

مذكرة ماستر

الميدان: العلوم الانسانية
الفرع: تاريخ
التخصص: تاريخ الوطن العربي المعاصر
رقم: أدخل رقم تسلسل المذكرة

إعداد الطالب:
محمد الصادق بورقعة
يحيى رمضاني
يوم: //

المنظومة الصحية في الجزائر من 1962م إلى 2008م

لجنة المناقشة:

رئيسا	بسكرة	أمح أ	د/ بقار أسامة
مشرفا ومقررا	بسكرة	أمح أ	د/بوخلفي قويدر جهمينة
مناقشا	بسكرة	أمح أ	د/كربوع مسعود

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم: "وقل العملوا فسيرى الله عملكم ورسوله

والمؤمنين"

صدق الله العظيم.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح والدي رحمه الله

وأمي الغالية حفظهما الله.

وإلى أفراد العائلة الكبيرة والصغيرة

وإلى جميع الأصدقاء

وإلى كل من أحبب الله والرسول صلى الله عليه وسلم

وإلى كل من يسعى إلى طلب العلم.

شكر وتقدير

قبل كل شيء، نحمد الله عز وجل الذي أنعمنا بنعمة العلم

ووفقنا إلى بلوغنا هذه الدرجة

ونقول: "اللهم لك الحمد حتى ترضى، ولك الحمد إذا رضيت،

ولك الحمد بعد الرضى

"قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "من لم يشرك الناس لن يشكر الله عز

وجل"

نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل

وبالأخص إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة "بوخليفة جھينة" على

توجيهاتها القيمة وإرشاداتها الصائبة التي لم تبخل بها عنا.

كما نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كل أساتذة قسم العلوم الإنسانية

وإلى كل بذل معنا جهدا ووفرا لنا وقتا ونصح لنا قولا

نسأل الله أن يجزيه عنا خير الجزاء.

مقدمة

مقدمة:

تعد المنظومة الصحية من الأمور الواجب التطرق إليها في الوقت الراهن نظرا لتزايد المشكلات المطروحة على قطاع الصحة في الجزائر نظرا لما خلفته من أزمات صحية في الوطن، وهذا أدى لبروز عدة دراسات جديدة تخص الصحة، و تشخيص المعوقات التي تعاني منها المنظومة الصحية الجزائرية، و تبحث عن مسببات التدهور الصحي و إدراك الإجراءات التي يتوجب إتباعها لحل الأزمة الصحية، و البحث في سبل توفير الرعاية الصحية المطلوبة، وبالتالي أخذت قضية الصحة حيزا كبيرا من الاهتمام على الصعيدين الدولي و الوطني، كما لها من أهمية في حياة الإنسان، حيث شهدت الجزائر عدة تطورات مختلفة و هذا عبر الفترات الزمنية التي مرت بها المنظومة الصحية الجزائرية وذلك على الصعيدين المادي و البشري سواء كانت تجهيزات و هياكل قاعدية أو إطارات مثل الأطباء ومخبريين ، صيادلةإلخ .

وإن من الأهداف السامية التي تحاول الجزائر البلوغ لها هي صحة الأفراد والمجتمع الجزائري، وهذا من أجل استمرارها، لأن الأفراد والمجتمعات الأصحاء هم يعتبرون العمود الفقري لأي أمة باعتبار أن المنظومة الصحية الجزائرية هي مجموعة من المؤسسات الإدارية والخدماتية، تقوم مجموعة من الأفراد ذو مهارات في تسييرها وترقيتها ومن هنا نطرح الإشكال الرئيسي:

ما هي التطورات التي وصلت إليها المنظومة الصحية في الجزائر من بعد الاستقلال الى غاية 2008م؟ وكيف ساهمت القوانين الإصلاحية في ترقية المنظومة الصحية والصحة في الجزائر؟

وينشق من صميم هذا التساؤل الرئيسي أسئلة فرعية أخرى تتمحور حول دراسة موضوعنا وعلى سبيل المثال:

- ما هو الدور الذي تلعبه القوانين والمراسيم الرئاسية في تجسيد العدالة والمواسة في الحصول على العلاج في الجزائر؟

- ما هو المستوى الذي يقدمه القطاع الصحي في الجزائر؟
- ماهي أهم مصادر التمويل للمنظومة الصحية في الجزائر؟
- ماهي الإصلاحات الجديدة في منظومة الصحية في الجزائر؟

حدود الدراسة:

تحددت هذه الدراسة بالمجالات التالية:

- المجال الزمني: طبقت هذه الدراسة على المنظومة الصحية في الجزائر في الفترة بعد الاستقلال (1962) إلى غاية سنة 2008.
 - المجال المكاني: طبقت هذه الدراسة على الدولة الجزائرية بدراسة المنظومة الصحية وتطورها تاريخيا.
 - المجال البشري: للمواطن الجزائري الدور الفعال في عملية تطوير معظم القوانين الإصلاحية التي اصدرت لإرضاء مستخدمي قطاع الصحة خاصة العام في الجزائر.
- أسباب اختيار الموضوع:

- أسباب ذاتية: من أجل الرغبة الشخصية بحكم أن موضوع المنظومة الصحية الجزائرية يشغل اهتمام كل المواطنين والمسؤولين، كذلك الرغبة الذاتية في التعرف والبحث على هياكل النظام الصحي على أهم القوانين، والمراسيم التي أصدرتها السلطات في هذا المجال.
- أسباب الموضوعية: أما الأسباب الموضوعية فهي تشغل النصيب الأكبر من الاهتمام من طرف الدولة والباحثين والسياسيين في مجال الصحة للفرد والمجتمع وهذا ثمن الدراسات الأكاديمية من أجل البحث والتطوير والنهوض بهذا القطاع.

أهداف الدراسة:

- لقد لعبت القوانين الرئاسية دور فعال في العدالة والمساواة في العلاج خاصة قانون مجانية العلاج وقانون حماية الصحة وترقيتها.
- كان القطاع الصحي يلبي الخدمات الصحية حسب الاحتياجات المواطنين وكذلك حسب الطلبات.

-لقد اعتمدت الدول منذ سبعينيات القرن الماضي على اعتمادها نسبة أكبر في تمويل منظومة ليلبها الضمان الاجتماعي، أما نسبة قليلة متبقية فهي من نصيب العائلات ورجال الأعمال.

-خطت الدولة لوضع خارطة جديدة للإصلاح والنهوض بقطاع الصحة خاصة هياكله، ف جاء قانون إصلاح المستشفيات، فهو فصل بين الاستشفاء والعلاج.

خطة الدراسة:

لقد قسمنا عملنا هذا إلى ثلاثة فصول حسب النحو التالي:

- الفصل الأول: هو عبارة عن فصل مفاهيم قدمنا فيه مفاهيم حول المنظومة الصحية (تعريفها - أهدافها - مكوناتها) وكذلك نبذة عن واقع الصحة في حقبة الاستعمار.

_ الفصل الثاني: دراسة للمنظومة الصحية في الفترة الاشتراكية من (1962- 1989) حيث قدمنا فترة الرئيس السابق أحمد بن بلة وكذلك المنظومة الصحية في فترة الرئيس السابق هواري بومدين والجزء الأخير من الفصل فترة الرئيس السابق الشاذلي بن جديد.

_ أما الفصل الأخير: قدمنا فيه المنظومة الصحية في فترة رأس مالية والجزء الثاني قدمنا قانون إصلاح المستشفيات مبادئه - مضمونه وانعكاساته.

أهمية الدراسة:

يحظى هذا الموضوع بدرجة بالغة الأهمية ذلك لأنه يدرس تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر مسلطا الضوء على التطورات الحاصلة فيها.

-التعرف على مفهوم المنظومة الصحية وأهدافها ومكوناتها.

-دراسة المنظومة الصحية في الفترة الاشتراكية وهذا بتسليط الضوء على فترة الرئيس هواري بومدين وشاذلي وأهم القوانين التي أصدرت في فترتيهما.

-التعرف على المنظومة في الفترة بين فترة الرأسمالية والتعددية الحزبية.

-دراسة أهم القوانين الإصلاحية مثل قانون إصلاح المستشفيات سنة 2007.

المنهج المتبع في الدراسة:

اعتمدنا على المنهج التاريخي التحليلي الاحصائي وهذا لدراسة المنظومة الصحية الجزائرية عبر المراحل التاريخية التي مرت بها، من خلال جمع المادة العلمية وتحليلها واستخراج الحقائق منها، وكذلك تقييم وتتبع إحصاءات المنظومة الصحية من خلال الامراض والابوئة للدولة الجزائرية خلال الفترة المدروسة.

الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة حاولت تتبع جل الدراسات التي تخص موضوعي من كل الجوانب حسب مجهودي، وحسب الحاجة للمادة العلمية المتوفرة، وبالتالي تتبعت الدراسات العملية التي تطرقت لخلفيات المنظومة الصحية الجزائرية بخباياها، سلبياتها وايجابياتها إضافة لعمليات التموين ومصادره وأثرها على المنظومة والفرد الجزائري، متتبعا تطورها من بعد الاستقلال الى غاية فترة 2008م، معتمدا على عديد الدراسات السابقة التي تخدم موضوعي وهي كالآتي:

1) دراسة علي دحمان محمد: سنة 2017 أطروحة دكتورة بعنوان تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، أظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يسبب التكاليف الناتجة عن مجانية العلاج ، كما بينت الدراسة تناقص الإنفاق الصحي العمومي مقابل الارتفاع في مساهمات القطاع الخاص في عملية التمويل الخدمات الصحية ، هذا دليل على انخفاض مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية احتياجات الصحة ، أما أنا حاولت من خلال هذه الدراسة التطرق لعملية التمويل و مصادره و كذلك مراحل التطور للمنظومة الصحية .

2) حسني محمد العيد: رسالة ماجستير بعنوان السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور اقترب مؤسسي الحديث، في علوم السياسية سنة 2013. حيث استهل الدراسة من انطلاقه لدراسة السياسة الصحية من خلال الاقترب القانوني والمؤسسي أما ما حاولت أنا إدراجه في عملي فهو التطرق إلى السياسة الصحية وما تحتويه من معالم.

3) دراسة عتيق عائشة :مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسويق دولي تحت عنوان : جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ،دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية السعيدة ، و قد توصلت الدراسة إلى رضى المريض على بعد كل من اعتمادية و الاستجابة و الأمان و كذا التعاطف ، و عدم رضاهم على البعد المادي (الملموسة) و ذلك لانعدام عامل النظافة و عدم توفير الأجهزة الطبية الجديدة ، و كذا عدم استفادة المرضى من الأدوية أما أنا فحاولت من خلال هذه الدراسة التطرق إلى التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر .

4) دراسة خروبي بزارة عمر : سنة 2011 مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، تحت عنوان إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، تناولت هذه الدراسة مصادر تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر إصلاح هذه المؤسسات من خلال تطوير مؤسسة الضمان الاجتماعي و إصلاح قطاع التشغيل بغية تمويل التكاليف المختلفة للصحة ، و قد شددت الدراسة على ضرورة تطبيق نظام التعاقد في المستشفيات الوطنية ، أما أنا حاولت التطرق من خلال هذه الدراسة إلى الإصلاحات الجديدة و مبادئها و أهدافها و إلى النظام التعاقدية .

صعوبات الدراسة:

- ✓ ضيق الوقت.
- ✓ قلة المراجع.
- ✓ عدم وجود مراجع علمية ومؤلفات تناولت المنظومة الصحية الجزائرية خاصة باللغة العربية.
- ✓ كثرة المراجع باللغة الفرنسية ولكنها لا تخدم موضوعي بدقة.

الفصل الأول

الفصل الأول: مدخل مفاهيمي حول المنظومة الصحية في الجزائر

تمهيد:

تعد الصحة هي الشرط الأساسي للفرد و المجتمعات وهذا لأداء أدوارهم على أكمل وجه ، فالصحة في المجتمع تعتبر ثروة يجب الحفاظ عليها و تتميتها ، و هذا ما تطلب تدخل الدولة في ميدان الصحة من أجل تحسينها و ترشيدها مما يضمن استمرارها و حيوية نشاطها ، و تختلف الأنظمة التي تتبناها المجتمعات لتحقيق التنمية الصحية باختلاف نظمها و بيئتها السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية كما تتأثر بالقيم و المعتقدات الدينية السائدة و الموارد المتوفرة و المتاحة لها في هذا المجال ، و رغم اختلاف هذه الأخيرة إلا أنها تلنقي جميعا في هدف واحد هو صيانة صحة الفرد و المجتمع و ترقيتها باستمرار ، من خلال توفير الرعاية الصحية اللازمة و العمل على النهوض بهذا القطاع الحيوي للتكيف مع جل التغييرات و مواكبة التطورات الحاصلة .

ما جعلنا نسلط الضوء على المنظومة الصحية الجزائرية والتعريف بها وعلى أهم وظائفها ومكوناتها وهذا في الجزء الأول من الفصل أما الجزء الثاني فتطرقنا فيه إلى المستوى الصحي في الفترة الاستعمارية وأهم الأمراض والأوبئة والخدمات الصحية في تلك الفترة.

أولاً: ماهية المنظومة الصحية الجزائرية:

1: تعريف المنظومة الصحية:

هنالك العديد من التعاريف للمنظومة الصحية نذكر منها:

• المنظومة الصحية: هي عبارة عن مجموعة من العناصر التي تعمل مع بعضها البعض وترتبط بشبكة من الاتصالات بهدف تحقيق أهداف معينة، تشمل المنظومة مستويات وعلاقات وهيكل تنظيمي وأهداف وتفاعل مع البيئة وتحديد مدخلات وكيفية تشغيلها ومخرجات ومؤثرات بيئية تؤثر على التغيير والنمو والتطوير¹.

• بالإضافة هي عبارة عن مجموعة عناصر متناسقة ومهيكله بهدف الوقاية والترقية الصحية وتوزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع يمكن القول إنها منظومة معقدة تساهم في الحماية والإطعام وتحسين الوضع الصحي للأفراد ما سمح لهم بالعمل والتفاعل والاتصال....².

• كما يعرف " J.F.N.Y.S " المنظومة الصحية على أنها مجموعة نشاطات مرتبة فيما بينها ، لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية و الاجتماعية الأخرى ، التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين و التي تنشط داخل هذا المجتمع عن طريق التفاعلات وأجزائها فيما بينها مشكلتا تجانس و استقرار زمني³.

¹ فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية ، الاسكندرية . 2015 . ص 51.

² نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في المؤسسات الإستشفائية(دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة ، رسالة ماجستير في اقتصاد العالي،جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، (2004-2005) ص 52 .

³ J.F NYS : la santé Consommation ou Investissement³ ، Edition ECONOMICA، paris 1981.

- كذلك تعتبر المنظومة الصحية عبارة عن أسلوب وعمل إجراءات تسعى لتحقيق أهداف الصحة في الدولة ما، بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات ومناطق الصحة لتحقيق أهداف مسطرة¹.
- وينظر للمنظومة الصحية على أنها مجموعة التزامات وتعهدات تخصصها الدولة للاهتمام بصحة الأفراد والمجتمع، ويمكن النظر إليها بأنها تدخل اجتماعي ينظم الأفراد والجماعات أنفسهم فيه بطريقة معينة لمكافحة الأمراض بشتى أشكالها وشدتها والوقاية منها²
- ويأخذ في اعتبارها الإطار الذي يتم فيه تحديد الاحتياجات الصحة العامة للسكان، والعمل على توفير مختلف الخدمات بصورة شاملة ومتكامل، من خلال إيجاد موارد التمويل اللازمة وبتكلفة مقبولة من قبل الأفراد والمجتمع³.
- عرف المشرع الجزائري النظام الصحي من خلال المادة 04 من القانون 05/85 المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها⁴.
- وعرفت المنظمة العالمية للصحة على أنها: الرقابة وتنظيم الأنشطة للمتلقين والمؤمنين في النظام الخاص يجب أن يتبعوا أولا أنظمة وطنية، أيضا فهو مهم لتبني أقوال مركزة (مؤسسة) على الكفاءة، ويجب التفرقة بين الصحة الخاصة والعمومية التي تساهم في إنجاز الأهداف الصحية، يجب مراقبة تنفيذ الأهداف بدقة من أجل تحقيق التوازن بين الاستقلالية ومسؤولية أصحاب المصلحة لتحديد تأثيرهم على الصحة وتقاسم أعباء ومتاعب التموين⁵.

¹ صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، عمان، 2009، ص 161.

² صلاح محمود ذياب، ادارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، 2010، ص 161.

³ صلاح محمود ذياب، المرجع نفسه، ص 162.

⁴ الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية المادة رقم: 04 من قانون 05/85، المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها. العدد رقم 8، الصادرة في 17 فبراير 1985.

