

جامعة - الجلفة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية



سياسة إصلاح المنظومة العمومية للصحة في الجزائر

بين البحث التنظيمي و الإشكالات المالية

خلال الفترة 2007-2014

مذكرة معدة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: إدارة الموارد البشرية

إعداد الطالب

تناح أحمد

السنة الدراسية: 2016-2017

جامعة - الجلفة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية



سياسة إصلاح المنظومة العمومية للصحة في الجزائر

بين البعث التنظيمي و الإشكالات المالية

خلال الفترة 2007-2012

مذكرة معدة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: إدارة الموارد البشرية

تحت إشراف الأستاذ

د.الكر محمد

إعداد الطالب

تناح أحمد

السنة الدراسية: 2016-2017

جامعة - الجلفة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية



سياسة إصلاح المنظومة العمومية للصحة في الجزائر

بين البعد التنظيمي و الإشكالات المالية

خلال الفترة 2007-2014

مذكرة معدة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: إدارة الموارد البشرية

تحت إشراف الأستاذ

د. الكرم محمد

إعداد الطالب

تناح أحمد

أعضاء لجنة المناقشة

د قيرع سليم رئيسا

د. الكرم محمد مشرفا و مقرا

د زوامبية عبد النور عضوا مناقشا

السنة الدراسية: 2016-2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإهداء

بسم الله، الحمد لله و الصلاة و السلام على رسول الله

أود أن أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

الوالدين الكريمين اللذين لم يدخرا أي جهد من أجلي أدامهما الله فوق رأسي.

الإخوة و الأخوات

الزوجة و الأبناء زياد و غسان أدامهم الله فرحة في حياتي.

الأصدقاء خاصة عبو، حسين، سعيد، كمال....

أدعو الله أن يجمعني الله بهم في صحبة طيبة في الدنيا و الآخرة.

كل طلبة إدارة الموارد البشرية ماستر-2 خاصة طلبة الفوج الثالث

جمعنا الله بهم مرات و مرات في الدراسة.

إلى كل من كان له فضل في الوصول إلى هذه اللحظة وكتابة هذه الأسطر

أحمد

الشكر

بسم الله، الحمد لله ، و الصلاة والسلام على رسول الله

إن الحمد كله لله وحده و مهما حمدنا لن نوفي الله حقه فاللهم لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك و عظيم سلطانك.

أود أن أستغل هذه المساحة للتقدم بالشكر لكل من ساهم في فتح تخصص الماجستير الخاص بالموارد البشرية و لم يدخر جهدا لذلك بل و كابد في سبيل ذلك ما كابد و أخص بالذكر :

- الدكتور الكر محمد الذي كان له الفضل بعد الله في أن يكون سببا في إكمال كثير من الطلبة لدراساتهم و أنا واحد منهم.

- الدكتور نوري نعاس رئيس قسم العلوم السياسية الذي لم يدخر جهدا في التأيير البيداغوجي و الإداري للتخصص.

- الدكتور زوامبية الذي استفدنا منه علميا.

-الدكتور رافع الذي رافقنا طيلة فترة الدراسة بالدعم و المساندة

جميع أساتذة قسم العلوم السياسية بجامعة الجلفة

لكل هؤلاء و لكل من له يد بيضاء كل شكري و امتناني.

مقدمة

مقدمة

تشكل الصحة أهمية خاصة لدى كل فرد أو مجتمع أو دولة ذلك لأنها تمثل ليس أساس البقاء فقط و لكن أساس النمو و التطور أيضا، كما أنها تعتبر في نفس الوقت هدفا في حد ذاته و تعتبر سببا و طرفا ملائما لتحقيق أهداف أخرى كالتنمية الاقتصادية و الاجتماعية و من هذا المنطلق فقد اهتمت الحكومات بضمائها و ترقيتها دائما و توفير جميع الظروف الملائمة لتحقيق ذلك.

بل و أكثر من ذلك فإن الصحة تمثل حقا يتمتع به الإنسان و على الدولة توفير الرعاية الصحية و حماية الفرد من الأمراض التي يمكن أن تصيبه و تحسن ظروف معيشتة حسبما نصت عليه كل دساتير العالم و على رأسها الميثاق العالمي لحقوق الإنسان (المادة 25 التي تنص على أنه لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة و الرفاهية له و لأسرته و يتضمن ذلك التغذية و الملابس و المسكن و العناية الطبية و كذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة.....)

إن الحكومات على اختلافها تتصرف وفق خطط منهجية و بإمكانيات و موارد مدروسة لتحقيق أهداف محددة مسبقا لتقوم في الأخير بدراسة العملية ككل و محاولة كشف النقائص و العيوب لتصحيحها و هكذا لتدخل في عملية جديدة.

في مقابل ما قلنا سابقا فإن الحاجات الصحية تختلف و تتطور مع مرور الوقت و حسب الظروف لأنها مرتبطة بعدة متغيرات أخرى كتعداد السكان و الظروف الاقتصادية و حتى السياسية و على هذا الأساس فإن ما تقوم به الحكومات في إطار أعمالها المختلفة لضمان الصحة و الوقاية من الأمراض و توفير الخدمة الصحية الشاملة و الجيدة و العادلة لابد و أن يكون مرتبطا بهذه التغيرات التي تخرج عن قطاع الصحة في حد ذاته لتشمل المجتمع ككل.

و بالحديث عن الجزائر فإننا سوف نرى بأنها لن تخرج عن القاعدة عند التركيز على أهمية الصحة و على ضرورة اهتمام الحكومة بها ولن نخرج عن القاعدة أيضا عند ملاحظة التغيرات التي يمر بها المجتمع الجزائري و تنوع احتياجاته في مجال الصحة و بالتالي الضرورة الكبيرة لتنوع و زيادة مجهودات الحكومة لمواكبة هذه الحاجات الكبيرة و المتزايدة.

لقد انتقلت الجزائر من فترة استعمارية تميزت بشبه انعدام للخدمات الصحية المتوفرة و احتكار الأوربيين لها إلى فترة دولة فتية تحاول ضمان تغطية صحية مجانية و شاملة لتواجه النقص الكبير في الإطارات في بداية الاستقلال لتدخل في سياسة توفير الخدمات الصحية و الكادر الصحي لكل الشعب باعتماد ترقية الصحة كأولوية دولة باستغلال الوفرة المالية خلال

السبعينات و الثمانينات مقارنة بانخفاض عدد السكان نسبيا لتواجه مع بداية التسعينات تزايدا كبيرا لعدد السكان في مقابل شح المداخيل من البترول و فترة الأزمة الأمنية حيث لم يتم بناء أي هيكل صحي طيلة هذه الفترة لتدخل البلاد بعدها مع انتعاش أسعار البترول و عودة الأمن في مشاريع بناء هياكل و توفير تغطية صحية.

إن المراحل التي مرت بها الجزائر تقابلها إحصائيات تمكننا من وصف كل مرحلة و تكييفها و جعلنا ندرس الخطوات و التدابير التي قامت و تقوم بها الحكومة في مجال الصحة و محاولة تقييمها.

لقد قامت الدولة في كل المراحل التي ذكرناها ملخصة فيما سبق و سوف نقوم بتفصيلها خلال هذه المذكرة بمجموعة من الخطوات و التدابير تجسد رؤيتها لمفهوم توفير الصحة كما تجسد مختلف العقبات و الصعوبات التي واجهت المنظومة العمومية للصحة في الجزائر بحكم تغير و تزايد الحاجات الصحية للمجتمع و بحكم كون الصحة قطاعا خدماتيا يخضع تقريبا بالكامل لتمويل الدولة و لسنا هنا في هذه المقدمة في موضع لتقييم مختلف الخدمات و السياسات التي قامت و تقوم بها الدولة في المجال الصحي، خلال المراحل المختلفة بل سنقوم بذلك فيما بعد، إلا أننا يمكن أن نلمس صورة عامة تمثلها نظرة المواطن الجزائري عن حال المنظومة الصحية في الجزائر و الخدمات التي تقدمها و التي يمكن أن يصفها بالسلبية إن هذه الصورة يمكن أن نتوصل إليها إحصائيا بتتبع مختلف الدراسات التي اهتمت بالموضوع من ناحية جودة الخدمة الصحية الموفرة من طرف الدولة و نظرة المواطن لهذه الخدمات إلا أننا سنحاول في هذه المذكرة التطرق لمختلف السياسات المتعلقة بإصلاح المنظومة العمومية للصحة مع التركيز على بعدين أساسيين هما :

- **البعد التنظيمي** : من خلال دراسة التغييرات التي قامت بها الدولة في هيكلية المؤسسات العمومية للصحة و علاقاتها المختلفة و من خلال دراسة الموارد البشرية في قطاع الصحة وضعها ومشاكلها و ضغوطات العمل في القطاع العمومي التي تؤدي به لأن يوصف بأنه قطاع طارد للكفاءات.

- **الإشكالات المالية**: من خلال أن التمويل في المنظومة العمومية للصحة يشكل أحد أهم المواضيع التي يجب دراستها باستفاضة و تحديد طرق و أنماط التمويل المناسبة لكل منظومة و التي تجسد توجهات الدولة كما يشكل التمويل أحد أهم العقبات التي تعاني منها الدول بحكم التكلفة العالية و المتزايدة للخدمات الصحية التي تثقل كاهل الميزانية العامة للدولة مما يؤدي بها للبحث عن مصادر تمويل أخرى .

إننا و من خلال تتبع سياسة الإصلاح التي تتبناها الحكومة الجزائرية خلال الفترة (2007-2012) نلاحظ مايلي :

- إضافة تسمية إصلاح المستشفيات للوزارة ابتداء من سنة 2002.

- زيادة في بناء الهياكل الصحية ابتداء من سنة 2000 مع الوفرة المالية البترولية .

- اعتماد نمط فصل القطاع الصحي السابق (ابتداء من سنة 2008 إلى غاية اليوم) إلى مؤسستين مستقلتين منفصلتين في المهام و الإدارة و الميزانية فتحول كل قطاع صحي سابق منشأ بواسطة المرسوم التنفيذي 466/97 إلى مؤسستين هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بواسطة المرسوم 07-140.

- إنشاء نمط جديد من المستشفيات على سبيل التجربة يسمى المؤسسة الاستشفائية تختلف في الطبيعة القانونية عن المؤسسات السابقة فهي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص تعتمد على تمويل بواسطة نظام التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي و تتمتع بحرية تسيير نسبية مقارنة بالمؤسسات السابقة.

- إنشاء مؤسسة جديدة تحمل اسم المؤسسة الاستشفائية الجامعية بمدينة وهران.

- التأكيد الدائم من الحكومة (وزارة الصحة، الحكومة ، رئاسة الجمهورية) على التوجه الدائم في التوفيق بين مبدأ مجانية العلاج في مجالات معينة للطبقات المعوزة و بين مبدأ تمويل الصحة عن طريق نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي لتغطية تكاليف العلاج المختلفة بحكم أن هذه المؤسسات تقوم باقتطاع أقساط الضمان الاجتماعي .

وهو ما يمكن أن نلمسه في الدستور الجزائري ي حيث تنص المادة 66 منه على ما يلي
:"الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية و المعدية و مكافحتها، تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين." أو من مختلف النصوص القانونية الأخرى المتعلقة بالموضوع(قانون الصحة 85-05 و مشروع قانون الصحة الجديد).

أهمية الدراسة:

يكتسي موضوع إصلاح المنظومة العمومية للصحة أهمية كبيرة لأنه - يعبر من ناحية عن تطلعات المواطن في تلقي خدمة صحية مقبولة .

- كما يساهم البحث في الاطلاع على واقع المنظومة العمومية للصحة كيفية عملها.

- الاطلاع على مفهوم السياسة الصحية و سياسة الإصلاح الصحي و التركيز على مختلف الخطوات التي قامت بها الدولة في التغيير التنظيمي على مستوى مؤسسات الصحة و إصلاح تمويلها.

أهداف البحث:

يمكن تقسيم أهداف البحث إلى أهداف علمية و أهداف عملية:

أهداف علمية :

تتمثل في إثراء المعرفة فيما يتعلق بموضوع السياسة العامة كمفاهيم وموضوع السياسة الصحية و كذلك دراسة مختلف التغييرات التي حصلت على النظم الصحية .

أهداف عملية :

- الاطلاع على مختلف الإشكاليات التي تعاني منها المؤسسات العمومية للصحة (مشكل الموارد البشرية مشكل التمويل موضوع التغيير الهيكلي في مؤسسات الصحة).

-البحث في تفسير علمي لأسباب الواقع الذي تعيشه المؤسسات العمومية الصحية.

- دراسة تفاصيل الإصلاح الذي باشرته الدولة في مجال التغيير الهيكلي لبعض مؤسسات الصحة و كيفية موازنة الدولة بين مبدأ التمويل بالتعاقد و مبدأ مجانية العلاج.

- محاولة تقييم السياسة التي قامت بها الدولة حسب الحدود المرسومة بالاعتماد على تقرير المنظمة العالمية للصحة سنة 2000 حول تحسين أداء النظم الصحية مع تحيين مختلف المعطيات حسب فترة الدراسة 2007-2012.

مبررات اختيار الموضوع:

مبررات ذاتية: تتمثل في كون الطالب هو جزء من قطاع الصحة بحكم وظيفته كإداري في القطاع يصادف يوميا مختلف الإشكالات التي تواجهها المنظومة في الجزء المتعلق منها بضرورة توفير الخدمة الجيدة.

مبررات موضوعية:- قلة الدراسات التي عالجت المرسوم 140-07 و ما أتى به من تقسيم للهياكل الصحية.

- البحث عن أفكار و لو بسيطة عما يمكن فعله في مجال الإصلاح الصحي و محاولة صياغتها في شكل نتائج.

- محاولة فهم طرق تعامل صناع السياسة الصحية مع موضع الإصلاح باعتماد قالبه الهيكلي الذي هو مؤسسات الصحة العمومية و طرق تمويلها.

الدراسات السابقة :

- إدارة منظمات الرعاية الصحية : تأليف الدكتور فريد توفيق نصيرات دار المسيرة الأردن - 2008 يعتبر من أهم الكتب التي عالجت الإدارة الصحية باعتبارها مجالاً يشمل مؤسسات حيوية في الدول و هي المؤسسات الصحية حيث انتقل المؤلف ذو الخبرة الواسعة في المجال من المفاهيم النظرية إلى مصطلحات حديثة كالتغيير في المؤسسات الصحية و النظم الصحية المختلفة .

لقد اكتفى الكتاب بالجانب النظري من خلال التعريفات و ذكر المكونات و إن الدراسة التي نحن بصدد إنجازها تهدف للاستفادة من الكتاب المذكور مع التركيز على الجانب التطبيقي و دراسة حالة الجزائر كدولة من خلال فهم تركيبة المؤسسات الصحية و مختلف الإصلاحات التي باشرتها الدولة في الجانبين اللذين ذكرناهما (الجانب التنظيمي، جانب التمويل)

- التقرير العالمي للصحة لسنة 2000 و هو من أهم منجزات المنظمة العالمية للصحة حيث قامت المنظمة بتقييم الأنظمة الصحية باعتماد معايير معينة ورغم أن الكتاب هو مرجع مهم جدا إلا أنه لم يتطرق للجانب التنظيمي المؤسسي و لهيكله منظومة المؤسسات العمومية للصحة و مدى تأثير سياسة الإصلاح على الهيكله و هل سيكون لذلك أثر في مخرجات النظام الصحي.

- إدارة التغيير و التطوير التنظيمي – أحمد يوسف دودين- دار اليازوري الأردن 2012 حيث يشرح فيه المؤلف بالتفصيل مختلف جوانب التغيير التنظيمي : مفهومه مراحل أسبابه أنواعه و الذي سنعتمد عليه من أجل دراسة التغيير التنظيمي في الذي حدث في منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

الإشكالية:

- إن المتتبع لمختلف المراحل التي مرت بها المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة منذ الاستقلال يلاحظ الجهد الكبير الذي تبذله الحكومات من أجل توفير خدمة صحية عادلة و شاملة لمختلف شرائح الشعب خاصة في الفترة الاشتراكية و يلاحظ الاعتماد على مؤسسة

القطاع الصحي لعدة عقود باعتبارها حجر زاوية في المنظومة الصحية. لكنه يلاحظ أيضا تذبذبا في الخدمات و صعوبات تواجه المنظومة الصحية كلما تأثر الاقتصاد المبني على أسعار البترول من هنا نستنتج أن السياسات العمومية في قطاع الصحة كانت مربوطة بمتغيرات خارجية تتمثل في تمويل الدولة للصحة .

- مع دخول عشرية التسعينات و الأزمة متعددة الأوجه توجب على الدولة البدء في تغيير نمط التمويل و استمر التحضير لنمط التعاقد بين مؤسسات الضمان الاجتاعي و مؤسسات الصحة لتغطية تكاليف المرضى إلى غاية اليوم .

رغم وجود إطار قانوني كامل يشرح كيفية تطبيقه.

- مع الوفرة المالية بداية من سنة 2000 نفذت الدولة عدة مشاريع في القطاع (انجاز هياكل،توظيف) و مع سنة 2007 قامت بتغيير هام في مؤسسة القطاع الصحي فحولته إلى مؤسستين الأولى تتكفل بالاستشفاء (مؤسسة عمومية استشفائية) و الثانية تتكفل بالوقاية و الفحوصات و الخدمات الطبية القاعدية(مؤسسة عمومية للصحة الجوارية) لذلك وجب طرح التساؤل التالي:

ماهو تأثير سياسات الإصلاح التي باشرتها الدولة على البعد التنظيمي (البعد الهيكلي و الموارد البشرية) و على جانب التمويل؟

و تحت هذا التساؤل لابد من طرح الأسئلة الفرعية التالية :

1- ما هو مضمون التغيير التنظيمي في هيكله مؤسسات الصحة ؟

2- ماهو تأثير التغيير على الموارد البشرية في المؤسسات العمومية للصحة المعنية بالمرسوم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 و المتضمن المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ؟

3- ما هو مضمون إصلاح تمويل المؤسسات العمومية للصحة ؟ و لماذا تأخرت الدولة في تطبيقه منذ بداية التسعينات إلى اليوم؟.

4- كيف يمكن أن نقيم بالتوصيف الإصلاحات التي مست الجانب الهيكلي و جانب الموارد البشرية و جانب إصلاح التمويل؟

فرضيات الدراسة :

- 1- تؤثر سياسة إصلاح المنظومة العمومية للصحة على البعد الهيكلي بإنشاء مؤسسات جديدة و هياكل جديدة و مصالح مستحدثة لتسهيل العمل لكن مع الحفاظ على نفس الطبيعة القانونية لمؤسسات الصحة كمؤسسات إدارية مما ينقص من عمق الإصلاح.
- 2- تخضع الموارد البشرية في القطاع العمومي للصحة لمختلف قوانين وتنظيمات الوظيف العمومي مما يجعلها تعاني من مختلف مشاكل الجمود ثقل الإجراءات و قلة التحفيز بالإضافة إلى ضغوط العمل التي تؤثر سلبا.
- 3- تؤثر سياسة الإصلاح على التمويل بحيث تعتمد التعاقد بين مؤسسات الصحة و مؤسسات الضمان الاجتماعي لتغطية التكاليف الصحية لمنتسبيه و هو ما يوفر مدخول مالي جيد لمؤسسات الصحة لكن بدون اعتماد سياسة إصلاح تمويل واضحة الأجل بل تعتمد سياسة إنفاق تتأثر إما بالوفرة المالية أو شح المداخيل.
- 4- يمكن وصف أداء النظام الصحي بعد سياسة الإصلاحات باعتماد المعايير التي اعتمدها المنظمة العالمية للصحة في تقريرها حول النظم الصحية و باعتماد المعطيات الإحصائية الخاصة بالفترة محل الدراسة و كذلك ملاحظة مدخلات و العملية التحويلية و البيئة لمنظومة المؤسسات العمومية للصحة..

حدود الدراسة:

من الناحية الزمنية : اخترنا دراسة الفترة 2007-2014 لأنها شهدت مختلف القوانين المتعلقة بالتغيير التنظيمي سنة 2007 و بداية تطبيقه من سنة 2008 كما شهدت صدور مختلف القوانين الأساسية للموارد البشرية لقطاع الصحة.

و مع ذلك اعتمدنا على التطور التاريخي للمنظومة الصحية كما اعتمدنا الإحصائيات الخاصة بسنة 2000 من أجل ملاحظة التغيير في الإحصائيات و محاولة توصيفه.

من ناحية مجال الدراسة فقد ركزنا على السياسة الصحية من خلال مختلف النصوص القانونية التي صدرت باعتبارها من أهم الأشكال التي تكون عليها السياسة العامة أما بالنسبة لمصطلح المنظومة العمومية للصحة فإننا لانقصد به النظام الصحي ككل لأن هذا الأخير كبير جدا و يحتوى على عدة أنظمة متداخلة و متفاعلة فيما بينها (منظومة أدوية ،منظومة مؤسسات صحة ،منظومة تكوين، موارد بشرية، هياكل إشراف ووصاية ، بيئة قانونية و سياسية...إلخ)

و تشمله عدة سياسات بل نقصد به المؤسسات العمومية التي تقدم خدمات الصحة و نركز على المؤسسات التي شملها المرسوم التنفيذي 07-140 في 19 ماي 2007 المذكور أعلاه.

كما أن سياسة الإصلاح هي مجال واسع لذلك ركزنا على موضوع إصلاح التمويل وإصلاح الجانب التنظيمي للمؤسسات من خلال التغيير الهيكلي و الموارد البشرية.

المناهج و الاقترابات المستعملة في الدراسة:

المنهج التاريخي: لدراسة مختلف المراحل التي مرت بها المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة من الاستقلال إلى اليوم و التعرف على طرق التنظيم المؤسساتي و الهيكلي و طرق التمويل التي اعتمدها الدولة سابقا و محاولة تفسيرها¹

المنهج الوصفي : بالاعتماد على تحليل الظواهر و الإحاطة بها بدقة إما بطريقة كيفية من خلال وصفها و ذكر خصائصها أو بطريقة كمية من خلال الأرقام والمعطيات المتاحة.²

منهج دراسة الحالة: و ذلك بالاعتماد على الإحصائيات الدقيقة للموضوع و ملاحظة مختلف التفسيرات التي تعطيها لنا الأرقام.³

إقتراب تحليل النظم: وفق استراتيجية تحليل مدخلات النظام و العمليات التحويلية التي تتم فيه من أجل الوصول إلى المخرجات و ذلك لتقديم تفسير واضح لمختلف الإشكاليات.⁴

الاقتراب القانوني: و ذلك لأن القوانين بمختلف درجاتها هي من أهم الوسائل تعبر من خلالها الدولة على توجهاتها في مجال السياسة العامة و ترسم مختلف الحدود و العلاقات بين مكونات مختلف النظم و طرق التعامل مع مختلف الحالات. لذلك وجب الاطلاع على مختلف النصوص القانونية التي عالجت الموضوع.

-الاقتراب المؤسسي: من خلال ودراسة مختلف المؤسسات الصحية التي أنشأتها من أجل فهم سياسة الإصلاح التي طبقتها الدولة في البعد التنظيمي والجانب المالي.

¹ عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية، (الطبعة الثانية)، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1985، ص24.

² نفس المرجع الأنف الذكر. ص

³ أ د علي معمر عبد المؤمن، البحث في العلوم الاجتماعية، (الطبعة الأولى)، بنغازي، ليبيا، منشورات جامعة 7 أكتوبر، 2008، ص313.

⁴ نفس المرجع الأنف. ص327.

صعوبات الدراسة :

لعل أهم صعوبة واجهت الطالب هي ندرة المراجع خاصة الكتب التي تلخص مجمل المتغيرات في الموضوع فتجمع بين السياسة الصحية و النظام الصحي و التغيير التنظيمي في قطاع الصحة العمومي.

هيكل الدراسة: تناولنا في الدراسة ثلاث فصول

الفصل الأول : الإطار النظري للدراسة.

و نبحت من خلاله عن الإحاطة النظرية ببعض المفاهيم التي نحتاجها في الدراسة عبر ثلاث مباحث كما يلي :

سوف نحاول تعريف بعض المصطلحات مثل الصحة ،السياسة الصحية،التغيير التنظيمي

كما سنتطرق في آخر الفصل إلى مفهوم المنظومة الصحية و سوف نبين بأننا سوف ندرس شبكة المؤسسات العمومية للصحة كما سنفصل في حدود الدراسة.

وقد قسمنا الفصل الأول كما يلي:

المبحث الأول:الصحة و السياسة الصحية

المبحث الثاني : مفهوم التغيير و التطوير التنظيمي

المبحث الثالث: تطور المنظومة العمومية للصحة في الجزائر

الفصل الثاني:الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة

نتطرق من خلاله إلى مضمون الإصلاحات التي قامت بها الدولة من خلال البعد التنظيمي حيث أصدرت الحكومة المرسوم 07-140 المذكور أعلاه كما سنشرح بالتفصيل مختلف النصوص القانونية التي عالجت تمويل الصحة والتغيير الذي شملها و ظروف هذا التغيير عبر ثلاث مباحث :

المبحث الأول: البعد التنظيمي في إصلاح المنظومة العمومية للصحة

المبحث الثاني: الموارد البشرية في المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة.

المبحث الثالث: إصلاح تمويل الصحة.

لنحاول في **الفصل الثالث** أن ندرس تأثير سياسة الإصلاحات على المتغيرات التي ذكرناها و نفهم عمق هذه التغييرات و مدى تطبيقها عبر مبحثين:

المبحث الأول: أداء النظام الصحي الجزائري.

المبحث الثاني: إشكالات أداء المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة.

لنصل في الأخير إلى **خاتمة** نلخص فيها مآذكرناه و نبين إجابات الأسئلة التي طرحناها حول الموضوع من خلال :

- عمق التغييرات التي أحدثتها الدولة على مؤسسة القطاع الصحي بتحويلها إلى مؤسستين.
- تأثير سياسة التعاقد على تمويل الصحة و تحقيق استقلال لقطاع الصحة من الارتباط بمتغيرات أسعار البترول بتحويله إلى قطاع يقدم خدمة مقابل مدخول.
- محاولة وصف أداء المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة بعد سياسة الإصلاحات التي قامت بها الدولة.

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: السياسة الصحية

المطلب الأول: الصحة

الفرع الأول: تعريف الصحة.

من الناحية اللغوية يقال صح الشيء أي بريء من كل عيب و على هذا يقال كلام صحيح إذا كان الكلام مطابقا للحقيقة في موضوعه و سياقه مطابقا للأصول و القواعد في شكله ويقال أصح الرجل إذا زال مابه أو ما اتصل به من عاهة أو مرض أو عيب و الصحة في البدن حالة تجري معها أفعال الإنسان على المجرى الطبيعي و الصحيح هو السليم من العيوب و الأمراض.¹

نلاحظ في التعريف اللغوي بأن الصحة تفسر بالحالة الطبيعية الناجمة عن غياب المرض. كما نلاحظ أن معجم لاروس بالفرنسية عرف الصحة كما يلي: "عمل الجسم و قيامه بوظائفه على أكمل وجه".²

و من الناحية الاصطلاحية نجد ما يلي:

تعددت تعاريف الصحة و من بينها نجد ما يلي: "مؤشر يدل على حياة و سير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم بشقيه المادي الفيزيائي و النفسي السيكلولوجي خلال مدة زمنية تماشيا مع النمو أو العمل العادي الذي تحدده الأصول الطبية و العلمية المتخصصة".³

كما عرفت المنظمة العالمية للصحة مفهوم الصحة كما يلي: "حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و اجتماعيا وليست متعلقة بغياب المرض مع وجود حالة من الانسجام بكل المعايير بين الإنسان و البيئة المحيطة به مع تحقيق الحاجات النفسية و المادية للإنسان".⁴

الفرع الثاني: مفهوم المرض.

من الناحية اللغوية المرض كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة و الاعتدال و هو يقسم إلى مرض جسمي و مرض نفسي كما يمكن أن يعني المرض الشك أيضا.⁵

كما يمكن تعريفه كما يلي: "اختلال في التوازن الطبيعي يجب إصلاحه كما يقصد به الاضطراب الوظيفي الذي لا يكون ثابتا و جامدا بل متحركا و يحدث تطورا بصورة غير

¹ www.almaany.com/ar/dict/ar-r/صحة/بتاريخ 21 أبريل 2017

² www.larousse.fr/dictionnaires/français/santé 21 أبريل 2017

³ د مختار رحاب، الصحة و المرض و علاقتهما بالنسق الثقافي للمجتمع، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد 15/ جوان 2014 ص 175.

⁴ موقع المنظمة العالمية للصحة www.who.int/suggestions/faq/ar بتاريخ 21 أبريل 2017.

⁵ موقع معجم المعاني www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/مرض/

طبيعة في الجسم و هذا التطور قد يأخذ مدة طويلة أو قصيرة لكنه ينتهي بالشفاء التام أو الجزئي (الذي هو حالة جديدة) أو الوفاة".¹

المطلب الثاني : السياسة الصحية

من أجل الإحاطة الجيدة و الكاملة بموضوع السياسة الصحية لابد و أن نفهم أولا مصطلح السياسة العامة فما هي السياسة العامة أو العمومية ؟

الفرع الأول : السياسة العامة. توجد عدة تعريفات للساساة العامة .

يوجد جانبان للاقتراب من مفهوم السياسة العامة² فهناك من أسبغ عليها جانبا تشريعيًا بحثا باعتبارها قرارا أو مجموعة قرارات سياسية و هناك من أسبغ عليها جانبا تنفيذيا خالصا باعتبارها خططا و برامج عمل تنفيذية.

و بالتالي سيكون تحديد مفهوم السياسة العامة صعبا لتعدد وظائف الأنظمة السياسية و الدور المتنامي للمجتمع و المتغيرات المؤثرة.

وبالرجوع إلى الجانب الأول أي الجانب التشريعي فيمكن تعريف السياسة العامة بأنها: "مجموعة قرارات يتخذها فاعلون معروفون بهدف تحقيق غرض عام."

أما من الناحية التنفيذية فيمكن القول أنها : "برنامج عمل هادف يوجه ويرشد الفاعلين المتعاملين مع مشكله أو قضيه تثير الاهتمام."

