جامعة الدكتور مولاي الطاهر . سعيدة

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم العلوم السياسية

تقييم السياســـــة العامـــــة المحلية في الجزائر

دراسة حالة : الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية " محمد بوضياف " ولايــة البيـــــــض

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في شعبة العلوم السياسية تخصص : سياسات عامة و تنمية

إعــداد الطالبة : **تحت إشراف :**

قــداري مباركــة د. جمال زيدان

لجنة المناقـــــــشة :

- **الدكتور: زبيري رمضان ..... رئيسا**
- **الدكتور: جمال زيدان ..... مشرفا مقررا**
- **الأستاذ : طارق عاشور..... عضوا مناقشا**

الموسم الجامعي : 1436هـ / 1437هـ

2015 م / 2016 م

الإهـــداء

الهي لايطيب الليل إلا بشكرك ولايطيب النهار إلابطاعتك...ولا تطيب اللحظات إلابذكرك...

ولاتطيب الاخرة الا بعفوك...ولاتطيب الجنة الابرؤيتك **الله جل جلاله**

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة...ونصح الأمة...إلى نبي الرحمة ونور العالمين...

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار...إلى من علمني العطاء بدون انتظار...إلى من أحمل اسمه بكل افتخار...أرجوا من الله أن يمد في عمرك لترى ثمار قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم وفي الغد إلى الأبد **والدي العزيز**

شفاه الله لنا

إلى ملاكي في الحياة...إلى معنى الحب والى معنى الحنان والتفاني...الى بسمة الحياة وسر الوجود...إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب **أمي الحبيبة**

إلى رفقاء دربي وهذه الحياة بدونكم لاشئ معكم أكون مثل أي شئ...في نهاية مشواري أريد أن أشكركم على مواقفكم النبيلة...الى من تطلعتم لنجاحي بنظرات من الأمل إخوتي :

محمد، منصور ،عبد القادر ، مصطفى ، الحبيب

إلى توأمة روحي ورفيقات دربي...إلى صاحبات القلب الطيب والنوايا الصادقة ...إلى من رافقوني منذ أن حملت حقائب صغيرة ومعكن سرت الدرب خطوة بخطوة وما تزلن ترافقاني حتى الآن أخواتي : **الزهرة ، فاطنة ، حبيبة ، نورة ، خديجة ، سعدية**

إلى من أرى التفاؤل بعينهم والسعادة في ضحكتهم إلى شعلة الذكاء والنور **شيماء ، أية ، محمد ، مسعودة ، إسراء ، عبد العزيز**

إلى الوجه المفعم بالبراءة ولمحبتكم لأزهرت أيامي وتفتحت براعم الغد إلى براعم العائلة

عبد الرحمان والتوأمان محمد واسيا

إلى الأخوات التي لم تلدهن أمي...إلى من تحلو بالإخاء والوفاء والعطاء إلى ينابيع الصدق الصافي إلى من معهم سعدت معهم...وبرفقتهم في حياة الحلوة والحزينة سرت إلى من كانوا معي عن طريق الخير والنجاح إلى من عرفت كيف أجدهم وعلموني أن لا أضيعهم صديقاتي : **سمية ، مايا ، خيرة ، عمرية ، مانا ، خيرة عاشوري ، فاطمة ، هدى ، عفاف ، حنان بغلول ، حنان شويح ، زينب ، هوارية عبدلي ،عائشة ، تونس ، فاطنة ، هاجر.**

مباركـــة

﴿ قُلِ اللهمَّ مالِكَ الْمُلْكِ تُؤْتِي الْمُلْكَ مَنْ تَشاءُ وَتَنْزِعُ الْمُلْكَ مِمَّنْ تَشاءُ وَتُعِزُّ مَنْ تَشاءُ وَتُذِلُّ مَنْ تَشاءُ بِيَدِكَ الْخَيْرُ أنك عَلى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ (26) تُولِجُ اللَّيْلَ فِي النَّهارِ وَتُولِجُ النَّهارَ فِي اللَّيْلِ وَتُخْرِجُ الْحَيَّ مِنَ الْمَيِّتِ وَتُخْرِجُ الْمَيِّتَ مِنَ الْحَيِّ وَتَرْزُقُ مَنْ تَشاءُ بِغَيْرِ حِسابٍ (27) ﴾

صدق الله العظيم

الآية {26} من آل عمران

بسم الله الرحمن الرحيم

المقـــــدمـة

الخـــاتمـــة

الفصـــل الأول :

الإطار النظري لتقييم السياسة العامة

الفصل الثاني:

السياسة العامة المحلية

في الجزائر

الفصل الثالث:

واقع السياسة الصحية في الجزائر

قـائـمة الـمـلاحـق

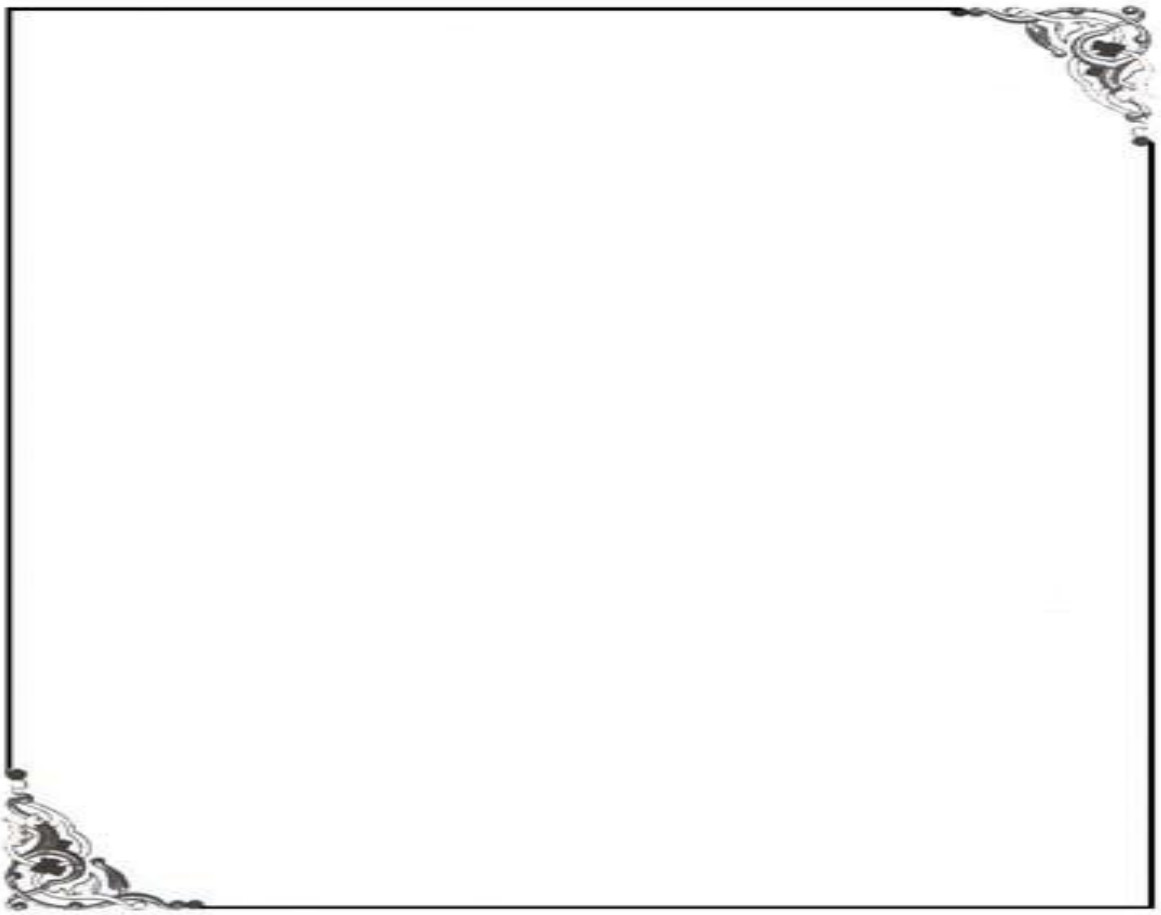
قائـــمة المصادر

والمراجـــــع

الفهـــرس

الا

ل



يعتبر موضوع **السياسات العامة** من المواضيع التي لقيت رواجا هاما في ظل تطور مجالات العلوم الاجتماعية من اقتصاد و إدارة و سياسة و اجتماع ، وكحقل علمي يتقاطع مع كل هذه العلوم ، فقد شغل اهتمام الباحثين و الخبراء و الاكاديمين لماله من اثر على مستوى المؤسسات و المنظمات و الحكومات و مع ذلك يبقى لحد الآن يشغل الباحثين على مستوى الداخلي و الخارجي، ذلك انه على الدولة المعاصرة الأخذ بعين الاعتبار المجهودات البحثية لوضع سياسات رشيدة لمواجهة مشكلات التنمية و التخلف و التبعية ، وكذا التصدي لزحف السياسة العامة العالمية و تداعيات العولمة .

وفي ظل الاهتمام المتزايد بهذا الحقل عالميا، نجد أن الجزائر مازالت من الدول ذات الاهتمام الضيق بالسياسات العامة خاصة من حيث الدراسات الأكاديمية العلمية، إلا انه في الآونة الأخيرة بدأت تتجه مجهودات بعض الشباحثين للكشف عن طبيعة السياسات العامة المحلية كالصحة ،التعليم و السكن ، لكن تبقى جد محدودة وهذا له ما يبرره الميلاد الجديد لهذا الحقل العلمي في بلادنا، و الإدراك المتأخر حول أهميته .

لقد تعددت الكتابات عن السياسة العامة في الدول العربية والغربية من بينها :

_ دراسة الدكتور " فهمي خليفة الفهداوي " بعنوان " **السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل** " الطبعة الأولى بعمان عن دار المسيرة للنشر والتوزيع سنة 2001 ، والذي قدم فيه تحليلا فنيا متخصصا حول السياسة العامة على صعيد المفاهيم والنظريات بالإضافة إلى أنماط السياسة العامة ، كما أشار إلى تحليل السياسة العامة كأسلوب علمي وإطار منهجي للتعامل مع القضايا السياسية ، والاهم في هذا المؤلف هو تشخيص أهم القوى الفاعلة في صنع السياسة العامة الرسمية وغير الرسمية.

_ من الأدبيات المتخصصة والإسهامات الغربية في حقل السياسة العامة ، دراسة " جيمس أندرسون" في مؤلفه " **صنع السياسة العامة** " المترجم من طرف الأستاذ الدكتور " عامر الكبيسي "

بعمان عن دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة 1999 ، حيث يعد الكتاب من ابرز الأدبيات التي تناولت بأكبر تخصص وتفضيل في نشاط عملية صنع السياسة العامة وبين كذلك أن السياسة العامة لم تعد مجرد خطة إرشادية آلية وإنما محصلة لمجموعة من القوى الفاعلة في النظام السياسي سواء كانت رسمية أو غير رسمية وهذا عبر جميع مراحل السياسة العامة التي طرحها أندرسون من تحديد المشكل إلى وضع السياسة العامة حيز التنفيذ إلى معرفة آثارها وصداها من خلال التقييم .

لكن ما كتب عن السياسة العامة المحلية محدود جدا ، وحسب الاطلاع عن مجموع الدراسات التي تناولت هذا الموضوع ، لم أجد دراسة علمية أكاديمية وميدانية تم التطرق فيها إلى موضوع السياسة العامة المحلية في الجزائر بكافة متغيراتها .

ومنه قطعت الجزائر أشواطا كبيرة في تطوير قطاع الصحة ، حيث كان هذا الأخير من القطاعات التي منحتها الدولة الأولوية منذ الاستقلال ، بعد ان ورثت عن الاستعمار وضعية صحية متدهورة ، مع انتشار العديد من الأوبئة لأغلب الجزائريين ومنها التيفوئيد والكوليرا، الملاريا ، السل ، الإسهال ، والتي كانت سريعة العدوى وقاتلة ، وقد تمحورت استراتيجية تطوير قطاع الصحة حول تحسين التغطية الصحية وتحسين الوضعية بشان مكافحة الأوبئة .

والسياسة الصحية تهدف إلى تخليص أفراد المجتمع من المرض وإعادة إدماجهم من جديد في حال السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا دورهم بفعالية داخل محيطهم الاجتماعي .

ونظرا لأهمية الصحة عند الشعوب ، فقد اضطلعت برسم وتنفيذ وتقييم السياسات الصحية العديد من المؤسسات الرسمية وغير الرسمية الوطنية وحتى المؤسسات الدولية التي أصبحت تتدخل في الكثيرمن التفاصيل الخاصة بهذه السياسة ، فالمشاكل الصحية لم تعد شانا داخليا بل شانا عالميا تسيره العديد من المؤسسات الدولية وتتكاثف جهود الدول من اجل مواجهة الأوبئة و الآفات العابرة للدول والقارات بفعل ازدياد حركة الأفراد وتطور وسائل النقل ، بل هناك ترتيبا دوريا للدول تصدره الهيئات الدولية حسب المخاطر التي تتمثلها الشعوب الأخرى ودرجة التقدم التي أحرزها في ميدان الصحة .

وعلى ضوء هذه الدراسات السابقة انبعثت الرغبة في بناء الإشكالية التي تقود عملية الدراسة ، واهم هذه الأدبيات التي تصب في لب الموضوع الاعتماد على مايلي :

_ كتاب " **رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة** " من تأليف محمد قاسم القريوتي ، كلية العلوم الإدارية ، جامعة الكويت ، ط1 ، 2006 ، تناول الكتاب رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة ، حيث ركز على تقييم السياسة العامة وتناول المفاهيم الأساسية لتقييم السياسة العامة (التعريف ، الأهمية ، مجالات التقييم ، معايير التقييم الرئيسية ، المخرجات والنتائج ، صعوبات التقييم) .

_ كتاب " **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** " من تأليف نور الدين حاروش ، دار كتامة للكتاب ، الجزائر، 2007 ، كتاب خاص بإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر من الاستقلال إلى غاية 2007 لمعرفة البرامج والسياسات المسطرة ومعرفة النتائج ومقارنتها بالإمكانيات المتوفرة ، وبعد عرض لمختلف المراحل التي عرفتها الأوضاع الصحية في الجزائر، ليصل للاستنتاجات أهمها الرهانات التي رفعتها الخلفية الايديولوجية لصناع السياسات الصحية في الجزائر كان بالغ الأثر على نوعية هاه السياسات .

_ كتاب " **إدارة الخدمات الصحية** " من تأليف الدكتور صلاح محمود ذياب ، دار الفكر ناشرون وموزعون ، 2009 ، تناول الكتاب 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 و المؤسسات ، كما بين مفاهيم السلامة المهنية والصحية في المؤسسات والمراكز الطبية مع التركيز على المخاطر التي يمكن ان تتعرض لها المؤسسات الصحية وكيفية التخلص من النفايات .

_ مذكرة ماجستير من إعداد حسين محمد العيد ، تخصص سياسة عامة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، عنوان " **السياسة العامة الصحية في الجزائر** " دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي (1990،2012) ، تطرق فيها إلى نشأة وتطور السياسة العامة ، ثم تناول المداخل النظرية لدراسة السياسة العامة ، ثم تناول السياسات الصحية ماهيتها، وأهدافها ومحارها .

_ مذكرة ماستر من إعداد زكرياء عطا الله ، تخصص سياسة عامة وإدارة محلية ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، عنوان " **دور الجماعات المحلية في صنع السياسة العامة المحلية في الجزائر أنموذجا : قراءة في قانون البلدية والولاية 2011/ 2012** " ، تطرق إلى الإطار المفاهيمي والنظري للجماعات المحلية والسياسة العامة المحلية من خلال تحديد مفهوم الجماعات المحلية و السياسة العامة المحلية ، ثم تناول واقع الجماعات المحلية بالجزائر في ظل الإصلاحات 2011 ،2012 .

ومن دوافع اختيار الموضوع :

أ.الدوافع الذاتية : الرغبة الشخصية للباحث في تناول هذا الموضوع لما يمثله من أهمية بفعل المهنة التي يمارسها والمشاكل التي يواجهها يوميا في مهنته كطاقم طبي وشبه طبي ومايلاحظ من اختلالات في المنظومة

الصحية في الجزائر ونتيجة الجدل الدائر بين أفراد المجتمع عموما وأصحاب المهنة على الخصوص والرغبة في التخصص في هذا الموضوع .

ب.الدوافع الموضوعية : إن موضوع السياسة العامة المحلية أصبح يشكل مجالا خصبا للباحثين السياسيين على السواء لحساسية القضايا التي يتناولها وتأثيرها على الحياة اليومية للمواطنين وأضحى إهمالها وعدم التكفل بها يهدد الاستقرار الاجتماعي للدولة ، ومع ذلك تفتقر المكتبات لدراسات الأكاديمية في هذا المجال باللغة العربية مما دفع الباحث إلى التعمق في الموضوع للمشاركة في المجال البحثي .

لقد واجهت هذه الدراسة عدة صعوبات منها :

- محدودية المراجع المتوفرة التي تتناول موضوع السياسة العامة المحلية بصفة عامة و السياسة الصحية في الجزائر بالتحديد .
- صعوبة الحصول على المعلومات و التقارير الميدانية من مراكز القرار.
- الاستهتار بالدراسات العلمية من هذا النوع .

***الإطار الزماني والمكاني للدراسة :**

1.الحدود العلمية : اقتصرت الدراسة على دراسة ثلاث متغيرات أساسية : تقييم السياسة العلمية ، السياسة العامة المحلية في الجزائر ، السياسة الصحية و ذلك للتعمق في كل متغير و دراسة العلاقة بين كل متغير و أخر توخيا للدقة و ضبط الموضوع أكثر .

2.الحدود المكانية : تهتم هذه الدراسة بدراسة السياسة العامة الصحية في الجزائر،أي أنها تختص بميدان محدد و هو السياسة العامة و بمجال معين هو الصحة ، على أن يتم تحديدها مكانيا بالدراسة في المؤسسة الاستشفائية العمومية " محمد بوضياف " البيض .

3.الحدود الزمانية : تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالمقابلة من 20 مارس 2016 إلى 20 افريل 2016 .

إن الحديث عن السياسة العامة المحلية يندرج ضمن احدث المجالات التي باتت تشغل الباحث السياسي والإداري، و انطلاقا من الأهمية التي يحظى بها هذا العلم و الوظيفة التي يؤديها لذا تنحصر **إشكالية** الدراسة البحثية كالآتي :

- **كيف يمكن تقييم السياسة العامة المحلية في الجزائر؟ و ماهي الآثار المترتبة عنها ؟**

تحت هذه الإشكالية تندرج مجموعة من الأسئلة الفرعية :

- هل للسياسة العامة المحلية علاقة تنظيمية و مؤسساتية بالتنمية المحلية ؟
- ما هو واقع السياسة العامة المحلية بولاية البيض ؟
- و هل نجحت هذه الأخيرة كجماعة إقليمية في صنع سياسات عامة محلية تحقق الغايات التنموية المقصودة و تحسين أداء الخدمات العمومية ؟
- ما هو واقع الخدمات الصحية بالولاية ؟
- و كيف لنا أن نقيم مستوى و درجة نجاح السياسة الصحية بهذه الأخيرة ؟

كمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات المطروحة تم صياغة الفرضيات التالية :

_ الفرضية الأولى : يعتبر التقييم آلية تقاس بها مدى نجاح السياسة العامة و الآثار المترتبة عنها أثناء التطبيق.

_ الفرضية الثانية : تحتل السياسة العامة المحلية مكانة في مجال التنمية الوطنية عموما و تنمية الجماعات المحلية على وجه الخصوص .

_ الفرضية الثالثة : غالبا ما تواجه السياسات العامة المحلية مشاكل و معوقات تعسر تنفيذها و كذا تفعيلها ايجابيا.

_ الفرضية الرابعة : تعرف السياسة الصحية بولاية البيض نقص في المردودية والعائد اثر في تردي أداء الخدمات الصحية.

***الإطار المنهجي** :

تم الاعتمادعلى مجموعة من المناهج و الاقترابات و الأدوات البيانية و ذلك على النحو التالي:

أ / المناهج : المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم ، إن الطريقة التي يتم وضعها للوصول إلى الحقيقة في العلم " استخدام المناهج وطرق البحث العلمي " تختلف

حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة ، ويمكن استعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر وهذا في إطار التكامل المنهجي المتعارف عليه والمعمول به في مختلف العلوم الانسانية والاجتماعية على الخصوص :

1.المنهج الوصفي : هو طريقة من طرق التحليل والتفسير يستخدم الأسلوب العلمي المنظم من اجل الوصول إلى حقائق معينة حول أي قضية ، فمن الضروري استخدامه في هذه الدراسة وذلك لجمع المعلومات حول السياسة العامة المحلية كحقل علمي والسياسة الصحية كمجال من مجالاتها .

2.منهج دراسة حالة : هو منهج يقوم على جمع البيانات المتعلقة بوحدة البحث بهدف الإحاطة بها ومعرفة أهم العوامل المؤثرة فيها وتحديد طبيعة العلاقات بين أجزائها والتعمق في دراسة متغيراتها وهذا ما ينطق على موضوعنا ، حيث تنحصر دراستنا على تقييم السياسة العامة المحلية في الجزائر .

ب/ الاقتراب القانوني المؤسسي : وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية والدستورية الإجراءات التنظيمية المنظمة للمستشفيات العمومية ، أيضا إجراء دراسة ميدانية للمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض وذلك لتعرف على واقع العمل بها .

ج / أدوات جمع البيانات : لقد تم الاعتماد من اجل جمع البيانات على الأدوات التالية :

1. الأدوات النظرية : حيث تم الاطلاع على مختلف مراكز المعلومات سواء المكتبات الوطنية أو المؤسسات المعنية من اجل جمع البيانات والتقارير و الإحصائيات حول موضوع الدراسة .

2. الاستبيان : يعد أداة مفيدة للوصول إلى الحقائق والتوصل إلى الوقائع ، والتعرف على الظروف و الأحوال ودراسة المواقف والاتجاهات والآراء ، وق تم الاعتماد في هذه الدراسة ضمن متطلبات منهج دراسة الحالة ، وذلك للكشف عن أداء الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض .

3. المقابلة : هي عبارة عن استبيان شفهي يجسد محادثة موجهة بين الباحث والشخص المبحوث بهد الوصول إلى حقيقة أو موقف معين ، يسعى الباحث للتعرف عليه من اجل تحقيق أهداف الدراسة ، وفي هذه الدراسة أجرت الباحثة بعض المقابلات لجمع معلومات ميدانية عن واقع الخدمات المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض .

4. الأساليب الإحصائية : تم الاعتماد على الإحصاء الوصفي لتحديد مدى الاختلافات في استجابة المبحوثين وفقا لفئاتهم التي يتضمنها الاستبيان ، وذلك بالاعتماد على النسب المئوية والمتوسطات الحسابية ، وكل ما له علاقة بالتحليل الإحصائي الوصفي وذلك لوصف خصائص العينة وتحديد اتجاهات إجابات المبحوثين .

ومن خلال ما سبق تم تقسيم هذه الدراسة إلى أربعة فصول : تناول **الفصل الأول** مدخل نظري تم التطرق فيه إلى ماهية تقييم السياسة العامة من جانب مفاهيمي من حيث التعريف، الخصائص، الأنواع إلى معايير و أساليب و مستويات تقييم السياسة العامة و أخيرا تم التطرق إلى الأطراف المشاركة في التقييم و الآثار المترتبة عنه ، أما **الفصل الثاني** تم التطرق فيه إلى السياسة العامة المحلية في الجزائر و ذلك في ثلاث محاور أساسية بداية بالمفاهيم ثم الأنواع و أخيرا معوقات ترشيد صنع السياسة العامة المحلية ، و **في الفصل الثالث** تم التطرق إلى واقع السياسة العامة الصحية في الجزائر في ثلاث محاور تناولت في المحور الأول طبيعة هذه المسالة و في المحور الثاني مراحل السياسة الصحية و في المحور الثالث أهمية السياسة الصحية ، أما **الفصل الرابع** والأخير تضمن تقييم السياسة الصحية من خلال دراسة ميدانية لعينة من الطاقم الطبي وشبه الطبي وكذا المرضى بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض حول أداء الخدمات الصحية بها ، و في **الخاتمة** تم تناول أهم النتائج إليها من المشاكل والنقائص ومن ثم تقديم مجموعة من الاقتراحات الممكنة من اجل تطبيق السياسة الصحية في المستقبل ، وفي الأخير نرجو من الله تعالى إتمام التوفيق وان يجعل عملنا هذا عملا نافعا يستفاد منه .

تمهيد :

تعتبر مرحلة **تقييم السياسة العامة** مرحلة أساسية وضرورية تتضمن نشاطات متسلسلة تهتم بتقدير وتثمين وتحديد الأهمية للمضمون التي تنطوي عليه السياسة العامة .

فالتقييم يساهم في إعادة النظر و التصحيح في مسار التنفيذ، ومن خلال هذا يتم التطرق في الفصل الموالي إلى إعطاء مفهوم للتقييم وحصر أهم الأساليب و الصعوبات التي تواجه عملية التقييم و التعرف على الأطراف المشاركة فيه وفق المباحث التالية :

المبحث الأول: مفهوم تقييم السياسة العامة وتم التناول فيه إلى تعريف التقييم (لغة واصطلاحا) ، خصائص التقيييم ، أنواع التقييم وأهدافه ، خطوات التقييم .

المبحث الثاني: معايير و أساليب التقييم و مستوياته .

المبحث الثالث: الأطراف المشاركة في التقييم و الآثار المترتبة عنه .

المبحث الأول : مفهوم تقييم السياسة العامة

لقد تعددت وتنوعت التعاريف الممنوحة للتقييم ، بالنظر إلى الاختلاف الموجود بين الباحثين الذي حال دون إيجاد تعريف واحد متفق عليه مما يستلزم عرض مجموعة من التعريفات .

المطلب الأول : تعريف التقييم وخصائصه

1. تعريف التقييم :

1.1. من الناحية اللغوية : قيم ، يقيم ، تقييما [1] قيم الشيء تقييما : قدر قيمته ، قيم العمل قدر قيمته ، قيم وضعا : استعرض نتائجه وما حققه من تقدم ، قيم فهو المقيم فعل مشتق من القيمة بمعنى وزن أو تقدير قيمة شئ معين مقارنة مع شئ أخر [2] أي مقارنة النتائج المتحققة فعلا مع الأهداف المرسومة لها .

2.1. أما من الناحية الاصطلاحية : فقد عرف على انه نشاط يستند على أساس عملي يهدف إلى تقييم الفعاليات المرتبطة بالسياسات العامة و أثرها و البرامج الفعلية المصاحبة للتقييم [3] ، ويعرفه أخر على أنه : المرحلة الأخيرة في منظومة العمليات المكونة للسياسة العامة، بغرض تقييم النتائج الكلية للسياسة العامة و الأثر الفعلي المترتب على هذه النتائج يشارك فيها معظم الكيانات الحكومية و الجماعات المصلحية الجماعات الضاغطة [4] ، ويعرف أحمد مصطفى الحسين التقييم بأنه : عملية منظمة تستهدف تقييم النشاطات الحكومية حتى تقدم معلومات متكاملة عن الآثار بعيدة وقريبة المدى للبرامج الحكومية [5]، انه نشاط منظم يستند إلى

---

[1] معجم المعاني الجامعي ، معجم عربي– عربي ، ص 17 .

[2] عباس حسين جواد، ارزوقي عباس عبد ، تقييم البرامج والمشاريع العامة :إطار نظري . **مجلة أهل البيت** ، العدد الرابع ، ص 203 .

[3] وصال نجيب العزاوي ، **مبادئ السياسة العامة** . ط1 ، الأردن : دار أسامة للنشر و التوزيع ، 2003 ، ص 112 .

[4] حسن ابشر الطيب ، **الدولة العصرية دولة المؤسسات** . القاهرة ، الدار الثقافية ، 2000، ص 12 .

[5] احمد مصطفى الحسين ، **تحليل السياسات العامة : مدخل جديد للتخطيط في الأنظمة الحكومية** . ط1 ، عمان : المركز العلمي للدراسات السياسية ، 2002 ، ص 130 .

منهجية عملية الهدف منها التعرف على طبيعة العمليات المرتبطة بالسياسة العامة و أثارها و البرامج المرتبطة بالتنفيذ[1] .

أما من وجهة نظر غربية ،عرف " **بيارروزاولان** " التقييم :

**** Pierre Rosawalon***

« **L'evaluation** est la troisième forme prise par le pouvoir de surveillance l'objectif est deux pertiser la qualite et l'efficacité d'une gestion c'est encore une réputation qui est mise l'epreuve mais elle est d'orde technique il s'agit de tester la compétence de gouvermants[2] .»

يعني هذا التقييم هو الشكل الثالث المأخوذ من السلطة المشرفة والهدف منه يتضمن جزئين هما القيمة وفعالية التسيير، انه آلية وإجراء لقياس مصداقية وقدرات الحكومة .

وهو يتقارب وتعريف معجم المصطلحات الأساسية في التقييم :

«The systematic and objective assessment of an ongoing or completed project programme or policy its design implementation and results .

The ai mis to determine the relevance and fulfillment of objectives impact and sustamability . »[3]

بمعنى أن التقييم هو تقدير منهجي موضوعي لمشروع أو برنامج أو سياسة (جارية أو مكتملة) لتصميمها وتنفيذها ونتائجها والهدف من ذلك هو ملائمة الأهداف وتحققها وكفاية التنمية وفعاليتها وتأثيرها واستدامتها.

[1] محمد قاسم القريوتي ، **رسم وتقييم وتنفيذ وتحليل السياسة العامة** . الكويت : جامعة الكويت ، كلية العلوم الإدارية، ط1 ، 2006 ص 277 .

[2]Nicolas Matjasic ,l'évaluation des politique publique dans une France- écentralisée(thése de doctorat en sicences politiques , 2010) ,p25

[3] ساسي جلول وآخرون ، **معجم المصطلحات الأساسية في التقييم والإدارة القائمة على النتائج** . منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية ، 2002، ص 19.

ومنه يمكن القول أن عملية التقييم سلوك وجهد إرادي منظم مبني على منهجية محكمة ، انه أسلوب تقديري يعتمد على مجموعة من المعايير ويهتم بالمعلومات والبرامج ومدى استمراريتها ، فالغرض من عملية تقييم السياسات العامة يكمن في :

- معرفة الكفاءة التي تقوم بها البرامج الحكومية .
- خدمة صانعي السياسات ومتخذي القرارات في المستويات العلي من النظم الحزبية .
- خدمة المواطنين بصورة عامة[1] .

2. خصائص التقييم :

يعتمد التقييم على أربعة (04) خصائص للمعلومات التي يتم جمعها و هي كالتالي[2] :

***مدى صلة المعلومات بالمطلوب** : حيث تكون هناك علاقة مباشرة ما بين المعلومات التي يتم جمعها و المشاكل التي ترغب بمعالجتها.

***الجودة** : تربط هذه الخاصية بمدى دقة المعلومات.

***النطاق** : ترتبط بحجم العينة إذ يوجد اختلاف بطريقة تحليل المعلومات في حالة العينات الصغيرة و العينات الكبيرة.

***التحليل** : جمع المعلومات أمر مهم إلا أن تحويلها إلى معنى و الاستفادة و منها موضوع أخر.

المطلب الثاني : أنواع التقييم و أهدافه

1. أنواع التقييم :

تختلف أنواع التقييم وتصنف حسب مايلي:

1.1. حسب معيار الذاتية والموضوعية :

[1] مصطفى الحسين ، **مرجع سابق** ، ص132 .

[2] دير أيكن، فليم فان ، **مدخل إلى التقييم** . ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية تنمية المجتمع ، قبرص ، بيسان للنشر والتوزيع ،1996 ، ص39 .

أولا : التقييم الذاتي: يعرف بالتقييم الانطباعي يتم فيه اللجوء للانطباعات الشخصية و تختلف نتائج التقييم باختلاف القائمين عليه وقد يتم تقييم نفس السياسة بشكل ايجابي أو سلبي حسب التوجهات الشخصية للمعنيين بالتقييم، ويتأثر هذا النوع بعوامل أهمها :الإيديولوجية التي تحدد مسار التقييم إضافة إلى القيم الشخصية و المعتقدات التي يتبانها القائم بالتقييم و المزاج السياسي أو الرغبة السياسة للجهة المقيمة للسياسة العامة.

ثانيا : التقييم الموضوعي يتناول الآثار التي تتركها السياسة العامة على المشكلة التي تعالجها تلك السياسات، من حيث مدى تحقق الأهداف وحجم التكلفة و المنافع المترتبة على تنفيذها بما يعطي فكرة فعلية لمنفذي القرار عن المخرجات و التأثيرات[1].

2.1. التقييم وفق معيار مجال التفاعل :

يرتبط **التقييم الداخلي** بالثقافة التنظيمية و بكفاءة المؤسسة و ينتشر في المؤسسات و المديريات الحكومية لتقييم أعمال المؤسسة باستمرار، و هذا النوع من التقييم يخلف إرثا إداريا من خلال صنع القرارات خلال فترة طويلة .

أما **التقييم الخارجي** يقدم أفكار جديدة لتطوير القدرات الفنية داخل المؤسسة و كذا لحل المشكلات التقنية وفي هذا النوع من التقييم غالبا ما يكون هناك عملية مقارنة بين السياسة و سياسات أخرى خارج تلك المؤسسة في مؤسسة أخرى أو دول أخرى.

3.1. تصنيف التقييم حسب معيار الرسمية :

أولا : التقييم الرسمي : هو مجموعة من الإجراءات التي يتوجب على الحكومة إتباعها باستخدام أساليب المراجعة و الاستقصاء في التطبيق العلمي، على اعتبار أن هاته الإجراءات تتضمن أنشطة مثل: مراجعة قرارات الحكومة السابقة استشارة المتخصصين.....الخ

ثانيا : التقييم غير الرسمي : لايشترط الدقة في المعلومات أو التسلسل فهو ذو طابع موضوعي ، حيث يعتمد على أية وسيلة مع الاستعانة برأي صانع القرار و إمكاناته العقلية و الإبداعية، و حكمه الشخصي[2].

[1] القريوتي ، **مرجع سابق** ، ص277 – ص278 .

[2] عبد الفتاح ياغي، **السياسات العامة " النظرية ، التطبيق** . القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، 2010 ، ص182 .

ومن هنا يستحسن أنه من الأفضل أن تعتمد الحكومة على النوع الأول لأنه يساعد فهم السياسة العامة وفهم جوانب قوتها وضعفها كما أنه يزودها بقدر كاف من المعلومات المنتظمة و الدقيقة ذات الطابع العلمي، و التي تؤدي إلى نتائج مؤكدة.

