



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الدكتور مولاي طاهر- ولاية سعيدة -



كلية الحقوق والعلوم السياسية  
قسم العلوم السياسية

الموضوع:

## تطور السياسة الصحية في الجزائر

مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية  
تخصص : سياسات عامة وتنمية

إشراف الأستاذ  
الدكتور زيدان جمال

إعداد الطالبة  
ناصرية فوزية

أعضاء لجنة المناقشة

- د/ ولد الصديق ميلود ..... رئيسا
- د/ جمال زيدان ..... مشرفا و مقررا
- أ/ موكيل عبد السلام ..... عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2016/2015

# كلمة شكر

الحمد لله الذي أعانني على القصد ورزقني من العلم ما لم أكن أعلم وأمدني بالإرادة  
والعزيمة لإنجاز هذا العمل المتواضع.

و أوجهُ أسمى آيات الشكر والتقدير للدكتور زيدان جمال عرفانا مني على الجهودات  
والنصائح والتوجيهات العلمية الرشيدة التي قدمها إلي، وعلى صبره ورعايته لهذا البحث  
حتى استوى واستقام ، حفظه الله وسدد خطاه.

كما لا يفوتني أن أشكر كل أساتذة كلية الحقوق والعلوم السياسية على جميع الجهودات  
التي يبذلونها من أجل العلم والمعرفة.

# إهداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين

أهدي هذا العمل إلى:

من ربّني وأنارت دربي وأعانتني بالصّلات والدّعات، إلى أعلى إنسان في هذا الوجود أمي الحبيبة  
إلى من عمِل بكِدٍ في سبيلي وعلمني معنى الكفاح وأوصلني إلى ما أنا عليه أبي الكريم أدامه الله لي

إلى إخوتي: إلياس ، فريد، عز الدين

إلى أختي الغالية: إيمان

إلى من عمِل معي بكِدٍ بُغية إتمام هذا العمل، إلى صديقتي ورفيقة دربي حدودة حليلة

إلى أستاذي المحترم زيدان جمال وجميع أساتذة قسم العلوم السياسية

إلى كل طالبة السنة الثانية ماستر سياسات عامة وتنمية، دفعة 2015 وخاصةً الفوج الثالث

إلى زميلاتي بالعمل نظري عائشة و حسين مختارية.

مقدمة

تمثل استجابة الحكومات لمطالب شعوبها ودعمهم لقراراتها العنصر الأكثر أهمية الذي شغل أذهان القادة السياسيين في مختلف الأنظمة السياسية، كما وأثار شغف الباحثين الذين اتجهت جهودهم نحو الكشف عن السبيل الذي يمكن من إعداد نظام متكامل رشيد من البرامج والخطط والاستراتيجيات أو ما يعرف بالسياسة العامة، وهي عملية معقدة متعددة الأوجه تتضمن التفاعل بين العديد من الأفراد الفاعلة والمعروفة والجماعات المؤثرة يستخدمون جملة من الأساليب والأدوات المتنوعة التي تعمل على تحقيق الأهداف، وتتميز هذه العملية بالشمول والتنوع أيضا، وتختلف طبيعة صنع هذه السياسة وأهدافها من دولة لأخرى، ومن نظام لآخر، وحسب طبيعة نشاط كل قطاع داخل الدولة، فقد تكون سياسات عامة ذات طابع اقتصادي تتخذها الدولة لتحقيق أهداف اقتصادية كالسياسات النقدية وما شابه أو سياسات ذات طابع سياسي اجتماعي مثل السياسات التعليمية والسكنية والصحية.

وتعتبر السياسة الصحية من بين السياسات التي تمثل مركزا محوريا لدى صناع القرار ولاقت اهتماما كبيرا من طرف الدول والمنظمات والمجتمعات ، وذلك لما تمثله الصحة من أهمية لا يستقيم نشاط الأفراد في باقي مجالات الحياة الأخرى من دونها من جهة ، ومن جهة أخرى لان هدف هذه السياسة هو تخليص أفراد المجتمع من المرض ومكافحته وتوفير السبل والظروف والوسائل التي تحقق السلامة والحالة الصحية المتكاملة التي تمكن المواطنين من أداء أدوارهم في بيئتهم الاجتماعية بكل كفاءة وفعالية.

والجزائر من بين الدول التي منحت قطاع الصحة والسياسات الصحية أولوية كبيرة منذ الاستقلال بعد أن ورثت عن الاستعمار وضعية الصحية متدهورة كانت دافعا قويا وراء هذا الاهتمام والمنطلق لإعداد استراتيجيات متعددة متعلقة بتحسين وتطوير الهياكل ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن من جهة ومواجهة المشاكل والصعوبات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية في تحقيق أهدافها من جهة أخرى.

## أدبيات الدراسة :

لقد اهتمت العديد من الأدبيات بكل من السياسات العامة والسياسة الصحية ، وتم التطرق إليهما بالدراسة والتحليل والبحث من طرف باحثين أكاديميين ، نذكر في ذلك على سبيل المثال:

1- مؤلف "صنع السياسة العامة" للباحث الأمريكي جيمس أندرسون: لقد اهتم الكتاب بعرض الإطار العام والنظري لموضوع صنع السياسات العامة و تحليلها والمراحل التي تمر بها كل سياسة عامة ابتداء من مرحلة الصنع إلى غاية مرحلة التقييم، وحدد جميع المشاكل والصعوبات التي تواجه هذه العمليات وكيفية التعامل معها بأسلوب علمي وقد يستلزم بعد آخر عملية إستخدام إما التعديل أو التغير لتحل سياسة أخرى محل السياسة السابقة ، ويرى الباحث أن خصائص عملية الصنع تختلف من نظام لآخر، بحيث أنها تتسم بنوع من التعقيد وصعوبة التحكم في الآثار سواء المقصودة أو الغير مقصودة في النظم ذات التعددية الحزبية بينما تنخفض شدة التعقيد في غيرها من النظم.

2- مؤلف "السياسة العامة- منظور كلي في البنية والتحليل" للدكتور فهمي خليفة الفهداوي: يحتوي الكتاب على تسعة فصول شكلت مجموعها الطريق إلى السياسة العامة حقلا وموضوعا، اهتم الفصل الأول بنشأة السياسة وتطور مفاهيمها الحديثة، والفصل الثاني تناول أنماط السياسة

العامة ومرتكزاتها البنوية، والفصل الثالث وضح طريقة تحليل للسياسة العامة والأطر والمنهجية والأبعاد، والفصل الرابع نماذج اتخاذ القرار في السياسة العامة، والفصل الخامس اشتمل على نماذج صنع السياسة العامة من منظور العملية و في الفصل السادس بحث في البيئة المؤثرة وصناع السياسة العامة، وخص الفصل السابع لعملية الصنع وجدولة المهام وتناول عملية التنفيذ في الفصل الذي يليه، واختتم الكتاب بتسليط الضوء على عملية تقويم السياسة العامة، ورأى في المجلد بأنها طريق الحكومة في التعبير عن نشاطها وفعلها ووجودها بوصف الحكومة مزيجاً من الأهداف والتطلعات والبرامج.

3- كتاب "إدارة المستشفيات العمومية في الجزائر" للدكتور نورالدين حاروش: وصف من خلاله عملية تنظيم قطاع الخدمة الصحية وطريقة التسيير، والأبعاد القيمة والثقافية في عمليات التنظيم والتسيير واتخاذ 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 الإستشفائية قدرتها على العمل بطريقة صحيحة وضمان صفوية 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.

4- مذكرة ماجستير من إعداد الطالب حسيني محمد العيد بعنوان السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث والذي قدم من خلالها دراسة حول السياسة العامة والصحية، بحيث تطرق إلى المفاهيم والتطور التاريخي لكل منهما، وافر بإمكانية الاعتماد على الاقتراب المؤسسي الحديث في دراسة السياسة العامة في الجزائر ومنها السياسات الصحية، واعتبره بجميع مدارسه أداة من الأدوات تسمح بتشخيص أسباب الإختلالات والتناقضات التي سيتم لإقطاع الصحة في الجزائر.

5- مقال تحليلي بعنوان " من اجل التنمية صحية المستدامة في الجزائر " للأستاذ بومعروف إلياس بجامعة سطيف حرره في سنة 2010، تناول فيه واقع الصحة في الجزائر وعلاقتها بالتنمية

المستدامة ، كما ووقف على مجموعة العوائق التي تقف أمام تحقيق أهدافها والسبل الكفيلة بجعل الصحة مستدامة في الجزائر.

6- مذكرة ماجستير من إعداد الطالب عتيق عائشة بعنوان جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية" دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تم إعدادها خلال السنة الجامعية: 2012/2011، تناول الطرح التعريف بالخدمات الصحية العمومية ، وتم قياس مستوى جودتها وعلاقة ذلك برضى المرضى ، وأعطت الطالبة نظرة شاملة حول واقع الصحة والمنظومة الصحية في الجزائر وواجه القصور وطرق معالجتها بالتركيز على المؤسسة الاستشفائية لولاية سعيدة " أحمد مدغري" ، وخلصت في الدراسة الى ان العوامل الشخصية لها علاقة بمستوى رضى الزبون كالعمر والجنس والمستوى الاجتماعي فالمرضى الكبير في العمر مثلا يختلف عن الصغير الذي يصعب إرضاءه ، لان المسن عاصر تطورات الخدمات ويدرك مدى الاختلاف بين نوعية الخدمة قديما وحديثا، كما وركزت على بعد التعاطف وتأثيره إلى ابعد حد في نفسية المريض، وهذا ما يفسر استياء المرضى في الجزائر من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية التي تفتقد هذا البعد، إضافة إلى سوء الخدمات المقدمة بكل أنواعها.

## أهمية الموضوع :

إن إجراء مثل هذه الدراسات والبحوث عموما يساهم في معرفة حجم المشاكل التي واجهتها الجزائر عبر فترات زمنية متنوعة ومنتالية مضت، وأسلوبها في التعامل مع هذه المشاكل والأزمات التي تمثل في مجملها جملة من التجارب تستخلص منها الدروس والحكم التي تساعد في فهم الواقع وتحسين الأداء وتوفير بدائل إضافية للمشاكل الحالية المطروحة، كما وتعتبر هذه الدراسة مطلب مكمل لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية .



## دوافع اختيار الموضوع:

تنحصر دوافع اختيار هذا الموضوع فيما يلي:

### 1- دوافع ذاتية: وتمثل فيما يلي:

- الصحة موضوع جدير بالاهتمام لعلاقته بالتنمية الشاملة و حياة الأفراد في المجتمع ، فكان لابد من التعرف أكثر على هذا الموضوع.

- السياسة الصحية تدخل في إطار سياسات الدولة العامة لتسيير قطاعاتها ومؤسساتها، ودراسة هاته السياسة يتماشى مع مجال التخصص الدراسي الأكاديمي الذي تم اختياره ( سياسات العامة والتنمية ).

### 2- دوافع موضوعية: وهي كالتالي:

- دراستنا لتاريخ السياسة الصحية ومراحل تطورها كان من باب معرفة الوقائع والأحداث والمواقف السابقة، والتي تمثل الأسباب التي صنعت حاضر القطاع الصحي في الجزائر والوضعية التي يعيشها اليوم ، فالحاضر ما هو إلا نقطة في خط التاريخ ومرآة تعكس الحقائق السابقة لإجتناوب السلبيات واستخلاص العبر منها ، واستلهام المستقبل.

- نظرا لإفتقار المكتبات لدراسات أكاديمية باللغة العربية في هذا المجال، ارتأينا لدعم هذا الموضوع بجهدنا المتواضع والمشاركة في إثراءه، وخصوصا إن موضوع السياسات الصحية موضوع حساس لأنه يتناول قضايا تتعلق بصحة المواطنين وحياتهم السليمة.

- التشخيص الدقيق والموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر وسياسات هذا القطاع ، وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف ومحاولة الفهم وتحديد العلاقات التي تربط المواطن مع النظام الصحي القائم وعلاقة القطاع الصحي بغيره من القطاعات .

- معرفة مدى مساهمة القطاع الصحي العام والخاص في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين والأفراد ومستوى هذه التغطية كما ونوعا .

- إلقاء الضوء على المشاكل المعقدة التي يعاني منها القطاع وأساليب تعامله مع هذه المشاكل، ومحاولة تحليل سياسة الإصلاح واقتراح سبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

## الصعوبات:

تمثلت أهم الصعوبات التي واجهتني كباحثة في إعداد هذه الدراسة، أولا في قلة المراجع وندرة الأبحاث والدراسات المتعلقة بالسياسات الصحية وخصوصا الحديثة والتي تدرس قضايا صحية عصرية تتناسب مع الفترة التي تم فيها إعداد هذا البحث ، ثانيا ونظرا لكوني عاملة فانه لم يتوفر لدي الوقت الكافي والظروف الملائمة لإعداد هذا البحث ووجدت صعوبة كبيرة في التوفيق بين الاثنيين أمام الترخيص القانوني بالدراسة الذي يحدد 04 ساعات فقط أسبوعيا لمواصلة الأبحاث أو الدراسات.

## الإشكالية:

على ضوء المقدمة السابقة وفي إطار الواقع المشار إليه يمكن طرح الإشكالية التالية:

\* ما هي مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر والى أي مدى ساهمت في تحقيق مستوى صحي لائق لأفراد المجتمع ؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- هل تمكنت السياسات الصحية التي سطرتها الجزائر من تحقيق الأهداف المنتظرة أم أنها أخفقت لسبب من الأسباب ؟

- ما واقع جودة الخدمات الصحية وما هو مستوى الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ؟

- ما هو واقع الصحة في ظل رهانات التنمية المستدامة ؟

- ما طبيعة العلاقة بين القطاع الصحي العام والخاص وما مدى مساهمة القطاع الخاص في صنع السياسات الصحية ؟

- ما مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة في الجزائر وهل حققت الأهداف الموجودة وما هي سبل تحقيق تنمية مستدامة في الجزائر ؟

## الفرضيات:

- إن ما شهدته الجزائر خلال الفترة الاستعمارية الفرنسية وما ورثته من أوضاع (اجتماعية واقتصادية و سياسية) مزرية شكل تحديات كبرى لصانعي السياسة الصحية، وكان له اثر في عدم قدرة مساندة هذه السياسات للتطورات والتحويلات.

- لقد شهدت السياسات الصحية بالجزائر مراحل مختلفة كل منها تميزت بخصائص (اجتماعية واقتصادية و سياسية) كان لها تأثيراتها في عملية صنع وتنفيذ هذه السياسات وعلى أداءات المنظومة الصحية بصفة عامة .

- تغييب دور المواطنين والقطاع الصحي الخاص في المشاركة في صنع القرارات وفقدان العدالة والمساواة وشروط الجودة على المستوى تقديم خدمات العلاج والرعاية وسوء توزيع الأطباء ساهم في تراجع أداء المنظومة الصحية وتدهورها .

- السياسة الصحية في الجزائر لم تؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة خاصة فيما يتعلق بتنمية القطاع والمستوى الصحي للسكان بما يتوافق والبرامج المعدة .

## الإطار الزمني والمكاني:

حددت الدراسة في إطار زمني ومكاني ، حيث حصرت في الجزائر قصد إبراز التطورات التاريخية التي شهدتها منظومتها الصحية وتأثيراتها على أداءاتها ونشاطاتها وسياساتها الموجهة لتلبية مطالب المواطنين الجزائريين، أما بالنسبة للإطار الزمني، فتستدعي الدراسة تحديد الفترة

الزمنية منذ العهد العثماني إلى غاية سنة 2015 ، حيث تزامنت هذه الدراسة مع فترة الإصلاحات التي يشهدها القطاع الصحي في إطار التنمية الصحية المستدامة .

## المناهج والاقترابات المستعملة:

استخدام المناهج العلمية يمثل ضرورة حتمية لا بد من العمل بها للوصول إلى حقائق علمية، ونوع المنهج المستخدم يحدده طبيعة الموضوع المراد معالجته، وفي إطار التكامل المنهجي يمكن استعمال العديد من المناهج وهذا حسب المعمول به أكاديميا من طرف الباحثين، وفي إطار دراسة البحث تم استعمال المناهج التالية:

### 1- منهج تاريخي:

وهو منهج من المناهج العلمية والأسلوب أو الطريق المؤدي لمعرفة واكتشاف الحقائق وفق عملية استرداد الماضي واسترجاع أحداث سابقة وتاريخ الظاهرة المراد دراستها لفهم واقعها وتطوراتها وتحليلها وتفسيرها علميا على ضوء الزمان والمكان الذي حدثت فيه .

ولقد تم استخدام هذا المنهج في هذه الدراسة المتواضعة، نظرا لطبيعة الموضوع التي تستلزم دراسة الخلفيات التاريخية للمنظومة الصحية وسياساتها ، ومجمل التطورات الحاصلة عبر مراحل متتالية وفترات زمنية ومكانية مختلفة للظروف والأحداث الصحية الواقعة في الجزائر منذ العهد العثماني إلى غاية يومنا هذا.

### 2- منهج وصفي:

وهو المنهج الذي يعتمد على وصف الظاهرة وصفا دقيقا ويعبر عنها كيفيا بوصفها وتوضيح خصائصها، وكما يعطائها وصفا رقميا من خلال أرقام وجداول توضح مقدار الظاهرة أو حجمها أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى، كما وسيستخدم لتفسير الوضع الراهن أو ما هو كائن في ارض الواقع للظاهرة وقياسا على ذلك ن فان لهذا المنهج أهمية كبيرة في هذه الدراسة ، لما له من دور كبير وقدرة على وصف وتجميع المعلومات والبيانات حول السياسات والبرامج الصحية التي

تم تنفيذها في الجزائر منذ فترات زمنية مضت إلى غاية اليوم وأيضا حول عملية إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية

### 3- منهج إحصائي:

يعد المنهج الإحصائي من بين المناهج العلمية التي أضفت الصيغة العلمية على الأبحاث السياسية والاجتماعية والتي تهتم بدراسة وتحليل الظاهرة الاجتماعية من ناحية الكمية، لذلك كان لابد من الاستعانة بهذا المنهج باعتماد الإحصائيات والبيانات المتاحة من طرف الدوائر الرسمية، فيما يخص نسب وأرقام المؤشرات الصحية الاجتماعية مثلا (نسب الوفيات، الولادات، عدد الهياكل الصحية... الخ)، وإعطاء الوصف الكمي لتطور هذه المؤشرات وتحليلها كأدلة صادقة وشواهد لإثبات الحقائق.

### الإقترابات المنهجية:

أما الإقترابات التي تم توظيفها في إطار الدراسة تتمثل في:

#### 1- اقترب قانوني :

وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية الدستورية التنظيمية المتعلقة بالسياسات الصحية في الجزائر، وتأثيراتها على سلوكيات الفاعلين في المجال الصحي وأداءات الهياكل الصحية وتنظيماتها.

#### 2- اقترب نظمي :

يتخذ هذا الاقترب من الأنظمة وحدة للتحليل، والنظام الصحي يشكل جزء من النظام السياسي لابد من تحليل عملياته وعلاقاته المترابطة والمتداخلة مع بقية الأنظمة ومع البيئة الاجتماعية التي يتعامل معها والتي يتأثر بها ويؤثر فيها.

### 3- إقتراب وظيفي :

يستحوذ مفهوم الوظيفة على مكانة محورية ضمن هذا المدخل، واستخدام هذا الإقتراب له دوره في التعرف ودراسة النشاطات التي يقوم بها النظام الصحي في الجزائر من خلال استجابته وكيفية مواجهته لمجموع المطالب والضغوط التي يتعرض لها من البيئة المحيطة او من داخله ومدى قدرته على اتخاذ القرارات الملائمة وتنفيذها على نطاق المجتمع.

### 4- إقتراب الجماعة :

تم توظيف هذا المنهج من باب ان السياسية العامة بصفة عامة والسياسة الصحية خاصة تمثل حصيلة تفاعلات بين جماعات رسمية وغير رسمية التي تسعى لتحقيق المصالح والتعبير عن الإرادات والمطالب.

### موجز حول الدراسة:

لقد تم معالجة هذه الدراسة وفق خطة منهجية متسلسلة ، إبتداء من مقدمة منهجية إلى موضوع الدراسة والمقسم إلى فصلين ، كل فصل مقسم إلى مبحثين ، وكل مبحث يحوي أربع مطالب .

فقد اهتم **الفصل الأول** بمسألة التطرق إلى تعريف مفهوم كل من السياسة العامة والسياسة الصحية وكل ما يتعلق بهما، وذلك من خلال التعرض في المبحث الأول إلى الإطار النظري للسياسة العامة تناول مفهوم السياسة العامة وتطورها ونشأتها وخصائصها والعناصر التي تتكون منها كل سياسة عامة وتقسيماتها وأبعادها، لنخلص في الأخير إلى ذكر مؤسسات صنع السياسة العامة بنوعها الرسمية وغير الرسمية.

أما المبحث الثاني فقد تعرض لثاني مفهوم في هذه الدراسة وهو مفهوم السياسة الصحية والمرادفات المتصلة بها ، وتقسيمات هذه السياسة ثم محاورها وأهميتها، وفي الأخير الأهداف المتوخاة من تنفيذ أي سياسة صحية .

وقد اهتم **الفصل الثاني** بدراسة وتحليل السياسة الصحية في الجزائر وفق مبحثين ، خصص الأول لأسس ومواصفات السياسة الصحية في الجزائر ثم تناول الخصائص (الاقتصادية و الاجتماعية ، وواقع السياسة الصحية في الجزائر)، ومبادئها، وأهدافها، ثم في الأخير تم التطرق إلى علاقة القطاع الخاص بالسياسة الصحية في الجزائر .

وتم الانتقال في المبحث الثاني من هذا الفصل إلى التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر، ودراسة الوضع الصحي عبر مراحل، المرحلة الأولى وهي مرحلة ما قبل الاحتلال وما شهدته الجزائر في هذه الفترة من انتشار للأمراض المعدية والأوبئة، ثم تليها المرحلة الاستعمارية الفرنسية والتي عرفت فيها الجزائر كل أشكال الظلم وعدم المساواة والعدالة في تقديم الخدمات والرعاية الصحية وانتشار الفقر والمجاعة التي ساهمت في سوء التغذية وتدني مستوى الصحي للجزائريين ، ثم تم التطرق فيما بعد لمرحلة ثالثة وهي مرحلة ما بعد الاستقلال وحجم التحديات التي واجهها صانعو القرار أمام عملية النهوض بالمنظومة الصحية ، واختتم هذا المبحث بفترة الإصلاحات وسبل التحقيق التنمية الصحية المستدامة .

وانتهت هذه الدراسة **بمخاتمة** منهجية تناولت أهم الخلاصات والاستنتاجات التي خلصنا إليها أثناء معالجتنا للموضوع وفي الأخير نرجوا من الله تعالى تمام التوفيق وأن يجعل عملنا هذا عملا نافعا يستفاد منه .

# فصل أول

التأصيل المفاهيمي للدراسة



تعتبر المفاهيم الوعاء الذي تطرح من خلاله الأفكار، فإذا اضطرب ضبط هذا الوعاء أو اختلت دلالاته التعبيرية أو تميّعت معطياته وخفيت حقائقه، اختل البناء الفكري ذاته واهتزت قيمه في الأذهان، ف ضبط المفاهيم يعتبر عملية مهمة تمس صلب الموضوع، وبالنظر إلى عنوان الطرح، كان لزاما التطرق إلى الحديث في هذا الفصل عن كل من السياسة العامة والصحية كفهومين أساسيين في الدراسة يتوجب تحديدهما تحديدا دقيقا لإستعاب الموضوع، وفهمه بشكل أفضل وأبسط ، وفي هذا المقام سيتم التطرق في أول مبحث إلى مفهوم ونشأة ومراحل تطور السياسة العامة، ثم خصائصها، وأنواعها، وأبعادها، ومن ثم مؤسسات صنعها، ولاكتمال الإطار النظري للدراسة، سيتم إضفاء صورة واضحة على السياسة الصحية وتقسياتها واهم محاورها للوصول إلى استعراض أهمية وأهداف هذه السياسة.

## مطلب أول : مفهوم السياسة العامة ، نشأتها و تطورها.

إن دراسة السياسة العامة و المفاهيم المتعلقة بها، تعني دراسة كل ما يتعلق بالنظام السياسي وما يقوم به من وظائف، وما يمتلك من قدرات ومخططات لتوظيف هذه القدرات وتجسيدها في قرارات وسياسات تمكن من ادارة شؤون الدولة؛ وعند تفكيك مصطلح السياسة العامة إلى مفاهيم جزئية، فإن أول مفهوم ملفت للانتباه والذي يمثل جوهر المصطلح، هو مفهوم السياسة الذي تعددت التعاريف بشأنه وتنوعت حسب تنوع رؤى الباحثين ومنطلقاتهم الفكرية، وأيضا المدارس والمداخل المستخدمة لدراسة هذا المفهوم، فقد عرفت السياسة من احد الباحثين على انها :

" أسلوب او طريقة للتصرف واختيار بديل من بين العديد من البدائل في ضوء ظروف معينة لكي ترشد وتحدد القرارات الحالية والمستقبلية" (1).

والسياسة هي رعاية شؤون الأمة داخليا وخارجيا وتكون من قبل الدولة والأمة ، فالدولة هي التي تباشر هذه الرعاية عمليا والأمة هي التي تحاسب بها الدولة

وعرفت السياسة في الموسوعة الحرة وكيديا بأنها : " الطرق والإجراءات التي تؤدي إلى اتخاذ قرارات من اجل المجموعات والمجتمعات البشرية لتسيير أمورها، وقيادتها، ومعرفة كيفية التوفيق بين التوجهات الإنسانية المختلفة والتفاعلات بين أفراد المجتمع الواحد ، بما في ذلك التجمعات الدينية و الأكاديمية والمنظمات" (2).

### 1- مفهوم السياسة العامة :

بعد ما تم التطرق الى مفهوم السياسة كأحد المفاهيم المرتبطة بمفهوم السياسة العامة، أصبح من السهل تحديد معنى أكثر وضوحا لها، وعلى ضوء إسهامات علماء السياسة في وصفها ووصف واقعها العملي:

\*

1)- [https://ar.wikipedia.org/wiki/سياسات\\_عامة](https://ar.wikipedia.org/wiki/سياسات_عامة) le :06/08/2015/

2)- <https://ar.wikipedia.org/wiki/سياسة> le :06/08/2015/

## 1-1 السياسة العامة من منظور القوة:

ينظر علماء الاجتماع السياسي إلى القوة من عدة زوايا، فالبعض يرى بأنها المنظم للنشاطات والتفاعلات والعلاقات الاجتماعية، والبعض الآخر يصورها على أنها وسيلة بيد الدولة تستخدمها من أجل الإكراه والسيطرة ولتحقيق هدفها الأسمى وهو ضمان الاستقرار والتزام أفراد المجتمع بقوانين وإجراءات النظام الحاكم.

ولقد عرفها ماكس فيبر من باب التأثير على الآخرين بأنها: " احتمال قيام شخص ما في علاقة اجتماعية بتنفيذ رغباته رغم مقاومة الآخرين، وبغض النظر على الأساس الذي يقوم عليه هذا الاحتمال " (1).

كما وعرفها أبرهام كابلان من باب القدرة على التأثير في صنع القرار بأنها: " المشاركة في صنع القرارات المهمة في المجتمع والقرار بصفة عامة هو الاختيار الواعي بين البدائل بعد دراسة الموقف من أجل تحقيق هدف معين " (2).

وانطلاقاً من مفهوم القوة تعرف السياسة العامة على انها إرادة أصحاب النفوذ و السلطان والقوة المتحكمة في إرادة المجتمع والمسيطرة عليهم بالشكل الذي يحقق الاستجابة لمطالبهم ويحقق مصالح وطموحات الفئة القوية الحاكمة.

ولقد عرف كل من مارك ليندن بنغ، وبنيامين كروسي السياسة العامة من هذا المنطلق بانها: " عملية نظامية تحضى بميزات ديناميكية متحركة للمبادلة والمساومة والتغيير عمن يجوز على ماذا؟ ومتى؟ عن ماذا أريد؟ ومن يملكه؟ وكيف يمكن أن أحصل عليه؟ " (3)، وهذا أيضاً ما ذهب إليه العالم هارولد لازويل في تعريفه للسياسة العامة بحيث عرفها على انها: " من يجوز على ماذا؟ ومتى؟ وكيف؟ "، فمن خلال ممارسة القوة والنفوذ تتحقق العديد من النشاطات النظامية المتعلقة بتوزيع الموارد والمكاسب والقيم والمزايا وتقاسم الوظائف والمكانة الاجتماعية (4).

\*

(1) - محمد نصر مهنا، العلوم السياسية بين الاصلالة والمعاصرة، الإسكندرية، مركز الدالنا للطباعة والنشر والتوزيع، 2002، ص-ص 120، 121.

(2) - نفس المرجع، ص ص 123-125.

(3) - فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2001، ص

32.

(4) - نفس المرجع، ص 16.

## 1-2 السياسة العامة من منظور أداء النظام :

لقد شكل النظام السياسي ومحصلة آدائه، منطلقا فكريا للعديد من علماء السياسة في وصفهم للسياسة العامة ، والنظام بمفهومه المتفق عليه يمثل : " وحدة كلية تتكون من وحدات أو نظم فرعية تشكل فيما بينها نسقا من العلاقات المتبادلة " <sup>(1)</sup> ، بمعنى آخر فإن النظام هو ذلك المركب الذي يشمل على أجزاء مترابطة، متفاعلة، يختص كل جزء منها بأداء وظيفة معينة وسط جو يسوده التعاون والتلاحم والتكامل الذي يمكن من الوصول إلى أداء النظام لوظائفه الأساسية، وانطلاقا من هذا المنظور، يعرف جبريال أموند السياسة العامة على انها : " محصلة عملية منتظمة من تفاعل المدخلات التي تمثل مطالب ودعم + المخرجات التي تمثل القرارات والسياسات للتعبير عن أداء النظام السياسي في قدرته الإستخراجية والتنظيمية والتوزيعية ، الرمزية ... " <sup>(2)</sup>.

وهو نفس المفهوم الذي ذهب إليه دافيد ايستون، بحيث اهتم بالسياسة العامة من وجهة تحليل النظام وعلاقته بالبيئة المجتمعية، والتي تشكل في مجملها الظاهرة السياسية فعرّفها بأنها :

" توزيع القيم التي تمثل الحاجات المادية و المعنوية في المجتمع بطريقة سلطوية آمرة ، من خلال القرارات والأنشطة الإلزامية الموزعة لتلك القيم في اطار عملية تفاعلية بين المدخلات والمخرجات والتغذية العكسية " <sup>(3)</sup>.

## 1-3 السياسة العامة من المنظور المؤسسي ( الحكومة) :

تمثل السياسة العامة الجانب الأدائي للحكومة و الإطار الشامل للأعمال التي تقرر الحكومة القيام بها ضمن سلسلة من الأولويات التي تترجم وتبرر غاياتها وتوجهاتها وأهدافها الإصلاحية والتطويرية . وتعتبر الحكومة الممثلة للسلطة السياسية في الدولة وتساهم في صنع السياسات وبلورتها وتمثل القوة النظامية المكلفة بتوزيع الموارد والقيم داخل المجتمع وفق خطة ودراسات

\*

(1)- الفهداوي، مرجع سابق ، ص 32 .

(2)- جابرييل الموند، بنجهام بويل، السياسة المقارنة إطار نظري ، ترجمة: محمد بشير المغازي، بنغازي: منشورات قان يونين، 1996، ص27.

(3)- david estonn , , analyse de système politique, paris:traduction de P.R. Armand colin,.1974,p125.

مشتركة تراعي الأولويات، واحتياجات المواطنين، وتستجيب لمطالبهم وتضمن نجاح النظام في عملية تفاعله مع البيئة .

وانطلاقاً من هذا المبدأ يتفق العديد من الباحثين السياسيين على إن السياسة العامة لا تعدو كونها مجموعة من النشاطات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمات العامة، وبشكل شامل يعرفها توماس داي بأنها: "العلاقة بين الوحدة الحكومية وبيئتها، فهي تعبير عن كل شيء تقوم به الحكومة، أو هي تقرير أو اختيار حكومي للفعل أو عدمه" (1).

ووصفها بنفس المعنى هنري توني: "السياسة العامة هي تلك الوسائل المعتمدة من خلال الحكومة في سبيل إحداث تغييرات معينة داخل النظام الاجتماعي للدولة" (2)، وفي نفس السياق أيضاً عرفها جيمس أندرسون: "السياسة العامة برنامج عمل مفتوح لشخص أو جماعة أو حكومة في نطاق بيئة محددة لتوضيح الغرض المستهدف والمحددات المراد تجاوزها سعياً للوصول إلى الأهداف أو لتحقيق غرض مقصود" (3).

## 2- نشأة السياسة العامة ومراحل تطورها :

لقد مرت السياسة العامة كظاهرة سياسية في تطورها بمراحل عديدة، وتأثرت بعوامل عديدة منذ نشأتها إلى غاية وصولها إلى الصورة التي هي عليها الآن .

### 2-1 نشأة السياسة العامة :

لقد تزامن وجود السياسة العامة مع تواجد المجتمعات البشرية، فأينما وجد مجتمع إنساني معين إلا وكان لابد من سياسة عامة تساهم في التعاون على توفير الغذاء ودفع الأعداء، ومع تطور هذه المجتمعات وتطور حاجاتها ومطالبها، تطور مفهوم السياسة العامة، ومعه اتسع مجال اهتماماتها خاصة مع قيام

\*

(1) Thomas R. Day، **understanding public policy**. 7Ed، New Jersey : prentice Hall، Englewood cliffs، 1992، P05.

(2)- أحمد طيب، دور المعلومات في رسم السياسات العامة في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر، 2007، ص 10 .

(3)- جيمس اندرسون، صنع السياسات العامة، ترجمة : عامر الكبسي، ط1، عمان : دار الميسرة، 1999، ص 15

الثورة البلشفية 1917، وما تلاها من أزمات سياسية واقتصادية، كأزمة الكساد الكبير الذي شل الاقتصاد الغربي في بداية الثلاثينات التي ساهمت في ظهور العديد من الاتجاهات والنماذج النظرية جسدت أطروحات الباحثين الذين ساهموا في إثراء مفهوم السياسة العامة، أمثال كينز المنادي بتدخل الدولة في النشاط الاقتصادي لإخراجه من الكساد، والتي تعتبر محاولة منه للخروج من الطابع الكلاسيكي الذي كان سائدا في تلك الحقبة، كما ساهمت أيضا الحرب العالمية الثانية فيما بعد في ظهور الأنظمة الاقتصادية المختلطة، وانتهت باستقلال العديد من الدول المتخلفة الفقيرة، وهذا ما كان له الأثر البالغ في إحداث تغييرات جوهرية في التفكير الخاص بدور الدولة في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، وتوفير المعيشة الكريمة لجميع المواطنين، وتحقيق التكافل والاستقرار المعيشي لكل الفئات، ولقد كان من نتائج هذه التطورات انقسام دول العالم الى مذهبين اقتصاديين، مذهب رأسمالي واشتراكي، واستخدام السياسة العامة بشكل أوسع من قبل المذهبين في السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية، وان كان استعمالها أعمق واشمل من قبل المذهب الاشتراكي، وأصبحت السياسة العامة جزءا من السياسات الاقتصادية والاجتماعية العامة للدول، وخاصة الرأسمالية الغربية التي حرمت تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي وترك تدبيره إلى قوى العرض والطلب في سوق المنافسة الحرة فازدادت مطالب شعوبها بتحقيق العدالة الاجتماعية والاقتصادية، والتقليل من حدة سوء توزيع الدخل أو الثروة التي تعتبر سمة لنظامها الاقتصادي الرأسمالي، ولقد اعترف البنك الدولي الرأسمالي في فلسفته بدور وفاعلية السياسات العامة للدولة في تحقيق النمو الاقتصادي والاجتماعي.

ومع ظهور العولمة، طرأت تغييرات دولية جديدة، وظهر ما يسمى بالسياسات العامة العالمية التي يفرضها النظام الرأسمالي والامبريالي العالمي الجديد بهدف تحرير التجارة الدولية والاستثمار الأجنبي للشركات العبر وطنية، والسيطرة على الحياة الاقتصادية في كل دول العالم، مما أصبح محتما على الدول إعادة تخطيط وهيكله سياساتها ونظمها الاقتصادية لمواكبة التطور من جهة، والقدرة على التصدي للحملات الإمبريالية الاقتصادية الشرسة من جهة أخرى، و يقول **Thomas A. Birkland**<sup>(1)</sup>:  
" ان كانت دراسة السياسة العامة ذات تاريخ طويل، إلا أن الدراسة المنتظمة للسياسة العامة تعتبر وليدة القرن العشرين."

\*

(1) Thomas A. Birkland, *An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*, 2011, P10.

## 2-2 مراحل تطور السياسة العامة :

يمكن تقسيم التطور الذي مرت به السياسة العامة الى بروزها كحقل علمي شغل السياسيين والإداريين والقادة والخبراء الأكاديميين إلى ثلاث مراحل متتالية:

### أ- مرحلة ما قبل الحرب العالمية الأولى :

لقد تميزت الأطروحات والدراسات في هذه الفترة بضيق الأفق والنطاق، وكان تركيزها منصبا على الجانب الوصفي التنظيمي، والإطار الدستوري للدولة وتكوينها المؤسسي، ومهام وصلاحيات كل من السلطة التشريعية والتنفيذية والقضائية<sup>(1)</sup>، ولم تتعمق في تحليل سلوكيات وتفاعلات مؤسسات الدولة السياسية والعمليات المصاحبة لصنع السياسة العامة، مما انعكس سلبا على محتوى السياسة العامة الذي بقي غامضا محدودا وسطحي وبعيدا عن التناول العلمي<sup>(2)</sup>.

