



قسم السياسات العامة والنظم المقارنة

إدارة الأزمات الصحية في الجزائر :
تسيير المسار المهني للأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية
وتحديات ظروف العمل

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم السياسية

تخصص: السياسات العامة والنظم المقارنة

إشراف الأستاذة:

-حاجة أمال

إعداد الطالبة:

-بلهادف مروى

لجنة المناقشة:

الرتبة العلمية ، اللقب والاسم	مؤسسة الانتساب	الصفة
بشاني أحسن	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	رئيسا
حاجة أمال	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	مشرفا ومقررا
برحو سهيلة	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021





قسم السياسات العامة والنظم المقارنة

إدارة الأزمات الصحية في الجزائر :
تسيير المسار المهني للأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية
وتحديات ظروف العمل

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم السياسية

تخصص: السياسات العامة والنظم المقارنة

إشراف الأستاذة:

-حاجة أمال

إعداد الطالبة:

-بلهادف مروى

لجنة المناقشة:

الرتبة العلمية ، اللقب والاسم	مؤسسة الانتساب	الصفة
بشاني أحسن	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	رئيسا
حاجة أمال	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	مشرفا ومقررا
برحو سهيلة	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وتقدير

نحمد الله عز وجل الذي وفقنا في اتمام هذا البحث، ونشكره راكعين، الذي وهبنا الصبر والمطاوله والتحدي لنجعل من هذا المشروع علما ينتفع به.

قال رسول الله ﷺ: " من لم يشكر الناس لن يشكر الله".

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان والاحترام والتقدير إلى الأستاذة المشرفة "حاجة أمال"، على مسانبتها لنا طوال فترة انجاز هذا العمل لما منحتة لي من وقت وجهد وتوجيه وإرشاد وتشجيع، كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة، وكل طاقم المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية.

إهداء

- إلى روح شقيقتي الغالية إشراق رحمها الله وأسكنها فسيح جناته.
 - إلى أعز الناس وأقربهم إلى قلبي إلى والدتي العزيزة فيروز عجال ووالدي العزيز يزيد اللذان كانا عوناً وسنداً لي، وكان لدعائهما المبارك أعظم الأثر في تسيير سفينة البحث حتى ترسو على هذه الصورة.
 - إلى من ساندني وخطى معي خطواتي، ويسر لي الصعاب، إلى رفيق دربي ومن اختاره القدر أن يكون شريكاً لحياتي خطيبي "شمس الدين".
 - إلى إخوتي سارة ولقمان، ما كان ليحدث هذا لولا تشجيعهم المستمر لي.
 - إلى أميرة وهدى، وكل عائلتي وزملائي الذين ساندوني في هذه الفترة ولو بكلمة طيبة.
 - إلى أساتذتي وأهل الفضل الذين ساندوني طوال هذه الفترة بالنصيحة والتقدير والتوجيه والإرشاد.
- إلى كل هؤلاء أهديهم هذا العمل المتواضع، سائلة من الله العلي القدير أن ينفعنا ويمدنا بتوفيقه.

الصفحة	قائمة المحتويات
	صفحة الاستهلال
	شكر وتقدير
	اهداء
أ، ب، ت..	مقدمة
	الاطار المنهجي
04	اشكالية الدراسة
05	مجالات الدراسة
06	فرضيات الدراسة
06	الأهمية العلمية والعملية
07	أهداف الدراسة
07	صعوبات الدراسة
08	مناهج الدراسة
10	أدوات جمع البيانات
	الاطار المفاهيمي والنظري
12	مصطلحات الدراسة
24	الاطار النظري
28	الأدبيات السابقة
	الفصل الأول: إدارة الأزمات الصحية
34	تمهيد
36	المبحث الأول: السياسة الصحية
36	المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية
38	المطلب الثاني: تطور السياسة الصحية
56	المطلب الثالث: فواعل صنع السياسة الصحية
60	المطلب الرابع: مراحل صنع السياسة الصحية

62	المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر
62	المطلب الأول: ماهية إدارة الأزمات الصحية
63	المطلب الثاني: مراحل إدارة الأزمات الصحية
64	المطلب الثالث: أساليب إدارة الأزمات الصحية
65	المطلب الرابع: استراتيجية الجزائر في إدارة الأزمات الصحية
69	خلاصة واستنتاجات
	الفصل الثاني: المسار المهني للأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية وتحديات ظروف العمل
71	تمهيد
72	المبحث الأول: المسار المهني للأطباء المقيمين
72	المطلب الأول: مفهوم الأطباء المقيمين
73	المطلب الثاني: الإطار القانوني لتنظيم الأطباء المقيمين
76	المطلب الثالث: تكوين الأطباء المقيمين
76	الفرع الأول: طبيعة التكوين الطبي
79	الفرع الثاني: تقييم التكوين الطبي للأطباء المقيمين
83	المطلب الرابع: أهمية التكوين الطبي في المسار المهني للأطباء المقيمين
85	المبحث الثاني: واقع الأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية وتحديات ظروف العمل
85	المطلب الأول: خصوصية الخدمة المدنية
86	المطلب الثاني: العوامل المؤثرة في الأداء المهني للأطباء المقيمين
87	المطلب الثالث: ظروف عمل الأطباء المقيمين في الجزائر
90	المطلب الرابع: أزمة الأطباء في الجزائر
91	الفرع الأول: إضراب الأطباء المقيمين 2018
94	الفرع الثاني: هجرة الأطباء

98	خلاصة واستنتاجات
	الفصل الثالث: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
100	تمهيد
101	المبحث الأول: ماهية إصلاح المنظومة الصحية
101	المطلب الأول: مفهوم الإصلاح
102	المطلب الثاني: حتمية إصلاح المنظومة الصحية
106	المطلب الثالث: أسس إصلاح المنظومة الصحية
107	المطلب الرابع: استراتيجية الدولة في إصلاح المنظومة الصحية
107	الفرع الأول: المخططات الوطنية لإصلاح المنظومة الصحية
109	الفرع الثاني: مشاريع وإنجازات المنظومة الصحية في الجزائر من خلال المخطط الخماسي 2010-2014
112	الفرع الثالث: الضمان الاجتماعي كأسلوب لتمويل المنظومة الصحية
115	المبحث الثاني: المقاربة البديلة لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
115	المطلب الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية
117	المطلب الثاني: رقمنة المنظومة الصحية
120	المطلب الثالث: النظام التعاقد
120	الفرع الأول: مفهومه
120	الفرع الثاني: أسباب التعاقد
121	الفرع الثالث: الإصلاحات اللازمة في نظام التعاقد
122	المطلب الرابع: استراتيجية بديلة لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
126	خلاصة واستنتاجات
127	الخاتمة

الصفحة	قائمة الجداول	الرقم
45	هيكل ومؤسسات النظام الصحي للفترة الممتدة من 1979 إلى 1989	1
51	توزيع الهياكل العمومية الاستشفائية بين مختلف جهات الوطن لسنة 2013	2

الصفحة	قائمة الأشكال	الرقم
66	هيكل تنظيمي للنظام الوطني الجديد لإدارة الأزمات الصحية في الجزائر	1
78	المعلومات الأساسية الأكثر استعمالا من طرف الأطباء المقيمين لإجراء الأبحاث	2
80	تطور التكوين الطبي من 2000 إلى 2013	3
81	أسباب تفاوت رضا الأطباء المقيمين عن التكوين الذي تلقوه في المؤسسات الاستشفائية العمومية.	4
103	مصادر تمويل الصحة في الجزائر لسنة 2006	6
113	تطور مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المنظومة الوطنية للصحة	6
123	آليات بناء سياسة صحية ناجحة	7

مقدمة

مقدمة:

تعتبر الصحة من أهم مؤشرات التطور في دول العالم، باعتبارها تشكل محورا ومرتكزا لأساسيات الحياة كالسكن والتعليم والبيئة والاقتصاد... إلخ، مما جعل الإهتمام بالصحة من أهم مسائل السياسات العامة في كل الدول ضمن خططها وبرامجها الوطنية والدولية، كما أن امتلاك صحة جيدة والممكن الحصول عليها تشكل احدى الحقوق لكل كائن إنساني، وعليه فمن المؤكد أن الصحة تشغل بال واهتمامات الجميع، فصحة الشعوب أضحت أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وإن ما تحققه الدولة في مجال تحسين الصحة سينعكس حتما بالإيجاب على الجميع.

وقد عرف العالم منذ الأزل سلسلة من الأزمات الصحية التي فتكت بملايين الأشخاص، اختلفت من حيث نوعها ومسبباتها ومدى الدمار الذي خلفته ورائها، كانت لها آثار جد وخيمة على صحة البشرية، وكذا الجوانب الاقتصادية والاجتماعية، ويمتد أثرها إلى الاستقرار في العالم وبالأخص في أضعف مناطقه، فقد وضعت العالم أمام تحدي غير مسبوق لمواجهة الاختلالات في مجالي الصحة والاقتصاد على سبيل المثال لا للحصر أزمة فيروس الكورونا التي شكلت تهديدا للحياة وسبل كسب العيش والاقتصاد العالمي، من خلال هذه الأزمات الصحية تبينت أهمية الطبيب البالغة في الصحة، باعتباره المورد البشري الذي تركز في قلب الأزمة واجتهد على مجابتهها.

سعت الجزائر منذ الاستقلال كدولة كاملة العضوية على تكييف سياساتها وبرامجها مع مستويات التطلعات العالمية، على غرار سياساتها الصحية التي أولت لها اهتماما بالغا في إطار التزاماتها الدولية، مما جعل من البرامج المقدمة لإعادة هيكلة وتنظيم المؤسسات الصحية وتكييفها مع مقتضيات الحديثة ضرورة أساسية لبناء سياسة صحية متكاملة.

وفي ظل الاستراتيجية التسييرية والتنظيمية المتبعة من قبل مؤسساتها الاستشفائية، والظروف والعوامل التي توفرها السلطات العمومية الجزائرية للأطباء، وطبيعة التكوين الطبي للأطباء المقيمين التي لم يسقط عليها الضوء كما ينبغي من قبل الباحثين المسؤولين في القطاع العمومي، وبذلك عرفت المنظومة الصحية في الجزائر أزمات متوالية على رأسها أزمة الكورونا التي عكست للمجتمع الدور الفعال للأسلاك الطبية والشبه الطبية في مواجهة هذه الأخيرة، والهجرة المتزايدة للأطباء التي تسببت في نقص واضح في الكفاءات الطبية لدى المؤسسات الاستشفائية، علاوة على الأزمات السابقة أزمة الأطباء المقيمين فيما يتعلق بخصوصية الخدمة المدنية وظروف العمل، الأمر الذي نتج عنه اضطرابات وأزمات هزت القطاع الصحي.

إشكالية الدراسة:

لقد كانت الصحة محور اهتمام الانسان منذ القدم، من خلال استخدامه لطرق علاج بدائية بسيطة عن طريق التداوي بالأعشاب و تجبير الكسور، وبفضل الجهود المبذولة من قبل العلماء العرب والغرب استطاعوا التوصل الى الطب الحديث، لينتشر نوع من التطعيم ضد الأمراض المعدية التي ساعدت في التخلص منها.

ومع التطورات الحاصلة في العالم وبفضل جهود العلماء والمخترعين تم اكتشاف وسائل متطورة تساعد على العلاج واكتشاف المرض مع بداياته الأولى، وبذلك زاد الاهتمام بالصحة العالمية وأصبحت تحتل حيز عالمي كبير، وعليه تقع فكرة وجوب تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد في لب الدفاع عن حقوق الانسان، لهذا تسعى جميع الدول لتحقيق هذا المطلب، الذي يعتبر أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، كما تعد صحة الأفراد عصب كل سياسة تنموية، ونجاح كل سياسة شاملة أو قطاعية مرتبط بقدره الأفراد .

وبهذا ظهرت العديد من المدارس والجامعات الخاصة بتدريس الطب بتجهيزاتها الضخمة والحديثة وأصبحت المكان الذي يعالج فيه المريض ويزاول فيه الطبيب مهنته، لكن مع كل هذا الرقي والتطور إلا أنه ما زال هناك نقائص خاصة مع ظهور الأمراض الوبائية خلال السنوات الأخيرة كالكوليرا والكوفيد-19 الذي مس العديد من المجتمعات بما فيها المجتمع الجزائري وتفتك بأرواح الملايين من البشر، الأمر الذي شكل أزمة في القطاع الصحي الجزائري الذي عانى ولا زال يعاني من مشاكل ونقائص تعود بالدرجة الأولى على المريض الذي يتلقى إلا ما يقدم اليه من رعاية صحية، والطبيب الذي يعتبر المتعامل الأول مع المريض و عند تعامله يحتاج الى وسائل ومعدات وأدوات حتى يستطيع ايجاد العلاج المناسب.

في مثل هذه الأزمات يظهر دور الطبيب الذي يعتبر ثروة بشرية في القطاع الصحي، والقاعدة الأساسية في الصحة، الشخص الذي كان لزاما عليه متابعة دراسته ومزاولة التكوين

والتدريب طوال حياته المهنية والدراسية، ونظرا لأهميته والمكانة التي يشغرها هذا الأخير توجب على جميع المسؤولين الاهتمام بالتكوين الطبي الذي يتلقاه ومحاولة تهيئة الظروف الملائمة لتأدية مهامه، لكن في السنوات الأخيرة جابه الأطباء عدة أزمات وبائية كجائحة الكوفيد-19 وأزمات مست الأطباء في حد ذاتهم خاصة الأطباء المقيمين، الذين طالبوا بتحسين ظروف عملهم وتسوية مشاكلهم خاصة منها المتعلقة بإجبارية الخدمة المدنية.

وبناء على كل ما سبق يمكننا طرح الاشكالية التالية :

ماهي الوضعية الاجتماعية و المهنية التي يمارس في ظلها الأطباء المقيمين مهامهم ؟

الأسئلة الفرعية :

- ماهي خصوصيات تكوين الأطباء المقيمين ف ظل ممارستهم لمهامهم ؟
- ماهي الظروف المهيئة للأطباء المقيمين لممارسة مهامهم في ظل الخدمة المدنية ؟
- ما هو السبيل لتطوير المنظومة الصحية في الجزائر بما يخدم الطبيب والمواطن معا ؟

مجالات الدراسة :

المجال المكاني :

تناولت الدراسة موضوع الأطباء المقيمين في الجزائر بشكل عام، أما الدراسة الميدانية فقد اقتصرت الدراسة على وزارة الصحة و اصلاح المتشفيات كونها الوزارة الوصية، إضافة الى المستشفى الجامعي مصطفى باشا.

المجال الزمني :

حدد المجال الزمني للدراسة على بعدين، البعد الذي تشمله الدراسة في التكوين من سنة 2019م الى غاية 2022م وهي الفترة التي زاول فيها الطالب تكوينه البيداغوجي للماستر في المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، إضافة الى البعد الثاني وهو الدراسة عبر النصوص والدراسة الميدانية من خلال التبرص.

المجال الموضوعي :

تطرقت الدراسة الى عدة مواضيع متعلقة بالأطباء المقيمين وظروف عملهم، إضافة الى الخدمة المدنية الاجبارية للطبيب المقيم التي فرضتها الحكومة الجزائرية على كل الأطباء بعد اجتيازهم لفترة التخصص، وتشمل العمل في المناطق النائية وبذلك يواجه الأطباء المقيمون العديد من المشاكل كنقص المعدات وغياب الأمن، مما أدى اضرابات وأزمات متكررة من قبل الأطباء المقيمين، ومنه تطرقت الدراسة الى موضوع اصلاح المنظومة الصحية من خلال معالجة الاختلالات في تسيير المستشفيات.

الفرضيات :

➤ الظروف التي يعمل في ظلها الأطباء تؤدي الى عدم استقرار القطاع، لذا تشهد أزمات متكررة من قبل الأطباء المقيمين.

➤ انعدام الأمن في المناطق النائية وعدم التوازن بين مناطق الجزائر هو الأمر الذي دفع بالأطباء المقيمين الى رفض الخدمة المدنية الاجبارية التي فرضتها الحكومة الجزائرية.

➤ رغم الجهود المبذولة لتوفير أحسن ظروف العمل للأطباء إلا أنها لازالت بحاجة الى اصلاحات عميقة واستراتيجية واضحة المعالم للنهوض بالمنظومة الصحية.

الأهمية العلمية والعملية للدراسة:

تبرز الأهمية العلمية للموضوع الذي تناولته الدراسة في الدور الذي يؤديه الطبيب في نجاح السياسة الصحية في أي دولة كونه يعتبر عصب الصحة، بحيث تعتبر السياسة الصحية جزء لا يتجزء من السياسة العامة، فهي لا ترتبط فقط بتحقيق الرفاه بل ترتبط أيضا بالأمن وسبيل لتحقيق التنمية لذا نجد الدراسات في العالم كلها تولي اهتماما كبيرا للصحة بصفة عامة والأطباء بصفة خاصة، لهذا تعمل مختلف دول العالم على تعزيز الرعاية الصحية التي تعتبر من الحقوق الأساسية لكل انسان دون تمييز بين السن والعرق أو العقيدة السياسية ويمثل الوصول الى أعلى مستوى من الصحة واحدا من الأهداف التي كان لها دور في

توجيه السياسات على الصعيدين الوطني والدولي، لهذا وجب التركيز أهم فئة وهي الأطباء المقيمين.

أما الأهمية العملية للدراسة فتظهر من خلال المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي، التي تعطي لها المجتمعات الأهمية الكبرى عن طريق محاولة الالمام بها وتهيئة الظروف الملائمة للأطباء للقيام بمهامهم على أكمل وجه، إضافة الى توفير مستوى من الأمن والمعدات والأدوات اللازمة ، وكذا التركيز على نوعية التكوين الذي يتلقاه الأطباء ومدى نجاعته، كي يكون الطبيب مؤهلاً لممارسة مهنته بأريحية دون الاستشارة من طرف زملائه الأطباء.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى ما يلي:

- تسليط الضوء على أهم عامل بشري الذي يحقق استحقاق المنظومة الصحية حيث نجد ندرة في الدراسات التي تناولت الطبيب كموضوع للدراسة .
- محاولة التعرف على طريقة تكوين الأطباء المقيمين، والظروف المهيئة لهم والصعوبات التي يواجهونها خاصة أثناء الخدمة المدنية والعمل في المناطق النائية.
- معرفة أسباب الأزمات التي مست القطاع الصحي وخاصة الأطباء المقيمين وكيفية معالجتها للنهوض بالقطاع وتطويره.
- التوصل إلى حلول لإصلاح المنظومة الصحية كذلك معالجة الإختلالات المرتبطة بالخدمات الصحية.
- تحقيق الأمن الصحي خاصة بعد الاعتداءات المتكررة التي تعرض لها الأطباء والتي أدت الى فقدان رمزية الطبيب وبالتالي تهدف الدراسة إلى معرفة سبل تحقيق الأمن الصحي لتحقيق التنمية الشاملة للدولة.

صعوبات الدراسة:

- ندرة الدراسات حول الموضوع في الجزائر، وبالتالي صعوبة الحصول على المراجع.
- نظرا لضيق الوقت وجائحة الكورونا التي نتج عنها ضغط كبير في المؤسسات الاستشفائية العمومية تعذر على الباحثة إجراء استبيان.
- الامتناع عن تقديم الوثائق المتعلقة بالأطباء المقيمين من الوزارة الوصية.
- عدم إجراء تربص ميداني نتج عنه صعوبة في إيجاد بعض المعلومات.
- كون هذا الموضوع جديد ونظرا لأهميته، وجب الالمام بكل جوانبه، وبالتالي تعذر على الباحثة التحكم في عدد الصفحات المحددة لإنجاز هذه الدراسة.

مناهج الدراسة:

يعرف المنهج على أنه الطريقة المتبعة التي يستخدمها الباحث اثناء جمع البيانات وتحليل الظواهر السياسية المعقدة والمتشابكة، وقد اعتمدت الدراسة على مجموعة من المناهج وهي كالاتي:

المنهج التحليلي:

تتطلب الدراسة المنهج التحليلي بهدف تحليل البيانات من أجل ايجاد الحلول للمشاكل التي يواجهها الأطباء المقيمين، ويعرف المنهج التحليلي على أنه منهج منطقي يستخدم في البحث العلمي، فعملية التحليل تعتبر عملية أساسية في البحث يقوم من خلالها الباحث بتحليل مجموعة من الفرضيات ولكل باحث تحليله الخاص.

ويستخدم هذا المنهج في تحليل الأوضاع الإقتصادية والاجتماعية والسياسية القائمة في أي مجتمع في الماضي والحاضر والمستقبل، وهذا النوع من الأبحاث مفيد بالنسبة لمعرفة عوامل التغيير الاجتماعي وردود فعل الناس لقرارات القادة السياسية، فالتقارير التي تأتي الى وزارة معينة يمكن دراستها بطريقة موضوعية والتعرف على آراء الجهات التي ترسل الوزارة

المعنية، زمن خلال معرفة جوهر التقارير يمكننا أن ندرك فعالية الاتصال واستيعاب المعلومات ورد فعل الجهات الأخرى اتجاه القرارات المتخذة من طرف القيادة.¹

المنهج الوصفي:

يعتبر المنهج الوصفي مهم بالنسبة للبحث العلمي لأنه أقرب المناهج العلمية لفطرة الإنسان، وهو الطريقة العلمية التي يصف فيها الباحث الظاهرة بشكل كمي أو كمي، ومن ثم طرح مجموعة من التساؤلات المبهمة، والقيام بعملية تجميع البيانات والمعلومات من خلال مجموعة من الأفراد التي تتضح فيهم الخصائص ومن ثم تحليلها لبلوغ النتائج والقيام بالتفسير²، وبالتالي تطلبت الدراسة الاعتماد على المنهج الوصفي من خلال اختيار عينة من الأطباء لتجميع المعلومات من جماعة المفحوصين ويمكن أن تستخدم أكثر من أداة بحث في الوقت نفسه ومن أشهر هذه الأدوات كل من: المقابلة والملاحظة، الاستبيان.

المنهج الاحصائي :

اعتمدت الدراسة على المنهج الاحصائي الذي تستخدم فيه الطرق الرياضية الرقمية الكمية لتحليل البيانات، وبفضل الاحصائيات تستطيع الدولة معرفة الزيادة السكانية وتقدير الميزانية في كل قطاع حسب الإحتياجات، كل هذه الاحصائيات تعتبر بمثابة القاعدة الأساسية لتخطيط السياسة العامة في المستقبل، ويعرف المنهج الاحصائي على أنه "فرع من

¹ نصير خلفه، "محاضرات في منهجية وتقنيات اعداد البحوث في العلوم السياسية"، مطبوعة بيداغوجية لطلبة السنة الأولى ماستر علوم سياسية ، السداسي الثاني،جامعة ابن خلدون-تيارت ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، ص24.

²مبتعث للدراسات والاستشارات الأكاديمية، "بحث حول المنهج الوصفي، <https://mobta3ath.com> تاريخ الاطلاع 22-02-2022 على الساعة 10:22.

الدراسات الرياضية التي تعتمد على جمع المعلومات والبيانات وتنظيمها وتبويبها وعرضها جدوليا أو بيانيا ثم تحليلها رياضيا واستخلاص النتائج بشأنها والعمل على تفسيرها"¹. من خلال هذا التعريف نستنتج أن المنهج الاحصائي من المناهج التي أضفت الصيغة العلمية على الأبحاث السياسية وكذلك الاجتماعية عن طريق ترجمة المعلومات وتحليلها رياضيا بغية الوصول الى نتائج أكثر دقة واعطاء التفسيرات المنطقية المناسبة لها .

أدوات جمع البيانات :

المقابلة (Interview): اعتمدت الدراسة على تقنية المقابلة، وهي المحادثة القائمة بين شخصين interviewer والمستجيب، وذلك بغرض الحصول على معلومات من المستجيب، وتستعمل المقابلة عادة إما للتطرق إلى ميادين مجهولة كثيرا أو للتعود على الأشخاص المعنيين بالبحث قبل اجراء اللقاءات مع عدد أكبر باستعمال تقنيات أخرى، وإما للتعرف على العناصر المكونة لموضوع ما والتفكير فيها قبل التحديد النهائي لمشكلة البحث².

تم اجراء عدة مقابلات في هذه الدراسة لجمع المعلومات المتعلقة بالمسار المهني للأطباء المقيمين، مع مجموعة من الأطباء التي ستتطرق الدراسة لهم فيما بعد.

ملاحظة OBSERVATION : قام الباحث في هذه الدراسة بملاحظة الأحداث التي تحدث تلقائيا في المؤسسات العمومية الاستشفائية مثل المستشفى الجامعي مصطفى باشا حيث شاهد بالعين المجردة الظروف المهيئة للأطباء وكذا محيطهم الاجتماعي وتعرف الملاحظة على أنها مشاهدة منهجية تعتمد على الحواس وما تستعين به من أدوات الرصد والقياس أي

¹المنهج الاحصائي، موقع اعداد رسائل الماجستير والدكتوراه، www.master-theses.com تاريخ الاطلاع (24-01-2022).

²مباركة حمقاني، "أساليب وأدوات تجميع البيانات، مجلة الذاكرة"، المخبر التراث اللغوي والأدبي في الجنوب الشرقي الجزائري، العدد التاسع، جوان 2017، ص43.

أنها مشاهدة للظواهر في أحوالها المختلفة وأوضاعها المتعددة لجمع البيانات وتسجيلها وتحليلها للتعبير عنها بأرقام¹.

جمع الوثائق: اعتمدت الدراسة كذلك على تقنية جمع الوثائق التي لها علاقة بالموضوع، وقد تم جمع مجموعة من الوثائق من مصادر رسمية للتأكد من مصداقيتها كوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات باعتبارها الوزارة الوصية، ثم تحليل هذه الوثائق والتي سيتم عرضها لاحقاً في الملاحق.

¹ المرجع نفسه ، ص42.

أولاً: الإطار المفاهيمي للدراسة

✓ مفهوم السياسات العامة:

يمكن أن نجد تعاريفاً تتضمن الإطار التنفيذي والتشريعي: "السياسة العامة هي مجموعة القواعد والبرامج الحكومية التي تشكل قرارات أو مخرجات النظام السياسي بصدد مجال معين، وثم التعبير عن السياسة العامة في عدة صور وأشكال منها القوانين والنواتج والقرارات الإدارية والأحكام القضائية"¹.

يعرف كذلك "جيمس اندرسون DJIMS ANDERSON" السياسات العامة على أنها عملية مستقرة نسبياً، ومسار هادف من العمل يعقبه مستوى معين من الأداء لفاعل أو مجموعة من الفواعل في التعامل مع مشكلة أو مسألة مثيرة للقلق أو الاهتمام"².
وعرف "توماس داي TOMAS DEY" السياسة العامة بأنها "ما تفعله وما لا تفعله الحكومة"³.

ويرى "ديفيد استون DAVID EASTON" أن السياسة العامة تتجسد في العلاقة بين الوحدة الحكومية وبيئتها"⁴.

التعريف الاجرائي للسياسات العامة:

«تصرفات الحكومة ومن يخول له تمثيلها المعبر عنها بالقرارات والقوانين والبرامج وبالصمت اتجاه المشاكل المجتمعية التي تواجه الدولة على المستويات المحلية والمركزية

¹ لقمان مغراوي، "مطبوعة محاضرات في مقرر السياسات العامة والاستشراف"، تخصص سياسات عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، جامعة الجزائر 3، 2021-2022، ص12.

² حياة فرد، تقييم السياسة التعليمية في الجزائر 2003-2013، مذكرة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، (جامعة الجزائر 3، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2014-2015)، ص02.

³ نور الدين دخان، تحليل السياسات التعليمية العامة - نموذج الجزائر-، (رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر-بن يوسف بن خدة، كلية العلوم السياسية والإعلام، 2007)، ص20.

⁴ حياة فرد، مرجع سابق، ص2.

والدولية، ومعالجتها بالقبول أو الرفض وإخراجها على شكل قرارات سياسية تعالج قضايا ومشاكل المجتمع الآنية والمستقبلية وتكون لخدمة الصالح العام».

✓ مفهوم إدارة الأزمات:

لقد زاد الاهتمام بالمواضيع التي تخص الأزمات خلال السنوات الأخيرة وذلك باعتبارها من أحد الفروع الحديثة في العلوم السياسية، وقد اختلفت التعاريف التي طرحها الباحثون في أدبيات هذا الموضوع اذ يعرفها البعض على أنها الضيق والشدة وفي معنى آخر حالة من التوتر و الارتباك وعدم التوازن تتطلب اتخاذ قرارات يترتب عنها مواقف جديدة سواءا كانت سلبية أم ايجابية تؤثر على مختلف الكيانات.

ويذكر في تعريفات أخرى أنه قد تم استعارة مصطلح أزمة من المصطلحات التكنولوجية الطبية، حيث يرجع مصطلح كرينو الى الأصل اليوناني وهي حالة مرضية محددة للمريض يتحول فيها الى الأسوء و الأحسن خلال فترة زمنية قصيرة.¹

من خلال التعريفات نستنتج بأن مصطلح الأزمة قد نشأ في نطاق علم الطب، إلا أنه انتشر بعد ذلك الى العلوم الاجتماعية والإنسانية ليتسع نطاقه ليشمل مختلف المجالات بما فيها السياسية والاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية الثقافية وهي حالة من الاستقرار تتميز بالتشابك والتعقيد وعدم وضوح الرؤية الى متخذ القرار قد تؤدي الى انهيار المنظومة التي شهدت فيها الأزمة والدخول في دائرة المجاهيل المستقبلية أي مستقبل مجهول يستصعب معرفته.

أما إدارة الأزمات Crisis management فقد ارتبط هذا المصطلح ارتباطا قويا بالإدارة العامة Public administration فإدارة الأزمات نشاط هادف يقوم على البحث والحصول

¹ أمينة قهواجي، "دور القيادة الادارية في ادارة الأزمات"، مطبوعة محاضرات، جامعة محمد بوقرة، بومرداس، ص3.

على معلومات اللازمة التي تمكن الإدارة من التنبؤ بأماكن واتجاهات الأزمة المتوقعة، وتهيئة المناخ المناسب للتعامل معها، عن طريق اتخاذ التدابير اللازمة للتحكم في الأزمة المتوقعة والقضاء عليها أو تغيير مسارها لصالح المنظمة¹.

هذا التعريف ربط إدارة الأزمات بعلم الإدارة الذي يقوم على المعلومات التي تساعد المنظمة على التنبؤ بالمخاطر التي يمكن أن تواجهها، فبذلك تكون إدارة الأزمات عبارة عن عملية التي تهتم بالتنبؤ بالأزمات المحتملة عن طريق استشعار ورصد المتغيرات الداخلية والخارجية المولدة للأزمات.

التعريف الإجرائي لإدارة الأزمات: " هي الوسائل والأدوات المستخدمة من طرف صانعي القرارات لمجابهة مختلف المشاكل الداخلية والخارجية وتعبئة الموارد والإمكانات المتاحة المهددة للمنظمة وتهيئة المناخ المناسب للتعامل مع الأزمات بأكبر قدر من الكفاءة والفعالية مما يسمح بتحقيق أقل قدر ممكن من الأضرار ".

✓ مفهوم المنظومة الصحية:

اختلف الباحثون والخبراء في إعطاء مفهوم جامع للصحة نظرا لعمقه وصعوبة ضبطه لأن مدلول المفهوم يتغير من شخص لآخر بفعل الزمان والمكان، وفي هذا السياق يعرفها الفيلسوف الألماني "نيتشه فريدريك F.NIEZTCH" أن الصحة والمرض ليسا بالضرورة مختلفين مثل ما يظن الأطباء وكذا مثل ما يظن الأطباء حتى الآن².

هذا التعريف ربط بين الصحة والمرض بذلك يستنتج أنه لا يمكن دراسة الصحة بمعزل عن المرض الذي يقصد به " حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسما أو عقليا أو

¹ سامح أحمد زكي الحفنى، "إدارة الأزمات"، مجلة البحوث المالية والتجارية، العدد الثاني، جامعة بورسعيد، كلية التجارة، 2017، ص5.

