جامعة أكلي محند أولحاج –البويرة–

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم القانون الخاص

النظام القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في القانون

تخصص: قانون أعمال

من إعداد الطالبتين:

- لنوار هديل
- معيز نور الهدى

تحت إشراف الأستاذ:

د/ بوعمامة زكريا

د/ شتوان حياة	جامعة البويرة	رئيسا
د/ بوعمامة زكريا	جامعة البويرة	مشرفا ومقررا
د/ ايت بن اعمر صونيا	جامعة البويرة	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

لك الحمد حمدًا نستَلِذّ به ذكرًا وإن كنّا لا نُحصي ثناءً ولا شكرًا

فأنت سبحانك أهل الحمد والثناء، نحمدك على توفيقك وعونك، وعلى ما بلغناه من درجات علمية ومعرفية، فلولا فضلك ما اكتمل سعي ولا تحقق مقصد.

ولأن من لم يذق مرارة التعلّم ساعةً تجرّع ذلّ الجهل طول حياته

ولأن العلم نور يهدي العقول ومصفاة تميّز بين الناس، كان طلبه ضرورة تُبنى بها الأمم لا مجرد خيار يُؤخذ على سبيل الاحتياط.

كما نتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير والاحترام إلى أستاذنا المشرف "الدكتور زكريا بوعمامة"، الذي لم يبخل علينا بتوجيهاته ونصائحه، فكان نعم المقيِّم والمقوّم والمُعين لإتمام هذه المذكرة في أحسن صورة، فجزاه الله عنا خير الجزاء.

ولا يفوتنا أن نتقدم بالشكر المسبق إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة، على قبولهم قراءة هذه المذكرة ومناقشتها، وما سيبذلونه من وقت وجهد في تقييمها وإثرائها بملاحظاتهم القيّمة.

كما نتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى كافة أساتذتنا الكرام الذين كان لهم الفضل في تعليمنا وتوجيهنا، وغرس أسس المعرفة القانونية فينا، حتى أصبحنا ندرك قيمة القانون ورسالة العلم.

إهـــــــــــــــداء

الحمد لله حبا وشكرا وامتنانا على البدء والختام. {واخر دعواهم ان الحمد لله رب العالمين}.

لم تكن الرحلة قصيرة ولا الطريق محفوفا بالتسهيلات لكنني فعلتها، فالحمد لله الذي يسر البدايات وبلغنا النهايات بفضله وكرمه.

اهدي هذا النجاح لنفسي الطموحة أولا، تلك التي تعبت في صمت، وصبرت حين اثقلها الطريق، ولم تنحن رغم الصعاب، فكان الإصرار رفيقها، وكان الحلم وجهتها حتى بلغت مرادها.

بكل حب اهدي ثمرة نجاحي وتخرجي الى:

الى من احمل اسمه بكل فخر، الى النور الذي اضاء دربي والرجل الذي سعى لأجل ان أصل لهذه المرحلة في حياتي، اطال الله في عمره " ابي الغالي".

الى من علمتني الاخلاق قبل الحروف، الى من كانت الداعم الأول لتحقيق طموحي والقلب الحنون، التي كانت تحيطني بدعواتها، اطال الله في عمرها " امي الغالية"

إلى ملاذ الأمانِ في حياتي أهدي إليكما ثمرة هذا الجهد اعترافاً بوجودكما بجانبي، فبكما يزدادُ الفرح وبدعمكما تفرّدَ هذا النجاح" مريم وكوثر".

إلى من كان لي سنداً وسؤالاً لا ينقطع اعتزازا بجميل اهتمامك الذي يسبق عمرك، وامتناناً لوجودك الدائم بجانبي" أخي بلال".

إلى مرفأ الوجدان التي لم ينقطع سؤالها، وإلى من جعلت غراس وُدّها لي ظلاً ومقاماً، أهدي إليك نجاحي هذا تقديرا لقلبك الذي تمنى لي الخير دوماً، ولروحك التي رافقتني بالدعاء في كل حين "ابنة خالتي روميساء"

كما أتقدم بخالص الشكر الى صديقتي الوفية التي كانت رفيقة دربي في هذه الرحلة، شاركتني التعب قبل الفرح، وكانت سندا صادقا في لحظات الإرهاق فوجودها كان طمأنينة وكلماتها كانت دافعا للاستمرار" هديل".

وأخيرا من قال انا لها نالها، وان ابت رغما عنها اتيت بها، ما كنت لأفعل لولا توفيق من الله.

"نور الهدى"

إهـــــــــــــداء

الحمد لله أوله وآخره، حمدا يليق بجلاله وعظيم عطاياه، له الشكر كما ينبغي لكرم وجهه، إذ أنار لي درب السعي، وربت عليَّ بالصبر وكان عونا لي حين ضاق الطريق، فتمَّ بعونه ما كان حلما وصار واقعا يكتب.

ليكون هذا العمل عربون وفاء وامتنان الى كلّ من وُجد أينما جدَّ الجَّد، صديقا كان أو رحم أو معلما علمني مالم أعلم، واخص بالذكر:

نفسي بعد الله

تلك التي تعثَّرت ولم تسقط وتعبت ولم تنكسر، صبرت حين كان الصبر أثقل من القدرة وآمنت بالحلم حين كاد اليأس أن يتمكن منك، إليك "هديل " أهدي هذا الإنجاز شهادة لقوة خفية لم يعرفها أحد غيرك.

والديَّ العزيزين

أمّي الغالية، دعاءً يمشي على الأرض، من علمتني أنَّ النجاح يصنع بالصبر وأنَّ التعب إذا كان لأجل الحلم يصبح شرفا، وأبي رحمه الله، الذي غاب جسدًا وبقي أثره حاضر دائما في كل خطوة، فما كتبت شيئاً إلاَّ كنتما اول من تستحقان كل فضل وتقدير.

أختيَّ الغاليتين

صديقتيَّ وأختيَّ" فاطمة الزهراء" و" أحلام" مع زهرتيها " ليا" و"كوثر" اللواتي أضفن إلى هذه الرحلة معنى أعمق للفرح والأمل وجودكنَّ جميعًا كان سندًا وطمأنينة، وسببًا في الكثير من القوة والسكينة لكنَّ من القلب خالص الشكر والامتنان، وأتمنى لكنَّ مستقبلاً مشرقا مليئا بالنجاح.

رفيقة المذكرة

التي كان اسمها خير دليل على حضورها في كل مرحلة " نور الهدى"، نورها أضَّاء الأفكار، ووجودها جعل كل خطوة أكثر ثباتًا وكل جهد أخف، لك جزيل الامتنان على دعمك المستمر ورفقتك الجميلة فكانت كل لحظة عمل معك في هذا البحث والبحوث التي سبقته ذات روح ومعنى.

ليكن الماستر جسراً، لا غاية وبداية لرحلة لا ينتهي فيها السعي، حيث يصبح الحلم وسيلة لتحقيق ما هو أسمى

" هـــــديل "

مقدمة

مقدمة:

أصبحت المؤسسات الاستشفائية الخاصة اليوم إحدى الركائز الأساسية في منظومة الرعاية الصحية، بعد أن انتقلت من مجرد مبادرات مهنية محدودة إلى فضاء تنظيمي ومؤسساتي متكامل يتقاطع فيه العلاج بالتنظيم والاستثمار، فهي تنشط داخل قطاع يتزايد تعقيده بفعل التحولات الصحية المتسارعة، وارتفاع متطلبات الجودة، وتنامي حاجة المجتمع إلى خدمات صحية أكثر تخصصًا ومرونة وفعالية.

ويُلاحظ أن هذا التطور لم يكن وليد المرحلة الحالية فقط، بل جاء نتيجة مسار تدريجي عرفه النظام الصحي، خاصة مع انفتاح الجزائر وتمكين القطاع الخاص من تقديم الخدمة الصحية، بعدما كانت هذه الأخيرة حكرا على القطاع العام، ومع تزايد الطلب على العلاج وتوسع الحاجات الصحية للمجتمع، بدأت تظهر تدريجياً مؤسسات استشفائية خاصة بأشكال بسيطة، قبل أن تتطور إلى مؤسسات منظمة تخضع لقواعد قانونية وإدارية أكثر دقة.[1]

وتُعد هذه المؤسسات من أهم الفاعلين في قطاع الصحة، بالنظر إلى الدور الذي تؤديه في دعم المنظومة الصحية الوطنية وتخفيف الضغط عن المؤسسات العمومية، من خلال توفير خدمات علاجية واستشفائية متنوعة تستجيب لحاجات المرضى وتساهم في تحسين التكفل الصحي، وقد جعل هذا الدور المتنامي منها جزءًا لا يتجزأ من آليات تحديث قطاع الصحة، لاسيما في ظل التوجه نحو رقمنه الخدمات الصحية والانفتاح على الخبرات الأجنبية والتكنولوجيا الطبية الحديثة، بما يسهم في الرفع من جودة الأداء الصحي وتعزيز مردودية هذه المؤسسات.

غير أنّ خصوصية النشاط الذي تمارسه المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وارتباطه المباشر بالحق الدستوري للأشخاص في تلقي الرعاية الصحية، المكفول بموجب المادة 54 من دستور 1996 وتقابلها المادة 63 من التعديل المعمول به حاليا[2]، فرضت على المشرّع الجزائري إخضاعها لإطار قانوني دقيق ينظم شروط إنشائها وسيرها ورقابتها، ويحدد الالتزامات

[1] - – نور الدين حاروش، التكامل والاندماج الفعلي للقطاعين الصحيين العام والخاص في الجزائر –السبل والاليات–، مجلة السياسة العالمية، المجلد 09، العدد 02، جامعة الجزائر 03، 2025، ص 210.

[2] – دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1996، منشور بموجب المرسوم الرئاسي رقم 96–438، مؤرخ في 07 ديسمبر سنة 1996، ج. ر، عدد 76، الصادرة في 08 ديسمبر سنة 1996(معدل ومتمم).

والمسؤوليات المترتبة عنها، بما يضمن تحقيق التوازن بين حرية الاستثمار ومتطلبات المصلحة العامة، وبين البعد الإنساني للخدمة الصحية والطابع الاقتصادي الذي يميز نشاطها.

ومن هنا تتجلى القيمة العلمية لدراسة الإطار القانوني المنظم للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، باعتبارها من المواضيع التي تفرضها التحولات الحديثة التي يشهدها القطاع الصحي في ظل التعديلات القانونية التي جاء بها المرسوم التنفيذي رقم 21-136 المحدد لشروط وكيفيات استغلال المؤسسات الخاصة للصحة وسير وتنظيم نشاطاتها الصحية [1]، وما تثيره من إشكالات قانونية وتنظيمية متصلة بفعالية الرقابة، وحدود المسؤولية، ومدى قدرة التشريع على مواكبة التطور في المجال الصحي، أما من الناحية العملية فهي تساعد المستثمرين والممارسين الطبيين في معرفة التزاماتهم وتحديد نطاق مسؤولياتهم القانونية.

وقد تم اختيار الموضوع بناء على:

ميولنا الذاتي إلى استكشاف قانون جديد لم يسبق التطرق إليه في مسيرتنا الدراسية وهو "القانون الطبي"، الذي يعد أدق التخصصات القانونية المعاصرة وأكثرها تشابك بين ما هو تقني طبي وما هو قانوني، وقد وقع اختيارنا على "المؤسسات الاستشفائية الخاصة" تحديدا كونها الأقرب إلى مجال تخصصنا والأشمل لمختلف القوانين، على غرار رغبتنا في تكوين دراسة مستجدة متكاملة حول هاته المؤسسة.

أما بالنسبة للجانب الموضوعي، فنظرا للأهمية المتزايدة التي بات يحتلها القطاع الصحي الخاص في الجزائر، خاصة مع ظهور تحولات في نظرة المشرع الجزائري للمؤسسات الاستشفائية الخاصة ضمن التعديلات القانونية الأخيرة في ظل التطور الرقمي والتكنولوجي والاعتماد على الخبرات الأجنبية، وهو ما يستعدي دراسة شاملة لنظامها القانوني.

وتهدف هذه الدراسة إلى تحليل الإطار القانوني المنظم للمؤسسات الاستشفائية الخاصة من خلال الوقوف عند مختلف النصوص التشريعية والتنظيمية التي تضبط إنشاءها وسيرها، مع توضيح طبيعتها القانونية وتمييزها عن الهياكل العمومية والخاصة الأخرى، كما تسعى إلى تحديد

[1] – مرسوم تنفيذي رقم21-136 المؤرخ في 7 أفريل 2021، يحدد شروط وكيفيات استغلال المؤسسات الخاصة للصحة وسير وتنظيم نشاطاتها الصحية، ج. ر، عدد 28، الصادرة في 14 أفريل 2021(معدل ومتمم).

الالتزامات والمسؤوليات القانونية لهذه المؤسسات والاشخاص العاملين داخلها أثناء تقديم الخدمة الصحية، بالإضافة إلى تقييم فعالية الرقابة القانونية وآليات الجزاء المطبقة عليها ومدى قدرتها على ضمان احترام المعايير الصحية وحماية حقوق المرضى، فضلا عن إبراز أثر التحديثات والاصلاحات التشريعية المستجدة على أداء المؤسسات الصحية الخاصة.

وفيما سبق ذكره من أهمية الموضوع وأهدافه، وما يرتبط به من جوانب قانونية وتنظيمية، وما يطرحه من إشكالات مرتبطة بتطور القطاع الصحي وطابعه المزدوج، فإن دراسة هذا الموضوع تقودنا إلى الإشكالية التالية التي ستكون محور هذا البحث: **إلى أيّ مدى تمكن المشرع الجزائري من إرساء نظام قانوني متكامل وفعَّال للمؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر وضمان حسن سيرها؟**

وللإجابة على هذه الإشكالية اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال وصف مختلف النصوص القانونية المنظمة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، وتحليل أحكامها، وتقييم فعالية الآليات المطبقة عليها، والكشف عن الثغرات القانونية والإشكالات العملية التي تمس هذا النظام، مع الاستعانة بالمنهج المقارن كلما اقتضت الحاجة لذلك، من خلال مقارنتها مع هياكل الصحة الأخرى، وعند التطرق لتغيير الحاصل مقارنة بالتنظيم السابق، وفي بعض الاجتهادات القضائية بهدف إبراز خصوصية المؤسسة في المنظومة القانونية الجزائرية.

وتأسيسا على ذلك، تم تقسيم هذا البحث إلى فصلين أساسيين، تحدثنا في الفصل الأوَّل عن الأحكام القانونية المتعلقة بهيكلة المؤسسات الاستشفائية الخاص، أما فيما يخص الفصل الثاني، فعالجنا فيه الأحكام القانونية المتعلقة بوظيفة المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

الفصل الأوّل:

الأحكام القانونية المتعلقة بهيكلة المؤسّسات

الاستشفائية الخاصّة

تمهيد وتقسيم:

برزت المؤسسات الاستشفائية الخاصة كأحد الأشكال التنظيمية التي أقرّها المشرّع لهيكلة ممارسة النشاط الاستشفائي في إطار مؤسسي، ويخضع لجملة من القواعد القانونية التي تضبط وجوده وتحدد كيفية اشتغاله.

وتكشف دراسة هذا الهيكل عن أبعاد تتجاوز مجرد التعريف، إذ يرتبط تحديد مضمونه بمسار تطوري أدى الى ظهور صيغاً جديدة لتقديم الخدمة الصحية، في سياق تداخلت فيه الاعتبارات التنظيمية مع التحولات الاقتصادية، ولا يقف هذا الطرح عند حدود ضبط المفهوم، بل يمتد إلى محاولة تمييزه عن غيره من الهياكل، حيث تفرض طبيعة النشاط وتقارب الوظائف نوعاً من التشابك الذي يصعّب رسم حدود فاصلة بشكل مطلق.

ويزداد هذا التداخل وضوحاً عند بحث طبيعته القانونية، من خلال مسألة الشخصية المعنوية وما تقتضيه من آثار، إلى جانب الأشكال التي يمكن أن يتخذها، والتي تعكس توجهاً نحو إدراجه ضمن منطق منظم يستوعب البعد الاستثماري دون أن يفصل عن خصوصية المجال الصحي.

ويمتد هذا الطرح إلى زاوية أخرى تتصل بكيفية تجسيد هذه المؤسسات في الواقع، من خلال شروط إنشائها والإجراءات المؤطرة لدخولها حيز النشاط، ويوازي ذلك تنظيم داخلي يقوم على توزيع مهام التسيير المالي والإداري، في سياق تحكمه خصوصية العمل الاستشفائي.

وفي هذا الإطار، تبرز مسألة الموارد البشرية بوصفها عنصراً فاعلاً في تحديد طبيعة الأداء داخل هذه المؤسسات، لاسيما مع تعدد أنماط ممارسة المهن الصحية، وتنوع وضعيات الممارسين بين وطنيين وأجانب.

وتماشيا مع تم ذكره، قسمنا هذا الفصل الى مبحثين رئيسيين:

تناول **المبحث الأول** ماهية المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وأما **المبحث الثاني** فيختص في تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

المبحث الأوَّل: ماهيَّة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

إنَّ الإحاطة بالمؤسَّسات الاستشفائية الخاصة تقتضي الوقوف بداية على تحديد ماهيَّتها، وذلك من خلال بيان المقصود بها والأسس التي قامت عليها، وكذا تتبُّع الظُّروف الَّتي رافقت ظهورها ضمن المنظومة الصحيَّة، كما يستدعي الأمر توضيح موقعها ضمن مختلف الهياكل الصحيَّة الأخرى، بما يسمح بإبراز الحدود الفاصلة بينها وبين غيرها من الأطر التَّنظيميَّة للنَّشاط الصحي.

ومن جهة أخرى فإنَّ دراسة هذه المؤسَّسات لا تكتمل دون التَّطرق إلى طبيعتها القانونيَّة، باعتبارها الإطار الَّذي يحدِّد الكيفيَّة الَّتي يتمُّ من خلالها تنظيمها قانونا، سواء من حيث الأشكال التي يمكن أن تتَّخذها أو من حيث موقعها ضمن النَّشاط الاقتصادي المرتبط بالقطاع الصحي.

وعلى هذا الأساس ينقسم المبحث الى مطلبين، يركز الأوَّل على مفهوم المؤسَّسات الاستشفائيَّة الخاصَّة **(المطلب الأوَّل)**، بينما يحدد الثَّاني الطَّبيعة القانونيَّة لها **(المطلب الثَّاني)**.

المطلب الأوَّل: مفهوم المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

يعد تحديد مفهوم المؤسَّسات الاستشفائيَّة الخاصَّة خطوة أساسيَّة لفهم الإطار القانوني الَّذي يحكم نشاطها داخل المنظومة الصَّحِّيَّة، ذلك أنَّ الإحاطة بهذا المفهوم تقتضي الوقوف على مختلف العناصر التي تسهم في تحديد ماهيَّة هذه المؤسَّسات، سواء من خلال ضبط المقصود بها في ضوء التَّنظيم القانوني الذي أقرَّه المشرّع أو من خلال تتبُّع الظّروف الَّتي رافقت ظهورها وتطوُّرها ضمن قطاع الصِّحة .

كما يستدعي الأمر توضيح موقع هذه المؤسَّسات ضمن باقي الهياكل الصحيَّة، وذلك من خلال إبراز أوجه التَّمييز بينها وبين غيرها من الأطر التَّنظيميَّة التي تمارس نشاطا صحيّاً، سواء تعلَّق الأمر ببعض الهياكل الصحيَّة الخاصَّة أو بالمؤسَّسات التَّابعة للقطاع العام.

ويتمُّ ذلك من خلال التَّطرق الى تعريف المؤسَّسات الاستشفائيَّة الخاصَّة وكذا نشأتها **(الفرع الأوَّل)**، ثم بيان أوجه التَّمييز بينها وبين مختلف الهياكل الصِّحِّيَّة الأخرى **(الفرع الثَّاني)**.

الفرع الأوّل: تعريف ونشأة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

يشمل التَّعريف بالمؤسَّسات الاستشفائيَّة الخاصَّة توضيح المقصود بها، مع استعراض الظّروف الَّتي رافقت استحداثها في ظل الانفتاح الاقتصادي، بما يبرز التَّحولات الَّتي ساهمت في نشوئها وتحوّلها إلى هياكل مؤسَّسيَّة منظمة ضمن المنظومة الصحيَّة.

أوّلا: المقصود بالمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

أ_ المقصود اللُّغوي والاصطلاحي:

نظرا لعدم وجود تعريف لغوي محدد للمؤسَّسات الاستشفائيَّة الخاصَّة سنستعرض كل مصطلح من هذه العبارة على حدة لتوضيح المفهوم الكلِّي لها.

1-المؤسَّسة:

_ لغة: مشتقة من الأُسّ، الأُسس والأساس من كل مبتدئ الشيء، والأسس والأساس أصل لبناء، أس الدار يعني حدودها ورفع قواعدها، أسس البيت فتأسس جعل له أساس، يقال الحجر الأساس: أي أول حجر في أساس البناء.[1]

_ اصطلاحا: يصعب تقديم تعريف موحَّد وشامل للمؤسَّسة، نظرا لتعدُّد التَّعريفات التي قدَّمها الباحثون تبعا للاتجاهات والإيديولوجيَّات المختلفة التي يتبنَّونها ومن ثمَّ يمكن استعراض مجموعة من هذه التَّعريفات منها ما يلي:

تعَّرف المؤسَّسة بأنَّها كيان اقتصادي واجتماعي يتمتَّع باستقلالية نسبية، يتولَّى تنظيم وتنسيق الموارد البشريَّة والماليَّة والإعلاميَّة واتِّخاذ القرارات المتعلِّقة بتسييرها قصد تحقيق قيمة مضافة وفق الأهداف المسطَّرة ضمن إطار زماني ومكاني.[2]

---

[1] – ابن منظور، لسان العرب، دار الجيل، الجزء 1، الطبعة04، 2003، بيروت، ص10.

[2] – عبد الرزاق بن حبيب، اقتصاد وتسيير المؤسسة، الطبعة04، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون" الجزائر"، 2009، ص 28.

وتعَّرف كذلك على أنَّها نظام مفتوح يؤثِّر في محيطه الخارجي ويتأثَّر به، ويتكوَّن من مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة فيما بينها والَّتي تعمل في إطار تكاملي لتحقيق هدف معيَّن.[1]

2- الاستشفاء:

ـ لغة: لمعرفة معنى الاستشفاء في اللغة، يستعرض فيما يلي مصادر الكلمة وتبيان شرحها كالآتي:

- معنى الشِّفاء: يقول الله تعالى **{وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا}**[2]، وقال تعالى **{يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ}**[3].
- من فعل" شفي": تعني زوال المرض، أي تعافى واستعاد صحَّته وعافيته.[4]
- المستشفى: كلمة مستشفى في العربيَّة تعني الشِّفاء، أي البرء من العلِّة، بينما في اللغة اللاتينيَّة تعني إكرام الضَّيف، ويعتبر المستشفى منظَّمة اجتماعيَّة صحيَّة تقوم بأداء مجموعة من الوظائف الأساسيَّة.[5]

ـ اصطلاحا: عرَّفت "منظَّمة الصحَّة العالميَّة" المستشفى بأنَّه جزء من النِّظام الاجتماعي الصّحي، يتولَّى تقديم خدمات رعاية صحيَّة متكاملة تشمل الجوانب العلاجيَّة والوقائيَّة، ولا يقتصر دوره على تقديم الخدمات داخل المؤسَّسة فحسب، بل يمتدُّ أيضا الى تقديم الرِّعاية الصحيَّة الخارجية للأسر في منازلها، كما يعدُّ مركزا لتدريب العاملين الصحيِّين والقيام ببحوث علميَّة.[6]

---

[1] – الياس بن ساسي، يوسف قريشي، التسيير المالي، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الجزائر، 2006، ص32.

[2] – سورة الإسراء، الآية 82.

[3] – سورة يونس، الآية 57.

[4] – المنجد في اللغة العربية المعاصرة، الطبعة02، دار المشرق، بيروت " لبنان"، 2002، ص 802.

[5] – صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان "الأردن"، ص207

[6] – نقلا عن فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان "الاردن"، 2014، ص 63.

وعرَّفت الجمعية الأمريكيَّة هي الأخرى المستشفى على أنَّه مؤسسة تضم جهازا طبيا منظما يتوفر على تسهيلات طبيَّة دائمة، كما تشتمل على أسرة للتنويم وتقدم خدمات طبيَّة متنوعة لاسيَّما خدمات الأطباء والتمريض بصورة مستمرة، وذلك بغرض تشخيص الأمراض وعلاج المرضى. [1]

ب_ المقصود القانوني:

ورد مصطلح المؤسسات الاستشفائيَّة الخاصَّة لأول مرة بموجب المادة 208 من المرسوم التنفيذي رقم07-321 المتعلق بتنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها[2]، بعد أن كانت تسمى سابقا بالعيادات الخاصَّة، والتي عرِّفت بأنَّها مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف.

غير أنه بعد تعديل هذا المرسوم بموجب المرسوم لتنفيذي رقم21- 136 المحدد لشروط وكيفيات استغلال المؤسسة الخاصة وسيرها، أصبحت تعرَّف وفقا للمادة 04 منه، على أنَّها مؤسسة علاج تمارس فيها نشاطات الطب والجراحة ونشاطات الاستكشاف واستشفاء المرضى، ويجب أن تضطلع على الأقل بالنسبة للتخصص أو التخصصات التي تمارسها بنشاطات ورد ذكرها في المادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136:

_ الوقاية و/ أو ترقية الصحة.

_ الاستكشاف والتصحيح.

_ الفحوص و/ أو العلاجات.

_ الاستعجالات و/ أو العلاجات.

_ استشفاء المرضى.

كما يمكن أن تتضمن العلاج التلطيفي والعلاج في المنزل.

ويستفاد من هذه الصياغة أنَّ المشرّع لم يتجه الى وضع تعريف قائم على الطبيعة أو التكييف القانوني للمؤسسات الاستشفائيَّة الخاصَّة سواء قي التعريف السابق أو الحالي، وإنَّما اعتمد معايير وظيفيا من خلال تحديد الأنشطة الصحيَّة التي تمارسها، الأمر الذي يجعل التعريف منصبا على

[1]- نقلا عن صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص 207.

[2]- مرسوم تنفيذي رقم 07-321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007، المتعلق بتنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، ج.ر، عدد 67، الصادرة في 24 أكتوبر 2007(ملغى).

الوظيفة أكثر من البنية القانونيَّة وقد كان أكثر توسعا في تعريفه الوارد في المرسوم التنفيذي رقم 21-136.

ثانيا: نشأة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة في ظل الانفتاح الاقتصادي

واجهت الجزائر عقب الاستقلال واقعًا صحيًا بالغ الصعوبة نتيجة الاختلالات التي خلفها الاستعمار في مختلف القطاعات وعلى رأسها القطاع الصحي، فقد كانت الهياكل الصحية قليلة العدد ومركزة في مناطق محددة، بينما كانت أغلب مناطق البلاد تعاني نقصًا حادًا في الخدمات الطبية الأساسية والإمكانيات البشرية والمادية غير كافية لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان[1].

أمام هذا الواقع تبنت الدولة نموذجًا يقوم على تدخل السلطات العمومية وهيمنة القطاع العام في تقديم الخدمات الصحيَّة باعتبار الصحة قطاعًا حيويًا فقد كرست دورها المركزي في السياسة الصحيَّة من خلال اعتماد مبدأ مجانية العلاج سنة 1973، الذي شكل مرحلة مفصلية في تنظيم القطاع الصحي، إذ أنَّ المشرع سعى من خلال هذا الإجراء إلى تمكين جميع المواطنين من الحصول على الخدمات الصحية دون عوائق مالية، مما عزز الطابع الاجتماعي للنظام الصحي الجزائري وجعل المؤسسات الصحية العمومية الركيزة الأساسية لتقديم الرعاية خلال تلك المرحلة.[2]

ومع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها الجزائر منذ نهاية ثمانينيات القرن الماضي، ونتيجة المظاهر السلبية لانخفاض الكفاءة الإنتاجية والتخَصُصيَّة في وحدات القطاع العام، بدا واضحًا أنَّ حجم القطاع العام أصبح أكبر مما ينبغي، وأنَّ تكاليف احتفاظ الدولة به مرتفعة على الاقتصاد الوطني ولقد عملت الحكومات على معالجة هذه التحديات من خلال تبني

[1]– بن عيسى مصطفى، بن عيسى بن عيلة، **واقع وآفاق عصرنة المؤسسات الاستشفائية في الجزائر**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، جامعة زيان عاشور "الجلفة"، العدد 02، 2015، ص120.

[2]– مريم زان، الجودة في الخدمات الصحية –دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر–، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص إدارة الموارد البشرية، قسم التنظيم السياسي والاداري، كلية العلوم السياسية، جامعة الجزائر 03، 2017، ص 177.

سياسات اقتصادية أكثر انفتاحًا، وإشراك القطاع الخاص في تقديم الخدمات، مع الاستعانة أحيانًا بالمعونات المالية والفنية من مؤسسات دولية مثل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي.[1]

في هذا السياق، شكل تعديل قانون الصحة رقم 85-05 بموجب قانون رقم 88-15 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها[2]، خطوة محورية في تنظيم نشاط القطاع الصحي الخاص، فقد أشار هذا القانون بصراحة إلى دور القطاع الصحي الخاص من خلال السماح للخواص بفتح عيادات استشفائية وعيادات للفحص والعلاج، إضافة إلى تنظيم نشاط أطباء الأسنان، ومخابر التحليل، والنظارات الطبية، وباقي الأنشطة الصحية، كما أنَّه وضع تعريفات الأعمال التي يؤديها الأطباء، وجراحو الأسنان والصيادلة، ونظم التعريفات والرسوم اليومية المقدمة في العيادات الاستشفائية، ليؤسس بذلك إطارا قانونيا واضحا لضبط نشاط القطاع الصحي الخاص.[3]

لكن مع استمرار بعض الإشكالات القانونية بين الهياكل الصحية الخاصة والمتعاملين معها، لاحظ المشرع الجزائري وجود خلط في المفاهيم بين هذه الكيانات المستقلة والممارسات الطبية الحرة التقليدية المعروفة بالعيادات، ولضمان حماية أكبر للمرضى وتنظيم أدق لنشاط هذه الهياكل عمل المشرع على منح امتيازات محددة لهذه المؤسسات وفي المقابل تحميلها مسؤوليات أكبر تجاه المتعاملين معها مقارنة بالعيادات التقليدية، باعتبارها مؤسسات استشفائية ترتقي فوق مجرد كونها عيادات، وقد كان الهدف تفادي النزاعات التي كانت تظهر عادةً عند محاولة بعض الهياكل التنصل من مسؤولياتها القانونية.[4]

ومن هذا المنطلق، راجع المشرع جميع المراسيم السابقة وجميع التشريعات المعدلة والمكملة لها، واستحدث المرسوم التنفيذي رقم 07-321، الذي مثل نقطة تحول كبيرة في تسمية ومضمون هذا الهيكل الصحي ليصبح رسميًا مؤسسة استشفائية خاصة، مع تحديد أشكالها القانونية

---

[1]– سعدي عجلان مضحى الدليمي، النظام القانوني الخصخصة –دراسة مقارنة–، دار الجامعة الجديدة للنشر، د ط، الإسكندرية، مصر،2022، ص07.

[2] –قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج. ر، عدد 176، الصادرة في 17 فيفري 1985 (ملغى).

[3] - نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 210-211.

[4] – خيرة بن سويسي، النظام القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، دار النشر الجامعي الجديد، تلمسان" الجزائر"، 2017، ص51.

ومسؤولياتها وامتيازاتها بشكل واضح، بما يضمن تنظيم عملها وحماية المريض والحفاظ على حقوق جميع الأطراف.

وقد دعم التعديل التشريعي رقم 21-136 هذا الإطار القانوني من خلال تحديد شروط وكيفيات استغلال المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة وإدارة نشاطاتها الصحيَّة وتنظيم سيرها، مع منح المزيد من الامتيازات وتشجيع هذه المؤسسات على تطوير خدماتها.

وبذلك، يتضح أنَّ نشأة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة وتطورها لم تقتصر على تغيير في التسمية، بل مثلت تحولًا جوهريًا في تنظيم هذه الهياكل ووضع مسؤولياتها وامتيازاتها بشكل رسمي لحماية المرضى، وغدا المشرع الجزائري يشجع الاستثمار الخاص في قطاع الصحة، موفرًا له الإمكانيات لتطوير مؤسسات استشفائية وفق هياكل قانونية واضحة، بما يعزز دوره في تقديم خدمات علاجية متطورة ومتنوعة مع تمكينه من المساهمة بفعالية في تطوير المنظومة الصحيَّة الوطنية بطريقة منظمة ومؤسَّسية.

الفرع الثاني: تمييز المؤسسات الاستشفائية الخاصَّة عن باقي الهياكل الصحيَّة.

تختلف المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة عن باقي الهياكل الصحية العامة والخاصة بطبيعة النشاطات المقدمة، وهو ما يوضح تميزها عن الهياكل الأخرى في هذا المجال.

أوَّلا: تمييزها عن الهياكل الصحيَّة العمومية

تحمل المؤسسات الاستشفائية الخاصة صفات تجعلها ذات خصوصية بالمقارنة مع المؤسسات الصحية العمومية المذكورة في نص المادة 298 من قانون الصحة رقم 18-11 [1]:

[1] – قانون رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018، يتعلق بالصحة، ج. ر، عدد 46، الصادرة في 29 جويلية 2018(معدل ومتمم).

أ_ تمييزها عن المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

عرفتهما المادة02 والمادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم07-140 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية[1]، بأنهما هيئتان عموميتان تتمتعان بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تندرج ضمن اطار المرفق العام وتخضعان لنظام الوصاية الإدارية، غير انهما تختلفان من حيث المهام، فالأولى تتولى خدمات التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وتُعنى بتقديم الرعاية الصحية المتخصصة لسكان بلدية او عدة بلديات، بينما الثانية تختص بتقديم الرعاية الصحية الأساسية والوقائية، تنفيذ برامج التلقيح الوطنية وتوفير التكوين شبه الطبي[2]، وذلك قبل صدور قانون الصحة لسنة 2018 ليُعاد هيكلتها لاحقاً ضمن اطار المقاطعة الصحيَّة كتنظيم إقليمي يهدف الى تنسيق نشاط المؤسَّسات الصحيَّة وضمان تكاملها.[3]

ومع أنَّ المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة تمارس نشاطات مماثلة للمؤسَّسات العمومية الاستشفائية، لكنها تحمل فروقاً جوهرية تتجاوز طبيعة النشاطات، فهي ملكيَّة خاصة تمارس مهامها مقابل أجر وتسعى لتحقيق عائد اقتصادي بينما تقدم المؤسسات العمومية ذات الخدمات مجاناً او بسعر رمزي، وتهدف الى تلبية الحاجيات الصحية للمجتمع ضمن مسؤولية الدولة.

ب_ تمييزها عن المراكز الاستشفائية الجامعية:

يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتخضع لوصاية مزدوجة وهذا حسب ما جاء في المادة02 من المرسوم التنفيذي رقم 97-46 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها[4]، ويتولى مهام العلاج والاستشفاء والاستعجالات، إضافة الى كونه هيئة مكلفة بالتكوين

---

[1] – مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج. ر، عدد 33، الصادرة في 20 ماي2007(معدل ومتمم).

[2] – المواد 04، 08، من نفس المرسوم التنفيذي.

[3] – مهدي لعموري، **الصحة الجوارية في الجزائر من القطاع الصحي الى المقاطعة الصحية**، مجلة البحوث والدراسات العلمية، جامعة يحيى فارس "مدينة"، المجلد17، العدد 01، جامعة 08 ماي 1945، 2023، ص 591.

[4] – مرسوم تنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ج. ر، عدد 81، الصادرة في 10 ديسمبر 1997(معدل ومتمم).

والدراسة والبحث بالتعاون مع مؤسسات التعليم والتكوين العالي في العلوم الطبية[1]، بينما المؤسسات الاستشفائية الخاصة تركز أساسا على تقديم العلاج والخدمات الطبية للمرضى دون الانخراط الرسمي في التكوين او البحث العلمي.

ت_ تمييزها عن مؤسسة الاعانة الطبيَّة المستعجلة:

مؤسسة الاعانة الطبية المستعجلة هيئة عمومية، أنشئت لدى بعض المراكز الاستشفائية الجامعية بهدف ضمان التكفل بالاستعجالات الطبية في إطار منظم، وتتمثل مهامها وفقا لما تقرره المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 98-423 المتضمن انشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الاستشفائية الجامعية والقطاع الصحية[2]، في الاستجابة الفورية للحالات الطارئة غير الاستشفائية، وتقديم التوجيهات الطبية والاسعافات الأولية والمساهمة في تنفيذ مخطط تنظيم الامن الاستعجالي، كما تضطلع بمهمة تكوين أعوان الإسعاف والإنقاذ في مجالي الصحة والنقل الصحي.

وبالمقارنة مع المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة، نجد أنَّها تختلف بشكل واضح في نطاق الاختصاص، فتقتصر الأولى على تقديم الرعاية الطارئة والعاجلة مع تدخلات قصيرة المدى والحد الأدنى من الأجهزة الطبية الأساسية، بينما الثانية تقدم خدمات تشمل كل من الطب والجراحة والاستشفاء مع طاقم متعدد الاختصاصات وعتاد طبي متطور، ومن ثم فقد منح المشرع المؤسسات الاستشفائية مجالا أوسع بكثير لممارسة نشاطها مقارنة بمؤسسة الاعانة الطبية المستعجلة.

