جامعة الدكتور مولاي الطاهر بسعيدة

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم العلوم السياسية

عنوان المذكرة:

دور الإدارة المحلية الجزائرية في تنفيذ السياسية الصحية دراسة حالة مدريةالصحة والسكان والمؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد مدغري بسعيدة– أنموذجان –

ذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر ل م د في العلوم السياسية ، تخصص: تسيير وإدارة الجماعات المحلية

إعداد الطالبة :

♦ بوشامة حنان

إشراف الأستاذ:

♦ موكيل عبد السلام

أعضاء اللجنة المناقشة:

الأستاذ:.....موكيل عبد السلام.....أستاذا مشرفا

الأستاذ:.....شاربي محمد.....أستاذا رئيسا

الأستاذ:.....بن زايد امحمد.....عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2017-2018

الشكر

الشكر لله أولا وأخيرا وظاهرا وباطنا والحمد لله على نعمه العظيمة، وعلى توفيقه لنا، وأن جعلنا من طلبة العلم، فلا يطيب الشكر إلا أن أحمد المولى العزيز حمد يليق بعظمته وعلو مقامه أن أحاطني بعونه هذا فيسّر لي أمري ووفقني لإنجاز هذا العمل فلك الحمد ربي حتى ترضى، و لك الحمد إذا رضيت، ولك الحمد بعد الرضا.

أتقدم بخالص شكري وعظيم التقدير والامتنان إلى قدوتي ومصدر تعلمي المستمر الأستاذ المشرف " **موكيل عبد السلام** " الذي لم يبخل بنصائحه وتوجيهاته فكان نعم الموجه والناصح.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى السيّد "**بلحمدي خلف الله**" الذي ساعدني على القيام بالعمل الميداني فلك مني أجمل تحية وأعظم تقدير.

كما أتقدم بالشكر والعرفان العظيم إلى كل من الأستاذ " **بن أحمد الحاج**" عميد كلية الحقوق والعلوم السياسية والأستاذ "**بن زايد أمحمد**" رئيس قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية.

ولا يسعني إلا أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة بقبولهم مناقشة هذه المذكرة والحكم عليها والمكونة من الأستاذ " **شاربي محمد**" رئيس المناقشة والأستاذ " **بن زايد أمحمد**" عضوا مناقشا والأستاذ "**موكيل عبد السلام**" مشرفا ومقررا.

كما أسدي عبارات العرفان إلى طلبة تسيير وإدارة الجماعات المحلية دفعة 2017-2018.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساعدني في إتمام هذا البحث من قريب أو من بعيد.

وأخيرا أشكر كل من رفع عينيه إلى السماء ورفع يديه إلي بالدعاء وأسأل الله أن يجزيها عني خير جزاء والله الموفق.

الإهداء

الحمد لله خالق الأنوار، وجاعل الليل والنهار ثم الصلاة والسلام على سيّدنا محمد المختار صلى الله عليه وسلم.

إلى رمز الوفاء وفيض السخاء وجود العطاء عند البلاء إلى من قال فيها الرسول صلى الله عليه وسلم الجنة تحت أقدام الأمهات إلى التي سهرت الليالي من أجل راحتي وأضاءت لي الدرب بالشموع إلى أول اسم تلفظت به شفاهي "**أمي الغالية**" حفظها الله وأطال في عمرها.

إلى رفقاء الدرب الذين كانوا بمثابة إخوة، الأخ "**بليل لحسن** "والأخ "**لحسين أمين**"والأخ "**بلحمدي خلف الله**"

إلى كل الأهل والأقارب وكل من ساعدني في هذا العمل من قريب وبعيد.

إلى الكتكوتة الصغيرة "**حورية**"

إلى السادة "**بومدين الأمين**" والسيّد "**ثابتي عبد الكريم**" والسيّد "**نابي بلعيد**" الذين يسهرون على راحة المرضى والتخفيف من معاناتهم برغم ظروف العمل الصعبة.

كما أهدي ثمرة جهدي إلى كافة أندية الفوفينام فيات فو داو لولاية سعيدة وخصوصا نادي "**وفاء سعيدة**"

إلى كل من طبع في قلوبنا الحروف حتى كتبنا بها جملا، وألقينا بها كلمات أمام الصفوف.

إلى كل هؤلاء وبأسمى معاني الوفاء أهدي هذا العمل.

الموضوع :	الصفحة
بسملة	
شكر	
إهداء	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول و الأشكال	
مقدمة	أ
الفصل الأول: الإدارة المحلية السياسة الصحية إطار عام	
المبحث الأول: الإدارة المحلية إطار عام	19
المطلب الأول: مفهوم الإدارة المحلية	19
المطلب الثاني: نشأة الإدارة المحلية وتطورها	21
المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في نظام الإدارة المحلية	26
المبحث الثاني: السياسة الصحية إطار مفاهيمي	29
المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية	29
المطلب الثاني: تطور السياسة الصحية	36
المطلب الثالث: مقومات وتقسيمات السياسة الصحية	42
الفصل الثاني :الإدارة المحلية في الجزائر ودورها في تفعيل السياسة الصحية	
المبحث الأول: الإدارة المحلية في الجزائر	50
المطلب الأول: نشأة و تطور نظم الإدارة المحلية في الجزائر	50
المطلب الثاني: الولاية في النظام الإداري المحلي الجزائري	55
المطلب الثالث: البلدية في النظام الإداري المحلي الجزائري	66
المبحث الثاني: تطور السياسة الصحية في الجزائر	80
المطلب الأول: السياسة الصحية من 1962 – 1965.	80
المطلب الثاني:السياسة الصحية من 1965 - 1979	82
المطلب الثالث: السياسة الصحية من 1980- 2012	86
المبحث الثالث: دور الإدارة المحلية في تفعيل السياسة الصحية	92
المطلب الأول: دور المجالس الجهوية والمديريات الولائية في تنفيذ السياسة الصحية	92
المطلب الثاني: دور المؤسسات الصحية في تنفيذ السياسة الصحية	95
المطلب الثالث: دور الهيئات المحلية في تنفيذ السياسة الصحية	103
الفصل الثالث:دراسة حالة مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة والمؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد مدغري	

المبحث الأول: الصحة في ولاية سعيدة	**106**
المطلب الأول: واقع الصحة ومكونات القطاع الصحي بالولاية	**106**
المطلب الثاني: المخطط التنظيمي للمديرية الصحة والسكان	**108**
المطلب الثالث: مهام ونشاطات مديرية الصحة لولاية سعيدة	**111**
المبحث الثاني: المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد مدغري	**113**
المطلب الأول: نشأة وتعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية	**113**
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية	**114**
المطلب الثالث: دور ومهام المؤسسة العمومية الإستشفائية	**120**
الخاتمة	**125**
قائمة المصادرو المراجع	

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962- 1973	84
02	تطور عدد المؤسسات الصحية 1979- 1982	88
03	تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر 1996- 2000	89
04	المؤسسات الصحية في الجزائر حتى 2011	96
05	مكونات القطاع العام في ولاية سعيدة	107
06	مكونات القطاع الخاص في ولاية سعيدة	108
07	مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة	114
08	عدد العاملين في القطاع الشبه الطبي	116
09	عدد العاملين الإداريين	117

قائمة الأشكال:

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	مشتملات المؤسسة الصحية والمهام المسندة إليها	102
02	الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة	110
03	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري	119

مقدمة

مقدمة

تعتبر التنميّة باختلاف مجالاتها، اقتصادية كانت أو اجتماعية .... أهم الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها، فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس رفاهيتها، وللحديث عن التنمية لابد من الإشارة إلى الإنسان، فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها، ولن يتحقق ذلك إلّا إذا توفرت له متطلبات، والصحة أول تلك متطلبات، وأهم مقومات الحياة، والواقع أن صحة المواطن هي أغلى ما تملكه المجتمعات، وهي ثروة يجب الحفاظ عليها، لذا يسعى الإنسان منذ القديم إلى تطوير العلاج والبحث عن الشفاء حتى وصل الطب إلى ما نحن عليه من تقدم، بحيث تعتبر الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي فهي " حق أساسي " لجميع الشعوب، علاوة على أنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية المجتمعات، فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أُوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن.

ولقد وضعت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لنفسها هدف متمثل في تطوير نظمها الصحيّة بما يضمن استفادة الفرد من الخدمات الصحيّة التي تقدمها، وتعد الجزائر من بين هذه الدول، حيث سعت منذ الاستقلال إلى تطوير نظمها وهياكلها الصحية، ببناء وتشييد المؤسسات الصحية والارتقاء بالتعليم الطبي.

غداة الاستقلال اتّخذت الدولة الجزائرية النهج الاشتراكي لنظامها السياسي والاقتصادي كقطيعة مع النظام الليبرالي الفرنسي، وعلى أساس ذلك كان من الضرورة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث بشكل آخر، في هذه المرحلة بالذات كان على الدولة الجزائرية اتّخاذ إجراءات استعجاليه من أجل القضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة التي كانت سائدة في المجتمع الجزائري بشكل رهيب. فقد قطعت الجزائر أشواطا كبيرة في تطوير قطاع الصحة، حيث كان هذا الأخير ضمن 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 والكوليرا، الملاريا،

السل، والإسهال، والتي كانت كلها سريعة العدوى، وقاتلة، وقد فتكت بعدد كبير من الجزائريين وكان أول تحد للجزائر بعد الاستقلال يتمثل في كيفية التقليل من الإصابات بهذه الأوبئة كأول خطوة ثم القضاء عليها نهائيا، من خلال مجانية العلاج، وتوفير التلقيحات الضرورية للحد من انتشار هذه الأمراض خاصة خارج المدن الكبرى، وقد تمحورت آنذاك إستراتيجية تطوير قطاع الصحة حول تحسين التغطية الصحية وتحسين الوضعية بشأن مكافحة الأوبئة.

ولأجل ذلك عمدت الدولة الجزائرية إلى إنشاء أول وزارة للصحة في عهد حكومة أحمد بن بله والتي شكلت يوم 28 سبتمبر 1962 (الوزير محمد الصغير النقاش)، ثم وزارة الشؤون الاجتماعية في عهد حكومة أحمد بن بله الثانية والتي شكلت يوم 18 سبتمبر 1963(الوزير محمد الصغير النقاش)، ثم وزارة الصحة والمجاهدين والشؤون الاجتماعية في عهد حكومة أحمد بن بله الثالثة والتي شكلت يوم 02 ديسمبر 1964، ثم وزارة الصحة العامة في عهد حكومة الهواري بومدين والتي شكلت يوم 10جويلية 1965 (الوزير التيجيني هدام)، وذلك لتحقيق هدفين رئيسيين هما: إعادة توزيع المؤسسات الصحيّة بما فيها الأطباء والممرضين على جميع جهات الوطن بحيث يسمح للمواطنين الاستفادة من العلاج بشكل متساوي، والهدف الآخر هو محاربة الأمراض والأوبئة المتنقلة مثل مرض السل والتهاب السحايا...الخ، وقد تميزت الحقبة الزمنية ما بين نهاية الستينات ونهاية السبعينات بإعطاء العلاج الأولي الأولوية، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحيّة على مستوى كل بلدية، بالإضافة إلى انطلاق الحملات الوطنية للتلقيح ضد شلل الأطفال ومكافحة الملاريا، وقد اعتمدت الجزائر عدة برامج كانت موجهة إلى الفئات المحرومة، فقد تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال وبعد ذلك تم تأسيس الطب المجاني أو ما يسمى بالصحة العمومية، وهذا المفهوم هو لب جل السياسات الصحية التي اعتمدتها الجزائر في سبيل تأمين السلامة الصحية لكل الأفراد من جهة، وكتعبير للقرار السياسي الذي يبين النهج السياسي والاقتصادي الذي تبناه النظام السياسي الجزائري، غير أن التغطية الصحية في تلك الحقبة والتي تلتها لم تكن بصفة متعادلة بين سكان المدن الكبرى،

والمناطق الداخلية والريفية بصفة عامة، وهذا الخلل استدركته الدولة من خلال السياسة الصحية التي سطرتها خلال العشرية الأخيرة، لضمان تغطية متكافئة بين كافة السكان على كامل التراب الوطني الكبير.

ولتحقيق رعاية صحية جيّدة اعتمدت الدولة على الإدارة المحلية من أجل تنفيذ سياساتها، بحيث أن وزارة الصحة والسكان لا تستطيع أن تقوم برسم وصنع وتنفيذ السياسة الصحية لوحدها، فهي تحتاج إلى من ينفذ هذه السياسة، وبالتالي فتنفيذ السياسة الصحية هو من الخدمات التي تقدمها الإدارة المحلية ، وكذلك من أجل تقريب إدارة الصحة من المواطن. وهذا كله ينطبق تحت مصطلح واحد وهو التنمية الاجتماعية.

وبالتالي فرسم السياسة الصحية وبلورتها وصياغتها يكون من مهام الإدارة المركزية، ويبقى التنفيذ للإدارة المحلية، وهذه هي الإشكالية القائمة في هذه الدراسة، وهي تتمحور حول دور الذي تقوم به الإدارة المحلية في تنفيذ السياسة الصحية، وذلك من خلال المديرية الولائية للصحة والسكان، والهيئات المحلية، وأيضا المؤسسات الصحية، ومنها المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. وما اخترته هو مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة، وقد أسقطت الدراسة أيضا على مستشفى -أحمد مدغري-بولاية سعيدة.

1- أهمية الموضوع:

إن الموضوع محل الدراسة يكتسي أهمية كبيرة من جانبين رئيسيين هما: الأهمية العلمية و الأهمية العملية وسأتطرق لكل جانب على حدى :

الأهمية العلمية:

تظهر الأهمية العلمية للسياسة الصحية وتنفيذها ضمن منظومة السياسة العامة في كونها أحد الموضوعات الهامة والتي تناولها العديد من الباحثين و المختصين في مجال السياسة، فتعتبر صحة الأفراد وما لها من انعكاسات سياسية واقتصادية واجتماعية أحد الموضوعات التي لاقت اهتمام العديد من الهيئات الدولية و الحكومية والغير الحكومية(الجامعات والمعاهد العلمية المتخصصة) والمتخصصون في مجال السياسة الذين قاموا بإجراء دراسات

وإصدار أبحاث ونشرات تختص بمختلف أبعادها وانعكاساتها على مختلف المجالات الحياتية، وبهذا الشأن عقدت العديد من المؤتمرات الوطنية والدولية حول صحة الأفراد وتأثيرها بشكل سلبي أو إيجابي على حياتهم.

الأهمية العملية:

إن نجاح أو فشل السياسات الصحية مرتبط بمدى قدرة الإدارة المحلية على تنفيذ هذه السياسة وذلك لضمان تغطية صحية للأفراد، فالمشاكل الصحية التي يتخبط فيها المواطن الجزائري وعدم قدرة الإدارة المركزية على رسم وصنع وتنفيذ السياسة الصحية لوحدها، هذا ما جعل من الضروري إشراك الإدارة المحلية في تنفيذ هذه السياسة ، بحيث يكون رسم السياسة الصحية وصنعها من مهام الإدارة المركزية وما على الإدارة المحلية سوى تنفيذها. بحيث أن هذه الأخيرة من شأنها أن تساهم في تحسين الرعاية الصحية للمواطن الجزائري مع خضوعها لرقابة السلطة المركزية.

وكذلك أهمية تحسين الخدمة الصحية من خلال البرامج الوطنية للصحة وما لها من أثر على صحة الإنسان.

2- أهداف الموضوع:

قيمة البحث الأكاديمي بقيمة الأهداف والنتائج التي يرمي إليها، فعلى قدر عمليتها وعلميتها وخدمتها للفرد والمجتمع تكون قيمة هذا البحث، هذا من جهة ومن جهة أخرى يجب على الباحث قبل الشروع في أن يضع الأهداف التي تكون الأساس التي توجه بحثه في مختلف مراحله، فلا يمكن تصور بحث دون وجود أهداف مسبقة، وعليه فإن هذه الدراسة تهدف إلى:

الأهداف الذاتية:

- تعتبر هذه الدراسة كمطلب مكمل لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية.
- تزويد الباحثين بمبادرة معرفية تتصل بالواقع المعاش حول الصحة والإدارة المحلية.
- رغبتي الجامحة في التعرف على خبايا هذا القطاع الذي أعتبره عصب التنميّة.

- رغبة مني في معرفة مدى مساهمة الإدارة المحلية في ضمان تغطية صحية جيّدة للمواطنين والأفراد من خلال تنفيذ الجيّد للبرامج الوطنية للصحة.

- محاولة تعريف الباحثين بالإطار المفاهيمي للسياسة الصحية.

الأهداف الموضوعية:

- قلة الأبحاث والدراسات المتعلقة بتنفيذ السياسة الصحية وخاصة فيما يخص الإدارة المحلية باعتبارها مفهوم حديث النشأة.

- محاولة إبراز أهمية الصحة وانعكاساتها على مختلف مجالات الحياة، من خلال التخطيط لسياسة صحيّة جيّدة.

- محاولة إبراز الدور الذي تقوم به الإدارة المحلية في تنفيذ السياسة الصحية من خلال عرض لدور المديرية الولائية للصحة ودور الهيئات المحلية وأيضا لتبيان دور المؤسسات الصحية في تنفيذ هذه السياسة.

- اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة.

- من أجل معرفة مدى تطبيق البرامج الصحية داخل المؤسسة الصحية وتماشيها مع القواعد والقوانين المنوط عليها من قبل مديرية الصحة.

- معرفة الإثراء العلمي التي بنيّت عليها السياسة الصحية في الجزائر.

- تسليط الضوء، وإلقاء نظرة حقيقية على واقع السياسة الصحية في الجزائر لاسيما في المؤسسات الصحية والمديريات الولائية.

- دراسة مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة كنموذج لدور المديريات الولائية في تنفيذ السياسة الصحية.

- محاولة دراسة وتقييم مدى قدرة المؤسسة العمومية الاستشفائية على تنفيذ السياسة الصحية.

3- أسباب اختيار الموضوع:

من أشق الصعاب التي تواجه الباحث هو اختيار الموضوع يصلح لدراسة علمية، قد يكون ذلك لأسباب ذاتية كرغبة الباحث في تجسيد فكرة ما أو لأسباب يفرضها الواقع الاجتماعي فتكون دوافع محفزة على اختيار مواضيع تكون جديرة بالدراسة.

ومن الأسباب التي دفعتني إلى اختيار موضوع الدراسة :

الأسباب الذاتية:

- الميل الشخصي والرغبة الذاتية.
- وأيضا رغبة مني لإعطاء بعد أكاديمي لهذا الموضوع.
- إثراء الرصيد المعرفي، بمواضيع حديثة النشأة.

الأسباب الموضوعية:

- واقع الصحة في الجزائر حسب ما يتم نشره عبر وسائل الإعلام.
- احتلال الموضوع مكانة هامة في حياة الإنسان باعتبار الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى.
- اقتصار تركيز أغلبية الباحثين على دراسة السياسة الصحية من تطور، وتمويل، وتحليل، لذا جاءت هذه الدراسة كمحاولة للمساهمة في البحوث في مجال تنفيذ السياسة الصحية، وتبيان الدور الفعال الذي تقوم به الإدارة المحلية في تنفيذها.
- إبراز واقع الصحة في المؤسسة الصحية ودورها في تنفيذ السياسة الصحية.

4- أدبيات الدراسة:

إن العلم تراكمي، يقصد بهذا أن على الباحث أن يضطلع على أعمال الذين سبقوه في نفس الميدان، وهذا يسمح بتطبيق بعض مناهج البحث التي يراها مفيدة التي استخدمها غيره من الباحثين.

إن دور الإدارة المحلية الجزائرية في تنفيذ السياسة الصحية موضوع حديث النشأة نظريا وعلميا مقارنة ببعض المواضيع الأخرى ولكن لا يمكن القول بأن الدراسات التي تطرقت إليه

قليلة وإنّما كانت مختلفة باختلاف الزوايا التي تم التركيز عليها، وحسب الإطلاع على بعض المواضيع في حدود الإمكانيات فإن أهم الأدبيات التي تناولت هذا الموضوع هي:

- الكتب:

- 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 منذ الاستقلال إلى غاية 2007 لمعرفة البرامج والسياسات المسطرة ومعرفة النتائج ومقارنتها بالإمكانيات المتوفرة، وبعد عرض لمختلف المراحل التي عرفتها الأوضاع الصحية في الجزائر ليصل الكاتب إلى استنتاجات أهمها الرهانات التي رفعتها الخلفية الإيديولوجية لصناع السياسات الصحية في الجزائر كان له بالغ الأثر على نوعية هذه السياسات.

- كتاب **إدارة الخدمات الصحية**، من تأليف الدكتور صلاح محمود ذياب، دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009.

تناول فيه الكاتب المفاهيم الأساسية للإدارة الصحية ووظائفها بشكل مختصر مع التركيز على التخطيط الصحي وأهداف المؤسسات الصحية وركز أيضا على جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مع التوضيح الكامل لجوانب الجودة وتطبيقها في المراكز والمؤسسات الصحية كما بيّن مفاهيم السلامة المهنية والصحية في المؤسسات والمراكز الطبية مع التركيز على المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها المؤسسات الصحية وكيفية التخلص من النفايات.

- الرسائل الجامعية:

أما عن المذكرات فهناك العديد من الباحثين الذين تناولوا موضوع السياسة الصحية في الجزائر وأذكر منها:

- مذكرة ماجستير من إعداد حسيني محمد العيد، تخصص سياسة عامة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة تحت عنوان **السياسة العامة الصحية في الجزائر** (دراسة تحليلية من منظور

إقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)، تطرق فيها صاحبها إلى نشأة وتطور السياسة العامة ثم تناول المداخل النظرية لدراسة السياسة العامة ثم تناول السياسات الصحية ماهيتها وأهدافها وأدواتها وفي الأخير وضح التفسيرات النظرية للإصلاحات التي مست السياسة الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1990-2012.

- مذكرة ماجستير من إعداد خروبي بزارة عمر، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 3 تحت عنوان **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1990-2009** (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، تناول فيها الباحث التطور الكرونولوجي (التاريخي)للمنظومة الصحية في الجزائر، والظروف الصحية التي ميّزت الجزائر عبر ثلاث مراحل أساسية قبل الاستعمار الفرنسي ومرحلة الاستعمار ومرحلة استرجاع السيادة الوطنية ثم تطرق إلى مراحل عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر في الفترة الزمنية 1990-2009.

5- الحدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة فيما يلي:

- **الحدود الموضوعية:** اقتصرت هذه الدراسة على دور الإدارة المحلية الجزائرية في تنفيذ السياسة الصحية.
- **الحدود المكانية:** تتمثل في الدراسة الميدانية على مستوى مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة وكذلك المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري-سعيدة-
- **الحدود الزمنية:** تتمثل الحدود الزمنية في زمن الذي بدأت منه تحليلي للسياسة الصحية وهو منذ بلاد ما بين النهرين أما في الجزائر فقد عرفت السياسة الصحية إلا بعد الاستقلال أي من سنة1962 إلى يومنا هذا.

6- الإشكالية:

صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، وذلك من أجل استمراريتها بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية، وباعتبار أن السياسة الصحية هي مجموعة الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية يقوم على تسييرها أفراد ذوي مهارات وتخصصات مختلفة، يعتبرون المحرك الأساسي لها ، ومع زيادة نمو السكان وانتشار العديد من الأمراض أصبح من الصعب على الإدارة المركزية تنفيذ السياسة الصحية بشكل يلاءم المواطن، لذا سعت الدولة الجزائرية إلى ترك تنفيذ السياسة الصحية إلى الإدارة المحلية وذلك لتقريب المؤسسة الصحية من المواطن والتخفيف عنه من عناء التنقل، والقضاء على المشاكل التي أصبحت تؤثر بشكل سلبي على صحة المواطنين، ومن هذا المنطلق نطرح الإشكالية التالية:

إلى أي مدى أمكن للإدارة المحلية من تنفيذ السياسة الصحية فعالة وناجعة في الجزائر ؟

7- التساؤلات الفرعية:

يندرج ضمن الإشكالية الرئيسية مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

- ✓ ما مفهوم السياسة الصحية ؟
- ✓ ما هي المراحل التي مرت بها السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال ؟
- ✓ ما هو دور المؤسسة العمومية الاستشفائية -أحمد مدغري- في تنفيذ برامج الصحة ؟

8- الفرضيات:

كمحاولة للإجابة عن هذه الأسئلة ومن خلال قراءة أولية عن الموضوع، فقدمت للفرضيات التالية:

- ❖ كلما كانت السياسة الصحية المنتهجة مدروسة ومناسبة كلما حققت المؤسسة أهدافها التي وجدت من أجلها.
- ❖ لقد تطورت السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال بحسب احتياجات كل مرحلة.

❖ تساهم الإدارة المحلية في ضمان الرعاية الصحية من خلال التنفيذ الجيّد والرشيد للسياسة الصحية.

9- صعوبات الدراسة:

لا يمكن لأي بحث علمي أن يرى النور دون أن تعتريه الصعوبات، إلا أن صعوبات بحثي كانت من نوع خاص، تمثلت في:

- ✓ كثرة المراجع حول موضوع السياسة الصحية في الجزائر من تطور، وتمويل....إلا أن هناك نقص في التطرق إلى تنفيذ السياسة الصحية، وهذا ما دفعني إلى التّنقل إلى الولايات المجاورة وذلك للحصول على معلومات تفيدني في دراستي هذه.
- ✓ وأيضا صعوبة الحصول على المعلومات من المؤسسة محل الدراسة، بحيث قدم لتعريف شكلي عن المؤسسة فقط، وتم توجيهي إلى مؤسسة التكوين الشبه الطبي المتواجدة بالمؤسسة الاستشفائية أحمد مدغري.
- ✓ عدم توفر كافة المعطيات اللازمة لمعالجة الموضوع بصفة معمقة.

10- منهج وأسلوب الدراسة:

يعد المنهج مجموعة العمليات والخطوات التي يتّبعها الباحث بغية تحقيق أهداف بحثه، ويعيا مني لتحقيق أهداف الدراسة السابقة الذكر، فقد اعتّمدت على:

المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم." إنه الطريقة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم.[1] فاستخدام المناهج وطرق البحث العلمية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة، ويمكن استعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر وهذا في إطار التكامل المنهجي المتعارف عليه والمعمول به من طرف الباحثين الأكاديميين في مختلف العلوم.

[1] عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**.الجزائر: موفم للنشر، 2002، ص 29..

و تكتسي طبيعة البحوث الكمية والاستطلاعية خصائص معيّنة، تحتم علينا استخدام مجموعة من المناهج، وبالنظر إلى كون موضوع بحثي هذا يدخل ضمن هذا الإطار، قمت باستعمال المناهج التالية:

- **المنهج الوصفي التحليلي**: يعتمد المنهج الوصفي على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيرا كيفيّا أو تعبيرا كميّا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضّح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميّا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى[1] .

فالمنهج الوصفي يعرف بأنه" تلك الطريقة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث في دراسته لظاهرة اجتماعية أو سياسية معيّنة وفق خطوات بحث معيّنة يتم بواسطتها تجميع البيانات والمعلومات الضرورية بشأن الظاهرة وتنظيمها وتحليلها من أجل الوصول إلى أسبابها ومسبباتها والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي استخلاص نتائج يمكن تعميمها مستقبلا."[2]

وقد وجدت أن هذا المنهج يكتسي أهمية كبيرة في دراستي هذه، لما له من دور فعال في وصف وتجميع المعلومات والبيانات حول موضوع الدراسة والمتمثل في السياسة الصحية في الجزائر ووصف مراحل تطورها.

- **المنهج التاريخي**: يعتبر هذا المنهج الحلقة الرئيسية في معظم البحوث العلمية الأكاديمية لما له من أهمية بالغة في تقصي الحقائق التاريخية عن الظاهرة محل الدراسة، ومحاولة الاستفادة من تجارب الماضي، وصدق من قال بأن فهم الحاضر يكون بدراسة الماضي ومن ثم يمكن التنبؤ بالمستقبل.

بحيث يعتبر المنهج الذي يعتمد على سرد الوقائع للظروف والمحيط الذي تحكم في ميلاد هذه الظواهر.

---

[1] عمار بوحوش، محمد محمود ذنيبات، **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**. ط4. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2007، ص 138.

[2] عبد الناصر جندلي، **تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005، ص 200-201.

وقد استعملت المنهج التاريخي من خلال تطرقي إلى نشأة وتطور السياسة الصحية وكذلك الإدارة المحلية، وذلك من تعقب التطور التاريخي للظاهرتين ومحاولة ربط الماضي بالحاضر وذلك من خلال دراسة تنفيذ السياسة الصحية وهو موضوع وقتنا الراهن.

