



جامعة مولود معمري بتيزي وزو

كلية الحقوق و العلوم السياسية

قسم العلوم السياسية

دور القطاع الخاص الصحي في تدعيم السياسة الصحية
في الجزائر في ظل مرحلة 1988-2014

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية
تخصص: سياسات عامة والإدارة المحلية

من إعداد الطالبين:

إشراف: الأستاذ حسين زاوش

يوبة حجوط

سليمان فروخي

لجنة المناقشة:

أ. سالمى سلاف:

أ. زاوش حسين: مشرفا و مقررا

أ. غارو حسيبة: ممتحنا

السنة الجامعية: 2014-2015

شكر وتقدير

نتقدم بجزيل الشكر الى الأستاذ المؤطر زاوش حسين على الدعم و المساندة الذي قدمه لنا طيلة انجاز المذكرة، و شكر لكل الذين ساعدونا من قريب أو بعد في انجاز هذا العمل.

كما نتقدم بالشكر لجميع الأساتذة الذين رافقونا طول المشوار الدراسي

الشكر الجزيل للجنة المناقشة المتكونة من:

أ . سالمى سلاف: رئيسا

أ . حسين زاوش: مشرفا و مقورا

أ . غارو حسية: ممتحننا

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى الوالدين الكريمين أطال الله عمرهما، وإلى الإخوة
والأصدقاء والأقارب والزملاء، وإلى جميع الذين ساعدوني في إنجاز المذكرة
والى الزميل الذي شاركني العمل

حبوط يومية

أهدي هذا العمل إلى روح أبي الغالية، وإلى الأم الكريمة أطال الله عمرها،
وإلى الإخوة والأخوات وإلى كل الأقارب و الأصدقاء و الزملاء والزميلات و إلى
الزميل الذي شاركني العمل

فروخي سليمان

ملخص:

إن صحة الفرد لا شك أنها أعلى شيء لديه، لذا تعمل مجمل الدول على ترقية و حماية صحة مواطنيها، بتعبئة الوسائل التنظيمية و المالية و المادية و البشرية المتاحة، قصد بلوغ مختلف الأهداف المرتبطة بالمجال الصحي. هذا إلى جانب مشاركة كل الفواعل الأخرى المعنية لاسيما القطاع الخاص الصحي، و الذي ينخرط في المنظومة الصحية كفاعل يعمل إلى جانب الدولة لبلوغ الغايات المسطرة من قبل السياسة الصحية الوطنية، و هذا البحث ينصب حول واقع السياسة الصحية في الجزائر و مدى تدعيم القطاع الخاص لها.

Résumé :

La santé de l'individu, est sans doute, la chose la plus importante, en effet, tout les pays œuvrent à la protection et la promotion de la santé de leurs citoyens, en mobilisant tout les moyens, réglementaires, financiers, matériels, et humains, afin d'atteindre les différents objectifs liés au domaine de la santé, avec la participation de tout les acteurs concernés, y compris le secteur privé de santé, qui s'intègre au sein de système de santé comme un acteur opérant à coté de l'état, pour atteindre les objectifs tracées par la politique de santé nationale, et cette étude porte sur la réalité des politiques de santé en Algérie et le rôle joué par le secteur privé.

مقدمة

وجدت الجزائر نفسها بعد الاستقلال أمام تحديات عديدة و متنوعة، بعد خروجها منهاراً جراء السياسة الاستعمارية، و قد انعكس عن ذلك وضع اجتماعي مجسداً للتخلف متمثلاً في الثالوث الأسود: الفقر، الجهل، المرض، فالوضعية الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية التي ميزت تلك الفترة أقل ما يقال عنها أنها كانت كارثية.

بذلك سعت الدولة الجزائرية منذ البداية لرفع التحدي التنموي في جميع المجالات، قصد الخروج من الأوضاع المزرية التي ميزت المجتمع الجزائري آنذاك، في مرحلة كانت فيها الأوضاع الصحية متدنية، بانتشار الأمراض والأوبئة في وسط السكان، فكان أول تحدي للدولة في تلك الفترة هو كيفية التخفيف من هذه الوضعية كأولوية ثم القضاء عنها نهائياً. حيث قطعت الجزائر أشواطاً كبيرة في تطوير قطاع الصحة ذلك من خلال إقرار الطب المجاني و الشروع في إقامة المراكز الصحية و المستشفيات العمومية في ظل النهج الاشتراكي المتبنى منذ الاستقلال إلى غاية نهاية الثمانينات، وقد أدرجت الدولة في مختلف الدساتير المتعاقبة حق المواطنين في حماية صحتهم، و هذا الحق ترجم منذ الاستقلال من خلال تطوير النظام الصحي الوطني القائم على مجانية العلاج لكل المواطنين.

بمجيء مرحلة الانتقال إلى اقتصاد السوق و فتح المجال أمام القطاع الخاص في جميع المجالات كفاعل لا يمكن الاستغناء عنه في تحقيق التنمية بكل أبعادها، حدث تحول في قطاع الصحة بفتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في هذا الميدان، في ظل فترة ظهرت فيها صعوبة و محدودية طموحات الدولة في علاج كافة المواطنين مجاناً، وضعف قدرة المؤسسات الصحية العمومية في تغطية واستيعاب جميع المرضى، بسبب الأزمة الاقتصادية سنة 1986 من جهة، و النمو الديمغرافي من جهة أخرى، بحيث تضاعف عدد السكان من 3,11 مليون نسمة في 1966 إلى 22,8 في سنة 1987، مما أدى إلى تعاظم و تنامي دور القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية و التخفيف من عجز التغطية الصحية للمواطن، بهدف تحقيق التنمية الصحية التي تعتبر بدورها ركيزة أساسية في تحقيق التنمية البشرية.

مبررات اختيار الموضوع

1- المبررات الذاتية:

تكمن الرغبة لتناول هذا الموضوع لما تمثله صحة الأفراد من أهمية في المجتمع، و ما نلاحظه من اختلالات في المنظومة الصحية في الجزائر و الجدل الدائر حولها بين لأفراد في المجتمع بصفة عامة و أصحاب المهنة بصفة خاصة.

2- المبررات الموضوعية:

- تتمثل الأسباب الموضوعية في اختيارنا لهذا الموضوع في ما يلي:
- ارتباط الموضوع بمواضيع السياسات العامة و التي تشكل مجالا خصباً للباحثين بالنظر لحساسية القضايا التي تتناولها و تأثيرها على حياة المواطنين اليومية.
- افتقار المكتبات للدراسات الأكاديمية للسياسة الصحية في الجزائر عموماً و القطاع الصحي الخاص خصوصاً و هذا نظراً لحدثة نشأته.

أهمية الدراسة

الأهمية العلمية:

إن الأهمية العلمية لهذا الموضوع تكمن في أنه يندرج ضمن حقل دراسات السياسات العامة و الفواعل التي يمكن أن تؤثر فيها، فالسياسات الصحية كانت و لا تزال محل اهتمام الجامعات والمعاهد في كل أقطار العالم و المنظمات العالمية، و الدليل على ذلك العدد الهائل من الدراسات التي أقيمت في هذا المجال من طرف المختصين في السياسات العامة، فنظراً لأهمية تمتع الإنسان بصحته الجسمية و العقلية، أصبح هذا الموضوع محل اهتمام السياسيين والاقتصاديين و المؤسسات التربوية والمؤتمرات الدولية و الوطنية لمعالجة المشاكل التي تواجهها السياسات الصحية في مختلف الدول و سبل تقديم حلول لها بطرق علمية و أكاديمية بحتة.

الأهمية العملية :

إن السياسات الصحية في الجزائر قطعت أشواطاً كبيرة عبر مراحل زمنية مختلفة و قد بذلت مجهودات كبيرة في هذا المجال من خلال الانجازات المحققة في الصحة العمومية والعلاج المجاني للمواطن، إلا أن ذلك لم يؤدي إلى معالجة المعضلات الصحية في الجزائر و المشاكل المتعلقة برداءة الخدمات المقدمة، وقد كان بذلك ظهور القطاع الخاص الصحي وفتح المجال للاستثمار الخاص الوطني و الأجنبي قفزة نوعية في مجال الصحة، والذي من شأنه تدعيم وتطوير السياسات الصحية في الجزائر و هذا ما سيتم تحليله و الحكم عليه.

أهداف الدراسة

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- 1- إبراز أهمية القطاع الصحي في كافة المجتمعات عامة و المجتمع الجزائري بصفة خاصة.
- 2- معرفة مدى عناية الدولة بهذا القطاع الحساس
- 3- معرفة الظروف الصحية في الجزائر و الدور الذي يلعبه القطاع الخاص في تدعيم السياسات الصحية و تطوير هذا القطاع و مدى مساهمته في التغطية الصحية للمواطنين.
- 4- معرفة المشاكل التي يتخبط فيها قطاع الصحة في الجزائر.

الإشكالية :

السؤال المركزي:

إن السياسات الصحية في الجزائر و السعي في تحقيق التنمية و التغطية الصحية اللازمة للمواطنين و الأفراد في جميع ربوع الوطن، لم تعد مهمة الدولة وحدها، و القطاع العام بعد الانفتاح و ظهور القطاع الخاص الصحي و التغيرات الطارئة في البنية الاقتصادية و الاجتماعية في البلاد.

هذا ما يستدعي عند دراسة السياسات الصحية في الجزائر، ضرورة إدخال القطاع الخاص الذي أصبح له مكانة في المنظومة الصحية الوطنية، كفاعل في تحقيق التطور و تنمية هذا المجال، إلى جانب التكامل مع القطاع العام لتحقيق نفس الغاية. و عليه نطرح الإشكالية الرئيسية التالية:

- إلى أي مدى يساهم القطاع الخاص الصحي في تدعيم السياسات الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988-2014

وتحت هذه الاشكالية تتدرج الأسئلة الفرعية:

- ما ماهية السياسة الصحية ؟
- ما هي مراحل تطور السياسات الصحية في الجزائر، وما واقع المنظومة الصحية؟
- ما هو واقع القطاع الخاص الصحي في الجزائر؟

حدود الدراسة:

سوف تركز هذه الدراسة على مرحلة ما بعد الانفتاح السياسي و الاقتصادي في 1988 إلى غاية سنة 2014، أين تم فتح المجال للقطاع الخاص لتقديم الخدمات الصحية و العلاجية، مما شجع الأطباء على فتح عيادات خاصة، و بذلك عرفت هذه الفترة ارتفاعا و تزايداً ملحوظاً للعيادات الخاصة كما و نوعاً، و تميزت بالمقابل ببيروز عدة أزمات خاصة في عشرية التسعينات و التي أثرت سلباً على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام، وعرضت الدولة لانتقادات شديدة، وانعدام توازن الخدمات الصحية بين المناطق، ما جعل القطاع الخاص أحد الفواعل الأساسية لتخطي هذه المشاكل. أما نطاق الدراسة فهو الجزائر.

- و للإجابة على مختلف التساؤلات نضع الفرضيات التالية:

الفرضية المركزية

- كلما كان القطاع الخاص فعالاً كلما أدى ذلك إلى تدعيم السياسات الصحية

الفرضيات الجزئية

- أ- تأثرت السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر
- ب- يمكن أن يؤثر القطاع الصحي الخاص إيجابا على فعالية السياسات الصحية.
- أدبيات الدراسة:

في حدود ما تحصلنا عليه من الدراسات للسياسة الصحية في الجزائر فإن معظمها لم تركز بشكل كبير على القطاع الخاص بقدر ما ركزت على القطاع العمومي و من أهم هذه الدراسات نجد ما يلي:

1- كتاب إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، كتاب من تأليف نور الدين حاروش، دار الكتامة للكتاب، الجزائر 2008.¹

كتاب خاص بإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر، تطرق فيه الكاتب لتحليل مبادئ السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2007 لمعرفة البرامج و السياسات المسطرة و معرفة النتائج المحققة ومقارنتها بالإمكانيات المتوفرة، و بعد عرض لمختلف المراحل التي عرفت الأوضاع الصحية يصل الكاتب إلى استنتاجات أهمها أن الرهانات التي رفعتها الدولة قد تحققت جزء كبير منها خاصة فيما يتعلق بحماية الأمومة و الطفولة و مكافحة الأوبئة، غير أن سنوات التسعينات عرفت تحولا جذريا في الخلفية الإيديولوجية لصناع السياسة الصحية في الجزائر كان له بالغ الأثر على نوعية هذه السياسات بعد ذلك.

3- مذكرة ماجستير: حسيني محمد العيد، السياسات العامة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012

تطرق فيها صاحبها إلى نشأة و تطور السياسات العامة ثم تناول المداخل النظرية لدراسة السياسات العامة، ثم تناول السياسات الصحية ماهيتها و أدواتها و أهدافها و في الأخير

1- نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (الجزائر: دار الكتامة للكتاب، 2007).

وضح التفسيرات النظرية للإصلاحات التي مست السياسة الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1990 - 2012.¹

فيما يخص الإضافة التي سنقدمها من خلال هذا البحث، هو التطرق إلى القطاع الصحي الخاص بصفة أكثر عمقا، و معرفة مدى مساهمته و الدور الذي يلعبه في ظل النظام الصحي الوطني، و مدى تدعيمه للسياسة الصحية.

- مناهج الدراسة:

إن دراسة أي ظاهرة من الظواهر السياسية تعتمد أساسا على توظيف منهج أو عدة مناهج من قبل الباحث و التي يراها مناسبة للظاهرة محل التحليل و الدراسة، فهو تلك الطريقة العلمية المنتهجة من قبل الباحث في تحليله و معالجته لمشكلة معينة، بهدف الوصول إلى المعرفة اليقينية بشأن موضوع الدراسة. و قد اعتمدنا في هذا البحث على المناهج و الاقترابات التالية التالية:

المنهج التاريخي: هو عبارة عن منهج وثائقي يستقي عن طريقه الباحث الوثائق المرتبطة بظاهرة تاريخية معينة ويحللها ليستخلص المعلومات التي تشمل عليها، حيث يعتمد هذا المنهج على سرد الوقائع والظروف والمحيط الذي يحكم في ميلاد الظواهر.

نستعين بهذا المنهج من خلال التطرق إلى نشأة السياسة الصحية في الجزائر وتطورها عبر الزمن و للقطاع الصحي الخاص و تطوره .

المنهج الإحصائي: يعد المنهج الإحصائي من بين المناهج العلمية التي أضافت الصبغة العلمية على الأبحاث السياسية و الاجتماعية و التي تهتم بدراسة و تحليل الظاهرة الاجتماعية من الناحية الكمية، و هو فرع من الدراسات الرياضية التي تعتمد على جمع المعلومات و البيانات بشأن ظاهرة معينة و تنظيمها و عرضها بيانيا أو جدوليا و تحليلها

1-حسيني محمد العيد، "السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث

1990-2012" (مذكرة الماجستير في العلوم السياسية ،جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013).

رياضيا و استخلاص النتائج بشأنها و العمل على تفسيرها. نستعين بهذا المنهج من خلال لتطرق للأرقام و الإحصائيات الخاصة بالمجال الصحي في الجزائر.

المنهج الوصفي: هو طريقة من طرق التحليل و التفسير بشكل علمي و منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة اجتماعية أو إنسانية، و يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ووصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها كما أو كيفا.

المنهج المقارن:

وهو ذلك المنهج الذي يعتمد على المقارنة في دراسة الظاهرة حيث يبرز أوجه الشبه والاختلاف فيما بين ظاهرتين أو أكثر، ويعتمد الباحث من خلال ذلك على مجموعة من الخطوات من أجل الوصول إلى الحقيقة العلمية المتعلقة بالظاهرة المدروسة. وتستعين العلوم الاجتماعية بالمنهج المقارن في الكثير من الدراسات.