ث_ تمييزها عن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:

أشارت المادة02 من المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المبين لقواعد إنشاء المؤسسة الاستشفائية المتخصصة [3]، أنَّ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة شخص معنوي ذات طابع

[1] – المادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 97-467، سالف الذكر.

[2] –مرسوم تنفيذي رقم 98-423 المؤرخ في 13 ديسمبر 1998، يتضمن انشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الاستشفائية الجامعية والقطاع الصحية، ج. ر، عدد 94، الصادرة في 16 ديسمبر 1998(معدل ومتمم).

[3] – مرسوم تنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 04 ديسمبر1997 يتضمن قواعد إنشاء المؤسسة الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج. ر، عدد 81، الصادرة في 10 ديسمبر 1997.

اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، و تقوم على مبدأ التخصص الوظيفي حيث يقتصر نشاطها على التكفل بمرض معين أو إصابة جهاز أو عضو محدد في جسم الانسان او فئة عمرية معينة، مع اضطلاعها بمهام الوقاية والاعلاج والتشخيص وتطبيق البرامج الصحية مع إمكانية مساهمتها في التكوين بموجب اتفاقيات، لتقريب الصورة يمكن الإشارة الى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية كمثال على هذا النوع من المرافق، لكن المؤسسات الاستشفائية الخاصة لا تقتصر على تخصص طبي معين، بل تسعى الى تقديم مجموعة متنوعة من التخصصات الطبية لتلبية طلب المرضى المختلفة

ثانيا: تمييزها عن الهياكل الصحيَّة الخاصَّة.

عددت المادة 308 من قانون الصحة رقم 18-11، مختلف الهياكل الصحية الخاصة ويتضح أن هذه الهياكل رغم انتمائها الى القطاع الخاص، تختلف عن المؤسسات الاستشفائية الخاصة من حيث طبيعة النشاطات ونطاقها.

أ_ المؤسَّسات الخاصَّة للعلاج و/ أو التشخيص:

المؤسَّسة الخاصة للعلاج و/ أو التشخيص هي مؤسَّسة علاج تمارس فيها نشاطات الطب والجراحة ونشاطات الاستكشاف، بما يشمل الوقاية و/ أو ترقية الصحة، الاستكشاف والتشخيص، الفحوص و/أو العلاجات، الاستعجالات الطبية و/ أو الجراحية، كما تضمن العلاج التلطيفي والعلاج في المنزل كحد أدنى بالنسبة للتخصص أو التخصصات التي تباشرها.[1]

استنادا إلى ما سبق فإنَّ المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة تشترك مع المؤسسة الخاصة للعلاج و/ أو التشخيص في نفس النشاطات وشروط الانشاء والتسيير، حتى أن المشرع نظمهما في المرسوم التنفيذي رقم 21-136 تحت مسمى المؤسسات الخاصة للصحة، إلا أنه يمكن رصد اختلاف جوهري، يتمثل في شرط توفر الاستشفاء أي الإيواء الطبي والتكفل المستمر بالمريض كركن أساسي لقيام مؤسسة استشفائية خاصة على عكس مؤسسة العلاج و/ أو

[1] – المادة 3 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

التشخيص، ويظهر هذا الاختلاف تدرجاً في طبيعة النشاط الصحي، حيث تمثل هذه المؤسسات مستوى وسيطاً بين الممارسة المهنية البسيطة والنشاط الاستشفائي الكامل .

ب_ هياكل الممارسة الفرديَّة:

تتمثل هياكل الممارسة الفردية في الإطار الذي يمارس فيه مهني الصحة نشاطه بصفة شخصية ومستقلة، حيث يرتبط النشاط مباشرة بالممارس ذاته، فقد أجاز المشرّع لمهنيي الصحة المؤهلين الاختصاص في حدود صلاحياتهم بممارسة أعمال التشخيص والعلاج والاستكشاف ووصف المواد الصيدلانية، كما أكدت مدونة أخلاقيات مهنة الطب على أن الطبيب وجراح الأسنان يخول لهما القيام بأعمال التشخيص والوقاية والعلاج [1].

وعليه تختلف هذه الهياكل عن المؤسسات الاستشفائية الخاصة في كونها تقوم على مسؤولية فردية مرتبطة بشخص الممارس، في حين تقوم هذه الأخيرة على تنظيم مؤسسي تتوزع فيه المسؤوليات داخل هيكل متكامل، وهو ما يعكس انتقال النشاط من الطابع المهني الشخصي إلى الطابع المؤسساتي.

ت_ هياكل الممارسة الجماعيَّة:

تقوم هياكل الممارسة الجماعية على اجتماع عدة مهنيين صحيين ضمن إطار واحد، بما يسمح بتكامل التخصصات وتبادل الخبرات، غير أن هذا التنظيم لا يخرج عن كونه امتداداً للممارسة المهنية للأفراد، ويستند نشاط هذه الهياكل إلى نفس الأساس القانوني الذي يحكم الممارسة الفردية حيث يختص كل مهني صحي في حدود اختصاصه بأعمال التشخيص والعلاج والاستكشاف[2].

[1] – أمينة دريسي، محاضرات في مقياس القانون الطبي الخاص، مطبوعة موجهة لطلبة سنة أولى ماستر، تخصص قانون طبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي اليابس سيدي بلعباس، 2025/2024، ص 51.

[2] – أمينة دريسي، نفس المرجع، ص 50.

ورغم هذا الطابع الجماعي، فإن هذه الهياكل لا ترقى إلى مستوى المؤسسة الاستشفائية الخاصة لكونها لا تمارس نشاطاً استشفائياً يتضمن الإيواء أو التكفل الشامل، بل تبقى محصورة في إطار الممارسة الطبية المباشرة، وهو ما يبرز الفارق بين التجميع المهني وتنظيم المؤسسات.

ث_ الصيدليات والمؤسسات الصيدلانيَّة: وسيتم التفريق بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة للصحة مع المؤسسات الصيدلية ثم مع الصيدليات كونهما يختلفان.

1_ المؤسسة الصيدلانيَّة: بحسب المادة 218 من قانون الصحة، هي شركة منظمة وفق الأشكال القانونية المنصوص عليها في القانون التجاري، تخضع للاعتماد من المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة، وتتولى إنتاج واستغلال واستيراد وتصدير وتوزيع بالجملة للمواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية الموجهة للطب البشري، مع ضمان وفرة هذه المواد وتوافر هيكل يسمح بتنفيذ إحدى العمليات المذكورة [1].

يمكن تمييز المؤسسات الاستشفائية الخاصة عن المؤسسات الصيدلانية بوضوح من خلال الوظيفة المؤداة فالمؤسسات الاستشفائية الخاصة تمارس نشاطاًت متصلة بشكل مباشر مع المريض، بينما المؤسسة الصيدلانية تقتصر على الإنتاج أو الاستيراد أو التوزيع بالجملة للمواد الصيدلانية، دون التدخل المباشر في التكفل بالمريض.

2_ الصيدليَّة: تعرفها المادة249 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، هي المؤسسة المخصصة لصرف المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية بالتجزئة، وتنفيذ المستحضرات الوصفية والصيدلانية، ويمكنها بصفة ثانوية توزيع المواد شبه الصيدلانية، ويتولى الصيدلي ملكية وإدارة الصيدلية بشكل شخصي.

يصعب التمييز بين الصيدليات العادية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لعدم وجود عناصر مشتركة كثيرة عدا ما تعلق في شكلهما التجاري، إلا أنه يمكن التمييز بين الصيدليات الاستشفائية الموجودة داخل المؤسسات الاستشفائية الخاصة، والتي تُعرف في المادة 246 من القانون المتعلق بالصحة، بأنَّها صيدليَّة مخصصة لتأمين الأدوية والمستلزمات الطبية للمرضى المقيمين أو المتلقين للعلاج داخل المؤسسة، وتتمثل مهامها في ضمان توفير المواد الصيدلانية، تحضيرها،

[1] – المادة 219 من القانون رقم 18-11، سالف الذكر.

مراقبتها، تسليمها، المشاركة في التثقيف الصحي، وتطبيق قواعد الممارسات الجيدة للاستشفاء[1]، وبالتالي الصيدلية الاستشفائية جزء مكمل للنشاط الاستشفائي، بينما الصيدليات العادية مستقلة ولا تدخل ضمن نشاط استشفائي متكامل.

ح_ مخابر التحاليل الطبيَّة:

حسب المادة 251 من القانون رقم 18-11، يقتصر نشاط مخبر التحاليل الطبية على إجراء الفحوصات البيولوجية اللازمة لتشخيص الحالات المرضية أو علاجها أو الوقاية منها، لذا فيعد هذا النشاط يظل محدوداً بعدم امتداده إلى باقي مراحل التكفل، بخلاف المؤسسات الاستشفائية الخاصة التي تمارس نشاطات متعددة في إطار واحد، وعليه فإن دور المخبر يظل وظيفياً مساعداً باعتباره يمثل دعامة تقنية يعتمد عليها الطبيب في اتخاذ القرار العلاجي وليس نشاطاً صحياً متكاملاً.

ج_ هياكل النقل الطبي:

تنحصر مهام هياكل النقل الطبي في نقل المرضى وتأمين تنقلهم في ظروف ملائمة عبر وسائل مجهزة طبيا وتقنيا حسب الحالة [2]، وعلى خلاف ذلك يرتبط نشاط المؤسسات الاستشفائية الخاصة مباشرة بالتكفل الصحي بمختلف مراحله، مما يجعلها تمارس نشاطاً طبياً فعلياً، في حين تظل هياكل النقل مجرد وسيلة داعمة لهذا النشاط.

المطلب الثاني: الطبيعة القانونية للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة

بعد تحديد مفهوم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وبيان خصائصها الاساسية، تبرز أهمية دراسة الطبيعة القانونية التي تقوم عليها هذه المؤسسات، باعتبارها الإطار الذي يحدد نظامها القانوني وكيفية تنظيم نشاطها، فالمؤسسة الاستشفائية الخاصة لا تقتصر على كونها هيكلاً صحياً لتقديم الخدمات العلاجية فحسب، بل تمثل كذلك كياناً قانونياً يخضع لأشكال قانونية

[1] – المادة 246 من القانون رقم 18-11، سالف الذكر.

[2] – محمد براسي، **القواعد المنظمة لنقل المرضى عبر الطرقات في التشريع الجزائري**، مجلة الدراسات القانونية والسياسية، جامعة عمار ثليجي " الأغواط"، المجلد 06، العدد 02، 2020، ص 138.

محددة، كما يمكن أن تندرج ضمن المشاريع الاستثمارية التي تستهدف تحقيق عائد اقتصادي الى جانب تقديم الخدمة الصحية.

وعليه سيتم تناول هذا المطلب من خلال فرعين، حيث نخصص **(الفرع الأوَّل)** لآثار الاعتراف بالشخصية المعنوية، أمَّا **(الفرع الثاني)** لدراسة الأشكال القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة ثم سنتطرق فيه إلى دراسة المؤسسة الاستشفائية الخاصة كمشروع استثماري.

الفرع الأوَّل: آثار الاعتراف بالشخصية المعنوية للمؤسسة

أقرَّ المشرع صراحة تمتع المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة بالشخصية المعنوية في المرسوم التنفيذي رقم 21-136 المنظم لها[1]، وهو إقرار ذو دلالة قانونية عميقة، اذ لا يقتصر أثره على الاعتراف بوجود قانوني مستقل، وإنَّما يمتد ليؤسس نمط معين من التنظيم القانوني للنشاط الاستشفائي الخاص.

ينتج عن منح الشخصية المعنوية مجموعة من الآثار القانونية المنصوص عليها في نص المادة 50 من القانون المدني الجزائري [2]، حيث:

_ **استقلالية الشخصية المعنوية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة:** يترتب على اكتساب المؤسسة الاستشفائية الخاصة للشخصية المعنوية تمتعها بوجود قانوني مستقل عن الأشخاص الطبيعيين أو المعنويين الذين قاموا بتأسيسها أو يملكون حصصا أو أسهما فيها، إذ تصبح المؤسسة شخصا قانونيا قائما بذاته يتمتع بكيان مستقل عن مؤسسيه وشركائه، ويترتب على ذلك أن التغييرات التي قد تطرأ على هؤلاء المؤسسين، كوفاة أحدهم أو انسحابه أو انتقال حصصه أو أسهمه، لا تؤدي في حد ذاتها إلى زوال المؤسسة أو المساس باستمرارها، ما دامت مستوفية للشروط القانونية اللازمة لممارسة نشاطها الصحي.

[1] – المادة 08 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2]– امر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون المدني المعدل والمتمم، ج. ر، عدد 78، الصادرة في 30 سبتمبر 1975.

_ **تمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بذمة مالية مستقلة:** تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بذمة مالية مستقلة عن الذمم المالية لمؤسسيها أو شركائها، بحيث تكون لها أموالها وموجوداتها الخاصة التي تخصص لتحقيق أغراضها الصحية والاستشفائية، وتشمل هذه الذمة المالية مختلف الحقوق والأموال والمعدات والتجهيزات الطبية والعقارات والديون المستحقة لها، كما تتحمل في المقابل الالتزامات والديون الناشئة عن نشاطها، وبذلك لا تختلط أموال المؤسسة بأموال مؤسسيها، الأمر الذي يكرس استقلالها المالي ويضمن وضوح مركزها القانوني والمالي في تعاملها مع الغير.

_**أهلية اكتساب الحقوق وتحمل الالتزامات:** يخول اكتساب الشخصية المعنوية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة أهلية قانونية تمكنها من اكتساب الحقوق وتحمل الالتزامات اللازمة لتحقيق غرضها. ومن ثم يمكنها إبرام مختلف العقود المرتبطة بنشاطها، كعقود اقتناء التجهيزات والمعدات الطبية، وعقود العمل مع المستخدمين والممارسين الصحيين، وعقود الصيانة والتأمين والخدمات المختلفة، كما تلتزم بالوفاء بالالتزامات المترتبة عن هذه التصرفات، وتتحمل المسؤولية القانونية عن الأعمال والتصرفات الصادرة عنها في إطار ممارسة نشاطها الصحي.

_**ممارسة حق التقاضي بواسطة ممثلها القانوني:** تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بحق اللجوء إلى القضاء للدفاع عن حقوقها ومصالحها المشروعة، كما يجوز مقاضاتها عند الإخلال بالتزاماتها القانونية أو التعاقدية، وتمارس هذا الحق باسمها الخاص باعتبارها شخصا قانونيا مستقلا، وذلك بواسطة ممثلها القانوني المخول قانونا بتمثيلها أمام الجهات القضائية والإدارية، ويشمل ذلك رفع الدعاوى للمطالبة بحقوقها المالية أو التعاقدية، والطعن في القرارات التي تمس مصالحها، وكذا الدفاع عن نفسها في الدعاوى المرفوعة ضدها، مما يجسد استقلال شخصيتها القانونية عن الأشخاص المكونين لها.

وتجدر الإشارة إلى أنَّ المادة 11 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 تعتبر اسم هذه المؤسّسة حصريا في منطقتها الجغرافية (الولاية)، غير أنّه يمكن لصاحب المشروع أن يستخدم نفس الاسم في حالة تعدد مؤسساته.

بما أنه يترتب عن هذا الإقرار قيام مسؤولية قانونية مستقلة للمؤسسة عن مسؤولية الشركاء إلاَّ في الحدود التي يَقِرُهَا القانون، إذ أنَّ الاعتراف بالشخصية المعنوية يُشكل مدخلاً ضرورياً للبحث في الأشكال القانونية التي أجازها المشرع لهذه المؤسسات، ويكشف هذا التوجه عن إرادة واضحة للمشرع الجزائري في إخراج النشاط الاستشفائي الخاص من نشاط مهني محض إلى نشاط ذي بُعد استثماري.[1]

الفرع الثاني: الأشكال القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

إنَّ تحديد الأشكال القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة يُعَد مسالة جوهرية لفهم طبيعتها القانونية، إذ يعكس اختيار المشرع للشكل القانوني توجهه في تنظيم القطاع الصحي الخاص، وبما أن هذه المؤسسات تتمتع بالشخصية المعنوية، فإنَّ ذلك يقتضي تحديد القالب القانوني الذي تتجسد من خلاله، وهذا ما يستدعي دراسة الأشكال المعتمدة وتحليل دلالتها التشريعية.

أولا: الأشكال القانونية للمؤسسة حسب المرسوم التنفيذي 21-136

بالرجوع الى نص المادة 309 من قانون الصحة الجزائري التي حددت عموما أن كل شخص طبيعي أو معنوي يمكنه أن ينشأ أو يستغل الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة لاسيما في شكل التعاضديات الاجتماعية، وهو ما يشتمل ضمنياً المؤسسات الاستشفائية الخاصة، في حين أن المادة 15 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 تتضمن خيارات أكثر، كما وسع المجال للمؤسسين سواء كانوا أشخاص طبيعية أو معنوية.

والمراد من استعمال المشرع في صياغة المادة 15 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 عبارة "**لاسيما**" هو الإشارة إلى أن الأشكال المذكورة وردت على سبيل التفضيل، على خلاف العبارة في نص المادة 208 من القانون السابق [2]"**يمكن**" حيث كانت أكثر حيادًا، تاركة المجال

[1] – ساعد سلامي، الاثار المترتبة على الشخصية المعنوية للشركة التجارية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص قانون خاص، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابوبكر بلقايد" تلمسان"، 2012/2011، ص 23.

[2] – أمر رقم 06-07 المؤرخ في 15 جويلية 2006 المعدل والمتمم لقانون حماية الصحة وترقيتها، ج. ر، عدد 47، الصادرة في 19 جويلية 2006(ملغى).

مفتوح دون توجيه ضمني، كما أنه ابتعد عن عبارة "**حصرًا**" لعدم غلق الباب أمام الأشكال الأخرى الغير مذكورة التي تتوافق مع طبيعة النشاط.

أ_ شركة المساهمة:

ورد تعريف شركة المساهمة في المادة 592 القانون التجاري الجزائري[1]، بشكل غير مباشر فقد كان عبارة عن تعداد لخصائصها المتمثلة في:

1_ تقسيم رأس المال الى حصص قابلة للتداول: حيث أنَّ رأس المال في شركة المساهمة يَعُد ضخماً ويُقسَم الى أسهم متساوية القيمة وقابلة للتداول.

2_ تحديد مسؤولية الشركاء : يتحمل الشركاء في شركة المساهمة المسؤولية بقدر الحصة التي ساهموا بها ولا تتأثر ذممهم المالية الشخصية بالوضع القانوني للشركة.

3_ فرض الحد الأدنى للشركاء : أوجب المشرع الجزائري في شركة المساهمة ألاَّ يقل عدد الشركاء عن سبعة اشخاص، وبما أنَّ شركة المساهمة في جوهرها تُحدد مسؤولية الشريك بقدر الأسهم التي يمتلكها في تلك الشركة، وبالتالي فإن الحد الأقصى للشركاء لا يُهِم حقيقة إذا تمكن من تجميع رأس المال ويقتصر هذا الشرط على القطاع الخاص دون القطاع العام.

4_ التنظيم القانوني المضبط: كان المشرع أكثر صرامة في تنظيم إنشاء وإدارة شركة المساهمة بدليل تعقد إجراءاتها، كما أن معظم نصوصها القانونية جاءت بصيغة آمرة.

شركات المساهمة هي شركات ممتازة جداً للاستثمارات الكبرى لضخامة رأس مالها واقتضاء وقت طويل في عملية تنفيذها، إلا أن هاتين الخاصيتين قد تقعان عائقاً أمام جعل الشكل القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة شركة مساهمة، لتخوف الشركاء من المخاطرة بأموالهم وبالتالي صعوبة في تجميع رؤوس الأموال اللازمة، وهذا ما ينعكس بصورة واضحة في ندرتها على أرض الواقع.

[1]– أمر رقم 75–59 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون التجاري، ج. ر، عدد 101، الصادرة في 10 ديسمبر 1975(معدل والمتمم).

قد يثار خلط بين شركة المساهمة المنصوص عليها ضمن الأشكال القانونية المفضلة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة وبين شركة المساهمة البسيطة المستحدثة في القانون التجاري الجزائري غير أن هذا الخلط مرده التشابه في التسمية فقط، إذ يتعلق الأمر في الواقع بشكلين قانونيين متميزين، لكل منهما نظامه القانوني الخاص.

وعليه، فإن المقصود بشركة المساهمة الواردة في المادة 15 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 هو شركة المساهمة التقليدية المعروفة وقت صدور النص، ذلك أن شركة المساهمة البسيطة لم تكن قد استحدثت بعد ضمن التشريع الجزائري.

غير أن هذا لا يعني استبعاد إمكانية اتخاذ المؤسسة الاستشفائية الخاصة شكل شركة المساهمة البسيطة، خاصة وأننا أشرنا سابقا إلى أن المشرع فتح المجال لاستغلالها من طرف أي شخص خاص مهما كان شكله بالنظر إلى طبيعة النشاط وحجمه، ومن ثم فإن استحداث شركة المساهمة البسيطة، بما توفره من مرونة في التسيير وقدرة على استقطاب الاستثمارات ونقل التكنولوجيا الطبية الحديثة، قد يجعلها إطاراً ملائماً لممارسة النشاط الاستشفائي الخاص، دون أن تكون هي المقصودة تحديداً عند ورود عبارة "شركة المساهمة" في المادة المذكورة.

ب_ مؤسسة ذات الشخص الوحيد ذات المسؤولية المحدودة:

تم تعريفها بموجب نص المادة 564 من القانون التجاري الجزائري، الذي يظهر مجموعة من الخصائص التي أقرها المشرع للشركة ذات الشخص الوحيد وتميزت بخروجها عن بعض المبادئ العامة.

1_ المصدر: لا تقوم الشركة ذات الشخص الوحيد على عقد يبرم بين طرفين مثلما قضت به المادة 416 من القانون المدني الجزائري، والتي عرفت الشركات بأنَّها عبارة عن عقود وهو المبدأ في تكوين الشركات، وعليه فان المشرع قد أورد استثناءً على هذا المبدأ بحيث مَكَن الشخص من تكوين شركة بإراداته المنفردة بدلاً من العقد.[1]

[1] – نادية فضيل، شركات الأموال في القانون الجزائري، الطبعة 03، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008، ص 105.

2_ مسؤولية الشريك: تحدد مسؤولية الشريك في هذا النوع من الشركات بقدر الحصة التي خصصها لاستثمار مشروع هذه الشركة، وهذا التحديد يحمي المؤسس في حالة إفلاس المشروع، فلا يتعدى هذا الإفلاس إلى ذمته المالية الخاصة، ولا يجوز لدائنيه متابعته والحجز على أمواله الخاصة باعتبار هذه الأخيرة خارجة عن حدود الحصة ورأس مال المشروع، وقد خرج المشرع في هذه الخاصية للمرة الثانية عن مبدأ عام المتمثل في وحدة الذمة المالية المنصوص عليها في المادة 188 من ق.م.ج واستبدله بمبدأ تجزئة الذمة المالية.[1]

بالنظر إلى هذه الخصائص، تعد الشركة ذات الشخص الوحيد ملائمة كشكل قانوني تتخذه المؤسسة الاستشفائية الخاصة، كونها تحمي مالكها من المخاطر الشخصية وتوفر له إمكانية إدارة المشروع مباشرة، وهو ما يُعد مناسبا خاصة بالنسبة للأشخاص الطبيعية المختصة كالأطباء الراغبين في ممارسة نشاطهم في اطار مؤسسة ، لكن من الناحية العملية قد تبرز بعض الصعوبات، فالمؤسسات الاستشفائية الخاصة غالبا ما تتطلب تجهيزات طبية مكلفة واستثمارات معتبرة، وهو ما يتجاوز غالبا قدرة شخص واحد على التمويل، إضافة إلى أنَّ محدودية هذا الشكل" **ذات شخص وحيد**" قد تصعب جذب مستثمرين جدد ما يحد من إمكانية التوسع مستقبلاً.

ت_ شركة ذات المسؤولية المحدودة:

تتميز شركة ذات المسؤولية المحدودة بجملة من الخصائص المتضمنة في تعريفها الوارد في المادة 564 من ق.ت.ج، والتي تجعلها الشكل القانوني الأكثر انتشارا وملائمة في تجسيد المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

1_ شركة متوسطة الحجم: عدد الشركاء في شركة ذات المسؤولية المحدودة لا يمكن أن يتجاوز 50 شريك وفقا للمادة 590 من ق.ت.ج، كما أن المشرع لم يشترط الحد الأدنى لرأسمال الشركة، وهذا ما نصت عليه المادة 566 من ق.ت.ج، وأعطى الحرية المطلقة للشركاء في تحديد قيمته وتقسيمه إلى حصص إسمية متساوية، والمساهمة في الشركة ذات المسؤولية المحدودة يمكن أن تكون حصة من عمل، وهو ما يشجع الأطباء الراغبين بالشراكة فيها من خلال تقديم خبرتهم الطبية.

[1]– نادية فضيل، نفس المرجع، ص 106.

2_ تحديد المسؤولية: حيث أن الشركاء في هذا النوع من الشركات محددة مسؤوليتهم بقيمة الحصص المقدمة، ويشكل هذا التحديد ضمانا لهم فيما يخص عدم المساس بذممهم المالية الشخصية.[1]

وبما أنَّ النشاط الاستشفائي بطبيعته محفوف بالمخاطر سواء التعويضات عن الأخطاء الطبية أو النزاعات مع المرضى وارتفاع تكلفة الأجهزة الطبية، فإن تحديد المسؤولية يمنح المستثمرين نوعاً من الطمأنينة لأن أموالهم الشخصية ليست مهددة في كل نزاع.

3_ الاعتبار الشخصي للشريك: يلعب الاعتبار الشخصي للشريك دوراً هاماً حيث أن هذه الشركات تؤسس بين شركاء يعرفون ويثقون في بعضهم البعض ورأس مالها مقسم إلى حصص اسمية، بمعنى عدم جواز تداول الحصة في الشركة ذات المسؤولية المحدودة بالطرق التجارية [2]، وهو ما يمنع دخول مستثمرين جدد إلاَّ بعد موافقة الشركاء كتابة وهذا وفقا لنص المادة 572 من ق.ت.ج، وفي المجال الصحي هذا مهم جداً خاصة إذا كان الشركاء أطباء ويرغبون في التحكم فيمن يشاركهم المشروع.

إنَّ شيوع الشركة ذات المسؤولية المحدودة في مجال المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة لا يعد أمرا عرضيا، بل يعكس توافقاً بين خصائصها القانونية وطبيعة النشاط الصحي، إلا أنها ليست مثالية للنهوض بهذا القطاع الحساس، فالمسؤولية المحدودة هي حماية مالية أكثر من كونها مهنية، وعدم قابلية الحصص للتداول الحر تمثل صعوبة للمستثمرين الكبار، وبالتالي تحد من التوسع، وتحديد عدد الشركاء لا يخدم المشروع إذا كان يستهدف جذب عدد كبير من المستثمرين، وعليه، الشركة ذات المسؤولية المحدودة بتعدد الشركاء تلائم البيئة الاستثمارية الصحية في الجزائر، ولكنها لا تساعدها في تنمية القطاع والنهوض به كما تفعل شركة المساهمة.

---

[1]– الطيب بلولة، قانون الشركات، ترجمة الى العربية محمد بن بوزة، (د.ذ.س.ن)، دار برتي للنشر، الجزائر، ص 196.

[2]– بلعيساوي محمد الطاهر، الشركات التجارية–شركات الأموال–، الجزء الثاني، (د.ذ.ر. ط)، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة–الجزائر–، 2014، ص 111.

ث_ التعاضديات الاجتماعية: ورد تعريف التعاضديات الاجتماعية في المادة 02 القانون 15-02 المتعلق بالتعاضديات الاجتماعية[1]، وتميزها الخصائص الآتية[2]:

- الأشخاص المنخرطين في التعاضديات ينتمون لقطاع مشترك.

- تقوم على فكرة دفع الاشتراكات للقيام بأعمال التضامن والمساعدة والاحتياط لفائدة منخرطيها أو ذوي حقوقهم.

- تقدم التعاضديات أداءات النظام العام سواء كانت في شكل أداءات فردية أو جماعية، ويمكن ان تقدم أيضا أداءات اختيارية طبقا لقانونها الأساسي أو أحكام القانون المنظم لها.

- الغرض من وجودها غير ربحي، لكن لا يمنع من تحديد نسب من الموارد وتخصيصها لبرامج الاستثمار وصندوق الاحتياط، غير أنَّ عوائد الاستثمار تُنفق على التعاضدية ذاتها.

ج_ الجمعيات: ورد تعريف الجمعيات في المادة 02 من القانون 12-06 المنظم لها[3]، إذ نخلص منه أنَّ الجمعيات تتميز بخصائص أهمها:

-اعتماد الأفراد على ذواتهم في تحقيق الحاجيات خاصة في المجالات ذات الأولوية ومشاركة الخبرة.

-قيامها على فكرة التبرع والتطوع.

-ذاتية التسيير وتتميز بمرونة التنظيم.

-اعتمادها على الركائز الأساسية واحترام الصالح العام (الثوابت، القيم).

-قيامها على فكرة العقد الحر.

بالنظر إلى خصائص كل من التعاضديات الاجتماعية والجمعيات، فيمكن اعتمادها كشكل مؤسسة استشفائية خاصة إذا كان الهدف خيريا والغرض هو مساعدة الفئات الهشة، وهو ما يتماشى مع فكرة الحق في الصحة والبعد الاجتماعي والإنساني، لكنها معرضة لمواجهة عراقيل كثيرة خاصة تلك التي تتعلق بصعوبة التمويل واستقراره، والتضارب مع الطابع غير الربحي

[1]- قانون رقم 15-02 المؤرخ في 4 جانفي 2015، يتعلق بالتعاضديات الاجتماعية، ج. ر، عدد 01، الصادرة في 07 جانفي 2015.

[2] - المواد 02، 03، 04، 05، من نفس القانون.

[3]- قانون رقم 12-06 المؤرخ في 12 يناير 2012، يتعلق بالجمعيات، ج. ر، عدد 02، الصادرة في 15 يناير 2018.

ومتطلبات التجهيز الطبي المكلف لمؤسسة استشفائية، كما أن غياب منطلق ومبدأ الاستثمار يحد من التوسع والاستمرار.

استنادا إلى ما سبق، نلاحظ أنَّ المشرع الجزائري يميل بوضوح نحو جعل هذا الهيكل خاضعا للمبدأ التجاري لسهولة ومرونة تطبيق قواعد القانون التجاري، وتشجيعا منه على الاستثمار في هذا المجال، وتجدر بنا الإشارة الى أن ثلاثة من أصل الخمسة خيارات المذكورة في المادة عبارة عن شركات تجارية، وعند التطرق إليها يتضح أنها من شركات الأموال فهي تقوم على الاعتبار المالي وليس الشخصي، نظرا للطابع الحساس والأهمية البالغة للخدمة المقدمة من طرف المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة، وعدم إمكانية بأي حال من الأحوال إقامة هذا الهيكل من قبل شركات الأشخاص التي تتأثر بالشركاء تأثيرا مباشرا (الوفاة، الانسحاب، الإفلاس ...)، وهي كلها عوارض لا تتماشى مع مقتضيات الخدمة الطبية التي تفرض الاستمرارية.[1]

وغاية المشرع أيضا في اقتراح قيام مؤسسة استشفائية خاصة في شكل شركة تجارية هو تفادي اعتبارها مقاولات والتي لا تتمتع بالشخصية المعنوية.[2]

ثانيا: المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة كمشروع استثماري

لم تعد المؤسسات الاستشفائية الخاصة مجرد إطار لممارسة النشاط الطبي، بل أضحت في الوقت الراهن تمثل مشاريع استثمارية قائمة بذاتها، تتطلب تعبئة موارد مالية وبشرية وتقنية معتبرة، وذلك راجع للطبيعة الخاصة للنشاط الاستشفائي الذي يتطلب تجهيزات متطورة وكفاءات متخصصة، فضلاً عن تنامي الطلب على خدمات طبية ذات جودة عالية.

أ_ جاذبية الاستثمار في المؤسسات الاستشفائية الخاصة

يجدر بنا التطرق إلى المقصود بالاستثمار قبل تحديد مدى جاذبيته، حيث يعرف بأنه توظيف الأموال بشكل دائم في صور مختلفة بهدف الحصول على إيرادات مستقبلية في زمن يُعد

[1] – خيرة بن سويسي، المرجع السابق، ص 56.

[2] – خيرة بن سويسي، نفس المرجع، ص 57.

طويل نسبياً[1]، وتطبيقا على المؤسسات الاستشفائية الخاصة، يعني أن المستثمر يُخصِصُ رأس مال لإنجاز وتجهيز مؤسسة استشفائية قادرة على تقديم خدمات صحية بجودة عالية، وتحقيق عائد مالي وقيمة مضافة للمستثمر والمجتمع على المدى البعيد.

في السياق العالمي، أصبح قطاع الصحة أحد مجالات الاقتصادية الصاعدة، فقد برزت العديد من الظواهر أشهرها:

1- السياحة العلاجية: تعددت التعريفات التي تناولت السياحة العلاجية، غير أنها تدور حول تعريف شامل، وهو انتقال الفرد من مقر إقامته الدائمة إلى منطقة أخرى بهدف الوقاية أو العلاج أو الاستشفاء من مرض ماً، وقد تكون أسباب شفائه بيئية تعتمد على عناصر البيئة الطبيعية مثل الينابيع، الطين العلاجي، مياه البحر وغيرها من المقومات الطبيعية للعلاج الاستشفائي.[2]

وقد يرتكز العلاج على توفر المراكز الاستشفائية الحديثة والمجهزة بأحدث التقنيات والأطقم الطبية ذات الكفاءة العالية والخبرة باختلاف نمط المستشفى، هذا النوع من السياحة تتواجد ببلدان تهدف فيها القيام بعلاجات طبية كالجراحة، وعادة ما تكون بأسعار متقبلة من طالبيها وبجودة لا يمكن توفيرها في الدولة الأم.[3]

2_أهمية السياحة العلاجية: تبرز أهمية السياحة العلاجية في النقاط التالية[4]:

ـ الوصول إلى الأسواق الجديدة وبتكلفة أقل وقدرة التحكم في الخدمات من خلال تسويق برامج الصحة والاستشفاء بما يتوافق مع الطاقة المتاحة في المنشآت الصحية.

---

[1]- حسين بلعجوز، الجودي صاطوري، تقييم واختيار المشاريع الاستثمارية، (د.ذ.ر.ط)، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون–الجزائر–، 2013، ص 07.

[2]– يعقوب يوسف التمار، السياحة العلاجية، الطبعة العربية الأولى، المركز العربي للتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، 2024، ص 03.

[3] – زهور حسيني، لخضر مداح، **مقومات السياحة العلاجية الاستشفائية في الجزائر**، مجلة الاستراتيجية والتنمية، جامعة عبد الحميد بن باديس " مستغانم"، المجلد 11، العدد04، جويلية 2021، ص 411.

[4] – عائشة بن النوي، **السياحة العلاجية الطبيعية في الجزائر**، مجلة المقاولاتية والتنمية المستدامة، جامعة حسيبة بن بوعلي "شلف" المجلد 02، العدد 02، 2020، ص 151.

ـ الوصول لعملاء لديهم قُدرات مالية أكبر ويبحثون عن الرفاهية والخدمات الإضافية التي توفرها البرامج الصحية.

ـ خلق انطباع إيجابي خاصة بالنسبة للمرضى الذين يحصلون على مرادهم من خلال الوصول إلى العلاج، وهذا ما يُشجع على زيادة الجذب السياحي، وخلق فرص عمل للمختصين في المجالات الطبية والمساعدة.

ـ إدخال العملة الصعبة سواء بسبب السائح الذي يريد العلاج، أو مُرافِقه في حال وجوده، وهذا ما يساعد على رفع الدخل الفردي والقومي للدولة المعنية.