⁵ OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus

Genève2000 .p 8,performat

2: الوظائف والأهداف الإستراتيجية للمنظومة الصحية:

أ. الوظائف الأساسية للمنظومة الصحية الوطنية: تقوم المنظومة الصحية الوطنية على

عدة وظائف أساسية نوجزها فيما يلي:

• **توزيع العلاجات:** تتميز هذه الوظيفة بالتكامل المستمر للنشاطات الصحية من خلال

تقديم خدمات صحية علاجية وقائمة بالاعتماد على ثلاثة عوامل أساسية هي:

- لامركزية إدارة الصحة.

- التناسق بين الوظائف.

- استقلالية المنظمة الصحية.

• **التكوين العام في الصحة:** لا يمكن ضمان السيرورة السياسية الصحية في غياب

الإطارات ذات كفاءة ومهارة لائقة، ولذلك فقد كان لابد من تكوينهم وفق احتياجات القطاع

ونخص بالذكر الأطباء، تقنيي الصحة، وموظفي الإدارة الصحية.

• **تنظيم النشاطات الإدارية ونشاطات الأعضاء المستعدة:** كذلك من بين المهام التي تعتنى

بها المنظومة الوطنية للصحة وهي التنسيق بين النشاطات الرئيسية للمنظومة الحية أي

نشاطات التي تقوم بها الهياكل الصحية والهيئات التابعة لها ونخص في ذلك:

- المنظمات ذات الطابع الاقتصادي لإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية.

- المؤسسات الوطنية لصناعة المعدات والأدوات الطبية¹.

- المؤسسات الجهوية للتمويل بالمنتجات الصيدلانية.

ب. **الأهداف الإستراتيجية للمنظومة الصحية:** تقوم المنظومة الصحية على مجموعة من

الأهداف الإستراتيجية يمكن أن نلخصها فيما يلي:

• **إستراتيجية المكاسب:** زيادة المكاسب الطبية من خلال التقليل من أعباء الأمراض

والتركيز على الأولويات الصحية خصوصا الأمراض المسببة للوفيات كأعراض القلب

¹ علي دحمان محمد، تقييم مدى فاعلية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة

دكتوراه تخصص تسيير المالية العامة جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان. 2017/2016. ص 73 - 74

والشرايين، أمراض السرطان والسكري.... إلخ بتطوير المعايير والبروتوكولات الطبية والعلاجية الموحدة وتنفيذ البرامج الوقائية الشاملة لهذه الأمراض.

• **إستراتيجية الجودة وتطوير الأداء:** تطوير الجودة يكون استجابة للخدمات الصحية ولحاجات الأفراد والمجتمع وتقوية دور الوزارة كمنظم ومراقب للجودة واعتماد الخدمات العلاجية المبنية على القرائن المثبتة علميا وعلى جدارة الأداء المؤسسي عند تقديم وتطوير هذه الخدمات¹.

• **إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية:** الاستمرار في اعتماد الرعاية الصحية الأولية كعماد وركيزة أساسية للخدمات الصحية في الجزائر وتوفير الرعاية الشاملة لجميع فئات المجتمع.

• **إستراتيجية الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة:** تطوير النظام الصحي المتكامل للربط بين المستويات الأولية والثانوية والثلاثية وذلك لتقديم رعاية صحية عالية الجودة وسهلة المنال من قبل المجتمع².

• **إستراتيجية استثمارات المستقبلية:** الاعتماد على التوجهات الاستراتيجية كمرجع أساسي عند الاستثمار في المشاريع الجديدة وتطوير القوى العاملة لبناء المنشآت وشراء المعدات الطبية والأولية وجميع المستلزمات الأخرى.

• **إستراتيجية العمل المشترك:** الشراكة في العمل مع أطراف ذات صلة بالصحة محليا وإقليميا وعالميا وذلك من أجل تعيين الخدمات واستخدام الأمثل للمهارات والموارد.

• **إستراتيجية الإدارة والتقييم:** إجراء التعديلات والإصلاحات على الهيكل التنظيمي بما يتناسب وتطبيق التوجهات وإستراتيجيات الصحة المستقبلية ونشر اللامركزية كنموذج للإدارة.

¹ نصر الدين عيساوي: مرجع سبق ذكره. ص 123.

² علي دحمان محمد: مرجع سبق ذكره، ص 74 - 75.

- **استراتيجية الموارد البشرية:** تقوية وتطوير الإدارة للموارد البشرية والتخطيط للقوى العاملة ورفع مستوى الأداء لدى جميع العاملين في القطاع الصحي وتقدير دورهم وتحفيزهم لتقديم أفضل خدمات.
- **استراتيجية التنمية والتعليم وتقديم البحوث:** تطوير دور الخدمات الصحية في تنظيم وتدريب وإجراء بحوث ودراسات والتركيز على بحوث النظم الصحية
- **استراتيجية الإدارة المالية:** تطوير النظم المالية والكفاءة والمهارات الإدارية لتنفيذ الاستراتيجية والعمل على التوظيف الأمثل للموارد المتاحة¹.

3: مكونات النظام الصحي الجزائري؛

تتكون المنظومة الصحية من مجموعة عناصر أساسية تتمثل فيما يلي:

أ/ الموارد البشرية:

تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العاميين، والخاصين والاستشاريين في جميع مجالات الطب، بالإضافة إلى الهيئة التمريضية والطبية المساعدة كالصيادلة ومختصي مختبرات الأشعة، التخدير والإنعاش الرقابة الصحية، التأهيل والعلاج الطبيعي.....إلخ، كذلك الموارد البشرية الإدارية المحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات ويجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عالي من الخبرة والكفاءة والتعاون، لينعكس ذلك على الجودة الخدمة الصحية².

ب/الموارد المالية: تتنوع مصادر التمويل الصحي في السلطات العمومية التي تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول لمكافحة الأمراض المعدية مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة و الاشراف على برامج رعاية الأمومة و

¹ جوسبيت فيجويراس ومارتن ماكي، تر: تيسير كايد عاصي، النظم الصحية والصحة والثورة والرفاهية الاجتماعية، تقييم الحالة الاستثمار في النظم الصحية، مركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، 2015، ص26-27.

² نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص123.

الطفولة وبرامج التطعيم، إلا أن زيادة التكاليف و الطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون زيادة في الانفاق العمومي عليها دفع ببعض الدول الى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها ومستوى تطورها ونذكر أهمها: التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعية ، التمويل عن طريق الضرائب التمويل من خلال التأمين الخاص¹ .

ج/الأجهزة والمعدات:

تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية، حيث أن توفير الأجهزة والمعدات والآلات المتطورة والمزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة، تساعد على تشخيص الأمراض بدقة وعلاجها وزيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

د/ المباني والهيكل المستخدمة: تشمل العيادات المراكز الطبية، الصيدليات، المستوصفات والمختبرات، على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية في ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى الحمامات الممرات، محطات التمريض ومخازن الأدوية وغيرها، حيث تتوفر على التهوية، الإنارة، التدفئة، النظافة وأماكن الانتظار والراحة..... إلخ.

هـ/ المرضى والمستفيدين من الخدمات الطبية: وهم جميع مستفيدين من الخدمات الطبية والرعاية الصحية، ورغم أنه من الصعب تلبيتها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها، فبقدر تعدد حاجات المرضى ومتطلباتهم تتعدد وتتنوع المستويات الخاصة بالخدمات.²

و/ البحوث وتراكم المعارف: تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية والاختراعات بهدف تحسين العلاج ومكافحة الأمراض، كما تساهم في تخفيض

1.وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، سنة 2016، ص27.

1.نصر الدين عيساوي: مرجع سبق ذكره، ص124.

التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض واعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولة مثل: إبر الأنسولين.....¹.

ثانيا: نبذة عن واقع الصحة في الجزائر قبل الاستقلال؛

1، المستوى الصحي في تلك الفترة:

نظرا للمستوى المعيشي المتدهور، والسكنات الهشة التي كان يقطنها الجزائريين وتراكم الأوساخ والقاذورات كل ذلك كان سببا كافيا لتدهور الوضع الصحي لسكان الجزائر إضافة إلى الأوبئة والأمراض التي شهدتها الجزائر كالكوليرا والتيفوس بالمناطق التي يسودها البؤس والحرمان وما يترتب عن ذلك ظاهرة وبائية جديدة وأرضية خصبة لانتشار الأمراض المعدية.

لقد كانت الشرائح الاجتماعية الجزائرية خصوصا في المناطق الفقيرة والمعزولة عرضت للأمراض والأوبئة، خصوصا أثناء فترات القحط والمجاعات. فكان الوباء ينتشر بسرعة إذ ما وجد الأرضية الخصبة، وهو ما يعني حالة المجاعة وقلة التغذية مما تظهر الملاحظات القديمة والجديدة، لاسيما أن الوباء يتزامن مع فصل الشتاء والربيع.

لقد شهدت الجزائر انتشارا كبيرا للأمراض وللأوبئة المعدية، مما أدى إلى عدد كبير من الوفيات. ويرجع ذلك إلى حتمية الوضع الاقتصادي والاجتماعي وانخفاض المستوى المعيشي للجزائريين، الذين يقطنون الأكواخ إضافة إلى الفقر والجوع والجهل وقلة الشروحات الخاصة بالتربية الصحية، إن لم نقل انعدامها. فتحوّلت بسرعة أحياء الجزائريين إلى حقول خصبة لظهور ونمو الأمراض المعدية ومناطق لزراع الموت البطيء، ومناطق ممنوعة على الأوروبيين خوفا على أنفسهم من نقل عدوى المرض.²

¹ نصرالدين عيساوي، مرجع سبق ذكره ص 45.

² مجاهد يمينة تاريخ الطب في الجزائر في ظل الاستعمار الفرنسي 1830 - 1962، أطروحة دكتوراه في تاريخ الحديث والمعاصر جامعة وهران 2017 - 2018 ص 195 - 196.

إن تدهور الوضعية الصحية يختلف من منطقة إلى أخرى، فالمناطق الحضرية التي يقطنها غالبية الأوروبيين شهدت تحسنا ملحوظا لاهتمام الإدارة الاستعمارية بالقطاع الصحي. والذي كان يمتاز بالتطور والحداثة عكس القطاع الريفي، الذي كان يعيش وضعية جد سيئة ومتدهورة. فالإدارة الفرنسية لم تقم إلا بمحاولات محتشمة لتخفيف من حدة هذه الأمراض فشاحنات القطاع الصحي التابعة للأمن الاجتماعي الفلاحي، كانت تضم ممرضا واحدا ولا وجود لأي طبيب مختص.

وبالنسبة لمتابعة علاج المرضى لم تكن هناك متابعة مستمرة في الوسط الريفي، فالعناية الطبية الموجهة لفائدة الجزائريين كانت جد قليلة. المريض الفرنسي أو الأوروبي تتحسن حالة مرضه فيتركهم وينتقل إلى دوار آخر.

فإذا ما أخذنا بعض الأمثلة عن المستوصفات التي كانت موجودة في الجزائر في هذه الحقبة، نجد المستوصف الوحيد الموجود في - القصبة - كانت جدرانها تعاني من التآكل والانهييار. وهذا يعود إلى قدم هذا المركز وإهماله مع انعدام شروط النظافة والوسائل الصحية، لذلك كانت العائلات الجزائرية تنجب بكثرة وتميل إلى إكثار من الأطفال لأنها كانت تعلم جيدا بأن الموت سيخطف أطفالها أو نصف عددهم على الأقل، وبعض العائلات تتكون من خمسة أفراد والأب والأم وتكون قد فقدت تسعة أطفال¹.

¹ - مجاهد يمينة، المرجع نفسه، ص 195 - 196.

2: الأمراض والأوبئة في الفترة الاستعمارية:

لقد شهدت الجزائر الفترة الأخيرة من الاستعمار انتشار عدة أوبئة فترة ما بين الحربين إصابات خاصة بالأمراض المعدية نذكر منها:

الطاعون (LA PESTE):¹

شهدت فترة ما بين الحربين ارتفاع في عدد إصابات الطاعون حيث عاد من جديد يسجل 92 حالة طاعون دملي سنة 1930 وفي مناطق مختلفة من الجزائر بعنابة وسكيكدة والجزائر ووهران وقسنطينة نفس الوضعية عرفت قسنطينة سنة 1931 التي أحصت 86 إصابة، نفس الوضعية عرفت أيضا 1935 وسجلت 11 حالة سنة 1936 و3 حالات سنة 1937، كما لم تسجل أي حالة في السنة التي تليها أما في سنة 1939 لقد سجلت حالتان. ومع ظروف الحرب العالمية الثانية عاد وباء الطاعون مسجلا 11 حالة إصابة سنة 1940 بمدينة الجزائر ثم لوحظ فترة سنة 1942-1943 رغم الظروف القاسية نتيجة الحرب والحصار قبل أن يعود سنة 1944 مسجلا 95 حالة مؤكدة، ليتلاشى قليلا سنة 1945 فلم يسجل سوى 11 حالة، لقد سجلت 5 حالات في وهران بين الطاعون الرئوي سنة 1945 وحالتين سنة 1946 وستة حالات في سنة 1950 وكانت هذه السنة هي الأخيرة لوباء الطاعون²

الجدري (LA VARIOLE)؛

لاحظ المختصون أن الفترة بين 1928-1940 نقص الوباء الجدري في العمالة الثالثة بحيث لم يسجل سوى 13 حالة وارجع السبب إلى السياسة الحازمة لتطبيق قانون التلقيح الإجباري 13 فبراير 1902 خلال الحرب العالمية الثانية، سجلت حوالي 1934 حالة إصابة سنة 1941، نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية لظروف الحرب والتي واكبتها مجاعة

¹ مصطفى الخياطي الأوبئة والمجاعات في الجزائر، منشورات Anep، طبعة المؤسسة الوطنية للاتصال، والنشر والاشعار وحدة الطباعة الروبية، 2013، ص62

² مجاهد يمينة. مرجع سبق ذكره، ص227-228.

أودت بحياة عدد كبير من السكان، فسجلت سنة 1942 (1093) حالة جذري وهذا ما يدل على الحالة المزرية التي كان يتخبط فيها سكان الجزائر في تلك الفترة وفي سنة 1943 انخفض عدد الإصابات بحيث بلغ 1811 حالة سنة 1944 وبلغت الإصابات مع نهاية الحرب العالمية الثانية 1945 بلغت 334 حالة ومن خلال ما سبق من الدراسات نلاحظ أن عدد الإصابات انخفض الحرب العالمية الثانية وهذا حسب نتائج المقدمة على الشكل التالي:¹

عمالة الشرق قسنطينة 208 حالة وعمالة الوسط الجزائر 80 حالة ثم عمالة الغرب وهران 74 حالة وابتداء من سنة 1946 لوحظ تراجع كبير في عدد الإصابات بهذا الوباء، وهذا راجع لتعميم التلقيح وإجبارية تبليغ عن أي شخص لم يقيم بالتلقيح، وعرفت سنوات الخمسينات نقص كبير وانعدام الإصابة خلال السنوات 1953 / 1954 / 1955 وكذلك نلاحظ نفس الملاحظة سنة 1956 / 1957.²

التيفوئيد:

• لقد كان للمياه النصب الكبير من في سياسة الإبادة الاستعمارية ، وهذا راجع إلى ترحيل السكان الجزائريين من أماكن تواجد المياه الصالحة للشرب وتعويضهم بالمستوطنين الفرنسيين ، فاضطر الأهالي للشرب من المياه القذرة ومستنقعات الغير صالحة للشرب ومنه ارتفع عدد المصابين بمرض التيفوئيد بين الأهالي وهذا راجع إلى الدمار الذي ألحقه الاستعمار بالمناطق ومرافق الحياة في المدن الجزائرية وأريافها، عمت الفوضى انتشرت الأمراض المنتقلة عبر المياه³ في الحرب العالمية الثانية وارتفع عدد الإصابات بهذا الوباء إلى 1359 إصابة أما بعد الحرب العالمية الثانية نلاحظ ارتفاع في عدد الإصابات حيث

¹ مصطفى الخياطي، مرجع سبق ذكره، ص 62

² مجاهد يمينه: مرجع سبق ذكره، ص 227 - 228.

