جامعة مُحَّد خيضر - بسكرة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية

واقع القطاع الصحي الخاص و تأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر
" دراسة حالة عيادة الرازى ببسكرة"

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية
تخصص : السياسة العامة والادارة المحلية

إعداد الطالبة :
دوناس حفيظة

إشراف الأستاذ :
حتحوت نور الدين

لجنة المناقشة

رئيسا	
مشرفا ومقررا	**أ.حتحوت نور الدين**
عضوا مناقشا	

الموسم الجامعي: 2014/2013

شكـــــــــــــــــر و عرفـــــــــــــــان

الحمدلله الذي أنار لي درب العلم والمعرفة وأعانني على أداء هذا الواجب ووفقني إلى إنجاز هذا العمـــل

أتوجه بجزيل الشكر والإمتنان إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل و اخص بالذكر الأستاذ المشرف "حتحوت نور الدين " الذي لم يبخل علي بتوجيـــهاته ونصائحه القيمة التي كانت عونا لـــي في إتمـــام هذا البحث

ولا يفوتني أن أشكر موظفة عيادة الرازي " طهراوي ياسمين"

الإهـــــــــــــــــداء

الحمد لله رب العالـــمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسليـــــــن

أهـــــــــدي هذا العمـــــــــــــــــــــــل إلى:

من ربتني وأنـــــارت دربـــــي وأعانتـــني بالصـــلوات والدعـــوات

إلى أغلى إنســـــــــان في هذا الوجـــــــــــود

أمـــــــــــي الحبيـــــــــــــــبة

إلى أخـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــي

عبد القـــــــــادر

إلى أخـــــــــــــــــــــــــــــــواتي

هـــــاجر ، لـــــيلى ، سمـــــاح

إلى من عمـــل معي بكـد من أجـل إتمـــام هذا الموضـــوع

إلى زميـــــــــــلاتي بالدراســـــــــة

فطـــــــيمة ، تهـــــاني ، خيـــــرة

إلى زمـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــيلي

لحمـــــــــــــــادي ربيـــــــــــع

إلى جميع اساتذة قسم العلوم السياسية

إلى طلبة السنة الثانية ماستر تخصص سياسة عامة وا إدارة محلية وبالأخص فوج 02

مقـــــــدمـــة

قطعت الجزائر أشواطا كبيرة في تطوير قطاع الصحة، حيث كان هذا الأخير ضمن القطاعات التي منحتها الدولة الأولوية منذ الإستقلال، بعد أن ورثت عن الاستعمار وضعية صحية متدهورة ، مع إنتشار العديد من الأوبئة المرتبطة بالظروف المعيشية المتردية لأغلب الجزائريين و منها التيفوئيد و الكوليرا، الملاريا، السل، و الإسهال، والتي كانت كلها سريعة العدوى، وقاتلة، وقد فتكت بعدد كبير من الجزائرين وكان أول تحد للجزائر بعد الإستقلال يتمثل في كيفية التقليل من الإصابات بهذه الأوبئة كأول خطوة ثم القضاء عليها نهائيا، من خلال مجانية العلاج، وتوفير التلقيحات الضرورية للحد من إنتشار هذه الأمراض خاصة خارج المدن الكبرى، و قد تمحورت آنذاك إستراتيجية تطوير قطاع الصحة حول تحسين التغطية الصحية وتحسين الوضعية بشأن مكافحة الأوبئة. وقد تميزت الحقبة الزمنية ما بين نهاية الستينات ونهاية السبعينات بإعطاء العلاج الأولي الأولوية، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية، بالإضافة إلى إنطلاق الحملات الوطنية للتلقيح ضد شلل الأطفال ومكافحة الملاريا، غير ان التغطية الصحية في تلك الحقبة والتي تلتها لم تكن بصفة متعادلة بين سكان المدن الكبرى، والمناطق الداخلية والريفية بصفة عامة، وهذا الخلل إستدركته الدولة من خلال السياسة الصحية التي سطرتها خلال العشرية الأخيرة، لضمان تغطية متكافئة بين كافة السكان على كامل التراب الوطني الكبير.

و مع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية من جهة، و زيادة وعي و اهتمام الزبون (المريض) بالحصول على الخدمات الصحية التي تلبي حاجياته و تحقق رغباته من جهة أخرى ظهرت رهانات جديدة أمام الدولة في تخطيط سياسات في كيفية الحصول و الحفاظ على الرضا المريض، و التي اعتبرت الدافع وراء الاهتمام بجودة خدماته و التميز في خدمة زبائنها، وهذا ماجعلها

تفتح المجال امام المستثمرين المحليين بفتح عيادات خاصة كمساهمة في سبيل تحسين مستوى الخدمات الصحية بالبلاد .

1- **أهمية الموضوع** :

إن الموضوع محل الدراسة يكتسي أهمية كبيرة من جانبين رئيسيين هما : الاهمية العلمية و الاهمية العملية وسنتطرق لكل جانب على حدى :

1- الأهمية العلمية :

تظهر الأهمية العلمية للسياسة الصحية والقطاع الصحي الخاص ضمن منظومة السياسة العامة في كونهما احد الموضوعات الهامة والمعقدة واللذين تناولهما العديد من الباحثين والمختصين في مجال السياسة العامة .

وتعتبر صحة الأفراد وما لهامن إنعكاسات سياسية وا إقتصادية و إجتماعية أحد الموضوعات التي لاقت إهتمام العديد من الهيئات الوطنية والدولية والحكومية والغير الحكومية والمؤسسات التعليمية

(الجامعات والمعاهد العلمية المتخصصة) ورجالات السياسة والإقتصاد الذين قاموا بإجراء دراسات وا إصدار أبحاث ونشرات تختص بمختلف أبعادها وا إنعكاساتها على مختلف المجالات الحياتية ، وبهذا الشأن عقدت العديد من المؤتمرات الوطنية والدولية حول أهمية صحة الأفراد وتأثيرها بشكل سلبي أو ايجابي على حياتهم .

2- **الأهمية العملية** :

نجاح أو فشل السياسات الصحية تكون بإشراك القطاع الصحي الخاص لضمان تغطية صحية للأفراد ، فالمشاكل الصحية التي يتخبط فيها المواطن الجزائري وسوء تسيير المستشفيات العمومية والبيروقراطية جعلت من الضروري بالنسبة للسلطات العامة إعادة النظر في المنظومة الصحية

وا عطاء الفرصة للمستثمرين للإستثمار في قطاع الصحة وفتح عيادات خاصة ، هذه الأخيرة التي من شأنها المساهمة في تحسين وتطوير السياسة الصحية العامة في الجزائر ، لكن هذا القطاع أصبح في اللآونة الأخيرة يسعى بدرجة كبيرة للربح بالرغم من أنه يخضع لراقبة وزارة الصحة والسكان وا صلاح المستشفيات .

2- **أهداف إختيار الموضوع :**

تتمثل أهداف إختيار الموضوع في :

- إهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة .
- المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية بالجزائر .
- قلة الأبحاث والدراسات المتعلقة بقطاع الخدمات الصحية وخاصة القطاع الخاص بإعتباره قطاع حساس جدا وحديث النشأة
- معرفة مدى مساهمة القطاع الصحي الخاص في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين والافراد.

3- **أدبيات الدراسة** :

أ- <u>الكتب :</u>

- كتاب إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، كتاب من تأليف نور الدين حاروش ، دار كتامة للكتاب ، الجزائر : 2007.

كتاب خاص بإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر قام فيه الكاتب بتحليل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر منذ الإستقلال إلى غاية 2007 لمعرفة البرامج والسياسات المسطرة ومعرفة النتائج ومقارنتها بالإمكانيات المتوفرة ، وبعد عرض

لمختلف المراحل التي عرفتها الأوضاع الصحية في الجزائر ليصل الكاتب إلى إستنتاجات أهمها الرهانات التي رفعتها الخلفية الإيديولوجية لصناع السياسات الصحية في الجزائر كان له بالغ الأثر على نوعية هذه السياسات .

- كتاب إدار ة الخدمات الصحية ، من تأليف الدكتور صلاح محود ذياب ، دار الفكر ناشرون وموزعون ، 2009.

تناول فيه الكاتب المفاهيم الأساسية للإدارة الصحية ووظائفها بشكل مختصر مع التركيز على التخطيط الصحي و أهداف المؤسسات الصحية وركز أيضا على جودة الرعاية الصحية و إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مع التوضيح الكامل لجوانب الجودة وتطبيقها في المراكز و المؤسسات الصحية كما بين مفاهيم السلامة المهنية والصحية في المؤسسات والمراكز الطبية مع التركيز على المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها المؤسسات الصحية وكيفية التخلص من النفايات.

- إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها ، كتاب من تأليف محمد الصيرفي ، دار الفكر الجامعي : 2009.

تطرق فيه الكاتب إلى مفهوم المستشفى وعرض أهم وظائفها ثم أنواعها والمهارات الإدارية والسلوكية الواجب توفرها في العاملين في المستشفيات من الرئيس للمرؤوسين .

ب- الرسائل الجامعية :

أما عن المذكرات فهناك العديد من الباحثين الذين تناولوا موضوع السياسة الصحية العامة في الجزائر نذكر منهم :

- مذكرة ماجيستير غير منشورة ، من إعداد زروالية رضا ، تخصص علم الإجتماع الحضري ، جامعة الحاج لخضر باتنة تحت عنوان : التحضر والصحة في المجتمع الجزائري (دراسة ميدانية بحي بارك أفوراج مدينة باتنة ، تطرق صاحبها الى الخلفية السوسيولوجية للتحضر والمجتمع الجزائري ، أيضا تناول الباحث الخلفية المعرفية للصحة ، تناول أيضا السياسة الصحية في الجزائر من خلال توضيح تعريف السياسة الصحية في الجزائر .
- مذكرة ماجيستير غير منشورة من إعداد حسيني محمد العيد ، تخصص سياسة عامة ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة تحت عنوان السياسة العامة الصحية في الجزائر(دراسة تحليلية من منظور الإقتراب المؤسسي الحديث 1990- 2012) ، تطرق فيها صاحبها الى نشأة وتطور السياسة العامة ثم تناول المداخل النظرية لدراسة السياسة العامة ثم تناول السياسات الصحية ماهيتها وأهدافها وادواتها وفي الاخير وضح التفسيرات النظرية للإصلاحات التي مست السياسة الصحية في الجزائر في الفترة مابين 1990- 2012.
- مذكرة ماجيستير غير منشورة ، من إعداد خروبي بزارة عمر ، تخصص رسم السياسات العامة ، جامعة الجزائر 3 تحت عنوان إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1990- 2009 (دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف).

تناول فيها الباحث التطور الكرونولوجي (التاريخي) للمنظومة الصحية في الجزائر ، والظروف الصحية التي ميزت الجزائر عبر ثلاث مراحل أساسية قبل الاستعمار الفرنسي ومرحلة الإستعمار ومرحلة إسترجاع السيادة الوطنية ثم تطرق الى مراحل عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر في الفترة الزمنية 1990- 2009.

4- **مقدمة السؤال المركزي** :

صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه ، وذلك من أجل استمرارها بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية ، وبإعتبار أن السياسة الصحية هي مجموعة الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية يقوم على تسييرها افراد ذوي مهارات وتخصصات مختلفة ، يعتبرون المحرك الرئيسي لها ، أصبحت السياسة الصحية في الجزائر تواجه مشاكل وصعوبات في تحقيق الأهداف الرامية الى تحسين الخدمات الصحية التي يستفيد منها المواطن الجزائري ، لذا سعت الدولة الجزائرية من خلال مجموعة الإصلاحات التي قامت بها الى فتح المجال أمام المستثمرين بفتح عيادات خاصة لمحاولة حل المشاكل التي أصبحت تؤثر بشكل سلبي على صحة المواطنين ، ومن ثم أصبح للقطاع الصحي مكانة فعالة داخل المنظومة الصحية الوطنية ، ومن هذا المنطلق نطرح الاشكالية التالية :

- كيف يساهم القطاع الصحي الخاص في ترقية السياسة الصحية العامة في الجزائر ؟

تحت الإشكالية تندرج مجموعة من الأسئلة الفرعية :

1- مامفهوم السياسة الصحية ؟

2- ماهي المراحل التي مرت بها السياسة الصحية في الجزائر من الإستقلال ؟

3- هل يلعب القطاع الصحي الخاص دورا في تطوير السياسات الصحية العامة في الجزائر .

وكمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات قدمنا الفرضيات التالية :

- لقد تطورت السياسات الصحية العامة في الجزائر من الاستقلال بحسب احتياجات كل مرحلة .

- بروز دور القطاع الصحي الخاص في الرفع من مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.
- يساهم القطاع الصحي الخاص في ضمان الرعاية الصحية وترقية السياسات الصحية العامة في الجزائر .

5-المناهج والاقترابات المستعملة :

- المنهج التاريخي :

وهو المنهج الذي يعتمد على سرد الوقائع للظروف والمحيط الذي تحكم في ميلاد هذه الظواهر .

وقد إستعملنا المنهج التاريخي من خلال تطرقنا إلى نشأة وتطور السياسة الصحية والقطاع الصحي الخاص في الجزائر من أجل تعقب التطور التاريخي للظاهرتين ومحاولة ربط الماضي بالحاضر .

- الإقتراب القانوني المؤسسي :

وذلك بالرجوع الى النصوص القانونية والدستورية والاجراءات التنظيمية المنظمة للمستشفيات الخاصة ، ايضا اجراء دراسة ميدانية لاحد المؤسسات الصحية الخاصة (عيادة الرازي) التي تلعب في وقتنا الحالي دورا فعالا في التغطية الصحية العامة في الجزائر، وذلك بالتعرف على أهذافها وواقه العمل فيها .

- الأداة : اما الجانب التطبيقي إعتمدنا على وسيلة او أداة المقابلة ، وهي مايطلق عليها إتصال ، مواجهة ، بين طرفين أحدهما الباحث او القائم بإدارة المقابلة والطرف الآخر هو المبحوث ، وذلك بقصد حصول الأول على معلومات من الثاني في موضوع معين.

6-تقسيم الدراسة :

لقد إعتمدنا على خطة ثلاثية الفصول ، تناولنا في الفصل الاول الى نشأة وتطور السياسية الصحية في الجزائر بتقسيم الدراسة الى مبحثين ، حيث خص المبحث الأول للإطار المفاهيمي للسياسة الصحية ،مفهومها وأهميتها أهدافها وتقسيماتها والمقومات الأساسية لها .

أما المبحث الثاني فتناولنا فيه التطور التاريخي للسياسة الصحية العامة في الجزائر عبر ثلاثة مراحل.

أما الفصل الثاني فتطرقنا في المبحث الأول الى واقع وتحديات القطاع الصحي الخاص في الجزائر حيث تطرقنا الى نشأه وتطوره وخصائصه وهياكله وواقعه وأهم التحديات التي يواجهها، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه القطاع الصحي الخاص في ظل السياسات الاقتصادية الجزائرية والذي كان في مرحلتين وهما مرحلة الإشتراكية ومرحلة التعددية وأخيرا تطرقنا الى آفاق الرعاية الصحية الخاصة .

أما الفصل الثالث فقد خصص للدراسة الميدانية والتي هي عبارة عن دراسة حالة عيادة الرازي ببسكرة من أجل معرفة مدى مساهمتها في ترقية وتطوير السياسة الصحية العامة في الجزائر .