ولقد كان لانفصال علم السياسة عن الفلسفة الأخلاقية واعتباره فرع من فروع العلوم الاجتماعية أثره في تطور مفهوم السياسة واتساع دائرة نشاط السلطة، وأصبحت السياسة جزء من واقع المجتمع الاقتصادي والاجتماعي والنفسي<sup>(3)</sup>، وتزايدت القناعة لدى العلماء بصعوبة فهم الظواهر السياسية والإحاطة بها دون دراسة العلاقات المتفاعلة بين المؤسسات والبنى الاجتماعية وتفاعلاتها، بعدما كانت خارج حيز اهتمام السياسة في وقت مضى.

### ب- مرحلة ما بين الحربين الأولى والثانية

كان للمدرسة السلوكية فضل كبير في تطور مفهوم السياسات العامة، والانتقال باهتماماتها من مستوى الوصف وتفسير الظواهر تفسير سطحي إلى مستوى آخر أكثر تعقيدا يعبر عن

\*

(1)- ثابت عبد الرحمان إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، الإسكندرية:الدار الجامعية،2003، ص107.

(2)- تامر كامل محمد الخزرجي، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة، عمان: مجدلاوي للنشر والتوزيع،2004، ص153.

(3) بيتر غيل وجيفير بونتون، مقدمة في علم السياسة، ترجمة: د.محمد مصالحة، ط 2، عمان: منشورات الجامعة الاردنية، 199،

اهتمامها بعمليات وأنماط السلوك الذي يتم داخل المؤسسة السياسية، وبعلاقتها مع غيرها من المؤسسات الأخرى .

ومع بروز التوجه السلوكي لعلم السياسة الحديث، أصبح التركيز منصبا على مضمون السياسة العامة من خلال تحليل اثر القوى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، بالإضافة لتقويم نتائج وأثار السياسة على المجتمع ، وبتطور التحليل السياسي تطورت عملية رسم السياسة العامة وأصبحت توجهاتها تعبر عن إرادة جماعية تشاركية تأخذ الإرادة المجتمعية بعين الاعتبار. ورغم اهتمامات الباحثين والمحللين السياسيين الموجهة لتطوير مضمون السياسة العامة، إلا أن هذا الاهتمام بقي متواضعا ومحدودا جدا.

### ج- مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية:

لقد تعاضم دور الدولة في هذه المرحلة وتزايد تدخلها في النشاط الاقتصادي، وأصبحت تمثل السلطة المهيمنة و المسيطرة على كامل الوظائف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وتوسع نشاط الحكومة الساعي لحل مشاكل المجتمع واستجابة لاحتياجاته المتزايدة و المتفاوتة من فئة لأخرى بين أسياسيات الحياة وكاليات الرفاهية.

ولقد ساهمت هذه الظروف والأسباب في تزايد الاهتمام بالسياسة العامة، وتدعم هذا الاهتمام بأطروحات المفكرين السياسيين لكل من لازويل ودانيال ليرنر في مرحلة الخمسينات، بحيث تطرق لازويل إلى الإطار المنهجي للسياسات العامة، في حين ركز دانيال على الإطار التحليلي وعلى استخدام وسائل وأدوات البحث الاجتماعي كوسائل لصنع وتنفيذ السياسات العامة، وبالرغم من ذلك إلا ان هذه الإسهامات تعد بسيطة مقارنة مع ما قدمه الكاتب يكريل دورور، الذي يعتبر المؤسس الحقيقي والفعلي لحقل تحليل السياسات العامة، والذي وضع أولا عجز العلوم الاجتماعية والإدارة العامة عن تقديم مرتكزات يمكن الاعتماد عليها في عملية تحليل السياسات العامة، ثم بدأ عمله في بناء الإطار المنهجي لعلوم صنع السياسات وتنفيذها.

ومع بداية الستينات وظهور المدرسة السلوكية، تزايد الاهتمام بالجماعات والقوى الاجتماعية



وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية التي كانت مجتمعاتها تمثل وحدات للدراسة والتحليل للعديد من المفكرين بسبب تفاقم المشكلات الاجتماعية داخلها بين السود والبيض وتورط هذا البلد في الحرب مع لفيتنام، فظهرت الحاجة لتحليل هذه المشكلات وصياغة سياسات تساهم في معالجتها، وبالتالي أصبح لدراسات تحليل السياسات أهمية كبيرة، وخصصت لها مراكز و بحوث ومعاهد ومؤسسات الاستخبارات والبحث عن المعلومات وصياغة السياسات ومواقف الولايات المتحدة الأمريكية تجاه القضايا في مرحلة الثمانينات، مثل التضخم والبطالة والإنفاق الحكومي ومشاكل التجارة والشرق الأوسط.

ومع بداية الثمانينات، زاد الاهتمام أكثر بتحليل مخرجات النظام السياسي، وانتقل حقل السياسات العامة من الوصف إلى تحليل القضايا الرئيسية التي تجري في الواقع الملموس، وأصبح هذا الحقل محل الدراسة المقارنة، وتشكل ما يسمى بالسياسة العامة المقارنة.

وفي مرحلة التسعينيات، ارتفع مستوى التفاعل بين القطاع العام والخاص، وتزايد دور شركات متعددة الجنسيات والمنظمات الدولية والمنظمات الغير حكومية في صياغة الأولويات للسياسات العامة وتحديد توجهاتها ومساراتها، والتدخل في شؤون الدول وفي سياساتها العامة الداخلية نتيجة تغير مفهوم السيادة في ظل التطور المعلوماتي والاتصالي وظهور العولمة، وأصبح أيضا لبعض الفاعلين الجدد دور في التأثير على مضمون السياسة العامة الداخلية للدولة، كمؤسسات المجتمع المدني وجماعات الضغط ومؤسسات حقوق الإنسان، وأصبحت السياسة العامة محصلة تفاعلات رسمية وغير رسمية وفاعلين محليين ومركزين.

وبهذا تطور علم السياسة العامة من الوصف إلى التحليل، ثم المقارنة، وأصبح حقلًا علميًا شامل وخصب تلتقي فيه العلوم الاجتماعية والاقتصادية والإدارية.

## مطلب ثاني : خصائص السياسة العامة وعناصرها

إن المضمون العلمي الدقيق للسياسة العامة لا يمكن التوصل اليه والتعمق فيه ، إلا من خلال الكشف عن الخصائص والسمات التي تميز السياسة العامة عن غيرها من السياسات والقرارات الروتينية، ومن خلال الطرح الموالي سيتم التعرف عليها بالتفصيل:

### 1- خصائص السياسة العامة:

تتميز السياسة العامة عن غيرها من الأعمال الحكومية بمجموعة من الخصائص وهي كالتالي:

#### 1-1 الشرعية :

يعتمد صانعي السياسة العامة على ترسانة من القوانين والمراسيم كأساس لاكتساب هذه السياسة الصفة القانونية أو الشرعية التي تلزم المواطنين على احترامها والاعتراف بواجب الطاعة نحوها والخضوع لها<sup>(1)</sup>، وعدم الامتثال يعرضهم لعقوبات كالغرامات أو السجن . . . الخ.

#### 2-1 الشمولية :

السياسة العامة ذات طابع مجتمعي، شمولي، تستهدف عموم مصالح المواطنين باختلاف مستوياتهم الاجتماعية وليست عشوائية بل محددة الغايات والاهداف<sup>(2)</sup>.

### 2- عناصر السياسة العامة :

ترتكز السياسة العامة على مجموعة من العناصر والمكونات اجتمع عليها المتخصصين والخبراء، وتتمثل فيما يلي:

\*

(1)- حسن ابشر الطيب، اهداف السياسات العامة ودورها في ترشيد مشروعات التنمية ، مسقط: مجلة الاداري ، عدد 51،

1992،ص50

(2)- توفيق الجند، مفاهيم اساسية في السياسات العامة ، اليمن : صنعاء، مؤسسة رنين، 2013، ص08.

## 1-2 المطالب السياسية:

تعتبر المطالب عنصرا أساسيا من عناصر السياسة العامة، وتعد نقطة البدء في عملية صنعها والمحرك الذي يدفع بالحكومة للتحرك والعمل والانجاز، عن طريق استطلاع المشاكل والقضايا ودراستها، ثم التقرير بالاستجابة لها أو تجاهلها<sup>(1)</sup>.

وتمثل المطالب حاجيات أفراد المجتمع، ورغباتهم، واختياراتهم المطروحة على طاولة الحكومة للنقاش والدراسة من اجل اتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنها<sup>(2)</sup>.

وللجمعيات المحلية والتنظيمات الموجودة في النظام من أحزاب ونقابات وجماعات الضغط دور في تعبئة المطالب وتنظيمها بالشكل الذي يسمح للحكومة استيعاب الوضع واتخاذ موقف معين بخصوصه<sup>(3)</sup>.

## 2-2 قرارات سياسية :

يُصدرُ الموظفين الحكوميين وصانعي القرار تجاوبا مع المطالب الاجتماعية والأوضاع السائدة العديد من القرارات التي تختلف عن بعضها من حيث الطبيعة ومستوى الصنع والجهات الصانعة .

وقرارات السياسة العامة تعتبر من بين الانجازات الحكومية المهمة التي يتم إعدادها على مستوى أعلى من تلك القرارات العادية الروتينية، كما وتحمل جهات رسمية يارادتها مسؤولية اتخاذها كرد فعل يستجيب لمطالب أفراد المجتمع، وكتوجيهات ومحتويات لإجراءات السياسة العامة.

## 3-2 إعلان محتويات السياسة العامة :

يعتبر الإعلان من أهم الوسائل التي تُؤمن وضوح السياسة العامة، ومن خلاله يتم تعريف

\*

(1)- الفهداوي، مرجع سابق، ص 18 .

(2)- محمد موفق حديد، إدارة الأعمال الحكومية، عمان: دار المناهج، 2000، ص 23

(3)- جيمس أندرسون، مرجع سابق، ص 18 .

الجمهور بمحتوى السياسة ومضامينها، ومن أهم التوصيلات المستخدمة في عملية الإعلان عن محتويات السياسة العامة نجد : الخطابات - الإعلانات الرسمية، وتحوي تفسيرات أو تصريحات حكومية عامة موجهة للمجتمع وللرأي العام وللجمهور المستهدف.

وتستخدم الحكومة في الإعلان عن محتويات السياسة العامة عبارات موحية وتعبيرات رسمية وأوامر قانونية للتمكن من تحديد السلوكيات، وتوعية وإقناع المستمعين بما تعتمز القيام به، وتوضيح مقاصدها والأهداف التي تسعى لتحقيقها.

وقد يكون وصف السياسة ومضمونها غامضا، كما قد يحصل التناقض عند شرح مضمونها في المستويات او السلطات المختلفة، أو حتى الوحدات الإدارية المتعددة، ونجد ذلك التناقض أيضا في مجال تفسير السياسة العامة مثلا : المحافظة على البيئة من التلوث وسياسة استخدام الطاقة<sup>(1)</sup> .

## 4-2 مخرجات السياسة العامة :

تمثل مخرجات السياسة العامة النتائج التي يلمسها المواطن بشكل مباشر على حياته اليومية، وهي تختلف عن ما يتم الإعلان عنه في الحملات الانتخابية من برامج، لأنها تعبر عن الواقع الملموس، بينما البرامج الانتخابية مجرد وعود يمكن أن تكون قابلة للتحقيق أو الفشل .

ويعرفها الدكتور تامر كامل محمد الخزرجي بأنها الانعكاسات الناجمة في ضوء القرارات السياسية، والتصريحات التي يلمسها المواطن من الأعمال الحكومية<sup>(2)</sup> .

## 5-2 آثار السياسة العامة :

ويقصد بها المنجزات المحققة والعوائد المترتبة من تطبيق سياسة عامة ، ولكل سياسة عامة آثار متوقعة وتسمى بالآثار المقصودة، وأخرى غير متوقعة وتسمى بالآثار الغير مقصودة ، وغالبا ما تأخذ

\*

(1)- محمد موفق حديد، الإدارة العامة: هيكله الأجهزة وصنع سياسات وتنفيذ البرامج الحكومية ، عمان:دار الشرق، 2007، ص 118.

(2)-الخرزرجي ، مرجع سابق، ص 30.

هذه الأخيرة شكليين : إما آثار ايجابية تستلزم الإبقاء على السياسة وتدعم أسباب نجاحها وفعاليتها، وإما آثار سلبية تستدعي تبني سياسات جديدة او ملحقة بسابقتها<sup>(1)</sup> .

## مطلب ثالث : انواع السياسة العامة وأبعادها:

بعد تحديد مفهوم السياسة العامة، وتحديد مختلف عناصرها وخصائصها، فانه من الضروري معرفة أنواعها، وأبعادها، نظرا لطبيعتها المتغيرة والديناميكية وتعدد واضعها، واهتماماتهم، ومجموع الأهداف التي تسعى الى تحقيقها والنتائج المترتبة عنها، والذي أدى إلى تنوع أصنافها وتعدد أبعادها . وسنتطرق أولا في هذا المطلب إلى أنواعها مع التركيز على مجموعة من الأسس التي تمثل معايير أساسية للتصنيف.

### 1- أنواع السياسة العامة :

تختلف أنواع السياسات العامة باختلاف معيار التصنيف المتبع لاسيما المعيار العددي الذي تترأف فيه السياسة العامة آخذة أنواعا متعددة وهي :

#### 1-1 التصنيف الثنائي<sup>(2)</sup> :

يعتمد في هذا النوع من التصنيف على درجة الوضوح كمعيار للتمييز بين نوعين من السياسة العامة:

##### أ- السياسة العامة الواضحة :

تجربا لعدم اتضاح السياسة العامة، وتفاديا للغموض فيما يتعلق بشؤون وإجراءات اتخاذ القرارات، تلجأ الحكومة للإعلان عن وثيقة رسمية تحوي مجموعة من النقاط والعناصر التوضيحية وهي :

أولا : تحديد وتوضيح موضوع العمل والقيم والمقاصد والأهداف .

ثانيا : تحديد توجهات البرامج والسياسات العامة وإيصالها بشكل واضح .

\*

(1)- الفهداوي، مرجع سابق، ص42 .

(2)-Conseil de la famille.1989Quebec,Qu'est ce q'une politique publique/http:www.partenariat-familles.inrs-ucs.quebec./docs pdf/fiche 2.pdf.

ثالثاً: توضيح صلاحيات اتخاذ القرارات، توزيع المسؤوليات والأسس الكبرى للمنظمات والإدارات.

## ب- السياسة العامة الغير واضحة :

إن عدم وضوح السياسة العامة والتوجهات الحكومية غالباً ما يكون مرجعه الأساسي لطريقة التعبير والنقل الغير مباشر والغير واضح، وأيضا غموض الإجراءات المتبعة التي لم يتم الإعلان عن نتائجها وأهدافها المحققة .

## 2-1 التصنيف الثلاثي<sup>(1)</sup> :

يعتبر مستوى المشاركة في السياسة العامة، ونطاقها، وطبيعة المواضيع التي تقوم بمعالجتها، المحدد الأساسي والمنطلق الذي يركز عليه في سبيل إعداد هذا التصنيف ، ويعود الفضل في العمل به إلى المفكر جيمس اندرسون الذي حاول تصنيف السياسة العامة إلى أربعة أنواع :

### أ- سياسة جزئية :

تتميز هذه السياسة عن غيرها من السياسات بعدم تمتعها بالطابع العمومي، بحيث يمكن لفرد أو عدد قليل من الأفراد أو مؤسسة أو شركة ما إعدادها لتحقيق هدف خاص ومعالجة كم محدود من القضايا بموارد بسيطة جدا، كما أن شريحة المتأثرين بها والمنتفعين بها وحتى المشاركين في إعدادها ضئيل جدا مقارنة مع السياسات الأخرى في هذا المجال، وكلما ازدادت نشاطات الدولة كلما توسعت دائرة هذا النوع من السياسات.

### ب- سياسة فرعية :

تصدر السياسات الفرعية عن هيئات وقطاعات حكومية فرعية متخصصة تتمتع بالاستقلالية في جمع المطالب والمعلومات لإعداد سياسات تتماشى مع مجال اختصاصها، وتساهم هذه السياسات في دعم نشاطات الحكومة وتحديدها أيضا حسب اختصاص القطاع المعد لها.

<sup>\*</sup>  
(1)- أندرسون، مرجع سابق، ص -ص 7-73.

## ج- سياسة كلية :

توجه هذه السياسات لمعالجة القضايا ذات الطابع العام، ويتم إعدادها على مستوى السلطات العمومية العليا كالرؤساء، وذلك نظرا لحجم القضايا والتي تستدعي اهتماما كبيرا.

## 3-1 التصنيف الرباعي:

يتم تحديد أنواع السياسات التي تندرج ضمن إطار هذا التصنيف انطلاقا من نشاطات الحكومة ونتائج هذه النشاطات وأثارها، ولقد قسم جبريال الموند السياسات العامة إلى أربعة أصناف:

### أ- السياسة العامة الإستخراجية :

تحتاج أي حكومة لتغطية نفقاتها إلى موارد مادية وبشرية كإرادات ومداخل تحصل عليها على مقابل الانتفاع من الخدمات المقدمة إلى أفراد المجتمع، كالخدمة العسكرية أو خدمات أخرى إلزامية تستعين بها الدولة للاستفادة من القوة البشرية أو خدمات ذات طابع منفعي لاستخراج النقود .

وتعتبر الإيرادات الضريبية العنصر الرئيسي من موارد الدولة التي تعول عليها في تنفيذ خططها وتحقيق أهدافها وتحسين أحوال المواطنين وتنقسم الضرائب الى قسمين<sup>(1)</sup> :

### أولا : ضرائب مباشرة :

تتمثل بالضرائب المفروضة على الملكية أي ما يكتسبه الفرد ويتحملها المكلف بالضريبة نفسه ، وهي ضرائب تفرض على الدخل الشخصي وعلى الأرباح التجارية والصناعية... الخ.

### ثانيا : ضرائب غير مباشرة :

هي الضرائب على الإنفاق، وكل ما يتم استعماله من سلع وخدمات والرسوم الجمركية وعلى المبيعات والإنتاج والاستهلاك، ويمكن نقل عبئ هذه الضريبة من المكلف لأي شخص آخر.

\*

(1)- محمد قاسم القريوني، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة ، الكويت:ردمن، 2006 ، ص 33.

## ب- السياسة العامة التوزيعية :

ويقصد بها تخصيص الوكالات الحكومية المختلفة لمبالغ مالية كالقروض ومنح وامتيازات لطلبة الجامعات والإعتمادات الموجهة للصحة<sup>(1)</sup>، والدعم لإقامة المشاريع والاستفادة منها والانتفاع تحقيقاً للهدف الأسمى وهو تلبية حاجيات أفراد المجتمع، ويمكن قياسها ومقارنتها حسب كمية ما وزع ومجالات الحياة الإنسانية المتأثرة بهذه المنافع، والشرائح الاجتماعية التي طالتها تلك المنافع، وشرائح السكان التي تلقت تلك المنافع، والعلاقة القائمة بين الاحتياجات الإنسانية والتوزيعات الحكومية التي تهدف للاستجابة وتلبية تلك الحاجيات .

## ج - السياسات العامة التنظيمية :

إن الهدف الأسمى لأي دولة هو تحقيق الضامن والاستقرار والنظام على كافة المستويات، وكسبيل لتحقيق ذلك، تلجأ الدولة إلى السيطرة والتحكم وضبط سلوكيات ونشاطات الأفراد والجماعات وممارسة الرقابة عليها بأساليب متعددة، عادة ما يتم ربط هذه الإجراءات بالجبرية القانونية أو التهديد بها، أو قد يلجأ لأساليب سلمية كالحث و التوعية والإغراءات المالية.

## د- السياسات العامة الرمزية :

يتم إعداد هذا النوع من السياسات في الغالب لضمان استمرارية النظام وضمان تفوقه في المجتمع وتقليل المعارضة، وتستعين الحكومات بوسائل الإعلام لإلقاء خطابات عن تاريخ الأمة وعن القيم والإيديولوجيات والوعد بالانجازات والمكافآت واستخدام الرموز السياسية التي تدعم الشعور بالمواطنة والتي تدفع المواطنين إلى تأدية الواجبات بطوعية كدفع الضرائب وإطاعة القوانين والالتزام بها وتقديم الولاء وتقبل التضحيات والمصاعب.

\*

(1)- هشام عبد الله ، مترجماً، السياسة المقارنة في وقتنا الحاضر، عمان : الدار الأهلية، 1997، ص 192.



## 2- أبعاد السياسة العامة:

لكل سياسة عامة أبعاد تركب وحدتها، وتوضح ما تستهدفه من تأثير، وكل بعد من أبعادها على صلة بالبعد الآخر لا ينفصل عنه، فإذا كانت السياسة ببعدها الاجتماعي موجهة لخدمة أفراد المجتمع ومصالحهم، فإنه لا غنى عن البعد المالي لدعم هذه السياسة وضمان تحقيقها للأهداف المرجوة، وفيما يلي سيتم التفصيل في هذه الأبعاد :

### 1-2 البعد السياسي :

إن أي سياسة عامة تنشأ عن إرادة سياسية لفرد من الأفراد ام مجموعة بهدف خلق واقع اجتماعي أو اقتصادي أو سياسي مقبول، واتضح الإرادة السياسية من إعداد سياسة ما، يساعد على فهم هذه السياسة وأهدافها، وجميع الخطوات والوسائل والأرقام والإحصائيات، وسبل الدعم التي استخدمت من اجل التنفيذ.

ويرى الدكتور حسن بلا، أن هناك تساؤلات ونقاش حاد يدور حول موضوع الشرعية، بحيث انه وفي الأغلب، تصبح المعتقدات التي يؤمن بها الشعب، معيار من المعايير التي تقاس بها مدى شرعية سياسة ما ، فحينها لا تتوافق هذه الأخيرة مع تلك المعتقدات، فهذا يعني أن عدم القبول وفشل مقرري هذه السياسة في تحقيق الأهداف نتيجة حتمية، أما إذا تحقق التوافق فهذا يعني أن السياسة قد حققت النجاح وبأنها مقبولة من طرف المجتمع<sup>(1)</sup>.

### 2-2 البعد الاجتماعي :

إن السياسات العامة كيفما كانت ومهما تعددت أهدافها تمس عند التطبيق والتنفيذ المواطن العادي، وكل ما يتعلق باحتياجاته ومطالبه الأساسية التي لا يستقيم عيشه إلا بها.

ولذلك تسعى الحكومات الى مراعاة البعد الاجتماعي إلى أقصى الحدود عند إعداد أي سياسة

\*

(1)- الدكتور حسن بلا، مدخل لفهم السياسات العامة ، مجلة العلوم القانونية، 27 أكتوبر 2012، ص 10.

أو تنفيذها، وتأمين هذا البعد وتطويره بالشكل الذي يضمن حماية جميع شرائح المجتمع، وخاصة الشريحة الوسطى والدنيا، ويضمن توزيع الثروة والسلع والخدمات والموارد المالية توزيعاً عادلاً شاملاً يقضي على تنامي التفاوتات الحادة بين الفئات الاجتماعية، كما ويضمن التوفيق بين المصالح المتقاطعة للمجموعات الفاعلة في الدولة، كجماعات الضغط والأحزاب السياسية، والإقرار بعد التحكيم السياسي أي المصالح مناسب تبنيتها، وأياً مستبعد لغاية تحقق شروط الأخذ بها.

ويرى الدكتور حسن بلا انه وبالرغم من تأييد العرف السياسي على أن السياسات العامة المتبعة في حكومة ما قد تعبر عن مصالح فتوية واجتماعية للنخبة الحاكمة، إلا أن هناك سياسات تبرز الامتداد الاجتماعي للحكومة وتوجهها نحو دعم الفئات الاجتماعية المحرومة وتقديم العون لها أيضاً حتى وان اختلف التوجه السياسي و الإيديولوجي للحكومة، فان ذلك لا يمنعها من استصدار سياسات تساند توجهها مخالف، وتساهم في المقابل في تفادي تصادم المصالح مع أصحاب النفوذ المالي والسياسي<sup>(1)</sup>.

## 2-3 البعد الاقتصادي والمالي :

تعتبر الموارد المالية إحدى الوسائل الأساسية لتنفيذ وإنجاح السياسة العامة، وبها يتم تمويل البرامج الموجهة لإشباع الحاجات العامة، وغالبا ما تبرر الحكومات فشلها في تنفيذ سياسة أو برنامج ما بنقص الموارد والاعتمادات المالية . " وتعتبر أنظمة التضريب عنصراً مهماً في توفير الإيرادات اللازمة لتنفيذ سياسة عامة وتدعيم قدرة الدولة على الإنفاق " <sup>(2)</sup> .

## مطلب رابع : مؤسسات صنع السياسة العامة

إن السياسة العامة هي محصلة التفاعلات السياسية والديناميكية القائمة بين مجموعة من الفواعل

\*

(1)- الدكتور حسن بلا، مرجع سابق ، ص 11.

(2)- *Introduction à l'analyse des politiques* ، publié sous la direction de Réjean Landry، Éditeur.

Québec : Presses de l'Université Laval، 1980،P1.

أو المؤسسات السياسية، والتي يمكننا تصنيفها إلى مؤسسات رسمية وغير رسمية، وذلك ما سيتم التطرق إليه كعنصرين أساسيين يندرجان ضمن هذا المطلب.

## 1- دور المؤسسات الرسمية في عملية صنع السياسة العامة

تعتبر المؤسسات الرسمية مؤسسات هامة، وذات مكانة عالية في عملية رسم السياسة العامة في الدولة، وذلك راجع لما تمنحه إياها القوانين الدستورية من سلطات وصلاحيات واسعة تسمح لها بالتصرف والفعل واتخاذ القرارات، وفيما يلي سيتم التطرق لذكر السلطة التشريعية والتنفيذية والقضائية والجهاز الإداري كمؤسسات رسمية .

### 1-1 السلطة التشريعية :

تعتبر الهيئة التشريعية مؤسسة من مؤسسات الدولة تقوم برسم السياسة العامة وتشريع القوانين اللازمة لعمل الأجهزة في الدولة، كما تنظم العلاقة فيما بينها وعلاقتها مع الهيئات والمؤسسات الأخرى، وعلاقة الأفراد بتلك المؤسسات وعلاقتهم فيما بينهم.

وتعتبر أيضاً، الآلية الأساسية للتعبير عن الإرادة الشعبية، والهيئة الوحيدة التي تتكلم باسمه، يمثلها البرلمان بمسمياته المختلفة في كل دولة ويتحدد عدد الأعضاء داخله، بحجم الدولة وعدد السكان، ويتم انتخابهم من طرف الشعب، مما يخول للبرلمان تمثيل الشعب، ومراقبة إنفاذ القوانين ومدى الالتزام بها، ومساءلة الوزراء والمسؤولين واستيضاحهم في حالة أي تجاوز للقانون، وهذا ما يؤكد جيمس أندرسون في كتابه صنع السياسات العامة بحيث يقول: " إن انتخاب أعضاء هذه المؤسسة عن طريق التصويت الشعبي، يجعلها مسؤولة أمام المواطنين من جهة، ومأنحة للشرعية من جهة أخرى، ويتولى المشرعون العاملون في هذه الهيئة وانطلاقاً من الصلاحيات المخولة لهم والمنصوص عليها في الدستور إصدار التشريعات ورسم السياسات العامة، وبالتالي فإن دور المشرعين في صنع السياسة العامة مهم وأساسي في الأنظمة الديمقراطية على خلاف الأنظمة الفرعية السلطوية، وأكد أن دور المشرعين في الأنظمة الرئاسية أكبر منه في الأنظمة البرلمانية " (1).

\*

(1)- أندرسون، مرجع سابق ، ص- ص 56-57.

## 2-1 السلطة التنفيذية :

وهي السلطة التي تنفذ الأحكام القضائية والقرارات الإدارية ولها أيضا سلطة اتخاذ القرارات، وهذه السلطة ممثلة في أشخاص اعتبارية معروفة بالوزارات والمؤسسات التابعة لها، وهي معنية في الأساس بتحريك وإدارة دولاب العمل العام في الدولة، و تتكون من مجموعة من الموظفين السياسيين يسهرون على تنفيذ القوانين بدءاً من رئيس الدولة ورئيس الوزراء، إلى آخر موظف في السلم الإداري للحكومة والدولة بصفة عامة<sup>(1)</sup>، وحسب الدستور والسلطات التي يخولها لهم يتولون مهمة تنفيذ القوانين والبرامج وتنشيط السياسات العامة للبلاد.

وتساهم السلطة التنفيذية في صنع السياسة العامة من خلال تقديم مشاريع القوانين للبرلمان والسهر على تنفيذها، كما ولا يمكنها تأدية مهامها بمعزل عن السلطات الأخرى، بحيث أن هناك علاقة تعاون فيما بينها من اجل تسيير شؤون البلاد وهذه العلاقة ينظمها الدستور لتشكيل نظام سياسي معين، قد يكون برلماني يتم فيه دمج السلطة التنفيذية مع السلطة التشريعية، أو نظام رئاسي يتبع مبدأ الفصل بين السلطات، أو نظاما مختلطاً يجمع بين خصائص النظام البرلماني وخصائص النظام الرئاسي .

ولقد تعاضم دور السلطة التنفيذية خاصة في الدول المتقدمة، وأصبحت إضافة إلى المهام المخولة لها تقوم بالإنبابة عن البرلمان في تشريع القوانين عن طريق الأوامر والمراسيم خاصة أثناء العطل البرلمانية كما وتقوم أيضا بتعيين القضاة لأبلغ صورة من صور التعاون، وفي المقابل أصبح للرئيس في الدول النامية دورا قياديا يمكنه من التدخل والسيطرة وبسط نفوذه التام على الجهاز التنفيذي وأعماله.

## 3-1 السلطة القضائية :

تحتل السلطة القضائية مكانة مهمة في عموم النظم السياسية الحديثة الى جانب السلطتين التشريعية والتنفيذية، بحيث أن الدولة تستمد كينونتها من وجود القانون الذي ينظم سلوك الأفراد وعلاقتهم بها.

\*

(1)- الفهداوي ، مرجع سابق ، ص 216.

والغاية من السلطة القضائية تطبيق القانون، والنظام القضائي الفعال يعتبر حجر أساس في تحقيق رسالة الدولة الأساسية المتمثلة بإقامة العدل بين جميع الناس، وإرساء قيم النزاهة، المساواة وتكافؤ الفرص.

ويعرفها الدكتور حسن ابشر الطيب : " السلطة القضائية هي المعيار الأساسي لمدى احترام الدول لسيادة القانون، وتتجسد هذه المكانة المتميزة بتأكيد مبدأ الاستقلالية عن السلطين التشريعية والتنفيذية ، ولا يجوز لهما التدخل في سير القضاء "(1).

وتتميز السلطة القضائية عن غيرها من السلطات الأخرى، بكونها مستقلة ولا سلطان عليها إلا القانون، ولا يجوز لأي سلطة التدخل في القضاء أو في شؤون العدالة، وعملها يكون خالصا لإقرار العدل والحق، وكتب في هذا المجال أحد واضعي الدستور الأمريكي في العدد 78 من مجلة فيدرالية **The fédéraliste**، مدافعا عن السلطة القضائية وأهميتها في أي بنية دستورية لدولة ما قائلا : " لا وجود للحرية دون فصل السلطة القضائية عن السلطين التشريعية والتنفيذية، وما على الحرية ان تخشى أي أمر يتعلق بالنظام القضائي بمفرده ، لكن عليها أن تخشى من أمر إذا ما اتحد القضاء مع اي من السلطين الأخرين "(2).

إن دور السلطة القضائية في الدول النامية يكاد ينعدم في عملية صنع السياسة العامة إذا ما قورن مع دورها في الدول المتقدمة كالولايات الأمريكية المتحدة، بحيث نجد أن المحاكم تلعب دور مهم في صنع السياسة العامة وتؤثر في طبيعتها ومستواها من خلال الرقابة القضائية وتفسير القوانين التي تفصل فيها (3).

\*

(1)- حسن طيب أبشر، الدولة العصرية دولة مؤسسات، مرجع سابق ، ص 127.

(2)- Sandra Day O'Connor، *The importance of judicial independence Issues of democracy*، *Electronic journal of U Sinformation Agency*.

(3)- د. أحمد مصطفى الحسين ، مدخل إلى تحليل السياسات العامة ، الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2012، ص 237.

## 2- دور المؤسسات الغير رسمية في عملية صنع السياسة العامة

هي عبارة عن هيئات ومنظمات مستقلة عن الحكومة، لها نشاط سياسي قانوني وتساهم في صنع السياسة العامة، إما بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ويعرفها عامر الكبسي: " إن المؤسسات الغير رسمية هي جهات مستقلة إلى حد كبير عن الحكومات، من سماتها الرئيسية أن لها أهداف قانونية وإنسانية، ظهرت لدعم الدولة والإحلال محلها في وظيفة تخصيص الموارد بأكثر عدالة وكفاءة، ودور هذه المؤسسات يتراوح بين الضعف والقوة، أو الحضور والغياب، وفقا لطبيعة النظام السياسي ودرجة نضج المؤسسات، وبرامج التنمية السياسية بهذه الدولة أو تلك"<sup>(1)</sup>، كما وأنها تنحصر في ثلاثة قوى رئيسية وهي:

### 1-2 الجماعات الضاغطة:

تعد الجماعات الضاغطة أو اللوبيات من أهم التكتلات البشرية التي تؤثر على سياسات المؤسسات والشركات بل والسياسات العامة للدول بأكملها، وحسب د. إبراهيم دروش: " فهي مجموعة من الأفراد لديهم نفس الأهداف والمبادئ والخصائص والمطالب والقضايا، و تعمل هذه الجماعات على الضغط على الحكومات لتحقيق أكبر قدر من مصالحها، وحماية هذه المصالح عن طريق التأثير والضغط على صانع القرار وتوجيه اهتمامه لمطالبهم ودفعه بوسائل عديدة لاتخاذ موقف داعم"<sup>(2)</sup>.

تلعب الجماعات الضاغطة دورا محوريا وهاما في الحياة السياسية من خلال مساهمتها في ترشيد صنع وتنفيذ السياسات العامة، بل وفي حالة وجود جماعة قوية جدا قد تصبح بفضل هذه القوة آخذ وصانع للقرارات داخل الدولة، كما تعمل أيضا على جمع المطالب وإيصالها لأصحاب القرار وتزودهم بالمعلومات الواقعية وطرح البدائل للسياسات العامة، ويرى د. عامر الكبسي أن حسن التنظيم وحجم الجماعة والقيادة الحسنة وكثرة الموارد ودرجة التماسك بين الأعضاء، من بين المعايير

\*

(1)- عامر الكبسي، صنع السياسات العامة، عمان: دار الميسرة، 1999، ص 18.

(2)- ابراهيم درويش، النظام السياسي، دراسة فلسفية تحريرية، القاهرة: النهضة العربية، 1968، ص 201.

الأكثر أهمية، والتي تساهم في عملية التمييز بين جماعة وأخرى، كما ويتم بواسطتها تحديد درجة قوة وتأثير الجماعة الضاغطة على توجيه السياسات العامة<sup>(1)</sup>.

## 2-2 الأحزاب السياسية :

وهي مجموعة منظمة من الأفراد، تنادي بمبادئ معينة تعتنقها وتعتقد أنها تتماشى والمصلحة العامة، وهي تحاول دائماً الوصول للسلطة ليكون لمبادئها اثر على الواقع السياسي، وتعرفه الدكتور **وصال نجيب العزاوي** بأنه : " عبارة عن تنظيم سياسي له صفة العمومية والدوام، وله برنامج يسعى بمقتضاه للوصول إلى السلطة"<sup>(2)</sup>، كما ويعرفه أيضا الدكتور **طارق الهاشمي** على انه : " مجموعة من الأفراد تربط بينهم روابط معينة ومصالح مشتركة ويهدفون الى الوصول إلى السلطة أو المشاركة فيها"<sup>(3)</sup>، ويلجأ الحزب إلى كل الطرق الممكنة لتحقيقه أهدافه وبأكبر فعالية ممكنة، وأهم هذه الطرق والوسائل هو كسب أكبر تأييد شعبي في الانتخابات .

وللحزب الحاكم صلاحيات أوسع في البلاد عن أي حزب آخر، بحيث يقود السلطة السياسية ويحدد مسارها ويوجه العملية السياسية وفقاً لتوجيهاته الفكرية والفلسفية التي يؤمن بها، إما الحزب الذي يكون خارج السلطة السياسية، فهو إما أن يكون حزب مساند للحزب الحاكم او معارض له يسعى الى توسيع شريحة المؤيدين لبرنامجهم ومبادئهم بهدف الفوز بالانتخابات و الوصول لمقاييد الحكم، والنظم الحزبية أنواع وهي :

### أ- نظام التعدد الحزبي :

ويعني وجود عدة أحزاب سياسية في الدولة، ويتحدد الحزب الحاكم من خلال غالبية عدد الأصوات، وإذا فشل الحزب في الحصول على غالبية الأصوات فعند ذلك يتكون ما يسمى بالائتلاف الحزبي السياسي الذي يتولى الحكم .

