المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

# واقع الخدمات الصحية في الجزائر
# دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص
# 2001 - 2017

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور ثالث في العلوم

السياسية والعلاقات الدولية

تخصص: سياسات عامة


من إعداد الطالبة:

إيمان العباسي

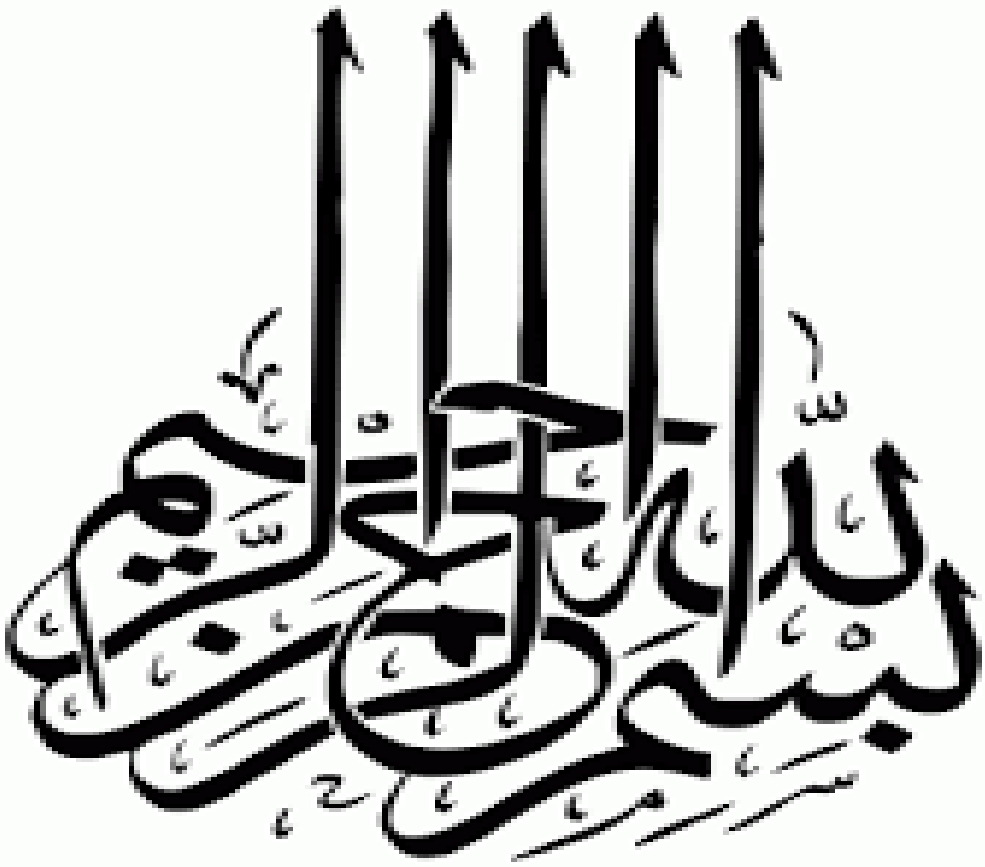
إشراف الدكتور:

لقمان مغراوي


الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة

- أ.د كريم خلفان ..... جامعة تيزي وزو..... رئيسا
- د.لقمان مغراوي ..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية ..... مقررا
- د.عبد الحميد قرفي ..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية ..... عضوا
- د.ياسين بولالوة ..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسة ..... عضوا
- د.مليكة هارون ..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية ..... عضوا
- أ.د.صبيحة بخوش ..... المدرسة العليا للأساتذة بوزريعة ..... عضوا

السنة الجامعية 2019 – 2020


بسم الله الرحمن الرحيم

**قال تعالى:**

{ ويسألونك عن الروح قل الروح من أمر ربي وما أوتيتم من العلم إلا قليلا }

سورة الإسراء - الآية 85 –

{... يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات والله بما تعملون خبير }

سورة المجادلة الآية – 11-

**صدق الله العظيم**

# إهـــــداء

إلى روح جدتي الطاهرة رحمها المولى وأسكنها فسيح جنانه

إلى أغلى الناس، والدّيّ الكريمين

حفظهما الله وأمدهما بوافر الصحة والعافية وطول العمر

إلى أخويّ الفاضلين

استودعتك ربي مستقبلهما وأمنياتهما فوفقهما أينما حلت خطاهما

إلى خطيبي و أسرته الكريمة، أسأل المولى أن يديم بيننا المودة والرحمة

إلى زملائي وزميلاتي طلبة الدكتوراه وأخص بالذكر طلبة الدفعة الثانية بالمدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

إلى كل من تطوق نفسه إلى العلا، إلى كل باحث علم أتقن عمله يقينا منه بأن الله وحده هو الحسيب الرقيب

إليكم جميعا أهدي هذا العمل

# شكر وعرفان

بكل خشوع وإجلال أنحني أمام رب العرش العظيم

وأحمده حمدا كثيرا كما يحبه ويرضاه على ما رزقني من علم وأمدني من عزيمة وصبر لانجاز هذا العمل

الحمد لك ربي حتى ترضى والحمد لك ربي إذا رضيت والحمد لك بعد أن ترضى

أتقدم بخالص شكري وكبير امتناني إلى:

- الدكتور " لقمان مغروايي" الذي شرفني بقبوله الإشراف على هذا العمل وتعهدني بتوجيهاته القيمة وأبدى لي تعاونا ودعما كبيرين وألزم نفسه برعاية هذا العمل وتصويبه ليكون كما هو عليه اليوم ، كنت لي خير مؤطر ونعم مشرف أستاذي فلك منى كل الثناء والتقدير.
- الأساتذة الأفاضل محكمي الاستبيان: محمد هناد، عبد السلام قريقة، فؤاد منصوري.
- الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة: كريم خلفان، عبد الحميد قرفي، ياسين بولالوة، مليكة هارون، صبيحة بخوش.
- إطارات ومسؤولي وزارة الصحة ومديرية الصحة بولاية عنابة ومستخدمي القطاع بالمستشفى الجامعي ابن رشد وابن سينا ومصحتي الياسمين والجزائر
- الشكر موصول إلى كل من مد لي يد العون ويسر لي طريق العلم وقدم لي النصح والإرشاد وأخص بالذكر الأستاذ عبد الحليم فوضيلي والأستاذ طارق بلمهدي

# خطة الدراسة

# خطة الدراسة

**الشكر**

**الإهداء**

**خطة الدراسة**

**قائمة الاختصارات**

**مقدمة**

**الفصل الأول: مدخل مفاهيمي**

تمهيد

المبحث الأول: مفهوم الصحة

المبحث الثاني: مكانة الحق في الصحة ضمن التشريعات الدولية والوطنية

المبحث الثالث: مفهوم الخدمة الصحية

خاتمة الفصل

**الفصل الثاني: إسهامات السياسة العامة الصحية في تحسين الخدمات الصحية بالجزائر 2001-2017**

تمهيد

المبحث الأول: ماهية السياسة العامة الصحية

المبحث الثاني: واقع السياسة العامة الصحية في الجزائر2001- 2017

المبحث الثالث: السياسة العامة الصحية في الجزائر: تحديات ورهانات ومؤشرات الوضع الصحي العام

خاتمة الفصل

**الفصل الثالث: الإطار القانوني والتنظيمي لتقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر( 2001 - 2017 )**

تمهيد

المبحث الأول: مقارنة المسار القانوني والتطور المؤسساتي للقطاع الصحي العام والقطاع الخاص

المبحث الثاني: تقييم الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص اعتمادا على مؤشرات الأداء

المبحث الثالث: آفاق تطوير الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

خاتمة الفصل

**الفصل الرابع: دراسة ميدانية حول مقارنة الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص بولاية عنابة**

تمهيد

المبحث الأول: واقع الصحة العامة بولاية عنابة

المبحث الثاني: تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها في القطاعين العام والخاص

المبحث الثالث: تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر القائمين عليها في القطاعين العام والخاص

خاتمة الفصل

**الخاتمة**

**الملاحق**

**قائمة المصادر والمراجع**

**فهرس الجداول**

**فهرس الأشكال**

**الفهرس العام**

**ملخص**

# قائمة الاختصارات

**Spss:** برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية

**V24**: نسخة رقم أربعة وعشرون

**Chu:** مركز استشفائي جامعي

**Epsp:** مؤسسة عمومية للصحة الجوارية

**Eph:** مؤسسة استشفائية عمومية

**Ss :** مركز صحي

**Ehs:** مؤسسة استشفائية متخصصة

**ص:** صفحة

# مقـــدمة

## مقدمة:

يستحوذ موضوع الرعاية الصحية على اهتمام عالمي، فالصحة مطلب أساسي وليست دربا من الرفاه، والحق في الصحة هو حق من حقوق الإنسان الأساسية وهو محل اهتمام كل الأفراد والمجتمعات في كل دول العالم على اختلاف مستوياتهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، فهم على وعي تام بأن وجود مشاكل صحية يؤثر لا محالة على إنتاجية القوى العاملة وبالتالي على مستوى الدخل الفردي والقومي وكذا على مسار عملية التنمية بشتى أبعادها.

وإعمالا للحق في الصحة، دعا المجتمع الدولي منذ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان إلى ضرورة تكثيف الجهود من أجل ترسيخ معالم هذا الحق والسير قدما نحو تعزيزه عبر الاعتراف به كحق دستوري لا مجرد حق طبيعي، وجاء التأكيد على هاته المسألة في الآونة الأخيرة لما وردت قضايا الصحة في صلب المرامي الإنمائية للألفية.

ولما كانت الخدمات الصحية تشكل حسب منظمة الصحة العالمية إحدى الركائز التي يقوم عليها الحق في الصحة، فإن تطوير هذه الخدمات والبحث في سبل تمكين كافة الأفراد من الحصول عليها يعد من صميم السياسات الصحية ومن أولوياتها.

وعليه كان لزاما على الحكومات أن تسهر من خلال السياسات العامة على عدالة توزيع الخدمات الصحية وجعلها تغطي الاحتياجات الحقيقية لطالبيها وترقى إلى مستوى تطلعاتهم.

وعلى غرار مختلف دول العالم أولت الجزائر غداة استقلالها واسترجاعها لسيادتها، اهتماما كبيرا لقطاع الصحة نظرا للأزمات الصحية التي واجهتها جراء الوضعية المتدهورة للقطاع التي خلفها الاستعمار، فكانت السياسات الصحية آنذاك موجهة أساسا لاحتواء هذه الأزمات والحد من تفاقمها، ونجحت إلى حد بعيد الإستراتيجيات المتبعة في التخفيف من وطأة انتشار الأمراض والأوبئة الفتاكة حينها.

والجدير بالذكر أن المنظومة الوطنية للصحة مرت بمحطات عديدة وشهدت تحولات كثيرة تغيرت أثنائها الأهداف والاستراتيجيات تكيفا مع مستجدات ومتطلبات كل مرحلة، لكن مع الحفاظ على ثوابت السياسة الوطنية للصحة والمتمثلة أساسا في مجانية العلاج وحق كافة الجزائريين في الحصول على خدمات صحية.

لقد شكلت هذه الثوابت جوهر السياسات العامة على مر الحكومات المتعاقبة وإن كان مدلولها يتغير حسب ما تمليه المتغيرات الدولية والوطنية، فحتى مع تراجع الجزائر شيئا فشيئا عن الاشتراكية ومضيها بخطوات متثاقلة نحو المذهب الرأسمالي والذي انبثق عنه قطاع صحي ليبرالي لم تفقد المنظومة الصحية مكتسباتها ولم تتخل عن ثوابتها.

إن حتمية توفير تغطية صحية جيدة وخدمات ذات جودة أمام تراجع مداخيل الدولة وتدهور اقتصادها، كان عاملا رئيسيا وراء فتح المجال أمام القطاع الخاص ليعترك المجال الخدماتي ويساهم في ضمان تغطية صحية جيدة ويرتقي بمستوى الخدمات الصحية.

غير أن تشجيع المبادرة الخاصة في قطاع خدماتي حساس على نحو قطاع الصحة، خلق العديد من التحديات والرهانات أمام القطاع العام، حيث نما حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية العامة والمؤسسات الخاصة في إطار سعي كل منها إلى إرضاء المستفيدين واستقطاب أفضل الكفاءات في المجال الطبي.

لقد أثار هذا الوضع جدلا واسعا حول مسألة ثوابت ومكتسبات السياسة الصحية الوطنية، وأثار عدة تساؤلات بشأن ما يمكن أن يترتب عن استمرار تنامي القطاع الصحي الخاص بوتيرة سريعة ومدى قدرة هذا الأخير _ والذي يسعى بالدرجة الأولى إلى تعظيم أرباحه _ على ضمان حق كافة المواطنين في الصحة وتحقيق العدالة والتوازن في الخارطة الصحية الوطنية، خاصة وأن عدة تقارير دولية كانت قد

أكدت على وجود تباين في الحصول على الخدمات الصحية بالجزائر بالإضافة إلى ضعف جودتها بالرغم من تزايد الإنفاق الحكومي على القطاع، وفي مقدمة هذه التقارير نجد تقرير البنك الدولي لسنة 2010 وتقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2013.

وقد جاء هذا البحث ليعالج مسألة الخدمات الصحية في الجزائر نظريا وميدانيا وفق مقاربة حقوقية واعتمادا على المقارنة التي تعد من أقدم المناهج في العلوم السياسية، وتسلط الضوء على السياسة العامة الصحية الوطنية على اعتبار أنها خيارات الحكومة التي تصنع وتؤثر على واقع الخدمات الصحية سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص .

**أهمية الدراسة:**

تكمن أهمية هذه الدراسة عموما في كونها تطرقت إلى موضوع الصحة الذي يعد موضوع الساعة على الساحة السياسية في الجزائر، فالقطاع شهد خلال السنوات الأخيرة الفارطة العديد من الأحداث المتعاقبة التي جعلته في مقدمة اهتمام السياسيين والباحثين في شتى الميادين العلمية .

وتستمد هذه الدراسة أهميتها العلمية من كونها اعتمدت أسلوب المزج بين النظري والتطبيقي وبين القياس الكمي والنوعي وهو توجه جديد في مجال الدراسات السياسية، مرتكزة في كل مرحلة من مراحل البحث على المقارنة التي تعد جوهر البحوث الاجتماعية على حد قول الكسيس دي توكفيل.

ويستقي هذا البحث أهمية أخرى عملية لما جاء محاولا الإجابة على الأسئلة المثارة بشأن طبيعة الخدمات الصحية وكفاءتها، مستندا في ذلك إلى وجهتي نظر مختلفتين فالأولى تمثل نظرة المستفيدين من الخدمات والثانية تعبر عن آراء القائمين عليها في القطاعين العام والخاص مما يمكن من تكوين صورة شاملة ومتكاملة عن واقع الخدمات الصحية لدى الباحثين والمهتمين بهذا المجال وكذا الجهات الرسمية وغير الرسمية الفاعلة فيه.

## أهداف الدراسة:

إن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة بشكل عام هو محاولة إجراء تشخيص موضوعي ودقيق للواقع الصحي في الجزائر بين سنتي 2001 و 2017 انطلاقا من مقارنة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام بنظيرتها في القطاع الخاص، وفق معايير محددة للوقوف على ما قدمه كل قطاع للمنظومة الصحية من جهة ومن جهة أخرى محاولة معرفة أسباب ومسببات الاختلالات القائمة في كل قطاع وكيفية معالجتها من أجل تحسين مستوى الخدمات وذلك من وجهة نظر كل من المستفيدين من الخدمات الصحية والقائمين على تقديمها، وهو الشيء الذي يقودنا لمعرفة أي من القطاعين كان قادرا على تمكين الأفراد من التمتع بالحق في الصحة من خلال ما يقدمه من خدمات صحية.

ويمكن تبويب وتقسيم أهداف الدراسة إلى:

أ- **أهداف علمية آنية:**

- معرفة العلاقة بين السياسة الصحية والخدمات الصحية والحق في الصحة.
- معرفة واقع الخدمات الصحية في الجزائر بصفة عامة وفي ولاية عنابة بصفة خاصة.
- تقييم ومقارنة مستوى الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي العام والقطاع الخاص.

ب- **أهداف عملية تطلعية:**

- لفت انتباه المسؤولين إلى الاختلالات الموجودة على مستوى قطاع الصحة بالجزائر.
- إيجاد حلول عملية لتحسين مستوى الخدمات الصحية في القطاع الصحي العام والخاص.
- البحث في سبل تحقيق تكافؤ الفرص بين الأفراد في الحصول على الخدمات الصحية.

## مبررات اختيار الموضوع:

إن إقدام الباحث لاختيار موضوع ما عادة ما يرتكز على مجموعة من المبررات، تنقسم بين مبررات ذاتية وأخرى موضوعية، وقد وقع اختيارنا لهذا الموضوع لعدة أسباب:

**أولا- الأسباب الذاتية**

_ الميول الشخصي للبحث في موضوع الصحة.

_ الفضول العلمي اتجاه قضايا الصحة التي أثارت جدلا واسعا على الساحة الوطنية خلال السنوات الأخيرة والرغبة في معرفة حيثياتها وتقصي آثارها وتداعياتها.

**ثانيا- الأسباب الموضوعية**

- بحكم انتمائنا لتخصص السياسات العامة فإن الموضوع يتلائم مع طبيعة التخصص وله أهمية بالغة من الناحية العلمية.
- الاستمرار في البحث العلمي في ميدان الخدمة العمومية.
- العلاقة الوثيقة بين صحة الفرد والتنمية كأحد حقوق الإنسان المستحدثة التي يرتبط بها وجوده ويتحقق له كيانه.
- وجود اختلالات عديدة مرتبطة بالخدمات الصحية وهي تشكل موضوع الساعة وتثير جدلا واسع النطاق ومترامي الأبعاد، الشيء الذي يجعل قضايا الصحة جديرة بالبحث والدراسة.
- محاولة إثراء الرصيد المعرفي المتعلق بالخدمات الصحية وتقديم مقترحات حول آليات تعزيزها وإثارة النقاط التي من شأنها أن تكون مواضيع بحث مستقبلية وفتح آفاق لدراسات أخرى في مجال الصحة.

**الإشكالية:**

تهدف السياسة العامة الصحية إلى رسم الإطار العام للمنظومة الوطنية للصحة، هذا الإطار الذي من شأنه أن يحدد ويوزع أدوار الفاعلين في النظام الصحي بما يضمن عدالة إرساء خدمات صحية نوعية وأكثر استجابة للحاجيات المجتمعية الحقيقية، وفي نفس الوقت أكثر موائمة للمستجدات والتطورات الحاصلة في الساحة الوطنية والدولية، كما تسعى السياسة الصحية لالتماس كافة السبل الممكنة لتوفير تغطية صحية جيدة قادرة على تمكين جميع المواطنين من التمتع بالحق في الصحة، ولعل فتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في مجال الخدمات الصحية يعتبر أحد أهم البدائل والخيارات الإستراتيجية التي تم تبنيها في إطار السياسات الصحية لتحقيق هذا الغرض، وأمام المكانة التي أصبح يتبوؤها القطاع الصحي الخاص ضمن المنظومة الصحية الوطنية مقارنة بالقطاع العام فإن الإشكال الذي تبادر إلينا طرحه هو:

**_ إلى أي مدى تمكن للقطاع العام والقطاع الخاص اعتمادا على الخدمات الصحية أن يضمنا حق المواطن الجزائري في الصحة؟ ( دراسة مقارنة)**

**الأسئلة الفرعية:**

يتفرع عن الإشكال الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية وهي كالتالي:

- ما مدى نجاعة السياسة الصحية في الحفاظ على مكتسبات المنظومة الصحية بالنظر إلى مسار تطور نوعية الخدمات ومستوى التغطية الصحية؟
- ما هي قدرة القطاع العام على ضمان الحق في الصحة من خلال الخدمات التي يقدمها في هذا المجال مقارنة بالقطاع الخاص؟

- كيف يتحدد الواقع الصحي في الجزائر انطلاقا من مقارنة القطاع العام بالقطاع الخاص حسب المستفيدين من الخدمات الصحية؟
- ما هو واقع الخدمات الصحية في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص بالجزائر حسب وجهة نظر القائمين عليها في القطاعين ؟

وسعيا للإجابة على هاته التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية:

**الفرضية الرئيسية:**

تضاءلت قدرة القطاع العام على ضمان حق المواطن الجزائري في الصحة مقارنة بالقطاع الخاص والذي يظهر من خلال وجود تفاوت في مستوى جودة وكفاءة وفاعلية الخدمات الصحية، وذلك نتيجة للتغيرات الحاصلة في البيئة المجتمعية وفي التوجهات الاقتصادية والسياسية الوطنية والدولية والرامية إلى تعزيز دور القطاع الخاص في مجال تقديم خدمات صحية ذات نوعية وتحقيق نوع من العدالة في توزيعها.

**الفرضيات الثانوية:**

**1-**السياسة الصحية المنتهجة في الجزائر والقائمة على مبدأ مجانية العلاج، عجزت عن ضمان حق جميع المواطنين في العلاج وأثرت سلبا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام.

**2-**ترتبط الفوارق في مستوى الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص بمقدار مساهمة المستفيد من هذه الخدمات في تغطية تكلفتها.

**3-**يرقى مستوى الخدمات الصحية لتطلعات المستفيدين منها كلما تطابقت مع توقعاتهم في الجانب المتعلق بالجودة والكفاءة والفاعلية وتوفر الإمكانيات المادية والبشرية في القطاعين العام والخاص.

**4**_ هناك علاقة ارتباطية بين مستوى ونوعية الخدمات الصحية من جهة وظروف العمل المحيطة بالقائمين على تقديم تلك الخدمات في القطاعين العام والخاص من جهة أخرى.

## حدود الإشكالية:

### الحدود المكانية:

تناولت الدراسة واقع قطاع الصحة في الجزائر بشكل عام، أما الجانب الميداني منها فقد اقتصر على دراسة حالة ولاية عنابة ممثلة بعدد من المؤسسات الصحية المختارة المتواجدة على تراب الولاية.

### الحدود الزمنية

حدد المجال الزمني للدراسة بالفترة الممتدة من 2001 الذي يصادف دخول الدولة في إصلاحات شاملة مست مختلف القطاعات تجسدت من خلال إطلاق برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي 2001-2004، والذي شمل قطاع الصحة، حيث بدأت بوادر الإصلاح ضمن هذا الأخير بصدور القرار الوزاري المشترك بتاريخ 2001/12/30 والمتعلق بتنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان، ويمتد مجال الدراسة إلى غاية 2017 لنرصد التغيرات والإصلاحات الذي سيحملها قانون الصحة الجديد في طياته، وتجدر الإشارة إلى كون هذه الفترة شهدت حدثا هاما وهو الإصلاحات التي مست القطاع سنة 2007 والتي تمخض عنها إعادة رسم الخريطة الصحية الوطنية.

والجدير بالذكر كذلك هو أن التقيد بهذه الفترة الزمنية سوفا يكون نسبيا إلى حد ما في ظل حتمية تتبع الامتداد الزماني للظاهرة المدروسة .

## منهجية الدراسة:

### أولا: مناهج الدراسة

❖ **المنهج التوثيقي**:

تتطلب الدراسة اعتماد المنهج التوثيقي، فبالإضافة لكونه يعرض تصورا للظروف والبيئة التي تتحكم في الظاهرة واندثارها، فهو يفيد في الدراسات المقارنة من أجل جمع واسترجاع بعض المعلومات والحقائق المتعلقة بالظاهرة قيد الدراسة وإعادة تركيبها تركيبا علميا متناسقا[1].

تم اعتماد هذا المنهج لتتبع مسيرة الاعتراف بالحق في الصحة على المستويين الوطني والدولي وتطور السياسة العامة للصحة ونشأة القطاع الصحي العام والخاص.

❖ **المنهج المقارن :**

تعد المقارنة جزء أساسيا من البحث العلمي في العلوم الاجتماعية إذ اعتبرها الكسيس دي توكفيل روح المنهج العلمي، وتعرف على أنها " ذلك المنهج القائم على مقارنة ومقايسة ظاهرتين أو أكثر بغرض التعرف على أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بينهما من أجل الحصول على معلومات مناسبة ودقيقة وقابلة للتحليل."[2] أو "هي وصف ما هو موجود في مجتمع ما ومقارنته بما هو موجود في مجتمع آخر على ضوء اختلاف كلا من المجتمعين، وقد تطور هذا المنهج ليشمل التأويل والتفسير."[3]

[1]- فريد الأنصاري، **أبجديات البحث في العلوم الشرعية**، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص79.

[2]- عامر إبراهيم قنديلجي، **منهجية البحث العلمي**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2018، ص 157.

[3]- علي معمر عبد المؤمن، **مناهج البحث في العلوم الإجتماعية: الأساسيات والتقنيات والأساليب**، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2008، ص 351.

وقد ارتأينا إلى استخدام المقارنة في الفصلين الثالث والرابع من الدراسة حيث اعتمدنا عدة وحدات للمقارنة بين الخدمات الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص للوصول إلى العوامل التي خلقت الاختلاف والتشابه وتحليلها وتفسيرها.

إن المقارنة التي اعتمدناها هي مقارنة جزئية شملت النظام الصحي الجزائري ممثلا بعدد من المؤسسات الصحية المختارة من القطاعين العام والخاص بولاية عنابة، وقد مست فئتين مختلفين من نفس المؤسسات وهما مقدمي الخدمات والمستفيدين منها، واختيارنا هذا المستوى من المقارنة جاء كحتمية نظرا لصعوبة إجراء دراسة ميدانية مسحية شاملة لكل المؤسسات الصحية الموجودة على التراب الوطني، وقد تمثلت وحدات المقارنة الأساسية في مستوى جودة الخدمات الصحية، مستويات الكفاءة والفاعلية،الوسائل التقنية والإمكانيات البشرية.

والجدير بالذكر أن المقارنة غير الواعية ستطبع على أغلب مراحل البحث.

❖ **المنهج الإحصائي:**

يقصد به "استخدام الطرق الرقمية والرياضية في معالجة وتحليل البيانات وإعطاء التفسيرات المنطقية المناسبة لها".[1]

فالمنهج الإحصائي هو إذا أحد المناهج التي أضفت الصبغة العلمية على العلوم الاجتماعية، وهو يهتم بتحليل الظاهرة تحليلا كميا، ونظرا لأن التحليل الكمي يشكل جزء أساسيا من دراستنا، اعتمدنا على

[1]- عامر إبراهيم قنديلجي، **البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2008، ص 149.

تحليل وتفسير مجموعة من البيانات الرقمية والإحصائية المتحصل عليها من خلال أدوات بحث مختلفة من أجل التزام الموضوعية وللحصول على نتائج أكثر دقة ومصداقية.

**ثانيا : أدوات جمع البيانات**

بهدف الحصول على معلومات دقيقة وكافية عن موضوع بحثنا قمنا بالاعتماد على الأدوات البحثية التالية :

❖ **المقابلة :**

"هي معلومات شفوية يقدمها المبحوث من خلال لقاء بينه وبين الباحث أو من ينوب عنه والذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على المبحوثين وتسجيل الإجابات على الاستمارات المخصصة لذلك".[1]

لقد وقع اختيارنا على المقابلة كأداة لجمع المعلومات من أشخاص معنيين بالموضوع بشكل مباشر وهم مسؤولين في قطاع الصحة، وذلك للوصول إلى معلومات غير متاحة عبر مصادر المعلومات المختلفة سواء المكتبية أو الإلكترونية خاصة وأن المراجع والكتابات غير متوفرة بشكل كاف حول الموضوع قيد الدراسة.

وقد جاءت المقابلات التي أجريناها في شكل مقابلات شخصية فردية مباشرة* وانقسمت ما بين العرضية والعلمية المقننة المحضرة مسبقا.

[1]- محمود حسين، الزعبي الوادي، **أساليب البحث العلمي: مدخل منهجي تطبيقي**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011، ص188.

*يقصد بالمقابلات الشخصية تلك التي تتم وجها لوجه بين الباحثة والمبحوثين، وفردية أي أن الأسئلة توجه إلى كل مبحوث بمفرده بعيدا عن الجماعة ومباشرة أي ليس من خلال الهاتف أو وسائط الكترونية.

❖ **دراسة حالة :**

وهي "عبارة عن بحث معمق لحالة محددة بهدف الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها على حالات أخرى مشابهة."[1]

تم اعتماده في إطار الدراسة التطبيقية حيث وقع اختيارنا على ولاية عنابة للوقوف عن كثب على واقع الخدمات الصحية وتقييمها من وجهة نظر المستفيدين منها في هاته الولاية وكذا القائمين على تقديمها.

❖ **الاستبيان :**

الاستبيان هو عبارة عن "مجموعة من الأسئلة التي يتم إعدادها مسبقا لترسل أو تسلم إلى أشخاص مختارين لتسجيل إجاباتهم على صحيفة الأسئلة ثم إعادتها مجددا"، تكمن أهمية الاستبيان في كونه يتيح إمكانية جمع معلومات وبيانات من عدد كبير من الأفراد في ظرف وقت وجيز.[2]

وقد استخدام الاستبيان كأداة لجمع المعلومات المتعلقة بالجانب التطبيقي من الدراسة وذلك بهدف مقارنة واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص في بعض المؤسسات الصحية بولاية عنابة عبر استطلاع رأي المرضى من جهة والطاقم الطبي وشبه الطبي من جهة أخرى، وقد صمم لهذا الغرض استمارتي استبيان واعتمدنا في معالجة البيانات وتحليلها على برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة 24.

والجدير بالذكر أن الدراسة الميدانية اعتمدت على مجتمعين مستقلين، تمثل المجتمع الأول في المستفيدين من الخدمات الصحية وتمثل الثاني في مقدمي هذا النوع من الخدمات.

[1]- حامد جهاد الكبيسي، **مناهج البحث العلمي في العلوم الإدارية**، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان ،2014، ص27.

[2]- محمد نبهان سويلم، **تحليل وتصميم نظم المعلومات**، المكتبة الأكاديمية،القاهرة، 1996، ص98.

وأما عن العينة فقد تم اختيارها على النحو التالي:

أولا: بالنسبة للمستفيدين من الخدمات الصحية وبالاعتماد على الحسابات المتعلقة بمتوسط إشغال الأسرة من جهة والمقدر عددها بحوالي 180 سرير( 97 منها في القطاع الخاص و83 في القطاع العام)، ونسبة إشغالها من جهة أخرى خلال مدة الدراسة الميدانية والمحددة بـ45 يوما ( الفترة الأولى من 19 ماي إلى 21 جوان والفترة الثانية من 23 جوان إلى غاية 04 جويلية)، فإن العينة فاقت 14% من المرضى المتواجدين في المؤسسات التي أجريت بها الدراسة وقد تشكلت من 123 مفردة، اختيرت قصدا من بين المرضى الداخليين ( المقيمين) بمصلحتي جراحة القلب والشرايين وطب العظام بالمستشفيين الجامعيين ابن رشد وابن سينا والمرضى المقيمين بمصحتي الجزائر والياسمين بعنابة.

ثانيا: بالنسبة لمقدمي الخدمات ارتأينا إلى استخدام أسلوب المسح بالعينة نظرا لكون عدد الموظفين في المصالح التي أجريت بها الدراسة الميدانية معلوم ومحدود، وقد شمل البحث حوالي 98 فردا وهو العدد الإجمالي لكافة الموظفين المنتمين إلى السلكين الطبي وشبه الطبي في مصلحتي جراحة القلب والشرايين وطب العظام بالمستشفيين الجامعيين ابن رشد وابن سينا ومصحتي الجزائر والياسمين بعنابة.

وقد تم توزيع الاستمارات على كافة هؤلاء وتمكنا من استرداد 67 استمارة مكتملة الإجابة صالحة للاستغلال في الدراسة بنسبة قدرت بـ 68% من إجمالي الاستمارات الموزعة.

## الدراسات السابقة

### ❖ الدراسة الأولى:

هي دراسة أجرتها الأستاذة عتيق عائشة والتي جاءت بعنوان **جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية: الجزائر حالة**، صدرت هذه الدراسة سنة 2016، وكانت قد تناولت موضوع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية مركزة على المفاهيم الحديثة للتسويق في المنظمات

الخدمية، توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن مواكبة التطور التكنولوجي هو السبيل لتحسين الأداء وجودة الخدمات الصحية وكانت الباحثة قد توصلت إلى هذه النتيجة بعد تقصي وجهة نظر المرضى إزاء الخدمات الصحية في القطاع العام ومدى رضاهم عنها، ولم تأخذ الدراسة بعين الاعتبار وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في القطاع الخاص وكذلك آراء العاملين بالقطاع ككل خاصة أولئك الذين يشرفون مباشرة على تقديم هذه الخدمات ولهم علاقة مباشرة مع المرضى وهو ما حاولنا استدراكه من خلال دراستنا.

❖ **الدراسة الثانية:**

هي الدراسة التي قدمها الدكتور محمود ذياب صلاح والموسومة بـ" **إدارة خدمات الرعاية الصحية**"، صدرت عن دار الفكر سنة 2010، تناول من خلالها المؤلف عدة مفاهيم تتعلق بجودة الخدمات الصحية وتطرق إلى المخاطر المحيطة بموظفي القطاع في الوسط المهني، وقد جاءت هذه الدراسة مؤكدة على أهمية الجانب الإداري في تحسين الخدمات الصحية وتوصلت إلى ضرورة التنسيق بين الجهات الرسمية وغير الرسمية لأجل تلبية الحاجيات الحقيقية من الخدمات الصحية وأكدت على ضرورة تغيير أسلوب تقديم الخدمات وعلى دور القيادات ممثلة بمدراء الصحة في إحداث هذا التغيير من خلال إيمانهم به ومشاركتهم في وضع السياسات على المستوى الوطني وقد قدم الكاتب في نهاية الدراسة نماذج عن الأنظمة الصحية بالوطن العربي في عدة دول مختارة غير أنها لم تشمل النظام الصحي الجزائري وهو ما يأتي في صلب بحثنا هذا.

❖ **الدراسة الثالثة**

هي كتاب للأستاذة فطيمة الزهرة أوفريحة جاء بعنوان: **Un système de santé a la croisée des chemins**، صدر المؤلف عن مركز البحث في الاقتصاد التطبيقي والتنمية بالجزائر سنة 2006، هو عبارة عن دراسة تحليلية تتعلق باقتصاد الصحة في الجزائر، جاءت في شكل سلسلة مقالات للأستاذة مع طالبين في الدراسات العليا بجامعة تيزي وزو، ركزت على التصحيح الهيكلي الذي مس القطاع في التسعينيات من القرن الماضي وخاصة في الجانب المتعلق بالإنفاق على القطاع الصحي العام، توصلت الدراسة إلى أن العرض والطلب على الخدمات الصحية لديه خصائص مختلفة تجعله لا يخضع لقوانين اقتصاد السوق، وتوصلت الدراسة أيضا لنتيجة مفادها أن القطاع الخاص ساهم في حل بعض المشاكل على غرار خفض طوابير الانتظار وزيادة المرونة في تقديم الخدمات، وفي مقابل ذلك لا يحل المشاكل المتعلقة بالجانب المالي.

تكتسي هذه الدراسة من الناحية العلمية أهمية بالغة غير أنها أخذت طابعا اقتصاديا محضا، سواء من حيث موضوع الدراسة في حد ذاته أو منهجية معالجته، حيث أغفلت الدراسة بتركيزها على مسألة الإنفاق، اختلالات أخرى تعاني منها المنظومة الصحية تؤثر بشكل مباشر على مستوى الخدمات في القطاعين العام والخاص وهي اختلالات ذات طبيعة تنظيمية وهيكلية كما قد تتعلق أيضا بالمورد البشري وهي ما سنحاول تسليط الضوء عليه نظريا وميدانيا.

❖ **الدراسة الرابعة**:

هي عبارة عن كتيب للبروفيسور شاوي فريد بعنوان:

**Le Système De Santé En Algérie : Un Enjeu Stratégique, Etat Des Lieux, Enjeux et Perspective.**

يعتبر هذا الكتيب مدخلا ومرجعا أساسيا لدراسة وتحليل السياسة الصحية في الجزائر، صدر عن المعهد الوطني للدراسات الإستراتجية الشاملة سنة 2015، تناول صاحب المؤلف في البداية تطور مفهوم الصحة منذ بدايات القرن التاسع عشر في أوروبا، ثم عرض تقييما لمسار المنظومة الوطنية للصحة منذ الاستقلال مشيرا إلى العوامل التي أحدثت تغييرا في توجهات السياسات الصحية الوطنية ومبرزا الإمكانيات المتاحة لتحسين مردودية النظام الصحي الوطني، وقد توصل الكاتب إلى عدة نتائج هامة بشأن النظام الصحي الوطني لعل أهمها أن مسألة مجانية العلاج المزعومة تتنافى مع الواقع الذي أثبت انتقال جزء هام من الخدمات الصحية إلى القطاع الخاص، وكانت هذه الدراسة قد ركزت على طبيعة العلاقة القائمة بين القطاع الصحي العام والقطاع الخاص ومن هذا المنطلق حاولنا من خلال بحثنا هذا معالجة الفوارق الموجودة في طبيعة ومستوى الخدمات الصحية المقدمة في كلا القطاعين والتي لم يأتي المؤلف على تناولها.

❖ **الدراسة الخامسة:**

هي عبارة عن أطروحة دكتوراه للباحثة قايدي نوارة من كلية العلوم الاقتصادية بجامعة الجزائر بعنوان: **Le système de santé algérien entre efficacité et équité**، استهدفت الدراسة تقديم تقييم للنظام الصحي من خلال التركيز على الجانب المتعلق بصحة الطفل والجهود التي تبذلها الدولة لأجل حمايته وترقية صحته على اعتبار أنه يمثل فئة مهمة في المجتمع الجزائري، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج، لعل أبرزها غياب العدالة في توزيع الخدمات ووجود فجوة كبيرة بين التشريع والواقع، ومن تم دعت الباحثة إلى ضرورة إصلاح النظام الصحي وإتباع نهج جديد في السياسة الصحية يكون أكثر عقلانية بحيث يضمن التوافق بين الوسائل المتاحة وتلبية الاحتياجات، بالإضافة إلى ضرورة تفعيل دور منظمات

المجتمع المدني وإشراكها في تقديم الرعاية الصحية وتجنب خصخصة القطاع ما لم تتوفر رعاية مجانية لجميع المحتاجين.

اهتمت هذه الدراسة بتحليل وتقييم واقع الخدمات الصحية الموجهة للطفل في ولاية بجاية وفق معايير مغايرة لما سندرجه في دراستنا، كما لم تشمل هذه الأطروحة الخدمات الصحية الموجهة للمجتمع ككل وإنما ركزت على الطفل فقط، في حين أن هذا الطفل يمثل شريحة من المجتمع وليس المجتمع بأكمله، ومن هنا يتضح الاختلاف الجوهري بين دراستنا وهذه الدراسة.

في حدود الدراسات التي تم الإطلاع عليها والمتعلقة بموضوع بحثنا، لاحظنا أن تلك الدراسات لم تتطرق لموضوع دراستنا بشكل مباشر، حيث أغفلت الدور الذي يؤديه القطاع الخاص في تنفيذ السياسة الصحية العمومية، وحتى الدراسات التي أشارت إلى دوره لم تطرق إلى طبيعة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية الخاصة والمؤسسات العامة وفق منهج مقارن، فجلها عالج مسألة الجودة وأنماط الإدارة والتسيير وأثرها على الخدمات وفق وجهة نظر إقتصادية، بالإضافة إلى ذلك فإن تلك الدراسات لم تبحث في آليات تعزيز حق المواطن في الصحة من خلال الخدمات الصحية ولم تستعرض مضمون قانون الصحة الجديد وأثره على الخدمات الصحية.

وعليه جاءت دراستنا للوقوف على هذه النقاط والبحث في حيثياتها للوصول إلى حقيقة الواقع الصحي في الجزائر وآفاقه ضمن قانون الصحة الجديد، وبذلك ستتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة من حيث نطاقها الزماني والمكاني، ومن حيث متغيراتها والمناهج والأدوات المعتمدة في التحليل.

## صعوبات البحث:

إن أي بحث علمي لا يخلو من الصعوبات التي تواجه الباحث، خاصة لما يتعلق الأمر بالدراسات الميدانية في دول العالم الثالث، فإن تلك الصعوبات تزداد تعقيدا نظرا لخصوصية الأنظمة وذهنية الشعوب في هذه الدول.

إن أبرز الصعوبات التي واجهتنا في إعداد هذا البحث تتمثل في:

- على المستوى النظري والمفاهيمي: وجدنا أن موضوع البحث يفتقر إلى دراسات متخصصة ومعمقة بحكم أن أغلب المهتمين بالموضوع تناولوه إما من منظور اقتصادي أو اجتماعي، وتلكم الدراسات لم تتطرق إلى حالة الجزائر وإن حدث ذلك فإنها لم تغط الفترة مابين 2001 و2017، ناهيك عن تكرار نفس المحتوى تقريبا في عدد كبير من المراجع التي تم الاطلاع عليها خاصة فيما يتعلق بمسألة السياسات الصحية المتبناة منذ الاستقلال .

- على المستوى التطبيقي: وجدنا صعوبة في إقناع مسؤولي القطاع بإجراء المقابلات وكذا بتيسير إجراءات توزيع الاستمارات، حيث لاقت الباحثة رفضا غير مبرر حتى بعد توضيح الغرض من البحث، خاصة وأن فترة الدراسة الميدانية تزامنت مع شن مستخدمي القطاع سلسلة من الإضرابات مست جميع الأسلاك، وبعد التمكن من ولوج بعض المؤسسات الصحية اعترضنا عائق آخر هو عدم تجاوب المبحوثين بالرغم من التأكيد على عدم إظهار هويتهم وأن المعلومات التي سيقدمونها سوف تحظى بالسرية التامة ولن تستخدم إلا بغرض البحث العلمي.

وعموما فإن هذه الصعوبات كانت دافعا قويا لدى الباحثة لرفع التحدي وزادتها عزيمة وإصرارا لأجل الاستمرار ومضاعفة الجهد المبذول لتحقيق بحث جيد في حدود الإمكانيات المتوفرة.

## هيكلة البحث:

للتوسع في النقاط المثارة سابقا وللإجابة على التساؤلات الواردة ضمن إشكالية البحث، قسمنا هذا الأخير إلى أربعة فصول وكل فصل منها تناولناه في ثلاثة مباحث على النحو التالي:

- **الفصل الأول:** هو عبارة عن فصل مفاهيمي استعرضنا من خلاله أهم المفاهيم المتعلقة بالدراسة بدءا بمفهوم الصحة موضحين علاقته بمفهوم التنمية، ثم عالجنا مسألة الحق في الصحة من حيث النشأة والمكانة القانونية والدستورية ووقفنا بعدها على مفهوم الخدمة الصحية على اعتبار أنها إحدى مرتكزات هذا الحق وتناولنا أهم المعايير المعتمدة في تقييم الخدمات الصحية.

- **الفصل الثاني:** عمدنا من خلاله إلى إعطاء نظرة عامة عن عملية صنع السياسات الصحية على اعتبار أنها الإطار الذي يحكم تقديم الخدمات الصحية وما يصاحبها من علاقات وتفاعلات بين الأطراف المعنية بهذه الخدمات، ثم حاولنا تقديم تحليل لواقع السياسة العامة الصحية في الجزائر مابين سنتي 2001 و2017 مع العودة إلى فترات سابقة من أجل فهم واستيعاب سياق السياسة الراهنة مبرزين أهم الفواعل التي تؤثر على صنع السياسة الصحية الوطنية، ووصولا إلى تحدياتها ورهاناتها في آخر مبحث من الفصل نفسه والذي ختمناه بتتبع مسار تطور مؤشرات الصحة العامة والتي تعكس مستوى الخدمات الصحية .

- **الفصل الثالث:** خصصناه للإطار التنظيمي والقانوني الذي يحكم تقديم الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص، اعتمدنا في هذا الفصل على المقارنة النظرية لواقع الخدمات في القطاعين متخذين من الطبيعة القانونية والتطور المؤسساتي وكذلك مؤشرات الأداء وحدات للمقارنة، وانطلاقا من الإختلالات التي يعاني منها كلا القطاعين وبالاعتماد على مسودة قانون الصحة الجديد سعينا لإعطاء رؤية استشرافية لما سيؤول إليه واقع الخدمات الصحية مستقبلا.

❖ **الفصل الرابع:** استعرض الجانب الميداني من الدراسة والتي أجريت في عدد من المؤسسات الصحية في ولاية عنابة، قدمنا من خلاله نظرة عامة عن واقع قطاع الصحة في الولاية، ثم حاولنا تقديم تفسير للنتائج المتحصل عليها من خلال الاستبيان والذي تم توزعيه على عينة من المبحوثين مكونة من المرضى والموظفين المنتمين إلى السلك الطبي وشبه الطبي في المؤسسات العامة والخاصة المختارة، وتم عرض البيانات وتحليلها وفق منهج مقارن معتمدين على برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة 24.

# الفصل الأول

ارتبط مفهوم الصحة بمجال الطب عبر عقود طويلة، لكن حتمية العلاقة الموجودة بين الصحة والخلفيات الاجتماعية وبين الصحة والأوضاع الاقتصادية والصحة والبيئة السياسية، جعلت المفهوم ينتقل من مجال الطب إلى مجال العلوم الاجتماعية، وأصبحت بعدها المشكلات الصحية تعالج في ضوء منظومة اجتماعية وسياسية واقتصادية متكاملة ولم تعد حكرا على المجال الطبي فحسب، وتبعا لذلك أصبح لميدان الصحة عدة مواضيع متشعبة تعالج ضمن تخصص العلوم الاجتماعية بصفة عامة والسياسية بصفة خاصة.

وعلى اعتبار أن الخدمات الصحية هي إحدى هذه المواضيع التي تحظى باهتمام واسع على مختلف المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية، سنحاول من خلال هذا الفصل المفاهيمي الوقوف على مفهوم الخدمات الصحية بعد تناول مفهوم الصحة ومفهوم الحق في الصحة، وذلك ضمن ثلاثة مباحث هي كالتالي:

**المبحث الأول** معنون بمفهوم الصحة نتناول من خلاله التعريف بالصحة ومستوياتها وكذا نتطرق إلى أهم محدداتها ومؤشراتها بالإضافة إلى علاقتها بالتنمية.

**المبحث الثاني** خصصناه للتعريف بمكانة الحق في الصحة ضمن النصوص التشريعية أين نستعرض مفهوم الحق في الصحة وعلاقته بحقوق الإنسان الأخرى ثم نقف عند مكانة الحق في الصحة ضمن النصوص الوطنية مرورا بمكانته ضمن النصوص الدولية.

**المبحث الثالث** نستعرض من خلاله مفهوم الخدمة الصحية من حيث التعريف والخصائص ثم المؤسسات التي تعنى بتقديم الخدمات الصحية ونقف بتمعن عند معايير تقييم هذا النوع من الخدمات.

## المبحث الأول: مفهوم الصحة

أدركت مختلف شعوب العالم منذ الأزل أهمية الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع، لذلك أولتها عناية واهتماما خاصا تجلى في جعل البحث في آليات تطوير العلوم الطبية يأتي في مقدمة أولوياتها، وعليه جاء هذا المبحث للإحاطة بمفهوم الصحة من خلال تبيان تعريفها وخصائصها ومن تم تحديد مؤشراتها والعوامل المؤثرة عليها، كما سنبحث في تلك العلاقة الجدلية القائمة بين مفهومي الصحة والتنمية، هذه العلاقة التي تفسر لماذا تلقى قضايا الصحة اهتماما وصدى عالميين.

### المطلب الأول: تعريف الصحة ومستوياتها

#### أولا: تعريف الصحة

يعتبر مفهوم الصحة من المفاهيم التي يصعب ضبطها وإيجاد تعريف شامل وثابت لها، ذلك أن مدلولها يتغير بفعل الزمان والمكان ومن شخص لآخر.

فقد يبدو للوهلة الأولى أن الصحة هي مجرد خلو الجسم من المرض، لكن التعاريف التي وضعها الأكاديميون والخبراء أو تلك التي تضمنتها المعاجم اللغوية تتجه إلى أعمق من ذلك بكثير.

لكن قبل الخوض في مسألة تحديد مفهوم للصحة، سنعرض أهم التعاريف التي وردت بشأن "المرض"، والذي يؤخذ في العديد من الحالات على أنه نقيض الصحة.

قد يقصد بالمرض "حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا، وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة لشخصية الإنسان وهذا الانحراف

يكون نسبيا أو مطلقا".[1]

ويعرف أيضا على أنه "حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما، يكون الشفاء منه صعبا أو مستحيلا بدون علاج."[2]

أو هو " حالة التغير النسبية في التركيب والشكل أو الوظيفة، أو كلاهما لعضو معين وذلك نتيجة لمجموعة من الاضطرابات الوظيفية التي تصيب ذلك العضو".[3]

وعرفه المنظر الأمريكي Talcott Parsons * أنه" حالة اضطراب في الوظائف العادية للفرد والتي تمس كل أعضائه في النظام البيولوجي وتكيفه الشخصي والاجتماعي".[4]

وكتعريف أدق يمكن القول أن" المرض يعني وجود اختلال في أحد عوامل الصحة الجسمية أو العقلية أو النفسية يؤدي إلى ظهور اضطراب، تظهر له بعض الأعراض وهو عملية متطورة منذ ابتداء السبب

[1]- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص23.

[2]- أيمن مزاهرة وآخرون، **علم اجتماع الصحة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2002، ص58.

[3]- فايز عبد المقصود شكر وآخرون، **الصحة المدرسية**، عالم الكتاب، القاهرة، مصر، 2006، ص 21.

* Talcott Parsons عالم اجتماع أمريكي عاش مابين 1902 و1979، صاحب نظرية السلوك في علم الاجتماع، متحصل على شهادة دكتوراه في العلوم الاجتماعية والاقتصادية من جامعة هايدلبيرغ بألمانيا، اشتغل أستاذ بجامعة هارفارد وتولى بالموازاة مع ذلك عدة مناصب كرئيس قسم العلاقات الاجتماعية الذي كان هو أحد مؤسسيه، كما كان أحد أعضاء اللجنة التنفيذية لمركز الأبحاث الروسي في هارفارد، عرف بمناهضته للشيوعية، ومن أبرز مؤلفاته social structure and personality, sociological theory and modern society.

[4] -Naomar de almeida-filh, **modèles de la santé et de la maladie ; remarques préliminaires pour une théorie général de la santé,** revue transdisciplinaire en santé**,** vol 11, n :01, 2006, p p 123_124.

حتى ظهور مضاعفات، وقد يكون التطور حادا سريعا Acute أو بطيئا مزمنا Chronique، كما يمكن أن يكون عاما بحيث يصيب أكثر من عضو أو موضعي يقتصر على عضو بعينه أو جزء منه".[1]

أما الصحة فقد وردت في معجم لسان العرب بمعنى "ذهاب المرض أو السقم " فهي إذا نقيض المرض.[2]

ووردت في اللغة الفرنسية من الأصل اللاتيني Saluto، Slutavi ، Salutare وتعني البقاء سليما معافى مما يسمح لأعضاء الجسم بالقيام بوظائفها بشكل متناسق وتام.

ونجد مصطلح الصحة في اللغة الانجليزية مشتق من كلمة haelb والتي تعني كمال العقل، أي كائن مكتمل بمعنى التمام والحسن.[3]

اصطلاحا لقد جرت عدة محاولات لوضع تعريف اصطلاحي للصحة، لعل أبرزها محاولة Parsons Talcott سنة 1964 والذي حاول وضع تعريف للصحة من منظور المقترب الوظيفي، فوصفها بأنها الحالة التي تسمح بأداء المهام على نحو أمثل وذا قيمة.[4]

---

[1]- تالا قطيشات وآخرون، **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط3، عمان، 2009، ص 17.

[2]- رمضان قندلي، **الحق في الصحة في القانون الجزائري**، مجلة دفاتر السياسة والقانون، عدد 06، الجزائر، 2012، ص218.

[3]- محمد العيد حسيني، **السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990- 2012**، مذكرة ماجستير في السياسة العامة المقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013، ص ص48،49.

[4] - Naomar de almeida-filh, **op.cit**, p 124.

كما عرفت أيضا على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها".[1]

نلاحظ أن هذا التعريف أثار عنصرا هاما هو تكيف الجسم مع ما يتعرض له من عوامل ضارة، وأن عملية التكيف هذه ضرورية كونها تضمن له توازنه الوظيفي النسبي.

وأعطى وينسلو Wenslow* تعريفا للصحة مستخدما نقيضها أي المرض فرأى أنها "علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها."[2]

وعرفت أيضا على أنها "بناء مفاهيمي وضع من أجل احتواء مجموعة من الظواهر التي تنتمي إلى ثلاثة مستويات فسيولوجية وسلوكية وإدراكية".[3]

وجاء تعريف الصحة كذلك بأنها " أقصى قدر من الكفاءة البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وليست فقط الخلو من المرض."[4]

هذا التعريف هو أقرب للذي وضعته منظمة الصحة العالمية، ويعتبر تعريف هذه المنظمة هو الأكثر شيوعا وتداولا على المستوى العالمي، ومفاده أن الصحة هي" حالة السلامة والعافية بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد الخلو من المرض وهي حق أساسي من حقوق الإنسان".[1]

---

[1]- الهام يحياوي، ليلى بوحديد، **تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة**، مجلة الباحث، ورقلة، عدد 14، 2014، ص319.

* عالم إجتماع ومستثمر استرالي، عاش مابين 1900 و1989، ينسب إليه تأسيس صندوق التحوط أو المحفظة الاقتصادية بمفهومها الحديث.

[2]- تالا قطيشات وآخرون، **مرجع سابق**، ص 15.

[3]-Naomar de almeida-filh, **op.cit**, p 123.

[4]- محمد علي سيد أمبالي، **الإقتصاد والبيئة: مدخل بيئي**، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 1998، ص 140.

إن هذا التعريف يجمع بين البعد النفسي والاجتماعي والعضوي للصحة، فيتجاوز التعريف البسيط لكنه إلى حد كبير يجسد صورة مثالية عن الصحة وهي تلك الحالة التي تمارس فيها أعضاء الجسم وظائفها على أكمل وجه، ليتمتع الفرد بكامل قواه وقدراته العقلية والجسمية ويمارس سلوكات صحية صحيحة، فهي تمثل أعلى مستوى من مستويات الصحة وهي الصحة المثالية، وأضاف تعريف منظمة الصحة بأن هذا المستوى من الصحة هو حق لكل البشرية وهدفا أسمى للسياسات الصحية الوطنية والعالمية ليلزم بذلك للحكومات بأن تسخر السياسات الصحية للارتقاء بمستوى صحة الأفراد إلى الصحة المثالية أين تكتمل سلامتهم البدنية والنفسية والعقلية ليكونوا أفرادا قادرين على ممارسة وظائفهم الاجتماعية وعدم الإخلال بها.

**ثانيا: مستويات الصحة**

لا يتمتع جميع الأشخاص بنفس المستوى من الصحة وحتى الشخص نفسه يتأرجح من حالة إلى أخرى مابين الصحة المثالية ومستوى الاحتضار، وعلى الرغم من أن الحدود هلامية ما بين مستوى صحي وآخر وأنها تخضع للنسبية المطلقة ولطبيعة الفرد ومفهومه للصحة والمرض، لكن على العموم تقسم مستويات الصحة إلى:

**1- الصحة المثالية:** هي تلك الحالة التي تكتمل فيه جميع الجوانب النفسية والاجتماعية والعقلية المكونة لشخصية الفرد[2]، وهي حالة مرغوب فيها لكنها صعبة التحقيق، وهي جد نادرة.[3]

[1]- منظمة الصحة العالمية، متاح في: http://www.who.int/about/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/04/29 على الساعة 16:00.

[2]-الهام يحياوي، ليلى بوحديد، **مرجع سابق**، ص 319.

[3]- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **مرجع سابق**، ص24.

**2- الصحة الايجابية:** تعني خلو الجسم من أعراض المرض مع قدرته على التكيف مع كل ما يعترضه من مشاكل اجتماعية ونفسية وبدنية.[1]

**3- الصحة المتوسطة:** يلاحظ على الفرد ذو الصحة المتوسطة غياب الطاقة الايجابية، بحيث لا تظهر عليه أعراض المرض إلا أنه يفقد جزء من نشاطه وحيويته وتكون لديه القابلية للمرض إذا ما تعرض لمؤشرات خارجية اجتماعية أو نفسية أو بدنية.[2]

**4- مستوى المرض غير الظاهر**: حيث يعاني الشخص من وجود مرض ما، لكن لا يتم تشخيص هذا المرض إلا بعد إجراء تحاليل أو فحوصات بالأشعة.[3]

**5- المرض الظاهر**: في هذا المستوى يظهر على الفرد أعراض المرض من قلق وألم ويتراجع أداؤه ونشاطه بشكل ملفت للانتباه.[4]

**6- مستوى الاحتضار**: تتدهور حالة الشخص الصحية في مستوى الاحتضار إلى درجة العجز التام وفقدان قدرته عن أداء الوظائف الحيوية لوحده.[5]

إن تقسيم مستويات الصحة بهذا الشكل له علاقة بنوع الرعاية الصحية التي يحتاجها الفرد والتي سنتطرق إليها مفصلة لاحقا، ومن جهة أخرى فإن مستوى الصحة التي يتمتع بها الشخص هو الذي يحدد مدى قدرته على ممارسة وظائفه والقيام بأدواره الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وبالتالي مدى مساهمته في عملية التنمية.

[1] - الهام يحياوي، ليلى بوحديد، **مرجع سابق**، ص319.

[2] - بهاء الدين سلامة، **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص18.

[3] - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **مرجع سابق**، ص24.

[4] - بهاء الدين سلامة، **مرجع سابق**، ص18.

[5] - الهام يحياوي، ليلى بوحديد، **مرجع سابق**، ص 319.

## المطلب الثاني: محددات ومؤشرات الصحة

### أولا: محددات الصحة

تعرف محددات الصحة على أنها مجموعة من العوامل تساهم في التأثير _ وفق نمط معين _ على الوضع الصحي للأفراد، وهي تشمل العوامل الوراثية، البيولوجية، أنماط حياة الأفراد، البيئة، الوضع الاقتصادي، التعليم، الثقافة، وبتعبير آخر مجموع الهياكل الاجتماعية والسياسية التي تقود إلى تحريك المجتمع. تتسم بكونها متداخلة ومعقدة وتأثيرها على صحة الفرد قد لا يكون دائما ظاهرا بشكل جلي وواضح،[1] لهذا السبب أولت منظمة الصحة العالمية اهتماما بالغا بهذا الموضوع منذ السبعينات من القرن الماضي من خلال ما جاء به إعلان آلما اتا* حول بلوغ الصحة للجميع.

وصدر سنة 2010 الإعلان العالمي لـ "ايدليد" حول الصحة في كل السياسات**والذي طرح فكرة التعاون مابين مختلف القطاعات كوسيلة جديدة في العمل السياسي لترقية قطاع الصحة وتحسين الخدمات الصحية من أجل هدف أسمى هو ضمان حق الفرد في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكنبلوغه، خاصة

مع انتشار الأمراض المعدية والأوبئة في المناطق الحضرية والتي أثبتت وجود عوامل أخرى اقتصادية

[1] -Gilles Tredez, **Santé et politique publiques**, le conseil régional Nord, France, 2014,PP 16,18 .

*بتاريخ 1978/09/06 عقدت منظمة الصحة بمدينة آلما اتا عاصمة كازاخستان آنذاك الندوة العالمية حول الرعاية الصحية الأولية والتي دامت ستة أيام كاملة، تم التأكيد خلالها على ضرورة تحرك المجتمع الدولي بصفة مستعجلة لتوفير الرعاية الصحية الأولية لجميع الشعوب وحماية الحق في الصحة، وانتهت بصدور إعلان آلما اتا حول الرعاية الصحية الأولية، وقد جاء الإعلان بلغة صارمة ملزما الحكومات بتكثيف الجهود لضمان الصحة للجميع بحلول 2000، وأعتبر أن توفير الرعاية الصحية الأولية هو مفتاح التنمية الاقتصادية والاجتماعية وأداة لإرساء العدالة الاجتماعية.

**عقدت منظمة الصحة العالمية في أفريل 2010 مؤتمرا دوليا بمدينة ايديليد بأستراليا بعنوان " المجتمع الدولي للصحة في كل السياسات"، بحث المؤتمر في آليات دعم القطاع الصحي من خلال إشراك مختلف القطاعات في تحسين الوضع الصحي، وانتهى بإصدار الإعلان العالمي لايديليد.

واجتماعية وثقافية وبيئية - خارج مجال الصحة - تنهك حق الفرد في الصحة.[1]

وضمن هذا السياق شكلت منظمة الصحة في سنة 2005 لجنة المحددات الاجتماعية للصحة، ضمت اللجنة مسؤولين سياسيين وجامعيين ووزراء سابقين، من أجل دراسة المعطيات المتوفرة لرسم توصيات والتي بناء عليها يتم التدخل أو وضع سياسات فاعلة لتحسين صحة الأفراد.[2]

وقد نشرت اللجنة تقريرا سنة 2008 تضمن ثلاثة توصيات رئيسية هي: تحسين شروط الحياة اليومية، مكافحة اللامساواة في توزيع السلطة والمال والموارد، تطوير البحوث والتقييم والتكوين في مجال الصحة.[3]

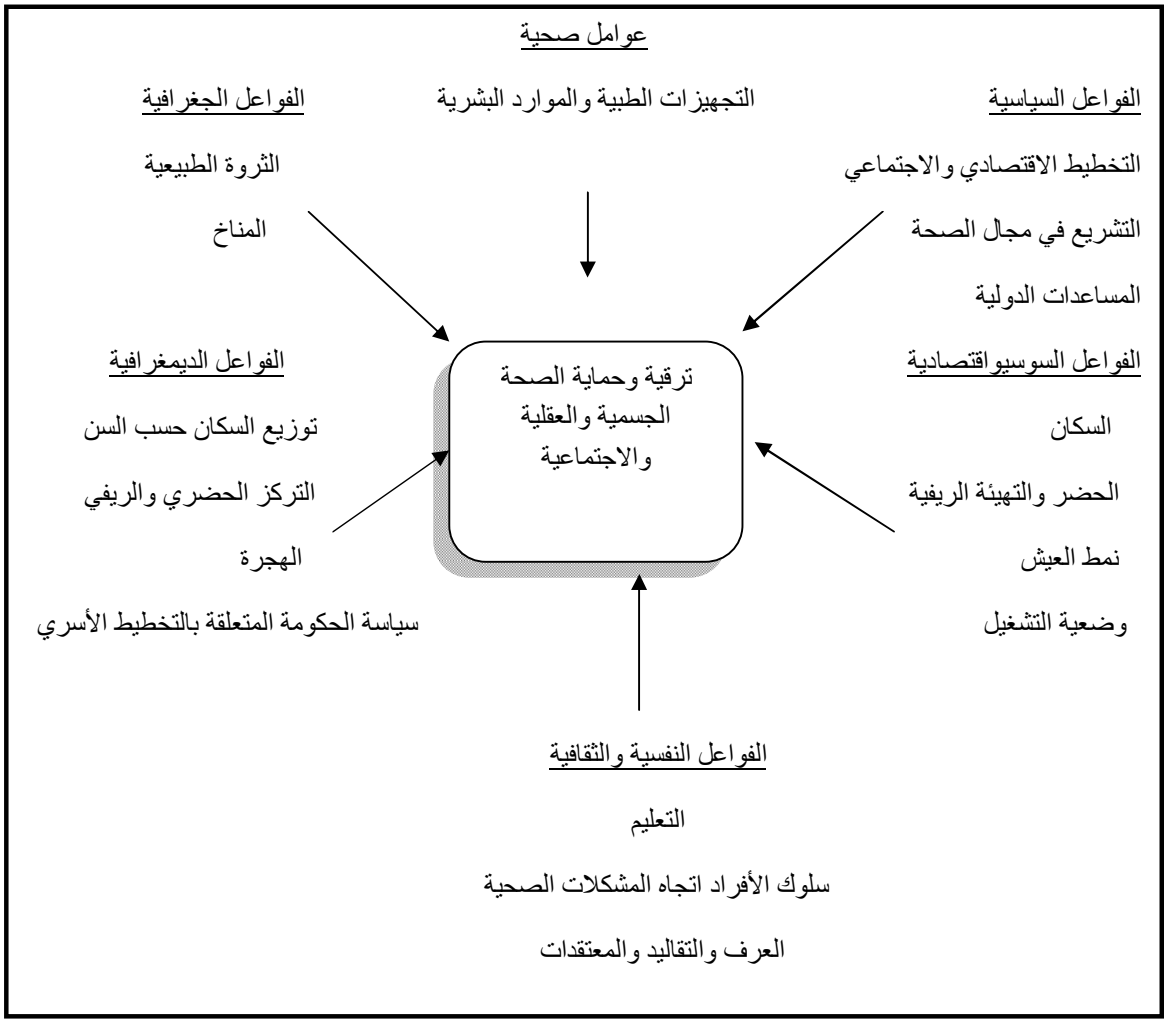
وعلى العموم يمكن تلخيص **محددات الصحة** في المخطط التالي:

[1] - Gilles Tredez, **op.cit**, p p 17-25

[2] - Anne Guichard et Louise Potvin, **pourquoi faut-il s'intéressé aux inégalités sociale de santé**, dossier santé en action, Institution national de prévention et de l'éducation pour la santé, mai 2014,p44.

[3] Anne Guichard et Louise Potvin, **op.cit**, p46.

**شكل رقم:** 01 محددات الصحة




**المصدر:**من إعداد الطالبة بناء على Lemercier Caroline **, la santé environnement concept, enjeux et appropriation par les acteurs**, mémoire présenté pour l :obtention du mastère professionnel en developpement social ; université Montpellier 3, 2013, p 18.

حسب هذا المخطط فإن محددات الصحة تصنف إلى عوامل جغرافية، عوامل سياسية، عوامل صحية، عوامل سوسيو – إقتصادية، عوامل نفسية - ثقافية، عوامل ديمغرافية، وهذه العوامل تؤدي إما إلى تعزيز مخاطر الإصابة بمرض ما أو تقلل منها.

**ثالثا : مؤشرات الصحة**

تسعى منظمة الصحة العالمية لتحسين الوضع الصحي لجميع شعوب العالم، وبغية توحيد معايير تقييم المستوى الصحي وضعت المنظمة مجموعة من المؤشرات التي تعتمد لقياس مستوى صحة السكان وهي:

•**نسبة الوفيات:** تعطي معدلات الوفيات لبلد ما صورة عن الوضع الصحي للسكان في ذلك البلد، يمكن الحصول على هذه البيانات من بيانات تسجيل الوفيات التي تبلغ سنويا لمنظمة الصحة وهي تشمل كل من وفيات الرضع بين الولادة والسنة الأولى من العمر، وفيات الأطفال من السنة الأولى إلى السن الخامسة، وفيات البالغين من خمسة عشر سنة إلى الستين، الأجل المتوقع عند الولادة أي السنين التي يستطيع أن يعيشها الشخص بصحة جيدة.[1]

• **مسببات الوفاة**: تختلف أسباب الوفاة من شخص لآخر وحتى من بلد لآخر، فحسب منظمة الصحة العالمية يوجد من بين 10 حالات وفاة في العالم 6 منها تعود إلى اعتلالات غير سارية و3 منها تعود إلى اعتلالات سارية أو إنجابية أو إلى سوء التغذية ، ويسجل في الدول النامية حالات وفاة عديدة بسبب الأمراض القلبية والأمراض التنفسية المزمنة.[2]

• **نسبة انتشار الأمراض المعدية**: إن مدى انتشار الأمراض المعدية المدرجة ضمن القائمة التي أعدتها منظمة الصحة هو مؤشر آخر عن الوضع الصحي للسكان، ويعتبر الحد من الأمراض المعدية رهان حقيقي أمام السياسات الصحية الوطنية والعالمية ذلك أن هذا النوع من الأمراض قد يتحول إلى أوبئة فتاكة ويتسبب في ارتفاع معدلات الوفاة .[3]

[1]- منظمة الصحة العالمية، **الإحصائيات العالمية لسنة 2009**، ص 35.

[2]- **المرجع نفسه**، ص 47.

[3]- منظمة الصحة ،**الإحصائيات العالمية لسنة 2009**، **مرجع سابق**، ص 59.

• **التغطية بالخدمات الصحية**: يتم حساب مؤشر التغطية الصحية بقسمة عدد الحاصلين على تدخل محدد على عدد المحتاجين لذلك التدخل، كأن نحصي عدد الأطفال دون سنة والذين تلقوا لقاحا محددا، ونقسم هذا العدد على جميع السكان الذين يقل عمرهم عن سنة واحدة في بلد ما.[1] ويؤخذ بعين الاعتبار الوسيلة المستخدمة في التنقل إلى مكان تقديم الخدمة.[2]

• **القوى العاملة الصحية، البنى التحتية، الأدوية الأساسية** : تعد الإمكانات والموارد التي تحوزها مختلف الأنظمة الصحية مؤشرا على مدى قدرة تلك الأنظمة على إشباع احتياجات السكان، وهي متفاوتة من بلد لآخر ومن إقليم لآخر، وفي تقدير منظمة الصحة فإن البلدان التي لديها أقل من 23 عاملا في الرعاية الصحية من طبيب وممرض وقابلة لكل 10000 نسمة لن تبلغ أهداف الألفية بتحقيق تغطية صحية وافية.

كما يعتمد عدد الأسّرة للدلالة على مدى توفر الخدمات لكن لا توجد قاعدة عالمية معتمدة تحدد عدد الأسرة اللازمة بالنسبة لتعداد السكان، وهذا المؤشر لا يشمل أحيانا كثيرة القطاع الخاص.

أما عن الأدوية فهي تعرف نقصا حادا وغالبا مالا تكون متوفرة في الدول النامية، تقدمها أحيانا منظمات الرعاية الصحية في تلك البلدان بسعر منخفض أو بالمجان وتكون متاحة بشكل أكبر لدى القطاع الخاص، وبحسب دراسة أجريت على 30 دولة نامية تم إحصاء توفر 65 % من الأدوية في القطاع الخاص مقابل 35 % فقط في القطاع العام.[3]

---

[1] - **المرجع السابق**، ص 71.

[2] -علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة**، سلسلة جسر التنمية، عدد22، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003، ص10.

[3] - منظمة الصحة، **الإحصائيات العالمية لسنة 2009**، مرجع سابق، ص95.

• **الإنفاق على الصحة:** يتفاوت الإنفاق الحكومي على الصحة من بلد إلى آخر ويختلف كذلك مستوى الإنفاق من المال الشخصي من فرد إلى آخر. يشمل هذا المؤشر إنفاق الحكومة وما تنفقه الأسرة بالإضافة إلى النفقات التي يغطيها التأمين.[1]

بحسب تقديرات منظمة الصحة قد يصل إنفاق الفرد على الصحة إلى تغطية 85% من نفقات العلاج ككل وهو ما يزيد من احتمال إفقار الأسر.

وغالبا ما تعتمد البلدان النامية على مصادر خارجية لتمويل قطاعها الصحي في شكل مساعدات من دول ومنظمات حكومية وغير حكومية.[2]

• **التفاوت في الحصول على الخدمات الصحية**: وهو ما أطلقت عليه منظمة الصحة " **حالات الغبن في المجال الصحي**"، ويقصد بها تلك الحالات المتعلقة بكيفية توزيع الخدمات الصحية بين الفئات السكانية والتي تخضع لعوامل سوسيو - اقتصادية (تعليم، دخل، ثروة)، الموقع الجغرافي، الانتماء العرقي، الجنس. تقاس حالات الغبن من خلال عمليات الولادة بإشراف طاقم طبي ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة والتغطية باللقاحات.[3]

• **الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية**: يعد كل من مستوى الدخل ومعدل الخصوبة والنمو الديمغرافي والنزوح الريفي ونسبة التعليم خاصة لدى النساء مؤشرات هامة عن الأوضاع الصحية العامة، تستخدم خاصة في الدراسات المقارنة بين الدول.[4]

[1]- علي عبد القادر علي، **مرجع سابق**، ص 10.
[2]- منظمة الصحة، **الإحصائيات العالمية لسنة 2009**، مرجع سابق، ص 107.
[3]- **المرجع نفسه**، ص 119.
[4]- **المرجع نفسه**، ص 131.

إن كل مؤشر من هذه المؤشرات إذا ما استخدم منفردا لتقييم الحالة الصحية العامة يكون منقوصا إذ لا يكفي لوصف الوضع الصحي لمنطقة ما بشكل واف.

## المطلب الثالث: علاقة الصحة بالتنمية

إن العلاقة بين الصحة والتنمية هي علاقة جدلية، وقد يصعب الفصل في هذه المسألة، فهناك اتجاه يرى أن الصحة سابقة للتنمية واتجاه آخر يرى أن التنمية سابقة للصحة، لكن القرار رقم 288/66 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة قد فصل إلى حد ما في الجدل القائم، حيث ورد فيه أن " الصحة هي شرط مسبق للتنمية ونتيجة من نتائجها ومؤشر عليها"، وهي نفس الفكرة التي أكدها إعلان ريو السياسي المتعلق بالمحددات الاجتماعية للصحة.[1]

وبهذا المعنى فإن العلاقة بين الصحة والتنمية تأتي في اتجاهين، حيث تعمل التنمية على تحسين الأنظمة الصحية وتطوير مختلف مجالات الطب، في حين أن الصحة الجيدة تزيد من الإنتاجية وتساهم في نمو وتحسين مؤشرات التنمية بمختلف أبعادها.[2]

### أولا: تأثير الحالة الصحية على التنمية

يعتبر الرأسمال البشري محور عملية التنمية، من هذا المنطلق كان لتدهور صحة الفرد وعدم كفاية الخدمات الصحية أثرها البالغ على النمو الاقتصادي فالأصحاء هم أكثر قدرة على الإنتاج من غيرهم،

[1]- جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، **تقرير الأمانة العامة حول رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية لمتعلقة بالصحة: الصحة في خطة التنمية لما بعد 2015**، أفريل 2014، ص4.

[2]- واين نافزيجر، **التنمية الإقتصادية**، ترجمة هبة عز الدين حسين وياسر عز الدين حسين، دار حميثرا للنشر والتوزيع، ط4، القاهرة، 2018، ص ص 467- 468.

لذلك فهم مرشحون لكي يصبحوا الأكثر ثراء وبإمكانهم تحقيق رأسمال مادي وتنميته في وقت أقل من غيرهم.

ومن جهة أخرى فإن سوء الحالة الصحية تعرقل نمو الاقتصاد، حيث يؤدي المرض إلى تراجع دخل الأسرة كما يلقي على عاتقها عبء ماليا إضافيا، وإذا ما استمرت الزيادة في الإنفاق الصحي لوقت طويل يحتمل أن يفقر الأسرة خاصة محدودة الدخل.

كما يؤثر الوضع الصحي للفرد على الإنتاجية فكلما كان الفرد بصحة جيدة كان أداؤه جيدا ونسبة غيابه ضئيلة ويتجنب التقاعد المبكر فيكون مردوده أفضل من شخص آخر يعاني من مرض أو علة.

وفي سياق آخر، تشير الدراسات إلى أن البلدان التي تنتشر فيها الأمراض المعدية والأوبئة تصبح بيئة طاردة للاستثمار الأجنبي ومهددة بذلك عملية التنمية الاقتصادية ليكون المرض سببا في التخلف وليس نتيجة له. [1] فالوضع الصحي الجيد إذا يساهم في زيادة الاستثمار والإنتاجية.[2]

والجدير بالذكر هو أن مؤشرات الصحة تستخدم لدى الدول والمنظمات الدولية كأداة لقياس مدى التقدم المحقق في مستوى التنمية.

**ثانيا: تأثير التنمية على الحالة الصحية**

تساهم التنمية في زيادة الدخل القومي وتحسين ظروف المعيشة السائدة وقد ترقى بها إلى درجة الرفاه الاجتماعي والثراء، وتؤكد الدراسات أن المواطنين الميسوري الحال يعيشون لآجال أطول من غيرهم

[1]- أنور هاقان قوناش، **الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي،: العلاقة بين الدخل والصحة**، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، 2004، ص 116.

[2]- نائل عبد الحافظ العواملة، **إدارة التنمية**، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 185.

ويعانون بدرجة أقل من الأمراض مقارنة بغيرهم، فتتراجع معدلات الوفيات ويرتفع أمل الحياة عند الولادة لديهم.[1]

ومن جهة أخرى فإن زيادة الدخل القومي يوفر الموارد المالية التي تستغل في النهوض بقطاعات أخرى لها تأثير مباشر أو غير مباشر على صحة الفرد، فكوريا الجنوبية على سبيل المثال استثمرت العوائد المحققة من تجربتها التنموية الناجحة في تحسين محددات الصحة على نحو نوعية التعليم الأساسي والرعاية الصحية والإصلاح الزراعي فحققت نموا في معدلات الحياة .

لقد أكدت دراسة أجراها بريستون سنة 1975 وجود علاقة بين صحة الفرد ونصيبه من الدخل القومي، لكنه أثبت أن الدخل ليس المحدد الوحيد للصحة، وقد ثبت ذلك مع دايتون سنة 2006 في دراسة قام بها بين عامي 1960 و2004 توصل من خلالها إلى مفارقة مفادها أن الدول المتقدمة تحقق نموا سريعا في الدخل القومي مع تحسن بطيء في الوضع الصحي، بينما تسجل الدول النامية نموا بطيئا في الدخل القومي يرفقه نمو سريع في الوضع الصحي.[2]

ورغم عدم إمكانية قياس العائد من تحسين الوضع الصحي العام، وأن المسألة تخضع لمعايير وصفية أكثر منها كمية، إلا أنه لا يمكن إنكار علاقة التأثر والتأثير المتبادلة بين الحالة الصحية للفرد ومستوى التنمية.

[1]-جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، **مرجع سابق**، ص 171.

[2]- **المرجع نفسه**، ص ص 8-10.

## المبحث الثاني: مكانة الحق في الصحة ضمن التشريعات الدولية والوطنية

لم يعد الحق في الصحة مجرد حق طبيعي منذ صدور الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، فاعتراف المجتمع الدولي بهذا الحق يترتب عنه مجموعة من الالتزامات الدولية والوطنية تأتي في مقدمتها تطوير الخدمات الصحية وإتاحتها على نطاق واسع، نهدف من خلال هذا المبحث إلى التعريف بهذا الحق وتسليط الضوء على مكانته ضمن النصوص الدولية والوطنية والبحث في سبل ترقيته وحمايته.

### المطلب الأول: مفهوم الحق في الصحة وعلاقته بحقوق الإنسان الأخرى

#### أولا: تعريف الحق في الصحة

منذ مطلع القرن التاسع عشر أصبح مصطلح حقوق الإنسان المصطلح المتداول للتعبير عما كان يطلق عليه في السابق حقوق طبيعية أو حقوق فطرية أو حقوق شخصية إنسانية.[1]

يختلف هذا المفهوم من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى ولذلك لا نجد تعريفا محددا له، لكن هناك إجماع حول اعتبار حقوق الإنسان حقوقا أصيلة لا يستطيع الإنسان العيش من دونها، فهي تكفل له إمكانيات تنمية واستثمار ما يتمتع به من صفات البشر من ذكاء ومواهب وضمير من أجل تلبية احتياجاته، وتستند إلى تطلع البشر المستمر إلى حياة تتميز باحترام وحماية الكرامة المتأصلة في كل إنسان وقدراته الكامنة فيه وهو ما تعبر عليه بعمق أول عبارات الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.[2]

[1]- نسرين محمد عبده حسونة، **حقوق الإنسان: المفهوم والخصائص والتصنيفات والمصادر**، متاح في: http://www.alukah.net/library/0/82711 / تم التصفح بتاريخ 2016/05/26 على الساعة 10:17.

[2]-المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، **الحق في الصحة :ماذا يعني في مصر؟** متاح في: http:///eipr.org/sites/default/files/pressreleases/pdf/right_to_health_ar.pdf تم التصفح بتاريخ 2016/05/26 على الساعة 10:50.

كانت هذه الحقوق متجذرة في المواثيق الدولية إذ اعترف بها المجتمع الدولي وتعهد بالالتزام بحمايتها وصيانته من الانتهاك وهي اليوم جزء لا يتجزأ من دساتير أغلب الدول.

تتسم حقوق الإنسان بأنها ذات بعد عالمي تتمتع بقوة إلزامية يترتب على من يخالفها جزاءات دولية، ومن خصائصها أنها شمولية وغير قابلة للتجزئة ولا يمكن انتزاعها وهي في تطور مستمر وتمتاز بالفعالية في الدول الديمقراطية الحريصة على تحويلها من مبادئ نظرية إلى واقع فعلي.[1]

تنقسم حقوق الإنسان إلى ثلاثة أجيال: [2]

الجيل الأول ويشمل الحقوق المدنية والسياسية

- الجيل الثاني ويتضمن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
- الجيل الثالث جاء نتيجة وعي المجتمع الدولي بوجود مشاكل ذات طبيعة عالمية تتعدى حدود الدولة الواحدة تقتضي مواجهتها تضافر جهود الدول وتتضامن الشعوب والأمم على غرار القضايا المتعلقة بالبيئة والتنمية.

ويعد الحق في الصحة أحد حقوق الإنسان الأساسية يرقى هذا الحق فوق كل الاعتبارات المرتبطة بالجنس والعرق والانتماء يندرج تحت مظلة الجيل الثاني لحقوق الإنسان.

بداية لابد أن نشير إلى وجود اختلاف بين **الحق في الصحة** و**الحق في أن نكون أصحاء**، فهذا الأخير يخضع لعوامل وراثية أو سلوكات شخصية غير سليمة وهذا يقع خارج مسؤولية أي جهة أو طرف

[1]- نسرين محمد عبده حسونة، **مرجع سابق.**

[2]- **المرجع نفسه**.

يتبوأ مكانة في النظام الصحي أو لديه سلطة اتخاذ القرار وصلاحيات التدخل في مجال توفير الخدمات الصحة وحماية صحة الجميع.[1]

أما **الحق في الصحة**، فهو يخضع لتلك العوامل والشروط الضرورية غير الوراثية ولا المرتبطة بالسلوك الشخصي إنما الخاضعة لإرادة ما، وقد تكون هذه العوامل متعلقة بنظم الرعاية الصحية أو بخدمات معينة أو بظروف المعيشة التي تعرف بالمحددات الاجتماعية للصحة.[2]

كان الحق في الصحة لا يتعدى الحق في ضمان العلاج للمريض، لكن بعد إعلان آلما- آتا صار المفهوم يشمل ضرورة الأخذ بأساليب الوقاية وإلى إلزامية تحقيق المساواة في إمكانية وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية ويلزم الحكومات بتوفير التأمين الصحي ومرافق الرعاية الصحية للفئات ذات الدخل المحدود.[3]

إن الحق في الصحة بهذا المعنى يعبر عن مفهوم **الرعاية الصحية الأولية** التي أكد عليها إعلان آلما - آتا، والتي عرفتها منظمة الصحة العالمية في تقرير الصحة سنة 2008 على أنها " الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه مع تعظيم المساواة والتضامن بين الناس في الحصول على الرعاية الصحية والاستجابة لاحتياجاتهم المتعلقة بالصحة، وهي الخطوة الأولى لتحقيق الرعاية الشاملة".[4]

---

[1]- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، **مرجع سابق**.

[2]- **المرجع نفسه.**

[3] - Organisation mondiale de la santé et Fonds de nations unis pour l'enfance , **déclaration Alma Ata : les soin de santé primaire**, 1 ère édition, Organisation mondial de la santé , Genève,1978 , p2.

[4]- منظمة الصحة العالمية، **التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008: الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى**، جنيف، 2008، ص5.

وتعتبر الرعاية الأولية ركيزة أساسية لأي نظام صحي، فهي تمثل المستوى الأول من الاتصال الذي يتم بين الأفراد والأسر والمجتمعات والنظم الصحية، وهي تشمل عدة خدمات منها خدمات الوقاية والتثقيف الصحي ورصد ومراقبة الأمراض ورعاية الطفولة والأمومة ومراقبة الغذاء والمياه الموجهة للشرب. [1]

ثم اتسع مفهوم الحق في الصحة مع إطلاق منظمة الصحة لبرنامج **الرعاية الشاملة** في تقريرها السنوي سنة 2005 ثم أكدت على المفهوم مجددا في تقرير 2010 وأصبح بذلك هذا الحق يتجاوز مجرد الحصول على خدمات الرعاية الأولية إلى ضرورة حماية الأفراد من المصاعب المالية التي قد يتعرضون إليها أثناء سعيهم للحصول على الخدمات الصحية، لأن المقصود بالرعاية الشاملة التي دعت إليها منظمة الصحة في تقرير 2010، هو "جعل الخدمات الصحية متاحة للأفراد في الوقت المناسب دون وجود مصاعب مالية متعلقة بتكاليف هذه الخدمات".[2]

إن ملامح هذا المفهوم كانت قد ظهرت كذلك مع مؤتمر ألما-آتا حينما تم التأكيد على ضرورة الشروع في توفير الرعاية الأولية كخطوة إستراتيجية تقود نحو توفير الصحة للجميع بحلول سنة 2000، إلا أن ظهوره واستخدامه الفعلي كان مع صدور تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2008 والذي تضمن آليات إصلاح الرعاية الأولية كخطوة أساسية نحو بلوغ الرعاية الشاملة،[3] وقد بدأ الحديث بجدية أكثر عن هذا المفهوم بعد الأزمة الاقتصادية التي شهدها العالم سنة 2009 حيث ارتبط مفهوم الحق في الصحة بمفهوم **جودة الحياة** الذي يندرج ضمن الجيل الرابع لحقوق الإنسان، ويقضي هذا المفهوم بضرورة ضمان

[1]- رياض أحمرو، **المراقب الصحي: مهامه وواجباته**، دار الكتاب الثقافي، عمان، الأردن، 2017، ص ص 14-15.

[2]- منظمة الصحة العالمية، **التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة**، جنيف، 2010، ص ط .

[3]- منظمة الصحة العالمية، **التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008: الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى**، مرجع سابق، ص 9.

حق الحصول على الخدمات الصحية بسرعة وفي الوقت المناسب، ثم جاء تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2010 حتى يحدد معنى الرعاية الشاملة ومتطلباتها وأهدافها.[1]

أما لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة فقد ذهبت في تعريفها للحق في الصحة لأبعد من ذلك، فهي تنظر له على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الخدمات مناسبة وفي حينها في مجالات الوقاية والإرشاد الصحي والعلاج والتأهيل والتخفيف من المرض فحسب، بل يشمل حق الطفل في النماء والتطور لتحقيق قدراته كاملة والعيش في ظروف تمكنه من بلوغ أعلى مستوى صحي من خلال تنفيذ برامج تتناول المحددات الأساسية للصحة.[2]

وفي نفس السياق اتجه الدكتور محمد هاشم ماقورا في تعريفه للحق في الصحة فقال عنه بأنه " ضمان قدر كاف من المساكن الصحية وتوفير المياه الصالحة للشرب وكذلك الغذاء الكافي وتحسين النظافة البيئية والصناعية والوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية وغيرها".[3]

إن الحق في الصحة بهذا المعنى يقودنا إلى طرح آخر يعبر عنه بمصطلح "**الصحة العمومية**" هذا المصطلح يقضي بالمسؤولية الجماعية اتجاه الصحة ودور الدولة في حماية وترقية الصحة العامة، والأخذ بعين الاعتبار المحددات السوسيو - اقتصادية للصحة.

يتضح من خلال ما سبق أن الحق في الصحة بمفهومه الضيق يشمل العناية الطبية وبناء المرافق الصحية، أما بمفهومه الواسع فهو يتعدى ذلك ليشمل كل محددات الصحة التي تضمن حياة صحية

[1]- محمد بوحجي وآخرون، **رعايتنا الصحية خيارتنا... مساراتنا ... قراراتنا**، مركز النشر العلمي، البحرين، 2013، ص 19.

[2]- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، **التعليق العام رقم 15/ 2013 بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى للصحة يمكن بلوغه**، الدورة الثانية والستين، 2013.

[3]- محمد هاشم ماقورا، **الحماية الدولية الجنائية للحق في الصحة**، مجلة القانون، عدد 04، طرابلس، 2013، ص 119.

وسليمة للفرد وحمايته من التعرض لمصاعب مالية أثناء طلبه للخدمات الصحية[1].

ينطوي مفهوم الحق في الصحة على مجموعة من عناصر يمكن إن نستشفها من خلال ما ورد سابقا كما يلي:

- الحق في المشاركة ويقصد به المشاركة في صنع قرارات السياسة الصحية، وذلك من خلال تحويل المطالب المجتمعية إلى سياسات عامة، والحق في المشاركة هو وسيلة لجعل شعوب العالم تشعر بانتمائها للنظام الصحي، وبإمكانهم أثناء ممارسة حقهم في المشاركة المساهمة في تغيير النظم الصحية نحو الأفضل وترقية الوضع الصحي العام والمساهمة في بلوغ الهدف الأسمى للسياسات الصحية وهو تحقيق الصحة للجميع.[2]

- مجانية العلاج يعتبر مطلبا أساسيا من أجل توفير الرعاية الصحية للجميع على قدر من العدل والمساواة ويكفل تساوي فرص الحصول على العلاج، كما يضمن الحماية الاجتماعية للأفراد من الأعباء المالية التي قد يواجهونها لقاء الدفع المباشر مقابل الخدمات الصحية التي يحصلون عليها.[3]

- سهولة الحصول على الخدمة والتي تتحقق بالكفاية النوعية والكمية للخدمات، حيث يفترض أن تكون الإمدادات بالخدمات الصحية والأدوية بالقدر الكافي وأن تتواجد المرافق والمؤسسات الصحية بالعدد المناسب وموزعة بقدر من العدالة والمساواة بين أقاليم الدولة الواحدة، وأن يكون مقدمي الخدمات الصحية يلبون الحاجيات المجتمعية، ولن يتوفر شرط سهولة الحصول على الخدمات إذا لم تتصف

[1]- عبد الحق مرسي، **الاعتراف الدولي بحق الإنسان في الصحة والتشريعات الوطنية المتعلقة بالتهيئة والتعمير**، مجلة القانون والمجتمع والسلطة، عدد 04، وهران، 2015، ص28.

[2]-ماتياس رات، **إعلان برليتا**، ص 17

[3]- منظمة الصحة العالمية، **التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة**، مرجع سابق، ص ف.

الخدمات بالجودة والكفاءة والفاعلية. [1]

**ثانيا: المعايير الدولية لاحترام الحق في الصحة**

ورد في التعليق العام رقم 14 المعتمد من طرف لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة مجموعة من المعايير التي يقاس عليها مدى التجسيد الفعلي للحق في الصحة وهي:[2]

- مدى توفر المرافق والخدمات والسلع الصحية بالقدر الكافي مع مراعاة المساواة وعدم التمييز.

- سهولة الحصول على الخدمة وتشمل الوصول بأمان إلى المرفق والمنتجات بغض النظر عن مكان الإقامة، وتشمل أيضا السهولة المالية بأن يكون بمقدور جميع الأفراد تحمل الأعباء المالية مقابل الحصول على السلع والخدمات .

- المقبولية والجودة وذلك بأن تكون الخدمات والمنتجات الصحية تراعي ثقافة المجتمع وتواكب التطورات العلمية مما يقتضي تكوين وتدريب الطاقم الطبي بشكل دوري ومستمر كما يجب أن يلتزم موظفو قطاع الصحة بالأخلاق المهنية.

ويتحقق ذلك بإجماع الدول الأعضاء لدى الأمم المتحدة بـ:[3]

- العناية بالأطفال والرضع من خلال العمل على خفض معدلات الوفيات لدى المواليد الجدد والرضع والعمل على تحقيق نموا صحيا للأطفال.

---

[1]- منظمة الصحة العالمية، **الحق في الصحة**، صحيفة الوقائع، عدد 323، نوفمبر 2013، متاح في: http://www.who.int تم التصفح بتاريخ 2018/01/07، على الساعة 14:37.

[2]- الأمانة العامة للأمم المتحدة، **التعليق العام رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة**، الدورة الثانية والعشرون، مجلد 1، 2000، ص82.

[3]-خالد صالح، **الحق في الصحة**، متاح في: http://medicine.uobabylon.edu.iq/fileshare/articles/20116717_7_850.pdf تم التصفح بتاريخ 2016/05/02 على الساعة 20:15.

- العناية بالصحة البيئية
- مكافحة الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والمعدية
- تحسين الخدمات الطبية وضمان توفير الرعاية الطبية للجميع في حالة المرض

وتشير الدراسات أن النساء هن أكثر عرضة لانتهاك حقهن في الصحة خاصة في الدول النامية بسبب صعوبة وصولهن إلى الخدمات الصحية أو بسبب المعتقدات والثقافات السائدة التي تكرس لممارسة التمييز ضدهن.

**ثالثا: علاقة الحق في الصحة بحقوق الإنسان الأخرى**

تتسم قضايا حقوق الإنسان بالتداخل والتشابك في الكثير من الأحيان، وهو ما ينطبق على الحق في الصحة في علاقته بحقوق الإنسان الأخرى، إذ لا يمكن أن يتمتع الفرد بحقه في الصحة لما ينتهك حقه في الغذاء والماء أو حين يتعرض للتمييز وانتهاك الخصوصية أو لما يحرم من حقه في الحصول على المعلومات وفي التعليم وفي مسكن لائق ووظيفة يكسب منها رزقه.

ومن منظور آخر فإن الشخص الذي يعاني من مشاكل صحية قد لن يتمكن من ممارسة حقوق أخرى له، في مقدمتها التعليم والعمل.

**الحق في الصحة والغذاء:** أكد إعلان برليتا* أن الغذاء الكامل والمتوازن ضروري للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض، إذ تؤكد البحوث العلمية في مجال الطب أن سوء التغذية هي المسبب الرئيسي للكثير من الأمراض منها الأمراض المزمنة كأمراض القلب والشرايين، داء السكري، هشاشة العظام،

*هو عبارة عن كلمة ألقاها الدكتور رات ماتياس صاحب مؤسسة رات الصحية، بتاريخ 19 أكتوبر 2014، كشف فيها تواطؤ المنظمات الدولية مع ما وصفه بالنظام الصحي الدكتاتوري للحفاظ على المصالح التجارية لكبرى الشركات العالمية.

فالرعاية الصحية الوقائية ترتكز على التغذية الصحية بالدرجة الأولى.[1]

**الحق في الصحة والتعليم:** لكل فرد الحق في الحصول على الحد الأدنى من المعلومات المتعلقة بالصحة كمعرفة أسباب الأمراض الشائعة مثلا وكيفية الوقاية منها، وميزة التعليم الأخرى هي أنه يجعل الفرد قادرا على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحته وهو أيضا أساس البحوث والاكتشافات في مجال الصحة.[2]

**الحق في الصحة والعمل:** لكل عامل الحق في التمتع بشروط عمل لائقة تضمن السلامة والصحة، كما يرتبط الحق في العمل بضرورة اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة لحماية العامل من الأخطار والحوادث المهنية، ونظرا لأهمية الصحة المهنية أبرمت منظمة العمل الدولية حوالي 70 اتفاقية بهذا الشأن منها اتفاقية الخدمات الصحية المهنية عام 1985.[3]

**الحق في الصحة والسكن:** السكن هو ذلك المبنى المادي الذي يأوي الإنسان ويوفر له الأمان والاستقرار ويحفظ له خصوصيته وكرامته، يشترط فيه استفاء الحد الأدنى من المعايير العالمية المرتبطة أساسا بتوفر الخدمات الأساسية مثل مياه الشرب وظروف المسكن التي تقي الأفراد من الأخطار الصحية، وتوفر خدمات الرعاية الصحية والتحرر من الأخطار البيئية الضارة بالصحة، بوصفها عوامل أساسية في هذا الحق.[4]

**الحق في الصحة والحق في الحياة:** يتعدى الحق في الحياة ذلك المفهوم الضيق الذي يشير إلى الحق

---

[1]- منظمة الأغذية والزراعة لأمم المتحدة، **إستراتيجية منظمة الأغذية والزراعة ورؤيتها للعمل في مجال التغذية**، الفاو، روما، 2014.

[2]- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، الصكوك الدولية لحقوق الإنسان، **تعليق 13: الحق في التعليم**، الدورة الحادية والعشرون،1999.

[3]- دائرة الحقوق، **الحق في الصحة**، متاح في http://hrlibrary.umn.edu/arab/M14.pdf تم التصفح بتاريخ 2016/05/02، على الساعة 17:00.

[4]- شوقي قاسمي، أثر **الخيارات السياسية والاقتصادية في إعمال الحق في السكن : الجزائر نموذجا**، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 37/36، جامعة محمد خضير، بسكرة، 2014، ص ص42-43.

الطبيعي في الحياة، ليشمل مجموعة التدابير الضرورية والتي تعمل على ترقية الصحة من خلال تحسين الغذاء ومكافحة الأوبئة الفتاكة وتخفيض نسبة وفيات الأطفال من خلال تطوير خدمات الصحة الوقائية الموجهة للأمومة والطفولة والدول ملزمة بمراعاة الحق في الحياة ضمن منظومتها الجنائية وعليه فهي ملزمة بإلغاء عقوبة الإعدام وعدم تنفيذها إلا في جرائم شديدة الخطورة .[1]

**الحق في الصحة والبيئة**: يواجه العالم اليوم تحديات بيئية خطيرة ناجمة عن التغيرات والتحولات الاقتصادية والثقافية والتكنولوجية والصناعية والعلمية، أبرزها ظاهرتي الاحتباس الحراري والتغير المناخي. تتسبب هاتين الظاهرتين في وقوع كوارث طبيعية يترتب عنها تكاليف صحية وخيمة خاصة في الدول النامية على غرار الفيضانات والجفاف والتلوث وموجات الحر وتراجع كمية التساقط وظاهرة الأمطار الحمضية والعواصف ... الخ.[2]

**حق غير المواطن في الصحة:**

كفل القانون الدولي للأشخاص المعبر عنهم بغير المواطنين حقهم في التمتع بحقوقهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وفي مقدمتها الحق في الصحة، حيث ألزم الحكومات باتخاذ التدابير اللازمة لضمان الحق في الصحة لأولئك الأجانب من طلاب أو عمال غير مواطنين أو لاجئين أو عديمي الجنسية أو ضحايا الاتجار بالبشر أو أطفال غير المواطنين وذلك بحسب إمكانيات وموارد كل دولة،[3]و بحسب ما يحدده القانون الخاص بها.

[1]- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، الصكوك الدولية لحقوق الإنسان، **تعليق رقم 06 :الحق في الحياة** ،الدورة السادسة عشر، 1982.

[2]- مارغريت شان، **العولمة والصحة، بيان أمام الجمعية العامة لهيئة الأمم المتحدة**، متاح في: http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/05/02 على الساعة 18:34.

[3] - المفوضية لأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، **حقوق غير المواطنين**، الأمم المتحدة، جنيف، 2006.

غير أن الاقتراب من واقع هاته الفئات خاصة في الدول النامية يجعلنا ندرك مدى معاناتها مع المشاكل الصحية، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل تعيق حصولها على الرعاية الصحية حيث فإلى جانب الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة التي تعيش في كنفها هاته الفئات، هناك عراقيل أخرى مرتبطة بصعوبة التواصل بسبب اختلاف اللغة والثقافة أو بسبب التمييز أو الاضطهاد الممارس ضدهم أحيانا، وتأتي الأمراض النفسية في مقدمة الأمراض التي تفتك بهؤلاء .

والجدير بالذكر أن المنظمات غير الحكومية تلعب دورا في تقديم بعض الخدمات الصحية لهذه الفئات، إلا أنها عاجزة عن توفير التغطية الصحية لكافة الأشخاص المصنفين في خانة غير المواطنين لمحدودية مواردها. ونظرا لأهمية مسألة حقوق غير المواطنين في مجال الصحة، جاء في التوصية العامة رقم 30 الصادرة عن لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز العنصري، ضرورة احترام حق غير المواطن في الصحة. [1]

## المطلب الثاني: نشأة الحق في الصحة وتطوره ضمن المواثيق الدولية

### أولا: الاعتراف الدولي بالحق في الصحة

جاء الاعتراف بالحق في الصحة لأول مرة في دستور منظمة الصحة العالمية[2] ، وهي إحدى وكالات الأمم المتحدة المتخصصة، تنشط في المجال الصحي وقد تأسست بتاريخ 07 أفريل 1948، وهي تضطلع بوضع برامج وسياسات صحية ورسم اتجاهات الصحة العالمية وتعمل على دعم الشعوب لترقية

[1]- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، **مرجع سابق.**

[2]- **المرجع نفسه.**

الصحة العالمية [1].

أعطت منظمة الصحة بعدا اجتماعيا لمفهوم الصحة واعترفت صراحة بأن الحق في الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وهو ما أكده دستورها الذي جاء فيه أن التمتع بأعلى مستويات الصحة التي يمكن الوصول إليها حق من الحقوق الجوهرية لكل إنسان، يجب التمتع به دون تمييز على أساس عرق أو دين أو معتقد أو الظرف الاجتماعي والاقتصادي.[2]

لقد تعزز الحق في الصحة في إطار الاعتراف العالمي بحقوق الإنسان بشكل عام بتاريخ 10 -12-1948، حيث التزمت الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة بالعمل على تعزيز الحماية الفعلية لحقوق الإنسان، وقد نصت المادة الأولى من الميثاق الهيئة على " إيمان شعوب الأمم المتحدة بالحقوق الأساسية للإنسان وبكرامة الفرد وبما للرجال والنساء والأمم كبيرها وصغيرها من حقوق متساوية"[3].

بعد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تتابعت الاعترافات الدولية بهذا الحق في المواثيق والمعاهدات الدولية التي أبت إلا وأن تؤكد على أهميته كحق دستوري وهو الأمر الذي يعكس مدى إدراك المجتمع الدولي ووعيه بقضايا الصحة وأهمية السلامة الشخصية وبضرورة إيجاد آليات قانونية لحماية الكائن البشري.

وفي هذا السياق تم إقرار العهدين الدوليين لحقوق الإنسان سنة 1966، تعلق الأول بالحقوق السياسية والمدنية وجاء فيه التأكيد على الحق في الحياة والاستفادة من الخدمة العامة، وتعلق الثاني بعدة حقوق

[1]- منظمة الصحة العالمية: متاح في: http://www.who.int/about/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/10/16 على الساعة 11:15.

[2]- مجلس النواب اللبناني، **الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: الحق في الصحة**، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت،2007، ص32 .

[3]- مختار خياطي، **دور القضاء الجنائي الدولي في حماية حقوق الإنسان**، مذكرة ماجستير في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر، 2011، ص ص25،26.

منها الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية فاشتمل على الحق في التأمين والحق في الأمن الغذائي والصحي والحق في الصحة وفي مستوى معيشي كاف.[1]

في سنة 1978 انعقدت الندوة العالمية حول الرعاية الصحية الأولية، تم اللقاء بمدينة ألما آتا في الثاني عشر من سبتمبر، جاءت الندوة مؤكدة على الحاجة الملحة لاتخاذ تدابير مستعجلة من طرف الحكومات وموظفي قطاع الصحة والمجتمعات الدولية لحماية وترقية حق الشعوب في التمتع بالصحة الجيدة وأن النمو الاقتصادي والاجتماعي يتوقف على صحة الأفراد وتوفر حياة ذات نوعية. [2]

وعند انعقاد مؤتمر ريو العالمي حول البيئة والتنمية من 3 إلى غاية 14 جوان 1992 بمدينة ريو دي جانيرو، تم التأكيد على العلاقة الموجودة بين الصحة والتنمية المستدامة، وأن المرض هو أحد أكبر معوقات التنمية ولقد جاءت صياغة المبدأ الأول من هذا الإعلان بأسلوب يقر صراحة بأن الصحة حق للأفراد:" البشر يقعون في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة".

وفي هذا السياق وقف المؤتمر الذي حضره ممثلين عن 179 دولة، ناهيك عن المنظمات الدولية والإقليمية الحكومية منها وغير الحكومية،[3] على العلاقة الموجودة بين الصحة والتنمية المستدامة والتي تحكمها ثلاثة عناصر أساسية على النحو التالي:[4]

---

[1]- **المرجع السابق**، ص ص 42-44.

[2] -OMS, UNISCO, **rapport de la conférence international sur les soin de santé primaire**, Genève, 1978, p2.

[3]- هيئة الأمم المتحدة، **تقرير الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية ريو دي جانيرو 3-14 حيزران 1992**، المجلد الثاني، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 1993، ص ص 2-7.

[4]- منظمة الصحة العالمية، **مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (ريو+20)**، جدول أعمال المجلس التنفيذي، الدورة 130، جانفي، 2002، متاح في http://apps.who.int تم التصفح بتاريخ 2018/01/07 على الساعة 18:17.

- ✓ يرتبط تحقيق التنمية المستدامة والحد من الفقر على تحسين صحة البشر.
- ✓ الاستثمار في مجال التنمية المستدامة والاقتصاد الأخضر ينعكس إيجابا على الوضع الصحي حيث يحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للفرد.
- ✓ تعد مؤشرات الصحة معيارا لقياس درجة التقدم في تحسين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية التي تركز عملية التنمية المستدامة على تطويرها.

وانتهى المؤتمر بوضع ما يعرف بالأجندة 21 وهي عبارة عن إستراتجية عالمية تضمنت أهداف الألفية وسبل تحقيقها، وجاءت مسألة تعزيز الصحة ضمن تلك الأهداف، وبالتالي دعا المؤتمر إلى ضرورة توفير البيئة الصحية على اعتبار أنها شرط أساسي لتوفير الصحة الجيدة، حيث أن البيئة الصحية من شأنها أن تخفف ربع أعباء الأمراض السارية وغير السارية وتقلص من نسبة وفيات الأطفال.[1]

وقد التزمت منظمة الصحة بإصدار تقارير بشكل دوري منذ 2000 تؤكد من خلالها في كل مرة على ضرورة تسخير كافة الإمكانيات لترقية صحة، وتحث على ضرورة تعزيز الحق في الصحة وتحدد أهداف السياسة العامة الصحية العالمية في إطار الحاجيات العالمية الصحية ووفق للظروف التي تمر بها الساحة الدولية.

ولابد أن نشير إلى أن هذه المواثيق والصكوك الدولية تكفل حماية الحق في الصحة **حماية نصية** و**ليست جنائية** بمعنى أنها لم تتطرق إلى الآثار القانونية المترتبة عن انتهاك هذا الحق من قبل الأشخاص الطبيعيين أو المعنويين.[2]

[1]- **المرجع السابق**، ص 3.

[2]- محمد هاشم ماقورا، **مرجع سابق**، ص ص 120،121.

**ثانيا:الالتزامات الدولية بشأن الحق في الصحة**

إن القانون الدولي الذي يلزم الحكومات باحترام المعاهدات التي تصادق عليها، يعي التفاوت في الإمكانيات والموارد من بلد لآخر، لذلك أقر مبدأ التطبيق التدريجي للحق في الصحة شريطة أن تظهر الدولة نيتها اتجاه تجسيد الأهداف المرجوة منها لأجل لبلوغ التحقيق الكامل لهذا الحق، وقد حددت هذه الالتزامات بـ:[1]

1- **الاحترام**: يكون من خلال اتخاذ الإجراءات التي من شأنها التقليل من المعوقات التي تحول دون إمكانية حصول الجميع على الخدمات الصحية وأن تعزز كل الممارسات التي من شأنها تحقيق المساواة وإتاحة المعلومات.

2- **الحماية:** وتكون بتعزيز الإطار التشريعي والقانوني الذي يكفل الحق في الصحة كالقوانين المتعلقة بمنع المتاجرة بالأعضاء البشرية .

3- **التنفيذ**: يكون بتسخير كافة الوسائل المادية والبشرية والقانونية اللازمة لتوفير الخدمات الصحية مع الأخذ بعين الاعتبار المحددات الاجتماعية للصحة أثناء إعداد السياسات العامة الوطنية الكلية والقطاعية.

4- **توفير الرعاية الأولية:** فكل الدول على اختلاف أولوياتها ومشاكلها ومع تفاوت قدراتها وإمكانياتها ومواردها ملزمة بتوفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية حسب التعليق رقم 14[2]، وقد حدد نفس التعليق التزامات الحد الأدنى أو الرعاية الأولية بتوفر ما يلي:[3]

---

[1] - المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، **مرجع سابق**.

[2] - - الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، **تعليق رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة**، الدورة الثانية والعشرون، 2000.

[3] - **المرجع نفسه**.

- غذاء يستوفي الحد الأدنى من شروط التغذية الأساسية
- مأوى وصرف صحي ومياه صالحة للشرب
- المرافق والأدوية والخدمات الأساسية

**ثالثا: أدوات الحماية الدولية للحق في الصحة**

**-منظمة الصحة العالمية:** هي إحدى وكالات الأمم المتحدة المتخصصة في مجال الصحة، تأسست بتاريخ 07 أفريل 1948، وهو تاريخ الاحتفال باليوم العالمي للصحة من كل سنة، مقرها الحالي موجود بجنيف بسويسرا، تسهر على إدارة شؤونها مارغريت تشان.*

لديها ما يزيد عن 7000 موظف موزعون على 150 مكتب قطري، 6 مكاتب إقليمية والمقر الرئيسي. تسعى لجعل سكان العالم يتمتعون بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه من خلال مكافحة الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية ومساعدة الأمهات والأطفال على البقاء على قيد الحياة، وتعمل على ضمان الهواء والماء والغذاء واللقاحات للأطفال.

تأتي منظمة الصحة العالمية في مقدمة المنظمات التي تعنى بالمجال الصحي في العالم، تقوم برسم سياسات عامة عالمية للصحة، تنفذ برامج على المستوى القطري والإقليمي والعالمي بالتعاون مع ما يعرف بمراكز التعاون وهي عبارة عن مؤسسات يعينها المدير العام لمنظمة الصحة لتكون جزءا من شبكة تعاون مؤسساتية، ظهرت فكرة إنشاء مثل هذه المراكز مع عصبة الأمم وكانت آنذاك عبارة عن مختبرات

* من مواليد 1947 بالصين الشعبية متحصلة على شهادة الطب من جامعة أونتاريو بكندا، تولت عدة مناصب منها منصب مديرة إدارة الصحة بهونغ كونغ 1978 وعينت مدير إدارة حماية البيئة البشرية بمنظمة الصحة سنة 2003 ومدير ترصد الأمراض السارية في 2005 والمدير العام للمنظمة لعهدتين.

وطنية للمنتجات البيولوجية ويعد المركز العالمي لمكافحة الأنفلونزا الذي أنشئ بلندن 1947 أول مركز تعاون تؤسسه منظمة الصحة.[1]

2- **منظمة التغذية والزراعة:** أو باختصار FAO هي منظمة حكومية دولية، تأسست سنة 1945 كإحدى الوكالات المتخصصة للأمم المتحدة بكندا، يبلغ عدد أعضائها 194 دولة وعضوين منتسبين ومنظمة واحدة هي الاتحاد الأوروبي، لديها فروع في أكثر من 130 بلد انتقل مقرها الرئيسي من واشنطن إلى روما سنة 1951.

بلغ عدد موظفي منظمة التغذية والزراعة سنة 2013، 1738 موظف مهني و1510 موظف دعم، موزعون عبر شبكة من المكاتب الإقليمية الفرعية والمكاتب القطرية مكتب الاتصال ومكتبي الإعلام و57% منهم يعملون بالمقر الرئيسي بروما، يتم تمويل الفاو بواسطة نوعين من الاشتراكات الطوعية التي يتم دفعها من قبل الأعضاء وفق ما يحدده المؤتمر كل عامين.[2]

تضطلع الفاو برسم سياسات عامة عالمية في مجال الغذاء وتعمل على مكافحة سوء التغذية وعلى تطوير النظم الغذائية وتوفير المغذيات الدقيقة والمكملات الغذائية وتهدف من خلال نشاطاتها وبرامجها إلى القضاء على الجوع وانعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية والفقر والى الإدارة المستديمة للموارد الطبيعية.

في سنة 1962 شرعت الفاو في تنفيذ الدستور الغذائي بالتعاون مع منظمة الصحة والذي يضع معايير دولية للأغذية، وفي سنة 1986 تم إنشاء أكبر قاعدة للبيانات الإحصائية الزراعية أو ما تعرف اليوم

[1]- منظمة الصحة العالمية، متاح في: http://www.who.int/ / تم التصفح بتاريخ2016/10/16، على الساعة 11:40.

[2] - منظمة التغذية والزراعة، متاح في: http://www.fao.org/about/who-we-are/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/10/13 على الساعة: 13:30.

بقاعدة بيانات المنظمة الإحصائية.[1]

وفي 1992 تم انعقاد مؤتمر مشترك بين الفاو ومنظمة الصحة تحت اسم المؤتمر الدولي للتغذية ICN، تعهدت أثناءه الحكومات بتكثيف جهودها في سبيل مكافحة المجاعة وسوء التغذية ونقص التغذية خاصة لدى الأطفال والنساء والمسنين ونقص المغذيات الدقيقة كالحديد واليود والفيتامين (أ) والأمراض المتعلقة بالنظام الغذائي ومعوقات الرضاعة الطبيعية وعدم كفاية المرافق الصحية.

وفي 2004 وضعت الفاو برنامج لدعم الحق في الغذاء، ثم قامت بتأسيس مركز إدارة أزمات عالي التقنية لمحاربة أنفلونزا الطيور والأمراض المتصلة بأمراض حيوانية وسلامة الغذاء عام 2006، يقوم المركز برصد مناطق تفشي الأمراض وإرسال خبراء لها في أجل أقصاه 48 ساعة .

تواصل نشاط الفاو في 2014 حيث صادق أعضاء المنظمة على إعلان روما بشأن التغذية والذي جاء ليعزز ويؤكد على حق كل إنسان في الحصول على غذاء آمن وكاف[2].

إن الفاو بصفتها منظمة حكومية، تلعب دورا هاما في مجال ترقية الحق في الصحة، سواء من خلال نشاطها في مجال تفعيل الحق في الغذاء الذي يعد أحد محددات الصحة، أو من خلال نشاطاتها المباشرة في مجال الصحة على غرار مكافحة بعض الأمراض ووضع برامج وقائية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية.

**3- <u>منظمة الأمم المتحدة للطفولة</u>: UNICEF** هي الأخرى إحدى وكالات الأمم المتحدة، متخصصة في مجال رعاية الطفولة والأمومة تعنى بتوفير اللقاحات وهو النشاط المحوري لها إلا أنها تسعى لتوسيع مجالات نشاطها لتشمل نطاقا أوسع من الخدمات.

[1]- منظمة التغذية والزراعة، متاح في:http://www.fao.org/about/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/10/13 على الساعة 13:42

[2]- **المرجع نفسه.**

تتعاون اليونيسيف مع منظمة الصحة العالمية في مجال جمع البيانات خاصة المتعلقة بسوق اللقاحات، ومن أهم الانجازات التي تحسب لليونيسيف في مجال حماية الحق في الصحة هو ذلك البرنامج الذي أطلقته المنظمة سنة 2001 تحت شعار " **التحصين للرضع والأمهات من أجل إنقاذ 3 ملايين طفل من الموت".**

كان يهدف إلى توفير خدمات صحية مستدامة وتقليل معدلات الإصابة من الأمراض التي يمكن تجنبها والوقاية منها من خلال رسم خطة تعاون استراتيجي مع منظمة الصحة العالمية والتحالف مع الشركاء العالميين وتم خلالها إطلاق حملة للقضاء على شلل الأطفال.