7- صعوبات الدراسة :

الصعوبات التي واجهت الباحثة في إعداد هذه المذكرة هي :

- نقص المراجع حول موضوع السياسة الصحية وخاصة السياسة الصحية في الجزائر.
- الإلمام التام للمراجع حول القطاع الخاص في الجزائر نظرا لحداثة نشأته.
- صعوبة الحصول على معلومات من العيادة الخاصة محل الدراسة .

الفصل الأول

نشأة و تطور السياسة الصحية العامة في الجزائر

تمهيد

لا شك أن الجزائر ومنذ الإستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي إعتبر مكسبا ثوريا، وهو الآن حق من حقوق المواطن، هذه السياسات عرفت نجاحات وإنتكاسات وذلك عبر المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر، وسنحاول في هذه الفصل التطرق الى مجمل هذه السياسات و تحليل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2012.

إن وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال كانت متردية جدا، إذ كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها الملاريا، والسل، والكوليرا، والتيفوئيد، والإسهال...إلخ ، وهذه الأخيرة ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من طرف المستدمر، فمن الظاهر جليا غداة الاستقلال هو تحديد الأولويات والتركيز على سياسات وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية [1] .ثم الإنتقال تدريجيا بالتوازي مع التحول الديمقراطي و إنفتاح السوق إلى دعم إستثمار القطاع الخاص ليصبح فاعلا أساسيا في مختلف المجالات .

[1]- **Algerie guide économique et social**, (Rouiba: ANEP), 1991, p. 334.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية

تعمل أي دولة على توفير الخدمات العمومية في ظل سياساتها الإقتصادية ومن بين أهم هذه الخدمات تقديم الرعاية الصحية لمواطنيها من خلال إتباع سياسات صحية تجدها ناجعة لضمان التغطية الصحية وفي هذا المبحث سنتطرق الى الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية وأهميتها وأهدافها وتقسيماتها ومقوماتها الأساسية.

المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية

قبل التطرق للسياسة الصحية يجدر بنا أن نقدم تعريفا لكل من الصحة و المرض و السياسات.

1- مفهوم الصحة : بالرغم من أنه يمكن بيع و شراء الخدمات الصحية إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الإتجار بالصحة و يصعب تعريف الصحة، بل إن قياسها أصعب إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا تعني الحياة فقط بل تعني القدرة على التمتع بها[1].

- التعريف اللغوي و الإصطلاحي للصحة:

- التعريف اللغوي:

قال شارح القاموس لسان العرب بأنه قد وردت على فعل بالضم و فعله بالكسر في ألفاظ هنهلامكالقل و القلة ، و الذل و الذلة، و الصِحاح خلاف السقم و ذهاب المرض، و قد صح فلان من علته، و إستصح[2].

و في اللغة الفرنسية SANTE أصل هذه الكلمة في اللغة اللاتينية "SALUTARE" "SALUTAVI" "SALUTO" و هي تعني: البقاء سليما معا في المحافظة على الجسم، أما في اللغة

[1] - طلعت الدمرداش، **إقتصاديات الخدمات الصحية**، مصر: ط2 (مكتبة القدس : الزقازيق)، 2006، ص 17

[2] - جمال الدين ابو الفضل محمد ابن مكرم ، **لسان العرب لإبن منظور** ، المجلد الرابع، ج28، ، القاهرة – مصر : دار المعارف، 1981، ص 2401.

اليونانيـة فكلمـة "UYLNG" أو "UGIES" تعنـي أن الإنسـان سـليم الجسـم و العقـل، و كـذلك كلمـة "SONARE" و "SANO" فـي اللغـة اللاتينيـة تعنـي جعلـه سـليم الجسـم، معالجتـه إرجاعـه إلـى جـادة الصواب[1].

أمـا فـي اللغـة الانجليزيـة ، أصـل كلمـة " HEALTH " هـو كلمـة "HAELB" و التـي تعنـي تمـام العقـل كـائن مكتمـل التمـام أو الحسـن، و فـي أصـول اللغـة الألمانيـة و الانجليزيـة "HAILTHO" أو "KAILO" تعنـي معـافى فـأل خيـر و تعنـي نفس الكلمـة الرفاهيـة و السـعادة و الكمـال و الأمـن عـن الإنسـان[2]. حالـة الجسـم فـي لحظـة معينـة، قـوة الجسـم و الـروح، المعافـاة مـن المـرض أو التشـوهات هـي الشرط الذي يكون فيه الجسم سليم العقل أو الروح و خصوصا عندما يكون الجسم متحرر من الأمراض و الآلام أو الحالة التي يكون عليها الجسم ذو صحة سقيمة أم ذو صحة جيدة[3].

- التعريف الإصطلاحي:

تعرف الصحة في الإصطلاح بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة ، وهو مفهوم فيه دلالة على إتساع أبعاده و إعتماد تعزيزها ، والإرتقاء بها على السلامة و الكفاءة الجسمية و العقلية ، و إرتباطها بالسياق الإجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير ، ويتوقف مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم .[4]

---

[1] -حسيني محمد العيد ، " السياسة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)"، رسالة ماجيستير ، (جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، 2012-2013) ، ص-ص 48-49.

-2- سعد علي العنزي ، **الإدارة الصحية** ، (عمان : دار اليازوردي للنشر والتوزيع)، 2009، ص 15.

[3] - بهاء الدين إبراهيم ، **الصحة والتربية الصحية** ، القاهرة : دار الفكر العربي (د س ن)، ص 20.

[4] - قندلي رمضان ، **الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقاربة)** ، مجلة دفاتر السياسة والقانون ، جامعة بشار (الجزائر) ، العدد 6 ، جانفي 2012 ، ص 219 .

وفي بداية القرن العشرين قدم "كلود برنار" الطبيب الفرنسي و رائد الطب التجريبي تعريفا للصحة : << تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية في جسمه>>[1].

و يعرفها الأستاذ "يوسف خياط" في معجمه للمصطلحات العلمية و الفنية فيقول:<< إن علم الصحة هو حفظ الصحة، و خصوصا مكافحة الضر من مؤثرات البيئية التي يعيش الإنسان و الحيوان فيها >>[2].

أما منظمة الصحة العالمية **OMS** فقد عرفت الصحة في المادة الأولى من ميثاقها ، أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ **1946/07/22** بنصها على أنها : " حالة من إكتمال السلامة بدنيا وعقليا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز ، ويهدف التعريف إلى " جعل كل الشعوب تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة " .[3]

وور د في ديباجة منظمة الصحة العالمية تحديد الدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن و السلم و الإستقرار و ذلك ضمن إطار يحوي مبدأين أساسين :

- مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن كحق أساسي من حقوق الإنسان بغض النظر عن الجنس أو الدين و الإنتماء السياسي أو الظروف الإجتماعية و الإقتصادية.
- إن صحة الشعوب هي أمر محو ري لتحقيق الأمن و السلم محليا و دوليا.

و بموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى << تحقيق حالة من السلامة العامة البدينة و العقلية و النفسية للفرد>> و قد حدد إعلان "**آلما آتا**" الشهير في الإتحاد السوفاتي في

---

[1] - نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** ،(الأردن : دار الثقافة للنشر و التوزيع) ، 2012، ص70

[2] - نور الدين حاروش ، نفس المرجع، ص 70

[3] - عبد المحي محمود حسن صالح ، **الصحة العامة بين البعدين الإجتماعي والثقافي** ،(مصر : دار المعرفة الجامعية)، 2003، ص 17.

عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريف للصحة بأنها لا تعني غياب المرض و الوهن فحسب بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدينة و الذهنية و الجسمية >>.[1]

ويعتبر إعلان "**ألما آتا**" إنطلاقة مهمة في سبيل النضال من أجل الصحة .[2]

عرف البنك لدولي **World Bank** الصحة بأنها << القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع و إنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه إزدياد الدخل و التعليم في سلوك الأفراد و مقدار النفقات و كفاءة إستخدامها في النظام الصحي في الدولة مع النظر لمدى إنتشار الأمراض في داخل المجتمع متلازما مع الظروف المناخ و البيئة>>[3].

و هناك تعريف آخر للصحة :<< هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، و هي علم و فن الوقاية من المرض و الإرتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات و تشمل العديد من المجالات و الميادين>>[4].

2- **مفهوم المرض**: و الجانب المقابل للصحة هو المرض لذلك لابد من تحديد مفهوم المرض لكي نوضح الصورة المحددة للصحة، حيث يمثل المرض كما وصفته الموسوعة للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض، و يعرفه قاموس "**وليستر**" بإعتبار حالة أن يكون الإنسان

---

[1] - خروبي بزارة عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) –دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف" **رسالة ماجستير** ، (جامعة الجزائر03 ، كلية العلوم السياسية والإعلام ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، 2010-2011) ، ص 14.

[2] - كامل مهنا ، **الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول** ، المؤتمر الوطني الأول تجمع للهيئات الأهلية في لبنان : قصر الأنيسكو ، 2 ديسمبر 1999، ص 6 .

[3] - خروبي بزارة عمر، نفس المرجع ، ص 14.

[4] - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي** ، (مصر: دار المعارف الجامعية)، 2004، ص 23

(*) **ألما آتا**: إعتماد إعلان «ألما آتا» في المؤتمر العالمي الذي عقد في مدينة »ألما آتا» عاصمة كازاخستان إحدى دول الإتحاد السوفياتي السابق في الفترة الواقعة بين 6 -12 /9/ 1978 حيث اجتمعت 134 دولة عضوا في منظمة الصحة العالمية. هذا الإعلان تم إشهاره بوثيقة هامة حول اعتماد الرعاية الصحية الأولية لأول مرة في التاريخ كإستراتيجية رئيسية لتحقيق الهدف المتمثل في توفير الرعاية الصحية للجميع.

معتل للصحة و أن يكون الجسم فحالة توعك بسبب المرض و المعنى الحرفي للمرض الإحتياج للراحة>>[1].

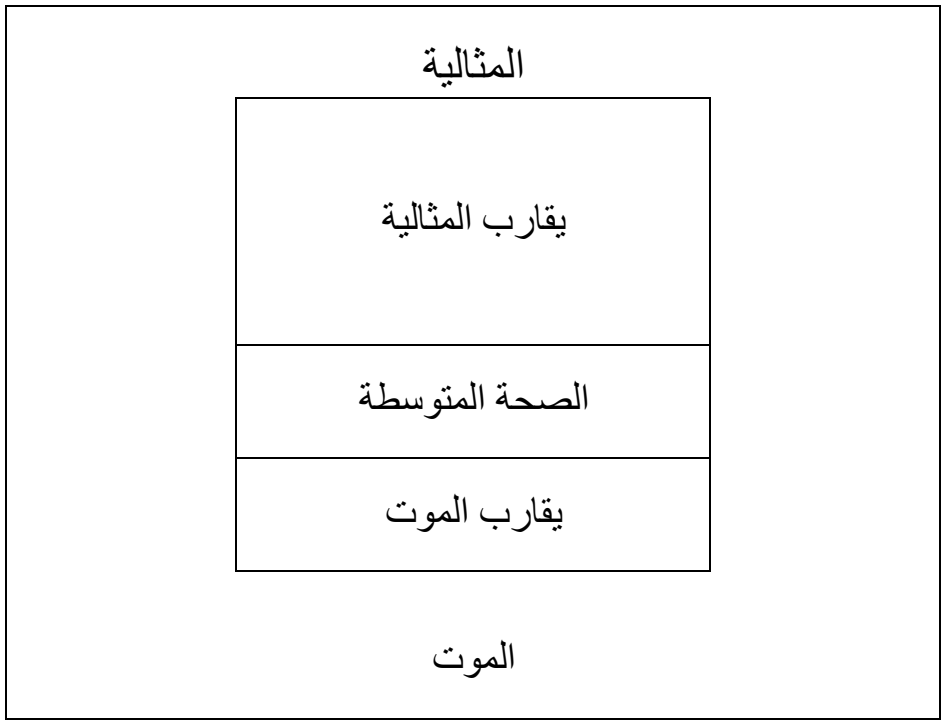
و يعرف الأستاذ "**إقبال إبراهيم**" و آخرون المرض على أنه المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام لوظيفته خير .كما يحدث المرض إذا إختل أو إنعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها [2].

و في ضوء المفهومين السابقين للصحة و المرض نستطيع أن نضع محددات لهما حيث الصحة المثالية و التدرج في الحالة الصحية الإنسان.

- **المستوى الأول** : الصحية المثالية و هي الحالة يكون فيها الفرد خالي تماما من الأمراض الظاهرية و الباطنية و متمتعا بكافة الجوانب الصحية و الاجتماعية .
- **المستوى الثاني**: الصحة الإيجابية النسبية حيث أن الفرد يستطيع مواجهة المشاكل و المؤثرات الاجتماعية و النفسية و الجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير.
- **المستوى الثالث** : و لا يظهر بصورة مباشرة و لكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض.
- **المستوى الرابع** : أن هناك ظهور ظاهر أي إختفاء الأعراض المرضية الظاهرة و لكن عند القيام بالتحليلات أو بالأشعة أو الفحوصات يكشف المريض أن هناك مرضا و لكن غير ظاهرا.
- **المستوى الخامس** : و هو ظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد أو الظهور علامات تتم عن لإصابة الفرد بمرض معين[1].

[1] - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سبق ذكره ، ص 23.

[2] - إقبال إبراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**_، (الإسكندرية : دار المعرف الجامعية) ، 1999، ص49.



المصدر: إقبال إبراهيم مخلوف،مرجع سابق،ص 49

3- مفهوم السياسات:

يمكن تعريف السياسات بأكثر من تعريف حيث يعرفها "**شايش مان** " على أنها مجموعة من الإجراءات يقصد التأثير على أهداف المجتمع من حيث تحقيق الحرية و الأمان و العدالة ، أما الآخرون أمثال "**جف جن**" فقد عرف السياسة على أنها وضع مجموعة من الحلول المعينة بهدف التأثير في أحداث معينة، و إذا ما طبقت على القطاع الصحي فإنها تكون وضع مجموعة من الحلول الصحية بهدف التأثير في أحداث صحية ملائمة، و توضع السياسات في العادة ضمن عبارات مفهومة وواضحة

[1] - سلوى عثمان الصديقي، نفس المرجع، ص ص 24-25.

مـا يـرد و مكتوبـة و بنـاءا عليهـا يعتبـر تصـرف الموظـف صـحيح أو غيـر صـحيح فـي ضوء ما يرد في هذه السياسات [1].