- **منهج دراسة الحالة:** لقد كان لاستعمال هذا المنهج الفائدة الكبيرة في الفهم الدقيق والعميق لموضوع البحث الموجود أمامنا، فلكون الدراسة تمس قطاع هام ومعقد من جهة، واستحالة دراسة كل الهياكل والمؤسسات المكونة لقطاع الصحة من ناحية أخرى، ارتأيت اختيار حالة معيّنة ممثلة في مديرية الصحة والسكان بولاية سعيدة من أجل إجراء هذه الدراسة، وإعطاء صبغة علمية أكثر دقة لهذا البحث، وكذلك من أجل تسهيل عملية جمع المعلومات وذلك من أجل التعرف على حالة واحدة معيّنة وبطريقة علمية دقيقة مراعاة لربح الوقت، ومن أجل تعميم النتائج على القطاع ككل.

- **الأدوات المنهجية المستخدمة:**

- **الملاحظة:** تعتبر الملاحظة أحد أهم الأدوات المنهجية في جمع المعلومات حول موضوع الدراسة، فهي تساهم في فهم السلوك البشري فهما دقيقا، ولقد قمت باستخدام هذه الأداة خلال المراحل التمهيدية للبحث، وذلك من أجل تكوين صورة أولية عن البيانات التي سوف نحصل عليها، وقد استخدمتها أيضا في المراحل المتقدمة من البحث من خلال تغيير بعض المعطيات حول البحث بغية الوصول إلى الدقة وضبط النتائج.
- **المقابلة:** وهي ما يطلق عليها اتّصال، مواجهة، بين طرفين أحدهما الباحث أو القائم بإدارة المقابلة والطرف الآخر هو المبحوث، وذلك بقصد حصول الأول على معلومات من الثاني في موضوع معيّن.

وللمقابلة مكانة متميّزة في البحوث السياسية، لأنها قد تسمح بالوصول إلى معلومات وبيانات هامة تلعب دورا أساسيا في البحث السياسي، خصوصا وأنها قد توجه إلى جماعة الصفوة من خلال ما يسمى مقابلة الصفوة أو المقابلة المتعمقة التي تمكن الباحث من أن

يصبر أغوار مشاعر فرد معيّن أو مجموعة محدودة من الأفراد اتّجاه قضايا أو ظواهر معيّنة وأن يتعرف على اتّجاهاتهم أو خبراتهم ومواقفهم.[1]

ولقد قمت بإجراء مقابلات مع بعض موظفين من مديرية الصحة التي قمت فيها بهذه الدراسة، ممثلة في مدير الصحة الذي أعطى لي الموافقة بإجراء الجانب التطبيقي من البحث، و مقابلة أجريّت مع مدير مصلحة الهياكل الصحية والنشاط الصحي.

-الاقتراب القانوني والمؤسسي:

- **الاقتراب القانوني:** وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية والدستورية والإجراءات التنظيمية الناظمة للسياسات الصحية في الجزائر من خلال تأثير هذه القوانين والإجراءات على سلوك الفاعلين السياسيين في مجال السياسة الصحية.

- **الاقتراب المؤسسي:** ركزت في هذا الاقتراب في الدراسة بالشرح والتفصيل من خلال دور المؤسسات الصحية التي هي وحدة للتحليل، وتعتبر المصالح والتقاليد المؤسسيّة والقيّم التي يحملها الفاعلين خلال ممارستهم لمهامهم.

11- نموذج الدراسة:

في ضوء إشكالية الدراسة والفرضيات المقدمة تطلب بناء نموذج شمولي مقترح لبيان كيف تساهم الإدارة المحلية في تحسين الرعاية الصحية من خلال تنفيذ سياسة صحية جيّدة، حيث اشتمل الدراسة على نوعين من المتغيّرات هما:

- **المتغيّر المستقل:** الإدارة المحلية ودرس من خلال:
  - المديرية الجهوية والمديرية الولائية
  - المؤسسات الصحية
  - الهيئات المحلية
- **المتغيّر التابع:** تنفيذ السياسة الصحيّة

[1] عبد الغفار رشاد القصبي، **مناهج البحث في علم السياسة**، ط2، القاهرة: كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2006، ص 126.

12- هيكـــل الدراســـة: لقـــد جـــاءت الدراســـة تحـــت عنـــوان" دور الإدارة المحليـــة في تنفيـــذ السياسـة الصـحيّة دراسـة حالـة مديريـة الصـحة والسـكان بولايـة سـعيدة ، مـن أجـل الوصـول إلى الإجابـة علـى كـل سـؤال مطـروح في هـذا الموضـوع، ومـن أجـل محاولـة الإلمـام بعناصـر البحث تم تقسيم المذكرة إلى ثلاث فصول، فصلين للجزء النظري وفصل للجزء الميداني.

الفصـــل الأول: فقـــد عرضـــت فيـــه الإطـــار العـــام لـــلإدارة المحليـــة والسياســـة الصـــحية، وقـــد قسـمته إلى مبحثـين تعرضـت في المبحـث الأول إلى الإطـار العـام لـلإدارة المحليـة تطرقـت فيـه إلى مفهـوم الإدارة المحليـة وتطورهـا عـبر العصـور ثم عوامـل المـؤثرة في نظـام الإدارة المحليـة مـن عوامـل نجـاح وأهـم العوامـل البيئيـة المـؤثرة علـى الإدارة المحليـة، أمـا المبحـث الثـاني فقـد خصصـته للإطـار المفـاهيمي للسياسـة الصـحية وتناولـت فيـه مفهـوم السياسـة السياسـة الصـحيّة وتطورهـا بـدءا من بلاد ما بين النهرين ثم مقومات السياسة الصحية وأهم تقسيماتها.

الفصـــل الثـــاني: فقـــد كـــان الهـــدف الأساســـي مـــن هـــذا الفصـــل هـــو تبيـــان الإدارة المحليـــة في الجزائـــر ودورهـــا في تفعيـــل السياســـة الصـــحية وقـــد تم تقســـيم هـــذا الفصـــل إلى ثـــلاث مباحـــث حيـــث خصـــص الأول لـــلإدارة المحليـــة في الجزائـــر وذلـــك للتعـــرف علـــى تطـــور الإدارة المحليـــة في الجزائـــر وأهـــم الهيئـــات المحليـــة في الجزائـــر وهـــي الولايـــة والبلديـــة.و المبحـــث الثـــاني فقـــد خصصـــته للتعـــرف علـــى تطـــور السياســـة الصـــحيّة في الجزائـــر منـــذ الاســـتقلال وصـــولا إلى اســـترجاع الســـيادة الوطنيـــة. أمـــا المبحـــث الثالـــث فقـــد تناولـــت فيـــه دور الإدارة المحليـــة في تفعيـــل السياســـة الصـــحية وهـــي المديريـــة الجهويـــة والمديريـــة الولائيـــة للصـــحة والســـكان وكـــذلك المؤسســـات الصـــحية ثم الهيئات المحلية.

الفصـــل الثالـــث: فيتمثـــل في الجانـــب الميـــداني للدراســـة فقـــد تم تخصيصـــه إلى دراســـة حـــالتين :تتمثـــل الأولى في مديريـــة الصـــحة والســـكان لولايـــة ســـعيدة، أمـــا الثانيـــة فتتمثـــل في المؤسســـة العموميـــــــــــــة الاستشـــــــــــــفائية-أحمـــــــــــــد مـــــــــــــدغري-

الفصل الأول

الإطار النظري العام

للسياسة الصحية

والإدارة المحلية

تمهيد:

تمثل السياسة الصحية بعدا هاما من أبعاد السياسات الاجتماعية، حيث أن تحقيق هدف التنمية في أي مجتمع لابد أن يستنّد إلى مجتمع يتّسم أفراده بمستوى صحي مرتفع يدعمه وعي صحي، و عليه فإن صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، وذلك من أجل استمراريتها، بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية، فكل السياسات سواء الشاملة منها أو القطاعية ترتكز أساسا على الفرد.

كل الدول اهتمت بصحة أفرادها ولكن بأساليب و أنظمة مختلفة، ولتحقق كل دولة سياسة صحية جيدة لمواطنيها تعود بالإيجاب عليها، لابدّ لها من أن تعتمد على نظام إداري كفؤ و المتمثل أساسا في الإدارة المحلية، فهذه الأخيرة تقوم بوضع مجموعة من الخطط والبرامج لإحداث تغير مقصود ومرغوب فيه ووضع الأهداف المراد تحقيقها.

و قبل التطرق لدور الإدارة المحلية في تنفيذ السياسة الصحية، يجب أولا أن أحدد تعريف الإدارة المحلية ونشأتها وتطورها إلى يومنا هذا، وأيضا يجب أن أقوم بتعريف السياسة الصحية وتطورها وأهم أهدافها وتقسيماتها وهذا ما حاولت التطرق إليه في هذا الفصل.

المبحث الأول:الإطار العام للإدارة المحلية.

يعتبر نظام الإدارة المحلية نموذجا للامركزية التنظيمية والإدارية في مجال السلطة التنفيذية ، ويذهب نظام الإدارة المحلية إلى مدى أبعد مما يذهب إليه نظام الفروع الإدارية للأجهزة المركزية ،فالفروع الإدارية رغم أنها وحدات تنظيمية مصلحية تنشئها أجهزة الحكومة المركزية في أقاليم الدولة .

المطلب الأول: مفهوم الإدارة المحلية

تباينت آراء الباحثين حول تعريف الإدارة المحلية ،ولم يتّفقوا على تعريف موحد لها ،وهذا الاختلاف والتباين حول تعريف الإدارة المحلية يرجع إلى اختلاف وتباين النظم السياسية والاجتماعية التي نشأ في ظلها النظام الإداري من جهة ،واختلاف وتباين وجهات نظر المفكرين .

يمكن تعريف الإدارة المحلية بأنها:" أسلوب إداري يكفل توفير قدر من الاستقلال للهيئات المحلية فيما تباشره من اختصاصات محددة في مجال الوظيفة الإدارية التي تضطلع بها السلطة المركزية في الدولة أساسا بهدف تنمية مجتمعاتها وإشباع حاجات أفرادها مع خضوع هذه الهيئات لقدر من الرقابة من السلطة المركزية [1]

يظهر من خلال التعريف أن الإدارة المحلية تقوم على استقلال الهيئة اللامركزية عن الهيئة المركزية من ناحية، وخضوعها لقدر من الرقابة من طرف الهيئة المركزية من ناحية أخرى.

ويمكن تعريف الإدارة المحلية على أنها: "أسلوب من أساليب التنظيم الإداري في الدولة، يتّضمن توزيع الوظيفة الإدارية بين الحكومة وهيئات محلية منتخبة ومستقلة تمارس ما يعهد به إليها من اختصاصات تحت إشراف الحكومة المركزية[2]."

وتعرف كذلك على أنها:" أسلوب إداري يتم بمقتضاه تقسيم إقليم الدولة إلى وحدات ذات مفهوم محلي يشرف على إدارة كل وحدة منها هيئة تمثل الإدارة العامة لأهلها ،وتعمل

[1] خالد ممدوح، **البلديات والمحليات في ظل الأدوار الجديدة للحكومة**، ط1.القاهرة:المنظمة العربية للتنمية، 2009، ص 270.

[2] علي أنور العسكري ،**الفساد في الإدارة المحلية**. ط1.مصر :مكتبة بستان المعرفة للطباعة والنشر ،2008 ،ص 09 .

على الاستغلال الأمثل لمواردها الذاتية ،وترتبط في ذلك بالحكومة المركزية من خلال السياسة العامة للدولة والعلاقات المحددة في الدستور والقانون ".

أما الأمم المتحدة والاتحاد الدولي للسلطات المحلية ،تعرفان الإدارة المحلية على أنها: "وجود هيئات منتخبة من أهل الوحدة المحلية ،إما انتخابا يشمل جميع أعضائها أو يشمل أكثر منهم ،وإما مختارة محليا تعهد إليها الإدارة المركزية بالاضطلاع بإدارة كل أو بعض المرافق والشؤون المحلية ،ويكون لها شخصية معنوية وذمة مالية مستقلة ولها أجهزتها المحلية ".

ويعرفها فؤاد العطار بأنها: "توزيع وظيفة الإدارة بين الحكومة المركزية وهيئات منتخبة أو محلية تباشر اختصاصاتها تحت إشراف الحكومة ورقابتها ".[1]

وعرفها الشيخلي: " أسلوب من أساليب التنظيم الإداري للدولة ،تقوم على فكرة توزيع النشاطات والواجبات بين الأجهزة المركزية والمحلية ،وذلك لغرض أن تتفرغ الأولى لرسم السياسة العامة للدولة ،إضافة إلى إدارة المرافق القومية في البلاد ،وأن تتمكن الأجهزة المحلية من تسيير مرافقها بكفاءة ،وتحقيق أغراضها المشروعة "[2].

وقدم الدكتور محمد محمود الطعامنة تعريف للإدارة المحلية بأنها:"جزء من النظام العام للدولة ،منحتها الحكومة المركزية شخصية معنوية، وجدت من أجل تلبية احتياجات مجتمعها المحلي ممثلة بهيئة منتخبة، تعمل تحت رقابة وإشراف السلطة المركزية ".

ومن خلال التعاريف السابقة للإدارة المحلية المتعددة يمكننا تعريفها بأنها:"توزيع للوظيفة الإدارية ما بين الحكومة المركزية وهيئات محلية تتمتع بنوع من استقلال المالي مع خضوعها لرقابة السلطة المركزية".

المطلب الثاني:نشأة الإدارة المحلية وتطورها

عرفت الإدارة المحلية منذ القدم بحيث كانت هناك تنظيمات سياسية عرفتها البشرية وكان لنظام الحكم المحلي نصيب فيها ومنها :التنظيمات القبلية، والحكومات الإقليمية،

[1] فؤاد العطار، **مبادئ في القانون الإداري**، بدون طبعة. القاهرة: دار الفكر العربي، 1955، ص176.

[2] فالح الحوري،**الإمكانات والآثار المحتملة لتبني نموذج البلدية الكبرى في محافظة أربد**، مذكرة ماجستير ، قسم الإدارة العامة، جامعة اليرموك، أربد الأردن، 2000.

والإمبراطوريات بالإضافة إلى نظام الإقطاع ثم نظام الدولة الحديثة [1]،وضمن كل تنظيم من تلك التنظيمات كان هناك تزاوج بين عنصرين المركزية واللامركزية مع غلبة أحدهما على الآخر في بعض الأحيان .

تعتبر حكومات القبائل هي أقدم أشكال النظم السلطوية التي عرفتها البشرية، فقد كانت بطبيعتها حكومات محلية، وأقامت سلطتها على أساس من رابطة الدم غالبا، أو المصالح المشتركة، وكانت تسند إلى رؤساء القبائل الذين كانت تشكل منهم مجالس القبائل ،ومن أقدم أمثلة هذه الحكومات القبلية، حكومات المدن المصرية القديمة قبل أن يوحدها الملك مينا في إمبراطورية واحدة، ولقد عرفت حكومات هذه المدن أشكالا بسيطة من المجالس المحلية أهمها "**مجالس العشرة العظام**" التي كانت تظم عشرة أعضاء بالانتخابات يرأسهم حاكم المدينة لإدارة دفة الحكم في المدينة .

ولقد عرفت الهند أيضا قبل بداية التاريخ الميلادي بفترة طويلة، نظام المجالس المحلية التي تمثل عددًا من القرى آنذاك.[2]

أما في بلاد الإغريق، ساد حكم المدينة التي كانت تتمتع باكتفاء ذاتي، وتكون وحدة سياسية مستقلة، وقد تكونت دولة المدينة من عدد من القرى، وتكونت كل قرية ـ بدورها . من اجتماع عدد من القبائل، وسرعان ما برزت فكرة الحكومة الإقليمية كمنافس للحكومة القبلية.

فقد نشأة هذه الحكومات الإقليمية من اتحاد بعض الكيانات المحلية الصغيرة، وقد أخذت هذه الحكومات في بداية نشأتها شكل الملكيات المركزية التي بسطت سلطتها على كيانات إقليمية أكبر من مجرد القرية أو المدينة ثم تطور نظام الحكم بعد ذلك إلى حكم الأشراف أو الارستقراطية أو حكم العامة .

[1] صفوان المبيضين، **الإدارة المحلية**، ط1. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2014،ص 12

[2] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص 13.

وعلى الرغم من انتقال نظام الحكم من مفهومه القبلي الضيق إلى مفهومه الإقليمي، إلا أن حكام الأقاليم الجدد لم يلجأوا إلى المركزية المفرطة لإدارة شؤون الكيانات الإقليمية الجديدة، بل أفسحوا مجالا لأهالي المدن والقرى في أن يديروا شؤونهم بأنفسهم.[1]

وقد اتّسعت الحكومات الإقليمية وتكونت منها الإمبراطوريات سواء في عهد التاريخ القديم أو الوسيط، و بانتقال نظام الحكم من الحكومات الإقليمية إلى الإمبراطوريات الواسعة، ظل التزاوج قائما بين عناصر المركزية واللامركزية.

وقد كانت في بداية نشأة هذه الإمبراطوريات القديمة بحاجة ماسة إلى بسط سلطتها على المساحات الجغرافية المترامية الأطراف، وهذا ما جعل نظام الحكم يميل نحو المركزية المفرطة بصورة واضحة. بالإضافة إلى ذلك فقد كانت متجانسة في العناصر البشرية وفي نسيجها الثقافي والروحي، مما ساعد على التوحد فيما بينها.

و مع توالي الزمن ودخول الإمبراطوريات مراحل شيخوختها ساد من جديد الإقطاعيات والمدن والأقاليم الصغيرة، كنظام بديل للإمبراطوريات[2] بحيث يرى أرسطو أن نظام الحكم في أثينا قد مر على النحو التالي :إذ انهار النظام الملكي، وساد مكانه النظام الارستقراطي أو حكم الأشراف، ثم تطور بعد ذلك إلى الاولجاركية، وذلك بقيام طبقة التجار وأصحاب السفن إلى أن حكم العامة أو يعرف اصطلاحا بالنظام الديمقراطي.

فقد كان هذا النظام بطبيعته نظاما محليا قائما على الولاء الإقليمي الضيق وعلى أساس توزيع السلطة بين أمراء الإقطاع، مما أدى إلى أن يكون لكل إقطاعية إقليم مستقل، وإدارة مستقلة .

وقد استمرت هذه الكيانات المحلية بالشكل السائد لنظام الحكم طوال القرون الوسطى إلى أن برزت الدولة القومية[3]، وترجع جذور هذه الدولة إلى الدولتين البريطانية و الفرنسية، ولكن سرعان ما انتشرت في العالم المعاصر كوريث لكل من الإمبراطوريات القديمة

[1] المرجع نفسه، ص 14.

[2] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص14.

[3] المرجع نفسه، ص 15.

والإمارات الإقطاعية التي قامت على أنقاضها، فلقد كانت أكبر حجما وأكثر قوة من الإقطاعيات الصغيرة، ولكنها أقل مساحة من الإمبراطوريات القديمة، وبالتالي أكثر تجانسا في نسيجها البشري الجغرافي.

ومن خلال ما سبق ذكره يلاحظ أن الدولة هي أهم شخصية إقليمية برزت في العصر الحديث، وهي أهم حدث في القرون الأخيرة،[1] ومن العسير تحديد تاريخ دقيق لنشأة الدولة في المجتمع الإنساني، بحيث كثرت النظريات التي تفسر أصل نشأة الدولة، فذهب بعضها إلى تفسير أصل الدولة بنظرية العقد الاجتماعي، و بعضهم أرجعها إلى نظريات القوة أو تطور الأسرة ولعل أفضل النظريات التي تفسر نشأة الدولة هي نظرية التطور التاريخي التي تقوم على تعدد المصادر الاجتماعية والسياسية لقيام الدولة.

ولوجود الدولة يلزم توافر عدة أركان أساسية و هي[2]:

1 الشعب:أي مجموعة من الأفراد.

2 الإقليم:الذي تمارس عليه سيادة الدولة.

3 الهيئة السياسية الحاكمة التي تكون مهمتها الإشراف على الإقليم وعلى من يقومون عليه.

وقد تطورت وظائف الدولة بتطورات في العصر الحديث، فقدا اقتصرت وظائفها في القديم على الدفاع الخارجي، و حماية الأمن الداخلي، والمحاضرة في منازعات الأفراد، ولكن مع مرور الوقت، كثرت الدعاوي المنادية بضرورة تدخل الدولة في الكثير من المجالات الاقتصادية والاجتماعية.

ولعل السبب الرئيسي وراء تطور هذه الوظائف هو بروز اللامركزية وعدم التركيز الإداري، وأخذت ثلاثة أشكال هي: اللاوزارية، الفيدرالية، الحكم المحلين بحيث ظهرت اللاوزارية كدعوة للتخلص من مركزية السلطة في الدولة، بعد قيام الثورة الفرنسية عام 1789م، ثم انتشرت بعد ذلك في أوروبا وباقي دول العالم، وفي هذه الفترة كان حكام الأقاليم الفرنسية

[1] المرجع نفسه، نفس الصفحة.

[2] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص 16.

شبه مستقلين عن الحكومة المركزية، وقد قامت هذه الحكومة باستبدالهم بموظفين مركزيين يتقاضون رواتبهم من خزانة الحكومة،وذلك حتى تضمن ولاءهم لها،وهذا ما أدى إلى نشوء اللاوزارية، وذلك للتخفيف من وطأة مركزية السلطة.

أما الفيدرالية فقد نشأة مع الثورة الأمريكية، كتجسيد لرغبة الولايات الأمريكية في الوحدة السياسية.[1]

أما بالنسبة للحكم المحلي-فتعتبر إنجلترا هي مهد هذا النظام- بحيث أنه لم يكن للمدن مجالس محلية يشترك فيها المواطنون فيما قبل عام 1835، و لعل أول تشريع صدر في هذا الشأن هو قانون الإصلاح في عام 1838، وتوالي بعد ذلك ظهور التشريعات المنظمة للحكم المحلي.

أما فرنسا، فلم تنشأ بها مجالس محلية، على أساس تمثيلي، إلا في عام 1833،ولم تعط هذه المجالس حق إصدار قرارات إدارية في عام 1884.[2]

وفي تراثنا العربي والإسلامي لم يخرج التطور نحو الحكم المحلي على الخطوط العريضة التي سبق عرضها، بعد ظهور الإمبراطورية الإسلامية فقد برزت الحكومة المركزية كشكل جديد من أشكال الحكم والإدارة، وكبديل للنظام القبلي الذي كان سائد في تلك المنطقة، ومع اتّساع الإمبراطورية الإسلامية ظهرت أقاليم شبه مستقلة في مصر وحلب واليمن والجزائر والأندلس. و مع انهيار الإمبراطورية العثمانية برزت العديد من الدول العربية المعاصرة، كوريث لها، وكشكل جديد من أشكال التنظيم السياسي، ومع زيادة وظائفها الإدارية ظهرت فكرة الحكم المحلي بها.

و لقد كانت مصر من أوائل الدول العربية التي حاولت تطبيق نظام الحكم المحلي، ثم تلتها دول أخرى، إلى أن انتشر نظام الإدارة المحلية في العديد من الدول العربية.[3]

[1] المرجع نفسه، ص 17.

[2] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص 17.

[3] المرجع نفسه، ص 18.

المطلب الثالث: عوامل المؤثرة في نظام الإدارة المحلية.

سأحاول في هذا المطلب أن أتطرق في الأول إلى عوامل نجاح الإدارة المحلية ثم أتطرق في ثاني نقطة إلى العوامل المؤثرة على الإدارة المحلية.

أ\عوامل نجاح الإدارة المحلية:

لابد من توفر مجموعة من العوامل لضمان نجاح الإدارة المحلية في القيام بمهامها :

1- استعداد والتزام القوى السياسية لدعم قادة الوحدات المحلية في مجالات التخطيط واتخاذ القرارات، وتزويدهم بالسلطات والصلاحيات الإدارية التي تعينهم على القيام بوظائفهم في المحليات التي يديرون، وهذا يعني استعداد القادة السياسيون وموظفي الحكومة المركزية لتحويل الصلاحيات والمسؤوليات التي كانوا يقومون بها لتصبح من مسؤوليات قادة الوحدات المحلية.

2- وجود تشريعات واضحة المعالم تحدد الوظائف لكل من المحليات والحكومة المركزية تعزز المشاركة لكل من المواطنين والقادة المحليون في إدارة المرافق العامة والمحلية.

3- العوامل السلوكية والسيكولوجية الداعمة للنهج المركزي، تشتمل هذه العوامل على توافر الاتجاهات والسلوكيات الملائمة لموظفي الحكومة المركزية وفروعها في المحليات اتجاه النمط المركزي في تقديم الخدمات، وتوافر الرغبة لديهم بتقبل مشاركة المواطنين والقيادات المحلية التقليدية في عملية صنع القرارات.

4- العوامل المالية والقوى البشرية.

5- توافر الحجم المثالي للوحدات اللامركزية، حيث أن الوحدات صغيرة الحجم لا يمكنها الاحتفاظ بالأعداد الكافية من الموظفين والمعدات بحكم وعائها الضريبي المحدود[1].

ب\ العوامل البيئية المؤثرة في نظم الإدارة المحلية:

[1] محمد الطعامنة، إشكالية المركزية واللامركزية الإدارية في نظم الإدارة المحلية في دول العالم الثالث" **مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية**، جامعة بغداد، المجلد 9، العدد 30، 2002.

مما لاشك فيه أن نظم الإدارة المحلية تتباين من دولة لأخرى كما قد تتباين في إطار الدولة الواحدة من مرحلة إلى أخرى، ويرجع ذلك إلى أن نظام الإدارة المحلية نظام فرعي للنظام الاجتماعي و من ثم فإنه يتأثر بالعوامل السياسية و الاجتماعية و التاريخية و الثقافية التي يوجد فيها و تساعد دراسة بيئة الإدارة المحلية أو ما اصطلح على تسميته بإيكولوجية الإدارة المحلية على تحليل الدور الذي تقوم به وحدات الإدارة المحلية، أو في المقارنة بين هذه الوحدات مع بعضها البعض، سواء داخل الدولة الواحدة أو بين دولة وأخرى، و تتمثل العوامل البيئية المؤثرة في الإدارة المحلية فيما يلي:

1- العوامل الاجتماعية:

تتأثر الإدارة المحلية بالنمو الحضري، فارتفاع معدل الهجرة من الريف إلى المدن و من ثم تضخم حجم المدن و تكدسها بالسكان و صعوبة إدارتها يؤثر على الحضر و الريف معا، فهو من ناحية يؤدي إلى زيادة المشكلات في الحضر و انتشار المناطق العشوائية، كما يؤدي من ناحية أخرى إلى حرمان المناطق الريفية من الكفاءات التي تكون في أشد الحاجة إليها.

2- العوامل السياسية:

يتأثر نظام الإدارة المحلية باعتباره نظاما فرعيا للنظام السياسي بالعوامل السياسية، لأنه يصعب قيام إدارة محلية ديمقراطية في دولة لا تمارس الديمقراطية على المستوى المركزي، ومن العوامل السياسية المؤثرة في الوحدة المحلية: طبيعة الجماعات السياسية و خصوصا جماعات الضغط على المستوى المحلي، و طبيعة النظام السياسي للدولة و توزيع الموارد السلطوية فيه، وطبيعة النشاط الشعبي للجمهور و مدى رغبته في المساهمة في نشاط الوحدات المحلية. كما تتأثر بالخدمات التي تقدمها وزارات الحكومة المركزية[1].

[1] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص 49.

3- العوامل الاقتصادية:

مما لا شك فيه أن صفة المحلية التي يتسم بها نظام الإدارة المحلية تتوقف على طبيعة الاقتصاد المحلي، فالمدينة الصغيرة تختلف عن المدينة الكبيرة، ففي المجتمعات القديمة التي كانت تمارس أنشطة اقتصادية بسيطة كالتقاط الثمار أو الزراعة البدائية ساد نمط من السلطة الديمقراطية في الجماعة كلها[1]، و من العوامل الاقتصادية ذات التأثير الهام في نظام الحكم المحلي: المهن التي يمتهنها سكان الوحدة المحلية، متوسط الثراء الشخصي لسكان المحليون، حالة العمالة وحجم العاطلين، وعدد الوظائف الشاغرة، وحجم المتقاعدين.

4- العوامل الجغرافية والطبيعية:

إن البيئة الجغرافية تؤثر في الحياة الاجتماعية إيجابا و سلبا، فقد تهيئ لها فرص التطور و النماء و قد تعوق تقدمها[2]، بحيث أن نظام الإدارة المحلية يتأثر بمساحة البلد، فالدول ذات المساحة الشاسعة تكون في حاجة ضرورية إلى وجود نظام إداري محلي قوي، وعلى العكس من ذلك قد لا تكون هذه الحاجة بنفس الدرجة بالنسبة للدول صغيرة المساحة، كذلك فإن تضاريس الدولة تؤثر على نظام الإدارة المحلي المطبق فيها، خاصة ما يتعلق بظاهرة توزيع الأقاليم الطبيعية في نطاقها، ووجود العوائق الطبيعية مثل الجبال و الأنهار.

5- العوامل التاريخية:

تؤثر العوامل والظروف التاريخية على خصائص ووظائف الوحدات المحلية، كما قد يكون لها دور في نشوء وتطور نظم الإدارة المحلية،ففي هولندا- على سبيل المثال -يرجع الاستقلال الذي تتمتع به وحداتها المحلية إلى تمتع المدن- تاريخيا- باستقلال ذاتي، و في ألمانيا الغربية يتمتع رئيس المدينة بمركز سياسي مرموق، في نظر المواطنين، لأنه تاريخيا كان ملاذ المظلومين و نصيرهم.[3]

---

[1] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص 49.

