وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة سعيدة د. الطاهر مولاي
كلية الحقوق و العلوم السياسية
قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية

دور القطاع الخاص في رسم السياسات العامة الصحية في الجزائر
دراسة حالة : المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة

مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية و العلاقات الدولية

تخصص : سياسات عامة و تنمية

إعداد الطالبة :
ميلودي سعدية

تحت إشراف :
شيخاوي أحمد

لجنة المناقشة و التحكيم :

أ. شيخاوي أحمد..... مشرفًا و مقررًا.

د. زبيري رمضان..... رئيسًا.

د. ولد الصديق الميلود ..... عضوًا مناقشًا.

السنة الجامعية :
1436 هـ- 2015م

دعاء

الله الرحمان علم القرآن، خلق الإنسان علمه البيان الله

يا ربي أعني حتى لا أصاب بالغرور إذا نجحت،

و لا أصاب باليأس إذا فشلت، بل ذكرني دائمًا

بأن الفشل هو التجارب التي تسبق النجاح، يا رب العالمين

إن التسامح هو أكبر هواتي للقوة، و أن حب الانتقام هو أول مظاهر الضعف

يا رب إذا جردتني من تهمة الصحة فاترك لي نعمة الإيمان،

يا رب إذا أسأت إلى الناس أعطني شجاعة الاعتذار،

و إذا أساء إلي الناس أعطني شجاعة العفو

اللهم لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا فمن اجتهد و أصاب له أجران

و من اجتهد و لم يصب فله أجر.

أمين يا رب العالمين

شكر و تقدير

نحمد الله من ملأت قلوب أولئك بمحبتك و معرفتك و أشهدتهم سر عظمتك فتحملوا أعباء ألوهياتك فانطلقت ألسنتهم بجواهر الحكم و ألهمتهم بجواهر الحكم و ألهمتهم ينابيع العلم فهم في رياض معرفتك سابحون و من فيض قديستك مستمدون و صلي و سلم على سيدنا محمد رسول الله منبع الهداية و العلوم و أخرج الناس من عامية الجهل و الاضلال إلى نور العلم و المعرفة و الإيمان.

و على آله و صحبه الأطهار و صفوة أمته الأبرار.

و بعد،

بمناسبة إهداء هذا العمل المتواضع نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الكريم "شيخاوي أحمد" الذي لم يبخل علينا بالنصح و الإرشاد من أجل إنجاز هذا الموضوع.

و أتوجه بالشكر إلى لجنة المناقشة على قبولهم دعوة مذكرة الماستر الأستاذ ولد الصديق ميلود و زبيري رمضان.

كما نتقدم بالشكر إلى أساتذة كلية العلوم السياسية و العلاقات الدولية خاصة الذين تلقينا على أيديهم نصيبًا من العلم و المعرفة، و كل الأساتذة بجامعة "الدكتور مولاي الطاهر بسعيدة".

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل للذين ساندوني و قدموا لي يد العون في إنجاز مذكرتي و أتمنى لكل هؤلاء الاحترام و التقدير و الشكر الجزيل و الاعتراف بالجميل.

إهـــداء

لوجه الله الكريم الذي وفقني في إنجاز هذا العمل أهدي ثمرة جهدي

إلى الذي قال فيهما : "و بالوالدين إحسانا"

إلى مفخرتي و عزي، إلى من تأملت وجوده بقربي في مثل هذا اليوم

حتى أحقق له و لو جزء من أمله إلى روح أبي الطاهرة

–رحمه الله و جعله من أصحاب الجنة و النعيم–

إلى لؤلؤة قلبي النابض و قرة عيني التي علمتني الحياة و سقتني حليب الأخلاق

و ألهمتني روح العمل و الجد و قلبها الطيب، إلى من جعلت رضاها حافزي

للنجاح في دربي، إليك "والدتي الحبيبة"

إلى ينابيع أنهاري.... إلى أغصان أشجاري، اليكم إخوتي و أخواتي.

إلى كتاكيت البيت.

إلى كل من يؤمن بالصداقة الصادقة.

و أهدي عملي هذا الى أصدقائي و الى كل طلبة العلوم السياسية

و العلاقات الدولية دفعة **2015–2016** و إلى كل من تعذر عليا أسماؤهم

فلهم مني أحلى السلام

و أوّلاً و أخيرًا الحمد لله عز و جل الذي وفقني في إنجاز هذا العمل.*

سعدية

مقدمة

تعد السياسات العامة الحكومية إحدى الآليات الفعالة لتدخل الدولة، في أي مجال من المجالات الحيوية التي تدخل ضمن نطاقات الدولة في أطر اختصاص سلطاتها العمومية ، من هنا فإن السياسة العامة الصحية تعد إحدى أهم المجالات أو البرامج الحكومية التي تمت بشكل مباشر حياة المواطنين ونمط معيشتهم وتعد ركيزة أساسية من أهم ركائز أي سياسة اجتماعية ناجحة تريد الدولة تطبيقاتها وذلك من اجل تحسين ظروف معيشة المواطنين وفي تحقيق تنمية إنسانية شاملة ومستدامة ، من هنا فان السياسة العامة الصحية تختلف من بلد آخر وفقا لدرجة الاختلاف في قدرات البلد الاقتصادية والتنموية والمالية ، وكذا في النمط السائد و الإيديولوجية المتبعة في تحقيق التنمية فتجد بلدنا تعتمد على سياسة اجتماعية تجعل من الصحة أو الرعاية الصحية حقا مشروعا ومكفولا للفرد والمواطن واجبا والتزاما ضروريا توفره الدولة وحكومتها على عاتقها ، في حين ان هناك دولا أخرى تعتمد على نمط خدماتي صحي مبني على أسس رأسمالية محضة انطلاقا من مبدأ من يملك المال له الحق في التمتع بأفضل الخدمات و أرقى أنماط الرعاية الصحية ، مما يحرم كثيرا من فئات المجتمع من وضع صحي لائق.

و السياسة العامة هي عملية سياسية في المقام الأوّل، تتميز بالشمول و التنوع و بالصعوبة والتعقيد كذلك و تختلف طبيعة صنع هذه السياسة و أهدافها من دولة إلى أخرى و من نظام سياسي إلى آخر و دور الأجهزة الحكومية و موازاة مع تطور الدول و تعقد الحياة السياسية ظهرت إلى الوجود مؤسسات أسندت لها مهمة صياغة و تنفيذ السياسات العامة للدولة، لاستحالة قيام المواطنين فرد بهذه المهام الكبرى، حيث عكفت هذه المؤسسات على تقاسم المهام فيما بينها و السهر على إنجاح هذه السياسات طبقًا لما جاءت به الدساتير و القوانين لكل دولة، لكن و خلال الممارسة طفت إلى السطح إشكالات أعاقت سير هذه المؤسسات.

و قد سعت كل الأنظمة السياسية و في كل المجتمعات و بمختلف أشكالها إلى إحداث التغيرات السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و غيرها، كل ذلك حسب الأولويات التي حددها كل نظام، و يمكن لكل باحث أن يلحظ تطور البحوث والدراسات التي جعلت من السياسات العامة محورًا لها، حيث تمّ التركيز على علاقة مؤسسات وهياكل الإدارة العامة بالسياسات التي تتبناها جوانب الظاهرة السياسية المركبة، مما أفرز اتجاهات مدارس و مراكز بحث يسهر على العشرات من الباحثين و هذا راجع لتعقد الظاهرة الاجتماعية و تعدد أبعادها، لذا تعددت الاقتراحات والمناهج و تعددت المدارس و لا يمكن لأي منها الإدعاء باحتكار الحقيقة و امتلاك نظرية كاملة تعين عن مناهج و

اقترابات أخرى في كل منها، و بمعنى أقرب للوضوح يمكن القول أن السياسة العامّة هي نتاج ديناميكي معقد يتم في إطار نظام فكري بيئي سياسي محدد تشترك فيه عناصر معينة رسمية وغير رسمية يحددها نظام سياسي، و من أهم هذه العناصر : دستور الحكم في الدولة الإيديولوجية، الفلسفة السياسية للسلطة الحاكمة، السلطة التشريعية، السلطة التنفيذية، السلطة القضائية، الأحزاب السياسية، جماعات المصالح أي جماعات الضغط، الصحافة و الرأي العام، الإمكانات و الموارد المتاحة و طبيعة الظروف العامة للبلد.

إنّ دراسة صنع السياسية العامة عملية على درجة من الصعوبة و التعقيد، فهي عملية حركية بالغة الحساسية، و تشمل على العديد من المتغيرات و المؤثرات وعوامل الضغط التي يؤدي تداخلها و تفاعلها المستمران إلى إنتاج سلسلة من ردود الفعل التي تتصرف بدورها إلى كل جوانب العمل داخل النظام السياسي.

قد كانت الدراسات الكلاسيكية التي تناولت صنع السياسات العامة تركز بالأساس على الفاعلين المحليين و العلاقات بينهم و قدرتهم على التأثير في عملية صنع السياسات و الذي يشير في جوهره إلى ظاهرة حركية لها أبعادها الاقتصادية والسياسية و الاتصالية.

و رغم كل هذا التطور العائل في دراسات السياسات العامة و ما شهده هذا الحقل من إسهامات و مناظير إلا أن الواقع العملي لإفرازات و تجليات العولمة أدى إلى انتكاسات و أزمات عالمية مشهورة تذكر منها على وجه الخصوص فشل برامج التنمية و الإصلاح في الدول النامية ودخول العالم في نفق مظلم هو نفق الأزمة المالية العالمية و بروز إشكالات للدولة القومية أو أزمة الدولة هذا بالإضافة إلى مشاكل البيئة و الصراعات الدولية و عجز المنظمات الدولة و إفلاس النظريات الاقتصادية.

و منه قطعت الجزائر أشواطًا كبيرة في تطوير قطاع الصحة، حيث كان هذا الأخير تمت القطاعات التي منحتها الدولة الأولوية منذ الاستقلال، بعد أن ورثت عن الاستعمار وضعية صحية متدهورة، مع انتشار العديد من الأوبئة المرتبطة بالظروف المعيشية المتردية لأغلب الجزائريين ومنها التيفوئيد، و الكوليرا، الملاريا، السل، والإسهال، و التي كانت كلها سريعة للعدوى و قاتلة، وقد فتكت بعدد كبير من الجزائريين و كان أول تحد للجزائر بعد الاستقلال يتمثل في كيفية التقليل من الإصابات بهذه الأوبئة كأول خطوة ثم القضاء عليها نهائيًا، من خلال مجانية العلاج، و توفير التلقيحات الضرورية للحد من انتشار هذه الأمراض خاصة خارج المدن الكبرى، و قد تمحورت أن ذلك

استراتيجية تطوير قطاع الصحة حول تحسين التغطية الصحية وتحسين الوضعية بشأن مكافحة الأوبئة، و قد تميزت الحقبة الزمنية ما بين نهاية الستينات و نهاية السبعينات بإعطاء العلاج الأولي الأولوية، و ذلك عن طريق توفير قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية، بالإضافة إلى انطلاق الحملات الوطنية للتلقيح ضد الشلل للأطفال و مكافحة الملاريا، غير أن التغطية الصحية في تلك الحقبة و التي تلتها لم تكن بصفة متعادلة بين سكان المدن الكبرى، والمناطق الداخلية و الريفية بصفة عامة، و هذا الخلل استركته الدولة من خلال السياسة الصحية التي سطرتها خلال العشرية الأخيرة لضمان تغطية متكافئة بين كافة السكان على كامل التراب الوطني الكبير.

و مع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية من جهة، و زيادة الوعي واهتمام الزبون (المريض) بالحصول على الخدمات الصحية التي تلبي حاجياته و تحقق رغباته من جهة أخرى.

ظهرت رهانات جديدة أمام الدولة في تخطيط السياسات في كيفية الحصول والحفاظ على رضا المريض، و اعتبرت الدافع وراء الاهتمام بجودة خدماته و التميز في خدمة زبائنها و هذا ما جعلها تفتح المجال أمام المستثمرين المحليين لفتح عيادات خاصة كمساهمة في سبيل تحسين مستوى الخدمات الصحية للبلاد.

و السياسة الصحية تهدف إلى تخليص أفراد المجتمع من المرض و إعادة إدماجهم من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا دورهم بفاعلية داخل محيطهم الاجتماعي.

و نظرًا لأهمية الصحة لدى الشعوب، فقد اضطلعت برسم و تنفيذ و تقويم السياسات الصحية العديد من المؤسسات الرسمية و الغير رسمية الوطنية و حتى المؤسسات الدولية التي أصبحت تتدخل في الكثير من التفاصيل الخاصة بهذه السياسة، فالمشاكل الصحية لم تعد شأنًا داخليًا بل شأنًا عالميًا تسيره العديد من المؤسسات الدولية و تتكاثف جهود الدول من أجل مواجهة الأوبئة و الآفات العابرة للدول و القارات بفعل ازدياد حركة الأفراد و تطور وسائل النقل، بل هناك ترتيبًا دوريًا للدول تصدره الهيئات الدولية حسب المخاطر التي تتمثلها على الشعوب الأخرى و درجة التقدم التي أحرزها في ميدان الصحة.

نجد في العصر الحالي سياسات صحية لكل دولة، و سياسات إقليمية و عالمية تشرف عليها مؤسسات مثل منظمة الصحة العالمية للكثير من المؤسسات الأخرى المتخصصة.

2- أسباب اختيار الموضوع :

من أشق الصعاب التي تواجه الباحث هو اختيار الموضوع يصلح لدراسة عامية قد يكون ذلك لأسباب ذاتية كرغبة الباحث في تجسيد فكرة ما أو لأسباب موضوعية يعرضها الواقع الاجتماعي فتكون دوافع محفزة على احتصار مواضيع تكون جديرة بالدراسة. و يهدف إلى المساهمة.

أوّلاً : أسباب ذاتية

الرغبة الشخصية للباحث في تناول هذا الموضوع لما يمثله من أهمية بفعل المهنة التي يمارسها و المشاكل التي يواجهها يوميًا في مهنته كطبيب و ما يلاحظه من اختلالات في المنظومة الصحية في الجزائر، و نتيجة للجدل الدائر بين أفراد المجتمع غموض المهنة على الخصوص والرغبة في التخصص في هذا الموضوع.

ثانيًا : أسباب موضوعية

إنّ موضوع السياسات العامة أصبح يشكل مجالاً خصبًا للباحثين و السياسيين على السواء لحساسية القضايا التي يتناولها و تأثيرها على الحياة اليومية للمواطنين، وأضحى إهمالها و عدم التكفل بها يهدد الاستقرار الاجتماعي للدولة، و مع ذلك تفتقر المكتبات لدراسات أكاديمية جادة في هذا المجال خاصة باللغة العربية، مما دفع الباحث إلى التعمق في الموضوع المشاركة بجهده المتواضع في هذا المجال للبحث الحساس بعمل ميداني من خلال جمع معلومات أولية من واقع الدراسة التطبيقية على مستهلكي الخدمات الصحية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة.

و كمحاولة لإبراز أهمية الصحة و أبعادها و انعكاساتها على مختلف المجالات الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية.

و عليه تتناول دراستنا هذه اعتبار الأساليب التالية :

- إلقاء الضوء على ظروف العمل التي تميز هذا القطاع، و مدى تأثيرها على مصلحة الأفراد الذين يطلبون العلاج من الناحية و السلك الطبي و الشبه طبي و الإداريين والمهنيين من ناحية أخرى.
- المساهمة و لو بالشيء القليل في إثراء أدبيات تحليل السياسات القطاعية من خلال قطاع الصحة في الجزائر.

3- أهمية الموضوع :

إنّ الموضوع محل الدراسة يكتسب أهمية كبيرة من جانبين رئيسيين هما : الأهمية العلمية و الأهمية العملية و سنتطرق لكل جانب على حدى :

أوّلاً : الأهمية العلمية

تظهر الأهمية العلمية السياسية الصحية و القطاع الخاص ضمن منظومة السياسة العامة في كونهما أحد الموضوعات الهامة و المعقدة و اللذين تناولهما العديد من الباحثين و المختصين في مجال السياسة العامة.

و تعتبر صحة الأفراد و ما لها من انعكاسات سياسية و اقتصادية و اجتماعية أحد الموضوعات التي لاقت اهتمام العديد من الهيئات الوطنية و الدولية و الحكومية والغير حكومية والمؤسسات التعليمية (الجامعات و المعاهد العلمية المتخصصة) و رجالات السياسة و الاقتصاد الذين قاموا بإجراء دراسات و إصدار أبحاث و نشرات تختص بمختلف أبعادها و انعكاساتها على مختلف المجالات الحياتية، و بهذال الشأن عقدت العديد من المؤتمرات الوطنية و الدولية حول أهمية صحة الأفراد و تأثيرها بشكل سلبي أو إيجابي على حياتهم.

ثانيًا : الأهمية العلمية

نجاح أو فشل السياسات الصحية تكون باشتراك القطاع الخاص لضمان تغطية صحية للأفراد، فالمشاكل الصحية التي يتخبط فيها –المواطن الجزائري و سوء تسيير المستشفيات الخاصة و البيروقراطية جعلت من الضروري بالنسبة للسلطات العامة إعادة النظر في المنظومة الصحية وإعطاء الفرصة للمستثمرين للاستثمار في قطاع الصحة و فتح عيادات أخرى، هذه الأخيرة التي من شأنها المساهمة في تحسين وتطوير السياسة الصحية العامة في الجزائر، لكن هذا القطاع أصبح في الآونة الأخيرة شاسع بدرجة كبيرة للربح بالرغم من أنّه يخضع لرقابة وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات.

4- أهداف من الدراسة :

تتمثل أهداف اختيار الموضوع في :

1. من خلال هذه الدراسة يحاول صاحب البحث الإسهام و لو بشكل بسيط في سد الفراغ الناجم عن فقر الدراسات الأكاديمية المتعلقة بموضوع القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر.
2. اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة.
3. المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية.
4. مساهمة القطاع الخاص في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين والأفراد.
5. إثراء المجال المعرفي لموضوع السياسات العامّة و الاطلاع على النقاش العلمي الدائر بين المتخصصين في هذا الفرع من علم السياسة في الدول المتقدمة.
6. تحديد الدور المحوري الذي تلعبه المؤسسات في مراحل السياسة العامة والسياسة الصحية بالخصوص.
7. تحقيق الأمن الصحي الذي يعتبره عاملاً مهمًا في تحقيق التنمية الشاملة.
8. تزويد الباحثين بمبادرة معرفية تتصل بالواقع المعاش حول الصحة.

5- أدبيات الدراسة :

إنّ الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع كانت قليلة جدًا بل و نادرة في بعض الأحيان، و انبعثت رغبتنا في بناء هذه الإشكالية التي تقودنا في عملية الدراسة.

و أهم هذه الأدبيات التي تصب في لب الموضوع اعتمدنا على ما يلي :

أ- **الكتب :**

1. كتاب السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل، كتاب من تأليف خليفة الفهداوي، دار الميسرة، عمّان، 2001.

و الذي قدم فيه تحليلاً فنيًا متخصصًا حول السياسة العامّة على صعيد المفاهيم والنظريات، بالإضافة إلى أنماط السياسة العامّة و مرتكزاتها البنيوية، كما أشار إلى تحليل السياسة العامّة كأسلوب عامي و إطار منهجي للتعامل مع القضايا السياسية، و كذا توظيف العام والمعرفة العلمية و تطويرها لخدمة السياسة، والأهم في هذا المؤلف هو تشخيص أهم القوى الفاعلة في

صنع السياسة العامّة الرسمية و غير الرسمية، و كل المتغيرات السيئة التي تدخل في توجيب الفاعلية من الثقافة السياسية و ظروف اجتماعية.

2. كتاب إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، كتاب من تأليف نور الدين حاروش، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2007، كتاب خاص بإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر قام فيه الكاتب بتحليل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر من الاستقلال إلى غاية 2007 لمعرفة البرامج و السياسات المسطرة و معرفة النتائج و مقارنتها بالإمكانيات المتوفرة، و بعد عرض لمختلف المراحل التي عرفتها الأوضاع الصحية في الجزائر ليصل الكاتب للاستنتاجات أهمها الرهانات التي رفعتها الخلفية الإيديولوجية لصناع السياسات الصحية في الجزائر كان بالغ الأثر على نوعية هذه السياسات.
3. كتاب إدارة الخدمات الصحية، من تأليف الدكتور صلاح محمود ذياب، دار الفكر ناشرون و موزعون، 2009.

تناول فيه الكاتب المفاهيم الأساسية للإدارة الصحية و وظائفها بشكل مختصر مع التركيز على التخطيط الصحي و أهداف المؤسسات الصحية و ركز أيضًا على جودة الرعاية الصحية و إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مع التوضيح الكامل لجوانب الجودة و تطبيقها في المراكز و المؤسسات الصحية، كما بين مفاهيم السلامة المهنية و الصحية في المؤسسات و المراكز الطبية مع التركيز على المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها المؤسسات الصحية و كيفية التخلص من النفايات.

4. إدارة المستشفيات العامة و الخاصة و كيفية تنمية العاملين بها، كتاب من تأليف محمد الصريفي، دار الفكر الجامعي، 2009.

تطرق فيه الكاتب إلى مفهوم المستشفى و عرضه أهم وظائفها ثم أنواعها والمهارات الإدارية و السلوكية الواجب توفرها في العاملين في المستشفيات من الرئيس للمرؤوسين.

ب-الرسائل الجامعية :

أما عن المذكرات فهناك العديد من الباحثين الذين تناولوا موضوع دور القطاع الخاص في رسم السياسة الصحية في الجزائر نذكر منهم :

- مذكرة ماجستير غير منشورة من إعداد حسين محمد العيد، تخصص سياسة عامة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة عنوان السياسة العامّة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي 1990-2012).

تطرق فيها صاحبها إلى نشأة و تطور السياسة العامّة، ثمّ تناول المداخل النظرية لدراسة السياسة العامّة ثمّ تناول السياسات الصحية ماهيتها و أهدافها و محاورها.

- مذكرة ماجستير غير منشورة من إعداد خروبي بذارة عمر، تخصص رسم السياسات العامّة، جامعة الجزائر، تحت عنوان إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1990-2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف.

تناول فيها الباحث التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر، والظروف الصحية التي ميزت الجزائر عبر ثلاث مراحل أساسية قبل الاستعمار الفرنسي و مرحلة الاستعمار و مرحلة استرجاع السيادة الوطنية ثمّ تطرق إلى إلى مراحل عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر في الفترة الزمنية 1990-2009.

6- مشكلة البحث :

- **مقدمة السؤال المركزي :**

صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، و ذلك من أجل استمرارها بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية، و باعتبار أنّ السياسة الصحية هي مجموعة الهياكل والمؤسسات الإدارية و الخدماتية يقوم على تسييرها أفراد ذوي مهارات و تخصصات مختلفة يعتبرون المحرك الرئيسي لها أصبحت السياسة الصحية التي يستفيد منها المواطن الجزائري، لذا سعت الدولة الجزائرية من خلال مجموعة الإصلاحات التي قامت بها إلى فتح المجال أمام المستثمرين بفتح عيادات خاصة لمحاولة حل المشاكل التي أصبحت تؤثر بشكل سلبي على صحة المواطنين، و من ثم أصبح القطاع الصحي مكانة فعالة داخل المنظومة الصحية الوطنية، و من هذا المنطلق نطرح الإشكالية التالية :

كيف يساهم القطاع الخاص في ترقية السياسة العامة الصحية في الجزائر؟

تحت الإشكالية تتدرج مجموعة من الأسئلة الفرعية :

- ما مفهوم السياسة العامّة؟
- و ما هي السياسة الصحية و القطاع الخاص؟
- ما هي المراحل التي مرت بها السياسة الصحية في الجزائر من الاستقلال؟
- هل يلعب القطاع الخاص دورًا في تطوير السياسات العامة الصحية في الجزائر؟

7- فرضيات البحث :

كمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات قدمنا الفرضيات التالية كتصورات نظرية و هي :

- لقد تطورت السياسات العامّة الصحية في الجزائر من الاستقلال بحسب احتياجات كل مرحلة.
- برز دور القطاع الخاص في الرفع من مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.
- يساهم القطاع الخاص في ضمان الرعاية الصحية و ترقية السياسات العامة الصحية في الجزائر.

8- منهج الدراسة :

المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العام إنّ الطريقة التي يتم وضعها الوصول إلى الحقيقة في العلم" فاستخدام المناهج و طرق البحث العامية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة، و يمكن استعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر و هذا في إطار التكامل المنهجي المتعارف عليه و المعمول به من طرف الباحثين الاكاديميين في مختلف العلوم الإنسانية و الاجتماعية على الخصوص.

و تكتسب طبيعة البحوث الكمية و الاستطلاعية خصائص معينة، تحتم علينا استخدام مجموعة من المناهج و بالنظر إلى كون موضوع بحثنا هذا يدخل ضمن هذا الإطار قمنا باستعمال المناهج التالية:

1. المنهج الوصفي و التحليلي :

الذي يعتبر من بين المناهج الأكثر تنوعًا و استخدامًا في الدراسات الكمية والاستطلاعية أو ما يسمى بالدراسات المسحية الشاملة، و هذا بغية الوصول إلى معرفة كل حيثيات و جوانب الظاهرة محل الدراسة و التحليل، فالمنهج الوصفي بأنه تلك الطريقة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث في دراسته لظاهرة اجتماعية أو سياسية معينة وفق خطوات بحث معينة و قياسًا على ذلك

وجدنا أنّ هذا المنهج يكتسب أهمية كبيرة في دراستنا هذه، لما له من دور فعال في وصف وتجميع المعلومات ولبيانات حول موضوع الدراسة في ضوء القطاع في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر.

بينما المنهج التحليلي فيتجلى لنا في الفصل التطبيقي و ذلك من خلال دراسة حالة منظمة خاصة و هي المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث.

2. المنهج التاريخي :

يعتبر هذا المنهج الحلقة الرئيسية في معظم البحوث العلمية و الأكاديمية لما له من أهمة بالغة في تقصي الحقائق التاريخية عن الظاهرة محل الدراسة و محاولة الاستفادة من تجارب الماضي، و صدق من قال بأنّ فهم الحاضر يكون بدراسة الماضي و من ثمّ يمكن التنبؤ بالمستقبل.

و لقد قمنا باستعمال المنهج التاريخي في هذه الدراسة المتواضعة، من خلال التطرق إلى الخلفيات التاريخية للسياسة الصحية في الجزائر بالاستعانة ببعض الوثائق و الكتابات التاريخية، و محمل التطورات الحاصلة عبر مختلف الفترات الزمنية و المكانية للظروف الصحية.

3. منهج دراسة الحالة :

لقد كان لاستعمال هذا المنهج الفائدة في الفهم الدقيق و العميق لموضوع البحث الماثل أمامنا فلكون الدراسة تمس قطاع هام و معقد من جهة، و استحالة دراسة كل الهياكل والمؤسسات المكونة لقطاع الصحة من ناحية أخرى، ارتأينا إلى اختيار حالة معينة ممثلة في المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر، من اجل إجراء هذه الدراسة، و محاولة التحكم أكثر في الموضوع، و إعطاء صبغة علمية أكثر دقة لهذا البحث، و كذلك من أجل تسهيل عملية جمع المعلومات و البيانات و ذلك من أجل التعرف على حالة واحدة معينة وبطريقة علمية تفصيلية دقيقة مراعاة لربح الوقت، و من أجل تعميم النتائج على القطاع ككل.

4. المنهج الإحصائي :

يعد هذا المنهج من بين المناهج العلمة التي أضفت الصبغة العلمية على الابحاث السياسية و الاجتماعية و التي تهتم بدراسة و تحليل الظاهرة الاجتماعية من الناحية الكمية، وتطبيقًا لذلك قمنا بالاستعانة بمجموعة من الإحصائيات و الأرقام و محاولة تبويبها و وضعها في شكل جداول ثم القيام بتفسيرها و شرحها، ثم الوصول إلى نتائج معينة بأكثر دقة ممكنة.

- **الاقتراب القانوني المؤسسي :**

و ذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية و الدستورية و الإجراءات التنظيمية المنظمة للمستشفيات الخاصة، أيضًا إجراء دراسة ميدانية لأحد المؤسسات الصحية الخاصة (عيادة المغيث بعين الحجر) التي تلعب في وقتنا الحالي دورًا فعالاً في التغطية الصحية العامة في الجزائر و ذلك بالتعرف على أهدافها و واقع العمل فيها.

- **الأداة :**

أما الجانب التطبيقي اعتمدنا على وسيلة أو أداة المقابلة، و هي ما يطلق عليها اتصال، مواجهة، بين طرفين أحدهما الباحث أو القائم بإدارة المقابلة و الطرف الآخر هو المبحوث، و ذلك بقصد حصول الأوّل على معلومات من الثاني في موضوع معين.

9- حدود الدراسة : شملت دراستنا على مجموعة من المرضى المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة.

1. **الحيز الزمني :**

لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة سنة 2014.

2. **الحيز المكاني :**

بهدف التعرف على دور القطاع الخاص في رسم السياسة العامّة الصحية في الجزائر اخترنا تحقيق هذه الدراسة للمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة.

10- صعوبات الدراسة :

الصعوبات التي واجهت الباحثة في إعداد هذه المذكرة هي :

1. نقص المراجع حول موضوع السياسة الصحية و خاصة السياسة الصحية في الجزائر.
2. الانعدام التام للمراجع حول القطاع الخاص في الجزائر نظرًا لحداثة نشأته.
3. صعوبة الحصول على معلومات من العيادة الخاصة محل الدراسة.
4. ضيق الوقت لأنّه موضوع شامل بكل جوانبه و له دور في المجتمع.

11- هيكلة الدراسة :

و من أجل الإلمام بإشكالية البحث و تجسيد اختبار الفروض، ثم تقسيم البحث إلى فصلين إلى جانب مقدمة عامة و خاتمة الدراسة.

تناول الفصل الأوّل الإطار النظري و المفاهيمي للدراسة و الذي قسم بدوره إلى ثلاث مباحث، المبحث الأوّل خصص لنشأة و تطور السياسة العامة، و مفاهيمها وأهدافها و عناصرها وخصائصها ومستوياتها، أمّا البحث الثاني فقد خصص لمفاهيم حول صحة السياسية الصحية وأهميتها و محاورها ومقوماتها و مراحلها و أهدافها، أمّا المبحث الثالث فقد خصص دور القطاع الخاص وعلاقته بالسياسة العامة الصحية في الجزائر، و عالج الفصل الثاني الجانب التطبيقي لموضوع البحث في المؤسسة الاستشفائية الخاصة، و هو عبارة عن محاولة لتكييف الجانب النظري على الواقع العملي لتقديم الخدمات الصحية، و لقد تم في هذا الفصل إعطاء صورة واضحة عن واقع القطاع الصحي الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر.

و في الخاتمة تم تناول أهم النتائج المتوصل إليها من المشاكل و النقائص و من تم تقديم مجموعة من الاقتراحات الممكنة من أجل النهوض بهذا القطاع عن طريق تطبيق السياسة الصحية في المستقبل.

الفصل الأوّل :
الإطار النظري
و المفاهيمي للدراسة

تعتبر الدراسات القائمة في حقل السياسة العامّة من أهم المجالات البحثية ضمن الدراسات السياسية التي أولت اهتمامًا بدراسة أنماط الأنظمة السياسية، و تقويم أدائها و مدى فاعليتها داخل حكومات دولها، و في الإطار اهتم العديد من الباحثين و مراكز البحوث و الدراسات، بدراسة السياسة العامّة من جميع نواحيها من مضمونها و كيفية صنعها و الطريقة التي تطورت بها أساليب عمل الحكومات في رسم السياسات القطاعية في اتخاذ القرارات و العمليات و النشاطات الحكومية والهياكل التنظيمية و كذلك تأثرها بالعوامل الخارجية و البيئية بمختلف ميادينها و التغيرات الحاصلة فيها و ما تحتويه من قيم و انعكاسات على توعية السياسات المتخذة في كل قطاع على حدى.

و إنّ القطاع الخاص يمثّل اليوم محور عملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في معظم بلدان العالم المتقدّم و الدول النامية في رسم السياسة الصحية التي تهدف إلى تخليص أفراد المجتمع من المرض و إعادة إدماجهم من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا أدوارهم بفاعلية داخل محيطهم الاجتماعي.

و على هذا عالج الفصل الأوّل : الإطار النظري و المفاهيمي للدراسة، و من هنا تطرقنا لثلاث مباحث هما :

- المبحث الأوّل : السياسة العامة مقاربة مفاهيمية.
- المبحث الثاني : السياسة الصحية في الجزائر.
- المبحث الثالث : القطاع الخاص وعلاقته بالسياسة العامة الصحية في الجزائر.

المبحث الأوّل : السياسة العامة مقاربة مفاهيمية.

تعتبر السياسات العامّة الأداة الرئيسية التي تتدخل من خلالها الحكومات في تحديد ما يمكن و ما لا يمكن للمواطنين القيام به، و ما تنوي القيام به من أعمال تنفذ من خلالها واجباتها في إدارة الشؤون المختلفة تحقيقًا للمصلحة العامّة و حلاً للمشاكل الاجتماعية.