4- تعريف السياسة الصحية :

يشـير تعريـف الموسـوعة الدوليـة للعلـوم الاجتماعيـة إلـى أن السياسـات الصـحية هـي : مجموعـة مـن الأهداف والبـرامج الأساسـية المعلنـة فـي مجـال الصـحة ، تصـاحبها مجموعـة الأفعـال المتجسـة فـي قـرارات تشـريعية وتنفيذيـة وبـرامج العمـل المقترحـة للحكومـات ، تحـدد كيفيـة صـنع الأهـداف العامـة الصـحية مصـحوبة بكيفيـة التنفيـذ والإدارة للخـدمات الصـحية مـن إنخـراط الحكومـة وتأثيرهـا فـي نشـاطات كـل مـن القطـاعين الخـاص والعـام فـي المجـال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية .[2]

هناك تعاريف أخرى نذكر منها :

- السياسـة الصـحية : هـي موقـف الحكومـة الرسـمي فـي ميـدان الصـحة ، والـذي تعبـر عنـه مـن خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية .[3]
- أو هـي: مجموعـة مـن العلاقات المترابطـة والمتكاملـة مـن القـرارات والنشـاطات والتـي تشـكل جزءا من إستراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية .[4]
- أو هي : الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة .[5]

[1] - صلاح محمود ذياب ، **إدارة خدمات الرعاية الصحية.(**عمان ، دار الفكر ناشرون و موزعون)، 2009، ص 216

[2] - خروبي بزارة عمر ، مرجع سابق ذكره ، ص16 .

[3] - حسيني محمد العيد ، مرجع سابق ذكره ، ص 51.

[4] - صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق ذكره ، ص 216.

[5] - Magali Barbeiri , Pierre Centrelle , **Santé et population** , lieu non identifier , pp 51-65.

ويمكن تلخيص خصائص السياسة الصحية في تحديد الأولويات والأهداف وإختيار الطرق المناسبة لإنجاح هذه السياسة الصحية وتوفير قواعد قانونية لتسطير السياسة الصحية ومحاولات لإصلاح الخلل وفق مايتناسب وإحتياجات السكان [1].

المطلب الثاني: أهمية و أهداف السياسة الصحية :

تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية إتخاذ القرار في المؤسسة و تشكل إطارا عاما تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، و تحدد الخطوط العرضية للمؤسسة و الأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها، و هذه الكيفية ليست تفصيلية و إنما لبيان أهمية السياسات من خلال أن العمل لا يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطار عاما له[2].

و تنبع أهمية السياسات الصحية من خلال الأمور التالية :

1- رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية و بالتالي فان عملية الاستجابة لسياسة الصحية تكون أكبر ما يمكن عنده ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، و في الغالب فإن سياسات التطعيم مثلا تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم الصحي و بذلك فإنه الإهتمام و الإلتزام بهذه السياسة يكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا. و نستطيع القول ان الإلتزام و الإستجابة و الإهتمام بالسياسة الصحة مرتبطة إرتباطا وثيقا بالمستوى الإداري الذي قام بإتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية[3].

2- وجود عدة طرق و أساليب لوضع السياسات الصحية، فتعود طرق و ضع السياسات الصحية و أساليبها يعطي أهمية بهذه السياسات فأحيانا توضع هذه السياسات

2- Magali Barbeiri , Pierre Centrelle , , Op. cit , pp 51-65.

[2] - صلاح محمود ذياب،المرجع نفسه ، ص218.

[3] - فريد توفيق نصيرات ، **ادارة منظمات الرعاية الصحية** ، (عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع) ، 2008، ص 33.

للإستجابة لمطالب الإدارة العليا وبالتالي يتم إتخاذ السياسة بطريقة معينة، و أحيانا لتحقيق أهداف محددة، و لذلك فان أهمية السياسة تنبع من طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه.

3- تختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى لكنه في الأغلب تشتمل على القطاع الصحي الحكومي العام و القطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى القطاعات الأخرى الصحية حسب النظام الصحي لتلك الدول، و المقصود هنا الذي يضع السياسات الصحية الخاصة في الدولة جزء أساسي من النظام الصحي، و غالبا ما يرتكز في القطاع الصحي الخاص الحكومي و لا يمكن بأي حال من الأحوال إنفراد القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي بوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي.[1]

4- إعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة و هذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية ففي بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو لأسباب تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتلات و الجماعات ، و أحيانا لأسباب غير معروفة و بالتالي فإن غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقة للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات.[2]

[1] - صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق، ص 209.

[2] - نفس المرجع، ص-ص 218- 219.

المطلب الثالث: تقسيمات السياسات الصحية :

لقد قام العديد من المفكرين بتقسيم السياسة الصحية بأكثر من أسلوب أو طريقة كل حسب وجهة نظره لتسهيل دراسة السياسات الصحية وهي كالتالي :

1 – د.والت 1994:

قسم السياسات الصحية إلى سياسات كبيرة و سياسيات صغيرة و قد تميزت الكبيرة بأنها تهتم بكل الناس في المجتمع و بالأهداف طويلة المدى أما السياسات الصغيرة تهتم بالمجتمع المحلي و الأهداف قصيرة المدى بالإضافة إلى إنها تتناول موضوع محدد وليس شاملة .

2- د.فرانك 1994:

فقد قسم السياسات الصحية إلى أربعة مستويات : مستوى النظام و مستوى البرامج و مستوى التنظيم بالإضافة إلى مستوى الأداء.

- مستوى النظام: يرتبط هذا المستوى من المستويات بالمظاهر و الأمور العامة للنظام الصحي و مدى التخطيط و تعليم الموارد البشرية الصحية و يفسر هذا المستوى أيضا طبيعة العلاقة بين القطاعات الصحية المختلفة داخل النظام الصحي و علاقة النظام الصحي و علاقة النظام و القطاع الصحية بالأنظمة و القطاعات الأخرى غير صحية.[1]
- مستوى البرامج : يحدد هذا المستوى من السياسات أولويات الرعاية الصحية و طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف النظام الصحي بالإضافة إلى تحديد

[1] - نفس المرجع ، ص- ص 218 – 219.

الأساليب و الطرق التي من خلالها يتم توزيع الموارد المادية و البشرية بصورة مثالية و الاستفادة منا أكبر قدر ممكن.[1]

- مستوى التنظيم : يحدد هذا المستوى طريقة العمل و الإنتاجية و تقديم الخدمات الصحية و كيفية في زيادة جودة الخدمة الصحية و مستواها .
- مستوى الأداء: يحتوي هذا المستوى على الأنظمة التنفيذية للعمل في المؤسسة الصحية كتوضيح لنظام المعلومات الإداري المعمول به و أنظمة شؤون العاملين و الحوافز و أنظمة العمل التنفيذية لبقية أقسام وحدات المؤسسة الصحية[2] .

3- التقسيم العام للسياسات :

حيث قسم السياسات الصحية إلى الأقسام التالية:

أ/ **سياسات الميتا**: تلك السياسات التي يتم من خلالها وضع القواعد التي تعتمد عليها متخذا القرار في وضع السياسيات في القطاع الصحي و هي تضم نظام ووضع السياسات و تعتبر من أهم و أصعب السياسات .

ب/ **سياسات الميغا**: و هي السياسة التي تضم مجموعة متقدمة من السياسات و تضم هذه السياسات الإرشادات العامة و التوجيهات للسياسات الأخرى الأقل منها مستوى

و يمكن إعتبار السياسات الصحية بمستوى الميغا إذا ما تضمنت أحد أو مجموع الأمور التالية:[3]

1- توضيح دور المؤسسة الصحية في التنمية الإقتصادية أو الإجتماعية أو القطاع الصحي في الدولة .

[1] - صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق ، ص 221.

[2] - نفس المرجع ، ص 221.

[3] - نفس المرجع ، ص 221.

2- القاعدة الأساسية و قيم المؤسسة الصحية .

3- توضيح الأولويات و الأهداف التي ترغب المؤسسة بتحقيقها .

4- بيان معدل (مستوى) التعيين المطلوب في المؤسسة و معدل المخاطرة و التطلعات المستقبلية.

5- تحديد المساءلة و نوعيتها.

ج/ السياسات المحددة التنفيذية : و هي السياسات التنفيذية التي تهتم الأمور الروتينية البسيطة للإضافة إلى توضيح ظروف و تفاصيل العمل و هي أدنى المستويات في تقسيم السياسات الصحية من حيث المستوى الإداري و التكاليف[1].

المطلب الرابع:المقومات الأساسية للسياسة الصحية :

وزارة الصحة هي في أغلب الأحيان الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية وتحديد الإستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة العمل الكفيلة بذلك وقد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تشكيل مجلس صحي وطني تمثل فيه جميع القطاعات لضمان انعكاس جميع وجهات النظر للتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة وأنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة .

وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة والتنمية الصحية وتتولى هذه المراكز الخدمات الإستشارية في جميع ما يتعلق بالأمور الصحية .

ومهما كان الوضع الإداري او الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية الوطنية فان وضع السياسة الصحية الوطنية لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا إشتملت على جميع المقومات الأساسية .[1]

[1] - صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق ، ص 221.

1- الإلتزام السياسي :

ان رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب إلتزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة وتجمتها إلى حقيقة واقعة أي أنه قبل وضع السياسة إتخاذ قرارات قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهتمة بالشؤون الصحية ، كما يجب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له ، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة .[2]

2- الإعتبارات الإجتماعية :

السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الإجتماعية والإقتصادية الشاملة ، وترمي أساسا الى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين ، وبصورة أوضح فان السياسة الصحية لابد أن ترمي الى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء ، يعني ذلك تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة لها .

3- مشاركة المجتمع :

لابد من إتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع ، بحيث يتحمل الأفراد والأسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية للحكومات عن صحة شعوبها ، وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية واقتصادية .[3]

---

[1] - زروالية رضا ، "التحضر والصحة في المجتمع الجزائري (دراسة ميدانية بحي أفوراج –مدينة باتنة- الجزائر)" ، **رسالة ماجيستير** ،(جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية والعلوم الإسلامية ، قسم العلوم الإجتماعية ، 2010-2011) ، ص 70.

[2] - زروالية رضا ، مرجع سبق ذكره ، ص 70.

[3] - نفس المرجع ، ص 71.

4- الإصلاح الاداري :

لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم في جميع القطاعات وليس القطاع الصحي فقط ، بل وتبادر للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى كالتعليم والزراعة والغذاء وموارده المالية وحماية البيئة وتحقيق لذلك لابد من إعادة النظر في الأمور والنظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المحلي. [1]

5- تخصيص الموارد المالية :

عند وضع السياسات الصحية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان الى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية لأقصى حد.

ولابد أن يؤخذ في عين الإعتبار عند وضع الميزانية الصحية إلى زيادة مطردة في تكلفة الخدمة والناتج وإرتفاع أجور العاملين والتقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية .

6- سن التشريعات :

يجب سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي ومن المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها وتحليلها كما يجب أن يرافق الاجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الاعلام .

7- إعداد خطة العمل :[2]

[1] - زروالية رضا ، مرجع سابق ذكره ، ص 71.

[2] - نفس المرجع ، ص 72.

ينبغي أن تتم ترجمة السياسة الصحية الوطنية إلى برامج وخطة عمل محددة ، كما يجب تجديد الأغراض الواجب بلوغها ومايتصل بها من أهداف مباشرة محددة كميا قدر الإمكان كما يجب أن تشتمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب أن تشتمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله والإطار الزماني وتقديم الإحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج ولاشك أن تنفيذ خطة العمل عملية طويلة الأمد وقد يكون من الصعب أن يحدد لها مسبقا جداول زمنية تقريبية .[1]

[1] - زروالية رضا ، مرجع سابق ذكره ، ص 72.

المبحث الثاني : التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر:

لقد شهدت السياسات الصحية في الجزائر مجموعة من المراحل تبعا للمحددات التي تحكمت في السياسة الصحية بحيث يمكن رصد 03 مراحل :

المطلب الأول: السياسة الصحية من 1962- 1965.

ورثت الجزائر سنة 1962 م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر ، وهران ، قسنطينة ، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها بالديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية ، ومر اكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم ، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.[1]

ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في :

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200) طبيب و (2700) ممرض و ممرضة .
- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية ، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك 8 أطباء لكل (100000) ساكن ، كما كان عدد الصيادلة حوالي 50 صيدلي و (30) طبيب أسنان فقط.
- النقص الكبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية .

[1] - نور الدين حاروش ، **ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية** ، (الجزائر : دار كتامة للكتاب) ، 2007 ، ص 69.

- سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية .[1]

ومن أجل التخلص من هذه المشاكل رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية مع كل تحفظ ، من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق ، وتمثلت هذه الاستراتيجية في المحاور التالية :

- الوقاية : حيث أن افضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة و محاصرة المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل إنتشاره عن طريق التلقيح وإحترام معايير النظافة .
- علاج الأمراض : ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية إبتداءا من المراكز الصحية القاعدية ، ثم المستشفيات في حالة إستعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء : وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية ، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية .[2]

[1] - حبيبة قشي ، "آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالةمصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة)" ، **رسالة ماجيستير**،(جامعة محمد خيضر بسكرة ، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير ، قسم العلوم الإقتصادية ، 2006- 2007) ، ص 120.

[2] - نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، مرجع سابق ذكره ، ص71.

المطلب الثاني : السياسات الصحية من 1965-1979.

مع بداية المخطط الوطني و بداية و نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964، و بصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و شبه طبي و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967 و 1969[1].

و ما ميز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية ، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية العلاج الأولى ، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية ، هو قبل كل شئ الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب ، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.[2]

و بما أن نسبة 37 % من السكان فقط كانت ممونة بالمياه الصالحة للشرب و 23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي و ما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه ، لم تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت التدابير اللازمة من اجل تنفيذ بعض البر امج التي سطرت بهذا الشأن و التي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مركز حماية الطفولة و الأمومة و في إطار الطب المدرسي ، كما صدر في هذه مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية سنة 1969 و القاضي بإلزامية التلقيح و مجانيته ، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة

[1]- نور الدين حاروش ، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** ، مرجع سابق ذكره ، ص 73.

[2] - بن لوصيف زين الدين ، **"تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة "** ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد الاول ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة ، ديسمبر ، 2003، ص 139.

إيجابية توصي إلى القضاء على الأمراض المعدية كما ثم إقرار لتكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ليصبح علاجه مجانيا و نفس الشيئ بالنسبة لمرض الشلل و سوء التغذية فضلا عن عملية توزيع و تنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة .[1]

و ما ميز هذه المرحلة التاريخية هو:

- بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969-1970: التلقيح ضد الشلل، و مكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية و ذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية .
- إنخفاض معدل الجدري سنة 1973 و السعال الديكي و التلقيح ضد الحصبة أما عن الأمراض اتخذت الجزائر طريق التوعية و الإرشاد و بالأحرى التثقيف الصحي و إستعملت في ذلك المسرحيات و الملصقات الإعلانية و كان ذلك في الفترة الممتدة بين 1967 و 1968 حيث كانت هذه الفترة بداية لتطبيق و إنطلاق البرامج ضد الأمراض و أهمها الملاريا.

و من أجل توفير الصحة لكافة المواطنين فقد عملت الحكومة الجزائرية على تشجيع القطاعات الخاصة من أجل أن تقدم خدماتها لصالح الصحة العمومية من خلال التعاون بين القطاعات الخاصة و المنظمات الرسمية و الجماعات المحلية الدينية و الفكرية و كله بهدف تحقيق التنمية الصحية[2].

[1] - حسينة /ل ، **(تطور المنظومة الصحية منذ الإستقلال)** ، جريدة المساء ،05 / 07 / 2012، متحصل عليه من : http://www.el-massa.com، تاريخ الاطلاع : 20 / 02 / 2014.

[2] - سعيدة شين ، مرجع سابق ذكره ،ص 74.