[2] المرجع نفسه، ص 50.

[3] صفوان المبيضين، نفس المرجع، ص 53.

المبحث الثاني: السياسة الصحية إطار مفاهيمي

تعمل أي دولة على توفير الخدمات العمومية في ظل سياستها الاقتصادية، ومن بين أهم هذه الخدمات تقديم الرعاية الصحية لمواطنيها من خلال إتّباع سياسات صحية تحدها ناجعة لضمان التغطية الصحية و في هذا المبحث سأتطرق إلى مفهوم السياسة الصحية وتطورها ومقوماتها وأهم تقسيماتها.

المطلب الأول:مفهوم السياسة الصحية:

قبل التطرق للسياسة الصحية يجدر بنا أن نقدم تعريفا لكل من الصحة و المرض، فالصحة و المرض هما من المصطلحات التي يجري تعريفها ثقافيا و اجتماعيا. ذلك أن الثقافات تختلف في تعريفها لما هو "صحي" أو "معافى"[1].

. مفهوم الصحة:

يعتبر هذا المفهوم اليوم من أصعب المفاهيم تعريفا و تحديدا، فإذا كانت كلمة الصحة تندرج يوميا في كلامنا و خطاباتنا للتعبير عن أحوالنا و وجودنا، فإنها لا تفهم دوما من طرف العامة بنفس المدلول و بنفس الطريقة.

ومفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان و المكان... فيعرفها توماس بنس thoms benesseبأنها تعني أكثر العلاقة بين الشخص و جسده من العلاقة الموجودة مع الأقارب، و مع الخطاب الطبي و مع الثقافة.[2]

التعريف اللغوي:

الصُّحُّ و الصِّحّةُ قال شارح القاموس (لسان العرب): بأنه قد وردت على فعل بالضم، و فعلة بالكسر في ألفاظ هذا منها: كالقل و القلة، والذل و الذلة، و الصّحاحُ: خلاف السُّقْمِ وذهاب المرض، وقد صحّ فلان من علته، و إستصح.[1]

---

[1] أنطوني غيدنز، **علم الاجتماع**، ترجمة: فايز الصياغ. بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2005، ص 233.

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

بحيث جاء في المعجم الوجيز من مجمع اللغة العربية ما يلي:

الصحة في اللغة العربية هي البرئُ من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، والصحة والبيئة حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي.[2]

وجاء تعريف الصحة في قاموس(petit larousse de la médecin)كما يلي:

الصحة هي الحالة التي يكون فيها الجسم سليما من الأمراض، والأعضاء وتؤدي وظائفها بطريقة عادية.[3]

وفي اللغة الفرنسية (sante)أصل هذه الكلمة في اللغة اللاتينية (salutare) (salutari) (saluto) وهي تعني البقاء سليما معا في المحافظة على الجسم. أما في اللغة اليونانية فكلمة (uyling) أو (ugies) تعني أن الإنسان سليم العقل و الجسم، وكذلك كلمة (sanare) في اللغة اللاتينية تعني جعله سليم الجسم، معالجته إرجاعه إلى جادة الصواب.[4]

أما اللغة الإنجليزية، أصل كلمة (health) هو كلمة (haelp)والتي تعني: تمام العقل، كائن مكتمل، التمام أو الحسن، وفي أصول اللغة الألمانية و الإنجليزية (hailtho)أو(kailo)تعني: الكل معافى، فأل الخير وتعني نفس الكلمة الرفاهية و السعادة و الكمال و الأمن عن الإنسان[5].

---

[1] جمال الدين أبو الفضل محمد ابن مكرم، لسان العرب لابن منظور، المجلد الرابع، ج28. القاهرة، مصر: دار المعارف 1981، ص 2401.

[2] أميرة منصور يوسف، **المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ص 16.

[3] André donart et la jaque: petit Larousse de la médecine, 1983. Tome2, p 819.

[4] حسيني محمد العيد، **السياسة الصحية في الجزائر** (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990. 2012)، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2013.2012، ص48\ 49.

[5] سعد علي العنزي، **الإدارة الصحية** . عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع ،2009، ص 15.

التعريف الاصطلاحي للصحة:

تعرف الصحة في الاصطلاح بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة، وهو مفهوم فيه دلالة على الكفاءة الجسمية و العقلية، وارتباطها بالسياق الاجتماعي و الثقافي و العلاقات مع الغير[1].

ففي بداية القرن العشرين(20) قدم كلود برنار الطبيب الفرنسي و رائد الطب التجريبي تعريفا للصحة: "تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية في جسمه."

وبما أن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية فلقد حاول الكثير من العلماء إعطاء تعريف للصحة.

فلقد عرفها بركنز (perkins):" الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه [2]".

أما منظمة الصحة العالمية (oms): إن التعريف الأكثر تداولا، هو الذي وصفته المنظمة العالمية للصحة في المادة الأولى من ميثاقها، أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 1946\07\22، بحيث أبرزت التعريف الذي يعرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة سواء الفردية منها أو الجماعية وهو كما يلي:

" هي تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد (صورة ايجابية للصحة) وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة إن امتلاك حالة صحية جيّدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني."[3]

ومن خلال (oms) اتّسع مفهوم الصحة ليشمل عدة ميادين، منها:

الصحة العمومية - المنظومة الصحية

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، المرجع سبق ذكره، ص 70.

[2] نجلاء عاطف خليل، **في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**.القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية، 2002، ص25.

[3] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، المرجع سبق ذكره، ص 70.

بهذا التعريف لم تعد الصحة في مقابل المرض، أي أن الوصول إلى الصحة يمر عبر مكافحة المرض بل أكّد تعريف منظمة الصحة العالمية على أن الوقاية والعلاج ليستا الوسيلتين الوحيدتين في خدمة الصحة، وإنما هناك القوانين والتنظيمات والتوجهات السياسية المتعلقة بالبيئة وتهيئة الإقليم فصحة السكان أصبحت مسؤولية جماعية وبما أن مسألة الصحة لم تعد تتعلق بالمؤسسات الصحية والأطباء فقط، بل أن صحة الفرد أضحت لها محددات كثيرة لها امتدادات تكاد تشمل كل قطاعات المجتمع دون استثناء.

ويرى الدكتور فوزي جاد الله:" الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة(الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة."[1]

أما هيئة الصحة العالمية (who)عرفت الصحة على أنها:" حالة من السلامة والكفاية الكاملة الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد خلو من المرض والضعف[2]."

والصحة ليست السلامة من المرض الجسدي، وإنما هي ارتباط الجوانب الجسمية، النفسية، العقلية والاجتماعية في الإنسان، وذلك التكامل هي قيام الفرد وهي في حالة الصحة بأدواره الاجتماعية، ووظائفه في الحياة على أكمل صورة " فهي بحق تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى" فلذلك فإن لها كمالها غير موجود، ولكن توازنها يمكن تحقيقه:

1 تنظيم خدمات الطبيب على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض.

2 تطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية.

وهذا ما يؤكد ارتباط الصحة العامة بالعلوم الاجتماعية، نظرا لأهمية دراسة العلوم الاجتماعية، كأسس ضرورية تؤكد أن الكثير منها تنتج بطريق مباشر من العوامل الغير

[1] إقبال إبراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**، ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999، ص 48.47.

[2] أيمن مزاهرة، عصام الصفدي، ليلى أبو الحسين، **علم اجتماع الصحة**، ط1.الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2003، 42.

طبية، بل من ثقافة وعادات وتقاليد، كما أن هذه الأخيرة تعمل على توطن هذه المشاكل الصحية واستمرارها في المجتمع.

ويهدف التعريف إلى جعل كل الشعوب تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة.[1]

وعرفها العالم نيومان على أنها:" حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وإن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يعرض لها."[2]

تعريف البنك الدولي(world bank):

عرف الصحة بأنها "القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع وإنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل و التعليم في سلوك الأفراد و مقدار النفقات و كفاءة استخدامها في النظام الصحي في الدولة مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع متلازما مع الظروف المناخ و البيئة. "[3]

مفهوم المرض:

يمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية: " انحرافا ضارا ومؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عدة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، لذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض[4]."

---

[1] عبد المحي محمود حسن صالح، **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي**. مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص17.

[2] عبد المهدي بواعنة،**إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية**. ط1 الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2004، ص 27.

[3] خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر**(1999.2009). دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف "مذكرة ماجستير (جامعة الجزائر 03 كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية 2010.2011) ص14.

[4] نجلاء عاطف خليل، نفس المرجع، ص 30.

ويعرف قاموس " **ويبستر**" " باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي للمرض الاحتياج للراحة [1]."

ومن ثم فإن المرض حدث اجتماعي، يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية، مما يتوجب على الفرد أو الجماعة مقاومته إن أمكن، أو التخفيف من حدته عند حدوثه.

الجانب المقابل للصحة هو المرض لذلك لابد من تحديد مفهوم المرض لكي نوضح الصورة المحددة للصحة، حيث يمثل المرض كما وصفته الموسوعة للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض، فقد عرفه الأستاذ "**إقبال إبراهيم**" و آخرون على أنه " المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته، كما يحدث المرض إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها."[2]

. تعريف السياسة الصحية:

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي: "مجموعة من الأهداف و البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من 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 العلم و الخاص في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة و فاعلية."[3]

[1] إقبال إبراهيم مخلوف، نفس المرجع، ص 44.

[2] المرجع نفسه، ص 49.

[3] خروبي بزارة عمر، نفس المرجع ، ص 18.

وهناك 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."[1]

أو هي: مجموعة من العلاقات المترابطة و المتكاملة من القرارات و النشاطات و التي تشكل جزءاً من إستراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية."[2]

هي:" الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة."[3]

و يمكن أيضا تعريف السياسة الصحية، و بشكل مبسط على أنها :" السياسات التي تطورها الدول و المجتمعات من أجل تصميم و هيكلة و تعزيز أنظمة الرعاية الصحية بما يعزز من صحة الأفراد و المجتمعات."

وكذلك يمكن تعريف السياسة الصحية بأنها:" تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات[4]."

وهذا يعني أن السياسة الصحية لا تنحصر في مجال العلاج بل هي جزء من سياسات التنمية الاجتماعية الاقتصادية الشاملة، في ضوء ما بنفر دبه من مشكلات وإمكانيات وظروف معينة وهياكل اجتماعية واقتصادية وأجهزة سياسية وإدارية، ويكون تحليل الأهداف والأولويات بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية والقدرة الاجتماعية والاقتصادية على معالجة هذه المشكلات.

المطلب الثاني: تطور السياسة الصحية.

لا يمكن فهم الأبعاد التنظيمية و السياسية لأي نظام صحي أو سياسة صحية في أي بلد دون الرجوع إلى تاريخ الطب و التمريض، و هذا ما سأتطرق في هذا المطلب بحيث أن هذان العلمان قد مرا بعدة مراحل و ذلك عبر العصور و الحضارات.

---

[1] حسيني محمد العيد، نفس المرجع، ص 51.

[2] صلاح محمود ذياب، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009، ص 216.

[3] Magali Barbieri, pierre centreelle, **santé et population**, lieu non identifier, pp 51

[4] طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط 1999، ص 43.

أولا:الطب و التمريض في بلاد ما بين النهرين: [1]

كان الأطباء أو العاملون في ميدان الطب طبقات منهم:

- العراف واسمه (بارو)، ومهمته الإنذار و التشخيص و معرفة أسباب المصائب.
- الراقي و اسمه (أشيبو)، و مهمته طرد الشياطين من المريض و من حوله.
- الآسي، وهو (الطبيب)الفعلي المعالج بالأدوية.
- الجراح وهو الذي يقوم بالتدخل الجراحي.

بحيث أنهم كانوا يعتقدون بأن المرض ما هو إلا لعنة أو غضب القوى العلوية، و لذلك كان لابد على الطبيب أن يعرف أولا الذنب الذي اقترفه المريض حتى يحدد طريقة العلاج.

بالإضافة إلى ذلك يوجد تصنيف آخر للبابليين لمن يقدم الرعاية الصحية للمريض و يعني ذلك أن العاملون في الطب هم: الآسي - الكاشف- الجراح -الكاهن، والآسي هو ما يطلق عليه حاليا بالممرض.

و يعتبر حمورابي من أشهر ملوك بابل، حيث وضع تشريعا يسمى باسمه واهتم بالطب و هو أول من فصل الطب عن الجراحة[2]، و قد بين فيها رسوم الأطباء و العقوبات المفروضة على مهمل منهم أو المخطئ"، ومن العقوبات المفروضة قطع يد الطبيب في حالة فشله في علاج المريض، ونتيجة لهذه العقوبات لقد قل الإقبال على هذا العلم.

ثانيا:الطب والتمريض عند قدماء المصريين:

اعتبر هوميروس شاعر الإغريق مصر أن كل إنسان فيها طبيب، فقد عرف الفراعنة وظائف الأعضاء و تفصيلات الجسم البشري و الدورة الدموية و حركات القلب، بالإضافة إلى الجراحة وأخدوا عملية الختان من اليهود وكذلك يعتبرون أول من استعمل كرسي التوليد، "وقد كان لهم سجل يدونون فيه كل الأمراض والأطباء ويسمى "بالسفر المقدس "والطبيب مجبر على مراجعة هذا السجل وإلا تعرض لعقوبة تصل إلى الإعدام وذلك في

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية**، نفس المرجع، ص 26.

[2] المرجع نفسه، ص 27.

حالة مخالفة طريقة العلاج المعتمدة في السجل"[1]، فقد عرف الطب المصري بأن المرض له أسباب أخرى مادية. وقد عرفت هذه الحضارة من جهة أخرى التمريض من خلال الطرق والإجراءات المتّخذة في حالة وقوع المرض، فقد وضعوا طرقا لمعالجة الجروح والتعليم لمواجهة الأمراض فضلا عن ذلك أن الزوجات و الأمهات كن مسؤولات عن التمريض.

ثالثا:الطب و التمريض عند الشعب الصيني:

تعتمد مهنة الطب عند الشعب الصيني على السحر والشعوذة والأرواح الصديقة أو الطيبة، فقد اعتبروا أن سبب الأمراض الفصول المتوالية في العام، مثلا في الشتاء تحدث أمراض الصدر، والأمراض الجلدية في الصيف، والحميات في الخريف، والأمراض العصبية في الربيع. فقد اهتم الصينيون بالغذاء والحمية ولا يستعملون الأدوية ألا في الحالات الضرورية، يقول ابن سينا إذا كان الغذاء كافيا فلا داعي للدواء، وإن كان الدواء البسيط كافيا فلا داعي للمركب، وقد قسم الشعب الصيني الأدوية المستخرجة من الأعشاب الطبية إلى ثلاثة أنواع:[2]

- الحلو: وهو مهم لتغذية العضلات.
- المر: وهو مقوٍّ للجسم.
- المالح: وهو مهم لتغذية العروق.

بالإضافة إلى علاجهم المعروف حتى الآن وهو الوخز بالإبر وقد برزت عدة شخصيات صينية في هذا المجال منهم: شانج شونج شنج، وبين شوياي، وهاوتو...الخ.

رابعا: الطب والتمريض عند الشعب الهندي:

كان الطب عند الهنود يعتمد على الفلسفة الروحية، حيث قالوا أن الإنسان من الممكن أن يتغلب على الألم والمرض بالإيمان العميق والرياضة النفسية، فقد خرجت عن هذه الفلسفة رياضة اليوغا المشهورة.[3]

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية**، ص 28.

[2] المرجع نفسه، ص 29.

[3] نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، ص 29.

وقد تأثرت العرب بالحضارة الهندية فقد نقلوا منها عدة أعمال وخاصة في عهد الخليفة المنصور(136هـ-ـ 754م \158هـ- 775م)، وهارون الرشيد(17هـ -786م \193هـ ـ 809م). و الحضارة الهندية تعتبر أول دولة فصلت بين الطب والتمريض فقد تم وضع الأنظمة و اللوائح للمهنة و توزيع الصلاحيات و المسؤوليات للممرضات.

خامسا: الطب والتمريض عند اليونان

انقسمت الحضارة اليونانية إلى ثلاث مراحل أساسية هي [1]:

1\ مرحلة الطب الإلهي (آلهة الصحة، و آلهة الموت والمرض...)

2\ مرحلة الطب الفلسفي (نظرية العناصر الأربعة:الماء و الهواء والتراب والنار)

3\مرحلة الطب التجريبي (نظرية الأخلاط الأربعة: الدم والبلغم والصفراء و السوداء).

و في هذه المرحلة اشتهر الأطباء أبقراط وأفلاطون (427ـ 347ق.م)، و أرسطو طاليس (384ـ 322ق.م)، وقد كان من أشهر الأطباء في العصر اليوناني هو الطبيب إسكولابيوس (صقلاب) الذي لقب بالملك، والنبي، والحكيم، و الإلهي.

سادسا: الطب و التمريض في العهد الروماني

لقد عرفوا الرومان مهنة الطب بأنها مهنة شريفة ولكن للطبقة التي تستحقها، و من أشهر أطبائهم جالينيوس الذي أصبح كمرجع يعتمد عليه حتى عصر النهضة[2]، كما أن الرومان حاربوا السحر وأبعدوه عن الطب وحرموه بنصوص الألواح الاثنى عشر، وقد كان الطبيب يمارس الصيدلة في نفس الوقت، وهم من توصل إلى وصف الالتهاب بعلاماته الأربعة المعروفة حتى الآن وهي: الاحمرار، والورم، والحرارة، والألم. ويبقى أشهر أطباء الرومان على الإطلاق جالينوس (130ـ 200 م)الذي اشتهر كطبيب جراح وأستاذ لعلم التشريع وقد ألف العديد من الكتب في هذا الميدان ومنها: الصناعة الصغيرة، والقوى الطبيعية، والعلل والأمراض، والحميات، والنبض الصغير وغيرها.

[1] المرجع نفسه، ص 30.

[2] نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، ص 31.

سابعا: الطب والتمريض في بلاد فارس

قسم الطب في بلاد فارس إلى ثلاثة أقسام:[1]

1\ طب العزائم و الرقي.

2\ طب المداواة بالنباتات.

3\ الطب الجراحي.

وقد قسم الطب بصفة عامة إلى الطب النفسي والمادي، والعام والخاص، والعلاجي والوقائي[2]، وقد أقاموا المدارس منها مدرسة جند يسابور بناها سابور بن أردشير (سابور الأول) واسمها اليوم شاه أباد وتعرف عهد العرب بالأهواز فتحها أبو موسى الأشعري سنة638 م في زمن الخليفة عمر بن الخطاب رضي الله عنه.

ثامنا: الطب و التمريض في العالم العربي والإسلامي

تمثل الطب في العصر الجاهلي في التنجيم والسحر، والنمائم و الحجب، والعرافة والزجر، ومن أشهر الأطباء في هذا العصر لقمان الحكيم، وزهير بن جناب الحميري، والحارث بن كلدة وابنه النضر[3].

أما في صدر الإسلام فقد بدأ الدين في محاربة العادات السيئة مثل السحر والشعوذة والتنجيم، ودعا المسلمين إلى الالتفات إلى ما حولهم من أمور تفيدهم ومنها الطب، وبالاعتماد على أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم والتي انتشرت أفكار جديدة تحث المسلمين على الوقاية للحفاظ على الصحة مثل الغذاء والنظافة والرياضة، وقد سبق أطباء المسلمين الأوروبيين في وصف عدة أمراض منها الجدام، والجدري، والحصبة، وعلاج أمراض العيون.

[1] المرجع نفسه، ص 32.

[2] المرجع نفسه، المكان نفسه.

[3] نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، ص 32.

الطب النبوي:

هناك عدة أحاديث لها علاقة وطيدة ومباشرة بطب الأجساد منها على سبيل الذكر لا الحصر:

-" **إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها**".[1]

وهذا يعني بداية لاستعمال الوقاية من الأمراض المعدية.

ـ " ما خلق الله الداء إلا وجعل له شفاء علمه من علمه جهله من جهله إلا السام والسام الموت "، وهذا يعني التداوي التعلم تحت أيدي من علم الطب وقد كان الرسول صلى الله عليه وسلم يتعالج ويدعوا للعلاج على أيدي أطباء حتى ولو كانوا غير مسلمين.

ـ " **إنّمَا الْحُمّى أَوْ شِدّةُ الْحُمّى مِنْ فَيْحِ جَهَنّمَ فَأَبْرِدُوهَا بِالْمَاءِ.** "[2].وهو ما يسمى حاليا العلاج بالكمادات المبللة بالماء البارد أو المجمد، فهي تنزل الحمى وتقلل من سرعة الدورة الدموية وتوقف بذلك النزيف وتزيل حتى الألم الحاد.

ـ "عليكم بالشفاءين العسل و القرآن "،فإذا كان القرآن علاجا نفسيا فإن العلم الحديث ما زال يبيّن الفوائد الكبيرة للعسل في العلاج ضد الكثير من الأمراض، وعلى نجد أن العلاج النبوي كان على ثلاثة أنواع: "[3]

1\ أدوية نفسية.

2\ أدوية طبيعية.

3\ أدوية مركبة من الاثنين.

أما فيما يخص حفظ الصحة أو الوقاية بالمفهوم الحديث، فيقول الله عز وجل في القرآن الكريم { *وَكُلُواْ و اُشْرَبُواْ ولا تُسْرِفُواْ* }[4] فقد أدلهم في ذلك أن يكونوا بقدر ما ينتفع

[1] رقم الحديث: 356، صيح البخاري.

[2] رواه البخاري، رقم الحديث 249.

[3] نور الدين حاروش، نفس المرجع، ص 35.

[4] سورة الأعراف، الآية 31.

به البدن من الطعام و الشراب في الكمية والنوعية، فما تجاوز ذلك يسمى إسرافا، وكلاهما مانع للصحة وجالب للمرض، ويقول رسول الله صلى الله عليه وسلم " أول ما يسأل عنه العبد يوم القيامة من النعيم أن يقال: ألم نصح لك جسمك؟ ونرويك من الماء البارد".بالإضافة إلى عدة أحاديث شريفة حول حفظ الصحة والمتعلقة خاصة بالمأكل والمشرب، كما تبقى الحجامة من بين طرق العلاج التي نصح بها الرسول صلى الله عليه وسلم.

ومن الأحاديث في ذلك نذكر: "الشفاء في ثلاث:شربة عسل، وشرطة محجم، وكية نار، وأنا أنهي أمتي عن الكي"،وهناك حديث آخر: "خير ما تداويتم به الحجامة "أو "خير الدواء الحجامة"، والحجامة عرفت قديما كأحد الفروع الرئيسية للطب الشعبي القديم وانتشرت في أنحاء العالم.[1] بظهور مدارس الطب الحديثة واكتشاف الأمراض و أجهزة العلاج و التشخيص وصناعة الأدوية تراجعت مدارس الطب الشعبي، ولكن مع اكتشاف المضاعفات التي تسببها، خاصة الأدوية الكيميائية، بدأت عدة حملات تنادي بضرورة العودة للعلاج بالطب الشعبي وهو ما أصبح يسمى حاليا بالطب البديل.

المطلب الثالث: مقومات و تقسيمات السياسة الصحية.

أ- مقومات السياسة الصحية:

تعتبر وزارة الصحة الجهة المسؤولة عن وضع السياسة الصحية، و كذلك تقوم بوضع خطة عمل تكفل تحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها، و قد تشكل في بعض الأحيان مراكز وطنية للصحة و التنمية الصحية و ذلك بتوليها لتطوير عملية تحديد السياسات و البرامج،" و لا تكون السياسة الصحية كاملة و ممكنة التطبيق إلا باشتمالها على مقومات أساسية ومنها[2]:

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية**، نفس المرجع، ص 36.

[2] صلاح محمود ذياب، نفس المرجع، ص 221

. 1- الالتزام السياسي:

من أجل رسم و تنفيذ أي سياسة صحية يتوجب أن يكون هناك التزاما سياسيا صريحا و ذلك من أجل تحقيق الأهداف و ترجمتها إلى حقيقة واقعية، بالإضافة إلى ذلك يجب توضيح الحقائق للرأي العام، من أجل تفادي جميع العقبات و كذا من أجل توفير الموارد المالية لتنفيذ السياسة.

. 2- الاعتبارات الاجتماعية:

إن السياسة الصحية تتكامل مع السياسة الاجتماعية، و الاقتصادية، و التي ترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين، حيث تهدف السياسة الصحية إلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء و الفقراء، و هذا يعني أنه يجب على الحكومة تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة إليها.

3- مشاركة المجتمع:

لابد من اتّخاذ التدابير اللازمة وذلك لضمان المشاركة الحرة و الواعية من المجتمع، بحيث يتمل الأفراد و الأسرة مسؤولية صحتهم بصرف النظر عن مسؤولية الحكومات اتجاه صحة شعوبها[1].

4- الإصلاح الإداري:

من أجل ضمان كفاءة صنع السياسة و تنفيذها لابد من توفير الهياكل و تكييف النظم في جميع القطاعات و ليس القطاع الصحي فحسب، بالإضافة إلى وجود اتصال وثيق بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى كالتعليم و الغذاء و حماية البيئة....

5- تخصيص الموارد المالية:

إن عملية صنع السياسة الصحية و تنفيذها تستلزم وضع ميزانية مخصصة للصحة، تتماشى مع متطلبات الوضع القائم، خاصة في عصر التكنولوجيا الصحية.

[1] رضا زراولية، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري "دراسة ميدانية بحي باك افوراج مدينة باتنة . الجزائر** "، مذكرة مكملة لنيل مذكرة الماجستير، في العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، 2010\2011، ص 69.

6- سن التشريعات:

من أجل تنفيذ سياسة صحية جديدة، يجب وضع تشريعات خاصة بالضمان الاجتماعي و التأمين الصحي و حماية البيئة، بالإضافة إلى ذلك من المفيد الإطلاع على تشريعات جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها و تحليلها.

7- إعداد خطة عمل:

يجب أن تترجم السياسة الصحية وفق خطة عمل معينة، تشتمل على مجموعة من التفاصيل من حيث الإطار الزماني و المكاني، و مراقبة تنفيذ و تقييم النتائج، بحيث تكون هذه الخطة طويلة الأمد.[1]

ب- تقسيمات السياسة الصحية:

قام العديد من المفكرين بتقسيم السياسة الصحية بأكثر من طريقة و ذلك حسب وجهة نظر كل مفكر بغية تسهيل دراسة السياسة الصحية و هي كالتالي:

1- والت 1994:

لقد قسم السياسات الصحية إلى سياسات كبيرة و سياسات صغيرة، بحيث أن السياسات الكبيرة تميزت بأنها تهتم بكل الناس في المجتمع و كذلك تهتم بالأهداف طويلة المدى. أما السياسات الصغيرة فهي تهتم بالمجتمع المحلي وبالأهداف قصيرة المدى بالإضافة إلى أنها تتناول موضوع محدد و يعني ذلك أنها ليست شاملة.

2- فرانك 1994:

قسم السياسات الصحية إلى أربعة مستويات: مستوى النظام و مستوى البرامج و مستوى التنظيم بالإضافة إلى مستوى الأداء .

[1] رضا زراولية، نفس المرجع، ص70.

. مستوى النظام:

ويرتبط هذا المستوى بالأمور العامة للنظام الصحي و مدي التخطيط و تعليم الموارد البشرية الصحية و أيضا يفسر هذا المستوى طبيعة العلاقة بين القطاعات الصحية و كذلك بين القطاع الصحي و القطاعات الأخرى غير صحية[1].

. مستوى البرامج:

يرتبط هذا المستوى بطبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف النظام الصحي بالإضافة إلى تحديد الأساليب و الطرق التي من خلالها يمكن توزيع الموارد المادية و البشرية[2]

. مستوى التنظيم:

يحدد هذا المستوى طريقة العمل و تقديم الخدمات الصحية و كيفية زيادة جودة الخدمة و مستواها.

. مستوى الأداء:

يحدد هذا المستوى الأنظمة التنفيذية للعمل داخل المؤسسة الصحية كتوضيح أنظمة شؤون العاملين و الحوافز و أنظمة العمل التنفيذية لبقية أقسام وحدات المؤسسة الصحية[3].

3. التقسيم العام للسياسات:

حيث قسمت السياسات الصحية إلى الأقسام التالية:

أ\ سياسات الميتا:

تعتبر من أهم و أصعب السياسات بحيث يتم من خلالها و ضع القواعد التي يعتمد عليها متخذي القرار في وضع السياسات في القطاع الصحي.

[1] صلاح محمود ذياب، نفس المرجع، ص 218 ـ219.

[2] المرجع نفسه، ص 221.

[3] المرجع نفسه، المكان نفسه.

