداد التراكمية للمنتجات بالنسبة المئوية في محور السينات
 - 2.8. بوضع القيم التراكمية للإستهلاك بالنسب المئوية في محور العينات.
 9. تحليل منحنى ABC و تحديد أصناف المنتجات.

لماذا طريقة ABC

إن تحليل ABC هو من جهة الطريقة الأكثر سهولة و وضوحاً و من جهة أخرى هي الطريقة التي تأخذ بعين الإعتبار خصوصيات الصيدلية المركزية و هذا ما يسمح للإطارات المسيرة بإتخاذ قرارات جد هامة في مجال التسيير فبموجب تخصص طرق التسيير الأكثر دقة لمنتجات الصنف A و ذلك من خلال الطرق التالية :

1.2.4. طرق التسيير لمنتجات الصنف A

1. يتم تسييرها بواسطة الجرد الدائم "Inventaire permanent" و ما يساعده في ذلك هو كونها لا تشكل إلا نسبة قليلة في العدد الإجمالي للمنتجات و بهذا فهي لا تتطلب وقتاً كبيراً و هو ما يجعلها أقل تكلفة.
2. هي موضوع لشراء مركزي، نظراً لأهمية المنتجات و دورها الإستراتيجي.
3. كل الإجراءات التي تهدف إلى تخفيض مستوى المخزون، لا بد و أن تأخذ بعين الإعتبار و وبالدرجة الأولى منتجات الصنف A، دون أن يؤثر على السير الحسن للمستشفى.
4. يجب أن تكون موضوع بحث و تقييم دقيق للموردين.
5. يجب أن تكون موضوع لشراء مركزي نظراً لأهميتها البالغة و دورها الحيوي في العلاج.

فتسيير المنتجات من صنف A تسييراً عقلاً و علمياً سوف يوفر للمستشفى موارد مالية هامة خصوصاً تفادي تكاليف التخزين الغير ضروري، و تحسين مردودية التسيير و السماح للمستشفى بأداء و وظائفه دون إنقطاع الأدوية الإستراتيجية.

2.2.4. طرق التسيير لمنتجات الصنف B

1. المنتجات من الصنف B يتم تسييرها بالطرق العادية.
2. لا تتطلب مراقبة دائمة.
3. يتم تسييرها بواسطة الجرد الدوري.
4. يتم تسييرها بطرق أقل دقة بالمقارنة مع الصنف A.

3.2.4. طرق التسيير لمنتجات الصنف C

1. يتم تسييرها بواسطة الجرد السنوي.
2. لا تتطلب مراقبة مستمرة.
3. لا تحتاج إلى طرق تسيير دقيقة و متطورة.

3.4. تطبيق طريقة ABC على الإستهلاك السنوي

إن تصنيف المنتجات يمكن إجراؤه اعتماداً على عدة معايير أهمها :

- قيمة المخزون المتوسط
- كمية المخزون المتوسط
- قيمة الإستهلاك السنوي
- كمية لإستهلاك السنوي
- الهامش الإجمالي

غير أن المعيار الأكثر أهمية و دلالة هو قيمة الإستهلاك السنوي الذي عادة ما يتم ربطه بمعيار قيمة المخزون المتوسط.⁽¹⁾

و في هذا الفصل سنعمد في تحليلنا على طريقة ABC التي سنطبقها في مرحلة أولى على قيم الإستهلاك السنوي، ثم على قيم المخزون المتوسط في مرحلة ثانية و ستغطي دراستنا كل المنتجات الصيدلانية المستهلكة بالصيدلية المركزية للمستشفى الجامعي بتلمسان. و يضم هذا الفصل مبحثين :

- نطبق فيه طريقة ABC على الإستهلاك و على المخزون ثم نحلل النتائج
- نتناول فيه دراسة التوازن بين الإستهلاك و المخزون، على ضوء النتائج المتوصل إليها في المبحث الأول.

- تحليل ABC للإستهلاك و المخزون السنوي :

(1) Paul Lanbert : la fonction ordonnancement Edition d'organisation op. cit p. 2..

إن أهم شيء في هذا التحليل هو تحديد معيار التحليل و عليه يعتبر معيار قيمة الإستهلاك السنوي، الذي يأخذ بعين الإعتبار قيمة المنتجات من جهة و حجم و حركة المنتجات من جهة أخرى، المعيار الأكثر تمثيلا و ذو دلالة بالمقارنة مع المعايير الأخرى. و من أجل صياغة بعض مؤشرات التسيير يمكننا إثراء تحليلنا بربط معيار الإستهلاك بمعيار المخزون.

1.3.4. طريقة العمل

لقد إعتدنا إلى تطبيق طريقة ABC على كل المنتجات الصيدلانية المستهلكة بالمصالح الطبية و البالغ عددها 233 منتوجا مختلفة كل الإختلاف من حيث النوعية، الوظيفية، الأشكال و الأسعار و سرعة الدوران إلخ
و لإجراء تحليل ABC على الإستهلاك السنوي للمنتجات الصيدلانية، أخذنا قيمة الإستهلاك السنوي لكل منتوج صيدلاني في سنة 1997 و كذلك قيمة المخزون المتوسط و تجدر الإشارة إلى أن تقييم الإستهلاك و المخزون تم على أساس سعر تكلفة الشراء خارج الرسم (HT) .

2.3.4. المعطيات الكمية لتحليل ABC للإستهلاك

إن المنتجات الصيدلانية المدونة في الجدول اللاحق، هي مصنفة حسب درجة أهميتها من قيمة الإستهلاك السنوي و يتضمن الجدول المعطيات التالية :

العمود 1 : يمثل عدد المنتجات. ز أخذنا على سبيل المثال المنتجات من الرقم 1 إلى غاية المنتج رقم 15 و انطلاقا من المنتج رقم 20 تتلاحق الأرقام بصورة عشوائية إلى آخر المنتج.

العمود 2 : يمثل العدد التراكمي للمنتجات بالنسب المئوية.

العمود 3 : يمثل القيمة التراكمية للإستهلاك.

العمود 4 : يمثل النسب المئوية للقيم التراكمية للإستهلاك.

العمود 5 : يمثل القيم التراكمية للمخزون.

العمود 6 : يمثل النسب المئوية للقيم التراكمية للمخزون.

العمود 7 : يمثل معامل دوران المخزون.

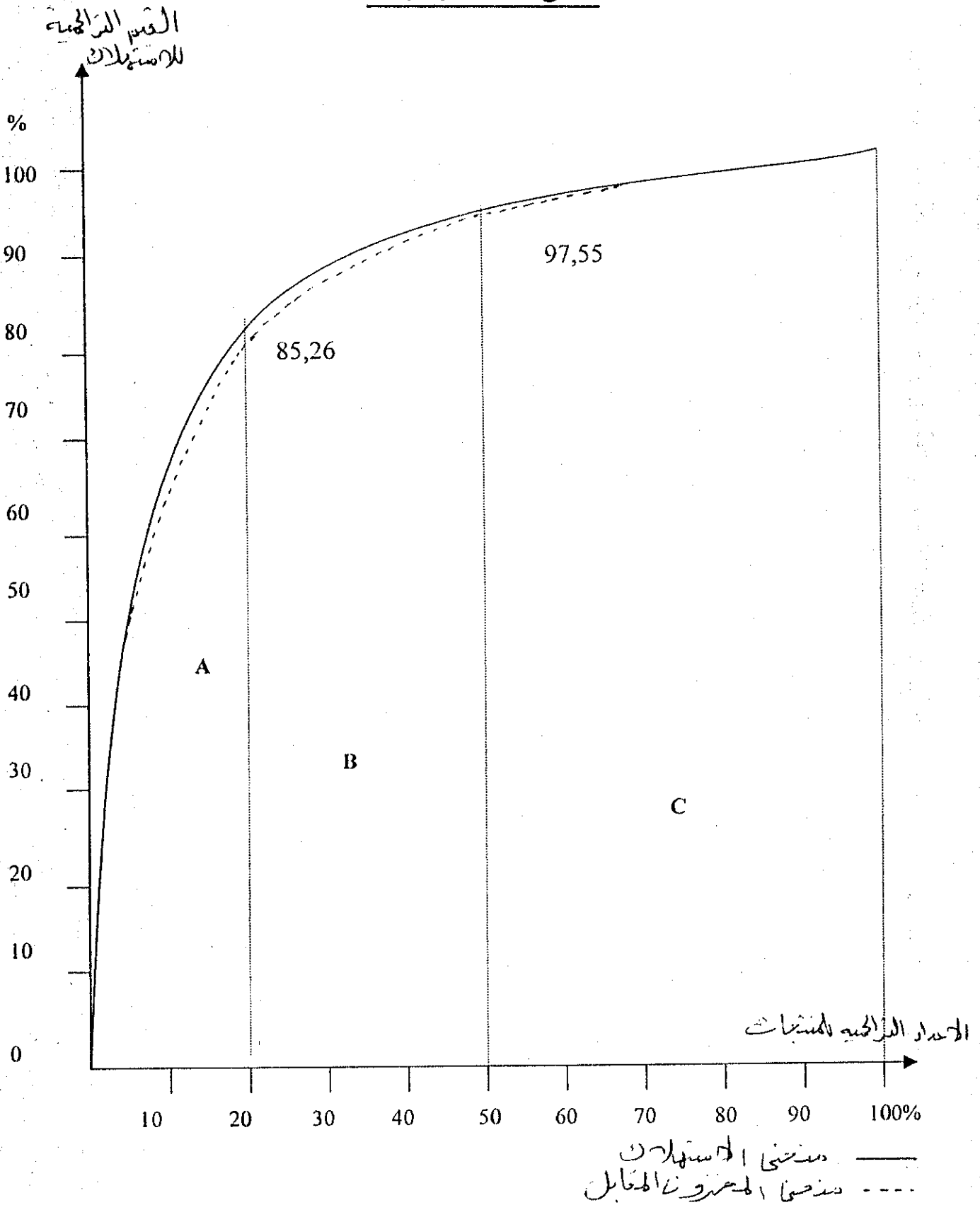
تحليل ABC للإستهلاك السنوي

| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|------------------------|--|--|--|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| معامل دوران المخزون | النسب المئوية للقيم التراكمية للمخزون المتوسط % | القيم التراكمية للمخزون المتوسط (دج) | النسب المئوية للقيم التراكمية للاستهلاك % | القيم التراكمية للاستهلاك (د.ج) | الأعداد التراكمية للمنتجات % | عدد المنتجات |
| 38,27 | 0,56 | 48712 | 3,32 | 1864210 | 0,00 | 1 |
| 6,69 | 6,24 | 534268 | 9,12 | 5110281 | 1,00 | 2 |
| 9,74 | 8,61 | 737868 | 14,92 | 8360241 | 1,00 | 3 |
| 4,99 | 13,26 | 1135320 | 18,26 | 10343837 | 2,00 | 4 |
| 6,12 | 15,58 | 1333958 | 20,63 | 11559770 | 2,00 | 5 |
| 22,70 | 16,39 | 1403310 | 23,44 | 13134320 | 3,00 | 6 |
| 14,43 | 17,35 | 1485506 | 25,55 | 14321048 | 3,00 | 7 |
| 20,12 | 18,57 | 1589962 | 29,31 | 1642350 | 3,00 | 8 |
| 7,37 | 19,73 | 1689281 | 30,67 | 17185562 | 4,00 | 9 |
| 8,16 | 20,98 | 1796306 | 32,23 | 18059689 | 4,00 | 10 |
| 45,99 | 21,34 | 1827129 | 34,76 | 19477344 | 5,00 | 11 |
| 23,42 | 21,72 | 1859665 | 36,12 | 20239404 | 5,00 | 12 |
| 6,62 | 24,16 | 2068577 | 38,59 | 21623438 | 6,00 | 13 |
| 8,02 | 25,66 | 2197007 | 40,43 | 22654460 | 6,00 | 14 |
| 5,60 | 27,95 | 2393077 | 42,39 | 23752722 | 6,00 | 15 |
| 6,88 | 46,66 | 3995025 | 62,06 | 34777354 | 9,00 | 20 |
| 5,44 | 55,82 | 4779304 | 69,68 | 39046265 | 11,00 | 25 |
| 8,37 | 60,13 | 5148326 | 75,20 | 42138651 | 13,00 | 30 |
| 3,19 | 68,48 | 5863252 | 79,27 | 44420769 | 15,00 | 35 |
| 12,19 | 70,14 | 6005381 | 82,56 | 46266126 | 17,00 | 40 |
| 1,67 | 80,61 | 6901829 | 85,26 | 47777282 | 20,00 | 47 |
| 2,18 | 81,77 | 7001141 | 85,65 | 47994643 | 21,00 | 48 |
| 18,92 | 81,89 | 7011415 | 85,99 | 48189056 | 21,00 | 49 |
| 3,42 | 82,68 | 7079055 | 86,41 | 48420877 | 21,00 | 50 |
| 4,98 | 87,12 | 7459207 | 89,97 | 50316785 | 26,00 | 60 |
| 4,00 | 92,92 | 7955803 | 93,34 | 52307303 | 34,00 | 80 |
| 17,40 | 94,29 | 8073102 | 96,99 | 54349429 | 39,00 | 90 |
| 1,26 | 95,81 | 8203244 | 97,28 | 54514150 | 47,00 | 110 |
| 3,89 | 96,25 | 8240917 | 97,55 | 54660975 | 50,00 | 117 |
| 22,71 | 96,30 | 8245198 | 97,72 | 54758221 | 51,00 | 118 |
| 6,07 | 96,63 | 8273453 | 98,03 | 54929985 | 52,00 | 120 |
| 3,45 | 97,16 | 8318831 | 98,31 | 55086871 | 56,00 | 130 |
| 7,89 | 97,82 | 8375340 | 99,10 | 55532892 | 60,00 | 140 |
| 4,40 | 98,31 | 8417294 | 99,43 | 55717885 | 73,00 | 170 |
| 3,24 | 99,17 | 8490927 | 99,86 | 55956771 | 77,00 | 180 |
| 0,99 | 99,73 | 8538874 | 99,93 | 55999689 | 86,00 | 200 |
| 1,43 | 99,92 | 8555142 | 99,98 | 56023065 | 90,00 | 210 |
| 2,03 | 99,98 | 8560279 | 99,99 | 56033506 | 94,00 | 220 |
| (*) | 100,00 | 8561992 | 100,00 | 56033787 | 100,00 | 233 |

(*) لا يمكن حساب معامل دوران المخزون باعتبار أن المخزون المتوسط معدوماً.

المصدر : من إعداد الباحث اعتماداً على معلومات مأخوذة من الصيدلية المركزية للمستشفى.

منحنى ABC للإستهلاك



3.3.4. تحليل نتائج طريقة ABC و الشكل البياني

من خلال الشكل البياني السابق نستطيع إستخلاص الملاحظات التالية :

- 20 % من التتجات تساهم بـ 85,26 % في الإستهلاك الإجمالي و هي تشكل الصنف A .
- المنتج رقم 1 يساهم لوحده بـ (3,32 %) في الإستهلاك الإجمالي.
- المنتج رقم 2 يساهم بـ (9,12 %) في الإستهلاك الإجمالي.
- المنتجات التسع الأولى تساهم بـ (30,67 %) في الإستهلاك.
- و (9 %) من التتجات تساهم بأكثر من (62,06 %) في الإستهلاك الإجمالي.
- (30 %) من التتجات تساهم بـ (5,14 %) في الإستهلاك الإجمالي على هذا الأساس الصنف B.
- (50 %) من التتجات تساهم بـ (4,28 %) في قيمة الإستهلاك الإجمالي، و تشكل على هذا الأساس الصنف C.

إن الملاحظة الأولى و المهمة التي يمكننا إستخلاصها من تحليل ABC للإستهلاك هي أن مسؤولي الصيدلية المركزية بمستشفى تلمسان يمكنهم الإستفادة من نظام ABC إذا كانت هناك الرغبة في إعادة تنظيم تسيير المخزون على أساس مبدأ ABC⁽¹⁾ حيث تخصص للمنتجات من الصنف A طرق تسييرية أكثر دقة و صرامة خاصة و أن عددها قليل و محدود 20% و تساهم بنسبة كبيرة في الإستهلاك الإجمالي تقدر بـ (88 %)، و هذا ما يسمح للمسيرين بربح الوقت و اقتصاد موارد مالية هامة و ضمان الدواء للمرضى و بهذا فإن المنتجات من الصنف A غير مكلفة. بعكس المنتجات من الصنف B (30 % من التتجات تساهم بـ 5,14 % في الإستهلاك)، فإنه يستدعي و قتا طويلا أما المنتجات من الصنف C و بحكم عددها الكبير (50 %) من المنتجات مقابل 4,28 % من الإستهلاك الإجمالي فإن إعادة تنظيمها يستدعي وقت أطول بالمقارنة مع المنتجات من الصنف B.

