

واقع التشغيل في القطاع الصحي بالجزائر

1 أ.شعباني لطفي

2 أ.تبة سومية

الملخص

لقد باتت سياسة التشغيل في الجزائر في السنوات الأخيرة تشكل الانشغال الأول لدى السلطات العمومية، ويرجع ذلك بالأساس إلى تزايد مستوى الطلب على العمل بمعدل يفوق نسبة العرض على العمل، وهو ما يعني ارتفاع مستويات البطالة، خاصة منها البطالة ما بين الشباب من حاملي الشهادات، مع ما يرافق ذلك من مشاكل اجتماعية واقتصادية، ومواجهة لهذا الوضع تم اعتماد مجموعة من البرامج والإجراءات والتدابير والآليات، تشكل في مجملها سياسات لدعم التشغيل. وسنحاول من خلال هذا البحث، معرفة كيف يسهم القطاع الصحي، باعتباره قطاعاً خدمائياً، في دعم هذه البرامج، وتوفير مناصب شغل تعمل على امتصاص جانب من البطالة ذات الكفاءات المتخصصة.

الكلمات الدالة: البطالة، التشغيل، المؤسسات الصحية.

Abstract:

The employment policy in Algeria Has become in recent years constitute the first preoccupation to public authorities, due primarily to an increase in the level of demand for labor at a rate higher than the proportion of width to work, which means high levels of unemployment, especially ones of unemployment among young graduates, with the accompanying social problems and economic, and the face of this situation has been the adoption of a set of programs, procedures and measures and mechanisms constitute the entirety of policies to support the operation, and we have tried in this research to know how to contribute to the health sector as a services sector in support of these programs and providing jobs working on Besides the absorption of unemployment with specialized skills.

Keywords: unemployment, employment, health institutions.

¹ د/شعباني لطفي، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة بومرداس، الجزائر.

² أ/ تبة سومية كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة بومرداس - الجزائر.

مقدمة

تمثل سياسة التشغيل مختلف البرامج والتدابير التي تتخذها الدولة من أجل إنشاء مناصب شغل بمختلف التخصصات، بغية امتصاص أو مكافحة البطالة الموجودة في المجتمع. وكما هو معروف، فإن البطالة والتشغيل وجهان لعملة واحدة تمثل فيه البطالة جانب الطلب على العمل، والتشغيل وسوق العمل جانب العرض، ولا يحدث الاستقرار إلا إذا كان هناك توافق بين الطرفين. فلقد كانت البطالة ولازالت إحدى المؤشرات المهمة عن مدى نجاعة السياسة الاقتصادية للدولة، إذ إن التحكم في هذا المؤشر معناه تحقيق الرفاهية لأفراد المجتمع مادام أن العمل هو مصدر الدخل. كما أن الاستغلال الأمثل للموارد البشرية يساهم في النمو الاقتصادي، وذلك لا يتأتى إلا بالمشاريع الاستثمارية الهادفة. لقد بلغت نسبة البطالة في الجزائر سنة 2000 حدود 30%، مما استوجب دق ناقوس الخطر لمعالجة ظاهرة البطالة كافة الفئات الاجتماعية لاسيما الشباب وأصحاب الشهادات الجامعية والمؤهلات العلمية، مما استلزم على الدولة الشروع في إجراءات وتدابير استثنائية للتخفيف من حدتها وانعكاساتها السلبية. وتمثلت هذه الإجراءات في وضع برامج عديدة لترقية الشغل، وإنشاء هياكل متخصصة لتنفيذها، مع حشد جميع الجهود والإمكانات المالية اللازمة لإنجاحها. ولقد حققت هذه الجهود والإمكانات نتائج إيجابية يمكن ملاحظتها من خلال تدني نسبة البطالة لتبلغ في أبريل 2014 حدود 9,8%.

