التكامل والاندماج الفعلي للقطاعين الصحيين العام والخاص في الجزائر: السبل والآليات

The Effective Integration of the Public and Private Health Sectors in Algeria: Ways and Mechanisms



أ.د/ نورالدين حاروش

جامعة الجزائر3 (الجزائر)

harrouche.noureddine@univ-alger3.dz

تاريخ الارسال: 2025/10/23 تاريخ القبول: 2025/12/12 تاريخ النشر: 2025/12/28

ملخص: تساهم التنمية الصحية في ازدهار المجتمعات ورقيها وهو ما جعل منظمة الصحة العالمية تسدي تعليماتها لمختلف الدول للعمل والمضي قدما نحو تحقيق التنمية الصحية والأمن الصحي، من خلال العديد من الآليات لعل أهمها تفعيل وإدماج القطاع الصحي الخاص وجعله مكملا للقطاع العمومي، لذا جاءت هذه الورقة البحثية بهدف تفسير وتحليل المراحل الزمنية التي مر بها النظام الصحي الجزائري، خاصة ما تعلق بالجانب القانوني والتنظيمي، والتعرف على مكانة القطاع الخاص ضمن النظام ككل، مع المقارنة بين مكوناتهما للوقوف على أهمية القطاع الخاص وضرورة دمجه وفق سبل وآليات قصد تحقيق التنمية الصحية الشاملة .

إعادة ضبط قواعد نشاط القطاع الصحي الخاص و ضبط تكاليف العلاج ومراقبتها، مع ضرورة تعويض العلاج لدى القطاع الخاص من قبل مؤسسات الضمان الاجتماعي وتعميم التعاقد مع المؤسسات الصحية الخاصة كمرحلة أولى ثم إنشاء مؤسسات التأمين الخاصة كمرحة ثانية... تلك هي أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة العلمية، ومنه وجب الإسراع في إصلاح الضمان الاجتماعي وتقنين وتنظيم ومراقبة نشاط القطاع الصحي الخاص وجعله مكملا للقطاع العمومي ليشكلا معا النظام الصحي الوطني

الكلمات المفتاحية: القطاع الصحي العمومي؛ القطاع الصحي الخاص؛ التشريع الصحي؛ الضمان الاجتماعي؛ التأمين الصحي.

تصنيف جال: *I10; I11; I12*

Abstract: Health development contributes to the prosperity and advancement of societies, which is why the World Health Organization provides guidance to various countries to work and move towards achieving health development and health security. This is done through several mechanisms, most notably activating and integrating the private health sector and making it complementary to the public sector. Therefore, this research paper aims to explain and analyze the historical stages of the Algerian health system, especially concerning the legal and regulatory aspects, and to identify the position of the private sector within the system as a whole. It also compares their components to highlight the importance of the private sector and

the necessity of integrating it through specific methods and mechanisms to achieve comprehensive health development.
Readjusting the regulations governing the private health sector's activity, controlling and monitoring treatment costs, along with the necessity of social security institutions reimbursing treatment in the private sector, and generalizing contracts with private health institutions as a first stage, followed by establishing private insurance institutions as a second stage... these are the most important findings of this scientific study. Consequently, it is imperative to accelerate the reform of social security, and to legalize, regulate, and monitor the activity of the private health sector, making it complementary to the public sector so that together they form the national health system.
key words: Public Health Sector*;* Private Health Sector*;* Health Legislation*;* Social Security*;* Health Insurance*;*
JEL classification: I10,I11;I12;

1.مقدّمة:

لا شك أن رؤية الإدارة الصحية في مجتمعٍ ما تعبر بوضوح جهود التنمية البشرية واحترام حقوق الإنسان، والآمن الصحي والتنمية الصحية للأفراد، ومهما اختلفت النظم الصحية، والتي تتكون عادة من القطاع العمومي والقطاع الخاص، إلا أنها تشترك في أهداف عامة تتمثل في: دعم المستوى الصحي المرتفع، والاستجابة للتطلعات الصحية، والمساهمة المالية العادلة.

الصحة وتنميتها ركن من أركان بناء المجتمعات واستقرارها الاجتماعي والاقتصادي، وبالتالي فهي جزء لا يتجزأ من التنمية المستدامة، و لا تزال منظمة الصحة العالمية تحث الدول للعمل قصد تحقيق التنمية الصحية والأمن الصحي، من خلال العديد من الآليات لعل أهمها تفعيل القطاع الصحي الخاص وجعله مكملا للقطاع العمومي.

على غرار دول العالم تسعى الجزائر لتحقيق التنمية الصحية وضمان التغطية الصحية وتقديم الرعاية الصحية بصورة مستمرة وعادلة يشارك فيها القطاع العمومي وإلى جانبه القطاع الخاص، والمتمعن لمضمون التشريعات الصحية التي عرفتها الجزائر يستشف مكانة الرعاية الصحية للدولة الجزائرية والتي ركزت في اغلبها على الجانب الوقائي لما له من دور بالغ في تحقيق الأمن الصحي والتنمية الصحية،

وبالرغم من المجودات التي بدلتها الجزائر في مسعى منها لتحقيق التنمية الصحية وتلبية الحاجيات الصحية، وبالرغم من التحسن في التغطية الطبية مع تنامي وزيادة الهياكل الصحية، سواء العمومية أو الخاصة، فهناك ما يعاب على المنظومة الصحية الجزائرية وهو عدم وجود التكامل والانسجام بين القطاعين العام والخاص، وكأننا في بلد بنظامين صحيين ومنه نطرح **الإشكالية** التالية: **ما هي السبل والآليات الكفيلة لإدماج القطاع الصحي الخاص في الجزائر بصورة فعلية وتكاملية ضمن النظام الصحي قصد تحقيق التنمية الصحية المنشودة؟**

لمعالجة هذه الإشكالية ارتأينا وضع الخطة التالية:

- ✓ **مكانة النظام الصحي الجزائري ضمن التشريعات القانونية والنصوص التنظيمية**
- ✓ **تشخيص بيئة القطاع الصحي الخاص في الجزائر: التنظيمية والقانونية والمالية**

✓ استراتيجية التكامل بين القطاعين الصحيين العام والخاص في الجزائر و آفاقها التنموية

2.. مكانة النظام الصحي الجزائري ضمن المواثيق والتشريعات القانونية والنصوص التنظيمية

