

السياسات الصحية وإسهامها في الرعاية وتقديم الخدمات الصحية بالجزائر Health policies and their contribution to health care and services in Algeria

مقابلي أسماء

MOKABLI Asmaa

جامعة خميس مليانة (الجزائر)، asmaa.mokabli1@univ-dbkm.dz

 ORCID:<https://orcid.org/0009-0009-3387-9887>

عبد القادر خداوي مصطفى

ABDELKADER KHEDDAOUI Mustapha

جامعة خميس مليانة (الجزائر)، m.aek-kheddaoui@univ-dbkm.dz

 ORCID:<https://orcid.org/0009-0003-3757-6193>

صدقاوي صورية

SEDKAOUI Soraya

جامعة خميس مليانة (الجزائر)، s.sedkaoui@univ-dbkm.dz

 ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-7134-2871>

تاريخ النشر : 2026.01.01

تاريخ القبول : 2025.12.29

تاريخ الاستلام : 2025.11.12

مستخلص: شهدت الرعاية والخدمات الصحية بالجزائر تطورات هامة واكبت التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي عرفها المجتمع في سياق الإصلاحات والتكيفات الهيكلية، ولعل من أبرز هذه التطورات هو تعزيز البنية التحتية والمنشآت القاعدية الصحية وتجسيد الطب المجاني والصحة الجوارية مع توفير الرعاية الطبية لكافة شرائح المجتمع والحرص على تحسين جودتها. وموضوعنا يبحث في أدبيات الخدمات الصحية، قوامها ضرورة تنوع عروضها وصيغها لزيادة الفعالية والتغطية، وتوسيع نطاقها ليشمل كافة حالات المرض، وكذلك تعزيز أساليب السيطرة والتحكم في الأمراض وتعزيز الوعي الصحي للمجتمع، وترقية قطاع الصحة معرفيا وتكنولوجيا.

الكلمات المفتاحية: الصحة، الإنفاق الصحي، الإصلاحات، الخدمات الصحية.

تصنيف JEL: I11، I18، I19

Abstract: Healthcare and health services in Algeria have witnessed significant developments that have kept pace with the economic, social, and cultural transformations that society has experienced in the context of structural reforms and adaptations. Perhaps the most notable of these developments has been the strengthening of infrastructure and basic health facilities, the implementation of free medicine and community health, the provision of medical care to all segments of society, and a commitment to improving its quality. This topic explores the literature on health services, based on the need to diversify offerings and formats to increase effectiveness and coverage, and expand their scope to include all disease cases. It also emphasizes strengthening methods of disease control and management, enhancing community health awareness, and upgrading the health sector through knowledge and technology.

Keywords: Health, health spending, reforms, health services.

JEL Classification Codes: I11, I18, I19

المؤلف المرسل : مقابلي أسماء، asmaa.mokabli1@univ-dbkm.dz

1. مقدمة

في ضوء تحليل تطورات قطاع الصحة، تبين أثر ما تم اتخاذه من تدابير وإصلاحات، وفي مقدمة تلك التدابير تخصيص قسم كبير من الناتج الداخلي الخام ومن ميزانية الدولة للتحويلات الاجتماعية ولقطاع الصحة حصراً، وتوفير الخدمات الصحية كجزء من التزام الدولة بتحقيق العدالة الاجتماعية بغض النظر عن الدخل أو الوضع الاقتصادي، وكذلك السعي لتوفير معدات طبية حديثة وتقنيات علاجية متقدمة لغرض تقديم خدمات صحية راقية للمواطن وتسيير الوصول إلى العلاجات المتخصصة. لقد سطرت الجزائر تباعاً إصلاحات وبرامج عملية لتوفير احتياجات السكان في مجال الصحة، خاصة بالنسبة للقطاع العام الذي يعتبر المقدم الرئيسي للخدمة الصحية، وقد أدى ذلك إلى تطور كبير في الوضع الصحي للبلاد وهو ما تؤكد المؤشرات، وبالأخص في ارتفاع المتوسط المأمول العمروفي الصحة الإنجابية وفي الوبايات والوقاية من الأمراض المزمنة. تتبع أهمية مشكلتنا البحثية، من نتائج الإصلاحات المتتالية ومعها تحسن المؤشرات الصحية وإسهامها في ترقية الرعاية الصحية وتقديم الخدمات وتنويعها. وسنحاول الإجابة على التساؤل التالي:

ما مدى فعالية السياسات الصحية في تحسن المؤشرات الصحية وفي الرعاية وتقديم الخدمات الصحية في الجزائر؟

تفرع عن هذا السؤال أسئلة فرعية، منها:

- ما هي المضامين المجسدة في الإصلاحات الصحية المتتالية الهادفة إلى تطوير القطاع الصحي ؟
 - ما هي الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية ضمن النظام الصحي الجزائري ؟
 - كيف تواجه المؤسسات الصحية تحديات التمويل والتسيير ؟ وكيف يمكن تحسين الوصول إلى خدماتها ؟
 - ما هي الأخطار التي تتكفل بها الحماية الاجتماعية ويضمونها التأمين الصحي من خلال الرعاية والخدمات الصحية ؟
- تبنى معالجة موضوعنا في التعرف على واقع توافر الرعاية والخدمات الصحية ومستوياتها، ومدى التطورات الحاصلة في قطاع صحة من جهة المنشآت القاعدية والتسيير والتمويل وتوافر المختصين..على الفرضية الرئيسية الآتية: لقد تطور النظام الصحي بالجزائر من خلال الإصلاحات المتتالية، مما أدر إلى تحسين الرعاية والخدمات الصحية.
- وبالتفصيل سنختبر الفرضيات الثانوية الآتية :
- اعتمدت الوزارة الوصية لتحقيق أهدافها من الإصلاحات على عدة برامج، بالخصوص تكفلها بالتحول الوباي والديموغرافي، وتيسير الوصول إلى الخدمات الصحية،
 - تقدم المراكز الصحية مجموعة متكاملة من الخدمات، بهدف إتاحة عدد لا حصر له من العقاقير الطبية التي تُستخدم في العلاج والوقاية،
 - تحسين إدارة الموارد الصحية يعزز من كفاءة تسيير المؤسسات الصحية وفي التكفل بجميع نفقاتها مما يؤدي إلى تحسين الخدمات،
 - زيادة التغطية الصحية وتحسين برامج التأمين خففت العبء على المواطن للوصول إلى الخدمات الصحية.
- وتبرز أهمية هذه الدراسة من خلال تعميق فهم أهمية الصحة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، إبراز أهداف الإصلاحات الصحية المتتالية ودورها في تحسين الخدمات الصحية، والتركيز على المعايير التي تتطلبها أنشطة الرعاية والخدمات الصحية بالجزائر.
- ولاختبار الفرضية الأساسية والفرضيات الثانوية، استندت الدراسة إلى المنهج الوصفي التحليلي للسياسات الصحية ومناقشتها، لغرض إبراز التطور الحاصل بالقطاع الصحي ومؤثراته، وانعكاس ذلك على تقديم الخدمات، وكذا الوقوف عند أهم العراقيل التي تقف حائلاً في سبيل تحسين هذه الخدمات.

لاختبار تم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة أقسام : قدمنا في القسم الأول عرضا عن النظام الصحي بالجزائر ومميزاته وتطور هيكله وأدائه واحتياجاته ومؤشرات، وفي القسم الثاني أشرنا فيه إلى مسألة تمويل النظام الصحي ونفقاته وكذا سبل إصلاحه وتطويره. وتناولنا في القسم الثالث قضية الرعاية وتقديم الخدمات الصحية للأفراد في المراكز الصحية، ومدى ملائمة هذه الخدمات وكفايتها. وفي القسم الرابع أشرنا إلى بعض مضامين الحماية الاجتماعية والتأمين وهياتها وترابطها مع معايير العمل والأمراض والأخطار وكذا توجهاتها لتوسيع التغطية.

