الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 2017-1999

أطروحة مقدمة لنيل شهادة "دكتوراه طور ثالث" في العلوم السياسية

تخصص سياسات عامة

إعداد الطالبة:

بولفعة منال

تحت إشراف:

الدكتور : مغراوي لقمان

لجنة المناقشة:

د- خلفان كريم.....رئيسا.....جامعة مولود معمري

د- مغراوي لقمان .....مشرفا ومقررا..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

د- مكي محمد السعيد.....مناقشا..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

د- فوكه سفيان.....مناقشا.....جامعة بومرداس

د- بولالوة ياسين.....مناقشا..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

د- تاحي طارق.....مناقشا..... المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

السنة الجامعية 2017-2018

بسم الله الرحمان الرحيم

قال عز وجل :

" وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون"

صدق الله العظيم (سورة التوبة الآية 105)

" تعلموا العلم فإن تعلمه خشية، وطلبه عبادة، ودراسته تسبيح، والبحث عنه جهاد، وتعليمه من لا يعلمه صدقة وبذله في أهله قربة "

الصحابي الجليل معاذ بن جبل رضي الله عنه

إهداء

إلى والدي الكريم

إلى التي كان دعائها نورا ساطعا في ظلمات الحياة إنصافا لشغفها لأجلي والدتي الكريمة.

إلى أخي العزيز محمد صديق.

وإلى كل عائلتي حفظهم الله جميعا ورعاهم.

إلى كل أصدقائي وأخص بالذكر رفيقتا دربي فاطمة الزهرة البحري ورحمون فايزة.

شكر وتقدير

الشكر لله عز وجل الذي أنار دربي، وفتح لي أبواب العلم، ومدني بالصبر والإرادة، ووفقني في إتمام هذا العمل.

الشكر للدكتور مغراوي لقمان على قبوله الإشراف على هذا العمل، وعلى كل نصائحه وتوجيهاته.

الشكر موصولا لكل أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذا العمل.

الشكر لأساتذتي وكل من ساعدني من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل وأخص بالذكر الدكتور حاروش نور الدين، الدكتور طيلب أحمد.

دون أن أنسى كل المؤسسات التي طرقت أبوابها واستقبلتني، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المعهد الوطني للصحة العمومية، جامعة خميس مليانة، جامعة الجزائر 03.

الشكر لكل موظفي المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

فهرس المحتويات:

الموضوع	الصفحة
فهرس المحتويات	I
فهرس الجداول	V
فهرس الأشكال	VIII
فهرس الملاحق	IX
مقدمة	13-01
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة العامة الصحية	66-14
تمهيد	15
المبحث الأول:السياسة العامة مدخل مفاهيمي	16
المطلب الأول:تعريف السياسة العامة	17
المطلب الثاني:خصائص السياسة العامة الصحية	20
المطلب الثالث:أنواع ومراحل إعداد السياسة العامة	22
المبحث الثاني:ماهية السياسة العامة الصحية	33
المطلب الأول:تعريف السياسة الصحية	33
المطلب الثاني:مبادئ السياسة العامة الصحية	39
المطلب الثالث:أهداف ومراحل صنع السياسة الصحية	42
المبحث الثالث:تحليل السياسة العامة الصحية	47
المطلب الأول:مفهوم تحليل السياسة العامة الصحية	47
المطلب الثاني:مرتكزات أو مستويات تحليل السياسة العامة الصحية	54
المطلب الثالث:إقترابات تحليل السياسة العامة الصحية	59

خلاصة واستنتاجات	66
الفصل الثاني: مضامين السياسة الصحية الجزائرية ومحدداتها حتى 1999	138-67
تمهيد	68
المبحث الأول:محددات وفواعل صنع السياسة العامة الصحية	69
المطلب الأول: العوامل المؤثرة في صياغة السياسة الصحية	69
المطلب الثاني: دور الفواعل الرسمية في صنع السياسة الصحية	89
المطلب الثالث: دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة الصحية	94
المبحث الثاني:تطور السياسة الصحية الجزائرية من الاستقلال إلى غاية 1999	102
المطلب الأول:المرحلة الأولى 1962-1974	102
المطلب الثاني:المرحلة الثانية 1975-1984	106
المطلب الثالث: المرحلة الثالثة 1985-1999	110
المبحث الثالث:تقييم السياسة العامة الصحية في الجزائر للمرحلة 1962-1999	117
المطلب الأول:الأطر القانونية المؤسسة للمرحلة	117
المطلب الثاني:تقييم عرض مدخلات السياسة الصحية	120
المطلب الثالث:تقييم مخرجات السياسة الصحية	128
خلاصة واستنتاجات	139
الفصل الثالث:تحليل سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر 1999-2017	193-140
تمهيد	141
المبحث الأول:الإطار العام لسياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر بعد 1999	142
المطلب الأول:مفهوم الإصلاح	142
المطلب الثاني:ظروف ودوافع إصلاح سياسة إصلاح القطاع الصحي	145