الاقتراب القانوني:

و هو تلك الطريقة العلمية التي تعتمد على دراسة و تحليل ظاهرة من الزاوية القانونية وفق خطوات بحث معينة.

و نستعين به بالرجوع إلى النصوص القانونية و الإجراءات التنظيمية المنظمة للقطاع الصحي الخاص و المستشفيات الخاصة.

تفصيل الدراسة:

نعتمد في هذا البحث على خطة ثنائية الفصول، الفصل الأول سيكون للإطار المفاهيمي بتوضيح المفاهيم الأساسية التي يدور حولها موضوع الدراسة وهي: السياسة العامة، الصحة، السياسة الصحية ، بالإضافة إلى تبيان مختلف المراحل التي مرت بها السياسة الصحية في الجزائر و واقع وتنظيم المنظومة الصحية .

أما الفصل الثاني سنتناول فيه المفهوم و النشأة، واقع والدور الذي يلعبه القطاع الخاص

الصحي في مجال الصحة في الجزائر و أهم انجازاته وتحدياته و أفاقه . و عليه تكون الخطة
كما يلي:

مقدمة

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية و واقعها في الجزائر

المبحث الأول: ماهية السياسة الصحية

المبحث الثاني: مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر

المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية الجزائرية

الفصل الثاني: واقع مساهمة القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر

المبحث الأول: القطاع الصحي الخاص في الجزائر: المفهوم و النشأة

المبحث الثاني: مظاهر دور القطاع الصحي الخاص في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر

المبحث الثالث: تحديات و أفاق القطاع الصحي الخاص

الخاتمة

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة
الصحية و واقعها في الجزائر

مقدمة الفصل

القضاء على الأوبئة، الطب المجاني، الصحة الجوارية، مكتسبات انتزعت رغم الصعاب و عملت الجزائر منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج، كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا. هذه المبادئ عرفت نجاحات وبعض الاختلالات عبر المراحل المختلفة التي مرت بها البلاد، وكانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال متردية، حيث عان السكان الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية و غياب التوازن. هذا ما عملت مختلف البرامج الصحية و السياسات المتعلقة بالصحة على القضاء عليه لتحقيق التنمية الصحية.

المبحث الأول: ماهية السياسة الصحية.

المطلب الأول: ماهية السياسة العامة:

1- تعريف السياسة العامة:

إن تقديم تعريف محدد بذاته، دون غيره للسياسة العامة يعتبر من الأمور الصعبة نظرا لتعدد المجالات، و تباين وجهات النظر في الفلسفات و الأفكار و المعارف التي يستند إليها كل تعريف. من بينها ما يلي:

عرفها توماس داي من خلال تعريفات متعددة في سبيل الإلمام بمعطيات النشاط الحكومي

*إنها اختيار الحكومات لما تفعله أو لا تفعله ضمن مجال معين.

*توضيح لماهية أفكار الحكومة.

*عملية لضبط الصراع بين المجتمع و أعضاء التنظيم.

*عملية تضبط السلوك و بيروقراطيات التنظيم و توزيع المنافع و استئصال الضرائب وغير ذلك.

و يعرفها جمس أندرسون بأنها:

- طريقة هادفة يتبعها منفذ أو منفذون في تعاملهم أو مسألة ذات اهتمام بارز، تتدرج في إطار ما هو واقع فعليا.

- تلك السياسات التي تطورها الأجهزة الحكومية و المسؤولين الحكوميين، رغم تأثير الأشخاص و العوامل غير الحكومية في تطويرها.¹

السياسة العامة وفقا لنظرية النظم تعد نتيجة استجابة النظام السياسي في الدولة لضغوط بيئته، و أن هذه الضغوط تمثل مدخلات يتلقاها النظام السياسي و يقوم بتحويلها داخل الجهاز الحكومي، و بعبارة أخرى، تعتبر قوى البيئة الضاغطة هذه مدخلات النظام السياسي كما تفسر البيئة على أنها العوامل و الظروف المحيطة بالنظام السياسي و الخارجة

1- فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور في البنية و التحليل (دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، 2001)،

عنه. أما النظام السياسي فهو مجموعة الأجهزة و المؤسسات و الإجراءات التي من سلطتها توزيع القيم داخل المجتمع. فمخرجات النظام السياسي هي قرارات بتوزيع القيم، و هذا التوزيع يتم عن طريق سياسات عامة.¹

يعرفها خيرى عبد القوي بأنها تلك العمليات والإجراءات السياسية وغير السياسية التي تتخذها الحكومة بقصد الوصول إلى اتفاق على تعريف المشكلة وعلى حلها.

أما الدكتور كمال منوفي فيرى أنها توضيح العلاقة بين القرار والسياسة فالقرار هو اختيار احد البدائل المطروحة لمواجهة موقف معين ولان ممارسة السلطة تقتضي اتخاذ العديد من القرارات والتي تكون غالبا غير منسقة بسبب اختلاف شخصيات صناع القرار.²

إذن يمكن القول أن السياسة العامة تتمثل في مجمل القرارات، التي تصدرها الجهات الحكومية قصد تحقيق أغراض معينة وضمان التفاعل مع البيئة المحيطة، و هذه القرارات يمكن أن تؤثر فيها الفواعل غير الرسمية.

2- عناصر السياسة العامة: لفهم مصطلح السياسة العامة بصورة أدق نجزئه إلى عناصره

أ- مطالب سياسية : وتشمل كل ما يطرح على المسؤولين سواء من جانب الأهالي أو من الرسميين الفاعلين في النظام السياسي وهذا من اجل التحرك إزاء قضية معينة.

ب- قرارات السياسة العامة : وتشمل كل ما يصدره صانعي القرارات والموظفون العموميون المخولون بإصدار المراسيم والأوامر فقرارات السياسة العامة هي غير القرارات الروتينية المعتادة أي لها طابع خاص بها.

ج- الخطب والتصريحات الرسمية : وهي تعبيرات رسمية أو عبارات موحية بالسياسة العامة وتشمل الأوامر الشفوية والتفسيرات القانونية والضوابط المحددة وحتى خطط المسؤولين وشعاراتهم التي تعبر عن المقاصد العامة والأغراض المطلوب تحقيقها والأعمال الموجهة نحوها وقد تكون لهذه التوجيهات غامضة أحيانا الأمر الذي يقود إلى اختلاف وجهات النظر

1 - وصال نجيب العداوي، مبادئ السياسة العامة (الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع، 2003)، ص 18.

2 - بحث في رسم السياسات العامة،

أثناء تفسيرها وكذلك يحدث حول ما تصدره مستويات الحكومة المختلفة من التصريحات.
د- مخرجات السياسة العامة: وهي الانعكاسات الناتجة عن السياسة العامة وفي ضوء القرارات السياسة العامة والتصريحات التي يتلمسها المواطنون من الأعمال الحكومية و لا تشمل الوعود والنوايا وقد تكون المخرجات المتحققة عن السياسة العامة بعيدة أو مختلفة عما يتوقع تحقيقه.¹

المطلب الثاني: السياسة الصحية:

أولاً- تعريف السياسة الصحية: هي مجموعة المحاور الأساسية المتضمنة للإستراتيجيات و الوسائل و التدابير التي يتم وضعها قصد إرضاء الاحتياجات الصحية للسكان، هذه السياسات يتم إعدادها من أجل بلوغ مجموعة من الأهداف، و التي تنقسم إلى بعدين استراتيجيين: أهداف متمحورة حول تطوير الحلول المتعلقة بالمشاكل الصحية، و أهداف متمحورة حول تطوير الهياكل و نوعية الخدمات الصحية.²
و يمكن تعريفها أيضا على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية و الإدارية.³
أوهي مجموعة من العلاقات المتكاملة و المترابطة من القرارات و النشاطات والتي تشكل جزءا من استراتيجيات تقديم خدمات الرعاية الصحية.⁴

1 - بحث في رسم السياسات العامة،

<http://www.startimes.com/?t=23109697> visité le :28-02-2016 à 12h30

2- Benmansour sonia , " financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb, cas:

Algérie, Maroc, Tunisie" (mémoire de magistère en sciences économiques, université Mouloud

Mammeri Tizi Ouzou, faculté des sciences économiques, commerciales, et des sciences de gestions

,2012) pp. 1 ,2 .

3- jean-paul grangaud, les systèmes de santé en Algérie .Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partagés (lpméd,2012), p.10.

4- صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية (عمان: دار الفكر ناشرون و موزعون، 2009)، ص. 2016.

ثانيا- أهداف السياسات الصحية:

- ضمان العدالة والتأكد على حق كل مواطن في الحماية الصحية
- منح فرص الوقاية والعلاج لجميع السكان و تقوية مبدأ التضامن الاجتماعي
- ضمان التغطية الصحية و الإبقاء على التوازن بين النمو السكاني و المتطلبات الصحية الناتجة عنه.
- الحفاظ على استقرار النظام الصحي و الرفع من كفاءته .
- السعي لتحقيق التنمية الصحية و التي تتدرج في ظل الخطة الشاملة للتنمية الوطنية.
- تهدف السياسات الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة و تشكل إطارا عاما تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، و تحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها.¹

ثالثا- المتطلبات الأساسية لبرامج السياسة الصحية:

أ-التخطيط الصحي:

يجب النظر إلى المقاييس التي نسعى لتحقيقها إلى أعلى مستوى ممكن في ميدان الصحة، لمجموع السكان على أنها عناصر حيوية في التخطيط للتنمية، و هذا يحدد بلا شك حجم و نوعية الانجاز القومي.²

ب-الإدارة الصحية:

يجب أن يوجد برامج تدريبية لتكوين الأشخاص المتخصصين في إدارة الصحة العامة و إدارة المستشفيات مع إعطاء اهتمام خاص للعاملين بالمستشفيات، بالمفاهيم و الوظائف الجديدة لها في المجتمع المحلي.³

1- صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية (عمان: دار الفكر ناشرون و موزعون، 2009)، ص. 2018.

2- محمد أحمد ببيومي و اسماعيل أبو سعد، السياسة العامة بين النظرية و التطبيق (دار المعرفة الجامعية: بدون سنة) ص. 143.

3- نفس المرجع، ص. 143 .

ج-التنسيق للخدمات الاجتماعية:

يجب إعطاء اهتماما أكثر بالعلاقة الأساسية بين الصحة و بين الخدمات العامة أو الخاصة، و قد ترجع العديد من أوجه النقص في برامج الرفاهية الاجتماعية إلى إساءة فهم هذه العلاقة.¹

د - التعليم الصحي:

يجب أن يرتفع مستوى التعليم الصحي، فالتعليم الصحي في بعض المجتمعات يتطلب تعاون فعال على المستوى المحلي و الاستعدادات الشخصية بعيدا عن الطرق التقليدية المستخدمة. بينما في مجتمعات أخرى إن التعليم الصحي ما هو إلا ضربا من ضروب التخيل بالرغم من وجود الكثير من الأمراض نتيجة عدم توافر الوعي الصحي.²

هـ-الخدمات الصحية الريفية:

و يتضمن هذا المطلب الاعتبارات الصحية للسكان الريفيين، و لا شك أن القطاع الريفي يحتاج للكثير من الخدمات الصحية إذا ما أريد لهذا القطاع أن يؤدي دوره في الاقتصاد الوطني.³

المطلب الثالث: مستويات الخدمة الصحية

أي نظام صحي يهدف إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين، وهذه الخدمات تختلف حسب النظام الصحي فإذا كان النظام الصحي متطورا فإن الخدمات المقدمة تكون مميزة ومتطورة و العكس صحيح، والمستويات لا تختلف باختلاف النظام الصحي فهي أربعة مستويات:⁴

المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية:

يمكن تعريف الرعاية الصحية الأولية على أنها تلك الخدمات الطبية و الوقائية التي تقدم

1- محمد أحمد ببيومي و اسماعيل أبو سعد، مرجع سابق، ص.143.

2- نفس المرجع، ص. 144.

3- نفس المرجع، ص.145.

4- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة من منظور شامل (الأردن: دار الفكر، 2009)، ص ص. 56-59.

للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج إلى البقاء في المستشفى، وكذلك هي تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة و إصابات الحوادث و الإسعافات الأولية، تقديم التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة و الطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية العامة وصحة البيئة والتثقيف الصحي.

المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية

يمكن تعريف المستوى الثاني للخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته في المستشفى في مجالات الطب الرئيسية وهي الباطني، الجراحة العامة، الأطفال، النساء و التوليد.

المستوى الثالث: الرعاية الصحية الثالثة أو التخصصية

وهذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية، سوى أن الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى كل التخصصات عدا التخصصات الطبية الرئيسية مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات، التكلفة العالية وطول مدة الإقامة والحاجة إلى كوادر بشرية متميزة .

المستوى الرابع: الرعاية الصحية الرابعة: أو التأهيلية أو خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد

ويشمل هذا المستوى على تلك الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يأمل شفاءهم، بحيث يتم تأهيل المريض للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألتمت به، بهدف إعادة المريض للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه و قضاء احتياجاته بنفسه.

المبحث الثاني: مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر

مرت السياسة الصحية في الجزائر بعدة مراحل و تطورت، مروراً بعدة حقبات تاريخية، حسب متطلبات و خصائص كل مرحلة تاريخية، التي تأثر على عمليات اتخاذ القرار في المجال الصحي.

المطلب الأول: مرحلة 1962-1972

بعد الاستقلال ورثت الجزائر من الفترة الماضية حالة تصدّيعة ومتدهورة، حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى فقط كالجزائر، وهران وقسنطينة، ويتمثل خاصّة في الطبّ العمومي الذي تمّ داخل المستشفيات وعدد من العيادات التي تشرف عليها البلديات، والتي تقدّم المساعدات الطبّيّة للمجّانية. إلى جانب مراكز الطبّ المدرسي والنّفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، فمن خلال الإحصائيات التي قدمتها وزارة الصحة سنة 1966، المتعلقة بطاقم الناشطين في القطاع الصحي، كان عدد الأطباء يقدر بـ 1378 طبيب منهم 364 جزائري، 216 صيدلي من بينهم 186 جزائري، 171 طبيب جراحة الأسنان، من بينهم 86 جزائري، بالإضافة إلى 4834 عون شبه طبي. هذه الأعداد كانت قليلة جدا مقارنة بالاحتياجات الصحية للسكان الذين قدر عددهم في هذه الفترة بـ 9 مليون نسمة. فقد كانت هذه الاحتياجات كثيرة و متعددة الأوجه، وكان من الإلزام توفير الخدمات العلاجية القاعدية لملايين السكان النازحين الذين كانوا ضحايا العزلة في المناطق الجبلية المدمرة من جراء الحرب، إضافة إلى وضع الاجراءات الوقائية و العلاجية للحد من انتشار الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد والإسهال إلى غير ذلك من الأمراض و مشاكل سوء التغذية و الحالة المتدهورة للطفل و الأمومة.¹

و كانت المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية تتمثل في:²

- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض و العمل على عدم وقوعه، و ذلك من خلال الحملات التلقيحية و إجراءات النظافة و محاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.

1-jean-paul granguaud, op cit,p. 47.

2- نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (الجزائر : دار الكتامة للكتاب، 2007)، ص. 131 .

- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل، العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: و ذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل و المعدات الضرورية. بذلك فان السياسة الصحية الموضوعية حيز التنفيذ منذ الاستقلال إلى غاية سنوات السبعينات تمثلت فيما يلي:¹
- وضع برنامج صحي، هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة و الأكثر انتشارا بين السكان، و التكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية.
- إعادة تنشيط المنشآت الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كان أغلبهم من الفرنسيين.
- تعبئة الموارد البشرية المحلية(تكوين أعوان طبيين في الصحة العمومية) والاستعانة بالكفاءات الأجنبية.
- تعبئة الموارد المالية اللازمة.
- و لتطبيق هذه التوجهات أصدرت مجموعة من القرارات المتمثلة فيما يلي:²
- 1963: إصدار قانون الممارسة العمومية الإجباري لكل طبيب يعتزم على فتح عيادة خاصة.
- سنة 1964: إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية الذي اعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، بهدف القيام بأعمال دراسية و الأبحاث الضرورية في مجال الصحة العمومية، لتطوير برامج العمل الصحية و ترقية الصحة.
- سنة 1965: وضع البرامج الوطنية لمكافحة أمراض السل و الملاريا و الرمد الحبيبي بدعم من منظمة الصحة العالمية.