لمعرفة مكانة النظام الصحي الجزائري، بشقيه العمومي والخاص، في المنظومة القانونية والتنظيمية علينا مراجعة المواثيق والقوانين والنصوص التي عرفتها الجزائر منذ الاستقلال إلى أخر دستور لسنة 2020، علما أن الجزائر عرفت بعد استقلالها عام 1962 العديد من المواثيق، وضعت فيها رؤيتها وفلسفتها السياسية والاجتماعية والاقتصادية، لذا ارتأينا معرفة فلسفة الدولة الجزائرية تجاه المنظومة الصحية من خلال دراسة مضامين المواثيق والنصوص التشريعية التالية:

1.2 : من خلال المواثيق

1.1.2: الميثاق الوطني 1964:

سعى هذا الميثاق إلى إبراز وعرض أهم التوجهات الكبرى التي ستواجهها البلاد في المجال الصحي كالوقاية والخدمة المدنية كمرحلة تمهيدية أولية لاسترجاع سيادتها على المجال الطبي، و ضرورة التكوين لجزأرة الطب **(ميثاق الجزائر،1964)**

2.1.2: الميثاق الوطني 1976.

جاء مضمون الميثاق للتعبير على توجهات الدولة الجزائرية المتعلقة بالصحة، إذ عبر الميثاق على التكفل بحماية وصيانة صحة السكان، والعمل على تحسينها باستمرار ، لان ذلك يساهم لا محالة في رقي الفرد الجزائري وإعداده للعيش في عالم ميزته التحول والتغير ، كما يجب أن يكون إقرار الطب المجاني حافزا وقاعدة للصحة العمومية من خلال توسيع وتوزيع الهياكل الصحية التي تجسد هذا الحق على الواقع بصورة عادلة. **(ميثاق الجزائر،1976)**

3.1.2 :الميثاق الوطني 1986:

هناك بعض الإضافات التي شملها ميثاق 1986مقارنة بالميثاق الوطني 1976 منها اعتبار مجانية الخدمات الصحية مكسبا ثوريا للشعب الجزائري وتعبيرا عمليا عن التضامن ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج. ومنه وجب إقامة هياكل مختصة لها علاقة بالمشاكل الجديدة الناجمة عن التنمية (حوادث العمل والأمراض المهنية)، مع توحيد جميع الأعمال الصحية (علاجية ووقائية)، أو من حيث طبيعة الهياكل (عامة وخاصة) **(ميثاق الجزائر،1986)**

4.1.2 : ميثاق الصحة 1998 :

نتيجة الجلسات الوطنية حول الصحة التي انعقدت سنة 1998، بمشاركة مختلف القطاعات المعنية والنقابات الوطنية والجمعيات المهنية وجمعيات المستخدمين الذين ينشطون في مجال الصحة

والسكان تم وضع ميثاق الصحة الذي شدد على ضرورة تكيّف النظام الصحي مع مختلف التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي تمر بها الجزائر ، وكان من ابرز النقاط التي تضمنها الميثاق نجد:

- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديتـه.
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحيّة الوطنيـة.
- تكييف الإطار التنظيمي مع التحوّلات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البـلاد. **(ميثاق الصحة، 1998)**

بعدما رأينا مكانة المنظومة الصحية في مضمون المواثيق التي عرفتها الجزائر، وكذا ميثاق الصحة، والتي كانت في كل مرة تولي اهتماما بالغا لصحة المجتمع مع التركيز على القطاع الصحي العمومي وغياب تام تقريبا للقطاع الصحي الخاص، نحاول الآن التقرب من الدساتير التي عرفتها الجزائر للتأكد من مكانة الصحة ضمن النظام الاجتماعي الجزائري.

2.2: من خلال الدساتير

1.2.2: دستور 1963:

لم يخصص هذا الدستور مادة واضحة متعلقة بالصحة، بل هناك إشارة في المادة 16 التي تتعلق بحق الأفراد في حياة لائقة مع عدالة التوزيع للمداخيل القومية **(دستور الجزائر،1963)** .

2.2.2 :دستور1976:

كان مضمون المادة المتعلقة بالصحة في هذا الدستور صريحة وواضحة لا سيما ما تعلق بالحق في الرعاية الصحية ومجانيتها سواء كانت وقائية أم علاجية، وأن تقديم هذه الخدمات يكون في المؤسسات العمومية، بالإضافة إلى تحسين ظروف العيش والعمل **(دستور الجزائر،1976)** ..

3.2.2 :دستور1989:

أكدت المادة المتعلقة بالصحة في هذا الدستور مرة أخرى على حق المواطن في الصحة، بالإضافة إلى الجانب الوقائي الذي تتكفل به الدولة وتعمل على مكافحة الأوبئة والأمراض المعدية في حال وجودها **(دستور الجزائر،1989)** .

4.2.2: دستور1996:

لم يختلف مضمون هذا الدستور فيما يتعلق بالصحة عن الدستور السابق سواء من ناحية الحق في الصحة أو في الجانب الوقائي**(دستور الجزائر،1996)** .

5.2.2: - دستور2016 :

من جهته أقر هذا الدستور الحق في الصحة والمكفول دستوريا، وكذا الجانب الوقائي الذي تكفلت به الدولة كما رأينا سابقا، لكن الإضافة التي شملها دستور 2016 هي العناية التي أولتها الدولة لفئة من أفراد المجتمع ويتعلق الأمر بالأشخاص المعوزين الذين يتم التكفل بهم علاجيا من طرف الدولة **(دستور الجزائر،2016)** .

6.2.2: دستور2020:

أخر دستور عرفته الجزائر كان سنة 2020 نتيجة التحولات السياسية والحراك الشعبي والذي أفضى إلى انتخابات رئاسية أعقبتها العديد من الإصلاحات السياسية ومنها إقرار دستور جديد، وكانت الصحية ضمن فلسفة وتوجهات الدولة الجزائرية طبعا، ولكن، وعكس الدساتير السابقة، لم يفرد هذا الدستور مادة بعينها تخص الصحة، بل تم إدراجها ضمن عناصر التمكين للمواطن منها الماء الشروب والسكن للفئات المحرومة والرعاية الصحية في شقها الوقائي عموما، والعلاجي بالنسبة للمعوزين. **(دستور الجزائر،2020)** .