و بالتالي يمكن القول بأن علم السياسة العامّة هو علم الفعل أو الحركة التي تقوم بها الحكومات، و تهتم دراسة السياسة العامّة Policy Studies بدراسة كيف و لماذا تقوم أو لا تقوم الحكومة بفعل معين، و بالتعرف على الأهداف التي تسعى لتحقيقها من وراء ذلك و تقوم الدولة بتشكيل سياستها و تنفيذها من خلال آليات و عمليات و هياكل رسمية و غير رسمية، و بطرق مباشرة و غير مباشرة.

المطلب الأوّل : نشأة و تطوّر السياسة العامّة و مفاهيمها.

أوّلاً : نشأة و تطوّر الاهتمام بالسياسة العامّة.

كان الاهتمام بقضايا المجتمعات و كيفية تنظيمها، يمثل جل العناية المكثفة التي اهتم بها الفلاسفة و العلماء و المفكرين السياسيين، و استمر ذلك حتى منتصف القرن التاسع عشر حينما كانت معظم الجامعات الأوربية تدرس السياسة و الحكم كفرع من فروع الفلسفة.

اقتصرت على دراسة السياسة ذاتها و لم تهتم بالسياسة العامّة، لأنّها لا تزال ضمن الإطار الفلسفي، لكن بعدها بدأ يتبلور علم السياسة و أصبح فرع من فروع العلوم الاجتماعية عقب استقلاله عن الفلسفة الأخلاقية[1].

فقد حظي بالدعم العلمي، ذلك لأنّ السياسة أصبحت جزءًا من النشاط الاجتماعي و النفسي للمجتمع و الظاهرة الاجتماعية بعدها شهدت فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية تطور في علم السياسة بصفة عامّة و السياسة العامّة بصفة خاصة يعد القطيعة التي أخذتها الثورة السلوكية مع المنهجية التقليدية و أعادت تعريف علم السياسة، فبعد أن كان هو علم القوة أو الدولة أصبح مع السلوكيين هو علم المتخصصين السلطوي للقيم[2] و بهذا أبرز التوجه السلوكي الجديد لعلم السياسة الحديث، و كذا

---

[1] فهمي خليفة الفهداوي، "**السياسة العامّة**" –**منظور كلي في البنية و التحليل**–، ط1، عمان : دار الميسرة، 2001، ص 27.

[2] نصر محمد عارف، "**استيمولوجيا السياسة المقارنة : النموذج المعرفي النظرية–المنهج**"، ط1، لبنان : المؤسسة الجامعية، 2002، ص 260.

التركيز الواضح على محتوى و مضمون السياسة العامة من خلال تحليل أثر القوى الاجتماعية والاقتصادية و السياسة خصوصًا، بالإضافة لتقويم نتائج و آثار السياسة العامّة على المجتمع[1].

زاد الاهتمام بموضوع السياسة العامّة بعد الحرب العالمية الثانية، و تمّ التركيز على مفهومها و كيفية بلورتها و التبصير في أهدافها و مضامينها و حتى أساليب تنفيذها ضمن إطار تحليلي، و هذا نتيجة تعاظم دور الدولة، و ضرورة تدخلها في النشاط الاقتصادي على إعادة بناء الاقتصاد القومي، فأصبحت في بعض الأحيان هي السلطة المهيمنة و المنسقة لكافة الوظائف السياسية و الاجتماعية و الثقافية، الأمر الذي قاد بعض المفكرين إلى القول أنّ هذا العصر هو عصر تدخل الدولة[2].

و في الخمسينات من القرن العشرين، اكتسب عالم السياسة العامّة معناه الاصطلاحي علميًا على يد عالم السياسة "**هارولد لازويل، Harold Lassewell**" الذي تناول بالدراسة في كتابه " من؟ يحصل على ماذا؟ متى و كيف؟" جوهر العمليات المتبادلة و التوزيعية للقيم و المنافع المتضمنة في رسم السياسات العامّة و تنفيها.

و يقوم "**لازويل، Lassewell**" : "إنّ هناك اتجاهًا واضحًا في العلوم الاجتماعية يتجاوز الحدود التخصصية لتلك العلوم المختلفة، و لهذا الاتجاه وجهات، ففي الوجه الأوّل هناك اهتمام وتركيز على احتياجات عملية صنع السياسات من المعلومات و هو يركز على عملية صنع السياسات و تنفيذها، أمّا الوجه الثاني و الذي يهتم بتطوير محتوى المعلومات و تفسيرها لصانعي السياسات.

إنّ هدف "**لازويل، Lassewell**" وصفي ذلك لمحاولته توحيد معطيات العلوم الاجتماعية كأساس لعلوم السيا صنع السياسات أي استخدام أدوات البحث العلمي الاجتماعي لدراسة وسائل صنع و تنفيذ السياسات العامّة[3].

و بعدها تطورت دراسات السياسة العامة و إخلال الستينات شملت مختلف العلوم :

---

[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 28.

[2] حسن أبشر الطيب، "**الدولة العصرية دولة مؤسسات**"، القاهرة : الدار الثقافية، 2000، ص 18.

[3] ابتسام قرقاح، "**دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامّة في الجزائر**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في العلوم السياسية، تخصص السياسة العامّة و الحكومات المقارنة،جامعة حاج لخضر : باتنة، 2009، ص 16.

السياسية الاجتماعية و الاقتصادية، و حتى مجالات علمية في الولايات المتحدة، و فتحوا مدارس في أمم أخرى، خاصة بعد ظهور العديد من المشاكل السياسية و وجود تعارض بين العهود السياسية و المطالب الجديدة على هذا أدى إلى تحوّل الدول الغربية من نظم حكم تسلطية إلى نظم حكم ديمقراطية و دعى "**مانويل، Manwell**" إلى نشد الديمقراطية المباشرة، و إتاحة فرص أكثر للمشاركة في الاستجابة للاحتياجات و المطالب الشعبية.

أمّا في بداية السبعينات فقد زاد الاهتمام بمخرجات النظام السياسي، بسبب تفاقم المشكلات الاجتماعية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية و تطوّرها في حرب الفيتنام، حيث ظهرت الحاجة داخل مؤسسات حكومتها إلى تحليل هذه المشكلات و فهمها و محاولة صياغة السياسات لمعالجتها، لذلك سرعان ما احتلت دراسات تحليل السياسات أهمية كبرى داخل مركز المعلومات والاختبارات و مراكز البحوث بدءًا من مؤسسة (Corporation rand) مرورًا بمعهد "**بروكيتز، Brokitz**" و مختلف لجان **الكونغرس**، و قام محللوا السياسات في هذه المركز بصياغة السياسات[1].

بعدها توالت الأبحاث و تطورت، و برزت دراسات عدة تولي اهتمامًا بالمؤسسات السياسية و السلوك السياسي و المؤثرات الاجتماعية و الشخصية على السياسة، فضلاً عن بنية المؤسسات الحكومية و ممارستها، و دور المؤسسات السياسية غير الحكومية و الأفراد في صنع السياسة العامّة، خاصة عندما حصلت تغييرات في دور الدولة، و تزايد أدوار للشركات متعددة البنيات والمنظمات الدولية الحكومية و غير الحكومية، في صياغة أولويات السياسات العامة و تحديد مساراتها، أدى إلى ظهور كتابات تؤكد على دور الفاعلين الجدد في السياسات العامّة و عن دور الشركات الكبرى، و منظمات حقوق الإنسان للتأثير في بعض السياسات[2].

ثانيًا : مفهوم السياسة العامّة

[1] ابتسام قرقاح، مرجع سابق، ص 17.

[2] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 30-31.

قبل البدء يجب تقديم تعريف لمفهوم السياسة حتى يسهل فهم معنى السياسة العامّة، فالسياسة كما ورد في لسان العرب، تعني الرياسة.

يقال ساس له الأمر سياسة أي قام به، و الأمر هنا مرتبط مبدئيًا بما يتعلق بأمر الناس.

و عندما نقول سوسه القوم أي جعلوه **يَسُوسهم. يرأسهم** و يتولى أمرهم، لذلك فإنّ السياسة هي القيام على الشيء بما يصابه، و يذكر المعجم العربي الأساسي أنّ السياسة هي المبادئ المعتمدة التي تتخذ الإجراءات بناء عليها[1].

أمّا السياسة هي برنامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي، في التصدي لمشكلة أو مواجهة قضية أو موضوع و هي أيضًا مجموعة من قرارات يتخذها فاعلون معرفون بتحقيق هدف عام[2].

أمّا الأنسيكلوبيديا الكبيرة : السياسة بأنّها : "فن حكم الدولة، و علم السياسة، يمكن تعريفه بأنّه علم حكم الدول، أو دراسة المبادئ التي تقدم عليها الحكومات و التي توجه هذه الحكومات في علاقاتها بالمواطنين و بالدول الأخرى"[3].

لقد تقدمت تعريفات كثيرة على السياسة العامّة يمكن الإشارة إلى بعض منها :

أنّ السياسة العامّة هي نتاج تفاعل ديناميكي معقد يتم في إطار نظام فكري بيئي سياسي محدد تشترك فيه عناصر معينة رسمية و غير رسمية يحددها النظام السياسي[4].

أمّا **ريتشارد روز** "فيعرّف السياسة العامّة بأنّها "**سلسلة من الأنشطة المترابطة قليلاً أو كثيرًا،** و أن نتائجها تؤثر على من تهمّهم مستقبلاً و ليست قرارات منفصلة".

فالسياسة العامّة عند **ريتشارد روز** "ليست قرارا بفعل شيء و إنّما برنامج أو نسق من الانشطة الغير محددة.

تعريف **خيري عبد القوي :** فيعرفها بأنّها تلك العمليات و الإجراءات السياسية و الغير سياسية التي تتخذها الحكومة بقصد الوصول إلى اتفاق على تعريف المشكلة و التعرف على بدائل حلها و

---

[1] عصام سليمان، "**مدخل إلى علم السياسة**"، بيروت : دار النضال، 1999، ص 8.

[2] وصال نجيب العزاوي، "**مبادئ السياسة العامّة**"، الأردن : دار الأسامة، 2003، ص 14.

[3] عصام سليمان، مرجع سابق، ص 9.

[4] ثامر كامل محمد الخزرجي، "**النظم السياسية الحديثة و السياسات العامّة**"، ط1، الأردن، دار مجدلاوي، 2004، ص28.

أسس المفاضلة بينها، تمهيدًا لاختيار البديل الذي يقترح إقراره في شكل سياسة عامة ملزمة تنطوي على حل مرضي للمشكلة".

و إلى جانب ذلك يرى "**دفيداستون**" أنّ السياسة العامّة هي عملية التخصيص السلطوي للقيم على صعيد المجتمع باعتبار أنّ أية سياسة عامّة تهتم بعملية تخصيص الموارد المادية و المعنوية في المجتمع استنادًا إلى عدة معايير و أولويات معينة[1].

و هناك من ينظر إليها "كمجموعة القرارات المتخذة من طرف فاعل أو عدة فواعل بغرض تحقيق هدف عام، هذه القرارات تتعلق بمجال التعليم أو التوظيف أو الشؤون الخارجية"[2].

كما يعرفها "**جيمس أندرسون، James Anderson**" بأنّها تقرير أو اختيار حكومي للفعل أو عدم الفعل"[3].

السياسة العامّة هي دراسة كيف و لماذا أو لأي غرض تتبع الحكومات المختلفة مسالك محددة للفعل أو اللافعل و في الوقت الذي يبدو هذا التعريف مباشر فإنّه يحتوي على عدد من التمييزات المفاهيمية المهمة[4].

السياسة العامة هي مجموع الحكومية التي تؤثر في حياة الناس سواء أقامت الحكومة بعدة أنشطة بنفسها أم قامت بها من خلال مندوبين أو وكلاء لها"[5].

و منه تنوعت أراء المفكرين حول مفهوم السياسة العامّة من عدة نظريات :

أوّلاً : السياسة العامّة من منظور القوة :

---

[1] جيمس أندرسون، "**صنع السياسة العامة**"، ترجمة عامر الكبيسي، ط2، عمان، دار المسرة، 2002، ص 15.

[2] جهيدة ركاش، "**ماهية السياسات العامّة و كيفية صنعها**"، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني : السياسات العامّة و دورها في بناء الدولة و تنمية المجتمع، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، جامعة د/ مولاي الطاهر : سعيدة، 26-27 أفريل 2009.

[3] جيمس أندرسون، مرجع سابق، ص 15.

[4] أرنولد هايدن هايمر و آخرون، "**السياسة العامّة المقارنة**"، ترجمة أمل الشرقي، ط1، الأردن : دار الأهلين، 1999، ص 21-22.

[5] عبد الفتاح ياغي، "**السياسات العامة : النظرية، التطبيق**"، القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2010، ص8.

و تعني قوة الشخص في التأثير على الأفراد و الجماعات و القرارات من خلال التحكم والسيطرة و الاحتكار أي أنها علاقة تبعية و طاعة المحكومين للحكام، إذن فالسياسة العامّة من منظور القوة عند كل من **بنيامين كروسي و مارك ليندنبيرك** و هي عملية نظامية تحظى بمميزات متغيرة ديناميكية لعمليات المبادلة و المساومة و للدلالة عن التعبير من يجوز عن ماذا يريد؟ و من يملكه، و كيف يمكن الحصول عليه؟[1].

إذن فالسياسة العامّة، يمكن أن تكون انعكاس لمن يملك القوة و النفوذ على الآخرين دون اتباع قواعد قانونية ثابتة[2].

ثانياً : السياسة العامّة من منظور النسقي (تحليل النظم) System Analysis :

عرف النظام السياسي أنّه :

مجموعة أجزاء تشكل نسق من التبادلات داخل الوحدة الكلية و ظهرت مجموعة تعريفات منها:

- **تعريف ديفيد استون** : هي توزيع القيم في المجتمع بطريقة سلطوية أمرة من خلال القرارات والأنشطة الإلزامية الموزعة لتلك القيم في إطار تفاعل بين عناصر السياسة العامة من مدخلات و مخرجات و تعداية عكسية.

إذن السياسة العامة من منظور نسقي فهي تعني توزيع الحاجات المادية والمعنوية داخل المجتمع اعتمادًا على أساليب تسلطية إلزامية على مؤسسات والسلوكيات للظاهرة السياسية التي يتعامل معها النظام السياسي و الموجهة للنظام الاجتماعي و الاقتصادي.

ثالثًا : السياسة العامّة من منظور الحكومة

قد ترسم السياسة العامّة من طرف قواعد رسمية و المتمثلة في الحكومة و التي تقوم باتخاذ القرارات و تنفيذها و قد عرفها **جيمس أندرسون** "هي برنامج عمل مقترح يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو مواجهة قضية معينة" فالسياسة العامّة تظهر في شكل مجموعة تطورات للأجهزة الحكومية من خلال مسؤولياتها، علما في رسم السياسة العامّة، و تواجه مشاكلها بمجموعة تصديات و إجراءات.

---

[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 31-32.

[2] محمد نصر مهنا، "**علم السياسة**"، القاهرة :دار الفرسي، 1994، ص 120-121.

و قد ساهمت بعض القوى الغير رسمية في صنع السياسة العامّة و تطويرها و تستمد خصوصياتها من قبل السلطات المخوّلة و عادة تمثل في المشرعون و الرؤساء أو المجالس والهيئات العليا و قد يتمتعون بصلاحيات تكون مقيدة و ليست مطلقة[1].

و منه السياسة العامّة عبارة عن مجموعة أعمال موجهة نحو أهداف مقتصرة و لا تشمل التصريحات العشوائية قصد حل المشكلة و العفوية بل هي مجموعة التدخلات المقررة من طرف السلطة العمومية قصد المشكلة التي تدخل في نطاق اختصاصها، و اعتمادًا على التطبيقات القانونية للسياسة العامّة حتى تصبح ملزمة للخاضعين لها.

و قد تشمل السياسة العامّة جميع القرارات الفعلية الملاحظة في حل مشكلاتها كتنفيذ سياسة أمنية أو دراسة لمعالجة الأزمات المحلية أو الدولية[2].

و مما سبق يمكن الخروج بمفهوم شامل و أدق للسياسة العامّة "و إنّها حصيلة عملية تطرح وتؤثر فيها الاتجاهات و الإيديولوجيات مثلما تخضع المعرفة و الأطر النظرية و الأساليب العقلانية والتقنية[3].

يمكن أن نقول أنّ السياسة العامّة هي النشاطات التي تقوم بها الحكومة و تشمل تقديم الخدمات العامة كالتعليم و الرعاية الصحية و الطرق الإسكان كما تشمل نشاطات النظام العام و تنظيم النشاطات الفردية و الجماعية عن طريق قوات الشرطة و الأمن العام و مفتشي الأسواق و تضمن إدارة و مراقبة الأدوية و الأطعمة بالإضافة إلى التحكم في الأنشطة السياسية و الاجتماعية كتنظيم الأسرة و تنظيم السير و غيرها من الأنشطة السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية[4].

أمّا برستون Preston eport يعتبر أنّها مجموعة من المبادئ التي ترشد الأفعال التي تتعلق بالمجموعة ككل و قد تكون المبادئ معلنة و جريئة بشكل قوانين أو أنشطة للهيئات الحكومة الرسمية و أن تكون ضمنية في أفعال الأشخاص و قدراتهم[5].

المطلب الثاني : عناصر السياسة العامّة و خصائصها و أهدافها

---

[1] جيمس أندرسون، مرجع سابق، ص 14-15.

[2] حسن بلا، "**مدخل لفهم السياسة العامّة**"، الجلفة : مجلة العلوم القانونية، العدد 52، 27 أكتوبر 2012، ص 04.

[3] عامر خضير الكبيسي، "**السياسات العامّة مدخل لتطوير أداء الحكومات**"، القاهرة : المنظمة العربية التنمية الإدارية،2005 ص 31.

[4] أحمد مصطفى الحسين، "**مدخل إلى تحليل السياسات العامة**"، ط1، عمّان : مركز العلمي للدراسات السياسية، 2002، ص 8.

[5] كامل محمد المغربي، "**الإدارة و البيئة و السياسة العامة**"، ط1، عمان : دار الثقافة، 2001، ص 10.

أوّلاً : عناصر السياسة العامّة

إنّ مفهوم السياسة العامّة يمكن فهمه بشكل أدق عندما يتجزأ إلى عناصر أساسية تتمثل أساسًا في **مطالب السياسة العامّة و احتياجاتها، القرارات، التصريحات، المخرجات و العوائد**، ويمكن عرضها بشكل موجز على النحو التالي :

أ- مطالب و احتياجات لمجتمع :

و هي كل ما يطرح على المسؤولين في الحكومة من قبل الأفراد سواء كانوا موظفين أو رسميين فاعلين في النظام السياسي، و ذلك قصد التحرك إزاء قضية معينة أو التوقف عين الماضي في اتجاه معين، فالمطالب المطروحة من جانب العامة تولد الحاجة إلى إثارة الانتباه لسياسات عامّة و بالتالي فهي تعتبر نقطة الانطلاق في عملية صنعها[1].

ب-قرارات (Policy Decisions) :

يشير مفهوم القرار إلى كونه عملية اختيار بديل من مجموعة بدائل للتوصل إلى البديل المناسب بشأن موضوع معين، أو هو عمل قانوني نهائي يصدر من سلطة إدارية عامّة بإراداتها المنفردة لإحداث أثار قانونية معينة.

فالقرارات السياسية هي ما يصدره المسؤولون الحكوميون المخولون من الأوامر والتوجيهات المعبرة عن محتويات السياسة العامّة، و تشمل الأطر التشريعية التي تتخذ صيغة القوانين أو إصدار الأوامر أو وضع القواعد التنظيمية الموجهة لأعمال الإدارة أو تقديم التفسيرات الإجرائية للعملية القضائية حيال تطبيق القوانين[2].

ج- إعلان محتويات السياسة (Policy Contents Advertissement) :

و هو التنفيذ الرسمي لمضمون السياسة العامّة و الذي يشمل القوانين التشريعية و الأوامر التنفيذية و الدساتير و القواعد و التنظيمات الإدارية، أقوال الموظفين الرسميين المعبرة عن توجيهات الحكومة و ما تنوي القيام به، و قد يكون وصف السياسة و مضمونها غامضا كما قد يحصل التناقض

---

[1] جيمس أندرسون، مرجع سابق، ص 17.

[2] سرير عبد الله رابح، "**عملية صنع القرار و تطبيقه في الإدارة العامة**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في العلوم السياسية، فرع التنظيم السياسي و الإداري، كلية العلوم السياسية و الإعلام، جامعة الجزائر، 2006، ص40.

عند شرحها أو شرح مضمونها في المستويات المختلفة أو في السلطات أو في الوحدات الإدارية، كما أن محتوى السياسة العامة يشير إلى المعارف و المعلومات الأساسية المتعلقة بهذه السياسة[1].

د- مخرجات السياسة (Policy Output) :

و هي المؤشرات الملموسة الناجمة عن السياسة العامّة في ضوء قرارات السياسة والتصريحات التي يلمسها المواطنون من الأعمال الحكومية، و لا تشمل الوعود و النوايا و قد تكون المخرجات المتحققة للسياسة العامّةبعيدة أو مختلفة كما يتوقع تحققه أو ما تنص عليه السياسة نفسها[2].

هـ-اثار السياسة (Policy Impact) :

و تمثل الفوائد و النتائج المتحصلة عليها سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة جراء السياسة العامّة التي تجسم موقف الحكومة إزاء القضايا أو المشكلات، فلكل سياسة عامة تم تنفيذها أثار معينة، قد تكون إيجابية مصحوبة بمضاعفات و بأثار سلبية تحتاج إلى تبني سياسات عامّة جديدة أو ملحقة بسابقاتها[3].

ثانياً : خصائص السياسة العامّة

أمّا فيما يخص خصائص السياسة العامّة فإنها توضح غموض و نقض تلك التعاريف، مما يساعد على فهم مدلولاتها و معالمها الأساسية و تتمثل في :

1- السياسة العامّة ذات سلطة شرعية : حيث بمجرد إقرار سياسة عامّة معينة من قبل صانعيها، يزيد من إصدار قانون بشأنها أو مرسوم.

2- السياسة العامّة تشمل البرامج و الأفعال التي تقوم بها مؤسسات الحكومة، و تصدر بشأنها قانون أو قرار يحدد أهدافها بشأن سياسة ما، و بذلك فهي تعبر عن توجيهات الحكومة الأيدولوجية و العامية[4].

3- السياسة العامّة تشمل على الأعمال الموجهة نحو أهداف مقصورة و لا تشمل التصرفات العشوائية و العفوية التي تصدر عن بعض المسؤولين، أو الأشياء التي تحدث آنيًا.

---

[1] ابتسام قرقاح، "**دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامّة**"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجيستير في العلوم السياسية، تخصص السياسة العامّة و الحكومات المقارنة، قسم العلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011، ص 26.

[2] تامر كامل محمد الخزرجي، مرجع سابق، ص 30.

[3] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 42.

[4] حسن أبشر الطيب، مرجع سابق، ص 37.

4- السياسة العامة تعبر عن التوازن بين الجماعات المصلحية[1].

5- السياسة العامّة تحتوي على أسلوب معين من الإجراءات الحكومية التي ينفذها اشخاص رسميون بدلا من قرارات لم تصل إلى مرحلة الانتهاء من تنفيذها، و بالتالي فهي تمثل ما تقوم الحكومات فعلا بتطبيقه مثل القضاء على مشكلة البطالة، أو الحد من التضخم أو مشكلة السكن أو الصحة...، و ليس ما تنوي الحكومات القيام به[2].

6- السياسة العامّة تمتاز بالشمول و تهدف إلى تحقيق المصلحة العامة، و ليس المصالح الخاصة أو الشخصية، لأن المصلحة العامّة تقتضي استفادة عدد أكبر من الجمهور المقصود من وراء السياسة المطبقة.

7- السياسة العامّة هي توازن بين الفئات و الجماعات المصلحية لأنها خلاصة التفاعلات المختلفة داخل البيئة من أحزاب و جماعات مصالح و نقابات، مما يجعلها محل الصراع و المساومة و التفاوض بغية تحقيق أكبر المكاسب و المنافع لصالح فئة دون أخرى[3].

8- السياسة العامّة تمتاز بالاستمرارية بمعنى أن لا يقوم صانعوا السياسة بإعداد برامج جديدة تمامًا، و إنّما بإدخال تعديلات جزئية على ما هو مطبق فعلاً من سياسات و برامج[4]، و هذا ما نجده مخالفًا للسياسات العامة في الجزائر، فكلما جاءت حكومة ألغت سياسات الحكومة التي قبلها، و هذا ما يؤدي إلى انقطاع السياسة العامّة و عدم استمرارها و بالتالي عدم تحقيق مطالب المجتمع. بالإضافة إلى الاستمرارية لابد أن تمتاز السياسة العامّة بالتجدد من خلال التكيف مع كل المتغيرات الظرفية التي يمكن أن تحدث مثل الكوارث الطبيعية، والحروب،... إلخ.

9- السياسة العامّة تعكس ما يسمى بالجدوى السياسية أي أن لابد أن تقيم السياسة العامة قبل المباشرة في تنفيذها، حيث تمثل الجدوى مؤشر هامًا من مؤشرات نجاح السياسة العامّة، و ذلك بطرح تساؤلات حول النتائج و الأهداف المرجوة من قبل تلك السياسات[5].

---

[1] عبد النور ناجي و مبروك ساحلي، "**مقدمة في دراسة السياسة العامّة**"، عنابة : دار العلوم، 2014، 28ص .

[2] ابتسام قرقاح، مرجع سابق، ص 28.

[3] محمد قاسم القريوتي، "**رسم و تنفيذ و تقييم و تحليل السياسة العامة**"، ط1، الكويت : مكتبة الفلاح، 2006، ص33.

[4] ثامر كامل محمد الخزرجي، مرجع سابق، ص 32.

[5] المرجع نفسه، ص 33.

10- السياسة العامّة و خاصة في جانبها الإيجابي تعتمد على القانون و السلطة، فالمواطنون عادة يميلون لقبول السياسات الشرعية التي تعتمد على قوة القانون. ولهذا تتميز السياسة العامّة بوجود بُعْدْ تسليطي فيها و هذا ما يميزها عن سياسات القطاع الخاص.

و في الواقع أنّ الخاصية الأساسية التي تميز سياسات الحكومة عن سياسات القطاع الخاص هو احتكار الحكومة لحق الإجبار القانوني و الشرعي لتحقيق أهدافها[1].

ثالثاً : أهداف السياسة العامّة

و من ثم فإنّ السياسة العامّة هي جوهر العمل الحكومي الذي يبرر توجهات الدولة و أساليبها في إحداث التغيير و هي تهدف في مجملها و مع تنوع أنماطها ومجالاتها و مستوياتها إلى تحقيق جملة من الأهداف الرئيسية و هي :

1- بناء الدولة و تأكيد سيادتها في دائرة اختصاصها الإقليمي، بما يؤمن لها تحقيق الاستقرار والاستقلال في منهجها السياسي، و فرض سياساتها الداخلية والخارجية.

2- حل المشكلات المجتمعية الماثلة و المتوقعة، في إطار يؤمن إدارة المجتمع، ويحفظ حقوق الفرد و الجماعة، و يحقق التمازج العضوي بين الأنساق السياسية والاجتماعية و الثقافية المحددة لهوية و مقومات الدولة[2].

3- تطبيق المنهج العلمي الصحيح، في دراسة قضايا السياسة العامّة لتوظيف المعرفة العلمية واكتسابها المعطيات السديدة[3].

4- المساعدة في التعرف على ما تقوم به الحكومة من نشاطات و ما تنشؤه من برامج و ما يترتب عليها من نتائج مباشرة و غير مباشرة، ملموسة و غير ملموسة، قصيرة المدى، بعيدة المدى[4].

المطلب الثالث : مؤسسات صنع السياسة العامّة و مستوياتها

---

[1] أحمد مصطفى الحسين، مرجع سابق، ص 25.

[2] حسن أبشر الطيب، مرجع سابق، ص 31-32.

[3] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 42.

[4] محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 49.

أوّلاً : مؤسسات صنع السياسة العامّة :

إنّ عملية صنع السياسة العامة عملية حيوية و مركبة و معقدة و ديناميكية كما أنّ السياسة العامة لها أبعاد إنسانية، و قد ربط كل من "**شارلز كوشران Charles Cochran و الويس مالون E. Malane**" السياسة العامة و بعدها الإنساني بأهداف هذه السياسات الاجتماعية و الخدمية في تحقيق الحد الأدنى لمتطلبات و احتياجات الفرد الإنسانية داخل دولته[1].

إنّ عملية صنع السياسة العامّة هي محصلة تفاعل أدوار و أطراف متعددة من مؤسسات حكومية و أحزاب سياسية و جماعات مصالح و كل أطراف بيئة السياسة العامّة، فهي تتضمن مجموعة من الاتصالات و المساومات و الضغوطات يمارسها كل أطراف النظام السياسي، وبالتالي فهي تهدف إلى تحقيق نوع من التوازن بين كافة الأطراف و لذلك أمكن القول لأنّها عملية حيوية حساسة و بالغة التعقيد و لابد من التطرق إلى تفاصيلها.

إنّ صناعة السياسة العامّة تأثرت كثيرًا بالاتجاه ما بعد السلوكيين و الذي أعاد الاعتبار للدولة بجانب المجتمع المدني، حيث بدا التعرض للكيفية التي تمارس بها الدولة تأثيرًا قويًا على الجماعات المختلفة كما تتأثر بها[2].

1- صناع السياسة العامة الرسميون :

و هم الجهة أو الفريق الأوّل الذي يمارس دوره في صنع السياسة العامّة من خلال ما يتمتع به من سلطات دستورية مباشرة، للتصرف و للفعل و لأخذ القرارات، فالبرلمانيون على سبيل المثال لا ينتظرون تفويضًا من أية جهة رسمية لغرض تشريع لائحة ما لكونهم دستوريًا مخولين بذلك.

و يتكون صناع السياسة العامّة الرسميون من الفئات النوعية الآتية :

- **المشرعون Legislatures** : و هم الأعضاء الذين تتشكل من خلالهم المجالس التشريعية أو البرلمانية حيث تتراوح أعدادهم بين أقل من مائة و أكثر من ألف عضو بحسب سعة الدولة وعدد السكان و يقيمون بالتشاور و التباحث و النقاش حول السياسات العامة المعبرة عن القضايا المعروضة عليهم من قبل الجهات المعنية مجتمع الدولة الذي انتخبهم للتعبير عن

[1] أماني مسعود، "**السياسات العامة و حقوق الإنسان" من العولمة إلى الدولة**، السياسات، العدد 12، نيسان 2010، ص 113.

[2] ممدوح مصطفى اسماعيل، "**مشكلات دراسة السياسة العامّة في الوطن العربي**"، سياسات العدد 2، ربيع، 2007، ص 82.

مواقفه و آرائه فمعظم السياسات العامّة و القوانين و القواعد المهمة التي تحتاج إلى النظر فيها و الموافقة عليها رسميًا أو شكليًا.

- **التنفيذيون Exécutive** : و هم المسؤولون السياسيون الذين يتسّمون بأسماء شتى، و تتباين واجباتهم و سلطاتهم بقدر واضح و كبير و هم المعنيون بأداء الحكومة و النهوض بأعبائها في المجتمع بدأً من الرئيس أو رئيس مجلس الوزراء، فالوزير و ممن لديهم سلطات حقيقية سن القوانين و النظم و تنفيذها، كما يتطلب دور التنفيذيون في عملية صنع السياسة العامّة من خلال اقتراح السياسات العامّة الجديدة و الاضطلاع بتطبيقاتها و محاسبة التابعين على أدائهم رسميًا[1].
- **الأجهزة الإدارية Administrative Agencies** : و هي تلك المنظمات الإدارية والمؤسسات العامة و الإدارات الحكومية الديمقراطية التي تضم أعدادًا من الموظفين الحكوميين الذين يمتلكون مهارات و خبرات مرتبطة بتأدية مهام الخدمات المدنية و المصلحة العامة في المجتمع و على الرغم من مهام الأجهزة الإدارية و موظفيها مرتبطة أساسًا بعملية تطبيق أو تنفيذ السياسة العامّة والقوانين و القواعد و اللوائح الممثلة لها، لكن تلك المهام تؤثر بصورة كبيرة على عمليات صنع السياسة العامة، فالأجهزة الإدارية تعمل على المشاركة في تطوير السياسة العامّة بالشكل الذي يؤكد صحة وجهة النظر التي تقول :

"**إن السياسة تقع تحت رحمة الإداريين**".
- **المحاكم Courts** : و هي تلك الأجهزة و المؤسسات القضائية و القانونية المعنية بوضع السياسات العامة القضائية، و على الرغم من كون القضاة ليسوا سياسيين، إلا أنّهم يشاركون من المشرعين و التنفيذيين و مع رؤساء الدوائر الإدارية، في ممارسة القوة السياسية التي يتمخض عنها مسؤولية تكوين أو صنع السياسات العامّة فالمحاكم العليا لها دور في صنع السياسة العامّة من خلال استخدام سلطتها في تفسير ما هو مطلوب من القانون الجديد أو السياسة العامّة الجديدة[2].

2- صناع السياسة العامة غير الرسميون :

[1] ممدوح مصطفى اسماعيل، مرجع سابق، ص 215.

[2] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 216-217.