² نور الدين حاروش ، الإدارة الصحية وقف نظام الجودة الشاملة ، (كلية العلوم السياسية والاعلام، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1433هـ-2012م)، ص71.

اجتماعيا أو نفسيا، وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من جوانب المحددات لشخصية الإنسان وهذا الانحراف يكون نسبيا أو مطلقا".

أما منظمة الصحة العالمية OMS فقد جاء في مقدمة دستورها لعام 1946م الذي يعرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة، سواء الفردية منها أو الجماعية، والتعريف كما جاء في اللغة الفرنسية مع الترجمة هو كما يلي¹:

(La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmite, la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre l'un des droits de tout être humain)

" الصحة هي تلك الراحة الكاملة من الصحة الجسدية، والعقلية والاجتماعية، ولا يعني فقط غياب المرض أو العاهة، إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني".

هذا هو التعريف الأقرب الذي وضعته منظمة الصحة العالمية وعليه فإنه التعريف الأكثر شيوعا وتداولاً على المستوى العالمي ومفاده أن الصحة هي حالة من السلامة النفسية والبدنية والعقلية والاجتماعية وهي حق أساسي من حقوق الإنسان نصت عليه جل المواثيق العالمية لحقوق الإنسان، وبذلك اتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين أخرى وأصبح يعبر عنه بالصحة العمومية la santé publique أو الصحة الشاملة للشعب والصحة العمومية هي نظام يدرس الحالة الصحية للمجتمع يهدف إلى تحقيق العدالة الاجتماعية وكذا إزالة الفوارق بين فئاته.

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق ، ص72-73.

والمنظومة الصحية بذلك هي مجموعة من الهياكل والمؤسسات المتناسقة التي تتفاعل بين بعضها البعض لتحقيق أعلى مستويات الصحة في المجتمع، فإن كانت الصحة هي حق أساسي للإنسان والرعاية الصحية وسيلة لحماية هذا الحق فإن المنظومة الصحية هي الإطار الأساسي الذي يضمن توفير الرعاية الصحية ويحدد كفاءاتها، أما عند الحديث عن المنظومة الصحية في الجزائر فلها خصوصيتها التي استمدتها من خصوصية مختلف التغيرات البنيوية السياسية والاقتصادية وحتى الاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري بعد الاستقلال حيث سعت الجزائر إلى إقامة منظومة صحية وطنية ذات مقومات تنعكس بالإيجاب على واقع الصحة العمومية للجزائريين .

✓ مفهوم الطب، التكوين الطبي:

الطب هو مهنة قديمة ارتبطت بداياتها بالسر والشعوذة في المجتمعات البدائية والعصور القديمة التي مارسها الكهنة، ومع ظهور الحضارات بالخصوص الحضارة العربية و الإسلامية تطور الطب من خلال الممارسة العلمية التجريبية بدأ الطب يأخذ شكله المعروف من خلال أعمال علماء وأطباء كبار أمثال ابن سينا وابن النفيس وبهذا ظلت كتبهم وأعمالهم تدرس في مختلف أنحاء العالم مما مهد الطريق أمام التطورات الكبيرة اللاحقة التي جاءت مع عصر النهضة في أوروبا ثم الثورة الصناعية أدت غلى تطورات في جميع المجالات بما فيها الطب والفلسفة.

وفي هذا الصدد يقول علي ابن عباس المازوري: "علم فن الطب هو علم أكثر بروزا من كل العلوم وأكثر نفعا نظرا لقوته وكثرة أخطاره، وأكثر اهتماما لأننا كلنا نحتاج إليه"¹

¹ عز الدين قمرابي، الأنماط الجديدة لتأسيس المسؤولية في مجال الطبي(دراسة مقارنة)، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في القانون العام غير منشورة، كلية الحقوق ، جامعة وهران، 2012-2013 ص1.

اختلفت تعريفات الطب بين العلم والفن بين العلماء والباحثين فهناك من يعرفه على أنه: "علم وعظم نفعه وقدره ... علم يتزوده لمعاده، وصنعة يستعين بها على أمر دينه ودنياه، وطب يذهب به الداء عن جسده.."¹.

ورد في تعريف آخر أنه: "علم يعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يعرض لها من صحة وفساد"².

الطب باللاتينية ars medicina أي فن العلاج، وهو العلم الذي يجمع خبرات الإنسانية في الإهتمام بالإنسان، وما يعتريه من اعتلال وأمراض وإصابات تتال من بدنه أو نفسيته أو المحيط الذي يعيش فيه³.

من خلال التعريفات السابقة للطب يمكن القول أن الطب هو فن وعلم في آن واحد يفترض تطبيق القواعد العلمية والتكنولوجية التي تهدف إلى الحفاظ على صحة الإنسان أو استردادها لتحقيق أهدافه، يعتمد الطب على مجموعة من الاجراءات (التشخيص) الذي يتكون من الأحكام الواجب اتخاذها للتخفيف من الأمراض في محاولة لتحقيق الشفاء والحفاظ على صحة الناس .

والتكوين الطبي هو العملية التي يتم من خلالها دراسة وعلاج الأمراض والفيروسات التي تهاجم جسم الإنسان لهذا تهتم المؤسسات والهيكل الصحية بضم الطلبة المؤهلين لدراسة الطب انطلاقا من معيار الكفاءة والمهارة في ممارسة مهنة الطب مما يمكنهم من اتاحة

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، (الجزائر: جسر قسنطينة، العمارة رقم كدار كتامة للكتاب، ديسمبر 2005)، ص48.

² مفهوم الطب اصطلاحا، المكتبة الشاملة الحديثة، book/al-maktaba.org تاريخ الاطلاع: 2022-02-23 على الساعة 14:34.

³ الطب، موقع المعرفة، m.marefa.org تاريخ الإطلاع: 2022-02-23 على الساعة 15:30

- السنة الثانية والثالثة: تختص هاتين السنتين بدراسة المواد الأساسية والتركيز عليها كوظائف الأعضاء وعلم الأمراض، لكيمياء الحيوية وعلم الأنسجة، الأحياء الدقيقة وعلم التشريح إضافة إلى الصيدلة، هذه المواد تعتبر القاعدة الأساسية في التكوين الطبي مع دراسة علم تشريح بعض الأعضاء وتحديد العلاجات المناسبة للأمراض.
- المرحلة الاكلينيكية: تتمثل في السنتين الرابعة والخامسة من دراسة الطب، خلال هذه المرحلة يشرع الطالب في دراسة عدد من التخصصات الطبية وذلك على شكل دورة مخصصة لكل من الجراحة العامة والطب الباطني، طب الأطفال، المخ والأعصاب وطب العظام، طب الطوارئ وجراحة الأنف والحنجرة، جراحة العيون وغيرها من التخصصات، كما يتمكن الطالب هنا من مباشرة الأعمال الطبية من خلال متابعة المرضى لتطبيق ما تم دراسته، وحضور بعض العمليات الجراحية مع الأطباء الاستشاريين للاستفادة من خبراتهم.
- مرحلة الامتياز: هنا يصبح الطالب طبيب قادر على مباشرة أعمال الطب في المستشفى والتعامل مع المرضى وعلاجهم، في هذه السنة يمكنه أن يقدم للتخصص في أحد التخصصات الطبية التي يفضلها مع مراعاة مدى الاقبال على التخصصات دون غيرها.
- مرحلة الإقامة: في هذه السنة يسمى بالطبيب المقيم، تستغرق من ثلاث سنوات الى أربعة حسب التخصص المطلوب، ويتم هنا دراسة التخصص بدقة وشمول أكبر، وفي هذه المرحلة يجتاز الطبيب المقيم الخدمة المدنية في أحد المناطق في الجزائر والتي ستتطرق اليها الدراسة بالتفصيل في الفصل الثاني وعند اجتيازه للخدمة للمدينة يصبح طبيب اختصاص.
- الدراسة الأكاديمية: هذا المسار يكون بالنسبة للأطباء الراغبين في دراسة الدكتوراه ليصبحوا بذلك مدرسين في إحدى الجامعات، وحينها يصبح أستاذ مساعد في كلية الطب.

✓ مفهوم المستشفى والمؤسسات الطبية:

المستشفيات هي منظمات مفتوحة وفي حالة تفاعل مستمر مع متغيرات البيئة المختلفة سواء الداخلية أو الخارجية، ومن جهة أخرى تعتبر المستشفيات من أبرز المؤشرات الأساسية لقياس مستوى التطور الحضاري لأي بلد¹.

إن المستشفى هو تنظيم انساني يضم مجموعة من الأفراد التي تربطهم علاقات عمل، عن طريق تحقيق الالتحام والترابط وأداء العمل بطريقة منظمة بين التكوين الطبي والشبه الطبي والبحث العلمي، ويعتبر الهدف الرئيسي للمستشفى هو تلبية حاجات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية .

أما المؤسسات الطبية في الجزائر فهي مجموعة متكاملة من المستشفيات، المراكز الصحية والعيادات وقاعات العلاج تختلف فيما بينها من حيث الحجم ونوعية الخدمة المقدمة اختلاف دورها ودرجة تخصصها وهي²:

➤ المستشفيات الجامعية CHU: يركز دور المستشفيات الجامعية على النواحي التعليمية والتدريبية والعلاجية، إضافة إلى الدور الذي تلعبه في خدمة المجتمع وتوفير الرعاية الصحية ويحتوي على التخصصات الطبية الدقيقة والأقسام التخصصية والتشخيصية والعلاجية، ويلعب هذا الأخير دور كبير في مجال الأبحاث كلها ضمن منظومة الخدمات الصحية التعليمية .

➤ المستشفيات المتخصصة EHS: سعت الدولة على انشاء العديد من المستشفيات المتخصصة لتعزيز شبكة الرعاية الصحية، على وجه الخصوص طب الأطفال وجراحة القلب، العظام، المخ والأعصاب، وطب العيون، وزرع الأعضاء، ويتكون النظام الصحي الحالي من 62 مؤسسة استشفائية متخصصة، منها 16 مستشفى متخصص في صحة الأم

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 9.

² رحيمة حوالف، "واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات"، جامعة تلمسان، العدد 06-2017، ص 230-231.

والطفل، و15 مركز مضاد للسرطان، وتهدف سياسة الدولة الى العمل على وجود مثل هذه المستشفيات كما دعت الضرورة الصحية لذلك.

➤ القطاعات الصحية: يتكون النظام الصحي الحالي من حوالي 185 قطاع صحي يتضمن المستشفيات العامة EPH، ولقد تم تعزيز برنامج تطوير البنى التحتية في المستشفيات لكسر العزلة من حيث العلاج في المناطق النائية.

➤ المؤسسات الاستشفائية الجوارية EPSP: كانت تسمى سابقا بالعيادة متعددة الخدمات ثم حولت في 2007 إلى مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، والتي من مهامها ضمان تنفيذ برامج الوقاية والرعاية الأساسية .

✓ مفهوم التنمية:

يعرفها ماركس على أنها: "عملية ثورية، أي أنها تتضمن تحولات شاملة في البناءات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والقانونية فضلا عن أساليب الحياة والقيم الثقافية، وبالتالي فإن البلد الأكثر تقدما من الناحية الصناعية يمثل المستقبل الخاص للبلد الأقل تقدما"¹.

هذا التعريف أعطى للتنمية صبغة اقتصادية وذلك أن البلد المصنع هو من يصنع مستقبل البلد الأقل تقدما، من خلال استباط أساليب انتاجية جديدة لرفع مستويات الانتاج وهي العملية التي تقوم بها الدول المتقدمة لتحقيق زيادة متوسط نصيب الفرد من اجمالي الناتج القومي خلال فترة زمنية وبالتالي تحقيق تنمية اقتصادية.

وبالرجوع إلى تاريخ المصطلح نجد أن أول من استخدم المصطلح هو "بوجين ستيلي BOUJIN STELLI" عندما اقترح خطة تنمية العالم عام 1989، أما أبرز دعاة التنمية

¹صلاح عثمانة، التنمية الشاملة مفاهيم ونماذج، إربد، الأردن، مؤسسة دار العلماء، ط1، 1997، ص2.

الاقتصادية هو البريطاني "آدم سميث ADEM SMITH" الذي أطلق هذا المصطلح على عملية تأسيس نظم اقتصادية وسياسية تسمى في مجملها بعملية التنمية، لكن مع عقد السبعينات والثمانينات أدرك المختصون أنه من الممكن للدولة تحقيق تنمية اقتصادية سريعة لكنها تظل متخلفة، مما عزز القناعة أن التنمية الاقتصادية لوحدها غير كافية للنهوض بالتنمية الشاملة للبلد، ومن هنا أتت ضرورة إجراء مقاربات متعددة الاختصاصات تأخذ في الحسبان الأبعاد الثقافية والاجتماعية والإنسانية للخروج من اختزال التنمية في نمو الثروة المادية¹.

وعلى ذكر البعد الاجتماعي لا بد من ذكر أهم مؤشر وهو الصحة، وصولاً إلى تحقيق التنمية الصحية، التي تعتبر من الأمور الأكثر أهمية في المجال التنموي، كما أكد نص المبدأ الأول من اعلان ريو للبيئة والتنمية على أن "البشر في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية، ويحق لهم أن يحيا حياة صحية ومنتجة في وئام الطبيعة"²، بمعنى أنه لا يمكن للإنسان أن يعيش في صحة جيدة دون وجود تنمية مستدامة متفاعلة ومترابطة من كافة النواحي، الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.

ويمكن تحقيق التنمية الصحية من خلال تعزيز الأنظمة الصحية على توفير الخدمات الصحية الأساسية للجميع على أسس الكفاءة ويسر التكلفة للوقاية من الأمراض ومعالجتها، بما يتماشى مع حقوق الانسان والحريات الأساسية، ويتماشى مع القوانين والقيم الثقافية والدينية.

✓ مفهوم الأمن الانساني:

¹ حجيلة رحالي ورفيقة بوخالفة، "التنمية من مفهوم تنمية الاقتصاد إلى مفهوم تنمية البشر"، مجلة العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة تيبازة، 2017، ص4.

² لامية حمايزية، عبود زرقين، "التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري-دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب-"، جامعة العربي بن مهيدي-أم بواقي، 2015، ص258.

هو التحرر من العوز والتحرر من الخوف، يستهدف كرامة الانسان وصون حاجياته المادية والمعنوية وتأمينه من الحرمان الاقتصادي والفقر وضمان ممارسة حقوقه الأساسية أما التحرر من الخوف فيرتبط بالحقوق السياسية وسيادة القانون والحكم الراشد والعدالة الاجتماعية¹.

ويعرف "بول هينبيكر PAUL HENPECKER" الأمن الانساني يركز على الأفراد والمجتمعات بدلا من الدول، كما أنه يقوم على فكرة أن أمن الدول ضروري لكنه ليس كافيا لتحقيق بقاء البشر، والامن الانساني يركز على مصادر التهديد العسكرية والغير العسكرية، إذ يعد أمن وبقاء الأفراد جزء مكمل لتحقيق الأمن العالمي، كما يكمل ولا يحل محل الأمن القومي².

إن الأمن الإنساني يعبر عن حالة من الطمأنينة الاجتماعية والسلام، تتحقق كلما عظم احترام الدولة للطبيعة السياسية للإنسان، فإرادة المواطنين تمثل أساس سلطة الحكومة، بحيث يصبح الانسان هو المرجع الأساسي في مجال الأمن، وذلك يستوجب مقاربة تشاركية قائمة على مفهوم التعاون بين الفرد والدولة على حد سواء.

¹ليلي العجال، واقع التنمية وفق مؤشرات الحكم الراشد في المغرب العربي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية غير منشورة، تخصص الديمقراطية والرشادة،(جامعة قسنطينة،كلية الحقوق وعلوم السياسية2009-2010)، ص7.

²يوسف أزروال، "الأمن الإنساني: دراسة نظرية"، جامعة العربي تبسي-تبسة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، ص6.

ثانيا: الإطار النظري للدراسة:

✓ نظرية الدور:

ظهرت نظرية الدور في مطلع القرن العشرين اذ تعد من النظريات الحديثة في علم الاجتماع، وتعتقد بأن سلوك الفرد وعلاقاته الاجتماعية تعتمد على الدور أو الأدوار الاجتماعية التي يشغلها في المجتمع، فواجبات الفرد يحددها الدور الذي يشغله، وهو يعتبر حلقة الوصل بين الدولة والمجتمع، ومن بين العلماء الذي ساهموا في هذه النظرية "ماكس فيبر MAX WEBER"، الذي تناولها بالدراسة والتحليل في كتابه "نظرية التنظيم الاجتماعي والاقتصادي"¹.

إن الوحدة الأساسية للنسق وما يحمله من علاقات وتفاعلاتها يرى "بارسونز" هي الدور، ذلك لأن لكل فاعل اجتماعي دور وظيفي يحدد واجباته وحقوقه وعلاقاته الاجتماعية . اعتمدت الدراسة على نظرية الدور وذلك باعتبار أن الأطباء المقيمين يعتبرون فاعلين في النسق الذي ينتمون اليه (المستشفى)، ونظرا للدور الذي يقومون به استنادا الى الحقوق والالتزامات المتمثلة في علاج المرضى مهما كانت درجتهم المهنية في النسق بشكل خاص المتمثل في المستشفى والنسق الكلي المتمثل في المجتمع .

✓ نظريات إدارة الأزمات:

اعتمدت الدراسة على العديد من النظريات لإمكانية تطبيقها على إدارة الأزمات بما فيها الأزمات الصحية محل الدراسة، وهذه النظريات مستوحاة من نموذج "ميترف وألباسلان METROF ET ALBASLANE" الذي يميز بين سبعة انواع من الأزمات (الأزمات الجنائية وأزمات المعلومات، أزمات السمعة، الأزمات الاقتصادية، الأزمات الشخصية، الأزمات المادية، أزمات الموظفين)، تم تصنيفهم إلى ثلاثة أنواع من الحوادث العادية والتي تضم كل

¹عرب سايكولوجي، نظرية الدور THE ROLE THEORY، arabosychology.com ، تاريخ الاطلاع 3مارس 2022 على الساعة 00:11.

من الأزمات الاقتصادية، الأزمات المادية وأزمات الموظفين، ثم في المستوى الثاني الحوادث الغير الطبيعية والتي تضم الأزمات الجنائية، وأزمات المعلومات، وأزمات السمعة، ثم النوع الثالث من الحوادث وهي الحوادث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والحرائق التي قد تشكل أزمات فيما بعد، ويجب على صناع القرارات والمدراء التركيز على ادراج أزمة واحدة على الأقل في كل نوع من الأنواع السبعة في جهودهم التخطيطية لإنشاء حافظة الأزمات والبدء في النظر إلى مواطن الضعف التي قد تتجاوز الحدود، ومن بين أهم نظريات إدارة الأزمات التي تم استخدامها في هذه الدراسة¹:

➤ نظرية الفوضى:

تتميز هذه النظرية في قدرتها على التعامل مع الاضطرابات، إلا أنها تسعى جاهدة لتحقيق القدرة على التنبؤ، كما يمكنها تحديد كيفية تأثر الأعمال وكتطبيق شامل تغطي نظرية الفوضى مجموعة واسعة من المكونات خارج المنظمة لتشمل المجتمع والأشخاص بداخلها،

وتتضمن هذه النظرية مجموعة من المفاهيم كحساسية للظروف الأولية والمتمثلة في الحدث الفوضوي، عوامل الجذب الغريبة التي تنشأ من خارج الحدث الفوضوي وتوفر اتجاه خطي لكبح سلوكيات النظام الديناميكي والتشعبات والتي تعني الأحداث التي تسبب تعديلات داخل النظام الديناميكي، وتوفر الظروف الأولية داخل البيئات الفوضوية الأساس لتحديد الأنشطة والسلوكيات اللاحقة، كما تحمل هذه النظرية حساسية كبيرة للظروف الأولية والتغيرات الطفيفة في ديناميات النظام، ففي ظل الفوضى كارثة ما قد تغير المسار وتؤدي إلى نتائج غير متوقعة.

¹ آية رياض عبد القادر بورزان، إدارة الأزمات، (سوريا: الجامعة الافتراضية السورية، دار النشر رخصة المشاع المبدع ، الطبعة الرابعة، 2021)، ص135.

هنا تساعد هذه النظرية في دراسة الأزمات الصحية في الجزائر بصفة عامة وأزمة الأطباء المقيمين بصفة خاصة تتمثل الأحداث الأولية هنا بالإضرابات التي قاموا بها، أما الحدث الفوضوي فيتمثل في اضراب 2018 وهو أكبر اضراب للأطباء في تاريخ الجزائر، الأمر الذي أدى الى حدوث تغييرات في المنظومة الصحية الجزائرية والتي ستتطرق إليها الدراسة لاحقاً.

➤ نظرية السلوك المخطط:

تهدف هذه النظرية إلى فهم السلوكيات المرتبطة بالتخطيط للأزمات، على هذا النحو تم فحص نظرية السلوك المخطط (TPB) كأساس محتمل لهذه الدراسة، حيث تنص هذه النظرية على أن إدراك الشخص لسلوكه هو التنبؤ بنية الشخص لأداء السلوك في المستقبل، ضمن نظرية السلوك المخطط، يمكن أن يكون هدف الشخص التأثير من خلال ثلاث خصائص: المواقف (في هذه الدراسة تكون مواقف صناع القرار والبيئة الخارجية حول أزمة الأطباء المقيمين وتؤثر على كيفية إدراك الأطباء لتأثير أفعالهم على الآخرين ومن حولهم)، المعايير (أي المعايير التي تم أخذها بعين الاعتبار لإدارة الأزمة الصحية ويمكن أن تؤدي إلى تأثير أكبر البيئة الداخلية المرتبطة بقطاع الصحة والسلوك الطبي والخارجية المرتبطة بالمجتمع)، التحكم المدرك (مرتبطة بقدرة صناع القرار على مواجهة الأزمة والسيطرة على السلوكيات المتميزة مع السلوكيات البيئية للآخرين).

✓ نظرية التحليل الاستراتيجي:

نظرية التحليل الاستراتيجي حسب "ميشال كروزيه MICHEL CROZIER" تهتم بكيفية بناء الأفعال الجماعية انطلاقاً من السلوكيات الفردية والتنسيق في العمل الذي يفترض جملة من الأفعال الفردية، ويكون التحليل استراتيجياً عندما يعاين سلوك الفاعلين المتعلق بالأهداف الواعية الواضحة التي يضعونها وفق ضغوط المحيط والموارد المتاحة

لهم، وبيتعد التحليل الاستراتيجي عن موازنة النفاثص الموجودة في التسيير والإدارة ليركز على توضيح الاختيارات الأساسية للإدارة العامة وتفاذي الأخطاء التي تهدد المنظمة¹. ويرتكز التحليل الاستراتيجي على ثلاث مبادئ أهمها السلطة التي تحدد من خلال الكفاءة أو التخصص الوظيفي العالي، والقدرة على التحكم في علاقات المحيط إلى جانب توفير مناخ اتصالي جيد واستعمال القواعد التنظيمية.

وهنا المستشفى باعتباره تنظيم أو نسق يضم علاقات بين مجموعة من الفاعلين لكل فاعل أفق محدود ونسبي بينه وبين الفاعلين الآخرين أي السلك الطبي والشبه الطبي والمدراء وكل من يساهم في تحقيق أهداف المنظومة الصحية، لديهم هامش من الحرية لأداء مهامهم وأدوار محددة وسلوكات عقلانية إلى جانب حاجات للتلبية وأخرى متوفرة، هذا النسق يتسم بعلاقات سلطوية أي رؤساء ومرؤوسين وفق تنظيم هرمي من الأعلى إلى القاعدة، ويحتفظ كل فاعل في المستشفى امكانية التدخل المستقلة ويستعملها بصفة متباينة، ولا يمكن فهم سيرورة التنظيم بدون التركيز على الحقيقة النسبية لحرية كل فاعل، أما الاستقلالية فتتمحور حول مسألة ضبط هذه الحريات التي تتمثل في السلطة، فالأطباء المقيمين يخضعون لسلطة الأطباء المؤطرين المكلفين بتكوينهم، والمؤطرين والأطباء باختلاف درجاتهم العلمية يخضعون لسلطة لإدارة ألى جانب المسؤولين.

¹ عبد القادر خريش، "التحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزي" MICHEL CROZIER "النظرية والمفاهيم"، جامعة سعد دحلب البليدة، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، العدد16، جوان2007، ص239 .

ثالثا: الأدبيات السابقة (الدراسات السابقة)

نظرا لندرة الدراسات السابقة التي عالجت هذا الموضوع من قبل سواء من خلال المتغيرات المستخدمة أو المشكلة المطروحة إلا أننا عثرنا على بعض الدراسات في مجال العلوم الاجتماعية والتي تعتبر الأقرب لميدان العلوم السياسية، تم تصنيفها من من الأقدم نحو الأحدث كالتالي:

1. دراسة الأولى: شايب سعاد، الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف

العمل، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر2، كلية العلوم الاجتماعية، 2008.

تناولت الدراسة موضوع ظروف عمل الأطباء في القطاع الصحي العام ومدى ملائمتها لوضعيتهم في المستشفى، كما حاولت ابراز مختلف العلاقات بين الأطباء فيما بينهم وكذا علاقتهم مع أساتذتهم، مع ابراز مدى توفر معدات العمل الطبية في المستشفى ومدى تأثيرها على فاعلية عمل الأطباء، وقد توصلت الدراسة إلى أن الظروف الصعبة للعمل في المؤسسة الاستشفائية العمومية أدت إلى ضعف الأداء المهني للطبيب إضافة إلى ضعف انضباط المؤطرين في التكوين أدى إلى بروز نوع من عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المكونين "الأطباء الطلبة"، إضافة إلى تقديم قراءة سوسولوجية تطرقت فيها الباحثة إلى تقييم وضع المستشفى الجامعي مصطفى باشا.

➤ تقييم الدراسة: عالجت هذه الدراسة موضوع الأطباء في القطاع الصحي العام بصفة شاملة

كما أهملت عدة عناصر كمحاولة اقتراح حلول لاصلاح المنظومة الصحية حيث يعتبر الطبيب فاعل أساسي فيها، تحليل الوضع الصحي الراهن مع الأخذ بعين الاعتبار الفواعل التي تؤثر في تكوين الأطباء المقيمين، معالجة الاشكالية بالشكل المطلوب، في حين ركزت فقط على المشاكل والظروف التي تواجه الأطباء عند آدائهم لمهامهم أي سلطت الضوء على الجانب السلبي فقط دون الأخذ بعين الاعتبار المستوى الجيد لأغلبية الأطباء

وخير دليل على ذلك أن الأطباء الجزائريين هم الأكثر قبولاً في البلدان الأوروبية، إضافة إلى غياب شبه تام للعنصر التحليلي في الدراسة .

2. الدراسة الثانية: خروبي بزيارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر3، كلية العلوم السياسية والاعلام، 2010-2011.

تناولت هذه الدراسة سياسة اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر من 1999-2009 من جانب التحليل السياسي دون اهمال الجانب القانوني والاجتماعي للدراسة، وكشف مدى الاهتمام الذي توليه السلطات العمومية للقطاع الصحي، إضافة إلى القاء الضوء على الظروف التي تواجه هذا القطاع ومدى تأثيرها على المرضى اللذين يتلقون العلاج من جهة ومن جهة أخرى تأثيراتها على السلك الطبي والشبه الطبي والاداريين، تطرقت الدراسة كذلك إلى سوء التسيير الذي يميز النظام الصحي في الجزائر كالتهاون من طرف مستخدمي الصحة وعدم احترام الأوقات، والجهوية في تقديم الخدمات، انعدام الأدوية في الصيدليات والمستشفيات، الاضرابات والتوقفات عن العمل من طرف الأطباء كنتيجة للظروف المعيشية التي يمرون بها، ومن ناحية أخرى تعقد العلاقة بين المواطنين والنظام الصحي والضمان الاجتماعي والبيروقراطية في تقديم التعويض عن الأضرار.

➤ تقييم الدراسة: كانت دراسة ملمة لأغلب الجوانب الواجب دراستها تناولت الجانب التاريخي في الفصل الأول أما الفصل الثاني مراحل الاصلاح ثم الدراسة الميدانية في الفصل الثالث، إلا أن الدراسة لم تكن شاملة لكافة جوانب الاصلاح فقد أهمل الباحث الاصلاح الذي يتماشى مع منظومة الضمان الاجتماعي إلى جانب الحديث عن الحوكمة الصحية فلا يمكن اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بمعزل عن هاذين الجانبين، أما من الجانب المنهجي فهناك نوع من القصور والنقص في مناقشة المشكلة والفروض.

3. الدراسة الثالثة: عائشة عفاف صحة بليمي، التكوين على استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات لدى الأطباء المقيمين وتأثيره على تنمية الأعمال

والأبحاث: دراسة ميدانية بالمستشفيات الجامعية للجزائر العاصمة، مذكرة لنيل شهادة

الدكتوراه، جامعة قسنطينة2، معهد علم المكتبات والتوثيق،2017.

حاولت هذه الدراسة التعرف على تفعيل استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات والتكوين لدى الأطباء المقيمين بمستشفيات الجزائر العاصمة، وتأثير تنمية أبحاثهم عن المعلومات الطبية، أي التعرف على علاقة تكوين الأطباء المقيمين على استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات أيا كان نوعه، بالاستعمال الجيد، أي تفعيل استعمالهم لما بعد التكوين، حيث تطرق الباحث إلى تكوين المستفيدين على استعمال مصادر المعلومات، دوافعه، أهدافه، برامج ومستوياته وعلاقته بالتعليم، ووضح أهمية التكوين الذاتي والمستمر وامكانيته في استقلالية المستفيد كما تم التطرق أيضا إلى الأطباء والبحث العلمي وسياسة البحث العلمي في الجزائر وتأثيراتها على ظروف عمل الأطباء.

➤ تقييم الدراسة: بالرغم من تطرق الباحث إلى كافة العناصر المتعلقة بالموضوع إلا أنه لم يركز على تكوين الأطباء المقيمين بالشكل الكافي باعتباره من أهم المتغيرات في الدراسة إضافة إلى إهمال الأطباء المؤطرين الأمر الذي أغفله الباحث والذي يشكل فجوى بين الأطباء المقيمين والأطباء المؤطرين، فلا يمكن دراسة عينة بمعزل عن العينة الأكبر منها لأنها تعتبر كوجهين لعملة واحدة، الأمر الذي يحول دون تفعيل وسائط التكنولوجيا الحديثة للمعلومات.

4. الدراسة الرابعة: شايب سعاد، تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية

الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة الجزائر2، كلية العلوم

الاجتماعية، 2017-2018.

حاولت هذه الدراسة التطرق إلى ظروف عمل وتكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية ومدى رضاهم عن هذا التكوين، ونوعية العلاقة التي تجمعهم فيما بينهم وبين السلك الطبي ومدى تأثيرها على تكوينهم، والعلاقة التي تجمعهم مع الحالات المرضية التي

تقصد المصلحة الطبية للعلاج ومدى الاستفادة منها في التكوين الطبي، والتي توصلت إلى أن طبيعة تكوين الأطباء المقيمين أدت إلى ظهور نوع من عدم الرضا لديهم وهو تكوين ذو مستوى متوسط، لا يستفيدون منه بنسبة كبيرة، وأن علاقات العمل ما بين الأطباء فيما بينهم من جهة وما بين السلك الشبه الطبي من جهة أخرى تحدد نوعية التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين، فالتكوين يتأثر بنوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء فيما بينهم وما بين السلك الشبه الطبي المساعد.