ب\ سياسات الميغا:

وهي السياسة التي تضم مجموعة من السياسات و هذه السياسات تضم مجموعة من الإرشادات العامة و التوجيهات للسياسات الأخرى الأقل منها مستوى بحيث يمكن اعتبار السياسات الصحية بمستوى الميغا إذا ما تضمنت أحد أو مجموع الأمور التالية:

1ـ توضيح دور المؤسسة الصحية في التنمية الاقتصادية أو الاجتماعية أو القطاع الصحي في الدولة.

2. القاعدة الأساسية و قيم المؤسسة الصحية.

3. توضيح الأولويات و الأهداف التي ترغب المؤسسة بتحقيقها.

4. بيان مستوى التعيين المطلوب في المؤسسة و التطلعات المستقبلية و معدل المخاطرة.

5. تحديد المساءلة و نوعيتها.

ج\ السياسات المحددة التنفيذية:

تعتبر من أدنى المستويات في تقسيم السياسات الصحية من حيث المستوى الإداري و التكاليف [1] فهي سياسات تهتم بالأمور الروتينية البسيطة بالإضافة إلى توضيح ظروف و تفاصيل العمل.

[1] صلاح محمود ذياب، المرجع سابق ذكره، ص 221.

خلاصة الفصل:

وخلاصة لهذا الفصل فإن توزيع الوظيفة الإدارية بين السلطة المركزية وبين الهيئات المحلية، تعتبر الحل الأمثل لتحقيق ديمقراطية بين الأقاليم وتقريب الإدارة من المواطن والتخفيف عنه من عناء التنقل غلى مناطق أخرى.

وهذه الإدارة تتأثر بالظروف السياسية والعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية السائدة في كل دولة، كما وجدت فيه الحكومات البرلمانية في معظم دول أوروبا نهجا لإشراك جميع القوى الاجتماعية في السلطة إشراكا فعليا وإيجابيا.

ومحور الدراسة يتمحور لفهم الدور الذي تقوم به في تنفيذ السياسة الصحية، ويعتبر تعريف مفهوم الصحة مدخلا لفهم سياسة الصحة، غير أن هذا المفهوم يحمل في طياته الطابع التجريدي، وقد يكون أكثر سهولة في التعريف من مصطلح الصحة لأن مفهوم الصحة هو مفهوم مجرد. وباعتبار الصحة والمرض وجهان لعملة واحدة، ويجدر التطرق إليهما ثقافيا واجتماعيا أما إذا نظرنا إلى السياسة الصحية فنجدها تستند إلى الحكومة التي تعد هي المتخصصة في ميدان الصحة بحيث تعبر عنها من خلال الخطابات الرسمية، أو من خلال وثائق دستورية وإدارية، وكل هذا في مجال تحقيق السلام والحفاظ على صحة السكان من خلال توفير الهياكل والإمكانيات المادية والبشرية من أطباء وإداريين وشبه الطبيين لضمان سلامة المواطن والأفراد داخل المجتمع وعليه فإن:

1 السياسة الصحية عبارة عن مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات والتي تشكل جزءا من استيراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية.

2 إن الاهتمام بالصحة لقد كان منذ الحضارات القديمة بداية من حضارة بلاد ما بين النهرين.

3 من مقومات السياسة الصحية هي المورد المالي بالإضافة إلى إعداد خطة عمل ومشاركة المجتمع في اتّخاذ التدابير اللازمة.

4 الإدارة المحلية هي توزيع للوظيفة ما بين السلطة المركزية والهيئات المحلية مع خضوع هذه الهيئات المحلية لرقابة السلطة المركزية.

5 إن الإدارة المحليـة تتـأثر بعـد عوامـل منهـا مـا هـو سياسـي ومـا هـو اجتمـاعي ومنهـا الاقتصـادي ومنهـا الجغـرافي ومنهـا مـا هـو ثقـافي، كمـا أن لهـا عوامـل نجـاح الإدارة المحليـة في القيـام بمهامهـا.

الفصل الثاني

الإدارة المحلية في الجزائر ودورها في تفعيل السياسة الصحية

تمهيد:

إن وضعية الصحة العمومية بالجزائر قبل الاستقلال كانت متردية جدا، إذ كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية و المعدية العديدة، منها الملا ريا، والسل،والكوليرا، والتيفوئيد، والإسهال... الخ، وهذه الأخيرة ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من طرف المستدمر، فمن الظاهر جليا غداة الاستقلال هو تحديد الأولويات و التركيز على سياسات وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال، و كذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية و الإدارية، وصولا إلى الاستثمار في القطاع الخاص، من أجل مواكبة التحول الديمقراطي، و ذلك لضمان سياسة صحية ناجعة تغطي جميع متطلبات المواطن، لكن لا تستطيع الحكومة وضع سياسة وطنية صحية دون وجود نظام إداري كفؤ ، بحيث تقوم الحكومة المركزية برسم السياسة الصحية عن طريق دراستها ووضع البرامج ودراسة أهدافها أما الإدارة المحلية فدورها يكمن في تنفيذ هذه السياسة، وعليه كيف تستطيع الإدارة المحلية الجزائرية من تنفيذ السياسات الصحية بشكل جيد؟ و للإجابة عن الإشكالية تطرقت في هذا الفصل إلى الإدارة المحلية في الجزائر و تطورها بداية من الدولة العثمانية وصولا إلى يومنا هذا ثم تطرقت في المبحث الثاني إلى السياسة الصحية تطورها من سنة 1962م إلى يومنا هذا، أما المبحث الثالث فقد تطرقت فيه إلى الدور الذي تقوم به الإدارة المحلية في تنفيذ السياسة الصحية.

المبحث الأول: الإدارة المحلية في الجزائر.

تعتبر الإدارة المحلية القاعدة الأساسية للدولة الجزائرية التي تسعى من خلالها إلى تجسيد العملية التنموية بشتى الوسائل المتاحة، حيث زاد الاهتمام بتطوير و تحسين الهياكل و المرافق التي لها علاقة المباشرة بالمواطن، قصد تقديم جيد للخدمات العمومية.

المطلب الأول:نشأة وتطور نظم الإدارة المحلية بالجزائر

الفرع الأول: في عهد العثمانيين

إن نفوذ الدولة العثمانية لم يمتد إلى الجزائر بتدخل مباشر من حكومة الاستانة بل جاء نتيجة تراد الصراع بين الإسلام و المسيحية في الحوض الغربي للبحر الأبيض المتوسط في أوائل القرن السادس عشر (16)[1].

بحيث أن الحكم التركي قد دام بالجزائر أكثر من ثلاثة قرون (1518ـ1830) و لقد مر بالمراحل التالية:

1ـ مرحلة البيلربكوات أو البايات 1558ـ 1588وفيها كان النظام يتميز بالمركزية المطلقة وسيطر فيها الحكام على البلاد سيطرة تامة.

2ـ مرحلة الباشوات 1588ـ 1659وفي هذه المرحلة استمر الحكم مركزيا و قد حاول الانكشاريون الاستقلال بالجزائر لمصلحتهم الخاصة و لكنهم لم يتمكنوا لمعارضة السكان من جهة و الدولة العثمانية من جهة أخرى.

3ـ عهد الأغوات 1659ـ 1671 في هذه الفترة أصبح الحاكم يلقب بالأغا و هو أحد الضباط الانكشاريين و قد كان نظام الإدارة في هذه المرحلة مضطربا و قد عمت الفوضى و ذلك بسبب أن الانكشاريين كانوا مصدر فوضى في البلاد.

4ـ عهد الدايات 1671ـ 1830 وهي المرحلة التي تمثل العهد التركي الحقيقي في البلاد حيث تميزت بنضج الإدارة التركية بالجزائر واستقرت الأوضاع و كان يرأس الدولة ما يسمى بالداي.

[1] جعفر أنس قاسم، **أسس التنظيم الإداري**، ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1988، ص 39.

في هذه المرحلة طبق نظام الإدارة المحلية بعض الشيء إلى جانب وجود السلطة المركزية و قد كانت أجهزة الدولة هي[1]:

1. الداي هو رئيس السلطة التنفيذية و القائد العام للجيش و بيده كل السلطات العامة.

2. المجلس الخاص هو شبيه في اختصاصه بمجلس الوزراء حاليا.

3ـ المجلس العام و يسمى أيضا بالديوان و يقوم بأعمال السلطة التشريعية و يتم انتخاب من بين أعضاء هذا المجلس رؤساء المقاطعات المحلية التي كانت موجودة في ذلك الوقت و هي:

1\ دار السلطان و كانت تشمل الجزائر العاصمة و شرشال.

2\ بايلك الشرق وكانت أكبر المقاطعات و عاصمتها قسنطينة و تشمل عنابةـ القل جيجل. بجاية ،كوفا .

3\ بايلك التيطري و عاصمتها المدية و تشمل منطقة المدية و عين المهدي.

4\ بايلك الغرب و كانت عاصمتها في البداية مازونة ثم معسكر و أخيرا وهران و ذلك بعد جلاء الإسبان عنها في عهد الباي بوشلاغم.

بحيث أن كل مقاطعة كان يرأسها البك و البكوات يحصلون على مبالغ مالية من الداي مقابل أعمالهم، و قد كانت هذه المقاطعات تنقسم إلى مناطق و قيادات على رأس كل منها قائدان أحدهما مكلف بالشؤون العسكرية و الآخر مكلف بالشؤون المدنية و كل دائرة تنقسم إلى عدة عروش أو قبائل يتولى أمر القبيلة أو العرش شيخها.

الفرع الثاني: في عهد الاحتلال الفرنسي

لقد مرت الإدارة الجزائرية في عهد الإدارة الفرنسية المحلية بثلاث مراحل[2].

[1] جعفر أنس قاسم، نفس المرجع، ص 40.

[2] حسين مصطفى حسين، **الإدارة المحلية المقارنة**، ط2. الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية، 1982، ص 131.

أولا: المرحلة الأولى

كان يمثل السلطة الفرنسية الحاكم العام، و هو عسكري يتبع وزير الحربية، و يعاونه من كبار الشخصيات المدنية و العسكرية.

في بداية الاحتلال لجأت السلطات الفرنسية، إلى الاستعانة بالشخصيات ذات النفوذ من الموطنين كما حاول الحاكم الفرنسي الاستفادة من النظم السائدة في العهد العثماني.

و قد تم تقسيم الجزائر إلى ثلاث مناطق في إدارتها فكانت هناك:

مناطق إدارية مدنية: وتطبق فيها نفس النظم الإدارية الفرنسية و هذه المناطق هي التي يتركز فيها الأوربيون، أي في المدن و المناطق الزراعية المجاورة لها.

مناطق إدارية مختلطة: وتطبق في الأماكن التي يقطنها الأوربيون و عدد ضئيل من الجزائريين. و فيها يخضع الأوربي للإدارة المدنية، و الجزائري للإدارة العسكرية.

مناطق عسكرية: و هي المناطق التي لا يسكنها سوى العنصر الجزائري، و في هذه المناطق أبقى الفرنسي على أنظمة العهد العثماني، فكان يعاون الحاكم في كل وحدة إدارية شيخ البلدية.

و لتسهيل وسائل الاتصال بين الحاكم و المحكومين أوجدت ما يسمى بالمكاتب العربية عام 1844، تشكل برئاسة ضابط فرنسي و تضم بعض العناصر الفرنسية، بالإضافة إلى كاتب جزائري، و قد بلغ عدد المكاتب 80 مكتبا، و كانت هذه المكاتب تحض بالإشراف على تحصيل الضرائب، مراقبة السكان، الإشراف على إنتاج المواد الضرورية لتموين الجيش الفرنسي.

ثانيا :المرحلة الثانية

و تبدأ هذه المرحلة منذ أن صدر في شهر مارس 1848 قانون بضم الجزائر إلى فرنسا، و اعتبارها جزءا من الأراضي الفرنسية، وتم تقسيم الجزائر إلى ثلاث ولايات : و هي الجزائر، قسنطينة و وهران، و يرأس كل منها والي يساعده مجلس للولاية، و ذلك على النمط السائد في فرنسا، و لكل منها اختصاصات واردة في النظام الفرنسي.

و منذ أن قام " **نابليون الثالث**" بزيارة الجزائر سنة 1861[1]، تم إدخال تعديل كبير على نظام الإدارة في الجزائر، فقد بدا الاهتمام بنظام الإدارة غير المباشرة و ترتب على ذلك الاعتماد على القبائل، التي حلت محل المجالس البلدية و وضعت شروط انتخاب رئيس الجماعة (القبيلة) أو الأمين بواسطة كل من يدفع ضريبة الرأس، و يجدد انتخابه كل 3 سنوات، كما أقيم منصب أمين الأمناء ليمثل مجموعة من القرى و ينتخبه الأمناء أنفسهم، و كانت الجماعة أو مجلس القبيلة تختص بالمسائل لتالية:

1\ تحديد ضريبة الرأس.

2\ الفصل في القضايا المدنية.

3\ تحديد الغرامات في المخالفات الخلقية و الجنح، أما الجنايات فكانت من اختصاصات المكاتب العربية.

ثالثا: المرحلة الثالثة:

و فيها قسمت الولايات إلى قسمين [2]:

1 الشمال: حيث يتركز الأوربيون، فأقيمت المجالس البلدية ذات السلطة الكاملة، و تتولى هذه المجالس الإشراف على الخدمات الاجتماعية و التعليمية، و سميت ببلديات " **كاملة الاختصاص** ".

2 الجنوب: و هي التي يقل بها العنصر الأوربي و المجالس البلدية تتكون من الأوربيين و النصف الآخر من السكان الأصليين، و لا يتم انتخاب الرئيس بل يتم تعيينه من الأوربيين و تسمى هذه البلديات " **بالبلديات المختلطة**".

3 المناطق الأهلية:هي آهلة بالسكان الجزائريين، يشرف على إدارتها أشخاص معينون من طرف الحاكم العام، و ليس لسكانها أي دور في إدارتها و تسييرها و سميت " **بالبلديات الأهلية**".

[1] جعفر أنس قاسم، نفس المرجع ، ص 43.

[2] جعفر أنس قاسم، نفس المرجع، ص45.

الفرع الثالث:نظم الإدارة المحلية بالجزائر بعد الاستقلال

ورثت الجزائر تركة مثقلة بعد الاستقلال، و تمثل ذلك بصفة أساسية في التنظيم الإداري في البلاد إذ انعدمت فيه الإطارات الجزائرية القادرة على إدارة الشؤون الإدارية، و تسيير الأمور بالأجهزة الإدارية المختلفة، بالإضافة إلى العجز المالي الكبير نتيجة لتناقص مواردها المالية و زيادة نفقاتها بسبب المساعدات الاجتماعية أين كانت تقدمها للبلديات لمن أصابته أضرار حرب التحرير الوطني، ونتيجة لهذا الموروث عمدت الجزائر إلى القيام بإصلاحات متمثلة في[1]:

أولا: إصلاحات 1967

أول إصلاح في الإدارة المحلية الجزائرية كان عام 1967 مع إصدارها قانون البلدية و تنظيم الانتخابات البلدية الأولى التي جرت في 05 فيفري من نفس السنة، تبعها مباشرة إنشاء قانون الولاية بإصدار الأمر 69\38 المؤرخ في 28 مايو 1969 المتضمن قانون الولاية و انتخابات المجالس الشعبية الولائية المنظمة في نفس العام فأوكلت بعدها مهام جديدة للبلدية و الولاية ومنحت صلاحيات واسعة لمسؤولهم في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية.

ثانيا: إصلاحات 1990

تميزت هذه المرحلة بخضوعها لمبادئ و أحكام جديدة أرساها دستور 1989، وعلى رأسها إلغاء نظام الحزب الواحد واعتماد التعددية الحزبية، وعليه جاء الإصلاح المتعلق بالبلدية وصدر القانون البلدي رقم 90\08 المؤرخ في 07 أفريل 1990 و الإصلاح المتعلق بالولاية بقانون 90\09 المؤرخ في 07 أفريل 1990.

المطلب الثاني: الولاية في النظام الإداري المحلي الجزائري

لقد أصبحت الولاية من أهم الأجهزة الإدارية اللامركزية باعتبارها همزة وصل بين الإدارة المركزية والإدارة اللامركزية.

وفيما يلي سأحاول أن أعرض تعريف الولاية وكل ما يتعلق بتنظيمها وسير أعمالها.

[1] حسين مصطفى حسين، نفس المرجع، ص 133.

. **تعريف الولاية:**

عرفت المادة الأولى من القانون رقم 90ـ09 المؤرخ في 12رمضان عام 1410 الموافق ل17أبريل 1990[1] (المتعلق بالولاية) بأنها:" جماعة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي".

وقد عرفتها المادة الأولى من قانون الولاية لسنة 1969 الصادر بموجبه الأمر رقم 69\38 المؤرخ في 23 مايو1969[2]:"الولاية هي جماعة عمومية إقليمية ذات شخصية معنوية واستقلال مالي، ولها اختصاصات سياسية واقتصادية واجتماعية وثقافية....."

أما قانون رقم 12\07 المؤرخ في 28 ربيع الأول عام 1434 الموافق 21 فبراير سنة 2012 المتعلق بالولاية فقد عرفها في مادته الأولى: "هي الجماعة الإقليمية للدولة وتتمتع بالشخصية المعنوية و الذمة المالية المستقلة.

إضافة إلى هذا فإن للولاية أساس دستوري فمختلف الوثائق الدستورية ورد فيها ذكر الولاية باعتبارها جماعة إقليمية تتمتع بالشخصية المعنوية، وهو ما أشار إليه دستور 1963 في المادة التاسعة منه، ودستور 1976 في المادة 36، ودستور 1989 في المادة 15منه، ودستور 1996 في المادة 15 منه. كما أن للولاية أساس في القانون المدني أيضا تضمنته المادة 49 منه.

الفرع الأول: التطور التاريخي للولاية

1\مرحلة الاستعمار:

أثبتت الدراسات التاريخية إصرار سلطات الاحتلال الفرنسي على هدم بنايات ومؤسسات الدولة والمجتمع الجزائري، إذ تم تقسيم البلاد منذ 1845، وبصفة تعسفية، إلى ثلاث أقاليم، ثم أحدثت تقسيمات أخرى في الأقاليم الثلاثة لإخضاع السكان لأنظمة الإدارة المدنية والعسكرية الاستعمارية حسب كثافة الجيش والمعمرين[3]، وبغض النظر عن التعديلات والتغيرات التي طرأت

[1] القانون رقم **90 -09** المؤرخ في 07 أفريل 1990 المتعلق بقانون الولاية، الجريدة الرسمية رقم 15 لسنة 1990.

[2] الأمر رقم **69\38** المؤرخ في 23 ماي 1969 المتضمن قانون الولاية، الجريدة الرسمية رقم 44 سنة 1969 الصادرة في 23 ماي 1969.

[3] محمد الصغير بعلي، **قانون الإدارة المحلية الجزائرية**، ط1. عنابة: دار العلوم، 2004، ص 110.

على التنظيم"**العمالي**" (organisation départementale)الولائي تبعا لأهداف الاستعمار وإستراتيجيته بالجزائر. فإنه يمكن تقديم الملاحظات الأساسية التالية:

- قد تم إخضاع مناطق وإقليم الجنوب(territoire du sud)إلى السلطة العسكرية، بينما قسم الشمال في البداية إلى ثلاث عمالات (département) هي الجزائر، وهران، وقسنطينة مع إخضاعها نسبيا إلى القانون المتعلق بالمحافظات أو العمالات في فرنسا، وذلك منذ التقسيم الوارد بالأمر الصادر في 15 أفريل 1845 والمتعلق بإدارة الأقاليم المدنية والمتعلق بإدارة "**الأقاليم المدني**" (territoire civile) إلى صدور المرسوم 56. 601 المؤرخ في 28 جوان 1956 المتضمن الإصلاح الإداري.

- لقد شكل نظام العمالات في الجزائر خلال المرحلة الاستعمارية مجرد صورة لعدم التركيز الإداري، فهي لم تكن تعبر عن اهتمامات أو مصالح محلية لأنها كانت مجرد وحدة إدارية للاستعمار لتنفيذ سياسته وخططه الهدامة.

. هيمن على إدارة وتسيير العمالة محافظ أو عامل عمالة "**الوالي**"(le préfet)خاضع للسلطة الرئاسية للحاكم العام، وقد كان يتمتع بصلاحيات وسلطات واسعة يمارسها بمساعدة نواب له (sous -préfet)في نطاق الدوائر (arrondissementكأجزاء إقليمية إدارية للعمالة، إلى جانب عامل العمالة "المحافظ أو الوالي"، تم إحداث هيئتين أساسيتين هما:

مجلس العمالة: (conseil du préfecture)يمارس مهامه تحت رئاسة عامل العمالة وعضوية عدد من الموظفين تعينهم السلطة المركزية ***الحاكم العام***، وله اختصاصات متعددة ومتنوعة إدارية وقضائية.

المجلس العام:(conseil générale)كان يتشكل في البداية عن طريق تعيين أعضائه من أعيان البلد إلى حين اعتماد الانتخابات سنة 1908 الذي أنشأ هيئتين انتخابيتين "**المعمرين والأهالي**" لتحدد نسبة التمثيل للأهالي بخمسي2\5 من مجموع مقاعد المجلس سنة 1944، بعدما كانت الربع 1\4 سنة1919[1].

[1] محمد الصغير بعلي، نفس المرجع، ص 113.

2\مرحلة الاستقلال 1962 . 1969

لقد تضررت هذه الهياكل إبان الحرب التحريرية الوطنية وغداة الاستقلال الوطني، فقدت المجالس العامة ماهيتها فأصبحت لا أساس لها بسبب مغادرة أعضائها. ولتفادي فراغ إدارة المحافظة اتّخذت بعض الإجراءات على المستوى المركزي وترمي إلى تحقيق فرضيتين أساسيتين هما:

1\ البحث عن قدر كافي للتمثيل الشعبي وذلك لسد مكان المجالس العامة التي أزيلت ولهذا أنشأت تدريجيا ثلاث أجهزة وهي:

. **لجان التدخلات الاقتصادية والاجتماعية**:التي تتمتع بسلطة استشارية وهي مكلفة بمساعدة المحافظ في ممارسة الصلاحيات[1].

. **لجان محافظة الصناعة الاشتراكية**: التي أنشأت بموجب المرسوم المؤرخ في 08 جوان 1964 وتتألف من خمسة أعضاء وهي خاضعة لسلطة المحافظ، مهمتها المداولة على اقتراحات البرنامج المتعلق بتسيير المؤسسات الصناعية ذات الأهمية المحلية.

. مجلس التنمية الاقتصادية والاجتماعية: الذي أنشأ بموجب الأمر المؤرخ في 15 أكتوبر 1967 ويتكون من ممثلي الحزب إلى جانب النقابة والجيش ومجلس رؤساء المجالس الشعبية البلدية للمحافظة، لها صلاحيات ذات طابع استشاري بحث.

2\ تقوية سلطات المحافظ كممثل للحكومة ويتمتع بصلاحيات عديدة ومتنوعة ويتمتع المحافظ أيضا بازدواجية الوظيفة، فمن جهة هو عون الدولة في المحافظة وبهذه الصفة يعمل باتصال مع جميع الوزراء كممثلهم ومن جهة أخرى فهو عون للمحافظة وبهذه الصفة ينفذ قرارات الجهاز التداولي للمحافظة،

وقد خولت للمحافظة سلطات أخرى ليتمكن من مواجهة المشاكل التي طرأت بسبب تحويل الأملاك الشاغرة إلى أملاك الدولة، فبهذا الصدد له سلطة إقرار شغور مؤسسة أو عقار غير منقول كما له سلطة إبطال بعض المعاملات الخاصة وأخيرا له سلطة وضع بعض الأعمال تحت حماية الدولة.

[1] عبيد لخضر، **المجموعات المحلية في الجزائر**، ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1986، ص 10 \11.

3\ مرحلة الإصلاح الناجم عن الأمر رقم 69\ 38 المؤرخ في 25 مايو 1969.

ظل الوضع قائما إلى حين صدور الأمر 69\38 المؤرخ في 25 مايو 1969 وهو النص الذي يبقى يشكل المصدر التاريخي للتنظيم الولائي الجزائري.

ومن العوامل التي دفعت إلى الإسراع في إصلاح نظام الولاية وهي[1]:

1. صدور قانون البلدية في سنة 1969 مما فرض على المشرع إتمام المهمة بإصدار قانون للولاية ليكتمل به النظام القانوني للإدارة المحلية للجزائر.

2. إن الفراغ الذي عايشته الولاية من حيث المنظومة القانونية رغم صدور نصوص بين الفترة والأخرى فرض على المشرع أن يعجل بالإصلاح ليضع حدا لنصوص المرحلة الانتقالية وليعلن رسميا عن النظام القانوني للولاية خاصة بعد أن ثبت عدم تطبيق النصوص السابقة لقانون الولاية (النصوص الانتقالية) في كثير من المناطق.

3ـ إن فكرة الدولة المستقلة فرضت فكرة انفصالها قانونيا عن فرنسا بعد أن ثبت وتعزز انفصالها السياسي، فلا يصح أبدا الافتخار بوجود دولة مستقلة ثم القول فيما بعد بتبعيتها قانونا للتشريع الفرنسي، فكان صدور قانون الولاية يمثل مظهرا من مظاهر الاستقلال القانوني.

الفرع الثاني: هيئات وأجهزة إدارة الولاية

طبقا للمادة الثانية من قانون الولاية 12\07 [2]يتولى تسيير شؤون الولاية هيئتان هما:

. المجلس الشعبي الولائي

. الوالي

[1] عمار عوابدي، **مبدأ الديمقراطية وتطبيقاته في النظام الإداري الجزائري**، ط1.الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية، 1984، ص 93.

[2] القانون رقم 12\07، المؤرخ في 28 ربيع الأول 1434 الموافق ل21 فبراير 2012 المتعلق بقانون الولاية، الجريدة الرسمية رقم 12 لسنة 2012.

أولا: المجلس الشعبي الولائي

يعتبر المجلس الشعبي للولاية هيئة أساسية في تسيير وإدارة الولاية وذلك باعتبارها هيئة إدارية لامركزية إقليمية، فهو يعتبر جهاز مداولة على مستوى الولاية[1] ويعد الأسلوب الأمثل للقيادة الجماعية والصورة الحقيقية، التي بموجبها يمارس سكان الإقليم حقهم في تسييره والسهر على شؤونه ورعاية مصالحه.

1\ تشكيل المجلس الشعبي الولائي

إن المجلس الشعبي الولائي باعتباره الهيئة التي تجسد مبدأ الديمقراطية الإدارية ومبدأ المشاركة الشعبية على مستوى الولاية، ولتحقيق ذلك لابد أن يتم تكوين هذا المجلس عن طريق الانتخاب العام المباشر، وعليه فإن المجلس يتشكل من مجموعة من المنتخبين تم اختيارهم وتزكيتهم من قبل سكان الولاية من بين مجموعة من المرشحين المقترحين من قبل الأحزاب والمرشحين الأحرار، وهكذا يتم اختيار جميع أعضاء المجلس الشعبي للولاية لمدة خمس سنوات.

2\ عدد أعضاء المجلس الولائي

طبقا للمادة 99 من الأمر رقم 97-07 المؤرخ في 06 مارس المتضمن القانون العضوي المعدل والمتمم والمتعلق بالانتخابات[2] فإن عدد مقاعد المجلس الشعبي الولائي تكون بالشكل التالي:

* 35 عضو في الولايات التي يقل عدد سكانها عن 250.000 نسمة.

* 39 عضو في الولايات التي يتراوح عدد سكانها بين 250.001 و 650.000 نسمة.

* 43 عضو في الولايات التي يتراوح عدد سكانها بين 650.001 و 950.000 نسمة.

[1] المادة 12 من قانون07\12 المتعلق بالولاية.

[2] الجريدة الرسمية رقم 49 سنة 1997.

* 47 عضو في الولايات التي يتراوح عدد سكانها بين 950.001 و1500.000 نسمة.

* 51 عضو في الولايات التي يتراوح عدد سكانها بين 1500.001 و 12500.000 نسمة.

* 55 عضو في الولايات التي يفوق عدد سكانها 12500.000 نسمة.

3\ انتخاب رئيس المجلس الولائي

ينتخب المجلس الشعبي الولائي رئيسا من بين أعضائه للفترة الانتخابية. يجري انتخاب الرئيس بالاقتراع السري وبالأغلبية المطلقة، وإذا لم يحصل أي مرشح على الأغلبية المطلقة في الدورة الأولى من الاقتراع تجري دورة ثانية ويتم الانتخاب بالأغلبية النسبية، أما في حالة تساوي الأصوات يعلن عن انتخاب أكبر المترشحين سنا.[1]

وتتمثل اختصاصات ومهام الرئيس أساسا في تسيير شؤون المجلس بواسطة ديوان يتكون من موظفين بالولاية، ذلك أن قانون الولاية لم يخوله اختصاص التمثيل الذي يبقى موكلا للوالي.

وبعد تنصيب رئيس المجلس الشعبي الولائي يحدد نوابه الذين يمكنهم مساعدته بصفة دائمة كالآتي[2]:

. نائبان بالنسبة للمجالس الشعبية الولائية التي يكون عدد المنتخبين فيها 35- 42 عضوا.

ـ 3 نواب بالنسبة للمجالس الشعبية الولائية التي يكون عدد المنتخبين فيها 43-ـ 51 عضوا.