(1) BRAHIM BRAHIMI : Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie op p.63.

الملاحظة الأخرى استنتاجها هي أنه من ضمن المنتجات C أدوية تعتبر ضرورية و لا يمكن الإستهناء عنها في العلاج فإعادة تنظيم التسيير على أساس طريقة ABC، فإن هذه المواد توجه لصالح الصنف A باعتبارها أدوية أكثر استهلاكاً.

منتجات الصنف B و C (80% من المنتجات مقابل 12% من الإستهلاك الإجمالي و بحكم عددها الكبير حيث تشكل 80% من العدد الإجمالي، تستدعي بذل جهود كبيرة من حيث الطيبات، الإستهلام، التخزين... إلخ. و مساهمتها في الإستهلاك الإجمالي لا تشكل إلا نسبة (12%) مقارنة مع الصنف A، لذلك يمكن تسييرها بالطرق العادية و الأقل صرامة. إن المنتجات الصيدلانية من الصنف A هي ذات أهمية قصوى في العلاج و أي انقطاع أو نفاذ هذه المواد من المخزون قد يؤدي إلى تدهور صحة المرضى فالمسألة هي مصيرية بالنسبة للمرضى و هي وضعية كثيرة الحدوث بالمستشفى فمن هنا يجب أن توجه جميع الإهتمامات نحو الصنف A للأسباب المذكورة سلفاً فهي الأكثر إستهلاكاً.

4.3.4. مشاكل تحديد أصناف المنتجات الصيدلانية.

إن المشاكل التي تعترض تصنيف المنتجات هي نابعة من الحركة التي يتمتع بها الدواء، فالمنتجات قد تنتقل من صنف إلى آخر و هو أمر طبيعي و لهذا فإن تحليل ABC للإستهلاك لا يمكن اعتباره قاراً بل يجب معاودة التحليل مرة كل سنة على الأقل و مراقبة المنتجات المحتملة جداً للإنتقال من صنف إلى آخر.

فإذا تم إدخال منتج صيدلاني جديد في قائمة الأدوية Nomenclature وُجب دمجها منذ البداية ضمن الصنف A ثم نقوم بمتابعته باستمرار و مراقبته حتى يتم تحديد الصنف الذي يتلاءم معه (1)

و فيما يلي نتائج التصنيف الذي إقترحناه في تحليل ABC للإستهلاك

تحديد أصناف المنتجات

| الأصناف | عدد المنتجات بالنسب المئوية % | قيمة الإستهلاك الإجمالية بالنسب % |
|---------|----------------------------------|--------------------------------------|
| الصف A | 20 % | 88 % |
| الصف B | 30 % | 10 % |
| الصف C | 50 % | 2 % |
| المجموع | 100 % | 100 % |

إن هذه النسب غير قارة و عليه يمكنها أن تتغير من لحظة إلى أخرى بفعل إنتقال المنتجات الصيدلانية من صنف إلى آخر، و خاصة تلك المتواجدة على حدود الأصناف أي ذات الإحتمال الكبير للإنتقال.

4.4. تحليل ABC للمخزون المتوسط

لقد سمح لنا تصنيف المنتجات على أساس معيار الإستهلاك، باستخلاص صورة واضحة عن المنتجات الأكثر إستهلاكاً و من الأفضل كما سبق الذكر أن نستكمل هذا التصنيف بمعيار آخر لا يقل أهمية عن الول ألا و هو معيار المخزون المتوسط. إذن لماذا الإعتماد على معامل المخزون المتوسط ؟ لأن الإعتماد على معيار الإستهلاك وحده، يعبر عن تركيبة المخزون الذي يتأثر بدورات إعادة التموين و معرفة قيمة المخزون المتوسط ستسمح لنا بإعداد بعض قواعد التسيير مثل معامل دوران المخزون، تحديد السياسات المثلى لإعادة التموين إلخ ...

1.4.4. طريقة تحليل ABC للمخزون المتوسط.

إنطلاقاً من المعطيات التي تحصلنا عليها من قبل الصيدلية المركزية للمستشفى قمنا بحساب المخزون المتوسط لكل المنتجات الصيدلانية و ذلك إلى غاية 31 ديسمبر 1997 بالاعتماد على القاعدة الحسابية التالية

قيمة مخزون أول مدة + قيمة مخزون آخر مدة

قيمة المخزون المتوسط =

2

أي قيمة مخزون أول مدة لـ 1/1/1997. بمعنى ذلك قيمة مخزون آخر مدة لـ 31/12/1996 و قيمة مخزون آخر مدة لـ 31/12/1997.

و نشير هنا أن استعمال بطاقات المخزون على مستوى الصيدلية المركزية يستدعي تسجيل العمليات التالية :

- كمية المدخلات (أي المشتريات المخزنة)

- كمية المخرجات

- رصد المخزون المتبقى.

عملية الجرد على مستوى الصيدلية تتم كل سنة و تخص جميع المنتجات الصيدلانية.

و سوف نعتمد في تحليل المخزون على قيمة المخزون الفعلي (المادّي) بحيث غالبا ما تتطابق قيمة المخزون المحاسبي و المخزون الفعلي بسبب الأخطاء الناتجة عن مسك بطاقات المخزون، أو سرقة الأدوية، أو تلفها إلخ ...

و هذا المخزون الفعلي يكون مقيما على أساس سعر تكلفة الشراء و خارج الرسم (1).

مخزون أول مدة تحصلنا عليه من جرد سنة 1996 و يعتبر مخزونا ماديا فعليا لنهاية فترة 1996، أما مخزون آخر مدة، فقد تحصلنا عليه هو الآخر من جرد سنة 1997 و قد تم تطبيق طريقة ABC على مخزون كل المنتجات الصيدلانية و البالغ عددها (233) و بالطريقة نفسها التي اعتمدنا ها في تحليل الإستهلاك.

2.4.4. المعطيات الكمية لتحليل ABC للمخزون.

إن منتجات الجدول التالي مصنفة حسب درجة أهميتها من قيمة المخزون السنوي و قد

استعرضنا نتائج تحليل ABC للمخزون في الجدول و الرسم البياني التاليين :

(1) BRAHIM BRAHIMI : Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie op p.63.

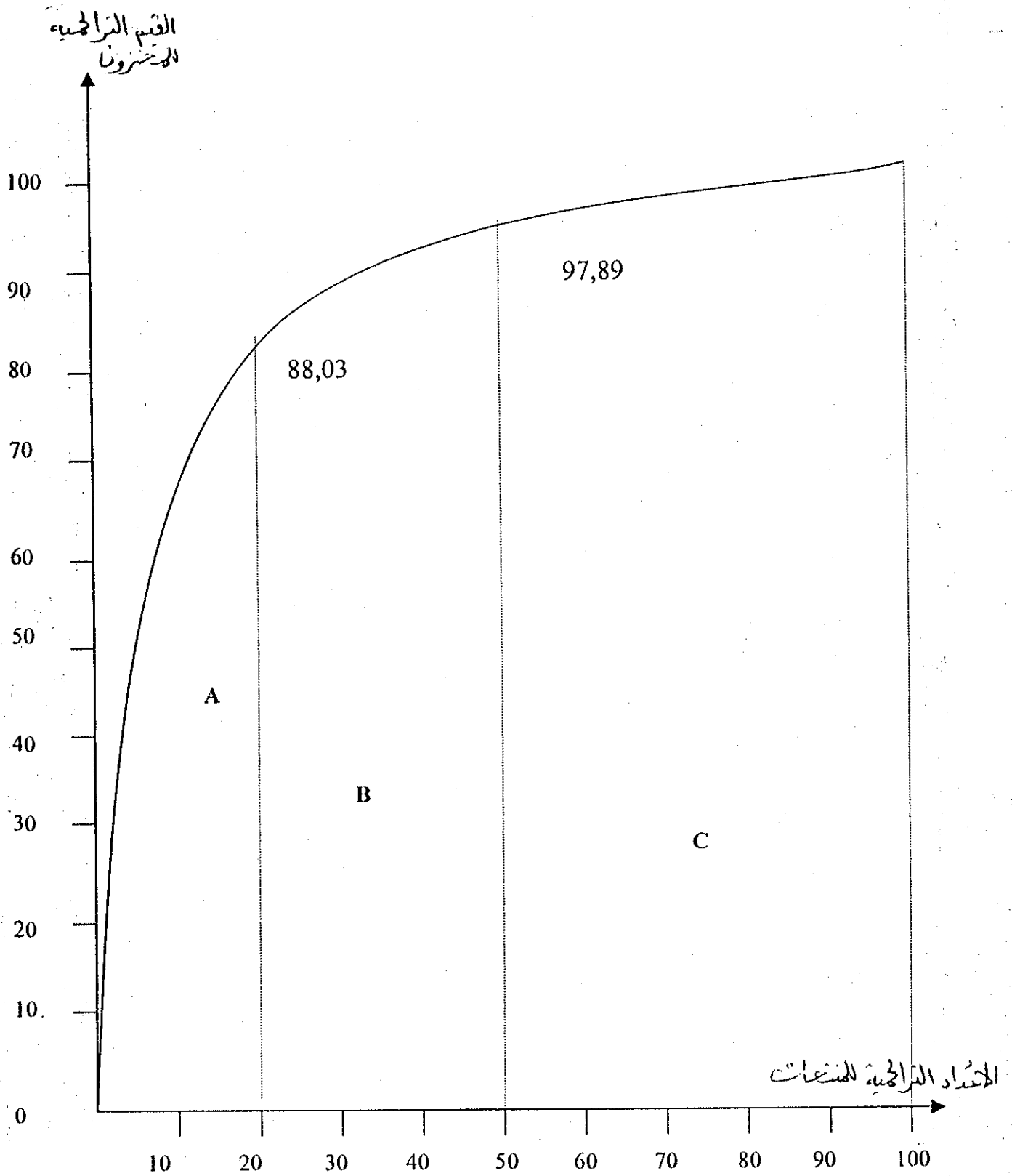
جدول تحليل ABC للمخزون

| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|------------------------|--|--|---|----------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| معامل دوران المخزون | النسب المئوية للقيم التراكمية لالإستهلاك | القيم التراكمية لالإستهلاك (د.ج) | النسب المئوية التراكمية للمخزون % | القيم التراكمية للمخزون (د.ج) | الأعداد التراكمية للمنتجات % | عدد المنتجات |
| 0,20 | 0,20 | 115279 | 6,12 | 523994 | 0,00 | 1 |
| 0,49 | 0,52 | 296519 | 10,44 | 893972 | 1,00 | 2 |
| 2,72 | 3,13 | 1753858 | 16,69 | 1429996 | 1,00 | 3 |
| 3,40 | 6,68 | 3743057 | 23,51 | 2012924 | 2,00 | 4 |
| 3,31 | 9,12 | 5110281 | 28,32 | 2424756 | 2,00 | 5 |
| 6,30 | 13,37 | 7491717 | 32,73 | 2802340 | 3,00 | 6 |
| 6,27 | 15,72 | 8808511 | 35,18 | 3012109 | 3,00 | 7 |
| 3,76 | 17,53 | 9822723 | 38,33 | 3281811 | 3,00 | 8 |
| 8,20 | 19,21 | 10764090 | 39,67 | 3396542 | 4,00 | 9 |
| 6,43 | 20,92 | 11722268 | 41,41 | 3545521 | 4,00 | 10 |
| 9,86 | 23,74 | 13302421 | 43,28 | 3705630 | 5,00 | 11 |
| 4,47 | 25,02 | 14019654 | 45,15 | 3865739 | 5,00 | 12 |
| 6,70 | 27,14 | 15207570 | 47,22 | 4042973 | 6,00 | 13 |
| 5,05 | 28,33 | 15874372 | 48,76 | 4174827 | 6,00 | 14 |
| 9,83 | 30,63 | 1716315 | 50,29 | 4305826 | 6,00 | 15 |
| 6,46 | 47,68 | 26716910 | 67,54 | 5782769 | 9,00 | 20 |
| 6,58 | 55,31 | 30992288 | 75,12 | 6431768 | 11,00 | 25 |
| 9,92 | 63,21 | 35118957 | 80,33 | 6877848 | 13,00 | 30 |
| 9,31 | 67,82 | 38002114 | 83,57 | 7155257 | 15,00 | 35 |
| 10,89 | 72,13 | 40417171 | 86,16 | 7377012 | 17,00 | 40 |
| 7,13 | 74,17 | 41560260 | 88,03 | 7537121 | 20,00 | 47 |
| 25,45 | 74,87 | 41952496 | 88,21 | 7572533 | 21,00 | 48 |
| 2,35 | 74,96 | 42002927 | 88,46 | 7573938 | 21,00 | 49 |
| 9,30 | 75,23 | 42154218 | 88,65 | 7590206 | 21,00 | 50 |
| 15,41 | 83,64 | 4866659 | 92,22 | 7895869 | 26,00 | 60 |
| 10,99 | 87,52 | 49040770 | 94,53 | 8093651 | 34,00 | 80 |
| 10,63 | 91,03 | 51007556 | 96,69 | 8278590 | 39,00 | 90 |
| 15,58 | 92,53 | 51848063 | 97,32 | 8332530 | 47,00 | 110 |
| 4,01 | 92,88 | 52044181 | 97,89 | 8381334 | 50,00 | 117 |
| 17,45 | 92,96 | 52089008 | 97,92 | 8383902 | 51,00 | 118 |
| 6,90 | 93,15 | 52195473 | 98,10 | 8399314 | 52,00 | 120 |
| 19,63 | 94,62 | 53019169 | 98,59 | 8441268 | 56,00 | 130 |
| 9,40 | 95,41 | 53461836 | 99,14 | 8488359 | 60,00 | 140 |
| 2,13 | 95,55 | 53540283 | 99,57 | 8525175 | 73,00 | 170 |
| 15,27 | 96,18 | 53893296 | 99,84 | 8548293 | 77,00 | 180 |
| 2,00 | 96,20 | 53908708 | 99,93 | 8555998 | 86,00 | 200 |
| (*) | 96,20 | 54111828 | 99,98 | 8560279 | 90,00 | 210 |
| (*) | | 55030782 | 100,00 | 8561992 | 94,00 | 220 |
| (*) | | 56033787 | 100,00 | 8561992 | 100,00 | 233 |

(*) بإعتبار أن المخزون المتوسط معدوم فإن من غير الممكن حساب معامل دوران المخزون.

المصدر : من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مأخوذة من الصيدلية المركزية للمستشفى الجامعي.

الشكل : تحليل ABC للمخزون



3.4.4. الرسم البياني و تفسير النتائج.

من خلال المعطيات الكمية الواردة في الجدول السابق الخاصة بتحليل ABC للمخزون المتوسط و الممثلة في الرسم البياني يمكننا تسجيل الملاحظات التالية :

(20%) من عدد المنتجات تشكل (67,54 %) من قيمة المخزون الإجمالية، و تشكل على هذا الأساس الصنف A. المنتج رقم 1 يشكل وحده (6,12 %) من قيمة المخزون بينما 10% من عدد التتجات تشكل و حدها تقريبا (75 %) من قيمة المخزون.

30% من عدد المنتجات تشكل (10 %) من قيمة المخزون الإجمالية و تشكل على هذا الأساس الصنف B.

أيضا نلاحظ أن 50% من عدد المنتجات تشكل (2 %) من قيمة المخزون الإجمالية، و تشكل على هذا الأساس الصنف C.

فما يمكن استنتاجه من تحليل ABC للمخزون، ان إعادة تسيير المخزون و فق مبدأ ABC تفرض نفسها و هي بذلك سوف تسمح بتحسين فعالية التسيير طبعاً إذا تم و ضع قواعد تسيير تتوافق مع أهمية كل صنف.

المبحث الخامس : دراسة التوازن بين المخزون والإستهلاك

مقدمة

إن الملاحظة الهامة التي استخلصناها من النتائج التي توصلنا إليها في تحليل ABC لكل من الإستهلاك و المخزون تبرز عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون، فمثلا المتوج رقم 1 في الجدول الأول يشكل وحده (3,32%) من قيمة المخزون الإجمالية، إلا أن مساهمته في الإستهلاك الإجمالي لا تقدر إلا بـ (0,56%).