كما أن هناك تعريفات أخرى يقدمه جيمس أندرسون في كتابه صنع السياسات العامة (ترجمة الدكتور عامر الكبيسي) فيذكر أن السياسة العامة هي³ : "برنامج عمل مقترح لشخص أو لجماعة أو لحكومة في نطاق بيئة محددة لتوضيح الفرص المستهدفة سعيا للوصول إلى هدف"

كما يقدم نفس الكاتب جيمس أندرسون تعريفا آخر هو⁴ : "السياسة العامة هي برنامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو مواجهة قضية أو موضوع "

و في هذا التعريف يركز الكاتب على تمييز السياسة العامة بوصفها برنامجا و مجموعة من الأنشطة المترابطة عن القرار الذي هو عبارة عن عملية اختيار بين بدائل متاحة لذلك فالسياسة العامة تعتبر مرشدا للقرارات الجزئية أو المرحلية.⁵

¹ د مختار رحاب، المرجع السابق ص175.

² د.مها الحذيفي ،د. محمد الخفاجي:النظام السياسي و السياسة العامة – مركز الفرات للتنمية والدراسات الاستراتيجية.2006 ص5.

³ جيمس أندرسون – ترجمة د عامر الكبيسي صنع السياسات العامة – دار المسيرة – الأردن - 1998 ص15.

⁴ جيمس أندرسون – ترجمة د عامر الكبيسي نفس المرجع السابق.

⁵ د.مها الحذيفي ،د. محمد الخفاجي: المرجع السابق.

كما يعرفها الأستاذ خيرى عبد القوي بأنها¹: "العمليات و الإجراءات السياسية و غير السياسية التي تتخذها الحكومة بغرض الوصول إلى اتفاق على تعريف المشكلة و التعرف على بدائل حلها و أسس المفاضلة بينها تمهيدا لاختيار البديل في شكل سياسة عامة ملزمة."

كما يقترح الأستاذ فهمي خليفة الفهداوي في كتابه السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل² تعريفات عديدة للسياسة العامة كما يلي :

● **السياسة العامة من منظور القوة :**

يطرح الأستاذ فهمي الفهداوي تعريف المفكر هارولد لا سويل للسياسة العامة بأنها : "من يحوز على ماذا؟ متى؟ و كيف؟ من خلال نشاطات تتعلق بتوزيع الموارد و المكاسب و القيم و المزايا المادية و المعنوية و تقاسم الوظائف و المكانة الاجتماعية بفعل ممارسة القوة و النفوذ و التأثير بين أفراد المجتمع من قبل المستحوزين على مصادر القوة".

و قد و جهت لهذا التعريف عدة انتقادات أهمها أن القوة ليست العامل الوحيد الذي يتحكم في النشاطات و التفاعلات المعبرة.

● **السياسة العامة من منظور تحليل النظام :**

يمثل مفهوم النظام وحدة كلية تتكون من مجموعة أجزاء فرعية أو نظم فرعية تشكل نسقا من العلاقات المتبادلة و شكل هذا المنظور اهتماما عند المفكر دافيد استون الذي يعرف السياسة العامة كما يلي : "توزيع القيم (الحاجات المادية و المعنوية) في المجتمع بطريقة سلطوية أمره من خلال القرارات و الأنشطة الإلزامية الموزعة لتلك القيم في إطار عملية تفاعل بين المدخلات و المخرجات و التغذية الرجعية فالمدخلات تمثل الأفراد و حاجاتهم و المخرجات تمثل القرارات و الأنشطة و الأنظمة و التغذية الرجعية تمثل ردود أفعال الأفراد تجاه المخرجات".

● **السياسة العامة من منظور الحكومة:**

توصف الحكومة بأنها سلطة تمارس السيادة في الدولة كما توصف بأنها بنية تنظيمية تتمثل في المؤسسات التي تقوم بوضع القواعد القانونية و تنفيذها كما أنها توصف بأنها ممارسة لعمليات وضع القرارات و السياسات و تفاعل العلاقات بين التشريع و التنفيذ و القضاء و من هذا المنظور أي منظور الحكومة يطرح الكاتب فهمي الفهداوي تعريفا للمفكر كارل فريديريك للسياسة العامة بأنها: "مجموعة القرارات الحكومية المتضمنة لكل ما يجب أن يعمل أو لا يعمل في ظل معطيات الأوضاع القائمة فيها"

¹ د ثامر الخزرجي:النظم السياسية الحديثة و السياسات العامة – دار مجدلاوي – عمان الأردن-2004 ص 28.

² د فهمي خليفة الفهداوي:السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل – دار المسيرة – عمان الأردن-2001 ص 31.

إنها و بناء على المنظور الحكومي تعبر عما تقوله الحكومة أو تفعله بخصوص المشكلات المدركة أو المتوقعة الحدوث .

كما يورد الدكتور عبد الفتاح ياغي تعريفا خاصا بالسياسات العامة في كتابه المعنون بالسياسات العامة: النظرية و التطبيق الصادر عن المنظمة العربية للتنمية الإدارية كما يلي:" السياسة العامة هي كل تصرف أو قرار تقوم به الحكومة أو من يمثلها للتدخل في شؤون المجتمع و حل المشاكل التي تواجه الدولة داخليا و خارجيا"¹

إننا و بعد ذكر هذه التعريفات لابد و أن نلخصها في التعريف التالي : " السياسات العامة هي مجموع العمليات و القرارات و البرامج التي تتخذها الحكومة و تتضمن معالجة المشاكل التي تواجه المجتمع و تتضمن كذلك توزيع الموارد و المكاسب و تحقيق الصالح العام و يكون ذلك بناء على تخطيط مسبق و متابعة شاملة".

عناصر السياسة العامة :

● مطالب السياسة العامة:

و تشمل كل مايطرح على المسؤولين من جانب الآخرين سواء كانوا من المواطنين أو من الفاعلين الرسميين في النظام (الأحزاب و الهيئات الرسمية أو المعتمدة) أو غير الرسميين (جماعات الضغط و التكتلات غير الرسمية) و ذلك للتحرك باتجاه معين في مواجهة موضوع ما إنها تلك المطالب المطروحة التي توجه للحكومة من أجل معالجتها أو تحقيقها.

● قرارات السياسة العامة :

و هي تشمل كل ما يصدره صانع القرار و الموظفون الحكوميون و مختلف مظاهر النشاط الرسمي للدولة من قوانين و تنظيمات بمختلف أنواعها و درجاتها.

● الخطب و التصريحات الرسمية :

و هي تعبيرات رسمية أو ضمنية و كل الأوامر الشفهية و آراء أعوان الدولة من حكام و قضاة و مشرعين و حتى خطب المسؤولين و شعاراتهم التي تعبر عن المقاصد العامة و المشاغل المطلوب تحقيقها .

● مخرجات السياسة العامة :

و هي النتائج النهائية للسياسات العامة التي يلمسها المواطن من العمل الحكومي و يتفاعل معها إما سلبا أو إيجابا.

¹ د عبد الفتاح ياغي، السياسات العامة: النظرية و التطبيق (مصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2009)، ص17.

الفرع الثاني: السياسة الصحية.

بالرجوع إلى المنظمة العالمية للصحة نجد التعريف التالي: "السياسات ليست غايات في حد ذاتها وإنما هي جزء من عملية موازنة الأولويات القطرية مع الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان و تحسين الاستفادة من جميع الموارد المتاحة لقطاع الصحة حتى يتسنى لكافة الناس الحصول على رعاية صحية عالية الجودة .

و يكون ذلك بالتركيز على النقاط التالية¹ :

- رسم الأهداف الشاملة القريبة المتوسطة و البعيدة الأجل (توفير تغطية صحية شاملة و رعاية أولية)
- تحديد الأهداف لمواجهة مختلف التحديات و أخذ الموارد المتاحة و قدرات الموظفين و المؤسسات بعين الاعتبار.
- التكامل مع سياسات أخرى مثل سياسة التشغيل و سياسة التنمية...إلخ
- الرصد و المتابعة الدائمين للسياسة و تقييمها الدوري و تعديل مختلف الجوانب السلبية من أجل تحقيق مرونة في العمل و التكيف مع مختلف التحديات والمشاكل.

نجد تعريفات أخرى للسياسات العمومية للصحة كما يلي :

" مجموع الأعمال و الإجراءات المتخذة من طرف الدولة لتحسين صحة مواطنيها"²

كما يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى: "السياسات الصحية هي مجموعة من الأهداف والبرامج السياسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية و برامج العمل المقترحة للحكومة، وهي تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات القطاعين الخاص والعام بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفعالية"³

كما يقترح الدكتور لقمان مغراوي في نفس الورقة البحثية تعريفا شاملا للسياسة الصحية: " هي خيارات الدولة في مجال الصحة لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة لمواطنيها ولتحقيق ذلك وجب انخراط جميع الفاعلين و مؤسسات الدولة الرسمية و غير الرسمية و يتم ذلك من خلال :

¹دورة المجلس التنفيذي للمنظمة العالمية للصحة جانفي 2011 بعنوان تعزيز حوار السياسات الوطني حول وضع

استراتيجيات و خطط صحية متينة.

² دلقمان مغراوي: صناعة السياسات الصحية في عالم متغير،المجلة الجزائرية للدراسات السياسية المدرسة الوطنية العليا

للعلوم السياسية.عدد1-مجلد1 ص 29

³ د لقمان مغراوي نفس المرجع السابق.

- إنشاء نظام صحي يملك فعالية لتحقيق أهدافه بضمان تغطية صحية شاملة و عادلة.
 - رفع القدرة المعيشية للمواطن حتى يتحمل التكاليف الصحية .
 - إتاحة الأدوية و مواكبة مختلف التطورات العلمية في مجال الصحة.
 - تهيئة الكفاءات البشرية اللازمة و منحها إطارا مهنيا ملائما.
- بالرجوع إلى المشرع الجزائري نجد أنه يعرف السياسة الصحية العامة من خلال أهدافها و ذلك بطريقة غير مباشرة ونجد ذلك في المادة 03 من القانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها¹ و التي تنص على ما يلي : " ترمي الأهداف المسطرة في مجال الصحة إلى حماية حياة الإنسان من الأمراض و الأخطار و تحسين ظروف المعيشة و العمل لاسيما عن طريق ما يأتي :
- تطوير الوقاية.
 - توفير العلاج الذي ينماشى و حاجيات السكان.
 - أسبقية الحماية الصحية لمجموعة السكان المعرضة للأخطار.
 - تعميم ممارسة التربية البدنية و الرياضة و التسلية.
 - التربية الصحية.

بالاستناد إلى التعريفات السابقة للسياسات العامة و بغض النظر عن طريقة معالجة الموضوع يمكننا القول بأن السياسة الصحية هي : " هي العمليات و القرارات و البرامج التي تتخذها الدولة في المجال الصحي و المجالات و النشاطات المرتبطة به كاليئة و الوقاية و الاستهلاك و الشؤون الاجتماعية... إلخ بما يتضمن معالجة المشاكل الصحية (الوقاية و العلاج و التربية الصحية السليمة) و تتضمن توزيع الموارد و توفير هذه الخدمات بصفة شاملة و عادلة .

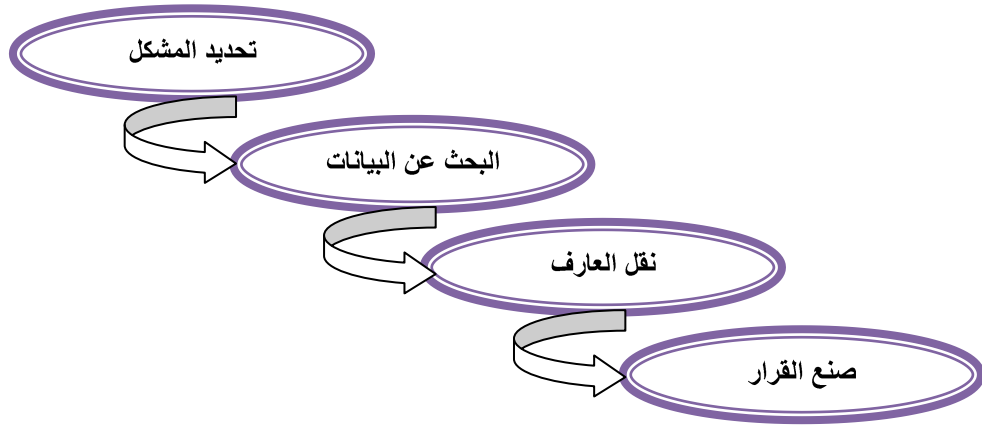
نماذج صنع السياسات العامة للصحة² :

يذكر لنا الدكتور لقمان مغراوي في الورقة البحثية المذكورة سابقا بأن هناك نماذج عديدة عالجت موضوع صنع السياسات الصحية العامة إلا أنها تشترك مع مراحل وضع أي سياسة عامة بدءا بتحديد المشكلة و الأهداف مرورا بوضع البدائل وصولا إلى تنفيذ السياسات و تقييمها ثم تعديلها في الأخير.

و يركز الدكتور في ورقته البحثية على نموذجين اثنين كما يلي :

¹ القانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها جريدة رسمية رقم 8 لسنة 1985 ص 177.

² د لقمان مغراوي: صناعة السياسات الصحية في عالم متغير، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية. عدد 1-مجلد 1 ص 29.



مراحل صنع السياسة العمومية للصحة المصدر دلقمان مغراوي: ورقة بحثية بعنوان صناعة السياسات الصحية في عالم متغير المصدر المجلة الجزائرية للدراسات السياسية المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية. عدد1-مجلد1 ص 29

كما يقدم لنا نفس الباحث نموذج المراحل ثانيا يمكن تلخيصه كما يلي :

- **تحديد جدول الأعمال** : أي المخطط الذي تنوي السلطة التحرك حسه و الذي لا بد و أن يحتوي على القدر الكافي من المعلومات التي تمكن صانع القرار من التحرك خاصة ما تعلق منها بتشخيص الوضع الراهن و مشاكله لأن هذا هو سبب وضع السياسة في حد ذاته .
- تشكيل السياسة بتحديد الأولويات و دراسة الأهداف المرجوة و تحديد الفاعلين و مراحل التنفيذ ز دراسة التكاليف المالية و التأثير على المجتمع.
- **اتخاذ القرار**: أي صب الأفكار و المعلومات السابقة في قالب القانوني و السياسي الخاص بالسلطة بمعنى إصدار النصوص التشريعية و التنظيمية المساعدة على تنفيذ السياسة و كذلك الاستفادة من الفضاء الإعلامي و السياسي في نفس الباب .
- **تقييم السياسات** : بمعنى إيجاد الآليات الكمية التقنية لتوصيف العملية و معرفة نقاط القوة و الضعف فيها كالمقارنة بين الأعباء المادية و الأهداف أو بين الأهداف المرجوة و الأهداف المحققة و غير المحققة.
- كما تقترح المنظمة العالمية للصحة¹ في معالجتها لموضوع السياسة الصحية و مراحل وضعها كما يلي:
- **إشراك أصحاب المصلحة**: أي إشراك جميع الفاعلين من داخل قطاع الصحة و خارجه بواسطة مشاورات واسعة و حوار يهدف لتحقيق توافق في الرؤية للوضع الراهن و كيفية تحسينه و مراحل وضع السياسة و كيفية تنفيذها معايير تقييمها فيما بعد و يمكن أن يكون أصحاب المصلحة ضمن الحكومة (قطاعات مختلفة: تعليم، ضمان اجتماعي، داخلية... إلخ) و يمكن أن يكونوا جمعيات مرتفقين أحزاب سياسية وكالات تابعة للأمم المتحدة.. إلخ.

¹ موقع المنظمة العالمية للصحة www.who.int/nationalpolicies/ressources/chpp/ar/ بتاريخ 21 أفريل 2017.

- **تحليل الوضع و تحديد الأولويات:**بمعنى تقييم الحالة الصحية الراهنة و دراستها بدقة مع جمع مختلف الإحصائيات للقضايا الصحية المستقبلية إن أمكن و مقارنة ذلك بتوقعات البلد و احتياجاته.إن تحليل الوضع الراهن لا بد و أن يركز على عدة نقاط:
 - تحديد الاحتياجات الصحية(حالة صحية،احتياجات مادية بشرية..إلخ)
 - أداء النظام الصحي.
 - موارد النظام الصحي (بشرية، مادية، تمويل، نظم، معلومات...)
- **التنسيق:** ويعني تنسيق الجهود و تحديد الفاعلين المعنيين و تحديد برنامج العمل.
- **تقدير الموارد اللازمة:**فيما يتعلق بكادر الأفراد الذي تحتاجه السياسة و المعدات و البنية التحتية التمويل(مصادره و قيمته) و هو يمكن صانعي السياسة من فهم الفجوة المحتملة بين حدود و بين الطموحات المطلوب انجازها و فهم كيفية التقريب بينها.
- **الرصد و التقييم:** و هو دراسة بعدية لمختلف نقاط القوة و الضعف التي تدرسها السلطات المكلفة بوضع السياسة الصحية من أجل تصحيحها و هو بداية لتحليل الوضع لسياسة جديدة محتملة.

الفرع الثالث: سياسة الإصلاح الصحي.¹

يعتبر الإصلاح الصحي عملية مركزة متواصلة تهدف إلى تطوير الأداء في القطاع الصحي و ذلك من أجل مواجهة العيوب و النقص في النظم الصحية و الخدمات بحيث يكون الهدف إما تطوير الأداء أو إذا ظهر بان الخدمات الصحية تستفيد منها فئة دون أخرى أو إذا كانت الموارد غير كافية لمواجهة الطلب المتزايد للخدمات الصحية .

أهداف الإصلاح الصحي :²

- **تحسين الحالة الصحية للمجتمع :**
و يكون ذلك بواسطة مجموعة من الإجراءات العملية المترجمة عبر قرارات قانونية تعبر عن تحليل فعالية النظام الصحي في تحقيق أهدافه المرسومة مسبقا مقارنة بالتكاليف المبذولة في هذا الباب .

- **تحسين العدالة و إنقاص الفقر:**

يركز مفهوم العدالة على توفير خدمة صحية عادلة لجميع المواطنين باختلاف مستوياتهم الاقتصادية من جهة كما يركز من جهة أخرى على مساعدة ذوي الدخل المحدود في الاستفادة من التغطية الصحية فالخدمات الصحية يجب أن تكون متوفرة للجميع مع مساعدة الطبقات

¹ المنظمة العالمية للصحة : الإدارة الصحية إعداد مجموعة من المتخصصين في الإدارة الصحية -دار أكاديميا انترناشيونال بيروت 2007 ،ص228.

² المنظمة العالمية للصحة: نفس المرجع السابق ص 228

الفقيرة التي يسبب طلب حصولها على الخدمة الصحية -التي تتميز بالتكلفة بصفة طبيعية – مصاعب مالية فقد لا يتمكن العديد من ذوي الدخل المحدود من الحصول على هذه الخدمات بسهولة نظرا للتكلفة كما ذكرنا لذلك وجب مساعدتهم بايجاد آليات تدخل في هذا الباب.

كما يتضمن مفهوم إنقاص الفقر مختلف الإجراءات التي يمكن أن تتعدى مجال الصحة لتدخل في المجال الاجتماعي (المساعدة الاجتماعية) أو الاقتصادي (تحسين فرص العمل) من أجل توفير طبقة متوسطة تمتلك آليات فعالة لتمويل تكاليف خدماتها الصحية كما تضمن إنقاص المتاعب المالية المباشرة التي تكون على عاتق الدولة.

وقد وضحت المنظمة العالمية للصحة ذلك كما يلي: "الغرض من التغطية الصحية الشاملة ضمان حصول الجميع على ما يلزمهم من الخدمات الصحية من دون مكابدة ضائقة مالية جراء سداد أجور الحصول عليها"¹

● تحسين الرفاهية الفردية:

تعتبر الصحة معيارا أساسيا من المعايير التي نحكم من خلالها على الرفاهية الإنسانية لذلك يهدف الإصلاح الصحي إلى تحسين الرفاهية الفردية من خلال تحسين أداء النظام الصحي الذي يقدم الخدمات الصحية الشاملة و العادلة بنوعية أحسن.

¹ تقرير منتدى التغطية الصحية التابع لمؤتمر ويش -2015 (مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية).

المبحث الثاني: مفهوم التغيير و التطوير التنظيمي.

المطلب الأول: تعريف التغيير و التطوير التنظيمي و أسبابه.

عرفة الأستاذ بيكار¹ بأنه " جهد مخطط، يشمل المنظمة بأكملها ويدار من القمة، بغية زيادة فعالية التنظيم، من خلال إدخال تحسينات وتدخلات مدروسة في عمليات التنظيم، وذلك باستخدام نظرية العلوم السلوكية "

كما يعرفه كل من الأستاذين فرنش و بل بأنه " جهد ونشاط طويل المدى يستهدف تحسين قدرة المنظمة على حل مشاكلها وتجديد ذاتها، من خلال إدارة تشاركية وتعاونية وفعالة لمناخ التنظيم، وتعطي تأكيداً خاصاً للعمل الجماعي الشامل" ²

كما أنه التحرك من الوضع الحالي الذي نعيشه إلى وضع مستقبلي أكثر كفاءة و أكثر فاعلية وفيما يلي شرح لجوانب هذه التعريف للتغيير فهو :

- **خطة طويلة الأجل** فلا يمكن توقع تغيير أو تطوير في أهداف وخطط وممارسات المنظمة بين يوم وليلة. حيث يعتمد التغيير على (نفس طويل) للإداريين . فخطة التطوير والتغيير تحتاج إلى أكثر من سنة وذلك حتى يمكن تحقيق أهداف التغيير.
 - **والتغيير أيضاً هو لحل المشاكل وتجديد الممارسات.** حيث يهدف التغيير إلى تقوية جهود المنظمة في مواجهة مشاكلها، وهذه المواجهة تتم من خلال تطوير أسلوب متميز للمنظمة لحل المشاكل والتكيف مع الظروف المتغيرة للبيئة المحيطة بها.
 - **مجهود تعاوني للإداريين:** فالتغيير يحتاج إلى تعاون الإداريين والتنسيق بينهم كما يشمل كل الموارد البشرية بصورة مباشرة أو غير مباشرة.
 - **التأثر بالبيئة:** فالتغيير يجب أن يكون مستنداً على فهم عناصر البيئة التي تعمل فيها المنظمة ويقصد ببيئة المنظمة البيئة الداخلية والبيئة الخارجية.
 - **التدخل الخارجي:** ونعني به الأطراف الخارجية للمنظمة مثل مكاتب الاستشارات الإدارية، وأساتذة الإدارة المتخصصين في هذا المجال، حيث يلزم الأمر أحياناً تدخلهم كعنصر محرك ودافع للتغيير في المنظمة.
- فالتغيير يجب ان يكون دائماً في الاتجاه الايجابي من الحسن إلى الأحسن³

¹ريتشارد بيكار (1918-1999) هو رائد التغيير و التطوير التنظيمي كان أستاذا في كلية الأعمال بمعهد ماساتشوستس التكنولوجي .

²أحمد يوسف دودين، إدارة التغيير و التطوير التنظيمي، دار اليازوري الأردن-2012، ص 75.

³ د. محمد مسلم، تنمية الموارد البشرية دعائم و أدوات، دار طليطلة، الجزائر، 2010، ص 13.

إدارة التغيير التنظيمي:

يعرفها الدكتور جبار ياسين بأنها "فلسفة لإدارة المؤسسة تتضمن تدخل المخطط في أحد أو بعض جوانب المؤسسة لتغييرها بهدف زيادة فعاليتها و تحقيق التوافق المرغوب مع مبررات هذا التغيير"¹

كما تعرفها كل من د. بن عبد العزيز فطيمة و الأستاذة معزوز نشيدة "حركة تفاعل تتجه نحو هدف محدد وواضح وإعداد إستراتيجية مسبقة لعملية التغيير، ولا بد من مشاركة فعلية للعمال جنباً إلى جنب مع الإدارة في اتخاذ القرارات الخاصة بهذه العملية" كما أنها تعني أيضاً "الجهاز الذي يحرك الإدارة والمؤسسة لمواجهة الأوضاع الجديدة وإعادة ترتيب الأمور بحيث يمكن الاستفادة من عوامل التغيير الإيجابي"²

كما يمكن تعريفها أيضاً بأنها: "الاستعداد المسبق من خلال توفير المهارات الفنية و السلوكية و الادارية و الادراكية لاستخدام الموارد المتاحة بفعالية و كفاءة للتحويل من الواقع الحالي إلى المستقبلي بأقل تكلفة ممكنة و في أقل مدة زمنية"³.

خصائص إدارة التغيير والتطوير التنظيمي:⁴

تتصف إدارة التغيير والتطوير التنظيمي بعدة خصائص هامة،

- الاستهدافية: التغيير والتطوير يجب أن يكون له هدف واضح ومحدد وقابل للقياس والتطبيق، ومربوط بإطار زمني معين.
- الواقعية: يجب أن يرتبط التغيير والتطوير التنظيمي بالواقع العملي الذي تعيشه المنظمة وأن يتم ذلك ضمن مواردها وإمكانياتها.
- التوافقية: أي أن يكون هناك توافق بين أهداف عملية التغيير والتطوير التنظيمي وبين رغبات واحتياجات وتطلعات الأطراف ذات العلاقة بالمنظمة.
- الفاعلية: أي أن إدارة التغيير والتطوير التنظيمي يجب أن تسعى إلى تحقيق درجة مناسبة من تحقيق أهداف المنظمة المحددة مسبقاً، وتكون مدى مساهمتها واضحة في تحقيق هذه الأهداف.

¹ جبار ياسين، مقال بعنوان التطوير التنظيمي وإدارة التغيير في المنظمات الحكومية (المتطلبات والمعوقات) مجلة رماح، الأردن، عدد 13-2014

² د. بن عبد العزيز فطيمة أ. معزوز نشيدة، التغيير التنظيمي و علاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية جامعة البليدة يومي 18 و19 ماي 2011

³ د. شريف إسماعيل، أساسيات التسيير العمومي، دار قرطبة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2015، ص117.

⁴ سيد سالم عرفة، اتجاهات حديثة في إدارة التغيير، دار الحرية للنشر و التوزيع، القاهرة، ص90.

- **المشاركة:** تحتاج إدارة التغيير والتطوير التنظيمي إلى مشاركة وتعاون كافة الأطراف، ليكون العمل جماعياً، ويلتزم به كافة قوى التغيير.
- **الشرعية:** يجب أن يتم التغيير والتطوير التنظيمي ضمن القوانين والأنظمة والأخلاقيات والمسؤوليات الاجتماعية للمنظمة تجاه المجتمع الذي تعمل فيه.
- **الإصلاح:** إن التغيير والتطوير التنظيمي يجب أن يسعى نحو إصلاح ما هو قائم من عيوب، ومعالجة أي اختلالات في المنظمة.
- **التكيف و القدرة على الابتكار.**

أسباب التغيير والتطوير التنظيمي¹

هناك عدة أسباب لإجراء التغيير والتطوير التنظيمي في المنظمة ومن هذه الأسباب مايلي:

1- التطور التكنولوجي:

لقد أصبح التطور التكنولوجي سريعاً جداً وهو يشمل التطور في التقنية بظهور اختراعات تقنية جديدة كما يشمل التطور في الاتصالات و سرعتها و ارتباط كل مجالات الحياة ببعضها. لذلك فإن التطور التكنولوجي هو أحد أسباب التغيير.

2- ضعف الأداء :

ضعف الأداء يمكن ملاحظته و قياسه كميًا بواسطة الإدارة العليا للمؤسسة و ذلك بدراسة كافة جوانب العمل و الموارد و البيئة المحيطة و بناء على توصيف الضعف يكون لدينا سبب واضح يدعو للتغيير

3-القوانين والأنظمة و الإدارة:

التغيير قد يحدث نتيجة لتغير القوانين والأنظمة. على سبيل المثال فإن التغيرات التي في الحكومات و المستويات العليا لبعض المنظمات و الإدارات تؤدي إلى تغيير سياسة و أساليب العمل كما يمكن أن تصدر قوانين و جديدة بناء على أوضاع جديدة تتطلب الدخول في عملية تغيير.

4- النمو:

نمو المنظمة يعني تحولها من منظمة صغيرة إلى منظمة كبيرة أو من مركز واحد إلى مراكز متعددة.

هذا النمو يتطلب الكثير من التغيير في الإستراتيجية والهيكل التنظيمي وأسلوب العمل والأولويات.

¹ أحمد يوسف دودين، المرجع السابق ص 85.

5- التوافق مع متغيرات الحياة:

فالتغيير والتطوير التنظيمي يُساعد المنظمة على التكيف والتأقلم مع العوامل البيئية المتغيرة المحيطة بالمنظمة، وتساعد المنظمة على اقتناص الفرص في هذه البيئة.

و هناك من يقسم أسباب التغيير حسب مصدرها إلى دوافع خارجية و دوافع داخلية كما يلي:

1- الدوافع الخارجية:¹

أي منظمة تحيط بها مجموعة من الظروف البيئية التي تتفاعل معها سلبا أو إيجابا و هو ما يتطلب الاستجابة لها من أجل إحداث توافق المنظمة مع بيئتها أو أخذ حيز داخل البيئة و كمثال على ذلك نذكر : تغير البيئة الاقتصادية و البيئة السياسية والقانونية و الاجتماعية، التغيير في التكنولوجيا، التغيير في الزبون المستهدف...إلخ

إن هذا الأسباب الخارجية تؤدي إلى تغيير حتمي و ليس اختياري لأنها تفرض على المنظمة عملية التغيير و إلا كان استمرار عملها و من ثم تواجدها محل خطر.²

2- الدوافع الداخلية:³ و ذلك عند حدوث مستجدات في بيئة المنظمة الداخلية و أو إمكانياتها و أهدافها أو عند مواجهة مشاكل و ظروف داخلية تؤثر على سير العمل و علاقات عناصر التنظيم.

¹ جبار ياسين مقال بعنوان التطوير التنظيمي وإدارة التغيير في المنظمات الحكومية(المتطلبات والمعوقات) مجلة رماح عدد

2014-13

² أحمد يوسف دودين المرجع السابق ص93.