منحت اليونيسيف الأولوية في هذا البرنامج لأشد البلدان فقرا والتي تسجل أعلى معدل للإصابة بالأمراض التي يمكن تجنبها وفي هذا السياق عملت على توفير الخدمات الصحية بتكلفة أقل للمرأة والطفل.[1]

### 4- التحالف العالمي للقاحات والتحصين:GAVI

هي شراكة بين القطاعين العام والخاص تضم أكثر من 700 مؤسسة موجودة على مستوى الدول الأعضاء الثمانين وهي عبارة عن مؤسسات ومراكز بحث وأقسام جامعات وأكاديميات تساهم في دعم برامج منظمة الصحة[2]، تأسست سنة 2000 لكن جذورها تعود إلى عصبة الأمم، مقرها بجنيف بسويسرا تأسست لأجل إنقاذ حياة الأطفال وتوفير الحماية الصحية للأفراد وترقية الصحة، تقوم بتوزيع اللقاحات على سكان الدول الفقيرة وتقوم بتطوير اللقاحات الأساسية وتعزيز النظم الصحية، تعمل في استقلالية عن

[1]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **برنامج الأمم المتحدة للطفولة لتحسين خدمات التحصين وصحة الطفل: بداية سليمة لكل طفل**، الدورة السنوية لعام 2001، ص4.

[2]-اليونيسف، **برنامج منظمة الامم المتحدة للطفولة:بداية سليمة لكل طفل**، الدورة السنوية2001، ص8.

المجموعات السياسية،[1] وتهدف لتوفير اللقاحات على قدر من المساواة بين جميع أطفال العالم وفي هذا السياق تطمح لتغطية 30 مليون طفل لم يتم تحصينهم بعد.

سعت منظمة الصحة إلى توسيع مجالات عمل التحالف ليؤدي دورا في جميع أرجاء العالم عبر توفير المعلومات المتعلقة بقطاع الصحة وتوحيد المصطلحات والتسميات في مجال التكنولوجيا وطرق التشخيص وأساليب العلاج .[2]

إن عمل هذه المراكز تحت مظلة منظمة الصحة يتيح لها فرصة تبادل الخبرات والمعلومات والحصول على موارد إضافية من شركاء التمويل.

وتجدر الإشارة أن حماية الحق في الصحة لا يقتصر فقط على المنظمات الحكومية، إذ نجد هناك منظمات غير حكومية تنشط في مجال ترقية الصحة وحمايتها كمنظمة أطباء بلا حدود، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، منظمات الهلال الأحمر.[3]

**المطلب الثالث: الاعتراف بالحق في الصحة في الجزائر**

**أولا:الحق في الصحة ضمن الدساتير والقوانين والمخططات الوطنية**

اتسمت فترة ما بعد الاستقلال في الجزائر بغياب سياسة صحية واضحة، إذ لم يكن هناك بالأساس وزارة للصحة ككيان قائم بذاته، ولجأت الدولة في هذه الفترة إلى إعادة بعث الهياكل والمرافق الصحية

[1] - Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, **règlement et chartes de comités** , Genève ,2011.

[2] -اليونيسف، **مرجع سابق**، ص8.

[3] - خالد صالح، **مرجع سابق**.

الموروثة عن الاستعمار،[1] وعلى الرغم من ذلك إلا أن ميثاق طرابلس لسنة 1962 جاء مؤكدا على مجانية العلاج الذي لم يرد في دستور 1963 بصريح العبارة[2]، وهو ما يمكن اعتباره بمثابة الخطوة الأولى نحو تأميم القطاع الصحي.[3]

وحتى في ظل غياب الاعتراف الدستوري آنذاك بالحق في الصحة، إلا أن مخططات التنمية الثلاثية التي اعتمدت في الفترة الممتدة من 1967 إلى 1973 عنت بحق السكان في الصحة، إذ نصت على إنشاء المرافق الصحية وتجهيزها لسد العجز في الأسرة وهو نفس الاتجاه الذي حذا نحوه المخطط الرباعي 1974-1977، وقد تعزز الحق في الصحة في هذه الفترة من خلال إصدار المرسوم رقم 69-96 المتضمن إلزامية التلقيحات ومجانيتها، ثم بالأمر رقم 73 – 65 القاضي بمجانية العلاج في قطاعات الصحة العمومية[4].

في سنة 1976 صدر ميثاق 1976 عن جبهة التحرير الوطني، تم فيه التأكيد على مسؤولية الدولة في ضمان الحق في الصحة من خلال تحسين الصحة العامة وإتاحة الخدمات الصحية عبر كامل التراب الوطني.[5]

وأكدت المادة 67 من دستور 1976 صراحة على هذا الحق حيث جاءت بالصيغة التالية:" كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم"، وبما أن الدستور حمل توجها اشتراكيا فإن كل المؤسسات هي ملك للدولة بما فيها المرافق الصحية، وأكد الدستور مرة أخرى على مجانية العلاج وعلى مسؤولية الدولة اتجاه

[1]- حسيني محمد العيد، **مرجع سابق**، ص114.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **دستور 1963.**

[3]-نور الدين حاروش، **حقّ المواطن الجزائري في الصّحة بين النصوص والواقع**، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، عدد 08، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتمنغاست، الجزائر، 2015. ص124.

[4]- نور الدين حاروش، **مرجع سابق**، ص ص 126،127.

[5]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **ميثاق 1976**.

المواطن وهو ما تضمنته المادة 33 من نفس الدستور والتي جاء فيها أن " الدولة مسؤولة عن ظروف حياة كل مواطن فهي تتكفل باستيفاء حاجاته المادية والمعنوية ومتطلباته المتعلقة بالأمن والكرامة وتستهدف تحرير المواطن من الأمن والبطالة والمرض والجهل".[1]

وبذلك أصبح الحق في الصحة في الجزائر حق مكفول دستوريا، بمعنى أنه لا يمكن المساس به في أي حال من الأحوال من منطلق أن الدستور هو القانون الأسمى في البلاد.

لقد سبق هذا الاعتراف صدور إعلان آلما أتا 1978 هذا الإعلان الذي جعل الموقف الدولي اتجاه قضايا الصحة يكون أكثر جدية وصرامة.

لقد تجلت جهود الجزائر في هذه الفترة في مجال حماية الحق في الصحة من خلال سعيها لتوفير الخدمات الصحية مجانا، وبتوسيع الطب الوقائي واهتمت في إطار المخططات الوطنية بالتركيز على المجالات التي من شأنها أن تساهم في التحسين الدائم والمستمر لظروف العيش التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة الأفراد كالتعليم والعمل وحتى ترقية التربية البدنية .

وبعد مرور 23 سنة على استرجاع السيادة الوطنية صدر أول قانون للصحة، المتمثل في القانون رقم 05/85، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها لينظم المنظومة الصحية ويعزز الالتزامات اتجاه حماية الحق في الصحة ويعد هذا القانون محطة هامة في مسار الاعتراف الوطني بالحق في الصحة، حيث وضع معالم ومرتكزات المنظومة الوطنية للصحة .

وفي سنة 1989 عرفت الجزائر حدثا آخر هام كان له أثره على جميع المستويات، إذ شهدت هذه السنة صدور أول دستور يقر بالتعددية السياسية ويحمل توجها اقتصادي ليبرالي.

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **دستور 1976**.

ما ميزه هو أنه بالرغم من التوجه الليبرالي لم يتم المساس بالمواد المتعلقة بحق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية، وأبقى على مسؤولية الدولة المتعلقة بالجانب الوقائي في تقديم الخدمات الصحية بمعنى حماية الحق في الصحة بمفهومه الضيق، وقد ورد ذلك في المادة 51 من الفصل 4 المتعلق بالحقوق والحريات،[1] وحافظ دستور 1996 على نفس المبدأ الذي ورد بنفس الصياغة في المادة 54 منه "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها."[2]

وتواصلت جهود الدولة في مجال ترقية الحق في الصحة، حيث عرفت سنة 1998 صدور ما يعرف بميثاق الصحة، يعكس هذا الأخير وجود إرادة سياسية حقيقية لتحسين قطاع الصحة إذ جاء مؤكدا على ضرورة إزالة الفوارق الجهوية وأن حماية الصحة لا تنحصر على ما تقدمه المنظومة الصحية لوحدها.[3]

وفي سنة 2007 صدر المرسوم 07-140 المتعلق بإعادة هيكلة القطاع من خلال رسم خريطة جديدة للصحة، ليخضع القطاع مجددا إلى إعادة الهيكلة والتي اتسمت باستحداث المؤسسات العمومية للصحة الجوارية[4] كمرافق جديدة تستهدف تقريب الخدمات الصحية من المواطن خاصة في المناطق النائية لتعزيز مساواة الجميع في التمتع بحقهم في الصحة بهدف تحقيق التغطية الشاملة الذي طرحتها منظمة الصحة في عدة مناسبات.

**ثانيا: أدوات حماية الحق في الصحة في الجزائر**

أنشأت الحكومة الجزائرية مجموعة من المؤسسات والهياكل الحكومية وسخرتها لحماية الحق في الصحة،

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **دستور 1976.**

[2] - **المرجع نفسه.**

[3] - نور الدين حاروش، **مرجع سابق**، ص 125.

[4] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم رقم07 - 140 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية**، المؤرخ في 19 ماي 2007، الجريدة الرسمية، عدد33، ص10.

تأتي في مقدمتها وزارة الصحة بإشراف وزير القطاع المسؤول عن اقتراح السياسة العامة الصحية ومتابعة تنفيذها ويتولى اتخاذ الإجراءات التي من شأنها ضمان فاعلية أداء النظام الصحي وضبط ممارسة مهن الصحة[1].

وتتولى المديريات المختلفة على مستوى الوزارة حسب المرسوم التنفيذي 11-380 متابعة نوعية الخدمات الصحية المقدمة وتسليم الإعتمادات المتعلقة إنشاء الهياكل الصحية الخاصة مع تنظيم وتقييس نشاطات الطب الخاص، بالإضافة إلى ضبط استهلاك المواد الصيدلانية وتسليم رخص استغلال المؤسسات الخاصة بإنتاج المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية.[2]

وفي إطار الإصلاحات التي شهدها قطاع الصحة، تم إنشاء بعض الوكالات المتخصصة والتي كان الهدف منها تخفيف العبء على الإدارة المركزية ومنحت لها مهام جوهرية في مجال حماية الحق في الصحة، من بين هذه الوكالات نذكر:

**-الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية:** نصت المادة **173-1** من القانون **85- 05** على إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري وعرفت نفس المادة من القانون الوكالة على أنها :

" سلطة إدارية مستقلة تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي".[3]

[1]- المرسوم التنفيذي رقم 11 - 379 المؤرّخ في 21. نوفمبر 2011، والمتعلق **بتحديد مهام وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات**، الجريدة الرسمية، عدد 63، ص ص 6،7.

[2]- المرسوم التنفيذي رقم 11 - 380 المؤرّخ في21 نوفمبر 2011، **والمتعلق بتنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة**، الجريدة الرسمية، عدد 63، ص ص 6،7.

[3]- قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1986 ، **المتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، الجريدة الرسمية، عدد 44، ص 03.

وتتشكل لدى الوكالة بموجب هذا القانون أربعة لجان هي : لجنة تسجيل الأدوية ، لجنة المصادقة على المواد الصيدلانية، لجنة مراقبة الإعلام الطبي والعلمي والإشهار، لجنة دراسة أسعار المواد الصيدلانية، وتتحدد مهام الوكالة حسب المادة **173** من هذا القانون وهي مهام إلى حد ما ضبطية ومنها تشجيع الإنتاج الوطني في مجال المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية والحرص على سلامة المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية المستعملة في الطب البشري وفعاليتها ونوعيتها ومراقبتها وضبط سوق المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية المستعملة في الطب البشري.[1]

**- الوكالة الوطنية للدم** : هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، نشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم **95 - 108** المؤرخ في 9 أبريل **1995**، تخضع الوكالة لوصاية الوزير المكلف بالصحة، مقرها بمدينة الجزائر.[2]

تتولى الوكالة القيام بعدة مهام وقائية منها إعداد واقتراح قواعد الممارسات الحسنة للحقن والمقاييس المتعلقة بمراقبة الدم ومشتقاته وإعداد قائمة الكواشف والمستهلكات والتجهيزات الضرورية لنشاطات جمع وتحضير وتأهيل وتخزين ونقل مواد الدم غير الثابتة، ترقية عملية التبرع بالدم ووضع نظام ضمان الجودة ومراقبته.[3]

إن هذه الوكالات التي أتينا على ذكرها، تعمل إلى جانب هياكل أخرى وبالتنسيق معها تحت وصاية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وذلك بغرض المساهمة في تنفيذ أهداف السياسة العامة الصحية الوطنية.

---

[1] - **المرجع السابق**، ص ص5،6.

[2] - مرسوم تنفيذي رقم 09- 258 مؤرخ في 20 شعبان عام 1430 الموافق ل 11 غشت سنة 2009، المتعلق **بإنشاء الوكالة الوطنية للدم** ، الجريدة الرسمية ، عدد 47، ص ص 11، 12 .

[3] - **المرجع نفسه**، ص 12.

## المبحث الثالث: مفهوم الخدمة الصحية

سنحاول من خلال هذا المبحث إزالة اللبس والغموض عن مفهوم الخدمة الصحية والمفاهيم المرتبطة بها وتحديد معايير قياسها حتى يتسنى لنا ضبط حدود الدراسة وسياقها بحكم أن الخدمات الصحية هي المتغير الأساسي لهذه الدراسة.

### المطلب الأول: تعريف وخصائص الخدمة الصحية

#### أولا: تعريفها

يعتبر قطاع الخدمات من وظائف الدولة الأساسية، يهدف إلى تنظيم حياة الأفراد وتلبية احتياجاتهم الضرورية، وبالرغم من عدم وجود اتفاق حول نشأة الخدمات العمومية إلا أنه بات أمرا معروفا أنها قرينة الفكر الغربي عامة والفرنسي بشكل خاص.[1]

اهتم جمهور المختصين **بمفهوم الخدمات**، محاولين وضع تعريف دقيق وشامل له فقد عرفـها **فليب كوتلر*** على أنها : " نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج عنها أي ملكية و أن إنتاجها آو تقديمها يكون مرتبطا بمنتوج مادي ملموس أو لا يكون ".[2]

أما **قاسم نايف علوان**** فعرفها على أنها : " نتاج تفاعل اجتماعي بين مجهز الخدمة والزبون ويهدف

---

[1]- **الخدمات العمومية: محاولة لتحديد المفهوم**، متاح في : http://attacmaroc.org تم التصفح يوم 2015/04/11 على الساعة 13:21.

***من مواليد 27 ماي 1931 بشكاغو، بروفيسور في التسويق الدولي، ومفكر في مجال الإدارة، من أهم منشوراته كتاب " إدارة التسويق".

[2] - هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الرابعة ،2008، ص20.

**** أستاذ إدارة الأعمال بجامعة السومر ورئيسها منذ 2014، لديه عدة مؤلفات في مجال الإدارة وجودة الخدمات.

هذا التفاعل إلى تحقيق الكفاءة لكليهما " [1].

وقد **عرفت** أيضا على أنها :"منفعة يحصل عليها سكان المجتمع إما مجانا أو نظير مبلغ من المال."[2]

لقد ورد تعريف الخدمة حسب المشرع الجزائري عل أنها "كل مجهود يقدم ماعدا تسليم منتوج ولو كان هذا التسليم ملحقا بالمجهود المقدم أو دعما له"[3].

- ومن التعاريف السابقة نستخلص أن **الخدمة** هي: نشاط أو أداء غير ملموس يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف إلى تلبية رغبات العملاء وإرضائهم، وقد تكون هذه العملية مقترنة بمنتج مادي ملموس لكن إنتاجها هو أساسا غير ملموس وعند عملية الاستفادة منها ليس بالضرورة أن ينتج عنها نقل للملكية.

ويرى كوتلر أن الخدمة الصحية لا تخرج عن نطاق أي خدمة لذلك فهو يعتبرها "أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه أي تملك وأن إنتاجه قد يكون إنتاجا ماديا أو قد لا يكون".[4]

وعرفت الخدمة الصحية بناء على أنواعها بأنها " تلك الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة والعتاد الطبي وغيرها، بغية رفع المستوى الصحي للمواطنين

[1] - نايف قاسم علوان، **إدارة الجودة في الخدمات**، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن،2006، ص52.

[2] - مدحت أبو النصر، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة**، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة،2008، ص132.

[3] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 90-39 المتعلق بمراقبة الجودة وقمع الغش** والمؤرخ في 31 يناير 1990، الجريدة الرسمية، عدد5، ص203.

[4] - تامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية** ، دار اليازوري العلمية، عمان، 2005، ص 176.

وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية".[1]

أوهي "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل".[2]

وتعرف أيضا على أنها " تلك الخدمات التي تقدم في المؤسسات والمرافق الصحية المختلفة أو في الجهات ذات العلاقة بصحة الإنسان والتي تسهم في تشخيص حالات المرضى ومعالجتهم وتأهيلهم ووقايتهم من الأمراض المختلفة وتسعى إلى الحفاظ على سلامة وصحة الإنسان الجسمية والعقلية وتحسينها".[3]

وكتعريف إجرائي يمكن القول بأن الخدمات الصحية هي مجموع الخدمات التي تقدم في المؤسسات والمرافق الصحية المختلفة أو في جهات أخرى خارج قطاع الصحة، ويكون الهدف منها حماية صحة الإنسان الجسمية والعقلية والنفسية وترقيتها، قد تكون هذه الخدمات وقائية أو تشخيصية أو علاجية أو تأهيلية كما قد تكون هذه الخدمات موجهة لشخص بعينه أو للمجتمع ككل.

ومن التعاريف السابقة يمكن أن نوجز خصائص الخدمات الصحية فيما يلي:

- **اللاملموسية:** إذ لا يمكن تقييم الخدمة الصحية إلا بعد الحصول عليها.[4]

**- التلازم وعدم القابلية للتأجيل:** حيث توجد علاقة تربط المؤسسة الخدمية الصحية بالمستفيد مباشرة،

[1]- محمد عدمان مرزيق، **مداخل في الإدارة الصحية**، دار الراية للنشر والتوزيع، ط1 عمان، 2012، ص35.

[2]- الهام يحياوي ، ليلى بوحديد، **تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها**، مجلة الباحث، عدد 14، 2014، ورقلة، الجزائر، ص319.

[1]- منير مصلح محمد الوصابي، **دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن: دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي**، رسالة ماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2012 .

[4]- محمد عدمان مريزق، **مداخل في الادارة الصحية، مرجع سابق**، ص 37.

تجعل هذه العلاقة من الخدمة تستهلك فور إنتاجها وتتم بمشاركة المستفيد، تحدد الخدمة الصحية مصير المريض ومستقبله الصحي،[1] لذلك تتطلب السرعة في تقديمها ولها في هذا المعنى بعدين:

•البعد المكاني والذي يقتضي تغطية صحية شاملة لمختلف الأقاليم.

• البعد الزماني ويضع هذا البعد الطاقم الطبي أمام ضرورة الالتزام بعدم تأجيل الخدمة، ففي ذلك خطر على حياة الأفراد وحالتهم الصحية التي تكون معرضة لأن تسوء ما لم يتلق المريض الخدمات اللازمة في الوقت المناسب.[2]

- **عدم تجانس الخدمات الصحية:** هذه الخاصية نابعة من اختلاف الحاجات الصحية للأفراد وتنوعها حتى بالنسبة للفرد الواحد، وتباينها من مؤسسة لأخرى،[3] فالخدمات الصحية إذا لا تقبل خاصية التنميط ولا تكون بنفس الجودة دائما.[4]

- **التكامل**: فنجاح أو فشل خدمة ما في المجال الصحي يتوقف على نجاح أو فشل خدمة أخرى حيث نجد على سبيل المثال أن التحاليل المخبرية والتصوير بالأشعة تحدد دقة خدمة التشخيص.[5]

والجدير بالذكر أن الخدمات الصحية ترتكز على قاعدتين:[6]

أولا- الكفاية الكمية من حيث الهياكل الصحية والتجهيزات والعتاد الطبي والموارد البشرية مع مراعاة العدالة في توزيعها.

[1]- حميد عبد النبي الطائي، بشير العلاق، **إدارة عمليات الخدمة الصحية**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص 20.

[2]- محمد عدمان مرزيق، **مداخل في الادارة الصحية، مرجع سابق**، ص ص 38،39.

[3]- منير مصلح محمد الوصابي، **مرجع سابق**، ص 21.

[4]- حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس العلاق، **مرجع سابق**، ص 21.

[5]- منير مصلح محمد الوصابي، **مرجع سابق**، ص 21.

[6]- مليكة غواري، **إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية**، دار اليازوري العلمية، عمان، 2016، ص 71.

ثانيا- الكفاية النوعية ويقصد بها وضع معايير لمستوى الخدمات الصحية، ثم توفير الظروف الملائمة لتقديم خدمات ترقى لتلك المعايير المحددة سابقا.

**ثانيا: أنواعها**

تنقسم الخدمات الصحية إلى:

**1 الخدمات العلاجية:** هي تلك الخدمات التي تقدم لمن تظهر عليه أعراض المرض، إذ يتم حينها فحص المريض وتشخيص المرض ويقدم له العلاج المناسب لمدة زمنية تختلف من شخص لآخر حسب طبيعة المرض وفي بعض الحالات المرضية كالأمراض المزمنة يوصف العلاج مدى الحياة[1].

وتنقسم الخدمات العلاجية بدورها إلى:

- **خدمات الرعاية الخارجية**: هي تلك الخدمات التي يتم تقديمها دون الحاجة إلى وجود رعاية إيوائية للمستفيد منها، تكفلها العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات، قسم الطوارئ، مراكز الرعاية الصحية الأولية، العيادات المجمعة، مراكز العلاج أو في العيادات الخاصة.[2]

- **خدمات الرعاية الداخلية**: يقصد بها خدمات الرعاية الإيوائية تقدم هذه الخدمات عندما تتطلب حالة المريض مكوثه في المستشفى ليتلقى الرعاية الصحية لمدة أقصاها ثلاثين يوما.

- **خدمات الرعاية طويلة الأجل**: تجمع بين نمطي الرعاية الخارجية والداخلية، يستفيد منها في الغالب أولئك الأشخاص الذين يعانون من إعاقة أو من مرض مزمن، تقدم هذه الخدمات عادة في

[1] خلف حسين علي الدليمي، **تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية: أسس، معايير، تقنيات**، دار الصفاء للنشر والتوزيع ط1، عمان، 2009، ص ص 145، 146.

[2]- طلال بن عابد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1425 هـ، ص 25.

مستشفيات الصحة النفسية، دور النقاهة، مراكز الرعاية الإيوائية الخاصة بالمعوقين والمسنين، وتندرج ضمن هذه الخدمات الرعاية التمريضية المنزلية التي تستهدف تخفيف عبء التنقل على المرضى من جهة وتخفيف الضغط على المستشفيات من جهة أخرى.[1]

2 **الخدمات الوقائية:** هي خدمات مسخرة لتحصين الأفراد ضد الأمراض، تهدف للحفاظ على صحة الأفراد والمجتمع ككل[2]. وتأتي الخدمات الوقائية بعدة أشكال: [3]

- اتخاذ الإجراءات التي من شأنها مكافحة بعض الأمراض السارية كتحصين حديثي الولادة.
- تقديم رعاية خاصة للمصابين والحد من انتشار الأمراض الخطيرة والمعدية باستخدام أسلوب الحجر الصحي بعزل المصابين في أماكن خاصة لاحتواء المرض والحد من العدوى.
- نشر الوعي الصحي بواسطة وسائل الإعلام بشتى أنواعها وتوعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية.

3 **الخدمات الإنتاجية**: تشمل الخدمات الصحية الإنتاجية الخدمات المتعلقة بإنتاج الأدوية والعتاد والأجهزة الطبية بالإضافة إلى إنتاج الأمصال واللقاحات والدم.[4]

4 **الخدمات التأهيلية**: تعرف بالعلاج التأهيلي يلجأ إليه الشخص الذي تعرض لحادث خلف له إصابة لا تحتاج إلى أدوية، يقوم على ممارسة المريض لحركات معينة للجزء المصاب بواسطة آلات معينة وبإشراف طاقم طبي مختص.[5]

---

[1] - **المرجع نفسه**، الصفحة نفسها.

[2] - محمد عدمان مريزق، **مداخل في الإدارة الصحية**، دار الراية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2012، ص 36.

[3] - خلف حسين علي الدليمي، **مرجع سابق**، ص 146.

[4] - محمد عدمان مريزق، **مداخل في الادارة الصحية، مرجع سابق**، ص 36 .

[5] - مليكة غواري، **مرجع سابق**، ص 71.

**المطلب الثاني: مؤسسات الخدمة الصحية**

يتم توزيع مؤسسات الخدمات الصحية وفق خارطة صحية يفترض أن ترسم بأسلوب علمي مدروس،

تعمل هذه المؤسسات بالتنسيق فيما بينها حتى تحقق خدمة متكاملة، وتنقسم مؤسسات تقديم الخدمات الصحية إلى:

1- **مؤسسات الرعاية الصحية الأولية:** هي أكثر المؤسسات الصحية انتشارا، تهتم بالجانب الوقائي وإجراء الإسعافات الأولية والقيام بتشخيص ومعالجة الأمراض غير الخطيرة ولا المستعصية، مجهزة بتقنيات بسيطة ولا تحتوي على جميع التخصصات الطبية فهي بشكل عام مؤسسات مسخرة لتقديم خدمات الرعاية الخارجية، وقد تكون متخصصة مثل مراكز الرعاية المخصصة للأمومة والطفولة أو تلك التي ترعى المصابين بأمراض مزمنة،[1] تتواجد بالمناطق التي يتراوح عدد سكانها ما بين 2000 و5000 نسمة، وتضم مؤسسات الرعاية الأولية عادة طبيبا عاما على الأقل، طبيب أسنان، ممرضة، قابلة، بالإضافة إلى كوادر أخرى فنية كالمراقب الصحي ومساعدو التمريض.[2]

تضطلع مؤسسات الرعاية الأولية بتوفير الخدمات الصحية الأساسية على نطاق واسع بهدف ضمان مبدأ تكافؤ الفرص من جهة، ومن جهة أخرى تسعى للتكفل بالمريض قبل أن يتفاقم وضعه وتنتقل حالته إلى المستوى الثاني من الرعاية، فتعزيز الرعاية الأولية جاء إذا من منطلق أن تصرفات بسيطة من طرف طبيب العائلة قد تجنب الاعتماد على الأدوية في العلاج وتجنب تبعا لذلك تبديد المال العام.[3]

---

[1]- خلف حسين علي الدليمي، **مرجع سابق**، ص ص 148، 149.

[2]- زيد حمزة، الطب والصحة في نصف قرن، **بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص 4.

[3]- محمد بوحجي وآخرون، **رعايتنا الصحية خيارتنا... مساراتنا ... قراراتنا**، مركز النشر العلمي، البحرين، 2013، ص ص 21، 24،54.

2- **مؤسسات الرعاية الصحية المتوسطة:** تقدم هذه المؤسسات خدمات ذات نطاق أوسع مقارنة بتلك التي تقدمها مؤسسات الرعاية الأولية، إذ تشمل تخصصات طبية أكثر وتقدم خدمات رعاية داخلية، إلا أن عدد الأسرة بها محدود، ينتشر هذا النوع من المؤسسات الصحية في المناطق السكانية التي يصل عدد قاطنيها إلى 10000 نسمة.[1]

3- **المؤسسات الصحية الرئيسية:** يطلق عليها مؤسسات الرعاية الشاملة، تكون متواجدة في التجمعات السكانية التي يفوق عدد قاطنيها 25 ألف نسمة،[2] يتوفر بها كل أنواع الخدمات الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية وجميع التخصصات الطبية، تتوفر على تجهيزات متطورة وتقنيات عالية لتقديم خدمات صحية متكاملة ومقبولة كما ونوعا، تستقطب طالبي الخدمات الصحية من كل أقاليم الدولة وتعد هذه المؤسسات أكثر كفاءة من غيرها.[3]

تشكل كل هذه المؤسسات الصحية نظاما متكاملا، فهي تعمل بالتنسيق فيما بينها لتحقيق أهداف السياسة العامة الصحية.

## المطلب الثالث: معايير تقديم الخدمات الصحية

تصنف معايير تقديم الخدمات الصحية إلى معايير نوعية وأخرى كمية

**أولا- المعايير النوعية** وتتمثل في:[4]

1- نوع البناء ومدى ملائمته، مؤهلات الموارد البشرية، والتجهيزات وهذه المعايير تختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب حجم المؤسسة.

[1]- خلف حسين علي الدليمي، **مرجع سابق**، ص149.

[2]- زيد حمزة، **مرجع سابق**، ص5.

[3]- **المرجع نفسه**، ص 5.

[4]- خلف حسن علي الدليمي، **مرجع سابق**، ص 154.

2- كفاءة الخدمة وتقاس بقدرة المؤسسة على توفير أكبر قدر من الخدمات بأقل تكلفة وبمرونة عالية بالإضافة إلى مدى قدرة المؤسسة على التكيف.

3- مدى استخدام التكنولوجيا، إذ تعد توفر التقنيات الحديثة واستخدامها وفق السياق الصحيح معيارا لتقييم كفاءة الخدمة الصحية فهو يرفع من معدل أمل الحياة ويقلل نسبة ارتكاب الخطأ الطبي.

4- موقع المؤسسة الصحية، إذ يتم توزيع مؤسسات الخدمة الصحية حسب تعداد السكان وتوزعهم وكثافتهم ويراعى فيه حاجات السكان ومبدأ المساواة في الحصول على الخدمة.

**ثانيا - المعايير الكمية** وهي على النحو التالي:[1]

**مؤشر طبيب/ شخص:** بمعني كم شخص لكل طبيب وقد حددته منظمة الصحة بـ 700 شخص لكل طبيب، لكن هذا الرقم يختلف من دولة إلى أخرى إذ يصل في الدول النامية إلى 20000 شخص أحيانا للطبيب الواحد بينما يقل العدد عن 300 شخص في بريطانيا واسبانيا والبرتغال.

**مؤشر مستشفى / شخص**: يفترض وجود مستشفى لكل 25000 نسمة لكن نتيجة تفاوت الوضع الاقتصادي ومستوى التنمية بين الدول فإن هذا المؤشر يتباين من دولة إلى أخرى:

- في الدول المتخلفة نجد مستشفى لكل 50000 إلى 100000نسمة
- في الدول النامية مستشفى لكل 25000 إلى 50000 نسمة
- في الدول المتقدمة مستشفى لكل 6000 إلى 25000 نسمة
- في دول قليلة مثل السويد النرويج فلنداه واليابان نجد مستشفى لأقل من 6000 نسمة

**مؤشر صيدلي/شخص:** يختلف هذا المؤشر أيضا من دولة لأخرى حيث نجده كما يلي:

[1] - **المرجع السابق**، ص 155-157.

•الدول المتخلفة يتوفر بها صيدلي لكل 60000 إلى 400000 نسمة

• في الدول النامية نسجل صيدلي لكل 10000الى 60000 نسمة

• في دول أخرى نجد صيدلي لأقل من 10000 ومنها دول عربية

**مؤشر طبيب مختص / شخص**: يعتبر مؤشر أكثر دقة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة مقارنة بالمؤشرات السابقة، يساعد هذا المؤشر على تحديد التخصصات الطبية التي تعاني من عجز في الكفاءات الطبية، يختلف هذا المؤشر من دولة لأخرى كما يلي:

•في الدول المتخلفة طبيب مختص لكل 400000 نسمة

•في الدول النامية طبيب مختص لأقل من 100000 نسمة

•في الدول المتقدمة طبيب مختص لأقل من 10000 نسمة

**مؤشر سرير/ شخص**: يتراوح عدد الأشخاص مابين 300 و5000 شخص لكل سرير في الدول النامية بينما نجد من 80 إلى 120 شخص أو أقل من ذلك في الدول المتقدمة.

**مؤشر ممرض/ طبيب:** يؤدي الطاقم شبه الطبي مهام كثيرة، يعد عنصر أساسي في تقديم الخدمات الصحية ويفترض توفر 5 ممرضين لكل طبيب.

إن هذه المعايير النوعية والكمية تخص الخدمة الصحية دون سواها من الخدمات العمومية الأخرى، وهي تساعد الباحثين والمهتمين بقضايا الصحة على قياس وتقييم الوضع الصحي العام في إقليم معين بقدر معين من الدقة والموضوعية، غير أنه لا يمكن اعتمادها لوحدها من أجل الحكم المطلق على ذلك الوضع بالنظر إلى خصوصية الخدمة الصحية وتعدد أبعادها وتشعبها وتعدد الأطراف والجهات المشاركة في تقديمها.

## خاتمة الفصل

وكخاتمة لهذا الفصل يمكن القول بأن للصحة أهمية بالغة جعلتها تتبوأ مكانة في صلب المرامي الإنمائية للألفية التي سطرتها هيئة الأمم المتحدة، والتي أقرت بأنه من غير الممكن بلوغ هذه الأهداف إذا لم تؤخذ صحة الفرد بعين الاعتبار خاصة وأن الصحة ترتبط ارتباطا مباشرا بالتنمية بمختلف أبعادها.

ولم تعد الصحة تقتصر على ذلك المفهوم الضيق الذي يعني مجرد الخلو من المرض إنما تعدتها إلى ضرورة اكتمال السلامة الجسمية والنفسية والعقلية للفرد، واعترفت الصكوك الدولية والدساتير الوطنية بأن الصحة هي حق أساسي من حقوق الإنسان وأن احترام هذا الحق وحمايته والحرص على تجسيده الفعلي مسؤولية المجتمع الدولي ككل، وكرست لضمانه عدة آليات قانونية ومؤسساتية دولية ووطنية، إلا أنه يظل مضمونا ضمانا نصيا لا جنائيا، سواء تعلق ذلك بالضمانات الدولية أو الضمانات الوطنية.

ومن هنا حظي قطاع الخدمات الصحية بصفته أحد عناصر الحق في الصحة باهتمام الحكومات والمنظمات الحكومية وغير الحكومية، وتبوأ مكانة خاصة على أجندة الحكومات وعلى طاولة النقاشات الدولية، وذلك بغرض بحث سبل الارتقاء بنوعية هذه الخدمات إلى المعايير الدولية المعمول بها. وتشمل الخدمات الصحية، الخدمات الوقائية والعلاجية والتشخيصية والتأهيلية، والتي يتم تقديمها على مستوى مؤسسات الرعاية الصحية التي تصنف إما إلى مؤسسات الرعاية الأولية أو مؤسسات الرعاية المتوسطة أو مؤسسات صحية رئيسية. ولقد أضحى اليوم ضمان حق الأفراد في الصحة من خلال توفير خدمات صحية ترقى للمعايير الدولية رهانا حقيقيا أمام السياسات العامة للصحة في ظل المتغيرات والتحولات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، وهو ما سنتطرق إليه في الفصل اللاحق.

# الفصل الثاني

# الفصل الثاني: إسهامات السياسة العامة الصحية في تحسين الخدمات الصحية بالجزائر 2001-2017

إن اعتراف الجزائر بالحق في الصحة الذي تطرقنا إليه في الفصل السابق، يترتب عنه بالضرورة توجيه السياسة العامة الصحية نحو تعزيز العناصر الأساسية الثلاثة التي ينطوي عليها: الخدمات الصحية، مجانية العلاج، المشاركة في صنع سياسة القطاع.

ولأن لكل سياسة عامة خصوصية تتعلق بالبيئة، الفواعل، النموذج المتبع والتحديات الداخلية والخارجية، سنحاول من خلال هذا الفصل الموسوم بـ": **إسهامات السياسة العامة الصحية في تحسين الخدمات الصحية بالجزائر 2001-2017** "، بحث عملية صنع السياسة الصحية في الجزائر وتحليل مضمونها وآثارها وانعكاساتها على واقع الخدمات الصحية، عبر الوقوف على تقييم تطور مؤشرات الوضع الصحي العام خلال الفترة المذكورة آنفا، وذلك من منطلق مقاربة حقوق الإنسان في مجال الصحة، والتي ترتكز على فكرة أساسية مفادها أن الحق في الصحة هو حق إنساني وأن الحرمان منه يعد انتهاكا لحقوق الإنسان الأساسية.

سنقدم من خلال هذا الفصل تحليلا للسياسات الصحية الوطنية ونرصد أدوار الفاعلين فيها، كما سنسعى لتحليل نتائج السياسات الصحية ومخرجات النظام الصحي التي تؤثر لا محالة على مستوى الخدمات الصحية، ولهذا الغرض قمنا بتناول هذا الفصل في 3 مباحث على النحو التالي:

جاء **المبحث الأول** بعنوان "ماهية السياسة العامة الصحية" ويتضمن مفهوم السياسة العامة الصحية ونماذج صنعها، كما يتناول أهداف وتوجهات السياسة العامة الصحية بشكل عام.

أما **المبحث الثاني** والموسوم بـ "واقع السياسة العامة الصحية في الجزائر2001- 2017" فنسلط الضوء من خلاله على عدة محطات في تاريخ صنع السياسية العامة الصحية بدءا بتطور السياسة العامة

للصحة قبل 2001 ثم ما بين سنتي 2001 و2017 مبرزين في آخر مطلب من هذا البحث أهم الفواعل المشاركة في عملية صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر خلال الفترة نفسها.

و**كمبحث ثالث** في هذا الفصل والذي تمت عنونته بـ "السياسة العامة الصحية في الجزائر: تحديات ورهانات ومؤشرات الوضع الصحي العام" نبرز أهم تحديات ورهانات السياسة العامة الصحية الوطنية ثم نختتم المبحث بتقييم السياسة العامة الصحية على ضوء تطور مؤشرات الصحة العامة في الجزائر.

## المبحث الأول: ماهية السياسة العامة الصحية

إن تحليل السياسة العامة الصحية يستدعي في البداية ضبط وتحديد مفهوم السياسة الصحية، فهي خطوة أساسية لا بد منها حتى نتمكن من تحديد الفواعل التي تؤثر على توجهات السياسات الصحية وتحدد مسارها من داخل النظام الصحي ومن خارجه، ومن تم نتمكن من تفسير وفهم طبيعة العلاقات والتفاعلات التي تحدث بين هؤلاء الفاعلين والآثار والنتائج الناجمة عن تنفيذ السياسات المتبناة في إطار تلك العلاقات التفاعلية.

سنسعى من خلال هذا المبحث إلى ضبط مفهوم السياسة الصحية والتعرف على نماذج صنعها ثم تحديد أهدافها وتوجهاتها.

### المطلب الأول: مفهوم السياسة العامة الصحية

**أولا_تعريفها:**

سابقا كان الجمع بين مصطلحي صحة وسياسة يبدو متناقضا، لأنه بالنسبة للسياسة لم تكن الصحة من ثقافتها حتى القرن الثامن عشر وكانت الصحة منحصرة في عد حالات المرض والوفيات. ومع بداية القرن التاسع عشر أسست مدرسة Villermé* كأول مدرسة للصحة العامة في فرنسا وفي العالم بأجمعه،

* سميت على هذا النحو نسبة إلى الطبيب والمصلح الاجتماعي الفرنسي Louis_René Villermé (1782_1863)، والذي تناول من خلال أبحاثه عدة مواضع تتمحور حول علاقة الصحة بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية وتطرق بالأخص إلى تأثير الظروف المعيشية ومستوى الدخل على صحة الأفراد، وكذلك العلاقة بين المرض وبعض المهن، عرف Villermé بمناهضته لعمالة الأطفال وكرس حياته لمساعدة الطبقة العاملة وحماية صحتها.

وبدأت حينها قضايا الصحة تثير اهتمام السياسيين، لكن هذه المدرسة سرعان ما انهارت في منتصف القرن لأن منطق الصحة العامة يفرض الالتزام بقواعد تتنافى مع مبادئ الرأسمالية القائمة على الحرية الفردية والملكية الخاصة.

ولهذا السبب ظل التفكير في وزارة للصحة حتى عام 1920 يعتبر بدعة، لكن بعد هذا التاريخ الذي ارتبط بانتشار وباء ما يعرف بـ"الأنفلونزا الاسبانية" بدأ السياسيون يأخذون القضايا الصحية على محمل الجد أكثر من أي وقت مضى، ومع حلول 1940 وجد قطاع الصحة مكانته على الأجندة السياسية وبدأ حيز الاهتمام بالأنظمة الصحية والصحة العامة من طرف النخب السياسية يتسع عبر مختلف دول العالم، وأصبحت هناك سياسة عامة قطاعية في مجال الصحة.[1]

إن مصطلح السياسة العامة يعبر عن توجهات الدولة، فهي تعد مرآة عاكسة للإيديولوجية والمبادئ التي تقوم عليها هذه الأخيرة، وقد ورد تعريف السياسة العامة على أنها "كل ما تقرر الحكومة فعله أو عدم فعله" أو "هي مجموعة القرارات المرتبطة فيما بينها يتخذها فاعل أو مجموعة من الفواعل مع تحديد الأهداف المراد تحقيقها والوسائل اللازمة لتلك الأهداف وهي تشمل البنى الاجتماعية والبنى التحتية في آن واحد".[2] وتتكون السياسة العامة حسب M.Surel من:[3]

- المحتوى: ويقصد به مجموع الوسائل المادية والمالية والأفعال الإدارية وعناصر أخرى رمزية والتي تحفز الفعل الحكومي.

[1] - Ahmed Sofiane Bahlouli, **La politique de santé en Algérie : cas de wilaya d'Oran,** mémoire de magistère en science politique, Université d'Oran, Oran, 2012, p 22 .

[2] -M .Surel ,**Politique publique**, http:// fgimello.free.fr /documents/ cours -politique publique.pdf , Le 03 /02/2017 , à 10 :20 h .

[3] - Ibid.

- البرنامج: كما هو معلوم فإن كل وزارة تطور سياستها الخاصة (سياسة قطاعية) حيث نجد ضمن سياسة عامة عدة سياسات فرعية.
- التوجه المعياري: بمعنى أن فكرة السياسة العامة مرتبطة دوما بمعايير يلتزم بها لتحقيق المنفعة العامة.
- العنصر القسري: قد تلجأ الحكومات أحيانا إلى الإكراه كوسيلة للتأثير على سلوك الأفراد اتجاه سياسة عامة معينة (لضمان تنفيذ السياسات العامة).
- الريع الاجتماعي: يعبر عن مجموعة الفواعل العامة أو الخاصة التي تشارك سلبا أو إيجابا في إنتاج وتنفيذ السياسة العامة.

وإذا أردنا تعريف السياسة العامة الصحية فإن ذلك لن يقودنا بعيدا عن مفهوم السياسة العامة بشكل عام، فالسياسية الصحية ليست إلا سياسة عامة تتفرع عن السياسة العامة الكلية للدولة.

وقد جاء تعريفها على لسان كلا من Michael E. Kraft و Scott R .Furlong في كتابهما Public Policy على أنها" تشمل كل الأفعال التي تتخذها الحكومة للتأثير على تقديم خدمات الرعاية الصحية ومختلف نشاطات الحكومة التي تؤثر أو تحاول التأثير على الصحة العامة والرفاهية".[1]

فالسياسة الصحية بهذا المعنى هي عبارة عن نشاطات الدولة الموجهة لترقية الصحة الشخصية والصحة العامة على حد سواء.

وتعرف أيضا من حيث الصورة التي تأتي عليها بأنها" موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أومن خلال الوثائق الدستورية والإدارية".[2]

---

[1] - Scott R .Furlong and Michael E. Kraft, **Public Policy: Politics, Analysis, and Alternatives** , Fourth Edition, London,2013, p277.

[2] - محمد العيد حسيني، **السياسة العامة للصحة في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور المقترب المؤسسي**، مذكرة ماجستير في السياسة العامة المقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013، ص 51.

وفي تعريف آخر يركز على محتوى السياسة الصحية وردت بأنها "تعبر عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات".[1]

وحسب الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية "هي مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية، مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في مجال الصحة بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفعالية".[2]

والسياسة الصحية بالنسبة للبعض "مشروع معياري طموح يستجيب لمتطلبات المجتمع في مجال الصحة ويقضي على اللامساواة الموجودة ضمن هذا القطاع". [3]

يشير هذا التعريف إلى هدف أساسي للسياسات الصحية وهو القضاء على الفروق في الحصول على الخدمات الصحية، ويقدم تلك السياسات على أنها تأتي استجابة للاحتياجات المجتمعية في مجال الصحة غير أن هذا الأمر لا يحدث في جميع الأنظمة السياسية، إنما يقتصر على الأنظمة الديمقراطية حيث توجد قنوات اتصال بين تلك الأنظمة وشعوبها، هذه القنوات تضمن عبور المطالب المجتمعية إلى العلبة السوداء داخل النظام السياسي، ثم تترجم تلك المطالب حسب هذا التعريف في شكل مشاريع معيارية.

[1]- رضا زراولية، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري**، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، جامعة باتنة 2011، ص 19.

[2]- عمر خروبي بزارة، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999_2009): دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف**، رسالة ماجستير في العلوم السياسية، كلية العلوم السياسية والإعلام ، جامعة الجزائر 3، الجزائر،2011، ص16.

[3]-Magali Barbeiri, Pierre Cantrelle**, politique de santé et population**, politique africaine, n :31, France, 1991,p51.

كذلك توصف السياسات الصحية بأنها " خيارات الدولة في مجال الصحة لتحقيق الرعاية الشاملة لمواطنيها ولتحقيق ذلك وجب أن تنخرط كل الفواعل ومؤسسات الدولة الرسمية وغير الرسمية ويتم ذلك من خلال:[1]

_ إنشاء نظام صحي رصين

_ رفع القدرة الشرائية للمواطن حتى يتحمل تكاليف الخدمات الخاصة

_ إتاحة الأدوية والتكنولوجيا الخاصة

_ تهيئة الكفاءات البشرية اللازمة ومنحها إطار اجتماعي ومهني موائم"

**وكتعريف إجرائي** يمكن القول بأن السياسة العامة الصحية هي مجموعة الخيارات التي تتبناها فواعل الدولة الرسمية وغير الرسمية تماشيا مع التوجهات العالمية، تترجم هذه الخيارات من طرف متخذي القرار في شكل أفعال وتشريعات وخطط وبرامج، تهدف إلى تمكين الأفراد من التمتع بحقهم في الصحة من خلال تحسين الخدمات الصحية على مختلف مستوياتها ( رعاية أولية، رعاية ثانوية، رعاية شاملة) لتغطية مطالب الأفراد واحتياجاتهم الكمية والنوعية منها، يتولى تنفيذها مؤسسات تابعة للقطاع العام أو القطاع الخاص.

**ثانيا- مقومات السياسة العامة الصحية:**

ترتكز السياسة العامة الصحية على مجموعة من المقومات نوجزها في:[2]

- ✓ الالتزام السياسي: يتجاوز مفهوم الالتزام السياسي مجرد وجود الإرادة السياسية إلى ضرورة الالتزام الفعلي والأخذ بما يجب القيام به من أجل تجسيد أهداف السياسة الصحية على أرض الواقع.

[1]- لقمان مغراوي، **صناعة السياسة العامة الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر**، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، عدد :01، الجزائر، جوان 2014، ص30.

[2]- رضا زروالية، **مرجع سابق**، ص ص 69-72.

- ✓ الاعتبارات الاجتماعية: إن مراعاة المساواة والعدالة الاجتماعية في توزيع الخدمات الصحية يعد من صميم السياسة العامة الصحية، فالتكفل بالفئات الهشة والمحرومة اجتماعيا وذوي الاحتياجات الخاصة وإدماجهم اجتماعيا وتحسين نوعية الخدمات المقدمة لهم يعد من المرامي الأساسية لأي سياسة صحية.
- ✓ مشاركة المجتمع: إن وعي أفراد المجتمع ونضج حسهم بمدى مسؤوليتهم اتجاه الحفاظ على صحتهم من شأنه أن يخفف العبء على الدولة ويقلص من تكلفة إنفاقها على القطاع، كما أن تجميع المطالب الاجتماعية في مجال الصحة ورفعها إلى الجهات المسؤولة في القطاع بشكل ممأسس ومنظم يساعد ويسهل على صانع القرار تحديد الأولويات على الأجندة السياسية.
- ✓ الإصلاح الإداري: إن تكييف الإدارة العامة على اعتبار أنها الجهة المعنية بتنفيذ برامج ومشاريع السياسة الصحية مسألة لا يمكن تجاوزها، ولا يقتصر ذلك على قطاع الصحة فحسب بل جميع القطاعات التي تؤثر بطريقة ما على صحة الأفراد.
- ✓ تخصيص الموارد المالية: يرتبط عادة تنفيذ أية سياسة عامة بضرورة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية المخصصة للقطاع بما يكفل تغطية التكاليف والأعباء المصاحبة لعملية تنفيذ البرامج والمشاريع المخطط لها، وهو الشأن بالنسبة لقطاع الصحة، فتشييد المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها وتجهيزها وتفعيلها يترتب عليه إنفاق أموال معتبرة.
- ✓ سن التشريعات: بعد اتخاذ قرار دخول السياسة العامة حيز التنفيذ، يتم تحيين الترسانة القانونية تماشيا مع مشروع السياسة المقررة لضمان عدم الحياد عن الأهداف المسطرة أثناء عملية التنفيذ، ولا يخفى أن وسائل الإعلام تلعب دورا في نشر الوعي الجماهيري حول السياسة المتبناة والإجراءات التي تأتي تبعا لها.

✓ إعداد خطة عمل: تتضمن خطة العمل تفاصيل تتعلق بخطوات التنفيذ مفصلة، يتحدد ضمن خطة العمل الإطار الزماني والمكاني والموارد المخصصة المادية والمالية والبشرية، فهي بمثابة أجندة أو جدول زمني تقريبي.

**ثالثا - خصائص السياسة الصحية**: تنطوي السياسة العامة الصحية على الخصائص التالية:[1]

- تعدد الأبعاد: من أجل تقديم خدمات صحية متكاملة، ولأجل تحقيق تقدم على مستوى قطاع الرعاية الصحية يتوجب توفر العلاجات الدوائية اللازمة وإيجاد توازن في النظام الغذائي وتحسين كلا من الأنظمة المتعلقة بالصرف الصحي وتوزيع المياه الصالحة للشرب ناهيك عن ضرورة وجود الحد الأدنى من الثقافة الصحية لدى المواطنين .

- التشاركية: ويقصد بها مشاركة كل القطاعات التي تؤثر أو تتأثر بالواقع الصحي على مختلف المستويات في عملية صنع السياسة الصحية بحكم تعدد أبعاد هذه الأخيرة.

- ديناميكية السياسة الصحية: يتسم المجال الصحي عموما بوجود تغيرات دائمة وقضايا مستجدة بشكل دائم ومستمر، لذلك كان لزاما على السياسة الصحية أن تتحلى بالمرونة لتكون قادرة على التكيف مع كل المستجدات التي قد تطرأ على الساحة المحلية أو الدولية، اعتمادا على دراسات استشرافية.

- تفاعلية السياسة الصحية: السياسة العامة الصحية موجهة بالأساس لتلبية حاجيات المواطنين والشركاء فهي بذلك تتفاعل مع متطلبات البيئة الاجتماعية والاقتصادية، تحرص على الاستجابة الفعالة للمطالب التي تم تجميعها وترتيبها حسب الأولويات.

[1]- لقمان مغراوي، **مرجع سابق**، ص 32.

**المطلب الثاني: نماذج صنع السياسة العامة الصحية**

أولا **-كيفية بناء نموذج في السياسة العامة:**

يعرف النموذج على أنه "نمط العلاقة التصورية أو الرياضية، الذي نكونه لتقليد أو نسخ أو إيضاح نموذج العلاقات التي تقوم بين ملاحظات أحد الباحثين".[1]

أو "هو صورة نظرية ومبسطة لما هو موجود على أرض الواقع، فهو بناء يشبه الواقع ويمثله في جوانبه الأكثر أهمية".

إن الطبيعة المعقدة التي يمتاز بها علم السياسة بصفة عامة وحقل السياسات العامة بصفة خاصة والمتسمة باللاستقرار في السلوك السياسي، جعلت العديد من العلماء يتساءلون عن إمكانية استخدام النموذج في هذا الحقل المعرفي، فـ Ronalde chilkout مثلا يرى عدم إمكانية ذلك لأن الوحدات السياسية في تغير دائم خلافا للوحدات في العلوم الدقيقة والتي تحافظ على بنيتها وسلوكها، بينما كلا من John Toner و Robert holt فكان لهما رأي آخر مفاده أن العلوم السياسية هي بصدد البحث عن نموذج عالمي[2]، وبالرغم من اختلاف توجهات الباحثين حول إمكانية وجود نموذج في العلوم السياسية من عدمه، إلا أنهم اجمعوا في الأخير على وجود نموذج في السياسة العامة تعود أصوله إلى ثلاثة مدارس أساسية:

- ✓ **المدرسة المثالية الفلسفية:** تعني المثالية حسب الدكتور إسماعيل عبد الكافي بتطبيق الأفكار الحسنة[3].

[1] - محمد عاطف غيث، **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د ت ن، ص 287.

[2] - طيفور بلخضر ، **مرجع سابق**، ص ص 69،70.

[3] - إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، **الموسوعة الميسرة للمصطلحات السياسية**، متاح في:
http://boulemkahel.yolasite.com/resources تم التصفح بتاريخ 2016/03/04 على الساعة 18:45.

وتعود جذور هذه المدرسة إلى كبار الفلاسفة اليونان على نحو أفلاطون وأرسطو، وهي تقوم على فكرة أساسية مفادها أن البحث يوجه لما يجب أن يكون وليس لما هو كائن، وتعتبر أن القيم والمبادئ الأخلاقية تعلو الاعتبارات العلمية في حقل السياسة العامة، وقد سعت المدرسة لبناء نموذج للدولة المثالية ووضعت لها معايير قيمية وأخلاقية.[1]

✓ **المدرسة الوضعية:** هي تلك المدرسة التي تعتقد بأن الأسلوب العلمي هو أداة للوصول إلى المعرفة الحقة، وأن كل نظرية يفترض إخضاعها للتجربة،[2] وترى أن الظواهر تخضع لمبدأ الحتمية والذي مفاده أن لكل نتيجة سببا ما، وحسب رواد هذه المدرسة وعلى رأسهم Augouste Comte فإن النموذج اليقين يبنى بالاعتماد على التجربة الحسية والاختبار[3].

✓ **المدرسة النسبية**: ظهرت هذه المدرسة في القرن التاسع عشر على فكرة مفادها أن المعرفة الإنسانية هي معرفة نسبية ترتبط بالزمان والمكان، وفندت بذلك هذه المدرسة علي يد "فريدريك نيتشه" المقولة التي تزعم أن البحث عن الحقيقة يفضي إلى وضع تصور نهائي عن الكل الذي يعتبر الإنسان جزء منه، وقد قام أتباع هذه المدرسة بوضع نماذج مجردة ذات طابع وصفي.[4]

والجدير بالذكر أنه في التقسيم العام للنماذج نميز أربعة أنواع من النماذج:

**- النماذج الرياضية**: تقوم على علاقات رياضية وتكون إما نماذج حتمية أي تفسر علاقات سببية بين متغيرين أو أكثر، أو نماذج احتمالية تخضع لنظريات الاحتمال.

[1] -بلخضر طيفور ، **مرجع سابق**، ص ص 122،123.

[2] - إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، **مرجع سابق.**

[3] - طيفور بلخضر، **مرجع سابق**، ص ص 123،124.

[4] - **المرجع نفسه**، ص ص 127،128.

- **النماذج الفيزيائية**: تبنى بمواد ملموسة فهي عبارة عن مجسمات مصغرة أو مكبرة لاختبار هيكل ما تحت ظروف معينة.[1]

- **النماذج المعرفية**: هي نمط تفكير تقوم على أساس وجود مسلمات ينطلق منها لتنظيم مجموعة من العناصر وفق ترتيب منطقي لبناء مجسم ما.[2]

- **النماذج البيانية:** هي عبارة عن نماذج وصفية تشمل الأشكال والخراط والرسوم البيانية المراد بها تمثيل الظاهرة المدروسة.

وتكمن **أهمية** هذه النماذج كونها تستخدم في عمليات التواصل العلمي لنقل الملاحظات والأفكار للآخرين، فنقل بعض الأفكار عن طريق عمل نموذج يوضحها أكثر من الكتابة عنها، كما أن النماذج تيسر على الآخرين تصور الأفكار بطريقة محسوسة. وتستخدم بعض النماذج لاختبار التوقعات، وفي بعض الحالات تستخدم النماذج لأن التعامل معها وإجراء الاختبارات عليها أكثر أمانا وأقل تكلفة من إجراءها مباشرة على أرض الواقع.

وحسب **فاليزار** فإن كل نموذج يصاغ في لغة صورية، وتتكّون كلّ لغة صورية من مجموعة عناصر أّولية أو رموز ومن مجموعة قواعد منظّمة لهذه الرموز في علاقات قابلة لتأويل دلالي، ويتسم النموذج بالقابلية للدحض والمرونة والبساطة.[3]

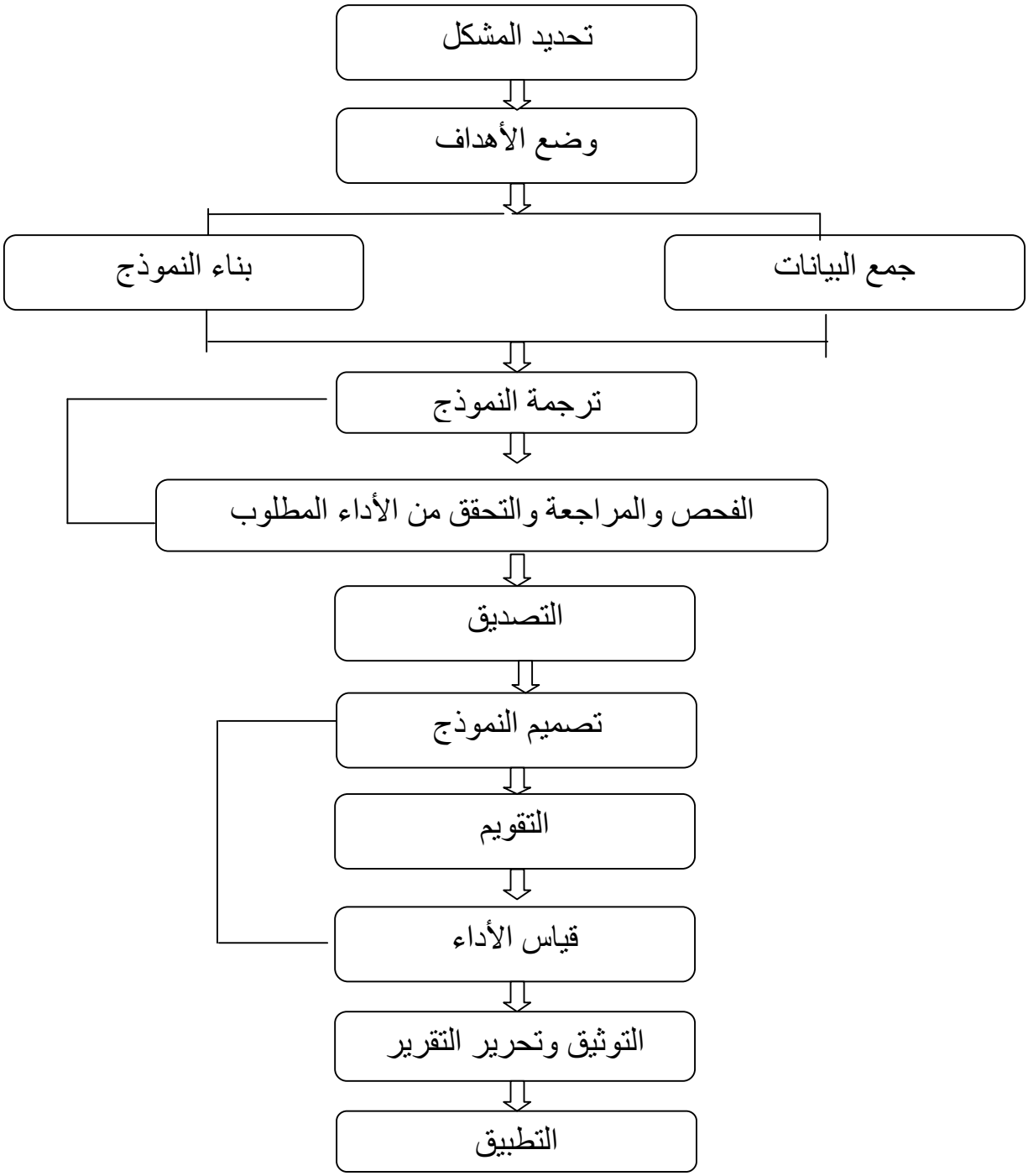
[1]- عدنان ماجد عبد الرحمان بري، **النمذجة والمحاكاة**، متاح في: www.abarry.ws/ModelingAndSimulation.pdf ، تم التصفح بتاريخ 2017/03/04 على الساعة 20:13.

[2]- طيفور بلخضر، **مرجع سابق**، ص ص 123،124.

[3]- **أهم معاني النمذجة**، متاح في : http://kassebi2013.blogspot.com/2013/04/blog-post_7112.htmL تم التصفح بتاريخ 2017/03/04 على الساعة 14:00

ويمكن تلخيص أهم المراحل التي يمر بها بناء النموذج في السياسة العامة من خلال المخطط التالي:

**شكل رقم:02** مراحل بناء نموذج في السياسة العامة




**المصدر:** عدنان ماجد عبد الرحمان بري، **النمذجة والمحاكاة**، متاح في:

www.abarry.ws/ModelingAndSimulation.pdf:

الجدير بالذكر أن الواقع أحيانا في السياسات العامة قد يبني نموذجا من تلقائي نفسه، بمعنى أن بناء النموذج قد يأخذ طريقا عكسيا مخالفا لما ورد في الشكل السابق.

يسمح النموذج في مجال السياسات العامة بالوصول إلى معلومات تساهم في تحسين المشاريع ويمكن من إخضاع تصاميم للتجربة قبل أن تصبح قيد الانجاز، كما قد تستعمل النماذج كأداة للتحقق من صحة الحلول المقترحة لمشروع ما.

**ورغم ذلك** فإن صعوبة الإحاطة الدقيقة بالمتغيرات والتنبؤ بما يحدث بينها من تفاعل حقيقي، وما قد تستغرقه عملية بناء النموذج من وقتا طويلا في جمع البيانات وتحليلها، يجعلها عملية مكلفة نسبيا، ومن جهة أخرى فإن نقص المعلومات والبيانات اللازمة قد يؤدي إلى بناء نموذج ناقص لا يستفاد منه.

عموما يمكن القول أن استخدام النموذج كأسلوب علمي في حقل السياسات العامة يساعد على اختبار الفروض، وغالبا ما يستخدم كأسلوب وقائي للكشف عن المخاطر والتهديدات الممكنة والمحتملة ومن تم تفاديها، وبفضل الحواسيب الآلية والبرمجيات المتطورة غدا هامش الخطأ ضئيل أثناء بناء النماذج وأصبح تصوير وتفسير وتحليل واقع الظاهرة المدروسة يقترب نسبيا من الحقيقة.

**ثانيا:أهم نماذج صنع السياسة العامة الصحية**

تأخذ نماذج صنع السياسات العامة تقريبا نفس المنحى في جميع القطاعات ماعدا بعض الاختلافات التي تتطلبها طبيعة القطاع وخصوصيته، ومن هذا المنطلق فإن نماذج صنع السياسة العامة الصحية سوف لن تخرج عن الإطار العام لصنع السياسات العامة، إلا أنها سوف تتسم ببعض الخصوصية والتي تستمدها من خصوصية القطاع في حد ذاته وعليه يمكن أن نلخص أبرز هذه النماذج في:

**1_ نموذج المعطيات الدالة:**

يعتمد هذا النموذج على المعطيات الدالة، وهي عبارة عن مجموعة المعارف ذات المصادر المتنوعة والتي يتم دمجها وتجميعا أثناء عملية صنع السياسة العامة الصحية من أجل المفاضلة بين البدائل المطروحة، فالسياسة العامة القائمة على هذا النموذج تفيد في دمج أفضل نتائج البحث في عملية صنع القرار.[1]

وتصنف المعطيات التي يقوم عليها هذا النموذج حسب الجدول التالي:

**جدول رقم 01:** مصادر المعطيات الدالة وأنواعها

| مصدر المعلومات | نوعها |
|---|---|
| معطيات متحصل عليها من خلال البحوث والدراسات | معطيات كمية ونوعية متفق عليها<br>نتائج البحث في تخصصات وقطاعات مختلفة |
| معطيات مقدمة من طرف الأفراد والجماعات حول الأولويات والحاجيات المجتمعية | معطيات حول المناخ المجتمعي السائد والمناخ الحالي على مستوى المؤسسات<br>معطيات تتعلق بحاجيات ومصالح المجتمعات المحلية<br>استطلاعات الرأي حول دعم أو معارضة ممثلي الجماهير حول سياسات قائمة أو بدائل مقترحة |
| معطيات مقدمة من مختلف المؤسسات الحكومية وعلى جميع المستويات | معطيات حول الموارد المادية<br>معلومات تتعلق بالموارد البشرية<br>معلومات مادية عن أماكن وظروف العمل |

[1] - Centre de collaboration nationale des méthodes et des outils , **model de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes**, 2012 , http://www.nccmt.ca/publication/pubeidm/2/list-fra.html,consulter le 25/02/2017 à 14 :00 h.

| | |
|---|---|
| معطيات آتية من نظم المراقبة وتقارير المنظمات والمؤسسات الرسمية | معلومات حول العوامل المؤثرة في الوضع الصحي<br>تطور الوضع الصحي من خلال المؤشرات<br>معطيات حول مكانة وأهمية قضايا الصحة مقارنة بالانشغالات المجتمعية الأخرى |

**المصدر**: Centre de collaboration nationale des méthodes et des outils ; **model de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes** ; 2012 ; http://www.nccmt.ca/publication/pubeidm/2/list-fra.html, consulter le 25/02/2017 à 14 :00 h.

حسب هذا النموذج فإن الحصول على المعطيات الكمية والنوعية المتعلقة ببناء السياسة الصحية والتي تأتي من عدة تخصصات تسمح بتجاوز العقبات المحتملة في عملية صنع السياسة الصحية، ويرتكز نموذج المعطيات على مدى قدرة صانع القرار على استغلال معارفه وخبرته في تجميع المعطيات وتوظيف مهارته في القيام بتقييم نقدي للمعطيات المتناقضة المتحصل عليها وتقدير الحاجيات المجتمعية الفعلية، وعلى صانع القرار أن يأخذ بعين الاعتبار تحدي عدم كفاية الوقت ويبحث في سبل مواجهته.[1]

يقوم نموذج المعطيات على:[2]

- تحديد المشكلة بوضوح
- البحث عن المعطيات والمعلومات حول مشكلة البحث بفعالية
- بناء تقييم نقدي لمصادر المعلومات
- ترجمة دلالات المعطيات
- تكييفها مع السياق المحلي

[1] - Centre de collaboration nationale des methodes et des outils ; **op cit.**

[2] - Sonna Ciliska ;Helem Thomas ; Cathy buffett, **Introduction au concept de santé publique fondée sur des preuves et recueil d'outils d'évaluation critique**, centre de collaboration national des méthodes et outils, novembre ,2010,pp 9-10.

- الشروع في تنفيذ القرارات المتخذة
- تقييم مدى فعالية المقاييس المعتمدة في التنفيذ

بناء السياسة الصحية وفق هذا النموذج يسمح بتبني البدائل الأكثر فعالية والأقل تكلفة ويفعل الاستغلال العقلاني للموارد المحدودة ويمكن من تحقيق نتائج أفضل على مستوى صحة الفرد والمجتمع.[1]

**2- نموذج إدماج الصحة في عدة قطاعات ( العمل مابين قطاعاتي أو التعددية القطاعية):**

يأتي هذا النموذج كأسلوب جديد للعمل السياسي وهو نموذج حديث النشأة إلى حد ما، يشير إلى العمل المشترك بين فواعل تنسب إلى قطاعين أو أكثر في العمل السياسي.[2]

جاء هذا النموذج لما أدرك صناع السياسات الصحية وجود مجموعة من العوامل تؤثر على الوضع الصحي وتتسبب في انتشار وتفاقم أنواع من الأمراض، ويخضع علاج هذه الحالات والوقاية منها لضرورة استجابة عدة قطاعات تتعاون فيما بينها لكبح أو خفض نسب انتشارها.

وفقا لهذا النموذج فإن محددات الصحة هي التي ترسم حدود كل قطاع وتبرز مجالات تدخله.[3]

يتوقف نجاح السياسات العامة الصحية التي تصنع وفق هذا النموذج على:[4]

- وجود إرادة سياسية للالتزام على المدى البعيد والتشارك في القيم الأساسية
- وجود نظرة مشتركة حول الطريقة التي تؤثر بها مختلف السياسات على قطاع الصحة
- وجود توافق حول مناهج ووسائل وأدوات تقييم آثار السياسات العامة على الصحة

[1] - centre de collaboration national des méthodes et outils **,op cit** .

[2] - Gilles Tredez ; **santé et politique publique** ; Rapport Réalisé Avec le Soutien du Conseille Régional Nord-Pas-de-Calai ; p 29. http://www.orsnpdc.org consulter le 04 /03/2017 à 13 :41, p17 .

[3] - **Ibid** ; pp 25,29.

[4] - **Ibid** ; pp 32-37.

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستشف مراحل تطبيق نموذج الاندماج في الصحة كما يلي:

- تحديد المشكلة الصحية
- تحديد مسبباتها من داخل القطاع وخارجه
- التبادل والتشارك في المعارف بين ممثلي القطاعات المختلفة
- اتخاذ القرار التوافقي وتحديد المسؤوليات والمهام
- تخصيص الموارد
- التنفيذ

لقد عملت بريطانيا على تطبيق هذا النموذج ونجحت إلى حد بعيد في ذلك، حيث تصنع سياستها الصحية بالتعاون بين وزارة الصحة ووزارة المالية ووزارة العمل، وبغرض التوفيق بينها تم إنشاء مؤتمر الصحة الوطني ليتولى هذه المهمة.[1]

**3- نموذج المراحل:**

يعتمد نموذج المراحل كثيرا في صنع السياسات العامة الصحية، يعتبر النموذج الأكثر شيوعا وفي نفس الوقت أحد أكثر النماذج تعرضا للانتقاد، لكنه يبقى عموما أداة جيدة تساعد على ترشيد السياسات العامة.

لقد ارتبط هذا النموذج باسم عالم الاجتماع الأمريكي هارولد لازويل، وحاول بعده العديد من المفكرين تحسين النموذج الأصلي وتطويره فحددوا مراحل أخرى مختلفة ووصفوها وسموها بشكل مختلف، لكن ظل

[1]-هايدنهايمر آرنولدج وآخرون، **السياسات العامة المقارنة: سياسات الخيار الاجتماعي في أمريكا وأوروبا واليابان**، ترجمة أمل الشرقي، الأهلية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 1999، ص 115.

النموذج الأصلي الذي اقترحه لازويل هو الأكثر اعتمادا.[1]

وضع لازويل لنموذجه خمسة مراحل:[2]

- تحديد جدول الأعمال: حسب أهمية وأولويات المشكلات الصحية الواردة يتحدد جدول أعمال الحكومات، الذي يتسم بالتعقيد ويخضع لعدة اعتبارات كالوعود الانتخابية والسياسات والبرامج الموضوعة من طرف حكومات سابقة، الضغوط الخارجية، المطالب المجتمعية وغيرها .

- صياغة السياسة: لقد حاولت سلسلة هامة من البحوث في السياسة العامة تسليط الضوء على عملية صياغة السياسة، توصلت إلى شبه توافق على أن لكل سياسة مجموعة من الأنظمة الفرعية المختلفة، يتم داخل هذه الأنظمة مجموعة كبيرة من العمليات في الوقت نفسه وفي ميادين مختلفة، في هذه المرحلة قد تلجا الحكومات إلى الاستعانة بخبراء خارجيين يحاولون تحديد وتعريف المشكلات ذات الطبيعة التقنية، ولما تدرج مشكلة ما ضمن الأجندة فإن ذلك لا يعني بالضرورة أنها ستعالج من خلال السياسة العامة التي يتم بناؤها.

- اتخاذ القرار: تعد مرحلة اتخاذ القرار مرحلة هامة وحاسمة في عملية صنع السياسات العامة، فبعد جمع المعلومات وتحليل البدائل الممكنة والمحتملة لا بد من الوصول إلى اتخاذ القرار، يتم ذلك من طرف شخص أو مجموعة صغيرة ومحدودة من الأشخاص.

- تنفيذ السياسة العامة: القرارات المتخذة لابد من أن تطبق على أرض الواقع، وغالبا ما يتطلب القرار المتخذ على مستويات عليا سلسلة لاحقة من القرارات التي تأتي لتوضيح وتفسير كيفية تجسيده

[1] -Patrick Farad, **Données Probantes et Politique publique favorable a la Santé,** centre de collaboration sur les politique publique de santé , Canada, 2OO8,p 10.

[2] - Ibid, pp 10-15.

على أرض الواقع وكيفية تخصيص الموارد المالية لأجل استكمال هذه العملية.

- تقييم السياسة: يتم خلالها الوقوف على مواطن القوة لتعزيزها ونقاط الضعف لتقويمها.

الجدير بالذكر أن هذه المراحل ليست منفصلة بشكل تام عن بعضها البعض والحدود بينها تكاد تكون هلامية، ويمكن في حالات معينة تجاوز بعض المراحل كحدوث أزمة مفاجئة أو صدمة ما لم تكن في الحسبان خاصة وأن هذا النموذج يؤخذ عليه أنه لا يبنى على رؤية مستقبلية أو نظرة تنبؤية تمكنه من تجاوز أي طارئ.

**4- نموذج الحاجيات:** ارتبط هذا النموذج بالدراسة التي قام بها فريق بحث كندي حول الصحة الوقائية سنة 2001، والتي خلص من خلالها إلى أن فحص الكشف عن سرطان الثدي لدى الأمهات مابين 40 إلى 50 سنة لا يشكل مطلبا لدى المجتمع الكندي، بينما فريق آخر مماثل له أثبت سنة 2002 اعتمادا على نفس الدلالات العلمية أن هذا النوع من الفحوصات يعد مطلبا اجتماعيا ملحا في الولايات المتحدة الأمريكية.

يفترض هذا النموذج سيناريو مثاليا لتقديم الخدمات الصحية حيث أن طلبات المرضى محدودة مرتبطة بحاجاتهم الحقيقية وأن الخدمات المقدمة تغطي كل هذه الحاجيات، والسياسة العامة الصحية إذن وفق هذا النموذج تبنى على دلالات علمية مستمدة من دراسات ميدانية موضوعية، تصور حقيقة الواقع وتحدد الحاجيات المجتمعية من الخدمات الصحية التي تعد وفق هذا النموذج مدخلا للسياسة الصحية التي تحاول الإجابة على السؤال الذي مفاده " ماذا نفعل؟".[1]

[1] - L'association des facultés de médecine du Canada , **Le processus décisionnel : les politiques et l'éthique des soins de santé publique,** http://phprimer.afmc.ca/Part3-PracticeImprovingHealth/Chapitre14LeProcessusDcisionnelLesPolitiquesEtLthiqueDesSoinsD

إن بناء سياسة صحية على هذا النحو يجعلها أكثر كفاءة واستجابة للحاجيات الحقيقية، إلا أن ما يعاب على هذا النموذج هو عدم إمكانية التنبؤ بالحاجيات الحقيقية للمجتمع من الخدمات الصحية وأنه لا يراعي إمكانية حدوث طارئ قد يزيد من حجم الطلب على نوع من الخدمات الصحية دون سواها، فهو بذلك يبقى نموذجا مثاليا صعب تجسيده على أرض الواقع.

وما يمكن قوله على العموم بخصوص نماذج صنع السياسة العامة الصحية، أنها غير محدودة ويمكن أن يكون في كل دولة نموذجا فريدا لا يشبه غيره من النماذج الموجودة في دول أخرى، كما يمكن أن تنطوي السياسة الواحدة في نفس الدولة على أكثر من نموذج في آن واحد.

## المطلب الثالث: أهداف وتوجهات السياسة الصحية

### أولا: أهداف السياسة العامة الصحية:

إن الأهداف التي ترسم في إطار السياسة العامة الصحية تعد مرجعا لتوجيه السياسة الصحية نفسها ومرجعا لسياسات قطاعية أخرى لها أهداف ذات طابع صحي يقع خارج قطاع الصحة.

لقد وردت هذه الأهداف ضمن ما يعرف بـ "الأهداف الإنمائية للألفية" وتم تأكيدها من خلال سلسلة المؤتمرات التي انعقدت لمناقشة هذه الأهداف، حيث تعهدت خلالها الدول المشاركة على التزامها بالتماس كافة الأساليب والآليات التي من شأنها أن تكفل بلوغ غايات السياسات الصحية، وكان " ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار " الهدف الذي تبوأ المرتبة الثالثة ضمن قائمة

eSantEtDeLaSantPublique/Cequiinfluencellaborationdepolitiquesdesant , consulter le 28/02/2017 à 11:00 h.

أهداف التنمية المستدامة.[1]

وعلى العموم يمكن أن نوجز أهم أهداف السياسات العامة الصحية في:[2]

- ✓ توفير التغطية الصحية الشاملة وهي الغاية الأساسية لجل السياسات الصحية وتشمل تأمين الوقاية من الأمراض وتوفير الرعاية العلاجية والتأهيلية بأقل تكلفة.
- ✓ تحقيق مساواة الجميع في الحصول على الخدمات الصحية مهما كان مستواهم المعيشي والاجتماعي.
- ✓ تعزيز الرعاية الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية وتوفير الرعاية الصحية للنساء والمسنين على اعتبار أن شيخوخة السكان هو اتجاه عالمي يحمل في طياته مخاطر جمة تهدد النظم الصحية.
- ✓ توفير البيئة الصحية والآمنة من خلال العناية بتخطيط المدن وتهيئتها.
- ✓ تحقيق رعاية صحية متكاملة من خلال خلق روابط بين المؤسسات الصحية والتنسيق فيما بينها، ويعد توفر المعلومات الصحيحة والتقديرات الواقعية للوضع الصحي للسكان اللبنة الأولى لتحقيق الرعاية المتكاملة.

لقد أضافت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها السبعين المنعقدة بتاريخ 18 سبتمبر 2015 جملة من الأهداف المستوحاة من مؤشرات الصحة العامة، حيث أقرت بأن زيادة العمر المتوقع عند الولادة والتعجيل بخفض معدل الوفيات لدى المواليد الجدد والأطفال دون الخمس سنوات والنساء والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة على غرار متلازمة فقدان المناعة المكتسبة، داء السل، التهاب الكبد الفيروسي،

[1] - منظمة الصحة العالمية، **تقرير الأمانة العامة حول الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030**، الدورة 138، ديسمبر 2015، ص 4.

[2] - **المرجع نفسه**، ص ص 4-6.

وغيرها كلها تعد من صميم أهداف السياسات العامة الصحية.[1]

وتكمن **أهمية تحديد أهداف** السياسات الصحية في إرساء المزيد من الشفافية وترشيد الموارد وجعل الرؤى والتوجهات أكثر وضوحا، كما يمكن من تفعيل المساءلة ويسمح بمعرفة المطالب وتحديد جوانب القصور بدقة أكثر.

وعلى صناع القرار في السياسات العامة الصحية أن يأخذوا بعين الاعتبار إمكانية حدوث طارئ مفاجئ قد يغير مسار السياسة العامة ويجعلها تحيد عن الأهداف المسطرة كظهور وباء مفاجئ أو حدوث كارثة طبيعية، وضمن هذا السياق يتضح بأن أهداف السياسة الصحية تكون متغيرة بحسب الأوضاع السائدة.

**ثانيا: فروع السياسة الصحية**

تندرج ضمن السياسة العامة للصحة عدة سياسات فرعية نذكر منها:

**1- السياسة الدوائية:** وتشمل[2]

- ضمان فعالية الأدوية وأمنها وجودتها وفق الضوابط والمعايير العالمية المحددة.
- المراجعة الدورية لقائمة الأدوية الأساسية وضمان إمداد المواطنين بالأدوية واعتماد آخر الأساليب العلمية المتوصل إليها في مجال تخزين الأدوية وتوزيعها.
- العمل على تحقيق الاكتفاء الذاتي من المنتوجات الدوائية، وتوطين إنتاج الأدوية من خلال تشجيع القطاعين العام والخاص على حد سواء على الاستثمار في مجال إنتاج المواد الصيدلية والحرص على

[1] - World Health organization, **secretariat report ; transforming our world : the 2030 agenda fort sustainable development** ; the 70 session ; 18 september 2015; p 7.

[2] - وزارة الصحة العراقية، **السياسة الصحية الوطنية 2014-2023**، جمهورية العراق، 2014، ص 22، متاح في: http://www.nationalplanningcycles.org تم التصفح بتاريخ 03/18/ 2017 على الساعة 10:34.

سلامة مثل هذا النوع من السلع.

- عقلنة وترشيد استخدام الأدوية وتعزيز آليات الرقابة على الصناعة الدوائية تفاديا لحدوث أي نوع من الغش في هذا المجال.

**2- سياسة البحوث**: تعد سياسة البحوث في مجال الصحة واحدة من أهم السياسات المتفرعة عن السياسة العامة الصحية، تضطلع بوضع مجموعة البرامج والمشاريع التي تهدف إلى تعزيز البحوث من أجل ترقية الصحة، يخصص لها في الدول المتقدمة الجزء الأكبر من

**3-** ميزانية القطاع، خاصة عند مواجهة وباء جديد، وتأتي الولايات المتحدة الأمريكية في صدارة قائمة الدول الأكثر متابعة وتشجيعا للبحوث العلمية في المجال الطبي.[1]

وتتناول هذه البحوث كذلك عدة ومواضيع أخرى على غرار فهم الآثار الصحية الناجمة عن السياسات المتخذة في قطاعات أخرى، وتساعد على تجنب هذه الآثار أو التخفيف من وطأتها واقتراح آليات تجسيد المساواة في المجال الصحي،[2] وتشمل هذه البحوث عموما المجالات التالية:[3]

- ✓ تقييم المشكلة الصحية من حيث أبعادها وتوزيعها ويقصد بالمشكلة الصحية سبب اعتلال الصحة الذي نعاني منه فعليا أو الذي نتوقع حدوثه.
- ✓ تحديد أسباب المشكلة ومحدداتها.
- ✓ اقتراح الإجراءات الواجب اتخاذها من أجل التصدي للمشكلة والتخفيف من حدتها.
- ✓ تقديم حلول المشكلات الصحية الواردة في شكل سياسات وبرامج

[1]- هايدنهايمر آرنولدج وآخرون، **مرجع سابق**، ص 144.

[2]-منظمة الصحة العالمية، **تقرير الأمانة العامة حول دور منظمة الصحة العالمية ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية**، جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون، جنيف، مارس 2010، ص 3.

[3]- **المرجع نفسه**، ص ص 3-4.

- ✓ تقييم الآثار الناجمة بعد تنفيذ الحلول

**السياسة التمويلية:** تواجه السياسة العامة الصحية تحدي السيطرة على التكلفة العالية للخدمات، ويعتبر كلا من النمو السكاني الذي يصاحبه زيادة الطلب على الخدمات، والتطور العلمي في مجال الطب والتحول الوبائي أبرز العوامل التي تؤثر على تكلفة السياسة العامة الصحية.[1]

تهتم السياسة التمويلية بوضع القواعد الأساسية لتمويل الخدمات الصحية وتحديد مصادر الموارد المالية والتي عادة ما تصنف إلى مصادر عمومية وأخرى خاصة، التأمينات ومصادر خارجية، كما تعمل السياسة التمويلية على تحديد الطرق المعتمدة في التمويل.[2]

وقد بات التدخل الحكومي لتمويل الخدمات الصحية في الدول الغربية خاصة الدول الأوروبية أمرا محسوما، كما تلعب الجماعات التي تسمى بـ" **الدافع الثالث**" دورا بارز في هذه الدول، فهي عبارة عن تنظيمات طوعية تضم عادة العمال ذوي الدخل المتدني تلجأ للتفاوض مع الأطباء تم تتعاقد معهم حتى يتسنى لأعضائها الاستفادة من الخدمات الصحية بأقل تكلفة ممكنة.[3]

**4- سياسة توزيع الخدمات الصحية:** تهدف سياسة توزيع الخدمات الصحية إلى القضاء على مشكل عدم كفاية البنى التحتية والكفاءات الطبية بمختلف تخصصاتها، واللامساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، حيث يتم في إطار هذه السياسة دراسة ورسم الخريطة الصحية التي تحدد كيفية التوزيع الجغرافي للبنى التحتية والموارد البشرية بناء على الكثافة السكانية والاحتياجات الفعلية لسكان كل إقليم من الخدمات الصحية.

[1]- هايدنهايمر آرنولدج وآخرون، **مرجع سابق**، ص136.

[2]- نصر الدين عيساوي، **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية، دراسة حالة مستشفي حي البير بقسنطينة**، مذكرة ماجيستير في الاقتصاد المالي، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسنطينة، 2005، ص ص 96-97.

[3]- هايدنهايمر آرنولدج وآخرون، **مرجع سابق**، ص ص 103، 110.

تخضع هذه السياسة لقيود عديدة في مقدمتها صعوبة توصيل العلاجات إلى من هم بحاجة فعلية لها خاصة إن كانوا هم أنفسهم لا يدركون ذلك، كما قد تصطدم بمشكل عزوف القطاع الخاص عن الاستثمار في المناطق الريفية والمناطق الفقيرة التي لا تسمح القدرة الشرائية لقاطنيها من الدفع المباشر للحصول على خدمات الرعاية الصحية، وعادة ما تشكو هذه المناطق تدني مستوى الخدمات وعدم كفايتها.[1]

**5- سياسة تكوين وتدريب الطاقم الطبي:** يعتبر عدد الأطباء العاملين في المؤسسات الصحية المختلفة نسبة إلى عدد السكان في دولة ما أحد مؤشرات الوضع الصحي العام، لذلك تأتي سياسة التدريب والتكوين كسياسة فرعية من السياسة الصحية لتهتم بتحديد حاجيات القطاع من طلاب الطب سنويا ليتم إعدادهم وتكوينهم بغية معالجة مشكل نقص اليد العاملة المتخصصة والمؤهلة في هذا المجال.

والشائع أنه يتم اختيار هؤلاء الطلبة بأسلوب انتقائي نظرا لخصوصية المهنة وغالبا ما يكون المعدل العام في مرحلة الثانوية مقياسا للانتقاء ثم يتم إخضاعهم لاختبار القبول، وفي بعض الدول يتم اللجوء إلى القرعة ومن أمثلة هذه الدول هولندا وألمانيا، وذلك قناعة منهم أن أصحاب المعدلات الجيدة قد لا يكونوا بالضرورة أطباء أكفاء، لكن الوضع في الولايات المتحدة مختلف بعض الشيء حيث تلعب ثروة العائلة دورا في دخول أبنائهم إلى كليات الطب من عدمه، مما قد يهدد بتحول مهنة الطب إلى مهنة تقتصر على الأثرياء دون سواهم.

والجدير بالذكر أن سياسة التدريب والتكوين منوطة أيضا بوضع برامج تكوين للأطباء الذين يزاولون عملهم، حيث يتم تكوينهم بشكل دوري خاصة وأن مجال العلوم الطبية يتسم بالديناميكية والتطور سريعا. [2]

[1]- **المرجع السابق**، ص 102.

[2]- **المرجع نفسه**، ص 119.

وبهذا فإن نجاح السياسة العامة الصحية يتوقف على نجاح كل سياسة فرعية على حدى في تحقيق أهدافها المسطرة من جهة وعلى قدرتها مجتمعة على تحقيق التكامل وتنسيق الجهود المبذولة فيما بينها.

## المبحث الثاني: واقع السياسة العامة الصحية في الجزائر 2001- 2017

تعد الصحة الجيدة معيارا لقياس جودة الحياة، وتحقيق الصحة الجيدة لا يكون إلا من خلال سياسة عامة صحية كفوءة وفاعلة، تتكيف مع التحولات الحاصلة في المناخ الاجتماعي لتضمن خدمات صحية تلبي الحاجيات المجتمعية المتغيرة والمتزايدة.

سنحاول من خلال هذا المبحث رصد أهم المراحل التي مرت بها السياسة العامة الوطنية للصحة منذ الاستقلال وصولا إلى المرحلة ما بين 2001 و2017 والتي جاءت كامتداد لمراحل سابقة، وقد شهد خلالها القطاع ديناميكية سريعة وتغيرات ملموسة، وكل ذلك في محاولة منا لتفسير وإبراز أهم ما طرأ على السياسة الصحية في تفاعلها مع البيئة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية السائد حينها.

### المطلب الأول: لمحة عن تطور السياسة العامة للصحة قبل 2001

#### أولا: تحليل السياسات العامة الصحية المنتهجة قبل 2001

لأن دراسة ماضي الظاهرة يعد أساس فهم حاضرها ولأن السياسات العامة عادة ما تتصف بالتراكمية، يفترض بنا العودة قليلا إلى الخلف للوقوف على السياسة العامة الصحية التي انتهجت بعد الاستقلال وتتبع تطورها حتى نفهم أسباب تبلورها على النحو التي هي عليه اليوم، فالسياسة العامة في مجال ما ليست وليدة مرحلة معينة، إنما هي عبارة عن تراكمات لتجارب سابقة وخبرات مكتسبة مع كل عملية تنفيذ وتقويم تتم على أرض الواقع، وهو شأن السياسة العامة للصحة.

لذلك لابد أن نعود قليلا إلى حقبة ما بعد الاستقلال للوقوف على واقع القطاع الصحي والسياسات الصحية المنتهجة عبر مختلف الحكومات المتتالية لأن ذلك سيساعدنا على فهم وتحليل السياسة المنتهجة خلال الفترة الزمنية للدراسة 2001_2017.

فعلى غرار مختلف الدول الحديثة الاستقلال وجدت الجزائر نفسها عقب خروج الاستعمار في وضعية صحية جد متدهورة ضمن نظام صحي شبه منهار،[1] هو الآخر وجد نفسه في مواجهة تحديات جسام تتعلق أساسا بانتشار الأمراض الوبائية والمعدية المرتبطة بالظروف المعيشية القاهرة للسكان، ونقص الإطارات الطبية وشبه الطبية الذي أدى إلى شلل في وظائف القطاع وكذلك نقص العتاد الطبي والهياكل الصحية التي تمركزت في كبرى المدن، حيث كان يتواجد المعمرون. والجدير بالذكر أن موجة النزوح الريفي التي شهدتها الجزائر آنذاك كانت قد زادت من حدة الوضع وخطورته.[2]

كان خيار الدولة حينها هو تبني النهج الاشتراكي الذي رأت فيه الحل الأنسب لتلملم شملها في شتى القطاعات والميادين، وشمل هذا الخيار قطاع الصحة أيضا.

فبعد الاستقلال كانت قضايا وشؤون الصحة تسيرها البلديات بإشرافها على العيادات والمستشفيات كمؤسسات متواجدة على ترابها، ووزارة التربية والتعليم كانت تعنى بإدارة مراكز الطب المدرسي النفسي، وكانت هناك بعض العيادات التابعة للخواص وكان جلهم من الأجانب.[3]

هذا المزيج من الأنظمة كان يتم التنسيق بينه من طرف مديرية دائرة الصحة. [4]

[1]- نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص128.

[2]- **المرجع نفسه**، ص 129.

[3]-جفال عبد الحميد وسيدي ادريس عمار، **التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية**، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، ص 70.

[4]-نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، مرجع سابق، ص 133.

إن النهج الاشتراكي الذي تبنته الدولة، يفرض بطريقة آلية منطق الدولة الراعية الشيء الذي يصاحبه لزوما تبني مقاربة اجتماعية في صنع السياسات العامة.

فقد كانت الدولة إذا هي الفاعل الرئيسي وإلى حد بعيد الفاعل الوحيد في رسم السياسة العامة الصحية حينها، حيث وجهتها في هذه الفترة نحو مكافحة الأمراض والأوبئة وتعميم الاستفادة من العلاج الوقائي كالتلقيح والصحة المدرسية وطب العمل، كان كل ذلك في إطار برنامج سطرته الحكومة منذ 1962، تضمن هذا البرنامج كذلك إعادة بعث النشاط في الهياكل الصحية المهجورة من خلال توفير المستخدمين في المجال الطبي لإعادة تشغيل هذه الهياكل والتزمت الدولة بتمويل هذه المشاريع بنسبة 80 % وساهم الضمان الاجتماعي بـ 20% الباقية.[1]

وفي نفس السياق تم وضع برنامج وطني لمكافحة السل وآخر لحماية الطفولة والأمومة بالإضافة إلى وضع برنامج وطني للتلقيح وبرنامج لمكافحة الأمراض المتنقلة.

إن السياسة المتبعة خلال هذه الفترة جاءت مطابقة لنموذج الحاجيات، حيث ركزت الدولة جهودها صوب مكافحة الأمراض المتنقلة والأوبئة التي شكلت آنذاك مطلبا ملحا للسكان واعتمدت على مجانية اللقاح

كمبدأ يتماشى مع الوضع الاقتصادي والاجتماعي العام، حيث كان عامة الشعب يعاني فقرا مدقعا.

ما يؤخذ على السياسة الصحية في هذه الفترة أنها لم تراعي المساواة والعدالة في توزيع الهياكل

[1] - Farid Chaoui, **Le Système De Santé En Algérie : Un Enjeux Stratégique, Etat Des Lieux, Enjeux et Perspective**, conférences internationales, n :02, Institut National D'études De Stratégie Globale, Alger,2015, p10.

القاعدية والكوادر البشرية الطبية وشبه الطبية بين المدن والأرياف.[1]

بعد مرور بضع سنوات من الاستقلال تم إنشاء المعهد الوطني للصحة، ووزارة للقطاع وتم وضع الأطر القانونية المنظمة لنشاط الموارد البشرية الطبية والصيدلانية وكذلك بعض الهياكل التي تعنى بتقديم الرعاية الصحية الأولية.[2]

وفي سنة 1974 شهدت المنظومة الصحية محطة جد هامة تمثلت في صدور قانون الطب المجاني الذي يكرس لمفهوم الدولة الراعية وأن المؤسسات العمومية هي المسؤولة عن تقديم الرعاية الوقائية.

وفور صدور هذا القانون جاء تشديد الحكومة على ضرورة تحقيق التوازن الجهوي من أجل ضمان حق كل المواطنين في الحصول على الرعاية الأولية ولتحقيق هذا الغرض تم إنشاء العيادات المتعددة الخدمات في المناطق النائية بداية من نفس السنة.[3]

ومع نهاية السبعينيات بدأت نتائج السياسة المنتهجة منذ الاستقلال تبرز، حيث بلغ عدد الأطباء الجزائيين 3761 طبيب وتراجع عدد الأطباء الأجانب إلى 2320 طبيب أجنبي، وذلك بمعدل طبيب واحد لكل 2960 ساكنة،[4] كان ذلك في إطار سياسة " **1000 طبيب في العام**"، هذه السياسة جعلتنا اليوم لا نكون الأطباء فقط من أجلنا بل من أجل الخارج أيضا.[5]

[1]- عديلة لعوانة، **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، الجزء الثالث، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 15.

[2]- نور الدين حاروش ، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 194.

[3]- جفال عبد الحميد وسيدي ادريس عمار، **مرجع سابق**، ص ص 71-72.

[4]- نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سابق، ص 199.

[5] - Farid Chaoui, **op cit**, p 11.

وبالنسبة للأعوان شبه طبيين بلغ عددهم آنذاك 46669 ممرض بنسبة واحد لكل 386 ساكن.

إن السياسة الصحية المنتهجة خلال السبعينيات تضمن تكثيف الجهود لتلبية حاجيات المؤسسات الصحية من الإطارات في مختلف التخصصات وعلى جميع المستويات، واتجهت نحو تعزيز الخدمات الصحية الوقائية وتبني اللامركزية في تسيير المصالح والمؤسسات والتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.[1] وفي هذا السياق تم تقسيم الإقليم الوطني إلى 13 منطقة صحية في إطار ما يعرف بالخريطة الصحية، تضم كل منطقة عددا من الولايات، كان هذا التقسيم يهدف إلى توفير تغطية صحية تمكن السكان في كل منطقة من الوصول المشترك إلى مختلف مستويات العلاج.

وضمن هذا الإطار أخذت بعين الاعتبار المعايير التالية:[2]

- عيادة من أجل 30000 ساكن
- مركز صحي من أجل 9000 ساكن
- قاعة علاج من أجل 1000 ساكن
- 5 أسرة استشفائية من أجل كل 1000 ساكن

لقد سعت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني إلى دمج النظام الوطني الصحي ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وهو ما سيفضي إلى التعاون ما بين القطاعات ويكرس مقاربة العمل ما بين قطاعاتي الذي ركز عليها لاحقا مؤتمر أوتاوا 1986، بحكم أن الصحة في بلد ما تتجاوز

[1] - نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، مرجع سابق، ص 144.

[2] - Oufriha Fatima Zohra et Collaborateurs , **Un système de santé a la croisée des chemins**, CREAD , Alger,2006, p 157.

ما يقدمه قطاع الصحة لوحده،[1] كما أكدت اللجنة على هرمية العلاج وعلى أهمية العلاج القاعدي أو الرعاية الأولية[2].

في سنة 1986 وتزامنا مع " الصدمة البترولية المضادة " أو " الصدمة السلبية "، تأثر نظام الصحة بالأزمة حيث شهد "تحولا مذهبيا" ليتجه نحو فتح المجال أمام الاستثمار الخاص والذي تم تدريجيا عبر مراحل[3]، غير أن هذا التحول لم يكن مكتملا حيث ظل القطاع العام مهيمنا على أغلب نشاطات القطاع، وسنتطرق إلى كل ذلك بشكل مفصل في الفصل اللاحق. في هذه الفترة تم الانتقال إلى سياسة جديدة في مجال الصحة أطلق عليها شعار " **سياسة حياة الرفاه"**، حيث استفاد في إطارها النظام الصحي من بناء 40 مستشفى وتم استيراد تجهيزات متطورة وضخمة، كان من ضمنها المجاهر الالكترونية التي تعتبر وسيلة بحث، وكانت هذه ثغرة تحسب على النظام الصحي آنذاك فهو لم يكن بحاجة لمثل هذه الكماليات، فإذا أخذنا سويسرا مثلا كانت تملك مجهرا واحدا يستخدمه كل الباحثين وجميع المستشفيات بينما اقتنت الجزائر 12 مجهرا لم تستخدم ولا يوم.[4]

ولأن مجانية العلاج تعدا مكسبا للنظام الصحي جاء دستور 1989 ليؤكد أنه من غير الممكن المساس به حتى في ظل ظهور بوادر توجه تدريجي نحو النظام الاقتصادي الليبرالي، وقد حدد قانون المالية لسنة 1992 مجالات إنفاق الدولة على القطاع الصحي، حيث ورد فيه أن التكفل بالجانب الوقائي وبذوي

[1] - Farid Chaoui, **op cit**, p 7.

[2] - نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، مرجع سابق، ص 150.

[3] - Fatima Zohra Oufriha, **op cit**, p 105.

[4] - Farid Chaoui, **op cit**, pp 12-13.

الاحتياجات الخاصة يبقى الدور المنوط بالدولة في سعيها لضمان حق المواطنين في الصحة، أما بقية الخدمات فسوف تكون وفق النظام التعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية والضمان الاجتماعي.[1]

وجاء في قانون المالية لسنة 1995 تحديدا للفئات التي ستستفيد من تغطية تكاليف العلاج، نصت على ذلك المادة 132 منه: "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وهذا حسب الكيفيات المحددة عن طريق التنظيم وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية لصالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم".[2]

وعلى العموم، تميزت السياسة العامة في فترة التسعينات بالبحث عن سبل بديلة لتغطية أعباء الخدمات الصحية وطرح النظام التعاقدي كبديل لاقى اهتمام السلطات المعنية، التي رأت فيه الآلية المناسبة لترشيد النفقات وتحسين الخدمات.

**ثانيا: تقييم السياسات الصحية المنتهجة قبل 2001**

لقد تميزت المرحلة نوعا ما بضبابية الأهداف وما يعاب عليها أنها لم تأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث أي طارئ، كما اعتمدت على معايير مستوردة من دول أكثر تقدما من الجزائر دون العمل على تبيئة تلك المعايير بما يتناسب مع السياق الاجتماعي السائد محليا.[3]

حيث يتضح جليا أن صنع السياسات الصحية خلال هذه المرحلة رسمت وفق نموذج المعارف، إذ وجدت الجزائر نفسها مجبرة على العمل بما ورثته من المستعمر خاصة فيما يتعلق بالقوانين الإدارية التي تحكم

[1] -نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سابق، ص 200.
[2] - عديلة العلواني، **تفعيل النمط التعاقدي في النظام الصحي الجزائري**، مرجع سابق، ص 44.
[3] - **المرجع نفسه**، ص 22.

تسيير وتنظيم الإدارات العمومية منها المؤسسات الصحية، ولقد بدا واضحا أن جل السياسات المتبعة كانت تهدف إلى تعزيز الرعاية الأولية خاصة من خلال تكثيف برامج التلقيح التي تضمن الحماية للمجتمع الذي يتسم بكونه مجتمع فتي.

وما ميز المرحلة أيضا هو عدم تأثر مبدأ مجانية العلاج ببداية التحول الإيديولوجي الذي تشهدته البلاد منذ نهاية الثمانينات، فقد ظلت الدولة تحتكر قطاع الخدمات الصحية وظلت إلى حد بعيد الفاعل الأساسي في صنع وتنفيذ السياسات الصحية مع نشاط محتشم للقطاع الخاص.

وعموما فإن لكل سياسة عامة إيجابيات كما أنها لا تخلو من السلبيات وفيما يلي إيجابيات وسلبيات السياسات الصحية المنتهجة منذ الاستقلال:

1_ايجابيات السياسات المنتهجة:

لقد كان للسياسات التي انتهجت منذ الاستقلال العديد من الايجابيات حيث مكنت من تحقيق العديد من الانجازات التي تحسب لها ومن بينها نذكر:[1]

- ✓ القضاء على الأمراض المعدية التي استفحلت في وسط المجتمع الجزائري بعد الاستقلال
- ✓ تحقيق ارتفاع محسوس في عدد الأطباء والمستخدمين شبه الطبيين بفعل سياسات التكوين التي وجهت لسد العجز الذي عرفه القطاع في الجانب المتعلق باليد العاملة.
- ✓ تطوير البنية التحتية، إذ ارتفع عدد الهياكل والمؤسسات الصحية وفي نفس الوقت تم تجهيزها بالتقنيات الحديثة والمتطورة.

[1]- حياة كنشر، **الجزائر ماضية في ترقية الصحة العمومية**، جريدة الشعب، عدد 17304، 06 أفريل 2017، ص4.

- ✓ بالإضافة إلى ذلك فإن أكبر انجاز يحسب لهذه المرحلة هو نجاح سياسة مجانية العلاج في تحقيق قدر من المساواة في الحصول على الخدمات الصحية، وبالتالي ضمان الحد الأدنى من حق المواطن في الصحة وحافظت على التضامن الوطني والانسجام الاجتماعي.[1]

2-سلبيات السياسات المنتهجة:

رغم كل الجهود المبذولة خلال هذه الحقبة إلا أن قطاع الصحة ظل يشكو من العديد من النقائص والاختلالات، تسببت في استياء المواطنين وحتى السلطات المعنية ومهنيي القطاع ومن أبرز هذه السلبيات التي أفرزتها السياسات المنتهجة خلال هذه الفترة نجد: [2]

- ✓ استمرار مشكل ندرة الأدوية وسوء الظروف الإقامية
- ✓ معاناة الهياكل الصحية من سوء التسيير والتنظيم
- ✓ ضعف أداء مختلف الأسلاك التابعة للقطاع
- ✓ غياب الرقابة على القطاع الخاص الذي يقوم بممارسات غير قانونية
- ✓ وجود صعوبات في الحصول على الفحوص المتخصصة وطول آجال المواعيد
- ✓ غياب المساواة بين الأقاليم من حيث الهياكل والمستخدمين في مجال الطب، حيث ظلت مناطق الهضاب العليا والجنوب تسجل عجزا بهذا الخصوص.
- ✓ معاناة مصالح الاستعجالات من كثرة ضغوط العمل وضعف التنسيق بينها وبين المصالح الأخرى المختلفة
- ✓ هجرة الأطباء بسبب ظروف العمل أثناء العشرية الدامية

[1]- عديلة العلواني، **تفعيل النمط التعاقدي في النظام الصحي الجزائري**، مرجع سابق ص 25.

[2]- خيرة لعروسي ، **المستشفيات الجزائرية لا إنسانية**، الخبر اليومي، عدد 7952، 18 اكتوبر 2015، ص7.

وعلى العموم يمكن القول بأن قطاع الصحة، رغم الأحداث التي عاشتها الجزائر والظروف الاقتصادية والسياسية والاجتماعية العسيرة التي مرت بها إلا أن ما حققته خلال هذه الفترة من انجازات على صعيد القطاع الصحي يعد قفزة متميزة من حيث الكم والكيف.

## المطلب الثاني: واقع السياسة العامة الصحية بعد 2001

### أولا: البيئة العامة السائدة خلال هذه الحقبة

مع بداية الألفية الثالثة شرعت الجزائر مجددا في إعادة بناء الدولة وابتدأت تقريبا من الصفر، بعد أكثر من عشر سنوات عاشتها في عزلة عن العالم بأسره، هي حقبة تشبه إلى حد كبير فترة ما بعد الاستقلال، حينما خرج الاستعمار مخلفا أوضاعا مزرية على مختلف الميادين الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية، وهو المشهد نفسه يتكرر بعد الانفراج الأمني والسياسي، حيث خرجت الجزائر من هذه الأزمة كذلك مثقلة بحصيلة معتبرة من الخسائر على مختلف الأصعدة والمستويات، فكانت الدولة أمام رهان لملمة أشلائها وجمع شملها وبعث الاستقرار في النفوس والنهوض بمختلف القطاعات.

فعلى **الصعيد الاجتماعي** أحصت الجزائر ما يفوق 300 ألف ضحية وأعداد ضخمة من الثكالى والأيتام والمتشردين والمفقودين، وأعداد هائلة من المنهارين نفسيا والمصابين بأمراض مزمنة على غرار داء السكري وأمراض القلب وضغط الدم.[1]

وفي سياق آخر، شهدت الجزائر أثناء فترة الأزمة الأمنية ثاني أكبر نزوح ريفي منذ الاستقلال فاكتظت المدن وتفشت فيها العديد من الظواهر والمشاكل الاجتماعية على غرار أزمة السكن والمياه والبطالة

[1]- محمد نوار، **فاتورة العشرية السوداء**، متاح في http://www.aswat-elchamal.com/ar/?p=98&a=21331 تم التصفح بتاريخ 1017/02/24 على الساعة 09:30.

وانتشار الأمراض والأوبئة، بالإضافة إلى تفشي الجريمة وتفاقم تجارة الممنوعات، وانتشر الفقر وظهرت الفوارق الاجتماعية[1].

ونظرا للظروف الأمنية التي كانت سائدة فإن شريحة واسعة من الأطفال - في سن التمدرس – حرموا من الالتحاق بمقاعد الدراسة، ناهيك عن ارتفاع نسبة التسرب المدرسي، فقد قدرت اليونسكو وجود حوالي 8 ملايين طفل في سن التمدرس بالمنطقة العربية لم يتسنى لهم الحظ لدخول المدرسة ومن بين هؤلاء أحصت حوالي 700 ألف طفل جزائري.[2]

وعلى **الصعيد الاقتصادي** تضرر الاقتصاد الجزائري كثيرا خلال هذه الفترة التي شهدت تفاقم المديونية بسبب لجوء الجزائر إلى إعادة الجدولة والتصحيح الهيكلي، وشرعت السلطات في القيام بإصلاحات هيكلية للمؤسسات العمومية وتوجهت نحو الخوصصة، مما أدى إلى تسريح العمال فارتفعت نسبة البطالة وتراجع نصيب الفرد من الدخل الوطني وارتفعت أسعار المواد الاستهلاكية مقابل انخفاض القدرة الشرائية، أثر كل ذلك على المستوى المعيشي للسكان فازدادت عوامل الخطر المؤدية إلى تدهور صحتهم .[3]

لكن مع عودة الاستقرار التي تزامنت مع ارتفاع أسعار النفط أطلقت الجزائر برامج الإنعاش الاقتصادي التي اتسمت بمشاريع تنموية مكثفة كان أولها البرنامج الخماسي الأول 2001- 2004 والذي نجح في امتصاص نسبة البطالة وخفضها من 29 % إلى 24%، وتم انجاز العديد من الهياكل القاعدية في

---

[1]- **المرجع السابق**.

[2]- نصر الدين جابر ونورالدين تاوريرت، **الطفولة في الجزائر نظرة إستشرافية**، مداخلة مقدمة للملتقى الوطني حول الطفولة في الجزائر،متاح في: http://dspace.univ-biskra.dz تم التصفح بتاريخ 2017/02/24 على الساعة 9:50.

[3]- بغداد كربالي، **نظرة عامة على التحولات الاقتصادية في الجزائر**، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 08، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2005.

التعليم والصحة وبناء وتسليم حوالي 700.000 مسكن، وفي إطار تشجيع الاستثمارات الخاصة صدرت العديد من النصوص لتدعيم قانون الاستثمار.[1]

وفي سياق آخر رسمت المشهد السياسي العديد من الأحداث الهامة، فقد وصل السيد عبد العزيز بوتفليقة إلى سدة الحكم وكان أمام تحديات جسام تمثلت بالأساس في إعادة إرساء الأمن وبعث الاستقرار من جديد كخطوة سابقة للنهوض بالتنمية في مختلف القطاعات، وقد تمكن بالفعل بطريقة ما - حتى ولو كانت لها أبعاد غير محبذة لدى جهات عديدة - من خلق جو آمن داخل التراب الوطني، وأخمد نار الفتنة التي أغرقت البلاد في بحر من الدماء لمدة فاقت العشر سنوات، وتجسد ذلك من خلال مشروعي الوئام المدني والمصالحة الوطنية.[2]

كما لا يخف على أحد أن صورة الجزائر بفعل الظروف التي مرت بها كانت قد تشوهت في الساحة الدولية وكانت مكانتها وسمعتها قد هزت، فالإعلام لعب دورا في التنكيل بالأحداث التي تقع داخل الجزائر.

والجدير بالذكر أن الدول العربية التزمت الصمت إزاء كل ذلك واختارت عدم التدخل في الشؤون الداخلية في الجزائر.

وكان على الرئيس الذي وصل لتوه إلى السلطة بدعم من عدة أطراف ثم منحه الشعب ثقته في رئاسيات 1999، أن يتخطى كل ذلك وكان عليه أن يعيد للجزائر مكانتها في المجتمع الدولي، وهو ما ورد ضمن

[1]- عبد الحميد جفال وعمار سيدي ادريس ، **مرجع سابق**، ص57.

[2]- م . بوسلان، **المسار السياسي للجمهورية الجزائرية من بناء الدولة والمؤسسات إلى تعزيز المكاسب الديمقراطية**، جريدة المساء ، عدد 4696، الجزائر، 15 جويلية 2012.

برنامجه الرئاسي.[1]

كل هذه الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي سادت بداية عام 2001، كان لها لا محالة أثر على توجهات السياسة العامة الكلية للبلاد، ولم تكن السياسة الصحية بمنأى هي

الأخرى عن كل هذه الأوضاع والأحداث.

**ثانيا: تحليل السياسة الصحية المنتهجة منذ 2001**

إن الأوضاع التي كانت سائدة قبيل بداية الألفية الثالثة أثرت بشكل واضح وجلي على المنظومة الصحية الوطنية، فقد أفرزت قطاعا صحيا عاما شبه منهار بفعل الصعوبات الاقتصادية والمالية التي شهدتها المؤسسات الوطنية، وقطاعا خاصا يكافح من أجل أن يشغل مكانا له، كان يميل إلى النشاط في التجمعات العمرانية الكبرى وكان يتغذى إلى حد كبير على الموارد العمومية.

إن اهتمام المواطن الجزائري آنذاك كان ينصب على نتائج السياسة العامة أكثر منه على السياسة في حد ذاتها، لأنه لم يكتمل بعد نضجه السياسي، إذ لم تمضي سوى بضع سنوات على الانفتاح السياسي وتبني التعددية السياسية والحزبية فهو يطلع إلى خدمات صحية ذات نوعية جيدة وإلى وجود مؤسسات استشفائية وعيادات نظيفة، تسير وينظم عملها بأسلوب رشيد حيث يتساوى الجميع أمام هذه المؤسسات، أين لا تجد الرشوة والمحسوبية مكانا لها ولا يضطر المواطن للبحث عن علاقات قرابة من أجل الحصول على حق له مكفول دستوريا، كما يتطلع المواطن لوجود طاقم طبي متكامل يتشكل من أطباء وممرضين أكفاء لديهم حس الإنسانية والمسؤولية.

[1]- محمد نوار، **مرجع سابق.**

وفي هذا السياق، ساهم التقرير الذي أعدته مجموعة خبراء " نبني 2020" في الوقوف على واقع القطاع الصحي وتشخيص الوضع القائم وتقييمه بعد العشرية وتحديد الحاجيات الحقيقية للمواطنين من الخدمات الصحية، يكتسي هذا التقرير قيمة علمية هامة، كونه مبادرة طوعية من طرف خبراء جزائريين هم بمثابة هيئة تفكير تضطلع بالبحث في مسائل الغد وآليات تحقيق التنمية، التزمت هذه الهيئة بالموضوعية والحياد خاصة وأنها عملت في استقلالية عن أي جهة أو طرف سياسي، دامت مدة إعداده سنتين من البحث الميداني في مختلف المجالات وتم عرضه بقاعة الكوسموس برياض الفتح، وحضره مواطنون ينتمون إلى فئات ومستويات علمية مختلفة من داخل الوطن وخارجه.[1]

وفي إطار هذه المبادرة تم عرض رؤية استشرافية للجزائر بعد 2020، وقد تبنت الحكومة مجموعة من مقترحاتها وتوصياتها في عدة مجالات.

وعليه ثمن فريق البحث المختص في مجال الصحة انجازات الجزائر في القطاع، حيث أشاد بوجود تحسن ملموس في الوضع الصحي العام، يتجلى من خلال العديد من المؤشرات على سبيل المثال القضاء على عدة أمراض معدية وخفض نسبة وفيات المواليد السنوية إلى النصف تقريبا.

ورغم ذلك أوصى الخبراء في التقرير نفسه بضرورة تدارك عدة نقائص نذكر منها:[2]

- ✓ تمكين جميع المواطنين من الوصول العادل على الحد الأدنى من خدمات الرعاية الصحية والقضاء على التفاوت الموجود من هذا الجانب.
- ✓ التقييم الدوري ومراقبة النوعية ومردودية النظام الصحي

[1] - محمد سيدمو، **خبراء جزائريون يطرحون مبادرة نبني لجزائر 2020**، متاح في:/http://www.vitaminedz.org تم التصفح بتاريخ: 2017/03/09 على الساعة: 13:10.