المطلب الثالث:أهداف ومرتكزات سياسة إصلاح القطاع الصحي	159
المبحث الثاني:مخرجات سياسة إصلاح القطاع الصحي	164
المطلب الأول:النظام التعاقدي كنهج تمويل بديل	164
المطلب الثاني:السياسة الدوائية	174
المبحث الثالث:معوقات تحقيق أهداف سياسة إصلاح القطاع الصحي	190
المطلب الأول:من الناحية التنظيمية	190
المطلب الثاني:من ناحية التسيير	191
خلاصة واستنتاجات	194
الفصل الرابع: متطلبات نجاح السياسة الصحية الجزائرية	256-195
تمهيد	196
المبحث الأول:رهان تحسين جودة الخدمة الصحية دراسة ميدانية لآراء المستفيدين من الخدمة	197
المطلب الأول:الإجراءات المنهجية للدراسة	198
المطلب الثاني:تحليل النتائج وتفسيرها	200
المبحث الثاني: تقييم السياسة الصحية الجديدة – الإصلاح- 1999-2017	213
المطلب الأول: الأطر القانونية المؤسسة للمرحلة	213
المطلب الثاني:تقييم عرض مدخلات السياسة الصحية	214
المطلب الثالث:تقييم مخرجات السياسة الصحية	229
المبحث الثاث:الحوكمة كمدخل لتطوير أداء السياسة الصحية	240
المطلب الأول: مفهوم الحوكمة الصحية	241
المطلب الثاني: الإطار المؤسسي لحوكمة السياسة الصحية في الجزائر	247

المطلب الثالث: أسس حوكمة الصحة في الجزائر	250
خلاصة واستنتاجات	256
الخاتمة	257
الملاحق	261
قائمة المراجع	286
ملخص	314

.

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	إطار لتحليل السياق في عملية تحليل السياسات الصحية	54
02	تطور متوسط معدل الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر	71
03	توزيع السكان حسب مكان الإقامة أو المعيشة	72
04	تطور مؤشر الفقر البشري ومكوناته في الجزائر خلال الفترة 1995-2000	75
05	تطور معدلات البطالة في الجزائر من 1966-1999	76
06	نسبة المتمدرسين في الجزائر بين 06-15 سنة 1996-2000	78
07	تطور معدل التمدرس خلال الفترة الممتدة من 1965-1990	78
08	النمو الاقتصادي وثقل المديونية في الجزائر 1985-1989	84
09	تطور الناتج المحلي ونصيب الفرد في الجزائر1993-2000	85
10	الأمراض السائدة بين سنتي 1963-1973	103
11	قائمة المجالس الجهوية للصحية في الجزائر	113
12	النصوص القانونية المؤسسة للسياسة الصحية في الجزائر 1962-1999	117
13	المنشآت الصحية القاعدية 1974-1999	121
14	تطور عدد الأطباء وجراحي الأسنان والصيادلة 1963-1999	123
15	الهياكل والمنشآت الصحية القاعدية مقابل عدد السكان في الجزائر 1997-1999	124
16	تطور نسبة مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر 1979-1989 (%)	126
17	تطور ميزانية الصحة والناتج المحلي الإجمالي 1987-2000	127
18	التحول الوبائي في الجزائر للفترة الممتدة 1963-1998	129
19	تطور معدل التغطية بالتحصين للفترة الممتدة 1991-1999(%)	130
20	تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر 1965-1999	131
21	تطور معدل المواليد والوفيات الخام في الجزائر 1967-1999	132
22	تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجزائر 1970-2000	133
23	تطور بعض المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي في الجزائر 1970-1990	134
24	الأمراض التي تم التحكم فيها بواسطة التلقيح سنة 1999	135
25	مؤشرات الحالة الصحية في الجزائر مقارنة ببلدان الوطن العربي 1960-2000	136
26	تطور عدد سكان الجزائر 2000-2017(مليون نسمة)	148

