جامعة مولاي الطاهر - سعيدة -

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم العلوم السياسية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي في العلوم السياسية

تخصص: إدارة محلية

دور الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر - دراسة حالة- المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بالبيض

إعداد الطالبة:

قواسمية رشيدة

إشراف الدكتور:

د.خداوي محمد

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة
شاربي محمد	رئيسا	سعيدة
دريس عبد الصمد	مناقشا	سعيدة
خداوي محمد	مشرفا ومقررا	سعيدة

السنة الجامعية: 2019/2018

بسم اللَّه الرحمن الرحيم

(إنَا فتحنا لك فتحا مُبينا{1} ليغفر لك اللَّه ما تقدَم من ذنبك

وما تأخَر ويتَم نعمته عليك ويهديك صراطا مستقيما {2})

صدق اللَّه العظيم

سورة الفتح الآية {1، 2}

شكر وعرفان:

قال تعالى **{لئن شكرتم لأزيدنَكم}** فبادئ ذي بدء،نشكر المولى عزَ وجل ونحمده على نعمه التي لا تحصى جملة ،ولا تعد تفصيلا ،فهو الذي أحاطنا بالرعاية والعناية، وكنفنا بالرحمة والهداية، ويسَر لنا السبل، يارب أحمدك لأنك كنت المستجيب لدعائي بأن أصل لما وصلت إليه أشكرك لأنك زرعت فيَا الصبر عند الشدائد وجعلت لي من كل ضيق مخرجا خلال مشواري الدراسي فألف حمد وشكر لله الذي وفَقني لإتمام هذا العمل .

أتقدم بالشكر الجزيل إلى:

الأستاذ المشرف: **"خداوي محمد"** الذي سار معي إلى آخر المطاف ولم يبخل علَيا بنصائحه القيَمة فحفضك الله ورعاك وأطال في عمرك يا من أسميتك أبي.

إلى:

أساتذة كلية الحقوق والعلوم السياسية

كما أتقدَم بالشكر إلى كل عمال المكتبات وخاصة مكتبة الحقوق والعلوم السياسية بجامعة سعيدة.

إلى:

صديقاتي: عرباوي حورية - تواينخ فاطمة - رحالي نوال.

إلى كل من ساهم ومدَ بيد العون ولو بكلمة طيَبة في هذه المذكرة فألف شكر لكل هؤلاء.

إهـــــداء

إلى من كان وسيظل النور الذي يضيء دربي بالأمل والإصرار على مواجهة الصعاب إلى الذي علَمني معنى العلم إلى "أبي الشيخ"

والصدر الحنون الذي أعطاني القوة والعزم لاجتياز العقبات إلى أمي الحبيبة " مسعودة"

إلى إخوتي الأعزاء:عائشة- زهرة- فاطمة- العربي- محمد- بن عيسى- عبد الهادي- علي.

إلى المصابيح التي تنير بيتنا: بوعلام- إسحاق- جنان- جود- جمال- سليم- بشرة- هديل- أميمه- محمد- عبد الله- ياسين- نصيرة.

وإلى كل عائلة قواسمية والأحباب والأصدقاء

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

مقدمة

تحتل الخدمة الاجتماعية الطبية اليوم مكانة من حيث مجالاتها الواسعة في خدمة الفرد وكذلك علاقتها المميَزة والمكمَلة مع الخدمات الأخرى في مجالات التنمية ،فقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية لها في مختلف المجتمعات سواء تلك المتقدَمة أو المتخلفة وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد أهم مؤشراتها على حدَ سواء فهي حين تمثل قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية، فالتنمية الصحية تمثل عنصرا هاما في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، إذ من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي يمثل نواة التنمية وهدفها ذلك أنَ الإنسان المكتمل صحيا هو القادر على بناء تنمية صحية ومستدامة من أجل آخر،إذا ما كان العامل المباشر والرئيسي في مجال الصحة هو التحكم في المرض ومعالجته ذلك أن المرض والإعاقة يشكلان عبئا اجتماعيا واقتصاديا بالإضافة إلى كونهما عبئا صحيا على المجتمع ،وبرامج الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الصحية وحدها لا تستطيع أن تحل كل المشاكل المترتَبة عن المرض والإعاقة خصوصا ونحن نعيش في عصر تزداد فيه نسبة الإعاقات والأمراض بسبب ملوَثات البيئة المحيطة أو الظروف البيئية التي تعاني منها الأحياء المتخلفة وكذا العديد من العوامل الحاسمة التي تقع خارج نطاق التحكَم المباشر لقطاع الصحة ويقارن ذلك بقطاعات المياه والصرف الصحي والتعلَم والحياة الحضرية والريفية والإسكان والطاقة والزراعة وخاصة البيئة.

ففي نهاية القرن التاسع عشر أدَت الثورة الفرنسية الصناعية إلى تغيَير حياة الناس في شتَى أنحاء العالم وبدأت المجتمعات تدرك مدى العبء الذي تلقيه الأمراض على كاهل الطبقات العاملة ،كما بدأت تحسَ بالأهمية الاجتماعية والاقتصادية للأوبئة وبأهمية المخاطر التي تهدَد الصحة المهنية بصورة عامة

وعندما تأكد للجميع أن النَواقل كالبعوض مثلا يساهم في انتقال الملاريا والحمى الصفراء،أخذت الجهود تتجه نحو منع تكاثر البعوض وتحسين نوعية المياه واتخاذ كل تدابير الوقاية.

إن الارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية وتحسين نوعية وكفاءة الخدمة الصحية المقدَمة للسكان،ويفترض بالمخططين إدراك المسؤولية الملقاة على عاتقهم في دراسة الوضع الصحي ووضع الخطط الصحية للخدمات التي أصبحت تمثل ركنا أساسيا في اقتصاديات الدول إذ بات الطلب على الخدمة وتحسينها كمَا ونوعا من ضرورات الحياة التي لا يمكن الاستغناء عنها فالسياسة الصحية تعتبر أحد الموضوعات التي لاقت اهتماما من قبل الباحثين في مجال السياسات العامة نظرا لما تمثله الصحة من أهمية لا يستقيم نشاط لأفراد في باقي مجالات الحياة الأخرى من دونها والسياسة الصحية تهدف إلى تخليص أفراد المجتمع من المرض وإعادة إدماجهم من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا أدوارهم بفاعلية داخل محيطهم الاجتماعي، فقد شهد القرن العشرون فترة من النمو والإنجاز لم يسبق لها مثيل في مجال تحسين صحة الناس في كثير من البلدان في جميع أنحاء العالم وعلى مدى الثلاثين عاما الماضية، فقد شهدنا انجازات هامة في مجال الصحة على مستوى العالم مثل تخفيض الابتكارات والتكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية ،بالإضافة إلى الاهتمام المتزايد وطنيا وإقليميا وعالميا بأهمية النظم الصحية وتطويرها منذ صدور تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة2000 ولقد أشاد التقرير إلى الدور الكبير الذي تلعبه النظم الصحية في تحقيق أهداف تحسين الصحة وتوفير التمويل العادل للخدمات الصحية والسعي نحو الاستجابة لحاجيات السكان كما ركزَ على الاهتمام بتطوير النظم الصحية العالمية، وتعتبر المهام الرئاسية والقيادية لوزارات الصحة أحد أهم هذه الوظائف حيث أنها تمَكن من صياغة رؤية وطنية متكاملة للتنمية الصحية تأخذ في الاعتبار الأهداف المجتمعية للتنمية والالتزام السياسي لتحقيقها وتعتمد في تنفيذها على مختلف الموارد البشرية والمالية المتوافرة في

مختلف القطاعات كما تعتبر وزارات الصحة المسؤولة دستوريا عن حماية الصحة للمواطنين المصدر الرئيسي للتشريعات الصحية التي تنظم الخدمات الصحية.

ولقد أبرزت مجموعة من الدراسات مساهمة الصحة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وكان تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم 1993 قد بيَن أهمية الاستثمار في الصحة، ومما لاشك في أن المكتسبات الصحية تؤدي إلى تحسين اقتصاد الخدمات فيها ،ومستوى كفاءة وتقديم الخدمة الصحية لتلبية حاجة السكان وخاصة في المناطق الحضرية التي تتمتع بزيادة في السكان سنويا في الدول النامية ومنها الجزائر.

فقد قطعت الجزائر أشواطا كبيرة في تطوير قطاع الصحة، حيث كان هذا الأخير ضمن القطاعات التي منحتها الدولة الأولوية منذ الاستقلال بعد أن ورثت على الاستعمار وضعية صحية متدهورة مع انتشار العديد من الأوبئة المرتبطة بالظروف المعيشية المتردية لأغلب الجزائريين ومنها التيفوئيد والكوليرا والسل التي كانت كلها سريعة العدوى وقاتلة وقد فتكت بعدد كبير من الجزائريين وكان أول تحد للجزائر بعد الاستقلال يتمثل في كيفية التقليل من الإصابات بهذه الأوبئة كأول خطوة ثم القضاء عليها نهائيا من خلال مجانية العلاج وتوفير التلقيحات الضرورية للحد من انتشار هذه الأمراض خاصة خارج المدن الكبرى،وقد تمحورت آنذاك إستراتيجية تطوير قطاع الصحة حول تحسين التغطية الصحية وتحسين الوضعية بشأن مكافحة الأوبئة وإنشاء قاعات العلاج.

كل هذا كان من شأنه صنع والنهوض بسياسة صحية ناجحة، فبعد إعداد البرامج والخطط التنظيمية ووضع القواعد القانونية لها كان لابد من تنفيذها لتمكين المواطن من إشباع حاجاته وضمان التغطية الصحية له وجب على الدولة تكليف فواعل محلية لتنفيذها باعتبارها قريبة من المواطن ومدركة جيدا حاجيات المجتمع المحلي.

وبالتالي فصنع السياسة الصحية كان من مهام السلطة المركزية وأصبح للفواعل المحلية دور في تنفيذها وهذه هي الإشكالية محل الدراسة وذلك من خلال دراسة المجتمع المحلي والفواعل المحلية للسياسة الصحية ودراسة المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بالبيض أنموذجا.

أهمية الموضوع:

للسياسة الصحية أهميتين كبيرتين، أهمية علمية وأخرى عملية :

الأهمية العلمية:

تظهر الأهمية العلمية للسياسة الصحية في كونها أحد أهم الموضوعات التي لاقت اهتمام من قبل الهيئات الوطنية والدولية والحكومية والموسوعات والمعاهد العلمية ورجال السياسة الذين قاموا بإجراء دراسات وإصدار أبحاث ونشرات تختص بمختلف أبعادها وانعكاسها على مختلف المجالات الحياتية سياسية كانت أو اقتصادية أو اجتماعية، بالإضافة إلى العديد من المؤتمرات الدولية حول أهمية صحة الأفراد وتأثيرها بشكل سلبي أو إيجابي على المجتمع .

الأهمية العملية:

تكمن الأهمية العملية في القضاء على المشاكل الصحية التي يواجهها المواطن وضمان التغطية الصحية له وهذا مرتبط بمدى نجاح الفواعل المحلية في تنفيذ هذه السياسة ومقارنة نتائجها بالأهداف المبرمجة من قبل صانعيها وهنا تتضح الأهمية العملية.

أسباب إختيار الموضوع:

تتجلى أسباب إختيار الموضوع في:

أسباب ذاتية:

بحكم دراستنا المتخصصة في مجال إدارة الجماعات المحلية حاولت تناول الموضوع محل الدراسة باعتبار الفواعل المحلية تدخل ضمن التخصص المذكور أنفا أما اختياري لموضوع السياسة الصحية فهو من باب رغبتي في معرفة أهمية القطاع الصحي على المستوى الوطني ومعرفة خباياه.

أسباب موضوعية:

تأتي هذه الدراسة كمحاولة لإبراز أهمية الصحة ومدى مساهمته في تنمية المجتمع المحلي وإنعكاستها على مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

أهداف الدراسة:

الهدف من الدراسة هو محاولة إظهار الدور الفعال للفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية من خلال دراسة المجتمع المحلي ومعرفة تطوَرها وأهم الإصلاحات التي مست القطاع وأهم الاختلالات التي جعلته عاجزا في شفاء المريض وإبراز ما ينبغي أن يكون عليه من خلال دراسة الحوكمة الصحية، بالإضافة إلى مدى تطبيق البرامج الصحية داخل المؤسسة وإبراز دور مديرية الصحة تماشيا مع القواعد القانونية المنصوص عليها.

أدبيات الدراسة:

لا يخلو أي بحث من دراسات سابقة تناولها العديد من الباحثين الأكاديميين بالدراسة والتحليل فموضوع السياسة الصحية ودور الفواعل المحلية في تنفيذها من بين المواضيع التي عرفت اهتمام كبير رغم مختلف الزوايا من الدراسة، نذكر في ذلك على سبيل المثال:

* كتاب "**إدارة المستشفيات العمومية في الجزائر**" للدكتور **نور الدين حاروش** وصف من خلاله عملية تنظيم قطاع الخدمات الصحية وطريقة التسيير والأبعاد القيمية والثقافية في عمليات التنظيم وباتخاذ القرار داخل المستشفيات ،ثم أوضح ماهية إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ووصفها بالفلسفة الإدارية الجديدة التي تمكن من تحقيق أفضل أداء ممكن وتضمن للمؤسسة الاستشفائية قدرتها على العمل بطريقة صحيحة وضمان صفرية الأخطاء قدر الإمكان وتحقيق الجودة ،كما وتطرق إلى مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها وعناصرها وفوائدها وكيفية تطبيق هذا النظام بالمستشفيات الجزائرية وهو العنصر الذي أدرج فيه المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر.

* كتاب"**إدارة الخدمات الصحية**"من تأليف الدكتور **صلاح محمود ذياب** تناول فيه الكاتب المفاهيم الأساسية للإدارة الصحية ووظائفها بشكل مختصر مع التركيز على التخطيط الصحي وأهداف المؤسسات الصحية وركز أيضا على جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مع التوضيح الكامل لجوانب الجودة وتطبيقها في المراكز والمؤسسات والمراكز الطبية مع التركيز على المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها المؤسسات الصحية وكيفية التخلص من النفايات.

* مذكرة ماجستير من إعداد الطالب زراولية رضا، تخصص علم الاجتماع الحضري جامعة الحاج لخضر باتنة تحت عنوان التحضَر والصحة في المجتمع الجزائري (دراسة ميدانية بحي بارك أفوراج مدينة باتنة، تطرق صاحبها من خلال توضيح تعريف السياسة الصحية في الجزائر.

*مذكرة ماجستير من إعداد الطالب حسيني محمد العيد بعنوان السياسة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث والذي قدَم من خلالها دراسة حول السياسة العامة والصحية، بحيث تطرق إلى المفاهيم والتطوَر التاريخي لكل منها، وأقر بإمكانية الاعتماد على الاقتراب المؤسسي الحديث في دراسة السياسة العامة في الجزائر ومنها السياسات الصحية، واعتبره بجميع مدارسه أداة من الأدوات التي تسمح بتشخيص أسباب الاختلالات والتناقضات التي سيتم لإقطاع الصحة في الجزائر.

* مقال تحليلي بعنوان من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر للأستاذ –**بومعراف إلياس**– بجامعة سطيف حرره سنة 2010، تناول فيه واقع الصحة في الجزائر وعلاقاتها بالتنمية المستدامة ،كما ووقف على مجموعة العوائق التي تقف أمام تحقيق أهدافها والسبل الكفيلة يجعل الصحة مستدامة في الجزائر.

الإشكالية:

تسعى الدولة إلى مراعاة البعد الاجتماعي إلى أقصى الحدود عند إعداد أي سياسة وتأمين هذا البعد وتطويره بالشكل الذي يضمن حماية شرائح المجتمع برسمها قواعد قانونية تبتغي تنفيذها لإشباع حاجيات المواطن ،وتعدَ السياسة الصحية من الأولويات المسطرة في برامجها باعتبار صحة الفرد أساس التنمية وبسبب تعدد القضايا والموضوعات التي يستوجب القيام بها، فوَضت صلاحيات التنفيذ للفواعل المحلية هذا من جهة ومن جهة أخرى باعتبارها قريبة من المواطن وعلى ضوء هذا نطرح الإشكالية التالية:

إلى أي مدى تساهم الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر؟

التساؤلات الفرعية:

تندرج ضمن الإشكالية الرئيسية مجموعة من التساؤلات الفرعية :

ما مفهوم الفواعل المحلية والسياسة الصحية.؟

ما واقع النظام الصحي في الجزائر.؟

ما دور المؤسسة العمومية في تفعيل البرامج الصحية.؟

الفرضيات:

كمحاولة للإجابة عن هذه الأسئلة ومن خلال دراسة أولوية عن الموضوع قدَمت الدراسة فرضيات تمثَّلت في:

1. قد يكون للفواعل المحلية علاقة بالسياسة الصحية.

2. قد يكون النظام الصحي في الجزائر شهد مراحل في تطوره.

3. قد تساهم في ضمان التغطية الصحية بمساعدة آليات .

صعوبات الدراسة:

اعتدنا أن لكل دراسة تتعرض لصعوبات وعوائق تختلف من باحث لآخر فمثلا أهم الصعوبات التي واجهتني كباحثة في إعداد هذه الدراسة :

. قلة المراجع خصوصا الأجنبية منها.

. اللجوء إلى دراسة ميدانية مرتبطة بالمؤسسة الصحية ورفض الكثيرين التعامل لإجراء المقابلة.

المناهج والإقترابات المستعملة في الدراسة:

يعتبر المنهج مجموعة من الإجراءات والخطوات والاختبارات والقواعد التي يتبعها الباحث لتحقيق أهداف الدراسة، فقد اعتمدت على :

المنهج الوصفي التحليلي: يعتمد المنهج الوصفي على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيرا كيفيًا أو تعبيرا كميًا فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها،أما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميا يوضَح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى.[1]

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

وقد استعمل هذا المنهج في الدراسة في وصف الواقع والوضع الصحي بالجزائر.

المنهج التاريخي: هو منهج من المناهج العلمية والأسلوب أو الطريق المؤدي لمعرفة واكتشاف الحقائق وفق عملية استرجاع الماضي وتاريخ الظاهرة المدروسة لفهم واقعها وتطوَرها وتحليلها وتفسيرها علميا على ضوء الزمان والمكان الذي حدثت فيه.

واستخدم هذا المنهج في الدراسة من خلال التطرق إلى التطور التاريخي التي مرت به السياسة الصحية في الجزائر.

---

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

[2] عبد الناصر جندلي، **تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية**، (الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية، 2005)ص200

منهج دراسة حالة: هو منهج يضَم جمع البيانات المتعلَقة بوحدة معينة سواء كان فردا أو مجموعة من الأفراد أو مؤسسة بحيث تقوم على أساس التعميق في الدراسة وتركز على الموقف الكلي وعلى مجموعة عوامل، كما تنظر إلى الجزئيات من خلال الكل الذي يحتويها .[1]

واستعمل هذا المنهج للدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف" بالبيض.

اقترابات :

اقتراب قانوني: وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية الدستورية التنظيمية المتعلقَة بالسياسات الصحية في الجزائر، وتأثيرها على سلوك الفاعلين في المجال الصحي.

الاقتراب المؤسسي: يعطي أهمية للمؤسسات في تحديد السلوكيات ،على اعتبار أن المؤسسات تمثل تغيَرا مستقلا يؤثر على تحديد من هم الفاعلون الذين يمارسون مهامهم فيها، واستعمل هذا الاقتراب من خلال دراسة دور المؤسسة الصحية محل الدراسة.

الأدوات المنهجية المستعملة:

الملاحظة: هي أداة من أدوات جمع البيانات التي تعتمد على الأسلوب العلمي في التوصل إلى المعلومات المستهدفة من إجراء البحوث الاجتماعية خاصة تلك التي تتصل بتأثير البرامج على سلوكيات المستهدفين في زمن محدد، وتتم من خلال المشاهدة المنظمة وتوجيه عقل الباحث وحواسه حول تقييم الظاهرة المدروسة.

[1] فوزي غرابيت وآخرون،أساليب البحث العلمي غب العلوم الاجتماعية والإنسانية،(الأردن:دار وائل للنشر والتوزيع ،ط2،2002)ص38

المقابلة: هي أسلوب أساسي من أساليب جمع البيانات والمعلومات لدراسة موضوعات السياسة المختلفة وهي عبارة عن اتصال مواجهي بين شخصين يهدف فيهما إلى التعرف على بيانات من طرف آخر في موضوع محدد أو عن رأيه فيه عن طريق الكشف عن اتجاهاته الفكرية عن طريق تبادل الحديث معه.[1]

هيكل الدراسة:

كانت الدراسة تتمحور حول " **دور الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر**" **دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية** "**محمد بوضياف**" **بالبيض** ومن أجل الإلمام بالموضوع اعتمدت الدراسة" خطة ثلاثية الفصول : فصلين نظريين وفصل ميداني

الفصل الأول: تعرضت الدراسة فيه للإطار العام المفاهيمي، وقسَمت إلى مباحث، في المبحث الأول تناولت الإطار العام للمحلي تطرقت فيه إلى مفهوم المجتمع المحلي،خصائصه،تنميته، أما المبحث الثاني: كان مخصَص لمفهوم الفواعل المحلية الرسمية وغير الرسمية، وأخيرا المبحث الثالث تناولت فيه مفهوم السياسة الصحية، محاورها، وأهميتها.

الفصل الثاني: تناولت فيه الفواعل المحلية للسياسة الصحية في الجزائر وقد تمّ تقسيمه إلى ثلاث مباحث كان المبحث الأول بعنوان الفواعل المحلية في الجزائر ودورها في تنفيذ السياسة الصحية (الولاية البلدية) ومكانتها في ظل الإصلاحات الجديدة، في حين خصَص المبحث الثاني للسياسة الصحية في الجزائر من خلال دراسة مراحل تطوَرها والإطار القانوني لها والاختلالات التي عرفتها، والمبحث الثالث كان بعنوان حوكمة السياسة الصحية في الجزائر من خلال التطرق إلى مفهوم الحوكمة الصحية والفواعل الأساسية المتدخلة فيها وواقع السياسة الصحية في الجزائر.

[1] محمد شلبي، **منهجية في التحليل السياسي،المفاهيم ،الاقترابات،الأدوات**،(الجزائر:كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية،1997)ص349

الفصل الثالث: فشمل الجانب الميداني للدراسة من خلال تخصيصه لدراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بالبيض أنموذجا.

الفصل الأول:
الإطار المفاهيمي

تحتل السيَاسة الصحية مكانا بارزا في إطار التنمية الشاملة بحكم ارتباطها المباشر بمستويات الوفيات ومعَدلات الإصابة بالأمراض والمشاكل الصحية المختلفة، وعليه فالسياسة الصحية تعمل أساسا على تخفيض الوفيات إلى أدنى المستويات الممكنة مع ما ينجَر عنها من نفقات عامة وساعات عمل ضائعة والارتقاء بالحالة الصحية للسكان، فهذه الأخيرة تلعب دورا هاما في حل المشاكل الاجتماعية وتسعى لتقلّيص من حدَتها بهدف توفير خدمات صحية ذات جودة لفائدة المواطن تكريسا لحقه الدستوري في الصحة، وباعتبارها الهدف الرئيسي التي تسعى الدولة إلى تحقيقه من أجل الاستمرارية وذلك وفق مخططات وقرارات تسعى لترجمتها وتجسيدها على أرض الواقع، وللقيام بها لابدَ لها أن تعتمد على قيادات متمثَلة أساسا في الفواعل المحلية من أجل تنفيذها وتعمل من خلال تكامل الجهود الرسمية والشعبية في المجتمع المحلي بغية تحسين الأوضاع في كافة الجوانب، ولأن الفواعل المحلية هي الأقرب من المواطن.

وقبل التطرق لدور الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية يجب أولا أن تحدَد الدراسة مفهوم المجتمع المحلي وخصائصه وتنميته، ومفهوم الفواعل المحلية الرسمية وغير الرسمية، والسياسة الصحية محاورها وأهميتها، وهذا ما يشكَل فصلنا المفاهيمي.

المبحث الأول: الإطار العام للمحلي:

يعرف المحلي بأنه موقع إقليمي أو منطقة تسود فيها حياة مشتركة سواء كانت قرية أو مدينة صغيرة تقوم على أساس الاعتماد المتبادل بين الأفراد والتفاعل بينهم ما تجعله يتميَز بخصائص مميَزة عن غيره من المناطق الأخرى.

المطلب الأول: مفهوم المجتمع المحلي:

يمثَل مفهوم المجتمع المحلي أهم المصطلحات المحورية التي تدور حولها موضوعات وقضايا التغيَير والتخطيط ويرجع استعماله بالضرورة إلى ميدانين من ميادين العلوم الاجتماعية وهما علما الاجتماع والأنتروبولوجيا ويشير إلى بناء اجتماعي يتَسم بعلاقات ونظم لها طابع خاص مثل التشابه في التكوين وقوة العلاقة وتسوده الجماعات والعلاقات الأولية والتقاليد والقيَم المحلية، وأنَ هناك اختلاف في المجتمعات المحلية من حيث الحجم ومن حيث الخصائص الاجتماعية والاقتصادية فقد يحمل بعضها الطابع الزراعي وبعضها الطابع الصناعي أو السياحي أو التجاري...الخ.

أولا: المجتمع:

المجتمع عبارة عن نسق اجتماعي مكتف بذاته، ومستمر في البقاء بفعل قواه الخاصة، ويضَم أعضاء من الجنسين (ذكورا وإناثا) ومن جميع الأعمار.

والمجتمع جماعة من الأفراد الأحياء وليس مجموعة من الأفكار المجرَدة وقد وصفه أحد علماء الاجتماع بأنه: " أكبر جماعة ينتمي إليها الفرد وهو مكتف بذاته بمعنى أنَ له رصيدا من الإجراءات والرسائل الخاصة بالتعامل مع البيئة وإطالة وجوده إلى ما لا نهاية".[1]

[1] محمد الجوهري- **المدخل إلى علم الاجتماع** (جامعة القاهرة، كلية الآداب -2008)ص78.

ويشير في الإطار نفسه **أحمد زكي بدوي** إلى أن المجتمع هو:"جماعة من الناس يعيشون معا في منطقة معيَنة، وتجمع بينهم ثقافة مشتركة ومختلفة عن غيرها، وشعور بالوحدة كما ينظرون إلى أنفسهم ككيان متميَز، ويتميَز المجتمع بتجميع الجماعات ببنيان من الأدوار المتصلة ببعضها والتي تتَبع في سلوكها المعايير الاجتماعية، ويتضَمن المجتمع جميع النظم الاجتماعية لمواجهة الحاجات البشرية الأساسية، وهو مشتمل لا بمعنى شموله لجميع الأشكال التنظيمية الضرورية لبقائه".[1]

ثانيا: المجتمع المحلي:

فهو لفظ قديم في اللّغة الانجليزية (**local comminity**) يستخدم ليشير إلى معان مختلفة في لغة الحياة اليومية، ومن بين التعريفات التي وضعت للمجتمع المحلي بشكل عام " أنه مجموعة من الناس يقيمون في منطقة جغرافية محدَدة، ويشتركون معا في الأنشطة السياسية والاقتصادية والاجتماعية ويكوّنون فيما بينهم وحدة اجتماعية ذات حكم ذاتي، تسودها قيَم عامة يشعرون بالانتماء إليها ومن أمثلة المجتمع المحلي المدينة، القرية، كما يمكن تعريفه على أنه "عبارة عن نسق اجتماعي يشتمل على عدد كاف من البناءات الاجتماعية النظامية لأفراد وجماعات وتنظيمات، يستهدف إشباع حاجاتهم من خلال تكوين علاقات دور متبادلة تشمل بناء النسق الكلي ولذلك فالمجتمع المحلي هو اصغر وحدة للبناء الاجتماعي داخل أي مجتمع يستطيع أن تعتمد على نفسها."[2]، فكان أول من استعمل اصطلاح المجتمع المحلي هو العالم الاجتماعي **روبرت ماكيفر** (**robert Maciver**) ويعرَف المجتمع المحلي على أنه : " تجمَع من المواطنين يعيشون معا من خلال ارتباطهم فيما بينهم عن طريق نسق من الروابط والعلاقات

[1] أحمد زكي بدوي- **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، (لبنان:مكتبة لبنان:1933) ص400.

[2] سامية محمد جابر-**علم الاجتماع المعاصر**، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية-ا 1933) ص400 .

وإشراكهم في مصالح مشتركة وفي أنماط مقبولة من المعايير والقيَم في إدراكهم الواعي بتميَزهم عن غيرهم من الجماعات الأخرى التي يمكن تعريفها وفقا لهذا المبدأ."[1]

المطلب الثاني: خصائص المجتمع المحلي:

وفقا للتعريفات السابقة للمجتمع المحلي، يتَضح أن هذا المفهوم يشتمل على مجموعة من الخصائص المميَزة للمجتمع المحلي نذكرها على النحو التالي:

1- الإقليم أو المكان المحدد:

يتحدَد المجتمع بالضرورة بموقع ومكان محددَين وتتعيَن حدود المجتمع المحلي أو تثبت من طريق ما تمارسه جموع السكان من نشاطات، ومن ثم يشير المصطلح عادة إلى منطقة محددة ذات خصائص طبيعية أو مصطنعة فريدة ومتميَزة ،أي الموقع الجغرافي " أو الحيَز المكاني الذي يتواجد به أفراد المجتمع المحلي كالقرية، المدينة، البلدية...والتي تشكل أماكن محددة نطاقها وفقا لنصوص تنظيمية وهي تشمل

- أي هذه الأماكن- مختلف المرافق الضرورية لحياة الفرد المحلي من معاهد، مدارس، مستشفى مواصلات، مراكز تكوينية...الخ "[2]، وكلها تتوافق بالضَرورة مع ما وَرثه المجتمع من نسق خاص

للتنظيم الاجتماعي، وتتأكد أهمية خاصية الموقع بوصفها مقوَما أساسيا من مقوَمات المجتمع المحلي من نواحي عديدة، فمن ناحية يعيَن الموقع أو المكان حدود كل من التجمَع البشري والنسق الاجتماعي، تلك حدود التي تتمايز من خلالها المجتمعات المحلية، فقد أولت الدراسات الأنتروبولوجية السياسية أهمية خاصة لمسألة الإقليم كونه مرتبط بالماهية المعطاة للمجال المحلي -الإقليم-

---

[1] عبد الرحمن محمد الحسن- **دور السياسات الوطنية في التنمية المحلية في السودان**، the **role of nationol policiesinl local development in sudan** مجلة الباحث-ا لعدد 2013/13 ص 117

[2] جمال زيدان- **إدارة التنمية المحلية في الجزائر** (الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع-ط 2014)ص23.

فالمحلي هو مالا له علاقة بالمكان، والبعد المحلي للقضايا الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية إن المجال المحلي هو المكان الأساسي للمجال الجغرافي، فالمكان يحمل مبدئيا اسمه لتعريفه وإعطائه دلالة وبعدا رمزيا يترجم انسجاما داخليا ويساهم في تكوين إقليميَة بخصائص معينة ومميَزات خاصة إقليمية تنجم عن نظام ثلاثي الأبعاد : المجتمع ،المجال ،والزمان وتؤدي إلى التملَك والشعور بالانتماء إلى الجماعة المرتبطة بالانتماء على مكان ما."[1]، ومن ناحية ثانية يعدَ الموقع محل التوجيه الاجتماعي والنفسي إذا تتحدد علاقات الأفراد وأصولهم في ضوء المنطقة التي يشغلها المجتمع المحلي سواء من طريق الموطن الأصلي أو محل الإقامة ومن ناحية ثالثة يلاحظ أن للموقع تأثيره الواضح على تنظيم النشاط الاجتماعي وما يرتبط به من عمليات اجتماعية، كالتعاون أو الاعتماد المتبادل، كما أن خصائص الموقع قد تفرض شكلا معيَنا من أشكال التوافق الاجتماعي، سواء بين الأفراد بعضهم ببعض أو بينهم وبين البيئة المحيطة ومن هنا قد يكون الصعب في كثير من الأحيان فهم طريقة الحياة في مجتمع ما وتفسيرها دون الرجوع إلى خصائص المكان، بوصفه متغيَرا أساسيا يميَز المجتمعات المحلية عن بعض.

2-الاستقلال والاكتفاء الذاتي:

يمثَل المجتمع المحلي جماعة من الأفراد مكتفية بذاتها، ففي إطار المجتمع المحلي يجعل هذا التعريف من المجتمع المحلي كيانا إيكولوجيا[2] يقوم أعضاؤه بأدوار معيَنة مهمة بالنسبة إلى النسق الاجتماعي وخاصة فيما يتعلَق بالعلاقات التكافلية، كما يشير هذا التعريف إلى مسائل محددة :كالحجم ونمط

[1] خداوي محمد -**القبيلة، الأحزاب والانتخابات في ظل التعددية في الجزائر**' (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه،تخصص انتربولوجيا، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان-كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية،قسم التاريخ وعلم الأثار-2014) ص 254.

[2] **الإيكولوجيا الاجتماعية**: يقصد بالإيكولوجيا الاجتماعية (Social Ecology) دراسة علاقات التكافل بين الكائنات البشرية وأنماط التوطن والاستيطان المكانية ونماذج الأرض وكذلك كافة أشكال التنظيم الاجتماعي التي تنجم عن هذه العلاقات (سامية محمد جابر،علم الاجتماع المعاصر).

الأنشطة والشكل وعدد الأفراد والموقع، ويوضَح حقيقة أخرى وهي أن المجتمع المحلي هو وحدة مكتفية بذاتها نظرا لأنها تحوي بناءات نظامية يحتاج إليها عادة أعضاؤه مثل مؤسسات العمل، العيادة، التعليم وغيرها،هذا وقد نظر **رودفيلد (REDILD)** " إلى المجتمع المحلي الصغير باعتباره يحظى بأربع خصائص محدَدة وهي: التميَز وصغر الحجم والاكتفاء الذاتي وتجانس السكان."[1] ولعلَ الشيء المتفق عليه هو أن المجتمع المحلي هو عبارة عن إقليم بشري جغرافي يدخل أعضاؤه في علاقة تفاعل مستمرة وتربطهم روابط الاعتماد الوظيفي المتبادل ويدركون في نفس الرغبة لتحقيق أهداف مشتركة، وعلى الرغم من أنه يشكَل وحدة جغرافية محلَية، ويوَفر لسكانه السلع والخدمات، فليس من الضروري أن يتحدَد بحدود قانونية كما هو الحال في المدينة وليس بالضَرورة أيضا أن يمثَل كيانا سيَاسيا مستقلا وقد يستخدم مصطلح المجتمع المحلي مرادفا لمصطلحات أخرى: المجتمع والتنظيم الاجتماعي والنسق الاجتماعي، إلاّ أنّ كثيرا من الدارسين يتّفقون على أنه يشير إلى منطقة محلية محدَدة لها طابع خاص ،أي أنّ المجتمع المحلي كما يقول **تالكوت بارسنز (TALCOTT PARSONS)** (1902–1979) "هو تجمع الفاعلين في منطقة محددة بصورة تتيح ظهور الأنشطة اليومية المشتركة" ويتضمَن هذا التعريف تفاعل الأفراد في إطار نظامي محلي معقد، يقدَم خدمات أساسية للأفراد مع الأخذ في الاعتبار أن المجتمع المحلي ليس وحدة مستقلة ذاتيا بالضرورة، إن افتراض بارسنز حول الإجماع في المجتمع المحلي قد يكون ممكنا عندما يكون المجتمع المحلي متجانسا، وهو أمر نادر الحدوث ولكن عندما يتشكَل المجتمع من جماعات مختلفة إثنيا فإن الأمر مختلف تماما، ومثال ما توضَحه دراسة **دونالد هوروفيتز DANALD HOROWITZ** بجماعات اثنية في الصراع.[2] أي أنه في جزر الفيجي والسولومون تظهر الجماعات

[1] سامية محمد جابر، مرجع سابق ص169.

[2] محمد عبد الكريم الحوراني- **النظرية المعاصرة في علم الاجتماع،** (الأردن: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ط2012) ص201.

الاثنية حالة من المقاومة وعدم الاستسلام للظروف الاجتماعية، فهم لا يستدمجون بشكل تام، أولا يستدمجون معايير وقيَم أولئك الذين يعتبرونهم أجانب وأغراب وكنتيجة لذلك فإن صراعا اجتماعيا وسيَاسيا ينشق في جزر الفيجي والظلومون فالناس في هاتين البلدتين ليسو متلقين سلبيين ولكنهم فاعلون نشطون يتحركون ضدَ الظروف الاجتماعية والبنائية التي لا ترضيهم أو تقنعهم.[1]

في حين يشير **روبرت ماكيفر (robert maciver)** للمجتمع المحلي على " أنه وحدة اجتماعية تجمع بين أعضاؤها مجموعة من المصالح المشتركة وتسود بينهم قيَم عامة وشعور بالانتماء بالدرجة التي تمكَنهم من المشاركة في الظروف الأساسية لحياة مشتركة، ونجد تعريف **لروبرت باك** للمجتمع المحلي نابع من رؤية ميكانيكية حضرية حيث يقول: " أن المجتمع المحلي في أوسع معاني المفهوم يشير إلى دلالات وارتباطات مكانية جغرافية وأنَ المدن الصغرى والكبرى والقرى بل والعالم بأسره تعتبر كلها رغم ما بينها من الاختلافات في الثقافة والتنظيم والمصالح...الخ مجتمعات محلية في المقام الأول[2] .

وبالتالي فالمجتمع المحلي ليس وحدة منفصلة بذاتها ولكنها خليَة من نسيج أكبر وأشمل هو المجتمع ككل الذي يشكَل عموما مجموعة من الناس يقيمون في منطقة جغرافية محددة ويشتركون في جميع الأنشطة السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية ... ومن خلال هذا نستطيع تحديد أبعاده ومقوَماته في الحدود الجغرافية ،الجانب السكاني للمجتمع المحلي ،الاعتماد المتبادل بين أعضاء المجتمع ،العلاقات والنظم الاجتماعية ،الشعور بالولاء والانتماء للمجتمع.

[1] محمد عبد الكريم الحوراني، المرجع نفسه، ص 202 .

[2] عصمت تحسين عبد الكريم- **علم الاجتماع المعاصر**، (الأردن: الجاندرية للنشر والتوزيع ط ،2015)ص 40.

3 – الوعي الذاتي:

تعدَ خاصية الوعي الذاتي أو الوعي بالذات (self awareness) من أهم الخصائص المميَزة للمجتمع المحلي، والوعي بالذات هو بمثابة الشعور والحركة والتطوَر والخلق والنبوغ والثقافة والعلم والفلسفة،هو الشعور الذي جعل من بدو غلاظ ومغمورين وبدائيين في الصحراء بناة أعظم حركة عالمية وأعظم حضارة وثقافة في التاريخ الإنساني الإسلامي، وتتضمَن هذه الخاصية الاعتراف المتبادل بين الأفراد إلى جانب الشعور بالانتماء والتميَز، يترجم هذا الوعي عادة في اتجاهات الأفراد إلى جانب الشعور بالانتماء

والتميَز كالاعتزاز والمباهاة بالمجتمع المحلي والولاء له والدفاع عنه، كما أنَ المنافسة مع المجتمعات المحلية الأخرى والتدعيم المتحمَس للمشروعات المحلية تؤكد بدورها آليات (ميكانيزمات) توَحد الأفراد والجماعات بالمجتمع المحلي الذي ينتميان إليه وكثيرا ما تخلق مثل هذه الاتجاهات والآليات النفسية والاجتماعية حواجز نفسية ذات أهمية قصوى بين المجتمعات المحلية المتجاوزة قد تفوق أحيانا ما للحدود أو الحواجز الطبيعية من دور في هذا السياق.[1]

4 –القيم والمعايير المشتركة:

من أهم ما يميَز المجتمع المحلي عن أشكال التنظيم الاجتماعي الأخرى،هو ما يسوده من انساق خاصة للقيَم والمعايير، فتعرف القيَم على أنها " مجموعة الثوابت التي يفرضها أفراد الجماعة على أنفسهم أو أنها فرضت عليهم من مصادر خارجية عن ذواتهم مثل المجتمع ومؤسسات التعليم المختلفة ومن الجيل السابق والأسرة سواء، كان ذلك بوعي منهم أو بدون وعي لإشباع حاجات معينة مرتبطة بالتنظيم والضبط

[1] علي شريعتي، **الهجرة إلى الذات، سلسلة أعلام الفكر والإصلاح في العالم الإسلامي**،(مركز الحضارة لتنمية الفكر الإسلامي، أنظر الموقع) (www.google books-DZ) تاريخ التصفح 2018/12/5.

الاجتماعي أو بالأمن والاستقرار أو بالشعور بالانتماء إلى الجماعة أو غيرها." [1]، كما أن ما يسود المجتمع المحلي من نسق قيَمي خاص من شأنه أن يدعم الإتفاق والاتصال بين الأفراد بطريقة متميَزة ومتكاملة كالدَين والعادات والتقاليد وبالتالي لهذه العوامل (الدَين والعادات) تأثير ملموس على سلوك الأفراد موقفهم من التنمية المحلية، فقد تكون مواقف متقبلة لأيَ مبادرة تنموية ويعني ذلك نجاح هذه الأخيرة، لما بإمكانها أن تكون مواقف مضادة لكل إصلاح تنموي محلي مما يؤدَي إلى فشل التنمية المحلية فهذه المعادلة القائمة على متغيَري القبول والرفض للتنمية المحلية بالإمكان إسقاطها على التجمعات العمرانية الريَفية والحضرية على حد سواء، من جانب أنَ ما من جماعة محلية مهما كبر أو صغر حجمها تحترم قيَمها الاجتماعية وفي الوقت نفسه الشعور بالوعي بالذات بين أفراد المجتمع المحلي إلى جانب إنماء الشعور بالتمايز عن كل ما هو خارج المجتمع.[2]

5-المجتمع المحلي كوحدة نفسية وثقافية:

أوضح علماء الاجتماع أن المجتمع المحلي يمثَل وحدة نفسية تكسب الأفراد من خلال توحدهم بها شعور بالأمن والانتماء والاستقرار النفسي وقد تأكدت الفكرة نفسها لدى بعض علماء الاجتماع والانتروبولوجيا ممن تبنوا منظورا ثقافيا بحثا في تحليلهم للمجتمع المحلي فذهبوا إلى أن توَحد الأفراد بمجتمعاتهم المحلية ينجم أصلا عن مشاركتها في عدد من القيَم والمعايير والأهداف المشتركة والمعتقدات ...ومن ثم يصبح المجتمع المحلي في نظرهم وحدة ثقافية...إنَ الفكرة نفسها بمعناها النفسي والثقافي عبر عنها **ماكيفر وبيج** ونعني بها " الوعي بالمشاركة في طريقة واحدة للحياة في أرض أو إقليم واحد مشترك، وعلى هذا

[1] خداوي محمد، مرجع سابق، ص71

[2] مي شين العبد الله- **المعجم في المفاهيم الحديثة للإعلام والاتصال:المشروع العربي لتوحيد المصطلحات** ،أنظر الموقع (www.google books-dz) ص242

فالمجتمع المحلي هو وحدة نظامية يشبع الأفراد من خلالها كل حاجياتهم اليومية داخل منطقة مكانية محددة".[1]

وبالتالي فالمجتمع المحلي يشير في أساسه إلى التوجيهات والمبادئ والتشريعات والأنشطة التي تؤثر على الظروف المعيشية التي تساعد في رفاهية الإنسان، فهو ذلك الجزء الذي يعنى بالقضايا الاجتماعية والخدمات الإنسانية في إطار تعزيز موقع الصحة المركزي في التنمية وإبراز أهمية مشاركته وتمكينه من المساهمة في التنمية الصحية، ناهيك عن المكتسبات الصحية التي تؤدَي إلى تحسين الاقتصاد عن طريق تقليل الفرص الضائعة التي تسبَبها اعتلال الصحة وعن طريق تحرير المناطق المعروفة بقلّة سكانها نتيجة لأمراض معينة كالملاريا والكوليرا وإنشاء برامج تستهدف الربط بين الصحة والتنمية ومتطلبات تستهدف توفير الحماية الاجتماعية عن طريق التأمين الصحي.[2]

المطلب الثالث: تنمية المجتمع المحلي:

إن تنمية المجتمع المحلي بمثابة العصب الرئيسي للتنمية الإنسانية كأيَ مجتمع من المجتمعات الإنسانية وبصفة خاصة المجتمعات النامية، ويقوم على أساس مبدأ العون الذاتي ويركز على جميع جوانب الحياة للسكان ومختلف التخصصات الفنية، والعمل على تحديد حاجياتهم ومشكلاتهم ومن ثم تنفيذ هذه الخطط بالاعتماد الأكثر على موارد المجتمع.