وعلى الرغم من أن جل هذه البرامج والسياسات والتدابير التي انتهجتها الدولة موجهة للقطاع الاقتصادي، غير أن للقطاع الخدماتي نصيب منها. وباعتبار قطاع الصحة من بين أهم وأكثر القطاعات حساسية في الدولة كونه يهتم بأهم ما يملكه الفرد، ألا وهي الصحة، من خلال تقديم خدمات صحية للمواطن، وتوفير مناصب شغل لليد العاملة ذات الكفاءة الخاصة في هذا المجال.

من خلال هذا الطرح تبرز إشكالية الدراسة الآتية:

ما هو واقع التشغيل بالقطاع الصحي في الجزائر؟

أهمية الدراسة

تتجلى أهمية الموضوع من أهمية قطاع الصحة بالنسبة للمجتمع، وكذا معرفة الدور الذي يسهم به هذا القطاع في دعم سياسات التشغيل من جهة، ومن جهة أخرى معرفة أثر جهود الدولة من أجل التخفيف من حدة البطالة.

أهداف الدراسة

سنحاول من خلال الدراسة التوصل إلى معرفة واقع التشغيل في القطاع الصحي بمختلف مؤسساته، وكيف يسهم هذا الأخير في التخفيف من البطالة.

خطة الدراسة

للإجابة على التساؤل المطروح وتحقيق هدف الدراسة سيتم التطرق للمحاور الثلاثة الآتية:

- مفاهيم عامة للبطالة والتشغيل؛
- جهود الدولة للاستثمار في مجال الصحة بغرض خلق مناصب عمل؛
- مساهمة قطاع الصحة في التشغيل وتخفيف البطالة.

أولاً: مفاهيم عامة للبطالة والتشغيل

سيتم التعرض إلى كل من تعريف البطالة والتشغيل، وأنواع البطالة.

1- تعريف البطالة والتشغيل

1-1- تعريف البطالة

طبقاً لمنظمة العمل الدولية فإنّ العاطل عن العمل هو كل شخص قادر على العمل وراغب فيه ويبحث عنه ويقبله عند مستوى الأجر السائد ولكن دون جدوى.

- كما تعرّف البطالة على أنّها التوقف الإجباري أو الاختياري في بعض الأحيان لجزء من القوة العاملة في مجتمع ما، على الرغم من قدرة هذه الأخيرة ورغبتها في العمل والإنتاج.
- وتعرّف البطالة أيضاً على أنّها عدم اشتغال قوة العمل في المجتمع أو عدم استخدامها استخداماً أمثل وكاملاً على الرغم من قدرتها ورغبتها في العمل.

على اعتبار أنّ قوة العمل في مجتمع ما تعرف على أنّها مجموع الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و60 سنة ممن يعملون أو يبحثون عن عمل بشكل جدي، باستثناء كبار السن، والمتقاعدين، والعاجزين، وربات البيوت غير الراغبات في العمل، والطلاب عبر مختلف مستوياتهم.

1-2- تعريف التشغيل

- يقصد بالتشغيل توفير عدد من الوظائف ومناصب العمل في شتى ميادين النشاط الاقتصادي، ومختلف مستويات العمل بالشكل الذي يلبي أكبر عدد من طلبات العمل واليد العاملة.
- التشغيل يعني عدد الأفراد الذين هم في سن العمل ولديهم وظائفهم.
- إنّ الفهم الشامل للتشغيل حجماً، ونسبة، وهيكلية يعتبر مطلباً من المطالب الملقاة على عاتق الجهاز المشرف على شؤون الأفراد، وهذا الفهم الشامل يحتاج إلى تحليل هيكل التشغيل، والذي يبدأ بعملية حصرية مبدئية لعدد العاملين الموجودين في البلد، لتحديد مستويات العمالة والتعرف على القطاعات التي تعاني من نقص في بعض المهارات، وكذلك

التي تواجه زيادة في العمالة لإبراز واستخلاص أهم العوامل المؤثرة في هيكل العمالة لإعادة النظر في ذلك، وكيفية إحداث التغيير الممكن. ومن أهم العوامل المؤثرة في هيكل العمالة سواء أكانت داخلية أم خارجية ما يلي:

- درجة التدخل الحكومي والقوانين التي تنظم شؤون العاملين، والسياسات العامة للتوظيف؛

- درجة التقدم التكنولوجي؛

- درجة انتشار التخطيط للقوة العاملة؛

- مستويات الأجور المدفوعة في سوق العمل؛

فهيكّل العمالة يعتبر المرآة العاكسة للبلد وكفاءته في رسم سياسات التشغيل.