\*

(1)- عامر الكبسي، مرجع سابق، ص 64 .

(2)- وصال نجيب العزاوي، السياسات العامة، حقل معرفي جديد، بغداد: مركز الدراسات الدولية، 2001، ص 98

(3)- طارق الهاشمي، الأحزاب السياسية، بغداد: مطابع التعليم العالي، 1990، ص 64.

## ب- نظام الحزبين الكبيرين :

وهي الدولة التي يوجد فيها عدة أحزاب سياسية لكن يسود فيها عبر فترة زمنية حزبين، فقد تنقسم بينهم أصوات الناخبين، ومن يحصل على غالبية الأصوات من هاذين الحزبين يحصل على دفة الحكم .

## ج- نظام الحزب الواحد :

يتسم هذا النظام الحزبي بأن الدولة لا تسمح قانونيا إلا بوجود حزب واحد، بحيث الأكثرية منه تتولى السلطة، وقد يكون ذا الحزب مسموح بتواجده أو مسيطر لوقت معين أو سائد عمدا .

## 2-3 المواطنون أو الرأي العام :

يعرف الرأي العام بأنه كل ما يدور في ذهنية الفرد في المجتمع من ميول إيديولوجي و أفكار ورغبات وتوقعات واختيارات ووجهات نظر ومواقف نحو القضايا السياسية التي تحيط به او تمسه بشكل مباشر أو غير مباشر لفترة معينة .

ويمكن بواسطة التفاعل والاتصال أن يتسع ويتطور رأي الفرد تدريجيا ليمثل رأي مجموعة من أفراد اتجاه قضية معينة ثم بعد ذلك رأيا عاما لشريحة واسعة من المجتمع<sup>(1)</sup> ، ونظرا للتأثير الذي يحدثه الرأي العام في الحياة الاجتماعية والسياسية على حد سواء تسعى الأنظمة السياسية إلى التطلع بفعالية واستعداد لتلبية مطالب المواطنين والسماع لأصواتهم ومحاولة ترجمتها إلى سياسات تقلل من الانزعاج وعدم الارتياح لديهم<sup>(2)</sup> ، ويرى جبريال الموند أن للرأي العام دور كبير في المجتمعات الديمقراطية ويتجلى ذلك من خلال المشاركة في رسم السياسة العامة أو توجيهها حسب قيمه وتوقعاته وميراثه الثقافي وعاداته وتقاليدته وقد يصبح كل ما يفكر فيه الجمهور هو ما تفعله الحكومة وبالتالي قد تكون السياسة العامة من صنع الرأي العام<sup>(3)</sup> .

\*

(1)- صادق الأسود، الرأي العام: ظاهرة اجتماعية وقوة سياسية، بغداد: دار الحرية للطباعة والنشر، 1993، ص 79 .

(2)- عامر الكبيسي، مرجع سابق، ص 67 .

(3)- حمادة بيسيوني إبراهيم، دور وسائل الاتصال في صنع القرارات في الوطن العربي، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 1993، ص 109.



وفي الأخير، يمكن القول انه انه ونظرا لأهمية عملية صنع القرار فان ذلك يستوجب الحذر والدقة والتطلع باستمرار والترقب لكافة مطالب واحتياجات المواطنين مما يسمح بتوفر البدائل المناسبة التي تمكن من صياغة سياسة ناجحة تلبى المطالب الاجتماعية وتؤثر بشكل ايجابي على المجتمع .

## 2-4 الأطراف الخارجية :

كنتيجة للتطور الذي عرفه النظام الدولي أصبحت عملية صنع السياسة العامة أكثر تعقيدا وتعبر عن نتاج لتفاعل فكري وبيئي أوسع مما كان سائدا من ذي قبل، بحيث أصبح للعناصر الخارجية كالمنظمات الدولية ( الأمم المتحدة والبنك الدولي )، والاتحادات الدولية ( الاتحاد الأوربي - جامعة الدول العربية )، وغيرهم من العناصر دور في رسم السياسة العامة في الدول. وبمعنى اقرب للوضوح يرى احمد عارف كفارنة بأن : " التطورات الدولية انعكست على عملية اتخاذ القرار بزيادة حدة تعقيدها وتعدد الأطراف المشاركة فيها وكثرة المؤثرات والمتغيرات التي ساهمت في تطور أهداف النظام السياسي وتطور مفهوم التحليل وزيادة شدة الأزمات وتطور مستوياتها "(1).

## مبحث ثاني : السياسة الصحية ( المفهوم - المحاور - التقسيمات - المقومات - الأهداف )

يعتبر علم الصحة من بين أقدم العلوم في التاريخ البشري وأكثرهم نفعاً وفائدة، وكان الإنسان يطلع بوعي وإيمان منه للإحاطة بهذا العلم، وبذل قصارى جهده للقضاء على الأمراض والعلل التي تهدد حياته .

ونظرا للأهمية التي تكتسي هذا الموضوع، يتم التطرق وبطريقة مفصلة في هذا المبحث الى مفهوم السياسة الصحية كوسيلة لتحقيق الأهداف الصحية، وسوف يتم تسليط الضوء على المرادفات المتصلة بها ، ومن اجل الإلمام بجميع الحثيات والمعطيات والتفاصيل التي تساهم في

(1)- احمد عارف كفارنة، دراسات دولية : العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرار في السياسة الخارجية ، العدد الثاني والأربعون، ص 79 .

التوضيح أكثر ودعم المفاهيم ،سيتم التطرق إلى محاور وتقسيمات السياسة الصحية ثم المقومات المهمة والأهداف المتوخاة من تنفيذ السياسة الصحية .

## مطلب أول : مفهوم السياسة الصحية والمرادفات المتصلة بها

قبل التطرق إلى مفهوم السياسة الصحية، يجب أولاً تقديم مجموعة من المفاهيم والتعاريف المرتبطة بها :

### 1- المرض :

هو التحول عن حالة الصحة العادية ، وبدقة أكثر فان المرض هو المجموع الكلي للتفاعلات الجسدية والعقلية من قبل شخص اتجاه عامل مؤذي يدخل جسمه من الخارج ، أو ينشأ من الداخل ( كالكائنات الدقيقة ، أو السموم ) أو جرح ، أو خلل عقلي ، أو ولادي أو نقص في التغذية ، أو عملية متكسفة ، وتسبب هذه العوامل تغيرات ممرضة في الأعضاء أو الأنسجة ، تظهر على شكل علامات أو أعراض مميزة . وعلى الرغم من الاختلافات الموجودة بين المرضى ، إلا أن معظم هذه العوامل تنتج صور خاصة يمكن تمييزها ومن اجل تسهيل الوصف تسمى مرض معين أو كيان مرضي<sup>(1)</sup> .

ولا يوجد مرض بدون مريض، فالكيان الوحيد هو المريض والمرض اضطراب لصحته، حيث يراجع الشخص المريض شاكياً من مجموعة من الأعراض والعلامات، فالمرض والصحة شكلان مختلفان في حقيقتهم ولكنهما يرتبطان ببعضهما بان كل واحد منهما يشكل ظاهرة من مظاهر الحياة .

### 2-الصحة :

هي تمتع الإنسان بالعافية ، وهذا المفهوم يصل لأبعد من مجرد شفاؤه من المرض وإنما وصوله لتحقيق صحته السليمة الخالية من جميع الأمراض ، ويتطلب الوصول إلى الصحة السليمة الموازنة بين الجوانب المختلفة للشخص ومن هذه الجوانب الجسدية ، النفسية ، العقلية ، الروحية ، وحتى نصل الى مفهوم الصحة المثالية يجب دمج هذه الجوانب معاً، وهذا ما يؤكده تعريف منظمة

\*

1)- www.altibbi.com/مرض/الطبيب العام/30-07-2015

الصحة العالمية في عام 1948 بحيث عرفت الصحة بأنها : " حالة من العافية الكاملة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وليست حالة انتفاء المرض او العجز " (1).

ومازال المفهوم معتمدا حتى اليوم ، وعرفها بركنز : " الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه (2).

ويرى الدكتور فوزي جاد الله : " الصحة من ناحية شدتها يمكن ان ينظر اليها على أنها مدرج قياس احد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة ( المرض او الموت) وبين طرفيه درجات متفاوتة من الصحة " (3).

وان تطور وتعدد الصحة من الممكن أن تأخذنا إلى نظرة أكثر شمولية تعطي الصحة أبعاد عدة يمكن تبويبها كما يلي :

## 1-2 الصحة الجسمية :

تعني القدرة على قيام أجسامنا بوظائفها الفيزيولوجية والميكانيكية وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان .

## 2-2 الصحة العقلية :

تعني القدرة على التفكير بوضوح وتناسق والقدرة على التعلم واتخاذ قرارات صائبة ومدى سلامة العمليات العقلية كالتذكر .

## 3-2 الصحة النفسية :

وتعني الراحة النفسية وعدم الاكتئاب والقدرة على التعرف على مشاعر الخوف والفرح والحزن،

\*

1)-<https://www.dha.gov.ae/AR/sectorsdirectorates/sectors/HealthPolicy/PublicHealth/aboutUS/pages/definitionofhealth.aspx>،07/08/2015

(2)- نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة و المرض، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية 2002 ، ص 23 .

(3)- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999، ص ص

وان نعبر عنها بالطريقة المناسبة وعندما نريد ، وان نسيطر على الضغوط والقلق والغضب ونتعامل  
بإيجابية وحكمة .

## 4-2 الصحة الروحية :

تعني الإيمان بان هناك قوة عليا تجمعنا وفي الغالب يتم ربطها بالمعتقدات والممارسات الدينية او  
بالمذاهب والمبادئ التي تسمو بالنفس الى مستوى الراحة والطمأنينة.

## 5-2 الصحة الاجتماعية :

القدرة على التكيف مع المحيط الاجتماعي والقيام بادوار اجتماعية وإمكانية تحمل أعباء والفقر  
الشديد وتفادي الوقوع في المشكلات الاجتماعية المختلفة من (انحراف ، إجرام ، إدمان ، سرقة)  
واقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين مستمرة ونكون راضين عنها .

## 6-2 الصحة العامة :

لقد جرت عدة محاولات لتعريفها في مفهومها الحديث واهم هذه التعاريف وأشهرها تعريف  
Winslow سنة 1920 وقد أورد أن الصحة العامة هي : " علم وفن الوقاية من المرض وإطالة  
العمر وترقية الصحة والكفاية، وذلك بمجهودات منظمة المجتمع من اجل 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 المشروع في الصحة والحياة"<sup>(1)</sup>، وبالتالي فان التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل  
يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها، ويعد توفير الخدمات الصحية والرعاية المدخل لتحقيق هذا  
الهدف باعتباره حقا للفرد وواجبا على الحكومات والمنظمات الدولية .

\*

(1)- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية: دار  
المعرفة الجامعية، 2004، ص 79 .

### 3- الرعاية الصحية :

هي الخدمات الصحية الشاملة والأساسية المسيرة لكافة الأفراد والأسر في كافة المجتمعات والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسلمية علميا ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن المجتمع والدول توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور ، وهي المحور الأساسي ونواة النظام الصحي .

ويعرفها عبد المجيد الشاعر : " هي خدمات علاجية واستشفائية أو تشخيصية يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب للمريض في عيادته او العيادات الحكومية ، وهي أيضا تمثل العناية التمريضية التي تقدمها الممرضات للمرضى او التحاليل الشخصية للمختبر وتختلف الرعاية 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).

### 4- الخدمة الصحية :

تعتبر جزء من أجزاء الرعاية الصحية بمعنى ان الخدمات الصحية تشكل في مجموعها ما يسمى بالرعاية الصحية .

وتعرف الخدمة الصحية بأنها : " النشاط الذي يقدم للمنتفعين ، والذي يهدف الى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى " (2) ، والمقصود بالحاجات النهائية ، الحاجات المرتبطة بالفرد والمتعلقة ببنيته الجسمية كالحاجة للتغذية والراحة والرعاية الصحية والطبية .

ويعتبر توفير الرعاية الصحية بتقديم الخدمات الطبية مسؤولية من مسؤوليات الدولة ومؤسساتها الاستشفائية التي تحتل مكان الصدارة في الخيارات والنقاشات السياسية لأنها ليست مجرد خدمات

\*

(1)- عبد المجيد الشاعر، وآخرون، الرعاية الصحية الأولية ، عمان، الأردن :دار البازوري، ط 1 ، 2000، ص 11 .

(2)- فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية ، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع، ط 1 ، 1998، ص 97 .

تقدم لمحتاجيها، وإنما تعبر عن احد الحقوق الأساسية التي من الواجب توافرها لكافة المواطنين دون تميز ، وعليه تعتمد الدولة إلى التخطيط وإعداد سياسات ضمن نظام صحي وطني يعتمد على وسائل وتقنيات متطورة مسيرة لكافة أفراد المجتمع .

وتمثل السياسة الصحية انعكاسا لمستوى الدولة ووضعها وقدرتها وإمكاناتها مثل المستوى التعليمي و معدل الفقر وسياسات التغذية .. الخ ، وتمثل أيضا بعدا من أبعاد السياسات الاجتماعية الهادفة لتحقيق التنمية وتحسين أوضاع المجتمع وأحوال أفرادها الصحية .

وتعرف السياسة الصحية بأنها : " موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة ، والذي يتم التعبير عنه عن طريق الخطابات الرسمية أو الوثائق الدستورية والإدارية " (1) .

ويشير تعريف الموسوعة الدولية في العلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي :

" مجموعة من الأهداف او البرامج الأساسية المعلنة في المجال الصحي ، تصاحبها مجموعة من الأفعال المجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية و برامج العمل المقترحة للحكومات ، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين 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 المسؤولة عنها (2) .

\*

1)-<https://www.politique-Africaine.com/numeros/pdf/044051.polIf/Magalibarbarbieri/CEPED/Pierre-Cantrelle/ORSTOM.V:26-07-2015>

(2)- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) ،دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير جامعة الجزائر 03 ، كلية العلوم السياسية والإعلام ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، 2011/2010، ص 16 .

## مطلب ثاني : تقسيمات السياسة الصحية ومحاورها

بعد التطرق إلى مفهوم السياسة الصحية والمفاهيم المرتبطة بها، سيتم من خلال هذا المطلب التعرف على أهم التقسيمات السياسة الصحية حسب وجهات نظر متعددة لمجموعة من الباحثين، ثم يليها أهم المحاور التي تتجسد حولها هذه السياسة .

### 1- تقسيمات السياسة الصحية

لقد قام العديد من المفكرين بتقسيم السياسة الصحية بأكثر من أسلوب أو طريقة لتسهيل دراستها وهي كالتالي:

#### 1-1 تقسيم د.والت 1994<sup>(1)</sup> :

قسم السياسة الصحية إلى قسمين:

أ- سياسات صحية كبيرة : لديها أهداف طويلة المدى وتهتم بجميع الناس في المجتمع.

ب- سياسات صحية صغيرة : أهدافها قصيرة المدى ونظام اهتمامها ضيق بحيث تهتم فقط بالمجتمع المحلي وليست شاملة بل تتناول مواضيع محددة .

#### 2-1 تقسيم د.فرانك 1994<sup>(2)</sup> :

قسم السياسة الصحية على حسب اربع مستويات تشمل النظام، البرامج، التنظيم، ومستوى الأداء :

أ- مستوى النظام: يفسر هذا المستوى مدى التخطيط وتكوين الموارد البشرية الصحية، وطبيعة

(1)- صلاح محمود دياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009، ص ص 218-219 .

(2)- صلاح محمود دياب، نفس المرجع، ص 221 .

العلاقات بين القطاعات الصحية داخل النظام الصحي، وأيضاً علاقة النظام الصحي الحكومي العام بالقطاع الخاص والقطاعات الأخرى غير صحية .

**ب- مستوى البرامج :** من خلال هذا المستوى يتم :

**أولاً :** تحديد الطرق والأساليب التي يتم من خلالها توزيع الموارد المادية والبشرية بشكل يمكن من الاستفادة منها أكبر قدر وبصورة مثالية .

**ثانياً:** تحديد طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف التي يسعى النظام الصحي الى تجسيدها على ارض الواقع.

**ثالثاً :** تحديد أولويات الرعاية الصحية والخدمات الطبية.

**ج- مستويات الأداء والتنظيم:** يتم في هذا المستوى توضيح الأنظمة المعمول بها، التي من خلالها يتم تنظيم الجهاز الإداري للقطاع الصحي، وتنظيم العمل في المؤسسات الصحية بجميع أقسامها ووحداتها، وأيضاً شؤون العمال وتنشيط الحوافز الدافعة للعمل.

### 3-1 التقسيم العام للسياسات<sup>(1)</sup> :

تنقسم السياسات الصحية في هذا المجال إلى ثلاثة أقسام:

#### أ- سياسات الميتم:

يتم من خلال هذه السياسات وضع جملة من القواعد التي يعتمد عليها متخذ القرار في عملية صنع السياسات المتعلقة بالقطاع الصحي، وتعتبر من أصعب وأهم السياسات .

#### ب- سياسات الميغا:

تضم سياسات إرشادية عامة لتوجيه سياسات أخرى اقل منها مستوى وتتضمن مجموعة من الأمور التوضيحية حول دور المؤسسة الصحية في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ودور القطاع الصحي في الدولة، وتوضح قيم المؤسسة الصحية، وأهدافها وأولوياتها والقاعدة الأساسية للمؤسسة، وبيان مستوى التعيين المطلوب ونوعية المساءلة والتطلعات المستقبلية .

\*

(1)- صلاح محمود دياب، نفس المرجع، ص 221 .



## ج- السياسات المحددة التنفيذية :

تعتبر هذه السياسات أدنى مستويات السياسات الصحية، وذلك لاهتمامها بالأمر البسيطة الروتينية كظروف وتفاصيل العمل.

## 2- محاور السياسة الصحية :

إن أي سياسة صحية تتجسد حول جملة من المحاور أهمها :

### 1-2 تحديد الأولويات :

نقصد بعملية تحديد الأولويات ترتيب الأنشطة والمفاضلة بين الخيارات والتوفيق بين المصالح المتضاربة في تحقيق التنظيم والوصول إلى الخيار أو الحل الوسط والأنسب الذي سيتم اعتماده وتوجيه الجهود إليه، ونظرا لصعوبة هذه المسألة وخاصة في المجال الصحي تجد اغلب الحكومات تعقيدات عديدة في تحديد أولويات السياسة الصحية من بين هذه الأولويات :

أ- أولوية الهياكل الصحية التي ينبغي أن توجه إليها الجهود و الموارد المالية والبشرية هل نحو هياكل العلاج أم هياكل الوقاية.

ب- أولوية المشكلات الصحية التي تتطلب الاستعجال والاهتمام و التدخل من طرف الحكومة وتخصيص البحوث لها .

ج- أولوية الفئة الأكثر احتياجا للرعاية الصحية والخدمات الطبية .

د- أولوية مستوى التحكم، هل الأنسب التحكم في الأهداف والتنظيم من طرف مستويات عليا، أم دون ذلك، خاصة وأنا نشهد نظرة جديدة لصحة السكان، والتي أصبحت ملكية جماعية لا بد عند تحديد الأولويات من مراعاة عنصر أساسي، وهو تحقيق العدالة الاجتماعية وتوفير تنظيم إداري يضمن عروض العلاج، ويصبح لأي مواطن في أي نقطة من التراب الوطني الحق في الاستفادة منها، وتكون تلك العروض قادرة في نفس الوقت على الاستجابة لجميع المشاكل الصحية، وهذا ما يتطلب

توفر المعلومات ووضوح الرؤية والعمل بشكل منسق مدعم بإجراءات إدارية مناسبة تضمن التكفل بالمريض في أحسن الظروف والأحوال .

## 2-2 أهداف السياسات الصحية :

إن أهم مبدأ من المبادئ العامة التي تحكم وتوجه أي سياسة صحية هو الصحة حق مكفول لكل إنسان، يكفله الدستور بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والأصل والجنس ، وتلتزم الحكومة بتوفير مستوى أعلى من الخدمات والرعاية الصحية للفئات الأكثر ضعفاً والأكثر فقراً وهذا ما أكد عليه إعلان ألما - آتا في سنة 1978، الذي أمضته الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، وتبنته دول العالم الثالث كهدف أسمى لسياساتها الصحية باسم : " الصحة للجميع " ، ولقد كان لفشل إعلان مالتا آتا وفشل سياسات الإصلاح في دول العالم الثالث المثقلة بالديون اثر كبير في تغيير أهداف السياسات الصحية ، وأصبح التفاعل بين القطاع العام والخاص وهيئات المجتمع المدني مطلباً من مطالب تحقيق أهداف السياسات الصحية، وأمر ضروريا لتنمية القطاع الصحي، خاصة في دول العالم الثالث، وكذلك الأمر بالنسبة للدول الغربية، بحيث تغيرت أهداف سياستها الصحية من سياسات تعنى بالهيكل الصحية، إلى سياسات تهتم بمرودية هذه الهياكل والتنظيم الإداري داخلها، أما بالنسبة للمنظمات الدولية، فإنها تولي للطب الجوّاري اهتماما كبيرا خاصة في الدول الفقيرة وتعتبره الوسيلة المثلى التي توفر العلاجات واللقاحات عن قرب لكل فئات المجتمع بما فيها الفئات الهشة من السكان مما شكل تحدي كبير أمام الدول النامية المثقلة بالمشكلات الصحية وتطلب الأمر ضرورة توفير هياكل صحية جوارية تقدم خدمات علاجية خاصة بالمنطقة المتواجدة بها والتي تتوافق مع حاجيات أفرادها، وإجراء الرقابة الشاملة وإعطاء الأطباء صلاحيات واسعة، والانتقال من سياسة توفير التجهيزات إلى سياسة توفير الخدمات.

## 2-3 اختيار الأدوات اللازمة لتحقيق أهداف السياسة الصحية:

تحتاج السياسة الصحية لتحقيق أهدافها إلى أدوات تشريعية تتمثل في القوانين والقرارات والمراسيم المنظمة الملزمة، وأيضاً أدوات إدارية تتمثل في الهياكل الإدارية الرسمية المركزية والمحلية وما تحويه من وسائل بشرية ومادية . ولطبيعة النظام دور كبير في تحديد طريقة تعامله مع الهيئات الصحية المحلية كجهات لها دور في تسهيل ادارة النظم وتقريبها من المواطن ، فوجد ان هناك دول تعطي صلاحيات واسعة للمؤسسات الصحية المحلية كاللؤل الغربية، في حين ان هناك دول أخرى تحتكر فيها المؤسسات الحكومية سلطة اتخاذ القرارات الخاصة بالسياسة الصحية، ولها كامل صلاحيات تحديد الأولويات والخيارات الإستراتيجية خاصة في مجال التمويل ومنح الإجازات الطبية وتوزيع الموارد المادية والبشرية، ولا يكون للسلطات المحلية سوى الالتزام بتنفيذ السياسة الصحية الوطنية وتقديم الاقتراحات، كما ويتم ضبط هذه الأخيرة بآليات عديدة كالترقيم والتفتيش والمراقبة، للحد من التجاوزات وممارسات الفساد الإداري.

## 2-4 وضع البنية المؤسسية :

نعني بالبنية المؤسسية جميع الهياكل والمؤسسات الصحية الإدارية المشرفة على قطاع الصحة والمنوط بها صنع وتنفيذ وتقييم السياسات الصحية .

وتعتبر البنية المؤسسية وأفرادها عناصر أساسية للسياسة الصحية لابد على الدولة الاهتمام بها وعدم إغفالها وتبني التسيير الجيد والتنسيق بين قطاعاتها المختلفة لتحقيق أهداف ذات بعد وطني والاستجابة لجميع المتطلبات الصحية للسكان

وتختلف الأقطار في الهياكل والأساليب التي تستخدمها لتنفيذ السياسة الصحية، وأيضاً في فعالية أداء هذه الهياكل، بحيث إن الأنظمة التي تتبنى التنظيم المركزي توفر خدمات متساوية ومتماثلة لرباعن مختلفين اجتماعياً وجغرافياً، 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 .

## 2-5 أساليب التدخل :

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

## 2-6 تمويل السياسات الصحية :

يتطلب تخطيط السياسة الصحية وتنفيذها وإدارتها و تحليلها على النحو السليم توفير اعتمادات مالية كبيرة ، ويعد الارتفاع الباهظ للنفقات الصحية من أهم القضايا التي شغلت صناع القرار والتي ساهمت في تقسيمهم إلى معسكرين ، قسم يفضل التخطيط لتحقيق أفضل النتائج في تخفيض الكلفة، وقسم يفضل المنافسة وتنشيطها في السوق لتحقيق نفس الهدف، ولمواجهة هذا التزايد في النفقات الصحية والتكاليف الباهظة لتنفيذ سياسة صحية، لابد على الدول من الانتباه لهذا التزايد بصفة مستمرة، مما يسمح بالتحكم فيه وفرض الرقابة والتقويم المستمر لمكافحة الفساد المالي والإداري والوقاية منه، وإرساء قيم الشفافية والنزاهة والإنصاف من اجل الحفاظ على الأموال العامة للدولة ، كما ويجب تقوية الشراكة بين القطاعين العام والخاص وتوجيه محصلة الشراكة وتنشيط القطاع العام ودعمه لتحقيق الأهداف بطرق علمية وقرارات في إطار ديمقراطي<sup>(1)</sup>.

\*

(1)- ارنولدج هايدنهايمر، وآخرون، السياسات العامة المقارنة: سياسات الخيار الاجتماعي بأمريكا وأروبا واليابان،

ترجمة : أمل الشرقي ، عمان: الاهلية للنشر والتوزيع، 1999، ص113 .

## مطلب ثالث : مقومات السياسة الصحية

تسعى غالبية الوزارات الصحية في الدول لبناء سياسات صحية مترابطة تعكس جميع وجهات النظر والرأي ، ومن اجل تحقيق ذلك تعمل على تطوير مراكز البحوث التي تقدم الخدمات الصحية الاستشارية وتحدد استراتيجيات رشيدة محكمة التخطيط وتطور البرامج العملية وما إلى ذلك ، إلا انه وبالرغم من كل هذه المحاولات فان عملية صنع السياسات الصحية لا تستقيم، ولا يمكن ضمان تطبيقها على الواقع الملموس إلا إذا توفرت مجموعة من المقومات الأساسية التي سنعرضها كالتالي :

### 1- الالتزام الصحي:

قبل وضع السياسة الصحية وتنفيذها لابد من أداء الالتزامات السياسية والصريحة بتحقيق الأهداف المنشودة وتوفير الموارد اللازمة لتنفيذ السياسة ، كما ولا بد أيضا من إصدار مجموعة من القرارات وتعبئة الرأي العام والإعلان عن تصريحات سياسية تعبر عن إرادة الهيئات الصانعة للسياسة وأهدافها من صنع هذه السياسة.

### 2- الاعتبارات الاجتماعية :

لا يمكن لسياسة صحية تحقيق النجاح المطلوب ما لم تأخذ بعين الاعتبار تلبية الحاجيات والمطالب الصحية لجميع الفئات الاجتماعية دون استثناء، بمعنى آخر إن العدالة الاجتماعية معيار أساسي ومقوم ضروري واجب توفره لضمان نجاح السياسة ، ونقصد بالعدالة الاجتماعية السعي لتقليص الهوة بين الأغنياء والفقراء، وإزالة الفوارق والتفاوت الاجتماعي، بحيث الكل يستفيد بنفس القدر من الخدمات الصحية والرعاية الصحية.

### 3- مشاركة الجميع :

إن توفير شروط الصحة والسلامة والحفاظ عليها ليست مسؤولية الهيئات الحكومية فحسب ، بل مسؤولية تشاركية يتقاسمها الجميع حتى الأفراد والأسر والمجتمعات ، وعندما يتحمل أفراد المجتمع مسؤولية صحتهم والحفاظ عليها فهم يشاركون بقدر معين في نجاح السياسات الصحية ودعمها نحو تحقيق أهدافها بوعيهم الصحي .

#### 4- الإصلاح الإداري :

يعتبر تكييف الهياكل وتقوية النظم في جميع القطاعات والتنسيق فيما بينها مطلباً أساسياً لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها ، وتحقيقاً لذلك لابد من إعادة النظر في الأمور والنظم الإدارية .

#### 5- تخصيص الموارد المالية :

عند وضع السياسات الصحية الوطنية لابد أن تتوافر موارد مالية خاصة دون إهمال تمويل البرامج الأخرى، بحيث يوجه هذا التمويل لبناء المنشآت والهياكل في حالة عدم توافرها والى حساب العاملين وضمان التزود بالتكنولوجيا المتقدمة وتوفر العتاد.

#### 6- سن التشريعات :

إن تنفيذ السياسة الصحية بكفاءة في الغالب يتطلب إصدار ترسانة من التشريعات في مجالات أخرى، كحماية البيئة أو الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي أو تشريعات تمنح السياسة الصحية طابع الإلزام والشرعية، يتم التصريح عنها وتعبئة الوعي الجماهيري حولها بتصريحات يعلن عنها عبر وسائل الإعلام أو مراسيم يتم توجيهها للإدارات المعنية.

#### 7- إعداد خطة عمل :

تستلزم السياسة الصحية خطة عمل محددة توضح التفاصيل الكاملة حول الأهداف المزمع تحقيقها، والبرامج المراد تنفيذها، وتحدد الإطار الزمني والمكاني، والاحتياجات الضرورية والخاصة بهذه السياسة من وسائل مادية وبشرية ومراكز إيطارات كئى قادرة على مراقبة ومتابعة كل المراحل التي تمر بها، ابتداء من عملية الصنع إلى غاية مرحلة التقييم والتقويم.

## مطلب رابع : أهمية وأهداف السياسة الصحية

تعتبر السياسة الصحية من بين الاستراتيجيات الحكومية لرعاية صحة المواطن، وترقية الخدمات الطبية، والاستجابة لحاجيات المجتمع الصحية، وفيما يلي سيتم ذكر أهم أهداف السياسة الصحية وأهميتها:

### 1- أهداف السياسة الصحية :

تنقسم أهداف السياسة الصحية إلى قسمين سيتم توضيحها على الشكل التالي:

#### 1-1 أهداف سياسية :

تمثل الأهداف السياسية في الأهداف التالية :

أ- تعتبر السياسة الصحية الإطار العام الذي تتضح من خلاله أهداف المؤسسة الصحية التي تسعى إلى تحقيقها.

ب- تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة وتحدد الخطوط العريضة التي تضيء الصورة المثالية لأداء المؤسسة<sup>(1)</sup>.

ج- تعزيز دور الحكومة في الاهتمام بصحة مواطنيها.

د- تنظيم العمل الطبي وعلاقة المريض بالمؤسسة الطبية عن طريق وضع القوانين وتشريعات تضبط العمل الإداري.

#### 2-1 أهداف اجتماعية :

تتضح الأهداف الاجتماعية من خلال المواضيع التي تتناولها أغلب السياسات الصحية وهي :

أ- التقليل من نسبة الوفيات وخاصة تخفيض معدل الوفيات عند الأطفال دون سن الخامسة.

(1)- محمود ذياب، مرجع سابق ، ص 218 .\*

ب- الحد من انتشار الأمراض المعدية ومحاربة الأمراض المزمنة والقضاء على مختلف الأمراض والفيروسات.

ج- تنفيذ ودعم برامج التكوين والتدريب والتأهيل للأطباء، وتنظيم اللجان الوطنية التوعوية.

د- إنشاء المستشفيات والهياكل التي تقدم الخدمات الصحية، ووضع الترتيبات اللازمة للارتقاء بالمستوى الخدماتي الصحي.

هـ- تحسين الحياة والحالة الصحية لدى الأشخاص المصابين، وتحسين الرعاية الصحية، وتوفير العدالة في الحصول على الخدمات.

و - ضمان الإمداد الطبي ووضع الحلول اللازمة لضمان انسياب الإمداد الى المرافق الصحية والمستشفيات، وتزويدها بالمعدات الطبية المتقدمة لتسيير العمل، وإضافة المزيد من الخدمات وفق نظام معلومات فعال.

ز- التواصل والتعاون مع الدول المتقدمة، والاستعانة بالخبرات الأجنبية، والاستفادة من النتائج التي توصلت إليها في المجال الطبي، وتوظيفها فيما يخدم القطاع.

## 2- أهمية السياسة الصحية :

تنبع أهمية السياسة الصحية من خلال الأمور التالية :

### 1-2 ارتباط السياسة الصحية بالمستويات الإدارية العليا :

تصدر السياسة الصحية من أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية، مما يكسبها طابع الإلزام والاستجابة والاهتمام، كسياسة التطعيم الصادرة عن وزير الصحة .

### 2-2 تعدد طرق وأساليب وضع السياسات الصحية :

إن تعدد أساليب وضع السياسات الصحية يعطيها أهمية كبيرة على كافة المستويات، وترجع



أسباب هذا التنوع إلى طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه، فأحيانا توضع استجابة لمطالب الإدارة العليا، فيتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، وأحيانا لتحقيق أهداف محددة.

## 2-3 غموض بعض السياسات الصحية :

تكتسب السياسة الصحية أهميتها من خلال عدم وضوح الأسباب الحقيقية من رسمها، ففي الغالب توضع إما لأسباب سياسية أو تاريخية، أو بناء على طلب تكتلات وجماعات في الدولة ، وأحيانا أخرى تبقى الأسباب غامضة ومبهمة وهذا ما يساهم في رفع مستوى الفضول والشغف لمعرفة هذه الأسباب والأهداف المرجوة منها .

## 2-4 السياسة الصحية نتاج تفاعل القطاع العام والخاص ووزارات أخرى :

إن التفاعل بين مؤسسات الدولة لإعداد سياسة معينة يعد مفتاحا للإبداع والابتكار والتطور، وسبيل لإعداد سياسة مثالية تتطلع لغالبية حاجيات المواطنين ، " وتختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى، لكنه في الأغلب تشمل على القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الصحي الخاص، وقطاعات صحية أخرى حسب النظام الصحي لتلك الدول، وغالبا ما يركز القطاع الصحي الخاص على الحكومي، ولا يمكن بأي حال من الأحوال الإنفراد عنه " (1).

ويساهم هذا التفاعل بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة، وبين القطاع الصحي وقطاعات تختص في مجالات أخرى، كالسكن مثلا، أو التعليم والتكوين في تطوير أهداف المؤسسة الصحية وتنويع خدماتها، وضمان إعداد سياسة كفيلة بتلبية كافة الحاجيات الصحية للمواطنين ، كما ويساهم هذا الانسجام في إكساب السياسة الصحية أهمية كبيرة تجعلها قادرة على تحقيق الأهداف وتعكس وجهات نظر متعددة.

\*  
(1)- محمود دياب، مرجع سابق ، ص 209.

## خلاصة الفصل

من خلال ما سبق ذكره، نستنتج بأن السياسة العامة وان تزامن وجودها مع تواجد الدولة لتحقيق أهداف بسيطة كتوفير الغذاء والأمن، إلا أنها كحقل علمي معرفي وليدة العصر الحديث بعد تطورات علمية وتغيرات جوهرية متتالية، تمثلت في الحرب العالمية الأولى 1914 وانفصال علم السياسة عن الفلسفة الأخلاقية واعتباره فرع من فروع العلوم الاجتماعية، ثم قيام الثورة البلشفية 1917، وظهور الأزمات التي ساهمت في بروز دراسات وأطروحات أثرت في مفهوم السياسة العامة، وتلى هذا الحدث قيام الحرب العالمية الثانية وبروز التوجه السلوكي وأصبح التركيز منصب على مضمون السياسة العامة والعلاقات والتفاعلات والسلوكات التي تتم داخل المؤسسة بدل الدراسات التقليدية السطحية، وفي مرحلة الثمانينات ازداد الاهتمام بتحليل مخرجات النظام السياسي وانتقل حقل السياسات العامة من الوصف إلى تحليل القضايا الواقعة، وأصبح هذا الحقل محل الدراسة المقارنة، وبرز ما يعرف بالسياسة العامة المقارنة، وبظهور فواعل جدد أصبحت السياسة العامة محصلة لتفاعلات سياسية بين مؤسسات رسمية تمثل كل من السلطة التشريعية والتنفيذية والقضائية وغير رسمية مثل جماعات الضغط والأحزاب السياسية ومؤسسات المجتمع المدني والأطراف الخارجية كالمنظمات الغير حكومية ومتعددة الجنسيات، وانتقل بهذا علم السياسة العامة من الوصف، إلى التحليل، ثم المقارنة، وأصبح حقلًا علميًا واسعًا تعددت التعارف بشأنه حسب توجهات المفكرين، فهناك من يعرفه من منظور القوة، فتعبر السياسة العامة عن إرادة أصحاب النفوذ والقوة، او من منظور اداءات النظام، فتعرف السياسة العامة بكونها محصلة ما يقوم به النظام من وظائف ونشاطات، أما من منظور الحكومة فتمثل السياسة العامة الإطار الشامل للأعمال الحكومية الذي يبرر غاياتها وتوجهاتها وأهدافها الخدمائية والتطويرية والإصلاحية، وتتميز السياسة العامة عن غيرها من السياسات بالشرعية الملزمة والشمولية بحيث تستهدف عموم المواطنين، كما تركز أيضا على مجموعة من العناصر الأساسية وهي المطالب السياسية، والقرارات، والإعلان عن مضمون السياسية ومحتواها ثم المخرجات والآثار المترتبة عن تنفيذ هذه السياسة، وتصنف السياسة العامة حسب جملة

من المعايير ،معيار الوضوح نميز به بين سياستين، واضحة وغير واضحة، ووفق معيار المشاركة نميز بين سياسات جزئية، فرعية، وكلية أما السياسات الاستخراجية والتوزيعية والتنظيمية والرمزية، فقد تم تصنيفها تبعا لمعيار نشاطات الحكومة. وتنشأ السياسة العامة عن إرادة سياسية لفرد أو مجموعة لخلق واقع اقتصادي أو سياسي مقبول، وهذا ما يمثل بعدها السياسي ويتجسد بعدها الاجتماعي في كونها موجهة لخدمة أفراد المجتمع، أما البعد الاقتصادي فيتمثل في الاعتمادات المالية والإمكانات المادية التي يجب توافرها لتنفيذ سياسة عامة وإنجاحها .