[2] - **المرجع نفسه.**

- ✓ إعادة النظر في تمويل قطاع الصحة من أجل تقليص حجم نفقات الأسر.
- ✓ وضع كل فاعل في النظام الصحي في موضعه الصحيح وفق قواعد معينة بشفافية تامة بحيث تكون هناك التزامات مشتركة ومتبادلة بين الأطراف الفاعلة في مجال الصحة عموميين كانوا أو خواص.
- ✓ أن تضطلع الدولة بدورها في تنظيم القطاع على أكمل وجه
- ✓ إعطاء مكانة رسمية للمشغلين الخواص والاعتراف بهم وتأطيرهم ومراقبتهم وتفعيل النظام التعاقدي، والعمل على احترام هرمية العلاج
- ✓ السماح بتطوير قطاع ثالث يتكون من مشغلين خواص لكن ليس لديهم هدف ربحي، هم على استعداد لتقديم خدمات صحية مقابل تمويل مباشر.

لقد كان لهذا التقرير تأثيره على صنع السياسة الصحية خلال هذه الفترة، فقد اتجهت هذه الأخيرة نحو تعديل النظام الصحي بهدف تكييفه ولم تكن تسعى للمساس بالمبادئ الأساسية حيث تمثلت الأهداف العامة للسياسة الصحية في هذه الفترة في:[1]

- تحسين البنية التحتية
- القضاء على التفاوت في التغطية خاصة في منطقة الهضاب والجنوب
- إرساء أرضية لتقديم خدمات ذات جودة عالية

ومن أجل بلوغ هذه الأهداف تم إعداد وثيقة حول إستراتجية وآفاق تطوير النظام الصحي على مستوى الوزارة سنة **2001**، وسجلت في السنة نفسها عدة مشاريع تتعلق كلها بتعزيز البنى التحتية والمعدات التي سيتم اقتناؤها وذلك تزامنا مع انطلاق برنامج الإنعاش الاقتصادي 2001- 2004.

[1] - Ministere De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière**, Les Réformes en Santé Evaluation et Perspectives**, Alger, 2015, p31.

في سنة **2002** تغير اسم الوزارة من وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتم انعقاد المؤتمر الوطني حول الصحة المدرسية، كما عين فريق عمل على مستوى الإدارة المركزية ليتولى متابعة نشاطات الخدمات الاستعجالية وخدمات الأمومة والنظافة في المؤسسات الصحية.

وفي **السنة الموالية** تقرر إنشاء فريق عمل آخر كلف بالتحضير لمشروع قانون صحة جديد.

أما سنة **2006** فما ميزها هو وضع قواعد لتنظيم استيراد وتوزيع المواد الصيدلانية وضبط مقاييس استخدام الأدوية الجنيسة.[1]

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر خلال هذه الحقبة محطة جد هامة، تمثلت في إعادة هيكلة القطاع وفق المرسوم التنفيذي 07-140 الذي تم بموجبه إنشاء المؤسسات العمومية للصحة

الجوارية والمؤسسات الاستشفائية العمومية بدل القطاعات الصحية، سعى هذا الإصلاح إلى إعادة تنظيم القطاع بما يضمن للمواطن سهولة أكثر ومرونة في الحصول على الخدمات الصحية.[2]

وفق هذا الإصلاح الذي شهدته المنظومة الصحية سنة 2007، تم تقسيم الخريطة الصحية بالجزائر إلى خمسة مناطق صحية لكل منطقة مجلس إقليمي ومرصد إقليمي، وقد تعززت المنظومة الصحية وفق للخريطة الجديدة بإنشاء مؤسسات عمومية للصحة الجوارية وهي مؤسسات مستقلة تتولى تنفيذ برامج الوقاية وتقديم الرعاية الطبية الأساسية، ومن جهة أخرى تم إنشاء مؤسسات استشفائية عمومية مستقلة تقدم خدمات طبية متكاملة، يهدف كل ذلك إلى محو الفوارق الجغرافية وتقريب الخدمات الصحية من

---

[1] - **ibid**, p p 32 ,33 .

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007، والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها**، الجريدة الرسمية، عدد 33، ص 10.

المواطن.[1]

وقد تضمن المخطط التوجيهي للصحة 2009 – 2025 استثمارات تقدر بـ 20 مليار يورو موجهة لبناء وتجهيز مرافق صحية جديدة وتحديث المرافق الموجودة وتزويدها بمعدات المتطورة في التشخيص والعلاج على غرار أجهزة التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي (IRM)، معدات القسطرة (cathétérisme)، أجهزة تخطيط القلب (ECG HORLTER)، واستفاد القطاع في إطار المخطط الوطني 2010– 2014 من غلاف مالي قدر ب 619 مليار دينار وجهت لانجاز 172 مستشفى، 45 مجمع صحي متخصص، 377 مستوصف، 1000 قاعة علاج،

17 مدرسة للتدريب شبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

وفي السياق نفسه تم إنشاء الوكالة الوطنية لإدارة الانجازات والمعدات والوكالة الوطنية لزرع الأعضاء ولجنة متعددة القطاعات للحماية من الأمراض غير المتنقلة.[2]

وبهدف تغطية الحاجات الوطنية من الأدوية تم تخصيص غلاف مالي قدر بـ أكثر من 140 مليون دولار لاستيراد الأدوية، وتجدر الإشارة إلى أن السوق الوطنية للأدوية تتسم بوجود قائمة محدودة من الأدوية.[3]

ويعد المخطط الوطني لمكافحة السرطان الذي أطلق سنة 2014 أحد أضخم المشاريع التي تم انجازها

[1]- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، **قطاع الصحة**، متاح في: WWW.andi.dz تم التصفح بتاريخ 02/18/ 2017 على الساعة 17:50.

[2]- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، **مرجع سابق.**

[3] - **المرجع نفسه.**

نظرا لكون الأمراض السرطانية هي المسبب الثاني للوفاة في الجزائر بنسبة تقدر بـ 16 %، خصص له غلاف مالي قدر بـ 203 مليار دينار.[1]

والجدير بالذكر أن هذا المخطط تم اقتراحه سنة 2003 ولم يدخل حيز التنفيذ إلا بعد مرور أكثر من عشر سنوات لأسباب لم يتم توضيحها.

وقد تم وضع برنامج وطني لزراعة الأعضاء، هو الآخر من بين المشاريع الهامة لكنه ليزال يواجه بعض المشاكل النظامية ويعاني من غياب رؤية واضحة حول آليات التنفيذ.[2]

وبعد العمل بإصلاحات 2007 بضعة سنوات، وفي إطار التحضير لإعداد قانون صحة جديد فتح وزير القطاع تحقيقات ميدانية معمقة حول أسباب العجز الملاحظ وكلف لهذا الغرض فرق بحث متخصصة،

أفضى التقييم الميداني إلى تقديم التوصيات التالية من أجل تدارك نقائص القطاع:[3]

- ✓ ضرورة تمكين المواطنين من الوصول العادل إلى الحد الأدنى من الرعاية الصحية لامتصاص حالة السخط العام على وضعية القطاع وعدم الرضا على مردودية النظام الصحي ونوعية الخدمات.
- ✓ العمل على التقييم الدوري للنظام الصحي ومراقبة النوعية وإشراك المريض ومرافقيه كفاعلين في تقييم الخدمات الصحية.

[1] -أيمن رمضان، **مخطط مكافحة السرطان 2015-2019**، متاح في :
-http://elmaouid.com/national/11668 تم التصفح بتاريخ 2017/03/11 على الساعة 14:28

[2] - Ministere De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière**, Les Réformes en Santé Evaluation et Perspectives ,** p65.

**[3] - ibid**, p73.

- ✓ وضع كل فاعل في النظام الصحي في موضعه الصحيح من خلال قواعد شفافة والتزامات مشتركة ومتبادلة بين المشغلين العموميين والخواص (Les opérateurs) في المجال الصحي والذين يرون أن هذا النظام لا يتكيف مع التغير السوسيو - اقتصادي، والدولة التي عليها أن تضطلع بدورها التنظيمي لتحقيق تغطية جيدة مع تكلفة منخفضة.
- ✓ تأطير المشغلين الخواص في القطاع وتفعيل النظام التعاقدي خاصة في الشق المتعلق بالتأمين الصحي لتوسيع خيارات الخدمات الصحية أمام المواطنين.
- ✓ السماح بتطوير قطاع ثالث للخدمات الصحية ليس لديه هدف ربحي يستفيد من التمويل المباشر.

**المطلب الثالث: فواعل صنع السياسة العامة الصحية منذ 2001**

بهدف تحسين السياسة العامة الصحية وتوجيهها نحو ترقية صحة الأفراد وضمان حق الجميع في الصحة على قدر من المساواة والعدالة الاجتماعية، وإيمانا بمبدأ المشاركة في صنع السياسات الذي يعد أحد العناصر الأساسية لممارسة الحق في الصحة، برزت ضمن التوجه الجديد للدولة منذ 2001 عدة فواعل جديدة على الساحة السياسية تعمل إلى جنب الفواعل التقليدية، لأجل رسم سياسات صحية تشاركية في إطار ما أطلق عليه الوزير السابق عبد المالك بضياف "الحوار الاجتماعي".[1]

**أولا: الفواعل التقليدية في صنع السياسة الصحية**

- ✓ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: تمثل وزارة قطاع الصحة أحد الفواعل الرسمية الأساسية في عملية صنع السياسة الصحية، تضطلع بوضع مسودة السياسة المقترحة لتعرضها على

[1]- مقابلة مع السيدة ح. حنيفي ، المدير الفرعي للمؤسسات الاستشفائية العمومية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتاريخ:2017/06/05 على الساعة العاشرة صباحا بمقر وزارة الصحة.

أعضاء الحكومة ثم البرلمان.[1]

يأتي في قمة الهرم الإداري للوزارة وزير القطاع، يعمل تحت إشرافه مباشرة مفتشية عامة ثم رئيس الديوان وسكرتارية عامة والتي يتفرع عنها 10 مديريات فرعية ومكتب للبريد والاتصال.[2]

تشرف وزارة الصحة على إدارة المؤسسات الصحية وتنظيم العلاقات بينها وتسهر على متابعة وتنفيذ السياسات الصحية وتمارس الرقابة على مدى الالتزام بأهداف السياسة الصحية.

يوجد على مستواها مديرية الإعلام وهي المسؤولة على رصد الاحتياجات وتصنيفها ثم توجيهها إلى المديريات المعنية للنظر فيها. ومن جهة أخرى تسخر مديرية التفتيش عددا من المفتشين في جميع الولايات يتحركون بشكل دوري لتقصي واقع القطاع وما يعاني منه من نقائص.[3]

ولأول مرة سيتم تنصيب وكالة تقييم على مستوى الوزارة حسب مسودة مشروع القانون الجديد.[4]

- ✓ الجماعات الإقليمية: تسهر الجماعات الإقليمية على ترقية الصحة العمومية من خلال الحرص على تنفيذ مجموعة البرامج والقواعد المتعلقة بحفظ الصحة وترقيتها على المستوى المحلي.

لقد حددت المادتين 123 و149 من قانون 12/08 مجالات تدخل البلديات باتخاذ كافة الإجراءات والتدابير اللازمة للوقاية من الأمراض المتنقلة عبر المياه ( الكوليرا، التيفوئيد) والمتنقلة عبر الحيوان

[1]- أشواق قاسمي، **مرجع سابق**، ص 166.

[2]- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، متاح في: http://www.sante.dz تم التصفح بتاريخ 2017/03/20، على الساعة 22:09.

[3]- ح. حنيفي، **مرجع سابق.**

[4]- مقابلة مع السيد حربان، مدير المؤسسات الاستشفائية وإصلاح المستشفيات، بتاريخ:2016/06/06 على الساعة التاسعة صباحا بمقر وزارة الصحة.

بتطهير الوسط ومعالجة الآبار، مكافحة نواقل الأمراض المتنقلة، جمع النفايات الصلبة ونقلها ومعالجتها، صرف المياه المستعملة ومعالجتها، توزيع المياه الصالحة للشرب، كما أنها المؤسسة المنوط بها إصدار بطاقات المعوزين من أجل استفادتهم من الخدمة المجانية التي يرتكز عليها تطبيق النظام التعاقدي.[1]

- ✓ المؤسسات الصحية: هي تلك الهياكل المكلفة بتنفيذ السياسة الصحية كما أنها تعد بنك معلومات، حيث تحصي عدد طالبي الخدمات ونوع الخدمات التي يتم تقديمها بشكل دوري فهي تساعد على تحديد حاجيات المواطنين الفعلية، وهي أيضا بمثابة نظام يتغذى من حاجيات البيئة ليفرز مخرجاته في البيئة ذاتها كاستجابة تكون في شكل خدمات صحية علاجية أو وقائية.[2]

وقد وجهت وزارة الصحة تعليمة للمؤسسات التابعة لقطاعها خلال السنوات القليلة الماضية تفي بضرورة خلق خلية اتصال على مستوى كل مؤسسة صحية للتواصل مع الوزارة.[3]

- ✓ هياكل الضمان الاجتماعي: تساهم هياكل الضمان الاجتماعي بنسب متفاوتة في تمويل الخدمات الصحية والتي قدرت سنة 2016 ب 15 %، وذلك في إطار الحماية الاجتماعية للفئات الهشة والمعوزين ومحدودي الدخل من أجل تعزيز المساواة في الاستفادة من الخدمات.[4]

**ثانيا: الفواعل الجديدة**

مع توجه الجزائر نحو الليبرالية السياسية اصطدمت بالعشرية الدامية، فلم يتح لها وقت كاف من أجل تكريس الديمقراطية التشاركية إلا مع بداية الألفية الثالثة التي وسمها الانفراج الأمني والسياسي، وتزامنا

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون 11/ 10 المؤرخ في 22 جويلية2011 المتعلق بالبلدية** ،الجريدة الرسمية، عدد37، ص،ص 23،20.

[2] -أشواق قاسمي، **مرجع سابق**، ص 118.

[3] - **المرجع نفسه**، 118.

[4] - السيد حربان، **مرجع سابق.**

مع عودة الاستقرار إلى التراب الوطني ظهرت فواعل جديدة من خارج النظام السياسي تؤدي دورا متفاوت في صنع السياسات العامة الصحية في الجزائر أهمها:

- ✓ منظمات المجتمع المدني: تتمثل أساس في النقابات والجمعيات، حيث تعد نقابات قطاع الصحة من أكثر النقابات نشاطا وكثيرا ما جلست على طاولة المفاوضات مع مسؤولي القطاع، وحققت العديد من المكاسب، ومسؤولوا القطاع بدورهم ملتزمون بالحوار مع الشركاء الاجتماعيين، حيث تم تشكيل لجنة على مستوى مقر الوزارة كلفت بالاجتماع مع هؤلاء بشكل دوري تجنبا لأي مشاكل أو عراقيل تؤدي إلى شلل القطاع.[1]
- ✓ المواطن: من أجل تعزيز مشاركة المواطن في رسم السياسة العامة الصحية، تم وضع رقم أخضر لتلقي انشغالات المواطنين مباشرة أو للإبلاغ عن تجاوزات بالإضافة إلى مكتب البريد والاتصال الذي يضطلع هو الآخر بهذه المهمة.[2]
- ✓ المنظمات الحكومية الدولية: في إطار العولمة وما أفرزته من تبعات أصبح رسم السياسات العامة يخضع لمنطق العالمية ويتجاوز حدود الدولة الواحدة، فعلى مستوى وزارة الصحة يتم عقد اجتماعات دورية لتقييم الانجازات المحققة في القطاع بحضور ممثلين عن مكتب الأمم المتحدة يقدمون ملاحظاتهم التي تؤخذ بعين الاعتبار، وهناك برامج تتعلق بالتلقيح ومكافحة الأمراض المزمنة تتم في إطار اتفاقيات تعاون بين منظمة الصحة العالمية ووزارة القطاع، كما تشارك الوزارة في نشاطات منظمة الصحة واللقاءات التي تتم من حين لآخر مع الدول الأعضاء بالمنظمة، والوزارة من جهتها ملزمة بتقديم تقارير

[1]- ح. حنيفي ، **مرجع سابق.**

[2]-حربان، **مرجع سابق.**

وإحصائيات عن الوضع الصحي العام وعن تطور مؤشرات الصحة من خلال وزارة الخارجية.[1]

وبالإضافة إلى هؤلاء الفواعل الذين جئنا على ذكرهم، تتعاون وزارة الصحة مع عدة وزارات أخرى لأجل رسم سياسات مشتركة موجهة لحل مشكلات تتعلق بمحددات الصحة الآتية من خارج القطاع، نذكر منها على سبيل المثال وزارة الإعلام والثقافة اللذان تؤديان دورا في نشر الوعي الصحي والتربية الصحية من خلال اللوحات والومضات الاشهارية، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي من أجل تكوين إطارات القطاع، وزارة السكن لبناء مساكن وفق معايير صحية، وزارة الموارد المائية، وزارة التجارة التي كانت مسؤولة عن إعطاء تصاريح بإنتاج المكملات الغذائية والمواد شبه صيدلانية، يتم كل ذلك بموجب اتفاقيات تعاون توقع مابين وزراء القطاعات.[2]

ما يمكن قوله في خاتمة هذا المبحث أن السياسات العامة الصحية منذ الاستقلال كانت موجهة بالأساس لترقية الجانب الهيكلي والمؤسساتي ومكافحة الأمراض وفق نماذج متغيرة بما يتناسب مع كل فترة، وأن قطاع الصحة في الفترة الممتدة مابين 2001 و2017 طرأت عليه تغييرات هامة وشهد إنجازات ومكاسب معتبرة، وكان من بينها إعادة الهيكلة الجزئية للقطاع وبروز فواعل جديدة تشترك في صنع السياسة الصحية وإن كان مجال تأثيرها يخضع لعدة اعتبارات سياسية، غير أن ما نلاحظه هو تغييب عدة جوانب في خضم كل ما حصل من تغيير وإصلاح، يأتي في مقدمتها الظروف الاجتماعية للمستخدمين وتقادم المنظومة القانونية التي تحكم القطاع.

[1]- ح. حنيفي ، **مرجع سابق.**

[2]- حربان، **مرجع سابق.**

## المبحث الثالث: السياسة العامة الصحية في الجزائر: تحديات ورهانات ومؤشرات الوضع الصحي العام

يتم وضع السياسات العامة الصحية من أجل معالجة اختلالات يعاني منها قطاع الصحة وتحسين أداء النظم الصحية ومؤشرات الصحة العامة، ويواجه صناع تلك السياسات عدة تحديات ورهانات تختلف من دولة إلى أخرى.

نسعى من خلال هذا المبحث إلى تسليط الضوء على تلكم التحديات والرهانات التي يواجهها صناع السياسات الصحية في الجزائر، وإلى وضع تقييم شامل للسياسة الصحية الوطنية بناء على تطور مؤشرات الصحة العامة.

### المطلب الأول: تحديات صنع السياسة الصحية

يواجه متخذ القرار أثناء عملية صنع السياسة العامة الصحية تحديات عديدة تتعلق بالبيئة الداخلية والخارجية، وأمام هذه التحديات يجد نفسه في وضعية صعبة عند اختيار البديل المناسب، خاصة مع محدودية الإمكانيات والموارد.

إن تحديات صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر عديدة ومتداخلة فيما بينها ويمكن أن نختصر أهمها فيما يلي:

1- **تحدي التكيف مع النسق العالمي**: يتأثر صناع القرار في مجال السياسة الصحية بالنسق العالمي الذي يتسم بالدينامكية المستمرة، حيث يؤدي المجتمع الدولي دورا في صياغة التوجهات الكبرى للسياسات العامة الصحية، ويفرض بقوة القانون الدولي جملة من القواعد والقوانين التي تؤثر لا محالة في عملية

رسم السياسات الصحية الوطنية منذ وضع الأجندة إلى غاية مرحلة التنفيذ والتقييم، إذ يساهم المجتمع الدولي (خاصة المنظمات الدولية) في إثارة قضايا صحية وينتهي إلى اقتراح الحلول والبدائل المتاحة لمجابهتها، ومن جهة أخرى يضع المعايير والمقاييس الدولية الواجب مراعاتها في كل ما يتعلق بتعزيز صحة الأفراد والمحافظة عليها.

إن متخذي القرار خاصة في الدول الفقيرة ليس أمامهم خيار سوى الرضوخ للقواعد فوق القومية والالتزام بها، ولعل أبرز التحديات التي تواجهها عملية صنع السياسة الصحية في هذه الدول ومن بينها الجزائر _ضمن إطار النسق العالمي_ تتمثل في:

- ✓ **تحدي العولمة:** لقد عرف K. BUSE العولمة على أنها "عملية تاريخية تصيب طبيعة التفاعلات الإنسانية بتغيرات عميقة في جوانبها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتكنولوجية والبيئية نتيجة لتحول الحدود المكانية والزمانية والمعرفية التي تفصل بين سكان المعمورة".

إن تأثير العولمة بهذا المفهوم امتد ليطال كل المجالات، حتى صنع السياسات العامة الصحية التي أخذت بفضلها بعدا عالميا يتجلى في ظهور سياسات عامة صحية عالمية، ترسمها منظمات دولية حكومية وغير حكومية والمجتمع المدني المعولم وكذا القطاع الخاص، حيث تم عولمة أهداف السياسة الصحية ووسائلها وآلياتها وأدواتها وأنماط اتخاذ القرار وعمليتي تنفيذها وتقييمها.[1]

إضافة إلى ذلك، هناك تداعيات جاءت تبعا لعولمة السياسات الصحية تتمثل أساسا في ظهور أخطار ومهددات صحية جديدة عابرة للحدود، ناهيك عن التحديات التي رافقت تحرير التجارة والتي فتحت المجال أمام حرية تبادل السلع والخدمات وما تحمله من مخاطر صحية، ورافقها خضوع أسعار الدواء إلى

[1]- محمد الصديق بوحريص، **حوكمة الصحة العالمية بين الأسس المعيارية والمصالح التجارية**، مذكرة ماجستير في الإدارة الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة الحاج لخضر باتنة، 2013، ص ص 38،35.

اتفاقيات التجارة الحرة، وقد كرست كذلك لاحتكار بعض الصناعات الدوائية من طرف القطاع الخاص الذي أضحى أحد الفواعل الأساسية في رسم السياسات وهو يمثل جماعات الضغط والمصالح.[1]

وفي هذا السياق نذكر أيضا أن فتح المجال أمام الاستثمار الخاص في مجال الصحة أدى إلى تراجع الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية مقابل ارتفاع الإنفاق الخاص، وهو ما يعتبر إجحافا في حق الطبقات الفقيرة في المجتمع وانتهاكا لحقها في الصحة، هذا الأخير الذي اقترن ضمانه في إطار المخاطر التي أفرزتها العولمة بضرورة التدخل الدولي للحد من تلكم الممارسات الرامية لزيادة الأرباح والثروة.[2]

- ✓ **الشبكات الصحية العالمية**: يشير مصطلح الشبكات الصحية العالمية إلى وجود مشاركة أفقية في صنع القرار المتعلق بالسياسات الصحية، تضم هذه الشبكات مؤسسات القطاع العام والقطاع الخاص وتنظيمات المجتمع المدني، ورد تعريفها حسب منظمة الصحة على أنها " تلك الفئة الواسعة والمتنوعة من المشاريع التي تشمل تنوعا في الترتيبات بحسب المشاركين فيها ووضعها القانوني وطرق تسييرها ووضع السياسات فيها ومساهمتها في الأدوار العملاتية".

ومن أمثلة هذه الشبكات: الشراكة الإفريقية الشاملة بشأن فيروس نقص المناعة، مؤسسة لقاحات السل العالمية، وغيرها، تمتلك هذه الشبكات القوة اللازمة للتدخل في شؤون وقضايا الصحة للدول القومية.[3]

- ✓ **الالتزام بتحقيق أهداف الألفية**:حيث تواجه الجزائر تحدي تحقيق أهداف الألفية المتعلقة بالتنمية الصحية، وفي هذا الإطار هي ملزمة بما ورد بشأن الحق في الصحة ضمن الأهداف السبع عشر

[1]- **المرجع السابق**، ص 35.

[2]- علي عبد الرزاق جلبي، هاني خميس أحمد، **العولمة والحياة اليومية**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2011، ص ص 292- 293.

[3]- محمد الصديق بوحريص، **مرجع سابق**، ص 77.

المسطرة للألفية، حيث لم يعد ينظر إليه على أنه ضمان العيش في صحة ورفاهية إنما ضرورة تعزيز محددات الصحة من خارج القطاع.[1]

وعلى هذا الأساس فإن الجزائر وعلى غرار بقية دول العالم ملزمة بما يلي:

**الجدول رقم: 02** آليات تحقيق أهداف الألفية المتعلقة بالصحة

| الالتزام بتحقيق الأهداف المسطرة | التخطيط لتنفيذ الغايات الجديدة المسطرة في أهداف التنمية | التنفيذ الفعلي لهذه الأهداف |
|---|---|---|
| -خفض نسبة الوفيات<br>-وضع نهاية لأوبئة الايدز والسل والملاريا، الالتهاب الكبدي الفيروسي، الأمراض المتنقلة بالمياه.<br>-توفير خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للجميع. | -تخفيض نسبة الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض المعدية وتعزيز الصحة والسلامة العقلية.<br>-خفض عدد وفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف.<br>-الحد من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيماوية الخطرة والتلوث بشتى أنواعه. | -العمل على تنفيذ الاتفاقية القطرية لمكافحة التبغ<br>-توفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية للجميع ودعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية.<br>-زيادة تمويل قطاع الصحة وتعزيز القوى العاملة به.<br>-تعزيز القدرات في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية. |

**المصدر**:منظمة الصحة العالمية، تقرير الأمانة العامة: **الصحة في خطة التنمية** 2030، الدورة 138، ديسمبر 2015.

[1]- منظمة الصحة العالمية، **تقرير الأمانة العامة: الصحة في خطة التنمية 2030**، الدورة 138، ديسمبر 2015، ص4.

✓ **التوجه نحو الخدمات الصحية الالكترونية:** حيث نجد أن الدول في توجهها نحو تحقيق التغطية الشاملة عملا بتوصيات منظمة الصحة، عمدت إلى تعزيز نوع جديد من الخدمات الصحية يعرف بالخدمات الصحية الالكترونية. فمع التطورات الهائلة والمتسارعة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تتسابق هذه دول لتطبيق أنظمة الصحة الإلكترونية التي تنم عن آفاق واعدة في تحسين خدمات الرعاية الصحية والارتقاء بها.

ومفهوم الخدمات الصحية الإلكترونية يشير إلى القيام بتوفير الاستشارات والخدمات والمعلومات الطبية للمريض عبر وسائل الكترونية، فالمريض يستطيع متابعة نتائج الفحوصات الطبية والتحاليل المخبرية والمعلومات والخدمات عبر الشبكة المحلية للمستشفى أو عبر شبكة الانترنيت، كما يمكن إجراء العلميات الجراحية في دولة ما في حين يكون الطبيب الاستشاري في دولة أخرى.[1]

**تهدف** الخدمات الصحية المتاحة الكترونيا إلى رفع الوعي الصحي وتطوير أساليب الرعاية الشخصية والعناية الطبية الدقيقة، كما تطمح إلى تسخير التكنولوجيا لتوفير الراحة للمرضى والارتقاء بنوعية الرعاية وزيادة القدرة الاستيعابية لمؤسسات الرعاية الصحية بإدخال التغيرات والإصلاحات اللازمة.

ويمكن أن نلخص أهم الخدمات الصحية الالكترونية في:

**السجلات الطبية الرقمية:** هي بمثابة مستودع رقمي كبير للوثائق التي تحدد مدى استجابة المرضى للعلاجات الطبية الدوائية، وأعظم ما يميزها في مجال الصحة العامة هي استخدامها لأغراض البحوث الصحية، إذ تساعد الباحثين على تقييم مدى فعالية هذه العلاجات، كذلك يمكن استخدام هذه البيانات في

[1]- سمير محمد أحمد، **الإدارة الإلكترونية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2009، ص 70.

توعية المرضى الباحثين عن العلاج، ومن الاستخدامات الأخرى للبيانات الطبية المجمعة ضمن السجلات الرقمية، تقييم جودة الرعاية التي تقدمها المستشفيات والأطباء وتعمل أنظمة المعلومات الطبية بتسجيل وتخزين بيانات المرضى في نسق خاص يسمح بتبادل هذه المعلومات بين أنظمة المعلومات الطبية التي تنتجها هيئات مختلفة، ويمكن أن تتضمن المعلومات المسجلة، الملاحظات الإكلينيكية، والتاريخ الطبي والعلاجات السابقة، والتحصينات والأدوية التي سبق تعاطيها.[1]

**تقديم الرعاية الإكلينيكية عن بعد:** أصبح الأطباء المقيمون على مسافات بعيدة من أماكن وجود المرضى قادرين بفضل نظام تقديم الرعاية الإكلينيكية عن بعد على تقييم حالة المريض، وتشخيصها وعلاجها وتصل إلى حد إجراء عمليات جراحية دون الحاجة إلى تنقلهم، ويقوم هذا الأسلوب على توفر نظام الاتصالات التفاعلية في الوقت الفعلي بين الطبيب والمريض إما عبر الهاتف أو عن طريق الاتصالات الرقمية من خلال الحاسوب، بمعنى إمكانية متابعة ومراقبة الأطباء لحالة المريض عن بعد باستخدام شبكات الاتصالات.[2]

**الصيدلة الذكية:** وهي وضع موقع للصيدلة ووضع أسماء الأدوية الموجودة وربط الموقع بالقابض، بحيث لما يسجل نقص في أي دواء يتم شراؤه فقط بمسح الباركود ( code barre ) على الجهاز فيتم إرسال الدواء إلى مقر الصيدلية وبهذه الحركة يتم توفير الوقت والجهد.

والجدير بالذكر أن الخدمات الصحية الإلكترونية قد أثبتت قدرتها على تسهيل الحصول على

[1]- محمد مصطفى القصيمي، **نظام السجل الطبي الإلكتروني:مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة**، ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الدولي "عولمة الإدارة في عصر المعرفة، 15-17 ديسمبر 2012، جامعة الجنان، طرابلس، لبنان، ص12.

[2]- **الصحة الإلكترونية : أحدث الأفكار** ، متاح في: http://ideas.mcit.gov تم التصفح يوم 2017/04/14 على الساعة 14:56 .

الخدمات وتنظيم عمل المؤسسات الصحية وتحسين علاقتها مع المواطنين، وذلك ما يفضي إلى رضا العميل على هذه الخدمات التي تساهم في تنمية القطاع الصحي داخل الدولة، إلا أن الأخذ بها ليس بالأمر الهين، فهي تتطلب تخطيطا جيدا وتنسيقا إستراتيجيا بين أنظمة المعلومات الصحية وتوفير الميزانيات المناسبة لمشروعات الصحة الالكترونية والكفاءات البشرية القادرة على التعامل بفاعلية مع مثل هذا النوع من الأنظمة وإرساء البنية التحتية لتقنية المعلومات وتوحيد أنظمة المعلومات الصحية في جميع المراكز الصحية والتي تساعد المؤسسات الطبية في أداء أعمالها بصورة الكترونية منظمة ومترابطة ومتكاملة، والانتقال من أنظمة السجلات والملفات الطبية الورقية إلى الأنظمة والملفات الرقمية، وكل ذلك يقف عند نقطة أساسية هي توفر الإرادة السياسية للارتقاء بالخدمات الصحية خاصة في دول العالم الثالث التي تعاني محدودية الإمكانيات وتندرج الجزائر ضمن هذا الصنف من الدول.[1]

2- **تحدي التحول الوبائي**: إن التحول الوبائي هو حقيقة تشهدها عدة مناطق في العالم، وتعيشها الجزائر منذ سنوات، تتميز مرحلة التحول الوبائي بـ:

- انخفاض في نسبة انتشار الأمراض المعدية كتلك المتنقلة عبر المياه أو الأمراض الحيوانية المصدر.

- ظهور أمراض غير متنقلة كالسرطان وداء السكري وأمراض القلب والشرايين لتصبح هي المسبب الرئيسي للوفاة.

فالجزائر التي تقدمت بأشواط كبيرة في مكافحة الأمراض المعدية، هاهي اليوم ترفع التحدي أمام الأمراض غير السارية وهي تلك الأمراض غير المعدية على المدى الطويل، تشترك في مجموعة من

[1] - **الصحة الإلكترونية آفاق وتحديات: التجربة السعودية نموذجا** ، متاح في :
http://www.aawsat.com/leader.asp?section تم التصفح يوم 2017/04/14 على الساعة 14:59

الخصائص أهمها أن المسبب الرئيسي لها يتمثل في تراكم وتفاعل مجموعة من المحددات وعوامل الخطر في جميع مراحل الحياة، تتسم بفترة كمون بحيث لا تظهر أعراضها إلا بعد مرور مدة على الإصابة بها، تتطلب علاج نظامي طويل المدى وفي غالب الأحيان لا يتماثل المصاب للشفاء.[1]

تتم الوقاية من الأمراض غير متنقلة عبر ثلاثة مستويات:[2]

**المستوى الأول:** يشمل أنشطة للوقاية من الأمراض لدى الفئات السكانية الحساسة عن طريق تقليص عوامل الخطر وتعديل المحددات البيئية والسلوكية: نظام غذائي متوازن، التمارين الرياضية، الترفيه، العناية بالنظافة الشخصية، الامتناع عن تناول المخدرات.

**المستوى الثاني:** يشمل تلك الأنشطة التي تكرس لاكتشاف المرض في وقت مبكر من خلال إجراء الفحوصات اللازمة والتدخل بسرعة وفعالية لإبطاء تقدم المرض أو إيقافه.

**المستوى الثالث:** ينطوي على الأنشطة التي تمنع حدوث مضاعفات عن طريق فرض ضوابط صارمة لتقديم علاج فعال.

لقد شهدت الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2017 تحولا وبائيا تعود جذوره إلى التسعينيات من القرن الماضي، اتسم هذا التحول الوبائي بانتشار واسع النطاق للأمراض غير المتنقلة مقابل تراجع نطاق انتشار الأمراض المعدية، لكن مع عودة لبعض هذه الأمراض المعدية والتي كانت

[1]- Abdelhak Lakehal, **Épidémiologie des Maladies non transmissibles**, http://univ.ency-education.com/ consulter le 02/05/2017 à 22:20 h

[2] - **ibid.**

موجودة سابقا كانتشار الطاعون سنة 2003 أو/ و ظهور أخرى جديدة مثل داء السيدا والالتهاب الفيروسي الكبدي من نوع ب و ج، فيروس H1N1 خلال سنتي 2009 و2010.

وحسب إحصائيات 2005 فإن نسبة حالات الوفاة التي سجلت بسبب الأمراض غير المتنقلة بلغت 58,6% مقابل تراجع نسبة الوفاة بسبب الأمراض المتنقلة إلى 22,7% والباقي لأسباب أخرى، وقدر عدد المصابين بأمراض القلب والشرايين في الجزائر بـ حوالي 4,5 مليون مصاب أي بنسبة 26%، ونجد أزيد من 1,8 مليون مصاب بداء السكري من النوع الثاني بنسبة قدرت بـ 8,6%، والسرطان بمؤشر 110 حالة لكل 100000 نسمة وسجلت 44433 إصابة جديدة سنة 2012، إضافة إلى ذلك نجد الأمراض الصدرية والتنفسية المزمنة منتشرة بنسبة 7,6%.[1]

ولمواجهة هذه التغيرات الجديدة على صعيد قطاع الصحة، وضعت الجزائر "**الإستراتجية الوطنية المتكاملة والمتعددة القطاعات ضد عوامل الخطر المسببة للأمراض غير المتنقلة 2015-2019**"، برعاية الاتحاد الأوربي حيث وضع مخطط العمل سنة 2012 أي مباشرة بعد الإعلان السياسي الذي تم تبنيه من طرف الاتحاد الأوربي بشأن الوقاية من الأمراض غير المتنقلة سنة 2011. وقد دخلت الإستراتجية الوطنية حيز التنفيذ بداية من الموسم 2014/2013.

جاءت هذه الإستراتيجية كامتداد لسياسات سابقة، وأريد بها التأكيد على توجيه سياسات مختلف القطاعات نحو تحقيق أهداف صحية على مدى خمس سنوات.

[1] - Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière , **Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 – 2019**, La Direction Général de La Prévention et Promotion de La Santé, Alger,2012, P12.

تشمل الإستراتجية أربعة محاور وأحد عشر هدفا وثلاثين إجراء وجاءت مصحوبة بأربعة دعامات:[1]

- مخطط متابعة التقييم
- مخطط الاتصال لتوعية الأفراد
- مخطط لتطوير البحث العلمي في مجال مكافحة الأمراض غير المتنقلة
- مخطط متعلق بالمالية

تعكس هذه الإستراتيجية تماشي السياسة الصحية الوطنية مع توصيات المجتمع الدولي وتعبر عن مدى التزام الحكومة وعن مسؤوليتها أمام شعبها.

فالجزائر إذ أمام تحدي الوقاية من الأمراض غير متنقلة ومكافحة عوامل الخطر من خلال تحسين ظروف الحياة ومستوى المعيشة للأفراد ونشر الوعي الصحي والثقافة الصحة منذ مراحل العمر المبكرة.

**3-تحدي التغير الاجتماعي وزيادة الطلب على الخدمات:**

يمتاز هرم الأعمار للسكان في الجزائر بقاعدة عريضة، ذلك أن أغلب أفراد المجتمع هم من شباب وأطفال بسبب ارتفاع نسبة الزيادة الطبيعية، فقد انتقل عدد المواليد من 600 ألف مولود سنة 2008 إلى 900 ألف مولود سنة 2012، ويفترض أنها تخطت المليون في السنوات الموالية.[2]

والدولة بذلك ملزمة بتقديم العناية الصحية لهذه الفئة لحمايتها مبكرا من الأخطار الصحية الممكنة والمحتملة، ومن جهة أخرى تشير الدراسات إلى أن الفئة الاجتماعية التي تضم الأفراد الذين تجاوزوا 60

[1] - **ibid**, p p 2-3.

[2] - Farid Chaoui**, op cit**,p15.

سنة من عمرهم، يحتمل أن تتضاعف خلال 10 سنوات القادمة لتصل إلى 12%، وتمتاز هذه الفئة العمرية بأنها تحمل كل المشاكل الصحية الثقيلة كالسرطان والسكري وأمراض القلب والشرايين.[1]

وبناء على ذلك فإن العلاقة بين الفئات العمرية والطلب على الخدمات الصحية والإنفاق على الصحة يقودنا إلى تقسيم المستفيدين من الخدمات الصحية المجانية إلى ثلاث أصناف، كل منها يؤثر على الإنفاق في الصحة بشكل ما:[2]

- عمال: وهم الفئة التي تساهم بأكبر قدر في تمويل نفقات الصحة من خلال الاقتطاعات التي تطال جزء من راتبهم بشكل إجباري من طرف صندوق الضمان الاجتماعي وهم في نفس الوقت أقل فئة مستفيدة من الخدمات الصحية.
- متقاعدون: هم فئة يشتركون بنسبة ضعيفة إلا أنهم الأكثر طلبا على الخدمات الصحية والأكثر تواجدا في المؤسسات الصحية وهي فئة معروف عنها أنها أكثر تكلفة من حيث الإنفاق

على الصحة في الدول الغنية.

- عاطلون عن العمل: هم فئة غير منتجة عاجزة عن الدفع المباشر يتمنون زيادة التمويل من خلال اشتراكات العمال والمتقاعدين ليستفيدوا هم من الخدمات المجانية.

هذا التصنيف يؤثر بشكل ضئيل لما يتعلق الأمر بالخدمات التي ترفق بدفع مباشر والتي عادة ما تكون في مؤسسات صحية خاصة ( يتم التعويض أحيانا من طرف المؤسسة المستخدمة بموجب اتفاقية بينها وبين المؤسسة الصحية ) أو لا يؤثر نهائيا بالنسبة للخدمات غير قابلة للتعويض أو حينما يكون المستفيد عاطلا عن العمل.

[1] - **Ibid**, p15.

[2] - عديلة العلواني، **أسس اقتصاد الصحة**، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر،2014، ص ص 52،53.

وفي سياق آخر، من المحتمل أن يصل عدد سكان المناطق الحضرية في الجزائر إلى70% سنة 2020 مما سيخلق بكل تأكيد العديد من الاختلالات الصحية الجديدة مثل حوادث الطرقات، الحوادث المنزلية، حوادث العمل، حوادث ناجمة عن التلوث وهذا عبء آخر سوف يضاف على عاتق النظام الصحي الوطني.[1]

4- **تحدي تحقيق الرعاية الشاملة والمساواة بين الشمال والجنوب**: إن مسألة تحقيق تغطية صحية شاملة، تضمن حصول جميع السكان على الرعاية الصحية هي قضية عالمية تتقاسمها جميع الدول خاصة دول العالم الثالث.

بالنسبة للجزائر تشير مؤشرات الصحة العامة إلى أن التغطية بالخدمات مقبولة إلى حد ما، فعلى سبيل المثال إذا نظرنا إلى مؤشر الأسرة نجد 17 سرير لكل 10000 ساكن، وهو مؤشر لابأس به إذا ما تمت مقارنته بدول المغرب العربي ( في تونس 21 سرير لكل 10000 ساكن وفي المغرب 11 سرير لنفس العدد من السكان).[2]

لكن المفارقة هنا أن هذا الرقم لا يعكس حقيقة الوضع الصحي العام في الجزائر، لأنه غير ثابت يتفاوت من منطقة إلى أخرى ومن ولاية إلى أخرى، كما قد ترتكز الأسرة في مناطق يصعب على سكان الأرياف بلوغها.

[1] -Farid Chaoui, **op cit,** pp 15-16.

[2] - Farid Chaoui et des autres, **les Système de santé en Algérie, Maroc et Tunisie**, Les Note Epemed , n ;13, linstitut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen, 2012 , p 28.

ومن جهة أخرى هذا العدد لا يعبر عن نوعية الخدمات إذا ما كانت جيدة أو رديئة، لأن أدوات التخطيط لرسم الخريطة الصحية لا تسمح بمراعاة الحاجيات النوعية وبعد المسافة والصعوبات المتعلقة بالتضاريس، فمحاولة وضع خريطة صحية وفق هذه الأسس سيكلل لا محالة بالفشل لما يصطدم بغياب التنظيم وغموض الإطار العام الذي ترسم ضمنه البطاقية الصحية وكذلك غياب التنسيق بين مختلف القطاعات لوضع أهداف مشتركة فيما يتعلق بالسياسات الصحية وتوزيع الأدوار بينها والالتزام بقواعد العمل المشترك.

والملاحظ أيضا في الجزائر، أن التفاوت لا يقتصر فقط على الأقاليم إنما يمس حتى التخصصات الطبية، فنجد مثلا التخصصات المخبرية مثل علم الأحياء والمناعة والطب الشرعي موجودة بدرجة أقل مقارنة بالتخصصات الأخرى.[1]

وفي محاولة لتقليص الهوة وحالة عدم التوازن الجهوي خاصة بين الشمال والجنوب، لجأت السلطات المعنية إلى اعتماد "**التوأمة بين المؤسسات**" (jumelage ) كآلية جديدة في العمل وكإطار للتعاون بين المؤسسات الصحية، وقد اتخذت السلطات المعنية كافة التدابير لإنجاح هذه السياسة الجديدة والتي يعول عليها كثيرا في تقليص الفوارق الجهوية، ولأجل إنجاحها خصص لها غلاف مالي قدر بـ 50 مليار دينار جزائري موجه للتكفل بالأطباء والممرضين الذين يتولون تقديم خدمات الرعاية الصحية لسكان الجنوب في إطار التوأمة بين المؤسسات، وتحفيزا لهؤلاء يتم منحهم زيادة معتبرة في أجورهم تصل إلى 25% من

[1] - **ibid,** p p 28-29.

أجرهم القاعدي، وعلاوة على ذلك فإن مصاريف السفر والإقامة تكون على عاتق الدولة.[1]

**المطلب الثاني: رهانات صنع السياسة الصحية في الجزائر**

تصنف رهانات السياسة الصحية إلى أربعة مجموعات:[2]

- ✓ رهانات نظامية: تتعلق بخصائص النظام الصحي كطبيعة المؤسسات العمومية المنوطة بها تقديم الخدمات الصحية، نسبة مساهمة كلا من القطاع العام والقطاع الخاص في تقديم الخدمات، العلاقة بين الصحة وقطاعات أخرى.
- ✓ رهانات برنامجية تتعلق بتحديد أولويات الرعاية الصحية، طبيعة برامج الرعاية الصحية، تخصيص الموارد، مثلا أي نوع من الخدمات التي يستوجب أن تدخل ضمن الإنفاق الحكومي.
- ✓ رهانات تنظيمية: تتعلق باستغلال العائد من الموارد وكيفية ضمان خدمات ذات نوعية عالية، على نحو البحث في الطرق المثلى لتنظيم مؤسسات الرعاية الصحية بشكل يضمن تعظيم كفاءة الفريق الطبي.
- ✓ رهانات فعالية الأداء: تتعلق بتسيير عناصر مختلفة وفق تنظيم جيد ومحكم، كتطوير الموارد البشرية ونظم المعلومات والبحث في أفضل طريقة للانتقال إلى نظام الكتروني لتسيير الملفات الطبية.

إن السياسة العامة الصحية في الجزائر تواجه ضمن هذه الأصناف:

1- **رهان المحافظة على مكتسبات النظام الصحي:** تأتي المحافظة على مكتسبات النظام الصحي

[1]- تصريح السيد عبد المالك بوضياف أثناء زيارته التفقدية لولاية عنابة بتاريخ 15و16 جويلية 2015، بث على إذاعة عنابة، 16 جويلية 2015 على الساعة 11 صباحا.

[2] - Gilles Tredez **; op cit**.

في مقدمة رهانات صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر، فقد تمكن هذا الأخير على مر سنوات الاستقلال من تحقيق إنجازات معتبرة أهمها مجانية العلاج.

لقد ارتبط مبدأ المجانية في العلاج بظروف معينة مرت بها البلاد، وكان يهدف لإصلاح الوضع الصحي المتدهور الذي ورثته الجزائر عن الاستعمار، فهو إذا كمبدأ في تلك الفترة وكخيار سياسي يبدو مقبولا إلى حد بعيد، لكنه أدى في نهاية المطاف إلى تحرير الطلب وزيادة الاستهلاك والنفقات العمومية،[1] وقاد إلى تغييب سياسة التخطيط على المدى الطويل وخلق هوة بين حجم النفقات التي هي عبارة عن أرقام ثابتة وحجم النشاطات المنجزة فعلا، فزادت أعباء صناديق الضمان الاجتماعي والخزينة العمومية[2] بسبب الجزاف الاستشفائي.*

ورغم ذلك يظل مبدأ مجانية العلاج مكسبا حقيقيا للنظام الصحي، فقد سمح بمحو الفوارق المتعلقة بالحصول على الخدمات الصحية وإرساء قدر من الإنصاف والمساواة بين مختلف الطبقات المجتمعية، وساهم في الحفاظ على التضامن الوطني والانسجام الاجتماعي وضمان – إلى حد ما - حق الأفراد في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، ويعتبر ضمان حق الأفراد في حد ذاته مكسبا آخر استوجب الحفاظ عليه منذ الاعتراف الدستوري به سنة 1976.[3]

1- **رهان تفعيل النظام التعاقدي:** لقد ظهرت البوادر الأولى لتأسيس للنظام التعاقدي مع انعقاد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية في شهر ديسمبر من عام 1990، والذي جاء لإصلاح

[1]- أشواق قاسمي، **مرجع سابق**، ص 109.

[2]- عديلة العلواني، **تفعيل النظام التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، مرجع سابق، ص ص 25 – 26.

***الجزاف الاستشفائي**: هو عبارة عن أسلوب يعتمد في تسيير المؤسسات الصحية، يرتكز على وجود حسابات مرجعية طبية يتم على أساسها تخصيص الميزانية، وليس على أساس الحاجيات والنفقات الفعلية للمؤسسة، ولا يأخذ بعين الاعتبار الجدوى أو المنفعة المحققة من الأموال التي تنفق فهو بذلك يعرض المال العام للإهدار.

[3]- عديلة العلواني، **تفعيل النظام التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، مرجع سابق ، ص 25.

مشاكل القطاع الصحي، ثم تم التأكيد عليه من خلال قانوني المالية لسنتي 1992 و1995، إلا أن ميلاده الفعلي كان مع صدور القرار الوزاري المشترك في السابع من يناير 1995 بين وزارة الصحة ووزارة الضمان الاجتماعي بناء على توصيات البنك الدولي المتعلقة بإعادة الهيكلة، ومنذ هذا التاريخ كان من المفترض أن يستفيد المواطن الجزائري من خدمات الصحة العامة مقابل اشتراكه في تغطية النفقات ويستثنى من ذلك الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة وتحدد قوائمها على مستوى البلديات.[1]

لقد وصف النظام التعاقدي على أنه نمط المجانية المنظمة أو المسيرة، وتبرر السلطات الجزائرية تأسيس هذا النظام على أنه يكرس لمبدأ التدرج في العلاج ويسمح بتحسين نوعية الخدمات ويعتبر الآلية الفعالة لترشيد النفقات والتحكم فيها، حيث يعتمد تمويل الخدمات وفق هذا النظام على بيانات دقيقة حول الخدمات المقدمة فعلا وحول تكلفتها، ويؤدي النظام التعاقدي إلى تعزيز لامركزية تسيير المؤسسات وبالتالي الاستغلال الأمثل للموارد ويهدف إلى القضاء على أسلوب التمويل الجزافي الذي يتيح المجال أمام إهدار المال العام.[2]

وعموما يمكن القول بأن النظام التعاقدي يظل أحد المنافذ أو السبل التي يمكن من خلالها تحسين نوعية الخدمات الصحية، والقضاء على الظواهر السلبية التي تمخضت عن مبدأ المجانية في العلاج، لكنه لا يزال لم يعرف بعد النور على أرض الواقع، فهو إلى غاية اليوم مجرد حبر على ورق.

### 3- رهان تحيين الترسانة القانونية:

يشهد قطاع الصحة على المستوى العالمي تحولات كبيرة من حيث الأوبئة المنتشرة أو آليات مكافحتها

[1]- عديلة العلواني، **تفعيل النظام التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، مرجع سابق، ص ص 41-44.

[2]- **المرجع نفسه**، ص ص 34- 36.

والقضاء عليها، ويسجل النظام الصحي الوطني خطوة نوعية نحو التنمية والنمو الاجتماعي وتحقيق رفاه المواطن، إلا أن ذلك لن يكتمل إلا بتبني مسؤولي القطاع والسلطات العليا خيار إعادة النظر في الأطر القانونية والتنظيمية التي تنظم سير القطاع وتحيينها وعصرنة أنماط التسيير وأساليب الوقاية والعلاج في ظل التحولات الوبائية والديمغرافية والتغيرات إلى مست مجمل النشاطات السياسية خاصة قطاع الصحة.

ولكسب الرهان المتعلق بتحيين الترسانة القانونية لابد من إدراك الحاجات الأساسية المتعلقة بحماية وترقية الصحة كخطوة أولية هامة، ثم التركيز على العمل المتعدد القطاعات للسير قدما نحو تطوير السياسة الصحية وتحسين خدمات القطاع وتحقيق الإنصاف في الحصول عليها خاصة.[1]

## المطلب الثالث: تقييم السياسة العامة الصحية على ضوء مؤشرات الوضع الصحي العام 2001 2017

لقد ظل الوضع الصحي في الجزائر يخضع لخطر انتشار الأمراض المعدية مدة عشرين سنة كاملة، لكن مع مرور الوقت تغيرت المعطيات إذ أصبحت الأمراض غير المتنقلة تدريجيا خاصة المزمنة منها سببا رئيسيا في الوفاة، هذا التحول الوبائي ارتبط بالتطور الصناعي والتحضر وتغير نمط الحياة والغذاء، وكان له أثرا على تطور مؤشرات الصحة وفي تغيير توجهات وأهداف السياسة الصحية.

• **مؤشر النمو الديمغرافي:** شهدت الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2016 نموا محسوسا في عدد السكان، خاصة مابين سنتي 2008 و2016، حيث فاق عدد الزيادات الطبيعية المليون نسمة سنويا، ليقفز عدد السكان من 34.591 مليون سنة 2008 إلى ما يفوق 40 مليون نسمة

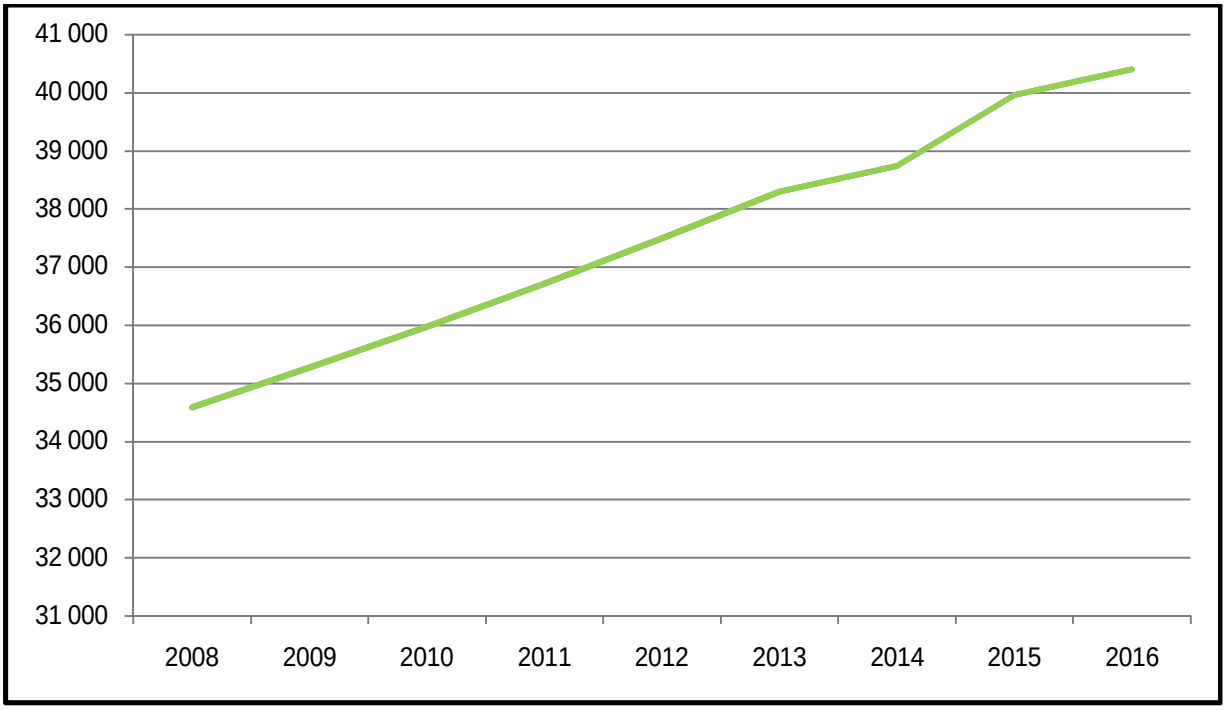
[1] - Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière , **Avant Projet De La Loi Relative à La Santé,** Août **,**2014.

سنة 2016.[1]

هذه الوتيرة السريعة للنمو الديمغرافي ( أنظر شكل رقم: 03) لم تكن لتكون لولا تحسن الوضع الاقتصادي والمالي والاجتماعي للأسر الجزائرية خاصة في جانبه المتعلق بالصحة العامة والصحة الشخصية، حيث تحسنت التغطية بخدمات الرعاية الصحية كما سنوضح لاحقا، الشيء الذي انعكس إيجابا على الوضع الصحي العام.

**الشكل: 03** منحنى بياني يوضح نمو عدد سكان الجزائر 2008 – 2016

**الوحدة**: مليون نسمة



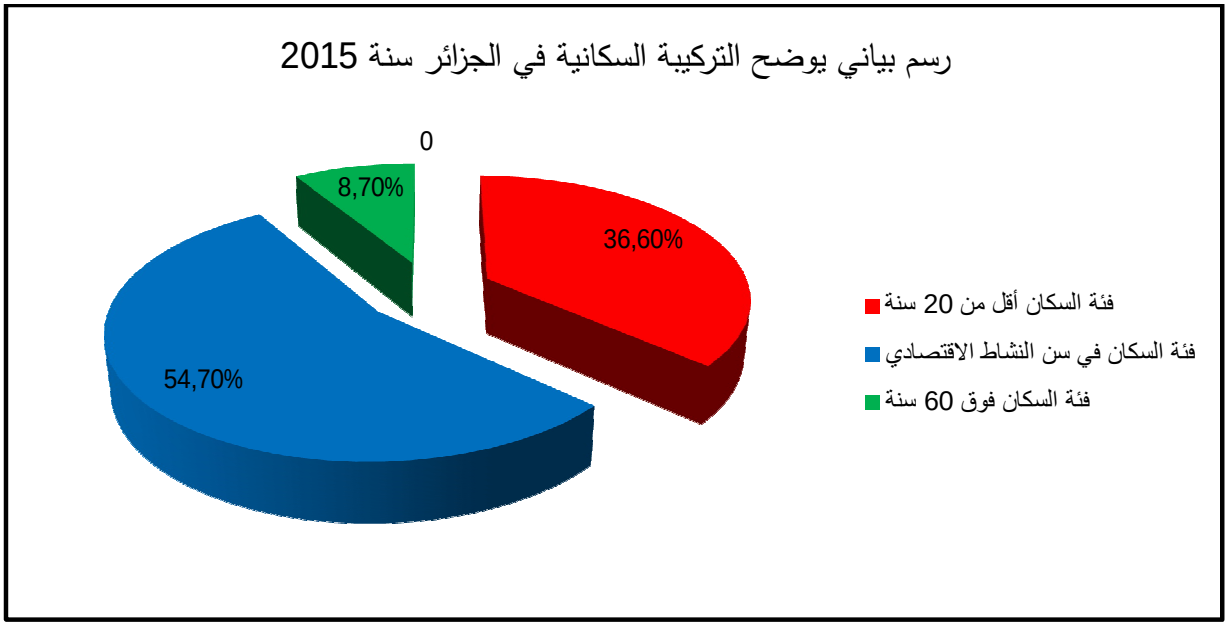

**المصدر**: من إعداد الطالبة بناء على عدة مصادر

[1]- الديوان الوطني للإحصاء، متاح في:http://www.ons.dz تم التصفح بتاريخ 2017/05/06 على الساعة: 14:17.

أما عن التركيبة السكانية فقد اتسمت خلال هذه الفترة باتساع الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي، أي التي تضم هؤلاء الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و59 سنة والتي مثلت حسب إحصائيات 2015، 54,7% من العدد الإجمالي للسكان في الجزائر، في حين لم تتعدى نسبة السكان الذين تفوق أعمارهم 60 سنة والذين يعدون الفئة الأكثر استهلاكا لخدمات الرعاية صحية 8,7% .( أنظر الشكل رقم: 04)

إن اتساع شريحة الأفراد القادرين على العمل والإنتاج وفي نفس الوقت هم الأقل استهلاكا للخدمات الصحية يعد عامل قوة في النظام الصحي، فالتكفل بعدد محدود من الأفراد يسمح بتحسين نوعية الخدمات وجودتها، كما يسمح بعمل الطواقم الطبية في ارتياح بعيدا عن الضغوط مما يؤثر إيجابا على المردودية والكفاءة.

**شكل رقم:** 04 التركيبة السكانية في الجزائر سنة 2015




**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من وزارة الصحة

- **مؤشر الوفيات**

**أ- وفيات الرضع:** إذا ما حاولنا استقراء الدلالات التي يحملها الجدول رقم: 03 أدناه سنلاحظ أن مؤشرات الوفاة في الفترة من 2001 إلى 2015 عرفت على العموم مرحلتين:[1]

- المرحلة الأولى من 2001 إلى غاية 2007 اتسمت بنسبة تراجع هامة وملموسة في عدد الوفيات بمعدل انخفاض قدر بـ 1,7 نقطة/سنة حسب حسابات الديوان الوطني للإحصاء.

- المرحلة الثانية من 2008 إلى غاية 2015 بلغ خلالها متوسط وتيرة الانخفاض في مؤشر وفيات الرضع 0,6 نقطة/السنة حتى أنه بين سنتي 2014 و2015 تزايد بـ 0,5 نقطة بدل من أن يتراجع.

**الجدول رقم: 03** تراجع نسبة الوفيات لدى الرضع

| السنة | نسبة الوفاة ‰ |
|---|---|
| 2001 | 35,1 |
| 2002 | 34,7 |
| 2003 | 33 |
| 2004 | 31,4 |
| 2005 | 28,9 |
| 2006 | 27,6 |
| 2007 | 26,3 |
| 2008 | 25,5 |
| 2009 | 24,8 |

[1]- الديوان الوطني للإحصاء، **مرجع سابق.**

| | |
|---|---|
| 2010 | 23,7 |
| 2011 | 23,1 |
| 2012 | 22,6 |
| 2013 | 22,4 |
| 2014 | 22 |
| 2015 | 22,5 |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على إحصائيات منظمة الصحة والديوان الوطني للإحصاء

**ب- مؤشر الوفيات العامة**

اتسم مؤشر الوفيات العامة في الجزائر حسب ما يوضحه الجدول رقم: 04 بالتذبذب وعدم الاستقرار منذ سنة 2008، فهو تارة يسجل ارتفاعا وتارة أخرى يشهد انخفاضا، وقد عرف أكبر نسبة زيادة خلال هذه الفترة والتي قدرت بـ 1,09 نقطة خلال سنة واحدة (2008-2009)، في حين أنه كان من الجدير أن تتراجع بعد الإصلاح الذي شهده القطاع سنة 2007، والذي استهدف تحسين الخدمات الصحية من خلال تحسين التغطية الشاملة.

**جدول رقم:** 04 تطور نسبة الوفيات العامة في الجزائر

| السنوات | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| النسبة‰ | 4,42 | 5,51 | 4,37 | 4,41 | 4,53 | 4,39 | 4,44 |

**المصدر**: من إعداد الطالبة بناء على إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء

الجدير بالذكر هو أن هذه الفترة تميزت بتحول وبائي فلم تعد الأمراض المعدية هي المسبب الرئيسي للوفاة بل الأمراض المزمنة ويأتي ترتيب مسببات الوفاة خلال الفترة نفسها على النحو التالي:

**جدول رقم:** 05 مسببات الوفاة في الجزائر

| مسببات الوفـاة في الجزائر | النسبة المئوية |
|---|---|
| الأمراض غير المتنقلة | %58,6 |
| الأمراض المتنقلة | %22,7 |
| أسباب أخرى | %18,7 |

**المصدر:** Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière , **Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 – 2019**, La Direction Général de La Prévention et Promotion de La Santé, Alger,2012, P12

نلاحظ من خلال الجدول أن الأمراض غير المتنقلة كأمراض القلب والشرايين وداء السكري والسرطان هي المسبب الرئيسي للوفاة في الجزائر بنسبة 58,6 %، تليها الأمراض المتنقلة على نحو السل والحصبة والكوليرا بنسبة22,7 %، في حين تعزى 18,7 % من حالات الوفاة إلى أسباب أخرى تأتي في مقدمتها حوادث المرور.

- **مؤشر أمل الحياة عند الولادة**

يفترض أن يتناسب مؤشر أمل الحياة عند الولادة تناسبا عكسيا مع عدد الوفيات العامة، فكلما انخفض هذا الأخير ارتفع الأمل المتوقع للحياة عند الولادة، لكن الملاحظ أن هذا الأخير ظل يشهد ارتفاعا مستمرا سنة تلو الأخرى منذ 2007 إلى غاية 2014 وهو مؤشر إيجابي رغم التذبذب المسجل في مؤشر الوفيات العامة وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

**جدول رقم:** 06 تطور مؤشر أمل الحياة عند الولادة

| السنوات | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| أمل الحياة | 71 | 75,6 | 75,5 | 76,3 | 76,5 | 76,4 | 77 | 77,2 |

**المصدر:**من إعداد الطالبة بناء على إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء

- **مؤشر الإنفاق على الخدمات الصحية:**

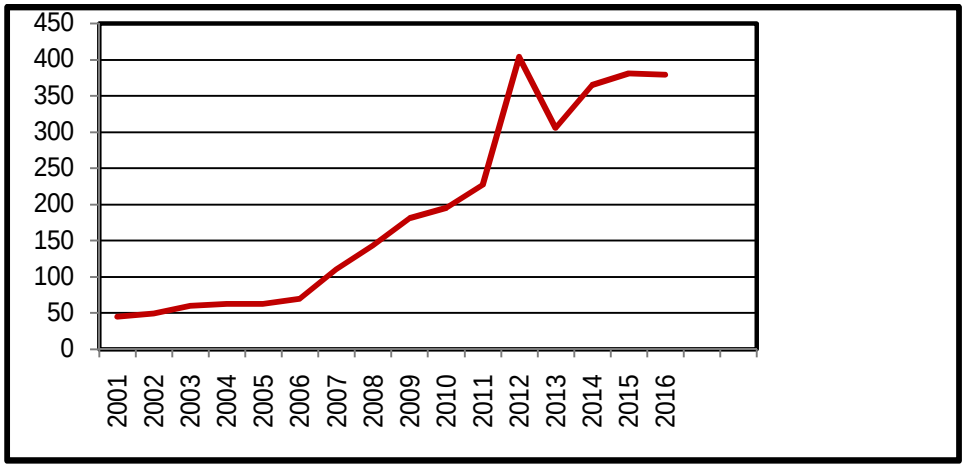
1 / الإنفاق الحكومي: من خلال الرسم البياني (شكل رقم 05) يمكن أن نستشف بأن الإنفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2016 مر بثلاثة مراحل أساسية:

- المرحلة الأولى 2001 - 2012 تزامنت مع ارتفاع أسعار النفط فأخذت ميزانية القطاع تزداد سنة تلو الأخرى خاصة مع الإصلاحات التي شهدها القطاع والبرامج التي تم إطلاقها لتحسين الخدمات الصحية. ففي هذه المرحلة بلغ متوسط الزيادة في الميزانية العامة حوالي 30 مليار دينار سنويا وبلغت ذروتها سنة 2012 بزيادة جد هامة قدرت بـ 177 مليار دولار أي حوالي الضعف تقريبا خلال سنة واحدة( من 227 إلى 404).

بعد الأزمة المالية والاقتصادية تراجعت ميزانية القطاع في ظرف سنة واحدة ب 100 مليار دينار ( 306 مليار سنة 2013).

على العموم توضح هذه الأرقام الاهتمام الذي أولته الحكومة للقطاع، وتعكس إرادة فعلية للنهوض به حيث أصبح يندرج ضمن أولى القطاعات ذات أكبر ميزانية في الدولة بعد القطاعات الإستراتيجية.

**شكل رقم:05** منحنى بياني يوضح تطور ميزانية القطاع ( الوحدة: مليار دينار)

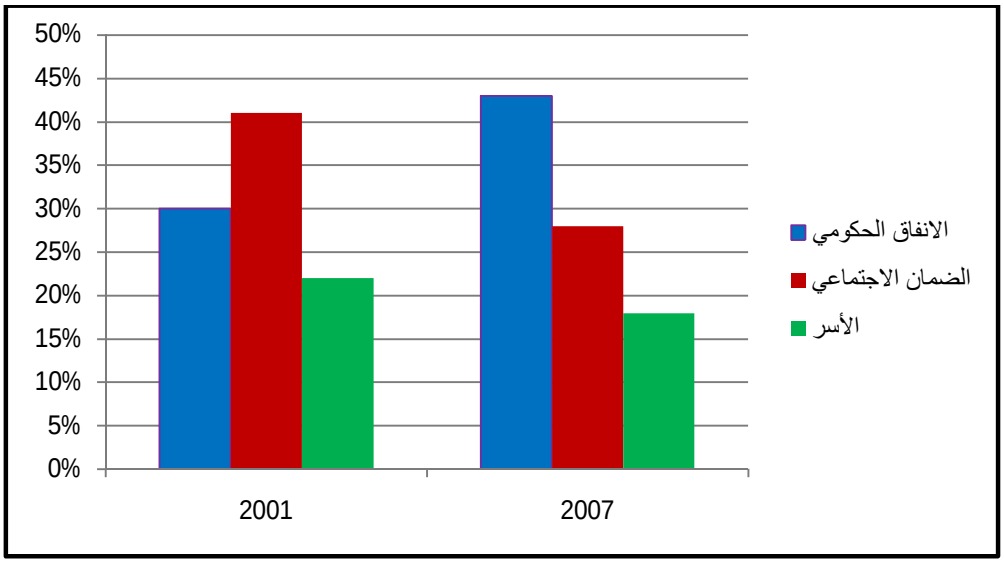



**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على عدة مصادر

**ب/ إنفاق الأسر:**

يمكن أن نوضح تطور مؤشر إنفاق الأسر على الصحة من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 06 تطور إنفاق الأسر على الصحة مقارنة بالإنفاق الحكومي وإنفاق الضمان الاجتماعي




**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات وزارة الصحة

يوضح الرسم البياني أن إنفاق الأسر على الخدمات الصحية تراجع بين سنتي 2001 و2007 مقابل زيادة الإنفاق الحكومي وتراجع نفقات الضمان الاجتماعي أيضا، فالحكومة عادت لتحتل مكان الضمان الاجتماعي وتكون هي الممول الرئيسي للخدمات الصحية بنسبة تفوق 40%.

- **مؤشر التغطية بالخدمات:**

من أجل ضمان تغطية صحية جيدة وتسهيل حصول المواطن على الخدمات تم اعتماد سياسة التطبيب عن قرب ( La médecine de proximité )،[1] وتم تكثيف النشاطات التي تندرج في إطار التوأمة فارتفع عدد الفحوصات الطبية العامة التي تم إجراؤها من 72 فحص سنة 2014 إلى 201 سنة 2015، وارتفع عدد التدخلات الجراحية من 501 إلى 3655 خلال نفس الفترة.

وشهدت الفترة ذاتها انتعاش نشاطات ما يعرف بالتمريض المنزلي* على مستوى 189 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية من بين 273 مؤسسة موجودة.[2]

أما فيما يخص البنى التحتية، فقد استفاد القطاع في إطار المخطط الوطني 2010- 2014 من غلاف مالي قدر ب 619 مليار لأجل إنشاء 1500 منشأة صحية منها 172 مستشفى و45 مركب صحي متخصص و377 عيادة متعددة التخصصات وأزيد من 70 مؤسسة مخصصة للمعاقين.[3]

[1]- تصريح وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **مرجع سابق.**

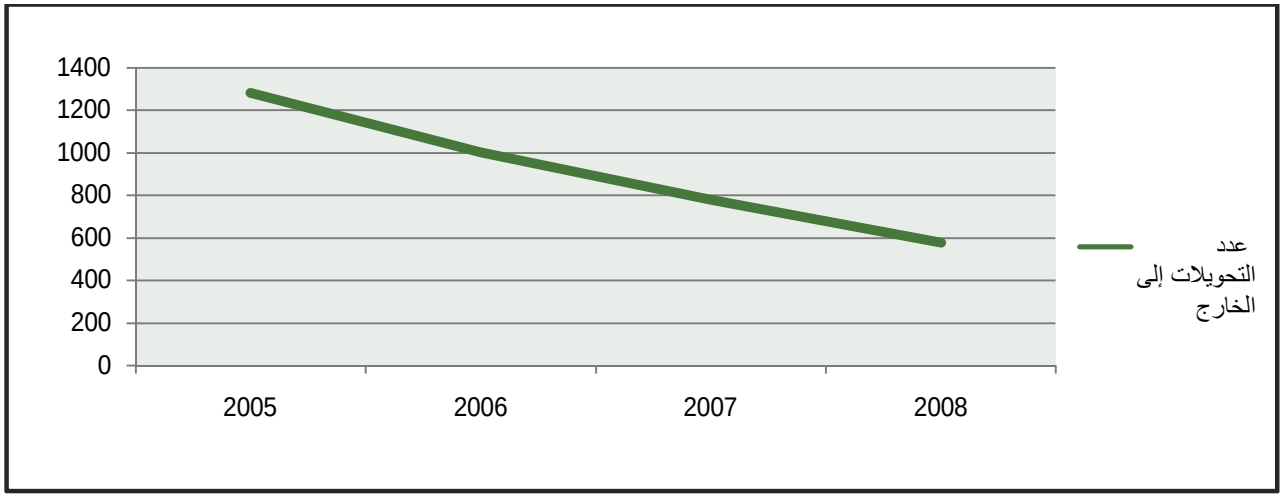
* **التمريض المنزلي**: هو أسلوب جديد في تقديم خدمات الرعاية الصحية، لجأت إليه الجزائر منذ عهد قريب بهدف تخفيف الضغط على المستشفيات التي تعاني من نقص في الأسرة، فبدل أن يقيم المريض بالمستشفى ليتلقى الرعاية الثالثية، يظل في محل إقامته، وسط أهله وينتقل إليه الفريق الطبي لمتابعة حالته هناك، وفي هذه الحالة يكون المريض أكثر ارتياحا من وجوده داخل جو المستشفى.(تصريح وزير الصحة في زيارته التفقدية للقطاع بولاية عنابة، يومي 17و18 جويلية 2015)

[2] - http://www.sante.gov.dz

[3]- بيان إجتماع مجلس الوزراء حول برنامج التنمية الخماسي 2010_2014 المنعقد يومي 24 ماي 2010.

وقد حققت السياسة المنتهجة تراجعا في حجم التحويلات إلى الخارج تقريبا إلى النصف (من 1282 إلى 578) في غضون أربعة سنوات من 2005 إلى 2008 والذي يفسر بوجود تحسن نوعي في الخدمات داخل الوطن وبوجود إطارات وطنية كفوءة، فلم يعد المريض يضطر لتلقي العلاج في الخارج.[1]

**الشكل رقم: 07** منحنى بياني يوضح تراجع عدد التحويلات إلى الخارج حسب السنوات




**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من L.Chachoua, **Le Système National De santé 1962 à nos Jours,** Colloque International sur Les Politique de Santé , Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière en Collaboration avec L'école National Supérieure en Science Politique, 18,19 Janvier 2014

من خلال فحص وتمحيص منحى تطور مختلف مؤشرات الوضع الصحي العام في الجزائر، ندرك وجود تحسن في أغلب الجوانب المتعلقة بالوضع الصحي العام، وكذلك نلحظ تراجعا في جوانب أخرى، إذ اتضح أن مؤشر أمل الحياة ارتفع وانخفض كلا من عدد الوفيات العامة ووفيات الرضع وقد تراجع عدد التحويلات إلى الخارج وتطور عدد السكان وهو دليل على وجود تحسن في المحددات الاجتماعية للصحة وتطور الخدمات الصحية، كما قد يفسر ذلك بنجاعة السياسات الصحية وتمكنها من احتواء وتلبية

[1] -L.Chachoua, **Le Système National De santé 1962 à nos Jours,** Colloque International sur Les Politique de Santé , Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière en Collaboration avec L'école National Supérieure en Science Politique, 18,19 Janvier 2014.

الحاجيات الصحية الفعلية للسكان، غير أن التحسن في تلك المؤشرات اقترن بزيادة إنفاق الدولة وكذا الأسر على الصحة، وهذه الأعباء المالية الإضافية التي تلقى على عاتق الأسر تحمل خطر إفقار هذه الأخيرة خاصة مع ارتفاع تكاليف العلاج وغياب القوانين التي تحدد وتوحد نظم تسعير الخدمات الصحية.

**خاتمة الفصل:**

من خلال دراستنا وتتبعنا لعميلة صنع السياسة الصحية في الجزائر من جوانب متعددة: البيئة العامة السائدة، الفواعل، الرهانات والتحديات يتضح لنا بأنها ليست بالعملية الهينة، فهي تخضع لاعتبارات عديدة بحكم أن قطاع الصحة يعد من بين أكثر القطاعات تأثرا بمتغيرات البيئة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية الداخلية منها والخارجية.

إن المحطات التاريخية التي مرت بها الجزائر والتحولات الكبيرة التي تشهدها اليوم على مختلف الأصعدة والميادين، تضع صناع السياسة الصحية أمام تحديات ورهانات تتعلق باختيار البدائل الممكنة والمحتملة لأجل توفير التغطية الصحية الشاملة التي تناشد بها منظمة الصحة العالمية منذ صدور التقرير السنوي ل 2010، ويرجع السبب في ذلك إلى محدودية الموارد أمام تزايد الاحتياجات المجتمعية من الخدمات الصحية.

وعلى العموم، لا مجال للشك في وجود إرادة حقيقية وجهود جبارة تبذل للنهوض بقطاع الصحة في الجزائر وصنع سياسات صحية تشترك فيها مختلف الفواعل على نطاق واسع، تستجيب للحاجيات الحقيقية للمواطنين، وتسعى لتحقيق تغطية شاملة، إلا أن حقيقة الوضع الراهن تشير إلى أنه وبالرغم من كل هذه الجهود، يظل هناك عجز في تحقيق تغطية صحية ترقى للمعايير الدولية وتظل الفجوة بين تحديات الأمراض والأوبئة والاستجابة السياسية لها موجودة بسبب غياب التنسيق المحكم بين القطاعات والتخطيط البعيد المدى.

# الفصل الثالث

# الفصل الثالث: الإطار القانوني والتنظيمي لتقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر( 2001 - 2017 )

حظي قطاع الصحة على حيز كبير من اهتمام الدولة خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2001 و2017، وذلك في إطار سعيها للنهوض بالقطاع ومعالجة اختلالاته تزامنا مع الإصلاحات الشاملة التي باشرتها آنذاك.

وإيمانا منها بأن ضمان حق الجميع في الحصول على العلاج هو من صميم مسؤولياتها، وأن القطاع الخاص هو الآخر يلعب دورا محوريا في تقديم خدمات صحية نوعية، فإن الدولة ترجمت عزيمتها هاته في تحقيق نقلة نوعية على مستوى الخدمات الصحية من خلال المنظومة التشريعية والقانونية التي أثرت القطاع بغرض تنظيم الممارسات الطبية بين القطاع العام والقطاع الخاص خلال الفترة ذاتها.

وقد سعت الدولة لبناء سلسة شاملة ومتكاملة من النصوص القانونية والتنظيمية لتمس جوانب متعددة فشملت تكوين الموارد البشرية وتنظيم ممارستها، الاهتمام بجودة الخدمات الصحية، الكفاءة، الفاعلية، إعادة تنظيم الخريطة الصحية، تحديث التجهيزات وإدخال تكنولوجية المعلومات الطبية في بيئة العمل، وقد شكلت كلها محاور أساسية لإعادة بعث القطاع، وجاءت جميعها في سياق الاستجابة للمستجدات الدولية التي رسمت مبادئ السياسة الصحية العالمية، ولعل أبرزها تقارير منظمة الصحة العالمية التي جاءت مؤكدة على ضرورة إشراك القطاع الخاص في تحقيق تغطية جيدة بالخدمات الصحية، ومن جهة أخرى فإن التطورات الداخلية الهامة في فحوى الحياة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والأمنية كلها عوامل ساهمت في جعل موضوع العناية بتحسين الخدمات الصحية يطرح بشدة ضمن أولويات الأجندة السياسية. وبغرض الوقوف على مستوى الخدمات الصحية ومقارنته في القطاعين العام والخاص جاء هذا الفصل المعنون بـ "الإطار القانوني والتنظيمي لتقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر( 2001 - 2017 )" في ثلاثة مباحث يركز كل مبحث من هذه المباحث على معالجة وحدة

مقارنة معينة، إذ يتناول **المبحث الأول** مقارنة المسار القانوني والتطور المؤسساتي للقطاع الصحي العام والقطاع الخاص وذلك من خلال توضيح مفهومي القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص، ثم مقارنة الطبيعة القانونية لكل منهما وينتهي بالتطرق للتطور المؤسساتي وكيفية توزيع الخدمات بين القطاعين.

أما **المبحث الثاني** فيقف عند تقييم الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص اعتمادا على مؤشرات الأداء وفي هذا السياق فإنه يقسم إلى ثلاثة مطالب يعالج كل مطلب منها أحد مؤشرات الأداء الأساسية وفق أسلوب مقارن، تتمثل هذه المؤشرات في الجودة والكفاءة والفاعلية والوسائل التقنية والإمكانيات البشرية.

وفي **آخر مبحث** والذي جاء بعنوان "آفاق تطوير الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص"، نتطرق إلى معوقات تقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص ثم آليات تجاوز تلك المعوقات وننهي المبحث بآفاق تطوير الخدمات الصحية على ضوء مشروع قانون الصحة الجديد.

## المبحث الأول: مقارنة المسار القانوني والمؤسساتي للقطاع الصحي العام والقطاع الخاص

بعدما كانت الخدمات الصحية مركزة في يد القطاع العام، ولم يكن بإمكان القطاع الخاص بمحدودية نشاطه والقيود القانونية المفروضة عليه أن يدخل المنافسة في مجال تقديم الخدمات الصحية، إلا بعدما رفع الحظر المفروض على نشاطه وصدور القوانين والتنظيمات المنظمة له بداية التسعينات من القرن الماضي، ولم تشهد الممارسات الطبية الخاصة نموا بوتيرة متسارعة إلا مع عودة الاستقرار إلى التراب الوطني بداية الألفية الثالثة، تجلى هذا النمو في مظهرين أساسين هما زيادة عدد المستخدمين وزيادة عدد الهياكل والمؤسسات، وكان ذلك بالموازاة مع زيادة عدد المستخدمين وعدد المؤسسات في القطاع الصحي العام.

### المطلب الأول: توضيح مفهومي القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص

لقد ظل القطاع العام إلى عهد قريب مهيمنا على المجالات الاقتصادية والاجتماعية لكن مع مرور الوقت تمخض عن ذلك انتشار مختلف أشكال الفساد، وأدى إلى حد ما إلى تراجع مردودية المرافق والمؤسسات العمومية التي أصبحت عاجزة لوحدها عن تلبية الطلبات المتزايدة على الخدمات العمومية على غرار الخدمات الصحية، فشرعت الدولة وجوبا في التخلي تدريجيا عن جزء من مهامها للقطاع الخاص والذي ما فتئ أن غدا منافسا للقطاع العام في فترة زمنية وجيزة.

سنتناول من خلال هذا المبحث مفهومي القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص للوقوف عند خصائص كلا منهما.

**أولا: مفهوم القطاع الصحي العام**

ارتبط ظهور مفهوم القطاع العام بظهور مفهوم الدولة الحديثة*، ويختلف مدلوله من دولة إلى أخرى حسب طبيعة نظامها الاقتصادي، ففي حين تحتكر الدولة تسيير جميع القطاعات في الأنظمة الشيوعية الشاملة، تتجه دول أخرى إلى فتح المجال أمام القطاع الخاص إما من خلال الخصصة الكلية القائمة على تحويل ملكية المؤسسات العامة إلى القطاع الخاص ليتولى تسييرها، أو من خلال الشراكة بموجب اتفاقية تعقد بين القطاعين.

لقد عرف القطاع العام على أنه " مجموعة الوحدات من قطاع الأعمال التي تدار من قبل الحكومة والتي يمكن أن تدار من قبل القطاع الخاص، وتقوم المؤسسات العامة بإنتاج السلع والخدمات وتقديمها إلى الجمهور بالأسعار الإدارية".[1]

يضع هذا التعريف كلا من القطاع العام والقطاع الخاص في نفس المكانة، حيث أنه لا يفصل في المجالات التي من المفترض أن يؤدي القطاع العام دورا محوريا في تسييرها والاستثمار بها كونها تتدرج

* ظهر مفهوم الدولة الحديثة مع انتهاء الحرب الدينية في أوروبا وتوقيع معاهدة وستيفاليا عام 1648، من أشهر منظريها نيكولا ميكافيلي، جان بودان، كارل ماركس، ماكس فيبر، ومن خصائصها أنها ذات سيادة وتقوم على الديمقراطية والمواطنة وأنها تمتاز بحجم متوسط وتكون ذات طابع مؤسساتي وقد اعتبرها ماكس فيبر ضرورة سياسية من أجل إدارة شؤون المجتمع بشكل محايد، حيث تتولى إقامة العدالة الاجتماعية وكبح المظالم لأنها الكيان الذي يحتكر الاستعمال الشرعي للقوة. لقد اقترن مفهوم الدولة الحديثة خلال العقود الأخيرة بمفهوم الحكامة وأصبحت بذلك الدولة الحديثة هي تلك الدولة القادرة على تحقيق إدارة تنموية سليمة بإشراك القطاع الخاص والمجتمع المدني في تسيير الشؤون العامة وذلك في إطار حكم القانون.

[1]- خميس خليل، **مساهمة القطاع العام والقطاع الخاص في التنمية الوطنية في الجزائر**، مجلة الباحث، ورقلة، عدد 09، 2011، ص 204.

ضمن القطاعات الإستراتجية على غرار الدفاع والصحة والتعليم، وبهذا المعنى فإن القطاع الخاص بإمكانه تعويض القطاع العام وتقديم نفس السلع والخدمات لكن الاختلاف سوف يلمسه الجمهور على مستوى أسعار هذه السلع والخدمات.

وعرف القطاع العام أيضا على أنه" تلك القطاعات التي تخضع للسيطرة الكاملة للدولة وفي هذه الحالة يتم النظر إلى الدولة بوصفها وحدة اقتصادية تقوم بأنشطة اقتصادية مناظرة لأنشطة القطاع الخاص غير أن هذه الأنشطة الاقتصادية العامة تشكل جزأ لا يتجزأ من الخطط والبرامج الاقتصادية للدولة.[1]

هذا التعريف وبخلاف نظيره السابق يولي القطاع العام أهمية بالغة بل ويزكي مكانته في الحياة الاقتصادية مقابل القطاع الخاص.

وقد ورد تعريفه بصورة مبسطة على أنه " كل ما تملكه الدولة وتديره بمعرفتها ووسائلها وبالتالي تكون ملكيته لجميع المواطنين".[2]

بالنسبة للقطاع الصحي العام وفي حدود المراجع التي تم الإطلاع عليها لم يرد أي تعريف له، إلا أنه ومن خلال ما ورد من مفاهيم بشأن القطاع العام ككل ومن خلال ما ورد في فصول سابقة يمكن أن نستنبط تعريفا إجرائيا للقطاع الصحي العام على النحو التالي: القطاع الصحي العام هو مجموعة الهياكل

[1]- أمين لكحل، **الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر، دراسة حالة شركة المياه والتطهير بوهران،** مذكرة ماجستير في تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية العلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2014، ص 15.

[2]- إسماعيل علي شكر، **مشاريع القطاع الخاص ودورها في الحد من البطالة**، مركز الكتاب الأكاديمي، عمان، 2016، ص 19.

والمؤسسات التابعة للدولة والخاضعة في تسييرها للسلطات العمومية والتي تعنى بتقديم خدمات في مجال الرعاية الصحية بأسعار رمزية، وتشمل خدمات الوقاية والعلاج والاستشفاء، وتسهر هذه الهياكل والمؤسسات الصحية العامة من خلال طاقمها الإداري وكذا الطبي على تنفيذ السياسة الصحية الوطنية وضمان حق الأفراد في الصحة.

بالعودة إلى الجذور التاريخية وبتتبع مسار تطور القطاع العام في الجزائر نجد أنه يعود للدولة العثمانية، وكان مجسدا في الممتلكات التي كانت تابعة للحاكم والتي كان يطلق عليها "أرض البايلك" والتي كانت ترتكز على الأراضي الزراعية حيث أن بقية القطاعات كان لها دورا ثانويا آنذاك في النشاط الاقتصادي.[1]

وخلال هذه الفترة لم تكن الصحة العمومية تحظى باهتمام الدولة بشكل كبير، حيث انتشر آنذاك الطب العربي القائم على التداوي بالأعشاب والتجبير والكي والتبخير، وكان يمارس من طرف قطاع خاص غير ربحي، حيث لم تأخذ هذه الممارسات طابعا تجاريا، فالدولة إذا لم تكن تعنى بالقطاعات الخدمية بشكل عام ولم تسعى إلى ترقيتها وتعزيزها.[2]

ويعتبر الكثيرون القطاع العام بمثابة ارث انتقل من الاستعمار الفرنسي إلى صاحب الحق ممثلا في الدولة الجزائرية المستقلة، وحول هذا الإرث إلى ملكية عامة خاضعة في تسييرها للإدارة المركزية وتم

[1]- خميس خليل، **مرجع سابق**، ص 205.

[2]- بخته بن فرج الله ،**المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص**، رسالة ماجيستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الإجتماعية، جامعة الجزائر، 2001، ص 50.

تأميم العديد من القطاعات الأخرى لتندرج ضمن ما يسمى بالقطاع العام والذي تمتلكه الدولة وهي من يتولى تسييره.[1]

وفي هذا السياق، وعلى غرار جل الدول الحديثة العهد بالاستقلال اعتبرت الجزائر أن زيادة دور القطاع العام وتعزيز دور الدولة في جميع القطاعات سوف يجنبها التبعية الاقتصادية للدول المستعمرة، ويضمن عدالة توزيع الموارد ويضمن حماية الفئات الاجتماعية المهمشة، حيث تعتبر الدولة أن رعاية هذه الفئات الاجتماعية وتوفير الخدمات الأساسية لها يقع على عاتقها بل وتعتبره من صميم مسؤولياتها، كما أن تطوير القطاع العام سوف يخلق تكافؤ في الفرص.[2]

ومن جهة أخرى ينظر للقطاع العام على أنه الضمان الوحيد لاستقرار السوق وتوازنه وضبطه، وتنظيمه تفاديا للأزمات الاقتصادية حيث يضطلع بدور محوري في مكافحة كل أنواع الاحتكار والتلاعب، ذلك أن هدفه الأسمى ليس تحقيق الربح، إنما تلبية حاجيات المواطنين، ولما كانت السلطات المركزية هي من ترسم إستراتيجية التنمية الوطنية فإن القطاع العام يؤدي دورا في دفع عجلة التنمية من خلال توجيه الاقتصاد الوطني نحو البحث عن آليات زيادة الدخل وتفعيل التخصيص الأمثل للموارد، كما يصبو القطاع العام إلى إنشاء البنى التحتية وتشجيع النشاطات التي من شأنها خدمة الأهداف التنموية. [3]

ومن هذا المنطلق ذو الأساس الشيوعي ظل القطاع العام يحتكر إلى حد بعيد تقديم خدمات الرعاية الصحية، واستمر على ذلك النحو حتى بعد التحول المذهبي الذي شهدته الجزائر سنة 1989.

[1]- خميس خليل، **مرجع سابق**، ص 205.

[2]- ليث عبد الله القهيوي، بلال محمود الوادي، **مرجع سابق**، ص ص 30-31.

[3]- **المرجع نفسه**، ص 31.

**ثانيا: مفهوم القطاع الصحي الخاص**

يعرف القطاع الخاص بشكل عام على أنه " ذلك القطاع الذي يدار بمعرفة الأفراد ووحدات الأعمال وتتولى آليات السوق توجيه دفة الأمور بالنسبة للأنشطة الاقتصادية الخاصة وهي تسعى بذلك إلى تحقيق أقصى ربح ممكن".[1]

أو هو كل ما يملكه الأفراد على مختلف توجهاتهم وثقافتهم ويديرونه بمعرفتهم ووسائلهم وتحت حماية سلطة الدولة ورقابتها وعليه فإن كل من يشتغل في مختلف القطاعات الصناعية والزراعية والتجارية والخدمية وكل المهن الفكرية والعلمية كلها تنسب إلى القطاع الخاص الذي لا يتقاضى أفراده دخلا أو إيرادا من ميزانية الدولة وإنما يعملون بوسائلهم وطرقهم لكسب عيشهم وتحسين دخلهم وتطويره بعيدا عن المال العام".[2]

وجاء تعريفه أيضا على أنه "ذلك الجزء من الاقتصاد الوطني الذي يقوم على أساس الملكية الخاصة لوسائل الإنتاج وتجرى فيه عملية تخصيص الموارد الإنتاجية طبقا لما تمليه قوى السوق التلقائية وليس إرادة السلطات الحكومية العامة".

كما يعبر القطاع الخاص عن "نشاط طوعي غير حكومي أو شبه حكومي يقوم به كيان وطني أو كيان أجنبي مانح أو منفذ لبرامجه، يكون النشاط لأغراض إجتماعية أو تنموية مختلفة يحكم هذا القطاع قوانين

[1]- خميس خليل، **مرجع سابق**، ص 205.

[2]- إسماعيل علي شكر، **مرجع سابق**، ص19.

السوق حيث أن القطاع الخاص هو عمل مبذول داخل نطاق سوق العمل أي يبذل بغرض الحصول على مقابل مادي أو نقدي واجب السداد يمكن أن يطالب به قانون أو عرف.[1]

من خلال هذه التعاريف يمكن أن نستنتج أن القطاع الخاص يتميز بالخصائص التالية:

- ✓ نشأته تكون بمبادرة خاصة
- ✓ هدفه الأساسي تحقيق الربح
- ✓ يخضع لمنطق السوق
- ✓ نشاطه يطال مجالات مختلفة والاقتصادية منها بالدرجة الأولى.

ينقسم القطاع الخاص إلى:[2]

- قطاع خاص منظم أي أنه يتعامل ضمن إطار قانوني منظم
- قطاع خاص غير منظم وهو قطاع لا يعتمد في معاملاته على حسابات نظامية، يتمثل أساسا في القطاع الحرفي.

أما عن القطاع الصحي الخاص، ونظرا لحداثة المفهوم فقد ورد بشأنه عدد محدود من التعاريف نذكر منها: "هو قطاع طبي يتعامل مع المرضى فقط لا مع كل المواطنين كما يفعل القطاع العام، فهو

[1]- سميحة طري، **دور القطاع الخاص في تحقيق التنمية المحلية دراسة حالة مؤسسة الإخوة عموري ببسكرة**، ط1، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية،2016، ص 15.

[2]- خميس خليل، **مرجع سابق**، ص 205.

يعالجهم مقابل أجر في عيادات الأطباء أو في مستشفيات خاصة وهو أحد أدوات اقتصاد السوق، والخدمة فيه تعتبر سلعة تخضع لمبدأ العرض والطلب والجانب الإنساني فيها محدود ونسبي".[1]

وهو أيضا "ذلك القطاع الذي يضم جميع مقدمي الخدمات الموجدون خارج القطاع العام، بهدف علاج مرض ما أو الوقاية منه وقد يكون ذلك في إطار عمل خيري أو تجاري ويشمل القطاع الصحي الخاص الشركات التجارية الكبيرة منها والصغيرة المنتجة للمعدات الطبية والأدوية، المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية مجموعات المهنيين ومقدمي الخدمات الفردية داخل العيادات والمستشفيات ودور الأمومة والمختبرات ووحدات الأشعة وأصحاب محلات بيع الأدوية."[2]

ولا بد من الإشارة إلى أننا نتناول خلال دراستنا القطاع الصحي الخاص النظامي الربحي دون غيره، وعليه يمكن أن نقدم تعريفا إجرائيا له على النحو التالي:

القطاع الصحي الخاص هو ذلك القطاع الذي يضم جميع الهياكل والمؤسسات التي تنشأ بمبادرة خاصة من أجل تقديم خدمات صحية تتوافق واحتياجات السوق أي أن نشاطها يخضع لمبدأ العرض والطلب، وعادة ما تكون هذه الخدمات علاجية وأحيانا استشفائية، تذر بعائد معتبر على المؤسسة التي تستهدف تعظيم أرباحها، يمارس القطاع الخاص نشاطات طبية لا تخرج عن خدمة أهداف السياسة العامة الوطنية رغم خضوعه للقانون الخاص.

[1] - زيد حمزة، **الطب والصحة في نصف قرن**، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص7.

[2] - Anne Mills and others, **What can be done about the private health sector in low-income countries**, Bulletin of the world health organization, 2002, p 325.

إن ظهور القطاع الصحي الخاص في الجزائر تعود بوادره إلى العهد العثماني حيث انتشر الطب التقليدي أو ما يعرف بالطب العربي[1]، إلا أن ظهور الفعلي ينسب إلى الحقبة الاستعمارية، حيث انتشر الطب الليبرالي في المناطق الحضرية وكان موجه لخدمة المعمرين بالدرجة الأولى ثم العائلات الثرية من الجزائريين بدرجة ثانية، وغداة الاستقلال كان للحكومة الجزائرية آنذاك موقفا متحفظا إزاء الطب الخاص ولم تسعى لتشجيعه واعتبرته قطاعا ثانويا ولم تتحرر الممارسات الطبية والنشاطات الصحية حتى نهاية الثمانينات من القرن الماضي،[2] وهو ما سنتطرق إليه لاحقا بشكل مفصل.

من خلال ما سبق سنحاول استخلاص أهم نقاط التشابه وأجه الاختلاف المتعلقة بكل من القطاع الصحي العام والقطاع الخاص حسب خصائص كلا منهما في الجدول الموالي:

**جدول رقم 07:** مقارنة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص بناء على خصائص كلا منهما

| معايير المقارنة | قطاع عام | قطاع خاص |
|---|---|---|
| **النشأة** | يرجع ظهوره بمفهومه الحالي إلى الحقبة الاستعمارية | يرجع ظهوره بمفهومه الحالي إلى الحقبة الاستعمارية |
| **الأهداف** | أهداف القطاع العام إنسانية محضة | أهداف القطاع الخاص ربحية بالدرجة الأولى |
| **الفئة المستهدفة** | يتعامل مع جميع المواطنين | يقتصر تعامله مع المرضى ممن هم قادرون على دفع تكلفة العلاج |
| **الطبيعة القانونية** | يخضع للقانون العام | يخضع للقانون الخاص |

**المصدر**: من إعداد الطالبة اعتمادا على مراجع الدراسة

[1]- بختة بن فرج الله ، **مرجع سابق**، ص 50.

[2]- **المرجع نفسه**، ص 109.

**المطلب الثاني: مقارنة القطاع الصحي العام والقطاع الخاص من حيث الطبيعة القانونية**

تنظم المنظومة الصحية عبر مجموعة القواعد القانونية والتنظيمية التي تحكم قطاع الصحة، تكمن أهميتها في كونها ترسم التوجه العام للقطاع وتنظم سيره وعمله، كما تضع الحدود وتوزع المسؤوليات والأدوار وتنظم النشاطات بين القطاع العام والقطاع الخاص وكذلك القطاع الشبه العمومي* الذي يقع خارج إطار دراستنا.

**أولا:الطبيعة القانونية للقطاع الصحي العام**

يتشكل القطاع الصحي العام من مجموعة المؤسسات الصحية العمومية والتي تصنف على أنها إحدى أشخاص القانون العام أي أنها تخضع لقواعد القانون العام، تتمتع بالاستقلال المالي والإداري إلا أنها تظل تحت وصاية وزير القطاع، ويكلف عموما الشخص العام بتلبية مصلحة عامة، والمؤسسات الصحية العمومية منوطة بتقديم خدمات صحية مجانية وهنا يكمن دورها المتعلق بتحقيق المصلحة العامة. [2]

لقد ظل القطاع الصحي العام يحتكر تقديم الخدمات الصحية على جميع المستويات ويلعب دورا أساسيا في تلبية احتياجات المواطنين من الخدمات الصحية لفترة طويلة من الزمن.

* القطاع الصحي شبه العمومي (Parapublic ) يقوم على إشراك القطاع الخاص في تسيير مؤسسة عمومية، تراجع هذا القطاع شيئا فشيئا نهاية الثمانينات، عدد هذه المؤسسات اليوم محدود يقدر بحوالي 600 مؤسسة منها مراكز طبية اجتماعية ( CMC) أو معاهد عامة لتكوين المستخدمين .

[2] - رفيقة عيساني، **مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية**، أطروحة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2016، ص 193.

وخلال هذه المدة عرف القطاع محطات هامة كرست لهيمنة القطاع العام على مجال تقديم الرعاية الصحية وكان لها الأثر البالغ في توجيهه على المدى البعيد، كما ساهمت في تحديد معالم السياسة الصحية الوطنية، ولعل أبرز هذه المحطات تتمثل في:

- الأمر 65/73 المتعلق بمجانية العلاج
- القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها
- المرسوم140/07 المتضمن إنشاء المستشفيات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

### 1-الأمر رقم 65/73 الذي ينص على مجانية العلاج:[1]

سعت النخبة الحاكمة في الجزائر غداة الاستقلال من خلال الإيديولوجية الاشتراكية إلى تكريس نوع من المساواة في الحياة الاجتماعية بين مختلف الفئات المجتمعية التي كانت تطمح في استرجاع حقوقها التي فقدتها إبان فترة الاحتلال، وأخذت تلك النخبة على عاتقها مسؤولية معالجة مشاكل الحياة الاجتماعية وفي مقدمها مشاكل قطاع الصحة[2]، فقد ورد في ميثاق طرابلس أن: "الدولة الحديثة فقط تبنى على قواعد الديمقراطية ومناهضة الإقطاع ... بإمكانها أن تجد الحل الفعال لمشكل الصحة والسكان وتحسين مستوى الحياة"[3].

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **الأمر رقم 65/73** المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 والمتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، عدد 01، 1974، ص2.

[2]- محمد العيد حسيني ، **مرجع سابق**، ص 141.

[3] - Taleb Ibrahimi, **L'alternative public/privé et le champs de la santé : une approche par le droit** cahier de CREAD , n° 13, 1988, p 97.

ولهذا الغرض مارست النخبة الحاكمة السلطة الأبوية على أفراد الشعب من أجل البحث في سبل تحقيق أكبر قدر من المكاسب في أقل وقت ممكن لمحو الآثار السلبية التي خلفها المستعمر في الجوانب المتعلقة بقطاع الصحة، فجاء قرار الطب المجاني كأحد أدوات تكريس هاته الأهداف.[1] تعد هذه الخطوة بمثابة "تأميم" للطب والمرافق الصحية، واستهدفت ضمان حق الجميع في الصحة.[2]

إن هذه السياسة تبدو في ظاهرها ذات بعد اجتماعي محض لكنها في الحقيقة تخفي وراءها خلفية سياسية تتمثل في تعزيز شرعية النخبة الحاكمة آنذاك حيث لتزال الدولة الحديثة العهد بالاستقلال تفتقر لعدة مؤسسات دستورية وقتها.

الجدير بالذكر أن مرسوم مجانية العلاج كان يتعلق بمجانية الطب ولم يشير إلى ضرورة توفير الرعاية الصحية للجميع، وهو ما يفسر على أن الأطباء هم من كانوا وراء هذه السياسة أو أنهم أثروا عليها بطريقة أو بأخرى، فالمتمعن في نص المرسوم يجد بأنه يستهدف إنصاف الجزائريين حقيقة في الحصول على الخدمات لكن يكون ذلك دون المساس بتوزيع الأطباء.[3]

إن سياسة مجانية العلاج كانت قد أفرزت أثريين غير محبذين:[4]

- ✓ التغير في نمط الإنفاق: كانت الدولة تغطي 80% من الإنفاق الصحي ثم انسحبت الدولة تدريجيا بشكل غير مباشر حيث ضخت أموالا ضخمة في صناديق الضمان الاجتماعي الذي أصبح يغطي 60 % من نفقات القطاع الصحي لتغطي الدولة فقط 30 % وتتكفل الأسر بالباقي.

[1] - محمد العيد حسيني ، **مرجع سابق**، ص 142.

[2] - Taleb Ibrahimi, **op.cit**, p97.

[3] - Farid Chaoui ,**op. cit**, p p 11-12.

[4] - **Ibid**, p 12.

✓ تدمير نظام المعلومات الصحي الذي كان أداة لممارسة الرقابة على آليات توزيع ميزانية القطاع ويقدم معلومات دقيقة عن طالبي الخدمات الصحية.

وعموما فإن ما يمكن قوله حول هذه السياسة أنها وإن كانت نجحت إلى حد بعيد في معالجة الاختلالات التي عانى منها القطاع في فترة ما، إلا أنها ومع مرور الوقت زادت من نفقات الدولة على القطاع وبالتالي هدر المزيد من الأموال العامة، كما كرس هذا المبدأ مع تقادمه لرداءة نسبية للخدمات الصحية في القطاع العام الشيء الذي أدى في الآونة الأخيرة إلى تعالي الأصوات المطالبة بالتدخل لإيجاد حلول عاجلة لمشاكل القطاع.

2-**قانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها:**[1] وقفت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني في دورتها الرابعة المنعقدة بتاريخ 29-31 ديسمبر 1980 على تقييم نتائج السياسة العامة للدولة في مختلف القطاعات، ومنها قطاع الصحة.

وخلال هذه الدورة تم رسم الخطوط العريضة للسياسة العامة الصحية التي سيتم إتباعها مستقبلا وجاءت في شكل قواعد نظامية للنسق الوطني للصحة. وقد تمثلت أهم هذه المبادئ في:[2]

✓ اعتبار الصحة حقا أساسيا للمواطن في إطار التوجه الاشتراكي للدولة، حيث يكفل هذا الحق

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون رقم 85-05** المؤرخ في 16 فبراير سنة 1986، **المتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، الجريدة الرسمية، عدد 44.

[2]- مالك شعباني، **دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي:دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة**، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2006، ص ص 274- 275.

المنصوص عليه في الميثاق الوطني والدستور القطاع العام من خلال توفير خدمات صحية عامة مجانية وتوسيع نطاق الخدمات الوقائية.

- ✓ الطب المجاني هو أداة لتجسيد الحق في الصحة وضمانه وهو خيار لا رجعة فيه.
- ✓ معالجة مشاكل الصحة وتحسين الوضع الصحي العام عاجلا حتمية لا خيار.
- ✓ الحفاظ على السلامة البدنية والعقلية والأخلاقية هي إحدى الأهداف الأساسية للسياسة العامة الاجتماعية.
- ✓ قيمة النظام الصحي تقاس بجودة العلاج وقدرته على الحفاظ على صحة المواطنين وكذا مدى قدرته على القضاء على الأمراض وتحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية.
- ✓ ضرورة مواجهة العوامل التي تهدد صحة الأفراد من خارج قطاع الصحة كسوء الغذاء والنزوح الريفي والسكن غير اللائق.

وبناء على هذه المبادئ قدمت اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير جملة من التوصيات التي يتوجب مراعاتها والأخذ بها لمعالجة مشاكل قطاع الصحة، ويمكن أن نجيز تلك التوصيات في:[1]

- ✓ ضرورة تنظيم منظومة الصحة الوطنية قصد إيجاد حلول فعلية للمشاكل التي يتخبط فيها القطاع والاستجابة لحاجيات المواطنين بفعالية.
- ✓ ضرورة إدماج الصحة ضمن المخطط العام للتنمية الوطنية
- ✓ اتخاذ كافة التدابير التي من شأنها ضمان استفادة كافة المواطنين من خدمات الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها وضمان التوزيع العادل للهياكل عبر كافة التراب الوطني.

[1]- **المرجع السابق**، ص 276.

- ✓ اتخاذ كافة السبل التي من شأنها تعزيز العلاج الأولي وتقريبه من المواطن والقضاء على الفروق الجهوية مدينة – ريف، شمال – جنوب.
- ✓ تبني سياسة اجتماعية موجهة لتحسين ظروف الحياة الاجتماعية.
- ✓ التكفل بالمعاقين والمسنين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ✓ تطوير القطاع الصحي العمومي وتعزيز مشاركة المواطنين في إعداد السياسة الصحية.
- ✓ توجيه سياسات التكوين في مجال الصحة نحو تلبية الاحتياجات الفعلية للقطاع وتشجيع الأبحاث الصحية.

انطلاقا من هذه التوصيات وبمشاركة كل من مستخدمي الهياكل الصحية وممثلي الصناعة الطبية– الصيدلية الوطنية والدولية إلى جانب مشرفي التخطيط على المستوى المركزي، تمت صياغة نص قانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، حيث تولى المشرفون على التخطيط جمع المعطيات الإحصائية وبناء عليها تم تحديد الحاجيات الصحية، وساهم مستخدمو الهياكل الصحية في التعبير عن مطالب الفئات المجتمعية المختلفة التي يمثلونها في إطار الجمعيات والمنظمات بينما كان ممثلو الصناعة الصيدلية بمثابة جماعة ضغط دعمها الإعلام في التأثير على القرارات السياسية.[1]

جاء هذا القانون في تسعة أبواب تناولت مبادئ عامة لتسيير وتنظيم المنظومة الصحية ووضعت ركائزها وثوابتها وتناولت آليات مكافحة الأمراض والأوبئة وترقية الصحة العمومية وجاء بتدابير لتعزيز الوقاية والعلاج والتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة والمسنين وكيفية حماية الطفولة والأمومة، كما تضمن القانون ترقية الصحة في وسط العمل والوسط التربوي والمهني وأورد أحكام جزائية تترتب عن الممارسة

[1]- **المرجع السابق**، ص ص 285- 286.

غير الشرعية لمهن الطب والصيدلة، بالإضافة إلى عدة تدابير وأحكام أخرى لا تخرج عن نطاق حماية الصحة وترقيتها.[1]

وبالرغم من أن صياغة القانون 05/85 بهذه الطريقة تبدو في الظاهر بأنها تشاركية وتوافقية، إلا أنها في الواقع لا تعبر عن كل الفئات المجتمعية بسبب ضعف تنظيمات المجتمع المدني آنذاك والتي لم يكن نشاطها مقنن بعد، ناهيك عن ضعف الإعلام الصحي ونقص البيانات المتعلقة بالوضع الصحي للسكان خاصة القاطنين في مناطق نائية، وبالنسبة إلى الجماعات الضاغطة فهي تلجأ لتطبيب مختلف المشاكل الاجتماعية وتروج للاستهلاك المواد الصحية والطبية مستغلة ما تتمتع به من نفوذ وقوة مصدرها الأساسي هو المال لأجل التأثير على القرارات السياسية.[2]

وعلى العموم فإن محتوى قانون الصحة تمكن خلال فترة ما من معالجة الاختلالات القائمة في القطاع، وساهم في إحداث نقلة نوعية على مستوى المنظومة الصحية حيث ساهم في الحد من انتشار الأمراض المعدية، وضمان الرعاية الصحية الأولية على قدر من المساواة بين كافة المواطنين لما كان عدد السكان أقل بكثير عما هو عليه اليوم، لكنه في ظل التحولات الداخلية والخارجية الراهنة على جميع الأصعدة والمستويات، أصبح القانون المعمول به منذ حوالي ثلاثة عقود بحاجة للتحيين تكيفا مع المعطيات الجديدة كالتحول الوبائي وارتفاع عدد السكان وظهور تحديات جديدة أمام المنظومة الوطنية للصحة .

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون رقم 05/85**، مرجع سابق .

[2]- مالك شعباني، **مرجع سابق**، ص 285.

**03-مرسوم 140/07 المتضمن إنشاء المستشفيات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية:[1]**

في سنة 2007 خضع قطاع الصحة لإعادة هيكلة جزئية ترجمت من خلال المرسوم التنفيذي 140/07، جاءت عملية إعادة الهيكلة للقطاع للدواعي التالية:[2]

- الخلل المرتبط بالخريطة الصحية حيث ينعدم التوازن في توزيع الهياكل والموارد البشرية والمالية بالإضافة إلى ضعف التغطية بالخدمات الصحية خاصة في منطقة الهضاب وفي ولايات الجنوب.

- الخلل في تمويل المؤسسات الصحية بسبب ارتفاع الطلب على الخدمات والذي زاد من نفقات القطاع.

- جمود الهياكل التنظيمية في المؤسسات الصحية وتعقد عملية اتخاذ القرار بسبب كثرة المستويات الإدارية.

- قدم المعدات والأدوات الطبية وعدم كفايتها والنقص المسجل باستمرار على مستوى الأدوية والمواد الصيدلانية المختلفة.

- ضعف منظومة الإعلام والتكوين على مستوى القطاع وبالتالي عدم إمكانية التنبؤ بالحاجيات الفعلية وضعف الرقابة المالية والإدارية.

جاءت إعادة الهيكلة من أجل: [3]

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم 140/07**، مرجع سابق، ص10.

[2]- أشواق قاسمي الحسني، **مرجع سابق**، ص ص 95-96.

[3]- أسماء دريسي ، **تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004- 2013**، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، عدد 06، الجزائر، 2015، ص 148.

- عقلنة توزيع الموارد وتحسين الخدمات الصحية وتحقيق التوزيع العادل لها
- تحديث آليات تمويل المنظومة الصحية
- تحسين التغطية بالخدمات

بالإضافة إلى فصل الاستشفاء عن العلاج والتشخيص

من نتائج هذا الإصلاح هو جعل المنظومة الصحية مجزئة وتفتقر التنسيق بين مختلف الوحدات، وأفرز مشاكل تتعلق بالتسيير خاصة مع استقطاب المستشفيات لكفاءات القطاع سواء في الإدارة أو في تقديم العلاج مقارنة بالمؤسسات الأخرى الجوارية.

لقد خلق هذا النظام عائقا أمام المتابعة السلسة لتطور الوضع الصحي للمرضى، وخلق قطيعة في مسارهم العلاجي إذ لا يتيح إمكانية تنقل الأطباء بين المصالح والمؤسسات الصحية بحكم أن كل مؤسسة خاضعة لوصاية إدارية مستقلة عن غيرها لها أهدافها وميزانيتها واستراتجيها الخاصة في الإدارة والتسيير، وهو ما جعل المريض يقع محل نزاع بين المؤسسات.[1]

إن ما يؤكد هذا الطرح هو ما تضمنه مشروع قانون الصحة الجديد (سنفصل في ذلك لاحقا)الذي جاء فيه التراجع عن هذا الأسلوب والعودة إلى نظام المقاطعات الصحية كونه أكثر موائمة للوضع الاقتصادي والاجتماعي الراهن وكان قد اثبت نجاحه في فترة سابقة في تعزيز التغطية بالخدمات الصحية لأنه يطبق على مستوى كل دائرة.

**ثانيا: الطبيعة القانونية للقطاع الصحي الخاص بالجزائر**

إن الطب الخاص أو ما كان يعرف بـ "طب المدينة" كان موجودا في الجزائر منذ الحقبة الاستعمارية،

[1]- محمد العيد حسيني، **مرجع سابق**، ص 125.

وشهدت الممارسات الطبية الحرة نشاطا محدودا عقب الاستقلال تماشيا مع الخيار الاشتراكي، فلم يكن يحظى القطاع الصحي الخاص باهتمام الدولة،[1] واستمر ذلك حتى بعد صدور القانون رقم 277/63 المتعلق بالاستثمار الخاص والذي نص على حرية الاستثمار الخاص من جهة، إلا أنه وضع جملة من القيود في شكل معايير تحكم إجراءات إنشاء المشاريع الخاصة وحدد مجالاتها (المجال الاقتصادي والتجاري) كما ركز على الاستثمار الأجنبي دون سواه.[2]

وحتى مع اعتراف ميثاق 1964 بكينونة القطاع الخاص وبدوره في مسار التنمية، ومع تقبل الدولة مشاركة المستثمر الوطني الخاص في النهوض بالاقتصادي الوطني ضمن قانون الاستثمار الثاني (القانون رقم 66_ 284)،[3] ظلت الممارسات الطبية الخاصة جد محدودة، اقتصرت على وجود عدد محدود من المكاتب الطبية وخدمات التوليد في المدن الكبرى[4] .

ولم يختلف الوضع عما هو عليه بعد صدور الميثاق الوطني1976 حيث جاء مؤكدا ومدعما للتوجه الاشتراكي ومؤكدا على ضرورة رسم حدود للمبادرات الخاصة خوفا من أن تتحول إلى قوة اقتصادية تسمح بنمو التيار الرأسمالي والإجحاف في حق العمال.[5]

---

[1] - Mohammed Cherrak Elghosli , **L'apport du privé au système de santé public : un débat s'impose** , publié dans El Watan le 17 /12/2005.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون 63-277 المؤرخ في 27 جويلية 1963**، الجريدة الرسمية ، عدد54، الصادرة بتاريخ 2 أوت 1963، ص 774.