. 4 نواب بالنسبة للمجالس الشعبية الولائية التي يكون عدد المنتخبين فيها 55 عضوا.

4\ دورات المجلس الشعبي الولائي

يعقد المجلس الشعبي الولائي دورات عادية وأخرى استثنائية، حيث يعقد أربع (04) دورات عادية في السنة مدة كل دورة لا تقل عن 15 يوما[1]، وقد حدد المشرع الأشهر

[1] المادة 59 من القانون 07\12 المتعلق بالولاية.

[2] المادة 62 من القانون نفسه.

التالية: مارس، جوان، سبتمبر، ديسمبر لعقد الدورات العادية وخلاف ذلك تعد باطلة. كما يشترط القانون أن يوجه الرئيس الإستدعاءات لأعضاء المجلس قبل 10 أيام من تاريخ انعقاد الدورة مرفقة بجدول الأعمال، أما الدورات الاستثنائية يكون عقدها عندما تقتضي الحاجة إلى ذلك سواء بطلب من رئيس المجلس الشعبي الولائي أو ثلث (1\3) أعضاء المجلس الولائي أو الوالي.

5\المداولات

يجري المجلس الشعبي الولائي، خلال دوراته، مداولات تنصب على إحدى صلاحياته وتخضع، إلى القواعد الأساسية التالية[2]:

1\ أن تكون مداولات المجلس علانية ضمانا للرقابة الشعبية إلا في حالتين:

. فحص الحالة الانضباطية للمنتخبين الولائيين

. فحص المسائل المرتبة بالأمن والنظام

2\ تتم المصادقة على المداولات بالأغلبية المطلقة للأعضاء، مع ترجيح صوت الرئيس عند التساوي.

6\اللجان

خول القانون الولائي للمجلس الشعبي الولائي تكوين لجان متخصصة لدراسة المسائل التي تهم الولاية سواء كانت مؤقتة أو دائمة، خاصة في مجالات: الاقتصاد والمالية، التهيئة العمرانية والتجهيز[3]، الشؤون الاجتماعية والثقافية.

ويجب أن يراعى في تشكيل اللجنة التناسب مع المكونات السياسية للمجلس، كما يمكن للجنة أن تستعين بأي شخص من شأنه تقديم معلومات مفيدة.

---

[1] المادة 14 من القانون نفسه.

[2] المادة 26 من القانون 12\07 السابق ذكره.

[3] المادة 33 من القانون نفسه.

7\ الاختصاصات

يمارس المجلس الشعبي الولائي الكثير من الاختصاصات التي تتصل بالولاية، وهذه الاختصاصات يمارسها عن طريق اللجان التي يتكون منها وهي[1]:

. لجنة الاقتصاد والمالية

. لجنة التهيئة العمرانية والتجهيز

. لجنة الشؤون الاجتماعية والثقافية

ومن هنا يتّضح أن المجلس يمارس اختصاصات مالية واقتصادية وصناعية واجتماعية وثقافية كما توجد اختصاصات ذات طابع عمراني وفلاحي وسياحي، وسأحاول أن أتطرق إلى هذه الاختصاصات باختصار في ما يلي:

- . الفلاحة والري:

توسيع وترقية الفلاحة، الوقاية من الآفات الطبيعية، التشجير وحماية البيئة والغابات، الصحة الحيوانية، المياه الصالحة للشرب وتطهير الماء[2].

.- الهياكل الأساسية الاقتصادية:

وذلك بالقيام بالأعمال والأنشطة التالية: طرق الولاية وصيانتها وتصنيفها، وترقية هياكل استقبال الأنشطة، الإنارة الريفية وفك العزلة.

- التجهيزات التربوية والتكوينية:

حيث تتولى الولاية إنجاز وصيانة مؤسسات التعليم: الثانوي والتقني والتكوين المهني.

- النشاط الاجتماعي والثقافي:

حيث يقوم المجلس بعدة أعمال في هذا المجال، والمتمثلة أساسا في ما يلي: التشغيل، إنجاز هياكل الصحة العمومية، القيام بأعمال الوقاية الصحية، مساعدة الفئات الاجتماعية

[1] المادة 77 من القانون 12\07 السابق ذكره.

[2] المادة 84 من القانون نفسه.

المحتاجة إلى الرعاية(المعوقين، المسنين)، إنشاء المؤسسات الثقافية والرياضية وتنمية التراث الثقافي والسياحي بالولاية.

. السكن[1]:

إذ يساهم المجلس ويشجع إنشاء مؤسسات البناء والتعاونيات العقارية.

. في مجال الإدارة المالية:

يقوم المجلس بمهمة التصويت على ميزانية الولاية بعد تحضيرها بمعرفة المجلس التنفيذي وتقدم الميزانية بعد ذلك للسلطات المختصة للمصادقة عليها ويصوت على ميزانية الولاية بابا ويحتوي الباب على تفصيلات المصروفات والإيرادات.

وتترتب الإيرادات والمصروفات في الميزانية على أساس نوعها وبرامجها، وإذا ظهر أثناء تنفيذ الميزانية عجز مالي لأي سبب من الأسباب فإنه ينبغي على المجلس أن يتخذ كافة التدابير اللازمة لإزالة هذا العجز وإعادة تحقيق التوازن للميزانية، وإذا تخلف المجلس عن اتخاذ هذه التدابير، فعلى وزير الداخلية أن يقوم باتخاذها وإعطاء الإذن اللازم في هذا الشأن.

وإذا لم يمكن لأي سبب من الأسباب ضبط ميزانية الولاية بصفة نهائية قبل بدء السنة المالية فيستمر العمل على أساس المصروفات والإيرادات العادية المقيدة في السنة المالية السابقة حتى يتم المصادقة على الميزانية.

ولمجلس الولاية الحق في أن يصوت على القروض الضرورية لإنجاز المشروعات المختلفة.

ثانيا:الوالي

طبقا للمرسوم الرئاسي رقم 86ـ 44 الصادر بتاريخ 10 أفريل 1989 والمرسوم التنفيذي رقم 90ـ 230[2] المؤرخ في 25جويلية 1990 المتعلق بالتعيين في الوظائف العليا للإدارة المحلية، فإنه يعهد اختصاص تعيين الوالي إلى رئيس الجمهورية بموجب مرسوم رئاسي يتخذ في مجلس الوزراء بناءا على اقتراح وزير الداخلية والجماعات المحلية.

[1] المادة 100 من القانون12\07 السابق ذكره.

[2] الجريدة الرسمية رقم 31 الصادرة في 28\07\1990.

وقد جاء في المادة 92 من القانون 90\09 المتعلق بالولاية "الوالي هو ممثل الدولة ومندوب الحكومة في مستوى الولاية".

كما عرفته المادة 04 من المرسوم التنفيذي 90ـ 230 السابق الذكر " الوالي هو ممثل الدولة ومندوب الحكومة في الولاية".

كما تم تعريف الوالي" بأنه جهاز عدم التركيز الإداري[1]، وبأنه الواسطة الحتمية بين الإدارة المحلية والسلطة المركزية"[2].

اختصاصات الوالي

يتمتع الوالي بازدواجية في الاختصاص، حيث يمثل هيئة تنفيذية للمجلس الشعبي الولائي، ويمارس سلطات أخرى كممثل للدولة.

الوالي هيئة تنفيذية:

أوكلت للوالي ممارسة صلاحيات عديدة متمثلة في:

ـ تنفيذ المداولات القائمة على مستوى المجلس الشعبي الولائي، وذلك بموجب إصدار قرارات ولائية بعد المصادقة عليها من قبل المجلس الشعبي الولائي.

ـ يلزم قانون الولاية الوالي بضرورة الاضطلاع وإعلام المجلس الشعبي الولائي بوضعية نشاطات الولاية خلال الدورات المنعقدة وتقديم بيان سنوي للمجلس يتضمن نشاطات مصالح الولاية من جهة ونشاطات مصالح الدولة من جهة أخرى.

ـ كذلك يقوم بإعداد المشروع التقني للميزانية وتحضيرها، ويقوم بنقل الإعتمادات المالية من مادة إلى أخرى، ومن باب فرعي إلى باب آخر.

---

[1] ناصر اللباد، **القانون الإداري، التنظيم الإداري**. منشورات دحلب، 1999، ص131.

[2] علاء الدين عشي، **والي الولاية في التنظيم الإداري الجزائري**، بدون طبعة.الجزائر: دار الهدى عين مليلة، 2006، ص20.

الوالي ممثل للدولة[1]:

يعد الوالي ممثل للدولة ومندوب الحكومة على مستوى الولاية وهو بالتالي يسهر على تطبيق سياسة الدولة على مستوى الولاية ويسهر على تنفيذ تعليمات الحكومة التي يتلقاها من الوزراء ويقوم بالسهر الدائم على مراقبة مصالح الدولة المكلفة بمختلف النشاطات وإلى جانب تنفيذ سياسة الحكومة والسهر على التطبيق السليم للقانون، فيجوز للوالي التقاضي باسم الدولة بصفته ممثلا لها كما يجوز له التقاضي باعتباره ممثلا لولايته، فهو يمارس اختصاصات تتعلق بمهام الضبط الإداري والقضائي على مستوى الولاية.

المطلب الثالث: البلدية في النظام الإداري المحلي الجزائري

البلدية في الجزائر هي الهيئة القاعدية لهرم الإدارة العامة للدولة، فهي الأرضية الأساسية التي يرتكز عليها الحكم .

. تعريف البلدية:

إن تعريف البلدية تعريفا شاملا يعتبر من الموضوعات الشائكة، لأن البلدية حقيقة متشعبة يصعب ضبطها، ومع هذا فهي لا تخلو من مبدأين أساسيين هما[2]:

- إن البلدية في المعنى الجغرافي جزء من التراب الوطني.
- إن البلدية الخلية الأساسية للشعب والثورة.

ولقد كرس القانون الجزائري بعد الاستقلال هذه المؤسسة ومنحها الوجود الدستوري بعد أن نص عليها دستور 1963 صراحة في المادة 09 وتبلورت صلاحياتها ومهامها بعد صدور القانون البلدي لسنة 1967 المؤرخ في 18\01\1967، وهكذا أصبحت البلدية ذات كيان مجسد ضمن مؤسسات الدولة.

فقد عرف القانون البلدي لسنة 1967 البلدية على أنها " البلدية هي الجماعة الإقليمية السياسية والإدارية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية".

---

[1] المادة 92 من القانون 90\09 السابق ذكره.

[2] مسعود شريبط، ،"**التنمية الإدارية والعمرانية ببلديات المدن الجزائرية**"، مذكرة ماجستير بمعهد علم الاجتماع ، جامعة قسنطينة، 1998ن، ص24.

كما عرفها دستور 1989 في مادته 15 "الجماعات الإقليمية للدولة هي البلدية والولاية، البلدية هي الجماعة القانونية".

ويعرف القانون البلدي 90ـ 08 في مادته الأولى البلدية كالتالي: البلدية هي الجماعة الإقليمية الأساسية، وتتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوجد بموجب قانون".

الفرع الأولى: التطور التاريخي للبلدية.

أولا: أثناء مرحلة الاستعمار (1830. 1962

البلدية كانت أداة لتحقيق طموحات الإدارة الاستعمارية وفرض هيمنتها ونفوذها، وخدمة العنصر الأوربي عامة والفرنسي خاصة، فالبلديات المختلطة كما جاء في بيان الأسباب لقانون البلدية كان يديرها موظف من الإدارة الاستعمارية وهو متصرف المصالح المدنية، يساعده موظفون جزائريون خاضعون للإدارة الفرنسية وهم القواد، وتساعده لجنة تتكون من أعضاء أوربيون[1] منتخبون وبعض الجزائريين المعينين.

منذ سنة 1844 أقام الاحتلال الفرنسي على المستوى المحلي هيئات إدارية، عرفت بالمكاتب العربية bureaux arabes مسيّرة من طرف ضباط الاستعمار بهدف تمويل الجيش الفرنسي والسيطرة على مقاومة الجماهير[2]، حيث تم إحداث واحد وعشرون(21) مكتبا عربيا سنة 1844 ليرتفع سنة 1870 إلى تسعة وأربعون(49) مكتبا، وبعد الاستتباب النسبي للوضع الأمني بالجزائر عمدت السلطات الاستعمارية إلى تكييف وملائمة التنظيم البلدي تبعا للأوضاع والمناطق، ليصبح التنظيم البلدي بالجزائر منذ سنة 1868 يتميز بوجود ثلاثة أصناف من البلديات[3].

[1] عمار بوضياف، **الوجيز في القانون الإداري**.ط2. الجزائر:دار جسور للنشر والتوزيع، 2007، ص271.

[2] صالح فركوس، **المختصر في تاريخ الجزائر**.ط2. عنابة:دار العلوم،،2002ص 195.

[3] محمد الصغير بعلي، **القانون الإداري**, ط1.عنابة: دار العلوم ، 2002، ص 133.

1\ البلديات الأهلية :communes d'indigènes

وجد هذا الصنف أصلا في مناطق الجنوب الجزائري (الصحراء) وفي بعض الأماكن الصعبة والنائية في الشمال إلى غاية 1880، وقد تميزت إدارة هذه البلديات بالطابع العسكري، إذ تولى تسييرها الفعلي رجال الجيش الفرنسي بمساعدة بعض الأعيان من الأهالي تم تعيينهم تحت تسميات مختلفة (القائد، الأغا، الباشا،...الخ)

2\ **البلديات المختلطة** communes mixtes:

لقد هذا النوع من البلديات يغطي الجزء الأكبر من الإقليم الجزائري، حيث وجد في المناطق التي يقل فيها تواجد الأوربيين (الفرنسيين) بالقسم الشمالي من الجزائر، ترتكز إدارة البلدية المختلطة على هيئتين رئيسيتين هما:

. **المتصرف**(administrateur) والذي يخضع للسلطة الرئاسية للحاكم أو الوالي العام من حيث التعيين والترقية والتأديب.

. **اللجنة البلدية** (commission municipale): يرأسها المتصرف مع عضوية عدد من الأعضاء المنتخبين وبعض الجزائريين الذين يتم تعيينهم من طرف السلطة الفرنسية استنادا إلى التنظيم القبلي القائم أصلا على أساس مجموعة بشرية، أو ما يعرف بالعرش.

3\ البلديات ذات التصرف التام (العاملة) (communes de plein exercice):

أقيمت أساسا في أماكن ومناطق التواجد المكثف للفرنسيين بالمدن الكبرى والمناطق الساحلية حيث أنه في سنة 1945 بلغ عدد البلديات ذات التصرف التام بالقسم الشمالي 329 بلدية، أما البلديات المختلطة فبلغ عددها 97 بلدية[1].

وأثناء اندلاع ثورة أول نوفمبر 1954 كان هناك 332 بلدية ذات التصرف التام، ثم عمدت السلطات الاستعمارية إلى إصدار المرسوم رقم 56ـ 642 المؤرخ في 28 جوان 1956، لتعميم صنف البلديات ذات التصرف التام على كافة مناطق الجزائر وذلك

[1] محمد الصغير بعلي، نفس المرجع، ص134.

بهدف مجابهة الثورة والالتفاف عليها هذه البلديات ومنذ نشأتها خضعت للقانون البلدي الفرنسي الصادر في 1884، والذي ورد فيه وجود هيئتين بالبلدية هما:

ـ **المجلس البلدي** (conseil municipal): وهو جهاز منتخب من طرف سكان البلدية الفرنسيين والجزائريين، إلا أن تأثير الجزائريين فيه كان بنسب محدودة وكذا متغير حسب المراحل والتطورات السياسية التي عرفتها الجزائر، وكانت لهذا المجلس صلاحيات متعددة وفي مجالات مختلفة.

ـ العمدة (le maire): وهو رئيس المجلس البلدي ينتخب من بين أعضاء المجلس نفسه. وبهدف قمع الجماهير ومقاومة الثورة التحريرية دعمت السلطة الاستعمارية الفرنسية الطابع العسكري للبلديات بإحداث:

1 الأقسام الإدارية الخاصة (s. a. s) في المناطق الريفية.

2 الأقسام الإدارية الحضرية (s.a u.) في المدن، وهي هيئات تقع تحت السلطة المباشرة للجيش الفرنسي وتتحكم فعليا في إدارة وتسيير البلديات.

ثانيا: البلدية في الجزائر بعد الاستقلال

لقد مر التنظيم البلدي في الجزائر بعد الاستقلال بعدة مراحل نذكرها فيما يلي:

1\ البلدية في المرحلة الانتقالية (1962.1967)[1]:

تعرضت البلدية في هذه المرحلة لنفس الأزمة التي هزت باقي المؤسسات على اختلاف أنواعها وهذا بحكم ظروفها الصعبة على المستوى المالي والتقني والبشري، وقد فرض هذا الفراغ على السلطة آنذاك أن تعمل على إنشاء لجان خاصة لتتولى مهمة تسيير شؤون البلدية يقودها رئيسا عهدت إليه مهام رئيس البلدية، وبالموازاة مع ذلك عمدت السلطة إلى تخفيض عدد البلديات ليصل العدد إلى 676 بلدية، سميت هذه المرحلة بمرحلة التجميع، حيث أصبح متوسط عدد سكان البلدية 180 ألف ساكن[2]، وهذا بعد أن وصل عدد البلديات أثناء الفترة الاستعمارية إلى 1535 بلدية اصطنعتها السلطة الفرنسية لفرض

[1] عمر صدوق، **دروس في الهيئات المحلية المقارنة**،ط1. الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية، 1988، ص 89.

[2] بيان الأسباب لقانون البلدية لسنة 1967، الجريدة الرسمية رقم 06 لسنة 1967.

هيمنتها، وبسط نفوذها وتعزيز تواجدها في التراب الجزائري[1]، وبهدف مساعدة البلديات على القيام بمهامها تم إنشاء لجان أخرى تمثلت في لجنة التدخل الاقتصادي والاجتماعي (C. I. E .S)، والمجلس البلدي لتنشيط القطاع الاشتراكي (C C. A. S. S.)، وتضم اللجنة الأولى ممثلين وتقنيين يتمثل دورهم في تقديم أراء حول مشروع الميزانية، وعلى العموم تقوم هذه اللجنة بكل عمل من شأنه بعث التنمية الاجتماعية والاقتصادية بالمنطقة، غير أن هذه اللجان لم يتم تنصيبها في كثير من المناطق، أما المجلس الثاني فقد كان يضم ممثلين عن الإتحاد العام للعمال الجزائريين وممثلين عن الحزب وعن الجيش، وكانت مهمته الأساسية تتمثل في تنظيم ومتابعة المشاريع المسيرة ذاتيا.

2\ مرحلة التفكير في إنشاء قانون البلدية[2]:

لقد كان لدستور 1963 وميثاق الجزائر وميثاق طرابلس بالغ الأثر في إبراز مكانة البلدية على المستوى الرسمي والاعتراف بدورها الطلائعي، ولعل من الأسباب التي دفعت السلطة آنذاك إلى ضرورة الإسراع في إصدار قانون البلدية نجد:

ـ خضوع البلدية أثناء الفترة الاستعمارية للنظام القانوني الفرنسي مما أجبر السلطة على ضرورة التعجيل بإصلاح المؤسسات الموروثة ومنها البلدية.

ـ عدم مواكبة هذه النصوص لفلسفة الدولة المستقلة والتي تبنت الاتجاه الاشتراكي بحسب النصوص الرسمية، ورغبة السلطة في عدم إطالة الفترة الانتقالية خاصة وقد نجم عنها تباين محسوس على المستوى التطبيقي العملي.

ـ إن دور البلدية أعظم من دور الولاية لاشك بحكم اقترابها أكثر من الجمهور، وبحكم مهامها المتنوعة لذا وجب أن يبدأ الإصلاح منها أولا.

وانطلاقا من هذه النصوص المرجعية، ومن تجربة الفترة الانتقالية تحرك الهيكل السياسي المتمثل في المكتب السياسي لجبهة التحرير الوطني وأعد مشروع قانون البلدية، الذي طرح

[1] أحمد محيو، **محاضرات في المؤسسات الإدارية**، ط1.الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية، 1996، ص 183.

[2] عمار بوضياف، نفس المرجع ، ص 273.

وبقوة بعد أحداث 1965، وعرف امتدادا واسعا وشرحا مستفيضا وإثراء لا مثيل له من جانب الحزب وتم تبنيه في مجلس الثورة في شهر جانفي 1967.

3\ مرحلة قانون البلدية لسنة 1967[1]:

شهدت هذه المرحلة صدور القانون البلدي رقم 67ـ 24 الصادر في 18 جانفي 1967 وقد تميز هذا القانون بالتأثر بنموذجين مختلفين، هما النموذج الفرنسي والنموذج اليوغسلافي، ويبدو التأثر بالنظام الفرنسي خاصة بالنسبة لإطلاق الاختصاصات للبلديات بحكم العامل الاستعماري، أما التأثر بالنموذج اليوغسلافي فيعود سره إلى وحدة المصدر الإيديولوجي (النظام الاشتراكي) واعتماد نظام الحزب الواحد وإعطاء الأولوية في مجال التسيير للعمال والفلاحين.

4\ مرحلة التقسيم الإداري لسنة 1974:

بموجب هذا التقسيم الصادر بمقتضى الأمر 69ـ 74 المؤرخ في 02جويلية 1974 تم استبدال مصطلح المقاطعة بمصطلح ولاية، وارتفع عددها من 17 مقاطعة إلى 31 ولاية أما عدد البلديات فبلغ 704 بلدية بعد أن كان عددها 676 بلدية في سنة 1967، كان يهدف هذا التقسيم إلى إيجاد نوع من التوازن الإقليمي والتقليل من حدة الفوارق بين بلديات الوطن، وذلك بتوسيع وتكثيف الأنشطة الاقتصادية، ومنه خلق أنشطة متجانسة بحصرها في حدود ولايات تتمتع باكتفاء ذاتي في جميع الميادين، لكن الواقع التطبيقي أظهر عيوبا حالت دون ذلك.

5\ مرحلة التقسيم الإداري لسنة 1984[2]:

تميز تواجد البلديات بالاستقرار السياسي والاقتصادي إلى غاية 1984، حيث قسمت البلديات القديمة وأحدثت أخرى جديدة، لغرض تقريب الإدارة من المواطنين وتكريسا لمبدأ اللامركزية والاستقلالية، فتضاعف عدد البلديات ليصل إلى 1541 بلدية، وعدد الولايات

---

[1] مسعود شيهوب، **أسس الإدارة المحلية وتطبيقاتها على نظام البلدية والولاية في الجزائر**، بدون طبعة. الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية، 1986، ص38.

[2] بن شعيب نصر الدين، "**إشكالية تمويل البلديات وسبل ترقيتها**"، مذكرة ماجستير تخصص مالية عامة، جامعة تلمسان، 2002، ص 06.

ليصل إلى 48 ولاية بموجب قانون 04فبراير 1984، وبقي عدد البلديات و الولايات مستقرا إلى يومنا هذا، إلا أن عدد الدوائر جدد بموجب المرسوم رقم 86ـ 310 المؤرخ في ديسمبر 1986 ليصل إلى 229 دائرة، ثم تضاعف العدد إلى 522 دائرة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 91ـ 306 المؤرخ في 24أوت 1991، وهذا بغرض الإشراف الجيّد والفعال على العدد الهائل من البلديات، ولتحسين مستوى الأداء بفضل تقريب الهيئة الوصية المشرفة على رقابة البلديات.

6\ مرحلة قانون البلدية لسنة 1990[1]:

تميزت هذه المرحلة بخضوعها لمبادئ وأحكام جديدة أرساها دستور1989، وعلى رأسها إلغاء نظام الحزب الواحد واعتماد التعددية الحزبية، ولم يعد للعمال والفلاحين أي الأولوية في مجال الترشح كما كان من قبل بعد أن ثبت هجر النظام الاشتراكي.

الفرع الثاني:هيئات وأجهزة إدارة البلدية.

طبقا للمادة 15 من قانون البلدية رقم 11ـ10[2] المؤرخ في 22 يونيو 2011 فإن البلدية تتوفر على:

. هيئة مداولة، المجلس الشعبي البلدي.

. هيئة تنفيذية يرأسها رئيس المجلس الشعبي البلدي.

ـ إدارة ينشطها الأمين العام للبلدية تحت سلطة رئيس المجلس الشعبي البلدي، وعليه سوف أتطرق إليها بالتفصيل[3].

[1] عمار بوضياف، نفس المرجع ، ص 274.

[2] القانون 11\10 المؤرخ في 20 رجب 1432 الموافق ل22يونيو 2011، المتعلق بالبلدية، الجريدة الرسمية 37 سنة2011.

[3] المادة 15 من القانون 11\10 المتعلق بالبلدية.

أولا: المجلس الشعبي البلدي(هيئة المداولات).

يعد المجلس البلدي هيئة أساسية في تسيير وإدارة البلدية كجماعة إدارية لامركزية إقليمية .بحيث أنه يعبر عن إرادة الجمهور ومشاركته في اتخاذ القرارات.ولدراسة هذا الهيكل سأتطرق لتشكيله وقواعد سيره وكذا صلاحياته.

1\تشكيل المجلس:

يتشكل المجلس الشعبي البلدي من مجموعة منتخبين يتم اختيارهم من قبل سكان البلدية بموجب أسلوب الاقتراع النسبي على القائمة وذلك لمدة خمس سنوات ويختلف عدد أعضاء المجلس البلدي بحسب التعداد السكاني للبلدية وفق ما حددته المادة 79 من القانون العضوي للانتخابات رقم 12-01 المؤرخ في 12جانفي 2012. وهم كالتالي:

. 13 عضو في البلديات التي يقل عدد سكانها عن 10000نسمة.

. 15 عضو في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 10000و20000نسمة.

. 19عضو في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 20001و50000نسمة.

. 23عضو في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين50001و100000نسمة.

. 33عضو في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 100001و200000نسمة.

. 43 عضو في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 200001نسمة أو ما يفوقه.

2\ سير المجلس الشعبي البلدي.

لتسيير المجلس الشعبي البلدي عدة دورات[1] يجرى من خلالها مداولات، كما يشكل لجان متخصصة.

أ\ دورات المجلس البلدي:

حددت المادة 16 [2]من قانون البلدية الكيفية التي يمكن من خلالها ممارسة المجلس الشعبي البلدي لمهامه من خلال نصها على أن المجلس الشعبي البلدي يجتمع في دورة عادية

[1] وذلك طبقا للمادة 16 من القانون 11\10 السابق ذكره.

[2] المادة 16 من قانون 11\10 المتعلق بالبلدية.

كل شهرين (02) ولا يجب أن تتعدى كل دورة خمسة أيام كما يقع إلزاما على المجلس إعداد النظام الداخلي الخاص به والمصادقة عليه في أول دورة له على أن مسألة النظام الداخلي النموذجي ومحتواه قد ترك تحديده عن طريق التنظيم، وعدا ذلك فإن المجلس الشعبي البلدي يمكن أن يجتمع في دورة غير عادية كلما اقتضت ضرورة المصلحة البلدية لذلك وهذا بطلب من رئيسه أو ثلثي 3\2 أعضائه أو بطلب من الوالي، كما يمكن أن ينعقد المجلس البلدي بقوة القانون في حالة ظروف استثنائية مرتبطة بخطر وشيك أو كارثة كبرى، ويقوم رئيس المجلس الشعبي البلدي بتحديد جدول الأعمال بالتشاور مع الهيئة التنفيذية ويرسل الاستدعاءات لأعضاء المجلس كتابيا وإلى مقر سكناهم مرفقة بجدول الأعمال بواسطة ظرف محمول قبل عشر أيام كاملة على الأقل من تاريخ افتتاح الدورة.

ب\ مداولات المجلس البلدي:

يجري المجلس الشعبي البلدي خلال دوراته عدة مداولات تحكمها القواعد الأساسية التالية:

. يجب أن تكون المداولات علنية[1].

. يجب أن يتمتع الجمهور بحق الإطلاع على المداولات.

. تجرى وتحرر المداولات باللغة العربية.

ـ تنتخب المداولات بالأغلبية المطلقة للأعضاء الممارسين و الحاضرين مع ترجيح صوت الرئيس عند تساوي الأصوات.

وعلى هذا فإن مداولات المجلس الشعبي البلدي ليس لها الطابع التنفيذي إلا بصدور قرار من الهيئة التنفيذية، وفق الإجراءات السارية المفعول.

ج\ اللجان:

يستطيع المجلس البلدي أن يشكل من بين أعضائه لجانا دائمة للمسائل التابعة لمجال اختصاصه ولاسيما تلك المتعلقة بما يأتي:

[1] المادة 26 من قانون نفسه.

الاقتصاد والمالية والاستثمار، الصحة والنظافة وحماية البيئة، تهيئة الإقليم والتعمير والسباحة والصناعات التقليدية، الري والفلاحة والصيد البحري، الشؤون الاجتماعية والثقافية والرياضية والشباب.

يحدد عدد اللجان الدائمة كما يأتي:

. ثلاث (03) لجان بالنسبة للبلديات التي يبلغ عدد سكانها 20.000 نسمة أو أقل.

ـ أربع(04) لجان بالنسبة للبلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 20.001 إلى 50.000 نسمة.