[1] المرجع نفسه- ص 243.

[2] بلقاسم صبري- **الدور الاستراتيجي لوزرات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها** ،(مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة: 12 -14/مارس/2002)ص 6

مفهوم تنمية المجتمع المحلي:

إن مفهوم تنمية المجتمع المحلي مفهوم قديم تعددت التعاريف حوله وكلها تصبَ في جهود أفراده وجهود السلطات المركزية بغية تحسين الأحوال والعمل نحو التغيير في إطار سياسة عامة محلية تعبَر عن احتياجات الوحدة المحلية حيث يعرف **ماري روس (mary ross)** تنمية المجتمع المحلي :"بأنها العملية التي يتمكَن من خلالها أفراد المجتمع المحلي من تحديد الحاجات والأهداف وترتيبها وفقا لأولوياتهم وهو ما يشجَع روح التعاون والتضامن في المجتمع ."[1]، أي كل العمليات والأنشطة التي تهدف إلى تحسين مستوى الحياة وتهيئة السكان المحليَين في شتَى المجالات وهذا ما جاء في تعريف **هيئة الأمم المتحدة سنة 1956:** يشير إلى أنّ " تنمية المجتمع هي العملية التي تستهدف الربط بين الجهود الأهلية وجهود السلطات الحكومية لتحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمعات المحلية وتكامل هذه المجتمعات في حياة الأمم والشعوب وتمكينها من الإسهام الفعال في التقدم القومي."[2]،كما أن تنمية المجتمع المحلي تستهدف تحسين الأحوال والظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهذا يعني أن هذا المستوى من التنمية يتَجه نحو كافة مكونات البناء الاجتماعي في المجتمع المحلي،أي لا يركَز على جانب دون الآخر وبهذا المدخل تكون تنمية المجتمع المحلي تنمية متكاملة."[3]

ومن خلال استقراء تلك التعريفات يمكن الوصول إلى القواسم المجتمعة التي تعتبر الأسس اللازمة لإحداث التنمية في المجتمع المحلي وأهمها :

---

[1] Mary Ross-**community organization-theory and principle ;harger and brothers, Newyork-1955-p39**

[2] احمد مصطفى خاطر- **تنمية المجتمع المحلي،** (الإسكندرية:ا لمكتب الجامعي الحديث، 2000) ص 25

[3] كمال التابعي- تغريب **العالم الثالث، دراسة نقدية في علم اجتماع التنمية،** (القاهرة:دار المعارف، ط1 -1993)ص 25

- التأكيد على مفهوم التنمية الشاملة والمتوازنة بكل جوانبها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والبيئية ذلك لأن التركيز على جانب دون الآخر يؤدي إلى إحداث خلل في الجهود التي تبذل لإحداث التطوير المنشود.
- التأكيد على ضرورة اعتبار تنمية المجتمع المحلي كجزء من مفهوم تنمية المجتمع الكلي للأمة.
- إتباع الأساليب العلمية في وضع السياسات والخطط الرامية إلى تنمية المجتمع المحلي وحل مشاكله.
- إشراك السكان المحليين حسب أنشطتهم وميولهم ومواقعهم المختلفة في إعداد خطط وبرامج التنمية الخاصة بمناطقهم المحلية وتنفيذها وتدريبهم على ممارسة السيادة وتحمل المسؤولية .
- الاستعانة بالخبرات الفنية والاستشارية المتوفرة خارج المجتمع المحلي.
- أهمية دور القيادات المحلية الواعية والقادرة على إحداث التغيير في المجتمعات المحلية نحو الأفضل.
- نشر الوعي لدى مواطني المجتمعات المحلية لتقبل المتغيرات والتطورات وعدم مناهضتهم لها.[1]
- **الخصائص العامة لتنمية المجتمع المحلي:** نذكر من بينها:

تهتم تنمية المجتمع المحلي بكل الناس بالرغم أنه ليس من الضروري أن يشارك كل الناس في مشروعات تنمية المجتمع .

- تركيز تنمية المجتمع دائما بإحداث التغيير الاجتماعي المرغوب.
- تهتم تنمية المجتمع بحياة المجتمع ككل وجميع الاحتياجات الاجتماعية.
- تقوم تنمية المجتمع على فلسفة المشاركة.
- تتضمن تنمية المجتمع دائما مساعدات فنية من عدة جهات.
- تتضمن تنمية المجتمع تخصصات عديدة لإتاحة الخدمات من كافة التخصصات للمجتمع.

[1] أيمن عودة المعاني- الإدارة **المحلية**، (الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع ط1، 2010) ص143

- تهتم تنمية المجتمع المحلي بالأهداف المادية والمعنوية .
- تنمية المجتمع المحلي عملية تعليمية تهتم بالناس وما يحدث لهم من تغيرات وجدانية وفكرية وايجابية تنعكس على سلوكياتهم.
- تتطلب تنمية المجتمع المحلي فترات زمنية طويلة.
- تمارس تنمية المجتمع في أي مجتمع محلي سواء (حضاري، ريفي، صحراوي..)
- تركز تنمية المجتمع في اتخاذ للقرارات على الإنفاق والموافقة بالإجماع أكثر من التصويت الضيق.[1]

وبالتالي فالهدف الرئيسي لتنمية المجتمع المحلي هو مساعدة سكان المجتمعات المحلية على مقابلة حاجاتهم وحل مشكلاتهم وتنمية مجتمعاتهم وكذا مضاعفة الخدمات الصحية والتربوية والترفيهية بما يساهم في رفع المستوى العلمي والعقلي للمجتمع وتحقيق الرفاهية.

نماذج واستراتيجيات تنمية المجتمع المحلي:

إن رسم أيَ إستراتيجية لتنمية المجتمع المحلي يفترض تصوَرا واضحا لطبيعة الأهداف المطلوبة حتى يمكن رسم السياسات التي تتلاءم معها ،أي وضع الأساليب والأفعال التي تسعى إلى تحقيق الأهداف المخطط لها مع الأخذ بعين الاعتبار كافة العوامل التي تؤثر على إمكانية حدوثها أو تطبيقها بشكل فعلي وهذا لا يتأتَى إلا إذا كان هناك تصورا واضحا لطبيعة النظام الاقتصادي والاجتماعي ككل ولنوع العلاقات وأنماط الاستهلاك ونماذج السلوك والاتجاهات وطبيعة المؤسسات الاجتماعية، لقد تناولت العديد من الكتابات والدراسات في الفكر الاجتماعي نماذج تنمية المجتمعات المحلية ونكتفي هنا بعرض بعض النماذج :

[1] ابتسام بنت حمود الحماد وآخرون - **ملخص كتاب القيادة وتنمية المجتمعات المحلية**، (الرياض:مكتبة العمل الخيري ب ،ت) ص6.

نموذج العمل الإنمائي عند تايلور Taylor :

قدَم كارل تايلور نموذجا لخطوات العمل الإنمائي على مستوى المجتمعات المحلية في أحد مقالاته عن تنمية المجتمع، وتمثلت خطوات هذا النموذج في :

- المناقشة المنهجية للحاجات العامة حيث يمّكن ذلك من اكتشاف المشكلات وتحديدها بدقة وتشخيص أسبابها الموضوعية.
- التخطيط المنهجي لتنفيذ برامج المساعدات الذاتية، وهي خطوة تعقب إدراك أعضاء المجتمع لحاجاتهم ومشكلاتهم ومعرفة أسبابها ويتم فيها رسم خطة محلية لمواجهتها.
- تعبئة وتسخير الإمكانيات الاقتصادية والاجتماعية لجماعات المجتمع المحلي.
- تنمية الطموح المحلي وهو ما يولد الشعور بالفخر الجماعي والانجاز والذي يستشير الشعور بالولاء الاجتماعي والتماسك بين أهالي المجتمع المحلي.[1]

نموذج العمل الإنمائي عند وليام بيدل w.bidel:

- قدم بيدل نموذجا ينظر إلى مراحل العمل الإنمائي من زاوية مسؤول التغيَير ويتَضح ذلك من خلال طبيعة المرحلة الأولى وتتمثل مراحل نموذج بيدل في:[2]
- المرحلة الاستكشافية ويقوم فيها إحصائي التنمية بمحاولة اكتساب ثقة أهالي وقيادات المجتمع المحلي وإقناعهم بدوره وأهمية التغيَير بالنسبة إليهم ويتم ذلك من خلال لقاءاته واجتماعاته معهم ومن خلال الدراسات المحلية التي يقوم بها .

[1] محمد عبد الفتاح محمد عبد الله- **تنمية المجتمعات المحلية من منظور الخدمة الاجتماعية** ،(الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث،2006)ص48

[2] المرجع نفسه ص ،ص 49 -50

- المرحلة النقاشية وتكون مهمة أخصائي التنمية في هذه المرحلة توجيه مناقشة الأهالي لمشكلاتهم المحلية مع مراعاة إتاحة الفرصة أمام قيادات المجتمع المحلي للتعبير الحرّ عن أفكارهم ومخاوفهم واختيار البدائل.
- المرحلة التنظيمية ويتم فيها تكليف لجان أو مجلس لجان شعبية لتنفيذ التغيير المقصود.
- مرحلة النشاط ويتم فيها تنفيذ القرارات الجماعية التي تم التوصل إليها والتي تخدم الصالح العام.
- مرحلة التقيَيم ويتم فيها معرفة الجوانب الايجابية والسلبية للعملية التنموية .
- مرحلة الاستمرار ويعمل أخصائي التنمية في هذه المرحلة على جعل العملية الإنمائية عملية تلقائية ومستمرة داخل المجتمع المحلي.
- أما استراتيجيات تنمية المجتمع المحلي حيث يستخدم مفهوم الإستراتيجية في مفهومها التنموي للدلالة على" القواعد العامة التي تحكم رسم خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية ووسائل تنفيذها وهي ترتبط أساسا بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي العام للدولة كما ترتبط بشكل توزيع الأنشطة في إطار الموارد المتاحة"[1]، ويحاول البعض أن يحدَد استراتيجيات متعدَدة يمكن أن تكون ملائمة وقادرة على تحقيق التغيير الاجتماعي المقصود في ضوء برامج التنمية المحلية وتتمثل هذه الاستراتيجيات في :
- إستراتيجية المحافظة على الوضع القائم ولذلك فإن الجهد الأساسي ينصَب في هذه الإستراتيجية على زيادة كفاءة البرامج القائمة وتوسيع نطاقها.
- الإستراتيجية الثورية وتمثل هذه الإستراتيجية عدم الاكتراث بالتوازن الاجتماعي ومحاولة الحفاظ عليه والبرامج التنموية لا يمكن أن يتحقق إلا عن طريق الكفاح والتفاعل.[2]

[1] محمد عبد الفتاح محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 53

[2] أحمد مصطفى خاطر، مرجع سابق، ص122

- إستراتيجية إعادة صياغة المعايير التربوية وتنصب على مختلف عمليات التنشئة الاجتماعية ويعتمد أساسا على مجموعة من البرامج القادرة على تغيير القيم وعلى الارتباط بمعايير جديدة للسلوك وتغيير الأدوار والمراكز والعلاقات الاجتماعية التقليدية.
- إستراتجية العملية الرشيدة حيث يرى كل من "**تشن**" و" **بن**" أن هذه الإستراتيجية تعتمد على نشر التعليم العام وإجراء البحوث العلمية المتعلقة بحل مشاكل الناس في حياتهم اليومية ونشر نتائجها على الناس.[1]

وفي الأخير نشير إلى أن اهتمامنا الأكاديمي بالمجتمع المحلي واستراتيجيات تنميته نابع من قناعتنا أن التنمية عملية تراكمية وتصاعدية وشاملة تبدأ من المحلي الذي لا يمكن تحقيق رفاهية دون الاهتمام بالخدمات والرعاية الصحية المقدَمة له والنابعة عن سياسات معينة.

[1] محمد عبد الفتاح محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 55

المبحث الثاني: الإطار العام للفواعل المحلية:

نتيجة لزيادة احتياجات المواطنين وانشغالاتهم وجب على السياسيَين والحكام مواجهة هذه الاحتياجات والاستجابة لمطالبهم وذلك من خلال مجموعة من البرامج والخطط والتي تأتي كترجمة لما تقوله الحكومة وما تفعله إزاء المشاكل الحساسة وتكوينها يكون نتاج تفاعل مجموعة من الفواعل المساهمة في تنفيذها وتتمثل أهمها في الفواعل المحلية وسوف يتم التطرق إلى هذه الفواعل وما يرتبط بها من رهانات ومصالح وتحديد الإطار القانوني والتنظيمي الذي تعمل وفقه وما تم توفيره لها من إمكانيات وإعتمادات ومدى تكيَفها مع البيئات الثقافية الاجتماعية والاقتصادية وغيرها.

المطلب الأول: مفهوم الفواعل المحلية:

يعتبر موضوع الفواعل المحلية من أهم المواضيع في حقل العلوم السياسية والذي نال جزءا كبيرا من الدراسة والتحليل في الأدبيات الغربية وذلك على عكس الأدبيات العربية التي لم تتناول هذا الموضوع بالدراسة بشكل كبير إلى حد الآن، فقد ظهر في السبعينات تيَار لليبرالية المؤسسية رافضا نظرة الواقعية للسياسات الدولية على أنها مرتكزة حول الدولة وأشار هذا التيار إلى أهمية وضع الفواعل من غير الدول في الاعتبار عند التحليل ومن أمثلتها جماعات المصالح والشركات متعددة الجنسيات والمنظمات غير الحكومية... ويعد كل من **روبرت كوهان** (**Robert keohon**) **وجوزيف ناي**(**Joseph Nye**) أبرز الذين عبَرو عن هذا الاتجاه وأوضح الكاتبان أن ينبغي النظر إلى العلاقات السياسية على أنها مكوّنة من العديد من الفواعل المرتبطة مع بعضها البعض من خلال قنوات مختلفة للتفاعل، أي أن الدولة ليست هي الفاعل الرئيسي أو حتى الأكثر أهمية في السياسات العالمية، كما أنها لا تتميَز عن غيرها من الفواعل الأخرى من حيث الممارسة وتطورت هذه الفكرة فيما بعد حيث يرى البعض من أنصار المنظور

الليبرالي أنه في الوقت الذي تضعف فيه بعض الدول تنتشر العديد من الفواعل الأخرى من غير الدول على المستويات المختلفة المحلية والإقليمية والقومية وعبر القومية.[1]

والفواعل المحلية نعني بهم بالدرجة الأولى القيادات المحلية التي تقع عليهم مسؤولية قيادة وتوجيه التنمية المحلية، وتنظيم تجسيدها على أرض الواقع في حدود الخطة المرسومة لها، في هذا الإطار ينبغي التميَيز بين قيادات محلية منتخبة وأخرى معينة من السلطة المركزية، ونعني بالنوع الأول من القيَادات المنتخبين المحليين الذين تقع على عاتقهم جانب كبير من مسؤولية تنمية الإقليم الذي اختارهم أفراده في هذا الصدد ينبغي مراعاة طرق تشكيل المجالس المنتخبة، حجم الوحدة المحلية نفسها، ودرجة التقدم الحضاري، وما يشدَ الانتباه والملاحظة أن هذه القيادات المحلية من يعتمد على طابع العلاقات غير الرسمية لما قد يكون لها من تأثير كبير على العلاقات الرسمية ،كأن يعتمد القائد المحلي على صلة القرابة أو النسب أو الرأسمال الاجتماعي والرمزي أو غيرها من العلاقات الاجتماعية والذي يعرف عند البعض بالقيَادة التقليدية وهو نوع لا علاقة له بالمركز الإداري الرسمي الذي يحتله الفرد في القرية وإنما يرتبط بشخص القيَادة نفسها، كما يوجد صنف ثالث من القيادات المحلية تقوم على أساس أنواع معينة من الخدمة التي يؤديها ذلك القائد تمكَنه من اكتساب ثقة الجماهير وتزيد من مركزه القيادي نظرا لتمتعه بقدرة متميزة على إنجاز الأنشطة في أحد قطاعات النشاط المختلفة.[2]

[1] أحمد جلال محمود عبده، (**صراع القوى المدينة العسكرية وأثره على السياسة الخارجية التركية في منطقة الشرق الأوسط (2002-2010)**، (رسالة دكتوراه، تخصص إدارة الأعمال ،كلية التجارة،جامعة حلوان القاهرة.) ص108.

[2] جمال زيدان،، مرجع سابق ،ص24

الفواعل في إطار الحوكمة المحلية :

يعتبر دور الفاعلين محورا اهتمامات الحكم الراشد بالنظر لكونهم أدوات تنموية فعلية ومكرَسة لمشاركة المواطن المحلي في إدارة الوحدات المحلية وكل ذلك لا يتجسَد إلا ضمن تحقيق مفاهيم الحوكمة المحلية الجيَدة كتصوَر ومنظور حداثي إصلاحي يؤمن ويعطي الاعتبار لأفضلية الفضاء المحلي كأساس للترشيد الوطني، وتمثل الفواعل المحلية الأساس الحقيقي للتثمين والتمكين لمبادئ الحوكمة المحلية باعتبار أنها فاعل رسمي ويحوز على الأدوات لذلك عن طريق فتح المجال لمشاركة السكان المحليين في صنع القرار وحتى تنفيذه وهذا ما يدعم مفاهيم الشفافية والمساءلة والاستجابة ويشكل بيئة جيدة للتطبيق الفعال لهذه القرارات المتخذة ويضمن تضافر الجهود وتنسيق الأدوار وتكاملها من الأطراف المحلية الرسمية وغير الرسمية في إطار تشاركي يصرَ من المجتمع المدني والمواطن في عملية تنفيذ السياسات وتوفير الشروط لتحقيق التنمية الشاملة والمستدامة.[1]

المطلب الثاني: الفواعل المحلية الرسمية:

تعتبر الفواعل المحلية الرسمية جزءا لا يتجزأ من الدولة، أي أنها تابعة لها بالرغم من وجود اللامركزية التي تعتبر أسلوبا من أساليب التنظيم الإداري، فهي تتحمَل مسؤولية تنفيذ ما يتم رسمه على المستوى المركزي لجميع السياسات الاجتماعية ،الاقتصادية، الثقافية وحتى الأمنية وأي فشل في تنفيذ هذه السياسات سيؤدي إلى فشل العمل الحكومي فيما كلَفت به من مهام من أجل تحقيق التنمية المحلية في المجتمع المحلي والتكفَل بجميع المجالات التعليم، الصحة، العمل على مكافحة انتقال الأمراض المعدية ومكافحة التلوث وحماية البيئة وغيرها ...

[1] محمد سعدي- **متطلبات الحوكمة المحلية الجيدة في الجزائر** ،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي –جامعة محمد بوضياف -المسيلة:كلية الحقوق والعلوم السياسية،قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية2016)ص2.

1- النموذج الفرنسي :

من ناحية التأطير القانوني نص دستور 1958 على أن الجهوية في الجمهورية الفرنسية تتكوَن من الجماعات المحلية والأقاليم بالإضافة إلى إقليم ما وراء البحار، وأشار علاوة على القواعد المتعلّقة بالعلاقات بين السلطات العامة المختلفة ونجد تلك القواعد المتعلّقة بالمنظمات الدستورية للجمهورية وهذه تتعلق بالهيكل الإداري والمحلي للدولة فنجد في المادة الأولى :" فرنسا جمهورية غير قابلة للتجزئة مع الاعتراف بوجود الجماعات المحلية"، وتنص المادة 74 صراحة في دستور **4أكتوبر 1958** "على أن الجماعات المحلية للجمهورية الفرنسية هي البلديات (la communes) والمحافظات(les dèpartement المناطق (Les règions) بالإضافة إلى مناطق أعالي البحار(collectivitè doutre mer)[1]

الإقليم:

لقد تم الأخذ بنظام "الإقليم الإداري" في فرنسا منذ عام 1959 ولكن الأقاليم لم تكن في ذلك الحين تتمتع بشخصية اعتبارية مستقلة عن شخصية الدولة بل كانت تعد امتداد للسلطة المركزية، ومن ثم لم يكن بالإمكان اعتبارها جزءا من الإدارة المحلية، وبصدور قانون 1982 أصبح الإقليم وحدة إقليمية لا مركزية تتمتع بشخصية معنوية مستقلة تدار بواسطة مجلس منتخب عن طريق الاقتراع المباشر شأنها شأن المحافظات والبلديات، ويشترط في المرشَح لعضوية المجلس استيفاء شروط الجنسية والسن والإقامة وغيرها من الشروط العامة للترشح، وتبلغ مدة العضوية ست سنوات يجدد خلالها نصف عدد الأعضاء كل ثلاث سنوات، ويتم انتخاب رئيس المجلس ونوابه وأعضاء "هيئة مكتب الرئيس" من بين الأعضاء

[1] كاهنة شاطري - **تطور اللامركزية الإدارية (فرنسا والجزائر نموذجا)** (مجلة جيل الدراسات السياسية والعلاقات الدولية، جامعة مولود معمري- تيزي وزو- الجزائر- العدد13)ص27

أنفسهم كلما تم تجديد للعضوية ويعقد المجلس بدعوة من رئيسه اجتماعا عاديا مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل كما يجتمع في دورة غير عادية كلما دعت الضرورة إلى ذلك.[1]

المحافظة :

وهي وحدات أكبر حجما من البلديات وتمثل المستوى الثاني للجماعات الإقليمية، حوالي 100 محافظة.[2] أما المجلس العام للمحافظة فيتشكل عن طريق الانتخاب، حيث يتحدد عدد أعضاء المجلس بحسب عدد السكان ومدة المجلس (6) سنوات ويتم تجديد نصف عدد الأعضاء كل 3 سنوات ويتم انتخاب الرئيس من قبل الأعضاء لمدة (3) سنوات، حيث يشترط للفوز برئاسة المجلس حصول المرشح على أغلبية أصوات الأعضاء الحاضرين ويشترط فيمن يترشح لعضوية المجلس بالإضافة إلى الجنسية والسن أن يكون مقيما بالمحافظة أو من دافعي الضرائب فيها، ويجتمع المجلس بدعوة من رئيسه مرة كل 3 أشهر على الأقل كما يجوز دعوة المجلس لجلسات غير عادية كلما دعت الضرورة، ويتشكل المجلس من لجنة تتكون من 4-7 أعضاء ولمدة عام مهمتها القيام بإدارة شؤون المجلس فيما بين أدوار الانعقاد كما تتولى مناقشة الموضوعات التي يعرضها المجلس عليها لإبداء الرأي بشأنها وذلك قبل اجتماع المجلس بعشرة أيام على الأقل.[3]

البلديات :

تعدَ البلدية الوحدة الإدارية الأساسية في نظام الإدارة المحلية الفرنسي ويكون موقعها في قاعدة الهرم للتقسيم الإداري في فرنسا بعد الإقليم والمحافظة.

---

[1] محمد علي الخلايلة –**الإدارة المحلية وتطبيقاتها في كل من الأردن وبريطانيا وفرنسا ومصر-دراسة تحليلية مقارنة**، (عمان: ديوان الثقافة للنشر والتوزيع ط2013)ص 80

[2] كاهنة شاطري، مرجع نفسه ،ص27

[3] محمد الخلايلة، مرجع سابق ،ص82

ومما تجدر الإشارة إليه أن لفظ البلدية (commune) يطلق على المدن والقرى على حدَ سواء وعلى الرغم من التفاوت فيما بينها من حيث الأهلية وعدد السكان، حيث يصل إجمالي عدد البلديات في فرنسا

في الوقت الحاضر إلى (500–36) بلدية والتي في معظمها لا تتضمَن إلا عددا قليلا من السكان حيث أن هناك (200–32) بلدية لا يزيد عدد سكانها عن 2000 نسمة ولعلَ هذا الأمر بعد من أهم المشاكل التي تواجه التنظيم البلدي في فرنسا ويظهر طابع اللامركزية الإدارية واضحا في نظام البلديات الفرنسي حيث أن رجل التقيَيد بها وهو العمدة يتم اختياره بطريق الانتخاب من بين أعضاء المجلس البلدي.[1]

ويتشكل المجلس البلدي في كل بلدية من البلديات الفرنسية عن طريق الانتخاب العام والمباشر ،وتتفاوت أعضاء المجلس البلدي من مجلس إلى آخر، نظرا لاختلاف عدد سكان البلديات حيث يتراوح عددهم بين(9–69) عضوا، ويكون انتخاب أعضاء المجلس البلدي لمدة ست سنوات وتنتهي بانتهاء هذه المدة عضوية الجميع في المجلس البلدي، ويجتمع المجلس في دورات انعقاد عادية مرة كل ثلاثة أشهر ولمدة أسبوعين (باستثناء الدورة التي تناقش فيها الميزانية التخطيطية التي تستمرَ لمدة 6أسابيع) كما يجوز عقد دورات غير عادية كالما دعت الضرورة لذلك.[2]

اختصاصات المجالس المحلية في فرنسا:

تأخذ فرنسا بمبدأ إطلاق اختصاصات الجماعات المحلية في كل ما يهَم الشؤون المحلية دون أن يتَم تحديدها بشكل حصري بحيث تحدد مجالات عامة لهذه الاختصاصات وتتمثل في:

[1] سامي الحمداني، **الإدارة المحلية وتطبيقاها والرقابة عليها**، (القاهرة: المركز القومي للإصدارات القانونية ب،ت) ص201.

[2] سامي الحمداني، مرجع سابق ،ص206.

مجلس الإقليم الذي يتولى إجراء المناقشات والمداولات حول المسائل التي تهم الإقليم مباشرة وتتركز بصفة أساسية حول التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعلمية وللمجلس أن يقدَم القومية الخاصة بتقديم المساعدات المالية التي تقدَمها الحكومة المركزية لأغراض الاستثمارية الرأسمالية في الإقليم، كما يساهم المجلس في تنفيذ مشروعات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دائرة الإقليم.

أما مجلس المحافظة فيتولى تنظيم سير العمل في المحافظة والهيئات المحلية الواقعة في نطاقها وتحديد اختصاص كل منها إنشاء هيئة عامة مشتركة مع البلديات والهيئات العامة لتقديم المشورة في مجال الأعمال الفنية والمالية والقانونية ووضع اللوائح الداخلية في حدود القواعد العامة التي يحدَدها القانون لاختصاصات المجلس التصويت على الميزانية التخطيطية للمحافظة والعمل على تنفيذها،إنشاء وإدارة المرافق المحلية التي تعود بالنفع العام على المجتمع المحلي والإشراف على أملاك الدولة داخل النطاق المحلي للمحافظة، والمجلس البلدي يختص بإدارة وتنظيم كافة الشؤون المحلية التي تهم المجتمع المحلي وله في سبيل تحقيق ذلك وضع لوائحه الداخلية والتصويت على الميزانية وتقدير الرسوم والضرائب المحلية وعقد القروض وتحديد أولوية الخدمات، كما يتولى المجلس انتخاب رئيسه ومساعديه والرقابة عليهم وعلى الموظفين التابعين للمجلس والهيئات المحلية.[1]

2- النموذج البريطاني:

مرَ النموذج البريطاني في العصر الحديث بعدة تطورات أبرزها كان في سنة 1985م حيث ألغي مجلس لندن الكبير وكذلك مجلس المقاطعات الحضرية عندما عدل قانون الحكم المحلي وأصبح يأخذ في الوقت الراهن مستويات التنظيم التالية :[2]

[1] محمد الخلايلة، مرجع سابق، ص103 .

[2] العربي غويني - **إصلاح الإدارة المحلية كطريق لتحقيق التنمية المحلية في الوطن العربي** ،(الجزائر:النشر الجديد الجامعي ط 2016)ص21

المقاطعات :

تشكّل المقاطعات في انجلترا المستوى الأعلى للحكم المحلي وتضم عددا من المراكز ويوجد في إقليم انجلترا ست مقاطعات حضرية ولا يوجد بها مجلس محلي للمقاطعة وإنما توجد مجالس محلية للأحياء ومقاطعات ريفية، وتكون من أحياء وبلديات صغيرة ولهذه البلديات مجالس مجلس الأبرشية أو المجلس البلدي أو مجلس المجتمع.[1]

المراكز:

تشكل المراكز في بريطانيا المستوى الثاني للحكم المحلي، وتنقسم إلى مراكز حضرية وأخرى ريفية، ويعود أصلها في بريطانيا إلى مجالس المائة التي كانت عبارة عن تقسيم إداري للمقاطعات خلال القرن العاشر ميلادي، ومع صدور قانون الحكم المحلي لسنة 18940 ثم تنظيم هذه المراكز وعهد بإدارتها إلى مجالس منتخبة.

الهيئات الواحدة:

تعتبر الهيئة الواحدة عن مستوى وحيد للحكم المحلي، وقد ظهرت فكرة إنشاء مستوى واحد في بعض مناطق انجلترا بداية من سنوات التسعينات من القرن العشرين(20) حيث عهد بموجب قانون الحكم المحلي لسنة 1992 إلى لجنة تدعى لجنة الحكم المحلي في انجلترا مهمة اقتراح المناطق التي يمكن أن تدار بأسلوب الهيئة الواحدة، وقد استمر عمل هذه اللجنة إلى غاية سنة 2010 وتمخض عن اقتراحاتها إنشاء 46 هيئة واحدة.

[1] العربي غويني، المرجع نفسه ،ص22 .

مجلس الأبرشيات:

تشكل الأبرشيات في انجلترا قاعدة الحكم المحلي وتعود أصول الأبرشية إلى الترتيبات المختلفة التي وضعها المواطنون في الوقت الذي كان فيه الحكم الذاتي الأسلوب الوحيد للحكم النابع في المجتمعات المنعزلة، ومع صدور قانون الحكم المحلي لسنة1894 أصبحت الأبرشيات مدينة وأبعدت عن نفوذ الكنيسة إذ أسس هذا القانون مجالس منتخبة تدير شؤون والأبرشيات، ويقابل الأبرشيات في ويلز الكميونات (communes) وهي إن كانت من الناحية النظرية تعد مستوى ثالث للحكم المحلي، إلا أنها مثل الأبرشيات في انجلترا محدودة الصلاحيات والنطاق الجغرافي .[1]

هيئة لندن الكبرى:

بدأ التنظيم القانوني للندن من سنة 1988 حيث أنشأ قانون الحكم المحلي الذي صدر في تلك السنة مجلس مقاطعة لندن وصدر لاحقا قانون حكومة لندن سنة1899 أسس ثمانية وعشرين مجلس حي حضري في لندن عاملة ضمن نطاق مجلس مقاطعة لندن.

وفي سنة 1963 صدر قانون حكومة لندن، وأصبحت لندن بموجب تعرف "بلندن الكبرى" وأبقى هذا القانون على مجلس لندن الكبرى الذي يضم عددا من الأعضاء المنتخبين وشيوخا " Aldermen" معنيين إضافة إلى تأسيس مناطق لندن عددها إثنان وثلاثون منطقة تديرها مجالس منتخبة.[2]

[1] كمال جعلاب، **الإدارة المحلية وتطبيقاتها (الجزائر -بريطانيا- فرنسا)**،(الجزائر:دار هومة للطباعة والنشر ،2017)ص210.

[2] كمال جعلاب، مرجع سابق ،ص 211

تشكيل المجالس المحلية في بريطانيا:

يتحدَد تكوين المجالس المحلية في نظام الحكم المحلي البريطاني بتشريع برلماني، وقد يكون تشريعا عاما ينطبق على جميع أنواع المجالس أو خاصا ينطبق على مجلس معين دون المجالس الأخرى.

1 - مجلس المقاطعة: (coonty council)

يتكون مجلس المقاطعة أو الإقليم من نوعين من الأعضاء هما الأعضاء العاديَين المنتخبين والأعضاء الشيوخ، ويتراوح عددهم مابين 60-80 عضوا بالإضافة إلى رئيس المجلس ويتم انتخاب الأعضاء العاديين من بين مواطني المقاطعة عن طريق الاقتراع العام المباشر، ويشكَلون ثلاثة أرباع العدد الكلي للمجلس ومدَة العضوية في هذه المجالس أربع سنوات يتجدد ثلثهم كل سنة، حيث تم اعتزال ثلث العدد بطرق القرعة بعد مرور السنة الأولى، وتجري الانتخابات لشغل المقاعد الخالية تحقيقا لفكرة التجديد المستمر في عضوية المجالس المحلية وليس هناك مانع من إعادة ترشيح العضو الذي خرج بالقرعة.

أما الأعضاء الشيوخ فيقوم الأعضاء العاديون (المنتخبون) باختيار عدد يماثل ثلث عددهم من داخل أو خارج المجلس ممن تتوفر فيهم الكفاءة التي يحتاجها المجلس، بالإضافة إلى ضرورة توفر شروط العضوية وينتخب الشيوخ (Aldermen) لمدة ست سنوات يجدد نصفهم كل ثلاث سنوات والهدف من ذلك تزويد بالكفاءات اللازمة مع توفير عنصر الاستقرار والثبات في الحكم المحلي.[1]

2- مجالس المراكز:

وهي تشمل المراكز الحضرية ولا تختلف عن مجالس المقاطعات من حيث تكوينها حيث يتم اختيار أعضاءها عن طريق الانتخاب ولمدة أربع سنوات، ويتم تجديد ثلث الأعضاء كل سنة عن طريق القرعة

[1] هاني علي الطهراوي- **قانون الإدارة المحلية (الحكم المحلي في الأردن وبريطانيا)** (الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع ط1-2014)ص240

ليتم إجراء انتخابات تكميلية لملئ الشواغر مع السماح للعضو الذي خرج اسمه بالقرعة بإعادة ترشيحه مرة أخرى، ويتم أيضا اختيار رئيس ونائب لرئيس المجلس من بين أعضاءه.

ويتراوح عدد أعضاء مجالس المراكز الحضرية من (50–80) عضوا بينما يتراوح أعداد أعضاء مجالس المراكز الحضرية أو الريفية من(30إلى 60) عضوا.[1]

مجلس الأبارشية :

تشكل الأبراشية التي يزيد عدد سكانها عن 300 سنة مجلس محلي يتكون من 3–10 أعضاء يتَم اختيارهم بالانتخاب السري المباشر لمواطني القرية لمدة ثلاث سنوات تنتهي بعدها عضوية الجميع، أي أن مبدأ التجديد الجزئي غير المعمول به في هذا النوع من المجالس ويقوم أعضاء المجلس بعد انتخابهم باختيار رئيس لهم من بينهم أو من خارج المجلس ويجتمع المجلس مرة واحدة سنويا.

كما يعقد اجتماعا للناخبين مرتين على الأقل سنويا وهذا الاجتماع هو نوع من الرقابة على المجلس ويتولى المجلس الإشراف على تقديم الخدمات المباشرة للقرية مثل إنشاء الحمامات والمغاسل، والترخيص للمحلات أو المعامل وصيانة الطرق، أما القرى التي يقل عدد سكانها عن 300 نسمة فإن السلطة فيها تتمثل في اجتماع الناخبين.[2]

مجلس مدينة لندن الكبرى: تميَزت العاصمة لندن بتنظيم إداري مستقل عن تنظيم المجالس المحلية الأخرى في بريطانيا كونها عاصمة البلاد مما يجعلها تكسب أهمية سياسية واقتصادية وقد مرّ تنظيم المجالس المحلية في ثلاث مراحل هي:

[1] سامي الحمداني- مرجع سابق ،ص 186.

[2] هاني علي الطهراوي، مرجع سابق، ص244

المرحلة الأولى: في ظل الحكم المحلي لمدينة لندن سنة 1963 حيث تشكلت بموجبه ثلاثة مجالس محلية هي مدينة لندن الكبرى والذي يضم 92 عضوا يتم انتخابهم لمدة أربع سنوات دون الأخذ بنظام التجديد الجزئي المعمول به في مجالس المقاطعات والمراكز والنوع الثاني من المجالس هو مجالس الأحياء اللندنية التي تبلغ 32 مجلسا، أمَا المجلس الثالث فهو مجلس مدينة لندن التاريخية يصل عددهم حوالي 159 عضوا يتم انتخابهم لعام واحد فقط بالإضافة إلى 25 عضوا من الشيوخ يتَم انتخابهم من هيئة الناخبين وتكون عضويتهم مدى الحياة.[1]

المرحلة الثانية: تم إلغاء مجلس مقاطعة لندن الكبرى بموجب قانون الحكم المحلي سنة 1985 وحوّلت العديد من اختصاصاته إلى مجالس المناطق في لندن.[2]

المرحلة الثالثة: التي شهدت صدور قانون سلطة لندن الكبرى سنة 1999 النافذ حاليا وقد أبقى هذا القانون على مجالس الأحياء اللندنية المذكورة أنفا وأنشأ هيئة جديدة أسماها سلطة لندن الكبرى وتتألف هذه السلطة من محافظا لندن (أو عمدة لندن) الذي ينتخب بشكل مباشر من جمهور لندن، ومجلس محافظة لندن الذي يتكون من 25 عضوا يتم انتخابهم لمدة أربع سنوات لمرة واحدة ويتم انتخاب رئيس المجلس من بين أعضاءه.[3]

اختصاصات المجالس المحلية في بريطانيا :

تتدرج اختصاصات المجالس المحلية في بريطانيا في مستويات متعددة ومختلفة ويختلف حجمها ونوعيتها من وحدة محلية إلى أخرى وبصورة عامة يمكن أن نوجزها في المجالات التالية :

[1] سامي الحمداني- مرجع سابق،ص187

[2] كمال جعلاب- مرجع سابق ،ص211

[3] سامي الحمداني، مرجع سابق ،ص 187

1- **خدمات البوليس والدفاع المدني:** يتولى كل مجلس محلي إدارة شؤونه الأمنية على نحو مستقبل من خلال لجنة يشكّلها لهذا الغرض باستثناء الوضع في العاصمة حيث تخضع قوات البوليس فيها لوزير الداخلية مباشرة، ومن جانب آخر فإنه يقع على عاتق هيئة المطافئ التابعة للمجلس المحلي اتخاذ كافة التدابير اللازمة لمنع الحوادث والحرائق وتهيئة البلاد لمواجهة أية ظروف طارئة بالتنسيق مع السلطات المركزية.

2- **خدمات الصحة العامة:** وتشمل خدمات الصحة العامة (Service public Health) خدمات التمريض ورعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية والتعليم ضد الأمراض بأنواعها المختلفة، كما تشمل تقديم خدمات الإسعاف والحفاظ على البيئة من التلوث وتجنيب سكان الوحدة المحلية مخاطر النشطة المزعجة أو المقلقة للراحة والإشراف على مصادر المياه الخاصة بالشرب ومشروعات الصرف الصحي.[1]

3- **خدمات الأفراد:** (Personal Services) وهي خدمات تنهض بمستوى الأفراد ثقافيا واجتماعيا وتشمل خدمات الإسكان والترفيه وخدمات التعليم مثل إنشاء وتجهيز وإدارة المدارس ومراكز التدريب وكليات التعليم التالية للمرحلة الثانوية وتقديم المنح الدراسية لغير القادرين ماديا وإنشاء المكتبات وقاعات الفنون والمتاحف، يضاف إلى ذلك الخدمات الاجتماعية مثل مساعدة المعوزين وذوي العاهات ورعاية الأطفال المتشردين .