كان التركيز في مختلف الدساتير الجزائرية على الجانب الوقائي نظرا لأهميته القصوى في حفظ صحة المجتمع، كما ذكرت بعض الدساتير على التكفل ببعض الفئات الهشة، ولكن ما يلفت الانتباه هو الغياب التام للقطاع الصحي الخاص في مضامين الدساتير، رغم أهميته ومكانته في المنظومة الصحية.

3.2: من خلال القوانين والأوامر:

1.3.2: نذكر هنا بالأمر رقم 73- 65 الصادر سنة 1973 والذي يقر بمجانية العلاج في القطاع الصحي العمومي بداية من مطلع سنة 1974.

2.3.2 :تعديل قانون الصحة 85.05: تم ذلك وفق قانون رقم 88.15 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، وفيه تمت الإشارة بصراحة إلى القطاع الصحي الخاص من خلال العديد من المواد، منها السماح للخواص بفتح عيادات استشفائية وعيادات خاصة بالفحص والعلاج، إضافة إلى نشاط أطباء الأسنان ومخابر التحليل والنظارات الطبية، وباقي الأنشطة الصحية، وتعتبر العيادات الاستشفائية الخاصة مؤسسات علاجية تمارس فيها نشاطات الطب والجراحة، بما في ذلك أمراض النساء والولادة وكذا الاستكشاف، ولا يمكن أن تستغل هذه العيادات إلا من قبل:

أ.تعاضديات وجمعيات لا تهدف الربح

ب.طبيب أو تجمعات أطباء

وتحدد تعريفات الأعمال المؤذاة من قبل الأطباء وجراحي الأسنان والصيادلة عن طريق التنظيم، كما تحدد تعريفات الاداءات المقدمة في العيادات االاستشفائية وكذا السعر اليومي داخل هذه العيادات عن طريق التنظيم. **(قانون 88.15)**

3.3.2: قانون الصحة 18-11 :

يتضمن هذا القانون الأحكام والمبادئ الأساسية التي تهدف إلى تجسيد حقوق وواجبات المواطنين مع احترام كرامته وحريته في مجال الصحة، و" تساهم حماية الصحة وترقيتها في الراحة البدنية والنفسية والاجتماعية للشخص ورقيه في المجتمع، وتشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية . **(قانون18.11)**

من خلال التنظيم القانوني والتشريعي للمنظومة الصحية في الجزائر يتضح لنا مدى الاهتمام الذي توليه الدولة لصحة المجتمع مع التركيز دائما على القطاع الصحي العمومي بالرغم من وجود قطاع صحي خاص كبير جدا ويقدم خدمات لفئة من المواطنين بالمقابل، ومع هذا الغموض القانوني رأينا أنه من الضروري التأكيد على الإصلاح التشريعي من خلال الدستور ووضع مادة صريحة وواضحة تبين دور الدولة ومختلف الفواعل التي تشارك في تقديم الرعاية الصحية وطبيعتها وتمويلها.

3 : تشخيص بيئة القطاع الصحي الخاص في الجزائر: التنظيمية والقانونية والمالية

القطاع الصحي الخاص في الجزائر هو نظام يكمّل القطاع العام، ويعمل على تقديم خدمات الرعاية الصحية ذات جودة أعلى، وغالبًا ما يكون بتكلفة أعلى نظرًا لعدم وجود تغطية تأمينية له بشكل كامل في بعض الحالات، ويهدف هذا القطاع إلى سد الثغرات في الخدمات الصحية التي يوفرها القطاع العام، ويسهم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال زيادة توفر الخدمات في مختلف المناطق والمستويات. على الرغم من القيود المالية التي تواجه المواطنين، تسعى الدولة إلى تنظيم هذا القطاع لضمان تحقيق التوازن بين حرية ممارسة النشاط الصحي ومبادئ وشروط معينة تلزم المؤسسات الخاصة .

1.3: أهمية القطاع الصحي الخاص ودوره:

- ✓ سد الفجوات في القطاع العام :يسعى القطاع الخاص لملء الفجوات التي يتركها القطاع الصحي العام، خاصة في مجالات معينة تتطلب موارد أو تقنيات غير متوفرة بشكل كافٍ في القطاع الحكومي .
- ✓ تحقيق الشمولية الصحية :يساهم القطاع الخاص في توفير خدمات صحية واسعة ومنتظمة، مما يدعم الجهود الوطنية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين .
- ✓ التكامل مع القطاع العام :يهدف وجود القطاع الخاص إلى خلق نوع من التكامل والتعاون مع القطاع العام، لتقاسم مسؤوليات تقديم الرعاية الصحية وتخفيف الأعباء على الدولة .

عرفت الجزائر النشاط الحر للأطباء الخواص مباشرة بعد الاستقلال سنة 1962، حيث ورثت الجزائر نظام صحي متنوع وغير متجانس متأثرا بالخلفية الاستعمارية، وكان لا بد على الدولة الجزائرية المستقلة إعادة تنظيم النظام الصحي بما يتماشى والظروف التي تعرفها البلاد ووفقا للإمكانيات المتاحة.

ومنه فقد امتازت مرحلة ما بعد الاستقلال مباشرة بخليط من الأنشطة الصحية منها ما هو تابع للدولة ممثلا في القطاع العمومي الذي يشمل الهياكل الاستشفائية وتسير مباشرة من قبل وزارة الصحة، بينما نجد هياكل صحية أخرى تقدم المساعدة الطبية المجانية والتي تشرف عليها وتسيرها البلديات، أما مراكز النظافة المدرسية فهي تتولى مراقبة صحة التلاميذ وتشرف عليها وزراه التربية والتعليم، إلى جانب هذا الخليط نجد القطاع الطبي الخاص والذي كما هو معروف يقدم خدماته بالمقابل ولفئة معينة من السكان كما يمكن استعمال بعض الأسرة في المستشفات العمومية من طرف الخواص ضمن نظام تعاقدي متفق عليه، وتقوم مديرية دائرة الصحة بعملية التنسيق بين مختلف هذه الأنظمة. **(حاروش، 2017)**

ولكن بعد إعلان مجانية العلاج في جميع المؤسسات الصحية العمومية سنة 1974 انتهى العمل بهذا الخليط تقريبا حيث أصبحت الرعاية الصحية مسؤولية الدولة، وهكذا أصبح القطاع العمومي يهيمن على تقديم الرعاية الصحية، أما القطاع الخاص فاقتصر دوره في بعض العيادة الخاصة بالفحص فقط.