و بالعكس المتوج رقم 1 في الجدول الثاني يساهم وحده بـ (0,20%) في الإستهلاك الإجمالي، إلا أن مخزونه يشكل إلا (6,12%) من قيمة المخزون الإجمالية.

نفس الشيء يمكن ملاحظته على المتوج رقم 2 في الجدول الثاني حيث يشكل وحده (10,44%) من قيمة المخزون الإجمالية، و لا يساهم إلا بـ (0,52%) من قيمة الإستهلاك الإجمالية.

إن عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون ترجم ميدانيا بتكوين مستويات كبيرة من المخزون مقابل إستهلاك ضعيف و هذا ما أدى إلى الإفراط في تخزين بعض الأدوية مما أدى إلى تلفها و فسادها في بعض الأحيان و قد لاحظنا أن 50 منتجاً صيدلانياً تشكل (22,08%) من قيمة المخزون الإجمالية و لا تساهم إلا بـ (4,28%) في الإستهلاك الإجمالي.

كما أن عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون أدى إلى تكوين مستويات كبيرة من المخزون أقل من مستويات الإستهلاك و هذا ما أدى إلى تكرار انقطاع الأدوية و التي مست كل الأصناف A.B.C.

و لتأكيد ذلك سنعمد في مبحثنا هذا على حساب بعض النسب (RATIO) التي سوف تساعدنا في تأكيد ظاهرة عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون.

إن النتائج المستخلصة التي توصلنا إليها في المبحث السابق تؤكد عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون، فمثلا المنتج الصيدلاني رقم (1) في الجدول رقم -1- يشكل وحده 6,12 % من قيمة المخزون الإجمالية إلا أن مساهمته في الإستهلاك الإجمالي لا تقدر إلا بـ 0,20 % و المنتج رقم (1) في الجدول رقم -2- يساهم وحده بـ 3,32 % في الإستهلاك الإجمالي، إلا أن مخزونه لا يشكل إلا 0,56 % من قيمة المخزون الإجمالية.

نفس الملاحظة يمكن الإشارة إليها بالنسبة للمنتج رقم (2) في الجدول -1- حيث يشكل وحده 10,44 % من قيمة المخزون الإجمالية و يساهم إلا بـ 0,52 % من قيمة الإستهلاك الإجمالية.

إن إنعدام التوازن بين المخزون و الإستهلاك أدى إلى تكوين مستويات كبيرة من المخزون مقابل إستهلاك ضعيف و هو ما يؤدي إلى الإفراط في تخزين الأدوية و ما ينتج عنه من إتلاف أحجام كبيرة من الأدوية و فسادها بسبب إنقضاء مدة صلاحيتها، و في هذا الإطار لاحظنا أن 30 منتجاً صيدلانياً تشكل 33,80 % من قيمة المخزون الإجمالية و لا تساهم إلا بـ 63,21 % في الإستهلاك الإجمالي، من جهة أخرى فإن عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون أدى كذلك إلى مستويات قليلة من المخزون بالمقارنة مع مستويات الإستهلاك و هو ما سبب تكرار نفاذ الأدوية و الذي مس كل الأصناف ABC و من هذه الزاوية لاحظنا أن 25 منتجاً صيدلانياً من الصنف A تشكل 70 % تقريباً من قيمة الإستهلاك الإجمالية و مخزونها لا يتعدى 56 %.

و عليه سنعتمد في هذا المبحث على حساب بعض النسب (Ratios) التي سوف تساعدنا في البرهنة على هذه الظاهرة : ظاهرة التوازن ^{عدم} بين الإستهلاك و المخزون.

1.5. مدة تغطية المخزون لبعض الأدوية

إن دراسة مدة تغطية المخزون لبعض الأدوية قد برهن لنا الإتجاه إلى الإفراط في التخزين وهذا ما يوضحه الجدول التالي :

مدة تغطية المخزون بالقيمة لبعض الأدوية

| مدة تغطية المخزون (*) | قيمة المخزون المتوسط (د.ج) | قيمة الإستهلاك السنوي (د.ج) | إسم المنتج الصيدلاني |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 65 شهراً | 73770,12 | 404171,71 | Baeycoline .1 |
| 67 شهراً | 75902,06 | 421542,18 | Bétadine solut. .2 |
| 73 شهراً | 80936,61 | 490407,70 | Bristopen .3 |
| 76 شهراً | 85559,98 | 539087,08 | Ascobiol .4 |
| 76 شهراً | 85602,79 | 541111,28 | Clomid comp. .5 |
| 74 شهراً | 82785,90 | 510075,56 | Diamox comp. .6 |

المصدر : معلومات مأخوذة من الصيدلية المركزية و الحسابات من إعداد الباحث

إن ما يمكن استخلاصه من هذا الجدول هو ارتفاع مستويات تغطية المخزون لبعض المواد الصيدلانية حيث فاقت 60 شهراً من الإستهلاك، كما هو الأمر بالنسبة للمنتجات 1، 2، 3، 4 و 5 و 6. في الجدول أعلاه و هذا ما يدلُّ عن غياب وجود سياسة واضحة و فعالة في شراء الأدوية.

(*) مدة تغطية المخزون بالشهور

قيمة المخزون المتوسط

12 x شهراً

قيمة الإستهلاك السنوي

من جهة أخرى فإن عدم التوازن بين الإستهلاك و المخزون، قد يسبب في تكوين مستويات من المخزون أقل بكثير من مستويات الإستهلاك و هذا ما أدى إلى نفاذ الأدوية و الذي مس كل الأصناف ABC و هو ما يوضحه الجدول التالي :

مدة تغطية المخزون بالقيمة لبعض الأدوية

| اسم المنتج الصيدلاني | قيمة الإستهلاك السنوي (د.ج) | قيمة المخزون المتوسط (د.ج) | مدة تغطية المخزون (بالأيام) |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Amoxyline sirop 250mg. | 535890,00 | 158907,40 | 10 |
| Atrax comp. | 2552368,50 | 53463,00 | 7,5 |
| Bacicoline. | 35080057,50 | 186070,05 | 19 |
| Bétadine sol. | 635890,00 | 169087,60 | 90 |
| Carbimazole comp. | 627802,30 | 00,00 | 00,00 |

المصدر : معلومات مأخوذة من الصيدلية المركزية للمستشفى و الحسابات من إعداد الباحث إلى غاية 1997/12/31.

إن الملاحظة المستخلصة من هذا الجدول هي عدم التطابق بين وتيرة الإستهلاك و مستوى المخزون لمواد صيدلانية تعتبر هامة جدا بالنسبة للمرضى و هذا ما يدل مرة أخرى على عدم نجاعة سياسة الشراء المتبعة من طرف إدارة الصيدلية، ففي تسيير المخزون، لابد من إجراء مراقبة صارمة للأدوية الأكثر إستهلاكا بالخصوص الصنف A.

وقد بلغت النسبة المئوية للمنتجات الصيدلانية، التي كان مستوى مخزونها في حدود الصغفر 11% أي ما يعادل 49 منتوجا.

للملاحظة فإنه لا يجب الإعتماد على القيمة الوسطية في حساب فترة تغطية المخزون الإجمالية لأنها قد تظلل النتائج و لا تبرز التعويض الذي قد يحدث بين مختلف المنتجات خاصة تلك التي تتميز بقلّة التخزين و ارتفاع مستويات الإستهلاك من جهة و ارتفاع التخزين و قلة الإستهلاك من جهة أخرى.

ما دام أن المدة المتوسطة لتغطية المخزون لا تأخذ بعين الإعتبار تغيير تركيبة المخزون ⁽¹⁾ فسنحاول حساب مدة التغطية حسب الأصناف A.B.C و وفق معيار المخزون المتوسط و معيار الإستهلاك حسب الجدول التالي :

مدة تغطية المخزون حسب الأصناف A.B.C

| الأصناف | تحليل المخزون | تحليل الإستهلاك |
|---------|-----------------------|---------------------|
| الصف A | 5,5 شهراً (165 يوماً) | 1,72 شهر (52 يوماً) |
| الصف B | 0,62 شهر (19 يوماً) | 1,80 شهر (54 يوماً) |
| الصف C | 0,69 شهر (21 يوماً) | 0,15 شهر (5 أيام) |

إن الملاحظة المستخلصة من الجدول هي أن مدة تغطية المخزون تتناسب عكسياً مع الأهمية النسبية للمنتجات، فمنتجات الصف A أي المنتجات الإستراتيجية تتميز بقصر مدة تغطية مخزونها مقارنة مع الصف B و الصف C و هذا ما يدل على عدم وجود تسيير فعال للمخزون.

(1) BRAHIM BRAHIMIA : Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie op. cit p.71

قيمة الإستهلاك السنوي

معامل دوران المخزون =

قيمة المخزون المتوسط السنوي

إن الإخفاض الملحوظ لمدة تغطية مخزون الصنف C حيث أن قيمة المخزون السنوي لا تضمن إلا 21 يوماً من الإستهلاك مما يعرض هذه المواد الصيدلانية إلى الإنقطاع (النفاد) المتكرر و نفس الملاحظة نفسها يمكن تسجيلها كذلك على منتجات الصنف B، إذ أن قيمة المخزون المتوسط لا تضمن 19 يوماً من الإستهلاك.

2.5. معدل دوران المخزون

من العوامل الهامة التي تسمح لنا بمعرفة أداء المخزون هي معامل دوران المخزون و نعني به عدد المرات التي يتم فيها تجديد المخزون خلال فترة زمنية معينة عادة ما تكون السنة. و معامل دوران المخزون يسمح باكتشاف الأدوية التي لا تستهلك بوتيرة كبيرة و التي تجمّد بذلك رؤوس الأموال التي يكون المستشفى في حاجة إليها و هي عادة الأدوية التي تتميز بمعدل دوران أقل أو يساوي 1 و تسمى بالمخزون الساكن (Stock Mort) و لتوضيح ذلك نورد الجدول التالي:

معدّل دوران المخزون لبعض الأدوية

| معدل دوران المخزون | قيمة الإستهلاك السنوي (د.ج) | قيمة المخزون المتوسط (د.ج) | إسم المنتج الصيدلاني |
|--------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------|
| 0,33 | 296519,00 | 893872,00 | Clomid comp. |
| 0,72 | 285133,95 | 392845,00 | Zaditen |
| 0,14 | 9963,59 | 63495,70 | TAO comp. |
| 0,18 | 476391,30 | 2551963,50 | Contrathion. |
| 0,52 | 153872,20 | 295877,65 | Insidon comp. |

المصدر : معلومات مأخوذة من الصيدلية المركزية للمستشفى.

نلاحظ في الجدول عدم التوازن بين مستويات التخزين و مستويات الإستهلاك و في مجال تسيير المخزون يجب أخذ جميع الإحتياطات من المواد الصيدلانية التي لها معدل دوران أقل من 1، لأن مخزونها أكبر من مستوى الإستهلاك مما يؤدي إلى تلف هذه المواد بسبب إنقضاء مدة صلاحيتها. و العكس بالنسبة للمواد التي تتميز بمعدل دوران مرتفع لانه يساعد على اكتشاف المنتجات ذات الإستهلاك الواسع م التي يعاد تموينها بكميات قليلة و هذا ما يعرضها إلى النفاذ المتكرر. و هذا الجدول يوضح لنا جليا ذلك على بعض الأدوية.

معدل الدوران لبعض الأدوية

| إسم الدواء | قيمة المخزون المتوسط (د.ج) | قيمة الإستهلاك السنوي (د.ج) | معامل دوران المخزون |
|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Tienam Inj 500 | 48712,00 | 1864210,00 | 38,27 |
| Pxazoline comp. | 111744,00 | 5725762,50 | 51,24 |
| Solumedrol Inj 40 | 74477,79 | 3402145,40 | 45,68 |
| Prodafalgan Inj. | 20048,00 | 403365,76 | 20,12 |

المصدر : معطيات من الصيدلية المركزية للمستشفى بتلمسان.

من هذا الجدول نلاحظ عدم التوازن بين وتيرة الإستهلاك و مستويات التخزين و الذي سبب في تكرار ظاهرة إنقطاع الدواء. إن البحث عن معدل دوران مرتفع يساعد على تجنب نفاذ الأدوية⁽¹⁾ و يحسن من الخدمات الصحية و لذلك في ميدان تسيير المخزون لابد من متابعة و مراقبة المنتجات التي لها معدلات دوران مرتفعة.

(1) Lauret (A) : Technique de la gestion des stocks op cit p38

و من أجل تجنب النفاذ للأدوية يجب التعامل مع الموردين الذين يقدرون حق تقدير كل الطلبات و يحترمون الآجال و خصوصيات الشراء و الصفقات. فالمرضى لا يمكنه الانتظار و المستشفى بدون دواء لن يعود له معنى و كذلك يجب تفادي تكوين المخزون الميت و بذلك تتحسن الخدمة الطبية. أما بخصوص المنتجات التي هي موضوع دراستنا و البالغ عددها 233 منتجاً، فإن معدل دوران المخزون الإجمالي لهذه المنتجات يساوي 6,54 مرة/سنة.

$$\text{معدل دوران المخزون افجمالي لسنة 1997} = \frac{56033787}{8561992} = 6,54 \text{ مرة/سنة.}$$

فالمعدل لإجمالي يعتبر في نظرنا غير كاف، لأن الإعتماد على معدل متوسط، قد يخفي التعويض الذي قد يحدث بين المنتجات ذات الدوران السريع و المنتجات ذات الدوران البطيء. لذلك سنحاول حساب معدل دوران المخزون حسب الأصناف A.B.C وفق المعيارين : معيار الإستهلاك و معيار المخزون.

معدل دوران المخزون حسب الأصناف A.B.C

| الأصناف | (أ) تحليل المخزون | (ب) تحليل الإستهلاك |
|---------|----------------------|------------------------|
| الصفن A | 5,51 | 6,92 |
| الصفن B | 12,42 | 5,14 |
| الصفن C | 22,08 | 4,28 |

إن ما يمكن إستخلاصه من الجدول و في العمود (ب)، أن دوران منتجات الصفن A و الصفن B تقريبا هو نفسه، أما دوران منتجات الصفن C فإنه يتم بدرجة أقل.

إن معدلات دوران المخزون وفق معيار المخزون (العمود أ)، لا تكتسي أية أهمية، مع الإشارة إلى ارتفاع معدل دوران منتج الصنف C (22,08 مرة/سنة)، و هذا دلالة على أن المخزون المتوسط لهذه المواد يبقى ضعيفا مقارنة مع الإستهلاك مما قد يعرضها للنفاذ Rupture.

3.5. تحديد الأصناف و تحليل المخزون و الإستهلاك.

إن النسب المئوية التي تم على أساسها تحديد أصناف المنتجات و فق معيار الإستهلاك هي التي تتم على أساسها أيضا تحليل المخزون

تحليل A.B.C للمخزون و تحديد الأصناف.

| الأصناف | عدد المنتجات % | قيمة المخزون الإجمالي % |
|---------|----------------|-------------------------|
| الصنف A | 20% | 88% |
| الصنف B | 30% | 10% |
| الصنف C | 50% | 02% |
| المجموع | 100% | 100% |

إن هذا التصنيف من شأنه أن يساعدنا في إجراء المقارنة بين منحنى الإستهلاك و منحنى المخزون، إن مقارنة تحليل الإستهلاك مع تحليل المخزون، أبرز فيما سبق عن عدم التوازن بين مستويات التخزين و مستويات الإستهلاك.

إن عدد المنتجات المنتمية الأصناف A.B.C وفقا لمعيار الإستهلاك و معيار المخزون أعطى نفس التوزيع و هذا ما توضحه المصفوفة التالية :

| | | الإستهلاك | | | المجموع |
|---------|---|-----------|----|-----|---------|
| | | A | B | C | |
| المخزون | A | 47 | 0 | 0 | 47 |
| | B | 0 | 70 | 0 | 70 |
| | C | 0 | 0 | 116 | 116 |
| المجموع | | 47 | 70 | 116 | 233 |

إن الأرقام 47، 70، 116، تشير إلى عدد المنتجات المنتمية على التوالي للأصناف A.B.C وفقا لمعيار الإستهلاك و المخزون، إلا أن ذلك لا يعني أن المر يتعلق بالمنتجات نفسها و هو ما سوف نوضحه في المصفوفة التالية :

توزيع المنتجات حسب تحليل A.B.C للإستهلاك و المخزون

المبحث الخامس : دراسة التوازن بين المخزون و الإستهلاك

| | | الإستهلاك | | | المجموع |
|---------|---|-----------|----|-----|---------|
| | | A | B | C | |
| المخزون | A | 33 | 13 | 1 | 47 |
| | B | 7 | 40 | 23 | 70 |
| | C | 7 | 17 | 92 | 116 |
| المجموع | | 47 | 70 | 116 | 233 |

إن عدد المنتجات المنتمية إلى الصنف A وفق معيار الإستهلاك و المخزون هو نفسه (47 منتجاً)، و هذا راجع إلى أننا أخذنا النسب نفسها في تحديد الأصناف، إلا أن المنتجات ليست نفسها بالضرورة فبدلاً من أن نحصل على 47 منتجاً (أي المنتجات نفسها) وفق معيار المخزون، نلاحظ في المصفوفة السابقة. أننا تحصلنا على (33 منتجاً) فقط تابعا للصنف A و الفرق (47-33=14) موزع على الصنف B و C.