27	تطور هيكل السكان في الجزائر حسب الفئات 2000-2014 (%)	150
28	تطور معدلات البطالة في الجزائر من سنة 2000-2016(%)	155
29	تطور نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الحالية 1990-2013 (بالدولار الأمريكي)	158
30	تطور حجم سوق الدواء في الجزائر 2000-2012 (بالدولار الأمريكي)	183
31	تطور حصة الأدوية الجنيسة من إجمالي استهلاك الأدوية في الجزائر 2004-2011	184
32	حجم استهلاك الأدوية لدول شمال إفريقيا بالنسبة لعدد السكان 2008	187
33	الأطر القانونية المؤسسة للسياسة الدوائية في الجزائر	188
34	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	200
35	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	200
36	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة المدنية	201
37	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان الإقامة	201
38	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى العلمي	201
39	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة	202
40	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى	202
41	تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الملموسية	203
42	تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية	204
43	تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاستجابة	205
44	تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الأمان	206
45	تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد التعاطف	207
46	آراء المرضى حول القطاع الذي يقدم رعاية صحية أفضل (قطاع عام/قطاع خاص)	208
47	أسباب اختيار المرضى للقطاع العام أو القطاع الخاص	208
48	رضا المرضى عن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي	209
49	أسباب عدم رضا المرضى عن الخدمة التي يقدمها القطاع الصحي	210
50	الاقتراحات التي يراها المرضى مناسبة لتحسين أداء المنظومة الصحية في الجزائر	211
51	تقييم الخدمة الصحية من ناحية كل بعد من أبعاد الجودة	212
52	الأطر القانونية المؤسسة للسياسة الصحية للفترة 1999-2017	213
53	تطور المنشآت الصحية القاعدية في الجزائر من 2000-2006	217
54	تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر من 2008-2015 (حسب التقييم الجديد 2007)	218

55	التفاوت في توزيع الهياكل الصحية في الجزائر لسنة 2013	221
56	تطور الهيئة الطبية في الجزائر للفترة 2000-2012	222
57	نفقات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر 2001-2015(مليار دج)	224
58	تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعتها 2000-2012(مليون دج)	225
59	تطور نفقات التجهيز حسب طبيعة النفقات (مليون دج)	226
60	تطور النفقات الصحية في الجزائر 2000-2012	227
61	نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الصحة في الدول العربية سنة 2014 (بالدولار)	228
62	تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر 2000-2015	229
63	تطور معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة 2000-2013	230
64	تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر 199.2015	231
65	تطور بعض الأمراض ذات التبليغ الإجباري	233
66	تطور عدد حالات الإصابة بالسرطان في ولاية الجزائر العاصمة 1999-2012	237
67	زرع الأعضاء الأنسجة والخلايا قي الجزائر	239

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج البيانات	45
02	نموذج لتحليل السياسات الصحية	59
03	تطور معدل الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر1966-1998	71
04	تطور معدلات البطالة للفترة 1966-1999	77
05	العلاقة بين المستوى الاقتصادي والصحي	87
06	نموذج محددات الصحة	88
07	تطور مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية 1979-1989(%)	127
08	عدد سكان الجزائر(مليون نسمة)	150
09	معدل انتشار الفقر في الجزائر 2008-2013(%)	154
10	تطور حصة الأدوية الجنيسة من إجمالي استهلاك الأدوية في الجزائر	185
11	تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر 2000-2013	231
12	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر 1999-2015	231
13	السكان الذين لا يحصلون على المياه الصالحة وخدمات الصرف الصحي في الجزائر مقارنة ب 14 بلد عربي 2007 (%)	234
14	تطور الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية حسب السن مقارنة بين 2002-2012	236
15	تطور عدد حالات الإصابة بالسرطان في الجزائر 2013/2000	238

فهرس الملاحق:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مسودة برنامج عمل منظمة الصحة العالمية 2014-2019	262
02	النمط التعاقدي	263
03	الاستبيان في شكله الأول(قبل التعديل)	264
04	الاستبيان في شكله النهائي (بعد التعديل)	268
05	مقارنة بين قانون الصحة 85-05 ومشروع القانون الجديد	273
06	عرض أسباب مشروع قانون الصحة	283
07	الهياكل الصحية المنجزة للفترة (1999-2015)	285