³ جبار ياسين المرجع السابق

المطلب الثاني: مجالات التغيير و التطوير التنظيمي و خطواته.

هناك مجالات كثيرة للتغيير و التطوير التنظيمي بحكم أن هذه الظاهرة تمس كل شيء إلا أن العديد من المفكرين يلخصون المجالات كما يلي¹ :

● الأهداف و الاستراتيجيات : يمكن أن يشمل التغيير أهداف المؤسسة و الاستراتيجيات التي تستعملها للوصول إلى هذه الأهداف استجابة للمعطيات البيئية المحيطة بها .

● السياسات و القواعد الحاكمة للعمل : و ذلك باستحداث طرق عمل جديدة أو تطوير السياسات القديمة و تكييفها على الواقع الجديد من أجل ضمان مرونة في العمل و التوافق مع الواقع الجديد.

● الهيكل التنظيمي و العلاقات التنظيمية: و هو ما يمثل غالبية مجال التغيير أو أشهرها على الأقل ذلك أن أي تغيير في المنظمة سيكون له اثر مباشر أو لن يحدث إلا بإحداث تغيير سواء على الهيكل التنظيمي أو العلاقات التنظيمية .

إن التغيير في الهيكل التنظيمي يكون بإحداث مراكز مسؤولية و درجات تنظيمية و إدارية جديدة أو إلغائها أو دمجها مع بعضها أو تغيير علاقاتها الوظيفية و التنظيمية تبعاً للظروف و تبعاً للأهداف المراد تحقيقها أو الحالة المراد تجنبها.

إن هذا التغيير هو ما سندرسه في هذه المذكرة باعتبار تحويل مؤسسة القطاع الصحي القديم المنشأة بواسطة المرسوم 97-466 المؤرخ في 02-12-1997 المتضمن قواعد إنشاء تنظيم و سير القطاعات الصحية حيث تم تحويل هذه المؤسسة إلى مؤسستين اثنتين كل واحدة مستقلة عن الأخرى رغم كونهما تحملان نفس الطبيعة القانونية (مؤسسة عمومية ذات طابع إداري) و ذلك بواسطة المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بالمؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .

● التكنولوجيا : إن التقدم التكنولوجي من المواضيع التي تفرض نفسها على أي منظمة فيجب عليها التأقلم مع المتغيرات التكنولوجية و إلا فإن مصيرها سيكون الجمود ثم الاضمحلال.

و من ضمن ذلك استعمال الإعلام الآلي و آخر ما وصل إليه العلم من برامج معلوماتية لربح الوقت و المجهود و التكلفة.

● الموارد البشرية : تعتبر من أهم و أحسن مجالات التغيير لأن نتائجها تكون مباشرة على المنظمة و سياسة عملها تحقيق أهدافها و بصورة مباشرة و لو كانت طويلة أو متوسطة المدى و يكون التغيير و التطوير في مجال الموارد البشرية بإضافة موارد و طاقات جديدة للمنظمة أو الاستغناء عن بعض الأفراد أو العمل على تغيير و تطوير مهارات الأفراد و سلوكهم الإيجابي تجاه التواجد في المنظمة والعمل لصالحها بما يتوافق مع الواقع الجديدة و يكون له الأثر الإيجابي على المؤسسة و أفرادها.

¹ جبار ياسين المرجع السابق

خطوات التغيير والتطوير التنظيمي²¹

1. معرفة مصادر التغيير :

وهنا قد يكون مصدر التغيير بيئة المنظمة الخارجية كالتغيير الذي يحدث في هيكل السوق، والتغيرات التكنولوجية، والتغيرات السياسية أو القانونية وقد يكون مصدر التغيير هيكل المنظمة وعلاقات السلطة والاتصال. وكذلك قد يكون مصدر التغيير المناخ التنظيمي السائد ونقصد بالمناخ التنظيمي الجو العام المتمثل في شعور وإحساس العاملين بإنسانية ودفء أو برودة وتعقيد الأمور في المنظمة.

2. تقدير الحاجة إلى التغيير:

وذلك من خلال تحديد الفجوة الفاصلة بين موقع المنظمة الآن وبين ما تريد تحقيقه إن معرفة الوضع الحالي يكون بناء على تقارير و معلومات موضوعية دقيقة ترسم هذا الواقع بكل صدق من أجل معاينة حقيقية كما أن معرفة ما نريد أن نكون عليه يجب أن يبنى على دراسات مستقبلية واقعية وبناء على تخطيط حقيقي يأخذ بعين الاعتبار كل نقاط القوة و الضعف و كل الإمكانيات و كل معطيات البيئة و عناصر النظام ككل .

3. تشخيص المشكلات:

والمشاكل قد تتعلق بأساليب العمل، التكنولوجيا المستخدمة، نسبة الغياب، أو دور أن العمل وغيرها من المشاكل و بالمختصر فإن عدم تحقق النتائج المرجوة أو معاينة نقص في مخرجات النظام يطرح فكرة التغيير بصورة مباشرة من حيث أنها ضرورة يجلب مناقشة مراحلها بناء على حالة المخرجات التي عاينا نقصها كما ذكرنا.

4. التغلب على مقاومة التغيير:

والمقاومة لها أسباب منها سوء فهم آثار التغيير ، الخوف من الخسارة المادية أو المعنوية ، متطلبات تطوير علاقات وأنماط سلوكية جديدة، إحساس العاملين أنهم استغلوا أو أجبروا على التغيير، التعود على تأدية العمل بطريقة معينة لمدة طويلة، الرغبة في الاستقرار والخوف من مخالفة معايير تفرضها الجماعة غير الرسمية.

5. تخطيط الجهود اللازمة للتغيير:

ويكون ذلك من خلال توضيح أهداف التغيير بشكل دقيق يمكن قياسه أو على الأقل يمكن قياس جزء مهم منه أو وصفه وتحديد مخطط زمني لكل المراحل المخططة دراسة مختلف العقبات و طرق التعامل معها.

6. وضع إستراتيجية التغيير:

² أحمد يوسف دودين المرجع السابق ص107.

ويجب الأخذ بعين الاعتبار العناصر التي قد تتأثر بها أجزاء المنظمة وهي الهيكل التنظيمي (إعادة تصميم الوظائف وإعادة وصف الأعمال تغيير الصلاحيات والمسؤوليات، تغيير الهيكل التنظيمي)، التكنولوجيا(تعديل أساليب الإنتاج ، تغيير الآلات والأجهزة، إدخال الأتمتة للمنظمة).

القوى البشرية(التدريب أثناء العمل، ندوات تدريبية للقادة الإداريين تنمية فرق العمل توظيف جديد).

7.تنفيذ الخطة خلال مدة معينة.

8.متابعة تنفيذ الخطة ومعرفة نواحي القوة والضعف فيها.

المبحث الثالث المنظومة العمومية للصحة في الجزائر:

المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي.

يمكن أن نبدأ أولاً بدراسة مفهوم كلمة النظام أو système فما هو النظام؟

يمكن تعريفه بأنه "الكل المنظم أو الوحدة المركبة التي تجمع وتربط بين الأشياء أو أجزاء تشكل في مجموعها تركيباً كلياً موحداً. والنظام هو وحدة تتكون من أجزاء ذات علاقات متبادلة، ولهذا فإن دراسة أي جزء من هذه الأجزاء في معزل عن الأجزاء الأخرى لا تعطي الصورة الحقيقية المتكاملة"¹.

كما عرفته دائرة المعارف الأمريكية كما يلي:

"مجموعة من الأشياء التي تكون مجمعة بطبيعتها أو بفعل بشري و التي تكون كلا متكاملًا معقدًا" كما عرفته أيضا بأنه مجموعة من الأفكار و المعتقدات و المبادئ و التطبيقات و القواعد التي رتبت لتكون كلا معقدًا (مركبا) ."

"الكيان المتكامل الذي يتكون من أجزاء و عناصر متداخلة تكون بينها علاقات من أجل أداء وظائف تكون في محصولتها الناتج الذي يحققه النظام كله. و هو يتكون من المكونات التالية:

- المدخلات
- العملية التحويلية
- المخرجات
- التغذية المرتدة
- البيئة

عرفت المنظمة العالمية للصحة النظام الصحي بأنه: "مجموع المنظمات و المؤسسات و الموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين و أموال و معلومات و إمدادات و توجيهات و اتجاهات عامة ولا بد لذلك النظام من توفير الخدمات التي تلبي الاحتياجات العامة بأسعار منصفة و السعي إلى معاملة الناس على نحو لائق"²

¹ احمد يوسف دودين، ادارة التغيير و التطوير التنظيمي، دار اليازوري، عمان (الأردن)، 2012، ص 25.

²الموقع الالكتروني للمنظمة العلمية للصحة www.who.int/features/qa/28/ar/ بتاريخ 21 أبريل 2017.

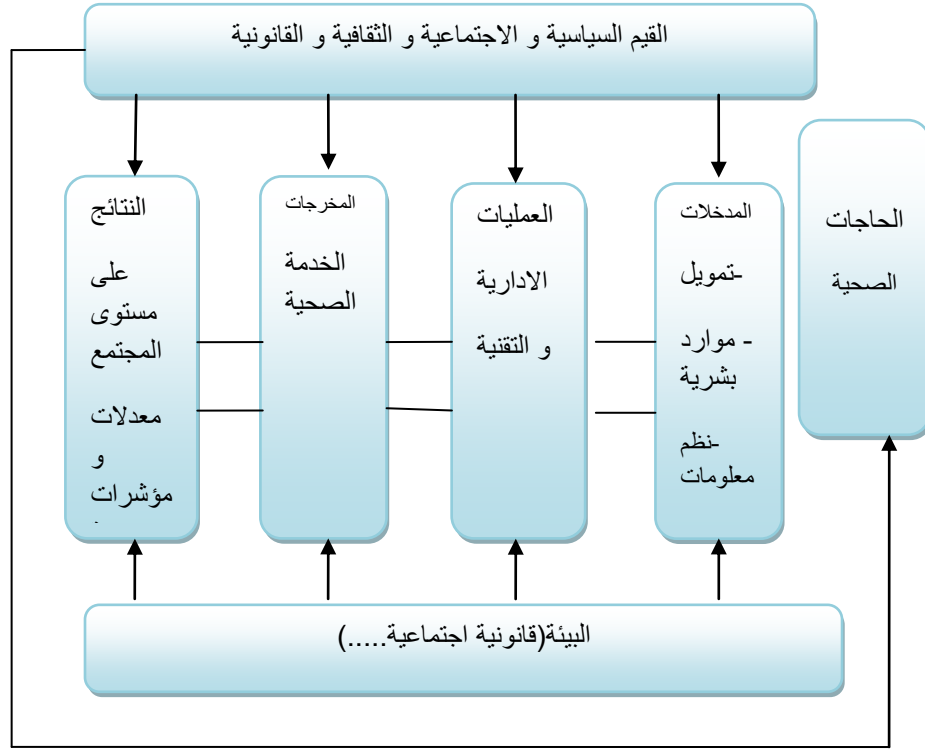
كما عرف الدكتور ميلتون رويمر (1916-2001) أستاذ إدارة الصحة جامعة كاليفورنيا النظام الصحي بأنه: "مجموع الموارد و التمويل و الإدارة التي تتكفل بمجموعها بتوفير الخدمات الصحة لعامة الشعب"¹.

و عرفه الأستاذ فريد توفيق نصيرات الكتاب من خلال تعريف الإدارة الصحية بأنها تحويل مدخلات النظام الصحي إلى مخرجات و هنا يشرح بأن المدخلات في النظام تتكون من الحاجة لخدمات الرعاية الصحية و الموارد المطلوبة لتقديم الخدمات (العنصر البشري، التمويل، التكنولوجيا) التي تتأثر بالبيئات الاجتماعية والقانونية و السياسية أما المخرجات فتكون الخدمات الصحية التي يقدمها أو مجموع الهياكل لمكونة للنظام وما ارتبط بها من نتائج تنعكس على الصحة و على النظام أيضا². من التعريفات السابقة يمكن أن نقول بأن مقومات النظم هي كما يلي :

- إنتاج الموارد (البشرية المالية و التكنولوجيا...)
- تنظيم البرامج .
- آليات الدعم الاقتصادي.
- الطرائق الإدارية.
- تقديم الخدمة.

¹ بلقاسم صبري ، ورقة بحثية بعنوان: "الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية و تحسين أدائها"، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة و الحكومية في الوطن العربي، القاهرة 12-14 مارس 2002.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة - عمان (الأردن)، 2007، ص 24



شكل يمثل نموذج النظام الصحي – المصدر الدكتور بلقاسم صبري – المرجع السابق

إن النظم الصحية هي مدخلات بشرية و مادية و مالية يتم تحويلها من خلال عمليات محددة (إدارية و تقنية) لإنتاج خدمات العلاج و الوقاية بحيث يكون هناك أثر صحي على المجتمع ويمكن قياسه إيجابا بمؤشرات تحسن الخدمة الصحية خاصة ارتفاع الأمل في الحياة *espérance de vie*- وهو يعني متوسط مدة الحياة لعدد معين من السكان¹ أو سلبا بواسطة معدلات انتشار الأمراض و العجز و الوفيات.

لا توجد النظم الصحية بمعزل عن بقية النظم الأخرى أو عن البيئات السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية لذلك نرى أن النظام الصحي يتأثر بمنظومة التعليم بصفقتها منظومة تخرج الموارد البشرية للنظام كما يتأثر بالوضع الاقتصادي... الخ. من هنا نقول إن المنظومة العمومية للصحة تشمل الموارد البشرية في مجال الصحة و المؤسسات المختلفة (مستشفيات ، مؤسسات تمويل و ضمان اجتماعي، مؤسسات أدوية، مؤسسات تكوين علمي، هيئات وصاية جهوية و مركزية،...) بالإضافة إلى مختلف أنماط العمل و التسيير و البيئة المحيطة لكننا سنركز على المستشفيات بصفقتها المؤسسات التي على علاقة مباشرة بموضوع صحة المواطن و بصفقتها الهيكل الأخير الذي تصب فيه مختلف المؤسسات الأخرى نواتجها لتقدم خدمة صحية

¹ الموقع الإلكتروني لاروس الطبي www.larousse.fr Larousse médicale

المطلب الثاني: تطور المنظومة العمومية للصحة

الفرع الأول : المرحلة الأولى تكوين المنظومة العمومية للصحة 62-73¹:

ورثت الجزائر عن الاستعمار الفرنسي وضعية كارثية يمكن أن تلخص في تفشي الأمراض بين الشعب الفقير و استفادة قلة أوربية من الخدمات الصحية في مقابل إقصاء الغالبية العظمى من السكان منها كما عانت الجزائر من نقص الهياكل الصحية و هجرة الكوادر الأوربية.

فعلى سبيل المثال و حسب تقرير أعدته وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات في الجزائر – ديسمبر 2015 فإنه و في سنة 1962 كانت المعطيات الصحية كما يلي² :

- الأمل في الحياة لم يتعد 51 سنة.
- نسبة وفيات الأطفال 181 / 1000.
- نسبة الولادة خارج المستشفى 70 %.
- 143 مؤسسة عمومية للصحة عبارة عن هياكل صغيرة بالإضافة إلى 13 عيادة خاصة موزعة على المدن الكبرى خاصة في الناحية الشمالية للبلاد.
- انعدام أي برنامج وقائي وطني و تفشي هائل للأمراض المتنقلة و العدوى بين المواطنين خاصة في المناطق الريفية وانتشار سوء التغذية.
- 342 طبيب و 70 صيدلي من أجل تعداد يقدر ب 10 ملايين نسمة

أمام هذه الوضعية الصعبة جدا التي تتطلب تعاملًا سريعًا فإن الدولة الحديثة آنذاك و بالنظر إلى المبادئ الاجتماعية التي تنادي بها اهتمت بإنشاء نظام صحي و تعليمي يمكن من خلاله أن تتعامل مع الواقع الصعب الموروث عن العهد الاستعماري و تحاول توفير خدمة صحية شاملة و عادلة لمخلف طبقات الشعب التي تعاني من الجهل و الفقر و التخلف.

و لا يكون ذلك إلا باستغلال عدة ظروف مثل:

- اعتماد سياسة التأميم ابتداء من الاستقلال التي توجت بتأميم المحروقات في 24 فيفري 1971 وهو ما سمح بتوفير سيولة مالية معتبرة للدولة من أجل برمجة عدة خطوات لصالح

¹ تقرير لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات : الإصلاحات في الصحة التطور و الأفاق — ديسمبر 2015.

² Pr.L CHACHOUA, Le système nationale e santé de 1962 à nos jours, colloque international sur les politique de santé, Alger 18-19 Janvier 2014.

الصحة في البلاد و كذلك اعتماد سياسة التخطيط و هو ما سمح بإنشاء مؤسسات صحية (المخطط الثلاثي 1967-1969 و المخطط الرباعي الأول 1970-1973).

• الاهتمام بقطاع التعليم العالي و تكوين الإطارات الطبية و شبه الطبية و الإدارية و نذكر على سبيل المثال لا الحصر أول مسابقة لتكوين الأطباء في سنة 1967 و إصلاح برامج التعليم العالي في العلوم الطبية في 1971.

• التعاون مع عدة دول من أجل إرسال كوادر طبية لتقديم الخدمات العلاجية و تكوين الأطباء الجزائريين مثل الهند الصين الاتحاد السوفياتي آنذاك.

• الاهتمام بالوقاية و إنشاء برامج الوقاية الأولى (برنامج الوقاية من السل و برنامج الوقاية من حمى المستنقعات و كذلك التفتين الإجباري للتلقيح (المرسوم 69-88 المؤرخ في 18 جوان 1969 المتضمن إجبارية التلقيح).

الفرع -2: المرحلة الثانية تطوير و تنمية المنظومة 1974-1989¹

تميزت هذه المرحلة بارتفاع مداخل البترول باعتباره المصدر المسيطر للمداخيل في الجزائر (الصدمة البترولية 1973 و الصدمة البترولية 1979) إلى غاية 1986 و هو ما أدى إلى وفرة مالية غير مسبوقه مما أثر مباشرة على ارتفاع عدد المؤسسات الصحية المنشأة من الطرف الدولة و ارتفاع عدد مستخدمي القطاع العمومي الصحي بفضل سياسة التخطيط التي اعتمدها الحكومة آنذاك (المخطط الرباعي الثاني 1970-1973 و المخططين الخماسيين الأول و الثاني -1980-1984 و 1985-1989 بالرغم من أن المخطط الأخير لم يتم انجاز جزء كبير من مشاريعه بسبب انهيار أسعار البترول كما ذكرنا سابقا ومن أهم الأعمال التي قامت بها الدولة في هذه المرحلة نذكر ما يلي

1- التأسيس لمبدأ مجانية العلاج :

و ذلك بواسطة الأمر 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية حيث تكفلت الدولة بضمان التغطية الصحية لجميع فئات الشعب مهما كانت و يكون ذلك على حساب خزينة الدولة و بصفة مباشرة و هو الذي سمح بإحداث فرق واضح في استفادة المواطنين من الخدمة الصحية التي لم تكن متاحة أصلا خلال العهد الاستعماري لتصبح متوفرة و مجانية أيضا.

¹ تقرير لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات : الإصلاحات في الصحة التطور و الآفاق — ديسمبر 2015.

هذا الفرق الإيجابي يمكن أن نرجعه بسبب رئيسي إلى عدد السكان القليل نوعا ما خلال تلك الفترة رغم أن الزيادة السكانية كانت كبيرة و هو ما جعل توفير الخدمة و التكاليف متحكما فيهما و لو لفترة محدودة و هذا ما سيثبتته المستقبل بحيث أصبحت الخدمات الصحية التي توفرها الدولة غير كافية للعدد الهائل من السكان، كما أن التمويل المباشر من طرفها لتغطية تكاليف الخدمات الصحية قد أثقل كاهل الخزينة العمومية التي لم تعد قادرة على المزيد من هذا التمويل خاصة مع انهيار أسعار البترول لاحقا و توقف أغلب المشاريع التي باشرتها الدولة أو خططت لها .

إن هذه الفترة التي و بفعل اختيارات الدولة المرتكزة على النقطتين اللتين ذكرناهما (مبدأ مجانية العلاج و مبدأ التمويل الكامل للتغطية الصحية من طرف الدولة) قد أدت إلى:

- عدم الاقتصاد و التبذير في استهلاك الموارد .
- عدم وجود مبدأ فعالية خدمة و مراقبة تسيير .
- نقص التحفيز لدى المستخدمين و عدم التحلي بروح المسؤولية لأداء الخدمة .

-2- تنظيم ممارسة النشاط الطبي:

- اعتماد نظام مشاركة الأطباء الخواص في تقديم جزء من خدماتهم ضمن المرفق العمومي بتخصيص جزء من الوقت يقدر ب 24 ساعة لذلك.

- اعتماد نظام الخدمة المدنية في سنة 1984 و هو نظام ينص على إلزامية الخدمة للأطباء في المرفق العمومي للصحة بعد تخرجهم مباشرة و قبل التوجه للقطاع الخاص.

- التصريح للعيادات الخاصة بالعمل على مراحل .

-3- إصدار قانوني الصحة لسنة 1976 و سنة 1985: ¹

بواسطة الأمر 76-97 المؤرخ في 23-10-1976 المتضمن قانون الصحة و القانون

85-05 المؤرخ في 16-02-1985 المتضمن حماية الصحة و ترقيتها.

الذين ركز المشرع فيهما على عدة نقاط أهمها :

- الاعتماد على مبدأ تدرج العلاج و ذلك بتأسيس قاعات العلاج و العيادات متعددة الخدمات و كذلك اعتماد القطاع الصحي (المرسوم 81-242 في 05-09-1981 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها) كمؤسسة تعتبر حجر الزاوية في تقديم الخدمات

¹ تقرير لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات : الإصلاحات في الصحة التطور و الآفاق — ديسمبر 2015.

الصحية ثم اعتماد المراكز الاستشفائية الجامعية كمؤسسات تتكفل بالمستوى العالي من الخدمات الصحية الغير متوفرة في مستويات أدنى كما تتكفل بالبحث العلمي .

● الاهتمام بتكوين مستخدمي الصحة الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين و ذلك بمراجعة و تحيين البرامج التعليمية و كذلك إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية لتكوين الإداريين في ما بعد التدرج المتخصص و تكفل المدرسة الوطنية للإدارة بتكوين الإطار الإداري في تخصص إدارة الصحة.

● إنشاء الخارطة الصحية سنة 1980 و ذلك لمحاولة إنشاء لامركزية في تسيير الشأن الصحي فقد تم إنشاء خمس 05 مناطق صحية كل منطقة تضم مجموعة من الولايات (الشرق، الوسط، الغرب، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي)¹.

● إنشاء مؤسسات عديدة مثل معهد باستور الجزائر المكلف باحتكار تسويق اللقاح و الأمصال و الصيدلية المركزية لإنتاج الأدوية محليا.

الفرع 3- المرحلة الثالثة الأزمة 1990-1999²

تميزت المرحلة لممتدة خلال العشرية 1990-1999 بعدة ظروف خاصة و استثنائية:

● استمرار انهيار أسعار البترول منذ سنة 1986 و ما نتج عن ذلك من أزمات مالية ضربت البلاد في الصميم نظرا للاعتماد الكلي على الريع البترولي و هو ما أدى و بصورة مباشرة إلى توقف جميع مشاريع التنمية و المخططات التي بدأت فيها الحكومة و من بينها المشاريع في المجال الصحي بل إن البلاد قد لجأت و منذ سنة 1994 إلى الاستدانة من الخارجية و هو ما كان يعنى وقف سياسة الدعم الاجتماعي التي تبنتها الدولة كما أدى إلى أنه لم يتم بناء أي هيكل صحي خلال هذه العشرية كلها بسبب تطبيق برنامج الاستقرار الاقتصادي و ثم برنامج التصحيح الهيكلي من سنة 1995 إلى سنة 1998³

● الأزمة الأمنية الخطيرة و التي أدت إلى هجرة كفاءات كثيرة في الصحة و غلق الكثير من الهياكل الصحية الجوارية في الأرياف و المناطق البعيدة .

¹ الموقع الالكتروني للوكالة الوطنية لدعم الاستثمار ملف الصحة www.andi.dz/index.php/ar/secteur-de-sante بتاريخ 21 أبريل 2017

² أ عياشي نور الدين، "تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31 جوان 2009 جامعة قسنطينة ص 294.

³ عياشي نور الدين، "المقال السابق ص 295.

- تغير الواقع الابدديميولوجي (المرضي) للجزائر بسبب عودة أمراض كان قد تم القضاء عليها سابقا و ظهور أمراض جديدة و بمعدلات متصاعدة (مثل أمراض السكر و الأمراض القلبية)¹.
- رَكَزَت الدولة خلال هذه المرحلة الصعبة على مواجهة الصعوبات المالية التي ذكرناها كما ركزت باعتماد أساليب و حلول جديدة لتسيير المؤسسات التابعة لها و توفير خدمة صحية لمواجهة الوضعية الصعبة والحاجات المتزايدة خاصة مع ارتفاع عدد السكان.
- ذكر التعاقد كنظام تمويل يجب أن يكون بديلا للتمويل السائد من قبل، ويقصد به تعاقد هيئات الضمان الاجتماعي مع المؤسسات الصحية من أجل تغطية تكاليف العلاج بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا وهو ما نص عليه قانون المالية لسنة 1992.²
- الاهتمام بالتكوين لجميع الأسلاك (إنشاء التكوين في مابعد التدرج المتخصص في العلوم الطبية لتخصصات طبية متنوعة كالاستجالات و نقل الدم العلوم البوائية... الخ)
- فتح المجال للخواص في ممارسة مهامهم كل حرية كالعيادات الخاصة و الصيدليات.
- اعتماد مبدأ تدرج العلاج أي الانتقال بين الهياكل الصحية الجوارية إلى المستشفيات إلى المؤسسات الاستشفائية المتخصصة إلى المراكز الاستشفائية الجامعية.
- إصدار المراسيم 97-465 و 97-466 و 67-467 المتضمنة تنظيم المؤسسات الصحية و قواعد سيرها و الاعتماد على أساليب تسيير أكثر حداثة و أكثر حرية و لامركزية مثل مجالس الإدارة.³
- الترخيص بكل حرية لممارسة النشاط الطبي و شبه طبي و الصيدلاني في القطاع الخاص مقابل اعتماد تقدمه السلطات الصحية شريطة احترام دفتر شروط يحدد القواعد التقنية والقانونية للممارسة.
- إعادة تنظيم المؤسسات المكلفة بإنتاج الدواء وتسويقه مثل الصيدلية المركزية للمستشفيات و معهد باستور.

¹ مداخلة البروفيسور لوييزة شاشوة ملتقى الدولي للسياسات في الصحة الجزائر 18-19 جانفي 2014.

² Groupe de d'experts, les système de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis et enjeux, mag: les note(IPEMED)N°13 Avril 2012,P51.

³ تقرير وزارة الصحة الإصلاحات في الصحة التطور و الأفق ديسمبر 2015.

الفرع 4 :المرحلة الرابعة إعادة التنمية من جديد 1999-2015

تميزت هذه الفترة بمناخ سياسي و أممي هادئ مقارنة بالفترة التي سبقتها كما تميزت بمعدلات نمو مرتفعة و متسارعة و يرجع ذلك في الأساس إلى ارتفاع أسعار المحروقات مما سمح لقطاعات عديدة و من بينها قطاع الصحة بالنهوض بفضل الأموال الكبيرة التي تم ضخها من طرف الحكومة كما تميزت هذه الفترة بما يلي

الاهتمام السياسي بموضوع إصلاح المستشفيات باعتماد تسمية إصلاح المستشفيات و إنشاء مديرية فرعية في الوزارة مكلفة بالموضوع و كذلك تأسيس المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الذي أكمل تقريره و نشر على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و هو يتضمن مجموعة من النقاط يمكن من خلالها تحليل نقاط الخلل للصحة في الجزائر بالإضافة إلى تحديد مجموعة من الأهداف الواجب تحقيقها¹

• تحويل مؤسسة القطاع الصحي المذكورة سابقا (المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 02-12-1997 إلى مؤسستين اثنتين الأولى هي المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH و الثانية هي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP يحدد قواعد إنشائهما و سيرهما المرسوم التنفيذي 07-140 لمؤرخ في 19-05-2007.

• إنشاء هياكل صحية ذات طبيعة قانونية و نمط تسيير جديدين منها المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران و المؤسسات الاستشفائية كتجربة مثل المؤسسة الاستشفائية بعين ولما و ولاية سطيف و المؤسسة الاستشفائية لطب العيون بورقلة و الجلفة.

• إنشاء اللجنة الوطنية متعددة القطاعات للحماية من الأمراض الغير متنقلة في 2013.

• ضخ أموال كبيرة في إطار برامج دعم النمو الاقتصادي بفضل الوفرة المالية كما يلي :

- برنامج دعم النمو الاقتصادي 2001-2005 انجاز 14 مستشفى بمبلغ 12.878.462.000.00 دج²

- البرنامج التكميلي لدعم النمو 2005-2009 انجاز 156 مستشفى و 252 هيكل صحي جوارى بمبلغ 258.666171.000.00 دج³

¹ ملف الإصلاحات الصحية على موقع وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات الجزائر -www.sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm

²تقرير وزارة الصحة الإصلاحات في الصحة التطور و الأفق ديسمبر 2015

³تقرير وزارة الصحة الإصلاحات في الصحة التطور و الأفق ديسمبر 2015

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة.