³ أبو القاسم سعد الله، الحركة الوطنية الجزائرية، ج1، دار الغرب الإسلامي بيروت، 1992، ص 70

سجلت سنة 1940 و 1942 (1043) حالة ونرى ارتفاعا كبيرا إذ تجاوزت عدد الإصابات الألفين حالة، الجدول الموالي يبين عدد الإصابات خلال الحرب العالمية الثانية:¹

• جدول وباء التيفوئيد خلال الحرب العالمية الثانية

السنة	عدد الإصابات
1939	671
1940	1102
1941	1751
1942	2470
1943	2035
1944	2160
1945	1839

التيفوس (TYPHUS):

كان وباء التيفوس أكثر حدة خلال الحرب العالمية الثانية حيث سمي بعام " تيفيس " نظرا لارتفاع عدد الوفيات إلى درجة أن الجثث كانت تنقل باستخدام العربات نظرا للعدد الهائل من المصابين بهذا الوباء حيث سجل مستشفى القطار بالجزائر العاصمة 517 حالة إصابة بالتيفوس و83 حاله وفاة.

وكلت مهمة المكافحة إلى الأطباء العسكريين ص5 والفرق المتنقلة حيث أنجزوا أكثر من 4 مليون جرعة تلقيح منها فيروس حي كذلك فيروس ميت، حيث أنجز منه أكثر من 400 ألف جرعة وأنتجت هذه اللقاحات لأول مرة في الجزائر وقدمت أفضل نتائج .

¹ - مجاهد يمينية: مرجع سبق ذكره، ص 228 - 229.

ومنذ سنة 1942 ميزت هذه الفترة اضطرابات بسبب الحرب كانت الإنذارات متعددة ليست فقط من وباء التيفوس بل ظهرت أيضا عدة أمراض أخرى مثل الجدري والقرحة القارضة للأنسجة وكذلك طاعون حمى قمل الجلد المتكررة.¹

مرض السل:

لقد عانت الجزائر من بعض الأمراض المعدية والخطيرة من بينها السل الذي ظهر في المدن الكبرى ومناطق المستوطنين بكثرة كانت تعاني هذه المناطق انتشار رهيب في أوساطها مقارنة بالمناطق النائية والصحراوية التي كانت تقل فيها نسبة انتشار وتقل عدد الإصابات بمرض السل أو شبه منعدمة، لقد قام الطبيب جون بول فوبي* بدراسة تأثير المناخ على مرض السل بمساعدة 125 طبيب عسكري ومدني تحت إشراف الحكومة العامة بحيث أحصت هذه الدراسة 6.200 وفاة بالسل من مجموع 94.000 حالة وفاة لأسباب مختلفة ومعدل الوفيات بلغ 6 بالمئة بين العسكريين والمدنيين و3 بالمئة في أوساط الجيش في الوقت نفسه بلغ عدد الوفيات بالسل في أوروبا ما بين 25 بالمئة و 30 بالمئة وارجع مورصو* ذلك إلى المناخ الذي اعتبر أن الحرارة تحول دون ظهور المرض وتوقف تطوره ولهذا طور معهد باستور بالجزائر تقنيه جديدة لدراسة وانتشار مرض السل في الجزائر وهي في اختبار تفاعل الجلد مع السلبيت والنتائج جاءت كما يلي²:

- ان عدوى السل عامة هي اقل شيوعا بين أوساط الجزائريين بما في ذلك الصحراء ومنه لدى الأوروبيين.

- إن أعلى نسبة إصابة تسجل في المناطق الساحلية.

- إن أدنى نسبة إصابة تسجل في المناطق الصحراوية.

¹ مصطفى الخياطي مرجع سبق ذكره، ص121

* جون بان فوبي: طبيب وعميد سابق لمدينة الجزائر.

* مورصو: طبيب في مستشفى عنابة.

² مصطفى الخياطي، المرجع نفسه، ص 179

الفصل الأول: مدخل مفاهيمي حول المنظومة الصحية في الجزائر

-بالنسبة للتل والمناطق الهضاب العليا والصحراء تتوقف درجة الإصابة بالسل لدى الجزائريين على عوامل معينة.

- ترتفع إصابات الفيروس بين الأحياء القديمة التي يسكنها الأوروبيين.

-الظروف الجغرافية.

- التعاملات الاقتصادية واجتماعية بين الأوروبيين والجزائريين.

-البدو الرحل والمجموعات المستقرة في الأماكن المتفرقة اقل إصابة بالسل من بين الأهالي المدن¹.

-في الأخير نبين خطورة الوضع الصحي بالجزائر من خلال الجدول التالي:²

المرض السنة	التيفوس	الجدري	الحصبة	التيفوئيد	الدفتريرا	حمى المستشفيات	جرح المعدة
1945	1115	51	1034	1956	525	151	625
1946	885	2	565	2451	522	3156	223
1947	506	/	533	1705	571	44	311
1948	206	/	422	1005	551	43	291
1949	99	/	314	930	652	05	199
1950	118	/	146	1030	805	03	105
1951	107	/	102	853	577	02	10
1952	86	/	86	891	581	02	03
1953	55	/	56	776	600	/	02
1954	29	/	67	546	494	/	/

¹ مصطفى الخياطي، مرجع سبق ذكره، ص 182 - 183.

² مجاهد يمينة: مرجع سبق ذكره، ص 234.

3 - الخدمات الصحية في الجزائر في عهد الاستعمار؛

تؤكد المصادر الفرنسية أن الرعاية الصحية والتكفل بالسكان في الجزائر وكذا بناء المستشفيات، فقد ظهر مع الاستعمار الفرنسي وعوضتها قبل هذا التاريخ المساجد والمصحات والمراكز الطبية مما أنجر عنه تفشي أوبئة والأمراض وفي مقدمتها (التيفوس الطاعون السل.... الخ) لذلك قامت السلطات الفرنسية بجلب عدد من الأطباء والمختصين في قطاع الصحة، كما فرضت على كل الجزائريين المتابعة الصحية دون التفرقة في انتماءاتهم الدينية أو العرقية بمقتضى قانون 03 جويلية 1949م، حيث وجد هؤلاء الرعاية الكافية وبنفس المستوى مع الفرنسيين القاطنين بالجزائر من خلال إقامة مستشفيات مدنية على غرار العسكرية في مقدمتها معهد باستور بمدينة الجزائر سنة 1894 الذي ساعد ومكن من مواجهة الأمراض الفتاكة والمعدية¹، كما أنشئت عيادات متخصصة بهدف متابعه الظروف الصحية للأهالي مثلما كان الحال في الحراش، بلكور، الجزائر الوسطى وبنى مسوس .

ولعل من أهم الأسباب الرئيسية التي جعلت الاستعمار الفرنسي ينجح في إخضاع بلاد المغرب العربي خاصة الجزائر هو التغلب على الأمراض بفضل تطور الصحي والطبي وبفضله تمكن الاستعمار من خفض تعداد الوفيات في صفوف الأهالي الجزائريين وكذلك بفضل الطب العسكري استطاع الاحتلال التغلب على السل والطاعون والكوليرا والتيفوس.

كذلك كان الجانب الصحي في خدمة المستعمر لأنه حاول أن يجعل صلة قرابة بين الأهالي وإدارة الاستعمار، وفي الوقت الذي كان فيه أداة للجوسسة بينهم ولم يكن في وسع المستعمر إلا أن يجعل الطبيب أداة فعالة للتوغل في المجتمع ويظهر ذلك جليا في سياسة

¹ مصطفى الخياطي، الطب والأطباء في فترة الاستعمار منشورات ANEP، طبعة المؤسسة الوطنية للاتصال والنشر والاشهار، الجزائر، 2014، ص266.

الحاكم العام ليوتي لكن الذي لم ينجح في تحقيقه هو أن يجعل المسلمين الجزائريين يعتقدون في سياسته الراسية إلى الإدماج والخضوع لإرادته¹.

ويكفي الحديث عن طبيعة المنظومة الصحية كانت تتسم بالكارثة منذ أن وطئ الجيش الفرنسي أراضي الجزائر سنة 1830م بكل أشكالها إلى جانب البؤس والمجاعة التي ضربت المجتمع الجزائري برمته ومن هنا وجد الجيش الفرنسي نفسه ملزما بإعادة تهيئة الوسط الصحي بالجزائر من خلال بناء مستشفيات ومراكز علاجية وخاصة منها التي خصصت لأمراض مستعصية والأوبئة ومحاربتها. وهذا جاء على عده مراسيم وقوانين من بينها مرسوم 21 جانفي 1853 ومرسوم 13 أفريل 1845 ومنه قد شيدت عدة مستشفيات منها:

01/المستشفيات الخاصة:

منها مستشفى اليزابيث سنة 1874 بالعطاف. وثاني مستشفى القديسة أوجيميني سنة 1894 بمدينة الجزائر ومستشفى لافيغري سنة 1895 بسكرة. وكذلك مستشفى أريس بباتنة سنة 1896 الذي توقف عن العمل سنة 1915.²

02 /المستشفيات الكولونيلية

عمالة الجزائر

مستشفى مصطفى بملحقاته

الدويرة ميلانه بوفاريك

حجوط شرشال شلف

فارنات سور الغزلان

عماله وهران:

مستشفى وهران سيدي بلعباس

¹ زايدي عزالدين، الجزائريون والأوضاع الصحية الجديدة خلال المرحلة الأولى من الاحتلال، مجلة الجزائر للبحوث والدراسات التاريخية، مجلد 07، عدد 01، جوان 2021، ص.04.

² ولد النبية كريم، المستشفى في المشروع الاستعماري الفرنسي في الجزائر، ملتقى حول الصحة ووضعيتها الصحية في الجزائر ابان الاحتلال الفرنسي، جامعة الجيلالي اليابس سيدي بلعباس، 12-13-ماي 2009، ص.04.

مستشفى غليزان مستغانم

مستشفى عين تموشنت وسيق

عماله قسنطينة

مستشفى قسنطينة سوق اهراس بجاية

مستشفى عنابة جيجل

سكيكدة سطيف

03 /مستشفيات البلدية

مستشفى ميله

وادي العثمانية

أقبو

04/مستشفى الكولونيالي لأمراض عقليه العصبي سنة 1935 بجوانفيل بالبلدية

05/مستشفيات الملحقة ومراكز الاسعاف

06/مستوصفات المسلمين الجزائريين

مستوصف سيدي لحسن تلمسان

مستوصف بني مسوس سنة 1930

مستوصف سان اندري من معسكر

مستوصف الحروش بسكيكده

وكذلك شيدت دار الأيتام منها دار الايتام بمدينة الجزائر التي تعمدت إدارتها مستشفى

مصطفى لذلك حملت اسم دار الايتام مصطفى، ثم بيت الايتام الرئيسي بني مسوس ثم

ظهرت مؤسسه الصم البكم..... الخ¹

¹ - زايدي عزالدين، مرجع سبق ذكره، ص 05

خلاصة

المنظومة الصحية الجزائرية من خلال نشأتها وضهورها في ضل الاستعمار الفرنسي حققت انجازات هامة لأجل الحفاظ على سلامة المواطن والتخلص من تبعية القطاع الصحي للسياسة الصحية الفرنسية الذي ورثته للدولة الجزائرية الفتية ، وبهذا عملت على تحقيق الأهداف المنشودة في تحسين الظروف المعيشية (زيادة حياة الفرد، و القضاء على الأمراض المستوطنة و المعدية و كذا حماية المواطنين من الأخطار)، و هذا ما ميز المنظومة الصحية الجزائرية في هذه الفترة الذي بني على عمل الاستعمار الفرنسي من محاربة الأمراض و الأوبئة لتحسين الحياة الصحية للمستوطنين الفرنسيين ففرضت التلقيح ضد الأمراض وكذلك أسست هياكل قاعدية مثل مستشفيات خاصة في المدن الكبرى مثل : الجزائر - وهران - قسنطينة .

الفصل الثاني

الفصل الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية في الفترة الاشتراكية (1962-1989)

تمهيد:

اختلف الوضع الصحي للشعب الجزائري من فترة تاريخية إلى أخرى فقد مرت بعدة مراحل متباينة فيما بينهما، وهو ما يلاحظ من خلال الوثائق التاريخية والإصلاحات التي مست قطاع الصحة في مختلف الفترات بمختلف عناصرها ومع ذلك ظهر التحسن في الوضع الصحي كلما انتقلنا من مرحلة إلى أخرى كنتيجة لتطور العام في المجال الطبي، ونعني به تحسن الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي القائم في كل مرحلة من المراحل. وسنتناول في هذا الفصل ثلاثة مراحل أساسية مر بها النظام الصحي في الجزائر المرحلة الأولى سنتطرق فيها إلى الوضع الصحي في الجزائر بعد الاستقلال مباشرة اي (1962-1965)، أما المرحلة الثانية هي فترة الرئيس الراحل هواري بومدين، وآخر مرحلة سنتطرق فيها للنظام الصحي في الجزائر في عهد الرئيس الشاذلي بن جديد وكل هذا الفصل عبارة على الفترة الاشتراكية في الجزائر.

أولاً: واقع الصحة في فترة احمد بن بله 1962-1965:

لقد ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صعبة و متدهورة في مجال الصحة ، وهذا راجع إلى الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد، و على هذا الأساس تعتبر هذه السنة أي 1962 هي سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي في الجزائر نلاحظ من خلالها أن هذا الأخير كان يلبي احتياجات نسبة ضئيلة من السكان المتمركزين في المدن الكبرى من العاصمة و قسنطينة و وهران ، وبعض الأرياف و ذلك بواسطة طبيب الدولة أي الطب العمومي ¹ une médecine d'état الذي يتم داخل المستشفيات والعيادات تشرف عليها البلديات و تقدم مساعدات طبية مجانية ، و مراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم .و من جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب كانوا يعملون في العيادات الخاصة جلهم من الأجانب ² .

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من بعد الاستقلال إلى منتصف السبعينيات وما بعدها تطورات كبيرة من خلال المستخدمين للهياكل القاعدية. لكن بمستوى تميز بالبطيء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا جملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر ³ .

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تملك وتتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و 264 صيدليا أي صيدلي لكل 52323 مواطن، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيب أي طبيب أسنان واحد لكل 70866 نسمة أما من جهة الهياكل القاعدية. فكان هناك عجز دائم حيث كان قبل 1967 قرابة

¹ علي دحمان محمد: تقييم نفقات الصحة والتعليم، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تخصص تسيير مالية عامة، جامعة تلمسان ص 32.

² عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان ص 126.

³ عتيق عائشة: مرجع نفسه ص 127.

39000 سريرا بالمستشفيات وما يميز هذه المرحلة هو الزيادة في النسبة لقاءات العلاج مقارنة بسنة 1962.

إن المنظومة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها. وكان ينبغي في أمل الأمر إعادة إنعاش البناءات والهياكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في حملات تلقيحيه لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية¹

وفي الأخير نستنتج أن هذه المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج و الاستشفاء ، والتي تسير من طرف وزارة الصحة ، و المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن و البلديات التي تسير من طرف البلديات و أخرى مراكز النظافة المدرسية التي تسير من طرف وزارة التعليم ، ومن جهة أخرى هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ليبرالي في العيادات الخاصة و لكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة و ذلك في إطار تعاقد ، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة².

ثانيا: المنظومة الصحية في فترة هواري بومدين 1965-1978:

يعتبر الخبراء أن سنة 1965 هي نقطة انفراج للمنظومة الصحية الجزائرية و ذلك من خلال تزامنهما مع المخطط الوطني، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية، و كذلك تنظيم مهمة الأطباء و الصيادلة سنة 1966.ومن هنا بدأت الأمور تتحسن بدفع عجلة التكوين الطبي و الشبه طبي و إنشاء هياكل قاعدية بين سنة 1967-1969، بإنشاء عدة

¹ نور الدين حاروش : إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،دار الكتابة للنشر و التوزيع ، الجزائر ، الطبعة الأولى 2009، ص132 .

² عتيق عائشة : مرجع سبق ذكره ص 127-128 .

مؤسسات صحية وإنعاش الهياكل التي خلفها الاستعمار وإقرار سياسة الطب المجاني وهذا من خلال:

1. قانون مجانية الصحة:

أمر رقم 65-73 مؤرخ في 03 ذي الحجة 1393 هـ الموافق ل 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القاعات الصحية¹.

بناء على مراسيم الجريدة الرسمية، إن رئيس مجلس الثورة ورئيس الحكومة ورئيس مجلس الوزراء وتقرير وزير الصحة العمومية، وبمقتضى الأمرين رقم 65-182 و رقم 70-53 المؤرخين في ربيع الأول عام 1385 الموافق ل 10 يوليو 1965² و 18 جمادى الأولى 1390 الموافق ل 21 يوليو 1970³ و المتضمن تأسيس الحكومة.

بما أن الجزائر قد شرعت منذ الاستقلال بتطوير تنميتها لتحقيق ترقية الإنسان، وقد واكب هذا التطور تطبيق سياسة نشأت جذورها من المبادئ الاشتراكية التي اختارها بلادنا بشكل لا رجعة فيه.