4.1, أنواع التقييم وفق الأسلوب المعتمد :

أولا : التقييم التلخيصي : يركز على جمع اكبر قدر من المعلومات المراد تقييمها ثم تصنيفها ثم تبويبها، ثم ترسل هذه المعلومات إلى صانع القرار، للتعرف على السياسة المعنية، وواقعها و ظروف تطبيقها بغية الحصول على تصور شامل حولها، وتكوين أفكار عامة عنها .

ثانيا : التقييم التطويري : يتم التركيزفيه على التعمق في المعلومات، التي يتم جمعها مهما كانت قليلة، ويتم ربطها مع بعضها قصد تكوين أرضية صلبة تساعد صانع القرار في اتخاذ قراراته.

وليس هناك أي قانون يفرض على الحكومة تقييم السياسة أنها من الأسلوبين وقد يتم التوظيف من خلال استخدامها معا مما يوفر قدر كبير من المرونة لصانع القرار على اعتبار أن المعلومات المصنفة و المبوبة تعطي الحكومة دفعا كبيرا لتطوير بدائل متعددة لحل المشكلات[1].

5.1. أنواع التقييم وفق معيار الزمن :

تتم عملية التقييم وفق معيار الزمن في عدة أوقات:

- **التقييم السابق للتنفيذ:** يكون قبل بدء التنفيذ، ويستعمل للتأكد من أهمية السياسة العامة و جدوى تنفيذها.
- **التقييم الملازم للتنفيذ:** يكون أثناء عملية تنفيذ السياسة العامة، و الهدف منه هو تحسين الأداء و تطوره.
- **التقييم اللاحق للتنفيذ:** يكون بعد عملية التنفيذ ويهدف إلى التعرف على مدى نجاعة السياسة العامة و نجاحها في تحقيق الأهداف المحددة لها، و كذا تحديد الايجابيات و السلبيات المترتبة على عملية التنفيذ[2].

[1] ياغي ، **مرجع نفسه** ، ص187

[2] القريوتي ، **مرجع سابق** ، ص 298 .

6.1. أنواع التقييم وفق معيار الأهداف الموجودة :

يركز التقييم في هذه الحالة على تحديد الأهداف التي ينبغي الوصول إليها ، وذلك حسب أهمية كل هدف – تنازليا– و يكون هذا الترتيب من قبل المقيم أو الحكومة في حد ذاتها ، و بالتالي تكون عملية التقييم عاملة على إثبات شرعية كل هدف، ومدى صلاحيته لسياسة حكومية ، وهذا النوع يعطي للمقيم الحرية في اختيار أفضل أسلوب لتحليل أهداف السياسة .

7.1. أنواع التقييم الذي يركز على الجوانب الإدارية للسياسة العامة :

السياسة الناجحة هي تلك التي تستند إلى قدر وافي من المعلومات حول مختلف جوانب القضية التى تعالجها لكي يتسنى لصانع القرار التصرف بشكل حكيم وعقلاني بناء على الحقائق، وهذا النوع يجعل من قرارات الحكومة أكثر رشادة كما أن هذا التصنيف مقسم لأربع أنواع نوجزها فيما يلي[1] :

أولا : تقييم المدخلات: وينبني على جانبين، فالأول: حصر وتحليل وتشخيص مختلف الضغوطات التي تلد من البيئة (مبدأ الكم و النوع للضغوطات).

ثانيا : تقييم محتوى السياسة العامة: ونقصد به تقييم البرنامج، ومدى توافقه مع السياسة العامة ، وتحليل مصادر المعلومات التي اشتغلت في إعداد هذا البرنامج ما إذا كانت الحقيقة واقعية أم أنها شكلية رسمية مخالفة للواقع.

ثالثا : تقييم عملية تنفيذ السياسة العامة: القصد به الخطة المصممة أو الإستراتيجية المتبعة في التنفيذ و الدافع في هذا التقييم من أجل كشف ومعرفة مختلف العراقيل التي تحول دون التنفيذ السليم – على اعتبار أن هذا النوع ليس تابعا للاستشراف

رابعا : تقييم مخرجات السياسة العامة: وهنا يقوم المقيم بإجراء مقارنة وصفية تحليلية بين الأهداف المسطرة و النتائج المحققة بعد تنفيذ السياسة العامة [2].

---

[1] ياغي ، **مرجع سابق** ، ص 192.

[2] عامر خضير الكبيسي ، **السياسات العامة: مدخل لتطوير أداء الحكومات** . القاهرة ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،2008 ، ص 176 .

8.1. أنواع التقييم الذي يركز على المنتفعين من السياسة العامة

يتم فيه التركيز للزبائن و العملاء يتوجب على الحكومة وضع قائمة من البنود وبمجرد تحقيق هدف ما أو العمل بأحد تلك البنود يتم وضع علامة (صح) العمل بشكل منظم لكي تتوضح الأهداف المنجزة من غيرها و هكذا على التوالي حتى تكتمل القائمة.

9.1. أنواع التقييم الذي يركز على مهارات المتخصصين في السياسات العامة :

الهدف من هذا النوع هو البحث و التطلع إلى مدى توافر الخبرات و الكفاءات البشرية التي يجب أن تتوفر لنجاح سياسة حكومية ما ، فأما أن تتم استشارة المتخصصين و الخبراء بصفة رسمية من خلال التعاقد معهم أو دفع مكافآت مالية لهم باعتبارهم موظفين في المؤسسة التى يعمل بها صانع القرار،أو ان تتم الاستشارة بصفة غير رسمية كان يلجا صانع القرار إلى مشاورة صديق له أو قريب من الذين يتمتعون بالكفاءة و الخبرة المطلوبة حول سياسة عامة معينة .

10.1. أنواع التقييم وفق معيار الجهة القائمة بالتقييم :

التقييم التشاركي: هذا التقييم يشبه الفلسفة التعددية حيث أنه يقوم على تحديد الأطراف المعنية بالسياسة، ويتم تشخيص و فحص دور كل طرف في التنفيذ، و الأخذ بعين الاعتبار البيئة التي تحيط بسياسة مت – وهنا يكمن التشابه– و التقييم التشاركي يظهر دور الحكومة و الأطراف الأخرى بوصفه متجاوبا مع احتياجات السياسة[1] .

2.أهداف التقييم :

يعد تقييم السياسة العامة نشاط علمي يسعى لتحقيق مجموعة من الأهداف أهمها:

1/ الكشف عن السياسات ما إن كانت ناجحة أو فاشلة .

2/التأكد من الأهداف و المعايير المستخدمة في عملية تقييم السياسات و معرفة كيفية التصرف بالأموال العامة المخصصة لهذا البرنامج .

3/ التأكد من دور الأجهزة التنفيذية في عملية التنفيذ و التخطيط لاتخاذ الإجراءات الصحيحة اللازمة [2].

[1] ياغي ، **مرجع سابق**، ص 194– ص 195 .

[2] حسين جواد ، عباس عبد ، **مرجع سابق** ، ص 205 .

4/ يوفق المقيم بين كونه متخصصا في تطوير السياسة العامة و أن يعمل لصالح العديد من المستنفعين المتضرريرن دون معرفتهم [1].

5/ انتهاج الطرق العلمية في عملية التقييم و الحرص عليها من قبل المقيمون و الاختصاصيون لتكون نتائج التقييم ايجابية.

6/ قياس أثار تطبيق السياسة العامة على البيئة الاجتماعية و على الجماعات المختلفة من المواطنين بصفة خاصة.

7/ قياس التكلفة المباشرة و غير المباشرة للبرامج التنفيذية و مقارنتها بالمنفعة التى تحقق من السياسة العامة [2].

المطلب الثالث: خطوات التقييم

يقوم المقيم بمجموعة من الخطوات التي تتطلبها العملية التقييمية ، حتى يتمكن من تنفيذ عملية التقييم بكفاءة عالية من خلال:

1- **تحديد احتياجات و اهتمامات إدارة البرنامج:** يسعى المقيم إلى تحديد احتياجات صانعي القرار و توقعاتهم من عملية التقييم (قبول البرنامج من طرف الإدارة، كيفية تنفيذ نتائج التقييم، متى تقدم نتائج دارسة التقييم؟ الزمن) [3].

2- تحديد طبيعة و نطاق المشكلة التي يوجه لها التقييم: وهي مرحلة هامة بالنسبة لادارة البرنامج، حيث أنه يتوجب على إدارة البرنامج أن تكون بنفس الدرجة مع المقيم في فهم طبيعة القضايا التي تناقش في عملية التقييم.

3- تحديد أهداف البرنامج المراد تقييمه: تشمل كمية المنافع المتوقع الحصول عليها نتيجة تنفيذ البرنامج وتحديد درجة الاكتمال أو التناقض بين الأهداف، و يجب أن يكون اتفاق بين المقيم و إدارة البرنامج لتوصل الأهداف واضحة ذات معنى و قابلة للقياس [1].

---

[1] الكبيسي ، **مرجع سابق** ، ص 173 .

[2] خيري عبد القوي ، **دراسة السياسة العامة** . ط 1، الكويت، دار السلاسل للطباعة و النشر،1988 ، ص234 ص 235 .

[3] سماحي حنان ، **الفواعل الرسمية و آليات تقييم السياسة العامة في الجزائر**. (مذكرة ماستر علوم سياسية ، تخصص سياسات عامة وتنمية ، قسم العلوم السياسية ، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، جامعة الدكتور مولاي الطاهر سعيدة ، دفعة 2015/2014) ، ص 76 .

4- تطوير معايير و مقاييس شاملة لقياس أهداف البرنامج : يتم تطوير معايير كمية قياس أداء البرنامج لقياس درجة مدى تحقيق الأهداف و توضيح المعايير و المقاييس أثارها المقصودة وغير المقصودة أو الجانبية غير المرغوب

لمبحث الثاني: معايير و أساليب و مستويات التقييم

[1] مصطفى الحسين ، **مرجع سابق** ، ص138 .

هدف المقيم أي ربط واقع السياسة مع أهدافها من خلال كتابة نتائج السياسة المدروسة بدقة و مراعاة خصوصية كل سياسة و مشكلاتها و العوامل المؤثرة فيها ووضعها القانوني و الاجتماعي و السياسي، ولمعرفة مدى صحة التقييم هناك معايير أساسية و أساليب و مستويات يتم التطرق إليها في هذا المبحث .

المطلب الأول: معايير التقييم

حدد الدكتور " عبد الفتاح ياغي" ثلاث معايير أساسية لعملية التقييم تتخلص فيمايلي:

***معيار الدقة :**

أي التدقيق في المعلومات المحصل عليها و التأكد من مصداقيتها ويسمح لنا التقييم بتشخيص الواقع و تعليله و عرض النتائج و الآثار و التأكد من درجة صحتها[1]

***معيار المنفعة :**

التقييم الجيد هو الذي ينفع الحكومة و يتميز بالوضوح ويسمح بتقديم نتائج و توصيات و مصطلحات لها قابلية التطبيق العملي، كما تترتب عليه نتائج حقيقية صادقة تسمح بتنمية المجتمع و إعادة تأهيل دور الحكومة في صنع السياسة العامة.

***المعيار القانوني :**

من الضروري الالتزام أثناء عملية تقييم السياسة العامة احترام القواعد القانونية المنظمة أي مايتم في حدود الصلاحيات الممنوحة لكل جهة وهذا فان الحديث عن هذه الصلاحيات القانونية يفرض على الجهة المقيمة أن تراعي مايلي:

- الجانب الأخلاقي و السر المهني .
- احترام الآجال الزمنية المحددة للتقييم .
- تقييم الجهة المعنية بالتقييم .

أما مسالة **تدريب و تأهيل مقيمي السياسات العامة** ، فيتطلب تخصصا معمقا في مجال محدد من مجالات السياسة العامة ويتم تدريبهم على مهارات التحليل و البحث العلمي وهنا يكون المقيم هو باحث ومحلل **و تأهيل**

[1] ياغي ، **مرجع سابق،** ص 178- ص179.

محلل السياسة العامة يجمع بين التزويد بمهارات واسعة كباحث ومهارات مخصصة في سياسة معنية و هذا مايعطي لعملية التقييم أهمية بالغة [1] .

وقد قدم **إدوارد سوشمان** خمسة (05) معايير لمدى نجاح أو فشل برنامج ما على اعتبار هذا الأخير يحقق خدمة عامة ، حيث تتمثل هذه المعايير في أربع هي :[2].

***الجهد:** أي التكلفة المستهلكة و الجهد المبذول من وقت مال أو جهد عضلي

***الانجاز:** حجم الانجاز المحقق كما ونوعا، ويجب أن يفوق مستوى الحاجة الكمية و الكلية لها علاقة الاتفاق بعد النتائج المحققة بعد تنفيذ السياسة العامة.

***الكفاءة و الفعالية:** أي مدى تحقيق الأهداف المسيطرة

***العمليات:** وبمعنى الإجراءات المتخذة في تنفيذ السياسة العامة و العملية تمثل كيفية آلية عمل البرنامج أو عدم عمله .

المطلب الثاني: أساليب التقييم

تتبع الحكومة عدة أساليب لتقييم السياسة العامة وذلك من خلال تقييم أداء البرنامج و المشروعات العامة، فهناك العديد من الطرق التي يمكن أن تصنف أساليب تقييم الكفاءة ويمكن إبرازها فيما يلي[3] :

***التقارير و جلسات الاستماع:** تعتبر من أهم الأساليب لتقييم السياسة العامة التي تتم بصفة دورية فالغرض منه يكمن في تقييم الأداء و درجة الانجاز و درجة تحقيق الأهداف المتعلقة بالسياسة العامة.

***الزيارات الميدانية:** يقوم بها كبار المسؤولين و بعض اللجان البرلمانية من اجل التعرف على مستوى الأداء وسير العمل [4].

---

[1] ياغي، **مرجع سابق** ، ص 180- ص181 .

[2] فهمي خليفة الفهداوي، **السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل** . عمان، دار المسيرة، 2001، ص320 .

[3] مصطفى الحسين، **مرجع سابق** ، ص142

[4] القريوتي، **مرجع سابق** ، ص 28 .

***التقييم التجريبي:** يعتبر هذا الأسلوب من بين الأساليب التقييم السياسة العامة، هو نوع مثالي من خلاله يتم اختيار مجموعتين المجموعة(01) قائمة على أساس التجربة أما المجموعة (02) فيطلق عليها مجموعة الضبط.

***التقييم شبه التجريبي:**

نتيجة لصعوبة توفر جميع الشروط الواجبة لضمان كفاءة التجربة في الواقع العملي إلا أن هناك عدة أسباب أدت إلى ظهور **التقييم شبه التجريبي** فهذا الأسلوب هو عبارة عن مجموعة كبيرة تحاول أن تقترن من الطريقة التجريبية المثالية [1].

بالإضافة إلى هذه الأساليب هناك **أساليب فنية** متخصصة يمكن إتباعها من أجل تحديد الآثار المترتبة على تطبيق السياسة العامة أهمها :

- مقارنة النتائج مابعد تطبيق السياسة بالوضع السابق لتطبيقها
- مقارنة أداء المشاركين في برنامج معين مع غير المشاركين فيه
- مقارنة اتجاه عام لأداء برنامج عام قبل و بعد تطبيق سياسة معينة و خلال فترات منظمة
- التعرف على مؤشرات الأداء من خلال التعرف على الآثار السياسة العامة .

المطلب الثالث : مستويات التقييم

تحتاج عملية التقييم إلى تحديد مجال معين للتقييم ، نحو زاوية معينة ، للحصول على نتائج تساعد المقيم في كيفية التعامل مع المشكلة وكذا سهولة و تحسين الاختلال ، وتتكون عملية التقييم من مجموعة من المستويات[2] :

[1] **مرجع نفسه** ، ص 142 – ص 144 .

[2] د.جمال زيدان ، **مفهوم تقييم السياسات العامة و دوافعها** ، محاضرة ألقيت لطلبة سنة أولى ماستر، ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية تخصص السياسات العامة و التنمية، مقياس تقييم السياسات العامة ، بتاريخ: 2015/05/14

***على مستوى مخرجات السياسة العامة :** يتم التركيز على مختلف النتائج و الانجازات جراء تطبيق سياسة عامة ، ومنه عقد تقييم سياسة عامة وفق هذا المستوى يجب مراعاة ثلاثة متغيرات :

- مراعاة مدى انسجام و توافق طبيعة المخرجات مع الاحتياجات و المطالب العامة
- مراعاة مدى توافق المخرجات من انجازات مع القيم الموجودة في المجتمع
- تحقيق التوافق في القيم وتحقيق المطالب .

حيث تقاس النتائج النهائية للسياسة العامة عن طريق طرح المدخلات من المخرجات ، وهذا مايتناسب اكثر مع القطاعات الصناعية والانتاجية ذات الطبيعة الاقتصادية الاكثر منه في مجال السلع والخدمات العامة التي هي

هي محور السياسات العامة ، ففي قطاع التعليم تتمثل المخرجات بالمعرفة والمهارات والقيم ، وهي مخرجات يعتبر قياسها أكثر صعوبة من قياس مخرجات القطاعات التي تهدف إلى الربح .

***على مستوى الآثار :**

يعني التركيز على العوائد المترتبة عند تطبيق السياسة العامة ، حيث تختلف الآثار المترتبة على تنفيذ السياسات العامة عن المخرجات ، حيث أن المخرجات تتمثل بالنشاطات أوالبرامج التي تم القيام بها تنفيذا للسياسة الصحية ، أما التأثيرات فهي التغيرات التي حصلت جراء تنفيذ السياسة العامة ، فإذا كان الحديث عن السياسة الصحية وما تستهدفه من تحسين المستوى الصحي وتطوير الخدمات ، فان المخرجات قد تكون إنشاء مزيد من المستشفيات والمراكز الصحية ، او شراء المعدات الطبية وتحديث المختبرات ، وزيادة عدد الأسرة ، أما الآثار فتقاس بالمؤشرات المتمثلة بتدني عدد المصابين بالأمراض ، وانخفاض نسبة الوفيات ، وزيادة معدل العمر المتوقع للحصول على الخدمة الصحية [1].

***على مستوى الأداء :**

يتم التركيز على دور صانع السياسة العامة ومنفذيها، فيتم تقييم مدى جودة الخطة التي تم وضعها لتنفيذ القرارات و السياسات التي تبنتها الحكومة ، ويتم تحديد المعيقات التي تمنع الحكومة من تنفيذ سياستها ، فقد لايكفي تقييم فعالية أو تأثير سياسة معينة بمعايير الأداء المحلية ، بل يتم اللجوء إلى معايير عالمية ، كان يتم

[1] القريوتي، **مرجع سابق** ، ص 282 .

تقييم فعالية السياسة الصحية من خلال التعرف على مؤشرات عدد المرضى لكل سرير، ومعدل وفيات الأطفال الرضع ومعدل وفيات الأمهات بعد الولادة ، ومقارنة هذه المؤشرات بالمعايير العالمية .

المبحث الثالث : الأطراف المشاركة في التقييم و الآثار المترتبة عنه

تتبع الحكومة عدة اتجاهات لتقييم السياسات العامة ، وذلك من خلال تقييم أداء البرامج والمشروعات العامة .

المطلب الأول: اتجاهات التقييم

إن عملية تقييم البرامج و المشاريع العامة تقوم على اتجاهين و يتم التركيز كليهما أو معا [1]:

1.مضمون السياسة العامة أو البرنامج العام : يتضمن هذا الاتجاه الإجابة على مجموعة من التساؤلات أهمها: **هل مشكلة البرنامج في التقييم واضحة و دقيقة** ؟ أي بمعنى أن الجهة المسؤولة بالتقييم تسعى للحصول على معلومات تتعلق بالمشكلة المراد صياغتها بدرجة الوضوح و الدقة في تحديدها. **هل أهداف البرامج و القيم الاجتماعية ذات العلاقة تم تحديدها بدقة ووضوح؟ إلى أي مدى يمكن ملاءمة مصادر التمويل المتاحة؟** وهنا على المقيم معرفة مصدر تمويل البرنامج الموضوع لتتقييم إما حصيلة الضرائب العامة المفروضة على المواطنين أو الإيرادات و الثروات العامة للبلد و الإيرادات المحلية الخاصة بالحكومة المحلية. **ماهي الحلول البدلية ؟ وماهي الأسس التي اعتمدت للمفاضلة بين هذه الحلول؟** أي أن المقيم يبحث عن المشاريع و البرامج التى وضعت لحل المشكلة و الأسس التي إليها الجهات المسؤولة في اختيار هذا البرنامج أو السياسة من بين بدائل السياسات و البرامج العامة الأخرى. **ماهي الصعوبات المتوقعة التي تواجه إقرار و تنفيذ المشروع أو البرنامج العام ؟**

أي العقبات التي تضعها الكتل و النخب البرلمانية و الأحزاب السياسة و جماعات المصالح عند عرض المشروع أو البرنامج على الجهات التشريعية ، ثم الصعوبات التي ترافق التنفيذ مثل : (الصعوبات المالية و الفنية و البشرية و البيئة) .

2.إجراءات رسم وتنفيذ البرامج العامة: يركز هذا الاتجاه على تقييم الإجراءات التى اتبعت في رسم أو صياغة البرامج العامة وتتمثل في الإجابة عن التساؤلات التالية[2] :

إلى أي مدى يمكن للمواطنين أصحاب المصلحة في تحديد مشكلة البرنامج أو المشاريع العامة ؟

[1] حسين جواد، عباس عبد ، **مرجع سابق** ، ص 204 .

[2] حسين جواد، عباس عبد، **مرجع نفسه** ، ص 204 – ص 205 .

ماهي الوسائل التي أتيحت للمواطنين وجماعات الضغط للتعبير عن أرائهم؟ ماهو دور كل من السلطات الثلاثة : التشريعية و التنفيذية و القضائية في رسم وتنفيذ البرامج العامة قيد التقييم ؟هل تم تحديد توقيت البدء بالتنفيذ و الانتهاء منه بشكل واضح ودقيق؟ هل حدد الأفراد اللازمون للتنفيذ بشكل مناسب من حيث الكفاءة والكفيلة ؟

إن الإجابة عن هذه التساؤلات تمكن الأجهزة أو الجهات المكلفة بعملية تقييم السياسات العامة من أداء مهامها بشكل واضح و محدد ، وهي تساعد في استيفاء التقييم لكل أبعاده وحدوده .

المطلب الثاني: الجهات المعنية بالتقييم

تتميز بعلاقة التفاعل فيما بينها داخل المجتمع ، وهي تحدد في الآتي :

1.الجهات الرسمـــــية :

تتولى عملية تقييم السياسة العامة مجموعة من الأجهزة الرسمية الحكومية سواء على المستوى المحلي(المحافظات و الأقاليم) أو على المستوى الوطني و من هذه الأجهزة :

1.1.المجالس البرلمانية : تعد مهمته الرقابة و التقييم السياسة العامة التي ترسمها وتنفذها الحكومة من أهم الواجبات التي تقوم بها المجالس البرلمانية في البلدان الديمقراطية، فهي الجهة المخولة بتشريع الأنظمة و القوانيين العامة حيث تقوم بجمع البيانات و تحليلها و تفسيرها عن طريق لجان تفتيش من أعضاء البرلمان لاستخلاص المؤشرات و النتائج لتقييم البرامج و المشاريع العامة ، يمكن للبرلمان الحصول على بيانات و معلومات من اجل التقييم من خلال وسائل الإعلام.

2.1. مجالس ودواوين الرقابة المالية: يقوم هذا الجهاز بعمله السنوي من خلال جمع البيانات و المعلومات، و رفع التقارير التي تتضمن تقييم تلك الإدارات و أسلوب تنفيذها للمهام و المشاريع المكلفة بها.

3.1 .الأجهزة الإدارية: تعمل الأجهزة الإدارية على المشاركة في تطوير السياسة العامة فمهمتها مرتبطة بعملية تطبيق وتنفيذ وتقييم السياسة العامة فدورها يمكن فيما يلي:

تعتبر ذاكرة الحكومة لامتلاكها معلومات لصنع السياسة العامة

اتخاذها القرارات لها أثار سياسة هامة

تمثل الأجهزة الإدارية مصدر أساسي للسياسات [1].

2. الجهات غير الرسمية :

أن عملية تقييم السياسة العامة لاتتوقف على الجهات الرسمية بل تتعدى إلى جهات غير الرسمية المتمثلة فيما يلي:

1.2. المواطن : يقوم المواطن العادي بإصدار أحكام تقييمية حسب أرائه و اجتهاداته، فهو لا يملك الوسائل العلمية للتقييم بل يصدر تقييما جزافيا أثناء المناقشات العامة [2].

2.2.وسائل الإعلام : تعد وسائل الإعلام كالصحف و المجالات و الإذاعة و التلفاز من الجهات التي تقوم بنشر المقالات و المقابلات و التحقيقات التي تتضمن تقييما لبعض السياسات.

وقد تعبر بعضها على أراء و اتجاهات بعض الأحزاب أو جماعات لضغط أن النخب السياسة المعارضة للحكومة ، فهي تعمل على تعقب النتائج الايجابية للبرامج و المشاريع الحكومة وتسلط الضوء عليها.

3.2.الأحزاب و النخب السياسة جماعات الضغط : تمارين الأحزاب و النخب السياسة و جماعات الضغط دوار مهما في تقييم البرامج و المشاريع العامة للحكومة لاستخدامها كوسيلة للضغط على الحكومة للحصول على مكاسب سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية لمصلحتها.

---

[1] بدرة قويدري، **اثر التحول الديمقراطي على عملية تقييم السياسات العامة في الجزائر** . (مذكرة ماستر في العلوم السياسية ، تخصص سياسات عامة و تنمية ، قسم العلوم السياسية ، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة ، 2014/ 2015) ، ص46 .

[2] حسن جواد، عباس عبد ، **مرجع سابق** ، ص215

المطلب الثالث : صعوبات تقييم السياسة العامة

بالرغم من الأهمية التي تتسم بها عملية تقييم السياسة العامة، إلا أنها تواجه عدة صعوبات، يمكن أن نذكرها على حد تعبير الدكتور محمد قاسم القريوتي[1] :

- غموض الأهداف الخاصة بالسياسات العامة و عدم قابلية بعضها للقياس .
- تعارض الأهداف التي تسعى لتحقيقها السياسة العامة.
- مقاومة الجهات المسؤولة عم تنفيذ السياسة العامة لعملية التقييم .
- تجنب التكاليف المادية التي تتطلبها عملية التقييم .
- تعدد وتنوع تأثيرات السياسة وصعوبة قياسها بمؤشرات محدودة .
- الطبيعة الرمزية وغير القابلة لبعض أهداف السياسات مثل: تعزيز الانتماء و الاعتزاز الوطني.
- المحافظة على الأوضاع من طرف الجهات الحكومية و تجنب أية محاولات لتقييم خاصة إذا كانت المؤسسات المعنية تحظى بامتيازات لاتتمتع بها مؤسسات أخرى .

[1] القريوتي، **مرجع سابق** ، ص 290

خلاصة الفصل :

إن الحديث عن أدبيات السياسة العامة يختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين ورؤيتهم الخاصة لها التي تمحورت مابين فترات ومراحل تاريخية مهمة ، مبررة أهم الأهداف التي تهدف إليها السياسة العامة ، باعتبارها عملية جوهرية مهمة تضفي طابع التكامل والتعاون المستمر بين الحكومة والفاعلين واختلاف المشاركة في هذه السياسة العامة ، فهي خضم مراحل معينة تمر بها مع احترام مسالة التقييم لإعادة النظر والتأكد من فاعلية وجدوى هذه السياسة .

و من خلال ما سبق فان عملية تقييم السياسة العامة مرحلة مهمة ينطوي عليها جهد الفاعلين كمقومين لما هو حاصل و ماينبغي القيام به كتصحيح الوضع الحالي أو الخروج بتوصيات قد تكون قريبة أو بعيدة المدى لكن هذا لاينفي بان هناك صعوبات تعوق دون الوصول إلى الهدف المنشود ، وهذا كله راجع إلى تحكم الجهات المعنية بثقل هذه السياسات أو عدم التحكم في الأمور .

تمهيد :

تمثل **السياسة العامة** أحد المفاهيم المستحدثة في حقل دراسات الإدارة العامة, والتي أصبحت من المواضيع الهامة و أعقدها، حيث لقيت اهتماما بالغا وتداولا واسعا من طرف الباحثين و المختصين في علم الإدارة العامة و العلوم السياسية .

إن جوهر السياسة العامة جعل منها حقلا دراسيا علميا، يتناولها سواء في شقها المحلي أو الوطني بكل جوانبها من مفاهيم ومراحل و تحليل و توضيح أسبابها و أثارها و محتوياته ،حيث طور علماء السياسة عدة نماذج و مداخل لدراسة السياسة العامة لأغراض تحليلها و تقديم المرتكزات الأساسية التي تقوم عليها ، لهذا سيتم التطرق في هذا الفصل إلى ما تحمله السياسة العامة المحلية من معنى على مستوى الممارسات و التعرف على أهم الأطراف المشاركة فيها وفق المباحث التالية :

المبحث الأول : الإطار المفاهيمي للسياسة العامة المحلية

المبحث الثاني : أنواع السياسات العامة المحلية

المبحث الثالث : معوقات ترشيد عملية صنع السياسة العامة المحلية

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة العامة المحلية

تمثل السياسة العامة المحلية احد المفاهيم المستحدثة في حقل الإدارة العامة ، والتي أصبحت من المواضيع الهامة واعقدها ، حيث لقيت اهتماما بالغا وتداولا واسعا من طرف الباحثين و المختصين في علم الإدارة والعلوم السياسية .

المطلب الأول: تعريف السياسة العامة المحلية و علاقتها ببعض المفاهيم

1.تعريف السياسة العامة المحلية :

بداية وقبل التطرق إلى بيان مدلول السياسة العامة المحلية، ينبغي بداهة التطرق إلى السياسة العامة في حد ذاتها ، ذلك إن هذه الأخيرة تعتبر بمثابة الأصل و الأساس التي تبنى عليه السياسات العامة المحلية ، والإطار التنظيمي والموضوعي لها، مما يستوجب التساؤل عن مالمقصود **بالسياسة العامة ؟**

عرف" **أحمد رشيد** " السياسة العامة بأنها خطط أو برامج أو أهداف عامة ،أول كل هذه معا، يظهر منها اتجاه للحكومة لفترة زمنية، بحيث يكون لها مبرراتها، و هذا يعني أن السياسة العامة هي تعبير عن التوجيه السلطوي أو القهري لموارد الدولة و المسؤول عن التوجيه هي الحكومة [1].

ويرى " **فهمي خليفة الفهداوي** " بأن السياسة العامة هي تلك المنظومة الفاعلة(المستقلة و المتغيرة و المتكيفة و التابعة) التي تتفاعل مع محيطها، و المتغيرات ذات العلاقة من خلال استجابتها الحيوية بالشكل الذي يعبر عن نشاط المؤسسات الحكومية الرسمية و سلطتها المنعكسة في البيئة الاجتماعية المحيطة بها، عبر الأهداف و البرامج والسلوكيات المنتظمة، في حل القضايا ومواجهة المشكلات القائمة و المستقبلية و التحسب لكل من ينعكس عنها [2].

[1] أحمد رشيد ، **نظرية الإدارة العامة : السياسة العامة والإدارة** . ط5 ، القاهرة ، دار المعارف ، 1981 ، ص 83 .

[2] الفهداوي ، **مرجع سابق** ، ص 38 .

أما **أحمد مصطفى الحسين** فيعرفها بأنها سلسلة طويلة من النشاطات المترابطة التي تعني أكثر من مجرد قرار وبالتالي فالسياسة العامة ليست فقط عملية متصلة من القرارات و النشاطات بل أيضا عملية مستقبلية تتم في إطار تنظيمي محدد له صفة دستورية قانونية[1].

كما يعرفها" **علي الشرقاوي**" من وجهة نظر إدارية أن السياسات كمدخل تخطيط تختص بالتعاملات مع قرارات الأهداف، فاستخدامها تضمن الإدارة توجيه بدائل القرارات في الاتجاهات الصحيحة، و تختص بقرارات توحيد وتوافق الإرشادات و التوجيهات، و تستطيع القضاء على التضارب و التنازع في الجهود المبذولة و تختص بقرارات تحديد و اختيار ومزج الموارد المتاحة، باستخدامها تستطيع الإدارة ضمان فاعلية التنفيذ و الارتقاء بالأداء [2].

ومنه يمكن القول أن السياسة العامة هي مجموعة أو سلسلة من القرارات تتعلق بشان من الشؤون العمومية كالتعليم، الصحة ، الدفاع ، السكن، الشؤون الخارجية .

إن طبيعة السياسة العامة جعل منها حقلا دراسيا علميا يتناولها في شقها المحلي أو الوطني يستقطب الكثير من المعاني كالحكومة المحلية ، المصالح المحلية و الوطنية , الإدارة العامة المحلية ، فالسياسة العامة المحلية وصفها البعض بأنها: ذلك الممر الحلزوني المؤطر و اللامؤطر يجد فيه المارون أنفسهم مجبرين على المرور منه صناعا للقرار منفذين له و مستفيدين منه[3] .

ومنه نستنتج أن السياسة العامة المحلية هي برنامج عمل حكومي أو سلسة من القرارات أو القوانين لتحسين الأوضاع المعيشية للمجتمع المحلي و تتناول السياسة العامة المحلية القضايا و المشاكل التي تخص الأقاليم المحلية مثل: نقص المياه، حوادث المرور،السكن، الصحة ، التعليم.....الخ

2.علاقة السياسة العامة المحلية ببعض المفاهيم :

يتداخل مفهوم السياسة العامة المحلية بمفاهيم أخرى يمكن أن تتشابك معها أو لها صلة مباشرة معها ومن هذه المفاهيم: التنمية المحلية ، الإدارة المحلية ، التنمية السياسية ، التنمية الاجتماعية و الاقتصادية .

---

[1] مصطفى الحسين ، **مرجع سابق** ، ص21

[2] علي شرقاوي، **السياسات الإدارية** . الإسكندرية : الدار الجامعية ، 1987 ، ص13.

[3] أحمد الطيلب ، **دور المعلومات في رسم السياسة العامة في الجزائر ، دراسة حالة ، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي** . (رسالة ماجستير في التنظيم السياسي والإداري ، جامعة الجزائر ، 2006) ، ص 01.

1.2. السياسة العامة المحلية و التنمية المحلية :

فالتنمية المحلية هي مجموعة العمليات التي يمكن من خلالها تضافر الجهود المحلية الذاتية، و الجهود الحكومية لتحسين نوعية الحياة الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و الحضارية للمجتمعات المحلية، و إدماجها في منظومة التنمية الوطنية الشاملة لكي تشارك مشاركة فعالة في التقدم على المستوى الوطني[1] ، وهي العمليات التي توحد بها جهود كلا من الأهالي ووجود السلطات الحكومية لتحسين الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمعات المحلية وتحقيق تكاملها في إطار حياة الأمة ومساعدتها على المساهمة التامة في التقدم الوطني[2].