- برنامج النمو الاقتصادي 2010-2014 انجاز 120 مستشفى و 171 هيكل صحي جوارى بمبلغ 95.891.715.000.00 دج¹

جدول يوضح تطور التغطية الطبية و شبه الطبية من 1962-2009 المصدر الأستاذة شاشوة لويزة مداخلة في المؤتمر الدولي للسياسات الصحية م19-19 جانفي 2014 بعنوان المنظومة الوطنية للصحة من 1962 إلى اليوم

السنوات	طبيب عام	طبيب	جراح أسنان	صيدلي	شبه طبي
1962	---	25 643	72 848	41 667	2 979
1999	1 750	3 594	3 752	6 134	346
2009	1 457	2 052	3 241	4 492	370

الهيكل	1962	1974	1982	1992	2002	2010
مستشفى	143	143	196	263	372	276
م إ جامعية	--	--	--	--	--	1
مركز إ جامعي	--	--	--	--	--	13
م.ع.!	--	--	--	--	--	194
م استشفانية	--	--	--	--	--	04
م إ متخصصة	--	--	--	--	--	64
الأسرة	--	43 404	45 830	53 068	55 223	61 779
م.ع.ص.ج	--	--	--	--	--	271
عيادة م خدمات	--	106	228	451	513	1 491
قاعة علاج	--	1 402	1 660	3 848	4 228	5 350

جدول يبين تطور هياكل الشبكة العمومية لمؤسسات الصحة 62-2010-المصدر الأستاذة شاشوة لويزة مداخلة في المؤتمر الدولي للسياسات الصحية م19-19 جانفي 2014 بعنوان المنظومة الوطنية للصحة من 1962 إلى اليوم

¹تقرير وزارة الصحة الإصلاحات في الصحة التطور و الأفاق ديسمبر 2015

خلاصة الفصل الأول:

من خلال الفصل الأول نرى أهمية الصحة باعتبارها أساسا لا تقوم بدونها الدول و لا تستطيع أي حكومة التفريط بها و هي ملزمة على الحفاظ عليها وتحسينها بواسطة مجموعة من الإجراءات التي تدخل ضمن ما يسمى السياسة العمومية للصحة .

كما أن تطور المجتمعات مجال واسع لحدوث تغييرات في حاجاته الصحية و تنوعها و ذلك بزيادة عدد السكان أو بتطور الحالة المرضية للمجتمع بظهور أمراض جديدة و اختفاء أخرى أو بتغير العادات الاجتماعية له (كعادات الغذاء و النزوح الريفي....) و بالنظر لما قلناه يشكل المجتمع الجزائري مثالا حيا لما قلناه سابقا فقد ازداد عدد السكان مقارنة بالاستقلال كما تنوعت الحالة المرضية له حيث تناقصت و الأمراض المتنقلة بل و قاربت على الانتهاء في بعض الأمراض (كوليرا تيفوئيد...) و ظهرت أمراض جديدة و أخذت تزداد مثل مرض السكري و ارتفاع ضغط الدم و السرطان.

أمام هذه التغييرات كان لزاما على صناعات السياسة الصحية التحرك من خلال النظام الصحي لمواكبة هذه الظروف الجديدة و توفير خدمة صحية جيدة.

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح

المبحث الأول: البعد التنظيمي في إصلاح المنظومة العمومية للصحة.

المطلب الأول: مؤسسة القطاع الصحي كحجر أساس في المنظومة العمومية لمؤسسات للصحة.

لا بد قبل التفصيل في موضوع القطاع الصحي- الذي كان معتمدا كمؤسسة تعتبر حجر الزاوية في الشبكة العمومية لمؤسسات الصحة -أن نذكر بمبدأ تدرج الخدمات الصحية الذي ذكرناه في الفصل الأول و الذي يقضي بالانتقال بالخدمة و المريض كطالب لها من الهياكل البسيطة القاعدية إلى الهياكل الأكثر تعقيدا و المتخصصة¹ و هنا ينتقل المريض من قاعة العلاج لتلقي خدمات الحقن و التضميد إلى العيادة المتعددة الخدمات لتلقي خدمات الوقاية و الفحص والعلاجات القاعدية ثم إلى المستشفى لتلقي خدمات الاستشفاء و التي تتنوع هي أيضا بين مستشفى يوفر خدمات استشفائية قاعدية و آخر متخصصة ثم الانتقال إلى المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و المراكز الاستشفائية الجامعية التي توفر علاجا متخصصا و هو ما سنشرحه كما يلي:

- **العلاج من الدرجة الأولى²**: أو ما يعرف بالعلاج الجوارحي و توفره الهياكل المتواجدة بالقرب من المواطن مثل قاعات العلاج المتواجدة في الأحياء و العيادات المتعددة الخدمات و يتمثل العلاج الجوارحي في مختلف خدمات الصحة القاعدية كالعلاج و الوقاية (الفحص الطبي، فحوصات طب الأسنان، الخدمات شبه الطبية كالحقن و التضميد، التربية الصحية، الوقاية و برامج التلقيح..... إلخ).

- **العلاج من الدرجة الثانية³**: و يتعلق ب:

المستوى الأول: العلاجات العامة التي توفرها المؤسسة العمومية الاستشفائية المختصة إقليميا كالاستعجالات الطبية و الجراحية ، طب الأطفال، الطب الداخلي، الجراحة العامة، المخبر و الصيدلية).

المستوى الثاني: العلاجات من درجة أعلى في الأهمية و التخصص و التي توفرها المؤسسة العمومية الاستشفائية بالولاية (التخدير و الإنعاش، جراحة الأعصاب، جراحة العظام، أمراض الكلى، أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة

¹ د. سعيدان رشيد، د. بوهنة علي ورقة بحثية بعنوان: واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية (جامعة بشار)، العدد 01 سبتمبر 2014، ص 13.

² Pr ABID Larbi, Organisation actuelle du système nationale de santé et perspectives, colloque internationale sur les politiques de santé, Alger du 18 au 19 Janvier 2014.

³ Pr ABID Larbi: Ibid.

- **العلاج من الدرجة الثالثة:** و هو مجموع الخدمات التي توفرها المؤسسة الصحية التي تعتبر قطبا جهويا سواء كانت مؤسسة استشفائية متخصصة أو مركز استشفائي جامعي (الطب النووي، أمراض المناعة، أمراض السرطان، الجراحة القلبية... إلخ) كما و لابد أيضا أن نذكر بهيكله المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة و التي حددتها بالتفصيل مجموعة من المراسيم التنفيذية صادرة يوم 02-12-1997 :

• القطاعات الصحية و التي نظمها المرسوم التنفيذي 466-97 .

• المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و التي نظمها المرسوم التنفيذي 465-97 .

• المراكز الاستشفائية الجامعية و التي نظمها المرسوم التنفيذي 467-97 .

وسوف نقوم بشرحها مع التفصيل في القطاعات الصحية التي هي موضوع بحثنا

- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة:** هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري¹ حسب المرسوم المذكور سابقا و هي تتكفل إما بمرض معين أو بمرض أصاب جهازا معيناً أو بمجموعة ذات عمر معين².

- **المراكز الاستشفائية الجامعية :** و هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري³ تتكفل بعدة أنواع من المهام⁴ كما يلي :

المهام المتعلقة بالصحة: التشخيص و العلاج و الوقاية و تطبيق برامج الصحة الوطنية و حماية المحيط في ميادين النظافة و الوقاية والصحة... إلخ

المهام المتعلقة بالتكوين: التعاون مع مؤسسات التعليم العالي من أجل ضمان التكوين المتدرج و ما بعد التدرج في علوم الطب و البرامج المتعلقة والمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة.

المهام المتعلقة بالبحث : القيام بأعمال الدراسة و البحث في ميدان علوم الصحة و تنظيم المؤتمرات العلمية و الأيام الدراسية.

و بالرجوع إلى النصوص القانونية كالقانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 أنه في

المادتين 07 و 08 يوضح بطريقة غير مباشرة – من أجل أن يحيل فيما بعد التفاصيل إلى النص التنظيمي- بعض المبادئ الأساسية في هيكله الشبكة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة ، و في هذا السياق تنص المادة 07 على: "يمكن تصور الشبكة الوطنية للصحة بكيفية تمكن من توفير علاج صحي كامل".⁵، ليواصل المشرع في شرح ما يشتمل عليه العلاج

¹ ج.د.ش، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي 465-97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 ، ج.ر 81 لسنة 1997، المادة 02 ص29.

² ج.د.ش، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي 465-97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 ، ج.ر 81 لسنة 1997، المادة 03 ص29

³ ج.د.ش، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي 465-97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 ، ج.ر 81 لسنة 1997، المادة 03 ص29

⁴ ج.د.ش، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي 467-97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 ، ج.ر 81 لسنة 1997، المادة 03 ص30

⁵ الجريدة الرسمية رقم 08 لسنة 1985 ص178.

الصحي الكامل كما تنص عليه المادة 08 من نفس القانون على: "يشمل العلاج الصحي الكامل ما يأتي:

- الوقاية من الأمراض في جميع المستويات.
- تشخيص المرض و علاجه.
- إعادة تكييف المرضى.
- التربية الصحية.¹

نلاحظ من المادتين المذكورتين بأن القانون قد وضع تصوراً للهيكل من خلال النشاط الذي تقوم به حيث نص صراحة أن الشبكة العمومية للصحة هي التي توفر العلاج الكامل و الذي بتحقيقه يتم تحقيق الهدف الأسمى للسياسة العمومية للصحة.

من خلال ما سبق يوضح لنا المشرع بأن شبكة المؤسسات العمومية للصحة هي مجموع المؤسسات التي توفر العلاج الصحي الكامل من خلال الوقاية و العلاج و إعادة التكييف و التربية الصحية و كل نشاط مذكور يقابله نوع من المؤسسات المكلفة به كما يمكن أن تكلف مؤسسة بعدة نشاطات معا.

- القطاعات الصحية :

تكتسب مؤسسة القطاع الصحي أهمية خاصة داخل المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة و ذلك لأنها تعتبر حجر زاوية في أي سياسة صحية و يمكن أن نستخلص ذلك بوضوح من خلال النصوص القانونية و التنظيمية التي عالجت هذه المؤسسة في السابق و كيفية سير عملها كما يلي:

بالرجوع إلى المادة 09 الأمر 76-79 المؤرخ في 23 أكتوبر 1976 و المتضمن قانون الصحة العمومية الملغى² سنة 1985 نرى أنها تنص على ما يلي: "يعد القطاع الصحي مؤسسة اشتراكية مكونة من وحدات صحية تحدد بموجب مرسوم كما يعد أداة أساسية لانجاز السياسة الصحية في البلاد".

و تنص المادة 02 من المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها الملغى³ سنة 1997 على ما يلي: "تحول إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إداري مجموع هيكل الوقاية و التشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة تقويم الأعضاء طبيا الواقعة في الإدارة الواحدة المتمثلة في المستشفيات العيادات

¹ الجريدة الرسمية رقم 08 لسنة 1985 ص178

² الملغى بواسطة القانون 85-05 المذكور سابقا.

³ الملغى بواسطة لمرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 ج.ر رقم 81 لسنة 1997.

المتعددة الخدمات المراكز الصحية و قاعات الفحوص العلاج و عيادات التوليد و مراكز المراقبة الصحية على الحدود".

و نصت المادة 02 من المرسوم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء تنظيم و سير القطاعات الصحية¹ على ما يلي: "القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري...."² كما نصت المادة 03 على ما يلي: "يتكون القطاع الصحي من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص و العلاج و الاستشفاء...."³ و يوضح نفس المرسوم مهام القطاع الصحي³ كما يلي :

- ضمان توزيع الإسعافات و برمجتها.
- نشاط الوقاية و التشخيص و العلاج و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء.
- ضمان النشاطات الخاصة بالصحة التناسلية و التخطيط العائلي.
- تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة و السكان.
- المساهمة في ترقية المحيط و حمايته في الوقاية و النظافة و الصحة و مكافحة الآفات الاجتماعية.

- إعادة تأهيل مستخدمي الصحة و تحسين مستواهم.
- إن الأهمية الخاصة لمؤسسة القطاع الصحي يمكن أن نلمسها في:
- **العلاقة المباشرة مع المواطن:** تعتبر مؤسسة القطاع الصحي أقرب الهياكل الصحية للمواطن من خلال توفرها على هياكل قاعدية توفر أبسط الخدمات التي يمكن أن يحتاجها فقاعات العلاج و العيادات المتعددة الخدمات توفر الحقن و التضميد و الفحص و الوقاية و العلاج القاعدي.
 - **تعدد و تنوع الهياكل:** تتعدد و تتنوع الهياكل المكونة للقطاع الصحي بين قاعة العلاج و المراكز الصحية التي تحولت فيما بعد إلى عيادات متعددة الخدمات و بين المستشفيات و كل هيكل له نشاط مكلف به.
 - **المهام:** تتنوع المهام التي يقدمها القطاع الصحي كما وضحنا سابقا.
- لذلك ركزت الدولة على هذه المؤسسة من أجل تعميمها على جميع الولايات و تنظيم عملها بمختلف النصوص القانونية.
- و قد نظم المرسوم التنفيذي 97-466 مؤسسة القطاع الصحي كما يلي :

¹ الملغى بواسطة المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 1997 المتضمن المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها.

² المادة 02 من المرسوم التنفيذي 97-466 المذكور سابقا، ج.ر 81 لسنة 1997 ص 20.

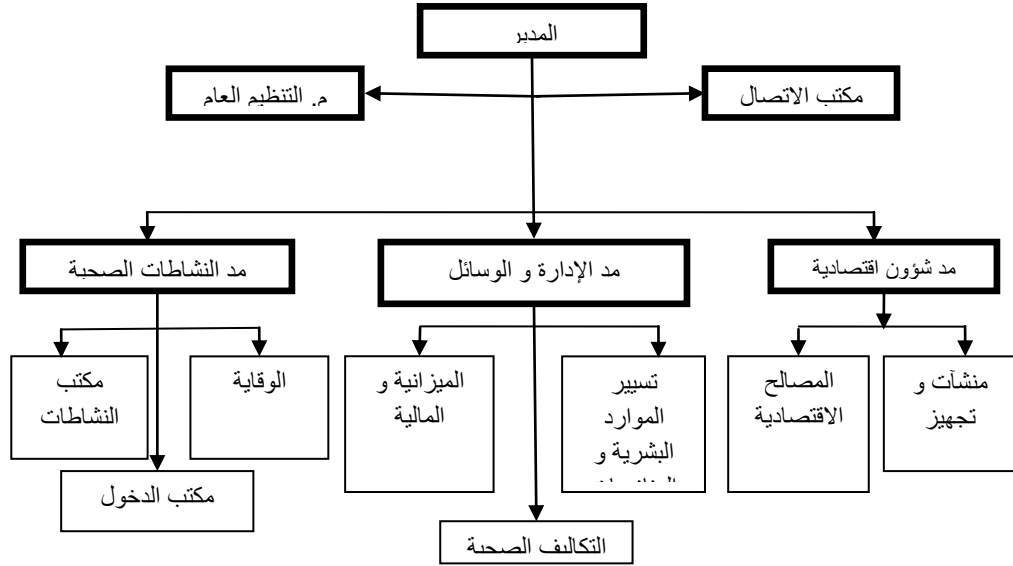
³ المادة 05 من المرسوم التنفيذي 97-466 ج.ر 81 لسنة 1997 ص 21.

- الأحكام العامة: تضمنت الطبيعة و المهام
- التنظيم الإداري: حيث شرح المرسوم كل من تكوين مجلس الإدارة، المدير، و المجلس الطبي و مهامهم.
- التنظيم المالي: شرح الأحكام المالية المتعلقة بالمؤسسة بصفتها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري حيث يحدد مصادر الإيرادات و الأحكام العامة الخاصة بمدونة الميزانية و تنفيذها . و سوف نشرح الهيكل الإداري لمؤسسة القطاع الصحي كما يلي :
- يشرح المرسوم 97-466 مهام المدير كما يلي :
- تمثيل المؤسسة.
- تحضير وتنفيذ الميزانية.
- تنفيذ مداورات مجلس الإدارة.
- إبرام جميع العقود و الصفقات والاتفاقيات.
- ممارسة السلطة السلمية وسلطة التعيين و التسيير.
- و يذكر نفس المرسوم أن المدير يساعده مديرون مساعدون .
- أما بالنسبة للهيكل الإداري لمؤسسة القطاع الصحي فنحن يمكن أن نقول ببساطة أن القطاع الصحي يحتاج إلى موارد بشرية و موارد مادية ليقوم بنشاطه و على هذا أحالت المادة 18 من نفس المرسوم التنفيذي 97-466 المخطط التنظيمي للقطاع الصحي لقرار مشترك بين وزير الصحة و المالية و الوظيف العمومي.
- و عليه يتكون الهيكل التنظيمي الإداري لمؤسسة القطاع الصحي مما يلي¹ :
- المدير : يكون له أمانة خاصة و يتبعه مكتب الاتصال و مكتب التنظيم العام.
- المديرية الفرعية للشؤون الاقتصادية و التجهيز: تتبعها المكاتب التالية
 - مكتب المنشآت و التجهيز يتكفل بالصيانة و متابعة الهياكل و التجهيزات
 - مكتب المصالح الاقتصادية يتكفل بالمحاسبة و تنفيذ الميزانية
 - المديرية الفرعية للإدارة و الوسائل: تتبعها المكاتب التالية :
 - مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات: يتكفل بمتابعة المسار الوظيفي للمستخدمين و مختلف المنازعات التي تكون المؤسسة طرفاً فيها.
 - مكتب الميزانية و المالية: يتكفل بالأجور و مختلف الأعمال و الجداول للمالية و الالتزامات المالية
 - مكتب التكاليف الصحية: يتكفل بمراقبة تكاليف النشاطات الصحية
 - المديرية الفرعية للنشاطات الصحية تتبعها المكاتب التالية:

¹عرابة الحاج، "ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم و الإشكالية"، مجلة الباحث جامعة ورقلة عدد 07-

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

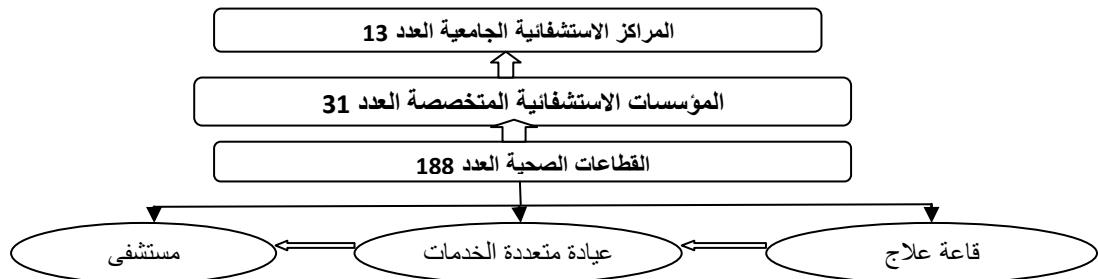
- مكتب الوقاية: يتكفل بمختلف البرامج الوطنية للوقاية و التربية الصحية
 - مكتب النشاطات الصحية و العلاج: يتكفل بإحصاء مختلف النشاطات و حفظها.
 - مكتب الدخول: تكفل بتسيير ملف المريض من دخوله إلى خروجه مع متابعة مختلف العلاجات و النشاطات التي استفاد منها.
- و تشرف هذه المديریات على المصالح الاستشفائية و هياكل الوقاية و الهياكل الصحية الخارجية قاعات العلاج و العيادات المتعددة الخدمات حسب الشكل التالي :



شكل يوضح الهيكل التنظيمي لإدارة القطاع الصحي – المصدر عرابية الحاج ورقة بحثية بعنوان ازدواجية السلطة في المستشفيات : المفهوم و الإشكالية ، مجلة الباحث جامعة ورقلة عدد 07-2009، ص241

طبعا يشرف هذا الهيكل الإداري الموضوع تحت السلطة السلمية للمدير على مختلف المصالح و الوحدات الاستشفائية الطبية و الجراحية في المستشفى و مختلف العيادات المتعددة الخدمات و مختلف قاعات العلاج و ذلك بالتنسيق مع المجلس الطبي كهيئة استشارية.

و بالرجوع إلى ما سبق فقد تكونت الشبكة العمومية لمؤسسات الصحة من عدة أنواع من الهياكل و المؤسسات التي يمكن إيجازها حسب الشكل التالي:



شكل يمثل تدرج العلاج في المنظومة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة – من إنجاز الطالب بناء على المراجع القانونية المحددة لهيكل المؤسسات

المطلب الثاني: التغيير التنظيمي في مؤسسة القطاع الصحي.

في سنة 2007 أصدرت الحكومة مرسوما تنفيذيا يحمل الرقم 140-07 و المؤرخ في 19 ماي 2007 و المتعلق بالمؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

إن أول ما يلاحظ في هذا المرسوم أنه ألغى المرسوم التنفيذي 97-466 و الذي فصلنا في الحديث عنه سابقا و عوض مؤسسة القطاع الصحي بمؤسستين جديدتين إحداهما مكلفة بالاستشفاء تسمى المؤسسة العمومية الاستشفائية و تتكون من المستشفيات و الثانية مكلفة بالوقاية و العلاجات القاعدية و تسمى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية و تتكون من مجموع الهياكل القاعدية من قاعات علاج و عيادات متعددة الخدمات و كلتا المؤسستين تحمل نفس الطبيعة القانونية لمؤسسة القطاع الصحي¹ و رغم أن للمؤسستين الجديدتين نفس التنظيم إلا أنهما تختلفان في المهام:

الفرع الأول: تنظيم و سير المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

1- مجلس الإدارة يتكون من ممثلين عن قطاعات مختلفة تتمثل مهمته الرئيسية في رسم السياسة العامة للمؤسسة و هو نفس المذكور بالنسبة لمهام مجلس الإدارة في القطاع الصحي السابق.

2- المجلس الطبي : هيئة استشارية تقنية تقدم آراء استشارية فيما يتعلق بعمل المصالح و النشاطات الصحية و التجهيزات الطبية. و هو نفس المذكور بالنسبة لمهام المجلس في القطاع الصحي السابق.

3- المدير : حيث له نفس المهام مثل القطاع الصحي السابق .

4- الأحكام المالية: شرح الأحكام المالية للمؤسستين بصفتها من المؤسسات العمومية ذات طابع إداري.

الفرع الثاني: مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

¹ أي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري حسب المادتين 2 و 6 من المرسوم التنفيذي 140-07 في 19 ماي 2007 ج.ر 33 لسنة 2007 ص 10 و ص 11.

● مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية

تشرح مهامها المادة 4 من المرسوم 07-140 كما يلي :

- برمجة و توزيع العلاج الاستشفائي.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة .
- حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.
- تحسين مستوى مستخدمي الصحة.

● مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية :

تشرح مهامها المادة 08 من المرسوم 07-140 كما يلي :

- الوقاية و العلاج القاعدي.
- تشخيص المرض (الفحص الطبي).
- العلاج الجوازي (بواسطة الهياكل القاعدية و الفرق المتنقلة المختلفة)
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة.
- ترقية نشاطات حماية البيئة و الصحة والنقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي الصحة و تجديد معارفهم.

الفرع الثالث الهيكل التنظيمي الإداري:

تحتوي كل من المؤسستين على نفس الهيكل الإداري الذي يوضع تحت إشراف المدير من أجل تنفيذ المهام و المداورات المصادق عليها من طرف مجلس الإدارة لكل مؤسسة و هو يتكون من المديرية الفرعية التالية¹:

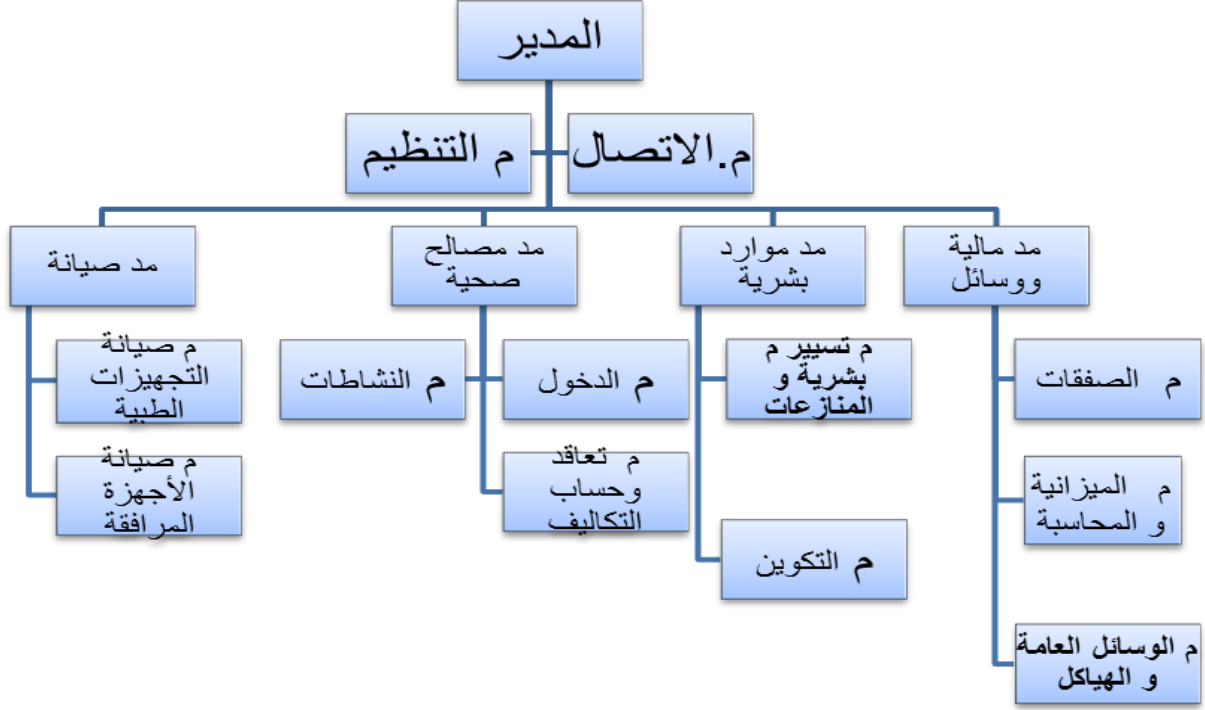
- المديرية الفرعية للمالية و الوسائل. - المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية- المديرية الفرعية للموارد البشرية. - المديرية الفرعية للمصالح الصحية

نلاحظ في الهيكل التنظيمي الجديد ما يلي :

- دمج تام بين وظيفة المالية ووظيفة المحاسبة و جعلهما تابعتين كلياً للمديرية الفرعية للمالية و الوسائل بعد أن كانت المحاسبة تابعة للمصالح الاقتصادية و المالية تابعة للإدارة و الوسائل و على هذا أصبح مثلاً مكتب الأجور تابعا للمديرية الفرعية للمالية و الوسائل بعد أن كان تابعا لمديرية الإدارة و الوسائل.
- إنشاء مديرية فرعية جديدة تتكفل بصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة بعد أن كانت تابعة للمديرية الفرعية للشؤون الاقتصادية في إطار مكتب.
- وضع مكتب حساب التكاليف تحت وصاية المديرية الفرعية للمصالح الصحية بعد أن كان تحت وصاية المديرية الفرعية للإدارة و الوسائل و التشديد على التقارير التي يقدمها المكتب بصفته يعتمد على تحليل تكلفة النشاط الصحي.

¹ المادة 21 من المرسوم 07-140 المذكور سابقاً.

- تحويل مديرية الإدارة و الوسائل إلى مديرية الموارد البشرية و جعلها تتكفل فقط بمسائل تسيير الحياة المهنية للموظفين و المنازعات.
و يمكن توضيح الهيكل التنظيمي حسب الشكل التالي:



من خلال ما سبق نلاحظ أن المشرع قد غير المؤسسة الأساسية التي تقوم عليها المنظومة العمومية للصحة التي هي القطاع الصحي و عوضها بمؤسستين يكون لكل واحدة منهما جزء من مهام و دور المؤسسة الأولى.

و يمكن ذكر بعض الأسباب التي دعت لمثل هذا التغيير¹ :

- **مركزية التسيير:** تعتبر مؤسسة القطاع الصحي مؤسسة مركزية بامتياز حيث تمتد بفضل الهياكل القاعدية قاعات العلاج و العيادات متعددة الخدمات التي تتبع لها على مدى حيز جغرافي واسع مما يجعل تقديم الخدمة عملية صعبة للغاية فعلى سبيل المثال لا يمكن التحكم في المستخدمين و توزيعهم في الهياكل القاعدية إلا بالرجوع إلى الإدارة المركزية في

¹ عدنان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً، المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية جامعة البلديدة يومي 18 و19 ماي

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

المؤسسة مقر القطاع كما لا يمكن التحكم في الموارد المادية إلا بالرجوع إليها أيضا لذلك توجب إيجاد نوع من المرونة في التسيير و متابعة تقديم الخدمات الصحية .

- بعد المسافة: تتعدى في بعض الحالات مسافة البعد بين الهيكل القاعدي و الإدارة مقر القطاع الصحي 70 كيلومتر في المناطق الداخلية مثل ولاية المسيلة كما أنها في المناطق الصحراوية تتجاوز مئات الكيلومترات و هو ما يجعل عملية المتابعة و الرقابة و التنسيق عمليات شبه مستحيلة.

- عدم التوازن في توزيع المؤسسات : يؤدي إنشاء المؤسسات الجديدة إلى تحقيق توزيع في الهياكل يحمل نسبة من العدالة من أجل تقريب الصحة الجوارية من المواطن بضمان العلاجات القاعدية و الفحوصات العامة و المتخصصة و خدمة المخبر و الأشعة و تخفيف الضغط بالتالي على المؤسسات الاستشفائية.

هذه الأسباب و أسباب أخرى أدت إلى التغيير الذي تضمنه المرسوم التنفيذي 07-140

و يمكن تلخيص التغييرات التي حملها هذا المرسوم حسب الجدول التالي:

المعيار	المؤسسات في ظل المرسوم التنفيذي 97-466		المؤسسات في ظل المرسوم التنفيذي 144-07	الملاحظة
	م.ع.م	م.ع.ص.ج		
المهام	الوقاية و العلاج	الوقاية	العلاج	فصل وظيفي
الهياكل	مستشفى، عيادة متعددة الخدمات، قاعة علاج	مستشفى	عيادة، قاعة علاج	فصل هيكلي
الطبيعية القانونية	مؤسسة عمومية ذات طابع إداري			الحفاظ على الطبيعة القانونية
المجلس الطبي	هيئة استشارية (لا يوجد تغيير)			تطابق في المهام و التشكيل و العلاقات الوظيفية .
مجلس الإدارة	يرسم السياسة العامة للمؤسسة و مهامها (لا يوجد تغيير)			
المدير	ينفذ مداورات مجلس الإدارة و يشرف على المؤسسة و يمثلها			
الأحكام المالية	محاسبة عمومية نفس المدونة و ابتداء من 2013 تم تغيير مدونة الميزانية للمؤسسات الصحية من أجل أن تشمل أكبر عدد			

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

	ممكن من المجالات و تم الإبقاء على إجراءات المداولة و تنفيذ الميزانية و كذلك إجراءات الرقابة (لايوجد تغيير في العلاقة مع المحاسب العمومي و إجراءات الرقابة القبليّة على النفقات)		
الهيكل الإداري	ثلاث مديريات فرعية	أربع مديريات فرعية	إضافة مديرية صيانة الطبية مديرية التجهيزات

جدول يلخص التغييرات التي أحدثتها المرسوم 140-07 على مؤسسة القطاع الصحي- من إنجاز الطالب بناء على المقارنة بين المرسومين 466-97 و المرسوم 140-07 .