تناولت العديد من الدراسات والأبحاث جوانب كثيرة من موضوعنا، منها:

أولا: أطروحة الدكتوراه للباحثة برحوفافة سهيلة، 2023، بعنوان "إصلاح المنظومة الصحية في إنعاش الاقتصاد الجزائري (2002-2020)"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة الجزائر 03، السنة الجامعية: 2022-2023. وقد هدفت دراستها إلى تقييم أنشطة القطاع الحساس، والمجهودات المبذولة في سبيل تحقيق الأهداف الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية للسكان، من خلال المنظومة الصحية خلال الفترة 2002-2022 وموائمتها مع التغيرات التي طرأت على المجتمع، الوبائية منها والاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

تطرقت الباحثة إلى موضوع إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر للفترة 2002-2020، لتأثيره الكبير على إنعاش الوضع الاقتصادي، وحاولت تقييم جهود واتجاهات الإصلاح بمختلف المراحل وعلى شتى المرتكزات التي تقوم عليها المنظومة الصحية والمبالغ المنفقة لتلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة تحسين الرعاية والخدمات، متحدثة أيضا عن البرامج والمقومات الداعمة للقطاع الصحي كصناعة الدواء ونظم الحماية الصحية، دون أن تنسى مشاكل التمويل وخدمات الدعم والمراقبة.

وقد اتبعت الباحثة في معالجتها للموضوع واختبار الفرضيات عدة مناهج وفق سياق المعالجة، فكان المنهج الوصفي المتبع في الدراسات الاقتصادية، والمنهج التحليلي في تحليل البيانات المستقاة من البيانات الحديثة، والمنهج القياسي بدراسة النموذج الخطي المتعدد لمعدل النمو وتقدير معالمته (نفقات التسيير والتجهيز معدل الحياة عند الرجال والنساء) لغرض الوقوف عند تطور المؤشرات الصحية لتعمم الفائدة على الوضع الاقتصادي وتحسين معيشة السكان.

أشارت الباحثة إلى أن المؤسسات الصحية تُدار بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من الإدارة بالأهداف كون متطلبات العمل في معظمها ذات طبيعة طارئة ولا تقبل التأجيل، ضف إلى ذلك تميز هذه المؤسسات بضخامة الاستثمارات في الأصول الثابتة. غير أن التمتع في نتائج الإصلاح يتضح له الإخلال الكبير في تحقيق الأهداف المنتواة، حيث كان التركيز جليا على الجوانب الهيكلية والمؤسسية، في ظل تفاقم أزمة التسيير ومعه تدهور خدمات المؤسسات الصحية العامة وعودة الأمراض المزمنة وتردي أوضاع العاملين بالرغم من الدعم السخي للدولة لغرض تحسين ظروف المستخدمين وضعف التحكم في التكاليف الصحية وترشيدها وأيضا قلة مردود أنشطة البحث وكذا قلة استخدام المعدات والتجهيزات الطبية الحديثة.

ثانيا: مقال سعيدة رحامنية، 2021، بعنوان "تقييم الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية من وجهة نظر المرضى، دراسة ميدانية بالمؤسسات الصحية العمومية بمدينة قسنطينة"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13، العدد 5. جاءت هذه الدراسة الاستقصائية من أجل تقييم الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية بمدينة قسنطينة من وجهة المرضى باعتبار مدينة قسنطينة عاصمة الشرق وأكبر المؤسسات الصحية موجودة بها.

هدفت الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى محاولة تقييم الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية بمدينة قسنطينة، في ضوء التطور العمراني للمدينة وكيفية توزيع الهياكل والمؤسسات الصحية في المدينة، من حيث مكوناتها الأساسية للكشف عن أهم المشاكل والعراقيل التي يعاني منها القطاع الصحي العام بقسنطينة. ومدى إمكانية وصول سكان المدينة إلى الرعاية

في المؤسسات الصحية العمومية في المدينة. ذلك لأن الخدمات الصحية تساهم في دفع عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية ومهمتها الأساسية تكمن في تلبية احتياجات السكان المحليين بالشكل والنوع المطلوب.

وقد أكدت الباحثة بأن المؤسسات الصحية بمدينة قسنطينة ساهمت في تحسين صحة المواطن وذلك راجع -بحسبها- إلى وجود فريق طبي مؤهل من أطباء وممرضين يتميزون بمستوى مقبول من الأداء الطبي. وأشارت إلى وجود ضغط على هذه المؤسسات من البلديات المجاورة التابعة لولاية قسنطينة، مما يحد من توفير الرعاية الصحية لكل المواطنين. وفي الختام تقدمت الباحثة ببعض الاقتراحات كالآتي:

- إعادة النظر في الميزانية المخصصة لقطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا للارتقاء بالخدمات الصحية،
- التوعية الصحية المستمرة لأفراد المجتمع والمرضى والزوار،
- ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع احتياجات المتجددة للمواطنين،
- مواكبة التطور التكنولوجي خاصة في مجال الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة.

ثالثا: مقال بوخاري فاطمة حنان، 2022، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي ومصادر تمويله في الجزائر دراسة تحليلية حالة الجزائر، مجلة المقرري للدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد 6، العدد 2، هدفت الباحثة في هذا المقال إلى تقييم وتشخيص الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة 2008-2017 ومعرفة مصادر تمويله والعوامل المفسرة لنمو النفقات العامة الصحية، ومدى مساهمته في الرعاية الصحية لتحسين التغطية وتحديد اتجاهات نمو الإنفاق ومقارنة مستوياتها بمستويات الناتج المحلي الإجمالي وأيضا الوقوف عند الاختلالات التي يعاني منها نظام تمويل الإنفاق على النظام الصحي. وكانت أهم استنتاجاتها كما يلي:

- يعتمد تمويل نفقات الصحة على خزينة الدولة والاقتطاعات الإجبارية من دخل العمال ثم يليها الضمان الاجتماعي أما نسبة مساهمة الأسر فهي ضعيفة ؛
- استحوذت نفقات التسيير على الجزء الأكبر من نصيب النفقات الصحية في الميزانية العامة للدولة خلال 2008-2017 حيث بلغت أعلى ذروتها سنة 2013 حيث بلغت 96.9 بالمائة أما نفقات التجهيز فكانت أعلى نسبة لها في سنة 2008 إذ بلغت 33.3 بالمائة مما يدل على وجود خلل في تسيير أموال الصحة ؛
- عجز القطاع الصحي العمومي عن تغطية احتياجات السكان من الخدمات الصحية أدى إلى بروز القطاع الخاص وساعد في انتشار العيادات والمصحات الخاصة.

2. النظام الصحي في الجزائر مؤشرات

تتكون معظم النظم الصحية الوطنية من قطاع عام وقطاع خاص وقطاع تقليدي. وهي تشمل المؤسسات المستشفيات، والعيادات الطبية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمراكز التخصصية، بهدف خدمة صحة الفرد وسلامة المجتمع، وتقديم الرعاية الطبية الفعالة والمناسبة للحالات المرضية المتنوعة (خريف و حرنان، 2018). فالمؤسسة الصحية تعد واحدة من الهياكل الأساسية التي تجمع بين البنية والوظيفة، حيث يتألف البناء الوظيفي لها من مجموع الوحدات التي تعمل معًا لتحقيق أهداف المؤسسة، وهذا البناء الوظيفي هو الذي يُحدد الأنشطة التي تقدمها الخدمة الصحية (بوشرش و بولنوار، 2018).

1.2. النظام الصحي في الجزائر

تعتبر الرعاية الطبية والصحية من أهم وظائف المؤسسات الصحية (Lavigne, 2009, pp. 435-445) وهي تشمل الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بها من فحوصات عادية

ومتخصصة، الإسعاف، الطوارئ، خدمات التمريض، الخدمات الصيدلانية. الأمر الذي يتطلب تضافر جهود العاملين بها بمختلف تخصصاتهم للتكفل بحاجيات السكان في مجال الصحة، ومن ثم فهي تسعى من خلال هياكلها ومسؤوليها الإداريين إلى تنظيم العلاج في المنطقة الصحية التي تغطيها، حيث يقوم المركز الاستشفائي الجامعي بدور قطب جهوي للعلاجات المتخصصة والدقيقة، تسانده المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (طب العيون، أمراض الكلى، أمراض العظام...) أما القطاع الصحي فقد أوكلت له مهام التكفل الصحي القاعدي (الطب الداخلي، الجراحة العامة، طب الأطفال، أمراض النساء...) (برحو فافا، 2022، صفحة 80) والأمر يصدق في القطاع الصحي الخاص الذي يُعد رديف أساسي في منظومة العلاج، نظرا للخدمات التي يقدمها لاسيما فيما يتعلق بالتشخيص والعلاج والخدمات الأخرى المكملة (تحاليل، تصوير بالأشعة...)، لكن يبقى دوره محصورا في خدمات العلاج التي تدرج عائدا والتي تستهدف أصحاب الدخل المرتفع أو تلك المؤمن عليها. وهو يعمل على تحقيق التكامل مع القطاع العام بتنسيق تدرج العلاج ومتابعة ملف المريض (برحو فافا، 2022، صفحة 86).