وتمثل السياسة الصحية إحدى هذه السياسات العامة، وهي تعبر باختصار عن موقف الحكومة الرسمي وبرامجها وقراراتها في ميدان الصحة الموجهة لتحسين الحالة الصحية لأفراد البيئة المسؤولة عنها.

ولإعداد سياسة صحية ناجحة لابد من تحديد الأولويات، والأهداف، واختيار الأدوات اللازمة لتحقيق هذه الأهداف، وتوفير الهياكل والمؤسسات المنوط بها صنع وتنفيذ وتقييم السياسة الصحية، وأيضا تحديد أساليب التدخل إما تخرل وفق أسلوب مركزي أو لامركزي، ثم لابد من توجيه الاهتمام إلى العامل الرئيسي وهو التمويل، وتوفير الاعتمادات المالية كعنصر أساسي مكمل لبقية العناصر والتي تشكل في مجملها محاور لأي سياسة صحية، ولقد تعددت تقسيمات هذه الأخيرة وتصنيفاتها فحسب د.فرانك لدينا سياسات تهم بالنظام وأخرى تهتم بالبرامج وسياسات توضح الأنظمة المعمول بها وتنظم العمل في المؤسسات، أما تقسيم د.والت، فيميز بين سياسات صحية صغيرة ذات أهداف قصيرة المدى، وأخرى على النقيض منها فهي سياسات كبيرة طويلة المدى، أما التقسيم العام يشكل ما يعرف بسياسات ميتا يعتمدها صانع القرار في صنع السياسة العامة الصحية، و سياسات ميغا تضم سياسات إرشادية توضيحية وتوجيهية لسياسات صحية أخرى، وسياسات محددة تنفيذية تمثل أدنى المستويات لاهتمامها بالأمر البسيطة.

وعملية صنع السياسات الصحية لا يستقيم في واقع الأمر ولا يمكن تطبيقها إلا إذا توافرت جملة من المقومات تتوزع عبر مراحل، بحيث انه وقبل وضع السياسة الصحية وتنفيذها لابد من أداء الالتزامات السياسية بضرورة تحقيق الأهداف، والعمل على توفير الموارد اللازمة لتنفيذها، ولا بد

الأخذ بعين الاعتبار تلبية الحاجيات والمطالب الصحية وفق مبدأ العدالة والمساواة بين جميع أفراد المجتمع، كما ويستلزم نجاح كفاءة وضع وتنفيذ السياسة الصحية، تحمل الجميع مسؤولية الصحة حتى الأفراد والأسر والمجتمعات، وإعادة النظر في جميع الأمور الإدارية وإصلاحها بما يتماشى مع المنظومات الإدارية الصحية العالمية عن طريق التزود بالتكنولوجيا العصرية، وسن تشريعات تمنح السياسة الصحية طابع الإلزام، كما ولا بد من توافر خطة عمل تحدد جميع التفاصيل المتعلقة بالإطار الزمني والمكاني، وتوضح الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها هذه السياسة، وتنقسم هذه الأهداف في غالبيتها إلى أهداف سياسية، تتلخص في التنظيم الإداري والقانوني وتعزيز دور الحكومة في الاهتمام بصحة مواطنيها، وأهداف أخرى اجتماعية تتمثل في تحسين الأحوال الصحية والرفع من معدل الأمل في الحياة والتقليل من نسبة الوفيات وتوفير الخدمات الطبية وجودة الرعاية الصحية، وهذا ما يعبر عن أهميتها من جهة ومن جهة أخرى فإن تعدد أساليب وضعها وتنوع أهدافها وغموض بعض السياسات الصحية وكونها محصلة تفاعل بين القطاع العام والخاص ووزارات أخرى كالسكن والتعليم والتكوين يساهم في إكساب السياسات الصحية هذه الأهمية التي تنالها مقارنة مع جميع السياسات الأخرى .

# فصل ثاني

تحليل السياسة الصحية في الجزائر

بعد التطرق إلى التوضيحات التي شملت الأصول المفاهيمية الواجب التعرف عليها قبل التطرق لموضوع البحث، والمتعلقة بالتعاريف، والنشأة، والتقسيمات لكل من السياسة العامة والسياسة الصحية، سيتم في هذا الفصل تحديد مجال البحث، وتخصيصه في دراسة وتحليل السياسة الصحية في الجزائر بالضبط كما سيتم التعمق أكثر في حيثيات البحث قيد الطرح ضمن مبحثين، الأول يستعرض أسس ومواصفات السياسة الصحية في الجزائر ويشتمل على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية التي تميز الجزائر كدولة عن باقي الدول والتي تمثل بيئة وظروف صنع السياسة الصحية فيها، ثم واقع هذه السياسة ومبادئها وأهدافها وعلاقتها بالقطاع الصحي الخاص.

و يتناول المبحث الثاني إجابات عن التساؤلات التي طرحت، ضمن سلسلة من العناوين المترابطة يتم على مستواها تحديد مختلف مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر، و ابراز دوافع وأهداف عملية إصلاح السياسة الصحية الجزائرية وذكر مكوناتها وسبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

# مطلب أول : الخصائص الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية هي دولة عربية مستقلة تقع على ساحل البحر الأبيض المتوسط في شمال القارة الإفريقية وهي أكبر الدول المغاربية وأوسع الدول الإفريقية تتربع على مساحة 2381740 كلم<sup>2</sup>، مقسمة إداريا إلى 48 ولاية، وتطل على البحر الأبيض المتوسط على مساحة تتجاوز 1200 كلم<sup>2</sup> شمالا، وشرقا يحدها تونس 965 كلم<sup>2</sup> وليبيا 982 كلم<sup>2</sup>، ويحدها من الغرب المملكة المغربية 1559 كلم<sup>2</sup> والجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية 42 كلم<sup>2</sup>، ومن الجنوب موريتانيا 463 كلم<sup>2</sup>، مالي 1376 كلم والنيجر 956 كلم<sup>2</sup> (1)، ويتركب التراب الجزائري من ثلاث أقاليم كبرى (2):

## 1- الإقليم التلي :

يتميز الإقليم التلي بمجموعة من الخصائص وهي كالتالي:

### 1-1 الامتداد والمساحة:

يمتد على طول الشريط الساحلي 1300 كلم<sup>2</sup>، ويتربع على مساحة تقدر ب 102.7 كلم<sup>2</sup> أي 4%، ويشمل 25 ولاية جزائرية.

### 2-1 الخصائص البشرية:

يتركز غالبية السكان فيه بنسبة 70 % من السكان وكثافة تتراوح ما بين 100 إلى 300 ن/كلم<sup>2</sup>.

### 3-1 الخصائص الاقتصادية :

يتوفر على إمكانيات زراعية كبرى، وثروات غابية ومعدنية وبحرية، وقاعدة صناعية ضخمة خاصة الصناعة البتر وكيماوية والحديدية، ووجود شبكة متطورة من مختلف خطوط المواصلات، وبه مؤسسات خدمتية عديدة وهيكل صحية مدعمة بأجهزة حديثة ووسائل متطورة إلى حد ما.

\*

(1) - موقع الموسوعة العالمية وكبيديا، الجزائر/ <https://ar.wikipedia.org/wiki/>, تاريخ الزيارة: 2015/08/18

(2)- الدكتور فوزي بودقة، دور الجغرافيا العربية في صنع القرار. . الفرص والتحديات، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2013، ص 20.

## 2 - إقليم الهضاب العليا :

يتصف إقليم الهضاب العليا بخصائص عدة تميزه عن غيره من الأقاليم وهي :

### 1-2 الامتداد والمساحة :

يعرف إقليم السهوب، ويمتد بين سلسلتي الأطلس التلي والصحراوي على مساحة 303 ألف كلم أي 12.7% ، وهو عبارة عن منطقة انتقال بين الإقليم 1 و 3 ويشمل 14 ولاية.

### 2-2 الخصائص البشرية:

يتركز به نحو 20% من السكان وبكثافة أقل تتراوح من 10 إلى 100 ن/كلم<sup>2</sup>.

### 3-2 الخصائص الاقتصادية :

يتميز هذا الإقليم بتوفره على ثروات فاعلة في الاقتصاد الجزائري، وأهمها الحيوانية وثروات أخرى معدنية كالحديد والفوسفات، كما ويتوفر هذا الإقليم على شبكة من الطرق البرية، والسكك الحديدية الناقلة مع توفر معتبر لإمكانات الصناعة التقليدية، ويتوفر على مؤسسات متنوعة ذات طابع إداري و تجاري وصحي، لكن ليس بنفس القدر الذي يتوفر عليه الإقليم الأول.

## 3-الإقليم الصحراوي:

يتميز الإقليم الصحراوي بخصائص طبيعية وبشرية واقتصادية وهي :

### 1-3 الامتداد والمساحة:

هو أكبر إقليم مساحة 1.9 م كلم<sup>2</sup>، أي أكثر من 82% من مساحة الجزائر ويشمل على 9 ولايات.

### 2-3 الخصائص البشرية :

يتركز به نحو 10% من السكان بكثافة أقل من 10 ن/كلم<sup>2</sup>.



### 3-3 الخصائص الاقتصادية:

هو أغنى إقليم تتركز به احتياطات ضخمة من الغاز الطبيعي والبتروول خاصة في حاسي مسعود وحاسي الرمل، وكذلك الاحتياطات المكتشفة حديثا ناحية ادرار، إلى جانب المعادن الثمينة والتي تعتبر من الدعائم الاقتصادية لأي بلد (ذهب- اليورانيوم)، ومصادر مياه جوفية صافية، والتي تعتبر محدد من المحددات الصحية التي أولتها المنطقة العناية الكافية ولكن بوسائل تقليدية.

ونستنتج من هذه البيانات، اختلال التوازن والتباين الشديد بين الأقاليم الثلاث من ناحية توطن السكان وتمركزهم، بحيث ترتفع نسبة الكثافة ونسبة التحضر خاصة حول المدن الكبرى، وتقل كلما اتجهنا جنوبا، كذلك تركز معظم الأنشطة الاقتصادية بالإقليم ألتلي، حيث يضم 51% من الوحدات الصناعية و65% من شبكات الطرق وظروف حياة حسنة وحديثة، بينما يكاد يخلوا منها الإقليم الصحراوي<sup>(1)</sup>.

وحسب إحصاء أجري نهاية 2008، فإن عدد سكان الجزائر عامة قدر ب 35 مليون نسمة، وعرف النمو الديمغرافي تطورا ايجابيا باتجاه واضح نحو الانخفاض، حيث مرت هذه النسبة من 3.21% خلال الفترة من 1966 إلى 1977، إلى 1.71% خلال الفترة 1998 إلى 2008، أما متوسط العمر فقد قارب سن 73 سنة 2006، مكتسبا بذلك زيادة بلغت قرابة الـ 20 سنة خلال 30 سنة، كما تراجعت نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال بنسبة 3/2 حيث تعدت 15% في 1970، وتسبب الزواج المتأخر وانتشار استعمال موانع الحمل في انخفاض نسبة الخصوبة من 8.3 طفل للمرأة الواحدة سنة 1970 إلى 2.54 نسمة سنة 2004، ولذلك يعتبر المجتمع الجزائري مجتمع فتي للغاية إذ أن نصفه تقريبا اقل من 19 سنة 48.24% لا يتعدى من يفتق سنهم 65 سنة نسبة 5% من إجمالي السكان.

بالنسبة للكثافة السكانية، كما ذكرنا سابقا، فإن أغلبية السكان 40% يتركز على الشريط

(1) الدكتور فوزي بودقة، مرجع سابق، ص 21.

الساحلي، إذ أكثر من 12 مليون نسمة يعيشون في 5% من إجمالي المساحة ، مما يجعل الكثافة المتوسطة تصل إلى 245 نسمة في الكيل متر المربع الواحد<sup>(1)</sup>.

ولقد كشف الديوان الوطني للإحصائيات، انه في سنة 2013 انتقل حجم السكان المقيمين من 3.706.000 إلى 38.297.000 نسمة بين جويلية 2008 و 2013، أي زيادة ب 3.706.000 نسمة، و نسبة نمو سنوية تعادل 2.06 %، وزيادة طبيعية ب 795000 شخص، لقد عرفت الجزائر سنة 2013 تسجيل 963000 ولادة حية فيما بلغ حجم الوفيات 168000 حالة ، أما عدد الزيجات سنة 2013 فقد بلغ 388000 حالة<sup>(2)</sup> ، ومع تحسن الأوضاع الاجتماعية و الصحية خاصة، وتحقيق الضغط على السكن الذي أدى الى تزايد في الزواج، وهو ما اثر على مؤشر الخصوبة، وازداد عدد المواليد في سنة 2014 والمقدر بمليون مولود جديد، وبالتالي ارتفع عدد السكان في الجزائر من 35 مليون نسمة الى 38.7 مليون نسمة سنة 2014، والى 39.5 مليون نسمة في سنة 2015.

أما اقتصادياً، فالاقتصاد الجزائري كغيره من اقتصاديات العالم يتميز بجملة من الخصائص الاقتصادية التي تحدد مدى قدرته على الاندماج في الاقتصاد العالمي بالشكل المطلوب أو تكون حجرة عثرة أمامه. وعند إلقاء نظرة على الميزان التجاري الاقتصادي الجزائري، نجد أن أهم خاصية تتميز بها الاقتصاد الجزائري هو كونه اقتصاد ريعي، وذلك نظرا لاعتماده الأساسي على قطاع واحد وهو قطاع المحروقات الذي يمثل ثلث الناتج الداخلي الخام PIB ، وتقريبا ثلثي المداخيل الضريبية للدولة و 97 % من إيرادات الصادرات<sup>(1)</sup>، وتحتل الجزائر المرتبة 15 عالميا في مجال الاحتياطات النفطية ، والثامنة عشر في مجال الإنتاج والثانية عشر في مجال التصدير ، وتقدر طاقة التكرير التي تتوفر عليها الجزائر ب 22 مليون طن سنويا.

أما فيما يتعلق بالغاز الطبيعي ، فالجزائر تحتل المرتبة السابعة عالميا في مجال مورد الغاز الطبيعي، والمرتبة الخامسة من حيث الإنتاج، والثالثة في مجال التصدير بعد روسيا وكندا،

(1) - كلتوم كباي، التنافسية وإشكالية الاندماج في الاقتصاد العالمي ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الحاج لخضر ، باتنة، 2007-2008 ، ص123.

وهكذا يتبين إن الطاقة منحت الجزائر مكانة مهيمنة، وجعلت منها عملاقا قويا لا منافس لها في البحر الأبيض المتوسط، كونها أول منتج ومصدر للنفط والغاز الطبيعي في حوض المتوسط، والممول الثالث للاتحاد الأوربي في مجال الغاز الطبيعي<sup>(1)</sup>.

ولقد عرف الاقتصاد الجزائري جملة من التحولات انعكست على أدائه في مختلف الميادين خلال فترات زمنية متعاقبة، وساهمت في تشكيله بالصورة التي يعرفها اليوم، بداية بإتباعه نظام التخطيط في فترة السبعينات، وما نتج من آثار سلبية كالبيروقراطية والفساد والرشوة وغيرها من الأمراض التي أثرت سلبا على أداء الاقتصاد وعجزه عن تسديد أقساط من الديون مع تراجع مداخيل العملة الصعبة<sup>(2)</sup>، ومع انهيار أسعار النفط تجلّى ضعف الاقتصاد الجزائري كليا، حيث عرفت ميزانية الدولة عجزا معتبرا، وكرد فعل على هذه الأزمة لجأت الجزائر سنة 1994 إلى جدولة الديون الخارجية، ووضع برامج التصحيح الهيكلي الذي كان يهدف استعادة التوازنات الاقتصادية الكلية، وكان لهذه البرامج عواقب وخيمة على المستوى الاجتماعي، بسبب انخفاض سعر الدينار ورفع دعم الدولة الذي كانت تقدمه عن الكثير من المؤسسات، مما أدى إلى ارتفاع الأسعار للكثير من السلع بما فيها ذات الاستهلاك الواسع، وتسريح أعداد كبيرة من العمال، مما رفع في نسبة البطالة التي تجاوزت 30 %، ومنذ سنة 2000 إلى غاية 2012 شهدت الجزائر فترة الوفرة المالية نتيجة ارتفاع عائدات البترول، وكانت من نتائج هذه الوفرة ارتفاع نسبة النمو إلى 05 %، و انخفاض صريح في نسبة الديون الخارجية من 76.1 % من الناتج الخام PIB سنة 1995 إلى 5 % سنة 2007<sup>(2)</sup>.

ولقد شهدت الجزائر تحديات اقتصادية صعبة سنة 2014، بحيث تراجعت أسعار النفط من جديد في الأسواق العالمية وكانت الجزائر من بين الدول المتضررة بهذا الحدث، فأمر الرئيس الجزائري وزارتي الخارجية والمالية في ديسمبر/ كانون الأول 2014 بتخفيض مساعدات تقدم لدول افريقية بنسبة 50 %، وقدر وزير الطاقة الجزائري السابق عبد المجيد عطار بأن انخفاض سعر البرميل إلى ستين دولار سيقص من موارد البلاد بالنصف.

\*

(1) - كلتوم كبابي، مرجع سابق، ص 124.

(2)- Mohamed ouahdi et autre, **Plan national strategique de lutte contre les IST/VIH/SIDA,2008-2012,Alger,p10.**

ولقد أدى قرار منظمة البلدان المصدرة للنفط سنة 2015 والقاضي بالإبقاء على مستوى سقف الإنتاج 30 برميل من النفط في اليوم إلى انهيار الكبير في أسعار الخام على مستوى السوق الدولية، ووضع العديد من البلدان المصدرة للنفط في وضعية اقتصادية ومالية جديدة غير مسبوقة، مع انخفاض كبير ومفاجئ لمداخيلها النفطية، وخاصة الجزائر التي سجلت انخفاض كبير في مداخيل صادراتها، باعتبار أن معدل البرميل الواحد انخفض من 100/90 دولار إلى أقل من 70 دولار، ثم 60 دولار تحديدا بعد اجتماع منظمة البلدان المصدرة للنفط، وكرد فعل من الحكومة الجزائرية لمواجهة الوضع وآثاره السلبية، دعت إلى تجنيد الجزائريين ضد التبذير لبعض المنتجات الواسعة الاستهلاك والمدعمة من طرف الدولة الذي أصبح شيئا فشيئا ظاهرة اجتماعية في الجزائر.

كما وعمدت الجزائر إلى تأجيل تنفيذ العديد من القرارات، كإلغاء المادة 87 مكرر، وغيرها من القرارات التي لم يكن بعد أو آن تطبيقها لأنها تتطلب غلafa ماليا ضخما، والتي قد تضع الجزائر أمام تحدي أصعب هو ضرورة استغلال ما يملكه البلد من قدرات ومصادر طاقوية هامة التي تم اكتشافها مؤخرا وهو الغاز الصخري رغم ما قد أشيع حوله من أخطار وأضرار .

## مطلب ثاني : واقع السياسة الصحية في الجزائر.

إن مسألة الصحة تعتبر في العالم الثالث بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة من أهم المواضيع التي تشكل اهتمام الأطباء العاملين والصحفيين وحتى علماء السياسة، فالكثير من مجتمعات العالم اليوم تخوض معارك تنموية صحية محاولة بذلك أن تجعل من نفسها مجتمعات قوية توفر لأبنائها الصحة الجيدة.

ولقد بذلت الحكومة الجزائرية منذ السنوات الأولى للاستقلال جهودا عديدة في سبيل تحسين منظومتها الصحية، ولقد ساهمت مختلف السياسات الصحية المنتهجة في تحسين انواع العلاج وتوسيع التغطية الصحية، ما مكن من تحقيق العديد من المكاسب على صعيد المنظومة الصحية، ولقد شهدت هذه الأخيرة تغيرات عديدة وتطورات كبيرة مما ساهم في الرفع من نوع الخدمات العلاجية والصحية المقدمة للأفراد ، لعل أهمها لامركزية العلاج ، وتقريب الصحة من المواطن وتحسن

المؤشرات الصحية وأهمها الأمل في الحياة، وذلك بفضل سياسة الانفتاح المنتهجة التي ساهمت في تعزيز القطاع بعدة هياكل استشفائية، ومنها مؤسسات دعمت وزارة الصحة على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية معهد باستور الجزائر الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية ، تضاف إلى هذه المؤسسات كذلك الصيدلية المركزية للمستشفيات والوكالة الوطنية للدم ، والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية، والمركز الوطني لمكافحة التسمم والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ، ولعل هذه العشرية قد اتسمت كذلك بإعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية، بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي والخاص ، وفي المجال الصيدلاني فان إعادة بعث البرامج الوطنية وتحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد والتسجيل والمراقبة و التوزيع ، وتخلي الدولة عن احتكارها للموارد الصيدلانية في المجال، وفي سياق تقريب الصحة من المواطن وتماشيا مع التحولات الوبائية والديمغرافية التي شهدتها الجزائر، وبغية تأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة وعلى أساس مبدأ العدالة والتضامن ، سعت السلطات الجزائرية منذ 2002 إلى غاية يومنا هذا إلى تعزيز المنظومة الصحية ببرامج صحية عديدة وسياسات جديدة، بحيث نفذت مخطط تغيير الخارطة الصحية وتعزيز العلاج الجوّاري<sup>(1)</sup> ، وبدأت السلطات في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007 يهدف الى فصل مهام المستشفيات الجامعية وتلك التي تضمن علاجا قاعديا، كما برز تقسيم آخر للمؤسسات الصحية سنة 2008 على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوّارية التي تشمل أيضا قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات، واستفاد القطاع سنة 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دج ، تم استثماره في دعم هذا المسار بانجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوّارية، ومنذ 2009 الى غاية اليوم حقق القطاع عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية باللقاحات بنسبة 90 % مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة ، أدت إلى الوفيات والإعاقات خلال السنوات الأولى

للاستقلال<sup>(2)</sup> ، بحيث ثمن ممثل المنظمة العالمية للصحة بالجزائر باه كايتا\* الجهود التي بذلتها الجزائر لتحقيق أهداف الألفية 2000-2015 في مجال مكافحة الملاريا والسل والسيدا، كما نوه من جانب آخر بالجهود التي بذلتها الجزائر كدولة ناشئة لمواجهة خطر الأمراض غير المنتقلة من خلال وضع

\*

(1) - حنان س، القطاع الصحي " تعزيز المنشآت والشروع في تحسين الخدمات " ، جريدة المساء، 2014/04/18.

(2)- نفس المرجع، 2014/04/18.

\* باه كايتا: ممثل منظمة الصحة العالمية (OMS).

مخطط وطني لمكافحة السرطان 2019/2015، إلى جانب تجسيد البرنامج الاستراتيجي لمكافحة العوامل المتسببة في هذا الأمراض، ووصف كايثا بالمناسبة هذين المخططين بـ : " الالتزام الرفيع المستوى " من طرف السلطات الجزائرية بغية التصدي لهذه الأمراض<sup>(1)</sup>.

وبهذه الجهود استطاعت الجزائر أن تحقق تراجع الوفيات إلى معدلات دنيا خاصة عند الأطفال والحوامل، كما ويتوقع أن يبلغ عدد السكان في الجزائر سنة 2025 حدود 44.8 ملايين نسمة، حسب الدراسات التي أجريت مؤخرا، وتشير نفس الدراسات أيضا إلى وصول معدل الولادات إلى 16.9 في الألف، ومعدل الوفيات العامة إلى 4.5 في الألف، ومعدل النمو الديمغرافي إلى 1.24 ومعدل الحياة إلى 75 سنة، وهي التحولات التي اعد لها القطاع برنامجا صحيا شامل يقضي بتكليف البرامج الصحية مع احتياجات السكان، وإعداد قوانين تسيير جديدة للمؤسسات الاستشفائية الكبرى، وتعزيز مراكز العلاج الجوارحي التي تتكفل بالعلاج القاعدي، حيث وصل عددها 7033 مركزا وأكثر من 1500 عيادة الخدمات بالإضافة إلى المؤسسات الاستشفائية الجامعية 14 مستشفى، والمتخصصة 68 مؤسسة وأكثر من 300 مؤسسة استشفائية تابعة للقطاع الخاص، وحسب التحليل الذي أعده الخبراء، فان قدرة الاستيعاب للمرضى ارتفعت بأزيد من 71 ألف سرير، كما أدى الدعم المالي للقطاع إلى مضاعفة ميزانيته بـ 14 مرة منذ الاستقلال، والذي قدر بـ 233 مليار دينار جزائري، مما ساعد في تحسين القدرة الاستيعابية من خلال توفير عدد هائل من الهياكل الصحية عبر كل أقطار الوطن .

لقد كللت الجهود الكثيرة التي بذلتها الدولة في مجال تحسين الخدمات الصحية بعصرنة المنظومة الاجتماعية بتعزيزها بالبطاقات المغناطيسية "الشفاء"، والعمل على تعميم استعمالها من خلال تعاقد الصندوق الوطني مع الوكالات الصيدلانية التابعة للقطاع الخاص، وطبيب العائلة، والمخابر البيولوجية، كما ولعبت جمعيات المرضى ، الى جانب بقية المتدخلين في القطاع دورا محوريا في المساهمة في التحسيس والتوعية، مما ساهم ايجابيا في إثراء المخططات الوطنية وجعلها أكثر مساهمة للواقع، ومن ذلك المخطط الوطني لمكافحة السرطان هذا الداء الذي يترص بصحة المواطنين الجزائريين، والذي يتطلب

\*

(1) - الصحة العالمية: الجزائر حققت أهداف الألفية في مجال مكافحة الملاريا والسل والسيدا، موقع الاذاعة الجزائرية، /

www.Radioalgerie.dz/news/ar/article/20150421/37833.html الزيارة في: 2015/04/21.

تكفل جدي بعد ازدياد الإصابة به ودق ناقوس الخطر، فتم تطوير اليقظة وإعداد برنامج أو مخطط لمكافحة السرطان اشرف عليه البروفيسور مسعود زيتوني رئيس مصلحة الجراحة العامة والانكولوجيا بمركز مكافحة السرطان بيار وماري كوري بأمر من رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة، وجاء هذا المخطط تكملة للأعمال الكبيرة التي أجراها أخصائيون في 2006 و2009 و2010، والهدف من هذا المخطط هو التقليل من نسبة الوفيات بسبب هذا الداء<sup>(1)</sup>.

وعلى الرغم من الجهود التي قامت بها الجزائر لأجل رفع من المستوى الصحي للسكان إلا أنها تبقى محدودة بالنظر إلى الجهود التي بذلتها البلدان الأخرى، حيث يلاحظ أن هناك عدم تكافؤ بين ترتيب الجزائر في المجال الصحي وفي مجال النظام الصحي، بحيث احتلت الجزائر المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي، والمرتبة 81 في مجال النظام الصحي، واحتلت المرتبة 110 بالنسبة لمستوى توزيع الخدمات الصحية، والمرتبة 84 في مجال معدل الحياة من بين 192 دولة عضوة في منظمة الصحة العالمية، و91 بالنظر لمعيار الاستجابة لحاجات السكان، و75 بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي<sup>(2)</sup>.

ويعود عدم تحقيق الجزائر للمستوى المطلوب صحيا رغم الجهود المطلوبة إلى مجموعة من الأسباب لها علاقة بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية تسببت في وقوع اختلالات بقطاع الصحة، ومن بين هذه الاختلالات<sup>(3)</sup>:

## 1 اختلالات متعلقة بالتسيير :

لقد سعت الدولة الجزائرية منذ الاستقلال الى غاية يومنا هذا الى التعامل مع القطاع الصحي بكيفية الكم على حساب الكيف، واغلب الحلول التي يتم تنفيذها والسياسات الصحية التي يتم إعدادها تتركز على زيادة العدد في الهياكل والتجهيزات والأطباء، دون مراعاة معيار النوع،

\*

(1) - حنان س، مرجع سابق، 2014/04/18.

(2) - أبومعروف الياس، أ.د. عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 7، (2009-2010)، ص32.

(3) - مسعود البلي، واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تخصص سياسات عامة وحكومات مقارنة، 2009-2010، ص227.

والمستوى، والكفاءة والجودة، واغلب البرامج والمخططات أعدت من باب تقديم مساعدات صحية وليست رعاية صحية بالمعنى الصحيح، وبالتالي فان تسيير السياسات لم يكن تسييرا بالأهداف، بل هو عبارة عن برنامج اعد مسبقا، يلخص في جملة أوامر دون تحديد الاولويات المطروحة والمشاكل التي يعاني منها القطاع.

## 2- اختلالات مرتبطة بالتمويل :

يعاني قطاع الصحة من عدة اختلالات تعزى الى سوء تسيير الاعتمادات المالية وهي :

1-2 مديونية ثقيلة للمؤسسات الصحية، مما يؤدي الى سوء الخدمة المقدمة.

2-2 غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية بسبب قلة البحوث والدراسات .

3-2 تمويل الهياكل وتخصيص ميزانيات ضخمة للبناءات بدل تمويل النشاطات الخاصة بالبحوث والتكوين.

4-2 المساهمات المحدودة من طرف المتعاملين الخواص والشركات الاقتصادية.

## 3- اختلالات مرتبطة بكل من التنظيم والإعلام و تكوين المستخدمين :

لا يمكن التكلم عن أي تمويل للنظام الصحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية ، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه، وتكوين نظام فعال للمستخدمين، وعليه وحسب ما اقره مشروع الإصلاح، سيتم التطرق لكل جانب من جوانب الاختلال على حدة:

### 1-3 العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والموارد البشرية:

لقد انبثقت عن أشغال المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، هي كالاتي :

أ- نقص في صيانة العتاد الطبي.

ب- ظروف ممارسة المستخدمين غير ملائمة وأجور منخفضة .



ج- تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها، وغياب الوثائق المحاسبية التي تدعم العقلانية في التسيير المالي .

د- احتكار الصلاحيات من طرف السلطات العليا في الهرم الصحي في مجال تسيير الموارد.

هـ - إغفال القطاع الصحي الخاص في الجانب التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية، وهذا ما اثر على الخارطة الصحية في الجزائر، وتداخل القوانين وتشويه قطاع الصحة، ما انعكس سلبا على المريض.

### 2-3 العراقيل المرتبطة بالاعلام:

لقد كان لحدث الانتقال من المنهج التقليدي لجمع المعلومات وتحليلها الى المنهج الذي يعتمد على التكنولوجيا الجديدة للإعلام أثره على الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص، وهذا ما تسبب أساسا في ضياع التحكم والخبرة اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة.

### 3-3 العراقيل المرتبطة بالتكوين:

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية كبيرة لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة ( العمومي والخاص ) ، وذلك لاعتبارات أهمها:

- أ- مدارس التكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- ب- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي تعبر عنها قطاع الصحة.
- ج- عدم قدرة التكوين الأكاديمي للاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما ترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية.

## مطلب ثالث: مبادئ السياسة الصحية في الجزائر.

سعيًا لتجسيد حق المواطن في العلاج والتمتع بظروف صحية جيدة ، عملت الجزائر جاهدة على النهوض بمنظومتها الصحية، وتحقيق نجاحات تتماشى مع المقاييس العالمية، والمعطيات الجديدة في الميدان الصحي عن طريق وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية ، وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

### 1- الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمعدية:

لقد تميزت مرحلة ما بعد الاستقلال بانتشار الأمراض الوبائية والمعدية وسرعة تنقلها ، مما ساهم في رفع نسبة الوفيات وانخفاض نسبة الأمل في الحياة، ولقد كان لنقص الوعي الصحي لدى الجزائريين بخصوص طريقة تجنب الأمراض، والعمل على عدم وقوعها دورا في ذلك، إضافة إلى ضعف المنظومة الصحية خلال هذه الفترة ، وعدم قدرتها على استيعاب حجم الأضرار والانتكاسات الموروثة نتيجة نقص الهياكل والأطباء.

وبما أن تجنب المرض وتفادي وقوعه يعد من أفضل طرق العلاج، عملت الجزائر على توسيع نشاط الحملات التلقينية للحد من انتشار الأمراض الوبائية<sup>(1)</sup>، وتحسين الوضعية بشأن مكافحتها عن طريق التوعية بفوائد النظافة وحماية المحيط وتشديد المراقبة وتفعيل كل آليات الوقاية وتعميم العلاج الوقائي.

### 2- علاج الأمراض ومجانية العلاج:

لقد تميزت الحقبة الزمنية ما بين نهاية الستينات ونهاية السبعينات بإعطاء العلاج الأولي الأولوية ، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية ، بالإضافة إلى مجانية العلاج للتمكن من تحسين التغطية الصحية التي تشمل جميع فئات المجتمع دون إقصاء أو تهميش.

وحسب تعبير الدكتور نور الدين حاروش فانه: " لتحقيق علاج الأمراض التي لا مفر منها تم وضع

\*

(1) - الدكتور نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة ، عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط2، 2012، ص

مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز القاعدية ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج"<sup>(1)</sup>.

**3- التوزيع العقلاني للأطباء، وزيادة عدد الهياكل وتميئتها وعصرنتها بالوسائل التقنية الحديثة:**  
لقد عرفت الخريطة الصحية خلال السنوات الأولى التي أعقبت الاستقلال اختلالا في توزيع الأطباء الاختصاصيين والمؤهلين على المؤسسات الاستشفائية الجزائرية عبر التراب الوطني، مما حتم على السلطات رفع مستوى التنظيم والتسيير، وتبني مبدأ إعادة التوازن بين مناطق الشمال والجنوب في توزيع الموارد البشرية، وعليه يتم توزيع الأطباء المختصين على كافة مناطق الوطن بما فيها تلك المعزولة والمحرومة، وكذلك زيادة إنشاء عدد كبير من الهياكل الصحية التي تمكن من توفير تغطية شاملة ومتساوية، وتعزيزها بالتكنولوجيا الحديثة والوسائل المتطورة التي تساهم في رفع قدرة هذه الهياكل على تلبية احتياجات السكان الصحية كما ونوعا.

## مطلب رابع: القطاع الصحي الخاص وعلاقته بالسياسة الصحية العامة

### في الجزائر.

يمثل القطاع الخاص اليوم محور عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية في معظم بلدان العالم المتقدمة والبلدان النامية التي اعتنقت النموذج التنموي الليبرالي على حد سواء، نظرا لما يتمتع به القطاع من مزايا وإمكانيات كبيرة تأهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات الاقتصادية والاجتماعية<sup>(2)</sup>، والقطاع الخاص بصفة عامة يمثل كل نشاط اقتصادي يهدف إلى تحقيق الربح ولا يخضع إلى تمويل من الدولة ولا تؤول أرباحه إلى الخزينة باستثناء الجزء الخاضع للضريبة<sup>(3)</sup>.

وبالنسبة للجزائر لا يزال القطاع الخاص غير فاعل ونشط في الاقتصاد الوطني، حيث أن نموه

\*

(1) - الدكتور نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 191.

(2) - مولاي لخضر عبد الرزاق، بنوة شعيب، دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية، دراسة حالة الجزائر، مجلة الباحث، العدد 07، 2010/2009، ص 138.

(3) عباس النصرأوي، برهان الدجاني وآخرون، القطاع العام والخاص في الوطن العربي، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 1990، ص 118.

لم يتجاوز نسبة 50 % من نسبة المساهمة في تكوين القيمة المضافة ، إلا أن التوجه الجديد بعد 1990 لبناء اقتصاد يعتمد على آليات اقتصاد السوق والانسحاب التدريجي للدولة من الإنتاج المباشر للخدمات، وأيضا الإطار التشريعي الجديد وما تضمنه من ضمانات و تشجيعات للقطاع الخاص أعطى حيوية لهذا الأخير، يمكن ملاحظتها من خلال ارتفاع مساهمته في تكوين القيمة المضافة الإجمالية التي بلغت 47.5 % سنة 2001، وازدادت نسبة المساهمة مع تحسين الظروف المساعدة حيث بلغت 86 % في قطاع الصناعة خارج المحروقات سنة 2013.