وبما أن النتائج المسجلة بصفة خاصة لهذا اليوم، في جميع الميادين كانت حاسمة وذلك منذ التصحيح الثوري ل 19 يوليو 1965 الذي اتخذ كهدف لبناء مجتمع اشتراكي يسمى لإيجاد عدالة اشتراكية كاملة.

لتحقيق ذلك فإن تطبيق الثورة الصناعية والثورة الزراعية وكذلك الثورة الثقافية، قد أتاح تدعيم استقلالنا الاقتصادي والذهني، والرقي الاجتماعي.

¹ الجريدة الجزائرية الرسمية، أمر رقم 65-73 المؤرخ في 3 ذي الحجة الموافق ل 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القاعات العمومية.

² الجريدة الجزائرية الرسمية: امر رقم 65-182 المؤرخ في 11 ربيع الأول عام 1385 الموافق ل 10 يوليو سنة 1965 متضمن تأسيس وزارة الصحة.

³ الجريدة الجزائرية الرسمية: امر رقم 70-53 مؤرخ في 18 جمادى الأولى الموافق ل 21 يوليو 1970 والمتضمن تأسيس الحكومة.

وحيث أن التحولات الإيجابية قد سجلت في جميع الميادين لاسيما قطاع الصحة العمومية وأصبح التمتع بالصحة العمومية والرفاهية من الحقوق التي أخذت تتجسد بصفة زائدة لفائدة جميع المواطنين.

بما أن الشاغل أصبح ملموسا بفضل سلسلة من النشاطات في ميدان الجهاز الأساسي الاستشفائي والتكوين الكثيف للمستخدمين الطبيين والشبه الطبيين والهيكل المنجزة على مستوى القطاعات الصحية وأخيرا بفضل مكافحة الكوارث الاجتماعية.

و بما أن الحق في التمتع بالصحة و الرفاهية يصبح كذلك أكثر فعالية مع تطبيق مجانية العلاجات لفائدة جميع المواطنين، و أنه لا بد من إدراكه عن طريق مجانية جميع الخدمات الطبية المؤدات في المصالح العمومية للعلاجات و الاستشفاء.

بما أنه ينبغي تجسيم هذا التوجه السياسي على الصعيد القانوني الذي انجاز التطبيقي للترقية الاشتراكية والذي يكون المنطلق لديناميكية كافة العناصر المكونة لهيكل صحي في هذا البلاد.

بما أن التدبير الذي يعبر عن رغبة السلطة الثورية في أن تنتفع الجماهير الشعبية من النتائج السياسية التنموية الاشتراكية، يلبي ما يصبو اليه شعبنا من ترقية وعدالة اجتماعية. وبعد استطلاع رأي مجلس الثورة ومجلس الوزراء، يأمر بما يلي:

نجد في **المادة الأولى**: إن أعمال الصحة العمومية وأشغال التشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات، تكون مجانية في قطاعات الصحية.

أما **المادة 02**: تمويل الدولة والهيئات العمومية التابعة لها الميزانيات المستعملة للقطاعات الصحية.¹

والمادة **03**: تحديد الميزانيات المستقلة للقطاعات الصحية بموجب مرسوم.

والمادة **04**: تلغي جميع الأحكام المخالفة لهذا الأمر.

¹ الجريدة الجزائرية الرسمية، العدد الأول، السنة الحادية عشر، الثلاثاء 7 ذي الحجة 1393 الموافق ل 1 يناير سنة 1974 م ص 03 .

كذا المادة 05: ينشر هذا الأمر في الجريدة الجزائرية الرسمية الديمقراطية الشعبية.¹ ميزت هذه الفترة أي فترة هواري بومدين (1965-1979) هو مضاعفة قاعات العلاج، وهذا هو محاولة إعطاء العلاج الأولي وألوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي.²

والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974. وتوافقت سنة 1974 مع بداية المخطط الرباعي الثاني الذي من أهدافه إعطاء الأهمية الكبرى للحالة الاجتماعية فأعلنا عن سياسة الطب المجاني تعد واحدة من المكاسب التي أقرتها الدولة الجزائرية، حيث أن الجزائر بإرسائها لهذا المبدأ كانت ترى وجهة جديدة. لكن أدت الصعوبات المالية التي عرفتها الهياكل الصحية آنذاك والتي تراكمت عبر السنوات الى تهديد استقرارها المالي. بالإضافة إلى ذلك ضعف المصادر التمويلية التي كانت تساهم في إمداد القطاع بالوسائل المادية والمالية، رأت أن الحل لهذه المشكلة المالية يكون عبر الدولة تتحمل كافة المسؤوليات بما يتعلق بضمان حماية وتحسين صحة السكان.³

أما بشأن تطور الموارد المالية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا تسجيل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات متعددة الخدمات. حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج (LMG) من جهة والمستشفيات والقطاعات من جهة أخرى.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه الفترة، ومن 1975 شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وهي كما يلي:

¹ الجريدة الجزائرية الرسمية، أمر رقم 73-65 المؤرخ في 3 ذي الحجة الموافق ل 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القاعات العمومية، ص 03.

² نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 135.

³ علي دحمان محمد: تقييم نفقات الصحة والتعليم، مرجع سبق ذكره، ص 34.

1) المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المنتقلة مثل: الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية الخ.

2) مكافحة الأمراض الغير منتقلة: كأمرض مزمنة (القلب، السكري، ضيق التنفس) والأمراض العقلية... الخ.

3) المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

4) المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للمواطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور¹.

لقد كان من أبرز المدعمين للطب المجاني الدستور 1976 أو الميثاق الوطني 1976² حيث جاء فيه ما يلي "في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة والحفاظ على صحة السكان وتحسينها" وكذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976 "تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الاستعمال لكل السكان، مع ضمان أكبر قدر من السهولة والفعالية للاستجابة لاحتياجات الصحة".

ومن جهة أخرى لم تتخلى الدولة نهائيا عن الطب الليبرالي الذي كان مقتصرًا على قاعات للفحص وتسويق المواد الصيدلانية، حيث اتخذت الدولة عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976 التي تترك المجال مفتوحًا لممارسة الطب الحر والاختيار بين الوقت الكامل ونظام نصف الوقت والاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص، كذلك قرارات سنة 1979 الناتجة عن الإضراب سنة 1977 وذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الاستشفائية للاختيار بين القطاع العام أو القطاع الخاص³.

¹ عتيق عائشة: مرجع سبق ذكره، ص 128-129.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية دستور 1976، الباب الأول، الفصل الثاني: الاشتراكية مادة 67، ص 30.

³ خروبي نوار: عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03، 2011، ص 41-42.

2. انعكاسات نظام مجانية العلاج:

وما تقدمه كانتقاد لهذه المرحلة هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، وانعدام أهداف موضوعية واضحة ان لنا تسميته بنظام، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة خاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني علما بأنها مرتبطة بالمرحلة التي تليها.¹

إن المشاكل التي عرقلت المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة ، حيث أن الإستراتيجية الصحية المرتكزة حول المستشفى و الخدمات العلاجية ، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية والوقاية ، و كذلك الاكتظاظ و الازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي نقص و ندرة الأدوية ، و أهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل ، و هذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص ، حيث أن هذا الأخير وجد الفرصة سانحة لنموه و الارتقاء بخدماته كما ونوعا، لكن يبقى المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من القطاع الخاص بسبب التكلفة الكبيرة حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر (الطابع الليبرالي).

هذه الوضعية أربكت السلطة السياسية في الجزائر مما استدعى المسؤولين في أعلى هرم السلطة إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطنية FLN في ديسمبر 1980 لملف الصحة فقط وهذا كاستثناء².

أ) إيجابيات مجانية العلاج على النظام الصحي في الجزائر:

إن نظام التمويل القائم على مجانية العلاج قد أثقل كاهن صناديق الضمان الاجتماعي التي كانت تغطي نسبة معتبرة من نفقات المؤسسات الصحية منذ تطبيق مجانية العلاج لتقليل البنية تدريجيا مع الأزمة الاقتصادية و انخفاض أسعار البترول ليتحول عبء هذه

¹ نور الدين حاروش: مرجع سبق ذكره، ص 136.

² خروبي بزاره عمر: مرجع سبق ذكره، ص 42.

النفقات للدولة التي تساهم بـ 60 % من إجمالي النفقات في حين تبقى مساهمة الضمان الاجتماعية جزافية و يكمن الجانب الإيجابي لهذا النظام في الطابع النظامي في تحمل المصاريف و في هذا الإطار يمكن وصفه على أنه نظام يكفل العلاج لجل شرائح المجتمع و لو لم يتوفر المريض يومها على السيولة وهو الشيء الذي جعله يبلغ مستوى لم تصل إليه العديد من الدول من حيث قابلية الوصول لعلاج جميع المواطنين .

ب) سلبات مجانية العلاج على النظام الصحي في الجزائر:

بعد إقرار مبدأ مجانية العلاج لم تعد هناك أي آلية لتنظيم النفقات وأصبحت مصاريف الهيآت وخاصة المستشفيات مصاريف ثابتة مهما كان حجم النشاط وهذا ما أدى إلى عدم الرشادة المالية، فاستعمال صيغة الميزانية الإجمالية ابتداء من 1974 صاحبه خطر التحول من منطقت النفقات حيث تم تحديد الميزانية مسبقا وهي للإنتاج بحسب حجم وطبيعة النشاطات الصحية المنجزة من طرف المؤسسات بل جزافا، حيث تم إلغاء التسعيرة الاستشفائية ونصب بدلا منها آليات جديدة تسمى جزافا الاستشفائي. ولقد اعتبر هذا النظام بدون محتوى اقتصادي ومن بين عواقبه الارتفاع المفرط في النفقات الصحية في الجزائر¹ .

ثالثا: تمويل المنظومة الصحية ومصادرها في الفترة الاشتراكية:

لقد مر النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا بعدة مراحل أساسية فبعدما كان مبنيا على أساس التسعيرة اليوم الاستشفائية و نظرا لاستمرار العمل بنظام الحماية من الأمراض جاء الأمر رقم 65/73 و المتضمن مبدأ مجانية العلاج على مستوى الهياكل الصحية العمومية و صاحب ذلك تبني نظام تمويلي أساسه الدفع الجزافي و بسبب العراقيل التي واجهت هذا النظام ، تم البحث عن نمط تمويلي جديد و هو ما يعرف بالنهج

¹ دلال السويسي: نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علوم تسيير تخصص علوم معلومات ومراقبة التسيير، جامعة ورقلة، سنة 2013، ص 11.

التعاقدى سعيا إلى تقديم خدمات صحية أفضل، و على هذا الأساس عرضنا أهم المحطات التي عرفها نظام تمويل المنظومة الصحية الجزائرية.¹

أ) مرحلة التمويل الأولى: (1962-1973)

لقد كان النظام الصحي في هذه المرحلة يتميز بضعف الوسائل حيث كان من المستعجل، آنذاك إعادة تنشيط الهياكل والمنشآت الصحية الموروثة عن الاستعمار من أجل ضمان حد أدنى من الخدمات الصحية للمواطنين كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا إذ أنها لم تتعدى 1,5 % من الناتج القومي الخام ولذلك نجد أن القطاع العام قد اعتمد في هذه المرحلة على ثلاثة مصادر مختلفة لكنها متكاملة في تمويل قطاع الصحة والتي تقابل ثلاث فئات من المرضى يستقبلهم المستشفى وذلك عن طريق تحديد هوية المصادر كالتالي² :

1: التسبيقات: وهي عبارة عن المساهمة العمومية التي تتحملها الدولة والجماعات المحلية التي تمثل حوالي 60 % من مجموع النفقات الصحية والمخصصة لتغطية تكاليف الأشخاص المستفيدين من المساعدات الطبية المجانية والذين يمثلون السكان الأصليين عديمي أو ضعيفي الدخل؛ حيث كانت هذه النفقات تعوض من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85 % أما النسب الباقية والمقدرة بـ 15 % فكانت تعوض من طرف صناديق الضمان التابعة للمحافظات والبلديات لحساب الجهات المحلية:

8% على حساب المحافظات (الولاية)

7 % على حساب البلديات (الجماعات المحلية)³.

¹ طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الزقازيق مصر، 1999، ص 342.

² مقدم طارق، إصلاح المؤسسة الصحية من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجيستر، كلية العلوم الاقتصادية، فرع إدارة أعمال، جامعة الجزائر، 2008، ص 45.

³ المرسوم التنفيذي رقم 74-01 المؤرخ في 16/01/1974، المتضمن، مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

2: عائدات تسديد المصاريف

وهي تتمثل في مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي لقاء الخدمات الصحية المقدمة لصالح المنخرطين من الأجراء وذوي حقوقهم في شكل منحة التكفل التي تمنح على أساس السعر اليومي المحدد سنويا، وهذه المساهمة تشكل نسبة 30 % من إجمالي النفقات الصحية.

3: العائدات الخاصة

تأتي هذه المساهمات من مدفوعات¹ المرضى: ذوي الدفع الكافي كأصحاب الأعمال الحرة التجار والحرفيين الذين يدفعون ثمن علاجهم بحكم أنهم لا يتوفرون على أي تغطية اجتماعية هذه المساهمة تمثل 10 % من النفقات العامة للصحة والتي تحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.

(ب) مرحلة التمويل الثانية: (1973-1989):

إن تطبيق مبدأ مجانية العلاج سنة 1974² رافقته مراجعة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم وضع آلية لتمويل القطاع الصحي و المسماة "بالميزانية الإجمالية" التي عوضت النظام السابق المبني على "أساس السعر اليومي" هذا التعديل سمح بإزالة الحواجز المالية أمام المرضى بالتالي تسهيل تلبية احتياجاتهم الصحية بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزافي للمستشفيات تحدد سنويا عن طريق قانون المالية و تحتوي على مصدرين للتمويل هما : مساهمة الدولة و مشاركة صندوق الضمان الاجتماعي و هذا بهدف تغطية و بطريقة غير مباشرة للنفقات الصحية للمؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم .

ويغطي هذا الجزاف مصاريف التسيير وكذا المبالغ الموجهة للاستثمارات قد عرفت نموا ملحوظا خاصة وأنه لم تكن إجراءات واضحة تربط النشاط بمعايير النجاعة سواء من طرف

¹ علي دحمان محمد؛ تقييم مدى فعالية إنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 170.

² الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 03 ذي الحجة 1393 هـ الموافق ل 28/12/1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية ص 05.

الإدارة المركزية أو من طرف المصالح الصحية وعلى هذا الأساس ونظرا لارتفاع تكلفة قطاع الصحة فقد كان لابد من ضرورة توفير التمويل الكافي لتلبية الطلب على العلاج وهذا من خلال التركيز على ثلاثة مصادر أساسية للتمويل و هم: التمويل عن طريق الهيئات العمومية، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، و التمويل عن طريق العائلات¹

1- مساهمة الدولة:

ما يميز هذه الفترة هو الانخفاض المحسوس في نسبة التمويل الحكومي لقطاع الصحة وذلك باعتبار، نسبة مساهمتها وصلت إلى 30 % سنة 1988 وذلك بعدما كانت تقارب 71 % سنة 1974 وإن التمويل الحكومي في هذه الفترة عرف منعرجين أساسيين: الأول بدأ بتطبيق الدولة لسياسة الطب المجاني أين كانت نسبة مشاركة الدولة جد مرتفعة في تمويل الهياكل الصحية بحيث كانت مساهمتها في حدود 71 % وهذا من أجل تغطية النفقات الصحية المتعددة والمتمثلة أساس في تمويل القطاعات الصحية؛ تمويل التداوي بالخارج، تمويل مصاريف الوقاية، تمويل الاستثمار الصحي².

أما المنعرج الثاني لهذه المرحلة فقد تمثل في انخفاض نسبة التمويل الحكومي ابتداء من سنة 1986 وهذا نتيجة الأزمة الاقتصادية العالمية. ليتحول العبء للضمان الاجتماعي بحيث انخفضت نسبة التمويل الحكومي إلى 36 % سنة 1986 و هذا بقيمة (2979 مليون دج)، و 34 % (بقيمة 3465 مليون دج) سنة 1987، مقابل 64 % كمساهمة لضمان الاجتماعي (بقيمة 6500 مليون دج) سنة 1987 بعدما كانت لا تتعدى نسبة المساهمة 30 سنة 1974 (بقيمة 199 مليون دج).

2- مساهمة الجماعات المحلية:

على الرغم من أن مساهمة الجماعات المحلية لم تكن بالمساهمة المعتبرة: إلا أنها كانت تساهم في تغطية جزء من تكاليف القطاع. لكن في سنة 1979 اتفقت الجماعات

¹ علي دحمان محمد: تقييم مدى فعالية إنفاق العام على مستوى قطاع الصحة في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 171

² مقدم طارق: مرجع سبق ذكره، ص 47.