ولأن الدولة هي المسؤولة على تحديد السياسة الصحية، وتحديد القواعد العامة، لتسيير الهياكل والأنظمة الصحية، وكذا تطوير سياسات وخطط دعم المجهود الصحي، نجدها تسعى باستمرار إلى تحسين النظام الصحي العمومي وتطويره لمواجهة التحديات الحالية والمستقبلية، وفي ظروف تسييره وخدماته المقدمة، وتوفير الإمكانيات والتجهيزات والهياكل واستقطاب المتخصصين، ومذلك معالجة النقائص والتجاوزات في العيادات العامة والخاصة في مجال التشخيص والأسعار والأسرة الاستشفائية والوقت المخصص للمرضى (الجريدة الرسمية، 1985).

اعتمدت الوزارة الوصية لتحقيق أهدافها من الإصلاحات، على عدة برامج متنوعة، للتكفل بالتحول الوبائي والديموغرافي، وتيسير الوصول إلى الخدمات الصحية والتكفل بالمشاكل المتعلقة بعرض العلاج، وإعادة الاعتبار للوقاية والعلاج القاعدي، والعمل على مضاعفة الهياكل والمراق الصحية الذي بدوره يستوجب مضاعفة تعداد العاملين الصحيين (بن زيان ووشين، 2025)، وكذلك دعم النشاطات التي تركز مبدأ التدرج في العلاج (Banque mondiale, 2007, p. 193).

يرجى يرتبط تطور الجانب الصحي للفرد والمجتمع ارتباطا وثيقا بتطور الخدمات الصحية وتوفير الهياكل والمؤسسات وحسن توزيعها وكذلك توفر المعدات والوسائل اللوجيستية، اعتمادا على جهود العاملين بمختلف شرائحهم من أطباء وممرضين ومسيرين لغرض تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى كما ونوعا (رحمانية، 2021، الصفحات 189-202). والجزائر لم تدخر جهدا منذ استقلالها لتطوير القطاع الصحي والنهوض بمكوناته، حيث سطرت عدة برامج تنموية خصصت فيها للصحة مبالغ كبيرة بغية تلبية احتياجات الرعاية. وقد نجحت إصلاحات القطاع في بلوغ أهدافها بنسبة كبيرة، خاصة في الرعاية الصحية وتقديم لخدمات الصحية، وهو ما يتناغم مع مؤشرات تقييم أوضاع القطاع الصحي وقياسات نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين.

2.2. مؤشرات النظام الصحي ومحددات أدائه

حققت الجزائر قفزات نوعية في التنمية البشرية وبالأخص في الميدان الصحي، حيث تحسنت الوضعية الصحية للسكان نتيجة للبرامج الصحية المتعددة الرامية لتلبية الاحتياجات المحددة لكل فئة من السكان، وتتمين الجهود الرامية لتوفير المساواة في الحصول على الرعاية الصحية وضمان مجانيته واستمراريتها، ذلك لأن أدوات السياسة تسعى إلى توفير المزيد من البنى التحتية والهياكل القاعدية في مجالات التعليم والصحة (قداري، ساعد، و طيب، 2022، الصفحات 134-146)، وبسط تغطية مقبولة للرعاية الطبية، ومن ثم بلوغ مستوى معيشي مرموق. وهو ما أظهره تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول التنمية الاجتماعية والبشرية من خلال تحسن مؤشرات الرعاية الصحية خلال الفترة 2019-2021 (بن زيان ووشين، 2025) تتويجا للجهود المبذولة لتطوير التغطية الصحية وتنفيذ برامج إدارة الأمراض ذات الأولوية وتعزيز الأطر المؤسسية الصحية.

يتأثر النظام الصحي بالمؤشرات الاقتصادية والاجتماعية، كالناتج الوطني الإجمالي وتعداد السكان ومعدل الخصوبة. ومتوسط نصيب الفرد في الناتج الإجمالي ومؤشرات الإنفاق الحكومي. ومؤشرات الطلب الكلي على السلع والخدمات والمؤشرات التعليمية.. وللوقوف عند الحالة الصحية للسكان.

فعن مؤشر متوسط العمر للنساء والرجال، وهو مؤشرا لقياس ظروف الحياة والمعيشة وتقييمها، يوضح التقرير تحسن هذا المؤشر، يبين تأثير الزيادة في مستوى الوفيات سلبا على متوسط العمر المتوقع عند الولادة، هذا المؤشر سجل تزايدا محسوسا وصل في سنة 2020 إلى 78.32 سنة عند النساء و75.86 سنة عند الرجال (بن زيان ووشين، 2025). ويشير تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي إلى أن هذا المؤشر لكلا الجنسين ارتفع إلى 77.2 سنة في 2022.

وهناك مؤشرا آخران هاما أولهما يشير إلى معدل الوفيات الأولى لكل 1000 شخص المستخرج من معدل المواليد الخام إلى عدد الولادات المواليد أحياء على مدار العام لكل 1000 شخص مقدرة في منتصف العام، وناتج طرح معدل الوفيات الإجمالية من المعدل الإجمالي للمواليد هو معدل الزيادة الطبيعية التي تساوي معدل التغير السكاني. والمؤشر الثاني هو معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مع احتمال أن المولود الجديد سوف يموت قبل بلوغ سن الخامسة إذا كان يخضع لمعدلات الوفيات في أعمار محددة من السنة المحددة. حيث انخفض معدل الوفيات لدى الأطفال دون سنة واحدة إلى 17.7 لكل 1000 ولادة حية في 2022.. كما شهد معدل وفيات الرضع والأطفال تحت خمس سنوات انخفاضا بلغ 19.8 % خلال 2022، مما يؤكد تدني نسبة الوفيات الأطفال، وهي نتيجة منطقية لأسباب عديدة منها، زيادة العناية بصحة الأم وارتفاع مستوى تعليم المرأة، التقدم العلمي، وارتفاع المستوى المعيشي.

ومن حيث عدد الهياكل الصحية، ذكر التقرير بأن البنية التحتية الصحية تدعمت بين سنتي 2019 و 2021 بهياكل صحية جديدة، حيث ارتفع عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية من 219 الى 235 مؤسسة، ومن 79 الى 91 مؤسسة استشفائية متخصصة خلال هذه الفترة. كما ارتفع عدد الأطباء المتخصصين إلى 21501 سنة 2022 في القطاع العمومي وإلى 18218 في القطاع الخاص. وتووجا للتغطية الصحية، بلغت تغطية الأطباء (في سنة 2022): طبيب عام لكل 1181 نسمة وطبيب متخصص لكل 1150 نسمة. والأمر يصدق على الممارسين الصحيين، فخلال 2022، حيث ارتفع عددهم إلى 58945 في القطاع العمومي وإلى 49477 في القطاع الخاص.

ومن المتوقع مستقبلا أن تتراجع مؤشرات نسبة الوفيات وترتفع مؤشرات العمر المرتقب عند الولادة، كما سيشهد هرم الأعمار تغيرات هيكلية تنقلص فيه نسب الفئات الأكثر شبابية، وتزداد نسبة الفئات المسنة، مما يترتب عنه زيادة في الإنفاق. الأمر الذي يفرض على السلطات الصحية اليقظة والاستمرار في تحديث المنظومة وتقريب الصحة من المواطن. والاهتمام بمعايير الجودة ومؤشرات الأداء للهياكل الصحية، وكذلك التحيين المستمر لنظام المعلومات واليقظة الصحيين.