ـ خمس(05) لجان بالنسبة للبلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 50.00إلى 100.000 نسمة.

. ست (06) لجان بالنسبة للبلديات التي يفوق عدد سكانها 100.000 نسمة[1].

3\ اختصاصات المجلس:

تمارس المجالس الشعبية للبلدية الاختصاصات في مسائل كثيرة ومتنوعة تتعلق أساسا بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وذلك فضلا عن المسائل المالية هذا وتقوم المجالس البلدية ببحث كافة هذه الموضوعات وتتخذ القرارات اللازمة بعد المداولات التي تجريها في هذا الشأن. وسوف أعرض هذه الاختصاصات فيما يلي:

1ـ **التعمير والهياكل الأساسية والتجهيز**[2]: من حيث التزود بوسائل التعمير، واحترام تخصيصات الأراضي المعدة للبناء والزراعة والمحافظة على حماية التراث العمراني.

2ـ **التعليم الأساسي وما قبل المدرسي:** تختص البلدية بإنجاز مؤسسات التعليم الأساسي وصيانتها، كما لها أن تشجيع كل إجراء من شأنه ترقية النقل المدرسي.

3ـ **الأجهزة الاجتماعية والجماعية:** مثل إنجاز المراكز والهياكل الصحية والثقافية والرياضية وصيانة المساجد والمدارس القرآنية.

4. السكن: وذلك بتوفير شروط الترقية العقارية كالتشجيع على إنشاء التعاونيات العقارية.

---

[1] المادة 31 من قانون 11\10، المرجع سابق ذكره.

[2] المادة 113 من القانون 11\10 السابق ذكره.

5ـ **حفظ الصحة والنظافة والمحيط**: تتكفل البلدية بحفظ الصحة والمحافظة على النظافة العمومية[1] خاصة بالنسبة للمياه الصالحة للشرب والمياه القدرة والنفايات ونظافة الأغذية والأماكن العمومية وحماية البيئة.

6ـ **الاستثمارات الاقتصادية للبلدية**: للبلدية أن تستثمر في المجالات الاقتصادية طبقا للتشريع المعمول به.

7ـ **في المجال المالي**: يتولى المجلس الشعبي البلدي سنويا المصادقة على ميزانية البلدية. فللمجلس دور هام بالنسبة لهذه الميزانية فبعد أن يقترح الرئيس مشروع ميزانية البلدية يجري التصويت عليها بمعرفة المجلس، ويتم التصويت على أبواب الاعتمادات و موضوعاتها ويحق للمجلس الشعبي إجراء تحويلات من باب إلى آخر داخل نفس القسم من الميزانية، كما يحق لرئيس المجلس إجراء تحويلات من مادة إلى أخرى داخل نفس الباب.

ثانيا:رئيس المجلس الشعبي البلدي.

يعتبر رئيس المجلس الشعبي البلدي المسؤول الأول على مستوى البلدية ويمثل الهيئة التنفيذية ويضطلع بمجموعة من المهام بصفته إما ممثلا للدولة أو بصفته ممثلا للبلدية.

1. تنصيب رئيس المجلس الشعبي البلدي.

لقد نصت المادة 64 من قانون البلدية على ما يلي" يستدعي الوالي المنتخبين قصد تنصيب المجلس الشعبي البلدي خلال الخمس عشر (15) يوما التي تلي إعلان نتائج الانتخابات" ويكون رئيس المجلس الشعبي البلدي هو متصدر القائمة التي تحصلت على أغلبية أصوات الناخبين وفي حالة تساوي الأصوات يعلن رئيسا المرشحة أو المرشح الأصغر سنا. وبعد ذلك يتم إرسال محضر التنصيب إلى الوالي وبعد ذلك يتم إعداد محضر تسليم وتسلم المهام بين الرئيس المنتهية ولايته والرئيس الجديد وذلك خلال 8أيام التي تلي تنصيبه وترسل نسخة من هذا المحضر إلى الوالي [2]مع إخطار المجلس الشعبي البلدي، ومن ثم يقوم الرئيس باختيار نائبان أو عدة نواب يكون عددهم من نائبين إلى ستة (06) نواب وهذا

[1]المادة 123 من نفس القانون.

[2] المادة 68 من قانون 10\11 ، السابق ذكره.

حسب المقاعد التي يتكون منها المجلس الشعبي البلدي وهذا حسب المادة 69 من قانون البلدية" يساعد رئيس المجلس الشعبي البلدي نائبان (02) أو عدة نواب الرئيس"ويكون عددهم كالأتي[1]:

ـ نائبان (02)بالنسبة للبلديات ذات المجلس الشعبي البلدي المتكون من ثلاثة عشر (13) إلى خمسة عشر (15) مقعد.

ـ ثلاثة (03) نواب بالنسبة للبلديات ذات المجلس البلدي المتكون من تسعة عشر (19)مقعدا.

ـ أربعة (04) نواب بالنسبة للبلديات ذات المجلس البلدي المتكون من ثلاثة وعشرون (23)مقعدا.

ـ خمسة (05) نواب بالنسبة للبلديات ذات المجلس البلدي المتكونة من ثلاثة وثلاثون (33)مقعدا.

ـ ستة (06) نواب بالنسبة للبلديات ذات المجلس البلدي المتكون من ثلاثة وأربعون (43)مقعدا

بعدها يعرض رئيس المجلس قائمة النواب الذين اختارهم على المجلس الشعبي البلدي في أجل 15 يوم التي تلي تنصيبه لتتم المصادقة عليهم بالأغلبية المطلقة ويعين الرئيس نوابه للمدة الانتخابية للمجلس الشعبي أي 5 سنوات.

ثالثا: إدارة البلدية.

بالإضافة إلى الأجهزة التي تم ذكرها سابقا يوجد على مستوى البلدية إدارة تسمى إدارة البلدية يحدد تنظيمها حسب قانون البلدية وتوضع هذه الإدارة تحت تصرف رئيس المجلس الشعبي البلدي[2]، وينشط هذه الإدارة الأمين العام للبلدية.

بحيث يعتبر الأمين العام للبلدية الرئيس الإداري الأعلى على مستوى إدارة البلدية وهذا حسب المادة من قانون البلدية، مهمته تنشيط إدارة البلدية، بحيث يقوم بدور تنسيقي بين

[1] المادة 69 من نفس القانون.

[2] المادة 125 من القانون 10\11 السابق ذكره..

مختلف مصالح ومكاتب البلدية قصد توحيد العمل الإداري، ويعود ذلك للكفاءة الإدارية التي يتمتع بها بالمقارنة بالمنتخبين والذين غالبا ما يكونون ذوي كفاءات محدودة أو لعدم إلمامهم بالمنظومة القانونية التي تضبط العمل الإداري. وقد نصت المادة 127 من قانون البلدية على أن تحديد كيفية وشروط تعيين الأمين العام للبلدية يكون عن طريق التنظيم أي أن السلطة التنفيذية هي صاحبة الاختصاص في هذا الإطار بالإضافة إلى حقوقه وواجباته.

ومن صلاحياته ما يلي[1]:

. تنشيط وتنسيق سير المصالح الإدارية والتقنية.

. ضمان تحضير اجتماعات المجلس الشعبي البلدي.

ـ ضمان تنفيذ القرارات ذات الصلة بتطبيق المداولات المتضمنة الهيكل التنظيمي ومخطط تسيير المستخدمين.

ــ إعداد محضر تسليم واستلام المهام المنصوص عليها في المادة 68 أعلاه، يتلقى التفويض بالإمضاء من رئيس المجلس الشعبي البلدي قصد الإمضاء على كافة الوثائق المتعلقة بالتسيير الإداري والتقني للبلدية باستثناء القرارات."

. يقوم بتقدير الإيرادات والنفقات السنوية للبلدية.

. تنشيط وتنسيق سير المصالح الإدارية والتقنية البلدية.

المبحث الثاني: تطور السياسة الصحية في الجزائر.

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

المطلب الأول: السياسة الصحية من 1962. 1965.

برزت السياسة الصحية في الجزائر ابتداء من مرحلة بعد الاستعمار أي مرحلة الاستقلال 1962، فقد مس هذا الجانب ضرورة الاهتمام بالصحة لأنها ليست محض وحق أساسي فقط إنما تتعدى كونها مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردي، وعلى

[1] المادة 129 من القانون 11\10 السابق ذكره.

أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله[1] .

بحيث أن الجزائر ورثت عن الاستعمار الفرنسي وذلك سنة 1962م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها بلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب[2].

ويمكن تلخيص أهم المشاكل الصحية عشية الاستقلال في:

1 هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200)طبيب و(2700) ممرض وممرضة.

2 حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان في تلك الفترة 8 أطباء لكل (100000) ساكن كما بلغ عدد الصيادلة حوالي (30) صيدلي و(30) طبيب أسنان.

3 سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية[3].

4 النقص الكبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.

5 افتقار كبير إلى رؤوس الأموال.

ولاجتناب كل هذه المشاكل سعت الجزائر إلى وضع استراتيجيات من شأنها تعديل مواقع الخلل التي كان فيها النظام الصحي سابقا حيث شملت ما يلي :

---

[1] République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population, **développement du système national de santé. Stratégie et perspectives**, Alger, 2001, p4.

[2] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**.بدون طبعة. الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2007، ص 69.

[3] حبيبة قشي، "**آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**"، (دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2006\2007، ص 120.

الوقايـة: لأن أفضـل طريقـة للعـلاج هـو تجنـب المـرض والعمـل علـى عـدم وقوعـه، وذلـك مـن خلال الحمالات التلقيحية وإجراءات النظافة للوقاية من المرض قبل وقوعه .

عـلاج الأمـراض: مـن أجـل تحقيـق ذلـك تم وضـع مسـتويات عديـدة يتلقـى فيهـا المـريض كـل العلاقـات الضـرورية وذلـك بدايـة مـن المراكـز الصـحية القاعديـة ثم توجهـه إلى المستشـفيات في حالة عدم القدرة على توفير الإمكانيات في المراكز للعلاج، أو في حالة استعصاء العلاج.

التوزيـع العقلانـي للأطبـاء: وذلـك مـن أجـل تحقيـق الأهـداف المرسـومة في الخريطـة الصـحية، ويعـني ذلـك تحقيـق تغطيـة صـحية تشـمل كافـة الـتراب الـوطني مـن حيـث المـوارد البشـرية والهياكل والمعدات الضرورية[1].

المطلب الثاني:السياسة الصحية في الجزائر من 1965\ 1979.

تمثلـت هـذه المرحلـة ببدايـة المخطـط الـوطني ونشـاط المعهـد الـوطني للصـحة العموميـة الـذي أنشـأ عـام 1964، ومـع صـدور الأمـر المـنظم لمهنـة الأطبـاء والصـيادلة عـام 1966 أخـذت الأمـور تتجـه نحـوى الأحسـن شـيئا فشـيئا مـن خـلال تحسـين دفـع عجلـة التكـوين الطـبي و الشبه الطبي وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967 و 1969[2] .

حيـث جـاءت هـذه الجهـود ضـمن الإجـراءات المعتمـدة مـن منظمـة الصـحة العالميـة بعـد نـدوة ألماأتـا في كازاخسـتان أيـن تمـت مناقشـة قضـايا الصـحة العالميـة حيـث كـان أهـم قـرار هـو :"الصـحة للجميـع" وهـذا مـا جعـل بـروز الأمـر الرئاسـي للطـب المجـاني وهـو الأمـر رقـم 73\ 65 المؤرخ في 28ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية[3].

وأهـم مـا يميـز هـذه المرحلـة التاريخيـة مـن جهـة الهياكـل القاعديـة، هـو مضـاعفة قاعـات العـلاج بـين سـنتي 1969و1979 محاولـة مـن المسـؤولين مـنح الأولويـة العـلاج الأولى، وذلـك عـن طريـق تـوفير قاعـات العـلاج والمراكـز الصـحية علـى مسـتوى كـل بلديـة أو علـى مسـتوى كـل

[1] نور الدين حاروش ، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، نفس المرجع ،ص 71.

[2] نور الدين حاروش، المرجع نفسه، ص73.

[3] محمد العيد حسيني، نفس المرجع ، ص 114.

حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية، هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974[1].

بحيث أن أكثر الأمراض التي كانت منتشرة كانت متنقلة عن طريق المياه. وذلك أن نسبة 37% من السكان فقط كانت ممونة بالمياه الصالحة للشرب و23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي، بحيث أن الدولة لم تقف موقف المتفرج بل أخذت التدابير اللازمة من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مركز حماية الطفولة والأمومة وفي إطار الطب المدرسي، كما صدر في هذه مرسوم رقم 69\96 المؤرخ في 09جويلية 1969 والقاضي بإلزامية التلقيح ومجانيته، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة إيجابية التي تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية كما تم الإقرار بالتكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ليصبح علاجه مجانيا ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل وسوء التغذية .

ومن ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الريفية والحضرية حيث تمركزت الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبرى وغيابها تقريبا في المناطق الريفية، حيث لا تحتوي هذه الأخيرة إلا على بعض الأعوان شبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض[2].

و مع بداية السبعينات عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء وزيادة عدد المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات الطبية والعيادات الأسنان وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

---

[1] بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة، **مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية**، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر،2003، ص 139.

[2] العلواني عديلة، **تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر**، أطروحة دكتورة، تخصص علوم اقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2010\2011، ص 178.

الجدول رقم(01) الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962-1973

الإنجازات / السنوات	أطباء	جراحو أسنان	صيادلة	مستشفيات	مراكز صحية
1962	75	33	49	156	188
1973	423	286	353	263	588

المصدر: كساي نجوى، **تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2008، ص88.

ومن مميزات هذه المرحلة هو:

1 بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969ـ 1970: التلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملا ريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية ذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية.

2 انخفاض معدل الجدري سنة 1973 والسعال الديكي والتلقيح ضد الحصبة أما عن الأمراض اتخذت الجزائر طريق التوعية والإرشاد وبالأحرى التثقيف الصحي واستعملت في ذلك المسرحيات والملصقات الإعلانية وكان ذلك في الفترة الممتدة بين 1967و 1968 حيث كانت هذه الفترة بداية لتطبيق وانطلاق البرامج ضد الأمراض وأهمها الملا ريا.

ومن أجل توفير الصحة لكافة المواطنين فقد عملت الحكومة الجزائرية على[1]:

1 إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بتدفق الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

2 إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان، وفق التطورات العلمية في مجال الوقاية والعلاج من خلال وضع برامج تهدف إلى تكوين الأطباء من أجل الوصول إلى تغطية صحية جيدة. أي لكل 1000 مواطن طبيب.

[1] سعيدة شين،نفس المرجع، ص74.

3 مكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ومرض الشلل وسوء التغذية[1].

4 في سنة 1975 تم تبني البرمجة الصحية للدولة وإنشاء القطاعات الصحية، والصحة الفرعية.

فمن خلال هذه الجمل من الإنجازات يتبلور لدينا أن السياسة الصحية خلال هذه الفترة سائرة في طريق إيجاد حلول للأمراض المتفشية في المجتمعات الجزائرية ناهيك عن تقديم المساعدات الطبية وفرص تكوينية لدى الأطباء، من أجل رفع الكفاءة المهنية لدى الأطباء الجزائريين.

المطلب الثالث: السياسة الصحية في الجزائر من 1980\2012.

يمكن تقسيم هذه الفترة محل الدراسة إلى قسمين الأولى من 1980إلى 2002 أما الثانية من 2002إلى 2012

1. الفترة ما بين 1980\2002:

تميزت هذه الفترة ببناء العديد من المستشفيات و العيادات والمراكز الصحية عبر الوطن بحيث ساعدت على توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة، وكذلك تميزت هذه المرحلة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم:

1 قانون 83\11المؤرخ في 02جويلية 1983 والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي [2]وأخذ مبلغ جزافي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة.

2 مرسوم تنفيذي 86ـ25 المؤرخ في11فيفري 1986 يعطي استقلالية تامة للمراكز الاستشفائية الجامعية. بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية.

---

[1] حفيظة دوناس،" **واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر**. دراسة حالة عيادة الرازي ببسكرة، مذكرة مقدمة لنيل مذكرة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية قسم العلوم السياسية جامعة محمد خيضر بسكرة ، 2013\2014، ص29.

[2] محمد العيد حسيني، نفس المرجع، ص 116.

وقد شهدت الفترة من (1992\2002) الكثير من الإنجازات، حيث شهدت عدة مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور (الجزائر) الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للضمادات الحيوية.

وتضاف إلى هذه المؤسسات الصيدلية المركزية للمستشفيات الوكالة الوطنية للدم والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية والمركز الوطني لمكافحة التسمم والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.

بصفة عامة أغلب المؤشرات الصحية تحسنت خلال هذه الفترة تزامنا مع النتائج التي أعطتها البرامج الوطنية للصحة، التي وضعت في نهاية الستينات، حيث أن أغلب الأمراض المعدية المتفشية في وسط الأطفال بدأت تعرف تراجعا محسوسا، كما أن أمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962 إلى 60 سنة في 1982 لكن إلى جانب هذه المؤشرات الإيجابية عرفت هذه الفترة انتشار أمراض مزمنة كضغط الدم والسكري والربو كما أدى وجود مصادر الأوبئة إلى ظهور أمراض معدية كحمى التيفوئيد، التهاب الكبد الفيروسي والكوليرا[1].

وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية خلال هذه المرحلة قدرا من التقدم في المجال الصحية من حيث عدد الأطباء، فقد وصل عدد الجزائريون منهم سنة 1982 إلى 7350 طبيب في مقابل 2401 طبيب أجنبي كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ 2171 أما عدد الصيادلة فوصل إلى 1093 بالإضافة إلى ارتفاع عدد المنشآت الصحية، كما هو موضح في الجدول التالي:

[1] شريفي خيرة، **دراسة تحليلية لتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر**، مذكرة ماجستير، تخصص علوم اقتصادية، جامعة الجزائر، 2007، ص 31.

الجدول رقم (02) تطور عدد المؤسسات الصحية 1979-1982

السنوات / المؤسسات الصحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة	183	183	196	196
المجمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

المصدر: كساي نجوى، المرجع السابق ذكره، ص 89.

وما ميز هذه الفترة صدور القرار رقم 22 المؤرخ في 1981/09/05 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية، كما تم تطبيق قانون الاستقلالية المالية في الميزانية والتسيير في 1986/12/06 فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية، وصدر قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة 1987، نظرا لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على استيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية، وفي هذه الفترة بالذات تم فسح المجال أمام القطاع الخاص.

ولقد صادقت الحكومة في 30 ماي1984 على برنامج عمل مجال الصحة العمومية يشمل كل الجوانب الرامية إلى زيادة الفعالية وتتعلق قرارتها[1]:

- تكييف النظام مع الحقائق الديمغرافية والوبائية للبلاد.
- دمج أنشطة النظافة والتطهير في مخططات التنمية.

[1] كساي نجوى، نفس المرجع ، ص 89.

- القيام بعمليات وقائية وتطبيق برنامج لمقاومة وفيات الأطفال.
- إعادة الاعتبار لاقتصاد الصحة.

الجدول رقم (03) تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر 1996-2000

الهياكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز استشفائية	13	13	13	13	13
قطاعات صحية	185	177	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز صحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات العلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر : كساي نجوى، المرجع سبق ذكره، ص 90-91.

2ـ الفترة ما بين 2002\2012: اتسمت هذه الفترة تطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة،[1] بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول، وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

[1] محمد العيد حسيني، نفس المرجع، ص125.

1 بناء هياكل صحية جديدة، والقيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبية خاصة في مجال التصوير الطبي[1].

2 ارتفاع عدد الأطباء بنسبة 70% بين سنة 1999و 2007 أي 35000 ممارس منهم 13000 مختص.

3 محاولة إعادة التوازن لتوزيع الأطباء عبر التراب الوطني بفضل الخدمة المدنية، فبعدما كان عدد الأطباء المختصين الممارسين في الهضاب العليا والجنوب 387 سنة 1999 أصبح 3174سنة 2007.

وقامت السلطة السياسية في نفس الفترة بإجراءات تنظيمية تمثلت في:

1\إعادة هيكلة المنظومة الصحية عبر التراب الوطني:

قد تم اعتماد تنظيم صحي جديد في شهر 19ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي 07ـ140[2]، يقوم على الفصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية[3] كان الهدف تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات، علاوة على ذلك تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العامين والمتخصصين وشبه الطبيين بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهياكل الجديدة المرتقب تسليمها. ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى وبهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما:المؤسسة العمومية الاستشفائية (établissement public hospitalier)(EHU)، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (établissement

[1] مقالة من جريدة الحوار ل:ثرية مسعودة 2008\12\13،بعنوان" إنجازات هامة في مجال الصحة حتى مع تزايد الاصابات بالأمراض المزمنة.

[2] R. A. D. P, décret n°76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité **journal officiel**, n°33, du 20mai 2007, p9.

[3] محمد العيد حسيني،نفس المرجع ، ص 115.

public de santé de proximité)(EPSP) التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج[1]. غير أن هذا الإجراء قد زاد في تجزأ المنظومة الصحية التي كانت تعاني من انعدام التنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص وجعلها تبدو أكثر تشتتا من ذي قبل، إضافة إلى أن المؤسسات الإستشفائية أخذت حصة الأسد من الأطباء وخاصة المسيرين ذوي خبرة، وزادت من مشكلة ضعف التسيير لدى المؤسسات الجوارية والدليل على غياب الرؤية لدى واضعي السياسة الصحية في الجزائر، ففي سنة 1987 قامت الدولة بإصلاحات للمراكز الاستشفائية الجامعية (C.H.U) حيث يقول أحد الفاعلين في السياسة الصحية بالجزائر "إنها كانت كارثة حقيقية، فهذه المراكز كانت تحيطها قطاعات صحية، أصبحت بعد هذه الإصلاحات معزولة تماما عن الحقائق الميدانية وجاءت هذه الإصلاحات بحجة أن العلم الذي يتحصل عليه الأطباء مكانه المركز الاستشفائي الجامعي أين يجد الطالب المكان المهيأ للتفكير وكسب المعارف ولا توجد هذه الظروف في القطاعات الصحية والعيادات، وقد شكلت السياسة الصحية لدولتي كوبا والصين مثالين مشجعين طالبت منظمة الصحة العالمية باقي الدول النامية الاقتداء بهما.

وهاهي الجزائر تستنجد بالأطباء الكوبيين للتكفل بالمرضى الجزائريين خاصة في طب العيون وأمراض السرطان، وهي من الاختصاصات التي تتطلب مهارات عالية.

2\ تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد في 2010:

وقد أتمت اللجنة أعمالها في الآجال المحددة أي في جانفي 2011، وبالموازاة مع ذلك تشكلت عدة لجان لإعادة النظر في الوقاية والتعليم الشبه طبي ولجنة لوضع خارطة صحية للدولة، ولكن كل هذه اللجان تشكلت دون أن يطلع عليها الرأي العام، ودون أن تشارك فيها هيئات المجتمع المدني من نقابات مستقلة أو جمعيات ممثلة للمرضى أو لمهنيي الصحة، بحيث أن وزير الصحة (جمال ولد عباس [2]استدعى النقابات والجمعيات للمصادقة على قانون الصحة الجديد الذي تم تحضيره في غيابهم، مما دفعهم لرفض الدعوة واستنكار هذا

[1] نور الدين حاروش، نفس المرجع، ص4.

[2] Abdelkrim soulaimene, la loi de sante publique en Algérie et en France, **sante publique**, 2004volume 16, n4, p640, site: www.caim.info--- 197.200.96.122- 18/03/2018 21h46.

التصرف من السلطات الصحية، وغياب الديمقراطية في مناقشة مشروع قانون الصحة على الرغم من توصيات المنظمات العالمية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية (OMS) بإشراك هيئات المجتمع المدني في إعداد وتنفيذ السياسة الصحية. وأمام رفض النقابات والجمعيات الحضور لجلسات الصحة، أقامت مديريات الصحة والسكان في الولايات أيام دراسية لمناقشة قانون الصحة، ورُفعت توصيات للجهات الوصية، لكن قانون الصحة لم يرى النور إلى اليوم.

المبحث الثالث:دور الإدارة المحلية في تفعيل السياسة الصحية

في هذا المبحث سأتطرق إلى دور كل من المديريات الولائية للصحة ودور المؤسسات الصحية وكذلك دور الهيئات المحلية في تنفيذ السياسة الصحية.

المطلب الأول: دور المجالس الجهوية والمديريات الولائية في تنفيذ السياسة الصحية.

الفرع الأول: المجالس الجهوية للصحة.

تم إنشاء المجالس الجهوية للصحة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418 الموافق 14 يوليو 1997 وتنظم وتسيّر بموجب هذا المرسوم.

بحيث طبقا للمادة الأولى من المرسوم رقم 97-262 "يعد هذا المجلس الجهوي للصحة هيكل تنسيق وتشاور ما بين القطاعات هدفه ضمان وقاية صحة السكان التابعة لاختصاصه الجغرافي وترقيتها وإعادة الاعتبار لها بصفة عقلانية و ناجعة"[1].

يتكفل المجلس الجهوي للصحة بما يأتي:

-ينسق بالاتصال مع السلطات والهيئات المعنية، بين نشاط الهياكل العملية ونشاط المتدخلين الآخرين الذين يهتمون بمجال الصحة.

-يوجه نشاط الصحة حسب الحالة الوبائية للمنطقة المعنية وحسب الثروات المتوفرة والأولويات المقررة.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 09 ربيع الأول 1418 الموافق ل14 يوليو 1997 المتعلق بتنظيم وتسيير المجالس الجهوية للصحة.

- يحفز كل عمل يهدف إلى تحقيق إدماج الوسائل المتوفرة في الدائرة الجهوية والتي من شأنها أن تساعد على حماية صحة السكان وترقيتها وإعادة الاعتبار لها.

- يسهر، بالاتصال مع الهيئات والهياكل المعنية، على جمع المعلومات الصحية ومعالجتها ونشرها.

- يقترح برامج جهوية تساعد على تلبية الاحتياجات الصحية لمجموع السكان المعنيين والشروع في متابعتها ومراقبتها وتقويمها بصفة دورية.[1]

- يشجع المبادرات المحلية وإقامة علاقات وطيدة مع الهياكل الجهوية المشاركة في إنجاز برامج الصحة والسكان.

الفرع الثاني: المديريات الولائية.

توجد على مستوى كل ولاية من ولايات القطر مديرية للصحة والسكان والتي حددت مهامها وفق المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 09 ربيع الأول 1418 الموافق 14 يوليو 1997 الذي حدد القواعد الخاصة بتنظيم وسير مديريات الصحة والسكان الولائية.

تعريف مديرية الصحة والسكان:

وحسب المادة الأولى من المرسوم رقم 97-261 السابق الذكر فإن المديرية الولائية للصحة والسكان " هي عبارة عن مؤسسة خدمية وظيفتها تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان، ويتم ذلك عن طريق تنسيق العمل ضمن المصالح المكونة لها[2].

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 09ربيع الأول 1418 الموافق ل14 يوليو 1997 المتعلق بتنظيم وسير مديريات الصحة والسكان الولائية.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 97-261 ،المتعلق تنظيم وسير مديريات الصحة والسكان الولائية.

مهام مديرية الصحة والسكان:

1\تنشيط وتنسيق وتنفيذ البرامج الوطنية المحلية للصحة لاسيما في مجال الوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة بمجال التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي وترقية الصحة.

2\تسهر على احترام السلم التسلسلي للعلاج لاسيما بتطوير كل النشاطات التي تهدف إلى ترقية الصحة للعلاج القاعدي.

3\ تسهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمالية.

4\ تسهر على وضع جهاز يختص بجمع المعلومات الصحة والوبائية و الديمغرافية واستغلاله أو تحليلها وتبليغها.

5\ تتولى تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها.

6\ تنشيط الهياكل الصحية وتنسيقها وتقويمها.

7\ تعد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت تبعيتها.

8\ تدرس برامج الاستثمار و وتتابعها.

9\ تتابع وتقوم بتنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقويمه.

10\ تطور مديرية الصحة والسكان وتضع حيز التنفيذ كل التدابير التي من شأنها أن تؤطر النشاطات الخاصة بالصحة والسكان.

11\ توضع الأسلاك والمناصب العليا بمفتشيه الصحة التي تنشط على مستوى مديريات الصحة والسكان الولائية تحت السلطة المباشرة لمدير الصحة والسكان[1].

[1] حسب المادة 6 من المرسوم رقم 97\261، السابق ذكره.

المطلب الثاني: دور المؤسسات الصحية في تنفيذ السياسة الصحية.

تتمثل المؤسسات الصحية في الجزائر في المستشفيات التي تقتصر فقط في القطاع العام شأنها شأن المؤسسات الصحية المتخصصة، بالإضافة إلى العيادات الطبيّة التي تتوزع على القطاع العام والخاص، وقد تناولت في الجدول عدد المستشفيات والمؤسسات الصحية المتخصصة والعيادات الطبية في الجزائر وتوزيعها بين القطاعين العام والخاص.