المحلية على تمويل قطاع الصحة وهو ما يعني خسارة أحد مصادر التمويل وذلك يرجع بالأساس إلى المشاكل التي عرفتها الجماعات المحلية (إشكالية عجز الجماعات المحلية)¹.

3- مساهمة الضمان الاجتماعي:

يشارك الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي عن طريق نظام الدفع الجزافي وهي محددة من خلال تقديرات قطاع الصحة ولعل الشيء الملاحظ خلال هذه المرحلة هو تزايد مساهمة الضمان الاجتماعي بالقطاع من سنة لأخرى خاصة أمام تراجع نسبة مساهمة الدولة، هذه المساهمة كانت موجهة أساسا لتمويل بعض الهياكل الصحية الثقيلة (كالهياكل الخاصة بمرضى القلب).

-تمويل العلاج بالخارج.

-تمويل الاستثمارات المنجزة في قطاع الصحة.

• إن المساهمة التي قدمها الضمان الاجتماعي قد مرت بما يلي:

1.مرحلة 1973-1986:

في البداية هذه المرحلة عرفت الهياكل الصحية مشاكل كبيرة في عملية التمويل في المقابل عرف الضمان الاجتماعي تحسن في الوضعية و لهذا اتجهت له الأنظار لتغطية تكاليف المنظومة الصحية لتصل نسبة المشاركة إلى 62,4 % سنة 1986 في المقابل انخفضت نسبة مشاركة الدولة إلى 36,5 % سنة 1986.

4: مساهمة طب العمل

هو مصدر آخر من مصادر التمويل لقطاع الصحة حيث تقدم هذه المساهمة من قبل المؤسسات العمومية والإدارات، لقد أشار الخبراء أن الأزمة الاقتصادية 1986 أدت إلى تراجع خطير على مستوى أغلبية القطاعات الاقتصادية والاجتماعية مما جعل دول عاجزة على تغطية ديونها ابتداء من سنة 1993، و عليه فانطلاقا من هذا التشخيص شرعت السلطات العمومية الجزائرية في مفاوضات مراطونية مع صندوق النقد الدولي و البنك

¹ علي دحمان محمد: مرجع سبق ذكره ، ص 172 .

الدولي، بهدف الحصول على إبرام اتفاقيات للتخفيض من الصعوبات المالية مما أدى إلى إعادة جدولة الديون الخارجية. في نفس الوقت شرعت في تطبيق إصلاحات في مجال استقرار العملة الوطنية تخفيض العجز المالي وتخفيض معدلات التضخم، نتائج هذه الإصلاحات بدأت تظهر خاصة على تحرير التجارة الخارجية، أسعار السلع والخدمات والشروع في عملية الخصخصة¹.

رابعاً: فترة الشاذلي (1979-1989):

لقد أوصى المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطنية في ديسمبر 1980 بعدة أهداف لتتجسد باتخاذ كل الإجراءات اللازمة التي من شأنها تحسين الحالة الصحية في الوطن حيث احتوى المؤتمر الرابع ملف الصحة أين تم التطرق من خلاله إلى 159 نقطة تعتبر بمثابة خطوة إيجابية لتطوير نظام الصحة الوطني² وهذا نتيجة وعي السلطة لدرجة خطورة وضعية النظام الصحي العمومي و الخوف من منافسة النظام الصحي الليبرالي بدأ في التطور و تعتبر هذه القرارات ذات الطابع السياسي الإستراتيجي من جهة حيث تعمل السلطة على المحافظة على النظام الصحي العمومي ومن جهة أخرى تضيق الخناق على القطاع الصحي الخاص و تركه في الهامش . ونذكر من بين أهم القرارات التي خرج بها المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني والخاص بإصلاح النظام الصحي الجزائري إنشاء نظام صحي اشتراكي يقوم على أساس الخدمة الوطنية للصحة.

بحث يكون موحد ومتجانس وذلك من خلال إلغاء القطاع الصحي الشبه عمومي وإدماج مجموعة نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، ولقد طبقت هذه العملية سنة 1984³.

تبني نظام صحي متعدد المشاركة الذي يجمع قطاعات معينة أو مهتمة للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة، مثلاً قطاع الشباب والرياضة وقطاع الجماعات المحلية.

¹ علي دحمان محمد: تقييم مدى فعالية إنفاق العام على مستوى القطاع الحي بالجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 173.

² علي دحمان محمد: مرجع نفسه، ص 113.

³ خروبي بزاره عمر: مرجع سبق ذكره، ص 42-43.

الفصل الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية في الفترة الاشتراكية (1962-1989)

النظام الصحي جزء مهم و مدمج في التطور الاقتصادي و الاجتماعي، و هذا يعني أنه لن يكون هناك تطور اقتصادي دون تطور النظام الصحي، و لذلك و جب إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية و تكوين الموارد البشرية حسب الأهداف المسطرة، و كذلك التخطيط للنشاطات و البرامج الصحية كبرنامج حماية الأمومة و الطفولة، و نظافة المحيط، و طب العمل.

اما فيما يخص الهياكل و مؤسسات النظام الصحي في هذه الفترة فقد عرفت تطورا نسبيا من حيث العدد و الجدول التالي يبين ذلك:

الجدول: يبين هياكل و مؤسسات النظام الصحي في فترة (1979-1989)

السنة	السنة	عدد السكان بالمليون	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية	الأطباء	الشبه طبي	الإدارة
1979	1979	18,3	16	162	44885	157	644	4561	//	//
1984	1984	21	195	215	50210	285	914	9106	//	//
1986	1986	24,4	105	261	60040	370	1147	13395	//	//
1989	1989	25	178	261	65000	428	1500	25000	60000	39600

المصدر: المدرسة الوطنية للصحة العمومية 2008.

نستنتج أن هذه الفترة شهدت تشييد عدد معتبر من الهياكل الصحية وخاصة المستشفيات العمومية و الهياكل القاعدية (عيادات متعددة الخدمات و مراكز الصحة)، و ذلك لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفاد من الرعاية الصحية و مجانية العلاج¹.

قد تميزت هذه الفترة أيضا ببناء العديد من المستشفيات و العيادات و المراكز الصحية عبر الوطن التي و أن ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة فإنها من جهة لأخرى تميزت بغياب دراسة جادة في التغيير الجغرافي لهذه الهياكل

¹ خروبي بزارة عمر: مرجع سبق ذكره ص 43

وهندستها الغير ملائمة للمحيط الذي بنيت فيه، كذلك تميزت هذه الفترة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم:

• قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983¹ بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي أخذ مبلغ جزافي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة أو تقويم بعدي يسمح بترشيد النفقات والمادة 65 منه تنص على "أن مبلغ المساهمة الجزافية لصناديق الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية يحدد بمرسوم وحسب تكلفة الصحة وعدد المؤمنين صحيا".²

أما من الناحية القانونية والتشريعية فقد تم تنظيم قطاع الصحة ومهنة الطبيب من خلال قانون 85-05 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

قانون حماية الصحة وترقيتها:

- قانون 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق ل 16 فبراير سنة 1985 المتعلق ب حماية الصحة وترقيتها بناء على الدستور، لاسيما المادتان 151-20 و154 منه.
- بمقتضى الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 3 ذي الحجة عام 1393 الموافق ل 28 ديسمبر 1973 والمتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.
- وبمقتضى الأمر رقم 76-12 المؤرخ في 20 صفر 1396 الموافق ل 20 فبراير سنة 1976 والمتضمن إنشاء مراكز استشفائية جامعية.³

¹ الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: قانون 83/11 المؤرخ في 21 رمضان 1403 هـ الموافق ل 02 جويلية 1983م، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، العدد 28، الصادرة 3 جويلية 1983م.

² حسني محمد العيد: السياسة العامة للصحة في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1996-2012 مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية تخصص سياسة عامة مقارنة، جامعة ورقلة، 2013 ص 116.

³ الجريدة الرسمية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها الصادرة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق ل 17 فبراير 1985 م ص 176.

• وبمقتضى الأمر رقم 76-79 المؤرخ في 29 شوال عام 1396 الموافق ل 23 سنة 1976 والمتضمن قانون الصحة العمومية.¹

وبناء على ما أقره المجلس الشعبي الوطني يصدر القانون نصه:

ونجد هذه النصوص في الباب الأول مبادئ وأحكام الأساسية. الفصل الأول مبادئ والأحكام الأساسية والفصل الثاني مجانية الصحة.

لقد اخترت هذه الأبواب والفصول على المواد (01-02-03-04-05-20-21-22).

لقد جاء في المادة الأولى: -يحدد هذا القانون الأحكام الأساسية في مجال الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية الصحة والسكان وترقيتها.²

المادة 02: تساهم حماية الصحة وترقيتها في رفاهية الإنسان الجسمية والمعنوية ومنفعته ضمن المجتمع ومن ثم تشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلاد.

المادة 03: ترمي الأهداف المسطرة في مجال الصحة إلى حماية حياة الإنسان من الأمراض والأخطار وتحسن ظروف المعيشة والعمل لاسيما عن طريق ما يأتي:

- تطوير الوقاية.
- توفير العلاج الذي يتماشى وحاجيات السكان.
- أسبقية الحماية الصحية لمجموعات السكان المعرضة للأخطار.
- تعميم ممارسة الرياضة البدنية والرياضية والتسلية.
- التربية الصحية.

¹ الجريدة الرسمية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها الصادرة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق ل 17 فبراير 1985 م ص 176.

² الجريدة الرسمية الديمقراطية الشعبية الأمر رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها الصادرة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق ل 17 فبراير 1985 م، ص 177.

في حين نجد المادة 04: المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تتضمن حماية صحة السكان وترقيتها، وتنظم على كيفية توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً ومنسجماً وموحداً، في إطار الخريطة الصحية.

فيما تبين في المادة 05: تتميز المنظومة الصحية الوطنية بما يلي:

- سيطرة القطاع العمومي وتطويره.
- تخطيط صحي، يندرج في السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية.
- اشتراك القطاعات في إعداد البرامج الوطنية المتعددة في مجال الصحة وفي تنفيذها.
- تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية المتطابقة مع الأهداف الوطنية المحددة في مجال الصحة.

• تكامل أعمال الوقاية والعلاج وإعادة التكيف.¹

- مصالح صحية لامركزية، قطاعية وسلمية، قصد التكفل بكل الحاجيات السكان الصحية.
- تنظيم مشاركة السكان الفعالة والنشطة في تحديد برامج التربية الصحية وتطبيقها.
- اندماج أعمال الصحة كيفما كان نظام ممارستها.

أما المادة 20: يعد القطاع العمومي الإطار الأساسي الذي يوفر مجانية العلاج طبقاً للمادة 67 من الدستور.

بينما المادة 21: تسخر الدولة جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها، من خلال توفير مجانية العلاج

وكذا المادة 22: تقدم مجاناً في جميع هياكل الصحة العمومية، خدمات العلاج التي تتمثل في جميع أعمال الصحة العمومية الفحوص التشخيصية ومعالجة المرضى واستشفائهم.²

¹ الجريدة الرسمية الجزائرية، الأمر رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها الصادرة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق ل 17 فبراير 1985 م ص 177-178

² الجريدة الرسمية الجزائرية، الأمر رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها الصادرة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق ل 17 فبراير 1985 م ص 178-

• بهدف توفير خدمات صحية لكافة المواطنين فقد ظهرت أولى المبادرات لتشجيع القطاع الخاص هذا من خلال محاولة خلق نوع من التعاون بين القطاع الخاص والمنظمات الرسمية والجماعات المحلية.¹

أما بالنسبة لحجم الموارد المادية والمعنوية التي توفر عليها القطاع الصحي ومدى انعكاسها على الوضعية الصحية خلال هذه المرحلة فقد كانت على النحو التالي:

1: الإمكانيات المادية (الهيكل):

لقد كانت أغلب المرافق الصحية خلال الستينيات متمركزة في التجمعات السكانية الكبرى وكانت استفادة السكان من العلاج محدودة نسبيا خاصة في الأرياف ولذلك فقد كانت السياسة الصحية التي انتهجتها السلطات العمومية بداية من هذه المرحلة تستهدف أساسا تحسين الاستفادة السكان من العلاج عن طريق إقرار الطب المجاني من جهة مع إقامة العديد من الهياكل الصحية اللامركزية لاسيما في الريف التي تفتقر لمراكز العلاج. وهكذا فقد تضاعف عدد المؤسسات الصحية خلال هذه المرحلة كما تنوعت أيضا بحيث انتقل عدد المؤسسات الصحية العمومية من:

- 143 مركز استشفائي سنة 1989.

- 645 مركز صحي سنة 1979.

- تدعيم القطاع الصحي بعدد من الهياكل الصحية الأخرى نذكر منها: 13 مركز استشفائي جامعي، و276 عيادة ولادة، 433 عيادة متعددة الاختصاصات، 4830 عيادة طبية، 1550 عيادة لطب الأسنان تابعة للقطاع الصحي.

كما تميزت هذه المرحلة أو الفترة أيضا بإنشاء المدرسة الوطنية العامة سنة 1989 ، والتي أوكل لها مهمة إدخال المفاهيم و التقنيات الحديثة في إدارة الخدمات الصحية و هذا من خلال تدريب الموظفين و المسيرين على مستوى المؤسسات الصحية ، و من جهة أخرى تميزت اللامركزية في العلاج و هذا من خلال توسيع عملها عبر تراب الوطني ، فقد تم

¹ ل. حسينة: تطور المنظومة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال، جريدة المساء، نشر في 2012/07/05، تاريخ الاطلاع في 2022/05/07، موقع إلكتروني.

تدعيم القطاع الصحي بكل دائرة و ولاية ليصل عددها من 166 قطاع سنة 1979 إلى 178 قطاع سنة 1989 ، و من أجل الضمان الحسن على مستوى القطاعات الصحية (البالغ عددها 178 قطاع صحي) فقد تم مضاعفة عدد الهياكل الإدارية ليصل عددها إلى 39600 إدارة عمومية لسنة 1989 .¹

2: الإمكانيات البشرية:

موازة مع تطور هياكل الصحة وارتفاع عدد مستخدمي الصحة بشكل معتبر بحيث تزايد عدد عمال السلك الطبي من 4561 طبيب سنة 1979 إلى 25000 طبيب سنة 1989 وهذا نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية و التي أعطت ثمارها، نفس الملاحظة بالنسبة لعمال السلك الشبه طبي بحيث وصل عددهم إلى 46669 ممرضا سنة 1989 من خلال هذه الأرقام يتضح لنا تحسن الملحوظ على مستوى تغطية الخدمات الصحية.

3: المؤشرات الصحية:

بالنسبة للمؤشرات فقد سجلت هذه الفترة تحسنا معتبرا في أغلب المؤشرات نذكر منها:
-ارتفاع محسوس في نسبة السكان الذي كان 12 مليون نسمة في سنة 1969 ليصل إلى 23 مليون نسمة سنة 1987، في البداية كان نموا سريعا وطبيعي ولكن في منتصف هذه الفترة تراجع النمو بشكل ملحوظ وهذا راجع إلى ما يلي:
-انخفاض في معدل مواليد 50،1 ولادة لكل 1000 ولادة حية إلى 39،5 سنة 1985 لكل 1000 ولادة حية، متراجعا بعشرة نقاط في هذه المرحلة.
-موازة مع انخفاض المواليد، شهدت انخفاض في الوفيات بحيث انخفض المعدل من 16،7 وفاة ل 1000 نسمة في 1970 ليصل في آخر الثمانيات إلى 06 وفاة لكل 1000 نسمة.²

¹ بن لوصيف زين الدين: تسيير المؤسسات الصحية العمومية في المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة سكيكدة، ديسمبر 2003 ص 139.

² تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي، حول التنمية البشرية، الدورة عامة الثالث عشر، الجزائر سنة 1998 ص 19

إن هذا الانخفاض المتزامن مع انخفاض نسبة المواليد والوفيات يعكس في آن واحد بحسب الظروف الصحية والمعيشية بصفة عامة وتغير في سلوك السكان.

مؤشر آخر يعكس لنا الوضعية الصحية خلال تلك الفترة وهو ما تعلق بتطور الوضعية الوبائية أي ما يتعلق بأمراض في تلك الفترة التي كانت متفشية على غرار (السل - الجدري - والسعال). وكذلك شلل الأطفال.¹

- إذ تطبق البرنامج الموسع لإجبارية التلقيح سنة 1969 الذي أتى به قانون التلقيح الإجباري 1969² قد ساهم في تقليص نسبة تفشي هذه الأمراض التي شهدها هذا البرنامج ، غير أنه و بالرغم من مواصلة البرنامج الموسع للتلقيح فقد لوحظ عودة بعض الأمراض مثل السل و الكزاز ، إلا أن هذا لا يخفي التحسن الملحوظ بالنسبة لمعظم الأمراض نذكر منها :

• **السل:** هو أول مرض استعادة من عملية التلقيح الإجبارية لينخفض من 150 حالة ل 100000 نسمة سنة 1975 إلى 53,2 حالة ل 100000 نسمة سنة 1981 وإلى 22,4 حالة ل 100000 نسمة سنة 1989.