بناء على دستور 1989، ووفقا لمضمون الصحة الوارد، جاء قانون المالية لسنة 1993 ليحدد مجال تدخل الدولة في المجال الصحي وهو الوقاية والبحث الطبي وبالمعوزين، أما الجانب العلاجي فسيتم وفق نظام تعاقدي بين طرفي المعادلة: مقدم الخدمة الصحية وممولها، وهما طبعا المؤسسات الصحية من جهة وهيئات الضمان الاجتماعي من جهة أخرى، وهكذا بدأ الإعداد لهذا النظام الجديد بداية من 1997 على أمل الوصول إلى النتائج النهائية ومنه بداية تطبيقه مع حلول سنة 2000، لكن لحد الساعة لم تتوصل الدراسة إلى غايتها والنهج التعاقدي بالمفهوم السابق لم يطبق الى اليوم؟

في هذا الإطار أشار ميثاق الصحة المنبثق عن الجلسات الوطنية لعام 1998م إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها الجزائر، وكانت البداية بتعديل قانون الصحة 85-05 الصادر عام 1985، بإدراج النشاط التكميلي لفائدة الإستشفائيين الجامعيين والمختصين في الصحة العمومية، أي السماح لهؤلاء بالممارسة بصفة خواص خارج أوقات عملهم في المؤسسات الخاصة، (مسائين في الأسبوع ثم أصبحت يوم واحد في الأسبوع) وهذا لدعمهم ماديا ودون تحمل الدولة عبء إضافي هي في غنى عنه خاصة في تلك المرحلة الحرجة التي مرت بها الجزائر (العشرية السوداء)، ولكن كان لهذا التعديل اثأر سلبية كثيرة .

ما يعاب على هذا التعديل بخصوص النشاط التكميلي، كونه غير قانوني وغير دستوري لأنه اقر بازدواجية الوظيفة والجمع بين وظيفتين والعمل في الوظيف العمومي و القطاع الخاص وهي كلها مخالفات يعاقب عليها القانون، لكن الوضع الذي كانت تعيشه البلاد والخوف من هجرة الكوادر الطبية الجامعية أو اللجوء الى القطاع الخاص أدي الى قبول هذا التعديل، كما أن عواقب هذا التعديل أضرت كثيرا بالقطاع الصحي العمومي والذي لا يزال يعاني منها إلى اليوم نتيجة عدم القدرة على مراقبة هؤلاء الأطباء أو محاسبتهم...

كما عرفت مرحلة التسعينيات بداية الخوصصة في القطاع الصحي وظهور بالتالي العديد من العيادات الخاصة، وهذا تماشيا مع التوجهات الإيديولوجية الجديد التي أقرها دستور 1989.

تضمن قانون الصحة 18- 11 ، مواد خاصة بالهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة، فبعد تأكيده على أن المنظومة الوطنية للصحية ترتكز على قطاع عمومي قوي، أقر القانون بأن الدولة تعمل على تحقيق العدالة الاجتماعية في توزيع إمكانيات المنظومة الصحية مع الإشارة إلى التكامل بين القطاعين العمومي والخاص للصحة. بالرغم من إبلائها عناية خاصة للقطاع العمومي.

كم ذكر القانون بالشروط التقنية والالتزامات العملية طريقة منح التراخيص الخاصة بإنشاء أو فتح الهياكل والمؤسّسات الخاصة للصحة، مبرزا خضوع الهياكل والمؤسسات الخاصة بالصحة لمراقبة

وتقييم المصالح والهيئات المختصة للوزارة المكلفة بالصحة، دون المساس بالمراقبات الأخرى التي تمارسها المصالح والأجهزة المؤهلة الأخرى طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

ويجب على هياكل ومؤسسات الصحة الخاصة المكلفة بضمان مهمة خدمة عمومية للصحة؟، أن تستوفي الشروط الواردة في دفتر الأعباء الذي يحدده الوزير المكلف بالصحة، لا سيما :

- ✓ الآداءات الصحية المقدمة،
- ✓ المدة الزمنية للاتفاق،
- ✓ شروط وكيفيات تقديم الخدمة العمومية.

ويتعيّن على هذه الهياكل والمؤسسات إعداد مشروع مؤسسة مطابق لأهداف مخطط التنظيم الصحي.

تهدف مهمة **الخدمة العمومية** (هكذا) المسندة بصفة مؤقتة وظرفية إلى الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة على المساواة في الحصول على العلاج بضمان تغطية صحية وبشكل دائم في المناطق التي تكون فيها التغطية الصحية غير كافية، وذلك على أساس تنفيذ برامج وطنية وجهوية للصحة. .**(قانون 18. 11)**.

ذكر القانون أن الهياكل والمؤسسات الصحية الخاصة تقدم خدمة عمومية، والمعروف أن الخدمة العمومية تقدم من طرف الهياكل والمؤسسات العمومية التابعة للدولة ولا تهدف إلى الربح، بل تقدم خدماته بالمجان أو بأسعار رمزية، عكس القطاع الخاص الذي أنشء من أجل تحقيق الربح؟

3 . 2: مقارنة بين الهياكل الصحية العمومية والخاصة (المؤشرات الصحية 2023) (santé en chiffre ,3023)

الهياكل:

القطاع العمومي:

CHUعدد المراكز الإستشفائية الجامعية: 16

EHUعدد المؤسسات الإستشفائية الجامعية: 01

EHSعدد المؤسسات الإستشفائية المتخصصة: 98

EPHعدد المؤسسات العمومية الاستشفائية : 236

EHعدد المؤسسات الإستشفائية : 09

مجموع المستشفيات العمومية: 360

EPSPعدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: 273

- ✓ عدد العيادات متعددة الخدمات: 1416
- ✓ عدد العيادات + عيادات الولادة: 400
- ✓ عدد عيادات الولادة مستقلة: 15
- ✓ عدد قاعات العلاج: 6413

عدد الأسرة العام للمستشفيات بما فيه أسرة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: **79282**

ومنه يمكن إعطاء بعض المؤشرات الصحية المتعلقة بعدد السكان وعدد الأسرة، وحتى من حيث نشاط القطاع الصحي العمومي:

- ✓ عدد السكان حوالي: 47 مليون نسمة
- ✓ ما يمثل 1,68 سرير لكل 1000 نسمة
- ✓ **نسبة احتلال الأسرة العام 49%**