و هم الجهة أو الفريق الثاني الذي يمارس دوره في صنع السياسة العامّة من خلال صفتهم الشخصية و ليست الرسمية فهم يشاركون في صنع السياسة العامة لما يحوزون عليه من القوة، **مثل :الجماعات المصاحبة الأحزاب السياسية، المواطن.**

و فيما يأتي توضيح لأهم الفئات التي تمثل صناع السياسة غير الرسميين :

1- الجماعات المصالح Interest Groups :

و هي تلك الجماعات المؤثرة التي تتصف بالسهات المتمثلة بنوع من التنظيم، و بممارسته الضغط السياسي المعين.

و تعتبر جماعات المصالح و الضغط بمثابة منظمات ذات قواعد اساسية تجمع بين اهتمامات أعضائها المشرعة و أفكارهم حيث تقوم الجماعات المصلحية كحلقة وصل و رابطة مقبولة بين الحكومة و المواطنين الذين يعتبرون أعضاء في تلك الجماعات، فبالنسبة للأعضاء تعتبر جماعات المصالح الوسيلة الهامة في الاتصال مع صانعي السياسات[1].

2- الأحزاب السياسية Political Prties :

يرى "**ساتوري**" أنّ الحزب هو جماعة سياسة تتقدم الانتخابات و تكون قادرة على أن تقدم من خلال تلك الانتخابات مرشحين للمناصب العامة[2].

فالأحزاب السياسية و ضمن مجالات السياسة العامّة لها دور مهم باعتبارها تقوم على التعبير عن اهتمامات الناس و مطالبهم العامة و العمل على تحقيقها من قبل الحكومة بفعل الضغط الذي تمارسه الأحزاب على صناع السياسة الرسميين، بالإضافة إلى كونها تنقل رغبات و سياسات و قرارات الحكومة إلى الناس و العمل على تعبئة الجهود السياسية إزاءها، لقد أشار "**بالوميارا**" **و** "**وينر**" إلى أهمية الأحزاب السياسية من خلال دورها التوعوي في تنفيذ السياسة[3].

3- المواطن Citizen :

إنّ العديد من السياسات العامّة الحكومية و المهمة المنفذة، تستند في مسلكها وأخذ طريقها كأفكار فردية أو شخصية معبر عنها من قبل المعنيين و المختصين كالسياسيين و الأكاديميين فمثلاً

---

[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 221-222.

[2] أسامة الغزالي حرب، "**الأحزاب السياسية في العالم الثالث**"، **الكويت** : عالم المعرفة، 1987، ص 17.

[3] عبد القادر عبد العالي، "**الأحزاب السياسية و التنمية السياسية في الجزائر**"، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني : التحولات السياسية و إشكالية التنمية السياسية، واقع و تحديات، المنظم من قبل : قسم العلوم السياسية، جامعة الشلف، 16-17 ديسمبر 2008.

ما يتعلق بالسياسة الاقتصادية، و بتوزيعاتها الجدية و أخذها للعوامل المعاصرة و المؤثرة التي تولدت من خلال النظرية الاقتصادية التي طرحها بعض علماء الاقتصاد.

ثانيًا : مستويات السياسة العامّة :

قام "**جيمس أندرسون J. Anderson**" ثلاث مستويات للسياسة العامّة، تبعًا لمستوى المشاركة في اتخاذها، و تبعًا لنطاقها و طبيعة موضوعها و هي كالآتي :

1- السياسة العامّة الكلية "Macro Polities" :

وهيتلكالسياساتالتيتحظىباهتمامجماهيريواسع،وتجتذبإليهاشرائح و قطاعاتكبيرةمن أبناءالمجتمع،وتستقطباهتماموالمشاركةالأحزابوالبرلمانييناوالإداراتالتنفيذيةووسائلالإعلام وممثليالجماعاتالمصلحية،وبذلكتتسعدائرةالمشاركين بالشكلالذييعبرفيهكلمنهمعن رأيهوموقفه إزاء القضاياالتيتمثلالسياسةالعامةالكلية.

و قدتبدأالقضيةعلىالمستوىالجزئيثمتتسعوتتعقدلتصبحمنموضوعاتالمستوىالكلي وتتسمهذهالسياساتالعامةالكليةبالآتيمنالسماتالمشتركةالتيتجمعبينها:

أ- إنّهاسياساتعامة،تتسمبالوضوح لموضوعاتها.

ب-تعددالجهاتالرسميةالداخلةفيمناقشتهاالحكومية[1].

2- السياسة العامة الجزئية : Micro

وهيتلكالسياساتالعامة،التيتحظىباهتماممحدوديتمثلبجهودالفردأوشركةمعينة للحصولعلىامتيازخاصبهما،بعيدا عن اتصافهبطابعالعموميةوالشيوع.

وعلىالمدىالقريبفإنّ القرارات المتعلقةبهذاالنوعمنالسياساتلاتتطلبموارد وإمكانياتكبيرةلتنفيذها،ولاتتطلبتدخلاًأوضغوطجماعية،كماأنّهالاتُتَخذعلىحسابجماعات أخرى[2].

و تكون القرارات التي تتخذ في هذا المستوى متعلقة عن المستويات الأخرى.

ومماىجعلالاهتمامهذاالنوعمنالسياساتالعامةالجزئية، هواحتمالتوسعهاوتحولها إلىسياسةعامةكلية،تحظىبمعالجاتأكثراهتمامًاواتساعًا.

3- السياسة العامة الفرعية Subsystem :

---

[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 61.

[2] جيمس أندرسون، مرجع سابق، ص 72.

و هيتلكالسياساتالعامة،ذاتالطبيعةالوظيفيةوالتنظيمية،التيتركزعلىالقطاعات التخصصيةكالموانئوالملاحةالجويةوغيرهاوتشتملعلىطبيعةالعلاقاتوالتفاعلاتالمتبادلةبين الأجهزةالإدارية،وبينلجانالبرلمانوجماعاتالمصالح[1].

و هذه السياسات تعبر عن الواقع في كيفية حدوث الأشياء و بلورتها، كما تعبر على أن موضوعات السياسة العامة ليست بالضرورة على الدوام تشيد جميع أفراد المجتمع، لأن التنوع والاهتمامات و التخصصات هو المحور الأساسي لوجود السياسات الفرعية[2].

المبحث الثاني : السياسة الصحية في الجزائر

تمثل السياسة الصحية بعدًا هامًا من أبعاد السياسات الاجتماعية، حيث أنّ تحقيق هدف التنمية في أي مجتمع لابد أن يستند إلى مجتمع يتسم أفراده بمستوى صحي مرتفع يدعمه وعي صحي.

إنّ السياسة الصحية لأي دولة تمثل انعكاسا لعديد من العوامل مثل : مستوى التعليم، معدل الفقر، سياسات التغذية و البرامج الوقائية التي تستهدف حماية الصحة العامّة.

المطلب الأوّل : تعريف الصحة و السياسة الصحية

أوّلاً : تعريف الصحة

[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 61.

[2] المرجع نفسه، ص 61.

قبل التطرق للسياسات الصحية، يجدر بنا أن نقدم تعريفًا لمفهوم الصحة الذي يغلب عليه طابع التجريد، و قد يكون تعريف المرض أكثر سهولة من تعريف الصحة، فمفهوم الصحة يعتبر مفهومًا مجردًا بالإضافة إلى أنّه كما يقول "**ف.مطرانيPh. Matrani**" : مفهوم الصحة يشكل نظامًا من التمثيلات (Representations) أكثر عمومية من مجرد مقابلة بينه و بين عناصر مفهوم المرض، بل بالعكس يأخذ هذا النظام من التمثيلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية و الاجتماعية لكل جماعة إنسانية[1].

و يعتبر مفهوم الصحة La santé اليوم من أصعب المفاهيم تعريفًا و تحديدًا، فإذا كانت كلمة الصحة تتدرج يوميًا في كلامنا و خطاباتنا للتعبير عن أحوالنا و وجودنا، من المؤكد أنّ صحتنا تشغل بالنا و اهتمامنا و عندها يتلاقى الناس سواء في شكل تجمعات أو أفراد ... أنها مفهوم يعبر عن الوجود من جهة، و من جهة أخرى هي مفهوم علمي تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية و التنفسية و الاجتماعية.

و مفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان و المكان .... و يعرفها "**توماس بنس Thomas Benesse**" بأنّها تعني أكثر العلاقة بين الشخص و جسده من العلاقة الموجودة مع التقارب و مع الخطاب الطبي و مع الثقافة[2].

- **الصحة في اللغة العربية :**

الصُّحُ و الصَّحَّةُ (قوله "الصح و الصحة" قال شارح القاموس (لسان العرب) : قد وردت مصادر على فعل، بالضم، و فعله، بالكسر، في ألفاظ هذا منها، و كالقل و القلة، و الذل و الذلة، والصّحاحُ : خلاف السُّقْم و ذهاب المرض؛ و قد صَحَّ من علته و استصَحَّ؛ قال الأعشى :

أَمْ كَمَا قَالُوا سَقِيمٌ فلئن فَضَ الأَسْقَامَ عَنْهُ، و استَصَحَّ

لَيُعيدَنَّ لِمَعَدٍّ عَكْرَها دَلجَ اللَيل وَ تَأْخاذا المِنَحْ

يقول : لئن نفض الأسقام التي به و برأ منها و صَحَّ،

لَيُعيدَنَّ لَمَعَدٍّ عَطْفَها أي كَرَّها و أخذَهَا المِنَحَ

---

[1] حسيني محمد العيد، **السياسة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)**"، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح : ورقلة، كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، (2012-2013)، ص 47.

[2] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، ط1، الأردن : دار الثقافة، 2012، ص 71.

و في الحديث : الصَّوم مَصَحَّةٌ و مَصِحَةٌ، بفتح الصاد و كسرها، الفتح أعلى أي يصح عليه، هو مفْعلة من الصِّحَّة العافية، و هو كقوله في الحديث الآخر : صوموا تصحُّوا[1].

- **الصحة في اللغة الفرنسية : "SANTE"**

أصل هذه الكلمة من اللغة اللاتينية "Salutare" "Salitavi"، "Saluto" و هي تعني : البقاء سليم معافى المحافظة على الجسم، أمّا في اللغة اليونانية فكلمة "Ugies" تعني أن يكون الإنسان سليم الجسم و العقل، و كذلك كلمة Samare، Samo في اللغة اللاتينية تعني : جعله سليم الجسم، معالجته، إرجاعه إلى جاد الصواب.

أمّا منظمة الصحة العالمية (Who) في مقدمة دستورها لعام 1946 أبرزت مظاهر الإشكالية لهذا التعريف الذي يعرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة سواء الفردية أو الجماعية والتعريف كما جاء في اللغة الفرنسية هو كما يلي :

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infinité, la possession de meilleur état de santé est capable d'atteindre l'un des droits de tout être humain ».

الصحة هي تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسمانية، و العقلية و الاجتماعية و لا يعني فقط غياب المرض، إن امتلاك حالة صحة جيدة و الممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني" و لا يعتبر هذا التعريف لمفهوم الصحة تعريف جامعا مانعا كما يقول رجال المنطق، بل عرف عدة تطورات و شمل العديد من المجالات و الميادين الأخرى، و من بينها البيئة و أصبح يعني بالصحة حاليًا ذلك التوازن بين الإنسان و البشر و البيئة، بعدما كان مجرد توازن بين مكونات الإنسان البيولوجية لقد تبنت أغلب دول العالم هذا التعريف في دساتيرها وقوانينها. كما أكدت بأنّ الصحة هي حق من حقوق المواطن[2].

[1] المرجع نفسه، ص 72.

[2] نور الدين حاروش، "**إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**"، ط1، الجزائر : دار كتامة، 2008، ص 59.

و هناك تعريف آخر للصحة "هي حالة التوازن السني لوظائف الجسم، و هي علم وقت الوقاية من المرض و الارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات وتشمل العديد من المجالات و الميادين"[1].

و يعرف الصحة أيضًا أنه يمكن بيع أو شراء الخدمات الصحية إلا أنّ الصحّة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بالصحة و يصعب تعريف الصحة، بل إن قياسها أصعب إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا تعني الحياة فقط بل تعني القدرة على التمتع بها[2].

- **أما في اللغة الإنجليزية : HEALTH**"

أصل كلمة "Health" و التي تعني تمام العقل كائن مكتمل التمام و الحسن، و في أصول اللغة الألمانية و الإنجليزية "Hailtho" أو "Kiailo" تعني معافى فال خير و تعني نفس الكلمة الرفاهية و السعادة و الكما و الأمن عن الإنسان[3]. أو حالة الجسم في لحظة معينة، قوة الجسم والروح، المعافاة من المرض، أو التشوهات هي الشرط الذي يكون فيه الجسم سليم العقل أو الروح و حصوصًا عندما يكون الجسم متحرر من الأمراض و الآلام أو الحالة التي يكون عليها الجسم ذو صحة سقيمة أو ذو صحة جيدة[4].

التعريف الاصطلاحي :

تعرف الصحة في الاصطلاح بأنّها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن التكيف مع عوامل البيئة المحيطة، و هو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعاده واعتماده تعزيزها، و الارتقاء بها على السلامة و الكفاءة الجسمية و العقلية، و ارتباطها بالسياق الاجتماعي و الثقافي و العلاقات مع

---

[1] خروبي بزارة عمر، "**إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)**"، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية و الإعلام، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2010-2011، ص 14.

[2] طلعت الدمرداش، "**اقتصاديات الخدمات الصحية**"، ط2، مصر، مكتبة القدس، الزقازيق، 2006، ص 17.

[3] سعد علي العنزي، "**الإدارة الصحية**"، **عمان**، دار اليازوري، 2009، ص 15.

[4] بهاء الدين ابراهيم، "**الصحة و التربية الصحية**"، القاهرة، دار الفكر العربي، ص 20.

الغير و يتوقف مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم و النفس والمجتمع في إطار القيم[1].

ثانيًا : تعريف السياسة الصحية

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أنّ السياسات الصحية هي: مجموعة من الأهداف و البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية و تنفيذية و برامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ و الإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة و تأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص و العام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية[2].

هناك تعاريف أخرى نذكر منها :

- السياسة الصحية : هي موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، و الذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية[3].
- أو هي : مجموعة من العلاقات المترابطة و المتكاملة من القرارات و النشاطاتو التي تشكل جزءًا من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية[4].
- أو هي : الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة[5].

و تعريف آخر السياسة الصحية بأنّها : "القرارات و الخطط و الإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق رعاية صحية محددة الأهداف داخل المجتمع، و وفقًا لمنظمة الصحة العالمية فإنّه يمكن من خلال سياسة صحية واضحة تحقيق عدة أمور : أن تحقق أهداف عديدة و تحدد رؤية مستقبلية في الأولويات و الأدوار المتوقعة من فئات مختلفة و بناء توافق في الآراء بين الناس[6].

---

[1] دوناس حفيظة، "**واقع القطاع الصحي الخاص و تأثيره على السياسة الصحية في الجزائر، دراسة حالة عيادة الرازي**"، رسالة ماستر، جامعة محمد خضر : بسكرة، كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم السياسة، 2013-2014، ص15.

[2] خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص 16.

[3] حسيني محمد العيد، مرجع سابق، ص 51.

[4] صلاح محود ذياب، "**إدارة خدمات الرعاية الصحية**"، عمان، دار الفكر، 2009، ص 216.

[5] المرجع نفسه، ص 217.

[6] www.http//ar-wikipédia.org/wiki le 01/08/2015 à 21H00.

يمكن تعريف السياسة الصحية بأكثر من تعريف حيث يعرفها "**شايش مان**" على أنّها مجموعة من الإجراءات يقصد التأثير على أهداف المجتمع من حيث تحقيق الحرية و الأمان والعدالة، أما الآخرون الأمثال "**جف جن**" على أنّها وضع مجموعة من الحلول المعينة بهدف التأثير في أحداث معينة، و إذا ما طبقت على القطاع الصحي فإنّها تكون وضع مجموعة من الحلول الصحية بهدف التأثير في أحداث صحية ملائمة[1].

المطلب الثاني : أهمية السياسة الصحية و محاورها

تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة و تشكل إطارًا عامًا تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، و تحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها، و هذه الكيفية ليست تفصيلية و إنّما لبيان أهمية السياسات من خلال أن العمل لا يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطار عاما له[2].

و تنبع أهمية السياسات الصحية من خلال الأمور التالية :

1- رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية و بالتالي فإن عملية الاستجابة لسياسة الصحية تكون أكبر ما يمكن عنده ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، و في الغالب فإنّ السياسات التطعيم مثلاً تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم و بذلك فإنه الاهتمام و الالتزام بهذه السياسة يكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، و تستطيع القول أنّ الالتزام و الاستجابة والاهتمام بالسياسة الصحية مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية[3].

2- وجود عدة طرق و أساليب لوضع السياسات الصحية، فتعود طرق وضع السياسات الصحية وأساليبها يعطي أهمية بهذه السياسات فأحيانًا توضع هذه السياسات الاستجابة لمطالب الإدارة العليا و بالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، و أحيانًا لتحقيق أهداف محددة، و لذلك فإنّ أهمية السياسة تتبع من طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه.

3- تختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى لكنه في الأغلب تشتمل على القطاع الصحي الحكومي العام و القطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى القطاعات الأخرى الصحية حسب النظام

---

[1] صلاح محود ذياب، مرجع سابق، ص 216.

[2] المرجع نفسه، ص 218.

[3] فريد توفيق نصيرات، "**إدارة منظمات الرعاية الصحية**"، عمان : دار الميسرة، 2008، ص 33.

الصحي لتلك الدول، و المقصود هنا الذي يضع السياسات الصحية الخاصة في الدولة جزء أساسي من النظام الصحي، و غالبًا ما يرتكز في القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي يوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي[1].

4- اعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة و هذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية ففي بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو لأسباب تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتلات و الجماعات، و أحيانًا لأسباب غير معروفة و بالتالي فإن غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات[2].

ثانيًا : محاور السياسة الصحية

في هذا الإطار رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم استراتيجية –مع كل تحفظ من شأنها تعديل مواقع الخلل لني عرفها للنظام الصحي و تمثلت هذه الاستراتيجية في المحاور التالية :

- **الوقاية** : إنّ أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض و العمل على عدم وقوعه و ذلك من خلال الحملات التلقيحية و إجراءات النظافة و محاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معايير النظافة، فالقضاء على بعض الأمراض و خاصة إذا اكتشفت في فترتها المبكرة لا يستدعي تكاليف كبيرة و قد تكلف عشرات الأضعاف إذا ما تركت دون اهتمام، كما أن المجتمع الجزائري مجتمع شاب و من الضروري حمايته و محاولة توفير كل الظروف التي تجعله يتمتع بمستوى صحي جيد، و بالتالي سوف تقل التكاليف العلاجية[3].

إنّ سياسة لتصنيع الجزائرية تعتمد على الصناعات الثقيلة و هذه الأخيرة تتطلب يدًا عاملة كبيرة، و هو ما أدى إلى انتشار حوادث العمل بكثرة مما استوجب طب العمل لحماية العامل والاقتصاد في آن واحد، كما انجر عن سياسة التصنيع اتساع شبكة الطرقات و تلوث البيئة نتيجة الغازات الصناعية، بالإضافة إلى حوادث المرور و الأمراض البيئية.

---

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 220.

[2] المرجع نفسه، ص 221.

[3] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 130-131.

- **علاج الأمراض** : هنا تتدخل السياسة الصحية و ذلك لعلاج الأمراض التي لا مفر منها، ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية ابتداءًا من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- **التوزيع العقلاني للأطباء** : و ذلك تحقيقًا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية و الهياكل و المعدات الضرورية[1].

ثالثًا : المقومات الأساسية للسياسة الصحية

وزارة الصحة هي في أغلب الأحيان الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية و تحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها و وضع خطة للعمل الكفيلة بذلك و قد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تشكيل مجلس صحي وطني تمثل فه جميع القطاعات لضمان انعكاس جميع وجهات النظر للتأكد من أنّ السياسة الصحية مترابطة و أنّها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة.

و في بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة و التنمية الصحية وتتولى هذه المراكز للخدمات الاستشارية في جميع ما يتعلق بالأمور الصحية.

و مهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية الوطنية فإن وضع السياسة الصحية الوطنية لا تكون كاملة و ممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات الأساسية[2].

1- الالتزام السياسي :

إن رسم و تنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزامًا سياسيًا صريحًا لتحقيق الأهداف المنشودة حقيقة واقعة أي أنّه قبل وضع السياسة اتخاذ قرارات قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهتمة بالشؤون الصحية، كما يجب تعبئة الرأي العام و توضيح الحقائق له، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات و توفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة[3].

---

[1] المرجع نفسه، ص 132.

[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 221.

[3] زروالية رضا، "**التحضر و الصحة في المجتمع الجزائري**" (دراسة ميدانية بحي أفوراج –مدينة باتنة– الجزائر)، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر : باتنة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، 2010-2011، ص 70.

2- الاعتبارات الاجتماعية :

السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة، و ترمي أساسًا إلى تحسين نوعية الحياة لا سيما بالنسبة للمحرومين، و بصورة أوضح فإن السياسة الصحية جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة لها.

3- مشاركة المجتمع :

لابد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة و الواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الأفراد و الاسرة و المجتمعات مسؤولية صحتهم و رفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية للحكومات عن صحة شعوبها، و ليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية و اقتصادية[1].

4- الإصلاح الإداري :

لضمان كفاءة وضع السياسة و تنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز و تكييف الهياكل والنظم في جميع القطاعات و ليس القطاع الصحي فقط، ب ة تبادر للتنسيق المشترك بين القطاع الصحة و جميع القطاعات الأخرى **كالتعليم** و الزراعة و الغذاء والموارد المالية و حماية البيئة، وتحقيق لذلك من إعادة النظر في الأمور و النظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المحلية[2].

5- سن التشريعات :

يجب سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل **التشريعات الخاصة بحماية البيئة و الضمان الاجتماعي و التأمين الصحي،** و من المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها و تحليلها كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة الوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام.

6- إعداد خطة العمل :

ينبغي أن تتم ترجمة السياسة الصحية إلى برامج و خطة عمل محددة، كما يجب تجديد الأغراض الواجب بلوغها و ما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كَمِيًا قدر الإمكان كما يجب أن تشتمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب أن تشتمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله و الإطار الزماني و تقديم الاحتجاجات و الكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ و تقييم النتائج[3].

---

[1] المرجع نفسه، ص 71.

[2] زروالية رضا، مرجع سابق، ص 71.

[3] المرجع نفسه، ص 72.

رابعًا : أهداف السياسة الصحية

إنّ الأهداف الكبيرة المسطرة في السياسة الصحية كانت ترمي أساسًا إلى الحفاظ على المكتسبات الثورية في مجال الإصلاح الطبي من جهة، و توسيع القطاع الصحي الوطني لتقريبه من المواطن من جهة ثانية، و هنا نلاحظ الإجراءات الإدارية الآتية :

- بذل الجهود في تكوين الإطارات الطبية و الشبه طبية.
- خيار الطب الوقائي من أجل القضاء على الأمراض المعدية و سوء التغذية، و ذلك بتقوية قطاع المسمى خارج الاستشفاء.
- إعداد منشور يحدد المناطق ذات الأولوية حيث يجب تعيين الأطباء فيها.
- الاستعمال العقلاني لإمكانيات الخدمة الوطنية و الخدمة المدنية.
- الدواء باعتباره الإنتاج الأوّل، يجب أن يستفيد من جميع المقاييس.
- لامركزية المصالح الصيدلانية.
- مضاعفة الوكالات الصيدلانية على المستوى الوطني.
- قانون صحي للولاية.
- التزود بالمياه الصالحة للشرب حسب معايير كمية و نوعية.
- الحفاظ على الأسرة و التكافل الاجتماعي.
- التكفل بالمعوقين الحركيين و إدماجهم في الحياة الاجتماعية.

المطلب الثالث : مراحل السياسة الصحية في الجزائر

لقد شهدت السياسات الصحية في الجزائر مجموعة من المراحل تبعًا للمحددات التي تحكمت في السياسة الصحية بحيث يمكن رصد 03 مراحل :

1- السياسة الصحية في الجزائر (1962 – 1965) :

ورثت الجزائر سنة 1962 م حالة صحية متردية و متدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركز أساسًا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية، و مراكز

الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب و يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب[1].

و يمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في :

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200) طبيب و (2700) ممرضو ممرضة.
- حالة صحية متردية نتيجة النقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك 8 أطباء لكل (100000) ساكن، كما كان عدد الصيادلة حواي 50 صيدلي و (30) طبيب أسنان فقط.
- النقص الكبير في الكوادر الفنية و الإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
- سوء توزيع المراكز و المؤسسات الصحية[2].

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى منتصف السبعينات و ما بعدها، تطورات كبيرة من حيث المستخدمين و الهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، و كذا بجملة من النصوص و القوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

قبل سنة 1965م لم تكن البلاد تتوفر إلا على 139 طبيبًا منهم 285 جزائري فقط، و هو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليًا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أمّا أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبًا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688.

أمّا من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث كان قبل سنة 1967م قرابة 39000 سريرًا بالمستشفيات، و ما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962م.

إنّ السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، و كان ينبغي في أوّل الأمر إعادة إنعاش البنيات بالهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى

---

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 132.

[2] حبيبة قشي، "**آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**" (دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة)، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر : بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، قسم العلوم الاقتصادية 2006-2007، ص 120.

قسط من الخدمات الصحية للسكان، و من جانب الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض المعدية[1].

و منه فإن الجزائر ورثت سنة 1962م وضعية صحية لا يرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و سوء التغذية و قلة النظافة، و نقص التأطير خاصة في الميدان الطبي، و نقص التغطية الصحية مما خلق فوارق اجتماعية و جهوية كبيرة.

بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية و البشرية، يضاف إليها المعوقات القانونية، بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها لم يكن إلا في سنة 1965، بعدها كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى.

هذه المرحلة امتازت من جهة بطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج و الاستشفاء، و التي تسير من طرف وزارة الصحة، و المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن و البلديات، و الاتي تسير من طرف البلديات، و أخيرًا مراكز النظافة المدرسية و التي تسير من طرف وزارة التعليم.

و من جهة أخرى، هناك قطاع طبي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، و لكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة و ذلك في إطار تعاقد، هذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة[2].

2- السياسة الصحية في الجزائر (1965 – 1979) :

مع بداية المخطط الوطني و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964، و بصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة عام 1966 أخذت الأمور تحسن شيئًا فشيئًا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967 و1969[3].

و ما يميز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية العلاج الأولي، و ذلك عن طريق توفير

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 133.

[2] المرجع نفسه، ص 134.

[3] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 135.

قاعات العلاج المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، و الهدف من هذه الهياكل القاعدية، هو قبل كل شيء الوقاية نظرًا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، و كذلك إنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974[1].

و بما أنّ نسبة 37% من السكان فقط كانت مُمَوَنَةٌ بالمياه الصالحة للشرب و 23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي و ما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، لم تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت التدابير اللازمة من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن و التي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مركز حماية الطفولة و الأمومة و في إطار الطب المدرسي، كما صدر في هذه مرسوم رقم 69–96 المؤرخ في 09 جويلية سنة 1969 و القاضي بإلزامية التلقيح ومجانيته، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة إيجابية توصي إلى القضاء على الأمراض المعدية كما ثم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ليصبح علاجه مجانيًا و نفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل و سوء التغذية فضلاً عن عملية توزيع و تنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة[2].

و ما ميز هذه المرحلة التاريخية هو :

- بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969–1970 : التلقيح ضد الشلل، و مكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية ذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية.
- انخفاض معدل الجدري سنة 1973 و السعال الديكي و التلقيح ضد الحصبة أما عن الأمراض اتخذت الجزائر طريق التوعية و الإرشاد و بالأحرى التثقيف الصحي واستعملت في ذلك المسرحيات و الملصقات الإعلانية و كان ذلك في الفترة الممتدة بين 1967 و 1968 حيث كانت هذه الفترة بداية لتطبيق البرامج ضد الأمراض و أهمها الملاريا.

---

[1] المرجع نفسه، ص 136.

[2] حسيبة /ل، "**تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال**"، جريدة المساء، 2012/07/05، متحصل عليه من http://www.elmassa.com تاريخ الإطلاع : 2015/08/05.

و من أجل توفير الصحة لكافة المواطنين فقد عملت الحكومة الجزائرية على تشجيع القطاعات الخاصة من أجل تقدم خدماتها لصالح الصحة العمومية من خلال التعاون بين القطاعات الخاصة و المنظمات الرسمية و الجماعات المحلية الدينية والفكرية و كله بهدف تحقيق التنمية الصحية[1].

المنجزات / السنوات	الأطباء الجزائريين	المتشفيات	المراكز الصحية
1962	342	156	188
1974	1425	163	558

المنجزات المحققة في المجال الصحي من سنة 1962 إلى غاية سنة 1974

و منه نلتمس فعلاً في هذه المرحلة التطور الكبير الذي عرفه النظام الصحي و ذلك من خلال تزايد عدد الأطباء الجزائريين، عكس المراحل السابقة، و هذا نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال لعلوم الطبية و التي أعطت ثمارها، و نفس الملاحظة بالنسبة للسلك الشبه الطبي الذي عرف بدوره تطورًا ملحوظًا، إذ تضاعف خلال خمس سنوات، أي في الفترة الممتدة من 1974 إلى 1979م.

و بالرغم من عمر الاستقلال السياسي للجزائر، و في ظروف صعبة وطنيًا و دوليًا- استطاعت أن تحقق بعض التقدم و التطور في القطاع الصحي، و هذا من خلال تشجيع التنمية البشرية و تكوين الإطارات الطبية و الشبه طبية و لكن في المقابل هذا التطور النسبي في الموارد البشرية عرف عدة مشكلات هي :

- هجرة الأدمغة و خاصة الأطباء.
- تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى.
- عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية.
- قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية، بحكم الحاجيات و التحديات محليًا و دوليًا[2].

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 136.

[2] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 139.

- أما بشأن تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، مع هذا نسجل ارتفاعًا محسوسًا في عدد العيادات المتعددة الخدمات، حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية و قاعات العلاج من جهة، و المستشفيات و القطاعات الصحية من جهة أخرى.

إنّ المؤشرات الصحية الصحية لعام 1979 –مثلا– تؤكد بعض التطور كما هو مبين الآن :

1. **نسبة الوفيات الإجمالي : 15,1 من الألف.**
2. **نسبة وفيات الأطفال : 122 من الألف.**
3. **نسبة الزيادات : 46,5 من الألف.**
4. **متوسط العمر : 52,5 سنة.**

هذه المؤشرات الصحية و التي تعبر إلى حد ما عن حالة الصحة لأي بلد، لا تعبر هنا بأنّ الحالة الصحية للمجتمع الجزائري و في تحسن بالرغم من التطور الذي لمسناه فيما يخص الهياكل القاعدية و الموارد البشرية و النتيجة الوحيدة التي نسجلها هنا هي في انخفاض نسبة وفيات الأطفال، بعدما كانت حوالي 140 سنتي (1979–1970) إلى 122 من الألف سنة (1979)م[1].

أمّا بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، و منذ عام 1975م، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي و هكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية و الاجتماعية و هي كما يلي :

1– **المشكلات الصحية** : كمكافحة الأمراض المتنقلة، مثل : الملاريا و السل، و الرمد و الأمراض المعدية و التهاب المفاصل الحاد و الأمراض الزهرية و الحصبة.

2– **مكافحة الأمراض غير المتنقلة** : كالأمراض العقلية، و أمراض القلب و الأوعية الدموية وسوء التغذية، و الشلل و الربو و المضاعفات بعد الولادة، و تسوس الأسنان، و التكفل بالمعوقين حركيًا، و الصم البكم و العمي، و مرض السرطان.

[1] المرجع نفسه، ص 140.

3- **المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط و الأمن في العمل** : كنظافة السكن، و معالجة المياه القذرة و تصريفها، و التزويد بالمياه الصالحة للشرب، و تلوت الجو، والنظافة الغذائية، و مكافحة الحشرات المتسببة في انتشار الأمراض.

4- **مصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن و تحسين وظيفتها** : في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تعود إلى التطور، و هنا يمكننا فتح قوس حول المعايير التي أثبت الدراسات الحديثة عن عدم جدواها. لقد تم وضع بعض الأهداف التي تسعى المنظومة الصحية من أجل تحقيقها و هي كالآتي :

- مركز صحي لكل 6 إلى 7 ألاف ساكن.
- عيادات متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن.
- مستشفى في كل إدارة.
- مستشفى في كل دائرة.
- عيادة للولادة ريفية و حضرية.
- السكنات الوظيفية.
- مخبر طبي في كل ولاية.
- دراسة برنامج تحسين الإعلام الطبي.
- دراسة صناعة الأدوية و توزيعها.

إذا من خلال ذكره نستنتج أن المنظومة الصحية لا يجب النظر غليها من زاوية واحدة هي: المستشفى و ما يقدمه من علاج، بل الأمر أكثر تعقيدًا من ذلك، فالتفتح على المحيط و دراسته من شأنه أن يساعد المنظومة الصحية في تحقيق أهدافها ومواجهة المشكلات الصحية للمجتمع من خلال نظرة شاملة لكل مكونات المحيط والبيئة التي تسبح فيه المنظومة الصحية[1].

3- السياسة الصحية في الجزائر (1979 – 2007) :

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 141-142.