المطلب الثالث: المؤسسات الاستشفائية و المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهراڤ:
الفرع الأول : المؤسسات الاستشفائية :

هو نوع جديد من المؤسسات الصحية قامت الدولة بإنشائه بواسطة مراسيم تنفيذية مثل المؤسسة الاستشفائية عين تموشنت بواسطة المرسوم التنفيذي 05-459 في 30 نوفمبر 2005 و غيرها من المؤسسات الأخرى مثل : المؤسسة الاستشفائية عين آزال بسطيف و سكيكدة و عين الترك في وهران .

نلاحظ في النصوص القانونية المنشئة لهذه المؤسسات أنها تقريبا متطابقة فيما يتعلق بالتنظيم و السير و سوف نفصل ذلك كما يلي :

الطبيعة القانونية : المؤسسة الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص.

المهام: تتكفل باحتياجات سكان الولاية و الولايات المجاورة في مجال الصحة كما يلي:

- ضمان نشاط الفحص و التشخيص و العلاج و الوقاية و الاستشفاء و إعادة التأهيل.

- تطبيق البرامج الصحية.

- المساهمة في حماية المحيط في الوقاية و النظافة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية

- التسيير العصري للموارد المالية و البشرية .

- ضمان النشاطات المرتبطة بالصحة الانجابية و التخطيط العائلي.

- العلاج المتخصص.

- اقتراح الأعمال المتعلقة بتحسين مستوى المستخدمين.

التنظيم:

مجلس الإدارة: يضم ممثلين عن الوزير المكلف بالصحة و وزراء آخرين و ممثلين عن هيئات محلية.

و يناقش و يتداول حول السياسة العامة للمؤسسة (مخطط التوظيف، الميزانية و تنفيذها، النظام الداخلي للمؤسسة، الاتفاقيات و العقود، حصيلة النشاطات).

المجلس الطبي: هيئة استشارية تعالج مواضيع تقنية كفتح و غلق المصالح الوحدات الاستشفائية و اقتناء التجهيزات لكل مصلحة و تنظيم النشاط الطبي.

المدير العام: يعين بمرسوم رئاسي يشرف على المؤسسة و يمثلها و يعد ميزانيتها و ينفذها بعد مصادقة مجلس الإدارة يشرف على إعداد مشروع المؤسسة و مشروع النوعية و ينفذه و ينقش حصيلته أمام مجلس الإدارة.

الأحكام المالية:

بما أن المؤسسة الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص فإنها تتمتع بنوع من الحرية و هو ما تنص عليه المادة 24 من المرسوم 05-459 المنشيء للمؤسسة الاستشفائية عين تموشنت التي تنص على اعتماد سجلات المحاسبة العامة حسب الأمر 35-75 المؤرخ في 29 أفريل 1975 المتضمن المخطط المحاسبي الوطني إلا أنه يتم تعيين عون محاسب من طرف وزير المالية كما يتم تعيين محافظ للحسابات لدى المؤسسة من أجل الرقابة المالية على النفقات.

الفرع الثاني : المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران:

أنشئت بواسطة المرسوم التنفيذي 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003¹ و سوف تفصل تنظيمها و سيرها كما يلي :

الطبيعة القانونية : مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص.

المهام:

المهام المتعلقة بالصحة : التشخيص و العلاج و الوقاية و تطبيق برامج الصحة الوطنية و حماية المحيط في ميادين النظافة و الوقاية والصحة... إلخ

المهام المتعلقة بالتكوين: التعاون مع مؤسسات التعليم العالي من أجل ضمان التكوين المتدرج و ما بعد التدرج في علوم الطب و البرامج المتعلقة و المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة.

المهام المتعلقة بالبحث : القيام بأعمال الدراسة و البحث في ميدان علوم الصحة و تنظيم المؤتمرات العلمية و الأيام الدراسية

- **التنظيم و السير :**

مجلس الإدارة: يضم ممثلين عن الوزير المكلف بالصحة و وزراء آخرين و ممثلين عن هيئات محلية و يناقش و يتداول حول السياسة العامة للمؤسسة (مخطط التوظيف، الميزانية و تنفيذها، النظام الداخلي للمؤسسة، الاتفاقيات و العقود، حصيلة النشاطات).

المجلس العلمي:

مهمته إبداء الرأي حول برامج الصحة، برامج التجهيزات الطبية، إنشاء الهياكل و المصالح، التكوين، تقييم نشاطات العلاج... إلخ

¹ جريدة رسمية رقم 48 لسنة 2003 ص 6.

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

المدير: يعين بمرسوم رئاسي يشرف على المؤسسة و يمثلها و ينفذ مداورات مجلس الإدارة من تنفيذ مخطط التوظيف و الميزانية و مشروع المؤسسة.... إلخ ويعرض حصيلة نشاطاته أمام مجلس الإدارة.

نلاحظ من خلال هذا المطلب بأن الحكومة قد أنشأت نوعين جديدين من المؤسسات تتمتعان بطبيعة قانونية جديدة و تخضعان لقواعد قانونية تسمح بحد معين من الحرية و يتم التركيز فيهما على اعتماد التمويل بواسطة التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي و هو ما سنشرحه في المبحث الثالث و لكن قبل ذلك لابد و أن نذكر بان شكل الشبكة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة ستصبح كما يلي :

- قاعات العلاج

العيادات المتعددة الخدمات

المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

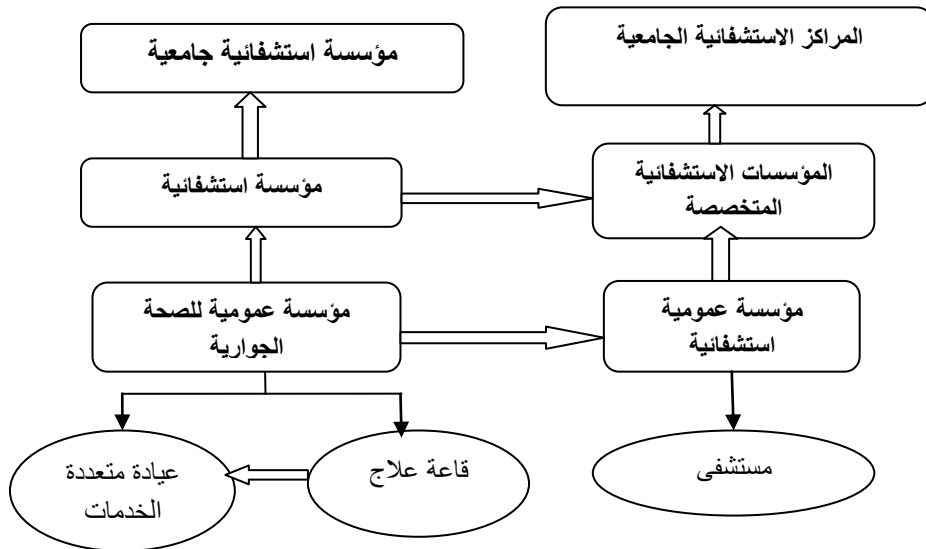
المؤسسات العمومية الاستشفائية

المؤسسات الاستشفائية

المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران

المراكز الاستشفائية الجامعية

المؤسسات العمومية الاستشفائية المتخصصة



شكل يوضح تدرج العلاج في شبكة المؤسسات العمومية للصحة – من انجاز الطالب بناء على النصوص القانونية

المبحث الثاني: الموارد البشرية في المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة.

بما أن الطبيعة القانونية للمؤسسات العمومية للصحة هي هيئات عمومية ذات طابع إداري في الغالب فإن المستخدمين التابعين لها يكونون موظفين عموميين يدخلون ضمن الأمر 03-06 المؤرخ في 15 جويلية 2006 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية كما يدخلون تحت المراسيم الخاصة بكل سلك و فئة التي تتضمن القانون الأساسي الخاص بهم كما سنشرح لاحقا .

المطلب الأول: مستخدمو القطاع العمومي للصحة.

يمكن تقسيم مستخدمي القطاع العمومي للصحة إلى:

- المستخدمين الطبيين.

- المستخدمين شبه الطبيين.

- المستخدمين الإداريين.

- الأسلاك المشتركة.

ونظرا لتعدد الأصناف و الأسلاك و طرق التوظيف و الترقية و تعدد القوانين الأساسية الخاصة يمكننا اختصار ذلك في الجدول التالي:

المستخدمون الطبيون :

الصف	السلك	الرتب	القانون الأساسي	المهام
الممارسون الطبيون العامون	الأطباء العامون للصحة العمومية	طبيب عام للصحة العمومية	مرسوم تنفيذي 393-09 في 2009-11-24	العلاج، وصف الدواء حماية الصحة متابعة البرامج
		طبيب عام رئيسي ص ع		
		طبيب عام رئيس ص ع		
	جراحو الأسنان العامون	جراح أسنان		
		ج أسنان رئيسي		
		ج أسنان رئيس		
	الصيدالة العامون للصحة العمومية	صيدلي ص ع		
		صيدلي رئيسي		
		صيدلي رئيس		

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

العلاج المراقبة البحث التكوين	المرسوم التنفيذي	ممارس أخصائي مساعد		الممارسون الأخصائيون المتخصصون
	التنفيذي 09-	ممارس أخصائي رئيسي		
	394 بتاريخ	ممارس أخصائي رئيس		
العلاج المتخصص عالي الكفاءة التدريس و التأطير التكوين و رفع المستوى البحث	المرسوم التنفيذي	أستاذ مساعد استشفائي جامعي		الأستاذة الباحثون الاستشفائيون الجامعيون
	129-08	قسم أ	أستاذ محاضر استشفائي	
	03-	قسم ب	جامع	
	2008-05	أستاذ استشفائي جامعي		
العلاج المراقبة التفتيش متابعة تنفيذ البرامج حسب المجال	المرسوم التنفيذي	رئيسي	طبيب عام مفتش للصحة العمومية	الممارسون الطبييون المفتشون
	77-10 بتاريخ	رئيس		
	2010-02-18	رئيسي	صيدلي مفتش للصحة العمومية	
		رئيس	جراح أسنان مفتش للصحة العمومية	
		رئيسي		
		رئيس		

المستخدمون شبه الطبيين:

تعددت الأسلاك الخاصة بصنف شبه الطبيين وقد تعددت القوانين الأساسية الخاصة بهم حسب الشعب الوظيفية لهم كما يلي:

- مرسوم تنفيذي 240-09 في 22-07-2009 الخاص بالنفسانيين العياديين للصحة العمومية.

- مرسوم تنفيذي 177-10 في 08-07-2010 الخاص بالفيزيائيين الطبيين للصحة العمومية

- مرسوم تنفيذي 121-11 في 20-03-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص لشبه الطبيين.

- المرسوم التنفيذي 122-11 في 20-03-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بسلك القابلات للصحة العمومية.

- المرسوم التنفيذي 152-11 في 03-04-2011 الأساسي الخاص للبيولوجيين للصحة العمومية.

- المرسوم التنفيذي 235-11 في 03-07-2009 خاص بأعوان التخدير و الإنعاش.

و يتولى صنف شبه الطبي جميع النشاطات شبه الطبية من حقن و تضميد و متابعة ومساعدة الممارسين الطبيين في مهامهم كما يتولون حسب تخصصهم النشاطات الداخلة في مجال الوقاية كما يتولون مهام التكوين و الاشراف في المجال شبه الطبي لمختلف المتربصين و طلبة مدراس التكوين شبه الطبي.

و التربية الصحية.

الأسلاك الإدارية الخاصة:

نظمها المرسوم التنفيذي 161-09 في 02-05-2009 المتضمن لقانون الأساسي الخاص

لمتصرفي الصحة و الذي قسمهم لعدة رتب:

- متصرف مصالح الصحة.

- متصرف رئيسي لمصالح الصحة.

- رئيس متصرفي مصالح الصحة.

و هم يتكفلون بالتأطير الإداري و تطبيق السياسة الوطنية للصحة و قد كان يتم توظيفهم بناء على منتج التكوين من خريجي المدرسة الوطنية للإدارة ليتم تحويل الفرع إلى المدرسة الوطنية المناجمت و إدارة الصحة كما يعتبرون الأطارات المسيرة للمؤسسات الصحية.

المطلب الثاني: وظائف تسيير الموارد البشرية في القطاع العمومي للصحة.

الموظف هو: كل شخص عين في منصب دائم و رسم في رتبة تابعة للسلم الهرمي الخاص بالإدارات المركزية و المصالح الخارجية و الجماعات المحلية و المؤسسات ذات الطابع الإداري¹

و قبل التفصيل في المطلب لا بأس أن نعيد ما قلناه سابقا و هو أن الموارد البشرية للقطاع العمومي للصحة تدخل ضمن الأمر 03-06 المؤرخ في 15-07-2006 المتضمن القانون الأساسي للوظيفة العمومية و قد نظمتها مجموعة من النصوص القانونية التي نذكر منها:

- القوانين الأساسية الخاصة لكل صنف من الموارد البشرية المذكورة سابقا.

- المرسوم الرئاسي 304-07 في 29-09-2007 المحدد للشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين و نظام دفع رواتبهم.

- المرسوم الرئاسي 307-07 في 29-09-2007 المتعلق بكيفية منح الزيادات الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا في المؤسسات و الإدارات العمومية.

- المرسوم الرئاسي 308-07 في 29-09-2007 المتعلق بالأعوان المتعاقدين.

بالإضافة إلى مختلف النصوص لقانونية بمختلف درجاتها المتعلقة بمجال تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية.

و على هذا الأساس يكون تسيير الموارد البشرية في قطاع الوظيفة العمومية يقوم على أداتين² اثنتين هما:

- المخططات السنوية لتسيير الموارد البشرية.
- المخططات القطاعية السنوية أو متعددة السنوات للتكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات للموظفين.
- المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية:

يجسد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية فكرة التسيير التقديري وفقا للأحكام القانونية الأساسية و التنظيمية بحيث تقوم كل إدارة بإعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية أين تسجل فيه مختلف العمليات المتعلقة بالمجال خلال السنة المالية المعنية لاسيما:

¹ هاشمي خرفي: الوظيفة العمومية على ضوء التشريعات الجزائرية بعض التجارب الأجنبية، دار هومة، الجزائر، 2010، ص 97.

² موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية www.dgfp.dz/grh/asp

1- التوظيف.- 2- الترقية.- 3- الحركات الدورية للموظفين(،تحويل.....)-4-الإحالة للتقاعد

● **المخطط القطاعي السنوي أو متعدد السنوات للتكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات للموظفين.**

و ذلك لتحقيق ربط بين الموظف مختلف المؤهلات فتعد الإدارة المعنية مخطط التكوين الخاص بها والمتوقع خلال السنة المعنية.

-أولاً- **التوظيف:**التوظيف هو عملية اكتشاف مرشحين محتملين لشغل وظيفة معينة¹

تتنوع طرق التوظيف حسب النصوص القانونية من توظيف على أساس الشهادة و على أساس الاختبارات أو الاختبار المهني أو التوظيف المباشر لبعض الأصناف المتخرجة من مدارس متخصصة للتكوين مثل شبه الطبيين و مثل متصرفي مصالح الصحة.

-ثانياً- **التكوين:** هو عملية تنمية المعارف و المعلومات و كذلك تطوير المهارات و ذلك من أجل زيادة الأداء و تحسينه² أو تحقيق تكيف مع وظيفة و منصب معين و تطوير ثقافة المؤسسة³

نظمته مجموعة من النصوص القانونية مثل المرسوم التنفيذي 92-96 في 12-03-1996
4 المتعلق بالتكوين و تحسين مستوى الموظفين. و المرسوم التنفيذي 92-11 في 24-02-2011 الذي يحول مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين شبه الطبي. و كذلك بعض النصوص القانونية المتعلقة ببعض المدارس كالمدرسة الوطنية للإدارة و المدرسة الوطنية للمناجمت و إدارة الصحة.

و قد قسمه المرسوم 92- في 12-03-1996⁵ المتعلق بالتكوين و تحسين مستوى الموظفين إلى:

- 1 **التكوين المتخصص:**لشغل منصب عمومي لأول مرة أو الالتحاق بسلك أو رتبة عليا للموظفين الموجودين في وضعية خدمة.
- 2 **تحسين المستوى:** لتحسين المعارف الأساسية للموظف و إثرائها

¹ د شريف إسماعيل: أساسيات التسيير العمومي، دار قرطبة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2015، ص156.

² د شريف إسماعيل: نفس المرجع السابق، ص158

³ د. محمد مسلم، تنمية الموارد البشرية دعائم و أدوات، دار طليطلة، الجزائر، ص72.

⁴ هاشمي خرفي: الوظيفة العمومية على ضوء التشريعات الجزائرية بعض التجارب الأجنبية، دار هومة، الجزائر، 2010، ص153.

⁵ جريدة رسمية رقم: 16 لسنة 1996 ص5.

- 3 تجديد المعلومات: للتكيف مع وظيفة جديدة للتطور التقني أو لتغييرات في تنظيم المصلحة و عملها.

كما يمكن تقسيمه أيضا إلى :

- 1 التكوين الأساسي : مهمته تخريج منتوج التكوين لصالح القطاع كما ذكرنا سابقا للمدارس و المعاهد المتخصصة في المجال.

- 2 إعادة التأهيل و الرسكلة: و تتكفل بها زيادة على هيئات التكوين الأساسي المؤسسات الصحية أيضا التي تعتبر مجالا واسعا للتكوين النظري و التطبيقي في العلوم الطبية و الشبه طبية.

و يكون ذلك بناء على برنامج تعده خلية تكوين في المؤسسة الصحية أو مؤسسة التكوين تحدد فيه الفئة المستهدفة من التكوين و مضمونه و مدته و طرقه.

ثالثا- الترقية: حددها المرسوم 06-03 المذكور سابقا بنوعيتها:

- الترقية في الدرجة: ترتبط بفكرة المسار المهني للموظف¹ بناء على أقدميه معينة حسب السلم المتعلق بالدرجات.

- الترقية في الرتبة: بناء على تكوين متخصص أو اختبار مهني أو على التنقيط.

-رابعاً- التقييم: رسم الأمر 06-03 الإطار العام لتقييم الموظف في الفصل الرابع (المواد من 97 إلى 103) التي تنص على خضوع الموظف لتقييم من السلطة السلمية بواسطة نظام التنقيط بناء على استمارة خاصة بذلك و يعتمد نظام التنقيط على عنصرين² هما:

-العلامة السنوية: تمنحها السلطة السلمية باعتماد ستة معايير على الأقل من عشرة حددتها التعليمات 05 في 03 جويلية 1968 (القدرات الصحية، المواظبة، الإخلاص، التفاني، المعارف التنظيمية، المبادرة، القدرات التنظيمية، القدرات الإشرافية، القدرات الرقابية، السرعة في العمل)

- التقدير العام: و يفترض فيها أن تكون تقديرا موضوعيا للقيمة الحقيقية للموظف.

-خامسا- التغيير في الموارد البشرية: تدخل القوانين الأساسية الخاصة الصادرة في قطاع الصحة ضمن عملية كبيرة تشمل إصلاح قطاع الوظيفة العمومية في الجزائر ككل ابتدأت بصدور الأمر 06-03 ثم القوانين الأساسية الخاصة ثم الأنظمة التعويضية المختلفة و ما نتج عن ذلك من أثر مالي كبير ساهمت فيه الوفرة المالية لتسديد مختلف الزيادات في أجور الموظفين.

¹ هاشمي خرفي: نفس المرجع السابق، ص182.

² هاشمي خرفي: نفس المرجع السابق، ص208.

المبحث الثالث: إصلاح تمويل الصحة.

المطلب الأول: أهمية و تطور تمويل الصحة.

يستحوذ موضوع تمويل الأنظمة الصحية على اهتمام كل الحكومات في العالم فمن جهة نرى أن الخدمات الصحية تكلف مالا يجب أن يدفعه أحد ما¹ و من جهة أخرى تهتم هذه الحكومات بإيجاد صيغ جديدة و مستحدثة للتمويل بحيث تضمن هدفين اثنين مرتبطين:²

- ألا تمنع العوائق المالية الناس من استعمال الخدمات الصحية التي يحتاجونها (الوقاية و العلاج)

- ضمان عدم المعاناة من مصاعب مالية في حال الدفع مقابل هذه الخدمات.

إن السياق الذي نناقش فيه تمويل الصحة في أي بلد- و لن نشذ الجزائر عن القاعدة- لا بد فيه من إدخال المتغيرات و الخصوصيات الاقتصادية منها بنية الاقتصاد و ميكانيزمات عمله و منها نسبة الإنفاق الموجه للصحة كما لا بد من الأخذ بعين الاعتبار نسبة نمو السكان و اتجاهها نحو التصاعد أو التناقص و سياسة الدولة مع كل ذلك ومختلف التغيرات التي عاشها المجتمع في كل المجالات.

و ما يمكننا قوله بناء على ما جاء في كتاب الإدارة الصحية الذي أصدرته المنظمة العالمية للصحة و الذي ذكرناه في الفصل السابق هو التركيز على نقطتين كما يلي:³

- ارتفاع التكاليف الصحية المتزايد: نظرا لعدة أسباب منها تطور العلوم الطبية في حد ذاتها و تعدد اختصاصاتها و كذلك التطور في وعي السكان و فهم أن الصحة حق من حقوق المواطن يجب أن يحصل عليها ضف إلى ذلك التطور العلمي و التكنولوجي الذي مس التجهيزات الطبية ووسائل الكشف و التحليل و كذا زيادة السكان و ارتفاع نسبة التعليم.

- معاناة معظم الدول من كساد اقتصادي يؤدي إلى تذبذب مداخيلها وهو ما نلاحظه في الجزائر و ذكرناه في الفصل الأول في تطور المنظومة الصحية حيث يرتبط الاقتصاد الجزائري ارتباطا شبه كلي بأسعار المحروقات .

إن هذه المشكلة الثنائية التي تجمع في آن واحد بين ارتفاع التكاليف الصحية (تكاليف الخدمة، المستخدمين، التجهيزات، تنظيم و توزيع الأنشطة... إلخ) و بين الوضع الاقتصادي المرتبط بأسعار المحروقات تدفع الحكومة للبحث و بجدية عن وسائل لتمويل مؤسساتها الصحية بطريقة تضمن معها حصول المواطن على الخدمات اللازمة.

¹ موقع المنظمة... العالمية للصحة www.who.int/bulletin/volumes/88/6/40-078741/ar/

² موقع المنظمة العالمية للصحة www.who.int/bulletin/volumes/88/6/40-078741/ar/

³ مجموعة من الخبراء، الإدارة الصحية (منشورات المنظمة العالمية للصحة)، دار أكاديميا، بيروت، 2007، ص159.

و يجب أن يكون التمويل مبنيا على أسس علمية دقيقة بعيدا عن أي قرارات منفصلة عن الواقع الاقتصادي و الاجتماعي مع مراعاة التخطيط و أهميته قبل الشروع في أي عملية و التركيز على تمويل الصحة لا تمويل الهياكل فقط بدون الاهتمام بالنتائج¹ و كذلك التركيز على فعالية التمويل لا على حجمه.

و لو تطرقنا لفكرة تمويل الخدمات الصحية في العالم نرى أنها كانت تتم بصورة مباشرة بين طالب الخدمة (المريض) عارضها (الهيكل الصحي) بحيث يدفع المرضى بطريقة مباشرة ثمن ما يحصلون عليه من خدمات و هو ما شكل عبئا كبيرا خاصة على الذين يعانون من صعوبات مالية ليتم إنشاء جمعيات خيرية تتولى مساعدة الطبقات المحتاجة في حصولها على الخدمات الصحية.

وزادت مرحلة الركود الاقتصادي والأزمة الاقتصادية العالمية سنة 1929 في صعوبة الوضع مما أدى إلى بروز فكرة التأمين بمختلف أنواعه و التي تقضي باقتطاع مبلغ معين و بصفة دورية من المرتب الشهري للعامل من أجل ضمان حصوله على الخدمات الصحية فيما بعد .

وقد تطور نظام التأمين و الوسائل بحيث كان في البداية يعتمد على تحمل المعني لتكلفة الخدمة الصحية ليتم تعويضه فيما بعد من مؤسسة التأمين ثم تحول الأمر إلى أن تدخل هيئات التأمين مباشرة في عملية الخدمة الصحية إما بتوفيرها عن طريق هياكل تابعة لها أو بالتعاقد مع المؤسسات الصحية من أجل تسديدها في مكان المؤمنين التابعين لها.³

و مع تطور عمليات التعاقد ارتفع حجم التكاليف الصحية و بما أن عاتق أقساط التأمين يكون على عاتق أرباب العمل فإن فقد تم التعامل مع الأقساط المتزايدة بواحد من الأساليب التالية⁴:

- مشاركة العمال في دفع أقساط التأمين مع أرباب العمل.
- إدخال مبدأ المشاركة في تسديد الفاتورة بنسب معينة غالبا ما تكون 20% على عاتق المريض و 80 % على عاتق هيئة التأمين.
- اعتماد سقف أو حد للخدمات لا يتم فوقه تقديم خدمة هيئة التأمين إذا تجاوزه المريض.

¹ Groupe de d'experts, les système de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis et enjeux, mag: les note(IPEMED)N°13 Avril 2012,P51.

² مجموعة من الخبراء، الإدارة الصحية (منشورات المنظمة العالمية للصحة)، دار أكاديميا،بيروت، 2007،ص166.

³ مجموعة من الخبراء، الإدارة الصحية (منشورات المنظمة العالمية للصحة)، دار أكاديميا،بيروت، 2007،ص169.

⁴ مجموعة من الخبراء، الإدارة الصحية (منشورات المنظمة العالمية للصحة)، دار أكاديميا،بيروت، 2007،ص171.

مصادر التمويل الصحي¹

التمويل الحكومي المباشر:

انحصر دور الحكومات في البداية و إلى غاية الحرب العالمية الأولى في الخدمات الصحية العامة مثل توفير المياه الصالحة للشرب، الوقاية، النظافة العمومية... إلخ إلا أنه و خلال فترة ما بين الحربين و خاصة بعد الحرب العالمية الثانية دخلت الحكومات ميدان تمويل الخدمات الصحية بصفة مباشرة عن طريق الضرائب و قد تلجأ الدولة إلى فرض ضرائب ذات طابع و مغزى صحي كالضرائب على منتجات التبغ و المشروبات الكحولية و مختلف المواد التي لها ضرر ما على الصحة العامة أو البيئة.

الشركات و المؤسسات:

ظهر هذا النوع من التمويل بعد الأزمة الاقتصادية العالمية سنة 1929 في الدول الرأسمالية حيث مع ظروف الأزمة الشديدة و تواجد أغلب العمال إما في حالة بطالة أو في حالة تدني الأجر و في مقابل ضرورة الخدمات الصحية الملحة و توفيرها وجدت الشركات نفسها ملزمة بتوفير خدمات صحية لعمالها في صورة علاوات غير نقدية و كجزء من ميزات العمل.

المنتفعون من الخدمات الصحية:2

حيث يتم الدفع مباشرة من مستعملي المرفق الصحي و يشمل ذلك الخدمات الطبية و شبه الطبية و الخدمات المساندة كالمخبر و الأشعة و الأدوية و مصاريف الإقامة و الإطعام و قد يكون ذلك في صورة دفع مباشر و كلي لمجمل المصاريف أو دفع جزئي لبعض المصاريف أو دفع رمزي حيث يتم فرض مبالغ بسيطة و رمزية فقط.

التأمين الصحي:3

و هو يقتضي بدفع المريض لقسط منتظم و بصفة دورية في مقابل استفادته في حالة المرض و حاجته لمختلف الخدمات الصحية و ذلك تطبيقاً لمبدأ "تجميع الموارد و توزيع المخاطر" حيث إن دفع القسط الشهري الخاص بالتأمين لا يقتضي بالضرورة تواجد الشخص في حالة مرض و هو ما يسمح بتغطية حالات أخرى .

ويجب التذكير بأن العمال ليسوا وحدهم من يمول صناديق الضمان الاجتماعي بل رفقة أرباب العمل الذين يدفعون نسبة معينة إضافة إلى الدولة أيضاً.

¹ OMS, Evaluation des reformes opérées dans le financement des services de la santé, Rapport de groupe de travail, Edition OMS, GENEVE, 1993;P16.

² OMS, Evaluation des reformes opérées dans le financement des services de la santé, Rapport de groupe de travail, Edition OMS, GENEVE, 1993;P17.

³ OMS, Evaluation des reformes opérées dans le financement des services de la santé, Rapport de groupe de travail, Edition OMS, GENEVE, 1993;P19.

كما تذكر بعض الكتابات المساعدة الخارجية كمصدر من مصادر التمويل و التي لن نفصل فيها أولاً لوضوحها بحكم أنها مبالغ مالية تضخ إما بصورة مباشرة للحكومات العاجزة أو في صورة مشاريع صحية تشرف عليها دول بعينها أو من خلال منظمات معينة.

المطلب الثاني : إصلاح تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

عند الحديث عن تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر لا بد من التركيز على عدة نقاط:

● الوضعية الكارثية التي ورثتها الدولة بعد الاستقلال و التي فصلنا فيها في الفصل السابق.