و على التوالي 7 منتجات على الصنف B و 7 على الصنف C.

يجب الإشارة إلى أنه في تسيير المخزون، لا بد من مراقبة المنتجات التي تقع في حدود الفئات لأنه من الممكن جداً أن تنتقل المنتجات من صنف إلى آخر بفعل تزايد أو انخفاض حجم المخزون (I) و ذلك حسب وتيرة المدخلات و المخرجات.

إن الغاية من تحليل ABC للمخزون هي :

- معرفة مستويات التخزين التي يجب تخصيصها حسب كل منتج.
- معرفة وتيرة إستهلاك كل منتج مما يسمح لنا بتجنب الإفراط في التخزين.
- معرفة المنتجات التي يخصص لها مستويات ضعيفة من المخزون و التي تتميز بكثرة الطلب عليها مما يؤدي دوماً إلى نفاذها و هي حالة كثيرة الوقوع في المستشفى الجامعي.
- يسمح لنل بترشيد المواد.
- يسمح بتحسين أداء التسيير.

4.5. نقائص تحليل A.B.C

إنّ تحليل A.B.C يتضمن مزايا جدّ معتبرة، و يسمح لنل باتخاذ قرارات جدّ هامة في التسيير إلا أن هناك انتقادات يمكن الوقوف عندها :

1. لا يوجد هناك قاعدة محددة تسمح بتعيين النسب و بصورة قطعية و التي يتم بموجبها تصنيف المنتجات، و في هذا المجال توجد عدة اقتراحات و مقاربات خصوصا في الدراسات التطبيقية منها مثلا (20/80، 25/75، 15/85، إلخ...)، غير أنه عادة ما يعمل بـ 20/80 خصوصا في قطاع التوزيع.

2. أن الإهتمام بالمنتجات الهامة و الإستراتيجية (الصف A) لا يعني إهمال منتجات الأصناف الأخرى فقد تتوقف حياة المرضى على منتجات الصف C مثلا و قد يحرم المؤسسات التجارية من بيع المنتجات الهامة من الصف A.

3. أن صحة تحليل ABC محدودة في الوقت أي يجب باستمرار تطبيق تحليل ABC لأنه قد تأخذ منتجات معينة نسبة كبيرة في قيمة الإستهلاك أو المخزون خلال فترة زمنية معينة كما يمكنها أن تتراجع في أوقات أخرى. حسب وتيرة المدخلات و المخرجات لذلك ينص بإجراء هذا التحليل مرة كل سنة.

خاتمة الفصل

إن الإستهلاك و المخزون يشكلان أهم المعايير الإقتصادية لمراقبة و تقييم المؤسسات الصحية العمومية في مجال تسيير المنتجات الصيدلانية لذلك من الضروري جدا إجراء تحليل ABC لتقييم الإستهلاك و المخزون مرة كل سنة حتى يتسنى لنا التنسيق بين مستويات الإستهلاك و مستويات التخزين و معرفة درجة التوازن بينهما لتفادي الإفراط في التخزين أو نفاذ المخزون. إن تحليل ABC للإستهلاك و المخزون يساعد المسيرين و القائمين على الصيدلية المركزية ب :

- ترشيد الموارد و تحسين أداء التسيير.
- الإقتصاد في الموارد المالية.
- التقليل من تكاليف التخزين.
- استثمار الأموال المقتصدة في مجالات أخرى.
- توفير الدواء حسب مستويات الطلب المسجلة.
- و ضع طرق التسيير التي تتلائم مع أهمية كل صنف.

إن نفاذ المنتجات الصيدلانية أو الإفراط في التخزين راجع بالدرجة الأولى إلى سوء التسيير للمخزون لإنعدام نظام فعال لمراقبته.

و للإشارة في الأخير أنه لا بد من دمج المنتجات التالية في الصنف A⁽¹⁾ و هي خصوصا :

- المنتجات ذات الطابع الإستراتيجي (اللقاح)، المصل و المضادات الحيوية.
- المنتجات المتواجدة على حدود الأصناف.
- المنتجات الجديدة.
- المنتجات التي تتطلب حماية خاصة كالمخدرات.
- المنتجات التي لها مدة إستهلاك قصيرة.
- المنتجات المتواجدة على حدود الأصناف.

(1) BRAHIM BRAHMIA Gestion des produits pharmaceutique op. p.76.

الخاتمة

خاتمة البحث

منذ فترة وجيزة أخذت البحوث الإقتصادية في مجال الصحة حيزاً كبيراً من إهتمامات الباحثين خاصة بعد نموّ النفقات الصحية و بمعدلات كبيرة مما هو مسجل في معدل الناتج الداخلي الخام، و لقد مسّت هذه الظاهرة غالبية دول العالم بما فيها الجزائر مما دفع بالحكومة إلى إعادة النظر بين المتطلبات الإجتماعية للسكان في ميدان الإستهلاك الطبي و العلاج و بين المتطلبات الإقتصادية، و ذلك بحثاً عن أفضل إستخدام للمواد المادية و المالية المحدودة لتلبية الحاجات الصحية المتعددة و بأكثر فعالية ممكنة. و هو ما لا يمكن تحقيقه إلا إذا تمّ صياغة سياسة صحية واقعية و واضحة المعالم على الأسس التالية :

1. إعادة تقييم للسياسة الصحية المنتهجة منذ الإستقلال.
2. صياغة معايير لإتخاذ القرارات.
3. إعداد برامج صحية.
4. الإهتمام بتحسين الكفاءة التسييرية للمسيرين و إدخال مفاهيم جديدة في التسيير مثل الرشادة الإقتصادية، المردودية و ذلك من أجل التحكم في التكاليف. إنّ الدواء هو المحور الأساسي الذي تبنى عليه أية سياسة صحية و الجزائر بحكم حجم إستهلاكها لهذه المادة الحيوية تعتبر من أهم الأسواق العربية و دول العالم الثالث في مجال إستيراد المنتجات الصيدلانية، فهي تخصص سنوياً ما يقارب أو يتعدى 500 مليون دولار لإستيراد الأدوية و هذا التطور السريع لفا تورة الإستيراد كان نتيجة للعوامل التالية :

1. إنتشار كبير و سريع للهياكل الصحية على مستوى الوطن.
2. الزيادة الهائلة في عدد العاملين في المجال الصحي و على رأسهم الأطباء باعتبارهم واصفي الدواء.
3. النمو الديموغرافي الذي ما فتئ يتزايد من سنة إلى أخرى.
4. عجز الصناعة الصيدلانية في الجزائر على تلبية الإحتياجات الوطنية من الدواء أو على الأقل تغطية نسبة كبيرة منها.
5. نقص في التربية الصحية مما ساعد المجتمع في الجزائر على الإستهلاك العشوائي للأدوية.
6. إنعدام الصرامة في توزيع الأدوية (توزيع بدون وصفات).

فالإحصائيات المتوفرة تشير إلى إتجاه الإستهلاك الصيدلاني الوطني نحو النمو و بمعدلات أكبر من معدل زيادة النمو الديمغرافي.

فالمعطيات الإحصائية المتعلقة بإستهلاك الأدوية على مستوى القطاعات الصحية هي شبه منعدمة و لذلك حاولنا الإهتمام ببعض المؤشرات المتعلقة بالإستهلاك الصيدلاني و منها :

- حجم الهياكل الصحية العمومية
- عدد عمال السلك الطبي في القطاع العمومي و في جميع التخصصات
- حجم نفقات الأدوية للقطاعات الصحية في الموازنة العامة إلخ ...

إن تحليلنا للعوامل السالفة الذكر، أكد لنا عجز و عدم قدرة المؤسسات المكلفة بتموين القطاعات الصحية، في إحترام برامج الإسترداد بسبب نقص السيولة بالعملة الصعبة في ظل إنخفاض العوائد البترولية و تدهور قيمة الدينار، و بالرغم من تفاقم ديون الجزائر المستحقة للبنوك الخارجية و تكاليف خدماتها فهي تتحمل خسائر مالية إضافية نتيجة سوء تسيير مؤسساتها الصيدلانية الجهوية الثلاث بصفة عامة :

- إينوفارم - إينافارم - أنكوفارم.

و يمكن إبراز المشاكل الناجمة عن أداء هذه المؤسسات في النقاط التالية :

1. عدم إشراك الصيادلة في القرارات المتعلقة بعملية الإسترداد مما جعل نوعية و كميات الأدوية المستوردة غير متوازنة.
2. غياب الرقابة على نوعية الأدوية المستوردة من حيث تحديد مدة صلاحيتها و هذا ما يزيد من خسائر تلف بعضها بمجرد وصولها إلى المخازن.
3. إعتناء المؤسسات المستوردة لبعض الأدوية على الإحصائيات المتحصل عليها من قبل مراكز التوزيع بدلا من حجم الكميات المطلوبة من الصيدليات الخاصة أو الوكالات الوطنية و من صيدليات المستشفيات.
4. قصور التموين للسوق الوطنية بسبب عدم ضبط الإحتياجات الفعلية من الدواء و هذا ما أدي و يادي دوما إلى كثرة الإنقطاعات.
5. غياب الإعلام الطبي بالمؤسسات المستوردة مما يؤدي و في الكثير من الأحيان إلى إسترداد أدوية مشكوك فيها من حيث الفعالية و قيمتها العلمية و صلاحيتها و يتم في كل مرة إستبعادها بسبب خطورتها.

6. على مستوى المستشفيات، يتم الاعتماد على الطرق التجريبية لتحديد حجم الطلب على الأدوية بدلا من استعمال الطرق العلمية.
7. عدم تطبيق الأساليب العلمية للتخزين مما يؤدي إلى فساد بعض الأدوية الناجم أساساً إما عن إنتهاء زمن فعاليتها أو نتيجة تأثيرها للعوامل المناخية بسبب نقص في تجهيزات التخزين.

فتحليلنا لهيكل الإستهلاك الصيدلاني على مستوى قطاعات الصحية، أعطانا فكرة واضحة عن نموذج الإستهلاك الصيدلاني الذي يميز القطاعات الصحية و دورها في التكفل بالأمراض الخطيرة و المكلفة، فمثلا الأمراض المعدية و أمراض القلب و داء السكري و أمراض الغدد تستهلك وحدها 50% من قيمة الإستهلاك الصيدلاني الإجمالي على مستوى مستشفى تلمسان و هو ما يعني الإهتمام أكثر بالصحة الوقائية. (معالجة المياه، التدخين، التلقيح إلخ...) كما أبرزت لنا هذه النتائج، طبيعة نشاط المستشفيات داخل المنظومة الصحية الوطنية و دورها الإستراتيجي في شبكة العلاج مما يستلزم على الحكومة إعطاء الأولوية و الإهتمام اللازمين للقطاع العمومي و تزويده بالإمكانات اللازمة (إدخال التقنيات العلمية في مجال التسيير، تكوين المسيرين...) و في هذا المجال يبقى الإهتمام بإشكالية الدواء أحد أهم الأولويات.

و من هذا المنطلق إنصب بحثنا على صياغة نظام عقلاني لتسيير المنتجات الصيدلانية و لقد وقع إختيارنا على طريقة ABC أو ما يعرف بإسم التسيير الإنتقائي (Gestion Sélective)، هذه الطريقة في تسيير المخزون تسمح لنا بتحديد الأهمية النسبية للمنتجات و ذلك بتصنيفها إلى ثلاثة أقسام، تم نضع قواعد التسيير التي تتلاءم مع أهمية كل صنف و لقد تم الاعتماد على معيار قيمة الإستهلاك الذي يأخذ بعين

الإعتبار قيمة المنتجات و حجمها و حركتها من جهة و على معيار قيمة المخزون المتوسط الذي يأخذ بعين الإعتبار تركيبة المخزون من جهة أخرى و من خلال المعاينة الميدانية على مستوى الصيدلية المركزية بمستشفى تلمسان لاحظنا إختلاف المنتجات الصيدلانية من حيث وتيرة الإستهلاك و مستويات التخزين و مستويات الأسعار و عليه فلا يمكن التعامل مع كل نوع من أنواع الأدوية بطريقة خاصة و لا يمكن التعامل مع هذه الأدوية بطرق تعتمد على التجربة فقط بل كان لابد من إعادة تنظيم تسيير المخزون وفق مبدأ ABC على مستوى صيدلية مستشفى تلمسان، فالتسيير وفق هذه الطريقة العلمية يسمح باتخاذ قرارات جد هامة في التسيير، إذ بموجبه تخصص طرق التسيير الأكثر دقة لمنتجات الصنف A مما يوفر من التكاليف الزائدة و من الوقت و بالتالي إقتصاد موارد مالية خاصة إذا طبقت على مجموع المنتجات الصيدلانية كما تم في بحثنا هذا أن الهذف الأسمى من تحليل ABC الإستهلاك و المخزون هو متابعة و مراقبة المنتجات الصيدلانية من حيث مستويات التخزين و وتيرة الإستهلاك حتى نتفادى :

- من جهة نفاذ المخزون.
- من جهة أخرى الإفراط في التخزين.

و لقد إتضح ان هذه المشاكل يمكن أن تعالج إذا ما أوكلت مهام تسيير المنتجات الصيدلانية لذوي الكفاءات و التخصص و القادرين على الإلمام الشامل بمبادئ تسيير المخزون و إجراء الحسابات اللازمة.

و بناء على النتائج التي تحصلنا عليها نصل إلى إقتراح جملة من التوصيات و الإقتراحات يمكنها أن تساعد الميسيرين في نشاطهم.

- الإعتماد على طريقة ABC في تسيير المنتجات الصيدلانية بالإعتماد على معيارين :
 - معيار الإستهلاك
 - و معيار المخزون
- تكوين عمال التخزين تكوينا علميا إقتصاديا حتى يتسنى لهم التحكم في تقنيات التسيير.
- مراقبة المنتجات التي لها معدل دوران مرتفع.
- التعامل مع موردين متميزين من حيث إحترام مواعيد الإستهلام و السرعة في تلبية الطلبات.
- ضرورة الإستفادة من التموين بالأدوية في ظل تكاليف معقولة لأن هذا الجانب لم يحضى من قبل بالإهتمام الكافي.
- إن تحديد الحاجات من الأدوية هي من الأمور الصعبة التي يواجهها مستشفى تلمسان لذلك لابد من إشراك جميع المسؤولين و على مختلف المستويات إضافة إلى الإختصاصيون الصيادلة لأن ممارستهم المهنية تجعلهم على دراية ببعض الأدوية ذات الأهمية القصوى و الأقل حسب الدرجات.
- إنشاء جهاز معلوماتي و إحصائي على مستوى صيدلية المستشفى.
- دوريا يجب إعلام الأطباء، رؤساء المصالح بالأدوية الجديدة حتى يمكن وصفها حسب الحالات المرضية الموجودة.

فإذا كان في ظل الظروف التسييرية الراهنة يصعب تطبيق الطرق العلمية لتسيير المنتجات الصيدلانية نظرا لغياب الكفاءات المتخصصة بحيث حاليا يسيطر الجانب التحريبي في التسيير على الجانب العلمي إلا أن المطلوب هو العمل على تحسين تسيير

مخزون الأدوية بإدخال نماذج التسيير الأكثر فعالية و هو أمر لا يبدو مستحيلا و إن كان غير ممكن في وقت قريب.

فمن أهم الخصائص التي تميز تسيير المنتجات الصيدلانية على مستوى الصيدلية المركزية، كثرة و تكرار ظاهرة النفاذ، و هذه الظاهرة مست حتى الصنف A الأكثر إستهلاك مما يدل على عدم وجود مخزون أمان في الأساس على مستوى الصيدلية المركزية و إلا فكيف يمكن تفسير تأجيل عمليات جراحية بسبب إنعدام الخيط؟ و كيف يمكن تفسير نقص لقاحات لأمراض معينة في وقت يبقى إستعمال هذه المواد ضروريا جدا و عليه تتوقف حياة المريض لأيام او لساعات معدودة؟.