قيدنا هذه الفترة من سنة 1979 إلى 2007 على أساس تبني معيار التقسيم الهيكلي والتطور التنظيمي للقطاع الصحي للجزائر بما في ذلك القطاع العام والخاص.

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني للتنمية الاقتصادية و الاجتماعية، و حتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي :

- توحيد و تحديث القوانين و النظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني و الأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني سنة 1976.
- إلزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الأدوار ليست فقط وزارة الصحة و إنّما القطاعات و التنظيمات الوطنية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تعامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية للصحة[1].

و ما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 و هي المراكز الاستشفائية الجامعية و في نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية و مكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51 من الدستور و التي تقول إنّ الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة سيكون في الوقاية و التكفل بالمعوزين و التكوين مع البحث في العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق أفاق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي والحكومة الجزائرية، كما كانت مرحلة (1980–1995) عبارة عن تقييم

السياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر و من ضمنها السياسة الصحية بحيث نجد الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسية السياسية الواجب اتباعها في المستقبل[2].

و نجد الجزائر قد حققت خلال هذه المرحلة قدرًا من التحكم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء إذ بلغ عدد الأطباء سنة 1982 إلى (7350) طبيب في مقابل 2401 طبيب أجنبي، كما زاد

[1] المرجع نفسه، ص 150.

[2] المرجع نفسه، ص 152.

عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ في نفس السنة 2171، أمّا عدد الصيادلة الجزائريين وصل إلى 1093 سنة 1982[1].

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير و ذلك سنة 1998 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية و في سنة 2007 أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص و هي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن و قد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية و كذا عدد المستخدمين[2].

أما بشأن التغطية الصحية من حيث الهياكل القاعدية سنة 1997 فنلاحظ ما يلي:

- 02 سريرين لكل 1000 نسمة.
- عيادة لكل 70421 نسمة.
- مركز صحي لكل 28559 نسمة.
- قاعة علاج لكل 9433 نسمة.

أمّا في عام 1998 فكانت النسب التالية :

- 02 سرير لكل 1000 نسمة.
- عيادة لكل 60731 نسمة.
- مركز صحي لكل 25454 نسمة[3].

أمّا بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 في كما يلي :

- نسبة الزيادات : 25,3 من الألف.
- نسبة الوفيات العامة : 6,04 من الألف.
- متوسط مدى الحياة : 68 سنة.

---

[1] المرجع نفسه، ص 153.

[2] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 153.

[3] المرجع نفسه، ص 153.

أمّا المؤشرات الصحية الخاصة سنة 2005 فقد عرفت بعض التحسن لكنه غير كاف وخير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي و المقدرة ب9,1% من الميزانية العامة إلا أنّ الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى المطلوب، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة و استراتيجية ناجحة و سوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية و من أهم المؤشرات نجد وفيات الأطفال الأقل من 05 سنوات 40,5 من الألف حسب المنظمة و حسب الجزائر فهي 35,8 من الألف بينما بلغ معدل الحياة 74,8 في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98%، الدفتيريا، الكزاز و السعال الديكي 87% للتلقيح ضد الالتهاب الفيروسي الكبدي 81% أما متوسط توزيع الأطباء فنجد طبيبًا واحدًا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن[1].

و قد شهدت الفترة (1992 – 2002) الكثير من الإنجازات حيث شهدت عدة مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية و معهد باستور بالجزائر الذي أصبح مخبرًا مرجعيًا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة و التكوين حول مقاومة الجراثيم للضمادات الحيوية.

و تضاف إلى هذه المؤسسات الصيدلية المركزية للمستشفيات الوكالة الوطنية للدم و المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و المركز الوطني لمكافحة التسمم و الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.

و قد عرف القطاع من جانب آخر انتقلاً للوضعية الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجواري من أجل تقريب الصحة من المواطن حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007 يهدف إلى فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجًا قاعديًا أسفر عن تأسيس الطب الجواري الذي قرب العلاج من المواطن كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل أيضًا قاعات العلاج و العيادات متعددة الخدمات، و استفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري ثم استثمار في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية و جوارية[2].

---

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 154، 155.

[2] حسيبة /ل، مرجع سابق، متحصل عليه من http://www.elmassa.com

و من هنا تطرح مشكلات تخص رسم السياسة الصحية و تحديد الاستراتيجيات البعيدة المدى، بغض النظر عن تفسير البرامج السلبية للحكومات المتباينة.

إن الاستفادة من مجانية العلاج، و العدالة الاجتماعية و الإنصاف و التضامن الاجتماعي يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة و السكان.

إنّ حماية الصحة و ترقيتها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة وهذا يتطلب مبدئيًا إعداد و تنفيذ استراتيجيات و سياسات ملائمة في مجال السكن، والتشغيل، و تطهير الوسط، و حماية المحيط، و تحسين التغذية و كذا نشاطات صحية تستهدف الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى، بما فيها الفئات الوسطى، كما أكد هذا الميثاق للصحة على إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، كما يجب التأكيد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية، و هذا يدمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة : كالقطاع العمومي و الشبع العمومي، و القطاع الخاص، كما تتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي و إعداد وتنفيذ استراتيجيات ملائمة و إعادة الاعتبار للموارد البشرية و المادية و إزالة الفوارق الجهوية و ذلك من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة و تكريس التعددية القطاعية علمًا بأنّ مشكل الصحة ليس مشكلة وزارة الصح فقط. و ترقية نظام ناجع للإعلام، و كذا التكوين المتواصل و الاتصال[1].

المبحث الثالث : دور القطاع الخاص و علاقته بالسياسة العامّة الصحية في الجزائر

سعت الجزائر من خلال الإصلاحات الاقتصادية و سن القوانين و التشريعات المرتبطة بالاستثمار إلى تهيئة البيئة المناسبة لنمو القطاع الخاص سواء المحلي أو الأجنبي لما يتلاءم

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 163-164.

والإمكانات المتوفرة لديها و يمثل القطاع الخاص اليوم في الجزائر محور عملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية نظرًا لما يتمتع به هذا القطاع من مزايا و إمكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات الاقتصادية والاجتماعية.

لا يزال القطاع الخاص في الجزائر غير فاعل و نشط في الاقتصاد الوطني حيث أنّ نمو القطاع الخاص لم يتجاوز 50% من نسبة مساهمته في تكوين القيمة المضافة، إلا أنّ التوجه الجديد بعد 1990 لبناء اقتصاد يعتمد على آليات اقتصاد السوق و الانسحاب التدريجي للدولة من الإنتاج المباشر للخدمات و أيضًا الإطار التشريعي الجديد و ما تضمنه من ضمانات و تشجيعات للقطاع الخاص أعطى حيوية لهذا الأخير يمكن ملاحظتها من خلال ارتفاع مساهمته في تكوين القيمة المضافة الإجمالية التي بلغت حوالي 47,5% سنة 2001[1].

المطلب الأوّل : التطور التاريخي للقطاع الصحي الخاص و مفهومه

أوّلاً : التطور التاريخي للقطاع الصحي الخاص

في سنة 1986 كان هناك تحول في قطاع الصحة صاحبت التحول الكبير في المعادلة الاقتصادية و هذه كانت بداية تطبيق للنموذج اللبرالي عن طريق خوصصة القطاع الصحي و الذي قام على عدة مراحل :

1- تطور و تنصيب و اعتماد العيادات الخاصة في المدن.

2- الترخيص بفتح العيادات الخاصة.

3- الانفتاح الكامل.

و من هذه المراحل ظهرت قوة القطاع الخاص و شهدت عدة توسعات منها :

توسع في العرض و طريقة العمل

زيادة في عدد الأطباء الذين يعملون لحساباتهم

زيادة عدد الأسرة التي يوفرها القطاع الخاص، مثال ذلك العيادات الخاصة الكبرى و المتخصصة.

أيضًا شهدت توسع في المنظور الاقتصادي و اللبرالي و انفتاح سوق الأدوية[2].

---

[1] مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب، دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية. دراسة حالة الجزائر، مجلة الباحث، العدد 7، 2009-2010، ص 138.

[2] دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 43.

و أصبح القطاع الخاص في النشاط الصحي الآن أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر و يظهر في مجموعة المؤسسات التي تمارس الانشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي و العلاج و عيادات جراحة الأسنان والصيدليات و مخابر التحاليل الطبية و مخابر النظارات و الأجهزة الاصطناعية الطبية، فبعدما كان النشاط الخاص مقتصرًا على عيادات الفحص و التشخيص، تم إضافة هيكل جديد هو العيادات الاستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء و التوليد و كذا الاستكشاف، و اشترط المشرع أن تشتغل هذه العيادات إمّا عن طريق جمعيات و تعاضديات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء، بحيث لا يقل عدد أسرتها عن سبعة أسرة تاركًا الحد الأقصى مفتوحًا على حسب إمكانيات المستثمر.

يحتوي القطاع الاستشفائي الخاص حاليًا على حوالي 450 عيادة خاصة، تنوع بين العيادات الطبية الجراحية و العيادات الطبية، موزعة على كامل الولايات الجزائرية.

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة كبيرة بحجم المستشفيات الجامعية، رغم أن القوانين السارية لا تمنع أي خاصة أو رجل مال من أهل الاختصاص من بنائها، و بإمكان قادر أو راغب في الاستثمار في قطاع الطبي أن يقدم على خطوة كهذه، لكن تجربة العيادات الخاصة لم تكن مشجعة، حسب وزير القطاع، حيث هناك ممارسات و هذه التجربة لا يمكن وصفها إلا بالمخزنة، دون أن يعني هذا عدم وجود تجارب ناجحة و محترمة في عدد من الولايات و إن كانت قليلة[1].

ثانيًا : تعريف القطاع الصحي الخاص

المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج و استشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء و التوليد و أنشطة الاستكشاف.

و التخصصات التي يجب أن تمارسها هي[2] :

- الفحص الطبي.
- الاستكشاف و التشخيص.
- الاستعجالات الطبية أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات و الإنعاش.
- الاستشفاء.

[1] المرجع نفسه، ص ص 44-45.

[2] المرجع نفسه، ص 46.

- أو هي عيادات تنشؤها الأفراد و تقدم خدمة طبية أو علاجية مقابل الحصول على ربح معين و تهدف إلى تحقيق نسبة معينة من الربح[1]، و تعرف أيضًا :

على أنّها المستشفيات التي تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص كشركة مساهمة و يهدف هنا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح و يطلق عليها المستشفيات الربحية و تقاس كفاءة هذه المستشفيات بكمية الأرباح المحققة في النهاية للسنة المالية، و يطبق في هذه المستشفيات مبادئ إدارة الأعمال و التي تسعى إلى تحقيق أقصى درجة من الربح[2].

و هناك تعريف آخر :

المستشفيات الخاصة هي التي تكون مملوكة الأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو شركات خاصة و تتم إدارتها وفقًا لنمط الإدارة في القطاع الخاص و في حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة.

أو تعرف على أنّها :

جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، و هذه المستشفيات تقدم مقابل رسوم، و ذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجانًا.

و يمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين :

مستشفيات ذات طابع ربحي و مستشفيات ذات طابع غير ربحي.

- **المستشفيات ذات طابع ربحي** : و هي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة و ذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.
- **المستشفيات ذات طابع غير ربحي** : و هي المستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص و مميزات ذات الطابع الربحي، إلا أنّ الهدف من إنشائها يكون غالبًا بهدف المساهمة في تقديم الخدمة عامة لأفراد المجتمع.

---

[1] محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة و الخاصة و كيفية تميز العاملين بها، الاسكندرية : دار الفكر الجامعي، 2009، ص 07.

[2] دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 47.

و العلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجانًا، حيث أنّ الأموال المتحصلة من المرضى تصرف على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى[1].

و هناك من يراها على أنّها:

تختلف عن المؤسسات العامة، و يتم إدارتها وفقًا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص مع سعيها الدائم لتحقيق الربح، من أهم أنواعها[2] :

1- مؤسسات بأسماء أصحابها :

تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها بين اطباء، يتولى هؤلاء إدارتها و تقديم الخدمات في مجال تخصصهم، و هذا التوع من المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة و مهارة و سمعة أصحابها و كذا جودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم[3].

2- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية :

تقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية و الخيرية عن طريق التبرعات التي تحصل عليها، و قد تأخذ شكل المؤسسات العامة و المؤسسات الشخصية و ذلك من حيث خدماتها الشخصية و العلاجية، و لا تسعى غلى تحقيق الربح إنّما إلى تقديم خدمات صحية مجانًا[4].

3- مؤسسات صحية استثمارية :

يمتلكها و يديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها، تأخذ شركات المساهمة[5].

المطلب الثاني : خصائص و هياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر

أوّلاً : خصائص القطاع الصحي الخاص في الجزائر.

تعددت الخصائص أو السمات التي يتسم بها القطاع الخاص في الجزائر و التي تجعله يؤثر في رسم السياسة العامة في الجزائر على الرغم من قصر مدة ظهوره.

أ. شروط و خصائص العيادات الخاصة :

---

[1] المرجع نفسه، ص 47.

[2] سليم بطرس جلدة، "**إدارة المستشفيات و المراكز الصحية**"، عمان : دار الشروق، 2006، ص 36.

[3] تامر ياسر البيكزي، مرجع سابق، ص 35.

[4] المرجع نفسه، ص 36.

[5] عبد المهدي بواغنة، "**إدارة المستشفيات و الخدمات الصحية للتشريع الصحي و المسؤولية الطبية**"، الأردن : دار الحامد، 2003، ص 42.

تتحدد شروط و خصائص العيادات الخاصة حسب المواد : 03-04-05-06-07 من الجريدة الرسمية رقم 07-231 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 و هي:

1. تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية و توضح المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني طبيب و تزود بلجنة طبية.
2. تحدد طاقة الاستيعاب الدنيا للمؤسسة الاستشفائية الخاصة (07) أسرة.
3. يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة أن تضمن خدمة دائمة و مستمرة.
4. يتعين على المؤسسة الاستشفائية الخاصة اكتتاب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية للمؤسسة و مستخدميها و مرضاها[1].
5. يجب أن تكون المؤسسة الاستشفائية الخاصة مطابقة للشروط و المقاييس المعمارية والتقنية و الصحية التي يحددها التنظيم المعمول به[2].

ب. شروط إنجاز و فتح مستشفيات خاصة :

تتحدد شروط إنجاز و فتح المستشفيات الخاصة حسب المواد التالية : 08-09-10-11-12-13-14 من الجريدة الرسمية رقم 07-231 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 كالتالي :

يخضع إنجاز المؤسسة الاستشفائية الخاصة إلى ترخيص الوزير المكلف بالصحة على أساس ملف إداري و تقني يودع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة وتحتوي علاوة على الوثائق والمستندات المطلوبة في البناء (المخططات و الوصف التفصيلي للمشروع و موقع إقامته والانشطة و الأعمال القيام بها.

- يسلم وصل إيداع إلى صاحب المشروع.

- يحتوي الملف الإداري و التقني المذكور في المادة (8) من نفس المرسوم التنفيذي على الوثائق التالية[3] :
  - طلب إنجاز يودعه صاحب المشروع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة.
  - نسخة من شهادة ميلاد صاحب أو أصحاب المشروع.
  - نسخة من شهادة جنسية صاحب المشروع.

---

[1] دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 48.

[2] المرجع نفسه، ص 49.

[3] دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 50.

- مستخرج من صحيفة السوابق القضائية لصاحب أو أصحاب المشروع.
- نسخة من شهادة جنسية صاحب أو أصحاب المشروع.
- نسخة من القانون الأساسي للشخص المعنوي.
- سند الملكية أو اية وثيقة أخرى تثبت الاستقلال الشرعي للملك العقاري لا سيما عقد الإيجار.
- البطاقة التقنية الوصفية للمشروع و تتضمن :
- المقرات و المساحات المخصصة لكل النشاط.
- الطاقم التقني لا سيما العتاد المتعلق بالأشعة و الاستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي و التجهيزات الطبية.
- تقرير المطابقة لمقاييس الأمن تعده مصالح الحماية المدنية في حالة هيكل موجود.
- مخطط الوضعية بين موقع المشروع و حدوده.
- مخطط الإجمالي (1/50) يوضح كل البيانات الضرورية لاسيما التسوية العامة للأرضية و التوجيه و البيانات المجاورة و الطرقات الموجودة ومواقف السيارات و الشبكات المختلفة و المساحات الخضراء.
- المخططات المفصلة لأنواع التصميمات الاستشفائية (1/50).
- المخططات المفصلة لمقرات المواجهة لممارسة الجراحة (1/50).

و تتأكد مديرية الولاية المكلفة بالصحة من صحة الملف الإداري و التقني وترسله إلى الوزير المكلف بالصحة مرفقًا بالرأي المسبب للمدير الولائي المكلف بالصحة في أجل لا يتجاوز (45 يومًا) ابتداء من تاريخ إيداع الملف ثم يفصل الوزير المكلف في طلب الإنجاز في الأجل (3 أشهر) ابتداء من تاريخ استلام الملف، و بعد ذلك يمنح صاحب المشروع أجل (3 سنوات) ابتداء من تاريخ تسليمه الترخيص لإنجاز مشروع أو يمكن تمديد هذا الأجل سنتين بطلب من صاحب المشروع على أساس عناصر مبررة قانونيًا و تسلم مديرية الولاية المكلفة بالصحة عند انتهاء إنجاز المشروع، يقرر المطابقة لصاحب المشروع. و يحتوي أيضًا ملف الترخيص المذكور سابقًا على[1] :

[1] المرجع نفسه، ص 50.

- تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الكهربائية تسلمه المؤسسة الوطنية للاعتماد والمراقبة التقنية،
- تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الإشاعية التي تنبعث منها مصادر أيونية تسلمه محافظة الطاقة الذرية.
- محضر إقامة آلة حرق النفايات معتمد من مصالح البيئة المعنية أو عند انعدامها نسخة من الاتفاقية المبرمة مع مؤسسة عمومية أو خاصة لحرق النفايات أو كل طريقة أخرى لمعالجة النفايات الاستشفائية معتمدة من الوزارة المكلفة بالصحة.
- وثائق تثبت اقتناء سيارة إسعاف واحدة أو عدة سيارات إسعاف أو نسخة من الاتفاقية مبرمة مع متعامل نقل صحي خاص معتمد.
- نسخة من الاتفاقية المبرمة مع مركز حقن الدم الولائي و المتعلقة بالتموين بمنتجات الدم غير الثابتة.
- الملف الإداري للمدير التقني.
- الملفات الإدارية للمستخدمين الطبيين و الشبه طبيين.

ثانيًا : هياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر.

يتشكل مجلس الإدارة حسب المواد 24-25 من الجريدة الرسمية رقم 07-321 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 كما يأتي :

- صاحب مشروع المؤسسة الاستشفائية الخاصة
- ممثل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.
- ممثل مستخدمين المؤسسة الاستشفائية الخاصة،
- ممثلان اثنان عن جمعيات المرتقبين.
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظرائه.
- ممثل عن الممارسين الطبين ينتخبه نظرائه.
- ينتخب أعضاء مجلس الإدارة رئيسًا من بينهم، و تتلخص مهامه في تسيير الجانب المالي و الطبي للمؤسسة الاستشفائية و تنظيم العلاقات مع الجمعيات المختصة في الدفاع عن حقوق المرضى[1].

[1] دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 51.

المطلب الثالث : القطاع الصحي الخاص في ظل السياسات الاقتصادية.

شهد الاقتصاد الجزائري منذ الاستقلال عدة تحولات على كافة الأصعدة الاقتصادية و السياسية، فنجدها بعد الاستقلال تبنت النهج الاشتراكي الذي يقوم على أساس التخطيط المركزي، وهيمنة القطاع العام على الاقتصاد الجزائري،

باعتبار القطاع الصحي الخاص الذي يعتبر جزاءًا لا يتجزأ من الاقتصاد الجزائري، و ظهرت هذه التحولات الاقتصادية التي عرفتها الجزائر و هي كالآتي :

أوّلاً : القطاع الصحي الخاص في النظام الاشتراكي :

إنّ القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ16 فيفري 1985، و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، و نتيجة التحولات الكبيرة التي عرفتها الجزائر و هي جميع المجالات، و هكذا في إطار إعداد التقرير التكميلي عن مشروع القانون المعدل و المتمم للقانون رقم 85-05 الصادر في 1985/02/16م المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، عقدت اللجنة الصحة و الشؤون الاجتماعية و العمل و التكوين المهني اجتماعًا لدراسة الاقتراحات و الانشغالات المعبر عنها.

و يهدف هذا القانون بالسماح للممارسين الاستشفائيين الجامعيين و المختصين في المجال الصحة العمومية بالممارسة بصفة الخواص خارج أوقات عملهم في المؤسسات الخاصة، و هذا لتحسين أجور هؤلاء المستخدمين دون تحمل ميزانية الدولة عبئ إضافيا و تحقيق أكبر للمستفيدين[1].

و تكمن أهمية هذا القانون المعدل نتيجة الظروف التي تعرفها البلاد، فجاء ليواكب مقتضيات المنظومة الصحية خاصة و أنّ حماية الصحة السكان المكفولة دستوريًا تشكل أحد الانشغالات الكبرى لبلادنا، حيث تسهر على ضمانها و حمايتها عن طريق توفير خدمات صحية في كافة أنحاء البلاد، و الاهتمام بالشرائح الاجتماعية المحرومة، غير أّن التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها بلادنا أثرت بشكل سلبي في بعض جوانب منظومتنا الصحية بشكل عام وعلى القطاع العمومي بشكل خاص، و تتمثل هذه الآثار السلبية في :

1. تخلي الأطباء المتخصصين خاصة منهم الإستشفائيين الجامعيين عن القطاع العام، الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الوطني للصحة و التوجه نحو الخارج أو نحو القطاع الخاص، حيث توفر لهم كل الامتيازات خاصة المادية.

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **الجريدة الرسمية**، العدد 8، القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 هـ، الموافق لـ18 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، ص 176.

2. التأثير السلبي على مساهمة الهياكل الصحية العمومية سواء في تقديم العلاج ونوعية الخدمات الصحية.

ثانيا : القطاع الصحي الخاص في ظل التعددية :

لقد كان للأزمة البترولية سنة 1986 م تأثير بالغ على الاقتصاد الجزائري و الذي دخل في لأزمة الحادة تدهورت فيها جميع القطاعات، و هو ما أدى إلى تبني النظام الجزائري خيار اقتصاد السوق كبديل الاقتصاد الموجه.

قد بدأت الجزائر بمجموعة من الإصلاحات التي مست جميع القطاعات و التي منها المنظومة الصحية، و قد كان أوّل إصلاح هو بداية الخوصصة المجال الطبي، و هذه الخوصصة قد أنجزت عبر العديد من المراحل سواء بالنسبة الممارسيين الصحيين أو بالنسبة الخدمات الطبية.

أ. **خوصصة الممارسين الصحيين :**

- **المرحلة الأولى :**

وقد كانت خوصصة الممارسة الطبية برفع جميع المعيقات كترخيص التأسيس، حيث بدأت من سنة 1986م.

- **المرحلة الثانية :**

تبعت هذه المرحلة الترخيص بفتح العيادات الخاصة ابتداءا من سنة 1990م، حركة فتح العيادات الخاصة بدأت بشكل متجمع.

- **المرحلة الثالثة :**

تمثلت هذه المرحلة الأخيرة في الخوصصة الفعلية للمستخدمين الطبيين الأكثر مكانة في هرم المستشفيات الذين يملكون أجور مرتفعة، و قد أصبحوا يمارسون عملهم كل الأيام في العيادات الخاصة[1].

[1] دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 57.

ب. خوصصة الخدمات الصحية :

وتهتم بالدرجة الأولى على سلسلة مع خوصصة التأمينات الصحية و اقتصاد السوق المرافق، لها حيث رفعت الدولة يدها عن الاستيراد و إنتاج وتوزيع الأدوية و كذا الترخيص لإنشاء عيادات في إطار خاص أيضًا الترخيص بممارسة الأطباء في العيادات الخاصة.

خلاصة :

إنّ القطاع الصحي الخاص يساهم بشكل فعال و إيجابي في التكفل بصحة المواطنين بالرغم من ظهوره متأخرة في المنظومة الصحية في الجزائر إلا أنّه تسعى السلطات العامة إلى جعله مكملا للقطاع العمومي في التكفل ببعض الأمراض، باستثناء الأمراض التنقلية و التي تتحملها المستشفيات الكبرى، لكن تبقى بعض المشكلات تعيقه لعل من أبرزها عدم احترام مقاييس و أيضًا عدم احترام

العيادات الخاصة لأخلاقيات المهنة في العلاج، كما أنّه يعمل منفردًا بدلاً من أن يكون مكملاً للقطاع العمومي مما يجعله بعيدًا عن المهمة التي أسس من أجلها.

الفصل الثاني :
دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية
الخاصة "المغيث"
بعين الحجر ولاية سعيدة

في هذا الفصل التطبيقي سوف نقوم بدراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر بولاية سعيدة عن طريق إجراء مقابلة مع مسيريها من أجل معرفة الواقع الخاص ومدى مساهمته في ضمان السياسة الصحية الخاصة بالولاية أو السياسة الصحية العامة.

المبحث الأوّل : نشأة و تطور المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث عين الحجر بسعيدة

المطلب الأوّل : التعريف بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة

تقع مصحة المغيث للطب و الجراحة بدائرة عين الحجر بولاية سعيدة، يشرف عليها أطباء خاصون و عامون نشاطهم متوسط و يخفف من الضغط على المستشفى العام أحمد مدغري، و قد تم تدشينها في 29 جويلية 2003، تتربع مساحتها على 1000 م^2 وتضم 33 سرير، هي عبارة عن عيادة استشفائية تختص في تقديم خدمات علاجية طبيعية.

و تضم عدد من أقسام : فحص التشخيص و الاستعجالات و التوليد و الغسل الكلوي، قسم التأهيل سكانير و التشخيص بالأشعة، و هي عيادة استثمارية ربحية[1].

1- الأقسام الطبية :

تتمثل في طب الكلى و طب النساء و التوليد و طب الأعصاب و طب العظام و طب أمراض الجلد و الطب العام و التشخيص بالأشعة التحاليل المخبرية و طب الأطفال و الطب الداخلي.

2- الأقسام الجراحية :

تتمثل في جراحة عامة و جراحة الأطفال و جراحة أمراض النساء و جراحة الجهاز البولي وجراحة العظام و المفاصل و جراحة الأنف و الحنجرة و جراحة العيون و جراحة الأعصاب وجراحة بالمنظار و العمليات الجراحية المختلفة.

و توجد إلى جانب هذه الأقسام التي تقدم خدمات أساسية صحية أقسام أخرى مساعدة تتمثل في الصيدلية لكن هذه الأخيرة خاصة فقط بتوفير جميع مستلزمات العملية الجراحية و الاستعجالات بالإضافة إلى أقسام أخرى مختصة في الإطعام و التنظيف، و المخزن و الخدمات الإدارية[2].

المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة

يعتبر الهيكل التنظيمي البناء أو الإطار الذي يحدد التركيب الداخلي للمنظمة فهو يبين التقسيمات التنظيمية و الوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال و الأنشطة التي يتطلبها تحقيق

[1] مقابلة مع رابح مامة، نائب المدير بعيادة المغيث، يوم 2015/05/07 على الساعة من 10:10 إلى 11:30

[2] مقابلة مع رابح مامة، مرجع سابق.

أهداف المنظمة، و منه حاولنا وضع هيكل تنظيمي بناء على الأقسام الموجودة بالعيادة و التي تتوزع كالآتي :

- **مكتب المدير** : يسيره طبيب عام و هو المالك للمصحة حيث يتولى إدارة شؤونها بمساعدة عون إداري.

- **مكتب المسير** : يقوم بالإضافة إلى مساعدة المدير العام في إدارة شؤون المصحة، المسؤولية على قبض مستحقات العملية الجراحية و ملأ ملفات المرضى و تسجيلها.

- **قسم المحاسبة** : يتولى هذا القسم إعداد أجور الموظفين من أطباء و ممرضين و باقي عمال المصحة بالإضافة إلى وضع ميزانية الإعلام و الترويج عن خدمات المصحة.

- **قسم الاستقبال** : يقدم التعليمات و المعلومات للمرضى و توجيههم إلى الأقسام العلاجية المعنية، كما يتولى قبض مستحقات المعاينة الطبية، الاشعة، التحاليل المخبرية،...إلخ.

- **قسم الجراحة** : يتولى هذا القسم تقديم الخدمات الجراحية بكل أنواعها، يحتوي على جناحين للجراحة، قاعتي الإنعاش (Salle de réanimation) قاعة للمراقبة (Salle de surveillance) مزود بكل الأجهزة اللازمة بالإضافة إلى توفره على قاعة خاصة لتقديم الأدوية و المستلزمات الطبية الضرورية أثناء إجراء العمليات الجراحية.

- **قسم الصيدلية** : يتولى هذا القسم مسؤولية تقديم الأدوية و الأدوات الطبية اللازمة لقسم الجراحة والمعاينة.

- **المدير المالي** : و يهدف للقيام بجمع الأعمال المالية للمصحة، و من مهامه : إعداد ميزانية المصحة، تطبيق الأنظمة المالية، إجراء التحصيل و الصرف، إعداد تقارير مالية، القيام بالأعمال المتعلقة بمحاسبة التكاليف بالمصحة.

- **قسم تصفية الدم** : هو عبارة عن تنقية الدم من السموم الناتجة من عمليات بداخل الجسم.

- **المدير الإداري** : و هو يقوم بتطبيق الأنظمة و لوائح خاصة بشؤون العاملين و القيام بإجراء شؤون الموظفون، مثل : التعيين و مستحقات الموظفين مثل الرواتب و الترقيات المباشرة و غيرها.

- **المدير التقني** : يشرف على الأمور التنفيذية بشكل كامل و يحدد المعايير المعتمدة في البرمجة والتقنيات المطلوبة.

- **قسم الأمانة** : هي تلك الوظيفة التي تقدم معلومات أو خدمات للإدارات أو الرؤساء.

- **قسم الأرشيف** : بأنّه الهيئة التي تتولى مهمة حفظ الوثائق و السجلات و القيود والمدونات بصورة منظمة.
- **قسم الخزينة** : بمثابة الصندوق الذي جمع مختلف الإيرادات من مختلف الهيئات.
- **قسم الوسائل العامة** : هذا المكتب المكلف بتسيير الأملاك العقارية و للأثاث وللتجهيزات.
- **قسم تسيير المخازن** : متابعة و مراقبة أعوان الأمن و أعوان الصيانة و المنظفات[1].

المطلب الثالث : الإمكانية البشرية و المادية في عيادة المغيث بسعيدة

أ- **الإمكانيات البشرية** :

يمارس بعيادة المغيث طاقات بشرية كل ضمن أفضل رعاية صحية ممكنة ويمكن تلخيصها فيما يلي :

1. **الأطباء المختصين** : عددهم 1 يعمل يوميًا و هو تابع للمصحة.
2. **الأطباء العامون** : عددهم 4 أطباء يزاولون عملهم بالتناوب حيث كل يوم يعمل طبيب.
3. **الأعوان شبه الطبيين** : و عددهم (09) ممرضة و ممرض شبه طبيين يعملون بشكل يومي و عادي يسهرون على راحة المرضى.
4. **الإداريون** : و هم الأفراد المكلفين بالإشراف على تسيير المصحة و مراعاة مصالح المرضى و يتمثلون في المدير (طبيب)، نائب المدير (مسير) وأفراد قسم المحاسبة.
5. **العمال متعددي الخدمات** : و عددهم (08) عامل يعملون في التخصصات في المصحة مثل عمال المطبخ أو المغسلة و عمال الصيانة.

ب-الإمكانيات المادية :

و تتمثل هذه الإمكانيات في التجهيزات الطبية و سيارات الإسعاف و معدات تشخيص الأمراض[2].

- **التجهيزات الطبية** : تتوفر عيادة المغيث على أحدث التجهيزات الطبية مثل الجراحة بالمنظار و التشخيص بالأشعة الرقمية (radiologie numérisée).
  - **سيارات الإسعاف** : عددهم (02) و يتم استعمالها في حالة الاستعجالات.

[1] **المؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث" بعين الحجر ولاية سعيدة** –مديرية الموارد البشرية.

[2] المرجع نفسه.

المبحث الثاني : دور عيادة المغيث في تغطية الصحية

المطلب الأوّل : واقع العمل بعيادة المغيث

تعمل عيادة المغيث على توفير خدمات المرضى 24 سا/24 سا من خلالهم ترسيخ شعار (صحتكم هي هدفنا) "Votre santé est notre souci".

و بذلك بتوفير أحدث الأجهزة الطبية و الجراحية مثل الجراحة بالمنظار والتشخيص بالأشعة الرقمية radiologie numérique بتكاثف جهود جميع العاملين من أطباء مختصين وعامين، و عمال شبه طبيين و الإداريين من أجل ضمان أفضل الخدمات الصحية للمرضى.

و قد سعت عيادة المغيث بتوسيع خدمات صحية مع توفير المصاعد للمرضى و الحالات الاستعجالية، و ذلك الإعلان مواقيت زيارة المرضى داخل المصحة و السهر على راحة المرضى، أيضًا تتوفر العيادة على أطباء أكفاء و لهم خبرة ي المجال الصحي و شهر الإدارة على مواكبة التطور و التواصل و الحصول على أحد التجهيزات لتوفير أحدث الخدمات الطبية و الجراحية من أجل ضمان أفضل تغطية صحية للمواطن في الولاية أو خارجها[1].