- تبني الدولة للخيار الاشتراكي كان من نتائجه ضمان رعاية صحية مجانية للشعب.¹
- ارتباط الاقتصاد الجزائري بالريع البترولي ارتباطاً شبيه كلي مما يجعل تذبذب أسعار المحروقات يؤثر على تمويل كل سياسة صحية .
- عند معالجة تمويل المؤسسات العمومية للصحة يجب تتبع القوانين و التنظيمات التي عالجت الموضوع.
- تعيش الجزائر تحولات صحية عميقة² و متسارعة سوف نفصل فيها كما يلي :

- **التحول الوبائي المرضي:** و هو ما تفسره الإحصائيات الصحية للجزائر من خلال تراجع كبير للأمراض المتنقلة كسبب رئيسي للوفاة لتفسح المجال لصالح الأمراض غير المتنقلة و المكلفة جدا (أمراض القلب و الشرايين ،مرض السكر....)

- **التحول الديموغرافي:** بارتفاع معدل الأمل في الحياة³ و زيادة عدد السكان.

- التحول الاقتصادي و الاجتماعي:

و ذلك بارتفاع نسبة السكان الحضر حيث انتقل من 33% عند الاستقلال إلى 75. سنة 2014 و كذلك تغير العادات الغذائية حيث يعاني 60% من السكان ما بين 35 و 70 سنة من زيادة في الوزن عن الحد الطبيعي و ارتفاع استهلاك التبغ و الكحول⁴ كل هذه المعطيات كان لها أثر مباشر على المشاكل الصحية الجديدة التي ظهرت مؤخراً و بتكلفة عالية.

¹ كما هو موضح في مقتضيات الأمر 73-65 في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني، ج.ر رقم 01-1974

² Pr Brahmia, Transition sanitaire en Algérie défis de financement, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger

³ يعني متوسط مدة الحياة لعدد معين من السكان الموقع الإلكتروني المصدر :Larousse الطبي www.larousse.fr

⁴ يعتبر الفرد الجزائري أكبر فرد مستهلك للكحول على مستوى المغرب العربي كما تستهلك الجزائر 25000 طن من مواد التبغ مع زيادة سنوية ب 5% و نسبة 50 % من المدخنين أقل من 27 سنة. (حسب المرجع المذكور في الهامش رقم 1)

الفرع الأول: تطور تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر: ورثت الجزائر غداة الاستقلال وضعية صحية صعبة جدا و كان لزاما على الدولة تقديم الخدمات الصحية في حدود إمكانيات المتاحة و من الأنظمة التي ورثتها الجزائر نظام التمويل عن العهد الاستعماري و الذي يقوم على¹:

- صناديق الضمان الاجتماعي تضمن تمويل الخدمات الصحية لصالح المنتسبين
- البلديات تتكفل بالمعوزين و محدودي الدخل.

- المرتفقين الذين هم ليسوا في وضعية مؤمنين و ليسوا في وضعية معوزين يتحملون مصاريف الخدمات الصحية المقدمة لهم.

استمر هذا النظام في السريان إلى غاية صدور الأمر 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية الذي نصت المادة الأولى على ما يلي: "إن أعمال الصحة العمومية و أشغال التشخيص و معالجة المرضى و قبولهم في المستشفيات تكون مجانية في جميع القطاعات الصحية"².

كما تنص المدة الثانية منه على: "تمول الدولة و الهيئات التابعة لها ميزانيات للقطاعات الصحية"³.

كما تنص المادة 20 من القانون 85-05 المتضمن قانون الصحة على: "يعد القطاع العمومي الإطار الأساسي الذي يوفر مجانية العلاج...."⁴ و تنص المادة 21 منه على: "تسخر الدولة جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة و ترفيتها من خلال توفير مجانية العلاج"⁵.

لقد حولت الدولة نظام التمويل الذي ورثته عن العهد الاستعماري و الذي استمر من الاستقلال إلى سنة 1973⁶ إلى نظام مجانية العلاج و الذي يستفيد فيه الجميع من الخدمات الصحية (الوقاية و العلاج) بدون دفع مقابل مالي أو بدفع مقابل بسيط و رمزي.

لقد سمح هذا النظام – ورغم أن الدولة فيه تتحمل جميع التكاليف بصفة مباشرة- لعائلات كثيرة كانت تعاني من ظروف مادية صعبة من الاستفادة من مجانية العلاج للمواطنين و محاربة الأمراض التي كانت متفشية آنذاك و بالخصوص الأمراض المتنقلة و الوقاية منها

¹ Pr CHAOUECHE, Le financement du système de santé, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger

² الجريدة الرسمية رقم 01 لسنة 1974 ص3.

³ الجريدة الرسمية رقم 01 لسنة 1974 ص3.

⁴ الجريدة الرسمية رقم 08 لسنة 1985 ص178.

⁵ الجريدة الرسمية رقم 08 لسنة 1985 ص179.

⁶ تم تطبيق الأمر رسميا ابتداء من سنة 1974.

بفضل سياسة البرامج الوطنية للوقاية و الانتشار الواسع للتفقيح و هو ما سيحدث فرقا خاصة في المساهمة في تحسين المستوى الصحي للسكان و تناقص الأوبئة و القضاء نهائيا على بعض الأمراض المتنقلة.

إن تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر تقوم على ما يلي:

الدولة: ويكون ذلك بواسطة تخصيص سنوي لصالح الوزارة المكلفة بالصحة حسب الاجراءات القانونية المعتمدة في قانون المالية و تشمل وزارة الصحة و المؤسسات التابعة لها و نشاطاتها و مستخدميها.

صناديق الضمان الاجتماعي: بواسطة مبالغ جزافية تسمى "جزافي المستشفيات" تدفع لصالح المؤسسات الصحية في النهاية دون تحديد أي معيار لقيمتها و لا لحجم النشاط الذي تقدمه المؤسسة. و الذي كان محل نقاش دائم بين وزارة الصحة التي تعتبر الجزافي أقل من المطلوب و بين وزارة العمل و الضمان الاجتماعي التي تعتبر الجزافي كافي لذلك و جب التفكير في وسيلة فعالة تضمن تمويل الخدمات بدقة و تساوي حجم النشاط الذي تقدمه المؤسسات الصحية.

الفرع الثاني: التعاقد كوسيلة لإصلاح التمويل في المؤسسات الصحية:

يمكن الحديث عن نظام التعاقد في سياق الأزمة الاقتصادية التي عانت منها البلاد بسبب انهيار أسعار المحروقات ابتداء من سنة 1986 مما خلق صعوبات مالية حقيقية واجهت الدولة في تمويلها لمختلف الخدمات الصحية و جعل موضوع التفكير في حل للثقل المالي الكبير لهذه الخدمات من جهة و تزايد عدد السكان و حاجاتهم الصحية و تنوعها من جهة أخرى أكثر من ضرورة ملحة.

يعتمد نظام التعاقد على كما شرحناه في المطلب الأول على: "تكفل كل هيئة ضمان اجتماعي بالمؤمنين التابعين لها و ذلك بتسديد قيمة الخدمات الصحية التي يستفيدون منها بناء على مبدأ التأمين الاجتماعي الذي ذكرناه أي "تجميع الموارد و توزيع المخاطر" و يكون ذلك بناء على قسط شهري يدفعه المؤمن لهيئة الضمان الاجتماعي في مقابل الخدمات التي يستفيد منها" و بناء على ما ذكرنا ستكون مصادر تمويل الصحة كما يلي:

- **الدولة:** و تتكفل بنفقات الوقاية و التكوين و البحث العلمي و المعوزين¹.

و لابد هنا من التفصيل في كيفية تكفل الدولة بالمعوزين و هو الذي عالجه المرسوم التنفيذي 12-01 المؤرخ في 21 جانفي 2001¹ و الذي يحدد كفيات الحصول على العلاج لفائدة

¹ Pr CHAOUECHE, Le financement du système de santé, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

المحرومين غير المؤمن اجتماعيا فهو يعرفهم بأنهم الأشخاص الغير مؤمنين و الذين يتحصلون على مدخول يقل أو يساوي 50% من المبلغ الشهري الأدنى من التقاعد أو ذورهم حيث يجب عليهم استخراج بطاقة خاصة من طرف مصالح النشاط الاجتماعي المختصة تثبت وضعيتهم كمحتاجين و يتوجب على

الدولة التكفل بعلاجهم و يكون ذلك بدفع بعض الوثائق المتعلقة بالدخل والوضعية تجاه الضرائب و الضمان الاجتماعي من طرفهم.

- **الضمان الاجتماعي:** يتكفل بالمؤمنين التابعين له أو ذوي حقوقهم بناء على تقارير تعاقدية و قد حدد المرسوم التنفيذي 04-101 المؤرخ في 01 أفريل 2004 كفيات مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات العمومية للصحة² حيث حددت المادة 02 منه بأن هذه المساهمات تكون كل ثلاثة أشهر كما أوجبت المادة 03 على المؤسسات الصحية تقديم تقارير دورية لمؤسسات الضمان الاجتماعي حول المؤمنين التابعين لهم الذين استفادوا من خدمات صحية(الاسم و اللقب ،رقم التأمين،الخدمات مستفاد منها).

المرتفقون: و يقصد بهم المستفيدون من الخدمات الصحية الذين لا يكونون في وضعية مؤمن و لا في وضعية معوز الذين يتحملون تكاليف حدها القرار الوزاري المشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002 والمتضمن تحديد الموارد الناتجة عن نشاطات المؤسسات العمومية للصحة .

حسب الجداول التالية :

طبيعة الخدمة	غير مؤمن و غير معوز	مؤمن	ملاحظة
فحص طبي عام بما فيه طب الأسنان	250	50	الوحدة الفحص
فحص طبي متخصص بما فيه طب الأسنان	450	100	الوحدة الفحص
مصاريف الإيواء	حسب المصلحة	100	الوحدة اليومية الاستشفائي

جدول يوضح مصاريف التي يدفعها المؤمنون و غير المؤمنين للاستفادة من الخدمات الاستشفائية- المصدر قرار وزاري مشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002

¹ الجريدة الرسمية رقم 06 لسنة 2001 ص 05.

² الجريدة الرسمية رقم 20 لسنة 2004 ص 31.

الفصل الثاني: الإطار القانوني لإصلاح منظومة المؤسسات العمومية للصحة.

و حدد جدول تابع المصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين و غير المعوزين كما يلي :

مصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين و غير المعوزين			التخصص
مؤسسة استشفائية متخصصة أو مركز استشفائي جامعي	مستشفى الولاية	مستشفى الدائرة	
4000	3500	3000	التخصصات الطبية
5000	4000	3500	التخصصات الجراحية
6000	5000	4000	التخصصات المكافئة
9000	الفروع الصعبة عالية التخصص و غير المتوفرة		

المصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين و غير المعوزين للاستفادة من خدمات الإيواء- المصدر القرار الوزاري رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002- الوحدة دج

وقد حدد القرار الوزاري المشترك أيضا مجموعة من التكاليف الخاصة بالخدمات المساعدة مثل الأشعة و المخبر كما استثنى الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة مستعصية الشفاء كالسرطان و المعنيين بالبرامج الوطنية للصحة لكن يجب الذكر بأن هذه الأسعار المحددة لم يتم تطبيقها بصورة دائمة بسبب ارتفاع كلفتها الكبيرة مقارنة بما اعتاد عليه المواطن من مجانية العلاج.

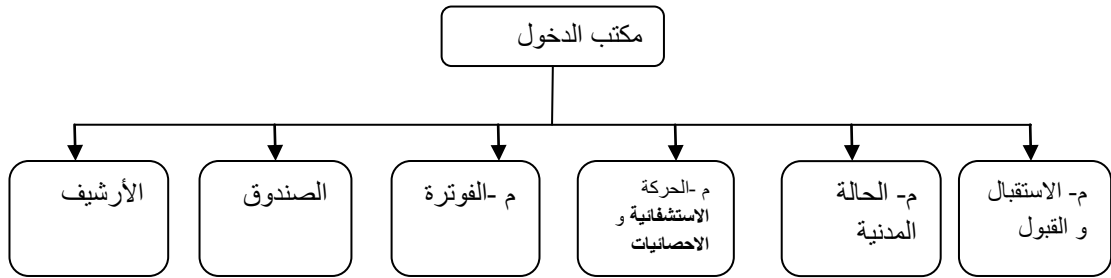
باختصار فإن القرار الوزاري المذكور يحدد الإطار التفصيلي لنظام التعاقد و ذلك بتحديد مصادر تمويل المؤسسات الصحية و تحديده لأسعار هذه الخدمات.

الفرع الثالث : دور مكتب الدخول في تجسيد التعاقد.

يعتبر دور مكتب الدخول محوريا في تجسيد التعاقد لأنه يعتبر همزة الوصل بين مؤسسات الصحة و مؤسسات الضمان الاجتماعي لذلك تم إصدار التعليمات رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2000 عن وزير الصحة والسكان التي تتعلق بتنظيم و سير مكتب الدخول حيث تضمنت ما يلي :

- البدء بإصدار نماذج الفواتير المختلفة للمرضى في المصالح الاستشفائية بناء على المعطيات الجديدة(والتي حددها فيما بعد القرار الوزاري المشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002 المذكور سابقا) يكون إصدار الفواتير بعد تكييف الهيكل التنظيمي لمكتب لدخول حسب التعليمات

- 03 (و هو ما سنشرحه) كما يتم أيضا من خلال توفير مختلف الظروف و الموارد المادية و البشرية و طرق العمل اللازمة:
- برنامج PATIENT و هو برنامج معلوماتي متعلق بمتابعة المريض من دخوله إلى خروجه و تسجيل مختلف المراحل و الخدمات التي استفاد منها عبر مخالف المصالح.
 - بطاقة المريض FICHE NAVETTE وهي البطاقة التي تتابع سير المريض و تعتبر المصدر الورقي المكتوب لبرنامج PATIENT و التي تم التركيز على ملئها بدقة (مدة الاستشفاء، الخدمات الطبية، خدمات التمريض، الخدمات المرافقة (أدوية، مخبر، أشعة))
 - مختلف وثائق و سجلات المكتب .
 - حضور ممثلي الضمان الاجتماعي و منحهم مكاتب على مستوى مكتب الدخول من أجل متابعة استفاء المؤمنين التابعين لهم و منحهم شهادة التكفل.
 - تنظيم المكتب كما يلي :



شكل يوضح الهيكل التنظيمي لمكتب القبول- من انجاز الطالب -

المصدر تعليمة وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات رقم 03 بتاريخ 07 ديسمبر 2000

إذن في نهاية هذا المبحث نقول إن إصلاح تمويل الصحة يعني أن يتقدم المريض للمستشفى و بعد التعامل مع الحالة الطبية خاصة إذا كانت مستعجلة- يقدم معلوماته من طرفه او من طرف مرافقه على مستوى مكتب القبول الذي يتصل بالمؤسسة المتكفلة به و المتواجدة في مكتب القبول و التي تتأكد من معلومات المعني ووضعيته لتقدم له شهادة التكفل التي بدونها لا يمكن أن يدخل المستشفى (طبعا إضافة إلى الوثائق الطبية اللازمة) ليتم استقبال المريض في المصلحة و فتح بطاقة المريض التي تعاد إلى مكتب القبول عند خروجه و تحرر على أساسها فاتورة الاستشفاء لتوجه مع فواتير أخرى لمرضى آخرين للهيئة المعنية من أجل تسديدها.

خلاصة الفصل الثاني

من خلال الفصل الثاني يمكننا القول أن الدولة قد ركزت على إصلاح البعد التنظيمي من خلال نقطتين:

- إصدار المرسوم 07-140 في 19 ماي 2007 الذي حول مؤسسة القطاع الصحي اللبنة الأساسية في منظومة المؤسسات العمومية للصحة إلى مؤسستين اثنتين هما المؤسسة العمومية الاستشفائية تتكفل بالاستشفاء و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تتكفل بالوقاية و الفحوصات الأساسية و العلاجات القاعدية.

- التعديل في هيكل المؤسسات بإضافة مديرية صيانة التجهيزات الطبية .

- إصدار القوانين الأساسية لمختلف الأسلاك في قطاع الصحة.

- اعتماد نمط التعاقد كوسيلة لتمويل مؤسسات الصحة بحيث تتكفل كل هيئة ضمان اجتماعي بالمؤمنين المنتسبين لها كما تتكفل الدولة بالوقاية و البحث العلمي و المعوزين.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات

المبحث الأول: أداء النظام الصحي الجزائري.

حدد التقرير المذكور محددات أداء النظام الصحي كمعايير يتم التقييم على أساسها كما يلي:
المستوى الصحي، استجابة النظام الصحي، التمويل العادل للنظام الصحي.

المطلب الأول: محددات الأداء للنظام الصحي.

• أولاً: المستوى الصحي:

يعتبر التمتع بصحة جيدة الهدف¹ الذي ترمي إليه كل الدول و ذلك من خلال سياساتها العمومية للصحة و عبر نظامها الصحي وقد قدم التقرير السنوي للمنظمة العالمية للصحة لسنة 2000 عدة مؤشرات للدلالة على المستوى الصحي منها متوسط العمر المأمول أي متوسط الأمل في الحياة (Espérance de vie) وهو ما شرحناه في الفصل الأول، كما اعتمد التقرير على تحديد توزيع الصحة في أوساط السكان و ذلك بحساب نسب الوفيات حسب مجالات السن، نسبة الوفيات بالمقارنة إلى سببها، ثم نسبة انتشار بعض الأمراض بواسطة جداول إحصائية (أمراض معدية، أمراض غير معدية).

• ثانياً: استجابة النظام الصحي:

تعتبر استجابة النظام من النقاط صعبة القياس لأنها تعتمد على دراسات إحصائية و قد حددت المنظمة العالمية للصحة في تقريرها السابق عدة محددات لدراسة و تقييم استجابة النظام الصحي التي يمكن القول بأنها تعالج جوانب أخرى خارجة عن الجانب الصحي رغم أنها مرتبطة به بصورة كبيرة وقد حدد التقرير بأن الاستجابة يمكن دراستها من خلال محورين عريضين تدرج تحت كل منهما نقاط فرعية فالمحور الأول هو تقييم احترام المريض كإنسان و المحور الثاني هو تقييم معاملة المريض كزبون و متلقي للخدمات الصحية و لا بد من التذكير بأن التقرير قد اعتمد على سبر آراء المرتفقين حول الأنظمة فيما يتعلق بالعامل الأول و على قدرات الأنظمة فيما يتعلق بالعامل الثاني.

- احترام الإنسان:

- احترام كرامة الإنسان.

- السرية.

- الاستقلال الذاتي أي الاختيار بين تلقي العلاج أو عدمه.

- العناية بالزبائن:

- الاهتمام الفوري.

¹ المنظمة العالمية للصحة، التقرير السنوي للصحة لسنة 2000، تحسين أداء النظم الصحية، مطبوعات م ع ص، جنيف، 2000

- التسهيلات المرافقة كالإطعام و الإقامة.
- الاستفادة من الدعم الاجتماعي مثل الأسرة و الأصدقاء.
- حرية الاختيار: أي اختيار الجهة التي تقدم العلاج.
- **ثالثا: عدالة المساهمة المالية:**

يعني التمويل العادل توزيع المخاطر التي تواجهها كل أسرة بسبب تكلفة النظام الصحي بما يضمن الحماية للجميع و إن أي نظام يجد الناس فيه أنفسهم أمام خطر الفقر بسبب التكاليف التي تواجههم بمناسبة الأمراض التي يعانون منها فهو نظام غير عادل من ناحية التمويل¹.
فجوهر الخدمات الصحية هو أن يعامل الأغنياء و الفقراء على قدم المساواة بحيث لا يشكل الفقر عائقا و لا الغنى ميزة²

ويمكن دراسة التمويل حسب التقرير من خلال عدة نقاط: مثل-1 نسبة التكاليف الصحية التي تتحملها العائلات مقارنة بدخلها من غير تكاليف التغذية³
-2 مصادر التمويل (الضرائب، الضمان الاجتماعي).

وكما قلنا سابقا فإنه إذا حقق نظام صحي معين معدل أمل في الحياة عاليا و متصاعدا كما حقق درجة استجابة جيدة و تمويلا عادلا يمكن الحكم على النظام بأنه نظام جيد غير أنه يمكن -و ذلك لتنوع المحاور الكبرى المحددة في التقرير- أن نجد نظاما قد حقق نتائج جيدة في معيار و سيئة في معيار آخر لذلك اقترحت المنظمة العالمية للصحة جمعهم في معيار موحد حددت له النسب كما يلي:
- المستوى الصحي 50% - الاستجابة 25% - عدالة المساهمة المالية 25%.

المطلب الثاني: أداء النظام الصحي الجزائري.

لن نكتفي في هذا المبحث بذكر ما جاء في تقرير الصحة العالمية لسنة 2000 المتعلق بتحسين أداء النظم الصحية بل سنحاول - زيادة على تحليل النتائج المحققة- تحيين بعض الأرقام- حسب الإحصائيات التي تم الحصول عليها و الدراسات المتعلقة - و مقارنتها بكل من سنة 2000 و سنة 2007 و ما بعدها حسب فترة الدراسة و الاعتماد على الإحصائيات لتحليل مخرجات النظام

سوف نبدأ بسرد الجداول ثم نقوم بالتحليل :

- 1- تطور السكان في الجزائر :

¹ المنظمة العالمية للصحة، التقرير السنوي للصحة لسنة 2000، تحسين أداء النظم الصحية، مطبوعات م ع ص، جنيف، 2000 ص 39.

² المنظمة العالمية للصحة، التقرير السنوي للصحة لسنة 2000، تحسين أداء النظم الصحية، مطبوعات م ع ص، جنيف، 2000 ص 40.

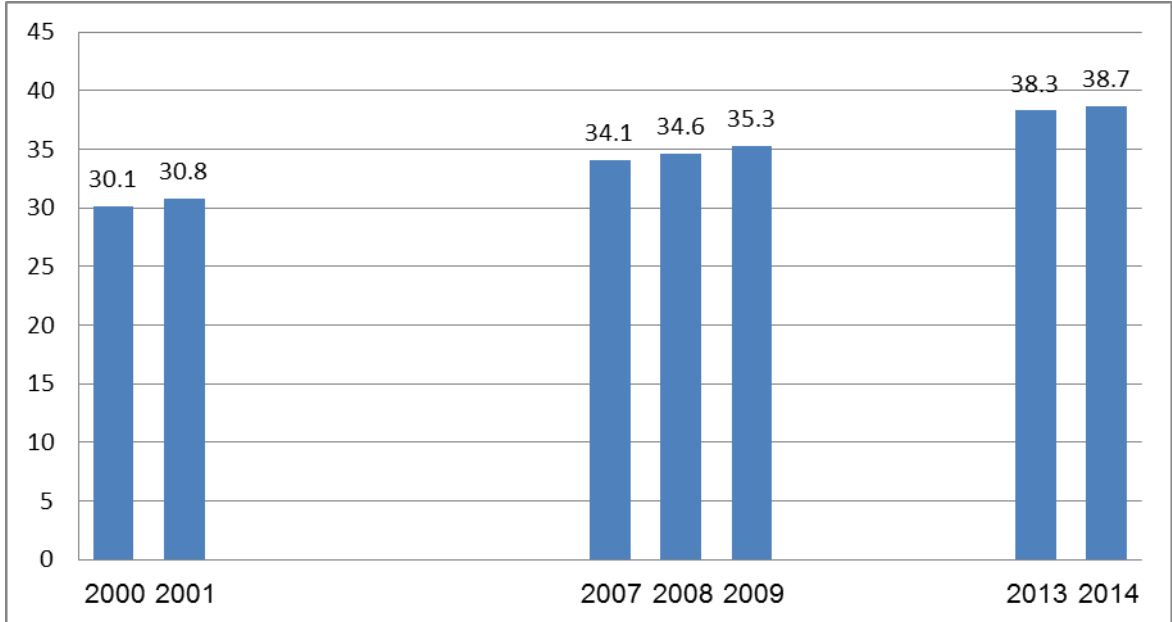
³ أي نحذف تكاليف التغذية من الدخل ونقارن الباقي مع التكاليف الصحية فإذا تعدت هذه الأخيرة 50% تكون العائلة أمام حالة فقر وصعوبة في توفير تكاليف الصحة.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

السنة	العدد (مليون)	معدل الولادة لكل 1000	معدل الوفاة لكل 1000	نسبة النمو الطبيعية%
2000	30.1	19.36	4.59	1.48
2001	30.8	20.03	4.56	1.55
2007	34.1	22.98	4.38	1.86
2008	34.6	23.62	4.42	1.92
2009	35.3	24.07	4.51	1.96
2013	38.3	25.14	4.39	2.07
2014	38.7	---	---	---

جدول يمثل تطور عدد السكان في الجزائر للفترة 2000-2014

المصدر -وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات - مديرية السكان- الوضعية الديموغرافية-2000-2014



أعمدة بيانية تمثل تطور عدد السكان في الجزائر ما بين 2000 و 2014

نلاحظ من خلال الجدول الأول الذي يبين تزايد عدد السكان بين سنتي 2000 و 2014 أن هناك نسبة نمو طبيعية متزايدة فقد ارتفع عدد السكان ب 8.6 مليون نسمة خلال 14 سنة كما نلمس ذلك من خلال نسبة النمو المتزايدة أيضا و التي لم تعد مثل سنوات الاستقلال الأولى أو خلال السبعينات إلا أنها مازالت متزايدة فقد انتقلت خلال 14 سنة من 1.48 إلى 2.07 إن الزيادة السكانية من شأنها التأثير على المنظومة الصحية بصورة مباشرة فهي تعني :
- الضغط على مصالح الولادة المختلفة على مستوى الوطن .

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

- ارتفاع الحاجة لمتابعة النساء الحوامل خلال فترة الحمل.
- متابعة الولادات خاصة الولادات القيصرية و ما يتطلبه ذلك من جراحي أمراض النساء و عتاد و هياكل مجهزة.... إلخ.
- متابعة المواليد الجدد بمختلف البرامج الصحية (برامج التلقيح الإجباري، برنامج خفض من وفيات الأطفال... إلخ)
- تزايد الطلب على الخدمات الصحية بصورة عامة.

-2- المستوى الصحي

1-2 معدل العمر المأمول عند الولادة (الأمل في الحياة)

السنة	رجال	نساء	المعدل
2000	71.5	73.4	72.5
2001	71.9	73.6	72.9
2007	74.7	76.08	75.7
2008	74.8	76.4	75.6
2009	74.7	76.3	75.5
2012	75.8	77.1	76.4
2013	76.5	77.6	77.0
2014	--	--	77.2

جدول يمثل تطور الأمل في الحياة للجزائر للفترة 2000-2014

المصدر -وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات - مديرية السكان- الوضعية الديموغرافية-2000-2014

يعتبر معدل العمر المأمول أحد أهم المعايير التي تعتمدها المنظمة العالمية للصحة في تقييم مخرجات النظام الصحي لأنه يعبر عن النتيجة التي نلمسها بصفة مباشرة من السياسات الصحية و أثرها على صحة السكان، و حسب الجدول فإن الأمل في الحياة قد تزايد بما يقارب 5 سنوات خلال 14 سنة و هو ما يمكن أن نعتبر نقطة إيجابية بالنظر لاعتماده كمعيار تقييم .

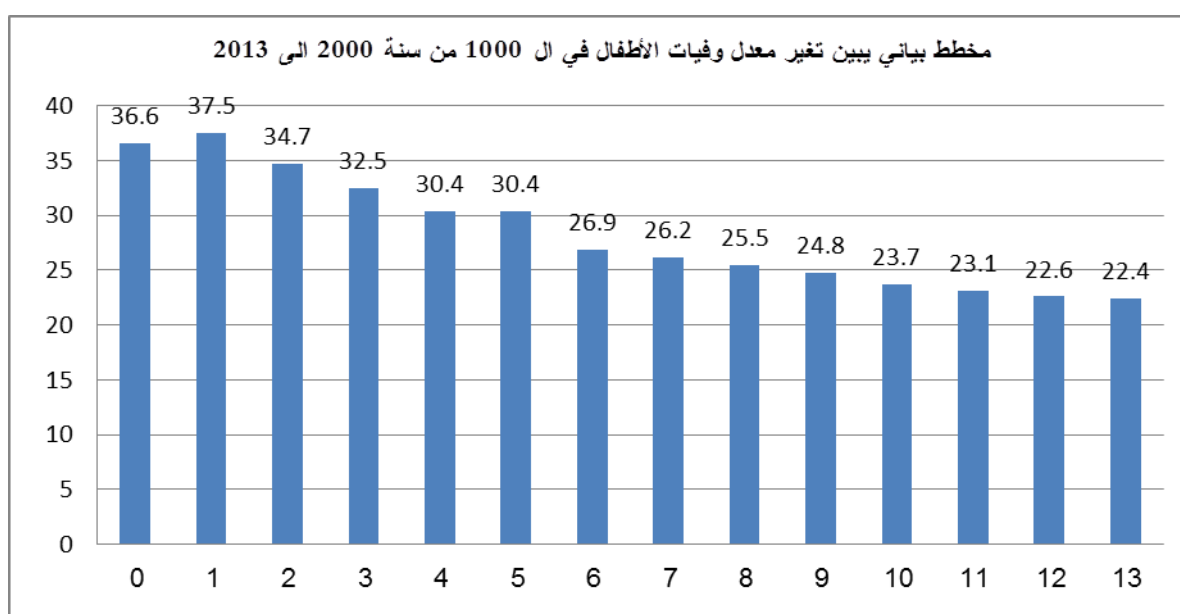
2-2 معدل وفيات الأطفال أقل من سنة واحدة.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

سنوات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
المعدل بال 1000	36.9	37.5	34.7	32.5	30.4	30.4	26.9	26.2	25.5	24.8	23.7	23.1	22.6	22.4

جدول يمثل تطور معدل وفيات الأطفال أقل من سنة واحدة 2000-2013

المصدر -وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات - مديريةية السكان- الوضعية الديموغرافية-2000-2014



نلاحظ انخفاض في معدل وفيات الأطفال خلال 13 سنة بما يقارب 15 في الألف إن هذا و إن كان من ناحية يمكن اعتباره نقطة إيجابية من خلال انخفاض المعدل بما يعني تحسنا في أداء المنظومة الصحية فيما يتعلق بوفيات الأطفال إذا قارنا سنة 2000 بسنة 2013 إلا أنه من ناحية أخرى لابد و أن نعتبر أن المعدل المحقق خلال سنة 2013 و الذي يساوي 22.4 في الألف مازال مرتفعا بالنظر لإمكانية الإنقاص فيه أكثر و بالنظر لحجم الإنفاق المالي كما سنلاحظ فيما بعد.