إن تخصيص مخزون الأمان على مستوى الصيدلية يعتبر من أولويات التسيير.

و أخيرا يمكننا القول أن وضعية المستشفيات بما فيها مشاكل التسيير و على رأسها مشكل نفاذ الدواء ما هي إلا نتيجة حتمية لسياسة صحية غير واضحة و غير مضبوطة فالواحدة تؤثر في الأخرى و مهما يكن من أمر فإن المشكل كان و يبقى مشكل تسيير لأن توفر الموارد العادية و المالية و وجود مشاكل بالحجم الذي لمسناه في بحثنا لدلالة واضحة على سوء التسيير و من هذا المنطلق جاء بحثنا كمساهمة متواضعة من جهة لفهم هذه المشاكل و اقتراح أنجع الحلول لتسيير المنتجات الصيدلانية فتحسين نظام تسيير المنتجات الصيدلانية على مستوى المستشفى الجامعي بتلمسان ما هو إلا جزء من مشكلة الدواء في الجزائر الذي يبقى حيس سياسة الإسترداد، سياسة التبعية للدول الأجنبية و خاصة فرنسا و كذلك تخلف الإنتاج الوطني الذي يبقى من أولى إهتمامات الجزائر لإنعاشه و إنتاج ما يلبي حاجيات أفراد المجتمع.

الفهرس

| | |
|----|--|
| 1 | مقدمة عامة |
| 2 | الفصل الأول : الصحة في البناء النظري الإقتصادي |
| 2 | مقدمة |
| 4 | المبحث الأول : الصحة في الفكر الإقتصادي |
| 4 | تمهيد |
| 4 | الصحة في منظور مختلف المدارس الفكرية |
| 6 | المبحث الثاني : المقاربات النظرية في إقتصاد الصحة |
| 8 | المبحث الثالث : العوامل المؤثرة على الخدمات الصحية و الإستهلاك الصيدلاني |
| 8 | 1.3. خصائص الطلب على الخدمات الصحية |
| 9 | 2.3. العوامل الفردية |
| 9 | 1.2.3. الإستعداد و القابلية |
| 9 | 2.2.3. الهيكل الإجتماعي |
| 10 | 3.3. العوامل الديمغرافية |
| 10 | 1.3.3. المعتقدات |
| 11 | 2.3.3. الحالة المرتبطة بالأسرة و المجتمع |
| 11 | 3.3.3. موارد الأسرة |
| 11 | 4.3.3. خصائص المجتمع الذي تعيش فيه الأسرة |
| 12 | 5.3.3. مستوى المرض |
| 12 | 4.3. العوامل المؤثرة على إزدياد الطلب على الخدمات الصحية |
| 12 | 1.4.3. العوامل المرتبطة بخصائص الصحة |
| 12 | 2.4.3. العوامل المرتبطة بالمريض |
| 13 | 3.4.3. العوامل المرتبطة بالمجتمع |
| 13 | 5.3. العوامل المؤثرة على طلب المريض للخدمات الصحية |
| 14 | 1.5.3. مدى حدوث المرض |
| 14 | 2.5.3. التعليم |
| 14 | 3.5.3. العوامل الديمغرافية و الثقافية |
| 15 | خاتمة الفصل |

الفصل الثاني : عرض الخدمات الصحية

| | |
|----|---|
| 17 | " تطور القطاع الصيدلاني و السوق الوطنية للأدوية " |
| 17 | المبحث الأول : العلاقة الديناميكية بين تطور القطاع الصيدلاني و الوضعية الإقتصادية للجزائر |
| 17 | مقدمة |
| 17 | 1.1. الفترة ما بين 1962 - 1969 |
| 18 | 2.1. الفترة ما بين 1969 - 1980 |
| 18 | 3.1. الفترة ما بين 1980 - 1982 |
| 19 | 4.1. قائمة الأدوية |
| 19 | 5.1. التنوع في مجال إستيراد الأدوية |
| 23 | 6.1. تطور النظام الصحي |
| 24 | 1.6.1. الديمغرافية الطبية |
| 25 | 2.6.1. شبكة توزيع الأدوية |
| 28 | المبحث الثاني : تطور السوق الجزائرية للأدوية |
| 28 | مقدمة |
| 29 | 1.2. تطور إستهلاك و إنتاج المواد الصيدلانية في العالم |
| 35 | 2.2. تطور إستهلاك المواد الصيدلانية في الجزائر |
| 38 | 1.2.2. تمويل |
| 40 | 2.2.2. سياسة الدواء و إستزاده |
| 45 | 3.2. الصناعة الصيدلانية في الجزائر |
| 45 | مقدمة |
| 45 | 1.3.2. الإستراتيجية الصناعية للمواد الصيدلانية |
| 47 | 2.3.2. برامج تطوير الصناعة الصيدلانية |
| 49 | 3.3.2. آفاق الصناعة الصيدلانية في الجزائر |
| 53 | خاتمة الفصل |
| 55 | الفصل الثالث : الإستهلاك الصيدلاني في القطاعات الصحية العمومية في الجزائر |
| 55 | المبحث الأول : العوامل المساعدة على الإستهلاك الصيدلاني |
| 55 | 1.1. النمو الديمغرافي |
| 58 | 2.1. تطور الهياكل الصحية |
| 63 | 3.1. الديمغرافية الصحية |
| 64 | 1.3.1. سلك الأطباء |

| | |
|-----|---|
| 67 | 2.3.1. أطباء الأسنان |
| 69 | 3.3.1. الصيدلة |
| 72 | المبحث الثاني : تركيبة إستهلاك الأدوية في القطاعات الصحية العمومية |
| 72 | تمهيد |
| 72 | 1.2. هيكل الإستهلاك حسب الأصناف العلاجية |
| 75 | 2.2. إستهلاك المواد الصيدلانية حسب المصالح الطبية |
| 79 | خاتمة الفصل |
| 82 | الفصل الرابع : تحليل الإستهلاك و المخزون على مستوى الصيدلية المركزية |
| 82 | المبحث الأول : المستشفى كمنظمة للرعاية الصحية |
| 82 | تمهيد |
| 83 | 1.1. مفهوم و وظائف المستشفى |
| 87 | 2.1. عوامل إعتداد الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى |
| 88 | 1.2.1. المركزية و لا مركزية في توزيع و صرف الأدوية |
| 88 | 3.1. توزيع الأدوية و صرفها |
| 89 | - التوزيع حسب إجمالي الجرعة الكلية |
| 89 | - التوزيع حسب إجمالي الجرعة اليومية |
| 90 | 4.1. تأمين الأدوية |
| 92 | المبحث الثاني : تقديم شامل للمركز الإستشفائي الجامعي لتلمسان |
| 92 | مقدمة |
| 93 | 1.2. التنظيم الهيكلي للمركز |
| 94 | 1.1.2. إجراءات |
| 95 | 2.1.2. النفقات |
| 97 | 3.1.2. الوسائل و الأنشطة |
| 99 | 2.2. الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان |
| 99 | 1.2.2. مميزات الصيدلية المركزية للمستشفى |
| 101 | 2.2.2. مهام قسم الصيدلية |
| 102 | 3.2.2. تنظيم قسم الصيدلية |
| 103 | المبحث الثالث : تسيير المخزون |
| 103 | 1.3. تعريف المخزون |
| 103 | 2.3. أنواع المخزونات |
| 106 | 3.3. نماذج تسيير المخزون |

| | |
|-----|---|
| 106 | 1.3.3. نموذج ولسن WILSON |
| 110 | 2.3.3. نموذج حالة عدم التأكد |
| 111 | 3.3.3. نموذج نقطة إعادة الطلب |
| 112 | المبحث الرابع : تطبيق طريقة ABC على قيم الإستهلاك السنوي و على قيم المخزون السنوي |
| 112 | مقدمة |
| 113 | 1.4. تعريف طريقة ABC و كيفية إستخدامها |
| 115 | 2.4. مراحل تطبيق طريقة ABC |
| 116 | 1.2.4. طرق التسيير لمنتجات الصنف A |
| 117 | 2.2.4. طرق التسيير لمنتجات الصنف B |
| 117 | 3.2.4. طرق التسيير لمنتجات الصنف C |
| 118 | 3.4. تطبيق طريقة ABC على الإستهلاك السنوي |
| 119 | 1.3.4. طريقة العمل |
| 120 | 2.3.4. المعطيات الكمية لتحليل ABC للإستهلاك |
| 123 | 3.3.4. تحليل نتائج طريقة ABC و الشكل البياني |
| 124 | 4.3.4. مشاكل تحديد أصناف المنتجات الصيدلانية |
| 126 | 4.4. تحليل ABC للمخزون المتوسط |
| 126 | 1.4.4. طريقة تحليل ABC للمخزون المتوسط |
| 127 | 2.4.4. المعطيات الطسية لتحليل ABC للمخزون |
| 130 | 3.4.4. الرسم البياني و تفسير النتائج |
| 131 | المبحث الخامس : دراسة التوازن بين المخزون و الإستهلاك |
| 131 | مقدمة |
| 133 | 1.5. مدة تغطية المخزون |
| 136 | 2.5. معدل دوران المخزون |
| 139 | 3.5. تحديد الأصناف و تحليل المخزون و الإستهلاك |
| 142 | 4.5. نقائص تحليل ABC |
| 143 | خاتمة الفصل |
| 145 | الخاتمة |
| 153 | المراجع |
| | المرافق |

المرآة الحية



المراجع باللغة العربية

- إدارة المستشفيات
الإدارة العامة للبحوث
المملكة السعودية 1990.
حسان محمد ندير
- مبادئ الإقتصاد السياسي
OPU الجزائر 1981.
د. محمد دويدار
- تسويق الخدمات الصحية
إيتراك للنشر و التوزيع
كلية القاهرة 1998.
د. فوزي مذكور
- الإدارة في المستشفيات الخاصة
"دراسة تحليلية"
بحث رقم 4 من سلسلة بحوث مركز
البحوث بالغرفة التجارية بجدة 1982
حسن نصير
- إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية الطبية
الطبعة الثانية
القاهرة دار النهضة العربية 1981
فريد راغب نجار



- مقدمة في إقتصاديات الصحة
كلية التجارة جامعة الزقازيق. مصر
العدد الأول 1986.
مدحت عبدالعزيز حسن
- واقع وآفات الإستهلاك و الإنتاج الصيدلاني في الجزائر رسالة ماجستير - جامعة
قسنطينة
معهد العلوم الإقتصادية 1994
نور الدين عياشي

- Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie. "Mémoire de Magistère : Institut des sciences économiques Constantine 1984".
BRAHIM BRAHMIA
- Cette chère Santé: Une analyse économique du système de soin en Algérie OPU 1992.
FATEMA ZOHRA OUFRIHA
- Système de santé Algérienne, Organisation, fonctionnement et tendances. " Mémoire de Magister- Université d'Alger 1986".
LAMRI LARBI
- Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie OPU Alger 1994.
KAYA SID ALI KAMEL
- La dynamique du système de santé Algérien Bilan et perspectives. Thèse d'état Montpellier 1991.
BRAHIM BRAHMIA
- Regard sur la santé : Edition Dahleb Alger 1995.
KHIATI MOSTEFA
- Système de santé et médicament cas de l'Algérie Oran 1982.
KADDAR MILOUD
- Les firmes multinationales pharmaceutiques et les pays en voie de développement OPU Alger 1990
DJAMEL BENSEDA
- L'organisation et la gestion de production. Edition Masson Paris 1993.
GEORGE JAVEL
- La fonction ordonnancement : Les éditions d'Organisation Paris 1984
LAMBERT PAUL
- Technique de la gestion des stocks.
LAMBERT PAUL
- Economie de la Santé, Faits et Chiffres ED. Dunod Paris 1979
BARRAL P- ETIENNE

- Système de santé. Edition economica Paris 1986.

M.MOUGEOT

- La prévision Technologique, organisation et développement Paris 1967.

ERICHJ



المراجع : الإحصائيات، الملتقيات و التقارير

- Annuaire statistique 1996 → Ministère de la santé.
- Conjoncture / statistique N° 37 1996.
- Statistique ONS N° 31 spécial rétrospective 1962-1990.
- Statistique ONS collection N° 45.
- Statistique ONS N° 14 1987.
- Statistique ONS cahier N° 1 1991.
- Statistique ONS N° 17 du mois d'octobre 1987.
- Statistique ONS N° 9 du 2^{ème} Trimestre 1991.
- Bilan de gestion CHU Tlemcen 1991.
- Bilan de gestion CHU Tlemcen 1997.
- Rapport annuel 1992 FNUAP Algérie.
- Séminaire sur le Développement d'un système national de santé «l'expérience Algérienne».
- Rapport général sur l'organisation du système de la santé «Ministère de la santé Janvier 1990 ».
- Actes de la conférence national sur la réforme du système de la santé et de la sécurité social «Ministère de la santé».
- Notice : groupe Saidal 1999.



المراجع : اليوميات

- El Watan : Janvier 1994 «Santé / la stratégie alternative».
- El Watan : Janvier 1994 «Les assises sur la santé : l'épreuve du terrain».
- Le Matin N° 616 du 06-01-1994 «L'importation du médicament».
- El Watan : du 07-01-1994 «Médicament - mettre de l'ordre».
- El Watan : du 20-30-1994 «Le secteur sanitaire en milieu rural».
- Révolution Africaine : N° 1559 du 12 au 18 Janvier 1994, « Médicaments entre faux investissement et vrais commerce».
- El Watan : du 17-04-1994 - La gratuité des soins.
- Itinéraire d'un médicament.
- Le Matin N° 677 du 18-03-1994 «Diabétique : Le crie de l'insuline».
- El Watan : du 30-04-1994 «Prix des médicaments».
- El Watan : du 26-04-1994 «Enquête sur la gestion de la santé».
- El Watan : du 24-04-1994 «Marché de produits de la santé».

الملاحق

ETAT DES INFRASTRUCTURES DANS LES C.H.U.