4- **خدمات تجارية وصناعية:** (Commnersnel ondindustriol service) تبذل المجالس المحلية جهودها لجذب عدد من الصناعات إلى مناطق اختصاصها بهدف رفع وتحسين

[1] محمد علي الخلايلة، مرجع سابق ص101

مستواها الاقتصادي، وقد حدد القانون على سبيل الحصر الأعمال التجارية والصناعية التي يحق للمجالس المحلية ممارستها والاختصاصات التي تزاولها وبنسبة لهذه الأعمال.[1]

المطلب الثالث: الفواعل المحلية غير الرسمية :

مع نهاية القرن العشرين أصبحت السياسة الدولية تضم إلى جانب الدول العديد من الأعضاء الفاعلين الآخرين، وهم يتعاطون مع بعضهم البعض من جهة ومع الدول والمنظمات من جهة أخرى ويطلق على هذا النوع من الفاعليَين اسم الفواعل غير الدولاتية، والتي يمكن اعتبارها بالغة الأهمية محليا إذ أنها تعمل على ربط الجسور بين أعضاؤها الفاعلين في المجتمعات كما تعمل على تزويد أعضاؤها بالموارد في المجلات المحلية ومختلف القضايا، ويقصد بالفواعل غير الدولاتية أو غير الرسمية تلك الأطراف المؤثرة في مختلف السياسات الوطنية والدولية وقد تكون هذه الأطراف إما منظمات تطوعية أو مؤسسات...بحيث لا تنشأ هذه الأطراف من قبل الدولة، ويعرَفها **جيمس روزنو (James rosnau)** "بأنها : الفواعل خارج السيادة "free actors sowreignty " وهي القوى الفاعلة من المنظمات غير الحكومية ،شركات متعددة الجنسيات، جمعيات أهلية،الإعلام ...الخ والتي تجاوزت الإطار الوطني ما جعل الحدود الجغرافية القومية مخترقة تماما، حيث أن هذا الاتجاه تقوى بفضل تقنية المعلومات التي لا تعرف حدودا لها."[2]

وتتمثل أهم الفواعل غير الرسمية في :

[1] هاني علي الطهراوي ،مرجع سابق ،ص274

[2] كنزة حشايشي، **دور الفواعل اللادولاتية في صنع السياسة العامة** (مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر، تحت إشراف مبروك ساحلي، تخصص سياسات عامة مقارنة، جامعة العربي بن مهيدي- أم البواقي-كلية الحقوق والعلوم السياسية ،قسم العلوم السياسية، 2014-2015) ص14

أولا: المجتمع المدني:

يعتبر مفهوم المجتمع المدني من المفاهيم الأكثر إثارة للنقاش، ذلك أن دلالة هذا المفهوم ليست محددة بنفس الشكل بالنسبة للجميع، لما يكتفيه من غموض راجع إلى طابعه المعقد ولما يحتويه من مضامين متعدَدة وهو غموض ليس بالجديد فمنذ ظهوره في المجتمعات الغربية الحديثة يثير كثيرا من الجدل والنقاش إلى درجة أنَ استعمال هذا المفهوم يكاد يختلف جذريا من مؤلف لآخر.[1]

فعند تناولنا لمفهوم المجتمع المدني بداية من الفكر الغربي القديم (العصر الكلاسيكي) أي الزمان المرجعي الذي تم فيه صياغة هذا المفهوم ويمثل هذه المرحلة من الفكر (المدرسة الكلاسيكية) ومفهوم المجتمع المدني لديهم ووفقا لصياغة الأولى هو كل تجمع بشري خرج من حالته الطبيعية (الفطرية) إلى الحالة المدنية التي تتمثَل بوجود هيئة أساسية قائمة على إنفاق تعاقدي، وبهذا المعنى فالمجتمع المدني المنظم تنظيما سياسيا وهو يضم المجتمع والدولة معا لا تمييز بينهما.[2]

أما بالنسبة لمفهوم المجتمع المدني لدى الفكر الغربي الحديث (الليبرالي الماركسي) وعلى رأسه **هيجل hegel** فهو يمثل الحيَز الاجتماعي والأخلاقي والواقع بين العائلة (الأسرة) والدولة ومن ثم يتكون من أفراد لا يرون غير مصالحهم الخاصة ويتعاملون فيما بينهم لتحقيق حاجاتهم المادية.

وبالتالي فهو مجتمع الحاجة والأنانية وعلى هذا فهو في حاجة مستمرة إلى المراقبة الدائمة من طرف الدولة ويترتَب على هذا أن المجتمع المدني عند هيجل ليس شرطا للحرية وإطارا طبيعيا لها.[3]

---

[1] حسن قرنفل، **المجتمع المدني والنخبة السياسية، إقصاء تكامل، إفريقيا الشرق**، (الدار البيضاء، ط2-2002)ص53

[2] أحمد شكر الطيبي، **إشكالية مفهوم المجتمع المدني،**(أطروحات رسالة دكتورة، بيروت:مركز دراسات الوحدة العربية، سنة2002)ص20

[3] أحمد شكر الطيبي مرجع سابق، ص، ص 22-23

أما **كارل ماركس (Karl-marx)** نظر للمجتمع المدني باعتباره الأساس الواقعي للدولة وقد شخصه في مجموع العلاقات المادية للأفراد في مرحلة محدودة من مراحل تطور قوى الإنتاج ومن ثم فالمجتمع المدني يشكّل عند ماركس كل الحياة الاجتماعية قبل نشوء الدولة وهو مجال للصراع الطبقي والمنافسة الاقتصادية، ولقد تطور مفهوم المجتمع المدني على يد الفيلسوف **أنطونيو جرامشي (Antonio Gramsci)** حيث رأى أن المجتمع المدني ليس مجال للمنافسة الاقتصادية كما رأى كل من هيجل وماركس كل بطريقته الخاصة بل هو مجال للتنافس الإيديولوجي.[1] ،وبهذا فإن المجتمع المدني في فكر جرامشي هو المجال السياسي والفضاء الذي تتكوَن فيه الإيديولوجيات المختلفة وتنشر والتي تؤدي إلى تماسك الجسد الاجتماعي بعضه إلى بعض، فهو تلك المساحة التي تشغلها النشطة والمبادرات الفردية والجماعية التي تقع بين المؤسسات والأجهزة ذات الطبيعة الاقتصادية من ناحية وأجهزة الدولة الرسمية من ناحية أخرى، في حين اعتبر **لتوكفيل (Tocqueville)** المجتمع المدني بأنه السلطة اللامتناهية من الجمعيات والنوادي التي تضم إليها المواطنون بكل عفوية وربط ضمان الحرية السياسية بالقوانين والعادات أي الوضعية الأخلاقية والفكرية للشعب.

ومن هنا تبرز أهمية المرتبة وأهمية المواطنة كمكانة قانونية باعتبارها مجموعة أدوار اجتماعية ومجموعة من الصفات الأخلاقية[2]، وأكد توكفيل أنه لابدَ للمجتمع من عين فاحصة ومستقلة هذه العين الفاحصة ليست سوى مجموعة متعددة من الجمعيات المدنية الدائمة اليقظة القائمة على التنظيم الذاتي وهي بالضرورة اللازمة لتقوية الثورة الديمقراطية.[3]

---

[1] حسان محمد شفيق - **الملامح العامة لعلم الاجتماع السياسي (بغداد**: مطبعة جامعة بغداد سنة 1986) ص116

[2] محمد كرو- **المثقفون والمجتمع المدني في تونس** في:أحمد صادق سعد وآخرون، الانتلجنسيا العربية،المثقفون والسلطة،تحرير سعد الدين إبراهيم (عمان:منتدى الفكر العربي ،سنة1988)ص133

[3] عبد الباقي الهرماسي- **ندوة المجتمع المدني في الوطن العربي ودوره في تحقيق الديمقراطية** ،(بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية سنة1992)ص 93

ونستنتج في الأخير عناصر مشتركة يوافق عليها أغلب الذين تحدَثوا عن المجتمع المدني في إطار الحضارة الغربية ذلك أنه رابطة اختيارية يدخلها الأفراد طواعية ولا تقوم عضويته على الإجبار ويشمل العديد من المكونات من بينها المؤسسات الإنتاجية والطبقات الاجتماعية وجميع المؤسسات (الدينية التعليمية، والنوادي..)

المجتمع المدني في الفكر العربي:

قد نواجه صعوبات في تحديد وجود للمجتمع المدني في الفكر العربي باعتبار أن هذا المفهوم مرتبط أساسا بالغرب، فهل يعني أن الخبرات التاريخية والواقع الراهن في الدول الأخرى لم تعرف ظاهرة المجتمع المدني؟ وإذا كان هناك مجتمعات أخرى تعرف هذه الظاهرة فما هي خصوصياتها؟.

ظاهرة المجتمع المدني ظاهرة نسبية وهي ليست حكرا على الغرب مثل غيرها من الظواهر والمفاهيم الإنسانية الأخرى، فهذه الظاهرة عرفتها مجتمعات ودول عديدة لكن الفارق يكمن في درجة نضج وتبلور المجتمع المدني حيث أنه من المتصور وفي ضوء خصوصية وواقع المجتمعات وجود مكوَنات وأشكال تتميَز عن بعضها البعض نوعا ما وذلك بحكم التفاعلات والتحركات الخاصة بكل مجتمع فضلا عن الأطوار الحضارية التي تعيشها هذه المجتمعات.

وهو ما يمكن أن نسميه اصطلاحا المجموعات الأهلية في التاريخ الاجتماعي والسياسي العربي فمقابل صيغة مؤسسات الدولة نقرأ في مقدمة **ابن خلدون** صيغ أهل العصبية وأهل الحرف والصنائع والطرق والفرق وجميع هذه الصيغ تعبَر عن وجود اجتماعي سياسي، ومؤسسات مجتمع تجري فيه أشكال من الإنتاج والتبادل وأنماط من الثقافة والاجتهاد الفكري والفقهي وتعبيرات من العمل السياسي والنقابي.[1]

[1] وجيه كوثراني- **مشروع النهوض العربي وأزمة الانتقال من الاجتماع السلطاني إلى الاجتماع الوطني** (بيروت: دار الطليعة،1995) ص87.

المجتمع المدني في الفكر العربي المعاصر:

يمكننا القول أن الاستعمال الشائع لمفهوم المجتمع المدني في وطننا العربي يطرح في إطار تحديدات متباينة منها ما يتعلق ببنية وتكوين المجتمع المدني، وفي هذا يذهب اتجاه أول إلى جعل المفهوم مفتوحا يتضمن تنظيمات ومؤسسات تقليدية وحديثة، ويعرف على أنه مجموعة المؤسسات والتنظيمات والأنشطة التي تحتل مركزا وسيطا بين العائلة باعتبارها الوحدة الأساسية التي تنهض عليها البنيان الاجتماعي في المجتمع من ناحية والدولة ومؤسساتها وأجهزتها ذات الصبغة الرسمية من ناحية أخرى، بمعنى أنه بشكل عام كل التنظيمات الخاصة المرتبطة بالدولة وخارج إطار العائلة.[1]

يعرفه آخر بأنه :" مجموعة التنظيمات التطوعية الحرَة التي تملأ المجال العام بين الأسرة والدولة أي بين مؤسسات القرابة ومؤسسات الدولة التي لا مجال للاختيار في عضويتها هذه التنظيمات الطوعية الحرة تنشأ لتحقيق مصالح أفرادها أو لتقديم خدمات للمواطنين أو لممارسة أنشطة إنسانية متنوعة وتلتزم في وجودها ونشاطها بقيَم ومعايير مثل المشارك والإدارة السلمية للتنوع والاختلاف."[2]

ويلاحظ أن هذه التنظيمات في تحديدها للمجتمع المدني متأثرة بالمفهوم الغربي خصوصا هيجل فالمجتمع المدني هو مجمل التنظيمات غير الإرثية وغير الحكومية التي تنشأ لخدمة المصالح أو المبادئ المشتركة لأعضائها، وبالتالي فالمجتمع العربي يأخذ بالمفهومين للمجتمع المدني: التقليدي من حيث استمرار ذو العرش والقبيلة، والحديث : من خلال الجمعيات المدنية، وهنا يجدر الاستدراك حيَال المقارنة بين المجتمع المدني الحديث والمجتمع التقليدي بالتنبيه على أن هذه المقارنة لا تحمل في طيَاتها المفاضلة بين مؤسسات المجتمع المدني الحديث ومؤسسات المجتمع الأهلي القديم، خاصة وأن التاريخ

[1] محمد إبراهيم خيري الوكيل- **دراسة تحليلية مقارنة (مصر –فرنسا -السعودية)**، (القاهرة : مركز الدراسات العربية للنشر والتوزيع، 2015)ص47

[2] المرجع نفسه ،ص48.

يخبرنا دائما أن الثابت فيه ليس أبديا، بمعنى أن هناك صورة في الماضي تتحدَد في الحاضر مع تبدَل لهذه الصورة في وظائفها الاجتماعية والسياسية وهذا من مرحلة لأخرى.[1]

أهمية المجتمع المدني:

تكمن أهمية المجتمع المدني في قدرته على تأطير المواطنين للعمل التطوَعي في الشأن العام وكل قيم المشاركة المدنية والتنمية بالشراكة والتقليل من قوة معوقات عملية التنمية المحلية والمتمثَلة في طغيان الروابط التقليدية والعائلية والمناطقية في عمل الكثير من المؤسسات وبدأ يكتسب أهمية متزايدة يوم بعد يوم ولاسيَما مع اتساع الهوة بين الموارد وازدياد احتياجات الشعوب حيث برز لسدَ تلك الفجوة وبظهور دور المجتمع المدني في عملية التنمية المحلية من خلال :

- **دور المجتمع المدني في التنمية الاجتماعية:** ينطلق الدور الذي يقوم به المجتمع المدني في مجال التنمية الاجتماعية من خلال القيام ببرامج التوعية للنهوض بتنظيم الأسرة ورعاية الطفولة والأمومة وتحسين مستوى الخدمات الصحية الأولية ومن خلال مكافحة الفقر والتهميش الاجتماعي فالمجتمع المدني يعمل على البحث وجمع إحصائيات المعوزَين وهذا عن طريق الجمعيات باعتبارها الأقرب للمواطن والعمل على تكريس قيَم التضامن في الإعانات الاجتماعية والصحية وغيرها ويعمل المجتمع المدني لمكافحة الفقر والتهميش الاجتماعي من خلال الآتي :

- تدعيم التعليم من خلال ترسيخ فكرة التعليم للجميع، حيث يعمل من خلال جمعياته ومؤسساته المختلفة على تحقيق هدف التعلَم لصالح الجميع ويمكن لنا التطرق على تجربة منظمة المجتمع

[1] أحمد شكر الصبيحي – **مستقبل المجتمع المدني في الوطن العربي** ،(بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، ط2) ص29

المدني في بنغلاديش حيث قامت هذه المنظمة التي تعمل في مجال تنمية الريف بتقديم برنامج للتعليم الأساسي للأطفال الفقراء (قامت بإنشاء 21 ألف مدرسة ابتدائية) .

– الاهتمام بالصحة حيث تقوم الجمعيات المدنية وبمشاركة الأطباء لتوعية الأم الحامل وكيفية حماية الصحة لأن أساس التنمية هو القضاء على الأمراض. [1]

دور المجتمع المدني في التنمية الاقتصادية المحلية: وذلك من خلال القضايا التالية:

أ: التعريف بالمسؤولية الاجتماعية للشركات: حيث أن للمسؤولية الاجتماعية علاقة وطيدة بالتنمية المحلية والمستدامة فهي تدخل ضمن أبعادها الثلاثة البيئي والاقتصادي والاجتماعي ومن خلال تحميل الشركات لمسؤولياتهم الاجتماعية تستطيع هذه الأخيرة تفادي ما يمكن أن يحدث جراء سعيها وراء تحقيق مصالحها وأرباحها.

ب: الكفاءة في تقديم الخدمات :إن متطلبات المجتمع المدني تستطيع أن تقدَم خدمات بمستوى جودة أعلى وبتكلفة أقل من الناحية الاقتصادية مما لو قامت بها الحكومة ولاسيما في الدول النامية التي تعاني حكوماتها عادة من البيروقراطية وارتفاع التكاليف في تنفيذ المشاريع، فضلا عن ذلك فإن منظمات

المجتمع المدني تكون عادة موجودة في المجتمع المحلي أي قريبة من الناس ومن هنا تكون أكثر دراية باحتياجات المجتمع.

[1] علي ديهوم، فتحي أبو رزيزة - **المجتمع المدني ودوره في عملية التنمية المحلية** ،(المؤتمر الاقتصادي الأول (الاستثمار والتنمية في منطقة الخمس)،(الجامعة الأسمرية، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية،قسم العلوم السياسية،27/25،ديسمبر،2017) ص4.

د: تشجيع العمل التطوعي: يعدَ بمنزلة استثمار لوقت الفراغ لجميع المتطوعين بشكل عام ولفئة الشباب العاطلين عن العمل بشكل خاص حيث تؤكد بعض الدراسات وجود علاقة طردية موجبة وارتباطا وثيقا بين حجم العمل التطوعي، داخل اقتصاد ما وبين حجم الدخل القومي في ذلك الاقتصاد حيث تشير هذه الدراسات أن معدل ساعات التطوع المبذول في الولايات المتحدة الأمريكية يوازي عمل تسعة ملايين موظف.[1]

دور المجتمع المدني في التنمية البيئية (حماية البيئة): تزداد أهمية المجتمع المدني ونضج مؤسساته في المحافظة على البيئة لما يقوم به من نشر ثقافة بيئية وخلق مبادرة ذاتية لرفع مستوى الوعي البيئي، ولما له من أهمية في تزويد بمعرفة للتعامل مع المشاكل المعاصرة للبيئة وهو من أهم الوسائل التي تحقق أهداف لحماية وصيانة البيئة.[2]

فقد تمَ الاعتراف بمشاركة منظمات المجتمع المدني في المحافظة على البيئة على المستويين الدولي والداخلي، نظرا للدَور الذي يلعبه في المشاركة في اتَخاذ القرارات البيئية وصياغة السياسات العامة البيئية وترجع هذه الأهمية إلى طبيعة المجتمع المدني في حد ذاته فهو يجمع بين عدَة تنظيمات على شاكلة المنظمات الدولية غير الحكومية، الجمعيات البيئية ،إضافة إلى الخصائص والمميزات التي ينطوي عليها المجتمع المدني كالانفتاح وتضمنه للخبرات المختلفة وقدرته على تعبئة الجماهير وقيَادة حملات التوعية والتحسين وكذا تجنيد المواطنين للدفاع عن القضايا التي تهمه.[3]

---

[1] علي دهيوم، مرجع سابق، ص 9.

[2] إرناتن سامية- **دور المجتمع المدني في حماية البيئة**، (مذكرة تخرج شهادة الماستر في الحقوق –جامعة عبد الرحمان ميرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية ،تخصص الجماعات المحلية والهيئات الإقليمية، قسم القانون العام،2014) ص18

[3] إرانت سامية، مرجع سابق، ص 46

وبالتالي فالحفاظ على البيئة وضرورة التخطيط لحمايتها أمر واجب وضروري وهي مسؤولية كل إنسان يحيا فيها، إلا أن العبء الأكبر يقع على عاتق الجمعيات التي تتحمل مسؤولية التنمية والمحافظة على البيئة وعلى الموارد الطبيعية لضمان الرفاهية والتقدَم لأبنائها وذلك لما للبيئة من أثر على الصحة العامة للسكان كما أن معظم الأمراض تنتج عن أضرار البيئة وتكون مرتبطة بها.

ثانيا: الأحزاب السياسية:

اختلفت الآراء حول تعريف الأحزاب السياسية إلى درجة أنه يصعب إحصاء التعاريف التي وجدت حولها فهي تختلف باختلاف الزوايا التي ينظر من خلالها الحزب السياسي ولتوضيح ذلك سوف نقدم جملة من التعاريف :

1 الفكر الليبرالي :

يركَز في تعريفه للحزب السياسي وعلى الجانب العملي والهدف النهائي للعملية السياسية التي يقوم بها الحزب والوصول إلى السلطة والمشاركة في صنع القرار،كما أن البرنامج السياسي للحزب يلعب دورا جوهريا في مرحلة تأسيسة.

ويعرف **جورج بيردو G.Burdeau** الحزب السياسي بقوله :"هو كل تجمَع بين الأشخاص يؤمنون ببعض الأفكار السياسية ويعملون على انتصارها وتحقيقها، وذلك بجمع أكبر عدد ممكن من المواطنين حولها والسعي للوصول إلى السلطة، أو على الأقل التأثير على قرارات السلطة الحاكمة".[1]

[1] Burdeau.G. Traite de science politique, ci tepar-Menomini A droit-constitutionnel p411

2- الفكر الماركسي:

يعرَف الحزب بأنه " تنظيم يوَحد الممثلين الأكثر نشاط بطبقة معينة، ويعبر عن مصالحها ويقودها في الصراع الطبقي، ويعَرف الحزب الشيوعي بأنه "طليعة الطبقات الكادحة التي تسعى إلى تصفية الاستغلال بشتَى أشكاله وصوَره بهدف الوصول إلى الحكم ديكتاتورية البروليتاريا."[1]

فمفهوم الحزب في الفكر الاشتراكي والماركسي هو حزب طبقي حيث يتم التركيز فيه على التكوين الاجتماعي للحزب، والارتباطات الاقتصادية لأعضائه والمراتب التي يحتلوَنها في السلم الاجتماعي فالحزب في الفكر الماركسي هو جزء من طبقة معينة بل وقسم متقدم أو "طليعي" في الطبقة وأن الحزب الثوري أو العمالي يرتكز على طبقة العمال ويمثل قاعدتها.

3-الفكر العربي:

يكاد يقترب في تعريفاته للحزب السياسي مع الفقه الليبرالي، فنجد لدى فقهاء العرب وعلماء السياسة عدَة تعريفات من أبرزها:

تعريف.د **سليمان الطماوي** الذي يعرف الأحزاب السياسية بأنها: "جماعة متَحدة من الأفراد تعمل بمختلف الوسائل الديمقراطية للفوز بالحكم لتنفيذ برنامج سياسي معين".[2]

أما الدكتور **رمزي طه الشاعر** فإنه يعرف الحزب السياسي بأنه : "جماعة من الناس لهم نظامهم الخاص وأهدافهم ومبادئهم التي يلتفوَن حولها ويتمسكون بها ويدافعون عنها ويرمون إلى تحقيق مبادئهم وأهدافهم عن طريق الوصول إلى السلطة والاشتراك فيها."[1]

---

[1] كامل زهيري، موسوعة الهلال الاشتراكية، نقلا عن طارق فتح الله خضر، **دور الأحزاب السياسية في ظل النظام النيابي (دراسات مقارنة)**،(لبنان: ب،د،1986)ص40

[2] سليمان الطماوي، **السلطات الثلاثة في الدساتير العربية المعاصرة وفي الفكر السياسي الإسلامي** (دراسة مقارنة)،(لبنان: دار الفكر العربي ،ط5،1996)ص.ص 7،62

أما الدكتورة **سعاد الشرقاوي** فتركَز في تعريفها للحزب السياسي على الجانب التنظيمي وتعرَفه بأنه : "تنظيم دائم يتَم على المستويين القومي والمحلي يسعى للحصول على مساندة شعبية بهدف الوصول إلى السلطة وممارستها من أجل تنفيذ سياسة محددة".[2]

أما **إيهاب زكي سلام** فيركز في تعريفه للحزب على الوظائف فيعرَف الحزب السياسي بأنه: " مجموعة منظمة تهدف إلى المشاركة في وظائف المؤسسات للوصول إلى السلطة وجعل أفكارها ومصالحها الشخصية متميزة."[3]

بعد هذا العرض لأشهر التعريفات للأحزاب السياسية يمكن القول أن الحزب السياسي هو تجمَع من الأفراد، ذو تنظيم وطني له مشروع سياسي ويعبَر عن قوى اجتماعية تستهدف الوصول إلى السلطة أو المشاركة فيها أو التأثير عليها بواسطة الدَعم الشعبي أو أنشطة متعددة.

العناصر الرئيسية في الحزب السياسي:

يرى **أنطونيو جرا مشي** أنه من أجل وجود الحزب ينبغي تضافر ثلاث عناصر أساسية :

1- عنصر واسع الانتشار يشمل رجالا عاديين يشاركون بانضباطهم وبإيمانهم

2-عنصر التلاحم الرئيسي الذي يمركز كل القوى في المجال القومي ويجعلها فعالة .

3-العنصر الأوسط الذي يربط الأول والثاني ربطا ماديا ومعنويا، ولكل حزب نسب محددة بين هذه العناصر الثلاثة ويتوَصل الحزب إلى فعاليته القصوى بتحقيق النسب المحددة ،فإذا توفرت هذه الشروط أمكن القول باستحالة القضاء على الحزب بالطرق العادية.[4]

---

[1] رمزي الشاعر، **الإيديولوجية وأثرها في الأنظمة السياسية المعاصرة،** (القاهرة: دار النهضة 1979)ص104

[2] سعاد الشرقاوي، **النظم السياسية في العالم المعاصر،** (القاهرة: دار النهضة العربية ،ط2 1982)ص200

[3] إيهاب زكي سلام، **الرقابة السياسية على أعمال السلطة التنفيذية في النظام البرلماني،**(القاهرة: عالم الكتب - 1983)ص262

[4] انطونيو جرا مشي، **قضايا علم السياسة في الماركسية،** ترجمة واهي شرفان وقيس الشامي، (بيروت: دار طليعة، 1970) ص ص49-50

ولا يبتعد **جوزيف لابالومبارا (Lapalombara)** في تعريفه للحزب السياسي عن التعريفات السابقة مع بعض الإضافات، فالحزب في نظره:" تنظيم رسمي هدفه وضع وتنفيذ السياسات العامة، في حين يقول **ماكس فيبر Mak-weber** :" إن إصلاح الحزب يستخدم للدلالة على علاقات اجتماعية تنظيمية تقوم على أساس من الانتماء الحرَ والهدف هو إعطاء رؤساء الأحزاب سلطة داخل الجماعة التنظيمية من أجل تحقيق هدف معين أو الحصول على مزايا عادية للأعضاء."[1]

وظائف الأحزاب السياسية:

أ:التعبير عن رغبات الجماهير: حيث يقوم بتوجيه الرأي العام وتكوينه وذلك بكسب ثقة المواطنين في حالة ممارسته للسلطة أو بالضغط على الحكومة في حالة المعارضة لتوطيد نفوذه إذ تعتبر كسب ثقة الجماهير هدفا أساسيا من أهدافه أي أن أنشطة المؤسسة لا يمكن أن تنجح إلا إذا حقق رضا جماهيره عليه وهذا يحسن أدائه لعمله من خلال السعي لاستشارة اهتمام المواطنين بشؤون بلادهم وقضاياهم المحلية وضمان حقوقهم الاجتماعية كحقهم الدستوري في العلاج ووضع نظام يقظة صحية في مواجهة الأوبئة والأمراض المزمنة في إطار متغيَرات النمو الديمغرافي والتحوَل الوبائي وأنماط العيش، باعتبار الصحة أهم مرتكز في الحياة للجميع.

ب: تكوين الرأي العام وهيكلة الاقتراع: ومن خلالها يقوم بتوجيه المواطن وإيقاظ روح المسؤولية لديه وإشعاره بعدم تنافي المصلحة العامة مع الخاصة وبما يتماشى بتوجيهاته العامة وإيديولوجيته.

[1] نور الدين حاروش، **الأحزاب السياسية،** (الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع؛ الطبعة الثانية،2016)ص12

ت:تكوين واختيار النخبة السياسية: وفيه يدفع الحزب بأنجب مناضليه إلى الساحة السياسية ليتعرَف عليهم الناخب ويرافق هذه الوظيفة التكوينية عملية انتقاء المرشحين والإطارات السياسية داخل الحزب على أساس توليَهم المهمات والمسؤوليات السياسية.[1]

ث: وظيفة تنظيم المعارضة : تمكن الجميع من إبداء الرأي المساند أو المخالف في إطار قانوني منظم يجعل من المعارضة جزء لا يتجزأ من الديمقراطية والتعدَدية وذلك بما يلعبه الرأي العام في تنمية المعارضة والرغبة في التغير وهذا ما ينظم ويعترف بالمعارضة.

ج: وظيفة التوفيق الاجتماعي: وهي تعبير عن طموحات ومطالب المجتمع بشكل سلمي يفرغ شحنة العنف ويعمل على تهدئة الصراع الاجتماعي وجعله صراعا تنافسيًا ديمقراطيا يحقق التداول السلمي على السلطة والحفاظ على النظام السياسي.[2]

وبالتالي فالأحزاب السياسية تجَمع أو جموع من الأفراد مكوَن لبناء سياسي لتحقيق أهداف معينة وأهداف الصالح العام معا وتحقيق التكافل والتوافق بينها وبين المواطنين وذلك من خلال تقديم نشاطات وبرامج تنموية تخدم المواطن المحلي وتضمن له التغطية الاجتماعية خاصة الصحية منها وجعلها ضمن أولى أولوياته للنهوض بسياسة صحية ناجحة من بين السياسات العامة .

ثالثا: جماعات المصالح وجماعات الضغط :

تختلف جماعات المصالح (Interet Group) عن جماعات الضغط (Pressure Group) باتساع المفهوم، فالأولى تشمل جماعات الضغط وجماعات أخرى لا تلجأ إلى ممارسة الضغط أو التأثير

[1] غانم عبد المطلب، **الأحزاب السياسية الوظائف والإيديولوجيات في موسوعة العلوم السياسية**، (القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1985)ص500

[2] المرجع نفسه، ص501.

السياسي كالجمعيات الاجتماعية أو الثقافية أو الفنية أو النقابات التي تلجأ إلى التأثير السياسي في بعض المواقف وهناك أنواع من جماعات المصالح يحدَد كل نوع طبيعة تلك الجماعات والكيفية بها مكنَ التأثير على النظام السياسي وتحقيق أهدافه ومن تلك الجماعات:[1]

1-جماعات رسمية: ذات تنظيمات قانونية معترف بها مثل: النقابات واتحادات رجال الأعمال وهي غالبا تنشأ بصفة دائمة للدفاع عن قضية محددة.

2 جماعات غير رسمية: مثل تنظيمات غير مشروعة كالمافيا.

3-جماعات مهتمة بمصالح أو قضايا عامة.

4-جماعات ذات مصالح خاصة لحماية مصالح أعضاؤها سواء مهنية أو اقتصادية أو اجتماعية أو طائفية.

في حين تعرف جماعات الضغط بأنها "جماعات غير محدَدة تتباين في نشاطاتها مع تباين المجتمعات التي نشأت فيها وهذا يفسَر أن جماعات الضغط هي جماعات لا توجد في فراغ وإنما داخل مجتمع له أبنيته ونشاطاته لذلك فدرجة تطور وتعقد تلك الجماعات متأتية من تطور وتعقد المجتمع الذي نعيش فيه وتكون أهداف تلك الجماعات إما مادية تسعى للربح في تضغط على النظام السياسي من أجل تحقيق مصالحها، أو تكون ذات طابع إيديولوجي تهدف لدَفاع عن قيم ومبادئ معينة".[2]

[1] عصام الدين فرج، **السياسة**، (القاهرة: دار النهضة العربية، 2010)ص56

[2] روبرت دال، **التحليل السياسي الحديث: ترجمة: هلال أبو زيد**،(القاهرة : مركز الأهدام للترجمة والنشر، ط5، 1993) ص10

بالإضافة إلى متابعتها جانب الاستثمارات في مجال المنتجات لتحقيق الربح كالمنتجات الصيدلانية ومساعدة ترقية الصناعة الصيدلانية وتدعيم الإنتاج الوطني للأدوية والسهر على النموذج المتوازن للصيدليات، وكذا السهر على المنافسة النزيهة ودراسة واقتراح التدابير الموجهة لضبط استهلاك المنتجات الصيدلانية والاستيراد ومراقبة الإشهار والإعلام ناهيك عن تواجد العديد من النقابات التي تعمل كجزء من هذه الجماعات في عدَة مجالات كنقابة الأطباء وممارسي الصحة العمومية.

رابعا: الإعلام :

يعرفه **سمير حسن** بأنه : " كافة أوجه النشاط الاتصالية التي تستهدف تزويد الجماهير بكافة الأخبار والحقائق والمعلومات السلمية عند القضايا والموضوعات والمشكلات ومجريات الأمور بطريقة موضوعية."[1]

ويرى **اتو جورت** الإعلام هو التعبير الموضوعي لعقلية الجماهير وميولها واتجاهاتها، وعليه يمكن القول أن الإعلام هو:" العمليات التي تعتمد على مجموعة الوسائل الحركية التي تساعد الجماهير على معرفة الوقائع والأحداث من خلال مجموعة الأخبار والمعلومات الدقيقة والصحية وذلك لإبداء الرأي فيها ،وقد تعددت وسائل الإعلام واختلفت تاريخيا وتنقسم إلى قسمين :

1-**وسائل تقليدية:** وتتمثل في :

– الصحافة المكتوبة وتعرف بأنها أداة التي تمدَ الرأي العام بأكثر الأحداث الآنية وذلك في سلسلة قصيرة ومنتظمة إلى عدة أنواع منها اليوميَة والأسبوعيَة والمحليَة والدوليَة العامة والخاصة.

– التلفزيون: هو وسيلة نقل لصورة والصوت في وقت واحد عن طريق الأقمار الصناعية ويتكوَن من القنوات الفضائية.[2]

[1] رحيمة الطيَب عيساني، **مدخل إلى الإعلام والاتصال** ،(الأردن: جدار الكتاب العالمي،2008)ص13.

[2] محمد منير حجير، **وسائل الاتصال، نشأتها وتطورها،** (القاهرة: دار الفجر،2008)ص57

2- الوسائل الإلكترونية : ارتبط مفهوم وسائل الإعلام الإلكترونية بمفهوم الإعلام الجديد عقب ظهور العولمة والمتمثلة في :

- الانترنت: وهي تكنولوجيا اتصالية ذات قدرات عالية تحمل كل عناصر التفوَق وكل وسائل الاتصالية المجتمعية .[1]

الهاتف النقال: هو تقنية تقوم بالتقاط الصور وتصوير مقاطع الفيديو وإرسال الرسائل وعرف تطورا من خلال أجياله: G3-G2-G1...

وبالتالي فالإعلام هو عملية فكرية ذات مضامين متعدَدة لكنها تهدف من حيث النتيجة إلى شيء واحد هو مخاطبة الإنسان بواسطة وسيلة إعلامية حديثة ومتقدَمة ومتطوَرة، وهو ليس مجرد توصيل معلومات ومعارف للناس بل عملية يترتَب عليها التأثير الفعلي في عقلية الفرد أو الجمهور للعمل في اتجاه معين لتحقيق الأهداف المرجوة.

ووسائل الإعلام تعد إحدى أهم المؤسسات المجتمعية الفاعلة في المجتمعات المعاصرة لذا تقع على تلك الوسائل مسؤولية التصدَي بالديمقراطية وقضاياها وسير أغوارها وتبيان النتائج المترتبَة على الأخذ بالديمقراطية أو التخلَف عنها ونشر الوعي بالممارسات الديمقراطية السلمية فضلا عن المساهمة في البحث والتطوير نموذج عربي للديمقراطية يتناسب مع خصوصية المجتمعات العربية.[2]

والإعلام ليس مجرد عمليات نقل بل يزوَد الجمهور بالمعلومات الصحيَة والأخبار الصادقة بهدف معاونتهم على تكوين الرأي السليم إزاء مشكلة من المشاكل أو مسألة عامة خصوصا تلك التي يكون الناس بشأنها آراء متعارضة، كما أنه يؤدي دورا محوريا في حياة الفرد والأسرة والمنظمة والمجتمع وفي

[1] عبد الرزاق محمد الدليمي، **الإعلام والعولمة**، (عمان: مكتبة الرائد، ط1،2004)ص40

[2] حسين علي إبراهيم الفلاحي، **الديمقراطية والإعلام والإتصال : دراسة في العلاقة بين الديمقراطية والإعلام وطبيعة ألإعلام الديمقراطي ووظائفه**، (بغداد: كلية الإعلام الجامعة العراقية، 2014)ص14

بناء الدول والحضارات والمجتمعات ويساهم في التنشئة الاجتماعية وفي تشكيل الرأي العام كما يؤدي دورا استراتيجيا في التنمية المستدامة بمختلف مجالاتها وقطاعاتها على سبيل المثال مساهمته في تنمية

قطاع الصحة وهو ما توَصل إليه **الدكتور عثمان العربي** المدرس بقسم الإعلام بكلية الآداب جامعة الملك سعود في المملكة العربية السعودية عن استخدام الشباب لوسائل الإعلام في مجال الوعي الصحي إلى أن أهم الوسائل الإعلامية التي يستخدمها الشباب مصدرا للثقافة والمعلومات الصحية هو التلفزيون ثم الصحف اليومية ثم الانترنت.[1]

خامسا: الرأي العام:

عرَف ليونارد دوب (Leonardo Dob) الرأي العام بأنه : " اتجاهات أفراد الشعب إزاء مشكلة ما في حالة انتمائهم إلى مجموعة اجتماعية واحدة".

ويعرَفه **مختار التهامي** بأنه : الرأي السائد بين أغلبية الشعب الواعية في فترة معينة نحو قضية معينة أو أكثر يحتدم حولها الجدل والنقاش وتمس مصالح هذه الأغلبية أو قيَمها الإنسانية مسَا مباشرا ويعتمد هذا التعريف الأخير على تفسير عناصره :

أغلبية الشعب: أي رأي الأغلبية.

الواعية: وهنا يكمن دور وسائل الإعلام والأجهزة السياسية في التَوعية بالقضايا.

في فترة معينة: لارتباط القضايا بتوقيت حدوثها .

احترام الجدل والنقاش: لتقليب القضية على كافة وجودها.

تمس مصالح الأغلبية: بإبراز المصالح المادية المشتركة التي تحظى باهتمام الجماهير.

[1] جمال محمد أحمد، **الإعلام السياسي**، (عمان:دار غيداء للنشر والتوزيع، 2014) ص134.

أو قيمها الإنسانية الأساسية: مثل التمييز العنصري الذي يحظى باهتمام الرأي العام.[1]

في حين يعرف العالم السيكولوجي **فلويد البورت (Floyed Alport)** الرأي العام بأنه " تعبير جمع كبير من الأفراد عن آرائهم في موقف معيَن، ويمكن استدعاؤهم للتعبير عن أنفسهم سواء كانوا مؤيَدين أم معارضين لمسألة نهائية معينة أو لشخص أو اقتراح ذي أهمية واسعة النطاق بحيث تكون نسبتهم في العدد من الكثرة والاستمرار كافية الإمكانية إحداث تأثير على العقل بطريق مباشر تجاه الموضوع الذي هم بصدوده ".[2]

في حين يعرَف **آلبورت** الرأي العام بالمواقف المختلفة التي يعبَر فيها الأفراد عن أرائهم إما من تلقاء أنفسهم أو بناء على دعوة توجه إليهم تعبيرا مؤيدا أو معارضا لحالة معيَنة أو شخص معيَن أو اقتراح ذي أهمية واسعة الانتشار بنسبة وكثافة وثبات معيَن مما يترتَب عليه احتمال القيَام بعمل ما بصورة مباشرة أو غير مباشرة تجاه الموضوع الذي هم بصدده.[3]

المبحث الثالث: السيَاسة الصحية إطار عام:

عرف العالم اليوم تنافسا كبيرا في جميع المجالات لتحقيق أكبر قدر من التطور والتنمية، وتعدَ الصحة جزءا هاما من هذا التنافس فهي من بين أهم المجالات ومؤشرات التنمية التي تسعى الدول من خلالها لتحقيق التطور الاقتصادي والأمني والاجتماعي، فالسياسة الصحية ترمي إلى تحسين نوعية الحياة لاسيَما بالنسبة للمحرومين وإلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء باعتبارها تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية..

---

[1] عصام الدين فرج، مرجع سابق، ص73

[2] حسين عبد القادر ، **الرأي العام،** (جامعة القاهرة: مجلة كلية الآداب،مايو 1955)ص51

[3] محي الدَين عبد الحليم، **الرأي العام: مفهومه ،أنواعه، عوامل تشكيليه، وظائفه ،وقوانينه ،طرق قياسه وأساليب تعبيره،** (القاهرة:مكتبة الأنجلو مصرية، ط1،2009)ص20.

المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية:

تعدَ السياسة الصحية الركيزة الأساسية لكل تأسيس عقلاني وسليم في بناء المجتمع في ظل التحولات والمستجدات المطروحة باعتبار صحة الفرد من المقومات الأساسية له، فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة وضرورة من ضروريات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية ورقي المجتمع.

أولا: مفهوم السياسة : يتم التطرَق في هذا الجزء إلى معنى السياسة من الناحيتين اللَغوية والاصطلاحية :

السياسة لغة: جاء في لسان العرب **لابن منظور** أن السيَاسة مصدر للفعل ساس، يسوس، وساس الأمر سياسة أي قام به، وسوَسه القوم أي جعلوه يسوسهم.[1]

وقال **ابن حجر**: يسوس الشيء أي يتعهده بما يصلحه.[2]

والسياسة فعل السائس الذي يسوس الدواب سياسة، أي يقوم عليها ويروضها، والوالي يسوس الرعية أي يأمرهم.[3]

وجاء في **الحديث النبوي الشريف:**" **كان بنو إسرائيل يسوسهم أنبيائهم**" أي يتولون أمورهم كما يفعل الولاة بالرعية،كما وردت كلمة السياسة ومشتقاتها في شعر العرب:تقول **الخنساء:**

ومعاصم للهالكين وساسة قوم محاشد

[1] جمال الدين أبو فضل محمد بن كرم، **لسان العرب، ج6 (بيروت** :دار إحياء التراث الغربي 1996)ص429

[2] قحطان أحمد سليمان الحمداني، **الأساس في العلوم السياسية** ،(عمان:دار مجدلاوي للنشر والتوزيع،2004)ص15

[3] الخليل بن أحمد الفراهيدي، **كتاب العين،ج7** (بغداد:دار الشؤون الثقافية العامة،1984)ص336

ويقول **أبو العراء المعري** :

يسوسون الأمور بغير عقل فينفذ أمرهم ويقال ساسة

وبشكل عام يمكن القول إن السياسة في اللغة العربية تشير إلى معنى الرياسة والقيادة والذكاء والفطنة والكياسة والدهاء.

أما مصطلح السياسة في اللّغات الغربية ومنها الانجليزية يقابلها كلمتان:

Politics : بمعنى الأمور المتعلقة بالمجتمع السياسي وحقل المعرفة.

Policy : بمعنى برنامج عمل .

وبالفرنسية :

Politique: فهو مشتق من ثلاث كلمات لاتينية هي :

Polis: وتعني المدينة، وقد كانت المدينة هي الوحدة السياسية في اليونان القديمة ،حيث عرفت اليونان آنذاك ما أطلق عليه اسم دولة المدينة (city–state).

Politics: وتعني الأشياء السياسية والمدنية النظرية، وكل ما إذ ذكر تبادر إلى الذهن معنى السياسية كالدستور والحكومة والسيادة وغيرها من كلمات.

Politike: وتعني السياسة كفن أو ممارسة يقوم بها السياسيون.[1]

كذلك يميَز العلماء بين مصطلح السياسة المعرف بالألف واللام والذي تقابله كلمة (Politics) ومصطلح سياسة المجرد من الألف واللاَم والذي تقابله كلمة (Policy) لأن الأخير يشير إلى ما تصنعه الدولة وتنفَذه من خطط وبرامج عمل، كأن نقول سياسة خارجية (Foreign Policy) وسياسة مالية

[1] حسين سيد سليمان، **المدخل للعلوم السياسية**، (الخرطوم: دار إفريقيا العالمية للطباعة، 2010)ص5

(Financial Policy) وسياسة اجتماعية (Sosial Policy) وسياسة اقتصادية (Economie Policy وتتشكل مجتمعة، سياسات (policies) الدولة وتمثل الجوانب العملية الهادفة إلى تحقيق غايات الدولة.[1]

وكلمة السياسة Politics مشتقة من كلمة إغريقية بمعنى الدولة والسياسة، والدولة بينهما رابطة وثيقة

فعندما يذكر لفظ سياسة يفهم منه أن له شأن بالدولة، وهناك اتجاه آخر يعرف السياسة بأنها سلطان

(power) أو سلطان ونفوذ (power–Influence) باعتبار أن السَلطان معناه فرض إرادة على إرادة سواء كان ذلك باستخدام أساليب إقناعية أو أساليب إرغامية.