1- jean-paul grangaud, op cit, p. 47

2- ibid, p.47.

- صدور جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة، ومن بين قراراتها مرور المسؤولين بفترة تدريبية بالمركز الإستشفائي الجامعي، و إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية و الاجتماعية ، و ايضاح التقسيم الإداري للمهن و اختصاص كل مسؤول، وتعمل أيضا هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين و قائمة الاجتماعات و لوازم المستشفيات.
- سنة 1966 : ترسيم الأداءات الإضافية يقوم بها أطباء خواص في المصالح العمومية، وقرار وزاري يقضي بإلحاق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية، بهدف تسيير تلك الوحدات الصحية التي كانت تفتقر للتسيير، و القيام بحملات وطنية لتلقيح الأطفال ضد مرض السل.
- سنة 1969 :إصدار مرسوم قاضي بالزامية التلقيحات و مجانيتهامكافحة الأمراض المعدية، إضافة إلى إنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية، كانت مهمتها احتكار عملية استيراد الأدوية و إنتاج و توزيع المنتجات الصيدلانية.
- فمع بداية المخطط الوطني و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية، و دور الأمر المنظم لمهنة الطب و الصيدلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيأ فشيأ من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و الشبه الطبي، و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967-1969.¹
- و مع بداية السبعينات و خاصة في الفترة الممتدة بين 1970-1973 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا، تجسد في ارتفاع عدد الأطباء الذي بلغ 1425 طبيب كذا عدد المستشفيات و المراكز الصحية الذي بلغ 163 و 588 على التوالي، مما ساهم في التوعية الصحية للمواطنين.²

1 - نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 73.

2 - نجاه صغيرو، "تقييم جودة الرعاية الصحية، دراسة ميدانية" (شهادة ماجستير منشورة في علم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر بباتنة، 2011-2012)، ص. 69 .

المطلب الثاني: المرحلة 1973 - 1989

إن تأميم المحروقات عام 1972 سمح للجزائر بالشروع في البرامج التنموية الكبرى على كافة المستويات، أما في مجال الصحة تميزت هذه المرحلة بما يلي:

- تقرير العلاج المجاني في الهياكل الصحية العمومية انطلاقاً من بداية جانفي 1974، مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف جميع المواطنين، إضافة إلى إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية، و يشمل ذلك تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل الاختصاصات.¹

في 1975 تم تبني البرمجة الصحية للدولة، مع تبني معيار مركز صحي ل6 إلى 7000 مواطن، وقاعة متعددة الخدمات ل15 إلى 25000 مواطن و مستشفى لكل دائرة وولاية، و إنشاء القطاع الصحي سنة 1979، الذي يعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الصحي الوطني الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية، و هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية و العلاج و الاستشفاء التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات و التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.²

- 1976: صدور الميثاق الوطني الذي أكد على حق المواطن في الطب المجاني، وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية و مضاعفة بناء المستشفيات و المراكز الصحية و المخابر، إضافة إلى تكوين الأطباء و عمال الصحة للوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن، مع زيادة الاهتمام برعاية الطفل و الأم.³

كما دعم دستور 1976 هذا الحق و الذي نص بأن كل المواطنين لهم الحق في حماية

1-Saihi abdehak, " le système de santé publique en Algérie " revue, gestions hospitalières, la revue de décideurs hospitaliers n° 455 (Avril2006): pp.241,242.

2- jean-paul grangaud , op cit, p.48.

3- Ministère de la santé, " séminaire sur le développement d'un système national de santé, expérience algérienne, p.7.

صحتهم و هذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة و مجانية، وبتوسيع الطب الوقائي. مع بداية سنوات الثمانينات بدأت السياسة الجديدة للتنمية تحت شعار "الحياة للجميع" والتي كانت موجهة لإشباع الاحتياجات الاستهلاكية للسكان، وتم تجهيز الوحدات الصحية بالمعدات و الإمكانيات الحديثة و انجاز مستشفيات ووحدات صحية جديدة، الشيء الذي دعم التغطية الصحية في المناطق المحرومة، و لرفع مردودية تمويل هذه السياسات قامت الدولة بتعبئة موارد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الذي خص مبلغ جزافي سنوي لميزانية الصحة، وتمويله للهيكل الاستشفائية المتوقع انجازها ووصلت نسبة تمويل صندوق الضمان الاجتماعي الى 60 %، و أدت هذه الإجراءات إلى ارتفاع نسبة الميزانية المخصصة لقطاع الصحة إلى 7% من الناتج الداخلي الخام في نهاية الثمانينات.¹

في سنة 1986 صدر المرسوم التنفيذي 86-25 الذي أعطى الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية. و تم إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989 التي اعتبرت مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، كانت مهمتها إدخال المبادئ و التقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية، من خلال تكوين الموظفين و المسيرين و الممارسين في مؤسسات و هياكل الصحة.²

و بصفة عامة فقد تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي و تطور السياسات الصحية و المنظومة الصحية، و حدث تقدما ملحوظا في مجال الصحة، وارتفاع معدل الأمل في الحياة و تراجع نسب الوفيات. ومن جهة أخرى عرفت هذه المرحلة تزايدا كبيرا لبعثات المرضى للعلاج خارج الوطن في حالة استعصاء العلاج محليا، التي وصلت تكلفتها سنة 1986 إلى 751,66 مليون دينار.³ و في و في الجدول التالي نبين تطور الهياكل و المؤسسات الصحية من 1979 الى 1989 .

1- jean-paul grangaud , op cit, p.48.

2- ibid, p.50.

3-fatima zohra ourifa, cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie (Alger ,OPU ,1992), p.293.

جدول رقم 01: تطور الهياكل الصحية من 1979 الى 1989 .

السنوات	عدد السكان (مليون)	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	القاعات المتعددة الخدمات	المركز الصحي	الأطباء	الشبه الطبي	الادارة
1974	18,3	16	162	44885	157	644	4561	*	*
1984	21	195	215	50210	285	914	9106	*	*
1986	24,4	105	261	60040	370	1147	13395	*	*
1989	25	178	261	65000	428	1500	25000	60000	39600

المصدر: خروبي بزاره عمر، "إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية 1999-2010 دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف" (أطروحة ماجستير في علم السياسة، جامعة الجزائر 03، قسم العلوم السياسية، 2011)، ص.43.

* رقم غير متوفر

ومن بين النقائص التي عرفها النظام الصحي خلال تطوره في هذه الفترة، هي اللامساواة بين المدن، فقد استحوذت المدن الكبرى على أهم الانجازات الصحية مثل وهران، الجزائر العاصمة و قسنطينة التي كانت تحتل دائما المراكز الأولى في مجال الخدمات الصحية ، ويبقى العلاج المجاني أحد الأهداف الكبرى التي تحققت في المجال الصحي في هذه المرحلة.¹

المطلب الثالث: مرحلة 1990-2003

في نهاية الثمانينات دخلت الجزائر في أزمة اقتصادية و مالية بسبب انخفاض أسعار النفط التي وصلت إلى أقل من 10 دولار للبرميل، الشيء الذي جعلها تتخلى عن برامج تنمية كبيرة، و قد عرف قطاع الصحة تراجعاً كبيراً من حيث الخدمات و التجهيزات إضافة

1- عبد العالي دبله، الدولة الجزائرية الحديثة، الاقتصاد، المجتمع و السياسة (القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004)، ص. 121.

إلى مشاكل مختلفة متعلقة بالتسيير و قلة الأدوية، خاصة بعد اللجوء إلى صندوق النقد الدولي و تطبيق برنامج التعديل الهيكلي، الأمر الذي أدى إلى انخفاض معدل النفقات العمومية في المجالات الاجتماعية، حيث انخفضت نفقات الصحة العمومية من 5,2% من الناتج الداخلي الخام سنة 1989 إلى 3% عام 2000 و قد تميزت هذه المرحلة باتخاذ عدة إجراءات و هي كالتالي:¹

في سنة 1992 نص قانون المالية أن مساهمة هيئات الحماية الاجتماعية في ميزانية القطاعات الصحية، و المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و المراكز الإستشفائية الجامعية موجهة لتغطية النفقات العلاجية للمؤمنين و ذوي الحقوق، و هذا التمويل يتم من خلال علاقة تعاقدية بين صندوق الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و السكان، إضافة إلى فتح تحقيق حول صحة الطفل و الأمومة بمبادرة من طرف وزارة الصحة و الديوان الوطني للإحصاء و جامعة الدول العربية في إطار مشروع تنمية الطفل في البلدان العربية. كما تم إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية بموجب المرسوم التنفيذي 93-140 الذي كانت مهمته مراقبة و معاينة المنتوجات الصيدلانية.

- في سنة 1994 صدر مرسوم تنفيذي 74-94 القاضي بتحويل معهد باستور لمؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري، بالإضافة إلى إنشاء الصيدلة المركزية بموجب المرسوم التنفيذي 94-293، و التي تتكفل في إطار السياسة الوطنية للصحة العمومية بالتموين و توزيع و تخزين المواد الصيدلانية و المواد الجراحية الموجهة للهياكل الصحية العمومية، و صناعة المستحضرات الصيدلانية و التكفل بكل أنواع التكوين المرتبطة بهذا النشاط.

- في سنة 1995 تم إنشاء الوكالة الوطنية للبحث في الصحة، و هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تكون تحت وصاية وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي.

وجاء في نفس السنة قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري متعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الاستشفائي، نتيجة لنقص الموارد المالية الذي

¹ - jean-paul grangaud , op cit, p.52.

قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الصحة والإستشفاء، حيث بات موضوع اقتناء الأدوية و الأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر.¹

- إنشاء الوكالة الوطنية للدم و هي مؤسسة وطنية ذات طابع إداري مكلفة بتنظيم عمليات حقن الدم، ووضع قواعد الممارسة الجيدة لها. كما تم إنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي المكلفة بتوفير كل الوثائق و المعلومات و الوسائل التعليمية الضرورية لتكوين موظفي القطاع، ووضعها في متناول الهياكل الصحية.²

أما سنة 1996 تم إنشاء 05 جهات صحية و هي: الوسط، الشرق ، الغرب، الجنوب الشرقي و الجنوب الغربي، و خمس مجالس جهوية و خمس مراصد جهوية للصحة، وهي مؤسسات جهوية غير ممرضة للمعهد الوطني للصحة العمومية، و إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي و التكوين الشبه طبي بموجب المرسوم التنفيذي 96-148 الذي كانت مهامه كالتالي:³

- تقديم الدعم لمؤسسات الشبه طبي بهدف الرفع من مستوى التكوين.
 - إعداد و تقييم برامج التكوين الشبه الطبي.
- كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم و تسيير النظام الصحي و إصدار مرسوم 457-97 الذي وضع المؤسسات الإستشفائية الجامعية تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة و السكان و تحت الوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي و البحث العلمي. أي يتم تسييرها و تنظيمها وتجهيزها من طرف وزارة الصحة و تقوم وزارة التعليم العالي بإعداد البرامج التكوينية لتكوين و إعداد ممارسي الصحة بالتنسيق بين معاهد الطب و هذه المراكز .
- في سنة 1998 تم إنشاء المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد، وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية.
- توفرت عيادة لكل 60731 نسمة و سريرين لكل 1000 نسمة و مركز صحي لكل 2545

1- خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص. 46 .

2 - jean-paul grangaud, op cit, p.52.

3-ibid, p.52.

نسمة.¹

أما في سنة 2000 تم إجراء تحقيق متعدد المؤشرات حول وفيات الأطفال تحت إشراف المنظمة العالمية للطفولة و تحت إدارة مديرية الوقاية التابعة لوزارة الصحة، و التحقيق الوطني حول صحة الأسرة، الذي تم إجراؤه من طرف مديرية السكان بوزارة الصحة سنة 2000.²

أما بخصوص الأسرة الطبية سنوضح تطورها من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 02: تطور عدد الناشطون في القطاع العمومي بين 1995-2001

السنة	الأطباء الأخصائيون	الأطباء العامون	أطباء الأسنان	الصيدالة
1995	3554	10296	5188	460
2000	4155	11275	4647	202
2001	4291	11569	4833	185

Source: ministère de la santé, projection du développement de système de santé :perspective décennale, juillet 2003, p12

بخصوص معدل الوفيات العامة فقد انخفض من 16,45 بالنسبة لكل 1000 نسمة أواخر الستينيات إلى 04,41 من 1000 نسمة سنة 2002، نتيجة تطور مستوى المعيشة للسكان و مستوى التغطية الصحية التي كانت كنتيجة لوضع مختلف البرامج الوطنية للصحة العمومية.³ وفي الجدول الآتي نبين تطور معدل الأمل في الحياة بين 1995-2002.

جدول رقم 03: تطور معدل الأمل في الحياة اعتمادا على الإنفاق الصحي بين 1995-2002.

1- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص.82.

2- jean-paul grangaud, op cit, p.54.

3- M.S.P, institut national de santé publique, enquête tahina : transition épidémiologique et système de santé, novembre 2007, p.12.

السنة	1990	1992	1995	1997	2000	2002
معدل الأمل في الحياة	67,157	67,916	67,916	68,649	70,22	70,94
النفقات الصحية من الناتج المحلي الاجمالي (%)	2,8	2,9	3,1	3,3	3,5	3,5

المصدر: بومعروف الياس، عماري عمار، "من أجل تنمية صحية في الجزائر"، مجلة الباحث رقم 07 (2009-2010): ص.37.

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاعا ملحوظا في معدل الأمل في سنة 2002 كما ارتفعت نسبة الانفاق في الصحة مقارنة بسنوات التسعينات كنتيجة لعودة الانتعاش الاقتصادي.

جدول رقم 04: تطور عدد المؤسسات الصحية في الجزائر بين 2000-2003

2003		2002		2001		2000		الهيكل
العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	
177	31004	187	33319	217	34770	2234	35115	القطاعات الصحية
8	600	14	962	—	—	—	—	العيادات الاستشفائية
13	13466	13	13236	13	13465	13	13087	المراكز الاستشفائية الجامعية
32	6046	32	5960	32	2661	31	6416	المستشفيات المتخصصة
359	35	412	4244	395	1332	392	3393	عيادة الولادة العامة

المصدر: بومعراف الياس، عماري عمار، "من أجل تنمية صحية في الجزائر"، مجلة الباحث رقم 07

(2009-2010): ص. 40.

بالنظر إلى الارتفاع في عدد السكان في الجزائر، فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية، حيث شهد عدد السكان ارتفاعا من 30416000 نسمة في 2000 إلى

31843000 نسمة سنة 2003 اي بنسبة 4,07٪، في حين أن ارتفاع عدد الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة لم يتجاوز حدود لم يتجاوز 2,8٪، فالمراكز الاستشفائية الجامعية لم يتغير فقط حجمها منذ سنة 2000 و إنما عرفت انخفاضا أيضا في عدد الأسرة في هذه الفترة.¹

المطلب الرابع: مرحلة 2004-2014

لقد كانت هذه المرحلة مرحلة بداية إصلاح المستشفيات ذلك من خلال التخطيط و تنظيم العروض العلاجية في المؤسسات الإستشفائية و تأمين الخدمات العلاجية، إضافة إلى عصنة الهياكل الصحية و الرفع من مردودية و كفاءة الخدمات الصحية، ذلك بخلق نشاطات ملائمة مع المتطلبات الجديدة للرعاية الصحية، و الأنماط الحديثة للعناية الإستشفائية و العمل على إتاحة كل الأفراد فرص لاستفادة من خدمات القطاع العمومي في إطار احترام مبدأ المساواة و التضامن.