السياحة العلاجية مجال مُثْمِر حيث تحقق إيرادات جيدة ونمواً ملحوظاً، فقد بلغ حجمها في السوق العالمي 104.68 مليارات دولار أمريكي في عام 2019، ومن المتوقع أن يصل إلى 273.72 مليار دولار امريكي بحلول عام 2027 مسجلا نمو سنوي مركب قدره 12.8 خلال هذه الفترة، حتى أنَّ بعض الدول الرائدة في هذا المجال أصبحت تعتمد عليها كمصدر تمويل رئيسي حسب مجلة (travel magazine) العالمية، فمثلا تعد تايلاند الوجهة الأولى للسياحة العلاجية في العالم، وتليها سنغافورة التي تعتبر مركزاً لسياحة الخلايا الجذعية، في حين أن تركيا تكتسب شهرة كبيرة بجراحة العيون وزراعة الشعر، أمَّا الهند فتعد وجهة لزراعة الأعضاء والخصوبة والعظام، كما تحتل كوريا الجنوبية الصدارة في اختصاص عمليات التجميل.[1]

ب_ خصوصية الاستثمار في المؤسسة الاستشفائية الخاصة بين المحفزات والعراقيل

1- المحفزات: شهد الاستثمار في المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر خلال السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً، ويرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل التي ساهمت في خلق بيئة محفزة لظهور هذا النوع من المشاريع الصحية، ويمكن إبراز أهم هذه المحفزات فيما يلي:

- **تراجع مستوى الخدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية:** عرف القطاع العام مشاكل عديدة بسبب عجز الدولة عن مواكبة التطورات، وضعف مردوديته وانتقال الأطباء العاميين والاخصائيين، مما أحدث نزيفاً في هذا القطاع بسبب النقائص العديدة التي يعاني منها، وهو من

[1] – محمد سناجلة، أفضل 05 مناطق للسياحة العلاجية في العالم، نشر في 31 جويلية 2022،
اطلع في: 05 مارس 2026، الساعة 11:34 www aljazera.net

أكثر العوامل التي ساهمت في تطور القطاع الخاص، فلقد خرج من قوقعته وأصبح مكملاً للقطاع العمومي وحتى منافساً له.[1]

- **تزايد الطلب على خدمات صحية عالية الجودة:** أصبح الفرد في المجتمع يريد الخدمات الصحية بدرجة معينة من التميز والإتقان، حيث لم يعد يرضى بأي خدمة تقدم له، بل أصبح متطلباً ويلح بشدة على أن تكون هذه الأخيرة ذات مستوى معين من الجودة، باعتباره بحاجة ماسة اليها، وهذا راجع بالدرجة الأولى لأسباب ترتبط اساساً بكثرة وتنوع وغموض الامراض العضوية والنفسية التي يتعرض لها ويعاني منها في الوقت المعاصر، بالمقابل وفرت هذه الحاجة فرصة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة للاستثمار في هذا المجال الذي يتسم باستمرارية الطلب، وتزايد الوتيرة من خلال مقايضة جودة الخدمة بالسعر المرتفع.[2]
- **وضوح الإطار القانوني المنظم للمؤسسات الاستشفائية الخاصة:** من بين العوامل التي شجعت الاستثمار في هذا المجال، هو وضع المشرع إطار قانوني لإنشاء وتنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة بصفة مستقلة عن هياكل الصحة العمومية، وعن هياكل الصحة الخاصة، سواء من حيث الترخيص، الشروط، وحتى الأشكال القانونية التي يمكن أن تتخذها، ويساهم هذا التنظيم في توفير قدر من الاستقرار القانوني للمستثمرين، وهو ما يمنحهم رؤية أوضح حول كيفية إنشاء هذا المشروع واستغلاله.
- **إمكانية الجمع بين البعد الاستثماري والبعد الاجتماعي:** يمتاز الاستثمار في المؤسسة الاستشفائية الخاصة بكونه يقوم على أسس تجارية في إنشائها، تسييرها أو استمرار وجودها، غير أن ذلك لا يلغي الطابع الإنساني الخاص لتلك المؤسسات، هذا الجمع الفريد من نوعه يجعل الاستثمار في هذا المجال يتمتع بطابع خاص مقارنة ببعض الأنشطة الاستثمارية الأخرى، ومحفزاً للمستثمرين الذين لا يريدون تحقيق الربح فقط من خلال تشغيل أموالهم، بل حتى الوصول إلى

[1]– محمد علي دحمان، تقييم نفقات الصحة والتعليم–دراسة حالة لولاية تلمسان–، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجيستر في العلوم الاقتصادية، تخصص تسير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد "تلمسان"، 2011/2010، ص 29.

[2] – فهيمة بديسي، بلال زويوش، **جودة الخدمات الصحية الخصائص–الابعاد–المؤشرات**، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة عبد الحميد مهري "قسنطينة2"، العدد 07، 2011، ص 136.

خدمات تفيد المجتمع[1]، لاسيما من خلال ما يقرره من امتيازات لفائدة المؤسسة مقابل ما يرتبه عليها من التزامات ومسؤوليات في مواجهة المتعاملين معها.

2_ العراقيل: إلا أن هذا الاستثمار يواجه مجموعة من العقبات عند تجسيده على أرض الواقع، وتتمثل في:

- **تخوف الحكومة من توسع الاستثمار الخاص في المجال الطبي:** إنَّ فكرة السماح للقطاع الخاص بالانخراط التام في مجال الصحة فيما يتعلق بإنشاء المستشفيات الخاصة لترقية وتطوير القطاع الصحي، لم تُلاقي قُبولاً حكومياً كبيراً في البداية، خاصة وأنَّ هذه الفكرة قد لامست أسوء وأكبر مخاوف الحكومة، وهو أن يؤدي هذا التوجه إلى تفاقم حالة اللامساواة في توزيع الموارد سواء المالية أو البشرية، ما بين القطاعين العام والخاص في مجال الرعاية الصحية.[2]
- **ارتفاع تكلفة التجهيز:** شهدت أسواق الأجهزة الطبية ارتفاعات لافتة في الأسعار خلال الآونة الأخيرة وفي مقدمتها أجهزة أساسية لا غنى عنها في المستشفيات، ويترتب عن ذلك صعوبة الحصول على التمويل، خاصة في أن المؤسسات المالية(البنوك) تطلب العديد من الإجراءات التي تعرقل تنفيذ المستثمر لمشروعه، فالقرض الممنوح لا يكون كبيرا، وحتى في حالة التمويل الذاتي تواجهه صعوبة في استيراد التجهيزات اللازمة، وهو من أبرز العراقيل التي تواجه المستثمرين في هذا المجال.[3]
- **المخاطر المهنية والمسؤولية القانونية:** إنَّ احتمالية وقوع ممارسات لا تتناسب مع أخلاقيات المهنة الطبية تؤدي إلى حدوث أخطاء طبية، يكون سببها في الغالب الإهمال أو السعي وراء الربح، وتترتب على هذه الأخطاء التزامات ومسؤوليات كبيرة تقع على عاتق المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة، مما يتطلب منها جهوداً إضافية لإدارة المخاطر وضمان جودة

---

[1]– بوراس محمد، علاق عبد القادر، **المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر–أي أسس تجاري لوظيفة إنسانية–**، مجلة صوت القانون، معهد العلوم القانونية والإدارية، جامعة الجيلالي بونعامة " خميس مليانة "، المجلد الثامن، العدد 01،2021، ص 751.

[2]– نسيم بوقال، **تمكين الاستثمار الخاص من الانخراط الكامل في قطاع الصحة ما بين ضروريات الواقع ومخاوف الحكومات**، مجلة الدراسات القانونية، جامعة يحيى فارس "المدية"، المجلد 17، العدد02، 2023، ص 121.

[3] – عبد الحفيظ سجال، الاستثمار الخاص في قطاع الصحة في الجزائر–مراجعة تشريعية وشيكة لإنهاء الفوضى–، نشر في 18 نوفمبر 2025.

اطلع في 2026/02/04 الساعة 14:10 Https:// ultraalgeria.usawtiq.com

الخدمات، ونظراً لهذا الواقع يميل العديد من المستثمرين في القطاع الصحي الخاص إلى تجنب الانخراط في نشاطات عالية التكلفة، أو إجراء عمليات جراحية معقدة، خشية وقوع مضاعفات قد تؤدي إلى متابعة قضائية، وينتج عن هذا الحذر تقييد توسع الاستثمار في هذا النوع من الخدمات ويزيد من تعقيد إدارة المؤسسات الاستشفائية الخاصة، ويجعلها أكثر حساسية تجاه المخاطر.[1]

• **التعقيدات التنظيمية والإدارية:** رغم الإصلاحات التي قامت بها الجزائر والضمانات التي حاولت تقديمها للمستثمرين لم يجعلها ذلك تنال ثقتهم، بل ساهمت أحيانا في تدهورها، فحتى مع وجود بعض الآليات المصممة لتسهيل الإجراءات، فإن عدم تفعيلها بالشكل الكافي يجعل المستثمر يواجه تحديات كبيرة قبل بدء أي مشروع، بما يعكس النظرة السلبية للإدارة الجزائرية، ومن أبرز مظاهر هذا التعقيد الإداري والبيروقراطية، إذ يطلب تقديم العديد من الوثائق والتعامل مع جهات متعددة، وهو ما يخلق بيئة غير مساعدة للمستثمر، خاصة في ظل البطء ونقص الإعلام والتوجيه، وكذا ازدواجية الوثائق[2]، فمثلاً الحصول على ترخيص إنجاز مصحة استشفائية وفتحها يتطلب ما يزيد عن 20 وثيقة من المستثمر، بالإضافة إلى استغراق دراسة الملف في كل مرحلة مدة لا تقل عن شهر.

ج_ آليات التنافس وتطوير الخدمات في المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

في ظل تزايد عدد المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة واتساع نطاق نشاطها، أصبح التنافس بينها قائما على مجموعة من الآليات التي تهدف إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية واستقطاب المرضى، وتتمثل أهم هذه الآليات في:

1_ كفاءة الرعاية الصحية: تمثل جودة الخدمات الصحية عاملا محوريا لأي مؤسسة تهدف إلى رفع مستوى أدائها وتقديم خدمات ترقي لتوقعات المستفيدين، فهي ليست مجرد التزام

[1] – زان مريم، مرجع سابق، ص 228.

[2] – امال مرزوق، مداخلة بعنوان مقاومات ومعيقات للاستثمار الحقيقي في الجزائر، الملتقى الوطني تأهيل المناطق الصناعية في الجزائر، مدخل لتعزيز تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة وترقية الصادرات خارج المحروقات، الواقع والافاق–والتجارب الناجحة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 "قالمة"، 19 أكتوبر 2015، ص 10.

بالمعايير التقنية أو الإجراءات الداخلية، بل تتعلق أيضاً بمدى استجابة المؤسسة لاحتياجات المرضى.[1]

2_ الموارد البشرية المؤهلة: تعد الكفاءات البشرية في المؤسسات الصحية موردا أساسيا لاستمرار المؤسسة وتحقيق النجاح والتميز والإبداع في بيئة الأعمال التنافسية، ونظراً لهذه الأهمية ترتكز المؤسسات على توظيف العاملين وفق معايير عالية ترتبط بالخبرة والتخصص، ومقابل أجور محفزة وتعزز العلاقات الإنسانية بين الإدارة والعاملين لضمان بيئة عمل مستقرة وفعّالة.[2]

3_ التسويق الصحي: يتجسد التسويق الصحي في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من خلال اعتماد جملة من الأساليب والآليات الرامية إلى التعريف بالخدمات الصحية التي تقدمها، وتحسين صورتها لدى المرضى بجذب عدد أكبر من المستفيدين، وتتحقق هذه العملية من خلال مجموعة من الأدوات، مثل الإعلانات التقليدية والتسويق الرقمي عبر مواقع التواصل الاجتماعي والمواقع الإلكترونية، والعلاقات العامة التي تهدف إلى تحسين صورة المؤسسة وتعزيز التواصل مع الجمهور، إلى جانب التسويق المباشر عبر استقبال المرضى والرد على استفساراتهم، فضلا عن اعتبار جودة الخدمة الصحية نفسها أهم صوره كونها تعزز الثقة والسمعة.[3]

وإلى جانب الآليات التنافسية السابقة، تبرز كل من التكنولوجيا الطبية الحديثة وحسن التسيير الإداري كعوامل مساندة تعزز قدرة المؤسّسات الاستشفائية الخاصَّة على المنافسة، من خلال الارتقاء بجودة الخدمات الصحية، ودعم كفاءة الطاقم الطبي، فضلاً عن تحسين الأداء التنظيمي والتسويقي.

---

[1] – بوراس محمد، علاق عبد القادر، مرجع سابق، ص750.

[2]– شكري عاشوري، مصطفى عوفي، **علاقة الإدارة بجودة الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة**، مجلة الحقيقة، جامعة أحمد دراية" أدرار"، العدد 39، 2017، ص 313.

[3]– نجاة بن فريحة، غيدة فلة، **الممارسات التسويقية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة ومساهمتها في دعم التنمية الاجتماعية–دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة" الاحسان" بالشلف**، مجلة الاقتصاد الجديد، جامعة خميس مليانة، المجلد 10، العدد 01، 2019، ص 251.

المبحث الثاني: تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة

في إطار دراسة المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وبعد الوقوف على ماهيتها وطبيعتها القانونية، يكتسي بحث كيفية تنظيمها أهمية خاصة، إذ لا يقتصر الأمر على تحديد مفهومها، بل يشمل كذلك دراسة القواعد والإجراءات التي تمكن من إحداث هذه المؤسسات وتشغيلها ضمن منظومة صحية منظمة.

ويأتي هذا المبحث لتسليط الضوء على الجانب التنظيمي للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة، حيث يتناول بداية شروط وإجراءات إنشائها، وهو ما يمثل الركيزة الاساسية الذي يقوم عليه أي مشروع استشفائي خاص، كما يتم التطرق إلى آليات التسيير الإداري للمؤسسة، بما يضمن حسن إدارة الموارد البشرية والمعدات والمرافق الطبية ضمن إطار مؤسسي منظم، وهو ما يعكس البعد العملي لتشغيل هذه المؤسسات بشكل مستدام.

وعليه يعالج هذا المبحث من خلال مطلبين، حيث يتطرق **(المطلب الأوَّل)** إلى تدابير إنشاء المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة، بينما يستعرض **(المطلب الثاني)** سير عملها وإداراتها.

المطلب الأوَّل: تدابير انشاء المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

تُعد خطوة إنشاء المؤسسة الاستشفائية الخاصة المرحلة الأولى في مسار تنظيمها، إذ تتطلب الالتزام بمجموعة من الشروط القانونية والإدارية التي تحدد إمكانية تأسيسها، وتشغيلها ضمن المنظومة الصحية.

ويشمل هذا المطلب دراسة الشروط التي يجب توفرها لإنشاء المؤسسة **(الفرع الأوَّل)**، وكذلك الإجراءات التي يجب اتباعها للحصول على الموافقات والترخيص **(الفرع الثاني)**، وهو ما يضمن أن يكون المشروع الاستشفائي الخاص مؤسساً على أسس قانونية وتنظيمية واضحة.

الفرع الأوَّل: شروط الإنجاز

تتطلب المرحلة التأسيسية لأي مؤسسة استشفائية خاصة مجموعة من المعايير القانونية والتنظيمية الواجب توفرها لإنجاز هذا المشروع، بدءاً من اختيار موقع ملائم ومتوافق مع المحيط الصحي، مروراً بالحصول على الترخيص اللازم ومراعاة المواصفات التقنية والبنية التحتية.

أوَّلا: موقع المؤسَّسة وملاءمته للمحيط الصحي

اختيار موقع المؤسسة هو الخطوة الأولى لإنجاز المشروع، فهو يتجاوز مجرد التعيين الجغرافي، بل يسعى كذلك إلى خلق انسجام مع المحيط الصحي والتوزيع المتوازن للخدمات.

حيث أن المتطلبات الأساسية للموقع تشمل:

_ الالتزام بالخريطة الصحية المنظمة بموجب المرسوم التنفيذي22-373[1]، ومخطط التنظيم الصحي لمنع تمركزها في مناطق معينة أو غيابها عن مناطق محتاجة، بهدف توفير التغطية الصحية الشاملة.[2]

_ البعد عن مصادر الأضرار خاصة الملوثات والمخاطر البيئية التي قد تؤثر على صحة المرضى وأمنهم.[3]

_ خصوصية الموقع تفرض اختلاف بالنسبة للنشاطات الاستشفائية المقدمة في المؤسسات المتجاورة في نفس المنطقة، بما يحقق تكاملا بين هذه المؤسسات، ويحد من التكرار الغير مبرر للخدمات.[4]

وهذا ما يظهر حرص المشرع على دمج البعد المكاني والبيئي في السياسة الصحية من أجل إنشاء مؤسسات تستجيب للحاجيات الفعلية للسكان.

ثانيا: ترخيص انجاز المؤسسة وآجاله

يقترن بدأ إنجاز المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة بترخيص يتطلب مجموعة من الوثائق، في آجال مضبوطة قانونا لا يجوز تعديها.

[1]– المرسوم التنفيذي رقم 22-373 المؤرخ في 27 أكتوبر 2022 يحدد كيفية اعداد الخريطة الصحية وتقييمها وتحيينها، ج. ر، عدد 72، الصادرة في 31 أكتوبر 2022.

[2] – المادة 12 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[3] – المادة 13 من نفس المرسوم التنفيذي.

[4] – المادة14 من نفس المرسوم التنفيذي.

أ_ ترخيص الإنجاز:

تتطلب عملية الحصول على ترخيص الإنجاز تقديم ملف شامل إلى مديرية الولاية المكلفة بالصحة، يوضح جدية المشروع والتزامه بالشروط القانونية.[1]

تنص المادة 18 من المرسوم التنفيذي رقم 21- 136 على أن الملف الإداري والتقني يشتمل الوثائق التالية:

-طلب إنجاز المؤسسة.

-نسخة من القانون الأساسي للشخص المعنوي.

-نسخة من بطاقة التعريف الوطنية لصاحب أو أصحاب المشروع.

-سند الملكية أو أية وثيقة أخرى تثبت الاستقلال الشرعي للملك العقاري، لاسيما عقد الملكية أو عقد الإيجار، الذي يجب أن يغطي على الأقل، آجال الإنجاز القانونية.

-البطاقة التقنية الوصفية للمشروع، وتتضمن ما يأتي:

*التخصّصات الطبية.

*بيان مفصل للنشاطات.

*المقرات والمساحات المخصصة لكل نشاط.

*طاقة الاستيعاب من الأسرّة، وهنا لم يشترط المشرع عددا معينا بل اكتفى بالإشارة إلى كونها تتناسب مع حجم المؤسسة، على خلاف ما كان سابقا محددا ب07 أسرة على الأقل.

*الأرضية التقنية، لا سيما العتاد المتعلق بالأشعة والاستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي والتجهيزات الطبية.

[1] – المادة 17 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

-تقرير الخبرة الذي تعده مصالح المراقبة التقنية للبناء، أو مكتب معتمد للدراسات والخبرة في مجال البناء في حالة هيكل موجود.

-رأي المطابقة لمقاييس الأمن الذي تعده المصالح المختصة للحماية المدنية، في حالة هيكل موجود.

-مخطط الوضعية يبيّن موقع المشروع وحدوده.

-مخطط الكتلة يوضح كل البيانات الضرورية.

_المخططات المفضلة للمقرات الموجهة لممارسة الجراحة.

-المقاطع العرضية والطولية.

-ارتفاع مختلف الواجهات.

يتم ارسال هذا الملف بعد التأكد من صحته مرفقا برأي المدير الولائي المكلف بالصحة إلى الوزير المكلف بالصحة خلال أجل 20 يوم من تاريخ الإيداع، ويفصل الوزير المكلف بالصحة في طلب الإنجاز في أجل 30 يوم من تاريخ استلام الملف. [1]

ب_ الآجال المحددة لإنجاز المشروع:

وفقا للمادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 24-430 المعدل والمتمم للمرسوم التنفيذي رقم 21-136[2]، يتوجب على صاحب المشروع الحاصل على ترخيص الانجاز أن يودع لزوما رخصة بناء المؤسسة على مستوى المصالح المعنية للوزارة المكلفة بالصحة خلال 8 أيام من تاريخ تسليمه.

[1] – المادتان 19، 20 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2] – مرسوم تنفيذي رقم 24-430 المؤرخ في 30 ديسمبر 2024 المعدل والتمم للمرسوم التنفيذي رقم 21-136 الذي يحدد شروط وكيفيات استغلال المؤسسات الخاصة للصحة وسير وتنظيم نشاطاتها الصحية، ج. ر، عدد 88، الصادرة 31 ديسمبر 2024.

ويمنح أجل في حدود 5 سنوات ابتداء من تاريخ تسليمه رخصة البناء، قابلة للتمديد بسنتين شرط وجود مبرر قانوني، ويجب أن يقدم طلب التمديد قبل انقضاء الخمس سنوات، وهذا على خلاف ما كانت عليه سابقا لا تتعدى 3 سنوات قابلة للتمديد بسنتين، وقد أحسن المشرع ما فعل باعتبار أن هذه المشاريع كبيرة وتحتاج وقت لتجهيزها وإنجازها.

أمَّا المادة 22 منه، فاعتبرت أنَّ الترخيص يسقط ويعد لاغيا في حالة لم يتحصل المؤسس على رخصة البناء، أو عند عدم البدء في إنجاز المشروع خلال ثلاث سنوات من تاريخ تسليمه، أو في حالة عدم احترام الآجال السابقة.

ويبرز هذا التنظيم الزمني حرص المشرع على ضمان جدية المشاريع وتفادي التماطل، لما قد ينتج عنه من قصور في تلبية الحاجيات الصحية، خاصة مع اعتماد الخريطة الصحية.

ثالثا: الشروط التقنية والصحية للمؤسسة

بالرجوع الى القرار الوزاري المؤرخ في 22 أكتوبر 1988 الذي يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها[1]، يظهر أن المشرع فرض الامتثال لمجموعة من الشروط التقنية والصحية الدقيقة المتعلقة بـ:

أ_ تصميم الفضاءات الداخلية:

تبدأ الشروط التقنية والصحية للمؤسسة بضبط الفضاءات الداخلية، حيث يجب ألا تحتوي الغرف على أكثر من أربعة أسرّة، على أن تفصل بينها مسافة لا تقل عن متر واحد، وتشغل مساحة السرير العادي بـ 7 أمتار مربعة والسرير الجراحي بـ 10 أمتار مربعة على الأقل،

كما يجب تخصيص غرف فردية لعزل الحالات المعدية لضمان سلامة المرضى والعاملين، ويشمل أيضا تنظيم الفضاءات، توفير الإضاءة الطبيعية الكافية عبر النوافذ ونظام تهوية ملائم

[1] – قرار وزاري مؤرخ في 22 أكتوبر 1988 يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها، ج. ر، عدد44، الصادرة في 02 نوفمبر 1988.

لجميع الفصول، إضافة إلى نظام تدفئة مركزي، مع تزويد الغرف بمغاسل داخلية أو ملحقة، ونظام لاستدعاء المستخدمين عند الحاجة.[1]

ويجب أن تكون الأروقة والأبواب واسعة بما يسمح بمرور المرضى المنقولين على عربات أو نقالات محمولة[2]، مع مراعاة أن تكون الجدران، الأرضيات، والحواجز مغطاة بمواد قابلة للغسل والتعقيم باستمرار.[3]

وينص القانون على الفصل الكامل بين الجنسين وتخصيص أماكن مستقلة لكل جنس.[4]

ب_ التجهيزات الطبية الأساسية

تتطلب المؤسسة تزويدها بمجموعة من الأجهزة والتجهيزات الطبية الضرورية، بدءًا بقاعات العمليات المعقمة، حيث يجب أن تكون مهيأة لكل ثلاثين سريرًا، خالية من الستائر، ومضاءة بما يسمح بإجراء العمليات ليلاً ونهارًا، ومزودة بجهاز إنارة للطوارئ، ونظام تهوية معقم ومسخن، مع جهاز تسخين إضافي للطوارئ، ويشمل تجهيز قاعات العمليات مناضد متعددة الوضعيات، وعربات معدنية لوضع المعدات الجراحية، ومغاسل خارجية للتعقيم.[5]

ويجب أن تجهز على الأقل بقاعة لتقديم العلاج والتضميد والجبس، إلى جانب قاعات التعقيم التي تستخدم لتعقيم الأدوات والمعدات الطبية المستعملة في العمليات، بما يضمن استمرارية النشاط في ظروف صحية.[6]

كما يجب تجهيز المؤسسة بمجموعة الأجهزة الأساسية مثل جهاز الأشعة، مخبر التحاليل الطبية للفحوص الأولية، تجهيزات التعقيم والمعاقم، أجهزة الأوكسجين، ومولد كهربائي يضمن استمرار عمل قاعات العمليات، وتشمل التجهيزات أيضًا منشفات العلاج وأجهزته، ومرمدة لتدمير

---

[1] – المواد من المادة02 الى المادة05 من القرار الوزاري المؤرخ في 22 أكتوبر 1988.

[2] – المادة 08 من نفس القرار الوزاري.

[3] – المادة 28 من نفس القرار الوزاري.

[4] – المادة 07 من نفس القرار الوزاري.

[5] – المادتان 10،11 من نفس القرار الوزاري.

[6]– المادتان 12،13 من نفس القرار الوزاري.

الضمادات الملوثة، وحركة آمنة داخل المؤسسة عبر مصاعد مخصصة للمرضى في حالة تعدد الطوابق[1]، وخزانة لحفظ الجثث وفق شروط قانونية تشمل التهوية، وجود قناة تصريف، حنفية ومخرج خاص نحو الخارج.[2]

ت_ خصوصية بعض الأنشطة الطبية (التوليد):

تفرض شروط إضافية متعلقة بالتوليد، فيجب أن تتم جميع عمليات الولادة في قاعات منفصلة عن باقي الأنشطة، مجهزة بأسرة ومعدات وأجهزة أوكسجين وإنعاش، مع توفير محضنات لاستقبال الرضع، وتحديد عدد المهود والمساحة المخصصة لكل طفل لضمان سلامتهم.[3]

وتخضع الولادة القيصرية لنفس شروط العمليات الجراحية من حيث التعقيم والتهوية والتجهيزات، بينما تُهيأ قاعات الولادة الطبيعية لتقليل الضوضاء وتأمين الرعاية الملائمة للأم والمولود، مع مراعاة توفير الأدوات والمعدات اللازمة للتوليد وتنظيم وتعقيم الرضعات.[4]

ويجب أن تتوفر محضنة واحدة على الأقل لمواجهة الحالات الاستعجالية، بما يضمن التعامل مع أي طارئ، مع تنظيم جميع الأنشطة الطبية المتعلقة بالتوليد والجراحة بطريقة تحافظ على الخصوصية والسلامة الصحية.[5]

الفرع الثاني: إجراءات فتح واستغلال المؤسسات الاستشفائية الخاصة

تتطلب مرحلة فتح واستغلال المؤسسة الاستشفائية الخاصة جملة من الإجراءات القانونية، وتشمل هذه الإجراءات تقديم الطلب، دراسة الملف من قبل الجهات المختصة، والالتزامات المترتبة على صاحب المشروع أثناء الاستغلال إضافة إلى الإجراءات المتعلقة بطابعها القانوني.

---

[1] – المادة 21 من القرار الوزاري المؤرخ في 22 أكتوبر 1988.

[2] – المادة 27 من نفس القرار الوزاري.

[3] – المادتان 14،15 من نفس القرار الوزاري.

[4] – المادة 18 من نفس القرار الوزاري.

[5] – المادة 16 من نفس القرار الوزاري.

أوَّلا: تقديم طلب فتح واستغلال المؤسسة

عقب استكمال انجاز المؤسسة تقوم لجنة مشتركة متكونة من ممثلين عن المصالح التقنية المختصة بمديرية الصحة ومديرية السكن والعمران وكذلك الحماية المدنية بزيارة مطابقة لإعداد تقرير الزيارة.[1]

وبذلك ينتقل المشروع إلى مرحلة فتح واستغلال النشاط، والتي تقتضي إيداع طلب رسمي لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة مرفقا بملف اداري وتقني، يحتوي وفقا لما تقرره المادة 24 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 على:

-طلب مكتوب وموقع من صاحب المشروع الى جانب نسخة من وثائق الهوية.

-نسخة من تقرير الزيارة القبلية المنجزة.

-بطاقة تقنية تتضمن وصف للمشروع المنجز.

-الراي النهائي لمصالح الحماية المدنية وتقارير المطابقة سواء الخاصة بالمنشآت الاشعاعية المسلمة من محافظة الطاقة الذرية أو الخاصة بالمنشآت الكهربائية المسلمة من طرف المؤسسة الوطنية للاعتماد والمراقبة التقنية أو كل وحدة معتمدة تقوم بنفس الوظيفة.

-رخصة توضح طرق التخلص من النفايات الطبية داخل منشأة معترف بها من مصالح البيئة، ويمكن استبداله بنسخة من الاتفاقية المبرمة مع هيئات عامة أو خاصة معتمدة لمعالجة هذه النفايات.

-اثبات اقتناء سيارة اسعاف أو اتفاقية مع متعامل نقل صحي مرخص، ونسخة اتفاقية مع مركز حقن الدم الولائي لتزويد المؤسسة بمنتجات الدم غير الثابتة.

-الملفات الإدارية لكل من المدير التقني وعند الحاجة المدير الإداري، مهني الصحة العاملين داخل المؤسسة.

[1]- المادة 23 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

ثانيا: دراسة طلب الترخيص والفصل فيه

تتولى مديرية الولاية المكلفة بالصحة بعد استلام طلب فتح واستغلال المؤسسة مهمة التحقق من مدى استيفاء الملف لكافة الشروط القانونية قبل إحالته إلى الوزير المكلف بالصحة مرفقا بالرأي مسبب للمدير الولائي، وذلك في أجل لا يتجاوز 20 يوم من تاريخ ايداعه.[1]

وبعد إحالة الملف يَفصُل الوزير في طلب الترخيص خلال 30 يوم ابتداء من تاريخ الاستلام، وفي حالة رفض الطلب يمكن لصاحب المشروع تقديم طلب طعن لدى الوزير المكلف بالصحة في أجل 30 يوم من تاريخ تبليغه القرار، على أن يفصل الوزير في هذا الطعن قبل انقضاء 30 يوم هو الأخر من تاريخ استلامه.[2]

وتعكس هذه الاجراءات انتقال المشروع من مجرد وجود مادي إلى مرحلة التحقق من قابليته الفعلية للاستغلال، حيث لا يكتفي المشرع بإتمام البناء، بل يشترط التأكد من المطابقة لمجمل المعايير قبل الترخيص لها بمباشرة نشاطها، وهو ما يثبت أن فتح المؤسسة يخضع لمنطق التدرج في الإجراءات بهدف ضمان جاهزية حقيقية وليست شكلية.

ثالثا: الإجراءات المترتبة على التغييرات في المؤسسة بعد الفتح

بانتهاء فتح المؤسسة ومباشرة نشاطها يلزم صاحب المشروع بإبلاغ مصالح وزارة الصحة المختصة بكل التعديلات التي تطرأ على وضعيتها، بما يشمل التغييرات المتعلقة بشكلها القانوني، أو بتغييرات في ملكية وشركاء المشروع، لضمان متابعة الجهات المختصة للحالة القانونية للمؤسسة.[3]

كما اشترط المرسوم التنفيذي رقم 21-136 أن يكون أي تعديل يمس تخصيص المقرات أو تهيئتها أو توسيع بنيتها أو إلغاء أي جزء منها خاضعا لترخيص مسبق من الوزير المكلف بالصحة قبل التنفيذ، ويهدف هذا الشرط إلى الحفاظ على المعايير التي تم اعتمادها عند منح

[1]- المادة 25 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2]- المادة 26 من نفس المرسوم التنفيذي.

[3]- المادة 27 من نفس المرسوم التنفيذي.

ترخيص فتح المؤسسة لأول مرة، والتأكد من وجود توافق بين التعديلات مع متطلبات الجودة والسلامة المعمول بهما.[1]

زيادة عن ذلك، تخضع كل عمليات اقتناء جديدة أو تجديد للتجهيزات الطبية الموجودة قبلاً، سواء كانت أجهزة للتشخيص أو العلاج، خاضعة في تنصيبها أو استغلالها إلى المراقبة المسبقة بترخيص من الوزير المكلف بالصحة، ويضمن هذا الإجراء أن جميع التجهيزات تستوفي شروط السلامة الفنية والصحية وتتكامل مع مستوى الخدمات الطبية.[2]

غير أن استكمال إجراءات فتح واستغلال المؤسسة الاستشفائية الخاصة لا يقتصر على الجوانب المرتبطة بالترخيص الصحي فحسب، بل يمتد ليشمل استيفاء المتطلبات القانونية المرتبطة بالشكل الذي تتخذه هذه المؤسسة، بما يفرض الجمع بين القواعد المنظمة للنشاط الصحي وتلك التي تحكم الإطار القانوني للكيان المستغل.

رابعا: الإجراءات المرتبطة بالشكل القانوني للمؤسسة

لا يقتصر استغلال المؤسسة الاستشفائية الخاصة على استيفاء الترخيص الصحي، بل يقتضي كذلك استكمال الإجراءات المرتبطة بالشكل القانوني الذي تتخذه، سواء في شكل تجاري أو مدني، بما يعكس تعدد الأطر القانونية لهذا النوع من النشاط.

أ_ في حالة اتخاذ المؤسسة شكل شركة تجارية:

يفرض اتخاذ المؤسسة الاستشفائية الخاصة شكلًا تجاريًا الخضوع لجملة من الإجراءات التي تندرج ضمن قواعد القانون التجاري، إلى جانب الالتزامات الصحية، بما يكرّس ازدواجية الإطار القانوني الذي يحكم هذا النشاط.

وتتمثل الخطوة الأساسية في القيد في السجل التجاري، الذي يُعد شرطًا لاكتساب الشركة الشخصية المعنوية ومباشرة نشاطها بصفة قانونية كونه يستعمل كمصدر للإحصائيات ووسيلة

[1]– المادة 28 من المرسوم التنفيذي رقم 21–136، سالف الذكر .

[2]– المادة 307 من القانون رقم 18–11 المتعلق بالصحة، سالف الذكر.

للتحقيق المستمر للأنشطة التجارية، والأهم أنه أداة للاستعلام والشهر القانوني[1]، ويتم القيد سواء بالطريقة التقليدية أو الإلكترونية عن طريق إرسال الوثائق المطلوبة وفقا للإجراءات التقنية للتوقيع والتصديق الإلكترونيين، إذ لا يمكن الاعتداد بوجودها كشخص قانوني مستقل قبل استيفاء هذا الإجراء.[2]

كما يتطلب الأمر استكمال إجراءات التأسيس، من إعداد العقد التأسيسي وفق الشكل القانوني المعتمد، واستيفاء إجراءات الشهر، بما يضمن شفافية النشاط ويُكرّس الثقة في المعاملات المرتبطة به، دون أن يغني ذلك عن ضرورة الحصول على الترخيص الصحي.

ويبرز في هذا السياق التكامل بين مختلف الإجراءات، حيث لا يكفي القيد في السجل التجاري لمباشرة النشاط الاستشفائي، كما لا يُغني الترخيص الصحي عن تلبية المتطلبات التجارية، وهو ما يؤكد وجود ترابط وظيفي لاسيما فيما يتعلق بالحصول على الترخيص واحترام آجال الإنجاز.

ب_ في حالة اتخاذ المؤسسة شكلًا مدنيًا:

عند اتخاذ المؤسسة الاستشفائية الخاصة شكلًا مدنيًا كالجمعيات أو التعاضديات، فإنها تخضع لنظام قانوني مغاير من حيث إجراءات التأسيس، مع بقائها خاضعة لنفس المتطلبات الصحية المرتبطة بالنشاط.

ولا بد من الإشارة، أنَّ القيد في السجل التجاري يحل محله إجراء الاعتماد التأسيسي من طرف السلطة العمومية ممثلة في وزارة العمل والضمان الاجتماعي، بعد توفر الشروط القانونية المطلوبة ويتوجب الشهر في يوميتين اعلاميتين ذواتي توزيع وطني بالنسبة للتعاضديات[3]، وفي حالة اتخاذ شكل جمعية، فيسلم وصل التسجيل حسب نطاقها الجغرافي من رئيس المجلس الشعبي البلدي للجمعيات المحلية والوالي للجمعيات الولائية والوزارة المكلفة بالجمعيات والاتحادات

[1] - سامية حساين، **القيد في السجل التجاري الرقمي أحد بنود وانجازات الحكومة الالكترونية في الجزائر**، مجلة ادارة، العدد 44، كلية الحقوق، جامعة احمد بوقرة، بومرداس، 2016، ص 71.

[2] –مزوز صورية، فيلالي بومدين، **السجل التجاري الالكتروني في القانون الجزائري**، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية، المجلد06، العدد02، مخبر تسيير المؤسسات، جامعة الجيلالي اليابس "الجزائر"، 2021، ص 467.

[3] –هلال العيد، المرجع السابق، ص 59.

الوطنية، وهذا الاعتماد هو ما يمنح الكيان صفة قانونية ويُجيز له ممارسة نشاطه في الحدود المقررة قانونًا، وِفقًا لطبيعته غير التجارية.[1]

غير أن هذا الاختلاف في الشكل القانوني هو الآخر لا يؤثر على خضوع المؤسسة لأحكام الترخيص الصحي، إذ يظل شرطًا جوهريًا لمباشرة النشاط، بما يكرّس وحدة القواعد المنظمة للمجال الصحي بغض النظر عن طبيعة الكيان القانوني.

ويبرز هذا التداخل أن استغلال المؤسسة الاستشفائية الخاصة يبدأ بالترخيص الصحي الذي يضمن استيفاء الشروط الفنية والصحية، ثم يمتد إلى الجانب المتعلق بالشكل القانوني واكتساب الشخصية المعنوية، ما يضمن شرعية ممارسة النشاط ضمن التشريع المعتمد.

المطلب الثاني: إدارة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

تتميز المؤسسات الاستشفائية الخاصة بقدرتها على تنسيق العمليات الإدارية والمالية، من خلال تقسيماتها الداخلية وتوزيع المهام داخل الإدارة، وسعيها لمواكبة التحولات التي شهدها قطاع الصحة مقارنة بالتنظيم السابق، مع توفير الطاقم الطبي وفق مؤهلات محددة وخبرات مهنية مناسبة لضمان سير الخدمات الصحية بكفاءة وفق معايير السلامة.

وعليه يقسم المطلب الى فرعين، **(الفرع الأوَّل)** يركز على التسيير الإداري والمالي، و**(الفرع الثاني)** يسلط الضوء على تسيير الطاقم الطبي.