المنجزات / السنوات	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
1962	342	156	188
1974	1425	163	558

المنجزات المحققة في المجال الصحي من سنة 1962 إلى غاية سنة 1974.

المطلب الثالث : السياسة الصحية من 1979- 2007

قيدنا هذه الفترة من سنة 1979 إلى 2007 على أساس تبني معيار التقسيم الهيكلي والتطور التنظيمي للقطاع الصحي للجزائر بما في ذلك القطاع العام والخاص .

إعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني للتنمية الإقتصادية والإجتماعية ، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على مايلي :[1]

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني سنة 1976.
- إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأوار ليست فقط وزارة الصحة وا نما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

[1] - نور الدين حاروش ، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**_، مرجع سابق ذكره ، ص 81.

- تكامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.[1]

وما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 و هي المراكز الاستشفائية الجامعية و في نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية و مكافحة الإمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سالف الذكر و التي تقول إن الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة سيكون في الوقاية و التكفل بالمعوزين و التكوين مع البحث ف العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي والحكومة الجزائرية ، كما كانت مرحلة 1980-1995 عبارة عن تقييم السياسة التنموية التي إتبعتها الجزائر و من ضمنها السياسة الصحية بحيث نجد الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسة السياسية الواجب إتباعها في المستقبل .[2]

و نجد الجزائر قد حققت خلال هذه المرحلة قدرا من التحكم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء إذا بلغ عدد الأطباء سنة 1982 إلى (7350) طبيب في المقابل 2401 طبيب أجنبي كما زاد عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ في نفس السنة (2171) أما عدد الصيادلة الجزائريين و صل إلى 1093 سنة 1982[3].

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم و التسيير و ذلك سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية و في سنة 2007أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية

[1] - نور الدين حاروش ، ، مرجع سابق ذكره ، ص 81.

[2] - سعيدة شين ، مرجع سابق ذكره ، ص 77.

[3] - نفس المرجع ، ص 77.

الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص و هي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن و قد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية و كذا عدد المستخدمين.[1]

أما بشأن التغطية الصحية من حيث الهياكل القاعدية سنة 1997 فنلاحظ مايلي :

- 02 سريرين لكل 1000 نسمة.
- عيادة لكل 70241 نسمة .
- مركز صحي لكل 28559 نسمة .
- قاعة علاج لكل 9433 نسمة .

أما في عام 1998 فكانت النسب التالية :

- 02سرير ين لكل 1000 نسمة .
- عيادة لكل 60731 نسمة.
- مركز صحي لكل 25454 نسمة.[2]

أما بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 في كمايلي :

- نسبة الزيادات 25.3 من الألف.
- نسبة الوفيات العامة 6.04 من الألف.
- متوسط مدة الحياة 68 سنة .[3]

[1] - نور الدين حاروش ، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** ، مرجع سابق ذكره ، ص 82.

[2] - نفس المرجع ، ص 82.

[3] - نفس المرجع ، ص 83.

أمـا المؤشـرات الصـحية الخاصـة سـنة 2005 فقـد عرفـت بعـض التحسـن لكنـه غيـر كـاف و خيـر دليـل علـى ذلـك تقريـر المنظمـة العالميـة للصـحة بشـأن الجزائـر حيـث إعتبـرت المنظمـة أنـه بـالرغم مـن المبـالغ الماليـة العموميـة المرصـودة للقطـاع الصـحي و المقـدرة ب 9.1 % مـن الميزانيـة العامـة إلا أن الخـدمات الصـحية لا سـيما مـا يتعلـق بوفيـات الأطفـال كانـت دون المسـتوى المطلـوب ، و السـبب فـي ذلـك عـدم وجـود سياسـة و إسـتراتيجية ناجحـة و سـوء توزيـع الأطبـاء و التفـاوت فيمـا يخـص الرعايـة الصـحية و مـن أهـم المؤشـرات نجـد وفيـات الأطفـال الأقـل مـن 05 سـنوات 40.5 مـن الألـف حسـب المنظمـة و حسـب الجزائـر فهـي 35.8 مـن الألـف بينمـا بلـغ معـدل الحيـاة 74.8 فـي الوقـت الـذي بلغـت فيـه التغطيـة التلقيحيـة ضـد الشـلل 98% ، الـدفتيريا الكـزاز و السـعال الـديكي 87% التلقـيح ضـد إلتهـاب الفيـروس الكبـدي 81% أمـا متوسـط توزيع الأطباء فنجد طبيبا واحدا لكل ألف مواطن و أقل من سريرين لكل ألفي مواطن[1].

و قـد شـهدت الفتـرة (1992- 2002) الكثيـر مـن الإنجـازات ، حيـث شـهدت عـدة مؤسسـات دعمـت القطـاع علـى غـرار المخبـر الـوطني لمراقبـة المـواد الصـيدلانية و معهـد باسـتور الجزائـر) الـذي أصـبح مخبرا مرجعيـا لمنظمـة الصـحة العالميـة فـي مجـال المراقبـة و التكـوين حـول مقاومة الجراثيم للضمادات الحيوية .

و تضـاف إلـى هـذه المؤسسـات الصـيدلية المركزيـة للمستشـفيات الوكالـة الوطنيـة للـدم و المركـز الـوطني لليقظـة الصـيدلانية و المركـز الـوطني لمكافحـة التسـمم و الوكالـة الوطنيـة للتوثيـق الصحي.

وقـد عـرف القطـاع مـن جانـب آخـر إنتقـالا للوضـعية الديمغرافيـة الوبائيـة للسـكان إلـى تعزيـز العـلاج الجـواري مـن أجـل تقريـب الصـحة مـن المـواطن حيـث باشـرت السـلطات العموميـة

[1] - نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** ، مرجع سابق ذكره ، ص 83.

في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007 يهدف إلى فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعديا أسفر عن تأسيس الطب الجواري الذي قرب العلاج من المواطن كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل أيضا قاعات العلاج و العيادات متعددة الخدمات و إستفاد القطاع من سنة 2005 الى 2009 من غلاف مالي يقيمة 244 مليار دينار جزائري ثم إستثمار في إنجاز 800 مؤسسة إستشفائية و جوارية[1].

[1] - حسينة / ل ، مرجع سابق ذكره ، متحصل عليه من : http://www.el-massa.com ، تاريخ الاطلاع : 2014/02/20.

خلاصة الفصل

وخلاصة هذا الفصل نصل إلى أن مفهوم الصحة يعتبر مدخلا لفهم السياسة الصحية غير أن هذا المفهوم يغلب عليه طابع التجريد وقد يكون تعريف أكثر سهولة من تعريف الصحة ، فمفهوم هذا الأخير أي الصحة يعتبر مفهوما مجردا .

والصحة والمرض هما من المصطلحات التييجري تعريفها ثقافيا وا إجتماعيا ذلك أن الثقافات تختلف في تعريفها بما هو " صحي " أو " سوي " أو " معافى " .

أما السياسة الصحية فيمكن فيمكن تعريفها على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة ، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية ، وهي تشمل مجمل الأهداف المراد تحقيقها في مجال الحفاظ على صحة السكان والادوات الموضوعية لتحقيق هذه الأهداف من هياكل وأطباء وشبه طبيين وا إداريين ، وآليات التمويل الضرورية لإستدامت هذا النشاط الحيوي لأي مجتمع .

ونجد الجزائر من بين الدول التي حاولت منذ الإستقلال الى تبني سياسية صحية تمكنها من ضمان أفضل تغطية صحية لمواطنيها بداية بتطبيق العلاج المجاني الى إعادة هيكلة القطاع الصحي لتوفير أحسن الخدمات الطبية والجراحية .

الفصل الثاني
واقع وتحديات القطاع الصحي الخاص في الجزائر

تمهيد :

يكتسب قطاع الخدمات الصحية أهمية بالغة في سياسات مختلف الدول والانظمة ، فالخدمة الصحية من بين أهم الخدمات التي تساهم في تحقيق النمو الإقتصادي والإجتماعي ، كما أنها أكثر الخدمات إرتباطا بحياة الإنسان وكيانه النفسي والجسدي ، وكمثيلاتها من الدول عرف قطاع الخدمات الصحية في الجزائر تطورات كبيرة خلال الآونة الأخيرة لعل من أبرزها فتح هذا المجال أمام الإستثمار الوطني والأجنبي ، وهذا ماسنتطرق إليه في الفصل الثاني بدراسة واقع القطاع الصحي الخاص في الجزائر ومدى مساهمته في التغطية الصحية العامة في الجزائر.

المبحث الأول: تطور القطاع الصحي الخاص و علاقته بالسياسة الصحية العامة في الجزائر

سعت الجزائر من خلال الإصلاحات الاقتصادية و سن القوانين و التشريعات المرتبطة بالإستثمار إلى تهيئة البيئة المناسبة لنمو القطاع الخاص سواء المحلي أو الأجنبي لما يتلائم و الإمكانات المتوفرة لديها ، و يمثل القطاع الخاص اليوم في الجزائر محور عملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية نظرا لما يتمتع به هذا القطاع من مزايا و إمكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات الاقتصادية و الاجتماعية ، وفي المبحث الاول سنتناول واقع القطاع الصحي الخاص منذ بداية نشأته .

المطلب الأول : القطاع الخاص في الجزائر

يمثل القطاع الخاص اليوم محور عملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في معظم بلدان العالم المتقدم و النامية على حد سواء نظرا لما يتمتع به هذا القطاع من مزايا و إمكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات الإقتصادية و الإجتماعية . [1]

لايزال القطاع الخاص في الجزائر غير فاعل و نشط في الاقتصاد الوطني حيث أن نمو القطاع الخاص لم يتجاوز 50% من نسبة مساهمته في تكوين القيمة المظافة. إلا أن التوجه الجديد بعد 1990 لبناء إقتصاد يعتمد على آليات إقتصاد السوق و الإنسحاب التدريجي للدولة من الانتاج المباشر للخدمات، و أيضا الإطار التشريعي الجديد و ماتضمنه من ضمانات وتشجيعات للقطاع الخاص أعطى

[1] - - مولاي لخضر عبد الرزاق ، بونوة شعيب ، **دور القطاع الخاص في التنمية الإقتصادية في الدول النامية دراسة حالة الجزائر** ، مجلة الباحث : العدد 07 ، 2009 – 2010 ، ص 138.

حيوية لهذا الأخير يمكن ملاحظتها من خلال إرتفاع مساهمته في تكوين القيمة المضافة الإجمالية التي بلغت حوالي 47.5% سنة 2001.[1]

تعريف القطاع الخاص :

هو النشاط الإقتصادي الذي يهدف إلى الربح ولا يخضع إلى تمويل من الدولة ، ولا تؤول أرباحه إلى الخزينة بإستثناء الجزء الخاضع للضريبة .[2]

المطلب الثاني: نشأة و تطور القطاع الصحي الخاص في الجزائر

في سنة 1986 كان هناك تحول في قطاع الصحة صاحبت التحول الكبير في المعادلة الاقتصادية و هذه كانت بداية تطبيق النموذج الليبيرالي عن طريق خوصصة القطاع الصحي و الذي قام على عدة مراحل : [3]

1- تطور و تنصيب و إعتماد العيادات الخاصة في المدن.

2- الترخيص بفتح العيادات الخاصة .

3- الإنفتاح الكامل .

ومن هذه المراحل ظهرت قوة القطاع الصحي الخاص وشهد عدة توسعات منها :

- توسع في العرض وطريقة العمل.
- زيادة في عدد الأطباء الذين يعملون لحسابهم زيادة عدد الأسرة التي يوفرها القطاع الصحي الخاص مثال ذلك العيادات الخاصة الكبرى والمتخصصة .

[1] - نفس المرجع ، ص 138.

[2] - عباس النصراوي ، برهان الدجاني وآخرون ، **القطاع العام والخاص في الوطن العربي** ، (بيروت : مركز دراسات الوحدة العربية)، 1990 ، ص 118.

[3] - Fatima Zohra Oufriha , Collaboratore :**De Reforme Un Système De Santé A croisée Des Chemains .** Alger , 2006 , p 203.

أيضا شهدت توسع في المنظور الإقتصادي والليبيرالي وا ٍنفتاح سوق الادوية .[1]

و أصبح القطاع الخاص في النشاط الصحي الآن أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر ويظهر في مجموع المؤسسات التي : تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الإستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الإصطناعية الطبية ، فبعدما كان النشاط الخاص مقتصرا على عيادات الفحص والتشخيص ، تم إضافة هيكل جديد هو العيادات الإستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والتوليد وكذا الإستكشاف ، وا ٍشترط المشرع أن تستغل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء ، بحيث لا يقل عدد أسرتها عن سبعة أسرة تاركا الحد الأقصى مفتوحا على حسب إمكانيات المستثمر .

يحتوي القطاع الإستشفائي الخاص حاليا على حوالي 450 عيادة خاصة ، تتنوع بين العيادات الطبية الجراحية والعيادات الطبية ،موزعة على كامل الولايات الجزائرية .

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة كبرى بحجم المستشفيات الجامعية ، رغم إن القوانين السارية لا تمنع أي خاص أو رجل مال من أهل الإختصاص من بناءها ، وبإمكان أ قادر او راغب في الإستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه ، لكن تجربة العيادات الخاصة لم تكن مشجعة ، حسب وزير القطاع ، حيث هناك ممارسات و هذه التجربة لايمكن وصفها إلا بالمخزنة ، دون أن يعني هذا عدم وجود تجارب ناجحة ومحترمة في عدد من الولايات وا ٍن كانت قليلة .[2]

[1] - Op . Cit , P 203.

[2] - نجاة صغيرو ، " تقييم جودة الخدمات الصحية :دراسة ميدانية " ، **رسالة ماجيستير** ، (جامعة الحاج لخضر باتنة ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير ، 2011- 2012)، ص 79.

تعريف القطاع الصحي الخاص:

المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج و إستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب و الجراحة بما فيها طب النساء و التوليد وأنشطة الإستكشاف .

والتخصصات التي يجب ان تمارسها هي :[1]

- الفحص الطبي.
- الإستكشاف والتشخيص.
- الإستعجالات الطبية أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات والإنعاش .
- الإستشفاء.

أوهي عيادات تشنؤها الأفراد و تقدم خدمة طبية أو علاجية مقابل الحصول على ريع معين و تهدف إلى تحقيق نسبة معينة من الربح[2].

وتعرف أيضا :

على أنها المستشفيات التي تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص كشركة مساهمة ويهدف هذا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح ويطلق عليها المستشفيات الربحية وتقاس كفاءة هذه المستشفيات بكمية الارباح المحققة في نهاية السنة المالية ، ويطبق في هذه المستشفيات مبادئ إدارة الاعمال والتي تسعى إلى تحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق[3].

---

[1] -الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 67 ، المادة 02، مرسوم تنفيذي رقم 07- 321 يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها ، ص 11.

[2] - محمد الصيرفي، **ادارات المستشفيات العامة و الخاصة وكيفية تميز العاملين بها** ، (الإسكندرية : دار الفكر الجامعي) ، 2009، ص 07.

[3] - بحدادة نجاة ،" تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية **بمغنية** "، **رسالة ماجيستير** ،(جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ، قسم العلوم الاقتصادية ، 2011- 2012)، ص 46.