➤ تقييم الدراسة: هي دراسة واسعة تعتبر كامتداد للدراسة التي سبقتها في الماجستير لنفس الباحثة، تطرقت إلى أغلب النقاط التي تخص الأطباء المقيمين لكن يبقى هناك قصور في اعطاء رؤية لتحسين ظروف عمل الأطباء أو اقتراح حلول لمعالجة الاختلالات، إضافة إلى غياب شبه تام للأسلوب التحليلي والذي يفترض الاستعانة به في مثل هذه المواضيع، أما في الجانب المنهجي اللغوي أهملت الباحثة بعض القواعد كاستخدام الضمائر والعبارات الشخصية كأنا بصدد، ساعدني، خرجت.. وغيرها، هذا ما يضعف البحث وينقص من قيمته إذا تم اغفاله.

هيكلية البحث:

للتوسع في النقاط المثارة سابقا وللإجابة على التساؤلات الواردة ضمن اشكالية البحث، تم تقسيم هذا الأخير إلى ثلاثة فصول على النحو التالي:

➤ الفصل الأول: تناولت الدراسة في هذا الفصل ماهية السياسة الصحية في الجزائر وتطورها من بعد الاستقلال إلى 2022 ومراحل صنعها إضافة إلى فواعل صنع السياسة الصحية في الجزائر كمبحث أول، إلى جانب إدارة الأزمات الصحية كمبحث ثاني من خلال التطرق إلى مراحل وأساليب وآليات التعامل مع الأزمات الصحية.

➤ الفصل الثاني: تناولت الدراسة المسار المهني للأطباء المقيمين كمبحث أول من خلال الإطار القانوني الذي ينظم الأطباء المقيمين، خصوصية الخدمة المدنية، كما تطرقت الدراسة في المبحث الثاني إلى ظروف عمل الأطباء إلى جانب الأزمة الصحية التي مست المنظومة الصحية من خلال اضراب الأطباء المقيمين ونتائجه وانعكاساته على قطاع الصحة في الجزائر إضافة إلى هجرة الكفاءات.

➤ الفصل الثالث: خصص هذا الفصل لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر والحوكمة الصحية كآلية للنهوض بالقطاع الصحي ومعالجة الاختلالات في المبحث الأول، ثم اقتراح استراتيجية تسيير استشفائية تتماشى مع منظومة الضمان الاجتماعي من جهة وتفعيل نظام الرقمنة من جهة أخرى في المبحث الثاني.

الفصل الأول:

إدارة الأزمات الصحية

تمهيد:

عملت الجزائر منذ الاستقلال على وضع سياسة صحية واضحة المعالم كبديل للسياسة المنكوبة التي جاء بها المستعمر الفرنسي، أين كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض والفيروسات كالمalaria والتيفوئيد والسل، هذا كان نتيجة السياسة التي انتهجتها فرنسا المخصصة لأغلبية الجزائريين، حيث كانت المستشفيات والأطباء يتمركزون في المدن المتواجدة فيها المستعمر بكثافة، أما المناطق الريفية فكانت تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب.

وبالتالي سعت الجزائر بعد الاستقلال إلى القضاء على مخلفات الحقبة الاستعمارية وتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق الدولية أين أصبحت الصحة مطلب تسعى جميع الدول تحقيقه، وبذلك كانت من بين الأهداف المسطرة للسياسة الصحية ترمي إلى الحفاظ على المكتسبات الثورية في مجال الإصلاح الطبي الذي يعد الركيزة الأساسية لهذه السياسة من جهة، و توسيع نطاق القطاع الصحي لتقريبه من المواطن من جهة أخرى .

لكن مع كل الجهود المبذولة من طرف السلطات الجزائرية الساعية إلى اصلاح المنظومة الصحية إلا أنها واجهت ولا زالت تواجه العديد من الأزمات التي تمس القطاع الصحي في حد ذاته، وفي هذا الفصل سنتناول الدراسة كيفية إدارة الأزمات في قطاع يتسم بقدر من الأهمية من جهة، والعديد من الخصوصيات من جهة أخرى، بحيث تركز على مختلف الإصلاحات والبرامج الصحية التي انتهجتها السياسة الجزائرية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا،

وانعكاساتها على المنظومة الصحية، إلى جانب مختلف الأساليب المعتمدة لإدارة الازمات الصحية.

من هنا يمكن طرح التساؤل الآتي:

كيف تطورت السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا؟ وما هي الأساليب والطرق المتبعة لإدارة الأزمات؟ .

المبحث الأول: السياسة الصحية في الجزائر.

ستتطرق الدراسة في هذا المبحث إلى مجموعة النقاط المتعلقة بالسياسة الصحية في الجزائر، أي المفهوم والتطور الذي يقودنا إلى معرفة مختلف الفواعل المتعلقة بصنع السياسات الصحية ومختلف العلاقات والتفاعلات بينهم، بناء على الأهداف التي تسمح بتقييم مخرجات السياسة التي تؤثر حتما على المنظومة الصحية في حد ذاتها.

المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية.

عند الحديث عن السياسة العامة للدولة نجد بأنها مختلف البرامج الحكومية التي تسعى إلى تحقيق الصالح العام وتلبية حاجيات المواطنين من التعليم والسكن والصحة، وبذلك تقوم الدولة بصياغة برامج حكومية في مجال التعليم والصحة وغيرها، التي تعتبر جزء من السياسة العامة للدولة، فبالتالي السياسة الصحية ليست إلا سياسة عامة متفرعة عن السياسة العامة.

يمكن تعريف السياسة الصحية على أنها: "موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة والتي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال الوثائق الدستورية والإدارية"¹.

¹ قوي بوحيتية ومحمد العيد حسيني، "السياسة العامة الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012"، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ورقلة.

كذلك هي: "جملة الأعمال والإجراءات المتخذة من طرف الدولة ومؤسساتها لتحسين صحة مواطنيها لتحقيق الرفاهية لهم"¹.

تعرف كذلك الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية السياسات الصحية: "مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرنامج عمل مقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية تنفيذ وإدارة الخدمات الصحية، مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي، بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية"².

والسياسة الصحية بالنسبة للبعض "مشروع معياري طموح يستجيب لمتطلبات المجتمع في مجال الصحة ويقضي على اللامساواة الموجودة ضمن هذا القطاع"³.

من خلال هذا التعريف يلاحظ بأن السياسات الصحية تهدف إلى تحقيق التوازن الجهوي بين مناطق الجزائر، عن طريق المدخلات المعبر عنها بالمطالب المجتمعية الصحية أي ضرورة

¹ لقمان مغراوي، "صناعة السياسات الصحية في عالم متغير دراسة حالة الجزائر"، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 01-06-2014، ص29.

² عفاف بوراس، السياسات العامة الصحية في الجزائر من 1999 إلى 2009، مذكرة ماستر منشورة، (جامعة العربي بن مهيدي - أم بواقي - كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2014-2015)، ص22.

³ عمر خروبي بزار، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2000)، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه منشورة، (جامعة الجزائر 3، كلية العلوم السياسية والاعلام، 2010-2011)، ص16.

توفير الرعاية الصحية اللازمة لتغطية احتياجات المجتمع، والتي تترجم إلى مخرجات على شكل مشاريع استجابة للمتطلبات المجتمعية الصحية.

التعريف الاجرائي للسياسات الصحية:

هي مجموعة من المواقف الرسمية للحكومة في مجال الصحة، المعبر عنها في المواثيق والدساتير والتشريعات، يقوم بصياغتها صانعي القرارات، تهدف إلى توفير الرعاية الصحية وتحسين مستوى الخدمات الصحية لتغطية حاجيات الأفراد ويتولى تنفيذها مجموعة من الفواعل الرسمية والغير الرسمية.

المطلب الثاني: تطور السياسة الصحية في الجزائر:

لقد مرت الجزائر بعد الاستقلال بعدة مراحل، عرفت فيها السياسات الصحية العديد من التغيرات والأحداث، وبذلك عملت على التخلص من مخلفات الحقبة الاستعمارية وإقامة نظام صحي الذي يضمن حقوق المواطنين في الصحة والعلاج، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر مراحل مختلفة مرت بها الجزائر تم تقسيمها كما يلي:

1. السياسة الصحية في الجزائر (1962-1974):

ورثت الجزائر سياسة صحية منكوبة ومتردية، نتيجة الظروف المعيشية التي كانت سائدة في تلك الفترة كالحرمان وسوء التغذية، ونقص التأطير في الميادين الطبية ونقص التغطية الصحية مما خلق فجوات بين مناطق الجزائر أو فوارق جهوية كبيرة، حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا في كبريات المدن الكبرى، كالجزائر، وهران، وقسنطينة، ويتمثل في

الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب النفسي الذي تشرف عليه وزارة التربية والتعليم¹، إلى جانب الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا أغلبهم أجنب يعملون في عيادات خاصة، وقبل سنة 1965م لم تكن الجزائر تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيبا واحدا لكل 8092 مواطنا، و264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 مواطنا².

في هذه الفترة عملت الجزائر على إنشاء أول وزارة للصحة في عهد حكومة الرئيس السابق أحمد بن بلة يوم 28 سبتمبر 1962، ثم وزارة الشؤون الاجتماعية في عهد حكومة أحمد بن بلة الثانية يوم 18 سبتمبر 1963، ثم وزارة الصحة والمجاهدين والشؤون الاجتماعية في عهد حكومة بن بلة الثالثة في 02 سبتمبر 1964، وبعد الانقلاب العسكري ضد أحمد بن بلة وتشكيل حكومة الهوارى بومدين تم إنشاء وزارة الصحة العامة والتي شكلت يوم 10 جويلية 1965 كوزارة قائمة بحد ذاتها بعدما كانت مندمجة ضمن الوزارات الأخرى³، والتي كانت من أهم أولوياتها أولا إعادة توزيع المؤسسات الصحية بما فيها الأطباء

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 133-134.

² نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص 192.

³ عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص 01.

والمرضى على جميع جهات الوطن لتمكين المواطنين من الاستفادة من العلاج بشكل متساو وإجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص، وتشكيل فرق طبية متنقلة، ثانيا محاربة الأوبئة والفيروسات المتنقلة مثل التيفويد والسل والملاريا والتهاب السحايا وغيرها من الأمراض الفتاكة والمعدية، وعليه تم اعتماد بعض البرامج المخصصة للفئات المحرومة، كما تم تأسيس الطب المجاني الذي جاء به ميثاق طرابلس 1962 الذي لم يرد في دستور 1963 بصريح العبارة¹، والذي يعتبر من أهم الخطوات نحو تأميم المنظومة الصحية إلى جانب التلقيح المجاني للأطفال.

وفي ظل غياب الاعتراف الدستوري في تلك الفترة بالحق في الصحة، إلا أن مخططات التنمية الثلاثية التي اعتمدت في الفترة الممتدة من 1967 إلى 1973 عنت بحق السكان في الصحة، إذ نصت على انشاء المرافق الصحية وتجهيزها لسد العجز في الأسرة وهو نفس الاتجاه الذي حذا نحوه المخطط الرباعي 1974-1977، وقد تعزز الحق في الصحة في هذه الفترة من خلال اصدار المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية 1969 المتضمن إلزامية التلقيحات ومجانيتها، كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الأفات الاجتماعية مثل مرض السل من خلال انشاء مراكز خاصة لمكافحته وكذلك اللجوء

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1963، مجلس الأمة، www.majliselouma.dz، تاريخ الاطلاع : 12 جانفي على الساعة 12:15.

إلى عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الطفولة والأمومة¹، ثم الأمر رقم 73-65 القاضي بمجانبة العلاج في قطاعات الصحة العمومية².

وعليه فقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإصدار قانون الطب المجاني، بمثابة خطوة لإعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وكذا توحيد نظامه ككل، وذلك بتسخير كافة الاجراءات والوسائل لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني، وبالتالي أصبحت الصحة والعلاج كمهمة وطنية يستوجب اتخاذ اجراءات صارمة من أجل ترقيتها وتدعيمها، لا سيما في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

هذه المرحلة امتازت برجوع الأطباء الفرنسيين من جهة حيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب³، ومن جهة أخرى تميزت بطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء والتي تسير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات والتي تسير من

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص194.

² لقمان مغراوي، مطبوعة محاضرات في مقرر السياسات العامة القطاعية، "الاعتراف بالحق في الصحة في الجزائر"، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2021-2022، ص1.

³ سهيلة برحو فاففة، "إصلاح المنظومة الصحية-واقع وآفاق-، مجلة دراسات استراتيجية، العدد 06، الجزائر، 2009، ص113.

وزارة التربية والتعليم¹، ومن جهة أخرى هناك قطاع طبي خاص يقدم علاج ذو طابع ليبرالي في العيادات الخاصة، مع ذلك بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة، وذلك في إطار التعاقد، هذا خليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة².

لكن مع المخطط الوطني وتزايد نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ سنة 1969م، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة عام 1966م، بدأت الأمور تتحسن تدريجيا وذلك من خلال تحسين التكوين الطبي والشبه الطبي، إلى جانب انشاء بعض الهياكل القاعدية ومضاعفة قاعات العلاج من خلال توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية والتي تهدف إلى توفير الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري.

شهدت هذه المرحلة تطور ملحوظ من خلال المجهودات التي قامت بها الدولة الجزائرية لتأميم المنظومة الصحية، والتي كانت نتيجتها تزايد عدد الأطباء الجزائريين وهذا نتيجة للإصلاحات التي شملت مجال العلوم الطبية والشبه طبية كذلك هذا التطور في الموارد البشرية نتج عنه عدة مشاكل انعكست على المرحلة التالية الممتدة من 1974-1980 في المقابل عرفت هذه المرحلة اضطرابات خصوصا أن هذه الفترة كانت بداية تشكيل

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص193.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص134.

المؤسسات السياسية والدستورية للدولة الجزائرية وبالتالي اتسمت بمحدودية الامكانيات المادية وغياب توزيع جهوي عادل بين مناطق الشمالية والجنوبية والهضاب العليا حيث تتمركز المراكز الطبية والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية .

2. المرحلة الثانية (1974-1980):

تميزت هذه المرحلة العديد من التحولات ارتبطت بصدور وتطبيق مرسوم الطب المجاني كما جاء في ميثاق الوطني التأكيد على حق المواطن في العلاج والطب المجاني سنة 1976 كما دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في مادته 67 التي تنص صراحة على أن "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي"¹ من جهة، ومن جهة أخرى شهدت ظروف صعبة وطنياً، تمثلت في هجرة الأدمغة وخاصة الأطباء بسبب عجز النظام الصحي من توفير الامكانيات اللازمة لتوفير العلاج والتزايد الكبير في عدد السكان إضافة إلى تدني الأجور، أما فيما يخص الموارد المادية والهياكل القاعدية فتميزت بنوع من الاستقرار.

والجدير بالإلماح في هذه المرحلة أن الطب الوقائي قد أهمل وهمش حيث وجهت الاستثمارات في مجال الصحة إلى الطب العلاجي، بمعنى أن المفهوم الذي أعطي للصحة خلال هذه المرحلة كان يعزل المشكلات الصحية عن الظروف الاقتصادية والاجتماعية

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية لشعبية، دستور 1976 www.el-mouradia.dz، تم الاطلاع في: 22 جانفي 2022 على الساعة 17:20.

والثقافية التي أنشأت في ظلها، وينظر إليها على أنها مشكلات عضوية وأن الحلول ينبغي أن تكون تقنية، وربما ما يفسر لنا ذلك هو اهتمام المخطط الرباعي الثاني بالجانب المادي والتطبيبي العلاجي، وأصبح المستشفى هو العنصر المركزي في عملية التنمية الصحية بحيث يستفيد من ثلاثة أرباع الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي¹.

كما اتسم النظام الصحي بنوع من اللامركزية في نهاية 1979 من خلال القرارات الناتجة عن حركات الاضراب سنة 1977 وذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الاستشفائية الجامعية الاختيار بين القطاع العام والخاص، كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980 الباب مفتوحا أمام الممارسة الخاصة للطب، وذلك بالنسبة للأطباء اللذين استجابوا للخدمة الوطنية، لكن مع نهاية المرحلة زادت الأوضاع سوءا بسبب المشاكل المتعلقة بالأطباء وهجرة الأدمغة سواء إلى الخارج أو القطاع الخاص.

3. المرحلة الثالثة: 1980-1990

عرفت هذه المرحلة بالاتجاه نحو ليبرالية العلاج، التي كانت بداياتها مع بداية التحولات والتغيرات الجذرية في استراتيجية التنمية الوطنية اتجاهاتها فقد عرفت الكثير من التغيرات والتحولات في النسق السياسي الجزائري، هذه الوضعية استدعت المسؤولين إلى عقد مؤتمر استثنائي لجهة التحرير الوطني FLN في ديسمبر 1980 لملف الصحة الذي كان من بين

¹ سليمة بلخير وآخرون، "المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية"، جامعة زيان عاشور الجلفة، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية، العدد الاقتصادي 36-01، ص304.

أهم قراراته انشاء نظام صحي اشتراكي قائم على الخدمة الوطنية، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بشكل موحد ومتجانس¹، اي إلغاء قطاع الشبه عمومي وإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، ودعوة جميع القطاعات للإشتراك في وضع سياسة صحية فعالة، حيث عرفت في هذه السنة هياكل ومؤسسات النظام الصحي تطورا ملحوظا والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم 01: يبين هياكل ومؤسسات النظام الصحي للفترة الممتدة من 1979 إلى 1989.

السنوات	عدد السكان (المليون)	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	العيادات المتعددة الخدمات	المركز الصحي	الأطباء	الشبه الطبي	الإدارة
1979	18,03	16	162	44885	157	644	4561	ND	ND
1984	21	195	215	50210	285	914	9106	ND	ND
1986	24,04	105	261	60040	370	1147	13395	ND	ND
1989	25	178	261	65000	428	1500	25000	60000	39600

المصدر: المدرسة الوطنية للصحة العمومية 2008، www.ensp.dz، تم الاطلاع: 12-02-2022، على الساعة: 8:45 .

ND: رقم غير متوفر.

¹ عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص 42.

من خلال هذا الجدول يستنتج أن في هذه المرحلة تم انشاء هياكل صحية ومستشفيات معتبرة، خاصة المراكز الصحية، وذلك للقضاء على الفوارق الجهوية وتحقيق التوازن والمساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية خاصة مع التزايد السكاني الذي تشهده هذه المرحلة .

وفي نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 الذي أقر التعددية السياسية والتغيير في النظام السياسي الجزائري، ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، كما استبعد الطب المجاني وأسقط جميع مواده، فقد جاء في المادة 51 منه "أن الرعاية الصحية للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها"¹، وهذا يعني أن الدولة تتكفل بالوقاية من الأمراض ومكافحتها وليس علاجها، هذا ما يؤكد قانون المالية لسنة 1993، أشار التقرير العام لإصلاح النظام الصحي لسنة 1990 أيضا وتضمن مفهوما جديدا للمؤسسة الصحية والنظام الصحي، فهو يحددها وفق تكييفها مع الظروف الجديدة للتنمية، كمحاولة لإيجاد فعالية للنظام الصحي.

4. المرحلة الرابعة (1990-2002):

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1989، رئاسة الجمهورية، www.el-mouradia.dz، تاريخ الاطلاع: 2022-02-22، على الساعة 12:45 .

*مفهوم الاصلاح: هو التغيير والتعديل، أو تقويم الاعوجاج تغيير قواعد عمل النظام المجتمعي ومعالجة القصور والاختلالات التي تعيق التنمية والنهوض بالمجتمع (سيتم التطرق إلى هذا العنصر بالتفصيل في الفصل الثالث).

اتسمت هذه المرحلة بغياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي والتحولات الوبائية والديمغرافية، كما عرفت هذه الفترة أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة، مما نتج عنه تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والتجارية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة¹، ومع ذلك شهدت هذه الفترة تأميم المنظومة الصحية من خلال الإصلاحات عن طريق اصدار المراسيم التنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية لإضفاء نجاعة أثر عليها²، حيث كانت أغلبيتها في الفترة الممتدة من 1993 و1996، كما جاء قانون المالية لسنة 1993 مؤكدا على تدخل الدولة في الوقاية والتكفل بالمعوزين وبالتكوين والبحث في العلوم الطبية، أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي والمقصود به النظام أو النهج التعاقدية الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، للوصول بعد الدراسة الميدانية إلى نتائج نهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000، وهي معرفة تسعيرة الأداءات ومن خلالها وضع مدونة الأداءات ومدونة الأسعار التي يتم وفقها التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي³.

¹ مولود ديدان، مباحث في القانون الدستوري والنظم السياسية، (الجزائر: الطبعة الأولى، دار النجاح للكتاب، 2005)، ص349.

² عمر خروبي بزار، مرجع سابق، ص45.

³ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص200.

وأهم ما يميز هذه المرحلة هو اصلاح المستشفيات سنة 2002 أين أصبح اسم وزارة الصحة والسكان تحت اسم وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات¹، في محاولة لرفع مستوى أدائها، مع اعادة النظر في طرق التمويل الصحي من خلال نظام التعاقد، أين تضاعفت النفقات الصحية مع النمو الديموغرافي المتزايد، مما حتم على الدولة الجزائرية ترشيد النفقات للوفاء بالمتطلبات الخاصة بالعلاج والوقاية لكافة السكان.

على الرغم من كل الجهود التي قامت بها الجزائر في سبيل اصلاح المنظومة الصحية إلا انه طرأ تحول كبير على الصعيد الاجتماعي في الجزائر من كل المستويات ، فعلى المستوى الصحي مثلا تمثل التحول في عودة الأمراض والأوبئة وتوسعت رقعة الفقر التي أدت إلى سوء التغذية والأمراض المتنقلة عبر المياه، أما على المستويين الاقتصادي والاجتماعي فقد تمثلت في تفاقم المديونية حيث تراوح إلى 37,28 مليار دولار سنة 1990 وإلى 72,25 مليار دولار سنة 1993 ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة 1998² التي أدت إلى تدني المستوى المعيشي وارتفاع نسبة البطالة بسبب تقليص النفقات العمومية من طرف الدولة، بما في ذلك الانفاق على الصحة العمومية، ومن جهة أخرى بلغت هجرة الأطباء ذروتها بسبب الأزمة المالية وتدني نسبة الأجور أو حتى انعدامها في بعض المناطق اضافة إلى انعدام الأمن، أما القطاع الخاص فقد عرف تطورا ملحوظا في ظل الانهيار المؤسسي الصحي وذلك راجع إلى المشاكل التي عرفها النظام الصحي العمومي،

¹ سليمة بلخيرى وآخرون، مرجع سابق، ص 305.

² عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص 46.

مما استدعى الى تدخل السلطات الوصية من خلال تصحيح المسار والقيام بإصلاحات شاملة تخص قطاع الصحة بما فيه القطاع الخاص، وقد تم اصدار بعض القوانين التي تنظم مهنة الطب وكيفية انشاء المؤسسات الصحية الخاصة ومختلف التخصصات التي تضمها مع العلم أن مستخدمي القطاع الخاص كانت وضعيتهم الاجتماعية مريحة مقارنة مع القطاع العمومي.

5. المرحلة الخامسة (2002-إلى يومنا هذا):

بعد عشرية دامية وفترة من اللاستقرار التي عاشتها الجزائر وأضعفت مؤسساتها، جاءت هذه المرحلة لاسترجاع الأمن والاستقرار من خلال حماية المواطن وتوفير احتياجاته الضرورية في جميع المجالات بما فيها الصحة، حيث أولتها الدولة اهتمام كبير من خلال وضع برنامج صحي يهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة خصوصيات كل منطقة، مع رفع مستوى أداء المؤسسات الطبية وتحديثها، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، حيث بلغ عدد العيادات إلى 286، وعدد الأخصائيين الخواص إلى 5095 والطب العام إلى 6205 طبيب، أما الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة، فقد شهدت تطورا مستمرا حيث بلغت نسبة 76,70% في مشروع قانون المالية لسنة 2008، مقابل 58% خلال سنة 1999م¹.

¹ عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص 51.

شهدت هذه المرحلة صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 لإعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية¹، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسات الصحية من المواطن، لكن اهتمام المسؤولين بهذا الجانب إلا أن هناك فروقات واضحة بين مناطق الجزائر حيث تشهد اختلالا واضحا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني خاصة المستشفيات الجامعية، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية في حين لا يتعدى ذلك في الشرق 22%، والغرب 20% بينما في الجنوب الشرقي 2% والجنوب الغربي 1%، إضافة إلى فوارق في توزيع الموارد البشرية، إذ نجد الأطباء في الجزائر العاصمة طبيب لكل 416 ساكنا، يقابله طبيب لكل 1766 ساكنا في الهضاب العليا وطبيب واحد لكل 2109 ساكنا في الجنوب².

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007.

² سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سابق، ص 306.

جدول رقم 02: توزيع الهياكل العمومية الاستشفائية بين مختلف جهات الوطن لسنة 2013:

الجنوب الغربي	الجنوب الشرقي	الشرقية	الغربية	الوسطى	المناطق الهياكل الصحية
0	0	4	3	7	عدد المراكز الاستشفائية الجامعية CHU
0	0	12447	72360	92308	سرير/ساكن CHU
0	0	3	2	0	عدد المؤسسات الاستشفائية EH
0	0	722921	421626	0	سرير/ساكن EH
7	1	20	21	20	عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS
61743	822848	36301	92937	42927	سرير/ساكن EHS
14	25	66	35	55	عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية EPH
570	8579	2928	91131	91106	سرير/ساكن EPH

المصدر : Ibrahania Brahim & Khoukha : Le système de Santé Algérien face à la //transition sanitaire ;prise en charge et financement , pp19-20, https :
www.eiseverywhere.com, (site consulté le 18-03-2022).

يوضح الجدول أعلاه انجازات الجزائر في تشييد الهياكل الصحية، حيث يلاحظ سوء توزيع جغرافي للهياكل بين مناطق الجزائر بشكل كبير، ولعل هذا أكبر مؤشر لعدم قدرة المنظومة الصحية في القضاء على فوارق اللامساواة بين المناطق الشمالية والجنوبية ومراعاة خصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة، حيث تشير المعطيات الاحصائية في الجدول أعلاه أن اشكالية توفير الرعاية الصحية لا تتوقف عند عدم كفاية عدد الهياكل الصحية لعدد

السكان، بل تشهد أيضا توزيع غير عادل من خلال استحواذ المناطق الشمالية على العدد الأكبر من الهياكل الصحية خاصة المؤسسات الاستشفائية الجامعية، الأمر الذي يؤدي إلى هجرة سكان الجنوب إلى المناطق الشمالية من أجل تلقي العلاج مما يؤدي إلى ضغوطات على المؤسسات الصحية في المناطق الشمالية والذي ينتج عنه سوء تسيير وبيروقراطية في العلاج وغيرها من المشاكل الأخرى.

أما فيما يخص التغطية الصحية الشاملة للموارد البشرية فقد أولى البرنامج الحكومي اهتماما للتكوين المستمر من أجل ترقية القطاع الصحي وتعزيز الرعاية الصحية، حيث أشارت المعطيات الإحصائية المتعلقة بالديمغرافية الطبية لسنة 2017م إلى ارتفاع عدد ممارسي قطاع الصحة مقارنة بالسنوات السابقة، ووفقا للديوان الوطني للإحصائيات يوجد طبيب واحد لكل 529 ساكن بعدما كان يغطي 545 ساكن في سنة 2016م، وجراح أسنان واحد لكل 2925 ساكن بعدما كان يغطي 2971 ساكن في سنة 2016م، وصيدلي واحد لكل 3382 ساكن بعدما كان يغطي 3435 ساكن سنة 2016م، وهذا ما يشير إلى التحسن الكبير في معظم مؤشرات التغطية¹، لكن عند مقارنة عدد العمال في السلك الطبي في القطاع العمومي والقطاع الخاص خلال هذه الفترة يتبين لنا أن عدد ممارسي الصحة في القطاع العام يفوق عدد ممارسي الصحة في القطاع الخاص ما عدا الصيدلة، الأمر الذي يشكل صعوبة في الحصول على الرعاية الصحية المتخصصة، لوجود نقص كبير في عدد

¹ سميرة كرمين، "تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر-دراسة تحليلية"، مجلة البحوث والدراسات التجارية، مجلد 05 عدد 02، جامعة معسكر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، 15-10-2021، ص 72.

الأطباء الأخصائيين وتمركزهم في الولايات الكبرى في الوطن، مما يتعذر تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، وتوزع نسبة 53% من الأخصائيين في القطاع العام و34% في القطاع الخاص، بالإضافة إلى الأعطال الكبيرة التي تمس التجهيزات الطبية العمومية، الأمر الذي يجبر المواطنين التوجه للقطاع الخاص¹ نظرا للظروف السيئة للاستقبال وقلة النظافة والتأخير في تلقي العلاج والتعطل الدائم للتجهيزات الطبية في القطاع العام بالرغم من ارتفاع المخصصات المالية لاقتناء التجهيزات الطبية التي بلغت 2076 مليون في سنة 2015م، بعدما كانت 1900 مليون في سنة 2005.

أما فيما يخص مجانية العلاج فقد توالى إلى غاية هذه اللحظة أي 2022 قوانين المالية الأخرى، حيث نصت جميعها على ما جاءت به المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 الذي يؤكد على ما جاءت به المادة 51 دستور 1989 سالف الذكر²، بأن دور الدولة سيقصر فقط على الوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها، فقد انتهجت الدولة مسارا مماثلا لما حدده دستور 1989، حيث لم يغير دستور سنة 1996 والتعديلات اللاحقة 2008 و2016 و2020 من طبيعة النهج القائم، وهذا ما يؤكد تخلي الدولة عن جانب أساسي في سياسة مجانية العلاج المتعلق بالعلاج والاستشفاء وهو ما يؤكد إلى حد كبير

¹ علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى قطاع الصحة بالجزائر، (أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2017)، ص120.

² عمر بن سليمان، "السياسات الصحية في الجزائر بين البعدين الوقائي والعلاجي"، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 10، العدد 02، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، سبتمبر 2019، ص209.

على أن هذا التوجه سببه هو تزايد الاختلالات المتعلقة بتمويل النفقات اللازمة لتنفيذ سياسة صحية مجانية وعامة.

وقد توسعت الدولة في مجالات الاهتمام بالسياسات الوقائية في الجزائر على بعدين، بحيث يهتم البعد الأول بالوقاية من الأمراض المتنقلة، والبعد الثاني بالأمراض الغير متنقلة، حيث انتهجت مجموعة من المخططات كالمخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019، والمخطط الوطني 2014-2018 لمكافحة عوامل الخطر غير المتنقلة، وفي هذا الإطار كذلك هناك برامج سنوية تم وضعها للحد من المضاعفات المرتبطة من الانفلونزا الموسمية، التي يعاد تفعيلها كل سنة من طرف وزارة الصحة، ولا بد من الإشارة إلى الجهود التي تتم في إطار سياسة التلقيح الاجباري والمجاني التي تبنتها الجزائر من خلال عدة تشريعات مثل مرسوم 69-96 المتعلق بمعالجة السل بصفة اجبارية ومجانا، ومرسوم 88-69 المتضمن لبعض أنواع التلقيح الاجباري المعدل بالمرسوم 282-85، بحيث تتولى الدولة نفقات الحصول على هذه اللقاحات من خلال الميزانية العامة المتخصصة لوزارة الصحة العمومية، وتعميم اللقاح بصفة مجانية¹.

وفي هذا السياق شهدت هذه الفترة فيروس الكورونا (كوفيد 19) منذ 25 فيفري 2020، أين أكدت الدولة الجزائرية أول اصابة بفيروس كورونا، الذي يعتبر من الأمراض المعدية عن طريق المفززات التنفسية، حيث مست هذه الأزمة كل القطاعات، لكن ظل العجز

¹ عمر بن سليمان، مرجع سابق، ص 215.