[3] -سمحية طري، **مرجع سابق**، ص ص 55،56.

[4] - Ahcène Zehnati, Christine Peyron**, Les cliniques privées en Algérie :Logiques d'émergence et stratégies de développement**, Monde en développement , 2015/02 n°170,p123.

[5] - سميحة طري، **مرجع سابق**، ص ص 58,59.

ظل قطاع الصحة على هاته الحال ولم يتحرر إلا بعد 1986 من خلال نصوص تشريعية خففت من شروط عمل الأطباء كخواص، وفي سنة 1988 تم الترخيص بإنشاء العيادات الخاصة[1] كمجموعة هياكل تتمتع بالشخصية القانونية والاستقلال المالي والإداري، إذ أنها عبارة عن شخص معنوي له حقوق وعليه واجبات، لديها القدرة على إنتاج خدمات في مجال الصحة وتؤدي مجموعة من الوظائف التي أسست لأجلها، لديها أهداف واضحة وأساليب عمل خاصة بها تتلائم مع البيئة التي تتواجد بها لضمان استمرار أدائها لمهمتها على أكمل وجه.[2]

لقد اعتبر القطاع الصحي الخاص قطاعا ثانويا طيلة الفترة الممتدة من تاريخ الاستقلال إلى غاية سنة 1986 والتي تعتبر سنة تحول في قطاع الصحة، حيث بدأت بوادر تطبيق النموذج الليبرالي تظهر مع الصدمة النفطية التي شهدتها الجزائر والتي أدت إلى تراجع النفقات العامة، وجاء ذلك على ثلاثة مراحل:[3]

1- اعتماد العيادات الخاصة في المدن
2- الترخيص بإنشاء العيادات الخاصة
3- الانفتاح بشكل كامل

[1] - Ahcène Zehnati, Christine Peyron , **Op.cit**, p123.

[2] - المؤسسة الإقتصادية، مفهومها ودورها، متاح في : www.ouarsenis.com/vb//attachment.php?attachmentid=2362 تم التصفح بتاريخ:2017/12/30، على الساعة 20:30.

[3] - Fatima Zohra Oufriha et Collaborateurs, **De Reforme en réforme : Un Système De Santé A la croisée Des Chemins,** CREAD , Alger, 2006, p 203.

وبذلك أخذت نشاطات القطاع الصحي الخاص تتسع يوما بعد يوم وتطورت مع مرور الوقت أساليب عمله، ونما شيئا فشيئا عدد الأطباء الخواص وازداد عدد الأسرة في العيادات الخاصة، وبالتالي اتسعت طاقة استيعابها للمرضى وتنوعت الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي الخاص.[1]

وانطلاقا من سنة 1988 أصبح القطاع الخاص الصحي مؤطرا ومنظما بواسطة سلسلة من القوانين والمراسيم يأتي في مقدمتها القانون 88- 15 المعدل والمتمم للقانون 85-05، والذي جاء في المادة 201 منه ما يلي " تمارس الأنشطة الطبية من قبل الخواص في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحليل الطبية والبصرية الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية"[2]، وبموجب هذا القانون تم الترخيص بانجاز العيادات الاستشفائية لأول مرة، وبتاريخ 18 أكتوبر من نفس السنة صدر المرسوم رقم 88-204 والذي حدد شروط انجاز هذه العيادات وكيفية فتحها وتنظيمها وسير العمل بها وبموجب هذا المرسوم فإن لوزراة الصحة ومنذ ذلك الحين سلطة منح التراخيص لفتح العيادات الخاصة[3].

لقد جاءت حركة الممارسة الخاصة في مجال الصحة إذن مع بداية التراجع المذهبي من جهة، تحت وطأة " صدمة خارجية" والمتمثلة في تراجع السوق البترولية، ومن جهة أخرى جاءت كاستجابة للضغط

---

[1] **- ibid ,** P 203.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون رقم 88-15 المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل والمتتم للقانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، الجريدة الرسمية ،عدد 18، 1988، ص 751 .

[3] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 والمتعلق بشروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها**، الجريدة الرسمية ،عدد42، 1988، ص 6.

الذي مارسه سلك الأطباء والذي اتسم بالقوة فقوبل بسرعة في الاستجابة.[1]

اتسمت هذه الحركة بالتنامي السريع فلم تعد القوانين السارية تواكب تطورها، فجاء المرسوم 380/92 الصادر بتاريخ 1992/10/13 ليفصل أكثر في شروط فتح العيادات الخاصة وفي الشروط التقنية والصحية المتعلقة بها، حيث تطرق هذا النص إلى الوثائق المطلوبة لفتح عيادات خاصة ووضح إجراءات الحصول على رخصة فتحها ونشاطها.[2]

ونتيجة لسياسات إعادة الهيكلة التي خضعت لها الجزائر في سنوات التسعينيات، تم خفض نفقات الرعاية الصحية وخفض كمية الأدوية المستوردة وكذلك خفض نفقات المعدات الطبية والتراجع عن التكفل بتكاليف تحويلات العلاج إلى الخارج، وحتى الهيئة الطبية أبدت تأثرها بالنهج اللبرالي حيث لم تعد ترضى بظروف وشروط العمل في القطاع العام المتسم آنذاك بوجود العديد من الإختلالات الوظيفية والبيروقراطية، وهو ما أدى إما إلى هجرتهم إلى الخارج، وإما إلى تركهم المؤسسات الصحية العامة وتوجههم إلى ممارسة نشاطات طبية خاصة والتي كانت في البداية تقتصر على الطب العام ثم المتخصص، والجدير بالذكر أن نشاط القطاع الصحي الخاص خلال هذه الفترة وتزامنا مع الوضع الاقتصادي الذي مرت به البلاد، شهد وتيرة نمو سريعة.[3]

[1] - Fatima Zohra Oufriha, **Ajustement structurel, privatisation et dépense de santé en Algérie**, Cahiers de CREAD , n° 41 3ème trimestre 1997, p92.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 380/92 المؤرخ في 13أكتوبر 1992، والمتعلق بشروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها**، الجريدة الرسمية، عدد75، الصادرة بتاريخ 18 أكتوبر 1992.

[3] - Nouara kaïd , **Le système de santé algérien entre efficacité et équité**, thèse pour le doctorat d'état en science économiques, faculté des sciences économiques des sciences commerciale et de gestion, université d'Alger , date non identifier.

لقد حددت النصوص التنظيمية السعر اليومي والتعريفة المرجعية للتعويض من طرف نظام التأمين الاجتماعي على الخدمات المتعلقة بالإطعام والفندقة، وفي الواقع فإن التعريفات المطبقة منذ 1988 والتي لم يتم تحيينها، تبقى دون المبالغ الحقيقية التي يتم سدادها. وعلى العموم فإن التأطير القانوني لنشاط القطاع الصحي الخاص بالجزائر مس جانبين أساسين:[1]

- ✓ الجانب الأول يتعلق بممارسي مهنتي الطب والتمريض وتضمن:
  - رفع القيود التي تكبل ممارسة النشاطات الخاصة في مجال الرعاية الصحية منذ 1986.
  - تنظيم إجراءات منح التراخيص بفتح عيادات خاصة بداية من 1990
  - تنظيم ازدواجية الوظيفة بين القطاع العام والقطاع الخاص.
- ✓ الجانب الثاني يتعلق بسوق الأدوية حيث تم رفع احتكار الدولة على عمليات الصناعة والاستيراد والتوزيع المتعلقة بالمواد الصيدلانية، وقد وجد القطاع الخاص البيئة القانونية التي تحكم عملتي الاستيراد والتوزيع أكثر ملائمة من بيئة التصنيع في الجزائر .

يتضح مما تقدم أن المسار القانوني للقطاع الصحي العام والخاص مر بعدة محطات بارزة رسمت ملامح الطبيعة القانونية لكليهما، حيث شكلت سلسلة القوانين والمراسيم الصادرة خلال سنة 1988 نقطة تحول هامة في تاريخ المنظومة الوطنية للصحة، إذ أكدت هذه القواعد والتنظيمات أن كلا من الهياكل الصحية سواء العامة ذات الطابع الإداري والتي يحكمها القانون العام أو الخاصة ذات الطابع الاقتصادي والخاضعة لقواعد القانون الخاص، تتمتع كلها بالاستقلال المادي والإداري، لكنها في نفس الوقت تظل خاضعة لرقابة الوزارة الوصية على القطاع ضمانا لعدم انتهاك حق المواطن في الصحة.

[1] -Fatima zohra Oufriha et collaboration, **op cit**, pp 105-107.

**المطلب الثالث: مقارنة التطور المؤسساتي وتوزيع الخدمات**

تقوم المؤسسات الصحية بمجموعة من الأنشطة والتي تهدف من خلالها إلى تقديم تسهيلات تسمح بإيصال السلع والخدمات الصحية إلى الراغبين في الاستفادة منها بأمان وفي الوقت المناسب والمكان المناسب، يتشكل النظام الصحي الوطني من مؤسسات عمومية وأخرى خاصة وهي تختلف من حيث حجمها ومهامها وأماكن انتشارها وتوزعها.

**أولا : المؤسسات الصحية العامة**

تخضع المؤسسات الصحية العامة لثلاثة مبادئ أساسية تحكم تنظيمها وتوزعها وهي:

- ✓ التقسيم القطاعي: La sectorisation كان هذا التنظيم معتمدا قبل إعادة هيكلة النظام الصحي سنة 2007، ويقضي بوجود قطاع صحي على مستوى كل دائرة يصل عدد سكانها إلى 100 ألف نسمة، تم استبدال هذا التنظيم في فترة لاحقة لتحقيق المزيد من اللامركزية في تسيير الهياكل وتحسين نوعية التغطية بالخدمات[1]، حيث يعاب على هذا التنظيم أنه خلق نوع من المركزية على مستوى المستشفيات كما أنه يجعل من الوظيفة الصحية وظيفة إدارية. [2]
- ✓ التدرج في العلاج: La hiérarchisation بمعنى الانتقال من مستوى الخدمات الصحية الأولية

[1] -Fatima Zohra Oufriha, **L'organisation de la couverture collective des dépense de santé et modalité de leur financement en Algérie**, cahiers de CREAD,N°13 ,1ere trimestre, 1988 ,p143.

[2] -L .Lamri, **Le system de santé Algérien :organisation, fonctionnement et tendances**, mémoire de magister, université d'Alger , institut des sciences économique , 1986, p102.

إلى الخدمات الثانوية فالمتخصصة ثم الخدمات العلاجية العالية التخصص.[1] إن هذا المبدأ وإن كان يحمل مبدئيا فكرة قيمة إلا أنه لم يأخذ بعين الاعتبار الفوارق الموجودة بين الدوائر المختلفة سواء من حيث عدد السكان أو الخصائص الوبائية للمناطق الجغرافية أو حتى مستوى المعيشة، كما أنه لم يراعي حالة المريض التي قد تسوء مع مرور الوقت وهو يتنقل من مستوى علاجي إلى آخر، فأحيانا قد لا يتحمل المريض وقتا طويلا للمرور بكل هذه المستويات مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة أو حتى إلى فقدان الشخص نهائيا.[2]

✓ الجهوية الصحية: La régionalisation، يجمع هذا المبدأ بين لامركزية التسيير والهرمية في العلاج في آن واحد، يقوم على تقسيم الخريطة الصحية إلى أقاليم صحية، يضم كل إقليم مراكز استشفائية جامعية بحيث لا تكون متاحة في جميع الولايات، يبلغ عدد هذه الأقاليم حاليا خمسة أقاليم:[3]

- إقليم القسم الأوسط من الوطن ويضم 11 ولاية
- إقليم القسم الشمالي الشرقي ويضم 14 ولاية
- إقليم القسم الشمالي الغربي ويشمل 11 ولاية
- إقليم القسم الجنوبي الشرقي ويشمل 4 ولايات
- إقليم القسم الجنوبي الغربي ويضم 5 ولايات

رافق هذا التقسيم إنشاء مجالس جهوية للصحة، بهدف التنسيق بينها وكذلك إنشاء مراصد جهوية للصحة وهي عبارة عن هيئات تقنية تابعة للمعهد الوطني للصحة العامة.[1]

[1] Fatima Zohra Oufriha, **L'organisation de la couverture collective des dépense de santé et modalité de leur financement en Algérie**, op.cit, pp 135-137.

[2] -L .Lamri, **op cit**, p 107.

[3] - مريم زان، **مرجع سابق**، ص ص 188-189

***الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية قبل الإصلاح**

في سنة 2001 كان النظام الصحي الجزائري يسير وفق القانون 85/05 وكان يخضع لنظام القطاعات الصحية ويتكون من:

1_ القطاعات الصحية: بموجب المرسوم رقم 81/ 242 الصادر بتاريخ 5 سبتمبر 1981 تم إنشاء القطاعات الصحية وهي حسب القانون نفسه عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، ويضم كل قطاع صحي جميع المؤسسات والمرافق الصحية العمومية التابعة لوزارة الصحية والتي تقع على تراب دائرة إدارية واحدة ( شكل رقم: 09) ( مستشفى عام، عيادات متعددة الخدمات، مراكز صحية، قاعات علاج، عيادات توليد، مستوصفات، مراكز حماية الطفولة والأمومة)، تتمتع القطاعات الصحية بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويقع مركزها في أهم هياكلها.[2]

يقع على عاتق القطاعات الصحية المهام التالية:[3]

- ✓ تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والجهوية
- ✓ تحديد احتياجات السكان من الخدمات الصحية
- ✓ تقويم السياسة الوطنية الصحية
- ✓ إعداد برامج الأعمال النوعية والسهر على تنفيذها مع منح الأولوية للنشاطات الوقائية والخدمات

[1]- بختة بن فرج الله، **مرجع سابق**، ص 109 .

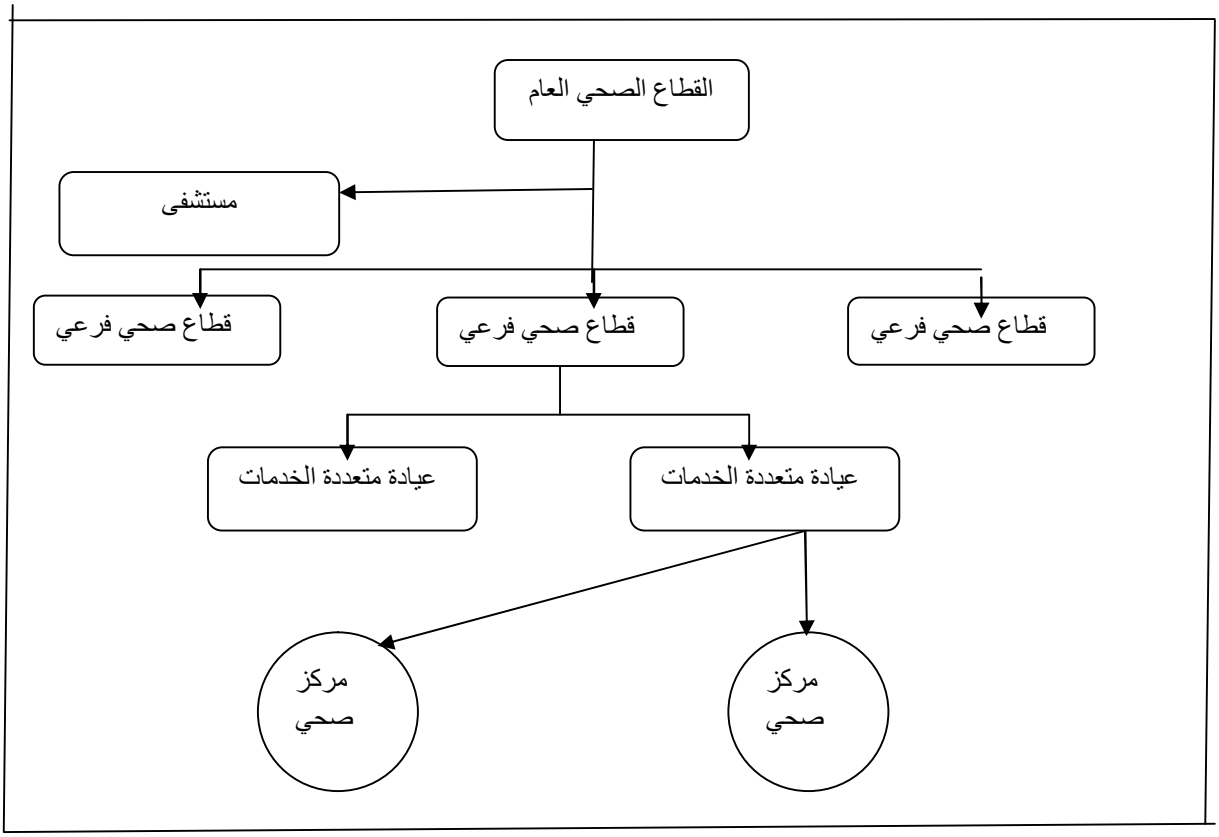
[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم رقم 242/81 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981، والمتعلق بإنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها**، الجريدة الرسمية، عدد 36، الصادرة بتاريخ 1981/09/08.

[3]- **المرجع نفسه.**

الأساسية.

- ✓ التماس سبل تحقيق المساواة بين الجميع
- ✓ الحرص على الاستغلال الأمثل للموارد وضمان عدالة توزيعها
- ✓ إعداد الإحصائيات المتعلقة بالسكان والوضع الصحي العام بشكل دوري
- ✓ العمل على التنسيق بين مختلف الهياكل الخاضعة لتسيير القطاع

**شكل رقم :09** هيكلة القطاعات الصحية




**المصدر:** أشواق قاسمي الحسني، المؤسسة الاستشفائية في مواجهة الإصلاحات الاستشفائية التنظيمية رسالة ماجستير في علم اجتماع تنظيم وعمل، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2، د.ت.ن، ص 111.

لقد وجهت السياسة الوطنية في إطار العمل بنظام القطاعات الصحية نحو تعزيز الرعاية الصحية الأولية، وفي هذا السياق أولت الدولة اهتماما بالغا للمؤسسات والهياكل الملحقة بالمستشفيات والتي أوكلت إليها مهمة تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، حيث خصصت جزءا معتبرا من ميزانية القطاع لبناء وتشييد مثل هذه الهياكل عبر مختلف ربوع الوطن، فشهد عدد العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية نموا محسوسا مابين سنتي 2004 و2005 وكذلك عدد قاعات العلاج، لكن هذه الأرقام المتعلقة بالعدد الإجمالي للعيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية كانت قد تراجعت سنة 2006 فيما استمر عدد قاعات العلاج في النمو، وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

**جدول رقم08:** تطور عدد الهياكل والبنى التحتية الملحقة بالمستشفيات (2004-2006)

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|
| عيادات متعددة الخدمات | 512 | 561 | 520 |
| مراكز الصحية | 1275 | 1292 | 1248 |
| قاعات العلاج | 4545 | 4628 | 4684 |

**المصدر:** الديوان الوطني للإحصاء

2-المراكز الاستشفائية الجامعية: تم إنشاؤها بموجب الأمر رقم 76/ 12 المؤرخ في 20 فيفري 1976، حيث نص هذا الأمر على تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إنشاؤها بقرار وزاري مشترك بين وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة، تضطلع هذه المؤسسات بتكوين موظفي قطاع الصحة بإشراف من

معاهد التكوين وتقوم بإنجاز الدراسات والبحوث وتطويرها وتنفيذ السياسة الوطنية للصحة. يضم كل مركز استشفائي جامعي مستشفى جامعي واحد على الأقل وهياكل أخرى.[1]

وفي هذا السياق لابد من الإشارة إلى أن كل المؤسسات الاستشفائية المتواجدة عبر مختلف ربوع الوطن هي ذات طابع إداري، ماعدا مؤسسة واحدة ذات طابع اقتصادي وهي متواجدة بوهران تحت تسمية "**المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر 1954**"، أنشأت هذه المؤسسة بموجب المرسوم الرئاسي رقم 270/03 وهي حسب نص هذا المرسوم أداة لتنفيذ السياسة الوطنية للصحة وسياسة التكوين العالي والبحث العلمي،[2] بها 33 مصلحة ولها طاقة استيعاب تقدر بـ 740 سرير والمفارقة أنها خاضعة لقانون العمل 11/90 وقانون الوظيفة العمومية رغم طبيعتها الاقتصادية.[3]

3-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: أنشأت بموجب المرسوم رقم 81/ 243 وتعرف على أنها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتولى مهام التشخيص والمعالجة وكذلك إعادة تقويم الأعضاء الطبية والوقاية من الأمراض، تعمل بالتنسيق مع القطاعات الصحية تؤدي دورا في تكوين موظفي الصحة العمومية خاصة فئة الأطباء وشبه الطبيين. وتقترن تسميتها بالتخصص الذي تمارسه.[4]

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، consulter **الأمر رقم 12/76 المؤرخ في 20 فيفري 1976 والمتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وسيرها وتنظيمها**، الجريدة الرسمية، عدد 17، الصادرة بتاريخ 27/ 02/ 1976.

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم الرئاسي رقم 270/03**، المؤرخ في 13 أوت 2003، والمتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، عدد 48، الصادرة بتاريخ 13 أوت 2003.

[3]- Direction de la santé et de la population willaya d'Oran http://www.dsp-oran.dz consulter le 01/01/2018 ; 21 :40.

[4]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم رقم 243/81 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981، والمتعلق بإنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها**، الجريدة الرسمية، عدد 36، الصادرة بتاريخ 1981/09/08.

**جدول رقم09:** تطور عدد الهياكل والبنى التحتية الاستشفائية (2003-2006)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|
| الهياكل الاستشفائية | 203 | 231 | | 231 |
| مراكز استشفائية جامعية | 13 | 13 | | 13 |
| المؤسسات الاستشفائية المتخصصة | 32 | 32 | | 32 |

**المصدر**: الديوان الوطني للإحصاء

من خلال هذا الجدول نلاحظ وجود زيادة في عدد المؤسسات الاستشفائية بين سنتي 2003 و2006 قدرت بـ 28 مؤسسة جديدة، بينما ظل عدد المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة ثابتا.

***المؤسسات والهياكل الصحية العمومية بعد إصلاح قطاع الصحة**

خضع النظام الصحي الجزائري سنة 2007 لإعادة الهيكلة والتي تم في إطارها إعادة رسم الخريطة الصحية الوطنية بما يتلائم مع أهداف السياسة الوطنية، وتجسيدا لهذا الإصلاح صدر المرسوم رقم 140/07 والذي تضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية من جهة، ومن جهة أخرى ألغي بموجبه كلا من القطاعات الصحية والمراكز الصحية وظلت بقية المؤسسات على حالها ولم يمسسها أي تغيير.

ومنذ أن دخل هذا المرسوم حيز التنفيذ أصبحت المؤسسات الصحية العامة تشمل بالإضافة إلى المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة ما يلي:

1-المؤسسات العمومية الاستشفائية: وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري خاضعة إلى الوصاية الإدارية للوالي، وهي حسب المرسوم الذي نص على إنشائها تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وقد أنشئت هذه المؤسسات بغرض التشخيص والعلاج والاستشفاء وكذلك التأهيل الطبي وهي تغطي سكان بلدية واحدة أو أكثر[1] وتضطلع بالمهام التالية:

- ✓ تطبيق السياسة الوطنية للصحة من خلال ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي والسهر على تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ✓ تؤدي دورا اجتماعيا من خلال حفظ الصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ✓ تؤدي دورا تكوينيا من خلال مساهمتها في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الرعاية الصحية وتجديد معارفهم باستمرار.

2-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: هي الأخرى ذات طابع إداري، لها ذمتها المالية وتتمتع بالشخصية المعنوية تضم كل مؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، تضطلع بالدرجة الأولى بمهام الوقاية والعلاج وتشخيص المرض وتقديم خدمات العلاج الجواري، حيث نجد بأن هذه المؤسسات غير معنية بتقديم الفحوصات الطبية المتعلقة بالطب العام أو

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي رقم 140/07، المؤرخ في 2007/05/19 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها**، الجريدة الرسمية، عدد33، الصادرة بتاريخ 2007/05/20.

الطب المتخصص القاعدي، تعمل على تنفيذ السياسة العامة في مجال حفظ الصحة والنظافة وبإمكانها أن تكون ميدانا للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي.[1]

إن السياسة العامة خلال هذه الفترة وجهت لتعزيز وتثمين النشاطات الوقائية بدل العلاجية وعليه جاء هذا التقسيم على هذا النحو بهدف تكريس الهرمية في المؤسسات العلاج، من خلال فصل كلا من خدمات التشخيص والعلاج عن خدمات الاستشفاء، وتبرز أهمية هذا التقسيم في كون أن تنظيم العلاج بشكل تدرجي يخفف الضغط على مؤسسات العلاج الثانوية والثالثية، فيؤدي إلى تحسين ظروف الإيواء، ويمكن أيضا من تقريب الخدمات الصحية من المواطن، ويسمح بتحكم أفضل في الموارد وترشيدها وضمان العدالة في توزيعها بين المؤسسات الاستشفائية والهياكل القاعدية.[2]

لقد خصصت الدولة غلاف مالي معتبر لإنجاح عملية الإصلاح، وجه جزء منه لبناء وتشييد البنى التحتية، فبدأ عدد الهياكل القاعدية والمؤسسات الاستشفائية يتزايد من سنة إلى أخرى بوتيرة متغيرة وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

**الجدول رقم10:** تطور عدد الهياكل والبنى التحتية بعد إعادة هيكلة قطاع الصحة

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CHU+EHU | - | _ | 14 | 15 | 15 | 15 | 15 | 16 |

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي رقم 140/07، المؤرخ في 2007/05/19 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها**، الجريدة الرسمية، عدد33، الصادرة بتاريخ 2007/05/20.

[2] - أشواق قاسمي،**مرجع سابق**، ص 114.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EHS | _ | _ | 64 | 63 | 66 | 68 | 71 | 75 |
| EPH+EH | 194 | 197 | 198 | 196 | 198 | 199 | 201 | 209 |
| EPSP | 271 | 271 | 271 | 271 | 271 | 271 | 271 | 271 |

**المصدر:** مديرية التخطيط والإحصاء بوزارة الصحة

من خلال الجدول يتضح أن:

- عدد المراكز الاستشفائية الجامعية(CHU) والمستشفيات الجامعية (EHU) ارتفع من 14 مركز ومستشفى سنة 2010 إلى 16 سنة 2015، ذلك أن هذا النوع من المؤسسات موجه لتقديم خدمات الرعاية الصحية المتقدمة وعالية التخصص، يتطلب تكلفة عالية في الانجاز والتجهيز والتسيير، لذلك نجد عددها محدود مقارنة بمؤسسات صحية أخرى.

- عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) يتزايد سنة تلو الأخرى منذ 2010، حيث انتقل من 64 مؤسسة إلى 75 مؤسسة سنة 2015.

- عدد المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية العمومية ( EPH+EH ) انتقل من 194 مؤسسة سنة 2008 إلى 209 مؤسسة سنة 2015.

-عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) ظل ثابتا من 2008 إلى غاية، 2018 إذ لم يتجاوز طيلة هذه الفترة عتبة 271 مؤسسة.

**ثانيا: تطور المؤسسات الصحية الخاصة**

1- **عيادات التوليد ومراكز غسيل الكلى**: اقتصرت نشاطات القطاع الصحي الخاص في البداية على وجود صنفين من المؤسسات الخاصة كانتا قد حضيتا بنص تشريعي معين هما عيادات التوليد ومراكز غسيل الكلى، بالنسبة لعيادات التوليد كانت تفتح من طرف قابلات منذ 1988 والتي تحولت وجوبا إلى عيادات طبية-جراحية أو تحولت إما إلى منشآت مهددة بالزوال أو إلى غرف علاج.

وبالنسبة لمراكز غسيل الكلى فقد رخص للخواص إنشاؤها من أجل تغطية عجز القطاع العام في الاستجابة للكم المتزايد من الطلب على خدمات غسيل الكلى، وقد تم الترخيص بإنشاء مراكز خاصة من هذا النوع منذ 1995 وظهرت مراكز جوارية لغسيل الكلى يشرف عليها طبيب عام يخضع لتكوين قاعدي في طب الكلى.[1]

ونتيجة لاستمرار عجز القطاع العام على تغطية خدمات مرضى القصور الكلوي، تم التوجه سنة 2002 إلى إتباع سياسة قائمة على اتفاق بين التأمين الاجتماعي والمراكز الخاصة، حيث يتكفل التأمين الاجتماعي بموجب هذا الاتفاق تدريجيا بنفقات علاج المرضى في مراكز غسيل الكلى الخاصة.[2]

**2- العيادات الخاصة:** تحصلت العيادات الخاصة على ترخيص الإنشاء بموجب قانون 88- 15 المعدل والمتمم للقانون 85-05، والذي جاء في المادة 201 منه ما يلي " تمارس الأنشطة الطبية من قبل الخواص في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان

[1] - Ahcène Zehnati, Christine Peyron **, Op.cit**, p124.

[2] - Fatima zohra Oufriha et collaboration, **Op cit**, p 105

والصيدليات ومخابر التحليل الطبية والبصرية الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية "[1]، تنشأ بموجب رخصة يؤشر عليها الوالي ووزير الصحة، تحدد الرخصة موقع العيادة وذلك حسب الخريطة الصحية الوطنية، ويمنع على العيادات الخاصة استغلال موظفي القطاع العام وطلبة الدراسات العليا في الطب ولو كان ذلك بصفة مؤقتة.[2]

**3- المؤسسات الإستشفائية الخاصة:** مع رسم خريطة صحية جديدة سنة 2007 وبهدف تعزيز العلاج القاعدي تم إدخال تغييرات على طبيعة القانونية للعيادات الخاصة حيث أطلق عليها المؤسسات الاستشفائية الخاصة[3].

لقد سجلت خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2006 زيادة في عدد العيادات الخاصة بمعدل 14عيادة سنويا حيث قارب عددها نهاية 2007 المائة عيادة [4]، وقد شهدت نفس السنة صدور المرسوم التنفيذي رقم 321/07 الذي رخص إنشاء مؤسسات استشفائية خاصة وحدد شروطها وخصائصها ومجال نشاطها، ووفق هذا المرسوم فإن المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي " مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف".[5] ونص هذا المرسوم على تمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية وأقر بأن يتولى تسييرها مدير تقني طبيب على أن

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون رقم 88-15 المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل والمتتم للقانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، الجريدة الرسمية ،عدد 18، 1988، ص 751 .

[2]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 والمتعلق بشروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها**، الجريدة الرسمية ،عدد42، 1988.

[3] - Ahcène Zehnati, Christine Peyron,**Op.cit** , p170 .

[4] -**ibid**, p125.

[5]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 07/ 321 المؤرخ في 22 أكتوبر2007 والمتعلق بتنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وتنظيمها**، الجريدة الرسمية، عدد 67، 2007، ص 11.

تكون قدرتها الاستيعابية على الأقل سبعة أسرة وأن تكون وفق المقاييس المعمول بها كما يتوجب عليها ضمان خدمة دائمة ومستمرة.[1] وعددها اليوم يقدر بـ179 مؤسسة إستشفائية خاصة بطاقة استيعاب تقدر بـ 5165 سرير حسب مديرية الإحصاء والتخطيط بوزارة الصحة.[2]

4- مخابر التحاليل الطبية: تم الترخيص بفتحها بموجب المرسوم رقم 76-141، لكل شخص يحمل شهادة دولة كدكتور في الطب أو الصيدلة أو البيطرة، والشهادات التي تحددها وزارة االصحة، ويشترط فيمن يحملون هذه الشهادات ويرغبون في فتح مختبر تحاليل أن يستلموا رخصة من طرف وزير القطاع بناء على طلب كتابي مرفوق بالشهادات المطلوبة.[3]

لقد أصبحت البنى التحتية الخاصة تحتل مكانة هامة ضمن النظام الصحي الجزائري، بفضل مساهمتها في تغطية حاجيات المواطنين من الخدمات الصحية ولم تعد تؤدي دورا ثانويا كما كانت عليه في عهد الاشتراكية فقد أثبت الواقع المعاش أنها أضحت منافسا حقيقيا للمؤسسات الصحية العامة، وقد سجل نموا محسوسا في عدد المؤسسات الصحية الخاصة وهو ما نلاحظه من خلال الجدول التالي:

[1] - **المرجع السابق**، ص12.

[2] - Ministère de santé de la population et de la réforme hospitalière, exercice à titre privé de la médecine, disponible sur : www.santé.gov.dz consulter le 28 /09/1017 , 16 : 30

[3] -La la république algérienne démocratique populaire, **Décret n° 76-141**, du 23 octobre 1976 , portant règlementaire de l'exercice du laboratoire d'analyse médicales, journal officiel n°1, 02/01/1977.

**الجدول رقم11:** عدد الهياكل والمؤسسات في القطاع الصحي الخاص وفق إحصائيات 2015

| نوع المنشأة | عيادة جراحية طبية | عيادة تشخيص | مركز تصفية الكلى | عيادة جماعية | عيادة طبية متخصصة | عيادة طبية عامة | عيادة جراحة الأسنان | صيدلية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| عددها | 273 | 32 | 145 | 600 | 8352 | 6910 | 6144 | 9962 |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الإحصاء والتخطيط بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

يتضح من خلال الجدول أن نطاق الاستثمارات الصحية الخاصة في الجزائر يظل نسبيا محدودا، حيث لا يرقى إلى تقديم خدمات طبية متكاملة وعالية التخصص في جميع التخصصات الطبية، ويقتصر فقط على مجموعة من عيادات الفحص الطبي والعيادات الجراحية ومراكز تصفية الكلى وكذلك عددا لا بأس به من الصيدليات، ولكن لم نشهد إلى غاية 2015 أي مبادرة لتشييد مستشفى خاصة تقدم خدمات شاملة ومتكاملة.

وبالنسبة لتوزيع المنشآت الصحية في القطاع الخاص، وإن كان تحديد موقعها يخضع وجوبا لترخيص تقدمه الجهات الرسمية لصاحب المشروع، حيث يفترض مراعاة الخريطة الصحية الوطنية والأخذ بعين الاعتبار المساواة والتوازن بين المناطق الحضرية والنائية، إلا أن ما نجده في الواقع هو توسع وانتشار النشاطات والممارسات الصحية الخاصة حصرا في المناطق الحضرية الآهلة بالسكان خاصة في الولايات

الكبرى كالجزائر العاصمة وقسنطينة وعنابة ووهران.[1]

إن انتشار الخدمات الصحية الخاصة بكثرة في المناطق الحضرية يكون موجها لخدمة شريحة معينة من المجتمع والتي لديها القدرة للالتحاق بتلكم المؤسسات ودفع تكلفة الخدمات المقدمة، أما هؤلاء الذين لا يملكون ما يكفي لتغطية احتياجاتهم من الخدمات الصحية وليست لديهم القدرة على التنقل إلى مقر تلك المؤسسات، فإنهم سيكتفون بما تجود به المؤسسات الخيرية (قطاع خاص غير ربحي) أو يتجهون نحو مؤسسات الرعاية الصحية العامة.[2]

وبالتالي فإننا نستنتج بأن الفروق الجهوية في مجال الرعاية الصحية تظل قائمة على الرغم من الجهود المبذولة للحد منها، وبالرغم من النمو والتطور الذي شهدته المنظومة الصحية في عدد المؤسسات والمنشآت في القطاعين العام والخاص على حد سواء إلا أن غياب المساواة والتوازن يظل سمة الخريطة الوطنية الصحية.

## المبحث الثاني: تقييم الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص اعتمادا على مؤشرات الأداء

يقال أن " ما نستطيع قياسه نستطيع تعديله وتطويره والتحكم فيه"، ويقول محمد العامري " كل ما ليسله مقياس لا يمكن أن يقاس ولا يمكن التحكم في إدارته ولا ضبط جودته ولا التنبؤ بمخاطره ولا القدرة

[1]- بختة بن فرج الله، **مرجع سابق**، ص 110.

[2]- هورهيه كوراسا وآخرون ، **القطاع الخاص مقابل القطاع العام**، التمويل والتنمية، عدد 51، صندوق النقد الدولي، ديسمبر، 2014، ص25.

على تحسينه وتطويره".[1]

من هذا المنطلق سعينا من خلال هذا الجزء من الدراسة إلى الوقوف على تقييم الخدمات الصحية بناء على مؤشرات الأداء في المنشآت الصحية العامة منها والخاصة، تقييما نظريا لقياس درجة تقدم المنظومة الصحية نحو أهدافها الإستراتجية التي ذكرناها آنفا، ومحاولة الفهم العميق للمشكلات الفعلية التي يعاني منها القطاع.

إن تقييم الأداء في القطاع الصحي بشقيه العام والخاص يعد خطوة هامة في السياسات العامة الصحية بقدر أهميته بالنسبة للمؤسسات الصحية نفسها، بل وضرورة ملحة تتيح لصانعي السياسات العامة ومتخذي القرار فيما بعد بتقويم السياسات الحالية وترسم معالم وتوجهات السياسات المستقبلية، ذلك أن التقييم يكشف عن مواطن الخلل فيسمح بمعالجتها ويظهر الجوانب الإيجابية لتثمينها.

إن لمؤشرات تقييم الأداء في مجال الصحة عدة أنواع، لعل أبرزها تلك التي تعرف بـ Key Performance Indicators (KPI)* والتي تعتمد كل من الجودة والكفاءة والفاعلية كمعايير للتقييم،[2] وهي

[1]- المؤسسة العامة للتدريب الفني والمهني، دورة مهارات بناء مؤشرات الأداء KPI's ، متاح في:

http://sst5.com/programDetails.aspx?ProgId=436&SecID=54 تم التصفح بتاريخ 2018/01/01 على الساعة 15:00

*هي عبارة عن مقاييس نوعية وكمية تستخدم لمتابعة وتقييم الأداء خلال فترة محددة لأجل إجراء موازنة بين الأداء المخطط والأداء المتوقع.

[2]- هاني العمري، **مؤشرات الأداء الأساسية**، متاح في:

https://www.youtube.com/watch?v=G05UiFUZkLQ/ تم التصفح بتاريخ 2018/01/01 على الساعة 15:30.

التي سنتبناها خلال دراستنا كونها تتدرج ضمن أكثر المؤشرات استخداما على المستوى العالمي، كما أنها تتوافق مع أهداف الدراسة.

**المطلب الأول: معالجة مستويات الجودة**

تتعدد المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمات الصحية ويختلف مدلولها من شخص إلى آخر حسب موقعه ضمن المنظومة الصحية:[1]

- ✓ بالنسبة لمقدم الخدمة تدل على مدى الالتزام بمعايير الجودة الصحية عند تقديم الرعاية الصحية ومدى استخدام التكنولوجيا الحديثة في مجال الطب.
- ✓ بالنسبة إلى إدارة المؤسسة فهي تعني الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المريض بأقل تكلفة واستقطاب أحسن الكفاءات.
- ✓ بالنسبة لصناع السياسة الصحية فإنها تتحقق بتحسين صحة أفراد المجتمع في ظل الموارد المتاحة.
- ✓ بالنسبة للمريض الحصول على الخدمات بقدر من الاحترام وحسن المعاملة.[2]

لقد انتشر مفهوم الجودة على يد العالم الأمريكي Edward Demming *حيث طبقها في اليابان

[1]- كحيلة نبيلة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير في تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009، ص 88.

[2]- عائشة عتيق، **جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية: الجزائر حالة** ، دار خالد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة، 2016، ص52.

* هو مهندس تصنيع أمريكي من مواليد أكتوبر 1900، حاصل على الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء، صاحب نظرية دائرة ديمنغ في الإنتاج، متحصل على عدة جوائز في مجال الجودة، شهر مؤلفاته "الخروج من الأزمة" و " علم الاقتصاد للصناعة والحكومة والتعليم"، توفي بواشنطن في ديسمبر 1993.

التي كانت تبحث عن الأسلوب الأمثل لإعادة بناء اقتصادها الذي دمر عن آخره بسبب الحرب العالمية الثانية، ولقب آنذاك Demming بأبو الجودة الشاملة.[1]

وأما مفهوم الجودة في الخدمات الصحية فقد تأثر تأثرا بالغا بالأعمال التي قام بها Donabedian*سنة 1966 حول جودة الخدمات الصحية والتي أعتبر خلالها جودة الخدمات الصحية كنظام ثلاثي يتشكل من البنية والعملية والنتيجة، وانصب الاهتمام حينها على البنية بدل النتيجة وهو عكس ما كان سائد قبل ذلك[2]، حيث كانت جودة الخدمات الصحية تعني "مدى موائمة الخدمات الصحية للمعايير والمواصفات المعمول بها والأثر النفسي الذي تتركه لدى المريض".[3]

وحسب منظمة الصحة العالمية فإن الحديث عن جودة الخدمات الصحية يتوفر لما " يكون توافق مع المعايير ويكون الأداء صحيحا وبطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية".[4]

إن جل التعاريف التي تخص جودة الخدمات الصحية تركز على مفهوم الجودة من وجهة نظر المريض فقط مهملين حقيقة أن الجودة في مجال الخدمة الصحية هي ذلك المقدار من الآمان الذي تحققه

[1]- مدحت محمد أبو النصر، **الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية**، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2008، ص 21.

* ولد في بيروت بتاريخ 1919/01/07 من أسرة أرمينية، تحصل على درجة البكالوريوس عام 1940 بفلسطين، اشتغل مدرسا وطبيبا في الجامعة الأمريكية بلبنان، ثم باحثا في كلية الطب بنيويورك ثم في جامعة ميشيغان، ركز اهتماماته وأبحاثه على جودة الخدمات الصحية والصحة العامة، أشهر مؤلفاته " تقييم جودة الرعاية الطبية"، توفي عام 2000 بالولايات المتحدة الأمريكية.

[2]- محمد عدمان مريزق ، **مدخل في الإدارة الصحية، مرجع سابق**، ص ص 51-52.

[3]-صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط1، عمان ، 2010، ص 39.

[4]- كحيلة نبيلة، **مرجع سابق**، ص 89.

المؤسسات الصحية لكل من مقدم الخدمة ومستقبلها على حد سواء.[1]

إن قياس جودة الخدمات الصحية عملية صعبة ومعقدة، ذلك أن الخدمات بصفة عامة تتسم باللاملموسية كما أن مفهوم الجودة يخضع للنسبية، وزيادة على ذلك اتسامها بتعدد الأبعاد.

وضمن هذا السياق ترى الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية أن " جودة الخدمات الصحية تقاس بمقدار الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة."[2]

وحسب Gronroos* للجودة بعدين، المخرجات الفعلية وجودة وظيفية بين العامل والعميل.

أما Donabedian فيرى أنها تتفرع إلى بعد فني يتعلق بمدى الأخذ بالتطور العلمي والتكنولوجي، وبعد غير فني ينطوي على التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والمستخدم والإمكانيات المادية ممثلة بالمكان الذي تقدم فيه الخدمة.[3]

وفريق آخر من الباحثين يترأسهم Parasuraman ** اقترح عشرة أبعاد لكنها اختصرت ودمجت في

[1]- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، **دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع**، عمان، 2009، ص 233.

[2]- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003، ص 187.

*ولد في 16 /01/ 1947 بفنلندا، اهتمامه البحثي ينصب حول تطوير التسويق على أساس منطق الخدمة، تولى منصب أستاذ جامعي في عدة كليات بفنلندا والصين والسويد.

[3]- كحيلة نبيلة ، **مرجع سابق**، ص 90.

** أستاذ بجامعة ميامي، متحصل على شهادة الماجستير في إدارة الأعمال والتسويق، ودكتوراه فخرية من جامعة ماستريخت بهولندا سنة 2011، تقلد عدة مناصب بيداغوجية بجامعة ميامي منها رئيس قسم التسويق، نائب عميد كلية مدير برامج الدكتوراه.

خمسة أبعاد فقط، وأصبحت تعتمد كمؤشرات لقياس جودة الخدمات من طرف الباحثين، وسنعتمدها أيضا خلال دراستنا لمقارنة جودة الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص:[1]

1. الاعتمادية: Reliability وهي قدرة الطاقم الطبي على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبالدقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات ويمثل هذا البعد 32% كأهمية في قياس الجودة مقارنة بالأبعاد الأخرى.
2. الاستجابة: Responsiveness ويقصد بها القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوي والاقتراحات.
3. الضمان: Assurance أي خلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك
4. التعاطف:Empathy هو إبداء روح الصداقة والحرص على المريض وإشعاره بأهميته، والرغبة في تقديم الخدمة له.
5. الملموسية: Tangibles ويقصد بها الوسائل والتجهيزات التي تسهل تقديم الخدمة.

تكمن أهمية الجودة في قطاع الخدمات عموما وقطاع الصحة على وجه الخصوص في كونها تخلق نوعا من الرضا لدى المؤسسة عن أدائها، وتعزز ولاء الموظفين الذين يمارسون مهامهم بحرية أكبر فيقدمون الأفضل الشيء الذي يذر أرباحا أكثر للمؤسسة ويؤدي إلى تخفيض التكلفة الناجمة عن الفشل ورداءة الخدمات.

ومن ناحية أخرى يجد المريض في الجودة استجابة لتوقعاته حيث يتلقى خدمات مرضية وبطريقة

[1] - **المرجع السابق**، ص ص 90-91.

صحيحة من أول مرة.[1]

لقد أثبت دراسة قام بها Jorge Coarasa*وآخرون أن جودة الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص بالدول النامية تظل على العموم متدنية في كلا القطاعين ولا ترقى للمعايير المعتمدة ولا لتطلعات المواطنين، وسنحاول قياس جودة الخدمات الصحية في الجزائر في كلا القطاعين بناء على المعايير التي وضعها Parasuraman وزملاؤه:

- ✓ الاعتمادية: يتميز القطاع الخاص بقدرته على تقديم الخدمات في الوقت المناسب لكن دون مراعاة الدقة بسبب السعي وراء تعظيم الأرباح في فترة وجيزة[2]، بينما يفتقر القطاع العام لهذه الميزة نظرا لضغوط العمل وكثرة الطلب الذي يفوق القدرة الاستيعابية للهياكل الصحية والذي يكون سببا في بعد المواعيد الطبية[3].
- ✓ الاستجابة: رغم أن الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل والإبطاء[4]، فإن الطاقم الطبي ونظرا لغياب الحوافز في القطاع العام قد يتماطل في الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وذلك عكس القطاع الخاص.[1]

---

[1]- مدحت محمد أبو النصر، **مرجع سابق**، ص ص 206،207،208.

* خبير اقتصادي في الصحة والتغذية والسكان بالبنك الدولي، حامل لدرجة الدراسات العليا في الاقتصاد والعلاقات الدولية والإدارة العامة، تولى منصب مستشار في مجال الحماية الاجتماعية بالأمم المتحدة، ومنصب نائب المدير العام لدى وزارة التنمية الاجتماعية بالمكسيك.

[2]- هورهيه كوراسا وآخرون، **مرجع سابق**، ص 35.

[3]-صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، **قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية**، https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aId=48931 تم التصفح بتاريخ 2017/10/31 على الساعة 13:24.

[4]- محمد عدمان مريزق، **مرجع سابق**، ص 79.

✓ الضمان: تؤكد الدراسة التي أجراها فريق بحث برئاسة هورهيه كوراسا حول الخدمات الصحية في الدول النامية أن نسبة التشخيص الصحيح للأمراض تقل عن 15% في القطاع العام الخاص وأن نسبة العلاج الصحيح للأمراض الخطيرة تقل عن 40%، ما يعني أن حياة المرضى في المؤسسات معرضة للخطر في المؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء.[2]

وفي هذا السياق نذكر أن القطاع الصحي شهد بالجزائر بشقيه العام والخاص فضائح عديدة خلال الآونة الأخيرة متعلقة بالأخطاء الطبية والتي تصنف على أنها أخطاء غير منظمة ويمكن إرجاعها إلى الإهمال، النسيان، غياب اليقظة، الاستهتار، سوء المتابعة، عبء العمل سوء الإشعار بالاستعجالات[3].

✓ التعاطف: يولي الفريق الطبي في القطاع الخاص المرضى أهمية أكثر منه في القطاع العام فاستمرار نشاطهم يرتبط بكسب ثقة المرضى وترك انطباع جيد لديهم عن المؤسسة رغم أن السلطات العمومية في الجزائر تسعى لأنسة المستشفيات[4].

✓ الملموسية: يوجه القسم الأكبر من ميزانية الدولة للتسيير وأجور العمال بدل العناية بتطوير الخدمات.

يتضح إذا أن معايير الجودة في كل من القطاع الصحي العام والخاص على حد سواء ضعيفة نسبيا، وإن كان القطاع الخاص يتفوق قليلا على القطاع العام في بعض الجوانب من الخدمة غير أنها تظل

---

[1] - Ahcène Zehnati , **La double activité des médecins dans le système de santé algérien,** Journal Liberté 26-11-2014 .

[2] - هورهيه كوراسا وآخرون، **مرجع سابق**، ص 36.

[3] - محمد عدمان مريزق ، **مرجع سابق**، ص 187.

[4] - Ahcène Zehnati , **La double activité des médecins dans le système de santé algérien,** op.cit.

بعيدة عن المستوى المطلوب، هذا الفارق الطفيف تحكمه عدة اعتبارات في مقدمتها الاختلاف في طبيعة الأهداف بين القطاعين والحوافز المقدمة للموظفين وعدد المرضى الذين تستقبلهم المؤسسة يوميا.

ومن أجل تحسين جودة الخدمات الصحية في كلا القطاعين لا بد من إتباع المراحل التالية:[1]

1. التقليل من عيوب الخدمة المقدمة وأدائها بشكل صحيح من أول مرة
2. التقرب من المريض لمعرفة توقعاته وتفهم حاجاته والعمل على إشباعها
3. معرفة نقاط قوة ومواطن ضعف المؤسسات التي تقدم نفس النوع من الخدمات والأخذ بعين الاعتبار أن الجودة عامل أساسي للبقاء في المنافسة.
4. وضع إستراتجية لتحسين الجودة تقوم على تحديد المعايير والوقت اللازم لتحقيقها وتحفيز العاملين والتقليص من مستويات الهيكل التنظيمي.
5. توفير الخدمات المطلوبة بالمواصفات المطلوبة وفي الوقت المناسب مع الحرص على التقويم الدائم والمستمر للخدمات من أجل تطويرها.

**المطلب الثاني: معالجة مستويات الكفاءة والفاعلية**

**أولا: معالجة مستويات الكفاءة**

ينسب مفهوم الكفاءة efficiency إلى عالم الاقتصاد الايطالي فلفريدو باريتو (1923- 1848) حيث يعرف بـ" أمثلية باريتو"، قدمها على أنها التخصيص الأمثل للموارد لأجل معالجة الأزمات الاقتصادية في الفكر الاقتصادي اللبرالي، فجاء بذلك مصطلح الكفاءة ليعبر عن كيفية استخدام الموارد استخداما

[1]- مدحت محمد أبو النصر، **مرجع سابق**، ص ص 22- 24.

أمثل يؤدي إلى تعظيم الإنتاج بموارد محددة وبأقل تكلفة، فالكفاءة إذا معيار يتيح قياس أداء المؤسسات من خلال مقارنة المدخلات بالمخرجات.[1]

تنقسم الكفاءة المتعلقة بالخدمات الصحية إلى:[2]

- كفاءة تقنية وتهدف إلى الحفاظ على الموارد كالأدوية مثلا
- كفاءة إنتاجية وتتعلق بتقليل تكلفة الخدمات
- كفاءة اجتماعية وتنطوي على التخصيص الأمثل للموارد بما يؤدي إلى تعظيم القيمة الاجتماعية

ويبدو مما سبق أن تحقيق الكفاءة ينطوي على العناصر التالية:

- ✓ كيفية الحصول على الموارد
- ✓ التخصيص الجيد الموارد للتقليل من هدرها
- ✓ الشفافية وتوفر المعلومات لمن يطلبها
- ✓ النتائج المحققة مقابل الموارد المستعملة

وتقاس الكفاءة بالاعتماد على ثلاثة خطوات أساسية وهي :[3]

1- تقدير التكاليف والموارد المستخدمة

2- تقدير النتائج

[1]- محمد الجموعي قريشي، الحاج عرابة، **قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات**، مجلة الباحث، عدد 11، ورقلة، 2012، ص ص 11- 12.

[2]- **المرجع نفسه**، ص 13.

[3] -Diana Marieta Mihaiu and others, **Efficiency, Effectiveness and performance of the public sector**, Romanian journal of economic forecasting, n:4 , Institute of economic forecasting , 2010, p132.

3- مقارنة الاثنين

فإذا وجد بأن التكاليف والجهود المبذولة لتقديم الخدمة أقل مقارنة بالمنافع والآثار الايجابية المكتسبة فإن مؤشر الكفاءة أو الفعالية يكون قد تحقق.

والجدير بالذكر أن مصطلحي الفعالية والكفاءة في اللغة الانجليزية يستخدمان كمترادفين فكلاهما مترجم من المصطلح الانجليزي efficiency وهو يختلف عن مصطلح effectiveness الذي يترجم في اللغة العربية بالفاعلية والتي سنطرق إليها مفصلة لاحقا.

الملاحظ بشكل عام على المستوى العالمي هو أنه عند الحديث عن الكفاءة أو الفعالية فإنه ينظر إلى القطاع الخاص، ذلك أن القطاع العام في الأدبيات الاقتصادية العالمية ارتبط بـ"اللاكفاءة" Ineffective.

ومثل هذا الطرح يدفعنا للوقوف على المستوى الفعلي للكفاءة بين القطاع الصحي العام والخاص والبحث في الأسباب التي تقف وراءه للتأكد من مدى صحة هذا الطرح.

وفي هذا السياق يجب ألا نغفل على فلسفة القطاع الخاص القائمة على التقليل والتشكيك في كفاءة القطاع العام كنوع من الدعاية المغرضة بهدف ربح المنافسة وكسب الزبائن (طالبي الخدمات) في صفه.

كما أن مقارنة مستوى الكفاءة في القطاعين يدفعنا للتوقف عند الاختلاف الجوهري في الأهداف والذي سبق وأن تطرقنا إليه سابقا، ولا بأس بأن نذكر به باختصار، ففي حين يصبو القطاع الخاص إلى تعظيم المكاسب الاقتصادية فإن القطاع العام يسعى إلى تحقيق منافع اجتماعية من شأنها أن تضمن الرفاهية

العامة.[1]

إن هذا الاختلاف يمكن أن يخلق الفارق في مستوى الكفاءة، فتحقيق المنفعة الاقتصادية يتناسب مع مفهوم الكفاءة الذي يقضي بزيادة الأرباح بأقل تكلفة، لكن ذلك لا يعني بأن تحقيق المنافع الاجتماعية يتنافى مع هذا المفهوم، فالتخصيص الأمثل للموارد يعد من صميم وظائف الدولة الحديثة.

وما يجب أخذه بعين الاعتبار عند مقارنة الكفاءة في القطاع العام والقطاع الخاص هو " المدى الزمني " حيث نجد أن القطاع الخاص يسعى إلى تحقيق الكفاءة على المدى القصير من خلال قياس نسبة الأرباح المحققة سنويا بينما يقاس العائد في المؤسسات والمنظمات العامة على المدى المتوسط والبعيد لذلك يتم في الغالب تجاهل ذلك العائد.

وفي ذات السياق فإن المنافع المحققة في القطاع العام قد تكون غير مباشرة في كثير من الأحيان وهو ما يجعلها غير مرئية وغير قابلة للقياس.[2] فعلى سبيل المثال توفير الخدمات الصحية الوقائية من الأمراض المعدية سوف يؤدي إلى تقليل الإصابة من هذه الأمراض وسنحصي بعد عدة سنوات تراجع عدد حالات الإصابة ثم جيلا معافى من الأمراض المعدية.

إن قياس الكفاءة في القطاع الصحي العام بالجزائر صعبة إلى حد ما مقارنة بنظيرتها في القطاع الخاص، تتبع هذه الصعوبة من عدم إمكانية تحديد العوائد الاقتصادية المباشرة والفورية فهي في الغالب

[1] - Diana Marieta Mihaiu and others, **Op.cit**, p 133

[2]- **Ibid**, p135 .

تكون مفقودة ومساوية للصفر إذا تم قياسها من منطلق تعريف الكفاءة بأنها العلاقة (جهود efforts/ آثار effects).[1]

فلو افترضنا أنه تم بناء مستشفى عام في منطقة ما، سوف تكون التكاليف قابلة للقياس ومن السهل تحديدها بناء على حساب مجموع ما تم إنفاقه على مواد البناء وأجور العمال والتجهيزات، بينما لا يمكننا قياس المنفعة الاقتصادية المباشرة ولكن سوف نحقق مكاسب اجتماعية كتعزيز الوضع الصحي العام وخفض نسبة الوفيات.

وفي مقابل ذلك فإن تجسيد مشروع بناء مستشفى خاص تكون عملية حساب التكلفة والمنفعة أكثر مرونة، ويتم تحديد مستوى الكفاءة بيسر وسهولة من خلال مراجعة ملفات حسابات المستشفى لمعرفة الأرباح المحققة سنويا.

وحسب ما يبينه الجدول رقم 13 والجدول رقم 14 وبالاعتماد على الميزانية المخصصة للقطاع بما أنها تعتبر مدخلا أساسيا بالنسبة لعملية قياس كفاءة الخدمات الصحية العمومية، سنلاحظ أنها شهدت بشكل عام ارتفاعا محسوسا سنة تلو الأخرى منذ 2005 إلى غاية 2010 ثم عرفت تذبذبا في الفترة الممتدة من 2010 إلى غاية 2017 بسبب الأزمات الاقتصادية التي عصفت بالبلاد وحتى بالدول الأخرى.

[1] **Ibid**, p 134.

**جدول رقم12:** تطور الإنفاق العام على قطاع الصحة 2004-2013

| السنوات | ميزانية القطاع مليون دج | النسبة المئوية من ميزانية الدولة |
|---|---|---|
| 2004 | 70221,6 | %4 |
| 2005 | 66333,9 | %3 |
| 2006 | 101780,8 | %4 |
| 2007 | 132434,9 | %4 |
| 2008 | 6618095 | %4 |
| 2009 | 226498,8 | %5 |
| 2010 | 715410,8 | %15 |
| 2011 | 640322,5 | %11 |
| 2012 | 849245,3 | %13 |
| 2013 | 376157 | %5 |

**المصدر:** دريسي أسماء، **تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004- 2013**، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، عدد 06، 2015، ص 150.

يتبين من خلال هذا الجدول أن ميزانية قطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى غاية 2013 بلغت ذروتها سنة 2010 حيث خصص له 15 % من الميزانية العامة للدولة، ثم تقهقرت مجددا بعد ذلك إذ لم تتجاوز 5 % من الميزانية العامة للدولة سنة 2013.

**جدول رقم13:** تطور الإنفاق العام على قطاع الصحة 2014-2017

| السنوات | الميزانية العامة للقطاع (دج) |
|---|---|
| 2014 | 365946753 |
| 2015 | 381972062 |

| | |
|---|---|
| 2016 | 379404269 |
| 2017 | 389073747 |

**المصدر**: من إعداد الطالبة بناء على قانون المالية للسنوات 2017،2016،2015،2014.

بمقارنة تطور ميزانية القطاع مع الانجازات المحققة والتي وقفنا عليها في فصل سابق نجد أن هناك تناسبا طرديا بين نمو ميزانية القطاع وتحسن مؤشرات الصحة العامة مما يعني أن مستوى الكفاءة يشهد تحسنا ولو كان طفيفا.

وفي الحقيقة إذا ما تمت مقارنة الميزانية المخصصة القطاع بالميزانية العامة للدولة سنلاحظ بأنها ضعيفة نسبيا أمام الاحتياجات الفعلية للقطاع، كما أنها لا تساهم في الارتقاء بالخدمات المقدمة لمستوى تطلعات المستفيدين منها وتظل بعيدة عن تحقيق الأهداف المسطرة في السياسة العامة للقطاع، ويرجع ذلك إلى سوء التسيير وانتشار الفساد على مستوى الهياكل الصحية العمومية.[1]

وفي ذات السياق، نجد بأن تقدير الموارد والنفقات في المؤسسات العمومية وكذلك العوائد الحقيقية منها عملية صعبة، فتكلفة الخدمات الصحية تقديرية والعائد صعب إخضاعه للقياس الكمي خاصة في ظل وجود تكاليف غير مباشرة كالإقامة والمصاريف الإدارية.[2]

وحينما نأتي على تقدير مستوى كفاءة الخدمات الصحية في القطاع الخاص نجدها أكثر كفاءة نسبيا من مثيلتها في القطاع العام حسب ما توصلت إليه الدراسة التطبيقية التي أجراها كلا من الدكتور محمد

[1]- أسماء دريسي، **مرجع سابق**، ص 150.

[2]- عميروش بوشلاغم وآخرون، **دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات العمومية الصحية بالجزائر**، مجلة دراسات اقتصادية، عدد 04، مجلد 1، 2017، ص 315.

الجموعي قريشي والحاج عرابة والتي تم نشرها في العدد 11 من مجلة الباحث سنة 2012.[1]

حيث اتخذ القطاع الصحي الخاص من المرونة في العمل والسرعة في اتخاذ القرارات سمة تميزه عن القطاع العام،[2] الشيء الذي جعل من الخدمات الصحية تتصف بالكفاءة العالية خاصة مع اعتماد القطاع الصحي الخاص على الأساليب الحديثة في الإدارة وعلى التكنولوجيا العالية والمعدات الطبية المتطورة مما يساعد على تقديم خدمات ذات نوعية جيدة دون أن تستغرق وقتا طويلا من أجل التنفيذ.[3]

وعلى عكس هذه النتيجة توصلت دراسة أخرى أجريت سنة 2005 أنه لا يوجد فرق شاسع في الكفاءة بين القطاع العام والقطاع الخاص، وأن ملكية المؤسسة أو المنظمة لا تؤثر على كفاءتها.

إن مؤشر الكفاءة يفسر أسباب عزوف القطاع الخاص عن تقديم الخدمات الصحية التي يكون العائدمنها قليلا والطلب عليها محدودا وفي هذه الحالة فإن الحاجة للقطاع العام تكون ملحة لتغطية هذا النوع من الخدمات كونه لا يأخذ بعين الاعتبار العوائد الاقتصادية. [4]

ويمكن أن نستدل بالجدول التالي لتحديد كفاءة كل من القطاع الصحي العام والخاص:

[1]- محمد الجموعي قريشي، الحاج عرابة، **مرجع سابق**، ص 20.

[2]-سميحة طري، **مرجع سابق**، ص 100.

[3]- عبد الرزاق مولاي لخضر، **العوامل المحددة لنمو القطاع الخاص بالدول النامية**، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، عدد 09، غرداية، 2010،ص 67.

[4] Diana Marieta Mihaiu and others, **op.cit**, p p 135_ 136.

**جدول رقم 14:** مقارنة كفاءة الخدمات في القطاعين العام والخاص

| معيار المقارنة | القطـاع الخـاص | القطـاع العـام |
|---|---|---|
| سرعة اتخاذ القرار | أكثر مرونة وسهولة لأن اتخاذ القرار يخضع لشخص واحد. | عملية اتخاذ القرار معقدة وتخضع لعدة مستويات وهي موجهة من طرف السياسيين لخدمة المصلحة العامة. |
| تمويل الخدمات | تمويل الخدمات المقدمة يتعلق بمقدار الموارد المحصلة. | تمويل الخدمات العامة عادة ما يكون ضعيفا وأقل مما هو مطلوب. |
| تدفق المعلومات | إتاحة المعلومات وتوفيرها لمتلقي الخدمة حول المنظمة وحول الخدمة في حد ذاتها | ضعف تدفق المعلومات |
| إدارة الموارد | يحصل الموارد ثم يقوم بتوزيعها | يقوم القطاع العام بتوزيع وإعادة توزيع الموارد |
| مدى اعتماد التكنولوجيا والأساليب الحديثة | يلجأ إلى اقتناء التقنية الحديثة كونها تدخل ضمن إستراتجية استقطاب المرضى وتسهيل الخدمة. | تأتي التكنولوجيا متأخرة إلى حد ما بسبب ضعف الإمكانيات المالية لاقتناءها وضمان صيانتها وغياب الكفاءات المؤهلة لاستخدامها. |
| الهدف من تقديم الخدمات | يهدف إلى تعظيم الأرباح وخفض النفقات ويحصل على الخدمة من يدفع | يهدف إلى تحقيق المصلحة العامة وإيصال الخدمات إلى الجميع |

**المصدر**: من إعداد الطالبة بناء على Diana Marieta Mihaiu and others, **Efficiency, Effectiveness and performance of the public sector**, Romanian journal of economic forecasting, n:4 , Institute of economic forecasting , 2010, p133.

وعلى الأرجح تعزى عدم كفاءة الخدمات الصحية إلى الأسباب التالية:[1]

- استخدام عمالة غير مؤهلة للعمل أو ذات تكلفة عالية

[1]- صندوق النقد الدولي، **المعركة من أجل الصحة العالمية**، مجلة التمويل والتنمية، عدد 51، ديسمبر2014، ص 31.

- ارتفاع أسعار الدواء والاستخدام المفرط وغير الملائم للأدوية
- فرط استخدام التقنيات العلاجية ذات التكلفة المرتفعة وانتشار الفساد المالي والإداري

ما يمكن قوله على العموم هو أن الكفاءة هي تعبير عن العلاقة بين النتائج المحققة والطريقة التي تحققت من خلالها تلك النتائج، فهي إذا هي تأدية الأعمال بطريقة صحيحة لبلوغ الأهداف المنشودة بأقل تكلفة، وكفاءة الخدمات الصحية في الجزائر حسب المعايير السابقة متوفرة في كلا القطاعين لكن بمستويات متفاوتة وهي تقدر في القطاع الخاص بالعائد الاقتصادي على المدى القصير بينما تقدر في القطاع العام بالعائد الاجتماعي على المدى المتوسط والبعيد.

**ثانيا: معالجة مستويات الفاعلية**

ورد تعريف الفاعلية على أنها قدرة المؤسسة على تحقيق الأهداف من خلال زيادة حجم المبيعات وتحقيق رضا العاملين داخل المؤسسة وتنمية الموارد البشرية ونمو الربحية.[1]

وهي أيضا معيار يعكس درجة تحقيق الأهداف المسطرة.

وتعرف كذلك أنها "القدرة على تحقيق النشاط المرتقب والوصول إلى النتائج المرتقبة".

أما Walker et Ruibert فقد قدما الفاعلية على أنها "قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها الإستراتجية من نمو المبيعات (سلع أو خدمات) وتعظيم حصتها في السوق ... إلخ".[2]

[1]- شوقي بورقبة، **التمييز بين الكفاءة والفعالية والفاعلية والأداء**، ورقة بحث، جامعة فرحات عباس سطيف، 2008 ، ص4.

[2]- الشيخ الداوي، **تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء**، مجلة الباحث عدد 07، ورقلة ، 2009-2010، ص 219.

نلاحظ أن كل هذه التعاريف تقدم الفاعلية من منطلق العلاقة بين الأهداف المسطرة والأهداف المحققة فمدى بلوغ المؤسسة لأهدافها هو معيارا يعكس مدى فاعليتها.

فالفاعلية إذا تعبر عن نتائج الأعمال التي قام بها الموظفون فنقول بأن ذلك موظف فاعل أي أنه يؤدي عمله على مستوى عال من المهنية ويبلغ الأهداف المرجوة دون مراعاة الوقت والتكلفة، والحكم على عمل ما بأنه فاعل فذلك يعني أنه أحدث التغيير المطلوب وحقق النتائج المسطرة. وتؤثر الفاعلية على جودة الخدمات وهي معيار أساسي لتقييم أداء المؤسسات[1]، وتزداد فاعلية المؤسسة كلما اقتربت النتائج المحققة من النتائج المتوقعة والعكس صحيح.[2]

وكتعريف إجرائي يمكن القول بأن الفاعلية تعبر عن تلك العلاقة القائمة بين النتائج المحققة والنتائج المسطرة مسبقا أو المتوقعة.

وفي هذا الإطار تسعى مؤسسات الرعاية الصحية العمومية في الجزائر لتحقيق الفاعلية في الأداء، لكنها تصطدم بعدم دقة الأهداف وضبابيتها، وهي تأخذ طابعا مؤسساتي محض،[3] إذ تحددها الإدارة المركزية وترسم مسارها نحو توفير خدمات صحية تتوافق مع حاجيات المواطنين ومتطلباتهم، وهذه الخدمات في الحقيقة بعيدة عن معايير الجودة المعتمدة والمتفق عليها.

[1] - Chris Miksen, **What is the difference between efficiency and effectiveness in business** http://smallbusiness.chron.com/difference-between-efficiency-effectiveness-business-26009.html, consulter le 05/12/2017 , 14 :16

[2] - الشيخ الداوي، **مرجع سابق**، ص 220.

[3] - عميروش بوشلاغم وآخرون، **مرجع سابق**، ص 314.

ومن جهة أخرى يفتقر كل من الإداريون والفرق الطبية العاملون بالمؤسسات العمومية إلى المهارة الكافية لتأدية المهام الموكلة إليهم، مما يؤدي إلى ضعف الأداء خاصة مع غياب الرقابة الفعلية على الأعمال والتي لا تزال تأخذ شكلا تقليديا في جل المؤسسات العمومية.[1] كل هذه العوامل تؤدي إلى نقص أو غياب نسبي لعنصر الفاعلية في المؤسسات والهياكل الصحية العمومية.

وإذا كانت الفاعلية تعتبر بعيدة عن المستوى المطلوب في المؤسسات الصحية العمومية، فإن ذلك ساهم بشكل أو بآخر في إيجاد قطاع صحي خاص وصف في العديد من الكتابات بأنه "فاعل" ذلك أنه يتمتع بقدرات أكبر ويميل إلى تحقيق المزيد من الأرباح ويحرص على البقاء ضمن المنافسة التي تفرضها آليات السوق، وقد استفاد القطاع الخاص من الركود في المؤسسات العمومية وعجزها عن تحقيق أهداف السياسة العامة الرامية إلى تحسين خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها على قدر من المساواة بين المواطنين، فملأ ذلك الحيز من الشغور الذي أفضى إليه غياب الفاعلية في القطاع الصحي العام.[2]

وفي الأخير ما يمكن قوله، هو أن الفرق بين الكفاءة والفاعلية يكمن في كون الكفاءة تتعلق بكيفية استغلال أقل قدر ممكن من الموارد لتحقيق أكبر قدر ممكن من المنافع ويراعى فيها عامل السرعة في الإنجاز، بينما تتعلق الفاعلية بمقدار النتائج المحققة من أصل النتائج المسطرة . والعلاقة بين الكفاءة والفاعلية هي علاقة تكاملية فلا توجد كفاءة من دون فاعلية، لأنه من المهم معرفة ما الذي خططنا إليه آنفا وما الذي حققنها وكيف حققناه وكم كلفنا ذلك خاصة إذا تعلق الأمر بحماية صحة الفرد وحياته.

[1]- **المرجع السابق**، ص ص 314- 315 .

[2]- سفيان بن عبد العزيز، **دعم وتطوير القطاع الخاص كآلية لترقية التجارة الخارجية خارج المحروقات**، مجلة بحوث اقتصادية عربية، مركز دراسات الوحدة العربية، عدد 61،62 شتاء، ربيع 2013، ص 162.

لكن ما نلاحظه هو أن طبيعة مخرجات النشاطات التي تمارس داخل المؤسسات الصحية تتسم بصعوبة تحديدها وتقييمها وبالتالي من غير الممكن مقارنتها مع تكلفة الخدمات في القطاعين العام والخاص وتظل تخضع للنسبية.

**المطلب الثالث: معالجة الطاقات البشرية والوسائل التقنية**

يتوقف السير الحسن للمؤسسات الصحية العامة والخاصة على ما تمتلكه من موارد بشرية ووسائل ومعدات تقنية، فأداء المؤسسة الجيد وسمعتها مرهونين بمهارة مستخدميها وما تتوفر عليه من تجهيزات ومعدات طبية حديثة.

**أولا : الطاقات البشرية**

يلعب المورد البشري دورا حاسما في جعل خدمات الرعاية الصحية تتسم بالكفاءة والفاعلية، يتوقف عليه السير الحسن لمختلف المصالح الطبية، لذلك كان لزاما على الدولة أن تولي سياسة التكوين في قطاع الصحة اهتماما بالغا.

إن سياسة التكوين تعتبر أحد أهم محاور السياسة الوطنية للصحة وهي قائمة على تعزيز التكوين الكمي والنوعي من منطلق العلاقة القائمة بين نوعية التكوين الذي يخضع إليه المستخدمون في شتى الأسلاك والتخصصات الطبية من جهة ونوعية الخدمات المقدمة من جهة أخرى.

تضطلع جميع المؤسسات التابعة للقطاع الصحي العام بتنفيذ السياسة الوطنية الصحية في شقها المتعلق بالتكوين، حيث سخرت الوزارة الوصية لهذا الغرض 24 معهد وطني عالي للتكوين الشبه الطبي، 03 معاهد وطنية عالية لتكوين القابلات،07 معاهد للتكوين شبه الطبي، بالإضافة إلى المدرسة الوطنية

للمناجمينت وإدارة الصحة والمعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي، ناهيك عن وجود 14 كلية طب تابعة لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

تتولى المؤسسات السابقة إعطاء تكوين نظري، بينما تجرى التربصات في 14 مركز استشفائي جامعي، 209 مؤسسة عمومية استشفائية، 76 مؤسسة استشفائية متخصصة بالإضافة إلى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.[1]

وفي إطار الجهود الوطنية المبذولة لتحسين الخدمات الصحية بغية إعادة الاعتبار للقطاع العام، أطلق سنة 2014 مشروع البطاقية الوطنية الخاصة بتعداد المستخدمين في القطاع على المستوى الوطني، وهذه البطاقية هي عبارة عن نظام معلومات يحتوي على بيانات المستخدمين في القطاع من جميع الولايات، تسمح هذه البطاقية بتحديد احتياجات القطاع من الموارد البشرية ومن خلالها يتم توجيه السياسة العامة الوطنية للتكوين في إطار عمل مشترك بين وزارة الصحة والمعهد الوطني للصحة العمومية.[2]

يلاحظ في القطاع الصحي العام أن المستخدمين يلجؤون إلى ترك مناصبهم بسبب تدهور ظروف العمل والأجور وبسبب مركزية التسيير وجمود مسارهم المهني، وهذا الوضع لا يمكن إلا أن يزداد سوء لأن الجهات الوصية غير قادرة على القيام بمراجعة جدية للقوانين التي تحكم مسارهم المهني.

[1]- حسينة.ل، **وزارة الصحة تعلن عن البرنامج التكويني 2014-2018**، جريدة المساء، عدد 5320، الصادرة بتاريخ 24 جويلية 2014، ص 5.

[2]- حسينة.ل، **من أجل ضمان خدمة صحية عادلة وتسيير عقلاني وناجع للمورد البشري**، جريدة المساء، عدد 5313، الصادرة بتاريخ 16جويلية 2014، ص3.

لقد آل الوضع لما هو عليه نتيجة سياسة تكثيف الموظفين في قطاع الصحة والتي انتهجت منذ 30 عاما في سياق أوضاع معينة كانت سائدة آنذاك ولم تنقح منذ ذلك الحين، كما أنها كانت تفتقر لإطار تنظيمي يحكم تسييرهم وتنظيم توزيعهم، جعلت هذه السياسة من قطاع الصحة ثالث أكبر قطاع خدماتي يوفر مناصب شغل في القطاع العام ككل.[1]

أما بالنسبة للطاقات البشرية في القطاع الخاص فإن هذا الأخير رخص له بموجب القرار المؤرخ في 2006/04/29 المتمم للقرار المؤرخ في 08/10/ 1999 الذي يحدد مقاييس مقرات مؤسسات التكوين شبه الطبي الخاصة وتجهيزها بتكوين الأعوان شبه الطبيين في اختصاص مقومو الأعضاء الاصطناعية، المدلكون الطبيون، المداوون بالعمل،[2] وعدد المدارس الخاصة المرخص بها ضئيل نسبيا ولا يغطي حاجيات القطاع مما جعل المستثمرين الخواص في مجال الصحة يلجؤون إلى أسلوب الحوافز المالية للموارد البشرية ومع ضعف الأجور في القطاع العام فإن ذلك يعتبر السبب الرئيسي وراء استقطابه للكفاءات البشرية العاملة بقطاع الصحة.[3]

وبالنسبة إلى الأعوان شبه طبيين المكونين في القطاع العام يعانون حظرا مفروضا من العمل في القطاع الخاص، فنجد أن هؤلاء الذي يمارسون مهامهم في القطاع الخاص إما يشغلون مناصب بصفتهم

[1] - Mourad Baghrich**, ibid** , p 27.

[2] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قرار المؤرخ في 2006/04/29 المتمم للقرار المؤرخ في 08/10/ 1999 الذي يحدد مقاييس مقرات مؤسسات التكوين شبه الطبي الخاصة وتجهيزها**، الجريدة الرسمية، عدد 41، الصادرة بتاريخ 2006/06/21، ص 22.

[3] - Ahcène Zéhnaté**, la mobilité des professionnels de santé sur le marché de soin, Colloque international mobilités internationales**, déséquilibres et développement : vers un développement durable et une mondialisation décartonnée ?, Université d'Orléans, Juin 2012.

متعاقدين وإما يكونون من بين خريجي المدارس الخاصة أو يتم توظيفهم ثم تكوينهم بعد توظيفهم وعددهم محدود نسبيا.[1]

**1_ مقارنة تطور عدد الأطباء العامون** les généralistes

**جدول رقم15:** مقارنة تطور عدد الأطباء العامون في القطاعين العام والخاص

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قطاع عام | 11569 | 11861 | 12122 | 12338 | 12766 | 14351 | 16648 |
| قطاع خاص | 5915 | 6185 | 5596 | 6376 | 6976 | 6831 | 7924 |

**المصدر:** أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية،** أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر،2009، ص 194.

يبين الجدول أن عدد الأطباء العامون تزايد في القطاع العام بشكل مستمر منذ 2001 نتيجة سياسة التكوين المتبعة، بينما عرف تدبدبا في القطاع الخاص من 2001 إلى غالية 2003 ثم تزايد بوتيرة ضعيفة مابين 2003 حتى 2007، ورغم ذلك فإن العدد الإجمالي للأطباء العامون في القطاع العام يساوي تقريبا ضعف عددهم في القطاع الخاص.

[1] -Ahcène Zehnati, Christine Peyron**, les clinique privées en Algérie ; logique d'émergence et stratégies de développement**, monde en développement, n°170 p 127.

**2- مقارنة تطور عدد الأخصائيون**

**جدول رقم 16:** مقارنة تطور عدد الأطباء المختصين في القطاعين العام والخاص

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قطاع عام | 4291 | 4498 | 4641 | 4781 | 6327 | 8830 | 9061 |
| قطاع خاص | 4816 | 5216 | 4700 | 5606 | 5043 | 6640 | 7224 |

**المصدر:** أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية،** أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر،2009، ص 195.

يتضح من خلال الجدول أن عدد الأطباء المختصون تزايد بشكل مستمر من 2001 إلى غاية 2007 في كلا القطاعين لكنه تعثر في الفترة الممتدة من 2002 حتى 2005 في القطاع الخاص وعاد للنمو من جديد بداية من 2005. والشيء الملفت للانتباه أن عدد المختصين في القطاعين طول الفترة (2001-2007) متقارب بشكل كبير.

**3- مقارنة تطور عدد أطباء الأسنان**

**جدول رقم17:** مقارنة تطور عدد أطباء الأسنان في القطاعين العام والخاص

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قطاع عام | 4833 | 6429 | 4625 | 4648 | 4908 | 4996 | 4908 |
| قطاع خاص | 3580 | 3747 | 3755 | 3987 | 4048 | 4122 | 4049 |

**المصدر:** أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية،** أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر،2009، ص 196.

بالنسبة لعدد أطباء الأسنان فقد عرف تدبدبا على مدار سبع سنوات متتالية بداية من سنة 2001، حيث ينمو تارة ويتراجع تارة أخرى في القطاع العام، وفي مقابل ذلك نجد أن عدد أطباء الأسنان الخواص ظل يتزايد بشكل مستمر إلى غاية 2007 أين سجل تراجعا طفيفا.

والملاحظ أنه في سنة 2002 كان عدد أطباء الأسنان في القطاع العام يساوي قرابة ضعف عددهم في القطاع الخاص، إلا أنه مع حلول سنة 2003 أصبح العدد متقاربا بشكل كبير واستمر على ذلك النحو.

**4- مقارنة تطور عدد الصيادلة**

**جدول رقم18:** مقارنة تطور عدد الصيادلة في القطاعين العام والخاص

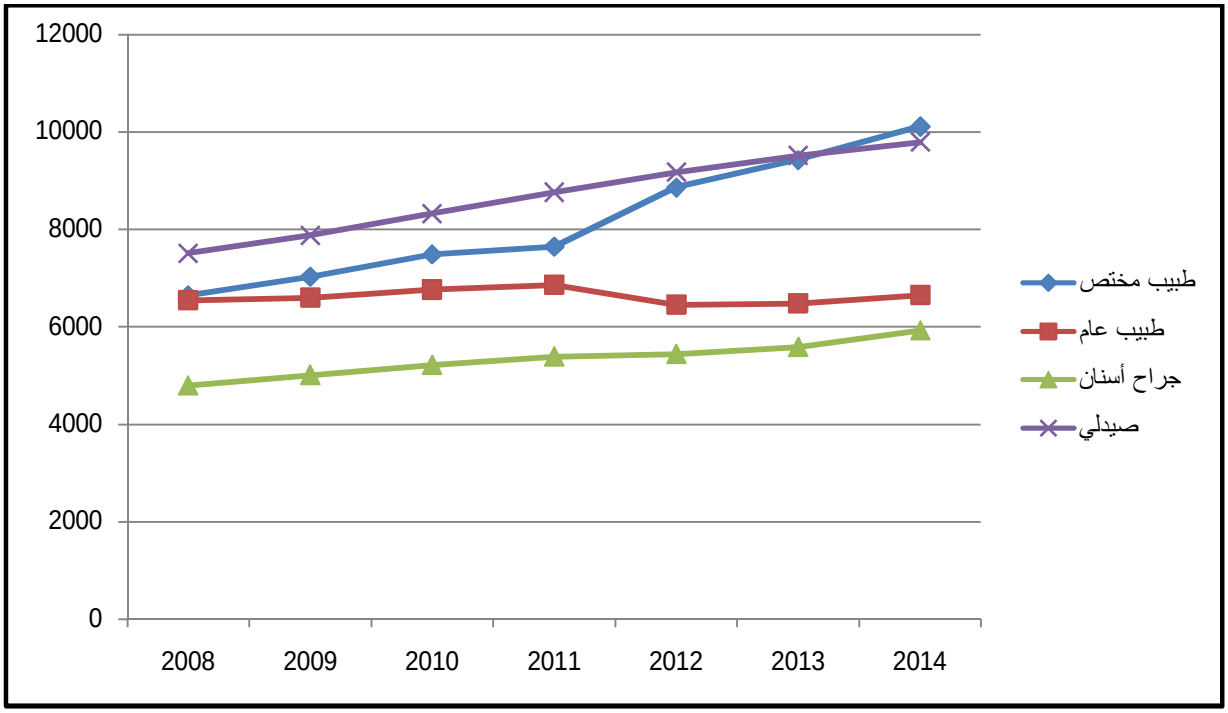
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قطاع عام | 185 | 177 | 178 | 198 | 192 | 194 | 233 |
| قطاع خاص | 4778 | 4995 | 5502 | 5860 | 5849 | 6285 | 7459 |

**المصدر:** أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية،** أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر،2009، ص 196.

أول ما يلاحظ على هذه البيانات أن القطاع الخاص يهيمن بشكل ظاهر على تقديم الخدمات الصحية المتعلقة بالصيدلة، فعدد الصيادلة الخواص أضعاف الصيادلة الذين ينتمون إلى القطاع العام والذين سجل عددهم نموا لكن غير محسوس مقارنة بنمو عدد الخواص في الفترة نفسها.

ويمكن أن نوضح أكثر نمو عدد الكوادر الطبية العاملة بالقطاع الخاص من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم: 09** منحنى بياني يوضح تطور عدد الكوادر الطبية العاملة بالقطاع الخاص بين سنتي 2008 و2014




**المصدر**: من إعداد الطالبة بناء على التقارير السنوية الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

يظهر من خلال الرسم البياني أن عدد الإطارات الطبية العاملة بالقطاع الخاص - بجميع أصنافها - شهدت وتيرة نمو سريعة وثابتة تقريبا بين سنتي 2008 و2011، أي بعد صدور المرسوم المتعلق بتنظيم فتح المؤسسات الإستشفائية الخاصة بسنة واحدة.

بعد 2011 استمر عدد الصيادلة وأطباء الأسنان الخواص بالنمو بنفس الوتيرة السابقة، بينما تراجع نمو الأطباء العامون، في مقابل زيادة سريعة ومحسوسة في عدد الأطباء المختصين والتي ارتفعت من حوالي 700 طبيب سنة 2011 إلى أزيد من 1000 طبيب في سنة 2014، أي بمعدل 100 طبيب سنويا.

تفسر هذه الزيادة المعتبرة بارتفاع الطلبات على خدمات القطاع الخاص وتبرز مدى قدرة المؤسسات الصحية الخاصة على استقطاب الكفاءات الطبية في فترة وجيزة.

**ثانيا: الوسائل التقنية**

يمتلك القطاع الخاص حصة معتبرة من الوسائل التقنية حسب المعطيات الوزارية، ففي سنة 2003 كان يمتلك 89 % من أجهزة السكانير و 45 % من أجهزة الفحص بالموجات فوق الصوتية و17% من معدات التصوير بالأشعة وفي سنة 2010 كان يملك 25 % من طاولات الجراحة.

أما بالنسبة للقطاع العام وبالرغم من الإنجازات التي حققها خلال العشرية الأخيرة إلا أن النقائص المسجلة في الجانب المتعلق بالتجهيز تظل تفرض تواجدها، فمشاكل الأعطاب المتكررة لأجهزة التصوير الطبي بشتى أشكالها، نقص العتاد الطبي، غياب الكفاءات التي بإمكانها استعمال العتاد الطبي الحديث وصيانته، التغيب المتكرر للأطباء عن مناصبهم وتقاعسهم عن العمل لتزال تفتك بالمرضى في المستشفيات العامة، وفي هذه الحالة يجد المريض نفسه أمام خيارين إما الاستسلام لواقع المستشفيات فتتفاقم حالته وإما يتجه إلى القطاع الخاص ويتحمل عبء التكلفة العالية للخدمات.[1]

والجدير بالذكر أن مهام تجهيز الهياكل الصحية العمومية بالعتاد الطبي والأدوية كانت تتم بترخيص من وزارة القطاع، غير أن ما يؤخذ على هذه العملية أنها لا تتبع بمراقبة لنوعية العتاد ولا تبحث في مدى

[1]-أخبار اليوم، **المستشفيات الجزائرية من السيئ إلى الأسوأ**، متاح في:
https://www.djazairess.com/akhbarelyoum/121668 تم التصفح بتاريخ 2017/12/06 على الساعة 21:53

مطابقته للمعايير المعمول بها،[1] على الرغم من وجود **الوكالة الوطنية لتطوير التقويم والاعتماد في الصحة** ( ANDEAS ) والتي من المفترض أن تتولى تحديد معايير الجودة ومراقبتها،[2] وقد أفضت هذه الثغرة إلى فتح المجال أمام المضاربين لتزويد القطاع العام بعتاد مغشوش ولا يرقى للمعايير المعمول بها. وفي هذا السياق يطرح مشكل غياب مدونة وطنية للتجهيزات الطبية.[3]

إن المعدات الطبية والجراحية الثقيلة غير كافية وتستخدم بشكل سيئ وهذا النوع من التجهيزات جد مكلفة ويجب أن توزع وفق خريطة صحية محكمة التنظيم.[4]

إن هذا الوضع المزمن الذي يعانيه المريض في المؤسسات الصحية العامة، جعل السلطات العمومية تبحث عن آلية لتحقيق تنمية صحية، ولهذا الغرض تم إنشاء **الوكالة الوطنية لتسيير الانجازات وتجهيز مؤسسات الصحة** بموجب المرسوم التنفيذي 13-220 بتاريخ 2013/06/18، وهي مؤسسة عمومية مستقلة لها طابع صناعي وتجاري خاضعة لوصاية وزير الصحة،[5] تضطلع بعدة مهام من بينها:[6]

- انجاز مشاريع الاستثمار في مجال الصحة ومتابعة تنفيذها
- تقديم الدعم التقني لإعادة بعث وتأهيل المنشآت الصحية
- إعداد ملفات تتضمن استشارات المؤسسات المكلفة بالدراسات

[1]- مريم زان، **مرجع سابق**، ص 216.

[2]- عميروش بوشلاغم وآخرون، **مرجع سابق**، ص 322.

[3]- مريم زان، **مرجع سابق**، ص 216.

[4] - Mourad Baghriche, **op .cit**, p 26 .

[5]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 13-220 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية لتسيير الانجازات وتجهيز مؤسسات الصحة**، الجريدة الرسمية، عدد 33، الصادرة بتاريخ 2013/06/26، ص 5.

[6]- **المرجع نفسه**، الصفحة نفسها.

- إعداد دفاتر الأعباء والإعلان عن المناقصات
- التنسيق بين المؤسسات والهيئات القائمة على الانجاز
- تجهيز المؤسسات الصحية على أساس مخططات يصادق عليها وزير القطاع وضمان صيانتها
- تكوين المستخدمين الذين يشرفون على استعمال هذه التجهيزات

وبالرغم من كون أن هذه الوكالة من شأنها أن تخفف العبء على الوزارة الوصية إلا أن وجودها لم يستمر أكثر من ثلاث سنوات، وهي غير كافية حتى لتقييم أدائها ليتم حلها بموجب المرسوم التنفيذي 16-114 المؤرخ في 2016/03/26 وتم ذلك من دون توضيح أو ذكر للأسباب لتسترجع الوزارة الوصية هذه الصلاحيات.[1]

إن مثل هذا الإجراء ينم عن عدم وضوح سياسة التجهيز في القطاع الصحي العام والتي يعوقها ضعف الموارد المالية من جهة ونقص الكفاءات المؤهلة والتي تملك الخبرة اللازمة لاستخدام التقنية الحديثة من جهة أخرى.

وأمام هذا الوضع، تمكن القطاع الخاص من التفوق إلى حد ما على القطاع العام في مجال امتلاك واستعمال التجهيزات الطبية الحديثة في التشخيص والعلاج، مما مكنه من الانفراد بتقديم بعض الخدمات في هذا المجال بمبالغ لا يمكن للمواطن البسيط سدها.

[1]- - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 16-114 المتعلق بحل الوكالة الوطنية لتسير الانجازات وتجهيز مؤسسات الصحة**، الجريدة الرسمية، عدد 20، الصادرة بتاريخ 2016/03/26، ص 5.

## المبحث الثالث: آفاق تطوير الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

إن التطورات المتسارعة والتحولات الكبرى التي يشهدها المجتمع الجزائري منذ 2001 على الصعيد الوطني والدولي، ولدت الحاجة لإعادة صياغة مشروع قانون جديد يحكم المنظومة الوطنية للصحة، ويتماشى مع التطورات الحاصلة، فقد مكنت تكنولوجيا الإعلام والاتصال أفراد المجتمع من الاطلاع على التطورات والمستجدات العالمية في شتى الميادين حتى في مجال الصحة، فأصبح يتابع عن كثب آخر الابتكارات والاختراعات والتطورات الحاصلة في مجال الطب، فيتأثر بما يراه ويسمعه عن مستوى الخدمات الصحية وتتغير تبعا لذلك معايير الجودة في نظره ويرقى مستوى توقعاته وتطلعاته اتجاه الخدمات الصحية ثم يتطلع لإيجادها في المؤسسات والهياكل الصحية التي يقصدها طلبا للعلاج، الشيء الذي يضع المنظومة الوطنية للصحة بما فيها القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص أما رهان كسب ثقة الجماهير.

لهذا الغرض حاول الوزراء الثمانية* الذين تداولوا على كرسي وزارة الصحة عبر مختلف الحكومات المتعاقبة بين سنتي 2001 و2017 لتفعيل الإصلاحات المقترحة لمعالجة الاختلالات التي تعاني منها

المنظومة الصحية، معتمدين على سلطتهم ونفوذهم السياسي** خاصة عبد المالك بوضياف ( وزير القطاع 2013-2017) إلا أن الجهات المقاومة للتغيير[1] والممثلة ببعض نقابات القطاع (نقابة الصيادلة،

* عبد الحميد أبركان (ماي2001-أكتوبر2003)، مراد رجيمي (أكتوبر2003-ماي2005)، عمار تو (ماي 2005-جوان2008)، السعيد بركات (جوان2008-جوان 2009)، جمال ولد عباس (جوان 2009-سبتمبر2012)، عبد العزيز زياري (سبتمبر2012-سبتمبر2013)، عبد المالك بوضياف (سبتمبر2013-ماي2017)، مختار حزبلاوي (ماي 2017- مارس 2019)، محمد ميراوي ( مارس 2019، حتى اليوم).

نقابة ممارسي الصحة العمومية، عمادة الأطباء الجزائريين، تنسيقية الأطباء المقيمين الجزائريين )[1] والأحزاب المعارضة ( حزب العمال، التجمع من أجل الثقافة والديمقراطية، حركة مجتمع السلم، التحالف من أجل العدالة والبناء، جبهة القوى الاشتراكية)[2] بالإضافة إلى جماعات المصالح من داخل السلطة، كانت أقوى فلم ينجح أي منهم في تمرير مشروع القانون إلى قبة البرلمان للمصادقة عليه وظل مجرد حبر على ورق لعدة سنوات.

وعليه سنطرق خلال هذا المبحث إلى مقارنة المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي العام والخاص وسنعرض الحلول المتاحة والممكنة للنهوض بكلا القطاعين، ثم نتناول آفاق الخدمات في القطاع الصحي العام والخاص على ضوء مشروع قانون الصحة الجديد.

** نقصد بالسلطة هنا ممارسة القوة الشرعية التي عرفها ماكس فيبر على أنها إمكانية أن يكون فاعل ما داخل شبكة العلاقات في وضع يسمح له بتحقيق رغباته بغض النظر عن المقاومة المحتملة ومقدار القوة التي يملكها الفرد أو الجماعة هي الحاسم في القرار السياسي. وحسب كارل ماركس فإن النخبة السياسية تمتلك أدوات القوة السياسية التي تمكنها من التأثير في عملية صنع القرار السياسي. أما النفوذ السياسي فنقصد به استغلال منصب سياسي وتوظيف المهارات السياسية للحصول على نفوذ أكبر داخل النظام السياسي لأجل تحقيق مصالح معينة على حد تعبير روبارت دال.

[1]-جازية عبشي، **بوضياف يفك ألغام التلاعب بصحة المواطنين**، المشوار السياسي، عدد 919، الصادرة بتاريخ 2013/10/25، ص 3.

[1]- آمال ياحي، **مواقف متباينة لنقابات القطاع بعد المصادقة على قانون الصحة**، البلاد الوطني، 2018/05/01، متاح في: http://www.elbilad.net/article/detail?id=82945 تم التصفح بتاريخ 2019/01/18 على الساعة 19:00.

[2]- لؤي.ي، **تمرير قانون الصحة رغم امتناع ومقاطعة المعارضة**، التحرير الجزائرية، 2018/05/10، متاح في: http://www.altahrironline.com/ara/articles/308087 تم التصفح بتاريخ 2019/01/18، على الساعة 19:20.

**المطلب الأول: معوقات تقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص**

**أولا: معوقات تقديم الخدمات الصحية في القطاع العام**

خلال تقديم الخدمات الصحية، يصطدم المرضى وكذا الموظفون بالقطاع العام بالعديد من العراقيل التي تعيق عمل الموظفين وتحول دون استفادة المرضى من خدمات مرضية، تتمثل أهم هذه العراقيل في:

- مركزية التسيير مما أدى إلى اختلال في توزيع الخدمات وعدم استجابتها لحاجيات السكان الفعلية وعدم مراعاتها للخصوصية الجغرافية للمناطق وخصائصها الوبائية.
- تداخل في أدوار الهياكل الصحية حيث يتم تجاوز مبدأ هرمية العلاج واختراقه من طرف المواطنين مما يخلق ضغطا في الهياكل الاستشفائية خاصة عل مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية، الشيء الذي يخلق عبء إضافيا على مثل هذه المصالح ويخلق مشاكل في التسيير والمالية.[1]
- التبعية المطلقة للسلطة السياسية حيث يخضع القطاع الصحي العام خضوعا مطلقا إلى الوزارة الوصية مما يعزز من البيروقراطية في القطاع ويؤدي إلى بطء في عملية اتخاذ القرار.
- عجز مؤسسات القطاع الصحي العام عن إيجاد مصادر متنوعة للتمويل عدا الميزانية السنوية المقدمة من طرف الدولة.
- أهداف القطاع الصحي العام أهداف مؤسسية محضة موجهة بالدرجة الأولى إلى تلبية طلبات واحتياجات لا تذر أرباحا ناهيك عن عدم الالتزام بمعايير الجودة في تقديم الخدمات.[1]

[1]- مريم زان، **مرجع سابق**،ص ص 206،207.

[1]عميروش بوشلاغم وآخرون، **دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات العمومية الجزائرية**، مجلة دراسات اقتصادية، عدد 04، المجلد 1، جامعة قسنطينة 2، جوان 2017، ص ص 313 - 314.

- خصوصية الهيكل التنظيمي والإداري في المؤسسات العمومية والذي جعلها تعاني من صراع حول من لديه الأحقية بإدارة المؤسسات ويترأس هرم السلطة الإدارية، فالجهاز الطبي لا يملك خبرة إدارية لكنه متمكن في مجال اختصاصه بينما يعجز الجهاز الإداري عن ممارسة الوظيفة الرقابية نظرا لعدم إلمامه بمجال الطب.

- محدودية الحوافز حيث تخضع الهياكل الصحية العمومية إلى أساليب تقليدية في الإدارة والتسيير وتندرج ضمن نظام الوظيف العمومي مما يجعل الأداء ضعيفا بسبب نقص الحوافز في نظام الوظيف العمومي.

- ضعف نظم المعلومات وصعوبة تقدير التكاليف وحجم الخدمات.

- بيروقراطية التسيير وما يترتب عنها من جمود ونمطية وغياب المرونة الشيء الذي يؤثر مباشرة على أداء الطاقم الطبي.[1]

- نقص الكفاءات الطبية كما ونوعا بالإضافة إلى سوء توزيعها كما نجد بعض التخصصات ندرة حقيقية في المورد البشري بسبب ضعف التنسيق مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ويتمركز هذا العدد المحدود من الأخصائيين في الولايات الكبرى، ناهيك عن مشكل هجرة أدمغة القطاع إما نحو القطاع الخاص أو نحو الخارج، وقد تفاقم هذا المشكل بعد تعديل قرار النشاط التكميلي بتاريخ 31 أكتوبر 2010 والذي تضمن توسيع فئة المستخدمين الذين بإمكانهم مزاولة نشاطا تكميليا في المؤسسات الصحية الخاصة خلال نهاية الأسبوع لتشمل أيضا رؤساء المصالح والوحدات الصحية. وقد ترتب عن هذا القرار

[1]- **المرجع السابق**، ص ص315، 316،318.

جملة من الممارسات السلبية كتحويل المرضى من القطاع العام إلى القطاع الخاص، واستغلال الموارد المادية المتوفرة في القطاع العام على غرار الأدوية والتجهيزات الحديثة والمتطورة لخدمة القطاع الخاص في ظل غياب الرقابة وتواطؤ مسؤولين في القطاع العام.[1]

- صعوبة متابعة مسار علاج المريض في ظل النظام المعمول به المتسم بغياب نظام معلومات موحد وشبكة داخلية للقطاع وعدم الجواز بانتقال الأطباء والممرضين من مصلحة إلى أخرى أي غياب مرونة في العمل تسمح بالسرعة في التدخل مما يؤدي إلى حدوث مضاعفات للمريض.

- مشكل المواعيد الطبية: فالمريض في القطاع العام يضطر للانتظار إلى فترات طويلة تقدر بالأشهر من أجل الحصول على موعد لإجراء فحوصات أو تدخلات جراحية ويرجع ذلك إلى الاكتظاظ وعدم تفعيل كافة الطاقات، إذ يقتصر إجراء الفحوصات بأغلبية المستشفيات في الفترة الصباحية فقط، وبذلك فقد يفقد الشخص حياته قبل بلوغه الموعد، أو يضطر إلى التوجه نحو القطاع الخاص وفي كلتا الحالتين سيضطر إلى التضحية إما بحياته وهو يترقب دوره في صفوف الانتظار أو بماله وهو يتجه لتلقى العلاج في القطاع الخاص .[2]

- مشكل النظافة، فالوضع العام الذي آلت إليه جل المؤسسات والهياكل الصحية العمومية فيما يتعلق بمدى احترام معايير النظافة والوقاية ينذر بالخطر حيث يعد سببا رئيسيا للعدوى وتفشي الأمراض المتنقلة من الوسط الاستشفائي بسبب إهمال شروط حفظ الصحة والنظافة، وقد قدرت نسبة الأمراض المتنقلة من الوسط الاستشفائي بـ 15%.

---

[1]- مريم زان، **مرجع سابق**، ص ص 207،212.

[2]- زهيرة مجراب وآخرون، **المواعيد الطبية .... تأجيل حتى الموت**، متاح في:
https://www.echoroukonline.com/ara/?news=243934 تم التصفح بتاريخ 2017/12/28، على الساعة 14:58.

- نقص التجهيزات والمعدات الطبية وعدم الالتزام بالصيانة الدورية لها، إضافة إلى ندرة الأدوية بشكل مستمر ونقص الموارد المادية والمالية وسوء تخصيصها وتسييرها بسبب الفساد المالي والإداري اللذان تسببا في نزيف مالي قدر بـ20 % من الميزانية الموجهة للقطاع الصحة.

- تقاعس الطاقم الطبي عن العمل وغياب الرضى الوظيفي بسبب تدني الأجور وظروف العمل وعدم الالتزام أحيانا بأخلاقيات مهنة الطب وسوء معاملة المرضى.

- نقص الخدمات في المؤسسات العامة ابتداء من الساعة 12 ظهرا بسبب تطبيق النصوص التنظيمية المتعلقة بالنشاط التكميلي الذي يرخص للأطباء الأخصائيين العموميين الممارسة الجزئية بالقطاع الخاص.[1]

**ثانيا: معوقات تقديم الخدمات الصحية في القطاع الخاص**

إن كان القطاع الخاص قد شغل حيزا كبيرا في المنظومة الصحية، ونجح إلى حد كبير في تخفيف العبء على القطاع العام، إلا أن هناك أوجه قصور ذات طبيعة قانونية ومؤسساتية على وجه الخصوص تعرقل مسار تقديم الخدمات الصحية تستدعي الوقوف عندها، نذكر منها:

- اختراق القوانين والمعايير المعمول بها بسبب الثغرات القانونية وضعف الرقابة وعدم تشدد لجنة المطابقة التي يخول لها منح الموافقة على تصاميم الهياكل الصحية الخاصة، وبالرغم من اعتبار توفر دفتر الشروط شرطا أساسيا لفتح المؤسسات الاستشفائية الخاصة إلا أن ذلك لم يكبح تلك التجاوزات المتعلقة بمعايير البناء والتصميم، ناهيك عن افتقار عدد كبير من الهياكل الخاصة للعتاد الطبي

[1]- عميروش بوشلاغم، منصف شرفي، **واقع وآفاق المنظومة الصحية في الجزائر**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4، عدد 3، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة2، ديسمبر 2017، ص 12.

الضروري بسبب تكلفته الباهظة، كل تلك العوامل تجعل الممارسات الطبية الخاصة تتم في أجواء غير نظامية ولا قانونية.

- تمركز العيادات والمستشفيات الخاصة في المناطق ذات الكثافة السكانية العالية وهو ما يحرم فئة واسعة من السكان من الوصول إليها ويخلق خللا على مستوى توزيع الخدمات الصحية، حيث ينتشر أغلبها في المناطق الشمالية والولايات الكبرى على حساب بقية الولايات الأخرى.[1]

- ضعف مشاركة القطاع الخاص في التكفل بالمشاكل الصحية، إذ لا يوفر الخدمات الصحية في جميع التخصصات الطبية بل ينحصر نشاطه في تلك التخصصات التي تذر عليه بعائد أكبر كالجراحة والتوليد ويعزف عن الاستثمار في تخصصات أخرى غير مطلوبة بكثرة، كما أنه يظل بعيدا عن حملات التوعية والتحسيس والوقاية .[2]

- غياب نظام موحد يحدد تسعيرة الخدمات الصحية في القطاع الخاص والتي تختلف من مؤسسة إلى أخرى في ظل غياب الضوابط والرقابة على ملفات الحسابات ومعاينتها.[3]

- الدور السلبي الذي أدته لوبيات القطاع سواء تلك التي تدخلت للتأثير على السياسة الدوائية وعملت على احتكار سوق الأدوية والمعدات الطبية مما أدى إلى ارتفاع تكلفة الاستيراد، وذلك لما وقفت ضد قرار الإنتاج المحلي، أو تلك التي تضم أصحاب العيادات الخاصة والتي كان لها أثر هام في صنع السياسة الصحية وهو إفشال مشروع النظام التعاقدي والذي كان من شأنه أن يساهم في ترشيد نفقات

[1]- **مريم زان، مرجع سابق**، ص ص217، 218.

[2]- أشواق قاسمي الحسني، **مرجع سابق**، ص 187.

[3]- مريم زان ، **مرجع سابق**، ص 218 .

القطاع العام.[1]

- انتشار ظاهرة ازدواجية الممارسة الطبية حيث أصبح المستخدمون في قطاع الصحة ينشطون في القطاع العام وبالموازاة مع ذلك يعملون في مؤسسات خاصة، وهو ما فسح المجال أمام انتشار أشكال عدة من الفساد والتجاوزات وانتهاكات لحقوق المرضى إذ يتم استغلال عتاد المستشفيات العمومية لتقديم خدمات في القطاع الخاص كما يتم استغلال المرضى عن طريق تحويلهم من القطاع العام إلى المعالجة في القطاع الخاص وإن لم تكن حالته تستدعي مثل هذا الإجراء.[2]

- أحيانا قد لا يخشى القطاع الخاص المخاطرة بحياة المريض كالقيام بعمليات جراحية معقدة، وفي حالة مواجهة خطر ما يحال المريض إلى القطاع العام وتتنصل المؤسسة الخاصة من مسؤولياتها.

- سيادة مبدأ التحصيل المادي على الجانب الأخلاقي الإنساني والجودة، حيث نجد أغلب المستثمرين إما أطباء تشغلهم فكرة القيام بمشاريع أخرى وتوسيع استثماراتهم، وإما رجال أعمال وجدوا أن الاستثمار في مجال الخدمات الصحية مجالا خصبا يذر عليهم بالربح الوفير والسريع، فيعينون مديرا للمؤسسة الصحية التي ينشئونها بما يمكنهم من الضغط عليه وهو بدوره يضغط على العاملين بها.[3]

يظهر إذا أن معوقات تقديم الخدمات الصحية في القطاع العام هي بالدرجة الأولى تتعلق بنقص الموارد المالية وبيروقراطية التسيير ومنهما تتمخض عدة مشكلات أخرى كنقص الأجهزة والعتاد الطبي وضعف الكفاءة والفاعلية في الأداء وتردي نوعية الخدمات المقدمة وهجرة الكفاءات.

[1]- محمد العيد حسيني، **مرجع سابق**، ص 136.

[2]- مريم زان، **مرجع سابق**، ص 221.

[3]- عبد الله الحريري، **كيف الصحة**، منشورات الضفاف،بيروت ، 2013، ص 46.

أما في القطاع الخاص فإن المعوقات التي تطرح في مجال تقديم الخدمات الصحية هي في غالب الأحيان ذات طبيعة تنظيمية وقانونية ونادرا ما يطرح مشكل نقص الموارد المالية.

**المطلب الثاني: آليات تجاوز معوقات تقديم الخدمات على مستوى القطاعين العام والخاص**

أمام الاختلالات التي أتينا على ذكرها، وضعت الحكومة برنامجا ثريا لآفاق تطوير السياسة الصحية في سبتمبر 2017، تضمنه مخطط عمل الحكومة الموقع في نفس التاريخ، حيث ثمن أعضاء الحكومة انجازات القطاع المجسدة منذ سنة 2000 والمتعلقة بالتطور الملموس في عدد المؤطرين الطبيين وشبه الطبيين والبنى التحتية (انجاز 101 مستشفى جديد و125 عيادة متعددة الخدمات)، إلا أنهم أكدوا بأنها تظل غير كافية مقارنة باحتياجات المواطنين الذين تضاعف عددهم خلال العشرية الأخيرة، ولذلك تم التأكيد في إطار المخطط على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار التحولات المرتبطة بالتحول الديمغرافي والوبائي ونمط المعيشة ومعدلات الحياة ضمن الآفاق المسطرة للقطاع على المدى القصير والمتوسط.[1]

ولعل آفاق تحسين الخدمات الصحية تتوقف على:

- تفعيل النظام التعاقدي: تكمن أهمية النظام التعاقدي في كونه يلعب دورا في إرساء الشفافية على العمل الإداري والتسيير المالي، يقوم على مبدأ تكريس الرقابة على الإدارة من طرف السلطة المركزية ويعتبر نظاما فعالا في تحقيق الأهداف المرجوة ويخلق انسجاما منطقيا بين الموارد المستخدمة والنتائج المحققة.[2] ويتطلب تفعيل هذا النظام وجود إرادة سياسية حقيقية تدعمه وتوفر البيئة الملائمة لتجسيده على أرض الواقع بداية بفصل هيئات التمويل عن هيئات تقديم الخدمات وتوفير آليات رقابة كفيلة ومؤهلة

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، **مخطط برنامج عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية،** مصالح الوزير الأول، سبتمبر 2017 ، ص 36.

[2]- عميروش بوشلاغم، **مرجع سابق،** ص ص 319-322.

لمتابعة مسار تطبيق هذا النهج وتقييمه بشكل دوري فهو أسلوب تمويل فعال للمنظومة الصحية إذا ما توفر المناخ الذي يساعد على تطبيقه بشكل صحيح.[1]

- تمكين الموارد البشرية العاملة في القطاع العام وذلك من خلال وضع إستراتيجية لتدريب وتكوين الكفاءات بشكل دوري ومستمر وتحيين القوانين التي تنظم العمل في قطاع الصحة العام والخاص مع اعتماد نظام حوافز يشجع على الأداء الجيد والتفاني في العمل من أجل زيادة المردودية مع الحرص على تقويم العلاقة طبيب/مريض بشكل دائم.

- إعادة بعث وتأهيل الهياكل الصحية العمومية من خلال اعتماد معايير جديدة في إنشاء المستشفيات وعصرنة التجهيزات بما يتوافق مع حاجيات السكان الفعلية وتبني مدارس جديدة في الادارة كالإدارة الالكترونية. [2]

- وضع آليات لمراقبة الجودة وتقويم الأداء من أجل تحقيق قدر أكبر من الرضا لدى المريض والطاقم الطبي على حد سواء.[3]

- حوكمة المؤسسات الصحية: تكمن أهمية الحوكمة الصحية، في إعطاء قدر أكبر من الاستقلالية في التسيير ضمن شبكة علاج تتيح تبادل الخبرات الطبية والمعلومات المتعلقة بالتقنيات الحديثة والتكنولوجيا الطبية مما يسمح بالتخلص من بقايا التسيير البيروقراطي وآثاره السلبية على تحقيق أهداف الرعاية الصحية، وهو ما أكد عليه أعضاء الحكومة من خلال التزامهم بالعمل على توفير الإطار

[1]-عديلة العلواني، **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، مرجع سابق، ص 152.

[2]- عميروش بوشلاغم، **مرجع سابق**، ص319 .

[3]- نبيلة كحيلة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير في تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية والاجتماعية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009، ص 68.

التشريعي اللازم لذلك واتخاذ التدابير اللازمة للحفاظ على الكفاءات البشرية في القطاع العام وعلى وجه الخصوص في منطقة الهضاب العليا والجنوب.[1].

- العمل على انفتاح الهياكل الصحية العامة والخاصة من أجل تبادل وتثمين الخبرات وجعلها تواكب وتتكيف مع مستجدات البيئة الدولية من اكتشافات واختراعات تطال العتاد الطبي والأدوية في مختلف التخصصات الطبية.[2]

- توجيه السياسة العامة الصحية نحو تعزيز الخدمات الوقائية وفي هذا الشأن تعهدت الحكومة بإحاطة الأمومة والطفولة برعاية خاصة وكذلك بالعمل على تقليص نسبة وفيات حديثي الولادة وبمكافحة الأمراض المعدية ومسببات الأمراض غير المعدية ( مخطط مكافحة السرطان 2015-2019)، ومحاربة التدخين والإدمان وتوفير الحماية الصحية للأسرة وترقية الصحة النفسية.

_ وسيكون لتفعيل مشروع صحتك مساهمة كبيرة في عصرنة القطاع إذ يعتبر خطوة هامة نحو رقمنته المنظومة الصحية وتعزز التوجه نحو تفعيل النظام التعاقدي بين مؤسسات الصحة العمومية والضمان الاجتماعي.

- تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية لتغطية احتياجات السوق وتقليص فاتورة الاستيراد من خلال تعزيز العمل المشترك بين وزارة القطاع والهيئات المكلفة بتعويض الأدوية. [3]

- تفعيل الشراكة بين مؤسسات القطاعين العام والخاص والضمان الاجتماعي، فالشراكة هي بمثابة

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مخطط برنامج عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، **مرجع سابق**، ص 36.

[2]-عميروش بوشلاغم، **مرجع سابق**، ص ص 324، 326.

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مخطط برنامج عمل الحكومة من أجل تنفيذ برنامج رئيس الجمهورية، **مرجع سابق**، ص ص 36-37.

وسيط بين الخصصة الكاملة واحتكار الدولة للخدمات،[1] وإن لم تكن عبارة عن حل جذري لمشكلات قطاع الصحة، إلا أنها تؤدي لا محالة إلى ترشيد الموارد وعصرنة الخدمات الصحية وتحسين كفاءة وفاعلية ونوعية الخدمات. والجدير بالذكر أنها تلقى اهتماما بالغا من طرف السلطات العليا التي شرعت في تطبيقها لكنها مازلت في مرحلة جنينية وبحاجة لإرادة حقيقية من طرف الشركاء الثلاث واستعدادهم لتقبل مبادئ الشراكة القائمة على تقاسم الخسائر والأرباح على حد سواء.[2]

- اعتماد التخطيط المكاني للخدمات الصحية كآلية لإعادة التوزيع الجغرافي العادل لبنى تقديم الخدمات الصحية، ذلك أن الدراسات قد أثبتت أن المستوى الصحي للسكان يتأثر بشكل كبير بمدى قربهم أو بعدهم عن المؤسسات والمنشآت الصحية.[3]

إن هذه الحلول يفترض أن يتم التعجيل بها والشروع في تطبيقها في أقرب الآجال، لأن الوضع الذي آل إليه قطاع الصحة اليوم لا يحتمل الانتظار حتى يتفاقم أكثر مما هو عليه.