• **الخناق أو دفتيريا:** حتى هو شهد انخفاض ملحوظا من 3,97 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1963 وإلى 0,21 حالة ل 100000 نسمة ل سنة 1979.

• **السعال الديكي:** سجلت نسبة انخفاض محسوس سنوات ستينيات والسبعينيات وثمانينيات سجلت خلالها 10,76 و 7,88 و 2,02 حالة ل 100000 نسمة على التوالي.

• **مرض الحصبة:** هو الآخر سجل انخفاضا محسوسا خلال هذه الفترة وذلك نتيجة انخفاض حالات الإصابة بهذا المرض من 73 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1989.³

¹ ل.حسينة الجزائر واجهت التحديات لضمان العلاج دون شروط ، جريدة المساء تاريخ الصدور 2015/05/19 ، تاريخ الاطلاع 2022/05/17 . على الموقع الالكتروني .http://www.el-massaa.com

² الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: المرسوم رقم 69-96 مؤرخ في 23 ربيع الثاني عام 1389 الموافق ل 8 جويلية 1969 يتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيته ص 789.

³ تقرير المجلس الاقتصادي و الاجتماعي: حول البيئة في الجزائر و رهانات التنمية، منشورات المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الدورة التاسعة ' جويلية 1997 ، ص 17 .

خلاصة

تبين المراحل التاريخية التي تم التطرق إليها في هذا الفصل، أن المنظومة الصحية في الجزائر عرفت عدة تطورات وتحولات، سواء تعلق الأمر بالهيكل والمؤسسات الصحية وطريقة تنظيمها وتسييرها، أو ما يتعلق بالظروف المحيطة بهذه الهياكل، من ظروف اجتماعية واقتصادية.

باعتبار تطور مؤسسات الدولة الجزائرية ظهر نظام صحي جديد مختلف على النظام الصحي الاستعماري، مختلف عنه في أهدافه، هذا النظام الذي تم تأسيسه من طرف جيش التحرير الوطني الذي قاد الثورة التحريرية، حيث يعتبر البداية الأولى لظهور النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال.

نظرا للفترة الانتقالية للدولة الجزائرية لاقت عديد المشاكل على سبيل المثال ظهور بعض الأمراض المتنقلة التي ساهمت بشكل كبير في وفيات الأطفال، خاصة بعد الاستقلال لذلك عملت السلطات السياسية الفتية على العمل من أجل محاربة هذه الأمراض من خلال تسطير برامج التلقيح الإجباري للأطفال وبرامج وقائية من الأمراض المعدية، وظهر بعض القرارات السياسية والمتمثلة في مجانية العلاج. فكل أفراد المجتمع لها الحق في الطب المجاني، ويعتبر هذا الأخير هو الركيزة الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر وفي النظام الاشتراكي.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: المنظومة الصحية الجزائرية في الفترة الرأسمالية

تمهيد

لقد عانت الجزائر من الأزمة الاقتصادية حادة منذ 1986، على إثر الصدمة النفطية العكسية، مما أدى إلى تراجع حاد في معدلات التبادل، برزت معها مظاهر الجمود والضعف خاصة في التخطيط المركزي، نظام التخطيط للصحة.

فأضحى الاهتمام بالمنظومة الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص من الضروريات والأولويات الملحة، فمكنا من تعزيز المكتسبات المحققة من جهة وضمان الحق في العلاج لكافة الفئات السكانية من جهة أخرى.

ويتحقق ذلك من خلال تحسن فعالية المنظومة الصحية عن طريق إدخال إجراءات تنظيمية تمس كل مكوناتها، وعلى رأسها المستشفيات التي تعتبر المحور المركزي لمنظومة العلاج والعامل الرئيسي الذي يقف وراء نمو النفقات الصحية.

إضافة إلى المشكلات سابقة الذكر نسجل تقادم التجهيزات، والهيكل الاستشفائية وعدم تناسب طرق التمويل، وهذه الوضعية تحد من إمكانية العلاج لمختلف فئات السكان وتخل بمبادئ التضامن والإنصاف والحق في العلاج.

وهذا كله أدى بالدولة لإصدار عدة قوانين وإصلاحات ومن أهم هذه الإصلاحات قانون إصلاح المستشفيات، الذي ينص على تقسيم الهياكل الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

أولاً: المنظومة الصحية الجزائرية (1990-2008):

1) فترة 1990-1999 الوضع الصحي في الجزائر في هذه الفترة:

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسة كبيرة مما تسبب في حالة متدهورة وغير مسبوق، والاستقرار في كل المجالات مما تنتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنية التحتية التربوية والتجارية والصناعة والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، فعلا عن استفحال ظاهرة البطالة والمحسوبية وبروز الطبقة البرجوازية طفيلة تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور إلا بمرور أجيال.

ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات صحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الاستشفائية الوطنية وعصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها¹.

فمعظم هذه المراسم تمت في الفترة بين (1993-1996) ونذكر منها:

-المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/1/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية.²

-المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/2/09 والمتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء.³

- المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/4/9 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم.⁴

¹ خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 45.

² الجريدة الرسمية الجزائرية المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 2 يناير 1993 المتضمن بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، العدد رقم 02، الصادرة في 03 يناير 1993، ص7.

³ الجريدة الرسمية الجزائرية المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/2/09 والمتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، العدد رقم 9، الصادرة في 16/02/1994، ص6.

⁴ الجريدة الرسمية الجزائرية المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/4/9 يتضمن إنشاء وكالة وطنية للدم، العدد 21، الصادرة في 19/4/1995، ص7.

و كذلك ما ميز هذه الفترة في التسعينات هو اعتماد سياسة صحية تهدف إلى مكافحة وفيات الأطفال ، لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تأرجحا في ظل غياب أهداف واضحة ، إذ ظهر ذلك من خلال كثرة الاحتجاجات بسبب نقص التكوين و التمويل و قلة الحوافز و غيرها ، حيث غلب عليها الاهتمام بتوفير الدواء و تنظيم الاستعجالات و الملفات الاجتماعية، و عموما اتسمت الفترة بكثرة المشاكل التي ساهمت في عرقلة السير الحسن للقطاع ، و أمام هذه الوضعية المزرية حدث نوع من الإهمال الطبي ما دفع توجه المرضى نحو القطاع الخاص لتلقي الخدمات الصحية ، و ما جعل الدولة تعيد النظر في سياستها الصحية و اهتمامها بالسياسة الوقائية و نظام العيادات بدلا من المستشفيات الجامعية¹.

❖ تطور أهم المؤشرات الصحية في الجزائر خلال الفترة (1990-2000):

أ. الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي:

إن نسبة الإنفاق بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي في الجزائر كانت ضئيلة بداية التسعينات ويعود ذلك إلى الظروف الأمنية والاقتصادية التي مرت بها البلاد، فكانت المساهمة لا تتعدى 1,3 مليار دينار في سنة 1990 وأرتفع قليلا في سنة 1995، ليصل إلى 17,21 مليار وهذا بسبب الاستناد بالهيئات الدولية، ليصل هذا المؤشر إلى 9,33 مليار سنة 2000.

ب. الهياكل القاعدية:

تبين لنا خلال هذه الفترة الانخفاض المحسوس في إنجاز المنشآت العمومية للصحة بداية من التسعينات، حيث سجلت في سنة 1990 ما يقارب 284 مستشفى و 1309 مركزا صحيا و 3344 قاعة علاج، لينخفض في سنة 1995 عددها و يسجل ما يقارب 251 مستشفى و 1152 مركزا صحيا، وذلك راجع للظروف الأمنية واثر العشرية السوداء التي مرت بها البلاد، ليعاود الارتفاع تدريجيا في السنوات الأخيرة لهذه المرحلة نظر للتحسن

¹ كرمين سميرة تقييم نتائج السياسة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، مجلة البحوث والدراسات التجارية، مجلد 05، العدد02، سبتمبر 2021، معسكر ص 05.

الظروف الأمنية والمستوى المعيشي و سجل سنة 2000 ما يقارب 286 مستشفى 1252 مركزا صحيا و 3964 قاعة علاج ، ما يمكننا استنتاجه في هذه الفترة هو توفير 2 سرير لكل 1000 ساكن ، و عيادة لكل 60731 نسمة ، و مركزا صحيا لكل 25454 نسمة ، و قاعة علاج ل 6667 نسمة¹.

ج- معدل الحياة والوفيات للأطفال:

عملت الدولة الجزائرية منذ الاستقلال على تحسين الوضع الصحي خاصة فئة الأطفال و هذا من خلال توفير التلقيح للأم و كذلك المولود ، ولقد تبين في هذه الفترة تحسن في مختلف المؤشرات الصحية كانخفاض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة و كذلك دون سن الخمسة سنوات ، ليسجل و ينتقل عدد وفيات الرضع من 69 حالة ل 1000 ولادة سنة 1990 إلى 44 حالة لكل 1000 ولادة سنة 2000 ، و تشير نسبة المئوية إلى 41% في سنة 1990 لتنتقل إلى 33,90% في سنة 2000 ، أما معدل الأطفال دون سن الخامسة عرف هو أكثر انخفاض حيث سجل 49,5% سنة 1990 لينتقل إلى 39,7% سنة 2000، وهذا كله يترجم جهود الدولة و مساعيها في تحسن الوضع الصحي خاصة لدى الأطفال و هذا من خلال جملة من المشاريع من بينها التلقيح الإجباري للأطفال خاصة حديثي الولادة².

(2) فترة من 2000 / 2008:

تعتبر هذه المرحلة هي تجديد الثقة و استرجاع الأمان و الاستقرار للجزائر بعد عشرية سوداء أدت إلى إضعاف كل مؤسسات الدولة ، حيث وضعت خريطة صحية وطنية تهدف لإصلاح المستشفيات و عصرنتها بما يتماشى مع متطلبات المرضى ، و ما يسمح بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية و تقليص الفوارق اللامساواة بين مناطق و مراعاة

¹ الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية (1962-2011)، فصل المحاسبة والصحة .dz .ons
/lmg/pdf/ch5-sa nte-arabe.pdf

² نور الدين العياشي: المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، العدد 20، جامعة عبد حميد ماهري قسنطينة، جوان 2019، ص 9-10.

خصوصيات و الحاجات الملحة لكل جهة و معالجة الاختلالات ، الواردة في التنظيم و التنسيق و كما أولى البرنامج الحكومي اهتماما بمجال تهيئة الموارد البشرية من خلال تكوين مستمر من أجل تحسين و ترقية القطاع الصحي و تعزيز الرعاية الصحية و الرفع من أداء المستشفيات الاستشفائية و تحديثها لاستيعاب الاحتياجات المتزايدة للمواطنين .

وفي السياق ذاته تم تطبيق سياسة صحية جديدة في مجال توزيع الادوية، وذلك من أجل تقديم الخدمات الصحية ذات جودة متميزة وعالية، والغرض منها هو تشجيع الانتاج المحلي للأدوية والمطابقة المماثلة وكذا دعم الأدوية الضرورية لأصحاب الأمراض المزمنة والسرطان، وعملت أيضا على توفير المعدات والتجهيزات الطبية في المستشفيات الجهوية من أجل رفع العبء على المراكز الاستشفائية الجامعية، و كذلك فتح أقطاب طبية جديدة وتعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية و الطب الاستشفائي¹.

3)الوضعية الوبائية في هذه الفترة:

لقد عملت الدولة على تحسين المنشآت الصحية ومضاعفة الأعوان الطبيين، وتطبيق عدة برامج لمكافحة الأمراض والأوبئة في الجزائر في هذه الفترة مما أدى إلى تحسين الوضع الصحي للسكان وهذا إلى تحسن تدريجي في بعض الأمراض مقارنة مع البعض الآخر نبيان ذلك فيما يلي:

• **مرض السل:** ارتفع عدد الإصابات في هذه المرحلة حيث انتقل من 10600 حالة سنة 1994 إلى 12541 حالة سنة 1996، ومن نسبة 32،12 حالة لكل 100000 نسمة في سنة 1993 إلى 43،15 حالة في 1996.

• **مرض الدفتيريا:** إن نسبة انتشار هذا المرض قد سجلت ارتفاع كبير في هذه المرحلة إذ انتقل من 0،12 حالة سنة 1990 إلى 0،21 حالة سنة 1997.

¹ كرمين سميرة، مرجع سبق ذكره، ص 10.

• الكزاز: سجل الكزاز تباين في نسبة انتشاره خاصة لدى الأطفال حديثي الولادة و انخفض نسبيا من 38 حالة (منها 27 للرضع) في سنة 1990 إلى 33 حالة (منها 19 حالة للرضع) و حاولت الدولة محاربتة من خلال التلقيح للأم الحامل و كذلك ممرضات التوليد لتقادي انتقاله إلى الرضع¹ .

• السعال الديكي: خلال هذه المرحلة أصبحت حالات الإصابة بهذا المرض نادرة 4 حالات سنة 1994 و 9 حالات سنة 1996 و بالتالي تقلصت كثيرا نسبة هذا المرض حيث قدرت ب 0,03 حالة لكل 100000 نسبة سنة 1996² .

• مرض الحصبة: عكس بقية الأمراض الأخرى حيث سجلت نسبة انتشار هذا المرض ارتفاعا من 7,46 لكل 100000 نسمة في سنة 1990 إلى 34,51 حالة سنة 1995، ثم إلى 62,48 حالة سنة 1996 ، و قد دفعت اسباب المعاوذة الشديدة لهذا المرض السلطات العمومية إلى مراجعة برنامج التلقيح و إلزام الأطفال الذين هم في سن ما قبل الدراسة بتناول جرعة ثانية من التلقيح .

-أما في سنة 2008 سجلت 18 بعدما كانت 112 من قبل، ووصل العدد الإجمالي للحالات 1547 في سنة 2008³ .

• الشلل: يعتبر هذا المرض من الأخطر إنتشارا من بين الأمراض المعدية و قد سجلت له آخر إصابة في الجزائر سنة 1996، و هذا بفضل الجهود الكبيرة المبذولة ، قد تطور هذا المرض في الجزائر في الفترة الممتدة بين (1996 - 2004) .

¹ سعيدة رحمانية ، الوضعية الصحية و الخدمات الصحية في الجزائر مجلة الباحثين الاجتماعيين ، قسم علم إجتماع ، جامعة مسيلة و العدد 01 ، مارس 2015 ، ص 10-11 .

² علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 122

³ إيمان بن زيان ، و ريمة اوشن ، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر -دراسة تحليلية صادرة عن كلية علوم الإقتصاد و علوم التجارة ، جامعة باتنة .

● **التيفويد:** إن سبب انتقاله هو مياه الشرب فهو برز في الجزائر لعدة أسباب من بينها المياه الغير صالحة للشرب وكذلك اختلاط مياه الشرب ومياه الصرف الصحي، وعرف إنتشاره في الجزائر في الفترة الممتدة بين (1990-2000)¹.

4- التمويل ومصادره للمنظومة الصحية في فترة التعددية الحزبية (رأس المالية):

خلال هذه الفترة فقد وضع المشروع نصب نية البحث في أسلوب تحويلي يرتكز على الاتفاق بين الأطراف المعنية وذلك بغية المرور إلى نظام قائم على العلاقات التعاقدية لتقادي عيوب التمويل الجزائري. وقد أشار اليه صراحة قانون المالية لسنة 1993 الا أن تجسيد ذلك لم يكن بالأمر السهل والمسير إذ كان لابد أن يقوم على أرضية تدور بالحوار والنقاش بعيدة عن الارتجالية.

عقدت جلست عمل بمشاركة وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل (canasat) وهذا بمدينة جانت سنة 1990، وقد خلصت هذه الجلسة بتقدير نتائج الأيام الوطنية من أجل مشروع الإصلاح².

- وقد انتفضت اللجنة المكلفة بالتمويل بالمحاور التالية:

● الحفاظ بمصادر التمويل وفق الأهداف المسطرة في السياسة الوطنية للصحة مع تنويع هذه المصادر.

- إيجاد العلاقة المباشرة بين المصالح الممولة ومصالح العلاج.
- تحويل الخدمات المقدمة فعلا على أساس التكلفة متفق عليها ونظام الفاتورة.
- استقلالية الحقيقية للهيكل الصحية.
- إقامة نظام تقييم النشاط.