مسجلا في الخدمات الصحية، مع ذلك قامت الجزائر بتسخير ووضع حيز الخدمة كل فضاءاتها الاستشفائية، كما تم تنصيب لجنة لرصد ومتابعة فيروس الكورونا برئاسة وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتتشكل هذه اللجنة من كبار الأطباء الأخصائيين وتكون مهمتها متابعة تطور انتشار الوباء وإبلاغ الرأي العام بذلك يوميا وبانتظام إلى جانب اقرار سياسة اجبارية التلقيح كل هذه الاجراءات تنصب في إطار السياسة الوقائية التي انتهجتها الدولة الجزائرية لمواجهة الفيروس والحد من انتشاره.

وقد ظلت مجهودات الجزائر متواصلة لإصلاح المنظومة الصحية في هذه الفترة، حيث انعقد مؤتمر حول تجديد المنظومة الصحية سنة 2022 بشعار "رؤية جديدة، نظام عصري وخدمة المريض"، ينص على ضرورة اعداد خارطة طريق جديدة ومتوازنة ومنصفة تقضي إلى منظومة صحية تستجيب لتطلعات المواطنين في تغطية صحية جيدة وقف معايير دولية، ومن جهة أخرى دعى إلى ضرورة ايقاف نزيف تحويل المرضى للعلاج في الخارج من خلال تحسين نوعية الخدمات الصحية بالاعتماد على الكفاءات البشرية التي يزر بها القطاع، إلى جانب بيان وزارة الصحة الذي دعا فيه وزير الصحة إلى ضرورة الاسراع في تسليم المراكز الجديدة للاستعجالات الطبية في عدة ولايات، مبرزا الأولوية التي تحظى بها مصالح الاستعجالات ضمن برامج إعادة التهيئة المبرمجة، في إطار رفع عدد المنشآت الصحية الجوارية وتزويدها بمختلف التخصصات ذات الأهمية بالنسبة للمواطن واستكمال جميع المشاريع قيد الانجاز لسنة 2022.

لكن بالرغم من كل المجهودات التي قامت بها الجزائر والتطور الذي شهدته في السنوات الأخيرة ومحاولة الرفع من مستوياتها وترقيتها إلا أنها لا تزال بعيدة عن المستوى المأمول،

خاصة في ظل انتشار جائحة الكورونا وتأثيراتها على قطاع الصحة والأزمات التي شهدتها في هذه الفترة، فبالرغم من الإصلاحات التي عرفها النظام الصحي إلا أنه لا يزال يسجل عدم قدرته على الاستجابة لمتطلبات الصحة للسكان، وهو ما يعكس ضعف فعاليته وكفاءته وضعف جودة خدماته، ففي ظل غياب الرقابة وسوء التسيير وتغشي ظاهرة الفساد الإداري والمالي أدى إلى عدم قدرة الحكومة على تمويل القطاع وتوفير التجهيزات خاصة مع النمو الديمغرافي المتزايد من جهة ومن جهة أخرى اهتزاز البنى التحتية للهياكل الصحية مما أفضى إلى عجزها عن توفير الرعاية الصحية اللازمة للمواطنين.

المطلب الثالث: فواعل صنع السياسة الصحية

أ- الفواعل الرسمية: من بين الفواعل التي تهدف إلى توفير الرعاية الصحية وترقية صحة الأفراد وضمان حق الجميع في الصحة:

✓ المؤسسة التشريعية: التي تعمل على وضع التشريعات والقوانين لصياغة سياسة معينة بما فيها السياسة الصحية، ومن أهم التشريعات في السياسة الصحية نجد مرسوم رقم 1 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مدى مساهمة المرضى في نفقات الاطعام والإيواء داخل المشفى، ومرسوم رقم 97-467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ومرسوم رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وسيرها وتنظيمها¹.

¹¹ عفاف بوراس، مرجع سابق ، ص 49.

✓ المؤسسة التنفيذية: هي الهيئات واللجان والأجهزة الادارية الحكومية المتنوعة، التي تضطلع بتنفيذ السياسات العامة واقتراح سياسات جديدة، وهو المعنيون بأداء الحكومة والنهوض بأعبائها في المجتمع، أما فيما يخص السياسة الصحية فتعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن السياسة الصحية وصياغتها، بحيث تضطلع هذه الأخيرة بوضع مسودة السياسة المقترحة لتعرضها على أعضاء الحكومة ثم البرلمان. ويأتي في قمة الهرم للوزارة وزير الصحة مهمته وضع استراتيجية تنمية قطاعه عن طريق وقاية صحة السكان ورعايتها، وبالتحكم في النمو الديمغرافي والعلاج الطبي في الهياكل الصحية، ويعمل تحت إشرافه مباشرة مفتشية عامة ثم رئيس الديوان، وسكرتارية عامة والتي يتفرع منها 10 مديريات فرعية ومكتب البريد والمواصلات¹، وتشرف وزارة الصحة على إدارة المؤسسات الصحية وتنظيم العلاقات بينها وتسهر على متابعة وتنفيذ السياسات الصحية وتمارس الرقابة على مدى الالتزام بأهداف السياسة الصحية.

- رئيس الدولة: هو أعلى سلطة في البلاد، دوره السهر على تنظيم الدولة وتطبيق السياسات العامة، يتمثل دوره في تنفيذ برامجه في جميع القطاعات بما فيها قطاع الصحة.

- الوزير الأول: نائب رئيس الجمهورية، وثاني سلطة تنفيذية في البلاد، يقوم بوضع بيان السياسة العامة الذي يشمل كل السياسات القطاعية ويقوم كل وزير بالسهر على تطبيق برنامج رئيس الجمهورية.

¹ إيمان العباسي، مرجع سابق، ص 124-125.

- المديرية المركزية: تشمل ثمانية مديريات مركزية لكل منها اختصاص معين وهي: مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.
- المراكز الاستشفائية والهياكل الصحية: أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 25-86 المورخ في 11 فيفري 1986 والمتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، ويتم انشاؤها بموجب مرسوم بناء على اقتراح وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، والوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية¹ هذه على المستوى الولائي، أما على المستوى المحلي أي الدائرة والبلدية فتتمثل في شكل هياكل صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية ووحدات استشفائية متخصصة، وحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية باستعمال الموارد المادية والبشرية إلى جانب الإدارة.
- هياكل الضمان الاجتماعي: تساهم بنسب متفاوتة في تمويل الخدمات الصحية، التي قدرت سنة 2016 بـ15%، وذلك في إطار الحماية الاجتماعية للفئات الهشة والمعوزين ومحدودي الدخل، من أجل تعزيز المساواة في الاستفادة من الخدمات².

¹ عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 51-52.

² أشواق قاسمي، "أثر الخيارات السياسية والاقتصادية في إعمال الحق في السكن- الجزائر نموذجاً"، مجلة العلوم الانسانية، العدد 36-37، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014 ص 118.

✓ المؤسسة القضائية: تضطلع بمهمة صياغة وتفسير النصوص القانونية ومدى مطابقة الأنظمة واللوائح والقوانين مع الدستور، وكذا إصدار الأحكام في المخالفات التي ترتكب في حق المواطنين من قبل الأجهزة الحكومية كالأخطاء الطبية وما ينتج عنها من أحكام¹.

ب- الفواعل غير الرسمية:

إن أهم ما يميز السياسة الصحية أنها سياسة غير ديمقراطية، من خلال احتكار مجمل العمليات والمراحل المتعلقة بالصحة من طرف نخبة وتدعمها نخبة طبية وجماعات المصالح المتمثلة في شركات استيراد وتصنيع الدواء والعتاد الطبي، بحكم أن الطب والعلاج من صلاحيات الأطباء فقط لأنهم الأدرى بمصلحة المريض، مع ذلك هناك فواعل تؤدي أدوارا مهمة في صنع السياسة الصحية في الجزائر أهمها²:

- منظمات المجتمع المدني: تتمثل في النقابات والجمعيات، حيث تعد نقابات قطاع الصحة من بين أكثر النقابات نشاطا وكثيرا م جلست على طاولات المفاوضات مع مسؤولي القطاع، وحققت العديد من المكاسب، ومسؤولوا القطاع بدورهم ملتزمون بالحوار مع الشركاء الاجتماعيين، حيث تم تشكيل لجنة على مستوى مقر الوزارة كلفت بالاجتماع مع هؤلاء بشكل دوري تجنباً لأي مشاكل أو عراقيل تؤدي إلى شلل القطاع.

¹ عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 53.

² إيمان العباسي، مرجع سابق، ص 126.

- المواطن: من أجل تعزيز مشاركة المواطن في رسم السياسة العامة الصحية، تم وضع رقم أخضر لتلقي انشغالات المواطنين مباشرة أو للإبلاغ عن تجاوزات بالإضافة إلى مكتب البريد والاتصال الذي يضطلع بهذه المهمة.
- المنظمات الحكومية الدولية: على مستوى وزارة الصحة يتم عقد اجتماعات دورية لتقييم الانجازات المحققة في القطاع بحضور ممثليهم عن مكتب الأمم المتحدة يقدمون ملاحظاتهم التي تؤخذ بعين الاعتبار، وهناك برامج تتعلق بالتلقيح ومكافحة الأمراض المزمنة تتم في إطار اتفاقيات تعاون بين منظمة الصحة العالمية ووزارة القطاع، ازداد نشاطها مؤخرًا مع جائحة الكورونا.

بالإضافة إلى هذه الفواعل، تتعاون وزارة الصحة و الوزارات الأخرى لأجل رسم سياسة مشتركة لحل المشاكل ومعالجة الاختلالات، بموجب اتفاقيات تعاون توقع بين وزراء القطاعات.

المطلب الرابع: مراحل صنع السياسة الصحية:

- **تحديد المشكلة :** في هذه المرحلة يتم الشعور بالمشكلة المتعلقة بقطاع الصحة، سواء من خلال قياس رضا المواطنين فيما يتعلق بالخدمات الصحية أو نقص الهياكل القاعدية، ولأجل التعرف الجيد على المشكلة يجب أن تضمن حاجات تدفع المواطنين للمطالبة بها كتحسين نوعية الخدمات الصحية مثلا، وأن يكون لها تأثير ونتائج كما يتم تصنيف المشكلة حسب درجة تأثيرها، ومن ثم تشخيص المشكلة من خلال معرفة أسبابها وحدودها ووقتها.

- **جمع البيانات عن المشكلة:** يتم جمع البيانات المتعلقة بالمشكلة باستخدام عدة أدوات كالملاحظة والاستبيان والتشاور بين مسؤولي القطاع وكذا استخدام الوسائل الإحصائية والتي يكون لها أثر فيما بعد في المفاضلة بين البدائل المتاحة، ومن ثم إقرار المسؤولين بوجود مشكلة وإدراجها في الأجندة السياسية.
- **مرحلة وضع البدائل وتقييمها:** تحتاج هذه المرحلة إلى وضع كل الافتراضات والبدائل الممكنة لحل المشكلة، وبالتالي يتم رصد جل البدائل القابل تنفيذها مع مراعاة التكلفة والزمن في ظل الامكانيات المتاحة والنتائج التي تترتب على كل بديل، ومن ثم تخضع هذه البدائل إلى التشاور بين مختلف الفاعلين للوصول إلى البدائل المناسبة لحل المشكلة.
- **اختيار البديل المناسب وتنفيذه:** في هذه المرحلة يتم المفاضلة بين البدائل المتاحة واختيار البديل الأنسب لتلك المشكلة، الذي يتلاءم مع المشكلة، ثم تنفيذ البديل الذي يستلزم كافة وسائل وإجراءات تنظيمية، وإخراج البديل على صيغة قرار مع اختيار الوقت المناسب للإعلان عنه.
- **التقييم والتقييم:** بعد تنفيذ البرنامج أو المخطط الصحي وما تضمنه من أوجه القوة والضعف وما ترتب عنه من آثار سواء كانت متوقعة أم لا، ومن خلال المنفذين لهذا البرنامج تتم عملية التقييم والتقييم، استنادا إلى بعض المعايير كالكفاءة والجودة والفعالية، وتكمن أهمية هذه المرحلة في امكانية التعديل التي تستوجب مختلف المتغيرات البيئية.

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر

المطلب الأول: ماهية إدارة الأزمات الصحية

نشأ علم إدارة الأزمات في ميدان الإدارة العامة مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين، وأصبح علما متعدد الاختصاصات كعلم السياسة والاقتصاد والنفس والصحة العامة، ومن هنا يتبلور مفهوم إدارة الأزمات خصوصا مع انتشار أزمة انفلونزا الطيور سنة 2003م في دول كثيرة من العالم، وتعرف إدارة الأزمات الصحية بأنها "مجموعة من الاجراءات والقرارات وفق مجموعة من الأدوات والأساليب العلمية التي تهدف إلى منع وقوع الأزمات الصحية، والاستعداد للتعامل معها في حال حدوثها" (منظمة الصحة العالمية 2004، ص02-04)¹.

ومن أهم المستهدفات الأساسية لخطة إدارة الأزمات الصحية هي:

- ✓ تزويد الجهات المعنية بكافة المعلومات بما فيه الاعلام بالشكل الملائم للأزمة.
- ✓ وضع الخطط اللازمة من أجل مجابهة كل أنواع الكوارث في الأزمة.
- ✓ توزيع خطة التعامل مع الأزمة مع كافة الهياكل الاستشفائية من اجل معرفة كل واحد لدوره.
- ✓ ضرورة التنسيق مع جميع الوحدات المختصة قبل وصول المصابين إلى المشفى.

¹ توفيق بوراس وآسيا بلخير، "إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: أزمة الكوليرا والكورونا"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص37.

✓ استغلال الموارد المتاحة من أجل توفير التجهيزات اللازمة قبل وقوع الأزمة (على سبيل المثال الأكسجين).

المطلب الثاني: مراحل إدارة الأزمات الصحية:

- **مرحلة التنبؤ بوجود أزمة:** هناك مجموعة من اشارات الانذار المبكر بوجود أزمة والتي يضمن التنبؤ بها التخفيف من تأثيرها على النظم الصحية، من جهة لتخفيف المعاناة والتقليل من انتشار الأوبئة والوفيات، ومن جهة أخرى توفير خدمات الاستشفاء ذات الأولوية وكافة التدابير العلاجية، وكذا تأمين مرونة المرافق الصحية وقدرتها على ايجاد الآليات الاحتياطية في ظل الظروف الصحية، ويعتبر التخطيط الاستراتيجي أهم خطوة في هذه المرحلة من خلال تحديد المسؤوليات و تطبيق الاجراءات الوقائية التي من شأنها احتواء الأضرار، إلى جانب متابعة مدى جاهزية المؤسسات الصحية للتعامل مع ضحايا الأزمة من خلال تشكيل فريق أزمة على مستوى المستشفى، وتدريب الطواقم الطبية وتوفير الأدوات والمستلزمات الطبية .
- **الاستجابة:** هي مرحلة استعداد ووقاية، عن طريق اتخاذ جملة من التدابير من بينها توفير التجهيزات اللازمة للعاملين في السلك الصحي، وهنا يقع على عاتق الاداريين التعرف على أعراض الأزمة المحتملة ومحاولة احتواء الآثار الناتجة عنها، كما يستوجب تشكيل هيكل فرق لإدارة الأزمات الصحية ووضع هيكل تنظيمي تحدد فيه الأدوار الرئيسية ويتولى البحث عن أسباب الأزمة.
- **الانعاش:** يتم فيها إعادة التوازن، وتستوجب قدرات فنية وإدارية ودعما ماليا مع امكانيات كبيرة، وتعتبر الأزمات من وجهة نظر صحية منتهية عندما يتم اصلاح المنظومة

الصحية وإعادة بنائها، مع توفير الاحتياجات والإمدادات الأساسية للعنصر البشري الأكثر تأثراً وضعفاً.

- **مرحلة التقويم:** تتعلم فيها المنظومة الصحية دروساً جديدة من خلال خبراتها السابقة، يتم في هذه المرحلة دراسة وتحليل جوانب القوة والضعف بهدف تصحيح الاختلالات وتقويمها، فيستوجب عليها في مرحلة ما بعد الأزمة تقييم أداء جميع الهيئات كالهئية المكلفة بالصحة، طواقم الإسعاف المستشفيات، أنظمة الإنذار الصحي، ومعرفة أسباب حدوثها لتجنب حدوث مثل هذه الأزمات في المستقبل.

المطلب الثالث: أساليب إدارة الأزمات الصحية

هناك عدة أساليب رئيسية تقليدية لإدارة الأزمات بصفة عامة والأزمات الصحية بصفة خاصة وهي¹:

- ✓ أسلوب إنكار الأزمة: عن طريق الإنكار الكامل للأزمة وعدم الاعتراف بوجودها وتعلق الإدارة أن الأوضاع بخير وتحت السيطرة، ولا يمكن أن تكون أفضل من ذلك.
- ✓ أسلوب كبت الأزمة: هو تحرك عنيف وسريع وسري ضد قوى الأزمة، بهدف تدمير العناصر الأساسية المحركة للأزمة.

¹ لياس شرفة وليلى بوطغان، "إدارة الأزمات - أساليب ومعوقات"، مجلة تاريخ العلوم، العدد 11، مارس 2018، ص 28-29.

✓ أسلوب بخس الأزمة: ويقوم هذا الأسلوب على التقليل من شأن الأزمة وتأثيرها ومن نتائجها، ولكن يتعين أولاً الاعتراف بالأزمة كحدث تم فعلاً، ولكنه حدث غير هام، سيتم التعامل معه بالأساليب المناسبة للقضاء عليه، حتى تستعيد المنظمة توازنها واتساقها وأداء عناصرها بشكل سليم.

✓ أسلوب تشكيل اللجنة: يستخدم هذا الأسلوب عندما لا تتوفر المعلومات حول الأزمة وأسبابها، ومن ثم يكون لهدف هذه اللجنة جانبان: معرفة القوى التي صنعت الأزمة، ومن ثم التعامل معهم بأحد طرق التعامل المعروفة، تميع الموقف وإفقاد الأزمة قوة الدفع الخاصة بها.

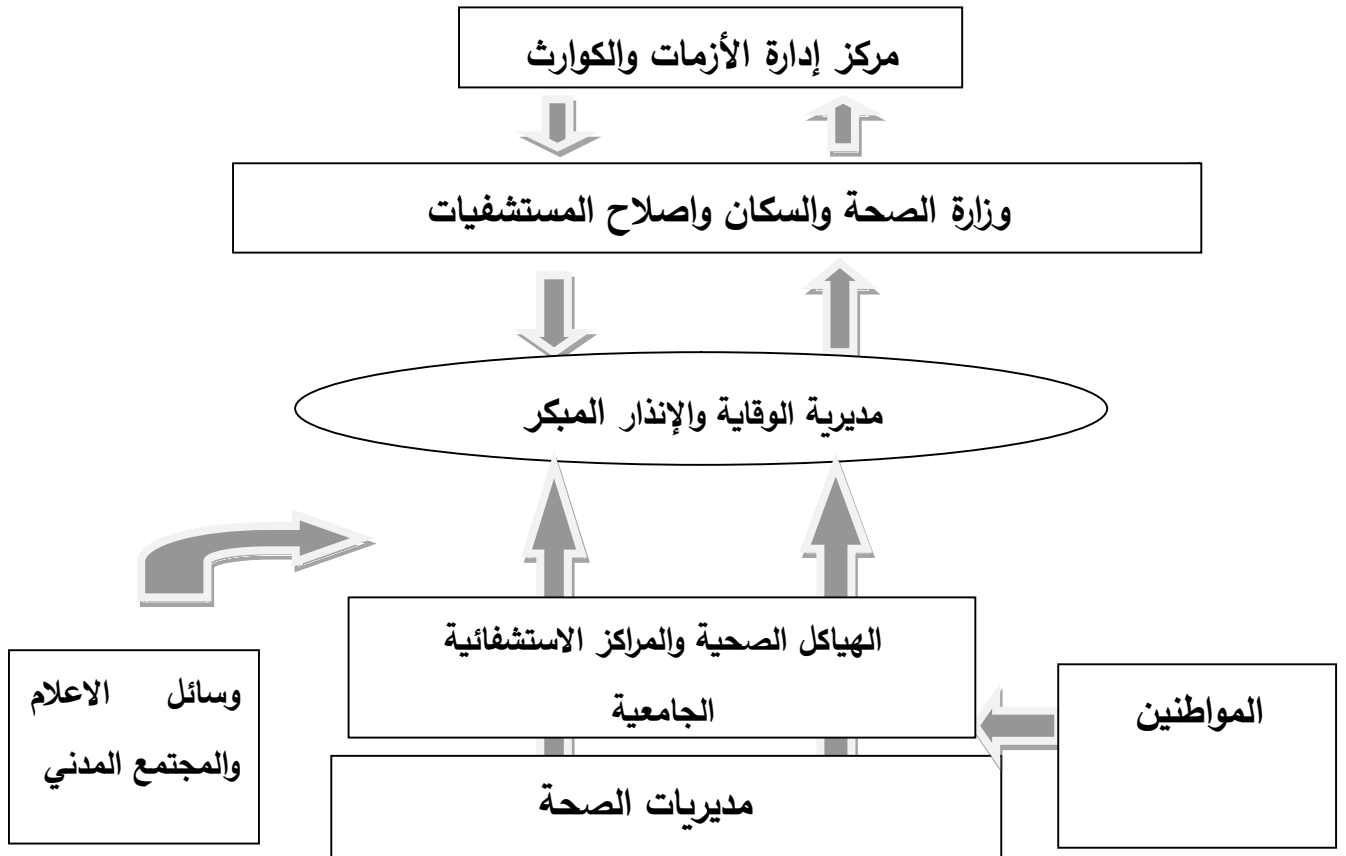
✓ أسلوب تفرغ الأزمة: من خلال خلق مسارات بديلة متعددة ومتنوعة تتسرب إليها الأزمة، مما يؤدي إلى إضعاف قدرتها على التأثير.

المطلب الرابع: استراتيجية الجزائر في إدارة الأزمات الصحية

شهدت الجزائر العديد من الأزمات الصحية منها الوبائية كالكوليرا سنة 2018 والكوفيد-19 سنة 2020، وأزمات أخرى كأزمة الأطباء المقيمين من خلال اضراب 2018، لكن رغم التباين من حيث مضمون كل أزمة وتأثيراتها ومساراتها ونتائجها، إلا أنه يمكن القول أن الجزائر لم تختلف في كيفية تعاملها مع هذه الأزمات، وان كانت قد تمكنت

من معالجة أزمة الكوليرا إلا أنها لا تزال عاجزة عن احتواء أزمة الكورونا والتأثير في مساراتها، والسبب يعود إلى خصوصية كل أزمة، ونظم ادارة الأزمات فيها¹.
وقد كشفت هذه الأزمات عن حتمية التوجه نحو انشاء نظام وطني لإدارة الأزمات الصحية وفق الهيكل التالي:

الشكل رقم 01: هيكل تنظيمي للنظام الوطني الجديد لإدارة الأزمات الصحية في الجزائر



المصدر: من اعداد الباحثة.

¹ توفيق بوراس وآسيا بلخير، مرجع سابق، ص 45.

يتطلب نظام إدارة الأزمات الصحية في الجزائر توفر هيئة مستقلة تشرف على مراحل وعمليات إدارة الأزمات الصحية، من خلال انشاء مركز وطني لإدارة الأزمات والطوارئ الصحية ويتضمن مكتب الانذار المبكر الذي يعمل على خمسة مستويات ولكل مستوى مهامه، وتتمثل مهام كل مستوى في¹:

- المستوى الأول: يتكون من المجتمع المدني، وسائل الاعلام والمواطنين، ومجموع المراكز والمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة، بما فيها العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج وتتمثل مهامهم في: التسجيل اليومي للمعلومات المتعلقة بالمرضى على مستوى جميع المرافق الصحية، وإرسالها أسبوعيا إلى المكتب الوطني للإنذار المبكر، ومن جهة أخرى على مرافق القطاع الصحي الإبلاغ الفوري في حال وجود حالات مشتبه بها، أما المجتمع المدني ووسائل الاعلام فيقع على عاتقهم تبليغ المستوى الأعلى في حال ظهور أي أمراض غير مفهومة أو أوبئة.
- المستوى الثاني: يتمثل في مديريات الصحة التي يشمل مهامها في تحليل التقارير الأسبوعية، وإرسالها بشكل شهري إلى مكتب الانذار المبكر، القيام بزيارات دورية ومفاجئة إلى الهياكل الصحية، التحري الوبائي.
- المستوى الثالث: على مكتب الانذار المبكر تحليل التقارير الواردة إليه أسبوعيا، بهدف التنبؤ بالأزمات الصحية، وإبلاغ مدير الوقاية ووزير الصحة.

¹ توفيق بوراس وآسيا بلخير، مرجع سابق، ص48.

- المستوى الرابع: يتعلق هذا المستوى بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الذي يتمثل في وضع خطة استعجاليه.
- المستوى الخامس: على مستوى المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث، ويحتاج نظام انذار مبكر لتوفير المعلومات والبيانات، وهو ما يتطلب وجود نظام قواعد لإدارة البيانات على كافة المستويات.

خلاصة واستنتاجات:

لقد عملت الجزائر منذ الاستقلال على بناء منظومة صحية فعالة، توفر أعلى مستويات من الخدمات الصحية للمواطنين وقادرة على مجابهة الازمات الصحية، لكن بالرغم من كل مجهوداتها إلا أنها بقيت بعيدة عن المستوى المطلوب، حيث كشفت الازمات التي مرت بها الجزائر القصور التي تعاني منها السياسة الصحية، من ضعف الخبرة في التعامل مع المشاكل الصحية وغياب الأدوات العلمية ونقص الهياكل القاعدية، اضافة إلى انعدام التنسيق بين مؤسسات القطاع الصحي العام والخاص وكذا بين المؤسسات المركزية واللامركزية على مستوى الولايات الأمر الذي ينعكس بالسلب على رضا المواطنين وحتى العاملين في الأسلاك الطبية.

كما اتسم تعامل الجزائر مع الازمات الصحية بالنهج التقليدي في ظل غياب استراتيجية واضحة المعالم للتعامل معها وهياكل رسمية لإدارتها حيث فرضت الازمات الصحية حتمية التوجه نحو إقامة نظام وطني فعال لإدارة الازمات عن طريق تأسيس أجهزة ومراكز مختصة في هذا الشأن، التي تركز على معايير الحوكمة مع ضمان الرقابة والمساءلة وإضفاء نوع من الشفافية عليها، وفق مراحل وعمليات علمية دقيقة للتقليل من تأثيراتها، حيث تبرز أهمية هذا النظام في التقليل من المخاطر وتحقيق الأمن الصحي في الدولة.

الفصل الثاني:

المسار المهني للأطباء المقيمين بين الخدمة

المدنية وتحديات ظروف العمل

تمهيد:

لقد شكل خبر هجرة 1200 طبيب جزائري في فيفري 2022 ضجة اعلامية كبيرة على مستوى الرأي العام الجزائري من خلال نجاحهم في مسابقة توظيف نظمتها السلطات الفرنسية من أجل انتداب هؤلاء الأطباء للعمل في فرنسا، كما قد شهدت الجزائر خلال السنوات الأخيرة الماضية نزيف حاد للكفاءات الذي لا يزال مستمرا خاصة في بعض التخصصات الدقيقة، الأمر الذي ينعكس بالسلب على المنظومة الصحية الجزائرية.

في ظل ظاهرة هجرة الأطباء أدرك أن الطبيب الجزائري ذو كفاءة عالية من خلال تسجيل نسبة عالية لدى الأطباء الجزائريين في البلدان الأجنبية ونجاحهم في المسابقات، لكن هذه الكفاءة لا تظهر في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية التي تغيب فيها جودة الخدمات الصحية، في المقابل النظام الصحي الذي يتميز بالرداءة وسوء التسيير، إلى جانب القيود التي فرضتها الحكومة الجزائرية على الأطباء خاصة فيما يتعلق بإجبارية الخدمة المدنية بالنسبة للأطباء المقيمين وغيرها من الظروف التي يعيشها هؤلاء الأطباء في مسارهم المهني، هذا ما جعل القطاع يشهد أزمات متكررة، وهو ما يقودنا إلى طرح تساؤلات عديدة:

- ماهي خصوصية تكوين الأطباء في الجزائر؟
- ماهي الأسباب وراء هجرة الأطباء الجزائريين؟
- ماهي الامكانيات التي سخرتها الدولة الجزائرية لخدمة هذا الطبيب؟ وما هي الظروف التي يعمل في ظلها الأطباء المقيمون؟

المبحث الأول: المسار المهني للأطباء المقيمين

المطلب الأول: مفهوم الأطباء المقيمين

يعرف القانون الجزائري في مادته الثالثة من الأحكام العامة للقانون الأساسي بأنهم "الأطباء والصيدلة وجراحو الأسنان المقيمون في العلوم الطبية هم ممارسون يتابعون التكوين ما بعد التدرج في العلوم الطبية، ومسجلون في دورة الدراسات الطبية المتخصصة التي تدعى في صلب النص ب"الإقامة"¹.

10- الأطباء والصيدلة وجراحو الأسنان المقيمون في العلوم الطبية مسجلون بانتظام في الإقامة يدعون على التوالي²:

- الطبيب المقيم.

- الصيدلي المقيم.

- جراح الأسنان المقيم.

وفي إطار متابعة تكوينهم يعين المقيمون في الهياكل الاستشفائية الجامعية وهياكل التكوين المعتمدة لدى اللجان البيداغوجية، بمقرر مشترك بين عميد الكلية ومسؤول المؤسسة الاستشفائية التي يعينون فيها.

يمكن تعريف الأطباء المقيمين على أنهم: "الأطباء الذين أنهوا فترة التكوين في الطب الداخلي لمدة سبع سنوات ليحصلوا على شهادة الطبيب العام، ثم يقوموا بإجراء مسابقة للتوجه إلى الطبيب المتخصص وعند حصولهم على المسابقة يوجهون عشوائيا حسب

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 11-236 المتضمن القانون الأساسي للمقيم في العلوم الطبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 38، 6 شعبان عام 1432هـ-6 يوليو 2011م، ص14.

² المرجع نفسه.

المعدل المتحصل عليه إلى الاختصاص وبالتالي فهم أطباء مقيمين في إطار الاعداد لشهادة الطبيب المختص ومن بين مهامه العلاج والتشخيص والوقاية".

المطلب الثاني: الإطار القانوني لتنظيم الأطباء المقيمين

يتمثل الإطار القانوني لتكوين الأطباء المقيمين في النصوص القانونية والمراسيم التنفيذية والقواعد المنظمة للمسار المهني للأطباء المقيمين كونهم أطباء في طور التكوين والتدريب وتشمل كل من حقوق وواجبات وكذا شروط الالتحاق بالإقامة، وكذا كافة المؤسسات المسؤولة عن تكوين الأطباء المقيمين في الجزائر، ومن بين هذه القوانين نجد منها:

1. الأمر رقم 65-66 المؤرخ في 04 جوان 1966م: يتعلق هذا الأمر بتنظيم مهنة

الأطباء، الصيادلة وجراحي الأسنان أو القابلات، وهو أول نص قانوني في هذا المجال، وتكلم عن مهنة الطب واعتبرها وظيفة من الوظائف العمومية وأخضع جميع الممارسين لها إلى القانون الأساسي العام للتوظيف العمومي، وقد اعتبرهم القانون موظفين تابعين للدولة وأن نشاطهم ينصب لصالح المرافق العمومية الاستشفائية.¹

2. المرسوم رقم 66-67 الصادر بتاريخ 27 أفريل 1966م: يتعلق بكيفيات وطرق تطبيق

الأمر سالف الذكر رقم 65-66 وقد أشار هذا المرسوم وحدد طرق العمل في المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية وتلقي الأجور مقابل ذلك، وقد نظم هذا القانون الأطباء الملزمين بالدوام الكامل الإجمالي وبنظام نصف الدوام، ونظام الدوام المستمر.²

¹ عز الدين قماروي، الأنماط الجديدة للمسؤولية في المجال الطبي (دراسة مقارنة)، (رسالة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة وهران، كلية الحقوق، 2012-2013)، ص 46.