الفرع الأوَّل: التسيير الإداري والمالي

كرّس المرسوم التنفيذي رقم 21-136 تنظيماً متجدداً للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، يوضح مختلف جوانب تسييرها الإداري والمالي بموجب المادة 10 منه، وعلى هذا الأساس ألزمها بوضع نظام داخلي يحدد قواعد تنظيمها وسير مصالحها الداخلية، على أن يكون هذا النظام معلقا داخل المؤسسة وقابلا للاطلاع عليه من قبل المستخدمين والزبائن، بما يضمن الشفافية ووضوح آليات التسيير داخلها.

[1]- المادة 09 من القانون رقم 12-06، سالف الذكر.

أوَّلا: الهياكل الإدارية الداخلية في ظل المرسوم التنفيذي21-136

يحدد تنظيم المؤسسة الاستشفائية الخاصة بمقتضى المادة 30 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136وفقا للشكل المنصوص عليه في قانونها الأساسي وفقا للتشريع المعمول به، ومع مراعاة أحكام هذه المادة، تدار المؤسسة على النحو الآتي:

أ_ المدير التقني:

يُعد العنصر المحوري في تسيير المؤسسة، ويُشترط فيه أن يكون طبيباً مؤهلاً يتمتع بالخبرة اللازمة المقدرة بخمس سنوات على الأقل للإشراف على النشاط الصحي، ويعين لمدة دنيا تبلغ سنة[1]، يمكن استخلافه فيها دون تعدي ثلاثة أشهر شرط إبلاغ المديرية الولائية المكلفة بالصحة في 48 ساعة الأولى من الاستخلاف.[2]

وعملا بنص المادتين 34، 35 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، يتولى المدير التقني المهام الآتية:

-الإشراف على النشاط الطبي العادي والجراحي وطب الاسنان.

-تنظيم وتنسيق عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي.

-السهر على تطبيق الممارسات الحسنة في مجال العلاجات.

-مسك السجلات الطبية والملف الطبي لكل مريض بشكل جيد.

-إرسال حصيلة نشاط المؤسسة بصفة دورية كل ثلاث أشهر إلى المديرية المعنية.

ويعكس هذا الدور تركيز المشرّع على الكفاءة المهنية في التسيير، بما ينسجم مع بعض مبادئ الحوكمة الصحية، لا سيما من حيث إسناد القرار لأصحاب الاختصاص.

[1] – المادة 33 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2] – المادة 36 من نفس المرسوم التنفيذي.

ب_ المدير الإداري (عند الاقتضاء):

أقر المشرّع إمكانية تعيين مدير إداري يتولى الجوانب التنظيمية والمالية، دون أن يجعل ذلك إلزامياً، واستنادا إلى المادة 37 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، عليه أن:

-تمثيل المؤسسة الخاصة أمام العدالة وفي جميع اعمال الحياة المدنية.

-تسيير الموارد البشرية والشؤون الإدارية.

-الإشراف على الميزانية والحسابات.

-السهر على توفير العتاد الطبي المناسب والمواد الصيدلانية المناسبة.

يبدو أن المشرع من خلال المادتين 30 و31 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 سعى إلى تحقيق التوازن بين اعتباراتين مختلفتين، فمن جهة، حرص على المحافظة على الطبيعة القانونية للمؤسسة الخاصة للصحة واحترام الشكل القانوني الذي تتخذه، وذلك من خلال إخضاع تنظيمها للأحكام المنصوص عليها في قانونها الأساسي، بما يضمن انسجامها مع القواعد القانونية المنظمة للأشخاص المعنوية والشركات التجارية عند الاقتضاء، ومن جهة أخرى، راعى خصوصية النشاط الصحي الذي يختلف عن سائر الأنشطة الاقتصادية، فاشترط وجود مدير للنشاط الطبي أو مدير تقني طبيب يتولى الإشراف على الجوانب المهنية والتقنية المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية.

غير أن المشرع لم يكن موفقًا بالقدر الكافي في رسم حدود واضحة للعلاقة بين أجهزة الإدارة التي يقتضيها الشكل القانوني للمؤسسة وبين المدير الإداري المسير والمدير التقني المنصوص عليهما في المادة 31، وقد أدى هذا الغموض إلى إثارة التساؤل حول ما إذا كان الأمر يتعلق بمستويين مستقلين من الإدارة يتكاملان فيما بينهما، أم أن المشرع قد خلط بينهما دون بيان دقيق لاختصاصات كل جهة وحدود مسؤوليتها.

ويكتسي هذا الإشكال أهمية خاصة عندما تتخذ المؤسسة الخاصة للصحة شكل شركة تجارية، حيث تفرض التشريعات التجارية أجهزة إدارة خاصة بها، الأمر الذي يثير مسألة تحديد

مركز المدير الإداري المسير والمدير التقني داخل البنية التنظيمية للمؤسسة، ومدى خضوعهما لأجهزة الإدارة القانونية أو استقلالهما عنها، ومن ثم يمكن القول إن النص، وإن كان يهدف إلى التوفيق بين متطلبات التنظيم القانوني للمؤسسة ومتطلبات الرقابة على النشاط الطبي، إلا أنه ترك فراغًا تشريعيًا فيما يتعلق بتحديد العلاقة بين هذين البعدين، وهو ما قد ينعكس على وضوح توزيع الاختصاصات والمسؤوليات داخل المؤسسة الخاصة للصحة.

ثانياً: تطور نمط التسيير الإداري مقارنة مع التنظيم السابق

يقوم التسيير الإداري في ظل مرسوم 21-136 على وحدة القيادة وتركيز المسؤولية، حيث يتولى المدير سلطة اتخاذ القرار، مع إمكانية الاستعانة بالمدير الإداري لتوزيع المهام.

ويُبرز هذا التوجه تحوّلاً واضحاً عن التنظيم السابق وفقا للمرسوم 07-321، الذي كان يعتمد على تعدد الأجهزة، من خلال[1]:

1_ مجلس الإدارة: يتشكل من ممثلي مختلف الأطراف داخل وخارج المؤسسة، ينتخب رئيسه من بينهم وتحدد قواعد سيره ضمن نظامها الداخلي، وهو ما يدعم التعددية ويعزز الشفافية ويفتح مجالا للنقاش داخل الهيئة، غير أن هذا التنوع قد يؤدي في بعض الحالات إلى بطء في اتخاذ القرار.

2_ مدير المؤسسة: يقوم على ازدواجية وظيفية بين مدير إداري يتولى التسيير المالي والإداري وتمثيل المؤسسة، ومدير تقني طبيب يشرف على النشاط الاستشفائي، وهو ما حافظ عليه المشرع في تعديله الاخير.

3_ اللجنة الطبية: تُعد هيئة استشارية تضم ممثلين عن التخصصات الطبية وشبه الطبية، وتبدي رأيها حول النشاط والتجهيزات واتفاقيات التكوين، بما يدعم اتخاذ قرارات مبنية على الخبرة، إلا أن طابعها غير الإلزامي قد يحد من تأثيرها.

[1] – نور الهدى روابحي، " **المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر**"، مجلة المتون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الدكتور مولاي الطاهر "سعيدة"،2017، ص 109.

وعلى هذا الأساس، فإن التنظيم السابق كان يجسد نمط تسيير جماعي قائم على توزيع القرار بين عدة هيئات.

ثالثاً: التسيير المالي

لم يعد التسيير المالي في ظل المرسوم التنفيذي 21-136 مجرد وظيفة ثانوية، بل أصبح جزءاً لا يتجزأ من منظومة التسيير العام للمؤسسة، بالنظر إلى طبيعتها كهيكل صحي ذي بعد استثماري، ويتجلى ذلك من خلال:

-إسناد الجوانب المالية والمحاسبية إلى الإدارة، إذ تلزم المادة 47 من المرسوم التنفيذي 21-136 المؤسسة بمسك محاسبة مع إحالة تنظيمها الى أحكام القانون رقم 07-11 المتضمن النظام المحاسبي المالي[1]، والذي يضبط بدوره المبادئ المتعلقة بها لا سيما تلك المنصوص عليها في المادة 10 منه، والمتعلقة بوجوب استيفاء التزامات الانتظام والمصداقية والشفافية المرتبطة بعملية مسك المعلومات التي تعالجها ورقابتها وعرضها وتبليغها.

-ضرورة ضبط الميزانية ومراقبة النفقات وتسيير الموارد.

-ارتباط التسيير المالي بجودة الخدمات واستمرارية النشاط.

وهو ما يعكس التوجه نحو عقلنة التسيير المالي وربطه بالأداء العام للمؤسسة.

رابعا: فعالية استقلالية التسيير

إنَّ مجال العمل الذي يجب أن تتمتع به المؤسسة الصحية حتى تتوفر على استقلالية التسيير، يجب أن يُدعم بإطار قانوني واضح او على الأقل نظام داخلي يمنح المسيرين مسؤولية مباشرة التنظيم والتسيير من طرف ذوي الكفاءة الذين تابعوا تكوينا متخصصا في إدارة المصالح

[1] – قانون رقم 07-11 المؤرخ في 25 نوفمبر 2007، يتضمن النظام المحاسبي المالي، ج. ر، عدد 74، الصادرة في 25 نوفمبر 2007.

الصحية، وذلك لأن التحديات التي يمر بها قطاع الصحة لم تعد تسمح اليوم بتسليم إدارة مؤسسات الصحة لأشخاص لا يملكون القدرة على التسيير.[1]

حيث يُلاحظ أن التوجه نحو تبسيط الهيكلة وتركيز المسؤولية، وإن كان ينسجم مع بعض مبادئ الحوكمة الحديثة، لا سيما من حيث المرونة وسرعة اتخاذ القرار، فإنه يثير في المقابل تساؤلات حول مدى احترام مبدأ التوازن في المؤسسة خاصة في ظل إمكانية جمع وظائف التسيير الطبي والإداري في يد شخص واحد، الأمر الذي قد يُضعف آليات الرقابة الداخلية.

الفرع الثاني: الشروط الخاصة بممارسة مهنيي الصحة

يشكّل الطاقم الطبي الركيزة الأساسية لضمان جودة الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية الخاصة، ويخضع لمجموعة من الشروط والضوابط التي تكفل الكفاءة المهنية وسلامة المرضى، ويمكن تقسيمه إلى وطني وأجنبي، بما يتيح تحليل المؤهلات، الترخيص، لكل فئة.

أوَّلا: مهنيي الصحة الجزائريون

يلاحظ من استقراء النصوص القانونية أن القانون عرف الممارسين الطبيين أو مهنيي الصحة بأنهم كل شخص ممارس وتابع لهيكل أو مؤسسة للصحة يقدم في نشاطه المهني خدمة صحية، ويساعد فيها أو يساهم في إنجازها.[2]

وبما أنَّ المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة ملزمة بتوظيفهم وفقا لطبيعة النشاطات التي تمارسها والتخصصات الطبية والجراحية المرخصة[3]، فلابد الأخذ بعين الاعتبار الشروط التي قرن بها المشرع الجزائري إباحة الأعمال الطبية والتي لا تقام إلّا بتحققها، وتقسم إلى:

[1] – محمد جمعي، استقلالية التسيير عنصر أساسي لفعالية النظام الصحي الجزائري، (د.ذ.ر.ط)، دار الخلدونية، الجزائر، ص69.

[2] – المادة 165 من القانون رقم 18-11، سالف الذكر.

[3] – المادة 38 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

أ_ الشروط المشتركة لممارسة مهن الصحة: جاءت بعض شروط ممارسة مهن الصحة المنصوص عليها في المادة 166 من قانون الصحة رقم 18-11 في صيغة مشتركة بمعنى يجب توفرها في جميع المقصودون سواء كانوا أطباء او مساعدوهم، وهي:

-التمتع بالجنسية الجزائرية.

-الحصول على دبلوم طبي جزائري أو مُعادله.

-عدم تعرضه لأي حكم قضائي يتنافى مع ممارسة المهنة، وابتعاده عن الشبهات والتصرفات المخلة بالآداب العامة لأنه لا يصلح أن يكون محل ثقة المرضى.

-التمتع بالكفاءات البدنية والعقلية اللازمة لممارسة المهنة.

-التسجيل في جدول عمادة المهنة، أي أن كل شخص تتوفر فيه الشروط القانونية المطلوبة ملزم بتسجيل نفسه في قائمة الاعتماد لدى أحد المجالس الجهوية المختص إقليميا الذي يريد ممارسة الطب في دائرة اختصاصه المحلي من أصل "12 مجلس جهوي لأخلاقيات الطب" تحت طائلة التعرض للعقوبات.[1]

ب_ الشروط الخاصة بالأطباء: بالإضافة إلى الشروط المشتركة، وضع المشرع الجزائري بعض الاحكام الخاصة التي تتعلق بممارسة كل فئة من فئات مهني الصحة على حدة وبصفة منفردة ويرجع في شأنها إلى التنظيمات المتعلقة بكل فئة.

لا يسمح القانون بإجراء الأعمال الطبية لأي شخص غير مؤهل علمياً ومرخص، بسبب:

- الترخيص القانوني لمهنة الطبيب عموماً، يعد المعيار الأساسي لتوظيف الأطباء داخل المؤسسة ويتم تسليم هذا الأخير من المدير الولائي المكلف بالصحة بعد تأكده من أن ممارس المهنة يستوفي الشروط المشتركة ويؤدي اليمين الطبية أمام نقيب الأطباء أو من ينوب عنه.[2]

[1] – جمعة حميدة، قزلان سليمة، **مجلس اخلاقيات الطب في الجزائر**، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور "الجلفة"، المجلد08، العدد03، 2023، ص945.

[2] – نجاة الداوي، المسؤولية الجزائية للطبيب عن الانتزاع الغير مشروع للأعضاء البشرية في التشريع الجزائري، أطروحة دكتوراة في القانون، تخصص القانون الجنائي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر01، 2016، ص 77.

• بالنسبة للأخصائيين في علاج وفحص أمراض معينة كأخصائي التخدير، القلب، الأعصاب... فلا يكون حصوله على المؤهل العلمي المنصوص عليه في المادة 166 كافياً، بل يُشترط نيل شهادة الدراسات الطبية الاختصاصية التي يتم التحصل عليها بعد النجاح في مسابقة وطنية يُعنى بها طب معين، واستكمال تكويناً اختصاصيا لمدة متواصلة مقدرة على حسب المجال الذي اختاره.[1]

يُعد الترخيص بمثابة إثبات رسمي لممارسة المهنة بصفة شخصية، لكنه لا يُعفي المعني من التكوين المستمر الذي يُعتبر إلزاميًا لضمان تعزيز الجودة المهنية لدى الأطباء[2]، وفي هذا الإطار تلتزم المؤسسة الاستشفائية الخاصة بإرسال الملفات المهنية للأطباء العاملين فيها إلى مديرية الولاية المكلفة بالصحة، وذلك لمراجعتها والتأكد من استيفاء جميع شروط الخدمة المدنية الاجبارية المنصوص عليها قانونيًا، ويشمل ذلك المساعدين الطبيين والصيادلة الذين يخضعون لنفس الضوابط القانونية والأخلاقية ويؤدون مهامهم ضمن هيكل المؤسسة.

ثانيا: مهنيي الصحة الأجانب

مهنيي الصحة ذو الجنسية الأجنبية هم الممارسون الطبيون المتخصصون والعامون والمستخدمون شبه الطبيين وكل من له علاقة بوظيفة العلاج، سواء كانوا مقيمين أو غير مقيمين في الجزائر كما جاء في نص المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 24-327، المحدد شروط وعمل مهنيي الصحة ذوي الجنسية الأجنبية[3]، وعلى غرار الأطباء الجزائريين فهم ملزمون بالحصول على ترخيص قانوني لممارسة المهنة داخل التراب الجزائري.

[1] – القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 29 فبراير 2012 يحدد معايير انتقاء المترشحين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية للالتحاق بالتكوين للحصول على شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية، ج. ر، العدد 66، الصادرة في 9 ديسمبر 2012.

[2] – المادتان 168،170 من القانون رقم 18-11، سالف الذكر.

[3] – مرسوم تنفيذي رقم 24-327 المؤرخ في 01 اكتوبر 2024، يحدد شروط ممارسة وعمل مهنيي الصحة ذوي الجنسية الاجنبية في هياكل ومؤسسات الصحة، ج. ر، عدد 69، الصادرة في 15 اكتوبر 2024.

أ_ شروط الترخيص القانوني للأطباء الأجانب:

تُعد رخصة الممارسة شرطًا أساسيًا لمزاولة المهنة داخل المؤسسة الصحية الخاصة، وتُمنح فقط بعد استكمال الشروط القانونية والتنظيمية حسب ما تستدعيه وضعية المعني.

1_ حالة الإقامة الدائمة: المقصود في هذه الحالة أن ممارس الصحة ذو جنسية أجنبية ولكنه يقيم بصفة دائمة داخل الجزائر، وبالرجوع الى المادة يتطلب الأمر:

– شرعية الإقامة والالتزام بالقوانين المتعلقة بدخول الأجانب وتنقلهم وإقامتهم وعملهم، بما في ذلك استكمال الإجراءات لدى وزارات الشؤون الخارجية والداخلية والعمل.

–التسجيل المسبق في جدول عمادة المهنة المطابقة شرط إلزامي لمزاولة المهنة.

–يجب ألا يكون الممارس قد تعرض لعقوبة جزائية أو مهنية في الجزائر أو في الخارج تتعارض مع ممارسة المهنة.

استكمال ملف الترخيص، وايداعه لدى المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة مرفقا بالوثائق الواردة في المادة 09:

–طلب رسمي للحصول على رخصة الممارسة يقدم من المهني الأجنبي.

–نسخة من بطاقة الإقامة السارية أو وصل طلبها.

–شهادة أو وثيقة معترف بمعادلتها تثبت المؤهل العلمي.

–شهادة التسجيل في جدول عمادة المهنة.

–شهادة خبرة تثبت عدد سنوات ممارسة المهنة في مؤسسة عمومية، لا تقل عن ست سنوات للممارسين الطبيين المتخصصين.

–شهادة عدم التعرض لعقوبة مهنية أو جزائية صادرة عن السلطات المختصة في بلد الممارسة.

جميع الوثائق الأجنبية يجب أن تكون مترجمة إلى العربية ومصادق عليها من قبل الممثلية الدبلوماسية الجزائرية بالخارج.[1]

2_ حالة الإقامة المؤقتة:

لم يكتف المشرع بإعطاء الرخصة للأطباء الأجانب المقيمين فقط، بل سعى إلى الاستفادة القصوى من الخبرة الأجنبية ولو بصفة مؤقتة، حيث يمكن للطبيب الأجنبي غير المقيم ممارسة المهنة مؤقتًا في إطار اتفاقيات شراكة تحدد فيها نوعية الخدمات العلاجية، مستوى الأداء المطلوب، وأنشطة التكوين المصاحبة للمهام[2]، لضمان المساعدة التقنية للفريق الطبي الجزائري، غير أن مدة الترخيص المؤقت 90 يومًا قابلة للتجديد، ويجب تحديد مدة المهام في العقد بما لا يقل عن خمسة أيام ولا يزيد عن 15 يومًا، مع إمكانية التجديد ضمن الحدود القانونية.[3]

يقترن طلب الرخصة على ملف اداري يعده مدير مؤسسة الصحة المعنية ويرسله إلى المديرية المكلفة بالصحة التي تقوم بتفحصه، وتحيله هي الأخرى إلى وزير القطاع في أجل لا يزيد عن 8 أيام[4]، وتشترط المادة 16 على أنه يتضمن هذه الوثائق:

-تقرير طبي يوضح المرض أو الأمراض المستهدفة.

-نسخة سارية من جواز سفر المتدخل أو المتدخلين مرفقة بالتأشيرة الملائمة وفقًا للتنظيم المعمول به.

-نسخ من الشهادات والمستندات المهنية للمتدخل أو المتدخلين، بما في ذلك رخصة الممارسة وشهادة التسجيل في مجلس عمادة المهنة للبلد الأصلي.

-مشروع الاتفاقية المشار اليها سابقا.

---

[1] – المادة 22، من المرسوم التنفيذي رقم 327/24، سالف الذكر.

[2] – المادة 14 من نفس المرسوم التنفيذي.

[3]– المادة 20 من نفس المرسوم التنفيذي.

[4]– المادة 18، من نفس المرسوم التنفيذي.

هذه هي الشروط الواجب توافرها مجتمعة في طالب الترخيص لمزاولة مهنة الطب في الجزائر، والتي يترتب عن تخلفها كليا أو جزئيا حرمان المعني من الحصول على ترخيصه حتى وإن تقدم بطلب في هذا الشأن، ويستند هذا التقييد إلى غاية أساسية تتمثل في إقصاء كل من لا تتوفر فيهم الكفاءة العلمية والمهارات التقنية اللازمة حماية لطبيعة هذه المهنة الدقيقة.

بل إن ممارسة الطب دون ترخيص حتى بالنسبة لمن يحوز تأهيلا علميا تعد ممارسة غير مشروعة، ترتب عنها مسؤولية قانونية وفقا للأحكام المنظمة، وبناء على ذلك فإن إسناد مهمة منح الترخيص إلى المسؤول الأول عن القطاع يظهر إدراك المشرع لطبيعة العمل الطبية وتقدير أهمية كونه يرتبط بأحد أهم المصالح المحمية قانونا وهي سلامة الإنسان.

واستخلاصا لما سبق يتبين أن المؤسسات الاستشفائية الخاصة لا يقوم على الإدارة والتنظيم فقط، بل تعتمد أيضًا على صرامة تطبيق الشروط القانونية لممارسة المهن الطبية، فتنسيق الأقسام وضبط الموارد البشرية وضمان كفاءتها العلمية والفنية، يضمن تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة، وفي المقابل الشروط القانونية تحمي صحة المرضى وتحافظ على سمعة المؤسسة، فتحقق المؤسسة تكامل الجانبين الإداري والفني.

ملخص الفصل الأوَّل

تناول الفصل الأول من هذه الدراسة الأحكام القانونية المتعلقة بهيكلة المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر، وذلك من خلال تحديد ماهيتها وطبيعتها القانونية، وصولاً إلى القواعد المنظمة لإنشائها وتسييرها في ظل التحولات الاقتصادية والمنظومة الصحية الحالية.

وقد أظهرت الدراسة أن مفهوم المؤسسة الاستشفائية الخاصة قد تطور من مجرد "عيادات" تقليدية إلى مؤسسات متكاملة تقدم خدمات تشخيصية وعلاجية واستشفائية بصفة مستمرة، وتتميز هذه المؤسسات عن الهياكل العمومية والخاصة الأخرى بكونها تجمع بين البعد الاستثماري والوظيفة الاجتماعية، مع التزامها بمعايير تفرض عليها توفير الإيواء الطبي كشرط أساسي لتمييزها عن مؤسسات العلاج البسيطة.

غير أن الممارسة القانونية كشفت عن وجود طبيعة مزدوجة لهذه المؤسسات، فهي كيانات قانونية تتمتع بالشخصية المعنوية المستقلة ولها أشكال محددة يغلب عليها الطابع التجاري، ولهذا فهي تُعد مشاريع استثمارية تخضع لمنطق الربح والتنافسية، وقد ساهم وضوح الإطار القانوني وتزايد الطلب على الجودة في تحفيز هذا الاستثمار، رغم بقاء بعض العراقيل المتمثلة في البيروقراطية الإدارية وارتفاع تكاليف التجهيز، والمخاطر المرتبطة بالمسؤولية المهنية.

كما تم التطرق في هذا الفصل إلى الجوانب التنظيمية لإنشاء هذه المؤسسات، والتي تبدأ من اختيار الموقع الملائم والحصول على التراخيص اللازمة، وصولاً إلى وضع هيكلة إدارية وطبية تضمن حسن سير المرفق، وتعتمد فعالية هذه المؤسسات على كفاءة مواردها البشرية وقدرتها على مواكبة التطور التكنولوجي الطبي لضمان ميزة تنافسية في القطاع الصحي.

الفصل الثاني:

الأحكام القانونية المتعلقة بوظيفة المؤسسات

الاستشفائية الخاصة

تمهيد وتقسيم:

بعد التطرق إلى هيكلة المؤسسة الاستشفائية الخاصة، وما يرتبط بها من طبيعة قانونية ومرتكزات تنظيمية، ننتقل في هذا الفصل إلى دراسة الأحكام المتعلقة بنشاطها.

وبالنظر إلى طبيعتها الخاصة، فإن نشاطها لا يقتصر على مجرد تقديم خدمة صحية فحسب، بل يخضع لمنظومة قانونية دقيقة تحدد حقوقها والتزاماتها، كما ترتب عنها مسؤوليات قانونية بمختلف صورها، وهو ما يقتضي الوقوف عند التزامات هذه المؤسسة تجاه مختلف المتعاملين معها سواء تعلق الأمر بالأطباء أو المرضى أو حتى بالجهات الضامنة، ثم دراسة صور المسؤولية القانونية المقترنة بها.

ولا يقتصر ضبط هذا النشاط على الالتزامات والمسؤولية فحسب، بل يمتد ليشمل إخضاع المؤسسة لمنظومة رقابة متعددة الأبعاد، تهدف إلى ضمان احترام القواعد القانونية والتنظيمية، والتأكد من جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تتجسد فعالية هذه الرقابة فيما يقرره المشرع من جزاءات إدارية ومدنية وجزائية تُطبق عند الإخلال بالالتزامات القانونية.

وعليه، سيتم التطرق في هذا الفصل إلى التزامات المؤسسة الاستشفائية الخاصة ومسؤوليتها في **(المبحث الأول)**، ثم إلى الرقابة والجزاءات في **(المبحث الثاني)**.

المبحث الأوَّل: الالتزامات والمسؤوليات القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

يقوم المركز القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة على أساس تمتعها بالشخصية المعنوية، بما يمنحها استقلالًا قانونيًا وماليًا يُمَكِّنها من مباشرة نشاطها الصحي باسمها ولحسابها الخاص، غير أن هذا المركز لا يُفهم في إطار الامتيازات فقط، بل يرتبط أيضًا بجملة من الالتزامات التي تحكم علاقاتها بمختلف المتعاملين معها، سواء تعلق الأمر بالمؤسسة في مواجهة الأطراف المرتبطة بها، أو بالعلاقة التي تجمع الطبيب بالمريض داخل هذا الإطار، ومن ثمّ فإن دراسة هذا المركز لا تكتمل إلا من خلال بيان ما يترتب عنه من التزامات، وما قد ينشأ عنها من مسؤوليات قانونية.

وعليه، سيتم تناول هذا المبحث من خلال مطلبين، يتناول **(المطلب الأوَّل)** الالتزامات القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، بينما يخصص **(المطلب الثاني)** للمسؤولية القانونية المترتبة عنها.

المطلب الأوَّل: الالتزامات القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

تفرض طبيعة النشاط الاستشفائي على المؤسسة الخاصة مجموعة من الالتزامات التي تتوزع بين مختلف الفاعلين داخلها، وتتشكل أساسًا في العلاقة التي تربطها بكل من الأطباء والمرضى، وكذا في العلاقة المهنية التي تحكم ممارسة الطبيب لمهامه داخل هذا الإطار، وفي مقابل هذه الالتزامات فهي تتمتع بحقوق، وتبرز أهمية هذه الالتزامات المتبادلة في كونها الضمان الأساسي لحسن سير المرفق الاستشفائي الخاص وتحقيق التوازن بين أطراف العقد الطبي.

وانطلاقًا من ذلك، سيتم التطرق في هذا المطلب إلى الالتزامات القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة من خلال شرح علاقات المؤسسة وذلك في فرعين، يتعلق **(الفرع الأوَّل)** بعلاقتها مع الطبيب والمريض، بينما يحدد **(الفرع الثاني)** علاقة الطبيب والمريض.

الفرع الأوَّل: علاقة المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة بالطبيب والمريض

تفرض علاقة المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالطبيب مجموعة من الالتزامات كتوفير بيئة مهنية منظمة تضمن له ممارسة مهامه في ظروف قانونية ومادية ملائمة، كما تلتزم اتجاه المريض بتقديم خدمة علاجية قائمة على الجودة والعناية واحترام القواعد المهنية، بما يضمن سلامة عملية العلاج وحسن سيرها، ولا تقف هذه العلاقة على حدود الالتزامات بل تثبت بموجبها حقوق مرتبطة بها.

أوّلا: علاقة المؤسسة بالطبيب

تتحدد واجبات المؤسسة الاستشفائية الخاصة تجاه الطبيب وحقوقها عليه في ضوء طبيعة العلاقة التي تربطهما باختلاف أشكالها، إذ لا يمكن اختزالها في نموذج تعاقدي واحد بل تتنوع بحسب الوضعية المهنية للطبيب ، حيث قد تتجسد في صورة أجير يخضع لسلطة تبعية أو في صورة ممارسة حرة تستند إلى استقلال مهني مقابل استغلال تجهيزات مؤسسة، أو في شكل خاص يرتبط بالأطباء المنتمين للقطاع العمومي عند ممارستهم نشاطاً تكميلياً مرخصاً، والتي قد تتراوح بين التبعية المهنية والاستقلال النسبي، غير أن هذا التباين لا ينفي وجود حد أدنى من الالتزامات التي تظل قائمة في جميع الحالات، باعتبار المؤسسة إطارًا منظمًا لممارسة النشاط الطبي.[1]

أ_ التزامات المؤسسة تجاه الطبيب: إن علاقة المؤسسة مع الطبيب تفرض عليها القيام بجملة من الواجبات نذكر منها:

1_ توفير بيئة مهنية سليمة تضمن للطبيب أداء مهامه في ظروف أمنة وملائمة بالحرص على ضمان الوقاية الصحية والأمن وطب العمل داخل المؤسسة، خاصة عندما يكون في وضعية

[1]– مختار رحماني محمد، المسؤولية المدنية للمؤسسات الخاصة للصحة ومهني الصحة الممارسين بها في ضوء الاجتهاد القضائي للمحكمة العليا، ملتقى دولي يومي 17و 18 ديسمبر 2024 بفندق الشيراتون، مجلة المحكمة العليا –عدد خاص–، قسم الوثائق والدراسات القانونية والقضائية 2025، ص26–27.

أجير حيث يستفيد من الحماية المقررة قانونياً ودستوريا في إطار قواعد حماية العمال من الأخطار المهنية. [1]

2_ مراعاة القواعد القانونية والأخلاقية المؤطرة للمهنة الطبية، لاسيما ماورد في قانون الصحة وما تم ذكره في مدونة أخلاقيات مهنة الطب.[2]

3_ تهيئة الظروف التقنية والتنظيمية الملائمة لممارسة العمل الطبي من خلال توفير التجهيزات والوسائل الضرورية وضمان جاهزيتها، بما يسمح للطبيب بأداء مهامه بكفاءة وفعالية.

4_ تمكين الطبيب من مواكبة التطور العلمي من خلال اتاحة الاطلاع على مستجدات الطبية والتقنية، بما يسهم في تحسين أدائه المهني.[3]

5_ التزام المؤسسة باكتتاب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية المرتبطة بنشاطها، بما يشمل الأطباء وباقي المستخدمين، وهو ما يشكل ألية لحماية مختلف المتدخلين في العملية العلاجية.[4]

6_ احترام بنود العلاقة التعاقدية التي تربطها بالطبيب، وهو التزام يلخص مجمل واجبات المؤسسة الاستشفائية الخاصة[5]، بحيث يكون أكثر صرامة وتفصيلا في عقود العمل بأجرة مقارنة بعقود الممارسة الحرة التي تخطُ فيها التزامات الأساسية وتكون أكثر مرونة باعتبار، في حين يأخذ النشاط التكميلي طابعاً مركباً.

ب_ التزامات الطبيب تجاه المؤسسة: في المقابل الالتزامات تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بحقوق على الطبيب أهمها:

1_ إلزام الطبيب بتنفيذ التزاماته المهنية والتعاقدية من خلال أداء مهامه وفقا للأصول العلمية وقواعد أخلاقيات المهنة، وهو التزام يتشدد في حالة عقد العمل مقارنة بالعقود الأخرى.

---

[1]– بن عزوز بن صابر، **حق العمال في الوقاية الصحية والأمن داخل أماكن العمل في التشريع الجزائري**، مجلة القانون بالمركز الجامعي، جامعة غليزان، العدد الأول، 2010، ص 43.

[2]– مرسوم تنفيذي رقم 92–276 المؤرخ في 05 جويلية 1992 يتضمن مدونة أخلاقيات الطب، ج. ر، عدد 52، الصادرة في 08 جويلية 1992.

[3]– خيرة بن سويسي، المرجع السابق، ص 96.

[4]– المادة 09 من المرسوم التنفيذي رقم 21–136، سالف الذكر.

[5]– خيرة بن سويسي، المرجع السابق، ص 96.

2_ حق المؤسسة في تنظيم العمل داخل مؤسسة وإصدار توجيهات إدارية واجب احترامها من طرف الطبيب، غير أنه يجدر التنبيه أن هذا الحق يظل مقيداً بعدم التدخل في الاستقلال الفني للطبيب.[1]

3_ احترام واجبات العمال المنصوص عليها في المادة 07 من القانون رقم 90-11 المتعلق بعلاقات العمل[2]، وهي:

ـ التزام الطبيب بالمساهمة في ترقية خدمات هذه المؤسسة في ظل التطور العلمي والاجتماعي.

ـ خضوع الطبيب لواجب احترام تدابير الوقاية الصحية والسلامة المهنية التي تعتمدها المؤسسة سواء لحماية المرضى أو الطاقم الطبي.

ـ يلتزم الطبيب بتجنب أي تعارض المصالح المباشرة أو الغير مباشرة، بحيث لا يجوز له ممارسة نشاط مهني منافس أو العمل لصالح مؤسسات صحية أخرى تعمل في نفس المجال، إلا في الحدود التي يسمح بها العقد أو يوافق عليه المستخدم.

ـ يلتزم الطبيب بالحفاظ على السر المهني خاصة تلك التي تتعلق بالتكنولوجيا أو التقنيات الموجودة داخل المؤسسة وكذلك بالنسبة للمعطيات الطبية، إلا في الحالات التي يُجيزها القانون أو تفرضها الضرورة الطبية أو السلطة المختصة.

ثانيا: علاقة المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالمريض

عند الحديث عن الالتزامات الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة تجاه المريض، يتعين التمييز بين طبيعة العمل محل الالتزام، فالأصل في الأعمال الطبية العلاجية أنها تندرج ضمن الالتزام ببذل عناية، كما هو معمول به في إطار ممارسة الطبيب لعمله في العيادة الخاصة،

[1]– محمد رشيد دواغرة، المسؤولية المدنية للمستشفيات الخاصة عن أخطاء الطبيب ومساعديه، الطبعة الأولى، الدار العلمية للنشر والتوزيع، عمان "الأردن"، 2017، ص 32.

[2]– قانون رقم 90-11 المؤرخ في 21 أفريل 1990 المتعلق بعلاقات العمل، ج. ر، عدد 17، الصادرة في 25 أفريل 1990 المعدل والمتمم.

حيث لا يُلزم بتحقيق نتيجة محددة بقدر ما يُلزم ببذل العناية اللازمة وفق الأصول العلمية والفنية المستقرة، سعياً إلى تحقيق أفضل النتائج الممكنة.

أما بالنسبة للأنشطة الاستشفائية التي لا تندرج ضمن الأعمال الفنية الطبية، فإن طبيعتها تختلف، إذ تتعلق بخدمات قابلة للضبط والتحكم في مخرجاتها، مثل الإطعام والإقامة والنظافة، وهي التزامات يرتب فيها القانون على المؤسسة واجب تحقيق نتيجة، بالنظر لإمكانية تحديدها ومراقبة جودتها بشكل موضوعي.[1]

وتستند هذه الالتزامات إلى العلاقة التعاقدية التي تربط المؤسسة بالمريض، حيث يفرض عقد الاستشفاء نوعاً من التوازن بين الحقوق والواجبات، بما يضمن تعاون الطرفين لتحقيق الغاية في العلاج والاستشفاء.

أ_ التزامات المؤسسة الاستشفائية الخاصة تجاه المريض: يقع على المؤسسة الاستشفائية الخاصة مجموعة من الواجبات العامة نحو المريض ومن بين هذه المهام ما يلي:

1_ الالتزام بسلامة المريض: إذا كان التدخل الطبي في جوهره لا يرتب سوى التزام ببذل عناية، بالنظر إلى ارتباط نتائج الشفاء بعوامل متعددة خارجة عن إرادة مقدم الخدمة، فإن التزام المؤسسة الاستشفائية بسلامة المريض يُعد في الاتجاه الراجح فقهاً وقضاءً التزاماً بتحقيق نتيجة، ويشمل هذا الالتزام ضمان سلامة الأدوية والأغذية المقدمة، وكذا سلامة التجهيزات الطبية المستعملة، بما يضمن توفير خدمات استشفائية في بيئة آمنة لا تعرض المريض لأي خطر.[2]

2_ توفير الرعاية الطبية الشاملة: تلتزم المؤسسة الاستشفائية الخاصة بتقديم الخدمات التي يحتاجها المريض أثناء اقامته فيها وبصفة خاصة تنفيذ تعليمات الطبيب فيما يتعلق بتلك الخدمات[3]، فقد تكون حالة المريض تتطلب درجة معينة من النظافة والعزل في الأمراض المعدية مثلاً، أو طعام خاص بالنسبة للملتزمين بنظام غذائي محدد أو من يعانون من حساسية تجاه أحد

[1] – محمد رشيد دواغرة، المرجع السابق، ص 45،46.