هياكل القطاع الخاص:

- ✓ عدد العيادات الطبية: 62
- ✓ عدد العيادات الطبية الجراحية: 341
- ✓ عدد عيادات التشخيص: 86
- ✓ عدد مراكز تصفية الدم: 221 تحتوي على 2525 كلية اصطناعية
- ✓ عدد المجمعات الطبية : 1427
- ✓ عدد عيادات الأطباء الأخصائيين: 14027
- ✓ عدد عيادات الأطباء العامين: 9646
- ✓ عدد عيادات جراحي الأسنان: 9859
- ✓ عدد الصيدليات: 11826

القطاع شبه العمومي:

- ✓ عدد المراكز الطبية الاجتماعية: 686
- ✓ عدد الصيدليات: 758

الموارد البشرية:

القطاع العمومي: 333990 عامل مقابل 79282 سرير ، **ما يمثل: 1 سرير يقابله 4,21 عامل والمتوسط العالمي هو: 3 عمال مقابل سرير واحد ؟**

يتوزعون كما يلي:

الأطباء: 60192 (استشفائي جامعي: 4173 + أخصائيين 17964 + أطباء عاميين 28999 + صيدليين 2470 + جراحي الأسنان 6586)

الممرضون: 179386 (ممرض شهادة دولة 114121 + ممرض مؤهل 1952 + عون شبه طبي 63313)

الممرضون في القطاع العمومي وشبه العمومي: 179386+1833=**181219**

1ومنه نجد: طبيب واحد يقابله 3,42 ممرض ، والنسبة العالمية 1طبيب يقابله 2 ممرضين؟

الإداريون: 38439

التقنيون: 9372

عمال الخدمات: 44239

آخرون: 2362

وهنا نلاحظ العدد الكبير من عمال الخدمات والإداريين وهذا يعود إلى طريقة التوظيف التي عادة ما تأخذ الجانب الاجتماعي وليس الاحتياجات الحقيقة للقطاع الصحي.

الموارد البشرية في القطاع شبه العمومي:

- ✓ عدد الأطباء الأخصائيين: 344
- ✓ عدد الأطباء العاميين: 1436
- ✓ عدد جراحي الأسنان: 425
- ✓ عدد الصيادلة: 65
- ✓ عدد الممرضين شهادة دولة: 1102
- ✓ عدد الممرضين المؤهلين: 464
- ✓ عدد الأعوان شبه الطبيين: 267

الموارد البشرية في القطاع الخاص:

- ✓ عدد الأطباء الأخصائيين: 19370
- ✓ عدد الأطباء العاميين: 10891
- ✓ عدد جراحي الأسنان: 10697
- ✓ عدد الصيادلة: 11910

من خلال المقارنة بين الموارد البشرية في القطاعين نجد أن عدد الأخصائيين في القطاع الخاص أكثر من القطاع العمومي وشبه العمومي، وكذا الصيادلة وجراحي الاسنان.

بعض المؤشرات حول توزيع مؤسسات القطاع الخاص عبر الولايات

الولاية	عدد السكان	عدد العيادات الطبية الجراحية مع الاستشفاء	عدد مراكز تصفية الدم u; وعدد الكلى الاصطناعية
أدرار	370746	1	1 (19 كلية)
باتنة	1506000	17	4 (31 كلية)
تمنراست	163234	0	0
الجزائر	4043898	60	43 (487 كلية)
جيجل	838899	2	3 (40 كلية)
مستغانم	953894	4	5 (63)
وهران	3416587	34	9
تقرت	338613	1	1 (23 كلية)

RADP, ministère de la santé et de la population et la reforme hospitalière , La santé en chiffre 2023.

توزيع العيادات الطبية الجراحية بالقطاع الصحي الخاص:

عدد العيادات الطبية الجراحية يساوي: **263 عيادة استشفائية، و140 استشفاء يومي**

وتتوزع العيادات الاستشفائية عموما في الولايات الكبرى الجامعية :

- ✓ الجزائر: 60
- ✓ باتنة : 18
- ✓ بجاية : 6
- ✓ البليدة: 9
- ✓ تلمسان: 14
- ✓ تيزي وزو: 22
- ✓ سطيف: 13
- ✓ سيدي بلعباس: 2
- ✓ وهران: 37
- ✓ قسنطينة : 22
- ✓ عنابة: 13
- ✓ مستغانم: 6

أظهر تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول التنمية الاجتماعية والبشرية تحسنا "ملحوظا" في مؤشرات الرعاية الصحية للمواطنين بين سنتي 2019-2023 والتي تترجم الجهود المبذولة بالأخص لتطوير التغطية الصحية وتنفيذ برامج لإدارة الأمراض ذات الأولوية وتعزيز الأطر المؤسساتية.

- ✓ متوسد الأمل في الحياة: 77,2 سنة
- ✓ نسبة وفيات الأطفال أفل من سنة: 17,7 من الألف
- ✓ نسبة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات: 19,8 من الألف
- ✓ القضاء على بعض الأمراض المعدية والحصول على 3 شهادات من منظمة الصحة العالمية: شلل الأطفال. الكزاز لدى الحوامل. الملاريا.

إحصائيات وزارة الصحة لعام 2023 والتي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة، لم تقدم لنا نشاط القطاع الخاص وعدد الأسرة ومتوسط احتلال الأسرة ومبالغ الاداءات وغيرها... ومنه لا يمكن معرفة إسهام هذا القطاع الهام في تقديم الرعاية الصحية لأفراد المجتمع بالرغم من حجم الهياكل والموارد البشرية الطبية التي يمتلكها.