ولقد كان هناك تحول كبير في قطاع الصحة، صاحب هذا التحول في المعادلة الاقتصادية وبداية تطبيق النموذج الليبرالي وهو خصوصية القطاع الصحي، بحيث أن هذا القرار يقوم على الترخيص بفتح العيادات الخاصة، وتنصيب اعتمادها، وتوسيعها وافتتاحها الكامل في طريقة العرض والعمل، كما وتم زيادة عدد الأطباء الذين يعملون لحسابهم الخاص، وإضافة هيكل جديد يتمثل في العيادات الاستشفائية إلى جانب عيادات الفحص الطبي والعلاج، وعيادات جراحة الأسنان، والصيدليات ومخابر التحليل الطبية ومخابر الأجهزة الاصطناعية، وهذه العيادات الاستشفائية تمارس نشاط طبي أوسع يتعدى العلاج والتشخيص إلى ممارسة الأنشطة الجراحية، بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف والفحص، ولكل مؤسسة أو عيادة استشفائية تابعها الخاص، بحيث يوجد<sup>(1)</sup>:

## 1- مستشفيات خاصة ذات طابع ربحي:

مستشفيات مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص، ويهدف هذا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية مقابل تحقيق ارباح، والتي تقاس من خلالها درجة كفاءتها في نهاية السنة المالية، ويطبق فيها مبادئ إدارة الأعمال، والتي تسعى إلى تحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة، ولكن إدارتها تكون في حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة<sup>(2)</sup>.

\*

(1) - سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية ، عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع ،2006، ص36.

(2) - عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مفاهيم أساسية في الإدارة، القاهرة :المنظمة العربية للتنمية العربية ،2003، ص10.

## 2- مستشفيات خاصة ذات طابع غير ربحي:

وهي مؤسسات استشفائية التي تتوافر فيها خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي ، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالبا بهدف المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع ، والعلاج في هذه المستشفيات ليس مجانا، حيث أن الأموال المتحصل عليها من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى، وهي تنقسم إلى :

### 1-2 مؤسسات بأسماء أصحابها:

تقدم خدماتها في مجال تخصص مالكيها، ويتم الاتفاق مع المريض على ما سيتم تقديمه من مبلغ مقابل الأتعاب، وتعتبر الخبرة، وسمعة المالكين، وجودة خدماتهم المقدمة للمرضى، أساس يرتكز عليه هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية .

### 2-2 مؤسسات استشفائية للجمعيات الغير حكومية:

تنشأ بواسطة جمعيات دينية أو خيرية من خلال التبرعات والهبات والهدايا، وتقدم خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم محدودة لتطوير خدماتها، ولا تسعى للربح ولكن العلاج ليس بالمجان.

### 3-2 مؤسسات صحية استثمارية :

يملكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية المتخصصة أو الغير متخصصة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنبا إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهمة الطب كالمستثمرين العاديين.

وعموما فان للمؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص صفات وخواص موحدة وهي كالتالي:

أ- الشخصية المعنوية .

ب- توضع تحت المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني طبيب و تزود بلجنة طبية.

ج- قدرة الاستيعاب محددة بـ 07 أسرة .

د- يجب ضمان الخدمة الدائمة والمستمرة، ويتعين اكتساب المؤسسة الاستشفائية الخاصة تأمين لتغطية المسؤولية المدنية للمؤسسة ومستخدميها وللمرضى الخاصين بها.

هـ- يجب أن تكون هندسة المؤسسة الاستشفائية الخاصة المعمارية تتماشى مع الشروط والمقاييس المعمارية والتقنية و الصحية التي يحددها التنظيم المعمول به<sup>(1)</sup>.

و- انجازها يخضع لترخيص من الوزير المكلف بالصحة على اساس ملف اداري وتقتي يودع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة ، اضافة الى السندات المتعلقة بالبناء والموقع والانشطة والاعمال .

تشكل هيكل المؤسسة الاستشفائية الخاصة مما يلي<sup>(2)</sup>:

أ- مجلس إدارة : يتكون مجلس إدارة المؤسسات الاستشفائية الخاصة من:

- صاحب مشروع المؤسسة الاستشفائية الخاصة.

- ممثل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.

- رئيس اللجنة الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة .

- ممثل مستخدمي المؤسسة.

- ممثلان اثنان عن جمعيات المرتقين.

- ممثل عن الممارسين الطبيين ينتخبه نظرائه.

- ممثل عن المستخدمين شبه طبيين ينتخبه نظرائه.

ينتخب أعضاء مجلس الإدارة رئيساً من بينهم، مهامه تتلخص في تسيير الجانب المالي والطبي

\*

(1) - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة الداخلية والجماعات المحلية، مرسوم رقم :07-321، 24

أكتوبر 2007، يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها، الجريدة الرسمية ، العدد 67، أكتوبر 2007

ص11.

(2) - نفس المرجع، ص ص 12-13

للمؤسسة وتنظيم العلاقات مع الجمعيات، ولقد أصبح القطاع الصحي الخاص حاليا أحد أهم مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر، إذ أنه يحتوي على حوالي 450 عيادة للعلاج و الفحص والتشخيص موزعة على كامل التراب الجزائري، كما وقد بلغ عدد مدارس التكوين الشبه طبي الخاص في الجزائر 16 مدرسة موزعة على 07 ولايات تقوم بتكوين ما يفوق 3000 متكون من فئة الشبه طبي<sup>(1)</sup>، والى غاية اليوم فان الجزائر لا تتوفر على مستشفيات كبرى خاصة بحجم المستشفيات الجامعية، أو مثل تلك المتواجدة بالدول الغربية رغم أن القوانين السارية تمنح لكل مختص صاحب أموال يريد الاستثمار الحق في بنائها، والسبب يعود إلى التجارب الغير مشجعة للعيادات الخاصة و تجاوزاتها العديدة التي طرحت من قبل المواطنين لدى المكاتب الجهوية لمجلس أخلاقيات المهنة، بحيث تفيد الإحصائيات لسنة 2010، أن قرابة 10 آلاف شكوى سجلت ضد الأطباء معظمهم في القطاع الخاص على الجهات القضائية بسبب الأخطاء الطبية، مما ساهم في تشويه صورة القطاع بين المواطنين خاصة بعد ما طالب مجلس أخلاقيات المهنة بحقه القانوني في مراقبة العيادات الخاصة المتبقية بعد اغلاق 18 عيادة خاصة على المستوى الوطني، كما وطالب بتفتيش المؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص، بما فيها سلوكات عناصر السلك الطبي والشبه الطبي، وتم إصدار مرسوم وزاري يقضي بمعاينة كل طبيب بالقطاع العام تثبت ضده تهمة ضلوعه في توجيه المرضى لفائدة العيادات الخاصة، والذي رأى المختصون أنه مجرد جزء من حل المشكلة وليس كل الحل في غياب قوانين واضحة تحدد طبيعة العلاقة بين أطباء القطاع العام والمؤسسات الاستشفائية الخاصة<sup>(2)</sup>.

ولقد تراوحت العلاقات بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص بين علاقات دعم وتعاون ومنفعة متبادلة، وعلاقات عداء وتنافس تقوم على المصالح، كما وان طبيعة هذه العلاقات ارتبطت بفلسفة وهوية النظام الاقتصادي في الدولة، وكانت رهن بالمتغيرات السياسية التي شهدتها الدولة في كل مرحلة من مراحل تطور نظامها السياسي :

\*

- (1) - سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم التجارية، فرع تسويق، جامعة الجزائر 03، ص-ص 120، 121.
- (2) - نفس المرجع، ص 123.

## 1- النظام الاشتراكي :

عرفت الجزائر عدة تحولات اجتماعية واقتصادية كان الغرض منها بناء مجتمع وتمدته وفق النهج الاشتراكي ، في هذه المرحلة جعلت من الضروري اتخاذ إجراءات صارمة لدعم المنظومة الصحية وترقية الصحة عن طريق تعزيز حماية صحة المواطن بالخدمات الطبية المتخصصة، بحيث تم إصدار قانون للممارسين الاستشفائيين الجامعيين والمتخصصين في الصحة العمومية بالممارسة بصفة خوارص خارج أوقات عملهم في المؤسسات الخاصة، وتكمن أهمية هذا القانون كونه جاء نتيجة للظروف التي عرفتها البلاد فحاج ليوأكب مقتضيات المنظومة الصحية الوطنية خاصة وأن حماية صحة السكان المكفولة دستوريا تشكل أحد الانشغالات الكبرى للبلاد في هذه المرحلة، والتي استدعت السهر على ضمانها وحمايتها وصيانتها وتدعيمها عن طريق توفير خدمات صحية في كافة أنحاء البلاد، والاهتمام بالشراخ الاجتماعية المحرومة، إلا أن التوجه السياسي الاشتراكي للدولة كرس هيمنتها على القطاعات جميعا بما فيها القطاع الصحي، وطغى على الأساليب والتقنيات المعتمدة لضمان تنمية صحية وفق الفكرة الإيديولوجية الاشتراكية القائمة على أن الحكومات الوطنية هي التي ينبغي لها امتلاك موارد الأمة، وتسيرها واستغلالها وليس الأفراد ، والشري يدخل من باب الملكية الخاصة (1) ، ولقد نتج عن هذه المركزية الشديدة وتركز السلطة والأسلوب القيادي المنفرد للدولة في التخطيط والتسيير الوقوع في العديد من الأخطاء حالت دون تحقيق الكفاءة وغياب نظام الحوافز، وانعكس هذا سلبا على القطاع العمومي بشكل خاص، وتمثلت الآثار السلبية فيما يلي :

أ- تخلي الأطباء المتخصصين خاصة منهم الاستشفائيين الجامعيين عن القطاع العام، الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الوطني للصحة، والتوجه سواء نحو الخارج أو نحو القطاع الخاص، حيث توفر لهم كل الامتيازات خاصة المادية منها، وهذا ما أثر سلبا على مساهمة الهياكل الصحية العمومية سواء في تقديم العلاج ونوعية الخدمات الصحية، أو في أنشطة التكوين والبحث العلمي (2) .

\*

(1) [www.ency.kacemb.com](http://www.ency.kacemb.com)/21-08/2015 الاشتراكية

(2)- سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق ، ص176 .



ب- تسجيل توزيع غير متوازن للأخصائيين عبر التراب الوطني، بحيث تستفيد المناطق الشمالية من تغطية صحية كبيرة (طبيب واحد لحوالي 274 مواطن خاصة في الجزائر العاصمة)، بينما يكاد ينعدم تواجد الأخصائيين بمستشفيات الأقاليم الأخرى المحرومة.

## 2- التعددية الحزبية :

كان للأزمة البترولية سنة 1986 اثر بالغ وكبير على الاقتصاد الجزائري، بحيث شهدت الجزائر أوضاعا اقتصادية صعبة، ودخلت في أزمة حادة تدهورت فيها جميع القطاعات، ولقد دفع هذا الوضع النظام الجزائري لتبني خيار اقتصادي السوق كبديل للاقتصاد الموجه ، كما بادرت الحكومة بجملة من الإصلاحات، التي شملت جميع القطاعات العمومية ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي بما فيها المنظومة الصحية ، وكان أول إصلاح هو بداية خوصصة المجال الطبي والتي تمت عبر مراحل :

### أ- خوصصة الممارسين الصحيين :

لقد تم في بداية الأمد خوصصة الممارسة الطبية برفع جميع المعوقات، كالترخيص بتأسيس وفتح العيادات الخاصة ابتداء من سنة 1990، وتركزت في 03 مدن كبرى في الجزائر في بداية نشاطها، وكانت حركة فتح العيادات الخاصة محتشم وبدأت تعمل بصفة ضعيفة، واعتمدت على مستخدمي الصحة العمومية خاصة المختصين في التخدير، ثم بدأت تتزايد نشاطاتها بتزايد المختصين الوافدين، وتزايدت حركة فتح العيادات، وتمت في المرحلة الأخيرة الخوصصة الفعلية للمستخدمين الطبيين الأكثر مكانة في هرم المستشفيات الجامعية الذين يملكون أجور مرتفعة، وقد أصبحوا يمارسون عملهم كل الأيام في العيادات الخاصة، بل وأصبحوا يوجهون المرضى من المشفى نحو عياداتهم الخاصة عن طريق الحملات الشرسة التي تستهدف تشويه صورة القطاع الصحي العام، والتي فتحت المجال واسعا أمام ترويج إشاعات تثير استياء المواطنين، والتضخيم من الحوادث المعزولة التي لا يمكن تعميمها ، ونتيجة لذلك أصبح المواطن بتفاعله مع ما روج له ضحية للبرنسة والنصب و استنزاف الأموال وضحية للتنافس الشرس الأعمى المفتقد للنزاهة بين القطاعين .

ولذلك : " خير وزير الصحة وإصلاح المستشفيات عبد المالك بوضياف في 2015/02/21 الأطباء الجزائريين ، الاختيار بين العمل في القطاع الصحي الخاص أو القطاع الصحي العام مؤكدا على أن الخيار سيكون إجباريا بالنسبة للأطباء من اجل تنظيم المهنة من جهة وتحسين الخدمات الطبية من

جهة أخرى"<sup>(1)</sup>، وأضاف بصريح العبارة: "إن مهنة الطب تشهد الآن فوضى كبيرة من حيث الممارسة المهنية، وحن الوقت لتنظيم المهنة من خلال منع الجمع بين وظيفتين في قطاعين مختلفين ولن نسمح لأي طبيب بالعمل في كلا القطاعين مستقبلا، والجميع مطالب بالاحترام، لأن المريض الجزائري لن يكون من الآن فصاعداً فار تجارب ما بين القطاعين العام والخاص".

## ب- خصوصية الخدمات الصحية:

وتتم بالدرجة الأولى على خصوصية التأمينات الصحية واقتصاد السوق المرافق لها، حيث رفعت الدولة يدها عن إستيراد وإنتاج وتوزيع الأدوية، والترخيص بإنشاء عيادات في إطار خاص وبشكل أوسع مع زيادة عدد الأسرة والالتزام بالقوانين السارية في إطار السياسة الصحية الوطنية.

## مبحث ثاني: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر

مرّ الوضع الصحي في الجزائر بعدة مراحل مختلفة ومتفاوتة من حيث مستوى التطور والخدمات الصحية المقدمة من طرف النظام الصحي القائم في كل مرحلة، ولأن فهم الحاضر واستشراف المستقبل لا يكون إلا بدراسة الماضي، سيتم التطرق في بداية هذا الفصل إلى مرحلة أساسية من مراحل تطور السياسة الصحية والنظام الصحي بصفة عامة في الجزائر، وهي مرحلة ما قبل الاحتلال الفرنسي وبالضبط في ظل الحكم العثماني، تليها المرحلة الثانية أثناء الاحتلال، ثم المرحلة الأخيرة والمتمثلة في فترة ما بعد الاستقلال واسترجاع السيادة الوطنية، وفترة الإصلاحات للمنظومة الصحية، وذكر أهم الدوافع والحتميات التي استدعت عملية الإصلاح، ومبادئها ومكوناتها وأهدافها ونتاجها، ليختم المبحث بتحديد سبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر.

\*

(1)- على الأطباء الإختيار بين القطاع العام والخاص، جريدة البلاد، <http://www.elbilad.net/article/detail?id=32496>

الزيارة: 2015/08/24

## مطلب أول : الوضع الصحي في الجزائر ما قبل الاحتلال الفرنسي:

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

1- انتشار الأوبئة الفتاكة والكوارث الطبيعية بسبب العلاقات الخارجية التي ربطت الجزائر بدول العالم، منها الدول العربية والدول الإفريقية، والتي تعتبر الموطن الرئيسي لأخطر الأمراض الوبائية والمعدية المسببة للوفاة منها الطاعون، بحيث تناقص بسبب ذلك عدد سكان المدن الجزائرية منها مدينة الجزائر إلى خمسين ألف نسمة بعد أن قضي وباء عام 1787 الذي ظهر بعد قدوم سفينة عثمانية حاملة للحجاج من الإسكندرية، ودام ثلاث سنوات وعم جميع أنحاء البلاد، ثم في 21 جوان إلى 6 سبتمبر 1818 بلغ المرض أشده، و هلك ما يناهز 13330 شخص، و حتى سكان المناطق الجبلية لم يسلموا من هذه الأوبئة مثل منطقة جرجرة .

2- الفكر المتعلق السائد بين عامة الجزائريين في هذه الفترة ما زاد من حدة التدهور الصحي، بحيث أن أكثرهم لا يؤمنون بالعلاج عن طريق الطب، ويجهلون ابسط قواعد الصحة، ولا يهتمون بمحاربة الأوساخ المسببة لانتشار بعض الأمراض مثل حمى التيفوس وحمى المستنقعات، فمنهم من كان يؤمن بالقضاء والقدر فلا يجزأ على دفع المرض، ومنهم من كان يتخذ من السحر والشعوذة وزيارة الأضرحة والأولياء كوسيلة للعلاج، وقلة أخرى كانت تتداوى بالأعشاب ونباتات.

3- تعرض الجزائر للمجاعات والفقر خلال سنوات 1794 و 1800 و 1804 و 1809، تسببت هذه الظروف والأزمات في سوء الأحوال الصحية للسكان، وأثرت كثيرا على قدرة السكان في تحمل الأمراض ومقاومتها، مما أدى إلى ارتفاع نسبة الوفيات وضعف النمو الديموغرافي في هذه الفترة.

4- اهتمام الحكام في هذه الفترة بصحتهم وصحة حاشيتهم، من خلال جلب الأطباء من أسرى الأروبيين لوقايتهم وعلاجهم من الأمراض وعدم أكثراتهم بصحة السكان تاركين العامة للطب التقليدي، وما كان للحكام العثمانيين دور في الجانب الصحي إلا بعض الإجراءات الخاصة بتفتيش السفن التجارية الآتية من الخارج، والتأكد من خلو وعدم إصابة الطاقم بأي مرض، وخصوصا الطاعون الذي كان يجبر المفتشين بمنع السفينة من المرور، أو دخول الميناء في حالة ثبوت وجوده، كما ويتم إخضاع الطاقم للحجز الصحي لمنع انتقال العدوى.

5- قلة الأطباء الجزائريين ووجود فئة قليلة متخصصة مقارنة مع عدد الأطباء المستقطين من الخارج من طرف الحكام، ومن بين الأطباء الجزائريين في تلك الفترة نجد الطبيب "ابن حمادوش" الذي ألف كتاب اسماه "الجوهر المكنون من بحر القانون" خصصه لشرح المصطلحات الطبية وتعريفها، ودون فيه 90 دواء.

6- قلة المستشفيات وتوفر الجزائر على ما يسمى بالملاجئ والمصحات، من بينها ملجأ للأمراض العقلية في ناحية باب عزون، وملجأ للعجزة من الأتراك والجيش الانكشاري، أما المستشفيات فكانت مسيرة من طرف الرهبان المسيحيين وخصصت لمعالجة أسراهم المسيحيين، وأول مستشفى تم بناءه كان على يد الراهب سيستيان عام 1551، ومستشفى آخر 1575 .

7- التواجد الشبه منعدم للصيديات، ماعدا صيدلية واحدة بمدينة الجزائر يشرف عليها باش جراح صيدلي وجراح وطبيب، وكانت تحتوي على قنينات العقاقير وكووس للأدوية المصنوعة من النباتات والأعشاب الطبية، وقلة الأدوية ساهم كثيرا في ارتفاع نسبة الوفيات وانتشار الأمراض المعدية .

## مطلب ثاني: السياسة الصحية أثناء الاحتلال الفرنسي.

إن الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة التي شهدتها الجزائر بصفة خاصة والدول العثمانية بصفة عامة مهدت الطريق المؤدي لاحتلال الجزائر من طرف المستعمر الفرنسي، هذا الأخير الذي باشر بعد استيطانه في إحداث تغيرات عديدة على كافة المستويات بما فيها المستوى الصحي تماشيا مع تحقيق أطماعه الاستعمارية، والمتمثلة في بسط الهيمنة والنفوذ على كامل التراب الوطني ومن خلال الطرح الموالي سيتم كشف كافة التغيرات التي أحدثها المستعمر الفرنسي على المستوى الصحي، والتي كان لها اثر على بنية وتركيب المجتمع الجزائري وفق ثلاث مراحل زمنية أساسية وهي كالاتي:

### 1- المرحلة الأولى : 1830-1850 :

إن أول ما باشر به الاستعمار الفرنسي لتثبيت أقدامه على ارض الجزائر ولخدمة الجيش الاستعماري من جهة وكسب الود والتأييد من طرف الجزائريين من جهة أخرى، هو تطوير الإجراءات

والهيكل الصحية بما يتماشى مع التطور العام ويساهم في تحقيق الأهداف الاستعمارية<sup>(1)</sup>، تم إنشاء المستشفيات في أنحاء عديدة من الجزائر، بحيث انه في سنة 1832 تم إقامة مستشفى في كل من الجزائر ووهران ، عنابة أو (بونة سابقا) ، وفي سنة 1834 م ، وفي عام 1839 أنشئ مستشفى في كل من قلمة والبليدة<sup>(2)</sup> .

وفي سنة 1843، تم وضع سيارات إسعاف ثابتة في المناطق الآهلة بالمعسكرين لخدمتهم وخدمة الأهالي التابعين للنظام العسكري الفرنسي، ومصحات متنقلة مفتوحة للمدنيين والعسكريين في مدينة بوغار، تنس ، ثنية الحد.

وفي سنة 1845، بلغ عدد المستشفيات في الجزائر 38 مستشفى ، و اعتبرت من مستلزمات الحرب ووسيلة للاستقطاب وتوسيع النفوذ، وهذا ما أكده بوزين BOUSIN احد الأطباء الفرنسيين : " أن الطب عمل تحضيرى وتمديني من جهة، ومن جانب آخر يشكل مؤسسة سياسية بإمكانها من خلال استقطاب العرب أليها ، المساهمة في توسيع نفوذها وتأثيرها السلمي على قبائل المناطق الداخلية"<sup>(3)</sup> ، إذا في هذه المرحلة اهتمت الإدارة الفرنسية بتطوير النظام الصحي العسكري، وأهملت المدني، واستثنيت مناطق الجنوب الجزائري من جميع هذه التطورات والأحداث باعتبارها مناطق لم تحتل بعد.

\*

(1)- Ministère de la Santé, **L'organisation de la distribution des soins durant la période colonial**, séminaire sur le développement d'un système national de santé: l'expérience algérienne, Exposé n°1, Alger les 07 et 08 avril, 1983, p 24.

(2)- إفون تيران، **المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة**، ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة، الجزائر: دار القصة، 2007، ص.

(3)- نفس المرجع ، ص 34 .

## 2- المرحلة الثانية 1850-1945:

لقد كان للمقاومة الشعبية العظيمة للشعب الجزائري وثوراته ضد المحتل الفرنسي اثر بالغ الأهمية تجسد في تغيير هذا الأخير لسياسته الصحية من الطابع العسكري إلى المدني بشكل تدريجي، فأعلنت الإدارة الفرنسية عن سياسة صحية جديدة ظاهرها إنساني وجوهرها ملئ بالعدوانية، وكان الهدف الأسمى من هذا التطور، هو توطيد علاقاتها مع السكان الأهالي للقضاء على الثورات الشعبية والحركة الوطنية من جهة، وكاستجابة لمطالب المستوطنين الفرنسيين و الاوربين من جهة أخرى.

وتبعا لهذه السياسة الصحية الاستعمارية الجديدة، أنشأت الإدارة الفرنسية مؤسسة صحية مؤلفة من أربعة أشكال للتنظيم، وهي<sup>(1)</sup>:

أ- **تنظيم صحي عسكري** : موجه لخدمة المستوطنين كضرورة ووسيلة لتلبية حاجياتهم الصحية وتوفير الرعاية الطبية لهم.

ب- **تنظيم صحي مدني استعماري**: موجه للجزائريين والاوربين العاملين في قطاع البريد والمواصلات والسكك الحديدية وعمل المناجم النقل الورشات الصناعية، وكان يقدم خدمات صحية مرضية بصفة عامة.

ج - **تنظيم صحي مجاني**: موجه للسكان الاصليين المحرومين والفلاحين في المزارع الاستعمارية وكان يقدم مساعدات طبية مجانية لهم.

د- **تنظيم صحي تقليدي**: موجه لسكان الأرياف والجبال، وكان مهدد من قبل التنظيمات الصحية الثلاثة السابقة .

\*

(1)- **Ministère de la Santé**, op.cit,pp24-25.

كما اتخذت السلطات الفرنسية العديد من الإجراءات في المجال الصحي تتماشى مع سياستها الصحية الاستعمارية الجديدة من أهمها<sup>(1)</sup> :

- 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 خاصة للاوربيين.
- إنشاء دوائر طبية ومستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للاوربيين.
- تشجيع الأطباء الفرنسيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية، كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الاهالي، عام 1904، وإنشاء عيادات سنة 1907 للأهالي، وسنة 1926 تم توظيف ما يسمى بالمرضات الزائرات في هذه العيادات.

ونظرا لوعي الجزائريين بأن هذه السياسة الصحية الجديدة ما هي إلا سياسة استعمارية وإستراتيجية من استراتيجيات المحتل لكسب تأييدهم لمشروعه الاحتلالي، لم تتلقى هذه السياسة ترحيبا منهم، وكانوا يفضلون العلاج بالطريقة التقليدية والمتداوي بالأعشاب والنباتات ان استلزم الأمر على العلاج في مستشفيات الاحتلال الفرنسي وذلك خوفا وحذرا من الخدمات الصحية المقدمة من طرفها والشك فيها من جهة ولان العلاج عند المستعمر كان بمثابة التدنيس لشرف الأسرة وكرامتها<sup>(2)</sup> .

\*

(1)- كريمة بوعزيز،"إختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام و القطاع الخاص."رسالة ماجستير،معهد علم الاجتماع،تخصص ديمغرافيا،جامعة الجزائر،سنة ، 2002ص 27 .

2) **Organisation de la santé dans les maquis d'Algérie durant la guerre de libération**, Fondation nationale pour la promotion de la santé et le développement de la recherche ,<http://www.forem.dz/index.php/activites/v/index.php/visité> le : 29/09/2015.

### 3- المرحلة الثالثة : 1945-1962:

لقد شهدت هذه الفترة ميلاد العديد من التنظيمات السياسية التي طالب الشعب الجزائري من خلالها بالعدالة والمساواة، وبالخصوص فيما يتعلق بالاستفادة من الخدمات الصحية و امتيازات الضمان الاجتماعي دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي، وكذا محاربة السياسة العنصرية الاستعمارية التي طبقتها فرنسا في الجزائر، والتي ساهمت في تردي أوضاع الجزائريين الاجتماعية والاقتصادية وانتشار الأمراض والأوبئة والفقر والمجاعة.

وكد فعل قوي من الشعب الجزائري ظهرت حركة وطنية تجمع خيرة أبناءه ، تدافع عن حقوقهم السياسية والاجتماعية و الاقتصادية بطريقة قانونية منظمة ، نشط في إطارها تشكيلات وأحزاب مختلفة مثل نجم شمال إفريقيا سنة 1926، وجمعية العلماء المسلمين 1931، وحزب الشعب الجزائري 1937<sup>(1)</sup>، وتضافرت الجهود والنشاطات لكشف حقائق الاحتلال وتوعية المواطنين الجزائريين بحقوقهم في الحرية واسترجاع السيادة الوطنية، وتطورت الحركة الوطنية من المطالبة بالإصلاحات والاندماج إلى المطالبة بالاستقلال، نتيجة لتعرض نشطائها لممارسات غير إنسانية كالسجن والقتل والتعذيب والنفي من طرف الاحتلال الفرنسي، لكن مع كل تلك الجهود المبذولة إلا أن تأثير الأحزاب والجمعيات المنضوية تحت لواء الحركة الوطنية ظل ضعيفا وغير فاعل على مستوى التغيير الاجتماعي والسياسي، ولم تتمكن من تحقيق أي نتيجة فيما يخص تحقيق العدالة والمساواة في تقديم الخدمات العلاجية والرعاية الطبية، واستمرت الإدارة الفرنسية في سياسة التمييز على كافة المستويات الصحية، بما فيها تقديم امتيازات الضمان الاجتماعي لفئة المستوطنين الاوربيين، وقلة من الجزائريين المثقفين ممن كانوا أعضاء في المجالس الانتخابية في الإدارة العسكرية الفرنسية، والعمال في القطاعات الصناعية وفئة الخدم والتبع من الجزائريين.

بهذا تعددت الأسباب التي دفعت الحركة الوطنية لمضاعفة جهودها الرامية إلى مواجهة الاحتلال وسياسته الممنهجة ووضع حد لها، وأدت إلى إعلان عن اندلاع الثورة التحريرية في أول نوفمبر 1954

\*

(1)- خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص 31 .



وكان لهذه الثورة تأثير عميق على مستقبل النظام الصحي وسياساته في الجزائر سواء في فترة الاحتلال، وحتى بعد استرجاع السيادة الوطنية.

ونظرا لحاجة الشعب الجزائري عامة والثوار خاصة للرعاية الصحية والخدمات الطبية والاستفادة منها دون تمييز، أنشأت جبهة التحرير الوطني أول نظام صحي مستقل في عناصره وأهدافه سنة 1954، واعتبر البذرة الأولى للتنظيم الصحي الذي يتماشى مع إرادة الشعب الجزائري وظروفه، وكان يضم هذا النظام أطباء وممرضين وصيادلة جزائريين كانوا يعملون بالمستشفيات الفرنسية وينتمون إلى جبهة التحرير الوطني ويعملون لصالحها أيضا مؤطرين من طلبة وثانويين استجابوا للنداء وانضموا لصفوف الجهاد نتيجة إضراب 19 ماي 1956، فعملوا على تطوير نظام الصحة للثورة وتدعيمه، وفي البداية أغلب الخدمات الصحية وجهت للجيش الوطني بحيث كانت تقدم الإسعافات الأولية للمصابين من الجنود في الحرب، وعندما ازداد عدد المنظمين من اطباء وممرضين وطلبة درسوا وتكونوا في كليات الطب الفرنسية بالجزائر تحسنت وضعية النظام الصحي وبدأت دائرته الخدماتية تتوسع شيئا فشيئا حتى شملت عامة الشعب دون استثناء<sup>(1)</sup>، ومن بين النشاطات والخدمات التي يقدمها هذا النظام الصحي الجديد ما يلي<sup>(2)</sup>:

أ- نشاطات خاصة بتكوين المساعدين الطبيين.

ب- نشاطات خاصة بالوقاية (الأمراض المعدية).

ج- نشاطات خاصة بتقديم العلاج والفحوصات للمجاهدين والجنود والكشف على حالتهم الصحية والقيام بعمليات جراحية صعبة.

ومرّ النظام الصحي للثورة بمرحلتين متباينتين، مرحلة تميزت بالعشوائية وعدم التنظيم إمتدت من سنة 1954 إلى غاية 1956، والفترة الثانية تميزت بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956

\*

(1)- الاتحاد العام للطلبة المسلمين الجزائريين من التأسيس إلى إضراب 19 ماي 1956، المركز الوطني للدراسات والبحث في

الحركة الوطنية وثورة أول نوفمبر 1954، [http://www.cnerh-nov54.dz/wpcnerh/?page\\_id=250](http://www.cnerh-nov54.dz/wpcnerh/?page_id=250)، الزيارة في :

2015/08/01

(2)- خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص 33 .

الذي كان له الفضل في تنظيم الثورة بصفة عامة ، والقطاع الصحي بصفة خاصة ، ومنحه طابع المؤسسة وتقسيمه إلى أربع مستويات: القسمة وتمثل الأساس - القطاع- الناحية -والتي تضمن التنسيق بين القطاعات- المنطقة - الولاية.

ولقد كانت أعمال النظام الصحي يسودها نوع من السرية والتحسب الكامل لكل حركة، بحيث يمنع على القائمين على المستشفيات ( عبارة عن أكواخ وبيوت من الطين ومخابئ تحوي تجهيزات ووسائل بسيطة محصل عليها من المؤسسات الصحية الاستعمارية)، أن يتصلوا بأي شخص لا علاقة له بالميدان، ويمنع عليهم الإخبار بمكان المشفى، أو إظهار أنفسهم وبأن مهنتهم التمريض أو الطب إلا إذا استدعت الحاجة لذلك.

كما أن النظام الصحي كان ملحق بالنظام العسكري، والمستشفيات كانت خاضعة خضوعا تاما لجيش التحرير وتسير بأمره، والذي خصص فرقة خاصة بالحراسة وجلب التموين لهذه المستشفيات والاتصال بإدارة القسم والناحية والمسؤولين العسكريين.

وأما عن الأدوية فكانت تخزن بعناية وسرية تامة، بحيث لا يعلم بمكان تخزينها إلا اثنان أو ثلاثة ممن يوثق بهم، ولا يحمل الممرض معه من الدواء إلا الكمية التي يحتاجها أما باقي الأدوية تبقى مخزنة تحت الأرض لغاية الحاجة إليها، وكانت للمؤسسة الصحية الأسبقية فيما يخص التمويل وخاصة التمويل بالأكل واللباس للأطباء والممرضين وتتبع حركة دخول وخروج الأدوية والمنتجات الصيدلانية ، وعمدت أمام اشتداد الثورة والتفاف الشعب حولها إلى إدخال إصلاحات سياسية اقتصادية بغية استمالة الشعب وعزله عن الثورة وتسهيل عملية القضاء عليها، ومن بين هذه الإصلاحات الفرنسية :

- مخطط قسنطينة سنة 1958، والذي تطلب حوالي 182.3 مليون فرنك فرنسي كغلاف مالي لقطاع الصحة والبرامج الصحية وارتفع المبلغ إلى 330.6 مليون فرنك فرنسي سنة 1962<sup>(2)</sup> ، ولكن لم يتحقق منه إلا التحاق الطلبة وبأعداد كبيرة لكليات الطب (كلية الطب بجامعة الجزائر )

\*

(2)- كريمة بوعزيز، مرجع سابق، ص34 .

ومدارس تكوين المساعدين الطبيين، أما الباقي من الشعب الجزائري بقي يعاني تضييقات الاحتلال عليه وويلات عدوانه الغاشم، ومع ذلك كله تعذر على المحتل كبح نضاله وحبس إرادته، فقدم الشعب النفس والنفيس بعد جهاد طويل مرير تحقق النصر ورفرفت راية الجزائر، وكان من نتاج الاستعمار الاستيطاني انه دمر مجمل البنى الاقتصادية التقليدية التي حفظت كيان الشعب الجزائري لعهود طويلة ، فورث الجزائريون كل مظاهر التخلف ونسبة أمية مرتفعة وإدارة مشلولة بسبب غياب الإطارات، كل هذه الظروف الصعبة أوجبت على الحكومة بعد الاستقلال تطوير البلاد سياسيا واجتماعيا واقتصاديا وثقافيا لبناء دولة عصرية في إطار انتمائها الحضاري العربي والإسلامي.

## مطلب ثالث : السياسة الصحية في فترة ما بعد الاستقلال.

يمكن تقسيم هذه الفترة محور الدراسة إلى قسمين من 1962 إلى غاية 1989 والثانية من 1990 إلى غاية 2015.

### 1- فترة بناء الدولة الجزائرية وتطوير هيكلها 1962-1989 :

تعتبر هذه المرحلة فترة بناء الدولة الجزائرية ومواجهة التحديات الكبرى على كافة الأصعدة وخاصة على الصعيد الصحي حيث واجه صناع القرار احتياجات صحية ضخمة وبوسائل بسيطة وكان من أولويات السياسة الصحية الجزائرية في تلك الفترة ما يلي<sup>(1)</sup>:

أ- وضع برنامج حي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة الأكثر انتشارا بين السكان ، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية.

\*

(1)- بن لوصيف زين الدين ، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنستنتية والإجتماعية،العدد الأول،كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة، ديسمبر 2003 ، ص139.

ب- إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كانوا في اغلبهم من الفرنسيين ، وزادت الحرب التحريرية في حدة تدهور هذه الهياكل.

ج- إصدار قانون الممارسة العمومية الإجباري سنة 1963 لكل طبيب يعترزم فتح عيادة خاصة .

د- انشاء المعهد الوطني للصحة العمومية (مؤسسة عمومية ذات طابع اداري ) سنة 1964 بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 64-110 في 10 افريل 1964، أنشأت من اجل تطوير العمل الصحي وترقية الصحة.

هـ- وضع البرامج الوطنية لمكافحة مرض السل والملاريا و الرمد الحبيبي سنة 1965 بدعم من منظمة الصحة العالمية .

و- مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969<sup>(1)</sup> ، والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها وهي خطوة ايجابية تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية.

ز- إنشاء صيدلية مركزية جزائرية مهمتها احتكار عمليات إستيراد الأدوية وإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية.

ح- تعبئة الموارد البشرية المحلية والاستعانة بالكفاءات الأجنبية.

ط- إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965 للقضاء على المعوقات القانونية التي كانت تحول دون أداءها لوظائفها فإدارة الصحة كانت مندمجة قبل ذلك ضمن وزارات أخرى.

ولقد بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (50% منهم جزائريين ) لتلبية الحاجات الصحية لنسبة سكان مقدرة ب10.5 مليون ساكن، وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بارتفاع

\*

(1)- R.A.D.P, Décret n° :69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose **Journal Officiel** , n° 59, du 11 juillet 1969, p 560.

الوفيات عند الأطفال 180 لكل 1000 وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتنقلة المتسببة في الوفاة والإعاقة، ولمواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين:

أ- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي.