ومن خلال ماسبق يظهر بأن للدولة دور أساسي في تحقيق التنمية على مستوى الأقاليم المحلية بحكم أن موكول لها تمويل مشاريع التنمية المحلية كطرف رئيسي رفقة الجماعات المحلية ، مما يدفع إلى الجزم بان التنمية المحلية في أصلها تعكس برنامج حكومي تتبناه السلطة المركزية ، لتحسين أوضاع المجتمع المحلي .

2.2. السياسة العامة المحلية والإدارة المحلية :

الإدارة المحلية هي أسلوب من أساليب التنظيم المحلي يتضمن توزيع الوظيفة الإدارية بين الحكومة المركزية وهيئات محلية مستقلة تمارس ماينا ط إليها من اختصاصات تحت إشراف الحكومة المركزية[3] ، انها نقل الصلاحيات الإدارية من المركز إلى الهيئات المحلية في الأقاليم مع احتفاظ المركز بدور رقابي ملموس على الهيئات المحلية ، وفعالية الادارة تظهر بشكل واضح في ظل اللامركزية الإدارية ، حيث تمكن من الإسراع في تنفيذ مشاريع التنمية الاقتصادية والاجتماعية وتحقيق الأهداف المرسومة [4] .

ومنه يمكن القول أن الإدارة المحلية هي همزة وصل بين الحكومة المركزية والهيئات المحلية ، فهي تختص بالشؤون والاهتمامات المتعلقة بالمجال الإداري .

---

[1] عبد الحميد عبد المطلب ، **التمويل المحلي و التنمية المحلية** . بيروت : الدار الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع ، 2006، ص13 .

[2] مصطفى الجندي ، **الإدارة المحلية و إستراتيجيتها** . الإسكندرية : منشأة المعارف ، 1987 ، ص 131 .

[3] جمال منصر ، " دفاتر السياسة و القانون " . **مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية الحقوق و العلوم السياسية** ، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة ، الجزائر ، العدد الأول ، جوان 2009 ، ص 18 .

[4] زيد منير عيوي ، سامي محمد هشام حريز ، **مدخل إلى الإدارة العامة بين النظرية و التطبيق** . الأردن : عمان ، دار الشروق ، 2006 ، ص43 .

3.2. السياسة العامة المحلية والتنمية السياسية :

يقصد بالتنمية السياسية على أنها عملية تغيير اجتماعي متعدد الجوانب غايته الوصول إلى مستوى الدول الصناعية ، فهي مقدمة التنمية الاقتصادية ونمط سياسات المجتمعات الصناعية ، وتحديث سياسي وتنظيم الدولة القومية وتنمية إدارية وقانونية وتعبئة ومشاركة جماهيرية و بناء الديمقراطية والاستقرار [1].

ويرى " **أحمد السعدون**" أن التنمية السياسية هي جزء من التنمية الشاملة و التي يقصد بها على وجه الخصوص تلك العملية التي يحدث بمقتضاها تغيير في القيم والاتجاهات السياسية والنظم والبناءات وتدعيم ثقافة سياسية جديدة بحيث يؤدي ذلك إلى مزيد من التكامل للنسق السياسي .

ومنه يمكن القول أن التنمية السياسية تسعى لتحسين النظام السياسي داخليا وخارجيا والارتقاء به إلى مستوى أداء أفضل ، فهي تعمل على استحداث نظام سياسي عصري بديل يسمح بالمشاركة والتعبير على آراء أفراد المجتمع المحلي .

4.2. السياسة العامة المحلية والتنمية الاجتماعية :

اختلف المفكرون الاجتماعيون في تحديد مفهوم التنمية الاجتماعية حيث عرفها " **ريتشارد وارد** " بأنها منهج علمي و واقعي لدراسة وتوجيه نمو المجتمع من النواحي المختلفة مع التركيز على الجانب الإنساني منه ، وذلك بهدف إحداث التكامل و الترابط بين مكونات المجتمع [2] ، ويعرفها "**عبد المطلب غانم** " بأنها دراسة الفاعلين وأدوارهم وأوضاعهم الاجتماعية في علاقاتهم بالإسهام في تحقيق الاندماج في المجتمع أو في تفكك المجتمع [3] .

فالتنمية الاجتماعية تسعى إلى تقديم الخدمات الاجتماعية التي تقدم في مجالات الصحة ،التعليم ،السكن وتنمية المجتمعات المحلية إلى مستوى أرقى .

---

[1] عبد الرحمان برقوق ، **التنمية السياسية و التحديث** . بغداد : الذاكرة للنشر و التوزيع ، ص51.

[2] محمود الكردي، **التخطيط التنمية الاجتماعية** . القاهرة : دار المعارف ، 1977 ، ص72 .

[3] السيد عبد المطلب غانم ، **دراسة في التنمية السياسية** . القاهرة : مكتبة نهضة الشرق ، 1981 ، ص 113 .

5.2. السياسة العامة المحلية والتنمية الاقتصادية :

التنمية الاقتصادية هي مجموع الإجراءات والسياسات والتدابير تعتمدها الدولة بقصد زيادة الدخل الفردي وتطوير الاقتصاد الوطني وتحقيق الاكتفاء خلال فترة زمنية محددة ، فهي تعني الانتقال من حالة التخلف إلى حالة التقدم ، وتعد العوامل الاقتصادية أحد العوامل في تحقيق الديمقراطية وحدوث التحول السياسي[1] .

ويرى أحد الباحثين في الاقتصاد الإسلامي أن التنمية الاقتصادية عملية تؤدي إلى تفويض البناءات الأساسية للمجتمع وإبدالها ببناءات جديدة تسمح بإطلاق التقدم وتوجيه لخدمة الرقي الإنساني[2] ، وعليه يمكن القول أن التنمية الاقتصادية تسعى إلى تحسين استغلال الموارد الاقتصادية من اجل تحقيق زيادة في الإنتاج .

المطلب الثاني : *الفواعل المشاركة في صنع السياسة العامة المحلية*

أضحت عملية صنع السياسة العامة عملية ديناميكية ذات مراحل عديدة ، تتضمن صراعا بين أفراد و جماعات، أحيانا كفاحا و نضالا من أجل الخيارات حول القضايا السياسية و المشاكل العامة ، انها على حد تعبير" **أحمد سعيفان**" تعبير عن الرغبة الحكومية بالعمل أو الامتناع عن العمل وهي مجموعة مبينة ومتماسكة من القرارات و الانجازات يمكن غزوها لسلطة عامة محلية وطنية أو فوق وطنية فتضم أربعة عناصر وهي: الهدف، إختيار الأفعال التي تحققه، إعلان الفاعلين لهذه السياسة ، تنفيذ هذه السياسة[3].

ومن خلال هذا السياق فان الحديث عن صنع السياسة العامة المحلية ، يتطلب الوقوف على الفواعل التي تشارك في صنعها و تنفيذها فهناك فواعل رسمية : تتمثل في الدولة ، الجماعات الإقليمية، المؤسسات الادارية العمومية ، و فواعل غير رسمية تتمثل في القطاع الخاص، المجتمع المدني المحلي، الرأي العام المحلي إلى جانب المؤسسات البحثية المتمثلة في الجامعة حيث سيتم التفصيل فيهم فيما يلي:

---

[1] رمضان عبد السلام حيدر ، " الجوانب المعرفية لدراسة التنمية السياسية " . **مجلة العلوم الاقتصادية و السياسية** ، العدد الثالث ، 2014 ، ص17- ص18 .

[2] الطيب داودي ، **الاستراتيجية الذاتية لتمويل التنمية الاقتصادية** . القاهرة : دار الفجر للنشر و التوزيع ، 2008 ، ص 08.

[3] احمد سعيفان ، **قاموس المصطلحات السياسية و الدستورية و الدولية** . بيروت : مكتبة لبنان ، 2004 ، ص 213 .

1.الفواعل الرســـــــمية :

إن الفواعل الرسمية هي الفواعل التي تحتل المراكز السامية في عملية صنع السياسة العامة انطلاقا من الصلاحيات التي تمنحها إياها القوانين الدستورية ، فمساهمتها في هذه العملية يكون بناء على السلطات الدستورية للتصرف والفعل اتخاذ القرار ، وتنحصر هذه الفواعل في :

1.1.السلطة التشريعية :

تعتبر من أهم السلطات في الدولة و هي السلطة المخولة دستوريا بإقرار النظم و القوانين و السياسات العامة بعدما تستكمل المراحل و الخطوات التي تنص عليها القوانين النافذة في كل دولة[1].

إن طريقة انتخاب هذه المجالس تؤثر بشكل كبير على أنواع السياسة التي تتبناها ، كما يؤثر على محتواها، فطريقة الانتخاب و الترشيح كلها تؤثر على عمل السلطة التشريعية حيث يتراوح أعداد أعضاء المجالس بين أقل من مئة و أكثر من ألف حسب سعة الدولة وعدد سكانها، و يقوم أعضاء هذه المجالس بالتشاور و النقاش حول السياسات العامة المحلية المعبرة عن القضايا المعروضة عليهم من قبل الجهات المعنية فمعظم السياسات العامة المحلي والقوانين و القواعد المهمة تحتاج إلى النظر فيها و الموافقة عليها رسميا أو شكليا من قبل هؤلاء المشرعين لتصبح قوانين نافذة[2] .

2.1.السلطة التنفيذية :

تتكون من المسؤولين السياسيين المعنيين بأداء الحكومي و النهوض بأعباء المجتمع، بدءا من الرئيس الدولة و رئيس الوزراء فالوزير وممن لديهم سلطات حقيقي في سن القوانين و النظم و تنفيذها ، إن دور الجهاز التنفيذي يتمثل في المعاون للسلطة التشريعية في صنع السياسات العامة، و دور السلطة في صنع السياسات العامة المحلية أشد و أقوى في صنع السياسات الخارجية[3]:

[1] الكبيسي ، **مرجع سابق** ، ص 94

[2] الفهداوي ، **مرجع سابق** ، ص 95

[3] الكبيسي ، **مرجع سابق** ، ص 95

3.1.السلطة القضائية:

إن مهمة هذه السلطة: هي تحقيق العدالة و ذلك من خلال القانون و تطبيقه على الوقائع المعنية التي تعرض عليها في النزاعات ، ومن خلال استخدام المحاكم سلطتها في تفسير ماهو مطلوب من القانون الجديد أو السياسة العامة الجديدة ، ومعرفة ماهو مطلوب من الناس إغراء سلوكاتهم و تصرفاتهم نحو الأولويات القضائية ، كما أن المحاكم ضمن عملية صنع السياسة العامة المحلية تلعب دور الوسيط بين واضعي السياسة العامة و مطبقيها من خلال التوضيح و التفسير السليم و القانوني المقصود من السياسات العامة .

4.1.الجماعات الإقليمية : تتمثل في البلدية و الولاية :

أولا : البلدية: هي الجماعة الإقليمية الأساسية وتتمع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، وهي جهاز تخطيطي له صلاحيات تنفيذية لمشروعات تنموية، كما أنها أداة تحريك المجتمع بالإضافة إلى توفير البيئة الصحية التي تساعد المواطنين على استثمار مواردهم و طاقاتهم للمشاركة و المساهمة في العملية التنموية في المدى القصير وعلى المدى الطويل[1].

فقد عرفت المجالس الشعبية البلدية في الجزائر بعدة تطورات تاريخية خاصة منذ الاستقلال متاثرة بالظروف السياسة و الاقتصادية و الاجتماعية التى مرت بها البلاد، فقد ظلت البلدية و المجلس الشعبي البلدي تابعا للدولة حتى ظهرت جملة من الاصلاحات المتمثلة في قانون 1990 إلى غاية قانون البلدية 2011 فالمجلس الشعبي البلدي ملزم في كل مرحلة بصنع و تنفيذ السياسة العامة المحلية لمراعاة المصلحة الوطنية قبل المصلحة المحلية للبلدية في ظل التعددية السياسية لم تختلف عليه في ظل المخططات الوطنية المركزية بسبب تعاظم دور الدولة على المستوى

[1] زكرياء عطا الله ، **دور الجماعات المحلية في صنع و تنفيذ السياسة العامة المحلية الجزائر ، نموذجا قراءة في قانون البلدية والولاية 2011 ، 2012** . (مذكرة ماستر علوم سياسة ، قسم العلوم السياسية ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، بسكرة ، 2013) ، ص 12 .

المحلي رغم الاعتراف باستقلالية الجماعة المحلية في صنع السياسة العامة المحلية وفق قواعد النظام الامركزي الذي كرسه النظام ذاته[1].

ثانيا : الولاية : تعد الولاية تهيئة أومجموعة إقليمية بجانب البلدية بعد صدور دستور 1967 ، لان تفسير المعطيات الاقتصادية والسياسية أدى إلى تعديل أحكام القانون الولائي من ناحيتين :

- توسيع صلاحيات واختصاص المجلس الشعبي الولائي ، حيث أصبح وسيلة للرقابة .
- تدعيم وتاكيد الطابع السياسي ولهذه الهيئة من ناحية تشكيلها وتسييرها .

تخضع الولاية باعتبارها هيئة إدارية إلى مختلف أنواع الرقابة لضمان تنفيذ سياسة عامة محلية :

- **الرقابة على أعضاء المجلس الشعبي الولائي** : تمارس جهة الوصايا (الإدارة المركزية) الرقابة على أعضاء المجلس الشعبي الولائي من حيث إمكانية توقيف أو إقالة أو إقصاء ، ويحدث ذلك بموجب مداولة من المجلس الشعبي الولائي .
- **الرقابة على الأعمال** : تمارس الأعمال والتصرفات المجلش الشعبي الولائي العديد من صور الرقابة من قبل جهة الوصايا ، المتمثلة اساسا في وزارة الداخلية ، اما قرارات الوالي كممثل للدولة فإنها تخضع لمراقبة السلطة المركزية .
- **الرقابة على الهيئة** : إن قانون الولاية الحالي لا يخول للسلطة المركزية توقيف المجلس الشعبي الولائي ، حيث يسمح له بحله ، وهو مايختلف في جوهره عن حل المجلس الشعبي البلدي ، سواء من حيث الأسباب ، الجهة المختصصة ، الآثار [2] .

2. الفواعل غير الرسمية :

هي جهات مستقلة إلى حد كبير عن الحكومات لها أهداف إنسانية أو قانونية تلعب دور كبير في صنع السياسة العامة يستدعي وجود منظمات فاعلة تقوم بالربط بين الدولة و المواطنين و من هذه الفواعل نجد :

[1] عزيز محمد الطاهر ، **آليات تفعيل دور البلدية في التنمية المحلية في الجزائر**. (رسالة ماجستير ، قسم العلوم السياسية ، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، جامعة ورقلة ، 2009) ، ص 109 .

[2] محمد الصغير بعلي ، **قانون الإدارة المحلية الجزائرية** . الجزائر : دار العلوم للنشر والتوزيع ، ص 131 .

القطاع الخاص ، المجتمع المدني المحلي ، المواطن.

1.2.القطاع الخاص:

تعددت التعاريف و اختلفت للقطاع الخاص حيث تعرفه **سلوى الشعراوي جمعة** بأنه "مجموع المنظمات أو الجمعيات التي يؤسسها رجال أعمال و تستعمل أساليب مختلفة و متنوعة لحماية مصالحها الخاصة،و تتنوع مؤسسات هذا القطاع بحسب النشاط الذي تمارسه[1] " ، و يمكن تعريف القطاع الخاص على انه القطاع المملوك للخواص و تتولى آليات السوق و توجيهه و يسعى إلى تحقيق أقصى ربح ممكن[2]، ، فقد لعب القطاع الخاص دور كبير في الجزائر و سيادة مفهوم الشراكة في عملية صنع السياسة العامة المحلية ، إن زيادة عدد و نوعية منظمات القطاع الخاص و كذا زيادة عدد الاجتماعات بين الحكومة و ممثلي القطاع أحد المؤشرات الأساسية الدالة على زيادة قوة منظمات القطاع الخاص و تنامي دوره في التأثير على صنع السياسة العامة[3].

ينقسم القطاع في الجزائر إلى قسمين: قطاع خاص منظم يعمل في إطار منظم يتولى حسابات نظامية و قطاع خاص غير منظم يظم منشئات عديدة كالوحدات الحرفية ، إضافة إلى ذلك يوجد قطاع ثالث بأخذ من اشتراك

القطاع العام و القطاع الخاص في مشروع مشترك أو شركة معنية لتكوين قطاع يسمى بالقطاع المختلط و يعرف على أنه قطاع الأعمال الذي تملكه الدولة و الأفراد برأس مال مشترك يوزع رأس مال بين القطاع العام و القطاع الخاص(المحلي و الأجنبي)[4] ، يشمل القطاع الخاص المشاريع الخاصة للتصنيع و التجارة و المصارف و باعتبار التنمية البشرية المستدامة تتوفق على خلق فرص للعمل و التي من شانها تحسين مستويات المعيشة، أدركت العديد من الدول أن القطاع الخاص يمثل طرف أساسي في توفير فرص العمل و التخفيف من البطالة خاصة على

[1] سلوى الشعراوي جمعة ، **إدارة شؤون الدولة و المجتمع : تحليل السياسات العامة في الوطن العربي** . مركز الدراسات و استشارات الإدارة العامة ، 2002 ، ص 34

[2] عبدو محمد فاضل الربيعي ، **الخصخصة و أثارها على التنمية بالدول النامية** . القاهرة : مكتبة الدبولب ، 2004 ، ص 49

[3] قرقاح ، **مرجع سابق**، ص 98

[4] مهدي زغرات ، **دور الفواعل غير الرسمية في تقويم السياسة العامة المحلية في الجزائر** . (مذكرة ماستر في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة و إدارة إقليمية ، قسم العلوم السياسية ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، جامعة بسكرة) ، ص 87 .

المستوى المحلي ومنه فان الحكومة سعت بتشجيع و تنمية القطاع الخاص بحيث تعمل على جعل هذا القطاع مستداما بواسطة العديد من الآليات[1]:

_ خلق بيئة اقتصادية كلية مستقرة و ايجاد سوق تنافسية .

_ جلب استقطاب الاستثمارات و المساعدة على نقل المعرفة التكنولوجية .

_ تقديم الحوافز و تعزيز دولة القانون .

_ حماية البيئة و الموارد الطبيعية المحلية .

ومن خلال ماسبق فان للقطاع الخاص مشاركة فعالة في السياسة العامة المحلية و ذلك من خلال :

_الاستثمار المحلي : و يعرف على أنه " طلب على أموال الإنتاج أو أنه فرق بين الدخل المتاح و الطلب على أموال الاستهلاك " [2]، كما يمكن تعريفه على أنه " استثمار للأموال في أصول سوف يتم الاحتفاظ بها لفترة زمنية على أمل أن يتحقق من وراء هذه الأصول عائد في المستقبل .

ومنه فان القطاع الخاص يقوم باستثمار خاص ضمن ظروف مهنية مناسبة تراعي سلامة الموظف و العامل و أمنه الوظيفي وشروط صحية تراعي المهنة التي يمارسها خاصة .

_ التمويل المحلي : يعرف التمويل على أنه " كل الموارد المالية المتاحة التي يمكن توفيرها من مصادر مختلفة لتمويل المشاريع بصورة تحقق أكبر معدلات التنمية عبر الزمن" ويمكن للقطاع الخاص أن يساهم في السياسة التنموية المحلية من خلال تمويل المشاريع و الأعمال و الخدمات الأساسية كالتعليم، الصحة ، العمران[3].

_حمل المسؤولية الاجتماعية: على السياسة التنموية للقطاع الخاص أن تسعى إلى إنتاج نضيف وتقلل من التلوث و أن تؤمن الاستمرارية لهذه السياسات وتوفر الدعم الشعبي وتتهم بالتطور الاقتصادية .

---

[1] عطا الله ، **مرجع سابق** ، ص 23

[2] محمد الحناوي ، نهاد فريد مصطفى ، **مبادئ و أساسيات الاستثمار** . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، 2006 ، ص18

[3] محمد حاجي ، " إستراتيجية الجماعات المحلية في نظام التمويل حالة البلدية الجزائرية " . **مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية** ، العدد 16، 2007 ، ص 76 .

2.2.المجتمع المدني المحلي :

يعرف المجتمع المدني على أنه المجتمع الذي تنتظم فيه العلاقات بين أفراده على أساس ديمقراطي، فالمجتمع المدني يمارس فيه الحكم على أساس أغلبية سياسة حزبية وتحترم فيه حقوق المواطن السياسة والاقتصادية و التعاونية في حدها الأدنى على الأقل،أي أنه المجتمع الذي تقوم فيه دولة المؤسسات بالمعنى الحديث ، المؤسسة، البرلمان، القضاء المستقل، الأحزاب، النقابات و الجمعيات، حيث يشكل المجتمع المدني مع الدولة ما يعرف

بالمنظومة السياسة في المجتمع ، ويعرف الدكتور العربي ولد خليفة المجتمع المحلي الجزائري بأنه " شبكة منظمة او شبه منظمة من النخب والقيادات السياسية والثقافية والاجتماعية تتمتع بالقدرة على الحركة والرد السريع والتأثير على مراكز القرار والإعلام بوجه خاص "[1] ، ومن الصعب فصل المجتمع المدني عن الدولة ، حيث أصبح الحديث عن علاقات غير مباشرة تتوسطها مؤسسات و تنظيمات المجتمع المدني وتمكن أهمية هذا الأخير في قدرته على تاطير المواطنين للعمل التطوعي في الشأن العام و التنمية التشاركية ومنه ينبغي على هيئات المجتمع المدني المحلي أن تعتمد أساليب إشراك المواطنين في العمل المشترك مع السلطة المحلية و الأجهزة الرسمية لمؤسسات الدولة في إطار صنع السياسات العامة المحلية و في إطار الإشراف و المراقبة و المشاركة في تنفيذ المشاريع .

3. المؤسسات البحثية :

تعتبر الجامعة مؤسسة من مؤسسات التعليم العالي وهي وسيلة أساسية للتنمية الثقافية و العلمية ، فهي تقوم بتكوين الفرد علميا و ذلك بهدف إعداد إطارات في مختلف التخصصات العلمية و بمختلف المستويات الاقتصادية و السياسية و الاجتماعية [2]، وتعتبر أيضا الجامعة مؤسسة تعليمة ومركز للإشعاع الثقافي و نظاما ديناميكيا متفاعل العناصر، تنطبق عليه مواصفات المجتمع البشري، حيث يؤثر مجتمع الجامعة و يتأثر بالظروف المحيطة[3].

---

[1] منصور مرقومة ، " المجتمع المدني والثقافة السياسية المحلية في الجزائر" . **مجلة دفاتر السياسة والقانون** ، عدد خاص ، افريل 2011 ، ص303 .

[2] سلمى الإمام ، **صنع السياسة العامة في الجزائر ، دراسة حالة السياسة العامة في الجزائر، دراسة حالة السياسة التعليمية 1999– 2007** . (رسالة ماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، تخصص التنظيم السياسي و الإداري ، كلية العلوم السياسية و الإعلام ، جامعة بن يوسف بن خدة ، الجزائر، 2007 – 2008) ، ص 100 .

[3] مركز البحوث التربوية ، **دراسات في التنظيم الجامعي و تنظيمه** ، المجلد الخامس ، قطر ، ص 195

أما المشرع الجزائري فيرى الجامعة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي وهي موضوعة تحت سلطة الوزير المكلف بالتعليم العالي ، تساهم في نشر المعارف و إعدادها و تطورها و تكوين الإطارات اللازمة التنمية البلاد .

ومنه يمكن القول أن الجامعة مؤسسة تعليمية من أهم المؤسسات الاجتماعية تستهدف البحث عن الحقائق ونقلها عبر الأجيال، فهي أداة للمعرفة تقوم بالاستثمار و التنمية في الموارد البشرية .

يبرز دور الجامعة في صنع السياسة العامة المحلية في الجزائر فالجامعة لها دور في خدمة المجتمع وتطوريه، حيث سعت الدولة الجزائرية من خلالها نظامها السياسي أن تضع الجامعة في توجه مماثل للتوجه العام للسياسات العامة للدولة[1]، فالجامعة من أكثر المؤسسات التعليمية تخصصا، فهي تمارس و ظائف ذات علاقة بالايدولوجية و بالمؤسسات الأخرى، فهي تتمتع بدرجة معنية من الذاتية و الاستقلالية و تساهم في تشكيل مؤسسات المجتمع وتعزز كلا من الظروف الداخلية للبناء الاجتماعي و أواصر الارتباط بمصادر السيطرة الدولية.

المطلب الثالث : مراحل صنع السياسة العامة المحلية

مبدئيا تتحدد عمليات صنع السياسة العامة المحلية على مستويين [2]، مستوى مركزي فيما يتعلق بالسياسات العامة القطاعية التي تشرف عليها الوزارات والتي تعتمد في مخططات برنامج التنمية الوطنية السنوية المالية والميزانية العامة للدولة ، وهنا قد تتحدد مراحل صنع السياسة العامة على :

1.المستوى المركزي : مشابها إلى حد بعيد للمراحل العامة لصنع السياسة العامة ، بدءا بمرحلة اقتراح المشروع سواء من السلطة التنفيذية الممثلة في وزير القطاع ، والذي يمر على مجلس الحكومة ثم مجلس الوزراء ثم البرلمان لمناقشته ، وقد يكون الاقتراح من السلطة التشريعية ، ويتم إعداد المشروع من طرف البرلمان لدراسته ويتم إحالته كمقترح للحكومة لدراسته ثم يتم مناقشته في دورات البرلمان والمصادقة عليه .

2. المستوى الثاني : يكون على مستوى الجماعات المحلية من خلال :

* **اقتراح المشروع من الهيئات اللامركزية** : تتمثل هذه الهيئات في :

[1] تركي رابح ، **تطوير التعليم الجامعي في الجزائر** . ص 60

[2] زغرات ، **مرجع سابق** ، ص91 .

ا/ الوالي : نظرا لأهمية الدور الذي يقوم به الوالي ومركزه الحساس فقد ركز اختصاص رئيس الجمهورية بتعيين الولاة ، حيث ينعقد الاختصاص بتعيين الوالي من رئيس الجمهورية بموجب مرسوم رئاسي يتخذه مجلس الوزراء بناءا على اقتراح من وزير الداخلية [1]، يسهر الوالي على تنفيذ القوانين و التنظيمات واحترام رموز الدولة ، وشعاراتها على إقليم الولاية ، إضافة إلى الوالي يوجد " رئيس الدائرة " الذي يمثل الدولة في إقليمه حيث يقوم برفع التقارير إلى الوالي لإبلاغه بكل القضايا الهامة ، فيعتبر الفاعل الأساسي في صنع وتنفيذ السياسة العامة المحلية .

ب/ رئيس البلدية : يصدر الرئيس في إطار صلاحياته قررات تتمثل في الأمر باتخاذ إجراءات محلية خاصة بالمسائل الموضوعة بموجب القوانين .

* **اقتراح المشروع من المجالس المنتخبة** : من خلال المجلس الشعبي الولائي والمجلس الشعبي البلدي ، فالسياسة العامة المحلية يتأثر بها عدد كبير من أفراد المجتمع ، ويتطلب مشروعها تدخل الحكومة لإدراجها في جدول أعمالها تعبيرا عن الالتزام لمحاولة إيجاد حل لها .

* **يناقش المشروع في دورات** : يتم عقد دورات كمن طرف المجلس الشعبي البلدي و المجلس الشعبي الولائي ، ثم يجري من خلالها مداولات [2]:

1/ المجلس الشعبي البلدي : يتم تسيير أعمال المجلس الشعبي البلدي من خلال عقد المجلس عدة دورات ثم يجري من خلالها مداولات وبعدها تشكل لجان متخصصة .

ا/ **الدورات** : إن نظام العمل في المجلس الشعبي البلدي يعتبر من أهم الجوانب التي تبين مدى الممارسات الديمقراطية في إطار الكفاءة الفعلية للمجالس ويتبين لنا الجانب العملي فيها ، يعقد المجلس دورات عادية كما يمكن أن يجتمع في دورات استثنائية كلما اقتضت ذلك الشؤون المحلية :

_ الدورات العادية : يعقد المجلس الشعبي البلدي دورة عادية كل شهرين ولايتعدى مدة كل دورة خمسة أيام .

_ الدورات غير العادية : يمكن للمجلس الشعبي البلدي أن يجتمع في دورة غير عادية كلما اقتضت الشؤون المحلية بطلب من رئيسه أو(3/2) أعضائه أو بطلب من الوالي .

[1] الصغير بعلي ، **مرجع سابق** ، ص 125 .

[2] عطا الله ، **مرجع سابق** ، ص 35 .

ب/ المداولات : يعالج المجلس الشعبي البلدي الشؤون التي تدخل في مجال اختصاصاته عن طريق المداولات ، حيث قد تكون مغلقة في الحالات الاستثنائية ويكون التصويت فيها بالأغلبية البسيطة لأعضاء الحاضرين ، كما توعد المداولات للوالي في أجال 08 أيام ، ثم تصبح مداولات المجلس الشعبي البلدي بعد 20 يوم والمصادق عليها من طرف الوالي قابلة للتنفيذ بقوة القانون .

2/ المجلس الشعبي الولائي : يعد المجلس الشعبي الولائي (A.P.W) جهاز مداولة على مستوى الولاية ، ويعتبر الأسلوب الأمثل للقيادة الجماعية و الصورة الحقيقية التي بموجبها يمارس الإقليم حقهم في تسييره والسهر على شؤونه ورعاية مصالحه من خلال [1]:

ا/ الدورات : يعقد المجلس الشعبي الولائي دورات عادية وأخرى استثنائية

–الدورات العادية : يعقد المجلس (04) دورات عادية في السنة مدة 15 يوم كل دورة يمكن تمديدها ، وتعقد في تواريخ محددة : مارس ، جوان ، سبتمبر ، ديسمبر .

–الدورات غير العادية : عند الاقتضاء يمكن للمجلس الشعبي الولائي أن يعقد دورات استثنائية سواء بطلب من رئيس المجلس الشعبي الولائي أو ثلث (1/3) أعضائه أو من الوالي .

ب/ المداولات : يجري المجلس الشعبي الولائي مداولات بحضور الأغلبية ، وإذا لم يجتمع المجلس بعد الاستدعاء الأول لعد اكتمال النصاب ، فانه بعد خمسة (05) أيام من الاستدعاء الثاني تعد المداولة صحيحة .

المبحث الثاني : أنواع السياسات العامة المحلية في الجزائر

تعددت أنواع السياسات العامة المحلية في الجزائر وشملت جميع الميادين منها: الاجتماعية، الاقتصادية، البيئية، السياحية .

[1] **مرجع نفسه** ، ص 42 – 43 .

المطلب الأول: السياسة العامة المحلية الاجتماعية

يعرف"**إسماعيل على سعد**" السياسة الاجتماعية بأنها السياسة التي تهيأ و توجه بمقتضاها وعلى نحو مباشر سبل الرفاهية في المجتمع و تعني بالرفاهية الحالة التي تتوفر فيها للإنسان الصحة الجيدة و ظروف العمل و العيش الطيب ، ويمكن تعريف السياسة الاجتماعية بأنها الخدمات الاجتماعية مثل: التعليم و الصحة والوظيفة والأمن الاجتماعي[1] .

ومن بين السياسات الاجتماعية المحلية نجد سياسة التشغيل دوماً جزءاً لا يتجزأ من سياسات المحلية الاجتماعية في البلاد، على اعتبار أنه لا يمكن الاهتمام بالجوانب المادية دون الجوانب البشرية، بحكم أن الهدف من التنمية في النهاية هو توفير القدر الكافي من سبل العيش الكريم للمواطن، وهو ما يتأتى إلا بتوفير فرص العمل لكل القادرين على العمل، والباحثين عنه. ووضع البرامج الناجعة للتكفل بالقادمين إلى سوق العمل من الجامعات ومعاهد التكوين المختلفة ، وإذا كان من الصعب في هذه العجالة استعراض مختلف الأبعاد والأهداف الرئيسية لسياسات التشغيل والعمل على الحد من البطالة، التي تم انتهاجها خلال الفترات السابقة، والتي كانت تحكمها عوامل ومظروف من المؤكد أنها تختلف عن العوامل والظروف الحالية، بغض النظر عن نجاحها أو فشلها. فإنه يمكن القول أن أبعاد سياسة التشغيل الحالية متعددة الجوانب، منها ماهو اجتماعي، ومنها ماهو اقتصادي، وما يتعلق بالجانب التنظيمي والهيكلي، وما إلى ذلك من الجوانب الأخرى، فبالنسبة للبعد الاجتماعي، فيركز على ضرورة القضاء على مختلف الآفات الاجتماعية الناتجة عن آفة البطالة لاسيما بالنسبة للشباب عامة، وذوي المؤهلات الجامعية والمتوسطة خاصة، والعمل على توفير الظروف المناسبة لإدماج هؤلاء الشباب في المجتمع، وإبعادهم عن كل ما يجعلهم عرضة لليأس والتهميش والإقصاء، وما يترتب على ذلك من أفكار وتصرفات أقل ما يقال عنها تضر بهؤلاء الشباب أولاً، وبالبلاد ثانياً، ونقصد بها اللجوء إلى الهجرة السرية نحو الضفة الأخرى من المتوسط، وما يترتب على ذلك من مخاطر الموت في البحر. والإدمان على المخدرات وما ينتج عنه من مظاهر إجرامية متعدد الأوجه، بما فيه الجرائم الإرهابية، والانتحار، والتمرد على قيم وتقاليد وقوانين البلاد، وما إلى ذلك من الانعكاسات السلبية المتعددة المظاهر التي تفرزها ظاهرة البطالة.

[1] علي سعد إسماعيل ، **مبادئ علم السياسة: دراسة في العلاقة بين علم السياسة والسياسة الاجتماعية** . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ،2007 ، ص 278 .

بينما يرتكز البعد الاقتصادي على ضرورة استثمار القدرات البشرية لاسيما المؤهلة منها في خلق الثروة الاقتصادية عن طريق توظيفها في مختلف المجالات وقطاعات النشاط بما يسمح بإحداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد، وتطوير أنماط الإنتاج، وتحسين النوعية والمردودية ومنافسة المنتوج الأجنبي، وربح المعركة التكنولوجية السريعة التطور[1].