وهناك تعريف آخر هو :

المستشفيات الخاصة هي التي تكون مملوكة لأفراد أو هيئات او جمعيات دينية أو شركات خاصة وتتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة .[1]

أو تعرف على انها :

جميع المستشفيات بإستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية ، وهذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم ، وذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجانا.

ويمكن تقسيم المستشفيات الخاصة الى قسمين وهما : مستشفيات ذات طابع ربحي ومستشفيات ذات طابع غير ربحي .

- مستشفيات ذات طابع ربحي : وهي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة ... وذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة .

- مستشفيات ذات طابع غير ربحي : هي المستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي ، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالبا بهدف المساهمة في تقديم خدمة غجتماعية عامة لأفراد المجتمع . والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجانا ، حيث أن الأموال المتحصلة من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى .[2]

وهناك من يراها على أنها :

---

[1] - عبد العزيز جميل مخيمر ، محمد محمود الطعامنة ، **الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)** ،مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية ، مفاهيم أساسية في الإدارة ، ص 10.

[2] - سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**،(عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع) ، 2006 ، ص 36.

تختلف عن المؤسسات العامة ، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص ، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح ، من أهم أنواعها :

1- مؤسسات بأسماء أصحابها [1]:

تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء و أساتذة ، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم ، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرض ، هذا النوع من المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وكذا جودة مايقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم .

2- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية :[2]

يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها ، قد تأخذ شكل المؤسسات العامة او المؤسسات التخصصية وذلك من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية ، ولا تسعى الى تحقيق الربح إنما إلى تقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية .

3- مؤسسات صحية إستثمارية :

يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها ، تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة ، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة[3].

وهناك أنواع أخرى للمستشفيات الخاصة وهي :[4]

---

[1] - ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، (عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع) ،2005 ، ص 35.

[2] - - نجاة صغيرو ، " تقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية)" ، **رسالة ماجيستير** ، (جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، قسم علوم التسيير ، 2011- 2012) ، ص 8.

[3] - عبد المهدي بواغنة ، **إدارة المستشفيات والخدمات الصحية - التشريع الصحي والمسؤولية الطبية** ، (الأردن : دار الحامد للنشر) ، 2003،ص 42.

[4] - عبد العزيز جميل مخيمر ، محمد محمود الطعامنة ، مرجع سابق ذكره ، 11.

1- مستشفيات بأسماء أصحابها :

وهي مستشفيات غير حكومية يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والإتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض ، ويعتمد هذا النوع من المستشفيات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وجودة الخدمة والرعاية التي تقدمها للمرضى [1].

2- مستشفيات الجمعيات غير الحكومية :

عادة مايتم إنشاء هذه المستشفيات بواسطة جمعيات أهلية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والجمعيات الخيرية من خلال التبرعات والهبات والهدايا ، وتقدم هذه المستشفى خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم محدودة بتطوير خدمات هذه المستشفيات وتشغيلها ومن ثم فهذه المستشفيات لا تسعى الى الربح ، ولكن للعلاج فيها ليس بالمجان أو تتم إدارتها من خلال مجلس إدارة يضع النظم والقواعد المنظمة لمختلف مجالات العمل بها ، وقد تأخذ مستشفيات الجمعيات الأهلية غير الحكومية شكل المستشفى التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها .

3- مستشفيات إستثمارية :

وهي المستشفيات التي يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور ، وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة ، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات والحالات المرضية والمتنوعة أو معظمها طبقا لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي يحتويها وغالبا ما تأخذ هذه الشركات شكل شركات

[1] - سعد علي العنزي ، **الادارة الصحية** ، (عمان : دار اليازوردي للنشر والتوزيع) ، 2009 ، ص 41.

مساهمة أو ذات مسؤولية محددة ، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنبا الى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم لمهنة الطب كمستثمرين عاديين.[1]

المطلب الثالث : خصائص وهياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر

أ- تحدد شروط و خصائص العيادات الخاصة حسب المواد 03- 04 – 05- 06 – 07 من الجريدة الرسمية رقم 07- 321 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 وهي :

1 - تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية و توضع تحت المسؤولية الفعلية و الدائمة لمدير تقني طبيب و تزود بلجنة طبية.

2 - تحدد طاقة الاستيعاب الدنيا للمؤسسة الإستشفائية الخاصة ب (07) أسرة .

3 - يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة أن تضمن خدمة دائمة و مستمر.

4- يتعين على المؤسسة الاستشفائية الخاصة إكتتاب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية للمؤسسة و مستخدميها و مرضاها.[2]

5- يجب أن تكون المؤسسة الاستشفائية الخاصة مطابقة للشروط و المقاييس المعمارية و التقنية و الصحية التي يحددها التنظيم المعمول به.[3]

ب- شروط إنجاز وفتح مسشفيـــات خـــاصة :

تتحد شروط إنجاز وفتح المستشفيات الخاصة حسب المواد التالية : 08- 09 – 10- 11 – 12 – 13 – 14 من الجريدة الرسمية رقم 07- 321 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 كالتالي :

[1] - عبد العزيز جميل مخيمر ، محمد محمود الطعامنة ، مرجع سابق ذكره ، ص 11.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 67 ، 07، مرسوم تنفيذي رقم 07- 321 يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها ، ص 11.

[3] - المرجع نفسه ، ص 11.

- يخضع إنجاز المؤسسة الاستشفائية الخاصة إلى ترخيص الوزير المكلف بالصحة على أساس ملف إداري وتقني يودع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة وتحتوي علاوة على الوثائق والمستندات المطلوبة في البناء (المخططات والوصف التفصيلي للمشروع وموقع إقامته والأنشطة والأعمال المزمع القيام بها .[1]

- يسلم وصل إيداع إلى صاحب المشروع .

- يحتوي الملف الإداري والتقني المذكور في المادة (8) من نفس المرسوم التنفيذي على الوثائق التالية :[2]

- طلب إنجاز يودعه صاحب المشروع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة .
- نسخة من شهادة ميلاد صاحب أو أصحاب المشروع .
- نسخة من شهادة جنسية صاحب المشروع .
- مستخرج من صحيفة السوابق القضائية لصاحب أو أصحاب المشروع .
- نسخة من شهادة جنسية صاحب أو أصحاب المشروع .
- نسخة من القانون الأساسي للشخص المعنوي
- سند الملكية أو أية وثيقة أخرى تثبت الإستغلال الشرعي للملك العقاري لا سيما عقد الإيجار

- البطاقة التقنية الوصفية للمشروع وتتضمن :

- التخصصات الطبية
- بيان مفصل للأنشطة

[1] - المرجع نفسه ، المواد : 321 ، ص ص 12 – 13.

[2] - نفس المرجع ، ص ص 12 – 13.

- المقرات والمساحات المخصصة لكل نشاط
- طاقة الإستيعاب من الاسرة
- الطاقم التقني ، لاسيما العتاد المتعلق بالأشعة والاستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي والتجهيزات الطبية.
- الطاقم التقني ، لاسيما العتاد المتعلق بالأشعة والإستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي والتجهيزات الطبية .

- تقرير خبرة تعده مصالح المراقبة التقنية للبناء أو مكتب معتمد للدراسات والخبرة في مجال البناء في حالة وجود هيكل .
- تقرير المطابقة لمقاييس الأمن تعده مصالح الحماية المدنية في حالة هيكل موجود .
- مخطط الوضعية يبين موقع المشروع وحدوده
- مخطط الاجمالي (1/50) بوضع كل البيانات الضرورية لا سيما التسوية العامة للأرضية والتوجيه والبيانات المجاورة والطرقات الموجودة ومواقف السيارات والشبكات المختلقة والمساحات الخضراء
- المخططات المفصلة لأنواع التصميمات الإستشفائية (1/50) .
- المخططات المفصلة لمقرات المواجهة لممارسة الجراحة (1/50).

وتتاكد مديرية الولاية المكلفة بالصحة من صحة الملف الإداري والتقني وترسله الى الوزير المكلف بالصحة مرفقا بالرأي المسبب لمدير الولائي المكلف بالصحة في أجل لا يتجاوز (45 يوما) إبتداءا من تاريخ إيداع الملف ثم يفصل الوزير المكلف في طلب الإنجاز في أجل (3 اشهر) إبتداءا من تاريخ استلام الملف ، وبعد ذلك يمنح صاحب المشروع اجل (3 سنوات) إبتداءا من تاريخ تسليمه الترخيص لإنجاز مشروعه أو يمكن تمديد هذا الأجل سنتين بطلب من صاحب المشروع على أساس عناصر مبررة قانونيا وتسلم مديرية الولاية المكلفة بالصحة عند إنتهاء إنجاز المشروع ، يقرر المابقة لصاحب المشروع .

ويحتوي أيضا ملف الترخيص المذكور سابقا على :[1]

- تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الكهربائية تسلمه المؤسسة الوطنية للإعتماد والمراقبة التقنية.

- تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الاشعاعية التي تنبعث منها مصادر أيونية تسلمه محافظة الطاقة الذرية .

- محضر إقامة آلة حرق النفيات معتمد من مصالح البيئة المعنية أو عند إنعدامها نسخة من الإتفاقية المبرمة مع مؤسسة عمومية أو خاصة لحرق النفايات أو كل طريقة أخرى لمعالجة النفايات الإستشفائية معتمدة من الوزارة المكلفة بالصحة.

- وثائق تثبت إقتناء سيارة إسعاف واحدة أو عدة سيارات إسعاف أو نسخة من الإتفاقية مبرمة مع متعامل نقل صحي خاص معتمد .

- نسخة من الإتفاقية المبرمة مع مركز حقن الدم الولائي والمتعلقة بالتموين بمنتجات الدم غير الثابتة .

- الملف الإداري للمدير التقني .

- الملفات الإدارية للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين.

ج- هياكل القطاع الصحي الخاص :

يتشكل مجلس الإدارة حسب المواد 24- 25 من الجريدة الرسمية رقم 07-321 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 كما يأتي :[2]

- صاحب مشروع المؤسسة الإستشفائية الخاصة .
- ممثل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء .
- رئيس اللجنة الطبية للمؤسسة الإستشفاية الخاصة.

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ، 12-13 .

[2] - نفس المرجع ، ص ص 12- 13 .

- ممثل مستخدمي المؤسسة الإستشفائية الخاصة .
- ممثلان إثنان عن جمعيات المرتقين.
- ممثل عن الممارسين الطبين ينتخبه نظرائه.
- ممثل عن المستخدمين شبه طبيين ينتخبه نظرائه.

ينتخب أعضاء مجلس الإدارة رئيسا من بينهم، و تتلخص مهامه في تسيير الجانب المالي و الطبي للمؤسسة الاستشفائية و تنظيم العلاقات مع الجمعيات المختصة في الدفاع عن حقوق المرضى . [1]

المطلب الرابع : واقع القطاع الصحي الخاص بالجزائر

يعتبر القطاع الصحي الخاص أحد مكونات المنظومة الصحية في الجزائر ، ويظهر في مجموع المؤسسات التي : " تمارس الانشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الاسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية ومخابر النظارات والاجهزة الاصطناعية الطبية ".

فبعدما كان النشاط الخاص مقتصرا على عيادات الفحص والتشخيص ، تم إضافة هيكل جديد هو العيادات الإستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والولادة وكذا الإستكشاف ، وإشترط المشرع أن تستغل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء ، بحيث لا يقل عدد أسرتها عن سبعة أسرة ، تاركا الحد الأقصى مفتوحا على حسب إمكانيات المستثمر.[2]

ولم يكن دخول القطاع الصحي الخاص للمنظومة الصحية من خلال الأطباء ، بل تعدى ذلك إلى مدارس التكوين الخاص التي تنشط بالقطاع حيث بلغ عدد مدارس التكوين الشبه طبي الخاص في

[1] - نفس المرجع ، ص ص 12 – 13.

[2] - حبيبة قشي ،" آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالةمصحة الرازي للطب والجراحة) " ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ، 124- 125.

الجزائر 16 مدرسة موزعة على 07 ولايات تقوم بالتكوين الأولي لفئة الشبه طبي، فحسب الإحصائيات المقدمة من وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و الموضحة في الجدول رقم (9/4) فإن عدد المتكونين بهذه المدارس فاق 3000 متكون خلال 08 ثمانية سنوات (2002-2010) و في حالة المصادقة عل شهادة المعادلة لمتكوني هذه المدارس مع المدارس العمومية فإن هذا العدد يمكنه المساهمة في سد بعض العجز الذي يعاني منه القطاع ككل[1].

المبحث الثاني: القطاع الصحي الخاص في ظل السياسات الاقتصادية الجزائرية

شهد الإقتصاد الجزائري منذ الاستقلال عدة تحولات على كافة الأصعدة الإقتصادية والسياسية فنجدها بعد الاستقلال تبنت النهج الاشتراكي الذي يقوم على أساس التخطيط المركزي وهيمنة القطاع العام على الاقتصاد الجزائري ، لكن سرعان مابدأ هذا التوجه يكشف عن بوادر الضعف والاختلال وهذا إبتداءا من سنة 1986 بفعل الأزمة النفطية المعاكسة وتأثيرها السلبي على الإقتصاد الجزائري الذي دخل في أزمة حادة جعلت من الدولةالجزائرية وإبتداءا من مطلع التسعينات إلى تبني خيار إقتصاد السوق الموجه .

وفي هذا المبحث سنتناول القطاع الصحي الخاص الذي يعتبر جزءا لا يتجزأ من الإقتصاد الجزائري وكيف ظهر مع التحولات الإقتصادية التي عرفتها الجزائر .

[1] -سيد أحمد حاج عيسى، "أثر تدريب الافراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية –دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية " ، **رسالة ماجيستير** ، **(**جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، 2011/ 2012) ، ص 175.

المطلب الأول: القطاع الصحي الخاص في النظام الاشتراكي

إن القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 هـ ،الموافق لـ 16 فيفري 1985م والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ونتيجة للتحولات الكبيرة التي عرفتها الجزائر وفي جميع المجالات ، عدل وتمم ثلاث مرات ولكن مايهمنا في هذه الاشارة هو الجوانب المعدلة والتي نعتبرها جزئية بل ترقيعية لقانون كان من الواجب مراجعة جل بنوده نظرا للتحولات التي عرفتها البلاد أخيرا.

وهكذا وفي إطار إعداد التقرير التكميلي عن مشروع القانون المعدل والمتمم للقانون 85-05 ، الصادر في 1985/02/16م، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، عقدت لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتكوين المهني اجتماعا لدراسة الإقتراحات الكتابية والإنشغالات المعبر عنها. وتتمثل هذه التعديلات حول المستفيدين من ممار سة النشاط التكميلي مع تحديد الوقت، والتفتيش الصيدلاني والخدمة المدنية. وفي هذا الإطار ألقى وزير الصحة والسكان السابق(*) كلمة ذكر فيها بالتحولات الاجتماعية والاقتصادية التي تعرفها الجزائر والتي جعلت من الضروري إتخاذ إجراءات تهدف إلى تدعيم المنظومة الصحية عن طريق تعزيز حماية صحة المواطن، سواء عن طريق ضمان الخدمات الطبية المتخصصة أو جودة الأدوية المسوقة ونوعيتها، تقتضي وظيفة قطاع الصحة في هذا الإطار[1]. وفي إنتظار صياغة قانون جديد للصحة وعلى توصيات الجلسات الوطنية للصحة إدخال بعض التعديلات على القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها وهي النشاط التكميلي لفائدة الإستشفائين الجامعيين والمختصين في الصحة العمومية ومفتشية الصيدلة وا إرجاع الخدمة المدنية بالنسبة إلى المستخدمين المتخصصين.[2]

(*)- السيد يحي قيدوم وزير الصحة والسكان السابق، وهو أستاذ وجراح إختصاصي في جراحة العظام.