² المرجع نفسه، ص 47.

3. المرسوم رقم 82-492 المؤرخ في الثاني ربيع الأول عام 1403 الموافق ل 18 ديسمبر سنة 1982 الذي يحدد شروط الالتحاق بدورة الدراسات الطبية الخاصة للأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان المقيمين وتنظيمها، المعدل¹.
4. المرسوم التنفيذي رقم 11-236 المؤرخ في أول شعبان عام 1432هـ الموافق للخامس يوليو 2011 المتضمن للقانون الأساسي للمقيم في العلوم الطبية.
5. المرسوم التنفيذي رقم 96-149 المؤرخ في 9 ذي الحجة عام 1416هـ الموافق ل 27 أبريل سنة 1996 والمتضمن القانون الأساسي للمقيم في العلوم الطبية.
6. المرسوم التنفيذي رقم 03-309 المؤرخ في 14 رجب عام 1424هـ الموافق ل 11 سبتمبر 2003 المتضمن تنظيم وتسيير التكوين وتحسين المستوى في الخارج.
7. المرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 21 جمادى الأولى عام 1432هـ الموافق ل 24 نوفمبر سنة 2009م المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك الممارسين المتخصصين في الصحة العمومية.
8. المرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 21 جمادى الأولى عام 1432هـ الموافق ل 24 ماي 2011م، المؤسس للنظام التعويضي للموظفين المنتمين لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية.
9. المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب التي تنص على أنه: "يلتزم الطبيب أو جراح الأسنان بمجرد موافقته على أي معالجة بضمان تقديم علاج لمرضاه يتسم بالإخلاص والتفاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديثة، والاستعانة عند الضرورة بالزملاء المختصين والمؤهلين".

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم رقم 82-492 المتضمن شروط الالتحاق بدورة الدراسات الطبية للأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان المقيمين وتنظيمها، المؤرخ في 18 ديسمبر 1982م.

« Dés lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, le chirurgien dentiste s'engage à assurer à ses malades des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés »¹.

10- قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985م المعدل في 13

جويلية 1990م : فرض هذا القانون على الطبيب التزامات قانونية متمثلة في السهر على حماية صحة السكان والقيام بتكوين مستخدمي الصحة وهو ما نصت عليه المادة 195، وألزم الطبيب بالسر المهني ومنع افشائه إلا في أحوال معينة².

11- القانون رقم 76-97 الصادر في 23 أكتوبر 1976: تطرق هذا القانون لشروط ممارسة

مهنة الطب وجراحة الأسنان والصيدلة في مواد مختلفة منه، كما نص على إنشاء هيئة تمثيلية للأطباء وجراحي الأسنان والصيدلة، وسماها بالاتحاد الطبي الجزائري، كما نص المشرع على عقوبات جزائية وأخرى تأديبية لكل من يحاول أن يمارس بصفة غير مشروعة مهنة الطب، أو كل من يستعمل أسماء الغير في الممارسة الطبية، أو من ينتحل اسم الغير³.

12- المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009 المتضمن القانون

الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، المؤرخ في 06 جويلية 1992م.

² مصطفى معوان، "المسؤولية الإدارية للطبيب عن الأعمال الطبية الاستشفائية"، مجلة الاجتهاد القضائي، العدد الثاني، جامعة جيلالي اليابس، كلية الحقوق، ص 165.

³ عز الدين قراوي، مرجع سابق، ص 48.

13- القانون رقم 84-10 المؤرخ في 11 فيفري 1984م المتعلق بالخدمة المدنية للأطباء، إضافة إلى المادتين 196 و 197 من القانون رقم 11-18 المؤرخ في 2 يوليو 2018م المتعلق بالصحة الذي ينص على أداء التزام الخدمة المدنية بالهيكل والمؤسسات العمومية للصحة قبل أن يمارسوا في القطاع الخاص أو بصفة حرة¹.

المطلب الثالث: تكوين الأطباء المقيمين في الجزائر

إن التكوين الطبي للأطباء المقيمين هو علم ممزوج بين النظري والتطبيقي يقرأ الطلبة الأمراض ومسبباتها وحلولها والدواء المناسب لها أي دراسة كل الجوانب، ثم يطبقونها على المرضى²، فالطب يستجوب على ممتنه الحفظ والذاكرة القوية وسرعة الإدراك لإنقاذ المرضى، يمر بمراحل (انظر الصفحتين رقم 18-19) ويتأثر بالعديد من العوامل منها ما تتعلق بالتكوين بحد ذاته والإمكانيات المتوفرة والأساتذة المؤطرين، وأخرى اجتماعية، ثقافية، علمية... الخ.

الفرع الأول: طبيعة التكوين الطبي للأطباء المقيمين

يتميز التكوين الطبي للأطباء المقيمين ب:

✓ أنه دراسة نظرية وتطبيقية في آن واحد.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، المؤرخ في 16 ذو القعدة 1439هـ الموافق لـ 29 يوليو 2018م، ص 20.

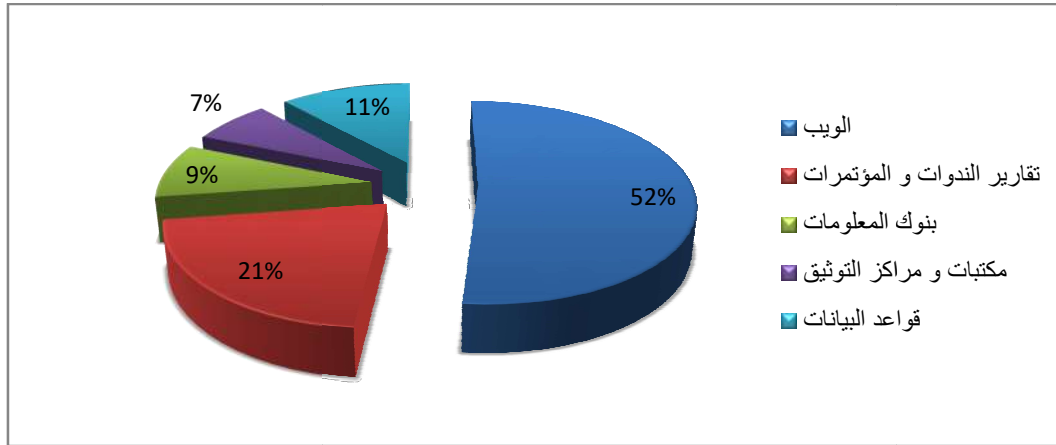
² Mohamed Reda Guedjati, L'évaluation des programmes de graduation de médecine, l'expérience non institutionnelle à la faculté de médecine de Batna, Batna, université de Batna el hadj lakhder, Département de sciences de terre et de l'univers, Sci,4(2), 2017, p152.

- ✓ التكوين هو تعليم في الميدان الطبي يبدأ من الصفر، مبني على دراسة المفاهيم الأساسية وتطوير المعارف بمعنى اعطاء الطبيب الجديد مفاهيم ومعطيات علمية لمزاولة المهنة، ويكون طويل المدى.
- ✓ يتميز بإجبارية الدراسة مع اجتياز امتحانات يحدد فيها الراسب والناجح.
- ✓ التكوين هو دراسة أولية للطب يأتي بعده الرسكلة وهي تسمح بمواظبة التكوين الطبي¹.
- ✓ التكوين الطبي يمارس في طور السنوات الدراسية المبرمجة وهو تطبيق للمعارف النظرية.
- ✓ يتضمن تلقي قاعدة معلومات أساسية في الطب تمكن الطبيب من التشخيص والتعرف على أمراض معينة وكيفية علاجها.
- ✓ يشارك الأطباء المقيمين أثناء فترة التكوين في المؤتمرات العلمية، وبذلك هم مطالبون بكتابة مقالات أو أوراق علمية للمداخلة حول موضوع أو مرض معين².

¹ سعاد شايب، تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 02: كلية العلوم الاجتماعية، 2017-2018، ص230.

² عائشة عفاف صحة بليمي، التكوين على استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات لدى الأطباء المقيمين وتأثيره على تنمية الأعمال والأبحاث: دراسة ميدانية بالمستشفيات الجامعية للجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، جامعة قسنطينة 2: معهد علم المكتبات والتوثيق، 2017، ص24.

الشكل رقم 02: مصادر المعلومات الأساسية الأكثر استعمالاً من طرف الأطباء المقيمين لإجراء الأبحاث:



المصدر: عائشة عفاف صحة بليمي، التكوين على استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات لدى الأطباء المقيمين وتأثيره على تنمية الأعمال والأبحاث: دراسة ميدانية بالمستشفيات الجامعية للجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، (جامعة قسنطينة2: معهد علم المكتبات والتوثيق، 2017)، ص225.

يوضح الشكل أعلاه المصادر التي يعتمد عليها الأطباء المقيمين أثناء فترة تكوينهم، حيث سجلت أعلى نسبة للويب ب 51,60% كمصدر معتمد من طرف الأطباء المقيمين لإجراء بحوثهم من خلال موقع (BIUM)، الذي يضم 24200 تقرير منذ 1995م، إلى جانب المجالات الإلكترونية ك"بريتيش ميدكال جورنال" BRITISH MEDICAL "BMG JOURNAL" « JOURNAL»، وذلك لسرعة الوصول للمعلومات بالرغم من درجة مصداقيتها، ثم في الدرجة الثانية تأتي التقارير والندوات والمؤتمرات، وذلك لأنها تتصف بنوع من الحداثة في المعلومات إضافة إلى العلمية، ثم تأتي قواعد البيانات في الدرجة الثالثة لأنها تحتوي على معلومات أولية وتليها بنوك المعلومات التي تحتوي على النص الكامل، في المقابل تشهد المكتبات التقليدية قصور في توفير المعلومات كما أنها لم تعد تشارك في الدوريات العلمية كالسابق الأمر الذي أدى إلى عزوف الأطباء عن اللجوء إليها.

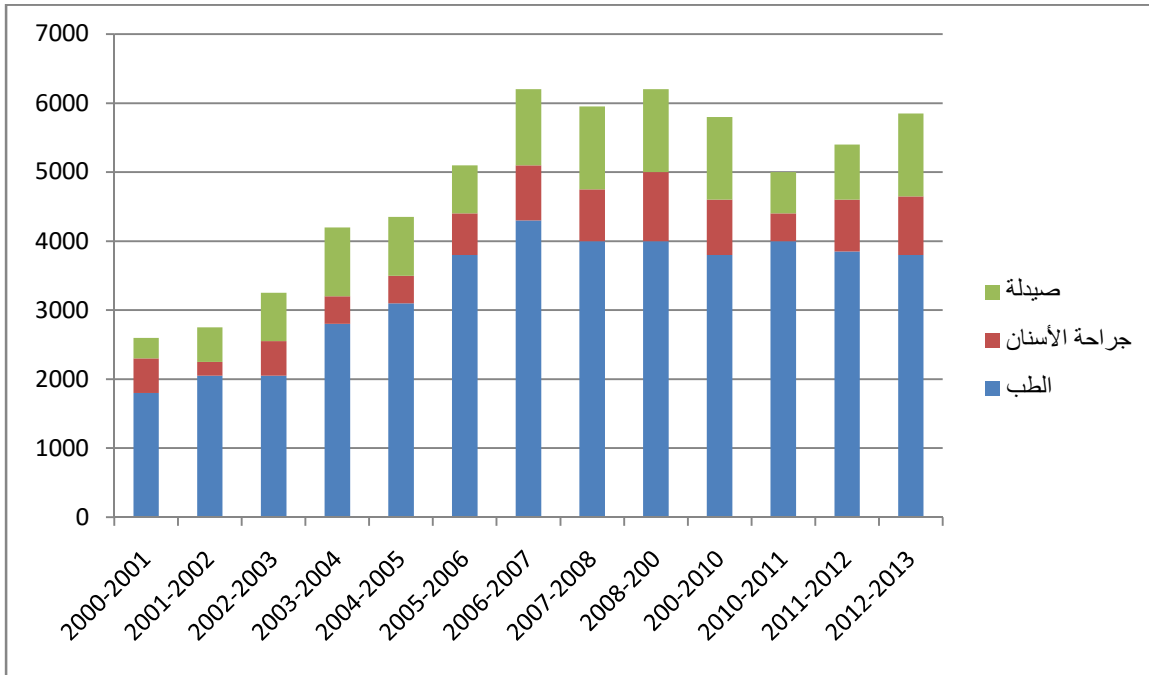
إن طبيعة التكوين لها علاقة مع مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة منه والتي تساعد الأطباء المقيمين في مساهم المهني الطبي¹، بحيث كلما كان التكوين الطبي ممزوج بين النظري والتطبيقي كلما حقق النتائج المرجوة المرتبطة بالكفاءة الطبية وتحقيق مستوى عال من الرعاية الطبية، إضافة إلى تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة.

الفرع الثاني: تقييم التكوين الطبي للأطباء المقيمين

يمكن تقييم التكوين الطبي للأطباء استناداً إلى بعض المؤشرات كالتطويرية من خلال تطور عدد الأطباء المكونين خلال فترة زمنية محددة والكفاءة والفعالية والجودة، ويتم ذلك عن طريق قياس درجة رضا الأطباء عن التكوين الذي يتلقونه، ومدى مطابقته للأهداف المرجوة.

¹ شايب سعاد، مرجع سابق، ص 235.

الشكل رقم 03: تطور التكوين الطبي من 2000 إلى 2013



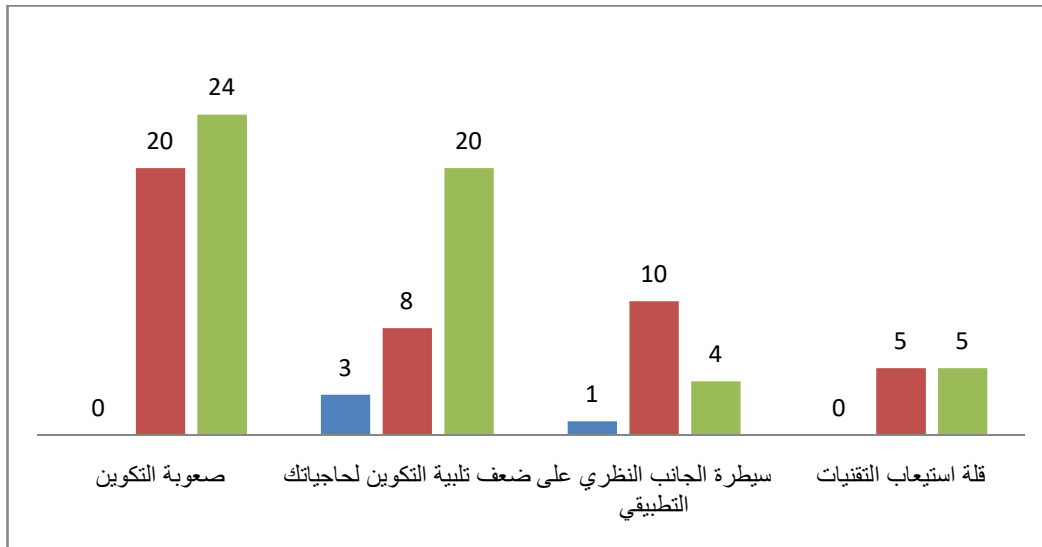
La source :Youcef Abbou et Ibrahim brahmia, le système de santé algérien entre la gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, insaniyyet, n :75-76,juin 2017,p158.

نلاحظ من خلال هذا المنحنى البياني الذي يمثل تطور عدد الأطباء المكونين من 2000 إلى 2013 تزايد في عدد الأطباء الذين يتوزعون على ثلاث تخصصات "الطب وجراحة الأسنان والصيدلة"، أما في نهاية هذه المرحلة تزايد عدد الأطباء المقيمين في مجمل التخصصات الثلاثة سألفة الذكر، وهذا مؤشر ايجابي حيث يدل تزايد عدد الأطباء عن تحسين نوعية التكوين خلال هذه السنوات، نتيجة التطور التكنولوجي وسهولة توفر المعلومات، مما دفع بعجلة التكوين الطبي نحو الأمام والتي أضفت عليه نوع من الجودة. يمكن تقييم التكوين الطبي من خلال قياس درجة رضا الأطباء عن التكوين الذي تلقوه، وبذلك تم اجراء استبيان على مجموعة من الأطباء المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

مصطفى باشا بخصوص التكوين الذي تلقوه ودرجة رضاهم وأسباب عدم الرضا، وهل يتماشى مع متطلبات التكوين العالمي أم لا؟

وقد تبين أن أغلبية الأطباء المقيمين بنسبة 89,1% ترى بأن متطلبات لتكوين في الجزائر لا تتماشى مع متطلبات التكوين العالمي، ذلك راجع لعدة أسباب من بينها أن التكوين الذي يتلقونه شخصي أكثر منه تأطير من طرف المشرفين، فالمؤطرين في غالب الأوقات عند الحاجة اليهم لا يتواجدون في المصلحة، ويرى البعض الآخر بأن التكوين يحقق لهم النتائج التي تساعدهم في مساهم المهني لكن بصعوبة وفي المجال التطبيقي فقط¹.

الشكل رقم 04: أسباب تفاوت رضا الأطباء المقيمين عن التكوين الذي تلقوه في المؤسسات الاستشفائية العمومية.



المصدر: من اعداد الباحثة، بناءا على معطيات عائشة عفاف صحة بليمي، التكوين على استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات لدى الأطباء المقيمين وتأثيره على تنمية الأعمال والأبحاث: دراسة ميدانية بالمستشفيات الجامعية للجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، (جامعة قسنطينة2: معهد علم المكتبات والتوثيق، 2017)، ص195.

¹ سعاد شايب، المرجع السابق، ص215.

نستنتج أن أسباب قلة أو عدم رضا الأطباء المقيمين عن التكوين الذي تلقوه يعود بالدرجة الأولى حسب رأيهم إلى صعوبة التكوين في حد ذاته، قلة تلبية البرامج التكوينية للحاجات الفعلية المنتظرة من البرامج، تليها سيطرة المعلومات النظرية، وأخيرا قلة استيعاب التقنيات في حد ذاتها، وهم النسبة القليلة ممن يفضلون الوصول إلى لمعلومات عبر الطرق الكلاسيكية أو الورقية، حيث سجلت النسب بالترتيب لدى من كان رضاه متوسطا أو عدم الراضين تماما عن التكوين.

من خلال ما سبق نستنتج أن التكوين الطبي في الجزائر يعاني من قصور عديدة، وفي مقابلة أجرتها الباحثة مع طبيبة مقيمة في المستشفى الجامعي مصطفى باشا تبين أن هذه القصور منها المتعلقة بطبيعة التكوين بحد ذاتها والتقنيات المستعملة، ومنها المتعلقة بالأساتذة المؤطرين الذين يمتنعون عن تقديم المساعدة في بعض الأحيان للأطباء المكونين وبالتالي هناك نقص في عدد المؤطرين، إضافة إلى عدم المقدرة على التماشي مع التطورات الطبية الحديثة، وبهذا يمكن القول أن التكوين الطبي في الجزائر يتميز بالذاتية بمعنى أنه يعتمد على مجهوداتهم الذاتية دون المساعدة من طرف المؤطرين المكلفين بذلك¹، أي لا يحقق النتائج المرجوة إلا في الجانب التطبيقي، وأن الأطباء يستفيدون من التكوين عن طريق الممارسة والتطبيق على أرض الواقع، لأن المادة الخام في الجانب التطبيقي في ميدان الطب هو المرض والمؤسسة الاستشفائية التي يدرسون ويدرسون بها، كل هذا يقودنا إلى نتيجة مفادها أن الجزائر لا تمتلك منظومة تكوين واضحة، رغم المجهودات التي بذلتها

¹ مقابلة مع صبرينة بن عكنيو، طبيبة مقيمة بمصلحة الأمراض السرطانية، حول المسار المهني للأطباء المقيمين وظروف عملهم، ، مستشفى الجامعي مصطفى باشا، الجزائر ، 04-04-2022 على الساعة 11:15.

الجزائر في سبيل اصلاح المنظومة الصحية، وخاصة حول مستوى التكوين الطبي ومدى تماشيه مع متطلبات التكوين العالمية.

المطلب الرابع: أهمية التكوين الطبي في المسار المهني للأطباء المقيمين

مفهوم الأداء المهني لدى الأطباء:

إن أداء مهنة معينة يعني مزاولتها، وأداء المهنة يكون وفقا لشروطها وقوانينها، وقد يختلف هذا الأداء للمهنة حسب الأشخاص والامكانيات المتوفرة في العمل لكل شخص، وحى حسب الضمائر المهنية والأحوال الاجتماعية، وعند قيام الأطباء بهذه الأنشطة والمسؤوليات في المستشفى فإنهم يستعملون كافة التسهيلات والموارد والخدمات التي يوفرها المستشفى، كما يشرفون على العناصر الأخرى المساهمة في عملية رعاية المريض، وبهذا فهم يؤثرون على كم ونوع وجودة هذه الخدمات، وبهذا قد يتأثر الأداء المهني للطبيب المقيم بمدى توفر الوسائل الضرورية والمعدات والأدوات التي يزاول بها المهنة، وتسهل عليه عملية التكوين الطبي، والأجر الذي يتلقاه مقابل الجهد الذي يبذله كذلك، لأنه يتدرب على المهنة ولكنه يؤدي عملا يتعب ذهنيا وجسديا من جرائه¹.

وللتكوين الطبي أهمية بالغة التي تسهل أو تعيق الأطباء المقيمين في مساهم المهني حيث يؤدي تحقيق التكوين للنتائج المرجوة إلى المساعدة في المسار المهني الطبي، أي كلما حقق التكوين تطورا في المعارف الطبية كلما تحققت الأهداف التي تساعد الأطباء في

¹ سعاد شايب، "تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية: واقع وتحدي"، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد 16، ديسمبر 2016، ص06.

مسارهم المهني¹، وكلما كان التكوين ممزوج بين النظري والتطبيقي على عكس التكوين الشخصي في الجانب التطبيقي فقط، والعكس صحيح، ويتأثر التكوين الطبي بالتربصات التكوينية المهنية والدراسية داخل الوطني وخارجه، إذ أنها تربصات مكلفة جدا في الغالب تكون مدفوعة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية التي يتدربون بها، هي تكسب التجربة والخبرة الطبية والإطلاع على الجديد في الميدان الطبي².

يمكن القول أن للتكوين الطبي علاقة طردية بالمسار المهني للأطباء، بحيث كلما كان التكوين ذو جودة عالية فإنه يساعد على تسهيل المسار المهني الطبي والعكس صحيح.

¹ سعاد شايب، تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مصطفى باشا، مرجع سابق، ص 235.

² سعاد شايب، "تكوين الأطباء المقيمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية: واقع وتحدي"، مرجع سابق، ص 05.

المبحث الثاني: واقع الأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية وتحديات ظروف العمل

المطلب الأول: خصوصية الخدمة المدنية للأطباء

اتضح من خلال المقابلة التي أجرتها الباحثة مع الطبيب المقيم في المؤسسة الاستشفائية بالبلدية أن الخدمة المدنية هي الفترة التي فرضتها الحكومة الجزائرية على الأطباء المقيمين بعد الانتهاء من فترة التخصص على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية حتى يتسنى لهم فتح عياداتهم الخاصة، ذات طابع اجباري تقوم فيها الدولة بحجز شهادات الاختصاص حتى بعد الانتهاء من الخدمة المدنية، تتراوح مدتها من سنة إلى أربعة سنوات حسب المناطق التي يجتاز فيها الطبيب الخدمة، والتي حددها المشرع الجزائري وغالبا ما تكون هذه الخدمة في المناطق النائية¹.

وبناء على تقرير وزارة الصحة تم ترسيم تعديل المادة ج من قانون الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية الخاضعين لقانون الخدمة المدنية في سبتمبر 2018، حيث تم تكييف مدة الخدمة حسب الولايات التي يمارس بها الطبيب مدة خدمته العمومية، والتي قسمت إلى أربعة مناطق كالاتي²:

¹ مقابلة مع رشيد بوعلوان طبيب مقيم في مصلحة جراحة العظام والكسور، المسار المهني للأطباء المقيمين وظروف عملهم، مستشفى فرانز فانون البلدية، 07-04-2022 على الساعة 13:30 .

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 11، المرسوم التنفيذي رقم 256-18 المؤرخ في 11 أكتوبر 2018، يحدد كفاءات الخدمة المدنية بالنسبة للأطباء المقيمين، ص8.

1. المنطقة الأولى: تم تحديد مدة الخدمة بها بسنة واحدة، وتضم ولايات: أدرار الأغواط، بسكرة، بشار، تمنراست، ورقلة، البيض، اليزي، تندوف، النعامة، الوادي، غرداية.
 2. المنطقة الثانية: حدد بها عامين كمدة للخدمة تضم ولاية الشلف وأم بواقي، باتنة، بجاية، البليدة، البويرة، تبسة، تلمسان، جيجل، تيارت، تيزي وزو، سطيف، سعيدة، سكيكدة، سيدي بلعباس، عنابة، قالمة، قسنطينة، المدية، مستغانم، المسيلة، معسكر، برج بوعريريج، بومرداس، الطارف، تسميلت، خنشلة، سوق أهراس، تيبازة، ميله، عين الدفلى، عين تيموشنت، غليزان.
 3. المنطقة الثالثة: بالنسبة للأطباء المقيمين الذين يزالون الخدمة في ولاياتهم حددت مدة الخدمة بثلاث سنوات.
 4. المنطقة الرابعة: حددت مدة الخدمة المدنية بها أربعة سنوات، وتضم ولايتي الجزائر العاصمة ووهران.
- ويلزم الأطباء المقيمون بالعمل حسب المدة التي فرضت عليهم قبل تقديم أي طلب استقالة أو تحويل، في المقابل يستفيد الأطباء المعنيون بأداء الخدمة المدنية في مستشفيات الجنوب والهضاب العليا من علاوة شهرية، وذلك بهدف تعزيز التغطية الصحية المتخصصة للسكان، وتحسين نوعية وفعالية الخدمات الصحية لاسيما في ولايات الجنوب والهضاب العليا، وهي لا تدمج ضمن أجور الأطباء، بل تدفع من طرف أمين خزينة ولاية التعيين، كما تخضع العلاوة للضريبة المنصوص عنها في القانون¹.

¹ Le comité national des médecins résidents "CNMR", est placé sous la tutelle de l'Union générale des travailleurs algériens, créée le 20 octobre 2019 au siège de la fédération nationale des travailleurs de santé, www.facebook.CNMR.com, site consulté le :07-04-2022 à 12 :18.

المطلب الثاني: العوامل المؤثرة في الأداء المهني للأطباء المقيمين

يتأثر الأداء المهني للطبيب المقيم بالدرجة الأولى بنوع ومستوى التكوين الذي يقدمه الأساتذة المؤطرين، كونه طالب طور التكوين فالأساتذة المشرفين على التدريب هو المسؤول الأول عن مدى النجاح الذي يحققه، ضف إلى ذلك عامل الوقت الذي يتحكم بقدر كبير فيه، كما يتأثر الأداء المهني بعامل الأجر، فتخصص الطب هو تخصص مكلف جدا بالنسبة للأطباء المقيمين من مصاريف خاصة بالكتب والمجلات العلمية والمقالات والدورات التكوينية، وقد يتأثر أيضا بالحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية يوميا للعلاج، فيوميا تقصد المؤسسة المئات من الحالات المختلفة، فالحالات المرضية تزيد من الخبرة للأطباء من خلال التجربة¹، وقد يتأثر الأداء المهني كذلك أحيانا بالحالة الاجتماعية للطبيب والظروف العائلية والشخصية، كالسكن، النقل... الخ خاصة أثناء الخدمة المدنية².

الأداء المهني يتأثر أيضا بعامل البيئة وظروف العمل التي ستتطرق إليها الدراسة لاحقا، وهذه الظروف تتحكم بشكل كبير في فعالية الأداء المهني وجودته، فكل عمل مهما اختلفت مجالاته واختصاصاته تحكمه ظروف معينة وتقوم بتسييره، ومجال الطب كباقي المجالات المهنية تحكمه ظروف معينة قد تختلف عنها في المجالات الأخرى لأن الطبيب يتعامل مع أرواح بشرية لا تحتمل الخطأ، وهذه الظروف قد تكون السبب في نجاح أو فشل المهنة النبيلة التي يقوم بها، كما قد تكون السبب في نجاح أو فشل التكوين الطبي بصفة أشمل.

¹ سعاد شايب، "تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، واقع وتحدي"، مرجع سابق، ص5.

² مقابلة مع رشيد بوعلون طبيب مقيم في مصلحة جراحة العظام والكسور، "المسار المهني للأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية وظروف العمل، مستشفى فرانز فانون البليدة، تاريخ المقابلة 07-042022، على الساعة 13:30.

المطلب الثالث: ظروف عمل الأطباء المقيمين في الجزائر

1. نقص الوسائل والمعدات: تتطلب مهنة الطب توفير بيئة عمل ملائمة، ولمزاولة الطبيب لمهامه يجب أن تتوفر لديه أدنى الشروط والظروف بما فيها الوسائل والمعدات، لكن في الجزائر يواجه الأطباء المقيمين أثناء آدائهم لمهامهم العديد من الصعوبات خاصة في ظل الخدمة المدنية في مناطق الجنوب والهضاب العليا من بينها نقص أهم الوسائل الطبية الضرورية لمزاولة العمل الطبي داخل المستشفى ويرجع ذلك إلى عدم كفاية هذه الآلات كميًا في تلبية وتغطية الحاجيات الضرورية للمرضى، وهذا هو الاشكال الذي نسجله في كافة مستشفيات الجزائر بما فيها المستشفى الجامعي مصطفى باشا كمثل نظرا لموقعه الجغرافي المتمركز في العاصمة واحتوائه على أغلب التخصصات، وكل تخصص فيه يحتوي على عدد كبير من الأطباء والأخصائيين المؤهلين، إلا أنه يشهد نقص كبير في الآلات والمعدات¹، أما في ولايات الجنوب والهضاب فتشهد غياب أبسط المعدات لمعاينة المرضى كالحقن ووسائل التعقيم، القفازات الطبية... إلخ مع غياب الأدوية او انعدام بعضها.

2. غياب الأمن: إضافة إلى ما سبق تشهد الجزائر والمناطق النائية في ظل الخدمة المدنية للأطباء غياب الأمن على مستوى الهياكل الصحية، وخير دليل على ذلك هو المقابلة التي أجرتها الباحثة مع احدي الأطباء المقيمين، حيث قالت أن في الكثير من

¹ سعاد شايب، الطبيب في القطاع العام بين أداء المهنة وظروف العمل، رسالة ماجستير منشورة، (جامعة الجزائر 02)، كلية العلوم الاجتماعية (2008)، ص132.

الأحيان ما يتعرض الأطباء المقيمون إلى اساءات لفضية واعتداءات جسدية من طرف المرضى أو مرافقيهم¹.

3. **الضغط المهني:** يواجه الأطباء المقيمون مشكلة الضغط المهني الذي يحدث عندما لا تتوافق متطلبات العمل مع قدرات الطبيب كون أن عمل الأطباء يحمل عدة مخاطر احتمال التعرض بالإصابات أو حالات الوفاة المتعلقة بالمرضى²، إضافة إلى الاكتظاظ وعدم احترام الدور، في المقابل نجد مشكلة زيادة ساعات العمل للأطباء المقيمين والمناوبات في الليل، وفي كل المناسبات والعطل، كلها أسباب تؤدي إلى زيادة الضغوط المهنية التي تؤثر على أداء الأطباء المقيمين.