[2] – وليد لعماري، **المسؤولية المدنية الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة**، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، جامعة الحاج لخضر "باتنة"، المجلد 12، العدد 02، 2025، ص 478.

[3] – محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، (د. ذ.ر.ط)، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية" مصر"، 2006، ص127.

الأغذية، وكذا العلاج وهو أهم نقطة فيجب التقيد بالأدوية والحقن والتحاليل وعدم الاسترخاص في جودتها.

3_ توفير العاملين والممرضات: سبق وأن أشارنا أن المؤسسة الاستشفائية الخاصة ملزمة بتوفير طاقم طبي حائز على الشهادات المطلوبة وعلى رخص تثبت كفاءتهم وتمكنهم من التخصصات التي تسند إليهم، إلى أن ذلك ليس الالتزام الوحيد فالمؤسسة يجب أن توفر العدد الكافي من العاملين والممرضات لحسن أداء المستشفى للخدمات الطبية المقدمة، خاصة وأن نقص اليد العاملة يُولد الضغط وكثرة المهام على الأطباء مما يؤدي إلى استنزاف طاقتهم وبالتالي وقوع كوارث يدفع المرضى ثمنها.

4_ توفير صيدلية استشفائية: يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة، على غرار المؤسسة العمومية للصحة توفير صيدلية استشفائية تحتوي على الأدوية الأساسية والأكثر طلباً لإتمام الاستشفاء، حيث يخصص نشاطها حصرا للمرضى في المؤسسة بما يضمن سلاسة تكفل بالعلاج[1]، ويظهر هذا الالتزام مفيداً للأطباء العاملين داخل المؤسسة كذلك تحت مسمى توفير العتاد، لكن المستفيد الأكبر هو المريض لأن عملية البحث عن الدواء المطلوب قد تستغرق وقتا طويلا وكفيلا أن تتفاقم حالة المريض إلى الأسوء كما يحدث غالبا في المستشفيات العامة.

5_ الالتزام بضمان المناوبة: لا تختلف المؤسسات الخاصة للصحة عن أي مرفق عام في النقطة التي تتعلق بالاستمرارية، فهي ملزمة بضمان خدمة المناوبة طبقا للمادة 289 من قانون الصحة، والمادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136 وفقا ما يقتضيه التنظيم المعمول به، حيث يتعين على الأطباء والمساعدين الطبيين القيام بمناوبات والهدف منها هو استمرار تكفل بحالة المريض دون انقطاع.

6_ الالتزام بإعداد ملف طبي: تلزم المؤسسة الاستشفائية الخاصة بإعداد ملف طبي خاص بكل مريض يحتوي على معلوماته ويكون وحيدا ومتكاملا مع الحرص على تحيينه بشكل مستمر، إضافة الى التزام صارم بحفظ المعلومات التي يتضمنها [2] ، وهي ألية اتبعتها الدولة بهدف تنسيق السجلات الطبية ومنع تشتتها بين الأطباء والمستشفيات خاصة وأن السوابق المرضية مهمة جداً في عملية التشخيص السليم للمريض.

---

[1] – المادة 246 من قانون رقم 18-11، سالف الذكر.

[2] – المادة 292 من نفس القانون.

ب_ التزامات المريض تجاه المؤسسة الخاصة: يترتب على المريض في مواجهة المؤسسة الاستشفائية الالتزام بمجموعة من الواجبات نذكر منها[1]:

1_ احترام النظام الداخلي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة: يُعد النظام الداخلي ضابط سير المؤسسة، كونه يحدد قواعد الدخول، الزيارة، الاستقبال، والتنقل داخل الأقسام، ويُطلب من المريض احترام هذا النظام باعتباره جزءًا من حسن سير الخدمة الصحية، وذلك من خلال الالتزام بتعليمات الإدارة والطاقم الطبي، وعدم القيام بسلوكيات من شأنها الإخلال بالنظام العام داخل المؤسسة مثل إثارة الفوضى أو مخالفة قواعد الزيارة أو استخدام مرافق المؤسسة بشكل غير مشروع.

2_ احترام ممتلكات المؤسسة وممتلكات الغير: يلتزم المريض بالمحافظة على التجهيزات الطبية، الأسرة، الأجهزة، وكافة المرافق التي توفرها المؤسسة، باعتبارها أدوات مخصصة لتقديم الخدمة العلاجية، كما يمتد هذا الالتزام إلى احترام ممتلكات المرضى الآخرين، بما يحقق الانسجام داخل المؤسسة الاستشفائية.

3_ الالتزامات المالية تجاه المؤسسة: ويقصد بها التزام المريض بدفع تكاليف العلاج والاستشفاء وفق ما هو متفق عليه أو مقرر في القوانين والتنظيمات المعمول بها، سواء كانت مصاريف مباشرة أو غير مباشرة، ويشمل ذلك تسديد الفواتير في الآجال المحددة، أو احترام آليات التكفل من طرف الضمان الاجتماعي أو التأمين، ويهدف هذا الالتزام إلى ضمان التوازن المالي للمؤسسة واستمرارية الخدمة الصحية.

4_ الالتزام بالخطة العلاجية المقررة: يُطلب من المريض التقيد بالإرشادات الطبية والعلاجية التي يحددها الطاقم الطبي، مثل تناول الأدوية في أوقاتها، اتباع الحمية الغذائية، أو الخضوع للفحوصات اللازمة، وفي حال رفض المريض للعلاج أو عدم احترامه للتعليمات الطبية دون مبرر طبي، فإنه يتحمل النتائج المترتبة عن ذلك، سواء من حيث تدهور حالته الصحية أو فقدان فرص الشفاء.

5_ احترام المواعيد الطبية: يلتزم المريض بالحضور في المواعيد المحددة للفحوصات أو العلاج أو المتابعة الطبية، وذلك لضمان تنظيم العمل داخل المؤسسة وتفادي تعطيل الخدمات

[1]–خيرة بن سويسي، المرجع السابق، ص 110.

الصحية، ويُستثنى من ذلك الحالات الاستعجالية التي تفرض تدخلاً فورياً دون التقيد بالموعد، ويُعد الإخلال بهذا الالتزام سببًا في تعطيل سير العلاج وتأخير استفادة مرضى آخرين.

الفرع الثاني: العلاقة بين الطبيب المعالج والمريض

إن إدارة المستشفى الخاص تقوم بتنفيذ التزاماتها نحو المريض عن طريق الاستعانة بالأطباء العاملين لديها، الذين يقومون بمباشرة العلاج، ويترتب عن هذا التداخل نشوء علاقة غير مباشرة بين الطبيب والمريض، وتفرض بموجبها التزامات متبادلة بين الطرفين.

أوّلا: التزامات الطبيب المعالج نحو مريضه

هناك عدة واجبات تقع على عاتق الطبيب في المؤسسة الاستشفائية الخاصة تجاه مريضه الذي يتولى علاجه، ومن أبرزها:

1_ الالتزام بأخذ رضا المريض: يتعين على الطبيب أخذ رضا المريض أو وليه أو ممثله الشرعي قبل القيام بأي فحص أو تدخل طبي وهو مبدأ عام باعتبار أن العلاقة بينهما تقوم على التراضي، إذ تنص المادة 343 من قانون الصحة لسنة 2018 على أنه "**لا يمكن القيام بأي عمل طبي ولا بأي علاج دون الموافقة الحرة والمستنيرة للمريض ويجب على الطبيب احترام إرادة المريض بعد اعلامه بالنتائج التي تنجر عن خياراته**".

ويستثنى من هذا المبدأ حالات الضرورة والاستعجال مثل الحالات الخطيرة أو المعدية أو التي تكون فيها حياة المريض مهددة بخطر وشيك، وذلك وفقا لما نصت عليه المادة 344 من قانون الصحة.

وبصيغة أخرى فحالة الضرورة القصوى، تفترض أن يكون العلاج لا يتحمل التأخير لحين الحصول على الموافقة بسبب عجز المريض عن تقديمها وعدم الوصول فوراً إلى ذويه، وهنا يتدخل الطبيب مع ما فيه من قدر من الخطورة والأصح أن هذا واجباً وليس اختيارا، ومن أمثلة ذلك ما قضت به المحاكم الفرنسية في حادثة قام فيها جراح باستئصال مبايض المريضة عند ملاحظته وجود التهاب فيها، أثناء قيامه في الأساس بعملية استئصال الزائدة الدودية.[1]

[1]– كريم عشوش، العقد الطبي، (د.ذ.ر.ط)، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2011، ص 142.

2_ الالتزام بإعلام المريض: يلتزم الطبيب بإحاطة مريضه علماً بطبيعة مرضه وإخباره بكافة النتائج المحتملة والضارة التي يمكن أن تنتج أو تثير ردود فعل الجسم، والأساليب العلمية التي أدت به إلى تشخيص المرض، ومبررات العلاج الذي يقترحه ومخاطر التي قد يؤدي إليها العلاج، وهو ما أكدته المادة 23 من قانون الصحة، وفي حالة القصر وعديمي الأهلية يتم توجيه هذا الاعلام إلى الولي.

رغم الطابع الإلزامي لهذا الواجب إلا أن الطبيب قد يعفى من إعلام المريض في حالات استثنائية ومبررة، حيث تؤخذ بعين الاعتبار بعض التحفظات كخشية تدهور حالاته النفسية أو الصحية نتيجة معرفته بالمرض فيمتنع الطبيب عن الإعلام أو يُهون في سرده، أو عند استعمال وسائل تشخيص أو علاج جديدة غير مثبتة.[1]

وتجدر الإشارة أن إلزام المشرع الطبيب بالإعلام المقصود منه ليس إعطاء التفاصيل الفنية فنحن لسنا في مواجهة خبير، بل الفكرة في مجملها هو أن المريض يهيئ نفسياً وجسديا وماليا للعلاج الذي سيخوضه، وهو مرتبط ارتباط وثيقا بالالتزام الذي يسبقه، فلا يمكن القول إن المريض راضٍ على أمر يجهله.

3_ الالتزام بالعناية الطبية (التشخيص، العلاج، المتابعة): يلتزم الطبيب المعالج ببذل عناية طبية يقظة وفعالة في جميع مراحل التكفل بدءًا بمرحلة التشخيص، إذ يشكل الفحص الطبي الخطوة الأولى في عملية العلاج وتقوم على معاينة الحالة الصحية للمريض ظاهريا عبر ملاحظة الأعراض والعلامات السريرية، وقد يستعين الطبيب في ذلك بوسائل بسيطة أو يلجأ إلى فحوصات دقيقة كتحاليل مخبرية أو صور الأشعة باعتبارها وسائل تمهيدية للوصول إلى التشخيص الدقيق.[2]

ويجب أن يكون هذا التشخيص قائما على معطيات علمية وحديثة لأن الخطأ فيه قد ينتج عن التسرع أو السطحية في الفحص أو نقص المعلومات أو سوء استعمال الوسائل الطبية، كما

---

[1]– محمد حاج بن علي، **التزام الطبيب بإعلام المريض**، مجلة التواصل في الاقتصاد وإدارة القانون، جامعة باجي مختار "عنابة"، المجلد 25، العدد 04، 2019، ص 166-165.

[2] – أمينة دريسي، المرجع السابق، ص 77.

يلتزم الطبيب باستخدام كافة العتاد المُسخر في مكان ممارسة المهنة للوصول إلى أفضل تشخيص وأقربه إلى تفسير علل المريض.[1]

وينتقل هذا الالتزام إلى مرحلة العلاج حيث يلتزم الطبيب باختيار الوسائل العلاجية المناسبة وفقا ما نتج عن التشخيص مع احترام القواعد العلمية المستقرة والابتعاد عن الأساليب المهجورة والغير معتمدة، ويستثنى من ذلك حالة وجود حل طبي وحيد واجب الاتباع فالطبيب هنا ملزم به.[2]

الفكرة من القول بأن الطبيب ملزم بوصف علاجات مواكبة للتطور العلمي دون الجمود على وسائل قديمة، فعلى سبيل المثال تركيبات الأدوية في السوق تتغير من وقت لأخر فقد تنتج نسخة معدلة من دواء بعوارض جانبية أقل ضرراً على المريض مقارنة بالدواء القديم، هنا تكمن أهمية مواكبة العلاج للتطور لما يُقدمه من فائدة لصحة المريض.

كما يمتد هذا الالتزام إلى المتابعة والرقابة المستمرة لوضعية المريض، من خلال تقييم تطور حالاته والاستجابة للعلاج مع تعديل الخطة العلاجية عند الضرورة، بما يعكس واجب العناية الدقيقة طوال فترة التكفل بالمريض وليس فقط عند لحظة التشخيص أو وصف الدواء.

ويظهر بصفة واضحة التزام مراقبة صحة المريض خاصة في التدخلات والعمليات الجراحية وبعد انتهائها فلا يعني أنه بمجرد انتهاء العملية الجراحية يتحرر الطبيب من مهامه، بل يقتضي عليه التأكد من عدم وجود مضاعفات سلبية أو إصلاحها في حال أمكن ذلك، إلى حين الاستفاقة التامة والكاملة للمريض، وفي حالة غياب الطبيب المعالج لابد من استخلافه بزميل أخر.[3]

4_ الالتزام بالسر الطبي: يطَّلع الطبيب بحكم ممارسته لمهنته على أسرار تمس الحياة الخاصة بالمريض وقد تكون هذه الأخيرة ضرورية للوصول إلى تشخيص دقيق ووصف علاج مناسب، مما يترتب عنه حق المريض في كتمانها وعدم إفشائها، وعليه يقصد بالسر الطبي الالتزام المفروض على جميع أفراد السلك الطبي بعدم الإفصاح أو كشف ما يصل إلى علمهم

[1] – وليد لعماري، المرجع السابق، ص 477.

[2] –أمينة دريسي، المرجع السابق، ص 80.

[3] – كريم عشوش، المرجع السابق، ص 145.

من أسرار خلال أو بمناسبة ممارستهم لعملهم وفقا لما نصت عليه المادة 16 من مدونة أخلاقيات الطب إضافة إلى المادة 24 من قانون الصحة رقم 18-11.[1]

ويمتد نطاق هذا الالتزام ليشمل كل ما يتصل بالعمل الطبي من معلومات وبيانات التي تتعلق بحالة المريض وعلاجه والظروف المحيطة بذلك، سواء تحصل عليها من المريض نفسه أو علم بها أثناء أو بمناسبة أداء وظيفته.

وتدخل أيضا ضمن الالتزام بالسر الطبي خصوصية البطاقات السريرية ووثائق المرضى الموجودة بحوزة الطبيب، ولا يجوز له إفشاء المرض الذي يشكو منه متلقي العلاج صراحة أو تلميحا، فمثلا التصريح باسم الدواء الموصوف له أو نوع العملية التي قام بها تكشف نوع الآفة التي يعاني منها، وكذا التصريح باسم المؤسسة التي أقام بها خاصة إذا كان مستشفى متخصصاً باعتبار أن اسمه يُعد كفيلاً لإظهار علة الشخص المصاب.[2]

ويُعفى الطبيب من هذا الالتزام في الحالات التي يجيزها أو يفرضها القانون تحقيقا للمصلحة العامة، تتمثل أهمها في[3]:

_ وجوب التصريح ببعض الحالات كالأمراض المعدية التي تهدد الصحة العمومية، وبعض الأمراض ذات الطابع الخاص، فضلاً عن التصريحات الإدارية المتعلقة بالمواليد والوفيات، وكذا الإبلاغ عن حالات سوء معاملة القُصّر أو الأشخاص المحرومين من الحرية حمايةً لهم.

_ يجيز القانون للطبيب، دون أن يفرض عليه، الإفصاح عن بعض الوقائع مثل حالات الإجهاض التي يطلع عليها أثناء ممارسة عمله، حيث لا يعد ذلك خرقاً للسر المهني إذا قام به.

_ يُرفع السر الطبي أمام القضاء في حدود ما تقتضيه ضرورة أداء المهمة أو مسار العدالة، خاصة إذا كان الطبيب طرفاً في الدعوى أو مكلفاً بتقديم خبرة.

_ إذا كان الطبيب مجرد شاهد، فإنه يبقى مبدئياً ملزماً بكتمان السر المهني، ولا يجوز له إفشاؤه إلا إذا أعفاه المريض صراحة من ذلك، وهو ما يعكس التوازن الذي يسعى إليه المشرع بين حماية السر الطبي ومتطلبات العدالة والمصلحة العامة.

---

[1]- صحراء دواودي، **التزام الطبيب بالسر المهني**، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، جامعة خنشلة، المجلد05، العدد01، 2012، ص 255.

[2]- كريم عشوش، المرجع السابق، ص147.

[3]- صحراء دواودي، المرجع السابق، ص 259- 262.

ثانيا: التزامات المريض نحو الطبيب

لا يمكن اعتبار علاقة الطبيب بالمريض علاقة غير مشروطة، إذ أن المريض ليس مستفيدا بشكل مطلق أو بدون مقابل، بل يلتزم بدوره باحترام مجموعة من الالتزامات تجاه الطبيب المعالج، من أبرزها التعاون في العلاج وتثمينه.

ـ **التزام المريض بمد الطبيب بكافة المعلومات حول مرضه:** إن الالتزام بالإعلام في العلاقة التي تجمع الطبيب بالمريض موجه إلى الطرفين، فإذا كان إعلام الطبيب مريضه بطبيعة مرضه شيئاً مهماً، فإن إعلام المريض طبيبه بعلته يُعد أهم، بهدف بلوغ الغاية من المعاملة أصلاً وهو الشفاء.[1]

ـ إضافة إلى الالتزام السابق، فالأصل أن المريض يقوم بدفع أتعاب الطبيب بشكل مباشر مقابل الخدمة الطبية باعتبار أنها مثمنة[2]، ولكن بما أن محور دراستنا هو علاقة الطبيب بالمريض داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة، فقد سبق وأشرنا إلى أن متلقي العلاج يسدد مقابل مالي للمؤسسة التي تتولى بدورها تسوية مستحقات الطبيب وفقا للعقد الرابط بينهما، أي أنه يدفع للطبيب بصورة غير مباشرة.

المطلب الثاني: المسؤولية القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

تقوم المسؤولية المترتبة على نشاط المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة على تفرعٍ قانوني دقيق بين المسؤولية المدنية والمسؤولية الجزائية، تبعاً لطبيعة الإخلال الحاصل والآثار المترتبة عنه، فالمسؤولية المدنية ترتبط أساساً بجبر الأضرار التي قد تلحق بالمريض نتيجة خطأ طبي، أو خلل تنظيمي داخل المؤسسة، سواء كانت هذه المسؤولية عقدية أو تقصيرية، وما ينتج عن ذلك من التزام بالتعويض.

[1]– كريم عشوش، المرجع السابق، ص 154.

[2]– المادة 57 من المرسوم التنفيذي رقم 92–276، سالف الذكر.

في المقابل، تقوم المسؤولية الجزائية عندما يأخذ الفعل المرتكب داخل المؤسسة صفة الجريمة أين تقتضي تدخل القانون الجزائي، بما يعكس خصوصية النشاط الطبي وتداخله بين الحماية القانونية وضبط السلوك المهني.

وعليه، يعالج **(الفرع الأوَّل)** المسؤولية المدنية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة، بينما يتناول **(الفرع الثاني)** المسؤولية الجزائية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة.

الفرع الأوَّل: المسؤولية المدنية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

لا تقوم المسؤولية المدنية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة إلا عند تحقق ضرر يمسّ المريض، سواء ناتج عن نشاطها أو عن العاملين داخلها، وتقوم هذه المسؤولية على أساس عقدي أو تقصيري بحسب طبيعة العلاقة القانونية، كما يشترط لقيامها توافر الخطأ والضرر والعلاقة السببيَّة بينهما، بما يترتب عنه حق التعويض.

أوَّلا: الأساس القانوني لقيام مسؤولية المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة

إنَّ فهم الأساس القانوني الذي تقوم عليه المسؤولية المدنية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة يستوجب توضيح الطبيعة القانونية لها، والحالات التي تتجسد فيها.

أ_ الطبيعة القانونية لمسؤولية المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة:

تختلف مسؤولية المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة عن المؤسسة العمومية من حيث طبيعة العلاقة التي تربطها بالمريض ففي المؤسسات العمومية تنظم هذه العلاقة بقواعد القانون العام، باعتبارها جزءاً من مرفق صحي عمومي، وهو ما يجعل المسؤولية ذات طابع إداري.

أما في المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة، فتقوم العلاقة على أساس قواعد القانون الخاص، حيث يخضع الطبيب أو المؤسسة لأحكام القانون المدني، ومن ثمّ تتحدد المسؤولية بحسب مصدرها، فقد تكون عقدية إذا نشأت عن وجود عقد، وقد تقوم على مجرد الإخلال بالتزام قانوني فتكون تقصيرية، وهو ما يؤثر في النهاية على تحديد من يتحمل تبعاتها.

1_ المسؤولية العقدية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة: تقوم المسؤولية المدنية للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة على أساس العقد الذي يربط المريض بالمؤسسة بهدف العلاج وهو ما يسمى بالعقد الاستشفائي، أو على أساس العقد القائم بين المريض والطبيب المعالج داخل المؤسسة ويعرف بالعقد الطبي.

- **العقد الاستشفائي:** هو الاتفاق الذي يربط المؤسسة بالمريض ويخضع بموجبه كل طرف لجملة من الالتزامات المتبادلة والمشار إليها سابقا، وتمتاز بكونها لا تقتصر على العلاج فقط بل تمتد لتشمل الخدمات المرتبطة بالتكفل التام بالمريض خلال فترة إقامته، كالفحص والاستكشاف والتخدير، الأشعة والتحاليل المخبرية، إضافة إلى خدمات الإقامة والإطعام والعناية وهي من ضمن مسؤولية المؤسسة الاستشفائية وحدها.[1]
- **العقد الطبي:** هو الاتفاق الذي يربط الطبيب بالمريض ويكون محله الأعمال الطبية بكل ما تحمله من فن طبي.[2]

2_ المسؤولية التقصيرية للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة: المسؤولية التقصيرية تقوم عند الاخلال بالتزام قانوني عام يتمثل في عدم الإضرار بالغير، ويمكن القول إنَّها الحالة التي يرتكب فيها الشخص فعلا مخالفا لالتزام يفرضه القانون عليه[3]، وبالتالي فمسؤولية المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة يمكن أن تقوم في وضعيات تعد استثنائية حتى ولو لم يوجد عقد، وهو ما استقر عليه الفقه والقضاء في عدة تشريعات، لاسيما التشريع الفرنسي.

ومن أبرز هذه الوضعيات ما يلي[4]:

ـ وضعية إلحاق الضرر بالغير بسبب المريض نفسه، كأن يتسبب في نقل مرض معدٍ للغير، أو في وضعية المريض المصاب باضطرابات عقلية، حيث تتحمل المؤسسة الاستشفائية المسؤولية التقصيرية تجاه هذا الغير.

---

[1]– هويدة عبد الله إبراهيم الغافلي، عقد الاستشفاء الطبي– دراسة مقارنة–، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون الخاص، كلية القانون، جامعة كربلاء "العراق"، 2024، ص 11.

[2] - Penneua.J, La Resposabilité du médcin, 3éme édition, Dalloz, 2004, Paris, p59.

[3]– أنور سلطان، المبادئ القانونية العامة، (د.ذ.ر.ط)، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998، ص 18.

[4] – وليد لعماري، المرجع السابق، ص 482.

ـ وضعية امتناع الطبيب عن تقديم العلاج اللازم للمريض وعدم إنقاذه عند الضرورة دون مبرر مشروع، رغم لجوء المريض إلى المؤسسة طلبًا للعلاج أو الإسعاف.

ـ وضعية تدخل الطبيب أو المؤسسة الاستشفائية دون وجود عقد مسبق، وذلك في حالة الضرورة أو الاستعجال لإنقاذ المريض وتقديم الإسعافات الأولية له.

ـ وضعية بطلان العقد الطبي أو الاستشفائي، إذ لا يمكن تأسيس المسؤولية على عقد غير صحيح، فتعتبر المسؤولية في هذه الحالة تقصيرية.

ـ وضعية عدم التزام المؤسسة الاستشفائية بالقواعد القانونية والتنظيمية المتعلقة بالمرفق الطبي والعلاجي، أو مخالفة المعايير التقنية الواجب احترامها، وهو ما يؤدي إلى إلحاق الضرر بالمريض.

وتماشيا مع ما تم ذكره، تستند المسؤولية التقصيرية في وجودها إلى نص المادة 124 من القانون المدني التي تنص على أن **«كل فعل أيا كان يرتكبه الشخص بخطئه ويسبب ضررا للغير، يلزم من كان سببا في حدوثه بالتعويض»**، ويُطبق هذا الأساس في حالة الدعوى المرفوعة ضد الطبيب أو المساعد الطبي كونها مسؤولية شخصية، أما إذا تعلقت الدعوى بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة عن الأضرار الناتجة أو عن أي عمل صادر عن أحد أعوانها والتابعين لها، فإن أساس المسؤولية يستند الى نص المادة 136 من القانون المدني، باعتبارها مسؤولية عن فعل الغير التابع لها.

أما عن سبب تطبيق المسؤولية التقصيرية في المجال الطبي فيرجع إلى عدة عوامل، من أبرزها هو ظهور مخاطر جديدة ناجمة عن استعمال التكنولوجيا الحديثة والآلات والمعدات المتطورة في العمل الطبي، إضافة إلى انتشار التأمين بمختلف أنواعه الذي يُعد غطاء للأخطاء الطبية وهو ما يقتضي بضرورة توفير حماية أكبر للمريض وضمان تعويضه عن الأضرار التي قد تلحق به عندما لا يكون الاخلال ببنود العقد هو سبب الضرر[1]، خاصة وأنَّ الالتزام بالتعويض

[1]– سعيد سالم عبد الله الغامدي، **المسؤولية التقصيرية والعقدية في الخطأ الطبي**، المجلة القراءة والمعرفة، جامعة القاهرة "مصر"، عدد02، 2017، 336.

في المسؤولية التقصيرية وسيلة لإعادة التوازن بين ذمة المضرور ومحدث الضرر، أكثر من كونه وسيلة للعقاب.

ب_ حالات قيام مسؤولية المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة:

تقوم مسؤولية المؤسَسات الاستشفائية الخاصَّة في الكثير من الأحيان سواء عن أعمالها الذاتية، أو عن أعمال الأطباء الممارسين داخلها، أو حتى عن أعمال المساعدين الطبيين في صور متعددة.

1_ مسؤولية المؤسسة عن أعمالها الذاتية: مسؤولية المؤسسة عن عملها تكون في حالة الاخلال بالنظام الداخلي والإهمال الذي يؤدي إلى إلحاق الضرر بالمرضى، إضافة إلى تقصيرها في تنفيذ الواجبات الملقاة على عاتق الإدارة اتجاه المريض من جهة، واخلالها بالالتزام بسلامتهم من جهة أخرى، وفي سوء التنظيم وعدم تنفيذ عقد الاستشفاء وعقد العلاج واحترام ما ينتج عنهما.[1]

2_ مسؤولية المؤسسة عن أعمال الطبيب: تثير أعمال الطبيب داخل المؤسسة إشكال تحديد الجهة المسؤولة، تبعاً لطبيعة العلاقة التي تربطه بها، وهو ما ينعكس على مدى تحمل المؤسسة لنتائج أخطائه، ونميز بين ثلاث نماذج [2]:

- **حالة الطبيب الأجير:** إذا كان مهني الصحة مرتبطا بالمؤسسة بعقد عمل، فإنها تسأل عن الأضرار التي يحدثها أثناء تأدية مهامه أو بسببها، على أساس علاقة التبعية.

وقد كرّس القضاء هذا الاتجاه، حيث جاء في قرار الغرفة المدنية للمحكمة العليا الصادر بتاريخ 24-03-2016 (رقم 1041002) أن غياب عقد مكتوب لا ينفي قيام علاقة التبعية، متى ثبت أن العملية أُجريت داخل العيادة وباسمها، وأن المريض سدد التكاليف لديها، مما يثبت قيام العلاقة العقدية ويُرتب مسؤوليتها عن أخطاء الطبيب الذي يعمل تحت إشرافها.

[1]- محمد حسين منصور، المرجع السابق، ص 125.

[2] - مختار رحماني محمد، المرجع السابق، ص 26-30.

- **حالة الممارس الحر:** أمَّا إذا كان الطبيب يمارس نشاطه في إطار عقد ممارسة حرة، فإن العلاقة بينه وبين المؤسسة تقوم على مجرد تمكينه من الوسائل المادية والبشرية بمقابل مالي، دون نشوء رابطة التبعية بينهما، حيث يتحمل الطبيب وحده مسؤولية الأخطاء المهنية المحتملة، باعتبار أن مصدر هذه المسؤولية هو العقد المبرم بينه وبين المريض.

وهو ما أكده قرار الغرفة المدنية الصادر بتاريخ 2015/05/21 (رقم 0982161)، إذ جاء فيه بعد تحليل الاتفاقية المبرمة بين عيادة (ق. س) والطبيبة الطاعنة، أن دور العيادة يقتصر على توفير العتاد، كما نصّت المادة 07 من الاتفاقية على أن كل مريض تقبله الطبيبة داخل العيادة يكون تحت مسؤوليتها الطبية الكاملة، بينما ألزمتها المادة 13 بتأمين مسؤوليتها المدنية بصفة شخصية، وبناءً على ذلك توصل القضاة إلى أن الطبيبة ليست تابعة للعيادة، لكونها تمارس نشاطها لحسابها الخاص وتحت مسؤوليتها الفردية، وبالتالي تتحمل وحدها التبعات المالية لمسؤوليتها.

- **حالة الأطباء التابعين للقطاع العمومي:** ونميز في هذه الحالة بين ما كان معمول به سابقا وبين ما ورد في آخر تعديل:

_**النشاط التكميلي:** تثير هذه الحالة إشكالا لاسيما عندما يمارس الطبيب العمومي نشاطا تكميليا داخل مؤسسة خاصة بناء على ترخيص قانوني[1]، وهنا يتوقف تحديد المسؤولية على مدى توفر هذا الترخيص وطبيعة العلاقة القائمة.

ففي حالة وجود ترخيص قانوني، يمكن اعتبار الطبيب في وضعية امتداد لوظيفته العمومية، مما يفتح المجال لمساءلة المؤسسة العمومية أمام القضاء الإداري، أمَّا في حالة غياب الترخيص، فإنَّه يُعامل معاملة الممارس الحر، وتُثار مسؤوليته الشخصية أو مسؤولية العيادة بحسب الظروف.

[1] – بالرجوع الى المرسوم التنفيذي رقم 99–236 المؤرخ في 1999/10/19 المعدل وبالمتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 02–256 المؤرخ في 2002/08/03 والذي يحدد كيفية تطبيق المادة 201 من القانون رقم 85–05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج. ر، عدد، الصادرة في 20 أكتوبر 1999 (الملغى)، تنص المادة 02 على أن مدير المؤسسة العمومية للصحة يمنح رخصة ممارسة نشاط تكميلي بطلب من المعني، وذلك بعد أخذ رأي مسبب من رئيس المصلحة والمجلس الطبي أو العلمي المختص.

وهذا ما هو معمول به في فرنسا حيث قضت محكمة التنازع بها في تاريخ 2014/07/07 (رقم 3951) بأن الطبيب العمومي الذي يمارس نشاطا داخل عيادة خاصة بموجب اتفاق، يُعد في حكم ممارس لوظيفته ضمن المرفق العمومي، ويجوز للمريض الرجوع على المستشفى، دون استبعاد مساءلة العيادة عند الاقتضاء.

ويُؤخذ على نظام النشاط التكميلي أنّه يثير إشكالات قانونية ودستورية، لكونه يقوم على نوع من ازدواجية الوظيفة والجمع بين العمل في الوظيفة العمومية وممارسة نشاط مهني خاص، وهو ما قد يتعارض مع القواعد المنظمة للوظيفة العمومية وفكرة التفرغ لخدمة المرفق العام، غير أنّ الظروف التي مر بها قطاع الصحة في الجزائر، وما رافقها من تخوف من هجرة الكفاءات الطبية الجامعية أو توجهها نحو القطاع الخاص، دفعت المشرّع إلى التساهل مع هذا النظام وإقراره كحل استثنائي، إلا أنّ النتائج المترتبة عن هذا التعديل انعكست سلبًا على القطاع الصحي العمومي، الذي لا يزال يعاني من آثارها إلى اليوم، خاصة في ظل ضعف آليات الرقابة والمتابعة والمحاسبة لهؤلاء الأطباء، الأمر الذي أفقد هذا النظام الكثير من مبرراته وأثار جدلًا واسعًا بشأن جدوى الإبقاء على هذه الرخصة.[1]

- **ممارسة نشاط مربح في إطار خاص:** استحدث المشرع ضمن المرسوم التنفيذي رقم 26-202 الذي يحدد شروط وكيفيات ممارسة نشاط مربح في إطار خاص من طرف أساتذة التعليم العالي والباحثين والممارسين الطبيين المتخصصين[2]، اعترافاً قانونياً صريحاً بإمكانية ممارسة مهنيي الصحة العامليين لدى القطاع العمومي لنشاط مهني مأجور لدى جهة خاصة.

غير أن المشرع لم يفتح هذا الحق بصورة مطلقة، وإنما قيده بجملة من الشروط الدقيقة، حيث قصر الاستفادة منه على الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية والأساتذة الباحثين الاستشفائيين الجامعيين العاملين الذين تتوفر فيهم أقدمية مهنية لا تقل عن خمس سنوات، مع السماح لهم بممارسة النشاط الربحي فور التعيين أو

[1] – نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 212.

[2] – مرسوم تنفيذي رقم 26-202، المؤرخ في 16 ماي 2026، يحدد شروط وكيفيات ممارسة نشاط مربح في إطار خاص من طرف أساتذة التعليم العالي والباحثين والممارسين الطبيين المتخصصين، ج.ر، عدد 38، الصادرة 25ماي 2026.

الترسيم في بعض ولايات الجنوب والهضاب العليا[1]، ويكشف ذلك عن رغبة المشرع في تحقيق هدف مزدوج يتمثل من جهة في المحافظة على استقرار الموارد البشرية الطبية بالمناطق التي تعاني عجزاً في التأطير، ومن جهة أخرى تقديم حوافز مهنية ومادية تشجع الأطباء على الاستمرار في الخدمة العمومية وعدم مغادرتها.

ومن الآثار المهمة أيضاً أن المرسوم حصر النشاطات المسموح بممارستها في إطار هذا النظام، ولا سيما النشاطات الطبية والجراحية والعلاجية، إضافة إلى الخبرة والاستشارة والبحث والتطوير والابتكار[2]، وهو ما يعني أن المشرع أراد أن يبقى النشاط المربح مرتبطاً بالكفاءة المهنية والتخصص العلمي للطبيب، لا أن يتحول إلى وسيلة لممارسة أنشطة تجارية بحتة أو مهنية لا علاقة لها بمهامه الأصلية.

ويظهر حرص المشرع على حماية المرفق العمومي الصحي من خلال إخضاع هذا النشاط لقيود صارمة، أهمها عدم جواز ممارسة أكثر من نشاط مربح واحد، وعدم جواز العمل إلا لدى هيئة عمومية أو خاصة واحدة، مع منع الممارسة لحساب الشخص نفسه أو في إطار نشاط فردي، كما اشترط أن تتم الممارسة حصراً داخل التراب الوطني في إقليم الولاية أو إقليم الولاية المجاورة لمقر العمل كحد أقصى، وأن تكون خارج أوقات العمل الرسمية، وألا تؤثر بأي شكل من الأشكال في السير العادي للمؤسسة العمومية المستخدمة أو في مردوديتها أو في أداء الطبيب لواجباته المهنية.[3]

وتبرز كذلك رغبة المشرع في تكريس الرقابة الإدارية المسبقة واللاحقة على هذا النشاط، إذ لا يمكن ممارسته إلا بعد الحصول على ترخيص مسبق من الإدارة المستخدمة وفق إجراءات محددة وبعد أخذ الرأي الاستشاري للهيئات العلمية أو الطبية المختصة، كما أخضع الرخصة للتجديد السنوي وربط استمرارها بتقييم أثر النشاط على حسن سير المرفق العمومي، ومنح الإدارة سلطة المراقبة والتعليق والسحب كلما اقتضت ضرورة المصلحة ذلك، ويعكس هذا التوجه محاولة تحقيق التوازن بين المصلحة الخاصة للطبيب في تحسين دخله والمصلحة العامة المرتبطة بضمان استمرارية وجودة الخدمة الصحية العمومية.[4]

---

[1] – المواد01،02 من المرسوم التنفيذي رقم 26-202، سالف الذكر.

[2] – المادة 03 من نفس المرسوم التنفيذي.

[3] – المواد من 04 إلى 10، من نفس المرسوم التنفيذي.

[4] – المواد من 11إلى 20، من نفس المرسوم التنفيذي.

أما بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، فإن هذا التنظيم يحقق لها قدراً من الاستقرار القانوني، إذ أصبح بإمكانها الاستعانة بأطباء مرخص لهم قانوناً بممارسة نشاط مربح لديها، في إطار علاقة واضحة ومعلومة للإدارة، ويساهم ذلك في الحد من ظاهرة العمل غير المصرح به التي كانت تثير إشكالات عديدة تتعلق بإثبات علاقة العمل وتحديد المسؤوليات المهنية والمدنية عند وقوع أخطاء طبية، فوجود ترخيص رسمي وعقد معلن للإدارة المستخدمة يجعل العلاقة القانونية أكثر وضوحاً ويعزز إمكانية تحديد المسؤولية وتوزيعها بين مختلف الأطراف عند الاقتضاء.