4. إستراتيجية التكامل بين القطاعين الصحيين العام والخاص في الجزائر و آفاقها التنموية

لا شك أن القطاع الصحي الخاص في الجزائر يتوفر على هياكل صحية وموارد بشرية هائلة بإمكانها المساهمة الفعالة في الرعاية الصحية والرفع منها بل وتقديمها بجودة عالية، ولكن هذا القطاع يعمل تقريبا بمعزل عن النظام الصحي ككل، ما عدا الشروط الشكلية والإجراءات القانونية والتنظيمية والتقنية التي تمنح للخواص عند القيام بفتح عيادة طبية خاصة، حتى تسمية هذه الهياكل يترتب عليها إشكال، فهل هي عيادات طبية جراحية أم أنها مستشفيات قائمة بذاتها وقد اختلفت القوانين والتنظيمات في تسميتها بل حتى المسؤولين على مستوى الوزارة يستعملون مصطلح المستشفيات الخاصة أحيانا والعيادات الطبية أحيانا أخرى وشتان بين التسميتين؟

إن الإستراتيجية العلمية والعملية التي نراها مناسبة لوضع حد للفوضى التي يعيش فيها النظام الصحي الجزائري المنعزل عن قطاعه الخاص من جهة، والتكامل بينه وبين القطاع الخاص من جهة أخرى تتمثل في الآليات التالية:

- الإصلاح التشريعي
- الجانب المالي والتمويلي مع تعميم التعاقد مع الخواص
- الاتفاقيات البينية: القطاع الصحي الخاص مع وزارة التعليم العالي والمدارس الخاصة
- الرقمنة والتحول إلى الإدارة الالكترونية

فبعد مرور أكثر من 37 سنة من تعديل قانون الصحة 85 . 05 من خلال القانون 88 . 15 المؤرخ عام 1988 والذي فتح الباب أمام الخواص وبالتالي السماح لهم بإنشاء عيادات استشفائية خاصة، فقد آن الأوان للقيام بعملية تقييم شاملة لمعرفة وتحديد دور ومساهمة القطاع الخاص في المنظومة الصحية الجزائرية سواء من الناحية الوقائية والعلاجية والإنتاجية، و حتى من الناحية الاقتصادية كونه استثمار يهدف إلى الربح، وبالمقابل مساهمته في فتح تخصصات جديدة تقلل من الضغط الملقى على المستشفيات العمومية وكذا التقليل من التوجه للعلاج في الخارج وبالتالي توفير العملة الصعبة

4 . 1 : الإصلاح التشريعي:

كل الدساتير والقوانين التي عرفتها الجزائر وضعت الصحة ضمن الأولويات واعتبرتها حق من حقوق المواطنين، وركزت بشكل كبير على القطاع الصحي العمومي الذي بإمكانه المواجهة والاستجابة لطلبات السكان في المجال الصحي، وبالرغم من تنامي القطاع الصحي الخاص بداية من تسعينيات القرن الماضي، وبالرغم من تعديل قانون الصحة والدستور إلا أن الوضع لا يزال مبهم وغامض لملف حساس مثل الصحة، خاصة ما تعلق بالجانب المالي والتعويضات والتكامل بين القطاعين الصحيين العمومي والخاص، ومنه يتبين ضرورة التأكيد على الإصلاح التشريعي من خلال الدستور ووضع مادة صريحة وواضحة تبين دور الدولة ومختلف الفواعل التي تشارك في تقديم الرعاية الصحية وطبيعتها وتمويلها، فالحق في الصحة يجب أن يقترن بكيفيات التجسيد والحصول عليه، والفصل في مجانية العلاج من عدمه دستوريا وليس قانونيا مع تحديد شكل النظام الصحي بإدماج القطاع العام والقطاع الخاص والشبه عمومي، حيث يتم التكامل

بينهم، وتكون اليد الطولى للدولة من حيث التوجيه والتنظيم والمراقبة، مع الإشارة لفتح المجال أمام الخواص فيما يتعلق بالتأمين الصحي وإزالة احتكار صندوق الضمان الاجتماعي للتأمينات الصحية، لأنه لا يعقل وجود قطاع خاص ضخم من حيث الموارد البشرية والهياكل الصحية ولا توجد تأمينات خاصة تصاحبه، هذه مفارقة عجيبة لا تحدث إلا في الجزائر وهي شبيهة بالنشاط التكميلي الذي يسمح للأخصائيين الطبيين العمل في بعض الأوقات عند الخواص وهم في نفس الوقت يعملون في القطاع العمومي، وهو عمل تمييزي يفضل فئة من العمال على فئات أخرى، علما أن الدستور يمنع التمييز بين العمال والجمع بين وظيفتين، وفي الأخير وضع الأسس القانونية والتنظيمية للانتقال إلى الأساليب الإدارية الحديثة على شاكلة الإدارة الإلكترونية والرقمنة وإدارة الجودة الشاملة واعتماد المستشفيات العمومية والخاصة بنص دستوري صريح، يخلصنا من الأساليب الإدارية التقليدية الممارسة حاليا في مستشفياتنا.. مع إلزام مديري المستشفيات الخاصة بالتكوين والحصول على شهادة جامعية، ماستر، أو ماجستير أو دكتوراه في إدارة المستشفيات أو الإدارة الصحية كما هو معمول به في العديد من الدول. مع الفصل الواضح بين العيادات الطبية والمستشفيات لما يترتب عن ذلك من تهرب ضريبي وغش ضريبي وتحايل وغيرها.

4 .2: الجانب المالي والتمويلي مع تعميم التعاقد مع الخواص

ضرورة فتح المجال أما شركات التامين الخاصة في المجال الصحي وترك الحرية للأفراد في اختيار الجهة التي يؤمنون فيها صحيا، الضمان الاجتماعي أو شركات التأمين الخاصة، هذه الأخيرة تتعاقد مع العيادات الطبية الخاصة والمستشفيات ومنه تتكفل بعلاج منتسبيها في هذه الهياكل، لذلك يجب إصلاح الضمان الاجتماعي لأن الهيمنة التي غالبا ما ميزت الجهات الصحية التقليدية، القطاع العام، من خلال التمويل وصناديق الضمان الاجتماعي لم تعد ممكنة حاليا وغير قادرة على تحمل النفقات،

وبالرغم من النمو السريع الذي عرفه القطاع الصحي الخاص في الجزائر نجد على النقيض من ذلك عدم مرافقة التأمينات الخاصة هذا النمو ليقتصر الأمر على بعض التعاقدات التي أبرمها صندوق الضمان الاجتماعي مع بعض المؤسسات الاستشفائية الخاصة .

للتذكير فقد تم تحديد التوزيع الجديد لنسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي سنة 2000 كما يلي:

25 % من وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نفقة المستخدم (رب العمل)، و9 % على حساب العامل، و0.5 % بموجب حصة صندوق الخدمات الاجتماعية ليشمل وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نسبة إجمالية تقدر بـ 34.5 % . هذه الاشتراكات توزع كما يلي:

التأمينات الاجتماعية بقدر 14 % من الوعاء الإجمالي، و16 % للتقاعد، و1.75 % للتأمين على البطالة، و1.5 % للتقاعد المسبق، و1.25 % لحوادث العمل والأمراض المهنية.