مقدمة

كانت ولا تزال قضايا الصحة من أبرز القضايا التي تعرف اهتماما واسعا من طرف الدول المتقدمة والنامية على حد سواء، حيث تعد الصحة حق عالمي أساسي يتم السعي إلى حمايته والمحافظة عليه، فالصحة هي حجر الزاوية في بناء الأمة والقاعدة الأساسية في الجهود المبذولة لتحقيق التنمية بمختلف أبعادها، فالاستثمار في الصحة هو أحد أهم الطرق الجيدة والهادفة للاستفادة من المورد البشري الذي هو أساس التنمية وهدفها في نفس الوقت، حيث قال المدير العام السابق لمنظمة الصحة العالمية الدكتور ماهلر " أدرك كل الإدراك أن الصحة ليست كل شيء ولكن كل شيء آخر لا يعني شيئا" إذا لم تتوفر الصحة.

لكن السنوات الأخيرة عرفت اهتمام متزايد بصحة الإنسان ذلك نتيجة التحولات والتغيرات التي طرأت على كل الميادين والمجالات الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية، الثقافية، البيئية والعلمية، فأصبح السعي إلى صياغة السياسات والإستراتيجيات التي من شأنها أن تضمن الحق في الصحة من خلال ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة، منظمة ومتكاملة، عادلة ومستدامة في متناول جميع أفراد المجتمع، بحيث تخضع للمتابعة والتقييم من أجل ضمان الاستخدام الأمثل لمختلف الموارد بأكبر قدر ممكن من الكفاءة والفاعلية.

الجزائر شأنها شأن العديد من الدول التي قطعت أشواطا من أجل النهوض بالقطاع الصحي، نتيجة الدور الهام الذي يضطلع به في تحسين ظروف العيش وتوفير الخدمات الصحية للمواطن التي تمكنه من القيام بوظائفه على أكمل وجه، والتمتع بحقه الدستوري في الانتفاع من الخدمات الصحية المناسبة وذلك منذ الاستقلال، أين ورثت نظاما هجينا مبني على غرار النموذج الاستعماري، فكانت الخدمات الصحية آنذاك موجهة لفئة المعمرين فقط وكانت المراكز الطبية تفتقر لأدنى التجهيزات مع الإشارة إلى تمركزها في المدن الكبرى، لذلك شرعت الدولة منذ أواخر ستينات القرن الماضي في تنفيذ برنامج شامل بهدف إصلاح القطاع الصحي بناءا على نقاط القوة التي يتمتع بها النظام الصحي ومكامن الضعف التي يعاني منها، بإحداث إصلاح جوهري يراعي جميع الاحتياجات والارتقاء بجودة الخدمات، وضمان الاستمرارية على المدى البعيد، لهذا لا يمكن إنكار التقدم الذي حققه القطاع الصحي والمتمثل في تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية، تطوير البنية التحتية والاهتمام بتكوين الهيئة الطبية، هذا ماساهم في التحسن الواضح للمؤشرات الصحية وكذا الإعتمادات المخصصة للقطاع الصحي.

لكن كل هذه المجهودات لا تنفي الإختلالات والنقائص التي تتسبب في عجز المنظومة الصحية، مشاكل على مستوى الإنفاق، التنظيم وكذا التسيير، فضائح في المستشفيات تبث كل يوم في النشرات الإخبارية، تتصدر الصفحات الأولى للجرائد اليومية، احتجاجات متكررة للمواطنين تعبر عن سخطهم من الخدمات الصحية المقدمة وعدم رضاهم على المنظومة الصحية ككل، والأمر يزداد سوء خاصة مع التحولات الديموغرافية والوبائية وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، في ظل الطلب المتزايد على الرعاية والخدمة الصحية ذات الجودة، هذا المطلب الذي أخذ حيز واسع اليوم وأصبح من أولويات السياسة

الصحية دفعنا إلى محاولة التعرف عن قرب على مدى تجسيده على أرض الواقع، من خلال دراسة ميدانية لآراء عينة من المرضى حول جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية الجزائرية.