2-أنواع البطالة

توجد أنواع عديدة ومختلفة للبطالة في المجتمعات، وهذا راجع لاختلاف مسبباتها، وسنذكر فيما يلي بعض أنواعها:

2-1- البطالة الاختيارية

ويقصد بهذا النوع من البطالة تخلي الفرد عن عمله بإرادته، وتفضيله للراحة مع وجود مصدر آخر لإعاشته مثلاً، أو لأنّ ما يتقاضاه من ذلك العمل هو مبلغ قليل، فيتخلى عنه مع البحث عن عمل آخر يكون أحسن من ناحية الأجر وظروف العمل.

2-2- البطالة الإجبارية

في هذا النوع من البطالة يجبر الفرد على التخلي عن عمله رغم قدرته عليه ورغبته فيه عند الأجر السائد، ويكون ذلك لما تقوم المؤسسات بعملية تسريح العمال بحثاً عن سبل للتقليل من التكاليف، بهدف عقلنة التسيير وبلوغ الأهداف بأدنى التكاليف.

2-3- البطالة الاحتكاكية

يقصد بهذا النوع تلك البطالة الناجمة عن تنقلات الأفراد من وظيفة أو مهنة إلى أخرى، أو من منطقة إلى أخرى، وهذا بسبب نقص المعلومات لدى الباحثين عن العمل ولدى أصحاب الأعمال.

فعملية الانتقال هذه تتطلب فترة للمفاضلة بين المهنة الأولى والثانية، وقد تطول فترة البحث عن العمل لانعدام المعلومات أو لنقصها، وهذا النقص يسبب عدم تلاقي وتوافق الرغبات بين العامل وصاحب المؤسسة.

2-4- البطالة الهيكلية

يحدث هذا النوع عندما تطرأ تغيرات هيكلية على مستوى الاقتصاد الوطني، والتي ينتج عنها اختلال في التوازن بين فرص العمل المتاحة ومؤهلات العاطلين عن العمل والراغبين والباحثين عنها. تظهر البطالة في هذه الحالة "لأنّ مستويات الخبرة المطلوبة للوظائف الشاغرة المتاحة لا تتوافر لدى العاطلين عن العمل، أي هناك فائض في العرض في سوق عمل ما، وفائض في الطلب في سوق عمل آخر". كما قد تحدث البطالة الهيكلية بسبب تبني تكنولوجيا عالية، كاعتماد المكننة أو استخدام الإنسان الآلي، مما يؤدي إلى الاستغناء عن عدد كبير من العمالة. وهذا النوع من البطالة تطول فترة تعطله حتى يتسنى لمن يريد من العمالة أن يعيد تأهيل نفسه مواكبة التطور الجديد.

2-5- البطالة المقنّعة

تسمى مقنّعة ومستترة لأنها غير ملحوظة، وهي عدد العمال الذين يعملون بإنتاجية متدنية، بل يعملون بإنتاجية حدية تساوي الصفر، ويظهر هذا النوع من البطالة في مجال الزراعة التقليدية أو الوظائف الحكومية، حيث يكون عدد العمال الذين يشتغلون في الوحدة الإنتاجية أكبر مما يجب، بمعنى أن مصلحة ما يستطيع أن يقوم بشؤونها عاملان، تجد أن الذين يعملون فيها خمسة.