4. **انخفاض الأجور وغياب الحوافز المادية:** للحوافز المادية تأثير كبير في الرضا عن العمل لدى الأطباء باختلاف مستوياتهم المهنية، ففي ظل غياب الحوافر المادية والمنح فالأطباء المقيمون لا يتقاضون إلا منحة المناوبات، وحجم هذه المنحة هو غير كافي لدي بعض الأطباء حيث يتقاضى الأطباء المقيمون أثناء الخدمة المدنية مبلغ سبعين ألف دينار جزائري، قد تذهب أكبر نسبة من هذا المبلغ في الإيجار في حال غياب السكن الوظيفي وهذه ما يجعل من المطالبة بزيادة الرواتب والمنح أولوية³، حيث نجد أن بعض الأطباء محرومون من الأجر في بعض المناطق، وبالتالي يؤثر

¹ مقابلة مع صبرينة بن عكنيو، طبيبة مقيمة في مصلحة الأمراض السرطانية، المسار المهني للأطباء المقيمين وظروف عملهم، المستشفى الجامعي مصطفى باشا، الجزائر، 04-04-2022 على الساعة 11:15.

² عبد الله بن حفصة، "الضغوط المهنية وعلاقتها بجودة الحياة لدى الأطباء: دراسة ميدانية على عينة من الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي-تلمسان" جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان، ص 273.

³ سعاد شايب، الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل، مرجع سابق، ص 155.

بطريقة مباشرة على مدى الفعالية في العمل الطبي، حيث نجد فئة الأطباء الغير راضين جدا عن الأجر الذي يتقاضونه غير فعالين في آدائهم لعملهم.

5. الاعتداء ضد الأطباء: يواجه الأطباء أثناء آدائهم لمهامهم لاعتداءات سواء من طرف المرضى بحيث يكون المريض في حالة عقلية أو جسمية غير عادية، قد تغير من طبيعة أو تقلل من صبره، وقد لا يتقبل مرضه الأمر الذي يؤدي إلى الاعتداء على الطبيب، وكأنه المسؤول الأول عن حالته المرضية أو مرافقيهم¹، بسبب نقص الامكانيات المادية والبشرية والأدوية والمعدات اللازمة للعلاج وان وجدت اما هي معطلة أو عليها ضغط كبير من طرف المرضى، أو عدم توفر العلاج بالمؤسسات الاستشفائية، وبذلك تكون فرصة للمريض أو مرافقيه للوقوع مع الأطباء في مشاكل قد تؤدي الى اعتداءات ان لم تتدخل أعوان الأمن بالمصلحة، وهو الأمر الذي أدى الى فقدان رمزية الطبيب وتعدي على هيئته واحترامه.

المطلب الرابع: أزمة الأطباء في الجزائر

إن الظروف التي مر بها الأطباء بصفة خاصة والأطباء المقيمين بصفة عامة أدت إلى حدوث العديد من الأزمات والاضرابات خاصة بعد صدور قانون الخدمة المدنية أن أصبح يتسم بطابع الزامي مع آدائها في المناطق الجنوبية والهضاب العليا مع نقص المعدات وغياب الأمن السكن الوظيفي، دون الأخذ بعين الاعتبار الحالة المدنية والاجتماعية للأطباء، ومنذ 2011م وهم يطالبون بحقوقهم من خلال التظاهرات وتوالت الاضرابات إلى غاية 2018م أين خرجوا مطالبين باسترجاع حقوقهم التي سلبت منهم، وفي هذا السياق

¹ سعاد شايب، "تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، واقع وتحدي"، مرجع سابق، ص 07.

سجلنا أهم محطتين مهمتين اللتان شكلتا أزمة في تاريخ أطباء الجزائريين وفي المنظومة الصحية ككل وهما اضراب الأطباء المقيمين وهجرة الأطباء .

الفرع الأول: اضراب الأطباء المقيمين 2018

من بين الأزمات التي هزت المنظومة الصحية بشكل عام والأطباء بشكل خاص، اذ يعتبر أطول اضراب شهدته الجزائر في قطاع الصحة، كان عبارة عن مظاهرة سلمية رفع فيها الأطباء المقيمين نداءات لوزارة الصحة للمطالبة بإلغاء الزامية الخدمة المدنية التي تفرضها الدولة على الطبيب المقيم، بعد الانتهاء من فترة التخصص وتقوم بحجز شهادات الاختصاص حتى بعد الانتهاء من الخدمة المدنية وكذلك الخدمة العسكرية، وبذلك لا يستطيع الطبيب مزاوله عمله قبل ذلك، كما وضح الأطباء المقيمون رفضهم القاطع لإجبارية الخدمة المدنية في المناطق النائية بسبب عدم توفر الظروف الملائمة للعمل والسكن الوظيفي في المناطق التي يفرض عليهم العمل بها، إضافة إلى رفع مستوى الأجور.

احتلت قضية اضراب الأطباء المقيمين حيزا كبيرا على مستوى الرأي العام الداخلي والخارجي، أين رفضت تنسيقية الأطباء المقيمين مساومات الوزارة "لا تمرضوا .. مستشفيات الجزائر مشلولة! الأطباء مضربون" أمام مقر المستشفى الجامعي مصطفى باشا يوم 05 فيفري 2018¹، بسبب رفض الحكومة تنفيذ مطالبهم في إلغاء الخدمة المدنية واستبدالها بنظام تغطية صحية آخر، وحق الاعفاء من الخدمة العسكرية ومساواتهم مع باقي الشعب بعد تجاوز سن الثلاثين حيث تسقط الاجبارية على باقي الفئات ما عدا الأطباء، اعادة النظر في نظام التكوين لأن الأطباء المقيمون يخضعون لوصاية مشتركة لوزارتي الصحة

¹ Plate forme de revendications des résidents en sciences médicale « médecine- médecine dentaire- pharmacie»، <https://www.chu-mustapha.dz>, le 09-04-2022 à 12 :40.

والتعليم العالي والبحث العلمي، ومطالب التكوين أساسا موجهة لوزارة التعليم العالي، إضافة إلى مساواة الطبيب بباقي العاملات في الدولة في الحصول على إجازة الأمومة، إضافة إلى حق التجميع العائلي للأسرة المكونة من زوجين أطباء¹.

وقد استمرت التضحيات التي قام بها الأطباء في سبيل إيصال صوتهم على المستوى الوطني بعد اضراب دام خمسة أشهر، كما تعددت المواضيع المتصلة بقضية إضراب الأطباء خاصة بعد رفضهم للحوار المشروط مع الوزارة الوصية وتزايد احتجاجاتهم في المسيرات الجهوية بعدة ولايات، وفشل جميع الاجتماعات بين الأطباء المقيمين ووزارة الصحة، في المقابل تعرض الأطباء لاعتداءات وتم منعهم من الدخول إلى العاصمة عن طريق الشرطة كما تم إحالة بعضهم من مستشفى مصطفى باشا بعد مطالبتهم بأجورهم².

لكن مع كل المجهودات التي قام بها الأطباء لاسترداد حقوقهم وعقد أكثر من 13 جلسة حوار بين الحكومة وتنسيقية الأطباء المقيمين³ إلا أن القضاء الجزائري أقر بعدم شرعية الاضراب الذي أفقد للطبيب رمزيته من خلال الاعتداءات والعنف الذي تعرضوا له، وظلت مطالبهم معلقة في وقت كان ينتظر فيه المرضى انتهاء الإضراب والأطباء الاستجابة لمطالبهم، ، حيث كانت من بين خياراتهم مقاطعة الامتحانات والاستقالة الجماعية على أن

¹ الصفحة الرسمية للتنسيقية الوطنية للأطباء المقيمين، "مطالب الأطباء المقيمين"، www.facebook.CNMR.com تاريخ الاطلاع: 2022-04-09 على الساعة 15:10.

*هي الصفحة الوحيدة والرسمية للتنسيقية الوطنية، يطالب فيها الأطباء بحقوقهم، كما يتم فيها ادراج كل المستجدات والاتفاقات الموقعة بين الطرفين في الاجتماعات.

² نفيسة نايلي، "الرأي العام في الجزائر بين الصحافة الالكترونية وصحافة المواطن-دراسة تحليلية من خلال قضية اضراب الأطباء المقيمين-"، المجلة الجزائرية لبحوث الاعلام والرأي العام، المجلد رقم 02، العدد 02، ديسمبر 2019، ص 302.

³ Les medecins résidents, Algérie presse service, 03 aout 2019, www.aps.dz, site consulté le 19-04-2022 à 12:15.

يستسلموا، في المقابل تم اتخاذ عدة اجراءات من طرف الحكومة الجزائرية كالترخيص بتوظيف حوالي 600 طبيب عام في مصالح الاستعجالات بالمستشفيات بعد الفراغ الذي عرفته الهياكل الصحية بسبب اضراب الأطباء المقيمين على حسب الحكومة، بالرغم أن الاضراب لم يؤثر بدرجة كبيرة على مصلحة المرضى لأنهم يعملون في المستشفيات الجامعية فقط لأنهم مازالوا في طور التدريب والتكوين ويوجد إلى جانبهم أطباء أخصائيون وأطباء عامين واستشاريون وأساتذة يضمنون تقديم الخدمة الصحية للمرضى يعني يمكن أن يكون هناك تأخر في الخدمة الصحية لكن الأطباء المقيمين يقدمون الخدمة الطبية للحالات المستعجلة تحت اشراف الأطباء المؤطرين فقط وهو الأمر الذي يثير التساؤل حول ردة فعل الحكومة الجزائرية.

لكن في النهاية لم تستجب الحكومة لجميع مطالبهم خاصة فيما يتعلق بإجبارية الخدمة المدنية، ولازالت الاحتجاجات قائمة فقد كان آخر احتجاج في 15 فيفري 2022 بمستشفى الجامعي عبد القادر حساني سيدي بلعباس، أما فيما يخص جلسات التفاوض بين الطرفين فحسب التنسيق الوطنية للأطباء المقيمين أنه عقد أول اجتماع لهذه السنة في مارس 2022 بخصوص تعويض الأطباء المقيمين في الأموال التي تم اقتطاعها في سنة 2018 حسب بيان رقم 03-2021¹ الذي يتضمن المستشفيات التي لم يتم تعويض الأطباء المقيمين في الأموال التي تم اقتطاعها في الإضراب، رغم وعود رئيس الجمهورية عبد المجيد تبون بإلغاء بالخدمة المدنية وتحسين ظروف عمل الأطباء من خلال عدة ملتقيات إلا أنه لا يوجد أي قرار رسمي بخصوص ذلك.

¹ هشام علام، رئيس التنسيق الوطنية للأطباء المقيمين CNMR، الجزائر، الصفحة الرسمية للتنسيقية،

www.facebook.CNMR.com، تاريخ الاطلاع: 2022-04-10 على الساعة 18:10.

الفرع الثاني: هجرة الأطباء

عرف القطاع الصحي تزايد كبير في هجرة الأطباء خلال السنوات الأخيرة وذلك راجع لعدة أسباب سواء التسهيلات في البلدان الأجنبية أو الظروف الصعبة التي تشهدها المنظومة الصحية الجزائرية، وحسب احصائيات الصندوق الدولي نزح من الجزائر حوالي 10860 طبيبا نحو بلدان متعددة منهم 43,3% مكونين في الجزائر في الفترة الممتدة من 1992 إلى 2006، وفي نفس الفترة ارتفع العدد الاجمالي للمهاجرين الحاملين للشهادات العليا إلى 71500 حسب احصائيات المجلس الوطني الاقتصادي، وفي تقرير آخر للمجلس أن أكثر من عشرة آلاف طبيب في جميع الاختصاصات استقروا في فرنسا بسبب عامل اللغة.

وفي سنة 2014، وحسب احصائيات المجلس الوطني للأطباء الفرنسيين "cnom" عدد الأطباء المولودين بالجزائر والذين سجلوا أنفسهم لدى المجلس، ارتفع إلى 13500 طبيب بما يمثل 25% من مجموع الأطباء الأجانب من خارج أوروبا، وتأتي الجزائر في مقدمة الدول المغاربية من حيث التعداد، وبعدها المغرب، ب 11,5% وتونس ب 7,1%، أما من حيث الجنس فمعظم الأطباء الجزائريون من جنس الذكور بنسبة 63%، ومن حيث متوسط العمر الذكور 56 سنة والإناث 55 سنة¹.

أما من حيث موطن الشهادة فقد كانت نسبة 27,7% من الجزائر، و 71,7% من فرنسا، و 0,6% من دول أخرى، ومن حيث التخصص، فالأطباء الجزائريون يتوزعون على عدد

¹ فاطمة مانع، "أسباب هجرة الكفاءات الجزائرية وآثارها السلبية على التنمية"، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد 15، المجلد 02-2016، ص 275.

من التخصصات الطبية من بينها طب النفس، التخدير، الأشعة والتصوير الطبي، جراحة عامة وجراحة العيون والولادة¹.

وفي سنة 2022 شهد القطاع الصحي نزيف حاد في هجرة الأطباء الجزائريين إلى فرنسا الذين بلغ عددهم حوالي 1200 طبيب، من خلال امتحان المناظرة ومعادلة الشهادات الذي يعتبر البوابة الرئيسية للعمل في فرنسا، وقد شارك فيه الأطباء نحو 24 دولة خارج الاتحاد الأوروبي وفاز منهم 1200 جزائري، وقبل الكشف عن هجرة الأطباء الذين نجحوا نظمت الجزائر مؤتمرا لبحث خطة لإصلاح المنظومة الصحية، حضره رئيس الجمهورية بمشاركة الحكومة ومديري النقابات المهنية والصيدلة، ومن بين توصياته مراجعة القوانين الأساسية الخاصة بالأطعم الطبية وقانون الخدمة المدنية ونظام الحوافز والتعويضات، والزيادة في العلاوات المخصصة لشاغلي المناصب العليا على مستوى المؤسسات الصحية، إضافة إلى تجهيز وتوفير المعدات الطبية وتجهيزات السلامة الصحية وتمكين مستخدمي قطاع الصحة من الاستفادة من التقاعد المسبق بالنظر إلى مشقة العمل في المجال².

لكن عند التطرق لهذا الموضوع والبحث في تداعيات المؤتمر تستوقفنا عدة تساؤلات من بينها، لماذا تزامن هذا المؤتمر مع خبر هجرة 1200 طبيب؟ ، لماذا لم يلقى هذا الموضوع هذا القدر من الأهمية لدى الرؤساء الجزائريين السابقين؟ وهل توجد نية لدى الحكومة حقا لتحقيق مطالب الأطباء؟

¹ المرجع نفسه، ص276.

* من مضمون خطاب رئيس الجمهورية "عبد المجيد تبون"، مؤتمر حول تجديد المنظومة الصحية، الجزائر، قصر المعارض، 2022، www.sante.gov.dz تاريخ الاطلاع 15 فيفري 2022 على الساعة 11:15.

وبينما يبين رئيس الجمهورية وجهة نظره ويؤكد على أن النظام الصحي في الجزائر هو "الأفضل في إفريقيا"، يعتقد المتخصصون في جهة أخرى أن القطاع بحاجة إلى جلسات مصارحة وإصلاحات عميقة للنهوض به، ويؤكدون أن هجرة الأطباء نحو وجهات مختلفة من بينها فرنسا، كانت لها عدة مقدمات، بالإضافة إلى أسباب أخرى تشكل الأجور إحدى العوامل الأساسية لها، حيث يتقاضى الطبيب المقيم الفرنسي ما بين 2500 إلى 3500 يورو شهريا، ليتضاعف بعد نهاية التدريب إلى راتب الطبيب الفرنسي نفسه¹.

كما تواجه الهياكل الصحية الجزائرية مشكلة أخرى تكمن في رفض الجيل القديم من الأطباء من الخروج للتقاعد، على الرغم من بلوغهم السن المحدد لذلك، الأمر الذي يصعب من حصول على طاقات شابة متخرجة من معاهد الطب والجامعات، لكن بعد هجرة 1200 طبيب وجدت السلطات الجزائرية نفسها مجبرة على سد الفراغ بإعلانها الاستعداد لفتح باب التوظيف للأطباء الاخصائيين والطلبة المتخرجين من مراكز التكوين الشبه الطبي.

ومن أسباب هجرة الكفاءات نجد:

1. أسباب اقتصادية: ضعف ميزانية البحث العلمي والتكوين الطبي، انخفاض الرواتب،

تعد من الأسباب الاقتصادية الرئيسية الطاردة للكفاءات الجزائرية.

2. أسباب اجتماعية: تنعكس الأسباب الاقتصادية السيئة على الوضع الاجتماعي الذي

أصبح بدوره أحد أسباب هجرة العديد من الكفاءات الجزائرية التي وجدت نفسها تعيش

وضعا اجتماعيا صعبا، خاصة في ظل الخدمة المدنية للأطباء المقيمين وغياب

¹ Independent عربية، هجرة الأطباء الجزائريين، www.independentarabia.com تاريخ الاطلاع: 03-03-2022

على الساعة 18:45.

السكن الوظيفي ومنح التنقل الى المناطق الحضرية، كذلك يلعب التهميش وقلة التقدير على الجهود التي بذلتها في تطوير التكوين الطبي، بالإضافة إلى اصطدامها بسوء التسيير والبيروقراطية، كلها معوقات تحد من رغبة هذه الكفاءات في البقاء.

3. أسباب أمنية: تعد من الأسباب الرئيسية في هجرة الأطباء خلال السنوات الأخيرة، فقد شهد السلك الطبي عدة أحداث متعلقة بالاعتداءات على الأطباء، حيث أصبحوا في حالة من اللأمن عند قيامهم بمهامهم، وهذا ما دفع بهم إلى الهجرة.

ويعتبر قطاع الصحة في الجزائر من بين القطاعات الأكثر تأثرا بهجرة الكفاءات الطبية، بسبب العجز في التغطية الصحية، فنقص الكفاءات الطبية المتخصصة وضع المنظومة الصحية في حالة صعبة ومتدهورة، لأن المشكلة ليست في النفقات وحدها والموجهة لقطاع الصحة، وإنما غياب المورد البشري المؤهل وعلى رأسها الكادر الطبي المتخصص هو من بين أكبر العوائق التي تجدد من تطور قطاع الصحة¹.

¹ فاطمة مانع، مرجع سابق، ص 283.

خلاصة واستنتاجات:

لقد شهد السلك الطبي في السنوات الأخيرة عدة أزمات، كانت نتيجة عن الظروف التي عاشها الأطباء في مسارهم المهني، بداية من التكوين الذي لم يكن في المستوى المطلوب وخصوصية الخدمة المدنية بطابعها الإلزامي، في ظل غياب الأمن وكذا التجهيزات الطبية، كل هذه الظروف كانت نتيجتها ظهور أزمات متعددة في القطاع الصحي من بينها اضطراب الأطباء المقيمين لسنة 2018 الذي لم يلقى النتائج المطلوبة إلى يومنا هذا وهجرة الكفاءات الطبية.

وستظل أزمة الأطباء تتفاقم ما لم تتخذ السلطات استراتيجية واضحة المعالم توقف من خلالها هذا النزيف، فهذه المشكلات باتت أزمة تحتاج إلى اتخاذ التدابير اللازمة لمعالجتها والإحاطة بها وبأسباب التي كانت نتيجتها المطالب الرئيسية لإضراب 2018، الذي لم يحقق النتائج المرجوة بعد سنوات من الحوار والتشاور بين الطرفين.

وفي هذا السياق لا يمكن نفي محاولات الحكومة في اصلاح المنظومة الصحية، والحد من ظاهرة الهجرة، لكن يمكن اعتبارها من بين المحاولات الخجولة مقارنة بحجم الآثار السلبية الناتجة عن هذه الأزمات، ولعل اللافت في مسألة هجرة الأطباء الجزائريين، أنها طرحت هذه المرة بعض الحقائق التي تحيط بممارسة مهنة الطب في الجزائر، إذ بينت أن الجيل الجديد لم يعد قادرا على مسايرة ضيق الأفق بعد كل المجهودات التي قام بها، وأن النخب باتت أكثر قابلية للهجرة ان وجدت الفرصة لذلك باحثة عن حقها في الابداع والعطاء العلمي، وبذلك يكون الخاسر في النهاية القطاع الصحي والبلد الذي ينزف كفاءاته للتميز في الخارج مقابل منظومة صحية هي بحاجة لإصلاحات عميقة.

الفصل الثالث

إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

تمهيد:

شهدت المنظومة الصحية الجزائرية العديد من المشاكل والاختلالات التي تخص الهياكل والمؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما أثر سلبا على السير العام للنظام الصحي والصعوبة في تقديم الخدمات الصحية للسكان، مما أدى إلى ظهور عدة أزمات مست القطاع، نتيجة لعدة أسباب من بينها ظروف العمل ونظام كفاءات متدهور، النفقات الصحية في تزايد مستمر، من جهة أخرى مترفقين يطالبون بجودة ونوعية الخدمات الصحية، فبذلك مؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر تعرف نوعا من اللااستقرار واللاتوازن.

إن الوضعية الصحية التي آل إليها النظام الصحي في الجزائر تكشف عن العديد من الاختلالات والمعوقات التي تحول دون تحقيق المنظومة الصحية لأهدافها وغايتها الأساسية المتمثلة في تحقيق تنمية صحية مستدامة التي تعتبر المطلب الأساسي لكل سياسة صحية، فكل المشاكل التي تم ذكرها سابقا أدت بالسلطات العمومية إلى ضرورة العمل على اجراء تغييرات عميقة ومعالجة الاختلالات بصفة شاملة تمس كل ما يحتويه النظام الصحي من هياكل مادية وبشرية بما فيها الأطباء من أجل حماية صحة المواطن والارتقاء بها. سنتناول الدراسة في هذا الفصل موضوع اصلاح المنظومة الصحية الذي أصبح كضرورة حتمية لا بد من القيام بها في النظام الصحي الجزائري الذي لا زال يعاني من العديد من الأزمات الصحية الواجب معالجتها واحتواءها من هنا يمكن طرح التساؤل التالي:

ماهي الاستراتيجيات والآليات الواجب اتباعها لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر؟

المبحث الأول: ماهية اصلاح المنظومة الصحية

المطلب الأول: مفهوم الاصلاح

إن أول خطوة في عملية الإصلاح تكمن في قراءة الوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والتربوي وحتى السياسي، والقراءة هنا نعني بها وصف الواقع بحقائقه، أن لا نعكس تصوراتنا عليه، فذكر حقائق الواقع بشكل واضح بنية الاصلاح والتنمية لا بنية الهدم والتجريح، هي الخطوة الأولى التي تبين لنا مكامن الخلل والاعوجاج الذي يراد لها الاصلاح¹.

ويندرج موضوع هذه الدراسة إلى الإصلاح القطاعي الذي يمس سياسة قطاعية واحدة من حقول السياسات العامة، وهو إصلاح قطاع الصحة، وإن كان ضمن الاصلاح الشامل الذي اتخذته السلطات العمومية في الجزائر، بحيث تعتبر عملية اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر كسياسة عمومية وطنية، اتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته من المواطن الجزائري بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان، وهذا حسب ما جاء في المادة 51 من الدستور والتي تنص على أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها"².

كما تم وضع ميثاق الصحة سنة 1998 كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاجتماعية، حيث يهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح³.

¹ عمر خروبي بزار، مرجع سابق، ص 57.

² أسماء دريسي، "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة 2004-2013"، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية"، العدد 06، 2015، ص 147.

³ المرجع نفسه.

المطلب الثاني: حتمية إصلاح المنظومة الصحية

هي الظروف الداخلية والخارجية التي عاشتها المنظومة الصحية من خلال الصعوبات التي واجهتها هذه الأخيرة في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنها من التكيف مع التحولات الراهنة إضافة إلى عدم قدرة الدولة على تمويل النفقات الصحية المتزايدة إلى جانب اشكالية تسيير المستشفيات، كل هذا يقودنا إلى الحديث عن اختلالات المنظومة الصحية رغم ما عرفته من اصلاحات سواء من حيث البناء أو الوظيفة، والتي أصبحت معالجتها ضرورة حتمية، ومن بين الإختلالات التي عرفتها المنظومة الصحية الجزائرية، من أبرزها:

1. اختلالات متعلقة بالتمويل: تتمثل الاختلالات التي عانى منها قطاع الصحة في الجانب

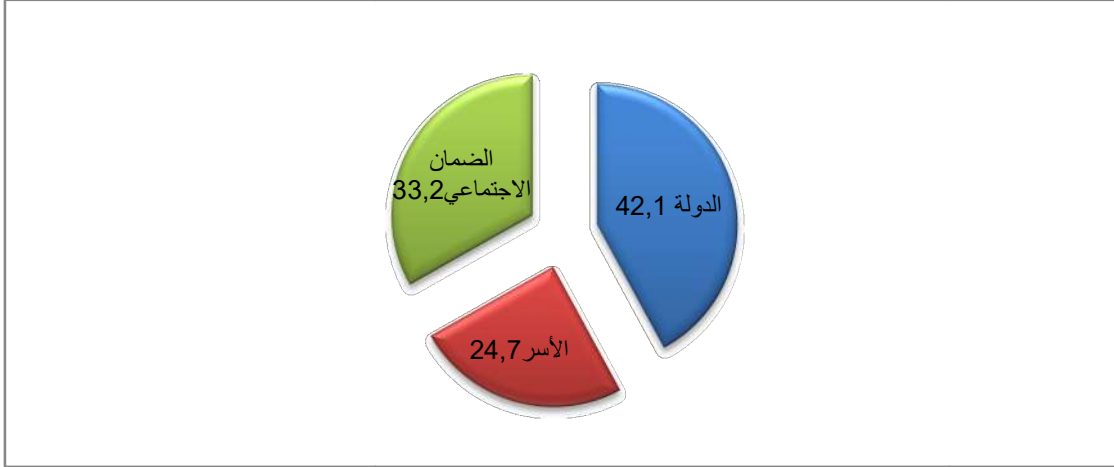
التمويلي منها نقص الموارد المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة، وبالدرجة الأولى يمكن ارجاع ذلك إلى ما يلي:

- غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية وغير دقيقة وغير حقيقية¹.
- تخصيص غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها، إضافة إلى المديونية الثقيلة².

¹ عمر خروبي بزاره ، مرجع سابق، ص60.

² عفاف بوراس، مرجع سابق، ص45.

الشكل رقم 05: مصادر تمويل الصحة في الجزائر لسنة 2006



" Ibrahim Brahmia, **Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie**, communication ressentie au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie ministère du travail de l'emploi et de la sécurisé sociale Alger. (2008), 37.

يبين الشكل السابق مصادر التمويل الصحية في الجزائر خلال سنة 2006، إذ نجد أن أكبر مصدر تمويل هو الدولة بنسبة 42,10%، ثم يليه صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء بنسبة 33,20%، وتواجه هذه الأخيرة صعوبات مالية جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، خاصة مع ارتفاع نسبة البطالة التي بلغت نسبتها 13,8% سنة 2007 وهي في ارتفاع مستمر خاصة في السنوات الأخيرة حيث سجلت سنة 2022 نسبة 11,5% حسب آخر الإحصائيات الرسمية¹ وضعف مستويات التصريح بالعمال على مستوى مؤسسات القطاع الخاص إضافة إلى تزايد نشاط الاقتصاد الغير منتظم، مما انعكس بالسلب على المنظومة الصحية وظهور اختلالات تمويلية في الجزائر بصفة عامة.

¹ الديوان الوطني للإحصائيات، تاريخ الاطلاع: www.ons.dz، 23-04-2022 على الساعة 20:45.

2. **اختلالات متعلقة بالتكوين:** إضافة إلى ما تم ذكره في الفصل السابق فيما يخص طبيعة تكوين الأطباء المقيمين، فالنظام التكويني والتعليمي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي، وبالتالي عدم توافق النظام الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، بالإضافة إلى عدم قدرة القطاع في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية والواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية النوعية وهذا بسبب عدم الدراية الكافية وعدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان في العلاج، إضافة عدم التوافق الأكاديمي في العديد من المجالات والمهارات الوظيفية المطلوبة، بسبب ضعف التكوين أو اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة، (بعض التخصصات مثلا لا نجدها في مخطط تسيير الموارد البشرية كالفيزيائيين الطبيين وأعوان النظافة والصيانة الاستشفائية)، إلى جانب انعدام ثقافة التكوين في المستشفيات وذلك ما يظهر جليا من خلال رفض الموظفين الحصص والبرامج الخاصة بالتكوين واعتبارها كمصدر للانزعاج لأنها لا تعطي أي مردودية وغير محفزة ولا توجد لها أي نتائج ملموسة كالحصول مثلا على علاوات أو شهادات خاصة بها¹، ومن جهة أخرى ضعف مردودية الأساتذة المؤطرين، فهم ينفرون منها لأنها لا تعود عليهم بالربح ولا تفيدهم من ناحية بحثهم العملي والعلمي وبالتالي فهذا يؤثر على نوعية المعلومات المقدمة للمكونين.

3. **اختلالات متعلقة بالتنظيم:** تعرف المؤسسات الاستشفائية الجزائرية اختلالات عديدة متعلقة بالجانب التنظيمي، أي ذات طابع إداري وعليه فهي تخضع في تسييرها إلى الفكر الإداري الذي يتجرد من المرونة في تسيير المرافق الصحية، أين تكون العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ تعرف هذه الأخيرة تداخل بين الأجهزة

¹ عمر خروبي بزارة ، مرجع سابق، ص 59.

الإدارية على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي نتج عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة، من خلال ما يلي¹:

- خضوع شبه تام للإدارة المركزية فيما يتعلق بالتخطيط لأعمالها.
 - خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة، أما فيما يخص الاختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها فيما يلي:
- ✓ غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص.
- ✓ عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث تسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب واحد لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب².
- ✓ نقص في صيانة العتاد الطبي ونفاد الموارد الصيدلانية بسبب مشاكل مالية وتنظيمية تزيد من حدتها اختلالات التسيير في المستشفيات³.
4. **اختلالات متعلقة بالتسيير:** يعتبر سوء لتسيير أهم وأكبر خلل تعاني منه المنظومة الصحية، حيث أصبحت اليوم محطة لانتقادات عديدة سواء من المرضى المستعملين أو من طرف المستخدمين الصحيين، هذه الانتقادات مؤسسة حول الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية التي تكون قطاع غير منظم⁴، وهو ناتج عن عدة نقائص منها ما

¹ أسماء دريسي، مرجع سابق، ص 146.

² المرجع نفسه.

³ طارق مقدم، إصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، (فرع إدارة الأعمال، جامعة الجزائر)، 2008، ص 47.

⁴ سليمة بلخيري وآخرون، مرجع سابق، ص 306.

تتعلق بالنظام التكويني وكذا النظام الاعلامي الذي لا يعطي المعلومات الكافية عن الطب العلاجي ونوعية الخدمات المتوفرة في الهياكل الصحية، ويرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات والتقارير الطبية وعدم مرونة السجلات الإدارية وانعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز وترتيب الدولة للأمراض، أما النظام التكويني في مجال الصحة لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي الذي لم يعد قادرا على الإستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة في الواقع التطبيقي وكذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه الطبية¹.

المطلب الثالث: أسس اصلاح المنظومة الصحية

هي المبادئ التي تقوم عليها عملية اصلاح المنظومة الصحية، التي اتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحقيق الأهداف المرسومة الواجب تحقيقها لمعالجة الاختلالات وسد الثغرات المؤدية إلى حدوث أزمات في القطاع الصحي وتطويره، وكذا تقريب المؤسسات والهياكل الصحية من المواطن بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان، وهذا حسب ما جاء في المادة 51 من دستور 1976 سابقة الذكر، وتتمثل مبادئ عملية اصلاح المنظومة الصحية في²:

- حماية الصحة وترقيتها من أجل الحد من اللامساواة، وإعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة وإنشاء مجلس وطني للصحة.
- الاستفادة من مجانية العلاج والإنصاف والتضامن الوطني.

¹ عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 47.

² المرجع نفسه، ص 147.

- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة.
- الإستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط.
- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل.
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع.
- تحسين الظروف والوضعية الإجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية.
- أما الأهداف التي ترمي إليها السلطات العمومية من أجل إصلاح المنظومة الصحية فتتمثل فيما يلي¹:
- تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال تحديث الخريطة الصحية بهدف التوزيع العقلاني والعاقل للموارد، وإعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحية الجوارية والفرق الطبية المتنقلة، وكذا تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.
- إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة، وتحديث مدونة تسيير الأعمال الطبية.

المطلب الرابع: استراتيجية الدولة في عملية اصلاح المنظومة الصحية

هي مجموعة من الاجراءات والمشاريع والمخططات التي انتهجتها السلطات العمومية في سبيل اصلاح وتطوير المنظومة الصحية، والقضاء على الأزمات التي هزت القطاع وتجنب حدوث مثلها مرة أخرى، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

الفرع الأول: المخططات الوطنية لإصلاح المنظومة الصحية

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر اليوناني، العدد 06، جويلية 2004، ص65.

1-مخططات قصيرة المدى : من 2000-2003

تناولت مخططات قصيرة المدى لإصلاح المنظومة الصحة عدة نقاط أساسية، وهي كالتالي¹:

- التذاور مع مختلف الفاعلين في قطاع الصحة بشأن مشروع الإصلاح وإعداد ومباشرة العمل في برامج الإتصال الاجتماعي، وذلك بإشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحي.
- مراجعة قانون 85-05، الخاص بحماية وترقية الصحة، وكذا مراجعة الاتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان على المرض، وتحسين مدونة العقود الطبية والشبه الطبية.
- التفاوض من أجل الغاء ديون المؤسسات الصحية العمومية، وتجهيز دراسات حول القطاعات الصحية، بعد تقييم نسبة تغطية الاحتياجات الصحية، وتحديد طبيعة ومستوى مصادر التبعة، وكذا تعيين المناطق ذات الأولوية.
- إعادة تهيئة وتأهيل الهياكل الصحية وتجهيزها، ومراجعة القوانين الخاصة بالمستخدمين في قطاع الصحة، حتى يتم جذب واسترجاع المتخصصين المؤهلين في القطاع العمومي من جهة ، ومن جهة أخرى تشجيع الأطباء وشبه الطبيين على العمل في المناطق المعزولة.

2-المخططات متوسطة المدى إلى غاية 2005:

- أهم ما جاء في مخططات متوسطة المدى ما يلي²:
- اختيار أسلوب العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.

¹ R.A.D.P, Ministère de santé et de la population et de réforme hospitalière, Développement du système national de santé, stratégies et perspectives, Alger, op.cit,p40.

² عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص78.

- وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة، وتنظيم طرق التكفل بالمرضى.
- تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تركز أكثر استقلالية في التسيير.
- تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق 45% على الأقل من الاحتياجات لوطنية للأدوية الضرورية.

3-مخططات طويلة المدى إلى غاية 2009:

أهم ما جاء فيها¹:

- توفير الوسائل الضرورية لتسيير المراكز الجهوية لتقديم خدمات صحية عالية التخصص كالأزمات السرطانية والقلب ونقل الأعضاء...الخ.
- وضع الأولويات وتقييم الأنشطة وتحديد الثغرات.
- تدعيم مخططات الحماية والوقاية من أمراض المتنقلة.
- تكييف بعض المصالح مع التكفل بالأمراض المرتبطة بالشيخوخة .

الفرع الثاني: مشاريع وإنجازات المنظومة الصحية في الجزائر من خلال المخطط

الخماسي 2010-2014

عملت الحكومة على تدعيم القطاع الخاص من خلال ازدواجية النشاط الصحي بين القطاع العمومي والقطاع الخاص للنهوض بالرعاية الصحية وتطويرها، ودفع عجلة التنمية الصحية².

¹ R.A.D.P, Ministère de santé et de la population et de réforme hospitalière, Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009, Alger, novembre 2004,p72.

² فضيلة غرايبية، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر -تحديات وإنجازات-" مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد الحادي عشر، جامعة عنابة، ص286.

كما قد تم التقدم في وتيرة إنجاز المشاريع والهيكل الصحية، حيث استلم قطاع الصحة سنة 2012 جملة من الهياكل الصحية، والتي نذكر منها¹:

✓ بالنسبة للمستشفيات والمؤسسات الصحية الجوارية فقد ارتفع عددها إلى 14 مستشفى جامعي، و68 مؤسسة استشفائية متخصصة، 200 مؤسسة استشفائية عمومية، 778 مؤسسة استشفائية تابعة للقطاع الخاص، 1513 عيادة متعددة الخدمات، 5836 قاعة علاج.

✓ أما بالنسبة للعيادات التابعة للقطاع الخاص فقد كان عددها في هذه الفترة حوالي 5903 عيادة تابعة لأطباء مختصين خواص، 6206 عيادة لأطباء عامين خواص، و4909 عيادة جراحة أسنان تابعة للخواص، و9000 وكالة صيدلانية خاصة.

وقد أجمع الاجتماع الذي عقد برئاسة الرئيس السابق عبد العزيز بوتفليقة ضمن المخطط الخماسي للتنمية، والذي رصد فيه ميزانية كبيرة للنهوض بكافة القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لتحقيق التنمية الشاملة، ويعد قطاع الصحة من بين هذه القطاعات التي تدعم بميزانية مالية قدرت ب619 مليار جزائري موجه لإنجاز وإنشاء الهياكل الصحية من مستشفيات وعيادات متعددة الخدمات، من بينها قرار إنجاز 172 مستشفى و45 مركب صحي متخصص، و377 عيادة متعددة الاختصاصات، وكذا 1000 قاعة علاج، و17 مدرسة للتكوين الشبه الطبي².

وقد وجهت هذه المشاريع لتغطية العجز المسجل في الهياكل الصحية عبر مختلف ولايات الوطن، وهذا للقضاء عن الفوارق في توزيع الخدمات، كما تعززت المنظومة الصحية لتحقيق المساواة في توزيع الخدمات والنهوض بالمحددات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية للصحة

* من خلال الاطلاع على موقع الصحة العمومية، انجازات بالأرقام، www.djazair50.dz، تاريخ الاطلاع: 08-05-2022

على الساعة 15:07.

² فضيلة غرابيية، مرجع سابق، ص249.

لتحقيق تنمية صحية من جهة وتحسين المستوى الاقتصادي من جهة أخرى، بحلول سنة 2015 .

أما في السنوات الأخيرة فلم يشهد القطاع الصحي أي تطور، على غرار الملتقى الوطني حول تجديد المنظومة الصحية الذي انعقد في 2022 ومن بين التوصيات التي انبثقت عن ورشات الملتقى ما يلي¹:

- رقمنة نظام المعلومات، وإنشاء مصلحة للمراقبة الصحية بالحدود، طبقا للمادة 43 من قانون الصحة لسنة 2018 وقانون الصحة الدولي.
- ادماج التربية الصحية في مناهج مختلف الأطوار التعليمية، واستحداث شهادات الدراسات المتخصصة في التربية من أجل الصحة.
- تثمين وإعادة تهيئة مكاتب نظافة الصحة البلدية وضمان المراقبة والأمن الغذائي.
- انشاء معهد وطني لليقظة الصحية، وتدعيم وتحديث منظومة الاعلام الصحي والوقائي.
- اعداد وإصدار قانون للصفقات العمومية وتفويضات المرفق العمومي يستجيب لخصوصيات القطاع الصحي .
- استحداث خريطة صحية تعتمد على انشاء أقاليم جهوية تتميز بالاستقلالية في التسيير لتلبية الحاجات الصحية في ظل مراعاة الخصوصيات التي تميز كل إقليم والعمل على توحيد استخدام جميع الوسائل المادية بصفة مشتركة.
- اضعاف الطابع المؤسساتي على علاقات الشراكة بين القطاعين العام والخاص.
- الزيادة في العلاوات المخصصة لشاغلي المناصب العليا على مستوى المؤسسات الصحية .

¹ ملتقى وطني حول تجديد المنظومة الصحية، الجزائر، قصر المعارض، 2022، www.sante.gov.dz، تاريخ الإطلاع 2022-03-15 على الساعة 16:50.

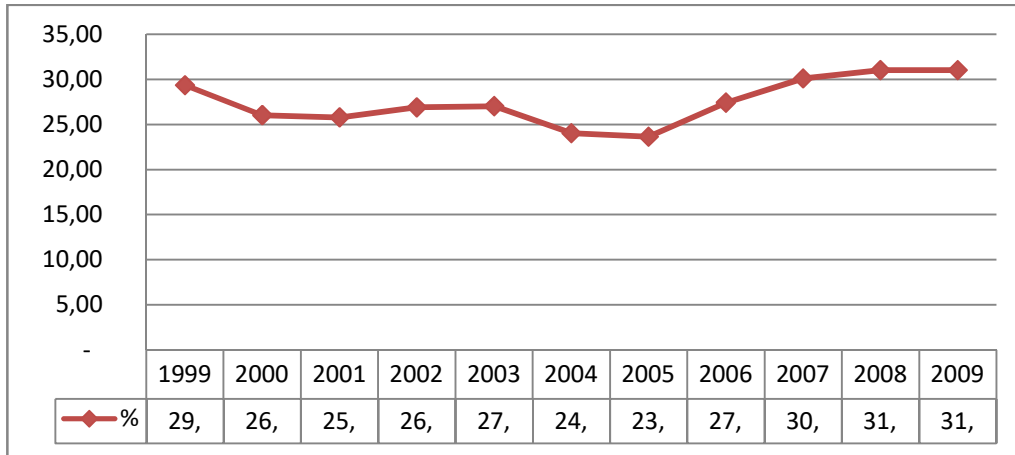
- وضع تدابير تحفيزية لفائدة الممارسين الأخصائيين لضمان تغطية صحية عادلة على مستوى مناطق الجنوب والهضاب العليا.
- تفعيل وعصرنة مكتب الدخول للمؤسسات الصحية من خلال نظام التعاقد.

الفرع الثالث: الضمان الاجتماعي كأسلوب لتمويل المنظومة الصحية

تشكل منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر إحدى دعائم التضامن الوطني نظرا للحقل الواسع لمجال تدخله، والجزائر كغيرها من البلدان تبنت إصلاحات اقتصادية واجتماعية مكلفة مع مطلع الألفية حيث جسدت على شكل برامج ومخططات تنموية بأغلفة مالية معتبرة وكان آخرها البرنامج المكمل لبرنامج النمو بغلاف مالي قدر بـ 286 مليار دولار، إصلاحات عميقة وجذرية مست مختلف القطاعات بما فيها قطاع الصحة، من خلال تعويض الغياب أو الانخفاض لكبير في الدخل من العمل بسبب حالات الطوارئ المختلفة لا سيما تعرض العامل للمرض أو الأمومة، إصابة العمل، البطالة أو العجز أو الشيخوخة وحتى الوفاة، وكذا توفير الرعاية الصحية والمنافع للأسر التي لديها أطفال¹.

¹ نور الدين بربار، "إصلاحات الضمان الاجتماعي في الجزائر وأثرها على توازناته المالية"، الملحقة الجامعية قصر الشلالة، جامعة ابن خلدون-تيارت-الجزائر، 15-01-2019، ص98.

الشكل رقم 06: تطور مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المنظومة الوطنية للصحة



المصدر: من اعداد الباحثة بناء على معطيات " Ziani Zoulikha et Ziani Lila, **le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie**, faculté des sciences économiques et commerciales et de gestion , université Hassiba Benbouali- Chlef, le 03 et 04 Décembre 2012, p09.

يبين الشكل السابق تطور مساهمة منظومة الضمان الاجتماعي في المنظومة الصحية، حيث يلاحظ أن هناك تذبذب بين الارتفاع والانخفاض على مدار الفترات، ويعود ذلك للإصلاحات العميقة التي شهدتها منظومة الضمان الاجتماعي والتي تمثلت في ثلاثة محاور أساسية أهمها عصرنه تسيير هيئات الضمان الاجتماعي وتحسين نوعية الأداءات المقدمة لفائدة الأشخاص المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم، والحفاظ على التوازن المالي لمنظومة الضمان الاجتماعي¹، لتستقر النسبة بعدها إلى 31% للسنتين الأخيرتين، فرغم المساهمة الكبيرة للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة إلا أنه استطاع الحفاظ على توازناته المالية، ولعل ذلك راجع إلى فعالية الدفع من قبل الغير في تقليص نفقات الرعاية الصحية. لكن مع كل ذلك تبقى عملية التمويل أكبر عقبة أمام السلطات العمومية في تطبيق الإصلاحات، هذا ما إن كانت هناك نية حقيقية وإرادة سياسية للقيام بإصلاح المنظومة الصحية، من جهة أخرى هناك غموض وإبهام في كيفية تسيير قطاع الضمان الاجتماعي،

¹ نور الدين بربار، مرجع سابق، ص102.

هذا ما يقف حاجزا أمام تطبيق النظام التعاقدى بالرغم من أنه شرع في تجريبه في بداية 1997، أما المؤسسات الصحية فلا زالت تعاني من مشاكل معقدة في مجالي التسيير والتنظيم، من حيث عدم وضوح الفاعلين الأساسيين للنظام الصحي، مما طرح إشكالية السلطة في المنظومة الصحية ذاتها¹، والمركزية العالية في تسيير المؤسسات الصحية مما أدى إلى ظهور عدة مشاكل بيروقراطية، تقف حاجزا في تحسين ظروف العاملين في السلك الطبي والشبه الطبي.

¹ عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص 90.

المبحث الثاني: المقاربة البديلة لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

إن مبدأ التغيير أصبح السمة الأساسية لجميع المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية، مما فرض ضرورة انتهاج أساليب جديدة للتسيير في قطاع الصحة العمومية، من أجل الحفاظ على استمراريته وإضفاء الجودة على خدماتها وكذا تقريبها من المواطنين، بعدما باءت مجهودات السلطات العمومية بالفشل في عملية الإصلاح حيث يستوجب نجاح السياسة الصحية استراتيجية واضحة المعالم وخطة مضبوطة إلى جانب رؤية استشرافية. في المقابل اصلاح المنظومة الصحية لا يكون بمعالجة الاختلالات المالية والمادية فقط بل يجب أن يتماشى مع البيئة المحيطة بقطاع الصحة للقضاء على جميع الاختلالات، وبذلك فإن إصلاح المستشفى الذي يتميز بطابعه الاجتماعي يتماشى مع اصلاح منظومة الضمان الإجتماعي وكذا منظومة التكوين في نفس الوقت، وبهذا ستتطرق الدراسة في هذا المبحث إلى اقتراح مقاربة بديلة لإصلاح المنظومة الصحية بناءا على النماذج الصحية العالمية الناجحة.

المطلب الأول: حوكمة المؤسسات الإستشفائية

تشير الحوكمة بشكل عام إلى مجموعة الطرق والأساليب الحديثة والآليات والإجراءات والنظم والقرارات التي تضمن تفعيل مبدأ الاستقلالية والنزاهة والانضباط والعدالة والمساءلة وغيرها من مبادئ الحوكمة التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء، وتعرف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الحوكمة علة أنها: "مجموعة من العلاقات فيما بين القائمين على إدارة المؤسسة ومجلس الادارة وحملة الأسهم وغيرهم من المساهمين"¹.

¹ حفصة زنخري، الحاج عرابية، "حوكمة المؤسسات الاستشفائية كأداة لتحسين الخدمة الصحية -دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف-ورقلة"، المجلة الجزائرية للدراسات المحاسبية والمالية، المجلد 05 العدد 01، جوان 2019، ص43.

وتعد حكومة المستشفيات من المداخل الحديثة في موضوع الحوكمة، وتعتبر الأكثر حساسية وأهمية إذ أنها لا ترتبط فقط بأبعاد مالية واقتصادية بل ترتبط بجانب أسمى وأكثر تأثيراً على المجتمع، فهي مرتبطة بتوفير الرعاية الصحية لأفراد المجتمع¹، إذ يمكن اعتبار حوكمة المستشفيات مرتبطة أكثر بالنهج المؤسسي أكثر من المالي، ففي حقبة مضت كانت حوكمة المستشفيات تهتم في المقام الأول بإدارة الهياكل والبنى التحتية وتوفير الموارد، أما اليوم فقد تطورت أكثر لتركز أكثر على إدارة العمليات ودعم أنشطة الرعاية الصحية².

إن أهم القضايا المطروحة في دراسات حوكمة المستشفيات والتي تعتبر أكثر حداثة في ميدان الحوكمة، تطرقت إلى النقص الكبير في البيانات في المستشفيات وخاصة بشأن العملية الإدارية، فالبيانات المتوفرة تعتمد بدرجة كبيرة على التقارير الواردة من مدراء المستشفيات، علاوة على هذا من بين المشاكل التي تواجه دراسة حوكمة المستشفيات لا تستند في إطار مفاهيمي متين، فهي بحاجة لتحديد وتفسير أكثر من أجل تفعيلها وزيادة الالتزام بها من قبل الأطراف المعنية³.

يمكن دراسة حوكمة المستشفيات من خلال مجموعة من الأبعاد المتكاملة والتي تؤثر بدورها على تحسين جودة الخدمات الصحية، من بينها⁴:

- **مسؤوليات مجلس الإدارة:** وتشمل هيكل مجلس الإدارة وواجباته القانونية، وكيفية اختيار أعضائه ومهامه الأساسية في الإشراف على الإدارة التنفيذية، كما يعمل على مراجعة العلاقة

¹ أمال يوب وإكرام بودبزة، "حوكمة المستشفيات العمومية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر -دراسة حالة المستشفى العمومي ساعد قرمش السعودي-أحميدة عمار-سكيكدة"، المجلة الجزائرية للمالية العامة، العدد 07، 2017، ص79.

² Murphy & O-Donohoe, **hospital governance :an insight from the south east of Ireland**, IAFA annual conference, Waterford institute of technology,2006, p14.

³ أمال يوب، اكرام بودبزة، مرجع سابق، ص80.

⁴ رحيمة حوالف، كلتومة بوفتاح، "أثر تبني الحوكمة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية"، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، العدد4، 2013، ص208-230.

بين سلامة المريض وجودة الرعاية الصحية، وتقييم الأداء فيما يتعلق بالجودة وكذا اتخاذ الإجراءات عند رصد أوجه قصور في الكفاءة والتدريب لضمان جودة الفريق الطبي للمستشفى.

- دور أصحاب المصالح: وتشمل احترام حقوقهم القانونية والتعويض عن أي انتهاك لتلك الحقوق، وكذا مشاركتهم في الرقابة، ويقصد بأصحاب المصالح في المستشفى (الأطباء، الممرضين، المرضى).

- استدامة ومسؤولية المستشفى: الاستدامة هي جزء لا يتجزأ من ممارسات الحوكمة السليمة، من خلالها يضمن المستشفى الإبقاء على قدرته التنافسية وتحقيق المزيد من الكفاءة والفعالية على جميع المستويات وتخفيف المخاطر التي يمكن أن تلحق بالأطراف المعنية وذلك من خلال مجموعة من الإصلاحات في البعدين البيئي والاجتماعي.

- الإفصاح والشفافية: هي افصاح وكشف الحقائق وإطلاع أصحاب المصالح على تلك الحقائق، ومناقشة السياسات المختلفة بطرق متاحة للجميع، أي أنه يمكن الحصول عليها بحرية وبطريقة مباشرة من قبل المستفيدين منها، كما تتطلب توفير المعلومات الكافية، وذلك حسب أشكال ووسائل الفهم في الوقت المناسب، ودون تأخير.

المطلب الثاني: رقمنة المنظومة الصحية

إن المرافق العمومية في العصر الرقمي بحاجة إلى مواكبة التطورات التكنولوجية وضرورة استيعابها واستغلال التكنولوجيا الحديثة في ظل وجود إدارة جيدة التي تحسن التعامل مع تلك التقنيات وتسخيرها لصالح منظماتها وعمل خطط استراتيجية للتحويل المطلوب، وللرقمنة دور كبير في حوكمة المرفق العمومي الصحي من خلال¹:

¹ محمد عبد المنعم بربيش، "أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الأزمات من المنظور القانوني-أزمة كوفيد 19 نموذجاً"، كلية الحقوق يوسف بن خدة، جامعة الجزائر 1، نوفمبر 2020، ص248-249.

- سد الفجوة الرقمية في المرافق الصحية: باستثمار تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المتقدمة لتوصيل الخدمات الصحية للمواطنين والمؤسسات الاستشفائية التي هي بحاجة إليها بغض النظر عن الاماكن التي يتواجدون فيها أو أوقات التقدم إليها.
- تحقيق الشفافية: فالشفافية الكاملة داخل الادارات الإلكترونية هي محصلة لوجود الرقابة الإلكترونية التي تضمن المحاسبة الدورية على كل ما يقدم من خدمات، إذ تعرف الشفافية بأنها جسر يربط بين المواطن ومؤسسات المجتمع المدني، من جهة والسلطات المسؤولة عن مهام الخدمة العامة من جهة أخرى.
- القضاء على البيروقراطية: بحيث تعمل الإدارة الالكترونية على تبسيط العمليات والإجراءات داخل المؤسسات الاستشفائية والقضاء على بيروقراطية الأداء.
- تدعيم الاستثمار في موارد المؤسسة: ويتجسد هذا الاستثمار في موارد المؤسسة من خلال تقليل تكلفة الخدمات الصحية والأعمال والمعلومات الحكومية وما يصاحبها من اجراءات متعددة.

ولتطبيق الرقمنة على القطاع الصحي يتطلب ما يلي¹:

- وضع استراتيجيات وخطط التأسيس: والتي يمكن أن تشمل إدارة أو هيئة على المستوى الوطني لها وظائف التخطيط والمتابعة، والتنفيذ لمشاريع الحكومة الالكترونية، وفي هذه المرحلة لا بد من توفر الدعم والتأييد من طرف الإدارة العليا في الهرم الإدارة (وزارة الصحة)، مع توفير مخصصات مالية كافية لإجراء التحول المطلوب.
- توفير البنية التحتية الإلكترونية من خلال تطوير شبكات الاتصالات، بما يتوافق مع بيئة التحول التي تستدعي شبكة واسعة ومستوعبة للكلم الهائل من الاتصالات، دون اهمال التجهيزات التقنية الأخرى من معدات وأجهزة.

¹ أحمد عبد المنعم بربش، مرجع سابق، ص250.

- تطوير التنظيم الإداري بالمنظومة الصحية والخدمات بإعادة تنظيم الجوانب والمحددات الهيكلية.
 - متطلبات الكفاءة والمهارات المتخصصة من خلال يد عاملة مؤهلة، تمتلك زادا معرفيا يحيط بمبادئ التقدم التقني.
 - وضع التشريعات اللازمة لتطبيق الإدارة الالكترونية .
- وإلى جانب المتطلبات التي سبق ذكرها يستحيل تطبيق الرقمنة حتى لو توفرت الامكانيات والموارد المادية والمعنوية دون توفر إرادة سياسية حقيقية وقيادة إدارية، لذلك فإن الحكومة الالكترونية تتطلب توفر قيادة سياسية وإدارية قوية تلتزم علنيا بدعم الجهود التي تؤدي للتحويل نحو الحكومة الالكترونية من خلال توفر الجهد والوقت والمال والموارد والمناخ السياسي والاقتصادي والاجتماعي والتكنولوجي الذي يسهم بإطلاق القدرات العاملة¹، فعلى سبيل المثال تمثل مبادرة الإدارة الالكترونية العامة في دولة الإمارات العربية المتحدة على الصعيد العربي احدى النماذج التي وجدت تجنيد سياسي وإرادة لدى القيادة، التي سرعان ما تحولت إلى واقع ملموس.

من هنا يمكننا القول أن رقمنة المنظومة الصحية أصبحت ضرورة ملحة يفرضها الواقع لعصرنة التسيير وترشيد النفقات إضافة إلى تبني رؤية استشرافية لميزانية المستشفيات، وكذا تحسين الخدمات المقدمة للمريض، ومعالجة الاختلالات المتعلقة بالتسيير والتنظيم، وقد كانت الجلسات الأخيرة لعصرنة المنظومة الصحية توجت بعدة توصيات، أهمها إعداد استراتيجية وطنية للصحة والرقمنة ومرافقتها بإطار قانوني، مع الاسراع في إنشاء الوكالة

¹ سحر قدور الرفاعي، "الحكومة الالكترونية وسبل تطبيقها: مدخل استراتيجي"، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، جامعة المستنصرية، بغداد العراق، العدد 07، 2009، ص308.

الوطنية لرقمنة القطاع وتقنين رقمنة الملف الطبي للمريض وتعميم استعمال رقم تعريف وطني في المجال الصحي¹.

المطلب الثالث: النظام التعاقدى

الفرع الأول: مفهومه

المنظمة العالمية للصحة OMS: هو تعهد أو عقد بشكل اتفاق بين متعاملين اقتصاديين (أو أكثر) بواسطته يلتزمان بالتخلي أو التملك، أو عدم القيام ببعض الأشياء، فالعقد هنا هو ارتباط إرادي لشركاء مستقلين².

التعاقد يعني إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مموليتها بأداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها، ويهدف التعاقد إلى: التحكم في النفقات، تحسين نوعية العلاج، تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية للصحة مع مموليتها، التحكم في النظام الصحي، احترام مبدأ تدرج العلاج³.

الفرع الثاني: أسباب التعاقد: هناك أسباب عامة للتعاقد من بينها: الالهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية، توصيات المنظمات العالمية، ادخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية⁴. أما فيما يخص أسباب التعاقد مع صندوق التضامن الإجتماعي CNAS: فيرجع ذلك إلى¹:

¹ملتقى وطني حول تجديد المنظومة الصحية، الجزائر، 2022، www.sante.gov.dz، تاريخ الإطلاع 15-03-2022 على الساعة 16:50.

² Ibrahim foudi, **la contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain: état des lieux**, mémoire de magister en sciences économiques, (université Abderrahmane mira de bedjaia, faculté des sciences économiques, sciences de gestion et des sciences commerciales, 2011), p29 .

³ عمر خروبي بزارة، مرجع سابق، ص 89.

⁴ أمال بعبيط، "التعاقد كبرنامج رقمي في المنظومة الصحية-دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي باتنة-"، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد 11 العدد 01، 2021، ص 499.

- الارتقاء المستمر في مساهمات الضمان الاجتماعي لتغطية المصاريف الوطنية للصحة.
- الوضعية المالية الصعبة للضمان الاجتماعي.
- عدم الشفافية في استخدام الأموال المقدمة من طرف الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانية مؤسسات الصحة العمومية بغلاف مالي ثابت يسمى "جزافية المؤسسات"، ومحدد بقانون المالية، وتدفع كل سنة دون برنامج مسطر لكيفية استغلال هذه المساهمات، والتي ترتفع من سنة لأخرى.

إن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومموليها تستلزم إنشاء مؤسستين هامتين:

- **الوكالة الاستشفائية ARH**: يسيروها مجلس الإدارة متكون من: ممثل الإدارة الوصية، ممثل الجماعات المحلية التي تتواجد بها القطاعات الصحية، ممثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية، ممثل مستخدمي الصحة².

- **الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي ANAES**: تنصيب الوكالة ضرورة يمكن بفضلها التحكم في النفقات العلاجية وأهم المهام المنوطة بها هي³:
 - مراقبة وتقييم فرعية الخدمة الصحية وكذا مراقبة تدرج العلاج.
 - توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الاستشفائية.
 - تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة.
 - اعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.
 - وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضا وضع سياق للإنتاج.

¹ المرجع نفسه.

² أمال بعيظ، مرجع سابق، ص 500.

³ عميروش بوشلاغم وآخرون، "دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 02، ص 322.

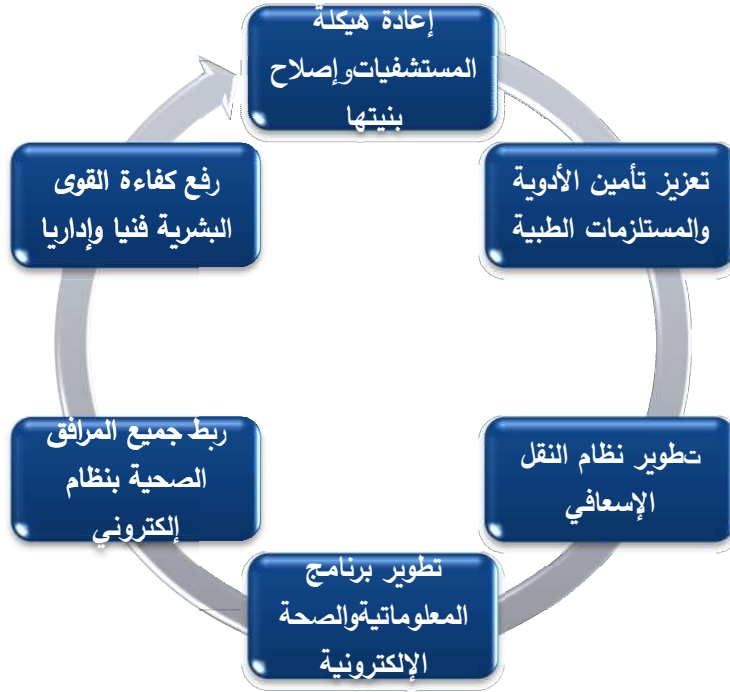
الفرع الثالث: الإصلاحات اللازمة في نظام التعاقد

- التركيز على التكوين النوعي الخاص لمستخدمي الأسلاك الطبية والشبه الطبية.
- الصرامة في توزيع بطاقات المؤمنین اجتماعيا، وبطاقات المعوزین لتسهيل تحديد هويات المرتفقين.
- تنظيم حملات مزدوجة بين قطاع الصحة وقطاع الضمان الاجتماعي.
- أن تكون العملية التعاقدية لا مركزية وإضفاء نوع من الاستقلالية عليها، والعمل بواقعية، وذلك بعدم انشاء عقد بين وزارة الصحة ولضمان الاجتماعي فقط، بل بترك المجال لإنشاء عقود على المستوى اللامركزي بين المؤسسات العمومية للصحة وهيئات الضمان الاجتماعي.
- إعادة النظر في القانون الأساسي للمؤسسات العمومية للصحة بجعلها ذات طابع إداري تتماشى مع قواعد التسيير المتوخاة من تطبيق هذا النظام.
- إقامة نظام حوافز للمستخدمين لرفع حماسهم وتشجيعهم.
- مرونة النصوص التنظيمية لتمكين المسير من تكييف المؤسسة مع احتياجات الصحة على المستوى المحلي.

المطلب الرابع: استراتيجية بديلة لإصلاح المنظومة الصحية

إصلاح المنظومة الصحية أصبح ضرورة حتمية، ونجاح المنظومة الصحية مربوط بسياسة صحية مضبوطة بخطة وإستراتيجية متكاملة واضحة المعالم، وبذلك حاولت الدراسة اقتراح استراتيجية جديدة بناء على عدة نماذج سابقة للسياسات الصحية الناجحة في العالم، من بينها نموذج المملكة العربية السعودية.

الشكل رقم 07: آليات بناء سياسة صحية ناجحة



المصدر: من اعداد الباحثة، بناءا على نموذج المملكة العربية السعودية المتحدة.

1- إعادة هيكلة المستشفيات وإصلاح بنيتها: لتخفيف الضغط على المؤسسات الاستشفائية

الجامعية، وتكون إعادة الهيكلة عن طريق الاستفادة المثلى من المؤسسات الاستشفائية الصغيرة، وتدعيم المستشفيات القائمة عن طريق إنشاء مستشفيات جديدة، مع الأخذ بعين الاعتبار الموقع الذي تتمركز به هذه المستشفيات، هل هي داخل المدن أو خارجها أو مناطق بعيدة، وعدد المواطنين الذي يخدمهم كل مركز، إلى جانب الخدمات التي يقدمها المركز الصحي، وتستند عملية توزيع المراكز الصحية إلى مجموعة من الأسس والمعايير وهي كالتالي:

- عدالة توزيع المراكز بين المناطق أي الشمال والجنوب والهضاب حسب عدد سكان المنطقة.