إن دور هذه المؤشرات إجمالا لا يمكن أن تبرر ضمان تغطية شاملة في الرعاية وتقديم الخدمات الاجتماعية، ذلك لأن تأثير المتغيرات الاجتماعية يتباين كثيرا على مستوى الأسر والأفراد. فالأسر الميسورة تتفرغ لمتطلبات التربية والرعاية الصحية وفرص العمل، بينما يؤدي حجم الأسرة الكبير، وارتفاع معدلات الإعالة إلى زيادة الأعباء على نفقات الأسرة وعجزها عن اقتناء حاجياتها وتوفير المتطلبات الأساسية والوصول إلى الخدمات الصحية. وكذلك بالنسبة للأسر الفقيرة التي لن تصمد طويلا من دون دعم ورعاية، وقد تضطر إلى دفع أبنائها إلى التسول وإلى العمل الهش من أجل تحسين أوضاعها، فيقع هؤلاء الأطفال بدورهم على حافة الحرمان ومتهات الحياة القاسية وضعف الرعاية والخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق بالتشخيص المبكر والعلاج، والوصول إلى اللقاحات والأدوية الضرورية.

واستمرارا لجهود تطوير القطاع الصحي، تبنت السلطات العمومية جملة من البرامج الموجهة للأطفال والرضع، وبرنامج مكافحة أمراض الإسهال والأمراض التنفسية الحادة (IRA) وبرنامج التغذية للأم والطفل. كما تأسست لهذا الغرض عدة هيآت منها اللجنة الوطنية المتعددة القطاعات للوقاية من الأمراض المتنقلة ومكافحتها، واللجنة الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته، والوكالة الوطنية للأمن الصحي، والمرصد الصحي الوطني، وإنشاء فرق متنقلة في بعض المؤسسات العمومية. ويجري التنسيق والتعاون بين مختلف الأطر والمصالح الصحية في مجالات بحث العلمي لتلبية احتياجات المجتمع ومواجهة التحديات الصحية.

3. النفقات الصحية وإصلاحات النظام الصحي

يؤثر الوضع الاقتصادي للدولة على حجم الموارد المخصصة للإنفاق الصحي، مما يحتم على الحكومة ومعها المؤسسات الصحية أن تسعى إلى إدارة نفقاتها بكفاءة لضمان تقديم رعاية صحية جيدة وتحديد المجالات التي يمكن تحسينها لتقديم خدمات أفضل وبتكلفة أقل. هذا ما سعت إليه سياسة القطاع الصحي في إرساء نظام شامل للرعاية الصحية والحماية والعلاج للحد من انتشار الأمراض المعدية وكذلك تطوير البنى التحتية الصحية والمرافق المساندة.

3.1. النفقات الصحية

تشمل نفقات الصحة مجموع النفقات المرتبطة بتأسيس المؤسسات الاستشفائية وتجهيزها ونفقات التسيير العمومية ونفقات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل الوقاية من الأمراض والنفقات المرتبطة بالرعاية الصحية، ونفقات الحمل والولادات ونفقات الأدوية والمبالغ المقدمة مقابل الخدمات الصحية من طرف القطاع الخاص والنفقات التي تتحملها المراكز الصحية والاجتماعية ونفقات الاستثمارات الصحية (قداري، ساعد، وطيب، 2022، الصفحات 368-388). وتنوع هذه النفقات في مصادرها بين الإنفاق الحكومي والمدفوعات من الأموال الخاصة، ومصادر التأمين الصحي الطوعي، والبرامج الصحية التي توفرها جهات العمل، والأنشطة التي تمارسها المنظمات غير الحكومية. وهذه النفقات تغطي مجموعة واسعة من الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والسلع الصحية، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية.

من مؤشرات النفقات على قطاع الصحة، نذكر (vilkot & Lecler, 2006, p. 84):

- الإنفاق على الصحة من الميزانية العامة للدولة،
- نفقات الصحة لكل فرد ولكل سنة،
- نفقات الصحة الإجمالية مقارنة بالثروة الوطنية،
- نفقات الصحة حسب الدورات الاقتصادية، طويلة المدى أو قصيرة، أو نفقات في فترات الانتعاش والأزمات،
- معدل نمو النفقات الصحية ومعدل نمو الناتج المحلي الإجمالي خلال فترة معينة،
- مؤشرات الخدمات الصحية.

ومن الطبيعي أن تواجه المؤسسات الصحية صعوبات في التمويل والتسيير المالي وذلك لعدم قدرتها على التكفل بجميع نفقاتها، بسبب ارتفاع التكاليف الصحية التي هي ليست ناتجا من ارتفاع ميزانية التسيير والتجهيز فقط للمؤسسة لاستشفائية بل ناتجة أيضا إلى بعض الأخطاء وتجاوزات التسيير، مما ينتج عنها ارتفاع تكلفة المنتج الاستشفائي.

ومن الأسباب التي أدت أيضا إلى ارتفاع النفقات الصحية (d'Intignano, 2001, p. 69):

- ارتفاع نفقات العلاج في سن الولادة والتي تبدأ في الانخفاض تدريجيا أثناء فترة الشباب، ثم تبدأ في الارتفاع تدريجيا مع الكهولة ونكون مرتفعة في فترة الشيخوخة. كما تكون النفقات مرتفعة عند النساء،

■ الجيل الجديد يستهلك علاجاً أكثر من استهلاك الجيل الذي سبقه، نتيجة تطور الوصول إلى العلاج، ووجود تغطية عن طريق التأمينات حيث يدفع المريض تكاليف ضئيلة.

وعلى العموم، لا يزال الإنفاق على الصحة في ارتفاع ومن دون تحكم تاماً في التسيير ولا في التقييم، بعيدة عن الرشد والفعالية وحسن الأداء لأنها لا تقوم على أساليب الإدارة الحديثة المتمثلة في التخطيط والتنظيم والرقابة والتقييم، ولا تسمح للمسيرين حتى بمعرفة التكاليف الحقيقية للأداءات. ولا يتم في الغالب تقديم الحسابات الوطنية للصحة. ما يجري هو تخصيص الميزانيات السنوية دون تقييم للأنشطة الحقيقية، حيث يتم اعتماد نفقاتها من دون دراسات كافية. حيث يمكن القول بأن تسيير هذه الميزانيات بقي عشوائياً بالرغم من تضاعف الطلب على العلاج، كما نلاحظ بأن هيكلية الموارد والنفقات بميزانية المؤسسة الصحية يقتصر على أبواب تقليدية لا تفي بتغطية جميع الضرورات الصحية، وبالتالي أصبحت هذه الميزانية غير قادرة على مساهمة المستجدين، حيث نلاحظ بأن الجزء الخاص بنفقات الميزانية يقتصر على عشرة أبواب مجملة، تشمل بنفقات الموظفين (تمثل أكثر من ثلاثة أرباع الميزانية)، ونفقات التكوين ونفقات التغذية ونفقات الأنشطة الوقائية ونفقات العتاد والأدوية الطبية ونفقات الصيانة ونفقات الخدمات الاجتماعية ونفقات اقتناء التجهيزات الطبية.

نلاحظ أن هيكلية الموارد والنفقات بهذا الشكل يحد من رشادة وتنفيذ هذه الميزانية لتغطي بصفة كافة جميع الضرورات الصحية، فعلى سبيل المثال أين تقع الاعتمادات المخصصة للتغذية الصحية للمرضى المقيمين بالمستشفيات وكذلك الأمر بالنسبة لمخصصات صيانة الهياكل وعصرنتها، إضافة إلى تعقيد التعاملات مع المتعاملين الاقتصاديين.