ثانيا: جهود الدولة للاستثمار في مجال الصحة بغرض خلق مناصب عمل

نتيجة للحالة التي عرفتها البلاد بعد الاستقلال، والفترة الطويلة للاستعمار الذي خلف وراءه مجتمعاً ستمته الأساسية الفقر والأمية؛ فقد عمدت الدولة إلى الاهتمام الخاص بهذا المجال، ومحاولة تكثيف استثماراتها فيه بغية تقريب وتوفير الخدمات الصحية للمواطن بالجودة والنوعية اللازمتين، و في نفس الوقت فهي تعمل أيضا على خلق مناصب عمل لليد العاملة المؤهلة وامتصاص البطالة في المجتمع.

1- مختلف الاستثمارات في الهياكل القاعدية والمنشآت الصحية

حاولت الدولة النهوض بهذا القطاع بشتى الوسائل، ولقد عززت من استثماراتها خاصة فيما يخص الهياكل القاعدية والمنشآت الصحية والموارد البشرية، وهذا بالخصوص في سنوات الثمانينيات. وهذا ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول الآتي الذي يوضح حالة المنشآت الصحية العمومية في الجزائر ما بين سنة 1962 وسنة 2006.

الجدول رقم(01): حالة المنشآت الصحية بين سنة 1962 وسنة 2006

2006	1962	المنشآت الصحية
13	/	مركز استشفائي جامعي
31	/	مؤسسة استشفائية متخصصة
224	156	مستشفى عمومي
504	/	عيادة متعددة الخدمات
5368	188	مراكز و قاعات العلاج
515	/	مركز طبي اجتماعي
1121	/	وحدات الصحة المدرسية
80	/	وحدات الصحة الجامعية
120	/	مراكز حقن الدم
989	/	صيدليات

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معلومات من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

من خلال هذا الجدول، يلاحظ أن ما كان يوجد من منشآت صحية غداة الاستقلال ما هو إلا ما خلفه الاستعمار، ويتمثل في مجموعة من مراكز وقاعات للعلاج ومستشفيات عمومية، في حين نلاحظ من خلال معطيات سنة 2006 أن الدولة الجزائرية قامت باستثمارات كبيرة في هذا المجال، من خلال المنشآت الجديدة التي نلاحظ أنها أضيفت للقطاع، وعددها أيضا يعتبر لا بأس به. وقد اخترنا سنة 2006 كسنة للمقارنة لأنه ابتداءً من سنة 2007 تم تغيير واعتماد نظام صحي جديد في الجزائر، تم فيه استبدال القطاع الصحي العمومي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وهو ما نص عليه المرسوم التنفيذي رقم 07-140 الصادر في 19 ماي 2007.

والجدول الموالي يبين عدد المنشآت الصحية وفق التقسيم الجديد في الجزائر

الجدول رقم(02): عدد المنشآت الصحية بين سنة 2010 وسنة 2014

2014	2013	2012	2010	المنشآت الصحية
14	14	14	14	مركز استشفائي جامعي
1	1	1	1	مؤسسة استشفائية جامعية
194	194	194	195	مؤسسة عمومية استشفائية
8	8	8	14	مؤسسة استشفائية

76	74	74	65	مؤسسة استشفائية متخصصة
271	271	271	271	مؤسسة عمومية للصحة الجوارية

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معلومات من وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات

من الملاحظ أنه لم يحدث تغير كبير على المنشآت الصحية في السنوات الأخيرة إلا على مستوى المؤسسات الاستشفائية المتخصصة التي ارتفع عددها بتسع مؤسسات جديدة سنة 2012 ومؤسستين سنة 2014. على الرغم من أنه في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين سنتي 2010-2014 استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي قدر بمبلغ 619 مليار دينار جزائري، تعتم الخطوط العريضة لهذا لبرنامج إنجاز 172 مستشفى، 45 مجمع صحي متخصص، 377 مستوصف، 1.000 قاعة علاج، 17 مدرسة للتدريب شبه الطبي، وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

وهذا ما يلاحظ من خلال الإحصائيات التي حصلنا عليه من الوزارة الوصية و المبينة في الجدول السابق.