و قد استفاد القطاع الصحي في هذه المرحلة من برنامج موسع هدفه التكنيف من المؤسسات الصحية، خاصة الجوارية من أجل ضمان تقريب مراكز العلاج القاعدية من المواطن، هذا كان مرافقا لجهود الدولة الاستثمارية بغرض توسيع شبكة الهياكل الصحية و عقلنة توزيعها في إطار تطبيق الخريطة الصحية الجديدة.²

كما تم بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 إعادة تنظيم المنظومة الصحية من خلال استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما³: المؤسسة العمومية الإستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، للسعي لترقية العلاج القاعدي وفصل العلاج عن الاستشفاء. و تميزت هذه المرحلة بارتفاع النفقات و الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة بصورة

1-بومعارف الياس، عماري عمار، مرجع سابق، ص.33.

2- L.chachoua, " le système national de santé " (colloque international sur les politiques de santé : 1962 à nos jours, Alger, le 18et 19 janvier 2014), p.07.

3 -journal officiel de la république algérienne, n°33,décret exécutif n 07-140 portant création, organisation et fonctionnements des établissements publics hospitaliers et établissements publics de santé de proximité, 2007, p.09.

ملحوظة و الذي ترجم من خلال تخصيصات الميزانية الصحية سواء كانت متعلقة بالتسيير أو التجهيز، حيث خص قطاع الصحة في المرحلة الممتدة بين 2005-2009 ب 244 مليار دينار لإنشاء ما يقارب 800 هيكل قاعدي استشفائي و جوارى، وعرف عدد الأطباء تزايداً حيث بلغ عدد الأخصائيين في القطاع العام سنة 2010 إلى 7339 و الأطباء العاميين 18475 و الأطباء المقيمون 8491 وفيما يخص الممارسون الشبه الطبيين المؤهلين فوصل عددهم إلى 20465 كما استفاد القطاع في مرحلة 2010-2014 من غلاف مالي مقدّر 619 مليار دينار، لإنشاء ما يقارب 800 هيكل قاعدي استشفائي و جوارى، وعرف عدد الأطباء تزايداً حيث بلغ عدد الأخصائيين في القطاع العام سنة 2010 إلى 7339 و الأطباء العاميين 18475 و الأطباء المقيمون 8491 وفيما يخص الممارسون الشبه الطبيين المؤهلين فوصل عددهم إلى 20465 كما استفاد القطاع في مرحلة 2010-2014 من غلاف مالي مقدّر 619 مليار دينار، الذي خصص لزيادة عدد المنجزات و دعم المشاريع المختلفة لقطاع الصحة بغرض التقليل من الفوارق الجهوية.¹

و بخصوص الهياكل الصحية فقد احتوت المنظومة الصحية الجزائرية على:²

- 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية
- 15 مركز استشفائي جامعي
- 209 مؤسسة عمومية إستشفائية
- 65 مؤسسة إستشفائية متخصصة وفيما يخص إحصائيات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2013 نجد المؤشرات التالية في الجزائر:³
- عدد السكان: 39,208,000
- الأمل في الحياة عند الولادة: النساء 73، الرجال 70

1- سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية" (أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2011-2012)، ص151.

² - Sonia banmansour, op cit, p.50.

³ - Organisation mondiale de santé: <http://www.who.int> , visité le :15-01-2015 à 14h

المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية الجزائرية :

المطلب الأول: تنظيم النظام الصحي في الجزائر

أولاً: على المستوى المركزي

وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات : وهي مسيرة من طرف وزير الصحة وتشتمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات تحت سلطة الوزير ، على الأمين العام الذي يشرف على نشاطات المديريات المركزية الثمانية للوزارة وهي : "مديرية الإدارة و الوسائل ، مديرية الصيدلة ، مديرية التخطيط ، مديرية الوقاية ، مديرية السكان ، مديرية التنظيم ، مديرية الموارد البشرية ، مديرية المصالح الصحية "،بالإضافة إلى المفتشية العامة.

إن نشاط وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات يحدد في إطار مرسوم تنفيذي الذي يحدد هياكل وأعضاء الإدارة ويثبت صلاحيات كل مصلحة.

كما نجد مؤسسات أخرى تتدخل بصفة هيئات دعم لوزارة الصحة، حيث يكون رئيس مجلس إدارة هذه المؤسسة ممثلاً لوزير الصحة ويمكن تقسيمها كما يلي :

- هيئات الأمن الصحي :وتتكون من : المعهد الوطني للصحة العمومية ، المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية ،الوكالة الوطنية للدم ،المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد ،المركز الوطني للتسمم .

- هيئات الدعم اللوجستيكي :معهد باستور الجزائر ، الصيدلية المركزية للمستشفيات. هيئات التكوين والتوثيق و البحث والإعلام : المدرسة الوطنية للصحة العمومية ،المعهد الوطني البيداغوجي والتكوين الشبه الطبي والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.¹

ثانياً: على المستوى الجهوي

من أجل تحقيق التناسب بين غرضي العلاج و إحتياجات السكان و ضمان مبدأ المساواة ، أسست الجهوية سنة 1995، و يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص، مكلفة بتدعيم التشاور مع المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الإستراتيجية، إتخاذ القرار و على الخصوص تجنيد الموارد الصحية ، وتوجد

1- Jean-paul Grangaud ,op cit ,p. 73 .

خمس مناطق صحية وهي: منطقة الوسط تضم 11 ولاية ، منطقة الشرق تضم 14 ولاية ، أما منطقة الغرب تضم 11 ، ومنطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين : منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات ومنطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات.¹

ثالثا: على المستوى الولائي :

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية ، فكل منها مديرية للصحة و السكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة و السكان و الوارد في الجريدة الرسمية رقم 47 ، تتمثل مهامها في جمع و تحليل المعلومات الصحية ، ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها، فمديرية الصحة والسكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية، كما تمارس وصايتها و مراقبتها على هياكل القطاع الخاص إلى جانب المنشآت الصحية العمومية.²

رابعا: المؤسسات الصحية :

أ: القطاع العام : يضم القطاع عدة أنواع من المؤسسات الصحية و التي تتمثل في :
المؤسسة الإستشفائية المتخصصة EHS:³

وتتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره ، إضافة إلى ذلك فهي تقوم بتنفيذ النشاطات الوقائية ، التشخيص ، العلاج ،إعادة التكييف الطبي و الإستشفاء ، و تطبيق البرامج الوطنية ،الجهوية و المحلية للصحة بالإضافة إلى المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستواهم.

المؤسسة العمومية الإستشفائية EPH :

وتتكون من هيكل التشخيص و العلاج و الإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي ، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.⁴

1- نجاة صغيرو ، مرجع سابق، ص.75.

2- نفس المرجع، ص. 78 .

3- الجريدة الرسمية رقم 81، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، ص.19.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP:

تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات علاج و تتكفل بالوقاية و العلاج القاعدي والعلاج الجوارى وفحوصات الطب العام والطب المتخصص القاعدي¹.

المركز الإستشفائي الجامعي CHU : يتكفل بمايلي:²

في ميدان الصحة: ضمان نشاطات الإستشفاء و العلاجات الطبية الجراحية و الوقائية في ميدان التكوين: ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة و إعادة تأهيلهم و تحسين مستواهم. في ميدان البحث: القيام بكل أعمال الدراسة و البحث في ميدان علوم الصحة و تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج و التكوين والبحث في علوم الصحة.

المؤسسة الأستشفائية الجامعية EHU:

وهي مؤسسة إستشفائية واحدة توجد بوهراڻ أنشأت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003. وهي لا تختلف كثيرا عن المركز الاستشفائي الجامعي بخصوص النشاطات و المهام الموكلة لها، وتقوم بأدوار عدة من استشفاء و البحث في الصحة و التكوين.

ب-القطاع الشبه العمومي :

يشمل الهياكل الصحية التابعة لهيئات حكومية غير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهي قليلة مقارنة بالهياكل الصحية العمومية ، تقدم بعض الخدمات الصحية فيما يخص الفحوصات و الاستشفاء³.

1-RADP ,Decret executif n :07 -40, op cit, p. 10 .

2- الجريدة الرسمية، عدد 81، مرجع سابق ، ص. 19 .

3- Jeun -paul Grangaud, op cit, p75

ج- القطاع الخاص:

المؤسسة الإستشفائية الخاصة هي مؤسسة إستشفاء و علاج تابعة للخواص، تمارس فيها أنشطة الطب و الجراحة، بما فيها طب النساء و التوليد وأنشطة الإستكشاف و تشتمل على عدة تخصصات، كالفحص الطبي ، الإستعجالات الطبية والجراحية ،الإستكشاف والتشخيص والإستشفاء .

المطلب الثاني: مشاكل القطاع الصحي في الجزائر

يعلي قطاع الصحة في الجزائر من عدة مشاكل و عراقيل حيث أصبح اليوم محط انتقادات عديدة من قبل المرضى و المستفيدين ، رغم المجهودات المبذولة من قبل الدولة لأجل الرفع من المستوى الصحي للسكان ، ومن فعالية هذا القطاع الحساس و يمكن إجمال هذه المشاكل فيما يلي :

1- مشاكل متعلقة بالتسيير و التنظيم

إن الوضعية الصحية التي تمر بها المؤسسات الصحية مرتبطة قبل كل شيء بالتسيير و التنظيم، حيث يقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانية لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي و عدم فعالية رقابة مديريات الصحة للولايات لهذه المؤسسات، و إن قامت بها فهي شكلية، الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في المؤسسات و إلى إرتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور، وما زاد المشكلة غياب مسيرين أكفاء و إتهام بعضهم بعدة صفقات مشبوهة ، بالإضافة إلى عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية حيث يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية و عنصرها الفعال، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فتمثل ما بين 80 إلى 90 / من ميزانية هذه المؤسسات ، لكن هذا المورد الهام و الثروة الدائمة غير مستخدمة بفعالية و بدون تحفيز.¹

1- بن لوصيف زين الدين، "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة"،

- خضوع الشبه تام للمؤسسات للوصاية الشديدة للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها، و منهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع و المتعلقة بالمستخدمين و قواعد المحاسبة، هذا بالرغم من الاستقلالية القانونية التي تكفلها مختلف النصوص التشريعية و التنظيمية الخاصة بها.¹

- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية و ظروف ممارسة غير ملائمة، إضافة إلى إختلال في توزيع الموارد البشرية و المادية بين المناطق، بالإضافة إلى ضعف التقييم بسبب عدم وجود الوسائل، كالجانب المتخصصة، ونقص الموارد الصيدلانية نتيجة ضغوطات مالية وتنظيمية، ناهيك عن المشاكل المتعلقة بنقص التجهيزات وقدمها، وعدم تجانس العتاد الطبي و نقص الصيانة.²

2- مشاكل متعلقة بالتمويل :

على الرغم من إرتفاع مستوى التمويل الصحي الوطني ألا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي، حيث نجد نقصا في الإهتمام الذي تليه الجزائر لقطاع الصحة وهذا ما يتجلى في تذبذب معدل النفقات الصحية، وكذا إنخفاض متوسط الفرد من الإنفاق الصحي بسبب إرتفاع عدد السكان.³

يضاف إلى قلة الموارد المالية وسوء توزيعها و عدم تكييفها و غياب التحكم في النفقات و النقص في دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح و النشاطات مما جعل من محاسبة المستفيدين تقريبية و غير دقيقة، وتراكم الديون على المؤسسات الإستشفائية.⁴

1- خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص.56.

2- أمير جالي، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية في الجزائر"، (أطروحة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008-2009)، ص. 185.

3- بومعروف إلياس، عماري عمار، مرجع سابق، ص. 32.

4- خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص. 60.

ففي تقرير أحد المعاهد الإحصائية البريطانية قد صنفّت الجزائر في المرتبة 71 من أصل 110 بلد حول الإنفاق على الصحة ، والذي وصف بالمنخفض في ظل إرتفاع معدل وفيات الأطفال في الجزائر قياسا بالمعايير الدولية المعتمدة .¹

3- مشاكل متعلقة بالظروف الصحية:

إن الجزائر تعرف إنتقالا ديموغرافيا سريعا و الذي يرافقه في نفس الوقت الإنتقال الوبائي مع عدم ملائمة الوسائل اللازمة لمراقبة هذه الإنتقالات ، حيث تتميز الحالة الصحية في الجزائر بارتفاع عدة أمراض خطيرة و التي تستوجب الإستعجال في محاربتها و الوقاية منها، بما فيها السرطان حيث يسجل أكثر من 50000 حالة كل سنة إضافة إلى أمراض السيدا والأمراض القلبية إضافة إلى معدل وفيات النساء عند الولادة (100 حالة وفات لكل 100000 ولادة)، وتدهور حالة الطفل و أمراض مرتبطة بالعصرنة، وعودة ظهور بعض الأمراض التي كان يعتقد أنه قد تم محوها بسبب الحالة الإجتماعية المتردية التي تعرفها بعض الشرائح في المجتمع .²

4- المشاكل المتعلقة بتوزيع الهياكل الصحية :

بالنظر إلى الارتفاع المتزايد في عدد السكان ، فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية، إضافة إلى سوء توزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني مما يؤدي إلى عدم المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية بين السكان بالنظر للموقع الجغرافي المتباين للهياكل الصحية و الوسائل و الإمكانيات الغير متوازنة بين المناطق .³

1- "النظام الصحي الجزائري"،

www.al-fadjr.com /ar/dernier2/202898.htm . visité le : 17-01-2015 à 14h30

2- بعض الاراء على النظام الصحي الجزائري"،

sapdz.forum3 .info . visité le : 17-01-2015 à 15h

3- بومعروف إلياس ، عماري عمار، مرجع سابق، ص.33.

ومستوى التغطية مازال بعيدا عن الاحتياجات الوطنية بسبب قلة التجهيزات و البنى التحتية ونقص الأسرة و العاملين ، وعدم توافق نظام الخريطة الصحية والاحتياجات المطروحة، فسوء توزيعها سوف يؤثر في آن واحد على كمية و نوعية الخدمات الصحية مما ينجر عنه سوء العدالة و الاستجابة للحاجيات الصحية ، وبالتالي انخفاض في المستوى الصحي للسكان، ففي الولايات التي تتوفر على مركز استشفائي جامعي نجد أخصائي لكل 1300 نسمة، أما الولايات التي لا تتوفر على مركز استشفائي جامعي نجد أخصائي لكل 5400 نسمة ، فولايات الجنوب تعاني نقصا شديدا في الأطباء خاصة الأخصائيين مما يجعل الكثير من المواطنين يجبرون على تحمل عناء التنقل إلى الشمال من أجل الحصول على العلاج¹. وهذا ما يجعل من النظام الصحي محل انتقاد فيما يتعلق بالطابع التضامني و العدالة بين الجميع في العلاج.

5- مشاكل متعلقة بالإعلام و التكوين:

إن الإعلام الصحي كغيره من الوسائل الأخرى يخضع لنتائج التطور التكنولوجي الذي تشهده كل القطاعات ، فالنظام الإعلامي الصحي في الجزائر لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع للطلب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية الموفرة للسكان، ومن أهم الإختلالات نجد مايلي:²

- سوء تناول الملفات و التقارير الطبية، وعدم تكيف ومرونة بعض السجلات الإدارية، مما نتج عنه عدم استفادة المريض من هذه السجلات بطريقة منتظمة.
- سوء تناول الملفات و التقارير الطبية، وعدم تكيف ومرونة بعض السجلات الإدارية، مما نتج عنه عدم استفادة المريض من هذه السجلات بطريقة منتظمة.
- إنعدام ثقافة التكوين في المستشفيات ولا تعطي أية مردودية وغير محفزة، و لا توجد لها أية نتائج ملموسة كالحصول على علاوات أو شهادات خاصة بها .