لقد جاء النظام التعاقد في إطار عملية الإصلاح الذي يختص بتمويل المؤسسات الاستشفائية، حيث يعتبر القانون 85-05 (الجريدة الرسمية، 1985) المتعلق بحماية الصحة وترقيتها هو المنظم والمشرّف على تمويل النظام الصحي الوطني بعد صدور قانون المالية 1992 وقوانين المالية اللاحقة، والتي أسست لنظام هذا التعاقد الذي يسمح للدولة بتحديث النظام الصحي ويحد من الحواجز القائمة بين القطاعين العام والخاص وتحديد مهامها بدقة، وقد أقر هذا النظام مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات الصحية العمومية. ومن من أبرز ما جاء في هذا القانون النقطتان الآتيتان:

- تتعلق الأولى بالاشتراكات التي ستكون على أساس واقعي مرتبطة بالنشاط الحقيقي مع التناسب بين المساهمين المستفيدين من هذه الموارد، حيث نص قانون المالية على مساهمة ميزانية الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات العمومية للصحة بهدف تغطية الرعاية الطبية للمؤمن عليهم والمستحقين عنهم، على أن تتكفل الدولة بتغطية نفقات الوقاية، التعليم والبحوث الطبية والرعاية الصحية لصالح غير المؤمنين.
- والثانية تتعلق بمجانبة العلاج: حيث تضع الدولة حيز التنفيذ كل الوسائل والإمكانيات لحماية الصحة وترقيتها بضمانها لمجانبة العلاج. وقد تضمن هذا القانون توضيح الجوانب المعنية بالمجانبة، متمثلة في الخدمات العلاجية العمومية المتعلقة بالفحص والعلاج والاستشفاء.

2.3. إصلاحات النظام الصحي

تقدم المستشفيات الجامعية المنتشرة عبر أرجاء البلاد خدمات صحية مقبولة وتلعب دوراً رائداً في تأصيل التعليم والبحث الطبيين. ولأن المستشفى هو من أكثر المؤسسات الصحية تعقيداً، فقد تمحورت جل الإصلاحات الصحية على المستشفى، وذلك بسبب توفره على كافة أنواع الرعاية الصحية، كخدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الرعاية الصحية الثانوية وخدمات الرعاية الصحية التخصصية في وقت واحد (Kaid Tilane, 2006, p. 9) وهذه المؤسسات الصحية تُدار في الغالب بأسلوب الإدارة بالآزمات كون متطلبات العمل في معظمها ذات طبيعة طارئة لا تقبل التأجيل (Kaddar, 2017).

يمكن حصر أهم تطورات النظام الصحي الجزائري في جانبين أساسيين، أولهما هو الانتقال الوبائي الذي عرفته البلاد منذ الاستقلال، حيث تم القضاء بصفة نهائية على معظم الأمراض المتنقلة غير أنه بالمقابل ظهرت الأمراض الثقيلة المزمنة، والتي تتطلب إنفاقا ضخما نظرا لغلاء الأدوية والفحوصات. والجانب الثاني هو استمرار تسيير الهياكل الصحية بأدوات غير مجدية وغير مرنة على مستوى إدارة الأعمال الصحية، وضبابية الرؤية الكفيلة بترشيد العرض الاستشفائي وتخصيص الموارد واستغلالها. ولا ننس ضعف التنسيق مع مختلف القطاعات ذات الصلة (بوشلاغم و شرفي، 2017، الصفحات 9-30).

لقد عجلت الاختلالات المنظومة الصحية في الجزائر بوصول قطار إصلاحات النظام الصحي، وهذه الإصلاحات المتلاحقة لا يمكن فصلها عن أداء المنظومة الصحية، وهي تعالج جوانب كثيرة تتعلق بالخص (Kaddar, 2017):

- تسيير استراتيجيات الفاعلين في الصحة، المدراء، مقدمي الخدمات ومسيري الضمان الاجتماعي،
 - تطوير الكفاءات في مجال الموارد البشرية وفي تسيير الأنظمة الجديدة المتعلقة بالصحة والتأمين والحماية،
 - وضع أدوات التنظيم والضبط التي تعتمد على الجودة والفاعلية وتنظم المعلومات.
- وحققت تمكن الجهات الوصية من ممارسة تسيير فعال للنظام الصحي بأكمله، يتوجب أن تتوافر لها معلومات ذات جودة عالية عن المعطيات والمشكلات في السياق الذي يعمل فيه النظام الصحي، وهي الأمور التي تتطلب (برحوفافا، 2022، صفحة 40):
- معرفة مدى الحاجة للرعاية الصحية، عن طريق المتابعة والمراقبة الوبائية، والدراسات الاستقصائية،
 - المتابعة والتقييم، تشمل معايير ومؤشرات قاعدية وتحديد الأهداف منها،
 - معرفة الاحتياجات على مستوى الموارد البشرية، والبنى التحتية، والمنتجات الصيدلانية والدوائية، والتكنولوجيات،
 - إتاحة المعلومات للجهات الفاعلة والمعنية،
 - ضمان تمويل كافي للصحة، عن طريق دراسة الميزانيات، تحليل الإنفاق، معالجة المعوقات المالية.
- في سنة 2018 صدر القانون رقم 11/18 المتعلق بالصحة والذي يحوي 450 مادة تخص تنظيم المنظومة الصحية وعصرنه تسييرها. حيث أولى هذا القانون أهمية كبيرة للجوانب الوقائية، خاصة الأمراض غير المتنقلة التي شهدت ارتفاعا كبيرا خلال السنوات الأخيرة، نظرا للتغيرات التي طرأت على السلوكيات والنظام المعيشي للمجتمع، بالإضافة إلى إعطاء اهتمام خاص لصحة الأم والطفل والمسنين والمعوقين (برحوفافا، 2022، صفحة 128) كما نص هذا القانون على إنشاء خارطة صحية جديدة تتماشى وخصوصية كل منطقة قصد التحكم في الأمراض المنتشرة ورصد الأموال اللازمة لمكافحتها مع حصر احتياجاتها الصحية. كما وضعت السلطات إستراتيجية لرقمنة القطاع وتكثيف استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الممارسات الصحية، ووضع الأسس العملية لنظام الصحة الإلكترونية والسجلات الطبية الإلكترونية والتطبيب عن بعد، لتسهيل إدارة الملفات الطبية وتطوير عمليات الرعاية الصحية.

جهود الإصلاح لم تذهب سدى في الحد من الارتفاع الكبير للإنفاق الصحي الوطني، بفضل اعتماد آليات تحكم لتحسين اعتماد التكاليف وترشيدها وحسن استخدام المعدات والتجهيزات الحديثة. فتم إدخال المحاسبة التحليلية في حساب التكاليف للمؤسسات الصحية على أساس الأنشطة، واسترجاع دور مكتب الدخول باعتباره المصدر الأساسي للمعلومات، واعتماد النظام التعاقدية، توفير الوثائق والمعطيات وجميع المستلزمات المسهلة والمبسطة لطريقة حساب التكاليف بواسطة الأقسام المتجانسة، وتعزيز مساهمة الدولة لضمان التضامن الوطني مع استمرار صلاحياتها.. غير أن هذه النتائج الإيجابية، صاحبها إخلال من جانب الموارد البشرية حيث كان التركيز جليا على الجوانب الهيكلية والمؤسسية، فتدهورت بعض الخدمات الصحية وعادت الأمراض المزمنة وتردت أوضاع العاملين والمستخدمين سوء.

ولإنجاح الإصلاحات يجب إعطاء أهمية للنقاط التالية الصحة (Banque mondiale, 2007, p. 193):

- تحيين رزنامة الإصلاحات وتجسيدها بشكل مرحلي وتقييد الطرق المتبعة، لغرض تحسين الإجراءات،
- تحديد طرق العمل، وإنشاء لجان في موضوعات متخصصة في مجال الصحة،
- الإعلان عن نتائج الإصلاح خلال مختلف مراحل التطبيق وتوفير شروط الاستئناف،
- اختبار الإصلاحات في عدة مستشفيات عن طريق مشاريع قيادية.

وكذلك بعث أنشطة البحث والابتكار وإصلاح الجوانب المالية المتعلقة بالصحة (النهج التعاقدية، التسعيرة، طرق تمويل المستشفى ومصادره، العلاقة بين صناديق التأمين ومقدمي خدمات الصحة والمؤمنين بالسلع والخدمات الطبية القابلة للتغطية من قبل صندوق التأمين) مع الاهتمام بطرق تحسين استغلال وتسيير المستشفيات والمؤسسات المساندة (Oufriha, 2009, p. 75).