ب- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة وخاصة الأمراض المعدية، ومن اجل تحقيق هذين الهدفين تم بناء هياكل قاعدية عديدة ومضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و1979 ، وإنشاء المراكز الصحية والعيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 م<sup>(1)</sup>.

وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني وأيضاً الاستيراد والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص.

وتطورت السياسة الصحية وارتفع مستوى الأداء عن سابقه ابتداء من سنة 1974، بحيث تم إقرار مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية والمساواة بين جميع المواطنين باختلاف مداخيلهم وأوضاعهم الاجتماعية ومستوياتهم ، وتوفير تغطية صحية تشمل كامل التراب الوطني ، كما تم من اجل تحقيق ذلك إصلاح النظام التربوي، وبالخصوص الدراسات الطبية وتحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات وتطور المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، وبفضل تعبئة الموارد المالية من الاستثمارات المرتفعة التي كانت تقوم بها الدولة ارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986 وارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987<sup>(2)</sup>.

\*

(1)- نورالدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، قسنطينة: دار كتامة، 2008، ص 132.

(2)- Saihi .A, Le système de santé publique en Algérie, Revue "Gestions hospitalieres, les décideurs hospitaliers n455,p241-242.

ولقد ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة في توسيع الخدمة المجانية للطب كخطوة في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ، وفي هذا الإطار أكدت العديد من المراسيم والمواثيق والأوامر على حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء في الميثاق الوطني لسنة 1976<sup>(1)</sup> :  
" الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج" ، كما دعم دستور 1976 م هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي تنص صراحة بان : " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي ضمانا لتحقيق هدف توفير تغطية صحية جيدة تم تعيين طبيب لكل 1000 مواطن ووضع برنامج يهدف لتكوين الأطباء وإصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان وفق التطورات العلمية الحاصلة في مجال الوقاية والعلاج وتبني البرمجة الصحية للدولة (La programmation sanitaire du pays) او PSP وانشاء القطاعات الصحية ، والقطاعات الصحية الفرعية ، أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كامل نفقات الصحة لتخفيف العبء على المواطن، وتسيير الخدمة للبطء محدود الدخل.

ولقد شهدت الفترة الممتدة من 1980 الى غاية 1990 بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية عبر الوطن، والتي ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق المعزولة أو المحرومة، إلا أنها تميزت بغياب دراسة جادة في التقسيم الجغرافي لهذه الهياكل وهندستها الغير ملائمة للمحيط الذي بنيت فيه ، كما وتميزت هذه الفترة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم:

- قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983<sup>(2)</sup> والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي واخذ مبلغ جزافي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة وإجراء تقويم بعدي يسمح بترشيد النفقات، والمادة 65 منه تنص على أن

\*

(1)- نور الدين حاروش، مرجع سابق ، ص138.

(2)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 83-11 مؤرخ في 02 يوليو 1983، المتعلق بالتأمينات الإجتماعية،

الجريدة الرسمية، الصفحة رقم 1762 ،الصادرة بتاريخ : الثلاثاء/ 7/24/1983.

مبلغ المساهمة الجزافية لصناديق الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية يحدد بمرسوم وحسب تكلفة الصحة وعدد المؤمنين اجتماعيا .

- مرسوم تنفيذي 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986<sup>(1)</sup>، يعطي استقلالية تامة للمراكز الاستشفائية الجامعية بعدما كانت هذه المراكز مدجة مع باقي القطاعات الصحية.

- مرسوم تنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989<sup>(2)</sup>، الخاص بإنشاء مدرسة وطنية للصحة العمومية، وتحديد مهمتها بتكوين الأطباء والممرضين والإداريين فيما يخص البرامج الصحية التي تصنعها السلطات الصحية بطرق حديثة التي تساهم في تنفيذ هذه البرامج وحسن تطبيقها وتقويمها بعد الانتهاء من تنفيذها.

## 2- فترة الانتقال السياسي والاقتصادي من 1990 الى 2014 :

تنقسم هذا الفترة إلى مرحلتين، الأولى من 1990 إلى غاية 2002 ، و الثانية من 2002 إلى 2014 .

### 2-1- فترة ما بين 1990-2002 :

لقد ساعدت الجهود التي بذلتها السلطات الجزائرية في سبيل بناء الدولة الجزائرية ومواجهة التحديات التي شهدتها بعد الاستقلال في انخفاض مؤشر الوفيات ، حيث انتقل من 1000/47 نسمة إلى 1000/25 نسمة، وحدث تغير في هرم الأعمار، وأصبحت نسبة السكان الذين تتجاوز أعمارهم 25 سنة وهي الأكبر بالنسبة لباقي الفئات العمرية بعدما كانت هي الأدنى فيما سبق<sup>(3)</sup>، كما وارتفع مؤشر

\*

(1)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 86-25 مؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون

الاساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادرة في 12 فيفري 1986، ص. 115.

(2)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 89-11 مؤرخ في 07 فيفري 1989، المتعلق الخاص بإنشاء مدرسة وطنية للصحة العمومية وتحديد مهمتها بتكوين الاطباء والممرضين والاداريين، الجريدة الرسمية، العدد رقم 26 ،الصادرة بتاريخ :

1989/02/08

(3)- D.Rachid bougherbal, **la transition épidémiologique en algerie**, journée parlementaire sur la

santé, Conseil de la nation, palais Zirout Yousef-Alger:2010,P7.

الأمل في الحياة، وانتقل من 52.6 سنة في عام 1970 إلى 75.7 سنة في عام 2008، وفيما يلي جدولين يوضحان كل من تطور عدد السكان المقيمين داخل الوطن والامل في الحياة عند الولادة :

جدول رقم واحد (1) يوضح تطور عدد السكان المقيمين داخل الوطن (بالألف نسمة)

2008	1998	1987	1977	1966	
34745	29271	22881	16064	12096	العدد الإجمالي للسكان
17577	14801	11574	7992	6073	الذكور
17168	14171	11308	8072	6023	الإناث

Source: Grangaud; les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie.

جدول رقم (2) يوضح الامل في الحياة عند الولادة (بالسنوات)

المجموع	إناث	ذكور	
52.6	52.8	52.6	1970
57.4	58.8	55.9	1980
67.7	67.8	66.9	1991
72.5	73.4	71.5	2000
74.8	75.8	73.9	2004
74.6	75.6	73.6	2005
75.7	76.8	74.7	2006
75.7	76.8	74.7	2007
75.7	76.6	74.9	2008

Source: Grangaud; les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie.

وانطلاقا من هذه المعطيات فإن من بين الأسباب والعوامل التي ساهمت في تحقيق هذا التحول الديمغرافي، الذي بلغته الجزائر في ظرف وجيز والمقدر بـ 50 سنة مقارنة مع الدول الأوروبية التي استغرقت قرون طويلة هي كما يلي:

أ- بناء الهياكل الصحية في كامل أنحاء البلاد .

ب - تكوين أعداد كبيرة من مهني الصحة من أطباء وشبه طبيين.



ج- البرامج الصحية التي وضعتها الدولة مباشرة بعد الاستقلال لمواجهة بعض الأوبئة التي كانت منتشرة بشكل واسع بين أفراد الشعب ، الشلل والملاريا.

د- التكفل بالفئات الهشة كالأُم والطفل، ووضع برنامج للقضاء على شلل الأطفال سنة 1993 تطبيقا لقرار المجلس العالمي للصحة.

هـ- إعادة هيكلة تدريجية رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن، وترجم هذا الأخير بما يلي<sup>(1)</sup>:

أولاً: مشروع الجهوية الصحية ، والذي شرع فيه في الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية ، اللامركزية ، وتحقيق تنمية إجتماعية وصحية متوازنة.

ثانياً: إنشاء ووضع هيكل الدعم لنشاط وزارة الصحة حيز التطبيق وتمثلت فيما يلي:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية وهو مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل ادخاله الى السوق.

- الصيدلية المركزية للمستشفيات ، مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية سنة 1994 .

- الوكالة الوطنية للدم، مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم 1995 .

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.

\*

(1)- Chaouch.M; **Développement du Système National de Santé ; Stratégies et Perspectives;**

le gestionnaire" revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique; n°5; juin 2001.

- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

كل هذه الجهود كان لها الأثر المباشر في تحسين الكثير من المؤشرات الصحية ، كإخفاض نسبة الوفيات ، بالإضافة إلى تحول واضح في العديد من محددات الصحة :

أ- ارتفاع مستوى المعيشة لدى فئات عديدة من السكان.

ب- ارتفاع مستوى الوعي خاصة عند المرأة بفضل إنتشار التعليم وخاصة تعليم الفتيات والذي تسبب في تأجيل سن الزواج وانتشار الاستعمال الواسع لوسائل منع الحمل، مما أدى الى الانخفاض السريع في معدل الخصوبة ليقارب المعدل الأوربي المنخفض، وأصبح تقريبا لكل اسرة ولدان على الأكثر<sup>(1)</sup>.

ج- تحسين ظروف وعوامل الحياة الصحية من بينها:

- ربط المدن بالمياه الصالحة للشرب.

- توفر قنوات الصرف الصحي.

- تطور وسائل النقل والاتصال.

ولقد أصبح لمحددات الصحة العامة وزن كبير في ميزان المعطيات الخاصة بالسياسات الصحية لابد من تحسينها<sup>(2)</sup> ، وبالرغم من جميع الجهود المبذولة والتحويلات التي شهدتها الجزائر في هذه الفترة، إلا أنها كانت غير كافية أمام التحدي الصعب الذي يمثل الجانب السلبي لتلك التطورات، بحيث أن انتشار التعليم والذي تسبب في تأجيل سن الزواج ، والاستعمال الواسع لحبوب الحمل ، وتحديد الأسرة كان من نتائجه إنخفاض نسبة المواليد وارتفاع عدد المسنين من بين السكان ، وما يعنيه ذلك من إرتفاع في فاتورة العلاج لدى هذه الفئة الهشة.

\*

(1)- يوسف كرباج، هل تؤدي الثورة الديمغرافية إلى ثورة ديمقراطية؟ نموذجا الشرق الاوسط وشمال افريقيا، مجلة عمران ، العدد

03، الدوحة:المركز العربي للابحاث ودراسة السياسات ، مارس 2013،ص6.

(2)-Rachid bougharbel,op cit,P8.

وكان أيضا من بين التحديات الصعبة التي واجهتها الجزائر في هذه الفترة، ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض الغير منتقلة ، كأمراض السكري، والضغط الدموي، وأمراض القلب وأنواع السرطانات المختلفة ، والتي أصبحت تمثل أحد الأسباب المهمة للوفاة ، بعدما كانت الأمراض المعدية هي المسؤولة على ذلك ، وأصبحت أيضا هاجسا للدولة من جهة، وللمرضى وأهاليهم من جهة أخرى ، وذلك بسبب خطرين وهما : خطر الموت الداهم، وخطر المعاناة في البحث عن مركز يعالجهم في ظل قلة المراكز المتخصصة في هذا الميدان، بحيث أن دراسات لمجموعة من الخبراء تبرز أن الجزائر تحصي سنويا 30000 حالة سرطان جديدة، وهذا العدد بحاجة إلى ما لا يقل عن 20 مركز للعلاج، خاصة العلاج الكيميائي (Chimiotherapie)، والعلاج بالأشعة (Radiotherapie)، وهي من العلاجات التي لا تنتظر المريض ويمكن أن تجهز عليه قبل موعد العلاج الذي قد يمتد إلى أشهر أو سنة أو أكثر، وأكد الأستاذ بوزيد رئيس مصلحة بيار وماري كوري بالمركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا بالجزائر العاصمة، أنه فقط 8000 مريض بالسرطان يحصلون على العلاج من مجموع 28000 مريض، وفرص النجاة بالنسبة للمريض ضئيلة جدا، لكن قد تصل نسبة النجاح 100%، إذا تم التكفل به من البداية، أما إذا وصل المريض إلى المرحلة الثالثة أو الرابعة فإن تكلفة علاجه تتطلب أموال باهضة قد تصل إلى 5 ملايين دينار في السنة ، وثلاثة أرباع المرضى يموتون في الخمسة سنوات التالية<sup>(1)</sup>.

ومن أجل مواجهة هذا التحدي خصصت الدولة الجزائرية ميزانية كبيرة لتوفير الرعاية الصحية باعتبارها من بين أكثر قضايا التخطيط والتنمية إثارة للجدل، والتي تلزم الدولة توجيه الاهتمام لها وذلك لسببين : أن الإنسان هو محور التنمية وهدفها ووسيلتها ومن أهم مقومات حياته ومتطلبات عيشه الصحة ، وثانيا تعتبر الخدمات الصحية السبيل إلى تحقيق التنمية الصحية، إلا أن الخدمات الصحية تعد من أعلى الخدمات تكلفة أصحاب القرار توزيعها لابد ان يكون بدقة دون الإخلال بمبدأ العدالة والمساواة<sup>(2)</sup> ، و تستدعي نظم تسيير حديثة ومختلفة، وطرق تمويل مغايرة عن تلك التي كانت سائدة في المراحل الأولى للاستقلال تماشيا مع حجم التحديات الحديثة.

\*

(1)- Ghania Lassal, *Le courageux combat du professeur Kamel Bouzid, le quotidien elwatan,*

n6761,23 année,09.01.13 p 05.

(2)- احمد عوف عبد الرحمان، أوقاف الرعاية الصحية في المجتمع الإسلامي، كتاب الأمة، الدوحة: وقفية الشيخ علي بن عبد الله آل ثاني

للمعلومات والدراسات:، 2012، ص 6.

ومن بين أهم الإجراءات القانونية والإدارية التي عمدت الدولة القيام بها لإنجاز المهام الكبرى التي يتطلبها نظام صحي متوازن ومتكامل:

- إجراء تحقيق وطني حول الصحة سنة 1991 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، للوقوف على الوضعية الوبائية للسكان بإعتماد نظام للمعلومات الصحية، والذي هو عبارة عن آلية لجمع وتحليل ونشر المعلومات اللازمة لتنظيم عمل المصالح الصحية والضرورية لميدان البحث والتكوين.

- الاهتمام بالأطفال، وإجراء تحقيقات حول صحتها تحت إشراف وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصاء وجامعة الدول العربية بإعتبار أن الطفل هو رجل المستقبل والأم هي الحاضنة لهذا المخلوق الضعيف.

- الشروع في إعادة النظر في طرق التمويل الصحي من خلال نظام التعاقد حيث تضاعفت النفقات الصحية مع النمو الديمغرافي المتزايد ، مما حتم على الدولة ترشيد النفقات للوفاء بالمتطلبات الخاصة بالعلاج والوقاية لكافة فئات السكان . ولقد كان النهج التعاقدى محور من البرنامج الحكومي لسنة 1995<sup>(1)</sup>، وبنيت بنوده الفئات التي يتكفل الضمان الاجتماعي بدفع مصاريف العلاج والإقامة عنها والفئات المحرومة التي تتكفل بها البلدية والباقي يتحمل نفقات العلاج على حسابه أي الفئات الغنية ، لكن المشروع بقي يراوح مكانه لأسباب كثيرة أهمها الضغوطات التي كان يقوم بها لوبي العيادات الخاصة من أجل إفشال المشروع ، كما لقي المشروع صعوبات إدارية بحيث صعب على المكلفين الإداريين تحديد المواطن المحروم هل هو العاطل عن العمل وليس له دخل أم المواطن الذي يتقاضى دخلا أقل من الحد الأدنى للأجور<sup>(2)</sup>، لذا وكلت مهمة تحديد وإعداد القوائم لمديريات الشؤون الاجتماعية ، وتم إنشاء بنك معطيات على المستوى الوطني، وتم تعديل المادة 65 من القانون 83-11

\*

(1)- نور الدين حاروش ، النهج التعاقدى في القطاع الصحي: ضرورة الإصلاح ام حتمية الواقع؟، محاضرة أقيمت في الملتقى الوطني : مستقبل الدولة الوطنية في ظل العولمة ومجتمع المعلومات حالة الجزائر ، جامعة ورقلة، ايام 5-6 ماي ، 2009، ص 8.

(2)- عميد جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، علوم اقتصادية وعلوم التسيير ، فرع التخطيط ، جامعة الجزائر ن سنة 2008/2009، ص 128.

الأمر رقم 17-96-96 جويلية 1996 التي تقول: "إن مصاريف العلاج والإقامة في الهياكل الصحية العمومية يتم التكفل بها بناء على الاتفاقيات المبرمة بين مؤسسات الضمان الإجتماعي ومؤسسات الصحة المعنية"<sup>(1)</sup>.

وباشرت السلطات الجزائرية في إصدار مجموعة من المراسيم والتي كان لها الأثر في إحداث تغييرات شملت مستويات ومجالات صحية عديدة.

- إصدار مرسوم تقسيم خمسة جهات صحية (شرق، غرب، وسط، جنوب شرق، جنوب غرب)، خمسة مجالس جهوية، وخمسة مراصد جهوية للصحة، وهي عبارة عن خمسة مؤسسات لامركزية للمعهد الوطني للصحة العمومية.

- إصدار مرسوم تنفيذي رقم 74-94 في 30 مارس 1994، الذي بموجبه تم تحويل معهد باستور إلى مؤسسة عمومية ذات طابع تجاري وصناعي.

- مرسوم 457-97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد الإطار القانوني للمراكز الإستشفائية الجامعية التي أصبحت تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة والسكان والوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

## 2- الفترة الممتدة من 2002- 2014 :

لقد حققت الجزائر في السنوات الأخيرة وابتداء من 2002 بالتحديد تقدما ملحوظا في قطاع الصحة، بحيث طرا على المشهد الصحي تغييرات جذرية كمية ونوعية وتوسع في دائرة استفادة المواطنين من الخدمات الصحية نتيجة للبرامج السياسية المتنوعة التي تبنتها الحكومة وعلى رأسها توفير العلاج الشامل في كل الإختصاصات ومجانيتها<sup>(2)</sup>، إلى جانب العدالة الاجتماعية والإنصاف والتضامن الاجتماعي وتحسين التسيير الإداري ومنح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة وقوانين أساسية

\*

(1)- Grangand,op cit ,P52.

(2)- حسينة ل. ، مكتسبات هائلة في قطاع الصحة منذ الاستقلال ومجانبة العلاج: انجاز الهياكل وعصرنة التكوين والتسيير ، جريدة المساء،

نشر يوم 2014/07/04، الدخول في: 2015/08/26.

تتلاءم وخصوصياتها، وهذا بوضع لامركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي، وتأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة، والاهتمام بالتكوين والإعلام والاتصال التي هي عناصر أساسية لكل منظومة صحية دائمة وناجحة وفعالة، وهي أولويات تم تحديدها في آفاق عام 2005.

وتم اعتماد نظام صحي جديد في شهر ماي 2007 يقوم على فصل مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي، وفي جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد الذي يسعى الى ترقية العلاج القاعدي النوعي، وتم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين هما : المؤسسة العمومية الاستشفائية، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، وقد استفاد القطاع من 2005-2009 من 244 مليار دينار جزائري قيمة الإستثمارات العمومية لإنجاز ما يقارب 800 هيكل صحي جوارى<sup>(1)</sup>، كما وتطلبت المشاكل الصحية الجديدة وعلى رأسها تفشي الأمراض المزمنة استراتيجيات جديدة تتماشى مع الوضع الجديد تمثلت في الاهتمام بالرعاية الصحية، وتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية (العلاجية، الوقائية، الاستشارية) ليوائم احتياجات المجتمع، ومنذ 2012 إلى غاية 2014 شهد قطاع الصحة تحسنا ملحوظا في هذه الفترة، ونوعا من التطور الإيجابي، وبداية انفراج للأوضاع الصحية بعدما قطعت الجزائر أشواطا كبيرة في تطوير قطاع الصحة وإعطاء دفع للسياسة الصحية من خلال رفع الميزانية وزيادة الإعتمادات المالية الموجهة للقطاع الصحي وخاصة لأقسام التسيير والتجهيز، وكان هذا بفعل تنامي أسعار البترول التي شهدتها الجزائر في هذه الفترة، بحيث أن عشرات الملايير من الدولارات خصصت لإنجاز الهياكل الصحية بما فيها المستشفيات ورفع من عدد الأسرة لتحقيق زيادة في قدرة استيعاب المرضى وإيوائهم، كما تم القيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبية خاصة في مجال التصوير الطبي من أجل عصنة المؤسسات والهياكل الصحية لفائدة المرضى، وانفتاحها على المحيط العام وتفاعلها معه بشكل إيجابي، ومن أجل خلق نوع من التوازن بين مناطق الوطن، عمدت الجزائر في هذه الفترة إلى فتح عدد من المراكز الإستشفائية والمستشفيات الجامعية في مناطق الجنوب الكبير في كل من ورقلة، بشار<sup>(2)</sup>، كما وأعلن المدير العام

\*

(1)- الدكتور نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، ط1، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص 206.

(2)- حياة ك، تحسين وتطوير قطاع الصحة من اهم الانجازات التي حققتها الجزائر، جزايريس محرك بحث اخباري،

http://www.djazairiss.com/echchaab/18768 / تاريخ الدخول 2015-08-30.

للوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز المؤسسات الصحية لزهر بونافع عن : " إنجاز 9 مؤسسات إستشفائية جامعية عديدة بمختلف مناطق الوطن قبل نهاية 2017 ، وذكر أن العدد سوف يرتفع الى 24 مؤسسة ، وأن عدد المؤسسات الصحية التي تم إنجازها منذ الإستقلال إلى غاية 2014 منها 13 مركزا استشفائيا جامعيًا و31 مؤسسة إستشفائية متخصصة ولاسيما في مجالات جراحة القلب وصحة الأم والطفل والتأهيل الحركي و 224 مستشفى عام و 1395 عيادة متعددة الخدمات من بينها 295 عيادة تتكفل بصحة الأم والطفل وتضاف إلى المؤسسات الصحية المذكورة 5545 قاعة علاج ، 265 مؤسسة للصحة الجوارية و 1309 وحدة للكشف المدرسي، 111 مركز وسيط للصحة العقلية و21 مركزا وسيطا لمكافحة الإدمان على المخدرات، إلى جانب 219 مركز لمراقبة مرض السل والأمراض الصدرية ، ولقد واصلت الجزائر جهودها من اجل مكافحة الأمراض الخطيرة كالسرطان بأنواعه خاصة سرطان الثدي حيث تم فتح 50 مركز أشعة لعلاج المصابين بهذا الداء المميت ، بالإضافة الى تطوير زراعة الأعضاء وقد خصصت ميزانية معتبرة لذلك، وقد يسمح ذلك بتقليص الفاتورة الباهضة التي يكلفها العلاج بالخارج.

وبهذا عرفت المنظومة الصحية تحسنا ملحوظا ، وحققت سياساتها بعضا من أهدافها التي سطرته خلال السنوات الأخيرة خاصة تلك المتعلقة بتوفير الهياكل وتحسين خدمات الضمان الاجتماعي.

## مطلب رابع : دوافع وأهداف عملية إصلاح السياسة الصحية الجزائرية ومكوناتها وسبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

إن تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وحتى الأمنية للمجتمع الجزائري، ساهم بشكل كبير في وقوع عدة إختلالات في قطاع الصحة في الجزائر، وأثر على مستوى أداء مؤسساته ونشاطاتها ومردوديتها التي تراجعت بشكل كبير في الآونة الأخيرة أمام تحديات صعبة وحقيقية دفعت السلطات إلى دق ناقوس الخطر وشكلت دوافع ملحة بالنسبة إليها للقيام بعملية الإصلاح ، ومن جملة دوافع وأهداف ومكونات هذه العملية سيتم إستعراض ما يلي :

## 1- دوافع وأهداف عملية إصلاح السياسة الصحية الجزائرية ومكوناتها:

تعدد الأسباب التي دفعت الحكومة إلى القيام بعملية إصلاح السياسة الصحية، ويمكن تحديد هذه الدوافع كما يلي:

### 1-1 دوافع عملية الإصلاح :

تنقسم دوافع عملية إصلاح السياسة الصحية والمنظومة بصفة عامة الى قسمين:

#### أ- دوافع داخلية : وتمثل فيما يلي :

- سوء تسيير المؤسسات الصحية العمومية والهيمنة المركزية للسلطات والتوزيع الغير عادل للموارد المالية والبشرية .
- تدني مستوى الخدمات وحرمان المواطن من حق العلاج الجيد والحصول على الرعاية الصحية الكاملة.
- تفشي الأمراض المزمنة ووصولها لمستويات بالغة الخطورة، خصوصا مرض السرطان والقلب والسكتة الدماغية ومرض السكري نتيجة تعقد الحياة المعيشية للمواطن الجزائري .
- المديونية الثقيلة وغياب التحكم في التكلفة والنفقات .
- غياب آليات الرقابة والمحاسبة والإشراف على الأداء الصحي وتقويمه .
- الاحتجاجات المستمرة للأطباء للمطالبة بحقوقهم المتعلقة بالمنح والتكوين ، وتحسين ظروف عملهم والأجور.
- زيادة وارتفاع نسبة النمو الديمغرافي وعدم كفاية الأطر والخدمات الصحية لتغطية الحاجيات الصحية للمرضى.



## ب- دوافع خارجية:

بالإضافة إلى التحديات الداخلية التي شهدها قطاع الصحة العام في الجزائر، واجه هذا الأخير تحديات خارجية خطيرة وفي غاية الصعوبة، شكلت جملة من الضغوطات دفعت الوزارة للسعي بـتخاذ إجراءات في شأنها ومن بين أهم هذه التحديات ما يلي:

- المنافسة الشرسة بين القطاع الصحي العام والخاص، ومحاولة هذا الأخير السيطرة وفرض الهيمنة على أساس قيادة حملات شرسة تهدف إلى تشويه صورة الخدمات العمومية ون جلب المرضى وتوجيههم لمصلحه وبأي طريقة.

- مخاطر انتقال الأمراض المعدية عن طريق اللاجئين والمهاجرين الغير شرعيين (أفارقة وسوريين)، في ظل الثورات التي تشهدها أوطانهم، والتي صنف ب 06 امراض خطيرة على غرار الملاريا والسيدا والكبد الوبائي<sup>(1)</sup>.

- توقيع الجزائر على مخططات عمل مع منظمة الصحة العالمية تغطي برامج الصحة العمومية، مما يستوجب تحديد المعالم وإعداد إستراتيجية صحية شاملة تحقق الإلتزام بمحاور هذه المخططات خاصة المتعلقة بالأمراض المتنقلة والغير المتنقلة، وترقية الصحة والمنظومة الصحية<sup>(2)</sup>.

## 1-2 أهداف إصلاح السياسة الصحية:

نظرا لأهمية قطاع الصحة والذي يمثل جزءا أساسيا في عملية التنمية الشاملة، وقطاعا حيويا يربط ويرتبط بقطاعات عديدة، سعت الجزائر إلى إحداث تغييرات وإصلاحات على مستوى هذا القطاع، من أجل إعادته إلى مساره الصحيح، والنهوض بمنظومة الصحة إلى مستوى أفضل وتحسين وتطوير الأوضاع الصحية للمواطن الجزائري، ولعل حدث تغير إسم الوزارة سنة 2002، من وزارة

\*

(1)-10 أمراض خطيرة فسي شوارعنا، الجريدة الإلكترونية بوابة الشروق

•http://www.echoroukonline.com/ara/articles/204071.html/ تاريخ الدخول: 2015/08/20

(2)- الجزائر - منظمة الصحة العالمية: التوقيع على مخطط عمل 2014-2015، جريدة النهار اون لاين،

http://www.ennaharonline.com/ar/algeria\_news/196348-2014-2015.html/ تاريخ الدخول: 2015-08-20.

الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات يعد الحدث المهم والبارز الذي أبدى إهتمام السلطة بالقطاع الصحي ، وأعلن عن انطلاقها الفعلي والجاد في عملية الإصلاح لبتى مست عدة ميادين في مؤسسات القطاع لتحقيق الأهداف المنشودة ، والتي سيتم توضيحها من خلال المعطيات التالية :

## أ- على مستوى الهياكل الصحية :

تبنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف تندرج في إطار تطوير وإصلاح الهياكل الصحية وفقا للمقاييس العالمية ، وتمثل هذه الأهداف فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على المؤسسات الصحية العامة والخاصة .
- مراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية وإعادة النظر في النظام الأساسي الخاص بسلك الإداري للصحة العمومية وضبطه<sup>(1)</sup> .
- تحسين الممارسات المهنية الطبية وتحسين ظروف العمل والتأكيد على حقوق وواجبات المستخدمين .
- تحقيق التعاون الإيجابي والتكامل المثمر بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص وإعادة التأكيد على الإلتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن .
- تحفيز المرضى وجمعيات المرضى على الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة الأداء .
- التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة ، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى<sup>(2)</sup> .

\*

**(1)-Rapport preliminaire du conseil national de la reforme hospitaliere: les prealable et les actions urgentes:** [www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.html](http://www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.html), le 28/08/2015.

(2)- عتيق عائشة ، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية :دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ، تخصص تسويق دولي ، 2011-2012، ص 140.

- تعميم الحصول على العلاج وضمان تحقيق تغطية صحية شاملة لكامل التراب الوطني عن طريق زيادة عدد الهياكل الصحية وخاصة في المناطق المحرومة.

- إصلاح المستشفيات وتزويدها بالوسائل الحديثة والملائمة التي تضمن عصرة التجهيزات بالشكل الذي يحقق التحكم الكامل في نظام المعلومات الصحية ، وإدخال المحاسبة التحليلية في تسيير المستشفيات من أجل تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء<sup>(1)</sup> .

- استعمال وضع دعامة إعلامية والتي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

## ب- على مستوى الحاجيات الصحية :

تمثلت الأهداف المدرجة ضمن هذا الإطار فيما يلي :

- ضمان تفاعل المؤسسات الإستشفائية مع البيئة الإجتماعية من أجل إدراك وفهم وإرضاء حاجات ورغبات المواطن الصحية، وتفادي عزل المستشفيات عن الإطار الإجتماعي و التنظيمي والوبائي والمالي.

- تحسين العلاج الإستشفائي ونوعيته من خلال التقييم المتواصل للمؤسسات الإستشفائية، و التبليغ عن النتائج والتوصيات المستخلصة من هذا التقييم من أجل مطابقة العلاج للمعايير الدولية.

- عصرة نظام التكفل الطبي قادرة على ضمان علاج نوعي وأقل تكلفة للمريض وطي صفحة المريض المتنقل بتحسين العلاج بالمنازل.

- تفعيل البرامج التحسيسية والتربوية والتنظيم المستمر للحملات في إطار التوعية بمخاطر الأمراض المتنقلة .

- تحسين الرعاية الصحية في جميع الأوساط بما فيها الوسط المدرسي، وتحسين الخدمة الصحية العمومية لتصل إلى نظيرتها في باقي دول العالم .

\*

(1)- عتيق عائشة ، مرجع سابق، ص140.

- تطوير الصحة الوقائية عن طريق تعزيز وسائل ومصادر وخدمات علم الأوبئة.

- مواصلة حملات التطعيم واللقاحات ضد الأمراض المعدية .

### ج- على مستوى الموارد المالية <sup>(1)</sup> :

يتم الاعتماد في هذا الميدان على إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط ، وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل ، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية الخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف .

### د- على مستوى التمويل:

من أجل ضبط الميزانية وتنظيم التسيير المالي والجانب التمويلي للسياسات الصحية والمؤسسات الإستشفائية تبنت عملية الإصلاح جملة من الأهداف، وهي كالتالي:

- إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة <sup>(2)</sup> .

- تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات وإخضاع أي علاقة مع هيئات الضمان الإجتماعي إلى التعاقد.

- توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى <sup>(3)</sup> .

### هـ- على مستوى الموارد البشرية :

يعتبر عنصر المستخدمين عنصرا أساسيا، لذلك فقد وجهت السلطة إهتماما كبيرا لهذا الجانب، وسطرت الأهداف التالية :

\*

(1)- عتيق عائشة ، مرجع سابق، ص140.

(2)- خروبي بزارة عمر ، مرجع سابق، ص76.

(3)- عتيق عائشة ، نفس المرجع، ص140.

- تنظيم وتطوير البحوث في مجال الصحة .
- تعميم التكوين المتواصل حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين و المسيرين والتقنيين وهذا بالإشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم<sup>(1)</sup>.
- تحسين أحوال المستخدمين الشخصية وظروف عملهم الإدارية والمالية لتعزيز الرضا الوظيفي.
- تنفيذ تدابير محفزة تجلب المختصين والمحترفين قصد تحسين الأداءات .
- ترقية المستخدمين في المسار المهني وتحسين مستوى الرواتب وإعادة هيكلة العلاوات والرواتب والمنح وفق معايير دقيقة.

## و- على مستوى الصيدلة والأدوية :

- تعتبر عملية مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية جزءا أساسيا في عملية إصلاح السياسة الصحية والمنظومة بصفة عامة، وفي هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية :
- إستحداث كليات في الصيدلة تلي إحتياجات الطلبة وتضمن التكوين الجيد الذي يستجيب للسوق الصيدلانية التي تعرف تطور كبير.
- منع الفتح العشوائي للصيدليات وإتباع إجراءات قانونية قبل الفتح تتطلب المرور على لجان محلية بدل مديريات الصحة، تتولى الإشراف والموافقة ومنح الترخيص<sup>(2)</sup>.
- تشجيع الأدوية الأساسية والجنيسة، وتحسين عملية الحصول على الأدوية الجوهرية .
- ترشيد الإنفاق بفضل ترويج إستخدام الأدوية الجنيسة، وجعل التعويض تبعا للخدمة الطبية المقدمة<sup>(3)</sup>.

\*

(1)- النظام الصحي في الجزائر بين الرهانات السياسية والواقع ، <http://www.tomohna.net/vb/showthread.php?t=12102> ، تاريخ الدخول: 2015/08/30

(2)- اجراءات جديدة لاعتماد الصيدليات في اطار الاصلاح ، جريدة البلاد الالكترونية ،

<http://www.elbilad.net/article/detail?id=10650> / تاريخ الدخول: 2015 /08/30

(3)- خروبي بزارة عمر ، مرجع سابق،ص80 .

- ضمان نوعية المنتجات الدوائية، ومراقبتها بالخصوص عن طريق تعزيز عمليات التفتيش.
- تطوير التكوين في ميدان الصيدلة الصناعية.

### ز- على مستوى الإشتراك مع القطاعات الأخرى :

يرتبط قطاع الصحة بقطاعات عديدة ومن اجل تنمية هذه العلاقات وتنظيمها لابد:

- إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الإجتماعي الى نظام التعاقد.

- إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة وضمان الإنسجام بين السياسة الصحية والسياسات العمومية الأخرى لقطاعات أخرى كقطاع العمل والحماية الإجتماعية، الضمان الإجتماعي، التضامن، التعليم العالي، قطاع المالية، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة و الفلاحة.

### 3-1 مكونات عملية الإصلاح:

إحتوت سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر عدة محاور مست عدة جوانب تتعلق بنظام تحويل قطاع الصحة والأساليب الجديدة المتخذة في الميدان من اجل تنظيم تسير المؤسسات الصحية وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

#### أ- تخطيط عملية الإصلاح<sup>(1)</sup>:

أعدت الوزارة في إطار إصلاح سياساتها ومنظومتها الصحية العديد من المخططات قصيرة وطويلة المدى تضم جملة من المحاور، سوف يتم عرضها في النقاط التالية:

أولا : مخططات قصيرة المدى : تم اعدادها في سنة 2003، يمكن تعدادها على شكل التالي:

\*

(1)- خروبي بزارة عمر ، مرجع سابق،ص77 .

- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي بخصوص إصلاح الدراسات الطبية والشبه الطبية والتحكم في منهاج التكوين، وإعطاء الأولوية في التكوين إلى الطب المتخصص .
- إعداد البطاقة الصحية ودراسة المخططات الصحية الوطنية و الجهوية.
- مراجعة الإتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان على المرض، وتحيين مدونة العقود الطبية والشبه الطبية.
- دراسة و إعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- إعداد ومباشرة العمل على برامج الإتصال الإجتماعي والخاصة بإشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحية، ودعم وتوطيد المشاركة من اجل التكفل بكل مشكل الصحة في الجزائر.
- مراجعة قانون رقم 85-05 الخاص بحماية وترقية الصحة .
- إلغاء ديون المؤسسات الصحية العمومية عن طريق التفاوض.
- تدعيم برامج النظافة في الوسط الإستشفائي .
- إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والسكري، وأمراض الربو والسرطان والأمراض العقلية وتفعيل برامج الوقاية من الأمراض.
- تعميم استعمال الوسائل الحديثة في المستشفيات، وخاصة وسائل الإعلام الآلي في نظام التسيير لمواكبة التطورات وتحسين نوعية الخدمة المقدمة وسرعة أداؤها.
- وضع ميكانيزمات لتقييم نشاطات المؤسسات الصحية، وتقييم درجة تغطية الاحتياجات الصحية وتعيين المناطق ذات الأولوية.
- بناء هياكل استشفائية جديدة وتجهيزها خاصة في المناطق الأكثر حرمانا .
- تفعيل آليات المتابعة والإشراف ، وإعداد دراسات موحدة حول القطاعات الصحية.