AU 31 /12 / 1996

| C. H. U. | UNITE | NRE DE LITS |
|-----------------------|--------------------|--------------------|
| BLIDA | BLIDA | 415 |
| | KOLEA | 322 |
| | DOUERA | 512 |
| ALGER CENTRE | MUSTAPHA | 1684 |
| ALGER EST | PARNET | 462 |
| | KOUBA | 242 |
| | AIN TAYA | 150 |
| | ROUIBA | 159 |
| | BELFORT | 161 |
| | TENIA | 234 |
| ALGER OUEST | BOLOGHINE | 324 |
| | B. MESSOUS | 703 |
| | B. AKNOUN | 268 |
| | ZERALDA | 176 |
| | ORANGERS | 84 |
| | BIRTRARIA | 272 |
| BAB EL OUED | BAB EL OUED | 699 |
| TIZI - OUZOU | NEDIR | 629 |
| | S. BELLOUA | 358 |
| BATNA | BATNA | 928 |
| SETIF | SETIF | 753 |
| CONSTANTINE | IBN BADIS | 1875 |
| ANNABA | IBN SINA | 1103 |
| ORAN | ORAN | 1896 |
| SIDI-BEL-ABBES | S. B. A. | 657 |
| TLEMCEN | TLEMCEN | 779 |
| TOTAL GENERAL | | 15845 |

| C . H . U | Consultations Spécialisées | Consultations Générales | TOTAL |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------|
| BLIDA | 239467 | 113711 | 353178 |
| ALGER CENTRE | 304529 | 218220 | 522749 |
| ALGER EST | 279473 | 287338 | 566811 |
| ALGER OUEST | 273300 | 270759 | 544059 |
| BAB EL OUED | 208851 | 49971 | 258822 |
| TIZI - OUZOU | 79688 | 64039 | 143727 |
| BATNA | 47206 | 67486 | 114692 |
| SETIF | 94627 | 165375 | 260002 |
| CONSTANTINE | 208665 | 82866 | 291531 |
| ANNABA | 224634 | 149829 | 374463 |
| ORAN | 305112 | 152366 | 457478 |
| SIDI-BEL-ABBES | 134047 | 88666 | 222713 |
| TLEMCEN | 62187 | 47599 | 109786 |

| | | | |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| TOTAL GENERAL | 2461786 | 1758225 | 4220011 |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|

| C . H . U | <i>Activités de Stomatologie</i> | | | | |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|
| | Nb . F . D * | Consultations | Soins | Extractions | Prothèses Dent. |
| BLIDA | 32 | 13777 | 5922 | 8482 | 1033 |
| ALGER CENTRE | 105 | 21536 | 26975 | 9582 | 906 |
| ALGER EST | 17 | 15126 | 16627 | 20510 | 2315 |
| ALGER OUEST | 47 | 8863 | 8083 | 8962 | 4283 |
| BAB EL OUED | 2 | 262 | 2016 | 471 | 121 |
| TIZI - OUZOU | 40 | 2747 | 3531 | 10510 | 1432 |
| BATNA | 6 | 1910 | | 963 | |
| SETIF | 2 | 608 | 728 | 630 | |
| CONSTANTINE | 84 | 8409 | 9261 | 4748 | 45 |
| ANNABA | 66 | 8487 | 4725 | 3081 | 1210 |
| ORAN | 87 | 10830 | 2104 | | 573 |
| SIDI-BEL-ABBES | 1 | 1147 | 328 | 642 | |
| TLEMCEN | 15 | 18643 | 3820 | 6408 | 1038 |
| TOTAL GENERAL | 504 | 112345 | 84120 | 74989 | 12956 |

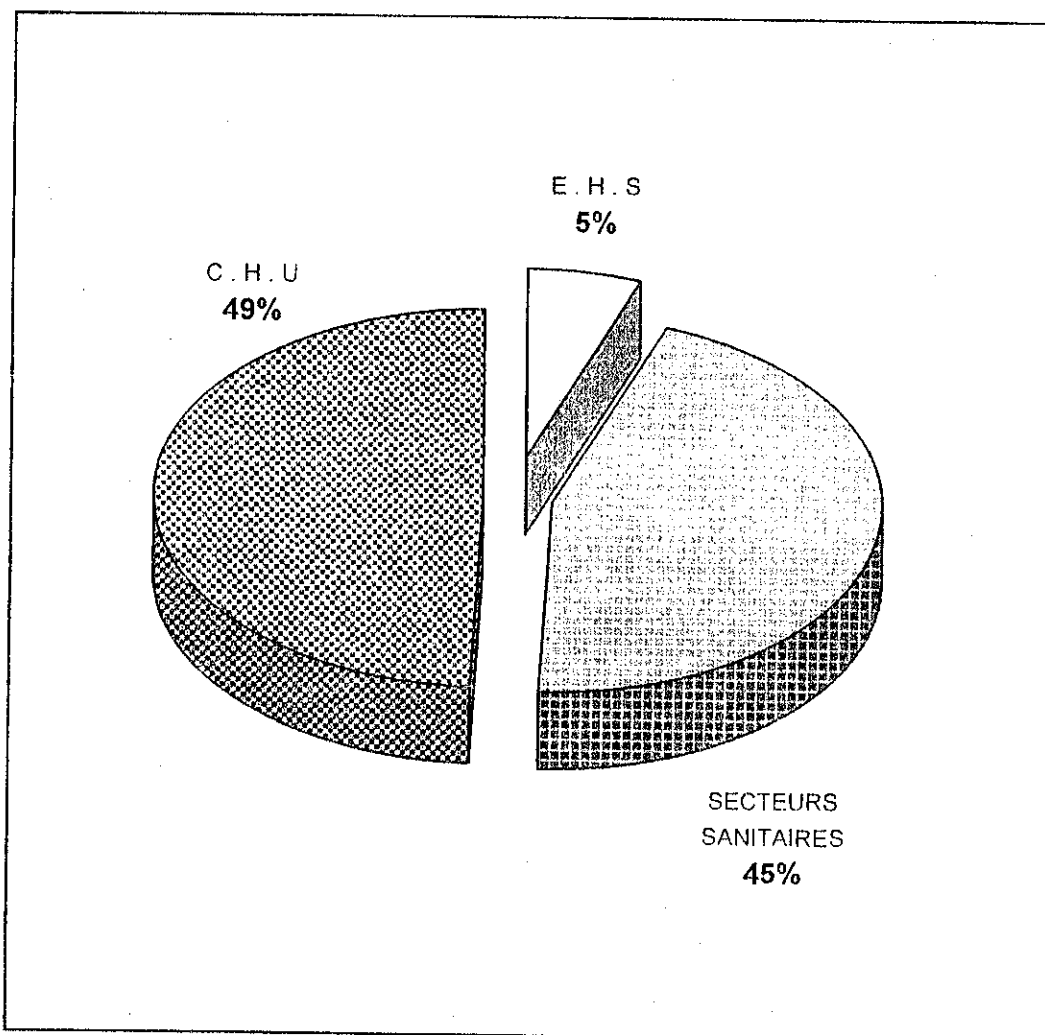
| C. H. U | Spécialités Pédiatriques | | | | | | Spécialité de Gynéco-obstétrique | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------|--------------------|-------------|----------------|--------------|----------------------------------|-------------|---------------|--------------------|-------------|----------------|--------------|--------------|
| | Nb. Lits | Admissions | J. Hospitalisation | D. M. S | Tx. Occupation | Tx. Rotation | Tx. Létalité | Nb. Lits | Admissions | J. Hospitalisation | D. M. S | Tx. Occupation | Tx. Rotation | Tx. Létalité |
| BLIDA | 167 | 5566 | 44119 | 7,93 | 72,38 | 33,33 | 53,36 | 164 | 14517 | 40932 | 2,82 | 68,38 | 88,52 | 0,21 |
| ALGER CENTRE | 273 | 8855 | 76456 | 8,63 | 76,73 | 32,44 | 27,10 | 104 | 6938 | 33433 | 4,82 | 88,07 | 66,71 | 0,72 |
| ALGER EST | 253 | 7785 | 48463 | 6,23 | 52,48 | 30,77 | 37,89 | 366 | 27916 | 100108 | 3,59 | 74,94 | 76,27 | 0,54 |
| ALGER OUEST | 327 | 9202 | 52223 | 5,68 | 43,75 | 28,14 | 36,19 | 160 | 15156 | 48334 | 3,19 | 82,76 | 94,73 | 0,46 |
| BAB EL OUED | 46 | 892 | 13532 | 15,17 | 80,60 | 19,39 | 29,15 | 30 | 4689 | 10796 | 2,30 | 36,97 | 58,61 | 0,21 |
| TIZI - OUZOU | 126 | 3647 | 29054 | 7,97 | 63,17 | 28,94 | 48,53 | 72 | 9038 | 23887 | 2,64 | 90,89 | 125,53 | 0,66 |
| BATNA | 91 | 2487 | 37478 | 15,07 | 112,8 | 27,33 | 33,37 | 134 | 17937 | 39386 | 2,20 | 80,53 | 133,86 | 0,67 |
| SETIF | 113 | 8706 | 30253 | 3,47 | 73,35 | 77,04 | 35,95 | 110 | 11791 | 29088 | 2,47 | 72,45 | 107,19 | 1,19 |
| CONSTANTINE | 241 | 6785 | 29218 | 4,31 | 33,22 | 28,15 | 25,79 | 261 | 22793 | 49140 | 2,16 | 51,58 | 87,33 | 0,39 |
| ANNABA | 117 | 5672 | 23887 | 4,21 | 55,93 | 48,48 | 56,42 | 192 | 24864 | 34082 | 1,37 | 48,63 | 129,50 | 0,28 |
| ORAN | 171 | 7620 | 44972 | 5,90 | 72,1 | 44,56 | 56,56 | 262 | 19202 | 47047 | 2,45 | 49,20 | 73,29 | 0,36 |
| SIDI-BEL-ABBES | 64 | 2577 | 16720 | 6,49 | 71,58 | 40,27 | 44,63 | 78 | 8929 | 23414 | 2,62 | 82,24 | 114,47 | 1,01 |
| TLEMCCEN | 50 | 1650 | 10060 | 6,10 | 55,12 | 33,00 | 111,52 | 114 | 5542 | 29424 | 5,31 | 70,71 | 48,61 | 1,26 |
| TOTAL GENERAL | 2039 | 71444 | 456435 | 6,39 | 61,33 | 35,04 | 41,84 | 2097 | 189312 | 509071 | 2,69 | 66,51 | 90,28 | 0,54 |

ACTIVITES HOSPITALIERES DANS LES C. H. U.

AU 31/ 12 /1996

| C. H. U. | Spécialités Médicales | | | | | | Spécialités Chirurgicales | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------|--------------------|--------------|----------------|--------------|---------------------------|-------------|---------------|--------------------|-------------|----------------|--------------|--------------|
| | Nb. Lits | Admissions | J. Hospitalisation | D. M. S | Tx. Occupation | Tx. Rotation | Tx. Létalité | Nb. Lits | Admissions | J. Hospitalisation | D. M. S | Tx. Occupation | Tx. Rotation | Tx. Létalité |
| BUDA | 381 | 7325 | 98517 | 13,45 | 70,84 | 19,23 | 50,10 | 537 | 13732 | 141977 | 10,34 | 72,44 | 25,57 | 21,85 |
| ALGER CENTRE | 523 | 8653 | 163701 | 18,92 | 85,75 | 16,54 | 72,81 | 784 | 22428 | 193221 | 8,62 | 67,52 | 28,61 | 21,89 |
| ALGER EST | 374 | 10296 | 85142 | 8,27 | 62,37 | 27,53 | 45,65 | 415 | 12502 | 83407 | 6,67 | 55,06 | 30,13 | 11,52 |
| ALGER OUEST | 790 | 16933 | 191983 | 11,34 | 66,58 | 21,43 | 16,00 | 550 | 24063 | 122494 | 5,09 | 61,02 | 43,75 | 7,77 |
| BAB EL OUED | 339 | 3828 | 54356 | 14,20 | 43,93 | 11,29 | 38,14 | 234 | 5047 | 38547 | 7,64 | 45,13 | 21,57 | 28,33 |
| TIZI - OUZOU | 531 | 6652 | 99173 | 14,91 | 51,17 | 12,53 | 40,29 | 258 | 5126 | 55990 | 10,92 | 59,46 | 19,87 | 18,34 |
| BATNA | 403 | 6957 | 120430 | 17,31 | 81,87 | 17,26 | 52,47 | 300 | 6375 | 88349 | 13,86 | 80,68 | 21,25 | 13,80 |
| SETIF | 329 | 10148 | 82283 | 8,11 | 68,52 | 30,84 | 59,03 | 201 | 10708 | 38586 | 3,60 | 52,59 | 53,27 | 8,31 |
| CONSTANTINE | 866 | 21002 | 181692 | 8,65 | 57,48 | 24,25 | 49,71 | 507 | 19724 | 140443 | 7,12 | 75,89 | 38,90 | 30,06 |
| ANNABA | 425 | 14322 | 127665 | 8,91 | 82,30 | 33,70 | 55,65 | 369 | 19815 | 117786 | 5,94 | 87,45 | 53,70 | 20,44 |
| ORAN | 709 | 19277 | 189702 | 9,34 | 73,30 | 27,19 | 12,71 | 754 | 19162 | 142882 | 7,46 | 51,92 | 25,41 | 24,63 |
| SIDI-BEL-ABBES | 298 | 11308 | 68173 | 6,03 | 62,68 | 37,95 | 29,36 | 217 | 4850 | 51373 | 10,59 | 64,86 | 22,35 | 8,87 |
| TLEMCCEN | 324 | 6248 | 63444 | 10,15 | 53,65 | 19,28 | 53,94 | 291 | 6916 | 7627 | 1,10 | 7,18 | 23,77 | 14,17 |
| TOTAL GENERAL | 6292 | 142949 | 1526261 | 10,68 | 66,46 | 22,72 | 41,07 | 5417 | 170448 | 1222682 | 7,17 | 61,84 | 31,47 | 18,46 |

CONSULTATIONS SPECIALISEES PAR STRUCTURES



| Structures | Chirurgie Générale | Chirurgie Infantile | Ophthalmo | O R L | Orth. Traumatolo. | Autres (*) | TOTAL |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------|--------------|-------------------|---------------|---------------|
| Secteurs Sanitaires | 71930 | 2495 | 4120 | 2837 | 3538 | 24722 | 109642 |
| C H U | 37310 | 13870 | 25229 | 11454 | 17885 | 110005 | 215753 |
| E H S | 2365 | | 450 | 1060 | 1243 | 4148 | 9266 |
| TOTAL | 111605 | 16365 | 29799 | 15351 | 22666 | 138875 | 334661 |

(*) Gynécologie, Urologie, Neuro-Chirurgie, Maxilo-Faciale

ACTIVITÉS DE LABORATOIRE

| Structures | Biochimie | Hémato. | Sérologie | Bactériologie | Parasitologie | Immunologie | Autres |
|---------------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Secteurs Sanitaires | 3232494 | 2859975 | 580988 | 706259 | 190496 | 167739 | 49864 |
| C H U | 2172048 | 26634936 | 282669 | 257404 | 85838 | 191223 | 5326 |
| E H S | 206602 | 118770 | 41897 | 32269 | 3059 | 12832 | 1420 |
| TOTAL | 5611144 | 29613681 | 905554 | 995932 | 279393 | 371794 | 56610 |

ACTIVITÉS DE RADIOLOGIE

| Structures | Scanner | Radiographie | Échographie | Fibroscopie | E C G | TOTAL |
|---------------------|--------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|
| Secteurs Sanitaires | | 2309994 | 122207 | 9482 | 116271 | 2557954 |
| C H U | 6535 | 1275992 | 167299 | 27280 | 146806 | 1623912 |
| E H S | 5117 | 130994 | 12699 | 4822 | 20286 | 173918 |
| TOTAL | 11652 | 3716980 | 302205 | 41584 | 283363 | 4355784 |

ACTIVITÉS DE STOMATOLOGIE

| Structures | Consultations | Soins | Extractions | Prothèses Dentaires | TOTAL |
|---------------------|----------------|---------------|----------------|---------------------|----------------|
| Secteurs Sanitaires | 1334157 | 904872 | 2198274 | 9669 | 4446972 |
| C H U | 112345 | 84120 | 74989 | 12956 | 284410 |
| E H S | 16590 | 9581 | 4591 | 58 | 27847 |
| TOTAL | 1460092 | 998573 | 2277854 | 22710 | 4759229 |

ÉTAT GLOBAL DES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES PAR STRUCTURES

| Structures | Nombre Lits | Admissions | Journées Hospitalisation | D. M. S | Taux Occupation | Taux Rotation | Taux Létalité |
|---------------------|--------------|----------------|--------------------------|-------------|-----------------|---------------|---------------|
| Secteurs Sanitaires | 30546 | 1040128 | 4581501 | 4,40 | 41,09 | 34,05 | 18,05 |
| CHU | 15845 | 574153 | 3714449 | 6,47 | 64,23 | 36,24 | 21,09 |
| EHS | 5913 | 56389 | 1497317 | 26,55 | 69,38 | 9,54 | 18,96 |
| TOTAL | 52304 | 1670670 | 9793267 | 5,86 | 51,30 | 31,94 | 19,13 |

(*) État Global des Activités Hospitalières par Spécialité

ÉTAT GLOBAL DES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES PAR STRUCTURES

| Structures | Nombre Lits | Admissions | Journées Hospitalisation | D. M. S | Taux Occupation | Taux Rotation | Taux Létalité |
|--------------------------|-------------|------------|--------------------------|---------|-----------------|---------------|---------------|
| Spécialités Médicale | 23373 | 508314 | 4793432 | 9,43 | 56,19 | 21,75 | 31,96 |
| Spécialités Chirurgicale | 14761 | 357842 | 2448412 | 6,84 | 45,44 | 24,24 | 17,55 |
| Spécialité Pédiatrique | 6799 | 231017 | 1249279 | 5,41 | 50,34 | 33,98 | 39,63 |
| Spécialité Gynéco. Obst. | 7371 | 573497 | 1302144 | 2,27 | 48,40 | 77,80 | 0,5 |

(*) Les maternités publiques et privés non comprises

ÉTAT GLOBAL DES CONSULTATIONS

| Structures | Consultations Spécialisées | Consultations Générales | TOTAL |
|---------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------|
| Secteurs Sanitaires | 2240651 | 18530269 | 20770920 |
| CHU | 2461786 | 1758225 | 4220011 |
| EHS | 272519 | 105691 | 378210 |
| TOTAL | 4974956 | 20394185 | 25369141 |