**المطلب الثالث: آفاق تطوير الخدمات الصحية على ضوء مشروع قانون الصحة المرتقب**

نظرا للانتقادات الموجهة لقطاع الصحة والانطباعات السيئة التي يرصدها الإعلام المحلي حول خدمات القطاع الذي ليزال يسير وفق منظومة قانونية لم يتم تحيينها منذ 1985، وبسبب الجدل والصراع الذي تشهده الساحة السياسية حول تمرير مشروع القانون الجديد من عدمه والذي دام قرابة الأربع سنوات

[1]- ليث عبد الله القيهيوي، بلال محمد الوادي، **مرجع سابق**، ص 27.

[2] -Imène Latreche, Asma Boulahbel, Abdelaziz Chérabi, **Les partenariats public-privé : Une forme de coordination pour la modernisation des services publics,** Les Cahiers du MECAS, N°9/Décembre2013, p p 19-20.

[3]- سعيدة رحمانية، **وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر**، مجلة الباحث الاجتماعي، عدد 11،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسنطينة، مارس2015، ص 221.

كاملة، عمدنا إلى تخصيص هذا المطلب لمعالجة هذه القضية التي تعتبر حديث الساعة وذلك بالوقوف على خلفياتها وانعكاساتها على مستقبل الخدمات الصحية وتبعا لذلك حق المواطن الجزائري في الصحة.

**أولا: السياق العام لمشروع قانون الصحة الجديد ودواعي الإصلاح**

**إن** القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها والمعمول به منذ أكثرا من 30 سنة لم يعد يصلح لتسيير المنظومة الصحية وتنظيمها لأنه جاء في سياق الطب المجاني والاقتصاد الموجه، وهي أوضاع مختلفة تماما عن البيئة الاقتصادية والاجتماعية الراهنة، لذلك كان لزاما على السلطات العليا في البلاد أن تفكر في تحيين التشريعات السارية وإعداد مشروع قانون جديد ينظم القطاع.

ولتحقيق هذا الغرض، بدأ التحضير لمشروع قانون الصحة الجديد بتشكيل لجنة على مستوى وزارة الصحة سنة 2010 كلفت بوضع معالم القانون الجديد وتشكلت معها لجان فرعية متخصصة تبحث في أساليب تعزيز الوقاية، التعليم والتكوين الشبه طبي، وأسس رسم خريطة صحية جديدة تضمن التغطية الصحية الجيدة، وقد قدمت اللجنة نتائج أبحاثها وأعمالها ومقترحاتها في شهر جانفي 2011.

قامت اللجنة بمهامها دون أن تأخذ بعين الاعتبار آراء الرأي العام والمجتمع المدني ومستخدمي القطاع والمفارقة أنه تم استدعاء النقابات والجمعيات للمصادقة عليه أثناء جلسات الصحة، ونظرا لعدم استجابتها لجأت المديريات التابعة لوزارة الصحة إلى تنظيم أيام دراسية لمناقشة المشروع في عدة ولايات من الوطن.[1]

أثار مشروع قانون الصحة الجديدة منذ طرح المسودة المتعلقة به العديد من الجدل والنقاش، واختلفت حوله الآراء بين مؤيد ومعارض، تحركت جميع الفواعل الرسمية وغير الرسمية في اتجاهين منها

[1]- محمد العيد حسيني، **مرجع سابق**، ص 126.

من يسعى لتمريره في قبة البرلمان ومنها من تقف ضد هذه الخطوة وتعمل على عرقلتها.

إن هذا الجدل الذي تشهده الساحة السياسية بشأن مشروع قانون الصحة ترتب عنه إدراجه ضمن أجندة المجلس الشعبي الوطني لأكثر من مرة، ثم يسقط منها دون تقديم مبررات واضحة، ليظل المشروع مجمدا إلى أجل غير مسمى.

وقد عرض شهر نوفمبر الفارط على لجنة الشؤون الاجتماعية والصحة بالبرلمان أين رافع عنه وزير القطاع السيد مختار حزبلاوي في انتظار أن تتم المصادقة عليه من طرف أعضاء المجلس الشعبي الوطني.

إن مثل هذا الوضع وردود الأفعال القوية التي أثارها مشروع القانون بالإضافة إلى المماطلة في تمريره يثير في أذهاننا عدة تساؤلات حول ما يحمله مشروع القانون وكيف سينعكس على آفاق خدمات الرعاية الصحية للمواطن الجزائر وحقه في العلاج.

لقد جاء في ديباجة مشروع القانون أنه جاء للدواعي التالي:[1]

- تثبيت الأحكام والمبادئ الأساسية والتأكيد على الحقوق والواجبات المجتمع في مجال الصحة
- تكييف قطاع الصحة مع التحولات الداخلية التي مست الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ومع التحولات التي تشهدها الساحة الدولية فيما يخص الأنظمة الصحية والتطور العلمي والتكنولوجي في المجال الطبي
- تعزيز الحق في الصحة من خلال العمل على حماية وترقية صحة المواطن

[1] -Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Avant - Projet de Décret portant création, organisation et fonctionnement des circonscriptions sanitaires**, op.cit.**

وجاء مشروع القانون لتكريس عدة مبادئ منها:[1]

- مجانية العلاج التي تعد مكسبا أساسيا ينبغي المحافظة عليه وتثمينه
- توفير الرعاية الشاملة والعدالة في توزيع الخدمات والمساواة في الحصول عليها
- هرمية العلاج واشراك مختلف الفواعل في تقديم خدمات الوقاية خاصة المجتمع المدني

وتبرز أهمية هذا المشروع في كونه سيفتح آفاق واعدة للقطاع وجاء بحلول تسمح بتجاوز الاكراهات الداخلية والخارجية التي تواجهها المنظومة الوطنية للصحة وتتيح القيام بتغييرات جوهرية تصل حتى إلى حد المساس بمبادئ القطاع، لكن محاولات تمريره باءت بالفشل في عدة مرات ويرجح ذلك إلى تقيد رجال السياسة في الجزائر بالممارسات والسياسات السابقة فيخافون بالإتيان ببديل جديد يختلف عما الفته المنظومة الصحية لحل مشاكل القطاع، ناهيك عن صراع المصالح والضغط الذي تمارسه لوبيات القطاع،[2] إذ يعتبر العديد من الفواعل الداخلية والخارجية بأن التغيير يهدد مصالحهم فهو بالنسبة لهم يترجم إلى " فقدان الكثير من الامتيازات" وفي مقدمتها شرعية السلطة، هذه الأخيرة التي كرست مجانية العلاج كأداة للمحافظة عليها منذ الاستقلال.

**ثانيا: تقييم محتوى مشروع القانون وآثاره على الخدمات الصحية**

جاء مشروع قانون الصحة الجديد في 402 مادة موزعة على ثمانية أبواب : مبادئ وأحكام أساسية، حماية الصحة، حماية المرضى المصابين باضطرابات عقلية أو نفسية، تنظيم المنظومة الصحية وتمويلها، مهن ومستخدمو الصحة، الصيدلة، الأخلاقيات والأدبيات والبيو أخلاقيات، أحكام انتقالية

[1] - **Ibid.**

[2] - محمد العيد حسيني، **مرجع سابق**، ص ص 128- 129 .

وختامية.[1]

جاء هذا الإصلاح في ستة محاور أساسية: [2]

1- محور الاحتياجات الصحية ويعنى بتعزيز التنسيق بين مؤسسات الرعاية الصحية قصد تغطية الطلبات المتزايدة على خدمات القطاع مع الأخذ بعين الاعتبار البيئة العامة السائدة (اقتصادية، مالية، اجتماعية).

2- محور الهياكل الاستشفائية تضمن آليات تعزيز الرقابة على المؤسسات الصحية بشقيها العام والخاص وتمكينها من استيعاب الطلبات المتزايدة على الخدمات وتطوير الشراكة بينهما بهدف الارتقاء بجودة الخدمات.

2- محور الموارد البشرية يستهدف تحسين ظروف عمل مستخدمي القطاع من مختلف النواحي، وتثمين وتطوير عمليتي تكوينهم وتدريبهم بالتنسيق مع الهيئات والقطاعات المعنية.

3- محور الموارد المادية يهتم بالجانب المتعلق بالأدوية والتجهيزات والمعدات الطبية، جاء للتأكيد على ضرورة ترشيد الإنفاق من خلال تشجيع الاستثمار في الصناعة الصيدلانية وتوطين إنتاج الأدوية لتقليص فاتورة الاستيراد.

4- محور التمويل، تضمن هذا المحور آليات تنويع مصادر التمويل بالبحث عن سبل جديدة لتغطية النفقات الصحية وعن كيفيات التخصيص العادل لموارد القطاع.

[1] - Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**,** Avant - Projet de Décret portant création, organisation et fonctionnement des circonscriptions sanitaires**,** **op.cit**.

[2] - مريم زان، **مرجع سابق**، ص ص 223- 225.

5- محور العمل المتعدد القطاعات: يهتم هذا المحور بتعزيز علاقات التعاون بين مختلف القطاعات التي تؤثر على صحة الأفراد وعلى أداء المنظومة الصحية.

وبالتالي فإن مشروع القانون حافظ على المبادئ الأساسية لمنظومة الصحية وفي نفس الوقت حمل في طياته بنود جديدة تعمل على تكييف المنظومة مع المستجدات الوطنية والدولية، وكأي قانون فإنه يخدم فئات معينة وقد يضر بأخرى، قد يعالج مشكلات صحية راهنة وفي المقابل يحتمل أن يتضمن ثغرات قانونية تثير مشاكل أخرى، فهو بذلك لا يخلو من المزايا كما أنه لن يخلو من العيوب، وفيما يلي الآثار الايجابية والسلبية لمشروع قانون الصحة الجديد على آفاق الخدمات الصحية.

**1- إيجابيات مشروع قانون الصحة الجديد**

لاقى مشروع قانون الصحة صدى كبير على مختلف المستويات، ووجد تأييد من أطراف عديدة في قمة هرم السلطة في مقدمتهم وزير القطاع الحالي السيد حزبلاوي والوزير السابق السيد عبد المالك بوضياف الذي كافح طويلا لإيصال المشروع إلى قبة البرلمان إلا أنه فشل في هاته المهمة بسبب صراع المصالح واختلال موازين القوة والنفوذ التي لعبت دورا مهما هذه المسألة.

لقد وصف السيد حزبلاوي القانون أنه توافقي وشامل إذ تضمن جوانب عديدة لم ترد في القانون السابق على نحو إنشاء مجالس وطنية وجهوية لأدبيات الصحة (المادة 346)، والبطاقية الالكترونية للصحة (المادة 26) وهي عبارة عن ملف صحي الكتروني يتضمن معلومات تخص كل فرد على حدا، تنشأ منذ ولادة الشخص إلى غاية وفاته وهي إلزامية عند كل فحص تسمح بالمتابعة الجيدة لتطور صحة الفرد.[1] ومن مزايا القانون الجديد أنه جاء لإعادة الاعتبار لمفهوم الطبيب المرجعي أو طبيب العائلة (المادة 22)،

[1]- مختار حزبلاوي، **عرض مشروع قانون الصحة على لجنة الشؤون الاجتماعية والصحة بالبرلمان**، تصريح للإذاعة الوطنية بتاريخ 2017/11/07 على الساعة 10:30.

إذ يمنع القانون المرضى من التوجه مباشرة إلى الطبيب المختص دون المرور بطبيب العائلة ويكون هذا الطبيب عاما ولديه ملف طبي للأسرة ككل وهو من يتولى تحويل المريض للفحص لدى أخصائي.[1]

وأولى القانون الجديد عناية خاصة للمرضى المصابين بأمراض نفسية أو عقلية (المواد105،104،103)، كما أنه يتعدى مجرد الاعتراف بحق المواطن في الصحة إلى إلزام المستخدمين في المؤسسات والهياكل باحترام حقوق المرضى ويلزمهم بمعاملتهم معاملة لائقة في إطار إعادة تنظيم أخلاقيات مهنة الطب.[2]

ويتضمن أيضا إعادة تنظيم الخريطة الصحية (المواد 269، 270، 271) بما يكفل تغطية صحية شاملة مع الأخذ بعين الاعتبار مناطق التجمعات السكانية، الخصائص الوبائية والجغرافية والديمغرافية، وهذا لا ينطبق على المؤسسات العمومية فقط بل الخاصة أيضا إذ ورد فيه أن " الهياكل والمؤسسات الصحية الخاصة مدعوة لضمان الخدمة الصحية العامة لما يتوافق مع الخريطة الصحية" وهذا كله في إطار السعي لتحقيق العدالة في توزيع خدمات الرعاية الصحية عبر كامل التراب الوطني.[3]

وبهدف ترشيد النفقات وتخفيف الضغط على المستشفيات من جهة، وتخفيف العبء على المسنين والمصابين بأمراض ثقيلة من جهة أخرى، ينص مشروع القانون على الاستشفاء المنزلي والذي شرع

[1]- نوارة باشوش، **بطاقة صحية لكل مواطن جزائري ترافقه من الولادة إلى الوفاة**، متاح في: https://www.echoroukonline.com/ara/mobile/articles/214030.html تم التصفح بتاريخ 11/12/ 2017 على الساعة 23:14.

[2] - Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**,** Avant - Projet de Décret portant création, organisation et fonctionnement des circonscriptions sanitaires**,** **Op.cit**.

[3] - **ibid.**

في العمل به على مستوى بعض المؤسسات من مدة قصيرة.[1]

وكل هذه الإيجابيات تساهم في بلوغ مسعى الدولة نحو ترقية صحة الأفراد.

**2-سلبيات مشروع قانون الصحة الجديد:**

يرى المناهضون لمشروع قانون الصحة الجديد بأنه يتنافى مع مبادئ الدستور في الجانب المتعلق بدور الدولة - من خلال مؤسساتها العامة- في ضمان حق الجميع في الحصول على خدمات الرعاية الصحية حيث يتجه القانون الجديد نحو توسيع دائرة الاستثمار الخاص في القطاع، إذ أشار إلى إمكانية نقل صلاحيات القطاع العام إلى القطاع الخاص وفق دفتر شروط في إطار تفعيل الشراكة بينهما وتعزيز نمط تقديم الخدمات الصحية عبر شبكات وطنية أو دولية (المواد 316، 317).[2]

هذا الإجراء الذي يسعى إلى ترشيد النفقات العامة إلا أنه يمس بحق دستوري ومبدأ أساسي في المنظومة الصحية ألا وهو حق الجميع في العلاج والذي قد يتحول بموجب هذا الإجراء إلى حق لمن استطاع إليه سبيلا.

وقد جاء مشروع القانون بإجراء آخر يضر بالأسر محدودة الدخل يتمثل في المساهمة المالية المباشرة للمريض في تكلفة العلاج حتى ولو كان مؤمنا( المادة 334).

ومن ناحية أخرى تضمن المشروع 41 مادة في شكل عقوبات جزائية لمستخدمي القطاع تصل حتى إلى عقوبة السجن للأطباء ( المواد من 400 إلى 441) وهو ما نددت به نقابات الصحة ورأت فيه إجحافا

[1]- مختار حزبلاوي، **مرجع سابق.**

[2]- نزيهة مسكين، **مجانية العلاج مهددة**، جريدة المشوار السياسي، عدد 2149، 2017/11/19، ص 5.

في حق هؤلاء وتقييدا لهم وإن كان المغزى من هذا الإجراء تعزيز حماية المريض.[1]

وعلى العموم فإن المتمعن لوثيقة مشروع قانون الصحة الجديد سيجده يحمل في طياته تغييرات عميقة ونوعية تمس جوانب متعددة من المنظومة الصحية، وبين مؤيد له ومعارض وبالرغم من كل ما قيل عنه، عرف قانون الصحة الجديد النور بعد مسار عسير في شهر جويلية من سنة 2018، في انتظار ما سيترتب عنه فور دخوله حيز التنفيذ.

[1] - **المرجع السابق.**

**خاتمة الفصل:**

من خلال ما سبق يظهر أن السياسة العامة للصحة موجهة للحفاظ على الدور المحوري للقطاع العام في تقديم الخدمات الصحية خاصة الوقائية منها مع العمل في الوقت نفسه على إعطاء دورا أكبر للقطاع الخاص، وهي موجهة نحو الأهداف نفسها منذ 2001 رغم تغير الحكومات ووزراء القطاع.

إن البيانات والمؤشرات النوعية والكمية الواردة، والنصوص القانونية والتنظيمية التي وقفنا عندها خلال هذا الفصل من الدراسة تؤكد وجود ديناميكية هامة على مستوى قطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2017، إن هذه الديناميكية إن دلت على شيء إنما تدل على الاهتمام البالغ الذي توليه الدولة للقطاع وحرصها على تطويره.

لقد توصلنا من خلال تحليل وتفسير البيانات إلى عدم وجود تفاوت كبير في الخدمات الصحية المقدمة من حيث الفاعلية بين القطاعين العام والخاص بينما تعرف بقية المؤشرات وجود فارق تصنعه عوامل متعددة كطبيعة الأهداف والإمكانيات المادية والبشرية والقوانين المعمول بها، وهو ما نلمسه خاصة في مؤشر الكفاءة الذي يظل ضعيفا جدا على مستوى القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص.

ولمعالجة هذه الاختلالات القائمة وتثمينا للانجازات المحققة في نفس الوقت وتكملة لمسار الإصلاح الذي بدأت بوادره منذ 2002، بتغيير اسم الوزارة ثم تنصيب لجنة وطنية لدراسة جدوى النظام التعاقدي وتلتها عدة إجراءات أخرى خلال السنوات الموالية، والتي توجت مؤخرا بصدور قانون الصحة الجديد الذي طال انتظاره وظل طويلا مجمدا في أدراج الحكومة.

إن هذا القانون تعلق عليه أطرافا سياسية أمالا كبيرة في إحداث تغيرات نوعية على مستوى الخدمات الصحية، فبالرغم من الانتقادات التي وجهت لفحوى مشروع القانون وآثاره خاصة من حيث مساسه بمبدأ مجانية العلاج، إلا أنه نص على العديد من الإجراءات التي من شأنها أن تعالج اختلالات كثيرة أعاقت المنظومة الوطنية للصحة ولعل أبرزها يتمثل في عصرنة الخدمات الصحية من خلال تزويد القطاع بأنظمة معلومات تتعلق بالمرضى والمستخدمين، تسمح بتحديد الاحتياجات الفعلية للقطاع وتضمن الربط والتنسيق بين المؤسسات الصحية فيما بينها من جهة، وبين المؤسسات الصحية والإدارة المركزية من جهة أخرى، وتعزيز وتنظيم العلاقات بين القطاع العام والقطاع الخاص وكذلك تعزيز الشراكات الأجنبية بما يفسح المجال لتبادل الخبرات والاستفادة منها في تحسين جودة الخدمات الصحية والحرص على تفعيل النظام التعاقدي والذي من شأنه أن ينعكس بالإيجاب على كفاءة الخدمات العمومية.

إن رهان تحقيق المساواة في الحصول على الخدمات الصحية، ومحو الفوارق الجهوية من أبرز القضايا التي ينتظر أن تجد لها السلطات المعنية حلا جذريا، لا يقتصر ضمن حدود التوأمة بين المؤسسات والاستشفاء المنزلي .

وعموما فإن مجمل البدائل المقترحة والتغييرات الجوهرية المطروحة على أجندة وزارة الصحة والسكان تحمل في طياتها الكثير من التساؤلات بشأن تغير مفهوم الحق في الصحة، فالظاهر أنه سيظل حقا مكفولا دستوريا لكن الحصول عليه سيكون مقابل دفع المال وذلك كما هو عليه الحال بالنسبة للعديد من الحقوق الاجتماعية الأخرى على غرار حق التنقل وحق التعليم.

# الفصل الرابع

من خلال تحليل المعطيات والإحصائيات المتعلقة بالمؤشرات الصحية في الجزائر والتي أوردناها في الفصول السابقة ( الفصل الثاني)، حين عرضنا مسار تطور الوضع الصحي العام في الجزائر وقمنا بمقارنته خلال فترات زمنية مختلفة، حيث تبين لنا على العموم أنه يسير قدما نحو التحسن المستمر إذ أن أغلب المؤشرات شهدت تطورا إيجابيا.

وقد توصلنا كذلك إلى عدة نتائج بشأن الفوارق المتعلقة بمستوى الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص وذلك لما أتينا على إجراء مقارنة نظرية بينهما مرتكزين على عدة مؤشرات محددة ( الفصل الثالث ).

ولا شك أن تلكم النتائج المتوصل إليها تستدعي التحقق منها ميدانيا من أجل إثباتها أو نفيها، ولاستكمال هذه الخطوة وحتى يتسنى لنا القيام بذلك ارتأينا إلى إعداد استمارتي استبيان الأولى موجهة لفئة المستفيدين من الخدمات والثانية موجهة للقائمين عليها، وقمنا بتوزيعها في عدة مؤسسات صحية مختارة في ولاية عنابة وسنعرض من خلال هذا الفصل النتائج المتوصل إليها بالاعتماد على المعالجة الإحصائية للبيانات عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقبل ذلك سنقوم بالتعريف بالمنظومة الصحية بولاية عنابة ونتطرق إلى تطور مؤشرات الصحة العامة بالولاية نفسها مقارنة بتطور المؤشرات الصحية الوطنية.

وتبعا لذلك يأتي هذا الفصل مقسما إلى ثلاثة مباحث، نسلط الضوء في **المبحث الأول** على واقع الصحة العامة بولاية عنابة، حيث نستعرض بطاقة تقنية لمديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعنابة ثم نقدم المنظومة الصحية بعنابة من حيث الهياكل والموارد البشرية في القطاعين العام والخاص ونتطرق إلى تطور مؤشرات الصحة العامة بولاية عنابة.

أما **المبحث الثاني** فخصص لتقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها في القطاعين العام والخاص، أين نأتي على توصيف مجتمع الدراسة والأدوات المستخدمة ثم معالجة البيانات ومقارنة واقع الخدمات الصحية إحصائيا فتحليل النتائج وتفسيرها.

وفي **المبحث الثالث** نتناول تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر القائمين عليها في القطاعين العام والخاص، حيث نعرض استمارة البحث وعينة الدراسة ثم نتناول المعالجة الإحصائية للبيانات وبعدها تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها.

## المبحث الأول: واقع الصحة العامة بولاية عنابة

نسعى من خلال هذا المبحث إلى تسليط الضوء على الواقع الصحي بولاية عنابة من خلال محاولة استنطاق الأرقام والإحصائيات المتحصل عليها بالدرجة الأولى من مديرية الصحة بالولاية والتي سوف تمكننا من وضع تصور شامل عن هذا الواقع من أبعاد وجوانب مختلفة.

### المطلب الأول: بطاقة تقنية لمديرية الصحة بولاية عنابة

لا شك أن الواقع الصحي في منطقة يتأثر لا محالة بخصائصها الجغرافية والمناخية وعليه كان لزاما التطرق بإيجاز للخصائص الجغرافية والمناخية لولاية عنابة وكذا التركيبة السكانية التي تميزها قبل التطرق لمديرية الصحة بالولاية وقبل الخوض في معالجة الواقع الصحي بالولاية.

إن مدينة عنابة تعد من أقدم ولايات الشرق الجزائري ومن أهمها، لها مكانة تاريخية واقتصادية وسياحية هامة، حيث تتربع على مساحة متنوعة من حيث التضاريس تقدر بـ 1393.12 م$^2$، محصورة بين خطي طول° 7,48 و°7,76 شرقا وبين دائرة عرض°36,58 و°36,49 شمالا.

يحد ولاية عنابة شمالا البحر المتوسط بشريط ساحلي يبلغ طوله 90 كلم ومن الشرق ولاية الطارف وغربا ولاية سكيكدة وجنوبا ولاية قالمة، يسودها مناخ رطب شتاء وحار صيفا.

يقدر عدد سكان ولاية عنابة أزيد من نصف مليون نسمة[1] موزعة على 12 بلدية والتي تم إنشاؤها بموجب التقسيم الإداري لسنة 1984، وهذه البلديات موزعة على ستة دوائر على النحو التالي[1]:

[1]- مديرية التجارة لولاية عنابة متاح في: http://www.dcwannaba.dz تم التصفح بتاريخ 2019/10/03 على الساعة 18:48.

**جدول رقم 19:** توزيع عدد سكان ولاية عنابة حسب الجنس على البلديات والدوائر

| الدائرة | البلدية | عدد السكان | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ذكور | إناث | المجموع |
| **عنابة** | عنابة | 131.314 | 134.127 | 265.441 |
| | سرايدي | 4.000 | 3.985 | 7.985 |
| **البوني** | البوني | 69.039 | 68.324 | 137.363 |
| **برحال** | برحال | 13.414 | 12.961 | 26.375 |
| | التريعات | 3.551 | 3.412 | 6.963 |
| | واد العنب | 12.508 | 12.070 | 24.578 |
| **الحجار** | الحجار | 20.137 | 20.209 | 40.346 |
| | سيدي عمار | 47.214 | 45.818 | 93.032 |
| **عين الباردة** | عين الباردة | 11.820 | 11.656 | 23.476 |
| | الشرفة | 5.222 | 5.030 | 10.252 |
| | العلمة | 6.004 | 5.736 | 11.740 |
| **شطايبي** | شطايبي | 4.190 | 4.209 | 8.399 |
| **المجموع** | | 328.413 | 327.537 | 655.950 |

**المصدر:** مديرية التجارة لولاية عنابة متاح في: http://www.dcwannaba.dz/ تم التصفح بتاريخ 2019/10/03 على الساعة 18:48.

[1]-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 91-306**، المؤرخ في 21 أوت 1991 والمتضمن قائمة البلديات التي ينشطها كل رئيس دائرة، الجريدة الرسمية، عدد 41، 1991.

يتضح من خلال هذا الجدول أن بلدية عنابة هي أكبر بلديات الولاية من حيث عدد السكان والذي بلغ حوالي 300 ألف نسمة، بينما تظهر بلدية التريعات كأصغر بلديات عنابة من حيث تعداد السكان إذ بلغ هذا الأخير قرابة 7 ألاف نسمة فقط.

تسهر مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية عنابة والكائن مقرها وسط المدينة بشارع بن حواس إبراهيم على تغطية حاجيات هؤلاء السكان من الخدمات الصحية، أنشأت هذه المديرية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-261 الصادر في 14 جويلية 1997 الذي يحدد القواعد المنظمة لمديريات الصحة والسكان الولائية، تتولى هذه المديرية تطوير مديرية الصحة والسكان وتضع حيز التنفيذ كل التدابير التي من شأنها أن تؤطر النشاطات الخاصة بالصحة والسكان.[1] مديرها الحالي هو الدكتور دعماش محمد ناصر.

تعتبر مديرية الصحة بولاية عنابة بمثابة ممثلا عن الإدارة المركزية أي وزارة الصحة فهي تأتي في إطار نظام اللامركزية المرفقية أو اللامركزية المصلحية المعمول بها في عدة دول ومنها الجزائر وتعد اللامركزية المرفقية إحدى صور اللامركزية القائمة على عدم تركيز السلطة في يد الحكومة إنما يتم توزيعها على عدة هيئات أو مرافق تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي،[2]. وضمن هذا السياق تتولى مديرية الصحة بولاية عنابة تنفيذ السياسة الصحية الوطنية على تراب الولاية وتسهر على ترقية صحة سكانها من خلال عدة تدابير، أبرزها بناء وتشييد الهياكل الصحية العمومية وترميمها وكذا تجهيزها

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 97-261** المؤرخ في 14 جويلية 1997 والمتضمن القواعد المنظمة لمديريات الصحة والسكان الولائية، الجريدة الرسمية، عدد 47، 1997.

[2]- صفوان محمد المبيضين، **المركزية واللامركزية في تنظيم الإدارة المحلية: الفرص والتحديات**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2019، ص ص 23-24.

وفق المعايير الوطنية، كما تعمل على تنفيذ برامج الوقاية من الأمراض التي تتم بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية.

وسعيا لتجسيد مبدأ المساواة في العلاج وحرصا على ضمان حق كافة سكان الولاية في الحصول على الخدمات الصحية، تراعي مديرية الصحة بولاية عنابة العدالة والإنصاف في توزيع التجهيزات الطبية على مختلف الهياكل الصحية، آخذة بعين الاعتبار الكثافة السكانية وحجم المنشأة والتخصصات الموجودة فيها.[1]

كما تؤدي المديرية دورا رقابيا على نشاطات القطاعين الصحيين العام والخاص وقد سخرت لذلك فريقا طبيا يضم أطباء وممرضين برتبة مفتش في السلكين الطبي وشبه الطبي، ومن جهة أخرى وفي سبيل ترقية الصحة العمومية تتعاون المديرية مع عدة جهات أخرى على مستوى الولاية في مقدمتها مديرية الموارد المائية لضمان توفير المياه الصالحة للشرب ومراقبة مياه السقي بحكم أن الولاية تضم سهول زراعية واسعة، وكذلك مع مديرية التجارة لحماية المستهلك، كما تتعاون مديرية الصحة مع فرق الأمن الوطني عبر تراب الولاية للتقليل من حوادث المرور ومكافحة الأمراض المتنقلة التي يتسبب بها الأجانب الذين يدخلون الولاية بطرق غير شرعية.

وفي سياق آخر وتنفيذا للسياسة الوطنية المنتهجة منذ 2001 والتي تستهدف تقليص التحويلات إلى الخارج بهدف العلاج، قامت مديرية الصحة بولاية عنابة بإبرام اتفاقيات تعاون مباشرة مع عدة مستشفيات أجنبية وأغلبها مستشفيات فرنسية، تهدف هذه الاتفاقيات إلى تبادل الخبرات بين الإطارات في مجال

[1]- مقابلة مع السيد ح، رئيس مصلحة التخطيط بمديرية الصحة، على الساعة 10:30، بتاريخ 1و2 جويلية 2018 بمقر مديرية الصحة بولاية عنابة.

الطب من جهة، ومن جهة أخرى ضمان راحة المريض وتخفيض تكلفة العلاج وإتاحة الفرصة لأكبر عدد ممكن من المرضى المحدودي الدخل من إجراء عمليات جراحية على يد كفاءات أجنبية دون تكبد عناء السفر إلى الخارج، حيث تنص هذه الاتفاقيات على ضمان تنتقل الطاقم الطبي من فرنسا لإجراء العمليات الجراحية المستعصية بالتعاون مع الكفاءات الوطنية وذلك لأكبر عدد ممكن من المرضى على مستوى المستشفيات الثلاثة التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي الموجود على تراب الولاية، والجدير بالذكر أن هذه الاتفاقيات تتم دون الحاجة إلى تدخل الوزارة الوصية ما يدل على وجود نوع من الاستقلالية للمديرية في إدارة شؤونها.[1]

وعلى غرار عدة ولايات أخرى في الجزائر، تواجه مديرية الصحة بولاية عنابة تحديات جسام أهمها:

- مشكل الاكتظاظ والضغط على المستشفيات والذي باشرت المديرية عدة إجراءات لتقليصه تأتي في مقدمتها تشجيع وتعزيز الاستشفاء المنزلي.
- العجز في الإمكانيات المادية والبشرية بالمستشفيات المتواجدة عبر تراب الولاية
- توفير مستشفيات متخصصة في التكفل بالعجزة
- تغيير ذهنيات الطاقم الشبه الطبي على وجه الخصوص لتحسين أدائه وعلاقته مع المرضى[2]
- مكافحة مسببات الوفيات الأساسية بالولاية والمتمثلة في:[3]
  - ❖ توقف القلب والتنفس ( ACR )
  - ❖ أمراض السرطان خاصة سرطان الدماغ وسرطان الثدي وسرطان الكبد وسرطان

[1]- مقابلة مع السيد ح، **مرجع سابق**.

[2]- **المرجع نفسه.**

[3]- مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية عنابة، **مرجع سابق** .

- ❖ داء السكري
- ❖ أمراض الجهاز التنفسي

**الهيكل التنظيمي للمديرية:**

يختلف الهيكل التنظيمي لمديريات الصحة والسكان عبر ولايات الوطن، يحدده القرار الوزاري المشترك بين وزير المالية ووزير الصحة والسكان، المؤرخ في 12 ماي سنة 1998، وحسب هذا القرار فإن مديرية الصحة والسكان لولاية عنابة تشتمل على المصالح التالية:[1]

- ✓ مصلحة الموارد البشرية والشؤون القانونية والتي تتضمن:
  - مكتب المستخدمين
  - مكتب التكوين
  - مكتب الشؤون القانونية والمنازعات
- ✓ مصلحة التخطيط والوسائل وتتكون من:
  - مكتب الخريطة الصحية والإحصائيات
  - مكتب الاستثمارات والصفقات
  - مكتب الميزانية والمراقبة
- ✓ مصلحة الهياكل والمهن الصحية وتشمل:
  - مكتب تنظيم الهياكل العمومية للصحة وتقييمها
  - مكتب القطاع الخاص

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-261 ، **مرجع سابق.**

- مكتب الاستعجالات والإسعافات

✓ مصلحة الوقاية وتتكون من:

- مكتب البرامج الصحية
- مكتب الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة
- مكتب الحماية الصحية في الأوساط الخاصة

✓ مصلحة السكان وتتضمن:

- مكتب الصحة التناسلية والتنظيم العائلي
- مكتب البرامج السكانية
- مكتب الإعلام والتربية والاتصال

✓ مصلحة النشاط الصحي والمنتوجات الصيدلانية وتتكون من:

- مكتب ترقية العلاج القاعدي وطب الأمراض العقلية
- مكتب تنظيم المنتوجات الصيدلانية
- مكتب النشاط الصحي ومتابعة اللجان الطبية

**المطلب الثاني: المنظومة الصحية بولاية عنابة: الهياكل والموارد البشرية**

تحتل المنظومة الصحية بولاية عنابة مكانة هامة ضمن ولايات شمال شرق الجزائر، حيث تمتلك مجموعة من الهياكل الضخمة المزودة بتجهيزات طبية متطورة وكوادر طبية من خيرة الكفاءات الوطنية مما جعل المنظومة الصحية في الولاية تقدم خدمات صحية نوعية لسكان الولاية نفسها وحتى لسكان الولايات المجاورة.

**أولا: الهياكل الصحية العامة والخاصة في ولاية عنابة**

لقد تدعمت المنظومة الصحية بولاية عنابة بعدة هياكل ومؤسسات صحية عامة وخاصة مع مطلع القرن الواحد والعشرين، وشهدت تنفيذ عدة مشاريع على ترابها ومنها ما هو قيد الانجاز إلى غاية اليوم، تتمثل أبرز تلك الانجازات في:

**جدول رقم20:** الهياكل الصحية المنجزة وقيد الانجاز منذ 2001

| القطاع العام | | القطاع الخاص | |
|---|---|---|---|
| المشاريع المنجزة | المشاريع قيد الانجاز | المشاريع المنجزة | المشاريع قيد الانجاز |
| -تشييد ثلاثة عيادات متعددة الخدمات<br>- إنشاء مستشفى عمومية.<br>- إقامة مركز السرطان | -مستشفى<br>- خمسة عيادات متعددة الخدمات<br>- مركز حقن الدم | -ستة عيادات طبية جراحية<br>- مخابر تحاليل<br>- صيدليات<br>-مكاتب فحص طبي<br>-عيادات طب الأسنان<br>-سبعة عيادات خارجية<br>-أربعة مدارس تكوين شبه طبي | - مركز للتشخيص الطبي<br>- مصحة جراحة تجميلية<br>- وحدة انجاز أدوية جنيسة |

**المصدر**: من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

وبهذه المشاريع المنجزة تصبح المنظومة الصحية في ولاية عنابة مكونة من الهياكل التالية:

❖ بالنسبة للقطاع العام:

✓ 1 مركز استشفائي جامعي (CHU) يتكون من 3 مستشفيات ومركز سرطان وأربعة عيادات متخصصة كما هو موضح في الجدول التالي:

**جدول رقم 21**: الهياكل التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي

| اسم المؤسسة | تاريخ الدخول حيز العمل | الطاقة الاستيعابية | التخصصات الموجودة |
|---|---|---|---|
| المستشفى الجامعي - ابن رشد - | 1958 | 466 سرير | -الاستعجالات الجراحية<br>-الجراحة العامة<br>-جراحة الأعصاب<br>-جراحة العظام<br>-أمراض النساء والتوليد<br>التخدير والإنعاش<br>الطب الشرعي<br>الصيدلة<br>الكيمياء الحيوية<br>الأشعة والاستكشاف الوظيفي<br>علم الدم ونقل الدم<br>علم الأمراض التشريحي<br>علم الوراثة الخلوية |

| | | | |
|---|---|---|---|
| المستشفى الجامعي – ابن سينا - | 1961 | 279 سرير | جراحة القلب<br>طب الغدد الصماء<br>طب الأمعاء والمعدة<br>الطب الباطني<br>جراحة الأعصاب<br>الإنعاش والتخذير<br>الحروق<br>طب الكلى<br>غسيل الكلى<br>استعجالات الطبية<br>طب العمل<br>تحاليل طبية<br>الأشعة والاستكشاف الوظيفي |
| المستشفى الجامعي – الضربان _ | 1943 | 198 سرير | طب الصدر والرئة<br>طب الأمراض المعدية<br>طب أمراض الجلد<br>طب أمراض الدم<br>طب أمراض الأنف والأذن والحنجرة<br>التحاليل المخبرية<br>الأشعة والاستكشاف الوظيفي |
| العيادة الجامعية لطب الأطفال -القديسة تيريزا- | 1981 | 94 سرير | طب الأطفال<br>استعجالات الأطفال<br>إنعاش الأطفال<br>تحاليل مخبرية<br>الأشعة والاستكشاف الوظيفي |

| | | | |
|---|---|---|---|
| العيادة الجامعية لطب العيون | 1980 | 50 سرير | طب العيون<br>استعجالات العيون |
| العيادة الجامعية لجراحة الأسنان – القديس أوغيستان- | 1958 | - | |
| العيادة الجامعية لجراحة الأسنان ايليزا | 1980 | 49 كرسي أسنان | أمراض الفم والأسنان<br>طب دواعم الأسنان<br>جراحة الأسنان |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

- ✓ 3 مستشفيات متخصصة ( EHS)

**جدول رقم**:22 المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بولاية عنابة

| اسم المؤسسة | تاريخ الدخول حيز العمل | الطاقة الاستيعابية | التخصصات المتوفرة |
|---|---|---|---|
| EHS عبد الله نواورية – البوني- | 1997 | 150 سرير | طب الأطفال<br>جراحة الأطفال<br>طب النساء والتوليد<br>استعجالات طبية جراحية<br>تحاليل مخبرية<br>الأشعة والاستكشاف الوظيفي |
| EHS سرايدي | 1953 | 120 سرير | إعادة التأهيل الوظيفي<br>استعجالات طبية<br>مصلحة الأمومة<br>تحاليل مخبرية |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | الأشعة والاستكشاف الوظيفي |
| EHS<br>أبو بكر الرازي | 1982 | 240 سرير | طب الأمراض العقلية للبالغين<br>استعجالات الأمراض النفسية<br>طب نفس الأطفال والمراهقين<br>جراحة الأسنان<br>أشعة<br>تحاليل مخبرية |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

✓ 3 مؤسسات إستشفائية عمومية ( EPH) بكل من بلدية الحجار وشطايبي وعين الباردة

**جدول رقم23:** المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية عنابة

| المستشفى | تاريخ الدخول حيز العمل | الطاقة الاستيعابية | التخصصات |
|---|---|---|---|
| EPH الحجار | 21 فيفري 2010 | 120 سرير | إنعاش وتخدير<br>جراحة عامة<br>جراحة الأعصاب<br>استعجالات جراحية<br>تحاليل مخبرية<br>الأشعة والاستكشاف الوظيفي<br>جراحة العظام |

| | | | |
|---|---|---|---|
| EPH عين الباردة | 1936 | 50 سرير | الطب الداخلي<br>طب الأطفال<br>طب النساء والتوليد<br>تحاليل مخبرية<br>أشعة<br>استعجالات طبية جراحية |
| EPH شطايبي | 1930 | 49 سرير | الطب الداخلي<br>طب الأطفال<br>طب النساء والتوليد<br>تحاليل مخبرية<br>أشعة<br>استعجالات طبية جراحية |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

- ✓ 21 عيادة متعددة الخدمات موزعة على كافة البلديات ماعدا بلدية التريعات بطاقة استعابية إجمالية تقدر ب 47 سرير
- ✓ 3 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية موزعة على كل من بلدية عنابة والحجار وبرحال
- ✓ 73 قاعة علاج موزعة على المناطق النائية في كافة البلديات
- ✓ 52 صيدلية موزعة على كافة البلديات باستثناء بلديتي واد العنب والعلمة
- ✓ مدرسة متخصصة في التكوين الشبه الطبي في عدة تخصصات لها ملحقات في ثلاثة بلديات هي عنابة وبرحال والحجار.

❖ بالنسبة للقطاع الخاص:

- ✓ 9 عيادات جراحية في عدة تخصصات متمركزة بعاصمة الولاية تقدر طاقتها الاستعابية 34

- ✓ سرير موزعة كما يلي: الفرابي 43 سرير، الجزاير 49 سرير، ابن نفيس 54 سرير، الياسمين 30 سرير، المنظر الجميل 31 سرير، أبو مروان 66 سرير، الأوراسي 24 سرير، سيبوس 20 سرير، العالية 26 سرير.
- ✓ 186 مكتب فحص في طب الأسنان العام موزعة على كافة البلديات ماعدا بلدية شطايبي ، الشرفة ، العلمة، التريعات.
- ✓ 173 مكتب فحص في الطب العام موزعة على كافة البلديات باستثناء بلدية شطايبي، تريعات، الشرفة.
- ✓ 349 مكتب فحص في تخصص معين موزعون على النحو التالي: 268 في بلدية عنابة لوحدها، 31 ببلدية البوني، 34 ببلدية الحجار، 15 ببلدية برحال، وطبيب مختص واحد في بلدية سيدي عمار، بينما ينعدم تواجد الأطباء الخواص المختصون في باقي البلديات.
- ✓ 186 جراح أسنان منهم 120 في بلدية عنابة،02 في بلدية سراديدي، 21 في بلدية البوني، 13 ببلدية الحجار، 13 ببلدية سيدي عمار، 05 بعين الباردة، 10 ببلدية برحال، ولا يوجد أي جراح أسنان بكل من بلديات شطايبي والتريعات والعلمة والشرفة.
- ✓ 255 صيدلية منها 146 في بلدية عنابة ، 02 في سرايدي، 39 بالبوني، 16 بالحجار، 20 بسيدي عمار، 03 بشطايبي، 10 بعين الباردة، 03 بالشرفة، 02 بالعلمة، 07 ببرحال، 07 بواد العنب، ولا يوجد أي صيدلية خاصة ببلدية التريعات.
- ✓ 4 مدارس للتكوين شبه الطبي في سلك مساعدي التمريض

إن تأمل هذه المعطيات يبين أن مديرية الصحية بولاية عنابة تمضي نحو ترقية وتعزيز الخدمات الصحية بالولاية وتحرص على القضاء على الفروق الجهوية في الحصول على هذه الخدمات، حيث شهد

القطاع نموا وتطورا محسوسا في البنى التحتية والهياكل الصحية، وقد شهدت المؤسسات العمومية التي تعود إلى الحقبة الاستعمارية تحديثا وترميما حيث زودت بأحدث العتاد الطبي وألحقت بها تخصصات طبية جديدة الشيء الذي جعل من المنظومة الصحية بولاية عنابة تتبوأ مكانة هامة ضمن قطاع الصحة بالجزائر، إذ أنها أضحت توفر بعض العلاجات المتخصصة الناذرة لسكان عنابة والولايات المجاورة لها.

غير أن الهياكل الصحية المحسوبة على القطاع الخاص موزعة على تراب الولاية بطريقة تنطوي على نوع من التهميش والإقصاء لسكان المناطق النائية والبلديات البعيدة عن عاصمة الولاية، وهو ما قد يكون عائقا أمام هؤلاء في الحصول على بعض الخدمات في بعض التخصصات الطبية التي أصبح القطاع العام عاجزا عن تغطية الطلب المتزايد عليها على غرار جراحة الأسنان والتحاليل الطبية والأشعة.

**ثانيا: الموارد البشرية وتوزيعها**

يشرف على تأطير الخدمات الصحية بالمؤسسات الموجودة على تراب الولاية بشكل مباشر عددا من العمال بالقطاع والذين يأتي في مقدمتهم الأطباء والممرضين ومساعدي التمريض.

**جدول رقم24:** توزيع الموارد البشرية بين القطاع الصحي العام والقطاع الخاص

| الصنف | القطاع العام | القطاع الخاص |
|---|---|---|
| طبيب مختص | 382 | 349 |
| صيدلي مختص | 5 | _ |
| جراح أسنان مختص | 34 | 25 |
| طبيب عام | 576 | 173 |
| جراح أسنان | 158 | 186 |
| صيدلي | 51 | 255 |

| | | |
|---|---|---|
| ممرض | 1526 | _ |
| مساعد تمريض | 848 | _ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

بالإضافة إلى ذلك نحصي أيضا في القطاع العام ما يلي:

**جدول رقم25:** توزيع الموارد البشرية في القطاع الصحي العام

| الوظيفة | العدد |
|---|---|
| أستاذ في الطب | 287 |
| أستاذ في جراحة الأسنان | 25 |
| أستاذ في الصيدلة | 18 |
| طبيب مقيم | 822 |
| جراح أسنان مقيم | 98 |
| صيدلي مقيم | 149 |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن عدد الأطباء المختصين وجراحي الأسنان المختصين متقارب في القطاعين العام والخاص مع زيادة بسيطة في القطاع العام، في حين أن عدد جراحي الأسنان متقارب في القطاعين العام والخاص مع زيادة بسيطة في القطاع الخاص.

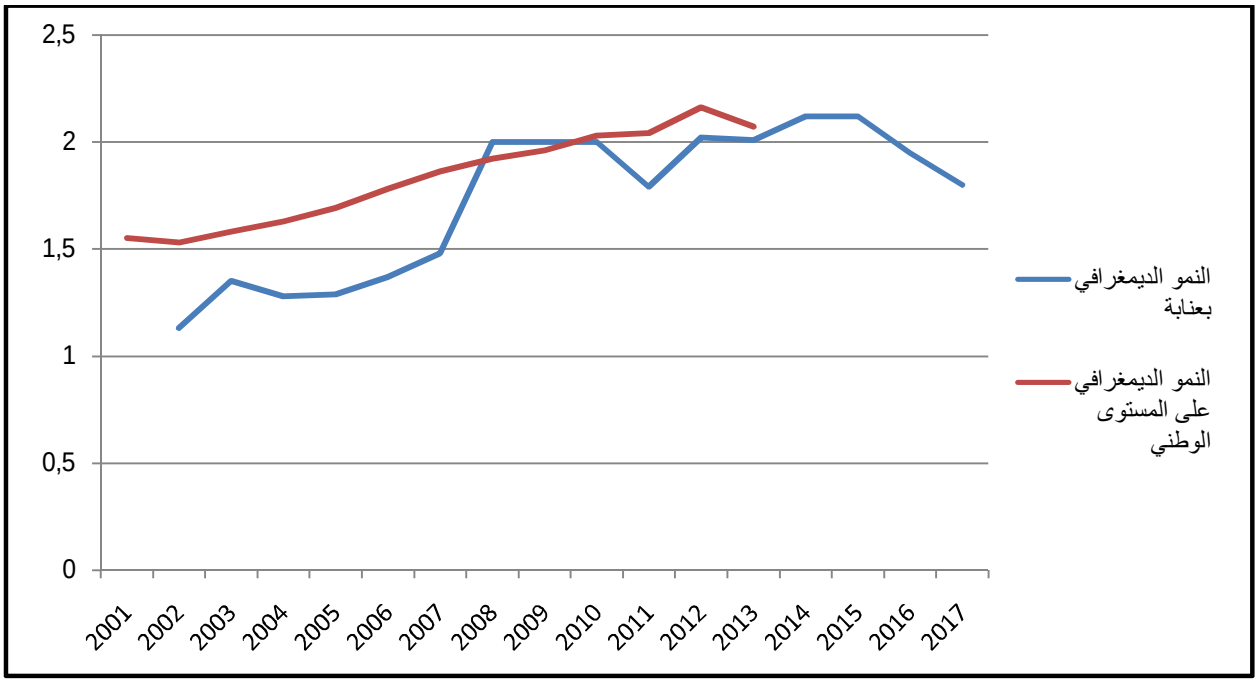
ونلاحظ أيضا أن عدد الأطباء العامون في القطاع العام يقدر بثلاثة أضعاف عددهم في القطاع الخاص وعدد الصيادلة في القطاع الخاص يقدر بحوالي خمسة أضعاف عددهم في القطاع العام.

**المطلب الثالث: تطور مؤشرات الصحة العامة بولاية عنابة**

تعطي مؤشرات الصحة العامة في منطقة ما صورة شاملة عن الوضع الصحي العام في تلك المنطقة، وبهدف معرفة الواقع الصحي العام في ولاية عنابة سنعرض فيما يلي تطور مؤشرات الصحة العامة بالولاية ونحاول قدر الإمكان مقارنتها بالمؤشرات الوطنية.

**1_ نسبة النمو الديمغرافي :** يعبر مؤشر النمو الديمغرافي عن ذلك التغير الحاصل على مستوى عدد السكان والذي يتأثر بعوامل عديدة من بينها إنتشار الأمراض والأوبئة، الفقر، الحروب وغيرها، يبين المنحنى البياني التالي ( شكل رقم: 11 ) تطور نسبة النمو الديمغرافي بولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية بين سنتي 2001 و2017.

**شكل رقم:10** تطور مؤشر النمو الديمغرافي بولاية عنابة 2001_2017 (%)




**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية عنابة.

يتضح من خلال المنحنى البياني أن نسبة النمو الديمغرافي بولاية عنابة متدبدبة مقارنة بالنسب الوطنية التي ظلت تتزايد بوتيرة بطيئة وثابتة نسبيا خلال الفترة 2001-2013 أين بلغت أعلى مستوى لها سنة 2013 والمقدرة بحوالي 2, 2 % ثم تراجعت خلال سنة 2014.

بينما في ولاية عنابة تزداد تارة ( مابين 2001-2003 و2006-2009 ومابين أواخر2011-2015) وتنخفض تارة أخرى( مابين 2003-2006 و2010-2011 و2016-2017) وتكون أحيانا أخرى مستقرة وثابتة عند مستوى معين (2008-2010).

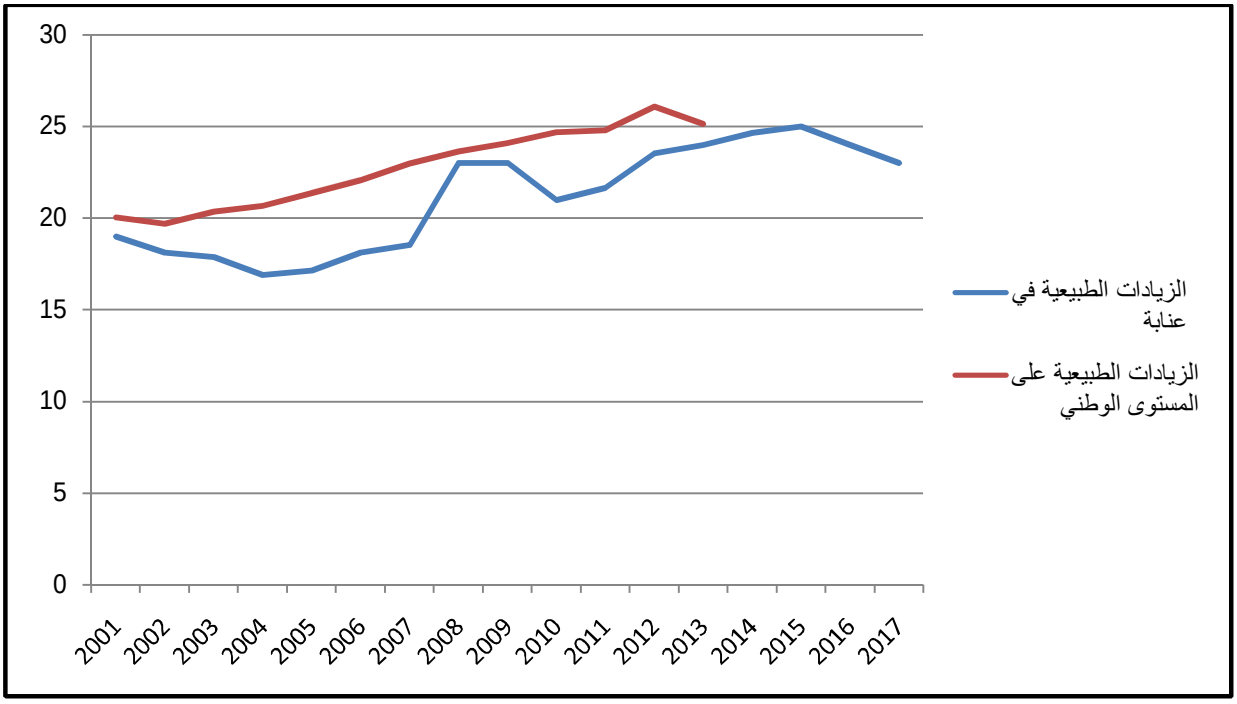
ما يلاحظ أيضا من خلال الرسم البياني هو أن المنحنى الذي يعبر على تطور نسبة النمو الديمغرافي على المستوى الوطني ظل يعلو نظيره الذي يعبر عن تطور هذه النسبة في ولاية عنابة طيلة فترة الدراسة باستثناء الفترة الزمنية مابين سنتي 2008 و2011، وهذا يفسر بأن النمو الديمغرافي في عنابة ظل أقل من المعدل الوطني وذلك في فترتين الأولى من 2001 إلى غاية 2008 والثانية بعد 2013 ، أما خلال سنوات 2009،2010، 2011، 2012 فإن ولاية عنابة شهدت نموا ديمغرافيا أكبر من النسب الوطنية.

والجدير بالذكر أن أعلى نسبة نمو سجلت سنة 2012 وكانت قد قدرت بـ 2,2%.

**2- نسبة الزيادات الطبيعية**

تعد الزيادات الطبيعية العامل الرئيسي في النمو السكاني، وهي إحدى المؤشرات الهامة عن وضعية الصحة العامة في المجتمعات، يبين الرسم البياني أدناه ( شكل رقم:13) تطور نسبة الزيادة الطبيعية في ولاية عنابة مقارنة بتطور النسبة الوطنية.

**شكل رقم:11** تطور مؤشر الزيادات الطبيعية في ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية 2001_2017 (%)




**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان واصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء

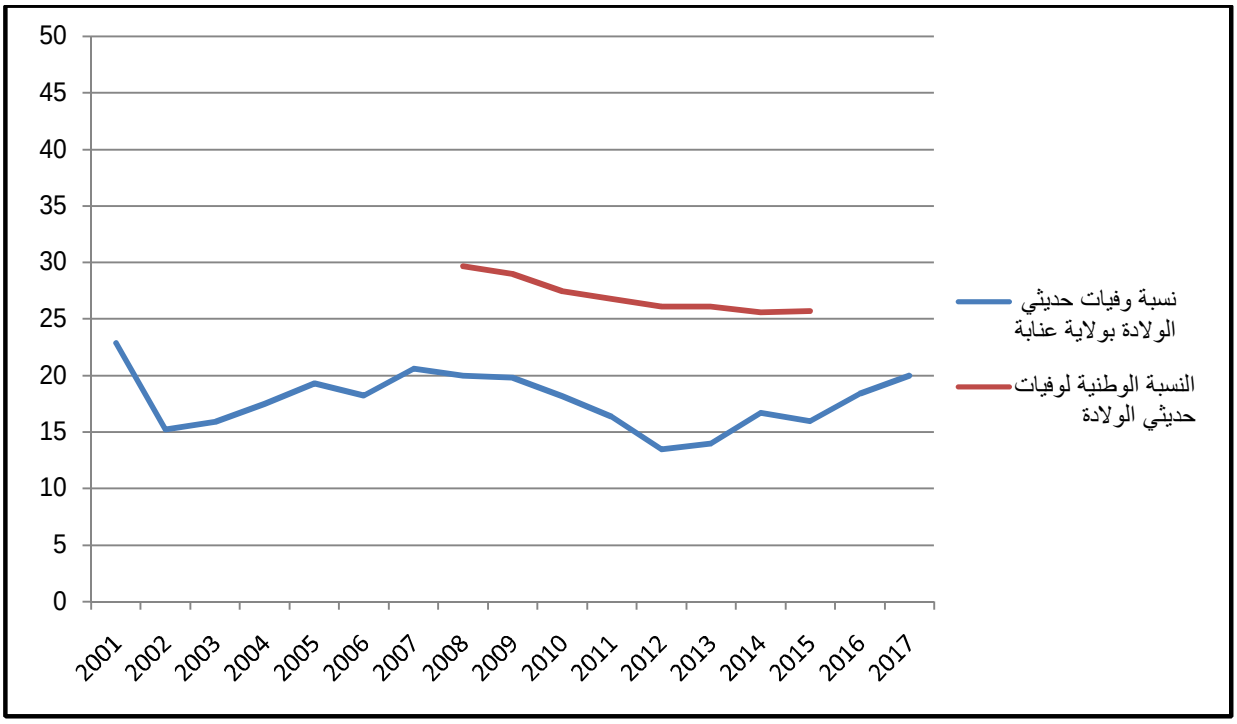
إن نسبة الزيادات الطبيعية في ولاية عنابة حسب هذا المنحنى البياني غير مستقرة فهي تزداد تارة وتنخفض تارة أخرى بينما تزداد بوتيرة ثابتة نسبيا على المستوى الوطني.

لقد ظلت نسبة الزيادات الطبيعية في ولاية عنابة منخفضة مقارنة بالنسب الوطنية وقد بلغت أدنى حد لها سنة 2004 حيث قدرت بـ 16,9% بينما سجلت أقصى حد لها سنة 2015 وذلك ببلوغها 25 % .

### 3-وفيات حديثي الولادة

يعبر هذا المؤشر عن عدد الأطفال الذين يفقدون حياتهم خلال الأسبوع الأول من الولادة ويرجع السبب في ذلك غالبا إلى نوعية الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة وجنينها أثناء الحمل وبعد الولادة.

**شكل رقم:12** تطور مؤشر وفيات حديثي الولادة في ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية2001_2017 (‰)



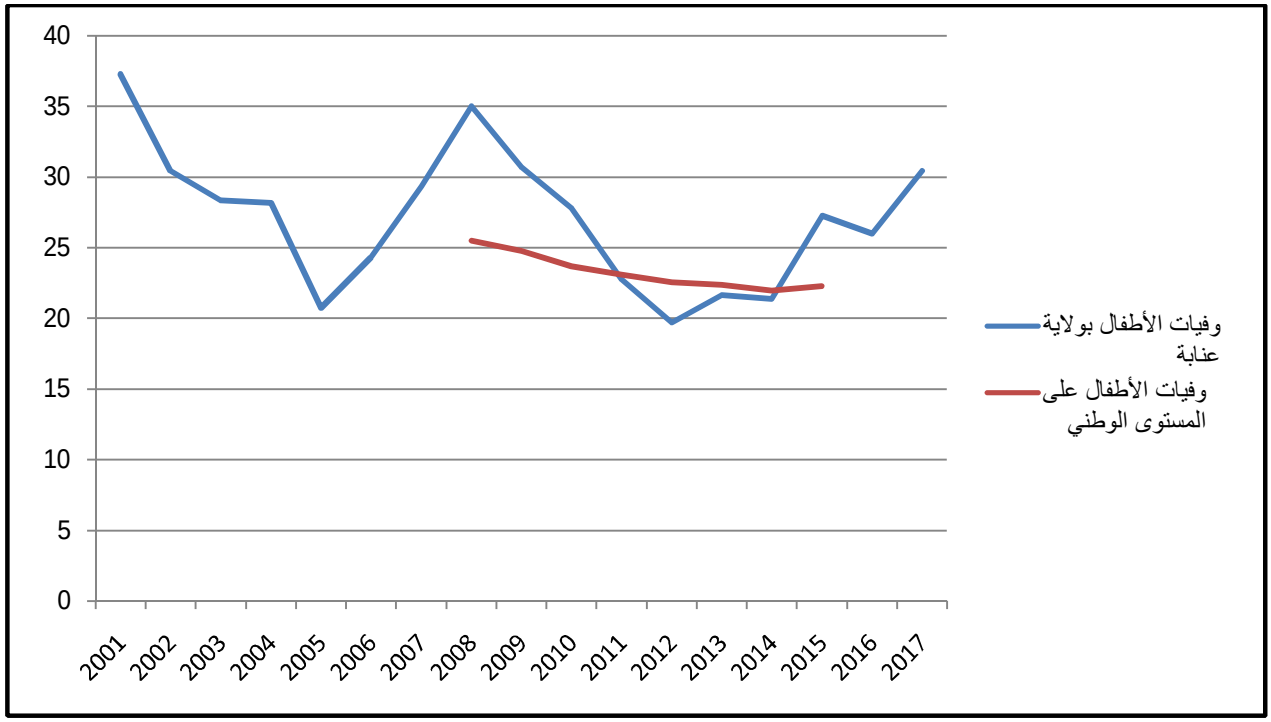

**المصدر:** من إعداد الباحثة بناء على إحصائيات مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعنابة والديوان الوطني للإحصاء

نلاحظ من خلال الرسم البياني أن نسبة وفيات الرضع حديثي الولادة بمدينة عنابة منخفضة إلى حد ما مقارنة بالنسب الوطنية إذ أنها لم تتجاوز 23‰، وكان ذلك سنة 2001، بينما قاربت 30‰ على المستوى الوطني سنتي 2008 و2009 ولم تنزل تحت سقف 25 ‰ إطلاقا من 2008 إلى غاية 2014.

**4- وفيات الأطفال**

هي عبارة عن وفيات الأطفال دون سن الخامسة والمعروف عنها أنها منتشرة على نطاق واسع في الدول النامية.

**شكل رقم:13** تطور مؤشر وفيات الأطفال بولاية عنابة مقارنة مع النسب الوطنية 2001-2017 (‰)



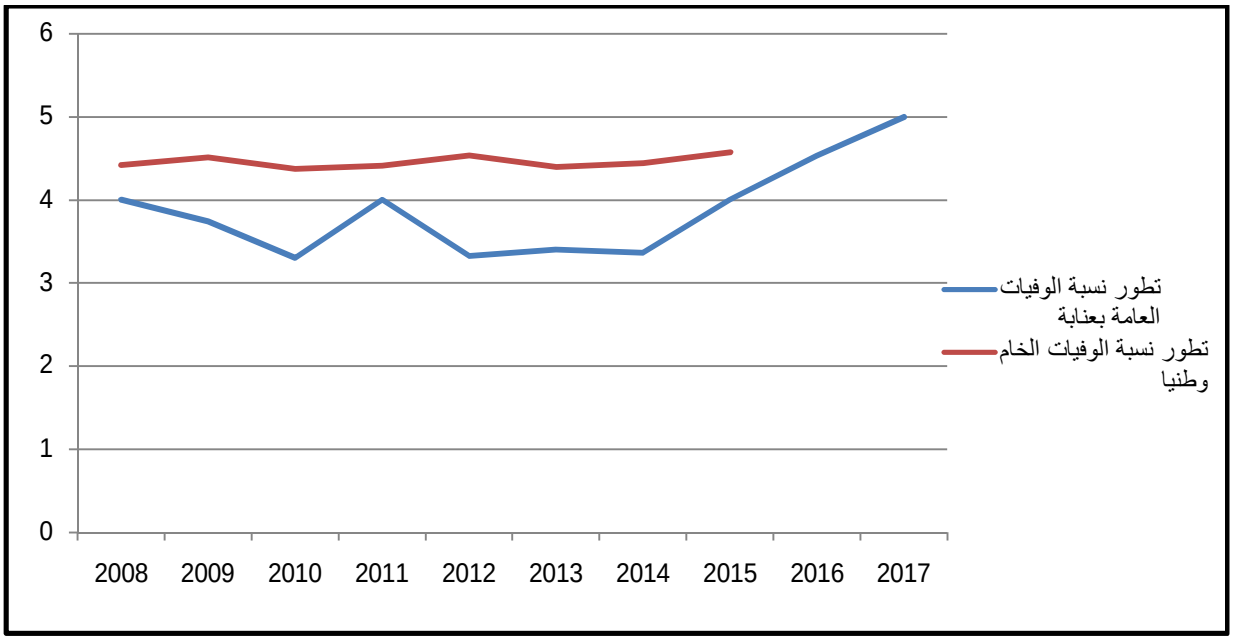

**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعنابة والديوان الوطني للإحصاء

حسب هذا الرسم البياني يتضح أن نسبة وفيات الأطفال في ولاية عنابة مرتفعة مقارنة بالمعدل الوطني حيث بلغت سنة 2001 وكذلك سنة 2008 ارتفاعا جد محسوس أين سجلت نسبتي 37,28 و35 ‰ على التوالي، وهي نسب بعيدة عن المعدل الوطني الذي لم يتجاوز عتبة 25,5‰ وكان ذلك سنة 2008.

**5- تطور نسبة الوفيات الخام**

يشير هذا المؤشر إلى نسبة وفيات السكان في منطقة ما بغض النظر عن سن المتوفى أو سبب الوفاة.

**شكل رقم:14** تطور مؤشر الوفيات الخام 2008_2017 (‰)




**المصدر:** من إعداد الطالبة بناء على معطيات من مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعنابة والديوان الوطني للإحصاء

يبين الرسم البياني أن نسبة الوفيات الخام على المستوى الوطني تشهد تغيرات طفيفة غير ملموسة مقارنة بنظيرتها على مستوى ولاية عنابة، وهذه النسب بالرغم من أنها تكاد تكون ثابتة إلا أنها نسب مرتفعة إلى حد ما عن تلك المسجلة في ولاية عنابة.

وما يلاحظ أيضا هو أن مؤشر الوفيات الخام بعنابة يشهد منذ سنة 2014 تزايدا معتبرا وسريعا ومحسوسا إذ انتقل من نسبة 3,36 ‰ إلى 5 ‰ سنة 2017 .

6_ **التغطية بالخدمات:** يعبر عن هذا المؤشر غالبا بعدد كل من الأطباء والممرضين وأطباء الأسنان والصيادلة وأسرة المستشفيات لكل 10000 ساكن.

- ✓ **مؤشر طبيب / مريض:** يحسب هذا المؤشر بقسمة تعداد السكان على عدد الأطباء الموجودون في منطقة ما، وحسب منظمة الصحة العالمية فإنه يفترض أن يكون هناك طبيب لكل 10000 نسمة وفي العادة لا يتم احتساب الأطباء العاملون بالقطاع الخاص، وتجدر الإشارة إلى أن المنظمة لم تحدد إذا كان المعنيون هم الأطباء العامون فقط أم تشمل العملية كافة التخصصات الطبية.

بالنسبة لولاية عنابة فإنه تم إحصاء نحو 533 طبيب عام و752 طبيب مختص أي بمجموع يقدر ب1285 طبيب في القطاع العام، هذا العدد موجه لرعاية سكان الولاية المقدر عددهم ب 663681 نسمة، بمعدل طبيب لكل 516,48 نسمة.

- ✓ **مؤشر طبيب أسنان/مريض:** يقدر عدد أطباء الأسنان في القطاع العام بعنابة بـ 140 طبيب، بمعدل طبيب لكل 4740,57 نسمة.
- ✓ **مؤشر صيدلي/مريض:** يبلغ عدد الصيادلة الذين ينتمون إلى القطاع العام في ولاية عنابة 52 صيدلي، بمعدل صيدلي لكل 12763 نسمة.
- ✓ **مؤشر عدد الممرضين:** تحتوي المؤسسات الصحية بولاية عنابة على 1526 ممرض بمعدل ممرض لكل 434 نسمة.
- ✓ **مؤشر سرير/مريض:** يبلغ مجموع عدد الأسرة في المؤسسات الاستشفائية على مختلف أنواعها بولاية عنابة نحو 2099 سرير، بمعدل سرير لكل 316 ساكن.

ما يلاحظ على مؤشرات التغطية الصحية في ولاية عنابة هو أنها مؤشرات جيدة إلى حد بعيد إذ أنها أقل بكثير من الحد الأعلى المعمول به دوليا إذا استثنينا مؤشر صيدلي/ مريض، ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار وجود القطاع الخاص الذي يغطي شريحة واسعة من سكان الولاية ولم يتم احتسابه ضمن هذه المؤشرات .

## المبحث الثاني: تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها

في هذا الجزء من البحث سوف يكون اهتمامنا منصبا على النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الميدانية التي جاءت بعنوان" **تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها**" وسنقوم بتحليلها وتفسيرها بالاعتماد على برنامج SPSS نسخة 24.

### المطلب الأول: تقديم استمارة البحث وعينة الدراسة

يعتبر اختيار عينة البحث وأدواته خطوة هامة في البحوث الميدانية في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية بصفة عامة، ودقة النتائج المتوصل إليها يتوقف على التمثيل الجيد لمجتمع الدراسة وانتقاء الأداة الملائمة لجمع البيانات، وقد ورد تعريف العينة على أنها " جزء محدد نوعا وكما، يمثل عددا من الأفراد يحملون الصفات نفسها الموجودة في مجتمع الدراسة، على أن يتم إعطاء فرص متكافئة لجميع أفراد مجتمع الدراسة الذين يقع عليهم الاختيار من أجل المحافظة على موضوعية سحب العينة بطريقة علمية وسليمة.[1]

[1]- عدنان أحمد مسلم، آمال صالح عبد الرحيم، **دليل الباحث في العلوم الاجتماعية**، العابيكان للنشر، السعودية،2011، ص 66.

تتقسم العينة إلى نوعين أساسين:[1]

- ✓ العينة العشوائية: ونميز منها
  - العينة العشوائية البسيطة
  - العينة العشوائية الطبقية
  - العينة العشوائية العنقودية
  - العينة العشوائية المنتظمة
- ✓ العينة غير العشوائية: وتنقسم إلى
  - العينة غير العشوائية القصدية
  - العينة غير العشوائية العارضة
  - العينة غير العشوائية الحصصية

والجدير بالذكر أن حجم العينة يختلف من دراسة إلى أخرى بحسب مجتمع الدراسة، ويعتبر Uma SEKARAN أن حجم العينة الذي يتراوح بين 30 و 500 مفردة ملائم لمعظم أنواع الأبحاث[2].

أما فيما يخص أداة البحث فقد وقع اختيارنا على الاستبيان الذي يعد من بين أكثر أدوات البحث العلمي استخداما لجمع البيانات من المبحوثين عند دراسة ظواهر قابلة للقياس، وتكمن أهمية الاستبيان في كونه يتيح إمكانية جمع البيانات من أعداد كبيرة من المبحوثين في الوقت ذاته ويمكن من الحصول على

[1]- علي معمر عبد المؤمن، **مناهج البحث في العلوم الاجتماعية: الأساسيات والتقنيات**، منشورات جامعة 7 أكتوبر، ليبيا، 2008، ص ص 191-192.

[2] -Sekaran, Uma, **Research methods for business: A skill building approach** (4th ed.), New York: John Wiley & Sons Inc. 2003 ,p-294.

معلومات هامة وحساسة نظرا لأن هوية المبحوثين غير معلن عنها خاصة كما يتيح للمستجوب وقتا كافيا ليفكر في الإجابة دون تدخل الباحث.[1]

1- مجتمع الدراسة وعينة البحث

يتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية والخاصة الموجودة في ولاية عنابة، لقد أجريت الدراسة على المستشفيين الجامعيين ابن سينا وابن رشد وعلى المصحتين الخاصتين الياسمين والجزائر، ويعود سبب اقتصار مجال الدراسة على هذه المؤسسات دون غيرها لسببين رئيسيين:

- تشتمل هذه المؤسسات على التخصصات الطبية التي اخترناها قصدا لكونها تتعلق بالأمراض التي تعد السبب الرئيسي للوفيات في الجزائر.
- عدم موافقة مديري ومالكي بقية المؤسسات الموجودة على تراب الولاية على استقبالنا .

لقد تم توزيع الاستبيان على كافة المرضى الذين تواجدوا بالمؤسسات السالفة الذكر خلال الفترة الممتدة من 19 ماي إلى 4 جويلية 2018، مع العلم أن العينة كانت قصدية حيث اشتملت على المرضى المقيمين بمصلحتي أمراض القلب والشرايين كون هذا النوع من الأمراض يعد المسبب الأول للوفيات على المستوى العالمي والوطني والولائي، ومصلحة جراحة العظام التي تتطلب إمكانيات ومعدات ضخمة، غير أنه ونظرا لقلة عدد المرضى في القطاع الخاص من جهة وعدم تجاوبهم بشكل جيد من جهة أخرى اضطررنا إلى توسيع دائرة أفراد العينة لتشمل مرضى من مصالح أخرى في هذا القطاع.

[1]- علي معمر عبد المؤمن، **مرجع سابق**، ص 207-208.

وقد تم توزيع 170 استمارة منها 100 في القطاع العام و 70 في القطاع الخاص وتم استرداد 123 استمارة 74 في القطاع العام و49 في القطاع الخاص.

2- تقديم الاستمارة ومراحل توزيعها

بالنسبة للاستمارة الموجهة للمستفيدين من الخدمات الصحية، كانت تعتمد بشكل كبير على الأسئلة المغلقة مراعاة لحالة المرضى من جهة ولأنها تخدم موضوع الدراسة وأهدافها من جهة أخرى، ولهذا الغرض فإن أغلب الأسئلة جاءت مرفقة بعدة احتمالات تتناسب مع مختلف الآراء والتوجهات، وكان على المستوجب أن يختار الإجابة التي تعبر عن رأيه وتتناسب مع توجهاته.

لقد اقتضى تطبيق الاستبيان كأداة لجمع البيانات المرور بعدة مراحل:

ففي البداية تمت صياغة وإعداد الاستمارة الأولية وتم عرضها على الأستاذ المشرف، وبناء على الملاحظات المقدمة من طرفه قمنا بالتعديلات اللازمة، ليتم بعدها عرض الاستمارة على لجنة تحكيم مكونة من ثلاث أساتذة في العلوم السياسية، الذين بدورهم قدموا مقترحات شكلية وأخرى منهجية بخصوص بعض الأسئلة التي تضمنتها الاستمارة ليعاد إدخال التعديات اللازمة من جديد، وفي الأخير خرجنا بالشكل النهائي الموضح في **الملحق رقم** (03) وقد اشتملت على 38 سؤالا موزعة على ستة محاور:

- ✓ المحور الأول يتعلق بالبيانات الشخصية للمستفيدين من الخدمات الصحية
- ✓ المحور الثاني يتعلق بطريقة الالتحاق بالمؤسسة
- ✓ المحور الثالث يتضمن بيانات تتعلق بجودة الخدمات الصحية
- ✓ المحور الرابع يتعلق بالكفاءة والفاعلية

- ✓ المحور الخامس يتعلق بإمكانيات المؤسسة المادية والبشرية
- ✓ المحور السادس تضمن تقييما عاما للخدمات الصحية

بعد صياغة الاستمارة في شكلها النهائي، قمنا بزيارة استطلاعية شملت كبرى المؤسسات الصحية العمومية وكافة العيادات الصحية الخاصة الموجودة على تراب الولاية، وكان الغرض من ذلك تحديد عينة الدراسة من جهة ومحاولة الحصول على ترخيص من طرف مسؤولي تلك المؤسسات لإجراء الدراسة الميدانية من جهة أخرى، وكان ذلك من 29 أفريل إلى غاية 10 ماي 2018.

في نهاية هذه الفترة تمكنا من الحصول وبصعوبة على ترخيص بإجراء بحثنا في كل من المستشفى الجامعي ابن رشد، والمستشفى الجامعي ابن سينا، بالإضافة إلى مصحتي الياسمين والجزائر بالنسبة للقطاع الخاص.

بعد ذلك تم القيام بتجربة استطلاعية أخرى وكان الغرض منها التقرب من مختلف المصالح الموجودة على مستوى المؤسسات التي سمح لنا بدخولها لإجراء البحث، وخلال هذه المرحلة تم تحديد الصعوبات والمعيقات، واختيار العينة بدقة أكثر وكذا الفترة الزمنية الملائمة لتوزيع الاستبيان على المبحوثين وتم ذلك مابين 13 و17 ماي 2018.

وخلال الفترة الممتدة من 19 ماي إلى غاية 21 جوان 2018 تم توزيع الاستمارات، وقد سمحت هذه الفترة باسترجاع عددا يمكن اعتماده بالنسبة للقطاع العام ( 74 % )، أما في القطاع الخاص فإن تجاوب المرضى والموظفين كان محدودا فاضطررنا إلى تمديد الفترة إلى غاية 04 من شهر جويلية وقد تمكنا خلالها من استرداد 70 % من الاستمارات الموزعة على المرضى ، مع العلم أن بعض المصالح لم

نتمكن من دخولها الشيء الذي دفعنا إلى ترك الاستمارات لدى بعض المسؤولين واستعادتها في وقت آخر.

والجدير بالذكر أن العينة الممثلة لفئة المستفيدين من الخدمات الصحية تم اختيارها قصديا من بين المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة والمصنفة على أنها من مسببات الوفيات الأولى في الجزائر وفي ولاية عنابة، ناهيك على أنها الأكثر الأمراض انتشار وعلى هذا الأساس انتقينا مصلحة أمراض القلب بالمستشفى الجامعي ابن سينا، وشملت الدراسة أيضا عدد من المرضى المتواجدون بمصلحة جراحة العظام بالمستشفى الجامعي ابن رشد، وفي مقابل ذلك ونظرا لكون الدراسة مقارنة فإن العينة شملت كذلك مرضى القلب والسكري والعظام المتواجدون في كل من عيادتي الياسمين والجزائر غير أن عدد المرضى في هاته المصالح بالنسبة للقطاع الخاص كان محدودا فارتأينا إلى توزيع الاستبيان على المرضى المتواجدون لأجل العلاج في تخصصات طبية أخرى.

وحتى نصل إلى نتائج دقيقة نسبيا وصادقة ومعبرة قمنا باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) نسخة 24 على اعتبار أنه أحد أهم البرامج المستخدمة في هذا المجال، واعتمدنا على الأدوات الإحصائية التالية:

_ التكرارات والنسب المئوية حتى يتأتى لنا وصف خصائص العينة

_ الجداول المتقاطعة لدراسة العلاقة بين المتغيرات الدراسة

_اختبار T-STUDENT لأجل إجراء مقارنة ثنائية والكشف الإحصائي عن مدى الاختلاف والتشابه بين مؤشرات الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص.

## المطلب الثاني: معالجة البيانات ومقارنة مؤشرات الخدمات الصحية إحصائيا

### أولا: معالجة البيانات

✓ **معالجة البيانات الشخصية:** تناول المحور الأول من الاستبيان الموجه إلى المرضى البيانات الشخصية لعينة الدراسة، حيث تفيد معرفة هذه المعطيات في فهم جوانب أخرى من البحث وقد جاءت نتائجها كما يلي:

❖ توزيع أفراد العينة حسب القطاع

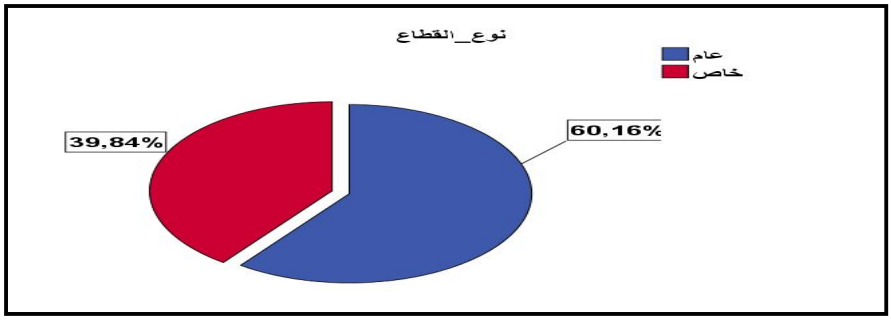
**جدول رقم 26**: توزيع أفراد العينة حسب القطاع

| | | التكرارات | النسب المئوية |
|---|---|---|---|
| القطاع | القطاع العام | 74 | 60,1 |
| | القطاع الخاص | 49 | 39,9 |
| | المجموع | 123 | 100,0 % |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح نتائج الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم 15:** توزيع أفراد العينة حسب القطاع




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن القطاع الأكثر تمثيلا هو القطاع العام بنسبة تقدر بـ 60,1 % بينما تقدر نسبة تمثيل القطاع الخاص بـ 39,9 %.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس

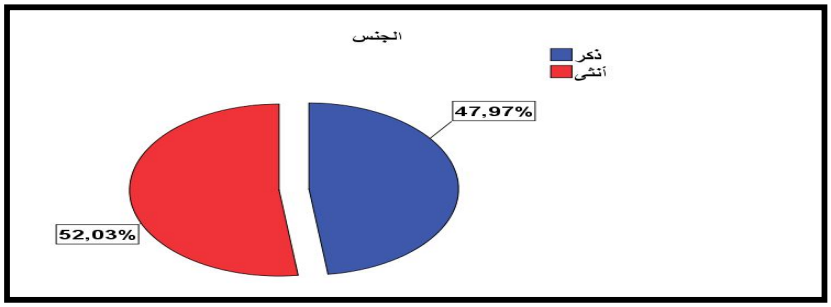
**جدول رقم 27:** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الجنس | ذكر | 40 | 54,1% | 19 | 38,8% | 59 | 48% |
| | أنثى | 34 | 45,9% | 30 | 61,2% | 64 | 52% |
| المجموع | | 74 | 60,2% | 49 | 39,8% | 123 | 100,0% |

**المصدر**:من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

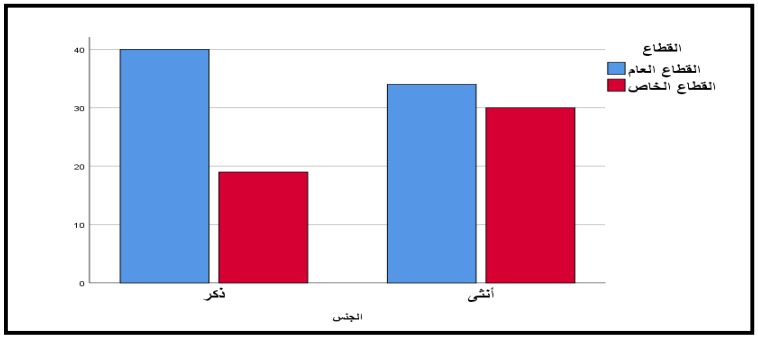
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم:** 16 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:** 16 (ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن :

الجنس الأكثر تمثيلا في مفردات العينة هو جنس الإناث بمجموع يقدر بـ 64 مفردة أي ما يعادل نسبة 52%، بينما يمثل جنس الذكور ما نسبته 47,6% فقط من النسبة الإجمالية في القطاعين العام والخاص معا وذلك بمجموع يقدر بـ 59 مفردة.

- بالنسبة للقطاع العام فإن الجنس الأكثر تمثيلا هو جنس الذكور بنسبة تقدر بـ% 54,1 بينما لا تتجاوز نسبة جنس الإناث % 45,9 من إجمالي عدد أفراد العينة الذين ينتمون إلى هذا القطاع.
- أما في القطاع الخاص فإن نسبة تمثيل جنس الإناث والمقدرة بـ % 61,2 تفوق نسبة تمثيل جنس الذكور والتي لم تتجاوز% 38,8.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن

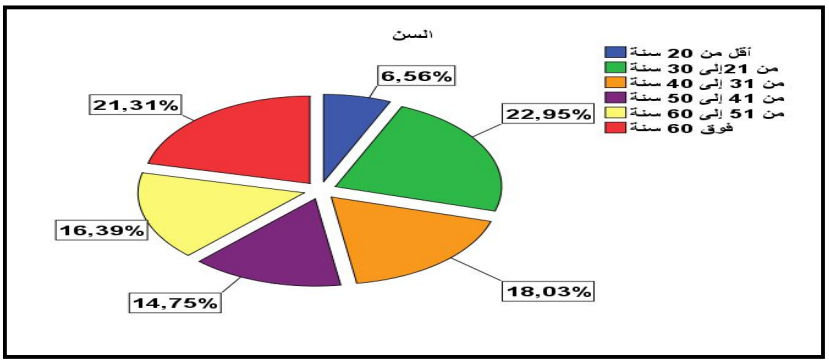
**جدول رقم** 28 : توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| السن | أقل من 20 سنة | 8 | 10,8% | 0 | - | 8 | 6,6% |
| | من21 إلى 30 سنة | 13 | 17,6% | 16 | 32,6% | 29 | 23,0% |
| | من 31 إلى 40 سنة | 11 | 14,9% | 11 | 22,44 % | 22 | 18,0% |
| | من 41 إلى 50 سنة | 7 | 9,5% | 11 | 22,44% | 18 | 14,8% |
| | من 51 إلى 60 سنة | 12 | 16,2% | 8 | 16,32% | 20 | 16,4% |
| | فوق 60 سنة | 23 | 31,1% | 3 | 6,12% | 26 | 21,3% |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

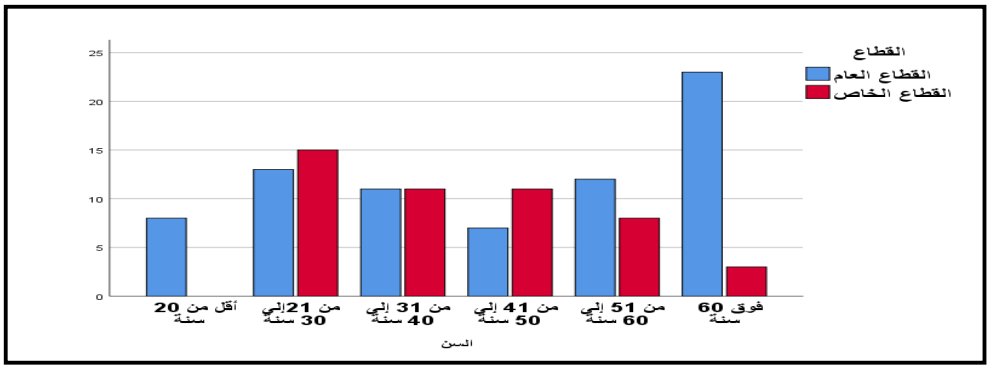
يمكن توضيح بيانات الجدول رقم 29 من خلال الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم**: 17 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير السن




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم**: 17 (ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

- أغلب أفراد العينة موزعين على فئتي ذوي السن من21 إلى 30 سنة وفوق 60 سنة بنسبتي23,0% و21,3% على التوالي، ثم تليها الفئات العمرية من 31 إلى40 ومن 41 إلى 50 سنة ومن 51 إلى 60 سنة بنسب تقدر بـ 18,0%، 14,8%، 16,4% على التوالي بينما نجد أن الفئة الأقل تمثيلا هي فئة الأفراد الأقل من 20 سنة بنسبة 6,6% .
- في القطاع العام، الفئة الأكثر تمثيلا هي فئة الأفراد الذين يفوق سنهم 60 سنة بنسبة 31,1% تليها فئة الأفراد من21 إلى 30 سنة بنسبة 17,6% ثم من 51 إلى 60 بنسبة 16,2% وتليها فئة

الأقل من 20 سنة بنسبة تقدر بـ 10,8%، لتكون بذلك فئة الأفراد من 41 إلى 50 سنة هي الأقل تمثيلا في هذا القطاع بنسبة 9,5%.

- أما في القطاع الخاص فإن ما نلاحظه هو أن أعلى نسبة تمثيل لأفراد العينة ينتمون إلى فئة البالغين من السن مابين 21 و30 سنة وبدرجة أقل فئتي من 31 إلى 40 سنة ومن 41 إلى 50 بنسبة متساوية تقدر بـ 22,44% لكل فئة وتليهما فئة من 51 إلى 60 سنة، بينما الذين يتجاوز سنهم 60 سنة ممثلون بنسبة لا تتعدى 6,12% ونلاحظ غياب تام لفئة الأفراد دون 20 سنة.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب المؤهل العلمي

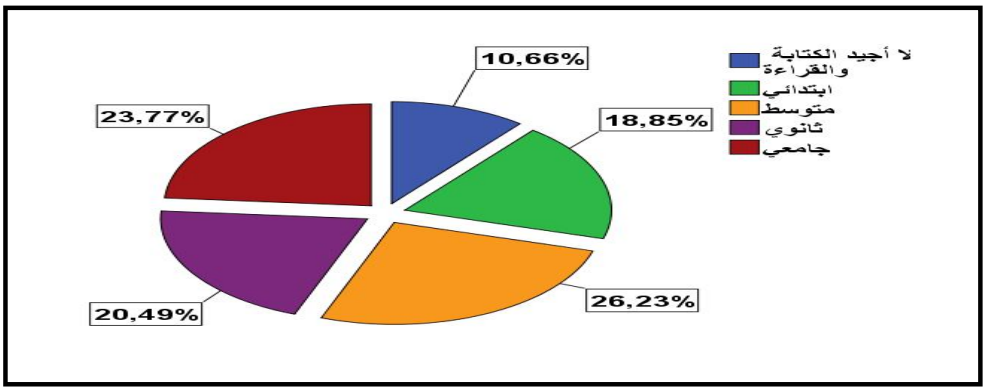
**جدول رقم29:** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب المؤهل العلمي

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| المؤهل العلمي | لا أجيد الكتابة والقراءة | 11 | 14,9% | 2 | 4,08 % | 13 | 10,7% |
| | ابتدائي | 16 | 21,6% | 7 | 14,28% | 23 | 18,9% |
| | متوسط | 19 | 25,7% | 13 | 26,53 % | 32 | 26,2% |
| | ثانوي | 15 | 20,3% | 11 | 22,44% | 26 | 20,5% |
| | جامعي | 13 | 17,6% | 16 | 32,65% | 29 | 23,8% |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

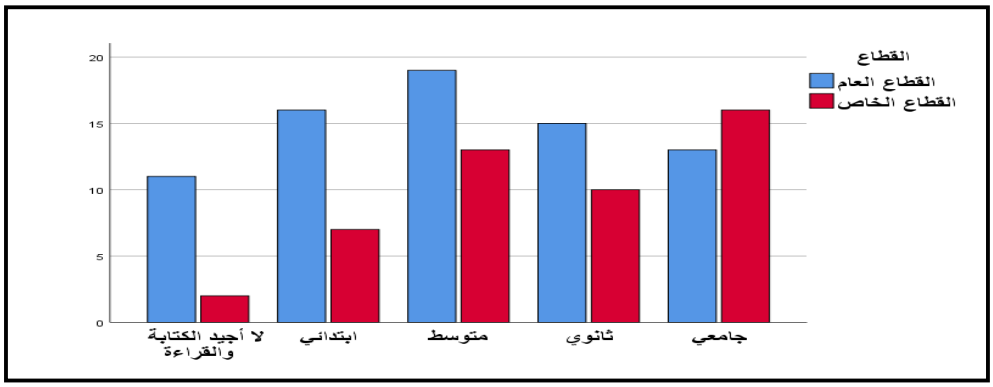
يمكن توضيح بيانات الجدول حسب الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم:** 18 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:** 18 (ب) توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

- أفراد العينة موزعون على مختلف الأطوار التعليمية بنسب متقاربة غير أن فئة غير المتعلمين هي الأقل تمثيلا بنسبة 10,7% وفئة ذوي التعليم المتوسط هي الأكثر تمثيلا بنسبة 26,2%.

- الشريحة الغالبة في القطاع العام هي من فئة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 25,7% وتليها فئتي ذوي المستوى الابتدائي والثانوي بنسبتي 14,28%و20,3% على التوالي ثم فئتي الجامعيين والذين لا يجيدون القراءة والكتابة بنسبتي 17,6% و 14,9%.

-أما في القطاع الخاص فإن الشريحة الغالبة على مفردات العينة هي من فئة الجامعيين بنسبة

32,65% وبنسبة أقل تبلغ 26,53% ذوي المستوى التعليمي المتوسط، ثم فئة ذوي المستوى الثانوي بنسبة 22,44% وتأتي بعدها فئة ذوي المستوى الابتدائي، أما الذين لا يجيدون القراءة والكتابة فنسبتهم ضئيلة في هذا القطاع إذ لم تتعدى 4,08 %.

❖ توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية الحالة الاجتماعية

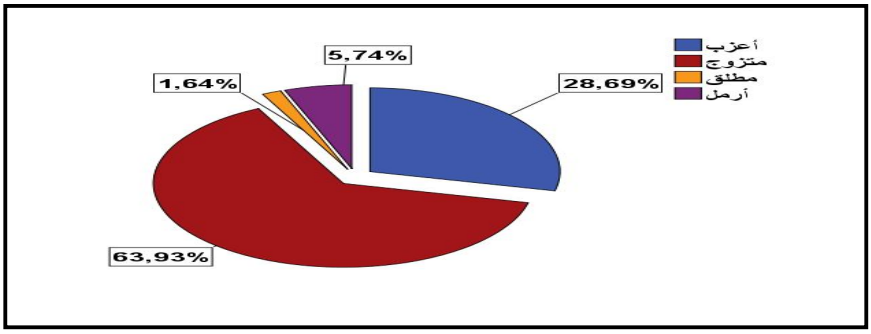
**جدول رقم30**: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الحالة الاجتماعية | أعزب | 24 | 32,4% | 11 | 22,44% | 35 | 28,7% |
| | متزوج | 43 | 58,1% | 36 | 73,46% | 79 | 63,9% |
| | مطلق | 1 | 1,4% | 1 | 2,04% | 2 | 1,6% |
| | أرمل | 6 | 8,1% | 1 | 2,04% | 7 | 5,7% |
| المجموع | | 74 | 100 % | 49 | 100 % | 123 | 100 % |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

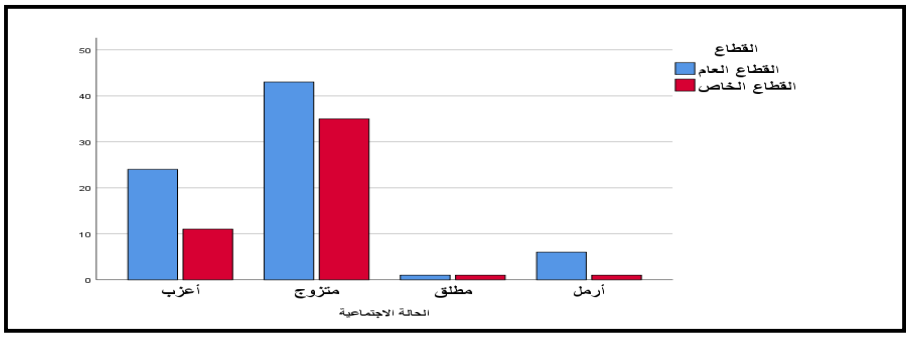
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم** :19 (أ) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم** :19 **(ب)** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب الحالة الاجتماعية




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

- الفئة الغالبة على أفراد العينة هي فئة المتزوجين بنسبة% 63,9 بينما تمثل فئة العزاب نسبة28,7% والأرامل5,7% بينما لا تتجاوز نسبة المطلقون1,6 %.

-في القطاع العام، الفئة الأكثر تمثيلا هي فئة المتزوجون بنسبة 58,1% تليها فئة العزاب بنسبة 32,4% ثم الأرامل بنسبة 8,1% في حين لم تتجاوز نسبة المطلقون 1,4%.

_وفي القطاع الخاص كذلك نجد أن الفئة الأكثر تمثيلا هي فئة المتزوجين بنسبة % 73,46 تليها فئة العزاب بنسبة 22,44% ثم فئتي الأرامل والمطلقين بنسبة متساوية قدرت بـ% 2,04.

❖ توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة:

**جدول رقم** 31: توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

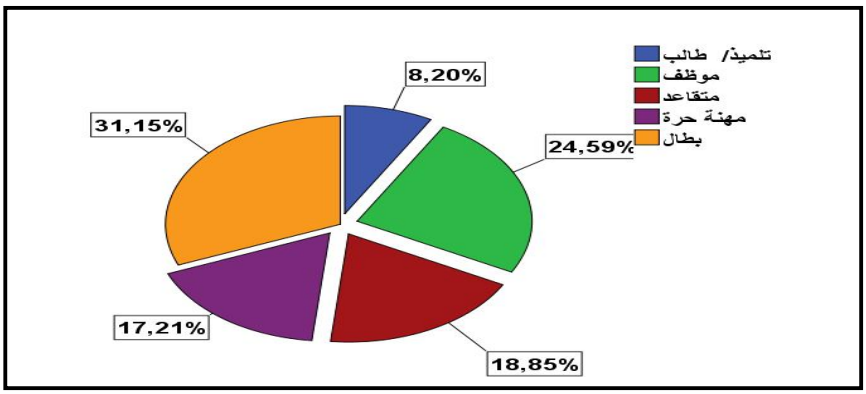
| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الوظيفة | تلميذ /طالب | 7 | 9,5% | 3 | 6,12% | 10 | 8,2% |
| | موظف | 10 | 13,5% | 21 | 42,85% | 31 | 24,6% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | متقاعد | 20 | 27,0% | 3 | 6,12% | 23 | 18,9% |
| | مهنة حرة | 15 | 20,3% | 6 | 12,24% | 21 | 17,2% |
| | بطال | 22 | 29,7% | 16 | 32,65% | 38 | 31,1% |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

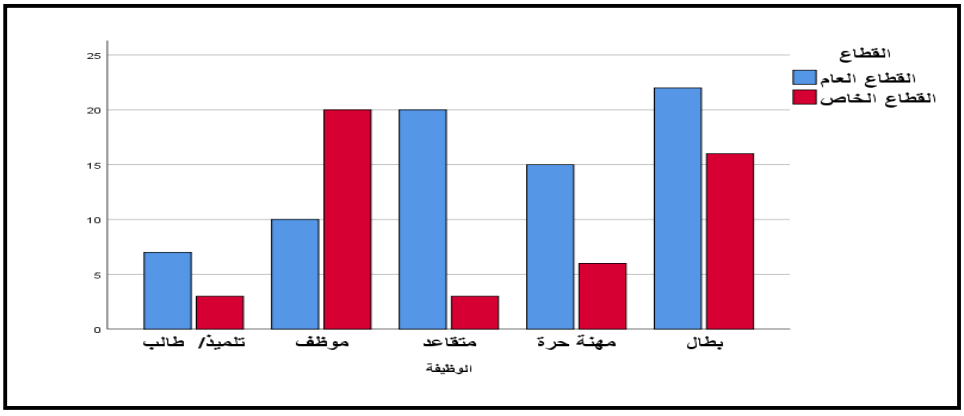
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم:** 20 (أ) توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:** 20 (ب) توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج أن:

- فئة العاطلين عن العمل هي الأكثر تمثيلا ضمن مفردات العينة بنسبة 31,1% تليها فئة الموظفين بنسبة 24,6% ثم المتقاعدين بنسبة 18,9% فأصحاب المهن الحرة بنسبة تقدر بـ 17,2% وتأتي في الأخير فئة الطلبة الذين لا تتجاوز تمثيلهم نسبة 8,2%.

- أكبر عدد من أفراد العينة في القطاع العام ينتمون إلى فئة العاطلين عن العمل بنسبة 29,7% وبعدها مباشرة تأتي فئة المتقاعدين بنسبة تقدر 27,0% وتليها فئة أصحاب المهن الحرة بنسبة 20,3% في حين أن نسبة الموظفين لم تتجاوز 13,5% لتكون بذلك فئة الطلبة هي الأقل تمثيلا بنسبة قدرت بـ 9,5%.

- بينما نجد أن الموظفين هي الفئة الأكثر تمثيلا لمفردات العينة في القطاع الخاص بنسبة بلغت % 42,85 ثم تليها مباشرة فئة البطالين بنسبة 32,65% ثم بنسبة أقل تبلغ % 12,24 أصحاب المهن الحرة وتأتي فئتي الطلبة والمتقاعدين في الأخير بنسبة لا تتجاوز 6,12% لكل فئة على حدة .

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير مكان الإقامة

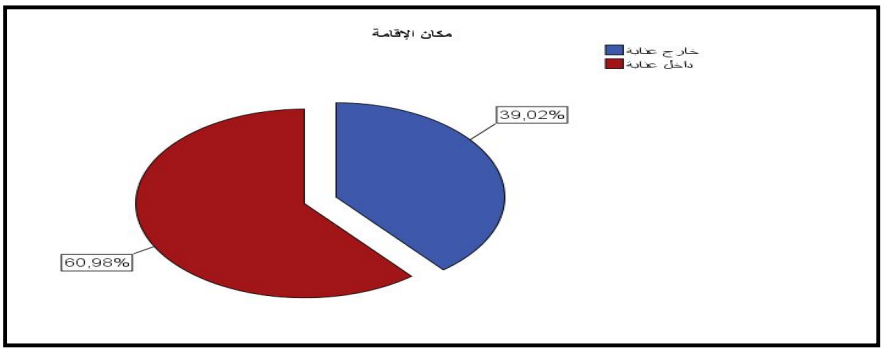
**جدول رقم32:** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب مكان الإقامة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | التكرارات | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | | |
| مكان الإقامة | خارج عنابة | 33 | 44,6 % | 15 | 30,6% | 48 | 39% |
| | داخل عنابة | 41 | 55,4 % | 34 | 69,4% | 75 | 61% |
| | **المجموع** | 74 | 100% | 49 | 100% | 123 | 100% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 21 (أ) توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال هذه النتائج يتبين أن:

- أغلب أفراد العينة يقيمون بولاية عنابة بنسبة إجمالية تقدر بحوالي 61,0% بينما تبلغ النسبة الإجمالية للوافدين من خارج ولاية عنابة حوالي% 39,0.
- أغلب المتواجدون بالمؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة ينحدرون من ولاية عنابة بنسبتي 55,4% في القطاع العام و% 69,4 في القطاع الخاص.
- نسبة معتبرة من المرضى المتواجدون بالمؤسسات الاستشفائية بولاية عنابة ينحدرون من ولايات أخرى مجاورة، وتقدر هذه النسبة بـ 44,6% في القطاع العام و% 30,6 في القطاع الخاص.

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير التأمين الصحي

**جدول رقم** 33: توزيع أفراد العينة حسب متغير التأمين الصحي

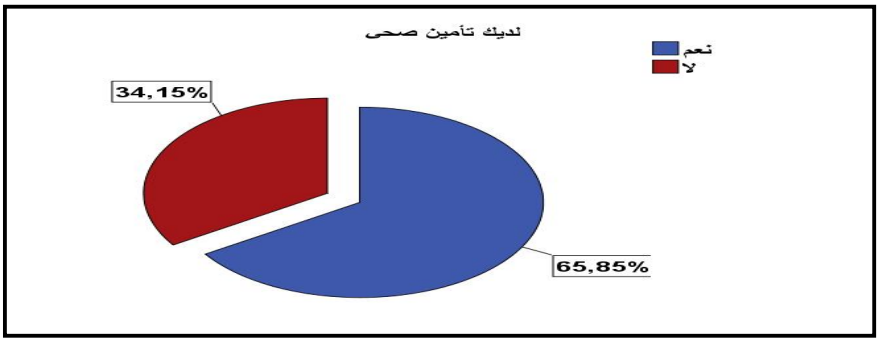
| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| لديك تأمين صحي | نعم | 48 | 64,9% | 33 | 67,3% | 81 | 65,9 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | لا | 26 | 35,1% | 16 | 32,7% | 42 | 34,1 |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

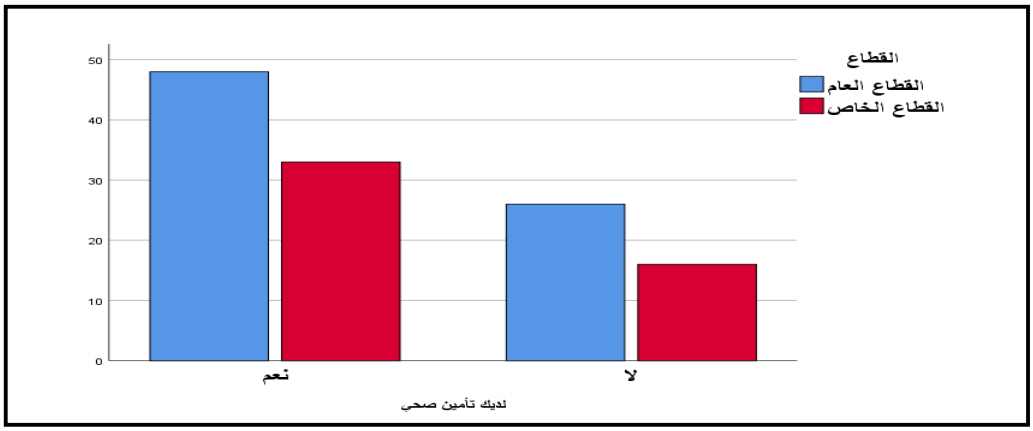
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم:** 22 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير التأمين الصحي




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:** 22 (ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير التأمين الصحي




**المصدر:** من إعداد الطالبة اعتمادا على برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج أن:

- 65,9% من أفراد العينة يحوزون تأمينا صحيا بينما 34,1% من أفراد العينة ككل لا يملكون ذلك.

- في القطاع العام لوحده 64,9% من مفردات العينة مؤمنون صحيا و35,1% غير مؤمنون صحيا.

- في القطاع الخاص كذلك أكبر نسبة من مفردات العينة وذلك بـ67,3% مؤمنة صحيا، في حين لم تتجاوز نسبة غير المؤمنين 32,7%.

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير الادخار تحسبا لمرض مفاجئ

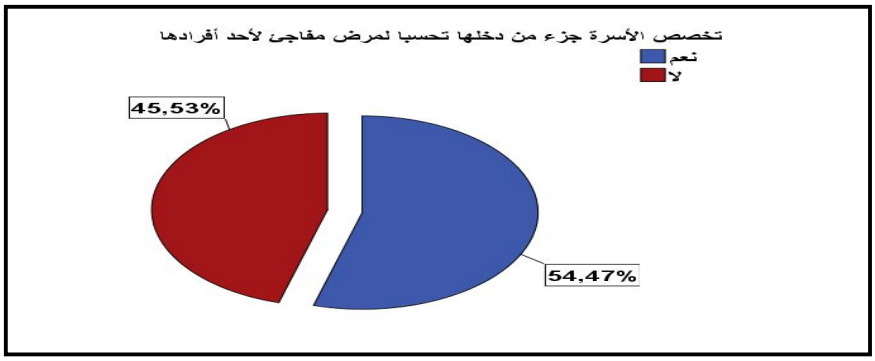
**جدول رقم 34**: توزيع أفراد العينة حسب متغير الادخار لمرض مفاجئ

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تخصص الأسرة جزء من دخلها تحسبا لمرض مفاجئ لأحد أفرادها | نعم | 34 | 45,9% | 33 | 67,3% | 67 | 54,5 |
| | لا | 40 | 54,1% | 16 | 32,7% | 56 | 45,5 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

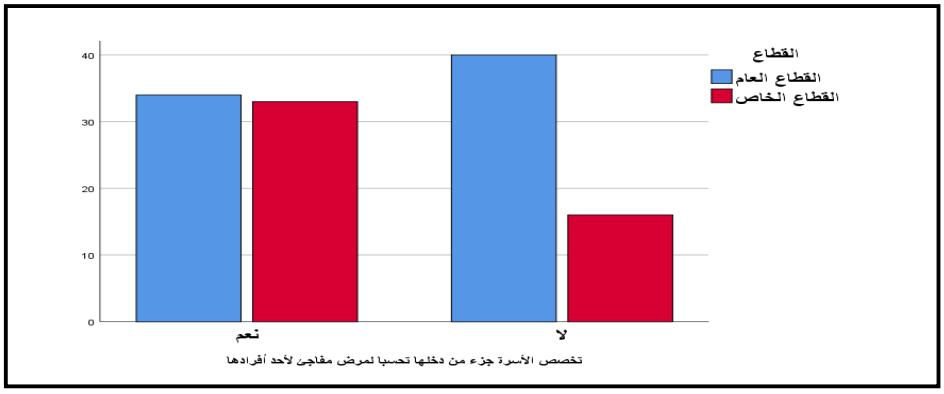
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسمين البيانيين التاليين:

**شكل رقم:23** (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير الادخار تحسبا لمرض مفاجئ




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:23** (ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الادخار تحسبا لمرض مفاجئ




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج أن:

- أكبر نسبة من أفراد العينة والمقدرة بـ% 54,5 تخصص أسرهم جزء من دخلها تحسبا لمرض مفاجئ لأحد أفرادها وهذه الشريحة من العينة مقسمة على القطاعين العام والخاص بشكل غير متساوي .

_45,9% هي نسبة أفراد العينة في القطاع العام الذين لا تدخر تحسبا لمرض مفاجئ لأحد أفرادها، في حين تقدر نسبة أفراد العينة في نفس القطاع والذين تدخر أسرهم جزء من دخلها تحسبا لمرض مفاجئ بـ 54,1%.

-أما في القطاع الخاص فإن نسبة أفراد العينة الذين تدخر أسرهم جزء من دخلها تحسبا لمرض مفاجئ لأحد أفرادها قدرت بـ67,3%، بينما لم تتعدى نسبة أفراد العينة في نفس القطاع والذين لا يدخرون جزء من دخلهم تحسبا لمرض مفاجئ 32,7%.

- ✓ **عرض البيانات الخاصة بطريقة التحاق أفراد العينة بالمؤسسة الصحية**

نستعرض فيما يلي أجوبة أفراد العينة المتعلقة بكيفية التحاقهم بالمؤسسة وهي ما ستمكن من تحديد

العوامل التي تحكم اختيار المرضى وأسرهم للقطاع الذي يتلقى فيه المريض العلاج.

❖ توزيع أفراد العينة حسب مكان تشخيص المرض

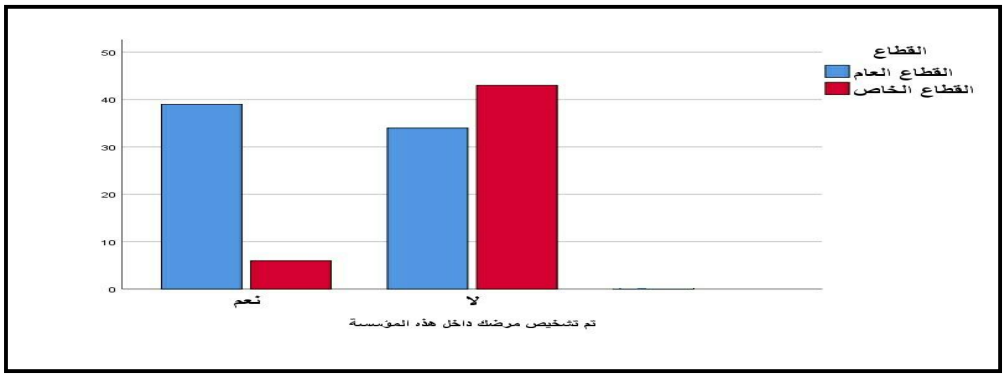
**جدول رقم** 35: توزيع أفراد العينة حسب مكان تشخيص المرض

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تم تشخيص مرضك داخل هذه المؤسسة | نعم | 39 | 52,7% | 6 | 12,2% | 45 | 36,6 |
| | لا | 35 | 47,3% | 43 | 87,8% | 77 | 63,4 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 24 توزيع أفراد العينة حسب مكان تشخيص المرض




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج الموضحة أعلاه نلاحظ أن:

-شريحة صغيرة فقط من أفراد العينة والمقدرة نسبتها بـ% 36,6 تم تشخيص مرضها في المؤسسة التي يتواجدون بها حاليا، بينما ترتفع نسبة أفراد العينة الذين تم تشخيص مرضهم في مؤسسة أخرى قبل الالتحاق بمكان تواجدهم الحالي إلى % 62,6.

- في القطاع العام أغلب أفراد العينة وهم يمثلون 52,7% من العدد الإجمالي لمفردات العينة التي تنتمي إلى هذا القطاع تم تشخيص مرضهم داخل المؤسسة مكان تواجدهم الحالي بينما 45,9% المتبقية من نفس العينة تم تشخيص مرضها في مؤسسة أخرى.

- في القطاع الخاص أكبر شريحة من أفراد العينة أجابت بأن تشخيص مرضها كان خارج المؤسسة التي يقيمون بها حاليا، حيث بلغت نسبة هذه الشريحة 87,8% من العدد الإجمالي لمفردات العينة بينما لم تتجاوز نسبة أفراد العينة الذين تم تشخيص مرضهم في مكان تواجدهم الحالي في القطاع الخاص 12,2%.

❖ إجابات أفراد العينة حول كيفية الالتحاق بالمؤسسة الصحية

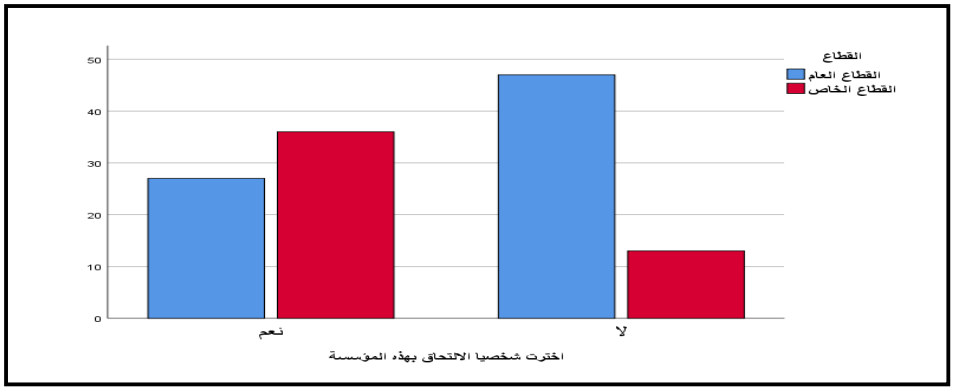
**جدول رقم36**: توزيع إجابات أفراد العينة حول كيفية الالتحاق بالمؤسسة الصحية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| اخترت شخصيا الالتحاق بهذه المؤسسة | نعم | 27 | 36,5% | 36 | 73,5% | 63 | 51,2 |
| | لا | 47 | 63,5% | 13 | 26,5% | 60 | 48,8 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 25 توزيع إجابات أفراد العينة حول كيفية الالتحاق بالمؤسسة العلاجية




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن:

-هناك تباين في إجابات أفراد العينة حول كيفية الالتحاق بالمؤسسة الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص، ففي حين أن أكبر شريحة في القطاع العام والمقدرة بـ63,5% لم تختر شخصيا الالتحاق بمكان تواجدها الحالي، فإنه وعلى العكس من ذلك في القطاع الخاص نجد أن نسبة 73,5% من أفراد العينة أجابوا بأنهم اختاروا شخصيا الالتحاق بهذه المؤسسة، وبالتالي فإن 36,5% فقط هي نسبة أفراد العينة في القطاع العام الذين اختاروا شخصيا الالتحاق بمكان تواجدها الحالي و 26,5% فقط هي نسبة أفراد العينة في القطاع الخاص الذين لم يختاروا شخصيا الالتحاق بمكان تواجدهم الحالي.

-النسبة العامة لأفراد العينة الذين كان الالتحاق بمؤسسة تواجدهم حاليا خيارهم الشخصي تبلغ % 51,2، بينما تبلغ النسبة العامة لأفراد العينة الذين لم يكن الالتحاق بالمؤسسة التي يتواجدون بها حاليا موافقا لإرادتهم الشخصية % 48,8.