ويرى **لاسويل** أن دراسة السياسة هي دراسة النفوذ وذوي النفوذ.[2]

السياسة اصطلاحا:

أولا: في الفكر الغربي : هناك اختلافات واسعة بين العلماء والمفكرين الغربيين حول تعريف السياسة من الناحية الاصطلاحية ولا يمكن لأي باحث واحد أن يحصى التعريفات الواردة بشأن السياسة لكثرتها وتباين اتجاهات القائلين بها، وما ذلك إلا بسبب اختلاف الزوايا التي ينظر من خلالها كل مفكر إليها ومنطلقه نحو الدراسة وتشعب الآراء حولها، وبهذا يمكن التميَيز بين الاتجاهات التالية في تعريف السياسة:

الاتجاه الأول: السياسة هي فن الحكم:

طبقا لهذا الاتجاه فإن السياسة هي فن حكم الناس، وهو اتجاه قديم برز في كتابات اليونانيين القدماء أمثال: **سقراط (469–399ق–م)** حيث يرى أن " السياسة هي فن الحكم والسياسي هو الذي

[1] المرجع نفسه،ص 9.
[2] عصام الدين فرج، مرجع سابق، ص1.

يعرَف هذا الفن" بينما يرى **أفلاطون (428-347ق-م)** أن السياسة "هي فن حكم الأفراد برضاهم"، والسياسي هو الذي يعرف هذا الفن.

يلاحظ أن هذا الاتجاه يركَز بشكل كبير على ما يعرف اليوم في الأدبيات السياسية بالرضا الشعبي (conent popular)

الاتجاه الثاني: السياسة هي الصراع على الحكم:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن السياسة هي صراع على مستمر بين الأفراد والجماعات من أجل الوصول إلى السلطة فقد قال **هانز مورجنتاو** (1904-1980) إن السياسة "هي مجال السلطة والعمل السياسي هو الكفاح من أجل القوة."[1]

بينما يرى **ميكيافلي** (1469-1527) أن السياسة:" ماهي إلا معركة، بل هي معركة مستمرة تتمثل في الصراع على القوة"[2]

وكذلك يرى أغلب الاشتراكيين أن السياسة تعني الصراع فعلى سبيل المثال يعرفها **ترو تسكي** على أنها: " النشاط الاجتماعي المرتبط على نحو وثيق بالكفاح من أجل السلطة " وهي عند **جورج كلاوس** صراع بالدرجة الأولى بين الطبقات حول السلطة الاقتصادية والدولية تهدف إلى استخدام سلطة الدولة لتحقيق المصالح الطبقية وصيانتها والدفاع عنها."[3] ومع ذلك فإن بعض الاشتراكيين من أمثال

[1] Hans Morgenthau, **politics Anongnations, Alfred knopf,** (Newyork-5thed, 1975)p82

[2] حورية توفيق مجاهد، **الفكر السياسي من أفلاطون إلى محمد عبده** ،(القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ط6، 2013)ص310

[3] محمد علي محمد، **أصول الاجتماع السياسي:السياسة والمجتمع في العالم الثالث**، (القاهرة:دار المعرفة الجامعية، ب، ت) ص17

روبرت أوين وفوزيه بردون رغم إيمانهم بالصراع الطبقي فإنهم يرفضون فكرة الصراع السياسي ويعولون على التدابير الاقتصادية.

الاتجاه الثالث: السياسة هي النفوذ السلطوي:

طبقا لهذا الاتجاه فإن السياسة هي السعي للسلطة من أجل بسط النفوذ، وعلى الرغم من الاتفاق حول هذا الهدف (بسط النفوذ) إلا أن هناك اختلافا حول الهدف من بسط النفوذ فيما يرى البعض أنه لتحقيق مصالح ذاتية، يرى آخرون أن الهدف هو السعي لتلبية احتياجات المجتمع، وتحقيق الصالح العام.

ثانيا: السياسة في الفكر الإسلامي : يختلف المفهوم الإسلامي للسياسة عن المفهوم الغربي لها،لأن السلطة في الإسلام ليست غاية بذاتها وإنما هي وسيلة لحمل المجتمع المسلم على مفترض الشرع، يقول العلاَمة **عبد الرحمن ابن خلدون** إن السياسة ثلاث أنواع :

1/السياسة الطبيعية: وتعني حمل الكافة على مقتضى الغرض والشهوة بما يحقق الاستبداد والمصالح الفردية

2/**السياسة العقلية:** وهي حمل الناس على مقتضى النظر العقلي بما يحقق مصالحهم ويدفع عنهم الضرر في الدنيا.

3/**السياسة الشرعية:** وتعني حمل الكافة على مقتضى النظر الشرعي بما يحقق مصالحهم الدنيوية والأخروية معا، ويحصل نفع هذه السياسة في الدارين.[1]

[1] عبد الرحمن ابن خلدون، **مقدمة ابن خلدون** (تحقيق الأستاذ درويش الجويدي- بيروت: المكتبة العصرية،2009)ص189

يقول **شهاب الدين بن أبي الربيع** المتوفى عام 227هـ الموافق 842 إن السياسة:" هي القيام بأمر الناس وتدبير أحوالهم بالدين القيم والسنة العادلة."[1]

فيما يرى الإمام **ابن القيم** أن السياسة: "هي ما كان الناس معه أقرب إلى الصلاح وأبعد عن الفساد وإن لم يشرعه رسول ولا نزل به وحي فإذا أقامت إمارات الحق وبرزت أدلة العدل وإفر صبحه بأي وجه فتم شرع الله ودينه ورضاه وأمره، فالطرق أسباب ووسائل لا تراد لذواتها ،وإنما المراد غايتها التي هي المقاصد.[2]

ولأن الإسلام لم يتعرَض للتفصيلات فإن عملية تطبيق الحكم الإسلامي هي مسألة اجتهادية قابلة للخطأ والصواب وآراء الحكام قابلة للأخذ والرَد والتعديل بالحذف والإضافة وهي ليست مقدسة لأنها اجتهاد بشري، والإسلام يؤكد على الشورى ويدعو لتقديم النصح للحكام ويجعل الاستماع إلى آراء المحكومين واجب على الحكام وقد جاء في القرآن الكريم "**وشاورهم في الأمر**"، وقد مارس **الرسول صلى الله عليه سلم** الشورى حتى قال عنه أبو هريرة "**لم يكن أحد أكثر مشورة لأصحابه من رسول الله صل الله عليه وسلم**"، كما أن الحاكم في الدولة الإسلامية لا ينوب عن الله، كما تقول بذلك النظريات التيوقراطية التي ظهرت في الغرب بل عن الشعب، يقول الإمام محمد عبده أن "الأمة أو نائب الأمة هو الذي ينصبه...فهو حاكم مدني "من مجتمع الوجوه.

[1] شهاب الدين أحمد بن محمد بن أبي الربيع، **سلوك المالك في تدبير المماليك :**(تحقيق عبد العزيز بن فهد بن عبد العزيز-الرياض:دار العاذبة للنشر والتوزيع، ط1، 2010)ص7

[2] ابن القيم الجوزية، محمد بن أبي بكر بن أيوب الزرعي، **الطرق الحكيمة في السياسة الشرعية** ،(القاهرة:مطبعة المدني، 1961)ص15

ثانيا: مفهوم الصحة:

وقبل التطرَق للسياسات الصحية يجدر بنا أن نقدَم تعريفا لمفهوم الصحة فالبرغم من أن يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك فلا يمكن الاتجار بالصحة ويصعب تعريفها بل أن قياسها أصعب إذ أن التمتَع بحالة صحية جيدة لا تعني الحياة فقط بل تعني القدرة على التمتع بها.

الصحة لغة: الصِّحُ والصَحَة (قوله" الصح والصحة") قال شارح القاموس (لسان العرب)[1]، فقد وردت مصادر على فعل بالضم، وفعله، بالكسر، في ألفاظ هذا منها، وكالقل والقلة، والذل والذلة) والصَحاح: خلاف السُقم وذهاب المرض، وقد صحَ فلان من علَته واستصحَ، قال الأعشى :

أم كما قالوا ستقيم فلئن فض الأسقام عنه واستصح

ليعيدن لمغدَ عكرها دلج اللَيل وتأخاذ المنح

يقول لئن نفض الأسقام التي به وبر أمنها وصحَ، لمعدَ عطفها أي كرَها وأخذها المنح.

وفي الحديث: "الصَوم مصحَة، يفتح الصاد وكسرها، والفتح أعلى أي يصح عليه هو مغفلة من الصَحة العافية وهو كقوله في الحديث الآخر: "**صوموا تصحوَا**"

وفي اللغة الفرنسية: Santé

أصل هذه الكلمة من اللغة اللاتنية :Saluto–Salutavi–Salutare وهي التي تعني البقاء سليما معا في المحافظة على الجسم، أما اللغة اليونانية فكلمة ugiés وهي تعني أن يكون الإنسان سليم الجسم والعقل وكذلك كلمة Samo–Sanare في اللغة اللاتينية تعني : جعله سليم الجسم معالجته،

[1] جمال الدين أبو الفضل محمد بن كرم، **لسان العرب لابن منظور**، المجلد الرابع ج28(القاهرة: مصر، دار المعارف 1981) ص2401

إرجاعه إلى جادة الصواب، إذا هي حالة الكائن الحي عندما تكون وظائف كل أعضائه منتظمة متناسقة حالة عمل جسم ما(جيدة أم سيئة)[1]

في اللغة الانجليزية:

الصحة في اللغة الانجليزية من أصل Health هو كلمة Haelp والتي تعني تمام العقل، كائن مكتمل، التمام أو الحسن، وفي أصول اللغة الألمانية والانجليزية Kailo أو Hailitho تعني: الكل معافى فال خير" وتعني نفس الكلمة: الرفاهية والسعادة والكمال والأمن عند الإنسان[2]

مفهوم الصحة اصطلاحا:

يعتقد البعض أن الصحة تعني أن يتمتَع الإنسان بالعافية فقط ويشفى من جميع الأمراض والأسقام ولكن مفهوم الصحة يصل إلى أبعد من ذلك بكثير فوصول الإنسان إلى الصحة السليمة الخالية من جميع الأمراض يتطلَب الموازنة بين الجوانب النفسية والعقلية والروحية والجسمانية وحتى يصل الشخص إلى الصحة المثالية عليه أن يدمج هذه الجوانب مع بعضها البعض .

فقد جاءت محاولات عديدة كثيرة منذ القدم للتفريق بين الصحة والمرض، حيث كان أطباء اليونان يعتقد بأن الصحة هي حالة من التوازن التام أو الكامل.[3]

وقد حدَد إعلان مؤتمر ألمانيا الشهير في الاتحاد السوفيتي في عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها:" لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدنية".[4]

---

[1] حسيني محمد العيد، **السياسة الصحية في الجزائر :دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012** ،(رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، وقلة،كلية الحقوق والعلوم السياسية 2012-2013)ص48

[2] سعد الدين العنزي، **الإدارة الصحية**، (عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع 2009) ص15

[3] عبد الهادي بوعوانة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية** ،(عمان: دار حامد 2004)ص94

[4] المرجع نفسه،ص95.

وقد عرَفها الدكتور **فوزي جاد اللّه:** " الصحة من ناحية شدَتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة (المرض أو الموت)، وبين طرفيه درجات متفاوتة من الصحة".[1]

أما منظمة الصحة العالمية (**wHO**) في مقدَمة ميثاقها لعام1946 أبرزت مظاهر الإشكالية لهذا التعريف الذي يعرَف عدَة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة سواء الفردية منها أو الجماعية والتعريف كما جاء في اللغة الفرنسية هو كما يلي :

La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d, infirmité, la porsession du meilleur état de santé qu'il est capable d,attendre Lun des droits de tout être humain.

هي تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد (صورة ايجابية للصحة) وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة، إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني"[2]

بهذا التعريف لم تعد الصحة في مقابل المرض، أي أن الوصول إلى الصحة يمر عبر مكافحة المرض فالوقاية والعلاج ليستا الوسيلتين الوحيدتين في خدمة الصحة وإنما هناك قوانين وتنظيمات

[1] إقبال إبراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**،(الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999)ص47-48

[2] نور الدين حاروش ، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**،(الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع ط1، 2012) ص70.

وتوجهات سياسية متعلقة بالبيئة وتهيئة الإقليم ،فصحة السكان أصبحت مسؤولية جماعية هذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية من خلال ميثاق أوتوا 1988 .

وبالتالي فالصحة مفهوم يعبِّر عن الوجود من جهة ومن جهة أخرى هي مفهوم علمي تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية، يتغير عبر الزمان والمكان.

مفهوم الصحة العالمية:

لقد عرفت الصحة العامة محاولات عديدة لتعريفها جمَّعت كلها في مفهومها الحديث، إذ تعدَ علم وفن الوقاية من الأمراض إطالة الحياة والارتقاء بالصحة من خلال جهود المنظمة والاختيارات الاستعلامية للمجتمع والمنظمات والمجتمعات الخاصة والعامة والأفراد كذلك.

ومن أشهر التعاريف المقدمة لها تعريف **ويلسون (winslon)1920** الذي أورد مفهومها على أنها:"علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية، وذلك بمجهودات منظمة المجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه لمشروع في الصحة والحياة.[1]

تعريف المرض :

يعتبر المرض حدث اجتماعي يتعرَض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية، مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن أو التخفيف من حدوثه فهو التحوَل عن حالة الصحة العادية خارجة عن الطبيعة، تصيب أعضاء الجسم بأضرار متفرَقة فتوقف

[1] سلوى عثمان الصديقي ،السيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي** ،(الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية، 2004)ص79.

عمل وظائفه إما مؤقتا أو لفترة طويلة وتتنوَع الأمراض من أمراض جدَية إلى أمراض نفسية، فيعرف قاموس " **ولبيستر** باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتّل الصحة، وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعنى الحرفي للمرض الاحتياج للراحة، ففي الواقع أن للمرض معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد يشتمل على نواحي طبية واجتماعية واقتصادية، ويؤثر بطريقة مباشرة أو غي مباشرة، ويعرَفه الأستاذ **إقبال إبراهيم** وآخرون على أنه : " المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن قيام بوظيفته خير مقام، كما يحدث المرض أيضا إذا اختلَ أو انعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها."[1].

تعريف السياسة الصحية :

يمكن تعريفها بأنها القرارات والخطط والإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق رعاية صحية محدَدة الأهداف داخل المجتمع، كما يمكن تعريفها بأنها: كتعبير عن الأهداف الرَامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات."[2]

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية فإنه يمكن من خلال سياسة صحية واضحة تحقيق عدَة أمور أن تحقق أهداف عديدة وتحدَد رؤية مستقبلية في الأولويات والأدوار المتوقعة من فئات مختلفة وبناء توافق في الآراء بين الناس، فقد تعددت أنواع السياسات الصحية وتضمَنت الرعاية الشخصية والسياسة الدوائية والسياسات المتعلقة عن الصحة العامة كسياسة مكافحة التبغ أو تشجيع الرضاعة الطبيعية وغيرها...فيشير تعريف **الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية** : إلى أن السياسات الصحية هي "مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في المجال الصحي، تصاحبها مجموعة من الأهداف المجسَدة في

[1] إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سابق ،ص49

[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، **طب المجتمع**، (المكتب الإقليمي لشرق الأوسط، 1999)ص43.

قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعيين الخاص والعام في مجال الصحة بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة "وبالتالي فالسياسة الصحية تعبر عن جميع القرارات والبرامج التي تتحمل الحكومة مسؤوليتها بهدف تحسين الحالة الصحية لأفراد البيئة المسؤولية عنها.[1]

وعموما فالعملية السياسية تشمل القرارات المؤخذة على المستوى الوطني واللامركزي التي تؤثر على كيفية تقديم الخدمات، لذا فالتركيز في السياسة الصحية يجب أن يكون للنظام السياسي الصحي المتعدد السياسات والعمل الإضافي لضمان استمرارية الزيادة البيئية السياسية الداعمة لتسهيل الزيادة من التدخلات الصحية، وهناك الكثير من المواضيع في السياسة وأدلة بمقدورها أن تؤثر على قرارات

الحكومة متبنية سياسة معينة، فالسياسات الصحية تعرف بأنها:"موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي يتم التعبير عنه عن طريق الخطابات الرسمية أو الوثائق الدستورية والإدارية.[2]، فجل المناقشات السياسية تتحصر على سياسة الرعاية الشخصية الصحية وتشمل الذين يسعون إلى إصلاح تقديم للرعاية الصحية وعادة فهي تندرج تحت الاقتصاد والمناقشات مرتكزة على أسئلة عن الحقوق الفردية وسلطة الحكومة بينما مواضيع الاقتصاد عن كيفية زيادة فعالية تقديم الرعاية الصحية وخفض التكلفة فالمفهوم الحديث للرعاية الصحية يشمل الوصول إلى الأطباء من مختلف المجالات ،التكنولوجيا الطبية كالأدوية والمعدَات الجراحية والقدرة على الوصول إلى أحدث المعلومات من البحوث

[1] خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة للمؤسسة الاستشفائية الإخوة –خليف بالشلف** (رسالة ماجستير،جامعة الجزائر 03،كلية العلوم السياسية والإعلام ،قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية،2010-2011)ص16

[2] Htt ps: www-politique Afrien.com/numeros/PDF/ou4051-PDF-Magalidordieri ceped/pierre-ecantrelle/orstom-visite: 05/12/2018

كالأبحاث الطبية والخدمات الصحية، فالرعاية الصحية هي المحور الأساسي ونواة النظام الصحي، وفي هذا الصدد نجد **عبد المجيد الشاعر** يعرفها على أنها : "خدمات علاجية وإستشفائية أو شخصية يقدَمها أحد أعضاء الفريق الطبي، إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب للمريض في عيادته أو العيادات الحكومية، وهي أيضا تمثَل العناية الصحية عن الطبية في كون هذه الأخيرة يستفيد منها المريض في الحصول على توضيحات من الطبيب ومعلومات حول مرضه وطرق العلاج والوقاية منه مستقبلا.[1]

وبالتالي فالرعاية الصحية لاقت الكثير من الاهتمام باعتبارها جزء هاما من نظام الصحة وبذلك فهي تمثَل الجزء الأكبر من مناطق الإنفاق لكل من الحكومات والأفراد والكثير من الدول وحكوماتها يعتبرون حقوق الإنسان فلسفة في توجيه سياسات العناية الصحية، فمنظمة الصحة العالمية قالت بأن كل دولة في هذا العالم تعتبر جزء على الأقل من ميثاق حقوق الإنسان وعناوين الصحة المتعلقة بالحقوق تشمل حق الصحة وحقوق أخرى تنظوي تحت الشروط الضرورية لجودة الصحة، فلإعلان العالمي لحقوق الإنسان التابعة للوم أ (UDHR) يؤكد بأن الحقوق الطبية حق لكل الناس حسب المادة **25** : التي نصَت على أنه:" لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته ويتضمَن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللاَزمة ،وله الحق في تأمين معيشة في حالات البطالة والمرض والعجز والترمَل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل

[1] عبد المجيد الشاعر وآخرون، **الرعاية الصحية الأولية** ،(عمان، الأردن: دار اليازوري ،ط1،2000)ص11

العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.، للأمومة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصيتين، وينعم كل الأطفال بنفس والاجتماعية سواء كانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية." [1]

وإلى جانب المنظمات فالسياسات الصحية تتأثر بفهم طريقة تأدية الواجب من خلال الذين يعيشون تحت ظروف غير ملائمة وتشمل المرض، والمنظمات غير الحكومية تعتمد على مبادئ الإنسانية في تحديد سياساتها الصحية، ففي السنوات الأخيرة ركَزت منظمة عالمية لحقوق الإنسان ومنظمة العفو الدولية بشأن الصحة ومعالجة عدم كفاية فرص الحصول على الأدوية، فيروس نقص المناعة المكتسبة والحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة، بما في ذلك معدلات وفيات الأمهات حول العالم، وقد رحب هذا الاهتمام المتزايد بالصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان من قبل دورية لنسيت الطبية الرائدة، وهناك أثارت جدل كبير حول سياسات الشخص الذي سيتحمل دفع تكاليف العناية الطبية لكل الناس وتحت أي ظرف ومثال على ذلك إنفاق الحكومة على العناية الصحية أحيانا يعتبر مؤثر عالمي من التزام الحكومة لصحة الشعب.

المطلب الثاني: محاور السياسة الصحية

تقتضي السياسة الصحية امتلاك كل المعلومات الخاصة بقدرات المصالح الصحية ونشاطاتها وبصحة السكان وعوامل الخطر التي تهددهم ووضعية الفئات السكانية الهشة وهذا بصورة مستمرة، بالإضافة إلى تحديد المشكلات الصحية الأكثر أهمية ووضع برامج العمل والاحتياطات حسب الحالة الصحية من جهة والوسائل المتوفرة من جهة أخرى، وتتجسد أي سياسة صحية حول جملة من المحاور أهمها :

[1] هيئة الأمم المتحدة، **الإعلان العالمي لحقوق الإنسان،الجمعية العامة** 217 ألف (د.3) المؤرخ في 10 كانون الأول /ديسمبر 1948، المادة (الفقرتين 2.1) متوفر على الرابط: (www.moj-pnd-pssuserfiles-file)تاريخ التصفح:15 /2018/12.

أولا: تحديد الأولويات : أي ما هي المشكلات الصحية الأكثر استعجالا والتي تتطلب تدخلا من الحكومات:

تواجه الحكومات مشكلات جمة في تحديد أولويات السياسيات الصحية، هل تبني السياسة في اتجاه هياكل العلاج أم توجه الجهود نحو تطوير مؤسسات الوقاية؟.

هناك قيود متعلقة بتوزيع الرعاية الصحية، أكبر من تلك التي تواجهها في مجال التعليم، فتعريف المرض يخضع لتفسيرات الأطباء والمرضى ويشمل عددا واسعا من مجموعات متماثلة من الاختيارات القياسية ويوسع الحكومة أن تمنح الأولوية لبحوث أمراض معينة لبحوث أمراض معينة، إلا أن إيصال العلاجات الناتجة لأولئك الذين يحتاجونها ولا يعلمون بأنهم يحتاجونها مثلا يطرح مشاكل كبرى وأحد الأشياء التي تستطيع الحكومة أن تفعلها هو التأثير في التوزيع الجغرافي والاجتماعي للمستشفيات ومكاتب الأطباء.[1]

وفي البلدان النامية التي تعاني من أزمات صحية حقيقية تسعى الحكومات لتدارك التخلف في ميدان التكفّل بالمرضى من جهة ومعالجة التدهور من جهة أخرى أننا نشهد في السنوات الأخيرة محاولة الدول جاهدة استرجاع زماما المبادرة فيما يخص السياسات الصحية (وخاصة التأمين الصحي) وذلك راجع للنظرة الجديدة لصحة السكان التي أصبح ينظر لها على أنها ملكية جماعية ومن هنا أضحى من الواجب أن تتحكم فيها من الأعلى ،أي إيجاد هياكل لمتابعة وتنظيم، بل وتصحيح أيَ خلل يطفو في

[1] أرونج هايد نهايمر،هيوهيكلو،كارولين تيش ادامز،**السياسات العامة المقارنة،سياسات الخيار الاجتماعي في أمريكيا وأوربا واليابان**، ترجمة أمل الشرقي،(عمان:الأهلية للنشر والتوزيع الأردن 1999)ص113

مجال الصحة، من خلال جهاز إداري يكون مسؤول مباشرة على ديناميكية وكفائتة، وهنا يطرح سؤالان وهما :[1]

الأول: هل يمكننا التفكير في التَحكم من الأعلى في أهداف وتنظيم وكفاءة العرض في مجال الخدمات الصحية، إذا كان الإطار التفسيري للعلاقات التي تربط بين الطلب الفردي للعلاج، والاحتياجات الجماعية للسكان أصبح أكثر غموضا من ذي قبل؟.

ثانيا: إذا كانت الإجابة بنعم فكيف نتصور أن تكون أدوار الفاعلين الذين من مسؤولياتهم الحفاظ على هذا النظام.؟.

ففيما يخص السؤال الأول، فالإجابة هي بتحقيق العدالة الاجتماعية لأن التفكير حاليا بسياسة لعرض الخدمات الصحية معناه توفير تنظيم إداري يضمن عروض العلاج ويسمح لأي مواطن في أي نقطة من التراب الوطني من الاستفادة من مسار علاجي يستجيب لمشكلة صحية، وهذا يتطلب وضوح الرؤية وسهولة الوصول إلى المعلومات المتعلَقة بخصائص عروض للخدمات العلاجية بشكل منسق والإجراءات الإدارية المناسبة للتكفل بالمريض، بالإضافة إلى آليات الضبط التي تحث على مزيد من الحركية وترسيخ العمل في إطار شبكات أو في شكل تعاضديات للعلاج.[2]

[1] أرونج هايدنهايمر، مرجع سابق ،ص113.

[2] هراوة عمر الفاروق، **السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية والمطالب النقابية(2012-2016)** (مذكرة معدَة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية –تخصص سياسات عامة وتنمية ،تحت إشراف رمضاني مفتاح،قسم العلوم السياسة ،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة الجلفة 2017/2016)ص21.

ثانيا: أهداف السياسة الصحية:

في ظل فشل الدول النامية في سياسات الإصلاح عموما والسياسات الاجتماعية ومنها الصحية بصورة خاصة التي تبنتها، تغيرت أهداف السياسات الصحية وخاصة في دول العالم الثالث المثقلة بالديون كذلك الدول الغربية فبعدما كانت تتبنى أنظمتها الصحية تتمحور حول المستشفى –Hospitalo centrisme جعلها تتبنى سياسات تعتمد على اقتناء الأجهزة الضخمة، وكان هناك اتفاق ضمني بين صناع القرار ومهني الصحة والمواطنين على أولوية تجهيز المستشفيات بالأجهزة الطبية المتطورة خاصة أجهزة الكشف الطبي، لكن المنظمات الدولية كان لها وجهة نظر أخرى فهي تحبَذ الطب الجواري خاصة في الدول الفقيرة الذي يوفَر العلاجات الأولية ويقدَم اللقاحات للفئات الهشة من السكان ووجدت الكثير من الدول النامية نفسها المثقلة بالكثير من المشكلات الصحية أمام تحدَي إعادة توجيه الطب في المدن وفي المستشفيات مما يتوافق مع ظروفها الخاصة، وجدت هذه السياسة من خلال مجموعة من الإجراءات :[1]

– الانتقال من منطق توفير التجهيزات نحو منطق توفير الخدمات (كمرافقة كبار السن في منازلهم وترقية الجراحة في المراكز الصحية الصغرى ومتابعة الأمهات في حالات الحمل الخطيرة ..)مما يعطي لصناع القرار مرونة أكبر على التحرك في المدى القصير وسرعة الاستجابة للتحديات الصحية الناشئة، مما يزوَد من نسبة الفعالية مقابل التكلفة .

– انتهاج سياسة صحية خاصة بالخدمات تسمح بتنظيم حركة المرضى من خلال مسار علاجي انطلاقا من طبيب، سواء كان الطبيب المعالج أو طبيب العائلة، أي إعطاء للأطباء في القاعدة دور أساسي في توجيه المرضى.

[1] المرجع نفسه ،ص22.

– إعادة النظر في الخريطة الصحية أي الانتقال من التقسيم الإداري إلى تقسيم الدولة إلى أقاليم صحية تتميز بانسجام بين السكان فيما يخص نمط العيش ونوعية المهن والبيئة المحيطة.

ثالثا: اختيار الأدوات اللاَزمة لتحقيق أهداف السياسة الصحية :

يبقى دور السلطات المركزية أساسي في تحديد الخيارات الإستراتيجية وفي تحديد الأولويات ومنح الموارد اللاَزمة لتسيير النظام الصحي، وقد تبنت الكثير من الدول الغربية نظام الجهات من أجل تسهيل إدارة النظم الصحية وتقريبها من المواطن، وهذا لا يعني ضبط الجهات وإلزامها القانوني بإتباع السياسة الوطنية في ميدان الصحة ويعتمد هذا الضبط على وضع آليات أهمها :

- السماح للجهة بأخذ قرارات تتعلَق بتوزيع الخدمات على مختلف المناطق التابعة لها كإنشاء هياكل جديدة وفضَ النزاعات المحلية وتحديد الاحتياجات الخاصة بمكان الإقليم من أجل الضبط الفعال للأنظمة الصحية على الدولة إنشاء حسابات وطنية للصحة تسمح بمعرفة أفضل للنفقات المالية التي من الواجب أن تتضمن الاستثمارات الخاصة بالتجهيز والتسيَير في نفس الوقت وتعرض هذه الحسابات في نهاية كل سنة أمام المنتخبين، حتى يتم تحديد الأولويات ويكشف النقاب على ممارسات الفساد المالي التي يمكن أن تتعرض لها الأموال الموجهة لقطاع الصحة.[1]

رابعا: وضع البنية المؤسسية:

نعني بالبنية المؤسسية جميع الهياكل والمؤسسات الصحية الإدارية المشرفة على قطاع الصحة والمنوط بها صنع وتنفيذ وتقويم السياسات الصحية، وتعتبر البنية المؤسسية وأفرادها عناصر أساسية للسياسة الصحية على الدولة الاهتمام بها وعدم إغفالها وتبني التسيير الجيَد والتنسيق بين قطاعاتها

[1] هراولة عمر الفاروق،مرجع سابق ،ص22.

المختلفة لتحقيق أهداف ذات بعد وطني والاستجابة لجميع المتطلبات الصحية للسكان، وتختلف الأقطار في الهياكل والأساليب التي تستخدمها لتنفيذ السياسة الصحية وأيضا في فعالية أداء هذه الهياكل ،بحيث إن الأنظمة التي تتبنى التنظيم المركزي توفر خدمات متساوية ومتماثلة لزبائن مختلفين اجتماعيا وجغرافيا وتوفر الموارد المالية والبشرية بنفس القدر، لكن الأنظمة اللامركزية تقدم تنوع في الخدمات الصحية حسب خاصية كل إقليم وغير ملزمة على توزيع مواردها على حصص متساوية.[1]

أساليب التدخل:

تختلف الدولة ذات النظام المركزي كما سبق الذكر عن الدولة ذات النظام اللامركزي في أسلوب التدخل وتقديم الخدمات الصحية، بحيث أن الأولى تعمل على تقديم نفس الخدمة الصحية على مستوى كل أنحاء الدولة، بينما الثانية تعمل على توزيع الصلاحيات بين العديد من الأقاليم، وهذا ماهو معمول به في كثير من الدول ذات النظام الفيدرالي مثل النمسا، والأرجنتين وأستراليا والو م أ أو بلجيكا وماليزيا وغيرها من الدول وأصبح أسلوب تدخلها وتقديمها للخدمات ضرورة حتمية تفرضها المشاكل الصحية العصرية.[2]

تمويل السياسات الصحية:

يعرف التمويل على أنه: " كل الموارد المالية المتاحة التي يمكن توفيرها من مصادر مختلفة لتمويل المشاريع بصورة تحقق اكبر معدلات التنمية عبر الزمن."[3]، فتوافر الموارد المالية يمَكن الهيئات

[1] ناصري فوزية، **تطور السياسة الصحية في الجزائر** (مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص سياسات عامة وتنمية، إشراف زيدان جمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة سعيدة، 2016/2015)ص47

[2] المرجع نفسه، ص 48

[3] محمد حاجي، **إستراتيجية الجماعات المحلية في نظام التمويل:حالة البلدية الجزائرية** (مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 16، 2007)ص79

المحلية من أداء واجباتها بشكل فعال وتقديم الخدمات للمواطن ،على أكمل وجه فعلى سبيل المثال آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي إلى التقاعد، فتمويل السياسات الصحية إستراتيجية فعالة لابد أن توضع اعتماد على أولويات محدَدة بشكل دقيق، ومرتَبة ومفصلة إلى برامج على المدى القريب والمتوسط وعلى المدى البعيد آخذة في الحسبان الوضع الاقتصادي والاجتماعي للدولة، فالهياكل الصحية وتجهيزاتها بالمعدَات تعتمد على هذه البرامج وبالتالي فإستراتيجية التمويل الصحي تحتاج إلى أن تكون منجزة سواء بتجميع الأموال لتغطية تكاليف الرعاية الصحية لكل الناس فلا ينبغي لأي شخص يحتاج إلى الرعاية الصحية علاجية كانت أو وقائية أن يتعرض لمخاطر الإفلاس من جراء ذلك، أم عن طريق خدمات البنك الدولي، ففي اليمن قام البنك الدولي بتمويل وتقديم خدمات صحية الأم والطفل في المناطق الريفية الفقيرة من خلال مشروع الصحة والسكان (25 مليون دولار أمريكي) ويموَل البنك مشروع الأمومة المأمونة في اليمن (4 مليون دولار أمريكي) والذي يوفَر دفعات مالية مبنية على النتائج للمنظمات غير الحكومية والقطاع الصحي في جيبوتي (7 ملايين دولار) تحسن تقديم الخدمات الصحية للأم والطفل من خلال تحفيز موَردي القطاع العام على استخدام آليات التمويل المرتكزة على أساس أدائها."[1]

[1] تقرير البنك الدولي، **العدالة والمسائلة:الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا،إستراتيجية قطاع الصحة والتغذية والسكان**،(2013-2018 ،البنك الدولي)ص53

المطلب الثالث: أهمية السياسة الصحية: تكمن في:

– رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة وفي الدولة أو من قبل أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية، وبالتالي فإن عملية الاستجابة في السياسة الصحية مرتبطة بمستويات الإدارة العليا، وفي الغالب فإن سياسات التطعيم مثلا تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم الصحي لذلك نستطيع القول أن الالتزام بالسياسة الصحية مرتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى الإداري متَخذ القرار.[1]

– وجود عدَة طرق وأساليب لوضع السياسات الصحية فتعدَد الطرق والأساليب يعطي للسياسة الصحية أهمية لأنها تستجيب في بعض الأحيان إلى مطالب الإدارة العامة وبالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، وأحيانا لتحقيق أهداف محددة، ولذلك فإن أهمية السياسة تنبع من طبيعة الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه.

– اعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة وهذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية ففي بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتَلات والجماعات وأحيانا لأسباب غير معروفة، وبالتالي فإن غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات.

– تختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى لكنه في الأغلب تشتمل على القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الخاص الصحي، بالإضافة إلى القطاعات الأخرى الصحية حسب النظام لتلك الدول والمقصود هنا الذي يضع السياسات الصحية الخاصة في الدولة جزء أساسي من النظام الصحي، وغالبا ما يرتكز في القطاع الصحي الخاص ولا يمكن بأي حال من الأحوال انفراد القطاع الصحي الخاص بوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي.[2]

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع 2008)ص33

[2] صلاح محمود ذياب، **إدارة خدمات الرعاية الصحية** ،(عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع،2009)ص218-219

وخلاصة لهذا الفصل فالسياسات الصحية تستدعي جملة من القواعد والتحليلات لفهم طبيعة التفاعل الذي يحدث بين المؤسسات والمصالح والأفكار الخاصة بالفاعلين في هذه السياسة، ونظرا لأهمية الصحة لدى الشعوب، فقد اضطلعت برسم وتنفيذ وتقويم السياسة الصحية العديد من المؤسسات الرسمية وغير الرسمية وفي المؤسسات الدَولية أصبحت تتدخل في الكثير من التفاصيل الخاصة بهذه السياسة، وذلك من أجل إشباع وتحقيق رغبات واحتياجات المواطن وتقريبه من الفواعل المحلية، والعمل على تخليص أفراد المجتمع المحلي من المرض وإعادة إدماجهم من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا دورهم بفاعلية داخل محيطهم الاجتماعي باعتبار الصحة أهم ركيزة لا تستقيم حياة الإنسان من دونها.

ومن هنا أخلص في دراستي لهذا الفصل من استنتاجات:

– أن السياسة الصحية من بين السياسات التي تمثَّل مركزا محوريا لدى صناع القرار ولاقت اهتمام كبير من طرف الدول والمنظمات والمجتمعات.

– لتحديد سياسة صحية ناجحة لابدَ من تحديد جل محاورها.

– قبل صنع سياسة صحية وتنفيذها لابد من أداء الالتزامات السياسية بضرورة تحقيق الأهداف والعمل على توفير الموارد اللازمة لتنفيذها.

– تلبية الحاجيات والمطالب الصحية وفق مبدأ العدالة والمساواة بين جميع أفراد المجتمع.

– زيادة الوعي لأفراد المجتمع وتفاعلهم وإشراكهم في تنفيذ المشروعات .

– ازدياد القدرات المالية للفواعل المحلية مما يساهم في تعزيز قيامها بواجباتها وتدعيم استقلاليتها

– تنمية قدرات الفواعل المحلية للإسهام في تنمية المجتمع .

- قبل صنع سياسة صحية وتنفيذها لابد من أداء الالتزامات السياسية بضرورة تحقيق الأهداف والعمل على توفير الموارد اللازمة لتنفيذها.

- تلبية الحاجيات والمطالب الصحية وفق مبدأ العدالة والمساواة بين جميع أفراد المجتمع.

- زيادة الوعي لأفراد المجتمع وتفاعلهم وإشراكهم في تنفيذ المشروعات .

- ازدياد القدرات المالية للفواعل المحلية مما يساهم في تعزيز قيامها بواجباتها وتدعيم استقلاليتها

- تنمية قدرات الفواعل المحلية للإسهام في تنمية المجتمع .

الفصل الثاني: الفواعل المحلية للسياسة الصحية في الجزائر

عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدَت عبر سنوات طويلة إذ تعتبر منعرجا حاسما في تاريخ الجزائر واتَسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدَلات الوفيات والإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية والمتنقلة على نطاق لم يسبق لها مثيل، وباعتبار الصحة حق عالمي أساسي ومورد بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية عملت الجزائر بعد الاستقلال في هذا الإطار على توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيرا كاملا ومنسجما وموحدا في إطار الميثاق الصحي الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية الصحية من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة لحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

وفي الإطار نفسه رسمت الجزائر إستراتيجية لمحاور السياسة الصحية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرقلت التنمية عن طريق وضع برامج تخطيطية لترقية هذا القطاع، فلجأت إلى الفواعل المحلية باعتبارها قريبة من المواطن وقد وضعت أساسا لتسيير شؤون الأشخاص وتحسين وضعية حياتهم على جميع المستويات وخوَلت لها تنفيذ هذه البرامج في حدود الصلاحيات والاختصاصات التي أسندت لها، وعليه نتساءل عن ما هي أهم الفواعل المحلية للسياسة الصحية في الجزائر؟ وفيما تكمن أهم صلاحياتها بعد المراحل التي عرفتها من الاحتلال إلى الاستقلال؟ وللإجابة على هذه الإشكالية تطرقت الدراسة في المبحث الأول إلى الفواعل المحلية في الجزائر وفي المبحث الثاني إلى السياسة الصحية في الجزائر وفي المبحث الثالث لحوكمة السياسة الصحية في الجزائر.

المبحث الأول: الفواعل المحلية في الجزائر

تمثل الفواعل المحلية صورة مصغَرة للحكومة والنواة الأساسية للدولة، فباتساع نشاطها وخدمتها أصبح أمر توزيع الوظائف الإدارية والمهام الحكومية مسألة ذات أولوية قصوى لزيادة الفاعلية والكفاءة في تقديم الخدمات المحلية للمواطنين فكان عليها اختيار أسلوبها في التنظيم الإداري بما يتلاءم مع ظروفها الاجتماعية الاقتصادية والسياسية، فأوكلت تنفيذ السياسات والمهام للفواعل المحلية التي انحصرت في البلدية والولاية رغم اختلاف مراكز القوة والسلطة بينهما، ففي حالة البلدية ليس هناك ازدواجية للسلطة فهي بيد هيئة منتخبة وبالتالي تصبح القوة بيد المنتخبين لوحدهم وهو ما يجسَد الديمقراطية المحلية، أما في حالة الولاية فهناك والي معين ومجلس شعبي ولائي منتخب فهناك ازدواجية للقوة والسلطة بيد الهيئة المعينة والمهيمنة على الهيئة المنتخبة التي تؤدي دورا رمزيا.

المطلب الأول: الولاية في النظام الإداري المحلي الجزائري

تعدَ الولاية وحدة إدارية من وحدات الدولة وفي نفس الوقت شخصا من أشخاص القانون، وقد عرَفتها المادة الأولى من قانون **07/12** على أنها:" الجماعة الإقليمية للدولة وتتمتع بالشخصية المعنوية والذَمة المالية المستقلة وهي أيضا الدائرة الإدارية غير الممركزة لها وتتشكل بهذه الصفة فضاء لتنفيذ السياسات العمومية التضامنية والتشاورية بين الجماعات الإقليمية والدولة، وتساهم مع الدولة في إدارة وتهيئة الإقليم والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وحماية البيئة وكذا حماية وترقية وتحسين الإطار المعيشي للمواطنين وتتدخل في كل مجالات الاختصاص المخوَلة لها، شعارها بالشعب وللشعب، تحدث بموجب قانون.[1]

[1] المادة الأولى من القانون رقم **07/12** المؤرخ في 28 ربيع الأول 1434 الموافق ل 21 فبراير 2012 المتعلق بقانون الولاية، الجريدة الرسمية رقم 12لسنة2012

خصائص الولاية:

تمتاز الولاية كمجموعة إدارية لامركزية إقليمية بمجموعة من الخصائص والمميَزات الذاتية نذكر منها :

– أن الولاية هي وحدة أو مجموعة إدارية لامركزية إقليمية وجغرافية وليست مجموعة أو وحدة لامركزية فئية أو مصلحيه أو مرفقية، فقد وجدت ومنحت الاستقلال والشخصية المعنوية قسطا من سلطة الدولة على أساس إقليمي جغرافي أساسا وليس فني أو موضوعي.[1]

– تعدَ الولاية كوحدة ومجموعة إدارية لامركزية في النظام الإداري الجزائري حلقة وهمزة وصل بين الحاجيات والمصالح والمقتضيات المهنية المتميزة عن مصالح الدولة [2]

– الولاية باعتبارها مجموعة أو وحدة إدارية لامركزية في النظام إداري الجزائري بأنها أوضح صورة لنظام اللامركزية الإدارية النسبية وليست وحدة أو مجموعة لامركزية إدارية مطلقة وذلك لأن أعضاء الهيئة وجهاز تسييرها وإدارتها لم يتم اختيارهم وانتقاءهم كلهم بالانتخاب وإنما يختار البعض منهم بالانتخاب العام (الاقتراع) وهم أعضاء المجلس الشعبي الولائي، بينما يعيَن باقي الأعضاء (المجلس التنفيذي) ووالي الولاية من قبل السلطات الإدارية المركزية بمرسوم رئاسي، ليدير هذه الهيئة التنفيذية الوالي.