EFFECTIFS DES PRATICIENS DU SECTEUR PUBLIC AU 31/12/1996

I/ CORPS MEDICAL : Praticiens

- ETABL. HOSP. SPECIALISES

(Suite)

| E. H. S | CORPS MEDICAL | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|------------|------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|---------------|------------|------------|
| | M. Spécialistes | | | M. Généralistes | | | Chir. Dentistes | | | Pharmaciens | | | Total Général | | |
| | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total |
| BLIDA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Frantz Fanon | 21 | 18 | 39 | 14 | 22 | 36 | 2 | 1 | 3 | 2 | | 2 | 39 | 41 | 80 |
| C.A.C. Zabana | 8 | 2 | 10 | 2 | 4 | 6 | | | 0 | | 1 | 1 | 10 | 7 | 17 |
| TIZI-OUZOU : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Oued Aissi | 7 | 1 | 8 | 2 | 2 | 4 | | 2 | 2 | | 1 | 1 | 9 | 6 | 15 |
| ALGER : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Ali Ait Idir | 6 | 9 | 15 | | 1 | 1 | | | 0 | | 2 | 2 | 6 | 12 | 18 |
| Hop. Psy. Drid Hocine | 3 | 9 | 12 | | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 | 1 | 5 | 11 | 16 |
| H.U.M.C. El Harrach | 15 | 19 | 34 | 11 | 9 | 20 | | | 0 | | 3 | 3 | 26 | 31 | 57 |
| Hop. El Hadi Flici | | 7 | 7 | 4 | 6 | 10 | | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 6 | 16 | 22 |
| C.P.M.C. | 15 | 38 | 53 | 2 | 21 | 23 | | | 0 | | 9 | 9 | 17 | 68 | 85 |
| C.N.M.S | 27 | 22 | 49 | | 2 | 2 | | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 28 | 28 | 56 |
| SKIKDA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. El Harrouch | 1 | 2 | 3 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| TIPAZA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Chéraga | 1 | 9 | 10 | | | 0 | | | 0 | | 2 | 2 | 1 | 11 | 12 |
| H.R.R.F. Azur Plage | 1 | 4 | 5 | | | 0 | 1 | 1 | 2 | | 1 | 1 | 2 | 6 | 8 |
| H.R.R.F. Tixeraine | 3 | 2 | 5 | 2 | | 2 | | 4 | 4 | | 1 | 1 | 5 | 7 | 12 |
| SETIF : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Ain Abassa | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 5 | | | 0 | | | 0 | 3 | 5 | 8 |
| CONSTANTINE : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clinique Daksi | 6 | 9 | 15 | 6 | 10 | 16 | | | 0 | 1 | 3 | 4 | 13 | 22 | 35 |
| ANNABA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. El Razi | 3 | 1 | 4 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 3 | 4 | 7 |
| MILA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Oued Athmania | 1 | 4 | 5 | 6 | 1 | 7 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 7 | 7 | 14 |
| TIARET : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Tiaret | 2 | | 2 | 3 | 1 | 4 | 1 | | 1 | | | 0 | 6 | 1 | 7 |
| MASCARA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| H.R.R.F. Bouhanifia | 1 | 2 | 3 | | 1 | 1 | | | 0 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 5 |
| ORAN : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Sidi Chami | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 3 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 5 | 4 | 9 |
| Hop. Pédiatrique Ak. Emir | 3 | 5 | 8 | | | 0 | | 2 | 2 | 1 | | 1 | 4 | 7 | 11 |
| TOTAL GENERAL | 128 | 166 | 294 | 55 | 87 | 142 | 6 | 15 | 21 | 9 | 31 | 40 | 198 | 299 | 497 |

EFFECTIFS DES HOSPITALO - UNIVERSITAIRES DU SECTEUR PUBLIC AU 31 / 12 / 1996

1/ CORPS MEDICAL : Hospitalo - Universitaires

| ETABL. HOP. SPECIALISES | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|---------------|-----------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|
| CORPS MEDICAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| E. H. S | Professeurs | | | Docents | | | M. Assistants | | | Résidents | | | Total Général | | |
| | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total |
| BLIDA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Frantz Fanon | 5 | 1 | 6 | 2 | 1 | 3 | 16 | 5 | 21 | 22 | 12 | 34 | 45 | 19 | 64 |
| C.A.C. Zabana | 2 | | 2 | | | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 5 | 6 | 4 | 10 |
| TIZI-OUZOU : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Oued Aissi | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ALGER : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Ali Ait Idir | 4 | 1 | 5 | 1 | | 1 | 7 | 6 | 13 | 14 | 15 | 29 | 26 | 22 | 48 |
| Hop. Psy. Drid Hocine | 1 | | 1 | | | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 9 | 17 | 11 | 13 | 24 |
| H.U.M.C. El Harrach | 4 | | 4 | 1 | 1 | 2 | 9 | | 9 | 30 | 20 | 50 | 44 | 21 | 65 |
| Hop. El Hadi Flici | 1 | | 1 | 2 | 1 | 3 | 9 | 6 | 15 | | 25 | 25 | 12 | 32 | 44 |
| C.P.M.C. | 6 | 6 | 12 | 6 | 3 | 9 | 35 | 24 | 59 | 32 | 71 | 103 | 79 | 104 | 183 |
| C.N.M.S | 5 | | 5 | 3 | | 3 | 16 | 6 | 22 | 23 | 15 | 38 | 47 | 21 | 68 |
| SKIKDA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. El Harrouch | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TIPAZA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Chéraga | 1 | | 1 | | | 0 | 3 | 1 | 4 | 12 | 5 | 17 | 16 | 6 | 22 |
| H.R.R.F. Azur Plage | 1 | | 1 | | | 0 | 3 | 3 | 6 | 7 | 7 | 14 | 11 | 10 | 21 |
| H.R.R.F. Tixeraine | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 2 | 3 | 8 | 7 | 15 | 11 | 9 | 20 |
| SETIF : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Ain Abassa | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CONSTANTINE : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clinique Daksi | | | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | | | 0 | 4 | 2 | 6 |
| ANNABA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. El Razi | | | 0 | 1 | | 1 | | | 0 | 5 | 4 | 9 | 6 | 4 | 10 |
| MILA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Oued Athmania | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TIARET : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Tiaret | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MASCARA : | | | | | | | | | | | | | | | |
| H.R.R.F. Bouhanifia | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ORAN : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hop. Psy. Sidi Chami | | | 0 | | | 0 | 1 | | 1 | | | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Hop. Pédiatrique Ak.Emir | | 1 | 1 | | | 0 | | | 0 | 7 | 5 | 12 | 7 | 6 | 13 |
| TOTAL GENERAL | 31 | 9 | 40 | 19 | 7 | 26 | 106 | 59 | 165 | 170 | 198 | 368 | 326 | 273 | 599 |

4 / SPECIALITES DE LABORATOIRE

| C H U | C O R P S | Anatomie | Anatomie Pathologique | Biochimie | Biologie | Biophysique | Botanique Médicale | Chimie | Cytologie | Génétique | Hémiologie | Histologie | Immunologie | Médecine Nucléaire | Microbiologie | Parasitologie | Physiologie | Pharmacie | Pharmacologie | Chimie Thérapeutique | Bactériologie | Hydro Bromatologie | Virologie | T O T A L |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-----------|-----------|-------------|--------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|--------------------|---------------|---------------|-------------|-----------|---------------|----------------------|---------------|--------------------|-----------|-----------------------|
| | | BLIDA | Professeurs | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 1 | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | 3 |
| | M. Spécialistes | 1 | 3 | 1 | 2 | | | | | | 2 | | | | 3 | 1 | | | 3 | 1 | | | | 17 |
| ALGER CENTRE | Professeurs | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | 6 |
| | Docents | | | 1 | | | | | | | 2 | | | | | 1 | | | | | | | | 4 |
| | M. Assistants | 1 | 5 | 2 | | | | 2 | | | 6 | | 1 | | 1 | | 2 | | | | | 1 | | 21 |
| | M. Spécialistes | | 3 | | 3 | | | | | | 8 | | 1 | | 2 | 4 | | 1 | | | | | | 22 |
| ALGER EST | Professeurs | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | 6 |
| | Docents | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | 5 |
| | M. Assistants | | 10 | 2 | | | | 2 | | | 2 | 6 | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | 1 | 25 |
| | M. Spécialistes | | 15 | 4 | 7 | | | | | | 2 | | | | 3 | 1 | | 3 | | 1 | | | | 35 |
| ALGER OUEST | Professeurs | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 1 | | 5 |
| | Docents | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 2 |
| | M. Assistants | 1 | 2 | 1 | | | | 2 | | | 2 | | | 1 | | | | 4 | | | | | | 13 |
| | M. Spécialistes | | 5 | | 2 | | | 1 | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 8 | | | | | | 19 |
| BAB EL OUED | Professeurs | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| | M. Assistants | 1 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| | M. Spécialistes | | 6 | 7 | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | 15 |
| TIZI - OUZOU | Professeurs | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | 1 | | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 6 |
| | M. Spécialistes | 3 | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 | | | | | | | 7 |
| BATNA | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 4 |
| | M. Spécialistes | 1 | 2 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 5 |
| SETIF | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 |
| | M. Assistants | 1 | 2 | | 1 | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | 6 |
| | M. Spécialistes | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 2 | | 1 | | | | | 6 |
| CONSTANTINE | Professeurs | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 4 |
| | Docents | | 2 | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | 4 |
| | M. Assistants | 4 | 1 | 7 | | | | | | | 2 | 6 | | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | | | | | | 32 |
| | M. Spécialistes | 4 | 3 | 2 | | | | | | | 1 | 1 | | | 2 | 4 | 1 | 2 | | | | | | 20 |
| ANNABA | Professeurs | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | 4 |
| | M. Assistants | 2 | 4 | 4 | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | | 1 | 2 | 1 | 1 | | | | 19 |
| | M. Spécialistes | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 5 |
| ORAN | Professeurs | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | M. Assistants | 5 | 4 | 4 | | | | | | | 2 | 2 | | 1 | 3 | | 3 | | 6 | | | | | 30 |
| | M. Spécialistes | | 1 | 2 | 2 | | | | | | 4 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | | 12 |
| SIDI-BEL-ABBES | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | M. Assistants | 1 | 2 | | 2 | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | | 9 |
| | M. Spécialistes | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 3 |
| TLEMCEN | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | M. Assistants | 2 | 2 | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | 2 | | | | | 1 | | 9 |
| | M. Spécialistes | | 3 | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | | 2 | 1 | | | | | | 9 |
| TOTAL | | 33 | 94 | 47 | 20 | 4 | 0 | 6 | 2 | 0 | 47 | 19 | 6 | 4 | 30 | 21 | 23 | 35 | 12 | 1 | 1 | 4 | 1 | 409 |

3 / CHIRURGICALES

| C H U | C O R P S | 3 / CHIRURGICALES | | | | | | | | | | | | | T O T A L | | |
|----------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-----------|----------------|-----------------------|--------------------------|------------|
| | | Cancéro-Oncolo -Chirurgicale | Chirurgie Cardiaque | Chirurgie Cardio-Vasculaire | Chirurgie Générale | Chirurgie Masilo-Faciale | Chirurgie Pédiatrique | Chirurgie Plastique | Chirurgie Thoracique | Chirurgie Vasculaire | Gynéco - Obstétrique | Neuro - Chirurgie | O . R . L | Ophthalmologie | | Orthopédie Traumatologie | Urologie |
| BLIDA | Professeurs | | | | 2 | | | | | | | | | | 1 | | 3 |
| | Docents | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 | | 3 |
| | M. Assistants | | | | 7 | | 1 | 3 | | 4 | | | | | 14 | | 29 |
| | M. Spécialistes | | | | 11 | 1 | 4 | | | 7 | | 2 | 6 | 3 | 2 | | 36 |
| ALGER CENTRE | Professeurs | | | | 3 | 2 | 1 | | 2 | 1 | 1 | | 2 | | 4 | | 16 |
| | Docents | 1 | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 10 |
| | M. Assistants | 2 | | | 13 | 6 | 8 | | 6 | 7 | 4 | 5 | 8 | 5 | 3 | | 67 |
| | M. Spécialistes | | | | 5 | 2 | 2 | | 5 | 4 | 5 | 2 | 6 | 3 | 9 | | 43 |
| ALGER EST | Professeurs | | | | 6 | | | | | 3 | | 1 | | | | | 10 |
| | Docents | | | | 4 | | | | | 2 | | | 1 | | | | 7 |
| | M. Assistants | | | | 15 | | 2 | | | 11 | | 6 | 3 | | | | 37 |
| | M. Spécialistes | | | | 26 | | 8 | | | 23 | | 3 | 8 | | | | 68 |
| ALGER OUEST | Professeurs | | | | 5 | | 2 | | | 3 | | | 1 | 1 | | | 12 |
| | Docents | | | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | 4 |
| | M. Assistants | | | | 25 | | 7 | | | 12 | | 4 | 6 | 7 | | | 61 |
| | M. Spécialistes | | | | 24 | | 13 | | | 14 | | 6 | 8 | 5 | | | 70 |
| BABEL OUED | Professeurs | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 6 |
| | Docents | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| | M. Assistants | | | | 5 | | | 1 | | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | | | 21 |
| | M. Spécialistes | | | | 4 | | 3 | | | 5 | 1 | 1 | 2 | 4 | 8 | | 28 |
| TIZI - OUZOU | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| | M. Assistants | | | | 5 | | 1 | | | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | | 14 |
| | M. Spécialistes | | | | 9 | | 2 | | | 3 | 3 | 2 | 9 | 3 | 3 | | 34 |
| BATNA | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | 2 | | | 2 |
| | M. Assistants | | | | 2 | | | | | 1 | | | | | | | 3 |
| | M. Spécialistes | | | | 2 | | 1 | | | 6 | | | 2 | 1 | 1 | | 13 |
| SETIF | Professeurs | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | | | 2 | | 1 | | | 1 | | 1 | | 2 | | | 7 |
| | M. Spécialistes | | | | 4 | | 3 | | | 5 | | 2 | 4 | | | | 18 |
| CONSTANTINE | Professeurs | | | 1 | 2 | | | | | 2 | | | | 3 | | | 8 |
| | Docents | | | | 4 | | | | | | | | 1 | 3 | | | 9 |
| | M. Assistants | | | 2 | 6 | 1 | 3 | | | 6 | 1 | 2 | 4 | 2 | | | 27 |
| | M. Spécialistes | | | | 4 | 1 | 1 | | 1 | 3 | 3 | | 4 | 1 | | | 18 |
| ANNABA | Professeurs | | | | 2 | | | | | | | | 1 | 1 | | | 4 |
| | Docents | | | | 1 | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | 4 |
| | M. Assistants | | | | 2 | | | | | 4 | | 4 | 2 | 4 | 2 | | 18 |
| | M. Spécialistes | | | | 3 | | | | | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | | | 12 |
| ORAN | Professeurs | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | | 6 |
| | Docents | 1 | | | 2 | | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | 6 |
| | M. Assistants | 2 | | | 8 | | 4 | 2 | 1 | 1 | 7 | 3 | 3 | 9 | 2 | 2 | 44 |
| | M. Spécialistes | 1 | | | 8 | | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | | 33 |
| SIDI-BEL-ABBES | Professeurs | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | | | 5 | | | | | 1 | | | 3 | 2 | | | 11 |
| | M. Spécialistes | | | | 7 | | 1 | | | 2 | | | 1 | 3 | | | 14 |
| ILEMCEN | Professeurs | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | 2 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | | | 7 | | 2 | | | 2 | 2 | 3 | 1 | | | | 17 |
| | M. Spécialistes | | | | 9 | | 1 | | | 6 | | 2 | 7 | 1 | | | 26 |
| TOTAL | | 0 | 7 | 3 | 255 | 13 | 78 | 10 | 21 | 4 | 159 | 31 | 61 | 114 | 88 | 41 | 885 |