الجدول(04) يوضح المؤسسات الصحية في الجزائر حتى 2011.

القطاع	المستشفيات	المؤسسات الصحية المتخصصة	العيادات الطبية
العام	224	31	504
الخاص	0	0	221
المجموع	224	31	725

المصدر: راضية تونسي، "**تأسيس وتطوير 700 مركز صحي حتى 2016**"،

Www. zawaya. com/ar/ story

من خلال الجدول نلاحظ سيطرة القطاع العام على المؤسسات الصحيّة في الجزائر حيث تبلغ عدد المستشفيات 224 مستشفى، و31 مؤسسة صحية متخصصة، بينما توجد 725 عيادة طبية موزعة بين القطاعين العام والخاص[1].

تعريف المؤسسة الصحية:

- المؤسسة الصحية هي مجموعة المختصين والمهن الطبية وغير الطبية و المدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين و المرتقبين وإشباع حاجاتهم واستمرار المنظمة الصحية."[2]

[1] من ملاحظات الطالبة بالاعتماد على الجدول.

[2] محمد ريحان، **خدمة الرعاية الصحية- المؤتمر العربي الثالث بعنوان: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات**، الشارقة، من 5 إلى7 كانون الأول، 2004، ص 34.

- كما عرفت على أنها:" تركيب اجتماعي، إنساني، يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة وتتكون من أفراد مهنيين ومختصين بميادين صحية وطبية متنوعة يقدمون خدمات الرعاية الصحية."[1]

يتّضح من هذه التعاريف أن منها من ركز على الوظيفة التقليدية للمؤسسة الصحية كمكان لعلاج المرضى ومنها من ركز على المفهوم الحديث باعتبارها جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي، تقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية.

ومن المؤسسات الصحية نذكر:

أولا: المؤسسة العمومية الاستشفائية.

تم إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2جمادى الأولى 1428 الموافق 19 مايو 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.

تتكون المؤسسات العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتملات المادية لهذه المؤسسات بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية[2]:

1\ التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان.

2\ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

---

[1] محمد سامي راضي، **المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية**.بدون طبعة. الإسكندرية: الدار الجامعية الإبراهيمية، بدون طبعة، 2007، ص 14.

[2] المرسوم رقم 07-140 السابق ذكره.

3\ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

4\ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

5\ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

ثانيا: المؤسسات الاستشفائية.

المؤسسات الاستشفائية تخضع لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 19 شعبان 1433 الموافق 09يوليو 2012 المحدد لتنظيم وسير المؤسسات الاستشفائية.

تعتبر هذه المؤسسات مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة.[1]

مهام المؤسسات الاستشفائية:

تكلف هذه المؤسسات، في إطار السياسة الوطنية للصحة، بالتكفل بصفة متكاملة بالاحتياجات الصحية لسكان الولاية التي تغطيها وكذا سكان الولايات المجاورة. وبهذه الصفة تتولى على الخصوص بالمهام الآتية:

1\ تطبيق برامج الصحة الوطنية والجهوية والمحلية.

2\ المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين التابعة للوقاية والنظافة الصحية ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

3\ ضمان نشاطات في ميادين التشخيص والفحص والعلاج والوقاية وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء وكل نشاط يساهم في حماية الصحة وترقيتها.

4\ المشاركة في تطوير كل الأعمال والمناهج والطرق والأدوات التي ترمي إلى ترقية تسيير عصري و فعال لمواردها البشرية والمادية والمالية.

5\ ضمان النشاطات المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

[1] المادة 02 من المرسوم رقم 12\281، المؤرخ في 19 شعبان 1433 الموافق ل09 يوليو 2012، المتعلق ب تنظيم وسير المؤسسات الاستشفائية.

6\ اقتراح كل الأعمال المتعلقة بتحسين مستوى المستخدمين وتجديد معارفهم والمساهمة في ذلك.

7\ إعداد معايير التجهيز الصحي والعلمي والبيداغوجي للهياكل الصحية.

8\ يمكن المؤسسة، لتأدية مهامها وتطوير نشاطاتها، إبرام كل صفقة أو اتفاقية أو عقد أو اتفاق مع كل هيئة عمومية أو خاصة وطنية أو أجنبية.

يتعين على المؤسسة إعداد وتنفيذ ما يأتي[1]:

- مشروع المؤسسة يحدد الأهداف العامة السنوية والمتعددة السنوات واستراتيجيات تطوير نشاطاتها، لاسيما في ميادين العلاج والتكوين والبحث والاتصال الداخلي والخارجي وتسيير منظومة الإعلام.

- مشروع نوعية.

يندرج المشروعان وجوبا في إطار سياسات الصحة والتكوين العالي المقررة.

تبرم عقود أهداف مع السلطات الصحية وسلطات التكوين المعنية.

ثالثا: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

تم إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق 19 مايو 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.

تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة السكان، وتحدد المشتملات المادية لهذه المؤسسات بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 12-281المؤرخ في 19شعبان 1433 الموافق 09يوليو 2012 المتعلق تنظيمي وسير المؤسسات الاستشفائية

مهام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية[1].

تتمثل في التكفل بصفة متكاملة بما يلي:

1\ الوقاية والعلاج القاعدي.

2\ تشخيص المرض.

3\ العلاج الجواري.

4\ الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

5\ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

6\ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على وجه الخصوص بما يأتي:

1\ المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

2\ المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

3\ يمكن استخدام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

4\ يسير كل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير وتزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي.

القطاعات الصحية في الجزائر التي وصل عددها إلى 183 قطاع عبر التراب الوطني كانت محل مراجعة وإلغاء بالكامل بدءا من سنة 2008، حيث تشكل بناء جديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى الصحة الجوارية وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق 19 ماي 2007، كما تضمن إعادة هيكلة إدارية وتنظيمية لهذه المؤسسات.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 12-140 السابق ذكره.

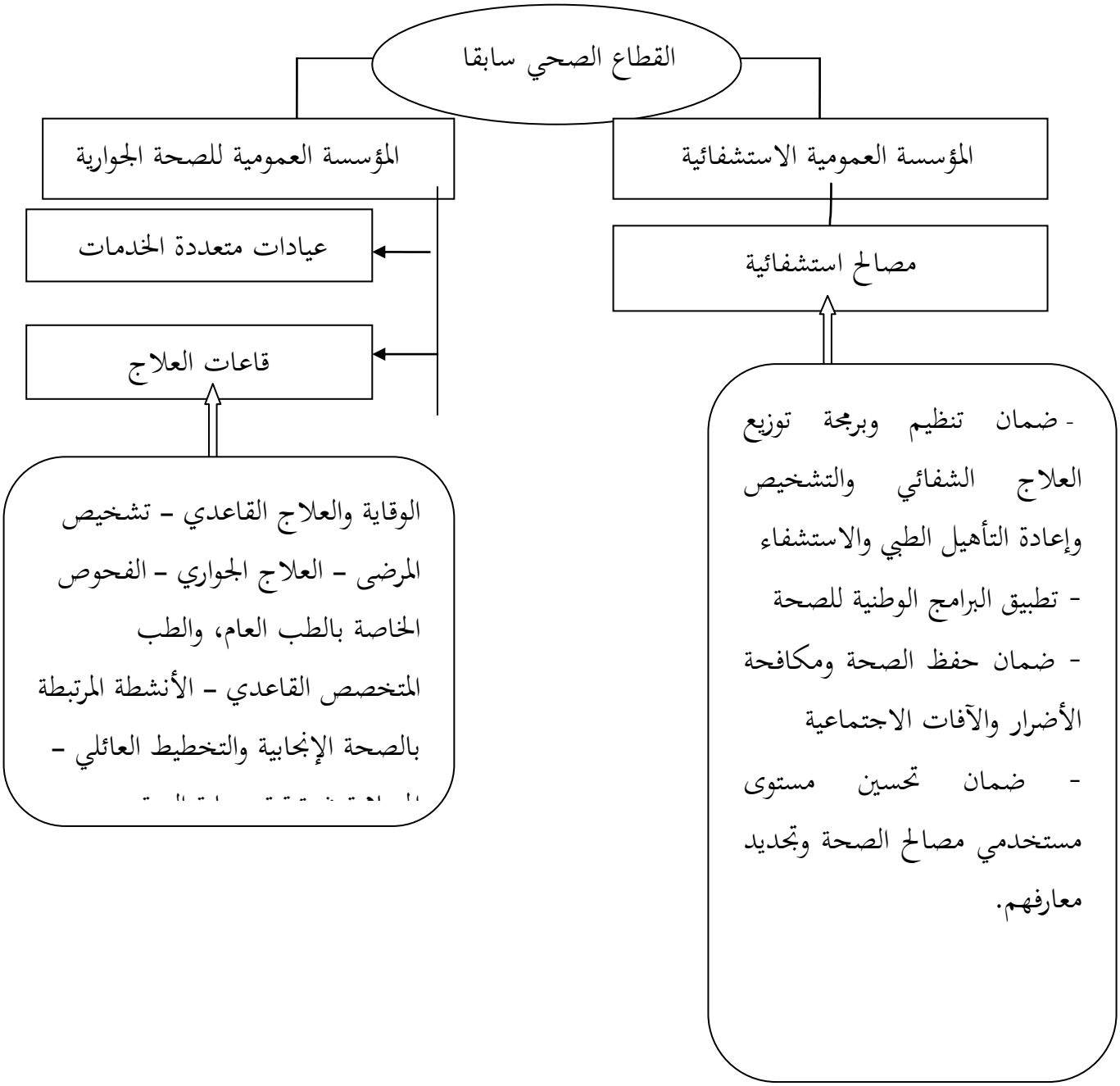
تختلف المشتملات المادية للمؤسسات العمومية الاستشفائية تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.[1]

ومحاولة لتوضيح الصورة الجديدة تمثيليا فإن الشكل التالي يبيّن الوحدات الهيكلية للمؤسسات الجديدة.

[1] عبد المنعم بن فرحات، **أهمية اختيار المسيّر في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية**، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، ص 102.

شكل رقم 01) مشتملات المؤسسة الصحية والمهام المسندة إليها



المصدر: عبد المنعم بن فرحات، مرجع سابق ذكره، ص103.

المطلب الثالث: دور الهيئات المحلية في تنفيذ السياسة الصحية

أولا: صلاحيات الولاية[1]:

- يتولى المجلس الشعبي الولائي، في ظل احترام المعايير الوطنية في مجال الصحة العمومية، إنجاز تجهيزات الصحة التي تتجاوز إمكانيات البلديات.
- يسهر علة تطبيق تدابير الوقاية الصحية.
- ويتّخذ في هذا الإطار، كل التدابير لتشجيع إنشاء هياكل متخصصة مكلفة بمراقبة وحفظ الصحة في المؤسسات المستقبلة للجمهور، وهي المواد الاستهلاكية.
- السهر على حسن سير المرافق الصحية وإنشاء المرافق والمؤسسات الجديدة التي تعمل على العناية بالصحة العامة للمواطنين.
- يتّخذ كافة الإجراءات والتدابير التي تكفل المحافظة على صحة الأفراد، وعلى هذا الأساس تستطيع الإدارة مثلا أن:

- تصدر لوائح تمنع بها تعريض المأكولات للتلوث

- منع بعض السلع من عرضها وبيعها في الهواء الطلق دون اتّخاذ الإجراءات الصحية كالأسماك.

- يساهم المجلس الشعبي الولائي، بالاتصال مع البلديات، في تنفيذ كل الأعمال المتعلقة بمخطط تنظيم الإسعافات والكوارث والآفات الاجتماعية والوقاية من الأوبئة ومكافحتها[2].
- يساهم أيضا بالتنسيق مع البلدية في كل نشاط اجتماعي يهدف إلى ضمان[3]:

- حماية الأم والطفل.

[1] المادة 94 من قانون 07\12 المتعلق بالولاية، نفس المرجع.

[2] المادة 95 من القانون رقم07\12 المتعلق بالولاية, السابق ذكره.

[3] المادة 96 من نفس القانون.

- مساعدة الطفولة.
- تنفيذ البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي.
- التكفل بالمختلين عقليا.

ثانيا: صلاحيات البلدية[1].

- يتكفل المجلس الشعبي البلدي بإنجاز المراكز الصحية وقاعات العلاج وصيانتها وفق إمكانيات البلدية المادية.
- مساعدة الفئات المحرومة فيما يخص الصحة، من خلال اتّخاذ الإجراءات اللازمة لذلك.
- يتكفل المجلس الشعبي البلدي برعاية الشؤون الصحية بالبلدية.
- يساهم في تحقيق أفضل الشروط الصحية لسكان البلدية والمحافظة على النظافة العمومية,
- اتّخاذ الاحتياطات والوقاية، التدخل والإسعافات.
- تسهر البلدية بمساهمة المصالح التقنية للدولة على احترام التشريع والتنظيم المعمول بهما المتعلقين بحفظ الصحة والنظافة العمومية ولاسيما في مجالات:
  - مكافحة نواقل الأمراض المتنقلة.
  - الحفاظ على صحة الأغذية والأماكن والمؤسسات المستقبلة للجمهور.
  - توزيع المياه الصالحة للشرب.
  - صرف المياه المستعملة ومعالجتها.

[1] من قانون 10\11 المتعلق بالبلدية.

خلاصة الفصل الثاني:

نستنتج من هذا الفصل أن أهم مظهر من مظاهر تجسيد الإدارة المحلية في الجزائر، هو تبنيها نظامي الولاية والبلدية والاعتراف لهما بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي حيث يعبران عن تقسيم إداري الغاية منه تقريب الإدارة من المواطن، وتخويل صلاحيات للولاية والبلدية تتمثل أساسا في متابعة الأمور المحلية على أكمل وجه ومنها في مجال الصحة والتنمية الاجتماعية.

و من خلال تطرقي لموضوع السياسة الصحية في الجزائر نجد أنها مرت بعدة مراحل وذلك من أجل تحسين صحة المواطن منذ الاستقلال.

- عرفت مرحلة بعد الاستقلال إلى غاية سنة 1965 هجرة الأطباء الفرنسيين والكوادر وسوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية، وأهم الإجراءات التي اتّخذتها السلطات العمومية، الوقاية وعلاج الأمراض والتوزيع العقلاني للأطباء.

- المرحلة من (1965-1979) كان فيها توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية.

- المرحلة من (1979-2012) تميّزت بإنشاء هياكل قاعدية صحية جديدة سنة 1986، وتدهور وظهور مشاكل في القطاع الصحي العام، ليعيد تنظيمها في سنة 2007 إلى مؤسسات استشفائية عمومية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

يكون دور الإدارة المحلية في تنفيذ السياسة الصحية من خلال مديرية الصحة والمؤسسة العمومية الاستشفائية بالإضافة إلى الهيئات المحلية، وكلها تساهم في الخدمات الصحية.

الفصل الثالث
دراسة حالة مديرية الصحة والسكان والمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري بسعيدة

تمهيد:

بعد التطرق إلى الفصلين النظريين من الدراسة، وحتى تكون دراستي واقعية ارتأيت أن أدعمها بدراسة تطبيقية. حاولت فيها إسقاط الجانب النظري على الميدان العملي (دراسة حالة)، حيث تعتبر الدراسة الميدانية إسقاط لما جاء في الجانب النظري للبحث، فقد حاولت تبيان في هذا الفصل لدور المديرية الولائية للصحة والسكان لولاية سعيدة في تنفيذ السياسة الصحية، وقد قسمت هذا الفصل إلى مبحثين:

المبحث الأول: الصحة في ولاية سعيدة,

المطلب الأول: واقع الصحة ومكونات القطاع الصحي بالولاية

المطلب الثاني: المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان

المطلب الثالث: مهام ونشاطات مديرية الصحة لولاية سعيدة

المبحث الثاني: المؤسسة العمومية الاستشفائية-أحمد مدغري-

المطلب الأول: نشأة وتعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية

المطلب الثالث: دور ومهام المؤسسة العمومية الاستشفائية

المبحث الأول: الصحة في ولاية سعيدة

سأتطرق في هذا المبحث إلى واقع الصحة في الولاية والمؤسسات الصحية بالولاية من مؤسسات عمومية واستشفائية بالإضافة إلى المؤسسات المتخصصة وكذا المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان.

المطلب الأول: واقع الصحة ومكونات القطاع الصحي بالولاية

1\ واقع الصحة بالولاية: تتربع ولاية سعيدة على مساحة تقدر بـ 765 6 كلم^2 وبارتفاع 200 1 متر عن سطح البحر وبتعداد سكاني يفوق 200 384 نسمة، أما عن تقسيمها الإداري فهي تتكون من ستة (06) دوائر وستة (16) عشرة بلدية.

يغطي قطاع الصحة كامل تراب الولاية من مؤسسات استشفائية عمومية ومؤسسات استشفائية خاصة إلى جانب الوحدات الصحية الجوارية كعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج والتي هي بدورها مجهزة بالعتاد الطبي والموارد البشرية بالتوازي مع العيادات الطبية الخاصة المكملة للقطاع العام وذلك من أجل تحقيق هدف أسمى وهو توفير التغطية الصحية لسكان ولاية سعيدة.

2\ مكونات القطاع الصحي بالولاية:

يتكون القطاع الصحي لولاية سعيدة من مؤسسة عمومية استشفائية أحمد مدغري التي تحتوي على: 420 سرير، ومؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمومة والطفولة حمدان بخته والتي بدورها تحتوي على: 180 سرير بالإضافة إلى 04 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية المتكونة من: 159 سرير والتي هي بدورها تتكون من مجموعة من العيادات متعدد الخدمات وكذا قاعات العلاج، بالإضافة إلى المؤسسة أو المعهد الوطني العالي لتّكوين الشبه الطبي، ومخبر النظافة الولائي، والجدول رقم (3-1) يوضح مكونات القطاع العام[1]، وتعمل تحت وصاية مديرية الصحة والسكان.

[1] وثائق مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان بولاية سعيدة.

الجدول رقم (05) يوضح مكونات القطاع العام في ولاية سعيدة

الرقم	مؤسسات القطاع العام	عدد الأسرة
01	المؤسسة العمومية الاستشفائية " أحمد مدغري "	**420**
02	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمومة والطفولة " حمدان بخته "	**180**
03	- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سعيدة - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الحساسنة - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي بوبكر - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مولاي العربي	**159**
04	المعهد الوطني العالي للتكوين الشبه الطبي	
05	المخبر النظافة الولائي	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على المعلومات المقدمة من طرف المديرية

إلى جانب مؤسسات القطاع العام يوجد مؤسسات القطاع الخاص التي تكمل القطاع العام لتوفير التغطية الصحية لسكان الولاية ومنها: المؤسسة الاستشفائية الخاصة "مغيث"،والعيادات الطبية في طب (المتخصص، العام، جراحة الأسنان)، بالإضافة إلى الصيدليات الخواص، وكذا الشبه الطبيون الخواص، إلى جانب وحدات النقل الصحي الخاصة، والجدول رقم (3-2) يوضح مكونات القطاع الخاص[1].

[1] من خلال الوثائق المقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان.

الجدول رقم (06) مكونات القطاع الخاص في ولاية سعيدة

الرقم	مؤسسات القطاع الخاص
01	المؤسسة الاستشفائية الخاصة " مغيث "
02	العيادات الطبية في الطب: المتخصص، العام، جراحة الأسنان.
03	الشبه الطبيون الخواص
04	الصيدليات الخواص
05	وحدات النقل الصحي الخاصة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على المعلومات المقدمة من طرف المديرية

المطلب الثاني: تعريف مديرية الصحة والمخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة

1\ تعريف مديرية الصحة: هي عبارة عن مصالح غير ممركزة للدولة تحت وصاية وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و والي الولاية، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97\261 المؤرخ في 14\07\1997 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة و السكان الولائية و سيرها.

2\ المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة.

تتكون مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة من 03 مصالح بحيث تضم كل مصلحة 03 مكاتب، وبالتالي فتوجد بها 09 مكاتب وذلك حسب المهام التي تضطلع بها، وهي كالتالي[1]:

1- مصلحة الموارد والتخطيط: والتي تتكون من:

1- مكتب المستخدمين، و التكوين والمنازعات.

2- مكتب التخطيط.

3- مكتب الميزانية والمراقبة.

2- **مصلحة الهياكل الصحية والنشاط الصحي**: والتي تتكون من:

[1] بناءا على الوثائق المقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان.

1- مكتب تنظيم الهياكل الصحية العمومية والخاصة وتقييمها.

2- مكتب العلاج القاعدي والاستعجالات وطب الأمراض العقلية.

3- مكتب تنظيم المنتوجات الصيدلانية.

3- مصلحة الوقاية والسكان: التي تتكون من:

1- مكتب الحماية الصحية في الأوساط الخاصة.

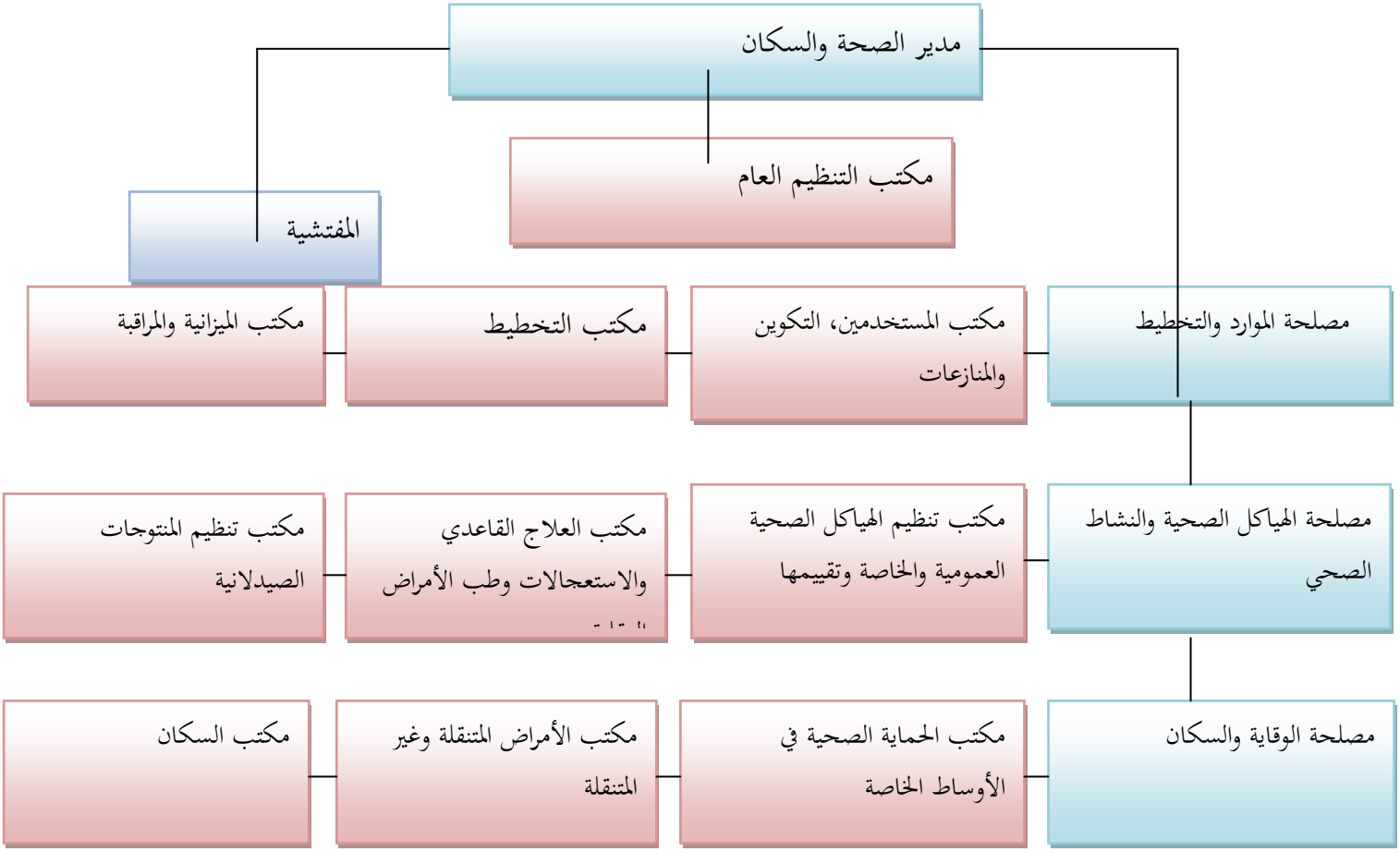
2- مكتب الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.

3- مكتب السكان.

وكذا مكتب خاص بالأطباء المفتشين مكونين من أجل السهر على مدى تطبيق وتجسيد سياسة الصحة، والشكل رقم (3-1) يوضح الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة[1].

[1] بناءا على الوثائق المقدمة من طرف مديرية الصحة.

الشكل رقم (02) يوضح الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة



ملاحظة: من بين 03 مصالح يوجد رئيس مصلحة واحد 01 معيّن بقرار وزاري و02 الباقين مكلفين بقرارات داخلية بالإضافة إلى 09 رؤساء مكاتب يوجد 04 معيّنون بقرار وزاري و05 مكاتب شاغرة وذلك بسبب غياب مؤطرين مؤهلين.

المطلب الثالث: مهام ونشاطات مديرية الصحة والسكان في تنفيذ السياسة الصحية

1\ مهام مديرية الصحة:

تسهر مديرية الصحة والسكان الولائية وتضع حيّز التنفيذ كل التدابير التي من شأنها أن تؤطر النشاطات الخاصة بالصحة والسكان، وبهذه الصفة تكلف بما يلي[1]:

[1] وثائق مقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان.

1- تنشط وتنسق وتقوم بتنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة، لاسيما في مجال الوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة وكذلك في مجال التحكم في النمو الديموغرافي والتنظيم العائلي وترقية وتنظيم النسل.

2- تسهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتّصلة بأنشطة الصحة والسكان.

3- تسهر على احترام السلم التسلسلي للعلاج، لاسيما بتطوير كل النشاطات التي تهدف إلى ترقية العلاج القاعدي.

4- تطور كل عمل يهدف إلى الوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها وخصوصا في شريحة الشباب.

5- تسهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لمدراء المؤسسات الصحية.

6- تشجع وتطور كل أنشطة الاتصال الاجتماعي لاسيما التربية الصحية بالاتصال مع الجمعيات الاجتماعية المهنية والشركاء الآخرين المعنيين.

7- التأطير على جمع المعلومات الصحية والوبائية والديموغرافية واستغلالها وتحليلها وتبليغها.

2\ نشاطات مديرية الصحة والسكان:

1- تسهر على وضع الإجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها حيّز التنفيذ.

2- تتولى تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها.

3- تعد الترخيصات المتعلقة بممارسة المهن الصحية وضمان مراقبتها.

4- تعد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت طبيعتها.

5- تدرس برامج الاستثمار وتتابعها في إطار التنظيمات والإجراءات المعمول بها.

6- تتابع وتقوم بتنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقويمها.

7- تشرف وتسهر على السير الحسن للمسابقات والامتحانات المهنية.

3\ البرنامج الاستثماري:

يحوي البرنامج الاستثماري لمديرية الصحة والسكان بولاية سعيدة لسنة 2017 على 30 عملية استثمارية في مختلف البرامج التنموية ومنها[1]:

- البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي PCSC : 05
- برنامج الهضاب العليا PHP : 04
- برنامج دعم النمو الاقتصادي PCCE: 17
- برنامج توطيد النمو الاقتصادي PACE: 04

من بين هذه العمليات تم تحويل ثلاثة وعشرون (23) إلى مصالح مديرية التجهيزات العمومية لولاية سعيدة.

أما فيما يخص العمليات المتبقية المسيّرة من طرف مصالح مديرية الصحة والسكان فهي موزعة كالآتي:

- ✓ البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي PCSC: 01
- ✓ برنامج الهضاب العليا PHP: 01
- ✓ برنامج دعم النمو الاقتصادي PCCE: 02
- ✓ برنامج توطيد النمو الاقتصادي PACE: 03

المبحث الثاني: المؤسسة العمومية الاستشفائية " أحمد مدغري "

المطلب الأول: نشأة وتعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد مدغري"

مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مع بقائها عمليا تخضع للرقابة الوصائية الممارسة من طرف وزارة الصحة، تتربع المستشفى على مساحة تقدر بـ 5 هكتارات تقريبا، تم إنشائها بموجب المرسوم التنفيذي بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المؤسسة

[1] بناءا على الوثائق المقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة.

العمومية الاستشفائية، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، وذلك لأجل بناء هدفين وزاريين رئيسيين يكمن الأول في إنشاء أقسام متخصصة والثاني في تكوين أطباء مختصين في ميدان العلاجات الاستشفائية.[1]

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد مدغري" لولاية سعيدة من أهم المرافق الحيوية في الولاية، ولقد شهدت نشأتها عدة مراحل أهمها كانت في ماي 1976 تاريخ تدشين الهيكل، ثم في 13 جوان 1977 تم الشروع في العمل.