- سهولة الوصول للخدمة الصحية.

- توفير الخدمات الصحية للسكان بتكلفة معقولة.

- الكفاءة الإقتصادية في التشغيل.

2- **تقوية نظام النقل الإسعافي بين المرافق الصحية:** يعتبر النقل الإسعافي من أحد ركائز السياسة الصحية، حيث يكون له الدور الرئيسي في نقل الحالات من مرفق صحي لآخر، وبالتالي يكون له دور رئيسي في تكامل الخدمات التي يمكن أن تقدم للمواطن، من خلال تأمين وسائل النقل مجهزة بتجهيزات مناسبة لكل مرفق صحي حسب مستوى الخدمات المقدمة، وسرعة الإستجابة للحالات الطارئة، المساهمة في تقديم وتوفير الخدمات المخصصة في الوقت المناسب، ومن بين المحاور التي يجب أن يركز عليها النقل الإسعافي ما يلي:

• قاعدة البيانات.

• تهيئة البنية التحتية، من خلال (أجهزة حاسب آلي، برامج التشغيل، أجهزة الاتصالات، نظام

(GPS

• تأمين السيارات المطلوبة.

• إعادة وتأهيل القوى العاملة.

3- **تطوير برامج المعلومات الصحية والصحة الالكترونية:** في الوقت الذي أصبح فيه

للمعلومات الصحية دور هام في جميع الاجراءات الصحية، بدءا من الوقاية ومرورا بالتشخيص وحتى العلاج، لا تزال أغلبية المستشفيات والمراكز الصحية تعمل بالنظام اليدوي في أعمالها الإدارية والمالية والصحية، كما أن الدراسات والأبحاث حول وبائيات الأمراض والمشكلات الصحية وقضايا النظام الصحي تحتاج إلى معلومات حديثة ومؤقتة، وبدون توفر نظام معلومات متكاملة سيكون من الصعب الوصول إلى نتائج دقيقة يمكن الاعتماد عليها في مكافحة هذه الأمراض.

4- **تنمية القوى البشرية:** من خلال تنظيم دورات تكوينية لمستخدمي الأسلاك الطبية والشعب

الطبية والإدارية مع التركيز على المحاور التالية:

- إدارة الأزمات والطوارئ.

- إدارة المعلوماتية الصحية.
 - إدارة ضغوط العمل وحل المشكلات .
 - اقتصاديات الصحة وحساب التكاليف.
 - مهارات التواصل والاتصال والتعامل مع المرضى.
 - أسس الإدارة الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي ومهارات القيادة واتخاذ القرار.
 - تنظيم ورشات عم لجميع الفئات الطبية والإدارية لتهيئتهم لتحقيق أهداف المنظومة.
- 5- **تعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية:** في الوقت الذي تتصاعد فيه تكاليف الخدمات الصحية نتيجة التطور المتسارع في المجال الطبي والتكنولوجي مما أضاف أعباء اقتصادية كبيرة جدا، نتيجة الارتفاع الكبير في تكلفة الأجهزة الحديثة والأدوية فضلا عن التجهيزات الطبية الأخرى.
- 6- **ربط جميع المرافق الصحية بنظام إلكتروني:** لنشر ثقافة العمل المؤسسي وإعادة هيكلة الوزارة ومرافقها بما يخدم ذلك مع التركيز على تفعيل دور إدارات المراقبة الإدارية والمالية، إضافة إلى وضع أنظمة اللازمة لجميع المرافق الصحية وتوحيدها، والاهتمام بالقطاع الخاص ومراقبة أدائه، مع الاعتماد على أسلوب علمي في تقييم الأداء واتخاذ القرارات عبر اجراء البحوث الطبية، ووضع برنامج لقياس مدى رضا المستفيدين من الخدمة وتطبيقه على جميع مرافق الوزارة بصورة دورية.
- يتطلب نجاح هذا المشروع دعم مالي من خلال الميزانية المعتمدة له أو من مصادر التمويل الصحية المختلفة كالتأمينات أو مصادر التمويل الخارجية التي تمنح في شكل هبات أو قروض، وعقد سلسلة من اللقاءات التعريفية للعاملين في وزارة الصحة والمرافق الصحية لتعريفهم بأهداف البرنامج، وتشكيل مجموعات فنية من الخبراء والمتخصصين من داخل الوزارة وخارجها لإعداد اجراءات وسياسات تنفيذ المشروع .

خلاصة واستنتاجات:

من خلال ما سبق يمكن القول بأن المنظومة الصحية لا يجب النظر إليها من زاوية واحدة أي المستشفى وما يقدمه من علاج، والمشكلة التي يعاني منها النظام الصحي الجزائري ليست شكلية تتعلق بالتمويل فقط، بل هي أعمق من ذلك تتعلق بالتنظيم وسوء التسيير بين مختلف مكونات المنظومة والبيئة المحيطة بها، فإصلاح الجانب المادي والتقني وإهمال الجانب الاجتماعي والمهني للعمال لا يمكن أن يكون إصلاحا.

وتعتبر سياسة الإصلاح التي اعتمدها الدولة من خلال مخططاتها ومشاريعها خالية من أهداف معينة، وبأسلوب آخر هي برامج ترقية فقط ليس لها أهداف واضحة، فبناء سياسة صحية ناجحة أو القيام بعملية إصلاح فعالة تستوجب استراتيجية واضحة المعالم مرفقة بخطط مضبوطة، ودراسة كل جوانب، فالتركيز على جانب واحد وإهمال الجوانب الأخرى يؤدي حتما إلى الفشل في تحقيق الأهداف المخطط لها.

من هنا نستنتج أن المنظومة الصحية بحاجة إلى إصلاحات عميقة تتماشى مع إصلاح منظومة الضمان الاجتماعي ومنظومة التكوين في آن واحد، ومواكبة التطورات بتفعيل نظام الرقمنة وإرساء قواعد حوكمة المستشفيات وكذا الاعتماد على النظام التعاقدى كأسلوب لتمويل المنظومة الصحية مع سد الثغرات التي تعرقل تطبيقه بصفة جيدة، إضافة إلى محاولة الاستفادة من التجارب العالمية السابقة للنهوض بالقطاع.

الخاتمة:

انطلقت الدراسة من إشكالية رئيسية تمحورت حول الوضعية الاجتماعية والمهنية التي يمارس في ظلها الاطباء المقيمين مهامهم في المؤسسات الاستشفائية، حيث توصلت الدراسة إلى أن ظروف عمل الأطباء المقيمين وخصوصية الخدمة المدنية التي فرضت عليهم، إضافة إلى طبيعة التكوين الطبي الذي يمكن وصفه على أنه لا يتماشى مع متطلبات التكوين العالمية، كل هذه أدت إلى عدم استقرار القطاع الصحي وظهور أزمات متكررة، فرغم التطور الذي شهدته المنظومة الصحية بعد الاستقلال منذ استرجاع السيادة الوطنية، الذي مس الارتفاع في عدد الأطباء والشبه الطبيين، الأمر الذي زاد من معاناتهم وتعرضهم الدائم للمشاكل والصعوبات المادية والمعنوية، إلى جانب الاعتداءات المتكررة المؤدية إلى فقدان رمزية الطبيب الجزائري، وبالتالي أصبح من الضروري إعادة النظر إلى هذه الفئة المهمة من المجتمع ومحاولة توفير الحد الأدنى من الاهتمام لها وتوفير الامكانيات اللازمة التي تتيح لهم العمل بكل أريحية.

كما أسفرت هذه الدراسة فما يخص واقع المنظومة الصحية في الجزائر التي تبنت استراتيجية ترقية ذات أهداف عقيمة، وبعد الهياكل الصحية المتوفرة عن المعايير الدولية، مع غياب إدارة سياسية في مجال إصلاح المنظومة الصحية، وبالتالي فإن ضعف هذه الأخيرة وعدم استجابتها لمتطلبات السكان قد يجعلها غير قادرة على تقديم الخدمات الصحية الضرورية لاحتواء الأزمات الصحية، وكذا غير قادرة على حماية الأسلاك الطبية والشبه الطبية، هذا الواقع فرض من شأنه ضغوطات إضافية على الطواقم الصحية، وأدى إلى أزمات وإضرابات، مما جعل من اجراء اصلاحات عميقة ضرورة حتمية لا مفر منها.

فالإصلاحات التي طال انتظارها في قطاع حساس على غرار قطاع الصحة لم تأت بعد، فمنذ الاستقلال اكتفت الحكومة بإجراء تعديلات طفيفة لمنظومتها الصحية لمواجهة الأمور المستعجلة، الأمر الذي استدعى اقتراح وإدخال تعديلات لتعزيز قدرات المنظومة الصحية

في مجال التخطيط للطوارئ الصحية وتعزيز الإستجابة للأزمات من خلال قيادة نظام متعدد الأساس للتنسيق والتأهب لضمان اتخاذ اجراءات اللازمة وكذا تمكين المنظومة في مجال التصدي للأزمة.

توصيات:

- تسليط الضوء على الطبيب الجزائري، وإيلائه قدرا من الأهمية، مع توفير الأمن والحماية اللازمة لاسترجاع رمزيته.
- إعادة النظر في نظام تكوين الأطباء المقيمين، مع تقديم المزيد من الاهتمام من طرف الأطباء المؤطرين.
- تعديل قانون الخدمة المدنية، الذي يتماشى مع الحالة الاجتماعية للطبيب المقيم، مع الأخذ بعين الاعتبار عامل الأجر والتنقل.
- العمل على إعادة النظر في طريقة التسيير الاستشفائية والطب المجاني، حيث يصبح المواطن يعرف بأن الخدمة العلاجية مرهونة بنوعية تفاعله مع الوسط الإستشفائي وليس بالتداول على الأطباء، مع تطبيق أدوات الردع والمتابعة القضائية بكل صرامة ضد كل أنواع الاعتداءات في القطاع الصحي.
- تزويد الأطباء بالإمكانيات المادية والمعنوية التي تتيح لهم العمل بكل أريحية.
- ضرورة إنشاء معاهد وطنية لصحة مهمتها التصدي والتأهب وإمكانية التنبؤ للأزمات الصحية.
- ضرورة التوجه نحو حوكمة صحية متينة كإطار للتأهب للطوارئ الصحية.
- ضرورة تقديم الدولة للمساعدات المالية إلى المؤسسات العمومية للصحة وكذا صناديق الضمان الاجتماعي في حالة تعرضها في البداية إلى صعوبات أو مشاكل مالية للحفاظ على القطاع العمومي إلى جانب القطاع الخاص.

الملحق رقم 01: دليل مقابلة

مقابلة مع السيد (ة):الصفة/الوظيفة:
مكان المقابلة: التاريخ:/...../..... التوقيت:

إشراف الأستاذة: حاجة أمال

إعداد الطالبة: بلهادف مروى

السيد (ة) المحترم:

تحية طيبة:

نشكر لكم قبول إجراء مقابلة معنا ومنحنا من وقتكم خدمة للبحث العلمي، وذلك في إطار أطروحة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية حول موضوع: إدارة الأزمات الصحية -تسيير المسار المهني للأطباء المقيمين بين الخدمة المدنية وتحديات ظروف العمل-، نرجوا من سيادتكم التعاون معنا وتزويدنا بالمعلومات اللازمة من خلال الأسئلة التي سنوجهها لكم.

الأسئلة:

- ما رأيك في التكوين الطبي في الجزائر؟ وهي يتماشى مع متطلبات التكوين العالمية؟
- ما هي المعوقات التي تواجه الأطباء في مسارهم المهني؟
- ماهي الأسباب وراء الأزمات والإضرابات المتكررة التي يعيشها الأطباء اليوم؟
- ماهو السبيل لتحسين الوضعية المهنية والاجتماعية للأطباء؟
- في رأيك كيف تتم معالجة الأزمات التي تشهدها المنظومة الصحية؟

الملحق رقم 02: الهياكل الصحية في الجزائر لسنة 2021

STRUCTURES DE SANTE EN ALGERIE

PUBLIQUES :

1 – HOSPITALIERES :

313 établissements hospitaliers, avec :

- 15 CHU
- 1 EHU
- 09 EH
- 83 EHS
- 207 EPH

2 – EXTRA-HOSPITALIERES :

273 établissements de santé de proximité, avec :

- 1.706 polycliniques
- 6.207 salles de soins
- 420 Maternités intégrées :
 - o 406 Au niveau de polyclinique
 - o 7 Au niveau de salles de soins
 - o 16 Autonome

Type établissements	Nb	Nb de lits	Nb de global
CHU + EHU	15 + 1	14.525	77.018 lits
EH	09	1.533	
EPH	207	40.506	
EHS	83	13.384	
EPSP	273	7.070	
EHP	208	6.183	

الملحق رقم 03: طلب تسوية أوضاع الأطباء المقيمين



الملحق رقم 04: تعويض المناوبة للأطباء المقيمين

يقوم بها كل عون في الشهر بست (6) مناوبات.

غير أنه، يمكن رفع عدد المناوبات المحدد في الفقرة أعلاه، في حالة الضرورة القصوى للمصلحة، إلى عشر (10) مناوبات بالنسبة للممارسين الطبيين العاملين والمتخصصين والمستخدمين شبه الطبيين، بمقرر من رئيس المؤسسة، بعد رأي المجلس الطبي أو المجلس العلمي.

مرسوم تنفيذي رقم 13-195 مؤرخ في 10 رجب عام 1434 الموافق 20 مايو سنة 2013، يتعلق بالتعويض عن المناوبة لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية للصحة.

جدول مبالغ تعويض المناوبة

فئات المستخدمين	أيام العمل	الجمعة والسبت	أيام الأعياد
أستاذ استشفائي جامعي	5.000 دج	5.600 دج	6.000 دج
أستاذ محاضر استشفائي جامعي الصنف "أ" وممارس متخصص ورئيس للصحة العمومية	5.000 دج	5.300 دج	5.700 دج
أستاذ محاضر استشفائي جامعي الصنف "ب" وممارس متخصص رئيسي للصحة العمومية	4.700 دج	5.000 دج	5.400 دج
أستاذ مساعد استشفائي جامعي وممارس متخصص مساعد في الصحة العمومية	4.300 دج	4.600 دج	5.000 دج
ممارس عام في الصحة العمومية ومقيم	3.500 دج	3.800 دج	4.200 دج
شبه طبي في الصحة العمومية	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج
قابلة في الصحة العمومية	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج
عون طبي في التشخيص والإنتعاش في الصحة العمومية	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج
تفلسفي في الصحة العمومية	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج
فيزيائي طبي في الصحة العمومية	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج
بيولوجي في الصحة العمومية	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج
شبه طبي مؤهل و مساعد تمريض	1.500 دج	1.800 دج	2.200 دج
مدير المناوبة :			
- أمين عام و مدير ومدير وحدة بالمركز الاستشفائي الجامعي . - أمين عام و مدير على مستوى المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوههران.	3.000 دج	3.300 دج	3.700 دج
- مدير فرعي و رئيس مكتب بالمركز الاستشفائي الجامعي وبالمؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران. - مدير فرعي و رئيس مكتب بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية.	2.100 دج	2.400 دج	2.800 دج

قائمة المراجع:

• مراجع باللغة العربية:

1- المنشورات الرسمية :

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم رقم 82-492 المتضمن شروط الالتحاق بدورة الدراسات الطبية للأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان المقيمين وتنظيمها، المؤرخ في 18 ديسمبر 1982م.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، المؤرخ في 16 ذو القعدة 1439هـ الموافق لـ 29 يوليو 2018م.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 74، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 11، المرسوم التنفيذي رقم 256-18 المؤرخ في 11 أكتوبر 2018، يحدد كفاءات الخدمة المدنية بالنسبة للأطباء المقيمين.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 11-236 المتضمن القانون الأساسي للمقيم في العلوم الطبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 38، 6 شعبان عام 1432هـ-6 يوليو 2011م.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، المؤرخ في 06 جويلية 1992م.

2- الكتب:

- حاروش نور الدين، الإدارة الصحية وقف نظام الجودة الشاملة عمان، الأردن: كلية العلوم السياسية والإعلام، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1433هـ-2012م.
- حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر: جسر قسنطينة، دار كتامة للكتاب، عمارة رقم 5، ديسمبر 2005.

- ديدان مولود، مباحث في القانون الدستوري والنظم السياسية، الجزائر: الطبعة الأولى، دار النجاح للكتاب، 2005.
- رياض عبد القادر بورزان آية، إدارة الأزمات، سوريا: الجامعة الافتراضية السورية، دار النشر رخصة المشاع المبدع ، الطبعة الرابعة، 2021.
- عثمانة صلاح، التنمية الشاملة مفاهيم ونماذج، الأردن: إربد، مؤسسة دار العلماء، ط1، 1997.

3- مقالات في المجالات:

- أزروال يوسف، "الأمن الإنساني: دراسة نظرية"، جامعة العربي تبسي-تبسة، كلية الحقوق والعلوم السياسية.
- بربار نور الدين، "إصلاحات الضمان الاجتماعي في الجزائر وأثرها على توازناته المالية"، الملحق الجامعية قصر الشلالة، جامعة ابن خلدون-تيارت- الجزائر، 15-01-2019.
- برحو فافة سهيلة، "إصلاح المنظومة الصحية-واقع وآفاق-، مجلة دراسات استراتيجية، العدد 06، الجزائر، 2009.
- بريش محمد عبد المنعم، "أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الأزمات من المنظور القانوني-أزمة كوفيد 19 نموذجا-"، كلية الحقوق يوسف بن خدة، جامعة الجزائر1، نوفمبر 2020.
- بعبط أمال، "التعاقد كبرنامج رقمي في المنظومة الصحية-دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي باتنة-"، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد 11 العدد01، 2021.
- بلخيري سليمة وآخرون، "المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية"، جامعة زيان عاشور الجلفة، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية، العدد الاقتصادي 36-01.
- بن حفصة عبد الله، "الضغوط المهنية وعلاقتها بجودة الحياة لدى الأطباء (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي-تلمسان" جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان.
- بن سليمان عمر، "السياسات الصحية في الجزائر بين البعدين الوقائي والعلاجي"، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 10، العدد 02، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، سبتمبر 2019.
- بن عمار محمد صالح وبن عمار عبد السلام، "الأخلاقيات الطبية"، جمعية الطب العالمية، 2005.

- بوحنتية قوي وحسيني محمد العيد، "السياسة العامة الصحية في الجزائر- دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012"، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ورقلة.
- بوراس توفيق و بلخير آسيا، "إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: أزمة الكوليرا والكورونا"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021.
- بوشلاغم عميروش وآخرون، "دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 02.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر اليوناني، العدد 06، جويلية 2004.
- الحفنى سامح أحمد زكي، "إدارة الأزمات"، مجلة البحوث المالية والتجارية، العدد الثاني، جامعة بورسعيد، كلية التجارة، 2017.
- حمايزية لامية وزرقين عبود، "التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري-دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب-"، جامعة العربي بن مهيدي-أم بواقي، 2015.
- حمقاني مباركة، "أساليب وأدوات تجميع البيانات، مجلة الذاكرة"، المخبر التراث اللغوي والأدبي في الجنوب الشرقي الجزائري، العدد التاسع، جوان 2017.
- حوالمف رحيمة، "واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات"، جامعة تلمسان، العدد 06-2017.
- حوالمف رحيمة، بوفتاح كلتومة، "أثر تبني الحوكمة على نجاح تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية"، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، العدد 4، 2013.
- خلفة نصير، "محاضرات في منهجية وتقنيات اعداد البحوث في العلوم السياسية"، مطبوعة بيداغوجية لطلبة السنة الأولى ماستر علوم سياسية ، السداسي الثاني، جامعة ابن خلدون-تيارت ، كلية الحقوق والعلوم السياسية.
- دريسي أسماء، "تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال فترة 2004-2013"، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية"، العدد 06، 2015.
- رحالي حجيلة وبوخالفة رفيقة، "التنمية من مفهوم تنمية الاقتصاد إلى مفهوم تنمية البشر"، مجلة العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة تيبازة، 2017.

- زنخري حفصة والحاج عرابة، "حوكمة المؤسسات الاستشفائية كأداة لتحسين الخدمة الصحية -دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف-ورقلة"، المجلة الجزائرية للدراسات المحاسبية والمالية، المجلد 05 العدد 01، جوان 2019.
- شايب سعاد، "تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية: واقع وتحدي"، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد 16، ديسمبر 2016.
- شرفة لياس و بوطغان ليلي، "إدارة الأزمات أساليب ومعوقات"، مجلة تاريخ العلوم، العدد 11، مارس 2018 .
- عبد القادر خريش، "التحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزي "MICHEL CROZIER" النظرية والمفاهيم"، جامعة سعد دحلب البليدة، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، العدد 16، جوان 2007.
- غرابية فضيلة، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر -تحديات وإنجازات-"، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد الحادي عشر، جامعة عنابة.
- قدور الرفاعي سحر، "الحكومة الالكترونية وسبل تطبيقها: مدخل استراتيجي"، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، جامعة المستنصرية، بغداد العراق، العدد 07، 2009.
- قهواجي أمينة، "دور القيادة الادارية في ادارة الأزمات"، جامعة محمد بوقرة"، بومرداس.
- كرمين سميرة، "تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر -دراسة تحليلية"، مجلة البحوث والدراسات التجارية"، مجلد 05 عدد 02، جامعة معسكر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، 15-10-2021.
- مانع فاطمة، "أسباب هجرة الكفاءات الجزائرية وآثارها السلبية على التنمية"، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد 15، المجلد 02-2016.
- محمد العيد، "السياسة العامة الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012"، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ورقلة.
- معوان مصطفى، "المسؤولية الإدارية للطبيب عن الأعمال الطبية الاستشفائية"، مجلة الاجتهاد القضائي، العدد الثاني، جامعة جيلالي اليابس، كلية الحقوق.
- مغراوي لقمان، "الاعتراف بالحق في الصحة في الجزائر"، مطبوعة محاضرات في مقرر السياسات العامة القطاعية، تخصص السياسات العامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2021-2022.
- مغراوي لقمان، "صناعة السياسات الصحية في عالم متغير دراسة حالة الجزائر"، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 01-06-2014.

- مغراوي لقمان، مطبوعة محاضرات في مقرر السياسات العامة والاستشراف تخصص سياسات عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، جامعة الجزائر 3، 2021-2022.
 - نايلي نفيسة، "الرأي العام في الجزائر بين الصحافة الالكترونية وصحافة المواطن-دراسة تحليلية من خلال قضية اضراب الأطباء المقيمين-"، المجلة الجزائرية لبحوث الاعلام والرأي العام، المجلد رقم 02، العدد 02، ديسمبر 2019.
 - يوب أمال وبودبزة إكرام، "حوكمة المستشفيات العمومية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر -دراسة حالة المستشفى العمومي ساعد قرمش السعودي-أحميدة عمار، سكيكدة"، المجلة الجزائرية للمالية العامة، العدد 07، 2017.
- 4 - **مذكرات والرسائل الجامعية:**
- بليمي عائشة عفاف صحة، التكوين على استعمال التكنولوجيات والوسائط الحديثة للمعلومات لدى الأطباء المقيمين وتأثيره على تنمية الأعمال والأبحاث: دراسة ميدانية بالمستشفيات الجامعية للجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، جامعة قسنطينة 2: معهد علم المكتبات والتوثيق، 2017.
 - بوراس عفاف، السياسات العامة الصحية في الجزائر من 1999 إلى 2009، مذكرة ماستر ، جامعة العربي بن مهدي -أم بواقي-، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2014-2015.
 - خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-2000)، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة الجزائر 3، كلية العلوم السياسية والاعلام، 2010-2011.
 - شايب سعاد، الطبيب في القطاع العام بين أداء المهنة وظروف العمل، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 02، كلية العلوم الاجتماعية 2008.
 - شايب سعاد، تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 02: كلية العلوم الاجتماعية، 2017-2018.
 - العباسي إيمان، واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص 2001-2017، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، تخصص سياسات عامة، 2019-2020.

- العجال ليلي، واقع التنمية وفق مؤشرات الحكم الراشد في المغرب العربي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية غير منشورة، تخصص الديمقراطية والرشادة، جامعة قسنطينة، كلية الحقوق وعلوم السياسية، 2009-2010.
- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى قطاع الصحة بالجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2017.
- فرد حياة، تقييم السياسة التعليمية في الجزائر 2003-2013، مذكرة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 3، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2014-2015.
- قماروي عز الدين، الأنماط الجديدة لتأسيس المسؤولية في مجال الطبي(دراسة مقارنة)، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في القانون العام غير منشورة، جامعة وهران، كلية الحقوق والعلوم السياسية 2012-2013.
- مقدم طارق، اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية منشورة، جامعة الجزائر، فرع إدارة الأعمال، 2008.

4- المقابلات:

- مقابلة مع بن عكنيو صبرينة، طبيبة مقيمة بمصلحة الأمراض السرطانية، حول المسار المهني للأطباء المقيمين وظروف عملهم، مستشفى الجامعي مصطفى باشا، الجزائر 04-04-2022 على الساعة 11:15.
- مقابلة مع بوعولان رشيد طبيب مقيم في مصلحة جراحة العظام والكسور، المسار المهني للأطباء المقيمين وظروف عملهم، مستشفى فرانز فانون البليدة، 07-04-2022 على الساعة 13:30.

5 - المواقع الالكترونية:

- Independent عربية، هجرة الأطباء الجزائريين، www.independentarabia.com.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1963، مجلس الأمة، www.majliselouma.dz.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976، رئاسة الجمهورية، www.el-mouradia.dz.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1989، رئاسة الجمهورية، www.el-mouradia.dz.
- الديوان الوطني للإحصائيات، www.ons.dz.

- رئيس الجمهورية "عبد المجيد تبون"، مؤتمر حول تجديد المنظومة الصحية، الجزائر 2022، قصر المعارض، www.sante.gov.dz.
- الصفحة الرسمية للتنسيقية الوطنية للأطباء المقيمين، "مطالب الأطباء المقيمين"، www.facebook.CNMR.com.
- الطب، موقع المعرفة، m.marefa.org.
- عرب سايكولوجي، نظرية الدور THE ROLE THEORY، arabpsychology.com.
- علام هشام، رئيس التنسيقية الوطنية للأطباء المقيمين CNMR، الصفحة الرسمية، www.facebook.CNMR.com.
- مبعث للدراسات والاستشارات الأكاديمية، "بحث حول المنهج الوصفي"، [/ / mobta3ath.com](http://mobta3ath.com).
- https:
- مفهوم الطب اصطلاحا، المكتبة الشاملة الحديثة، book/al-maktaba.org.
- المنهج الاحصائي، موقع اعداد رسائل الماجستير والدكتوراه، www.master-theses.com.
- مهنة الطب، [baytdz.com pdf//https://](http://baytdz.com/pdf//https://).

• مراجع باللغة الأجنبية:

1- المنشورات الرسمية:

- R.A.D.P, ministère de santé, de la population et de réforme hospitalière, Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009, Alger, novembre 2004.
- R.A.D.P, ministère de santé, de la population et de réforme hospitalière, Développement du système national de santé, stratégies et perspectives, Alger, 2014.

2- المقالات:

- Abbou Youcef et brahmia Ibrahim, le système de santé algérien entre la gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, insaniyyet, n :75-76, juin 2017.
- Guedjati Mohamed Reda, L'évaluation des programmes de graduation de médecine, l'expérience non institutionnelle à la faculté de médecine de Batna, Batna, université de Batna el hadj lakhder, Département de sciences de terre et de l'univers, 2016 .

- Murphy & O-Donohoe, hospital governance :an insight from the south east of Ireland, IAFA annual conference, Waterford institute of technology,2006.
- Ziani Zoulikha et Ziani Lila,**le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie**, faculté des sciences économiques et commerciales et de gestion", université Hassiba Benbouali- Chlef, le 03 et 04 Décembre 2012.

3- المذكرات والرسائل الجامعية:

- Foudi Ibrahim, **la contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain :état des lieux**, mémoire de magister en sciences économiques, université Abderrahmane Mira de Bedjaia, faculté des sciences économiques, sciences de gestion et des sciences commerciales,2011.

4- المواقع الالكترونية:

- Ibrahamia Brahim & Khoukha : Le système de Santé Algérien face à la transition sanitaire ;prise en charge et financement , pp19-20, [https : // www.eiseverywhere.com](https://www.eiseverywhere.com).
- Les medecins résidents, Algérie presse service,03aout 2019, www.aps.dz .
- Plate forme de revendications des résidents en sciences médicale « médecine- médecine dentaire- pharmacie » [https//www.chu-mustapha.dz](https://www.chu-mustapha.dz).

ملخص:

تهدف الدراسة إلى إبراز أهمية نظم إدارة الأزمات الصحية في الحفاظ على الصحة العمومية وتحقيق الأمن الصحي، من خلال التخطيط للحالات التي يمكن تجنبها، وإجراء التحضيرات للأزمات التي يمكن التنبؤ بحدوثها في إطار توفر جملة من الإجراءات والشروط لنجاح هذه الإدارة، وقد كانت محاولات السلطات العمومية الجزائرية في هذا الإطار تسيير بخطى بطيئة وأهداف غير واضحة، هذا ما جعل المنظومة الصحية تشهد العديد من الأزمات المتتالية على غرار أزمة الأطباء المقيمين التي كشفت القصور التي تعاني منها السياسة الصحية، نتيجة للظروف المهنية والاجتماعية التي عاشها الأطباء في مسارهم المهني، من غياب الأدوات العلمية وطبيعة التكوين الطبي إلى جانب خصوصية الخدمة المدنية التي كشفت المستور... وغيرها من المشاكل اللامتناهية، كلها أدت إلى ظهور أزمات متكررة متمثلة في اضطرابات وهجرة الكفاءات، مما جعل من تبني إدارة الأزمات الصحية وإدخال إصلاحات عميقة للمنظومة الصحية حتمية خاصة بعد فشل المعالجات التقليدية والسطحية المبنية على قرارات وتدابير عشوائية.

الكلمات المفتاحية: الأزمات الصحية، الأطباء المقيمين، الخدمة المدنية.

Abstract :

This study aims to highlight the importance of health crisis management systems in maintaining public health and achieving health security, the latter can be achieved by navigating situations that can be avoided and pre-preparing for predictable crises using a range of measures, the attempts of the Algerian public authorities in this context have been slow and unclear in objectives, this is why the health system has witnessed several successive crises such as the crisis of resident doctors, which revealed the shortcomings of the health system, this is latter was a result of the poor professional and social conditions experienced by doctors throughout their careers, such as the lack of medical tools, the nature of medical training, as well as the obligation to civil service, and many other endless problems, all of these have led to recurrent crises, strikes, and brain drainage, all the above-mentioned reasons make the adoption of health crisis management systems, and the introduction of significant health system reforms

a must, especially after the failure of traditional methods based on random decisions and measures.

Key-words : health crisis management, resident doctors, civil service.

**THE NATIONAL GRADUATE SCHOOL OF POLITICAL SCIENCES
PUBLIC POLICY DEPARTMENT**

**HEALTH CRISIS MANAGEMENT IN
ALGERIA
THE CAREER PATH OF RESIDENT
DOCTORS BETWEEN THE CIVIL SERVICE AND
THE CHALLENGES OF WORKING CONDITIONS**

**GRADUATION THESIS TO OBTAIN A MASTER'S DEGREE IN
POLITICAL SCIENCES**

PREPARED BY :
BELHADEF MAROUA

SUPERVISED BY :
Pr. HADJA AMEL

JURY :

NAME	UNIVERSITY	GRADATION
BECHANI AHCENE	ENSSP	PRESIDENT
HADJA AMEL	ENSSP	SUPERVISOR
BERAHOU SOUHILA	ENSSP	EXAMINER

ACADEMIC YEAR :2021-2022