ولقد خصصت الدولة لقطاع الصحة بين سنة 2008 و سنة 2025 حوالي 19 مليار أورو للاستثمارات في هذا المجال، وهذا المبلغ سيكون موجهاً لبناء منشآت صحية جديدة، وتجديد وتطوير المستشفيات الموجودة، وكذلك رفع قدرة استيعاب المنشآت الصحية إلى الضعف بحلول سنة 2025.

2- مختلف المؤسسات المتخصصة في تكوين ممتهني الصحة

باعتبار أن كل الهياكل والمنشآت الصحية على اختلاف أنواعها تقدم خدمات صحية للمواطن، فهي في المقابل أيضا تحتاج إلى توفر أيدي عاملة متخصصة ذات كفاءات ومهارات، خاصة من أجل تلبية الطلب المتزايد على خدمات هذه المؤسسات؛ لذا نجد أن الدولة عمدت إلى محاولة توفير هذه الهياكل المتخصصة في تكوين هذا النوع من اليد العاملة التي يحتاجها هذا القطاع.

وبالإضافة إلى 17 كلية طب متواجدة بمختلف الجامعات الجزائرية تحت وصاية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي تعمل على تكوين أطباء عامين و صيادلة وجراحي أسنان حسب ما يحتاجه القطاع، فإن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تشرف على:

- المدرسة الوطنية للتسيير و إدارة الصحة؛
- المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي؛
- 24 معهداً وطنياً عالياً للتكوين شبه الطبي.

- 03 معاهد وطنية عالية لتكوين القابلات.
 - مدرسة شبه طبي (بالأغواط).
 - 07 معاهد للتكوين شبه الطبي.
 - ملاحق على مستوى المستشفيات لتكوين مساعدي التمريض.
- هذه المعاهد والمدارس والملاحق توفر ما قدره 24403 مقعداً بيداغوجياً، ولقد تم تكوين ما قدره 52003 متخصصاً في شبه الطبي ما بين سنتي 2004 و 2013 بمختلف التخصصات التي تتوفر عليها المعاهد و المدارس.
- أما على مستوى المدرسة الوطنية للتسيير وإدارة الصحة فقد تخرجت الدفعة الأولى في فيفري من سنة 2013 بعدد 86 إداري رئيسي للمصالح الصحية، والدفعة الثانية ب 75 إداري رئيسي في فيفري من سنة 2014.
- كما يُتوقع تخرج حوالي 24104 متخصصاً في شبه الطبي، بمختلف التخصصات، ما بين سنتي 2014 و 2018.

ثالثاً: مساهمة قطاع الصحة في التشغيل وتخفيف البطالة

إن الملاحظ في السنوات الأخيرة هو تزايد الطلب على العلاج، وخاصة العلاج المتخصص، وهذا نتيجة تزايد عدد السكان، وتزايد نسبة الأمراض، غير أنّ هذه الزيادة في الطلب على العلاج تخلق نوعاً من الصعوبات على المؤسسات الاستشفائية، نتيجة النقص الذي تعاني منه المؤسسات الجزائرية من التغطية الطبية وشبه الطبية، تدفع بها إلى خلق مناصب شغل وتخصصات جديدة.

فبعد الاستقلال كان أغلب الأطباء والمرضى من أصل أجنبي، وهذا ما دفع الدولة إلى الرفع من استثماراتها في الموارد البشرية في المجال الطبي و شبه الطبي.