¹ سعيدة رحمانية: مرجع سبق ذكره، ص 12-13.

² طاهري طيبة، طرق التمويل بالمؤسسات الصحية مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، تخصص نقود وتمويل، جامعة بسكرة، 2008، ص 97.

وعقد في يومي 17-18-1991 اللجنة الوزارية المكلفة بتنفيذ المشروع الإصلاحية للمنظومة الصحية وهذا بالمعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر ولقد خرج بعدة قرارات للتحضير لعملية استراتيجية للبدء مباشرة لإصلاح المنظومة الصحية ومن أهم ما ندونه:

- وضع جهاز قانوني يمنح الاستقلالية الحقيقية للهياكل الصحية ويحدد بصفة واضحة علاقات هذه الأخيرة بالهيئات الممولة.
- تقييم تكاليف الخدمات الصحية وضبط مقاييسها بالهيئات الممولة.
- تكوين ورسكلة الإطارات المسيرة وفق طرق التسيير الحديثة¹.
- فضلا عن ذلك فإن عدة حلول تم اقتراحها سنة 1991 بخصوص إدخال الإصلاحات الجذرية يخص نظام تمويل المنظومة الوطنية للصحة العمومية على أساس نظام تعاقدية بحيث يتكفل صندوق الضمان الاجتماعي بتغطية 70 % وتساهم الدولة ب 20 % أما النسب المتبقية 10 % فتكفل بها الجماعات المحلية وبعض الأفراد، وهذا نص عليه قانون 1992 خاصة مادته 175 منه (الفقرة 02) التي تنص على ما يلي "يطبق هذا التمويل على أساس علاقة تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة ويحدد عن طريق التنظيم"²
- وفي سنة 1994 أصبح التمويل حين واضحا تخلي الدولة عن المساهمة في النفقات التي أصبحت على عاتق المواطن (المريض) كدفع ثمن رمزي للفحوصات الطبية عبر كل المؤسسات الاستشفائية ومراكز العلاج، ثم اتسعت هذه العملية لتشمل الإيواء والإطعام وبعض الكشوفات الطبية في القطاعات الصحية بدون تعويض من طرف الضمان الاجتماعي³.

¹ دلال السويسي: مرجع سبق ذكره، ص 12.

² علي دحمان محمد: تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي في الجزائر، ص 175.

³ بومعروف الياس وعماري عمار: من أجل تنمية مستدامة في الجزائر، مجلة باحث، عدد 07، 2010، جامعة سطيف، ص 05.

كغيرها من العديد من الدول السائرة في طريق النمو لم تكن الجزائر بمعزل عن الأزمة الاقتصادية في منتصف الثمانينات متبوعة بانهايار مواردها الخارجية الناتج عن انخفاض أسعار البترول والتي تمثل المصدر الأساسي للصادرات إلى إتباع مخطط الضبط الهيكلي بعد مفاوضات أجرتها السلطات العمومية عام 1993 مع صندوق النقد الدولي والبنك العالمي، وقد أثمر هذا المخطط طيلة العقد الثاني¹ من التسعينات، ويتمثل هذا المخطط في مجموعة من التعديلات السياسية الاقتصادية مخصصة لتخفيف عدم التوازن الهيكلي في الاقتصادي الجزائري من أجل الاستقرار من جهة وبعث التطور الاقتصادي من جهة أخرى ولقد ترتب على تطبيق مخطط الضبط الهيكلي ارتفاع اسعار الأدوية بسبب انخفاض قيمة النقد الداخلي.

ورغم من أن الجزائر طبقت هذا المخطط إلا أن مستوى تكاليفها الصحية مقارنة بالناتج الداخلي الخام الذي لم يتوقف عن الارتفاع².

المرحلة الثانية 1987-2000:

لقد عرفت هذه المرحلة عجز كبير في قطاع الضمان الاجتماعي حتى وصلت نسبة العجز إلى 1,6 مليار دج عام 1993 وهذا بعدما كان الممول الرئيسي لقطاع الصحة سنة 1988 بنسبة تتعدى 67% من نسبة تمويل بعدما كانت لا تتعدى 24 % سنة 1974.

(5) التعاقد حسب المنظمة العالمية للصحة:

هو تعهد أو عقد بشكل اتفاق بين متعاملين اقتصاديين أو أكثر، بواسطته يلتزمان بالتخلي أو بالتملك، بالقيام أو بعدم القيام ببعض الأشياء، فالتعاقد هنا هو ارتباط إرادي لشركاء مستقلين.

¹دلال السويس: مرجع سبق ذكره، ص 13.

² طاهري طيبة، طرق تمويل المؤسسات الصحية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، تخصص نقود وتمويل، جامعة بسكرة، 2008، ص 99.

■ **التعاقد بمفهوم نظام التقاعدي:**

فهو إبرام المؤسسة الصحية عقد مع ممولها بأداء خدمة، أو بدل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعة تكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها¹.

■ **أطراف العملية التعاقدية:**

-لأداء الخدمة الصحية يجب توفر الأطراف التالية:

- **صاحب الخدمة:** هو الطرف المنتج للخدمة الصحية والمتمثل في المؤسسة العمومية للصحة، بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية، والمؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة.
- **الممول:** وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية، ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي².
- وتكون الدولة طرفا حتميا يتعلق الأمر بمرضى عديمي الدخل غير المؤمنين اجتماعيا أيضا فيما يخص نشاطات التكوين، الوقاية والبحث العلمي. أما صناديق الضمان الاجتماعي فتكون طرفا عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق كما يمكن ان تكون الممول لأفراد الذين لا ينتمون للفئة التي تقوم الدولة بتمويل تكاليفها وصناديق الضمان الاجتماعي، اي الفئة التي تكون متاحة الدخل وغير المؤمن اجتماعيا.
- **المستهلك:** وهم المرضى أو الزبائن القطاع الصحي بالمفهوم الاقتصادي³.

¹ بالقاسم حلوان، النهج التعاقدية كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة المسير، العدد الخاص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جويلية 1998. ص 12.

² بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة جامعة محمد خيضر، بسكرة 2018، ص 82.

³ خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 91.

ثانيا: عملية إصلاح المستشفيات:

1. مبادئ وأهداف عملية اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر:

إن عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر سياسة عمومية وطنية اتخذتها السلطات المحلية في إطار تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته من المواطن الجزائري بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان وهذا حسب ما جاء في المادة 51 من الدستور والتي تقول "الرعاية الصحية حق للمواطنين وتتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها".

لقد تمت الإشارة للمنظومة الصحية للتكيف مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية وهذا في ميثاق الصحة لسنة 1998 بحيث يهدف هذا الأخير إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة.

(أ) تتمثل المبادئ فيمي يلي:

- حماية الصحة وترقيتها من أجل الحد من اللامساواة.
- الاستفادة من مجانية العلاج والإنصاف والتضامن الوطني.
- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة.
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربة والسكن وحماية المحيط.
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع.
- تحسن ظروف الوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية.

-إنشاء مجلس وطني للصحة.¹

(ب) أهداف إصلاح المنظومة الصحية:

¹ درسي أسماء كتطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة (2004-2013)، مجلة الجزائر للعلوم و السياسة الاقتصادية، العدد 06، 2015 ص11.

- لقد ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها والتي تتمثل فيمل يلي:
 - إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الخدمات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
 - ضمان الموارد المالية لضمان السير الحسن للمؤسسات الصحية.
 - إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطنين.
 - توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، على اختلاف مستوياتهم، وهذا قصد الاستجابة بأكثر فعالية لحاجيات الصحة.
 - تحسين من فعالية الاستخدام الأمثل للموارد المالية كالقطاع.
 - تقريب الهياكل الخارجية الاستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي للمواطن.
 - تحقيق أفضل تغطية لهياكل الصحة في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.
 - إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المختلفة ذات المستوى العالي.
 - تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.¹
- 2. قانون إصلاح المستشفيات 2007:

- مرسوم تنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وسيرها.
- بناء على الدستور لاسيما المادتان 85-4 و125 منه ².

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني للإصلاح المستشفيات، التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات والأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر جانفي 2003، ص 05.

² جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007، العدد 33 ليوم الأحد 03 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 26 ماي 2007، ص 10.

-حيث تناول في الفصل الأول المؤسسة العمومية للصحة الاستشفائية وفي الفصل الثاني المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، وجاء هذا في مواده (01-02-03-04-05-06-07-08-09).

حيث جاء في المادة الأولى: يهدف هذا المرسوم إلى إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

اما المادة الثانية: المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تستمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.

بينما جاء في المادة الثالثة: تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة او مجموعة بلديات.

تحدد المشتريات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة¹.

كذلك المادة الرابعة: تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل، بصفة متكاملة ومتسلسلة، بالحاجات الصحة للسكان وفي هذا الإطار، تتولى على الخصوص المهام الآتية:

-ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
-تطبيق برامج وطنية للصحة.

-ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

-ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

أما المادة 05: يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا لتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

قد تبين في المادة 06: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.

¹جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19ماي 2007، العدد 33 ليوم الأحد 03 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 26 ماي 2007، ص 10.

والمادة 07: تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعدد الخدمات قاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.

وتحدد المشتملات المادية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

أما فيما يخص المادة 08: تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية للصحة الجوارية في التكفل، بصفة متكاملة ومتسلسلة، فيما يأتي:¹

-الوقاية والعلاج القاعدي.

-تشخيص المرض.

-العلاج الجوّاري.

-الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

-الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

-تنفيذ برامج وطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بما يأتي:

-المساهمة في الترقية والحماية البيئية في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة وز

مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

-المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

أما المادة 09: يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين الشبه طبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.²

¹ جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19ماي 2007، العدد 33 ليوم الأحد 03 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 26 ماي 2007، ص 10-11.

² جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19ماي 2007، العدد 33 ليوم الأحد 03 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 26 ماي 2007، ص 11.

-فكما هو معروف تعتبر أداة التخطيط (الخريطة الصحية) من الدرجة الاولى ،التي تمكنا من تحديد المعايير التغطية الصحية على المستوى الوطني و الجهوي لضمان توزيع عادل للرعاية الصحية و تهدف هذه الخريطة الصحية أيضا إلى توقع التطورات و التحولات الطارئة المستقبلية ،فمنذ ظهور القرار 07-140 المعرف أعلاه ،و الذي كرس الربطة الجديدة ، وهي الفصل بين المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية متعددة الخدمات ، مما سمح هذا بظهور نوعا آخر هو مؤسسة عمومية استشفائية و مؤسسة العمومية للصحة الجوارية ، وهذا القرار أعطى توسعا كبيرا للقطاع الصحي ثم فصل بين المسؤوليات ، فيوجد من هو مسؤول على الاستشفاء ومن هو مسؤول عن العلاج ¹.

3. هياكله:

من الفاتح جانفي 2008 تم تطبيق نظام صحي جديد وقوانين خاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج وهذه التعديلات التنظيمية والقانونية تم من خلالها استبدال قطاع الصحة بمؤسستين:

-المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

-المؤسسة العمومية الاستشفائية.

أولاً: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

و هي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال

المالي، وهي تتكون من عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج، و من أهم مهامها:

-الوقاية والعلاج القاعدي.

-تشخيص الأمراض.

- العلاج الجوارية.

- فحوصات خاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

¹بوشلاغم عميروش وشرفي منصف: واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة، مجلد 4 العدد 3، ديسمبر 2017، ص 15-16.

-التكفل بالأنشطة الخاصة بالصحة والسكان وذلك يتمثل فيما يلي:

• المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات الخاصة بالمحيط ومكافحة الآفات الاجتماعية.

• المساهمة في تحسين مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم كما تعتبر المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ميدان التكوين الطبي والشبه طبي في السير الاستشفائي¹ وعددها في 2007 يقدر بـ 217.

ثانيا: المؤسسة الاستشفائية العمومية:

هي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي و تتكون من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء، وإعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان البلدية الواحدة و عدة بلديات بلغ العدد حسب إحصائيات 2007 بما يقدر 193 مؤسسة على المستوى الوطني و تتمثل مهامها في تكفل بصفة متكاملة بالحاجات الصحة للسكان.

أ) مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية: التكفل بصفة متكاملة للسكان وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية:

-ضمان تنظيم وتوزيع العلاج الاستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي.

-تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

-ضمان تحسين المستوى لمستخدمي المصالح الصحية وتجديد معارفهم².

-يمكن استخدامها مبدءا للتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في السير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين³.

¹ المادة 9 من الجريدة الرسمية المرسوم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007.

² حمود محمد الطاهر و بدوي إبراهيم، قياس ة تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية العمومية لتحسين الخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الدراسات الاقتصادية، المجلد 05 العدد 01 قسنطينة، جوان 2018، ص 13-14.

³ المادة 05: من الجريدة الرسمية المرسوم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007

4. إنعكاسات النظام الإصلاحي الجديد:

-تظهر الجودة في القانون التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات فيسير كل مؤسسة عمومية استشفائية و مؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، و تزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 والذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى الأولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية¹.

وقد اعطت وفتحت الإصلاحات الباب أمام القطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى أكثر من 3000 سرير، أما القطاع العام قد وصل أكثر من 62000. لقد فتحت الجزائر الباب أمام الاستثمارات خاصة الأجنبية ومن بين هذه الشركات الإصلاحية أي إصلاح العتاد وصيانتها، في حين فتحت الجزائر الباب للمؤسسات الكوبية متخصصة وخاصة في طب العيون في بعض ولايات الوطن (جلفة- الوادي -ورقلة)².

5. تقييم النظام الصحي الجديد في الجزائر:

يعاني قطاع الصحة العمومية من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، يمكن ارجاعها إلى ما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية الثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية³.

¹ جريدة الجزائرية الرسمية الجمهورية 20 ماي 2007، العدد 33، ص 10.

² عتيقة عائشة، مرجع سبق ذكره، ص 141.

³ عتيق عائشة، مرجع نفسه، ص 142.

وهذه الوضعية الحرجة للمؤسسات الصحية العمومية، كانت في القطاع الخاص الذي استفادة الكثير من هذه الوضعية، من خلال النمو المطرب لعدد المؤسسات الصحية الخاصة و كذا غلاء ثمن التشخيص الطبي، او حتى ثمن إجراء العمليات الجراحية ما أثار كثيرا على شريحة كبيرة من المجتمع الجزائري، خاصة الطبقة الكادحة كما يسميها الاقتصاديون، بالإضافة إلى عدم القوانين التي تنظم عمل هذه المؤسسات، مما دفعها إلى انتهاك حرمة العمل و النيل لمهنة الطب، من خلال التحايل على المرضى، هذا ما جعل القطاع الخاص خارج مجال المراقبة من طرف السلطات المحلية¹.

¹حروي بزاره عمر : مرجع سبق نكره، ص 95

خلاصة:

إن المتمعن في الأهداف التي جاء بها إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، يلاحظ أن هناك نوع من الاحتلال بين هذه الأهداف إمكانية تحقيقها في ظل تغيب أهم عنصر وجب أن يسمه الإصلاح وهو العنصر البشري الذي يعتبر الحلقة الغائبة أو المغيبة في عملية الإصلاح للمنظومة الصحية.

فتركيز على الجانب الهيكلي والمؤسستي هو إهمال الجانب البشري لا يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية، بل بالعكس سيؤدي إلى تعفن الوضع وهو ما يلاحظ من خلال التدهور الكبير الذي تعرفه جل المؤسسات الصحية في الجزائر، سواء من حيث التكفل الفعلي بالمرضى، او من حيث العلاقات الرسمية والغير الرسمية التي تربط العمال داخل المؤسسة.

فالعامل بالقوانين التي مر عليها حوالي 25 سنة، لم يعد يحقق التنمية المنتظرة في القطاع، لذلك من الضرورة بمكان المطالبة بتغييره، بحيث يبقى على المكتسبات الدستورية لشريحة واسعة من الشعب الجزائري، ويتمثل ذلك في مجانية العلاج حتى ولو كانت بأثمان رمزية .

فاهتمام ببناء الهياكل الصحية، وإهمال الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمستخدمين في قطاع الصحة، لا يؤدي إلى حل مشكل الصحة في الجزائر.