ولا ننس تدعيم استخدام التكنولوجيا الرقمية والحيوية في مجال الصحة بما يؤدي إلى تحسين الرعاية الصحية للسكان والوصول إلى الخدمات الصحية بجودة عالية حيث يحظى هذا الجانب باهتمام السلطات الصحية. فقد نظم المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئية بتاريخ 22 جوان 2023 ندوة يتناول واقع وأفاق استخدام التكنولوجيا الحيوية في مجال الصحة. ذلك لان التكنولوجيا الحيوية في مجال الصحة تجلب العديد من المزايا في العلاجات والتشخيص، والوقاية والعلاج. واكتسابها يتطلب دعماً متزايداً لهياكل البحث وتبني آليات تحويل نتائج البحوث إلى منتجات.

4. الخدمات الصحية

تتألف الخدمات الصحية مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية الأساسية التي تقدم من قبل المراكز الصحية. بهدف إتاحة عدد لا حصر له من العقاقير الطبية التي تستخدم في العلاج والوقاية (سناني، 2023، الصفحات 57-68). وهي تُعد من اهمال مخرجات التي تمكن قطاع الصحة من الرقي والوصول إلى معدلات مقبولة من التنمية البشرية، لأنها توفر للناس حياة أطول من حيث الغذاء والرعاية الصحية والتعليم والنقل والطاقة والعمل (قداري، ساعد، وطيب، 2022، الصفحات 134-146). تشمل هذه الخدمات تقديم الرعاية الصحية للأفراد في مناطق محددة، سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو وقائية. كما تشمل هذه الخدمات أيضاً كلفاً مكن لأحد الأطراف تقديمه للآخر من أجل تحسين الصحة، بهدف تحقيق الصحة في جميع البيئات والظروف، والاهتمام المستمر بطرق التنظيم وتنظيم المعلومات لتحقيق الجودة والفاعلية في الأداء، ذلك لأن المؤسسات الصحية مُجبرة على تبني معايير الجودة في أدائها وفي تقديم خدمات تتلاءم مع توقعات الزبائن وتلبي حاجاتهم ومعرفة المعايير التي يعتمدون عليها في الحكم على جودة الخدمة المقدمة، والتعرف على درجة رضا المريض على ما يقدم له من خدمات مع تحديد معايير التقييم المعتمدة في الحكم على جودتها، وإبراز أهميتها النسبية قصد تحسينها (بغداد باي، 2021، الصفحات 220-245).

تتوقف الرعاية على ثلاث عوامل متكاملة (Bonnet & Ponchon, 2018, p. 123):

- مرافق الرعاية المتاحة: مستشفيات، عيادات طبية عامة أو خاصة وتوزيعها إقليمياً،
- قواعد تنظيم نظام الرعاية الصحية على أساس الأهداف المحددة انطلاقاً من الاحتياجات،
- الكفاءة المهنية لمقدمي الرعاية الصحية.

تقسم الخدمات الصحية إلى قسمين: يتعلق الأول بالخدمات الصحية العلاجية التي ترتبط بالخدمة الصحية الموجهة للفرد بصورة مباشرة، وهي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء كان ذلك من خلال العلاج الدوائي المباشر في المنزل أو من خلال العلاج السريري أو من خلال التدخل الجراحي. أما القسم الثاني فيتعلق بالخدمات الصحية الوقائية التي ترتبط بصحة المجتمع، حيث تهتم بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة (الفاتح و عثمان، 2013، الصفحات 121-238).

فالخدمات العلاجية التي تُقدم للأفراد للعلاج من الأمراض أو الإصابات للحفاظ على الصحة العامة. تشمل الاستشارات والفحوصات وإدارة الأمراض المزمنة إلى جانب العلاج الطبي والجراحة عند الضرورة، كما تتضمن هذه الخدمات العلاج الفيزيائي

والتأهيل وتخفيف الألم بعد الإصابات أو الجراحات (مكيد و بن عيادة، 2016، الصفحات 7-31). كما تشير الخدمات الإنتاجية في قطاع الصحة إلى الجهود التي تُبذل لتحسين العمليات الداخلية وتعزيز كفاءة تقديم الرعاية الصحية. تشمل هذه الجهود تطوير العمليات والإجراءات الداخلية في المستشفيات والمراكز الطبية لتحسين التنظيم والكفاءة. بالإضافة إلى توفير الدعم الفني والتدريب على استخدام التكنولوجيا المتقدمة. كما تتضمن خدمات الإنتاجية الصحية تنظيم سلسلة التوريد وتحليل البيانات الصحية لتحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين وتطوير (مكيد و بن عيادة، 2016، الصفحات 7-31)، دون أن ننسى دور المؤسسات الصحية في الاستقبال والتوجيه.

يشير مصطلح الكفاية الكمية عن القدرة على تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع بشكل كافٍ وفعال وأيضاً القدرة على تقليل الموارد المستخدمة، سواء كانت بشرية أم مادية أم مالية، لتحقيق أقصى المخرجات من مدخلات محددة (السياسي و عرابة، 2017، الصفحات 11-24). ويقدم النظام الصحي الفعال خدمات ذات جودة عالية وفقاً لأحدث المعايير الطبية في أي وقت وحيثما كان الفرد بحاجة إليها وهو ما اصطلح عليه بالكفاية النوعية وهو يشمل التشخيص الدقيق والعلاج السليم على أن تأخذ في الاعتبار الحاجة إلى التكامل بين مختلف متطلبات الرعاية ومستوياتها (صاري، 2021، الصفحات 397-412).

من أجل الحصول على خدمة صحية ذات جودة، تضمن أدنى درجة من الأخطاء وتحقق مستويات عالية من القبول لدى المستفيدين يستلزم مجموعة من المتطلبات الضرورية (بوخلوة و جمال حود، 2019، الصفحات 62-86):

- الكفاءة المهنية للأشخاص الذين يقدمون الخدمة التمريضية، أي أن يكون مقدم الخدمة محيطاً بالمعرفة والمهارة المتعلقة بحقل تخصصه ومهارته، وأن تكون جدية الرغبة في إسداء وتقديم الخدمة التمريضية، وأن يتحلى بأعلى مستويات السلوك الأخلاقي وأن يهتم بتنمية قدراته ومهاراته وصولاً إلى تحسين الأداء ؛
- الرضا والقبول من جانب المستفيدين من الخدمة التمريضية، لأنه بدون ذلك الرضا لن تكون الخدمة التمريضية ذات جودة وفعالية، فقبول المريض وذويه للخدمة يمثل الحجر الأساس في الخدمة التمريضية.

5. الحماية الاجتماعية والتأمين الصحي بالجزائر

تقدم الحماية الاجتماعية أوسع نطاقاً من الضمان الاجتماعي أو المساعدة الاجتماعية أو شبكات الأمان الاجتماعي، وهي تعتبر رافداً للتنمية وآلية للمحافظة على الموارد البشرية وتنميتها وتكريس قيم التكافل والتضامن في المجتمع. يشمل مفهوم الحماية الاجتماعية مجموعة من التدابير الحمائية التي تمكن الفرد من الحصول على احتياجاته الأساسية في الظروف الطارئة، مع ضمان الحد الأدنى لمستوى معيشته في الظروف العادية. وأكثر الفئات الاجتماعية حاجة للأمن الاقتصادي هم الفقراء والعاطلون عن العمل، اليتمى والأزامل، والشيوخ والأطفال. ونظام الحماية الاجتماعية في الجزائر إنما يقوم على أساس التكافل والتضامن الاجتماعي بين الأفراد، من خلال الاشتراكات والمساهمات في صناديق الضمان الاجتماعي، لغرض تأمين العمال الإجراء وغير الإجراء والمعاقين والعجزة وغيرهم من الشرائح الضعيفة، مع تقديم حماية مميزة لكافة شرائح وأفراد المجتمع من الأخطار التي تعترضهم أثناء تأدية أنشطتهم. ولنظام تكلفة يتحملها الأفراد وأرباب العمل والدولة على حد سواء.

وترتبط الحماية الاجتماعية بمجموعة آليات تشمل معايير العمل والأنظمة الخاصة بدورة الحياة، الأمومة والإعانات الأسرية والمعاشات، وتعويضات الأخطار المهنية، وتخص هذه الضمانات الأخطار الاجتماعية المتمثلة أساساً في الأمراض والبطالة ومخاطر العمل والفقر والتكفل بالمتقاعدين وذوي الاحتياجات الخاصة. وهناك نمطان يندرجان ضمن الحماية الاجتماعية، هما:

- نظام الحماية الاجتماعية: نظام شامل يغطي كل الفئات السكانية ؛
- نظام الضمان الاجتماعي: مؤسس على الدفع المسبق للاشتراك.