ثانيًا : الاختصاصات الطبية بعيادة المغيث

تتوفر عيادة المغيث عبلى مجموعة من الاختصاصات الطبية و الجراحية تسهم في تشكيل إضافة نوعية إلى قطاع الصحية في ولاية سعيدة و من أهم هذه الاختصاصات.

1- **الجراحة العامة** : هي كل العمليات الجراحية التي تدخل في الباطني، و تستعمل فيها الجراحة بالمنظار.

2- **الاستعجالات** : تقوم العيادة بالسهر على التغطية الصحية على مدار اليوم 24سا/ 24سا ما عدا حوادث المرور فيتم توجيههم للمستشفى العمومي.

3- **جراحة النساء و التوليد** : و في هذا التخصص تجري عمليات الجراحة على الجهاز التناسلي للأنثى و عملية العقم و الولادة.

4- **جراحة الأذن و الحنجرة** : أيضًا تهتم بإجراء العمليات على المناطق الأكثر حساسية وأهمية لدى المرضى.

5- **جراحة الكلى و المسالك البولية** : و تجري هذا النوع من العمليات على الأمراض التي تصيب الجهاز البولي و الكلى.

[1] من إعداد الباحثة باعتماد على بيانات المقابلة.

المطلب الثاني : أهداف و تحديات عيادة المغيث

أ- الأهداف :

عيادة المغيث و كأي مؤسسة خاصة لها أهداف تسعى دومًا لتحقيقها و هي :

1. توفير العلاج للمرضى مقابل ربح المال.
2. توفير الخدمات الصحية اللائقة بكل فئات المجتمع.
3. تقديم فرص عمل لخريجي الجامعات.
4. تحسين الوضع الصحي للأفراد و المواطنين داخل الولاية أو خارجها.
5. تقليص دائرة المرض و بناء مجتمع صحي.
6. تطور الأجهزة الطبية و الجراحية كاستعمال الجراحة بالمنظار و ذلك من أجل ربح الوقت.
7. السهر على توفير الرعاية الصحية في كل الأوقات (24سا/24س).

ب-التحديات :

تعتبر عيادة المغيث من العيادات الفعالة في ولاية سعيدة، حيث تجتهد من أجل تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطن معتمدة في أحداث التجهيزات الطبية والجراحية كالجراحة بالمنظار وتقريب الخدمات الصحية للمواطن بدل الشقاء و السفر إلى ولايات أخرى من أجل العلاج، و هذا ما جعلها تشهد إقبال كبير من المواطنين الذين وجدوا خدمات صحية جيدة، مما يجعل عيادة المغيث تسعى دومًا لتكون الأفضل والأحسن في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين[1].

المطلب الثالث : الإيجابيات و السلبيات عيادة المغيث

أولاّ : الإيجابيات

1- توفير الخدمات الطبية و العلاجية للمواطنين المقيمين من ولاية سعيدة أو الولايات الأخرى.
2- استخدام أجهزة علاجية حديثة متطورة لتسهيل عملية العلاج للمواطنين و كذا ربح الوقت.
3- امتلاك عيادة المغيث أطباء مؤهلين و أكفاء في مختلف التخصصات العلاجية.
4- احترام عيادة المغيث كل متطلبات السلامة (الوقاية من الحرائق و تسيير النفايات)، و ذلك عن طريق تجديد قارورات الحرائق كل عام.
5- توفير المصاعد للمرضى و الحالات الاستعجالية.

[1] من إعداد الباحثة باعتماد على بيانات المقابلة.

ثانيًا : السلبيات

1- ضيق مساحة عيادة المغيث مما يجعل المريض عند دخوله لا يحس بالراحة، أيضًا ضيق المساحة يجعلها لا تكتفي في الاستقبال عدد كبير من المرضى.

2- امتلاك عيادة المغيث لسيارتي إسعاف إثنان غير كافية لنقل الحالات الاستعجالية.

3- تدني أجور العاملين بالعيادة.

4- توفير صيدلية للمستلزمات الطبية و الجراحية فقط و عدم توفيرهم لصيدلية للأدوية التي يحتاجها المرضى بصفة عامة.

5- عدم استقبال عيادة المغيث لحالات حوادث المرور.

6- عدم التكفل بالمرضى من ناحية الضمان الاجتماعي و التكفل فقط بالعمال[1].

المبحث الثالث : دراسة الحالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة

[1]من إعداد الباحثة باعتماد على بيانات المقابلة.

سيكون اهتمامنا منصبًا على إبراز واقع أداء الخدمات بنتائج المتبعة في دراسة حالة و ذلك بتحديد حدود الدراسة، أدوات الدراسة، مجتمع و عينة الدراسة مع إبراز ظروف إعداد الاستبيان.

المطلب الأوّل : واقع أداء الخدمات بنتائج دراسة الاستبيان.

1.1- حدود الدراسة :

أ. الحدود الزمنية :

لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة سنة 2014.

ب. الحدود المكانية :

بهدف التعرف على دور القطاع الخاص في رسم السياسة العامّة الصحية في الجزائر اخترنا تحقيق هذه الدراسة للمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة.

ج. الحدود البشرية :

شملت دراستنا على مجموعة من المرضى المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة.

2.1- أدوات جمع المعلومات :

بحكم طبيعة و خصوصية موضوع البحث المتعلق بواقع جودة الخدمات الصحية، استوجب علينا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل البيانات الإحصائية و تفسير العلاقات بين مختلف المتغيرات باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف.

المرحلة الأولى :

كانت دراسة استطلاعية لمديرية الصحة بالولاية للحصول على بعض البيانات حول المنظومة الصحية، كما تم الإطلاع على المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث محل الدراسة للتعرف على سير عمل المستشفى، ثم التعرف على كل مراحل التي يمر بها المريض منذ دخوله للمستشفى إلى خروجه منه بالإضافة إلى بعض البيانات عن المستشفى، إلى جانب مختلف الأقسام التي تنتمي إليه.

المرحلة الثانية :

دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من خلال توزيع الاستبيان على مختلف المصالح لاختيار فرضيات البحث و تحليله، و قد اعتمدنا على كل من :

1. **المقابلة** : للمقابلة مكانة متميزة في البحوث السياسية لأنها قد تسمح بالوصول إلى معلومات وبيانات هامة تلعب دورًا أساسيًا في البحث السياسي، خصوصًا و أنّها قد توجه إلى جماعة الصفوة من خلال ما يسمى مقابلة الصفوة أو المقابلة المتعمقة التي تمكن الباحث من أن يعبر أغوار مشاعر فرد معين أو مجموعة محدودة من الأفراد اتجاه قضايا أو ظواهر معينة و أن يتعرف على اتجاهاتهم أو خبراتهم و مواقفهم.

و بالنظر إلى موضوعنا المتعلق بدور القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر، فقد انصبت مقابلتنا ممثلة في مدير المؤسسة الذي أعطى لنا الموافقة بإجراء الجانب التطبيقي من البحث في استجواب مجموعة من مسؤولي مديرية الوسائل المادية و المالية والمراقبة، و بعض الأطباء و الممرضين وتضمنت مقابلتنا مجموعة من الاسئلة دارت حول مختلف مصالح و نشاطات المستشفى، كما قمنا بمقابلة بعض المرضى قصد معرفة أرائهم حول الخدمات المقدمة لهم حيث يعتبر هذا الجزء أهم المراحل التي تخص موضوع الدراسة، ونشير في هذا الصدد إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات لأن مقابلة المرضى تستدعي الصبر و المتابعة.

2. **الملاحظة** : بالإضافة إلى المقابلة استخدمنا كأسلوب في البحث، و تعتبر الملاحظة أحد أهم الأدوات المنهجية في جمع المعلومات و البيانات حول موضوع الدراسي، فهي تساهم في فهم السلوك البشري فهمًا دقيقًا، و لقد قمنا باستخدام هذه الأداة خلال المراحل التمهيدية للبحث، وذلك من أجل تكوين صورة أولية عن البيانات التي سوف نحصل عليها، و تم استخدامها كذلك في المراحل المتقدمة من خلال تغيير بعض المعطيات و الأرقام حول البحث بغية الوصول إلى الدقة و ضبط النتائج، بهدف التأكد من الفرضيات المنطلق منها، و كوسيلة لإنشاء استبيان صحيح.
3. **الاستبيان** : يعتبر الاستبيان من أكثر وسائل جمع البيانات على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية، بحيث كل مشارك في العينة عنها بنفسه بسرية و هذا لعدم معرفة كل فرد لإجابات الآخرين، كما يسهل الاستبيان من عملية تجميع المعطيات و تصنيفها و بالتالي تفسيرها و الوصول إلى الاستنتاجات المطلوبة و المناسبة، و قد حاولنا في هذا الاستبيان التقيد بموضوع البحث.

3.1- مجتمع عينة الدراسة :

يشمل مجتمع هذه الدراسة المرضى المقيمين في المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر و لصعوبة تحديد فترة الدراسة و لعدم استقرار المرضى في المستشفى تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالمستشفى خلال سنة 2014، قمت باختيار عينة عشوائية من مرضى المستشفى.

فقد استثنيت بعض المصالح نظرًا لحالتهم الصحية و تلبية لأغراض الدراسة فقد تم توزيع استبيان على المرضى المقيمين سنة 2014 حيث طلب من المرضى الإجابة على هذه الأسئلة بكل حرية و صدق بعدما تم شرح أسئلة الاستبيان، و في أغلب الأحيان تم استجواب المرضى بطريقة مباشرة لأن معظم المرضى ليس لهم مستوى دراسي تقريبًا.

و الجدول رقم (02–03) يوضح عدد المرضى المقيمين بين القطاع الصحي الخاص "المغيث" و القطاع الصحي العمومي "أحمد مدغري" سنة 2014.

4.1– فرضيات الدراسة :

انطلاقًا من الإشكالية المقدمة، نتمكن من جلها أو مناقشتها، نضع الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى :

تقدم المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث خدمات صحية مقبولة مما يستحسنه المرضى و العاملون.

الفرضية الثانية :

تتميز مؤسسة المغيث بتقديم خدمات نوعية و تتكفل بجميع انشغالات زوارها من مرضى و غير مرضى.

الفرضية الثالثة :

لا تحتوي المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث على كفاءات متخصصة مما يجعل الكثير من المرضى يعزفون عنها و يلجأون إلى مستوصفات أخرى في الولايات المجاورة.

الفرضية الرابعة :

تفتقد المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث لكثير من التجهيزات المادية و كذا لا تتوفر على بيئة نظيفة.

الفرضية الخامسة :

تتلقى المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث سمعة طيبة لدى كل نزلائها من المرضى والعاملين.

المطلب الثاني : تحليل الاستمارات :

أوّلاً : تحليل الاستمارات :

1- تحليل الاستمارة حسب الجنس :

يوضح الجدول رقم (01) إن النسبة العالية للأفراد هي لنسبة الإناث، حيث بلغ عددهم 41 فرد أي نسبة 64% من أفراد العينة، في حين بلغ عدد الذكور 20 فرد اي نسبة 33% من أفراد العينة.

2- تحليل الاستمارة حسب السن :

يوضح الجدول رقم (02) إن أفراد العينة التي تتراوح أعمارهم من 31 إلى 45 سنة هم الأكثر حيث بلغ عددهم 18 فرد أي نسبة 30%، يليهم أفراد العينة التي تتراوح أعمارهم من أقل من 30 سنة و الذي بلغ عددهم 18 فرد أي نسبة 30% من أفراد العينة، في حين تقاربت أفراد العينات التي تراوحت أعمارهم من 51 إلى 60 سنة و الأكثر 60 سنة فرد أي بنسبة 13% إلى 18% و منه كانت أول نسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 50 سنة و الذي بلغ عددهم 06 أفراد أي بنسبة 10% من أفراد العينة.

3- تحليل الاستمارة حسب المستوى التعليمي :

يوضح الجدول رقم (03) أن أغلب أفراد العينة ثانوي حيث بلغ عددهم 16 فرد أي نسبة 26% و من ذوي دون مستوى و جامعي حيث بلغت نسبتهم 30%، أما بالنسبة المتبقية و التي تقدر بنسبة 16% تتوزع بين المستوى الابتدائي و المتوسط.

ثانيًا : تحليل الاستمارة الموجهة للمرضى :

المحور الأوّل : تقييم الخدمات الصحية المقدمة.

- ما يمكن ملاحظته حول إجابات المرضى بخصوص مدى التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في مواعديها المحددة، يتضح أن نسبة 60% موافق، و هي النسبة الأكبر مقارنة

بإجابة موافق بشدة، بينما انخفضت النسبة و تراوحت بين 7% إلى 8% فيما يتعلق بالمرضى المحايدين و غير الموافقين، في حين انعدمت النسبة في المرضى غير الموافقين بشدة.

- بخصوص السؤال المتعلق بحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بدقة و عدم الوقوع في الأخطاء الطبية، فإنّ أغلبية المرضى راضون عن ذلك و هذا من خلال النسبة المتمثلة في 60% موافق، في حين توسطت النسبة لدى المرضى الموافقين بشدة نسبة 34%، بينما انخفضت لدى المرضى المحايدين و غير الموافقين، كما انعدمت في غير الموافق عن ذلك.
- تشكل نسبة المرضى الموافقون عن مدى استجابة المستشفى لانشغالات المرضى، إذ تشكلت بذلك أعلى نسبة ب60% بينما انخفضت إلى 7% عند غير الموافقين.
- شكلت نسبة المرضى الموافقون عن مدى ثقة المستفيدين من خدمات المستشفى النسبة الأعلى بنسبة 48% في حين تراوحت النسبة من 21% إلى 18% بالنسبة للمرضى الموافقين بشدة و غير الموافقين، في حين شكلت النسبة المنخفضة لدى غير الموافقين بشدة بنسبة 2%.

المحور الثاني : التكفل بانشغالات المرضى و معاملتهم.

- شكلت إجابة المرضى بموافق حول تقديم المستشفى بإبلاغهم بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية، النسبة الأعلى ب 34%، تراوحت بنسبة 31% لدى الموافقين بشدة في حين شكلت نسبة 16% من المرضى غير الموافقين، أما غير الموافقين بشدة فشكلت النسبة الأقل ب2.%
- تمثلت إجابة المرضى بمحايد الإجابة التي بلغت أعلى نسبة فيما يتعلق برغبة العاملين بالمستشفى في الاستعداد الدائم للتعاون المرضى، في حين شكلت نسبة 28% نسبة المرضى
- الموافقين بشدة و شكلت نسبة 20% غير موافق، أما غير الموافقين بشدة فشكلت النسبة الأقل ب5%.
- على خلاف الإجابات السابقة، يعد المرضى غير الموافقين عن مدى انشغال العاملين بالمستشفى لتلبية طلبات المرضة فورًا، إذ شكلت هذه الإجابة النسبة الأكبر ب30%، في حين تمثلت نسبة 26% موافقين، أما فئة المرضى المحايدين فشكلت نسبة 25% في حين شكلت نسبة 13% فئة المرضى غير الموافقين بشدة، و انخفضت النسبة إلى 7% بالنسبة للموافقين بشدة.

المحور الثالث : الكفاءات البشرية المتخصصة في إطار التكفل الصحي الأمثل.

يعد المرضى موافقون بشدة في ثقتهم بالخبرات الطبية و مؤهلاتهم، إذ شكلت أعلى نسبة ب46% في حين شكلت نسبة 44% فئة المرضى الموافقين، بينما تساوت النسبة لدى المرضى المحايدين و غير الموافقين ب5%، في حين انعدمت النسبة لدى غير الموافقين بشدة.

- شكلت نسبة المرضى الموافقين فيما يتعلق بشعورهم بالأمان في التعامل مع موظفي المستشفى بنسبة 48%، في حين شكلت نسبة 20% لدى المرضى الموافقين بشدة، بينما شكلت النسبة لدى المحايدين و غير الموافقين 15% و 11% على التوالي في حين تعد النسبة المنخفضة لدى المرضى غير الموافقين بشدة ب7%.
- يعد المرضى موافقون عن حسن السلوك و المعاملة لدى العاملين بالمستشفى مع المرضى إذ شكلت هذه الإجابة النسبة الأعلى من خلال النسبة المتحصل عليها و المتمثلة في 39%، في حين شكلت نسبة 28% المرضى الموافقين بشدة عن ذلك، في حين تمثل نسبة 21% المرضى المحايدين، بينما انخفضت لدى غير الموافقين بشدة إلى 2%.
- يوافق المرضى عن احتفاظ المستشفى سجلات المرضى و توثيقها بنسبة 43%، أما الموافقين بشدة فشكلت النسبة لديهم 39%، في حين تمثلت نسبة 7%، فئة المرضى غير الموافقين، في حين انخفضت إلى 2%، بالنسبة للمرضى غير الموافقين بشدة.
- شكلت نسبة 54% و هي النسبة الأعلى إجابات المرضى الموافقين بشدة بخصوص سمعة ومكانة المستشفى لدى الأفراد و المجتمع أما نسبة الموافقين شكلت 30%، في حين انخفضت لدى المحايدين و 5% لدى غير الموافقين، أما غير الموافقين بشدة فشكلت النسبة لديهم 2%.

المحور الرابع : الوسائل المادية و نظافة محيط المستشفى.

- تمثلت إجابة المرضى بمحايد بخصوص توفر المستشفى على الأدوية المطلوبة نسبة 30% وهي أعلى نسبة، مقارنة بالموافقين بشدة بنسبة 25%، في حين شكلت نسبة 23% نسبة الموافقين عن ذلك، أما غير الموافقين فتمثلت النسبة لديهم ب21% ، و انخفضت عند غير الموافقين بشدة بنسبة 2%.
- فيما يتعلق مدى امتلاك المستشفى للتجهيزات الطبية و التقنية الحديثة، فشكلت النسبة الأعلى ب39% موافقين، و نسبة 25% موافقين بشدة، أما المحايدين فشكلت النسبة لديهم 20% في حين تمثلت نسبة 43% نسبة المرضى غير الموافقين، و انخفضت لدى غير الموافقين بشدة بنسبة 3% .

- تشكلت إجابة المرضى يعبر موافق أعلى نسبة ب31% فيما يتعلق بنظافة العاملين و محيط المستشفى في حين شكلت نسبة 28% الموافقين بشدة، بينما نسبة الموافقين فقد شكلت نسبة 21% ، أما المحايدين فشكلت نسبة 16% و انخفضت إلى 3% لدى غير الموافقين بشدة.
- يعد المرضى الموافقين عن وضع المستشفى لعلامات إرشاد و هذا ما يتضح من خلال النسبة المتمثلة في 63%، بينما شكلت نسبة 34% المرضى الموافقين بشدة، بينما انخفضت عند المحايدين بنسبة 2%، و انعدمت لدى غير الموافقين و غير الموافقين بشدة.

المحور الخامس : الاهتمام الجيد بنفسية المريض.

- فيما يتعلق مدى اهتمام الطبيب بالمريض، فشكلت نسبة 46% المرضى الموافقين بشدة، وهي أعلى نسبة مقارنة بالموافقين ب 34%، في حين شكلت نسبة غير الموافقين 13، أما فئة المحايدين شكلت نسبة 7% بينما انعدمت النسبة لدى غير الموافقين بشدة.
- تساوت النسبة ب 30% لدى المرضى الموافقين و المحايدين بخصوص طريقة إخبار العاملين بالمستشفى المرضى بمشاكلهم الصحية، بينما شكلت النسبة 15% فئة غير الموافقين.

المطلب الثالث : تقييم نتائج دراسة الاستبيان.

1- المحور الأوّل : تقييم الخدمات الصحية المقدمة.

من خلال النتائج المتحصل عليها مما سبق نستنتج أن تقييم الخدمات الصحية المقدمة تكون من منظور شامل، أي من منظور المستهلكين المرضى، حيث رأى المريض أن الخدمات التي يتضمنها الاستبيان في المؤسسة الاستشفائية الخاصة محل الدراسة إمّا جيدة أو متوسطة.

رغم هذا نجد أنّه من بين اقتراحات المرضى تحسين الظروف الاستشفائية من تجهيزات الغرف بالإضافة إلى تحسين معاملة المرضى.

2- المحور الثاني : التكفل بانشغالات المرضى و معاملتهم.

من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من تحليل الاستمارة الموجهة للمرضى بأن التكفل بالاستعجالات المرضى يعتبر من الخدمات الضرورية التي تعتني بصحة للفرد و المجتمع و تكمن أهميتها كأحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعى الدولة إلى تطورها.

فتحسين طرق تقديم الخدمة لتلبية احتياجات و رغبات المرضى وفق الطرق التي يتمناها و يحبذها.

3- المحور الثالث : الكفاءات البشرية المتخصصة في إطار التكفل الصحي الأمثل.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أنّ الكفاءات البشرية المتخصصة في إطار الصحي الأمثل (في كسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية و هي أحد الأسس الإدارة الحديثة التي تساهم في الارتقاء بالعمل و التركيز على الجوانب الإنسانية في التعامل بالأدب و حسن المعاملة مع المرضى و تسخيرها لجميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة و ترقيتها و إرضاء المستفيدين منها يجب تسود في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة.

4- المحور الرابع : الوسائل المادية و نظافة محيط المستشفى.

من النتائج المتحصل عليها نرى أن الوسائل المادية خلال و نظافة محيط المستشفى يقوده لرضا المريض على الخدمات المقدمة له.

و من أجهزة و معدات تقنية حديثة و توفير كل متطلبات المريض و تعميق الوعي الصحي لدى العاملين و حرصهم للقيم و الجدير بنظافة و حسن المظهر.

5- المحور الخامس : الاهتمام الجيد بنفسية المريض.

من الاستنتاجات المتحصل عليها من تحليل الاستمارة المقدمة للمريض ترى الاهتمام الجيد بنفسية المريض يكون بالاستعداد النفسي و الذهني لتحسين العامل بالمسؤولية و بح الانتماء لهذه المؤسسة.

خلاصة الفصل :

و في خلاصة هذا الفصل نجد أنّ المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث تساهم في ضمان التغطية الصحية سواء للولاية أو للدولة ككل و ذلك من حيث التنظيم و التسيير وتوفير العلاج الأفضل للمرضى باستخدام أجهزة حديثة و متطورة، و لكن تبقى هناك العديد من النقائص يجب تداركها في المستقبل.

خاتمة الدراسة

خاتمة الدراسة :

استقطب موضوع السياسة العامّة اهتمام الباحثين منذ عقود، نظرًا لما يمثله و لا زال من إطار فكري من شأنه تفعيل دور الباحثين في فهم ضرورة العمل الحكومي من جهة، و دعم صانعي القرار "بعدة عمل" (Boite à outil) أثناء بحثهم عن حلول المشكلات المجتمعية من جهة أخرى، و أن تعددت الاقترابات المعتمدة في هذا السياق فإن الاقتراب المؤسسي يبدو أكثر ملاءمة للواقع السياسي و الاجتماعي و الاقتصادي.

و لأنّ الصحة تحتل موقعًا محوريًا في حياة الشعوب و الأمم، و تستنزف جهود المحافظة عليها أو السعي إلى استعادتها في حالة المرضى لكثير من موارد الفرد، فالإنسان لن يتذوق طعم الحياة في غياب العافية الجسدية و النفسية و حتى الاجتماعية، فقد سعت الدول إلى وضع سياسات صحية ناجعة لمواجهة كل ما يهدد صحة المواطن، غير مدخرة أي جهد أو مال من أجل تحقيق أهداف السياسات الصحية، و قد تختلف الدول من حيث الخطط و البرامج الصحية حسب إمكانياتها المادية و البشرية ومشكلاتها الصحية الخاصة بها.

و ان قطاع الخدمات أصبح المحرك الأساسي للاقتصاديات المتقدمة، كما اصبح مجال الخدمات محل اهتمام الباحثين و الممارسين من أجل تطويره و تحسينه.

و منه تعتبر المستشفيات من بين المنظمات الخدمية التي تبارت في تحقيق النجاح على المستوى المحلي و الدولي و في نفس الإطار تجد الإشارة إلى أنّ الصحة احتلت على مدار التاريخ صدارة أولويات الأفراد و الجماعات، و اهتمت بها الحكومات و المنظمات العالمية المؤيدة و المساندة بكل بحث و تطور ينشد في هذا المجال.

و قد رصد لهذا القطاع ميزانيات معتبرة لتلبية و بلوغ حاجات و رغبات مستهلكي الخدمات الصحية و بما أن المنظمات الصحية من مستشفيات و مصحات ومراكز صحية هي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية و الاصحاء الذين يطلبون الوقاية، و مع تزايد الضغوط بصورة غير مسبوقة على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت فيه أمراض العصر المزمنة و الوبائية، التي ساعدت حركة الناس المتزايدة و انتقالهم السريع من مكان إلى آخر في انتشارها و اتساع دائرة نطاقها، فتضاعفت الضغوط المتزايدة أصلاً على هذه المؤسسات الصحية و الطبية.

هذا بالإضافة إلى ما شهدته السنوات الأخيرة من زيادة مضطردة و إقبالاً متناميًا في إعداد المترددين على المستشفيات، و لقد اتسمت هذه الزيادة بخصائص لم تكن متوفرة في السابق خاصة في ما يتعلق بالمطالبة للاستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين و احتياجاتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية و الطبية المقدمة لهم، و في هذا الإطار يستمد هذا البحث أهميته من أهمية القطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأغلى عنصر من عناصر الإنتاج و المتمثلة في الإنسان، بالإضافة إلى أنّه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة، و المتمثلة في إصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات، و أن السياسة العامة الصحية لها دور و تأثير بشكل فعال و إيجابي في القطاع الخاص للتكفل بصحة المواطنين لضمان تحسين مستوى مستخدمي الصحة و تجديد معارفهم، و عند دراستنا التطبيق لعيادة المغيث بعين الحجر توضح لنا أنّ هذه العيادة تنافس بصفة كبيرة المستشفيات المتواجدة بالجزائر بصفة عامة و في ولاية سعيدة بصفة خاصة لاستقطابها عدد كبير من المرضى من داخل الولاية أو خارجها، و هذا نتيجة لتوفر العيادة على أحدث التقنيات و الرسائل المتطورة للعلاج الطبية و الجراحية.

و إيمانًا بين القطاعين العام و الخاص من أهمية بالغة، فإنّ التعايش بينهما ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، و يطرح العديد من الإشكالات و العوائق الميدانية و الإجرائية.

إذ نجد في كل الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة و تنافس الهياكل الاستشفائية العمومية بل و تمتص قدراتها البشرية و كفاءاتها الطبية و تنافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف و أساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، و التي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية و تستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة.

هذه الازدواجية شكلت خطرًا على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الاجتماعي، و بالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج، إذ يجب الإشارة إلى أنّ العيادات الخاصة تنشط و تتطور في العلاقات ذات المردودية و الربحية كالجراحة والتوليد، و في المناطق ذات الكثافة السكانية العالية، الشيء الذي أدى إلى جذب إطار القطاع العام مما جعلها تنافس هذا الأخير، فرغم التطور الحاصل في القطاع إلا أنّه يعاني العديد من الاختلالات ومنها:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة بهذه المؤسسات.
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.
- غياب احترام مدونة النشاطات الطبية و الأسعار الطبية رغم أنّها تبقى محل نقاش.
- غياب التعاون و التكامل بين القطاع الخاص و العمومي للصحة.
- عدم التحكم في تحديد مستحقات و تكاليف النشاطات، بالإضافة إلى مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة.
- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي و النشاطات الوقائية و الاستعجالات.

تفتقر معظم العيادات الخاصة إلى ملفات حقيقية للمرضى، حيث يقوم طبيب واحد بإعداد التقارير الطبية لجميع المرضى و يعتبر ذلك خرقا للقانون و المهنة، و عدم فتح المستثمرين عيادات خاصة بالولايات التي تعاني من نقص في ضمان تغطية صحية والعمل بشهادات إيزو المطابقة للمقاييس العالمية و إدماج نشاطات هذه العيادات في المنظومة الصحية مع احترام دفتر الأعباء، أما فيما يتعلق بالتسيير الإداري فقد وصفت بعض العيادات بغير الشرعية لأن ملفات عمالها لا تحتوي على كل الوثائق الضرورية ناهيك عن تحويل الموارد البشرية من القطاع العمومي إلى هذه العيادات، كما سجل في تقارير الوزارة نقصًا في تسيير النفايات السامة و توظيف اختصاصيين لم يؤدوا الخدمة المدنية.

أما على مستوى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات أنه يتم حاليًا تحضير ترسانة من القوانين بالتشاور مع شركاء من القطاع الخاص بهدف ضبط تسيير الهياكل الاستشفائية الخاصة وضمان تكامل أفضل مع قطاع الصحة العمومي.

و توصلنا في الأخير أن المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث تساهم بشكل كبير في ضمان التغطية الصحية، إلا أنّها تسعى إلى الربح بالدرجة الأولى و لا تكمل القطاع العام.

الاستنتاجات و الاقتراحات :

و لهذا من خلال دراستنا للموضوع توصلنا إلى الاستنتاجات التالية :

أ – الاستنتاجات :

1- مساهمة فاعلة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج و جودة أدائها.
2- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
3- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.
4- تحسيس شعور المرضى بالأمان في التعامل مع العاملين في المستشفى، و تمتع الأطباء بالمهارات اللازمة و الأدب و حسن الخلق الذي يتميز به العاملين، يدل على أنّ بعد الضمان يتوفر في المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة.
5- يقوم المستشفى بتسهيل إجراءات العمل قدر الإمكان و هذا لضمان و سرعة و سهولة تقديم الخدمة الصحية، إضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى و سرعة استجابتهم لمتطلباتهم و هو ما يؤكد رضا المرضى عن دور و تأثير القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر.
6- إشعار المريض بالاهتمام و العناية الذاتية التي تولد قدرًا كبيرًا من الرضا و الولاء و الانتماء للمستشفى الذي يعالج فيه.
7- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية و مكافحة الأمراض الوبائية .
8- التزويد بالأدوية و المعدات الطبية و توزيعها .
9- توفير العلاج الطبي و الهياكل الصحية .
10- وقاية صحة السكان و رعايتها .
11- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل و الموارد .

ب – الاقتراحات:

بناءًا على الاستنتاجات السابقة، يمكن تقديم الاقتراحات التالية :

1- إعادة النظر في أولويات الاتفاق على قطاع الصحة وفقًا للموارد المتاحة حاليًا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، و تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

2- وضع نظام تأمين صحي يشمل جميع فئات المجتمع، و يضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهظة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز الحالي في ميزانية التأمين الصحي.

3- وضح أسس و معايير عامية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتمادًا على بيانات فعلية و حديثة و تضم معلومات جغرافية لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة.

4- التوعية الصحية المستمرة للمرضى و الزوار و الأطباء و جميع الفئات العاملة في الحفاظ على المستوى العام للنظافة الجيدة و إضافة إلى توعية العاملين بالأثار النفسية و الصحية و الاقتصادية التي يترتب على نظافة الأماكن و المعدات والمكاتب.

5- ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية و تحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة و المتغيرة للمستفيدين، و ذلك بمواكبة التطور التكنولوجي السريع خاصة في مجال الأجهزة و المعدات التقنية الطبية المتقدمة و توفير مختلف الأدوية الضرورية مما يزيد من رضا المريض.

6- نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والملتقيات و الأيام التحسيسية و الندوات و المعارض.

7- زيادة كفاءة المنشآت الصحية المتاحة حاليًا و تطويرها و توفير سيارات إسعاف مجهزة بوحدات اتصال سريعة في مراكز تقديم الرعاية الأساسية لتسهيل نقل المرضى و المصابين.

8- تنمية الحياة المهنية للعامل باعتماد على النشاطات القاعدية تتركز في الأساس على تربصات تكوينية لتطوير الكفاءات.

9- السعي إلى إرساء أسس نظام سياسي ديمقراطي يضمن العدالة و المساواة بين المواطنين و الاستفادة من خدمات صحية تليق بإنسانيتهم، و يوفر الآليات لضرورة شفافية في التسيير المالي للمؤسسات بما فيها المؤسسات المكلفة بالسياسة الصحية.

10- زيادة اهتمام إدارة المستشفى قيد البحث تبني السياسة الصحية و العمل على تحقيقها بصورة أفضل مما هو عليها الآن.

11- تعزيز قدرة المستشفى في تقديم الخدمات الصحية بجودة مميزة إلى المرضى و المصابين و غيرهم.

12- ترصين جوانب القوة في المستشفى قيد البحث فيما يتعلق بمفهوم القطاع الخاص و رسم السياسة الصحية و العمل على توفير جميع المتطلبات اللازمة لتحقيق هذه الأبعاد بكفاءة في جميع محالات العمل في المستشفى.

13- على إدارة المستشفى قيد البحث السعي الجاد لإدخال عديد من الأجهزة و المعدات و التقنيات الصحية الحديثة من أجل تقديم الخدمات الصحية العالية للحد من سفر المرضى إلى خارج الولاية.

14- تشجيع الأطباء الأخصائيين لمزاولة نشاطهم بتوفير الظروف الملائمة كالسكنات الوظيفية.