مبررات اختيار الموضوع:

لعل اهتمام الباحث ورغبته في تناول موضوع معين عما سواه هو في الحقيقة مبني على اعتبارات ذاتية ترتبط بشخص الباحث وتوجه اهتماماته بحكم الميل نحو موضوعات معينة، وأخرى موضوعية ترتبط بمواصفات موضوع الدراسة من حيث قيمته العملية وكذا حداثة الموضوع وصلاحية البحث فيه، مما سبق يمكن تلخيص أهم مبررات تناول هذا الموضوع:

الأسباب الذاتية:

– التي تبدأ من الاهتمام الشخصي بموضوع السياسة العامة والسياسة الصحية على وجه الخصوص والاعتبارات التي تخضع لها في سبيل تطوير الخدمة العامة باعتبارها تمثل مركز النهوض بجودة الحكم، وانطلاقا من قناعتنا أن أي تطوير أو تحديث داخل الدولة والذي يمس العديد من القطاعات منها الصحة هو محور إصلاح وترشيد علاقة الفرد أو المواطن بمؤسسات الدولة.

– الإيمان بأن كل المجهودات التي تبذل من أجل تحقيق التنمية لا جدوى منها في حالة غياب الاهتمام بالصحة الذي لا يتحقق إلا من خلال سياسات عقلانية رشيدة، تمنح فيها الفرصة لمشاركة جميع الفواعل وأفراد المجتمع.

الأسباب الموضوعية:

- تتبع هذه الأخيرة من القيمة العلمية لموضوع السياسة العامة الصحية خاصة في الجزائر، إضافة إلى توفر عنصر الجد في الموضوع على مستوى الطرح العلمي الأكاديمي، ومحدودية الدراسات والأبحاث التي تعنى به وهو ما يشجع ويفتح أمام الدارسين مزيدا من الاجتهاد ومحاولة إثراء الموضوع في جوانبه النظرية والتطبيقية.
- الرغبة في الإطلاع على الحقائق العلمية المتعلقة بالسياسة العامة الصحية في الجزائر، كيفية صياغتها، طرق تنفيذها، والنتائج التي تحققها والآثار التي تعكسها، خاصة أن القطاع الصحي من القطاعات الحساسة والمهمة.
- حاجة الأفراد المتزايدة للرعاية الصحية خاصة بظهور العديد من الأمراض، وضرورة استجابة السياسة المتخذة في القطاع الصحي لهذه العوامل والمتغيرات. مع ضرورة أخذ المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر بعين الاعتبار، والتي لا يمكن تجاوزها ففي النهاية هي نتيجة للسياسات المتخذة من طرف السلطات العمومية.

أهداف الدراسة:

مما لا شك فيه أن أي دراسة علمية تسعى في نهاية الأمر إلى تحقيق أهداف وغايات محددة، سواء كانت أهداف نظرية لمحاولة تفسير الموضوع المدروس، أو كانت أهداف تطبيقية كمحاولة لإيجاد حلول

ترتبط بتطبيقات معينة، خاصة إذا كان موضوع الدراسة يتعلق بتسليط الضوء على الرهانات التي لابد على السياسة العامة الصحية في الجزائر من كسبها، التي تفرض ضرورة مواجهة مختلف التحديات منها زيادة الطلب على الرعاية الصحية التي صاحبها ارتفاع التكاليف، ومن بين أهداف هذا البحث:

- إثراء المجال المعرفي لا سيما بتناول موضوع السياسة العامة الصحية في الجزائر، ومحاولة إزالة ذلك التخوف والإبهام الذي يتبادر إلى الأذهان بمجرد ذكر القطاع الصحي في الجزائر.
- الكشف عن النقائص، المشاكل والإختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية ومسبباتها.
- محاولة تأكيد أهمية الجانب الصحي في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث تعد الصحة من أهم مؤشرات قياس التنمية في أي مجتمع.
- محاولة تقديم بعض الحلول أو المقترحات التي تسهم في إمكانية تحسين وتطوير واقع الخدمات الصحية وجودتها.