2-3 الوضعية الصحية (الأمراض المتنتقلة).

نميز بين خمسة أنواع من الأمراض المتنتقلة كما يلي :

- الأمراض المتنتقلة عن طريق المياه.

- الأمراض المعنية بالبرنامج الموسع للتلقيح

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

- الأمراض المتنتقلة جنسيا.

- الأمراض حيوانية المنشأ Zoonoses.

و يمكن تقديم الجدول التالي الذي يبين تطور الأمراض المعدية:

السنة	1999	2006	2007	2009
الحصبة	11.28	2.09	2.4	0.031
الكزاز	0.06	0.02	0.007	0.005
الخنق	0.02	0.01	0.01	0.00
السعال الديكي	0.10	0.06	0.04	0.04
شلل الأطفال	0.00	0.00	0.00	0.00
السل	6.01	65.02	63.3	63.6
الالتهاب الكبدي B	--	4.40	4.2	4.2
الالتهاب الكبدي C	--	3.10	3.02	3.05
التهاب السحايا	7.16	1.90	1.02	1.90
المالاريا	3.38	0.47	0.10	0.29
السيدا	0.11	0.13	0.14	0.14
التيفويد	9.84	2.91	2.40	1.80
ليشمانياوز	19.8	43.9	21.9	26.09

جدول يبين تطور الأمراض المتنتقلة -المصدر الأستاذ سعيدان رشيد- الأستاذ بوهنة علي

واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات- مجلة البشائر الاقتصادية -جامعة بشار العدد 01 سبتمبر 2014 ص 06

من أجل تحليل جدول الأمراض المعدية بمختلف أنواعها لآبد من الانطلاق من مسلمة و هي أن الجزائر قد حققت قفزة نوعية في مكافحة الأمراض المعدية إذا لاحظنا مختلف الإحصائيات على امتداد العشريات السابقة و مع ذلك مازالت هناك بعض النقائص التي لآبد من الوقوف عليها و يكون ذلك كما يلي

- الأمراض المتنتقلة عن طريق المياه: كانت في فترة سابقة تمثل مشكلا للصحة العمومية في الجزائر لأنها وحدها كانت تمثل 25 % 1 من وفيات الأطفال و يبدو الآن بأن هذه الأمراض قد

¹ Khoukha .M et BRAHMIA B: le système nationale de santé face à la transition sanitaire, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

تم التحكم فيها بواسطة سياسة متعددة القطاعات في البناء و التعمير، السكن، التجهيزات، الصحة، الداخلية.. مما أدى إلى تحسن ظروف السكن فأصبح عدد الأفراد في الأسرة 4.8 في 2012 بعد أن كان 7.1 في 1998 كما أن 85 % من السكان تستعمل الماء الشروب و 95 % تستفيد من شبكات الصرف الصحي (نفس المرجع السابق) كما تم القضاء على الكوليرا ابتداء من سنة 1997.

- الأمراض المعنية بالبرنامج الموسع للتلقيح:

مثل السل، الدفتيريا، السعال الديكي، تشهد انخفاضا كبيرا بفضل إجبارية التلقيح و تتجه كثير الأمراض إلى المنحى صفر مثل التيفونيد (القضاء نهائيا عليها).

- الأمراض حيوانية المنشأ:

مثل الكلب، ليشمانياوز و الحمى المالطية تبقى هذه الأمراض مرتفعة النسب حتى و إن شهدت انخفاضا مقارنة بفترات سابقة فمثلا فيما يتعلق ب الليشمانياوز تم القيام بمخطط عمل خاص بإنقاصها و تدعيمه ماديا و ماليا و بشريا و إعلاميا مما سمح بتخفيض معدلها من 79 كل 100 000 مواطن إلى 59 كل 100 000 و لكن تبقى النسبة مرتفعة ¹.

الأمراض المتنقلة جنسيا:

يبقى هذا الموضوع يشكل طابو في المجتمع وهو ما يسبب صعوبة كبيرة في مواجهته و من الناحية الإحصائية تعتبر السيدا الوحيدة التي تخضع للتصريح الإجباري مما يصعب معرفة باقي الأمراض المتنقلة جنسيا وكيفية مواجهتها.

2-3 الوضعية الصحية (الأمراض غير المتنقلة).

حسب دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية INSP لسنة 2007 فإن ارتفاع ضغط الدم يأتي في المرتبة الأولى كسبب وفاة في البلاد بنسبة 28.58 % يليه مرض السكري ب 12.33 % ثم الربو ب 9 % يليه الروماتيزم ب 8.15 %².

إننا أمام تحول فعلي في طبيعة الأمراض التي تواجه المجتمع الجزائري فقد كانت في السابق الأمراض المعدية هي التي تسبب الوفاة و بنسبة مهمة و لكن الآن أصبحت الأمراض الغير متنقلة هي التي تفتك بالجزائريين إن هذا يمكن إرجاعه لعدة أسباب:

- اقتصادية بارتفاع مستوى المعيشة و ارتفاع الدخل الفردي.

¹ Khoukha .M et BRAHMIA B:meme référence.

² Khoukha .M et BRAHMIA B: le système nationale de santé face à la transition sanitaire, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

- تغير النمط المعيشي و الاستهلاكي (الغذائي و السكني) للمجتمع.
كما نلاحظ ارتفاعا في مرض السرطان فقد انتقل من 80 في ال 100 000 سنوات التسعينات إلى 120 في 100 000 سنة 2008 و يتوقع أن يصل إلى 300 في ال 100 000 سنة 2018.¹

-3- الفرع الثالث التمويل:

يمكن إدراج الجداول التالية:

-1-3- تطور ميزانية وزارة الصحة

السنة	ميزانية وزارة الصحة	السنة	ميزانية وزارة الصحة	السنة	ميزانية وزارة الصحة
2004	70 221.6	2006	101 780.8	2008	180 980.6
2005	66 333.9	2007	132 434.7	2009	222 649.8
السنة	ميزانية وزارة الصحة	السنة	ميزانية وزارة الصحة	السنة	ميزانية وزارة الصحة
2010	715 410.8	2012	849 245.3		
2011	640 322.5	2013	376 175.00		

جدول يمثل تطور نسبة ميزانية وزارة الصحة ما بين 2004-2011- المصدر-دريسي أسماء تطور الإنفاق الصحي و مدى فعاليته

المجلة الجزائرية للعولمة و السياسات الاقتصادية العدد 06-2015

نلاحظ من خلال الجداول التالية ارتفاعا كبيرا في ميزانية وزارة الصحة و هو ما يمكن أن يفسر بضح أموال كبيرة من قبل السلطات في قطاع الصحة لتنفيذ المشاريع المبرمجة في القطاع و من أجل رفع التغطية الصحية و ضمانها لأبعد الحدود الممكنة، أن ميزانية الوزارة قد تضاعفت أكثر من 10 مرات خلال ثمان 08 سنوات ما بين 2004 و 2012 فهل كان لذلك الأثر الايجابي المباشر على صحة المواطن أو على توفير الخدمات التي يتلقاها؟ الأكد أن هناك تحسن في التمويل بارتفاعه و لكن تلاحظ أن مضمون التمويل و أطرافه لم تتغير و هو ما سنشرحه فيما بعد.

-3-2 تطور المؤشرات المالية لقطاع الصحة.

لدينا الجدول التالي:

¹ Khoukha .M et BRAHMIA B:ibid.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
نصيب الفرد بالدولار	92.15	100.36	116.34	150.55	206.41	206.72	228.92	286.97	335.27	345.65
نسبة الإنفاق العمومي %	72.41	70.48	69.59	70.80	72.89	71.61	70.22	71.34	73.58	72.83
الإنفاق على الصحة مقارنة ن. د.خ %	3.54	3.24	3.36	3.82	4.20	5.36	5.12	5.29	6.14	7.12

جدول يمثل تطور المؤشرات المالية لقطاع الصحة في الجزائر من سنة 2004 إلى سنة 2013 المصدر البنك الدولي على موقع الانترنت data.albankaldawli.org/indicators/SH.XPD.PUBL (ن.د.خ=الناتج الداخلي الخام)

بتحليل الجدول يمكن أن نقول ما يلي:

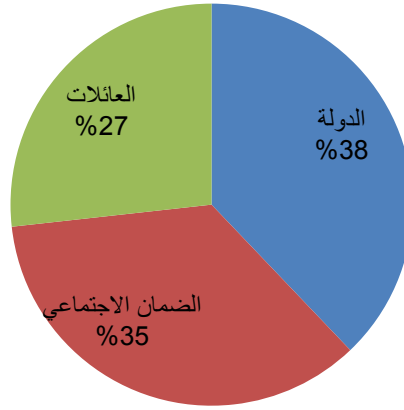
- بالنسبة لنصيب الفرد من الإنفاق على الصحة نلاحظ ارتفاع نصيب الفرد حيث تضاعف بما يقارب 04 مرات خلال عشر سنوات من سنة 2004 و سنة 2013 هذا يدل على حجم الإنفاق الكبير الذي بذلته الدولة و هو ما يمكن اعتباره نقطة ايجابية لحد الآن.
- بالنسبة لنسبة الإنفاق العمومي للصحة فقد بقيت مستقرة رغم أنها مهيمنة بأغلبية تتجاوز الثلثين دائما فالدولة هي أكبر منفق على قطاع الصحة دائما.
- بالنسبة لنسبة الإنفاق على الصحة مقارنة مع الناتج الداخلي الخام فقد استمر بالارتفاع التدريجي إلى أن تضاعفت خلال الفترة الزمنية المحددة في الجدول.

3-3 مصادر تمويل الصحة في الجزائر. الوحدة

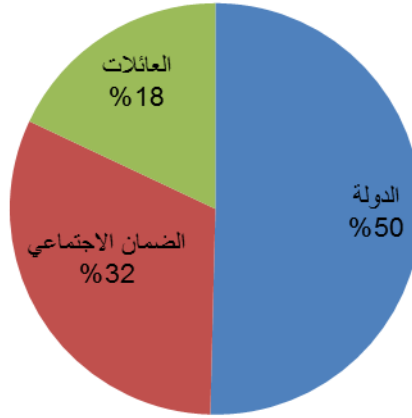
سنوات	00	01	02	03	04	05	06	08	09	10	11
دولة	37.8	44.1	39.6	42.5	39.3	43.2	54.4	55.1	49.2	49.9	50.4
ض. إ.ج	35.5	33.3	35.7	34.9	33.2	31.6	26.7	31.0	31.1	30.0	31.6
عائلات	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2	19.9	13.9	20.7	20.1	18.0
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

جدول يمثل مصادر تمويل الصحة في الجزائر من سنة 2000 إلى سنة 2011 المصدر موقع البنك الدولي www.albankaldawli.org

مصادر تمويل الصحة سنة 2000



مصادر تمويل الصحة سنة 2011



- نلاحظ من خلال الدوائر أن نسبة الضمان الاجتماعي في تمويل الصحة هي تقريبا نسبة مستقرة خلال 11 سنة و يعود ذلك لاعتماد مؤسساته على التمويل بواسطة جزافي المستشفيات الذي ليس له معايير واضحة لتحديده سوى الاجتماعات التي تتم سنويا بين كل من وزارة

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

الصحة ووزارة العمل و الضمان الاجتماعي فلا يتم الاعتماد على حجم النشاط الصحي أو عدد المرضى أو مشاريع و برامج التوسع و التجهيز.

- كما نلاحظ تغير كل من مساهمة الدولة و مساهمة العائلات بحيث تزايدت مساهمة الدولة من 37.8 % إلى 50.4 % و تناقصت مساهمة العائلات من 26.7% إلى 18.0% و هو ما نلمسه من مقارنة سنة 2000 بسنة 2011 .

- من النقطتين السابقتين أي (استقرار مساهمة الضمان الاجتماعي و تزايد مساهمة الدولة و تناقص مساهمة العائلات) نستنتج أن أي نقص في مساهمة العائلات كانت تغطيه الدولة بزيادة مساهمتها خاصة مع الوفرة المالية التي شهدتها البلاد و الدخول في مشاريع تجهيز القطاع و زيادة الهياكل الصحية التي شرحناها سابقا و كذلك تزايد عدد السكان وبالتالي تزايد الحاجات الصحية.

و هو ما يضع نية الدولة في تطبيق نظام التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي و المؤسسات الصحية من أجل التمويل موضع أسئلة كثيرة حول مدى جدية السلطات في التوجه نحو هذا النمط من التمويل مقارنة بالوفرة المالية كما قلنا.

و هو ما يمكن أن نفسره مباشرة بأن إصلاح تمويل الصحة لا بد و أن يمر عبر إصلاح الضمان الاجتماعي أولا حيث تعاني مؤسساته من تذبذب الإيرادات و كذلك عدم الجدية في فرض الاشتراكات فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي لغير الأجراء و تساهل بعض هيئات البلدية و مديريات النشاط الاجتماعي في منح بطاقات المعوز لصالح من لا يستحقها.

إلا أن الدولة قد غيرت في سياستها الصحية و بدأ التركيز مجددا على التعاقد كنمط تمويل و هو ما صرح به وزير الصحة السابق عبد المالك بوضياف¹

و كنتيجة لما سبق نلاحظ أن الدولة تتعامل مع ملف تمويل الصحة بناء على حالة الوفرة المالية و حالة التقشف فهي تعمد إلى التحرك في جهة بناء هياكل و توظيف و تمويل في حالة الوفرة و تتوقف عن ذلك في حالة شح الموارد.

¹ تصريح الوزير السابق عبد المالك بوضياف بتاريخ 13.01.2017 : موقع الإذاعة الجزائرية www.radioalgerie.dz/news/20170113/100039.html

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

4- الفرع الرابع: الموارد البشرية .

1-4 التغطية الطبية في المؤسسات العمومية للصحة

سنوات	طبيب أخصائي		طبيب عام		جراح أسنان	
	عدد	تغطية	عدد	تغطية	عدد	تغطية
2000	4175	7285	11381	2672	4665	6520
2001	4315	7467	11696	2642	4626	6675
2006	5535	6049	13440	2491	4728	7081
2008	6901	5012	19197	1801	4803	7202
2011	9457	3882	22140	1658	5396	6804
2012	10442	3591	23516	1594	5441	6891

جدول يمثل تطور التغطية الطبية في الجزائر (عدد الأطباء و عدد المواطنين لكل طبيب)

المصدر من إعداد الطالب بناء على معطيات وزارة الصحة و السكان – تقرير وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات -2014 ص.14

2-4 التغطية شبه الطبية في المؤسسات العمومية للصحة .

السنوات	2000	2001	2006	2008	2011	2012
العدد	87 012	85 843	88 737	95 446	108 878	117 590
التغطية	349	359	377	362	337	318

جدول يمثل تطور التغطية شبه الطبية (العدد و عدد المواطنين لكل 1 شبه طبي) المصدر من إعداد الطالب بناء على

معطيات وزارة الصحة و السكان – تقرير وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات -2014 ص.16.

يجب أن ننوه قبل التحليل بأننا اعتمدنا على معطيات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و تعمدنا نقل المعطيات الخاصة بالقطاع العمومي للصحة من أجل دراسة التغطية الطبية التي يقدمها.

- بالنسبة للأطباء الأخصائيين لا بد و أن نسجل تضاعف عدد الأطباء الأخصائيين بمرتين و نصف و هو ما سمح بإنقاص التغطية الطبية للأخصائيين(عدد المواطنين المشمولين بالتغطية

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

لكل طبيب أخصائي واحد) بالنصف من 7285 سنة 2000 إلى 3591 سنة 2012 وهي نقطة ايجابية.

- بالنسبة للأطباء العامين هناك تزايد في عدد الأطباء يقابله انخفاض في عدد المواطنين المشمولين بالتغطية لكل طبيب عام واحد و هو أمر ايجابي يعني تحسين عرض الخدمات الطبية بالضرورة.

إلا أنه و مع ذلك لا بد و أن نسجل ثلاث نقاط مهمة:

- تبقى لتغطية الطبية غير كافية مقارنة بعدد السكان .

- يبقى هناك سوء توزيع للتغطية الطبية- خاصة الطب المتخصص -بين مناطق الوطن حيث تتركز الموارد البشرية و الهياكل في المناطق الحضرية الكبرى فعلى سبيل المثال تبلغ التغطية الطبية في تخصص القلب¹ 1 طبيب لكل 121 000 نسمة و 1 طبيب لكل 122 000 نسمة في كل من منطقة الجنوب الشرقي و منطقة الجنوب الغربي² و تبلغ نفس التغطية لنفس التخصص في منطقة الوسط (العاصمة والبلدية إلخ) 1 طبيب لكل 45 000 مواطن و في حين تنعدم تخصصات السرطان في هذه المناطق الجنوبية نجد 1 طبيب لكل 113 000 نسمة في منطقة الوسط.

- بالرغم من تزايد عدد الأطباء إلا أن القطاع العمومي يقابله قطاع خاص يحتوي على عدد هام من الموارد البشرية فمثلا في سنة 2012 كان عدد الأطباء الأخصائيين في القطاع العمومي 10 442 يقابله في القطاع الخاص 8 864 و بالنسبة للصيادلة 1 000 صيدلي يقابلها 9177 في القطاع الخاص أما جراحو الأسنان فكان العدد 7 035 يقابله 5 441 في القطاع الخاص لقد أوردنا هذه الأرقام لنبين أهمية الكتلة البشرية التي تنتمي للقطاع الخاص خاصة في مجال التغطية الطبية التي تعتبر مجالا حساسا هذه الكتلة الكبيرة لا يوجد أي تنسيق في النشاط بينها و بين القطاع العام. و باستثناء الصيادلة الذين يكون توجهه للقطاع الخاص أمرا منطقيا فإننا يمكن أن نعتبر القطاع العمومي للصحة طاردا للكفاءات الطبية لعدة أسباب يمكن أن نجملها في الأسباب الاقتصادية بسبب البعد الكبير في المدخول بين القطاعين و أسباب نفسية و اجتماعية تتمثل في ضغوط العمل و صعوبته في القطاع العمومي.

¹ Khoukha .M et BRAHMIA B: le système nationale de santé face à la transition sanitaire, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger.

² تشمل منطقة الجنوب الشرقي ولايات: ورقلة، تمنراست، إليزي، غرداية، واد سوف، بسكرة، الأغواط و منطقة الجنوب الغربي تشمل ولايات: أدرار، النعامة، البيض، بشار، تندوف.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

بالنسبة للتغطية الشبه طبية فإنه ورغم الزيادة في عدد شبه الطبيين فإن القطاع يبقى بحاجة ماسة و كبيرة لهذه الفئة المهمة خاصة في تخصصات المخبر، الأشعة، القابلات، التخدير و الإنعاش.

المبحث الثاني: إشكالات أداء النظام الصحي الجزائري و كيفية التعامل معها.

قبل الحديث عن دراسة إشكالات أداء المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة لابد من ذكر النقاط التالية:

- تحليل النظام الصحي يتطلب ربط الفصل الأول من الدراسة بالفصل الثاني بالفصل الثالث أي الحديث عن مكونات النظام الصحي و دراسة مدخلاته و مخرجاته و مقارنتها بالحاجة للخدمات الصحية من أجل الوصول إلى نتيجة معينة.

- التعامل مع الإحصائيات الرسمية يجب أن يكون موضوعيا لأن معرفة مخرجات النظام و مدخلاته لا يكون إلا بواسطتها مع العلم أنها تصب غالبا في ذكر مدى التحسن في الأداء مع استغلال الوفرة المالية.

- مع احترام حدود المرسومة في الدراسة أي الفترة الزمنية و متغيرات الدراسة (البعد التنظيمي و بعد التمويل) لم نجد بدا من إدخال متغيرات أخرى مرتبطة بالمجال ككل أو مرتبطة بالمتغيرات..

المطلب الأول : من ناحية الموارد البشرية و التمويل.

الفرع الأول الموارد البشرية:

- 1- من الدراسة نستنتج أن الموارد البشرية في القطاع العمومي للصحة لا تختلف عن الموارد البشرية في أي قطاع تابع للوظيفة العمومية سوى بخصوصية المجال الصحي كمجال يتطلب نوعية معينة من الكفاءات المتخصصة ونلمس هذه الخصوصية مثلا في القوانين الأساسية الخاصة من طبيعة المهام و الواجبات و الحقوق ، أما ما عدا ذلك فطرق التسيير متطابقة و ليس أدل على ذلك من خضوع إجراءات تسيير المورد البشرية في قطاع الصحة لمختلف طرق الرقابة التي تمارس على باقي الإدارات و بنفس الدرجة (تأشيرة مفتشية الوظيفة العمومية على مخطط تسيير الموارد البشرية، تأشيرة المراقب المالي في قرارات التوظيف...).

-2- يتميز التسيير العمومي للموارد البشرية بعدة إشكالات أهمها نقص التكوين المتواصل و في حالة تواجد برامج فهي تكون بعيد عن الواقع العملي رغم الأهمية التي يتميز بها التكوين فهو يساعد في رفع الكفاءات و تحسين أداء الموارد البشرية رغم أن مؤسسات الصحة في حد ذاتها تعتبر مؤسسات تكوين مباشر للمستخدمين بمختلف أنواعهم.

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

3- يتميز التسيير العمومي بنقص التحفيز حيث يتقاضى مختلف المستخدمين رواتبهم بالإضافة إلى منح و علاوات كالمردودية و المناوبات المختلفة مما يجعل عملية التحفيز المالي عملية نمطية لا تؤدي الهدف المطلوب منها كما نلاحظ انعدام التحفيز النفسي بين مختلف المستويات السلمية للهيكل التنظيمي لمؤسسات الصحة و كذلك مهارات الاتصال التنظيمي الهادف.

4- يعتبر تقييم أداء الموظفين من أكثر النقاط السلبية في قطاع الصحة فهو زيادة على اعتماده على نصوص قديمة أصبحت لا تتماشى مع الواقع الحديث لا يعتمد هذا الأسلوب في التقييم إلا على نقطة وحيدة يقدمها المسؤول السلمي حول الموظف دون اعتماد معايير تقنية و موضوعية للتمكن من معرفة المستوى الحقيقي للموظف و عدم استغلال هذه النقطة في التأثير على استقلاليته في عمله أو استعمالها كوسيلة عقاب غير موضوعية.

5- ضغوط العمل في قطاع الصحة تساهم في مغادرة الكفاءات لهذا القطاع الحساس حيث تعتبر طبيعة المهام الطبية وشبه الطبية ومهام الإشراف على المؤسسات الصحية و تحمل مسؤولية توفير الخدمات الصحية من أصعب المهام لذلك يشهد القطاع العمومي هجرة كبيرة للإطارات رغم أنه ثالث مشغل¹ ب 266 525 عون بعد قطاع الداخلية و قطاع التربية.

و يمكن أن نفسر ذلك كما قلنا بطبيعة المهام من ناحية و كذلك بحجم العمل حيث تبقى التغطية الصحية غير كافية أو سيئة التوزيع بين مناطق الوطن رغم المجهودات المبذولة أو بدافع الربح المالي حيث يقدم القطاع الخاص للمستخدمين الطبيين و شبه الطبيين- خاصة مع عدم وجود آلية لضبط القطاع الخاص في مجال أسعار الخدمات الصحية- مداخيل كبيرة مقارنة بالقطاع العمومي و كمثل على ذلك فإن تكلفة عملية جراحية واحدة في القطاع الخاص قد لا تتجاوز ساعة واحدة يتعدى بكثير الأجر الشهرية لجراح متخصص في القطاع العمومي .

6- هناك سوء توزيع في الموارد البشرية بين المناطق المختلفة خاصة التغطية الطبية .

الفرع الثاني التمويل:

رغم أن النصوص القانونية الخاصة باعتماد نظام التعاقد كوسيلة لتمويل المؤسسات الصحية جاهزة في مجملها و رغم طول المدة التي تم فيها لأول مرة الإشارة إلى طريقة التمويل(25) سنة منذ جانفي 1992) و رغم الاجتماعات و اللجان الوزارية المشتركة التي تمت في هذا الإطار فإن الدولة لم تتمكن لحد الآن اعتماد هذا النظام و هو ما يمكن أن نفسره ب:

¹ ب 266 525 عون حسب موقع المديرية العامة للتوظيف العمومية. www.dgfp.dz/ar/stat.asp

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

1- الربط بين فكرة اعتماد نظام التعاقد و التخلي عن مجانية العلاج أي أن تطبيق هذا النظام يعني التخلي عن المجانية و هو ما يعتبر فكرة خاطئة حيث أن هذا النظام يحقق عدالة كبيرة في تمويل الصحة لتكفل كل طرف بالأشخاص التابعين له (مؤسسات التأمين بالمؤمنين و الدولة بالمعوزين) كما يمثل وسيلة لخروج تمويل الصحة من التأثير المباشر لمختلف التقلبات في أسعار البترول.

2- عدم وضوح الرؤية لدى صناع السياسة الصحية في تطبيق النهج التعاقدية خاصة من ناحية الأجل و ذلك لاعتماد الدولة على الوفرة المالية التي تمكن ولو ظرفيا من تغطية مختلف العيوب التي يعاني منها القطاع لكن بمجرد تناقص أسعار النفط سيواجه قطاع الصحة مشاكل كبيرة خاصة مع اتساع نشاطه و عدم التمكن مستقبلا من توفير التمويل اللازم بسبب شح الموارد.

3- ارتباط موضوع التمويل بقطاعات أخرى فيجب أولا إصلاح قطاع الضمان الاجتماعي بفرض إجبارية التأمين على المرض و العجز لدى غير الأجراء و الخواص و هو ما يتطلب أيضا إصلاح قطاع العمل في حد ذاته حيث يعمل كثير من الناس من دون أي وثائق لا للعمل ولا للضمان الاجتماعي و هو ما يصعب إثباته كما تنعدم الآليات القانونية لفرضه و إن وجدت لا تطبق بصرامة.

4- رغم الوفرة المالية التي تميزت بها الفترة لمحددة للدراسة (2007-2012) مقارنة بفترات قبلها أو بعدها و رغم الأموال الكبيرة التي ضختها الدولة في القطاع و رغم الأرقام الايجابية مثل ارتفاع نسبة نصيب الفرد من نفقات الصحة و نسبة نفقات الصحة مقارنة مع الناتج الداخلي الخام فإن الأرقام لا تعبر عن مدخلات جيدة لأننا و بمقارنة بسيطة نرى أن دولة مثل تونس تقارب أرقامها الأرقام التي حققتها الجزائر رغم انعدام الوفرة المالية لديها فمثلا سنة 2010 كان نصيب الفرد التونسي من نفقات الصحة 271 دولار فيما كان نصيب الفرد في الجزائر 228.92 دولار و في نسبة الإنفاق على الصحة مقارنة مع الناتج الداخلي الخام لنفس السنة حققت تونس نسبة 6.5 % بينما الجزائر 5.12%. (حسب معطيات البنك الدولي).¹

¹موقع البنك الدولي: data.albankaldawli.org/indicators/SH.XPD.PUBL

المطلب الثاني: من ناحية العملية التحويلية للنظام.

الفرع الأول: التغيير التنظيمي.

1- التغيير التنظيمي الذي شمل مؤسسة القطاع الصحي و حولها إلى مؤسستين كان له نتيجتان إيجابيتان هما:

إنشاء إدارة مستقلة قريبة من المواطن مكلفة بالوقاية و الفحص الطبي و تخفيف الضغط في التسيير على المستشفى و تخصيص إدارة له ،لكن كانت له أيضا نتائج سلبية من خلال ارتفاع النفقات المالية كثيرا و صعوبة الرقابة على الهياكل الخارجية لمؤسسات الصحة الجوارية.

2- التغيير التنظيمي الذي شمل الهيكل التنظيمي بإضافة مديرية فرعية للصيانة كانت له نتائج إيجابية نظرا لأهمية التجهيزات الطبية في العمل الطبي وضرورة متابعة عملها بفعالية من أجل ضمان خدمة جيدة مستمرة و غير منقطعة.لكن في نفس الوقت بقي كثير من عمل هذه المديرية مرتبطا بالمديرية الأصلية لها سابقا و هي المديرية الفرعية للمالية والوسائل كما أن هناك عدم وضوح لبعض أعمالها و علاقاتها الوظيفية مع هذه المديرية.

3- التغيير التنظيمي في الهيكل الإداري للمؤسسة الصحية لابد و أن ينطلق من نقاط واقعية أهمها مراعاة ازدواج السلطة في المؤسسة الصحية بين نخبة إدارية تمتلك قيادة المؤسسة و بين سلطة طبية تمتلك التقنية اللازمة لسير العمل و يراعي مختلف حالات الصراع التي يمكن أن تحدث و علاقة ذلك مع العلاقات الهيكلية كما يجب الاهتمام بالنشاط شبه الطبي الذي يعتبر نشاطا منفصلا عن النشاط الطبي فيجب أن يكون له هيكل مستقل.و على هذا يمكن إنشاء هيكل إداري موحد لنشاط الإدارة و المالية مهمته الدعم بالموارد المالية و الموارد البشرية يقابله هيكل للنشاطات شبه الطبية و شبه الطبية .

4- التغيير التنظيمي الذي جاء به المرسوم التنفيذي 07-140 المذكور سابقا لم يغير الطبيعة القانونية للمؤسسات الصحية التي أنشأها (مؤسسات الصحة الجوارية و المؤسسات الاستشفائية) عن الطبية القانونية للمؤسسة القديمة (القطاع الصحي) بل أبقاها كما هي هيئة عمومية ذات طابع إداري تخضع للرقابة المالية حسب القوانين المعمول بها كما تخضع لمختلف أنواع الرقابة و المحاسبة العمومية و هو ما كانت له نتائج سلبية حول طرق التسيير و استقلالية المؤسسات و هامش حرية الممنوح لها في العمل.

5- تعاني البلاد من سوء توزيع في الهياكل الصحية حيث تستحوذ المناطق الحضرية الكبرى(الجزائر،وهران،قسنطينة...) على أغلب المؤسسات الصحية و هو ما تبينه الأرقام المتعلقة بالموضوع :فلحد الآن لا يوجد أي مستشفى جامعي بالجنوب كما أن حصة الجنوب من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة كانت 8 من 69.