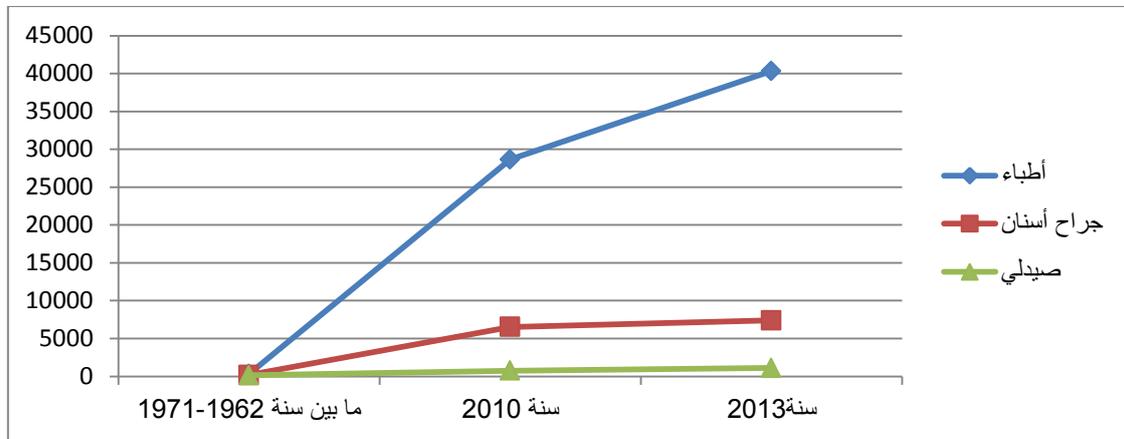
1- المناصب التي يوفرها القطاع لفئة شبه الطبي

بالنسبة لتكوين فئة شبه الطبيين فمنذ الاستقلال كان التكوين في سبعة معاهد فقط، وبطاقة استيعاب ضعيفة، كانت خمسة منها متركزة بالجزائر العاصمة، ونظراً للحاجة المتزايدة تم تكثيف عدد المكوّنين، وهو ما يلاحظ من خلال التزايد المستمر للمتخرجين، ففي سنة 2010 وصل العدد إلى 103.663 إطاراً شبه طبي ليصل العدد في سنة 2013 إلى 130682 إطاراً. فهذا الارتفاع المحسوس راجع للسياسة التي تعتمدها الدولة في هذا المجال، وفتح مناصب شغل من أجل تغطية العجز الواضح في المؤسسات الصحية، فقد قدّرت الحاجات الإضافية المنتظرة ما بين 2010 و 2015 ب 40000 إطاراً.

2- المناصب التي يوفرها القطاع لفئة الأطباء

أما بالنسبة لتكوين الأطباء فقد كانت جامعة الجزائر أول من قام بذلك في بداية الاستقلال، ورغم الجهود المبذولة فإنها لم تكن كافية لتلبية الحاجات السكانية، فما بين سنتي 1962-1971 لم يتم تكوين سوى 315 طبيباً، 191 جراح أسنان و152 صيدلياً.³ وبقي هذا العدد في ارتفاع مستمر ففي سنة 2010 (11) وصل عدد الأطباء على مستوى الوطن إلى 28 652 طبيباً، منهم 20 963 طبيب عام، و7 689 طبيب متخصص، و6521 جراح أسنان، و757 صيدلياً، ليصل العدد في سنة 2013 إلى 25604 طبيب عام، 14737 طبيب مختص، 7391 جراح أسنان، و1116 صيدلياً. ويمكن توضيح تطور عدد الأطباء في الشكل الآتي:

الشكل رقم (01): تطور عدد الأطباء (أطباء، جراحو أسنان، صيادلة)



المصدر: من إعداد الباحثين اعتماداً على المعطيات السابقة

من الملاحظ أن إستراتيجية الدولة في إنعاش هذا القطاع سمح بتكوين المختصين في هذا المجال، وتوسيع التشغيل بما يسمح بالتكفل الجيد بالمواطن، وتقديم خدمات صحية ذات جودة، وذلك ما ساهم بقسط كبير في تقليص الأمراض. ويمكن تلخيص نصيب المتخصص الواحد من شبه الطبي أو الطبيب، بالنسبة لعدد السكان في الجدول الآتي:

الجدول رقم (03): يوضح تغطية المختص الواحد من السكان

سنة 2013	سنة 2010	سنة 1967 (12)	
(13)550/1	757/1	25000/1 شخص	طبيب
(14)258/1	290/1	1000/1	شبه طبي