بينما ترمي الأبعاد التنظيمية والهيكلية لسياسة التشغيل إلى تحقيق مجموعة من الأهداف يمكن استخلاصها من وثيقة المخطط الوطني لترقية التشغيل ومحاربة البطالة المعتمد من قبل الحكومة، والتي ترمي في إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المتعددة الأبعاد، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

- الوصول إلى تنظيم أحسن لسوق العمل وبالتالي رفع مستوى عروض العمل، تحسين المؤهلات المهنية بغرض إيجاد التوازن بين العرض والطلب في مجال التشغيل.
- تكييف الطلب على التشغيل وبالتالي المؤهلات مع حاجيات سوق العمل، للوصول تدريجيا على توافق بين مخرجات التكوين وسوق الشغل.
- العمل على تصحيح الاختلالات الواقعة في سوق العمل، وتوفير الشروط المناسبة للتقريب بين حجم عرض العمل وحجم الطلب عليه. بغرض إيجاد التوازن بين العرض والطلب في مجال التشغيل.
- تحسين المؤهلات المهنية بهدف تحقيق تحسين قابلية التشغيل لدى طالبي العمل.
- دعم الاستثمار في القطاع الاقتصادي لخلق مناصب شغل دائمة.
- ترقية التكوين المؤهل، لاسيما في موقع العمل وفي الوسط المهني، لتيسير الإدماج في عالم الشغل.
- ترقية سياسة تحفيزية باتجاه المؤسسات تشجع على خلق مناصب الشغل.
- محاربة البطالة عن طريق المقاربة الاقتصادية، والعمل على تخفيضها إلى أدنى مستوى ممكن.
- تنمية روح المقاولة لاسيما لدى الشباب.
- ترقية اليد العاملة المؤهلة على المديين القصير والمتوسط. وتكييف فروع وتخصصات التكوين حسب حاجيات سوق العمل. ودعم التنسيق بين المتدخلين على مستوى سوق العمل .
- دعم الاستثمار الخلاق لفرص ومناصب العمل، ودعم ترقية تشغيل الشباب وتحسين نسبة التوظيف الدائم.

[1] أحمد قايد نورالدين ، **السياسة العامة في مجال التشغيل ومكافحة البطالة في الجزائر** . مداخلة ملقاة في ملتقى حول السياسات الاجتماعية ، الملتقى الوطني ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة بسكرة .

- مراعاة الطلب الإضافي للتشغيل، وعصرنة آليات المتابعة والمراقبة والتقييم، وإنشاء هيئات قطاعية لتنسيق جهود مختلف المتدخلين في مجال التشغيل [1].

المطلب الثاني : السياسة العامة المحلية الاقتصادية

نعني بالسياسة الاقتصادية مجموعة الإجراءات والتدابير التي تتخذها السلطات العمومية رغبة في تحقيق مجموعة من الأهداف الاقتصادية المسطرة، وعلى رأسها الاستقرار الاقتصادي للبلد ، لكل سياسة آثار مرغوبة وآثار غير مرغوبة [2].

مرت الجزائر منذ الاستقلال بمراحل تجسدت في برامج ومخططات تنموية تتماشى والوضع السائد لكل مرحمة، فقد تبنت نظام الاقتصاد الموجه أملا منها على أن يحقق لها أهدافها في التنمية والرقي الاجتماعي والاقتصادي، حيث تم اعتماد أسلوب التخطيط كوسيلة للوصول إلى هذه الأهداف، لكن بعد الأزمة العالمية 1986 ساءت الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر مما اضطر إلى تبني سلسلة من الإصلاحات

في إطار اتفاقيات الصندوق والبنك الدوليين، الأمر الذي أسفر إلى تحسين أغلب المؤشرات الاقتصادية الكمية بحلول سنة 2000 ، إلا أن هذه الإصلاحات قد نجم عنيا آثار اجتماعية حتمية نبدأ بمشكل البطالة الذي يمثل عصب الأزمة الاجتماعية في البلاد بنسبة 28% ، بالإضافة إلى تدهور القدرة الشرائية للمواطن وارتفاع الأسعار نتيجة إلغاء الدعم، والمنافسة، بالإضافة إلى الحاجات المتراكمة للشغل والسكن، وصولا إلى تفشي ظاهرة الفقر في أوساط المجتمع الجزائري ، ولأجل المحافظة على التوازنات الاقتصادية المحققة والقضاء على الآثار الاجتماعية، وضعت الجزائر برنامج للإنعاش الاقتصادي (2001 / 2014) ، وهي الكفيلة بمكافحة الفقر والبطالة وتحقيق التوازن الجهوي، وهذا لتحقيق التنمية المستدامة .

المطلب الثالث: السياسة العامة المحلية البيئية والسياحية

1.السياسة العامة المحلية البيئية :

[1] قايد نور الدين ، **مرجع سابق** .

[2] البشير عبد الكريم ، **اثر السياسة المالية والنقدية على النمو والاستخدام في الجزائر** . مداخلة ملقاة في ملتقى حول السياسات الاقتصادية ، الملتقى الدولي ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان .

هي مجموعة الوسائل و الطرق و الإجراءات التي تستخدمها أو تسنها السلطات من أجل تنظيم علاقة الإنسان بالبيئة هذه العلاقة تشمل كافة الأنشطة و العمليات سواء المتعلقة بالإنتاج أو الاستهلاك أو التوزيع أو المخلفات وتتم السياسة العامة البيئة على مرحلتين :

***المرحلة الأولى:** هي قرار المعايير اللازمة لتحقيق الجودة البيئية .

***المرحلة الثانية:** تتم بوضع نظام تشريعي يتضمن الوسائل الموفرة لتحقيق المعايير البيئية[1] .

1.1. أدوات تحقيق أهداف السياسة العامة البيئية :

أكثر الأدوات فعالية يمكن تحديدها فيما يلي:

أولا : التشريعات و القوانين : تضع قيودا على النشاطات الصناعية و العمرانية و الإنتاجية و الاستهلاكية و الإنمائية عامة لضمان الاعتبارات البيئية .

ثانيا : التدابير المالية: وهي صيغة ضرائب و حوافز، فالضرائب هي تدابير رادعة تهدف إلى التحكم بأنماط الإنتاج و الاستهلاك و أساليب الحياة لتفادي التدهور البيئي ، أما الحوافز فهي تدابير تشجيعية بواسطة الدعم المالي و التسهيلات الضريبية بهدف تعميم أنماط الإنتاج والاستهلاك و التنمية البديلة للمحافظة على البيئة .

ثالثا : الإعلام والاتصال والتربية البيئية : القيام بتوعية المواطنين على مسؤولياتهم اتجاه البيئة،ودعم التدابير المساهمة في حمايتها ودور الحملات الإعلامية نحو الأنماط السلوكية المسؤولية [2].

2.1. المؤسسات و الهيئات البيئة في الجزائر:

تلعب المؤسسات الرسمية و غير الرسمية دورا في رسم السياسات العامة البيئة في الجزائر.

أولا : المؤسسات الرسمية :

[1] ناجي عبد النور، **تحليل السياسة العامة للبيئة في الجزائر، مدخل إلى علم تحليل السياسات العامة** . عنابة : منشورات ناجي المختار، 2009/2008، ص 102 .

[2] ناجي ، **مرجع سابق** ، ص104 – ص105 .

عرف القطاع المؤسساتي للبيئة تشكيلات متنوعة مما جعله تابعا لعدة قطاعات(الري ،الغابات، الفلاحة البحث العلمي ، التربية، الثقافة) وعدم الاستقرار أدى إلى عدم فعالية هذا القطاع قبل ظهور وزارة خاصة تتكفل بقطاع البيئة.

إن استقلال قطاع بوزارة متخصصة كان بداية 2000 مما أضفى عليه صفة الاستقرار عند الاهتمام به وبعد عام 2000 تم إعطاء الأولية لقضايا البيئة و القيام بعمل انسجام مؤسساتي يهدف لمواجهة المشاكل البيئة و جاء إنشاء وزارة التهيئة و الإقليم و البيئة المزودة بمهام و صلاحيات[1] .

ثانيا : المؤسسات غير الرسمية :

إن حماية البيئة يمكن أن تندرج في إطار العديد من الأنشطة التي عددها قانون الجمعيات، فالمشروع ترك المجال الواسع للأفراد لإنشاء الجمعيات البيئية، وقد تكونت عدة جمعيات ذات طابع بيئي، تهدف هذه الجمعيات للتعريف بمشكلة تلوث البيئة و محاولة إيجاد الحلول المناسبة لتجنب ملوثات البيئة، و إقامة ندوات و مؤتمرات على المستوى المحلي أو الوطني و تعمل على نشر الوعي نحو حماية البيئة من التلوث، و تعمل الجمعيات المدافعة عن البيئة على إبراز مميزات البيئة و المحيط الذي يعيش فيه الإنسان و تكوين الوعي لحماية البيئة لدى المواطنين وتهدف لتحسين نوعية الحياة البشرية و حماية النظم البيئة المختلفة البحرية و الساحلية و الصحراوية و الغابية و الجبلية وغيرها، وذلك عن طريق وسائل الإعلام المقروءة و المسموعة و المرئية وذلك بعقد الندوات و إلقاء المحاضرات و إعداد الدراسات و الأبحاث العلمية ذات صلة بالبيئة [2].

يعتبر دور وسائل الإعلام جزء من السياسة العامة البيئية من خلال تنمية الوعي البيئي لدى قطاعات المجتمع المختلفة، فهي تعمل على إحداث تغيير سلوكي في مواقف الناس من البيئة [3].

2. السياسة العامة المحلية السياحية :

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة التهيئة و الإقليم ، **حالة مستقبل البيئة في الجزائر** ، تقرير، 2000 ، ص326 .

[2] أحمد لكحل، **دور الجماعات المحلية في مجال حماية البيئة في الجزائر**. (رسالة ماجستير ، كلية العلوم القانونية والإدارية ، جامعة الجزائر ، 2001/2000) ، ص77 – ص79 .

[3] ناجي ، **مرجع سابق** ، ص148 .

هي مجموعة من التنظيمات المتعلقة بمختلف النشاطات السياحية و كذا الأطر القانونية التي تنظم القطاع السياحي و كذا الأطر القانونية التي تنظم القطاع الصحي.

1.2. أدوات تنفيذ السياسي السياحية في الجزائر:

أولا : الديوان الوطني للسياحة : تم إنشاؤه بداية السبعينات بموجب المرسوم رقم 219/88 المعدل و المتمم والذي يجعل من الديوان الوطني للسياحة أداة للحكومة من أجل التعريف بالسياسة الوطنية في مجال السياحة و تنفيذها ومن مهامه :

- اقتراح و تحديد محاور تنمية القطاع السياحي.
- جمع المعلومات و الإحصائيات المتعلقة بالسياحة و القيام بتحليلها
- توجيه الاستثمارات العمومية و الخاصة في ميدان السياحة
- القيام ببحوث و دراسات للسوق السياحية من اجل فهم كل حركاتها داخلية أو خارجية .

ثانيا : الوكالة الوطنية للتنمية السياحية :

هي مؤسسة ذات طابع صناعي و تجاري أنشأت بموجب المرسوم التنفيذ رقم 70/98 المؤرخ في 21 فيفري1988 الذي حدد القانون الأساسي لهذه الوكالة ، هدفها تحقيق أكبر مردودية للاستثمارات السياحية و إنشاء صناعة سياحية و تزويد القطاع بوسيلة التحكم في العقارات، ومن مهامها:

- السهر على حماية مناطق التوسع السياحي و الحفاظ عليها
- تقوم بدراسات التهيئة الضرورية
- تقوم بالتنسيق مع المؤسسات المعنية في ترقية الأماكن داخل مناطق التوسع السياحي .

ثالثا : المؤسسة الوطنية للدراسات السياحية :

أنشأت في 10 مارس 1988 و أوكلت إليها المهام التالية :

- الدراسات الخاصة بتحديد القدرات السياحية و تنميتها .
- متابعة مشاريع التنمية و مراقبتها .
- إنشاء كل الدراسات المرتبطة بمجال نشاطها بطلب من السلطات العمومية .

رابعا : مديريات السياحة : مهمتها :

- تنفيذ البرامج و إجراءات ترقية و تطوير النشاطات السياحية .
- المشاركة في إعداد مخططات و دراسات التنمية .
- جمع و تحليل و نشر المعلومات و إعطاء الإحصاءات المتعلقة بالنشاطات السياحية .

المبحث الثالث : معوقات ترشيد عملية صنع السياسة العامة المحلية

إن عملية صنع و تنفيذ السياسة العامة المحلية في الجزائر تواجهها مجموعة من العوائق على الرغم من وجود دوافع القوى الداخلية و الخارجية لإحداث تغيير في السياسات و القوانين التي تتماشى مع التحولات الاجتماعية وفي ظل هذا المبحث يتم التطرق إلى بعض العوائق و الرهانات التي تواجد صنع السياسة العامة المحلية سيتم في المطالب التالية.

المطلب الأول: المعوقات السياسة لصنع السياسة العامة المحلية

يمكن تحديد أهم المعوقات السياسية لصنع السياسة العامة المحلية في النقاط التالي [1] :

- ضعف مستوى الثقافة السياسية و غياب الوعي السياسي و المشاركة السياسية لأفراد المجتمع المحلي الأمر الذي يتيح الفرصة للمسؤولين باتخاذ القرارات .
- غياب مصداقية هياكل الدولة و عدم قدرتها على مكافحة الفساد .
- عدم وضوح السياسات العامة للدائرة المحلية و غياب المخطط الهيكلي العام ، على اعتبار ازدواجية الضفة للقائمين بشأنها .
- غياب وتدني مستوى المشاركة السياسية بسبب غلبة الطابع المركزي في العملية السياسية .
- انتشار مظاهر الفساد السياسي و الإداري في أجهزة الدولة و مؤسساتها و غلبة الطابع البيروقراطي على العملية السياسية .
- غياب التجديد و الاعتماد على الحلول السابقة دون مراعاة الظروف البيئة و الثقافية، الاجتماعية و السياسية و الاقتصادية.
- وجود ثغرات في النظام الانتخابي للهيئات و الأجهزة المحلية مما أدى بالانسداد في قيادة و إدارة هذه الهيئات المحلية.
- التركيز على عدد الجلسات التي يعقدها كل مجلس شعبي محلي .

المطلب الثاني: المعوقات الإدارية والمالية

[1] عطا الله ، **مرجع سابق** ، ص85 – ص87 .

يمكن ذكر المعوقات الإدارية و المالية وفق عنصرين هما:

1.المعوقات الإدارية و تتمثل فيما يلي:

- عدم المساواة بين الأقاليم المختلفة لاختلاف القدرات على المستوى المحلي .
- معاناة المجتمعات المحلية من قلة الموارد البشرية و الاقتصادية و التكنولوجية ووجود انعكاسات بيروقراطية تعرقل نشاط الإدارة المحلية و مباشرة الأعمال التي تؤديها.
- ضعف المؤسسات المساعدة للمنظمات المحلية و تطوير قدراتها الإدارية .
- صعوبة التنسيق بين وحدات الإدارة العامة على المستوى المركزي و المحلي أو بين الوزارات و الهيئات على المستوى الإداري [1].
- نقص التأطير و الكفاءة التقنية المطلوبة على مستوى الجماعات المحلية خاصة البلديات .
- التعقد في الإجراءات و إصدار القرارات بالإضافة إلى عدم وضع الرجل المناسب في المكان المناسب وسيطرة العوامل الشخصية على علاقات العمل الرسمية .
- غياب إستراتيجية شاملة توجه عمل المؤسسات السياسية و الإدارية والاقتصادية والاجتماعية .
- عدم وضوح معايير ومؤشرات قياس الأداء و تطبيق أساليب الإدارة الحديثة.
- البطء الشديد في الإجراءات الإدارية و التهرب من تحمل المسؤولية مع تفشي الروتين والبيروقراطية.
- تضخم وتعدد أجهزة الإدارة العامة وتفرعها [2].
- اقتصار برامج قرارات المجالس المحلية في برامج التنمية المحلية على النشاطات والعمليات الروتينية.

2. المعوقات المالية : ترجع هذه المعوقات إلى[3] :

- نقص المعلومات المالية خاصة في الجوانب التي تستفيد منها المؤسسة ، وضعف الشفافية في عملية تسيير القروض .
- تمييز المشروعات الأجنبية عن الوطنية ، والتفرقة بين القطاعين الأجنبي والقومي بتقرير مزايا القطاع الأول عن القطاع الثاني .

[1] بلخير، **مرجع سابق** ، ص 202 .

[2] بلخير ، **مرجع سابق** ، ص 202 .

[3] قرقاح ، **مرجع سابق** ، ص 115 .

- زيادة معدل تضخم وشيوع المضاربة وانتشار السوق السوداء ، وعدم السيطرة على الأسعار وزيادة نمط الإنفاق الاستهلاكي مع ضعف القدرة التصديرية وزيادة الواردات .
- تضخم وتعدد أجهزة الإدارة العامة وتفرعها بما لا يستقيم مع التوجيه الاستراتيجي باعادة صياغة دور الدولة وإطلاق الفرص لمنظمات المجتمع المدني .

المطلب الثالث: المعوقات الاجتماعية

يعتبر العامل الديمغرافي أحد العوائق الأساسية التي تعيق مخطط التنمية الشاملة للمجتمعات النامية، حيث تعاني معظم الدول من ارتفاع عدد سكانها الذي لا يتماشى مع قدراتها الإنتاجية، و لايمكن التغلب عن المشكلة السكانية إلا بتحقيق الزيادة في الإنتاج و الدخل، ويمكن تحديد أهم هذه العوائق فيما يلي :

- تؤدي أي زيادة سكانية إلى نقص متوسط الدخل الفردي .
- تتأثر كفاءة الخدمات المقدمة للسكان بزيادة عدد السكان بالنظر لمحدودية دخل الجماعات المحلية بوجه عام وإمكانياتها في المجالات الخدمية ، وهو ما يؤثر على تنمية المجتمع .
- تؤدي المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي يعاني منها المجتمع ، مما يستلزم إنفاق جزء من موارد الدولة لمواجهتها .
- غياب العدالة في توزيع الثروة والدخل .
- يؤدي تضخم السكان وتزايدهم بمعدلات سريعة إلى التحول الاقتصادي في إنتاج السلع الاستهلاكية دون السلع الإنتاجية مما يؤدي إلى إعاقة التنمية [1] .
- يعد سوء توزيع السكان جغرافيا أي سوء توزيع الأفراد والمؤسسات مكانيا ومايترتب عليه من علاقات متبادلة بين الإنسان والبيئة ، وإهمال القرى والمناطق الريفية هذا مايزيد من تفاقم المشكلات والمعاناة في المجتمع .

خلاصة الفصل :

يستقطب موضوع السياسة العامة المحلية اهتمام الباحثين نظرا لما يمثله من إطار فكري من شانه تفعيل دور الباحثين في فهم صيرورة العمل الحكومي من جهة ودعم صانعي القرار أثناء بحثهم من جهة أخرى ، فالسياسة

[1] يحياوي ، **مرجع سابق** ، ص 95 ,

العامة المحلية تعمل على تخفيف الأعباء عن السلطة المركزية وذلك ما يتعلق بالأمور المحلية ومايتناسب والظروف والاحتياجات المتميزة عن مثيلتها على المستوى الوطني ، مما يتيح للسلطة المركزية التفرد لمعالجة القضايا الوطنية الأكثر أهمية ، وقد برزت فواعل رسمية تشارك في الحياة السياسية والإدارية والاقتصادية إلى جانب الجهات المحلية (البلدية ، الولاية) .

تمهيد:

يمثل ميدان **السياسات الصحية** أحد أهم الموضوعات التي وجدت اهتماما كبير من قبل الباحثين في مجال السياسات العامة ، نظرا لما تمثله الصحة من أهمية لايستقيم نشاط الأفراد من دونها في مجال الحياة ، ومن خلال هذا يتم التطرق في هذا الفصل إلى شرح مجمل المفاهيم المتعلقة بالصحة و السياسة الصحية ، مع توضيح أهم المراحل التي مرت بها وحصر أهداف و مقومات السياسة الصحية وفق المباحث التالية :

المبحث الأول : إطار مفاهيمي للسياسة الصحية .

المبحث الثاني : مراحل السياسة الصحية في الجزائر.

المبحث الثالث: أهمية السياسة الصحية و أهدافها.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة العامة الصحية

تمثل **السياسة الصحية** بعدا هاما من أبعاد السياسات الاجتماعية ، حيث أن تحقيق هدف التنمية في أي مجتمع لابد أن يتم أفراده بمستوى صحي مرتفع يدعمه وعي صحي.

المطلب الأول: تعريف الصحة و محدداتها

1. تعريف الصحة :

قبل التطرق للسياسات الصحية ، يجدر بنا أن نقدم تعريفا لمفهوم الصحة الذي يغلب عليه طابع التجديد، وقد يكون تعريف المرض أكثرسهولة من تعريف الصحة ، فتعتبر هذه الأخيرة مفهوما مجردا حيث يقول **ف. مطراني (PH, Mitrani)** : " مفهوم الصحة يشكل نظاما من التمثيلات (**Representation**) أكثر عمومية من مجرد مقابلة بنية وبين عناصر المرض بل العكس يأخذ هذا من التمثيلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية و الاجتماعية لكل جماعة إنسانية " [1].

بمعنى مفهوم الصحة **la santé** اليوم من الصعب تعريفه و تحديده لأنها تتدرج يوميا في حديثنا و خطابتنا للتعبير عن أحوالنا لان صحتنا تشغل بالنا و اهتمامنا، فالصحة و المرض من المصطلحات التي يتم تعريفها ثقافيا و اجتماعيا.

إن مفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان و المكان، و يعرفها **توماس بنس** " **Thomas Benesse**": بأنها تعني أكثر العلاقة بين الشخص و جسده من العلاقة الموجودة مع الأقارب ومع الخطاب الطبي و مع الثقافة [2].

و الصحة مفهوم نسبي بالنسبة للإنسان، و قد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة و قد يركز تعريف على إنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، و إن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع

---

[1] حسيني محمد العيد ، **السياسة الصحية في الجزائر ، دراسة تحليلية من المنظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990_2012** ، (رسالة ماجستير، ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، 2013/2012) ، ص 47 .

[2] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** . ط1، الأردن : دار الثقافة ، 2012 ، ص71 .

العوامل الضارة التي يتعرض لها، وان تكييف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه .

1.1. الصحة في اللغة العربية :

الصِّحُ و الصحة (قوله الصح و الصحة) قال شارح القاموس (لسان العرب) : قد وردت مصادر على فعل، بالضم و فعله بالكسر في ألفاظ هذا منها و كالقل و القلة و الذل و الذلة و الصحاح: خلاف السقم و ذهاب المرض، وقد صح من علته واستصح ، قال الأعشى:

أم كما قالوا سقيم فلئن فض الأسقام عنه ، واستصح

ليعدين لمعد عكرها دلج الليل وتأخذا المنح

يقول: لئن نفض الأسقام التي به وبرأ منها وصح

ليعيدن لمعد عطفها أي كرها واخذ المنح

وفي الحديث: الصوم مصحة ومصحة، بفتح الصاد و كسرها ، الفتح أعلى أي يصح عليه، هو مفعلة من الصحة العافية ، وهو كقوله في الحديث الآخر : صوموا تصحوا [1].

2.1. الصحة في اللغة الفرنسية :

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

[1] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص72 .

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

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

الصحة هي تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسمانية و العقلية و الاجتماعية ولا يعني فقد غياب المرض، إن امتلاك حالة صحة جيدة و الممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني ولا يعتبر هذا التعريف لمفهوم الصحة تعريف جامعا مانعا كما يقول رجال المنطق، بل عدة تطورات وشمل العديد من المجالات والميادين الأخرى ، ومن بينها البيئة وأصبح يعني بالصحة حاليا ذلك التوازن بين الإنسان والبيئة ، بعدما كان مجرد توازن بين مكونات الإنسان البيولوجية ، لقد تبنت العديد من الدول هذا التعريف في دساتيرها وقوانينها ، كما أكدت أن الصحة حق من حقوق المواطن [1]، حيث قرر إعلان منظمة الصحة العالمية عام 1978 م أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وان بلوغ أرقى مستوى الصحة يعتبر من أهم الأهداف الاجتماعية وان تحقيق هذا الهدف يتطلب نظرة جديدة لمفهوم الصحة تحتم بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحي [2].

وقد رفعت منظمة الصحة مؤخرا شعار " **الجميع للصحة للجميع** " ويعني هذا أن الصحة جزء متمم للتنمية الشاملة ، يجب ان توجه الطاقة المتولدة من تحسين الصحة إلى دعم التنمية والعمل على استمرارها .

[1] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** . ط1 ، الجزائر : دار كتامة ، 2008 ، ص59 .

[2] عبد المحى محمود حسن صالح ، **الصحة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 2003 ، ص18 .

وهناك تعريف آخر للصحة " أنه يمكن بيع أو شراء الخدمات الصحية إلا أن الصحة ليست كذلك ، ويصعب تعريف الصحة ، بل إن قياسها أصعب إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا تعني الحياة فقط بل القدرة على التمتع بها [1].

3.1. الصحة في اللغة الانجليزية " HEALTH"

أصل كلمة "**Health** " والتي تعني تمام العقل كائن مكتمل التمام والحسن ، وفي أصول اللغة الألمانية والانجليزية " **Healtho** " أو " **kiailo**" تعني معافى وهي تعني نفس كلمة الرفاهية و السعادة و الأمن عن الإنسان أو حالة الجسم في لحظة معينة، قوة الجسم و الروح ، المعافاة من المرض، أو التشوهات هي الشرط الذي يكون فيه الجسم سليم العقل أو الروح و خصوصا عندما يكون الجسم متحرر من الأمراض و الآلام أو الحالة التي يكون عليها الجسم ذو صحة سقيمة أو ذو صحة جيدة.

4.1.التعريف الاصطلاحي :

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

مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين الصحة الجسم و النفس و المجتمع في إطار القيم .

فالصحة هي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من المجتمع وتشمل العديد من المجالات والميادين [2].

2. محددات الصحة

لقد كانت النظرة التقليدية تركز على إن قضية الصحة والعلاج من مهام الإدارات الصحية وأصحاب المهن الطبية ، ومن وجهة النظر هذه فالمعارف الطبية والعلمية بالإضافة إلى الموارد المتوفرة لتطبيق

[1] طلعت الدمرداش ، **اقتصاديات الخدمة الصحية** . ط2، مصر: مكتبة القدس ، الزقازيق ، 2006 ، ص 17 .

[2] سلوى عثمان الصديقي ، **مدخل في الصحة العامة والرعايا الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية** . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، الازارطية ، ص29 .

هذه المعارف تعتبر العامل الوحيد والمؤثر في ديمومة أو استعادة الحالة الصحية للسكان ، غير أن هذه النظرة اثبت الواقع خطاها، وإنما هناك عوامل تؤثر بصفة مباشرة أو غير مباشرة في صحة الأفراد والجماعات.ويمكننا تصنيف هذه العوامل إلى عوامل داخلية (داخل الفرد) وعوامل خارجية (متعلقة بالبيئة المادية والبيولوجية والاجتماعية) [1] :

1.2. من العوامل الداخلية :

- العوامل الوراثية
- العمر، الجنس
- الحالة المناعية
- أنماط السلوك : العادات الغذائية، استهلاك الأدوية غير العقلاني او استهلاك المخذرات ، مستوى ممارسة النشاط البدني، السلوك الجنسي.

2.2. من العوامل الخارجية :

- العوامل البيئية البيولوجية : الكائنات المجهرية ، الحيوانات ، والنباتات.
- العوامل البيئية المادية : الإشعاع ، المناخ ، الضجيج.
- العوامل البيئية الكيمياوية : الملوثات المائية ، والجوية والغذائية
- العوامل الاجتماعية والسكانية :درجة التعمير، ووجود هجرة للسكان ، نوعية السكن ، ونوعية المعارف
- الصحية لدى السكان ، التنظيم الاجتماعي والعائلي
- العوامل السياسية والاقتصادية : التخطيط، التشريع ، توفر الشغل والاتصالات الحديثة ، تطور الإطار الحياتي، وحالة الموارد الطبيعية.
- العوامل التربوية : مستوى التعليم، ونسبة التمدرس بين الأطفال والشباب والنساء .

ومعلوم أنه بدون صحة جيدة يجد الإنسان نفسه قاصرا عن أداء الوظائف اللازمة لحياته ، فما بالك بمتطلبات أسرته ومجتمعه ، ويمكن ان يُشكلا عبا على غيره . لذا نجد ان كل السياسات والبرامج الرامية إلى تنمية الإنسان تحث على توفير الظروف الملائمة للحفاظ وترقية مختلف جوانب الصحة، بدنية أو

[1] حسيني ، **مرجع سابق**، ص 50 – ص 51.

نفسية أو اجتماعية حيث ان تقارير التنمية الإنسانية ترى في ان عملية التنمية الإنسانية تقوم على محورين أساسيين:

***الأول** : بناء القدرات البشرية الممكَنة من التوصل الى مستوى رفاه إنساني راق ، رأسها العيش حياة طويلة وصحية واكتساب المعرفة والتمتع بالحرية لجميع البشر دون تمييز .

***الثاني** : التوظيف الكفء للقدرات البشرية في جميع مجالات النشاط الإنساني ، الإنتاج الاقتصادي وفعاليات المجتمع المدني والسياسة .

المطلب الثاني : السياسة العامة الصحية

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي: مجموعة من الأهداف و البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية و تنفيذية و برامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ و الإدارة للخدمات الصحية من إنخراط الحكومة و تأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص و العام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة و فاعلية [1].

وهي موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، و الذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية [2] ، أو هي مجموعة من العلاقات المترابطة و المتكاملة من القرارات

و النشاطات و التي تشكل جزءا من إستراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية ، أو هي الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة [3].

يمكن تعريف السياسة الصحية بأكثر من تعريف حيث يعرفها" **شايش مان**" على أنها مجموعة من الإجراءات يقصد التأثير على أهداف المجتمع من حيث تحقيق الحرية و الأمان و العدالة، أما الآخرون أمثال" **جف جن**" على أنها وضع مجموعة من الحلول المعينة بهدف التأثير في أحداث معينة ، و إذا ما

[1] خروبي بزارة عمر ، **مرجع سابق** ، ص 16 .

[2] حسيني ، **مرجع سابق** ، ص 51 .

[3] صلاح محمد ذياب ، **ادارة الخدمات الرعاية الصحية** . عمان : دار الفكر ، 2009 ، ص 216 .

طبقت على القطاع الصحي فإنها تكون وضع مجموعة من الحلول الصحية بهدف التأثير في أحداث صحية ملائمة [1].

المطلب الثالث : محاور السياسة العامة الصحية

في هذا الإطار رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم الإستراتيجية مع كل تحفظ من شانها تعديل مواقع الخلل الني عرفها النظام الصحي و تمثلت هذه الإستراتيجية في المحاور التالية :

ـ الوقاية : إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض و العمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية و إجراءات النظافة و محاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح و احترام معايير النظافة، فالقضاء على الأمراض و خاصة إذا اكتشفت في فترتها المبكرة لا يستدعي تكاليف كبيرة وقد تكلف عشرات الأضعاف إذا ما تركت دون إهتمام، كما أن المجتمع الجزائري مجتمع شاب ومن الضروري حمايته ومحاولة توفير كل الظروف التي تجعله يتمتع بمستوى صحي جيد، و بالتالي سوف تقل التكاليف العلاجية [2] .

إن سياسة التصنيع الجزائرية تعتمد على الصناعات الثقيلة وهذه الأخيرة تتطلب يدا عاملة كبيرة، وهو ما أدى إلى إنتشار حوادث العمل بكثرة مما استجوب طب العمل لحماية العامل و الاقتصاد في آن واحد، كما أنجز عن سياسة التصنيع اتساع شبكة الطرقات و تلوث البيئة نتيجة الغازات الصناعية، بالإضافة إلى حوادث المرور و الأمراض البيئية .

ـعلاج الأمراض : هنا تتدخل السياسة الصحية وذلك لعلاج الأمراض التي لايفر منها، و لتحقيق ذلك تم صنع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية ابتدءا من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج .

---

[1] **مرجع نفسه** ، ص 218 .

[2] نور الدين حاروش ، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** . ط1 ، الجزائر : دار كتامة ، 2008 ، ص 130-ص131 .

_التوزيع العقلاني للأطباء : وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية،أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية و الهياكل و المعدات الضرورية .

المبحث الثاني : مراحل السياسة الصحية في الجزائر

مرت السياسة الصحية في الجزائر بعدة مراحل منذ الاستقلال الى يومنا هذا وهذا عبر المراحل التالية :

المطلب الأول: السياسة الصحية في الجزائر من 1962 إلى1965

ورثت الجزائر سنة 1962م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر ، وهران ، قسنطينة ، ويتمثل خاصة في الطب العمومي والذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات 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 [1].

ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في :

_ هجرة جماعية للأطباء الرئيسيين (2200) طبيب و (2700) ممرض وممرضة .

_ حالة صحية متردية نتيجة النقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية ، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك 8 أطباء لكل (100000) ساكن ، كما كان عدد الصيادلة حوالي 50 صيدلي و 30 طبيب أسنان فقط .

_ النقص الكبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية .

_ سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية .

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

[1] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص 132 .

قبل سنة 1965 م لم تكن البلاد تتوفر إلا على 139 طبيبا منهم 285 جزائري فقط ، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن ،264 صيدليا ، أي صيدلي واحد لكل 522323 نسمة ، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيا ، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل 1967م قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات ، وما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 م .

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات بالهياكل التي خلفها الاستعمار ، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان ، ومن جانب الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض المعدية [1].

ومنه فان الجزائر ورثت سنة 1962 م وضعية صحية لايرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة ونقص التاطير خاصة في الميدان الطبي ، ونقص التغطية الصحية مما خلق فوارق اجتماعية وجهوية كبيرة ، بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية ، يضاف إليها المعوقات القانونية بحيث ان انشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها لم يكن الا في سنة 1965 م بعدها كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى ، هذه المرحلة امتازت من جهة بطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات ، والتي تسير من طرف البلديات وأخيرا مراكز النظافة المدرسية و التي تسير من طرف وزارة التعليم .

المطلب الثاني : السياسة الصحية في الجزائر من 1965 إلى 1979

مع بداية المخطط الوطني ومع بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي انشأ عام 1964 م ، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة عام 1966م ، أخذت الأمور تحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1969 و1976 م[2] .

[1] حاروش ، **مرجع سابق**، ص133.

[2] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** . ط1 ، الجزائر : دار كتامة ، 2008 ، ص 135.

وما يميز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية ، هومضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979م محاولة من المسؤولين منح الأولوية للعلاج الأولي ، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج ، المراكز الصحية على مستوى كل بلدية او على مستوى كل حي ، والهدف من هذه الهياكل القاعدية ، هو قبل كل شئ الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب ، وكذلك إنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 [1].