15- رسم السياسة الملائمة التي تتضمن الأهداف من تلك السياسة و المدى الزمني لتحقيقهما، و الوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ، مع إحداث آليات مؤستية للتقويم خلال التنفيذ، تسمح في إدراك الخلل و تعديل المسار في لحظة اكتشاف الخطأ وقبل فوات الأوان، في ظل وجود مجتمع مدني فاعل و مشارك في العملية السياسية في كل مراحلها، و إعلام وطني يكون همزة الوصل بين الحكام والمحكومين وينشر المعلومات الصحيحة حول الوضع الحقيقي للصحة في الدولة ويرسخ الثقافة الصحية الرصينة التي تضمن تفعيل دور المواطن في مختلف مراحل السياسة الصحية.

16- مد جسور التواصل بين الباحثين في مجالات تحليل السياسة العامة و منها السياسات الصحية من جهة و الفاعلين من جهة أخرى، مما يسمح بترشح أداء الهيئات الحكومية و يقلل من عمليات اللجوء للخبرات الأجنبية و هذا المجال الحيوي، و يضع أمام صانعي القرار استراتيجيات و خطط و بدائل مدروسة تكون بمثابة بوصلة يتعين بها الفاعلين السياسيين سواء كانوا من التشريعيين أو التنفيذيين.

17- على الباحثين كذلك الاقتراب أكثر من الظواهر السياسية و الإشكاليات التي تؤرق صانع القرار من خلال التحليل العلمي للسياسات بما يوفر للباحثين مصادر المعلومات والإحصائيات.

قائمة المصادر و المراجع

1- الكتب باللغة العربية :

1. أندرسون جيمس. **"صنع السياسة العامة"**، ترجمة عامر الكبيسي. ط2 .عمّان : دار المسيرة، 2002.
2. ابراهيم، بهاء الدين. **"الصحة و التربية الصحية"**. القاهرة : دار الفكر العربي.
3. البكري، ثامر ياسر. **"إدارة المستشفيات"**. عمان : دار اليازوري، 2005.
4. الدمرداش، طلعت. **"اقتصاديات الخدمات الصحية"**. ط2. مصر : مكتبة القدس، 2009.
5. الحسين، أحمد مصطفى. **"مدخل إلى تحليل السياسات العامة"**. ط1. عمان : المركز العلمي للدراسات السياسية، 2002.
6. الطيب، حسن أبشر. **"الدولة العصرية و دولة المؤسسات"**. القاهرة : الدار الثقافية، 2000.
7. الكبيسي، عامر خضير."**سياسات عامة مدخل لتطوير أداء الحكومات"**، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2005.
8. العزاوي، وصال نجيب. **"مبادئ السياسة العامّة"**. الأردن : دار الأسامة، 2003.
9. العنزي، سعد علي. **"الإدارة الصحية"**. عمان : دار اليازوري، 2009.
10. الفهداوي، فهمي خليفة. **"السياسة العامّة" -منظور كلي في البنية و التحليل-**. عمان : دار الميسرة، 2001.
11. الصيرفي، محمد. **"إدارة المستشفيات العامة و الخاصة و كيفية التمييز العاملين بها"**. الإسكندرية : دار الفكر الجامعي، 2009.
12. المغربي، كامل محمد. **"الإدارة و البيئة السياسية العامة"**. ط1. عمان : دار الثقافة، 2001.
13. الخزرجي، ثامر كامل محمد. **"النظم السياسية الحديثة و السياسات العامّة"** . ط1. الأردن : دار مجدلاوي، 2004.
14. القريوني، محمد قاسم. **"رسم و تقييم و تحليل السياسة العامة"**. ط1. الكويت : مكتبة الفلاح، 2006.
15. بواغنة، عبد المهدي. **"إدارة المستشفيات و الخدمات الصحية التشريع الصحي و المسؤولية الطبية"**، الأردن : دار الحامد، 2003.
16. جلدة، سليم بطرس. **"إدارة المستشفيات و المراكز الصحية"**. عمان : دار الشروق، 2006.
17. هايمر، أرنولد هايدن و آخرون. **"السياسة العامّة المقارنة"**، ترجمة أمل الشرقي. ط1. الأردن : دار الأهلين، 1999.

18. حاروش، نور الدين. **"الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"**. ط1. الأردن : دار الثقافة، 2012.

19. حاروش، نور الدين. **"إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"**، ط1. الجزائر : دار الكتامة، 2008.

20. حرب، أسامة الغزالي. **"الأحزاب السياسية في العالم الثالث"**، الكويت : عالم المعرفة، 1987.

21. ياغي، عبد الفتاح. **"السياسات العامة"، النظرية – التطبيق**، القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2010.

22. مهنا، محمد نصر. **"علم السياسة"**، القاهرة : دار الفرسي، 1994.

23. ناجي عبد النور، ساحلي مبروك. **"مقدمة في دراسة السياسة العامة"**. عنابة : دار العلوم، 2014.

24. نصيرات، فريد توفيق. **"إدارة منظمات الرعاية الصحية"**. عمان : دار الميسرة ، 2008.

25. سليمان، عصام. **"مدخل إلى علم السياسة"**. بيروت : دار النضال، 1999.

26. عارف، نصر محمد. **"أبستمولوجيا السياسة المقارنة" : النموذج المعرفي النظرية-المنهج**. ط1، لبنان : المؤسسة الجامعية، 2002.

27. ذياب ، صلاح محمود. **"إدارة خدمات الرعاية الصحية"**. عمان : دار الفكر، 2009.

2- المجلات :

1. اسماعيل، ممدوح مصطفى. **"مشكلات دراسة السياسة العامة في الوطن العربي"**، السياسات، العدد2، ربيع 2007.

2. بلا، حسن. **"مدخل لفهم السياسة العامة"**، العدد2، 27 أكتوبر 2012.

3. مسعود، أماني. **"السياسات العامة و حقوق الإنسان : من العولمة إلى الدولة"**، السياسات، العدد12، نيسان 2010.

4. عبد الرزاق مولاي لخضر، شعيب بونوة. **"دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية"**، دراسة حالة الجزائر، مجلة الباحث، العدد 7، 2009-2010.

3- الوثائق القانونية "

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 8، القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405، الموافق لـ16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.

4- الأطروحات و الرسائل الجامعية :

1. العيد، حسيني محمد. **"السياسة العامة الصحية في الجزائر"** (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)، "جامعة ورقلة : قاصدي مرباح، كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2012-2013.
2. حفيظة، دوناس. **"واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية في الجزائر"**، دراسة حالة عيادة الرازي، رسالة الماستر جامعة بسكرة: محمد خضر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم السياسة، 2013-2014.
3. عمر، خروبي بزارة. **"إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)"**، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف"، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 03 : كلية العلوم السياسية و الإعلام، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2010-2011.
4. قرقاح، ابتسام. **"دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامّة"**، رسالة ماجيستير، تخصص السياسة العامّة و الحكومات المقارنة، جامعة باتنة : الحاج لخضر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2010-2011.
5. رابح، سرير عبد الله. **"عملية صنع القرار و تطبيقه في الإدارة العامة"**، رسالة دكتوراه، فرع التنظيم السياسي و الإداري، جامعة الجزائر : كلية العلوم السياسية و الإعلام، 2006.
6. رضا، زروالية. : **"التحضر و الصحة في المجتمع الجزائري"** -دراسة ميدانية بحي أفوراج-، رسالة ماجستير، جامعة باتنة : الحاج لخضر، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، 2010-2011.

5- الملتقيات :

1. عبد العالي، عبد القادر. **"الأحزاب السياسية و التنمية السياسية في الجزائر"**، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني : التحولات السياسية و إشكالية التنمية السياسية، واقع و تحديات – المنظم من قبل : قسم العلوم السياسية، جامعة الشلف، 16-17 ديسمبر 2008.
2. ركاش، جهيدة. **"ماهية السياسة العامة فكيفية صنعها"**، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني : السياسة العامة و دورها في بناء الدولة و تنمية المجتمع، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، جامعة د.مولاي الطاهر، سعيدة، 26-27 أفريل 2009.

6- المواقع الإلكترونية :

1- حسيبة/ل. **"تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال"**، جريدة المساء، 2012/07/05، متحصل عليه من : http://www.elmassa.com تاريخ الاطلاع : 2015/08/05.

2- http://www.ar.wikipedia.org/wike le 01/08/2015 à 21 h 00 .

7- المقابلات :

1. مقابلة مع رابح مامة، نائب المدير بعيادة المغيث، يوم 07-05-2015، على الساعة من 10:10 إلى 11:30.

الجداول

الجدول رقم (01) :

يوضح أنواع الأقسام المتواجدة بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة

الأقسام الطبية	الأقسام الجراحية
– طب الغسل الكلوي – طب أمراض النساء و التوليد – طب الأعصاب – طب العظام – طب أمراض الجلد – طب العام – تشخيص بالأشعة – تحاليل مخبرية – الطب الداخلي	– جراحة عامة – جراحة أمراض النساء – جراحة الجهاز البولي – جراحة العظام و المفاصل – جراحة الأنف و الحنجرة – جراحةبالمنظار

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

و منه تجدر الإشارة إلى عدد الأطباء الممارسين في مختلف الهياكل الصحية لكلا القطاعين الصحيين الخاص و العام ضمن الجدول الآتي :

الجدول رقم (02):

عدد الأطباء الممارسين في القطاع العام و الخاص.

المصالح	الأطباء الممارسين في القطاع الخاص	الأطباء الممارسين في القطاع العام
الجراحة العامة	02	10
الطب الشرعي	00	02
أمراض التنفس والصدر	00	02
أمراض الدم	00	03
الأمراض المعدية	00	02
طب العيون	00	04
الفحص بالأشعة المركزية	01	01
أمراض الغدد	01	03
أمراض المعدة	01	02

الإنعاش الطبي	01	06
طب المفاصل و العظام	01	05
طب الأطفال	05	00
جراحة الأعصاب	01	00
أمراض المسالك البولية	03	04
طب الأسنان	00	04
مخبر التحاليل	00	01
الطب الداخلي	00	02
Hémobiologie	00	03
الصيدلية	01	04
علم النفس	00	03
أمراض الكلى	03	02
سيارة الإسعاف	04	10

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

و سيتم التعرض إلى عدد المرضى الذين تم التكفل بهم في مختلف التخصصات في القطاع الصحي الخاص (المغيث) مع مقارنة ذلك في القطاع الصحي العمومي (أحمد مدغري) لسنتي 2014/2013 :

جدول رقم (03) :

عدد المرضى المقيمين في القطاع العام أحمد مدغري سنة 2014.

المصالح	عدد المرضى المقيمين سنة 2014	عدد أيام الاستشفاء	عدد المنقولين	عدد المتوفين
الجراحة العامة	3023	7836	16	37
المسالك البولية	381	1294	00	72
أمراض العظام والمفاصل	585	1801	13	203
الأنف و الأذن والحنجرة	00	00	00	00
المجموع	3989	10931	29	312

المصدر : من وثائق المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري، "مديرية الموارد البشرية"

جدول رقم (04) :

عدد المرضى المقيمين في القطاع الخاص (المغيث) سنة 2014.

المصالح	عدد المرضى المقيمين سنة 2014	عدد أيام الاستشفاء	عدد المنقولين	عدد المتوفين
الجراحة العامة	357	1054	00	09
المسالك البولية	50	139	00	00
أمراض العظام والمفاصل	52	45	00	00
الأنف و الأذن والحنجرة	107	00	00	00
المجموع	962	1238	00	09

المصدر : من وثائق المؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث"، "مديرية الموارد البشرية".

الجدول رقم (05) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس :

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
أنثى	41	%67
ذكر	20	%33
المجموع	**61**	**%100**

الجدول (06) يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن :

السن	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	18	% 29
من 31 إلى 45 سنة	18	%30
من 41 إلى 50 سنة	06	%10
من 51 إلى 60 سنة	11	%18
أكثر من 60 سنة	08	%13
المجموع	**61**	**% 100**

الجدول رقم (07) يوضح توزيع الأفراد حسب متغير المستوى التعليمي :

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
دون مستوى	14	% 23
ابتدائي	7	% 11
متوسط	9	% 15
ثانوي	16	% 26
جامعي	15	% 25
المجموع	**61**	**% 100**

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

السؤال الأوّل :يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.

جدول رقم (08) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	31	21	4	5	0	61
النسبة	%60	%34	%7	%8	%0	%100

السؤال الثاني :يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بدقة مطلوبة و عدم الوقوع في الأخطاء سواء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.

جدول رقم (09) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية و عدم الوقوع في الأخطاء

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	31	21	4	5	0	61
النسبة	%60	%34	%7	%8	%0	%100

السؤال الثالث : يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل و استفسارات المرضى.

جدول رقم (10) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاستجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم و استفساراتهم

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	31	11	13	4	2	61
النسبة	%60	%18	%21	%7	%3	%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

السؤال الرابع : يحظى المستشفى بثقة المستفيدين من خدماتها الصحية.

جدول رقم (11) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بأنّ المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة الصحية.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	29	13	7	11	1	61
النسبة	%48	%21	%11	%18	%2	%100

السؤال الخامس : يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية.

جدول رقم (12) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لالتزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	21	19	10	10	1	61
النسبة	%34	%31	%16	%16	%2	%100

السؤال السادس : يرغب العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.

جدول رقم (13) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لرغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	17	11	18	12	3	61
النسبة	%28	%18	%30	%20	%5	%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

السؤال السابع : يستقبل العاملون في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورًا.

جدول رقم (14) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لانشغال العاملين في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورًا.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	16	4	15	18	8	61
النسبة	%26	%7	%25	%30	%8	%100

السؤال الثامن : يثق المرضى بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى.

جدول رقم (15) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثقة المرضى بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	27	28	3	3	0	61
النسبة	%44	%46	%5	%5	%0	%100

السؤال التاسع : يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى.

جدول رقم (16) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بإشعار المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	29	12	9	7	4	61
النسبة	%48	%20	%15	%11	%7	%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

السؤال العاشر : يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.

جدول رقم (17) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لسلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	24	17	13	6	1	61
النسبة	%39	%28	%21	%10	%2	%100

السؤال الحادي عشر :يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة و موثقة عن المرضى.

جدول رقم (18) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم باحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة و موثقة عن المرضى.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	26	24	6	4	1	61
النسبة	%43	%39	%10	%7	%2	%100

السؤال الثاني عشر : يمتاز المستشفى بسمعة و مكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.

جدول رقم (19) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بما يمتاز به المستشفى من سمعة و مكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	18	33	6	3	1	61
النسبة	%30	%54	%10	%5	%2	%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

السؤال الثالث عشر : يتوفر المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض.

جدول رقم (20) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتوفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	14	15	18	13	1	61
النسبة	%23	%25	%30	%21	%2	%100

السؤال الرابع عشر : تمتلك المستشفى تجهيزات و أجهزة طبية و معدات تقنية حديثة.

جدول رقم (21) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بامتلاك المستشفى لتجهيزات ومعدات تقنية حديثة.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	24	15	12	8	2	61
النسبة	%39	%25	%20	%13	%3	%100

السؤال الخامس عشر :يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.

جدول رقم (22) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	13	17	10	19	2	61
النسبة	%21	%28	%16	%31	%3	%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

السؤال السادس عشر : يضع المستشفى لوحات و علامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.

جدول رقم (23) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	39	21	1	0	0	61
النسبة	%63	%34	%2	%0	%0	%100

السؤال السابع عشر : يولي الطبيب المريض اهتمامًا و انتباهًا فرديًا.

جدول رقم (24) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للاهتمام الجيد بنفسية المريض.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	21	28	4	8	0	61
النسبة	%34	%46	%7	%13	%0	%100

السؤال الثامن عشر:يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.

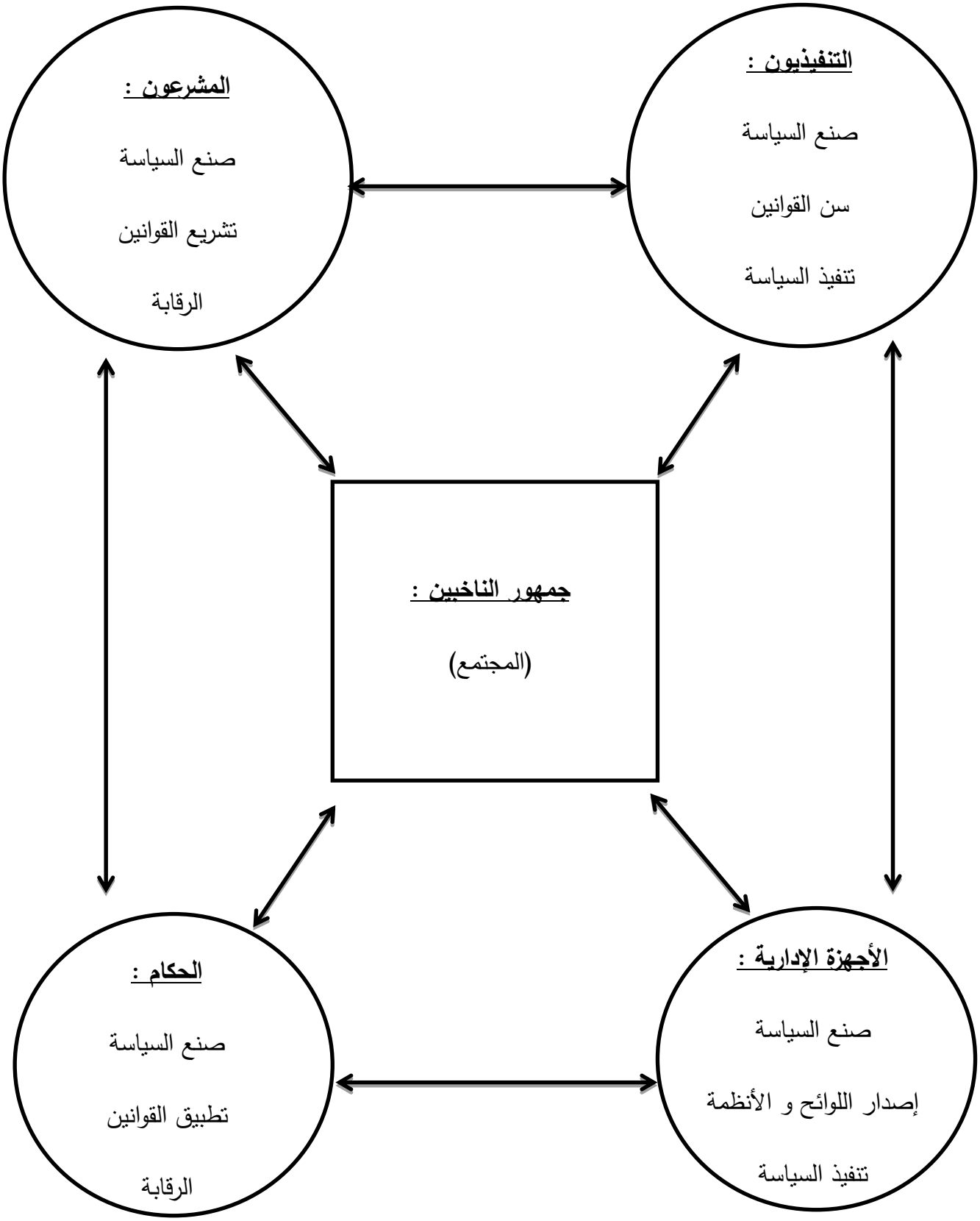
جدول رقم (25) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتفهم العاملون في المستشفى المشاكل الصحية بطريقة يفهمها المريض.

	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المجموع
التكرارات	18	8	18	9	8	61
النسبة	%30	%13	%30	%15	%13	%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

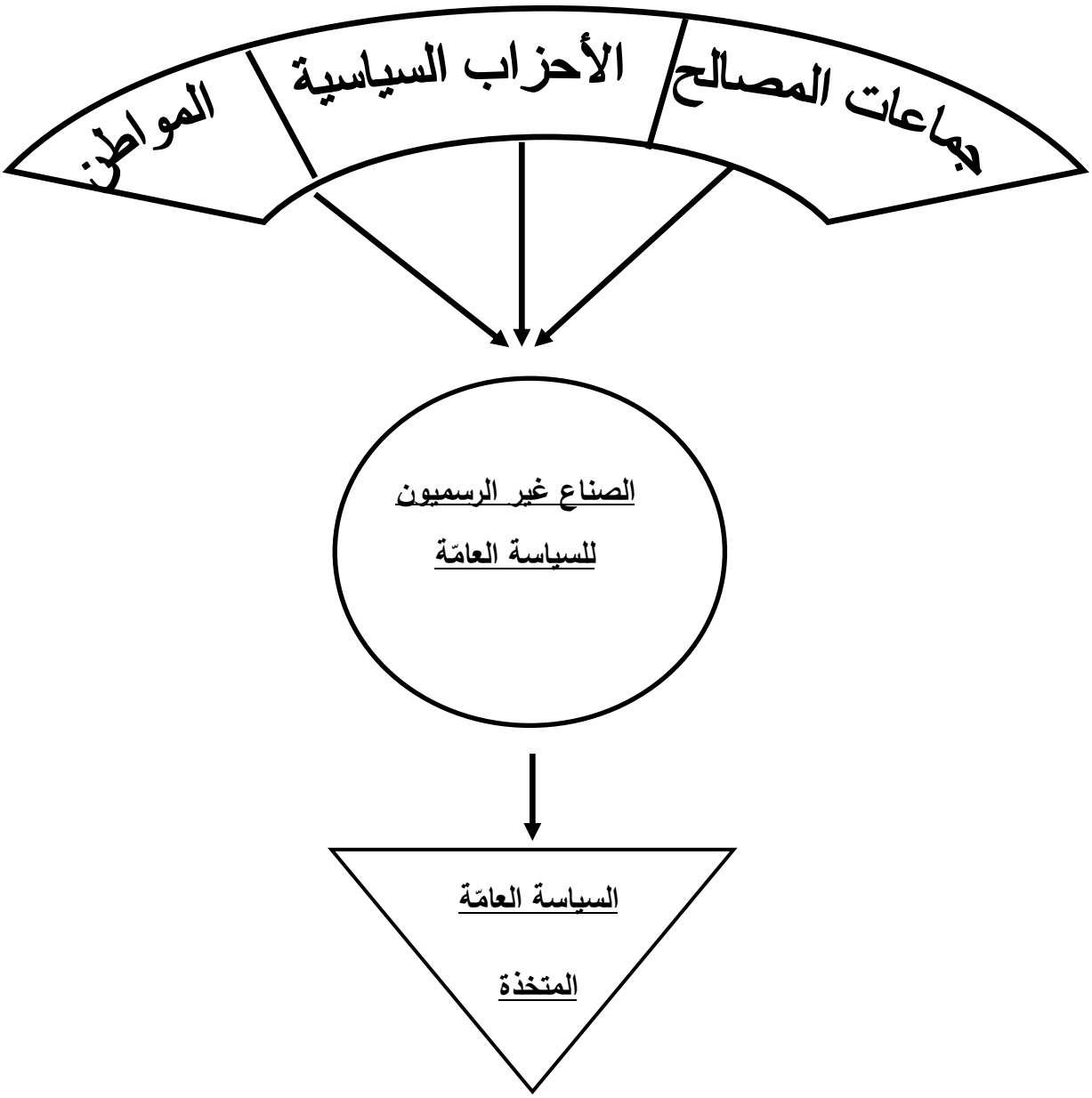
الأشكال البيانية

الشكل رقم (01) :صناع السياسة العامّة الرسميون[1].



[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 219.

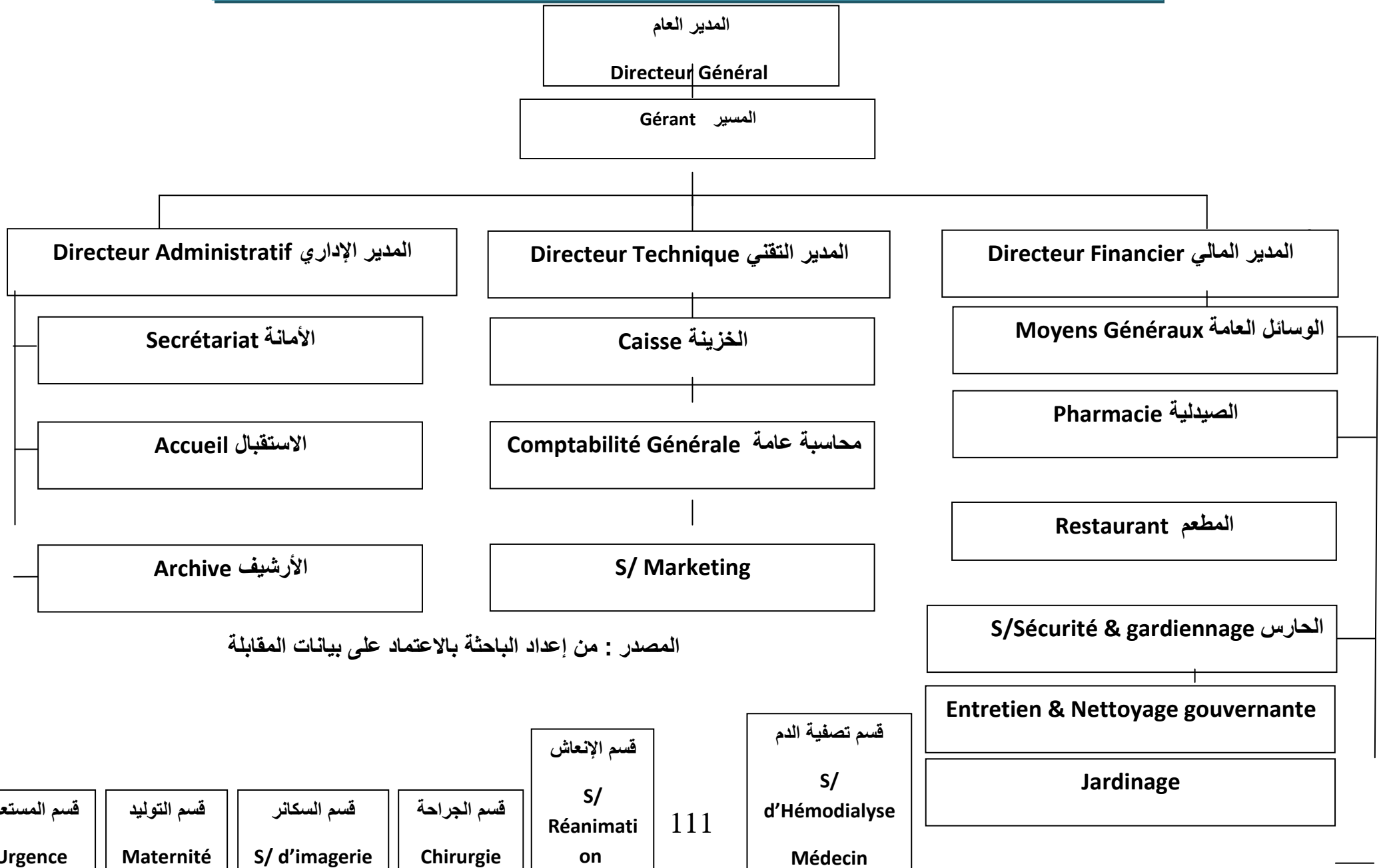
الشكل رقم (02) : الصناع غير الرسميون في السياسة العامّة[1].



[1] فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 226-229.

الشكل رقم (03) : الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث" بعين الحجر ولاية سعيدة

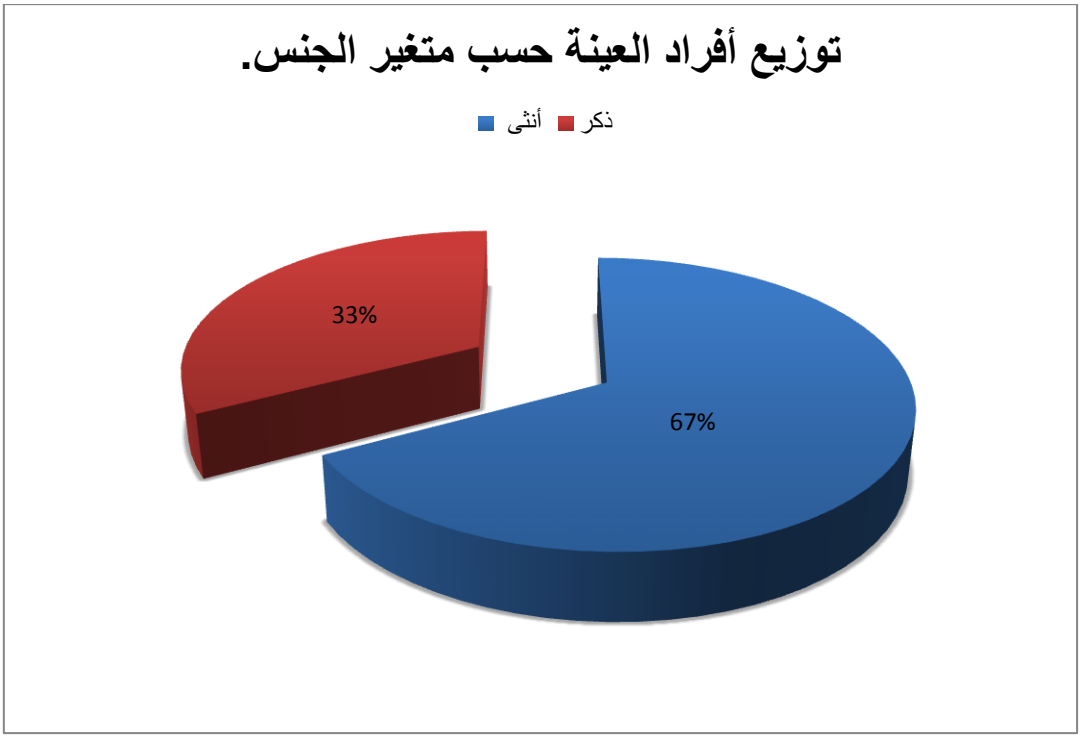
الهيكل التنظيمي لعيادة المغيث بسعيدة



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة

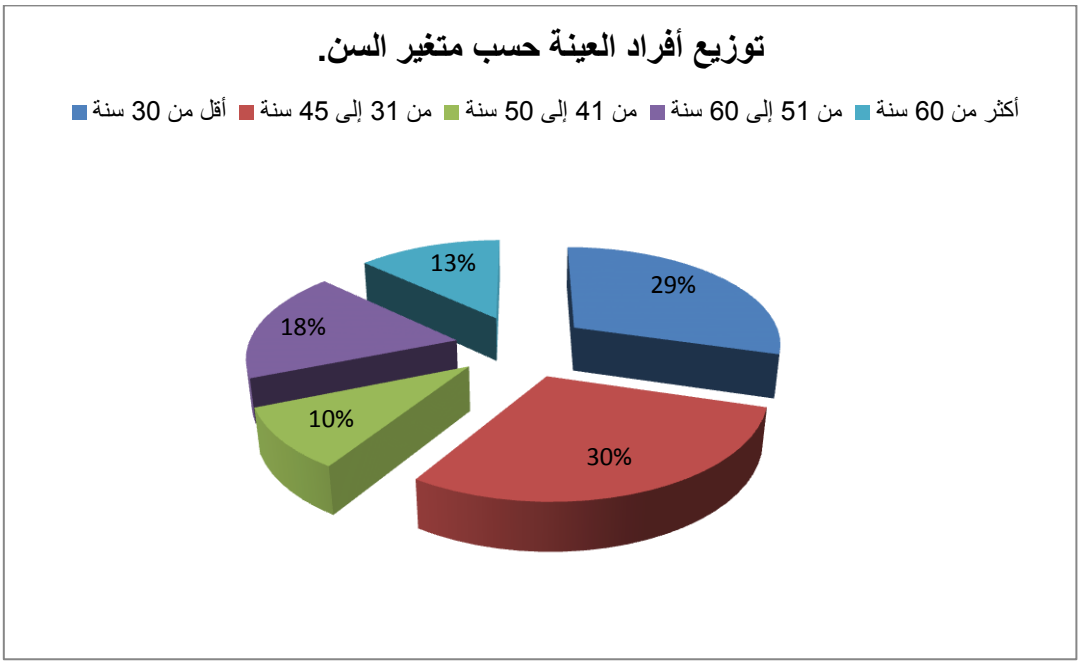
Service de rééducation
Médecin Rééducateur

الشكل رقم (04) : توزيع أفراد العينة حسب الجنس.