أهمية الموضوع:

الأهمية التي يحظى بها أي موضوع هي التي تجعله من الأولويات التي لا بد من الاهتمام بها والعكس إذا كان تصنيف أي موضوع من الأولويات فهو ذو أهمية، وبالتالي تناول موضوع رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر من المواضيع المهمة وهذه الأهمية تنقسم إلى:

أهمية علمية:

إجراء مثل هذا النوع من الدراسات يساهم في معرفة حجم المشاكل التي تواجه المجتمع الجزائري، فدراسة موضوع السياسات العامة (الصحية) يعني بالدرجة الأولى دراسة الآثار التي تتركها على أفراد المجتمع، على اعتبار أنها نتاج مطالبهم واحتياجاتهم من ناحية ومعرفة ما إذا كانت الدولة تسير في إطار التقدم من خلال ترشيد هذه السياسات أم هي عبارة عن سياسات عشوائية غير مدروسة تسير القطاع الصحي فقط، وإبراز أهم الرهانات التي لابد على الدولة الجزائرية أن تربحها في ظل السياسات التي تقدمها.

أهمية عملية:

– تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسات في التعرف على الوضع الراهن للصحة في الجزائر وتحليل نقاط القوة والضعف وتحديد الفرص المتاحة والتحديات والرهانات التي لا بد من تحقيقها، مع استشراف مستقبل القطاع الصحي وتحقيق الانسجام الوطني في مجال الصحة.

– محاولة لفت الانتباه إلى بعض العوامل التي لابد من أخذها بعين الاعتبار أثناء صياغة السياسة العامة الخاصة بالقطاع الصحي وحتى في مراحل التنفيذ فالكل متكامل، ولكل مرحلة خصوصيات لا بد من مراعاتها لنجاح السياسة بتحقيق أكبر قدر من الأهداف الموسومة من خلالها والتي تعتبر كرهانات لا سيما ما يعرف بالتنمية الصحية.

– التعرف على مستوى تحقيق جودة الخدمة الصحية في المستشفيات كرهان من رهانات السياسات والإصلاحات التي وضعتها الجزائر بهدف تحسين مردودية القطاع الصحي استجابة لمتطلبات الواقع.

إشكالية الدراسة:

تعد السياسة العامة الصحية ذات طبيعة معقدة ومتداخلة الأبعاد من حيث الآثار التي تنجم عن تطبيقها والتغييرات التي تحدثها هذا من جهة، ونتيجة ارتباطها بمختلف المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية من جهة أخرى، وأمام الإختلالات التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر وزيادة الحاجة إلى عصرنته بظهور العديد من التحديات، لا بد على الجزائر من تبني سياسة صحية أكثر استجابة لهذا الواقع بهدف تحقيق رهاناتها، وعليه نتساءل عن **رهانات السياسة الصحية في الجزائر، ومدى تجسيدها على أرض الواقع في ظل بروز العديد من التحديات المحلية والعالمية؟**

يندرج ضمن هذه الإشكالية التساؤلات الآتية:

1. ما المقصود بالسياسة الصحية؟
2. ما هي مضامين السياسة الصحية وأهدافها؟
3. هل سياسة إصلاح القطاع الصحي التي رسمتها الجزائر 1999 – 2017 قابلة للتجسيد وبالتالي تحقيق الأهداف المسطرة؟
4. كيف يمكن ترشيد مخرجات السياسة الصحية في الجزائر؟

فرضيات الدراسة:

تتعدد وتختلف رهانات السياسة الصحية الجزائرية من مرحلة لأخرى والمتمثلة أساسا في التغطية الصحية، الجودة في تقديم الخدمات الصحية، التحكم في النفقات وذلك باختلاف المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية، كما ترتبط قدرة تجسيدها على أرض الواقع بمدى استيفاء السياسة الصحية للمشاكل الحقيقية للقطاع في كل مرحلة، وبمدى مشاركة الفاعلين الحقيقيين في صياغتها.

الفرضيات الفرعية:

1. السياسة العامة بصفة عامة تمثل حصيلة ونتاج تفاعلات مستمرة لمجموعة من الأدوار التي تقوم بها مختلف المؤسسات والأطراف في الدولة، فإذا كانت السياسة الصحية في الجزائر متوجة برضي المجتمع كانت نتاج التفاعل والتشارك الذي يأخذ فيه المواطن حصته.
2. تختلف مضامين وأهداف السياسة الصحية باختلاف الفواعل المشاركة في صياغتها، والمتطلبات الصحية الخاضعة إلى العديد من المتغيرات منها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي لها دور في صياغة السياسة الصحية.