❖ إجابات أفراد العينة حول مبرر اختيارهم الالتحاق بهذه المؤسسات دون غيرها

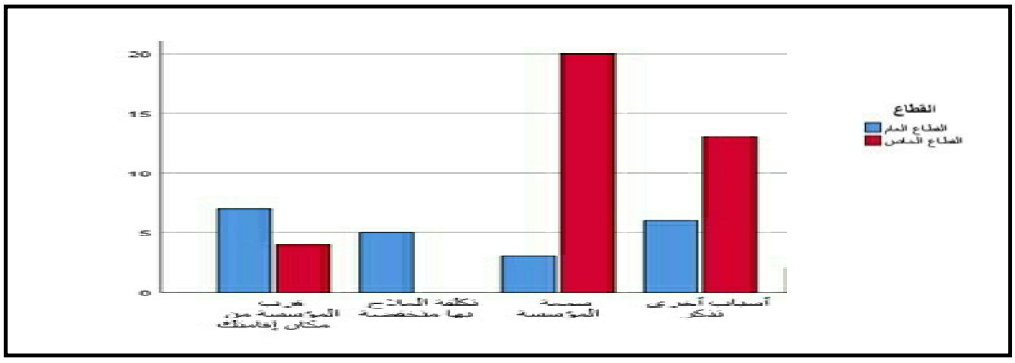
**جدول رقم 37:** إجابات أفراد العينة حول مبرر اختيارهم الالتحاق بهذه المؤسسات دون غيرها

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كان جوابك نعم، التحقت بها على أساس | قرب المؤسسة من مكان إقامتك | 11 | 35,6% | 5 | 12,8% | 16 | 22, 9% |
| | تكلفة العلاج بها منخفضة | 8 | 25,8% | 0 | 0 | 8 | 11,4% |
| | سمعة المؤسسة | 4 | 12,8% | 20 | 51,4% | 24 | 34,3% |
| | أسباب أخرى تذكر | 8 | 25,8% | 14 | 35,8% | 22 | 31,4% |
| | **المجموع** | 31 | 100% | 39 | 100% | 70 | 100% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم 26:** إجابات أفراد العينة حول مبرر اختيارهم الالتحاق بهذه المؤسسات دون غيرها




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبعا للنتائج الواردة في الجدول رقم(36) وبناء على النتائج المبينة في الجدول رقم (37) والشكل رقم (26) حول مبرر اختيار أفراد العينة لهذه المؤسسات دون غيرها، ومع الأخذ بعين الاعتبار إمكانية اختيار أكثر من مبرر واحد يتبين أن:

- أكبر نسبة من أفراد العينة في القطاع العام والمقدرة بـ% 35,4 يعود سبب اختيارها الالتحاق بمكان تواجدها للعلاج إلى قرب المؤسسة من مكان الإقامة، بينما% 25,8 ترجع ذلك إلى مجانية العلاج، ونسبة% 12,8 فقط من ترجع ذلك إلى سمعة المؤسسة، بالإضافة إلى% 25,8 تعزي ذلك إلى أسباب أخرى.

- أما في القطاع الخاص فإن سمعة المؤسسة هي السبب الرئيسي وراء التحاق المبحوثين بها وذلك بنسبة% 51,4 و% 12,8 من المبحوثين التحقوا بالمؤسسة بسبب قربها من مكان الإقامة، بينما% 35,8 كانت أسباب أخرى تقف وراء اختيارهم الالتحاق بهذه المؤسسة.

❖ إجابات أفراد العينة حول كيفية توجيههم لهذه المؤسسات

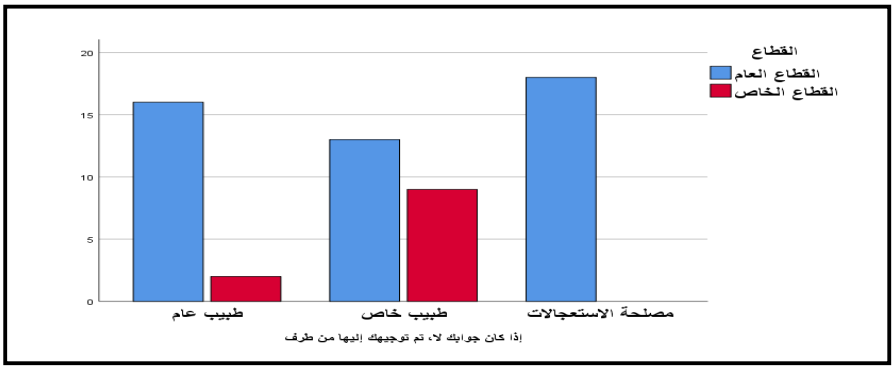
**جدول رقم 38**: إجابات أفراد العينة حول كيفية توجيههم لهذه المؤسسات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | |
| إذا كان جوابك لا، تم توجيهك إليها من طرف | طبيب عام | 16 | 34,0% | 3 | 23% | 19 | 31,03 |
| | طبيب خاص | 13 | 27,7% | 10 | 77% | 23 | 37,94 |
| | مصلحة الاستعجالات | 18 | 38,3% | _ | _ | 18 | 31,03 |
| **المجموع** | | 47 | 100,0% | 13 | 100,0% | 60 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 27 إجابات أفراد العينة حول كيفية توجيههم لهذه المؤسسات




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبعا للنتائج الواردة في الجدول رقم(36) وبناء على النتائج المبينة في الجدول رقم (38) والشكل رقم (27) حول كيفية توجيه المبحوثين الذين لم يختاروا بأنفسهم مكان تلقيهم العلاج يتبين أن:

-38,3% من أفراد العينة في القطاع العام والذين لم يختاروا شخصيا الالتحاق بهذه المؤسسات تم توجيههم من طرف مصلحة الاستعجالات و 34,0% منهم وجهوا من طرف طبيب عام بينما 27,7% وجههم طبيب خاص.

- أما في القطاع الخاص فإن أغلب أفراد العينة من أولئك الذين لم يختاروا شخصيا الالتحاق بهذه المؤسسات والمقدرة نسبتهم بـ % 77 تم توجيههم من طرف طبيب خاص و % 23 المتبقية وجهوا من طرف طبيب عام بينما لم توجه ولا مفردة من طرف مصالح الاستعجالات.

✓ **بيانات خاصة بجودة الخدمات**

فيما يلي، سنقوم بعرض البيانات المتحصل عليها والمتعلقة بقياس مستوى جودة الخدمات وذلك وفق مؤشرات محددة.

**1_ مؤشر الاعتمادية**

توضح الجداول والرسوم البيانية التالية إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمؤشر الاعتمادية.

❖ إجابات أفراد العينة حول المدى الزمني المستغرق للحصول على موعد مع الطبيب المختص

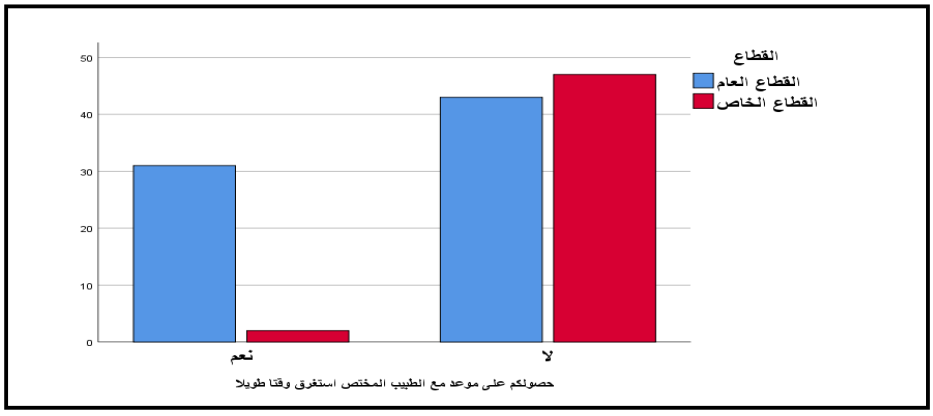
**جدول رقم 39**: إجابات أفراد العينة حول المدى الزمني المستغرق للحصول على موعد مع الطبيب المختص

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارت | النسبة المئوية | التكرارت | النسبة المئوية | التكرارت | النسبة المئوية |
| حصولكم على موعد مع الطبيب المختص استغرق وقتا طويلا | نعم | 31 | 41,9% | 2 | 4,1% | 33 | 26,8 |
| | لا | 43 | 58,1% | 47 | 95,9% | 90 | 73,2 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:28** إجابات أفراد العينة حول المدى الزمني المستغرق للحصول على موعد مع الطبيب المختص




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن:

- أغلب أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ% 73,2 تحصلوا على موعد مع الطبيب المختص في وقت وجيز، بينما% 26,8 فقط منهم تطلب منه هذا الإجراء وقتا طويلا.

- قدرت نسبة أفراد العينة الذين لم يستغرق حصولهم على موعد مع الطبيب المختص وقتا طويلا في القطاع العام 58,1%، في حين قدرت نسبة أولئك الذين استغرق حصولهم على الموعد مع الطبيب المختص وقتا طويلا في نفس القطاع 41,9%، وهي نسبة جد مرتفعة إذا ما تمت مقارنتها بالقطاع الخاص أين لم تتجاوز هذه الفئة 4,1% فقط مقابل 95,9% وهي النسبة المعبرة عن أفراد العينة الذين لم يستغرق حصولهم على موعد مع الطبيب المختص وقتا طويلا في هذا القطاع.

ويوضح الجدول الموالي توزيع أفراد العينة حسب طريقة الحصول على موعد مع الطبيب المختص:

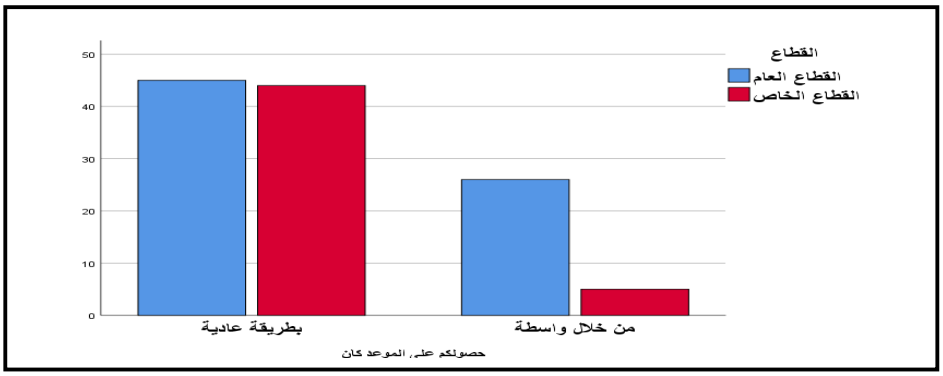
**جدول رقم 40**: توزيع أفراد العينة حسب طريقة الحصول على موعد مع الطبيب المختص

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| حصولكم على الموعد كان | بطريقة عادية | 45 | 61,8% | 44 | 89,8% | 89 | 72,3 |
| | من خلال واسطة | 26 | 35,1% | 5 | 10,2% | 31 | 25,2 |
| | متحفظ | 3 | 4,1% | - | - | 03 | 2,5 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح هذه النتائج وفق الرسم البياني التالي:

**شكل رقم 29**: توزيع أفراد العينة حسب طريقة الحصول على موعد مع الطبيب المختص




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال هذه النتائج أن:

- أكبر عدد من أفراد العينة والذين يمثلون نسبة % 72,3 كان حصولهم على موعد بطريقة عادية في القطاع العام والخاص في حين أن % 25,2 من أفراد نفس العينة لجؤوا إلى استخدام الواسطة من أجل الحصول على موعد مع الطبيب المختص، وقد تحفظ % 2,5 من المبحوثين عن الإجابة.
- عدد أفراد العينة الذين استخدموا الواسطة في الحصول على موعد مع الطبيب في القطاع العام قدرت نسبتهم بـ % 35,1 في حين بلغت نسبة أفراد العينة الذين تحصلوا على موعد بطريقة عادية في نفس القطاع % 61,8، وقدرت نسبة المتحفظين عن الإجابة بـ %4,1.
- أما في القطاع الخاص فإن الأغلبية المطلقة من المستجوبين تحصلوا على موعد مع الطبيب المختص بطريقة عادية حيث بلغت نسبتهم %89,8، ولم تتعدى نسبة الفئة التي تحصلت على الموعد من خلال الواسطة %10,2.

❖ إجابات أفراد العينة بخصوص الثقة في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتهم

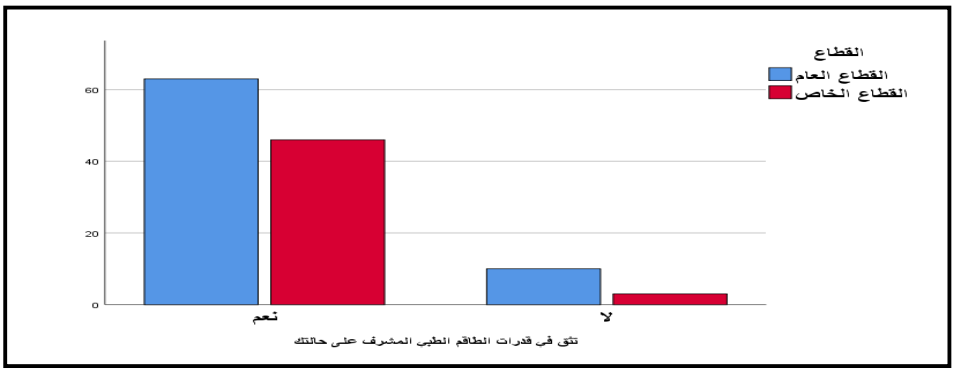
**جدول رقم** 41: إجابات أفراد العينة بخصوص الثقة في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتهم

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تثق في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتك | نعم | 63 | 85,2% | 46 | 93,9% | 109 | 89,3 |
| | لا | 11 | 14,8% | 3 | 6,1% | 14 | 10,7 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح هذه النتائج وفق الرسم البياني التالي:

**شكل رقم 30:**إجابات أفراد العينة بخصوص الثقة في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتهم




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج أن:

- نسبة أفراد العينة الذين يثقون في قدرات الطاقم الطبي مرتفعة في القطاعين العام والخاص حيث بلغت في الأول نسبة قدرت بـ 85,2% وفي الثاني 93,9% في حين لم تتجاوز نسبة أفراد العينة الذين لا يثقون في قدرات الطاقم الطبي 14,8% في القطاع العام و6,1% في القطاع الخاص.

**2-مؤشر الاستجابة**

توضح الجداول والرسوم البيانية التالية إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمؤشر الاستجابة.

❖ إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستجابة لاحتياجاتهم بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين

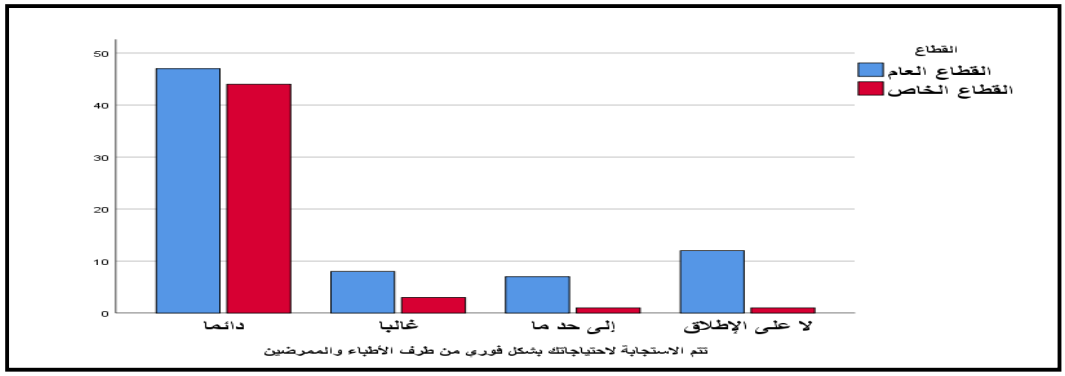
**جدول رقم42**: إجابات أفراد العينة المتعلقة بسرعة بالاستجابة لاحتياجاتهم من طرف الأطباء والممرضين

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تتم الاستجابة لاحتياجاتك بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين | دائما | 47 | 63,5% | 44 | 89,8% | 91 | 74,0% |
| | غالبا | 8 | 10,8% | 3 | 6,1% | 11 | 8,9% |
| | إلى حد ما | 7 | 9,5% | 1 | 2,0% | 8 | 6,5% |
| | لا على الإطلاق | 12 | 16,2% | 1 | 2,0% | 13 | 10,6% |
| **المجموع** | | 74 | 100% | 49 | 100% | 123 | 100% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم: 31** تتم الاستجابة لاحتياجاتك بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن هناك شبه اجماع لدى أفراد العينة على وجود استجابة فورية لاحتياجاتهم من طرف الطاقم الطبي وشبه الطبي خاصة في القطاع الخاص، أين قدرت هذه النسبة

بـ 89,8% وحتى في القطاع العام هي نسبة معتبرة إذ بلغت بـ 63,5%، في حين أن الذين نفوا تماما وجود استجابة فورية لاحتياجاتهم لم تتجاوز نسبتهم 2% في القطاع الخاص و16,2% في القطاع العام.

❖ إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمقدار تلبية متطلباتهم على مدار 24 ساعة من طرف الأطباء والممرضين

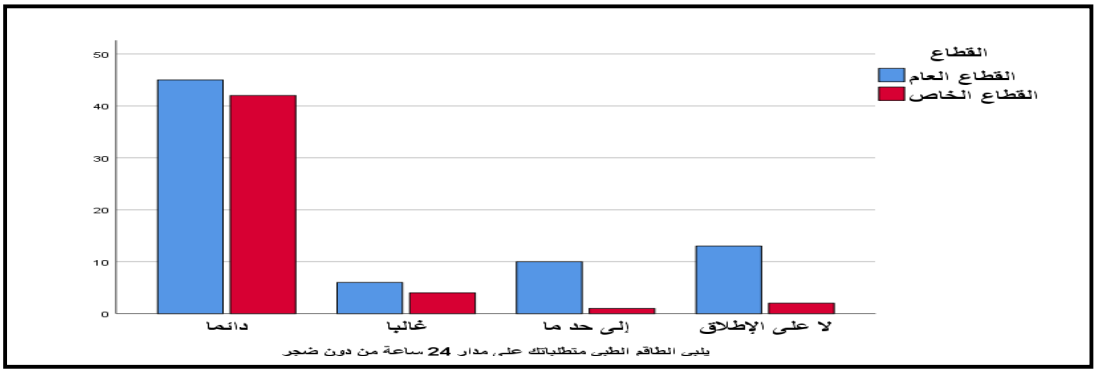
**جدول رقم 43 :** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمقدار تلبية متطلباتهم على مدار 24 ساعة من طرف الأطباء والممرضين

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يلبي الطاقم الطبي متطلباتك على مدار 24 ساعة من دون ضجر | دائما | 45 | 60,8% | 42 | 85,7% | 87 | 70,7 |
| | غالبا | 6 | 8,1% | 4 | 8,2% | 10 | 8,1 |
| | إلى حد ما | 10 | 13,5% | 1 | 2,0% | 11 | 8,9 |
| | لا على الإطلاق | 13 | 17,6% | 2 | 4,1% | 15 | 12,2 |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:32** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمقدار تلبية متطلباتهم على مدار 24 ساعة من طرف الأطباء والممرضين




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول أن نسبة تلبية الطاقم الطبي وشبه الطبي لمتطلبات أفراد العينة دائما وعلى مدار 24 ساعة تقدر ب60,8% في القطاع العام و 85,7% في القطاع الخاص، في حين أن أفراد العينة الذين أجزموا بأن طلباتهم لا تلبى على الإطلاق على مدار 24 بلغت نسبتهم 17,6% في القطاع العام و4,1% في القطاع الخاص.

ونجد أن حوالي 8% في كلا القطاعين غالبا ما تلبى طلباتهم على مدار 24 ساعة بينما 13,5% قدرت نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأن طلباتهم تلبى إلى حد ما على مدار 24 ساعة بـ 13,5% في القطاع العام و2,0% في القطاع الخاص.

**3- مؤشر الضمان**

توضح الجداول والرسوم البيانية التالية إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمؤشر الضمان.

❖ إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالشعور بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى/ العيادة

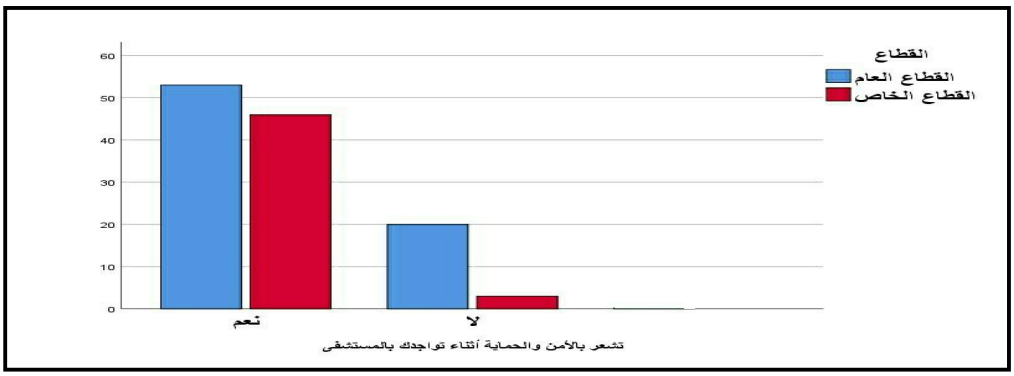
**جدول رقم 44:** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالشعور بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى/ العيادة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تشعر بالأمن والحماية أثناء تواجدك بالمستشفى/ العيادة | نعم | 53 | 72,1% | 46 | 93,9% | 99 | 80,9% |
| | لا | 21 | 27,9% | 3 | 6,1% | 23 | 19,1% |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الرسم البياني التالي:

**شكل رقم: 33** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالشعور بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى/ العيادة




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج أن :

-إجمالي نسبة أفراد العينة يشعرون بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى/العيادة يقدر بـ80,9%، بينما تبلغ نسبة أفراد العينة ممن لا يشعرون بالأمن والحماية أثناء فترة استشفائهم % 19,1.

-71,6% من أفراد العينة في القطاع العام و93,9% منهم في القطاع الخاص يشعرون بالأمن والحماية أثنا تواجدهم بالمستشفى، بينما27,0% منهم فقط في القطاع الأول و6,1% فقط في القطاع الثاني لا يشعرون بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بتوفير المؤسسة للعلاج الذي تتطلبه حالة المستجوب

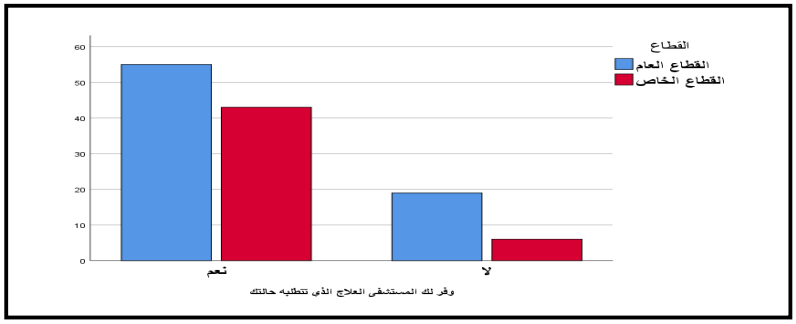
**جدول رقم45:** إجابات أفراد العينة المتعلقة بتوفير المؤسسة للعلاج الذي تتطلبه حالة المستجوب

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | |
| وفر لك المستشفى العلاج الذي تتطلبه حالتك | نعم | 55 | 74,3% | 43 | 87,8% | 98 | 79,7 |
| | لا | 19 | 25,7% | 6 | 12,2% | 25 | 20,3 |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:34** إجابات أفراد العينة المتعلقة بتوفير المؤسسة للعلاج الذي تتطلبه حالة المستجوب




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال هذه النتائج يتبين أن:

-النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين وفر لهم العلاج الذي تتطلبه حالتهم تقدر بـ% 79,7، أما بقية أفراد العينة والذين يمثلون% 20,3 فلم يحضوا بذلك.

- 74,3% من أفراد العينة في القطاع العام و 87,8% في القطاع الخاص وفر لهم العلاج الذي تتطلبه حالتهم، بينما نجد أن 25,7% من هؤلاء في القطاع العام و12,2% في القطاع الخاص لم يوفر لهم العلاج الذي تتطلبه حالتهم.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بالأخطاء الطبية

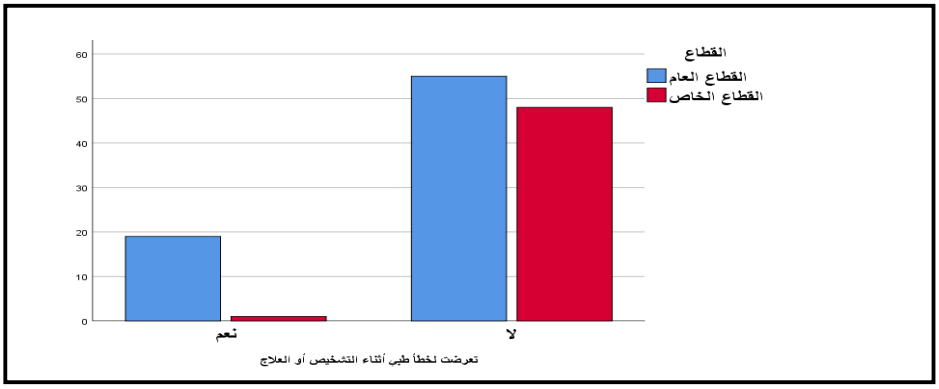
**جدول رقم46** : إجابات أفراد العينة المتعلقة بوقوع الأخطاء الطبية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | العام القطاع | | الخاص القطاع | | | النسبة المئوية |
| | | التكرارت | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارت | |
| أثناء طبي لخطأ تعرضت العلاج أو التشخيص | نعم | 19 | 25,7% | 1 | 2,0% | 20 | 16,3 |
| | لا | 55 | 74,3% | 48 | 98,0% | 103 | 83,7 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:35** إجابات أفراد العينة المتعلقة بالأخطاء الطبية




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال أجوبة أفراد العينة ووفق ما هو مبين في الجدول السابق أن نسبة وقوع الأخطاء الطبية في القطاع العام تبلغ 25,7% بينما لا تتجاوز نسبة 2,0% في القطاع الخاص.

❖ إجابات أفراد العينة حول أسباب وقوع الأخطاء الطبية

**جدول رقم 47:** أسباب وقوع الأخطاء الطبية حسب إجابات أفراد العينة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت إجابتك بنعم، يعود ذلك إلى | الإهمال | 7 | 31,82% | 1 | 100,0 % | 8 | 34,70% |
| | العدد الكبير للمرضى | 3 | 13,63% | 0 | - | 3 | 13,04% |
| | نقص الأخصائيين | 4 | 18,19% | 0 | - | 4 | 17,39% |
| | نقص الإمكانيات | 8 | 36,36% | 0 | - | 8 | 34,78% |
| **المجموع** | | 22 | 100,0 % | 1 | 100,0 % | 23 | 100,0 % |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

بناء على ما توصلنا إليه من خلال الجدول رقم (46)يبين هذا الجدول (47) أسباب وقوع الأخطاء الطبية والتي قد تعزى في حالات كثيرة إلى أكثر من سبب، وقد اتفق أغلب أفراد العينة ممن تعرضوا لخطأ طبي أثناء التشخيص أو العلاج أن السبب الرئيسي لوقوع مثل هذه الأخطاء في القطاع العام هو نقص الإمكانيات بنسبة % 34,78 يليها الإهمال بنسبة 34,70% ثم نقص المختصين بنسبة % 17,39، ثم العدد الكبير للمرضى بنسبة % 13,04.

أما في القطاع الخاص فإن السبب الرئيسي والوحيد لحدوث أخطاء طبية حسب أفراد العينة هو الإهمال بنسبة % 100 من إجابات أفراد العينة الذين تعرضوا لخطأ طبي في مؤسسات هذا القطاع.

**مؤشر الملموسية**

توضح الجداول والرسوم البيانية التالية إجابات أفراد العينة المتعلقة بمؤشر الملموسية.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بطلب إجراء الفحوصات و/أو التحاليل الطبية

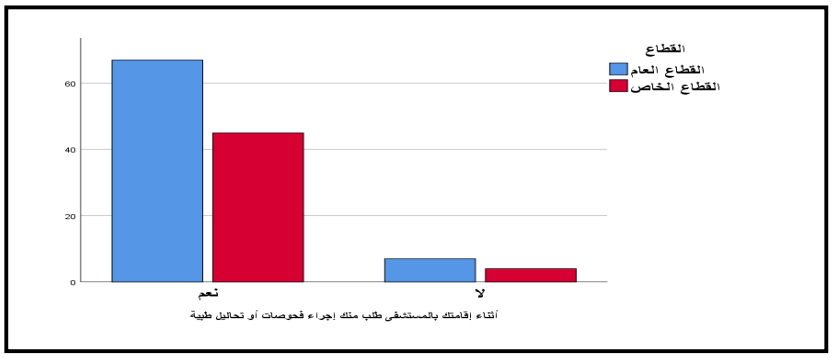
**جدول رقم48**: إجابات أفراد العينة المتعلقة بطلب إجراء الفحوصات و/أو التحاليل الطبية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | النسبة |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | المئوية |
| أثناء إقامتك بالمستشفى طلب منك إجراء فحوصات أو تحاليل طبية | نعم | 67 | 90,5% | 45 | 91,8% | 112 | 91,1% |
| | لا | 7 | 9,5% | 4 | 8,2% | 11 | 8,9% |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:36** إجابات أفراد العينة المتعلقة بطلب إجراء الفحوصات و/أو التحاليل الطبية




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج الموضحة أن:

_ 90,5% من أفراد العينة في القطاع العام و91,8% منهم في القطاع الخاص قد طلب منهم إجراء فحوصات و/ أو تحاليل طبية أثناء فترة تواجدهم بالمستشفى، بينما لم تتجاوز نسبة أفراد العينة الذين لم يطلب منهم إجراء فحوصات وتحاليل في كلا القطاعين 9,5% و8,2% على التوالي.

-وعليه تكون النسبة الإجمالية للفئة التي طلب منها إجراء الفحوصات و/ أو تحاليل الطبية 91,1%، مقابل% 8,9 فقط النسبة المعبرة عن الفئة التي لم يطلب منها إجراء الفحوصات و/ أو التحاليل طبية.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بمكان إجراء الفحوصات و / أو التحاليل

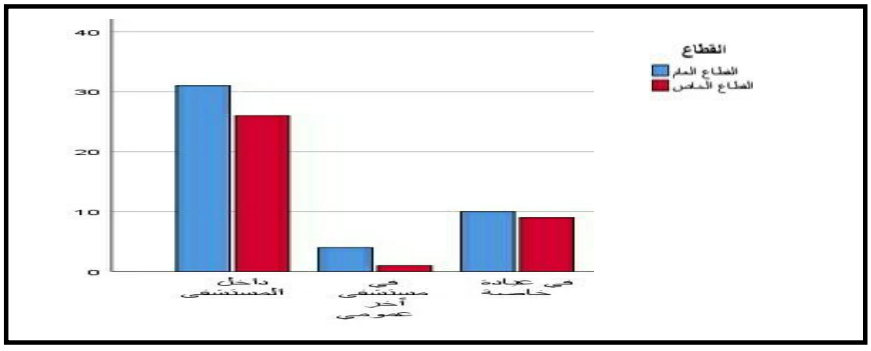
**جدول رقم49:** إجابات أفراد العينة المتعلقة بمكان إجراء الفحوصات و/ أو التحاليل

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت إجابتك بنعم، أجريت هذه الفحوصات | داخل المستشفى/ العيادة | 47 | 52,80% | 35 | 64,82% | 82 | 57,34 |
| | في مستشفى آخر/مستشفى عمومي | 16 | 17,97% | 3 | 5,55% | 19 | 13,29 |
| | في عيادة خاصة | 26 | 29,21% | 16 | 29,63% | 42 | 29,37 |
| **المجموع** | | 89 | 100,0% | 54 | 100,0% | 143 | 100% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم37:** إجابات أفراد العينة المتعلقة بمكان إجراء الفحوصات و/ أو التحاليل




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج المتحصل عليها أنه يمكن للمريض الواحد إجراء الفحوصات والتحاليل في أكثر من مكان وهو الشيء الذي أفضى إلى الحصول على النسب التالية:

- بالنسبة للقطاع العام، % 52,80 من الفحوصات أجريت داخل المستشفى التي يتواجد بها المريض وهي تمثل أعلى نسبة، وتليها % 17,97 نسبة الفحوصات التي أجريت بمستشفى آخر عمومي ثم % 29,21 نسبة الفحوصات والتحاليل التي أجريت بعيادات خاصة.

- أما بالنسبة للقطاع الخاص فإن% 64,82 من الفحوصات والتحاليل أجريت في العيادة ذاتها التي يقيم بها المريض، و% 5,55 من الفحوصات وهي أقل نسبة أجريت في مستشفى عام و% 29,63 تم إجراؤها بعيادة أخرى خاصة.

❖ توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة داخل المؤسسة العلاجية

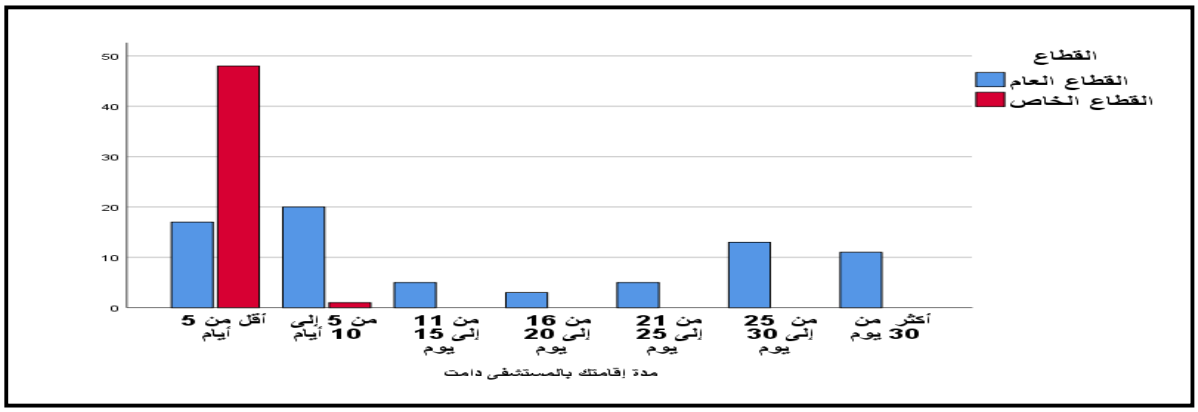
**جدول رقم50:** توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة بالمستشفى أو العيادة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| مدة إقامتك بالمستشفى دامت | أقل من 5 أيام | 17 | 23,0% | 48 | 98,0% | 65 | 52,8 |
| | من 6 إلى 10 أيام | 20 | 27,0% | 1 | 2,0% | 21 | 17,1 |
| | من 11 إلى 15 يوم | 5 | 6,8% | 0 | - | 5 | 4,1 |
| | من 16 إلى 20 يوم | 3 | 4,1% | 0 | - | 3 | 2,4 |
| | من 21 إلى 25 يوم | 5 | 6,8% | 0 | - | 5 | 4,1 |
| | من 25 إلى 30 يوم | 13 | 17,6% | 0 | - | 13 | 10,6 |
| | أكثر من 30 يوم | 11 | 14,9% | 0 | - | 11 | 8,9 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:38** توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة بالمستشفى أو العيادة




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج المبينة يتضح أن:

- أعلى نسبة من أفراد العينة في القطاع العام والمقدرة ب 27,0% دامت مدة إقامتهم ما بين 5 إلى

10أيام بينما أعلى نسبة في القطاع الخاص والمقدرة ب 98,0% لم تتجاوز مدة إقامتهم 5 أيام.

-أطول مدة إقامة حسب إجابات أفراد العينة في القطاع الخاص هي من 5 إلى10 أيام ولم تتجاوز هذه الفئة نسبة 2,0%، وهذا على خلاف القطاع العام حيث نجد أفراد العينة موزعون بنسب متفاوتة على بقية الفئات وهي على النحو التالي: 23,0%أقل من 5 أيام تليها فئة من 25 إلى 30 يوم بنسبة17,6% ثم فئة أكثر من 30 يوم بنسبة 14,9% وبعدها فئتي من 11 إلى 15 يوم ومن 21 إلى 25 يوم بنسبة متساوية تقدر بـ6,8% وأخيرا فئة من 16 إلى 20 يوم والتي لم تتجاوز نسبة 4,1%.

**24-** إجابات أفراد العينة حول وفرة وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة

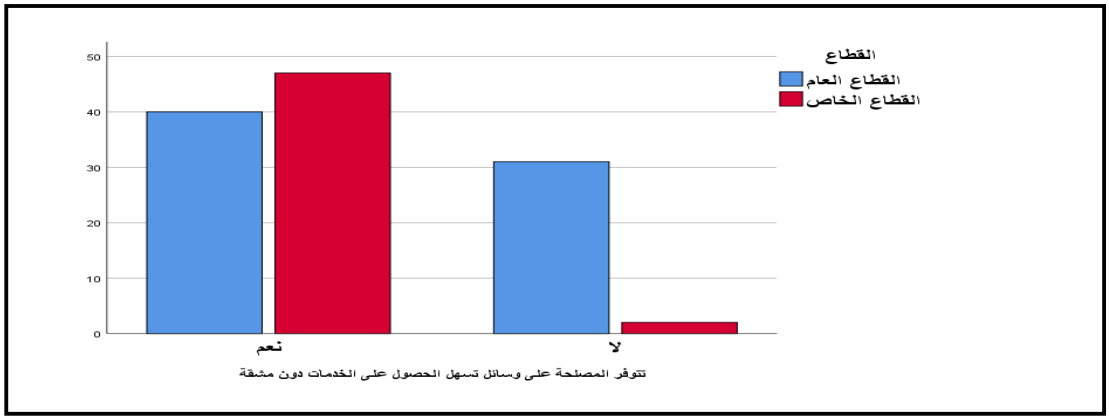
**جدول رقم51:** إجابات أفراد العينة حول وفرة وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تتوفر المصلحة على وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة | نعم | 42 | 56,8% | 47 | 95,9% | 89 | 72,5 |
| | لا | 32 | 43,2% | 2 | 4,1% | 34 | 27,5 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:39** إجابات أفراد العينة حول توفر وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج يتبين أن:

-أكثر من نصف أفراد العينة والمقدرة نسبتهم% 72,5 أجابوا بأن المصلحة التي يتواجدون بها تتوفر على الوسائل التي تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة، ولم تتجاوز نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأن المصلحة التي يتواجدون بها لا تتوفر على هذه الوسائل% 27,5.

-% 56,8 من أفراد العينة في القطاع العام و% 95,9 في القطاع الخاص يتفقون على توفر الوسائل التي تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة، بينما43,2% و4,1%من أفراد نفس العينة في القطاعين العام والخاص على التوالي نفوا وجود هذه الوسائل.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بمستوى النظافة بالمؤسسات الصحية

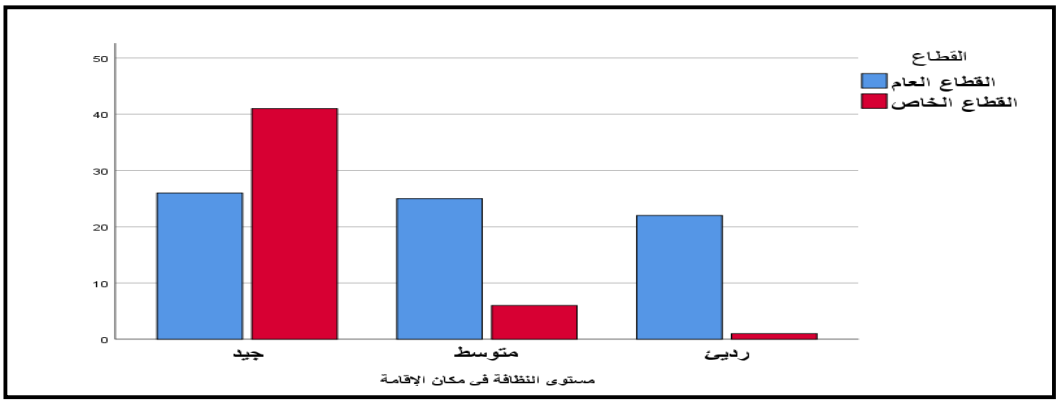
**جدول رقم52:** إجابات أفراد العينة حول مستوى النظافة بالمؤسسات الصحية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | |
| مستوى النظافة في مكان الإقامة | جيد | 26 | 35,1% | 41 | 83,7% | 67 | 55,4 |
| | متوسط | 25 | 33,7% | 6 | 12,2% | 31 | 25,6 |
| | رديء | 23 | 31,02% | 2 | 4,1% | 23 | 19,0 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:40** إجابات أفراد العينة حول مستوى النظافة بالمؤسسات الصحية




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من خلال هذه البيانات أن إجابات أفراد العينة حول مستوى النظافة في القطاع العام متباينة ومتقاربة في نفس الوقت حيث نجد أن% 35,1 فقط من أفراد العينة وصفوا مستوى النظافة بالجيد 33,7% وصفوه بالمتوسط بينما% 31,02 وصفوه بالرديء.

وفي مقابل ذلك نجد أن الأغلبية المطلقة من أفراد العينة في القطاع الخاص والمقدرة بـ % 83,7 تجد بأن مستوى النظافة جيد، بينما 4,1% فقط تجده رديء في حين أن نسبة أفراد العينة التي وصفت مستوى النظافة في القطاع الخاص بالمتوسط قدرت بـ % 12,2.

❖ إجابات أفراد العينة حول مستوى الوجبات الغذائية بالمؤسسات الصحية

**جدول رقم53:** إجابات أفراد العينة حول مستوى الوجبات الغذائية بالمؤسسات الصحية

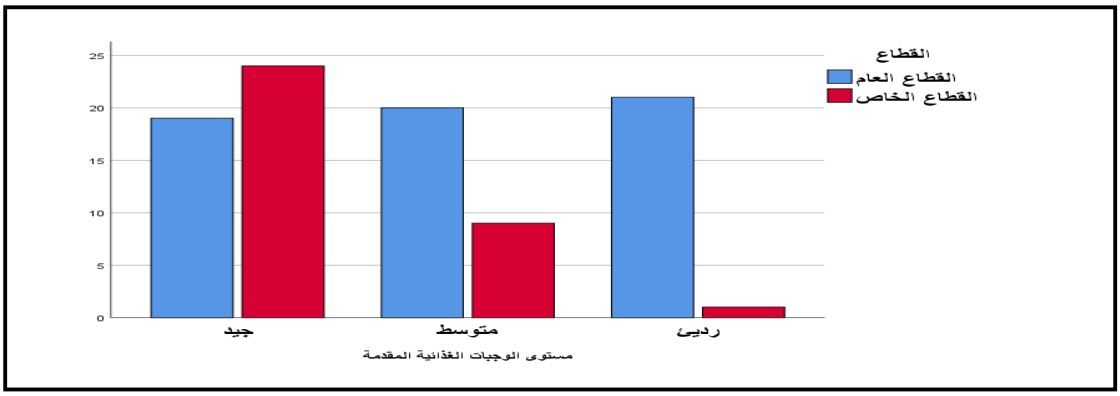
| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| مستوى الوجبات الغذائية المقدمة | جيد | 19 | 25,7% | 24 | 49% | 43 | 34,7% |
| | متوسط | 20 | 27,02% | 9 | 18,4% | 29 | 23,4% |
| | رديء | 21 | 28,4% | 1 | 2% | 22 | 17,7% |
| | متحفظ | 14 | 18,91% | 15 | 30,61 % | 29 | 24,2 % |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| المجموع | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:** 41 إجابات أفراد العينة حول مستوى الوجبات الغذائية بالمؤسسات الصحية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من النتائج الجدول أن إجابات أفراد العينة حول مستوى الوجبات الغذائية في القطاع العام متباينة ومتقاربة في نفس الوقت، حيث نجد أن% 25,7 فقط من أفراد العينة وصفوا مستوى الوجبات الغذائية بالجيد و% 27,2 وصفوه بالمتوسط، بينما% 28,4 وصفوه بالرديء، ونجد% 18,91 تحفظوا عن الإجابة.

وفي مقابل ذلك نجد أن أغلبية أفراد العينة في القطاع الخاص والمقدرة بـ 49% تجد بأن مستوى الوجبات الغذائية جيد، بينما 2,9% فقط تجده رديء، في حين أن نسبة أفراد العينة التي وصفت مستوى الوجبات في القطاع الخاص بالمتوسط قدرت بـ 18,4% ونجد أن % 30,61 تحفظوا عن الإجابة.

**4- مؤشر التعاطف**

توضح الجداول والرسوم البيانية التالية إجابات أفراد العينة المتعلقة بمؤشر تعاطف.

❖ إجابات أفراد العينة حول معيار المعاملة دون تمييز

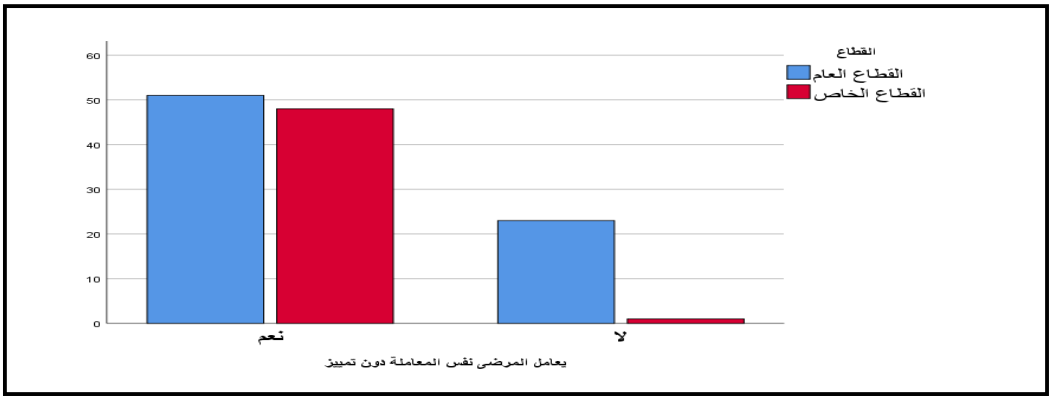
**جدول رقم54:** إجابات أفراد العينة حول معيار المعاملة دون تمييز

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يعامل المرضى نفس المعاملة دون تمييز | نعم | 51 | 68,9% | 48 | 98,0% | 99 | 80,5 |
| | لا | 23 | 31,1% | 1 | 2,0% | 24 | 19,5 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:42** إجابات أفراد العينة حول معيار المعاملة دون تمييز




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من خلال النتائج أن نسبة معتبرة من أفراد العينة في القطاعين العام والخاص متفقة على أن المرضى يعاملون بنفس المعاملة دون تمييز وقد قدرت ب68,9% و 98,0% على التوالي، أما بقية أفراد العينة والذين تبلغ نسبتهم 31,1% و2,0% في القطاعين العام والخاص على التوالي أجابوا بأن هناك تمييز في معاملة المرضى.

❖ إجابات أفراد العينة حول مقدار معاملتهم باحترام واهتمام

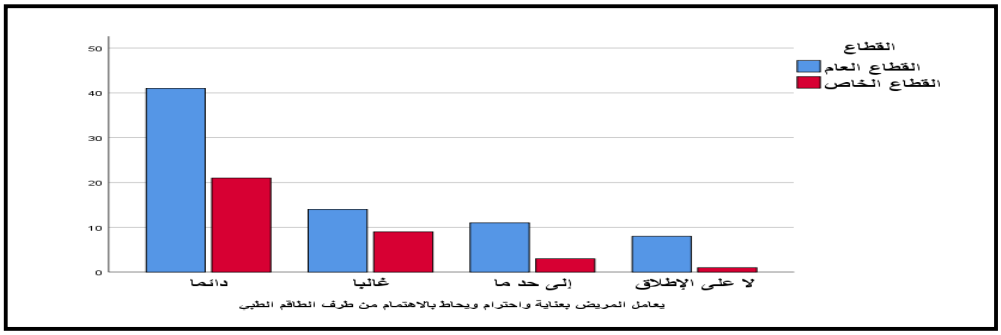
**جدول رقم:55** إجابات أفراد العينة حول مقدار معاملتهم باحترام واهتمام

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يعامل المريض بعناية واحترام ويحاط بالاهتمام من طرف الطاقم الطبي | دائما | 41 | 55,4% | 21 | 61,8% | 62 | 57,4% |
| | غالبا | 14 | 18,9% | 9 | 26,5% | 23 | 21,3% |
| | إلى حد ما | 11 | 14,9% | 3 | 8,8% | 14 | 13,0% |
| | لا على الإطلاق | 8 | 10,8% | 1 | 2,9% | 9 | 8,3% |
| **المجموع** | | 74 | 100% | 34 | 100% | 108 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم**: 43 إجابات أفراد العينة حول مقدار معاملتهم باحترام واهتمام




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من خلال النتائج أن:

- أعلى نسبة من أفراد العينة في القطاعين العام والخاص متفقة على أن المرضى يعاملون بعناية واحترام ويحاطون بالاهتمام من طرف الطاقم الطبي دائما وقد قدرت بـ55,4% و 61,8%على التوالي، في حين لم تتجاوز نسبة المستجوبين الذين نفوا ذلك إطلاقا 10,8%و2,9% في القطاعين العام والخاص على التوالي، بينما نلاحظ أن 18,9% منهم في القطاع العام و26,5% في القطاع أجابوا بأن المعاملة تكون

على ذلك النحو في غالب الأحيان وأما بقية أفراد العينة والمقدرة نسبتهم ب 14,9% في القطاع الأول و8,8% في القطاع الثاني فإن إجابتهم كانت أنهم يعاملون بعناية واحترام إلى حد ما.

❖ إجابات أفراد العينة حول معيار إعلام المريض بحالته الصحية ومنحه حرية اختيار العلاج الذي يناسبه من بين البدائل الممكنة لحالته.

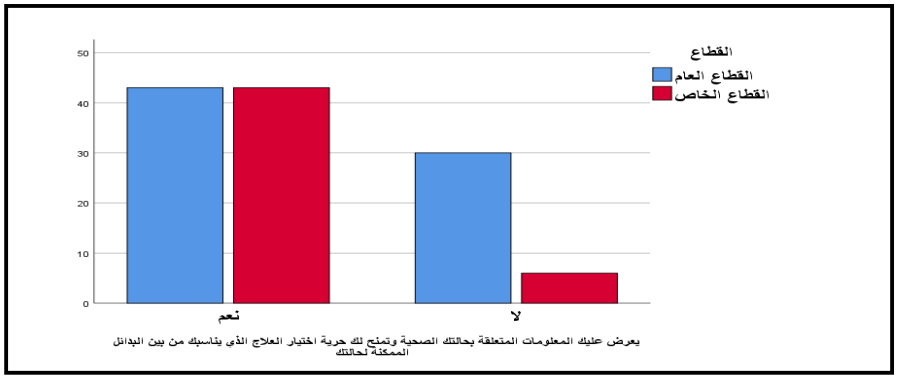
**جدول رقم56:** إجابات أفراد العينة حول معيار إعلام المريض بحالته الصحية ومنحه حرية اختيار العلاج الذي يناسبه من بين البدائل الممكنة لحالته.

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يعرض عليك المعلومات المتعلقة بحالتك الصحية وتمنح لك حرية اختيار العلاج الذي يناسبك من بين البدائل الممكنة لحالتك | نعم | 43 | 58,9% | 43 | 87,8% | 86 | 70,5 |
| | لا | 30 | 41,1% | 6 | 12,2% | 36 | 29,5 |
| **المجموع** | | 73 | 100,0% | 49 | 100,0% | 122 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم 44 :** إجابات أفراد العينة حول معيار إعلام المريض بحالته الصحية ومنحه حرية اختيار العلاج الذي يناسبه من بين البدائل الممكنة لحالته.




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال النتائج أن:

- 70,5% هي النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين تعرض عليهم المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية وتمنح لهم حرية اختيار العلاج الذي يناسبهم من بين البدائل الممكنة بينما% 29,5 فقط منهم لم يتخذ معهم هذا الإجراء.

_ بالنسبة للقطاع العام فإن أكثر من نصف أفراد العينة الممثلة لهذا القطاع والمقدرة نسبتهم بـ 58,9% أجابوا بنعم أي أن المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية تعرض عليهم وتمنح لهم حرية اختيار العلاج الذي يناسبهم، بينما نجد أن 41,1% من هؤلاء أجابوا بلا بمعنى أنهم نفوا بأن المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية تعرض عليهم و يتم منحهم حرية اختيار العلاج الذي يناسبهم.

_أما في القطاع الخاص فإن أعلى نسبة من أفراد العينة والمقدرة بـ 87,8% عرضت عليهم المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية وتم منحهم حرية اختيار العلاج الذي يناسبهم، و12,2% فقط منهم لم يتخذ معه هذا الإجراء.

✓ **معالجة البيانات المتعلقة بالكفاءة والفاعلية**

وقد وردت إجابات أفراد العينة كما هو مبين في الجداول والرسوم البيانية التالية:

❖ إجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى

**جدول رقم57:** إجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية

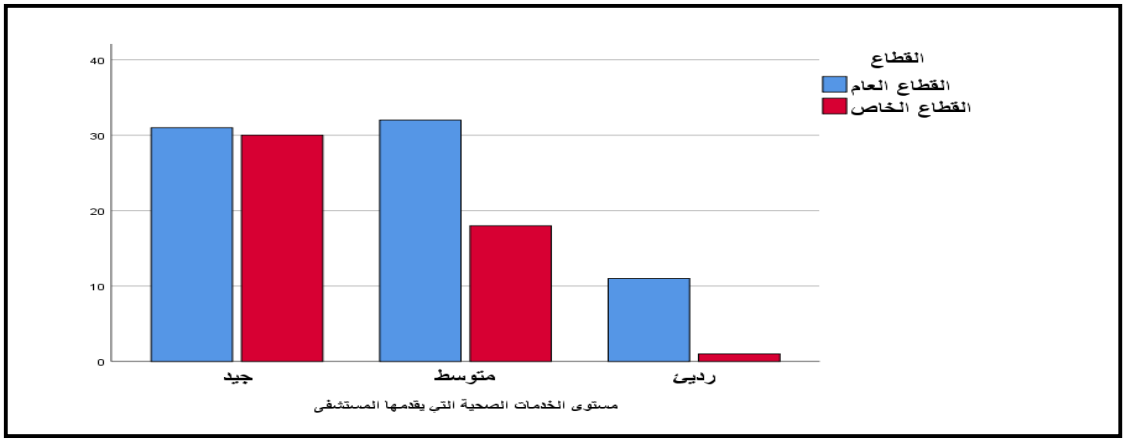
| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| مستوى الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى | جيد | 31 | 41,9% | 30 | 61,2% | 61 | 49,6 |
| | متوسط | 32 | 43,2% | 18 | 36,7% | 50 | 40,7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | رديء | 11 | 14,9% | 1 | 2,0% | 12 | 9,8 |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:45** إجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

-يتبين من خلال النتائج المتوصل إليها والمبينة في الجدول أن أعلى نسبة من أفراد العينة في القطاع العام والمقدرة ب43,2% تجد أن الخدمات المقدمة متوسطة بينما 41,9% تجد بأن الخدمات جيدة في حين أن نسبة 14,9% ترى بأنها رديئة.

-أما في القطاع الخاص فإن نسبة 61,2% من أفراد العينة أجابت بأن الخدمات جيدة و 36,7% منهم أجابوا بأنها متوسطة بينما لم يتجاوز عدد الأفراد الذين أجابوا بأنها خدمات رديئة 2,0%.

-وبالتالي فإن حوالي نصف عينة الدراسة أجابت بأن مستوى الخدمات الصحية جيد، بينما% 40,7 من ذات العينة أجابوا بأن مستوى الخدمات متوسط، ولم تتجاوز نسبة الذين أجابوا بأن مستوى هذه الأخيرة رديء % 9,8 .

❖ إجابات أفراد العينة حول إمكانية العودة مجددا للمؤسسة الحالية إذا ما ساءت حالتهم الصحية مجددا

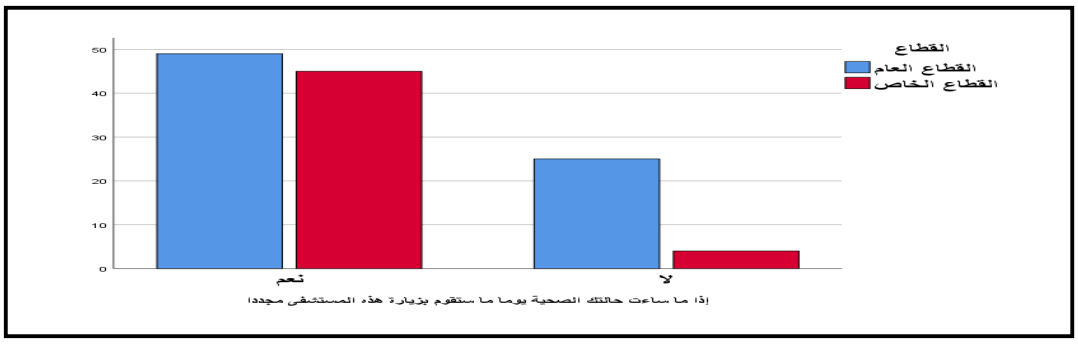
**جدول رقم58:** إجابات أفراد العينة حول إمكانية العودة مجددا للمؤسسة الحالية إذا ما ساءت حالتهم الصحية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا ما ساءت حالتك الصحية يوما ما ستقوم بزيارة هذه المستشفى مجددا | نعم | 49 | 66,2% | 45 | 91,8% | 94 | 76,4 |
| | لا | 25 | 33,8% | 4 | 8,2% | 29 | 23,6 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم46:** إجابات أفراد العينة حول إمكانية العودة مجددا للمؤسسة الحالية إذا ما ساءت حالتهم الصحية مجددا




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

حسب النتائج المبينة أعلاه فإنه يتبين لنا أن:

- 76,4 % هي النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين أبدوا استعدادهم للعودة إلى المؤسسة التي يتلقون فيها العلاج حاليا إذا ما ساءت حالتهم الصحية مستقبلا،و 23,6 % فقط هي النسبة الإجمالية التي تمثل عدد أفراد العينة الذين أجابوا بعدم استعدادهم للعودة مجددا لنفس المؤسسة التي يتواجدون بها حاليا.

- 66,2% من أفراد العينة في القطاع العام هم على استعداد للعودة إلى المستشفى التي يتلقون فيه العلاج إذا ما ساءت حالتهم الصحية مجددا في حين أن 33,8% منهم ينفون ذلك.

- أما في القطاع الخاص فإن الأغلبية المطلقة من المستجوبين والمقدرة نسبتهم بـ 91,8% أجابوا بأنهم سيختارون العودة مجددا إلى نفس العيادة إذا ما ساءت حالاتهم الصحية، ولم تتجاوز نسبة الذين نفوا ذلك 8,2%.

❖ إجابات أفراد العينة حول مدى احترام مواعيد الدواء داخل المؤسسة

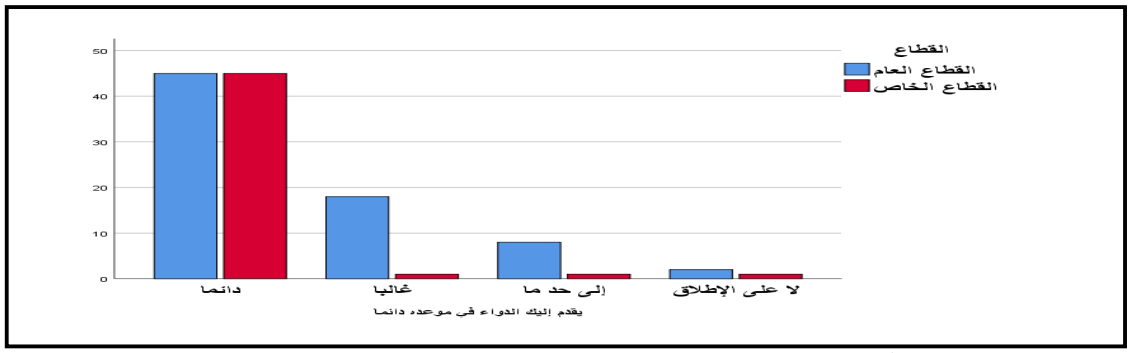
**جدول رقم59:** إجابات أفراد العينة حول مدى احترام مواعيد الدواء

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يقدم إليك الدواء في موعده دائما | دائما | 46 | 61,6% | 46 | 93,8% | 92 | 74,4 |
| | غالبا | 18 | 24,7% | 1 | 2,1% | 19 | 15,7 |
| | إلى حد ما | 8 | 11,0% | 1 | 2,1% | 9 | 7,4 |
| | لا على الإطلاق | 2 | 2,7% | 1 | 2,1% | 3 | 2,5 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:47** إجابات أفراد العينة حول مدى احترام مواعيد الدواء




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن هناك شبه إجماع لدى أفراد العينة وبنسبة 93,8%

على أن الدواء في القطاع الخاص يقدم في موعده دائما وكذلك في القطاع العام فإن فئة كبيرة من العينة والمقدرة ب61,6% أجابت بأن الدواء يقدم في موعده وذهبت فئة أقل إلى الإجابة بأن ذلك يتم في الغالب وهم يمثلون 24,7% في القطاع العام ولا يتجاوزون 2,1% في القطاع الخاص وتليها نسبة الذين أجابوا بأن الدواء يقدم إلى حد ما في وقته وهم يمثلون 11,0% في القطاع العام و2,1% في القطاع الخاص ولم تتعدى فئة الذين ينفون بالمطلق أن الدواء يقدم في موعده 2,7% في القطاع العام و2,1% في القطاع الخاص.

- إجابات أفراد العينة حول مدى أداء الأطباء والممرضون لواجبهم

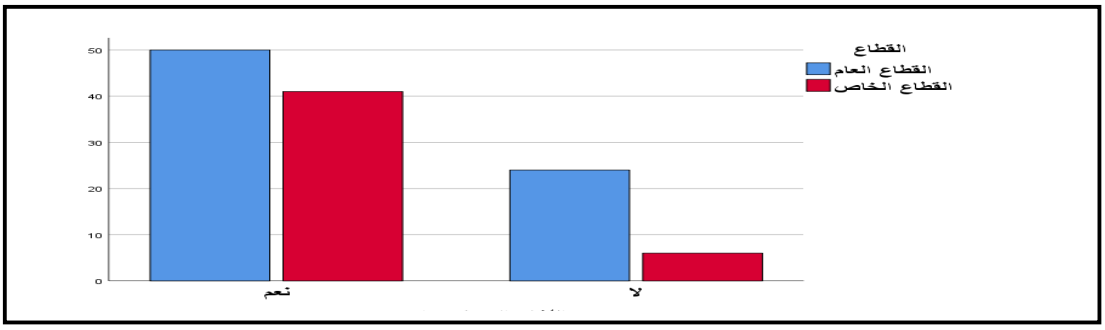
**جدول رقم60:** إجابات أفراد العينة حول أداء الأطباء والممرضون لواجبهم

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة | نعم | 50 | 67,6% | 41 | 87,2% | 91 | 75,2 |
| | لا | 24 | 32,4% | 6 | 12,8% | 30 | 24,8 |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 47 | 100,0% | 121 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم** : 48 إجابات أفراد العينة حول أداء الأطباء والممرضون لواجبهم




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال هذه النتائج نلاحظ أن:

- أعلى نسبة من أفراد العينة في القطاعين العام والخاص والمقدرة ب 67,6% و87,2% على التوالي أجابت بأن عناصر الفريق الطبي وشبه الطبي يؤدون واجبهم على أكمل وجه، بينما اتجهت نسبة أقل إلى نفي ذلك وقد بلغت 32,4% و12,8% على التوالي في القطاعين العام والخاص، ويعزى ذلك حسب المستجوبين ذاتهم الذين نفوا بأن المستخدمين يؤدون واجبهم إلى الأسباب المبينة في الجدول الموالي:

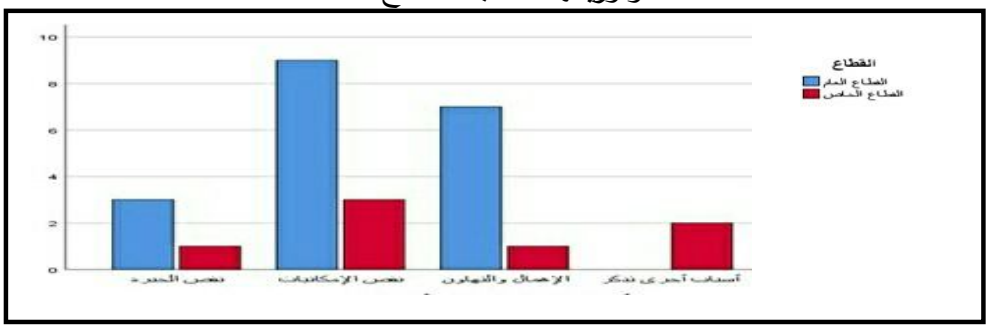
**جدول رقم61:** إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم أداء الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | |
| إذا كانت إجابتك بلا، يرجع ذلك إلى | نقص الخبرة | 3 | 13,0% | 1 | 14,3% | 4 | 3,4 |
| | نقص الإمكانيات | 12 | 39,2% | 2 | 42,9% | 14 | 11,5 |
| | الإهمال والتهاون | 9 | 37,8% | 1 | 14,3% | 10 | 8,2 |
| | أسباب أخرى تذكر | 0 | - | 2 | 28,6% | 2 | 1,7 |
| **المجموع** | | 24 | 100,0% | 6 | 100,0% | 30 | 24,8% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:49** إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم أداء الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة وتوزيعها حسب القطاع




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال هذه النتائج أن:

- السبب الرئيسي الذي يقف وراء عدم أداء الفريق الطبي وشبه الطبي لواجبه بالنسبة للقطاع العام يكمن في نقص الإمكانيات بنسبة% 39,2 ويليها الإهمال والتهاون بنسبة% 37,8 ويليها ثم نقص الخبرة بـ 13,0% ولدى بعض المستجوبين بسبب نقص الإمكانيات والإهمال والتعاون معا وذلك بنسبة 17,4%.

-أما بالنسبة للقطاع الخاص فإن المستجوبين يعزون عدم أداء الفريق الطبي وشبه الطبي لواجبهم في سببين معا هما الإهمال والتهاون ونقص الإمكانيات وذلك بنسبة 42,9% وتليها أسباب أخرى بنسبة 28,6% أما كل من الإهمال والتهاون فإنها لم تحظ إلا بـ14,3% من أجوبة أفراد العينة وهي نفس النسبة الممثلة لنقص الخبرة.

- ✓ **بيانات تتعلق بالإمكانيات المادية والبشرية**

وقد وردت إجابات أفراد العينة حول هذا المؤشر كما هو مبين ضمن الجداول والأشكال البيانية التالية:

- ❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بمواجهتهم لعراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي

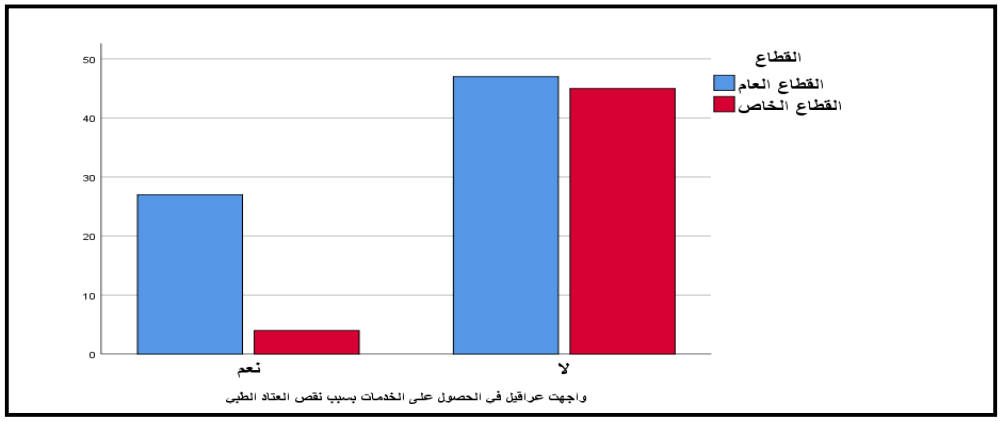
**جدول رقم62:** إجابات أفراد العينة المتعلقة بمواجهتهم لعراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| واجهت عراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي | نعم | 27 | 36,5% | 4 | 8,2% | 31 | 25,2 |
| | لا | 47 | 63,5% | 45 | 91,8% | 92 | 74,8 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم50 :** إجابات أفراد العينة المتعلقة بمواجهتهم لعراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال هذه النتائج أن:

-نسبة معتبرة من أفراد العينة في القطاعين العام والخاص لم تواجه عراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي، هذه النسبة تبلغ حسب النتائج الموضحة أعلاه 63,5% و91,8% في القطاع العام والقطاع الخاص على التوالي، في حين أن نسبة الذين واجهوا عراقيل في الحصول على الخدمة للسبب ذاته بلغت نسبتهم 36,5% في القطاع العام و لم تتجاوز8,2% في القطاع الخاص.

ويوضح الجدول الموالي إجابات أفراد العينة حول الإجراء الذي اتخذ بشأن حالتهم عند مواجهة العراقيل المتعلقة بنقص العتاد الطبي:

❖ إجابات أفراد العينة حول الإجراء الذي اتخذ بشأن حالتهم عند مواجهة العراقيل المتعلقة بنقص العتاد الطبي حسب طبيعة القطاع

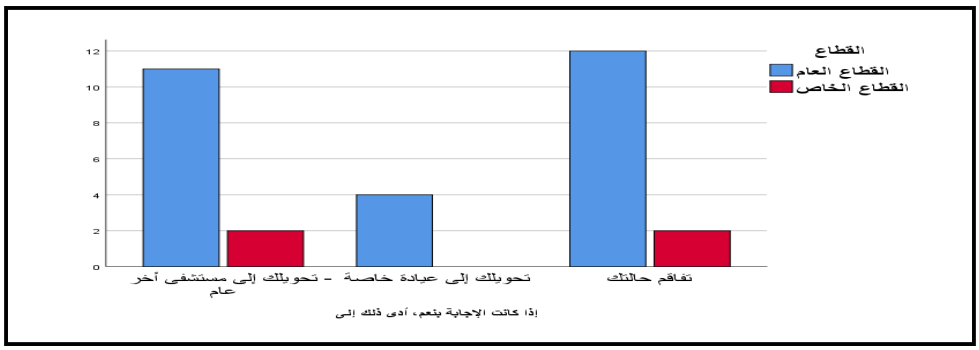
**جدول رقم63:** إجابات أفراد العينة حول الإجراء الذي اتخذ بشأن حالتهم عند مواجهة العراقيل المتعلقة بنقص العتاد الطبي

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت الإجابة بنعم، أدى ذلك إلى | تحويلك إلى مستشفى آخر عام | 11 | 40,7% | 2 | 50,0% | 13 | 10,56 |
| | تحويلك إلى عيادة خاصة | 4 | 14,8% | 0 | - | 4 | 3,25 |
| | تفاقم حالتك | 12 | 44,4% | 2 | 50,0% | 14 | 11,38 |
| **المجموع** | | 27 | 100,0% | 4 | 100,0% | 31 | 25,2% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:51** إجابات أفراد العينة حول الإجراء الذي اتخذ بشأن حالتهم عند مواجهة العراقيل المتعلقة بنقص العتاد الطبي حسب طبيعة القطاع




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

حسب هذه النتائج فإن:

- 40,7% من أفراد العينة الذين واجهوا عراقيل في الحصول على الخدمات في القطاع العام تم توجيههم إلى مستشفى آخر عام بينما 44,4% ظلوا في تلك المستشفى وتفاقمت حالتهم و14,8% المبقية حولوا إلى عيادات خاصة.

- أما في القطاع الخاص فإن 50,0% تم تحويلهم إلى القطاع العام و 50,0% المتبقية ظلوا في تلك العيادات وتفاقمت حالتهم.

❖ إجابات أفراد العينة حول مدى كفاية عدد الأطباء والممرضين لتغطية حاجيات جميع المرضى حسب طبيعة القطاع

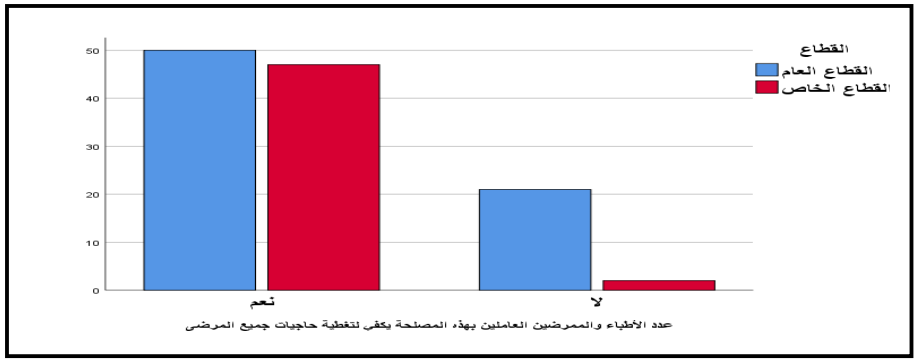
**جدول رقم64:** إجابات أفراد العينة حول مدى كفاية عدد الأطباء والممرضين لتغطية حاجيات جميع المرضى

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| عدد الأطباء والممرضين العاملين بهذه المصلحة يكفي لتغطية حاجيات جميع المرضى | نعم | 50 | 67,6% | 47 | 95,9% | 97 | 78,9 |
| | لا | 21 | 28,4% | 2 | 4,1% | 23 | 18,7 |
| | متحفظ | 03 | 4,0% | _ | _ | 03 | 2,4 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:52** إجابات أفراد العينة حول مدى كفاية عدد الأطباء والممرضين لتغطية حاجيات جميع المرضى حسب طبيعة القطاع




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

حسب النتائج المبينة من خلال أعلاه فإن:

-عدد الأطباء والممرضين العاملين بالمصالح التي أجريت فيها الدراسة كاف لتغطية حاجيات جميع المرضى بنسبة % 67,6 في القطاع العام و95,9% في القطاع الخاص، ولا يمثل العجز في عدد هؤلاء إلا ما نسبته% 28,4 في القطاع العام، و4,1% في القطاع الخاص.

✓ **معالجة بيانات متعلقة بإجراء تقييم عام للخدمات الصحية**

❖ إجابات أفراد العينة حول مدى التوافق بين تكلفة العلاج وطبيعة الخدمات المقدمة

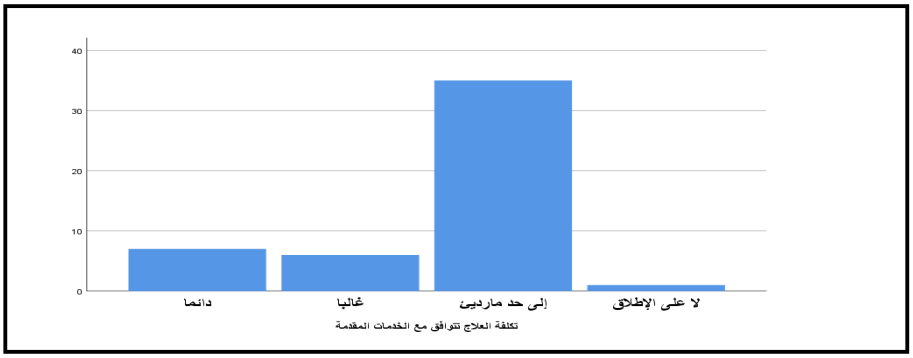
**جدول رقم65:** إجابات أفراد العينة حول مدى التوافق بين تكلفة العلاج وطبيعة الخدمات المقدمة

| | | القطاع | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تكلفة العلاج تتوافق مع الخدمات المقدمة | دائما | 7 | 14,3% | 7 | 14,3 |
| | غالبا | 6 | 12,2% | 6 | 12,2 |
| | إلى حد ما | 35 | 71,4% | 35 | 71,4 |
| | لا على الإطلاق | 1 | 2,0% | 1 | 2,0 |
| **المجموع** | | 49 | 100,0% | 49 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:53** إجابات أفراد العينة حول مدى التوافق بين تكلفة العلاج وطبيعة الخدمات المقدمة




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج المبينة والمتعلقة فقط بأفراد العينة الذين تلقوا العلاج في القطاع الخاص يتضح أن:

- 14,3% من أفراد العينة يرون بأن تكلفة العلاج تتوافق دائما مع الخدمات المقدمة .
- 12,2% هي نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأن تكلفة العلاج تتوافق غالبا مع الخدمات المقدمة.
- 71,4% أي أكثر من نصف أفراد العينة أجابوا بأن تكلفة العلاج تتوافق إلى حد ما مع الخدمات المقدمة.
- 2,0% فقط هي نسبة أفراد العينة يرون بأن تكلفة العلاج لا تتوافق على الإطلاق مع الخدمات المقدمة.

❖ العلاقة بين الإمكانيات المالية لمتلقي الخدمة وطبيعة القطاع الذي يختاره للعلاج

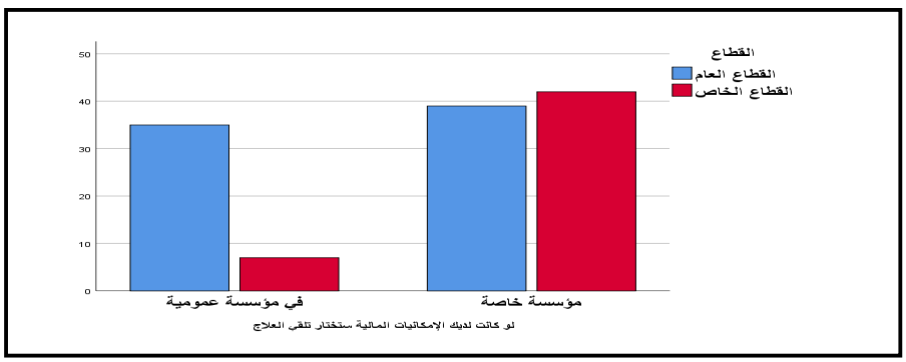
**جدول رقم66:** العلاقة بين الإمكانيات المالية لمتلقي الخدمة وطبيعة القطاع الذي يختاره للعلاج حسب إجابات أفراد العينة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| لو كانت لديك الإمكانيات المالية ستختار تلقي العلاج | في مؤسسة عمومية | 35 | 47,3% | 7 | 14,3% | 42 | 34,1 |
| | مؤسسة خاصة | 39 | 52,7% | 42 | 85,7% | 81 | 65,9 |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:54** العلاقة بين الإمكانيات المالية لمتلقي الخدمة وطبيعة القطاع الذي يختاره للعلاج




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال هذه النتائج يتبين أن:

-أكثر من نصف أفراد العينة في القطاع العام وبنسبة 52,7% أجابوا بأنهم لو توفرت لديهم الإمكانيات المالية لاختاروا تلقي العلاج في مؤسسة خاصة، في حين أن 47,3% منهم أجابوا بأنهم سيختارون مؤسسة عمومية.

-أما في القطاع الخاص فإن الأغلبية المطلقة من أفراد العينة بنسبة 85,7% أجابوا بأنهم في ظل توفر الإمكانيات المالية سوف يتجهون لمؤسسة خاصة من أجل العلاج مقابل 14,3% فقط منهم أجابوا بأنهم سيختارون مؤسسة عمومية.

❖ إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة وفق القطاعات

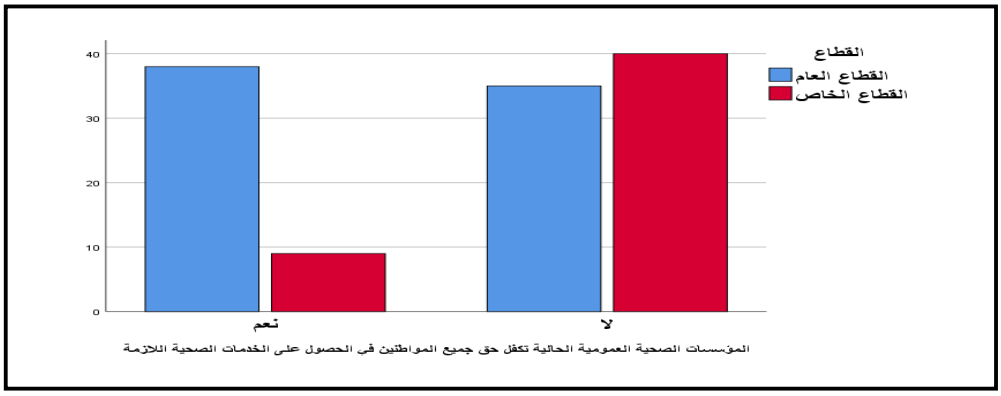
**جدول رقم67:** توزيع إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة | نعم | 39 | 52,7% | 9 | 18,36 % | 48 | 39% |
| | لا | 35 | 47,3% | 40 | 81,63 % | 75 | 61% |
| **المجموع** | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:** 55 توزيع إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال هذه النتائج أن هناك تباين واضح في إجابات أفراد العين في القطاعين العام والخاص حيث أن:

- 52,7 % من أفراد العينة في القطاع العام يرون بأن المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة، مقابل% 47,3 فقط من أفراد نفس العينة يرون عكس ذلك.

- 81,63% هي نسبة أفراد العينة في القطاع الخاص الذين يرون بأن المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة، بينما% 18,36 منهم وهي نسبة معتبرة ترى عكس ذلك.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بمتابعة حالتهم بعد الخروج من المستشفى وعلاقتها بطبيعة القطاع

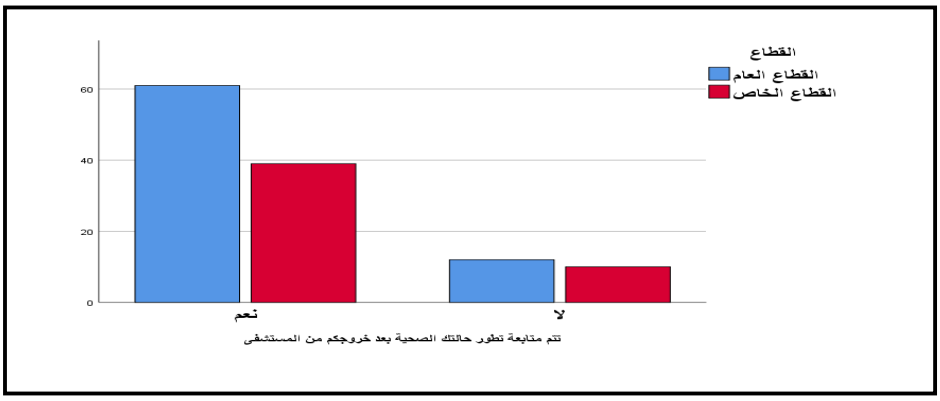
**جدول رقم68**: إجابات أفراد العينة المتعلقة بمتابعة حالتهم بعد الخروج من المستشفى القطاع

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تتم متابعة تطور حالتك الصحية بعد خروجكم من المستشفى | نعم | 61 | 83,6% | 39 | 79,6% | 100 | 82,0 |
| | لا | 13 | 16,4% | 10 | 20,4% | 23 | 18,0 |
| المجموع | | 74 | 100,0% | 49 | 100,0% | 123 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم:**56 إجابات أفراد العينة المتعلقة بمتابعة حالتهم بعد الخروج من المستشفى وعلاقتها بطبيعة القطاع




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال هذه النتائج نلاحظ أن:

- حسب إجابات أفراد العينة فإن أكبر نسبة متابعة لتطور حالة المريض بعد انتهاء مدة الاستشفاء تتم في القطاع العام إذ تفوق 83% بينما تصل في القطاع الخاص إلى 79,6% وهي نسب متقاربة إلى حد ما.

- 16,4% و 20,4% هما النسبتين المعبرتين عن حجم أفراد العينة في القطاعين العام والخاص على الترتيب الذين أجابوا بأنه لا يتم متابعة تطور حالة المريض بعد انتهاء مدة الاستشفاء.

❖ إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان السلك الطبي وشبه الطبي يؤدي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية

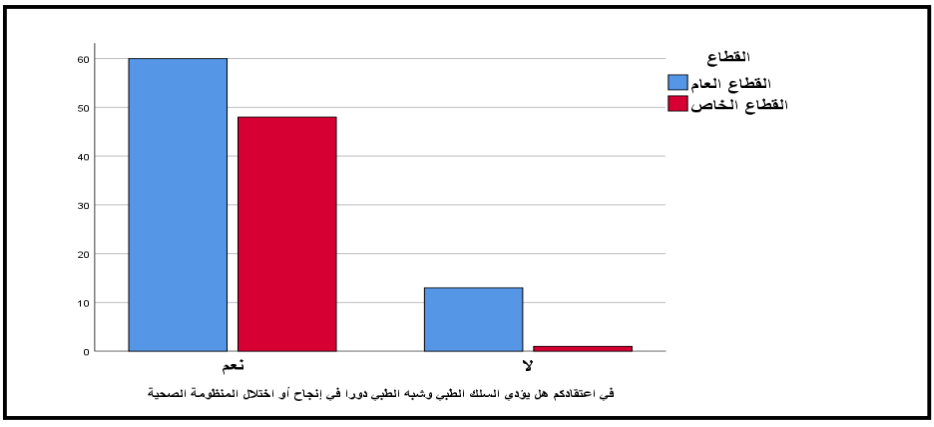
**جدول رقم 69**: إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان السلك الطبي وشبه الطبي يؤدي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| في اعتقادكم هل يؤدي السلك الطبي وشبه الطبي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية | نعم | 60 | 82,2% | 48 | 98,0% | 108 | 88,5 |
| | لا | 13 | 17,8% | 1 | 2,0% | 14 | 11,5 |
| **المجموع** | | 73 | 100,0% | 49 | 100,0% | 122 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

ويمكن توضيح النتائج السابقة وفق الشكل التالي:

**شكل رقم 57**: إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان السلك الطبي وشبه الطبي يؤدي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال هذه النتائج نلاحظ أن:

- 88,5% هي النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين أشادوا بأن السلك الطبي وشبه الطبي يؤديان دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية بينما % 11,5 هي النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين نفوا ذلك.

- 82,2% هي نسبة أفراد العينة في القطاع العام الذين أجابوا بأن السلك الطبي وشبه الطبي يؤديان دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية، في حين أن نسبة أفراد العينة من نفس القطاع والذين نفوا هذا الدور لم تتجاوز 17,8% .

-98,0% هي نسبة أفراد العينة في القطاع الخاص الذين أجابوا بأن السلك الطبي وشبه الطبي يؤديان دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية في حين أن نسبة أفراد العينة من نفس القطاع والذين نفوا هذا الدور لم تتعدى 2,0%.

**ثانيا: مقارنة واقع مؤشرات الخدمات الصحية إحصائيا**

من أجل معرفة حجم الفوارق والاختلافات الموجودة بين مؤشرات الخدمات الصحية التي يوفرها القطاع العام وتلك التي يقدمها القطاع الخاص لجأنا إلى استخدام اختبار T-STUDENT للمجموعات المستقلة، على اعتبار أنه الأداة الإحصائية الأنسب والأهم في إبراز وتحليل العلاقات بين عينتين جزئيتين تندرجان ضمن نفس العينة الكلية وفق أسلوب مقارن، يقوم هذا الاختبار على وضع فرضيتين أساسيتين على النحو التالي:

- الفرضية الأولى ويرمز لها بـ $H_0$ وحسب هذه الفرضية لا يوجد اختلاف في وحدات المقارنة بين العينتين الجزئيتين، وتتحقق هذه الفرضية إذا ما كانت نتيجة الاختبار تشير إلى أن قيمة SIG BILATERAL أكبر من 5 %.

- الفرضية الثانية ويرمز لها بـ$H_1$ وحسب هذه الفرضية يوجد اختلاف في وحدات المقارنة بين العينتين الجزئيتين، وتتحقق هذه الفرضية إذا ما كانت نتيجة الاختبار تشير إلى أن قيمة SIG BILATERAL أصغر من 5 %.

والنتائج المتحصل عليها مبينة فيما يلي:

**1-معيار الجودة** ويقاس من خلال المؤشرات التالية:

**مؤشر الاعتمادية:**

**جدول رقم 70**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الاعتمادية باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| حصولكم على موعد مع الطبيب المختص استغرق وقتا طويلا | 0,00 | $H_1$ |
| تثق في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتك | 0,187 | $H_0$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال الجدول يتبين أن:

- هناك اختلاف في الوقت المستغرق من أجل حصول المريض على موعد مع الطبيب المختص بين القطاع العام والقطاع الخاص.
- لا يوجد اختلاف في مقدار ثقة المرضى في قدرات الطاقم الطبي في كلا القطاعين

**مؤشر الاستجابة**

**جدول رقم 71**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الاستجابة باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| تتم الاستجابة لاحتياجاتك بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين | 0,01 | $H_1$ |
| يلبي الطاقم الطبي متطلباتك على مدار 24 ساعة من دون ضجر | 0,01 | $H_1$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال الجدول يتبين أن:

- هناك اختلاف طفيف في سرعة الاستجابة لاحتياجات المريض في القطاعين العام والخاص.
- هناك اختلاف طفيف في استمرار تلبية الطاقم الطبي لمتطلبات المريض طيلة 24 ساعة في القطاعين العام والخاص.

**مؤشر الضمان**

**جدول رقم 72**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الضمان باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| تشعر بالأمن والحماية أثناء تواجدك بالمستشفى/ العيادة | 0 ,02 | $H_1$ |
| وفر لك المستشفى/العيادة العلاج الذي تتطلبه حالتك | 0,71 | $H_0$ |
| تعرضت لخطأ طبي أثناء التشخيص أو العلاج | 0 ,00 | $H_1$ |
| حدث الخطأ الطبي بسبب الإهمال | 0 ,10 | $H_0$ |
| حدث الخطأ الطبي بسبب العدد الكبير للمرضى | 0,15 | $H_0$ |
| حدث الخطأ الطبي بسبب نقص الأخصائيين | 0 ,10 | $H_0$ |
| حدث الخطأ الطبي بسبب نقص الإمكانيات | 0,01 | $H_1$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال الجدول يتبين أن:

- يوجد فرق من حيث شعور المريض بالأمن والحماية بين القطاع العام والقطاع الخاص.
- لا يختلف المرضى حول مسألة توفير المستشفى/ العيادة للعلاج الذي تتطلبه حالة كل فرد منهم.
- يوجد اختلاف في نسبة الأخطاء الطبية في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص.
- يتفق المرضى المستجوبون على أن أسباب الأخطاء الطبية في القطاعين تعزى إلى الإهمال والعدد الكبير للمرضى و نقص الأخصائيين.
- نقص الإمكانيات الطبية يعتبر سببا في حدوث الأخطاء الطبية في القطاع العام فقط.

**مؤشر الملموسية**

**جدول رقم 73**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الملموسية باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| أثناء إقامتك بالمستشفى/العيادة طلب منك إجراء فحوصات أو تحاليل طبية | 0,80 | $H_0$ |
| أجريت الفحوصات داخل المستشفى/العيادة | 0,37 | $H_0$ |
| أجريت الفحوصات في مستشفى أخر عمومي | 0,01 | $H_1$ |
| أجريت الفحوصات في عيادة خاصة | 0,42 | $H_0$ |
| مدة الإقامة داخل المستشفى | 0,00 | $H_1$ |
| تتوفر المصلحة على وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة | 0,00 | $H_1$ |
| مستوى النظافة في مكان الإقامة | 0,00 | $H_1$ |
| مستوى الوجبات الغذائية المقدمة | 0,00 | $H_1$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال الجدول أن:

- لا يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص حول مسألة الطلب من المريض إجراء

فحوصات وتحاليل طبية.

- لا يوجد اختلاف حول مسألة إجراء أغلب تلك الفحوصات والتحاليل في مكان تواجد المريض بالنسبة للقطاعين العام والخاص.
- يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص حول نسبة المرضى الذين يتم توجيههم إلى مستشفى عام أخر من أجل إجراء الفحوصات والتحاليل.
- لا يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بنسبة المرضى الذين يتم توجيهم نحو عيادة أخرى خاصة من أجل إجراء الفحوصات والتحاليل.
- يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بمدة إقامة المريض داخل المؤسسة
- يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بوفرة وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة
- يوجد اختلاف في مستوى النظافة بين القطاع العام والقطاع الخاص
- يوجد اختلاف في مستوى الوجبات بين القطاع العام والقطاع الخاص

**مؤشر التعاطف:**

**جدول رقم 74**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر التعاطف باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| يعامل المرضى نفس المعاملة دون تمييز | 0,00 | $H_1$ |
| يعامل المريض بعناية واحترام | 0,16 | $H_0$ |
| تعرض عليك المعلومات المتعلقة بحالتك الصحية وتمنح لك حرية اختيار العلاج الذي يناسبك | 0,01 | $H_1$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال الجدول يتبين أن:

- يوجد اختلاف في معاملة المرضى من دون تمييز بين القطاع العام والقطاع الخاص.
- لا يوجد اختلاف في العناية بالمريض واحترامه وإحاطته بالاهتمام من طرف الطاقم الطبي في القطاعين العام والخاص.
- يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بإعلام المريض بوضعه الصحي ومنحه حرية الاختيار العلاج الذي يناسبه من بين البدائل الممكنة .

**مؤشر الكفاءة والفاعلية**

**جدول رقم 75**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الكفاءة والفاعلية باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| مستوى الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى/ العيادة | 0,08 | $H_0$ |
| إذا ما ساءت حالتك الصحية يوما ما تزور هذه المستشفى/العيادة مجددا | 0,01 | $H_1$ |
| يقدم إليك الدواء في موعده | 0,02 | $H_1$ |
| يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة | 0,01 | $H_1$ |
| لا يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة بسبب نقص الخبرة | 0,93 | $H_0$ |
| لا يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة بسبب نقص الإمكانيات | 0,54 | $H_0$ |
| لا يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة بسبب الإهمال والتهاون | 0,12 | $H_0$ |
| لا يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة لأسباب أخرى | 0,07 | $H_0$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال الجدول أن:

-لا يوجد اختلاف بين الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام ونظيرتها في القطاع الخاص.

-يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بمسألة عودة المريض عند الحاجة إلى المؤسسة المتواجد بها حاليا.

- يوجد اختلاف بين القطاع العام والقطاع الخاص بشأن احترام مواعيد تقديم الدواء بصفة دائمة.

- يوجد اختلاف في مستوى أداء الأطباء والممرضون لواجبهم بين القطاع العام والقطاع الخاص.

-لا يوجد اختلاف حول الأسباب التي تحول دون أداء الأطباء والممرضون لواجبهم في القطاعين العام والخاص.

**معيار الإمكانيات المادية والبشرية**

**جدول رقم 76**: مقارنة الخدمة الصحية من خلال معيار الإمكانيات المادية والبشرية باستخدام T- STUDENT

| العبارة | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|
| واجهت عراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي | 0,00 | $H_1$ |
| عدد الأطباء والممرضين العاملين بهذه المصلحة يكفي لتغطية حاجيات جميع المرضى | 0,00 | $H_1$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتبين من خلال الجدول أن:

- يوجد اختلاف في إجابات المرضى المتعلقة بمواجهة عراقيل بسبب نقص العتاد في القطاعين العام والخاص
- يوجد اختلاف بين القطاعين العام والخاص بشأن كفاية عدد الأطباء والممرضين لأجل تغطية حاجيات جميع المرضى.

## المطلب الثالث: تحليل النتائج وتفسيرها

### 1. تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالبيانات الشخصية:

-العينة متنوعة وهي تمثل أغلب الفئات المجتمعية من حيث الجنس والسن والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والوظيفة.

-أكبر عدد من أفراد العينة ينتمون إلى القطاع العام وهذا أمر منطقي بطبيعة الحال، فكبر حجم مؤسسات القطاع العام يجعلها مؤهلة لكي تستقطب يوميا أعدادا معتبرة من المرضى من مختلف الشرائح المجتمعية وعلى اختلاف مكانتهم الاجتماعية وإمكانياتهم المادية.

-أكبر عدد من أفراد العينة المتواجدون بالقطاع العام هم ذكور على عكس القطاع الخاص الذي نجد فيه جنس الإناث هو الأكثر تواجدا، يدل ذلك على وجود علاقة ارتباطيه بين الجنس واختيار المؤسسة العلاجية حيث يظهر أن لدى الذكور ثقة أكبر في القطاع العام مقارنة بالإناث، هذا الاختلاف في السلوك يعزى إلى اعتبارات مجتمعية وربما دليل على أن الإناث أكثر حرصا على صحتهن من الذكور.

-الفئة العمرية الأكثر تواجدا في القطاع العام هي فئة ذوي السن فوق 60 سنة، بينما الفئة المهيمنة على القطاع الخاص هي من بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم مابين 21 و30 سنة، هذا الاختلاف كذلك يظهر أن سلوك المريض له علاقة بالسن أيضا، فالشباب حسب النتائج المتحصل عليها هم الأكثر إقبالا على الخدمات الصحية في القطاع الخاص بينما المسنين هم الأكثر تواجدا في المؤسسات العمومية، وهنا يتأكد ما أوردناه سابقا من أن هذه الشريحة المجتمعية هي الأكثر تطلبا للخدمات الصحية بحكم أنها

الأكثر عرضة للأمراض، كما أن هذه الشريحة تثق في خدمات المؤسسات الصحية العمومية أكثر من غيرها.

- أكبر نسبة من المتواجدين في القطاع العام هم ذوي التعليم المتوسط أما في القطاع الخاص فأغلبهم من ذوي التعليم الجامعي، يدل ذلك على وجود ارتباط بين المستوى التعليمي واختيار القطاع، ولعلى ارتفاع نسبة الجامعيين في القطاع الخاص ترجع إلى أن حظوظ هؤلاء في العمل أكثر من غيرهم وبالتالي فإن وضعهم المادي يسمح لهم بدفع تكلفة العلاج في هذا القطاع.

- تهيمن شريحة البطالين على أفراد العينة في القطاع العام، بينما نجد أن فئة الموظفين هي الأكثر تواجدا في القطاع الخاص وهو ما يدل على أن دخل الفرد يؤثر على خياراته المتعلقة بطبيعة القطاع الذي يقصده لتلقي العلاج.

-أغلب أفراد العينة يقيمون داخل ولاية عنابة، غير أن نسبة كبيرة منهم لا يمكن إغفالها تقيم خارج تراب الولاية، وهم ينحدرون بحسب الإجابات المجمعة من خلال الاستبيان من الولايات التالية: سكيكدة، الطارف، قالمة، سوق أهراس، تبسة، باتنة، جيجل.

- أغلب أفراد العينة في كلا القطاعين مستفيدون من التأمين الصحي، وهو مؤشر على أن التغطية بهذه الخدمة واسع النطاق.

-شريحة واسعة من أفراد العينة في القطاع الخاص تخصص جزء من دخلها تحسبا لمرض مفاجئ، يدل ذلك على انتشار ثقافة الادخار لدى المجتمع الجزائري ووعيه واهتمامه بصحته وأن الإنفاق على الصحة يدخل ضمن أولويات الأسرة الجزائرية رغم أن دخل الموظف العام ضعيف إلى حد ما، وهذه النتائج تؤكد

ما توصلنا إليه سابقا بشأن ارتفاع نفقات الأسر على الصحة .

**ثانيا: تفسير النتائج المتعلقة بكيفية الالتحاق بالمؤسسة الاستشفائية**

-النسبة الأكبر من أفراد العينة في القطاع العام لم يختاروا بمحض إرادتهم الالتحاق بالمؤسسة التي يتواجدون بها، ذلك أن عدة حالات كانت قد وصلت في حالة مستعجلة والقطاع الخاص غالبا ما لا يوفر خدمات من هذا النوع أي الاستعجالات الطبية، أما في القطاع الخاص فإن جل أفراد العينة كانوا قد اختاروا شخصيا وبمحض إرادتهم المؤسسة الصحية التي يتواجدون بها للعلاج، فهناك إذا علاقة بين الحالة التي يكون عليها المريض والقطاع الصحي الذي يوجه إليه، ومن جهة وجود علاقة بين الوضع المالي وحرية اختيار مكان العلاج، وتوضح النتائج أيضا وجود عوامل أخرى تؤثر بدرجة أقل على خيارات المرضى وهي مدى قرب المؤسسة من مكان الإقامة وكذلك سمعتها.

-يلعب الطبيب العام ومصلحة الاستعجالات الطبية دورا محوريا في توجيه المرضى وبدرجة أقل الطبيب الخاص نحو مختلف المصالح المتخصصة في المؤسسات العمومية، في حين أن الطبيب في القطاع الخاص يؤدي دورا هاما في توجيه المرضى نحو مؤسسات إستشفائية خاصة وبدرجة أقل يؤدي الطبيب في القطاع العام هذا الدور.

**ثالثا: تفسير النتائج المتعلقة بجودة الخدمات**

**1-مؤشر الاعتمادية**

- هناك فارق واضح في إجابات العينة حول المدى الزمني المستغرق لاتخاذ موعد مع الطبيب المختص، إذ توضح النتائج أن هناك شبه إجماع لدى أفراد العينة من القطاع الخاص أن اتخاذهم لموعد لم يستغرق وقتا طويلا، بينما نسبة معتبرة من أفراد العينة في القطاع العام أجابوا بأن هذا الإجراء يستغرق منهم وقتا،

هذه النتيجة تجعلنا نخلص إلى أحد أسباب عزوف الشباب غالبا عن تلقي العلاج في المؤسسات التابعة للقطاع العام.

-تؤدي الواسطة دورا أقل في الحصول على موعد في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام، يرجع ذلك إلى طبيعة أهداف كل قطاع وإلى ضغوط العمل المقترنة في غالب الأحيان بعدد المرضى الذي يكون محدودا إلى حد ما في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام .

- يثق أغلب أفراد العينة في القطاعين في قدرات الطاقم الطبي، ما يدل على وجود نوع من الرضى لدى المرضى عن أداء الفريق الطبي وأن أداءه يرقى إلى مستوى تطلعاتهم وأن المنظومة الصحية الوطنية بشقيها العام والخاص تزخر بكفاءات عالية.

**نستنتج إذا مما سبق أن مستوى جودة الخدمات من خلال مؤشر الاعتمادية ضعيف نسبيا في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص وقد أثبت اختبارT- STUDENT وجود هذا الاختلاف.**

**3- مؤشر الاستجابة:**

يتفق أغلب أفراد العينة في القطاعين العام والخاص على حد سواء أن الطاقم الطبي وشبه الطبي يبدي استجابة فورية لاحتياجاتهم وذلك بشكل دائم تقريبا على مدار 24 ساعة ومن دون ضجر، وهو ما ولد نوعا من الرضا لدى المرضى فيما يتعلق بمستوى أداء الطاقم الطبي واستجابته، **وإن دل ذلك على شيء إنما يدل على أن مستوى الجودة من خلال مؤشر الاستجابة يرقى إلى المستوى المقبول في القطاعين حسب تقدير المستفيدين من الخدمات الصحية مع عدم وجود اختلاف كبير بين القطاعين من حيث الاستجابة حسب نتائج اختبار T- STUDENT .**

**3-مؤشر الضمان:**

-يشعر أغلب أفراد العينة بنوع من الأمن والحماية بمعنى أنهم مطمئنون أثناء تواجدهم بالمؤسسة الصحية سواء العامة أو الخاصة، غير أن المريض يكون أكثر اطمئنانا في القطاع الخاص منه في القطاع العام.

-تلقى أغلب أفراد العينة أثناء فترة استشفائهم العلاج الذي تتطلبه حالتهم بمعنى هناك ما يدل على وجود قدر من الجدية والصرامة والمصداقية في العمل، كما يعزى ذلك إلى سبب آخر هو أن الظواهر المرضية المتكررة بشكل كبير يصبح علاجها إلى حد ما مألوفا بالنسبة للأطباء، لكن تظل الجهود المبذولة دون المستوى المطلوب حينما يتعلق الأمر بالأمراض النادرة وغير المألوفة وعليه فإن صحة الأفراد تتطلب بذل جهود أكبر لتوفير العلاج الأنسب لمختلف الحالات المرضية.

_ نسبة الأخطاء الطبية في القطاع العام مرتفعة مقارنة بالقطاع الخاص حسب النتائج المتوصل إليها، يعزى ذلك إلى العدد الكبير للمرضى في هذا القطاع مما يسبب ضغطا على الموظفين ويزيد من احتمال حدوث الأخطاء الطبية ويكون الموظف في القطاع الخاص أكثر أريحية كما أنه يسعى للحفاظ على اسم المؤسسة ووزنها في سوق الخدمات الصحية في ظل حدة المنافسة وكذلك الإهمال ضعف الرقابة في القطاع العام بالدرجة الأولى ثم إلى نقص الإمكانيات بالدرجة الثانية.

**نستنتج إذا أن مستوى جودة الخدمات الصحية من خلال معيار الضمان مقبول في القطاعين غير أنه في القطاع العام يضل ضعيفا نسبيا مقارنة بالقطاع الخاص، وقد أظهر اختبار T- STUDENT وجود هذا الاختلاف الطفيف .**

**4-مؤشر الملموسية:**

-توفر المعدات والمستلزمات الطبية الخاصة بإجراء الفحوصات و / أو التحاليل الطبية في القطاعين تظل دون المستوى المطلوب إذ أن نسبة معتبرة من أفراد العينة في القطاعين كانت قد أجرت تلكم الفحوصات والتحاليل التي طلبت منها في مؤسسة أخرى خارج مكان استشفائهم، ولذلك علاقة بتقليص حجم الإيرادات من الأدوية وان الإنتاج المحلي لا يغطي احتياجات سوق الدواء كما تخضع هذه الأخيرة إلى الاحتكار في ظل غياب الرقابة وانتشار الفساد المالي.

-توضح النتائج أن متوسط مدة إقامة المريض في القطاع العام أكبر منه في القطاع الخاص، يعزى ذلك على الأرجح إلى غلاء تكلفة السرير لليلة الواحدة بالرغم من أن بقاء المريض تحت الرعاية والمراقبة الطبية لمدة أطول تكون في مصلحة المريض في بعض الحالات المرضية.

-يتوفر لدى القطاع الخاص إمكانيات أفضل مقارنة بالقطاع العام فيما يتعلق بالوسائل التي تسهل على المريض التنقل والحصول على الخدمات دون مشقة، حيث يعاني القطاع العام من نقص في هذا النوع من العتاد ويرجع ذلك إلى عدة أسباب فقد تكون الميزانية المخصصة للمؤسسات ضعيف بحيث لا يمكن اقتناء تلكم الوسائل أو قد تتوفر لكن تتعرض لأعطاب متكررة بسبب كثرة الاستخدام وسوء الاستعمال وغياب الصيانة بشكل دوري نظرا لأن الأمر يستدعي تدخل كفاءات أجنبية متخصصة لإصلاح الأعطاب الشيء الذي قد يستغرق وقتالا طويلا وهو ما يؤثر لا محالة على وضع المريض الصحي.

- فيما يخص مستوى النظافة في المؤسسات الصحية كانت الإجابات متباينة في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص، ففي الأول اختلفت الإجابات مابين جيد ومتوسط ورديء وذلك بنسب متقاربة، بينما

يجمع أغلب المستجوبون في القطاع الخاص على أن مستوى النظافة جيد. يدل هذا الاختلاف على اختلاف معايير التقييم لدى المستجوبون ومفهومهم للنظافة.

- والشأن نفسه فيما يتعلق بمستوى الوجبات حيث يجمع المستجوبون في القطاع الخاص على أنها جيدة بينما توزعت إجابات أفراد العينة في القطاع العام بين جيد ومتوسط ورديء، ونجد أن عددا لا بأس به لم يجب على هذا السؤال ويرجع ذلك لاعتبارات شخصية واجتماعية فأغلب الأسر الجزائرية تأتي لمريضها بالوجبات من خارج المستشفى.

**نستنتج إذا أن مستوى جودة الخدمات الصحية من خلال مؤشر الملموسية ضعيف في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص وقد ثبت ذلك بواسطة T- STUDENT .**

**5- مؤشر التعاطف:**

- يعامل جميع المرضى في غالب الأحيان باحترام غير أن درجة الاهتمام والاحترام هاته تختلف من مريض لآخر خاصة في القطاع العام، وهذا التمييز في المعاملة موجود بدرجة أقل في القطاع الخاص الذي يسير وفق منطق السوق فيعتبر المريض زبونا يدفع مقابل تلقي الخدمة وبالتالي فإن عامل المال له تأثير على أسلوب معاملة المريض من طرف المشرفون على حالته الصحية.

- تؤكد النتائج المتوصل إليها وجود نوع من الرضا لدى المرضى عن معاملة الطاقم الطبي وشبه الطبي لهم فهم يشعرون دائما تقريبا بالاحترام والاهتمام في القطاعين على حد سواء.

- لا يولي الطاقم الطبي اعتبارا كاف لتقديم المعلومات الطبية للمرضى حول وضعهم الصحي ولا يتم إشراكهم بصورة فاعلة في عملية تقديم الخدمات الصحية بالرغم من أنهم طرف أساسي في هذه الخدمة وهذا الأمر يتعلق بالقطاع العام أكثر منه في القطاع الخاص.

**ما يمكن قوله إذا هو أن مستوى جودة الخدمات الصحية من خلال مؤشر التعاطف مقبولة في القطاعين مع وجود اختلاف نسبي أظهره اختبار T- STUDENT ، غير أنها تظل لا ترقى إلى مستوى تطلعات متلقي هذه الخدمات.**

**رابعا: تفسير النتائج المتعلقة بالكفاءة والفاعلية**

- مستوى الخدمات الصحية في القطاع الخاص هي على العموم جيدة بينما تتدرج من المتوسط إلى الجيد في القطاع العام حسب أفراد العينة، ويعزى ذلك إلى عدة أسباب تأتي في مقدمتها نقص الإمكانيات بالدرجة الأولى.

- أغلب أفراد العينة ونتيجة رضاهم إلى حد بعيد عن مستوى الخدمات في القطاعين أبدوا استعداهم للعودة مجددا إلى المؤسسة التي يقيمون بها حاليا للعلاج، مبررين ذلك بالمستوى الجيد للخدمات المقدمة بالإضافة إلى شعورهم بالأمان والراحة أثاء فترة إقامتهم وكذلك أثنوا على كفاءة الطاقم الطبي وشبه الطبي وقد أضاف المستجوبون في القطاع الخاص مبررا آخر يتمثل في كونهم مضطرون للعودة لأن الطبيب الخاص الذي يتابع تطور صحتهم يزاول نشاطه المهني بتلك المصحة.

- أغلب أفراد العينة في القطاعين العام والخاص أجابوا بأنهم يتناولون الدواء في موعده دائما، ما يدل على تحلي عناصر الطاقم الشبه طبي بالمسؤولية اتجاه المرضى من جهة وحرصهم على أداء واجبهم على أكمل وجه من جهة أخرى وهو ما أكده أفراد العينة.

- يعتبر المستجوبون أن نقص الإمكانيات هو السبب الرئيسي الذي يحول دون الأداء الجيد للخدمات في القطاعين العام والخاص وبدرجة أقل الإهمال والتهاون ثم تليه نقص الخبرة.

**خامسا: تفسير النتائج المتعلقة بالإمكانيات المادية والبشرية**

- تواجه نسبة معتبرة من المرضى في القطاع العام عراقيل متعلقة بنقص الوسائل التي تسهل الحصول على الخدمات مقابل نسبة ضعيفة منهم في القطاع الخاص التي تواجه مثل هذه العراقيل، فالمؤسسات الصحية الخاصة الحديثة تأخذ بعين الاعتبار في تصاميمها وتجهيزاتها سبل تيسير الخدمات للمرضى حيث أضحى ذلك أحد مؤشرات الجودة بالنسبة لها.

- عند مواجهة عراقيل أثناء تقديم الخدمة الصحية في القطاع الخاص فإن المشرفون على حالة المريض غالبا ما يتخذون قرار تحويله إلى مؤسسة أخرى خاصة أو يقررون بقائه تحت المراقبة الطبية في نفس المؤسسة مما قد يؤدي إلى تفاقم حالة المريض، أما في القطاع العام فإن أغلب أفراد العينة الذين صادفتهم عراقيل مشابهة وهم يمثلون شريحة معتبرة فإن أغلبهم ظلوا في تلك المؤسسة وساءت حالتهم، وحسب ما تبين من خلال ما لاحظناه واستفسرنا عنه فإنهم كانوا في انتظار إصلاح عطب يتعلق بالمعدات المستخدمة في عمليات زرع بطارية للقلب، ونسبة قليل من بين هذه الفئة يتم تحويلها إلى مستشفى آخر عمومي بينما عدد قليل فقط يتم تحويلهم إلى عيادة خاصة.

- يتفق أغلب أفراد العينة في كلا القطاعين على كفاية عدد الأطباء والممرضون المتوفرون لتغطية حاجيتهم، وهو ما يدل أن مشكل نقص الكفاءة البشرية في هذين المجالين لا يطرح بشدة وإلحاح أما إختلالات أخرى تعاني منها المنظومة الصحية على غرار نقص الإمكانيات.

**سادسا: تفسير النتائج المتعلقة بالتقييم العام**

- يتوقف نجاح أو اختلال المنظومة الصحية بدرجة كبيرة على أداء الطاقم الطبي وشبه الطبي فكلما كان هذا العنصر فاعلا وواعيا بدوره ومسؤولياته وكلما نمت مهارته وقدراته وارتفع الحس الإنساني

لديه وامتلك من الكفاءة ما يؤهله لتذليل الصعوبات التي تواجهه في ميدان العمل، تحسن أداء المنظومة الصحية ككل.

- أغلبية أفراد العينة خاصة في القطاع الخاص يرون بأن المؤسسات الصحية العمومية هي من تكفل حق الجميع في الحصول على الخدمات الصحية، يعزى ذلك حسب وجهة نظرهم إلى مجانية العلاج التي تتيح لجميع الفئات المجتمعية الاستفادة من الخدمات الصحية.

- هناك علاقة بين الإمكانيات المالية للفرد واختياره للمؤسسة التي يتلقى فيها لكن القدرات المالية للفرد ليست لوحدها العامل المؤثر في خيارات الفرد ذلك ما تضمنته إجابات أفراد العينة حيث أن سمعة المؤسسة وكفاءة الأطباء ناهيك عن مقدار المسافة بين مكان إقامة المريض والمؤسسة الصحية وكذلك قناعة فئة كبيرة من المرضى بعدم وجود اختلاف في مستوى الخدمات بين القطاع العام والقطاع الخاص هي عوامل أخرى تحكم خيارات المريض وأسرته.

## المبحث الثالث: تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر القائمين عليها في القطاعين العام والخاص

بعد معالجة البيانات المتحصل عليها من خلال تفريغ الاستمارات التي صممت للمستفيدين من الخدمات الصحية ومعرفة مستوى هذه الأخيرة حسب وجهة نظر المرضى، سنحاول من خلال هذا البحث أن نستشف آراء القائمين على تقديم هذه الخدمات وذلك حتى يتسنى لنا تكوين صورة شاملة ومكتملة عن واقع الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص في ولاية عنابة.

### المطلب الأول: تقديم استمارة البحث وعينة الدراسة

بالنسبة للاستمارة الموجهة للقائمين على الخدمات الصحية، كانت تعتمد بشكل كبير على الأسئلة المغلقة مراعاة لوقت الموظفين وانشغالاتهم من جهة ولأنها تخدم موضوع الدراسة وأهدافها من جهة أخرى، ولهذا الغرض فإن أغلب الأسئلة جاءت مرفقة بعدة احتمالات تتناسب مع مختلف الآراء والتوجهات، وكان على المستوجب أن يختار الإجابة التي تعبر عن رأيه وتتناسب مع توجهاته .