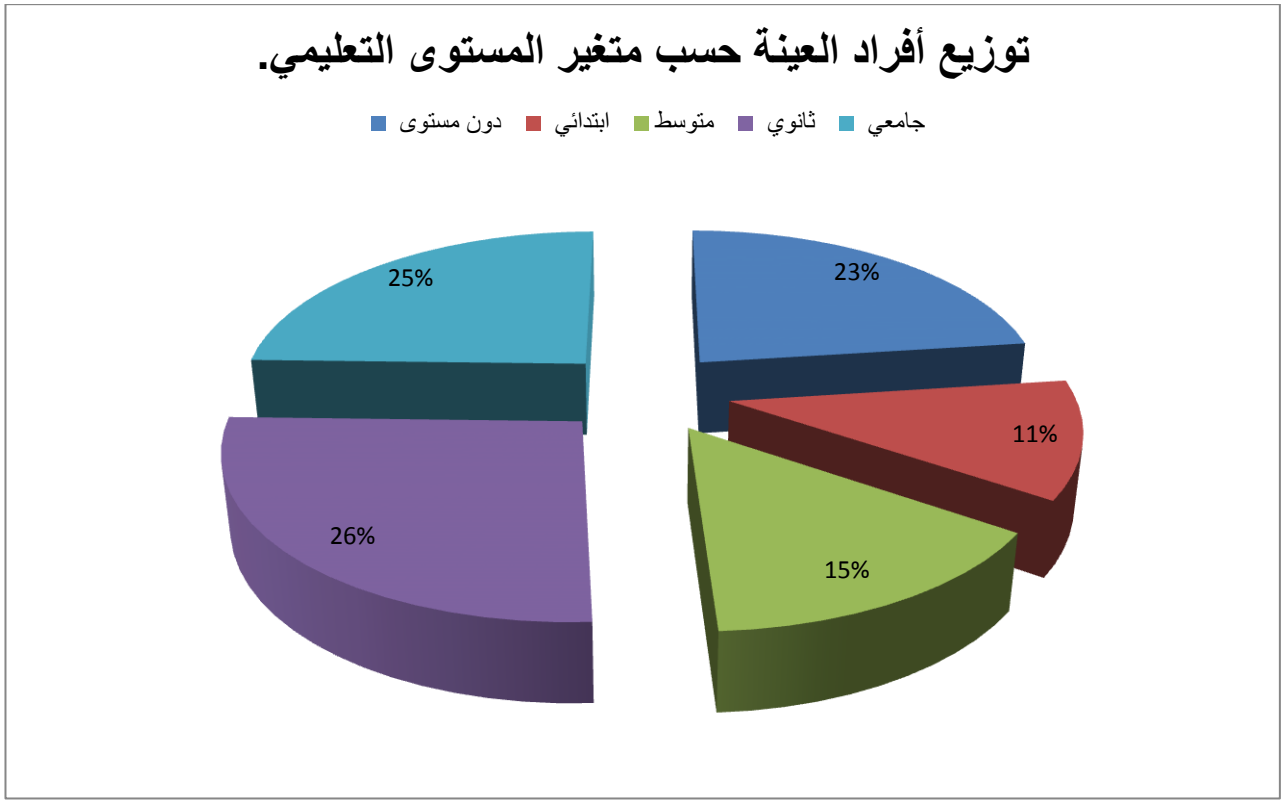
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكل رقم (05) : توزيع أفراد العينة حسب متغير السن



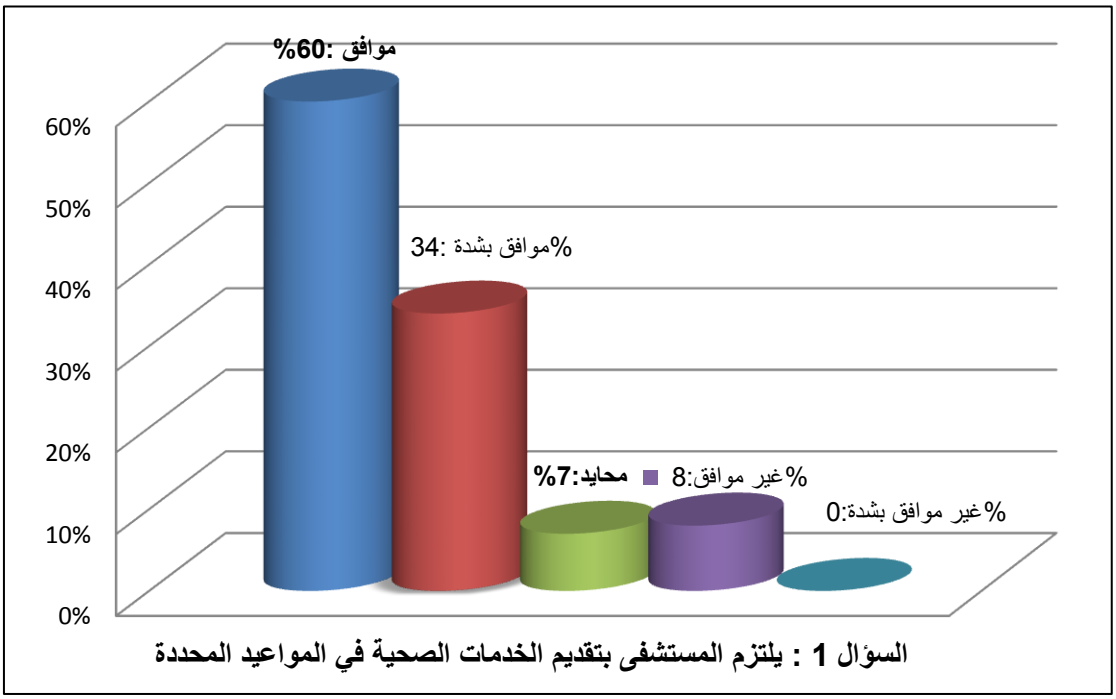
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكل رقم (06) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.



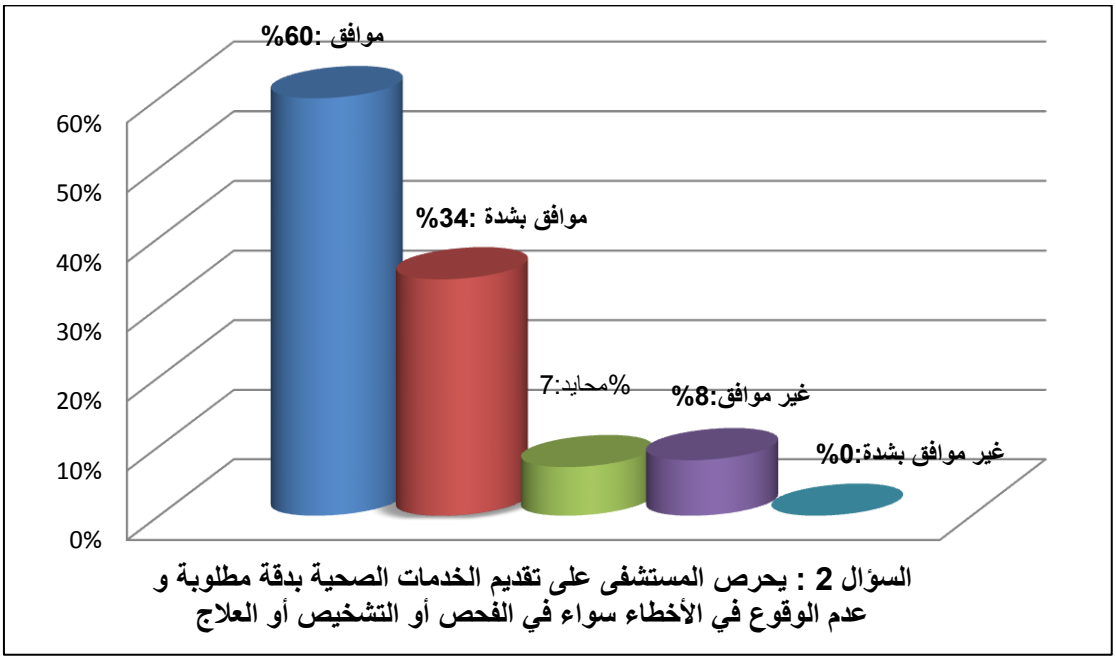
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكل رقم (07) : يوضح التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.



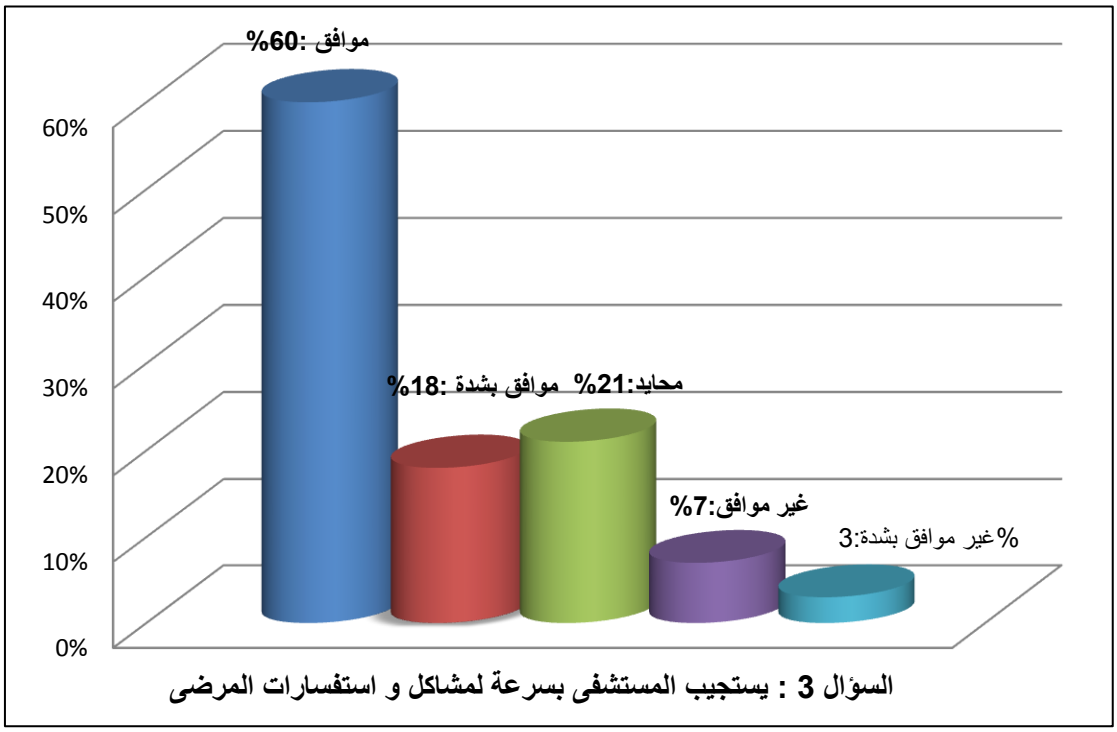
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (08) :يوضح حرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية و عدم الوقوع في الأخطاء.



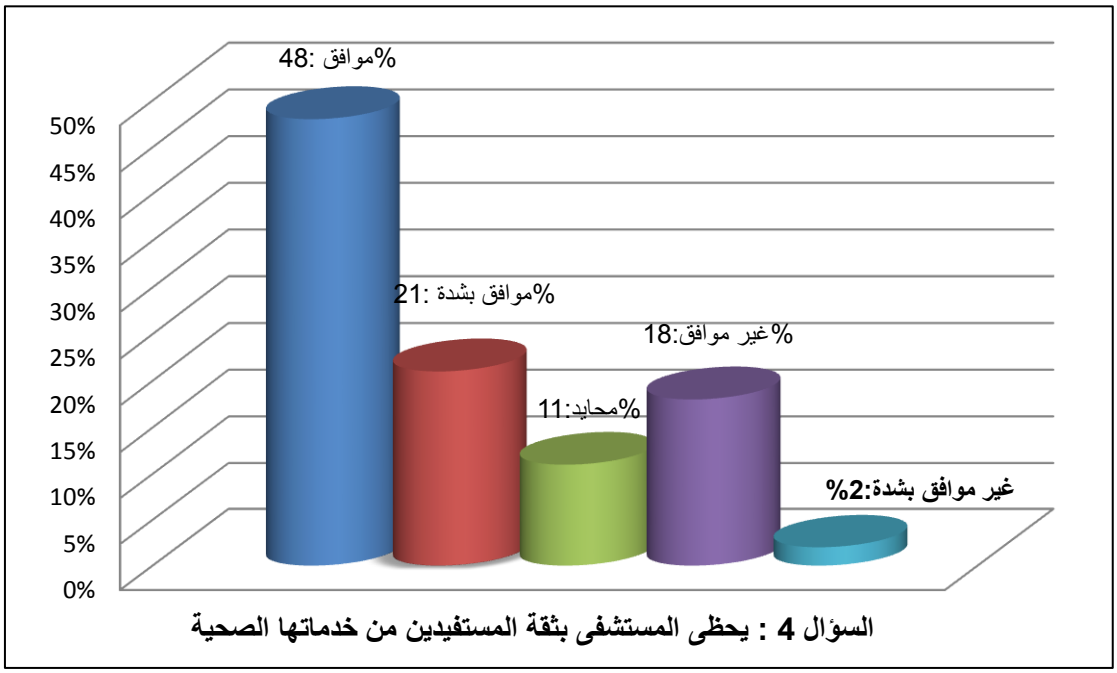
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (09) : يوضح استجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم و استفساراتهم.



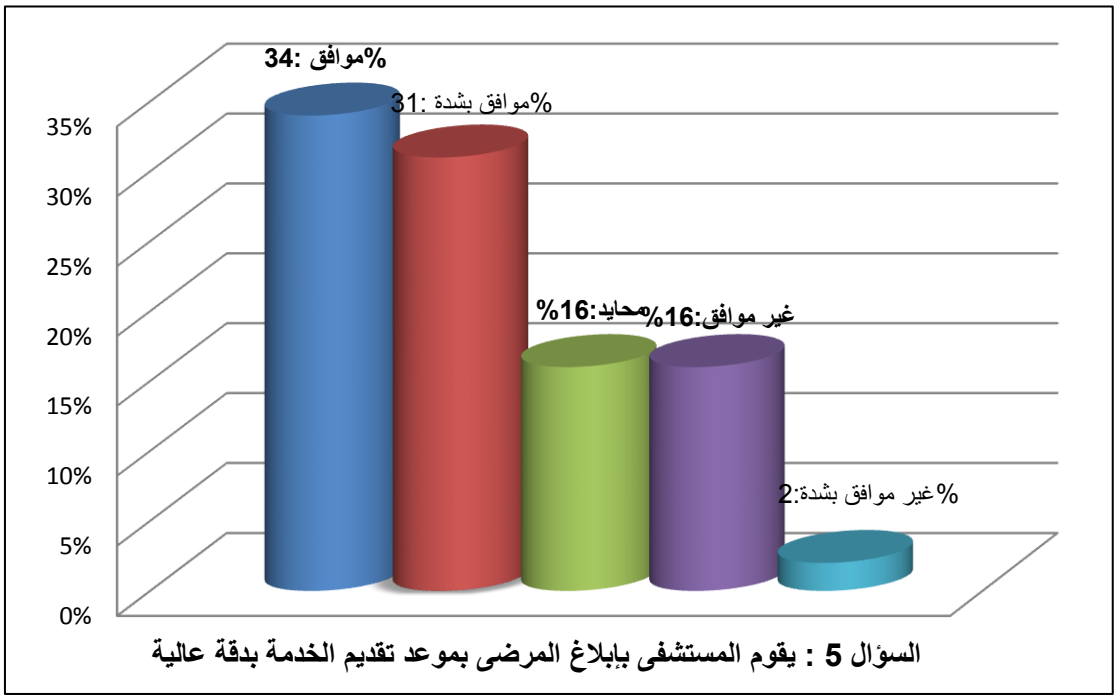
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (10) : يوضح أنّ المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة الصحية.



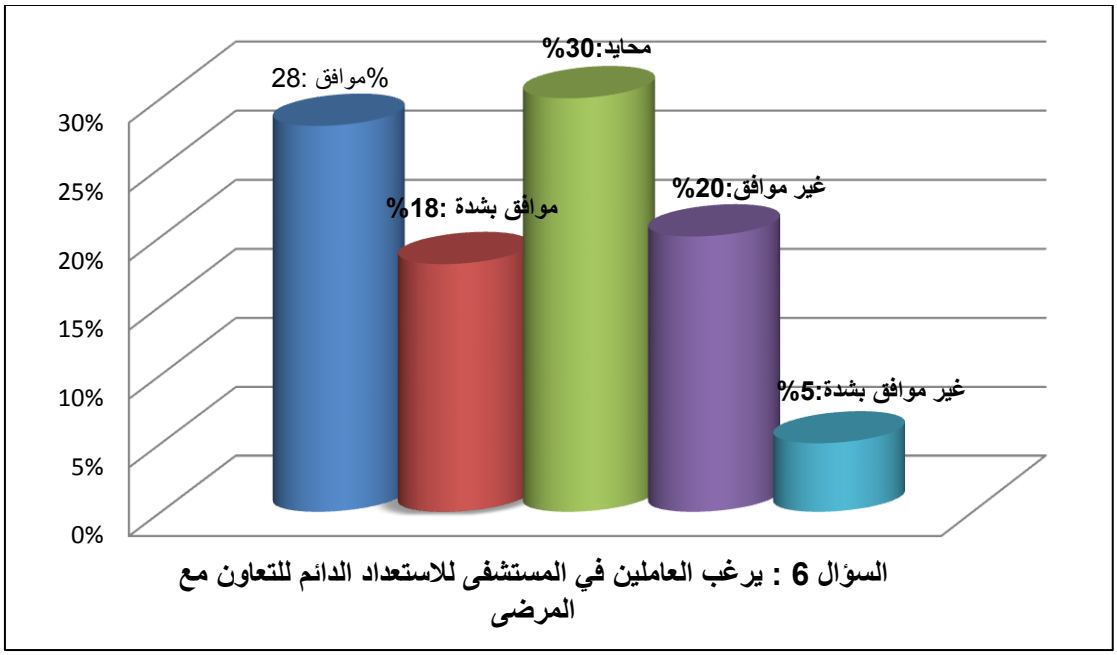
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكل رقم (11) : يوضح التزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية.



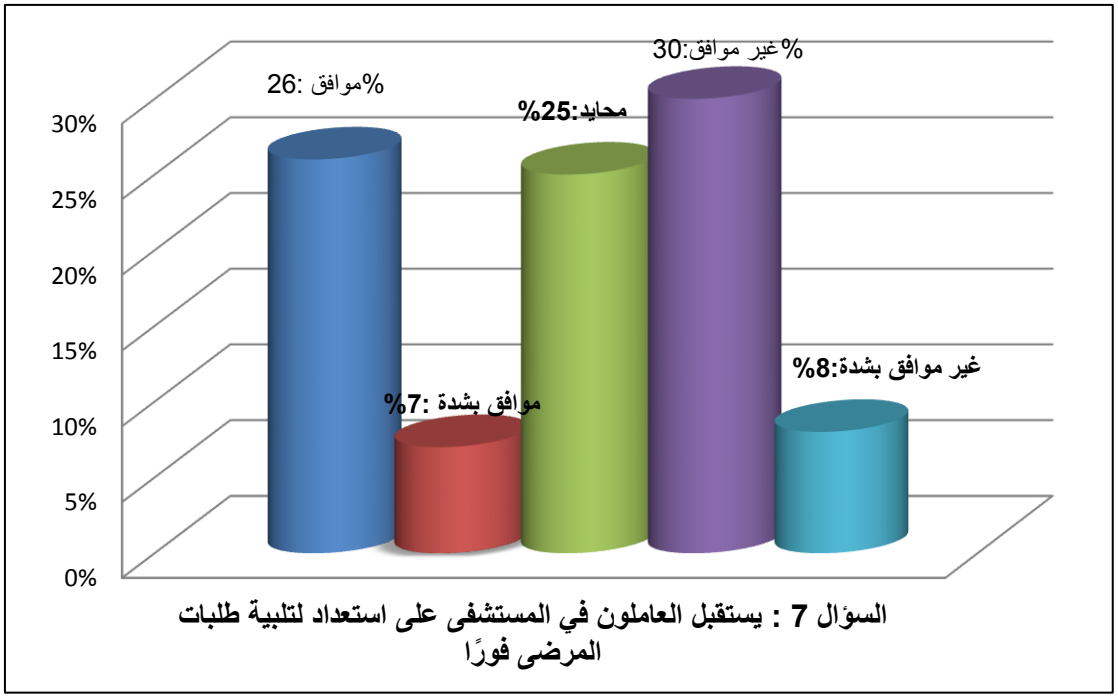
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (12) : يوضح رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.



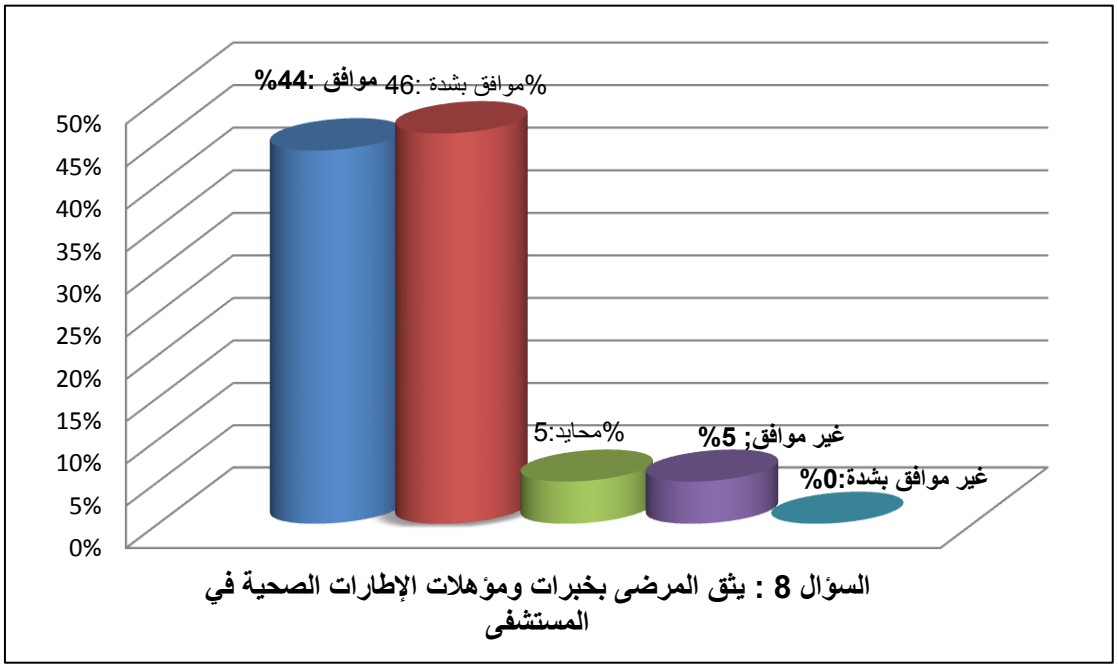
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (13) : يوضح انشغال العاملين في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورًا.



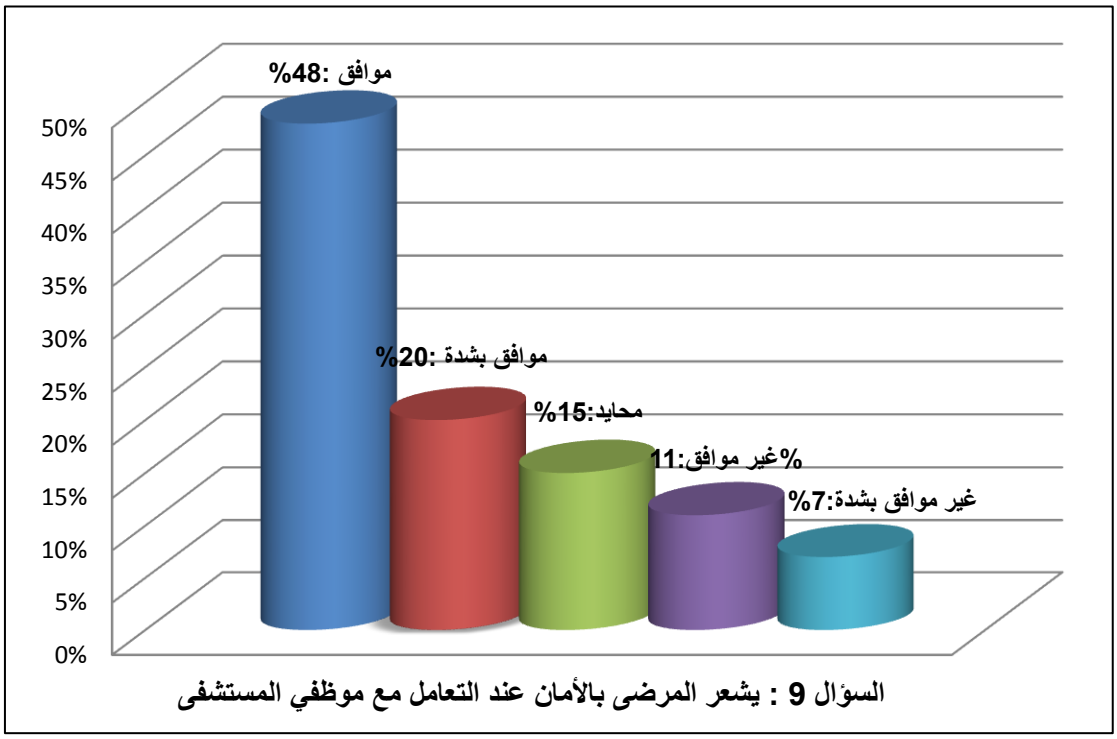
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (14) : يوضح ثقة المرضى بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى.



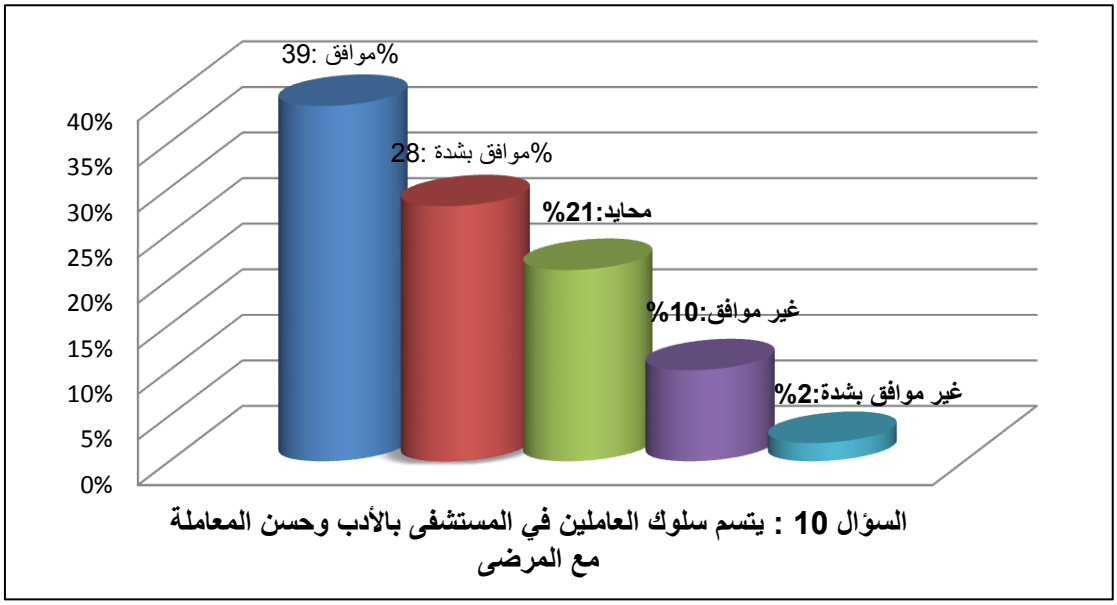
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (15) : يوضح إشعار المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى.



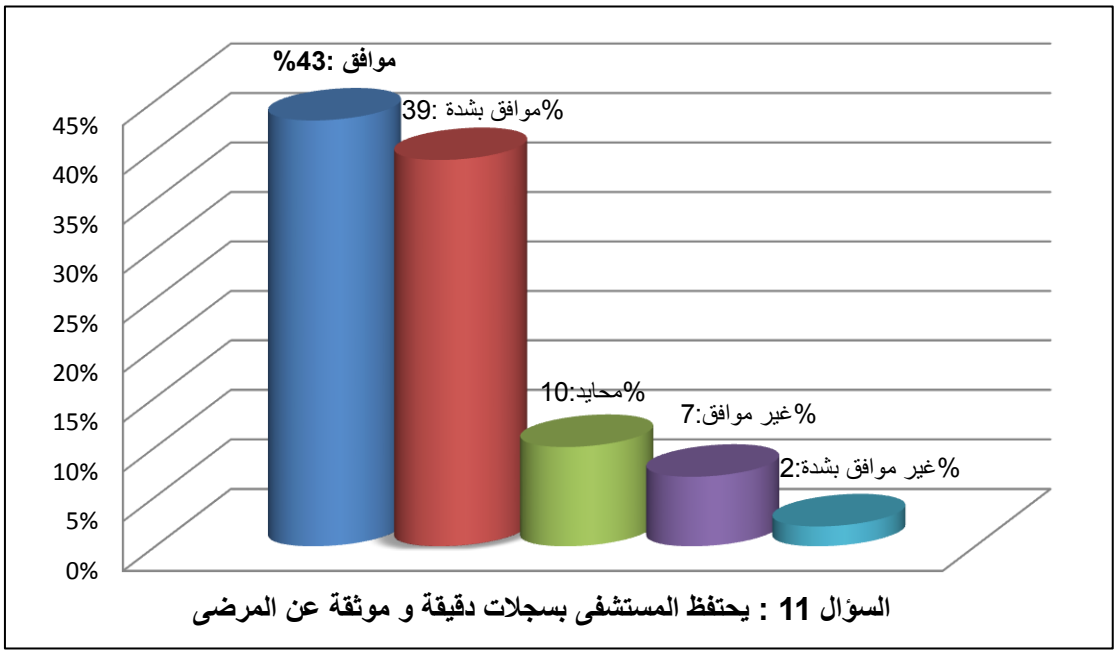
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (16) : يوضح سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.



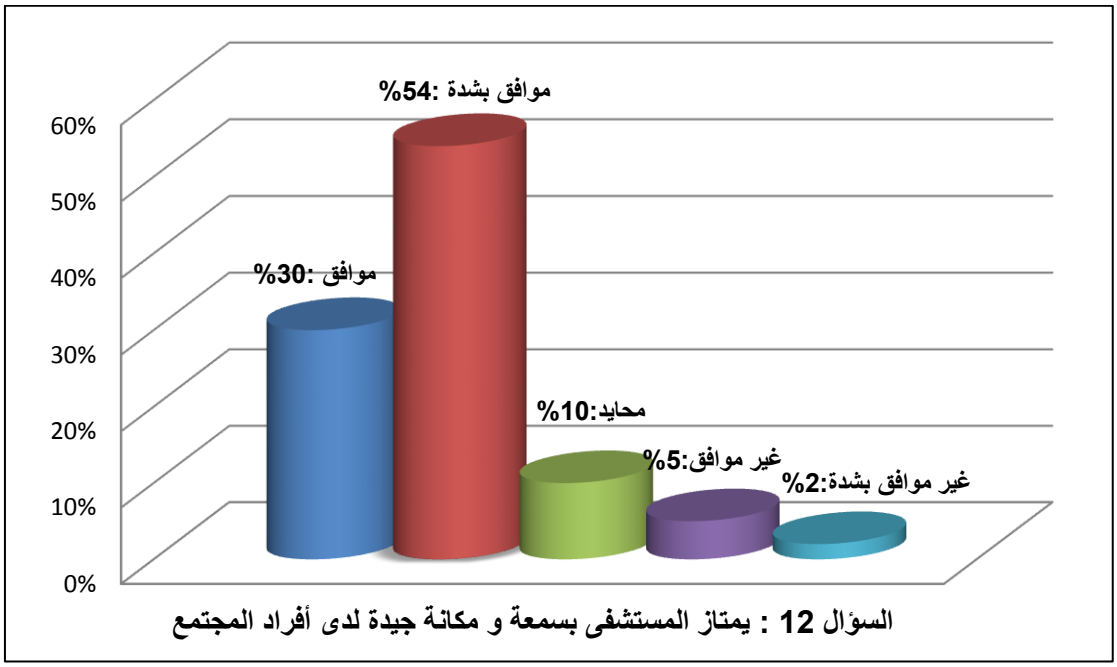
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (17) : يوضح تقييمهم باحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة و موثقة عن المرضى.



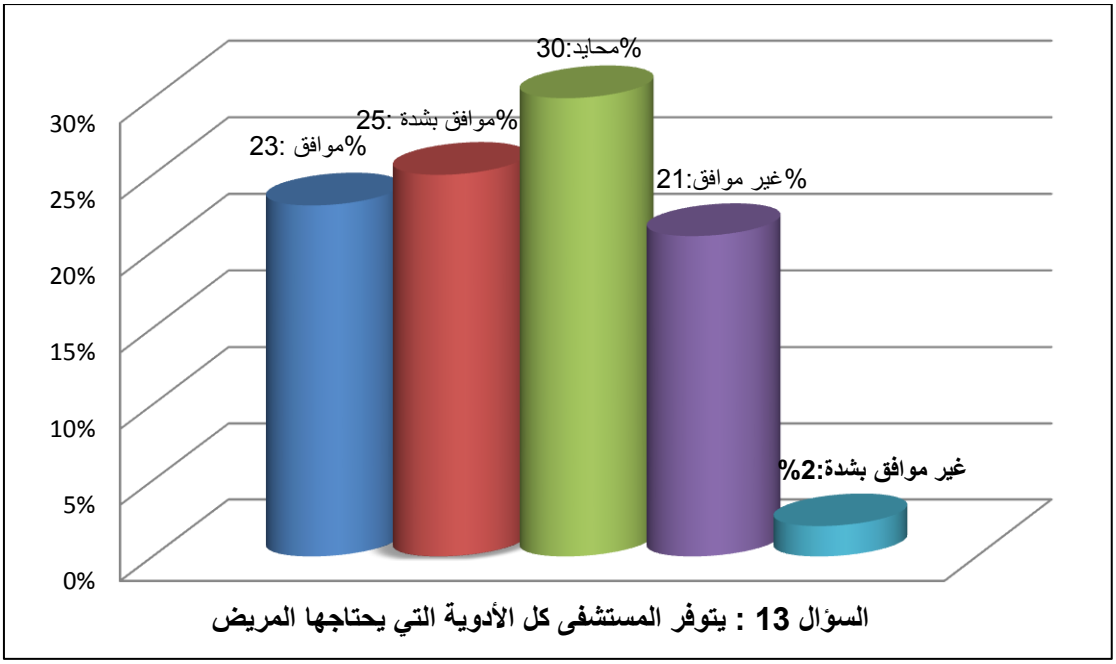
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (18) : يوضح ما يمتاز به المستشفى من سمعة و مكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.