– تتأكد صفة وطبيعة اللامركزية النسبية للولاية في اعتبارها وحدة إدارية مركزية في تحقيق وإنجاز المصالح المحلية للولاية وإشباع الحاجات المحلية لها، وتشارك بذلك في أداء امتداد لأعمال البلدية، وأعمال الدولة فحسب، بل هي أيضا دائرة إدارية تمكَن الإدارة المركزية للدولة بكل المعلومات المحلية

[1] عمار عوابدي، **دروس في القانون الإداري** (جامعة الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية: دار ط3 1990)ص166.

[2] المرجع نفسه، ص167.

المطلوبة وفي نفس الوقت تعكس عملها لخدمة المواطنين على الوجه الأكمل والمطلوب في إطار الآفاق التنموية .[1]

التطور التاريخي للولاية:

مرَت الولاية بمرحلتين أساسيتين في تطوَرها وتتمثل في: مرحلة الاستعمار ومرحلة الاستقلال:

مرحلة الاستعمار:

لقد بني التنظيم الإداري للثورة على مبدأ القيَادة الجماعية وعدم السماح لأي شخص أن ينفرد باتخاذ القرارات معبَرة تؤثر في تغيير مجرى الأمور ولهذا فإن إستراتيجية الثورة من الناحية التنظيمية قامت على أساس إنشاء محل الولاية الذي يعتبر قمة التنظيم والقيادة يسيَره مجاهدون أهم مستويات محترمة من التعليم والتكوين السياسي ويعمل تحت الإشراف المباشر للقائد العام للولاية وهو عبارة عن هيئة للدراسات والتنظيم ووضع التصورات وجميع المعلومات الواردة وتحليلها والاستفادة منها قبل وأثناء اتخاذ القرارات الحاسمة وتزويد القيادة السياسية للبلاد بالمعلومات والمعطيات من خلال التقارير المرسلة إليها للتعرف الميداني على وضعية الثورة ومن حيث النجاحات والصعوبات والمعوقات لاتخاذ القرارات المناسبة حول مستقبل الثورة.[2]

[1] شويح بن عثمان، **دور الجماعات المحلية في التنمية المحلية –دراسة حالة البلدية** ،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام، إشراف عزاوي عبد الرحمن، كلية الحقوق والعلوم السياسية ،جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان 2010-2011)ص29.

[2] محمد العربي سعودي، **المؤسسات المركزية والمحلية في الجزائر،الولاية-البلدية 1516-1962**، (الجزائر: بن عكنون: ديوان المطبوعات الجامعية ،2006)ص29

مرحلة الاستقلال:

عمدت السلطات العامة بعد الاستقلال إلى اتخاذ جملة من الإجراءات على مستوى التنظيم الولائي العملات تمثّلت في دعم مركزية وسلطات عامل العمالة (الوالي) من جهة وضمان قدر معين من التمثيل الشعبي :

ففي الفترة الأولى تم إحداث لجان عمالية (جهوية) التدخل الاقتصادي والاجتماعي (**C–D–L–E–S**) تضم ممثّلين عن المصالح الإدارية وممثّلين عن السكان يعيَنهم عامل العمالة (الوالي) الذي تؤول إليه رئاسة اللجنة

وفي الفترة الثانية وبعد الانتخابات البلدية الأولى 1967 م تم استخلاف اللجنة السابقة بمجلس جهوي (والي أو ولائي) اقتصادي واجتماعي (**A–D–E–S**) والذي كان يتشكل من جميع رؤساء المجالس البلدية بالعمالة مع إضافة ممثل عن كل من الحزب، النقابة والجيش وقد ظَل الوضع قائما إلى حين صدور الأمر **38/69** المؤرخ في **23ماي 1969** والمتضمَن قانون الولاية وهو النص الذي يبقى مشكلا المصدر التاريخي للتنظيم الولائي بالجزائر على الرغم من تأثره بالنموذج الفرنسي في هذا المجال طبقا لهذا الأمر قام التنظيم الولائي على ثلاثة أجهزة أساسية: المجلس الشعبي الولائي، المجلس التنفيذي للولاية والوالي.[1]

وبالتالي فالولاية هي الجماعة الإقليمية للدَولة وكذا دائرتها الإدارية غير الممركزة، وتشمل بهذه الصفة فضاء لتنفيذ السياسات العمومية التضامنية والتشاورية بين الجماعات الإقليمية والدولة، وتساهم في ترقية وتحسين الإطار المعيشي للمواطنين، وهي لأجل ذلك متمتّعة بالشخصية المعنوية والذمة المالية

[1] عثماني صارة، **النظام القانوني للولاية في الجزائر** (مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، تخصص جماعات محلية، إشراف عثماني عبد الرحمن،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة سعيدة 2017)ص35

المستقلة، وباعتبارها هيئة محلية لامركزية تكلّف في المجال الصحي بضمان إنشاء المعدَات الصحية عندما تكون هذه الأخيرة تتجاوز طاقات البلدية كما أنها تسهر على تنفيذ النشاطات الخاصة بالوقاية الصحية وهي تختص بالصحة العمومية عن طريق مديريتها الصحية وتتمثل أهمها في:

مديرية الصحة والسكان:

توجد على مستوى كل ولاية من ولايات القطر مديرية للصحة والسكان والتي حددت مهامها وفق المرسوم التنفيذي رقم **97-261** المؤرخ في 09- ربيع الأول 1418 الموافق 14يوليو الذي حدَد القواعد الخاصة بتنظيم وسير مديريات الصحة والسكان، فحسب المادة الأولى منه فإن المديرية الولائية للصحة والسكان"هي عبارة عن مؤسسة خدمية وظيفتها تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتَصلة بأنشطة الصحة والسكان ويتم ذلك عن طريق تنسيق العمل ضمن المصالح المكونة لها"[1]

هيئات الولاية :

تقوم الولاية على هيئتين أساسيتين أولها المجلس الشعبي الولائي، وثانيها الوالي يساعد هذا الأخير في مهامه أجهزة وهياكل الإدارة العامة للولاية منها الأمانة العامة للولاية والمتفشية العامة للولاية، الديوان، رئيس الديوان، ورئيس الدائرة.

أولا: المجلس الشعبي الولائي:

يعدَ المجلس الشعبي الولائي جهاز أو هيئة أساسية في تسيير وإدارة الولاية كوحدة إدارية لامركزية إقليمية فهو جهاز منتخب ويعتبر الأسلوب الأمثل للقيَادة الجماعية.[2]

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

[2] قصير مزياني فريدة، **القانون الإداري،الجزء الأول**، (الوادي: مطبعة سخري، ط1،2011)ص181

إن المجلس الشعبي الولائي يعتبر الهيئة التي تجسَد اللامركزية ومبدأ ديمقراطية الإدارة العامة ومبدأ المشاركة الشعبية إذ يعبَر عن احتياجات السكان ويتم انتخابه من قبل المواطنين الذين يقيمون في إقليم الولاية بالانتخاب لمدة 5سنوات بطريقة الاقتراع النسبي على القائمة.

تشكيله:

ينتخب المجلس الشعبي الولائي من قوائم المترشحين الذين يقدَمهم كل حزب وتوضع في كل دائرة انتخابية وحيدة للمترشحين ويكون عددهم ضعف المقاعد المقرر شغلها، وذلك ليتمكن الناخبين من التمييز والتفضيل باختيار أحسن العناصر لإدارة شؤون الولاية ولا يمكن للناخبين أن يصوتوا إلا المترشحين المذكورين في القائمة.[1]

وطبقا للمادة 82 من القانون العضوي 10/16 يتغير عدد أعضاء المجالس الشعبية الولائية حسب تغير عدد سكان الولاية الناتج عن عملية الإحصاء العام للسكان والإسكان الأخير وضمن الشروط التالية :

35 عضوا في الولايات التي يقل عدد سكانها عن 250.000 نسمة.

39 عضوا في الولايات التي يتراوح عدد سكانها بين 250.000 و650.000 نسمة.

43 عضوا في الولايات التي يتراوح عدد سكانها 650.000 و950.000 نسمة .

47 عضوا في الولايات التي يتراوح عدد سكانها 950.001 و1.150.000 نسمة.

51 عضوا في الولايات التي يتراوح عدد سكانها بين 1.150.001 و1.250.000 نسمة.

55 عضو في الولايات التي يساوي عدد سكانها 1.250.001 نسمة أو يفوقه.

[1] صالح فؤاد، **مبادئ القانون الإداري الجزائري**، (بيروت، لبنان: دار الكتاب اللبناني، ط1، 1983)ص238

انتخاب رئيس المجلس الشعبي الولائي :

ينتخب رئيس المجلس الشعبي الولائي رئيسه من بين أعضاء ه للعهدة الانتخابية ويقدَم المتر شح لانتخاب رئيس المجلس الشعبي الولائي من القائمة الحائزة عل الأغلبية المطلقة للمقاعد.

في حالة عدم حصول أي قائمة على الأغلبية المطلقة للمقاعد يمكن القائمين الحائزتين خمسة وثلاثين بالمائة (35%) على الأقل من المقاعد تقديم مرشح.[1]

وبعد انتهاء العملية الانتخابية يختار رئيس المجلس الشعبي الولائي خلال (8)أيام التي تلي تنصيبه نوابه من بين أعضاء المجلس ويعرضهم للمصادقة بالأغلبية المطلقة للمجلس الشعبي الولائي،ولا يمكن أن يتجاوز عددهم.

اثنين(2)بالنسبة للمجالس الشعبية الولائية المتكونة من 35 إلى 39 منتخبا .

ثلاثة(3)بالنسبة للمجالس الشعبية الولائية المتكوَنة من 43 إلى 47 منتخبا.

ستة(6) بالنسبة للمجالس الشعبية الولائية المتكوَنة من 51 إلى 55 منتخبا.[2]

المداولات:

يجرى المجلس الشعبي الولائي خلال دوراته مداولات تنصب على إحدى صلاحياته وتخضع كما هو الشأن بالنسبة للبلدية إلى قواعد الأساسية التالية :

1 القاعدة العامة أن تكون مداولات المجلس علانية، ضمانا للرقابة الشعبية إلا في حالتين:

- فحص الحالة الانضباطية للمنتخبين الولائيين.

[1] المادة 59 من قانون 07/12.

[2] المادة 62 من قانون 12-07

- فحص المسائل المرتبطة بالأمن والنظام العام.

2 تتم المصادقة على المداولات بالأغلبية المطلقة للأعضاء الممارسين مع ترجيح صوت الرئيس عند التساوي وفقا لما ورد بالمادة 51 من قانون الولاية.[1]

صلاحيات المجلس الشعبي الولائي :

يعتبر المجلس الشعبي الولائي هيئة مداولة في الولاية وهو يضم في مجال الصحة العمومية بإنجاز الهياكل الصحية التي تتجاوز قدرات البلديات وذلك بحكم حجمها وأهميتها، ويتداول المجلس الشعبي الولائي في مجالات عديدة صنّفها قانون الولاية ضمن اختصاصه من بينها تلك المتعلقة بالصحة العمومية وحماية الطفولة والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة طبقا للمادة **77** من قانون الولاية ويساهم المجلس الشعبي الولائي بالاتصال مع البلديات في تنفيذ كل الأعمال المتعلّقة بمخطط الإسعافات والكوارث والآفات الاجتماعية الطبيعية والوقاية من الأوبئة وكذا مكافحتها طبقا للمادة **95** من نفس القانون، ويسهر أيضا على تطبيق تدابير الوقاية الصحية ويتّخذ في هذا الإطار كل التدابير لتشجيع إنشاء هياكل مكلّفة لمراقبة وحفظ الصحة في المؤسسات المستقبلية للجمهور وكذا في المواد الاستهلاكية كما اقتضت المادة94 .[2]

ثانيا: الوالي:

يعتبر الوالي ممثل الدولة ومندوب الحكومة على مستوى الولاية وهيئة تنفيذية للمجلس الشعبي الولائي ويعدّ في التنظيم الإداري الجزائري جهاز عدم التركيز،إذ يعمل باسم السلطة المركزية ويتّخذ

[1] محمد صغير بعلي، **الإدارة المحلية الجزائرية** ،(الجزائر: عنابة : دار العلوم للنشر والتوزيع 2013)ص109

[2] عمر شنتير رضا، **النظام القانوني للصحة العمومية**، (أطروحة دكتوراه في الحقوق، تخصص القانون العام، إشراف بوسماح محمد، كلية الحقوق بن عكنون، جامعة الجزائر1 2012-2013)ص70

القرارات باسم الوزراء في عدد من القضايا، وبالتالي يخفَف من بعض الأعباء وخاصة تلك المتعلقة بالشؤون المحلية، وهو بذلك حلقة وصل بين السلطة المركزية واللامركزية مما يجعل من دوره ذا أهمية بالغة لامتزاجه بين السلطتين معا، فهو يد السلطة المركزية على السلطة المحلية، وهو رجل القرار والميدان بالولاية وعميد الوساطة بين مختلف المؤسسات والأفراد من خلال الصلاحيات الواسعة الممنوحة له،مما يثير نقطة هامة وهي مدى استقلالية في ذلك وما ينتج عنها في التسيير على المستوى المحلي.[1]الوزراء في عدد من القضايا، وبالتالي يخفَف من بعض الأعباء وخاصة تلك المتعلَقة بالشؤون المحلية، وهو بذلك حلقة وصل بين السلطة المركزية واللامركزية مما يجعل من دوره ذا أهمية بالغة لامتزاجه بين السلطتين معا، فهو يد السلطة المركزية على السلطة المحلية، وهو رجل القرار والميدان بالولاية وعميد الوساطة بين مختلف المؤسسات والأفراد من خلال الصلاحيات الواسعة الممنوحة له، مما يثير نقطة هامة وهي مدى استقلالية في ذلك وما ينتج عنها في التسيير على المستوى المحلي.[2]

صلاحيات الوالي:

تختلف صلاحيات الوالي تبعا لازدواج وظيفته، فهو ممثل للدولة يشرف وينسق ويراقب عمل مصالح الدولة اللامركزية المكلَفة بمختلف قطاعات النشاط في الولاية باستثناء:

- العمل التربوي والتنظيم في ميدان التربية والتكوين .
- وعاء الضرائب وتحصيلها.

[1] حبارة توفيق، **النظام القانوني للوالي في ظل قانون الولاية12-07** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص قانون إداري، إشراف الأخضاري نصر الدَين، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2012-2013) ص1

[2] حبارة توفيق، **النظام القانوني للوالي في ظل قانون الولاية12-07** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص قانون إداري، إشراف الأخضاري نصر الدَين، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2012-2013)ص1

- الرقابة المالية للنفقات العمومية وتصنيفها.
- إدارة الجمارك.
- مفتشية العمل.
- مفتشية الوظيف العمومي.

المصالح التي يتجاوز نشاطها بالنظر إلى طبيعتها أو خصوصيتها إقليم الولاية ويمارس أيضا باعتباره ممثلا للدولة صلاحيات الضبط الإداري وتقع عليه مسؤولية الحفاظ على النظام والأمن[1].

أما نشاط الضبط الإداري المتعلّق بالصحة العامة فيتمثل في اتخاذ الإجراءات والتدابير التي تكفل المحافظة على صحة الأفراد وعلى هذا الأساس يستطيع الوالي مثلا أن يصدر لوائح يمنع بها تعريض المأكولات للتلوّث أو منع بعض السلع واللّحوم من عرضها وبيعها على الهواء الطلق دون اتخاذ الإجراءات الصحية أو اتخاذ الإجراءات التي تكفل تغذية الأفراد واتخاذ قرارات والقيام ببعض النشاطات التي تساعد منع انتشار الأمراض الأوبئة.[2]

كما له سلطة الوصاية على المؤسسات العمومية الاستشفائية وكذا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية الموجودة داخل رقعة ولايته الجغرافية طبقا للمادتين الثانية (2) والسادسة (6) من المرسوم التنفيذي رقم **07-140** المؤرخ في 2007/05/19 يتضمَن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، كما أن الوالي هو من يرأس اجتماعات المجالس الإدارية الخاصة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية وأيضا مؤسسات الصحة الجوارية الموجودة داخل إقليم ولايته وله أيضا صلاحية الرقابة على مشاريع ميزانية هذه المؤسسات العمومية

[1] كمال جعلاب، مرجع سابق ص106

[2] حبارة توفيق، مرجع سابق ص 28

الصحية المذكورة باعتباره هو من يقوم بالمصادقة عليها وذلك كونه السلطة الوصية على هذه الهيئات العمومية.[1]

إدارة الولاية:

يشكل الوالي السلطة الأساسية والقائد الإداري في الولاية ويمثّل حلقة اتصال بينها وبين السلطة المركزية.[2] يقوم بصفته الهيئة التنفيذية للولاية بمهام إدارية تضع على عاتقه مهمة تنفيذ القرارات التي تسفر عن مداولات المجلس الشعبي الولائي بما فيها المتعلّقة بالتنمية المحلية بإشرافه على كل القطاعات العمومية لتكون في مستوى الخدمة المخوّلة بأدائها في ظروف ملائمة ،من بين هذه القطاعات قطاع الصحة الذي يعتبر من المرافق الهامة والحسّاسة التي تقدّم خدمتها الحيوية للمواطنين دون استثناء والتي لا يمكن لأحد الاستغناء عنها.[3]، وعليه فإن المشرّع الجزائري خوّل له صلاحيات جد مهمة في هذا المجال حيث لا يمكن القيام بأي عملية تنمية مها كان نوعها اجتماعية أو اقتصادية إذ لم يتمتع المواطنين بصحة جيدة، فيقوم بذلك بإنجاز تجهيزات الصحة ويسهر على تدابير الوقاية الصحية.

وبالتالي يعبّر عن اهتمامات المواطن عندما تكون السلطة اللاّمركزية الإقليمية ويقوم بالدور المخوّل إليه كمندوب الوزير أو الحكومة في صفة المركزية الإدارية، لكن هذه المهمة لا يقوم بها لوحده بل سخّر له المشرّع مجموعة من الأجهزة تساعده في وظيفته وهي تتمثل أساسا في الكتابة العامة

[1] عمر شنتير رضا، مرجع سابق ،ص 60

[2] حسين فريحة، **الرشادة الإدارية ودورها في التنمية المحلية**، (مجلة الاجتهاد القضائي: كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف مسيلة، عدد06،2006)ص28.

[3] زين الدين بومرزوق ،**الخدمة العمومية بين تطبيقات النصوص القانونية والواقع،الجماعات المحلية نموذجا** (الجزائر:دار الكتاب العربي،2014) ص106

والمفتشية العامة ومصالح التقنين والشؤون العامة والإدارة المحلية والديوان والدائرة ومجلس الولاية ومن هنا سوف نتطرق إلى دور كل جهاز.[1]

أولا: الكتابة العامة:

تتكوَن الكتابة أو الأمانة العامة في الولاية من مجموعة من المصالح حسب أهمية الولاية مقسَمة إلى مكاتب يشرف عليها الأمين العام أو الكاتب العام للولاية، تنص المادة **5** من المرسوم رقم **94-215** السابق على ما يأتي:

- يسهر على العمل الإداري ويضمن استمراريته.
- يتابع عمل جميع مصالح الدَولة الموجودة في الولاية .
- ينشَط الهياكل المكلَفة بالوثائق والمحفوظات والتلخيص وينسقها .
- يتابع عمل أجهزة الولاية وهياكلها.

وبهذه الصفة يجتمع كلَما دعت الحاجة بعض وواحد أو بعدَة أعضاء من مجلس الولاية المعنيين لدراسة المسائل الخاصة التي تدخل في إطار تنفيذ برنامج مجلس الولاية ويعلم الوالي بسير الأشغال وينشَط مجموع برامج التجهيز والاستثمار في الولاية ويسهر على تنفيذها كما يتابع تنفيذ مداولات المجلس الشعبي الولائي والقرارات التي يتخذها مجلس الولاية.[2]

[1] علاء الدين عشي، **والي الولاية في التنظيم الإداري الجزائري**، (الجزائر: دار الطباعة للنشر والتوزيع، 2006)ص102

[2] محمد الصغير بعلي، مرجع سابق ص.108

ثانيا: المفتشية العامة :

تتولى المفتَشية العامة سلطة الوالي مهمة عامة دائمة لتقويم نشاط الأجهزة والمؤسسات غير الممركزة واللامركزية الموضوعة تحت وصاية وزير الداخلية والجماعات المحلية وتسيير المفتشية مفتش يعيَن بموجب مرسوم تنفيذي ويساعده مستشار أو مفتشين بينهم الوالي على أن يبَلغ الوالي بتقارير التفتيش التي يحررها المفتشون عقب انتهاء مهامهم ويرسل ملَخص منها دوري إلى الوزارة الوصيَة.[1]

وهناك صلاحيات مخوَلة للمفتشية العامة تحت سلطة الوالي تتمثَل في مجال الاختصاص وتشمل مجال تدخل المفتشية العامة في الولاية لأجهزة وهياكل المؤسسات غير الممركزة واللامركزية الموضوعة تحت وصاية وزير الداخلية والجماعات المحلية ومجال السلطات وتتمثل في تقويم الهياكل والمؤسسات.

ثالثا: مصالح التقنين والشؤون العامة والإدارة المحلية:

تعتبر مصلحة التقنين والتعمير القانوني الأصح مصلحة التنظيم والشؤون العامة والإدارة المحلية هيئتين لا مركزيتين ضمن المصالح التابعة لسلطات الوالي وتقوم بمساعدته في مجال تنفيذ كل التدابير التي تضمن تطبيق التنظيم العام واحترام مكان تقويم بكل عمل من شأنه أن يقدَم دعما إسنادا يمكَن المصالح المشتركة في الولاية من السير بانتظام وتنظيم مصالح التقنين وهما مصلحتين :

- مصلحة التقنين والشؤون العامة تسهر على تطبيق التقنين العام واحترامه وتضمن مراقبة شرعية التدابير التنظيمية التي تقرَر على المستوى المحلي.

[1] ناصر لباد، **الوجيز في القانون الإداري**، (الجزائر: دار المجلد للنشر والتوزيع، ط4 ب.س)ص133

- مصلحة الإدارة المحلية وتتمثل مهمتها السياسية في التنسيق بين الولاية والبلدية وممارسة الوصاية عليها وتتكون من مصلحتين غلى أربع مصالح تضم كل مصلحة من ثلاثة مكاتب إلى أكثر ويسيَرها مدير معين بموجب مرسوم تنفيذي [1]

رابعا: ديوان الوالي:

يعتبر هذا الجهاز من الأجهزة الحسَاسة والمقربة من الوالي، نظرا لما مكانته ودوره بالنسبة لمصالح إدارة الوالي، فهو جهاز يوضع لمساعدة الوالي وبالتالي فهو تحت سلطته المباشرة ،ويتولى إدارته رئيس الديوان الذي يعتبر بدوره من المناصب العليا في الدولة يعيَن بموجب مرسوم تنفيذي وحسب المادة **09** من المرسوم التنفيذي **94-215** يتلقى رئيس الديوان في حدود اختصاصه تفويض الإمضاء من الوالي، ويتغير عدد أعضاء الديوان بحسب حجم العمل في الولاية وتتمثل مهامهم في ما يلي :[2]

يكلَف رئيس الديوان بمساعدة الوالي في ممارسة مهامه، حيث يمكنه أن يتلقى تفويضا بالإمضاء من الوالي وعلى كل فهو مكلف بالخصوص بما يأتي :

- العلاقات الخارجية والتشريعات.
- العلاقات مع أجهزة الصحافة والإعلام .
- أنشطة مصلحة الاتصالات السلكية واللاسلكية والسفرة.[3]

[1] حمدي خديجة ،بلحاج هجيرة ،**التنظيم الإداري في الجزائر**، (مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات الماستر في العلوم السياسية، تخصص تسيير إدارة الجماعات المحلية ،إشراف بن علي زهرة ،كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسة،جامعة مصطفى اسطمبولي،معسكر،2017) ص 134

[2] حمدي خديجة، مرجع سابق ،ص135

[3] محمد صغير بعلي، مرجع سابق، ص 121

خامسا: الدائرة:

يقسَم إقليم الولاية إلى دوائر، والدائرة هي جزء من الولاية يشمل عدد من البلديات حيث نصَ قانون الولاية على تقسيم تراب الولاية إلى دوائر ويوجد حاليا 91 دائرة في الدولة، ويرأس الدائرة رئيس الدائرة وهو يساعد الوالي في تأمين تمثيل الدولة وتطبيق توجيهات الحكومة، ويحرص رئيس الدائرة على تطبيق القوانين والأنظمة حسن سير المصالح الإدارية والتقنية في دائرته ويسهر على تقارب بين الإدارة والمواطنين على تنفيذ القرارات المتَخذة في نطاق المجلس التنفيذي للولاية.[1]

سادسا: مجلس الولاية:

ينشَط الوالي وينسَق ويراقب نشاط المصالح الغير ممركزة للدولة مكلَفة بمختلف قطاعات النشاط في الولاية.

يمارس أعضاء مجلس الولاية مجموعة من الصلاحيات أهمها :

- يجب على أعضاء المجلس إطلاع الوالي بالانتظام على الشؤون الخاصة بكل قطاع وتبليغه بجميع المعلومات والتقارير والدراسات والإحصائيات اللاَزمة لأداء مهام مجلس الولاية ويتلقى كل عضو من أعضاء مجلس الولاية تفويضا من الوزير المختص بشكل مباشر أو من الوالي بشكل غير مباشر ولكن غالبا ما يكون التفويض من الوالي المكلَف بالرقابة عليهم.

[1] جعفر أنس قاسم، **أسس التنظيم الإداري والإدارة المحلية بالجزائر**، (الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثانية، 1988)ص58.

- أسند للمجلس مهمة تنفيذ قرارات الحكومة ومداولات المجلس الشعبي الولائي وبهذه الكيفية اعتبر شكله الجماعي ممثلا للحكومة وهيئة من هيئات الولاية وممثلا لها في تنفيذ برامجها التنموية حيث يعمل باسم الاثنين معا وعليه فإن أعضاءه يحكمهم التحيَز لا الانتخاب.[1]

المطلب الثاني: البلدية في النظام الإداري المحلي الجزائري

عرَفها المشرع في المادة الأولى من قانون البلدية **11-10** بأنها:" الجماعة الإقليمية القاعدية للدولة، وتتمتَع بالشخصية المعنوية والذمة المالية المستقلة، وأضافت المادة الثانية بعدا جديدا لمفهوم البلدية باعتبارها" القاعدة الإقليمية اللاَمركزية ومكان لممارسة المواطنة وتشكل إطار مشاركة المواطن في تسيير الشؤون العمومية، بذلك أصبحت البلدية في الجزائر لا عرَف فقط بكونها مجرد جماعة قاعدية بل أيضا باعتبارها إطار مشاركة المواطن وقاعدة للامركزية.[2]

خصائص البلدية:

- تتميَز البلدية بمجموعة من الخصائص والمميَزات أهمها :
- البلدية هي وحدة أو هيئة إدارية لامركزية إقليمية جغرافية وليست مؤسسة لا مركزية فنية أو موضوعية كما أنها تتمتَع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ونصت المادة **01** من القانون **11-10** على ذلك كما يلي :البلدية هي الجماعة الإقليمية القاعدية للدولة وتتمتع بالشخصية المعنوية والذمة المالية المستقلة.
- البلدية هي مجموعة لامركزية أنشأت بموجب القانون، وتمثل مقاطعة إدارية مكلَفة بضمان السير الحسن للمصالح العمومية.

[1] سعيدي الشيخ، **الدور التنموي للجماعات المحلية في الجزائر على ضوء التعددية السياسية**، (أطروحة دكتوراه في القانون، كلية الحقوق،جامعة سيدي بلعباس،2007)ص182

[2] كمال جعلاب، مرجع سابق،ص122

- تخضع البلدية في الجزائر إلى نظام الوصاية السياسة والإدارية وذلك من خلال جميع المهام والوظائف التي خوَلها المشرع لها في ظل المحافظة على الوحدة السياسية،الإدارية والاجتماعية والاقتصادية للدولة،ويجب أن تنفَذ هذه الاختصاصات في الشروط والإجراءات التي أقرتها الأجهزة والأنظمة الرقابية الخاضعة لها، وإلا اعتبرت أعمال وتصرفات البلديات باطلة وغير مشروعة.[1]
- البلدية أداة تحريك المجتمع بالإضافة إلى توفير البيئة الصحية التي تساعد المواطنين على استثمار مواردهم وطاقاتهم للمشاركة والمساهمة في العملية التنموية في المدى القصير وعلى المدى الطويل.[2]

– لجنة البلدية: تحت رئاسة المتصرف مع عضوية عدد من المنتخبين الفرنسيين وبعض الجزائريين الأهالي الذين يعينون من طرف السلطة الفرنسية استنادا إلى التنظيم القبلي القائم على أساس مجموعة بشرية.[3]

- **البلديات ذات التصرف التام:**

وجدت هذه البلديات في مناطق التواجد المكثَف للفرنسيين أي المدن الكبرى والمناطق الساحلية وكانت تخضع في تنظيمها إلى القوانين التي تضعها السلطة الفرنسية وأنشأت بالبلدية آنذاك هيئتين هما :

- المجلس البلدي: هو طرف سكان البلدة الفرنسيون والجزائريين.
- العمدة: ينتخبه المجلس البلدي من بين أعضائه، ويهدف لقمع الجماهير ومقاومة الثورة التحريرية 1954 دعت السلطات الاستعمارية الفرنسية بالطابع العسكري للبلديات بأحداث:

[1] عمار عوابدي، مرجع سابق،ص195

[2] إسحاق يعقوب القطب، **التطوير الإداري للمدن العربية،** (الكويت: مجلة المدين العربية عدد 10 أكتوبر 1983)ص9

[3] عشبا لطيفة، **النظام القانوني للبلدية في الجزائر،** (مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي، تخصص قانون إداري،كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2012-2013)ص12

الأقسام الإدارية الخاصة في المناطق الريفية .

الأقسام الإدارية الحضرية في المدن.

وهي هيئات تقع تحت سلطة الجيش الفرنسي وتتحكم فعليا في تسيير البلديات.[1]

مرحلة ما بعد الاستقلال:

عرفت البلدية تطورا ملحوظا بعد الاستقلال إذ خصصت لها قوانين تنظم كيفية تسيرها وطريقة انتخاب أعضاء هيئتها وذلك عبر مراحل :

المرحلة الانتقالية (من 1967-1967) :

تعرضت البلدية بعد الاستقلال إلى نفس الأزمة التي تعرضَت لها كل مؤسسات الأخرى، ومن أجل سد الفراغ الذي تركته الهجرة الجماعية للإطارات الأوروبية عقب الاستقلال، تم تعيين لجان خاصة يرأسها رئيس، يقوم بدور رئيس البلدية في انتظار إعداد قانون بلدي جديد، كما عرفت هذه المرحلة أهم إجراء تمثل في الإصلاح الإقليمي للبلديات، حيث تم دمج البلديات بعد أن كان عددها 1500 بلدية سنة 1962 إلى 676 بلدية فقط في 16 ماي 1963.[2]

وعرفت هذه المرحلة بمرحلة التجميع، وانطلاقا من الفترة الانتقالية تحرك الهيكل السياسي المتمثل في جبهة التحرير الوطني وأعدَ مشروع قانون البلدية الذي طرح بعد أحداث 1965 إلى غاية 1967 أعدَ أول قانون بتنظيم سير البلدية بعد الاستعمار.

[1] المرجع نفسه ،ص13.

[2] عبيد لخضر، **التنظيم الإداري للجماعات المحلية**، (الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، ب.ت)ص11

البلدية في ظل قانون 1990:

خضع هذا القانون إلى مبادئ وأحكام جديدة أرساها دستور 1989 وعلى رأسها إلغاء نظام الحزب الواحد واعتماد نظام التعددية الحزبية، ولم يعد في ظل هذه المرحلة العمال والفلاحين أي أولوية في مجال الترشَح كما كان من قبل بعد أن ثبت هجر النظام الاشتراكي.[1]

مرحلة قانون البلدية 10/11:

بالرغم من الايجابيات التي ميَزت قانون **90-08** إلا أنه تسوده الكثير من النقائص لذا جاء قانون **11-10** ليسد هذه النقائص، وهو يحوز على أهمية بالغة، إذ أنه يندرج ضمن إطار إصلاح الجماعات المحلية الأشمل والمتمثلة في إصلاح هياكل الدولة وإرساء دولة الحق والقانون، لذا جاء لتكريس مشاركة المواطنين في الشؤون المحلية لتحقيق الديمقراطية وكذا ترقية حقوق المرأة من خلال توسيع حضوضها في تمثيل المجالس المنتخبة.[2]

وبالتالي فالبلدية هي القاعدة الإقليمية اللامركزية ومكان لممارسة المواطنة وتشكل إطار لمشاركة المواطن في تسيير الشؤون العمومية والتكفَل بانشغالاته مباشرة، فهي تختص بالصحة العمومية داخل إقليمها ولا يمكنها التنصَل عن كل ما هو متعلَق بصحة سكانها بحيث تقوم بتشجيع ترقية الحركة الجمعوية في ميدان النظافة والصحة طبقا للفقرة الأخيرة من المادة **122** من القانون رقم **10/11**، كما تسهر البلدية بمساهمة المصالح الصحية العمومية على احترام التشريع والتنظيم المتعلَقين بحفظ الصحة والنظافة العمومية سيَما المجالات الخاصة بتوزيع المياه الصالحة للشرب وصرف معالجة المياه المستعملة

[1] عمار بوضياف، **الوجيز في القانون الإداري**، (الجزائر:دار جسور للنشر والتوزيع، ط2، 2007)ص130

[2] عشاب لطيفة، مرجع سابق،ص15

وجمع ونقل النفايات الصلبة ومكافحة نواقل الأمراض المنتقلة والحفاظ على صحة الأغذية والأماكن والمؤسسات المستقبلة للجمهور وصيانة طرقات البلدية طبقا للمادة 123 من نس القانون.[1]

لكن كان لابد من الإشارة هنا أن صلاحيات البلدية المتعلّقة بالصحة العمومية ليست منظمة في قانون البلدية رقم **11-10** وإنما بالإضافة إليه يوجد القانون الصحي وكذلك التنظيم الإداري اللّذان نظما هما أيضا مهام البلدية المتعلّقة بصحة المواطنين القاطنين في إقليمها، والتي يمكن التطرق إليها من خلال تفحص صلاحيات كل من رئيس المجلس الشعبي البلدي وأيضا المجلس الشعبي البلدي المتعلقة بالصحة العمومية، بالإضافة إلى مكاتب النظافة بالبلديات .

هيئات البلدية: تتوفر البلدية على:

هيئة مداولة: المجلس الشعبي البلدي.

هيئة تنفيذية : يرأسها رئيس المجلس الشعبي البلدي .

إدارة ينشَطها الأمين العام للبلدية تحت سلطة رئيس المجلس الشعبي البلدي تمارس الهيئات البلدية أعمالها في إطار التشريع والتنظيم المعمول بها.[2]

المجلس الشعبي البلدي وتشكيله :

يعتبر المجلس الشعبي الجهاز المنتخب الذي يمثّل الإدارة الرئيسية بالبلدية وينتخب المجلس وفقا للمادة 65 من قانون الانتخابات الجديد لمدَة خمس (5) سنوات بطريقة الاقتراع النسبي على القائمة، تجرى الانتخابات في ظرف الأشهر الثلاثة (3) التي تسبق انقضاء العهدة الجارية.[3]

[1] المادة **122 -123-** من قانون **11-10** مؤرخ في 22 يونيو سنة 2011 المتضمن قانون البلدية (الجريدة الرسمية رقم 37 مؤرخة ي 03-07-2011)

[2] المادة 15 من قانون رقم 11-10

[3] المادة 65 من القانون العضوي رقم 16-10

وطبقا للمادة 80 من القانون العضوي رقم **16-10** الخاص بنظام الانتخابات" يتغيَر عدد أعضاء المجالس الشعبية حسب تغيَر عدد سكان البلدية الناتج عن عملية الإحصاء العام للسكان والإسكان الأخير، وضمن الشروط الآتية :

13 عضوا في البلديات التي يقل عدد سكانها عن 10.000 نسمة

15 عضوا في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 10.000و20.000 نسمة

19 عضوا ي البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 20.001 و50.000 نسمة

23 عضوا في البلديات التي يتراوح عدد سكانها بين 50.001 و100.000 نسمة

33 عضوا في البلديات التي يتراوح عدد سكانها 100.001 و200.000 نسمة

43 عضوا في البلديات التي يساوي عدد سكانها 200.001 نسمة أو يفوقه.[1]

تسير أعمال المجلس الشعبي البلدي بعقد دورات يجرى خلالها مداولات كما يشكل لجان:

الدورات:

- يجتمع المجلس الشعبي البلدي ي دورة عادية كل شهرين (2) ولا تتعدى مدة كل دورة خمسة (5) أيام
- يعدَ المجلس الشعبي البلدي نظامه الداخلي ويصادق عليه ي أول دورة
- يحدد النظام الداخلي النموذجي ومحتواه عن طريق التنظيم .
- يمكن للمجلس الشعبي أن يجتمع ي دورة غير عادية كلما اقتضت شؤون البلدية ذلك بطلب من رئيسه أو ثلثي (3/2) أعضائه أو بطلب من الوالي.
- يعقد المجلس الشعبي البلدي دوراته بمقر البلدية إلا أنه في حالة قوة قاهرة معلنة تحول دون الدخول إلى مقر البلدية، يمكنه أن يجتمع ي مكان آخر من إقليم البلدية.

[1] المادة 80 من القانون العضوي.

- كما يمكن للمجلس الشعبي البلدي أن يجتمع في مكان آخر خارج إقليم البلدية يعيه الوالي بعد استشارة رئيس المجلس الشعبي البلدي.[1]
- ويتم تحديد تاريخ وجدول أعمال دورات المجلس من قبل رئيس المجلس الشعبي البلدي بالتشاور مع الهيئة التنفيذية ويبدأ المجلس المداولات حين يحضر أغلبية الأعضاء وذلك بإرسال الاستدعاء إليهم كتابيا إلى مقر سكناهم مرفقة بجدول الأعمال بواسطة ظرف محمول قبل عشرة أيام كاملة على الأقل من تاريخ افتتاح الدورة.[2]

المداولات :

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

جلسات المجلس الشعبي البلدي علنية،وتكون مفتوحة لمواطني البلدية ولكل مواطن معني بموضوع المداولة

غير أن المجلس الشعبي البلدي يداول في جلسة مغلقة من أجل :

- دراسة الحالات التأديبية للمنتخبين
- دراسة المسائل المرتبطة بالحفاظ على النظام العام .[3]

صلاحيات المجلس الشعبي البلدي:

يقوم المجلس الشعبي البلدي من خلال مداولاته بمعالجة الشؤون الناجمة عن الصلاحيات المسندة إليه كما اقتضت ذلك المادة 52 من قانون البلدية، كما يمكن للبلدية استحداث مصالح تقنية ذات أبعاد

[1] مولود ديدان، مرجع سابق، ص 13

[2] المواد 19-21 من قانون البلدية 11-10

[3] المادة 26 من قانون 11-10

صحية وذلك لتأثيرها على الصحة العمومية داخل البلدية، كذلك الخاصة بالتزوَد بالمياه الصالحة للشرب وصرف المياه المستعملة والنفايات المنزلية والفضلات الأخرى ومذابح البلدية والخدمات المتعلقة بالجنائز وتهيئة المقابر.[1]

يقوم المجلس الشعبي البلدي بتشكيل من بين أعضائه لجانا دائمة تهتم بالمسائل التابعة لاختصاصه ومن بين هذه اللَجان يوجد لجنة الصحة والنظافة وحماية البيئة المهتمة بالصحة العمومية في إقليم البلدية.

وخصَ تنظيم البلدية بصلاحيات تتعلَق بالصحة العمومية كما هو الحال مثلا ي المرسوم رقم **88/69** المؤرخ في 1969/06/17 يتضمَن بعض أنواع التلقيح الإجباري المعدَل بالمرسوم التنفيذي رقم **85/ 282** المؤرخ في 1985/11/12 سيَما منه مادته الحادية عشر (11) التي ألزمت البلديات على تحضير قوائم الحالة المدنية والسَجلات أو البطائق التي تمكن من مراقبة التلقيحات الإجبارية والتي هي بمقتضى المادة الأولى من هذا المرسوم التلقيحات الحامية لصحة الأطفال من أمراض السل Tubereulose والخناق Diphtèrie والكزاز Tètanos والشهاق (أو السعال الديكي) Copueluch وشلل الأطفال Poliomyèliè والحصباءRougeole.[2]

[1] المادة 149 من قانون 11-10

[2] عمر شنتير رضا، مرجع سابق،ص74

ثانيا: رئيس المجلس الشعبي البلدي:

يعتبر رئيس المجلس الشعبي البلدي أهم هيئة ي تسيير الولاية،نظرا لحساسية منصبه وكونه حلقة وصل بين المجلس الشعبي البلدي والولاية من جهة والمسؤول الأول للبلدية ويمثل الهيئة التنفيذية به من جهة أخرى.

ينتخب رئيس المجلس الشعبي البلدي للعهدة الانتخابية طبقا لأحكام القانون،يمارس رئيس المجلس الشعبي البلدي سلطات باسم الجماعة الإقليمية التي يمثلها وباسم الدولة،ويجب عليه أن يقيم بصفة دائمة وفعلية بإقليم البلدية وفي الحالات الاستثنائية،يمكن الوالي الترخيص بغير ذلك.[1]

صلاحيات رئيس المجل الشعبي البلدي :

يمثل رئيس المجلس الشعبي البلدي الدولة على مستوى البلدية وبهذه الصفة يكلف على الخصوص بالسهر على احترام وتطبيق التشريع والتنظيم المعمول بها (م 85) من قانون 10/11 وهو من يقوم بالسهر على النظام العام داخل بلديته وله في ذلك صلاحيات خاصة بالضبطية الإدارية لاسيما الصحية منها الهادفة لحماية الصحة العمومية،فهو يقوم تحت إشراف الوالي بما يأتي :

- السَهر على النظام العام والسكينة والنظافة العمومية .
- السهر على تنفيذ التدابير الاحتياطية والوقاية والتدخل في مجال الإسعاف .
- كما تتَخذ كل التدابير الاحتياطية في إطار القوانين لضمان سلامة وحماية الأشخاص والممتلكات في الأماكن العمومية التي يمكن أن تحدث فيها أي كارثة أو حادث.