فاثمة

الخاتمة:

تعد المنظومة الصحية في الجزائر من بين أهم و أبرز القطاعات التي لاقت اهتماما كبيرا من طرف المخططات التنموية ،و ذلك من خلال عمليات الإصلاح التي عرفتھا المنظومة الصحية منذ الدولة استقلال إلى يومنا هذا ،و هذا الاهتمام راجع إلى أن الصحة هي حق من حقوق الإنسان ،لابد من ضمانها لكل مواطن هذا من جهة ،وكونها مؤشر من مؤشرات تحقق التنمية من جهة أخرى، فتحقيق تنمية صحية إذن مرهون بجملة من البرامج و الإستراتيجيات، التي تحاول وزارة الصحة بلوغها من خلال إعادة بناء السياسة الصحية بما يتماشى من التقدم الحاصل على المستوى العالمي ،فالمنظومة الصحية و إصلاحها من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم لتوفير الرعاية الصحية .

و في الأخير، يمكن القول إن واقع الصحة العمومية الجزائرية اليوم رغم التطور الذي شهدته في السنوات الأخيرة و محاولات لرفع مستوياتها و ترقيتها ،إلا أنها لاتزال بعيدة عن المستوى المأمول ،نظرا لعدة عوامل أثرت سلبا على تطورها ،لعل أبرزها ضعف التنسيق بين مختلف قطاعات المجتمع من أجل المحافظة على الصحة العمومية ،فقضية حماية الصحة و تحسينها ليست معنية به قطاع الصحة فقط كما أشرنا ،إضافة إلى ذلك فإن النظام الصحي الوطني رغم ما عرفه من إصلاحات إلى أنه لا يزال يسجل عدم قدرته على الاستجابة بالحجم الكافي و النوعي للمتطلبات الصحية المتنامية للسكان ،وهو ما يعكس ضعف فعاليته ،فتحقيق التنمية الصحية يتطلب مشاركة جميع الأطراف ذات العلاقة في العملية التخطيطية للتنمية المجتمعية ،مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار التحديات الجديدة المتعلقة بتغيير الخريطة الصحية و الهرم السكاني . ونستنتج من دراستنا:

- هناك توزيع غير عادل للطاقت الطبي بين منطقة وأخرى مع عدم توفير اليد العاملة الماهرة والمتخصصة.

- جعل الطب مجاني في المؤسسات العمومية.

- إجبارية التلقيح ومجانيته خاصة لدى الأطفال.
 - تقسيم الهياكل إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
 - تقسيم الخدمات الصحية بين الكشف والوقاية والاستشفاء.
 - تكفل الدولة بكافة النفقات الخاصة بقطاع الصحة العمومية.
 - غياب الإرادة السياسية في إصلاح المنظومة الصحية.
 - غياب أهداف المنظومة الصحية الجزائرية.
 - توفير هياكل صحية بعيدة كل البعد عن المعايير الدولية، فهي أصبحت قديمة ولا تتماشى مع التطور الحاصل.
 - تراجع الوفيات بشكل عام، انخفاض محسوس في وفيات الأمهات والأطفال، استئناف الولادات، ارتفاع معدلات الزواج، ارتفاع محسوس للعمر المرتقب عند الولادة.
 - لقد بينت المؤشرات الوبائية زوال بعض الأمراض المتبقية، والاتجاه الصريح للقضاء على الأغلبية منها خاصة القابلة للمراقبة بواسطة التلقيح.
 - نرى أيضا ارتفاع الأمراض غير المتنقلة، مثل ضغط الدم -الشرائبي، السرطان والسكري، أصبحت الوضعية الوبائية متشابهة تماما مع الدول المتقدمة.
 - في مجال الدواء بالرغم من وتيرة النمو التي شهدتها إلا أنه نسجل ضعف نسبة الاستهلاك لدواء الجنس على المستوى الوطني الناتج عن ضعف التغطية.
 - في مجال جودة الخدمات وتشغيل المصالح الصحية، فإن المعطيات المتوفرة تشير إلى عدم تناسب سوء وضعف تسيير المصالح الصحية.
- في ضل دراستنا لهذا الموضوع خرجنا بجملة من الاقتراحات و التوصيات، بحيث نرجو تقريب الصحة من المواطن من خلال الصحة الجوارية، تحقيق مبدأ التدرج في العلاج، لاسيما إعادة الاعتبار للوقاية و العلاج القاعدي أو الأساسي .و أيضا تكفل الدولة بتحول الوبائي و اتخاذ الطرق للقضاء عليه مثل التلقيح الإجباري خاصة لدى الأطفال، دون أن ننسى القضاء على الفوارق الجهوية و التغطية الصحية، كما نأمل التطور التدريجي لجودة

الخدمات الصحية، و محو الفوارق ما بين و داخل الولايات الوطنية، و أيضا وضع نظام للمعلومات و اليقظة الصحية.

دفع عجلة التطور لتسيير المستشفيات والقطاعات الصحية، أيضا إعطاء أولوية لمعايير الجودة ومؤشرات الأداء للهيكل الصحية والعمل بها.

قائمة

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1.المصادر:

القوانين والمراسيم:

- الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة الرابعة من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 أكتوبر 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 08، الصادرة في 1985/2/16.
- الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة الخامسة، الأمر رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007.المتعلق بالمؤسسات العمومية الإستشفائية، العدد 33، الصادرة ب 2007/5/23 .
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية من المرسوم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق ب الصحة الجوارية، العدد 33، الصادرة في 2007/5/23.
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية قانون73-65 مؤرخ في 28ديسمبر 1973 ، يتضمن تأسيس الطب المجاني في قاعات العمومية ،العدد الأول ،صادر في 01 يناير 1974 .
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الأمر رقم 65-182 مؤرخ في 10 يوليو 1965 المتعلق ب تأسيس وزارة الصحة.
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية القانون رقم70-53 المؤرخ في 21 يوليو 1970 والمتعلق ب تأسيس الحكومة.
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المرسوم التنفيذي رقم 74-01 المؤرخ في 1974/01/16، المتضمن مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الإجتماعية.

- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية القانون رقم 69-96 المؤرخ في 08 جويلية 1969 المتعلق ب إجبارية التلقيح و مجانيته .
- الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية: قانون 11/83 المؤرخ في 21 رمضان 1403هـ الموافق لـ 02 جويلية 1983م، يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، العدد 28، الصادرة 3 جويلية 1983م .
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية القانون رقم 85-05، المؤرخ في 16 فبراير 1985 يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، الصادرة في 17 فبراير 1985، العدد 8.
- جريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الأمر 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007، العدد 33، ليوم الأحد 03 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 20 ماي 2007. المتعلق ب المؤسسات العمومية الإستشفائية و الصحة الجوارية .
- الجريدة الرسمية الجزائرية المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 2 يناير 1993 المتضمن بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، العدد رقم 02، الصادرة في 03 يناير 1993.
- الجريدة الرسمية الجزائرية المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 09/2/1994 و المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، العدد رقم 9، الصادرة في 16/02/1994.
- الجريدة الرسمية الجزائرية المرسوم التنفيذي 108/95 المؤرخ في 9/4/1995 يتضمن إنشاء وكالة وطنية للدم، العدد 21، الصادرة في 19/4/1995.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976، الباب الأول فصل الثاني (الاشتراكية)، مادة 67.

2. المراجع:

الكتب:

- أبو القاسم سعدالله: الحركة الوطنية الجزائرية، ج1، دار المغرب الإسلامي، بيروت، 1992.
- الدماش طلعت: اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر 1999.
- الخياطي مصطفى: الأوبئة والمجاعات، منشورات ANEP، طبعة المؤسسة الوطنية للاتصال النشر والإشهار، روية 2013.
- الخياطي مصطفى: الطب والأطباء في الفترة الاستعمارية، منشورات ANEP، طبعة المؤسسة الوطنية للاتصال النشر والإشهار، روية 2014.
- حاروش نور الدين: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتابة، للنشر والتوزيع، الجزائر العاصمة، الطبعة الأولى 2009.
- فجيويران جوسيب ومارتن ماكي، ترجمة تسبر كايدي كامبي، النظم الصحية والثورة والرفاهية الاجتماعية، تقييم الحالة الاستثمار في النظم الصحية، مركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، كويت، سنة 2015.
- راغب النجار فريد: إدارة المستشفيات وشركات الأوبئة، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2015، ص 51.
- زياب صلاح محمود: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، المنظور الشامل، دار الفكر، عمان، 2009.
- زياب صلاح محمود: إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- الرسائل والمذكرات:
- بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة مقدمة لنيل

- شهادة دكتوراة في العلوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2018.
- حسيني محمد العيد: السياسة العامة للصحة في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، سنة 2013.
- طاهري طيبة: طرق تمويل المؤسسات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص نقود وتمويل، جامعة بسكرة، 2008.
- مقدم طارق: إصلاح المؤسسة الصحية من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، فرع إدارة أعمال، جامعة الجزائر، 2008.
- مجاهد يمينة: تاريخ الطب في الجزائر في ظل الاستعمار الفرنسي (1830-1962)، أطروحة دكتوراة في التاريخ الحديث والمعاصر، جامعة وهران (2017-2018).
- سويسي دلال: نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة للصحة العمومية الاستشفائية، مذكرة لنيل مكملة لنيل شهادة ماجستير في العلوم تسيير تخصص علوم معلومات ومراقبة التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة سنة 2013.
- سلطان وفاء: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، دراسة ميدانية لولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، في علوم التسيير شعبة تسيير منظمات، جامعة باتنة 1، 2016.
- عيساوي نصر الدين: مراقبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية، دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، رسالة ماجستير في الاقتصاد المالي، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، 2004-2005.
- علي دحمان محمد: تقييم مدى فعالية الاتفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه تخصص تسيير مال العامة، جامعة أبو بكر بالقايد جامعة تلمسان، 2017.

- علي دحمان محمد: تقييم نفقات الصحة و التعليم ،رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ، تخصص تسيير مالية عامة ،جامعة أبو بكر بالقايد تلمسان ،(2010-2011).
- عتيق عايشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بالقايد تلمسان (2011-2012).
- خروبي بزارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03 ،2011. الدوريات (المجلات والجرائد):
- بن زيان ايمان واوشن ريمة: واقع أداء النظام الصحي في الجزائر، دراسة تحليلية، صادرة عن كلية علوم اقتصادية وعلوم التجارة، جامعة باتنة.
- بن لوصيف زين الدين: تسيير مؤسسات الصحة العمومية في المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة سكيكدة، 2003.
- بوشلاغم عميروش وشرفي منصف: واقع آفاق المنظومة الصحية، مجلة الدراسات الاقتصادية، المجلد 04، العدد 03_ ديسمبر 2017، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة.
- بومعروف الياس وعماري عمار: من أجل تنمية مستدامة في الجزائر، مجلة باحث، عدد07، 2010، جامعة سطيف.
- درسي أسماء: تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة (2004-2013)، مجلة الجزائر للعلوم والسياسة الاقتصادية، العدد06، 2015.
- زايدي عز الدين: الجزائريون والأوضاع الصحية الجديدة خلال المرحلة الأولى من الاحتلال، المجلة الجزائرية للبحوث والدراسات التاريخية المتوسطة، المجلد07، العدد 01، 2011.

- حمود محمد الطاهر وبدوي ابراهيم: قياس وتقييم أداء المؤسسات الاستشفائية العمومية لتحسن جودة الخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الدراسات الاقتصادية، المجلد 05، العدد 01 قسنطينة، جوان 2018.
- حلوان بلقاسم: النهج التعاقدى كنمط جديد في مجال السير، مجلة المسير، عدد خاص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جويلية 1998.
- كرمين سميرة: تقييم نتائج السياسة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، مجاة البحوث والدراسات التجارية، المجلد 05، العدد 02، سبتمبر 2021، معسكر.
- ل حسينة: تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال، جريدة المساء، نشر في 2012/07/05 تاريخ الاطلاع 2022/05/07، الموقع الالكتروني <http://WWW.el-massa.com>
- ل حسينة: الجزائر واجهة تحديات لضمان العلاج دون شروط، جريدة المساء، تاريخ الاطلاع 2022/05/17 على الموقع الالكتروني <http://WWW.el-massa.com>
- رحمانية سعيدة: الوضعية الصحية والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، قسم علوم الاجتماعية، جامعة مسيلة، العدد 04، مارس 2015.
- عياشي نور الدين: المنظومة الصحية الجزائرية، بين إشكالية عرض العلاج وترشيد النفقات، مجلة منتدى الأستاذ، العدد 20، جوان 2017.

التقارير:

- الديوان الوطني للإحصائيات (حوصلة إحصائية 1962-2011) فصل محاسبة والصحة WWW.ons.dz/lmg/pdf/ch5-sante-arabe.pdf
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، جانفي 2003.

- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي، حول البيئة في الجزائر ورهانات التنمية، منشورات المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الدورة التاسعة، جويلية 1997.
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي، حول التنمية البشرية، الدورة العامة الثالثة عشر، الجزائر سنة 1998.

المدخلات:

- ولد البنية كريم: المستشفى في المشروع الاستعماري الفرنسي في الجزائر، الملتقى الوطني حول الصحة والوضعية الصحية في الجزائر إبان الاحتلال الفرنسي، يومي 12-13 ماي 2009، جامعة الجيلالي الياصب، سيدي بلعباس.

مراجع أجنبية:

- Edition ، la santé Consommation ou Investissement،- J .F.NYS
paris 1981.،ECONOMICA
- OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un
Genève2000.،systeme de santé plus performat

فہرست المحتویات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	إهداء
	الشكر و التقدير
أ-هـ	مقدمة
الفصل الأول مدخل مفاهيمي حول المنظومة الصحية في الجزائر	
07	تمهيد
08	أولاً: ماهية المنظومة الصحية الجزائرية
08	1- تعريف المنظومة الصحية
10	2- الوظائف و الأهداف الإستراتيجية للمنظومة الصحية
10	أ. الوظائف الأساسية للمنظومة الصحية الوطنية
11	ب. الأهداف الإستراتيجية للمنظومة الصحية
12	3- مكونات النظام الصحي الجزائري
14	ثانياً: نبذة عن واقع الصحة في الجزائر قبل الاستقلال
14	1- المستوى الصحي في تلك الفترة
16	2- الأمراض و الأوبئة في الفترة الاستعمارية
21	3- الخدمات الصحية في الجزائر في عهد الاستعمار
24	خلاصة
الفصل الثاني المنظومة الصحية الجزائرية في الفترة الاشتراكية(1962-1989)	
26	تمهيد
27	أولاً: واقع الصحة في فترة احمد بن بله 1962-1965
28	ثانياً: المنظومة الصحية في فترة هواري بومدين 1965-1978
29	1. قانون مجانية الصحة
33	2. إنعكاسات نظام مجانية العلاج
34	ثالثاً: تمويل المنظومة الصحية ومصادرها في الفترة الإشتراكية
39	رابعاً: فترة الشاذلي (1979-1989)

41	1. قانون حماية الصحة وترقيتها.
47	الخلاصة
الفصل الثالث المنظومة الصحية الجزائرية في الفترة الرأسمالية	
49	التمهيد
50	أولاً: المنظومة الصحية الجزائرية (1990-2008)
50	1. فترة 1990-1999 الوضع الصحي في الجزائر في هذه الفترة
52	2. فترة من 2000/2008
53	3. الوضعية الوبائية في هذه الفترة.
55	4. التمويل و مصادره للمنظومة الصحية في فترة التعددية الحزبية (رأس المالية)
57	5. التعاقد حسب المنظمة العالمية للصحة
59	ثانياً: عملية إصلاح المستشفيات
59	1. مبادئ و أهداف عملية اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
60	2. قانون إصلاح المستشفيات 2007
63	3. هيكله
65	4. انعكاسات قانون اصلاح المستشفيات
65	5. تقييم نظام اصلاح المستشفيات
67	الخلاصة
69	الخاتمة
73	قائمة المصادر والمراجع
81	فهرس المحتويات
	الملخص

ملخص

هدفت دراستنا، لدراسة تطور المنظومة الصحية بالجزائر من بعد الاستقلال إلى غاية 2008، وقد مر هذا التطور بجملة من الإصلاحات والتغييرات من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، وهذه التغييرات كانت عبر مراحل عديدة، بالإضافة إلى عدة إنجازات التي حققتها المنظومة الصحية الجزائرية من خلال تطبيقها لمختلف المخططات التنموية وتوصلنا في النهاية إلى عدة نتائج، كان أبرزها:

المساواة في العلاج بين المواطنين تحسين الصحة وترقيتها خاصة في القطاعات العمومية. كذلك تقريب الصحة من المواطن وهذا من خلال الصحة الجوارية.

Summary

Our examination, to study the development of the Algerian health system from the Independent to 2008. This development has undergone a game of reforms and changes in terms of health structure; and these changes have been over many stages. In addition to several achievement of the Algerian health system by applying various developmental schemes,

In the end, we came to number of results, most notably: Equal treatment among citizens, improvement of health, especially in public sectors. It also brings health closer to citizen and that through neighborhood health.