| C H U | C O R P S | 1/ MEDICALES | | | | | | | | | | | 2/ DENTAIRES | | | | | | | T O T A L | | |
|----------------|-----------------------|--------------------|------------|----------------------|-------------|------------|---------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------|-------------|--------------|-----------------------------|------------------------|-----------|----------------|-------------------|---------------------|-----------------------|----------|----------------------------|
| | | Oncologie Médicale | Pédiatrie | Pneumo - Physiologie | Psychiatrie | Radiologie | Radiothérapie | Réanimation Médicale | Rééducation Fonctionnelle | Gastro - Entérologie | Rhumatologie | Toxicologie | TOTAL | Pathologie Bucco - Dentaire | Dentisterie Opératoire | O. D. F. | Parodontologie | Prothèse Dentaire | Epidémiologie Dent. | | O. D. C. | Explor Fonct. Respiratoire |
| BLIDA | Professeurs | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 3 | | | | | 1 | | | | | 1 |
| | Docents | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 3 | 3 | | 1 | | | 2 | 5 | | 14 | 2 | | 1 | 2 | 1 | | 3 | | | 9 |
| | M. Spécialistes | | 13 | 2 | | 13 | | | 4 | 4 | | 36 | 1 | | 1 | 2 | 2 | | 1 | | | 7 |
| ALGER CENTRE | Professeurs | | 3 | 1 | | 1 | | 3 | | | | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | 5 |
| | Docents | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | | | | | 8 |
| | M. Assistants | | 10 | 6 | 3 | 4 | | 16 | 1 | | | 40 | 10 | 11 | 2 | 4 | 13 | | 4 | | | 44 |
| | M. Spécialistes | | 11 | 2 | 6 | 3 | | | 4 | | | 26 | | 1 | 3 | 3 | | | | | | 7 |
| ALGER EST | Professeurs | | 3 | 1 | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | 3 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 14 | 2 | | 6 | | | 1 | | | 23 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Spécialistes | | 29 | 1 | | 8 | | | 3 | | | 41 | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | | 2 | | | 16 |
| ALGER OUEST | Professeurs | | 3 | | | | | 1 | 2 | 2 | | 8 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | 4 |
| | Docents | | 3 | 1 | | | | | | 2 | | 6 | 2 | | | | | | | | | 2 |
| | M. Assistants | | 22 | 8 | | 6 | | 1 | 10 | 4 | | 51 | | | | 6 | | | 3 | | | 9 |
| | M. Spécialistes | | 11 | 5 | | 16 | | 5 | 5 | 10 | | 52 | 2 | 1 | 3 | 1 | | | 4 | | | 11 |
| BAB EL OUED | Professeurs | | 1 | 1 | | 1 | | | | 1 | 2 | 6 | | | | | 1 | | | | | 1 |
| | Docents | | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 2 | 2 | 1 | 3 | | | | 3 | 3 | 14 | 1 | | | 1 | 1 | | | | | 3 |
| | M. Spécialistes | | 8 | | 4 | 8 | | | | 2 | 3 | 25 | | | 1 | | 1 | | | | | 2 |
| TIZI - OUZOU | Professeurs | | | | | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 3 | 1 | 3 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 11 | 1 | 2 | | 1 | | | | | | 4 |
| | M. Spécialistes | | 6 | 4 | 1 | 4 | | | 3 | | | 18 | | | | 8 | | | | | | 8 |
| BATNA | Professeurs | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Spécialistes | | 3 | 1 | | 2 | | | | | | 6 | | | 1 | | | 1 | | | | 2 |
| SETIF | Professeurs | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | 8 | | | | 1 | | | | | | 1 |
| | M. Spécialistes | | 3 | 3 | | 1 | | | 2 | | | 9 | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| CONSTANTINE | Professeurs | | | 1 | | 1 | | 2 | | | | 4 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | 1 | | | | | 2 | | | | 3 | 3 | | | 1 | 1 | | | | | 5 |
| | M. Assistants | 4 | 13 | 6 | 2 | 1 | 3 | 8 | 1 | | 2 | 41 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | | | | | 21 |
| | M. Spécialistes | 1 | 3 | 3 | 8 | 2 | 3 | 2 | | 3 | | 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | 4 |
| ANNABA | Professeurs | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | 1 | | | 1 |
| | M. Assistants | | 1 | 4 | | 4 | | 7 | 1 | | 2 | 19 | 4 | | 2 | 4 | 5 | | 5 | | | 20 |
| | M. Spécialistes | | 5 | 4 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 13 | 1 | | 2 | 1 | 1 | | | | | 3 |
| ORAN | Professeurs | 1 | 4 | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 11 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | 1 | 1 | | | | | 1 | | | 3 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 2 | 3 | | 2 | | 25 | 5 | | | | | | | | | 5 |
| | M. Spécialistes | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | | | | | 8 | | | | | | | | | | 0 |
| SIDI-BEL-ABBES | Professeurs | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 1 | 2 | | 2 | | | 2 | | | 7 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Spécialistes | | | 1 | 1 | 2 | | | | | | 4 | 1 | | | | | | | | | 1 |
| TLEMCEN | Professeurs | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 0 |
| | Docents | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| | M. Assistants | | 2 | 1 | | 1 | | | 1 | | | 5 | | | | 1 | | | | | | 1 |
| | M. Spécialistes | | 2 | 1 | | 8 | | | 2 | | | 13 | | | | 4 | 2 | | | | | 6 |
| TOTAL | | 9 | 200 | 81 | 35 | 112 | 10 | 49 | 54 | 0 | 44 | 12 | 606 | 47 | 25 | 25 | 37 | 55 | 5 | 20 | 0 | 214 |

ETAT DU PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITES DANS LES C. H. U.

| | | SPECIALITES : I/ MEDICALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|--------------|------------------------|----------------------|-------------|--------------|--------------|----------------|---------------|----------------------|-------------|---------------|------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|------------|-----------------------|
| C H U | C O R P S | Acupuncture | Allergologie | Anesthésie Réanimation | Cancéro-Onco-Médical | Cardiologie | Dermatologie | Diabétologie | Endocrinologie | Epidémiologie | Gastro - Entérologie | Hématologie | Infectiologie | Médecine Interne | Médecine Légale | Médecine du Sport | Médecine du Travail | Néphrologie | Neurologie | T O T A L |
| | | BLIDA | Professeurs | | | | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | 2 |
| | M. Assistants | | | 3 | | | | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 5 | | | 3 | 2 | | 18 |
| | M. Spécialistes | | | 8 | | 4 | | | | 2 | 3 | 1 | 17 | 1 | | 3 | 3 | 2 | | 41 |
| ALGER CENTRE | Professeurs | | | | | 2 | 1 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 1 | 8 |
| | Docents | | | | | 3 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 6 |
| | M. Assistants | | 1 | 10 | | 8 | 7 | | | 8 | 7 | | 1 | 6 | 3 | | 2 | 1 | 4 | 58 |
| | M. Spécialistes | | | 26 | | 2 | | 5 | | 1 | 2 | | | 5 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 45 |
| ALGER EST | Professeurs | | | 1 | | 2 | | | | 1 | | 1 | | 3 | | | | | | 8 |
| | Docents | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | M. Assistants | | | 11 | | 2 | | | | 2 | | 3 | | 16 | 2 | | 9 | 1 | | 46 |
| | M. Spécialistes | | | 21 | | 2 | 1 | | 1 | 1 | | | 3 | 12 | 2 | | 4 | | 1 | 48 |
| ALGER OUEST | Professeurs | | 2 | | | 3 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 3 | 1 | | | 1 | 1 | 15 |
| | Docents | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | 3 |
| | M. Assistants | | 3 | 8 | | 2 | | | 2 | 4 | 4 | 5 | | 12 | 1 | | 4 | 4 | 2 | 51 |
| | M. Spécialistes | | 1 | 14 | | 5 | | | 2 | 1 | 7 | 5 | | 10 | 1 | | 2 | 2 | 7 | 57 |
| BAB EL OUED | Professeurs | | | 2 | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | 6 |
| | Docents | | | | | | | | 2 | 1 | 1 | | | | 1 | | 1 | | | 6 |
| | M. Assistants | | | 5 | | | 1 | 3 | 4 | | | | | 3 | 1 | | 3 | 2 | 1 | 23 |
| | M. Spécialistes | | | | | 1 | 4 | 2 | 6 | 3 | 4 | | | 6 | 1 | | 7 | 7 | 1 | 35 |
| TIZI - OUZOU | Professeurs | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | 2 |
| | Docents | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| | M. Assistants | | | 2 | | 3 | | | | 1 | | 2 | 2 | 2 | | | 2 | 1 | | 15 |
| | M. Spécialistes | | | 7 | | 5 | 2 | | 4 | | 2 | 1 | 4 | 7 | 1 | | 4 | 2 | 2 | 41 |
| BATNA | Professeurs | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | M. Assistants | | | 1 | | | | | | 1 | | | 2 | 1 | 3 | | 1 | | | 9 |
| | M. Spécialistes | | | | | 1 | | | 1 | 2 | | 3 | 2 | 3 | 1 | | | | | 13 |
| SETIF | Professeurs | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | 2 |
| | Docents | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | 2 |
| | M. Assistants | | | | | | | | | 3 | | 3 | 5 | 3 | 1 | | 1 | | | 16 |
| | M. Spécialistes | | | 4 | | 5 | | | 1 | 1 | | 2 | 2 | 6 | 1 | | | | | 22 |
| CONSTANTINE | Professeurs | | | | | | | | 1 | 1 | | | 3 | | 1 | | | | | 6 |
| | Docents | | | | | 1 | | | | | | | 2 | | | | | 1 | | 4 |
| | M. Assistants | | | 7 | | 3 | 1 | | 1 | 6 | | 4 | 1 | 6 | 3 | | 2 | | | 34 |
| | M. Spécialistes | | | 4 | | 5 | | | 1 | 2 | | 2 | | 5 | | | 2 | | | 21 |
| ANNABA | Professeurs | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 3 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | 2 |
| | M. Assistants | | | 5 | | 3 | 1 | | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | | 2 | 2 | | 30 |
| | M. Spécialistes | | | 3 | | 2 | | | 1 | | 2 | 1 | 1 | 3 | | | 1 | | | 14 |
| ORAN | Professeurs | | | 2 | | 2 | | | | 1 | 1 | 1 | | 2 | | | 2 | 1 | 1 | 13 |
| | Docents | | | 1 | | | | | 1 | | 2 | 1 | | 1 | 1 | | | | | 7 |
| | M. Assistants | | | 14 | | 5 | 3 | | 1 | 5 | | 3 | 4 | 8 | 1 | | 5 | | 1 | 50 |
| | M. Spécialistes | | | 15 | | 4 | 3 | | 1 | | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | | | 1 | 4 | 36 |
| SIDI-BEL-ABDES | Professeurs | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | 4 |
| | M. Assistants | | | 1 | | 1 | 1 | | | 2 | | 1 | 1 | 3 | 2 | | 1 | 1 | | 13 |
| | M. Spécialistes | | | 2 | | 1 | | | 1 | | | 1 | 1 | 5 | | | 1 | 2 | | 14 |
| TLEMSEN | Professeurs | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Docents | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | M. Assistants | | | | | 3 | 1 | | | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | | 2 | | 1 | 18 |
| | M. Spécialistes | | | 2 | | 4 | 2 | | | 1 | 1 | | | 7 | | | | 1 | | 18 |
| TOTAL | | 0 | 7 | 179 | 0 | 89 | 30 | 11 | 38 | 62 | 41 | 56 | 44 | 172 | 35 | 0 | 66 | 38 | 30 | 897 |

1 / CORPS MEDICAL : Hospitalo - Universitaires

| CENTRES HOSPITALO - UNIVERSITAIRES | | CORPS MEDICAL | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|---------------|------------|------------|-----------|------------|----------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|
| C . H . U | Professeurs | | | Docents | | | M . Assistants | | | Résidents | | | Total Général | | |
| | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total |
| BLIDA | 10 | 2 | 12 | 5 | 1 | 6 | 54 | 19 | 73 | 69 | 52 | 121 | 138 | 74 | 212 |
| ALGER CENTRE | 33 | 10 | 43 | 18 | 14 | 32 | 117 | 113 | 230 | 274 | 272 | 546 | 442 | 409 | 851 |
| ALGER EST | 16 | 12 | 28 | 10 | 7 | 17 | 62 | 69 | 131 | 127 | 170 | 297 | 215 | 258 | 473 |
| ALGER OUEST | 36 | 8 | 44 | 10 | 7 | 17 | 94 | 91 | 185 | 195 | 184 | 379 | 335 | 290 | 625 |
| BABEL OUED | 15 | 6 | 21 | 9 | 2 | 11 | 34 | 32 | 66 | 107 | 84 | 191 | 165 | 124 | 289 |
| TIZI OUZOU | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 38 | 12 | 50 | 48 | 27 | 75 | 91 | 41 | 132 |
| BATNA | 1 | | 1 | 2 | 1 | 3 | 10 | 8 | 18 | 32 | 20 | 52 | 45 | 29 | 74 |
| SETIF | 3 | | 3 | 3 | 1 | 4 | 29 | 9 | 38 | 46 | 45 | 91 | 81 | 55 | 136 |
| CONSTANTINE | 20 | 2 | 22 | 20 | 5 | 25 | 92 | 63 | 155 | 237 | 311 | 548 | 369 | 381 | 750 |
| ANNABA | 7 | 1 | 8 | 10 | 2 | 12 | 73 | 33 | 106 | 185 | 105 | 290 | 275 | 141 | 416 |
| ORAN | 23 | 8 | 31 | 14 | 4 | 18 | 87 | 67 | 154 | 310 | 168 | 478 | 434 | 247 | 681 |
| SIDI-BEL-ABBES | 2 | | 2 | 3 | 2 | 5 | 26 | 14 | 40 | 39 | 22 | 61 | 70 | 38 | 108 |
| TLEMCCEN | 3 | 1 | 4 | 2 | | 2 | 40 | 10 | 50 | 27 | 25 | 52 | 72 | 36 | 108 |
| TOTAL GENERAL | 172 | 51 | 223 | 108 | 47 | 155 | 756 | 540 | 1296 | 1696 | 1485 | 3181 | 2732 | 2123 | 4855 |

| C . H . U | Activités de Radiologie | | | | | TOTAL |
|----------------|-------------------------|--------------|-------------|-------------|-------|--------|
| | Scanner | Radiographie | Echographie | Fibroscopie | ECC | |
| BLIDA | | 93496 | 7996 | 2150 | 3197 | 106839 |
| ALGER CENTRE | 592 | 301932 | 15590 | 3491 | 3213 | 324818 |
| ALGER EST | | 71086 | 24085 | 5541 | 5679 | 106391 |
| ALGER OUEST | 2862 | 163498 | 29170 | 4644 | 18076 | 218250 |
| BAB EL OUED | | 57343 | 18108 | 3019 | 2027 | 80497 |
| TIZI - OUZOU | 1885 | 54534 | 8606 | 910 | 872 | 66807 |
| BATNA | | 54468 | 4056 | 903 | 17152 | 76579 |
| SETIF | | 105976 | 7978 | 771 | 8176 | 122901 |
| CONSTANTINE | | 144050 | 19472 | 2325 | 3917 | 169764 |
| ANNABA | 533 | 93049 | 8640 | 2862 | 21600 | 126684 |
| ORAN | | 92763 | 12504 | 378 | 41041 | 146686 |
| SIDU-BEL-ABBES | | 23869 | 3607 | 108 | 4315 | 31899 |
| TLEMCEN | 663 | 19928 | 7487 | 178 | 17541 | 45797 |

| | | | | | | |
|----------------------|-------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|
| TOTAL GENERAL | 6535 | 1275992 | 167299 | 27280 | 146806 | 1623912 |
|----------------------|-------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|

| C . H . U | <i>Actes Opératoires</i> | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| | Chir. Géné. | Chir. Infan. | Ophthalmo. | O . R . L | Ortho . | Autres | TOTAL |
| BLIDA | 3883 | 732 | 334 | | 3681 | 7066 | 15696 |
| ALGER CENTRE | 196 | 2189 | 6856 | 1551 | 133 | 9820 | 20745 |
| ALGER EST | 13453 | 1909 | 2106 | 1500 | | 5090 | 24058 |
| ALGER OUEST | 4741 | 2719 | 3285 | 815 | 2196 | 3242 | 16998 |
| BAB EL OUED | 769 | | 2537 | 728 | 778 | 55035 | 59847 |
| TIZI - OUZOU | 742 | 1482 | 512 | 84 | 864 | 4452 | 8136 |
| BATNA | 1210 | 152 | 579 | 193 | 2550 | 1025 | 5709 |
| SETIF | 959 | 1076 | 1017 | 848 | 662 | 3371 | 7933 |
| CONSTANTINE | 1748 | 1530 | 1243 | 2175 | 1399 | 4550 | 12645 |
| ANNABA | 1301 | 655 | 2365 | 2281 | 2377 | 6483 | 15462 |
| ORAN | 4822 | 1226 | 2659 | 314 | 445 | 3738 | 13204 |
| SIDI-BEL-ABBES | 1557 | | 284 | | 1987 | 5139 | 8967 |
| TLEMCEEN | 1929 | 200 | 1452 | 965 | 813 | 994 | 6353 |
| TOTAL GENERAL | 37310 | 13870 | 25229 | 11454 | 17885 | 110005 | 215753 |