1- mohamed mabtoul, " le système de soins algérien: ruptures et errance thérapeutique " , www.snpsp.org/files/1359041514.pdf , consulté le: 19-01-2016

2- خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص. 61.

- ارتفاع نسب التغيب في الحصص التكوينية دليل على عدم الاهتمام من طرف الموظفين بهذه الحصص و البرامج.

المطلب الثالث: آفاق السياسة الصحية في الجزائر

السياسات الصحية هي السبيل للنهوض بالصحة في الجزائر، لها أهداف وتطلعات ترمي إليها وفق آفاق محددة لتحسين الأوضاع الصحية و يمكن ذكرها في ما يلي :

- إن الجزائر ملزمة على إصلاح مختلف الثغرات الحالية التي تميز النظام الصحي وتنظيمه، وهذا بالعمل على توفير العدالة والمساواة، في الحصول على الخدمات العلاجية لكل المواطنين و الرفع من مستوى و نوعية الخدمات والعمل على التقييم المتواصل، ومراقبة مدى نوعية و كفاءة النظام الصحي في العناية بالمرضى ومكافحة الأمراض الفتاكة والمتنقلة و السعي لخفض نسب الوفيات و العناية أكثر بالأُمومة و الرفع من الإنتاج المحلي للأدوية.¹

إضافة إلى تحفيز الموارد البشرية و تحريكها وذلك بتحسين الأجور و العلاوة، ووضع سياسة للتكوين المستمر لجميع المستخدمين و السهر على تنفيذها و تقييمها لأن مستقبل المؤسسات مرتبط بطاقم بشري فعال، وتحسين ظروف العمل وتوفر المواد المستهلكة والأدوية الأساسية بصفة دائمة، ومن أجل تحسين إرادات المؤسسات الصحية لابد من إعطائها الحرية في تحديد أسعار خدماتها، لتعكس مستوى تكاليفها ووضع مخطط محاسبي يتماشى مع المتطلبات الحديثة، و يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد تكاليف تشخيصها وخدماتها.²

أما بخصوص التمويل فيجب البحث على طرق جديدة لتمويل المنظومة الصحية مثلا :³

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال إسترداد جزء من الضرائب المحلية،

1- Rapport Nabni 2020, cinquantaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 , 2013 , p.13 .

2- بن لوصيف زين الدين، مرجع سابق، www.star-times.com

3- أمير جلاي ، مرجع سابق ، ص. 183.

- بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الإقتصادية.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى.
- ترخيص المستشفيات بإبرام العقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية.
- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- مواصلة مسار رفع الديون على المستشفيات.
- تحكيم وضبط المصادر المالية الخاصة بالقطاع الصحي و الإعتماد على نظام تسيير حديث مبني على التخطيط النوعي و العلمي للنفقات.¹
- العمل على خفض نسبة مساهمة العائلات في التمويل وجعله على الأقل ما بين 10% و 15%.
- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها و تأهيل الإمكانيات التقنية .
- التعيين المتوازن للأطباء الأخصائيين خاصة في منطقة الجنوب و الهضاب العليا و تطوير التكوين وتدعيم التأطير.
- اعادة توزيع الأطباء الأخصائيين خاصة في منطقة الجنوب و الهضاب العليا و تطوير التكوين وتدعيم التأطير.
- الرقابة المستمرة على العوامل التي تؤثر على الصحة ، خاصة العوامل الصناعية وأهمية التخلي عن العوامل التي تؤثر سلبا على البيئة و الرقابة المستمرة للأمراض الناتجة من التلوث البيئي .
- دعم التنقيف في مجال الصحة.
- وضع سياسة وطنية صحية واضحة المعالم .
- توفير قيادات تمتلك الرؤية والتبصر و الالتزام و القدرة على العمل الهادف في مجال الصحة.
- العمل على التخفيف من المركزية المفرطة في إتخاذ القرارات في المجال الصحي.

1- Brahim Brahamia , étude sur alternatives de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, université mentouri de Constantine, p. 22.

- السعي لإشراك مختلف فئات المجتمع في عمليات تخطيط و تنفيذ وتقييم النشاطات الصحية.
- تمويل البحوث العلمية الصحية و الإستراتيجية.
- ترسيخ مبدأ التعاون بين القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالشأن الصحي كالتعليم، المياه والصرف الصحي، الإسكان و الحياة الحضرية والريفية والطاقة و الزراعة و البيئة وغيرها في تنفيذ نشاطات و فعاليات التنمية الصحية.¹
- توفر الوسائل الضرورية التي تضمن الإتصال بين مختلف الهياكل الصحية سواء تعلق الأمر بالمؤسسات الصحية في نفس المنطقة أو بين المناطق الأخرى، و الرفع من مستوى الاتصال بالمرضى و الإعلام الصحي.² وبما أن الصحة مرتبطة بالظروف الاجتماعية و الاقتصادية فالمنطلقات الأساسية لحل مشاكل الصحة يجب أن تركز أيضا على:
- مكافحة و استئصال الأمراض التي تنتقل بالعدوى.
- التشخيص والمعالجة الفورية للأمراض الشائعة.
- الوقاية من الأمراض الصحية و الحوادث المهنية .
- حماية صحة القطاعات السكانية المستضعفة خاصة الأطفال و النساء وكبار السن وغيرها من الأمور التي تتصل بصحة الناس.³

1- بومعروف إلياس ، عماري عمار ، مرجع سابق ، ص. 36.

2 - أمير جلالي ، مرجع سابق ، ص. 187.

3- عماري عمار ، "بعض الملاحظات على التنمية البشرية في الجزائر و سبل النهوض بها" ، مجلة العلوم الاقتصادية و علوم التسيير رقم 07 (2007) : ص. 25 .

خاتمة الفصل

نستخلص أن السياسة الصحية في الجزائر، قطعت أشواطاً كبيرة في تطورها عبر مراحل زمنية مختلفة، فمباشرة بعد الاستقلال عملت الدولة على التخفيف من الأوضاع الصحية المتدهورة آنذاك، وصولاً إلى إقرار العلاج الجاني في منتصف السبعينات، إلى جانب العمل بعد ذلك على تكثيف المنشآت الصحية و العمل على تقليص الفوارق الجهوية، و مواصلة مسار الإصلاحات المتعلقة بقطاع الصحة.

كما نستنتج أن السياسة الصحية، تعتبر من الرهانات الأكثر أهمية، و هذا لارتباطها بعدة مجالات اقتصادية كانت أو مالية، والإدارية و غيرها، و نجد أن الجزائر من الدول التي قامت بمجهودات معتبرة في هذا المجال و قد حققت السياسة الصحية الوطنية نتائج ايجابية كبيرة رغم مختلف التحديات و المشاكل التي لا تزال تعاني منها المنظومة الصحية، خاصة المتعلقة بالتنسيق و التنظيم و الموارد المالية و التمويل، و الرهان إذن يبقى في تخطي هذه المعوقات و تشخيص و التنبؤ بالحاجيات المستقبلية للمواطن في هذا المجال، و إعداد استراتيجية واضحة الأهداف و القيم و التي تدخل ضمن إطار الإصلاحات التي شرعت فيها الدولة في السنوات الأخيرة.

الفصل الثاني: واقع مساهمة القطاع
الخاص في تدعيم السياسة الصحية في
الجزائر

مقدمة الفصل

لا شك أن ظهور القطاع الخاص وفتح المجال أمامه للاستثمار في المجال الصحي، قد أحدث تغييرا في هذا المجال، بصفته فاعلا من الفواعل المؤثرة في السياسة الصحية، و قد أدى هذا أيضا إلى مساهمته و المشاركة في التغطية الصحية للمواطن رغم مختلف العوائق و التحديات التي لازالت تحد من الدور الذي يمكن أن يلعبه في خضم المنظومة الصحية الوطنية. فمنذ ظهوره إلى يومنا هذا قد حقق انجازات معتبرة و ساهم بطريقته في تلبية الحاجيات الصحية لشريحة عريضة من المجتمع. هذا من خلال الهياكل الصحية المنجزة والتطور الذي عرفته الأسرة الطبية في الياادات الخاصة.

المبحث الأول: القطاع الصحي الخاص في الجزائر: المفهوم و النشأة

يتميز القطاع الخاص بإمكانيات وخصائص تؤهله للتأثير في شتى المجالات الإقتصادية والإجتماعية، وهذا ما يزيد من أهميته ودوره في النشاط الصحي بشكل يدفع بصانعي السياسة العامة إلى ضرورة التركيز على آليات تطويره وتوفير المناخ المناسب لنشاطه.

المطلب الأول: مفهوم القطاع الخاص

1- تعريف القطاع الخاص

يعرف على أنه¹: "عنصر أساسي ومنظم في النشاط الإقتصادي يكتسي الملكية الخاصة، تقوم فيه عملية الإنتاج بناء على نظام السوق والمنافسة، وتحدد فيه المبادرة الخاصة وتحمل المخاطر في القرارات والأنشطة المتخذة"، إذ أنه وفي ظل اقتصاديات السوق التي تقوم على أساس نشاط اقتصادي قوامه القطاع الخاص، فإن آلية السوق وفي ظل نظام المنافسة هي التي تحدد ما ينتجه وما يستهلكه، حيث يشمل القطاع الخاص كل الأعوان الخواص سواء كانوا أفرادا أو جماعات، أغنياء أو فقراء و لا يقتصر فقط على رجال الأعمال، حيث أنه يشمل بذلك جميع الفئات التي تقبل تحمل المخاطرة من خلال ممارسة نشاط ما لأجل تحقيق أرباح ومداخل في إطار تعظيم المصلحة الخاصة . ويبرز القطاع الخاص بمثابة الركيزة الأساسية لقيام وتطور النشاط الإقتصادي في أي دولة، إذ أنه ورغم الجدلية القائمة بخصوص أبعاد نشاطه في ظل تواجد القطاع العام، إلا أن الأدبيات الإقتصادية وبالرغم من اختلافها تشير إلى الأهمية الكبيرة التي يلعبها في التأسيس لنشاط اقتصادي ديناميكي ومزدهر، وذلك في ظل توافر جملة من الشروط كمناخ أعمال مناسب و تنظيمات قانونية متميزة و محفزة على الاستثمار و التي تعتبر بمثابة الإطار

1- بودخدخ كريم، بودخدخ مسعود، "رؤية نظرية حول استراتيجية تطوير القطاع الخاص في النشاط الإقتصادي" (ورقة

بحثية مقدمة للمشاركة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول: "دور القطاع الخاص في رفع تنافسية الإقتصاد

الجزائري والتحضير لمرحلة ما بعد البترول"، يومي 20 و 21 نوفمبر 2011، ص.3.

المتكامل لنشاط القطاع الخاص وتفعيل أدائه في الحياة الاقتصادية.

2- خصائص القطاع الخاص:

إن أصحاب أفضلية القطاع الخاص في تنمية المجتمعات يرون أن أهم ميزة يتميز بها القطاع الخاص هي السرعة في الإنتاج و الإبداع ، بحيث يرون أن تدخل الدولة بشكل مباشر في الإنتاج يؤدي إلى إعاقة القوى البشرية داخل الوحدات الاقتصادية العامة، لوجود عدة أسباب نفسية اجتماعية و اقتصادية و غيرها، كانهدام الحافز على المنافسة و لهذا، فمعظم الدول سواء المتقدمة أو النامية سلمت المشاريع الصناعية و غير الصناعية الناجحة للقطاع الخاص، الذي يعزف عن المخاطر في بداية النشاط أو التنمية و بالتالي يعمل على تخفيف أعباء إضافية على الدولة، بالإضافة إلى أن القطاع الخاص يزيل تخوف رأس المال الأجنبي و يشجعه على الاستثمار و الشراكة.¹

ويمتاز القطاع الخاص أيضا بخاصية الديناميكية والحيوية وسرعة المبادرة قبل فوات الفرصة، أي عدم وجود بيروقراطية معرقة للتسيير الفعال ونجاعته، بعكس القطاع العام الذي يتميز بالبطء في حركته و مبادرته لأنه يخضع لتخطيط مركزي، و تحكمه أساليب بيروقراطية و سياسية.²

و تعتبر أهم عوامل نجاح القطاع الخاص في كثير من البلدان، حسب رأي بعض من الاقتصاديين في النقاط التالية:

- وضوح الأهداف للقطاع الخاص و هو هدف تحقيق الربح الأقصى.
- توظيف العدد الضروري من العمال و هذا عكس القطاع العام الذي يوجد فيه باستمرار فائض من العمال، و هذا ما يخفض من إنتاجيته.
- التوسيع في استعمال مبدأ الثواب والعقاب، أي للقطاع الخاص نظام المكافآت و الحوافز كالترقية مثلا و معاقبة المقصرين.

1- لمزود صباح، "دور القطاع الخاص في انشاء المدن الجديدة" (مذكرة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم

الاجتماع ، جامعة منتوري قسنطينة)، ص. 21 .

2 - نفس المرجع، ص. 21 .

- التمتع بالديناميكية و الحركية .¹

و لهذا فنجاح القطاع الخاص بواسطة مؤسساته في الدول المتقدمة قد شجع معظم الدول النامية في السماح له بمشاركته في التنمية بمختلف مجالاتها ، لهذا يرى معظم الكتاب و السياسيين و المفكرين ضرورة وجود دور لكل من القطاع العام و الخاص عل حد سواء، فلكل منهما دوره في تحقيق التنمية و العدالة.

3- تعريف القطاع الصحي الخاص:

المستشفيات الخاصة هي تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها لأفراد أو جمعيات خيرية أو دينية أو شركات خاصة، و تدار هذه المستشفيات وفق أسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، كما أن هذه المستشفيات منها من يسعى لتحقيق الربح و أخرى غير هادفة للربح مثل الجمعيات الخيرية، و توجد عدة أنواع من المستشفيات الخاصة منها:²

أ- مستشفيات بأسماء الأطباء:

تحمل هذه المستشفيات أسماء أصحابها من الأطباء أو لأسانذة مشهورين في تخصصات طبية مختلفة، و قد تكون له سمعة وطنية أو دولية، و يتولى هؤلاء الأطباء إدارة هذه المستشفيات و تقديم خدماتها، كل في مجال تخصصه مقابل الحصول على الأتعاب، حسب ما اتفق عليه مع المرضى و أن سر نجاح هذا النوع من المستشفيات يعود بالدرجة الأولى لاعتماده على الخبرة و المهارة و السمعة الطبية لأصحاب هذه المستشفيات، نظرا للجودة التي يقدمونها للرعاية الصحية لمرضاهم.

ب- مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:

تقوم الجمعيات الخيرية أو الدينية بإنشاء المستشفيات عن طريق الهبات و التبرعات و الهدايا، التي تحصل عليها، و قد تأخذ هذه المستشفيات شكل المستشفى العام ، أو المتخصص، وذلك من حيث الخدمات التشخيصية و العلاجية التي تقدمها، بالرغم من أن

1 - لمزواد صباح، مرجع سابق، ص. 22.

2- أمير جلاي، مرجع سابق، ص. 136 .

هذه المستشفيات غير حكومية فإنها لا تسعى للربح، و إنما تسعى لتقديم خدمات صحية مجانية أو بأسعار زهيدة.

ج- المستشفيات الاستثمارية:

وهي تقدم خدمات صحية متخصصة في مجالات طبية محددة ، وهي تأخذ شكل شركات المساهمة أو شركات ذات المسؤولية المحدودة .