- تحسين ظروف عمل المستخدمين ومراجعة القوانين الأساسية الخاصة بهم في قطاع الصحة من أجل إستقطاب المتخصصين المؤهلين منهم نحو القطاع العمومي ، وكذا تشجيعهم على العمل في المناطق المعزولة.

**ثانيا: مخططات متوسطة المدى:** تم إعدادها سنة 2005، وتتضمن :

- تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تركز أكثر استقلالية في التسيير.
- وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم استعمال تكنولوجيا الإعلام الآلي (تأسيس بنك للمعلومات على مستوى كل ولاية).
- لامركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى الولاية ، ووضع لجنة تتكفل بتقييم النشاطات الطبية، والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.
- وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة، وتنظيم طرق التكفل بالمرضى.
- تطبيق القواعد والإجراءات الضرورية لتحقيق 45% على الأقل من الإحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية .

- تحقيق التوازن بين مستوى التمويل والتغطية الصحية الشاملة عن طريق توفير الوسائل الضرورية واللازمة وتحسين أسلوب العمل.
- تحديد ميكانيزمات المنح والموارد وإعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات واقتراح التعديلات والبدائل.

**ثالثا: مخططات طويلة المدى:** تم إعدادها سنة 2009 من أجل:

- تدعيم مخططات الحماية والوقاية من أمراض الإيدز SIDA .
- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم خدمات صحية عالية التخصص (الأمراض السرطانية ، أمراض القلب، نقل الأعضاء، الأمراض العصبية).
- تكييف بعض المصالح الصحية للوقاية ، والتكفل بالأمراض المرتبطة بالشيخوخة .
- تقييم هذه الأنشطة وتحديد المعوقات ووضع الأولويات.



## ب- النظام التعاقدى كأسلوب لتمويل النظام الصحي<sup>(1)</sup>:

من أجل رفع فعالية قطاع الصحة تبنت وزارة الصحة أسلوباً جديداً لتمويل النظام الصحي لتحقيق مجموعة من الأهداف:

**أولاً: التحكم في النفقات:** يساعد هذا البند في تحقيق الأهداف والبرامج المزمع تنفيذها بأقل التكاليف كما ويسمح بالوصول إلى:

- التعبير عن النفقات بواسطة النسب والمعدلات كمعيار دقيق.

- نظام صحي قائم على حرية المبادرات والمنافسة.

- التمويل بدقة تامة وموضوعية، وعقلانية الإنفاق.

**ثانياً: تحسين نوعية العلاج والرعاية الصحية:** وذلك يتم من خلال:

- توطيد العلاقة مع المحيط الاجتماعي لكسب ثقة المرضى وفهم رغباتهم.

- حسن استقبال المرضى وتوجيههم وإستعمال عبارات المجاملة.

- إسهام المرضى في مهمة المستشفى، من خلال التواصل وفتح قنوات الحوار والاستشارة والاستماع لانشغالات المرضى.

- الإهتمام بتحقيق جودة الخدمات الصحية بأقل التكاليف الممكنة.

**ثالثاً: تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية مع مموليها:** وذلك عن طريق الدخول في علاقات

\*

(1)- خروبي بزارة عمر ، مرجع سابق، ص89 .

واضحة ومباشرة بين المقدمين للخدمات الصحية والممولين ، وهذا لم يتوفر عليه نظام الدفع الجزائي الذي يتميز بالغموض (حسب هذا النظام أو الطريقة يتم تحديد الوعاء الضريبي بناء على التصريحات التي يقدمها دافع الضريبة، من خلال الأسئلة التي تطرح عليه والمتعلقة برقم العمال ،عدد العمال، الوسائل المستخدمة لممارسة النشاط التجاري أو الصناعي).

**رابعا: التحكم في النظام الصحي:** عن طريق تحديث النظام الصحي و إعادة هيكلته، والقضاء على الحواجز بين القطاع الصحي العام والخاص، ودمج هذا الأخير في المنظومة الصحية بقوة .

**خامسا: إحترام مبدأ تدرج العلاج:** ترتيب مستويات العلاج والتخصص في تقديمه حسب الدرجات أولى ، ثانية، الثالثة.

### ج- تطبيق إدارة الجودة الشاملة 2008-2009<sup>(1)</sup> :

لقد وجهت الجزائر اهتماما كبيرا فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية، وأعطت أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، وإعطاء مكانة للقطاع الخاص وتوسيع مشاركته في الميدان الصحي، كما فتحت الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد وصيانتته،وقد تم إنشاء مؤسسات متخصصة أجنبية منها الكوبية في طب العيون في بعض ولايات الوطن لدعم المؤسسات الجزائرية على الإهتمام أكثر بتقديم خدمات عالية الجودة ، وفي نفس الإطار تم إستقدام أطباء أجانب من مختلف التخصصات لتأطير وتكوين وتأهيل الأطباء والشبه طبيين.

### د- إعتاد خريطة طريق 2013-2015<sup>(2)</sup> :

لقد عكفت وزارة الصحة حسب تصريح وزيرها عبد المالك بوضياف في إطار الإصلاح منذ بداية

\*

(1)- عتيق عائشة ، مرجع سابق،ص141 .

(2)- بوضياف يقدم عرضا حول "تحديات السياسة الصحية في الجزائر أمام اللجنة المختصة بالمجلس الشعبي

الوطني"، موقع الإذاعة الجزائرية، <http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20150406/36173.html>

. 2015/08/31 /http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article تاريخ الدخول: 2015/08/31 .

الثلاثي الأخير لسنة 2013 على عملية مسح دقيقة شملت كل المؤسسات الإستشفائية والمرافق الصحية الجوارية عبر أرجاء الوطن بهدف حصر كل اختلالات والنقائص التي يعاني منها القطاع ، والتي لطالما كانت مصدر عدم رضى المواطنين والسلطات العمومية ومهني الصحة على السواء، ولقد تم من أجل تدارك هذه النقائص اعتماد ما يسمى **بخرطة طريق** " شملت إعادة تنظيم الإستعجالات وتدعيمها بالوسائل المادية والبشرية ، ووضع الآليات الضرورية لتحسين الإستقبال و التوجيه، وأنسنة المؤسسات الصحية ، وضمان الحضور الفعلي والمتواصل للفرق الطبية وشبه الطبية التقنية والإدارية على مستوى مصالح الإستعجالات ونقاط المناوبة ، وتدعيم الإستعجالات بالتجهيزات الضرورية للكشف بالأشعة والمخبر.

كما وشملت خريطة الطريق، ضمان وفرة دائمة لجميع أنواع الأدوية والمستهلكات الطبية ، والإعتماد الرسمي لإتفاقيات التوأمة بين مستشفيات الشمال ، وولايات الجنوب ، والهضاب العليا لتغطية العجز المسجل في بعض الخدمات الطبية المتخصصة.

### هـ- برنامج تكوين وتثمين الموارد البشرية 2015<sup>(1)</sup> :

نظرا لأهمية العنصر البشري في إنجاح الإصلاحات، شرعت الوزارة في تسطير برنامج مكثف يشمل تكوين ما يزيد عن 150000 مساعد في التمريض لضمان سير مرافق الصحة الجوارية، والبدء في تكوين أطباء عاملين لمدة سنتين في عدة تخصصات طبية، وتكوين التقنيين في صيانة الأجهزة الطبية ، وتكوين الأطباء العاملين في مجال المعالجة الكيميائية لمكافحة السرطان ، وفتح مصالح ووحدات للعلاج الكيميائي لأورام السرطان على مستوى كل ولايات الوطن وتأهيلها بالمستخدمين المؤهلين.

### و- إحداث إطار تشريعي وتنظيمي جديد يتماشى والتحولات الإقتصادية والإجتماعية:

سعت الحكومة إلى إعادة رسم المنظومة الصحية في الجزائر لإصلاح القطاع، وتم إصدار قانون

\*

(1)- بوضياف يقدم عرضا حول "تحديات السياسة الصحية في الجزائر أمام اللجنة المختصة بالمجلس الشعبي

الوطني" ، مرجع سابق /تاريخ الدخول: 2015/08/31 . .

جديد في هذا الإطار رقم 0115، 07 يناير 2015، ويتضمن ما يلي:

- الدفع بلجنة مراقبة أداء المؤسسات الصحية إلى الواجحة وإخضاع مستوردي الأدوية للرقابة.

- ضبط وإخضاع النشاط التكميلي في المؤسسات العمومية للصحة لعدد من الشروط التي توضح عمل وأداء موظفي هذه المؤسسات في إطار النشاط التكميلي الذي يفوق مدته 20% من النشاط الأسبوعي أثناء العطلة الأسبوعية و بعد ساعات العمل القانونية وتحت رقابة إدارة المؤسسة العمومية.

- إلغاء نهائي لقانون الخدمة المدنية وتحديد توظيف الممارسين المختصين من طرف المؤسسات والتي تتولى توظيفهم حسب التنظيم المعمول به، على أن يتم إلزام هؤلاء بالعمل لمدة ثلاث سنوات قبل تقديم أي طلب استقالة أو تحويل.

- منع الإشهار لفائدة المواد التبغية، وتشديد الرقابة على بيع المشروبات الكحولية للقصر .

- تقنين نزع الأعضاء من الموتى ومنع المتاجرة بهم عن طريق تنصيب وكالة وطنية تتكفل بمهمة تسيير ومراقبة عمليات نزع الأعضاء وزرعها.

ز - اتفاقيات التوأمة بين مستشفيات الشمال و المؤسسات الصحية في الجنوب سنة 2015:

تهدف هذه الاتفاقيات إلى تحقيق التعاون والتضامن والتنسيق بين المستشفيات عن طريق تنقل الأطباء المتخصصين بمستشفيات الشمال نحو الجنوب لتبادل الخبرات و تمكين أطباء الجنوب من اكتساب تقنيات العلاج لختلف الأمراض وخصوصا في مجال الجراحة.

## 2- سبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر:

لقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تساهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتنا، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء ، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي

والثقافي، والعديد من حالات التردّي الصحيّة والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية ، ولا يمكن تحقيق تنمية مستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة .

وعلى الرغم من ارتفاع معدل الأمل في الحياة لدى الجزائريين وتحسنه، إلا أن ذلك لا يمكنه التغطية عن الانتشار الواسع للأمراض المتنقلة والمزمنة، التي أصبحت تمثل السبب الرئيسي للوفاة عند معظم الجزائريين، خاصة أمراض القلب والسرطان والسكري رغم المجهودات المبذولة والإمكانات البشرية والمادية التي تم توفيرها في هذا الإطار، مما يعني أن تحقيق التنمية الصحيّة المستدامة ليس مقترنا بالقطاع الصحي فقط وإنما يقترن بقطاعات أخرى ذات علاقة أيضا بهذا القطاع وبحياة الأفراد سواء خصت الجانب الاقتصادي أو البيئي أو التعليم ، الإسكان ، التشغيل أو غيرها من القطاعات ولتحقيق تنمية مستدامة في مجال الصحة، ترى السلطات الجزائرية انه يتوجب الاعتماد على الآليات التالية<sup>(1)</sup> :

- رسم سياسات صحيّة واضحة ومتطورة تمس مختلف الاختصاصات، ووضع إستراتيجية ملائمة تمكن من بلوغ الأهداف التي يكون على رأسها ضمان علاج ذو نوعية، وتسطير البرامج والخطط الكفيلة بتطوير القطاع وفق تطورات المواطنين.

- تفعيل دور الإدارات المختصة بتنمية الموارد البشرية بوزارة الصحة، وتطوير الاستراتيجيات الوطنية من اجل ذلك، وإنشاء معاهد للبحوث الطبية للتأهيل وتدريب الكوادر الطبية الوطنية، وتنظيم عقد ندوات ودورات تدريبية لرفع قدراتهم وتدريبهم على برامج الإدارة وصياغة سياسات صحيّة مبنية على البراهين والاهتمام أيضا بالتأطير الصحي للأطباء والمرضى، ذلك أنهم هم المنفذون للسياسات الوطنية ومحركو التنمية الصحيّة المستدامة .

- توفير قيادة تملك الرؤية والتبصر والالتزام والقدرة على العمل الهادف في المجال الصحي<sup>(2)</sup> .  
- السعي لإشراك فئات المجتمع المختلفة في عمليات تخطيط وتنفيذ وتقييم النشاطات الصحيّة .  
- تعزيز دور القطاع العام والمستشفيات الحكومية ، وإعطاء أهمية للقطاع الخاص باعتباره سندا لجهود الدولة في المجال الصحي وداعما لها وترسيخ مبدأ التعاون بين القطاع الصحي والقطاعات الأخرى ذات العلاقة بالشأن الصحي ، التعليم ، المياه والصرف الصحي ، الإسكان ، الطاقة ن الزراعة والبيئة وغيرها من اجل تنفيذ نشاطات وفعاليات التنمية الصحيّة .

\*

1- بومعروف إلياس ، عماري عمار ، "من اجل تنمية صحيّة مستدامة في الجزائر" ، مجلة الباحث ، العدد 07 ، 2010، ص36.

(2)- نفس المرجع، ص36.

- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها، وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الأجنبي والقطاع الخاص الجزائري بشكل أوسع .
- إعداد خرائط صحية جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية .
- تطوير الظروف تكفل بالمرضى خاصة على مستوى مصالح الاستعجالات الطبية والجراحية بالمراكز والمؤسسات الاستشفائية، وإيجاد نظام وطني للرعاية الصحية .
- إصلاح منظومة تسيير الأدوية وترقية الأدوية الأجنبية ومحاربة الأدوية المزيفة، وإلزام كافة مستوردي الموارد الصيدلانية بإجبارية الاستثمار في مجال صناعة الدواء في الجزائر لتغطية الحاجيات الوطنية والقضاء النهائي على الاستيراد من الخارج الذي أصبح يكلف الدولة مبالغ مالية كبيرة .
- التعيين المتوازن للأطباء الأخصائيين خاصة في مناطق الجنوب والهضاب العليا حيث توفر لهم كل الظروف الملائمة للعمل ، إن الصحة وجودة الرعاية الصحية تتأثر كذلك بالعوامل البيئية المختلفة لذلك لا بد من حماية البيئة لتحسين عوامل البيئية التي قد تتأثر بالسلب على صحة السكان وتساهم في خفض معدل الحياة ومن اجل تحقيق ذلك لا بد من اتخاذ الإجراءات التالية (1) :
- إعداد استراتيجيات لتحسين جودة الهواء في المساكن وأماكن العمل وفي المؤسسات العمومية .
- تهيئة المحيط للحد من التوسع العمراني وتحسين جودة الحياة عن طريق خلق الأماكن الخضراء في المناطق الحضرية التي تسمح بخلق تفاعلات إيجابية بين المحيط وأفراد المجتمع .
- إعلام الجمهور بمخاطر العوامل البيئية السيئة على الحياة عن طريق ترقية الممارسات الطبية الوقائية، وإنجاز استقصاءات والبحوث طبية صحية، وإقامة تحقيقات لتحليل الآثار على الصحة المتأثرة من العوامل البيئية المعروفة والجديدة .

\*

(1)-بومعروف إلياس، عماري عمار، مرجع سابق، ص 36 .

- الأخذ بعين الاعتبار التغيرات الجوية في التخطيط الصحي الطويل الأجل خاصة فيما يتعلق ببرامج تهيئة الهياكل والمنشآت القاعدية ذات العلاقة بالصحة .

- ضمان الوصول للموارد المائية النظيفة، وتوفير وسائل نقل جماعية أكثر تكيفا مع احتياجات السكان لخفض حدة التلوث البيئي .

- التوعية والتثقيف في مجال الصحة عن طريق حملات، وعقد ندوات ونشر اللافتات في كل الأمكنة خاصة العامة .

لابد في النهاية من القول انه ومهما أدخلت من تحسينات على المنظومة الصحية في الجزائر فان السياسات العامة الصحية لازالت دون المستوى المطلوب، مما يستدعي حرصا كبيرا من الحكومة وكل الفواعل المشاركة في صنع مثل هذه السياسات أن يعملوا على ترشيد خياراتهم في تحسين مستوى الخدمات الصحية الموجهة للمواطنين الذين لازالوا يشكون نقصا وقصورا في الاكتفاء من هذه الخدمات ، حيث ستظل إصلاحاتنا قابلة للجدل كما هو شأن كل الانجازات الأخرى، ما لم يصبح الهدف والعمل والإصلاح هو تحقيق الأفضل والأجود والعمل بما تعمل به المؤسسات الصحية العالمية المحترمة والرائدة، التي تعتمد معايير الجودة الشاملة والبحث المتطور والتدريب المكثف وتوفير ومراكز تساهم في تطوير الآداءات وتحسين مستواها .

## خلاصة الفصل:

نستنتج من خلال هذا الفصل أن الصحة العمومية في الجزائر شهدت بداية صعبة من خلال تطورها التدريجي، بحيث عرفت خلال العهد العثماني تراجعاً مأساوياً وتدهوراً كبيراً، وساءت أحوال الجزائريين نتيجة لانتشار المجاعات وأخطر الأمراض الوبائية المسببة للوفاة مثل الطاعون الذي أودى بحياة ما يناهز 13330 شخص من العامة، والسبب الرئيسي يعود إلى تنوع الوافدين على الجزائر نتيجة للعلاقات التي ربطت الجزائر بدول عديدة في هذه الفترة، وأيضاً لقلة الأطباء واستقطابهم من الخارج للاهتمام بصحة الحكام العثمانيين وحاشيتهم، تاركين العامة للطب التقليدي.

وخلال الحقبة الاستعمارية الفرنسية ازدادت حدة التدهور، وأصبحت أوضاع الجزائريين مزريّة، كما وعاش الشعب الجزائري كل أنواع الفقر والحرمان و ساءت الأحوال الصحية نتيجة للسياسات التي كان ينتهجها الاستعمار الفرنسي الغاشم في سبيل إذلال هذا الشعب وإخضاعه، ومن أوسع السياسات بعد سياسات التجويع والقتل والتدمير، سياسات التمييز التي ساهمت في حرمان أغلب الجزائريين من أبسط ضروريات الحياة وحقوقهم الأساسية بما فيها حقهم في العلاج والرعاية الصحية، إذ أن فئة قليلة من الجزائريين ممن كان لديهم الحظ في التداوي بالمستشفيات المتمركزة بالمدن إما لكونهم عمال لدى المؤسسات الفرنسية أو من فئة التبغ و المساعدين للجنود الفرنسيين، أما البقية المتواجدون أغلبهم بالأرياف كانوا يتداوون بالأعشاب والطب التقليدي، وبهذا نفذ صبر الجزائريين أمام اشتداد صور الظلم، ولم يجدوا بُدّاً من رفع احتجاجاتهم إلى مستوى ثورة ومخاطبة فرنسا المحتلة بلغة السلاح، وكرد فعل اتجهت الحكومة الفرنسية إلى تغيير العديد من سياساتها بما فيها الصحية وذلك عن طريق بناء العديد من الهياكل الصحية وتوفير الأطباء المختصين بها وفتحها للعامة، من أجل استمالة الشعب الجزائري الذي التف حول الجيش وجبهة التحرير الوطني من جهة، وإضعاف الثورة وقطع الإمدادات عنها من جهة أخرى، إلا أن ذلك لم ينفعها واستمر الكفاح إلى أن تحقق الاستقلال وبعده عرفت الجزائر حالة صحية متردية ومتدهورة نتيجة لما ورثته من الفترات الماضية وكان أول تحدٍ لها يتمثل في كيفية التقليل من الإصابات بالأوبئة كأول خطوة ثم القضاء عليها نهائياً بوضع العديد من الاستراتيجيات العملية وتبني سياساتها الصحية للعديد من المبادئ من بينها المكافحة المكثفة للأمراض الوبائية، وتعميم



العلاج الوقائي كالتلقيحات الضرورية للحد من انتشار هذه الأمراض، أيضا ومن ابرز المبادئ الأساسية مجانية العلاج، الحفاظ على نظافة المحيط وحماية الأمومة والطفولة والنظافة المدرسية وطب العمال، وضمان تغطية شاملة للعلاج والرعاية الصحية عن طريق التوزيع العقلاني للأطباء وزيادة عدد الهياكل الطبية وتهيتها وعصرنتها بالوسائل الحديثة.

وعرف قطاع الصحة تطورات عديدة من حيث المستخدمين والهياكل الصحية القاعدية في عقود ما بعد الاستقلال، إلا أن هذه التطورات تميزت بالبطء الشديد مقارنة مع ما شهدته الجزائر في هذه الفترات من نمو ديمغرافي متزايد، كما وان القطاع واجه انتقادات عديدة، وشهد نقائص واختلالات متعلقة بالتسيير واختلالات مرتبطة بالتمويل وبتنظيم الوسائل المادية والبشرية وبالاعلام وبتكوين المستخدمين، أثرت على مستوى آداءات مؤسساته ونشاطاتها ومردوديتها التي تراجعت بشكل كبير مما دفع السلطات الجزائرية لتبني العديد من الإصلاحات للنهوض بالقطاع، بحيث تم إعداد في إطار إصلاح منظومتها الصحية العديد من المخططات، قصيرة المدى ومتوسطة المدى و طويلة المدى، وتم تطبيق ما يسمى بالنظام التعاقدى كأسلوب لتمويل القطاع والتحكم في النفقات وتحسين نوعية العلاج وتحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات الصحية العمومية مع مموليها، وتم أيضا تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة من اجل تحسين نوعية الخدمات الصحية وتحقيق جودة الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية، وتم اعتماد خريطة الطريق والتي تم من خلالها حصر جميع النقائص التي يعاني منها القطاع شملت إعادة تنظيم الاستعجالات وتدعيمها بالوسائل المادية والبشرية ووضع الآليات الضرورية لتحسين الاستقبال وضمان وفرة دائمة لجميع أنواع الأدوية والمستهلكات الطبية، كما وتم تسطير برنامج مكثف لتكوين الموارد البشرية وأعطيت رخصة استثنائية لوزارة الصحة تنفيذ بترقية آلية لجميع مستخدمي الصحة الذين تتوفر فيهم شروط الترقية، وتم إحداث إطار تشريعي وتنظيمي جديد يتماشى مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية الجديدة، كما وشهدت المنظومة الصحية تحولا كبيرا بعد خصصة القطاع الصحي والترخيص بفتح العيادات الخاصة، وتنصيب اعتمادها، وتوسعها وانفتاحها الكامل في طريقة العرض والعمل، وللتقليل من الأمراض الخطيرة كالسرطان بأنواعه خصصت الحكومة الجزائرية ميزانيات ضخمة لقطاع الصحة لمواجهة هذا الداء الذي اصبح يؤرق المواطنين والسلطة، وأصبح يمثل السبب الرئيسي للوفاة عند معظم الجزائريين أمام ضعف التسيير، مما يستوجب

مضاعفة الجهود و عصنة المؤسسات العمومية ،وتبني نظم تسيير حديثة ومختلفة و العمل بما تعمل به المؤسسات الصحية العالمية عن طريق الدخول في شركات لتحسين المستوى وإبرام اتفاقيات ايضا في اطار الاستفادة من الخبرات وتحقيق تنمية صحية مستدامة .

خاتمة

رغم معدل الإنفاق الهائل على قطاع الصحة في الجزائر، ورغم الإمكانيات المادية والبشرية التي تتوفر عليها هذا البلد، إلا أن آداءات نظامه الصحي مازالت دون المستوى المطلوب، إذ أن الجزائر تصنف حاليا في المرتبة الثالثة بعد كل من تونس والمغرب على التوالي في نوعية الخدمة الصحية المقدمة، كما وتصنف في المرتبة 75 عالميا حسب الإحصاء الذي قدمته منظمة الصحة العالمية مؤخرا، ولم يشهد هذا القطاع أي تحسن ملموس رغم مختلف الوزراء الذين تعاقبوا على إدارته والذين يتجاوز عددهم 12 وزيرا إلى حد الساعة، وآخر صدمة عايشها الرأي العام تلك التي نشرتها الصحف وبنثها القنوات الجزائرية من مصلحة الولادة بمستشفى قسنطينة وهي الحادثة المأساوية التي تتشابه معها العديد من الحوادث المغيبة الغير معلن عنها، والتي إن دلت على شيء إنما تدل على حالة التراجع الكبير للمنظومة الصحية الجزائرية، ولقد استعرضت دراستنا للموضوع الأسباب التي تقف وراءها، وعزتها إلى عوامل عديدة تضافرت فيما بينها و أهمها التاريخية، بحيث بدأت معاناة الجزائريين الصحية مع السيطرة العثمانية، ثم مع الاستعمار الغربي الفرنسي الغاشم وسياساته العنصرية، واستمرت هذه المعاناة رغم الانبثاق من سيطرته نتيجة للآثار السلبية طويلة المدى التي خلفها وراءه، وبالطبع هناك عوامل أخرى أخذتها الدراسة بالحسبان وهي عوامل متعلقة بتراكمات سوء التسيير والإهمال وانعدام روح المسؤولية لدى الرؤساء والمسؤولين القائمين على هذا القطاع، و التي تترجمها سياساتهم المتجاهلة للمشاكل الصحية الخطرة، والمهمشة إلى حد كبير للحاجيات الصحية الضرورية للمواطنين، وكذلك غياب التكفل والاهتمام بالأمراض الفتاكة التي تهدد حياة الملايين من الجزائريين الذين يلجئون إلى التسول عبر صفحات التواصل الاجتماعي و الجرائد وبيع ممتلكاتهم لتأمين مصاريف العلاج إما بالعيادات الخاصة أو بالخارج الذي بات ملجأ ليس للمرضى البسطاء فحسب، وإنما أيضا لهؤلاء المسؤولين عند ابسط وعكة، وهو التصرف الذي يحسب كشهادة على فشلهم في تسيير هذا القطاع الحيوي والهام، وعن عجز سياساتهم عن تلبية المتطلبات الصحية ومسايرة الواقع بحلول ملائمة.

إن سياسات الإصلاح الأخيرة التي تبناها القطاع الصحي الجزائري والتي خصصت لها الدولة ميزانية ضخمة جدا قد ساهمت في إحداث بعض التغيرات على مستوى الهياكل والمستخدمين وتغيير الخريطة الصحية التي تبنت التوزيع العادل للأطباء المتخصصين والموارد المالية على كافة المستشفيات،

وضمان تغطية صحية شاملة، كما وساهمت هذه السياسات في اعتماد الدولة على المستهلكات الصحية الوطنية بدل الاستيراد من دول أخرى مما يوفر ادخار الموارد لتوظيفها في مجال صحي آخر، لكن الملاحظ أن أغلبها اعتمدت الجانب الكمي وأهملت الجانب الكيفي بحيث اهتمت بزيادة عدد الهياكل الصحية وزيادة عدد الأطباء وهو ما لا يشكل الحل المطلوب، بل فقط جزء من الحل مقارنة مع حجم المشاكل ونوعها التي هدمت جدار الثقة بين المواطن والمؤسسات الصحية العمومية، ودعمت مصالح بارونات الصحة الذين يسعون إلى الربح السريع على حساب صحة المرضى المتحصرين على سوء التشخيص وكثرة الأخطاء الطبية وغياب الرعاية الصحية اللائقة، وهي المشاكل التي شكلت جملة من المشاهد السلبية المسيئة للقطاع الصحي العام لا يمكن حلها إلا عن طريق :

- التنسيق مع الجهات ذات العلاقة بالقطاع الصحي العام بما فيها القطاع الخاص، وإقامة علاقات مبنية على توسيع التعاون وتحقيق التضامن والدعم وتبادل الخبرات، بدل المنافسة القائمة على إلغاء الآخر والاهتمام بالمصالح الخاصة.

- تبني النمط التشاركي بدل النمط التسلسلي، بحيث يتمكن الجميع من لهم علاقة بالميدان سواء قطاعات أو أطباء وحتى عموم المواطنين من المساهمة في صنع السياسات الصحية .

- تفعيل آليات الرقابة الدائمة والمحاسبة المستمرة وتطويرها وتدعيمها بمؤسسات ولجان مسائلة ومتابعة فعالة.

- التركيز في إعداد السياسات الصحية على اختيار البدائل المسيرة للأحداث والمشاكل الصحية الواقعية التي يعيشها المواطن الجزائري.

- إنشاء مراكز للأبحاث وتهيئة الجامعات بتخصصات حديثة، وتدعيم كل تخصص بأطباء من ذوي الخبرة الميدانية، قصد ضمان تكوين وطني جيد بدل التكوين بالخارج المكلف لمنح ضخمة وبالتالي توفير الموارد.

- عصرنة المؤسسات الصحية بوسائل وأجهزة جد متطورة من اجل تعزيز القدرة على مكافحة أمراض العصر منها الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكري و السرطان بأنواعه الذي حصد أرواح النساء والرجال شباب وشيوخ وحتى الأطفال، وأصبح يمثل واقعا مقلقا .

- إجراء ملتقيات ودورات تكوينية متواصلة في شتى التخصصات لفائدة الأطباء للإستفادة من أبناء هذا الوطن بدل استقطاب أطباء أجانب أو انتقال المرضى للخارج للعلاج، وكذلك إجراء تأهيل للمرضين حول كيفية مقابلة المرضى والتعامل معهم لتكفل أحسن بالمرضى .

- حل المشاكل الاجتماعية مثل أزمة السكن و البطالة و الفساد الإداري وأزمة غلاء الأسعار وهي عوامل حيوية مسببة للضغوطات النفسية كالقلق والغضب والانفعال الشديد والحزن المسبب لأمراض السكري ، ارتفاع الضغط ، أمراض القلب ، السرطان . وانتشار الأمراض الصدرية بسبب لجوء العديد إلى التدخين، ولجوء البعض الآخر للانتحار المؤدي لارتفاع نسبة الوفيات ،وعليه ينبغي للحكومة الجزائرية أن تعمل على حل المشاكل الاجتماعية وذلك لارتباطها الوثيق بأغلب المشاكل الصحية.

-تحسين ظروف عمل الأطباء وخاصة أطباء الطب العام، وإعادة الاعتبار لهم في ظل خطورة انقراضهم وتوجه غالبية المتخرجين من كلية الطب لمتابعة الدراسات العليا نحو دراسة تخصص طب الأعضاء عوض فتح عيادات للطب العام، وتوجه المواطنين متى أحس بوعكة في عضو معين الى الطبيب المختص بعلاج ذلك العضو بدل الطبيب العام .

# قائمة المراجع

## 1- مصادر

- القرآن الكريم

## 2- مراجع

أ- كتب:

### أولا- كتب باللغة العربية

- محمد نصر مهنأ، العلوم السياسية بين الاصاله والمعاصره ، الإسكندرية ، مركز الدالنا للطباعة والنشر والتوزيع ، 2002.

- فهيم خليفة الفهداوي ، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل ، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع ، 2001.

- جابريل الموند، بنجهام بويل، السياسة المقارنة إطار نظري ، ترجمة: محمد بشير المغازي، بنغازي: منشورات قان يونين، 1996.

- ثابت عبد الرحمان إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، الإسكندرية:الدار الجامعية، 2003.

- تامر كامل محمد الخزرجي ، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة، عمان :مجدلاوي للنشر والتوزيع ، 2004.

- بيترغبل وجيفير بوتون، مقدمة في علم السياسة، ترجمة: د.محمد مصالحة، ط 2 ، عمان : منشورات الجامعة الأردنية، 1998 .

- حسن ابشر الطيب، أهداف السياسات العامة ودورها في ترشيد مشروعات التنمية ، مسقط: مجلة الإداري ، عدد 51، 1992.

- توفيق الجند، مفاهيم اساسية في السياسات العامة ، اليمن : صنعاء، مؤسسة رنين، 2013.

- محمد موفق حديد، إدارة الأعمال الحكومية، عمان:دار المناهج، 2000.

- محمد موفق حديد، الإدارة العامة: هيكله الأجهزة وصنع سياسات وتنفيذ البرامج الحكومية ، عمان:دار الشرق، 2007.

- محمد قاسم القريوني، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة ، الكويت:ردمن، 2006.



- هشام عبد الله ، مترجماً، السياسة المقارنة في وقتنا الحاضر، عمان : دار الأهلية، 1997.
- الدكتور حسن بلا، مدخل لفهم السياسات العامة ، مجلة العلوم القانونية ، 27 أكتوبر 2012.
- د. أحمد مصطفى الحسين ، مدخل إلى تحليل السياسات العامة ، الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2012.
- عامر الكبسي، صنع السياسات العامة، عمان : دار الميسرة، 1999.
- إبراهيم درويش، النظام السياسي، دراسة فلسفية تحريرية ، القاهرة: النهضة العربية، 1968.
- وصال نجيب الغزاوي، السياسات العامة، حقل معرفي جديد، بغداد: مركز الدراسات الدولية، 2001.
- صادق الأسود، الرأي العام: ظاهرة اجتماعية وقوة سياسية ، بغداد: دار الحرية للطباعة والنشر، 1993.
- حمادة بسيوني إبراهيم ، دور وسائل الاتصال في صنع القرارات في الوطن العربي، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 1993.
- احمد عارف كفارنة، دراسات دولية : العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرار في السياسة الخارجية ، العدد الثاني والأربعون.
- نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة و المرض، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية 2002.
- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999.
- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية، 2004.
- المجيد الشاعر، وآخرون، الرعاية الصحية الأولية ، عمان، الأردن : دار البازوري، ط 1 ، 2000.
- فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية ، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع، ط 1 ، 1998.
- ارنولدج هايدنهايمر، وآخرون، السياسات العامة المقارنة: سياسات الخيار الاجتماعي بأمريكا وأروبا واليابان، ترجمة : أمل الشرقي ، عمان: الأهلية للنشر والتوزيع، 1999.
- صلاح محمود دياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية ، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009 .
- الدكتور فوزي بودقة، دور الجغرافيا العربية في صنع القرار. . الفرص والتحديات، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2013.
- الدكتور نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة ، عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط 2، 2012.

- عباس النصرأوي، برهان الدجاني وآخرون، القطاع العام والخاص في الوطن العربي ، بيروت ، مركز دراسات الوحدة العربية ، 1990.

- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية ، عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع ، 2006.

- عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مفاهيم أساسية في الإدارة، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية العربية، 2003.

- إفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة، الجزائر : دار القصة،، 2007.

- نورالدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، قسنطينة: دار كناية، 2008.

- احمد عوف عبد الرحمان، أوقاف الرعاية الصحية في المجتمع الإسلامي ، كتاب الأمة ، الدوحة :وقفية الشيخ علي بن عبد الله آل ثاني للمعلومات والدراسات ، 2012.

## ثانيا- كتب باللغة الأجنبية

- David estonn, **analyse de système politique**, paris:traduction de P.R. Armand colin, 1974.

- Thomas R. Day, **understanding public policy**. 7Ed, New Jersey : prentice Hall, Englewood cliffs, 1992.

- Thomas A.Birkland, *An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making* , 2011.

\_ Mohamed ouahdi et autre, **Plan national strategique de lutte contre les IST/VIH/SIDA**, Alger 2008-2012.

- Jean.paul Grangand, **Les systemes de santé en Algerie Maroc et Tunisie**, Défis nationaux et enjeux partagés, ipemed, 2012.

## ب - مجلات وتقارير ومحاضرات

### أولا- باللغة العربية

- الدكتور حسن بلا، مدخل لفهم السياسات العامة ، مجلة العلوم القانونية ، 27 أكتوبر 2012.

- احمد عارف كفارنة، دراسات دولية : العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرار في السياسة الخارجية ،العدد الثاني والأربعون.
- أ.بومعراف الياس ،أ.د. عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 2009،7-2010.
- مولاي لخضر عبد الرزاق، بنوة شعيب، دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية، دراسة حالة الجزائر، مجلة الباحث، العدد 07، 2010/2009.
- بن لوصيف زين الدين ، تسير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية،العدد الأول،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة، ديسمبر 2003.
- يوسف كرباح، هل تؤدي الثورة الديمغرافية إلى ثورة ديمقراطية؟ نموذج الشرق الاوسط وشمال افريقيا، مجلة عمران ، العدد 03، الدوحة:المركز العربي للابحاث ودراسة السياسات ، مارس 2013.
- نورالدين حاروش ، النهج التعاقدية في القطاع الصحي: ضرورة الاصلاح ام حتمية الواقع؟ ،محاضرة أقيمت في المنتدى الوطني : مستقبل الدولة الوطنية في ظل العولمة ومجتمع المعلومات حالة الجزائر ،جامعة ورقلة، ايام 5-6 ماي ، 2009.

## ثانيا- باللغة الأجنبية

- Conseil de la famille.1989Quebec,Qu'est ce q'une politique publique/http:www.partenariat-familles.inrs-ucs.quebec./docs pdf/fiche 2.pdf.
- Introduction à l'analyse des politiques ، publié sous la direction de Réjean Landry, Éditeur. Québec : Presses de l'Université Laval, 1980.
- Sandra Day O Connor,The importance of judicial independence,Issues of democracy, Electronic journal of U Sinformation Agency.
- Ministère de la Santé, L'organisation de la distribution des soins durant la périodecolonial, séminaire sur le développement d'un système national de santé: l'expérience algérienne ,Exposé n°1,Alger les 07 et 08 avril,1983.
- Saihi .A, Le système de santé publique en Algérie,Revue"Gestions hospitalieres, les décideurs hospitaliers n455.

-D.Rachid bougherbal, la transition épidémiologique en algerie, journée parlementaire sur la santé, Conseil de la nation, palais Zirout Yousef-Alger:2010

-Chaouch.M; Développement du Système National de Santé ; Stratégies et Perspectives;" le gestionnaire" revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique; n°5; juin 2001.