[1] - سيد أحمد حاج عيسى ، مرجع سابق ذكره ، ص 175.

[2] - نفس المرجع ، ص 176.

ويهدف هذا القانون بالسماح للممارسين الإستشفائيين الجامعيين والمختصين في الصحة العمومية بالممارسة بصفة خواص خارج أوقات عملهم في المؤسسات الخاصة، (مسائين في الأسبوع) وهذا لتحسين أجور هؤلاء المستخدمين دون تحمل ميزانية الدولة عبء إضافيا وتحقيق تحفيز أكبر للمستفيدين.

تكمن أهمية هذا القانون المعدل نتيجة للظروف التي تعرفها البلاد، فجاء ليواكب مقتضيات المنظومة الصحية الوطنية خاصة وأن حماية صحة السكان المكفولة دستوريا تشكل أحد الإنشغالات الكبرى لبلادنا، حيث تسهر على ضمانها وحمايتها عن طريق توفير خدمات صحية في كافة أنحاء البلاد، والإهتمام بالشرائح الإجتماعية المحرومة... غير أن التحولات الاقتصادية والإجتماعية التي تعرفها بلادنا أثرت بشكل سلبي في بعض جوانب منظومتنا الصحية بشكل عام، وعلى القطاع العمومي بشكل خاص، وتتمثل هذه الآثار السلبية في:

1- تخلي الأطباء المتخصصين خاصة منهم الإستشفائيين الجامعيين عن القطاع العام، الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الوطني للصحة والتوجه سواء نحو الخارج أو نحو القطاع الخاص، حيث توفر لهم كل الإمتيازات خاصة المادية منها، وهذا يؤثر سلبا على مساهمة الهياكل الصحية العمومية سواء في تقديم العلاج ونوعية الخدمات الصحية، أو في أنشطة التكوين والبحث العلمي.[1]

2- تسجيل توزيع غير متوازن للأخصائيين غبر التراب الوطني، حيث تعرف بعض المناطق من الوطن انعداما كليا لهؤلاء بينما تستفيد المناطق الشمالية من تغطية صحية كبيرة (طبيب واحد لحوالي 274 مواطن في الجزائر العاصمة)، بينما في بعض المناطق المحرومة (طبيب واحد لكل 5آلآف أو 6آلآلاف مواطن).

[1] نفس المرجع ، ص 176.

الفئة الأكثر تزايدا لمقابلتها بما تتطلبه. علما بأن المشكل السكاني مفتعلا بمقارنة المساحة والإمكانيات الطبيعية للبلاد.[1]

المطلب الثاني : القطاع الصحي الخاص في ظل التعددية

لقد كان للأزمة البترولية سنة 1986 م تأثير بالغ على الإقتصاد الجزائري والذي دخل في أزمة حادة تدهورت فيها جميع القطاعات ، وهو ما أدى إلى تبني النظام الجزائري خيار إقتصاد السوق كبديل للإقتصاد الموجه.

وقد بدأت الجزائر بمجموعة من الإصلاحات التي مست جميع القطاعت والتي منها المنظومة الصحية وقد كان أول إصلاح هو بداية خوصصة المجال الطبي ، وهذه الخوصصة قد أنجزت عبر العديد من المراحل سواء بالنسبة للممارسين الصحيين أو بالنسبة للخدمات الطبية .

أ- خوصصة الممارسين الصحيين :

●المرحلة الأولى : وقد كانت خوصصة الممارسة الطبية برفع جميع المعيقات كالترخيص للتأسيس حيث بدأت من سنة 1986.[2]

●المرحلة الثانية : تبعت هذه المرحلة الترخيص بفتح العيادات الخاصة إبتداءا من سنة 1990 ، حركة فتح العيادات الخاصة بدأت بشكل محتشم ثم أخذت تتزايد بشكل محتشم في السنوات الاخيرة فقط ، مجموعة العيادات الخاصة تركزت في 3 مدن كبرى في الجزائر وتعمل بصفة ضعيفة وتعتمد على

[1] سيد أحمد حاج عيسى ، مرجع سابق ذكره ، ص 178.

[2]- fatima Zohra Oufriha , Collaboratore , I bid : pp , 105-106.

مستخدمي الصحة العمومية مثل إختصاصي التخدير ومستخدمي الصحة العمومية في المستشفيات وبالإعتماد على مرحلة ثالثة من الخوصصة .[1]

●المرحلة الثالثة :وتمثلت هذه المر حلة الأخيرة في الخوصصة الفعلية للمستخدمين الطبيين الأكثر مكانة في هرم المستشفيات الجامعية الذين يملكون أجور مرتفعة وقد أصبحوا يمارسون عملهم كل الأيام في العيادات الخاصة بالإضافة الى تحول الزبائن وتحويلهم إلى المستشفى ويتذكر أن نظام الوقت الكامل قد تمت مراجعته ورخص للممارسين الصحيين العاملين بالمستشفيات الجامعية الممارسة لمدة نصف يوم بصفة خاصة (عموما في عياداتهم) هذا النوع الخاص من المراجعة في الوقت المسموح به .

في هذه الوقت الحاضر خوصصة الممارسة قد تجاوزت مبادئ النظام الصحي (دفع مقابل النشاط الطبي وعدم وجود ميكانيزمات منظمة للممارسة ذهب سريعا الى خلق أثر مزدوج من الناحية المالية :

- أثر كمي : ويكون بالدرجة الأولى في التعويضات المقدمة للتأمينات الإجتماعية فجرت كل التناقضات الدستورية من ناحية العرض الخاص وبدرجة مركزة حول المعايير المتخذة في إطار خوصصة التأمينات الصحية إبتداءا من سنة 1994 .[2]

- أثر التأجيل : ويكون بدرجة اكثر أهمية في النفقات الصحية بصفة نهائية المساهمة في تمويل النظام الصحي .

ب- خوصصة الخدمات الصحية :

وتهتم بالدرجة الأولى على سلسلة الأوية مع خوصصة التأمينات الصحية وإقتصاد السوق المرافق لها ، حيث رفعت الدولة يدها عن بلإستيراد وإنتاج وتوزيع الأدوية ، وكذا الترخيص بإنشاء عيادات في

[1]- Op. cit ,P106.

[2] - Fatima Zohra Oufriha , Collaboratore , Op .Cit , P P . 105- 106.

اطار خاص ، أيضا الترخيص بممارسة الأطباء في العيادات الخاصة لمدة نصف يوم وتزايد عدد الأسرة.[1]

المطلب الثالث : آفاق الرعاية الصحية الخاصة في الجزائر

ان التعايش بين القطاع العمومي و القطاع الخاص ينم في أذهان مستعملي قطاع الصحة بصفة عامة فالقطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد في كل الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة وتنافس الهياكل الإستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءاتها الطبية وتنافسها في نوعية الخدمات المقدمة ، فهذه الإزدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف و أساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص ، والتي تهدف في معظم الأحيان الى أهداف تجارية بحتة وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة .

هذه الإزدواجية شكلت خطرا على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الاجتماعي ، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج ، إذ يجب الاشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاقات ذات المردودية والربحية كالجراحة والتوليد وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية ، الشئ الذي أدى إلى جذب إطارات القطاع العام مما جعلها تنافس هذا الأخير ، فرغم التطور الحاصل في القطاع إلا انه يعاني العديد من الاختلالات ومنها :[2]

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة بهذه المؤسسات .
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.

---

[1]-, Op. cit ,P212

[2] - مسعود البلي ،"واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة " ، **رسالة ماجيستير**، (جامعة الحاج لخضر باتنة ، كليةالحقوق والعلوم السياسية ،قسم العلوم السياسية ، 2009- 2010) ، ص 215.

- غياب إحترام مدونة النشاطات الطبية والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش .
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والعمومي للصحة .
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات ، بالإضافة الى مشكل الإستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة
- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية والإستعجالات .[1]

تفتقر معظم العيادات الخاصة إلى ملفات حقيقية للمرضى، حيث يقوم طبيب واحد بإعداد التقارير الطبية لجميع المرضى و يعتبر ذلك خرقا للقانون والمهنة ، و عدم فتح المستثمرين عيادات خاصة بالولايات التي تعاني من نقص في ضمان تغطية صحية والعمل بشهادات إيزو المطابقة للمقاييس العالمية وا ٍدماج نشاطات هذه العيادات في المنظومة الصحية مع إحترام دفتر الأعباء، أما فيما يتعلق بالتسيير الإداري فقد وصفت بعض العيادات بغير الشرعية لأن ملفات عمالها لا تحتوي على كل الوثائق الضرورية ناهيك عن تحويل الموارد البشرية من القطاع العمومي إلى هذه العيادات، كما سجل في تقارير الوزارة الوصية نقصا في تسيير النفايات السامة وتوظيف إختصاصيين لم يؤدوا الخدمة المدنية . أما على مستوى وزارة الصحةوالسكان وا ٍصلاح المستشفيات أنه يتم حاليا تحضير ترسانة من القوانين بالتشاور مع شركاء من القطاع الخاص بهدف ضبط تسيير الهياكل الإستشفائية الخاصة وضمان تكامل أفضل مع قطاع الصحة العمومي[2].

[1] - مسعود البلي ، مرجع سابق ذكره ، ص 215.

[2] - جمال بولدايس ، أسماء منور ، سامي سي يوسف ، **العيادات الخاصة (فنادق خمسة هموم)** . متحصل عليه من : http://www.djazairess.com/ennahar/38700 تاريخ الاطلاع : 06-04-2014.

خلاصة الفصل

وخلاصة هذا الفصل نصل الى أن القطاع الصحي الخاص يساهم بشكل فعال وإيجابي في التكفل بصحة المواطنين بالرغم من ظهوره متأخرا في المنظومة الصحية في الجزائر إلا أنه تسعى السلطات العامة إلى جعله مكملا للقطاع العمومي في التكفل ببعض الأمراض ، بإستثناء الأمراض الثقيلة والتي تتحملها المستشفيات الكبرى . لكن تبقى بعض المشكلات تعيقه لعل من أبرزها عدم إحترام مقاييس التسعيرة التي يجب أن تكون ، و أيضا عدم إحترام العيادات الخاصة لأخلاقيات المهنة في العلاج ، كما أنه يعمل منفردا بدلا من أن يكون مكملا للقطاع العمومي مما يجعله بعيدا عن المهمة التي أسس من أجلها .

الفصل الثالث

القطاع الصحي الخاص في بسكرة – عيادة الرازي دراسة حالة

تمهيد

في هذا الفصل التطبيقي سوف نقوم بدراسة حالة عيادة الرازي عن طريق إجراء مقابلة مع مسيريها من أجل معرفة واقع القطاع الصحي الخاص بولاية بسكرة ومدى مساهمته في ضمان التغطية الصحية الخاصة بالولاية أوالتغطية الصحية العامة .

المبحث الأول: نشأة و تطور العيادة الصحية الرازي بسكرة

المطلب الأول : التعريف بالعيادة

تقع مصحة الرازي للطب و الجراحة في حي المجاهدين في مدينة بسكرة تتربع على مساحة تقدر 300 م^2 ،وهي مبنى مستقل و قد تم تدشينها في 29 جانفي من سنة 2002 و هي عبارة عن عيادة إستشفائية خاصة تختص في تقديم الخدمات العلاجية الطبية و الجراحية بطاقة سريرية تقدر ب 33 سرير موزعة على عشرة غرف و تضم عددا من أقسام الفحص و التشخيص و الجراحة وهي عيادة إستثمارية ربحية.[1]

وهذا الجدول نوضح فيه أنواع الأقسام المتواجدة بالعيادة وهي نوعين :

الأقسام الطبية	الأقسام الجراحية
- طب الكلى	- جراحة عامة
- طب أمراض النساء والتوليد	- جراحة الأطفال
- طب الأعصاب	- جراحة أمراض النساء
- طب العظام	- جراحة الجهاز البولي
- طب أمراض الجلد	- جراحة العظام والمفاصل
- طب عام	- جراحة الأنف ، الأذن والحنجرة
- التشخيص بالأشعة	- الجراحة التجميلية
- التحاليل المخبرية	- جراحة الأعصاب
- التضميد.	- الجراحة بالمنظار
	- العمليات الجراحية

المصدر : من إعداد الباحثة بالإعتماد على بيانات المقابلة.

[1] - مقابلة مع :طهراوي عائشة ، نائب المدير بعيادة الرازي ، يوم 27 افريل 2014. الساعة 11:50- 12.30.

1 - الأقسام الطبية : تتمثل في طلب الكلى و طب أمراض النساء و التوليد و طب الأعصاب و طب العظام و طب أمراض الجلد و طب عام و التشخيص بالأشعة التحاليل المخبرية التضميد.

2- الأقسام الجراحية : تتمثل في الجراحة العامة و جراحة الأطفال و جراحة أمراض النساء و جراحة الجهاز البولي و جراحة العظام و المفاصل و جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة و الجراحة التجميلية و جراحة الأعصاب و الجراحة بالمنظار و العمليات الجراحية المختلفة .[1]

و توجد إلى جانب هذه الأقسام التي تقدم خدمات أساسية صحية أقسام أخرى مساعدة تتمثل في الصيدلية لكن هذه الاخيرة خاصة فقط بتوفير جميع مستلزمات العمليات الجراحية والإستعجالات ، بالإضافة إلى أقسام أخرى مختصة بالصيانة والإطعام والبياضة والمخزن والخدمات الإدارية.

المطلب الثاني: الهيكلة التنظيمية للعيادة

يعتبر الهيكل التنظيمي البناء أو الإطار الذي يحدد التركيب الداخلي للمنظمة فهو يبين التقسيمات التنظيمية والوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال والأنشطة التي يتطلبها تحقيق أهداف المنظمة .

بالرغم من عدم توفر المصحة على هيكل تنظيمي حاولنا وضع هيكل تنظيمي بناء على الاقسام الموجودة بالعيادة و التي تتوزع كالآتي :

- مكتب المدير : يسيره طبيب عام و هو المالك للمصحة حيث يتولى إدارة شؤونها بمساعدة عون إداري .