3. كلما كانت سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر نابعة من الواقع، منطلقة من المشاكل الحقيقية للقطاع، مبنية على أهداف محددة وإستراتيجية واضحة، مراعية للبعد التشاركي في مختلف مراحلها، خاضعة للمتابعة كانت قابلة للتطبيق.
4. كلما كانت السياسة الصحية قائمة على مبدأ المساءلة والشفافية والمشاركة كانت أكثر نجاعة وفاعلية.

منهجية الدراسة:

ما يميز الظواهر السياسية الاقتصادية والاجتماعية أنها معقدة، كونها ظواهر مركبة ومتشعبة وتتداخل فيها العديد من المتغيرات، وهذا ما يصعب من إمكانية دراستها وتحليلها باستخدام منهج واحد لذلك لا بد من الاعتماد على العديد من المناهج بهدف الإشارة إلى كل الجوانب والمتغيرات ذات العلاقة، كون المنهج "يهدف إلى الكشف عن الحقيقة من حيث أنه يساعدنا على التحديد الدقيق والتصحيح لمختلف المشكلات التي يمكن معالجتها بطريقة علمية ويمكننا من الحصول على البيانات والنتائج بشأنها"[1].

لذلك اعتمدنا:

المنهج المقارن اعتمد في هذه الدراسة من أجل معرفة خصائص ومميزات القطاع الصحي أو المنظومة الصحية في الجزائر من خلال السياسة العامة الصحية التي تم انتهاجها وما تم تحقيقه في كل مرحلة، حيث يساعدنا في التعرف على النتائج الإيجابية والإقتداء بها والآثار السلبية ومحاولة تجاوزها مع إبراز السياق العام ومميزات كل فترة والدوافع والأسباب التي خلفت تلك النتائج، فمن خلاله نركز على نقطتين أساسيتين تتمثل الأولى في تحديد المتغيرات المشتركة المتحكمة في عملية صنع وتنفيذ السياسة الصحية، والنقطة الثانية هي معرفة الاختلافات بين مختلف مراحل السياسة الصحية من 1962 إلى غاية 2017، وهذا ما يساعدنا في إثبات إحدى خصائص السياسة الصحية وهي التطورية.

المنهج التاريخي فمقصدنا من استخدامه هو قدرته التفسيرية التي يزودنا بها، من خلال إيلائه أهمية للزمن في ذلك التفسير، أي إدخاله الظروف المحيطة بميلاد الظاهرة وتعزيزها، كما لا يكتفي بسرد الوقائع وتكديسها فهو يستهدف التعميم بعد استخلاص العلاقات الموجودة بين ظاهرة أو قضية أو حادثة ما والظروف التي وجدت فيها." فهو يقوم على تحليل وتفسير الحوادث التاريخية الماضية كأساس لفهم المشاكل المعاصرة والتنبؤ بما سيكون عليه المستقبل"[2].

فلا يمكننا دراسة السياسة العامة الصحية في الجزائر في الوقت الحاضر بفصلها عن الماضي فهي اليوم امتداد له، حيث أن معظم الأطر القانونية المسيرة لهذا القطاع هي من نتاج ذلك الماضي ولا زال العمل بها إلى يومنا هذا.

[1] – عبد الرحمان، بدوي، مناهج البحث العلمي. ط3، الكويت: وكالة المطبوعات الجامعية،1977 ، ص05.

[2] - عبد الناصر،جندلي، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية.الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية،2005، ص ص157-158.

منهج دراسة الحالة الذي يؤكد على حالة أو ظاهرة أو قضية بعينها بهدف التعمق في دراستها ورصد كل المتغيرات ذات العلاقة بها، حيث تم استخدامه بهدف التعمق في دراسة سياسة عامة معينة وهي السياسة العامة الصحية، وتحديد حالة محددة وهي الجزائر حتى تكون المعلومات دقيقة، وإدراك الدراسة بطابعها الكلي الشامل وجعل الدراسة أكثر صلة بالواقع، خاصة عند دراستنا لآراء عينة المرضى حول جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الإستشفائية العمومية.

المنهج الإحصائي في إطار قيامنا بدراسة السياسة العامة الصحية في الجزائر لا بد من تقديم بعض الأرقام والإحصاءات وكذا تحليلها وتفسيرها، للوصول إلى النتائج التي حققتها عملية تطبيق هذه السياسة على أرض الواقع، تتعلق تلك الأرقام بالبنية التحتية، الهيئة الطبية، انتشار الأمراض، نسب الولادات والوفيات، وغيرها.