ومن زاوية تحليلية، يبدو أن المشرع انتقل من معالجة هذه المسألة من خلال نظام النشاط التكميلي وإلغائه [1]، إلى تبني إطار قانوني أكثر وضوحاً يتمثل في النشاط المربح في إطار خاص، ويعكس هذا التحول إدراكاً لواقع مهني ظل قائماً لسنوات، حيث كان عدد من الأطباء والممارسين الصحيين يقدمون خدماتهم لفائدة القطاع الخاص بعد انتهاء ساعات العمل الرسمية، وهو ما أفرز في بعض الحالات علاقات مهنية غير واضحة من الناحية القانونية وأثار صعوبات تتعلق بالرقابة وتحديد المسؤوليات.

ومن ثم، يبدو أن المشرع أدرك أن المنع المطلق لم يعد متوافقاً مع الواقع العملي، وأن استمرار هذه الممارسات خارج إطار قانوني واضح يضر أكثر مما ينفع، لذلك اتجه إلى تأطيرها وتنظيمها بدلاً من تجاهلها، ولهذا جاء المرسوم الجديد أكثر جرأة وصراحة من النظام السابق، حيث اعترف بشكل مباشر بإمكانية ممارسة الطبيب العمومي لنشاط مربح لدى القطاع الخاص، لكنه أخضع ذلك لجملة من الضمانات والقيود التي تهدف إلى حماية المرفق العمومي الصحي ومنع تضارب المصالح وضمان أولوية الوظيفة العمومية.

فإذا كانت التجربة السابقة للنشاط التكميلي قد أظهرت بعض الاختلالات المرتبطة بتداخل النشاطين العام والخاص وتأثير ذلك أحياناً على المرفق العمومي، فإن نجاح هذا التوجه لا يرتبط بمجرد تغيير التسمية من "النشاط التكميلي" إلى "النشاط المربح في إطار خاص"، وإنما يتوقف أساساً على فعالية آليات الرقابة والمتابعة الميدانية ومدى صرامة تطبيق الشروط القانونية المفروضة على الممارسين والمؤسسات المستفيدة من خدماتهم.

[1] – المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 26-202.

3_ مسؤولية المؤسَّسة عن أعمال المساعدين الطبيين:

طبقا للمادة 73 الفقرة 2 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب، يُسأل الطبيب المعالج شخصيا عن كل خطأ يصدر عن أحد مساعديه إذا تسبب في ضرر للمريض أثناء تقديم العلاج، باعتبار أن هؤلاء المساعدين يعملون تحت إشرافه ومسؤوليته، خاصة إذا كان هو من اختارهم.

وبالتالي تظل مسؤولية الطبيب قائمة في مواجهة المريض متى لحقه ضرر، سواء كان ذلك نتيجة خطأ في التعليمات التي أصدرها، أو بسبب سوء تنفيذها رغم صحتها، وتمتد هذه المسؤولية أيضًا إلى الحالات التي تستوجب حضوره ومراقبته المباشرة، إذ يبقى مطالبًا بمتابعة أعمال المساعدين والتدخل عند ظهور أي طارئ، حتى وإن لم يتول التنفيذ بنفسه.[1]

غير أنَّ الصورة تتبدل إذا لم يكن اختيار المساعد من طرف الطبيب المعالج، فيعد كلا منهما جزءًا من الطاقم الطبي التابع للمؤَّسسة الاستشفائية الخاصَّة ويخضعون لإشرافها، فتتحمل هي تبعة الأخطاء التي قد تصدر عنهم، سواء تعلّقت بتنفيذ الأوامر الطبية، كإعطاء الدواء أو العناية بالجروح، أو كانت أخطاء مرفقية تمسّ بجوانب الرعاية اليومية، كالإهمال في الإطعام أو التقصير في متابعة المرضى أو سوء العناية بهم، وفي هذا الإطار لا يُسأل الطبيب عن هذه الأخطاء ما دامت بعيدة عن تدخله الفني المباشر، لتبقى المسؤولية حيث توجد سلطة الإشراف الفعلي.[2]

ثانيا: أثار المسؤولية المدنية للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة

تظهر آثار قيام المسؤولية المدنية للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة من خلال دعوى التعويض، التي تُعد الوسيلة القانونية لجبر الضرر، الذي قد يصيب المريض نتيجة خطأ طبي، فكل ضرر لا بد أن يقابله تعويض يعيد التوازن ويخفف من آثاره ويمكن أن يطالب بهذا التعويض المضرور

---

[1] – محمد أمين صحبي، **الطبيعة القانونية للمسؤولية المدنية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة**، مجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية، المركز الجامعي أفلو" الأغواط"، العدد 02، 2018، ص140.

[2] – طلال العجاج، المسؤولية المدنية للطبيب–دراسة فقهية قضائية مقارنة–، الطبعة الأولى، دار عالم الكتب الحديثة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 274– 275.

نفسه أو وليه في نقص أهليته أو انعدامها أو ورثته في حالة وفاته خاصة إذا كان هو المعيل لهم كزوجته وأولاده وولديه وكل منهم تحت كفالته.[1]

ولا يتوقف الأمر على مرتكب الخطأ شخصيا سواء كان طبيبا أو مساعدا، إذ توجه الدعوى في الأصل إلى المؤسسة باعتبارها شخصا معنويا مسؤولا عن أفعال من يعملون تحت إشرافها.

وقبل الوصول إلى القضاء، قد يُفسح المجال لتسوية ودية عبر لجنة الصلح والوساطة وفقا للمادة 28 من قانون الصحة، وإذا تعذر ذلك يبقى اللجوء إلى القضاء قائماً للمطالبة بالتعويض، متى توفرت شروط المسؤولية المدنية.

أ_ رفع دعوى المسؤولية المدنية: تؤسس دعوى المسؤولية المدنية على ثلاثة عناصر وهي الخطأ والضرر والعلاقة السببية بينهما حتى يُقبل الفصل فيها:

1_ الخطأ الطبي: لقد أشرنا سابقا أنَّ التزام الطبيب والمؤسسة الاستشفائية الخاصة يقوم أساسا على بذل العناية اللازمة، وليس ضمان نتيجة الشفاء لأن ذلك مرتبط بعوامل أخرى خارجية لا دخل لكلاهما فيها، ولذلك عندما يتعرض المريض لضرر، يكون مطالبا بإثبات أنَّ هناك تقصيرا أو إهمالا أو خطأ جسيم في تقديم الرعاية الطبية كما يفرضه القانون والأصول المهنية.[2]

ويُحدد الخطأ الطبي بمعيار موضوعي يقوم على مقارنة سلوك الطبيب بسلوك طبيب آخر من نفس المستوى المهني وفي نفس الظروف، مع مراعاة الإمكانيات والظروف المحيطة[3]، ومن أكثر الأخطاء شيوعا[4]:

---

[1] – وليد لعماري، المرجع السابق، ص 495.

[2]- Samira Lallouche: L'atténuation de la rigueur du système de la responsabilité pour faute dans le domaine médicale, Les Annales de l'université d'Alger 1, N°31-Tome 1 Page 03-05.

[3] – عز الدين حروزي، المسؤولية المدنية للطبيب أخصائي الجراحة في القانون الجزائري والمقارن، (د.ذ.ر.ط)، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص 120.

[4] – وليد لعماري، المرجع السابق، ص 490.

- **الخطأ في التشخيص:** قد يحدث الخطأ عندما لا يقوم الطبيب بكل الفحوصات الضرورية، أو يكتفي بفحص سريع وغير كافٍ لحالة المريض، مما يؤدي إلى تشخيص غير دقيق قد ينعكس سلباً على العلاج ويزيد من معاناة المريض.
- **الخطأ في وصف وتنفيذ العلاج:** ويظهر هذا الخطأ عندما يُقدم علاج غير مناسب لحالة المريض، أو لا تشرح الوصفة الطبية بوضوح، أو لا يتم مراعاة حالة المريض الصحية وسنه وقدرته على تحمل العلاج، في هذه الحالة يُنتظر من الطبيب أن يتعامل بحذر ومسؤولية، لأنَّ أي تهاون قد يعرض حياة المريض للخطر، ويحمّل المسؤولية هو والمؤسسة التي يعمل بها.
- **الخطأ في الرقابة الطبية:** ويتمثل في غياب المتابعة الحقيقية لحالة المريض خاصة في الحالات الصعبة أو بعد العمليات الجراحية، حيث أن الإهمال في هذه المرحلة قد يؤذي الى مضاعفات كان يمكن تفاديها لو تمت المتابعة بشكل جيد.

2_ الضرر الطبي: الضرر هو جوهر المسؤولية الطبية، فلا معنى للمساءلة دون وجود أذى أصاب المريض، وقد يكون هذا الأذى جسدياً يمس صحته، أو مادياً يؤثر على دخله ومعيشته، أو معنويا يترك أثراً نفسيا مؤلما عليه أو على أسرته.[1]

وفي بعض الحالات، أصبح القانون يكتفي بإثبات الضرر فقط لقيام المسؤولية، خاصة في حالات العدوى أو الحوادث الطبية أو عطل في الأجهزة الطبية، متى ثبت أن الضرر مرتبط بالنشاط الطبي داخل المؤسسة.

3- العلاقة السببية: لا يكفي وجود الخطأ أو الضرر وحدهما، بل يجب أن يكون هناك رابط واضح بينهما، أي أن يكون الضرر الذي أصاب المريض نتيجة لتصرف الطبيب أو إهماله أو تقصيره.[2]

ويأخذ القانون المدني الجزائري هذا المبدأ بعين الاعتبار، حيث يشترط وجود علاقة سببية بين الفعل والضرر سواء في المسؤولية العقدية أو التقصيرية، فإذا كان الضرر ناتجاً عن سبب خارجي لا علاقة للطبيب به، تنتفي المسؤولية.

---

[1] – للمزيد من التفصيل راجع في ذلك: أيوب يوسف سالم محمد العبيدي، المسؤولية المدنية للفريق الطبي، (د.ذ.ر.ط)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية "مصر"، 2019، ص 253-290.

[2] – طلال العجاج، المرجع السابق، ص301.

ويُستفاد ذلك من نص المادة 176 من القانون المدني، التي تسمح بنفي المسؤولية إذا أثبتت المؤسسة أن عدم تنفيذ التزامها كان بسبب خارج عن إرادتها، أو بسبب المريض نفسه كرفضه للعلاج أو عدم التزامه به.

ب_ التعويض المترتب عن دعوى المسؤولية المدنية الطبية:

عندما يتم إثبات أنَّ المريض تعرض لضرر نتيجة خطأ طبي مرتبط بالمؤسسة أو الطبيب، يحق له الحصول على تعويض، وهو وسيلة قانونية هدفها إعادة التوازن قدر الإمكان وتعويض ما فاته من ضرر ومعاناة.

والتعويض في جوهره هو محاولة لجبر الضرر، سواء بإعادة المريض إلى وضعه السابق أو منحه مبلغاً مالياً يخفف من آثار ما تعرض له، ويقدره القاضي بحسب كل حالة، مع إمكانية الاستعانة بالخبرة الطبية لضمان الإنصاف، ويشمل التعويض عدة جوانب [1]:

1- التعويض عن الضرر الجسماني: ويغطي الأذى الذي يصيب جسد المريض مثل الجروح أو فقدان عضو أو العجز أو حتى الوفاة، ويكون مقدار التعويض مرتبطاً بدرجة الخطورة وتأثيرها على حياة المريض.

2- التعويض عن الضرر المادي: ويمتد إلى الخسائر المالية التي يتحملها المريض، مثل فقدان العمل أو الدخل أو تكاليف العلاج، وفقاً لنص المادة 181 من القانون المدني التي تنص على أن التعويض يشمل ما لحق الشخص من خسارة وما فاته من كسب.

وفي حالة الوفاة، ينتقل حق التعويض إلى الورثة، خاصة إذا كان المتوفى يعيلهم.

3- التعويض عن الضرر المعنوي:

ويشمل الألم النفسي والمعاناة والآثار العاطفية التي يتركها الضرر، إضافة إلى المساس بالسمعة أو إفشاء السر الطبي دون مبرر، وفقاً للمادة 182 من القانون المدني.

ويُلاحظ أن تقدير هذا النوع من الضرر يبقى صعباً ويخضع لتقدير القاضي حسب ظروف كل حالة، وفي جميع الأحوال، لا يُمنح التعويض إلا بناءً على طلب المريض، ولا يجوز للقاضي

[1] – طيب إبراهيم ويس، **ممارسة دعوى المسؤولية المدنية في إطار العلاقة مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة**، مجلة القانون العام الجزائري والمقارن، جامعة الجيلالي لياس" سيدي بلعباس"، المجلد03، العدد01، 2017، ص 137- 140.

تجاوزه، مع إمكانية تخفيضه إذا ثبت أن المريض ساهم في حدوث الضرر أو تفاقمه وفق المادتين 184 و177 من القانون المدني.

الفرع الثاني: المسؤولية الجزائية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

إنَّ مفهوم المسؤولية الجزائية يعني الالتزام بتحمل الاثار القانونية الناتجة على استيفاء أركان الجريمة أي مواجهة العقوبة المقررة لها، فالاعتراف بوجودها يعني أنها استندت إلى أساس خاص يبرر مشروعية الجزاء.[1]

غير أن المسؤولية الجزائية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة تثير عدة إشكالات قانونية، خاصة في ظل كون المؤسسة شخصاً معنوياً، مما يطرح التساؤل حول كيفية مساءلتها جزائياً عن أفعال تُرتكب داخلها، وتتجلى خصوصية هذه المسؤولية في المجال الصحي عندما لا يتعلق الأمر بمجرد خطأ مهني أو تقصير في تقديم الرعاية، بل يتجاوز ذلك إلى أفعال قد تأخذ وصف جريمة وفق أحكام القانون الجزائي، وهو ما يميزها عن المسؤولية المدنية.

أوَّلا: الاعتراف بالمسؤولية الجزائية للشخص المعنوي

إنَّ فهم المسؤولية الجزائية في المجال الصحي لا ينفصل عن التطور الذي عرفه مبدأ مساءلة الشخص المعنوي، سواء من حيث دوافع إقراره أو أساسه القانوني، فقد جاء هذا الاعتراف استجابة لتحولات عملية فرضتها طبيعة نشاط الأشخاص المعنويين، وما قد ينشأ عنه من أفعال يصعب أحياناً إسنادها إلى شخص طبيعي بعينه.

أ_ دوافع الاعتراف بالمسؤولية الجزائية للشخص المعنوي: لقد كانت التغيرات الكبيرة التي شهدها القطاع الاقتصادي دافعا ومبررا لتقرير المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي، نذكر منها:

1_ التحول في الطبيعة القانونية للشخص المعنوي: لم يعد الشخص المعنوي مجرد افتراض قانوني مجرد، بل أصبح كيان واقعي قائم بذاته يتمتع بتنظيم داخلي ووسائل بشرية ومادية

[1] – بشوش عائشة، المسؤولية الجنائية للأشخاص المعنوية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص قانون جنائي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر01، 2002، ص05.

ضخمة، بما يجعله قادرا على اتخاذ قرارات وإنتاج آثار قانونية ملموسة قد تتجاوز في خطورتها أفعال الأشخاص الطبيعيين.[1]

2_ إمكانية إحداث ضرر جسيم باسم المؤسسة وصعوبة تعيين فاعله: يمكن أن ترتكب أفعال ضارة داخل المؤسسة أو باسمها دون أن يمكن نسبتها بسهولة إلى شخص بعينه بسبب تداخل الأدوار بشكل يومي في سياق العمل الجماعي، ورغم ضرورة هذا التداخل إلا أنه يُصَّعب من تحديد المسؤول بشكل مباشر عن الخطأ، لأنَّ القرار أو الفعل يكون نتيجة سلسلة من المساهمات المتشابكة، كما أنَّ المؤسسة من خلال طريقة تسييرها، قد تكون هي الإطار الذي أنتج السلوك والضرر معا، مما يجعل مسؤوليتها أمر يفرض نفسه واقعيا قبل أن يكون قانونيا.

3_ منع الإفلات من العقاب: من غير المقبول أن تبقى المؤسسة بعيدة عن المسؤولية بينما تتحمل الأطراف الضعيفة وحدها تبعات ما حدث، خاصة مع صعوبة إثبات الخطأ الطبي، فمبدأ العدالة يقتضي ألا تستفيد المؤسسة من نتائج فعل ضار دون أن تتحمل بدورها مسؤوليته.[2]

4_ تعزيز فعالية الردع القانوني: عندما تُوجَّه المسؤولية إلى المؤسسة نفسها يصبح أثر العقاب أكثر واقعية ومصداقية لأنه يمس الجهة التي تملك القرار والتنظيم والموارد، وهذا يدفعها إلى مزيد من الحذر والانتباه في طريقة تسييرها، بما ينعكس إيجابا على المتعاملين معها، وبالتالي يساهم في تحقيق الهدف الأسمى للجزاء وهو الردع.[3]

ب_ الأساس القانوني للاعتراف بالمسؤولية الجزائية للشخص المعنوي: كرّس المشرع الجزائري مبدأ المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي من خلال المادة 51 مكرر من قانون العقوبات[4]، التي أُدرجت بموجب القانون رقم 04-15 المؤرخ في 10 نوفمبر 2004، ثم عُدّلت لاحقاً بموجب القانون 06-24، حيث أقر إمكانية مساءلة الشخص المعنوي عن الجرائم التي

---

[1] – عبد العزيز فرحاوي، **المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي في التشريع الجزائري**، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين "سطيف 2 "، المجلد16، العدد 02، 2019، ص 88.

[2] – خيرة بن سويسي، المرجع السابق، ص 132.

[3] – عبد العزيز فرحاوي، المرجع السابق، ص 88.

[4] – أمر رقم 66-156 المؤرخ في 08 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات، ج. ر، عدد 49، الصادرة في 11 جوان 1966 (المعدل والمتمم).

تُرتكب لحسابه من طرف أجهزته أو ممثليه القانونيين أو الحائزين على تفويض بالسلطة متى نص القانون على ذلك، مع التأكيد على أن هذه المسؤولية لا تحول دون مساءلة الشخص الطبيعي كفاعل أصلي أو كشريك في هذه الجرائم.

غير أن المشرع استثنى من هذا النظام الدولة والجماعات المحلية والأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون العام، ويقوم هذا الاستثناء في جوهره على فكرة بسيطة لكنها حاسمة، فالمسؤولية الجزائية للشخص المعنوي تُبنى أساسا على فكرة وجود مصلحة خاصة أو منفعة تعود عليه من ارتكاب الجريمة، بحيث يكون الجزاء موجهاً إلى حرمانه من هذه المصلحة أو تقليصها، وبما أن الأشخاص المعنوية العامة لا تتحرك بنفس المنطلق، بل وُجدت أصلاً لتحقيق المصلحة العامة وتسيير المرافق المرتبطة بها، فإن إخضاعها للعقاب الجزائي يطمس غايته المراد تحقيقها، لأن أثره سينعكس في النهاية على ذات المرفق العام والمصلحة الجماعية التي يُفترض حمايتها.[1]

ثانيا: شروط مساءلة المؤسسات الاستشفائية الخاصة جزائيا

إن إسناد المسؤولية الجزائية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة لا يتم بشكل تلقائي، بل يخضع لشروط دقيقة، سواء التي تتعلق بالفعل الاجرامي وفاعله أو حتى صاحب المصلحة.

أ_ الشرط المتعلق بالفعل المجرم: يقوم هذا الشرط على ضرورة وجود نص قانوني يجرّم الفعل، تطبيقاً لمبدأ الشرعية الجزائية ومفاده أنه لا جريمة ولا عقوبة ولا تدبير أمن إلا بنص سابق على الفعل[2]، وتشترط المادة 51 مكرر من قانون العقوبات كذلك أن يكون هذا النص نفسه يسمح بنسبة الجريمة إلى الشخص المعنوي، وإلا تعذر مساءلة المؤسسة ولو ثبت وقوع الفعل، ومن ثم فإن قيام مسؤوليتها هنا يرتبط بشرط مزدوج هو وجود نص تجريم، ووجود نص يجيز الإسناد إلى الشخص المعنوي.

وبناء على ذلك، تتحدد مسؤولية المؤسسة الاستشفائية الخاصة من خلال مجموعة من الجرائم التي تتقاطع مع طبيعة نشاطها، سواء تعلقت بالجانب الطبي أو التنظيمي أو المالي.

[1] – عبد العزيز فرحاوي، المرجع السابق، ص91.

[2] – المادة 01 من الأمر رقم 66-156، سالف الذكر.

وتعتبر جريمة الجرح والقتل الخطأ المنصوص عليها في المادة 288 و289 من قانون العقوبات الجرائم الأكثر وقوعا في المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وقد أجاز المشرع مساءلتها عنها[1]، وتكون في الغالب نتيجة اختلالات متعددة داخل المؤسسة، وتتجسد في[2]:

1_ الرعونة (سوء التقدير في القرار): تتمثل في اتخاذ المؤسسة الاستشفائية الخاصة قرارات تنظيمية أو طبية بشكل متسرع دون تقدير كاف للمخاطر أو للإمكانات المتاحة، كأن تقوم ببرمجة عدد كبير من العمليات الجراحية المعقدة في نفس اليوم دون مراعاة حدود طاقة الاستيعاب الفعلية لغرف العمليات والطاقم الطبي، مما يعكس رعونة تنظيمية قد تؤدي الى الوفاة الخطأ.

2_ عدم الاحتياط (توقع الخطر دون وقاية): ويقصد به العلم بإمكانية وقوع ضرر دون اتخاذ التدابير اللازمة لتفاديه، كاستعمال أجهزة قديمة دون بدائل احتياطية أو غياب بروتوكولات واضحة للتعامل مع المضاعفات رغم توقعها طبياً.

3_ عدم الانتباه (ضعف المتابعة): ويقصد به قصور المتابعة الدقيقة وليس انعدامها لعناصر يفترض مراجعتها باستمرار، لكنها قد تفوت في بعض الحالات، كأن يكون مريض تحت المراقبة الدورية في مصلحة العناية، غير أن الطاقم لا ينتبه في الوقت المناسب إلى ظهور زرقة في أطراف القدم أو إلى اضطراب في تدفق السائل الوريدي، مما قد يؤدي لاحقاً إلى اختلالات صحية خطيرة أو تطور الحالة نحو الوفاة الخطأ.

4_ الإهمال (ترك واجبات أساسية وبديهية): ويقوم على غياب شروط السلامة الضرورية، كالقيام بإجراء عملية جراحة قلب مفتوح، مع أن غرفة الإنعاش فيها غير مجهزة لمثل هذه التدخلات الطبية الدقيقة.

---

[1] – نصت المادة 303 مكرر 3 من قانون العقوبات أن الشخص المعنوي يكون مسؤولا جزائيا عن الجرائم المحددة في الأقسام 03، 04، 05 من الفصل المتعلق بالجنح والجنايات ضد الأشخاص، طبقا لشروط المادة 51 مكرر، وتقع جريمة الجرح والقتل الخطأ ضمن نطاقها.

[2] – أشواق زهدور، محاضرات في المسؤولية الجزائية، مطبوعة موجهة لطلبة سنة ثانية ماستر، تخصص قانون جنائي معمق، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة وهران02، 2017-2018، ص 13-15.

5_ عدم مراعاة الأنظمة (مخالفة القواعد القانونية): ويقصد به خرق القوانين المنظمة للنشاط الصحي، مثل العمل دون ترخيص أو عدم احترام قواعد التعقيم أو استعمال تجهيزات غير مطابقة.

وإلى جانب جرائم قانون العقوبات، قد تقوم المسؤولية أيضاً على أفعال منصوص عليها في قانون الصحة[1]، مثل ممارسة نشاط طبي مخصص حصرا للمستشفيات العمومية، أو على جرائم مالية كالتهرب الضريبي[2]، متى اتخذت المؤسسة شكلا تجاريا.

ب_ الشروط المتعلقة بالفاعل: تقوم المسؤولية الجزائية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة على أساس غير مباشر، باعتبارها شخصاً معنوياً لا يملك إرادة حرة، وإنما تتجسد إرادته من خلال أشخاص طبيعيين يعملون باسمه وداخل هيكله التنظيمي، لذا قرر المشرع الجزائري في المادة 51 مكرر من قانون العقوبات أن هذه المسؤولية لا تقوم إلا إذا صدر الفعل عن[3]:

1_ الممثلون الشرعيون للمؤسسة: يقصد بهم الأشخاص المسيرين الذين يمكنهم تمثيل المؤسسة خارجيا، وعلى رأسهم المدير الإداري باعتباره المسؤول عن التسيير العام الإداري والمالي، والمدير التقني باعتباره المشرف على النشاط العلاجي وتنظيم العمل الطبي، وكل من خول له القانون أو الواقع العملي سلطة تمثيل المؤسسة في حدود اختصاصه.

2_ أجهزة التسيير داخل المؤسسة: وتتمثل في الهياكل التي تجسد من خلالها إرادة المؤسسة وتُتخذ عبرها القرارات المهمة، ويختلف تنظيمها حسب شكلها القانوني، مثال ذلك مجلس الإدارة والمدير العام أو مجلس المديرين ومجلس المراقبة إذا كانت المؤسسة الاستشفائية الخاصة شركة مساهمة.

---

[1] – المادة 441 من القانون رقم 18-11، تُحَمِّل الشخص المعنوي المسؤولية الجزائية عن ارتكاب إحدى المخالفات المنصوص عليها في الباب الثامن منه.

[2] – المادة 303 الفقرة 09 من لأمر رقم 76-101 مؤرخ في 09 ديسمبر 1976 يتضمن قانون الضرائب المباشرة والرسوم المماثلة، ج. ر، عدد 102، الصادرة في 22 ديسمبر 1976(معدل ومتمم).

[3] – غضبان نبيلة، الخطأ الطبي والخطأ الجراحي والمسؤولية الجزائية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه قي القانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري" تيزي وزو"، 2018، ص 205-209.

3_ الأشخاص المفوض لهم: لا تقتصر سلطة التعبير عن إرادة المؤسسة على الأجهزة والممثلين، بل قد تمتد إلى أشخاص مُنحوا تفويضا محددا لممارسة مهام باسمها، ومن أمثلة ذلك تفويض المدير المسير مهمة السهر على توفير المواد الصيدلانية الى رئيس الصيدلية الاستشفائية، وكرؤساء الأقسام الطبية عند منحهم صلاحيات مراقبة ومتابعة النشاط الطبي بتفويض من المدير التقني، وفي هذه الحالة تُسند الأفعال إلى المؤسسة متى صدرت في حدود هذا التفويض، باعتبارها تعبيراً عن إرادتها التنظيمية.

غير أن إسناد المسؤولية إلى المؤسسة لا ينفي المسؤولية الشخصية للفاعل الطبيعي، بل يكرّس مبدأ ازدواجية المسؤولية الجزائية بينهما.

يُلاحظ أن المشرع الجزائري، تبنّى تصور ضيق في تحديد الأشخاص الذين تُسند أفعالهم إلى الشخص المعنوي، بحصرهم في الممثلين والأجهزة والأشخاص المفوض لهم، وهو ما لا ينسجم مع بعض التصورات الفقهية الأخرى التي تدعو إلى توسيع نطاق الإسناد ليشمل كل من يساهم فعليا في نشاط الشخص المعنوي متى ارتبط الفعل بوظيفته.[1]

وفي المجال الاستشفائي تحديداً تزداد محدودية هذا التوجه وضوحا، لأن الإرادة الفعلية للمؤسسة لا تتجسد فقط في هياكلها الإدارية، بل في الممارسة الطبية اليومية، بل يمكن القول إن الطبيب في الواقع العملي يعبر عن إرادة المؤسسة الاستشفائية الخاصة أكثر مما يعبر عنها مديرها الإداري نفسه، باعتبار أن جوهر نشاطها يتمثل في القرار الطبي لا في القرار الإداري.

ومن ثم، فإن هذا الحصر يؤدي إلى تضييق غير مبرر لنطاق المسؤولية، لذلك كان من الأجدر تبني تصور أكثر اتساعاً يسمح بإسناد الفعل إلى المؤسسة كلما ارتبط بنشاطها، بما يضمن فعالية أكبر للمسؤولية الجزائية ويحقق وظيفتها الوقائية والردعية.

[1] – نزار عبدلي، **المسؤولية الجزائية للعيادات الخاصة عن سوء تسيير النفايات الطبية**، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عمار الثليجي " الأغواط"، العدد 14، 2017، ص33.

ت_ شرط ارتكاب الفعل باسم ولحساب المؤسسة: إلى جانب الشروط المتعلقة بالفعل والفاعل، يتعين أن تكون الجريمة مرتبطة بالمؤسسة من حيث الاسم والمصلحة، وفق ما يستفاد من المادة 51 مكرر من قانون العقوبات.

يجب ارتكاب الفعل لمصلحة المؤسسة الاستشفائية الخاصة، ويُعد هذا الشرط جوهريا في تمييز مسؤولية المؤسسة عن المسؤولية الفردية، إذ لا تقوم مسؤولية المؤسسة إذا كان الفعل قد ارتكب لمصلحة شخصية بحتة للفاعل، كأن يستغل المدير موقعه لتحقيق منفعة خاصة مالية أو شخصية، دون أن تعود تلك المصلحة على المؤسسة بأي شكل، بل يجب أن يحقق لها فائدة تعود عليها، ولو كانت غير مشروعة أو غير مباشرة ومهما تعددت أنواعها[1]، كالآتي ذكرها:

–مصلحة مالية، أي تحقيق أرباح أو زيادة المداخيل بطرق غير مشروعة مثل فواتير طبية مبالغ فيها أو إجراءات غير ضرورية.

–مصلحة تنظيمية، كتقليص الإجراءات الداخلية أو تجاوز بعض القيود الإدارية لتحقيق سرعة في الإنجاز.

–مصلحة زمنية، كاختصار الوقت في تقديم الخدمات الصحية أو تسريع العمليات ولو على حساب القواعد القانونية أو المهنية.

–تفادي التزام، كالتملص من شروط قانونية أو تنظيمية أو تخفيف أعباء رقابية أو إدارية.

وفي المقابل، يجب أن تكون صادرة في إطار تمثيل المؤسسة باسمها، فكل انحراف يقع ضمن ممارسة الوظيفة، يمكن أن ينسب إليها متى كان متصلا بعملها، أما إذا كان الفعل منفصلا عنها يبقى محصوراً في المسؤولية الشخصية لمرتكبه.[2]

---

[1]– سميرة لالوش، عائشة طالي معمر، **المسؤولية الجزائية للمستشفيات الخاصة عن إجراء عمليات نزع وزرع الأعضاء البشرية في التشريع الجزائري**، مجلة السياسة العالمية، جامعة محمد بوقرة "بومرداس"، المجلد09، العدد 02، 2025، ص881.

[2] – سميرة لالوش، عائشة طالي معمر، نفس المرجع، ص 882.

المبحث الثاني: آليات الضبط القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

لا يُترك نشاط المؤسسات الاستشفائية الخاصة لحرية التسيير أو منطق المبادرة الخاصة، لما يتسم به من حساسية بالغة وارتباط مباشر بحياة الإنسان وصحته وسلامته، فطبيعة هذا المجال تفرض إحاطته بآليات الضبط التي تضمن متابعة سيره في الواقع اليومي وتكفل احترام القواعد المهنية والصحية في مختلف مراحل تقديم الخدمة.

وتقوم هذه الآليات على بعدين متكاملين، بعد وقائي يهدف إلى الحد من الاختلالات قبل وقوعها، وبعد تصحيحي وردعي يُفعّل عند الاقتضاء لمعالجة المخالفات وإعادة الأمور إلى مسارها السليم، بما يضمن استمرارية الخدمة الصحية في إطار من الانضباط والتوازن بين متطلبات النشاط الخاص وحماية المصلحة العامة الصحية.

وتم تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين، حيث يعالج **(المطلب الأوَّل)** الرقابة القانونية ويعدد **(المطلب الثاني)** الجزاءات القانونية.

المطلب الأوَّل: الرقابة القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

تُعد الرقابة الإدارية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة إحدى أهم آليات الضبط التي تضمن استمرار نشاط هذه المؤسسات في إطار من الالتزام والانضباط، بالنظر إلى ارتباطها المباشر بصحة الإنسان وسلامته، فهي رقابة لا تقتصر على جانب واحد، بل تمتد لتشمل أجهزة متعددة وصوراً متنوعة من التدخل تهدف في مجملها إلى متابعة الأداء الفعلي للمؤسسات الاستشفائية والتأكد من احترامها للمعايير المهنية والصحية المعمول بها.

وانطلاقاً من ذلك، يمكن تناول هذا المطلب من خلال فرعين، يتعلق **(الفرع الأوَّل)** بالأجهزة المكلفة بممارسة الرقابة الإدارية، بينما يخصص **(الفرع الثاني)** لصور هذه الرقابة أثناء سير النشاط.

الفرع الأوَّل: أجهزة الرقابة على المؤسسات الاستشفائية الخاصة

تقوم الرقابة القانونية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة على تعدد الأجهزة المتدخلة، حيث لا يتعلق الأمر بهيكل مركزي وحيد، بل بمجموعة أجهزة متكاملة فيما بينها تجمع بين

الأجهزة المركزية والأجهزة الوطنية والجهوية وبالإضافة إلى الأجهزة القطاعية والتقنية المتخصصة، ويعكس هذا التعدد الطبيعة الحساسة للنشاط الصحي الذي يستوجب رقابة متعددة المستويات، تضمن الإحاطة بكل الجوانب التنظيمية والطبية والعلمية.

أوّلا: الوزير المكلف بالصحة

يُعد الوزير المكلف بالصحة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المتضمن صلاحياته[1]، السلطة المركزية العليا في القطاع الصحة إذ يتولى الإشراف العام على السياسة الصحية الوطنية وتوجيه مختلف الهياكل التابعة له بما فيها المصالح المكلفة بالرقابة والتفتيش.

ويتجلى دوره بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة في تحديد الإطار العام لنشاطها من خلال وضع الشروط التنظيمية لممارسة النشاط الصحي الخاص، كما يمتد أثر هذا الدور إلى تطبيقاتها العملية حيث تلتزم هذه الأخيرة بمطابقة المعايير التي يحددها، سواء تلك المتعلقة بفتح المصالح الطبية المتخصصة أو مواصفات الأجهزة أو اعتماد البروتوكولات العلاجية المعترف بها.[2]

فعلى سبيل المثال، عند إنشاء مصلحة توليد داخلها، تُفرض شروط دقيقة تتعلق بتوفر الحاضنات والأسرة الملائمة ووجود طاقم طبي مؤهل، وهو ما يعكس الطابع التوجيهي لرقابة الوزير دون تدخل مباشر في التفاصيل الميدانية.

ثانيًا: الأجهزة الوطنية والجهوية للرقابة الصحية

تعد الأجهزة الوطنية والجهوية مهمة جدا في تحقيق استقرار المنظومة الصحية خاصة باعتبارها تنشئ السياسات العامة داخل الهيئات المركزية، وتسهر الهيئات الجهوية على تطبيقها.

---

[1]- مرسوم تنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ج. ر، عدد 63، الصادرة في 23 نوفمبر 2011.

[2]-المادة 311 من القانون رقم 18-11، سالف الذكر.

أ_ الوكالة الوطنية للأمن الصحي:

تُعد الوكالة الوطنية للأمن الصحي حسب ما جاء في المرسوم الرئاسي رقم 20-158 المنشئ لها[1]، مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع لدى رئيس الجمهورية، مقرها بمدينة الجزائر، وهي هيئة للرصد واليقظة الاستراتيجية والإنذار في مجال الأمن الصحي، تتولى إعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي وتنفيذها بالتنسيق مع مختلف الهياكل، وتنسيق برامج الوقاية من الأزمات الصحية ومكافحتها، كما تضطلع بدور المستشار العلمي لرئيس الجمهورية.[2]

وفيما يخص المؤسسات الاستشفائية الخاصة، فإن تدخلها يتم بشكل غير مباشر عبر نظام الرصد واليقظة، حيث تُدرج هذه المؤسسات ضمن تقييم المخاطر الصحية المتعلقة بجودة التكفل الطبي واحترام المعايير، مما يسمح بكشف أي اختلالات قد تؤثر على الأمن الصحي وتفعيل إجراءات إنذار وتوجيه عند الضرورة فمثلا إذا سجلت عيادة جراحية خاصة تكرار حالات عدوى بعد العمليات الجراحية أو زيادة مضاعفات التخدير، فإن هذه المعطيات تُرصد ضمن مؤشرات الأمن الصحي، وقد تؤدي إلى تنبيه الجهات المختصة وفرض مراجعة لإجراءات التعقيم أو تجهيزات الجراحة داخل المؤسسة.

ب_ المرصد الوطني للصحة:

يعتبر المرصد الوطني للصحة وفقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 22-401 المنظم له[3]،

جهاز استشاري يوضع لدى الوزير المكلف بالصحة، يتميز بطابع علمي واستشرافي، ويعمل على تحليل المعطيات الصحية والوبائية والديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية، قصد المساهمة في

[1]- مرسوم رئاسي رقم 20-158 المؤرخ في 13 جوان 2020، يتضمن إحداث الوكالة الوطنية للأمن الصحي، ج. ر، عدد 35، الصادرة في 14 جوان 2020.

[2]- المواد 01،02،03، من نفس المرسوم الرئاسي.