لقد اقتضى تطبيق الاستبيان كأداة لجمع البيانات المرور بعدة مراحل:

ففي البداية تمت صياغة وإعداد الاستمارة الأولية وتم عرضها على الأستاذ المشرف، وبناء على الملاحظات المقدمة من طرفه قمنا بالتعديلات اللازمة ليتم بعدها عرض الاستمارة على لجنة تحكيم مكونة من ثلاث أساتذة في العلوم السياسية، الذين بدورهم قدموا مقترحات شكلية وأخرى منهجية

بخصوص بعض الأسئلة التي تضمنتها الاستمارة ليعاد إدخال التعديات اللازمة من جديد وفي الأخير خرجنا بالشكل النهائي الموضح في الملحق رقم 04 وقد اشتملت على 36 سؤالا موزعة على خمسة محاور:

- ✓ المحور الأول يتعلق بالبيانات الشخصية للقائمين على تقديم الخدمات الصحية
- ✓ المحور الثاني يتعلق بالحوافز التي تقدمها المؤسسة
- ✓ المحور الثالث يتضمن بيانات تتعلق بتدريب وتكوين الموظفين
- ✓ المحور الرابع يتعلق بالخدمات الصحية
- ✓ المحور الخامس تضمن تقييما عاما للمنظومة الصحية

بعد صياغة الاستمارة في شكلها النهائي، سلكنا نفس المسار واتبعنا الخطوات ذاتها التي قمنا بها مع المبحوثين الذين يمثلون فئة المستفيدين من الخدمات، بل وكان ذلك بالموازاة مع كل مرحلة من مراحل استجواب المستفيدين من الخدمات، ولم تكن هناك سوى اختلافات طفيفة ضرورية نظرا لاختلاف تموضع فئة الموظفين عن المرضى ضمن المنظومة الصحية.

وخلال توزيع الاستمارات في القطاع الخاص لاحظنا بأن عدد المستهدفين من الدراسة في المصالح المختارة ضئيل ولا يقودنا إلى تحقيق الأهداف المرجوة، ناهيك عن عدم تجاوب الموظفين بالشكل المطلوب، بل ولمسنا عزوفهم عن ملء الاستبانة فاضطررنا إلى تمديد الفترة إلى غاية 04 من شهر جويلية من جهة، ومن جهة أخرى اضطررنا إلى توسيع نطاق البحث ليشمل الفرق الطبية وشبه الطبية التي تزاول مهامها بمصالح أخرى وفي تخصصات طبية أخرى بذات المؤسسات الصحية (عيادتي الياسمين والجزائر ).

وحتى نصل إلى نتائج دقيقة نسبيا وصادقة ومعبرة قمنا باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) نسخة 24 على اعتبار أنه أحد أهم البرامج المستخدمة في هذا المجال، واعتمدنا على الأدوات الإحصائية التالية:

_ التكرارات والنسب المئوية حتى يتأتى لنا وصف خصائص العينة

_ الجداول المتقاطعة لدراسة العلاقة بين المتغيرات الدراسة

_ اختبار t -student لأجل إجراء مقارنة ثنائية والكشف الإحصائي عن مدى الاختلاف والتشابه بين مؤشرات الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص.

## المطلب الثاني: معالجة البيانات

### أولا: معالجة البيانات الشخصية

تناول المحور الأول من الاستبيان الموجه إلى مقدمي الخدمات البيانات الشخصية لأفراد العينة، حيث تفيد معرفة هذه المعطيات في فهم جوانب أخرى من البحث وقد جاءت نتائجها كما يلي:

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير القطاع

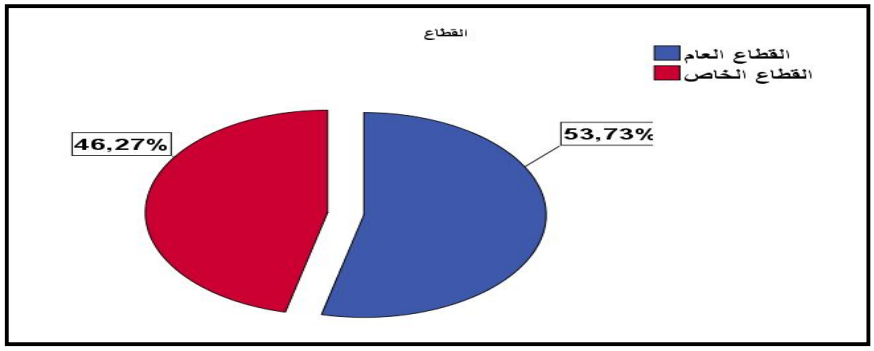
**جدول رقم:** 77 توزيع أفراد العينة حسب متغير القطاع

| القطاع | | |
|---|---|---|
| | التكرارات | النسبة المئوية |
| القطاع العام | 36 | 53,7 |
| القطاع الخاص | 31 | 46,3 |
| المجموع | 67 | 100,0 % |

**المصدر**: من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم**: 58 توزيع أفراد العينة حسب متغير القطاع




**المصدر**: من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال الجدول السابق والرسم البياني أعلاه أن القطاع الأكثر تمثيلا هو القطاع العام بنسبة% 53,7 في حين أن نسبة تمثيل القطاع الخاص قدرت بـ 46,3%.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس

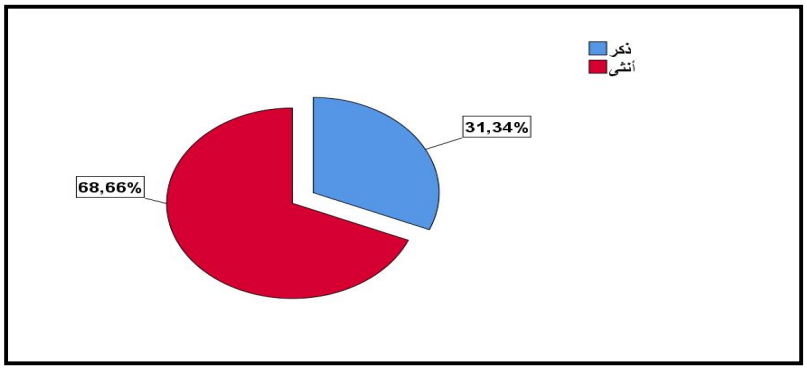
**جدول رقم**: 78 توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الجنس | ذكر | 11 | 30,6% | 10 | 32,3% | 21 | 31,3% |
| | أنثى | 25 | 69,4% | 21 | 67,7% | 46 | 68,7% |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

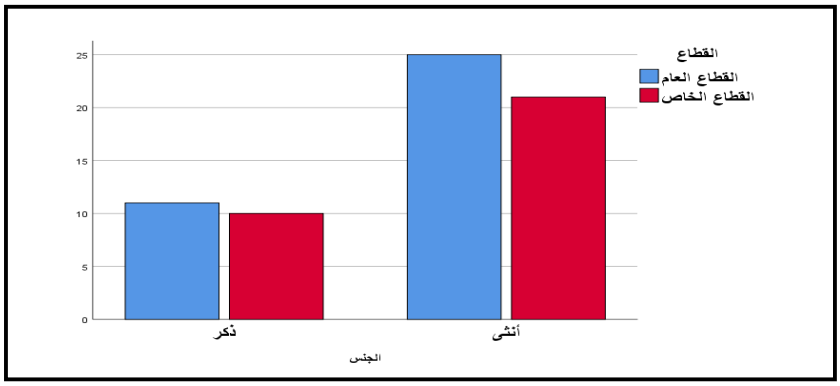
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسمين البيانين التاليين:

**شكل رقم**: 59 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس




**المصدر:** من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

**شكل رقم**: 59 (ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس




**المصدر:** من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج أن:

- أغلب أفراد العينة ينتمون إلى جنس الإناث بنسبة إجمالية قدرت بـ 68,7% وباقي الأفراد والمقدرة نسبتهم الإجمالية بـ 31,3% هم من جنس الذكور.

- نسبة تمثيل الإناث في القطاع العام والبالغة 69,4% تفوق نسبة تمثيل الذكور والمقدرة ب 30,6% .

- في القطاع الخاص نسبة تمثيل الإناث تقدر بـ67,7% لتفوق نسبة الذكور التي لم تتجاوز31,3%.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن

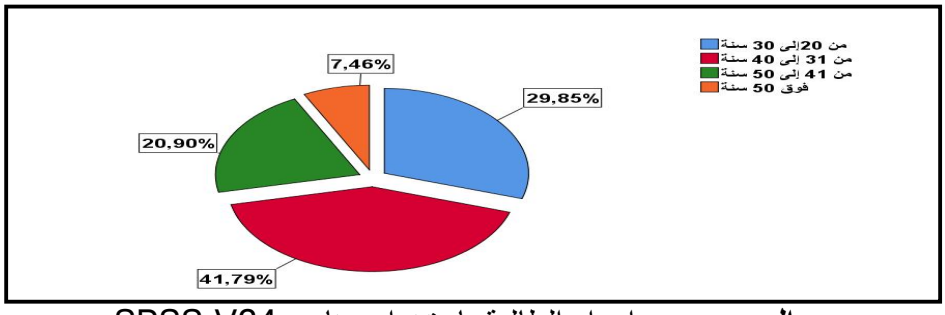
**جدول رقم**: 79 يوضح توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| السن | من20 إلى 30 سنة | 15 | 41,7% | 5 | 16,1% | 20 | 29,9% |
| | من 31 إلى 40 سنة | 13 | 36,1% | 15 | 48,4% | 28 | 41,8% |
| | من 41 إلى 50 سنة | 6 | 16,7% | 8 | 25,8% | 14 | 20,9% |
| | فوق 50 سنة | 2 | 5,6% | 3 | 9,7% | 5 | 7,5% |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

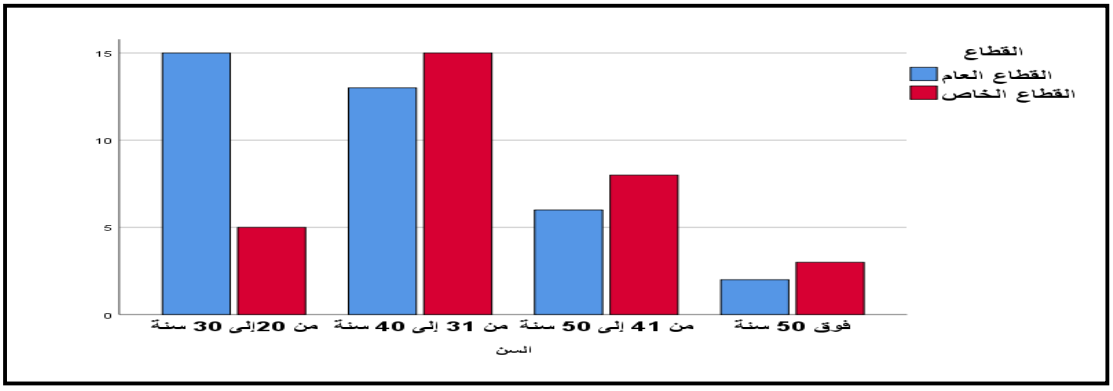
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسميين البيانيين التاليين:

**شكل رقم**:60 (أ) يوضح توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم**: 60(ب) يوضح توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من خلال النتائج أن:

- أفراد العينة موزعون على مختلف الفئات العمرية بنسب متفاوتة، ففئة من 31 إلى 40 سنة تحتل الصدارة من حيث التمثيل بنسبة 41,8% وتليها فئة من20 إلى 30 سنة بنسبة 29,9% ثم فئة من 41إلى 50 سنة بنسبة 20,9%، وتظهر النتائج أن فئة ذوي السن فوق 50 سنة هي الأقل تمثيلا إذ لم تتجاوز نسبة 7,5%.

- الفئة العمرية من 20 إلى 30 سنة تمثل أكبر شريحة في القطاع العام وشريحة فوق 50 سنة هي الأقل بنسبة 41,7% و 5,6% على الترتيب.

- الفئة الأكثر تمثيلا في القطاع الخاص هي فئة من 31 إلى 40 سنة بنسبة 48,4% والفئة الأقل تمثيلا في القطاع نفسه هي شريحة فوق 50 سنة بنسبة لم تتعدى 9,7%.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الحالة الاجتماعية

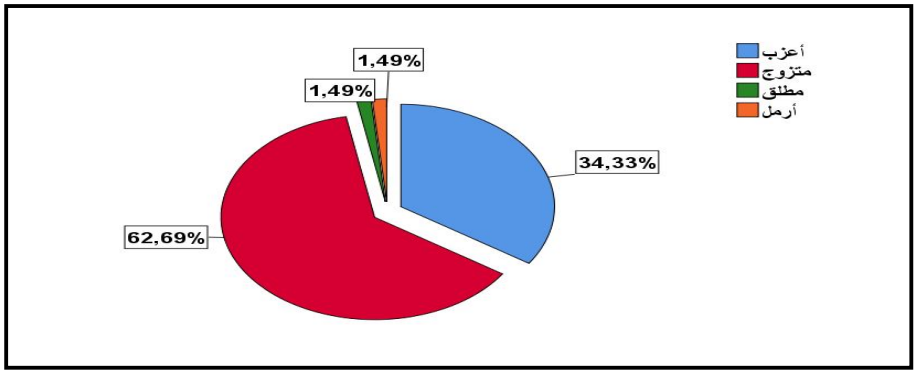
**جدول رقم:80** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الحالة الاجتماعية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الحالة الاجتماعية | أعزب | 16 | 44,4% | 7 | 22,6% | 23 | 34,3% |
| | متزوج | 20 | 55,6% | 22 | 71,0% | 42 | 62,7% |
| | مطلق | 0 | _ | 1 | 3,2% | 1 | 1,5% |
| | أرمل | 0 | _ | 1 | 3,2% | 1 | 1,5% |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

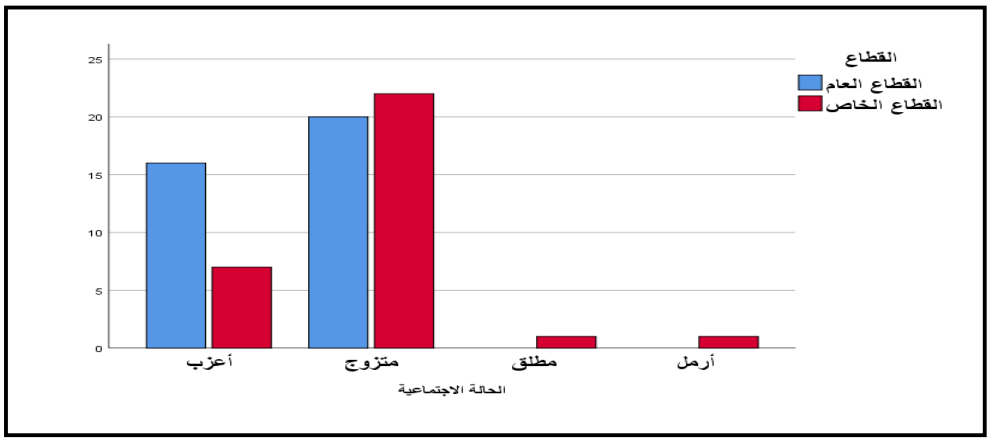
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسميين البيانيين التاليين:

**شكل رقم: 61** (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:61** (ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الحالة الاجتماعية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج نلاحظ أن :

- أغلب أفراد العينة من فئة المتزوجون بنسبة 62,7% و34,3% هي نسبة العزاب منهم في حين أن نسبتي كل من المطلقون والأرامل لم تتعدى 1,5% لكل فئة.

- في القطاع العام يتوزع أفراد العينة على فئتي المتزوجون والعزاب فقط بنسبتي 55,6% و44,4% على الترتيب.

- أغلبية أفراد العينة في القطاع الخاص كذلك هم من فئة المتزوجون بنسبة قدرت بـ71,0% أما فئة العزاب فهم لا يمثلون سوى 22,6% من أفراد العينة في هذا القطاع، في حين لم تتجاوز نسبة تمثيل الأرامل والمطلقون 3,2% لكل شريحة على حدا.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الوظيفة

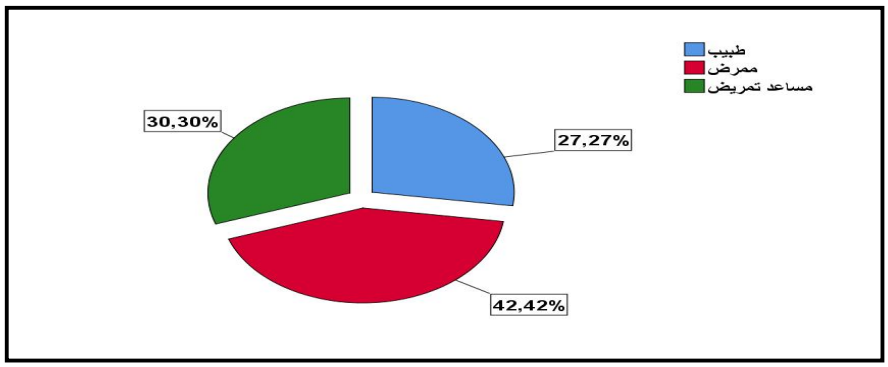
**جدول رقم** : 81 توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الوظيفة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الوظيفة | طبيب | 9 | 25,0% | 9 | 30,0% | 18 | 27,3% |
| | ممرض | 15 | 41,7% | 14 | 43,3% | 29 | 42,4% |
| | مساعد تمريض | 12 | 33,3% | 8 | 26,7% | 20 | 30,3% |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

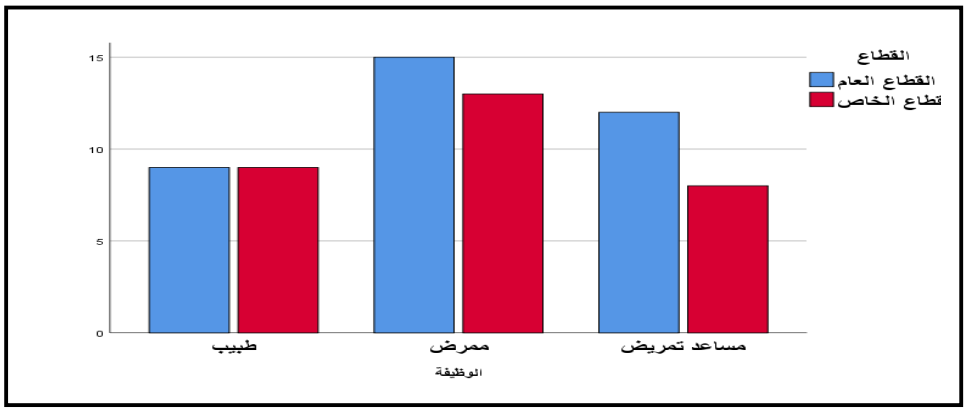
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسمبين البيانيين التاليين:

**شكل رقم**:62 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير الوظيفة




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:**62 (ب) توزيع أفراد العينة حسب متغير الوظيفة




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن:

- أفراد العينة يتوزعون توزيعا غير متساوي على الوظائف، حيث يمثل الممرضون الأغلبية في القطاعين بنسبة إجمالية قدرت بـ 42,4%، تليها فئة مساعدي التمريض بـ 30,3% نسبة وأخيرا الأطباء بنسبة27,3%.

- في القطاع العام بلغت نسبة تمثيل الممرضين41,7% وتلتها فئة مساعدي التمريض بنسبة 33,3% ثم الأطباء بنسبة 25,0% .

- أما في القطاع الخاص فأغلبية أفراد العينة هم من فئة الممرضين كذلك بنسبة43,3% وتليها فئة الأطباء بنسبة30,0% ثم مساعدي التمريض بنسبة لم تتعدى 26,7%.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الخبرة المهنية

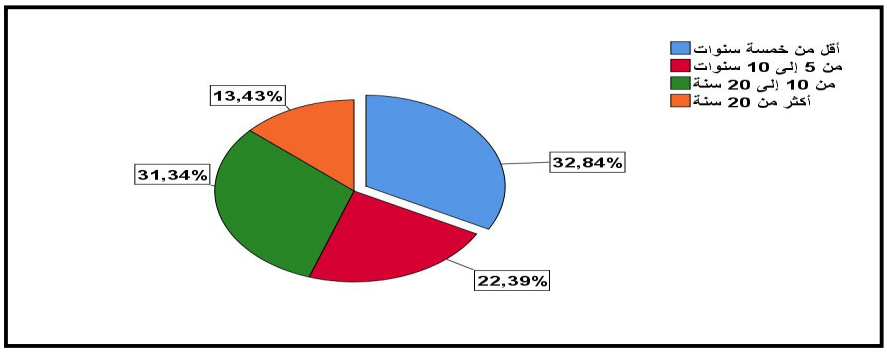
**جدول رقم**: 82 توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الخبرة المهنية

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الخبرة المهنية | أقل من خمسة سنوات | 12 | 33,3% | 10 | 32,3% | 22 | 32,8 |
| | من 5 إلى 10 سنوات | 11 | 30,6% | 4 | 12,9% | 15 | 22,4 |
| | من 10 إلى 20 سنة | 9 | 25,0% | 12 | 38,7% | 21 | 31,3 |
| | أكثر من 20 سنة | 4 | 11,1% | 5 | 16,1% | 9 | 13,4 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

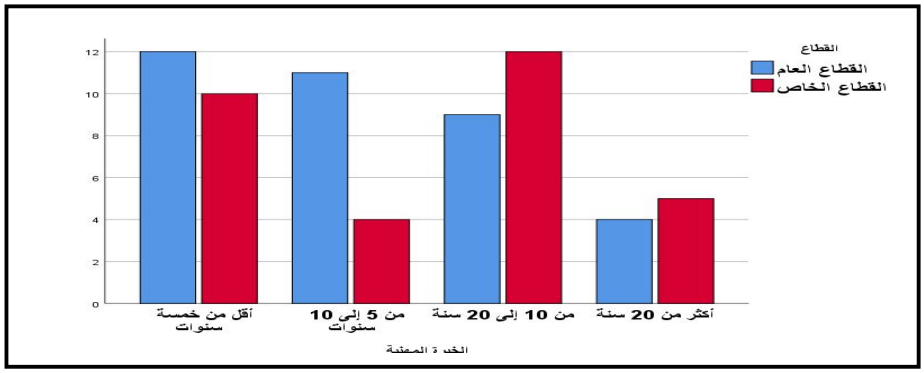
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسميين البيانيين التاليين:

**شكل رقم** :63 (أ) توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:** 63(ب) توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الخبرة المهنية




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يتضح من خلال النتائج أن:

- أغلبية أفراد العينة بنسبة % 32,8 تقل خبرتهم عن 5 سنوات ونسبة معتبرة منهم تقدر بـ % 31,3 تتراوح خبرتهم المهنية ما بين 10 إلى 20 سنة، وتمثل فئة ذوي الخبرة من 5 إلى 10 سنوات % 22,4 أما من تفوق خبرتهم المهنية 20 سنة فهم يمثلون % 13,4 من أفراد العينة.

- في القطاع العام 33,3% من المستجوبين تقل خبرتهم عن 5 سنوات و30,6% منهم تتراوح خبرتهم المهنية ما بين 5 إلى 10 سنوات و25,0% منهم تتراوح خبرتهم من 10 إلى 20 سنة و 11,1% فقط هي نسبة أفراد العينة في هذا القطاع ممن فاقت خبرتهم 20 سنة.

- أكبر شريحة من أفراد العينة في القطاع الخاص تتراوح سنوات خبرتهم من 10 إلى 20 سنة بنسبة 38,7%، وأقل شريحة هي ممن تتراوح خبرتهم من 5 إلى 10 سنوات بنسبة 12,9%، أما من تقل خبرتهم عن 5 سنوات فهم يمثلون ثاني أكبر شريحة في هذا القطاع بنسبة 32,3% في حين أن من تفوق خبرتهم 20 سنة يمثلون 16,1% فقط.

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل

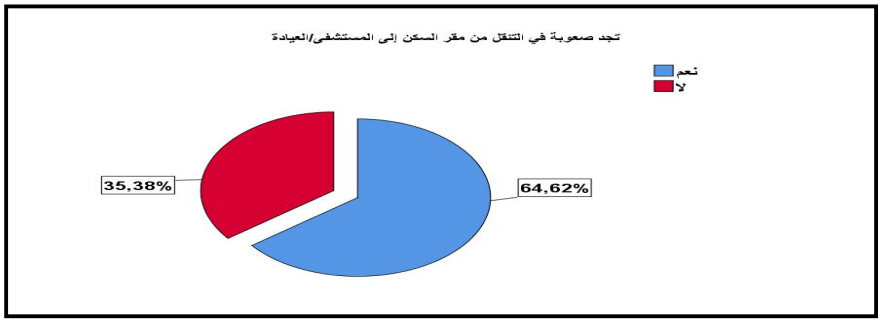
**جدول رقم: 83** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تجد صعوبة في التنقل من مقر السكن إلى المستشفى | نعم | 24 | 66,7% | 19 | 61,3% | 43 | 64,6 |
| | لا | 12 | 33,3% | 12 | 38,7% | 24 | 35,4 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

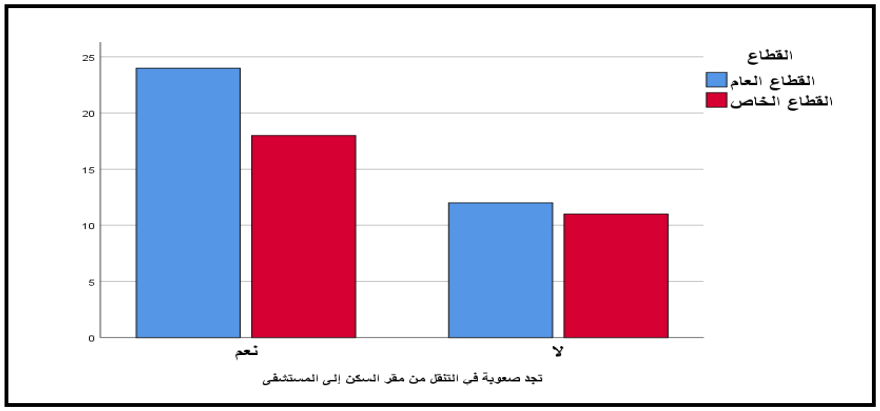
يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:64(أ)** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

**شكل رقم:64(ب)** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج المبينة أعلاه نلاحظ أن:

- أكبر نسبة من أفراد العينة والمقدرة إجمالا بـ% 64,6 تجد صعوبة في التنقل من مكان السكن إلى مقر العمل في حين أن % 35,4 فقط لا تواجه هذه الصعوبة.

- في القطاع العام والقطاع الخاص على حد سواء أكبر شريحة من المستجوبين يجدون صعوبة في التنقل من مكان السكن إلى مقر العمل، تبلغ نسبة هؤلاء 66,7% في القطاع الأول و61,3% في القطاع الثاني، أما الشريحة التي لا تجد صعوبة في التنقل بين مكان السكن ومقر العمل فهي تمثل 33,3% في القطاع العام و % 38,7 في القطاع الخاص.

**ثانيا: معالجة البيانات المتعلقة بالحوافز التي تقدمها المؤسسة**

❖ توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الرضا عن بيئة العمل

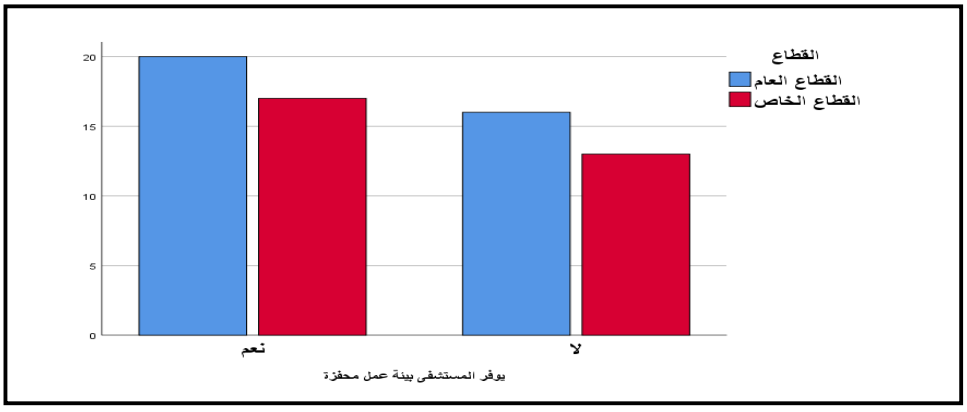
**جدول رقم:84** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الرضا عن بيئة العمل

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يوفر المستشفى بيئة عمل محفزة | نعم | 20 | 55,6% | 18 | 58% | 38 | 56,1 |
| | لا | 16 | 44,4% | 13 | 42% | 29 | 43,9 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:65** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الرضا عن بيئة العمل




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج المبينة نلاحظ أن:

- أفراد العينة الذين أجابوا أن البيئة محفزة للعمل يمثلون الأغلبية في القطاعين حيث بلغت نسبة هؤلاء في القطاع العام 55,6% وفي القطاع الخاص56,7%، أما نسبة أفراد العينة الذين يجدون بيئة العمل غير محفزة قدرت بـ 44,4% في القطاع العام و43,3% في القطاع الخاص.

- النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين أجابوا أن البيئة محفزة للعمل قدرت بـ % 58، أما نسبة أفراد العينة الذين يجدون بيئة العمل غير محفزة قدرت بـ % 42.

❖ إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم الرضا عن بيئة العمل حسب القطاعات

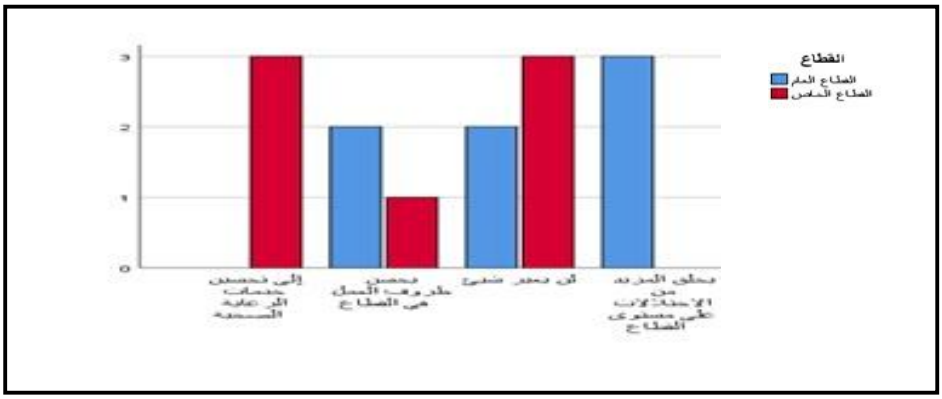
**جدول رقم**: 85 إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم الرضا عن بيئة العمل حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت إجابتك بلا، إلى ما يرجع ذلك | سوء التسيير | 4 | 22,2% | 13 | 48% | 17 | 37,7 |
| | نقص العتاد الطبي | 8 | 44,5% | 7 | 26% | 15 | 33,3 |
| | نقص الإمكانيات المالية للمشفى | 6 | 33,3% | 7 | 26% | 13 | 29 |
| **المجموع** | | 18 | 100,0% | 27 | 100,0% | 45 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم**: **66** إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم الرضا عن بيئة العمل حسب القطاعات




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تعزى أسباب عدم الرضا عن بيئة العمل لدى أفراد العينة الذين أجابوا بأنهم غير راضين عن ذلك (جدول رقم 84) في القطاع العام إلى نقص العتاد والأدوية بالدرجة الأولى بنسبة% 44,5 وتليها ضعف

الأطر القانونية وسوء التسيير بنسبة% 33,3 و% 22,2 على التوالي، بينما في القطاع الخاص يعود ذلك حسب إجابات أفراد العينة إلى سوء التسيير بنسبة % 48 ثم ضعف الأطر القانونية ونقص الإمكانيات المالية بنسبة% 26 لكل منهما.

❖ درجة رضا أفراد العينة عن الراتب الشهري حسب القطاعات

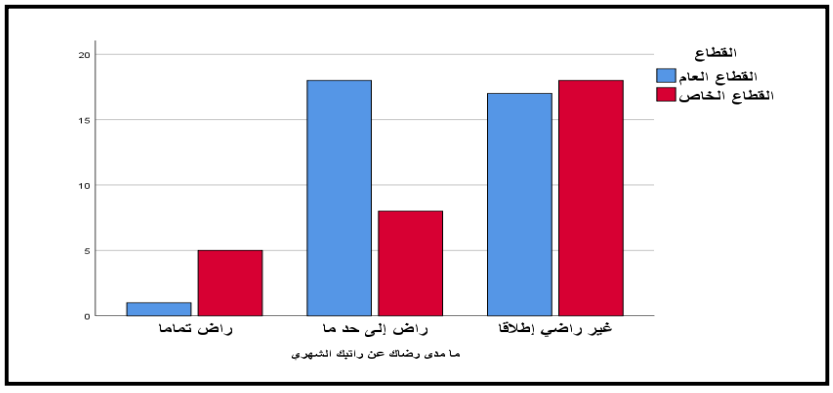
**جدول رقم**: 86 درجة رضا أفراد العينة عن الراتب الشهري حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| ما مدى رضاك عن راتبك الشهري | راض تماما | 1 | 2,8% | 5 | 16,1% | 6 | 9,0 |
| | راض إلى حد ما | 18 | 50,0% | 8 | 25,8% | 26 | 38,8 |
| | غير راضي إطلاقا | 17 | 47,2% | 18 | 58,1% | 35 | 52,2 |
| المجموع | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:67** درجة رضا أفراد العينة عن الراتب الشهري حسب القطاعات




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بالرضا عن الراتب موزعة بين راض إلى حد ما وغير راض إطلاقا في كلا القطاعين وبنسبة ضئيلة جدا راض تماما.

- في القطاع العام 50,0% من أفراد العينة راضية نسبيا عن راتبها الشهري و 47,2% هي نسبة المستجوبين غير الراضين على الإطلاق عن راتبهم و 2,8% فقط هي النسبة الراضية تماما.

- أما في القطاع الخاص فإن أكبر شريحة من المستجوبين والمقدرة نسبتهم بـ 58,1% غير راضية إطلاقا عن راتبها الشهري و25,8% فقط هم الراضون نسبيا عن راتبهم في هذا القطاع، أما 16,1% المتبقية فهي تمثل الشريحة الراضية تماما عن الراتب.

**ثالثا: معالجة البيانات المتعلقة بتدريب وتكوين الموظفين**

❖ إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستفادة من الدورات التدريبية والتكوينية حسب القطاعات

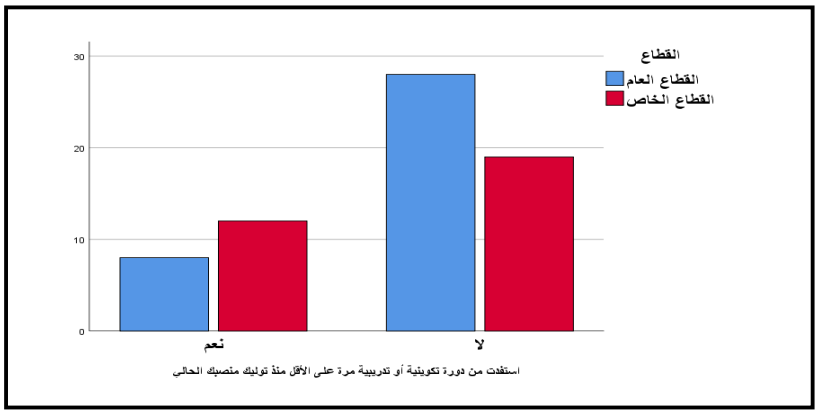
**جدول رقم:87** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستفادة من الدورات التدريبية والتكوينية حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| استفدت من دورة تكوينية أو تدريبية مرة على الأقل منذ توليك منصبك الحالي | نعم | 8 | 22,2% | 12 | 38,7% | 20 | 29,9 |
| | لا | 28 | 77,8% | 19 | 61,3% | 47 | 70,1 |
| المجموع | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:**68 إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستفادة من الدورات التدريبية والتكوينية حسب القطاعات




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

أكبر نسبة من أفراد العينة في القطاعين والمقدرة بـ % 70,1 أجابت بأنها لم تستفد من دورات تدريبية وتكوينية منذ توليها منصبها الحالي في حين أن % 29,9 فقط هم من استفادوا من ذلك.

- في القطاع العام لوحده، 22,2% فقط هي نسبة المستفيدين من دورات تدريبية وتكوينية أما النسبة الأكبر والمقدرة بـ 77,8% لم تستفد من ذلك.

- في القطاع الخاص، قدرت نسبة الموظفين المستفيدين من دورات تدريبية وتكوينية 38,7%، بينما بلغت نسبة غير المستفيدين من هذه الأخيرة 61,3%.

❖ إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان تنظيم الدورات التدريبية يتم بشكل دوري

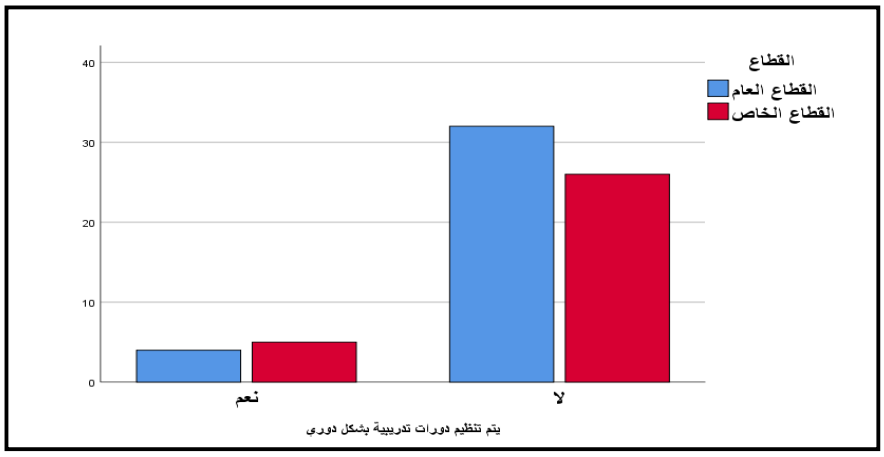
**جدول رقم: 88** إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان تنظيم الدورات التدريبية يتم بشكل دوري

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يتم تنظيم دورات تدريبية بشكل دوري | نعم | 4 | 11,1% | 5 | 16,1% | 9 | 13,4 |
| | لا | 32 | 88,9% | 26 | 83,9% | 58 | 86,6 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 69 إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان تنظيم الدورات التدريبية يتم بشكل دوري




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

- أكبر نسبة من أفراد العينة والمقدرة إجمالا بـ% 86,6 أجابت بأن تنظيم الدورات التدريبية لا يتم بشكل دوري، بينما قدرت نسبة الذين أجابوا بأن تنظيم هذه الدورات يتم دوريا بـ % 13,4 فقط .

- 88,9% من أفراد العينة في القطاع العام أجابوا بأن تنظيم الدورات التدريبية لا يتم بشكل دوري، بينما لم تتخطى نسبة الذين أجابوا بأن تنظيم هذه الدورات يتم دوريا 11,1%.

- نسبة قليلة من أفراد العينة في القطاع الخاص والتي لم تتجاوز 16,1% أجابوا بأن تنظيم الدورات التدريبية يتم بشكل دوري، بينما نسبة معتبرة منهم مقدرة بـ نفت إقامة هذه الدورات بشكل دوري.

❖ إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء

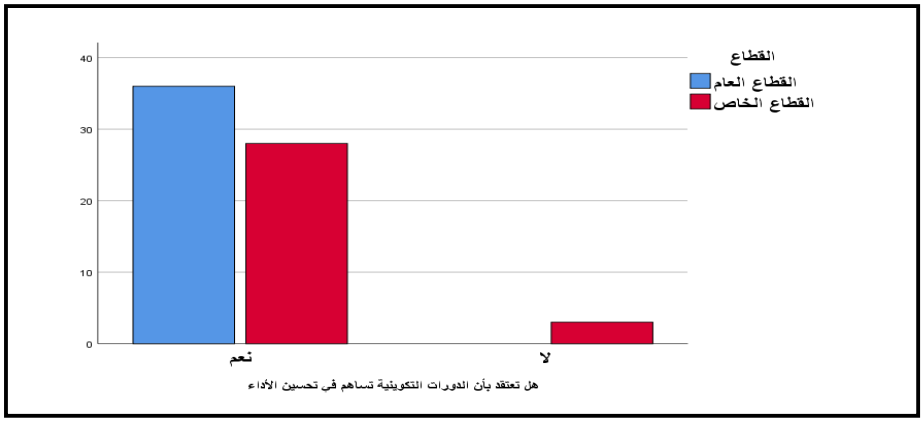
**جدول رقم:89** إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| هل تعتقد بأن الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء | نعم | 36 | 100,0% | 28 | 90,3% | 64 | 95,5 |
| | لا | 0 | _ | 3 | 9,7% | 3 | 4,5 |
| المجموع | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:70** إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

- النسبة الإجمالية لأفراد العينة الذين يؤيدون الفكرة التي مفادها أن الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء بلغت % 95,5 ولم تتعدى نسبة المفردات التي أجابت بأن الدورات التكوينية لا تساهم في تحسين الأداء% 4,5.

- يجمع أفراد العينة في القطاع العام بنسبة 100%على أن الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء

- يتفق 90,3% من أفراد العينة في القطاع الخاص على أن الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء بينما 9,7% رأوا بأن الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء.

❖ رضا أفراد العينة عن المردود المهني حسب القطاعات

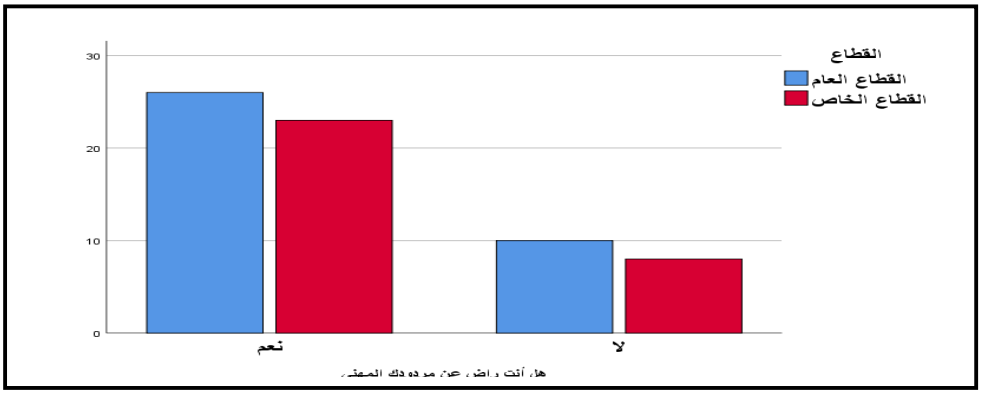
**جدول رقم: 90** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالرضا عن المردود المهني حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| هل أنت راض عن مردودك المهني | نعم | 26 | 72,2% | 23 | 74,2% | 49 | 73,1 |
| | لا | 10 | 27,8% | 8 | 25,8% | 18 | 26,9 |
| المجموع | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:71** إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالرضا عن المردود المهني حسب القطاع




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن: أغلب أفراد العينة في القطاعين العام والخاص أجابوا بأنهم راضون عن مردودهم المهني.

ففي القطاع الأول قدرت نسبة الفئة الراضية عن مردودها بـ 72,2% مقابل 27,8% فقط ممن هم غير راضين عن ذلك، بينما في القطاع الثاني تبلغ نسبة أفراد العينة الراضون عن مردودهم المهني 74,2%

مقابل 25,8% نسبة الذين نفوا رضاهم عن ذلك لأسباب مختلفة.

❖ أسباب عدم رضا أفراد العينة عن المردود المهن

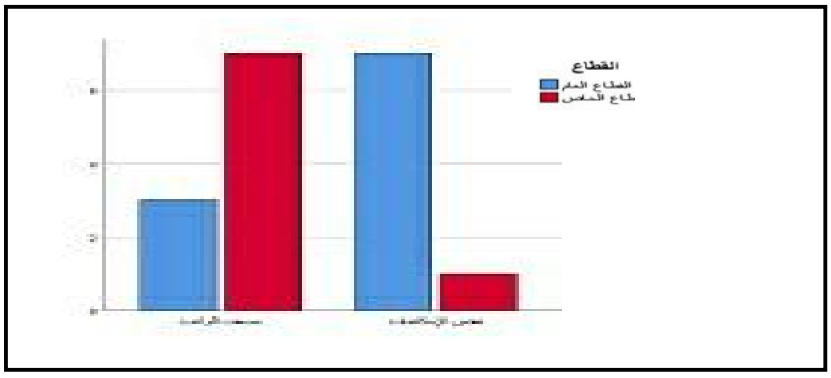
**جدول رقم: 91** أسباب عدم رضا أفراد العينة عن المردود المهني حسب القطاعات

| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت إجابتك ب لا، بسبب | ضعف الراتب | 4 | 40% | 7 | 87,5% | 11 | 61,11 |
| | نقص الإمكانيات | 6 | 60% | 1 | 12,5% | 7 | 38,88 |
| المجموع | | 10 | 100,0% | 8 | 100,0% | 18 | 26,9% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:72** أسباب عدم رضا أفراد العينة عن المردود المهني حسب القطاعات




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يعود عدم الرضا عن المردود المهني حسب هذه النتائج بالدرجة الأولى في القطاع العام إلى ضعف الإمكانيات بنسبة 87,5% أما في القطاع الخاص فإن عدم الرضا هذا يعود بالسبب الرئيسي هو ضعف الراتب بنسبة 70,0%.

**رابعا: معالجة البيانات المتعلقة بالخدمات**

❖ توزيع أجوبة أفراد العينة حول الاكتظاظ داخل المصالح حسب القطاعات

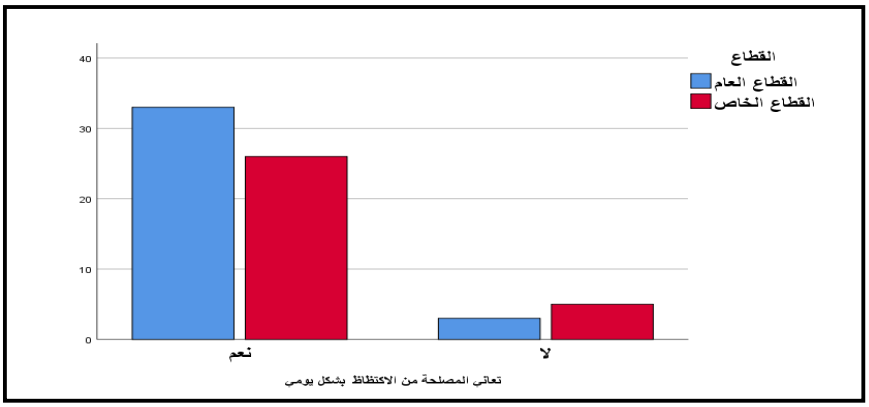
**جدول رقم:92** أجوبة أفراد العينة حول حجم الاكتظاظ داخل المصالح حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| تعاني المصلحة من الاكتظاظ بشكل يومي | نعم | 33 | 91,7% | 26 | 83,9% | 59 | 88,1 |
| | لا | 3 | 8,3% | 5 | 16,1% | 8 | 11,9 |
| **المجموع** | | 36 | 100% | 31 | 100% | 67 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:73** أجوبة أفراد العينة حول حجم الاكتظاظ داخل المصالح حسب القطاعات




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

حسب هذه النتائج يتضح أن:

-الأغلبية المطلقة من أفراد العينة والمقدرة بـ% 88,1 يتفقون على وجود اكتظاظ بشكل يومي بينما% 11,9 فقط نفوا ذلك.

- في القطاع العام، الأغلبية المطلقة من أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ91,7% يتفقون على وجود اكتظاظ بشكل يومي بينما 8,3% فقط نفوا ذلك.

- في القطاع الخاص، نسبة كبيرة من أفراد العينة والمقدرة بـ83,9% يتفقون على وجود اكتظاظ بشكل يومي، بينما 16,1% منهم نفوا ذلك.

❖ أسباب الاكتظاظ حسب أفراد العينة في كل قطاع

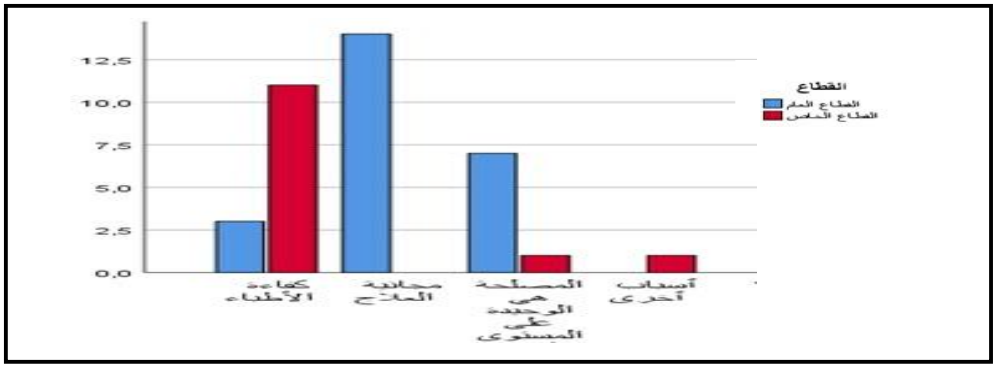
**جدول رقم: 93** أسباب الاكتظاظ حسب إجابات أفراد العينة في كل قطاع

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت إجابتك بنعم، يعود ذلك إلى | كفاءة الأطباء | 7 | 15,2% | 24 | 61,5% | 31 | 36,5 |
| | مجانية العلاج | 23 | 50% | 0 | _ | 23 | 27 |
| | المصلحة هي الوحيدة على المستوى الجهوي | 16 | 34,8% | 4 | 10,3% | 20 | 23,5 |
| | أسباب أخرى | 0 | - | 11 | 28,2% | 11 | 13 |
| **المجموع** | | 46 | 100,0% | 39 | 100,0% | 85 | 100,0% |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم**: 74 أسباب الاكتظاظ حسب أفراد العينة في كل قطاع




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

حسب هذه البيانات يتضح أن أسباب الاكتظاظ متعددة في القطاعين، لذلك نجد أن عددا كبيرا من أفراد العينة اختاروا أكثر من إجابة واحدة وعليه جاءت النتائج كما يلي:

- في القطاع العام تعزى إلى مجانية العلاج بالدرجة الأولى، ثم لكون الخدمة التي تقدمها تلك المصلحة غير متوفرة في مؤسسات أخرى وقد يكون الاكتظاظ نتيجة هاذين المبررين السابقين معا حسب فئة أخرى من أفراد العينة، وبنسب أقل لأسباب أخرى غير التي أتينا على ذكرها.

- أما في القطاع الخاص فإن كفاءة الأطباء حسب المستجوبين هي التي تقف وراء الاكتظاظ وتليها أسباب أخرى بنسب متفاوتة.

❖ إجابات أفراد العينة حول توفر الأدوية حسب القطاعات

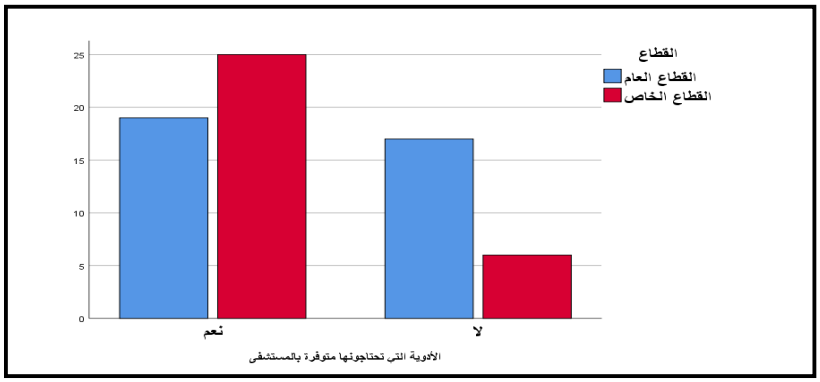
**جدول رقم:**94 توزيع أفراد العينة حسب إجاباتهم حول توفر الأدوية من عدمه حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| الأدوية التي تحتاجونها متوفرة بالمستشفى/العيادة | نعم | 19 | 52,8% | 25 | 80,6% | 44 | 65,7 |
| | لا | 17 | 47,2% | 6 | 19,4% | 23 | 34,3 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم: 75** توزيع أفراد العينة حسب إجاباتهم حول توفر الأدوية من عدمه حسب القطاعات




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

توضح النتائج أن:

-أكبر نسبة من أفراد العينة والمقدرة إجمالا بـ % 65,7 أجابت بأن الأدوية التي يحتاجونها متوفرة بالمستشفى/ العيادة، بينما 34,3% منهم أجابوا بأن هذه الأخيرة غير متوفرة.

- 52,8% من أفراد العينة في القطاع العام أجابوا بأن الأدوية التي يحتاجونها متوفرة بالمستشفى بينما 47,2% منهم أجابوا بأن الأدوية التي يحتاجونها غير متوفرة .

- الأغلبية المطلقة من أفراد العينة في القطاع الخاص والمقدرة نسبتهم بـ 80,6% أجابوا بأن الأدوية التي يحتاجونها متوفرة بالعيادة، في حين أن 19,4% منهم أجابوا بأن الأدوية التي يحتاجونها غير متوفرة.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بأسباب عدم توفر الأدوية حسب القطاعات

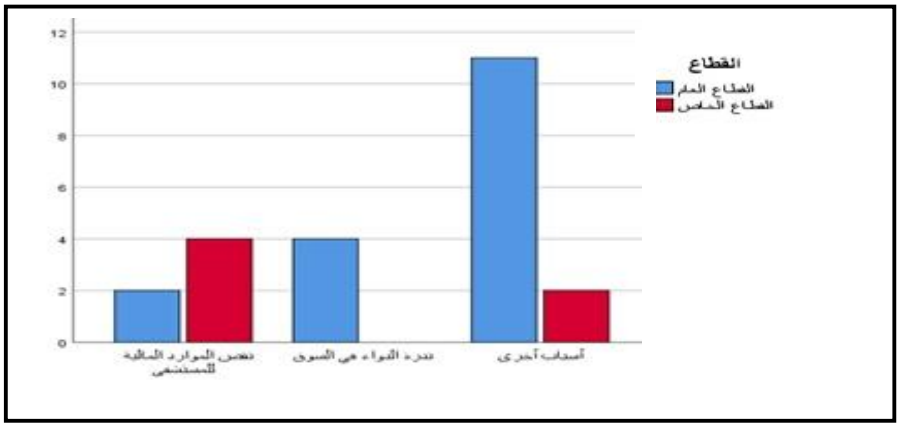
**جدول رقم:**95 إجابات أفراد العينة المتعلقة بأسباب عدم توفر الأدوية حسب القطاعات

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| ذا كانت الإجابة بـ لا ، يعود ذلك إلى | نقص الموارد المالية للمستشفى | 3 | 11,1% | 4 | 66,7% | 6 | 25,0 |
| | ندرة الدواء في السوق | 5 | 22,2% | 0 | | 4 | 16,7 |
| | أسباب أخرى | 10 | 61,1% | 2 | 33,3% | 13 | 54,2 |
| **المجموع** | | 18 | 100,0% | 6 | 100,0% | 24 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم: 76** أسباب عدم توفر الأدوية حسب القطاعات




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

حسب هذه النتائج فإن أسباب عدم توفر الأدوية في القطاع العام تعود إلى ندرة الدواء في السوق ونقص الموارد المائية وبنسبة أكبر لأسباب أخرى، أما بالنسبة للقطاع الخاص فإن مشكل عدم توفر الدواء في السوق غير مطروح إطلاقا حسب أفراد العينة إنما يقف وراء عدم توفر الدواء نقص الموارد المالية بالدرجة الأولى وأسباب أخرى.

❖ توزيع أفراد العينة حسب أجوبتهم حول مواجهة عراقيل في مجال العمل من عدمها

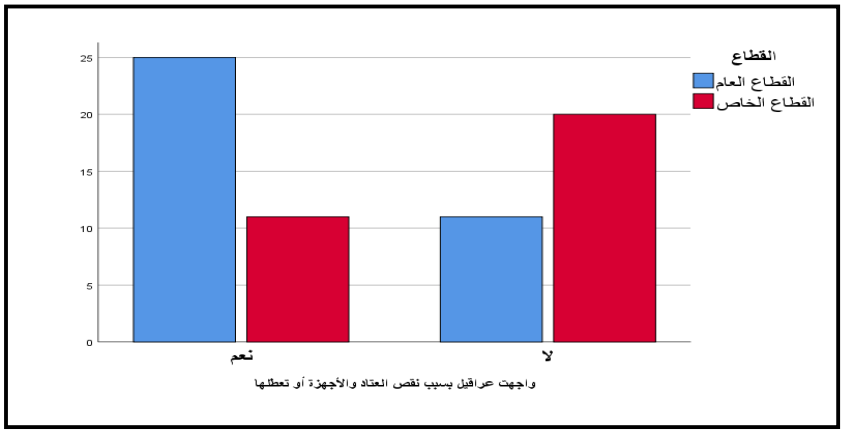
**جدول رقم:96** توزيع أفراد العينة حسب أجوبتهم حول مواجهة عراقيل في مجال العمل من عدمها

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| واجهت عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها | نعم | 25 | 69,4% | 11 | 35,5% | 36 | 53,7 |
| | لا | 11 | 30,6% | 20 | 64,5% | 31 | 46,3 |
| المجموع | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:77** توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب أجوبتهم حول مواجهة عراقيل في مجال العمل من عدمها




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج نلاحظ أن:

- يوجد اختلاف واضح في توزيع أفراد العينة بين القطاع العام والقطاع الخاص حسب إجابتهم المتعلقة بمواجهة عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها، حيث نجد أن أغلبية المستجوبين في القطاع

العام والمقدرة نسبتهم بـ 69,4% صادفتهم أثناء تأدية عملهم عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها، في حين لم تتجاوز نسبة هذه الفئة في القطاع الخاص 35,5%.

- نسبة قليلة من المستجوبين في القطاع العام والمقدرة بـ30,6% لم تعترضهم عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها، بينما نجد أن نسبة كبيرة من هؤلاء في القطاع الخاص والتي تصل إلى 64,5%.

❖ إجابات أفراد العينة المتعلقة بالإجراءات المتخذة إزاء حالتهم عند وجود عراقيل مرتبطة بالعتاد:

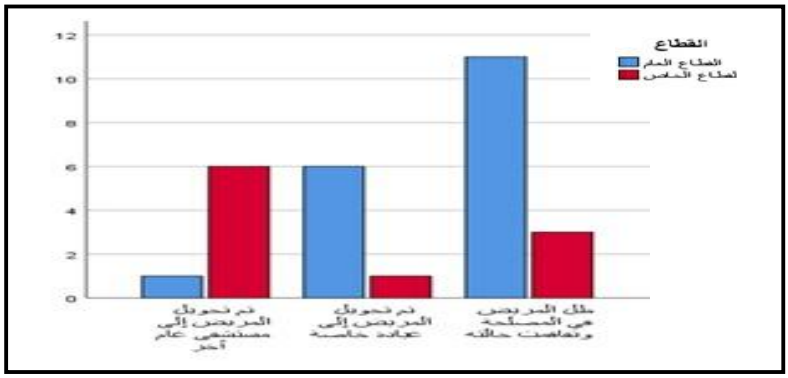
**جدول رقم**: 97 إجابات أفراد العينة المتعلقة بالإجراءات المتخذة إزاء حالتهم عند وجود عراقيل مرتبطة بالعتاد

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت الإجابة بنعم، أدى ذلك إلى | تحويل المريض إلى مستشفى عام أخر | 7 | 19,5% | 7 | 58,4% | 14 | 29,2 |
| | تحويل المريض إلى عيادة خاصة | 12 | 33,3% | 1 | 8,3% | 13 | 27,08 |
| | ظل المريض في المصلحة وتفاقمت حالته | 17 | 47,2% | 4 | 33,3 % | 21 | 38,9 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 12 | 100,0% | 48 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:78** إجابات أفراد العينة المتعلقة بالإجراءات المتخذة إزاء حالتهم عند وجود عراقيل مرتبطة بالعتاد




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

من خلال النتائج المبينة أعلاه يتضح أن مقدم الخدمة الصحية خلال مساره المهني تعترضه عدة عراقيل تتعلق بنقص العتاد، وتتباين الإجراءات المتخذة بحسب خصوصية كل حاله وعليه وقع اختيار بعض أفراد العينة على أكثر من إجابة حسب ما يبينه الجدول رقم 97 وتظهر النتائج المتحصل عليها ما يلي:

- نسبة كبيرة من المرضى في القطاع العام والمقدرة بـ% 42,2 تتفاقم حالتهم ويظلون على وضعهم عند مواجهة عراقيل مرتبطة بالعتاد، بينما نسبة أقل منهم والتي تعادل % 33,3 يتم تحويلهم إلى عيادات خاصة، فيحين أن % 19,5 من هؤلاء يحولون إلى مستشفيات أخرى عمومية.

- أما في القطاع الخاص فإن أعلى نسبة من المرضى الذين تعترضهم عراقيل متعلقة بالعتاد يتم تحويلهم إلى مستشفيات عمومية وهم يمثلون% 58,4 من هذه الشريحة، بينما نجد أن% 33,3 منهم يظلون في المصلحة إلى غاية معالجة الخلل مما يؤدي إلى تفاقم حالتهم و% 3,8 هي نسبة المرضى الذين يتم تحويلهم إلى عيادة أخرى خاصة.

❖ أجوبة أفراد العينة حسب تقييمهم لكفاية عدد الأطباء والممرضين المتوفرين في تغطية حاجيات المرضى

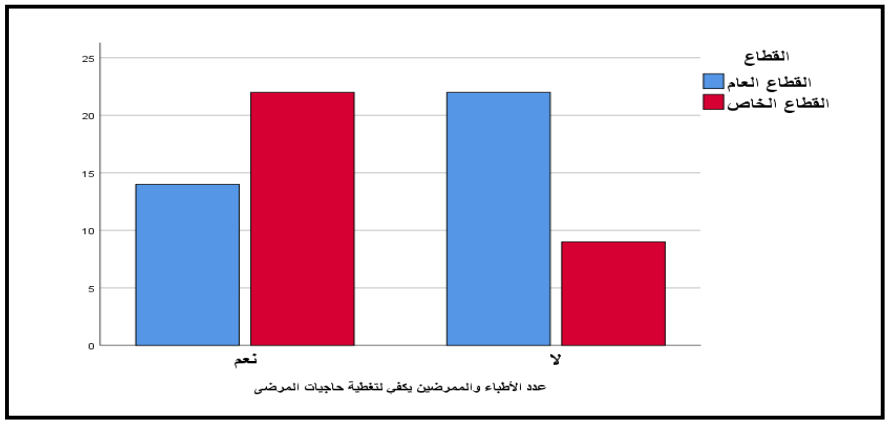
**جدول رقم:**98 أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لكفاية عدد الأطباء والممرضين المتوفرين في تغطية حاجيات المرضى

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| عدد الأطباء والممرضين يكفي لتغطية حاجيات المرضى | نعم | 14 | 38,9% | 22 | 71,0% | 36 | 53,7% |
| | لا | 22 | 61,1% | 9 | 29,0% | 31 | 46,3% |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:79** أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لكفاية عدد الأطباء والممرضين المتوفرين في تغطية حاجيات المرضى




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج المتحصل عليها أن:

- أغلب أفراد العينة والمقدرة نسبتهم الإجمالية بـ 53,7% عدد الأطباء والممرضين يكفي لتغطية حاجيات المرضى في حين أن 46,3% منهم نفوا ذلك.

- أغلبية المستجوبون في القطاع العام والمقدرة نسبتهم بـ 61,1% أجابوا بأن عدد الأطباء والممرضين

غير كاف لتغطية حاجيات المرضى في حين أن 38,9% منهم أجابوا بأنه كاف.

- أغلب المستجوبون في القطاع الخاص والمقدرة نسبتهم بـ 71,0% يروا أن عدد الأطباء والممرضين يكفي لتغطية حاجيات المرضى في حين أن 29,0% فقط أجابوا عكس ذلك أي أن عدد عناصر الفريق الطبي وشبه الطبي لا يكف لتغطية حاجيات المرضى.

❖ أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لنظافة المؤسسة كشرط للصحة والسلامة

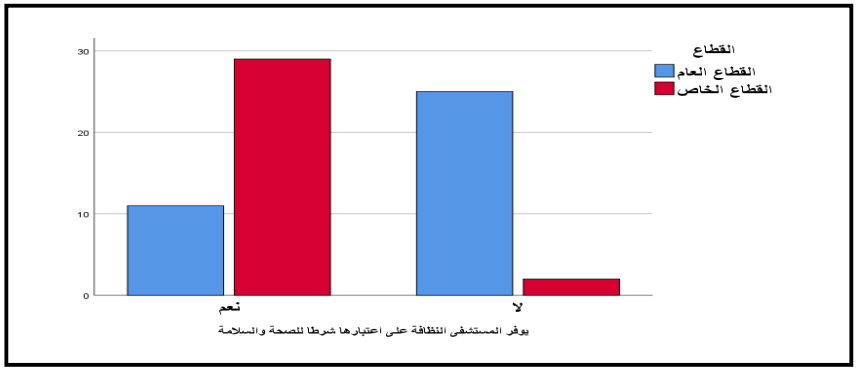
**جدول رقم:** 99 أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لنظافة المؤسسة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يوفر المستشفى/ العيادة النظافة على اعتبارها شرطا للصحة والسلامة | نعم | 11 | 38,9% | 29 | 71,0% | 40 | 59,7 |
| | لا | 25 | 61,1% | 2 | 29,0% | 27 | 40,3 |
| المجموع | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:**80 أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لنظافة المؤسسة




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج المتحصل عليها أن:

- أغلب أفراد العينة والمقدرة نسبتهم الإجمالية بـ % 59,7 يتفقون على أن المستشفى/ العيادة توفر النظافة على اعتبارها شرطا للصحة والسلامة في حين أن 40,3% منهم نفوا ذلك.

- أغلبية المستجوبون في القطاع العام والمقدرة نسبتهم بـ 61,1% نفوا توفر النظافة داخل المستشفى على اعتبارها شرطا للصحة والسلامة في حين أن 38,9% منهم أجابوا بأنها متوفرة.

- أغلب المستجوبون في القطاع الخاص والمقدرة نسبتهم بـ 71,0% يتفقون على أن العيادة توفر النظافة على اعتبارها شرطا للصحة والسلامة في حين أن 29,0% منهم نفوا ذلك.

❖ أجوبة أفراد العينة حول الإجراءات المتبعة عند وقوع خطأ طبي

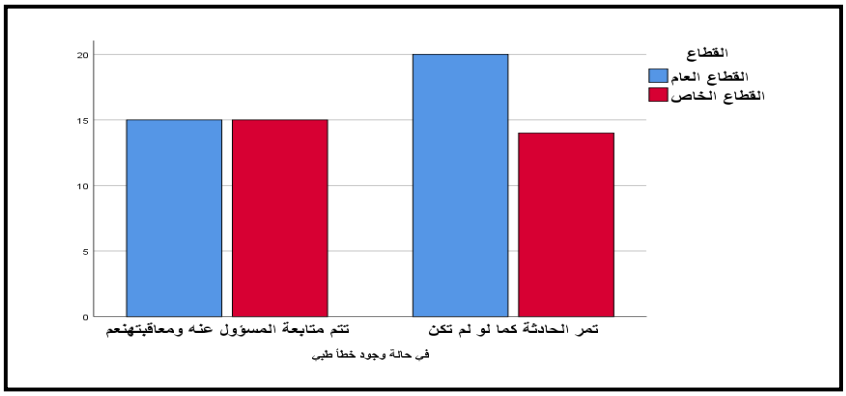
**جدول رقم:**100 أجوبة أفراد العينة حول الإجراءات المتبعة عند وقوع خطأ طبي

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | |
| في حالة وجود خطأ طبي | تتم متابعة المسؤول عنه ومعاقبته | 15 | 41,7% | 15 | 48,4% | 30 | 44,8 |
| | تمر الحادثة كما لو لم تكن | 20 | 55,6% | 14 | 45,2% | 34 | 50,7 |
| | متحفظ | 01 | 2,7% | 02 | 6,4% | 03 | 4,5 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:**81 أجوبة أفراد العينة حول الإجراءات المتبعة عند وقوع خطأ طبي




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج المتحصل عليها أن:

- أغلبية أفراد العينة والمقدرة نسبتهم الإجمالية بـ % 50,7 أجابوا بأنه عند وقوع خطأ طبي تمر الحادثة كما لو لم تكن في حين أن % 44,8 منهم أجابوا بأن المسؤول عن هذا الخطأ يتابع وتتم معاقبته، ونجد أن 4,5% من أفراد العينة تحفظوا عن الإجابة.

- أغلبية المستجوبون في القطاع العام والمقدرة نسبتهم بـ % 55,6 أجابوا بأنه عند وقوع خطأ طبي تمر الحادثة كما لو لم تكن، في حين أن % 41,7 منهم أجابوا بأن المسؤول عن هذا الخطأ تتم معاقبته، كما نجد% 2,7 تحفظوا عن الإجابة.

- أغلبية المستجوبون في القطاع الخاص والمقدرة نسبتهم بـ % 48,4 أجابوا بأن المسؤول عن وقوع خطأ طبي يتابع وتتم معاقبته، بينما أجاب % 45,2 من المستجوبون بأن الحادثة تمر كما لو لم تكن وتحفظ 6,4% منهم عن الإجابة.

❖ أجوبة أفراد العينة حول موقف الموظفين اتجاه المسؤول عن الخطأ الطبي

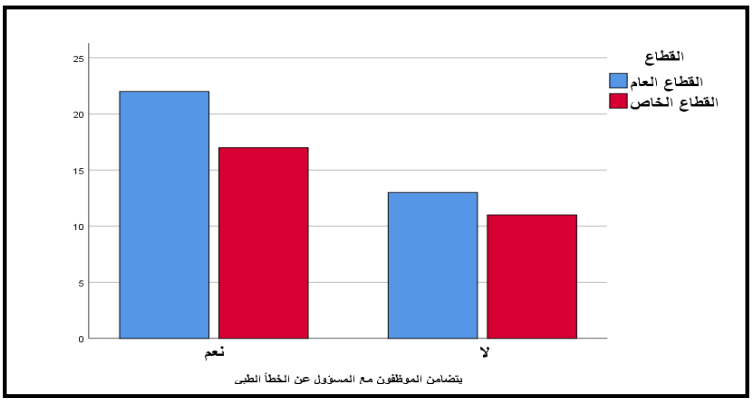
**جدول رقم:101** أجوبة أفراد العينة حول موقف الموظفين اتجاه المسؤول عن الخطأ الطبي

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| يتضامن الموظفون مع المسؤول عن الخطأ الطبي | نعم | 22 | 62,9% | 17 | 60,7% | 39 | 61,9% |
| | لا | 13 | 37,1% | 11 | 39,3% | 24 | 38,1% |
| | متحفظ | 01 | 2,8% | 03 | 9,7% | 04 | 6% |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:**82 أجوبة أفراد العينة حول موقف الموظفين اتجاه المسؤول عن الخطأ الطبي




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج المتحصل عليها أن:

- أغلبية أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ % 58,2 أجابوا بأنه يتضامنون مع المسؤول عن الخطأ الطبي في حين أن % 35,8 منهم لا يتضامنون معه.

- أغلبية المستجوبون في القطاع العام والمقدرة نسبتهم بـ % 61,1 أجابوا بأنه يتضامنون مع المسؤول عن الخطأ الطبي في حين أن % 36,1 منهم لا يتضامنون معه.

- أغلبية المستجوبون في القطاع الخاص والمقدرة نسبتهم بـ % 54,8 أجابوا بأنه يتضامنون مع المسؤول عن الخطأ الطبي في حين أن % 35,5 منهم لا يتضامنون معه.

**خامسا: عرض البيانات المتعلقة بتقييم المنظومة الصحية وآليات تحسينها حسب أفراد العينة**

❖ توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لمستوى الخدمات الصحية بعد إصلاحات 2007

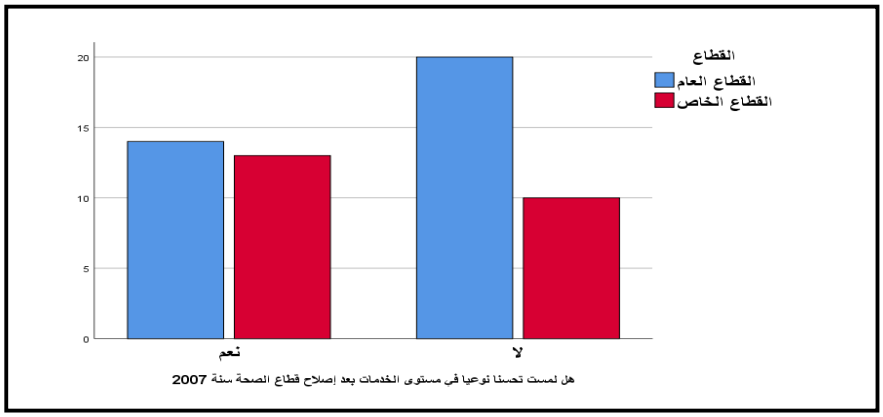
**جدول رقم:102** توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لمستوى الخدمات الصحية بعد إصلاحات 2007

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| هل لمست تحسنا نوعيا في مستوى الخدمات بعد إصلاح قطاع الصحة سنة 2007 | نعم | 14 | 38,9% | 13 | 42% | 27 | 40,3 |
| | لا | 20 | 55,6% | 10 | 32,2% | 30 | 44,8 |
| | متحفظ | 02 | 5,5% | 08 | 25,8% | 10 | 14,9 |
| **المجموع** | | 36 | 100% | 31 | 100% | 67 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم: 83** توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لمستوى الخدمات الصحية بعد إصلاحات 2007




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين النتائج المتحصل عليها أن:

- نسبة معتبرة من أفراد العينة تقدر بـ 40,3 % لمست تحسنا نوعيا في مستوى الخدمات بعد إصلاح قطاع الصحة بينما 44,8% لم تلمس هذا التغيير، و 14,9% من أفراد العينة لم يجيبوا على هذا التساؤل.

- في القطاع العام أغلب المستجوبين المقدرة نسبتهم 55,6 % لم يلمسوا تحسنا نوعيا في مستوى الخدمات بعد إصلاح قطاع الصحة بينما شريحة أقل قدرت بـ 38,9 % لمست نوعا من التحسن في مستوى الخدمات بعد هذا الإصلاح. و نجد أن 5,5 % من المستجوبين تحفظوا عن الإجابة.

- في القطاع الخاص أغلب المستجوبين المقدرة نسبتهم 42 % لمسوا تحسنا نوعيا في مستوى الخدمات بعد إصلاح قطاع الصحة بينما شريحة أقل قدرت بـ 32,2 % لم تلمس ذلك، أما نسبة المتحفظون عن الإجابة عن هذا السؤال فقد بلغت 25,8 % .

❖ أجوبة أفراد العينة المتعلقة باختيار مكان العمل حسب القطاعات

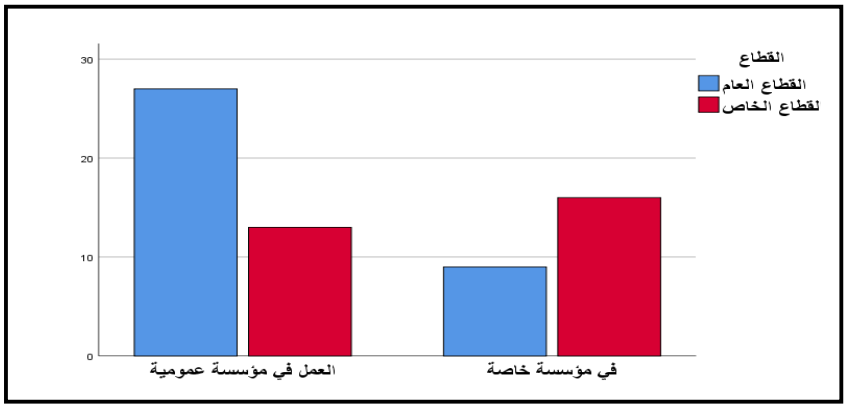
**جدول رقم:103** أجوبة أفراد العينة المتعلقة بخياراتهم حول القطاع الذي يفضلون العمل به

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| لو خيرت بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص ستختار | العمل في مؤسسة عامة | 27 | 75,0% | 13 | 41,9% | 40 | 60 |
| | في مؤسسة خاصة | 9 | 25,0% | 16 | 51,6% | 25 | 37 |
| | متحفظ | 00 | 00 | 02 | 6,5% | 02 | 03 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم: 84:** أجوبة أفراد العينة المتعلقة بخياراتهم حول القطاع الذي يفضلون العمل به




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ أن:

- أكبر نسبة من أفراد العينة والمقدرة بـ 61,5 % أجابوا بأنهم لو خيروا بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص كانوا سيختارون القطاع العام، بينما بقية أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ 38,5 % أجابوا بأنهم كانوا سيختارون العمل في القطاع الخاص.

- أغلب المستجوبون في القطاع العام والذين يمثلون نسبة 75% أجابوا بأنهم لو خيروا بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص كانوا سيختارون القطاع العام، ولم تتجاوز نسبة الذين اختاروا القطاع الخاص 25%.

- أغلب المستجوبون في القطاع الخاص والذين يمثلون نسبة% 51,6 أجابوا بأنهم لو خيروا بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص كانوا سيختارون القطاع الخاص، بينما% 41,9 منهم أجابوا بأنهم سيختارون القطاع العام، وقد تحفظ 6,5% من المستجوبون عن تقديم إجابة لهذا السؤال.

❖ توزيع الموظفون حسب إجاباتهم المتعلقة بالاطلاع على قانون الصحة الجديد

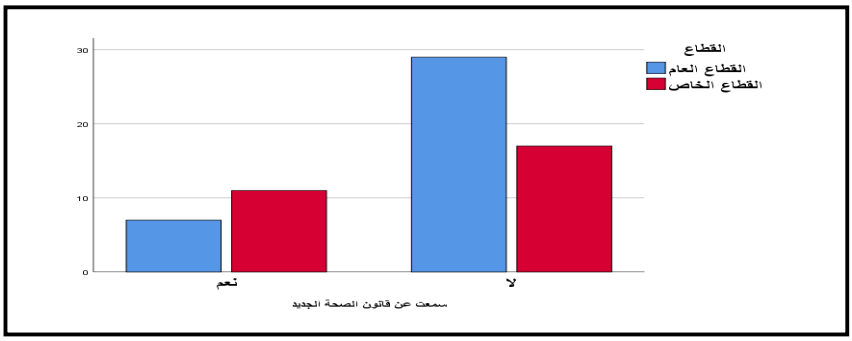
**جدول رقم: 104** توزيع الموظفون حسب إجاباتهم المتعلقة بالاطلاع على قانون الصحة الجديد

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| سمعت عن قانون الصحة الجديد | نعم | 7 | 19,4% | 12 | 38,7% | 19 | 28,3 |
| | لا | 29 | 80,6% | 19 | 61,3% | 48 | 71,7 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100,0% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:** 85 توزيع الموظفين حسب إجاباتهم المتعلقة بالاطلاع على قانون الصحة الجديد




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج السابقة أن:

-شريحة صغيرة من المستجوبين والتي تمثل % 28,3 فقط من إجمالي أفراد العينة هم على علم بقانون الصحة الجديد بينما أغلب أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ % 71,7 ليسوا على دراية بهذا القانون .

- في القطاع العام 80,6% من المستجوبين ليسوا على علم بقانون الصحة الجديد، و19,4% فقط هي نسبة المستجوبين الذين سمعوا عن هذا القانون.

- في القطاع الخاص% 61,3 من المستجوبين ليسوا على علم بقانون الصحة الجديد، و% 38,7 منهم على اطلاع على مضمون هذا القانون.

❖ إنعكاسات المصادقة على قانون الصحة الجديد حسب الموظفين الذين أطلعوا عليه في القطاعين

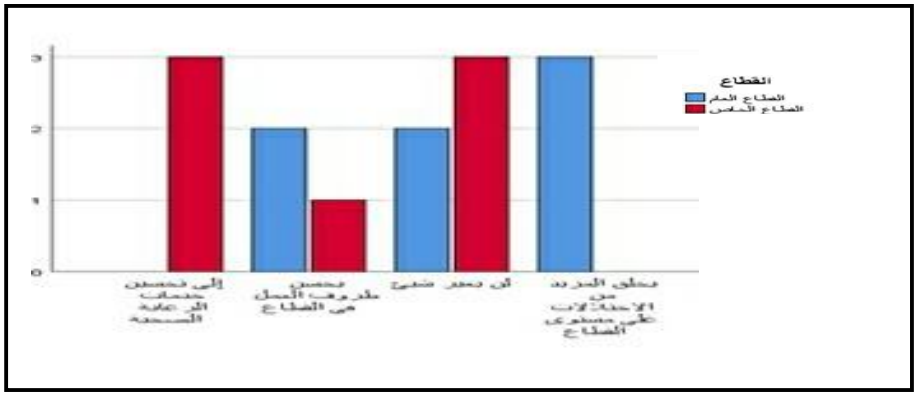
**جدول رقم:105** إجابات أفراد العينة المطلعين على قانون الصحة الجديد المتعلقة بانعكاسات المصادقة عليه

| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| إذا كانت إجابتك بنعم، لو تمت المصادقة عليه سيؤدي إلى | تحسين خدمات الرعاية الصحية | 0 | - | 6 | 19,35% | 6 | 26 % |
| | تحسين ظروف العمل في القطاع | 2 | 5,6% | 4 | 12,9% | 6 | 26 % |
| | لن يغير شيئا | 2 | 5,6% | 5 | 16,12% | 7 | 30,5% |
| | يخلق المزيد من المشاكل على مستوى القطاع | 3 | 8,2% | 1 | 3,22% | 4 | 17,5 % |
| **المجموع** | | 07 | 19,4% | 16 | 51,6 % | 23 | 100 % |

**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:**86 إجابات أفراد العينة المطلعين على قانون الصحة الجديد المتعلقة بانعكاسات المصادقة عليه




**المصدر**: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

بحسب المستجوبين المطلعين على فحوى قانون الصحة الجديد فإن المصادقة عليه ستؤدي إلى عدة انعكاسات، وهو الشيء الذي جعل البعض منهم يختر أكثر من إجابة، فكانت النتائج المتحصل عليها والموضحة في الجدول أعلاه تشير إلى أن:

-أغلب المستجوبون في القطاع العام يرون بأنه سوف يخلق المزيد من المشاكل بالدرجة الأولى وبنسبة أقل لن يغير شيء وترى النسبة ذاتها من أفراد العينة والمقدرة بـ % 5,6 أنه سيحسن ظروف العمل.

-أما في القطاع الخاص فإن الأجوبة كانت متباينة، لكن النسبة الأكبر من المستجوبين والمقدرة بـ 19,35 % ترى بأنه سوف يؤدي إلى تحسين الخدمات ونسبة معتبرة تقدر بـ 16,12% ترى أنه لن يغير شيء، أما% 12,9 فإنهم أجابوا بأن القانون الجديد سوف يحسن ظروف العمل.

❖ إجابات أفراد العينة حول القطاع الذي يضمن حق جميع المواطنين في الصحة

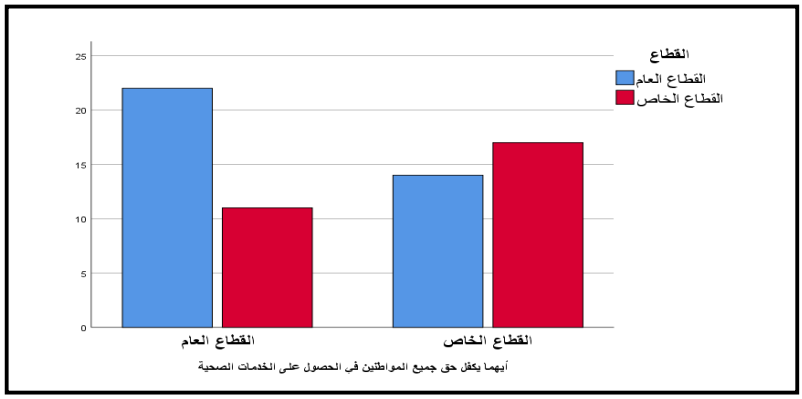
**جدول رقم: 106** إجابات أفراد العينة حول القطاع الذي يضمن حق جميع المواطنين في الصحة

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | | |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية |
| أيهما يكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية | القطاع العام | 22 | 61,1% | 12 | 38,7% | 34 | 50,7 |
| | القطاع الخاص | 14 | 38,9% | 19 | 61,3% | 33 | 49,3 |
| **المجموع** | | 36 | 100,0% | 31 | 100,0% | 67 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسمي البياني التالي:

**شكل رقم:** 87 إجابات أفراد العينة حول القطاع الذي يضمن حق جميع المواطنين في الصحة




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

نلاحظ من خلال النتائج أن:

- شريحة كبيرة من المستجوبين في القطاع العام والمقدرة بـ 61,1% ترى أن هذا الأخير هو الذي يضمن حق المواطنين في الصحة، بينما 38,9% فقط منهم أجابوا بأن القطاع الخاص هو من يكفل هذا الحق.

- أما بالنسبة للمستجوبين في القطاع الخاص فإن الشريحة الأكبر منهم أجابت بأن هذا الأخير هو الذي يضمن حق الجميع في الصحة بنسبة مقدارها61,7%، و كان لل 38,3% المتبقية رأي أخر حيث أجابوا

بأن القطاع العام هو من يكفل هذا الحق لجميع المواطنين.

❖ إجابات المبحوثين حول إمكانية منافسة المؤسسات العمومية للقطاع الخاص

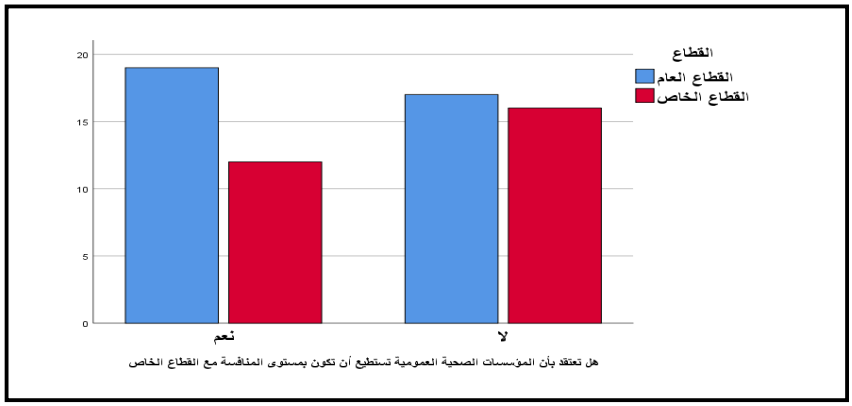
**جدول رقم: 107** إجابات المبحوثين حول إمكانية منافسة المؤسسات العمومية للقطاع الخاص

| | | القطاع | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القطاع العام | | القطاع الخاص | | التكرارات | النسبة المئوية |
| | | التكرارات | النسبة المئوية | التكرارات | النسبة المئوية | | |
| هل تعتقد بأن المؤسسات الصحية العمومية تستطيع أن تكون بمستوى المنافسة مع القطاع الخاص | نعم | 19 | 52,8% | 13 | 41,9% | 32 | 47,8% |
| | لا | 17 | 47,2% | 18 | 58,1% | 35 | 52,2% |
| **المجموع** | | 36 | 100% | 31 | 100% | 67 | 100% |

**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

يمكن توضيح بيانات الجدول السابق من خلال الرسم البياني التالي:

**شكل رقم:88** وجهة نظر المبحوثين حول إمكانية منافسة المؤسسات العمومية للقطاع الخاص




**المصدر:** من إعداد الطالبة باستخدام برنامج SPSS V24

تبين لنا النتائج أن :

أكبر شريحة من أفراد العينة في القطاع العام والمقدرة بـ 52,8% يجدون أن المنافسة بين المؤسسات العامة والخاصة ممكنة، أما الشريحة الأقل والتي تمثل 47,2% فقد أجابت بأن المؤسسات العامة لا يمكنها منافسة القطاع الخاص في مجال الصحة.

وعلى العكس من ذلك فإن الشريحة الأكبر في القطاع الخاص والمقدرة بـ 58,1% أجابت بأن هذا النوع من المنافسة غير ممكن بينما النسبة المتبقية والمقدرة 41,9% فإنهم يجدون بأن مؤسسات القطاع العام بإمكانها منافسة القطاع الخاص.

**ثانيا: مقارنة واقع الخدمات الصحية إحصائيا من وجهة نظر مقدميها**

من أجل معرفة حجم الفوارق والاختلافات الموجودة بين نوعية الخدمات الصحية التي يوفرها القطاع العام وتلك التي يقدمها القطاع الخاص من وجهة نظر القائمين على تقديم تلك الخدمات الصحية، لجأنا إلى استخدام اختبار T-STUDENT للمجموعات المستقلة، على اعتبار أنه الأداة الإحصائية الأنسب والأهم في إبراز وتحليل العلاقات بين عينتين جزئيتين تندرجان ضمن نفس العينة الكلية وفق أسلوب مقارن، والنتائج المتحصل عليها مبينة فيما يلي:

**جدول رقم: 108** مقارنة واقع الخدمات الصحية باستخدام اختبار T-STUDENT

| العبارة | | SIG BILATERAL | الفرضية المحققة |
|---|---|---|---|
| تعاني المصلحة من الاكتظاظ بشكل يومي | | 0,33 | $H_0$ |
| تعاني المصلحة من الاكتظاظ بشكل يومي بسبب | كفاءة الأطباء | 0,00 | $H_1$ |
| | انخفاض تكلفة العلاج بها | 0,00 | $H_1$ |
| | المصلحة هي الوحيدة على المستوى الجهوي | 0,05 | $H_1$ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | أسباب أخرى | 0,00 | $H_1$ |
| الأدوية التي تحتاجونها متوفرة بالمستشفى / العيادة | | 0,01 | $H_1$ |
| عدم توفر الأدوية يعود إلى | نقص الموارد المالية للمستشفى/ العيادة | 0,19 | $H_0$ |
| | ندرة الدواء في السوق | 0,14 | $H_0$ |
| | أسباب أخرى | 0,1 | $H_0$ |
| واجهت عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها | | 0,005 | $H_1$ |
| عندما واجهت عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها | تم تحويل المريض إلى مستشفى عام | 0,09 | $H_0$ |
| | تم تحويل المريض إلى عيادة خاصة | 0,01 | $H_1$ |
| | ظل المريض في المصلحة وتفاقمت حالته | 0,02 | $H_1$ |
| عدد الأطباء والممرضين يكفي لتغطية حاجيات المرضى | | 0,08 | $H_0$ |
| يوفر المستشفى النظافة على اعتبارها شرط للصحة والسلامة | | 0,0 | $H_1$ |
| يتضامن الموظفون مع المسؤول عن الخطأ الطبي | | 0,86 | $H_0$ |

**المصدر:** من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS V24

يتبين من خلال الجدول أن:

-لا يوجد اختلاف كبير من حيث الاكتظاظ الذي تعاني منه المؤسسات الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص حسب المستجوبون أما أسباب الاكتظاظ فهي تختلف من مؤسسة لأخرى.

- يوجد اختلاف يتعلق بتوفر الدواء من عدمه بين القطاع العام والقطاع الخاص غير أن أسباب نذرته في كلا القطاعين هي تقريبا نفسها.

_ يوجد اختلاف يتعلق بنسبة مواجهة الطاقم الطبي والشبه الطبي لعراقيل أثناء تأدية مهامه في القطاعين العام والخاص، كما يوجد اختلاف في طريقة توجيه المرضى عند مواجهة عراقيل تقنية في القطاع العام والقطاع الخاص.

- يتفق المستجوبون على عدم وجود نقص في اليد العاملة في السلك الطبي والشبه الطبي.

- يوجد اختلاف في مستوى النظافة في القطاعين العام والخاص.

-لا يوجد اختلاف في سلوك الموظفين اتجاه زميلهم الذي يقوم بخطأ طبي في كلا القطاعين.

**المطلب الثالث: تفسير وتحليل النتائج**

**أولا: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالبيانات الشخصية**

- انتماء أكبر نسبة من المستجوبين إلى القطاع العام رغم أن الدراسة اقتصرت على مصالح محددة في هذا القطاع، يرجع من جهة إلى كبر حجم المؤسسات العامة مقارنة بالمؤسسات الخاصة وكذلك اتساع نطاق خدماتها الموجهة لفئة واسعة من المجتمع مقارنة بالقطاع الخاص. ومن جهة أخرى هذا راجع للسياسة التشغيلية المتبعة في القطاع العام والقائمة على التوظيف غير العقلاني والرامية لسد العجز الذي يعاني منه القطاع خاصة بعد إحالة عدد كبير من الموظفين على التقاعد سنويا.

- نسبة كبيرة من أفراد العينة هم من الإناث، فهذا القطاع يعد من بين أكثر القطاعات استقطابا للإناث وذلك يعود لاعتبارات سوسيو- ثقافية.

- نسبة كبيرة من الموظفين في قطاع الصحة بشقيه العام والخاص هم من الشباب، وقد أبدى عدد كبير من المرضى إعجابهم بالطاقات التي يمتلكها هؤلاء وبالدور الذي يؤدونه وهو ما يدل على أن القطاع فتي وقادر على العطاء أكثر في مجال تحسين الخدمات الصحية.

- تعد فئة الممرضين الأكثر تمثيلا في القطاعين وهو أمر منطقي فالمهام التي يقوم بها هؤلاء اتجاه المرضى تقتضي أن يكون عددهم أكثر من أي شريحة أخرى، كذلك نلاحظ أنه يتم التحاق عدد كبير من

الطلبة سنويا بمعاهد التكوين الشبه الطبي في مختلف التخصصات وذلك لاعتبارات اقتصادية حيث تفتح لهؤلاء الطلبة وهم في طور التكوين مناصب مالية يلتحقون بها مباشرة فور إنهائهم مدة التكوين.

- هناك تكافؤ في توزيع أفراد العينة بين القطاعين حسب المتغيرات السابقة وبحكم أنهم شباب فهم لا يمتلكون خبرة كبيرة إذ نجد أن أغلبهم لم يتجاوزوا الخمس سنوات من الخبرة في القطاع العام و العشر سنوات في القطاع الخاص.

- إن المتغيرات الشخصية لا تؤثر على توجهات أفراد العينة.

**ثانيا: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالحوافز**

-نسبة كبيرة من أفراد العينة في القطاعين العام والخاص غير راضون عن بيئة العمل

-سوء التسيير يعد السبب الرئيسي لعدم الرضا عن بيئة العمل في القطاع الخاص أما في القطاع العام فنقص الإمكانيات وراء ذلك.

-هناك رضا نسبي عن الراتب في القطاع العام، بينما نجد عدم رضا كبير في القطاع الخاص طال أكثر من نصف أفراد العينة وهو ما يؤكد أن القطاع الخاص يستنزف طاقات الموظفين دون أن يوفيهم حقهم أي أن هناك غياب للحوافز المالية في القطاع الخاص، بالإضافة إلى انتهاك حقوق الموظف.

**- ثالثا: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بتدريب وتكوين الموظفين**

**-**أغلب المستجوبين في القطاعين لم يستفيدوا من دورات التدريب والتكوين كما نفى هؤلاء بشكل مطلق إقامة هذه الدورات تدريبية بشكل دوري، بالرغم من أن أغلب أفراد العينة في القطاع العام يجمعون على

أهمية هذه الدورات في تحسين الأداء غير أن أفراد العينة من القطاع الخاص كان لهم رأي آخر حيث أنهم اتجهوا عكس ذلك إذ نفوا أن يكون لتلكم الدورات التدريبية تأثيرا إيجابيا على مردود الموظف.

- إن عدم إقامة الدورات التدريبية يدل على عدم اهتمام المؤسسات الصحية بتحسين أداء موظفيها إذ يظهر أن سياسة التدريب لدى المؤسسات الصحية الجزائرية في القطاعين العام والخاص تعد أمرا ثانويا، كما يدل على غياب التخطيط الاستراتيجي، كما قد يفسر ذلك أن القطاع الخاص يتجنب الاستثمار في المجالات التي لا يكون مردودها فوري إنما على المدى البعيد كالاستثمار في الرأس المال البشري على سبيل المثال.

- أغلبية أفراد العينة في القطاعين راضون عن مردوهم المهني ونسبة قليلة لا يمكن تجاهلها وإهمالها ليست راضية عن ذلك وهم يعزون حالة عدم الرضا تلك بالدرجة الأولى إلى نقص الإمكانيات بالنسبة للقطاع العام وإلى ضعف الراتب والأجور بالنسبة للقطاع الخاص، وهذا يجعلنا ندرك أن الحوافز المالية مغيبة في القطاع الخاص عكس المعتقد السائد مجتمعيا.

**رابعا: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بمستوى الخدمات**

-يتفق أغلب أفراد العينة على أن وجود اكتظاظ بشكل يومي في القطاعين العام والخاص يعزى حسب المستجوبين إلى مجانية العلاج بالدرجة الأولى في القطاع العام وإلى كفاءة الأطباء في القطاع الخاص غير أن هناك أسباب أخرى ذكرها المستجوبون من بينها سمعة المؤسسة.

- من خلال النتائج المتوصل إليها يتضح أن المواطن أو طالب الخدمات الصحية أحيانا قد يكون مجبرا لا مخيرا للالتحاق بمؤسسة ما دون سواها وهذا تأكيد بأن المستوى الاجتماعي والثقافي والإمكانيات المادية للمريض وأسرته لا تؤثر بالضرورة على توجه المريض.

- أغلب أفراد العينة في القطاعين أقروا بأن الأدوية التي يحتاجونها متوفرة غير أن نسبة معتبرة منهم لا يستهان بها نفت ذلك، فالأكيد إذن هو أن سوق الدواء كما ذكرنا آنفا محتكرة من طرف فئة محدودة مما جعل بعض الأدوية تعرف نذرة في السوق.

كما قد يعزى نقص الدواء إلى الممارسات اللأخلاقية واللاشرعية الممارسة من طرف بعض الجهات في القطاع ناهيك عن الاستغلال اللاعقلاني للمواد الطبية خاصة في القطاع العام.

-كثيرا ما يواجه الطاقم الطبي والشبه الطبي حسب المستجوبين في القطاع العام عراقيل مرتبطة بنقص العتاد والأجهزة الطبية أو تعطلها، حيث تستغرق مدة إصلاحها أحيانا بضعة شهور بسبب المماطلة والتي قد تعود بدورها إما إلى الإهمال والتهاون وإما إلى التكلفة العالية لذلك، حيث لاحظنا أن إصلاح الأعطاب يتطلب اليد العاملة الأجنبية إذ لا يتم تدريب الكفاءات الجزائرية على مثل هذه الأمور كل ذلك يجعل حياة المريض في خطر وقد تودي بها إلى التهلكة.

هذه الظاهرة في القطاع الخاص موجودة لكن بدرجة أقل فهي تؤثر على سمعة المؤسسة وتؤدي إلى تراجع نسبة الوافدين عليها خاصة في ظل المنافسة الشديدة بين المستثمرين الخواص في هذا المجال وبالتالي تراجع نسبة أرباحها ومداخيلها لذلك نجد أن الخواص أكثر حرصا على تحديث العتاد الطبي بشكل دائم وإجراء عمليات الصيانة وتصليح الأعطاب في وقت وجيز قدر الإمكان.

-في الحالات التي اعترضت فيها الفريق الطبي عراقيل من هذا النوع، تم تحويل المريض في عدة حالات إلى مستشفيات عمومية وفي حالات أخرى أغلبها في القطاع العام ظل المريض على حاله ينتظر تصليح الأعطاب وتفاقمت حالته.

-في القطاع العام يتفق أغلب المستجوبين على عدم كفاية الأطباء والممرضون بينما يتفق أغلبية أفراد العينة على كفايتهم في القطاع الخاص وهو نفس ما ذهب إليه المرضى، إذ هناك توافق في الرؤية بين الطرفين حول هذه المسألة .

-يؤكد أغلب المستجوبون في القطاع الخاص توفر النظافة على عكس القطاع العام، حيث يتفق أفراد العينة على غيابها، وفي غياب النظافة في وسط حساس كالمؤسسات الصحية يواجه المرضى والموظفون على حد سواء خطر العدوى بأمراض خطيرة قد تودي بحياتهم إلى الهلاك.

- يتفق أغلب أفراد العينة في القطاع العام على عدم متابعة المسؤول عن الخطأ الطبي وأن الحادثة تمر كما لو لم تكن وأن الموظفين يقفون في صف زميلهم المسؤول عن ذلك الخطأ ويتضامنون معه وهو ما يدل على حالة التسيب والإهمال والتجاوزات الخطيرة التي تحدث داخل القطاع وعلى انعدام الرقابة والحس الإنساني والضمير المهني.

أما في القطاع الخاص فأغلبية أفراد العينة أجابوا بأن المسؤول عن الخطأ الطبي تتم متابعته واستدعاؤه والتحقيق معه لأن الأمر يؤثر على المؤسسة ككل وهذا ليس في صالحها، غير أن الموظفين يتضامون مع من تسبب في ذلك الخطأ لاعتبارات مهنية وعلاقات الزمالة التي تجمعهم، وإيمانا منهم بأن ما حدث معه بإمكانه أن يحدث مع أي منهم.

**خامسا: تحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتقييم العام**

-أغلبية أفراد العينة في القطاع الخاص لم يشهدوا تحسنا على مستوى قطاع الصحة والخدمات التي يقدمها سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص بعد الإصلاحات التي مست المنظومة الصحية.

يدل ذلك على فشل الإصلاحات في معالجة الاختلالات الموجودة على مستوى القطاع.

-أغلب أفراد العينة في القطاع العام أجابوا بأنهم لو خيروا بين العمل في القطاع العام أو القطاع الخاص سيختارون العمل في القطاع العام، أما أفراد العينة في القطاع الخاص فقد اختاروا كذلك القطاع الخاص، يدل ذلك على وجود ولاء للمؤسسة والشعور بالانتماء كما يدل على وجود نوع من الرضا عن بيئة العمل، ويدل أيضا على عدم وجود الرغبة وكذا الجرأة الكافية لدى الموظف من أجل التغيير.

-الأغلبية المطلقة لأفراد العينة في القطاع العام و كذا في القطاع الخاص لم يطلعوا على مضمون قانون الصحة الجديد يدل ذلك على عدم اهتمام ومتابعة للشأن القانوني.

أما الفئة القليلة التي اطلعت عليه في القطاع العام فإنها ترى بأنه سوف لن يؤدي إلا إلى خلق المزيد من المشاكل على مستوى القطاع لكن في القطاع الخاص فإن نسبة معتبرة منهم رأت بأنه سيؤدي الى تحسين الخدمات الصحية.

-هناك إمكانية لأن يكون القطاع العام منافسا للقطاع الخاص نظرا للإمكانيات المادية والبشرية التي يزخر بها حسب المستجوبين في القطاع العام، لكن المستجوبين في القطاع الخاص يرون عكس ذلك نظرا للإختلالات خاصة في الجانب المتعلق بندرة الأدوية وانتشار الفساد وسوء التسيير والإهمال وغياب الرقابة.

**خاتمة الفصل:**

قمنا في هذا الجزء من الدراسة بتناول حالة المنظومة الصحية في ولاية عنابة كإحدى الولايات الكبرى في الجزائر، تطرقنا في البداية إلى هيكلة مديرية الصحة والدور الذي تمارسه لأجل تحسين الخدمات الصحية، ووقفنا عند المؤهلات والإمكانيات المادية والبشرية التي تزخر بها الولاية من بنى تحتية وموارد بشرية نشطة بالميدان الطبي والشبه الطبي.

حاولنا كذلك الإحاطة بالوضع الصحي العام السائد على تراب الولاية من خلال عرض الإحصائيات المتحصل عليها من مديرية الصحة وتتبع كرونولوجيا تطور القطاعين العام والخاص من حيث البنى والكادر الطبي والشبه طبي وكذا تتبع مسار تطور مؤشرات الصحة العامة، وقد لجأنا إلى مقارنتها بالمؤشرات الوطنية بغرض معرفة مكانة المنظومة الصحية للولاية ضمن المنظومة الوطنية.

وحتى يتسنى لنا التأكد من الفوارق الموجودة بين الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص في عنابة، اعتمدنا على الاستبانة كأداة بحثية والتي مكنتنا من الحصول على بيانات أكدت بعد تبويبها وتفريغها وتحليلها من خلال عدة اختبارات يوفرها نظام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، أن أغلب المستفيدين من الخدمات الصحية يشكون من نقص الإمكانيات من معدات طبية وأدوية في المؤسسات العمومية ورغم ذلك يثنون على أداء الموظفين في ظل تلك الظروف السائدة وغير المحفزة على العمل.

أما في القطاع الخاص فلا نجد بأن هذا العائق مطروح بشدة وبدل ذلك نجد مشكل ارتفاع تكاليف العلاج واختلافها من مؤسسة إلى أخرى وكذلك غياب الإنسانية والضمير المهني.

وبالنسبة للموظفين في القطاع العام فهم من جهتهم مستاؤون من نقص الإمكانيات بالدرجة الأولى ثم من ضعف الأجور وأما في القطاع الخاص يرى أغلب الموظفون أن حقوقهم منتهكة وأن نظام الأجور المعتمد لا ينصفهم خاصة مع غياب الترقية خلال المسار المهني والمنح المتعلقة بالأخطار والمردودية، ويرجع ذلك حسب هؤلاء إلى سوء التسيير، أما في ما يتعلق بضعف الإمكانيات فإن هذا الأمر لا يطرح بشدة في القطاع الخاص.

ما توصلنا إليه في الأخير هو أن:

- ✓ أغلب الهياكل الضخمة الموجودة بالولاية والتي تقدم خدمات صحية لسكان الولاية نفسها والولايات المجاورة يعود تشييدها إلى الحقبة الاستعمارية.
- ✓ يتمركز القطاع الخاص في عاصمة الولاية ويقل كلما ابتعدنا عنها إلى أن ينعدم وجوده تماما في البلديات التي تبعد عن الولاية بعشرات الكيلومترات على غرار بلديتي التريعات وشطايبي.
- ✓ يظل القطاع العام يؤدي دورا محوريا في توفير التغطية بالخدمات الصحية رغم ضعف الإمكانيات وبإمكان المؤسسات العمومية أن تكون منافسة للمؤسسات الخاصة من حيث جودة الخدمات بل والتفوق عليها إذا ما تمت معالجة مسألة نقص الإمكانيات.
- ✓ الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية في عنابة لا تختلف كثيرا عن تلك الموجودة في باقي ولايات الوطن، حيث التحديات تقريبا نفسها والرهانات هي ذاتها التي أتينا على ذكرها في الفصول السابقة.
- ✓ مستوى جودة الخدمات متوسط في القطاعين العام والخاص على حد سواء على مستوى الولاية.

# الخاتمة

انطلقنا في بحثنا من تساؤل رئيسي تمحور حول مقارنة الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص لمعرفة أي منهما كان قادرا على ضمان حق الفرد في الصحة، وفي محاولة منا لمناقشة هذا الإشكال وللإجابة على التساؤلات المطروحة اعتمدنا على عدة أدوات في جمع البيانات والمعلومات والتحقق منها ميدانيا وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مدلول الصحة أصبح أكثر اتساعا وشمولا من ذي قبل وهي حق أساسي مكفول دستوريا في أغلب دول العالم، تقع حمايته على عاتق الدول ممثلة بالقطاع الصحي العام الذي يسعى لتقديم خدمات صحية متكافئة وعادلة لجميع الأفراد وهو الشيء الذي سعت الجزائر لتكريسه حين أقرت مبدأ مجانية العلاج والذي يظل مكسبا وطنيا رغم أن استمراره بالنحو الذي هو عليه أدى إلى تفاقم بعض الإختلالات ذات الطبيعة التنظيمية والنظامية في المنظومة وإلى تدهور نوعية الخدمات المقدمة في المؤسسات العمومية.

- السياسات الصحية التي تعكس خيارات وتوجهات النخبة السياسية الوطنية تأتي متفاعلة مع التغيرات والتجاذبات الحاصلة في البيئة الداخلية والخارجية موجهة أولوياتها لتحقيق توازن بينهما، فهي تسعى في الوقت ذاته لتحقيق الأهداف العالمية في مجال الصحة التي يفرضها المجتمع الدولي لقرابة أربعة عقود من الزمن (إعلان آلما أتا) لكن دون المساس بمكتسبات المنظومة الصحية الوطنية والحاجيات الفعلية للمواطنين من الخدمات الصحية، وفي الحقيقة يصعب التوفيق بين هذين الأمرين إذ أن الحاجيات المجتمعية الوطنية قد لا تتوافق بالضرورة مع الحاجيات العالمية، وفي هذا الصدد نذكر مثلا فصل الخدمات التشخيصية عن الخدمات الاستشفائية التي دعت إليها منظمة الصحة العالمية سنة 2014، وكانت الجزائر قد تبنتها منذ 2007 في إطار الإصلاحات التي شهدها القطاع والتي تضمنت

إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، غير أن تطبيق هذا الإجراء ميدانيا كان فاشلا بسبب قصور في الأطر التنظيمية وكذا غياب خطوة استباقية هامة تمهد لتطبيق هذا الإجراء والمتمثلة في تقديمه وتفسيره وشرح المغزى منه لعامة الناس، وبسبب هذا القصور وجد المشرع الجزائري نفسه مجبرا على التراجع عن هذا الإجراء المعمول به منذ 2007 والعودة إلى نظام القطاعات الصحية مؤخرا مع صدور قانون الصحة الجديد، وإن دل هذا على شيء إنما يدل على ضبابية الأهداف وعدم وجود رؤية إستراتيجية واضحة المعالم لشكل المنظومة الصحية التي نرغب في تكريسها، كما تكشف مثل هذه المسائل عن حجم تلك الهوة الاتصالية الموجود بين الدولة والمواطن والتي تعكس بدورها وجود خلل وظيفي في أداء الدولة.

- وفي سياق آخر لابد من أن نثمن نجاح السياسة الصحية الوطنية في تحدي التكيف مع التحولات الوبائية والنمو السكاني فبعدما نجحت الجهود الوطنية في تحسين الخدمات الصحية الموجهة لإحتواء الأمراض السارية والحد من انتشارها هي اليوم تعمل على تعبئة كافة الجهود والإمكانيات لتوفير العلاج للمصابين بالأمراض المزمنة والمستعصية على نحو أمراض القلب والشرايين ومرض السرطان، هذا الأخير الذي وضعت الدولة لأجل مكافحته مخططا شاملا. غير أن كل تلك الجهود المتعلقة بتحسين الخدمات الصحية تظل غير كافية خاصة مع عودة الأمراض المعدية خلال الآونة الأخيرة من جهة، ومن جهة أخرى فإن الجهود المبذولة تأتي في مجملها لتعزيز البنى التحتية وزيادة الموارد البشرية مع إهمال نوع تلك البنى والموارد وكيفية توزيعها أي أنها تهتم بالكم لا بالنوع وهو ما أدى إلى عدم توازن الخارطة الصحية الوطنية.

- إن المنظومة الصحية الوطنية تجسد نموذج نظام هجين، لم يكن هذا الأخير خيارا سياسيا بقدر ما كان حتمية ووليد التغيرات والتطورات الحاصلة، يرتكز هذا النموذج على توزيع الخدمات الصحية بين

القطاع العام والقطاع الخاص حيث يتولى الأول حسب منظمة الصحة العالمية تقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة والتي تقضي بتوفير الخدمات الصحية الأساسية خاصة الوقائية منها على نطاق واسع مع ضمان سهولة الحصول عليها، وفي ذلك إجحاف وتقصير في حق المصابين بأمراض ناذرة أو مستعصية والذين ينتمون إلى فئات مجتمعية هشة، وربما يرى فيها البعض عقلنة وترشيدا للخدمات الصحية ذلك أن علاج مثل هذه الأمراض ذو تكلفة عالية تثقل كاهل القطاع العام.

أما الثاني فهو يرتكز في المناطق ذات الكثافة السكانية المرتفعة أين يتولى تقديم خدمات علاجية واستشفائية وتأهيلية التي عليها طلب ملح ومتزايد باستمرار.

إن توزيع الخدمات الصحية في الجزائر وفق هذا النموذج يتم بطرق غامضة، حيث تفتقر إلى ضوابط وقواعد تنظيمية تؤطرها وهو ما جعل مكانة القطاع العام على الصعيد الميداني تتراجع أمام نمو القطاع الخاص الذي أصبح اليوم ينافس الدولة بشدة في الأدوار المنوطة بها بالرغم من تأكيد الخطابات السياسية على الدور المحوري للمؤسسات الصحية العمومية، والأكثر من ذلك أن القطاع الصحي الخاص يستغل طاقات القطاع العام ويستنزف موارده ويقوم بعدة ممارسات غير قانونية وغير إنسانية تهدد حياة المريض وتسلبه أمواله في ظل غياب الرقابة على نشاطاته وهو ما يجعلنا نتساءل عن الإنسانية وأخلاقيات المهنة وعن الدور الرقابي للدولة والمجتمع المدني.

- إن التأمل في الخدمات الصحية المقدمة في القطاعين العام والخاص من الناحية النظرية تؤكد على عدم وجود فوارق كبيرة بينها من حيث الجودة والفاعلية، فطريقة الأداء في القطاعين مقبولة إلى حد ما غير أنها ليست آمنة، ومن جهة أخرى نلمس تفاوتا محسوسا في مؤشر الكفاءة والإمكانيات المادية والبشرية، يعزى هذا الاختلاف إلى طبيعة الأهداف وإلى الموارد المالية ثم إلى الطبيعة القانونية التي تحكم سير كل قطاع.

- ونلاحظ كذلك وجود تباين في توزيع الخدمات والتخصصات الطبية الذي يعزى هو الآخر إلى الاختلاف في طبيعة الأهداف بالدرجة الأولى فالخدمات الصحية الوقائية والتخصصات الطبية التي لا تجد إقبالا كبيرا من طرف طالبي الخدمات منوطة بالقطاع العام لوحده بينما يشترك القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات العلاجية والاستشفائية والتأهيلية التي يتزايد الطلب عليها باستمرار، وهناك أيضا اختلافات أخرى تتعلق بالاختلالات الموجودة في القطاعين حيث نجد أن جل الاختلالات المطروحة في القطاع العام هي ذات طبيعة نظامية وتنظيمية مرتبطة في غالب الأحيان بمركزية وسوء التسيير ونقص الموارد بينما تطرح في القطاع الخاص اختلالات ذات طبيعة أخلاقية ونظامية وقلما تطرح مسألة نقص الموارد.

- نتيجة هذا التباين في مستوى الخدمات الصحية وعدم توازن الخريطة الصحية الوطنية جاء قانون الصحة الجديد لمعالجة هذه الاختلالات وإعادة هيكلة المنظومة الصحية بما يكفل عصرنة الخدمات الصحية وإعادة الاعتبار للقطاع العام وتثمين القطاع الخاص، لكن هذا الأخير أثار الكثير من الجدل ووصف بأنه غير منصف ولن يؤدي إلا إلى المزيد من الاختلالات بحسب خبراء في الميدان وبحسب العينة المبحوثة.