المطلب الثاني: نشأة القطاع الصحي الخاص

لقد نشأ القطاع الصحي الخاص بموجب المرسوم التنفيذي¹ 88-204 الصادر في 18 أكتوبر 1988 الذي رخص بفتح المؤسسات الاستشفائية أمام الخواص، و المعدل و المتمم بموجب المرسوم التنفيذي² 92-380 الصادر في 13 أكتوبر 1992 وفي هذه المرحلة لم يكن القطاع الصحي الخاص مرافقا بتنظيم و تأطير قانوني فعال، الشيء الذي جعله ينمو بصفة عشوائية و غير منتظمة، و أمام هذا الوضع كان من الإلزام على الدولة إصدار جملة من القوانين و التنظيمات التي تهدف للقضاء على هذا القصور، وقد صدر في هذا السياق مجموعة من الأوامر والتعليمات الوزارية بداية من الأمر رقم 01 الصادر في 08 فيفري 1994 المتعلق بعيادات الولادة، و الأمر رقم 614 المتعلق بإجراءات تسليم رخص إنشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة، والأمر رقم 07 الصادر في 25 فيفري 1995 المتعلق بالمعايير التقنية و شروط سير مراكز تصفية الدم الخاصة، و الأمر رقم 03 الصادر في 16 مارس 1998 المتعلق بمعدات العيادات الخاصة بالخصوص تلك المتعلقة بنقل المرضى (الإسعاف) و الأمر رقم 04 الصادر في 26 أبريل 1998 المتعلق بممارسة الطب في عيادات الجمعيات الخاصة بالإضافة إلى تنظيمات أخرى متعلقة بتنظيم الممارسة الطبية داخل المؤسسات الخاصة، وقد صدر في 2007 المرسوم³ التنفيذي

1- RADP. journal officiel n°42, décret n°88-204 du 18 Octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées .

2- RADP. journal officiel n°75 du 18 Octobre 1992, Décret exécutif n°92-380 du 13 Octobre 1992 modifiant et complétant le décret n°88-204 du 18 Octobre 1988.

3- RADP. journal officiel n°67, décret exécutif 07-321 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés, 2007.

07-321 المتضمن تنظيم المؤسسات الخاصة وسيرها، الذي جاء لتعديل المراسيم السابقة، وقد تطرق لعدة جوانب متعلقة بشروط إنشاء مؤسسة استشفائية خاصة و كفاءات تنظيمها و سيرها، وقد عرف هذا القانون المؤسسة الاستشفائية الخاصة على أنها مؤسسة علاج و استشفاء تمارس فيها أنشطة الطب و الجراحة بما فيها طب النساء والتوليد و الاستكشاف. هذا كما تطرق إلى النشاطات و التخصصات الواجب توفرها و هي: الفحص الطبي، الاستكشاف و التشخيص، الاستعجالات الطبية و الجراحية و الاستشفاء. ويعتبر هذا القانون المؤسسة الاستشفائية الخاصة مؤسسة تتمتع بالشخصية المعنوية تتوفر على مدير تقني و لجنة طبية.

لقد وضح هذا المرسوم الشروط الخاصة بفتح و إنشاء مؤسسة استشفائية خاصة والإجراءات الإدارية المتعلقة بها و المعايير الواجب أن تأخذ بالاعتبار. أما بخصوص تنظيم و تسيير هذه المؤسسات فقد اشترط المشرع أن تحتوي المؤسسة الصحية الخاصة على:

مجلس الإدارة:

و الذي يتكون من:¹

- ممثل عن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
- رئيس اللجنة الطبية للمؤسسة
- ممثل عن الأطباء
- ممثل عن الطاقم الشبه طبي

يقوم أعضاء المجلس بانتخاب الرئيس من بين الأعضاء.

و يقوم مجلس الإدارة بالوظائف التالية:

- إعداد برنامج العمل الخاص بالمؤسسة
- اعداد مشاريع الميزانية والمحاسبة الخاصة بالمؤسسة
- المشاريع المتعلقة بالتنظيم و القانون الداخلي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة

1- RADP. journal officiel n°67, op cit, p.14.

- تحديد المعدات الواجب اقتنائها
- إعداد برامج التوسيع و التهيئة
- إعداد المحضر السنوي لنشاط المؤسسة يكون مقدما من طرف المدير التقني

المدير:

يجب أن يتوفر المدير المسير للمؤسسة الاستشفائية الخاصة على 05 سنوات خبرة على الأقل يسهر المدير على السير الأحسن للمؤسسة و يقوم بالأدوار التالية:¹

- تنفيذ قرارات مجلس الإدارة
- ممثل المؤسسة أمام القضاء
- يمارس السلطة على الموظفين
- ضمان التسيير الإداري و المالي للمؤسسة
- وضع حيز التنفيذ الإجراءات الخاصة بالوقاية و الأمن و النظافة داخل المؤسسة
- يسهر على توفير المعدات المناسبة تحت تصرف الطاقم الطبي و ضمان أمن المريض

- استلام الملفات الطبية الخاصة بالمرضى

- اللجنة الطبية:

وهي مصلحة استشارية التي تقوم بتقديم اقتراحات فيما يخص:²

- برامج نشاط المؤسسة
- المشاريع و البرامج الخاصة بالأجهزة الطبية
- خلق أو إلغاء مصالح طبية داخل المؤسسة
- البرامج العلمية و التقنية للمؤسسة
- اتفاقيات تكوين المؤسسة

و تتكون اللجنة الطبية من:

1- RADP. journal officiel n°67,op cit ,p.15 .

2- ibid, p. 16.

- طبيب من أصل كل اختصاص ممارس في المؤسسة
 - ممثل عن الطاقم الشبه طبي معين من طرف مسؤول المؤسسة الخاصة
- المبحث الثاني: مظاهر مساهمة القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر

المطلب الأول: القطاع الخاص كفاعل للتجديد

لقد عرف قطاع الصحة تحولات عديدة مع التصاعد و التوسع الذي يعرفه القطاع الصحي الخاص و العيادات الخاصة ذات الطابع الربحي، التي وضعت حدا لهيمنة القطاع العام لمدة ثلاث عشرات كاملة، و الذي يعرف مشاكل عديدة، الأمر الذي زاد من أهمية القطاع الخاص و ديناميكيته، و هذه الحركية نشأت في ظل أوضاع انتقالية متعددة الجوانب سواء كانت اجتماعية، اقتصادية و سرعة الانتقال الديموغرافي و التغير في هرم الأعمار، إضافة إلى الانتقال الوبائي المتواصل (ثقل نمو الأمراض المزمنة). إن العيادات الخاصة بمختلف أنواعها و بصفتها مؤسسات صحية جديدة تمثل نوعا من التجديد المؤسساتي، و مكرسة لتطور النظام الصحي الجزائري كما تساهم في نشوء معايير جديدة للعمل و التعاون و أساليب تنسيق جديدة، كما أن القطاع الصحي الخاص يعتبر نظام شبه لامركزي يسير من طرف فواعل خواص.¹

يعتبر القطاع الخاص في النشاط الصحي أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر و يظهر في مجموع المؤسسات التي تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية و عيادات الفحص الطبي و عيادات جراحة الأسنان و الصيدليات و مخابر التحاليل الطبية و الأجهزة الاصطناعية الطبية، فبعدما كان النشاط الخاص مقتصر على عيادات الفحص و التشخيص تم إضافة هيكل جديد و هو العيادات الاستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية بما فيها أمراض النساء و التوليد و كذا الاستكشاف و اشترط المشرع أن تستغل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات و تعاضديات لا تهدف للربح، أو عن طريق طبيب أو

1- Ahcen zehnat, "les cliniques privés en Algérie, les logiques d'émergence, les modes de fonctionnement et les perspectives de développement" conférence débat à l'université d'Oran, janvier 2013, www.gras-oran.org/cliniqueprivés.htm visité le : 09-02-2015 à 13h30

تجمع أطباء لا يقل عدد أسرتها عن سبعة، تاركا الحد الأقصى مفتوحا حسب إمكانيات المستثمر، و هكذا توسع القطاع الخاص الاستشفائي ليحتوي على عيادات كثيرة و متنوعة الاختصاص، وهي في نمو متزايد و مستمر تتنوع بين العيادات الطبية الجراحية و العيادات الطبية موزعة على كامل الولايات الجزائرية.¹ كما عرف عدد الأطباء و الناشطون في القطاع الخاص نموا و ارتفاعا ملحوظا منذ نشأة هذا الأخير و انتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصين نحو القطاع الصحي الخاص، بحثا عن ظروف أحسن للعمل، نتيجة لمختلف الاختلالات والعراقيل المرتبطة بالقطاع العمومي.

المطلب الثاني : القطاع الخاص و البدايات الأولى

في الجدول التالي سنبين تطور عدد الأطباء في القطاع الخاص في المرحلة الممتدة بين 2001-1995

الجدول رقم 05: تطور عدد الأطباء في القطاع الخاص في المرحلة الممتدة بين 2001-1995 .

السنة	الأطباء الأخصائيين	الأطباء العامون	أطباء الأسنان	الصيدالة
1995	2528	4950	2473	3183
1998	3508	5191	2901	3948
2000	4522	3346	3346	4587
2001	4861	4833	3580	4778

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على :

– Ministère de la santé, projection de développement du secteur de la santé perspective décennale, juillet 2003, p. 12.

– office national de statistiques: www.ons.dz/santé . visité le :15-01-2015 à 10h

1- نجاة صغيرو، مرجع انف ذكره، ص. 79.

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد الأخصائيين في القطاع الخاص عرف نمواً سريعاً، بحيث فاق عددهم في القطاع العمومي سنة 2001 حيث مثلت نسبتهم في القطاع الخاص 53% من مجموع الأخصائيين الناشطون في قطاع الصحة بالجزائر، ففي 33 ولاية من أصل 48 ولاية، عدد الأطباء الأخصائيين الممارسين في القطاع الخاص كان يفوق عددهم في القطاع العام في هذه المرحلة، أما في ولايات الجنوب فالقطاع العام هو الذي يمثل الأغلبية من حيث الأطباء الأخصائيين. أما بخصوص الأطباء العامين فالأغلبية كانوا ينشطون في القطاع العام، حيث تمثل نسبة الناشطين في القطاع الخاص ما يعادل 34% من مجموع الأطباء العامين الناشطون في قطاع الصحة.¹

فيما يتعلق بأطباء جراحة الأسنان فقد عرف عدد الناشطون في القطاع العام انخفاضاً ملحوظاً، بينما عددهم في القطاع الخاص عرف تضاعفاً و هذا خاصة بعد سنة 1999 لتصل نسبة الناشطون في القطاع الخاص 44 % في 2001 بعدما كانت لا تتجاوز نسبتهم 30% سنة 1995 أما بخصوص الصيادلة فقد عرفت نسبتهم في هذه الفترة انخفاضاً منتظماً في القطاع العمومي لتصل إلى أدنى المستويات سنة 2001، مقابل التطور و التزايد الكبير لهم في القطاع الخاص، ليمثل الناشطون فيه الأغلبية الساحقة و السيطرة الشبه كاملة.²

أما فيما يخص الهياكل الصحية التي كان يشمل عليها القطاع الخاص في هذه المرحلة فهي بدورها عرفت نمواً و تطورا حيث سجل عدد عيادات التوليد الخاصة سنة 2001، 47 عيادة و عدد عيادات الاستشفاء كان 69 عيادة، إضافة إلى 206 مخبر تحاليل وعدد الصيدليات وصل إلى 4778 صيدلية خاصة و كانت الكثير من العيادات تتوفر على معدات و أجهزة حديثة من أدوات طبية و أشعة وغيرها من الأجهزة، فهذه الفترة عموماً كانت مرحلة بداية ظهور و تطور القطاع الصحي الخاص في الجزائر.³

1-Ministère de la santé, op cit, pp.14,15

2-ibid, pp. 14,15.

3- ibid, p. 17.

المطلب الثالث: القطاع الصحي الخاص و مرحلة النمو

في الفترة التي تلت هذه المرحلة فقد عرف القطاع الخاص نموا سريعا و تزايدا مستمرا سواء من حيث الهياكل أو من حيث عدد الناشطون من أطباء أخصائيين و عامون و صيدليين و في الجدول التالي سنوضح تطور عدد الممارسين في القطاع الخاص:

الجدول رقم 06: تطور عدد الممارسين في القطاع الخاص بين 2002-2009 .

السنة	الأخصائيون	العامون	أطباء جراحة الأسنان	صيادلة
2002	5216	6185	3747	*
2004	5606	6376	3987	*
2005	5043	6076	4048	*
2006	5913	6576	4728	7009
2008	6645	6548	4803	7513
2009	7032	6598	5017	7882

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على:

- سيد أحمد حاج عيسى، "أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية" (أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 2011، 03-2012)، ص. 148.
- أمير جلال، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية في الجزائر" (أطروحة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008-2009)، ص. 195 .

من خلال الجدول يتبين لنا الارتفاع الحاصل في عدد الأطباء الأخصائيين بمختلف هياكل المنظومة الصحية عامة، و في القطاع الخاص بصفة خاصة، حيث قدر عددهم ب 7032 طبيب مختص سنة 2009 بعد أن كان عددهم لا يتجاوز 5606 طبيب مختص سنة 2004 أي بزيادة قدرها 19%، كما نلاحظ التقارب النسبي في عدد الأخصائيين بين القطاعين العام و الخاص الشيء الذي يدل على أن هذا الأخير قد دخل في خضم مرحلة انتقالية في نموه السريع في ظل المنظومة الصحية الجزائرية.¹

1- سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص. 174.

كما نلاحظ الارتفاع الطفيف للأطباء العاميين بنسبة 0,3% بين سنة 2006-2009 و عددهم في القطاع الخاص يبقى قليلا مقارنة بعدد الناشطين بالقطاع العام، و يعود السبب للارتفاع الكبير للأطباء العاميين في القطاع العمومي إلى عدد المتخرجين سنويا من معاهد الطب بالجامعات والذين وصل عددهم في 2009 إلى 18475 طبيب عام بالقطاع العام. أما بالنسبة لأطباء الأسنان فهم يتوزعون تقريبا بالتساوي بين القطاع الخاص الذي احتوى في سنة 2009 على 5017 جراح أسنان و القطاع العام ب 5886 طبيب. أما بخصوص الصيادلة الخواص حسب الإحصائيات يشكلون الأغلبية الساحقة مقارنة بالقطاع العام الذي كان عددهم في 2009 يقدر فقط ب 595 صيدلي. و ما يجب الإشارة إليه هو أن المورد البشري الصحي الخاص أصبح يشهد تطورا خلال السنوات الأخيرة، و يعود ذلك إلى ارتفاع عدد العيادات و المستشفيات الخاصة، التي تلعب دورا في المساهمة الفعلية في الخدمات الصحية حيث وصل حاليا لأكثر من 450 عيادة استشفائية خاصة و 25230 عيادة فحص و التشخيص، إلى جانب هجرة المورد البشري الصحي من القطاع الحكومي إلى القطاع الخاص رغبة في الحصول على العائد المادي الجيد.¹

فيما يخص هياكل العرض للقطاع الخاص تتمثل في الجدول التالي:

1- سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص.174.

جدول رقم 07: البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص خلال الفترة 2002-2007

الهيكل/السنوات	2002	2003	2004	2005	2006	2007
عيادة توليد خاصة	31	49	47	26	65	65
عيادة استشفاء جراحية	98	103	109	151	161	165
عيادة طبية				23	23	23
صيدليات	5001	5502	5857	5849	6285	7459
مخابر تحاليل	232			267	278	286

المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على:

- أمير جلاي، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية في الجزائر" (أطروحة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، قسم العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر، 2008-2009)، ص.193 .

-jean-paul grangaud, les systèmes de santé en Algérie .Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partagés (Ipmed,2012), p. 55.