[1] المادة 62-63 من قانون 10/11

- كما يقوم بتفعيل المخطط البلدي لتنظيم الإسعافات طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما في حالة الكوارث الطبيعية داخل إقليم البلدية.
- السَهر على نظافة العمارات وضمان سهولة السير ي الشوارع والساحات والطرق العمومية.
- اتخاذ الاحتياطات والتدابير الضرورية لمكافحة الأمراض المنتقلة والمعدية والوقاية منها،بالإضافة إلى صلاحياته المخوَلة ومسؤولياته في منع تشرد الحيوانات المؤذية والضارة.
- السَهر على سلامة المواد الغذائية الاستهلاكية.[1]
- أما بخصوص صلاحياته المنصوص عليها في القانون الصحي فله إحالة شخص المصاب بمرض عقلي أمام المصلحة الطبية المختصة ليتم وضعه رهن الملاحظة وذلك مراعاة منه لمصلحة المريض وهذا طبقا للمادة 07 من القانون الصحي.

المطلب الثالث: مكانة الفواعل المحلية في ظل الإصلاحات الجديدة:

تظهر مكانة الفواعل المحلية من خلال ما جاءت به القوانين الجديدة الخاصة بالإصلاحات لتجاوز العقبات المسَجلة على المستوى المحلي ومدى الاهتمام بالفواعل المحلية في هذه القوانين:

القانون العضوي المتعلَق بالنظام الانتخابي:

جاء قانون الانتخابات الجديد بزيادة في عدد أعضاء المجالس البلدية وهذا بتحديدها من 13 عضو كأقل عدد ممكن لأعضاء المجلس إلى 43 عضو كأقصى حد، وهذا حسب عدد سكان البلدية الناتج عن آخر عملية إحصاء عام للسكان يسبق إجراء الانتخابات والفصل في كيفية انتخاب رئيس المجلس الشعبي البلدي وجعل ذلك من قبل الأعضاء، ويكون من القائمة التي تحصلت على 35% من المقاعد مرشحيها وإن تعذر ذلك فجميع القوائم بإمكانها تقديم مرشحين،وهذا التفصيل يناقض محتوى المادة (65)من قانون البلدية الجديد يتعين متصدر القائمة التي تحصلت على أغلبية الأصوات رئيسا

[1] زين الدَين بومرزوق، مرجع سابق ،ص60

للمجلس وفي حالة تساويها يعلن رئيسا الأصغر سنا،وسجل هذا التناقض بين القانونين رغم أن المدة بين إصدارهما أقل من سبعة(07) أشهر،وهذا نتيجة للشروع في إعداد هذه القوانين والمصادقة عليها وعدم توحيد العمل في إعداد قوانين الإصلاحات أما الحل القانوني لهذا التناقض يقضي بالعمل بقانون الانتخابات لأنه يلغي كل الأحكام المخالفة له،ويكون تدرج القواعد القانونية يمنح الأولوية لقانون الانتخابات لكونه قانونا عضويا.[1]

القانون العضوي المحدد لحالات التنافي مع العهدة البرلمانية:

أما عن حالات التنافي مع العهدة البرلمانية فإضافة لوضعيات أخرى محدَدة في هذا القانون العضوي فالجماعات الإقليمية معنية هي الأخرى بحدوث هذا التنافي، حيث تم منع الجمع بين العضوية في البرلمان مع عهدة انتخابية في مجلس محلي منتخب أو وظيفة أو منصب فيها وهذا ما يسمح بالتفرغ للعضو المنتخب أو الموظف المحلي لأداء ما هو مكلَف به ومنعه من الجمع بين هذه المهمة والمهمة البرلمانية.[2]

القانون العضوي المتعلَق بالأحزاب السياسيَة:

وبالنسبة لقانون الأحزاب السياسة ورغم أنه يقنَن لأمور تتجاوز المستوى المحلي إلا أن هذا المستوى يظهر في صور عديدة فقد تمَ فيه تحديد مهام الحزب السياسي ومنها اقتراح مرشحين للمجالس الشعبية المحلية (المادة11) ليبين لاحقا مساهماتها لدى المؤسسات الرسمية ويضع مكانة المجالس الشعبية المحلية مع البرلمان ومؤسسات الدولة (المادة13) ليبين مدى أهمية هذه المجال في تنفيذ السياسات العامة ويعاب على المادتين حذف صفة الانتخاب عن هذه رغم أهميتها.

---

[1] بن عياش سمير، **أثر الفواعل المحلية على تنفيذ السياسات العامة في الجزائر ي ظل الإصلاحات الجديدة (2012)**، (المجلة الجزائرية للسياسات العامة،العدد 2أكتوبر 2013)ص55

[2] المرجع نفسه،ص 56..

القانون العضوي المتعلّق بالإعلام:

وبالنسبة لوسائل الإعلام قد أخضع المشرع في قانون الإعلام الجديد "النشرات الدورية ففي مفهوم القانون العضوي، الصحف والمجلات بجميع أنواعها التي تصدر في فترات منتظمة، وتصنَف النشرات الدورية في صنفين:النشرات الدورية للإعلام العام والنشرات الدورية المتخصَصة ،قد اهتم المشرَع بهذه الهيئة ومنحها الصلاحيات الضرورية في مجال اختصاصها الإقليمي.[1]

وبالتالي له دور كبير في نشر الوعي الثقافي والسياسي والاجتماعي وغيره من المجالات الأخرى كالمجال الصحي مثلا فيعدَ الإسهام في زرع الوعي الصحي لدى الناس من الموضوعات المهمة، فالصحة أحد أهم أولويات الناس لاسيما مع ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى الأفراد،حيث يشكَل الوعي الصحي لدى الأفراد حجر الأساس في أنماط سلوكياتهم اليومية التي لها أثر كبير في حالتهم الصحية بشكل عام، وتعتبر وسائل الإعلام المصدر الرئيسي للمعلومات وتؤدي دورا كبيرا ومهما في بناء الفرد وتكوينه المعرفي والوجداني والسلوكي، من خلال عملها على زيادة رصيده من المعلومات والخبرات التي تنسج مواقفه وآرائه وسلوكياته ومن خلال اعتماده عليها، فوسائل الإعلام أضحت أداة مؤثرة في استحداث وتغيير السلوكيات والممارسات فمضامينه أصبحت مرتبة للأفكار واصفة للمعايير ناقلة للحياة.[2] وأضحت هذه الوسائل قوة كبيرة من خلال إحكام سيطرتها على مصادر المعلومات التي يعتمد عليها أفراد المجتمع.

القانون العضوي المحدَد لكيفيات توسيع حظوظ تمثيل المرأة في المجالس المنتخبة:

بقى توسيع حظوظ تمثيل المرأة في المجالس المنتخبة، بالنسبة للمجالس المحلية قد حدَدت النسب الدنيا لعدد النساء الواجب مشاركتهن ي كل قائمة ترشيحي للمجالس المنتخبة الولائية ب 30% عندما

[1] المادة 6، من **القانون العضوي رقم 12-05** مؤرَخ ي 18 صفر عام 1433 الموافق 12 يناير سنة 2012 يتعلَق بالإعلام

[2] حسن عماد مكاوي، وليلى حسين السيد، **الاتصال ونظرياته المعاصرة**، (القاهرة:الدار المصرية اللبنانية، ط1، 1998)ص320

يكون عدد المقاعد من 35 إلى 51 مقعد، وبنسبة 35% لعدد مقاعد من 51 إلى 55 مقعد أما المجالس البلدية فالنسبة الدنيا المحددة هي 30 % في البلديات مقر الدوائر وكذا التي يزيد عدد سكانها عن عشرين ألف (20000)نسمة، وهنا مبالغة في فرض وضبط قوائم انتخابية محلية على أساس الجنس وفقط وهو ما قد يتناقض مع قيم المجتمع ومع معطيات مناطق يعينها لاعتبارات اجتماعية ودينية وثقافية وحتى نفسية وربما سيكون العمل به بتوفير الكم المطلوب من هذا الجنس دون الاهتمام بالنوعية والتكوين وقد يتم استعمال الرشوة والمساومات وطرق أخرى غير قانونية لضمان هذا النوع من المشاركة،مما قد يفتح المجال مستقبلا لإعادة النظر في هذا الموضوع،وحددت المادة 07 من هذا القانون العضوي استفادة الأحزاب السياسية من مساعدة مالية خاصة من الدولة وحسب عدد مرشحاتها المنتخبة ي المجالس الشعبية المنتخبة.[1]

الفواعل المحلية ودورها في السياسات الصحية:

للفواعل المحلية دور كبير في تفعيل السياسة الصحية وذلك بإشرافها على السير الحسن لخدمة المواطن المحلي والسهر على حماية صحته العمومية، ذلك أن الصحة تمثّل أحد القطاعات الحسَاسة والذي تظهر إنجازاتها في محيط البلديات من خلال المشاريع الكبرى التي لها علاقة مباشرة مع المواطن والخدمات التي تقدَمها هذه الفواعل فيما يتعلق بإنجاز المصلحات والمراكز الصحية سواء بتمويل مباشر أو غير مباشر وإنشاء قاعات العلاج بالقرى بحيث يصبح معالجة المريض في المرافق الصحية التابعة لدائرته أمرا عاديا.[2]

[1] بن عياش سمير ،مرجع سابق، ص57

[2] زين الدّين بمرزوق، مرجع سابق ص 110

المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر:

سعت الجزائر كباقي دول العالم إلى ترقية قطاع الصحة لاسيَما بعد الظروف الصعبة التي عايشتها قبل الاستقلال وبعده، قد واجهت الدولة خلال مراحل متفاوتة أزمة متعددة الأوجه سواء على الصعيد الاقتصادي أو الاجتماعي والسياسي، فكان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية منها الملا ريا والكوليرا والسل...الأمر الذي دفع بالمسئولين إلى البحث عن آليات لتجاوز هذه الأزمة لتنتقل إلى مرحلة التنمية الشاملة، ولما كانت السياسة الصحية تمثّل تلك الإستراتيجية الهامة لتحقيق التوازن والتنمية فقد عمدت الجزائر على تطبيق سياسة صحية مجسَدة في مجموعة من الإصلاحات والقوانين والضوابط والقرارات التي تخدم القطاع الحيوي والاستراتيجي وهي سياسات تشمل جميع عناصر المنظومة الصحية.

المطلب الأول: تطوَر السياسة الصحية في الجزائر:

مرَ الوضع الصحي في الجزائر بعدَة مراحل مختلفة من حيث مستوى التطوَر والخدمات المقدَمة من طرف النظام الصحي القائم في كل مرحلة وتمثّلت المراحل التالية في مرحلة ما قبل الاحتلال وبالضبط في ظل الحكم العثماني والمرحلة الثانية أثناء الاحتلال ثم المرحلة الأخيرة والمتمثّلة في فترة ما بعد الاستقلال.

1. الوضع الصحي في الجزائر ما قبل الاحتلال الفرنسي:

شهدت الجزائر في هذه الفترة حالة من التدهور والتراجع على المستوى الصحي وهذا راجع للأسباب التالية:

انتشار الأمراض وانتقال العدوى من الدول التي تتعامل معها كالدول الأوروبية وبلاد السودان والمشرق العربي ومن هذه الأمراض: الكوليرا، الجدري والطاعون والسل وكانت العدوى تنتقل خاصة عن طريق التجار أو البحارة أو الحجاج أو الطلبة.

ومن العوامل التي ساعدت على انتشار الأمراض والأوبئة وجود مستنقعات بالسهول الساحلية وظروف مناخية كانت تعرفها البلاد من فترة لأخرى من جفاف وفيضانات وزحف الجراد بالإضافة أن الاستعمار لم يهتم بوضع سياسة صحية للأهالي في حالة وجود وباء أو مرض وعدم وجود أدوية ناجعة.[1]

وأكثر الأمراض فتكا بالسكان تمثّلت في الطاعون،ففي هذه الفترة نجد وباء عامي 1786-1787 الذي أدى إلى انخفاض سكان مدينة الجزائر إلى خمسين ألف نسمة،وموت ثلث سكان عنابه،كما تسبب الطاعون في موت عدد كبير من الأسرى،ووباء 1790 والذي يسمى بالوباء الكبير،لبقائه فترة أطول،والذي أنه أتى من برك الترك في مركب مع رجل يدعى ابن سماية، ووباء 1792 الذي استمر لغاية سنة 1804 وباء عامي 1817-1818 الذي قتل 14 ألفا من سكان مدينة الجزائر،وثلثي سكان مدينة عنابه واستمر الطاعون يظهر من حين لآخر حتى عام 1822 كآخر وباء خلال الفترة العثمانية.[2]

السياسة الصحية أثناء الاحتلال الفرنسي:

نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة التي شهدتها الجزائر بصفة خاصة والدول العثمانية بصفة عامة مهدت الطريق لاحتلال الجزائر من طرف المستعمر الفرنسي ،هذا الأخير الذي

[1] بوحجرة عثمان، **الطب والمجتمع في الجزائر خلال العهد العثماني 1519-1830م** (مقاربة اجتماعية)،(رسالة مقدّمة لنيل شهادة الماجستير في التاريخ الحديث، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإسلامية ،جامعة وهران،أحمد بن بلة، قسم التاريخ وعلم الآثار 2015)ص47

[2] بوحجرة عثمان ،مرجع سابق ،ص 48

باشر احتلاله واحدث تغيَرات عديدة في كل المستويات بما فيها المستوى الصحي تماشيا مع تحقيق أطماعه ومن خلال هذا سوف يتم التطرَق إلى معرفة هذه التغيرات وفقا ثلاث مراحل زمنية وهي كالآتي :

***المرحلة الأولى والتي تمتد من 1830 إلى 1850:**

وهي فترة عسكرية ماعدا مناطق الجنوب (لم تحتل بعد)، في هذه الفترة كان توزيع العلاج يتم من طرف مصلحة الصحة العسكرية، أي العسكريين حيث تم وضع عيادات وسيارات إسعاف ثابتة وهذه الهياكل كانت توضع في المناطق الآهلة بالعسكريين وهذا لخدمتهم بالطبع.[1]

***المرحلة الثانية وتبدأ من سنة 1850 إلى غاية نهاية الحرب العالمية:**

تميَزت بتنظيم ما يسمى بالطب الاستعماري، فبعدما احتلت فرنسا المدن بصورة مطلقة وبالقوة العسكرية عملت الإدارة الفرنسية على جلب الأطباء المدنيين والذين يأتون بأعداد قليلة ويتمركزون كذلك بالمدن، لذلك أنشئ ما يسمى بمصلحة الطب الاستعماري ومهمتها تكمن في فحص المرضى وتزويدهم بالأدوية وإرسالهم إلى أقرب مستشفى في حالة الضرورة، وهذه المستشفيات العسكرية أصبحت فيما بعد مختلطة، حيث تم تعديل قانون المستشفيات المدنية لتستقبل المرضى بدون تمييز عرقي أو ديني بالإضافة إلى وضع مكتب الأعمال الخيرية في كل بلدية مهمتها إسعاف المرضى في إقامتهم.[2]

كما اتخذت السلطات الفرنسية العديد من الإجراءات في المجال الصحي تتماشى مع سياساتها الصحية الاستعمارية الجديدة من أهمها:[3]

[1] نور الدَين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، (الجزائر:دار كتامة للكتاب، ط1 ديسمبر2008°ص113

[2] نور الدين حاروش، مرجع سابق ،ص114.

[3] كريمة بوعزيز، **اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص**،(رسالة ماجستير معهد علم الاجتماع،تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2002)ص27

- إنشاء هيئات علمية ومؤسسات طبية جديدة.
- إنشاء مؤسسات وهيئات مساندة مثل كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور والمخزن العام للمصالح المدنية للصحة .
- تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية مختلطة.
- تدعيم المستشفيات الموجودة وجعلها مفتوحة للأروبين .
- تشجيع الأطباء الفرنسين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية، كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي عام 1904، وإنشاء عيادات سنة1907 للأهالي، وسنة 1926 تم توظيف ما يمسى بالممرضات الزائرات في هذه العيادات لكن ذلك لم يكن يعني التأسيس للسياسة صحية فعلية للأهالي .

***المرحلة الثالثة (1945-1962):**

كان الهدف من هذه المرحلة هو تقديم خدمة صحية ذات نوعية لفائدة العسكريين والمعمرين والخدم من الجزائريين للحفاظ على صحتهم، وبالتالي زيادة مردودهم الإنتاجي واستغلال أفضل لمستعمراتهم، إذ أن أي قاعدة لكل تطوَر اقتصادي ينتج عن شعب غير مريض ومنتج وأن النظام الاقتصادي يشغل بالحالة الصحية للأفراد ويتوقف مع مرضهم ولكن في الجزائر حالة الأمراض والأوبئة وانعدام النظافة وضعف مستوى المعيشة كل هذه العناصر هي عبارة عن أعداء أخرى ونحن نتساءل هنا عن العدو الحقيقي مع هذا وضعت عدَة برامج لمكافحة بعض الأمراض المعدية كما أنشئت عدة معاهد ومدارس للتكوين وغيرها من أجل رفع المستوى الصحي ومن أجل تغطية صحية أكثر.[1]

[1] نور الدين حاروش، مرجع سابق،ص115

السياسة الصحية في فترة ما بعد الاستقلال:

إن السياسة الصحية للجزائر برزت انطلاقا من مرحلة ما بعد الاستعمار أي مرحلة الاستقلال 1962 فمسَ هذا الجانب ضرورة الاهتمام بالصحة لأنها ليست محض حق أساسي فقط إنما تتعدى كونها مصدرا أساسي للتطوَر الاجتماعي والفردي،وعلى أساس هذا المبدأ العام عملت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها غلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله.[1]

وكان من أولويات السياسة الصحية الجزائرية بصورة عامة ما يلي:[2]

- وضع برنامج حي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة الأكثر انتشارا بين السكان والتكفَل بالاحتياجات الصحية القاعدية.
- إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعد ما هجرها العمال الذين كانوا في أغلبهم من الفرنسيين، وزادت الحرب التحريرية في حدَة تدهور هذه الهياكل .
- إصدار قانون الممارسة العمومية الإجباري سنة1963 لكل طبيب يعتزم فتح عيادة خاصة.
- إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية (مؤسسة عمومية ذات طابع إداري)سنة 1964 بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 64-110 في 10 أفريل 1964،أنشأت من أجل تطوير العمل الصحي وترقية الصحة.

---

[1] République Algérienne Démocratique et Populaire Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé, stratègie et perspectives-Alger édition-2001 p4

[2] بن لوصيف زين الدَين ،**تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة** ،(مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سكيكدة، ديسمبر،2003)ص140

- وضع البرامج الوطنية لمكافحة مرض السل والملا ريا والرمد الحبيبي سنة 1965 بدعم من منظمة الصحة العالمية.
- إقرار مبدأ مجانية العلاج وقد تعلّق هذا القرار بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات كحماية الصحة وترقيتها وتعميم صيغة المجانية للمنظومة الصحية الوطنية حيث تم تحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التابعة لصندوق الضمان الاجتماعي سابقا والتعاضديات إلى وزارة الصحة وأصبح بذلك النظام الصحي يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها ونشاطها.[1]

وعموما ومن خلال تتبع تطور السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى وقتنا الحالي نلاحظ أنها عرفت تطورا ملحوظا وهذا يعكس مدى اهتمام الدولة الجزائرية بهذا القطاع وعملها المتواصل على تقدمه ومواكبة التطورات الراهنة التي تعرفها الدولة.

المطلب الثاني: الإطار القانوني للسياسة الصحية في الجزائر:

إن السياسة الصحية في الجزائر وخاصة بعد إنشاء الطب المجاني تطوَرت على أساس مبادئ ضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي ومكانتهم الاجتماعية، بحيث نجد كل الدساتير وخاصة دستور **1976** في مادته **(67)** يجسّد هذه الفكرة إذ يؤكد على أن :" لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل وكذا عن طريق ترقية التربية البدنية

[1] أمينة موذن، **السياسة الصحية في الجزائر(دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية الصحية الحوارية في مجال الخدمة الصحية – يوب-سعيدة°** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية،تخصص ،2016 - 2017)ص10

والرياضية ووسائل الترفيه، أما دستور **1989** و **1996** فقد نصَ صراحة على أن: " الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحته."[1]

وقد اهتمت الجزائر بصحة كل من الأم والطفل وذلك من خلال المواد المنصوص عليها في قانون الصحة الجزائري **05/85** المتعلَق بحماية الصحة وترقيتها ونجد هذه النصوص في الباب الثاني الذي هو بعنوان الصحة العمومية ومكافحة الأوبئة ضمن الفصل الخامس المرسوم بتدابير الأمومة والطفولة والذي ينص في المادة **68** على أنه:" تتمثل حماية الأمومة والطفولة في جميع التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي

تستهدف على الخصوص ما يأتي :

حماية صحة الأم والطفل بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلاله وبعده تحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي النفسي.[2]

دون أن ننسى المرسوم التنفيذي رقم **97-465** المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدَد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها والمرسوم التنفيذي رقم **97-466** المؤرخ في 2ديسمبر 1997 الذي يحدَد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، وكذا المرسوم التنفيذي رقم **07-140** المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الحوارية وتنظيمها وسيرها.

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سابق،ص 14.
[2] قانون رقم **85-05** المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير 1985 المتعلَق بالصحة.

والمرسوم رقم **97-467** المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق ل 2 ديسمبر 1997 المحدَد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها،إضافة إلى ميثاق الصحة الذي جاء بمناسبة انعقاد الجلسات الوطنية للصحة بالجزائر أيام 26 و27 ماي 1998.[1]

ويطرح في الإطار نفسه قضية تمويل المصاريف الصحية، ومنه نظام الضمان الاجتماعي الذي يستهدف تأمين فعالية قانون الخدمات الصحية الذي هو حق دستور، فالحق في حماية الصحة يفترض الحصول على العلاج فبدون الحق في الضمان الاجتماعي فإن مبدأ الحق في الصحة محكوم عليه بالفشل وعدم الفاعلية على الأقل في بعده العلاجي، إضافة أنه هناك قوانين أخرى تهتم بمجموع السكان لا بفئة خاصة أكدت فعالية البعد الوقائي منها قانون **87-17** المتعلَق بتقوية اليقظة الصحية ومراقبة حماية المستهلك التي تنص على أن :"يجب أن تكون المنتجات الموضوعية للاستهلاك مضمونة وتتوفر على الأمن بالنظر إلى الاستعمال المشروع المنتظر منها وأن لا تلحق ضرار بصحة المستهلك وأمنه ومصالحه، وذلك ضمن الشروط المنتظر العادية للاستعمال أو الشروط الأخرى الممكن توقعها من المتدخلين.[2]

وهذه أمثلة في بعض القوانين التي تبيَن الترجمة الفعلية للمبادئ التي تم الإعلان عنها في مقدمة القانون.

أما في ما يخص القانون الجديد رقم **18-11** فقد حدد الأحكام والمبادئ الأساسية ويهدف إلى تجسيد حقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة، ويرمي إلى ضمان الوقاية وحماية صحة الأشخاص والحفاظ عليها واستعادتها وترقيتها ضمن احترام الكرامة والحرية والسلامة والحياة الخاصة وهذا حسب

[1] نور الدّين حاروش، مرجع سابق ،ص 15.

[2] قندلي رمضان ،**الحق في الصحة في القانون الجزائري** (دراسة تحليلة مقاربة)، (مجلة جامعة بشار ،الجزائر،العدد 6جانفي 2012) ص233

المادة الأولى(1)، وأكدَ على واجبات الدولة في مجال الصحة وهذا حسب المادة 31: " تضع الدولة برامج حماية الصحة وتضمن تنفيذها حسب كيفيات تحدد عن طريق التنظيم.

تكون برامج حماية الصحة وطنية وجهوية ومحلية وتكون على عاتق الدولة ،كما تستفيد من الوسائل المادية الضرورية لإنجازها، بالإضافة إلى التدابير الصحية التي تضعها الدولة لوقاية المواطنين وحمايتهم من الأمراض ذات الانتشار الدولي حسب المادة من نفس القانون.[1]

المطلب الثالث: اختلالات السياسة الصحية في الجزائر:

يعود عدم تحقيق الجزائر للمستوى المطلوب صحيا رغم الجهود المبذولة ماديا ماليا وبشريا إلى مجموعة من الأسباب لها علاقة بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية تسببت في وقع اختلالات بقطاع الصحة، ومن بين هذه الاختلالات:[2]

1/ اختلالات متعلقة بالتنظيم :

المؤسسة الاستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسيرها إلى المنطق الإداري فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة :

أ. من خلال خضوع شبه تام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.

[1] قانون رقم18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة

[2] مسعود البلى، **واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة**، (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص سياسات عامة وحكومات مقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسة،جامعة باتنة، 2009-2010)ص227

ب. من خلال خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخوَلة لها من قبل التشريع والمتعلقة بالمستخدمين،أما فيما يخص الاختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها فيما يلي :

غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى غلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكيَيف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص.

عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.[1]

2 / اختلالات متعلَقة بوسائل التسيير:

أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيَير هذا العنصر ناتج عن نقائص في النظام الإعلامي الصحي، وكذا التكوين الصحي، فبالنسبة للنقطة الأولى :

فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، يرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات والتقارير الطبية وعدم مرونة السجلات الإدارية وانعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز وترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي، وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي وكذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة ناهيك عن فشل الدولة في غرس ثقافة الصحة في مدلولها العلمي[2]

[1] دريسي أسماء، **تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة(2004-2013)**، (المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية الصادرة عن : العدد 06،2015)ص145

[2] المرجع نفسه،ص146

3/اختلالات متعلَقة بالتسيير المالي:

لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلّة الموارد المالية وإنما سوء تسيير هذه الموارد المتاحة هو الذي زاد وضعية الهياكل الصحية من مواجهة الطلب المتزايد للعلاج هذا بالإضافة إلى ما يلي :

سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، فهيكلة النفقات والإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مركبة حسب الأولويات.

غياب التحكم في النفقات (أو التحكم في التسيير) وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية غير دقيقة وغير حقيقية، فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية تتميز بوضعية التسيير، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميَز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها.[1]

ناهيك عن الاختلالات التي تعرفها الصفقات العمومية والفساد المستشري سواء ما تعلق بإنشاء هياكل الصحية أو اقتناء المعدات أو اقتناء الأدوية وخصوصا اللقاحات وبالتالي الفشل في عملية التنبؤ ووضع إستراتيجية صحية راشدة.

[1] دريسي أسماء، مرجع سابق ،ص 147

المبحث الثالث: حوكمة السياسة الصحية في الجزائر

شجعت التطورات الكبيرة في البيئة السياسية والاقتصادية والاجتماعية على طرح مفاهيم وآليات في جميع المجالات لاسيَما ما يتعلق بالتنظيم ويعد مفهوم الحوكمة من بين هذه المفاهيم التي تعد طريقة ونموذج ناجح نحو تفعيل التنمية ،والجزائر كغيرها من الدول مطالبة أكثر من أي وقت مضى على مسايرة التحولات الإقليمية والدولية والإيمان بفكرة التنمية والتي لا تتحقق إلا بمعايير ومؤشرات التمكين والتعاون، فقد ركزت على توفيق التوجهات وتنسيق الأهداف والإجراءات والتدابير التي تساهم في الوضع الصحي حيث أنه من غير الممكن تحقيق تنمية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها.

المطلب الأول: مفهوم الحوكمة الصحية :

أولا: مفهوم الحوكمة:

مصطلح الحوكمة قد عرف تأصيله التاريخي عدَة اختلافات شأنه شأن الترجمة فيعود أصل الكلمة gouvernance إلى اللغة اليونانية gubernan في القرن الثالث عشر يعني قيادة الباخرة الحربية، ثم ظهر في القرن الخامس عشر في الفرنسية أين تم استخدامه ليعبَر عن وصف فن أو طريقة الحكم وكان يستعمل في ذلك الوقت كمرادف لمصطلح يعبر عن الحكومة، في القرن السادس عشر أين استعمل في اللغة الانجليزية مصطلح الحوكمة قد عرف تأصيله التاريخي عدَة اختلافات شأنه شأن الترجمة فيعود أصل الكلمة gouvernance إلى اللغة اليونانية gubernan في القرن الثالث عشر يعني قيادة الباخرة الحربية، ثم ظهر في القرن الخامس عشر في الفرنسية أين تم استخدامه ليعبَر عن وصف فن أو طريقة الحكم وكان يستعمل في ذلك الوقت كمرادف لمصطلح يعبر عن الحكومة، في القرن السادس عشر أين استعمل في اللغة الانجليزية بالمصطلح الحالي ثم استخدم كمصطلح قانوني ليستعمل

في نطاق واسع للتعبير عن تكاليف التسيير في عام 1979 .فالحوكمة تستخدم لإعطاء حكم قيمي على ممارسات السلطة السياسية لإدارة شؤون المجتمع اتجاه تطويري وتنموي وتقدمي.[1]

ويعرَفها برنامج **الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)** على أنها :"ممارسة السلطة الاقتصادية والسياسة والإدارية شؤون الدولة على كافة المستويات، ويشمل الآليات والعمليات والمؤسسات التي من خلالها يعبر المواطنون والمجموعات عن مصالحهم ويمارسون حقوقهم القانونية ويوفون بالتزامهم ويقبلون الوساطة لحل خلافاتهم."[2]

وتعرف **سلوى جمعة الشعراوي** الحوكمة تعريفات تفصيليا شاملا بأنها :"مجموعة القواعد والآليات الرسمية وغير الرسمية التي تستخدم في توزيع السلطة وإدارة الموارد العامة في المجتمع.[3]

مفهوم الحوكمة الصحية:

إن حوكمة الصحة متعلَقة بالأفعال والوسائل المتبناة من قبل مجتمع ما لتنظيم نفسه بغرض ترقية صحة أعضاءه وحمايتها وأن القواعد التي تحدَد وتحكم هذا التنظيم وعمله يمكن أن تكون إما رسمية مثل قوانين الصحة العمومية أو اللوائح الصحية الدولية أو غير رسمية، وتعرف الحوكمة الصحية بأنها: "صياغة وتنفيذ سياسات تتحرى الحق الإنساني في الصحة كما تضع معايير تكفل إدارة الموارد وتوفير الخدمات بكفاءة ودون تمييز كإطار عام وأساسي لمجمل أركان المنظومة ،ويقع احترام هذه المبادئ

[1] نمر آمال، **حوكمة الإدارة المحلية،(دراسة حالة ولاية ورقلة)**، (مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي،تخصص تنظيمات سياسة وإدارية، إشراف بوحنية قوي، كلية الحقوق والعلوم السياسة،جامعة قاصدي مرباح ورقلة ،2014-2015)ص11

[2] نمر آمال ،مرجع سابق، ص13

[3] سلوى الشعراوي، **مفهوم إدارة شؤون الدولة والمجتمع:إشكالية نظرية في إدارة شؤون الدولة والمجتمع**، (القاهرة:منشورات مركز دراسات واستثمارات الإدارة العامة،2001)ص15

والمعايير جميعها على عاتق قيادة المنظومة الصحية والحوكمة الصحية تعتبر مفهوم إرشادي يؤسس ويدعم كل محاولة أو جهد للارتقاء بقطاع الرعاية الصحية ومن خلال تطبيق هذه المفاهيم الهيكلية سيتحقق التعريف بكل أبعاده ومستوياته لأن آليات الحوكمة يمكن أن تتموضع على المستويات المحلية أو القومية أو الإقليمية أو العالمية

كما يمكن أن تكون حوكمة عامة public gouvernanceأو خاصة gouvernance Privat أو هجينا Hybride gouvernance.[1]

المطلب الثاني: الفواعل الأساسية المتدخلة في حوكمة السياسات الصحية:

يتوجب على الفاعليين في مجال السياسة الصحية في الجزائر سواء كانوا فاعلين رسمين أو غير رسمين إيجاد حلول للمشكلات لأفراد المجتمع تظهر فيها سمات القول والفعل والجدَية في الطرح والفاعلية في التنفيذ، ويجب رسم سياسة صحية ملائمة تتضمن الأهداف الحقيقية والفعلية وتوضيح الإطار الزمني في تنفيذها وتوفير الوسائل الكفيلة المادية والبشرية لوضعها وتنفيذها على أحسن وجه وتقويمها في كل مسارات التنفيذ لتدارك كل خلل من شأنه تعطيل تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر من منظور الحوكمة التي تستهدف تحقيق المصلحة العمومية وترتكز أهما في:[2]

[1] عفاف بوراس، **السياسات العامة الصحية في الجزائر من 1999-2009**، (مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر ،تخصص سياسات عامة مقارنة، إشراف كمال بلعسل، كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة أم البواقي،2014-2015)ص27

[2] هراولة عمر الفاروق ،**السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية والمطالب النقابية (2012-2016)**،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسة، تخصص سياسات عامة وتنمية،كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجلفة،2016-2017)ص53

1/ دور الدولة:

لقد جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها، فعليها أخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة، ففي عديد من الدول الإفريقية وبخاصة تلك التي عرفت النظام السياسي الاشتراكي كالجزائر فإن المنظومة الصحية كانت دائما تستجيب إلى مقاربة الصحة من منظور الخدمة العامة وكذا صدور العديد من المراسيم التنفيذية المنظمة للقطاع الخاص في المجال الصحي،إلا أن قانون حماية الصحة وتوقيتها لازال يحمل بعض ترسبات النهج الاشتراكي.[1]

أما عن الجوانب الرئيسية التي ينبغي أن تركز عليها الدولة في السياسات الصحية هي:

دور الدولة بعث الاستثمارات واستحداث المؤسسات حيث أن خلق البيئة المناسبة تجلب الاستثمار وتحقيق النمو يتطلب جملة من الإجراءات من بينها إصلاح السياسات والمؤسسات وتوفير الحوافز اللازمة، إن هذه العملية ترتبط بتعريف واضح لدور الدولة في المجال الصحي وخاصة مجال السياسة الصحية،وذلك بتهيئة الأرضية المناسبة لإصلاح الاختلالات التي يعاني منها قطاع الصحة.

تحقيق اللامركزية الإدارية حيث أن التنقل التدريجي للمهام من الإدارة المركزية إلى المستوى المحلي يمكن أن يحسن من مستويات الفاعلية والشفافية، بالإضافة إلى تأمين التوصيل السليم للخدمات إلى من يستحقها ويتطلب ذلك مزيجا من اللامركزية الإدارية وإشراك المنظمات غير الحكومية في صياغة السياسات العامة وتنفيذها خصوصا القطاعية المتعلقة بالصحة العامة.[2]

[1] قندلي رمضان، مرجع سابق،ص230

[2] عفاف بوراس، مرجع سابق،ص62

2/ دور القطاع الخاص:

لا تتوفَر الجزائر على مستشفيات خاصة كبرى بحجم المستشفيات الجامعية، رغم أن القوانين السارية لا تمنع أي خاص أو رجل أعمال من أهل الاختصاص من بناءها، وبإمكان (أ) مثلا قادرا أو راغبا في الاستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه لكن تجربة العيادات الخاصة لم تكن مشجعة، حسب وزير القطاع حيث هناك ممارسات وهذه التجربة لا يمكن وصفها إلا بالمخزنة، دون أن يعني هذا عدم وجود تجارب ناجحة ومحترمة في عدد من الولايات وإن كانت قليلة.[1]

والمؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف والتخصصات التي يجب أن تمارسها هي:

*الفحص الطبي.

*الاستكشاف والتشخيص.

*الاستعجالات الطبية أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات والإنعاش.

*الاستشفاء.[2]

[1] نجاة صغيرو، **تقسيم جودة الخدمات الصحية،دراسة ميدانية**، (رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير،تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة الحاج لخضر،باتنةن2011-2012)ص79

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،**الجريدة الرسمية**، العدد 67 ،المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07-321 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها)ص11

3/دور المجتمع المدني:

سجَلت منظمات المجتمع المدني تاريخيا حضورا دائما في ميدان تقديم الخدمات الصحية والإغاثة الإنسانية في إطار مقاربة ترقية الصحة وذلك من خلال أدوار تكميلية للأدوار الحكومية على مختلف المستويات خاصة في الدول متدنية ومتوسطة الدخل وتلعب منظمات المجتمع المدني دورا مهما تؤهلها لتكون فاعلا مهما على المستوى العالمي مثل جمعيات مرض السكر السرطان، ،حماية البيئة...الخ.[1]

وعلى العموم فإن عمل منظمات المجتمع المدني في الجزائر ينحصر دورها في الجانب التطوعي لتقديم المساعدات الطبية لبعض المحتاجين وحتى تستطيع حوكمة السياسات الصحية يجب إشراك فواعل المجتمع المدني في كل المستويات الإدارية للمساهمة صنع السياسات العامة بما فيها السياسات الصحية تنسيق واستشارة واقتراحا وهذا يتحقق من خلال:

- إقامة الشراكة اللاَزمة بين الدولة والمجالس المحلية المنتخبة والقطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني وإقامة حوار متصل حول مشروعات يبدأ من خلالها التحقيق من الأوضاع المزرية التي آلت إليها المنظومة الصحية.
- تعمل منظمات المجتمع المدني على نشر الوعي الصحي وتدريب المواطن على تربية صحية سليمة وتركز على التنمية المستدامة بكل أبعادها البيئية الاجتماعية والاقتصادية.[2]

[1] بوحريص محمد الصديق، **حوكمة الصحة العالمية بين الأسس المعيارية والمصالح التجارية**، (مذكرة لمستلزمات نيل شهادة الماجستير في العلوم السياسة، تخصص الإدارة الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسة، جامعة باتنة، 2012-2013)ص67

[2] عفاف بوراس، مرجع سايق، ص65

- إضافة إلى دوره في المساهمة في حماية البيئة وحماية التلوث وتوعية المواطن بأهمية وكيفية الحفاظ على البيئة.
- تثقيف أفراد المجتمع من خلال تنظيم وعقد المؤتمرات وورش العمل والندوات.
- تدعيم الخدمات الصحية من خلال البرامج التنموية الصحية الخيرية خاصة في المناطق الريفية.[1]

المطلب الثالث: واقع السياسة الصحية في الجزائر:

شهدت السنوات الأخيرة المجتمع الجزائري بعض النمو والإنجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس، سواء كان في مجال تقليص معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وتمكين الناس من الوصول إلى المياه العذبة كما شهدنا إحراز كبير في الهياكل الصحية والوسائل التابعة لها من جانب آخر طرأت تغيرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل والإمكانيات وكذا المعنيين العاملين في المجال الصحي وأصبح سندا داعما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر.[2]

ويضل ضعف الحالة الصحية رغم كل أشكال التقدَم المحرزة يشكل القيود التي تعوق العملية التنموية والسياسة الصحية، فهي لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول بالمقارنة مع جاراتها نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطورها من أهمها ضعف الاستجابة لحاجات الأفراد الصحية سواء من حيث الكم أو النوع بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها وقدم العتاد الصحي المتواجد فيها ففي الوسط هناك 56 منشأة صحية منها 6 مراكز استشفائية جامعية و15 مركز استشفائي متخصص تتكفل

[1] أحمد إبراهيم الملاوي، **دور مؤسسات المجتمع المدني في التنمية الشاملة**، (الأردن:مؤتمر العمل الخيري الخليجي الثالث،دائرة الشؤون الإسلامية والعمل الخيري،2008)ص10

[2] بومعراف إلياس، عماري عمار، **من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر**،(مجلة الباحث،عدد 07-2009-2010،جامعة سطيف)ص27

بتقديم خدمات لأحدى عشرة ولاية في الغرب هناك 55 منشأة صحية منها (4) مراكز استشفائية جامعية، (10) مراكز استشفائية متخصصة تتكفل بتقديم خدمات لأربعة عشر ولاية، وفي الشرق هناك (43) قطاع صحي منها (3) مراكز استشفائية جامعية (6) مراكز استشفائية متخصصة تتكفل بتقديم خدمات لأحد عشر ولاية في الجنوب الغربي يوجد (20) منشأة صحية تغطي سبعة ولايات وفي الجنوب الشرقي (11) منشأة صحية تغطي خمسة ولايات، وكذا سجلت 52% بالنسبة للمجيبين بالرضا في تقرير التنمية البشرية لسنة 2013 في مؤتمر الرضا بنوعية الرعاية الصحية في الفترة 2007–2009 بينما سجلت تونس مثلا 80%.[1]

نرى أرقاما مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر والتي تسير إلى الأسوء بحيث يدفع المواطن ثمن تدني الخدمات وحقه في العلاج ،وكشفت آخر الإحصاءات (حسب منظمة الصحة العالمية فيما يخص ترتيب الدول العربية فيما يتعلق بمعدل الإنفاق الحكومي للشخص الواحد عام 2012 عن تذيّل النظام الصحي المعتمد في الجزائر رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري حيث تنفق الجزائر (234.4 دولار للفرد سنة 2012) ضعف ما تنفقه المغرب (63.7 دولار للفرد سنة2012) على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية جيدة، الأمر ينطبق على تونس (175.3 دولار للفرد سنة 2012)التي جاءت الأولى في تقديم رعاية صحية جيدة لأبنائها مقارنة بميزانيتها مع الجزائر ومن خلال الإطلاع على الأرقام التي تعدها مراكز الدراسات والإحصاء نطالع أرقاما مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر وهي أرقاما معيدة على الرغم من كونها بعيدة عن مبادئ وأهداف السياسة الصحية التي تبقى شعارات فقط ،فكل الأمراض في تزايد مستمر.[2]

---

[1] إيمان بن زيان، **واقع أداء النظام الصحي في الجزائر-دراسة تحليلية** ،(كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة الحاج لخضر،باتنة (f.r: Iman-benziane àyahoo تاريخ التصفح2018/02/10

[2] دريسي أسماء، مرجع سابق،ص 148

فقد شهدت الجزائر تغيَرا واضحا في الهيكلة المرضية بفعل الارتفاع في الأمراض المنتقلة والأمراض المزمنة ففي الآونة الأخيرة ومن خلال إحصائيات وزارة الصحة والسكان نجد ظهور العديد من الأمراض المزمنة كداء السكري والأمراض القلبية السرطان والأمراض العقلية كما لا ننسى أن هناك ارتفاع في الأمراض المنتقلة عبر المياه كالتوفئيد والكوليرا والبوحمرون وغيرها والناجمة أساسا من أزمة السكن وارتفاع مستويات الفقر وضعف المؤسسات الاجتماعية والصحية للقيام بدورها كما أن مرض السرطان أصبح يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في الجزائر ذلك أن كل سنة يتم إحصاء 30000 حالة جيَدة بارتفاع قدر 50% مقارنة بالماضي هذا ما يدل على ضعف النظام الصحي الذي مازال يبحث عن سياسة عامة لرفع المستوى الصحي للجزائريين.[1]

[1] بومعراف إلياس، مرجع سابق،ص29

وخلاصة لهذا الفصل فإن الفواعل المحلية للسياسة الصحية أصبحت تضطلع بدور هام في الجزائر خصوصا في الوقت الحاضر حيث غدت تلعب عدَة أدوار أهمها تنفيذ السياسات العامة، وتقديم الخدمات العامة ،يقوم على إدارتها مجلس محلي، إما عن طريق الانتخابات أو التعيين أو الجمع بينهما وتمارس اختصاصها وواجباتها في حدود القانون لتقديم الخدمات الاجتماعية للمواطن ولاسيَما الخدمات الصحية منها التي تمثَّل ركنا أساسيا للتنمية وباعتبار الصحة ضرورة لا يمكن الاستغناء عنها ومحرَكا اجتماعيا لما لها من تأثير على مجالات الحياة الأخرى وأصبحت مؤشرا حقيقيا لمعرفة مدى تقدَم وتحضر الدولة وكذلك أداة من أدوات التحكم في الإنفاق العام على القطاع الصحي من خلال سياسات الوقاية التي تجعل الدولة تتفادى إنفاق الاستشفاء ،وهذا ما سعت الجزائر إليه من خلال وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية.