[3]- مرسوم تنفيذي، 22-401، المؤرخ في 21 نوفمبر 2022 يحدد تشكيلة المرصد الوطني للصحة وتنظيمه وسيره، ج. ر، عدد 78، الصادرة في 24 نوفمبر 2022.

توجيه السياسة الوطنية للصحة وتحديد أولوياتها، إضافة إلى إبداء الرأي والتوصيات حول مختلف المسائل المرتبطة بها.

وفي سياق الرقابة، يتمثل دوره في تحليل جودة التكفل الطبي داخل هذه المؤسسات، وتقييم الأداء الصحي على المستوى الوطني، ورصد الاختلالات أو التفاوت في مستوى الخدمات الصحية بين المؤسسات الخاصة، إضافة إلى ادراج مؤشرات أدائها ضمن التحليل الصحي الوطني.[1]

فمثلا إذا أظهرت المؤشرات ارتفاعًا غير مبرر في الوفيات داخل مؤسسة استشفائية خاصة معينة، فإن المرصد لا يتدخل مباشرة لكنه يكشف هذا الخلل في تقاريره، مما يدفع باقي أجهزة الرقابة إلى فتح تحقيق ميداني أو إداري حول أسباب هذا الوضع وهو ما يجعله جهازًا توجيهيًا غير مباشر لكنه أساسي في المنظومة الرقابية.

ت_ الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة

تُعد الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة المستحدثة بالمرسوم التنفيذي رقم 22-251 [2]، مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري، وُضعت تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وكانت مكلفة بتطوير نظام وطني للإعلام الصحي قائم على رقمنة النشاطات الطبية، من خلال إنشاء المستشفى الرقمي، والملف الطبي المتقاسم، وتعميم استعمال تكنولوجيات الاتصال في التكفل الصحي.

وفيما يخص المؤسسات الاستشفائية الخاصة، فقد كانت ملزمة بالاندماج في هذا النظام عبر رقمنة ملفات المرضى واعتماد أنظمة معلومات صحية تضمن تبادل المعطيات بشكل آمن،

[1]- المواد 04،05،06 من نفس المرسوم التنفيذي.

[2]- مرسوم تنفيذي رقم 22-251 المؤرخ في 20 جوان 2022، يتعلق بالوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة، ج. ر، عدد 47، الصادرة في 11 جويلية 2022.

مما يساهم في تحسين جودة التكفل وتقليص الأخطاء الطبية، غير أنه تم حل هذه الوكالة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 26- 100[1]، وهو ما يعكس تردده الواضح في رقمنة القطاع.

ت_ المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة:

تم تنظيم هذا المجلس بموجب المرسوم التنفيذي 22-312[2]، ويُعد من أهم الهيئات الأخلاقية في القطاع الصحي، حيث يتولى ضبط أخلاقيات ممارسة علوم الصحة وإبداء الرأي في القضايا ذات البعد الأخلاقي.

وفيما يتعلق بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة، يتمثل دوره في مراقبة احترام أخلاقيات المهنة الطبية داخل هذه المؤسسات، خاصة ما يتعلق بالعلاقة بين الطبيب والمريض، واحترام كرامة الإنسان، وعدم تغليب الاعتبارات الربحية على القرار الطبي.

فعلى سبيل المثال، إذا قامت مؤسسة خاصة بإجراء فحوصات طبية غير ضرورية بهدف تحقيق الربح، فإن المجلس يمكنه إبداء رأي أخلاقي يُستند إليه لاحقًا في الرقابة أو المساءلة، مما يمنحه تأثيرًا غير مباشر لكنه عميق في توجيه الممارسة الطبية.

ث_ مديريات الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:

تُعد مديريات الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المنظمة بموجب المرسوم التنفيذي 97 -261 [3]، الذراع الميداني المباشر لوزارة الصحة، حيث تتولى تنفيذ السياسة الصحية على المستوى المحلي وممارسة الرقابة الفعلية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

وفي هذا الإطار، تقوم هذه المديريات بعمليات التفتيش الميداني داخل المؤسسات، والتحقق من احترام المعايير الصحية المنصوص عليها في المادة 49 من المرسوم التنفيذي 21-136،

[1]- مرسوم تنفيذي رقم 26-100، المؤرخ في 01 فيفري 2026، يتضمن حل الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة، ج. ر، عدد 13، الصادرة في 15 فيفري 2026.

[2]- مرسوم تنفيذي رقم 22-312، المؤرخ في 12 سبتمبر 2022، يحدد تشكيلة المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة وتنظيمها وسيرها، ج. ر، عدد 62، الصادرة في 11 سبتمبر 2022.

[3]- مرسوم تنفيذي رقم 97-261، المؤرخ في 14 جويلية 1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية، ج. ر، عدد 47، الصادرة في 16 جويلية 1997.

بما يشمل جودة التكفل الطبي، وسلامة التجهيزات، وكفاءة الطاقم الطبي، إضافة إلى رفع تقارير دورية إلى الإدارة المركزية حول مختلف الاختلالات المسجلة.

فعلى سبيل المثال، عند زيارة مؤسسة استشفائية خاصة، تقوم مديرية الصحة بالتأكد من وجود طبيب مختص أثناء العمليات الجراحية، وصلاحية أجهزة الإنعاش، ومدى احترام شروط النظافة داخل غرف العلاج، وهو ما يجعلها جهازًا رقابيًا مباشرًا وعمليًا.

ثالثا: الأجهزة القطاعية المتخصصة

نقصد بها الهيئات المختصة بالرقابة النوعية، حيث تتنوع اختصاصاتها حسب الهدف من وجودها سواء تعلق بالمجال الطبي أو التقني، نذكر منها:

ب_ اللجنة الولائية للصحة العقلية:

تم تنظيم هذه اللجنة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 22-80 [1]، وهي هيئة متخصصة على المستوى الولائي تُعنى بمتابعة وضعية الصحة العقلية وتنظيم التكفل بالمرضى النفسيين.

وفي المؤسسات الاستشفائية الخاصة، يتجسد دورها في مراقبة ظروف التكفل بالمرضى النفسيين، والتأكد من احترام حقوقهم أثناء العلاج، ومتابعة مدى توفر شروط العلاج النفسي السليم داخل المؤسسة.

فعلى سبيل المثال، إذا كانت مؤسسة استشفائية خاصة تقدم خدمات الطب النفسي، فإن اللجنة تتدخل للتحقق من أن ظروف العلاج لا تمس بكرامة المريض، وأن التدخلات الطبية تتم وفق المعايير العلمية المعتمدة، مما يجعل رقابتها ذات بعد إنساني وقانوني في آن واحد.

ب_ اللجان والوكالات التقنية والصحية:

تشمل هذه اللجان مختلف الهياكل التقنية والصحية المكلفة بالرقابة المتخصصة، خاصة فيما يتعلق بالتجهيزات الطبية والمواد الصيدلانية والأمن الصحي، بما في ذلك ما ينظمه المرسوم

[1]- مرسوم تنفيذي رقم 22-80، المؤرخ في 21 فيفري 2022، يحدد تنظيم اللجنة الولائية للصحة العقلية وسيرها، ج. ر، عدد 14، الصادرة في 02 مارس 2022.

التنفيذي 21-196 المتعلق بالمواد والأدوية ذات التأثيرات العقلية[1]، أو مواصفات البنيات التحتية التي تتابع من قبل المديرية المكلفة بالسكن والعمران والحماية المدنية.

وفي المؤسسات الاستشفائية الخاصة، يتجسد دورها في مراقبة سلامة الأدوية المستعملة داخل المؤسسة، وضبط شروط تخزينها وتوزيعها، والتأكد من مطابقة الأجهزة الطبية للمعايير التقنية المعتمدة.

فعلى سبيل المثال، إذا استُعمل جهاز طبي غير مطابق للمعايير داخل مؤسسة خاصة، فإن هذه اللجان تتدخل للكشف عنه ومنع استعماله، مما يجعلها عنصرًا تقنيًا أساسيًا في ضمان جودة وسلامة الخدمات الصحية.

إلى جانب هذه الأجهزة، لا يمكن إغفال الدور الرقابي الذي تمارسه بعض الهيئات خارج الإطار الصحي المباشر، على غرار جمعيات حماية المستهلك التي تسعى إلى حماية المريض باعتباره الطرف الأضعف، وكذا مجلس المنافسة الذي يتولى ضبط الممارسات الاقتصادية داخل القطاع، خاصة في مواجهة الأفعال المنافية للمنافسة المنصوص عليها قانونًا.

رابعا: الأجهزة القضائية الرقابية

إلى جانب الأجهزة الإدارية والصحية، تضطلع الأجهزة القضائية بدور مهم في مراقبة مدى احترام المؤسسات الاستشفائية الخاصة للقانون، وهي:

أ_ القضاء الإداري:

يتولى القضاء الإداري مراقبة مشروعية القرارات الإدارية الصادرة في مواجهة المؤسسات الاستشفائية الخاصة، خاصة تلك المتعلقة بالغلق، أو تعليق النشاط، أو سحب الترخيص، أو

[1]- مرسوم تنفيذي رقم 21-196، المؤرخ في 11ماي 2021، يحدد كيفيات المراقبة الإدارية والأمنية للمواد والأدوية ذات الخصائص المؤثرة عقليا، ج. ر، عدد 36، الصادرة في 16 ماي 2021.

العقوبات الإدارية وفقا للمادة 801 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية، مما يجعله وسيلة لضمان خضوع الإدارة لمبدأ المشروعية.[1]

وفي هذا الإطار، يمكن لمؤسسة استشفائية خاصة الطعن في قرار إداري صادر عن مصالح الصحة إذا رأت أنه مخالف للقانون أو مشوب بالتعسف.

ب_ القضاء العادي:

يختص القضاء العادي بالنظر في النزاعات المدنية والجزائية المرتبطة بنشاط المؤسسات الاستشفائية الخاصة باعتبارها من أشخاص القانون الخاص، لاسيما ما تعلق بالأضرار الطبية أو الإهمال أو المخالفات المرتبطة بممارسة النشاط الصحي، وفقا لأحكام المادة 32 فقرة 02 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية، وترفع الدعوى أمام المحكمة التي تم في دائرة اختصاصها تقديم العلاج.[2]

ويظهر دوره من خلال الفصل في دعاوى التعويض أو المتابعات الجزائية التي قد تُرفع ضد المؤسسة أو مهنيي الصحة العاملين بها، بما يضمن حماية الحقوق وترتيب المسؤوليات القانونية عند الاقتضاء.

الفرع الثاني: صور الرقابة القانونية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة

تتخذ الرقابة القانونية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة صوراً متعددة ومتكاملة، تتداخل فيما بينها لضمان إحاطة شاملة بالنشاط الصحي، ويمكن تصنيف هذه الرقابة وفق معايير مختلفة، أبرزها طبيعة التدخل الرقابي وتوقيته وكذا أسلوب ممارسته، وهو ما يسمح بفهم دقيق لآليات ضبط هذا القطاع الحيوي.

[1] – قانون رقم 08-09 المؤرخ في 25 فيفري2008 والمتضمن قانون الاجراءات المدنية والادارية، ج. ر، عدد 48، الصادرة في 17 جويلية 2022 (المعدل والمتمم).

[2]– المادة 40 الفقرة 05 من نفس القانون.

أوّلا: الرقابة الداخلية والخارجية

تقسم الرقابة الممارسة على المؤسسات الاستشفائية من حيث نطاق تطبيقها إلى:

أ- الرقابة الداخلية:

بينما الرقابة الداخلية تُمارس من داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة، عبر أجهزتها الإدارية والتقنية، بهدف ضمان حسن سير النشاط الطبي واحترام القواعد التنظيمية والمهنية، وتتجسد هذه الرقابة في المتابعة اليومية لسير العمل، مراقبة أداء الطاقم الطبي، تنظيم استعمال التجهيزات، والإشراف على مسك الملفات والسجلات الطبية والإدارية[1]، مثلا قيام إدارة مصحة خاصة بمراجعة ملفات المرضى يوميًا للتأكد من اكتمالها قبل حفظها.

غير أن هذه الرقابة تواجه إشكال أساسي يتمثل في غياب الاستقلالية، إذ تبقى خاضعة لإدارة المؤسسة نفسها، مما قد يؤدي إلى تغليب الاعتبارات الربحية أو التنظيمية والاكتفاء برقابة شكلية لا تعكس حقيقة الاختلالات.

ب- الرقابة الخارجية:

في حين أن الرقابة الخارجية تمارسها جهات خارج المؤسسة، وعلى رأسها المصالح المختصة التابعة للوزارة الصحة والمذكورة أعلاه، بهدف التأكد من مدى احترام التشريع والتنظيم، وتُمارس هذه الرقابة من خلال التفتيش الميداني ومعاينة النشاط وطلب الوثائق وتحرير المحاضر واتخاذ الإجراءات اللازمة عند الاقتضاء[2]، فعلى سبيل المثال زيارة مفتشي الصحة لمصحة خاصة للتحقق من احترام شروط النظافة والتعقيم.

إلا أن فعاليتها تواجه عدة إشكالات عملية أبرزها غياب الطابع المفاجئ في كثير من الزيارات، مما يسمح للمؤسسة بالتحضير المسبق، إلى جانب ضعف تجاوب بعض المؤسسات، وهو ما يجعلها في بعض الحالات رقابة شكلية أكثر منها فعلية.

[1] – المادة 34،37 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2] – المادة 48 من نفس المرسوم التنفيذي.

ثانيا: الرقابة السابقة واللاحقة

تقسم الرقابة من حيث التوقيت إلى:

أ- الرقابة السابقة (الوقائية):

تتمثل الرقابة السابقة في تلك التي تُمارس قبل شروع المؤسسة في نشاطها، وتهدف إلى الوقاية من المخالفات من خلال التأكد من احترام الشروط القانونية والتنظيمية مسبقاً، وتشمل هذه الرقابة شروط الترخيص لإنشاء المؤسسة، والموافقة على التجهيزات والمقرات، إضافة إلى التحقق من توفر الكفاءات البشرية اللازمة لممارسة النشاط الصحي[1]، كتأخير فتح مؤسسة استشفائية خاصة لعدم مطابقة المقر لمعايير التهيئة الصحية.

غير أن هذه الرقابة تتسم في الواقع بتشدد ملحوظ قد يصل إلى حد التعطيل، نتيجة كثرة المتطلبات، وغموض بعض المعايير، وطول الإجراءات، مع تركيز كبير على الجانب الوثائقي دون تحقق ميداني كافٍ.

ب- الرقابة اللاحقة (التصحيحية):

تُمارس الرقابة اللاحقة بعد انطلاق النشاط الفعلي للمؤسسة، وتهدف إلى الكشف عن المخالفات ومعالجتها وحل النزاعات، وتتجسد في المعاينات الميدانية وتحرير المحاضر، وتوجيه الإعذارات، واتخاذ الإجراءات الإدارية والجزائية المناسبة عند الاقتضاء[2]، مثل أن يُكتشف خلال زيارة دورية نقص في التعقيم داخل غرفة العمليات، أو كأن يعين خبير طبي من طرف المحكمة لتحديد سبب الوفاة داخل المؤسسة.

غير أنها تعاني من ضعف واضح في التطبيق، حيث تتسم بعدم الانتظام وضعف الطابع المفاجئ، واعتمادها أحيانًا على الشكاوى، وبطء الإجراءات وصعوبة الإثبات في المجال الطبي وهو ما يجعلها في بعض الحالات شبه منعدمة، رغم كونها الأهم في حماية المريض.

[1] – المواد 19، 20،23، 25، 26 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2] – المواد 51،52 من نفس المرسوم التنفيذي.

ثالثا: الرقابة المباشرة وغير المباشرة

تقسم الرقابة من حيث طريقة تفعيلها إلى:

أ- الرقابة المباشرة:

تتمثل الرقابة المباشرة في التدخل الميداني داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة، حيث تشمل عمليات التفتيش ومراقبة التجهيزات والطاقم الطبي ومعاينة سير العمل بشكل فعلي.[1]

غير أن هذه الرقابة تواجه من الناحية العملية مشكلة قصر مدة الزيارات لدرجة من غير المعقول إتمام التفحص خلالها مما يسمح بإظهار وضع مؤقت لا يعكس الحقيقة، وهو ما يقلل من دقتها وفعاليتها.

ب- الرقابة غير المباشرة:

أما الرقابة غير المباشرة، فتعتمد على تحليل الوثائق والمعطيات دون تدخل ميداني مباشر، مثل دراسة الملفات الطبية للمرضى، والسجلات الإدارية، والتقارير الدورية، وكذا المؤشرات الصحية الوطنية.[2]

غير أنها تصطدم بإشكال المصداقية لاعتمادها غالبا على معلومات تقدمها المؤسسة نفسها، والتي قد تكون غير دقيقة أو غير مُحيَّنَه، مما يحد من قيمتها الرقابية.

ورغم أن الإطار القانوني قد أحاط نظريًا بمختلف جوانب النشاط الاستشفائي، سواء الصحي أو التجاري، فإن الإشكال الحقيقي لا يكمن في نقص النصوص، بل في محدودية تفعيلها ميدانيًا، حيث تتراجع فعالية الرقابة عند مستوى التطبيق، نتيجة ضعف الإمكانيات، وقصور المتابعة، وضعف التنسيق بين الجهات المختصة وأحيانًا غياب الصرامة اللازمة.

[1] – المادة 49 الفقرات من 01 إلى 07 من المرسوم التنفيذي 21-136، سالف الذكر.

[2] – المادة 35، المادة 49 الفقرات 8،9 من نفس المرسوم التنفيذي.

المطلب الثاني: الجزاءات القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

يُعد نظام الجزاءات القانونية أحد أهم آليات الضبط التي يعتمد عليها المشرع في تنظيم نشاط المؤسسات الاستشفائية الخاصة، حيث لا يقتصر دوره على معالجة المخالفات بعد وقوعها، بل يتجاوز ذلك إلى إرساء طابع ردعي يهدف إلى ضمان احترام القواعد المنظمة لهذا النشاط وحماية صحة المرضى وسلامتهم.

وفي هذا الإطار، تتكامل الجزاءات مع آليات الرقابة التي تم التطرق إليها سابقًا، باعتبارها تمثل المرحلة التالية لها عند ثبوت الإخلال، مما يمنح منظومة الضبط القانوني فعالية أكبر في التأطير والردع.

وتتنوع هذه الجزاءات بحسب طبيعة المخالفة والأشخاص المعنيين بها، إذ قد تُسلط على المؤسسة الاستشفائية الخاصة **(الفرع الأوَّل)**، كما قد تمتد إلى الأشخاص الطبيعيين العاملين داخلها **(الفرع الثاني)**، كلٌ حسب مسؤوليته.

الفرع الأوَّل: الجزاءات المطبقة على المؤسسات الاستشفائية الخاصة

تخضع المؤسسة الاستشفائية الخاصة باعتبارها شخصا معنويا لنظام متكامل من الجزاءات القانونية التي تختلف بحسب طبيعتها والجهة التي تقررها، وذلك في حال إخلالها بالالتزامات القانونية أو التنظيمية المفروضة عليها، وتتوزع هذه الجزاءات بين جزاءات ذات طابع جنائي وأخرى إدارية تهدف إلى ضبط النشاط الصحي بما يعكس تنوع وسائل الضبط والحماية في المجال الصحي.

أوَّلا: الجزاءات ذات الطابع الإداري

تُعد الجزاءات الإدارية من أهم الوسائل التي يعتمدها المشرّع في تنظيم النشاط الاستشفائي الخاص، لكونها ترتبط مباشرة بسلطة الإدارة في حماية النظام الصحي دون الحاجة إلى تدخل قضائي مسبق، وتتميز هذه الجزاءات بطابعها الوقائي والمرن، إذ تهدف أساسًا إلى تصحيح الوضع القانوني قبل تفاقم المخالفة، غير أنها قد تتحول في بعض الحالات إلى أدوات ردعية قوية تمس جوهر نشاط المؤسسة.

أ_ الإعذار:

يُعتبر الإعذار أول درجات التدخل الإداري، ويُوجه عادة عند تسجيل أعوان المراقبة نقائص ومخالفات بسيطة أو شكلية لا ترقى إلى مستوى الخطر المباشر على الصحة العمومية، وفي هذه الحالة يُعذر مدير الصحة للولاية المؤسسة ويتوجب عليها الامتثال في أجل لا يتجاوز شهرا واحدا وبالتالي يهدف هذا الإجراء إلى تمكينها من تصحيح وضعها.[1]

ب_ الغلق الإداري المؤقت أو النهائي:

يُعد الغلق من أشد الجزاءات الإدارية خطورة، لأنه يمس وجود المؤسسة نفسها، ويتخذ صورتين:

يهدف الغلق المؤقت إلى منح المؤسسة الاستشفائية الخاصة فرصة لإعادة التكيّف وتصحيح وضعيتها القانونية، وهو من الناحية العملية عقوبة اقتصادية ثقيلة لها، نظرًا لما يترتب عنه من توقف النشاط وخسائر مالية مباشرة.

ويُطبّق هذا الإجراء، بوجه خاص، في حالة عدم امتثال المؤسسة للإعذار الموجه إليها سابقًا، حيث يمكن أن تُواجه بعقوبة الغلق المؤقت لمدة لا تتجاوز سنة واحدة[2] خلافا على ما كان سابقا في المرسوم التنفيذي رقم 07-321 حيث سقف الغلق المؤقت لمدة لا تتجاوز 03 أشهر[3]، ونلاحظ أن المشرع ضاعف العقوبة أربع مرات على ما كانت عليه بهدف تحقيق حماية أكبر للمرضى.

كما قد يُتخذ الغلق في صورة فورية لمدة لا تتجاوز ثلاثين (30) يومًا في حالة غياب المدير التقني دون مبرر قانوني أو ممارسة نشاطات صحية غير مرخص بها، تشغيل مهنيي صحة

[1] – المادة 52 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2] – المادة 53 الفقرة 01 من نفس المرسوم التنفيذي.

[3] – المادة 43 من نفس المرسوم التنفيذي.

دون ترخيص، تغيير مقر المؤسسة دون الحصول على الموافقة المسبقة أو عرقلة مهام أعوان الرقابة أثناء أداء مهامهم.[1]

ويُلاحظ أن الغلق الفوري يرتبط أساسًا بحالات الاستعجال والخطورة التي تستدعي تدخلًا إداريًا سريعًا لحماية الصحة العمومية.

ويتخذ قرار الغلق المؤقت بناءً على تقرير مفصل تعدّه المصالح المختصة التابعة لوزارة الصحة، ويعود الاختصاص في ذلك إلى الوزير المكلف بالصحة[2]، غير أنه في بعض الحالات الاستثنائية، يمكن للوالي أن يتخذ قرار الغلق، على ألا تتجاوز مدته ثلاثة أشهر طبقا لأحكام المادة 315 من قانون الصحة رقم 18-11، بما يعكس توزيعًا نسبيًا للاختصاص بين السلطات المركزية والمحلية في مجال الضبط الصحي.

الغلق النهائي: يُطبق عند المخالفات الجسيمة والمتكررة التي تجعل استمرار النشاط غير ممكن، خاصة أحكام المادة 49 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، ويكون اختصاص البت فيه للوزير المكلف بالصحة.[3]

ت_ سحب الاعتماد (الترخيص):

يُعتبر سحب الترخيص من أخطر الجزاءات الإدارية، لأنه يؤدي إلى إنهاء النشاط بشكل نهائي وقانوني، ويُطبق عندما:

1_ بالنسبة لترخيص الإنجاز: يسحب ترخيص الإنجاز عندما لا يتقيد صاحب المشروع بالآجال القانونية سواء بعدم البدء في إنشاء المشروع خلال ثلاث السنوات الأولى من تاريخ تسليمه أو عند تجاوز السبع سنوات وهو مجموع ما تحتويه من الآجل الأصلي والتمديد أو في حالة عدم حصوله على رخصة البناء.[4]

---

[1]- المادة 53 الفقرة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 21-136، سالف الذكر.

[2] - المادة 54 من نفس المرسوم التنفيذي.

[3] - المادة 53 الفقرة 02 والمادة 54 من نفس المرسوم التنفيذي.

[4]- المادة 21،22 من المرسوم التنفيذي 24-430، سالف الذكر.

2_ بالنسبة لترخيص الفتح والاستغلال: يسحب ترخيص فتح واستغلال المؤسسة عند تعليق نشاطها بصفة كلية أو جزئية من جانب واحد دون الحصول على رخصة من الوزير المكلف بالصحة لمدة تساوي أو تفوت الستة أشهر.[1]

ويستشف من ذلك أن المشرع لا يمنع توقف نشاط المؤسسات الاستشفائية الخاصة لاعتبارات تهمها، مثل التوسعة أو إعادة الهيكلة، ولكنه يشترط الترخيص وذلك لضمان استمرارية الخدمة الصحية نظرا لضرورتها، بحيث لا ينظر إليها كمجرد نشاط اقتصادي يخضع تقلبات السوق أو اعتبارات خاصة وإنما كالتزام ذي طابع عام يفرض عليها الاستقرار وعدم التوقف إلا وفق ضوابط قانونية صارمة ومبررات مشروعة.

ثانيا: الجزاءات ذات الطابع الجنائي

تتخذ الجزاءات ذات الطبيعة الجنائية المقررة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة صورتين أساسيتين تتمثلان في:

أ_ العقوبات الأصلية:

تُعد الغرامة العقوبة الأصلية الأساسية بالنسبة للشخص المعنوي، حيث نص قانون الصحة في المادة 441 منه على أن المؤسسة الاستشفائية الخاصة التي ترتكب إحدى المخالفات المنصوص عليها في الباب الثامن تُعاقب بغرامة لا تقل عن خمسة أضعاف الحد الأقصى للغرامة المقررة للشخص الطبيعي، وهو نفس ما ورد في الفقرة الأولى من المادة 18 مكرر من قانون العقوبات.

ويتضح ذلك على سبيل المثال من خلال المادة 437 من قانون الصحة، التي تعاقب كل من يستغل الوضع الصحي رهن الملاحظة لشخص ما لغرض لا يحقق مصلحته بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات، وبغرامة تتراوح بين 100.000 دج و500.000 دج بالنسبة للشخص الطبيعي، أما إذا ارتُكبت المخالفة باسم ولصالح الشخص المعنوي، فإن الغرامة المطبقة عليه لا يمكن أن تقل عن خمسة أضعاف الحد الأقصى، أي ما لا يقل عن 2.500.000 دج.

[1]– المادة 44،45 من المرسوم التنفيذي 21–136، سالف الذكر.

وكمثال آخر إذا تعلق الأمر بجريمة إفشاء السر المهني المنصوص عليها في المادة 301 من قانون العقوبات والمعاقب عليها بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة تتراوح بين 20.000 دج و100.000 دج إذا ارتكبها شخص طبيعي، أما في حالة ارتكابها باسم ولصالح المؤسسة تعاقب ب 500.000 دج كأقل تقدير.

ويتضح هنا وجود سبب أخر لاستحداث المشرع المؤسسات الاستشفائية الخاصة بدلا عن العيادات الخاصة، إذ أنه في مرحلة اعتمادها كانت المسؤولية تقع على شخص مديرها أو مسيرها أو الطبيب فقط بمقارنة العقوبات المفروضة عليهم فهي تعتبر زهيدة جدا مقارنة بالعقوبات المقررة على الشخص المعنوي.[1]

ب_ العقوبات التكميلية:

إلى جانب العقوبات الأصلية، أقرّ المشرع مجموعة من العقوبات التكميلية التي لا تُطبق بصورة مستقلة، وإنما تُضاف إلى العقوبة الأصلية، ويمكن الحكم بعقوبة واحدة أو أكثر منها بحسب جسامة الفعل المرتكب، ومن أبرز هذه العقوبات[2]:

-مصادرة الوسائل والعتاد المستعمل في ارتكاب المخالفة، كحالة استعمال تجهيزات طبية في نشاط غير مشروع يتعلق بنقل أو زرع الأعضاء البشرية.

-المنع من ممارسة النشاط الصحي لمدة لا تتجاوز خمس سنوات، وهي عقوبة تمس مباشرة المركز الاقتصادي للمؤسسة ونشاطها المهني.

-غلق المؤسسة أو أحد ملحقاتها لمدة لا تتجاوز خمس سنوات.

-حل الشخص المعنوي نهائيًا، وهي أخطر العقوبات، إذ تؤدي إلى زوال المؤسسة قانونًا وفعليًا.

[1] – خيرة بن سويسي، المرجع السابق، ص 136.

[2] – المادة 441 الفقرة 02 من القانون رقم 18-11، سالف الذكر.

بالإضافة إلى إمكانية نشر وتعليق حكم الإدانة والوضع تحت الحراسة القضائية والإقصاء من الصفقات العمومية لمدة لا تتجاوز خمس سنوات أو في مواد الجنايات والجنح وهذا وفقا لنص المادة 18 مكرر من قانون العقوبات.

الفرع الثاني: الجزاءات المطبقة على الأشخاص العاملين داخل المؤسسة

تتجه السياسة التشريعية إلى عدم الاكتفاء بمساءلة المؤسسة، بل يتوسع نطاق الحماية القانونية ليشمل كذلك الأشخاص العاملين داخلها كونهم الفاعل المباشر في تقديم الخدمة الصحية وممارسة الأعمال الطبية وشبه الطبية، ولهذا أقرّ المشرع نظاما مزدوجا للجزاءات يجمع بين العقوبات ذات الطابع التأديبي المهني، والعقوبات الجزائية التي تقوم عند ارتكاب أفعال تشكل جرائم يعاقب عليها.

أوّلا: الجزاءات ذات الطابع التأديبي

تُعد العقوبات التأديبية وسيلة قانونية ومهنية تهدف إلى ضمان احترام القواعد الأخلاقية والتنظيمية التي تحكم ممارسة المهن الطبية داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة، ويقصد بها الجزاءات التي تُوقع على المهني الصحي عند إخلاله بواجبات المهنة أو مخالفته لآدابها.

وتستند هذه العقوبات أساسًا إلى مدونة أخلاقيات الطب، التي تُعد المرجع الأساسي المنظم لواجبات الأطباء ومختلف مهنيي الصحة، حيث تفرض عليهم التزامات تتعلق بالنزاهة المهنية واحترام كرامة المريض والمحافظة على السر المهني والتقيد بالأصول العلمية للممارسة الطبية.[1]

أ_ صور العقوبات التأديبية:

تتدرج العقوبات التأديبية بحسب جسامة الخطأ المرتكب وآثاره على المهنة أو على المرضى، ويمكن لجهة التأديب أن تتخذ العقوبات الآتية[2]:

---

[1] – كريم عشوش، **المسؤولية التأديبية للطبيب العامل في القطاع الخاص**، مجلة المعارف قسم العلوم القانونية، جامعة البويرة، العدد 21، 2016، ص 115.

[2] – كمال محمد عبد المجيد فليح، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في القانون، تخصص قانون وصحة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي إلياس، سيدي بلعباس، 2020، ص 207-208.

1_ الإنذار: يعتبر الإنذار أخف العقوبات التأديبية ويتمثل في توجيه تنبيه رسمي إلى المهني الصحي بسبب سلوك معيب، بقصد حثّه على تصحيح سلوكه وعدم تكراره مستقبلًا، ومن أمثلة ذلك تأخر الطبيب المتكرر عن مواعيد الفحص، دون أن يترتب عن ذلك ضرر مباشر بالمريض.

ورغم أن الإنذار يحمل طابعًا معنويًا، إلا أنه قد يؤثر على الوضعية المهنية للطبيب خاصة وأنه يسجل ضمن ملفه المهني ويحرمه من الانتخاب على مستوى الاتحادات أو الفروع النظامية للأطباء لمدة ثلاث سنوات، بما قد ينعكس على سمعته داخل الوسط الطبي.

2_ التوبيخ: يُعد التوبيخ عقوبة أشد من الإنذار لأنه لا يقتصر على مجرد التنبيه، وإنما يتضمن استهجانًا رسميًا للسلوك المهني المخالف ومطالبته بتحسينه، ويتم تبليغه عادة بإشعار كتابي يوضح طبيعة المخالفة المرتكبة، وينتج هو أيضا حرمان الطبيب من حق الانتخاب لمدة ثلاث سنوات كاملة، ومن أمثلة الحالات التي قد تستوجب التوبيخ، تعامل الطبيب بطريقة غير لائقة مع المرضى أو ذويهم، أو إهمال تحرير الملفات الطبية بالشكل المطلوب.

3_ المنع من ممارسة المهنة: يُعتبر المنع من ممارسة المهنة من أخطر العقوبات التأديبية لما يترتب عنه من آثار مباشرة على الوضعية المهنية والمادية للطبيب أو المهني الصحي، ويتمثل في حرمانه من ممارسة نشاطه لمدة مؤقتة ومن الانتخاب لمدة خمس سنوات، حيث يتم اللجوء إليه بعد عدم جدوى كل من الإنذار والتوبيخ ووجود ظرف العود.

ونظرا لشدة خطورته على السيرة المهنية للطبيب فهو لا يتم إلا من طرف الوزير المكلف بالصحة بعد اقتراحها من طرف المجلس الوطني لنقابة الأطباء.

ب_ القواعد المنظمة للعقوبات التأديبية:

تخضع العقوبات التأديبية في المجال الطبي لخصوصية تميزها عن العقوبات الجزائية وذلك لأن الخطأ التأديبي لا يخضع لمبدأ الشرعية بنفس الصرامة المعروفة في القانون الجنائي، بل يعتمد عليه في شق شرعية العقوبة باعتبارها مذكورة من قبيل الحصر، أما شق شرعية الجريمة

فالمجلس الجهوي لأخلاقيات الطب أو الجهة التأديبية يتمتعان بسلطة تقديرية واسعة في تكييف السلوك المهني متى كان من شأنه المساس بأخلاقيات المهنة أو الإضرار بسمعتها واعتبارها.[1]

وعليه، فقد يشكل سلوك معين خطأً تأديبيًا رغم عدم تجريمه جزائيًا، كما هو الحال بالنسبة لبعض التصرفات التي تُعد منافية لكرامة المهنة، كالإشهار المبالغ فيه للخدمات الطبية أو استغلال حاجة المرضى لأغراض تجارية بحتة شرط ألا يصل ذلك حد التضليل في الوصفة أو تضخيم الفواتير الطبية.

كما أن الخطأ الواحد قد يحمل وصفين في آن واحد، تأديبيًا وجزائيًا، كما هو الحال بالنسبة لإفشاء السر المهني أو بعض صور الإهمال الطبي الجسيم، مما يسمح بقيام الدعوى التأديبية والدعوى الجزائية بصورة مستقلة.

ت_ مدى تدخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة في التأديب:

تجدر الإشارة إلى أن المؤسسة الاستشفائية الخاصة لا تملك سلطة توقيع العقوبات التأديبية المهنية بالمعنى الدقيق كالمنع من ممارسة المهنة، باعتبار أن هذه العقوبات تدخل ضمن اختصاص الهيئات المهنية المختصة، غير أن ذلك لا يمنع المؤسسة من ممارسة سلطة تنظيمية داخلية بحكم علاقة العمل، حيث يمكنها اتخاذ بعض التدابير[2]، مثل:

- التوجيه والتنبيه الداخلي.
- إعادة توزيع المهام أو تغيير المصلحة.
- التوقيف المؤقت عن العمل.
- التسريح التأديبي في الحالات الجسيمة وفقا لنص المادة 73 من القانون 90-11.

فمثلًا، يمكن لإدارة مؤسسة استشفائية خاصة توقيف طبيب مؤقتًا عن العمل بعد ارتكابه خطأ مهني خطير إلى غاية الفصل في وضعيته من طرف الهيئة المختصة حسب المادة 64

[1] – كريم عشوش، المسؤولية التأديبية للطبيب العامل في القطاع الخاص، المرجع السابق، ص 112-113.

[2] – المادة 77 الفقرة 02 من القانون رقم 90-11، سالف الذكر.

الفقرة 06 من القانون رقم 90-11، غير أنها لا تستطيع منعه نهائيًا من ممارسة المهنة لأن ذلك يدخل ضمن اختصاص المجالس التأديبية المهنية.

ثانياً: الجزاءات ذات الطابع الجنائي

إلى جانب العقوبات التأديبية، قد يتعرض العاملين داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة لعقوبات ذات طابع جنائي متى ارتكبوا الأفعال المجرمة في الباب الثامن من قانون الصحة، وقانون العقوبات وغيرهم، وذلك بالنظر إلى خطورة النشاط الطبي وما قد يترتب عن الانحراف فيه من أضرار تمس حياة الإنسان أو سلامته، ولتعدد الجرائم في الوسط الطبي العيادي، سنذكر بعض الجرائم المتفاوتة الخطورة:

أ_ جريمة الإجهاض:

تُعد جريمة الإجهاض من أخطر الجرائم المرتبطة بالمجال الصحي وتقوم حسب نص المادة 409 من قانون الصحة، بمجرد مخالفة الأحكام المتعلقة بإيقاف الحمل العلاجي أو حالات الضرورة، لما تنطوي عليه من مساس مباشر بالحق في الحياة وسلامة الجنين، وهو ما دفع المشرّع الجزائري إلى تشديد العقوبات المقررة لها، فبموجب المادة 304 من قانون العقوبات، يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من 100.000 إلى 500.000 دج، مع إمكانية تشديدها في حالة ما إذا أفضى الإجهاض إلى الوفاة، لتصل العقوبة إلى السجن المؤقت من عشر إلى عشرين سنة، بالنظر إلى جسامة النتيجة الإجرامية.