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات - مديرية التخطيط

3- المناصب التي يوفرها القطاع لفئة الإداريين والتقنيين

فيما يخص الإداريين والتقنيين، فإنهم لم يحظوا بتكوين خاص ومنظم قبل سنوات الثمانينيات لتسيير المؤسسات التي كانت موجودة آنذاك، غير أنه و في سنة 1982 تبنت المدرسة العليا للإدارة تكوين مديرين في الصحة، ليتم بعدها إنشاء مدرسة وطنية متخصصة في ذلك سميت حالياً بالمدرسة الوطنية للتسيير وإدارة الصحة، لذا فقد عرف القطاع عجزاً ونقصاً كبيرين فيما يخص اليد العاملة المتخصصة في هذا المجال، مما دفع إلى زيادة الاستثمار والتكوين في هذا المجال، بحيث بلغ عدد الإداريين 61189، منهم 3000 مسيراً سنة 2013. (15)

4- المناصب التي يوفرها القطاع للأساتذة والمؤطرين

وفيما يخص الأساتذة والمؤطرين الذين يعملون على تكوين وتأطير اليد العاملة المختصة لهذا القطاع، سواء أكانت طبية أم شبه طبية أم إدارية وتقنية، فيوجد:

- 3317 أستاذاً استشفائياً جامعياً بمختلف الرتب، يضمن التكوين الأكاديمي للطواقم الطبي في الجامعات، وفي المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا التكوين الطبي المتواصل وشبه الطبي.

- 14737 طبيباً مختصاً في الصحة العمومية، يشارك في التكوين الطبي المتواصل، وكذا التكوين شبه الطبي.

- وعلى مستوى المعاهد والمدارس والملاحق شبه الطبية يوجد 539 أستاذاً شبه طبي، بالإضافة إلى 367 أستاذاً مساعداً على مستوى المعاهد، كما يوجد الأساتذة المتعاقدين وعددهم 1423 من مختلف التخصصات الطبية، وشبه الطبية، والنفسية.

وبعد هذا الاستثمار الذي قامت به الدولة سواء فيما يخص الهياكل الصحية وتجهيزها، أو نفقات التكوين لمختلف الفئات التي تساهم في التسيير وفي تأمين الخدمات الصحية، فإن التشغيل في هذا القطاع الحساس عرف تطوراً ملحوظاً، كون أن الطلب بقي ولا يزال متزايداً، نظراً للتزايد السكاني الكبير. وبصفة عامة فان قطاع الصحة شهد تزايداً في التشغيل؛ نتيجة السياسات الإنمائية التي تنتهجها الدولة بغية النهوض بهذا القطاع الإستراتيجي.

الخاتمة

من خلال دراستنا لهذا الموضوع، حاولنا عرض مساهمة القطاع الصحي من خلال مختلف الاستثمارات المتعلقة بهذا المجال في إنشاء مناصب شغل، ودعم البرامج التنموية، بحيث يعتبر قطاع الصحة ثالث أكبر مشغل على مستوى الدولة، حيث يوظف 297 360 موظفاً. فكل المؤسسات الصحية تعمل على تقديم خدمات صحية للمواطن، ولكن في الأساس تحتاج هذه المؤسسات قبل ذلك إلى توفر مناصب عمل لإطارات طبية وشبه طبية وإدارية، تعمل وتسهر على

تلبية احتياجات السكان المتزايدة للخدمات الصحية لهذه المؤسسات. لذا عملت الدولة على تكثيف استثماراتها في الهياكل القاعدية والموارد البشرية، ومن ثمّ توفير مناصب عمل جديدة وأيدي عاملة ماهرة ومتخصصة ذات كفاءة عالية، بغية تقليص الفجوة بين الطلب على الخدمات الصحية والعرض، غير أنّ الواقع اليومي المعاش على مستوى المؤسسات يبين أنه لا يزال هناك عدم توافق كبير بين العرض والطلب المتزايد بوتيرة أكبر من العرض، نتيجة التزايد السكاني والتكوينات الموسمية للإطارات الصحية.