الفصل الثالث: دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" بالبيض

نظرا لأهمية الصحة في الجزائر وفي كل دول العالم باعتبارها من الحاجات الأساسية للإنسان التي اهتمت بها الدولة، وأيضا لكونها حق اجتماعي له كرسه الدستور، أردت أن أسلط الضوء على المؤسسة العمومية الاستشافئية "محمد بوضياف" بالبيض التي أسندت لها مهمة تنفيذ السياسة الصحة ولمالها من أهمية بالغة في حماية صحة الإنسان وتحقيق رفاهيته وهذا من خلال دراسة ما تحتويه ، كما أن الرغبة في الدراسة والبحث هو التعرَف على المؤسسة وإمكانياتها، وباعتبار الصحة حق من حقوق الإنسان يسير عن طريق مؤسسة عمومية إدارية مما يتطلب تنفيذ برامجها ودراسة فاعليتها في تسيير مرفق الصحة، وعليه ومن خلال ما سبق تطرقت الدراسة في المبحث الأول إلى تعريف عام للمؤسسة أما في ما يخص المبحث الثاني خصَص لدور الهيئات المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في حين خصص المبحث الثالث لدور المؤسسة في تنفيذ السياسة الصحية.

المبحث الأول: عرض عام للمؤسسة محل الدراسة

تسمح المواصلة في تطوير قطاع الصحة من حيث المنشآت القاعدية والموارد البشرية من خلال اعتماد آليات العصرنة في عمليات التسيَير بضمان تغطية صحية جيَدة للمواطنين، و هو من المفروض أن تقوم به المؤسسات العمومية الاستشفائية في تقديمها للخدمات الصحية من خلال تسليط الضوء على الإصلاحات التي مسَت القطاع ، وهذا ما سوف يتوضَح من خلال دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف –البيض– كأنموذجا وذلك بإجراء مقابلة مع مسيَرها لمعرفة مدى مواكبة القطاع بهذه الإصلاحات.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة

تعتبر المؤسسة العمومية الاسشفائية بالبيَض القلب النابض للمنظومة الصحية للولاية فهي الأكبر من حيث سعة الاستيعاب والتأطير وكذا تعداد الخدمات تصنف في الصنف "أ" بدأ نشاطها سنة 1986 حيث كانت تشرف على كامل القطاع الصحي بالبيض ثم أنشأت كمؤسسة عمومية استشفائية بعد التقسيم المنبثق عن إصلاحات وزارة الصحة والسكان بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم **07/140** المؤرخ في **19 ماي 2007** بمساحة تقدر ب 14 هكتار وبطاقة استيعاب رسمية تقدر ب 240 سرير وطاقة استيعاب فعلية ب 326 سرير نظرا لإنشاء بعض الوحدات اضطراريا وتماشيا مع محاولة سد العجز في الطلب الجد متصاعد لخدماتها.[1]

[1] بوهالي عبد القادر، **مجلة الصحة للجميع** (Santé pour tous) بتاريخ 05 /2015/01، الصادرة عن المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" البيض: العدد 0،ص6

تجمع المؤسسة العمومية الاستشفائية :

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 والتوليد وبها ثلاثة أقسام: قسم ما قبل الولادة – قسم الولادة– قسم ما بعد الولادة (العمليات القيصرية).

تتكون من: الأطباء (10)، مساعدي التمريض (31)، القابلات (20)

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

تتكون من: الأطباء (01) مساعدي التمريض (20)

الطابق الثالث: مصلحة الجراحة العامة وتتكون من: (20)الأطباء و(30) مساعد تمريض، وبها أمراض العظام تتكون من الأطباء (03)– مساعدي التمريض (10)، جراحة الأطفال وتتكون من الأطباء (10) ومساعدي التمريض (20).

الطابق الرابع: مصلحة الطب الداخلي وبها: وحدة طب العيون وتتكون من: (01) طبيب و(2)مساعد التمريض والأنف والحنجرة، وحدة أمراض القلب، وحدة الأمراض المعدية، وحدة أمراض الكلى، وحدة استشفاء أمراض السرطان، وحدة الأمراض المزمنة.[1]

[1] بوهالي عبد القادر، مرجع سابق الذكر،ص 07.

الجدول يوضَح فيه تجمع المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف"[1]

/	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، المأرب، وحدة الحرق البخاري بالتعقيم،الإدارة.
الطابق الأول	مصلحة أمراض النساء والتوليد
الطابق الثاني	مصلحة الأمراض الصدرية
الطابق الثالث	مصلحة الجراحة العامة
الطابق الرابع	مصلحة الطب الداخلي

[1] بناءا على المعلومات المقدَمة من طرف المؤسسة الاستشفائية

إلى جانب هذه المصالح التي تقدم خدمات أساسية صحية توجد مصلحة الاستعجالات وتعتبر هي بوابة المستشفى وهي مرآته العاكسة يسهر عليها طاقم طبي وشبه طبي متمكن يعمل ليل ونهار بالمناوبة من أجل التكفل الحقيقي بالمرضى، تتكون مصلحة الاستعجالات من وحدتين :

- وحدة الفرز والكشف.
- وحدة المتابعة تتقاسم أعباء العمل بينها.

أمام الضغط الذي تعرفه مصالح الاستعجالات وبعد الوقوف على أهم أسباب الاستشارة الطبية تذكر الوزارة:[1]

- إن مهمة مصالح الاستعجالات الاستشفائية هي التكفَل بالاستعجالات الطبية الجراحية ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن تعتبر مقصدا للاستشارة الطبية أو للتكفَل بخدمات التمريض التي هي من اختصاص الهياكل الجوارية.
- أن 80 بالمائة من الحالات التي تستقبلها مصالح الاستعجالات الاستشفائية لا تحتاج إطلاقا إلى تكفل استشفائي، كونها ليست حالات استعجاليه، كان من الممكن التكفَل بها على مستوى العيادات المتعددة الخدمات التي تشتغل من الثامنة صباحا إلى الثامنة مساءا إضافة إلى العيادات التي تشتغل على مدار الساعة.
- وجود عيادة متعددة الخدمات تضمن المناوبة 24ساعة على 24 ساعة .
- أن هذه الهياكل القاعدية والجوارية تضمن خدمات قاعدية وفحوصات متخصَصة وتوجد في متناول المواطن الذي يحتاج إلى هذه الفحوصات وخدمات التمريض .

[1] بوهالي عبد القادر،مرجع سابق ،ص 9.

- أن اللجوء إلى العيادة المتعددة الخدمات لا يضمن تكفل جواري فحسب بل يتم كذلك على حسن حضاري يسمح بتخفيف الضغط على المرافق الاستشفائية بصفة توَفر التكفَل الأمثل بالحالات الاستعجالية الخطيرة.[1]

وبالتالي فالمؤسسة العمومية الاستشفائية "**محمد بوضاف**" بالبيض تتوفر على حوالي17 مصلحة مختلفة التخصصات وهذا حسب المرسوم التنفيذي لسنة 2007، إلا أن هناك بعض المصالح غير متواجدة وهذا يدفع بعض المرضى للتنقل إلى الولايات المجاورة لتلقي العلاج.

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

يعدَ الهيكل التنظيمي البناء الداخلي الذي يحدِّد أجزاء المؤسسة ويبيَن جميع الأنشطة التي تقوم بها بحيث يحتوي على مستويات إدارية، تضمن تأمين الإطار الملائم لعمليات التشغيل والأداء المتوقع والسماح بتنسيق النشاطات ويتوزع كالأتي:

الاستقبال: توجيه المواطنين.

الإدارة: تقوم بتسيير شؤون المؤسسة الداخلية والخارجية وتتكون من:

المدير: يعيَن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقرار من الوزير المكلَف بالصحة، وتنهى مهامها حسب الأشكال نفسها[2]، وباعتباره المسؤول الأول عن تسيير

[1] المرسوم التنفيذي رقم **07-140** مؤرخ في جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

[2] المادة 19 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 .

المؤسسة فهو يقوم ب :

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية.
- الآمر بالصرف في المؤسسة.
- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعدَ حسابات المؤسسة.
- ينفَذ مداولات مجلس الإدارة.
- يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة.
- يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به.
- يعيَن جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم.
- يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.[1]

المديرية الفرعية للمالية والوسائل: وتشكل المكاتب التالية :

مكتب الميزانية والمحاسبة: يقوم بتطبيق الميزانية وإعطاء تقارير مالية دورية من نفقات 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:

[1] المادة 20 من نفس المرسوم.

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 :

مكتب القبول: يقوم بتوجيه المرضى ومتابعة المواليد والوفيات التي تكون في المؤسسة وتسيير الأرشيف ومتابعة دخول المرضى من وإلى 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 مدَة معينة (ثلاثي ، سداسي، سنة).

المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات: تشمل مكتبين هما:

1. مكتب صيانة التجهيزات الطبية.
2. مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.[1]

[1] مقابلة مع السيد بوشيخي، رئيس مصلحة الإعلام والاتصال بالمؤسسة الاستشفائية، يوم 15 مارس 2019، الساعة 10 صباحا.

المطلب الثالث: الإمكانيات البشرية والمادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف"بالبيض:

تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم طبي وشبه طبي بالإضافة إلى مجموعة من التقنيَين والفنيَين في الأشعة والتحاليل ،يعملون على توفير الخدمات الصحية للمرضى، بالإضافة إلى تخصيص ميزانية لتوفير الاحتياجات اللاَزمة للمؤسسة الاستشفائية، وسنتناول فيما يلي الموارد البشرية في المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" والموارد المادية لها :

الإمكانيات البشرية:

يمارس بالمؤسسة العمومية الاسشفائية "**محمد بوضياف** " طاقات بشرية كل ضمن اختصاصه لضمان أفضل رعاية صحية ممكنة ويمكن تلخيصها في ما يلي:[1]

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

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

الطاقم شبه طبي: وعددهم (314) ممرض وممرضة يعملون بشكل يومي عادي ويسهرون على راحة المرضى.

الإداريون: وهم الأفراد المكلفَين بالإشراف على التسيير الإداري للمؤسسة الاستشفائية ومراعاة مصالح المرضى ،وعددهم (45)

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

[1] مقابلة مع رئيس مصلحة الموارد البشرية والمالية والشؤون القانونية بالمؤسسة الاستشفائية، يوم 15 مارس 2019،الساعة 10 صباحا.

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

الإمكانيات المادية:

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

التجهيزات الطبية: تتوفر المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف " على أحدث التجهيزات الطبية التشخيص بالأشعة الرقمية (radiologie numèrisèe) السكانير،(كل مصلحة بأجهزتها الخاصة).

سيارات الإسعاف : تتوفر المؤسسة الاستشفائية على (10)سيارات الإسعاف كل واحدة بسائق يتم استعمالهم في الحالات الاستعجالية .

دعمت مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية بستة مولدات (06) لغسل الكلى من الجيل الأخير (Fresenus).[1]

[1] مقابلة مع السيد بن خلف الله محمد،المدير الفرعي للموارد البشرية، المؤسسة العمومية الاستشفائية، يوم 16 مارس 2019، الساعة الثانية ونصف زوالا.

المبحث الثاني: دور الهيئات المحلية في تنفيذ السياسة الصحية:

تستلزم صحة المواطن رعاية صحية جيّدة في جميع الحالات حيث لجأت الدولة الجزائرية لتوفير كل المرافق والهيئات المناسبة للتكفل به من أجل السهر والإشراف على صحته دون أن يتعرض لضائقة مالية عند سداد مقابلها، وينبغي تغطية المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية وتقتضي القيام بالتدخلات الرئيسية التي تتصدى لأهم أسباب المرض والوفاة بجودة الخدمات وهو الدور الذي تقوم به الهيئات.

المطلب الأول: دور الولاية في ضمان التغطية الصحية:

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 ما يعادل 3 %من التراب الوطني، عدد سكانها 271140 نسمة، تضَم 22 بلدية و08 دوائر وهي منطقة السهوب والسهول المرتفعة في جنوب غرب الجزائر تحدَها عدة ولايات :

من الشمال: ولاية سعيدة، تيارت، سيدي بلعباس.

من الشرق والجنوب الشرقي: ولاية الأغواط ، ادرار، غرداية.

من الغرب والجنوب الغربي: ولاية النعامة ،بشار.

المناطق:

المنطقة01: تتألف من(06) ولايات: بوقطب ،الخيثر ،توسمولين ،الكاف لحمر ،الرقاصة،الشقيق.

المنطقة02: تتألف من 13 بلدية:بلدية البيض،بوعلام ،سيدي أعمر،سيدي طيفور،سيدي سليمان،استيتن،كراكدة، أربوات،عين العراك، الشلالة، بوسمغون، المحرة.

المنطقة03: تتألف من 03 بلديات:الأبيض سيدي الشيخ، البنود، بريزينة.[1]

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 استشفائية رئيسية موَزعة على مناطق مختلفة من الولاية، كل مؤسسة صحية تغطي عدد من البلديات حسب موقعها الجغرافي،الأبيض سيدي الشيخ . بوقطب . وعاصمة الولاية بقدرة استيعابية إجمالية تصل إلى 470 سرير،بنسبة شغل الأسرة تصل إلى نحو 40.26 % ويجرى حاليا تجسيد مشروع مستشفى بلدية 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.[2]

[1] بناءا على الوثائق المقدمة من الولاية.

[2] La wilAYA D'ELBAYADH - MONOGRAPHE - 2012p 56

Etablisment	Communes couvertes	Pop	Sup /km²
EPH ELBAYADH	EL BAYADH ,BOUALEM,S AMAR,S TAIFFOUR, S SLIMANE,STTITTEN,BREZINA,GHASOUL,KRAKDA ,ROGASSA,KEF LAHMARE,ET CHEGUIG	19056319	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

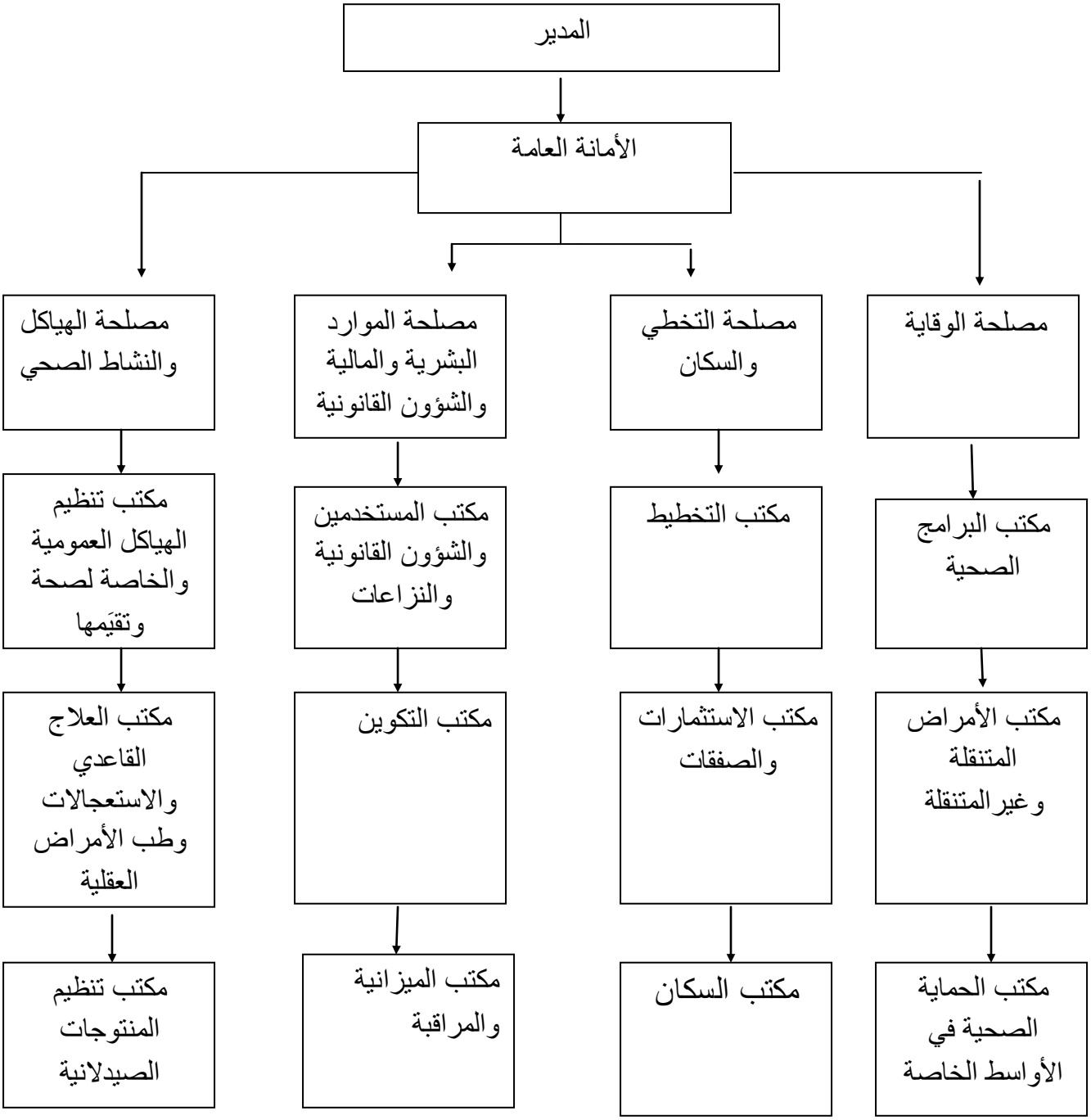
وهي تقوم بتنفيذ السياسات الصحية التي تخص الصحة العمومية عن طريق مديريتها المتمثلة في مديرية الصحة والسكان.

تعريف مديرية الصحة والسكان:

هي عبارة عن مؤسسة خدمية وظيفتها تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان ويتم ذلك عن طريق تنسيق العمل ضمن المصالح المكوَنة لها تحت وصاية وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووالي الولاية، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم **261/97** المؤرخ في **1997/01/14** الذي يحدَد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.[1]

[1] مقابلة مع مدير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية البيض، يوم 20 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان بولاية البيض:



دور مديرية الصحة والسكان:

يكمن دورها في وضع كل التدابير حيَز التنفيذ التي من شأنها أن تؤطر النشاطات الخاصة بالصحة والسكان وبهذه الصفة تكلف بما يلي:[1]

- تسهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان.
- تنشط وتنسق وتقوم بتنفيذ البرامج المحلية للصحة لاسيما، في مجال الوقاية العامة وذلك بالتنسيق مع المؤسسة العمومية وتقوم بجمع مختلف البيانات والمعلومات والمعطيات الوقائية والعلاجية والوبائية وتصنيفها وترتيبها واستعمالها،وتوفير اللَقاحات الضرورية للمؤسسة ومن أهم البرامج التي تقوم بها مصلحة الوقاية على مستوى مديرية الصحة بتتبعها باستمرار برنامج مكافحة الأمراض المتنقلة عن طريق المياه مثل (التهاب الكبد، التسممات الغذائية، مكافحة الأمراض المتنقلة من الحيوانات مثل:الكيس المائي، داء الكلب،الحمى المالطية)، وكذا برنامج مكافحة الأمراض التنفسية ولسعات العقرب واتخاذ كل الإجراءات اللاَزمة لحماية الصحة وحماية الأمومة والطفولة والحماية الصحية في الأواسط الخاصة (المدارس بمختلف الأطوار وأماكن العمل) فيقوم المكتب المختص بها بتنفيذ البرامج المتعلَقة بحماية الصحة بالإضافة إلى التنسيق مع الجهات الأخرى ذات الصلة والسَهر على حماية الأم والطفل وكذلك في مجال الحكم في النمو الديمغرافي وترقية الصحة.
- تطورَ كل عمل يهدف إلى الوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها خصوصا في وسط الشباب.
- تسهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمالية.
- تتولى تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها .

[1] مقابلة مع مدير الصحة والسكان،مشار إليه سابقا.

- تعدَ المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت تبعيتها .
- تتابع وتقوم بتنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقويمه وتطوير العاملين في مجال الصحة.
- مراقبة وضمان حسن سير المسابقات والامتحانات المهنية.[1]
- كما تقوم بالعديد من النشاطات بالتنسيق مع المؤسسة العمومية الاستشفائية تتمثل أهمها في:
- مجال مكافحة الأوبئة تقوم بالحراسة الوبائية في إطار مراقبة الأمراض ذات التصريح الإجباري تستقبل مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان بالولاية معلومات وبيانات دقيقة عن هذه الأمراض من مصلحة الأوبئة والوقاية داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية وتقوم بإرسال الحصيلة الأسبوعية وكذا الحالة الشهرية لهذه الأمراض إلى مديرية الوقاية بوزارة الصحة وإلى المعهد الوطني للصحة العمومية ويكون ذلك في كشوفات خاصة حسب طبيعة المرض .
- متابعة البرامج الوطنية الصحية.
- التكوين المتواصل (المستخدمين للصحة).
- القيام بأيام طبية جراحية.
- المشاركة في الملتقيات الوطنية.
- تدعيم وحدة الرقابة في علم الأوبئة التي تخص المؤسسة ففي حالة ظهور بعض الحالات الاستثنائية للأمراض تنقل المعلومة غلى مديرية الصحة والسكان بوجود مريض في المستشفى به مرض خطير لتقوم بالتحقيق في المستشفى بعد المراسلة والاكتشاف والوقاية منه لتفادي انتشاره، مثلا انتشار مرض

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

البحمرون مؤخرا في المؤسسة ،قامت بالعمل مع المديرية بإجراءات وقائية من خلال عمليات التلقيح والتوعية والتربية الصحية،ومعاينة محيط المريض.

بالإضافة إلى أمراض أخرى منقولة عن طريق المياه مثلا وباء التوفيئيد وذلك بتأكيد المرض عن طريق الفحوصات الطبية والمخبرية ومعاينة دم المريض والماء الصالح للشرب واستشفاء المريض ومعالجته،بالإضافة إلى التصريح الإجباري للجزائرية للمياه والتحقيق الوبائي.[1]

المطلب الثاني: دور البلدية في ضمان التغطية الصحية:

تمتد علاقة المواطن بالبلدية منذ ولادته باستخراج شهادة ميلاده إلى وفاته وتعتبر أقرب أجهزة الإدارة إلى المواطن وهي أكثرها احتكاكا بهم وفي معاملاتهم اليومية واحتياجاتهم المحلية ومن خلال ما تقدمه من خدمات وعلى هذا وجب على البلدية أن تواكب التطور والارتقاء في تقديم وتحسين تعاملها مع مواطنيها ومن خلال الاهتمام بإراداتها وتنظيم أجهزتها باستغلال أحدث الوسائل والكفاءات لرفع مستوى أداء أعوانها هذا تحقيقا لأهداف معينة بذاتها خاصة وهي تواجه في كل مرة تحدَيات كبرى تتمثل في تضاعف التعداد السكاني أمام محدودية المساحة ،بالإضافة إلى القيام ببعض الأدوار تتمثل أهمها في:

دور مكتب النظافة بالبلدية:

يوضع هذا المكتب تحت تصرَف رئيس المجلس الشعبي البلدي من أجل تنفيذ مهام الوقاية الصحيَة وحفظ الصحة والنقاوة العمومية وذلك يوضع تحت سلطته أعوان تقنيَون حسب كل قطاع معني، فتولى هذا المكتب بتحضير الوثائق والعقود والملفات التي يتطلبها عمل أجهزة البلدية ،كما يقوم بدراسة

[1] مقابلة مع السيد يحياوي، رئيس قسم مكافحة الأوبئة،يوم 22 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

واقتراح كل التدابير الرامية إلى ضمان المحافظة الدائمة على الصحة والنقاوة في جميع أنواع المؤسسات والأماكن العمومية واقتراح عند الاقتضاء تطبيق أي تدبير أو برنامج يخصَ حماية صحة الجماعة المحلية وترقيتها لاسيما في مجال مكافحة الأمراض المتنقّلة ومقاومة ناقلات الأمراض والقيام بتنظيم محاربة الحيوانات الضَارة وكذا الأمر بتنفيذ عمليات التطهير وإبادة الجرذان والحشرات.[1]

وبالتنسيق مع المؤسسة العمومية الاستشفائية يعمل مع الوحدة الخاصة بمعالجة المعلومات والنظافة الاسشفائية بغرض تفادي الوقوع في بعض الأمراض والوقاية منها بما يلي :

- تتكفّل البلدية بحفظ الصحة والمحافظة على النظافة العمومية من جانب الإجراءات الوقائية بالمجالات التالية :
- صرف المياه القذرة والنفايات الجامدة.
- مكافحة ناقلات الأمراض المعدية.
- تنظيم وجمع النفايات وحرقها التي تخص المؤسسة.
- إنشاء مساحات خضراء وحدائق داخل المؤسسة.
- اتخاذ الاحتياطات لمنع الحرائق ومراقبة المواد المشتعلة واقتناء المطافي.
- نظافة الأدوات الصحية واتخاذ التدابير لإبادة البعوض والحشرات الأخرى في المؤسسة.
- السهر على حسن تنفيذ التدابير الاحتياطية والوقاية والتدخل في مجال الإسعاف .
- الإشراف على عمليات التلقيح ضد الأمراض الموسمية (الزكام والحصبة).

[1] مقابلة مع رئيس مصلحة النظافة بالبلدية، يوم 24 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

- أما من جانب الإجراءات الإدارية فتقوم بضبط سجَلات الحالة المدنية (الولادات الوفيات) وذلك بعدما تقدَم المؤسسة العمومية الاستشفائية قائمة بخصوص المواليد الجدد خلال الشهر لتقوم البلدية بتسجيلهم.[1]

المطلب الثالث: دور الجمعيات في ضمان التغطية الصحية

أضحى العمل التطوعي مطلبا ملَحا في كثير من جوانب الحياة وأصبحت الجمعيات الخيرية تؤدي دورا وعملا مكملا لما تقوم به مؤسسات الدولة، تختص بتقديم العون المادي ومساعدة المعوزين والفقراء خصوصا في المجال الصحي ،فقد وجد مؤخرا إقبال مندرجا من أفراد المجتمع كمتطوعين وعبر إنشاء الجمعيات ذات التوجهات المحدودة في المجال الصحي الخيري والتي تنوعت بين خدمات صحية مباشرة وغير مباشرة ،فهناك عدة أصناف من الجمعيات ولعل أبرزها تتمثل في:

منظمة المجتمع المدني:

يعمل المكتب الولائي بالبيض لمنظمة المجتمع المدني بمهام ومتطلبات الحياتية واليومية المرتبطة بتوفير مستوى معيشي كريم للمواطنين خصوصا ما تعلق بصحة الإنسان وذلك من خلال بعض الأدوار تتمثل في :

- قيام منظمة المجتمع المدني بدور في المجال الطبي والصحي عامة ، وذلك ما يشمل دورها في المساهمة في توفير الرعاية الصحية في ظل العادي مع التركيز على الفئات الأكثر ضعفا مثل النساء والأطفال والشيوخ والعاطلين عن العمل والمتقاعدين وذوي الاحتياجات الخاصة والأكثر فقرا والمعانين من الأمراض المزمنة .

[1] بناءا على معلومات مقدمة من طرف البلدية.

- المساهمة في إقامة نظم بديلة متعددة للتأمين الصحي العام أو الفئوي في حال عجز الدولة عن توفير عن توفير ذلك عبر آليات التكافل الاجتماعي.
- توعية المرضى بأخطار الأدوية ومحاربة مغالاة بعض الأطباء والصيادلة في ما يطلبونه من مقابل مالي نظير خدماتهم أو نظير الدواء.
- منح الأولوية للتغطية الصحية الشاملة والعمل مع الجهات الفاعلة خارج نطاق القطاع الصحي لمعالجة الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للمشكلات الصحية بما في ذلك مقاومة مضادات الميكروبات.[1]
- مواصلة توسيع الجهود المبذولة للعناية بأمر رداءة صحة الأم والطفل والأمراض المعدية.
- تدعيم الجهود الرامية إلى التقليص من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور.
- وضع حملات توعوية من أجل تحسين النظام الغذائي للسكان.

وبالتالي فدور المجتمع المدني يهدف إلى التعرف على المبادرات الاجتماعية من أجل السياسة الصحية والجاري تنفيذها بما يتضمَن الحركات الاجتماعية واسعة النطاق ،إضافة إلى مبادرات المجتمعات المحلية ومن ثم توثيقها كما يهدف إلى دراسة والتعليق على المؤشرات والظروف المحيطة بهذه المبادرات إضافة إلى تداعياتها على ممارسات الرعاية الصحية والنشطاء في مجال الصحة، فاعتبرت منظمة المجتمع المدني نفسها شريكة في تنفيذ السياسة الصحية والتوجَهات الاستراتيجية والعمل على رصد ومراقبة تنفيذها وفقا لآليات عمل محددة مثل الدعوة إلى الحق في الرعاية الصحية والعمل على محددات الاجتماعية لها والمشاركة والدراسة والبحث وتدعيم الخدمات الصحية من خلال البرامج التنموية الصحي الخيرية خاصة في المناطق الريفية.

[1] مقابلة مع السيد بالبشير، رئيس جمعية منظمة المجتمع المدني، يوم 26 مارس 2019 على الساعة الثالثة مساءا.

جمعية سواعد الإحسان بالبيض:

هي جمعية من الأفراد ينشطون فيما بينهم على القيام بتقديم خدمات مختلفة بهدف مساعدة المجتمع والعمل على رقيه وتقدمه دون الالتفات إلى العائد المادي أو الربح من وراء تقديم هذه المساعدات تنطلق من مبدأ تقديم عون صحي للمحتاجين انطلاقا من برامج صحية للوصول غلى حل القضايا الصحية المختلفة التي تواجه السكان فمن المعتاد تقوم بخدمات التنظيم بطريقة متماسكة في الزمان والمكان من أجل تحقيق الأهداف المحددة من خلال:[1]

1. تحديد الأولويات.
2. صياغة المشكلة مع تحديد السكان المستهدفين.
3. تحديد الموارد.

وتقوم بالأدوار التالية:

- تقوم بجمع التبرعات بناءا على ترخيص وتلزم بالتصريح عن حصيلة تلك التبرعات للسلطات العمومية بالإضافة غلى الصدقات والوقف.
- جمع الأسرة والكراسي المتحركة للمرضى.
- جمع الإعانات للأطفال حديثي الولادة للعائلات المعوزَة (حفظات، حليب).
- تنظيم حملات التبرع بالدم.
- نظمت ملتقى بالتنسيق مع الإقامة الجامعية 1000 سرير بنات لترقية الصحة حول مكافحة سرطان الثدي وأهمية الكشف المبكر إشرافها على عمليات ختان الأطفال على مستوى المؤسسة العمومية

[1] مقابلة مع رئيس الجمعية، يوم 27 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

- الاستشفائية "محمد بوضياف" التي قدمت كل التسهيلات اللازمة من خلال تسخير طاقم طبي للسهر على نجاح هذه العملية التضامنية.[1]

صحيح أن دور الجمعيات الناشطة في المجال الصحي أقل شأنا من دور الفواعل المحلية باعتبار أن هذه الأخيرة متدخل مباشر وفي سياسات الصحة لكن لا يمكن تجاهل الدور الذي تلعبه في نجاح السياسة المذكورة سيَما في مجال التوعية والتربية الصحية في أواسط الجمهور علما أن الكثير من الحملات الوقائية تعتمد في نجاحها على الجمعيات الخيرية في خدمة التوعية والتوثيق الصحي ومكافحة الأوبئة وترتيب الكوادر وتأهيلها وإقامة الندوات والمؤتمرات وتبني برامج لمتابعة الحمل والولادة وبعض الحالات الأخرى بالتنسيق مع المؤسسة الاستشفائية الداعمة لبرنامج الجمعيات وكذا المساهمة في نشر الوعي الصحي في المجتمع وتنفيذ البرامج الوقائية مثل التطعيمات والبرامج العلاجية المتمثّلة في علاج بعض الأمراض الحادة والمزمنة والمساعدة في الاكتشاف المبكر لهذه الأمراض.

[1] مقابلة مع رئيس الجمعية، مشار إليه سابقا.

المبحث الثالث: دور المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف" في تنفيذ السياسة الصحية

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية من المنشآت الهامة في المجتمع، فهي ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي وتسعى جاهدة إلى توفير أفضل الخدمات الصحية لهم .

المطلب الأول:مهام ونشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية:

المهام:

تكمن مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية "**محمد بوضياف**" في تطبيق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وذلك من خلال الرقابة على تطبيق قواعد الوقاية الصحية والأمن من جهة والاستثمارات التي تقدَمها للهيئة المستخدمة في هذا المجال من جهة أخرى وهي تؤدي هذا الدور بالتعاون مع مختلف الهيئات المحلية الناشطة في مجال الوقاية الصحية والأمن ،بالإضافة إلى تقديم العلاج الضروري المتعلَق بطب الأطفال وتلبية حاجيات ومتطلبات الإسعافات المتعلقة بالأطفال حديثي الولادة كل هذا من شأنه توفير الرعاية الصحية على مدار 24/24 ساعة لتقليص عدد المرضى وبناء نظام صحي جيَد هذا من جهة ناهيك عن سعيها لضمان استقبال وإعلام وتوجيه المرضى وتنظيم الحركة داخل المؤسسة من جهة أخرى، كما تتكفل إدارة المستشفى بمهام تكوين المتربصين في مختلف المجالات الطبية والإدارية ويكلَف المجلس الطبي للمؤسسة باقتراح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها لاسيَما مصالح العلاج والوقاية.[1]

[1] بناءا على الوثائق المقدمة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبيض.

النشاطات :

تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف" بمجموعة من النشاطات الطبية والجراحية وتساهم في تشكيل إضافة نوعية إلى قطاع الصحة بالولاية حسب الاختصاصات الموجودة ومن أهمها ما يلي :

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

جراحة الأطفال: هو التخصص الفرعي من جراحة تنطوي على عملية جراحية تقوم بها المؤسسة الاستشفائية للأجنحة والرضع والأطفال.

جراحة النساء والتوليد: في هذا التخصص تجرى العمليات القيصرية والأمراض النسائية.

جراحة الأنف والحنجرة: تهتم بإجراء العمليات على المناطق الأكثر حساسية وأهمية لدى المريض.

جراحة المسالك البولية: يجرى هذا النوع من العمليات على الأمراض التي تصيب الجهاز البولي والكلى .[1]

وعلى سبيل المثال نأخذ بالعمليات الجراحية التي قامت بها المؤسسة لعام 2018 حسب التخصص من خلال ما يوضحه الجدول الآتي:

[1] مقابلة مع السيد بوشيخي محمد، مشار إليه سابقا.

ACTES CHIRURGICAUX PAR SPECIALITES Année 2018

SPECUALITES CHIRURGICALES	NOMBRE D'ACTES		TOTAL
	PROGRAMME	URGENCE	
CHIRURGIE GENERALE	419	311	730
CHIRURGIE INFANTILE	249	151	400
GYNECO–OBSTETRIQUE	173	922	1095
CHIRURGIE UROLOGIQUE	25	09	34
OPHTALMOLOGIE	79	24	103
CHIRURGIE TRAUMATOLGIE	64	115	179
O.RL	35	86	121
NEUROCHIRURGIE	05	05	10
TOTAL	1623	1049	2672

يمثل الجدول العمليات الجراحية حسب التخصص لسنة 2018 يضم (الجراحة العامة، جراحة الطفولة التوليد، جراحة المسالك البولية،طب العيون،الإصابات،جراحة المخ والأعصاب وغيرها،بالمقابل مجموع الأنشطة المعمولة).

بالإضافة إلى مجموع الأنشطة التي قامت بها من خلال السنة وهو ما يوضَحه الجدول الآتي:

Activites Hospitaliers année 2018

SERVICES	LITS	ADMISSIONS	JOURNEES D'HOSPITALISATION	TAUX D'OCCUPATION	D.M.s	Coefficient de rotation	Nombre De Deces	Taux De Mortalite	TAUX DE MORTALITE
1/SPECIALITE MEDICALES									
PEDIATRE	38	2476	11203	81.89%	4.52	65.16	102	4.12%	4.12%
REANIMATION	6	222	956	44..26%	4.31	37.00	65	29.28%	29.28%
MEDECINE INTERNE	35	1306	9764	77.49%	7.48	37.31	50	3.83%	3.83%
PNEUMO-PHTISIO	20	301	1981	27.51%	6.58	15.05	11	3.65%	3.65%
TOTAL SPE.MEDICA	99	4305	23904	67.07	5.55	43.48	228	5.30%	5.30%
2/ SPECIALITES CHIRURGICALES									
CHIRURGIE GENERALE	60	1474	8016	37.11%	5.44	24.57	5	0.34%	0.34%
OBSTETRIQUE	36	4701	14303	110.36%	5.44	130.58	0	0.00%	0.00%
GYNECOLOGIE	15	1470	4532	83.93%	3.08	98.00	0	0.00%	0.00%
OPHTALMOLOGIE	8	298	351	12.19%	1.18	37.25	0	0.00%	0.00%
TOTAL SPEC.CHIRURGICALES	119	7943	27202	63.50%	3.42	66.75	5	0.06%	0.06%
TOTAL GENERAL	218	12248	51106	65.50%	4.17	56.18	233	1.90%	1.90%
UMC	10	5703	118999		21		91	1.60%	1.60%

يضم الجدول مجموعة من المصالح حسب التخصصين (مصالح طبية وجراحية) تحتوي على التخصصات السابقة بالمقابل على عدد ما احتوته من الأسرة والقبول وأيام الاستشفاء ونسبة الأشغال ومعامل الدوران، ومعدل الوفيات).[1]

المطلب الثاني: إسهامات المؤسسة

تعمل المؤسسة العمومية الاستشفائية "**محمد بوضياف**"على توفير الخدمات الصحية بتوفير احدث الأجهزة الطبية والجراحية مثل التشخيص بالأشعة الرقمية (radiologie Numèrisèe) بتكاثف جهود جميع العاملين من الأطباء المختصَين والعاملين والعمال شبه الطبيين والإداريين من أجل ضمان أفضل الخدمات الصحية للمرضى.

وقد سعت المؤسسة العمومية الاستشفائية بتوسيع الخدمات الصحية من خلال إبرام عقود مع البعثات الأجنبية (البعثة الكوبية) التي تتوفر على أطباء أكفاء لهم خبرة في المجال الصحي ،حيث تدعمت من خلال شهر أوت 2014 ببعثة كوبية تتشكل من26 طبيبا أخصائيا ،مما ساهم في تخفيف معاناة المرضى بهذه المنطقة سيَما على مستوى خدمات مصلحة الأمومة والطفولة وطب الإنعاش والتخدير والمخبر والتحاليل البيولوجية كما تعززت الخدمات الطبية بذات المؤسسة الاستشفائية من مصلحة خاصة بالعلاج الكيمياوي ولمرضى السرطان بطاقة ستة (6) أسرة قابلة للتوسعة حيث ساهم هذا المرفق في التكفل بهذه الشريحة من المرضى ورفعت عنهم مشقة التنقل غلى الولايات المجاورة لإجراء الفحوصات الكيمياوية مع توفير المصاعد للمرضى والحالات الاستعجالية ، وكذلك الإعلان على مواقيت زيارة المرضى ومواعيد تقديم الخدمات الصحية داخل المصلحة والسهر على راحتهم وتسهر الإدارة على

[1] بناءا على المعلومات المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية.

مواكبة التطور والاستعلام والحصول على أحد التجهيزات لتوفير أفضل الخدمات وضمان أفضل تغطية للمواطن في الولاية أو خارجها.[1]

تنظم المؤسسة عدَة ملتقيات داخلها وخارجها حول عدَة مواضيع أهمها :[2]

- التأكيد على أهمية التكوين المتواصل ، فقد أكد المشاركون في الطبعة الثالثة للأيام الطبية والجراحية بالبيض على أهمية التكوين المتواصل لمستخدمي الصحة للنهوض بهذا القطاع ، وأبرز المتدخلون خلال هذا اللقاء المنظم من طرف المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بالبيض على ضرورة تسطير برامج تكوينية مستمرة لفائدة الأطباء والأطقم شبه الطبية وكذا الموظفين الإداريين القائمين على تسيير مختلف المؤسسات الصحية من اجل منظومة صحية ذات فعالية.
- بالإضافة إلى تنظيم مصالح الاستعجالات وضرورة التكوَين المستمر للطاقم لمواكبة التطورات والمستجدات التي يعرفها ميدان الطب في مختلف التخصصات.
- ضرورة تمكين الموظفين الإداريين والمكلَفين بالاستقبال والتوجيه وأعوان الأمن على مستوى المصالح الاستعجالية من التكوين قصد تحسين فعاليته التكفل بالمرضى، مبرزا أهمية التواصل والاتصال بين مختلف المتدخلين في قطاع الصحة.
- توفير مناخ ملائم لعمل الأطباء من خلال توفير الوسائل وكذا التنسيق الطبي بين مختلف المؤسسات الصحية من قاعات علاج جوارية وعيادات متعددة الخدمات قصد تخفيف الضغط عن المصالح الاستعجالية.

[1] مقابلة مع السيد ساسي بن عامر،رئيس مكتب التكوين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ،يوم 27 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

[2] مقابلة مع رئيس مصلحة مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات بالمؤسسة الاستشفائية ،يوم 28 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا..

- تلقي 20 طبيب بنفس المرفق الصحي في السنة الماضية من تكوينات في تخصصات مختلفة على غرار الطب العام وأمراض المعدَة والجراحة بالمنظار وغيرها.
- استفادة 60 طبيب ممرض خلال السنة الماضية من المؤسسة الاستشفائية من تكوينات داخلية.
- برمجة المؤسسة العمومية الاستشفائية خلال السنة الجارية أربع تكوينات بالخارج لفائدة أطباء أخصائيين وعامين.
- افتتاح أيام دراسية طبية من قبل البعثة الكوبية حول الأمومة والطفولة.