وتزداد خطورة الجريمة إذا ارتُكبت من طرف طبيب أو المهني المختص، فهي لا تكون غالبا بشكل عرضي بل تتخذ طابع الاعتياد، حيث يترتب عن ذلك تشديد العقوبة على نحو أكبر، ففي هذه الحالة تُضاعف عقوبة الحبس في صورتها العادية، بينما في حالة الإجهاض المؤدي إلى الوفاة تُرفع إلى الحد الأقصى المقرر قانونًا وهو عشرون سنة سجن[1]، مع جواز الحكم بالحرمان من ممارسة المهنة ومنع الإقامة.[2]

[1] – المادة 305، من القانون رقم 66-156، سالف الذكر.

[2] – المادة 306 من نفس القانون.

ب _ ممارسة غير الشرعية لمهن الصحة:

يعاقب القانون كل من يزاول مهنة طبية أو شبه طبية دون ترخيص قانوني باعتبار أن ذلك يشكل خطرًا مباشرًا على صحة المرضى، فقد أحالت المادة 416 من قانون الصحة الحكم فيها إلى المادة 243 من قانون العقوبات التي بدورها تحيل الحكم إلى المادة 64 من قانون رقم 24-02 لمكافحة التزوير واستعمال المزور[1]، حيث يعاقب عليها بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات وبغرامة من 200.000 إلى 500.000 دج.

وبالإضافة إلى ترخيصه الشخصي، يعاقب الطبيب على تدخله الطبي في مؤسسة غير مرخص لها، بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات وبغرامة مالية من 500.000 إلى 1.000.000 دج حسب ما تضمنته المادة 433 من قانون الصحة.

ت_ رفض الامتثال للتسخير العمومي:

هذه الحالة تعد شائعة إلى حد ما بين الأطباء حيث يحاولون التملص وعدم الامتثال لطلبات التسخير الصادرة من السلطة العمومية، بسبب الفروقات المالية المتباينة بين القطاعين، حيث يعاقب عليها حسب المادة 187 من قانون العقوبات ثلاثة أشهر إلى سنة وبغرامة من 50.000 إلى 100.000 دج.

يمكن القول إن المشرع الجزائري قد بنى منظومة جزائية متكاملة في المجال الصحة الخاصة تقوم على التدرج بين الوقاية والردع، وبين حماية الصحة العامة وضبط النشاط المهني، غير أن هذه المنظومة رغم فعاليتها، تبقى بحاجة إلى مزيد من التوازن، خاصة فيما يتعلق بتحديد معايير تطبيق الغلق وتمييز الخطأ المهني عن الخطأ الجزائي، حتى لا تتحول الحماية القانونية إلى مصدر ضغط على الفاعلين الصحيين بدل أن تكون وسيلة تنظيم فعالة.

[1] – قانون رقم 24-02 المؤرخ في 26 فيفري 2024 المتعلق بمكافحة التزوير واستعمال المزور، ج. ر، عدد 15، الصادرة في 29 فيفري 2024.

ملخص الفصل الثاني:

تضمن الفصل الثاني الأحكام القانونية المنظمة لنشاط المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر، وذلك من خلال تحليل طبيعة الالتزامات الملقاة على عاتقها، وأشكال المسؤولية القانونية المترتبة على ممارستها لهذا النشاط، وصولاً إلى آليات الرقابة والضبط القانوني.

وقد تبين من خلاله أن المنظومة القانونية تفرض شبكة معقدة من الالتزامات المتبادلة فالمؤسسة ملزمة تجاه الطبيب بتوفير بيئة مهنية سليمة وتغطية تأمينية، وتجاه المريض بضمان سلامته الشخصية وتقديم رعاية طبية شاملة ومستمرة عبر نظام المناوبة، كما يقع على عاتق الطبيب داخل هذه المؤسسة التزام صارم بإعلام المريض والحصول على رضاه الحر، مع بذل العناية اليقظة وكتمان السر المهني.

غير أن الممارسة العملية كشفت عن تداخل صور المسؤولية القانونية، حيث تتوزع المسؤولية المدنية للمؤسسة بين أساس عقدي يستند إلى "عقد الاستشفاء" أو "العقد الطبي"، وأساس تقصيري في حالات الإخلال بالالتزامات القانونية العامة، أما مسؤوليتها الجزائية فقد أقرها المشرع عن الجرائم التي تُرتكب لحسابها من طرف ممثليها أو أجهزتها، لاسيما في حالات القتل أو الجرح الخطأ الناتج عن الرعونة أو الإهمال أو عدم مراعاة الأنظمة.

كما تم التطرق إلى آليات الضبط والرقابة، التي تهدف إلى ضمان جودة الخدمات الصحية واحترام أخلاقيات المهنة، حيث تتنوع الجزاءات بين تدابير إدارية وقائية، وعقوبات تأديبية تمارسها الهيئات المهنية المختصة، وصولاً إلى التعويضات المدنية والعقوبات الجزائية الردعية.

الخاتمة

الخاتمة:

من خلال دراستنا لموضوع "**النظام القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة**"، تبيّن أنّ المشرّع الجزائري سعى إلى إحاطة هذا النوع من المؤسسات بجملة من الأحكام القانونية والتنظيمية التي تحدد شروط إنشائها، طرق تسييرها، وآليات الرقابة الممارسة عليها، مع فرض مجموعة من الجزاءات في حالة مخالفة القواعد القانونية المنظمة لها.

إلا أنَّ التحليل أظهر أن هذا التنظيم، رغم أهميته، لا يزال يواجه عدة صعوبات على مستوى التطبيق، تتجلى أساسًا في محدودية فعالية الرقابة، وتداخل الاختصاصات، وصعوبة تحديد المسؤولية القانونية داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة، كما كشف عن وجود فجوة بين القانون المقرر والتطبيق الفعلي.

ومن ثم، فإنَّ فعالية النظام القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة لا تتوقف عند وجود النصوص القانونية في حد ذاتها، وإنما ترتبط بمدى قابليتها للتطوير والتكييف مع التحولات الصحية والتكنولوجية الحديثة.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

_ تعد المؤسسات الاستشفائية الخاصة أهم وأكبر هيكل صحي في القطاع الخاص وأكثرها ضبطا من الناحية القانونية حيث يقترب تنظيمها القانوني إلى المؤسسات الاستشفائية العمومية من خلال كثافة الالتزامات واستمرارية النشاط وخضوعهما لرقابة مماثلة من نفس الأجهزة.

_ ميول المشرع الجزائري إلى إخضاع هذه الهياكل إلى المبدأ التجاري لسهولة تطبيقه وفتح فرص أكبر للاستثمار في هذا المجال، غير أن كثرة العراقيل تسببت في تخوف المستثمرين من الخوض فيه.

_ اعتماد نظام الترخيص المزدوج (رخصة الإنجاز ورخصة الفتح والاستغلال) بالنسبة للمؤسسة ودعمه بتراخيص الممارسة للطاقم الطبي الوطني والأجنبي، كآلية أساسية لضبط النشاط الاستشفائي الخاص وضمان احترام الشروط التقنية والصحية اللازمة.

الخاتمة

_ وجود غموض تشريعي في تحديد العلاقة بين أجهزة الإدارة القانونية وفقا لشكل المؤسسة وبين المديرين المنصوص عليهما في التنظيم الصحي الخاص بها، كما أن تمكين المشرع من جمع وظيفة المدير الإداري والتقني في يد شخص واحد في المؤسسة، رغم ما يحققه من سرعة ومرونة إلا أنه يخالف أهم مبادئ الحوكمة الحديثة وهو توزيع السلطات والمسؤوليات ويضعف الرقابة الداخلية.

_ أن العلاقات داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة تقوم على تداخل معقد في الالتزامات المتبادلة بين المؤسسة والطبيب والمريض بسبب تعدد صور العقود التي تربط بينهم، مما يصعب تحديد أساس المسؤولية القانونية وتعيين من يتحملها.

_ يعد إثبات الخطأ الطبي من أبرز الإشكالات العملية التي تواجه المريض، بالنظر للطبيعة التقنية للعمل الطبي وصعوبة الحصول على وسائل إثبات والمعلومات الكافية حول سير عمليات العلاج إضافة إلى التستر المبالغ فيه بين مهنيي الصحة.

_ تبين أن تقدير التعويض عن الأضرار الطبية يخضع للسلطة التقديرية للقضاء والخبرة الطبية، في غياب معايير قانونية دقيقة وموحدة، مما يتسبب في ظهور أحكام متباينة لحالات متماثلة في درجة الضرر.

_ تتسم الرقابة المفروضة على المؤسسات الاستشفائية الخاصة بتنوع صورها بين رقابة إدارية وقضائية وتعدد الجهات الممارسة لها، غير أن هذا التعدد يؤدي أحيانا إلى تداخل الصلاحيات وضعف التنسيق العملي.

_ وضع المشرع الجزائري منظومة جزائية متكاملة قائمة على تدرج شدة العقوبات من الوقاية إلى الردع، حماية للصحة العامة وضبطا للنشاط المهني، ورغم ما تتمتع به هذه المنظومة من فعالية نسبية إلا أنَّها لا تحقق التوازن المطلوب فيما يتعلق بتحديد معايير المسؤولية الجزائية والتمييز بين الخطأ المهني والخطأ الجزائي مما يترتب عنه في بعض الحالات تحول الحماية القانونية إلى عبئ على المهنيين الصحيين.

الخاتمة

وبناء على ما سبق، يمكن تقديم جملة من الاقتراحات تتمثل فيما يلي:

_مراجعة بعض الأحكام المتعلقة بالتسيير الداخلي للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، خاصة ما يتعلق بمسألة التوفيق بين أجهزة الإدارة حسب شكلها والمدير الإداري والتقني، ومسألة إمكانية جمع بعض الوظائف الإدارية والطبية، بما يضمن فعالية الرقابة الداخلية ويمنع تركيز المسؤوليات في يد شخص واحد.

_ استحداث نظام قانوني مستقل للمسؤولية الطبية، يراعي خصوصية النشاط الطبي والاستشفائي، بدل الاكتفاء بالقواعد العامة للمسؤولية المدنية التي لا تستوعب دائمًا الطبيعة التقنية للممارسة الطبية وما يحيط بها من تعقيدات.

_ وضع معايير قانونية وتنظيمية أكثر دقة لتقدير التعويض عن الأضرار الطبية، بما يحقق نوعًا من الاستقرار في الاجتهاد القضائي ويقلل من التفاوت الكبير في تقدير التعويضات.

_ تفعيل الرقابة البعدية بشكل دوري وفجائي دون إشعار مسبق، لضمان واقعية التقييم وعدم تحويل الرقابة إلى إجراء شكلي، مع ضرورة تقوية التنسيق بين الهيئات الرقابية المختلفة لضمان فعالية التدخل وسرعة اكتشاف المخالفات.

_ تشجيع التكامل والتنسيق بين القطاعين العام والخاص وترك التنافس السلبي، خاصة في مجالات التكوين الصحي، تبادل الخبرات، والتكفل ببعض الحالات الطبية المعقدة، بما يساهم في تحسين العرض الصحي الوطني.

_ تعزيز التكوين القانوني للعاملين في القطاع الصحي الخاص، خاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى، الالتزامات المهنية، والمسؤولية القانونية الناتجة عن الأخطاء الطبية والتنظيمية.

_ دعم آليات الوساطة والتسوية الودية في المنازعات الطبية لتخفيف الضغط على القضاء وتسريع تعويض المتضررين.

_ العمل على تطوير الاستثمار في المؤسسات الاستشفائية الخاصة واستقطاب رؤوس الأموال الوطنية والأجنبية، من خلال توفير حوافز وتسهيلات قانونية وإدارية لفائدة المستثمرين،

لاسيما ما يتعلق بالإجراءات الجبائية والتجهيزات الطبية ومنح امتيازات للمؤسسات التي تستثمر في التخصصات النادرة وتعتمد معايير الجودة العالمية، بما يعزز قدرتها التنافسية إقليميا ودوليا ويدعم مكانة الجزائر كوجهة للسياحة العلاجية.

_ ضرورة مراجعة النصوص القديمة، وعلى رأسها النصوص التنظيمية التي لم تحين رغم مرور سنوات طويلة (مثل أحكام القرار المؤرخ في 22 أكتوبر 1988)، وإصدار نصوص جديدة تتماشى مع الواقع الصحي الحالي والتطور التكنولوجي، حتى لا يبقى الإطار القانوني منفصلًا عن التطبيق الفعلي.

كما نوصي بإنشاء منصة رقمية وطنية موحدة خاصة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة، تحت اشراف وزارة الصحة، تتضمن بيانات دقيقة ومحدثة حول المؤسسات المعتمدة، التخصصات المتوفرة ومستوى التجهيزات، وتسمح بالاطلاع على مؤشرات واقعية مرتبطة بجودة الخدمة الصحية مثل معدل رضا المرضى، سرعة التكفل، احترام المواعيد، جودة الاستقبال، وبعض نسب النجاح المتعلقة بالعمليات المتخصصة، كما تمكن المرضى من تقييم الخدمات الصحية التي تلقوها، وفق نظام تقييم منظم وخاضع للرقابة القانونية بما يعزز الشفافية ويخلق منافسة قائمة على جودة الأداء الفعلي لا على الإشهار الذاتي فقط.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- **المصادر:**

أ_ القران الكريم

ب_ المعاجم والقواميس:

1. ابن منظور، لسان العرب، دار الجيل، الجزء01، الطبعة 04، بيروت، 2003.
2. المنجد في اللغة العربية المعاصرة، الطبعة02، دار المشرق، بيروت " لبنان"، 2002.

- **المراجع:**

I. باللغة العربية:

أولا: الكتب

1. إلياس بن ساسي، يوسف قريشي، التسيير المالي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع الجزائر، 2006.
2. أنور سلطان، المبادئ القانونية العامة، (د.ذ.ر.ط)، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998.
3. أيوب يوسف سالم محمد العبيدي، المسؤولية المدنية للفريق الطبي، (د.ذ.ر.ط)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية "مصر"، 2019.
4. بلعيساوي محمد الطاهر، الشركات التجارية–شركات الأموال–، الجزء الثاني، (د.ذ.ر.ط)، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة "الجزائر"، 2014.
5. حسين بلعجوز، الجودي صاطوري، تقييم واختيار المشاريع الاستثمارية، (د.ذ.ر.ط)، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون "الجزائر"، 2013.
6. خيرة بن سويسي، النظام القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، دار النشر الجامعي الجديد، تلمسان" الجزائر"، 2017.
7. سعدي عجلان مضحى الدليمي، النظام القانوني الخصخصة –دراسة مقارنة–، (د.ذ.ر.ط) دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر،2022.

8. صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان "الأردن".
9. طلال العجاج، المسؤولية المدنية للطبيب–دراسة فقهية قضائية مقارنة–، الطبعة الأولى، دار عالم الكتب الحديثة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
10. الطيب بلولة، قانون الشركات، ترجمة الى العربية محمد بن بوزة، (د.ذ.ر.ط)، دار برتي للنشر، الجزائر، (د.ذ.س.ن).
11. عبد الرزاق بن حبيب، اقتصاد وتسيير المؤسسة، الطبعة04، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون" الجزائر"، 2009.
12. عز الدين حروزي، المسؤولية المدنية للطبيب أخصائي الجراحة في القانون الجزائري والمقارن، (د.ذ.ر.ط)، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.
13. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان "الاردن"، 2014.
14. كريم عشوش، العقد الطبي، (د.ذ.ر.ط)، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2011.
15. محمد جمعي، استقلالية التسيير عنصر أساسي لفعالية النظام الصحي الجزائري، (د. ذ.ر.ط)، دار الخلدونية، الجزائر.
16. محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، (د.ذ.ر.ط)، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية" مصر"، 2006.
17. محمد رشيد دواغرة، المسؤولية المدنية للمستشفيات الخاصة عن أخطاء الطبيب ومساعديه، الطبعة الأولى، الدار العلمية للنشر والتوزيع، عمان "الأردن"، 2017.
18. نادية فضيل، شركات الأموال في القانون الجزائري، الطبعة03، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008.
19. يعقوب يوسف التمار، السياحة العلاجية، الطبعة العربية الأولى، المركز العربي للتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت، 2024.

ثانيا: الرسائل والمذكرات الجامعية

أ_ أطروحات الدكتوراه:

1. غضبان نبيلة، الخطأ الطبي والخطأ الجراحي والمسؤولية الجزائية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه قي القانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري" تيزي وزو"، 2018.
2. كمال محمد عبد المجيد فليح، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في القانون، تخصص قانون وصحة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي إلياس، سيدي بلعباس، 2020.
3. مريم زان، الجودة في الخدمات الصحية –دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر–، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص إدارة الموارد البشرية، قسم التنظيم السياسي والاداري، كلية العلوم السياسية، جامعة الجزائر 03، 2017.
4. نجاة الداوي، المسؤولية الجزائية للطبيب عن الانتزاع الغير مشروع للأعضاء البشرية في التشريع الجزائري، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون، تخصص القانون الجنائي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر 01، 2016.
5. هويدة عبد الله إبراهيم الغافلي، عقد الاستشفاء الطبي– دراسة مقارنة–، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون الخاص، كلية القانون، جامعة كربلاء "العراق"، 2024.

ب_ مذكرات الماجستير:

1. بشوش عائشة، المسؤولية الجنائية للأشخاص المعنوية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص قانون جنائي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر 01، 2002.
2. ساعد سلامي، الاثار المترتبة على الشخصية المعنوية للشركة التجارية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص قانون خاص، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابوبكر بلقايد" تلمسان"، 2011– 2012.
3. محمد علي دحمان، تقييم نفقات الصحة والتعليم–دراسة حالة لولاية تلمسان–، مذكرة لنيل شهادة الماجيستر في العلوم الاقتصادية، تخصص تسير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد "تلمسان"، 2010– 2011.

ثالثا: المقالات العلمية

1. بن عزوز بن صابر، **حق العمال في الوقاية الصحية والأمن داخل أماكن العمل في التشريع الجزائري**، مجلة القانون بالمركز الجامعي، جامعة غليزان، العدد الأول، 2010، ص ص 43-58.
2. بن عيسى مصطفى، بن عيسى بن عيلة، **واقع وآفاق عصرنة المؤسسات الاستشفائية في الجزائر**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، جامعة زيان عاشور "الجلفة"، العدد 02، 2015، ص ص 114-135.
3. بوراس محمد، علاق عبد القادر، **المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر-أي أسس تجارية لوظيفة إنسانية-**، مجلة صوت القانون، معهد العلوم القانونية والإدارية، جامعة الجيلالي بونعامة " خميس مليانة "، المجلد الثامن، العدد 01،2021، ص 751، ص ص 740-766.
4. جمعة حميدة، قزلان سليمة، **مجلس اخلاقيات مهنة الطب في الجزائر**، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور "الجلفة"، المجلد08، العدد03، 2023، ص ص 940-949.
5. زهور حسيني، لخضر مداح، **مقومات السياحة العلاجية الاستشفائية في الجزائر**، مجلة الاستراتيجية والتنمية، جامعة عبد الحميد بن باديس " مستغانم"، مجلد 11، العدد04، جويلية 2021، ص ص 406-422.
6. سامية حساين، **القيد في السجل التجاري الرقمي أحد بنود وانجازات الحكومة الالكترونية في الجزائر**، مجلة ادارة، العدد 44، كلية الحقوق، جامعة احمد بوقرة، بومرداس، 2016، ص ص 63-84.
7. سعيد سالم عبد الله الغامدي، **المسؤولية التقصيرية والعقدية في الخطأ الطبي**، المجلة القراءة والمعرفة، جامعة القاهرة "مصر"، العدد02، 2017، ص ص 332-374.
8. سميرة لالوش، عائشة طالي معمر، **المسؤولية الجزائية للمستشفيات الخاصة عن إجراء عمليات نزع وزرع الأعضاء البشرية في التشريع الجزائري**، مجلة السياسة العالمية، جامعة محمد بوقرة "بومرداس"، المجلد09، العدد 02، 2025، ص ص 875-893.

9. شكري عاشوري، مصطفى عوفي، **علاقة الإدارة بجودة الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة**، مجلة الحقيقة، جامعة أحمد درارية" أدرار"، العدد 39، 2017، ص ص 285-316.

ص ص 26-39.

10. صحراء داودي، **التزام الطبيب بالسر المهني**، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، جامعة خنشلة، المجلد05، العدد01، 2012، ص ص 254-265.

11. طيب إبراهيم ويس، **ممارسة دعوى المسؤولية المدنية في إطار العلاقة مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة**، مجلة القانون العام الجزائري والمقارن، جامعة الجيلالي لياس" سيدي بلعباس"، المجلد03، العدد01، 2017، ص ص 120-155.

12. عائشة بن النوي، **السياحة العلاجية الطبيعية في الجزائر**، مجلة المقاولاتية والتنمية المستدامة، جامعة حسيبة بن بوعلي "شلف" المجلد 02، العدد 02، 2020، ص ص 145-146.

13. عبد العزيز فرحاوي، **المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي في التشريع الجزائري**، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين "سطيف 2 "، المجلد16، العدد 02، 2019، ص ص 85-96.

14. فهيمة بديسي، بلال زويوش، **جودة الخدمات الصحية الخصائص-الابعاد-المؤشرات**، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة عبد الحميد مهري "قسنطينة2"، العدد 07، 2011، ص ص 135-156.

15. كريم عشوش، **المسؤولية التأديبية للطبيب العامل في القطاع الخاص**، مجلة المعارف قسم العلوم القانونية، جامعة البويرة، العدد 21، 2016، ص ص 107-122.

16. محمد الأمين بلبشير، محمد بودالي، **النظام القانون للمؤسسات الصحية. دراسة مقارنة**، مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية، جامعة سيدي بلعباس (الجزائر)، المجلد 10، العدد02، مخبر المرافق العمومية والتنمية، 2024، ص ص 791-810.

17. محمد أمين صحبي، **الطبيعة القانونية للمسؤولية المدنية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة**، مجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية، المركز الجامعي أفلو" الأغواط"، العدد 02، 2018، ص ص 114-135.

18. محمد براسي، **القواعد المنظمة لنقل المرضى عبر الطرقات في التشريع الجزائري**، مجلة الدراسات القانونية والسياسية، جامعة عمار ثليجي "الأغواط"، المجلد 06، العدد 02، 2020، ص ص 143-163.
19. محمد حاج بن علي، **التزام الطبيب بإعلام المريض**، مجلة التواصل في الاقتصاد وإدارة القانون، جامعة باجي مختار "عنابة"، المجلد 25، العدد 04، 2019، ص ص 160-175.
20. مزوز صورية، فيلالي بومدين، **السجل التجاري الالكتروني في القانون الجزائري**، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية، المجلد06، العدد02، مخبر تسيير المؤسسات، جامعة الجيلالي اليابس "الجزائر"، 2021، ص ص 460-477.
21. مهدي لعموري، **الصحة الجوارية في الجزائر من القطاع الصحي الى المقاطعة الصحية**، مجلة البحوث والدراسات العلمية، جامعة يحيى فارس "مدينة"، المجلد17، العدد 01، جامعة 08 ماي 1945، 2023، ص ص 582-602.
22. نجاة بن فريحة، غيدة فلة، **الممارسات التسويقية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة ومساهمتها في دعم التنمية الاجتماعية-دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة "الاحسان"** بالشلف، مجلة الاقتصاد الجديد، جامعة خميس مليانة، المجلد 10، العدد 01، 2019، ص ص 249-274.
23. نزار عبدلي، **المسؤولية الجزائية للعيادات الخاصة عن سوء تسيير النفايات الطبية**، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عمار الثليجي "الأغواط"، العدد 14، 2017،
24. نسيم بوقال، **تمكين الاستثمار الخاص من الانخراط الكامل في قطاع الصحة ما بين ضروريات الواقع ومخاوف الحكومات**، مجلة الدراسات القانونية، جامعة يحيى فارس "المدية"، المجلد 17، العدد02، 2023، ص ص 110-126.
25. نور الدين حاروش، التكامل والاندماج الفعلي للقطاعين الصحيين العام والخاص في الجزائر -السبل والاليات-، مجلة السياسة العالمية، جامعة الجزائر 03، المجلد 09، العدد 02، 2025، ص ص 206-223.

26. نور الهدى روابحي، " **المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر**"، مجلة المتون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الدكتور مولاي الطاهر "سعيدة"،2017، ص ص 103-115.

27. وليد لعماري، **المسؤولية المدنية الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة**، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، جامعة الحاج لخضر "باتنة"، المجلد 12، العدد 02، 2025، ص ص 473-499.

رابعا: المدخلات العلمية

1. امال مرزوق، **مداخلة بعنوان مقاومات ومعيقات للاستثمار الحقيقي في الجزائر**، الملتقى الوطني تأهيل المناطق الصناعية في الجزائر، مدخل لتعزيز تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة وترقية الصادرات خارج المحروقات -الواقع والافاق والتجارب الناجحة-، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 "قالمة"، 19 أكتوبر 2015.

2. مختار رحماني محمد، **مداخلة بعنوان المسؤولية المدنية للمؤسسات الخاصة للصحة ومهني الصحة الممارسين بها في ضوء الاجتهاد القضائي للمحكمة العليا**، ملتقى دولي يومي 17و 18 ديسمبر 2024 بفندق الشيراتون، مجلة المحكمة العليا -عدد خاص-، قسم الوثائق والدراسات القانونية والقضائية 2025، ص ص 18-33.

خامسا: المطبوعات الجامعية

1. أشواق زهدور، محاضرات في المسؤولية الجزائية، مطبوعة موجهة لطلبة سنة ثانية ماستر، تخصص قانون جنائي معمق، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة وهران02، 2017-2018.

2. أمينة دريسي، محاضرات في مقياس القانون الطبي الخاص، مطبوعة موجهة لطلبة سنة أولى ماستر، تخصص قانون طبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي اليابس سيدي بلعباس، 2024-2025.

سادسا: النصوص القانونية

أ_ الدستور:

1. – دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1996، منشور بموجب المرسوم الرئاسي رقم 96-438، مؤرخ في 07 ديسمبر سنة 1996، ج. ر، عدد 76، الصادرة في 08 ديسمبر سنة 1996(معدل ومتمم).

ب_ النصوص التشريعية:

1. أمر رقم 66-156 المؤرخ في 08 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات، ج. ر، عدد 49، الصادرة في 11 جوان 1966 (معدل ومتمم).
2. أمر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون المدني المعدل والمتمم، ج. ر، عدد 78، الصادرة في 30 سبتمبر 1975(معدل ومتمم).
3. أمر رقم 75-59 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون التجاري، ج. ر، عدد 101، الصادرة في 10 ديسمبر 1975(معدل والمتمم).
4. أمر رقم 76-101 مؤرخ في 09 ديسمبر 1976 يتضمن قانون الضرائب المباشرة والرسوم المماثلة، ج. ر، عدد 102، الصادرة في 22 ديسمبر 1976(معدل ومتمم).
5. قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج. ر، عدد 176، الصادرة في 17 فيفري 1985 (ملغى).
6. قانون رقم 90-11 المؤرخ في 21 أفريل 1990 المتعلق بعلاقات العمل، ج. ر، عدد 17، الصادرة في 25 أفريل 1990 (معدل ومتمم).
7. أمر رقم 06-07 المؤرخ في 15 جويلية 2006 المعدل والمتمم لقانون حماية الصحة وترقيتها، ج. ر، عدد 47، الصادرة في 19 جويلية 2006(ملغى).
8. قانون رقم 07-11 المؤرخ في 25 نوفمبر 2007، يتضمن النظام المحاسبي المالي، ج. ر عدد 74، الصادرة في 25 نوفمبر 2007.
9. قانون رقم 08-09 المؤرخ في 25 فيفري2008 والمتضمن قانون الاجراءات المدنية والادارية، ج. ر، عدد 21، الصادرة في 23 أفريل 2008(المعدل والمتمم).

10. قانون رقم 12-06 المؤرخ في 12 يناير 2012، يتعلق بالجمعيات، ج. ر، عدد 02، الصادرة في 15 يناير 2018.
11. قانون رقم 15-02 المؤرخ في 4 جانفي 2015، يتعلق بالتعاضديات الاجتماعية، ج. ر، عدد 01، الصادرة في 07 جانفي 2015.
12. قانون رقم 24-02 المؤرخ في 26 فيفري 2024 المتعلق بمكافحة التزوير واستعمال المزور، ج. ر، عدد 15، الصادرة في 29 فيفري 2024.
13. قانون رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018، يتعلق بالصحة، ج. ر، عدد 46، الصادرة في 29 جويلية 2018(معدل ومتمم).

ت_ النصوص التنظيمية:

- **المراسيم الرئاسية:**

_ مرسوم رئاسي رقم 20-158 المؤرخ في 13 جوان 2020، يتضمن إحداث الوكالة الوطنية للأمن الصحي، ج. ر، عدد 35، الصادرة في 14 جوان 2020.

- **المراسيم التنفيذية:**

1. مرسوم تنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 05 جويلية 1992 يتضمن مدونة أخلاقيات الطب، ج. ر، عدد 52، الصادرة في 08 جويلية 1992.
2. مرسوم تنفيذي رقم 97-261، المؤرخ في 14 جويلية 1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية، ج. ر، عدد 47، الصادرة في 16 جويلية 1997.
3. مرسوم تنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 04 ديسمبر 1997 يتضمن قواعد إنشاء المؤسسة الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج. ر، عدد 81، الصادرة في 10 ديسمبر 1997، (معدل ومتمم).
4. مرسوم تنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ج. ر، عدد 81، الصادرة في 10 ديسمبر 1997(معدل ومتمم).

5. مرسوم تنفيذي رقم 98-423 المؤرخ في 13 ديسمبر 1998، يتضمن انشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الاستشفائية الجامعية والقطاع الصحية، ج. ر، عدد 94، الصادرة في 16 ديسمبر 1998(معدل ومتمم).
6. مرسوم تنفيذي رقم 99-236 المؤرخ في 1999/10/19 المعدل وبالمتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 02-256 المؤرخ في 2002/08/03 والذي يحدد كيفية تطبيق المادة 201 من القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج.ر، عدد 74، الصادرة في 20 أكتوبر 1999 (الملغى).
7. مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج. ر عدد 33، الصادرة في 20 ماي2007(معدل ومتمم).
8. مرسوم تنفيذي رقم 07-321 المؤرخ في 22 أكتوبر2007، المتعلق بتنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، ج. ر، عدد 67، الصادرة في 24 أكتوبر 2007(ملغى).
9. مرسوم تنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ج. ر، عدد 63، الصادرة في 23 نوفمبر 2011.
10. مرسوم تنفيذي رقم 21-136 المؤرخ في 7 أفريل 2021، يحدد شروط وكيفيات استغلال المؤسسات الخاصة للصحة وسير وتنظيم نشاطاتها الصحية، ج. ر، عدد 28، الصادرة في 14 أفريل 2021(معدل ومتمم).
11. مرسوم تنفيذي رقم 21-196، المؤرخ في 11ماي 2021، يحدد كيفيات المراقبة الإدارية والأمنية للمواد والأدوية ذات الخصائص المؤثرة عقليا، ج. ر، عدد 36 الصادرة في 16 ماي 2021.
12. مرسوم تنفيذي رقم 22-80، المؤرخ في 21 فيفري 2022، يحدد تنظيم اللجنة الولائية للصحة العقلية وسيرها، ج. ر، عدد 14، الصادرة في 02 مارس 2022.
13. مرسوم تنفيذي رقم 22-251 المؤرخ في 20 جوان 2022، يتعلق بالوكالة الوطنية الوطنية للرقمنة في الصحة، ج. ر، عدد 47، الصادرة في 11 جويلية 2022.

14. مرسوم تنفيذي رقم 22-312، المؤرخ في 12 سبتمبر 2022، يحدد تشكيلة المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة وتنظيمها وسيرها، ج ر، عدد 62، الصادرة في 11 سبتمبر 2022.
15. مرسوم التنفيذي رقم 22-373 المؤرخ في 27 أكتوبر 2022 يحدد كيفية اعداد الخريطة الصحية وتقييمها وتحيينها، ج. ر، عدد 72، الصادرة في 31 أكتوبر 2022.
16. مرسوم تنفيذي، 22-401، المؤرخ في 21 نوفمبر 2022 يحدد تشكيلة المرصد الوطني للصحة وتنظيمه وسيره، ج. ر، عدد 78، الصادرة في 24 نوفمبر 2022.
17. مرسوم تنفيذي رقم 24-327 المؤرخ في 01 اكتوبر 2024، يحدد شروط ممارسة وعمل مهنيي الصحة ذوي الجنسية الاجنبية في هياكل ومؤسسات الصحة، ج. ر، عدد 69، الصادرة في 15 اكتوبر 2024.
18. مرسوم تنفيذي رقم 24-430 المؤرخ في 30 ديسمبر 2024 المعدل والتمم للمرسوم التنفيذي رقم 21-136 الذي يحدد شروط وكيفيات استغلال المؤسسات الخاصة للصحة وسير وتنظيم نشاطاتها الصحية، ج. ر، عدد 88، الصادر 31 ديسمبر 2024.
19. مرسوم تنفيذي رقم 26-100، المؤرخ في 01 فيفري 2026، يتضمن حل الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة، ج. ر،عدد 13، الصادرة في 15 فيفري 2026.
20. مرسوم تنفيذي رقم 26-202، المؤرخ في 16 ماي 2026، يحدد شروط وكيفيات ممارسة نشاط مربح في إطار خاص من طرف أساتذة التعليم العالي والباحثين والممارسين الطبيين المتخصصين، ج.ر، عدد 38، الصادرة 25ماي 2026.

- **القرارات:**

1. قرار مؤرخ في 22 أكتوبر 1988 يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها، ج. ر، عدد44، الصادرة في 02 نوفمبر 1988.
2. قرار وزاري مشترك المؤرخ في 29 فبراير 2012 يحدد معايير انتقاء المترشحين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية للالتحاق بالتكوين للحصول على شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية، ج. ر، عدد 66، الصادرة في 9 ديسمبر 2012.

سابعا: المواقع الإلكترونية

1. عبد الحفيظ سجال، الاستثمار الخاص في قطاع الصحة في الجزائر–مراجعة تشريعية وشيكة لإنهاء الفوضى–، نشر في 18 نوفمبر 2025.

اطلع في 2026/02/04 الساعة 14:10Https:// ultraalgeria.usawtiq.com

2. محمد سناجلة، أفضل 05 مناطق للسياحة العلاجية في العالم، نشر في 31 جويلية 2022،

اطلع في: 05 مارس 2026، الساعة 11:34 www aljazera.net

II. باللغة الأجنبية:

1. Les Livres :

1. Penneua.J, La Responsabilité du médecin, 3éme édition, Dalloz, Paris, p59 2004.

2. Les Articles :

1. Samira Lallouche, L'atténuation de la rigueur du système de la responsabilité pour faute dans le domaine médicale, Les Annales de l'université d'Alger 1, N°31-Tome 1.

الفهرس

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

مقدمة: 5

الفصل الأوَّل: الأحكام القانونية المتعلقة بهيكلة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة

المبحث الأوَّل: ماهيَّة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة 10

المطلب الأوَّل: مفهوم المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة 10

الفرع الأوَّل: تعريف ونشأة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة 11

الفرع الثاني: تمييز المؤسسات الاستشفائية الخاصَّة عن باقي الهياكل الصحيَّة.....16

المطلب الثاني: الطبيعة القانونية للمؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة 22

الفرع الأوَّل: آثار الإعتراف بالشخصية المعنوية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة.....23

الفرع الثاني: الأشكال القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة.....25

المبحث الثاني: تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة 38

المطلب الأوَّل: تدابير انشاء المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة.....38

الفرع الأوَّل: شروط الإنجاز 38

الفرع الثاني: إجراءات فتح واستغلال المؤسسات الاستشفائية الخاصة.....44

المطلب الثاني: إدارة المؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة 49

الفرع الأوَّل: التسيير الإداري والمالي 49

الفرع الثاني: الشروط الخاصة بممارسة مهنيي الصحة 54

الفصل الثاني: الأحكام القانونية المتعلقة بوظيفة المؤسسات الاستشفائية الخاصة

المبحث الأوَّل: الإلتزامات والمسؤوليات القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة 63

المطلب الأوَّل: الالتزامات القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة 63

الفرع الأوَّل: علاقة المؤسَّسة الاستشفائية الخاصَّة بالطبيب والمريض 64

الفرع الثاني: العلاقة بين الطبيب المعالج والمريض 70

المطلب الثاني: المسؤولية القانونية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة..... 74

الفرع الأوَّل: المسؤولية المدنية للمؤسَّسات الاستشفائية الخاصَّة **75**

الفرع الثاني: المسؤولية الجزائية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة..... 87

المبحث الثاني: آليات الضبط القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة 94

المطلب الأوَّل: الرقابة القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة 94

الفرع الأوَّل: أجهزة الرقابة على المؤسسات الاستشفائية الخاصة 94

الفرع الثاني: صور الرقابة القانونية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة 101

المطلب الثاني: الجزاءات القانونية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة 105

فهرس المحتويات

الفرع الأوَّل: الجزاءات المطبقة على المؤسسات الاستشفائية الخاصة 105

الفرع الثاني: الجزاءات المطبقة على الأشخاص العاملين داخل المؤسسة..... 110

الخاتمة..... 116

قائمة المصادر والمراجع 121

الفهرس..... 134