[1] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

- مكتب نائب المدير: يقوم بالإضافة إلى مساعدة المدير العام في إدارة شؤون المصحة، المسؤولية على قبض مستحقات العمليات الجراحية و ملأ ملفات المرضى و تسجيلها.
- قسم المحاسبة : يتولى هذا القسم إعداد أجور الموظفين من أطباء و ممرضين و باقي عمال المصحة بالإضافة إلى وضع ميزانية الإعلام و الترويج عن خدمات المصحة.
- قسم الإستقبال : يقدم التعليمات و المعلومات للمرضى و توجيههم إلى الأقسام العلاجية المعنية كما يتولى قبض مستحقات المعاينة الطبية، الأشعة ، التحاليل المخبرية .....إلخ.[1]
- قسم الجراحة : يتولى هذا القسم تقديم الخدمات الجراحية بكل أنواعها، يحتوي على جناحين للجراحة، قاعتي للانعاش (salles de réanimations) قاعة للمراقبة (salle de surveillance) مزود بكل الأجهزة اللازمة بالإضافة إلى توفره على قاعة خاصة لتقديم الأدوية و المستلزمات الطبية الضرورية أثناء إجراء العمليات الجراحة .
- قسم الفحص و التشخيص: يتولى هذا القسم تقديم خدمات الفحوصات الطبية بكل أنواعها و يتوفر على قسم للإستعجالات الطبية و الجراحية، تستقبل المرضى على مدار 24 ساعة على 24 ساعة بالإضافة إلى قاعة خاصة بتقديم الأدوية و المستلزمات الطبية.[2]

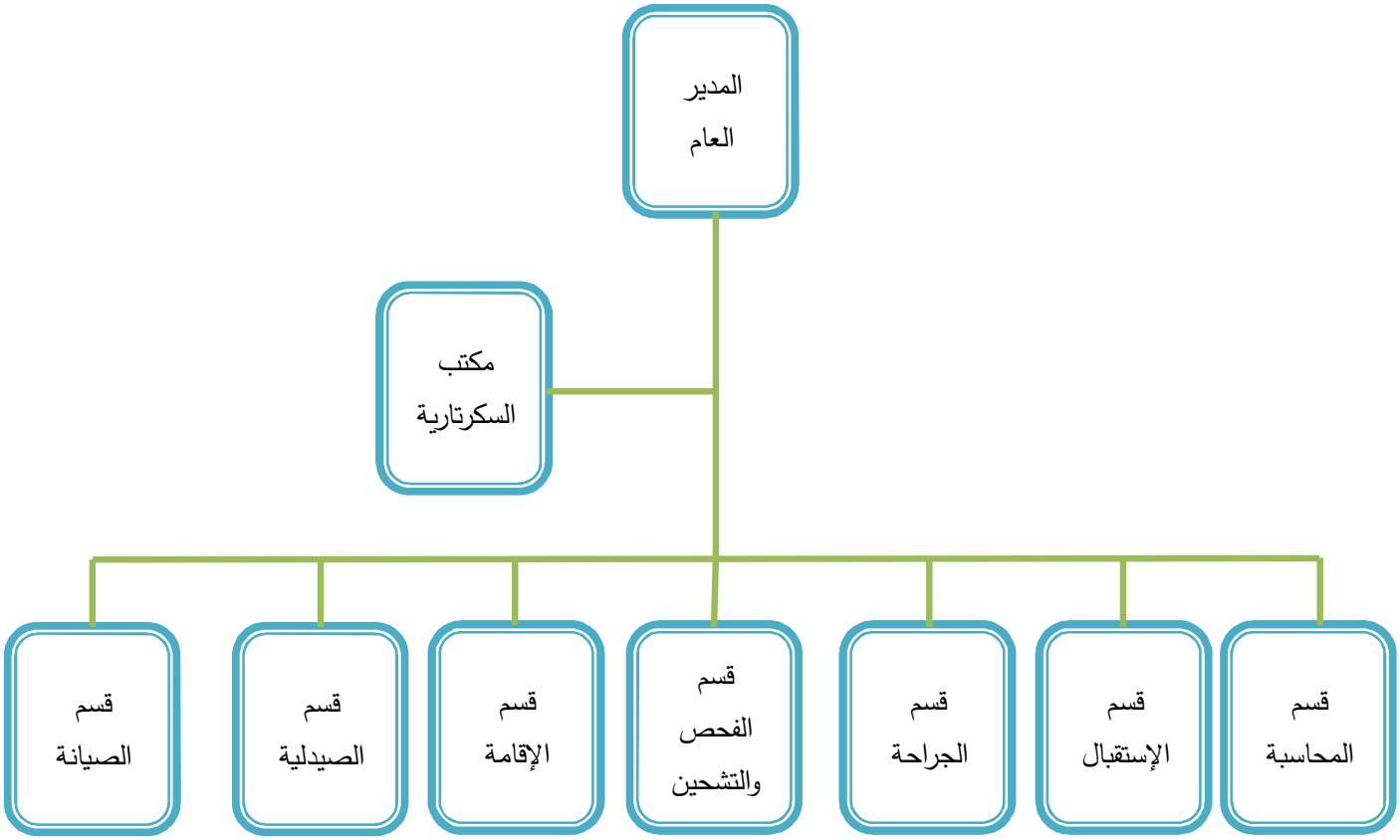
[1] مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

[2] - نفس المرجع .

- قسم الإقامة: يشرف هذا القسم على راحة المريض أثناء إقامته بالمصحة يضم البياضة و المطبخ و المخزن، يعمل على توفير كل المستلزمات الضرورية من أغطية و أفرشة و وجبات الطعام و النظافة و اي لوازم أخرى يحتاجها المريض .
- قسم الصيدلية : يتولى هذا القسم مسؤولية تقديم الأدوية و الأدوات الطبية اللازمة لقسم الجراحة و المعاينة .
- قسم الصيانة: يتولى هذا القسم مراقبة الآلات و الأجهزة الطبية و أجهزة الإعلام الآلي و صيانتها و تصليحها عند حدوث أي عطل. [1]

[1] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

الهيكل التنظيمي لعيادة الرازي – بسكرة -



المصدر : من إعداد الباحثة بالإعتماد على بيانات المقابلة .

المطلب الثالث: الإمكانيات البشرية و المادية في عيادة الرازي

1- **الإمكانيات البشرية** : يمارس بعيادة الرازي طاقات بشرية كل ضمن إختصاصه لضمان أفضل رعاية صحية ممكنة ويمكن تلخيصها فيمايلي:

- الأطباء المختصين : وعددهم (5) أطباء يزاولون عملهم يوميا وهم تابعين للمصحة بإستثناء بعض الأطباء المتخصصين في جراحة الكلى والمسالك البولية وجراحة الأذن والحنجرة لهم عياداتهم الخاصة خارج العيادة ويأتون فقط لإجراء العمليات الجراحية .
- الأطباء العامون: وعددهم(6) أطباء يزاولون عملهم بالتناوب حيث كل يوم يعمل طبيب.
- الأعوان شبه طبيين: وعددهم (20) ممرض وممرضة شبه طبيين يعملون بشكل يومي وعادي ويسهرون على راحة المرضى .
- الاداريون : وهم الأفراد المكلفين بالإشراف على تسيير المصحة ومراعاة مصالح المرضى ، ويتمثلون في المدير (طبيب) ، نائب المدير (مسير)و أفراد قسم المحاسبة.[1]
- الإداريون : وهم الأفراد المكلفين بالإشراف على تسيير المصحة ومراعاة مصالح المرضى ، ويتمثلون في المدير (طبيب) ، نائب المدير (مسير)و أفراد قسم المحاسبة.
- العمال متعددي الخدمات: وعددهم (30) عامل يعملون في التخصصات في المصحة مثل عمال المطبخ ، والمغسلة ، وعمال الصيانة.

2- **الإمكانات المادية**: وتتمثل هذه الامكانيات في التجهيزات الطبية وسيارات الإسعاف ومعدات تشخيص الأمراض. [2]

[1] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

[2] - نفس المرجع.

- التجهيزات الطبية: تتوفر عيادة الرازي على أحدث التجهيزات الطبية مثل الجراحة بالمنظار والتشخيص بالأشعة الرقمية (radiologie numérisée)
- سيارات الإسعاف:و أيضا تتوفر العيادة على سيارة إسعاف ويتم إستعمالها في حالة الإستعجالات.

المطلب الرابع: الاختصاصات الطبية بعيادة الرازي

تتوفر عيادة الرازي بمجموعة من الإختصاصات الطبية و الجراحية تسهم في تشكيل إضافة نوعية إلى قطاع الصحة في ولاية بسكرة و من أهم هذه الاختصاصات:

- الجراحة العامة : هي كل العمليات الجراحية التي تدخل في الباطني ، وتستعمل فيها الجراحة بالمنظار.
- الاستعجالات: تقوم العيادة بالسهر على التغطية الصحية على مدار اليوم 24/24 ساعة و التكفل بالحالات المستعجلة ما عدا حوادث المرور فيتم توجيهم للمستشفى العمومي.
- طب جراحة الأطفال: وتقوم فيه العيادة بإجراء العمليات الجراحية للأجنة والرضع والاطفال .
- جراحة النساء و التوليد: وفي هذا التخصص تجرى عمليات الجراحة على الجهاز التناسلي للانثى وعملية العقم والولادة.
- جراحة الأعصاب : وتهتم باجراء العمليات على الجهاز العصبي .
- جراحة الأذن و الحنجرة : أيضا تهتم بإجراء العمليات على المناطق الأكثر حساسية وأهمية لدى المرضى .
- جراحة التجميل: وتجرى هذه العمليات لأغراض وظيفية أو جمالية
- جراحة الكلى و المسالك البولية: وتجرى هذا النوع من العمليات على الأمراض التي تصيب الجهاز البولي والكلى .[1]

[1] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

المبحث الثاني :عيادة الراز ي في ضمان التغطية الصحية ببسكرة

المطلب الاول :دور عيادة الرازي في التغطية الصحية

لا تعرف الجزائر أزمة موارد بشرية في مجال الصحة على المستوى الكمي وفي أغلب الأحيان يمكن أن نحكم على التغطية الصحية بأنها كافية بالمقارنة مع دول أخرى تملك نفس مستوى التنمية ، إلا أننا نجد بعض التفاوتات الجهوية من ناحية السلك الطبي المختص وعدم التساوي يفسر على أن الأطباء يتوجهون إلى المناطق الريفية والمعزولة ويتركز في المناطق الحضرية فقط .

تطور عدد الأطباء المختصين في القطاع الصحي الخاص ب 50% مابين 1990 و 2006 ويتطور بصفة مستمرة وسنوية ب 6 % الى غاية اليوم.[1]

والجدول الآتي يوضح تطور عدد الأطباء المختصين بولاية بسكرة :

السنـــــــــة	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	نسبة التطـــور
عدد الأطبـــاء المختـــصيـن المتـواجدين في ولاية بســـــكرة	36	40	43	43	46	48	/	38	78%

المصدر : وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات

مكتب الاحصاء لمستخدمي الصحة

[1] - Ahcéne Zehnati , **Les Inégalité De Réparitition Des Praticiens Privés De Santé Sur Le Territoire En Algérie**. **Cas de 20 Spécialités Médicales** . P 5.

.

الجدول يوضح لنا تطور عدد الأطباء الخواص في ولاية بسكرة ، حيث شهدت ولاية بسكرة على غرار الولايات الخرى تطورا ملحوظا .

في المجموع نجد أن القطاع الصحي الخاص على مستوى 20 تخصص قد تطور بصفة قوية ، حيث يمثل 42 %بالمقارنة مع 58 % للقطاع الصحي العمومي في مجال التغطية الصحية ، كذلك نجد أن القطاع الصحي الخاص في مجال الجراحة بمختلف تخصصاتها قد ساهم في تخفيض الضغط على المستشفيات العمومية بنسبة 10% الى غاية 52% من مجموع النشاطات الطبية في القطاع الصحي على مستوى ولاية بسكرة وعند التطرق الى عيادة الرازي نجد أنها تساهم في التغطية الصحية هذا بمقارنتها مع العيادات الأخرى المتواجدة بنفس الولاية والجدول التالي يوضح عدد المرضى الذي يتم إستقبالهم في اليوم والشهر وفي السنة :

	عدد المرضى في اليوم	عدد المرضى في الشهر	عدد المرضى في السنة
الحالات الجـــــراحية	**04**	**120**	**1440**
الحالات الاستعجاليــة	**07**	**210**	**2520**
الحالات الطبية العادية	**50**	**1500**	**18000**
المجموع	**61**	**1830**	**21960**

المصدر : من إعداد الباحثة بالإعتماد على بيانات المقابلة .

و هذا الجدول يبين أن العدد الإجمالي للمرضى بمختلف الحالات (الجراحية والاستعجالية ، والحالات الطبية العادية) هو 21960 مريض وهو مايعني أن عيادة الرازي تستقطب عدد كبير من المرضى يوميا سواء من داخل الولاية او خارجها وهذا دليل على أنها تساهم فعال في ضمان التغطية الصحية .

المطلب الثاني : اهداف وتحديات عيادة الرازي

أ/ الاهداف :

عيادة الرازي وكأي مؤسسة خاصة لها اهداف تسعى دوما لتحقيقها وهي :

- توفير العلاج للمرضى مقابل ربح المال .
- تقديم الخدمات الصحية اللائقة بكل فئات المجتمع .
- توفير فرص عمل لخريجي الجامعات .
- تحسين الوضع الصحي للأفراد والمواطنين داخل الولاية أو خارجها .
- تقليص دائرة المرض وبناء مجتمع صحي .
- تطور الأجهزة الطبية والجراحية كإستعمال الجراحة بالمنظار وذلك من أجل ربح الوقت .
- السهر على توفير الرعاية الصحية في كل الأوقات أ 24 سا / 24 سا .[1]

ب- التحديات :

تعتبر عيادة الرازي من العيادات الفعالة في ولاية بسكرة ، حيث تجتهد من أجل تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطن معتمدة في ذلك على أحدث التجهيزات الطبية والجراحية كالجراحة بالمنظار وتقريب الخدمات الصحية للمواطن بدل الشقاء والسفر إلى ولايات اخرى من أجل العلاج ، وهذا ماجعلها تشهد إقبال كبير من المواطنين الذين وجدو خدمات صحية جيدة ، مما جعلها تشهد

[1] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

منافسة شديدة وقوية في المجال الصحي من طرف العيادات الاخرى الخاصة في ولاية بسكرة والتي تتميز بالنمو المتزايد مثل : مصحة عقبة بن نافع للطب والجراحة "2002" ، ومصحة النخيل للطب والجراحة والتوليد "2006" ، العيادات الفردية والجماعية للطب والتشخيص ...إلخ ، مما يجعل عيادة الرازي تسعى دوما الى أن تكون الأفضل والأحسن في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين .[1]

المطلب الثالث : واقع العمل بعيادة الرازي

تعمل عيادة الرازي على توفير الخدمات الصحية للمرضى 24سا/24سا من خلالهم ترسيخهم لشعار" **صحتكم هي هدفنا** " **Votre santé et notre souci** وذلك بتوفير أحدث الأجهزة الطبية والجراحية مثل الجراحة بالمنظار والتشخيص بالأشعة الرقمية **Radiologie Numérisée** بتكاثف جهود جميع العاملين من أطباء مختصين وعامين ، وعمال شبه طبيين والإداريين من أجل ضمان أفضل الخدمات الصحية للمرضى.

وقد سعت عيادة الرازي بتوسيع الخدمات الصحية من خلال فتح قسم جديد لطبيب أمراض الجلد وذلك كان في أفريل سنة 2007 ، مع توفير المصاعد للمرضى وللحالات الإستعجالية ، وكذلك الاعلان على مواقيت زيارة المرضى ومواعيد تقديم الخدمات الصحية عن طريق الاعلان داخل المصحة والسهر على راحة المرضى ، أيضا تتوفر العيادة على أطباء أكفاء ولهم خبرة في المجال الصحي ، وتسهر الإدارة على مواكبة التطور والتواصل مع الشركات الاجنبية لمواكبة التطور والإستعلام والحصول على أحدث التجهيزات لتوفير أحدث الخدمات الطبية والجراحية من أجل ضمان أفضل تغطية صحية للمواطن في الولاية أو خارجها .[2]

[1] - نفس المرجع .