إذا أخذنا عدد الهياكل إجمالاً نجد أن الهياكل الصحية الخاصة في تزايد مستمر، فبالنسبة للعيادات الخاصة بالتوليد التي عرفت تراجع ملحوظ في 2002، ثم بعدها انطلقت من جديد لتعرف قفزة نوعية، أما فيما يخص الصيدليات هي الأخرى عرفت تزايد كبير مقارنة بسنوات التسعينيات إضافة إلى التوسع الكبير لمخابر التحاليل الطبية الخاصة على المستوى الوطني، وبالأخص في المدن الكبرى،¹ كما تضاعف عدد عيادات الاستشفاء الجراحية من 98 عيادة في 2002 إلى 165 عيادة استشفاء جراحية خاصة في 2007 ففي ظرف 05 سنوات تم إنشاء 67 عيادة جراحية خاصة ووصلت طاقة الاستيعاب إلى 4200 سرير، فنظراً لعدة عوامل و من بينها عدم كفاية الخدمات الصحية العامة و التباعد السكاني (أكثر من 27% من مجموع السكان تتواجد على بعد 05 كم من مركز صحي) فالقطاع الخاص ينمو و يتطور أكثر فأكثر، فمنذ فتح المجال للاستثمار الصحي الخاص سنة 1988 بمقتضى المرسوم 88-204 نسجل تضاعفا كبيرا في العيادات الخاصة بمختلف أنواعها،

1- أمير جلاي، مرجع سابق، ص.193.

ففي سنة 2009 تم تسجيل 390 عيادة استشفائية خاصة ب 7200 سرير مقابل 221 عيادة في 2006 و حاليا يحتوي القطاع الخاص على أكثر من 450 عيادة استشفاء موزعة على كامل التراب الوطني و تصل الطاقة الاستيعابية لهذه العيادات إلى حوالي 8000 سرير .

وذكر وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **عبدالمالك بوضياف**، أنه ليس هناك أي مانع أمام إقامة مستشفيات خاصة بالجزائر. في كلمة ألقاها بمناسبة إشرافه على افتتاح الصالون الدولي الـ 17 للأدوية والتجهيزات الطبية الذي احتضنه مركز الاتفاقيات محمد بن أحمد بوهارن شهر أبريل 2014، وصرح أنه ليس هناك ما يمنع المستثمرين من إقامة مشاريع مستشفيات خاصة، بشرط أن يكون ذلك وفق احترام المعايير الدولية المعمول بها في المجال " وأشار إلى أن الوزارة تلقت العديد من الطلبات بخصوص إنجاز هذا النوع من الاستثمارات التي يجب أن تتخرط ضمن ديناميكية ترقية الخدمة الصحية بالجزائر ومكملة لمؤسسات القطاع العام.¹

كما يحتوي القطاع الخاص على وحدات و هياكل أخرى و التي نجدها في الجدول التالي وتطورها بين 2005-2007

1 - "النظام الصحي الجزائري"

جدول رقم 08:

السنة	2005	2006	2007
الهيكل			
عيادة فحص (أخصائيون)	5990	6102	6208
عيادة فحص (عامون)	4573	4962	5095
عيادة جراحة الأسنان	3832	3930	4120
وحدات النقل الصحي	85	125	141

Source : - jean-paul grangaud, les systèmes de santé en Algérie .Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partagés, (Ipmed,2013), p.75.

هذه الوحدات و الهياكل تمثل سندا للقطاع العمومي بتخفيف الضغط على المؤسسات العمومية و توفر للمواطنين إمكانية و سهولة أكبر للوصول للخدمات الصحية القاعدية، و يصل عدد هذه الهياكل حاليا إلى أكثر من 25230 عيادة.

إن دخول القطاع الخاص الصحي المنظومة الصحية الجزائرية لم يكن فقط من خلال الأطباء و المختصين بل تعدى ذلك إلى مدارس التكوين الخاص التي تنشط بالقطاع، حيث بلغ عدد مدارس التكوين الشبه طبي الخاص بالجزائر إلى 16 مدرسة موزعة على 7 ولايات تقوم بالتكوين الأولي لفئة الشبه الطبي، وحسب الإحصائيات المقدمة فان عدد المتكويين في هذه المدارس فاق 3000 متكون خلال 08 سنوات (2002-2010) وفي حالة المصادقة على شهادة المعادلة لمتكوي هذه المدارس مع المدارس العمومية فان هذا العدد يمكنه المساهمة في سد بعض العجز الذي يعاني منه القطاع ككل.¹

1- سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص. 174.

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة بحجم المستشفيات الجامعية، رغم أن القوانين السارية لا تمنع أي خاص أو رجل مال من أهل الاختصاص من إنشائها، و بإمكان أي قادر أو راغب في الاستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه، و عليه و بالرغم من أن المنظومة الصحية العمومية تمثل عصب الخدمات الصحية في البلاد إلا أن هذا لا يلغي الدور الفاعل للقطاع الخاص الذي يقدم خدمات صحية متعددة و متنامية و تتسم أعماله بالمرونة و التكيف السريع مع معطيات الطلب على الخدمات الطبية و الصحية في المجتمع و استيعابها لطلب شريحة من السكان.¹

المبحث الثالث: تحديات وأفاق القطاع الصحي الخاص في الجزائر

المطلب الأول: عيوب ومشاكل القطاع الصحي الخاص

- عدم مراعاة الجانب الاجتماعي في الاستثمارات المختلفة للقطاع الخاص، إذ يجب الإشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاجات ذات المردودية الربحية كالجراحة والتوليد، وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية خاصة المدن الكبرى، مما يؤدي إلى سوء توزيع هذه العيادات عبر الوطن، وعدم وجود تخطيط مركزي للتوزيع الجغرافي لهذه المؤسسات.²

- غياب التعاون والتعامل بين القطاع العام والقطاع الخاص الصحيين، وبالتالي غياب التنظيم المحكم والفعال من طرف الدولة، مما يجعل القطاع الخاص الصحي يعمل وفقا لمعايير نابعة منه ، ويتكيف مع الظروف و يجد إجابات و حلول لمشاكله بنفسه، في ظل نقص قوانين أساسية واضحة تحكم المؤسسات الطبية الخاصة.³

- إن المشاكل التي تعرفها الرعاية الصحية الخاصة في الجزائر هي مشكلة التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي،⁴ ففي غياب علاقة تعاقدية بين العيادات الخاصة وهيئات

1- نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص. 79.

2- خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص. 62.

3- نفس المرجع، ص. 62.

4- نفس المرجع، ص. 62.

الضمان الاجتماعي في معظم حالات العلاج ، فإن كافة مصاريف العلاج تقع على عاتق المريض، ويؤدي ذلك إلى عدم التحكم في تحديد مستحقات العلاج و تكاليف النشاطات بالإضافة إلى مشكلة الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة، ففي ظل غياب تأطير قانوني للقطاع الخاص الصحي، فإن أسعار العمليات و الفحوصات لم يتم الفصل فيها و بقيت من صلاحيات أصحاب العيادات الخاصة ، مما يوفر لهم أرباح خيالية والتي تدفع من جيوب المؤمنين، وهذا ما يؤدي أيضا إلى عرقلة الطلب الكبير على العلاج في العيادات الخاصة، نتيجة لعدم قدرة الكثير من الشرائح من دفع التكاليف الناجمة عن العلاج باستثناء جراحة القلب و تصفية الدم حديثا.

- إشكالية النشاط التكميلي في العيادات الخاصة بالنسبة للأطباء الناشطين في القطاع العمومي ، فهناك إنعدام القوانين التي توضح معايير كفاءات القيام بالنشاط التكميلي، مما يجعل العيادات الخاصة تمتص القدرات البشرية و الكفاءات الطبية للهياكل الإستشفائية العمومية، نتيجة لعدم التنسيق وعدم التوازن بين القطاعين الخاص والعام بسبب عدم مراقبة ظروف و أساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص.¹

- غياب مشاركة القطاع الخاص في النظام الإعلامي الصحي و النشاطات الوقائية
- أما الجانب الآخر من المشاكل المتعلقة بالقطاع الصحي الخاص، فهو قضية صناعة الأدوية وهي أحد المنتجات الإستراتيجية ، والتي تسيطر عليها الشركات المتعددة الجنسيات من خلال إحتكار إنتاجها و توزيعها، و تعتبر هذه الصناعة من أكبر الصناعات ربحية في العالم ، وتعمل هذه الشركات على بسط نفوذها لجعل الدول النامية بشكل خاص تابعة لها في مجال الدواء.²

يضاف إلى هذه المشاكل التنظيمية المرتبطة بالقطاع الخاص مجموعة من العيوب التي تميز العيادات الخاصة في الجزائر والتي نوجزها فيما يلي :

1- خروبي بزرارة عمر، مرجع سابق، ص.62 .

2-حسيني محمد العيد، "السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث

1990-2012" (مذكرة الماجستير في العلوم السياسية ،جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013)، ص. 133 .

- غياب دفاتر الشروط بالنسبة لهذه المؤسسات.
- إنعدام المعلومات الخاصة بالنشاطات.
- توسيع النشاطات إلى بعض الاختصاصات الغير مرخصة لها.
- تغيير تصاميم العيادات الخاصة من دون ترخيص ، ومعظم العيادات تنشط بالإعتماد على الطاقم الطبي العمومي.
- بعض العيادات تقوم بتوظيف بصفة شبه طبيين طاقم لا يتوفر على أي أهلية و كفاءة في الميدان، كما تقوم بعضها بجلب أطباء أجانب من دون إشتراط ما إذا توفرت لديهم التجربة في بلدانهم الأصلية.
- بعض العيادات الخاصة تمنع فتح أبوابها أمام مفتشي مديرية الصحة ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، ومن بين الإختلالات الملاحظة أن بعض الأطباء المنتمون للقطاع العام يمارسون نشاطاتهم في العيادات الخاصة بتراخيص النشاط التكميلي التي يعود تاريخ إستلامها إلى سنوات 2010، 2011، 2012 وهو ما يفسر التلاعب بالقانون و التنظيمات السارية المفعول¹.
- إفتقار معظم العيادات الخاصة لخدمة الإستعجالات الطبية حيث تعلن على أنها تقدم خدمات على مدار الساعة، إلا أن هذا ليس الواقع، إلى جانب عدم ضمان الخدمة على مدار الساعة خاصة فيما يتعلق بالأعوان الشبه طبيين، هناك العديد من العيادات تعاني من نقص فادح في الأطباء وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى طبيعة تصنيفها ، كونها عيادات و ليست مؤسسات إستشفائية ، خاصة وأنها تستوجب وجود طبيب مناوب للإشراف على المرضى المتوافدين عليها ، فالعيادات الخاصة مجرد مؤسسات ذات طابع إجتماعي وإقتصادي وتخضع لقانون العرض والطلب بموجب العقد الطبي الموجود بين الطبيب و المريض ، فالطبيب الذي يزاول عمله في العيادات الخاصة ليس معني بالمناوبة كما هو الشأن في المستشفيات ، حيث يعمل وفقا لمواعيد محددة و إستنادا إلى الطلبات ، والتي في حالة عدم توفرها لا تستدعي تواجد الطبيب في العيادة، كما أن العيادات الخاصة أغراضها

1- wassila ben hamed, " la loi qui permet l'activité complémentaire de personnel de santé",

إقتصادية بالدرجة الأولى، فالعيادات الخاصة مجرد مؤسسات إقتصادية تعمل وفق العرض و الطلب ، ولا يوجد قانون خاص بتنظيم هذه العيادات الخاصة و الوزارة تعتمد على قوانين متناقضة ، وهذا ما يجعل المريض بين مطرقة المرض من جهة و الفوضى الكبيرة التي يشهدها القطاع الخاص الصحي من جهة أخرى .

- وهناك عدة تجاوزات ترتكب بالجملة على مستوى العيادات الخاصة كغياب السجلات المتعلقة بالمرضى و الأخصائيين ، كما أن غرف العمليات لا تستجيب للقوانين و تفتقر إلى أدنى شروط النظافة كما أن العديد من أسماء الأطباء الذين يجرون العمليات في عدد من العيادات مجهولة، ما يعني هروب من تحمل المسؤولية¹.

المطلب الثاني: آفاق القطاع الصحي الخاص

- إن من بين الآفاق التي ينتظرها القطاع الخاص الصحي هو إعطاء مكانة رسمية ومؤطرة للمتعاملين الخواص في المنظومة الصحية ، ومعترف بها رسميا مع تطوير آليات المراقبة و إدراجها في مختلف الخيارات و البرامج الصحية و الخدمات المقدمة للمواطن وهذا ما يسمح بالتأكيد على مهام وقيم القطاعين العام و الخاص في تقديم الخدمات الصحية بصفة منتظمة ومتجانسة².

- كما سبق القول فإن النظام الصحي الجزائري حاليا يتميز بالتباعد وعدم التجانس بين القطاعين العام و الخاص في الخدمات المقدمة من كل طرف، و الرهان إذن في وضع حيز التنفيذ تنظيمات يتعايش في خضمها القطاعين العام و الخاص من أجل بلوغ هدف واحد و مشترك ألا وهو التكفل الأمثل بصحة السكان ، إنه لمن الضروري إعطاء مكانة مألوفة ومتوازنة للقطاع الخاص الربحي مع تنظيم و تسهيل حصول المواطن على الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص، ومن جهة أخرى يؤدي إلى إيضاح الوظائف الأساسية للقطاعين العام والخاص في ظل

1- أسماء منور، "العيادات الخاصة في الجزائر-فنادق خمسة هموم"،

- النظام الصحي ككل ، وتحد الضغط على المؤسسات الصحية العمومية ¹.
- إخضاع المتعاملين الخواص لنفس أليات المراقبة و التقييم الموجودة في القطاع العام.
 - القطاع العام و الخاص في المجال الصحي يستوجب تعاونها والتنسيق بين أنشطتهما لبلوغ أهداف الصحة العامة، وهذا التعاون والتكامل يتم إنطلاقا من إدراج القطاع الخاص الصحي في السياسات العامة الصحية من خلال تعميم التعاقد مع هيئات الضمان الإجتماعي، وتستوجب أيضا إخضاع المتعاملين الخواص لتنظيمات منظمة للتسعيرة وعمليات تقدير التكاليف، بالإضافة إلى مراقبة نوعية الخدمات العلاجية المقدمة من طرف القطاع الخاص مقابل التمويل العمومي لنشاطاته والإعتراف الرسمي به. ²
 - وضع نوع من التعاقد بين الدولة و القطاع الخاص التي تبنى على توزيع جملة من الوظائف، وهذه الشراكة تقام أساسا من خلال تعميم التعاقد مع الضمان الإجتماعي الشيء الذي يسمح للعيادات و المؤسسات الخاصة من الإستفادة من تعويضات التأمين على المرض، وهي طريقة تمويل تسمح بالحفاظ على مبدأ مجانية حصول المواطنين على الخدمات الصحية دون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف، و تشجيع القطاع الخاص على إعتماد الشفافية في تقدير تكاليف العلاج. ³
 - وضع ميكانيزمات تنظيم تجعل القطاع الخاص يكون تحت وصاية الوزارة المكلفة بالصحة العمومية وهذا للتمكن من إحتواء و مراقبة النمو و التطور السريع للقطاع الخاص، الذي يتم في ظل غياب التنظيمات و المراقبة اللازمة وهذا يشمل تنظيم الوسائل و تكوين الطاقم الطبي وشبه الطبي، و مراقبة نوعية الخدمات و التكاليف. ⁴
 - تطوير مناخ التكامل والتنسيق بين القطاع العام و الخاص، من خلال تكليف القطاع الخاص ببعض الوظائف و نشاطات و إختصاصات محددة يقوم بها القطاع العمومي، مع إرفاقها بالتمويل العمومي لهذه المؤسسات. من جهة أخرى يمكن تكليف و توكيل المؤسسات

1- rapport nabni 2020, op cit , p.53.