وبما أن نسبة 37% من السكان ممونة بالمياه الصالحة للشرب و 23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي وما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه ، لم تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت التدابير اللازمة من اجل 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 جويلية سنة 1969

والقاضي إلزامية التلقيح ومجانيته ، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة ايجابية توصي إلى القضاء على الأمراض المعدية كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الأوبئة مثل : مرض السل ليصبح علاجا مجانيا ونفس الشئ بالنسبة لمرض الشلل وسوء التغذية فضلا عن عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة ، وما يميز هذه المرحلة التاريخية هو :

- بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1979/1969 : التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية ذلك مع البرامج المسطرة من طرف الصحة العالمية .

- انخفاض معدل الجدري سنة 1973 والسعا الديكي والتلقيح ضد الحصبة اما عن الأمراض ، اتخذت الجزائر طريقة التوعية والإرشاد والتثقيف الصحي ، استعملت في ذلك المسرحيات و الملصقات الإعلانية وكان ذلك في الفترة الممتدة بين 1968 و1979 حيث كانت هذه الفترة بداية لتطبيق البرامج ضد الأمراض وأهمها الملاريا [2].

[1] **مرجع نفسه** ، ص 136.

[2] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص 136

تزايد عدد الأطباء الجزائريين في هذه المرحلة عكس المراحل السابقة ، وهذا نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية والتي أعطت ثمارها ،ونفس الملاحظة بالنسبة لسلك الشبه الطبي الذي عرف بدوره تطورا ملحوظا ، اذ تضاعف خلال خمس سنوات أي الفترة الممتدة من 1974 الى 1979م ،وبالرغم من عمر الاستقلال للجزائر ، وفي ظروف صعبة وطنيا ودوليا استطاعت ان تحقق بعض التقدم والتطور في القطاع الصحي ، وهذا من خلال تشجيع التنمية البشرية وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية ، ولكن في المقابل هذا التطور النسبي في الموارد البشرية ، عرف عدة مشكلات هي :

_ هجرة الأدمغة وخاصة الأطباء .

_ تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى .

_ عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية .

_ قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية ، بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا [1].

_ أما بشان تطور الموارد المالية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية ، مع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات ، حيث أن هذه الهياكل القاعدية مع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات ، حيث ان هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة ، والمستشفيات الصحية من جهة أخرى .

إن المؤشرات الصحية لعام 1979 تؤكد بعض التطور كما هومبين الآن :

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

[1] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص 139

هذه المؤشرات الصحية والتي تعبر الى حد ما عن حالة الصحة لاي بلد ، لاتعبر هنا بان الحالة الصحية للمجتمع الجزائري وفي تحسن بالرغم من التطور الذي لمسناه فيما يخص الهياكل القاعدية والموارد البشرية والنتيجة التي نسجلها هنا هي في انخفاض نسبة وفيات الأطفال ، بعدما كانت حوالي 140من الألف سنتي(1970 إلى 1979) إلى 122 من الألف سنة 1979 [1].

أما بشان البرنامج الصحي في هذه المرحلة ، ومنذ عام 1975م ، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية و الاجتماعية وهي كمايلي :

1) **المشكلات الصحية** : كمكافحة الأمراض المتنقلة ، مثل : الملاريا والسل والرمد والأمراض المعدية و التهاب المفاصل الحاد والأمراض الزهرية والحصبة .

2) **مكافحة الأمراض غير المتنقلة** : كالأمراض العقلية ، أمراض القلب والأوعية الدموية وسوء التغذية والشلل والربو والمضاعفات بعد الولادة ، تسوس الأسنان ، التكفل بالمعوقين حركيا والصم والبكم والعمي ، ومرض السرطان .

3) **المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل** : كنظافة السكن ، ومعالجة المياه القذرة و تصريفها ، والتزويد بالمياه الصالحة للشرب وتلوث الجو ، والنظافة الغذائية ، ومكافحة الحشرات المتسببة في انتشار الأمراض .

4) **المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها** : في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تعود إلى التطور، حيث أثبتت الدراسات الحديثة عن عدم جدواها ، فق تم وضع بعض الأهداف التي تسعى إليها المنظومة الصحية من اجل تحقيقها :

- مركز صحي لكل 6 إلى 7 ألاف ساكن .
- عيادات متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن .
- مستشفى في كل إدارة و مستشفى في كل دائرة

[1] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص140

- عيادة للولادة الريفية والحضرية
- السكنات الوظيفية
- مخبر طبي في كل ولاية
- دراسة برنامج تحسين الإعلام الطبي
- دراسة صناعة الأدوية وتوزيعها

ومن خلال ما تم ذكره نتستنتج إن المنظومة الصحية لا يجب النظر إليها من زاوية واحدة وهي المستشفى وما يقدمه من علاج ، بل الأمر أكثر تعقيدا من ذلك ، فالتفتح عن المحيط ودراسته من شانه ان يساعد المنظومة الصحية في تحقيق أهدافها ومواجهة المشكلات الصحية للمجتمع من خلال نظرة شاملة لكل المكونات المحيط والبيئة التي تسبح فيها المنظوم الصحية .

المطلب الثالث : السياسة الصحية في الجزائر من 1979 إلى 2012

انقسمت هذه المرحلة إلى ثلاث فترات :

- **الفترة مابين 1979 إلى 1980:** ما ميز هذه الفترة بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية عبر الوطن و التي ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة، فإنها من جهة أخرى تميزت بغياب دراسة جادة في التقسيم الجغرافي لهذه الهياكل وهندستها الغير ملائمة للمحيط الذي بُنيت فيه ، كذلك تميزت هذه الفترة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم [1]:
- قانون 83 -11المؤرخ في 02 جويلية 1983 الذي بموجبهسعت الدولة لتمويل السياسة الصحية الى صناديق الضمان الاجتماعي واخذ مبلغ جزافي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة .

[1] نور الدين حاروش ، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** . ط1 ، الجزائر : دار كتامة ، 2008 ، ص 116 .

- المرسوم التنفيذي 86 – 25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية .
- إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89 –11 والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري ، ويحدد مهمتها "إدخال المبادئ والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية عبر التكوين الموجه الموظفين المسيرين والممارسين في مؤسسات وهياكل الصحة وهي من المؤسسات التي تتكفل بتكوين الأطباء والممرضين

والإداريين فيما يخص البرامج الصحية التي تضعها السلطات الصحية ، باعتماد الطرق الحديثة لتنفيذها .

- **الفترة مابين 1990 إلى 2002** : صانع القرار الصحي في الجزائر كان أمام خيا رات صعبة ، حتمت عليه تحديد الأولويات لواجهة تحديات صحية كان أهمها تحديات التحول الديمغرافي و التحول الوبائي حيث عرفت الجزائر منذ أكثر من ربع قرن تحولات ديموغرافية و وبائية تركت اثأر شديدة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وحتى السياسي ، ففيما يخص التحول الديمغرافي ، فإننا نجد أن عدد السكان في الجزائر غداة الاستقلال كان يقارب7 ملايين نسمة ، حيث كانت التجمعات السكانية خلال الحرب التحريرية تتمثل في المحتشدات التي أقامها جيش الاستعمار للسكان أو في أحياء قصديرية في ضواحي المدن، أين تنعدم ادني أسباب الحياة ولايعرف الأطفال معنى الدراسة ، ولا يوجد ما يسد الرمق من الغذاء مما جعل نسبة الوفيات بين الأطفال من أعلى النسب في العالم .
- **الفترة مابين 2002 إلى 2012** : حيث اتسمت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومة المتعاقبة وارتفعت ميزانية التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في :
- نفقات الصحة انتقلت من 3,48 % من الدخل الوطني الخام سنة 2002 الى 5,79% سنة 2009 .
- بناء هياكل صحية جديدة والقيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبي الخاصة في مجال التطوير الطبي .

- ويضاف إلى ذلك المؤسسات الصيدلية المركزية للمستشقيات الوكالة الوطنية الدم والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية والمركز الوطني لمكافحة التسمم والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي .

وقد عرف القطاع من جانب أخر انتقال للوضعية الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجواري من اجل تقريب الصحة من المواطن ، حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007 ، يهدف الى فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعديا أسفر عن تأسيس الطب الجواري الذي قرب العلاج من المواطن ، كما لرز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل ايضا قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات ، واستفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري تم استثمار في انجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية [1].

سعت الدولة إلى تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد في2010 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 تُشارك فيها هيئات المجتمع المدني من نقابات مستقلة أو جمعيات ممثلة للمرضى أو لمهنيي الصحة ، يعتبر مشروع قانون الصحة لا يمكن اعتباره بمثابة سياسة صحية ، ففي السياسة الصحية تلتزم الدولة بتحديد هذه السياسة ، أي أن الدولة تنص على هذا الالتزام عن طريق

نصوص الدستور ، وتجسده من خلال وضع سياسة صحية تستجيب للمشكلات الصحية التي يعاني منها السكان وتعمل على الحد من محددات هذه الصحة بغرض ترقيتها، وهذا ما لا نجده في مشروع قانون الصحة الجديد ،أي أن هذا القانون لا يحدد الخطوط العريضة للسياسة الصحية ،بل هو مجموعة من القواعد القانونية لتنظيم عمل النظام الصحي أو ما يمكن أن نسميه مجمل هياكل الصحة العمومية.

[1] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص154 – ص 155 .

المبحث الثالث : أهمية السياسة الصحية و مقوماتها

تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة و تشكل إطارا عاما تعمل من خلاله المؤسسة الصحية حيث يتم تحديد الخطوط العريضة للمؤسسة و الأهداف التي ترغب المؤسسة في تحقيقها .

المطلب الأول : أهمية السياسة الصحية

تتجلى أهمية السياسات الصحية من خلال مايلي :

1) رسم السياسات الصحية من قبل السلطات العليا في الدولة أو من قبل أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية و بالتالي فان عملية الاستجابة لسياسة الصحية تكون أكبر ما يمكن عنده ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، وفي الغالب فان السياسات التطعيم مثلا تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم وبذلك فانه الاهتمام و الالتزام بهذه السياسة يكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، و تستطيع القول أن الالتزام و الاستجابة و الاهتمام بالسياسة الصحية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية [1].

2) تعدد طرق و أساليب وضع السياسات الصحية حيث توضع هذه السياسات لمطالب الإدارة العليا ومنه يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة لتحقيق أهداف محددة، و لذلك فان أهمية السياسة تتبع من طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه .

3) اختلاف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى حيث تشمل على القطاع الصحي الحكومي العام و القطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى القطاعات الأخرى الصحية حسب النظام الصحي لكل دولة أي أن السياسات الصحية الخاصة في الدولة جزء أساسي من النظام الصحي، و غالبا ما يرتكز في القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي يوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي [2].

4) غموض السياسات الصحية وهذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقة لرسم بعض السياسات الصحية وهذه تكون إما سياسة أو الأسباب تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتلات و الجماعات، و أحيانا لأسباب غير معروفة من خلال ماسبق فان غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقة للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات [3].

المطلب الثاني : المقومات الأساسية للسياسة الصحية

[1] فريد توفيق نصيرات ، **إدارة المنظمات الرعايا الصحية** . عمان: دار المسيرة ، 2008 ، ص 33 .

[2] محمد ذياب ، **مرجع سابق** ، ص 220

[3] **مرجع نفسه** ، ص 220 .

تعد وزارة الصحة الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية لتحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة كفيلة للعمل وقد تعمل الحكومات في تشكيل مجلس صحي وطني للتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة و أنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة .

وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة و التنمية الصحية وتتولى هذه المراكز للخدمات الاستشارية في جميع ما يتعلق بالأمور الصحية ، ومهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية الوطنية فان وضع السياسة الصحية الوطنية لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات الأساسية[1].

***الالتزام السياسي :**

إن رسم و تنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة حقيقة واقعة أي أنه قبل وضع السياسة اتخاذ قرارات قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المتهمة بالشؤون الصحية، كما يجب تعبئة الرأي العام و توضيح الحقائق له، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة [2].

***الاعتبارات الاجتماعية :**

السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية و الإقتصادية الشاملة، و ترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لا سيما المحرومين، و منه فان السياسة الصحية جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة لها.

***مشاركة المجتمع :** لابد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة و الواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الأفراد والأسرة و المجتمعات مسؤولية صحتهم و رفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية للحكومات عن صحة شعوبها، و ليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية و اقتصادية [3].

---

[1] محمد ذياب ، **مرجع سابق** ، ص 130- ص131 .

[2] زروالية رضا ، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري** . (رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية ، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، 2011/2010) ، ص 70 .

[3] زروالية ، **مرجع سابق**، ص 71 .

***الإصلاح الإداري :**

لضمان كفاءة وضع السياسة و تنفيذها قد تكون من الضروري تعزيز و تكييف الهياكل و النظم في جميع القطاعات و ليس القطاع الصحي فقط بتنسيق تبادر للتنسيق المشترك بين القطاع الصحة و جميع القطاعات الأخرى كالتعليم و الزراعة و الغذاء و الموارد المالية و حماية البيئة، و تحقيق لذلك من إعادة النظر في الأمور و النظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المحلية [1].

***سن التشريعات :**

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

***إعداد خطة العمل :**

ينبغي أن تتم ترجمة السياسة الصحية إلى برامج و خطة عمل محددة، كما يجب تجديد الأغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كميا قدر الإمكان كما يجب أن تشمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب أن تشمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله و الإطار الزماني و تقديم الاحتجاجات و الكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ و تقييم النتائج [2].

المطلب الثالث : أهداف السياسة الصحية

[1] **مرجع نفسه** ، ص 72 .

[2] زروالية ، **مرجع السابق** ، ص 72 .

- إن الأهداف الكبيرة المسطرة في السياسة الصحية كانت ترمي أساسا إلى الحفاظ على المكتسبات الثورية في مجال الإصلاح الطبي من جهة ، وتوسيع القطاع الصحي الوطني لتقريبه من المواطن من جهة ثانية ، وهنا تكمن الإجراءات الإدارية التالية [1]:
- بذل الجهود في تكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية .
- خيار الطب الوقائي من اجل القضاء على الأمراض المعدية وسوء التغذية .
- إعداد منشور يحدد المناطق ذات الأولية حيث يجب تعيين الأطباء فيها .
- الاستعمال العقلاني لإمكانيات الخدمة الوطنية والخدمة المدنية .
- الدواء باعتبار الإنتاج الأول ، يجب أن يستفيد من جميع المقاييس .
- لامركزية المصالح الصيدلانية .
- قانون صحي للولاية .
- التزويد بالمياه المصالحة للشرب حسب معايير كمية ونوعية .
- الحفاظ على الأسرة والتكافل الاجتماعي .

[1] حاروش ، **مرجع السابق** ، ص 72 .

خلاصة الفصل :

تمحورت الدراسة لفهم حيثيات السياسة العامة الصحية في الجزائر ، ويعتبر تعريف مفهوم الصحة مدخلا لفهم السياسة الصحية ، غير أن هذا المفهوم يغلب عليه طابع التجريد، وقد يكون تعريف المرض أكثر سهولة من تعريف الصحة، فمفهوم الصحة يعتبر مفهوما مجردا و"الصحة "و"المرض"هما من المصطلحات التي يجري تعريفهما ثقافيا واجتماعيا ، ذلك أن الثقافات تختلف في تعريفها لماهو "صحي" أو" سوي" أو" معافى " .

أما السياسة الصحية فيمكن تعريفها على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة ، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية ، وهي تشمل مجمل الأهداف المراد تحقيقها في مجال الحفاظ على صحة السكان، والأدوات الموضوعة لتحقيق هذه الأهداف من هياكل وأطباء وشبه طبيين وإداريين ، وآليات التمويل الضرورية لاستدامة هذا النشاط الحيوي لأي مجتمع .

تمهيد :

في هذا الفصل التطبيقي نقوم بدارسة حالة المؤسسة الاستشفائية " **محمد بوضياف**" من أجل معرفة واقع الخدمات الصحية بولاية البيض ومدى مساهمة القطاع الصحي في ضمان التغطية الصحية العامة ، تم التطرق في هذا الفصل إلى :

المبحث الأول : نشأة و تطور المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف"

المبحث الثاني: واقع العمل بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف"

المبحث الثالث : تقييم الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف"

المبحث الأول : نشأة و تطور المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف"

***بطاقة فنية لولاية البيض :**

ولاية البيض ولاية جزائرية وعاصمتها مدينة البيض ،استحدثت الولاية سنة 1984 في إطار التنظيم الجديد بعد أن كانت جزءا من ولاية سعيدة ،تبلغ مساحتها 71697 كلم² أي مايعادل 3% من التراب الوطني ، عدد سكانها 271140 نسمة ، تضم 22 بلدية و08 دوائر[1] ، وهي منطقة السهوب والسهول المرتفعة في جنوب غرب الجزائر تحدها عدة ولايات :

* من الشمال : ولاية سعيدة ، تيارت ، سيدي بلعباس .
* من الشرق والجنوب الشرقي : ولاية الأغواط ،أدرار ،غرداية .
* من الغرب و الجنوب الغربي: ولاية النعامة، بشار .

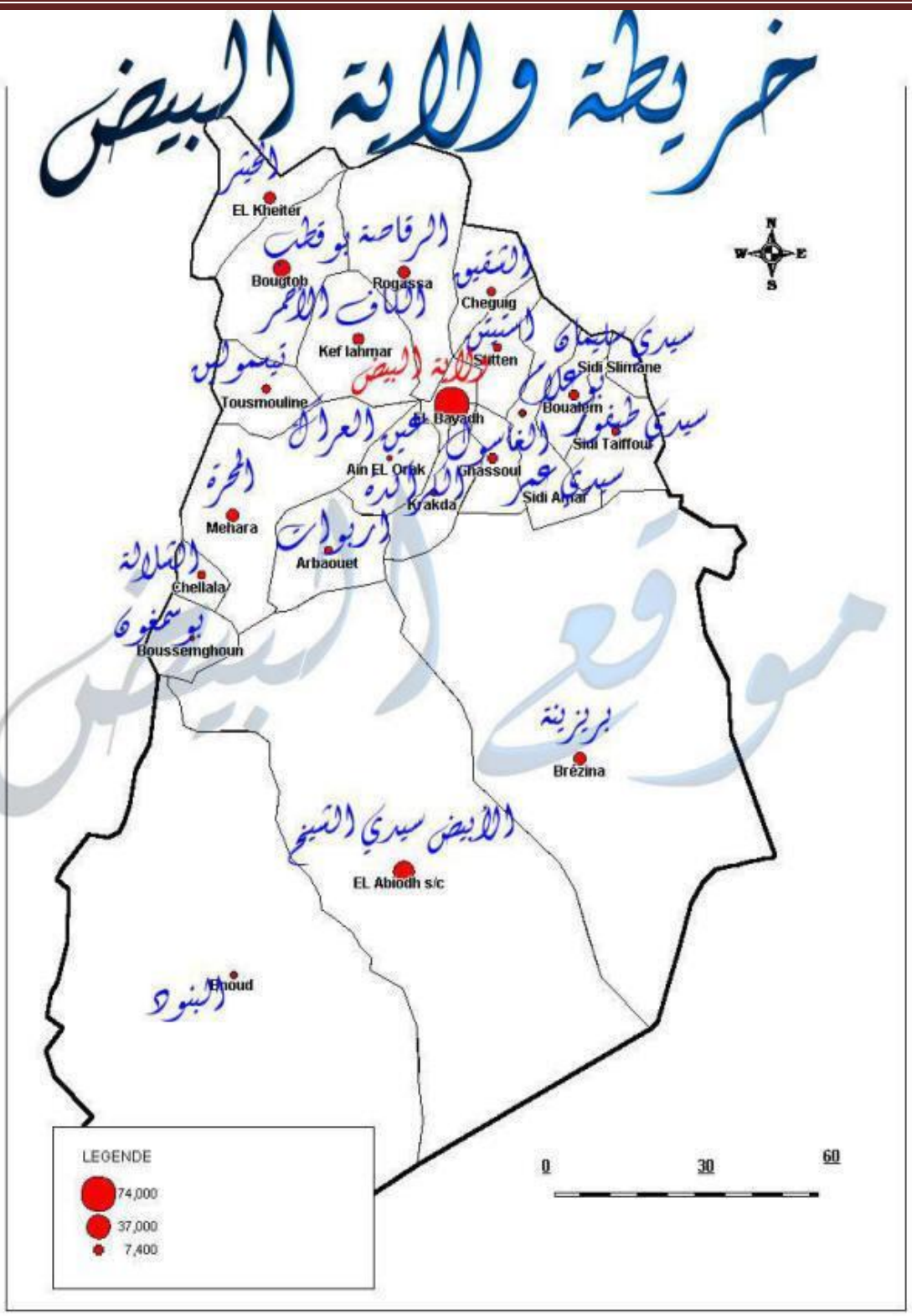
***المناطق :**

***المنطقة 01** : تتالف من (06) بلديات : بوقطب ، الخيثر ، توسمولين ، الكاف لخمر ، الرقاصة الشقيق .

***المنطقة 02** : الأطلس الصحراوي (11846 كلم) ، تتألف من 13 بلدية : بلدية البيض ، بوعلام ، سيدي اعمر ، سيدي طيفور ، سيدي سليمان ، استيتن ، كراكدة ، اربوات ، عين العراك ، الشلالة ، بوسمغون ، المحرة .

***المنطقة 03** : تتألف من 03 بلديات : الأبيض سيدي الشيخ ، البنود ، بريزينة .

[1] LA WILAYA **D'EL BAYADH** , MONOGRAPHE , 2012 ,P03



المصدر : الموقع الرسمي لولاية البيض

***واقع القطاع الصحي بالبيض :**

يقطن في ولاية البيض نحو 291600 نسمة ، يتم تغطية حاجاتهم الصحية من خلال عدد من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة (مؤسسات استشفائية ، مراكز صحية ، قاعات عناية) وللنهوض بهذا القطاع سخرت موارد بشرية طبية (أطباء ، ممرضون ، صيادلة) مؤهلة لتقديم الخدمات الصحية المطلوبة من طرف الأفراد ، حيث يمثل القطاع الصحي العمومي بثلاث (03) مؤسسات استشفائي رئيسية موزعة على مناطق مختلفة من الولاية ، كل مؤسسة صحية تغطي عدد من البلديات حسب موقعها الجغرافي : الأبيض سيدي الشيخ، بوقطب و عاصمة الولاية بقدرة استيعابية إجمالية تصل إلى 470 سرير، بنسبة شغل الأسرة تصل إلى نحو 40,26 % ، ويجري حاليا تجسيد مشروع مستشفى ببلدية بوعلام بطاقة 60 سرير ، ويسعى القطاع إلى ترقية خدمات التكفل بمرضى القصور الكلوي من خلال تقريب المصالح الطبية المختصة بهذه الفئة من المرضى حيث برمجت مشاريع صحية لفائدتهم عبر كل من البلديات البيض ، الأبيض سيدي الشيخ ، بريزينة ، بوقطب [1].

Secteurs	Communes couvertes	Pop	Sup /Km²
EPH EL BAYADH	El Bayadh, Boualem ,S Amar, STaiffour ,Sidi Slimane, Sttitten , Brezina , Ghassoul , Krakda , Rogassa , Kef Lahmae et Cheguig	190563	65,35
EPH BOUGTOB	Bougtob , El Kheiter , Tousmouline	36312	12 ,45
EPH EL ABIOD SIDI CHIEKH	El Abiodh, Sidi Chiekh, Bnoud , Ain El Orak, Arbaouet , Chellala, Mehara et Boussemghoun	64725	22,20

[1] LA WILAYA **D'EL BAYADH** , MONOGRAPHE , 2012 ,P56

المطلب الأول : التعريف بالمؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف "

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية " **محمد بوضياف**" لولاية البيض من أهم المرافق الحيوية في الولاية ، وتعد القلب النابض للمنظومة الصحية من حيث سعة الاستيعاب و التأطير و كذا تعداد الخدمات .

بدأ نشاطها سنة 1986 حيث كانت تشرف على كامل القطاع الصحي بالولاية[1] ، تتربع على مساحة تقدر ب 14 هكتارا ، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مع بقائها عمليا تخضع للرقابة الوصائية الممارسة من طرف وزارة الصحة .

تصنف في الصنف" أ" [2]، وأنشأت كمؤسسة استشفائية عمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية[3].

تستقطب المؤسسة العمومية الاستشفائية " **محمد بوضياف** " لولاية البيض طاقة استيعاب رسمية تقدر ب 240 سرير وطاقة استيعاب فعلية ب 290 سرير .

* **المستوى الأرضي** : مركز تصفية الدم ، مركز حقن الدم ، المخبر المركزي ،مصلحة الأشعة ، مكتب القبول ،مصلحة الفرز والمعاينات الطبية الأخصائية ، وحدة طب العمل ، قسم العمليات ، مصلحة الإنعاش ، مصلحة الطب الشرعي وحفظ الجثث ، طب الأطفال وحديثي الولادة ، ، المرأب ، وحدة الحرق البخاري بالتعقيم .

* **الطابق الأول:** مصلحة أمراض النساء و التوليد وبها ثلاثة أقسام : قسم ما قبل الولادة ، قسم الولادة ، قسم ما بعد الولادة (العمليات القيصرية) .

تتكون من : الأطباء (08) ، مساعدي التمريض (31) ، القابلاة (21)

---

[1] مقابلة مع السيد بن خلف الله محمد،المدير الفرعي للموارد البشرية ، المؤسسة الاستشفائية ، يوم: 20 مارس 2016 ، الساعة الثانية و النصف زوالا .

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 ، إنشاء المؤسسات الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، **الجريدة الرسمية** ، العدد 20 ، 15 يناير 2012 ، ص 23 .

[3] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، (الأمين العام للحكومة ، وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، وزير المالية) القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير 2012 ، يحدد معايير تصنيف المؤسسات الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تصنيفها ، **الجريدة الرسمية** ، العدد 20 ، 04 افريل 2012 ، ص 25 .

* **الطابق الثاني:** مصلحة الأمراض الصدرية وتضم قسمين : قسم الرجال ، قسم النساء .

تتكون من :الأطباء (01) ، مساعدي التمريض (13) .

* **الطابق الثالث** : مصلحة الجراحة العامة وبها : أمراض العظام ، جراحة الأطفال ، الغدد .

* **الطابق الرابع** : مصلحة الطب الداخلي وبها : وحدة طب العيون والأنف والحنجرة ، وحدة أمراض القلب ، وحدة الأمراض المعدية ، وحدة أمراض الكلى ، وحدة استشفاء أمراض السرطان ، وحدة الأمراض المزمنة [1].

إلى جانب هذه المصالح التي تقدم خدمات أساسية صحية توجد مصلحة الاستعجالات التي تعتبر بوابة المؤسسة الاستشفائية ، يسهر عليها طاقم طبي وشبه طبي متمكن يعمل **24 سا/ 24سا** بالمناوبة من أجل التكفل بالمرضى ، تتكون المصلحة من وحدتين :

_ **وحدة الفرز والكشف** تقوم بتوجيه المريض حسب حالته .

_ **وحدة المتابعة** تتقاسم أعباء العمل وبينها .

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن المؤسسة العمومية الاستشفائية " **محمد بوضياف** " بالبيض تتوفر على 17 مصلحة مختلفة التخصصات وهذا حسب المرسوم التنفيذي لسنة 2007 ، إلا أن هناك بعض المصالح غير متواجدة وهذا يستدعي بعض المرضى لتنقل إلى الولايات المجاورة لتلقي العلاج[2] .

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف"

يعتبر الهيكل التنظيمي البناء أو الإطار الذي يحدد التركيب الداخلي للمؤسسة فهو يبين التقسيمات التنظيمية و الوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال و الأنشطة التي تتطلبها تحقيق أهداف المؤسسة فالهيكل التنظيمي للمؤسسة يتوزع كالآتي [1]:

[1] من إعداد الباحثة ، بالاعتماد على بيانات المقابلة .

[2] مقابلة مع السيد : بن خلف الله محمد ، مرجع سابق .

***المدير** : يعين مدير المؤسسة الاستشفائية بقرار صادر عن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات باعتباره المسؤول الأول عن تسيير المؤسسة فهو يقوم :

_ تمثيل المؤسسة أمام الجهات القضائية وكافة الحياة المدنية .

_ إبرام كافة العقود و الصفقات والاتفاقيات .

_ السهر على وضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة .

_ تنفيذ مداولات مجلس الإدارة .

* **المديرية الفرعية للمالية والوسائل** : وتشمل المكاتب التالية :

_ **مكتب الميزانية والمحاسبة** : يقوم بتطبيق الميزانية وإعطاء تقارير مالية دورية من نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية وهي نفقات العمال، نفقات المواد الغذائية، العتاد الطبي، نفقات أخرى للتوظيف ، نفقات التكوين ، تغطية النفقات الاجتماعية ، نفقات التدابير الوقائية .

_ **مكتب الصفقات العمومية** : يشرف على إعداد وتنفيذ الصفقات العمومية والاستشارة .

_ **مكتب الوسائل العامة والهياكل** : يشرف على المخازن والجرد .

***المديرية الفرعية للموارد البشرية** : تضم مكتبين هما :

_ **مكتب تسيير الموارد البشرية** : يشرف على تسيير الموارد البشرية وتسيير ملفات العاملين من تاريخ التوظيف إلى غاية التقاعد ، وتنفيذ المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية ، وضمان استمرارية التكوين وتنظيم امتحانات التوظيف ومراقبة نشاط العمال .

_ **مكتب التكوين** : يشرف على إعداد وتنفيذ برنامج التكوين المتواصل .

***المديرية الفرعية للمصالح الصحية** : وتشمل المكاتب التالية :

[1] مرجع نفسه .

_ **مكتب القبول** :يقوم بتوجيه المرضى و متابعة المواليد والوفيات التي تكون في المؤسسة وتسيير الأرشيف ومتابعة دخول وخروج المرضى من والى المؤسسة الاستشفائية .

_ **مكتب متابعة النشاطات الصحية** : يقوم بتنسيق العمل البشري بتنظيم ومتابعة النشاطات الطبية وإحصائها لمختلف المصالح ، ووضع برامج العمل للطاقم شبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية .

_ **مكتب التعاقدية وحساب التكاليف** : الدور الرئيسي لهذا المكتب هو تحديد التكاليف الكلية التي تمكن من تحديد سعر الخدمات الصحية مثل : الفحص الطبي ، التحاليل المخبرية ، كما يقوم بحساب جميع التكاليف التي تم إنفاقها خلال مدة معينة (ثلاثي ، سداسي ، سنة) .

***المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات** : تشمل مكتبين هما :

_ مكتب صيانة التجهيزات الطبية

_ مكتب صيانة التجهيزات المرافقة

المطلب الثالث : الإمكانيات البشرية و المادية في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف"

تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم طبي وشبه الطبي بالإضافة إلى مجموعة من التقنيين والفنيين في الأشعة والتحاليل ، يعملون على توفير الخدمات الصحية للمرضى، بالإضافة إلى تخصيص ميزانية لتوفير الاحتياجات

اللازمة للمؤسسة الاستشفائية، وسنتناول فيما يلي الموارد البشرية في المؤسسة الاستشفائية العمومية " محمد بوضياف" ، والمخصصات المادية لها [1].

1. الإمكانيات البشرية :

يمارس بالمؤسسة الاستشفائية العمومية" محمد بوضياف" طاقات بشرية كل ضمن اختصاصه لضمان أفضل رعاية صحية ممكنة ويمكن تلخيصها فيما يلي:

_ **الأطباء المختصين:** وعددهم (37) طبيب يزاولون عملهم يوميا .

_ **الأطباء العاميون** : وعددهم (54) طبيب يزاولون عملهم بالتناوب حيث كل يوم يعمل طبيب

_**الطاقم شبه الطبي:** وعددهم (314) ممرض و ممرضة شبه طبيين يعملون بشكل يومي و عادي و يسهرون على راحة المرضى.

_ **الإداريون:** وهم الأفراد المكلفين بالإشراف على تسيير المؤسسة الاستشفائية و مراعاة مصالح المرضى، وعددهم (45).

_ **العمال متعددي الخدمات:** وعددهم (160) عامل يعملون في التخصصات في المؤسسة الاستشفائية مثل: عمال المطبخ،المغسلة، الصيانة ، الأمن.

_ **البعثة الأجنبية** : وعددهم (26) طبيبا أخصائيا من البعثة الكوبية يزاولون عملهم يوميا .

2. الإمكانيات المادية

تتمثل هذه الإمكانيات في التجهيزات الطبية وسيارات الإسعاف ومعدات تشخيص الأمراض :

[1] مقابلة مع السيد : بن خلف الله محمد ، المرجع السابق.

_ **التجهيزات الطبية** : تتوفر المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف" على أحدث التجهيزات الطبية التشخيص بالأشعة الرقمية (radiologie numérisée) ، السكانير .

_ **سيارات الإسعاف** : **(03)** سيارات إسعاف ويتم استعمالها في الحالات الاستعجالية .

المبحث الثاني : واقع العمل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف "

تعمل المؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف" على توفير الخدمات الصحية للمرضى **24سا/24 سا** بتوفير أحدث الأجهزة الطبية والجراحية مثل : التشخيص بالأشعة الرقمية (Radiologie Numérisée) بتكاثف جهود جميع العاملين من الأطباء المختصين والعامين والعمال شبه الطبيين والإداريين من أجل ضمان أفضل الخدمات الصحية للمرضى [1].

وقد سعت المؤسسة العمومية الاستشفائية بتوسيع الخدمات الصحية من خلال إبرام عقود مع البعثات الأجنبية (البعثة الكوبية) التي تتوفر على أطباء أكفاء ولهم خبرة في لمجال الصحي، حيث تدعمت خلال شهر أوت 2014 ببعثة طبية كوبية تتشكل من 26 طبيبا أخصائيا، مما ساهم في تخفيف معاناة المرضى بهذه المنطقة، سيما على مستوى خدمات مصلحة الأمومة و الطفولة وطب الإنعاش و التخذير و المخبر و التحاليل البيولوجية ، كما تعززت الخدمات الطبية بذات المؤسسة الإستشفائية من مصلحة خاصة بالعلاج الكيمياوي لمرضى السرطان بطاقة ستة أسرة قابلة للتوسعة حيث ساهم هذا المرفق في التكفل بهذه الشريحة من المرضى و رفعت عنهم مشقة التنقل إلى الولايات المجاورة لإجراء الفحوصات الكيمياوية ، مع توفير المصاعد للمرضى وللحالات الاستعجالية ، وكذلك الإعلان على مواقيت زيارة المرضى ومواعيد تقديم الخدمات الصحية داخل المصلحة والسهر على راحتهم ، وتسهر الإدارة على مواكبة التطور والاستعلام والحصول على أحدث التجهيزات لتوفير الفضل الخدمات وضمان أفضل تغطية للمواطن في الولاية أو خارجها .