- وقد تبين من خلال الدراسة الميدانية أن الحصول على الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية والخاصة على حد سوى يعتبر امتيازا يمنح لنخبة بعينها في المجتمع، ففي القطاع العام تعتبر مختلف صور الفساد من محسوبية ورشوة وواسطة ومحاباة وسيلة للظفر بهذا الامتياز أما في القطاع الخاص فإن المال هو الأداة التي تمكن الأفراد من الاستفادة من الخدمات الصحية.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها والمذكورة آنفا يمكن تقديم **التوصيات** التالية:

- يفترض أن يتجه تركيز الأفراد والجماعات والحكومات نحو الصحة وليس المرض، ذلك أن التركيز على هذا الأخير يجعل محور الاهتمام هي المشاكل المتعلقة بقلة المستشفيات وندرة الأدوية ونقص الإمكانيات بينما التركيز على الصحة يقود نحو البحث في آليات تطوير حياة الإنسان وأساليب الوقاية من الأمراض.

- تحديث الدولة الذي يتحقق بعصرنة الخدمات وأساليب الإدارة واعتماد الأساليب الحديثة في التسيير على نحو الإدارة بالأهداف والجودة الشاملة من أجل إنعاش مؤسسات القطاع العام وعقلنة وترشيد الخدمات الصحية، فهذه الأساليب في الإدارة تقوم على إدماج وإشراك المستفيدين من الخدمات في صناعة القرار فبدل من النظر للمريض على أنه متلقي الخدمة يجب معاملته كفاعل يساهم في إنجاح الخدمة أو إفشالها وهو الشيء الذي يمكن من تحقيق درجة ما من رضا المستفيد من الخدمات الصحية.

_ ضرورة احتواء القطاع الخاص وتقويم الطريقة التي يتطور بها من خلال إدماجه في تنفيذ السياسة الوطنية للصحة لتفادي الممارسات غير القانونية.

- دراسة مسألة تمويل الخدمات الصحية بعمق ومن تم وضع نظام رصين لتقاسم تكلفة العلاج على نحو يشجع على تقديم خدمات صحية أكثر كفاءة وتشجيع وتحفيز السلوكات التي تساهم في تحقيق الكفاءة والفاعلية والجودة.

- تحسين نظم سداد مستحقات مقدمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص وكذلك إصلاح نظام الدفع الحالي الذي يتسم بغموض معايير التسعيرة وعدم توحيدها الشيء الذي يفتح المجال للنصب والاحتيال على المواطن وتعويضه بنظام آخر أكثر شفافية يحصل فيه مقدم الخدمات على مبلغ ثابت عن كل مريض حسب نوع الخدمة بالإضافة إلى نشر المعلومات المتعلقة بتسعيرة الخدمات.

- وضع قواعد تنظيمية تحد من الاستخدام المفرط أو غير ملائم لوسائل العلاج وإيلاء اهتمام أكبر لسياسة البحوث المغيبة تقريبا بصورة كلية في المجال الصحي.

- تحسين ظروف العمل في المؤسسات الصحية والذي يتوقف بالأساس على تعزيز العمل النقابي وحوكمة قطاع الصحة.

# الملاحق

## ملحق رقم 01: دليـل مقابــلة (1)

مقابلة مع السيد : ..... الصفة /الوظيفة: .....

مكان المقابلة:..... التاريخ:...../...../..... التوقيت : .....

| إعداد الطالبة : العباسي إيمان | إشراف الأستاذ: مغراوي لقمان |
|---|---|

السيد المحترم :

تحية طيبة :

نشكر لكم قبول إجراء المقابلة معنا ومنحنا مجالا من وقتكم خدمة للبحث العلمي، وذلك في إطار أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم السياسية حول موضوع: واقع الخدمات الصحية في الجزائر - دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص-، نرجوا من سيادتكم التعاون معنا وتزويدنا بالمعلومات اللازمة من خلال الأسئلة التي سنوجهها اليكم .

---

**أولا : الرعاية الصحية في الجزائر**

ما نوع الرعاية الصحية التي تصبو وزارة الصحة لضمانها؟

ما هي الوسائل التي سخرتها لهذا الغرض ؟

ما هي التدابير المتخذة والتي من شأنها أن تكفل مبدأي المساواة وتكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية؟

**ثانيا : السياسة العامة الصحية في الجزائر**

- ما هي أولويات وأهداف السياسة العامة الصحية؟
- من هي الجهات المسؤولة عن إعداد السياسة العامة الصحية؟
- كيف يتم تحديد حاجيات المواطنين من الخدمات الصحية ؟

- ما هي القواعد التي تحكم رسم السياسة العامة للصحة ؟
- كيف تتم متابعة تنفيذ السياسة العامة الصحية؟
- حسب رأيكم، كيف انعكس إعادة تنظيم الإدارة المركزية سنة 2002 على توجه السياسة العامة الصحية؟
- هل تأثرت مشاريع قطاع الصحة بسياسة التقشف؟

**ثالثا: تمويل القطاع الصحي**

- ماهي أسس تقييم تكاليف الخدمات الصحية ؟
- هل تتناسب الميزانية الممنوحة للقطاع مع احتياجاته الحقيقية؟
- كيف يتم توزيع الموارد المالية للقطاع؟
- بحسب اعتقادكم، كيف انعكس تطبيق الأمر 65/73 على الخدمات الصحية؟
- تشير الإحصائيات أن تعويض الضمان الاجتماعي الخاص بالمنتجات الصيدلية يتطور بسرعة أكثر من إيرادات فرع التأمين الاجتماعي، مما يقتضي حلولا مستعجلة، فماهي الإجراءات المتخذة بهذا الشأن؟
- يطبع الاستفادة من الخدمات الصحية في القطاع الخاص أسلوب التسديد المباشر مما يثقل كاهل الأسرة الجزائرية، فماهي الحلول العملية التي تقترحونها بهذا الشأن؟

**رابعا: علاقة الخدمات الصحية بالنظام الصحي**

- ما هي مقومات النظام الصحي الفعال بنظركم ؟
- رفعت الجزائر منذ سنوات تحدي عصرنة الخدمة العمومية، فماهي الانجازات التي حققها القطاع ضمن هذا المشروع؟
- وما هي المشاريع المستقبلية المزمع انجازها في إطار ترقية الخدمات الصحية؟
- كيف استفاد قطاع الصحة من تكنولوجيات المعلومات في تحسين الخدمات الصحية؟
- هل يوجد مشروع إنشاء آلية لرصد انشغالات المواطنين واحتياجاتهم من الخدمات الصحية؟
- **خامسا: واقع الخدمات الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص**

- تتولى المعاهد والجامعات الجزائرية مهمة تكوين الفريق الطبي من أطباء وممرضين، لكن مردود هؤلاء في القطاع الخاص يختلف عن مثليه في القطاع العام، فماهي التدابير المتخذة لمعاجة هذا الخلل ؟
- ألا ترون أن اتساع نشاط القطاع الخاص يهدد مبدأي المساواة والمجانية في العلاج وبالتالي الإخلال بالمادة 67 من دستور 1976؟
- أدى غياب الشفافية في القطاع الخاص إلى العديد من التجاوزات، خاصة في الجانب المتعلق بتسعيرة الخدمات، وبإزدواجية الوظيفة بالنسبة للأطباء المختصين، ماهي الآليات التي سخرتها الوزارة المعنية للحد من ذلك؟
- تتجه الأسر الجزائرية إلى القطاع الخاص رغم محدودية دخلها، بسب تزعزع ثقتها في جودة الخدمات المتاحة مجانا في القطاع العام، فكيف يمكن إعادة بناء هذه الثقة من جديد؟

**سادسا: التعاون بين القطاعات في مجال الصحة**

- إن مشكلات قطاع الصحة في الكثير من الأحيان تكون من خارج القطاع، كيف تتعاملون مع هذا الوضع؟
- هل هناك تنسيق مابين القطاعات أثناء رسم وتنفيذ السياسة الصحية؟ أمثلة عن ذلك إن أمكن.
- ماهي آفاق هذا التعاون وكيف سيساهم في تعزيز الحق في الصحة ؟

## ملحق رقم 02: دليـل مقابــلة (2)

مقابلة مع السيد : ..... الصفة /الوظيفة: .....

مكان المقابلة:..... التاريخ:...../...../..... التوقيت : .....

| إعداد الطالبة : العباسي إيمان | إشراف الأستاذ: مغراوي لقمان |
|---|---|

السيد المحترم :

تحية طيبة :

نشكر لكم قبول إجراء المقابلة معنا ومنحنا مجالا من وقتكم خدمة للبحث العلمي، وذلك في إطار أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم السياسية حول موضوع: واقع الخدمات الصحية في الجزائر - دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص-، نرجو من سيادتكم التعاون معنا وتزويدنا بالمعلومات اللازمة من خلال الأسئلة التي سنوجهها إليكم .

---

- ما هي أولويات وأهداف مديرية الصحة بولاية عنابة؟
- فيما تتمثل أبرز التحديات التي تواجه مديرية الصحة بولاية عنابة ؟
- ما هي معوقات تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية بولاية عنابة؟
- ما هي التدابير المتخذة والتي من شأنها أن تكفل مبدأي المساواة وتكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية؟
- حسب رأيكم، إصلاح قطاع الصحة سنة 2007 انعكس سلبا أم إيجابا على المنظومة الصحية؟ كيف ذلك؟
- ماهي أهم المشاريع والتجهيزات التي استفادت منها الولاية منذ 2001؟
- هل تتناسب الميزانية الممنوحة للقطاع مع احتياجاته الحقيقية؟

- ألا ترون أن اتساع نشاط القطاع الخاص يهدد مبدأي المساواة والمجانية في العلاج التي وردت في المواد 20، 21، 22، من القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ويخل من ناحية أخرى بالتمتع بالحق في الصحة؟
- كيف تتم مراقبة نشاطات القطاع الخاص في الولاية ؟
- إن مشكلات قطاع الصحة في الكثير من الأحيان تكون من خارج القطاع، كيف تتعاملون مع هذا الوضع؟
- هل يوجد تعاون دولي مباشر بين مديرية الصحة لولاية عنابة مع دول أو منظمات دولية في سبيل تحسين الخدمات الصحية؟
- حسب رأيكم قانون الصحة الجديد ومجيئه في هذه الفترة نابع من إرادة داخلية أم بسبب تأثير المنظمات الدولية؟ وكيف سيؤثر على واقع الخدمات الصحية؟
- بصفة عامة، ما رأيكم في الخدمات الصحية بولاية عنابة في القطاعين العام والخاص؟
- ما هي الحلول التي تقترحونها للنهوض بالخدمات الصحية في الولاية ؟

**ملحق رقم:03 استبيان موجه إلى المستفيدين من الخدمات الصحية**

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

موضوع البحث:

واقع الخدمات الصحية في الجزائر _ دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص_

(2017_2001)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور ثالث في العلوم السياسية

تخصص سياسات عامة

إعداد الطالبة

إيمان العباسي

إشراف الدكتور

لقمان مغراوي

السيد(ة) المستفيد (ة) من الخدمة الصحية

تحية طيبة وبعد،

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه طور ثالث في العلوم السياسية، تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول " واقع الخدمات الصحية بالجزائر – دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص- " ، وبصفتكم المستفيدون من هذه الخدمات، نرجو منكم التفضل بالإجابة على الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان بغرض مساعدتنا في تقييم نوعية الخدمات المقدمة في المؤسسة الصحية العمومية ( الخاصة)، مع العلم أن البيانات والمعلومات التي تدلون بها تخضع للسرية التامة ولن تستخدم إلا بغرض البحث العلمي فقط.

الرجاء وضع علامة أمام (×) الإجابة المعبرة عن رأيكم أو كتابة إجابة كاملة إذا تطلب السؤال ذلك.

تقبلوا مني فائق الشكر والاحترام

**المحور الأول البيانات الشخصية :**

1- الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن:أقل من 20 سنة ☐ من 21إلى 30 سنة ☐ من 31 إلى 40 سنة ☐

من 41 إلى 50 سنة ☐ من 51 إلى 60 سنة ☐ فوق 60 سنة ☐

3- المؤهل العلمي:لا أجيد الكتابة والقراءة ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

4- الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

5- الوظيفة: تلميذ/ طالب ☐ موظف ☐ متقاعد ☐ مهنة حرة ☐ بطال ☐

6- مكان الإقامة: ولاية عنابة ☐ ولاية أخرى تذكر ☐

7- لديك تأمين صحي: نعم ☐ لا ☐

8- تخصص الأسرة جزء من دخلها تحسبا لمرض مفاجئ لأحد أفرادها: نعم ☐ لا ☐

**المحور الثاني بيانات خاصة بطريقة الالتحاق بالمؤسسة :**

9- تم تشخيص مرضك داخل هذه المؤسسة نعم ☐ لا ☐

10- اخترت شخصيا الالتحاق بهذه المؤسسة نعم ☐ لا ☐

إذا كان جوابك نعم، التحقت بها على أساس

- قرب المؤسسة من مكان إقامتك ☐
- تكلفة العلاج بها منخفضة ☐
- سمعة المؤسسة ☐
- أسباب أخرى تذكر:.....

إذا كان جوابك لا، تم توجيهك إليها من طرف

- طبيب عام ☐
- طبيب خاص ☐
- مصلحة الاستعجالات ☐

**المحور الثالث: بيانات تتعلق بجودة الخدمات**

أ- مؤشر الاعتمادية

11- حصولكم على موعد مع الطبيب المختص استغرق وقتا طويلا نعم ☐ لا ☐

12- حصولكم على الموعد كان بطريقة ☐ من خلال واسطة ☐

13- تثق في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتك نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بلا أذكر لماذا:

.....

ب- مؤشر الاستجابة

14- تتم الاستجابة لاحتياجاتك بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين نعم ☐ لا ☐

15- يلبي الطاقم الطبي متطلباتك على مدار 24 ساعة من دون ضجر نعم ☐ لا ☐

ج- مؤشر الضمان

16- تشعر بالأمن والحماية أثناء تواجدك بالمستشفى نعم ☐ لا ☐

17- وفر لك المستشفى العلاج الذي تتطلبه حالتك نعم ☐ لا ☐

18_ تعرضت لخطأ طبي أثناء التشخيص أو العلاج نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم، يعود ذلك إلى:

- الإهمال ☐
- نقص الأخصائيين ☐
- العدد الكبير للمرضى ☐
- نقص الإمكانيات ☐

د- مؤشر الملموسية

19 – أثناء إقامتك بالمستشفى طلب منك إجراء فحوصات أو تحاليل طبية نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم، أجريت هذه الفحوصات

- داخل المستشفى ☐
- في مستشفى أخر عمومي ☐
- في عيادة خاصة ☐

20- مدة إقامتك بالمستشفى دامت: أقل من 5 أيام ☐ من 6 إلى 10 أيام ☐ من 11 إلى 15 يوم ☐

من 16 إلى 20 يوم ☐ من 21 إلى 25 يوم ☐ من 25 إلى 30 يوم ☐ أكثر من 30 يوم ☐

21- تتوفر المصلحة على وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة

نعم ☐ لا ☐

22- مستوى النظافة في مكان الإقامة جيد ☐ متوسط ☐ رديء ☐

23- مستوى الوجبات الغذائية المقدمة جيد ☐ متوسط ☐ رديء ☐

هـ - مؤشر التعاطف

24- يعامل المرضى نفس المعاملة دون تمييز نعم ☐ لا ☐

25- يعامل المريض بعناية واحترام ويحاط بالاهتمام من طرف الطاقم الطبي

دائما ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا على الإطلاق ☐

26- يعرض عليك المعلومات المتعلقة بحالتك الصحية وتمنح لك حرية اختيار العلاج الذي يناسبك من بين البدائل الممكنة لحالتك:

نعم ☐ لا ☐

المحور الرابع: بيانات تتعلق بالكفاءة والفاعلية

27- الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى جيدة ☐ متوسطة ☐ رديئة ☐

28- إذا ما ساءت حالتك الصحية يوما ما ستقوم بزيارة هذه المستشفى مجددا نعم ☐ لا ☐

أذكر لماذا في كلتا الحالتين:

.....

29- يقدم إليك الدواء في موعده دائما

دائما ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا على الإطلاق ☐

30- يؤدي الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بلا، يرجع ذلك إلى:

نقص الخبرة ☐ نقص الإمكانيات ☐ الإهمال والتهاون ☐

أسباب أخرى تذكر:.....

المحور الخامس: الإمكانيات المادية والبشرية

31-واجهت عراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم، أدى ذلك إلى:

☐

- تحويلك إلى مستشفى آخر عام
- تحويلك إلى عيادة خاصة ☐
- تفاقم حالتك ☐

32- عدد الأطباء والممرضين العاملين بهذه المصلحة يكفي لتغطية حاجيات جميع المرضى

نعم ☐ لا ☐

**المحور السادس: تقييم عام**

33- تكلفة العلاج تتوافق مع الخدمات المقدمة

دائما ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا على الإطلاق ☐

34- لو كانت لديك الإمكانيات المالية ستختار تلقي العلاج

في مؤسسة عمومية ☐ مؤسسة خاصة ☐

ذكر الأسباب .....

35- المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة

نعم ☐ لا ☐

36- تتم متابعة تطور حالتك الصحية بعد خروجكم من المستشفى

نعم ☐ لا ☐

37- في اعتقادكم هل يؤدي السلك الطبي وشبه الطبي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية

نعم ☐ لا ☐

وضح ذلك إن أمكن:.....

.....

38- ماذا تقترح بخصوص تحسين نوعية الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية؟

.....

.....

**ملحق رقم 04: استبيان موجه إلى موظفي قطاع الصحة**

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

موضوع البحث

**واقع الخدمات الصحية في الجزائر _ دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص_**

**(2017_2001)**

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور ثالث في العلوم السياسية

تخصص سياسات عامة

إعداد الطالبة
إيمان العباسي

إشراف الدكتور
لقمان مغراوي

سيدي (ة) المحترم (ة)

تحية طيبة وبعد،

في إطار تحضير رسالة دكتوراه في العلوم السياسية، تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول " واقع الخدمات الصحية بالجزائر – دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص- " ، وبصفتكم القائمون على تقديم هذه الخدمات ، نرجو منكم التفضل بالإجابة على الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان بغرض مساعدتنا في تقييم نوعية الخدمات المقدمة في المؤسسة الصحية العمومية، مع العلم أن البيانات والمعلومات التي تدلون بها تخضع للسرية التامة ولن تستخدم إلا بغرض البحث العلمي فقط.

الرجاء وضع علامة أمام (×) الإجابة المعبرة عن رأيكم أو كتابة إجابة كاملة إذا تطلب السؤال ذلك.

تقبلوا مني فائق الشكر والاحترام

المحور الأول البيانات الشخصية :

1- الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن: من20 إلى 30 سنة ☐ من 31 إلى 40 سنة ☐ من 41 إلى 50 سنة ☐ فوق 50 سنة ☐

3- الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

4- الوظيفة: طبيب ☐ ممرض ☐ مساعد تمريض ☐

5- الخبرة المهنية - أقل من خمسة سنوات ☐ - من 5 إلى 10 سنوات ☐

- من 10 إلى 20 سنة ☐ - أكثر من 20 سنة ☐

6-تجد صعوبة في التنقل من مقر السكن إلى المستشفى نعم ☐ لا ☐

المحور الثاني بيانات تتعلق بالحوافز التي تقدمها المؤسسة

7- يوفر المستشفى بيئة عمل محفزة نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بلا، إلى ما يرجع ذلك :

- سوء التسيير ☐
- نقص العتاد الطبي ☐
- نقص الإمكانيات المالية للمشفى ☐

8- ما مدى رضاك عن راتبك الشهري

راض تماما ☐ راض إلى حد ما ☐ غير راضي إطلاقا ☐

المحور الثالث: بيانات تتعلق بالتدريب والتكوين

9- استفدت من دورة تكوينية أو تدريبية مرة على الأقل منذ توليك منصبك الحالي

نعم ☐ لا ☐

10- يتم تنظيم دورات تدريبية بشكل دوري نعم ☐ لا ☐

11- هل تعتقد بأن الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء نعم ☐ لا ☐

12- هل أنت راض عن مردودك المهني: نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك ب لا، بسب:

- ضعف الراتب ☐
- نقص الإمكانيات ☐
- أسباب أخرى تذكر:.....

المحور الرابع: بيانات تتعلق بالخدمات

13- تعاني المصلحة من الاكتظاظ بشكل يومي نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم، يعود ذلك إلى:

- كفاءة الأطباء ☐
- مجانية العلاج ☐
- المصلحة هي الوحيدة على المستوى الجهوي ☐
- أسباب أخرى :

.....

14- الأدوية التي تحتاجونها متوفرة بالمستشفى نعم ☐ لا ☐

ذا كانت الإجابة بـ لا ، يعود ذلك إلى:

- نقص الموارد المالية للمستشفى ☐
- ندرة الدواء في السوق ☐
- أسباب أخرى :.....

15- واجهت عراقيل بسبب نقص العتاد والأجهزة أو تعطلها نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم،في هذه الحالة:

- تم تحويل المريض إلى مستشفى عام أخر ☐
- تم تحويل المريض إلى عيادة خاصة ☐
- ظل المريض في المصلحة وتفاقمت حالته ☐

16- عدد الأطباء والممرضين يكفي لتغطية حاجيات المرضى نعم ☐ لا ☐

17- يوفر المستشفى النظافة على اعتبارها شرطا للصحة والسلامة نعم ☐ لا ☐

18- في حالة وجود خطأ طبي:

- تتم متابعة المسؤول عنه ومعاقبته ☐
- تمر الحادثة كما لو لم تكن ☐

19- يتضامن الموظفون مع المسؤول عن الخطأ الطبي: نعم ☐ لا ☐

المحور الخامس: تقييم عام

20-هل لمست تحسنا نوعيا في مستوى الخدمات بعد إصلاح قطاع الصحة سنة 2007

نعم ☐ لا ☐

21- لو خيرت بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص ستختار

العمل في مؤسسة عامة ☐ -العمل في مؤسسة خاصة ☐

ذكر الأسباب .....

22- سمعت عن قانون الصحة الجديد نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم، لو تمت المصادقة عليه سيؤدي

- إلى تحسين خدمات الرعاية الصحية ☐
- يحسن ظروف العمل في القطاع ☐
- لن يغير شيئ ☐
- يخلق المزيد من المشاكل على مستوى القطاع ☐

23- الخلل في المنظومة الصحية حسب رأيك يكمن في:

الأطر القانونية المنظمة للقطاع ☐ - نقص العتاد والأدوية ☐

عدم كفاءة الطاقم الطبي ☐ - نقص الإمكانيات المالية ☐

سوء التسيير ☐ مجانية العلاج ☐

24- أيهما يكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية

القطاع العام ☐ القطاع الخاص ☐

ذكر الأسباب .....

25- كيف ترى أداء مؤسستك بالنسبة للمواطن

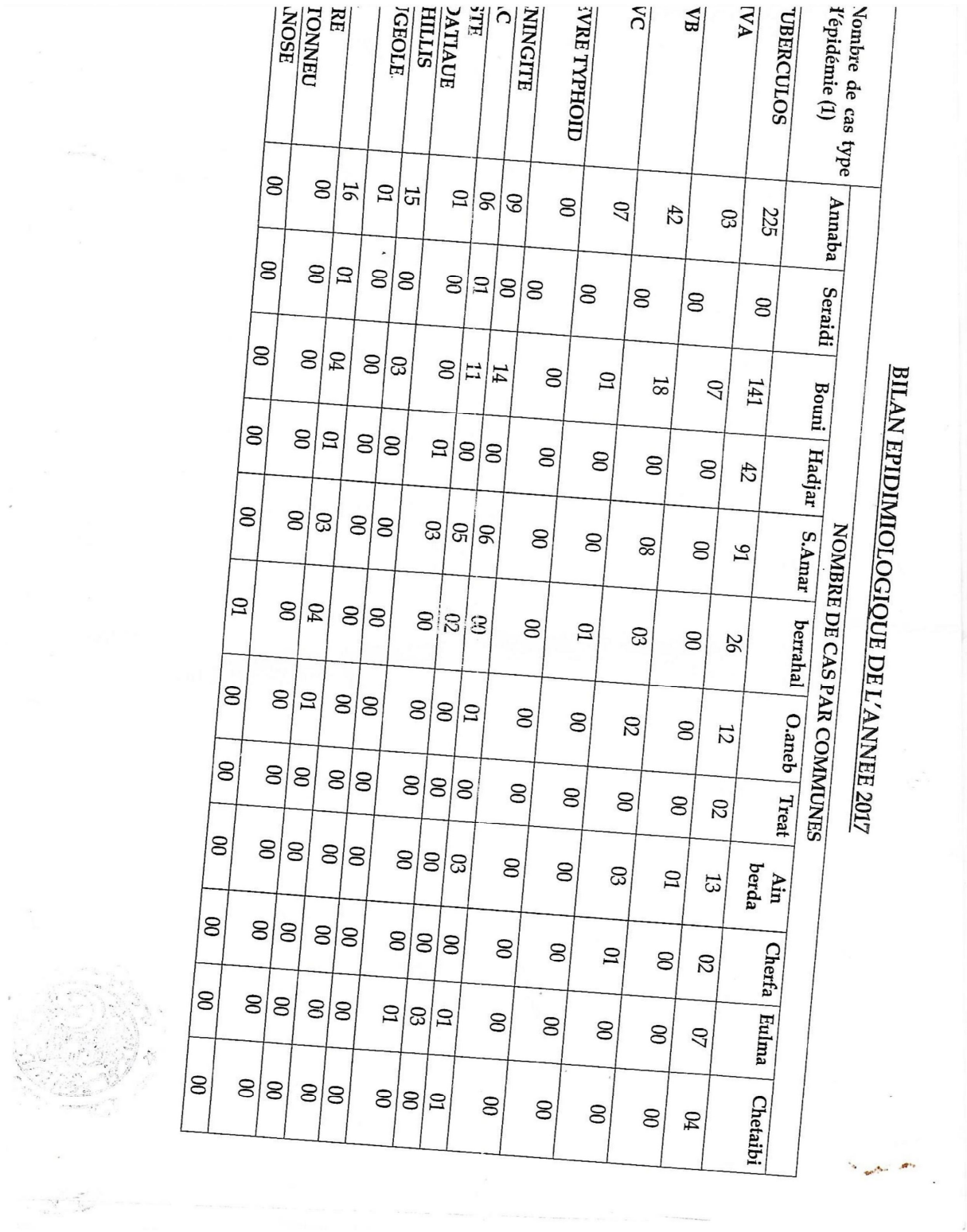
.....

26_ هل تعتقد بأن المؤسسات الصحية العمومية تستطيع أن تكون بمستوى المنافسة مع القطاع الخاص:

نعم ☐ لا ☐

27- ماذا تقترح بخصوص تحسين نوعية الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية؟

**ملحق رقم 05: التقرير الوبائي لسنة 2017 لبلديات ولاية عنابة**



BILAN EPIDIMIOLOGIQUE DE L'ANNEE 2017

| Nombre de cas type Epidémie (1) | NOMBRE DE CAS PAR COMMUNES | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Annaba | Seraidi | Bouni | Hadjar | S.Amar | berrahal | O.aneb | Treat | Ain berda | Cherfa | Eulma | Chetaibi |
| UBERCULOS | 225 | 00 | 141 | 42 | 91 | 26 | 12 | 02 | 13 | 02 | 07 | 04 |
| IVA | 03 | | 07 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 |
| VB | 42 | 00 | 18 | 00 | 08 | 03 | 02 | 00 | 03 | 01 | 00 | 00 |
| VC | 07 | 00 | 01 | 00 | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| EVRE TYPHOID | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| NINGITE | 09 | 00 | 14 | 00 | 06 | (9) | 01 | 00 | 03 | 01 | 00 | 00 |
| C | 06 | 01 | 11 | 00 | 05 | 02 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 |
| ITE | 01 | 00 | 00 | 01 | 03 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | 00 |
| DATIAUE | | | | | | | | | | | | |
| HILLIS | 15 | 00 | 03 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | 00 |
| IGEOLE | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| RE | 16 | 01 | 04 | 01 | 03 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| IONNEU | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 04 | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| NOSE | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |

**المصدر:** مديرية الصحة والسكان واصلاح المستشفيات لولاية عنابة

## ملحق رقم 06: قائمة مؤسسات التكوين الشبه الطبي الخاصة المعتمدة في ولاية عنابة

**République Algérienne Démocratique et Populaire**
**Wilaya d'Annaba**

**Direction de la santé et de la population**

**Service des Ressources Humaines et Affaires Juridique**

**Bureau de la Formation**

**La liste des établissements privé de formation paramédicale agrées par le ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière au niveau**

**de la wilaya de Annaba**

| N° | ETABLISSEMENT | N° ET DATE D'AGREMENT | Spécialités | Adresse | Nombre des places pédagogiques |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | Etablissement privé de formation paramédicale dénommé «AVICENNE» | N° de l'agrément 682 du 17 Novembre 2011. | -Aide soignant de santé publique<br>-Assistant au fauteuil dentaire | 27,Rue colonnel amirouche Annaba | 114 |
| 02 | Etablissement privé de formation paramédicale dénommé «DIDACTICA» | N° de l'agrément 88 du 21 MAI 2017 | -Aide soignant de santé publique<br>-Assistant au fauteuil dentaire<br>-auxiliaire de puériculture | 47, Boulevard 01 novembre 1954 Annaba | 120 |
| 03 | Etablissement privé de formation paramédicale dénommé «DJOUAD» | N° de l'agrément 42 du 14 MARS 2017. | -Aide soignant de santé publique | Cité,El-Moukawama N° 16 Annaba | 142 |
| 04 | Etablissement privé de formation paramédicale dénommé «EL ANNEB» | N° de l'agrément 200 du 06 décembre 2017. | -Aide soignant de santé publique<br>-auxiliaire de puériculture | Rue de l'avant port-N°22 classe 209 annaba | 50 |

**Le DIRECTEUR**

**المصدر:** مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية عنابة

## ملحق رقم 07: قائمة العيادات الخاصة المعتمدة بولاية عنابة

Wilaya d'Annaba
Direction de la Santé et de la Population

# Cliniques Privées

20/04/2018

### I-CLINIQUES MEDICO-CHIRURGICALES

| N° | DENOMINATION DE L'ETABLISSEMENT | NOM-PRENOM DU PROMOTEUR | NOM-PRENOM DU DIRECTEUR MEDICAL | SPECIALITES | CAPACITE EN LITS | DATE MISE EN SERVICE | ADRESSE | TELEPHONE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | LIGNE DIRECTE | FAX | PORTABLE |
| 01 | AL FARABI | -AISSAOUI MAHMOUD<br>-AISSAOUI NACER EDDINE<br>-AISSAOUI MOHAMED BACHIR | Dr AISSAOUI MAHMOUD | -CHIRURGIE GENERAL<br>-GYNECO-OBSTETRIQUE<br>-PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTE "PMA"<br>-CHIRURGIE UROLOGIQUE<br>- CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE<br>-OPHTALMOLOGIQUE<br>-ORL<br>-NEURO- CHIRURGIE<br>-CHIRURGIE PEDIATRIQUE<br>- CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE<br>-ANATOMIE PATHOLOGIE<br>-CARDIOLOGIE<br>-MEDECINE NUCLEAIRE<br>-CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE<br>- IMAGERIE MEDICALE | 43 LITS | 24.08.1996 | 23, RUE HACENE CHAOUCH MED KAMEL ANNABA | 038 83 25 37A40<br>038.43.46.95<br>038.44.36.34<br>038.44.36.38<br>038.43.25.38 | 038 84 08 72<br>038.44.25.37 | 0660 79 01 22 |
| 02 | EL DJAZAIR | MIZI DJAMEL | Dr MIZI DJAMEL | -O R L<br>-CHIRURGIE-OPHTALMOLOGIE<br>-NEURO CHIRURGIE<br>-CHIRURGIE GENERALE<br>-GYNECO-OBSTETRIQUE | 49 LITS | 11.08.2002 | CITE LES 600 LOGTS SAF SAF ANNABA | 038 41 49 38/39 | 038 41 49 32 | 0660 37 35 08 |

1

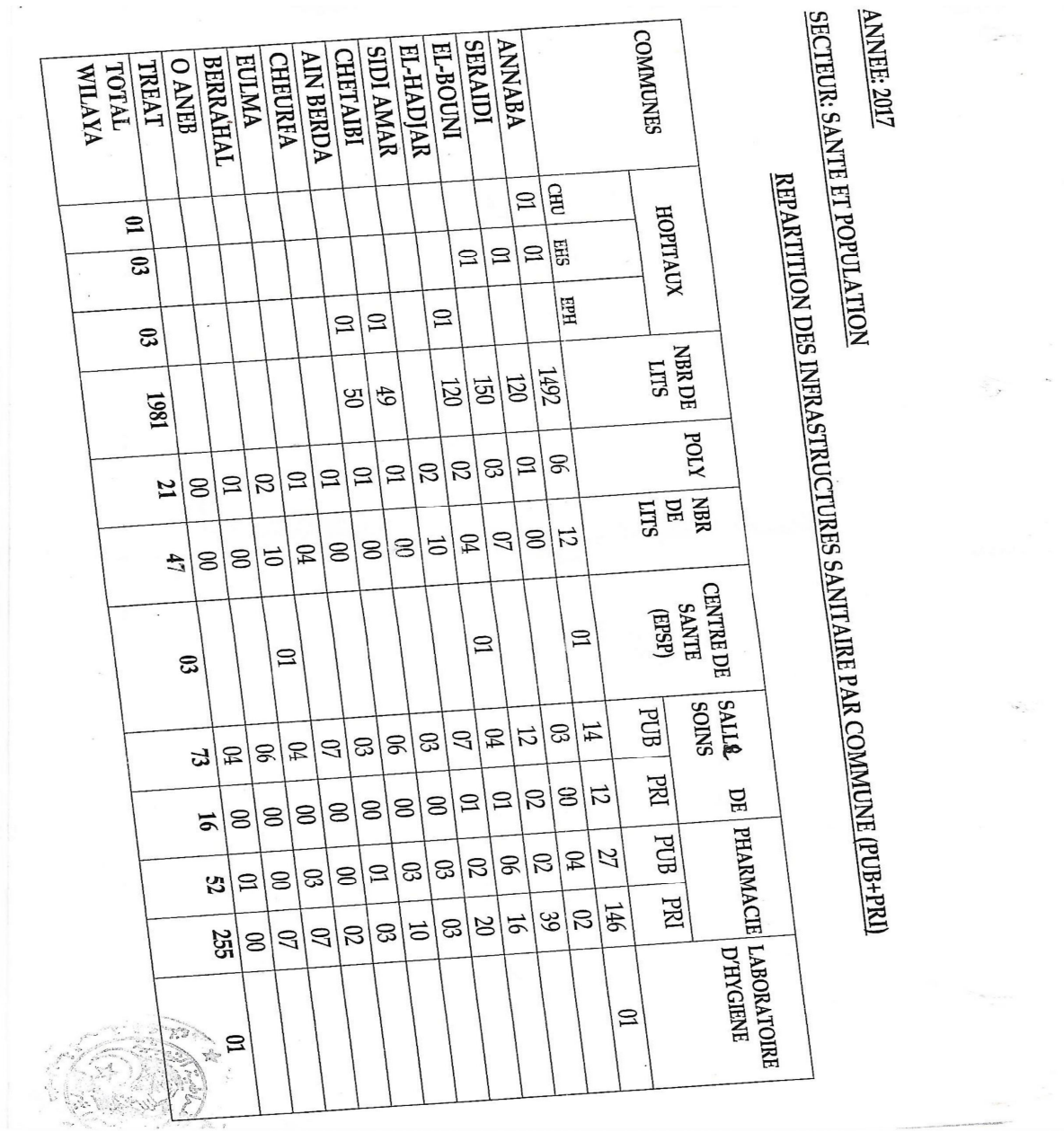
**المصدر:** مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية عنابة

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | -CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE<br>-CHIRURGIE UROLOGIQUE<br>-CHIRURGIR PEDIATRIQUE<br>-ANATOMIE PATHOLOGIE<br>- PNEUMO-PHTISIOLOGIE<br>- MEDECINE INTERNE<br>-CARDIOLOGIE<br>-DERMATOLOGIE<br>-REEDUCATION FONCTIONNELLE<br>-CHIRURGIE PLASTIQUE,<br>RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE | | | | | | | | |
| | | -DJOGHLAL BELGACEM<br>-DJOGHLAL KARIM<br>-DJOGHLAL RAFIK<br>-DJOGHLAL CHAHLA | Dr MILI SAMIR | -CHIRURGIE GENERALE<br>-CHIRURGIE PEDIATRIQUE<br>-CHIRURGIE UROLOGIQUE<br>- MEDECINE INTERNE<br>-CARDIOLOGIE<br>-PEDIATRIQUE<br>-ENDOCRINOLOGIE<br>-O.R.L<br>- CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE<br>-GYNECO-OBSTETRIQUE<br>-CATHETERISME CARDIAQUE<br>-OPHTALMOLOGIE<br>-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE<br>-NEURO CHIRURGIE<br>-CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE | 54 LITS | 25.05.2014 | ROUTE NATIONALE N°44 ANNABA | 038 89 11 48 | / | 0770 113 854<br>0561 69 09 68 |
| 03 | IBN NAFIS | | | | | | | | | |
| | | - FRIDJAT ABDELHAFID | - Dr FRIDJAT ABDELHAFID | -CHIRURGIE GENERALE<br>-CHIRURGIE PEDIATRIQUE<br>-PNEUMO- PHTISIOLOGIE<br>- CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE<br>-ORL<br>-PEDIATRIE<br>-NEUROLOGIE | 30 LITS | 04.01.1999 | RESIDENCE OUED KOUBA ANNABA | 038 88 43 07A10 | 038 88 26 55 | 0776 18 94 73 |
| 04 | LES JASMINS | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | -OPHTALMOLOGIQUE<br>-NEURO- CHIRURGIE<br>-CHIRURGIE UROLOGIQUE<br>- CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE<br>-GYNECO-OBSTETRIQUE<br>- IMAGERIE MEDICALE<br>- SCINTIGRAPHIE<br>-CARDIOLOGIE | | | | | | |
| 05 | BELLE VUE ELYSA | -AYADI ABDELAZIZE<br>-CHAABNA MED TAHAR | - Dr AYADI ABDELAZIZE | -CHIRURGIE GENERALE<br>-CHIRURGIE PEDIATRIQUE<br>-CHIRURGIE UROLOGIQUE<br>-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE<br>-NEURO- CHIRURGIE<br>-IMAGERIE MEDICALE<br>-GYNECO-OBSTETRIQUE<br>-ANALYSE MEDICALE<br>-O R L | 31 LITS | 05.05.2013 | ENGLE ROUTE DE SERAIDI RUE DE L' ELYSA | 038 55 74 33 A40 | 038 55 74 36 | 0661 32 00 70 |
| 06 | ABOU MARWAN | -MANSOURI LAKHDAR MED LAMINE<br>-MANSOURI TAREK ABDELDJALILE<br>-MANSOURI MED ANOUAR | Dr KLIOUA ZOHIER | -CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE<br>-CHIRURGIE GENERALE<br>-CHIRURGIE UROLOGIQUE<br>-NEPHROLOGIE<br>-CARDIOLOGIE<br>-ORL<br>-GASTRO -ENTEROLOGIE<br>-OPHTALMOLOGIE<br>- IMAGERIE MEDICALE<br>-ANALYSE MEDICALE | 66 LITS | 13.11.2000 | SIDI HARB PLAINE OUEST ANNABA | 038 41 10 81 A 86 | 038 41 35 00 A 34 | 0796 76 64 11 |
| 07 | L'AURASSI | -MESSERER MOHAMED<br>- KADIR MOHAMED | - Dr MESSERER MOHAMED<br>- Dr KADIR MOHAMED | -NEURO- CHIRURGIE<br>-CHIRURGIE VISCERALE | 24 LITS | 28.09.1993 | 17, BD FELLAH RACHID ST CLOUD ANNABA | 038 86 67 11<br>038 86 77 51 | 038 86 65 45 | / |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *08* | *SEYBOUSE* | *Dr KADJOUH HOCINE* | *Dr KADJOUH HOCINE* | *-CHIRURGIE GENERALE*<br>*-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE*<br>*-CHIRURGIE UROLOGIQUE*<br>*-CHIRURGIE PEDIATRIQUE*<br>*-NEURO-CHIRURGIE*<br>*- ORL* | 20 LITS | 09.01.1994 | *65, AVENUE DU COLONEL AMIROUCHE ANNABA* | *(038) 55.51.86*<br>*(038) 55.52.58* | */* | *0651.32.05.22*<br>*0551.37.81.88* |
| *09* | CLINIQUE EL ALIA DJEDIDA | DR HAMEL ABDELAZIZ | DR HAMEL ABDELAZIZ | *- CHIRURGIE GENERALE*<br>*-GYNECO-OBSTETRIQUE*<br>*- PEDIATRIE*<br>-PNEUMO-PHTISIOLOGIE<br>-IMAGERIE MEDICALE<br>-ANALYSES MEDICALES | 26 LITS | 12.08.2015 | CITE BELAID BELKACEM EL- FAKHARINE ANNABA | 038 43 79 97/98 | 038 43 79 97/98 | / |
| ***TOTAL*** | | | | | **343 LITS** | | | | | |

**ملحق رقم 08: توزيع البنى التحتية في مجال الصحة حسب البلديات بولاية عنابة**



ANNEE: 2017

SECTEUR: SANTE ET POPULATION

REPARTITION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRE PAR COMMUNE (PUB+PRI)

| COMMUNES | HOPITAUX | | | NBR DE LITS | POLY | NBR DE LITS | CENTRE DE SANTE (EPSP) | SALLE DE SOINS | | PHARMACIE | | LABORATOIRE D'HYGIENE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CHU | EHS | EPH | | | | | PUB | PRI | PUB | PRI | |
| ANNABA | 01 | 01 | | 1492 | 06 | 12 | 01 | 14 | 12 | 27 | 146 | 01 |
| SERAIDI | | 01 | | 120 | 01 | 00 | | 03 | 00 | 04 | 02 | |
| EL-BOUNI | | 01 | | 150 | 03 | 07 | | 12 | 02 | 02 | 39 | |
| EL-HADJAR | | | 01 | 120 | 02 | 04 | 01 | 04 | 01 | 06 | 16 | |
| SIDI AMAR | | | | | 01 | 10 | | 07 | 01 | 02 | 20 | |
| CHETAIBI | | | 01 | 49 | 01 | 00 | | 03 | 00 | 03 | 03 | |
| AIN BERDA | | | | 50 | 01 | 00 | | 03 | 00 | 01 | 03 | |
| CHEURFA | | | | | 01 | 00 | | 06 | 00 | 03 | 10 | |
| EULMA | | | | | 01 | 04 | | 07 | 00 | 00 | 02 | |
| BERRAHAL | | | | | 02 | 10 | 01 | 04 | 00 | 00 | 07 | |
| O ANEB | | | | | 01 | 00 | | 04 | 00 | 00 | 07 | |
| TREAT | | | | | 00 | 00 | | 06 | 00 | 00 | 07 | |
| TOTAL WILAYA | 01 | 03 | 03 | 1981 | 21 | 47 | 03 | 73 | 16 | 52 | 255 | 01 |

**المصدر:** مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية عنابة

## ملحق رقم 09: توزيع مستخدمي قطاع الصحة للسلكين الطبي وشبه الطبي في ولاية عنابة

République algérienne démocratique et populaire
Wilaya de Annaba
DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
Effectifs Réel arretés au 31/12/2017

| Catégorie de personnel | DSP | INFSSF | EPSP | | | | EPH | | | | EHS | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CHU | Annaba | El Hadjar | Berrahel | El Hadjar | Ain El Berda | Chetaibi | El Razzi | El Bouni | Seraidi | wilaya |
| **Médeciens Hospitalo-universitaires** | | | **272** | | | | | | | **7** | **2** | **6** | **287** |
| **Chirurgien-dentistes Hospitalo-universitaires** | | | **25** | | | | | | | | | | **25** |
| **Pharmaciens Hospitalo-universitaires** | | | **18** | | | | | | | | | | **18** |
| s/Total | **0** | **0** | **315** | **0** | **0** | **0** | **0** | | **0** | **7** | **2** | **6** | **330** |
| **Médeciens Résidents** | | | **822** | | | | | | | **26** | **32** | **26** | **906** |
| **Chirurgien-dentistes Résidents** | | | **98** | | | | | | | | | | **98** |
| **Pharmaciens Résidents** | | | **149** | | | | | | | | | | **149** |
| s/Total | **0** | **0** | **1069** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **26** | **32** | **26** | **1153** |
| Médeciens spécialistes | 1 | | 154 | 37 | 16 | 9 | 50 | 16 | 6 | 14 | 67 | 12 | 382 |
| Pharmaciens spécialistes | | | 3 | | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Chirurgien-dentistes spécialistes | | | 3 | 20 | 5 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 |
| Médecins inspecteurs | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pharmaciens inspecteurs | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Médecins généralistes | | | 93 | 184 | 108 | 74 | 28 | 24 | 15 | 7 | 38 | 5 | 576 |
| Pharmaciens | | | 15 | 10 | 7 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 51 |
| Chirurgien-dentiste | | | 5 | 96 | 26 | 30 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 158 |
| s/Total | **3** | **0** | **273** | **347** | **162** | **123** | **82** | **42** | **24** | **26** | **106** | **20** | **1208** |
| Personnel paramédicale | 4 | | 650 | 183 | 98 | 71 | 115 | 54 | 35 | 85 | 138 | 93 | 1526 |
| A,M,A,R | | | 53 | 0 | 1 | 0 | 20 | 2 | 1 | 0 | 24 | 0 | 101 |
| Sage femme | | | 71 | 70 | 24 | 24 | 0 | 15 | 11 | 0 | 57 | 5 | 277 |
| M,R,X | | | 78 | 26 | 24 | 13 | 16 | 13 | 9 | 2 | 18 | 4 | 203 |
| Laborantin | | | 71 | 37 | 14 | 11 | 22 | 6 | 2 | 6 | 13 | 3 | 185 |
| Aides soignant | | | 375 | 103 | 54 | 40 | 76 | 30 | 28 | 43 | 54 | 45 | 848 |
| Inspecteurs pédagogique paramédical | | 4 | | | | | | | | | | | 4 |
| Pers,d'enseignement paramédical | | 12 | | | | | | | | | | | 12 |
| S/Total | **4** | **16** | **1298** | **419** | **215** | **159** | **249** | **120** | **86** | **136** | **304** | **150** | **3156** |
| Pers,Adm,d'encad,(A,S,S) | | | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 4 | 4 | 2 | 18 |
| Personnel administrateur d'encadrement | 24 | 10 | 98 | 39 | 17 | 17 | 26 | 16 | 12 | 29 | 19 | 16 | 323 |
| Personnel administrateur d'éxécution | 12 | 7 | 170 | 109 | 12 | 11 | 18 | 14 | 11 | 28 | 18 | 21 | 431 |
| S/Total | **36** | **17** | **270** | **149** | **29** | **28** | **48** | **31** | **23** | **61** | **41** | **39** | **772** |

**المصدر:** مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية عنابة

| Catégorie de personnel | DSP | INFSSF | CHU | EPSP | | | | EPH | | | | EHS | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Annaba | El Hadjar | Berrahel | El Hadjar | Ain El Berda | Chetaibi | El Razzi | El Bouni | Seraidi | wilaya |
| Psychologue | | | 25 | 24 | 6 | 7 | 1 | 2 | 1 | 24 | 3 | 7 | 100 |
| Physicien | | | 3 | | | | | | | | | | 3 |
| Biologistes | | | 53 | 19 | 19 | 4 | 2 | 7 | 13 | 2 | 6 | 2 | 127 |
| | S/Total | 0 | 0 | 81 | 43 | 25 | 11 | 3 | 9 | 14 | 26 | 9 | 9 | 230 |
| Ingénieurs en informatique | 2 | 1 | 5 | 2 | | | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 28 |
| Ingénieurs en statistique | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Ingénieurs en architecture, Habitat et urbanisme | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | 4 |
| Ingénieurs en labo et maintenance | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 2 |
| | S/Total | 3 | 1 | 7 | 2 | 0 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 3 | 3 | 34 |
| Tech/T,S en informatique | 3 | 2 | 32 | 12 | 4 | 6 | 6 | 5 | 9 | 9 | 6 | 7 | 101 |
| Tech/T,S en statistique | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Tech/T,S en architecture, Habitat et urbanisme | 1 | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| Tech/T,S en labo et maintenance | | | 7 | | | | | | | | 2 | | 9 |
| | S/Total | 4 | 2 | 39 | 13 | 4 | 6 | 6 | 5 | 9 | 9 | 8 | 7 | 112 |
| Personnel ouvrier et d'entretien | 1 | 4 | 610 | 131 | 9 | 10 | | 8 | 14 | 30 | 37 | 31 | 885 |
| Personnel contractuel temps pleins | 4 | 24 | 541 | 96 | 61 | 33 | 91 | 33 | 25 | 75 | 72 | 192 | 1247 |
| Personnel contractuel temps partiel | | | | 113 | 46 | 67 | 64 | 22 | 49 | 94 | 46 | | 501 |
| | S/Total | 10 | 28 | 1151 | 340 | 116 | 155 | 63 | 88 | 199 | 155 | 223 | 2633 |
| Total wilaya | | 60 | 64 | 4503 | 1313 | 551 | 434 | 547 | 274 | 245 | 494 | 660 | 483 | 9628 |

# قائمة المراجع

**باللغة العربية**

**أولا- المصادر**

**أ . القرآن الكريم**

1- سورة الإسراء، الآية 85.

2- سورة المجادلة، الآية 11.

**ب . الوثائق الرسمية**

**الدساتيروالمواثيق:**

3- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **دستور 1963.**

4- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **ميثاق 1976**.

5 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **دستور 1976**.

6 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **دستور 1976**

**الأوامر**

7- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 12/76 المؤرخ في 20 فيفري 1976 والمتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وسيرها وتنظيمها، الجريدة الرسمية، عدد 17، الصادرة بتاريخ 27/ 02/ 1976.

**القوانين**

8- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون 63-277**، المؤرخ في 27 جويلية 1963، المتضمن قانون الاستثمارات، الجريدة الرسمية ، عدد53، الصادرة بتاريخ 2 أوت 1963.

9- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون رقم 85-05** المؤرخ في 16 فبراير سنة 1986 ، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية ، عدد 44.

10- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون رقم 88-15**، المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل والمتتم للقانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، عدد 18.

11- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **قانون 11/ 10** المؤرخ في 22 جويلية2011، المتعلق بالبلدية،الجريدة الرسمية، عدد37.

**المراسيم التنظيمية**

12- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 81-242** المؤرخ في 5 سبتمبر 1981، والمتعلق بإنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها، الجريدة الرسمية، عدد 36.

13- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 88-204**، المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 والمتعلق بشروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، الجريدة الرسمية ،عدد 42.

14- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 90-39**، المؤرخ في 31 يناير 1990، والمتعلق بمراقبة الجودة وقمع الغش، ، الجريدة الرسمية، عدد5.

15- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 91-306** ، المؤرخ في 21 أوت1991 والمتضمن قائمة البلديات التي ينشطها كل رئيس دائرة ، الجريدة الرسمية، عدد 41.

16- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 97-261**،المؤرخ في 14 جويلية 1997، والمتضمن القواعد المنظمة لمديريات الصحة والسكان الولائية، الجريدة الرسمية، عدد 47.

17- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رئاسي رقم 03-270**، المؤرخ في 13 أوت 2003، والمتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، عدد 48.

18- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي رقم 07-140**، المؤرخ في 2007/05/19 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، عدد33.

19- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 07-321**، المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 والمتعلق بإنشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة وتنظيمها، الجريدة الرسمية، عدد 67.

20-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 09- 258**، 11 غشت 2009، المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم ، الجريدة الرسمية ، عدد 47 .

21- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 11- 379**، المؤّرخ في 21 نوفمبر 2011، والمتعلق بتحديد مهام وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجريدة الرسمية، عدد 63.

22- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 11- 380**، المؤّرخ في21 نوفمبر 2011، والمتعلق بتنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 63.

23- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم تنفيذي رقم 13-220** المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية لتسيير الانجازات وتجهيز مؤسسات الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 33.

## وثائق رسمية

24- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **بيان إجتماع مجلس الوزراء حول برنامج التنمية الخماسي 2010_2014**، المنعقد بتاريخ 24 ماي 2010.

25- مجلس النواب اللبناني، **الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: الحق في الصحة**، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، لبنان، 2007 .

### جـ تصريحات رسمية

26- بوضياف عبد المالك، **تصريح أثناء زيارة رسمية لولاية عنابة** بتاريخ 15و16 جويلية 2015، بث على إذاعة عنابة، 16 جويلية 2015 على الساعة 11 صباحا.

27- حزبلاوي مختار، **عرض مشروع قانون الصحة على لجنة الشؤون الاجتماعية والصحة بالبرلمان**، تصريح للإذاعة الوطنية، بتاريخ 2017/11/07 على الساعة 10:30.

### د- مقابلات

28- مقابلة مع السيدة ح. حنيفي، المدير الفرعي للمؤسسات الاستشفائية العمومية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، على الساعة العاشرة صباحا، بمقر وزارة الصحة، بتاريخ: 2016/06/05.

29- مقابلة مع السيد حربان، مدير المؤسسات الاستشفائية وإصلاح المستشفيات، على الساعة التاسعة صباحا بمقر وزارة الصحة، بتاريخ: 2016/06/06.

30- مقابلة مع السيد حزام، رئيس مصلحة التخطيط بمديرية الصحة بولاية عنابة، على الساعة 10:30، مقر مديرية الصحة لولاية عنابة، بتاريخ 1و2 جويلية 2018.

**هـ_ وثائق غير حكومية:**

31-الأمانة العامة للأمم المتحدة، **التعليق العام رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة،** الدورة الثانية والعشرون، مجلد 1، 2000.

32- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة ، **تقرير حول رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية لمتعلقة بالصحة: الصحة في خطة التنمية لما بعد 2015**، جمعية الصحة العالمية السابعة والستون أفريل 2014.

33- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، **تعليق رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة،** الدورة الثانية والعشرون، 2000.

34- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، **التعليق العام رقم 15/ 2013 بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى للصحة يمكن بلوغه،** الدورة الثانية والستون، 2013.

35- الأمانة العامة لهيئة الأمم المتحدة، الصكوك الدولية لحقوق الإنسان، **تعليق 13: الحق في التعليم،** الدورة الحادية والعشرون،1999.

36- المنظمة الدولية لحقوق الإنسان، **تعليق رقم 06 :الحق في الحياة** ،الدورة السادسة عشر، 1982.

37- مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، **حقوق غير المواطنين،** الأمم المتحدة، جنيف، 2006.

38- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **برنامج الأمم المتحدة للطفولة لتحسين خدمات التحصين وصحة الطفل: بداية سليمة لكل طفل،** الدورة السنوية لعام 2001.

39- رات ماتياس ، **إعلان برليتا،** 19 أكتوبر 2014.

40- منظمة الأغذية والزراعة لأمم المتحدة، **إستراتيجية منظمة الأغذية والزراعة ورؤيتها للعمل في مجال التغذية**، الفاو، روما، 2014.

41- منظمة الأمم المتحدة للطفولة، **برنامج منظمة الامم المتحدة للطفولة:بداية سليمة لكل طفل**، الدورة السنوية2001.

42- منظمة الصحة العالمية، **الإحصائيات العالمية لسنة 2009**، فرنسا، 2009.

43- منظمة الصحة العالمية، **التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008: الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى**، جنيف، 2008.

44- منظمة الصحة العالمية، **التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة**، جنيف، 2010.

45- منظمة الصحة العالمية، **تقرير الأمانة العامة حول الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030**، الدورة 138، ديسمبر 2015.

46- منظمة الصحة العالمية، **تقرير الأمانة العامة حول دور منظمة الصحة العالمية ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية**، جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون، جنيف، مارس 2010.

47- هيئة الأمم المتحدة، **تقرير الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية ريو دي جانيرو 3-14 حيزران 1992**، المجلد الثاني، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 1993.

**و - <u>قواميس وموسوعات</u>**

48- عاطف غيث محمد ، **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د ت ن.

## ثانيا - المراجع

### فئة الكتب:

49- أبو النصر مدحت، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة**، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008.

50- أحمد مسلم عدنان، آمال صالح عبد الرحيم، **دليل الباحث في العلوم الإجتماعية**، العابيكان للنشر، الرياض،2011.

51- أحمرو رياض، **المراقب الصحي مهامه وواجباته**، دار الكتاب الثقافي، عمان، 2017.

52- آرنولدج هايدنهايمر وآخرون، **السياسات العامة المقارنة: سياسات الخيار الاجتماعي في أمريكا وأوروبا واليابان**، ترجمة الشرقي أمل، الأهلية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 1999.

53- الحريري عبد الله، **كيف الصحة**، منشورات ضفاف، بيروت، 2013.

54- الطائي حميد عبد النبي، العلاق بشير، **إدارة عمليات الخدمة الصحية**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2016.

55- العلواني عديلة، **أسس اقتصاد الصحة**، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.

56- العلواني عديلة، **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، الجزء الثالث، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.

57- العنزي سعد علي، **الإدارة الصحية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009.

58- بن عابد الأحمدي طلال، **إدارة الرعاية الصحية**، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1425 هـ.

59- بوحجي محمد وآخرون، **رعايتنا الصحية خيارتنا... مساراتنا ... قراراتنا**، مركز النشر العلمي، البحرين، 2013.

60- جفال عبد الحميد وسيدي إدريس عمار، **التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية**، دار الأيام للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2015.

61- جلبي علي عبد الرزاق، أحمد هاني خميس، **العولمة والحياة اليومية**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2011.

62- حاروش نور الدين، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.

63- حاروش نور الدين، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2012.

64- حامد الضمور هاني، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط4، 2008.

65- حمزة زيد، **الطب والصحة في نصف قرن**، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008.

66- سلامة بهاء الدين، **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.

67- طري سميحة، **دور القطاع الخاص في تحقيق التنمية المحلية - دراسة حالة مؤسسة الإخوة عموري ببسكرة -**، ط1، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، 2016.

68- عبد الحافظ العوالمه نائل، **إدارة التنمية**، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2012.

69- عبد المقصود شكر فايز وآخرون، **الصحة المدرسية**، عالم الكتاب، القاهرة، 2006.

70- عتيق عائشة، **جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية: الجزائر حالة**، دار خالد اللحياني للنشر والتوزيع، عمان، 2016.

71- عثمان الصديقي سلوى ورمضان السيد، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.

72- علي الدليمي خلف حسين، **تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية: أسس، معايير، تقنيات**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2009.

73- علي سيد أمبالي محمد، **الاقتصاد والبيئة**، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 1998.

74- علي شكر اسماعيل، **مشاريع القطاع الخاص ودورها في الحد من البطالة**، مركز الكتاب الأكاديمي، عمان، 2016.

75- علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة**، سلسلة جسر التنمية، عدد22، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003.

76- غواري مليكة، **إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية**، دار اليازوري العلمية، عمان، 2016.

77- قاسم علوان نايف، **إدارة الجودة في الخدمات**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.

78- قطيشات تالا وآخرون، **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط3، عمان، 2009 .

79- كوراسا هورهيه وآخرون، **القطاع الخاص مقابل القطاع العام**، التمويل والتنمية، عدد 51، صندوق النقد الدولي، ديسمبر، 2014.

80- محمد أبو النصر مدحت، **الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية**، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2008.

81- محمد أحمد سمير، **الإدارة الإلكترونية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، 2009.

82- صفوان محمد المبيضين، **المركزية واللامركزية في تنظيم الإدارة المحلية: الفرص والتحديات**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2019.

83- محمود ذياب صلاح، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط1، عمان، 2010.

84- مخيمر عبد العزيز، الطعامنة محمد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.

85- مريزق محمد عدمان ، **مداخل في الإدارة الصحية**، دار الراية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2012.

86- مزاهرة أيمن وآخرون، **علم اجتماع الصحة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2002.

87- معمر عبد المؤمن علي، **مناهج البحث في العلوم الإجتماعية: الأساسيات والتقنيات**، منشورات جامعة 7 أكتوبر، ليبيا، 2008.

88- نافزيجر واين، **التنمية الاقتصادية**، ترجمة هبة عز الدين حسين، ياسر عز الدين حسين، ط4، دار حميثرا لنشر والتوزيع، القاهرة، 2018.

89- ياسر البكري تامر، **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوري العلمية، عمان، 2005.

**فئة المقالات**

90-الجموعي قريشي محمد، عرابة الحاج، **قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات**، مجلة الباحث، عدد 11، ورقلة، 2012.

91-الداوي الشيخ، **تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء**، مجلة الباحث، عدد 07، ورقلة، 2009-2010.

92 - بن عبد العزيز سفيان، **دعم وتطوير القطاع الخاص كآلية لترقية التجارة الخارجية خارج المحروقات**، مجلة بحوث اقتصادية عربية، مركز دراسات الوحدة العربية، عدد 62،61 شتاء، ربيع 2013.

93- بورقبة شوقي، التمييز بين الكفاءة والفعالية والفاعلية والأداء، ورقة بحث ، جامعة فرحات عباس سطيف، 2008.

94- بوشلاغم عميروش، شرفي منصف، **واقع وآفاق المنظومة الصحية في الجزائر**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4، عدد 3، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، ديسمبر 2017.

95- بوشلاغم عميروش وآخرون، **دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات العمومية الصحية بالجزائر**، مجلة دراسات اقتصادية، عدد 04، مجلد 1، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2017.

96- حاروش نور الدين، **حقّ المواطن الجزائري في الصّحة بين النصوص والواقع**، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، عدد 08، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتمنغاست، الجزائر، 2015.

97- خليل خميس، **مساهمة القطاع العام والقطاع الخاص في التنمية الوطنية في الجزائر**، مجلة الباحث، عدد 09، ورقلة،2011.

98- دريسي أسماء، **تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004- 2013**، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، عدد 06، جامعة الجزائر 3، جوان 2015.

99- رحمانية سعيدة، **وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر**، مجلة الباحث الاجتماعي، عدد 11، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسنطينة، مارس2015.

100- علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة**، سلسلة جسر التنمية، عدد22، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003.

101- قاسمي شوقي، **أثر الخيارات السياسية والاقتصادية في إعمال الحق في السكن: الجزائر نموذجا**، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 37/36، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014.

102- قندلي رمضان، **الحق في الصحة في القانون الجزائري**، مجلة دفاتر السياسة والقانون، عدد 06، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012.

103- كربالي بغداد، **نظرة عامة على التحولات الاقتصادية في الجزائر**، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 08، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2005.

104- مرسي عبد الحق، **الاعتراف الدولي بحق الإنسان في الصحة والتشريعات الوطنية المتعلقة بالتهيئة والتعمير**، مجلة القانون والمجتمع والسلطة، عدد 04، جامعة وهران، 2015.

105- مصطفى القصيمي محمد، **نظام السجل الطبي الإلكتروني:مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة**، ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الدولي "عولمة الإدارة في عصر المعرفة"، جامعة الجنان، طرابلس، 15-17ديسمبر2012.

106- مغراوي لقمان، **صناعة السياسة العامة الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر**، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، عدد :01، الجزائر، جوان2014.

107- مولاي لخضرعبد الرزاق، **العوامل المحددة لنمو القطاع الخاص بالدول النامية**، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، عدد 09، غرداية، 2010.

108- هاشم ماقورا محمد، **الحماية الدولية الجنائية للحق في الصحة**، مجلة القانون، عدد 04، طرابلس، 2013.

109- هاقان قوناش أنور، **الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي،: العلاقة بين الدخل والصحة**، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، مجلد 25، مركز أنقرة، 2004.

110- يحياوي الهام، ليلى بوحديد، **تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة**، مجلة الباحث، عدد 14، ورقلة، 2014.

**فئة الرسائل والأطروحات**

111- بن فرج الله بختة، **المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص**، رسالة ماجيستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2001.

112- بوحريص محمد الصديق ، **حوكمة الصحة العالمية بين الأسس المعيارية والمصالح التجارية**، مذكرة ماجستير في الإدارة الدولية،كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة الحاج لخضر باتنة، 2013.

113- حسيني محمد العيد، **السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث1990- 2012**، مذكرة ماجستير في السياسة العامة المقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013.

114- خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999_2009): دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف**، رسالة ماجستير في العلوم السياسية، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3، الجزائر،2011.

115- خياطي مختار، **دور القضاء الجنائي الدولي في حماية حقوق الإنسان**، مذكرة ماجستير في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011.

116- زراولية رضا، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري**، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، جامعة باتنة، 2011.

117- شعباني مالك، **دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي: دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة**، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2006.

118- عيساني رفيقة، **مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية**، أطروحة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2016.

119- عيساوي نصر الدين، **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية: دراسة حالة مستشفي حي البير بقسنطينة**، مذكرة ماجيستير في الاقتصاد المالي، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسنطينة، 2005.

120- كحيلة نبيلة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير في تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009.

121- لكحل أمين، **الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر، دراسة حالة شركة المياه والتطهير بوهران**، مذكرة ماجستير في تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية العلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2014.

122- مصلح محمد الوصابي منير، **دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن: دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي**، رسالة ماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012 .

**فئة المواقع الإلكترونية**

123- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، **الموسوعة الميسرة للمصطلحات السياسية**، متاح في: http://boulemkahel.yolasite.com/resources تم التصفح بتاريخ 2016/03/04 على الساعة 18:45.

124- منظمة الصحة العالمية: متاح في: http://www.who.int/about/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/10/16 على الساعة 11:15.

125- أخبار اليوم، المستشفيات الجزائرية من السيئ إلى الأسوأ، متاح في: https://www.djazairess.com/akhbarelyoum/121668 تم التصفح بتاريخ 2017/12/06 على الساعة 21:53.

126- الخدمات العمومية: محاولة لتحديد المفهوم، متاح في : http://attacmaroc.org تم التصفح يوم 2015/04/11 على الساعة 13:21.

127- الديوان الوطني للإحصاء، متاح في: http://www.ons.dz تم التصفح بتاريخ 2017/05/06 على الساعة: 14:17.

128- الصحة الإلكترونية : أحدث الأفكار، متاح في: http://ideas.mcit.gov تم التصفح بتاريخ 2017/04/14 على الساعة 14:56 .

129- الصحة الإلكترونية آفاق وتحديات التجربة السعودية نموذجا، متاح في :

http://www.aawsat.com/leader.asp?section تم التصفح يوم 2017/04/14 على الساعة 14:59.

130- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، **الحق في الصحة: ماذا يعني في مصر؟** متاح في http://eipr.org/sites/default/files/pressreleases/pdf/right_to_health_ar.pdf تم التصفح بتاريخ 2016/05/26 على الساعة 10:50

131- المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية، متاح في:

http://www.who.int/collaboratingcentres/cc_historical/ar/ تم التصفح بتاريخ2016/10/16، على الساعة 11:40.

132- المؤسسة الإقتصادية، مفهومها ودورها، متاح في :

www.ouarsenis.com/vb//attachment.php?attachmentid=2362 تم التصفح بتاريخ:2017/12/30، على الساعة 20:30.

133- المؤسسة العامة للتدريب الفني والمهني، **دورة مهارات بناء مؤشرات الأداء KPI's** ، متاح في:

https://sst5.com/programDetails.aspx?ProgId=436&SecID=54

134- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، قطاع الصحة، متاح في: WWW.andi.dz تم التصفح بتاريخ_18/02/ 2017 على الساعة

135- أهم معاني النمذجة، متاح في : http://kassebi2013.blogspot.com/2013/04/blog-post_7112.htmL تم التصفح بتاريخ 2017/03/04 على الساعة

136- أيمن رمضان، **مخطط مكافحة السرطان 2015-2019**، متاح في :

http://elmaouid.com/national/11668 تم التصفح بتاريخ 2017/03/11 على الساعة 14:28.

137- خالد صالح، **الحق في الصحة**، متاح في:

http://medicine.uobabylon.edu.iq/fileshare/articles/20116717_7_850.pdf تم التصفح بتاريخ 2016/05/02 على الساعة 20:15.

138- دائرة الحقوق، **الحق في الصحة**، متاح في http://hrlibrary.umn.edu/arab/M14.pdf تم التصفح بتاريخ 2016/05/02، على الساعة 17:00.

139- زهيرة مجراب وآخرون، **المواعيد الطبية ...تأجيل حتى الموت**، متاح في: https://www.echoroukonline.com/ara/?news=243934 تم التصفح بتاريخ 2017/12/28، على الساعة 14:58

140- صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون ، **قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية**، aId=48931&https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext تم التصفح بتاريخ 2017/10/31 على الساعة 13:24.

141- عدنان ماجد عبد الرحمان بري، **النمذجة والمحاكاة**، متاح في: www.abarry.ws/ModelingAndSimulation.pdf تم التصفح بتاريخ 2017/03/04 على الساعة 20:13

142- مارغريت شان، **العولمة والصحة**، بيان أمام الجمعية العامة لهيئة الأمم المتحدة، متاح في: http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/05/02 على الساعة 18:34.

143- محمد سيدمو، **خبراء جزائريون يطرحون مبادرة نبني لجزائر 2020**، متاح في: http://www.vitaminedz.org/ تم التصفح بتاريخ: 2017/03/09 على الساعة: 13:10.

144- محمد نوار، **فاتورة العشرية السوداء**، متاح في: http://www.aswat-a=21331&elchamal.com/ar/?p=98 تم التصفح بتاريخ 1017/02/24 على الساعة 09:30.

145- منظمة التغذية والزراعة، متاح في: http://www.fao.org/about/who-we-are/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/10/13 على الساعة: 13:30.

146- منظمة الصحة العالمية، **الحق في الصحة**، صحيفة الوقائع، عدد 323، نوفمبر 2013، متاح في: http://www.who.int تم التصفح بتاريخ 2018/01/07، على الساعة 14:37.

147- منظمة الصحة العالمية، متاح في : http://www.who.int/about/ar/ تم التصفح بتاريخ 2016/04/29 على الساعة 16

148- منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (ريو+20)، جدول أعمال المجلس التنفيذي، الدورة 130، جانفي، 2002، متاح في: http://apps.who.int تم التصفح بتاريخ2018/01/07 على الساعة 18:17.

149- نسرين محمد عبده حسونة، **حقوق الإنسان: المفهوم والخصائص والتصنيفات والمصادر**، متاح في / http://www.alukah.net/library/0/82711 تم التصفح بتاريخ 2016/05/26 على الساعة 10:17.

150- نصر الدين جابر ونورالدين تاوريرت، **الطفولة في الجزائر نظرة إستشرافية**، مداخلة مقدمة للملتقى الوطني حول الطفولة في الجزائر،متاح في: http://dspace.univ-biskra.dz تم التصفح بتاريخ 2017/02/24 على الساعة 9:50.

151- نوارة باشوش، **بطاقة صحية لكل مواطن جزائري ترافقه من الولادة إلى الوفاة**، نقلا عن: https://www.echoroukonline.com/ara/mobile/articles/214030.html تم التصفح بتاريخ 12/11/ 2017 على الساعة 23:14.

152- هاني العمري، **مؤشرات الأداء الأساسية**، متاح في: https://www.youtube.com/watch?v=G05UiFUZkLQ تم التصفح بتاريخ 2018/01/01 على الساعة 15:30.

153- وزارة الصحة العراقية، **السياسة الصحية الوطنية 2014-2023**، جمهورية العراق، 2014، ص 22، متاح في: http://www.nationalplanningcycles.org تم التصفح بتاريخ 03/18/ 2017 على الساعة 10:34.

154- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، متاح في: http://www.sante.dz تم التصفح بتاريخ 2017/03/20، على الساعة 22:09

155- ياحي آمال، **مواقف متباينة لنقابات القطاع بعد المصادقة على قانون الصحة**، البلاد الوطني، 2018/05/01، متاح في: http://www.elbilad.net/article/detail?id=82945 تم التصفح بتاريخ 2019/01/18 على الساعة 19:00.

156- ي. لؤي، **تمرير قانون الصحة رغم امتناع ومقاطعة المعارضة**، التحرير الجزائرية، 2018/05/10، متاح في: http://www.altahrironline.com/ara/articles/308087 تم التصفح بتاريخ 2019/01/18، على الساعة 19:20.

## باللغات الأجنبية

### مراسيم:

157- La république algérienne démocratique populaire, **Décret n° 76-141**, du 23 octobre 1976 , portant règlementaire de l'exercice du laboratoire d'analyse médicales, journal officiel n°1, 02/01/1977.

### وثائق حكومية:

158- La république algérienne démocratique populaire, **Avant Projet De La Loi Relative à La Santé,** Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière Alger **,** Août**, 2014.**

159- La république algérienne démocratique populaire**, Les Réformes en Santé Evaluation et Perspectives**, Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière , Alger, 2015.

160- Ministère De La Santé, La Population et De Réforme Hospitalière , **Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 – 2019**, La Direction Général de La Prévention et Promotion de La Santé, Alger,2012.

### تقارير:

161- Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, **règlement et chartes de comités** , Genève ,2011.

162- Anne Mills and others, **What can be done about the private health sector in low-income countries**, Bulletin of the world health organization, 2002.

163- Health world organization, **secretariat report ; transforming our world : the 2030 agenda fort sustainable development** ; the 70 session ; 18 september 2015.

164- Organisation mondial de la santé , organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, **rapport de la conférence international sur les soin de santé primaire**, Genève, 1978.

165- Organisation mondial de la santé et Fonds de nations unis pour l'enfance , **déclaration Alma Ata : les soin de santé primaire**, 1 ère édition, Organisation mondial de la santé , Genève,1978 .

**كتب :**

166- Chaoui Farid, **Le Système De Santé En Algérie : Un Enjeux Stratégique, Etat Des Lieux, Enjeux et Perspective**, conférences internationales, n :02, Institut National D'études De Stratégie Globale Alger, 2015 .

167- Ciliska Sonna ; Thomas Helem ; Cathy buffett, **Introduction au concept de santé publique fondée sur des preuves et recueil d'outils d'évaluation critique**, centre de collaboration national des méthodes et outils, université McMaster, Canada, novembre ,2010.

168- Farad Patrick, **Données Probantes et Politique publique favorable a la Santé,** centre de collaboration sur les politique publique de santé , Québec, Canada, 2OO8 .

169- Furlong Scott . R and Kraft Michael. E, **Public Policy: Politics, Analysis, and Alternatives**, Fourth Edition, London,2013

170- Guichard Anne et Potvin Louise, **pourquoi faut-il s'intéressé aux inégalités sociale de santé**, dossiers santé en action, Institution national de prévention et de l'éducation pour la santé ,France , mai 2014

171- Oufriha Fatima Zohra et Collaborateurs, **De Reforme en réforme : Un Système De Santé A la croisée Des Chemins**, CREAD , Alger, 2006, p 203.

172- Sekaran, Uma, **Research methods for business: A skill building approach** (4th ed.), New York: John Wiley & Sons Inc, 2003.

173- Tredez Gilles, **Santé et politique publiques**, dossiers santé en action , le conseil régional Nord, France, 2014 .

## مقالات ومداخلات علمية:

174- Barbeiri Magali, Cantrelle Pierre**, politique de santé et population**, politique africaine, n :31, France, 1991.

175- Chachoua .L, **Le Système National De santé 1962 à nos Jours,** Colloque International sur Les Politique de Santé , Ministère De La Santé, de Population et De Réforme Hospitalière en Collaboration avec L'école National Supérieure en Science Politique, Alger , 18,19 Janvier 2014.

176- Chaoui Farid et des autres, **les Système de santé en Algérie, Maroc et Tunisie**, Les Note Epemed , n ;13, linstitut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen, 2012 .

177- Ibrahimi Taleb, **L'alternative public/privé et le champs de la santé : une approche par le droit,** Cahier de CREAD , Alger ,n° 13, 1988.

178- Latreche Imène, Boulahbel Asma, Chérabi Abdelaziz, **Les partenariats public-privé : Une forme de coordination pour la modernisation des services publics,** Les Cahiers du MECAS, N°9/Décembre2013.

179- Mihaiu Diana Marieta and others, **Efficiency, Effectiveness and performance of the public sector**, Romanian journal of economic forecasting, n:4 , Institute of economic forecasting , 2010.

180- Naomar de almeida-filh, **modèles de la santé et de la maladie ; remarques préliminaires pour une théorie général de la santé**, revue transdisciplinaire en santé, vol 11, n :01, 2006.

181- Oufriha Fatima Zohra, **L'organisation de la couverture collective des dépense de santé et modalité de leur financement en Algérie**, cahiers de CREAD, Alger , N°13 ,1ere trimestre, 1988.

182- Oufriha Fatima Zohra, **Ajustement structurel, privatisation et dépense de santé en Algérie**, Cahiers de CREAD , Alger , n° 41 3ème trimestre 1997.

183- Zéhnaté Ahcène**, la mobilité des professionnels de santé sur le marché de soin, Colloque international mobilités internationales**, déséquilibres et développement : vers un développement durable et une mondialisation décartonnée ?, Université d'Orléans, Juin 2012.

184- Zehnati Ahcène, Christine Peyron, **Les cliniques privées en Algérie :Logiques d'émergence et stratégies de développement**, Monde en développement , 2015/02 n°170.

**رسائل وأطروحات:**

185- Bahlouli Ahmed Sofiane, **La politique de santé en Algérie : cas de wilaya d'Oran,** mémoire de magistère en science politique, Université d'Oran, Oran, 2012.

186- kaïd Nouara , **Le système de santé algérien entre efficacité et équité**, thèse pour le doctorat d'état en science économiques, faculté des sciences économiques des sciences commerciale et de gestion, université d'Alger , date non identifier.

187- Lamri. L , **Le system de santé Algérien :organisation, fonctionnement et tendances**, mémoire de magister, université d'Alger , institut des sciences économique , 1986.

## مقالات صحفية:

188- Mohammed Cherrak Elghosli , **L'apport du privé au système de santé public : un débat s'impose** , publié dans El Watan le 17 /12/2005.

189- Zehnati Ahcène , **La double activité des médecins dans le système de santé algérien,** Journal Liberté 26-11-2014 .

## مواقع انترنيت:

190- Centre de collaboration nationale des méthodes et des outils , **model de prise de décision en santé publique fondée sur les données probantes**, 2012 , http://www.nccmt.ca/publication/pubeidm/2/list-fra.html, le 25/02/2017 à 14 :00 h

191- http: //www.sante.gov.dz

192- M .Surel ,**Politique publique**, http:// fgimello.free.fr /documents/ cours -politique publique.pdf, Le 03 /02/2017 , à 10 :20 h .

.

193- Gilles Tredez ; **santé et politique publique** ; Rapport Réalisé Avec le Soutien du Conseille Régional Nord-Pas-de-Calai ; p 29. http://www.orsnpdc.org le 04 /03/2017 à 13 :41

194- L'association des facultés de médecine du Canada , **Le processus décisionnel : les politiques et l'éthique des soins de santé publique,** http://phprimer.afmc.ca/Part3-PracticeImprovingHealth/Chapitre14LeProcessusDcisionnelLesPolitiquesEtLthiqueDesSoinsDeSantEtDeLaSantPublique/Cequiinfluencellaborationdepolitiquesdesant ,le 28/02/2017 à 11:00 h.

195- Abdelhak Lakehal, **Épidémiologie des Maladies non transmissibles**, http://univ.ency-education.com/ le 02/05/2017 à 22:20 h

196- Ministère de santé de la population et de la réforme hospitalière, **exercice à titre privé de la médecine**, disponible sur : www.santé.gov.dz le 28 /09/1017 , 16 : 30

197- Chris Miksen, **What is the difference between efficiency and effectiveness in business** http://smallbusiness.chron.com/difference-between-efficiency-effectiveness-business-26009.html 05/12/2017 14 :16

198- Direction de la santé et de la population willaya d'Oran http://www.dsp-oran.dz le 01/01/2018 ; 21 :40.

# فهرس الجداول

# فهرس الجداول


| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | مصادر المعطيات الدالة وأنواعها | 94 |
| 02 | آليات تحقيق أهداف الألفية المتعلقة بالصحة | 132 |
| 03 | تراجع نسبة الوفيات لدى الرضع في الجزائر | 148 |
| 04 | تراجع نسبة الوفيات العامة في الجزائر | 149 |
| 05 | مسببات الوفاة في الجزائر | 150 |
| 06 | تطور مؤشر أمل الحياة عند الولادة | 151 |
| 07 | مقارنة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص بناء على خصائص كلا منهما | 168 |
| 08 | تطور عدد الهياكل والبنى التحتية الملحقة بالمستشفيات (2004-2006) | 187 |
| 09 | تطور عدد الهياكل والبنى التحتية الاستشفائية (2003-2006) | 189 |
| 10 | تطور عدد الهياكل والبنى التحتية بعد إعادة هيكلة قطاع الصحة | 191 |
| 11 | عدد الهياكل والمؤسسات في القطاع الصحي الخاص وفق إحصائيات 2015 | 196 |
| 12 | تطور الإنفاق العام على قطاع الصحة 2004-2013 | 210 |
| 13 | تطور الإنفاق العام على قطاع الصحة 2014-2017 | 210 |
| 14 | مقارنة كفاءة الخدمات في القطاعين العام والخاص | 213 |
| 15 | مقارنة تطور عدد الأطباء العامون في القطاعين العام والخاص | 220 |
| 16 | مقارنة تطور عدد الأطباء المختصين في القطاعين العام والخاص | 221 |
| 17 | مقارنة تطور عدد أطباء الأسنان في القطاعين العام والخاص | 221 |
| 18 | مقارنة تطور عدد الصيادلة في القطاعين العام والخاص | 222 |
| 19 | توزيع عدد سكان ولاية عنابة حسب الجنس على البلديات والدوائر | 253 |
| 20 | الهياكل الصحية المنجزة وقيد الانجاز منذ 2001 | 259 |
| 21 | الهياكل التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي | 260 |
| 22 | المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بولاية عنابة | 262 |
| 23 | المؤسسات الإستشفائية العمومية بولاية عنابة | 263 |
| 24 | توزيع الموارد البشرية بين القطاع الصحي العام والقطاع الخاص | 266 |
| 25 | توزيع الموارد البشرية في القطاع الصحي العام | 267 |

| | | |
|---|---|---|
| 26 | توزيع أفراد العينة حسب القطاع | 281 |
| 27 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس | 282 |
| 28 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن | 283 |
| 29 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب المؤهل العلمي | 286 |
| 30 | توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية | 287 |
| 31 | توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة | 288 |
| 32 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب مكان الإقامة | 290 |
| 33 | توزيع أفراد العينة حسب متغير التأمين الصحي | 291 |
| 34 | توزيع أفراد العينة حسب متغير الادخار لمرض مفاجئ | 293 |
| 35 | توزيع أفراد العينة حسب مكان تشخيص المرض | 295 |
| 36 | توزيع إجابات أفراد العينة حول كيفية الالتحاق بالمؤسسة الصحية | 296 |
| 37 | إجابات أفراد العينة حول مبرر اختيارهم الالتحاق بهذه المؤسسات | 298 |
| 38 | إجابات أفراد العينة حول كيفية توجيههم لهذه المؤسسات | 299 |
| 39 | إجابات أفراد العينة حول المدى الزمني المستغرق للحصول على موعد مع الطبيب المختص | 301 |
| 40 | توزيع أفراد العينة حسب طريقة الحصول على موعد مع الطبيب المختص | 302 |
| 41 | إجابات أفراد العينة بخصوص الثقة في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتهم | 304 |
| 42 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستجابة لاحتياجاتهم بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين | 305 |
| 43 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمقدار تلبية متطلباتهم على مدار 24 ساعة من طرف الأطباء والممرضين | 306 |
| 44 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالشعور بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى/ العيادة | 307 |
| 45 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بتوفير المؤسسة للعلاج الذي تتطلبه حالة المستجوب | 308 |

| | | |
|---|---|---|
| 46 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بنسبة وقوع الأخطاء الطبية | 309 |
| 47 | أسباب وقوع الأخطاء الطبية حسب إجابات أفراد العينة | 310 |
| 48 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بطلب إجراء الفحوصات و/أو التحاليل الطبية | 311 |
| 49 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بمكان إجراء الفحوصات و/ أو التحاليل | 312 |
| 50 | توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة بالمستشفى أو العيادة | 314 |
| 51 | إجابات أفراد العينة حول وفرة وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة | 315 |
| 52 | إجابات أفراد العينة حول مستوى النظافة بالمؤسسات الصحية | 316 |
| 53 | إجابات أفراد العينة حول مستوى الوجبات الغذائية بالمؤسسات الصحية | 317 |
| 54 | إجابات أفراد العينة حول معيار المعاملة دون تمييز | 319 |
| 55 | إجابات أفراد العينة حول مقدار معاملتهم باحترام واهتمام | 320 |
| 56 | إجابات أفراد العينة حول معيار إعلام المريض بحالته الصحية ومنحه حرية اختيار العلاج الذي يناسبه من بين البدائل الممكنة لحالته | 321 |
| 57 | إجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية | 322 |
| 58 | إجابات أفراد العينة حول إمكانية العودة مجددا للمؤسسة الحالية إذا ما ساءت حالتهم الصحية | 324 |
| 59 | إجابات أفراد العينة حول مدى احترام مواعيد الدواء | 325 |
| 60 | إجابات أفراد العينة حول أداء الأطباء والممرضون لواجبهم | 326 |
| 61 | إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم أداء الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة | 327 |
| 62 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بمواجهتهم لعراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي | 328 |
| 63 | إجابات أفراد العينة حول الإجراء الذي اتخذ بشأن حالتهم عند مواجهة العراقيل المتعلقة بنقص العتاد الطبي | 330 |
| 64 | إجابات أفراد العينة حول مدى كفاية عدد الأطباء والممرضين لتغطية حاجيات جميع المرضى | 331 |
| 65 | إجابات أفراد العينة حول مدى التوافق بين تكلفة العلاج وطبيعة الخدمات المقدمة | 332 |

| | | |
|---|---|---|
| 66 | العلاقة بين الإمكانيات المالية لمتلقي الخدمة وطبيعة القطاع الذي يختاره للعلاج حسب إجابات أفراد العينة | 333 |
| 67 | توزيع إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية | 334 |
| 68 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بمتابعة حالتهم بعد الخروج من المستشفى القطاع | 336 |
| 69 | إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان السلك الطبي وشبه الطبي يؤدي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية | 337 |
| 70 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الاعتمادية باستخدام T-STUDENT | 339 |
| 71 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الاستجابة باستخدام T-STUDENT | 340 |
| 72 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الضمان باستخدام T-STUDENT | 340 |
| 73 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الملموسية باستخدام T-STUDENT | 341 |
| 74 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر التعاطف باستخدام T-STUDENT | 342 |
| 75 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال مؤشر الكفاءة والفاعلية باستخدام T-STUDENT | 343 |
| 76 | مقارنة الخدمة الصحية من خلال معيار الإمكانيات المادية والبشرية باستخدام T-STUDENT | 344 |
| 77 | توزيع أفراد العينة حسب متغير القطاع | 357 |
| 78 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس | 348 |
| 79 | يوضح توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن | 360 |
| 80 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الحالة الاجتماعية | 361 |
| 81 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الوظيفة | 363 |
| 82 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الخبرة المهنية | 365 |
| 83 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل | 366 |
| 84 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الرضا عن بيئة العمل | 368 |
| 85 | إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم الرضا عن بيئة العمل حسب القطاعات | 369 |

| | | |
|---|---|---|
| 86 | درجة رضا أفراد العينة عن الراتب الشهري حسب القطاعات | 370 |
| 87 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستفادة من الدورات التدريبية والتكوينية حسب القطاعات | 371 |
| 88 | إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان تنظيم الدورات التدريبية يتم بشكل دوري | 372 |
| 89 | إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء | 374 |
| 90 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالرضا عن المردود المهني حسب القطاعات | 375 |
| 91 | أسباب عدم رضا أفراد العينة عن المردود المهني حسب القطاعات | 376 |
| 92 | أجوبة أفراد العينة حول حجم الاكتظاظ داخل المصالح حسب القطاعات | 377 |
| 93 | أسباب الاكتظاظ حسب إجابات أفراد العينة في كل قطاع | 378 |
| 94 | توزيع أفراد العينة حسب إجاباتهم حول توفر الأدوية من عدمه حسب القطاعات | 379 |
| 95 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بأسباب عدم توفر الأدوية حسب القطاعات | 381 |
| 96 | توزيع أفراد العينة حسب أجوبتهم حول مواجهة عراقيل في مجال العمل من عدمها | 382 |
| 97 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بالإجراءات المتخذة إزاء حالتهم عند وجود عراقيل مرتبطة بالعتاد | 383 |
| 98 | أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لكفاية عدد الأطباء والممرضين المتوفرين في تغطية حاجيات المرضى | 385 |
| 99 | أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لنظافة المؤسسة | 386 |
| 100 | أجوبة أفراد العينة حول الإجراءات المتبعة عند وقوع خطأ طبي | 387 |
| 101 | أجوبة أفراد العينة حول موقف الموظفين اتجاه المسؤول عن الخطأ الطبي | 388 |
| 102 | توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لمستوى الخدمات الصحية بعد إصلاحات 2007 | 390 |
| 103 | أجوبة أفراد العينة المتعلقة بخياراتهم حول القطاع الذي يفضلون العمل به | 392 |
| 104 | توزيع الموظفون حسب إجاباتهم المتعلقة بالاطلاع على قانون الصحة الجديد | 393 |
| 105 | إجابات أفراد العينة المطلعين على قانون الصحة الجديد المتعلقة بانعكاسات المصادقة عليه | 395 |

| | | |
|---|---|---|
| 106 | إجابات أفراد العينة حول القطاع الذي يضمن حق جميع المواطنين في الصحة | 396 |
| 107 | إجابات المبحوثين حول إمكانية منافسة المؤسسات العمومية للقطاع الخاص | 397 |
| 108 | مقارنة واقع الخدمات الصحية باستخدام اختبار T-STUDENT | 399 |

# فهرس الأشكال

# فهرس الأشكال


| الرقم | عنوان الشكل | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | محددات الصحة | 36 |
| 02 | مراحل بناء نموذج في السياسة العامة | 92 |
| 03 | منحنى بياني يوضح نمو عدد سكان الجزائر2008 – 2016 | 146 |
| 04 | التركيبة السكانية في الجزائر سنة 2015 | 147 |
| 05 | منحنى بياني يوضح تطور ميزانية القطاع | 152 |
| 06 | تطور إنفاق الأسر على الصحة مقارنة بالإنفاق الحكومي وإنفاق الضمان الاجتماعي | 152 |
| 07 | منحنى بياني يوضح تراجع عدد التحويلات إلى الخارج حسب السنوات | 154 |
| 08 | هيكلة القطاعات الصحية | 186 |
| 09 | منحنى بياني يوضح تطور عدد الكوادر الطبية العاملة بالقطاع الخاص بين سنتي 2008 و2014 | 223 |
| 10 | تطور مؤشر النمو الديمغرافي في ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية 2001_2017 (%) | 268 |
| 11 | تطور مؤشر الزيادات الطبيعية في ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية 2001_2017 (%) | 270 |
| 12 | تطور مؤشر وفيات حديثي الولادة في ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية2001_2017 (‰) | 271 |
| 13 | تطور مؤشر وفيات الأطفال ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية 2001-2017 (‰) | 272 |
| 14 | تطور مؤشر الوفيات الخام في ولاية عنابة مقارنة بالنسب الوطنية 2008_2017 (‰) | 273 |
| 15 | توزيع أفراد العينة حسب القطاع | 281 |
| 16 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس ( أ ) | 282 |
| 16 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس ( ب ) | 282 |
| 17 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن ( أ ) | 284 |
| 17 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن ( ب ) | 284 |

| | | |
|---|---|---|
| 18 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب المؤهل العلمي ( أ ) | 286 |
| 18 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب المؤهل العلمي ( ب ) | 286 |
| 19 | توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية( أ ) | 287 |
| 19 | توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية( ب ) | 288 |
| 20 | توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة( أ ) | 289 |
| 20 | توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة ( ب ) | 289 |
| 21 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب مكان الإقامة | 291 |
| 22 | توزيع أفراد العينة حسب متغير التأمين الصحي ( أ ) | 292 |
| 22 | توزيع أفراد العينة حسب متغير التأمين الصحي ( ب ) | 292 |
| 23 | توزيع أفراد العينة حسب متغير الادخار لمرض مفاجئ( أ ) | 293 |
| 23 | توزيع أفراد العينة حسب متغير الادخار لمرض مفاجئ( ب ) | 294 |
| 24 | توزيع أفراد العينة حسب مكان تشخيص المرض | 295 |
| 25 | توزيع إجابات أفراد العينة حول كيفية الالتحاق بالمؤسسة الصحية | 297 |
| 26 | إجابات أفراد العينة حول مبرر اختيارهم الالتحاق بهذه المؤسسات | 298 |
| 27 | إجابات أفراد العينة حول كيفية توجيههم لهذه المؤسسات | 300 |
| 28 | إجابات أفراد العينة حول المدى الزمني المستغرق للحصول على موعد مع الطبيب المختص | 301 |
| 29 | توزيع أفراد العينة حسب طريقة الحصول على موعد مع الطبيب المختص | 303 |
| 30 | إجابات أفراد العينة بخصوص الثقة في قدرات الطاقم الطبي المشرف على حالتهم | 304 |
| 31 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستجابة لاحتياجاتهم بشكل فوري من طرف الأطباء والممرضين | 305 |
| 32 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمقدار تلبية متطلباتهم على مدار 24 ساعة من طرف الأطباء والممرضين | 306 |
| 33 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالشعور بالأمن والحماية أثناء تواجدهم بالمستشفى/ العيادة | 308 |
| 34 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بتوفير المؤسسة للعلاج الذي تتطلبه حالة | 309 |

| | المستجوب | |
|---|---|---|
| 35 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بنسبة وقوع الأخطاء الطبية | 310 |
| 36 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بطلب إجراء الفحوصات و/أو التحاليل الطبية | 312 |
| 37 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بمكان إجراء الفحوصات و/ أو التحاليل | 313 |
| 38 | توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة بالمستشفى أو العيادة | 314 |
| 39 | إجابات أفراد العينة حول وفرة وسائل تسهل الحصول على الخدمات دون مشقة | 315 |
| 40 | إجابات أفراد العينة حول مستوى النظافة بالمؤسسات الصحية | 317 |
| 41 | إجابات أفراد العينة حول مستوى الوجبات الغذائية بالمؤسسات الصحية | 318 |
| 42 | إجابات أفراد العينة حول معيار المعاملة دون تمييز | 319 |
| 43 | إجابات أفراد العينة حول مقدار معاملتهم باحترام واهتمام | 320 |
| 44 | إجابات أفراد العينة حول معيار إعلام المريض بحالته الصحية ومنحه حرية اختيار العلاج الذي يناسبه من بين البدائل الممكنة لحالته | 321 |
| 45 | إجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية | 323 |
| 46 | إجابات أفراد العينة حول إمكانية العودة مجددا للمؤسسة الحالية إذا ما ساءت حالتهم الصحية | 324 |
| 47 | إجابات أفراد العينة حول مدى احترام مواعيد الدواء | 325 |
| 48 | إجابات أفراد العينة حول أداء الأطباء والممرضون لواجبهم | 326 |
| 49 | إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم أداء الأطباء والممرضون واجبهم بصورة جيدة | 327 |
| 50 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بمواجهتهم لعراقيل في الحصول على الخدمات بسبب نقص العتاد الطبي | 329 |
| 51 | إجابات أفراد العينة حول الإجراء الذي اتخذ بشأن حالتهم عند مواجهة العراقيل المتعلقة بنقص العتاد الطبي | 330 |
| 52 | إجابات أفراد العينة حول مدى كفاية عدد الأطباء والممرضين لتغطية حاجيات جميع المرضى | 331 |
| 53 | إجابات أفراد العينة حول مدى التوافق بين تكلفة العلاج وطبيعة الخدمات المقدمة | 332 |
| 54 | العلاقة بين الإمكانيات المالية لمتلقي الخدمة وطبيعة القطاع الذي يختاره | 333 |

| | | |
|---|---|---|
| | للعلاج حسب إجابات أفراد العينة | |
| 55 | توزيع إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت المؤسسات الصحية العمومية الحالية تكفل حق جميع المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية | 335 |
| 56 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بمتابعة حالتهم بعد الخروج من المستشفى القطاع | 336 |
| 57 | إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان السلك الطبي وشبه الطبي يؤدي دورا في إنجاح أو اختلال المنظومة الصحية | 337 |
| 58 | توزيع أفراد العينة حسب متغير القطاع | 358 |
| 59 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس ( أ ) | 359 |
| 59 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الجنس ( ب ) | 359 |
| 60 | يوضح توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن ( أ ) | 360 |
| 60 | يوضح توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير السن ( ب ) | 360 |
| 61 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الحالة الاجتماعية ( أ ) | 362 |
| 61 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الحالة الاجتماعية ( ب ) | 362 |
| 62 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الوظيفة ( أ ) | 363 |
| 62 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الوظيفة ( ب ) | 364 |
| 63 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الخبرة المهنية ( أ ) | 365 |
| 63 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الخبرة المهنية ( ب ) | 365 |
| 64 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل ( أ ) | 367 |
| 64 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير درجة صعوبة التنقل من مقر السكن إلى مكان العمل ( ب ) | 367 |
| 65 | توزيع أفراد العينة على القطاعات حسب متغير الرضا عن بيئة العمل | 368 |
| 66 | إجابات أفراد العينة حول أسباب عدم الرضا عن بيئة العمل حسب القطاعات | 369 |
| 67 | درجة رضا أفراد العينة عن الراتب الشهري حسب القطاعات | 370 |
| 68 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالاستفادة من الدورات التدريبية والتكوينية حسب القطاعات | 372 |
| 69 | إجابات أفراد العينة حول إذا ما كان تنظيم الدورات التدريبية يتم بشكل دوري | 373 |

| | | |
|---|---|---|
| 70 | إجابات أفراد العينة حول إذا ما كانت الدورات التكوينية تساهم في تحسين الأداء | 374 |
| 71 | إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالرضا عن المردود المهني حسب القطاعات | 375 |
| 72 | أسباب عدم رضا أفراد العينة عن المردود المهني حسب القطاعات | 376 |
| 73 | أجوبة أفراد العينة حول حجم الاكتظاظ داخل المصالح حسب القطاعات | 377 |
| 74 | أسباب الاكتظاظ حسب إجابات أفراد العينة في كل قطاع | 378 |
| 75 | توزيع أفراد العينة حسب إجاباتهم حول توفر الأدوية من عدمه حسب القطاعات | 380 |
| 76 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بأسباب عدم توفر الأدوية حسب القطاعات | 381 |
| 77 | توزيع أفراد العينة حسب أجوبتهم حول مواجهة عراقيل في مجال العمل من عدمها | 382 |
| 78 | إجابات أفراد العينة المتعلقة بالإجراءات المتخذة إزاء حالتهم عند وجود عراقيل مرتبطة بالعتاد | 384 |
| 79 | أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لكفاية عدد الأطباء والممرضين المتوفرين في تغطية حاجيات المرضى | 385 |
| 80 | أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييمهم لنظافة المؤسسة | 386 |
| 81 | أجوبة أفراد العينة حول الإجراءات المتبعة عند وقوع خطأ طبي | 388 |
| 82 | أجوبة أفراد العينة حول موقف الموظفين اتجاه المسؤول عن الخطأ الطبي | 389 |
| 83 | توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لمستوى الخدمات الصحية بعد إصلاحات 2007 | 391 |
| 84 | أجوبة أفراد العينة المتعلقة بخياراتهم حول القطاع الذي يفضلون العمل به | 392 |
| 85 | توزيع الموظفون حسب إجاباتهم المتعلقة بالاطلاع على قانون الصحة الجديد | 393 |
| 86 | إجابات أفراد العينة المطلعين على قانون الصحة الجديد المتعلقة بانعكاسات المصادقة عليه | 395 |
| 87 | إجابات أفراد العينة حول القطاع الذي يضمن حق جميع المواطنين في الصحة | 396 |
| 88 | إجابات المبحوثين حول إمكانية منافسة المؤسسات العمومية للقطاع الخاص | 397 |

# الفهرس العام

# الفهرس العام


الشكر .....ـــ

الإهداء .....ـــ

خطة الدراسة .....01

قائمة الاختصارات .....04

مقدمة .....05

**الفصل الأول: مدخل مفاهيمي**

**تمهيد** ..... 27

**المبحث الأول: مفهوم الصحة** ..... 28

المطلب الأول: تعريف الصحة ومستوياتها ..... 28

المطلب الثاني: محددات ومؤشرات الصحة ..... 34

المطلب الثالث:علاقة الصحة بالتنمية ..... 40

**المبحث الثاني: مكانة الحق في الصحة ضمن التشريعات الدولية والوطنية** ..... 43

المطلب الأول: مفهوم الحق في الصحة وعلاقته بحقوق الإنسان الأخرى ..... 43

المطلب الثاني: نشأة وتطور الحق في الصحة ضمن المواثيق الدولية .....53

المطلب الثالث: مكانة الحق في الصحة ضمن الدساتير والقوانين والمواثيق الوطنية ..... 62

**المبحث الثالث: مفهوم الخدمة الصحية** ........................................................ 68

المطلب الأول: تعريف وخصائص الخدمة الصحية............................................................ 68

المطلب الثاني: مؤسسات الخدمة الصحية ........................................................................ 74

المطلب الثالث: معايير تقييم الخدمات الصحية ......,,,,,,,,,,,.................................................. 75

خاتمة الفصل.................................................................................................................... 78

**الفصل الثاني:إسهامات السياسة العامة الصحية في تحسين الخدمات الصحية بالجزائر 2001-2017**

تمهيد .............................................................................................................................80

**المبحث الأول: ماهية السياسة العامة الصحية**............................................................... 82

المطلب الأول: مفهوم السياسة العامة الصحية .................................................................. 82

المطلب الثاني: نماذج صنع السياسة العامة الصحية ........................................................... 89

المطلب الثالث: أهداف وتوجهات السياسة العامة الصحية .................................................... 100

**المبحث الثاني: واقع السياسة العامة الصحية في الجزائر2001- 2017** .......................106

المطلب الأول: لمحة عن تطور السياسة العامة للصحة قبل 2001 .............................. 106

المطلب الثاني: واقع السياسة العامة الصحية بعد 2001 ...................................... 115

المطلب الثالث: فواعل صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر منذ 2001 .................... 124

**المبحث الثالث: السياسة العامة الصحية في الجزائر: تحديات ورهانات ومؤشرات الوضع الصحي العام**..... 129

المطلب الأول: تحديات صنع السياسة الصحية ..... 129

المطلب الثاني: رهانات صنع السياسة الصحية ..... 142

المطلب الثالث: تقييم السياسة العامة الصحية على ضوء تطور مؤشرات الصحة العامة .....145

خاتمة الفصل.....156

**الفصل الثالث:الإطار القانوني والتنظيمي لتقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر( 2001 - 2017 )**

تمهيد ..... 158

**المبحث الأول: مقارنة المسار القانوني والتطور المؤسساتي للقطاع الصحي العام والقطاع الخاص**..... 160

المطلب الأول: توضيح مفهومي القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص ..... 160

المطلب الثاني: مقارنة القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص من حيث الطبيعة القانونية ..... 169

المطلب الثالث: مقارنة التطور المؤسساتي وتوزيع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص .....183

**المبحث الثاني: تقييم الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص اعتمادا على مؤشرات الأداء** .....197

المطلب الأول: معالجة مستوى جودة الخدمات الصحية ..... 199

المطلب الثاني: معالجة مستويات الكفاءة والفاعلية ..... 205

المطلب الثالث: معالجة الوسائل التقنية والإمكانيات البشرية .....215

**المبحث الثالث: آفاق تطوير الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص** .....227

المطلب الأول: معوقات تقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص.....229

المطلب الثاني: آليات تجاوز معوقات تقديم الخدمات على مستوى القطاعين العام والخاص.....235

المطلب الثالث: آفاق تطوير الخدمات الصحية على ضوء مشروع قانون الصحة الجديد.....238

خاتمة الفصل.....247

**الفصل الرابع: دراسة ميدانية حول مقارنة الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص بولاية عنابة**

**تمهيد ..... 250**

**المبحث الأول: واقع الصحة العامة بولاية عنابة**.....252

المطلب الأول: لمحة عن مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعنابة .....252

المطلب الثاني:المنظومة الصحية بعنابة(الهياكل والموارد البشرية في القطاعين العام والخاص).....258

المطلب الثالث: تطور مؤشرات الصحة العامة بولاية عنابة .....268

**المبحث الثاني: تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها في القطاعين العام والخاص** .....275

المطلب الأول: توصيف مجتمع الدراسة والأدوات المستخدمة.....275

المطلب الثاني: معالجة البيانات ومقارنة واقع الخدمات الصحية إحصائيا.....281

المطلب الثالث: تحليل النتائج وتفسيرها.....345

**المبحث الثالث: تقييم واقع الخدمات الصحية من وجهة نظر القائمين عليها في القطاعين العام والخاص**.....355

المطلب الأول: تقديم استمارة البحث وعينة الدراسة ..... 355

المطلب الثاني: معالجة البيانات ومقارنة واقع الخدمات الصحية إحصائيا.....357

المطلب الثالث: تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها .....400

خاتمة الفصل.....406

الخاتمة ..... 408

الملاحق .....417

قائمة المصادر والمراجع .....443

فهرس الجداول .....469

فهرس الأشكال ..... 475

الفهرس العام .....481

ملخص ..... 488

# ملخص

## ملخص:

منذ فتح المجال أمام الاستثمارات الخاصة في قطاع الصحة بداية التسعينيات، تغير المشهد الصحي في الجزائر، حيث نما عدد العيادات الخاصة، وكان هذا النمو محسوسا وملحوظا خاصة بعد 2001، ومن هنا ظهرت مخاوف بخصوص المساس بمبدأ مجانية العلاج الذي يعد الأداة الحكومية الضامنة لحق الجميع في العلاج، وازداد القلق بهذا الشأن لما طرح مشروع قانون الصحة الجديد.

غير أن السلطات العمومية ظلت تؤكد أن الدولة لن تتخلى عن هذا المبدأ و أنها ستبقى الضامن الوحيد لحق الجميع في العلاج من خلال الخدمات الصحية العمومية، لكن مجانية العلاج سوف لن تكون بنفس الطريقة التي جاءت بها سنة 1974.

من خلال هذه الدراسة سعينا إلى تشخيص واقع الخدمات الصحية في الجزائر في ظل هذه المتغيرات الجديدة ثم تقييمه بالاعتماد على المؤشرات المعمول بها دوليا.

وضمن هذا السياق انطلقنا من فرضية أساسية مفادها أن نمو القطاع الخاص أدى إلى تراجع قدرة القطاع العام على توفير تغطية صحية شاملة و بالتالي عجزه على ضمان الحق في الصحة للجميع.

وعليه كان لابد من توضيح تلك العلاقة القائمة بين الحق في الصحة والسياسة الصحية والخدمات الصحية وتحديد المؤشرات المعتمدة في تقييم هذا النوع من الخدمات العمومية.

وقد تطرقنا بعد ذلك إلى تحليل مفصل للسياسات العامة الصحية في الجزائر ومخرجاتها، حيث ركزنا على المرحلة ما بين سنتي 2001 و2017، وقد تبين لنا أن قرار الفصل بين الخدمات التشخيصية

والخدمات الاستشفائية سنة 2007 قد باء بالفشل، هذا الفشل أدى إلى العدول عنه والعودة مجددا إلى نظام القطاعات الصحية.

وتبين لنا من خلال المقارنة التي أجريناها في الجانب النظري من الدراسة ( الفصل الثالث ) أن فتح المجال أمام القطاع الخاص الذي ظل مهمشا وبعيدا عن أية مشاركة فاعلة في تعزيز التغطية بالخدمات الصحية قبل2001، جاء كحتمية بسبب العجز الحكومي في تلبية الحاجيات السكانية من الخدمات الصحية من جهة، ومن جهة أخرى تعالي أصوات المنظمات الدولية المطالبة بفتح القطاعات الخدماتية أمام المستثمرين الخواص، وقد أضحى بعد ذلك هذا القطاع منافسا للقطاع العام في تقديم خدمات صحية نوعية في عدة تخصصات طبية.

وقد أكدت نتائج البحث الميداني الذي أجري على عينة من المستفيدين من الخدمات الصحية والقائمين عليها في عدة مؤسسات صحية عامة وخاصة بولاية عنابة أن الواقع الصحي قد فرض على نفسه توزيعا تلقائيا للخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص تحكمه اعتبارات سياسية واقتصادية مما أدى إلى الإخلال بتوازن الخريطة الصحية على مستوى الولاية.

وقد توصلنا كذلك من خلال هذه الدراسة إلى وجود تطابق نسبي بين المقارنة النظرية والمقارنة التي أجريناها ميدانيا، حيث تبين لنا عدم وجود فوارق كبيرة في مستوى الخدمات الصحية المقدمة في القطاعين العمومي والخاص من حيث الجودة والفاعلية بينما نلمس تفاوتا محسوسا في مؤشري الكفاءة والإمكانيات المادية والبشرية.

وفي الأخير توصلنا إلى نفي الفرضية الرئيسية، حيث تبين لنا حسب إجابات أغلبية أفراد العينة بأن القطاع العام يظل الضامن الوحيد للحق في الصحة إذ يضطلع بتقديم خدمات صحية مجانية وقائية وعلاجية واستشفائية وتأهيلية لكافة الأفراد بغض النظر عن مستواهم الاجتماعي وإمكانياتهم المالية.

## Résumé

Au début des années quatre-vingt-dix, l'ouverture du secteur de la santé en Algérie aux investissements privés a véritablement changé le paysage de ce dernier, notamment par l'augmentation conséquente du nombre de cliniques remarquée, particulièrement, après 2001. De ce fait, des inquiétudes se sont manifestées quant à la la mise en cause du principe de gratuité des soins, un principe considéré comme un outil gouvernemental garantissant la gratuité des soins pour tous.

Des inquiétudes qui se sont accentuées encore plus après la soumission d'un nouveau projet de loi sur la santé, néanmoins les autorités publiques continuaient à affirmer que l'Etat ne renoncera pas à ce principe, et qu'il demeurera le seul et unique garant de la gratuité des soins par le biais des services de santé publics, mais une gratuité qui ne sera pas de la même façon que celle apporté en 1974.

Cette présente étude a pour ambition de poser un diagnostic sur la réalité des services de santé en Algérie en tenant compte de toutes ces nouvelles variables, pour arriver ensuite à son évaluation à partir des indicateurs en vigueur au niveau international. Dans ce contexte, nous partons de l'hypothèse principale selon laquelle la croissance du secteur privé a considérablement réduit la capacité du secteur public à fournir une couverture sanitaire globale, et par conséquent une incapacité à garantir le droit de santé pour tous.

Il était donc nécessaire, dans un premier lieu, de clarifier la relation entre le droit à la santé, la politique de la santé et les services de santé, pour identifier les indicateurs retenus lors de l'évaluation de ce type de services publics.

Ensuite, Nous avons présenté une analyse détaillée des politiques de santé en Algérie et de leurs outputs et effets, sur une période allant de l'année 2001 jusqu'à 2017, où nous avons

constaté que la décision de séparer les services du secteur sanitaire en services de diagnostic et services d'hospitalisation en 2007 avait complètement échoué, un échec qui s'est soldé par l'annulation de cette décision et le retour au système des secteurs de santé.

Dans notre comparaison théorique (Chapitre trois), nous avons constaté que l'ouverture sur le secteur privé, qui a été marginalisé et exclu de toute participation active à la promotion de la couverture sanitaire avant 2001, était, d'une part, une nécessité pour faire face à l'incapacité du gouvernement à répondre aux besoins de la population en matière de santé, et d'autre part, pour répondre aux pressions des organisations internationales demandant l'ouverture des secteurs de services à la privatisation. Ce qui a rendu le secteur privé, par la suite, un concurrent de taille pour le secteur public, notamment, grâce à une offre de qualité de services dans plusieurs spécialités médicales.

Les résultats d'une étude de terrain concernant un échantillon de bénéficiaires et de prestataires des services de santé de plusieurs établissements de la wilaya d'Annaba, ont pu confirmer que la réalité sanitaire a imposée, par elle-même, une distribution spontanée des services sanitaires entre le privé et le publique guidée par des considérations politiques et économiques, ce qui a mené à un déséquilibre de la carte sanitaire au niveau de la wilaya.

Nous avons également constaté une relative concordance entre la comparaison théorique et la comparaison effectuée sur le terrain ; où il nous a été démontrer qu'il n'y avait pas de grandes différences dans la qualité et l'efficacité des services de santé fournis dans les secteurs public et privé, tandis qu'une différence significative pouvait être constater, entre les deux secteurs, concernant l'efficacité et les ressources matérielles et humaines

Enfin, nous sommes venus à réfuter l'hypothèse principale ; selon l'échantillon de l'étude, le secteur public reste le seul garant du droit à la santé, fournissant en fait des services gratuits, préventifs, curatifs, hospitaliers et de rééducation à toute personne, peu importe le niveau social et les moyens financiers.

## ABSTRACT

Since the opening of the private investments in the health sector on nineties of twentieth century, the health landscape has changed in Algeria, where the number of private clinics has increased. This growth has been remarkable, especially after 2001

Here has shown up the fears about the possibility of compromising the principle of free care which is the governmental instrument to guarantee the right of everyone to care

The preliminary draft of the new law of health raised more and more concerns in this respect. But public authorities have stated that they do not give up this principle and that the state remains the sole guarantor of the right of all to health, by providing free public health services, but free care will not be in the same way than in 1974.

Through this study, we sought to diagnose the reality of health services in Algeria through the new variables, then to evaluate it according to the international indicators .

In this context, we start from the basic hypothesis that the private sector growth has reduced the capacity of the public sector to provide health-care coverage and thus its inability to guarantee the right to health for all.

It was therefore necessary first to clarify the relationship between the right to health, health policy and health services and to identify the indicators used in the evaluation of this type of public services.

Next, we presented a detailed analysis of health policies in Algeria and their outputs and effects. We focused on the period between 2001 - 2017. to found that the decision to separate diagnostic and hospital services in 2007 was messed up.

This failure resulting in the cancellation of this decision under the new Health law, and it led to a return to the health sectors system.

In our theoretical comparison ( chapter three ), opening the door to the private sector, which has been marginalized and excluded from active participation in promoting health coverage before 2001, is inevitable because of the government's inability to meet the needs of the population of health services, on the one hand, and the voice of international organizations that demand To open the services sectors of investors from the private sector. The private sector later became a competitor to the public sector in providing quality health services in many medical specialties

The results of a field study of a sample of health-care recipients and health service providers in several public health facilities in Annaba state confirmed that the reality of health imposed

an automatic distribution of health services, based on political and economic considerations. This led to a defect in the state's health map

In this study, we also found a relative coincidence between the theoretical comparison and the comparison we made in the field where it seems to us that there was no difference in the quality and effectiveness of health services provided in the public and private sectors while we observe a significant difference in efficiency and material and human resources .

Finally, we have come to refute the principal hypothesis: according to the study sample, the public sector remains the only guarantor of the right to health, offering free preventive, therapeutic, hospitalization and rehabilitation services to all individuals, regardless of their social level and their funds.