كما أن الرعاية الاجتماعية، لم تتعد كونها وسيلة لتخفيف المعاناة على الطبقات المحرومة فقط، ففي الغالب تكون مزاياها رمزية، وهو ما يدعو إلى التركيز على الغرض الإنمائي للحماية الاجتماعية في إدماج الفقراء في النشاط الاقتصادي، حيث

تشير الإحصائيات إلى أمراض كثيرة لها علاقة بسوء التغذية وتلوث المياه والسكن الهش. كان لزاما على القائمين على نظام الحماية الاجتماعية أن يركزوا جهودهم أيضا على (برحو فافا، 2022، الصفحات 67-68):

- تبسيط إجراءات الانخراط والاشتراك وتدعيمه معلوماتيا بهدف تبسيط الخدمات،
 - تحيين المعطيات وإضفاء المرونة على المستوى الإداري والتنظيمي وتأهيل الموارد البشرية،
 - مراجعة السياسات الاستثمارية لصناديق الحماية بما يناسب تطور سوق الاستثمار وتنوعه، كإسهامه في تدعيم العمل المنظم المؤجر أو الحر ومرافقة المستثمرين.
- وقد تجسّد تطور هذا النظام في تأسيس العديد من الهيئات وفي التوجهات التي تم إقرارها لتوسيع التغطية الاجتماعية للفئات الناشطة والشرائح الضعيفة. أوكلت مهمة تحقيقها لصناديق الضمان الاجتماعي والتأمين عن البطالة والتقاعد، وحماية المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، منها:
- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء CNAS: ويهتم بالعمال الذين يتقاضون أجورهم بصفة منتظمة، حيث تقتطع نسبة منها شهريا لصالح هذا الصندوق،
 - الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء CASNOS: يختص بأرباب العمل والحرفيين ومن يمتلكون محلات تجارية للاستفادة من تعويضات التقاعد والمرضى أو عند التعرض لحوادث عمل، فهم ملزمون بدفع اشتراكاتهم لهذا الصندوق،
 - الصندوق الوطني للتقاعد CNR: تهتم بتسديد مستحقات فئة المؤمنین الذين أحيلوا على التقاعد،
 - الصندوق الوطني للتأمين على البطالة CNAC: تضمن هذه الهيئة للعمال المسرحين بموجب قرار وزاري وكذلك في حالة إغلاق المؤسسات العمومية دفع أجرة شهرية لفترة زمنية معينة.
 - صندوق التأمينات للعطل مدفوعة الأجر CACOBATH: يعمل هذا الصندوق كوسيط بين العامل وصاحب العمل في قطاع البناء والأشغال العمومية من خلال الاشتراكات التي تدفع سنويا لتغطية أجور العمال الخاصة بالعطل،
 - الديوان الوطني للأعضاء الاصطناعية للمعوقين ONAAPH: يقوم بمنح الأعضاء الاصطناعية مجاناً للفئة المعوقة حركيا.
- وتعتبر هذه الصناديق من مصادر تمويل إيرادات الصحة والحماية الاجتماعية. كما نلاحظ بأن نظام الحماية الاجتماعية لا يكتفي بهذه الصناديق، بل نجده يصوغ مسارات أخرى ضمن نظام المزايا الاجتماعية الشاملة لتخفيف المخاطر وتوسيع الفرص أمام الفقراء، حيث يحوي نظام الميزانية الاجتماعية للدولة مضامين عن الاعتمادات المالية المخصصة لتنفيذ النشاط الاجتماعي وحماية الفئات الاجتماعية الضعيفة والمحرومة، فهو بذلك يُعد وسيلة فعالة لمحاربة الفقر والإقصاء، كما يهدف أيضا إلى دعم المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي (قطاع التربية، المكفوفين والأطفال المسعفين والمعوقين..). وكذلك إنشاء أجهزة اجتماعية أخرى لتوطيد الأمن الاجتماعي (ترقية الشغل، دعم السكن..).
- وعلى الرغم من الجهود المبذولة، ما يزال نظام الحماية الاجتماعية لم يكتمل تغطيته، وهو ما يستدعي الإسراع في مواكبة احتياجات السكان، وتطوير نظام تمويل صناديق شبكات الحماية الاجتماعية، والارتقاء بالخدمات الاجتماعية، كالخدمات الصحية والتعليمية الأساسية، واعتبارها حقا من حقوق المواطنة. والتي يمكن عبرها تحقيق تنمية شاملة ومستدامة. خاصة، إذا ما اعتبرنا، أن هذه الحماية من ورائها احتياطات وثروات وموارد وفعاليات يجب أن تُدار بكفاءة وفعالية، وهي في حقيقتها مرتبطة أيضا بتحقيق العدالة وليس فقط بالتطور الاقتصادي.
- أما التأمين الصحي كجزء محوري من المنظومة الصحية فهو يندرج ضمن التأمين الاجتماعي يخص المخاطر الصحية التي يمكن أن تصيب الفرد المؤمن ليحصل على إصرتها على تكاليف الفحص والعلاج، والتحليل والدعم والإقامة. وهو يقوم على نهج إدارة المخاطر الصحية.

يُعرف التأمين الصحي بأنه عقد يتم بموجبه دفع أقساط التأمين للمؤمن، يتعهد المؤمن لقاء ذلك بدفع مبلغ معين دفعة واحدة أو على أقساط للمؤمن له، ويدفع مصاريف العلاج والأدوية كلها أو بعضها وذلك في حال مرض المؤمن له خلال مدة التأمين (السيد، 2003، صفحة 16).

إن تسيير نظام التأمينات يقسم الصندوق إلى صندوقين، الأول خاص بالأجراء CNAS والثاني لغير الأجراء CASNOS فالتأمين الصحي يشكل أداة فعالة لتعبئة الموارد وتخفيف العبء المالي لتغطية المرض. وتقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ الجمع بين المخاطر التي تصيب المجتمع أو الأفراد، وتقاسمها بين المؤمنين عليهم، وذلك عبر جمع النفقات اللازمة لعلاج الضرر، ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج، تم تصميمه بطرق مختلفة لتنظيم وتقديم الرعاية الصحية إلى جميع محتاجيها مقابل قدر معلوم من المال يدفعه الأفراد المشتركين في التأمين. استنادا إلى نظام توجيه يشمل المستشفى وCNAS من أجل إدارة الأعمال الطبية وتبادل المعلومات من خلال TIC.

قامت الوزارة المكلفة بالتأمينات الاجتماعية بإصدار بطاقة "الشفاء" الذي تُعد بنك صحي للمؤمن. يحوي المعلومات التي تتعلق بصحة المؤمن عليه، والفحوصات التي أجريت له، والأدوية التي استهلكها.. إلخ. وتستخدم هذه البطاقة للحصول على المزايا المستحقة (بصفة كلية أو جزئية بحسب حالة المريض) من مؤسسات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية العامة والخاصة. تُعد الجزائر من بين الدول الرائدة في توفير الحماية الاجتماعية للمؤمنين ضد المخاطر المحتملة، وهو ما أكدته مدير الأداءات بالصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء CNAS، حيث أعلن بأن عدد المؤمنين اجتماعياً وذوي الحقوق بلغ 30 مليون شخص خلال 2024، ما يعكس حجم التغطية الكبيرة، هذا الرقم الكبير يتطلب تسييراً عصبياً وفعالاً، خاصة في ظل ارتفاع حجم الخدمات المقدمة، التي تشمل تعويضات الأدوية ومصاريف التكفل بالأخطار. ويولي مسؤولو الصندوق أهمية كبرى لترشيد الإنفاق ومراقبة صرف الأموال، ومواجهة الممارسات السلبية من دون المساس بحقوق المواطنين. كما كشف المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CASNOS عن مداخل الصندوق لسنة 2024 والتي بلغت 1827 مليار دينار، ووصل عدد المؤمنين في الصندوق إلى 14 مليون مؤمن اجتماعي منهم 6 ملايين نشطين.