المطلب الأول : الاختصاصات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية

تتوفر المؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف" على مجموعة من الاختصاصات الطبية والجراحية تساهم في تشكيل إضافة نوعية إلى قطاع الصحة في ولاية البيض ومن أهم هذه الاختصاصات :

_ **الجراحة العامة** : وهي كل العمليات الجراحية التي تدخل فيها الباطني .

_ **جراحة الأطفال** : تقوم المؤسسة الاستشفائية بإجراء العمليات الجراحية للأجنة والرضع والأطفال .

_ **جراحة النساء والتوليد** : في هذا التخصص تجرى العمليات القيصرية و الأمراض النسائية.

_ **جراحة الأنف والحنجرة** :تهتم بإجراء العمليات على المناطق الأكثر حساسية و أهمية لدى المرضى.

[1] مقابلة مع السيد : بن خلف الله محمد ، مرجع سابق .

_ **جراحة المسالك البولية** : يجرى هذا النوع من العمليات على الأمراض التى تصيب الجهاز البولي و الكلى.

المطلب الثاني : الخدمات المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية

شهد القطاع الصحي بولاية البيض تطورا ملحوظا من خلال وفرة الخدمات المقدمة على مستوى كل مصلحة ويمكن تقسيمها إلى[1] :

1.1.الخدمات الصحية العلاجية

يتم تقديم هذا النوع من الخدمات عند التعرض لبعض الأمراض ويتم تقديمها على مستوى العديد من المصالح ، وهي مرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة وتشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم العلاج بالدواء من

خلال وصفة طبية أو عن طريق خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية .

2.1. الخدمات الصحية الوقائية

يتم تقديم هذا النوع من الخدمات على مستوى مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي التي توجد بها ثلاث وحدات :

***وحدة التنظيم وتقسيم أنشطة الصحة القاعدية** : تقدم خدماتها بطريقتين الأولى بشكل منظم ومقسم حسب فترات ، والثانية بنمط مفاجئ وهذا حسب المرض المراد الوقاية منه ، **النوع الأول** تقوم الوحدة بتقديم بعض اللقاحات ضد الأمراض مثل : السل ، الشلل ، الكزاز ، بوحمرون الحصبة .....الخ ، منها مايكون في فترة الحمل ومنها مابعد الولادة ويقدم مباشرة للطفل في أشهر معينة من حياته ، أما

النوع الثاني من جانب الوقاية يحدث أثناء ظهور بعض الأمراض بصورة مفاجئة دون توقعها هنا تقوم الوحدة بإجراءات وقائية ضد المرض .

***وحدة خاصة بمعالجة المعلومات و النظافة الاستشفائية** :أي مراقبة نظافة كامل المؤسسة الاستشفائية بغرض تفادي الوقوع في بعض الأمراض والوقاية .

[1] من إعداد الباحثة ، الاعتماد على بيانات المقابلة .

***وحدة الرقابة في علم الأوبئة** : وفي حالة ظهور بعض الحالات الاستثنائية تنتقل المغلومة إلى مديرية الصحة و السكان بوجود مريض في المستشفى به مرض خطير لتقوم التحقيق في المستشفى بعد المراسلة لاكتشاف ذلك المرض و الوقاية منه لتفادي انتشاره .

3.1.خدمات الإقامة و الاستقبال

خدمة الاستقبال فتتم على مستوى مكتب القبول أين يتم توجيه كل مريض حسب حالته ، وخدمة الإقامة نجد منها توفير سرير لكل حالة تستوجب الإقامة داخل المستشفى للمتابعة و كذا تقديم الوجبات الغذائية لكل مريض حسب ما قدره الطبيب [1].

المطلب الثالث : أهداف المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "

1. أهداف المؤسسة الاستشفائية

تهدف المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " بالبيض من خلال :

- توفير العلاج للمرضى .
- تقديم الخدمات الصحية اللائقة بكل فئات المجتمع .
- تحسين الوضع الصحي للافراد و المواطنين داخل الولاية .
- تقليص دائرة المرض وبناء مجتمع صحي معافى .
- السهر على توفير الرعاية الصحية في كل الأوقات 24 سا/24 سا .

المبحث الثالث : تقييم الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية

سنسلط الضوء واقع الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية بنتائج دراسة الاستبيان ، وذلك بتحديد حدود الدراسة ، أدوات الدراسة ، مجتمع وعينة الدراسة مع إبراز ظروف إعداد الاستبيان .

المطلب الأول : واقع الخدمات الصحية بنتائج دراسة الاستبيان

1.1. حدود الدراسة :

[1] من إعداد الباحثة ، الاعتماد على بيانات المقابلة .

أ. الحدود الزمنية :

تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة سنة 2016 .

ب. الحدود المكانية :

بهدف تقييم الخدمات الصحية اخترنا هذه الدراسة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف " ولاية البيض .

ج. الحدود البشرية :

شملت دراستنا على مجموعة من المرضى والطاقم الطبي والشبه الطبي المتواجدين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف " ولاية البيض .

2.1. أدوات جمع البيانات :

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

المرحلة الأولى :

كانت الدراسة استطلاعية للمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف محل الدراسة للتعرف على سير عمل المستشفى، ثم التعرف على كل مراحل التي يمر بها المريض منذ دخوله للمستشفى إلى خروجه منه بالإضافة إلى بعض ظروف عمل الطاقم الطبي والشبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية .

المرحلة الثانية :

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

***المقابلة** : لها مكانة متميزة في البحوث السياسة لأنها قد تسمح بالوصول إلى معلومات و بيانات هامة تلعب دورا أساسيا في البحث السياسي، وهي تمكن الباحث من أن يعبر أغوار مشاعر فرد معين أو مجموعة محدودة من الأفراد اتجاه قضايا أو ظواهر معينة و أن يتعرف على اتجاهاتهم أوخبراتهم و مواقفهم .

وبالنظر إلى الموضوع المتعلق، فقد انصبت المقابلة متمثلة في مدير المؤسسة الاستشفائية الذي أعطى لنا الموافقة بإجراء الجانب التطبيقي من البحث في استجواب المدير الفرعي للموارد البشرية وبعض الأطباء

والممرضين وتضمنت المقابلة مجموعة من الأسئلة دارت حول مختلف مصالح و نشاطات المستشفى، كما قمنا بمقابلة بعض المرضى قصد معرفة أرائهم حول الخدمات المقدمة لهم حيث يعتبر هذا الجزء أهم المراحل التي

تخص موضوع الدراسة، ونشير في هذا الصدد إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات لان مقابلة المرضى تستدعي الصبر و المتابعة .

***الملاحظة** : بالإضافة إلى المقابلة استخدمنا الملاحظة كأسلوب في البحث، وتعتبر هذه الاخيرة أحد أهم الأدوات المنهجية في جمع المعلومات و البيانات حول موضوع الدراسة ، فهي تساهم في فهم السلوك البشري فهما دقيقا ، ولقد تم استخدام هذه الأداة خلال المراحل التمهيدية للبحث، وذلك من أجل تكوين صورة أولية عن البيانات التي سوف نتحصل عليها ، وتم استخدامها كذلك في المراحل المتقدمة من خلال تغيير بعض المعلومات و الأرقام حول البحث بغية الوصول إلى الدقة و ضبط النتائج، بهدف التأكد من الفرضيات المنطلق منها، و كوسيلة للإنشاء استبيان صحيح .

***الاستبيان** : يعتبر من أكثر وسائل جمع البيانات على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية، بحيث كل مشارك في العينة عنها بنفسه بسرية و هذا لعدم معرفة كل فرد الإجابات الآخرين، كما يسهل الاستبيان من عملية تجميع المعطيات و تصنيفها و بالتالي تفسيرها و الوصول إلى الاستنتاجات المطلوبة و المناسبة ، وقد حاولنا في هذا الاستبيان التقيد بموضوع البحث.

تم استخدام استمارة الاستبيان لجمع البيانات حول ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي ومعرفة مختلف اقتراحاتهم حول الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية ، بالإضافة إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية بالمؤسسة من خلال آراء المرضى ، ارتأينا تقديم قائمتي الاستبيان على الأطراف التالية :

أ.الطاقم الطبي وشبه الطبي: من أجل معرفة ظروف عملهم ومدى توفر الإمكانيات اللازمة لتقديم الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " ، قدمنا قائمة استبيان للطاقم الطبي وشبه

الطبي تتضمن المحاور التالية :

- **المحور الأول:** تضمن المعلومات الشخصية لأفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي.
- **المحور الثاني :** تضمن أسئلة حول المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بصفة عامة .
- **المحور الثالث :** تضمن أسئلة حول ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية .

ب. المرضى :

المقيمين في المؤسسة الاستشفائية باعتبارهم المستفيدين من الخدمات الصحية الاستشفائية، بهدف معرفة إجاباتهم حول مستوى الخدمات الصحية المقدمة ، ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية، من أجل ذلك قدمنا إليهم قائمة استبيان تضمنت المحاور الآتية:

- **المحور الأول:** تضمن المعلومات الشخصية للمرضى.
- **المحور الثاني:** تضمن أسئلة حول المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " بصفة عامة.
- **المحور الثالث:** تضمن أسئلة حول خدمات الطاقم الطبي بالمؤسسة الاستشفائية .
- **المحور الرابع :** تضمن أسئلة حول خدمات الطاقم التمريضي بالمؤسسة الاستشفائية

***مجتمع عينة الدراسة :**

يشمل مجتمع هذه الدراسة على أفراد الطاقم الطبي و شبه الطبي ، وكذا المرضى المقيمين في المؤسسة الاستشفائية و لصعوبة تحديد فترة الدراسة تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالمستشفى خلال سنة 2015

قمت باختيار عينة عشوائية من مرضى موزعين على المصالح التالية : الجراحة العامة ، الطب الداخلي ، أمراض النساء والتوليد ، الأمراض الصدرية .

فقد استثنيت بعض المصالح نظرا لحالتهم الصحية وتلبية لأغراض الدراسة فقد تم توزيع الاستبيان على المرضى المقيمين سنة 2016 حيث طلب من المرضى الإجابة على هذه الأسئلة بكل حرية و صدق بعدما تم شرح أسئلة الاستبيان، وفي أغلب الأحيان تم استجواب المرضى بطريقة مباشرة لأن معظم المرضى ليس لهم مستوى دراسي تقريبا .

3.1. فرضيات الدارسة :

إنطلاقا من الإشكالية المقدمة " **ماهو واقع الخدمات الصحية بولاية البيض** ؟ وضعت الفرضيات التالية :

***الفرضية الأولى :**

تقدم المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " خدمات صحية مقبولة في الوقت المناسب .

***الفرضية الثانية :**

يتميز عمال المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " بالكفاءة و المهارة لتقديم الخدمات الصحية .

***الفرضية الثالثة :**

لا تحتوي المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " على كفاءات في تحسين الخدمات مما يجعل الكثير من المرضى يعزفون عنها و يلجاؤن إلى مستشفيات أخرى في الولايات المجاورة.

***الفرضية الرابعة :**

يواجه المريض في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " صعوبات في الاستعجالات و الأقسام العلاجية .

المطلب الثاني : تحليل وتفسير نتائج الاستبيان

1.1. تحليل الاستمارات :

أ. الاستمارة الخاصة بالطاقم الطبي وشبه الطبي :

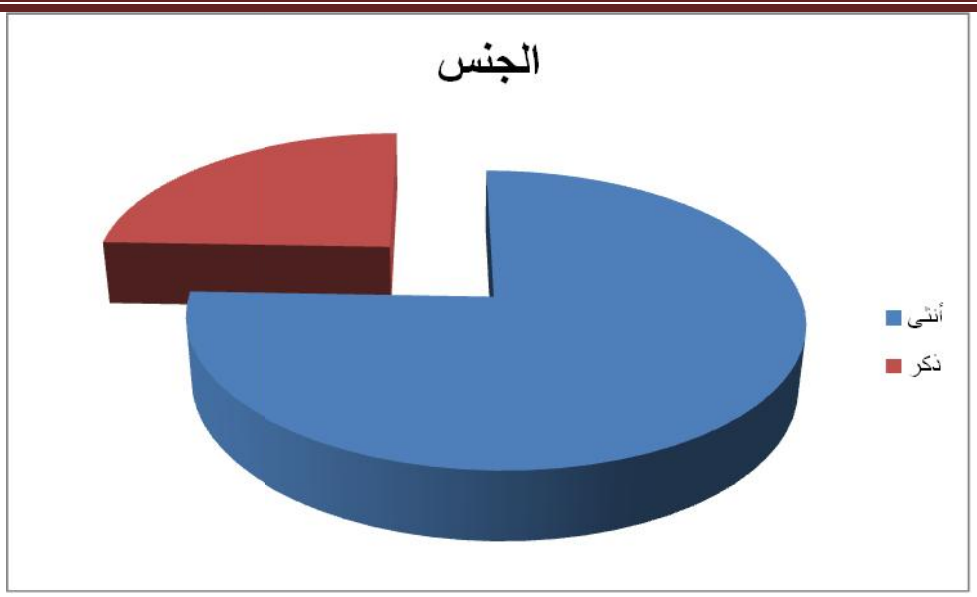
*** المحور الأول :** المعلومات الشخصية لمجتمع الدراسة

الجدول رقم (07/04) الخصائص الشخصية للمجتمع المدروس (الطاقم الطبي وشبه الطبي)

المتغير	الخصائص الشخصية				المجموع
الجنس	الفئة	أنثى	ذكر		
	العدد	99	32		131
	النسبة	75,6	24,4		%100
السن	الفئة	[30،21]	[40،31]	اكبرمن41	
	العدد	62	29	40	131
	النسبة	47,3	22,1	30,5	%100
الرتبة	الفئة	أطباء	شبه طبي		
	العدد	29	102		131
	النسبة	22,1	77,9		%100
الاختصاص	الفئة	عامين	متخصصين		
	العدد	37	54		91
	النسبة	40,6	59,4		%100

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

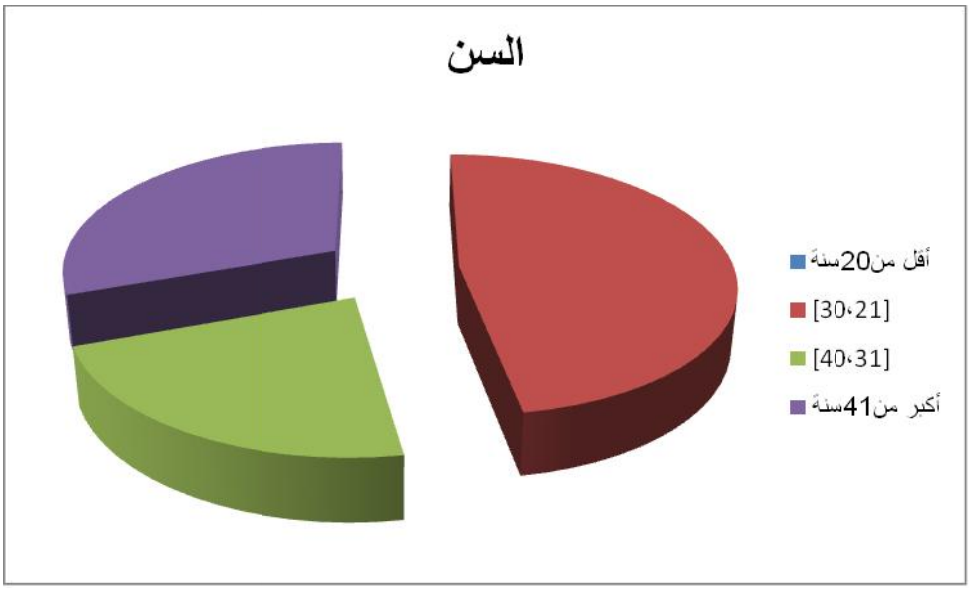
***تحليل الاستمارة حسب الجنس :**



الشكل رقم(01) توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الجنس

يوضح الشكل رقم(01) أن النسبة العالية لمجتمع الدراسة هي نسبة الإناث ،حيث بلغ عددهم 99 فرد أي نسبة75,6 % من أفراد العينة ،في حين بلغ عدد الذكور 32 فرد أي نسبة 24,4 % من أفراد العينة .

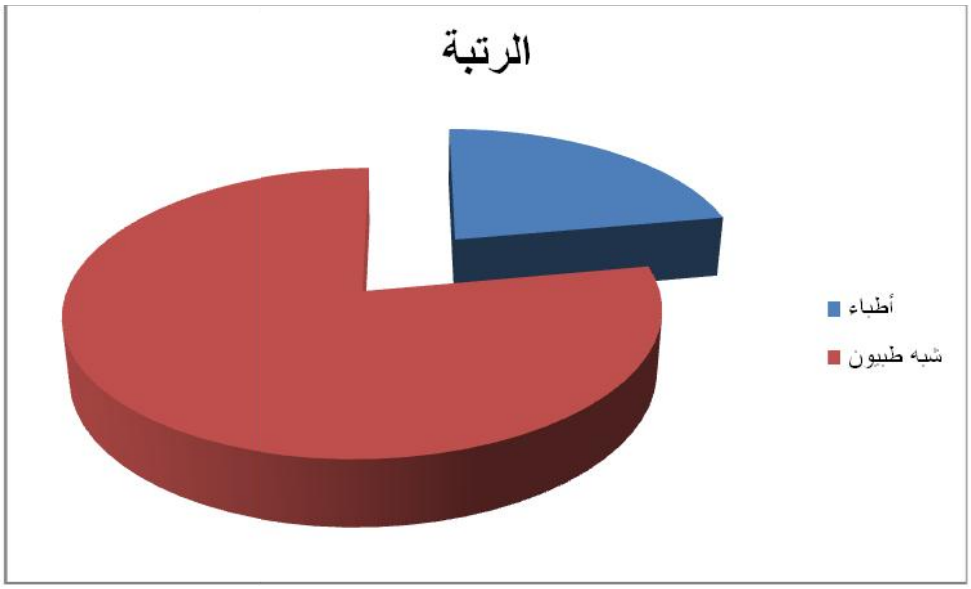
***تحليل الاستمارة حسب السن :**



الشكل رقم(02) التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس

يوضح الشكل (02) أن أفراد العينة التي تتراوح أعمارهم أكبر نسبة من تتراوح أعمارهم بين21 و30 سنة ب 47,3 % ، تليها نسبة الأفراد التي تفوق 41سنة التي تقدر ب 30,5 % ثم نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 31 و41 سنة ب 22,1 % في حين انعدام وجود أفراد ضمن المجتمع المدروس تقل أعمارهم عن 20 سنة، لكن من الملاحظ أ ن أغلبية أفراد المجتمع المدروس من فئة الشباب (من21 سنة إلى41 سنة) ، والتي تقدر ب 69,4 % .

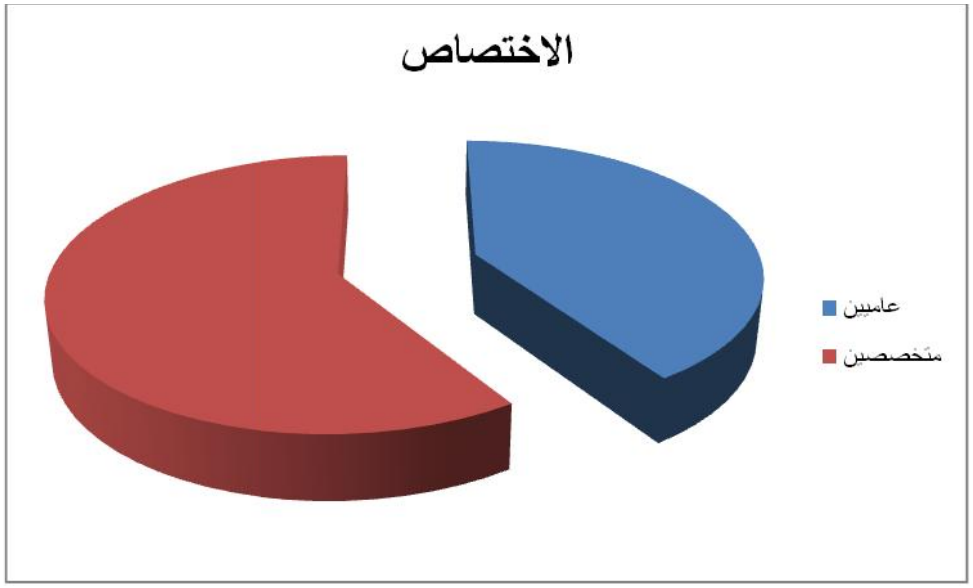
***تحليل الاستمارة حسب الرتبة :**



الشكل رقم (03) توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الرتبة

وفيما يخص رتب أفراد المجتمع المدروس، الذي تضمن الطاقم الطبي من أطباء عامين ومتخصصين، بالإضافة إلى الطاقم شبه الطبي من ممرضين، قابلات، مشغلي أجهزة طبية، فنيي مختبر...الخ، حيث قدرت نسبة الطاقم الطبي ب 22,1 % ، ونسبة الطاقم شبه الطبي ب 77,9 % وهذا مايوضحه الشكل (03) .

***تحليل الاستمارة حسب الاختصاص :**



الشكل رقم (04) توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الاختصاص

يوضح الشكل (04) اختصاص الطاقم الطبي للمجتمع المدروس ، الذي تضمن أطباء عامين ومتخصصين حيث قدرت نسبة الأطباء العاميين ب 40,6% ، ونسبة الأطباء المتخصصين ب 59,4%

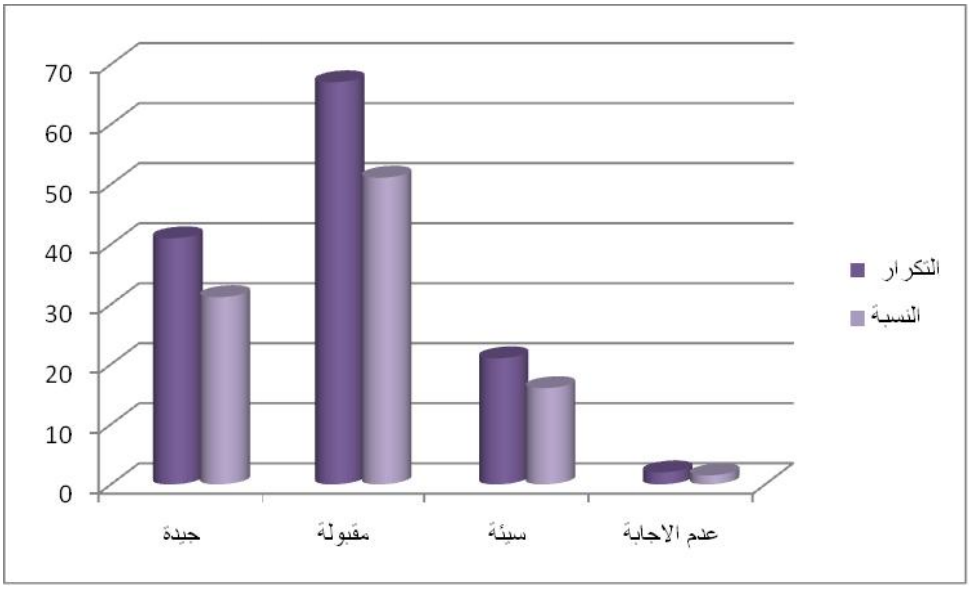
*** المحور الثاني : تحليل إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف " بصفة عامة**

1/ إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى ملائمة قاعات الانتظار للاستقبال :

	التكرار	النسبة%
جيدة	41	31,2
مقبولة	67	51,1
سيئة	21	16,03
عدم الإجابة	02	1,5

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

ما يمكن ملاحظته من الشكل رقم (05) حول إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى ملائمة قاعات الانتظار للاستقبال كانت معظم إجابات أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي مقبولة نسبة 51,1% ، في حين قدرت نسبة الأفراد الذين يرون أن قاعات الانتظار جيدة من حيث ملائمتها للاستقبال ب 24,4% ، وقدرت نسبة الأفراد الذين يرون أن قاعات الانتظار سيئة ب 16% ،بينما قدرت نسبة عدم الإجابة ب 1,5% .



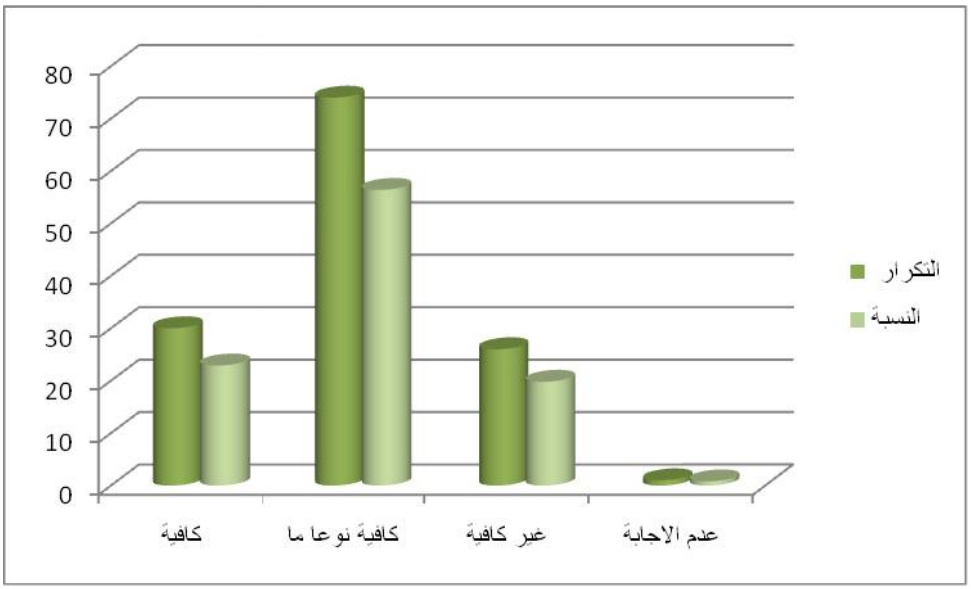
الشكل رقم (05) ملائمة قاعات الانتظار للاستقبال

2/ إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى كفاية التجهيزات داخل غرف المرضى :

	التكرار	النسبة %
كافية	30	22,9
غير كافية	26	19,8
كافية نوعا ما	74	56,4
عدم الإجابة	01	0,8

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

ما تمت ملاحظته من الشكل رقم (06) حول إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى كفاية التجهيزات داخل غرف المرضى ،كانت معظم إجابات أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي كافية نوعا ما بنسبة 56,4% ، في حين قدرت نسبة الأفراد الذين يرونها أن كافية ب 22,9% ، وقدرت نسبة الأفراد الذين يرون أن التجهيزات غير كافية ب 19,8% ، بينما قدرت نسبة عدم الإجابة ب 0,8 % .



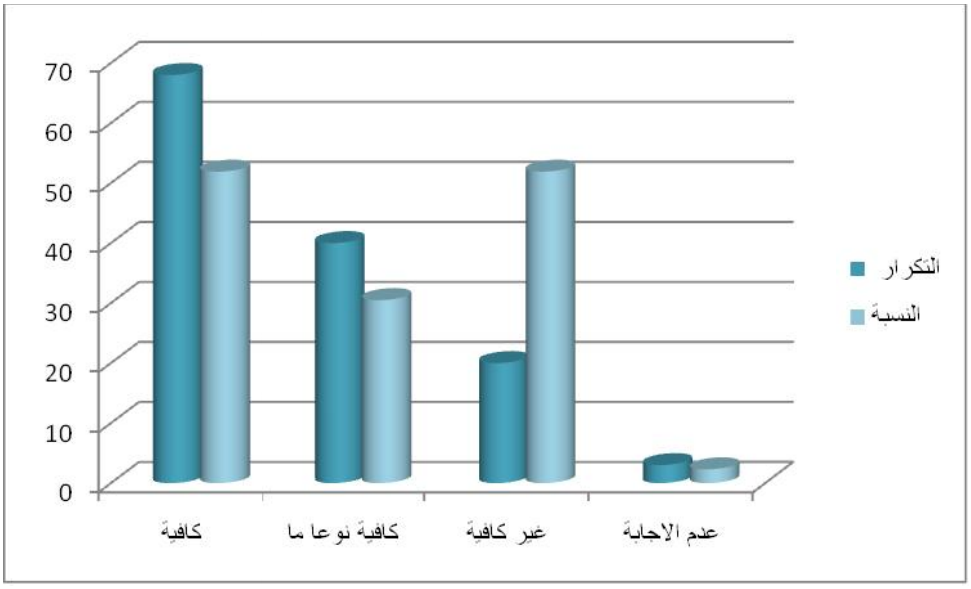
الشكل رقم (06) كفاية التجهيزات داخل غرف المرضى

3/ إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى كفاية عدد الأسرة في المؤسسة الاستشفائية :

	التكرار	النسبة %
كافية	68	51,9
كافية نوعا ما	40	30,5
غير كافي	20	15,3
عدم الإجابة	03	2,3

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

وفيما يخص مدى كفاية عدد الأسرة في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " بالمقارنة بأعداد المرضى، نجد أن أكثر من نصف أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي يرون ان غير كافي بنسبة قدرت ب15,3 % نسبة الذين يرون أ ن عدد الأسرة كافي نوع ما ب 30,5 % ، في حين كانت نسبة الذين يرون انه عدد كافي ب 51,9 % ، وبلغت نسبة عدم الإجابة ب 2,3 % .



الشكل رقم (07) كفاية عدد الأسرة

*** المحور الثالث: تحليل إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول ظروف العمل في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "**

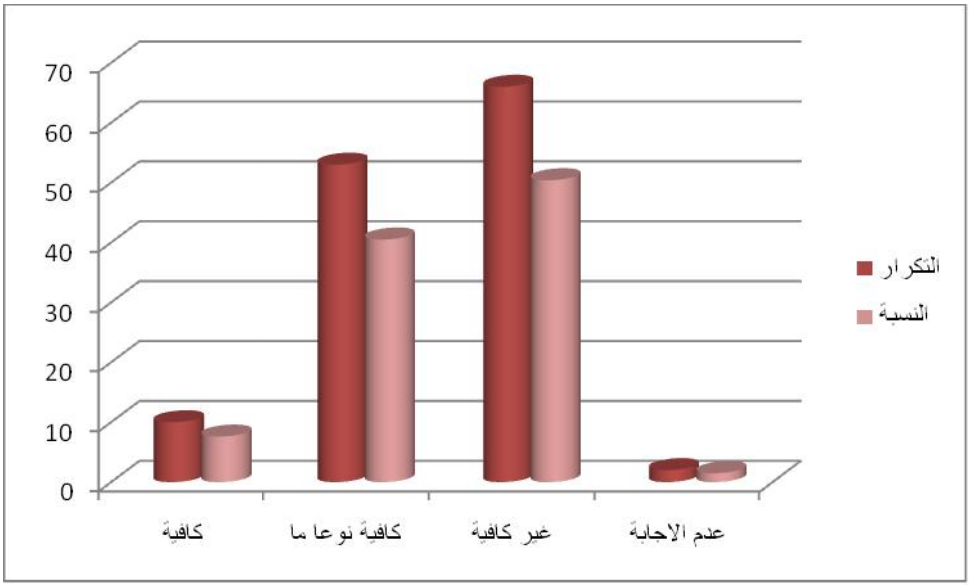
نتناول في هذا المحور عدد من الأسئلة حول ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "

1/ إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول عدد ساعات العمل بالمؤسسة الاستشفائية :

	التكرار	النسبة %
طويلة	65	49,6
ملائمة	61	46,6
قصيرة	02	1,5
عدم الإجابة	03	2,3

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجه رأي أغلب أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي إلى اعتبار ساعات العمل في المؤسسة الاستشفائية طويلة بنسبة قدرها 49,6 % أي ما يقارب نصف أفراد المجتمع المدروس ، بينما بلغت نسبة الذين يرون أن عدد ساعات العمل ملائمة 46,6 % ، في حين قدرت نسبة أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي المستجوبون الذين يرون إنها قصيرة ب 1,5 % وهذا ما يدل على عدم رضاهم على عدد ساعات العمل في حين قدرت نسبة عدم الإجابة ب 2,3 % .



الشكل رقم (08) عدد ساعات العمل بالمؤسسة الاستشفائية

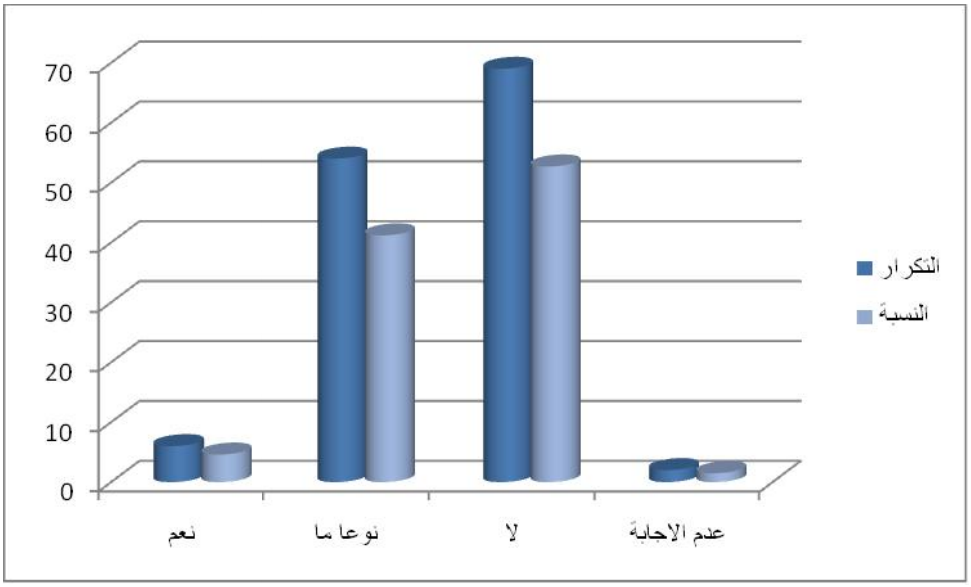
2/ إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى توافق عدد ساعات العمل مع الرواتب التي يتقاضونها بالمؤسسة الاستشفائية :

	التكرار	النسبة %
نعم	06	4,6
نوعا ما	54	41,2
لا	69	52,7
عدم الإجابة	02	1,5

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

من خلال إجابات أفراد المجتمع المدروس نجد أن4,6 % منهم من يرى أ ن عدد ساعات العمل تتوافق مع الرواتب التي يتقاضونها، بينما قدرت نسبة الذين يرون أ ن عدد ساعات العمل تتوافق نوعا ما مع الرواتب 41,2 % ، في حين اتجه رأي أكثر من نصف أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي المستجوبون إلى اعتبار أ ن

عدد ساعات العمل لا تتوافق مع الرواتب التي يتقاضونها بنسبة قدرت ب 52,7 % وهي نسبة كبيرة تدل على عدم رضاهم عن الرواتب ، في حين قدرت نسبة عدم الإجابة ب 1,5 % .