2- ibid, p.53.

3- ibid, p.54.

4- ibid, p.54.

العمومية ببعض النشاطات التسييرية لصالح المتعاملين الخواص من خلال دفتر شروط يتم إعداده من طرف الوزارة.¹

- إن هذه المبادئ قد تؤدي إلى ظهور سلسلة من متعاملين خواص ذو قدرة عالية مثلما توصلت إليه الكثير من الدول ، مع جذب رؤوس أموال معتبرة للتمكن من مواجهة المتطلبات الكبيرة و المتنامية للصحة ، والتي من الصعب على الدولة مواجهتها و إرضاءها لوحدها.²

1- rapport nabni 2020, op cit , p.54.

2- ibid, p.54.

خاتمة الفصل

على هذا الأساس فإن تطوير القطاع الخاص الصحي يعتبر قضية جد هامة، سواء من جانبها الإقتصادي والإجتماعي، لكن ما يعترض ذلك من عراقيل وإخفاقات، تحد من تطوير القطاع الصحي الخاص، يتطلب وضع استراتيجية مثلى تعكس الفهم والتصور الصحيح لآلية تطوير القطاع الخاص في هذا المجال، والتي يتوجب أن تركز على المحاور الأساسية التي تشكل مجتمعة، الإطار الرئيسي الذي وجب أن تقوم عليه أية استراتيجية في عملية تطوير القطاع الخاص في جل النشاطات.

إن الدولة تضطلع بدور رئيسي في توفير المناخ الملائم والمساعد على النمو والتطور في الأداء من خلال جملة السياسات التي تقرها في هذا الإطار، سواء كانت السياسات الصحية أو التشريعات والأحكام القانونية والتي تعكس الجو المحيط بنشاط القطاع الخاص في الحياة الصحية، لكن ذلك لا يمنحها القدرة على التصور الواضح والسليم لكيفية بناء وتوفير المحيط الملائم والمحفز على الأداء إلا بمشاركة من القطاع الخاص وهو المعني بهذه الإجراءات والآليات، حيث أن إجراء مشاورات بين الهيئات الحكومية المعنية بتوفير المناخ الملائم عن طريق السياسات والإجراءات الموضوعة من جهة والقطاع الصحي الخاص المعني بالنشاط والتفاعل في ظل ما تقره الهيئات الحكومية من إجراءات وآليات من شأنه التوصل إلى بناء بيئة نشاط ملائمة ومحفزة على المبادرة بما ينعكس إيجابا على مكانة ودور القطاع الخاص في المجال الصحي.

الختامة

إن القطاع الصحي الخاص في الجزائر، منذ ظهوره إلى غاية اليوم حقق قفزات نوعية و كمية من حيث النمو و التطور، ويبقى سندا للنظام الصحي و السياسة الصحية، إلا أن الدور الذي يلعبه القطاع الصحي الخاص في ظل المنظومة الصحية الجزائرية يبقى جد محدود مقارنة بما ينتظر أن يكون عليه، وأول عامل سبب في تأخر القطاع الصحي الخاص هي طبيعة العلاقة التي تربطه بالدولة، و التي تبقى رهينة انعدام التجانس و التكامل بينه و بين القطاع العام من جهة، ومن جهة أخرى غياب التأطير و التنظيمات المرافقة للنمو السريع و المتزايد للقطاع الخاص في مجال الصحة الشيء الذي أدى إلى انعدام الرقابة و نمو المؤسسات الاستشفائية الخاصة بصفة عشوائية غير منسجمة و غير متوازنة جغرافيا، إضافة إلى مشكل غياب علاقة تعاقدية بين مؤسسات القطاع الخاص و صناديق الضمان الاجتماعي في معظم الحالات، الشيء الذي أدى إلى حرمان مختلف الشرائح الاجتماعية من الاستفادة من خدمات المؤسسات الاستشفائية الخاصة، و هذا ما زاد ضغطا على مؤسسات الصحة العمومية، و أمام هذا الوضع انه لمن العاجل تبني مجموعة من الاجراءات:

- توفير مناخ ملائم ومحفز للاستثمار كشرط رئيسي في بناء استراتيجية لتطور القطاع الخاص، و ضرورة توفير أفضل الظروف التي ينشط في إطارها القطاع الخاص في الحياة الصحية، ووضع الإطار التشريعي والقانوني المناسب لتمكين القطاع الصحي الخاص على تأدية دوره كما يجب.

- التعاون و التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص:

تدخل الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في خضم تطوير القطاع الخاص وتعزيز مكانته في النشاط الصحي، و وضع تنظيمات تسمح من الرفع من مكانته و الاعتراف به كفاعل لا غنى عنه في تدعيم مجهودات السياسة الصحية، التي يبقى هدفها الرئيسي تحقيق أرقى الخدمات للمواطن و حماية صحته و هذا التكامل يجب أن يكون مركزا على:

- تعميم التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي، وتستوجب أيضا إخضاع المتعاملين الخواص لتنظيمات منظمة لتسعيرة وعمليات تقدير التكاليف، بالإضافة إلى مراقبة نوعية الخدمات العلاجية المقدمة من طرف القطاع الخاص مقابل التمويل العمومي لنشاطاته

- إحتواء و مراقبة النمو و التطور السريع للقطاع الخاص، الذي يتم في ظل غياب التنظيمات و المراقبة اللازمة، وهذا ما يسمح بالتأكيد على مهام وقيم القطاعين العام و الخاص في تقديم الخدمات الصحية بصفة منتظمة ومتجانسة.

هذا ما سيرفع من فعالية و مستوى مساهمة القطاع الصحي الخاص في تدعيم السياسة الصحية كفاعل حساس في المجال الصحي، و تطوير النظام الصحي الوطني من جهة، ومن جهة أخرى يرفع من مستوى التغطية الصحية للمواطن بتوسيع خدماته إلى شرائح عريضة من المجتمع، وتخفيف العبء و الضغط على المؤسسات الصحية العمومية، و كذا ضمان تقديم خدمات ذات نوعية عالية من خلال الرقابة الفعالة من طرف الدولة، كما تجعله هذه الإجراءات كفاعل لا يهدف للربح فقط وإنما أكثر من ذلك كجلب الحلول وتقديم اقتراحات و التنسيق مع الدولة لحماية و ترقية الصحة، فكما افترضنا في البداية فإن القطاع الخاص في المجال الصحي كلما كان فعالا كلما انعكس ذلك إيجابا على فعالية السياسة الصحية، كما أن مدى تدعيم القطاع الخاص الصحي للسياسة الصحية، يقف على مدى تدعيمه و تشجيعه من طرف هذه الأخيرة، فالعلاقة التي تربطهما هي علاقة تأثير و تأثر.

قائمة الجداول:

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	تطور الهياكل الصحية من 1979 الى 1989	21
02	تطور عدد الناشطون في القطاع العمومي بين 1995-2001	24
03	تطور معدل الأمل في الحياة اعتمادا على الإنفاق الصحي بين 1995-2002	25
04	تطور عدد المؤسسات الصحية في الجزائر بين 2000-2003	26
05	تطور عدد الأطباء في القطاع الخاص في المرحلة الممتدة بين 1995-2001	49
06	تطور عدد الممارسين في القطاع الخاص بين 2002-2009	51
07	البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص خلال الفترة 2002-2007	53
08	وحدات و هياكل أخرى للقطاع الخاص وتطورها بين 2005-2007	55

أولاً: الكتب

بالعربية

- 1- الفهداوي، فهمي خليفة. السياسة العامة منظور في البنية و التحليل. دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، 2001.
- 2- محمد أحمد بيومي و اسماعيل أبو سعد، السياسة العامة بين النظرية و التطبيق دار المعرفة الجامعية: بدون سنة، ص.143.
- 3- دبله، عبد العالي. الدولة الجزائرية الحديثة، الاقتصاد، المجتمع و السياسة. القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004.
- 4- وصال، نجيب العداوي. مبادئ السياسة العامة. عمان-الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع، بدون سنة.
- 5- حاروش، نور الدين. إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية. الجزائر: دار الكتامة للكتاب، 2007.
- 6- ذياب، صلاح محمود. إدارة خدمات الرعاية الصحية. عمان: دار الفكر ناشرون و موزعون، 2009.
- 7- ذياب، صلاح محمود. إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة من منظور شامل. عمان : دار الفكر، 2009.

باللغة الأجنبية

- 8- jean-paul, grangaud. les systèmes de santé en Algérie .Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partagés . lpméd, 2013.

9- ourifa, fatima zohra. cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie. Alger ,OPU ,1992.

ثانيا: المجالات

بالعربية

1- بومعروف، الياس، عماري عمار. "من أجل تنمية صحية في الجزائر". مجلة الباحث رقم 07 (2009-2010).

2- عماري، عمار. "بعض الملاحظات على التنمية البشرية في الجزائر و سبل النهوض بها". مجلة العلوم الاقتصادية و علوم التسيير رقم 07 (2007).

باللغة الأجنبية

3- Saihi, abdehak. "le système de santé publique en Algérie". revue, gestions hospitalières, la revue de décideurs hospitaliers n 455 (Avril 2006).

ثالثا: الرسائل الجامعية

بالعربية

1- أمير، جلال. "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية في الجزائر". أطروحة الدكتوراه، جامعة الجزائر، قسم العلوم الاقتصادية ، 2008-2009.

2- حاج عيسى، سيد أحمد. "أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية". أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر03، قسم علوم التسيير ، 2011-2012.

3- حسيني محمد العيد. "السياسة العامة في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012". أطروحة ماجستير في العلوم السياسية ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، قسم العلوم السياسية، 2013.

- 4 – لمزواد، صباح. "دور القطاع الخاص في انشاء المدن الجديدة". مذكرة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، جامعة منتوري قسنطينة، قسم علم الاجتماع ، 2012.
- 5- عتيق، عائشة. "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة المؤسسة الإستشفائية لولاية سعيدة". أطروحة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير و العلوم التجارية، جامعة أو بكر بلقايد تلمسان ، 2012.
- 6- صغيرو، نجاة. "تقييم جودة الرعاية الصحية،دراسة ميدانية". أطروحة ماجستير، جامعة الحاج لخضر بباتنة، قسم علوم التسيير، 2011-2012.
- 7- خروبي، بزارة عمر. "إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية1999-2010 دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف". أطروحة ماجستير، جامعة الجزائر 03،قسم العلوم السياسية، 2011 .

باللغة الأجنبية

8- Benmansour, sonia . "financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb, cas: Algérie, Maroc, Tunisie" mémoire de magistère, université Mouloud Mammeri Tizi Ouzou, faculté des sciences économiques, commerciales, et des sciences de gestions ,2012.

رابعاً:النصوص القانونية

- 1- RADP. journal officiel n°42, decret n°88-204 du 18 Octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées .
- 2- RADP. journal officiel n°75 du 18 Octobre 1992, Décret exécutif n°92-380 du 13 Octobre 1992 modifiant et complétant le décret n°88-204 du 18 Octobre 1988 .

3- RADP ,Decret executif n :07 -40 , journal officiel n 33 , 20 MAI 2007.

4- RADP. journal officiel n°67, decret executif 07-321 portant organisation et fonctionnement des etablisements hospitaliers privés , 2007.

خامسا: مقالات و منتديات و دراسات علمية

1- بودخدخ، كريم، بودخدخ مسعود. "رؤية نظرية حول استراتيجية تطوير القطاع الخاص في النشاط الإقتصادي". ورقة بحثية مقدمة للمشاركة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول: دور القطاع الخاص في رفع تنافسية الإقتصاد الجزائري والتحضير لمرحلة ما بعد البترول، يومي 20 و 21 نوفمبر 2011.

2- Brahamia, Brahim, Quelle alternatives de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie.

3-Ministère de la santé. séminaire sur le développement d'un système national de santé , expérience algérienne.

4-Ministère de la santé. projection du développement de système de santé:perspective décennale, juillet 2003.

5- M.S.P, institut national de santé publique, Enquête tahina, transition épidémiologique et système de santé, novembre 2007.

6-L.chachoua. " le système national de santé, 1962 à nos jours, colloque international sur les politiques de santé", Alger, le 18et 19 janvier 2014.

7-Rapport Nabni 2020. cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 ,2013 .

سادسا: المواقع الالكترونية

1- "بعض الاراء على النظام الصحي الجزائري".

sapdz.forum3.info . visité le 17-01-2015

2 - "النظام الصحي الجزائري".

[www.al-fadjr.com /ar/dernier2/202898.htm](http://www.al-fadjr.com/ar/dernier2/202898.htm) . visité le 17-01-2015

3- بن لوصيف، زين الدين. "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة".

www.star-times.com . Visité le 17-01-2015

4- منور، أسماء. "العيادات الخاصة في الجزائر-فنادق خمسة هموم".

www.ennaharline.com/ar/national/38700.htm . visité le 17-01-2015

5 – mabtoul, mohamed. " le système de soins algérien: ruptures et errance thérapeutique" . www.snpsp.org/files/1359041514.pdf .

visté le: 19-01-2016

6- office national de statistiques. www.ons.dz/santé. visité le :15-01-2015

7- Organisation mondiale de santé. <http://www.who.int> . visité le :15-01-2015

8- wassila, ben hamed. "la loi qui permet l'activité complémentaire le personnel de santé." [www.elmoudjahid.com /fr/mobil/détail-article/id/55374](http://www.elmoudjahid.com/fr/mobil/détail-article/id/55374) . visité le : 09-02-2015

9- zehnati , Ahcen. "les cliniques privés en Algérie, les logiques d'émergence, les modes de fonctionnement et les perspectives de développement "conférence débat à l'université d'Oran, janvier 2013. www.grasoran.org/cliniqueprivés.htm .visité le : 09-02-2015

8-1.....	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية و واقعها في الجزائر
09.....	مقدمة الفصل
10.....	المبحث الأول: ماهية السياسة الصحية
10.....	المطلب الأول: تعريف السياسة العامة
12.....	المطلب الثاني: السياسة الصحية
14.....	المطلب الثالث: مستويات الخدمة الصحية
15.....	المبحث الثاني: مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر
16.....	المطلب الأول: مرحلة 1962-1972
19.....	المطلب الثاني: المرحلة 1973-1989
21.....	المطلب الثالث: مرحلة 1990-2003
27.....	المطلب الرابع: مرحلة 2004-2014
29.....	المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية الجزائرية
29.....	المطلب الأول: تنظيم النظام الصحي في الجزائر
32.....	المطلب الثاني: مشاكل القطاع الصحي في الجزائر
36.....	المطلب الثالث: آفاق السياسة الصحية في الجزائر
39.....	خاتمة الفصل

الفصل الثاني: واقع مساهمة القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر

41.....	مقدمة الفصل
42.....	المبحث الأول: القطاع الصحي الخاص في الجزائر: المفهوم و النشأة
42.....	المطلب الأول: مفهوم القطاع الخاص
45.....	المطلب الثاني: نشأة القطاع الصحي الخاص
48.....	المبحث الثاني: مظاهر مساهمة القطاع الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر
48.....	المطلب الأول: القطاع الخاص كفاعل للتجديد
49.....	المطلب الثاني : القطاع الخاص و البدايات الأولى
51.....	المطلب الثالث:القطاع الصحي الخاص و مرحلة النمو
56.....	المبحث الثالث :تحديات وأفاق القطاع الصحي الخاص في الجزائر
56.....	المطلب الأول: عيوب ومشاكل القطاع الصحي الخاص
59.....	المطلب الثاني: آفاق القطاع الصحي الخاص
62.....	خاتمة الفصل
64.....	الخاتمة
66.....	قائمة الجداول
67.....	قائمة المراجع
73.....	فهرس الموضوعات