تستقطب المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد مدغري" لولاية سعيدة، مختلف الحالات المرضية من أنحاء متفرقة من الولاية، بحكم تواجد 17 تخصصا في المجال الطبي، تتمتع المؤسسة الاستشفائية المذكورة بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وفق المرسوم التنفيذي رقم 07\173 المؤرخ في 04 جوان 2007، والذي بموجبه يتم ضمان الحاجات الصحية للسكان عن طريق برمجة توزيع العلاج وتشخيص الأمراض وإعادة التأهيل الطبي إلى جانب تطبيق البرامج الوطنية للصحة وغيرها من المهام التي أنيطت بالمؤسسات العمومية الاستشفائية عبر التراب الوطني.

المطلب الثاني: مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة وهيكلها التنظيمي:

1\ مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة:

جدول رقم (3-3) يوضح ذلك مصالح المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية سعيدة.

جدول رقم (07) يوضح مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة

	المصالح (service)	الأسرة (lits organizes)	الوحدات (unités)
01	علم التشريح المرضي		- علم أمراض النساء - أمراض المعدة
02	التخدير الإنعاشي	30	- التخدير -الإنعاش والعناية القصوى

[1] بناءا على معلومات مقدمة من مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية أحمد مدغري.

03	الجراحة العامة	62	- الجراحة العامة - جراحة الأعصاب
04	علم الأوبئة		- معلومات صحية - نظافة المستشفيات
05	الفحص بالأشعة المركزي		- الفحص بالأشعة(X) - الفحص بالأشعة
06	المخبر المركزي		- علم الجراثيم - الكيمياء الحيوية
07	الأمراض المعدية	40	- استشفاء الرجال - استشفاء النساء
08	الطب الداخلي	90	- الطب الداخلي - علم الأعصاب - أمراض القلب - أمراض الغدد - أمراض المعدة
09	الطب الشرعي	06	- تقرير الطب الشرعي - الطب الإصلاحي
10	أمراض الكلى	20	- أمراض الكلى - تصفية الدم
11	طب العيون	20	- الاستشفاء - الفحص والمتابعة
12	أمراض العظام	20	- الاستشفاء - الفحوصات
13	أمراض الأذن الأنف و الحنجرة	20	- الاستشفاء - الفحص والمتابعة
14	الصيدلية		- تسيير الموارد الصيدلية - توزيع الموارد الصيدلية
15	أمراض التنفس والصدر	40	- استشفاء الرجال - استشفاء النساء
16	الأمراض العقلية	20	- استشفاء الرجال - استشفاء النساء

17	الاستعجالات الجراحية	18	- الاستقبال - الاستشفاء

Source: le ministre de la sante, et de la réforme hospitalière, arrete n°2530 du portant création des services et de leurs unîtes constitutives au sein de l´établissement public hospitalier Saida.

يتّضح من الجدول أعلاه أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة تتوفر على 17 مصلحة مختلفة التخصصات وهذا حسب المرسوم التنفيذي لسنة 2007 المذكورة أعلاه، إلا أن هناك بعض المصالح غير متواجدة، وهنا ما يستدعي بعض المرضى للتنقل إلى الولايات المجاورة لتلقي العلاج.

للإشارة، فإن مستشفى "أحمد مدغري" يشرف على تأطيره 42 طبيب عام و46 طبيب خاص من بينهم 4 أطباء أجانب (chinois) ، بالإضافة إلى 4 أطباء أسنان و4 صيادلة، كما يتوفر المستشفى على 8 سيارات إسعاف وشاحنتين، وسيارة رباعية الدفع 4X4 ،وسيارة واحدة للاستشفاء المنزلي.

أما القطاع الشبه الطبي الذي يشرف على المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة فهو يضم حوالي 272 ممرض والجدول التالي يوضح ذلك[1]:

جدول رقم (08) يوضح عدد العاملين في القطاع الشبه الطبي

EPH	ممرض حاصل على شهادة دولة(I.D.E)	ممرض مؤهل(I.B)	ممرض مساعد(A.T.S)	ممرضين نفسانيين
المؤسسة العمومية الاستشفائية"أحمد مدغري" سعيدة	146	95	28	03

المصدر: مديرية الموارد البشرية

أما عن موظفي الإدارة الذين يشتغلون في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، قد بلغ عددهم 168 موظف موزعين كالتالي:

[1] بناءا على المعلومات المقدمة من طرف مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية.

الجدول رقم (09) يوضح عدد العاملين الإداريين

EPH	العمال الإداريين	العمال التقنيين	عمال الخدمات
المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد مدغري" سعيدة	26	11	131

المصدر: مديرية الموارد البشرية

2\ الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة:

تتكون المستشفى من أربع مديريات فرعية والمتمثلة أساسا في[1]:

1**مديرية الوسائل العامة:** وتشتمل على 03مكاتب:

- مكتب الميزانية والمحاسبة
- مكتب الصفقات العمومية
- مكتب الوسائل العامة والبنى التحتية

2\ مديرية الموارد البشرية: وتشتمل على مكتبين:

- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات
- مكتب التكوين

3\ **مديرية الخدمات الصحية:** وتشتمل على 03مكاتب:

- مكتب المداخيل
- مكتب التعاقدية وحساب المصاريف
- مكتب تنظيم ومتابعة وتقييم النشاطات الصحية

4**مديرية صيانة التجهيزات الطبية:**[2] وتشتمل على مكتبين:

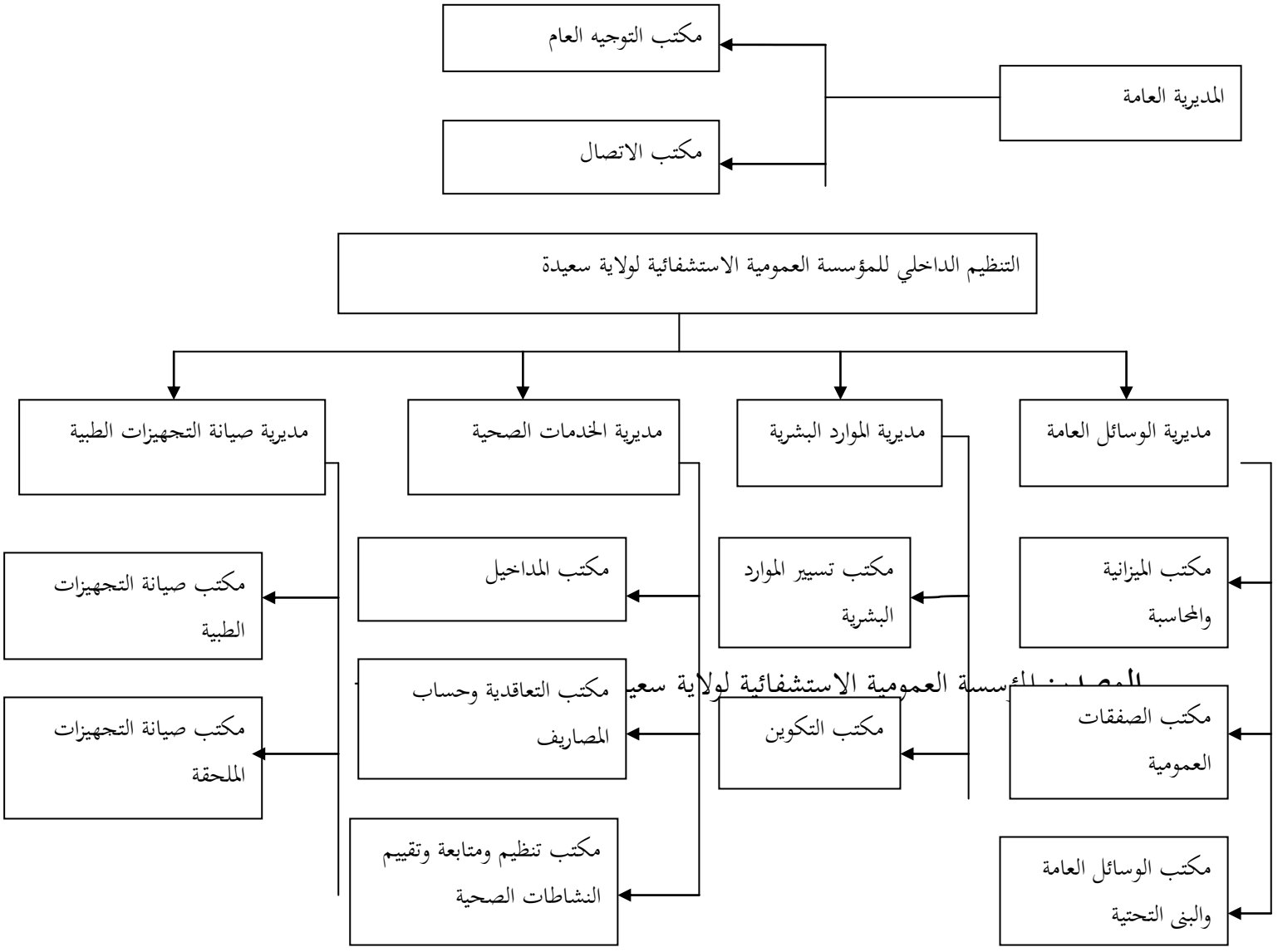
- مكتب صيانة التجهيزات الطبية
- مكتب صيانة التجهيزات الملحقة

[1] بناءا على معلومات مقدمة من مديرية الوسائل العامة بالمؤسسة الاستشفائية.

[2] بناءا على الوثائق المعلومات المقدمة من مديرية الوسائل العامة بالمؤسسة.

الشكل رقم (3-2) يوضح ذلك.

الشـــكل رقـــم (03) يوضـــح الهيكـــل التنظيمـــي للمؤسســـة العموميـــة الاستشـــفائية لولاية سعيدة.



المصدر: المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة

المطلب الثالث: دور ومهام المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة في تنفيذ السياسة الصحية

تسهر المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية لسكان الولاية، فهي تتولى المهام التالية[1]:

- ✓ تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- ✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ✓ تطبيق البرامج المحلية للصحة، وخصوصا فيما يخص الحماية الصحية وكذلك الوقاية العامة من الأمراض.
- ✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.
- ✓ تسهر المؤسسة على التكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي، وذلك على أساس اتفاقيات تبرمها المؤسسة العمومية الاستشفائية مع مؤسسات التكوين، وحتى تكون المؤسسة ميدانا لتكوين الموظفين الذين سبق ذكرهم.
- ✓ يكلف المجلس الطبي للمؤسسة باقتراح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالح العلاج والوقاية.

الخدمات الوقائية:

يتم تقديم هذا النوع من الخدمات على مستوى مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي، وتوجد بهذه المصلحة ثلاثة وحدات فعلى مستوى وحدة تنظيم وتقسيم أنشطة الصحة القاعدية نجدها تقدم خدماتها حسب طريقتين فمنها ما يكون منظم ومقسم حسب فترات ومنها ما يكون مفاجئ وهذا حسب المرض المراد الوقاية منه أما النوع الأول تقوم الوحدة

[1] بناءا على المعلومات المقدمة من مديرية الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية.

بتقديم بعض اللقاحات ضد بعض الأمراض مثلا: مرض السل، الشلل، بوحمرون، الحصبة....، أمل النوع الثاني من الوقاية فيحدث أثناء ظهور بعض الأمراض بصورة مفاجئة دون توقعها هنا تقوم الوحدة بإجراءات وقائية ضد هذا المرض.

أمل الوحدة الثانية من هذه المصلحة فهي وحدة خاصة بمعالجة المعلومات والنظافة الاستشفائية أي مراقبة نظافة كامل المستشفى بغرض تفادي الوقوع في بعض الأمراض والوقاية منها وبإضافة إلى هذين الوحدتين نجد وحدة الرقابة في علم الأوبئة.

الخدمات العلاجية:

يتم تقديم هذا النوع من الخدمات بعد الوقوع في بعض الأمراض ويتم تقديمها على مستوى العديد من المصالح، هذه الأخيرة بدورها مكونة من وحدات[1].

تقييم الخدمات المقدمة:

أما في تقييم الخدمات المقدمة بالمستشفى فيعتمد العمال القائمين بذلك على عدة مؤشرات ففي الخدمات الوقائية فيتم مثلا حساب نسبة الوفيات حسب نوع معين من الأمراض التي تم الوقاية منها، نسب انتقال العدوى، نسب التسمم الغذائي. أما الخدمات العلاجية فيتم تقييمها بالعديد من المؤشرات مثل فترة الانتظار في مصلحة الاستعجالات، نسبة الوفيات، عدد المرضى الذين تحسنت حالتهم، عدد الوفيات الناتجة عن الأخطاء الطبية.

وفي عملية التقييم دور مهم أيضا لمديرية الصحة والسكان بالولاية، أي أنها تتحصل على تقرير وإحصائيات تخص المستشفى والتي قد تكون إما شهرية، ثلاثية، سداسية أو سنوية، وهنا تقوم بمقارنتها ببعض المعايير وعند اكتشاف الخلل تقوم بدراسته ومعرفة أسبابه، إلا أن حلها للمشاكل لا يكون إلا في حالات عجز فيها عمال المستشفى عن حلّها هنا تتدخل.

[1] معلومات مقدمة من مديرية الخدمات الصحية بالمؤسسة.

خلاصة الفصل:

وفي هذا الفصل حاولت أن أقدم دراسة حالتين والمتمثلة في الأولى فكانت في مديرية الصحة والسكان من خلا مهامها ونشاطاتها في ما يخص تنفيذ السياسة الصحية ويتمثل ذلك في:

- تشجيع وتطوير كل أنشطة الاتصال الاجتماعي لاسيما التربية الصحية وذلك بالاتصال مع الجمعيات الاجتماعية المهنية والشركاء الآخرين.
- التأطير على جمع المعلومات الصحية والوبائية واستغلالها وتحليلها.
- تدرس برامج الاستثمار وتتابعها في إطار التنظيمات والإجراءات المعمول بها.
- تسهر على مكافحة الآفات الاجتماعية.

أما دراسة الحالة الثانية فكانت في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-أحمد مدغري- ومن خلال المعلومات المقدمة من المؤسسة استنتجت ما يلي:

- هناك خدمات وقائية مثلا الحرص على نظافة المستشفى وكذلك توفير لقاحات لبعض الأمراض ومنها الشلل، والبوحمرون...

- وكذلك تقدم المستشفى خدمات علاجية مثلا مصلحة الطب الداخلي فهي تقوم بعلاج ارتفاع ضغط الدم وكذلك ارتفاع السكري....

- ويتم تقييم هذه الخدمات من المستشفى وكذلك تقيم من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية سعيدة.

الخاتمة العامة

خاتمة العامة:

تعتبر السياسة الصحية في الجزائر من أهم البرامج التي تطرقت لها الدولة الجزائرية بعد الاستقلال إذ أنها استهلت ذلك من دائرة الأوضاع الاجتماعية التي خلّفها الاستعمار الفرنسي من انتشار للأمراض والفقر والجوع والأوبئة مما جعل الشعب الجزائري يناهض بضرورة مراعاة تلك الأوضاع. فالصحة هي العافية والراحة في العقل والجسم وسلامتهما يعني أن الفرد يقوم بواجباته ويسعى للمطالبة بحقوقه، فمن هنا لجأت الدولة الجزائرية إلى إعادة هيكلة النظام السياسي للدولة ومحاولة خلق قفزة نوعية من أجل تغيير الظروف التي كانت سائدة في وسط المجتمع الجزائري أنذاك، فسعت جاهدة إلى توفير الرعاية الصحية المطلوبة من معدات مادية وبشرية التي تمثلت أساسا في: الإسعافات الأولية والتمريض، الأطباء والممرضين، الشبه الطبيين، وهياكل طبية وعيادات، وقاعات للعلاج من أجل تغطية كل النقص الذي كان سائدا من قبل، فعمدت على إصلاح التعليم الجامعي للأطباء ومنح فرص تكوينية للشبه الطبيين والإطارات الأخرى، كالتمريض، وتحديد كل كثافة سكانية معيّنة بعدد من الأطباء الذين تتماشى معهم لتغطية الرعاية الصحية فيها ومن خلال المراحل التي مرت بها السياسة الصحية نجد أن الدولة الجزائرية رغم كل الظروف الصعبة التي مرت بها إلا أنها استطاعت تحقيق تغطية شاملة في كافة التراب الوطني في وقت وجيز، وأن كل مرحلة جسدت منشآت، وبرامج جديدة تخدم المواطن بصفة خاصة والدولة بصفة عامة، مما جعلها بذلك تسمو وتعلو نحو الأفضل في الخدمات الصحية سواء كانت تحمل الطابع العمومي أو الطابع الخاص.

وكذلك تزامنا مع صدور عدة مراسيم وقوانين وأوامر التي تشتمل عليها الرعاية الصحية والخدمة الصحية وترقية الصحة مثل العلاج المجاني والتلقيح المجاني، وإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية وتعزيز العلاج الجواري، هذا الذي خلق جو من الراحة والطمأنينة في نفوس المواطنين الجزائريين من أجل ضمان سلامتهم الصحية.

أما الجانب الأكثر اهتماما في دراستي فهو التركيز على الدور الذي تلعبه الإدارة المحلية في تنفيذ السياسة الصحية مجسدة من خلال مديرية الصحة والسكان، والمؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الهيئات المحلية، ومن النتائج التي توصلت إليها هي:

- ✓ أن للمديرية دور كبير في تنفيذ السياسة الصحية وذلك من خلال مجموعة من المهام والنشاطات خاصة فيما يخص حماية الأمومة والطفولة والوقاية العامة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة.
- ✓ تقوم بتطوير كل عمل يهدف إلى الوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها وخصوصا في شريحة الشباب.
- ✓ تعد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت طبيعتها.
- ✓ تقوم بدراسة برامج الاستثمار وتتابعها في إطار التنظيمات والإجراءات المعمول بها، منها ما ذكرته سابقا في ما يخص البرامج الاستثمارية.
- ✓ وكذلك تلعب المؤسسة العمومية الاستشفائية -أحمد مدغري- دور في تنفيذ السياسة الصحية من خلال تقديم مجموعة من الخدمات منها الخدمات الوقائية ومنها الخدمات العلاجية.
- ✓ ويتم تقييم خدمات المؤسسة الاستشفائية العمومية من طرف مديرية الصحة والسكان وكذلك تقيّم من طرف بعض العاملين بالمستشفى.
- ✓ كذلك تسهر المستشفى على حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

ومن خلال زيارتي المتكررة للمستشفى أحمد مدغري قد لاحظت النقائص التالية:

- ➢ تتوفر المستشفى على سبعة عشر (17) مصلحة مختلفة التخصصات، إلا أن بعض المصالح غير متواجدة، وهذا ما يستدعي تنقل بعض المرضى إلى الولايات المجاورة لتلقي العلاج مثل ولاية سيدي بلعباس وولاية وهران.
- ➢ من الخدمات العلاجية عنصر النظافة وفي المستشفى لاحظت نقص واضح في عامل النظافة وكذلك نقص في بعض الأجهزة الطبية.

ومن الاقتراحات التي يمكن أن أقدمها هي:

- السعي إلى إرساء أسس نظام سياسي ديمقراطي يضمن العدالة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من خدمات صحية تليق بإنسانيتهم، ويوفر الآليات الضرورية لضمان الشفافية في تسيير المؤسسات بما فيها المؤسسات المكلفة بالسياسة الصحية.
- يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية، مكون من إداريين وأطباء وممرضين وأخصائيين التغذية، للرقابة على كل مراحل النظام الغذائي، بما يضمن رفع كفاءة إدارة التغذية وفاعليتها.
- التوعية الصحية المستمرة للزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالحفاظ على المستوى العام النظافة الجيّدة، وباعتبارها أنها مسؤولية الجميع وليست مسؤولية فرد بذاته، إضافة إلى توعية العاملين بالآثار الصحية التي تترتب على نظافة الأماكن والمعدات والمكاتب.

قائمة المصادر

و المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

القرآن الكريم والسنّة:

- سورة الأعراف الآية 31.
- صحيح البخاري، 356.
- صحيح البخاري، 249.

أولا: باللغة العربية:

المجلد:

- جمال الدين أبو الفضل محمد ابن مكرم، لسان العرب لابن منظور، المجلد الرابع، ج28. القاهرة، مصر: دار المعارف، 1981.

أ - الكتب:

1- أحمد محيو، محاضرات في المؤسسات الإدارية، ط1. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1996.

2- أميرة منصور يوسف، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، بدون طبعة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، بدون سنة النشر.

3- أيمن مزاهرة، عصام الصفدي، ليلى أبو الحسن، علم اجتماع الصحة، ط1.الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2003.

4- أنطوني غيدنز، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، بدون طبعة. بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2005.

5- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، ط1.الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999.

6- جعفر أنس قاسم، أسس التنظيم الإداري، ط2.الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1988.

7- حسين مصطفى حسين، الإدارة المحلية المقارنة، ط2.الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1982.

8- خالد ممدوح، البلديات والمحليات في ظل الأدوار الجديدة للحكومة، ط2.القاهرة: المنظمة العربية للتنمية، 2009.

9- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، بدون طبعة.عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2009.

10- صالح فركوس، المختصر في تاريخ الجزائر،ط2. عنابة: دار العلوم، 2002.

11- صفوان مبيضين، الإدارة المحلية، ط1. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2014.

12- صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، بدون طبعة. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009.

13- عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، بدون طبعة. الجزائر: الموفم للنشر، 2002.

14- عمار بوحوش، محمد محمود ذنيبات، مناهج البحث وطرق إعداد البحوث، ط4. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2007.

15- عبد الناصر الجندلي، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، بدون طبعة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005.

16- عبد الغفار رشاد القصبي، مناهج البحث في علم السياسة، ط2. القاهرة: كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2006.

17- علي أنور العسكري، الفساد في الإدارة المحلية، ط1. مصر: مكتبة بستان المعرفة للطباعة والنشر،2008.

18- عبيد لخضر، المجموعات المحلية في الجزائر، ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1986.

19- عمار عوابدي، مبدأ الديمقراطية وتطبيقاته في النظام الإداري الجزائري، ط1. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1984.

20- عمار بوضياف، الوجيز في القانون الإداري، ط2. الجزائر: دار جسور للنشر والتوزيع، 2007.

21- علاء الدين عشي، والي الولاية في التنظيم الإداري الجزائري، بدون طبعة. الجزائر: دار الهدى عين مليلة، 2006.

22- عمر صدوق، دروس في الهيئات المحلية المقارنة، ط1. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1988.

23- عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، ط1. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2004.

24- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، بدون طبعة. مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003.

25- فؤاد العطار، مبادئ في القانون الإداري، بدون طبعة. القاهرة: دار الفكر العربي، 1955.

26- محمد الصغير بعلي، قانون الإدارة المحلية الجزائرية، ط1. عنابة: دار العلوم، 2004.

27- محمد الصغير بعلي، القانون الإداري، ط1. عنابة دار العلوم، 2002.

28- مسعود شيهوب، أسس الإدارة المحلية وتطبيقاتها على نظام البلدية والولاية في الجزائر، بدون طبعة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1986.

29- محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، بدون طبعة. الإسكندرية: الدار الجامعية الإبراهيمية، 2007.

30- ناصر اللباد، القانون الإداري- التنظيم الإداري، منشورات دحلب، 1999.

31- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، ط1. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.

32- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، بدون طبعة.الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2007.

33- نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، بدون طبعة. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية، 2002.

ب- المذكرات الجامعية:

1- العلواني عديلة،" تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية "دراسة حالة الجزائر، أطروحة دكتوراه تخصص علوم اقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2010\2011.

2- بن شعيب نصر الدين، "إشكالية تمويل البلديات وسبل ترقيتها"، مذكرة ماجستير تخصص مالية عامة، جامعة تلمسان، 2002.

3- حبيبة قشي، "آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية "دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2006\2007.

4- حفيظة دوناس، "واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر" دراسة حالة عيادة الرازي ببسكرة، مذكرة مقدمة لنيل مذكرة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013\2014.

5- رضا زراولية، "التحضر والصحة في المجتمع الجزائري "دراسة ميدانية بحي باك افوراج مدينة باتنة، الجزائر، مذكرة ماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2010\2011.

6- خروبي بزارة عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009" دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر03 قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2010\2011.

7- مسعود شريبط، "التنمية الإدارية والعمرانية ببلديات المدن الجزائرية، مذكرة ماجستير، جامعة قسنطينة، معهد علم الاجتماع، 1998.

8- فالح الحوري، "الإمكانات والآثار المحتملة لتبني نموذج البلدية الكبرى في محافظة أربد" مذكرة ماجستير، قسم الإدارة العامة، جامعة اليرموك أربد الأردن،2000.

9- حسيني محمد العيد،" السياسة الصحية في الجزائر" دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، مذكرة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2012\2013.

ج- القوانين والمراسيم:

1- القانون 90\09، المؤرخ في 07 أفريل 1990 المتعلق بقانون الولاية، الجريدة الرسمية العدد 15 لسنة 1990.

2- القانون 12\07، المؤرخ في 28 ربيع الأول 1434 الموافق ل 21 فبراير المتعلق بقانون الولاية، الجريدة الرسمية رقم 12 لسنة 2012.

3- القانون 11\10، المؤرخ في 20 رجب 1432 الموافق ل 22 يوليو 2011 المتعلق بقانون البلدية، الجريدة الرسمية رقم 37 لسنة 2011.

4- الأمر رقم 69\38، المؤرخ في 23 ماي 1969، المتضمن قانون الولاية، الجريدة الرسمية رقم 44 لسنة 1969 الصادرة في 23 ماي 1969.

5- الأمر رقم 97\09، المؤرخ في 06 مارس 1997 المتضمن القانون العضوي المعدل والمتمم والمتعلق بالانتخابات، الجريدة الرسمية رقم 49 لسنة 1997.

6- المرسوم التنفيذي 97-262المؤرخ في 09 ربيع الأول 1418 الموافق ل14 يوليو 1997 المتعلق بتنظيم وسير المجالس الجهوية للصحة.

7- المرسوم التنفيذي 97-261 المؤرخ في 09 ربيع الأول 1418 الموافق ل 14 يوليو 1997 المتعلق بتنظيم وسير مديريات الصحة والسكان الولائية.

د- المجلات:

1- بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر، 2003

2- محمد الطعامنة، إشكالية المركزية واللامركزية الإدارية في نظم الإدارة المحلية في دول العالم الثالث، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة بغداد، المجلد 9، العدد 30، 2002.

هـ- المؤتمرات:

1- محمد ريحان، خدمة الرعاية الصحية- المؤتمر العربي الثالث بعنوان: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 إلى 7 كانون الأول، 2004.

ثانيا: باللغة الأجنبية:

1- André donart et la jaque: petit Larousse de la médecine, 1983, tome 2.

2- Magali barbieri, pierre centreelle, sante et population, lieu non identifier.

3- république algérienne démocratique et populaire, ministère de la sante et de la population, développement du système national de sante. Stratégie et perspectives, Alger, 2001.

4- r.a.d.p, décret nº 76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de sante de proximité journal officiel, nº33, 22 mai 2007.

5- Abdelkrim soulaimene, la loi de sante public en Algérie et en France, sante publique, 2004 volume 16,n4, site :www.caim.info.---197.200.96.122.

ملخص:

هـدفت هـذه الدراسـة إلى إلقـاء الضـوء علـى الـدور الـذي تلعبـه الإدارة المحليـة الجزائريـة في تنفيذ السياسة الصحية.

مـن خـلال التطـرق لمديريـة الصـحة والسـكان لولايـة سـعيدة وأيضـا مـن خـلال التطـرق

للمؤسسة العمومية الاستشفائية-أحمد مدغري- توصلت إلى النتائج التالية:

أن لمديريـة الصـحة والسـكان دور كبـير تنفيـذ السياسـة الصـحية وذلـك مـن خـلال المهـام الـتي تسهر على تقديمها.

المؤسسـة العموميـة الاستشـفائية-أحمـد مـدغري- تقـوم بتقـديم خـدمات علاجيـة وأخـرى وقائية.

أن مديرية الصحة تقوم بدراسة البرامج الاستثمارية وتتابعها.

تتـوفر المستشـفى علـى سـبعة عشـر مصـلحة مختلفـة التخصصـات، إلا أن بعـض المصـالح غـير متواجـدة، وهـذا يسـتدعي تنقـل المرضـى إلى الولايـات المجـاورة لتلقـي العـلاج مثـل ولايـة سيدي بلعباس و ولاية وهران.

Resumé :

Cette étude visait à éclairer le rôle joué par l'administration locale algérienne dans la mise en œuvre de la politique de santé.

En s'adressant à la Direction de la Santé et de la Population de la province de Saida et également à travers l'institution publique, l'Hôpital Udhmad Medgari a atteint les résultats suivants:

La Direction de la Santé et de la Population joue un rôle majeur dans la mise en œuvre de la politique de santé à travers les tâches qu'elle souhaite apporter.

Hospital Hôpital général de l'hôpital Ahmed Medgari fournit des services thérapeutiques et préventifs.

La Direction de la santé étudie et suit les programmes d'investissement.

L'hôpital a 17 spécialités différentes, mais certains intérêts ne sont pas présents, ce qui nécessite le déplacement des patients vers les états voisins pour recevoir un traitement, tel que le mandat de Sidi Bel Abbes et de la Wilayat d'Oran.