والجدول التالي يفصل نسب الاشتراكات الاجتماعية والإخطار المعنية بالتغطية: **(المرسوم التنفيذي رقم 50.2000)**

الأصناف أو الأخطار	نسبة رب العمل	نسبة العامل	نسبة صندوق الخدمات الاجتماعية	المجموع
التأمين على المرض والولادة والعجز والوفاة	%12,5	% 1,5	.	%14
حوادث العمل والأمراض المهنية	%1,25	.	.	%1,25
التقاعد	%9,5	%6,5	.	%16
التقاعد المسبق	%0,5	%0,5	%0,5	%1,5
التأمين على البطالة	%1,25	%0,5	.	%1,75
المجموع	%25	%9	%0,5	%34,5

المصدر: ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 50.2000 المؤرخ في 04 مارس 2000، المعدل للمرسوم التنفيذي رقم 94.187 المؤرخ في 6 جويلية 1994 المعدل والمتمم الذي يحدد توزيع نسبة الاشتراك في الضمان الاجتماعي،

ويقوم صندوق الضمان الاجتماعي حاليا بتعويض بعض الخدمات الطبية بواسطة بطاقة الشفاء، منها الاستفادة من فحوصات من طرف أطباء عامين وأخصائيين متعاقدين مع الضمان الاجتماعي وبأسعار مقننة، كما تم توسيعها بصورة استثنائية للتعاقد مع بعض العيادات الخاصة .

3.4: انفتاح الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية على القطاع الخاص في إطار التعاقد

بدا التعاقد مع القطاع الصحي الخاص بصفة رسمية وفعلية بداية من سنة 2007، عندما نم تحديد شروط وكيفيات التكفل بمصاريف النقل الصحي، وتسعيرات تعويضها من قبل هيئات الضمان الاجتماعي، ثم تلت العملية سنة 2009 من خلال الاتفاقيات المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، حيث حددت تسعيرة الأطباء العامين والأخصائيين: 250 د ج مع 20% إضافية للعام و400 د ج مع 20 للأخصائي، وتواصلت عملية التعاقد في نفس السنة وفق الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات. وفي سنة 2012 تم الاتفاق بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصاراتين والنظاراتين، وفي سنة 2014 كانت هناك اتفاقية نموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وإمراض القلب والأوعية، ثم جاءت سنة 2015 ويتم إبرام اتفاقية أخرى مع مراكز تصفية الدم الخاصة، و أخر اتفاقية كانت سنة 2000 مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة. وصندوق الضمان الاجتماعي بصدد إعداد مرسوم تنفيذي لتحديد الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الخاصة للعلاج الإشعاعي لفائدة الأطفال المصابين بالسرطان، هذا المرسوم سيسمح بتنظيم نفقات العلاج الإشعاعي والخدمات المرافقة، بما في ذلك الإيواء والإطعام والنقل.

وفيما يلي تعاقدات صندوق الضمان الاجتماعي مع الخواص

- ✓ عدد الصيدليات المتعاقدة مع الضمان الاجتماعي: 12000 صيدلية

- ✓ صانعي النظارات الطبية المتعاقدين: 682
- ✓ عيادات الجراحة القلبية: 36
- ✓ مراكز تصفية الدم: 221
- ✓ عيادات التوليد: 119
- ✓ النقل الصحي: 344 متعامل
- ✓ الأطباء المتعاقدين: 3827

4.4 : الاتفاقيات البينية: القطاع الصحي الخاص مع وزارة التعليم العالي والمدارس الخاصة

نتيجة الهياكل والأجهزة المتطورة واستعمال التكنولوجيا العالية، ناهيك على نوعية الكوادر الطبية التي يمتلكها القطاع الصحي الخاص، فهو مؤهل لاستقبال وتدريب طلبة الطب وطلبة التمريض وحتى طلبة الإدارة الصحية، ومنه ضرورة القيام باتفاقيات بين المستشفيات الخاصة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، وحتى المدارس والمعاهد الخاصة التي تساهم في تكوين مستخدمي القطاع الصحي خاصة التكوين الشبه طبي ويمكن لهم إبرام اتفاقيات مع القطاع الخاص للاستفادة من مؤهلات وخبرة كوادره البشرية و التدريب على كيفية استعمال الأجهزة المتطورة التي يمتلكها.

4 .5 : الرقمنة والتحول إلى الإدارة الالكترونية

إن استعمال الرقمنة والإدارة الإلكترونية يمكننا من المعرفة الحقيقية والآنية لمساهمة وطبيعة وحجم القطاع الصحي الخاص، كما يمكننا من تقديم الإحصائيات المتعلقة بالأداءات، منها الفحوص والعمليات الجراحية والتحاليل والكشوف وعيرها، وبالضرورة المقابل المالي لهذه الأداءات، وكذا المؤشرات الصحية الخاصة بالقطاع الصحي بشكل دقيق وأني ما يمكن الوزارة من تقديم الإحصائيات والأرقام المتعلقة بالصحة تكون أقرب إلى الحقيقة ومنه رسم السياسات الصحية وفق منهج علمي وأرقام حقيقية.

هذه العملية والتي ممكن القيام بها إذا توفرت الإرادة السياسية، تحد من التلاعب والغش الضريبي والتهرب وغيرها، وذلك من خلال إلزام جمع المستشفيات الخاصة بضرورة الربط بالانترنت ويكون الربط تحت مراقبة وزارة الصحة والضرائب، فوزارة الصحة يمكنها ذلك من تقديم الإحصائيات والمؤشرات الصحية الكاملة والناتجة علن مخرجات النظام الصحي الذي من المفروض يتشكل من القطاع العمومي وشبه العمومي والقطاع الخاص، بحيث تكون الوزارة على علم ودراية ومراقبة لكل النشاطات التي يقوم بها القطاع الخاص، كما يمكن هذا العمل المصالح المركزية للضرائب من تحصيل الضرائب وفق النشاط الحقيقي بعيدا عن التصريحات الخاطئة والكاذبة كما هو جاري حاليا.