وعليه، فقد توصلنا إلى عدة نتائج حول هذا الموضوع، يمكن أن نصوغها في الآتي:

- الاستثمار في القطاع الصحي يوفر مناصب شغل للشباب المؤهل وخريجي الجامعات، مما يخفف من حدة البطالة.
- يعاني القطاع الصحي بالجزائر العديد من النقائص و السلبيات فيما يخص نقص الأطباء المتخصصين وشبه الطبيين، في عديد من مناطق الوطن، ولاسيما في المناطق الداخلية والجنوبية.
- سبب النقص في الخدمات المقدمة يرجع أساسا إلى ارتفاع عدد السكان وغياب التكوين المستمر للإطارات الصحية.
- كل ما ذكرناه أنفا لا يمنع من أن نشير دون وجه للتناقض أن تحليل النتائج والمؤشرات يبين ارتفاع وتطور في: الموارد البشرية للقطاع ، الهياكل القاعدية ،المعدات الطبية و نوعية العلاج المقدم.

الاقتراحات والتوصيات :

- أن تضع الحكومة برامج خاصة للنهوض بالخدمات الصحية، الأمر الذي سيترتب عنه إنشاء فرص عمل لآلاف الخريجين والمؤهلين.
- تشغيل الطاقات العاطلة من العمال عن طريق التدريب وإعادة التأهيل.
- ربط البرامج التعليمية والتكوينية والتدريبية باحتياجات سوق العمل.
- إنشاء تخصصات تكوينية جديدة من شأنها التخفيف من حدة الطلب على هذه التخصصات.
- وضع مناخ عمل محفز ومساعد على الإبداع، بغية الحد من ظاهرة هجرة الإطارات الطبية وشبه الطبية من القطاع العام إلى القطاع الخاص.

المراجع :

- 1- أحمد رمضان وآخرون، مبادئ الاقتصاد الكلي، الدار الجامعية للنشر، مصر، 2004، ص: 256.
- 2- ضياء مجيد الموسوي، النظرية الاقتصادية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005، ص: 83.
- 3- رمزي زكي، الاقتصاد السياسي للبطالة(تحليل لأخطر مشكلات الرأسمالية)، عالم المعرفة الكويت، 1998، ص: 27.
- 4- حسام داود وآخرون، مبادئ الاقتصاد الكلي، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص: 83.

- 5- Oufriha Fatima-Zohra, Système de santé et population en Algérie, éd ANEP, 2002, p: 74.
- 6- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار www.andi.dz
- 7- برنامج الدعم لقطاع الصحة- www.pass-ue.dz/index.php?option=com_content&view=category&id=20&Itemid=108
- 8- Pr. Moussa Arrada, Politique de formation et de recherche en santé, Colloque international sur les politique de santé, Alger, 18 et19 janvier2014, p :02.
- 9- Pr. Moussa Arrada, op.cit., p04.
- 10- آيت عيسى عيسى، سياسة التشغيل في ظل التحولات الاقتصادية في الجزائر، رسالة دكتوراه من كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2010، ص:181.
- 11- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية التخطيط.
- 12- BOULAHBAL Bachir: L'Algérie de demain, Relever les défis pour gagner l'avenir, Décembre 2008, p: 4.
- 13- Pr. L. Abid, Organisation actuelle du système de santé et perspectives, DGSSRH-MSPRH, 2013, p:12.
- 14- Pr. L. Chachoua, Le système national de santé1962 à nos jour, Colloque international sur les politique de santé, Alger,18 et19 janvier 2014,p:26
- 15- Pr .L .Abid, op.cit, p:12.
- 16- Pr. Moussa Arrada, opcit, p:03.

المواقع الالكترونية:

www.sante.org.dz وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

www.ons.dz الديوان الوطني للإحصاء