ورغم التطور الكبير لمساهمات الدولة وهبات الضمان الاجتماعي فأن العجز يظل قائماً الأمر الذي يستدعي رفع مساهمات ميزانية الدولة وتوسيع مصادر التمويل وإعادة تنشيط مصادر التمويل الحالية والبحث عن مصادر جديدة، عن طريق رفع نسبة الاقتطاع من الأجور لأصحاب الرتب العليا، أو دفع الأغنياء للانخراط في الأعمال الخيرية الموجهة للقطاع الصحي، أو تخصيص نسب من الرسوم على النشاطات المؤثرة على الصحة للصحة. وكذلك تشديد الرقابة على التهريب والغش.

6. خاتمة

أدت الجهود الحكومية المستمرة إلى تحسينات كبيرة في بنية النظام الصحي وتوفير الخدمات الصحية للمواطنين. حيث شهد القطاع الصحي تطوراً ملحوظاً في البنية التحتية الصحية، تم بناء العديد من المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات في مختلف أنحاء البلاد وتجهيزها بأحدث التقنيات الطبية، مما ساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة وتوسيع نطاق الخدمات الصحية المتاحة للسكان. ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات تؤثر على جودة الخدمات الصحية، مثل نقص الأطباء والمتخصصين في المناطق الريفية وتفاوت توزيع الموارد الطبية.

يتضح أن برامج الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الصحية وحدها غير قادرة على حل جميع المشاكل التي تنجم عنا لمرض، خصوصاً في ظل ارتفاع نسبة الإعاقات والأمراض نتيجة للتلوث البيئي والظروف السيئة التي يعيشها بعض الأفراد في أماكن سكنهم. مما يتعين على الحكومة الاستمرار في تطوير القطاع الصحي وتكثيف الجهود حول الوقاية من الأمراض الوبائية ومكافحتها

وتعزيز السياسات والبرامج الشاملة. والمشاركة في الاستثمار والبحوث الطبية والتكنولوجيا. وتعزيز التعاون مع المؤسسات الصحية الدولية لتبادل الخبرات والمعرفة وتعزيز القدرات.

يجب التركيز أكثر على الرعاية الصحية الأولية والوقائية، وتوفير التغطية الصحية الشاملة لجميع الفئات السكانية، بما في ذلك تلك الفئات الهامشية والمهمشة، ذلك لأن المستفيدين في القطاع الخاص وذوي الحرف الحرة، من نظام المساعدة الطبية قليلون، والمستفيدون الحقيقيون في إطار التأمين عن المرض عددهم أيضا قليل، إذا ما اعتبرنا الشرائح التي تعمل في ظروف هشة، والمتقاعدين وذوي الحقوق والمقصيين بسبب شرط الاشتراك.

ونختتم موضوعنا ببعض التوصيات، وهي كالآتي:

- إتاحة المعلومات الصحية للجهات الفاعلة والمعنية.
- إعادة هيكلة المستشفيات من حيث المهام، التدرج في العلاج، والتنظيم الداخلي،
- تحسين التسيير مع تطوير الكفاءات التسييرية، التقويم، المراجعة والمراقبة،
- تعزيز برامج التدريب والتعليم الطبي،
- تدعيم الهياكل والتجهيزات الاستشفائية والبيوطبية،
- زيادة الاستثمار في البنية التحتية الصحية في المناطق الريفية لضمان تقديم خدمات صحية متكاملة وعادلة،
- دعم الاتصال والشراكة بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى والجهات المساندة لاحتياجات المرضى،
- تحفيز مجال الأعمال المساندة والخدمات الطبية،
- مساعدة الصيدليات على الانخراط في إنتاج الأدوية والسعي إلى تحويلها لاحقا إلى شركات.

7. قائمة المصادر والمراجع

- نادية خريف، وسمية حرنان. (2018). تسيير مؤسسات الصحة العمومية في الجزائر، المعوقات والمتطلبات. الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجاً". قالمة: 10-11 أفريل 2018 جامعة 08 ماي 1945.
- نور الدين بوشرش، و الطيب بولنوار. (2018). مؤسسة الصحة الجزائرية واشكالية الأداء. الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجاً". الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجاً". قالمة: 10-11 أفريل 2018 جامعة 08 ماي 1945.
- سهيلة برحوفافا. (2022). دور إصلاح المنظومة الصحية في إنعاش الاقتصاد الجزائري (2002-2020)، 3. الجزائر، رسالة دكتوراه، في العلوم الاقتصادية، تخصص تخطيط.
- الجريدة الرسمية. (1985). القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها. الجزائر.
- إيمان بن زيان، و ريمة وشين. (2025). واقع أداء النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية (2024/06/15). تم الاسترداد من <https://economie.univ-batna.dz/images/articles/Article7.pdf> (07/07/2025)
- رحامنة سعيدة. (2021). تقييم الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية من وجهة نظر المرضى، دراسة ميدانية بالمؤسسات الصحية العمومية بمدينة قسنطينة. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 13 (5).
- أحمد قداري، محمد ساعد، و سعيد طيب. (2022). تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي ومصادر تمويله في الجزائر دراسة تحليلية حالة الجزائر، مجلة المقرري للدراسات الاقتصادية والمالية. مجلة المقرري للدراسات الاقتصادية والمالية، 2 (6)، 368-388.
- عميروش بوشلاغم، و منصف شرفي. (2017). واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر. مجلة دراسات اقتصادية، 4 (2).
- لبنى سناني. (2023). جودة الخدمات الصحية: مدخل مفاهيمي. 7 (1)، 57-68.

- غالي بغداد باي. (2021). تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية في طب العيون وهران. *مجلة البحوث القانونية والاقتصادية*، 4(1)، 220-245.
- الفتاح، ا.، عثمان، م. (2013). اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية واثرها على التنمية. *مجلة امرباك، الاكاديمية الامريكية العربية للعلوم وتكنولوجيا*، 4(10)، 4.
- علي مكيد، و فريدة بن عيادة. (2016). واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية. *المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية*، 3(2)، 7-31.
- دلال السيبي، و الحاج عرابية. (2017). قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات DEA - دراسة تطبيقية لعينة من المستشفيات الخاصة خلال سنة 2015. *مجلة أداء المؤسسات الجزائرية*، 6(1)، 11-24.
- فايزة صاري. (2021). أداء النظام الصحي في الجزائر. *مجلة أداء المؤسسات الجزائرية*، العدد 11، 7(1)، 397-412.
- بوخلوة، ب.، جمال حود، م. (2019). تقييم جودة خدمة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة. *مجلة أداء المؤسسات الجزائرية*، 8(1)، 8.
- عبد الهادي السيد. (2003). *عقد التأمين حقيقته ومشروعيته*. بيروت: منشورات الحلبي.
- Banque mondiale. (2007). *Revue des Dépenses Publiques*. Washington.
- Bonnet, X., & Ponchon, F. (2018). *L'usager et le monde hospitalier*. Presses de l'EHESP.
- d'Intignano, B. M. (2001). *Santé économie en France*. Paris: Thémis économie, Pufg.
- Kaddar, M. (2017). Réformes des Systèmes de Santé et Protection Sociale au Maghreb. In: *www.euromedsalut.hets*.
- Kaid Tlilane, N. (2006). Quelle Réforme Hospitalière pour les Pays en Développement. *1er Colloque International d'Economie de la Santé*, (p. 9). Bejaia.
- Lavigne, C. (2009). *Les établissements de santé, Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris: Presses de sciencesPo.
- Oufriha, F. (2009). La réforme Hospitalière en Algérie: Un Difficile Accouchement. *Revue Cread, Transition et système de santé en Algérie* (numéro spécial), 75.
- vilkot, c., & Leclot, H. (2006). *Indicateur qualité en santé*. Paris: AFNOR, 2 édition.

للاستشهاد بهذا المقال وفق طريقة (APA) :

مقابلي أسماء، عبد القادر خداوي مصطفى وصدقاوي صورية. (2026). السياسات الصحية وإسهامها في الرعاية وتقديم الخدمات الصحية بالجزائر. *مجلة الاقتصاد الجديد*. المجلد 17 / العدد 01-2026.