[2] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

المطلب الرابع : تقييم عيادة الرازي

وفي هذا المطلب سنقوم بتقييم لعيادة الرازي وهذا مع ذكر إيجابياتها وسلبياتها :

- الإيجابيات :[1]

- توفير الخدمات الطبية والعلاجية للمواطنين المقيمين بولاية بسكرة أو من الولايات الأخرى .
- إستخدام أجهزة علاجية حديثة ومتطورة لتسهيل عملية العلاج للمواطنين وكذا ربح الوقت .
- امتلاك عيادة الرازي لأطباء مؤهلين وأكفاء في مختلف التخصصات العلاجية .
- إحترام عيادة الرازي كل متطلبات السلامة (الوقاية من الحرائق وتسيير النفايات) وذلك عن طريق تجديد قارورات الحرائق كل عام ، أما بخصوص النفايات الطبية فالعيادة متعاقدة مع شركة **Net Pic** لتسيير النفايات وهذه الشركة هي المسؤولة على عملية النقل والحرق والردم .
- توفير المصاعد للمرضى وللحالات الاستعجالية . [2]

- السلبيات :

- ضيق مساحة عيادة الرازي مما يجعل المريض عند دخوله لا يحس بالراحة ، أيضا ضيق المساحة يجعلها لا تكفي لإستقبال عدد كبير من المرضى .
- إمتلاك عيادة الرازي لسيارة إسعاف واحدة غير كافية لنقل الحالات الاستعجالية .
- تدني أجور العاملين بالعيادة .

[1] - نفس المرجع.

[2] - مقابلة مع طهراوي عائشة ، مرجع سابق.

- توفير صيدلية للمستلزمات الطبية والجراحية فقط وعدم توفيرهم لصيدلية للأدوية التي يحتاجها المرضى بصفة عامة .
- عدم إستقبال عيادة الرازي لحالات حوادث المرور.
- عدم التكفل بالمرضى من ناحية الضمان الاجتماعي و التكفل فقط بالعمال .[1]

[1] - نفس المرجع .

خـــلاصـــة الفـصـــــــــل

وفـي خلاصـــة هـذا الفصـــل نجـد أن عيـادة الـرازي الخاصـــة تســاهم فـــي ضـــمان التغطيــة الصــحية ســواء للولايــة او للدولــة ككــل وذلــك مــن حيــث التنظــيم والتســيير وتــوفير العــلاج الأفضــل للمرضــى بإســتخدام أجهــزة حديثــة ومتطــورة ، لكــن تبقــى هنــاك العديــد مــن النقائص يجب تداركها في المستقبل .

اسئلة المقابلة :

1-كيف تأسست عيادة الرازي ؟

2-ماهي نوعية عيادة الرازي ؟

3-كم مساحة عيادة الرازي ؟

4-كم هي عدد قاعات العلاج ؟

5-ماهي اقسام عيادة الرازي ؟

6- هل تتوفر العيادة على صيدلية ام لا ؟

7- هل تتوفر العيادة على مصاعد ام لا ؟

8-من يدير عيادة الرازي ؟ هل هو طبيب اختصاصي ، طبيب ممارس له خبرته في الميدان ؟

9- ماهي اقسام العيادة ؟

10- من يدير كل قسم من اقسام المستشفى ؟

11- كم عدد المرضى الذين يزورون العيادة يوميا في مختلف الحالات ؟

12- الى اي مدى تستوفي العيادة الخاصة الرازي شروط والمواصفات الصحية (طريقة تسيير النفايات الطبية)

13- ماهي نوعية الخدمات الطبية والجراحية المقدمة بعيادة الرازي ؟

14- ماهي التخصصات المتواجدة بعيادة الرازي ؟ وماهو عددها ؟

15- كم عدد العاملين في عيادة الرازي ؟ الاطارات الطبية والشبه الطبية والعمال المتعددين الخدمات ؟

16- كم عدد الاسرة المتوفرة في عيادة الرازي ؟

17- ماهي اهداف عيادة الرازي ؟

18- ماهي اهم التحديات التي تواجه عيادة الرازي ؟

19- ماهي علاقة العيادة الرازي بصندوق الضمان الاجتماعي ؟

الخـــاتـــمـــة

وفي الأخير من خلال تطرقنا لموضوع السياسة الصحية العامة في الجزائر نجد أنها مرت بعدة مراحل وذلك من أجل تحسين صحة المواطن منذ الإستقلال .

- عرفت مرحلة بعد الإستقلال إلى غاية سنة 1965 هجرة الأطباء الفرنسيين والكوادر وسوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية ، واهم الإجراءات التي إتخذتها السلطات العمومية الوقاية وعلاج الأمراض والتوزيع العقلاني للأطباء .
- المرحلة من (1965- 1979) كان فيها توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية .
- المرحلة من (1979 – 2007) تميزت بإنشاء هياكل قاعدية صحية جديدة سنة 1986 ، وتدهور وظهور مشاكل في القطاع الصحي العام وذلك أدى بالسلطات العمومية إلى خوصصة القطاع الصحي والذي مر بعدة مراحل ، بداية بخوصصة الممارسين الصحيين وصولا إلى خوصصة الخدمات الصحية ، وذلك من أجل تكملة القطاع الصحي العام والمساهمة بشكل كبير في ضمان التغطية الصحية العامة ، لكن سرعان ما أصبح القطاع الصحي الخاص ينافس المستشفيات العمومية ، ويهدف إلى الربح والتجارة بالصحة ويستقطب الفئات القادرة على دفع مستحقات العلاج فقط .

وعند دراستنا التطبيقية لعيادة الرازي ببسكرة توضح لنا أن هذه العيادة تنافس بصفة كبيرة المستشفيات العمومية المتواجدة بالجزائر بصحة عامة ، وفي ولاية بسكرة بصفة خاصة لإستقطابها عدد كبير من المرضى من داخل الولاية أو خارجها ، وهذا نتيجة لتوفر العيادة على أحدث التقنيات ووسائل العلاج الطبية والجراحية .

الخـــاتـــمـــة

وتوصلنا في الأخير أن عيادة الرازي تساهم بشكل كبير في ضمان التغطية الصحية ، إلا أنها تسعى إلى الربح بالدرجة الأولى ولا تكمل القطاع الصحي العام .

أ – باللغة العربية :

اولا : الكتب :

1- اقبال ابراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية** ، (الاسكندرية : دار المعرف الجامعية) ، 1999.

2- بهاء الدين ابراهيم ، **الصحة والتربية الصحية** ، القاهرة : دار الفكر العربي (د س ن).

3- ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، (عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع) ،2005 .

4- جمال الدين ابو الفضل محمد ابن مكرم ، **لسان العرب لابن منظور**، المجلد الرابع، ج28 ، (القاهرة – مصر : دار المعارف) ، 1981.

5- سعد علي العنزي ، **الادارة الصحية** ، (عمان : دار اليازوردي للنشر والتوزيع)، 2009.

6- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي** ، (مصر: دار المعارف الجامعية)، 2004.

7- سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**،(عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع) ، 2006 .

8- صلاح محمود ذياب ، **ادارة خدمات الرعاية الصحية.**(عمان ، دار الفكر ناشرون و موزعون)، 2009.

9- طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، مصر: ط2. (مكتبة القدس : الزقازيق)، 2006.

10- عباس النصراوي ، برهان الدجاني وآخرون ، **القطاع العام والخاص في الوطن العربي** ، (بيروت : مركز دراسات الوحدة العربية)، 1990 .

11- عبد المحي محمود حسن صالح ، **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** ،(مصر : دار المعرفة الجامعية) ، 2003.

12- عبد المهدي بواغنة ، **ادارة المستشفيات والخدمات الصحية - التشريع الصحي والمسؤولية الطبية** ، (الاردن : دار الحامد للنشر) ، 2003.

13- فريد توفيق نصيرات ، **ادارة منظمات الرعاية الصحية** ، (عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع) ، 2008.

14- محمد الصيرفي، **ادارات المستشفيات العامة و الخاصة وكيفية تميز العاملين بها** ، (الاسكندرية : دار الفكر الجامعي) ، 2009.

15- نور الدين حاروش، **الادارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** ،(الاردن : دار الثقافة للنشر و التوزيع) ، 2012.

ثانيا : الدوريات

1- بن لوصيف زين الدين ، **"تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة "** ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد الاول ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة ، ديسمبر ، 2003.

2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 67 ، المادة 02، مرسوم تنفيذي رقم 07- 321 يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها.

3- عبد العزيز جميل مخيمر ، محمد محمود الطعامنة ، **الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)** ،مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية ، مفاهيم اساسية في الادارة .

4- قندلي رمضان ، **الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقاربة)** ، مجلة دفاتر السياسة والقانون ، جامعة بشار (الجزائر) ، العدد 6 ، جانفي 2012 .

5- كامل مهنا ، **الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول** ، المؤتمر الوطني الأول تجمع للهيئات الأهلية في لبنان : قصر الأنيسكو ، 2 ديسمبر 1999 .

6- مولاي لخضر عبد الرزاق ، بونوة شعيب ، **دور القطاع الخاص في التنمية الإقتصادية في الدول النامية دراسة حالة الجزائر** ، مجلة الباحث : العدد 07 ، 2009 – 2010 .

ثالثا : الرسائل الجامعية

1- حسيني محمد العيد ، " السياسة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990- 2012" ، **رسالة ماجيستير** ، (جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، 2012-2013).

2- خروبي بزارة عمر، "اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) – دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف" **رسالة ماجستير** ، (جامعة الجزائر03 ، كلية العلوم السياسية والاعلام ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، 2010-2011) .

3- زروالية رضا ، التحضر والصحة في المجتمع الجزائري (دراسة ميدانية بحي افوراج –مدينة باتنة- الجزائر) ، **رسالة ماجيستير** ،(جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية ، قسم العلوم الاجتماعية ، 2010-2011) .

4- حبيبة قشي ، "اليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة)" ، بسكرة ، **رسالة ماجيستير** ،(جامعة محمد خيضر بسكرة ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير ، قسم العلوم الاقتصادية ، 2006- 2007) .

5- نجاة صغيرو ، " تقييم جودة الخدمات الصحية :دراسة ميدانية " ، **رسالة ماجيستير** ، (جامعة الحاج لخضر باتنة ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير ، 2011- 2012).

6- بحدادة نجاة ،" تحديات الامداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية "، **رسالة ماجيستير** ،(جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ، قسم العلوم الاقتصادية ، 2011- 2012).

7- نجاة صغيرو ، " تقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية)" ، **رسالة ماجيستير** ، (جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، قسم علوم التسيير ، 2011- 2012) .

8- سيد احمد حاج عيسى، "اثر تدريب الافراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية –دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية " ، **رسالة ماجيستير** ، (جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، 2011/ 2012) .

9- مسعود البلي ،" واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة " ، **رسالة ماجيستير**، (جامعة الحاج لخضر باتنة ، كليةالحقوق والعلوم السياسية ،قسم العلوم السياسية ، 2009- 2010) .

رابعا : المواقع الالكترونية :

1- حسينة /ل ، (تطور المنظومة الصحية منذ الإستقلال) ، جريدة المساء ،05 / 07 / 2012، متحصل عليه من :

http://www.el-massa.com،

2- جمال بولدايس ، أسماء منور ، سامي سي يوسف ، **العيادات الخاصة (فنادق خمسة هموم)** . متحصل عليه من :

http://www.djazairess.com/ennahar/38700.

خامسا : المقابلات :

1- مقابلة مع : طهراوي عائشة ، نائب المدير بعيادة الرازي ، يوم 27 افريل 2014. الساعة 11:50- 12.30.

ب- **باللغة الاجنبية**

1- Ahcéne Zehnati , **Les Inégalité De Réparitition Des Praticiens Privés De Santé Sur Le Territoire En Algérie**. Cas de 20 Spécialités Médicales

2- **Algerie guide économique et social**, (Rouiba: ANEP), 1991.

3- Fatima Zohra Oufriha , Collaboratore :**De Reforme Un Système De Santé A croisée Des Chemains .** Alger , 2006.

4- Magali Barbeiri , Pierre Centrelle , **Santé et population** , lieu non identifier .

فهرس الموضوعات

شكر وعرفان.....

الإهداء .....

مقدمة 1- 8

الفصل الأول : نشأة وتطور السياسية الصحية العامة في الجزائر 10

المبحث الأول : الإطار المفاهيمي لسياسة الصحية 11

المطلب الأول : مفهوم السياسة الصحية.....11

المطلب الثاني : أهمية وأهداف السياسة الصحية 18

المطلب الثالث : تقسيمات السياسة الصحية 20

المطلب الرابع : المقومات الأساسية لسياسة الصحية 22

المبحث الثاني : التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر 26

المطلب الأول : السياسة الصحية من 1962 -1965 26

المطلب الثاني : السياسة الصحية من 1965-1979 28

المطلب الثالث : السياسة الصحية من 1979-2007 30

الفصل الثاني : واقع وتحديات القطاع الصحي الخاص في الجزائر 37

المبحث الأول : تطور القطاع الصحي الخاص وعلاقته بالسياسة الصحية العامة في الجزائر 38

المطلب الأول : القطاع الخاص في الجزائر 38

المطلب الثاني : نشأة وتطور القطاع الصحي الخاص في الجزائر.....39

المطلب الثالث : خصائص وهياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر 45

المطلب الرابع : واقع القطاع الصحي الخاص في الجزائر 49

المبحث الثاني : القطاع الصحي الخاص في ظل السياسات الإقتصادية الجزائرية 50

المطلب الأول : القطاع الصحي الخاص في النظام الإشتراكي 53

المطلب الثاني : القطاع الصحي الخاص في ظل التعددية.....55

المطلب الثالث : آفاق الرعاية الصحية الخاصة في الجزائر 60

الفصل الثالث : القطاع الصحي الخاص في بسكرة –عيادة الرازي دراسة حالة - 61

المبحث الأول : نشأة وتطور العيادة الصحية الرازي بسكرة.....61

المطلب الأول : التعريف بالعيادة.....62

المطلب الثاني : الهياكل التنظيمية للعيادة 66

المطلب الثالث : الامكانيات المادية والبشرية في عيادة الرازي 66

المطلب الرابع : الإختصاصات الطبية بعيادة الرازي 67

المبحث الثاني : عيادة الرازي في ضمان التغطية الصحية في بسكرة 68

المطلب الأول : دور عيادة الرازي في التغطية الصحية.....68

المطلب الثاني : أهداف وتحديات عيادة الرازي 70

المطلب الثالث : واقع العمل بعيادة الرازي 71

المطلب الرابع : تقييم عيادة الرازي 72

الخاتمة.....77

قائمة المراجع 79

ملخـــص :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع القطاع الصحي الخاص ضمن المنظومة الصحية في الجزائر .

من خلال التطرق لواقع عيادة الرازي ببسكرة توصلنا إلى النتائج التالية :

- أن القطاع الصحي الخاص يهدف بالدرجة إلى الربح السريع .
- أن القطاع الصحي الخاص يسعى إلى منافسة القطاع الصحي العام.
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الصحي العام والخاص.