يستعمل القطاع الصحي الخاص حاليا الطريقة البدائية في تعاملاته المالية مع المرضى، فلا فوترة ولا استعمال البطاقات الائتمانية ولا الدفع عن بعد ولا تصريح، فالمريض يدفع نقدا وبصورة مباشرة وكأنك في سوق السيارات أو في سوق الماشية؟؟

5.الخاتمة:

تعد المؤشرات الصحية النافذة التي ينظر من خلالها لمدى نجاعة وفعالية السياسات والبرامج الصحية، فنسبة وفيات الأطفال أقل من سنة وأقل من خمس سنوات، ونسبة وفيات الأمهات أثناء الوضع ومتوسط الأمل في الحياة ونسبة التلقيحات.. تعبر بوضوح عن المستوى الصحي لأفراد المجتمع، وبالرغم من بعض التحسن في هذه المؤشرات التي عرفتها الجزائر إلا أنها لا تزال بعيدة عن المتوسط العالمي، كما أنها لا تعكس الإمكانيات المالية والمادية والبشرية التي تمتلكها وتوفرها الدولة للمنظومة الصحية،كما أن الدولة بإمكانها الاستثمار في القطاع الصحي الخاص بدمجه بصورة فعلية ضمن المنظومة الصحية الوطنية، نظير ما يزخر به من وسائل ومعدات وأجهزة حديثة ومتطورة ومؤهلات بشرية كفيلة بتحسين المؤشرات الصحية وتقديم الإضافة في المجال الصحي بجودة عالية وتقاسم الأعباء مع القطاع العمومي.

نتائج الدراسة:

- ✓ يحتاج القطاع الصحي الخاص في الجزائر إلى إعادة ضبط قواعد نشاطه التي تختلف بالضرورة عن باقي النشاطات الاقتصادية الأخرى، وبالتالي وضع حد للفوضى التي يعيشها.
- ✓ انخفاض جودة الرعاية المقدمة في القطاع العام تسبب في نمو القطاع الخاص بشكل متسارع وغير مدروس وغير منظم، وبالرغم من تقديمه لخدمات أفضل إلا أنه خلق تفاوت ولا مساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية والاستفادة منها.
- ✓ ضرورة تعويض العلاج لدى القطاع الخاص من قبل مؤسسات الضمان الاجتماعي كمرحلة أولى حتى لا يدفع المريض المؤمن اجتماعيا فاتورة العلاج مرتين: مرة لدى للضمان الاجتماعي ولا يتحصل على العلاج الذي يريده، ومرة عندما يتحصل على العلاج عند الخواص، وأن تدخل في هذا الشأن مؤسسات التأمين الخاصة كمرحة ثانية.
- ✓ ضرورة ضبط تكاليف العلاج في القطاع الخاص من طرف الدولة وفق مؤشرات معينة ومعروفة متفق عليها من قبل أهل الاختصاص.
- ✓ بإمكان القطاع الخاص التقليل والحد من تحويل العملة الصعبة للخارج عند اللجوء للعلاج وذلك من خلال العمل على توفير العلاج في بعض التخصصات غير الموجودة بالمستشفيات العمومية.

6..قائمة المراجع

1. ج ج د ش، الميثاق الوطني 1964

2. ج ج د ش، الميثاق الوطني 1976
3. ج ج د ش ، الميثاق الوطني 1986
4. ج ج د ش ،وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة 1998.
5. ج ج د ش ، الدستور 1963
6. ج ج د ش ، الدستور 1976
7. ج ج د ش ، الدستور1989
8. ج ج د ش ، الدستور1996
9. ج ج د ش ، الدستور2016
10. ج ج د ش ، الدستور2020
11. ج ج د ش، قانون رقم 88. 15 مؤرخ في 16 رمضان 1408 الموافق لـ 3 مايو 1988 يعدل ويتمم القانون رقم 85. 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها ج ر رقم 18 الصادرة يوم 4 مايو 1988.
12. ج ج د ش، قانون 18. 11 مؤرخ في 2 يوليو سنة 2018 يتعلق بالصحة، ج ر عدد 46 الصادرة يوم 29 يوليو 2018.
13. ج ج د ش، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم1 المؤرخ في 08 أفريل 1995م، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى، ص2 .
14. ج ج د ش ، المجلس الوطني الشعبي، الجريدة الرسمية للمداولات، الفترة التشريعية الرابعة الدورة العادية الثانية، الجلسة العلنية المنعقدة يوم 22يونيو 1998، ص 15.
15. ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 50. 2000 المؤرخ في 04 مارس 2000، المعدل للمرسوم التنفيذي رقم 187. 94 المؤرخ في 6 جويلية 1994 المعدل والمتمم الذي يحدد توزيع نسبة الاشتراك في الضمان الاجتماعي، **الجريدة الرسمية**، العدد 10، الصادرة يوم 04 مارس 2000، ص 15.
16. ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 218/07 مؤرخ في 10 يوليو 2007 يحدد شروط وكيفيات التكفل بمصاريف النقل الصحي، وتسعيرات تعويضها من قبل هيئات الضمان الاجتماعي[2]، ح ر ، عدد 46، الصادرة يوم 15 يوليو 2007،
17. .ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 116/09 مؤرخ في 7 أفريل 2009 يحدد الاتفاقيات المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، ج ر ، عدد 23، الصادرة يوم 19 أفريل 2009.
18. . ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 396/09 مؤرخ في 24 نوفمبر 2009 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات ، ج ر ، عدد 70 الصادرة يوم 29 نوفمبر 2009
19. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 159/12 مؤرخ في 1 أفريل 2012 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصاراتين والنظاراتين، ج ر، عدد 20 الصادرة يوم 4 أفريل 2012 .
20. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 367/14 مؤرخ في 15 ديسمبر 2014 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وإمراض القلب والأوعية، ج ر ، عدد 75 الصادرة يوم 28 ديسمبر 2014
21. .ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 11/15 مؤرخ في 14 جانفي 2015 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة، ج ر، عدد 04 الصادرة يوم 29 جانفي 2015
22. حاروش نورالدين، الإدارة الصحية، دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، الجزائر، دار الأمة للنشر والتوزيع، 2017.

23. حاروش نورالدين، الضمان الاجتماعي والتأمينات الصحية في الجزائر: من الهيمنة إلى الانفتاح، المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد13، العدد1، الصفحة 295 . 319، تاريخ النشر: 2025/06/01 https://asjp.cerist.dz/en/article/269058

1. RADP, ministère de la santé et de la population et la reforme hospitalière , santé en chiffre 2023.
2. www.cnas.dz