## ج- نصوص قانونية

### أولا- باللغة العربية

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة الداخلية والجماعات المحلية ، مرسوم رقم :07-321 ، 24 أكتوبر 2007 ، يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها، الجريدة الرسمية ، العدد 67 ، أكتوبر 2007 .  
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 83-11 مؤرخ في 02 يوليو 1983، المتعلق بالتأمينات الإجتماعية، الجريدة الرسمية، الصفحة رقم 1762.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 86-25 مؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون الاساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية ،العدد 06، الصادرة في 12. فيفري. 1986. ، ص. 115.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 89-11 مؤرخ في 07 فيفري 1989، المتعلق الخاص بانشاء مدرسة وطنية للصحة العمومية وتحديد مهمتها بتكوين الاطباء والمرضين والاداريين، الجريدة الرسمية، العدد رقم 26 ،الصادرة بتاريخ : 1989/02/08.

### ثانيا- باللغة الاجنبية

-R.A.D.P, Décret n° :69-96 du08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose **Journal Officiel** , n° 59, du 11 juillet 1969.

## د- رسائل جامعية

- أحمد طيب ، دور المعلومات في رسم السياسات العامة في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر، 2007.

- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، رسالة ماجستير جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2010/2011

- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، تخصص تسويق دولي، 2011-2012.

- كلتوم كباي، التنافسية وإشكالية الإدماج في الإقتصاد العالمي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2007-2008.

- مسعود البلي، واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تخصص سياسات عامة وحكومات مقارنة، 2009-2010.

- سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم التجارية، فرع تسويق، جامعة الجزائر 03، 2011/2012.

- كريمة بوعزيز، "إختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام و القطاع الخاص". رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، سنة، 2002.

- عميد جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، علوم اقتصادية وعلوم التسيير، فرع التخطيط، جامعة الجزائر ن سنة 2008/2009.

## هـ- مواقع إلكترونية

### أولا- مواقع باللغة العربية

- [https://ar.wikipedia.org/wiki/سياسات عامة](https://ar.wikipedia.org/wiki/سياسات_عامة)

- <https://ar.wikipedia.org/wiki/سياسة>

- [www.altibbi.com/مصطلحات طبية/الطب العام/مرض](http://www.altibbi.com/)

- [www.Ency.Kacemb.com/الاشتراكية](http://www.Ency.Kacemb.com/)

- بوضياف يقدم عرضا حول "تحديات السياسة الصحية في الجزائر أمام اللجنة المختصة بالمجلس الشعبي

الوطني"، موقع الإذاعة الجزائرية، <http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article>

[/20150406/36173.html](http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20150406/36173.html)

- النظام الصحي في الجزائر بين الرهانات السياسية والواقع ، <http://www.tomohna.net/vb/showthread.php?t=12102>

- اجراءات جديدة لاعتماد الصيدليات في اطار الاصلاح ، جريدة البلاد الالكترونية ،

<http://www.elbilad.net/article/detail?id=10650>

- الجزائر - منظمة الصحة العالمية : التوقيع على مخطط عمل 2014-2015 ، جريدة النهار اون لاين،

[http://www.ennaharonline.com/ar/algeria\\_news/196348-2014-2015.html](http://www.ennaharonline.com/ar/algeria_news/196348-2014-2015.html)

- 10 أمراض خطيرة في شوارعنا ، الجريدة الإلكترونية بوابة الشروق

<http://www.echoroukonline.com/ara/articles/204071.html>،

- حياة ك ، تحسين وتطوير قطاع الصحة من اهم الانجازات التي حققتها الجزائر ، جزايريس محرك بحث

اخباري، <http://www.djazairiss.com/echchaab/18768>،

- حسينة ل ، مكتسبات هائلة في قطاع الصحة منذ الاستقلال ومجانية العلاج: انجاز الهياكل وعصرنة التكوين

والتسير ، جريدة المساء الالكترونية، <http://www.el-massa.com/dz/>

- الاتحاد العام للطلبة المسلمين الجزائريين من التأسيس إلى إضراب 19 ماي 1956، المركز الوطني للدراسات

والبحث في الحركة الوطنية وثورة أول نوفمبر 1954، [http://www.cnerh-nov54.dz/wpcnerh/?page\\_id=250](http://www.cnerh-nov54.dz/wpcnerh/?page_id=250)

- على الأطباء الإختيار بين القطاع العام والخاص ، جريدة البلاد الالكترونية،

<http://www.elbilad.net/article/detail?id=32496>

- الصحة العالمية: الجزائر حققت أهداف الألفية في مجال مكافحة الملاريا والسل والسيدا، موقع الاذاعة

الجزائرية ، / [www.Radioalgerie.dz/news/ar/article/20150421/37833.html](http://www.Radioalgerie.dz/news/ar/article/20150421/37833.html)

- حنان س ، القطاع الصحي " تعزيز المنشآت والشروع في تحسين الخدمات " ، جريدة المساء الالكترونية،

<http://www.el-massa.com/dz/>

- موقع الموسوعة العالمية ويكبيديا، الجزائر / <https://ar.wikipedia.org/wiki/>

## ثانيا- باللغة الأجنبية

- <https://www.dha.gov.ae/AR/sectorsdirectorates/sectors/HealthPolicy/Public>

[Health/about US/pages/definitionofhealth.aspx](https://www.dha.gov.ae/AR/sectorsdirectorates/sectors/HealthPolicy/Public/Health/about%20US/pages/definitionofhealth.aspx).

- <https://www.politique-Africaine.com/numeros/pdf/044051.polf/Magalibarbieri>

[/CEPED/ Pierre-Cantrelle/ORSTOM](https://www.politique-Africaine.com/numeros/pdf/044051.polf/Magalibarbieri/CEPED/Pierre-Cantrelle/ORSTOM).

- **Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière: les préalables et les actions urgentes:** [www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.html](http://www.santé.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.html)

- **Organisation de la santé dans les maquis d'Algérie durant la guerre de libération**, Fondation nationale pour la promotion de la santé et le développement de la recherche ,<http://www.forem.dz/index.php/activites/v/index.php>

و- صحف

ˆGhania Lassal, **Le courageux combat du professeur Kamel Bouzid**, le quotidien, n°6761, 23<sup>e</sup> année, 09.01.13.

# قائمة الجداول



الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
81	تطور عدد السكان المقيمين داخل الوطن (بالالف نسمة)	01
81	الأمل في الحياة عند الولادة ( بالسنوات )	02

فہر س

الموضوع : تطور السياسة الصحية في الجزائر	
	إهداء
	شكر
أ	مقدمة
فصل أول :التأصيل المفاهيمي للدراسة	
13	مبحث أول : الإطار النظري للسياسة العامة
14	مطلب أول : مفهوم السياسة العامة ونشأتها وتطورها
22	مطلب ثاني : خصائص السياسة العامة وعناصرها
25	مطلب ثالث : أنواع السياسة العامة و أبعادها
30	مطلب رابع : مؤسسات صنع السياسة العامة
37	مبحث ثاني : السياسة الصحية (المفهوم- التقسيمات- المحاور - المقومات -الأهداف)
38	مطلب أول : مفهوم السياسة الصحية والمرادفات المتصلة بها
43	مطلب ثاني : تقسيمات السياسة الصحية ومحاورها.
49	مطلب ثالث : المقومات الأساسية للسياسة الصحية
40	مطلب رابع : أهمية وأهداف السياسة الصحية
43	خلاصة الفصل
فصل ثاني :تحليل السياسة الصحية في الجزائر	
58	مبحث أول : أسس ومواصفات السياسة الصحية في الجزائر
59	مطلب أول : الخصائص الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر
64	مطلب ثاني : واقع السياسة الصحية في الجزائر
70	مطلب ثالث : مبادئ السياسة الصحية في الجزائر
71	مطلب رابع : القطاع الصحي الخاص وعلاقته بالسياسة الصحية الجزائرية
78	مبحث ثاني : التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر
79	مطلب أول : الوضع الصحي ما قبل الاحتلال الفرنسي
80	مطلب ثاني : السياسة الصحية أثناء الاحتلال الفرنسي
87	مطلب ثالث : السياسة الصحية في فترة ما بعد الاستقلال
99	مطلب رابع : دوافع وأهداف عملية إصلاح السياسة الصحية الجزائرية ومكوناتها وسبل تحقيق التنمية الصحية المستدامة
116	خلاصة الفصل
120	خاتمة
124	قائمة المراجع
133	قائمة الجداول
135	فهرس

# ملخص الدراسة

# ملخص الدراسة

لقد شكلت السياسة العامة محور اهتمام القادة السياسيين و موضوع دراسة العديد من الباحثين بوصفها محصلة وتفاعل أفراد وجماعات فاعلة مؤثرة لتحقيق أهداف ومصالح عامة، وكونها تمثل استجابة النظام السياسي للمدخلات الصادرة إليه من البيئة، ومجموع البرامج والنشاطات الحكومية الموجهة نحو حل المعضلات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية ، وتختلف طبيعة صنع السياسة العامة وأنواعها من دولة لأخرى، وحسب نشاط كل قطاع داخل الدولة في حد ذاتها.

وتعتبر السياسة الصحية من بين السياسات العامة التي توليها الحكومات اهتماما كبيرا باعتبار أن صحة المواطن تشكل عاملا حيويا يرتبط ارتباطا وثيقا بالتنمية وكفاءة وقدرة المواطنين على أداء أدوارهم في بيئتهم الاجتماعية، ومن هذا المنطلق نجد أن الحكومة الجزائرية حرصت منذ الاستقلال إلى غاية يومنا هذا على تطوير قطاع الصحة، و إعداد سياسات صحية تساهم في توفير تغطية صحية شاملة وتعزيز القدرة على مواجهة التحديات الماثلة في إطار تحقيق تنمية صحية مستدامة .

ولقد كان الهدف من هذه الدراسة والتي تحمل عنوان تطور السياسة الصحية في الجزائر هو إبراز التطورات التاريخية التي شهدتها منظومتها الصحية منذ العهد العثماني الى غاية يومنا هذا، وتأثيرات هذه التطورات على أدائها ونشاطاتها وسياساتها الموجهة لتلبية مطالب المواطنين الجزائريين، والتعرف أيضا على مجموع العوامل والأسباب التي ساهمت في خلق الواقع الصحي الحالي، و حجم الصعوبات والمشاكل والتحديات التي واجهت القطاع الصحي وصناع السياسة الصحية عبر مراحل زمنية مختلفة ، ومعرفة محتوى ومستوى السياسات الصحية التي تم إعدادها في إطار مواجهة هذه الصعاب، وتقديم قراءات لآثار هذه السياسات والتغيرات التي أحدثتها، وبيان مدى مساهمتها في تحسين الظروف الصحية للمواطن الجزائري.

ولقد اعتمد في الدراسة على المنهج التاريخي والوصفي والإحصائي، ومجموعة من الاقتربات وهي الاقتراب القانوني والنظمي والبنوي واقتراب الجماعة لأنها تناسب هذا النوع من البحوث وذلك للإجابة على التساؤل الرئيسي الذي مفاده:

\* ما هي مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر وإلى أي مدى ساهمت في تحقيق مستوى صحي لائق لأفراد المجتمع ؟

## وتندرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- هل تمكنت السياسات الصحية التي سطرها الجزائر من تحقيق الأهداف المنتظرة أم أنها أخفقت لسبب من الأسباب ؟
- ما واقع جودة الخدمات الصحية وما هو مستوى الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ؟
- ما هو واقع الصحة في ظل رهانات التنمية المستدامة ؟
- ما طبيعة العلاقة بين القطاع الصحي العام والخاص وما مدى مساهمة القطاع الخاص في صنع السياسات الصحية ؟
- ما مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المتهجة في الجزائر وهل حققت الأهداف المرجوة وما هي سبل تحقيق تنمية مستدامة في الجزائر ؟

## ولقد انطلقت الدراسة من فرضيات مفادها:

- إن ما شهدته الجزائر خلال الفترة الاستعمارية الفرنسية وما ورثته من أوضاع (اجتماعية واقتصادية و سياسية) مزرية شكل تحديات كبرى لصانعي السياسة الصحية، وكان له اثر في عدم قدرة مساهمة هذه السياسات للتطورات والتحولات.
- لقد شهدت السياسات الصحية بالجزائر مراحل مختلفة كل منها تميزت بخصائص (اجتماعية واقتصادية و سياسية) كان لها تأثيراتها في عملية صنع وتنفيذ هذه السياسات وعلى أداءات المنظومة الصحية بصفة عامة .
- تغييب دور المواطنين والقطاع الصحي الخاص في المشاركة في صنع القرارات، وفقدان العدالة والمساواة وشروط الجودة على مستوى تقديم خدمات العلاج والرعاية، وسوء توزيع الأطباء، ساهم في تراجع أداء المنظومة الصحية وتدهورها .
- السياسة الصحية في الجزائر لم تؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة خاصة فيما يتعلق بتنمية القطاع والمستوى الصحي للسكان بما يتوافق والبرامج المعدة .

## ولقد أَلقت الدراسة الضوء حول النقاط التالية:

- السياسة العامة كحقل علمي معرفي نشأت بعد تطورات علمية وتغيرات جوهرية عديدة متتالية، انتقلت بذلك من الوصف الى التحليل ثم المقارنة، وأصبحت حقلا علميا تلتقي فيه كل العلوم، وهي تعبر عن محصلة تفاعلات رسمية وغير رسمية وفاعلين محليين ومركزين للقيام بمجموعة من الوظائف من اجل تحقيق الأهداف والغايات الحكومية وتلبية مطالب وحاجات المجتمع، طابعها الإلزام والشمول، وتتنوع بين سياسات واضحة وغير واضحة، سياسات جزئية و فرعية و كلية ، سياسات استخراجية وتوزيعية وتنظيمية ورمزية، ولها عدة ابعاد ، بعد سياسي بكونها تنشأ عن إرادة فرد أو مجموعة لخلق واقع اقتصادي أو سياسي مقبول ، وبعد اجتماعي باعتبارها موجهة لخدمة أفراد المجتمع وبعد اقتصادي يمثّل في الموارد والاعتمادات المالية الواجب توافرها لتنفيذ سياسة عامة وإنجاحها.

-السياسة الصحية تمثل إحدى السياسات العامة، وهي تعبر عن جملة من النشاطات والوظائف والأعمال والبرامج والقرارات الموجهة لمكافحة الأمراض ورعاية أفراد المجتمع وتحسين ظروفهم الصحية وصون حياتهم، وإعدادها يتطلب تحديد الأولويات والأهداف، واختيار الأدوات اللازمة لتحقيق هذه الأهداف وتوفير الهياكل والمؤسسات المعهود إليها صنع وتنفيذ وتقييم هذه السياسة، كما ولا بد من تحديد أسلوب التدخل مركزي أو غير مركزي، وأيضا توفير الموارد البشرية والمالية اللازمة كضمان لنجاح هذه السياسة، ويستلزم هذا الضمان أيضا أداء الالتزامات السياسية بضرورة تحقيق الأهداف وتلبية المطالب الصحية وفق مبدأ العدالة والمساواة، وتحمل الجميع مسؤولية الصحة من الحكومة إلى المواطن، ولا بد أيضا من تكييف الهياكل وعصرنتها وإعداد خطة عمل توضح التفاصيل حول الأهداف والبرامج والاحتياجات، وتوضح الإطار الزمني والمكاني، وهي مقومات لا بد من توافرها عند إعداد السياسات الصحية على تنوع أشكالها، هذه الأخيرة وضحتها الدراسة من خلال تقسيم الدكتور والت الذي ميز بين سياسات صحية صغيرة ذات أهداف قصيرة المدى تهتم بالمجتمع المحلي أو سياسات كبيرة طويلة المدى تهتم بجميع أفراد المجتمع، اما الدكتور فرانك قسم السياسة الصحية حسب اربع مستويات ، مستوى النظام لتفسير مدى تخطيط وتكوين الموارد البشرية وطبيعة العلاقات بين القطاعات

الصحية والعلاقات بين القطاع الصحي الخاص والعام والعلاقة بين القطاعات الصحية و القطاعات الأخرى الغير صحية، ومستوى البرامج يتم من خلاله تحديد الأولويات والطرق والوسائل المعتمدة في توزيع الموارد المادية والبشرية وتحديد طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها، و مستوى الأداء والتنظيم يتم من خلاله توضيح الأنظمة المعمول بها في المؤسسات الصحية، أما التقسيم العام فيتناول سياسات ميثا يعتمدها متخذ القرارات كقواعد يلتزم بها لإعداد سياسات أخرى، وسياسات الميغا وهي سياسات توضيحية إرشادية لسياسات أخرى ، والسياسة الصحية بصفة عامة تهدف إلى تعزيز دور الحكومة في الاهتمام بصحة مواطنيها وتحسين أحوالهم وظروف حياتهم الصحية وتوفير مستوى جيد من ناحية الخدمات و الرعاية الصحية المقدمة وتساهم هذه الأهداف وعوامل أخرى كالعلاقة بين قطاع الصحة وقطاعات أخرى في اكتساب السياسة الصحية لأهميتها التي تميزها عن باقي السياسات الأخرى.

- السياسة الصحية في الجزائر شهدت في عملية تطورها عدة مراحل وكل مرحلة تميزت بظروف وخصائص اقتصادية واجتماعية وسياسية ساهمت بقسط كبير في بلورت المبادئ والأهداف والغايات المرجوة من إعداد السياسات الصحية، بحيث أن الجزائر شهدت تدهورا كبيرا وتراجعا مأساوي لصحة مواطنيها خلال فترة السيطرة العثمانية نتيجة لانتشار الأمراض البوابية مثل الطاعون المتأتي من الهجرات العديدة، وتنوع وتعدد الوافدين الى ارض الجزائر نتيجة العلاقات التي كانت تربط العثمانيين بغيرهم من الدول، ومما زاد حدة الوضع قلة الأطباء في هذه الفترة واستئثارهم للحكام العثمانيين وحاشيتهم تاركين العامة للطب التقليدي، وتلتها فترة الاحتلال الفرنسي الذي باشر في خدمة جيشه بتطوير النظام الصحي العسكري وإهمال المدني، وفتح المستشفيات للاوروبيين وتبني سياسات صحية عنصرية التي همشت الجزائريين وحرمتهم من حقهم في العلاج والتداوي والرعاية الطبية، مما أدى إلى سوء أحوالهم الصحية ولجوء غالبيتهم للتداوي بالطب التقليدي والروحاني وارتفاع نسبة الوفيات بينهم وهو العامل الذي اتحد بعوامل أخرى أثارت حفيظة الجزائريين وأشعلت غضبهم في صورة احتجاجات تبنتها الحركة الوطنية التي جمعت خيرة أبناء الجزائر مطالبة برفع الظلم، ثم تطورت الاحتجاجات الى ثورة التف حولها الجميع وكان لها تأثير عميق على مستقبل النظام الصحي وسياساته في الجزائر سواء في فترة الاحتلال وحتى بعد استرجاع السيادة الوطنية، ولقد أنشأت جبهة التحرير الوطني أول نظام



صحي مستقل في عناصره وأهدافه سنة 1954، ومر هذا النظام بمرحلتين متباينتين، مرحلة تميزت بالعشوائية وعدم التنظيم، ومرحلة تميزت بانعقاد مؤتمر الصومام الذي نظم الثورة بصفة عامة والقطاع الصحي بصفة خاصة والذي كان ملحقا في بادئ الأمر بالنظام العسكري وموجه للعناية بجيوش الثورة بالدرجة الأولى، ثم بدأ في توسيع خدماته شيئا فشيئا حتى شمل عموم الشعب، وهو الأمر الذي دفع فرنسا لتغيير سياساتها لاستمالة الشعب الجزائري وكسب تأييده لمشروعه الاحتلالي وإضعاف الثورة، فأعلنت عن إصلاحات تضمنت مشروع قسنطينة، خصصت له فرنسا ميزانية ضخمة ولم يتحقق منه سوى التحاق الطلبة بأعداد هائلة واستمرت التضيقات على باقي الشعب، وبالرغم من ظاهر هذه السياسات المغربي إلا أن باطنها الخبيث الذي يسعى لإطالة الاحتلال ومنع القضاء على كل تطور من شأنه أن يشكل خطوة نحو الاستقلال انكشف واستمر الكفاح إلى أن تحقق الاستقلال، وكان من نتائج هذا الاستعمار دمار جميع البنى الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وورث الجزائريون كل مظاهر التخلف والامية والفقر وإدارات مشلولة بسبب غياب الإطارات و هجرة الأدمغة والعمال والأطباء إلى فرنسا، وهي الظروف التي شكلت تحديات صعبة أمام الحكومة الجزائرية الفتية أوجبت النهوض بالبلاد وتطويرها، بحيث تم في فترة بناء الدولة الجزائرية إنشاء وزارة الصحة العمومية سنة 1965 كوزارة قائمة بذاتها، وتم وضع برنامج صحي وطني لمكافحة الأمراض المتنقلة، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية، وإعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار، وإنشاء صيدلية مركزية وارتفع مستوى الأداء سنة 1974 بحيث تم إقرار مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية والمساواة بين جميع المواطنين باختلاف مداخيلهم في ظل انخفاض أسعار البترول، كما ساعد هذا الظرف في توفير تغطية صحية شملت كامل التراب الوطني، وشهدت الفترة الممتدة من 1980 إلى 1990 بناء العديد من المستشفيات والمراكز الصحية، وإصدار جملة من القوانين والمراسيم خاصة بترشيد النفقات وإعطاء الاستقلالية للمراكز الاستشفائية الجامعية، وإنشاء مدرسة وطنية للصحة العمومية لتكوين الأطباء. أما فترة الانتقال السياسي والاقتصادي فقد عرفت مرحلتين : مرحلة امتدت من 1990 إلى 2002، إنخفضت فيها نسبة الوفيات وارتفع مؤشر الأمل في الحياة وارتفع مستوى المعيشة والوعي عند فئات عديدة من السكان نتيجة الجهود التي بذلت من طرف السلطات الجزائرية خاصة عنصر التكفل بالفئات الهشة كالأأم والطفل، إضافة إلى إنشاء عدة وكالات في هذه الفترة منها الوكالة الوطنية للدم والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ومخبر منها المخبر الوطني لمراقبة

المنتوجات الصيدلانية، وتم بناء هياكل صحية في كامل أنحاء البلاد وتكوين أعداد كبيرة من أطباء و شبه طبيين، ولكن التحدي الصعب الذي شهدته الجزائر في هذه الفترة هو انتشار الأمراض المزمنة كالسرطان وأمراض القلب وداء السكري، وأيضا انخفاض نسبة النمو الديمغرافي نتيجة لانتشار التعليم الذي ساهم في ارتفاع مستوى وعي المرأة الجزائرية، ولذلك وجهت السلطات الجزائرية جهودها نحو الرعاية الصحية باعتبار أن الإنسان يمثل محور التنمية، وتوفر الرعاية الصحية والخدمات الطبية هو السبيل الوحيد لتحقيقها، فشرعت الحكومة في القيام بمجموعة من الإجراءات من بينها إجراء تحقيق وطني سنة 1991 بإشراف المعهد الوطني للصحة العمومية يعتمد على جمع المعلومات الصحية اللازمة وتحليلها في إطار البحث والتكوين والوقوف على الوضعيات الصحية للسكان، ثم الشروع في إعادة النظر في طرق التمويل الصحي وفق ما يسمى بنظام التعاقد الذي سمح للقطاع بالتعامل مع العديد من المؤسسات من بينها صندوق الضمان الاجتماعي الذي تكفل بدفع مصاريف العلاج والإقامة عن الفئات المحرومة وتوكيل مهمة إعداد القوائم لهذه الفئات لمديرية الشؤون الاجتماعية، وتم خصصة القطاع الصحي سنة 2015، والترخيص بفتح العيادات الخاصة بشكل أوسع وانفتاحها الكامل في طريقة العرض والعمل، وتم زيادة عدد الأطباء الذين يعملون لحسابهم الخاص، وإضافة هيكل جديد يتمثل في العيادات الاستشفائية الخاصة سواء ذات طابع ربحي أو غير ربحي، وتراوحت العلاقات في هذه الفترة بين القطاع الصحي الخاص والعام بين علاقات دعم وتعاون وعلاقات تنافس تقوم على تحقيق المصالح الخاصة أثرت بدرجة كبيرة على مصالح القطاع العام نظرا للجوء القطاع الخاص إلى أسلوب سئ يقوم على إلغاء الآخر بتشويه صورة المؤسسات العمومية وتضخيم مشاكلها لاستقطاب المرضى إليه، كما وبشرت السلطات الجزائرية في هذه الفترة وخاصة في 1996 في إصدار مراسيم أحدثت تغييرات عديدة، كتقسيم الخريطة الصحية إلى خمسة جهات صحية ( شرق، غرب، وسط، جنوب شرق، جنوب غرب)، ووضع المراكز الاستشفائية الجامعية تحت وصاية وزارة الصحة والسكان والوزارة البيداغوجية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي، وحققت الجزائر تقدما ملحوظا في قطاع الصحة في الفترة الممتدة من 2002 الى غاية 2014، تم فيها وضع نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف، والاهتمام بالتكوين والإعلام والاتصال ووضع لامركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي، و تم اعتماد نظام صحي جديد في شهر ماي 2007 والذي تم تطبيقه بصورة فعلية في 2008، يقوم على الفصل بين مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي، وترقية هذا

الأخير، وتم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين هما : المؤسسة العمومية الاستشفائية ، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وتم انجاز 800 هيكل صحي جوارى في هذا الإطار كما وطبق نظام جودة الخدمات الصحية ليوائم احتياجات المجتمع، وتمحورت اغلب المشاريع بين 2008 و2014 حول زيادة عدد الهياكل الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة ومراكز للأشعة، وزراعة الأعضاء مما ساهم في تقليص الفاتورة الباهظة التي يكلفها العلاج بالخارج، و عرفت المنظومة الصحية بهذه الجهود تحسنا ملحوظا وحقت بعضا من أهدافها خلال السنوات الأخيرة، إلا أن تدهور الأوضاع الاقتصادية نتيجة انخفاض أسعار البترول وظواهر الاختلاسات المالية والفساد الإداري والاجتماعية مثل ظاهرة تدني المستوى المعيشي و ارتفاع معدل الفقر نتيجة البطالة وغلاء الأسعار وضعف القدرة الشرائية لدى المواطن الجزائري، وحتى الأمنية والمتمثلة في تحديات الإرهاب والصراعات بين الرئاسة والجيش والاستخبارات الجزائرية ساهم بشكل كبير في وقوع عدة اختلالات في قطاع الصحة ، واثرت على مستوى أداء مؤسساته ونشاطاتها ومردوديتها، وأيضا من جملة ما شهده القطاع في الفترات الأخيرة: سوء تسيير المؤسسات الصحية العمومية والهيمنة المركزية للصلاحيات، والتوزيع الغير عادل للأطباء و الموارد البشرية بصفة عامة والموارد المالية، وتدني مستوى الخدمات وحرمان المواطن من حق العلاج الجيد والحصول على الرعاية الصحية الكاملة التي تضاءلت شيئا فشيئا خصوصا امام غياب آليات الرقابة والمحاسبة والإشراف على الأداء الصحي وتقويمه ، مما شكل دافعا ملحا للقيام بعملية الإصلاح التي كان من بين أهم أهدافها بناء نموذج صحي جزائري مقبول وطنيا ودوليا عن طريق النهوض بمنظومة الصحة على كافة المستويات ( مستوى الهياكل الصحية، مستوى الحاجيات الصحية ، مستوى الموارد المالية والتمويل ، مستوى الموارد البشرية ، مستوى الصيدلة والأدوية، وعلى مستوى الاشتراك مع القطاعات الأخرى) ، واحتوت سياسة إصلاح المنظومة الصحية عدة محاور مست عدة جوانب، بحيث تم أولا تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2002، وتم الشروع بتخطيط عملية الإصلاح وفق مخططات قصيرة المدى سنة 2003، ومخططات متوسطة المدى سنة 2005، ومخططات طويلة المدى سنة 2009، وتم تطبيق فيما بعد ما يسمى بنظام إدارة الجودة الشاملة 2008/2009، وجهت الجزائر من خلاله اهتمام كبير لعنصر جودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة، وأعطت مكانة للقطاع الخاص ووسعت مشاركاته في الميدان الصحي، وفتحت الأبواب للمستثمرين الأجانب والسماح لهم بإنشاء مؤسسات

استشفائية تدعم المؤسسات الجزائرية وتساهم في الاستفادة من خبرات الأطباء المستقدمين من الخارج، وخلال فترة 2013 الى غاية 2015 تم اعتماد خريطة طريق، من خلالها تم القيام بعملية مسح شاملة لكل المؤسسات الاستشفائية والمرافق الصحية الجوارية عبر أرجاء الوطن بهدف حصر كل الاختلالات والنقائص التي تعاني منها، كما وشملت أيضا إعادة تنظيم الاستعجلات وتدعيمها بالوسائل المادية والبشرية، ووضع آليات لتحسين الاستقبال والتوجيه، وتم انسنة المؤسسات الصحية، وضمان وفرة كل أنواع الأدوية والمستهلكات الطبية الجنيصة، أيضا تم اعتماد برنامج تكوين واثمين الموارد البشرية سنة 2015، من خلاله تم تكوين الأطباء في عدة تخصصات، وتم التركيز على الأطباء العاملين في مجال المعالجة الكيميائية لمكافحة السرطان، وأحدثت في نفس السنة إطار تشريعي وتنظيمي جديد يتماشى والتحويلات الاقتصادية والاجتماعية، تناول إخضاع مستوردي الأدوية للرقابة، والدفع بلجنة مراقبة أداء المؤسسات الصحية إلى الواجحة، وتم إنشاء وكالة وطنية تتكفل بمهمة تسير ومراقبة عمليات نزع الأعضاء وزرعها، وتم أيضا إخضاع النشاط التكميلي في المؤسسات العمومية لمجموعة من الشروط وتخيير الأطباء بين العمل في القطاع الخاص أو العام، وفي إطار عملية الإصلاح أيضا تم إبرام العديد من الاتفاقيات في إطار ما يسمى بالتوأمة بين مستشفيات الشمال والجنوب 2015 والتي تتضمن انتقال الأطباء المتخصصين بمستشفيات الشمال إلى مستشفيات الجنوب من اجل التنسيق والتعاون لضمان استفادة الأطباء العاملين بالجنوب من الخبرات وإكسابهم تقنيات جديدة في معالجة مختلف الأمراض خاصة فيما يتعلق بعمليات الجراحة، وعلى الرغم من ارتفاع معدل الأمل في الحياة لدى الجزائريين وتحسنه، إلا أن ذلك لم يمكن من التغطية وإخفاء الانتشار الواسع للأمراض المزمنة التي أصبحت تمثل هاجسا للدولة الجزائرية وخصوصا مرض السرطان والسكري الذي أضفى السبب الرئيسي وراء اغلب الوفيات في الجزائر والمتأتي من الضغوط النفسية التي يعايشها الشعب في ظل الأزمات الاجتماعية كأزمة السكن والبطالة والأمنية كالإرهاب، ومنع المسيرات والاحتجاجات وتضييق الخناق على الصحفيين والإعلام والتي أصبحت الوسيلة الوحيدة والمتنفس للشعب للتعبير عن مصالحه في ظل النمط النظامي التسلسلي المسيطر على جميع القوى والفاعلين الرسميين والغير الرسميين في البلد، كذلك الأزمات الاقتصادية كإخفاض استعمار البترول والاختلالات المالية وفضائح الفساد المالي مثل ( قضية شكيب خليل وقضية الخليفة وغيرها )، وكلها ظروف تستدعي عملية إصلاح لجميع القطاعات وليس قطاع الصحة فقط لتهيئة الظروف المناسبة لتحقيق التنمية المستدامة خاصة في الجانب

الصحي، وفي هذا الإطار وكسبيل لتحقيق تنمية صحية مستدامة، رأت الجزائر انه يتوجب اعتماد عدة آليات أهمها تسطير البرامج والخطط الكفيلة بتطوير القطاع وفق تطلعات المواطنين، ووضع استراتيجيات تمكن من بلوغ الأهداف وتفعيل دور الإدارات المختصة بتنمية دور الموارد البشرية بوزارة الصحة وتدريب الكوادر الطبية الوطنية وتوفير قيادة تملك الرؤية والتبصر والالتزام والقدرة على العمل الهادف في المجال الصحي والسعي لإشراك جميع فئات المجتمع في عمليات تخطيط وتنفيذ وتقييم النشاطات الصحية، وإعطاء أهمية للقطاع الصحي الخاص واستثماره في دعم القطاع العام عن طريق ترسيخ مبدأ التعاون بينهما وأيضا التنسيق بين القطاع الصحي العام والقطاعات الأخرى كقطاع السكن والتعليم وغيرها، وتهيئة المحيط عن طريق الحد من ظاهرة التوسع العمراني وإعداد خرائط صحية جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية والتعيين المتوازن للأطباء، وأيضا رأت انه لا بد من توسيع حملات التوعية والتثقيف وإعلام الجمهور بمخاطر العوامل البيئية السيئة على حياته.

### إستخلص في نهاية الدراسة :

انه وبالرغم من جميع التحسينات التي أدخلت على القطاع الصحي إلا أن السياسات العامة الصحية لازالت دون المستوى المطلوب والمنظومة الصحية لم تتمكن من تحقيق جميع الأهداف وسجلت المستشفيات خاصة في الآونة الأخيرة تراجعا على مستوى الرعاية الطبية والخدمات الصحية المقدمة، وهذا ما فسرتة ظاهرة هروب المسؤولين للتداوي بالخارج، وبيع المواطنين لممتلكاتهم والتسول عبر مواقع التواصل الاجتماعي والجرائد لتأمين مصاريف العلاج بمستشفيات أجنبية بدل الوطنية، وذلك راجع لتغييب دور آليات الرقابة والمحاسبة للأداء الصحي، وإعداد سياسات وفق معيار كمي بدل المعيار النوعي او الكيفي، و أيضا اغلب السياسات الصحية لا تتماشى مع الواقع المعاش للمواطن الجزائري، ومن أهم الأسباب غياب عامل الحرص من طرف الحكومة والفواعل المشاركة في صنع مثل هذه السياسات، و غياب مبدأ تحقيق الأفضل والأجود في عمليات الإصلاح و توسيع الأفاق والتطلع لمنافسة المؤسسات الصحية الرائدة والمحترمة بدل تقوقع المؤسسات الصحية الوطنية على ذاتها وانغلاقها وعدم انفتاحها بشكل واسع على الآخر، كما أن الحكومة وتحقيقا لعملية التنمية الصحية المستدامة اعتمدت فقط على إصلاح القطاع الصحي ورأت فيه الحل الأمثل للنهوض بالقطاع بمعزل عن بقية القطاعات، إذ أن تحقق هذه العملية يستدعي القيام بإصلاحات شاملة تتم على مستوى قطاع

السكن وقطاع التشغيل وقطاع النقل وقطاع التجاري ومعالجة المشاكل والإختلالات والإخفاقات التي تتخبط فيها هذه القطاعات لضمان علاقة تأثير وتؤثر ايجابية وليست سلبية.

### في الأخير خُتِمت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها :

- حل المشاكل الاجتماعية مثل أزمة السكن وأزمة البطالة والفساد الإداري وأزمة غلاء الأسعار والتي تمثل عوامل حيوية مسببة للضغوطات النفسية كالقلق والغضب والانفعال الشديد والحزن المسبب لأغلب أمراض العصر، كداء السكري والقلب وأمراض السرطان والأمراض الصدرية للجوء الغالبية للتدخين لتناسي الآلام.

-تحسين ظروف عمل الأطباء وخاصة أطباء الطب العام، وإعادة الاعتبار لهم في ظل خطورة انقراضهم وتوجه غالبية المتخرجين من كلية الطب لمتابعة الدراسات العليا نحو دراسة تخصص طب الأعضاء عوض فتح عيادات للطب العام، وتوجه المواطنين متى أحس بوعكة في عضو معين الى الطبيب المختص بعلاج ذلك العضو بدل الطبيب العام .

- الانفتاح حول العالم الخارجي وتوسيع التعاملات مع القطاعات الصحية في الدول الأجنبية وإجراء ملتقيات يستقطب من خلالها أطباء أجنب لل الاستفادة من خبراتهم وتقنيات المعالجة للعديد من الأمراض وكذا تأهيل الممرضين حول كيفية الاستقبال والرعاية وطريقة التعامل مع المرضى.

- إنشاء مراكز للأبحاث وتهيئة الجامعة بتخصصات حديثة وتدعيمها بأطباء ذوي خبرة ميدانية لضمان تكوين جيد.

- عصنة المؤسسات الصحية بوسائل عصرية جد متطورة لتعزيز القدرة على مكافحة الأمراض، وضمان تكفل حسن للمرضى.

- تفعيل آليات الرقابة والمحاسبة وتدعيمها بمؤسسات متابعة ومسائلة دائمة وفعالة.

- تبني النمط التشاركي بدل التسلطي حيث يتم اشراك كل من له علاقة بالميدان في صنع السياسة الصحية، والتنسيق مع القطاع الصحي الخاص والقطاعات الاخرى واقامة علاقات مبنية على التعاون والدعم وتبادل الخبرات.