الفرع الثاني: من ناحية التسيير.

1-لا زالت المؤسسات الجديدة تعاني نفس مشاكل التسيير للمؤسسة القديمة بسبب عدم تغيير آليات العمل لقد أبقى المرسوم على نفس الهياكل من مجلس الإدارة و المجلس الطبي و نفس تقنيات و هيئات الرقابة في مختلف المجالات (الوصاية، الوظيفة العمومية، الرقابة المالية...) و كان التغيير يشمل فقط فصل مؤسستين عن بعضهما في الهيكل التنظيمي بناء على الاختلاف الوظيفي بينهما.

2- من ناحية التسيير المالي لا تعاني المؤسسات الصحية من غياب الموارد -نظرا للوفرة المالية- بل من سوء توزيعها بين المؤسسات و سوء تسييرها و غياب آليات فعالة للرقابة عليها و تقييم النشاط الصحي اقتصاديا و ادخال مختلف الوسائل التقنية لمراقبة فعالية لمختلف التكاليف و دراسة مردودية المؤسسة كما أن هيكله ميزانية المؤسسة تقوم على مبدأ الإيرادات و النفقات دون اعتبار لتقييم فعلي لنشاط المؤسسة مقارنة بما تم إنفاقه من أموال.

3- لم يتم الاعتماد على التخطيط كعملية ضرورية في التسيير إلا مؤخرا من خلال تعميم ما سمي ب "مشروع المؤسسة" و هو وثيقة تحليلية تحدد مواطن النقص في المؤسسات و تحديد المتدخلين لإصلاحها مع تحديد أجل زمني لذلك و رغم ذلك بالعمل بهذا النموذج أصبح مفرغا من محتواه بحيث لا يعدو أن يكون وثيقة تملأ كل مدة معينة و ترفع للسلطات الوصية دون رقابة فعالة.

4- غياب رقابة فعالة للتسيير المالي بحيث ترفع سنويا الوضعية المالية للمؤسسات مع الحساب الإداري و مختلف الوثائق التي تثبت النفقات التي تمت خلال السنة مع غياب آلية تقارن بين الإنفاق و تأثيره على جودة الخدمة المقدمة و اختصار العمليات المالية كلها في عملية صرف النفقات الممنوحة فقط.

المطلب الثالث : من ناحية بيئة النظام الصحي الجزائري.

- الفرع الأول البيئة القانونية .

تعاني المنظومة العمومية للصحة من ضعف كبير من الناحية القانونية لتغطية و معالجة مختلف الظروف التي تحكم عمل النظام و ذلك لطبيعة القطاع بوصفه عموميا حيث يكون تعامل السلطات عن طريق النصوص القانوني من أجل إحداث أي تغيير.

ولعل أهم نقطة يمكن أن نتكلم عنها هي مشروع قانون الصحة الذي راهنت عليه الوزارة من أجل تغيير منظومة المؤسسات الصحية بحيث خصص فصلا كاملا لهيكله المؤسسات الصحية كما اعتمد على تغيير الطبيعة القانونية لكل المؤسسات الصحية من مؤسسات عمومية ذات طابع إداري إلى مؤسسات عمومية ذات تسيير خاص لكنه أبقى على الموارد البشرية كلها

الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية.

خاضعة للوظيفة العمومية مع اعتماد المحاسبة العمومية في باب نفقات المستخدمين و المحاسبة العامة في باقي النفقات و التركيز على تنفيذ مبدأ التعاقد كمصدر من مصادر تمويل المؤسسات الصحية

- الفرع الثاني الوضعية الصحية.

من أجل سياسة إصلاح حقيقي لابد من إدراك الوضعية الصحية للمجتمع الجزائري و التي تتميز بتناقص في الأمراض المتنقلة(أمراض الفقر) و تزايد في الأمراض غير المتنقلة (أمراض الرفاهية) و على رأسها أمراض القلب و الشرايين. و من هذا المنطلق يجب رسم أي سياسة إصلاح.

كما يجب رسم خارطة لمختلف الأمراض التي تصيب المجتمع من أجل فهم التوزيع الجغرافي لبعض الأمراض من أجل تحديد طريقة التصرف معها ببناء الهياكل أو بتوجيه الموارد البشرية

-الفرع الثالث: المتغيرات الديمغرافية و البيئية.

يجب ربط سياسة الإصلاح بمختلف التغيرات الديمغرافية و الاجتماعية التي تحدث في المجتمع حيث ارتفع عدد السكان خلال فترة الدراسة ب 4 ملايين نسمة كما تناقصت التركيبة الريفية مفسحة المجال للتركيبة الحضرية بفعل نزوح السكان نحو المدن و كذلك تغيرت العادات الغذائية و الاجتماعية للمجتمع الجزائري مما له أثر مباشر على الصحة.

خلاصة الفصل الثالث

من خلال الفصل الثالث لا بد أن نقول أن محددات أداء النظام الصحي حسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2000 هي ما يمكن أن نعتمد عليه من أجل فهم مدى عمق الإصلاحات التي قامت بها الدولة في المجال الصحي من خلال البعد التنظيمي و البعد المالي.

لقد قامت الحكومة بتغيير هيكلية على مستوى مؤسسة القطاع الصحي كما فصلنا لكنها حافظت على عدة نقاط كما يلي :

- الإبقاء على نفس الطبيعة القانونية ما بين المؤسسات القديمة و الحديثة كمؤسسات ذات طابع إداري تعاني من نفس الإجراءات الإدارية الثقيلة.

-الإبقاء على قواعد المحاسبة العمومية و إجراءات الرقابة المالية نفسها.

- الإبقاء على نفس الوضع القانوني لمستخدمي القطاع العمومي للصحة بصفتهم موظفين عموميين.

- تأجيل تطبيق نظام التعاقد رغم توفر جميع الظروف للبدء في تطبيقه.

خاتمة

النامية

الهدف الذي تقوم عليه السياسة العامة هو تحقيق الصالح العام و الهدف الذي تطمح إليه السياسة الصحية هو حفظ صحة المواطنين و ضمان تمتعهم بمستوى صحي متميز و التمكن من مواجهة مختلف الأمراض و ضمان حالة التوازن و الاندماج النفسي و الاجتماعي بين المواطن و بيئته و مجتمعه و هي -أي السياسة الصحية- كما تنطلق من توفير ظروف متعددة في مجالات متعددة ربما تبدو بعيدة عن مجال الصحة فهي تعود إليها لتؤثر فيها أيضا بطريقة تبادلية، فالمجتمع الذي تكثر فيه أمراض معينة لابد و أن يكون لهذه الظواهر تأثير اجتماعي و نفسي و اقتصادي كما أن تحسين الصحة لابد أن ينطلق من قطاعات أخرى أيضا كالتعليم و العمل و الضمان الاجتماعي مثلا.

من هنا لابد و أن نقول أن أي إصلاح يمكن أن نفكر فيه لابد و أن ينطلق بالتنسيق مع قطاعات أخرى، ولو تطرقنا لما قلناه في هذه المذكرة لابد و أن نذكر الاستنتاجات التالية:

- إصلاح الهيكل التنظيمي لمؤسسات الصحة يجب أن ينطلق من الواقع الحقيقي الذي تصادفه المؤسسة العمومية للصحة بصفقتها حجر الزاوية في المنظومة العمومية للصحة و يجب أن يتعدى تغيير مصلحة بمصلحة دون أن يكون لذلك أثر مدروس على كل المستويات يجب أن يحدث إضافة إيجابية تحسن طريقة عمل المؤسسة العمومية للصحة.

إننا من خلال دراسة التغييرات الهيكلية التي أحدثتها المراسيم التنفيذية التي غيرت في صورة الشبكة العمومية لمؤسسات الصحة نلاحظ أن الهيكل الإداري للمؤسسة العمومية للصحة يقوم على خدمات دعم و إسناد تضمنها مديرية المالية و الوسائل و مديرية الموارد البشرية و مديرية الصيانة في مقابل أن تقود المديرية الفرعية للنشاطات الصحية و تشرف على النشاط الطبي و شبه الطبي و هنا لابد أن نؤكد على الدور المحوري لهذه المديرية التي يجب أن نزيد في حجمها و ننظمها بطريقة توازي أهميتها فعلى سبيل المثال يمكن تخيل الهيكل الإداري للمؤسسة العمومية للصحة يتكون من هيكلين أساسيين أحدهما هيكل خاص بالنشاطات يشرف على النشاط الطبي و النشاط شبه الطبي و يعتمد على مكاتب إدارية تابعة كمكتب تحليل النشاط و مكتب الدخول يقابله هيكل إداري يهتم بمختلف عمليات الدعم و

الإسناد المالي و البشري و الصيانة مع إيجاد آليات قانونية لمراقبة كل هيكل عن النشاط المكلف به و المسؤول عنه.

- يجب تغيير الطبيعة القانونية للمؤسسات العمومية الاستشفائية كهيئات عمومية ذات طابع إداري وعدم الاكتفاء بتغيير في الهيكل التنظيمي الإداري فقط لأن طبيعتها الإدارية تساهم في إبقائها ضمن الواقع الراهن الذي تسيطر فيه مركزية القرار و عدم وجود مساحة لحرية المسيرين للإبداع و التحكم فيها بما يخدم طالبي الخدمات الصحية و في المقابل فإن اعتماد نظام التعاقد رسميا لابد و أن ينتج عنه كما قلنا تغيير مباشر في الطبيعة القانونية لهذه المؤسسات ليحولها إلى هيئات ذات تسيير خاص تتمتع باستقلال مالي حقيقي وتتمكن من تحقيق مدخول خاص بها بناء على التكاليف الحقيقية للخدمات التي تقدمها و هو ما يسمح بتحقيق وفرة مالية لكل مؤسسة حسب النشاط الذي تقدمه مما ينتج عنه تحسين الخدمات التي تقدمها مستقبلا.

- يجب الإبقاء على الطبيعة القانونية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بصفاتها هيئات عمومية ذات طابع إداري و هو ما يساهم في تكريس مبدأ تكفل الدولة بالتمويل المباشر لنفقات الوقاية -المهمة الرئيسية - لهذا النوع من المؤسسات مع التركيز على برامج التلقيح و تحديد برنامج عمل أو دفتر شروط يتم تطبيقه و تقييمه دوريا في كل مؤسسة حسب خصوصياتها الجغرافية و بالتالي الوبائية.

- إعتقاد نظام التعاقد لتمويل المؤسسات الصحية سيؤدي إلى كون مداخيلها تخرج و بنسبة كبيرة عن التكاليف التي يدفعها الضمان الاجتماعي عن المؤمنين الذين يستفيدون من خدمات الصحة ما يؤدي إلى اعتماد فعالية في التسيير و تركيز هذه الخدمات على إشباع حاجات المريض و يضع المؤسسات إمام اختبار حقيقي في خدمة المريض- الزبون- و استبدال مصطلح المستشفى- الإدارة التي تستفيد من موارد الدولة لتنفقها دون فعالية بمصطلح المستشفى- المؤسسة الذي لن يحقق مدخولا إلا إذا استقبل مريضا و خدمه بطريقة مقنعة.

-إصلاح تمويل الصحة لابد و أن يكون ضمن سياق أكبر يتعدى القطاع العمومي للصحة إلى قطاعات أخرى فمن جهة يجب إصلاح قطاع الضمان الاجتماعي في حد ذاته من أجل ضمان

مشاركة الجميع و بنسب عادلة و حقيقية و إيجاد آليات تفرض على غير الأجراء(كالتجار و الحرفيين...) المشاركة بأقساط التأمين التي من المرجح جدا أن ترتفع نسبها إذا دخلت الدولة جديا في تجسيد مرحلة التعاقد بناء على مداخل حقيقة و هو ما يتطلب تدخل قطاع الضرائب أيضا كما يتطلب تدخل عدة قطاعات أخرى منها قطاع العمل الذي يعاني كثير من شاغليه من عدم التصريح بهم لدى مصالح الضمان الاجتماعي.

- التغيير في الموارد البشرية هو أهم موضوع يمكن أن يراهن عليه صانعو سياسة الإصلاح الصحي و لن يكون ذلك ممكنا إلا إذا اعتمدت الدولة على مخطط متعدد القطاعات يشمل:

- التعليم العالي و برامج التكوين الأساسي للأطباء و شبه الطبيين و الإداريين و تحيينها بما يتماشى مع كل مت هو مستجد في الميدان.
- اعتماد سياسة تكوين متواصل تتماشى و التطور في العلوم و التقنيات لتجعل المورد البشري على اطلاع بكل جديد في الميدان العملي.
- تغيير النصوص القانونية التي تعالج الموارد البشرية فيما يتعلق بالتكوين و القوانين الأساسية الخاصة لكل الفئات بما يتماشى و يحقق إطارا قانونيا للموارد البشرية تضمن معه حرية في العمل و الإبداع و ضمان جو من التحفيز الكبير بما ممن شأنه أن يساهم في إنقاص نزيف الإطارات الذي يعاني منه القطاع العمومي نحو الخارج أو نحو القطاع الخاص و لو تطلب ذلك تغيير الطبيعة القانونية لعلاقات العمل من أحكام تدخل ضمن قانون الوظيفة العمومية إلى أحكام تدخل ضمن قانون العمل و اعتماد التعاقد كوسيلة لجلب المورد البشري مقابل تحقيق أهداف معينة.

- تعاني أي سياسة إصلاح من عدم الاستمرارية عند تغيير المسؤولين عنها في القيادة العليا للإدارة المكلفة بذلك أو للوزارة فمثلا تم في سنة 1998 تأسيس مجلس وطني مكلف بإصلاح الصحة الذي حضر تقريره الشامل و ركز على إصلاح التمويل و الموارد البشرية و الجانب التنظيمي لتبدأ الوزارات المتعاقبة بمشاريع مستقلة عن بعضها و غير مبنية على استمرارية من أجل تحديد النقائص و تحديد برنامج زمني لحلها.

قائمة المراجع

المراجع
- أولاً: باللغة العربية:

- 1- الكتب

- 1- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة - عمان (الأردن)، 2007 .
- 2- المنظمة العالمية للصحة ، الإدارة الصحية إعداد مجموعة من المتخصصين في الإدارة الصحية -دار أكاديميا انترناشيونال ،بيروت 2007 .
- 3- إدارة التغيير و التطوير التنظيمي ، أحمد يوسف دودين، دار اليازوري، عمان ،الأردن،2012.
- 4- سيد سالم عرفة ،اتجاهات حديثة في إدارة التغيير،دار الحرية للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 5- شريف إسماعيل ،أساسيات التسيير العمومي،دار قرطبة للنشر و التوزيع،الجزائر،2015.
- 6- د.مهالحذيفي ،د. محمد الخفاجي:النظام السياسي و السياسة العامة ،مركز الفرات للتنمية والدراسات الإستراتيجية.2006
- 7- جيمس أندرسون صنع السياسات العامة ،ترجمة د عامر الكبيسي، دار المسيرة – الأردن - 1998 .
- 8- ثامر الخزرجي ،النظم السياسية الحديثة و السياسات العامة ، دار مجدلاوي ، عمان الأردن-2004.
- 9- د. فهمي خليفة الفهداوي،السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل ،دار المسيرة – عمان الأردن-2001 .
- 10- د عبد الفتاح ياغي، السياسات العامة :النظرية و التطبيق (مصر)،المنظمة العربية للتنمية الإدارية،(2009)،
المجلات و التقارير
- 11- المنظمة العالمية للصحة ،التقرير العالمي للصحة، تحسين أداء الأنظمة الصحية،مطبوعات.ع.ص،جنيف 2000.
- 12- د محمد نصر عارف،ابستمولوجيا السياسة المقارنة،المؤسسة الجامعية للدراسات للنشر و التوزيع،الطبعة الثانية،بيروت لبنان،2002.

13-د علي معمر عبد المؤمن، البحث في العلوم الاجتماعية، (طبعة 1)، بنغازي، ليبيا، منشورات جامعة 07 أكتوبر، 2008.

14- عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية، (الطبعة الثانية)، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1985.

-2- المقالات و أعمال الملتقيات:

1-د. عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية (جامعة قسنطينة)، العدد 31 جوان 2009.

2-د. مختار رحاب، الصحة و المرض و علاقتهما بالنسق الثقافي للمجتمع، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد 15، جوان 2014 ص.

3- دورة المجلس التنفيذي للمنظمة العالمية للصحة، تعزيز حوار السياسات الوطني حول وضع استراتيجيات و خطط صحية متينة، جانفي 2011.

4-د. لقمان مغراوي، ورقة بحثية بعنوان صناعة السياسات الصحية في عالم متغير، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية (المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية)، عدد 1-مجلد 1.

5- تقرير منتدى التغطية الصحية التابع لمؤتمر ويش -2015 (مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية).

6- جبار ياسين، التطوير التنظيمي وإدارة التغيير في المنظمات الحكومية (المتطلبات والمعوقات) مجلة رماح، عمان الأردن، عدد 13-2014

7- د. بن عبد العزيز فطيمة أ. معزوز نشيدة، التغيير التنظيمي و علاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية يومي 18 و 19 ماي 2011. جامعة البليدة.

8- سعيدان رشيد، د بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية (جامعة بشار)، العدد 01 سبتمبر 2014..

9- عرابة الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم و الإشكالية، مجلة الباحث جامعة ورقلة عدد 07-2009.

10- عدمان مريزق ،التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا، المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة:دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية جامعة البليدة يومي 18 و19 ماي 2011.

11- بلقاسم صبري ، "الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية و تحسين أدائها"،مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة و الحكومية في الوطن العربي، 12-14 مارس 2002القااهرة.

- 3- النصوص القانونية -

1- دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية 14 بتاريخ 07 مارس 2016

الأوامر و القوانين:

2-الأمر 73-65 في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني

3- الأمر 76-79 المؤرخ في 23 أكتوبر 1976 و المتضمن قانون الصحة العمومية(ملغى سنة 1985).

4- القانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 متعلق بحماية الصحة و ترقيتها.

5-الأمر 06-03 المؤرخ في 15 جويلية 2006 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

المراسيم:

6- المرسوم الرئاسي 07-304 في 29-09-2007 المحدد للشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين و نظام دفع رواتبهم.

7- المرسوم الرئاسي 07-307 في 29-09-2007 المتعلق بكيفية منح الزيادات الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا في المؤسسات و الإدارات العمومية.

8- المرسوم الرئاسي 07-308 في 29-09-2007 المتعلق بالأعوان المتعاقدين

- 9- المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها (الملغى سنة 1997).
- 10- المرسوم التنفيذي 96-92 في 12-03-1996 المتعلق بالتكوين و تحسين مستوى الموظفين.
- 11- المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 متعلق بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.
- 12- المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 متعلق بالقطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها.
- 13- المرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 متعلق بالمراكز الاستشفائية و تنظيمها و سيرها.
- 14- المرسوم التنفيذي 01-12 المؤرخ في 21 جانفي 2001 و الذي يحدد كفيات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن اجتماعيا.
- 15- المرسوم التنفيذي 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 المتعلق بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران و تنظيمها و سيرها.
- 16- المرسوم التنفيذي 04-101 المؤرخ في 01 أبريل 2004 المتضمن كفيات مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات العمومية للصحة
- 17- المرسوم التنفيذي 05-459 في 30 نوفمبر 2005 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية عين تيموشنت و تنظيمها و سيرها.
- 18- المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 1997 المتضمن المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.
- 19- المرسوم التنفيذي 08-129 بتاريخ 03-05-2008 المتضمن القانون الأساسي للأساتذة الباحثين الاستشفائيين الجامعيين.
- 20- المرسوم التنفيذي 09-161 في 02-05-2009 المتضمن لقانون الأساسي الخاص لمتصرفي الصحة.
- 21- المرسوم تنفيذي 09-240 في 22-07-2009 الخاص بالنفسانيين العياديين للصحة العمومية.

المرسوم التنفيذي 393-09 بتاريخ 24-11-2009 المتضمن القانون الأساسي للممارسين الطبيين العاميين.

22- المرسوم التنفيذي 394-09 بتاريخ 24-11-2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص للممارسين الطبيين الأخصائيين.

23- المرسوم التنفيذي 77-10 بتاريخ 18-02-2010 المتضمن القانون الأساسي الخاص للممارسين الطبيين المفتشين.

24- المرسوم التنفيذي 177-10 في 08-07-2010 الخاص بالفيزيائيين الطبيين للصحة العمومية.

25- المرسوم التنفيذي 92-11 في 24-02-2011 الذي يحول مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين شبه الطبي.

26- المرسوم التنفيذي 121-11 في 20-03-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص لشبه الطبيين.

27- المرسوم التنفيذي 122-11 في 20-03-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بسلك القابلات للصحة العمومية.

28- المرسوم التنفيذي 152-11 في 03-04-2011 الأساسي الخاص للبيولوجيين للصحة العمومية.

29- المرسوم التنفيذي 235-11 في 03-07-2009 خاص بأعوان التخدير و الإنعاش.

القرارات و التعليمات

1- القرار الوزاري المشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002 والمتضمن تحديد الموارد الناتجة عن نشاطات المؤسسات العمومية للصحة.

2- التعليمات رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2000 عن وزير الصحة والسكان التي تتعلق بتنظيم و سير مكتب الدخول.

- باللغة الأجنبية:

-1- LIVRES:

-15- OMS, Evaluation des reformes opérées dans le financement des services de la santé, Edition OMS, GENEVE, 1993.

-2- REVUES ET RAPPORTS

- 1-Rapport Ministère de la santé: Situation démographique et sanitaire 2000-2014, Juillet 2014 .

-2- Rapport Ministère de la santé: Reformes hospitalière évolution et perspectives-Décembre 2015

-3-Groupe de d'experts, les système de santé en Algérie ,Maroc et Tunisie : Défis et enjeux, mag: les note(IPEMED)N°13 Avril 2012.

-3- ARTICLES ET COLLOQUES

-12- Pr Brahmia, Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie ,colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger

-13- Pr CHAOUECHE, Le financement du système de santé, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier-2014 .Alger.

-14- Pr ABID Larbi, Organisation actuelle du système nationale de santé et perspectives, colloque internationale sur les politiques de santé, Alger du 18 au 19 Janvier 2014.

-15-Pr .L CHACHOUA, Le système nationale e santé de 1962 à nos jours, colloque international sur les politique de santé, Alger 18-19 Janvier2014.

خامسا: مواقع الإنترنت.

www.sante.dz..... موقع وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

www.larousse.fr.....الموقع الالكتروني لمعجم لاروس

www.joradp.dz..... موقع الأمانة العامة للحكومة

www.andi.dz.....الموقع الالكتروني للوكالة الوطنية لدعم الاستثمار

www.who.int.....الموقع الالكتروني للمنظمة العالمية للصحة

www.almaany.com.....الموقع الالكتروني المعاني

فهرس الأشكال الجداول

فهرس الأشكال

الرقم	التعيين	صفحة
1	شكل يمثل مراحل صنع السياسة العمومية للصحة	18
2	شكل يمثل نموذج النظام الصحي	30
3	شكل يوضح الهيكل التنظيمي لإدارة القطاع الصحي	45
4	شكل يمثل تدرج العلاج في المنظومة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة	46
5	شكل يوضح الهيكل التنظيمي لمؤسسات الصحة الجوارية و المؤسسات العمومية الاستشفائية	48
6	شكل يوضح تدرج العلاج في شبكة المؤسسات العمومية للصحة	53
7	شكل يوضح الهيكل التنظيمي لمكتب القبول	68
8	أعمدة بيانية تمثل تطور عدد السكان في الجزائر ما بين 2000 و 2014	73
9	مخطط بياني يبين تغير معدل وفيات الأطفال في ال 1000 من سنة 2000 الى 2013	75
10	دائرة نسبية تمثل تنوع مصادر تمويل الصحة لسنة 2000	80
11	دائرة نسبية تمثل تنوع مصادر تمويل الصحة لسنة 2011	80

فهرس الجداول

الرقم	التعيين	صفحة
1	جدول يوضح تطور التغطية الطبية و شبه الطبية من 1962-2009	37
2	جدول يلخص تغييرات المرسوم 07-140 على مؤسسة القطاع الصحي	49
3	جدول يوضح المصاريف التي يدفعها المؤمنون و غير المؤمنين للاستفادة من الخدمات الاستشفائية	66
4	جدول لمصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين و غير المعوزين للاستفادة من خدمات الإيواء	67
5	جدول يمثل تطور عدد السكان في الجزائر للفترة 2000-2014	73
6	جدول يمثل تطور الأمل في الحياة للجزائر للفترة 2000-2014	74
7	جدول يمثل تطور معدل وفيات الأطفال أقل من سنة واحدة 2000-2013	75
8	جدول يبين تطور الأمراض المتنقلة 1999-2009	76
9	جدول يمثل تطور نسبة ميزانية وزارة الصحة ما بين 2004-2011	78
10	جدول يمثل تطور المؤشرات المالية لقطاع الصحة في الجزائر من سنة 2004 إلى سنة 2013	79
11	جدول يمثل مصادر تمويل الصحة في الجزائر من سنة 2000 إلى سنة 2011	79
12	جدول يمثل تطور التغطية الطبية في الجزائر (عدد الأطباء و عدد المواطنين لكل طبيب) من 2000 إلى 2012	82
13	جدول يمثل تطور التغطية شبه الطبية من 2000 إلى 2012	82

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

	مقدمة
12	الفصل الأول : الاطار النظري للدراسة
12	المبحث الأول: السياسة الصحية
12	المطلب الأول: الصحة
12	الفرع الأول: تعريف الصحة
12	الفرع الثاني : مفهوم المرض
13	المطلب الثاني: السياسة الصحية
13	الفرع الأول : السياسة العامة
16	الفرع الثاني : السياسة الصحية
19	الفرع الثالث سياسة الإصلاح الصحي
21	المبحث الثاني : مفهوم التغيير و التطوير التنظيمي
21	المطلب الأول: تعريف التغيير و التطوير التنظيمي و أسبابه
21	الفرع الأول: التعريف
22	الفرع الثاني: الخصائص
23	الفرع الثالث :الأسباب
25	المطلب الثاني: مجالات التغيير التنظيمي و خطواته
25	الفرع الأول: مجالات التغيير و التطوير التنظيمي
26	الفرع الثاني: خطوات التغيير و التطوير التنظيمي
28	المبحث الثالث: المنظومة العمومية للصحة في الجزائر
28	المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي
31	المطلب الثاني: تطور المنظومة العمومية للصحة في الجزائر
31	الفرع الأول : المرحلة الأولى تكوين المنظومة العمومية للصحة 62-73
32	الفرع الثاني: المرحلة الثانية تطوير و تنمية المنظومة 74-89
34	الفرع الثالث: المرحلة الثالثة الأزمنة 90-99
35	الفرع الرابع: المرحلة الرابعة إعادة التنمية من جديد 00-15
	خلاصة الفصل الأول
40	الفصل الثاني : الإطار القانوني لإصلاح المنظومة العمومية للصحة
40	المبحث الأول: البعد التنظيمي في إصلاح المنظومة العمومية
40	المطلب الأول: مؤسسة القطاع الصحي كحجر أساس في المنظومة العمومية لمؤسسات الصحة

46	المطلب الثاني: التغيير التنظيمي في مؤسسة القطاع الصحي
46	الفرع الأول: تنظيم و سير المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
47	الفرع الثاني: مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
47	الفرع الثالث الهيكل التنظيمي الإداري
51	المطلب الثالث: المؤسسات الاستشفائية و المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران
51	الفرع الأول: المؤسسات الاستشفائية:
52	الفرع الثاني: المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران:
54	المبحث الثاني: الموارد البشرية في المنظومة العمومية
54	المطلب الأول: مستخدمو القطاع العمومي للصحة
57	المطلب الثاني: وظائف تسيير الموارد البشرية في القطاع العمومي للصحة
60	المبحث الثالث: إصلاح تمويل الصحة
60	المطلب الأول: أهمية و تطور تمويل الصحة
63	المطلب الثاني: إصلاح تمويل المؤسسات العمومية للصحة في
64	الفرع الأول: تطور تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر
65	الفرع الثاني: التعاقد كوسيلة لإصلاح التمويل في المؤسسات الصحية
67	الفرع الثالث: دور مكتب الدخول في تجسيد التعاقد
خلاصة الفصل الثاني	
71	الفصل الثالث: تحليل نتائج الإصلاحات الصحية
71	المبحث الأول: أداء النظام الصحي الجزائري
71	المطلب الأول: محددات الأداء للنظام الصحي
72	المطلب الثاني: أداء النظام الصحي الجزائري
72	الفرع الأول تطور السكان في الجزائر
74	الفرع الثاني المستوى الصحي
74	المستوى الصحي: معدل العمر المأمول عند الولادة (الأمل)
75	المستوى الصحي: معدل وفيات الأطفال أقل من سنة
76	المستوى الصحي: الوضعية الصحية (الأمراض المتنتقلة).
78	المستوى الصحي: الوضعية الصحية (الأمراض غير المتنتقلة).
78	الفرع الثالث التمويل
78	التمويل: تطور ميزانية وزارة الصحة
79	التمويل: تطور المؤشرات المالية لقطاع الصحة

79	التمويل :مصادر تمويل الصحة في الجزائر
82	الفرع الرابع الموارد البشرية
82	الموارد البشرية التغطية الطبية
82	الموارد البشرية :التغطية شبه الطبية
86	المبحث الثاني: إشكالات أداء النظام الصحي الجزائري و كيفية التعامل معها
85	المطلب الأول : من ناحية الموارد البشرية والتمويل
85	الفرع الأول الموارد البشرية
86	الفرع الثاني التمويل
88	المطلب الثاني: من ناحية العمليات التحويلية للنظام
88	الفرع الأول التغيير التنظيمي
89	الفرع الثاني:من ناحية التسيير
89	المطلب الثالث : من ناحية بيئة النظام الصحي الجزائري
89	الفرع الأول البيئة القانونية
90	الفرع الثاني الوضعية الصحية
90	الفرع الثالث: المتغيرات الديموغرافية و البيئية
خلاصة الفصل الثالث	
92	خاتمة
	الملخص
	المراجع
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