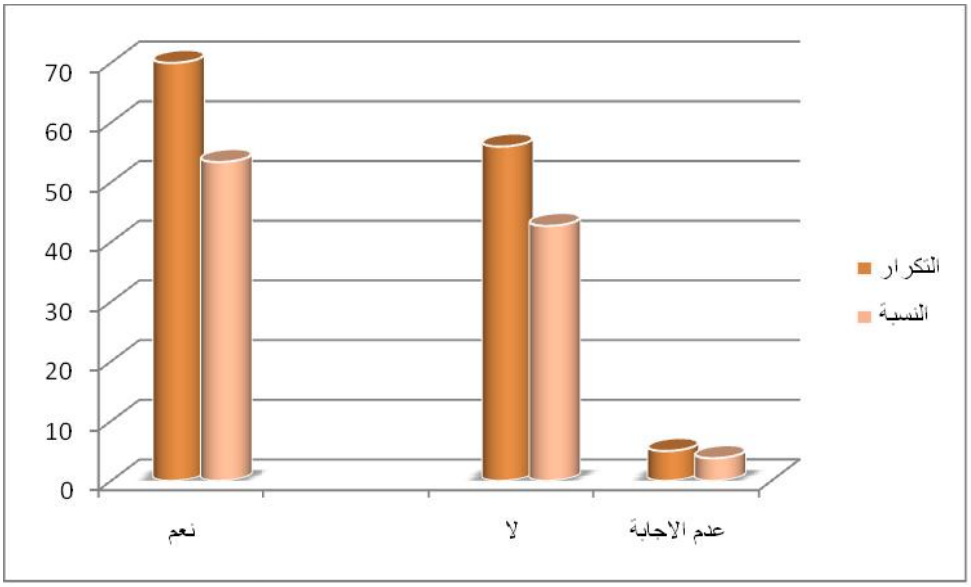
الشكل رقم (09) توافق عدد ساعات العمل مع الرواتب التي يتقاضونها

3/ إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى تلقيهم التكوين :

	التكرار	النسبة %
نعم	70	53,4
نوعا ما	56	42,7
لا	05	3,8

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجهت أغلب إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي إلى أنهم قد تلقوا تكوينا، حيث قدرت نسبتهم 53,4 % ، في حين بلغت نسبة الذين لم يتلقوا تكوينا ب 42,7 % بينما قدرت نسبة عدم الإجابة ب 3,8 % ، وهذا مايوضحه الشكل رقم (10) .



الشكل رقم (10) تلقيهم التكوين

ب. الاستمارة الخاصة بالمرضى :

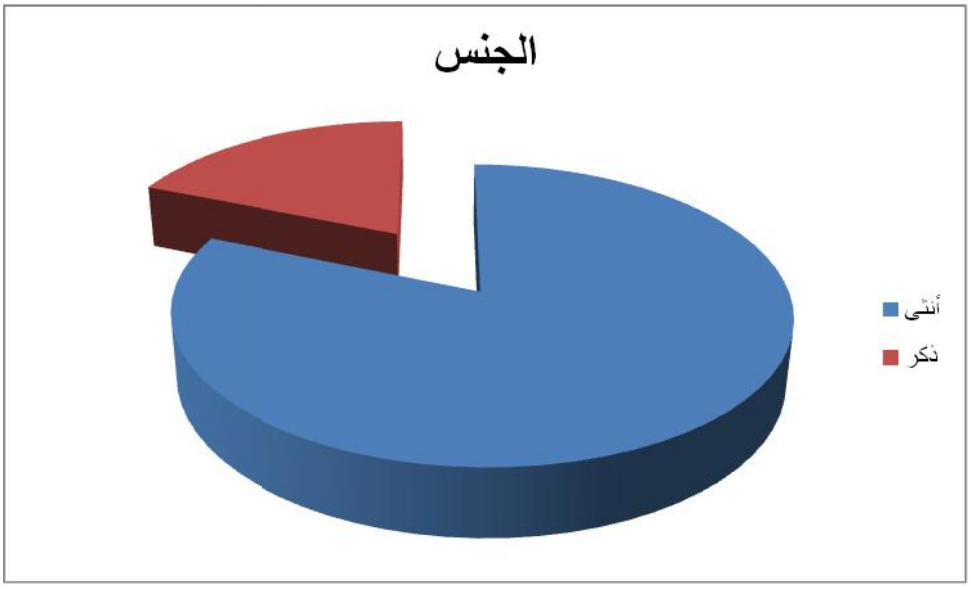
***المحور الأول :** المعلومات الشخصية للمجتمع الصحي

الجدول يبين الخصائص الشخصية للمجتمع المدروس (المرضى) :

المتغير	الخصائص الشخصية						المجموع
الجنس	الفئة	أنثى		ذكر			
	العدد	39		09			48
	النسبة	81,2		18,8			%100
السن	الفئة	اقل من 20سنة	[30،21] سنة	[40،31] سنة	أكبرمن 41 سنة		
	العدد	02	21	11	14		48
	النسبة	4,2	43,8	22,9	29,2		%100
مدة الإقامة	الفئة	يوم	[9،2] يوم	[17،10] يوم	[25،18] يوم	أكثر من 26يوم	
	العدد	17	20	03	07	01	48
	النسبة	35,7	41,7	6,3	14,3	2,3	%100
المصلحة التي يعالج فيها	الفئة	الطب الداخلي	الجراحة العامة	أمراض النساء والتوليد	الأمراض الصدرية		
	العدد	14	03	27	04		48
	النسبة	29,2	6,3	56,3	8,3		%100

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

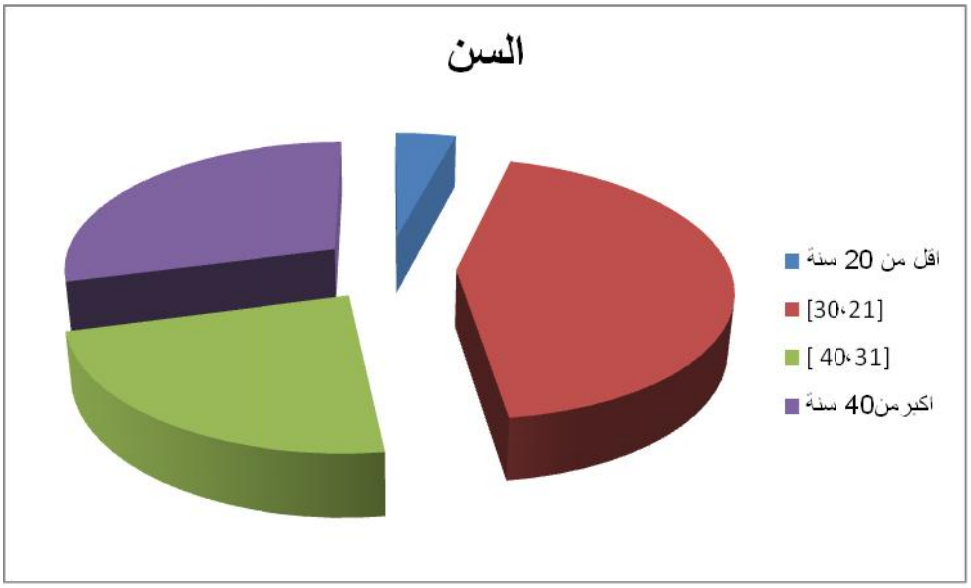
***تحليل الاستمارة حسب الجنس :**



الشكل رقم (11) توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الجنس

تمثلت نسبة الإناث في المجتمع المدروس أعلى نسبة قدرت ب 81,3 % ، في حين قدرت نسبة الذكور ب 18,8 % ، والشكل رقم (11) .

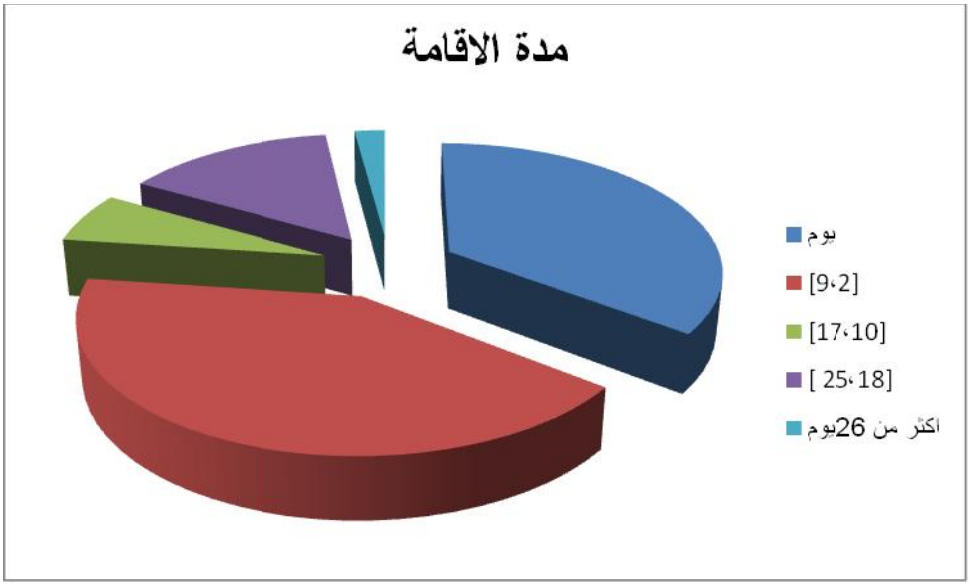
***تحليل الاستمارة حسب السن :**



الشكل رقم (12) التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس

فيما يخص التوزيع العمري لأفراد العينة ، فقد قدرت نسبة الأفراد أقل من20 سنة ، ب 4,2 % ، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين21 و30سنة ب 10,4 % ، أما الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 31 و 40 سنة ب 4,2 % ، وهذا مايوضحه الشكل رقم (12) .

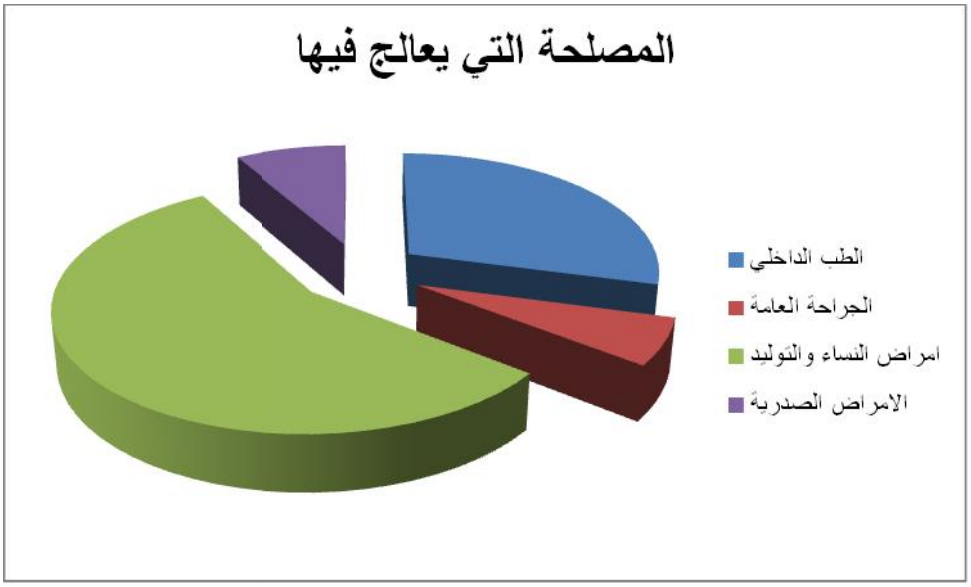
***تحليل الاستمارة حسب مدة الإقامة في المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف "**



الشكل رقم (13) توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب مدة الإقامة بالمؤسسة الاستشفائية

في ما يخص مدة إقامة المرضى بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " فقد كانت أعلى نسبة إقامة بين يومين وتسعة أيام قدرت ب 41,7 % ، تليها نسبة الأفراد الذين بلغت مدة إقامتهم يوما واحدا ب 35,4% ، بينما قدرت نسبة الأفراد الذين تراوحت مدة إقامتهم بين 18 و 25 يوم ب 14,6 % ، في حين بلغت نسبة الأفراد المقيمين بين 10 و 17 يوم ب 6,3% ، لتكون نسبة الأفراد المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية أكثر من 26 يوم ب 2,3 % .

***تحليل الاستمارة حسب المصلحة التي يعالج فيها بالمؤسسة الاستشفائية :**



الشكل رقم (14) توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب المصلحة التي يعالج فيها

وقد توزع أفراد المجتمع المدروس بين مصالح المؤسسة الاستشفائية " مجمد بوضياف "المتمثلة في الطب الداخلي ، الجراحة العامة ، طب النساء والتوليد و الأمراض الصدرية، حيث بلغت نسبة الأفراد المستجوبون في مصلحة الطب الداخلي 29,2 % ، ونسبة المرضى المستجوبون في مصلحة الجراحة العامة 6,3 % ، بينما بلغت نسبة المرضى المستجوبون في مصلحة الأمراض الصدرية 8,3 % ، في حين بلغت نسبة المرضى المستجوبون في مصلحة أمراض النساء والتوليد 56,3 % ، وهذا مايوضحه الشكل رقم (14) .

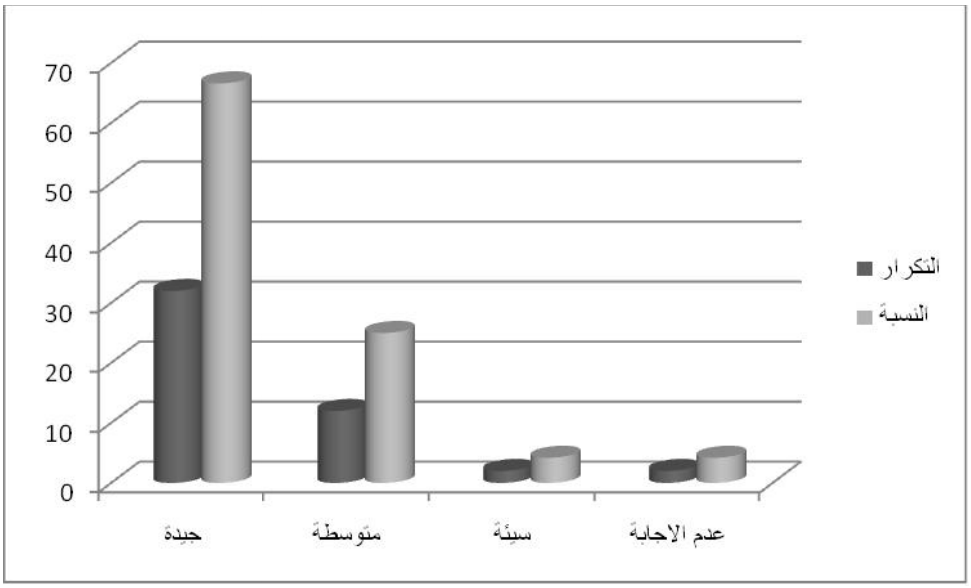
*** المحور الثاني : تحليل إجابات المرضى حول المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " بصفة عامة**

1/ تحليل إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " :

	التكرار	النسبة %
جيدة	32	66,6
متوسطة	12	25
سيئة	02	4,2
عدم الإجابة	02	4,2

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

فيما يخص إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية العمومية " محمد بوضياف" بالبيض فقد اتجهت أغلبها إلى أن لها سمعة جيدة بنسبة 6،66 % بينما يرى 25 % منهم أن المؤسسة الاستشفائية لها سمعة متوسطة ، في حين تعد نسبة المرضى الذين يرون أن سمعتها سيئة 4,2 % ، و4,2 % عدم الإجابة .



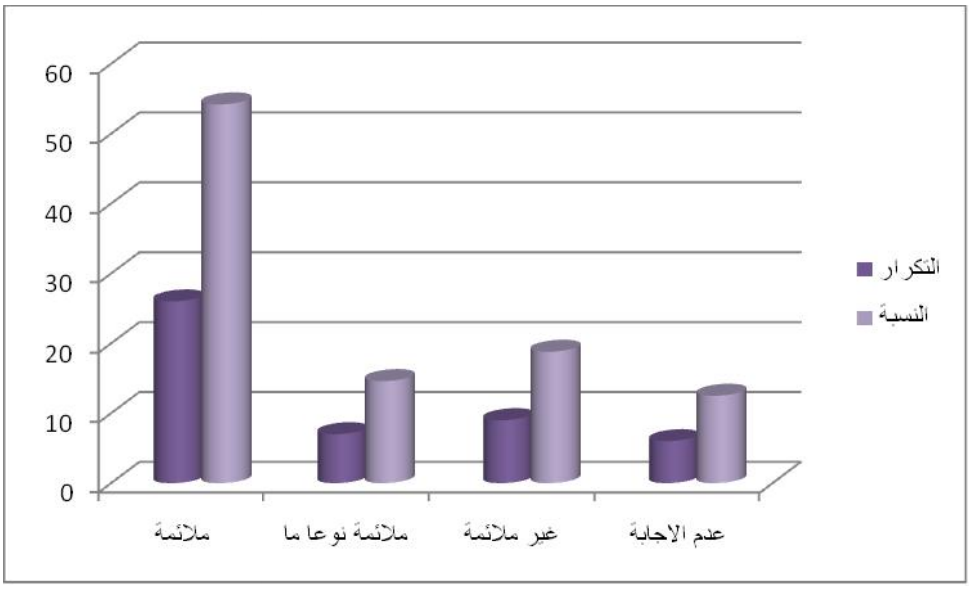
الشكل رقم (15) سمعة المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "

2/ تحليل إجابات المرضى حول ملائمة قاعات الانتظار للاستقبال :

	التكرار	النسبة %
ملائمة	26	54,2
ملائمة نوعا ما	07	14,6
غير ملائمة	09	18,8
عدم الإجابة	06	12,5

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

فيما يخص إجابات المرضى حول مدى ملائمة قاعات الانتظار فقد إتجهت أراء أكثر من نصف المجتمع الصحي أن قاعات الانتظار ملائمة بنسبة 54,2 % ، في حين كانت نسبة 18,8 % غير ملائمة ، و 14,6 % ملائمة نوعا ما ، بينما 12,5 % عدم الإجابة



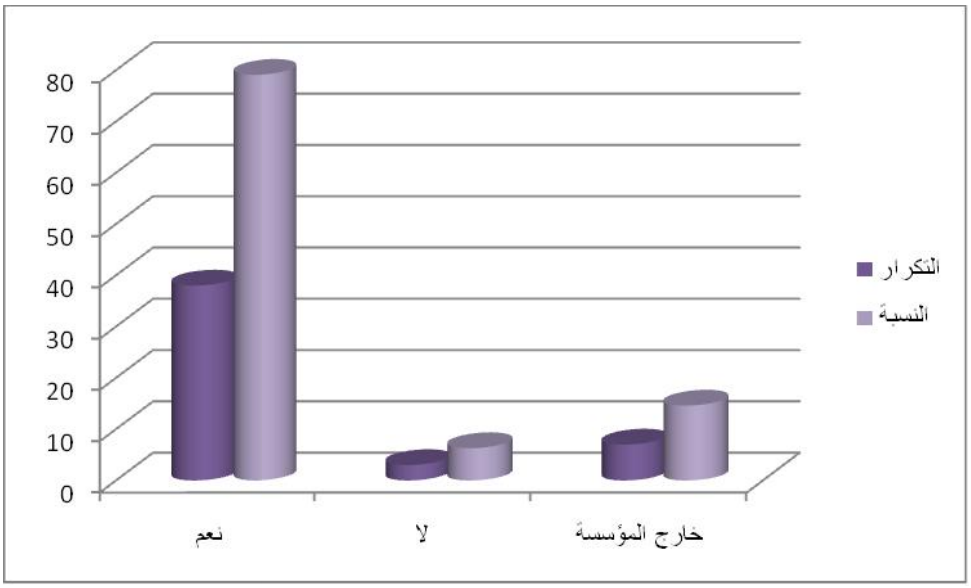
الشكل رقم (16) ملائمة قاعات الانتظار للاستقبال

3/ تحليل إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم للفحوصات بالأشعة :

	التكرار	النسبة %
نعم	38	
لا	03	6,3
خارج المؤسسة	07	14,6

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

عن إجابات المرضى الذين احتاجت حالتهم الصحية لإجراءات فحوصات بالأشعة حول مدى سهولة إجرائها بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف" بالبيض اتجهت معظمها إلى سهولة إجرائها بنسبة قدرت في حين يرى 40% من المرضى أن عملية إجراء الفحوصات بالأشعة داخل المؤسسة لم تجرى بسهولة بينما نسبة مهمة من المرضى 14,6 % قاموا بإجراء الفحوصات خارج المؤسسة الاستشفائية .



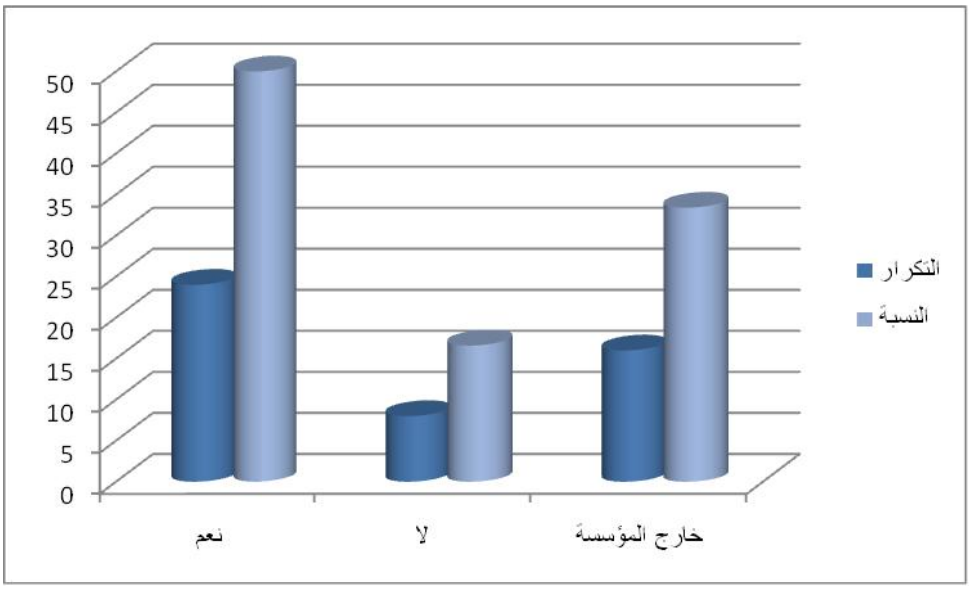
الشكل رقم (17) مدى سهولة إجرائهم للفحوصات بالأشعة

4/ تحليل إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم للتحاليل الطبية :

	التكرار	النسبة %
نعم	24	50
لا	08	16,6
خارج المؤسسة	16	33,4

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجهت معظم إجابات المرضى الذين احتاجت حالتهم الصحية إلى إجراء تحاليل إلى اعتبار أنهم قاموا بإجرائها بسهولة بنسبة 50 % في حين كانت نسبة المرضى الذين احتاجت حالتهم الصحية إلى إجراء التحاليل خارج 33,4 % ، أما 16,6 % منهم وجدوا صعوبة في إجرائهم للتحاليل الطبية .



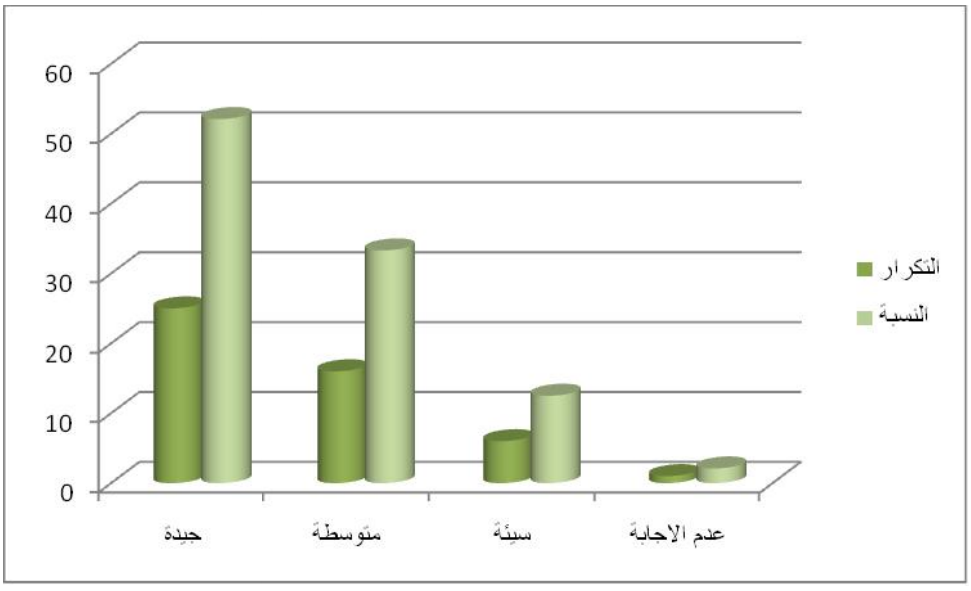
الشكل رقم (18) مدى سهولة إجرائهم للتحاليل الطبية

5/ تحليل إجابات المرضى حول نظافة الغرف التي يقيمون بها :

	التكرار	النسبة %
جيدة	25	52,1
متوسطة	16	33,3
سيئة	06	12,5
عدم الإجابة	01	2,1

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

فيما يخص مستوى نظافة الغرف التي يقيم فيها المرضى فقد اتجهت أغلب الإجابات إلى أنها جيدة بنسبة قدرها 52,1 % ، بينما يرى 33,3 % من المجتمع الصحي أنها متوسطة ، أما 12,5 % يرون أن نظافة الغرف التي يقيمون بها سيئة ,في حين انعدمت الإجابة بنسبة 2,1 % .



الشكل رقم (19) نظافة الغرف التي يقيمون بها

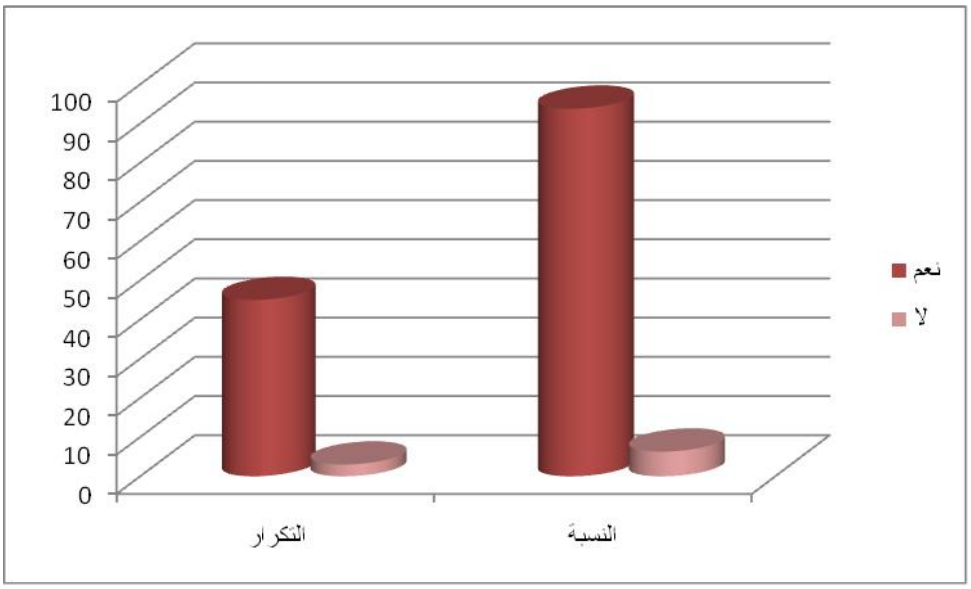
***المحور الثالث : تحليل إجابات المرضى حول خدمات الطاقم الطبي المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "**

1/ تحليل إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الأطباء :

	التكرار	النسبة %
نعم	42	87,5
لا	06	12,5

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

يرى أغلب أفراد المجتمع الصحي (المرضى) أنه من السهل مقابلة الأطباء بنسبة قدرها 87,5 % ، في حين يرى12,5 % منهم أنه ليس من السهل مقابلة الأطباء .



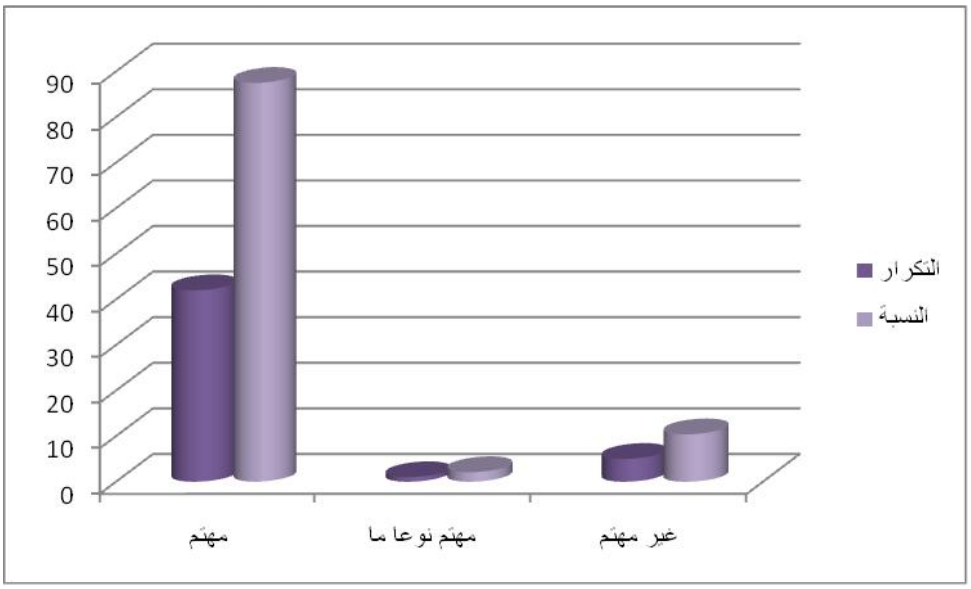
الشكل رقم (20) مدى سهولة مقابلة الأطباء

2/ تحليل إجابات المرضى حول مدى اهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية :

	التكرار	النسبة %
مهتم	42	87,5
مهتم نوعا ما	01	2,1
غير مهتم	05	10,4

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

يرى أغلب المرضى المستجوبون أن الأطباء المعالجين مهتمين بحالاتهم الصحية بنسبة قدرها 87,5 % ، بينما يرى 2,1 % أن الطيب المعالج مهتم نوعا ما بالحالة الصحية للمرضى في حين اعتبر 10,4 % من المجتمع الصحي أن الطبيب المعالج غير مهتم بحالاتهم الصحية .



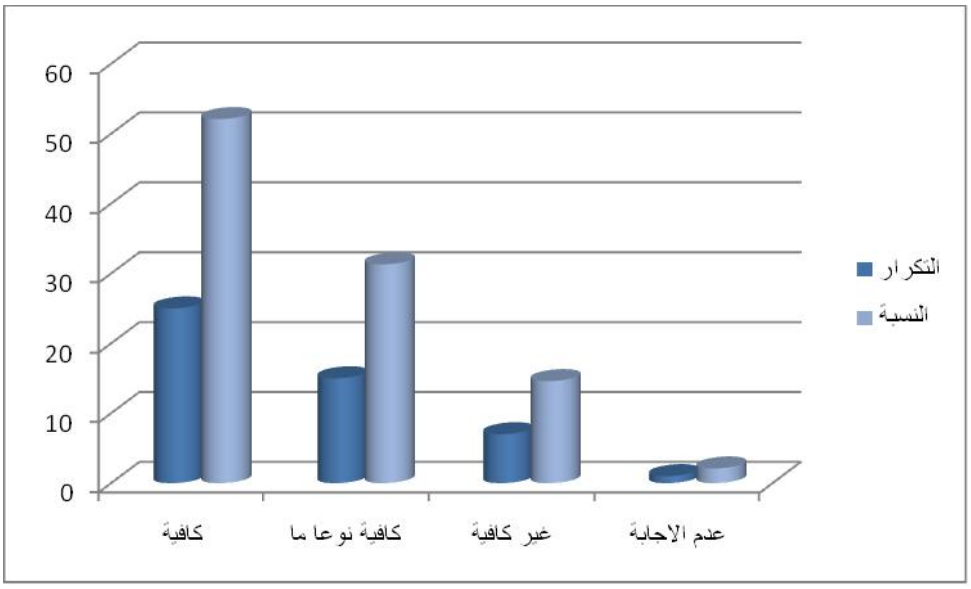
الشكل رقم (21) مدى اهتمام الطبيب المعالج بحالتهم الصحية

3/ تحليل إجابات المرضى حول مدى كفاية زيارات الطبيب لهم :

	التكرار	النسبة %
كافية	25	52,1
كافية نوعا ما	15	31,3
غير كافية	07	14,6
عدم الإجابة	01	2,1

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجهت إجابات أكثر من نصف أفراد المجتمع الصحي إلى اعتبار زيارات الطبيب المعالج كانت كافية بنسبة 52,1 % بينما اعتبر 14,6 % منهم أنها غير كافية و رأى 31,3 % منهم انها كافية نوعا ما ، انعدمت الإجابة بنسبة 2,1 % .