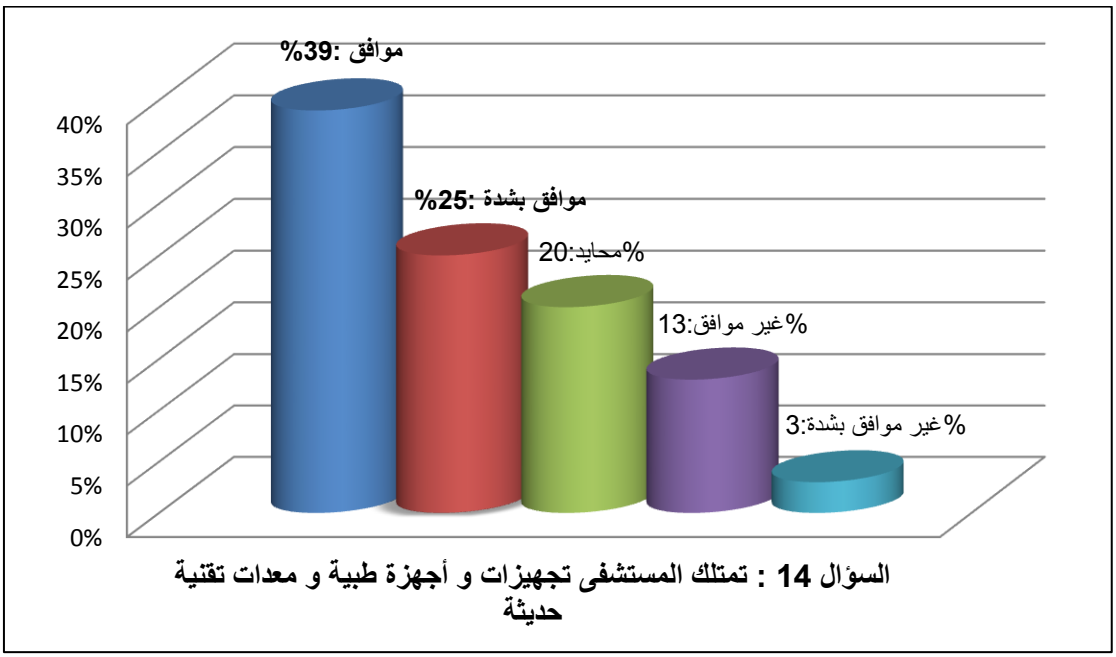
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكل رقم (19) : يوضح توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.



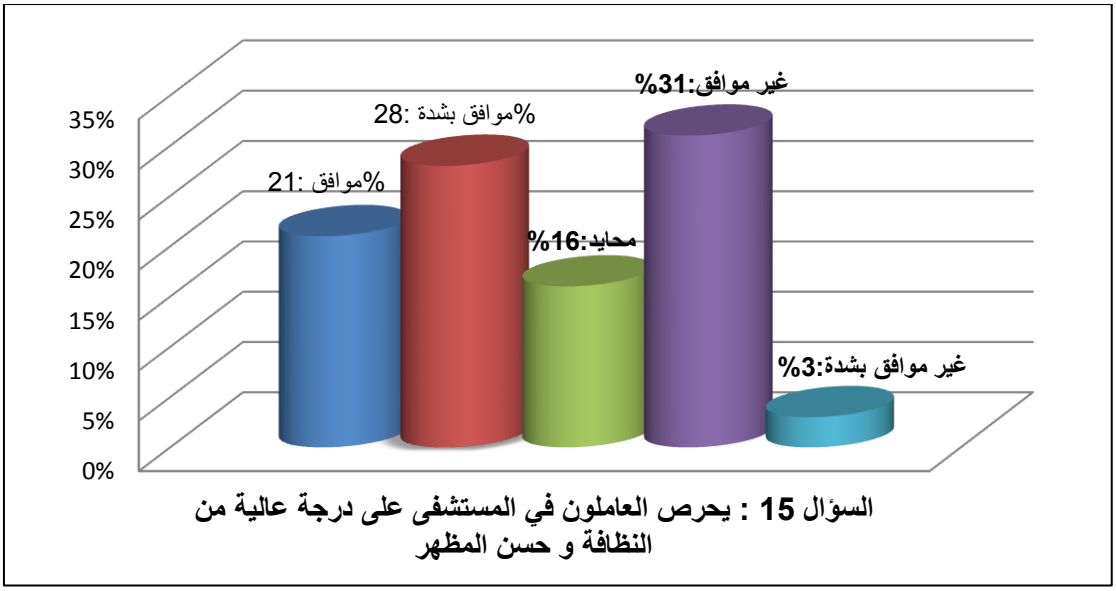
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (20) : يوضح امتلاك المستشفى لتجهيزات ومعدات تقنية حديثة.



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

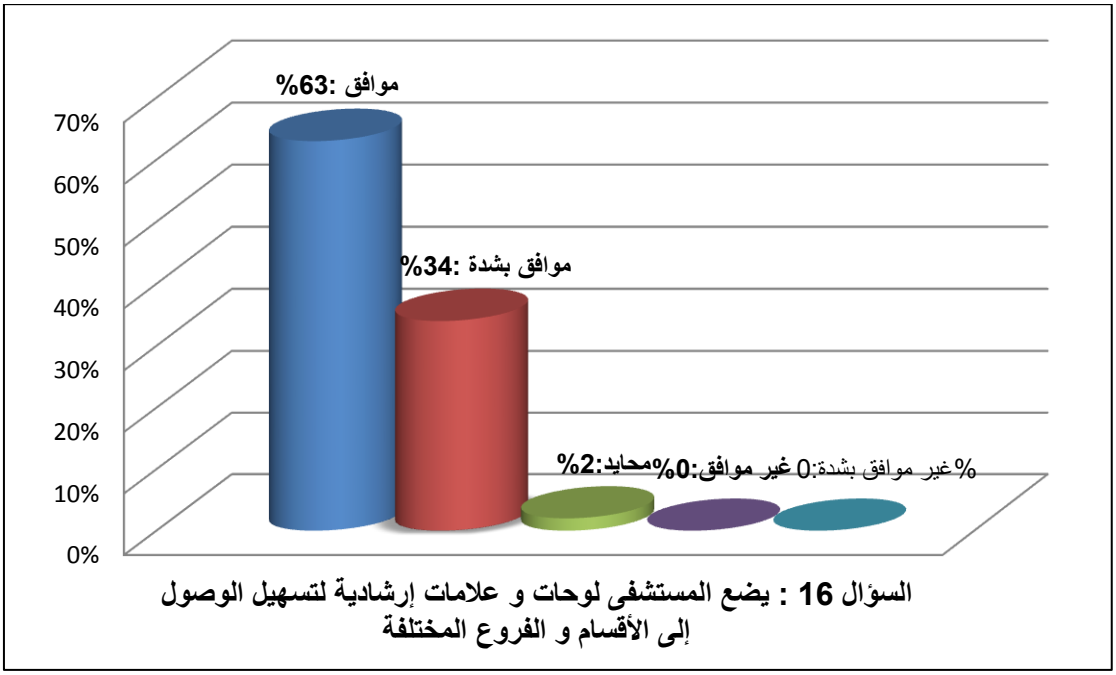
الشكل رقم (21) : يوضح حرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.



السؤال 15 : يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

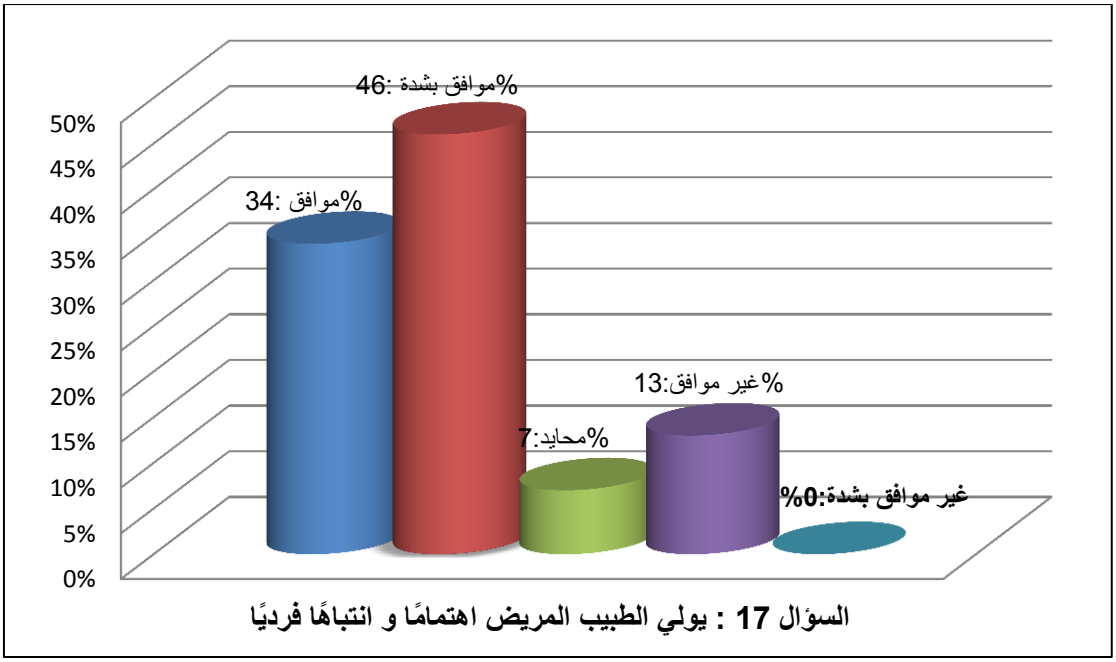
الشكلرقم (22) : يوضح وضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة.



السؤال 16 : يضع المستشفى لوحات و علامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة

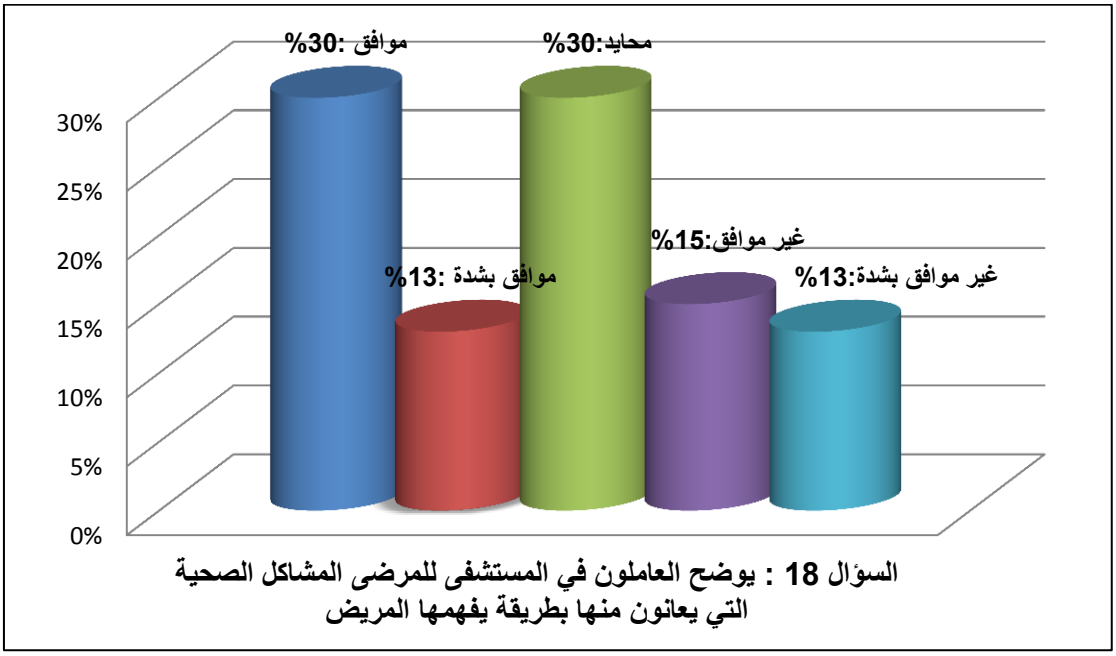
المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكل رقم (23) : يوضح اهتمام الجيد بنفسية المريض.



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الشكلرقم (24) : يوضح تفهم العاملون في المستشفى المشاكل الصحية بطريقة يفهمها المريض.



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

الملاحق

جامعة مولاي طاهر – سعيدة –

كلية الحقوق و العلوم الإسلامية

قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية

استبيان

في إطار تحضير مذكرة ماستر تحت عنوان "دور القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر" دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث" بعين الحجر ولاية سعيدة

ألتمس منكم مشكورين ملئ هذه الاستمارة أو الاستبيان قصد المساهمة في إثراء هذا الموضوع، مع العلم أن أجوبتكم سنتعامل معها في سرية تامة و لن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

الباحثة : ميلودي سعدية

يرجى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة لأجوبتكم

أوّلاً : معلومات شخصية

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

السن : أقل من 30 سنة ☐ من 31 سنة إلى 45 سنة ☐

من 41 سنة إلى 50 سنة ☐ من 51 إلى 60 سنة ☐

أكثر من 60 سنة (متقاعد) ☐

المستوى التعليمي : دون المستوى ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐

ثانياً : أسئلة الاستبيان

	المحور الأوّل : تقييم الخدمات الصحية المقدمة	**موافق**	**موافق بشدة**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
1	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة					
2	يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بدقة مطلوبة و عدم الوقوع في الأخطاء سواء في الفحص أو التشخيص أو العلاج					
3	يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى					
4	يحظى المستشفى بثقة المستفيدين من خدماتها الصحية					

	المحور الثاني : التكفل باستعجالات المرضى و معاملتهم	موافق	موافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
5	يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية					
6	يرغب العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى					
7	يستقبل العاملون في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورًا					
	المحور الثالث : الكفاءات البشرية المتخصصة في إطار التكفل الصحي الأمثل	**موافق**	**موافق بشدة**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
8	يثق المرضى بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى					
9	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى					
10	يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى					
11	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة و موثقة عن المرضى					

12	يمتاز المستشفى بسمعة و مكانة جيدة لدى أفراد المجتمع					
المحور الرابع : الوسائل المادية و نظافة محيط المستشفى		**موافق**	**موافق بشدة**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
13	يتوفر المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض					
14	تمتلك المستشفى تجهيزات و أجهزة طبية و معدات تقنية حديثة					
15	يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر					
المحور الخامس : الاهتمام الجيد بنفسية المريض		**موافق**	**موافق بشدة**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
16	يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة					
17	يولي الطبيب المريض اهتمامًا و انتباهًا فرديًا					
18	يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض					

شكرًا على تعاونكم معنا

*Etablissement Hospitalier Privé * El-Moughit **

FICHE TECHNIQUE

URGENCE MEDICALE & CHIRURGICALE

- SOINS INTENSIFS
- CHIRURGIE GENERALE
- THORACIQUE
- UROLOGIQUE
- INFANTILE
- PROCTOLOGIE

*CELIOSCOPIE & CELIOCHIRURGIE
*GYNECOLOGIE
- GYNECOLOGIE OBSTETRICALE
* SERVICE D'HEMODIALYSE
* REEDUCATION FONCTIONNELLE

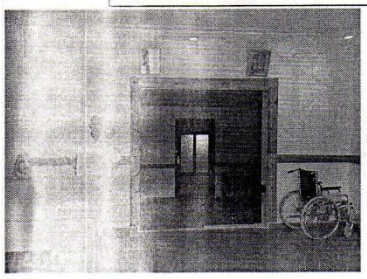
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

SERVICE D'IMAGERIE
- SCANNER
- ECHOGRAPHIE
-ECHODOPPLER
-RADIOLOGIE Conventionnelle

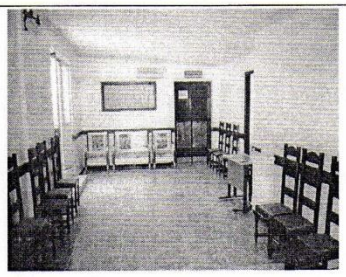
LABORATOIRE D'ANALYSES

BIOLOGIQUES & ANAPATHS

Inaugurée le 29 Juillet 2003 par son Excellence Mr Le Président de la République



ACCEUIL

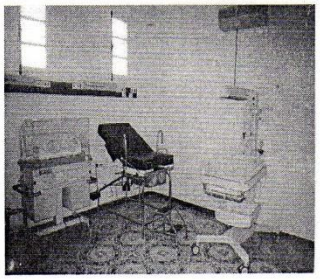


SERVICE DES URGENCES

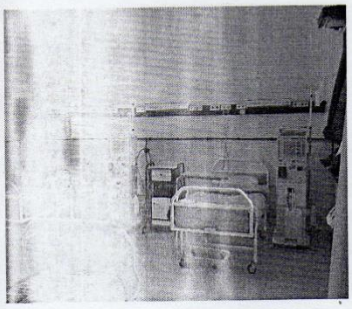
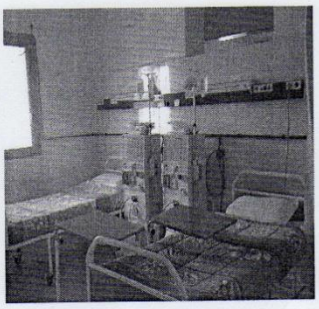
SOINS INTENSIFS

BLOC OPERATOIRE

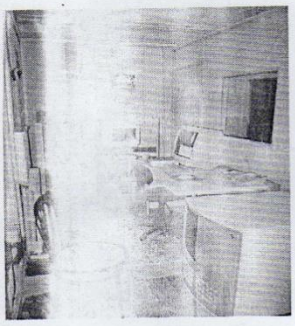
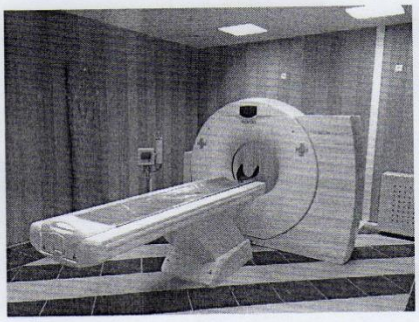
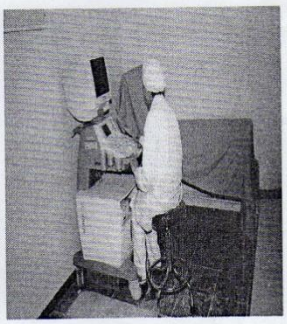
CELIOSCOPIE



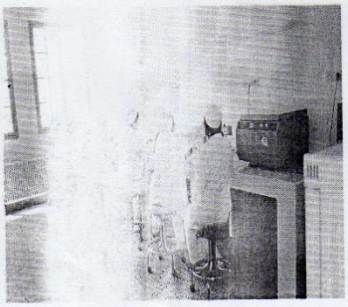
SALLE D'ACCOUCHEMENT

SERVICE D'HEMODIALYSE (10 GENERATEURS FRESINUS)

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE SCANNER ECHODOPPLER



LABORATOIRES D'ANALYSES BIOLOGIQUES FOYER DES MEDECINS

Route Nationale N° 06 Ain El Hadjar 20.100 SAIDA. Tel: 048.50.25.70/71.
Fax:048.50.32.46. E-mail:clinique_el_moughit@yahoo.fr

ETABLISSEMENT HOSPITALIER PRIVE EL MOUGHIT

Activité d' hospitalisation par discipline **Année 2014**

Specialite	Nbr admissions		Nbre de jours Hospitalisation		Nbre d actes Opératoire		Nbre de décès		Nbre d evacuation
	H	F	H	F	chaud	Froid	H	F	
MEDECINE INTERNE									
PEDIATRIE									
ENDOCRINOLOGIE/DIABETOLOGIE									
DERMATOLOGIE									
RHUMATOLOGIE									
GASTRO ENTEROLOGIE									
CARIOLOGIE									
NEPHROLOGIE									
REEDUCATION FONCTIONNELLE									
CHIRURGIE GENERALE	345	408	505	548	753				
CHIRURGIE THORACIQUE									
UROLOGIE	41	10	121	18	51				
ORL	61	46			107				
OPHTALMOLOGIE									
CHIRURGIE CARDIAQUE									
CHIRURGIE MAXILO FACIALE									
CHIRURGIE INFANTILE	54	19	27	13	73				
NEURO CHIRURGIE	44	36	50	37	80				
AUTRES GYNECOLOGIE		500		916	500				
PROCTOLOGIE	57	28	64	42	85				
HOSPITALISATION	27	10	18	10	37				
TRAUMATOLOGIE	36	16	25	19	52				

PRECISER LE NOMBRE D'EVACUATION VERS LES STRUCTURES PUBLIQUES (CHU EHS SECTEURS SANITAIRE PRIVEES

PRECISER LES AUTRES DISCIPLINES SI ELLES EXISTENT

	ADMISSIONS									
	0-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50 60	6OP
Spécialité										
MEDECINE INTERNE										
PEDIATRIE										
ENDOCRINOLOGIE/DIABETOLOGIE										
DERMATOLOGIE										
RHUMATOLOGIE										
GASTRO ENTEROLOGIE										
CARDIOLOGIE										
NEPHROLOGIE										
REEDUCATION FONCTIONNELLE										
CHIRURGIE GENERALE			17	111	90	98	119	87	124	107
CHIRURGIE THORACIQUE										
UROLOGIE		1		4	6	8	5	3	5	19
ORL		48	32	20	7					
OPHTALMOLOGIE										
CHIRURGIE CARDIAQUE										
CHIRURGIE MAXILO FACIALE										
CHIRURGIE INFANTILE	73									
NEURO CHIRURGIE			16	10	12	15	10	13	4	
TRAUMATOLOGIE		4	8	18	11	4	3	4		
AUTRES GYNECOLOGIE				60	130	90	70	80	60	10
PROCTOLOGIE			4	14	26	14	14	12	1	
HOSPITALISATION				2	4	5	13	6	3	4

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULIARE

WILAYA DE SAIDA

EPH AHMED MEDEGHRI SAIDA

SOUS DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

BILAN ANNUEL DES SERVICES HOSPITALIERS

REPARTITION PAR SERVICE

Année 2014

SERVICES	Nombre d'Admission				nombre de journées d'hospitalisation				D.M.S	T.O.M	décès		Evac	Nombre de Consultation				C.G.U	Soins
	H	F	E	T	H	F	E	T			M	F		H	F	E	T		
Chirur.Gle	999	1415	609	**3023**	2546	3700	1590	**7836**	2,59	22%	18	19	16	0	0	0	**0**	0	0
Urologie	322	55	4	**381**	1082	199	13	**1294**	3,40	34%	1	0	0	0	0	0	**0**	0	0
O.T.R	390	186	9	**585**	1209	558	34	**1801**	3,08	26%	1	3	13	0	0	0	**0**	0	0
O.R.L	0	0	0	**0**	0	0	0	**0**	0,00	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0
Ophtalmo	394	251	38	**683**	505	318	59	**882**	1,29	11%	0	0	2	658	625	163	**1446**	0	0
M. Interne	444	442	0	**886**	3022	3039	0	**6061**	6,84	57%	9	4	4	0	0	0	**0**	0	0
Infectieux	263	332	145	**740**	950	1153	506	**2609**	3,53	18%	2	2	2	0	0	0	**0**	0	0
Réa.Méd	151	110	6	**267**	579	391	16	**986**	3,69	34%	57	33	3	0	0	0	**0**	0	0
Pneumo.pht	269	295	0	**564**	2252	2484	0	**4736**	8,40	32%	8	3	0	839	705	0	**1544**	0	0
U.M.Ch	1603	1144	457	**3204**	761	534	209	**1504**	0,47	24%	80	62	299	3152	3512	1553	**8217**	95582	80884
Oncologie	1298	1653	0	**2951**	0	0	0	**0**	0,00	0%	0	0	0	1650	2470	0	**4120**	0	0
Hématologie	817	787	10	**1614**	1062	993	11	**2066**	1,28	47%	1	5	1	1254	1207	0	**2461**	0	0
Gastrologie	341	348	0	**689**	599	624	0	**1223**	1,78	33%	3	1	6	0	0	0	**0**	0	0
Psychiatrie	328	62	0	**390**	0	0	0	**0**	0,00	0%	0	0	1	1435	531	33	**1999**	0	0
TOTAL	**7619**	**7080**	**1278**	**15977**	**14567**	**13993**	**2438**	**30998**	**1,94**	**25%**	**180**	**132**	**347**	**8988**	**9050**	**1749**	**19787**	**95582**	**80884**

SANTE

PERSONNEL MEDICAL ET PRA-MEDICAL PUBLIC PAR ETABLISSEMENTS 2014

COMMUNES	GENERALISTE	SPECIALISTES	PHARMACIENS	DENTISTES	IDE	IB	ATS	AMAR	PSY	SAGE FEMME	TOTAL
EPH AHMED MEDAGHRI	47	75	4	4	232	22	20	25	3	0	302
EHS HAMDANE BAKHTA	33	24	4	0	108	2	7	16	3	41	177
EPSP SAIDA	72	8	4	28	95	20	11	0	8	18	152
EPSP MOULAY LARBI	37	1	3	10	56	3	10	0	3	11	83
EPSP HASSASNA	41	8	6	17	221	3	4	0	4	25	257
EPSP SIDI BOUBKEUR	32	1	4	14	56	16	7	0	2	18	99
TOTAL	262	117	25	73	768	66	59	41	23	113	1070

الفهرس العام

الموضوع	الصفحة
دعاء	
كلمة شكر	
الإهداء	
مقدمة عامة	**أ–ل**
الفهرس العام	
الفصل الأوّل : الإطار النظري و المفاهيمي للدراسة	
تمهيد	14
المبحث الأوّل : السياسة العامة مقارنة مفاهيمية	15
المطلب الأوّل : نشأة و تطور السياسة العامة و مفاهيمها	15
المطلب الثاني : عناصر السياسة العامة و خصائصها و أهدافها	22
المطلب الثالث : مؤسسات صنع السياسية العامة و مستوياتها	26
المبحث الثاني : السياسة الصحية في الجزائر	31
المطلب الأوّل : تعريف الصحة و السياسة الصحية	31
المطلب الثاني : أهمية السياسة الصحية و محاورها و مقوماتها	35
المطلب الثالث : مراحل السياسة الصحية في الجزائر و أهدافها	40
المبحث الثالث : القطاع الخاص و علاقته بالسياسة العامة الصحية في الجزائر	50
المطلب الأوّل : التطور التاريخي للقطاع الصحي الخاص و مفهومه	50
المطلب الثاني : خصائص و هياكل القطاع الصحي في الجزائر	54
المطلب الثالث :القطاع الصحي الخاص في ظل السياسات الاقتصادية	57
خلاصة	60

الفصل الثاني : دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث" بعين الحجر ولاية سعيدة	
تمهيد :	62
المبحث الأوّل : نشأة و تطور المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث عين الحجر بسعيدة	63
المطلب الأوّل : التعريف بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة	63
المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة	63
المطلب الثالث : الإمكانيات البشرية و المادية في المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث	65
المبحث الثاني : دور المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث في ضمان التغطية الصحية بسعيدة	66
المطلب الأوّل : واقع العمل بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث	66
المطلب الثاني : أهداف و تحديات المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث	67
المطلب الثالث : إيجابيات و سلبيات المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث	67
المبحث الثالث : دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة	69
المطلب الأوّل : واقع أداء الخدمات بنتائج دراسة الاستبيان	69
المطلب الثاني :تحليل الاستمارات	72
المطلب الثالث :تقييم نتائج دراسة الاستبيان	75
خلاصة	77
خاتمة الدراسة	79
قائمة المصادر و المراجع	86
الملاحق :	
الجداول	92
أشكال بيانية	104
وثائق نموذجية	119

فهرس الجداول

الموضوع	الصفحة
الجدول رقم (01) : يوضح يوضح أنواع الأقسام المتواجدة بالالمؤسسة الاستشفائية الخاصة .	92
الجدول رقم (02) : عدد الأطباء الممارسين في القطاع العام و الخاص.	92
الجدول رقم (03) : عدد المرضى المقيمين في القطاع العام أحمد مدغري.	94
الجدول رقم (04) :عدد المرضى المقيمين في القطاع الخاص المغيث.	95
الجدول رقم (05) : توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	96
الجدول رقم (06) : توزيع أفراد العينة حسب السن.	96
الجدول رقم (07) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	96
الجدول رقم (08) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.	97
الجدول رقم (09) : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية و عدم الوقوع في الأخطاء.	97
الجدول رقم (10) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاستجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم و استفساراتهم.	97
الجدول رقم (11) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بأنّ المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة الصحية.	98
الجدول رقم (12) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لالتزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية.	98
الجدول رقم (13) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لرغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.	98
الجدول رقم (14) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لانشغال العاملين في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورًا.	99
الجدول رقم (15) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثقة المرضى بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى.	99
الجدول رقم (16) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بإشعار المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى.	99
الجدول رقم (17) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لسلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.	100
الجدول رقم (18) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم باحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة و موثقة عن المرضى.	100

الجدول رقم (19) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بما يمتاز به المستشفى من سمعة و مكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.	100
الجدول رقم (20) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتوفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.	101
الجدول رقم (21) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بامتلاك المستشفى لتجهيزات ومعدات تقنية حديثة.	101
الجدول رقم (22) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.	101
الجدول رقم (23) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة.	102
الجدول رقم (24) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للاهتمام الجيد بنفسية المريض.	102
الجدول رقم (25) :توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتفهم العاملون في المستشفى المشاكل الصحية بطريقة يفهمها المريض.	102

فهرس الأشكال البيانية

الموضوع	الصفحة
الشكل رقم (01) :يوضحصناع السياسة العامّة الرسميون	104
الشكل رقم (02) :يوضحالصناع غير الرسميون في السياسة العامّة	105
الشكل رقم (03) : يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث" بعين الحجر ولاية سعيدة	106
الشكل رقم (04) :يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	107
الشكل رقم (05) :يوضحتوزيع أفراد العينة حسب السن.	107
الشكل رقم (06) :يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	108
الشكل رقم (07) : يوضح التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.	109
الشكل رقم (08) :يوضح حرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية و عدم الوقوع في الأخطاء.	109
الشكل رقم (09) :يوضح استجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم و استفساراتهم.	110
الشكل رقم (10) :يوضح أنّ المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة الصحية.	110
الشكل رقم (11) :يوضح التزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة عالية.	111
الشكل رقم (12) :يوضح رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.	111
الشكل رقم (13) :يوضح انشغال العاملين في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورًا.	112
الشكل رقم (14) : يوضح ثقة المرضى بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى.	112
الشكل رقم (15) :يوضح إشعار المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى.	113
الشكل رقم (16) :يوضح سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.	113
الشكل رقم (17) :يوضح تقييمهم باحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة و موثقة عن	114

المرضى.	
الشكل رقم (18) : يوضح ما يمتاز به المستشفى من سمعة و مكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.	114
الشكل رقم (19) :يوضح توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.	115
الشكل رقم (20) :يوضح امتلاك المستشفى لتجهيزات ومعدات تقنية حديثة.	115
الشكل رقم (21) :يوضح حرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.	116
الشكل رقم (22) :يوضح وضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية لتسهيل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة.	116
الشكل رقم (23) :يوضح اهتمام الجيد بنفسية المريض.	117
الشكل رقم (24) :يوضح تفهم العاملون في المستشفى المشاكل الصحية بطريقة يفهمها المريض.	117

فهرس الوثائق النموذجية

الموضوع	الصفحة
الاستبيان	123-119
وثائقالمؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيث	128-124

الملخص :

شهد القطاع الخاص في الآونة الأخيرة اهتمامًا كبيرًا و على جميع المستويات، حيث أصبح موضوع "دور القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية" محل اهتمام عالمي متزايد سعيًا من المؤسسات الاستشفائية الخاصة بتقديم خدماتها الصحية بجودة عالية لتحقيق أقصى رضا ممكن للمريض.

و يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع القطاع الخاص في المؤسسة الاستشفائية الخاصة "المغيث" عبن الحجر لولاية سعيدة و زيادة الوعي و اهتمام الزبون (المريض) بالحصول على الخدمات الصحية التي تلبي حاجياته.

و منه أصبح القطاع الخاص مكانة فعالة داجل المنظومة الصحية الوطنية.

الكلمات المفتاحية : السياسة الصحية – القطاع الخاص – رضا المريض.

The Summary :

The domain of health is one of the most important sectors in the authority program, especially the private hospitals, in which, they need a frame work in order to organize their medical services and also to reach the satisfaction of the patient by providing a good quality of examination and treatment. So, through this research, we try to discuss the situation of the private hospital which called “El Moughith” in Ain El Hadjar in Saida by making an investigation I, this hospital.

At last, our aims are based on the patient’s satisfaction and improve health conditions.

So, the private sector of health plays a great role in the general health policy.

Key words : Health policy – Private sector – patient’s satisfaction.