وبالتالي فهذه الإسهامات كلها تنعكس نتائجها على مدى تحسين الأداء الإداري والطبي الذي يجب عليها أن تقوم به ولكن بعد تدارك النقائص الحاصلة بخلق مجموعة من الاستراتيجيات والإنجازات ، فرغم كل الموارد والإمكانيات المتوفَرة بالمؤسسة وسعيها لضمان التغطية الصحية إلا أنها لم تصل إلى المستوى المطلوب وتشوبها العديد من الاختلالات وذلك ناتج للتَوزيع غير الملائم للموارد المالية ، بالإضافة إلى ضيق مساحتها ما جعلها لا تكفي لاستقبال عدد كبير من المرضى ونقص في التجهيز مما يستدعي تنقل بعض المرضى للولايات المجاورة، ناهيك عن عدم وجود قاعات للانتظار مما يتطلب جلوس المرضى على الأرض وعدم توفر أسرة غير مجهزة رغم توفر الأجهزة وهذا راجع إلى غياب مختصيها ونقص النظافة وغياب الرقابة ، زيادة إلى نقص الأدوية وسرقتها، فقد كشف مدير مستشفى "محمد بوضياف" مؤخرا في تصريح للشروق نيوز عن اكتشاف سرقة أدوية ومستلزمات تطبيبية مخصصة لمصلحة الاستعجالات تقدَر قيمتها المالية حوالي 250 مليون، الأمر الذي استدعى تقديم شكوى رسمية عند السيَد وكيل الجمهورية لدى محكمة البيض واتخاذ إجراءات احترازية بمختلف مصالح المستشفى .[1]

[1] أنظر الموقع:(https //tv.echoroukonline.com/article…) تاريخ التصفح:2019/05/13.

فبعد رؤية هذه الاختلالات أصبح من المفروض ومن الضروري صنع أساليب تقييَم واختيار أنسب السبل الكفيلة بتحسينها وعليه يمكن اقتراح بعض التوصيات لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدَمة للمرضى ضمن معايير أهمها:

- تحديث الأجهزة والمعدَات والمستلزمات الطبية المستخدمة بما يلائم التطوَر الخاص في ميدان الخدمات الصحية وبما هو معمول به في المستشفيات الكبرى.
- تعزيز الثقة في مهارات المهنة الطبية بثقة وأمان من خلال التدريب المتواصل .
- العمل على تدوين المعلومات في السَجلات والحاسوب عن المرضى وحالاتهم الصحية بشكل دقيق ومستمر.
- العمل على تقديم الخدمة الفورية للمرضى من قبل العاملين .
- خلق الرغبة لدى العملين على مساعدة المرضى بشكل دائم من خلال تدريب العاملين وتحسين ثقافتهم من خلال التدريب.
- إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: أهداف المؤسسة

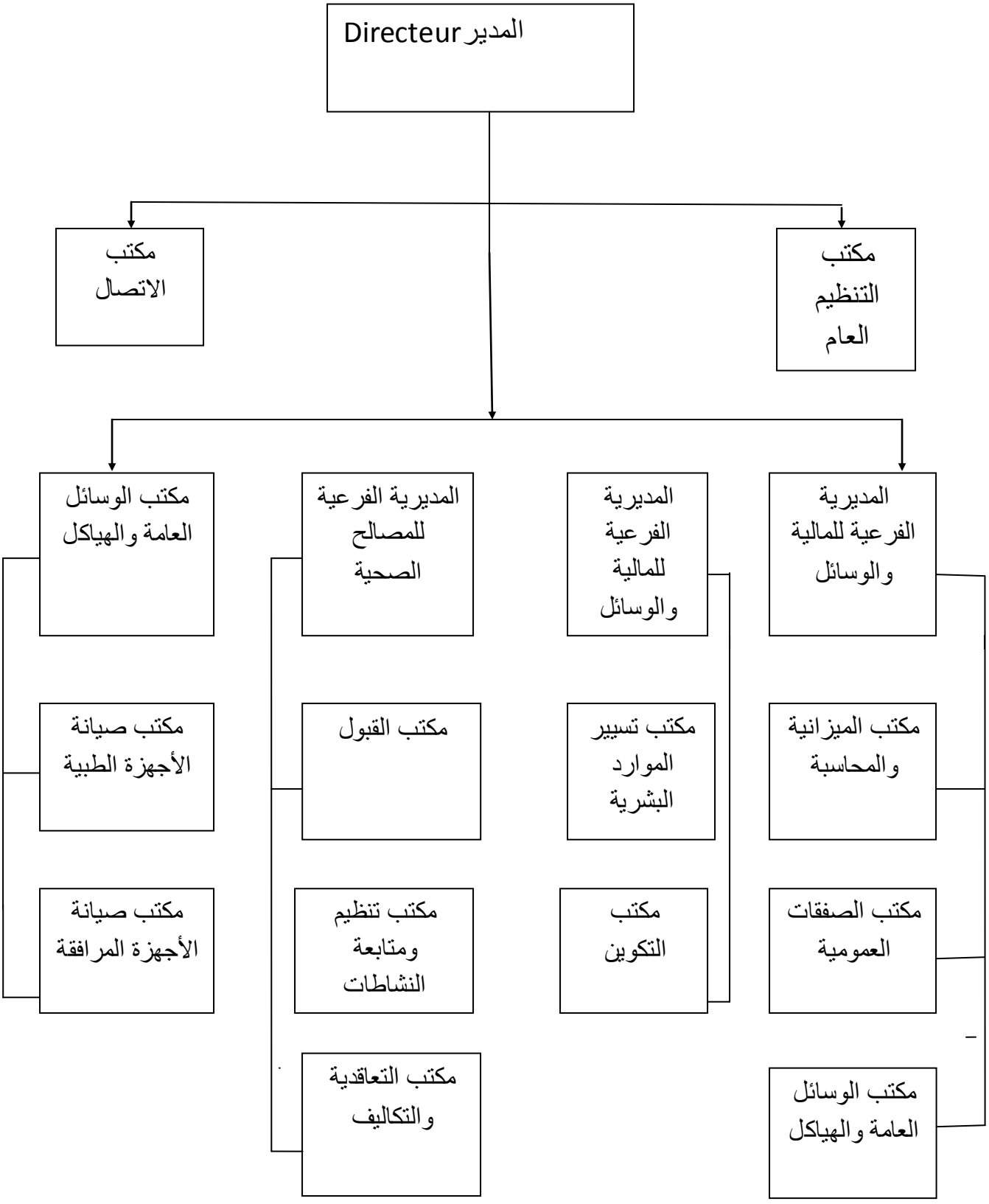
إن المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" هي مؤسسة ذات منفعة عامة تقوم بتوفير خدمات الرعاية الكاملة حسب احتياجات سكان المنطقة وما يجاورها لجميع القاطنين بالمنطقة دون

استثناء،حيث تعمل بطاقة مقبولة وتطمح إلى تحقيق أهداف استراتيجية تمَكنها من تحسين الخدمات ، واحتلال مكانة جيدة بين باقي المؤسسات الاستشفائية الأخرى.[1]

وتتمثل هذه الأهداف في التكفَل بصفة متكاملة ومتسلسلة لحاجيات السكان الصحية وضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء وتطبيق البرامج الوطنية للصحة من أجل السهر على تقديم خدمات صحية بصورة مستمرة سعيا وراء ذلك لإرضاء المرضى المتوجهين إليها الذين يطلبون العلاج أو الوقاية بمستوى مقبول حسب التخصصات المتوفرة والمصالح الطبية المفتوحة وتهدف إلى ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم ،بالإضافة إلى تعزيز الرقابة بأن يكون هناك تفتيش ومراقبة قانونية ومنظمة لمختلف العمليات التنظيمية والتسييَرية وضمان تسيير أفضل الهياكل الصحية عبر مجموع المقاطعات كما تسعى إلى تعزيز نوعية الخدمات الصحية وتبادل الخبرات وتحسين مستوى الكفاءات الطبية المحلية وترقية القطاع بخدمات التكفل بمرضى القصور الكلوي من خلال تقريب المصالح الطبية المختصة بهذه الفئة من المرضى وبرمجة مشاريع صحية لفائدتهم.[2]

[1] مقابلة مع السيد ساسي بن عامر ،مشار إليه سابقا.
[2] بناءا على المعلومات المقدَمة من طرف المؤسسة الاستشفائية.

الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" البيض



في ختام الدراسة يمكن القول أن قطاع الصحة بالولاية حقق مكاسب عديدة خلال السنوات الأخيرة من حيث توفير المرافق الصحية إلا أن الرهان لازال قائما بخصوص التأطير الكافي وتحسين الخدمات الطبية المقدمة للمواطن، فرغم كل الإمكانيات المادية والمالية إلا أنه لم يواكب تحسن في الواقع الخدمي ولعلَ المؤشر في ذلك هو الإحساس بالشعور العام لدى المواطن في رضاه عن الخدمات المقدَمة والتي تعتبر غاية وجودها ومحور إستراتيجيتها وتبقى في تحد كبير مع المحيط الخارجي لإدراك المواطن بحقوقه فمهما كان مصدر التغيير التنظيمي المقرر فعلى المؤسسة أن تنمي قدراتها استجابة للمتغيرات الخارجية في إطار التحسين، لما لها من هدف واحد والمتمثل في تنفيذ السياسات الصحية بكل جوانبها الوقائية والعلاجية والتربوية والاجتماعية.

خاتمة

تمحورت هذه الدراسة حول موضوع من المواضيع المهمة نظرا لأن السياسة الصحية في الجزائر تساهم في مواكبة تطوَر المجتمع.

وعليه نخلص أن النظام الصحي الجزائري شهد تطور ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية والدليل ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها والمزمنة لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص بل وبالعكس فهو شهد عدَة مشاكل تنظيمية تخص الهياكل والمؤسسات الصحية بكل أنواعها مما أثر سلبا على السير العام لهذه المؤسسات.

يحظى قطاع الصحة باهتمام كبير من طرف الدولة حيث تخصَص سنويا وبتزايد مبالغ معتبرة ما مكَن القطاع من تحقيق تطور ملحوظ على مستوى المستشفيات من خلال عدَة إنجازات متمثلة في فتح مناصب شغل جديدة وتشيَيد عدد من المستشفيات المتخصصة وغيرها من الإنجازات إلا أنها تبقى غير كافية فعلى الرغم من الأغلفة المالية الكبيرة المرصودة لهذا القطاع ،إلا أنه يعاني من سوء تسيير هذه الأغلفة ونقص الإطارات المؤهلة والمسؤولية، فالغرض من هذه السياسة هو زيادة كفاءة وفاعلية النظام الصحي الجزائري في تحسين صحة الأفراد والمجتمع من خلال توفير سياسة صحية وطنية شاملة تحدد الرؤية والقيم والاتجاهات والاستراتيجيات، فالالتزام بسياسة صحية وطنية واحدة من قبل جميع أصحاب الشأن هو شرط مسبق لنجاحها وبناء هذه السياسة والمبادئ التوجيهية لها، وتبقى وزارة الصحة هي الجهة المسؤولة عن رسم السياسات ووضع هذه الاستراتيجيات وتحويل الصلاحيات التنفيذية تدريجيا إلى الفواعل المحلية وهنا يتوجب على الدولة إعادة النظر في هيكلها التنظيمي والإجراءات والقدرات الفنية والتكنولوجية لجعلها أكثر كفاءة وفاعلية من أجل أن تقوم بدورها الفني والرقابي بشكل عام في قيادة تنفيذ هذه السياسة تزامنا مع القوانين والأوامر التي تشمل عليها الرعاية الصحية لترقية الصحة لأفراد المجتمع المحلي

وضمان سلامتهم الصحية ومن خلال هذه الدراسة يمكن أن نخلص بجملة من الاقتراحات لسياسة صحية ناجحة تتمثل أهمها في:

- وضع رعاية صحية أساسية مطبَقة وفق نهج صحة الأسرة وتحسين خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية وتحقيق فرص الوصول العادل.
- الحوكمة في مختلف المستويات الإدارية وبيئة تنظيمية آمنة .
- جودة خدمات الرعاية الصحية وفق معايير ناجحة.
- الاستخدام الكفؤ والفاعل للموارد (المالية. البشرية. المعلوماتية .التكنولوجية. والأدوية والمستلزمات الطبية.)
- تحسين خدمات طب الطوارئ والتقليل من الأزمات.
- تحسين خدمات التأهيل الطبي والصحي لذوي الاحتياجات الخاصة.
- تعزيز خدمات الطب النفسي ومكافحة الإدمان.
- تطوير وزارة الصحة لقدراتها في مجال تخطيط الموارد البشرية متوسطة وطويلة الأمد والتنبؤ باحتياجاتها من حيث الكم والنوع وتحديد الاحتياجات من البرامج التدريبية ذات الأولوية لرفع مستوى المعارف والمهارات.
- تطوير العملية التدريبية في المؤسسات الصحية كافة مع تبني المراكز والمؤسسات التخصصية لبرامج نوعية في بناء قدراتها والتركيز على بناء القدرات الصحية والقابلات وتعزيز دورهم في إجراءات تقديم الرعاية الصحية.
- تطوير صحة الأم والطفل والصحة الإنجابية.

- عصرنة المؤسسات الصحية بوسائل وأجهزة جد متطورة من أجل تعزيز القدرة على مكافحة أمراض العصر منها الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكري والسرطان بأنواعه الذي حصد أرواح الكثير وأصبح يمثل واقعا مقلقا.

ملخص

حاولت الدراسة في هذه المذكرة معالجة إشكالية دور الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر، ذلك أن موضوع السياسة الصحية من المواضيع التي لاقت اهتمام كبير من قبل الباحثين والمفكرين ولازالت ، ونظرا لارتباطها المباشر بالمواطن سعت الدولة منذ الاستقلال إلى إشباع حاجياته ومنحت الأولوية للصحة ذلك أنها ركن أساسي في تحقيق التنمية باتخاذها جملة من الإجراءات والقواعد ونظرا لتزايد المسؤوليات على الدولة فوضَت صلاحيات تنفيذها للفواعل المحلية في إطار القانون لضمان التغطية الصحية للمجتمع المحلي وهنا يكمن الدور الذي تلعبه في مدى نجاحها في أداء مهامها.

Résumé :

Dans cette note, l ‘étude a tente de traiter le problème du rôle local dans la mise en œuvre de la politique de la santé en Algérie, l’un des sujet ayant sucite un vif interet de la part des chercherais ,et en raison de sou impication directe supères des citoyens, l’état a cherché a satisfaire les besoins qui en decoulent son indèpendance, la santé a été priorisée en tant qu’il élément hé du dèvelappment en adoplant un ensemble de procèdures et règles qui ,ègard aux resposiblitès aoissantes de lètat ont été dèlèguèes aux autori tès nationales dans le cadre de la loi pour, assurer la couverture sanitaire de la commu autè e’t c’est la que rèside la rôle rèel qu’il joue dans la mesure dans laquelle il remplit ses fonction avec sucès.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

القرآن الكريم

الحديث الشريف

المعاجم :

1. ابن منظور جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم، **لسان العرب، ج6**، (بيروت: دار إحياء التراث العربي ،1996).
2. ابن منظور جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم، **لسان العرب، المجلد الرابع، ج28** (القاهرة:مصر دار المعارف، 1981).
3. الخليل بن أحمد الفراهيدي، **معجم كتاب العين، ج7**، تحقيق مهدي المخزومي وإبراهيم السامرائي، (بغداد :دار الشؤون الثقافية العامة،1984)
4. العبد اللّه مي شين ،**المعجم في المفاهيم الحديثة للإعلام والاتصال: المشروع العربي لتوحيد المصطلحات** (انظر الموقع www. Google books. Dz)
5. بدوي أحمد زكي، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية** (لبنان: مكتبة لبنان: 1933)

الكتب باللّغة العربية:

1. ابن القيم الجوزية، محمد بن أبي بكر بن أيوب الزرعي،**الطرق الحكيمة في السياسة الشرعية**، تحقيق دكتور محمد جميل غازي،(القاهرة:مطبعة المدني 1961)
2. ابن الهرماني عبد الباقي ،**ندوة المجتمع المدني في الوطن العربي ودوره في تحقيق الديمقراطية**، (بيروت:مركز دراسات الوحدة العربية 1992)

3. ابن خلدون عبد الرحمن ، **مقدمة ابن خلدون**، تحقيق الأستاذ درويش الجو يدي، (بيروت:المكتبة العصرية، 2009)

4. اروندج هايد ،كلية الآداب 2008)

5. الحماد ابتسام بنت حمود وآخرون ،**ملخص كتاب القيادة وتنمية المجتمعات المحلية**،(الرياض،مكتبة العمل الخيري،ب،ت)

6. الحمداني سامي ،**الإدارة المحلية وتطبيقاتها والرقابة عليها**،(القاهرة:المركز القومي للإصدارات القانونية ،ط2014)

7. الحمداني قحطان أحمد سليمان ،**الأساس في العلوم السياسية** ،(عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ،2004)

8. الحوراني محمد عبد الكريم ،**النظرية المعاصرة في علم الاجتماع** ،(الأردن:دار مجدلاوي للنشر والتوزيع 2012)

9. الخلايلة محمد علي ،**الإدارة المحلية وتطبيقاتها في كل من الأردن وبريطانيا وفرنسا ومصر ،دراسة تحليلية مقارنة** ،(عمان:ديوان الثقافة للنشر والتوزيع ،ط2013)

10. الدليمي عبد الرزاق محمد ،**الإعلام والعولمة**،(الأردن:مكتبة الرائد العلمية،ط2004،1)

11. الشاعر رمزي ، **الإيديولوجية وأثرها في الأنظمة السياسية المعاصرة**،(القاهرة:دار النهضة 1979)

12. الشاعر عبد المجيد وآخرون ،**الرعاية الصحية الأولية** ،(عمان الأردن: دار البازوري ط1 2000.)

13. الشرقاوي سعاد ،**النظم السياسية في العالم المعاصر**،(القاهرة:دار النهضة العربية،ط1982،2)

14. الشعراوي سلوى ،مفهوم **إدارة شؤون الدولة والمجتمع،إشكالية نظرية في إدارة شؤون الدولة والمجتمع**،(القاهرة:منشورات مركز دراسات واستثمارات الإدارة العامة، 2001)

15. الصبيحي أحمد شكر ،**مستقبل المجتمع المدني في الوطن العربي** ،(بيروت:مركز دراسات الوحدة العربية، ط2.)

16. الصديقي سلوى عثمان ،السيد رمضان **الصحة العامة والرعاية الطبية** ،(الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ط1 1999)

17. الطماوي سليمان **السلطات الثلاثة في الدساتير العربية المعاصرة وفي الفكر السياسي الإسلامي** (دراسة مقارنة)(لبنان:دار الفكر العربي، ط1996،5)

18. الطهراوي هاني ،**قانون الإدارة المحلية (الحكم المحلي في الأردن وبريطانيا**)(الأردن:دار الثقافة للنشر والتوزيع،ط1 ،2004)

19. العنزي سعد علي ،**الإدارة الصحية** ،(عمان :دار البازوري للنشر والتوزيع ،2009)

20. الفلاحي حسين علي إبراهيم ،**الديمقراطية والإعلام والاتصال**:دراسة في العلاقة بين الديمقراطية والإعلام وطبيعة الإعلام الديمقراطي ووظائفه ،(العراق:كلية الإعلام ،الجامعة العراقية،ط1،2014)

21. المعاني أيمن عودة ، **الإدارة المحلية**،(الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، 2010)

22. الهرماني عبد الباقي ،**ندوة المجتمع المدني في الوطن العربي ودوره في تحقيق الديمقراطية** ،(بيروت:مركز دراسات الوحدة العربية 1992)

23. الوكيل محمد إبراهيم خيري ، **دراسة تحليلية مقارنة(مصر فرنسا السعودية)**(القاهرة:مركز الدراسات العربية للنشر والتوزيع، 2015)

24. الوكيل محمد إبراهيم خيري ، **دراسة تحليلية مقارنة(مصر فرنسا السعودية)**(القاهرة:مركز الدراسات العربية للنشر والتوزيع، 2015)

25. بعلي محمد صغير ، **القانون الإداري**، (الجزائر :عنابه:دار العلوم، ط1، 2002)

26. بعلي محمد صغير ،**الإدارة المحلية الجزائرية** (عنابه: دار العلوم للنشر والتوزيع، 2013)

27. بوحوش عمار،محمد محمود ذنيبات،مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث،(الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية،2007)

28. بوضياف عمار ،**الوجيز في القانون الإداري**،(الجزائر :دار جسور للنشر والتوزيع،ط2،2007)

29. بوعوانة عبد الهادي ، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية**،(عمان:دار حامد 2004.)

30. بومرزوق زين الدين ،**الخدمة العمومية (بين تطبيقات النصوص القانونية والواقع)**،**الجماعات المحلية نموذجا**،(الجزائر :دار الكتاب العربي،2014)

31. جابرسامية محمد ، **علم الاجتماع المعاصر**،(الإسكندرية:دار المعرفة الجامعية 1996)

32. جعلاب كمال ،**الإدارة المحلية وتطبيقاتها (الجزائر بريطانيا فرنسا)**،(الجزائر :دار هومة للطباعة والنشر 2017)

33. جندلي عبد الناصر،تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية ،(الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية،2005).

34. حاروش نور الدَين ، **الأحزاب السياسية** ،(الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع ،الطبعة الثانية،2016)

35. حاروش نور الدين، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**،(الجزائر :دار كتامة للكتاب،ديسمبرط1،2008)

36. حاروش نور الدين ،**الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، (الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع ،ط2012،2)

37. حجير محمد منير، **وسائل الاتصال، نشأتها وتطورها**، (القاهرة:دار الفجر،2008)

38. خاطر أحمد مصطفى، **تنمية المجتمع المحلي**، (الإسكندرية:المكتب الجامعي الحديث، 2000)

39. دال روبرت ،**التحليل السياسي الحديث**:ترجمة هلال أبو زيد ،(القاهرة:مركز الأهرام للترجمة والنشر ،ط1993،5)

40. ديدان مولود ،**قانوني البلدية والولاية**، (الجزائر:دار بلقيس للنشر ،بدون تاريخ))

41. ذياب صلاح محمد ،**إدارة خدمات الرعاية الصحية** ،(عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع 2009)

42. زهيري كامل، **موسوعة الهلال الاشتراكية** ،نقلا عن طارق فتح الله ،دور الأحزاب السياسية في ظل النظام النيابي (دراسات مقارنة) (لبنان:ب.ذ.ن 1986)

43. زيدان جمال ، **إدارة التنمية المحلية في الجزائر**، (الجزائر:دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع،2014)

44. سعودي محمد العربي ، **المؤسسات المركزية والمحلية في الجزائر الولاية، البلدية**، 1516، (1962الجزائر: بن عكنون :ديوان المطبوعات الجامعية ،2006)

45. سلام إيهاب زكي، **الرقابة السياسية على أعمال السلطة التنفيذية في النظام البرلماني**، (القاهرة:عالم الكتب ،1983)

46. سيد سليمان حسن ، **المدخل للعلوم السياسية** ،(الخرطوم:دار جامعة افريقيا العالمية للطباعة 2010)

47. شبلي محمد،منهجية في التحليل السياسي،المفاهيم ،الاقترابات،الأدوات،(الجزائر:كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية،1997)

48. شريعتي علي ،**الهجرة إلى الذات ،سلسلة أعلام الفكر والإصلاح في العالم الإسلامي** ،مركز الحضارة لتنمية الفكر الإسلامي (www.Google.books.dz)

49. شفيق حسان محمد ، **الملامح العامة لعلم الاجتماع السياسي**، (بغداد:مطبعة جامعة بغداد 1986)

50. شهاب الدين أحمد بن محمد بن أبي الربيع ،**سلوك المالك في تدبير المماليك**:تحقيق عبد العزيز بن فهد بن عبد العزيز،(الرياض:دار العاذبة للنشر والتوزيع، ط1،2010)

51. عبد الحليم محي الدين ،**الرأي العام :مفهومه وأنواعه عوامل تشكيله وظائفه وقوانينه وطرق قياسيه وأساليب تعبيره**،(القاهرة:مكتبة الأنجلو مصرية،ط1،2009)

52. عبد الله محمد عبد الفتاح محمد ، **تنمية المجتمعات المحلية من منظور الخدمة الاجتماعية**، (الإسكندرية:المكتب الجامعي الحديث، 2006)

53. عبد المطلب غانم ، **الأحزاب السياسية، الوظائف والإيديولوجيات في موسوعة العلوم السياسية** ،(القاهرة:مركز البحوث والدراسات السياسية ،1985)

54. عبيد لخضر، **التنظيم الإداري للجماعات المحلية**، (الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية، بدون تاريخ)

55. عشي علاء الدين ، **والي الولاية في التنظيم الإداري الجزائري**، (الجزائر:دار الطباعة للنشر والتوزيع، ط4، 2010)

56. عصمت تحسين عبد الكريم،**علم الاجتماع المعاصر**،(الأردن:الجنادرية للنشر والتوزيع، ط1،2015)

57. علي محمد حورية ، **أصول الاجتماع السياسي:السياسة والمجتمع في العالم الثالث**، (القاهرة:دار المعرفة الجامعية، بدون تاريخ.)

58. عمارة محمد ،**الدولة الإسلامية بين العلمانية والسلطة الدينية** ،القاهرة:دار الشروق،ط2،2007

59. عوابدي عمار ،**دروس في القانون الإداري** ،(جامعة الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية ط3،1990)

60. عيساني رحيمة الطيب ، **مدخل إلى الإعلام والاتصال**،(الأردن :دار الكتاب العالمي،2008)

61. غرابيت فوزي وآخرون،أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والانسانية،(الأردن:دار وائل للنشر والتوزيع،ط2،2002).

62. غرامشي أنطونيو ، **قضايا علم السياسة في الماركسية** ،ترجمة واهي شرفان وقيس الشامي، (بيروت:دار الطليعة،1970)

63. غويني العربي ،**إصلاح الإدارة المحلية كطريق لتحقيق التنمية المحلية في الوطن** العربي (الجزائر:دار النشر الجديد الجامعي، ط2016)

64. فرج عصام الدين، **السياسة**، (القاهرة:دار النهضة العربية، 2010)

65. قاسم جعفر أنس ، **أسس التنظيم الإداري والإدارة المحلية بالجزائر**، (الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، 1988)

66. قرنفل حسن، **المجتمع المدني والنخبة السياسية، إقصاء أم تكامل**، (إفريقيا الشرق:الدار البيضاء، ط2، 2002)

67. كرو محمد ،**المثقفون والمجتمع المدني في تونس**:أحمد صادق سعد وآخرون (الانتلجنسيا العربية)،المثقفون والسلطة ،تحرير سعد الدين إبراهيم (عمان:منتدى الفكر العربي 1988)

68. كوثراني وجيه ،**مشروع النهوض العربي أو أزمة الانتقال من الاجتماع السلطاني إلى الاجتماع الوطني** ،(بيروت:دار الطليعة،1995)

69. لباد ناصر ،**الوجيز في القانون الإداري**،(الجزائر:سطيف: دار المجدد للنشر والتوزيع، ط4،2010)

70. مجموعة من أساتذة الاقتصاد والعلوم السياسية ،(القاهرة:جامعة القاهرة،**مبادئ العلوم السياسية** . 1992)

71. مخلوف إقبال إبراهيم ،**العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**،(الإسكندرية، دار المعارف الجامعية،1999)

72. مزياني قصير فريدة ،**القانون الإداري** ،الجزء الأول ،(الجزائر:مطبعة سخري ط2011)

73. مكاوي حسن عماد ، ليلى حسين السيّد ، **الاتصال ونظرياته المعاصرة** ،(القاهرة: الدار المصرية اللّبنانية،ط1998،1).

74. نصيرات فريد توفيق ، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع 2008

بالأجنبية:

1. Burdeau –G-traite de science politique. Cite par-Menoumi(A) :Droit – comstitutionnel
2. Hans Morgen thau-politics-Anongnations ,Alfred knopf, Newyok .ed1975
3. Mary Ross : community organization theoryand prineiphe-Harger end brothers,Newyork-1955
4. République Algérienne Démocratique et populaire –Minister de la santè et de la population-Dèvelopment du système national de santè,tratègie et piespectives-Alger2001

المذكرات:

1. أحمد جلال محمود عبده(صراع **القوى المدينة العسكرية وأثره على السياسة الخارجية التركية في منطقة الشرق الأوسط(2002–2010)** رسالة دكتوراه جامعة حلوان،القاهرة:كلية التجارة،إدارة الأعمال 2014)
2. أحمد شكر الطيبي، **إشكالية مفهوم المجتمع المدني**،(بيروت :مركز دراسات الوحدة العربية ،أطروحات رسالة الدكتوراه،2002)
3. إرناتن سامية،**دور المجتمع المدني في حماية البيئة** (مذكرة تخرج شهادة الماستر في الحقوق ،تخصص الجماعات المحلية والهيئات الإقليمية جامعة عبد الرحمان ميرة،كلية الحقوق والعلوم السياسية،قسم القانون العام،2014)

4. أمينة موذن، (**السياسة الصحية في الجزائر دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية في مجال الخدمة الصحية(يوب) سعيدة**)،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية ،جامعة سعيدة2016)

5. إيمان بن زيان ،**واقع أداء النظام الصحي في الجزائر** ،دراسة تحليلة ،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،جامعة الحاج لخضر باتنةIman-benziane à –yahoo.fr

6. بوحجرة عثمان،**الطب والمجتمع في الجزائر خلال العهد العثماني (1519-1830)(مقاربة اجتماعية)**(رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في التاريخ الحديث،كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإسلامية جامعة وهران أحمد بن بلة،قسم التاريخ وعلم الآثار،2015)

7. بوحريص محمد الصديق،**حوكمة الصحة العالمية بين الأسس المعيارية والمصالح التجارية** ،(مذكرة لمستلزمات نيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية ،تخصص الإدارة الدولية ،قسم العلوم السياسية،2012-2013

8. حبارة توفيق ،**النظام القانوني للوالي في ظل قانون الولاية07/12**،(مذكرة مقدمة لاستكمال منطلبات شهادة الماستر ،تخصص قانون إداري ،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2012-2013)

9. حسيني محمد العيد،**السياسة الصحية في الجزائر** (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي 1990-2012)رسالة ماجستير،كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة قاصدي مرباح ورقلة،قسم العلوم السياسية 2012-2013

10. حمدي خديجة،بلحاج هجيرة،**التنظيم الإداري في الجزائر**،(مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر في العلوم السياسية،تخصص تسيير إدارة الجماعات المحلية،إشراف بن علي زهيرة ،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة مصطفى اسطمبولي معسكر ،2017)

11. خروبي بزارة عمر،**إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر** (1999-2009)،دراسة حالة للمؤسسة الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف،(رسالة ماجستير،كلية العلوم السياسية والإعلام،جامعة الجزائر 03 ،قسم العلوم السياسية،2012-2013)

12. سعيدي الشيخ ،**الدور التنموي للجماعات المحلية في الجزائر** ،(مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي ،تخصص قانون إداري،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة قاصدي مرباح،2012-201)

13. شويح بن عثمان ،**دور الجماعات المحلية في التنمية المحلية،دراسة حالة البلدية** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام،إشراف عزاوي عبد الرحمن ،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان،2010-2011)

14. عثماني صارة،**النظام القانوني للولاية في الجزائر**،(مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر،تخصص جماعات محلية،إشراف عثماني عبد الرحمان ،كلية الحقوق والعلوم السياسية ،جامعة مولاي الطاهر سعيدة،2017)

15. عشاب لطيفة ،**النظام القانوني للبلدية في الجزائر** ،(مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي،تخصص قانون إداري،كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2012-2013)

16. عفاف بوراس،**السياسات العامة الصحية في الجزائر من 1999-2009** ،(مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر ،علوم سياسية،أم البواقي،تخصص سياسات عامة مقارنة،إشراف كمال بلعسل،كلية الحقوق والعلوم السياسية،2014-2015)

17. عمر شنتير رضا ،**النظام القانوني للصحة العمومية**،(أطروحة دكتوراه في الحقوق ،تخصص القانون العام،إشراف بوسماح محمد، كلية الحقوق بن عكنون،جامعة الجزائر،2012-2013)

18. كريمة بوعزيز ،**اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص**،(رسالة ماجستير ،معهد علم الاجتماع ،تخصص ديمغرافيا،جامعة الجزائر 2002)

19. محمد سعدي،**متطلبات الحوكمة المحلية الجيدة في الجزائر**،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي ،جامعة محمد بوضياف ،المسيلة كلية الحقوق والعلوم السياسية ،قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية،2016)

20. مسعود البلى ،**واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة** ،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير،تخصص سياسات عامة وحكومات مقارنة،كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة باتنة، 2009-2010)

21. ناصري فوزية،**تطور السياسة الصحية في الجزائر** ،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية،تخصص سياسات عامة وتنمية ،إشراف زيدان جمال،كلية الحقوق والعلوم السياسة ، جامعة مولاي الطاهر سعيدة،قسم العلوم السياسية،2015-2016)

22. نجاة صغيرو،**تقييم جودة الخدمات الصحية،دراسة ميدانية** ،(رسالة ماجستير،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة الحاج لخضر باتنة،2001-2012)

23. نمر آمال، **حوكمة الإدارة المحلية (دراسة حالة ولاية ورقلة)**(مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي علوم سياسية،تخصص تنظيمات سياسية وإدارية،جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2014-2015)

24. هراولة عمر الفاروق ،السياسة **الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية والمطالب النقابية،(2012-2016)**،(مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية،تخصص سياسات عامة وتنمية،إشراف رمضاني مفتاح،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة الجلفة،قسم العلوم السياسية.

25. المجلات:

26. إسحاق يعقوب **القطب التطوير الإداري للمدن العربية،** (مجلة المدين العربية،الكويت:العدد 10 أكتوبر 1982.)

27. بن عياش سمير ،**أثر الفواعل المحلية على تنفيذ السياسات العامة في الجزائر في ظل الإصلاحات الجديدة(2012)**(المجلة الجزائرية للسياسات العامة ،العدد 2 أكتوبر 2013.)

28. بن لوصيف زين الدين، **تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة،**(مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ،العدد الأول ،كلية العلوم الاقتصادية جامعة سكيكدة)

29. بومعراف إلياس ،عماري عمار،**من أجل تنمية صحية مستدامة ،الجزائر،**(مجلة الباحث عدد 2009/07-2010 جامعة سطيف.)

30. بوهالي عبد القادر:مجلة الصحة للجميع santè pour tous الصادرة عن:المؤسسة الاستشفائية بالبيض، العدد 0.

31. حسين عبد القادر، **الرأي العام، مجلة كلية الآداب**،(جامعة القاهرة،عدد مايو 1955)

32. حسين فريحة،**الرشادة الإدارية ودورها في تنمية الإدارة المحلية**،(مجلة الاجتهاد الفضائي،كلية الحقوق والعلوم السياسية،جامعة بسكرة،العدد 06 أفريل 2010)

33. دريسي أسماء ،**تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة(2004-2013)**(المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية الصادرة عن العدد 06-2015.)

34. قندلي رمضان ،**الحق في الصحة في القانون الإداري (دراسة تحليلة مقارنة)**،(مجلة جامعة بشار ،الجزائر ،العدد 6جانفي 2012.)

35. كاهنة شاطري، **تطور اللامركزية الإدارية (فرنسا والجزائر نموذجا)**(مجلة الدراسات السياسية والعلاقات الدولية جامعة مولود معمري تيزي وزو ،الجزائر،العدد 13.)

36. محمد حاجي،**إستراتيجية الجماعات المحلية في نظام التمويل حالة البلدية الجزائرية** ،(مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية،العدد 16،2007)

النصوص القانونية:

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،الجريدة الرسمية العدد 67 ،المادة 02 مرسوم تنفيذي رقم 321/07 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها.

2. المرسوم التنفيذي رقم 140/07 مؤرخ في جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

3. قانون رقم 10/11 مؤرخ في 22 يونيو 2011 يتعلق بالبلدية (الجريدة الرسمية رقم 37 مؤرخ في 2011/07/03

4. قانون عضوي رقم 05/12مؤرخ في 18 صفر عام 1433 الموافق ل 12 يناير سنة 2012 يتعلق بالإعلام.

5. قانون رقم 07/12 المؤرخ في 28 ربيع الأول 1434 الموافق ل 21 فبراير 2012 المتعلق بقانون الولاية ،الجريدة الرسميةن12 سنة 2012.

6. قانون رقم 05/85 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق ل 16 فبراير سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة.

7. قانون رقم 11/18 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 21 يوليو سنة 2018 المتعلق بالصحة.

8. القانون العضوي 10/16 مؤرخ في 22 ذي القعدة عام 1437 الموافق 25 غشت سنة 2016 يتعلق بنظام الانتخابات.

الملتقيات العلمية:

1. أحمد إبراهيم المالاوي،**دور مؤسسات المجتمع المدني في التنمية الشاملة ،مؤتمر العمل الخيري الخليجي الثالث ،دائرة الشؤون الإسلامية والعمل الخيري** ،الأردن ،2008.

2. علي ديهوم ،فتحي أبو زريزة ،**المجتمع المدني ودوره غي عملية التنمية المحلية،المؤتمر الاقتصادي الأول (الاستثمار والتنمية في منطقة الخمس** ،(الجامعة الأسمرية ،كلية الاقتصاد والعلوم السياسية نقسم العلوم السياسية ،27/25 ديسمبر 2017.)

الوثائق الرسمية:

1. تقرير البنك الدولي،**العدالة والمساءلة،الانخراط في النظم الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا –إستراتيجية قطاع الصحة والتغذية والسكان**،(2013–2018) البنك الدولي.
2. تقرير منظمة الصحة العالمية ،**طب المجتمع المكتب الإقليمي للشرق الأوسط** 1999 .
3. هيئة الأمم المتحدة،**الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الجمعية العامة** ،2017 ألف (د.3) المؤرخ في 10 كانون الأول /ديسمبر 1948 المادة 25 الفقرتين 1–2)متوفر على الرابط www.moj–pnd–pssuser files.file

المواقع الالكترونية:

1. http :www–politiqueAfrieane.com.(numeros/pdf/ou4051–pdf.Magalidordieri/ceped/pierre–cantrelle/orstom–visite :05/12/2018
2. La WILAYA D'ELBAYADH–MONOGRAPHE–2012.P56

مقابلات:

1. مقابلة مع السيِّد بالبشير، رئيس جمعية منظمة المجتمع المدني،يوم 26مارس2019،الساعة الثالثة مساءا.
2. مقابلة مع السيَد بن خلف اللّه محمد، المدير الفرعي للموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية بالبيض،يوم 15 مارس 2019 على الساعة الثانية ونصف زوالا.
3. مقابلة مع السيَد بوشيخي، رئيس مصلحة الإعلام والاتصال بالمؤسسة الاستشفائية، يوم 15 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

4. مقابلة مع السيد ساسي بن عامر ،رئيس مكتب التكوين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، يوم 27 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

5. مقابلة مع السيَد يحياوي، رئيس قسم مكافحة الأوبئة ،يوم 22 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

6. مقابلة مع رئيس مصلحة الموارد البشرية والمالية والشؤون القانونية بالمؤسسة الاستشفائية ،يوم 15 مارس 2019، على الساعة 10 صباحا.

7. مقابلة مع رئيس مصلحة النظافة بالبلدية،يوم 24 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

8. مقابلة مع رئيس مصلحة مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات بالمؤسسة الاستشفائية،يوم 28 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

9. مقابلة مع رئيس مكتب التكوين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ،يوم 27 مارس 2019 ،الساعة 10 صباحا.

10.مقابلة مع مدير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ،يوم 20 مارس 2019 على الساعة 10 صباحا.

10. مقابلة مع مدير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لولاية البيض، يوم مارس 2019على الساعة 10 صباحا.

الملاحق

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 والتوليد	30	- امراض النساء - الولادة - العمليات القيصرية	30 30 15	75
جراحة الأطفال	01	- جراحة الاطفال	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 والأذن	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		

المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" البيض

الفهرس

البسملة.

الدعاء.

الشكر.

الإهداء.

مقدمة.....أ –ل

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي.

المبحث الأول: الإطار العام للمحلي.

المطلب الأول: مفهوم المجتمع المحلي.....1– 3

المطلب الثاني: خصائص المجتمع المحلي.....4 – 9

المطلب الثالث: تنمية المجتمع المحلي.....10– 15

المبحث الثاني: الإطار العام للفواعل المحلية

المطلب الأول: مفهوم الفواعل المحلية.....16 – 18

المطلب الثاني: الفواعل المحلية الرسمية.....19– 28

المطلب الثالث: الفواعل المحلية غير الرسمية.....29– 46

المبحث الثالث: الإطار العام للسياسة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية.....47– 60

المطلب الثاني: محاور السياسة الصحية 61– 66

المطلب الثالث: أهمية السياسة الصحية.....67– 68

الفصل الثاني: الفواعل المحلية للسياسة الصحية .

المبحث الأول: الفواعل المحلية في الجزائر

المطلب الأول: الولاية في النظام الإداري المحلي الجزائري..... 72 – 86

المطلب الثاني: البلدية في النظام الإداري المحلي الجزائري.....87 – 96

المطلب الثالث: مكانة الفواعل المحلية في ظل الإصلاحات الجديدة.....97 – 100

المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر

المطلب الأول : تطور السياسة الصحية في الجزائر.....102 – 106

المطلب الثاني: الإطار القانوني للسياسة الصحية في الجزائري .....107. – 109

المطلب الثالث: اختلالات السياسة الصحية في الجزائر .....110 – 112

المبحث الثالث: حوكمة السياسة الصحية في الجزائر

المطلب الأول: تعريف الحوكمة الصحية.....112 – 114

المطلب الثاني: الفواعل الأساسية المتدخلة في حوكمة السياسة الصحية .....115 – 118

المطلب الثالث: واقع السياسة الصحية في الجزائر .....119 – 121

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف بالبيض"

المبحث الأول: عرض عام للمؤسسة محل الدراسة

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة .....124 – 128

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة .....128 – 130

المطلب الثالث: الإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة .....131 – 132

المبحث الثاني: دور الهيئات المحلية في تنفيذ السياسة الصحية

المطلب الأول: دور الولاية في ضمان التغطية الصحية .....133 – 138

المطلب الثاني: دور البلدية في ضمان التغطية الصحية.....139- 141

المطلب الثالث: دور الجمعيات في ضمان التغطية الصحية 141- 144

المبحث الثالث: دور المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف"في تنفيذ السياسة الصحية

المطلب الأول: مهام ونشاطات المؤسسة 145- 148

المطلب الثاني: إسهامات المؤسسة 149-151

المطلب الثالث: أهداف المؤسسة.....152- 153

خاتمة.....156- 158

ملخص 159

قائمة المصادر والمراجع.....160- 172

الملاحق.

الفهرس.