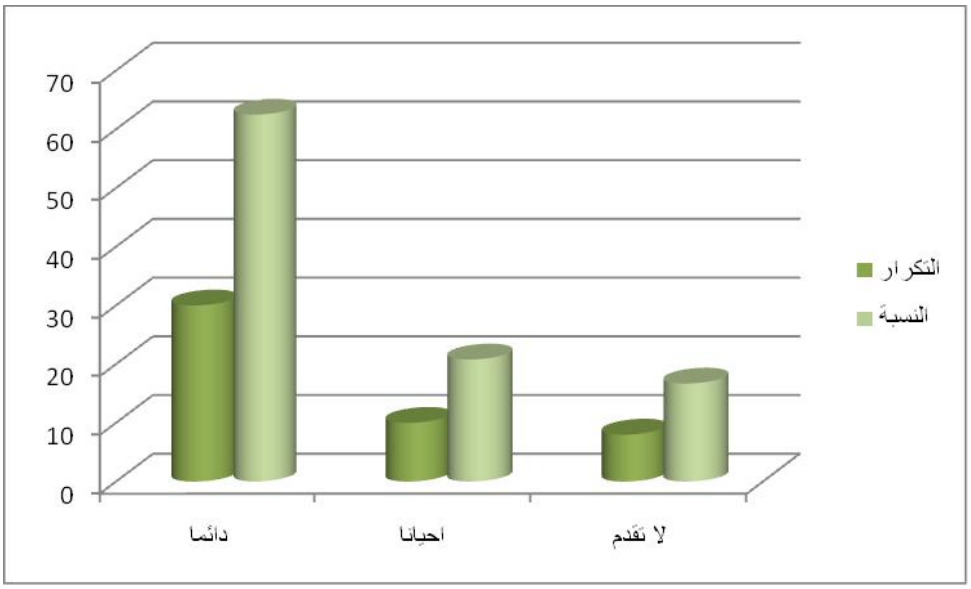


الشكل رقم (22) مدى كفاية زيارات الطبيب للمرضى

4/ تحليل إجابات المرضى حول مدى كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطاقم الطبي :

	التكرار	النسبة %
دائما	30	62,5
أحيانا	10	20,8
لاتقدم	08	16,7

اتجه أغلب أفراد المجتمع المدروس إلى اعتبار أن الطبيب المعالج يقدم لهم شروحات عن حالتهم الصحية دائما بنسبة قدرها 62,5 % ، بينما رأى 20,8 % منهم أن الشروحات التي تقدم عن حالاتهم الصحية أحيانا في حين يرى 16,7 % أن الطبيب المعالج لايقدم لهم شروحات عن حالتهم الصحية .



الشكل رقم (23) مدى كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطاقم الطبي

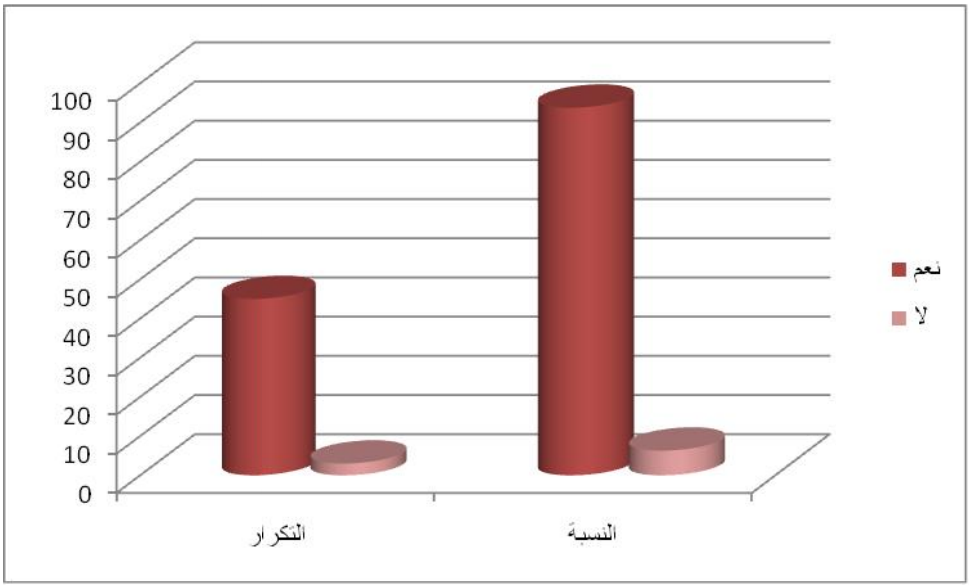
***المحور الرابع : تحليل إجابات المرضى حول خدمات الطاقم التمريضي المقدمة في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "**

1/ تحليل إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الممرضين :

	التكرار	النسبة %
نعم	45	93,8
لا	03	6,3

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجهت أغلب إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الممرضين في المؤسسة الاستشفائية العمومية " محمد بوضياف "بالبيض بنسبة قدرها 93,8 % وهي نسبة كبيرة تمثل أغلب أفراد المجتمع الصحي ، في حين يرى 6,3 % منهم انه ليس من السهل مقابلة الممرضين .



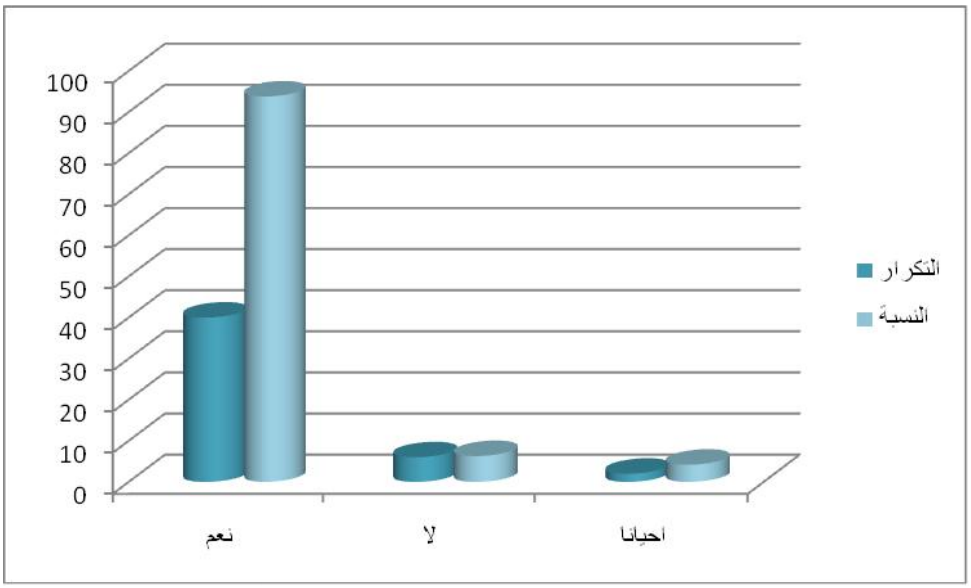
الشكل رقم (24) مدى سهولة مقابلة الممرضين

2/ تحليل إجابات المرضى حول مدى مسارعة الممرضين لخدمتهم عند الحاجة :

	التكرار	النسبة %
نعم	40	83,3
أحيانا	06	12,5
لا	02	4,2

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

أجاب أغلب أفراد المجتمع الصحي أن الممرضين يسارعون لخدمتهم عند حاجاتهم لذلك بنسبة كبيرة قدرت ب 83,3 % ، بينما أجاب منهم 12,5 % أن الممرضين يسارعون أحيانا لخدمتهم عند الحاجة في حين ترى نسبة قليلة من المجتمع الصحي 4,2 % أن الممرضين لا يسارعون لخدمتهم .



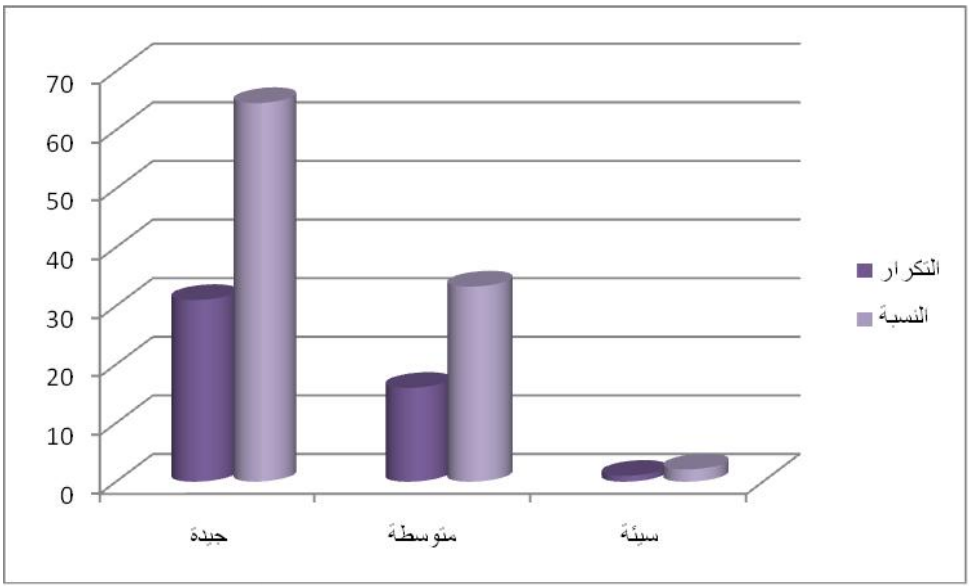
الشكل رقم (25) مدى مسارعة الممرضين لخدمتهم عند الحاجة

3/ تحليل إجابات المرضى حول مدى معاملة ولياقة الممرضين معهم :

	التكرار	النسبة %
جيدة	31	64,6
متوسطة	16	33,3
سيئة	01	2,1

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجه أكثر من نصف أفراد المجتمع المدروس أن معاملة ولياقة الطاقم التمريض كانت جيدة بنسبة قدرها 64,6 % نسبة كبيرة تدل على المرضى عن لياقة و معاملة الممرضين ، بينما يرى 33,3 % منهم أن معاملة ولياقة الطاقم التمريض متوسطة .



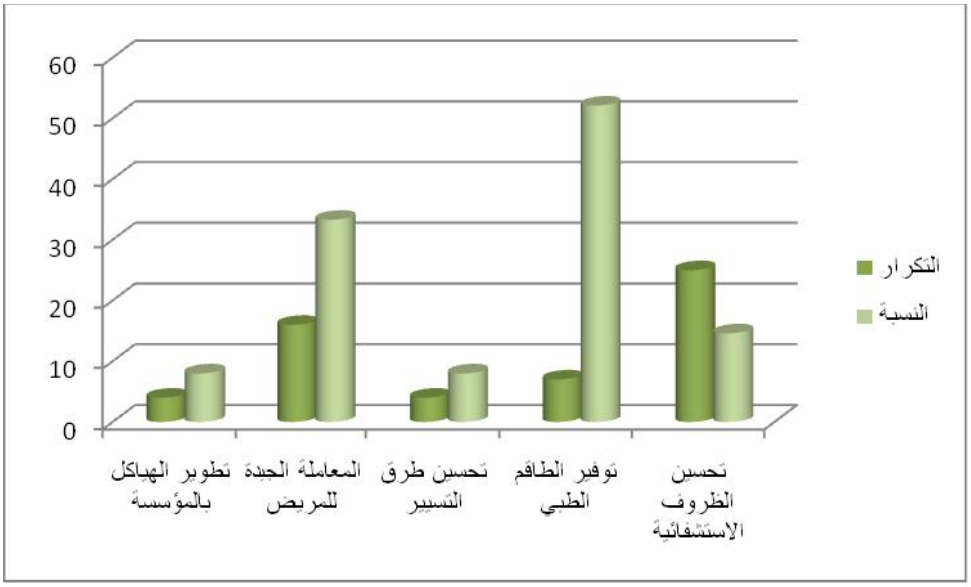
الشكل رقم (26) معاملة ولياقة الممرضين معهم

*** اقتراحات المرضى حول تحسين أداء الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية :**

الاقتراحات	التكرارات	النسبة %
تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية	04	8
المعاملة الجيدة للمريض	16	33,3
تحسين طرق تسيير المؤسسة الاستشفائية	04	8
تحسين الظروف الاستشفائية	25	52,1
توفير الطاقم الطبي على مدار أيام الاسبوع	07	14,6

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

من بين الاقتراحات التي قدمها المرضى المستجوبون نجد تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة بنسبة قدرها 8 % من بين باقي الاقتراحات مثل إتاحة المصعد الكهربائي لكافة المرضى ، توسيع غرف ...الخ ، اقترح 33,3 % من أفراد المجتمع الصحي (المرضى) تحسين معاملة المرضى رغم تصريح أغلبهم أ ن معاملة الطاقم التمريضي كانت جيدة ، اقترح 8 % من المرضى المستجوبون تحسين طرق تسيير المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من أجل تحسين أداء في الخدمات الصحية المقدمة، كالقيام بم ا رقة الطاقم الطبي والتمريضي ، اقترح أكثر من نصف أفراد المجتمع المدروس 52,1 % تحسين الظروف الاستشفائية للمرضى كزيادة التجهيزات داخل الغرف ، اقترحت نسبة 14,6 % من المرضى لتحسين أداء الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة محل الدراسة، يجب توفر أفراد الطاقم الطبي على مدار الأسبوع .



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

المطلب الثالث : تقييم نتائج الاستبيان

*** أداء الخدمات الصحية المقدمة :**

من خلال النتائج المتحصل عليها مما سبق نستنتج أن تقييم الخدمات الصحية المقدمة تكون من منظور شامل، أي من منظور المجتمع الصحي (المرضى) ، حيث يرى المريض أن الخدمات التي يتضمنها الاستبيان في المؤسسة الاستشفائية الخاصة محل الدراسة إمّا جيدة أو متوسطة ، رغم هذا نجد أنّه من بين اقتراحات المرضى تحسين الظروف الاستشفائية من تجهيزات الغرف ، النظافة بالإضافة إلى تحسين معاملة المرضى .

***التكفل بانشغالات المرضى و معاملتهم:**

من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من تحليل الاستمارة الموجهة للمرضى بأن التكفل بالمرضى يعتبر من الخدمات الضرورية التي تعتني بصحة للفرد و المجتمع و تكمن أهميتها كأحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعى الدولة إلى تطورها ، فتحسين طرق تقديم الخدمة لتلبية احتياجات و رغبات المرضى وفق الطرق التي يتمناها و يحبذها.

***الكفاءات البشرية المتخصصة في إطار التكفل الصحي الأمثل :**

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

***التجهيزات الطبية ونظافة المحيط :**

من النتائج المتحصل عليها نرى أن التجهيزات الطبية و نظافة الغرف يقوده رضا المريض على الخدمات المقدمة له .

***الاهتمام الجيد بنفسية المريض :**

من الاستنتاجات المتحصل عليها من تحليل الاستمارة المقدمة للطاقم الطبي وشبه الطبي نرى الاهتمام الجيد بنفسية المريض يكون بالاستعداد النفسي و الذهني لتحسين العامل بالمسؤولية .

خلاصة الفصل :

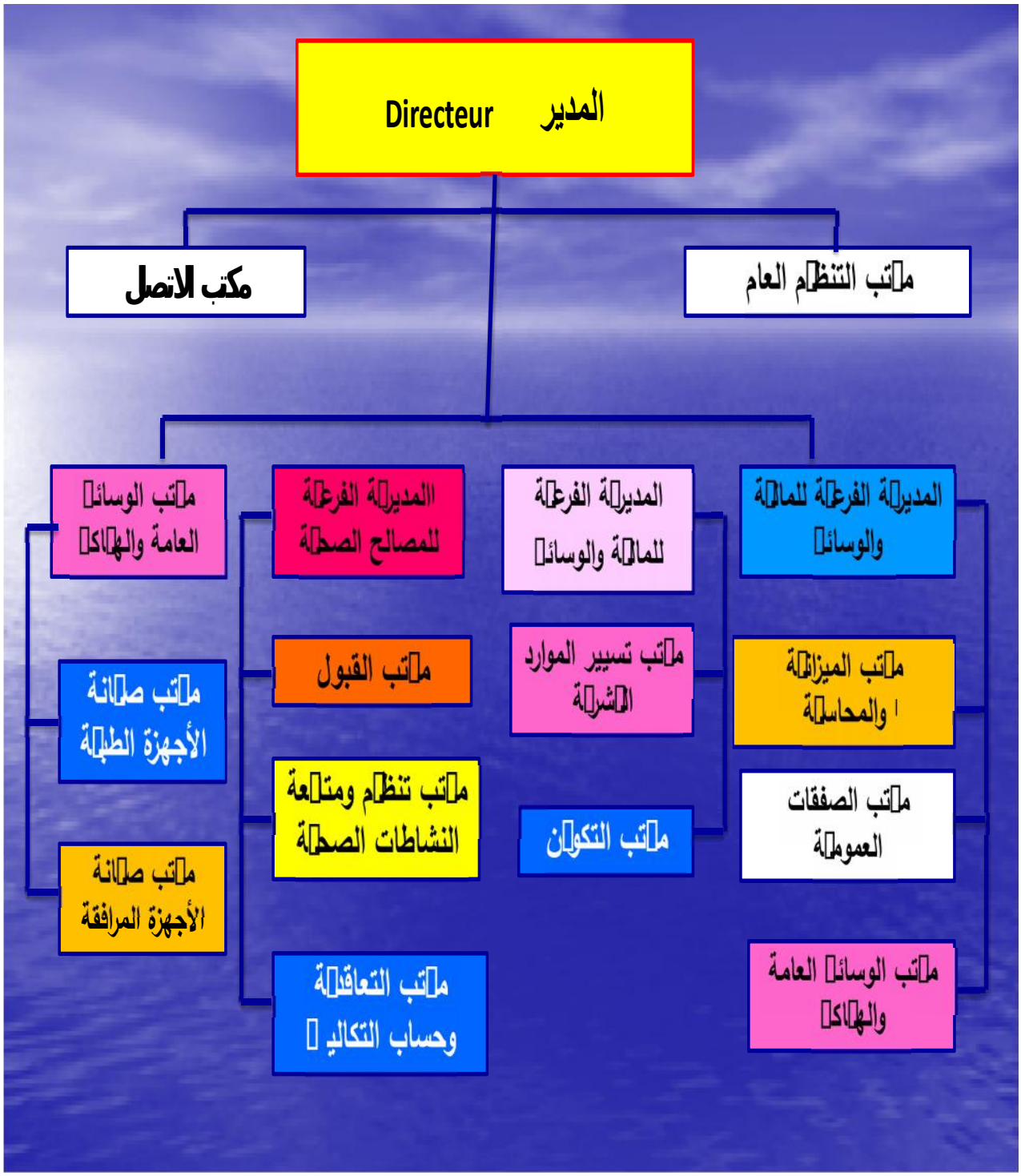
وفي الأخير نجد أن المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " كغيرها من المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية تعاني من بعض النقائص رغم توفر الإمكانات المادية والبشرية ، فهو يساهم في التغطية الصحية سواءا للولاية آو للدولة ككل ولكن يبقى هناك العديد من النقائص في عدم استعمال الأساليب الحديثة يجب تداركها في المستقبل .

المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض

الجدول يوضح فيه تجمع المؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف" :

	المصالح
المستوى الأرضي	مركز تصفية الدم ، مركز حقن الدم ، المخبر المركزي ، مصلحة الأشعة ، الاستعجالات، مكتب القبول ، مصلحة الفرز والمعاينات الطبية الأخصائية ، وحدة طب العمل ، قسم العمليات ، مصلحة الإنعاش ، مصلحة الطب الشرعي وحفظ الجثث ، طب الأطفال وحديثي الولادة ، المرأب ، وحدة الحرق البخاري بالتعقيم ، الإدارة .
الطابق الأول	مصلحة أمراض النساء و التوليد
الطابق الثاني	مصلحة الأمراض الصدرية
الطابق الثالث	مصلحة الجراحة العامة
الطابق الرابع	مصلحة الطب الداخلي

الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض



المصدر : من وثائق المؤسسة الاستشفائية

الجدول يوضح لنا القدرة الاستيعابية للمؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف " :

الاختصاص	عدد المصالح	الوحدات	قدرة استيعاب الوحدة	قدرة استيعاب المصلحة
الطب الداخلي	60	_ وحدة "رجال" _ وحدة "نساء"	30 30 10	70
طب الأطفال	30	_ طب الأطفال _ حديثي الولادة _ العدوى	20 10	30
الجراحة العامة	03	_ وحدة "رجال" _وحدة"نساء"	15 15	30
أمراض النساء و التوليد	30	_ أمراض النساء _ الولادة _العمليات القيصرية	30 30 15	75
جراحة الأطفال	01	_جراحة الأطفال	30	30
جراحة العظام	02	_ وحدة "رجال" _ وحدة "نساء"	30 30	60
الأمراض الصدرية	01	_وحدة "رجال" _وحدة "نساء"	30 30	60
طب العيون	01	_وحدة "رجال" _وحدة "نساء"	15 15	30
الإنعاش الطبي	01	_ الإنعاش الطبي _ الإنعاش الجراحي	10 10	20

أمراض الأنف والحنجرة و الأذن	01	_ وحدة "رجال" _ وحدة "نساء"	10 10	20
الأمراض المعدية	01	_ وحدة "رجال" _ وحدة "نساء"	10 10	20
الطب الشرعي	01	_ الفحوصات _ حفظ الجثث _ وحدة فحص المساجين		

المصدر : من وثائق المؤسسة الاستشفائية

الجدول يبين عدد المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف سنة (2013)

المصالح	عدد المرضى المقيمين سنة 2013	عدد أيام الاستشفاء	عدد المؤمنين	عدد الأسرة
الجراحة العامة	150	700	97	06
الطب الداخلي	210	1300	304	35
طب الأطفال	1900	9700	161	48
أمراض النساء	1333	4266	1815	56
الأمراض الصدرية	10	30	25	10
جراحة الأذن والحنجرة	1544	6043	1815	56

المصدر : من إعداد الباحثة

الجدول يبين عدد المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف "سنة (2014)

المصالح	عدد المرضى المقيمين سنة 2014	عدد أيام الاستشفاء	عدد المؤمنين	عدد الأسرة
الجراحة العامة	135	608	97	06
الطب الداخلي	1310	4100	200	35
طب الأطفال	2145	9100	100	48
أمراض النساء	1275	4462	262	26
الأمراض الصدرية	198	1655	55	10
جراحة الأذن والحنجرة	945	7043	1815	56

المصدر : من إعداد الباحثة

الجدول يبين عدد المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف سنة (2015)

المصالح	عدد المرضى المقيمين سنة 2015	عدد أيام الاستشفاء	عدد المؤمنين	عدد الأسرة
الجراحة العامة	157	608	97	06
الطب الداخلي	1453	5133	304	35
طب الأطفال	2246	10929	161	48
أمراض النساء	1406	4439	262	26
الأمراض الصدرية	300	1582	63	10
جراحة الأذن والحنجرة	1655	7043	1815	56

المصدر : من إعداد الباحثة

تعد السياسة العامة مجموع البرامج والمشاريع التي تبادر بها الحكومة من اجل تحقيق التنمية في المجتمع ،تختلف أنواع هذه هذه السياسة باختلاف مجالات الحياة ، وتتخذ عدة مستويات من بينها السياسة العامة في المستوى المحلي اوبما يعرف بالسياسة العامة المحلية والتي تتعلق بمستوى معين جزئي مقارنة بالمستوى الوطني ونطرح على سبيل المثال السياسة العامة الصحية .

تعتبر السياسة العامة الصحية من أهم السياسات العامة ذات الطابع الاجتماعي ، هذه الأهمية تتأثر كون أن الصحة تحتل موقعا محوريا في حياة الشعوب والأمم وتستنزف جهود للمحافظة عليها والسعي إلى استعادتها في حالة المرض ، والإنسان لن يتذوق طعم الحياة في غياب العافية الجسدية والنفسية والاجتماعية حيث سعت الحكومة إلى وضع سياسات صحية ناجحة تتحلى بالأولوية على غرار كل السياسات العامة التي تطرح في أجندة الحكومة لما لها من تأثير .

تعد السياسة الصحية برنامج اجتماعي اولوي ضمن برامج ومشاريع الحكومة ، لا يمكن تحقيق تنمية داخل المجتمع دون الوقوف عند هذا القطاع وتحقيق كل الأهداف المتعلقة به بكل كفاءة ورشادة ، هذه الرشادة لا تتحقق هي الأخرى إلا بالوقوف عند كل المراحل المنهجية لصنع السياسة العامة خاصة مرحلة التقييم لما لها من دور هام في إنجاح السياسات العامة التنموية وبالتالي تحقيق التنمية لأفراد المجتمعات هو الهدف الأسمى الذي تهدف إليه كل سياسة عامة .

ومما تقدم خلصت الدراسة في هذا البحث الى الاستنتاجات التالية :

- السياسة العامة مجموع البرامج الموجهة الى تحقيق هدف معين داخل المجتمع .
- السياسة العامة المحلية جزء من السياسات العامة الوطنية موجهة الى تنمية المجتمع المحلي .
- السياسة العامة الصحية هي السياسة الاجتماعية التي تمثل القطاع الحساس والاولوي مقارنة بالسياسات الأخرى .
- تقييم السياسات العامة مرحلة مهمة من مراحل إعداد وصنع السياسة العامة ذلك أنها تكشف وجه الصواب والخطأ في السياسات العامة ، الصواب تثمنه والخطأ تصححه لإيجاد سياسة عامة ناجعة ذات رشادة .

بناءا على الاستنتاجات السابقة يمكن تقديم الاقتراحات التالية :

- إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة .
- وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد السياسة العامة الصحية اعتمادا على بيانات فعلية وحديثة تضم معلومات جغرافية لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة .
- ضرورة الاهتمام بتطوير قطاع الصحة وتحسينه بما بتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين وذلك لمواكبة التطور التكنولوجي .
- رسم السياسة الملائمة التي تتضمن من تلك السياسة المدى الزمني لتحقيقها والوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ ، مع إحداث آليات مؤسسية للتقييم خلال التنفيذ تسمح بادراك الخلل وتعديل المسار في اكتشاف الخطأ ، في ظل وجود مجتمع مدني فاعل ومشارك في العملية السياسية في كل مراحلها .

الملخص :

شهدت **السياسات العامة المحلية في الجزائر** في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا في جميع القطاعات ، حيث أصبح موضوع " **تقييم السياسة العامة المحلية في الجزائر**" محل اهتمام متزايد من الطرف الباحثين السياسيين ، ويعد التقييم عملية منهجية تحليلية لكل سياسة عامة في الدولة ، ذلك أن التقييم يقف عند الايجابيات والانحرافات لكل سياسة ويثمنها ويصححها ، فالسياسة العامة تشمل مجمل البرامج والمشاريع التي تقوم عليها التنمية داخل المجتمعات لايتسنى تحقيقها دون ما تكون السياسة العامة ناجعة وفعالة داخل المجتمع .

فالسياسة العامة المحلية وعلى هذا المستوى من السياسات العامة الذي يرجع منه تنمية المجتمع المحلي ، نجد السياسة العامة الصحية هدفها تحقيق التنمية المحلية لأنها سياسة اجتماعية ذات طابع أولي ، ويهدف هذا البحث إلى دراسة واقع السياسة الصحية في المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " لولاية البيض ، لزيادة الوعي والاهتمام بالمواطن للحصول على الخدمات الصحية التي تلبي حاجاته .

الكلمات المفتاحية : التقييم ، السياسة العامة المحلية ، السياسة الصحية

The Summary :

The general national local policies in Algeria wintnessed in the recent period a great interest in all feilds that led many politic researchers to give abig importence to the topic which is related to the evaluation of this kind of policy .

This evalution is concidered as amethodological analysis to each country general policy because it states its passitive and negative sides and corred in the same time therefore . The effective and succeful general policy thin any society is theone which is based on all the programs and projects that conbate in the development .

Then , the general local policy stands or initrates in the development of local society . the genaral heaber policy aims to get the local development because it is initial social policy .

Moreover , this research's ai mis to study the fact of the heal policy in Public Hospital Institution *Mohamed BOUDHIAF* in *EL BAYADH* to increace the awarness and inprove the medical sewices for the cityjens .

أ/الكتب :

1) الجندي مصطفى ، **الإدارة المحلية واستراتيجيتها** . الإسكندرية : منشاة المعارف ، 1987 .

2) حاروش نور الدين ، **ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية** . ط1 ، الجزائر : دار كتامة ، 2008.

3) حاروش نور الدين ، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** . ط1 ، الأردن ، دار الثقافة ، 2012 .

4) الحسين احمد مصطفى ، **تحليل السياسة العامة** . ط1 ، عمان : المركز العلمي للدراسات السياسية، 2002 .

5) الحناوي محمد ، فريد مصطفى نهاد ، "**مبادئ واسايات الاستثمار**. الاسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، 2006 .

6) داودي الطيب ، **الاستراتيجية الذاتية لتمويل التنمية الاقتصادية** . القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع، 2008 .

7) الدمرداش طلعت ، **اقتصاديات الخدمة الصحية** . ط2 ، مصر : مكتبة القدس ، الزقاقيق ، 2006

8) ذياب محمد صلاح ، **إدارة خدمات الرعايا الصحية** . عمان : دار الفكر ، 2009 .

9) رشيد احمد ، **نظرية الإدارة العامة : السياسة العامة والإدارة** . ط5 ، القاهرة ، دار المعارف،1981

10) شرقاوي علي ، **السياسات الادارية** . الإسكندرية : لدار الجامعية ، 1987 .

11) الصديقي عثمان سلوى ، **مدخل في الصحة العامة والرعايا الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية** . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، الازارطية .

12) الطيب حسن ابشر ، **الدولة العصرية ودولة المؤسسات** . القاهرة : الدار الثقافية ، 2000 .

13) عبد القوي خيري ، **دراسة السياسة العامة** . ط 1، الكويت : دار السلاسل للطباعة والنشر،1988

14) عبد المطلب عبد الحميد ، **التمويل المحلي والتنمية المحلية** . الدار الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، بيروت ، 2006 .

15) عبد النور ناجي ، **تحليل السياسة العامة للبيئة في الجزائر**. مدخل الى تحليل السياسة العامة ، عنابة : منشورات ناجي المختار ، 2009/2008 .

16) العزاوي وصال نجيب ، **مبادئ السياسة العامة** . ط1 ، الأردن : دار أسامة للنشر والتوزيع ، 2003 .

17) الفهداوي فهمي خليفة ، **السياسة العامة – منظور كلي في البنية و التحليل** – . عمان : دار المسيرة ، 2001 .

18) القريوتي محمد قاسم ، **رسم وتقييم وتحليل السياية العامة** . ط1 ، الكويت : مكتبة الفلاح ، 2006.

19) الكردي محمد ، **التخطيط والتنمية الاجتماعية** . القاهرة : دار المعارف ، 1977 .

20) محمد فاضل الربيعي عبدون ، **الخصخصة وأثرها على التنمية بالدول النامية** . القاهرة : مكتبة الدبولب ، 2004 .

21) محمود حسن صالح عبد المحى ، **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 2003 .

22) منير زيد ، محمد هاشم الحرير سامي ، **مدخل إلى الإدارة العامة بين النظرية والتطبيق** . الأردن: عمان ، دار الشروق ، 2006 .

23) نصيرات فريد توفيق ، **ادارة المنظمات الرعايا الصحية** . عمان : دار المسيرة ، 2008 .

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

ب/المجلات :

1) حاجي محمد ، " استراتيجية الجماعات المحلية في نظام التمويل حالة البلدية الجزائرية " . **مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية** ، العدد 16 ، 2007 .

2) حسين جواد عباس ، عباس عبد ارزوقي ، تقييم البرامج والمشاريع العامة : إطار نظري . **مجلة أهل البيت** ، العدد الرابع ، بت ، بن .

3) منصر جمال ، " دفاتر السياسة والقانونية " . **مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية الحقوق والعلوم السياسية** ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، العدد الأول ، جوان ، 2009 .

4) مرقومة منصور، " المجتمع المدني والثقافة السياسية المحلية في الجزائر" . **مجلة دفاتر السياسة والقانون** ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، عدد خاص ، افريل 2011 .

5) LA WILAYA **D'EL BAYADH** , MONOGRAPHE , 2012

ج/ التقارير والنصوص القانونية :

1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة التهيئة و الإقليم ، **حالة مستقبل البيئة في الجزائر** ، تقرير، 2000 .

2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ، القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير 2012 ، يحدد معايير تصنيف المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها ، الجريدة الرسمية ، العدد 20 .

3) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ، المرسوم التنفيذي رقم 07 / 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 ، إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، الجريدة الرسمية ، العدد 20 .

د/ المعاجم و الموسوعات :

1) الساسي جلول وآخرون ، معجم المصطلحات الأساسية في التقييم و الإدارة القائمة على النتائج ، منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية .

2) سعيفان أحمد ، قاموس المصطلحات السياسية والدستوري والدولية ، بيروت : مكتبة لبنان ، 2004.

3) مركز البحوث التربوية ، دراسات في التنظيم الجامعي وتنظيمه ، المجلد الخامس ، قطر .

4) معجم المعاني الجامع ، معجم عربي – عربي ، بن ، بت .

هـ/الأطروحات و الرسائل الجامعية :

1) بلخير آسيا ، **ادارة الحكمانية ودورها في تحسين الاداء التنموي بين النظرية والتطبيق : الجزائر إنموذجا 2000 – 2007** . (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية ، فرع : رسم السياسة العامة كلية العلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية ، جامعة الجزائر، 2009) .

2) رضا زروالية ، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري ، دراسة ميدانية بحي افوراج** . (رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة باتنة ، الحاج لخضر ، 2010 –2011) .

3) عطا الله زكرياء ، **دور الجماعات المحلية في صنع و تنفيذ السياسة العامة المحلية الجزائر: نموذجا_قراءة في قانون البلدية والولاية 2011 ، 2012** . (مذكرة تخرج علوم سياسة ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، بسكرة ، 2013) ,

4) العيد حسيني محمد ، **السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990 – 2012** . (مذكرة ماجستير ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، جامعة ورقلة : قاصدي مرباح ، 2012 – 2013) .

5) قرقاح ابتسام ، **دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامة** . (رسالة ماجستير، تخصص السياسة العامة والحكومات المقارنة ، جامعة باتنة : الحاج لخضر ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، 2010 – 2011) .

6) محمد الطاهر عزيز، **آليات تفعيل دور البلدية في التنمية المحلية في الجزائر**. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، جامعة ورقلة ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية ، 2009).

7) مهدي زغرات ، **دور الفواعل غير الرسمية في تقويم السياسة العامة المحلية في الجزائر**. (مذكرة تخرج لشهادة الماستر في العلوم السياسية ، تخصص السياسة العامة وادارة اقليمية) .

8) Nicolas Matjasic ,l'evaluation des politique publique dans une France – décentralisée (thése de doctorat en sicences politiques , 2010)

و/الملتقيات :

1) أحمد قايد نورالدين ، **السياسة العامة في مجال التشغيل ومكافحة البطالة في الجزائر** ، مداخلة .

2) البشير عبد الكريم ، **السياسات الاقتصادية** ، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان .

3/المقابلات :

_ مقابلة مع السيد : **بن خلف الله محمد** ، المدير الفرعي للموارد البشرية ، المؤسسة الاستشفائية " محمد بوضياف " البيض ، يوم : 20 /03/ 2015 على الساعة : 14:30 إلى 15:30 .

4/ المواقع الالكترونية :

_ الموقع الرسمي لولاية البيض : WWW.Wilaya EL BAYADH. Gov. dz

تم التصفح يوم : 04/16 / 2016 الساعة : 20:20