كما تم الاعتماد على **مجموعة من الإقترابات:**

الإقتراب القانوني حيث تتم الاستعانة به من أجل تحليل الأطر والنظم القانونية التي تحكم مختلف جوانب السياسة العامة الصحية في الجزائر، فهو ضروري لفهم الأطر المعيارية التي يتحرك فيها الفواعل وتتم فيها عملية صنع السياسة الصحية بصفة عامة، فالسياسة العامة لا يمكن تطبيقها إلا إذا كانت تستند إلى أطر قانونية،حيث تم التركيز من خلال هذا الاقتراب على كل النصوص القانونية والدستورية المؤطرة و الناظمة للسياسة العامة الصحية في الجزائر بداية من الاستقلال إلى غاية اليوم ومدى كفايتها.

الإقتراب المؤسسي: تم اعتماد هذا الاقتراب على أساس أن السياسة العامة هي حصيلة فعل تم في إطار مؤسساتي يقوم به مجموعة من الفاعلين، حيث استخدم في التعرف على المؤسسات الرسمية وغير الرسمية المشاركة في عملية صياغة السياسة العامة الصحية في الجزائر، وحدود الدور الذي اضطلعت به.

الإقتراب النظمي النسقي : ينطلق هذا المدخل من فكرة وجود النظام في بيئة يتأثر بها ويؤثر فيها، وبالتالي نحاول الاستناد إلى هذه الفكرة في تحليل السياسة الصحية، للتعرف على مدى استجابة النظام السياسي الجزائري للمطالب المتأتية من البيئة من خلال السياسة العامة الصحية التي يطرحها وتعتبر أحد مخرجاته، بمعنى آخر هل حقيقة السياسة الصحية التي تم اتخاذها تترجم مطالب المواطن الجزائري في مجال الصحة؟

ومن **أدوات البحث العلمي** التي تم اعتمادها:

المقابلة فهي تمكن الباحث من الحصول على المعلومات والبيانات بصفة مباشرة من مصادرها دون وسائط وهذا ما يفتح المجال للباحث في معرفة التفاصيل التي تلعب دور مهم في الموضوع محل الدراسة، من خلال إجراء مقابلات مع شخصيات في قطاع الصحة وفي نقابات الصحة.

إضافة إلى الاستبيان بالمقابلة الذي يعتبر من أدوات البحث العلمي الميدانية المهمة، التي تتطلب تدخل الباحث من خلال طرح الأسئلة الواردة في الاستبيان، حيث استخدم لمعرفة مدى تحقيق جودة

الخدمة الصحية في المستشفيات العامة من خلال فئة المرضى، ومراعاة لخصائص هذه الفئة تم استخدام هذا النوع من الاستبيان، فالبعض من المرضى حالتهم الصحية لا تسمح والبعض الآخر لا يعرفون القراءة والكتابة هذا من جهة، ومن جهة أخرى حرصنا الشخصي على تقليل عدد الاستبيانات الملغاة نتيجة عدم اكتمال إجاباتها الراجع إلى عدم وضوح الأسئلة

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية : تسعى الدراسة إلى تحديد الإطار العام للسياسة العامة الصحية بصفة عامة والسياسة العامة الصحية في الجزائر بصفة خاصة وأهم العوامل التي تتدخل في صياغتها وتنفيذها، لمعرفة النتائج التي حققتها مقارنة بالأهداف المسطرة، مع الكشف على أهم الرهانات التي لا بد من الفوز بها، ومعرفة أهم المشاكل التي تحول دون ذلك.

الحدود المكانية : تنصب الدراسة على أهم الموضوعات والقضايا التي تشغل حيز كبير سواء على المستوى المحلي الإقليمي أو الدولي والمتعلقة بالقطاع الصحي، وتم حصر الدراسة في الجزائر باعتبارها إحدى الدول التي تبذل العديد من الجهود للرقي بهذا القطاع ومستوى الخدمات التي يقدمها، والدور الفاعل الذي لا بد أن يقوم به في مجال تحقيق التنمية، ومن أجل التعرف أكثر على واقع القطاع الصحي في الجزائر تم اعتماد الدراسة الميدانية لعينة من المرضى في المؤسسات الاستشفائية العمومية.

الحدود الزمانية : تتناول هذه الدراسة رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1999 وهي سنة انطلاق الإصلاحات الشاملة منها إصلاح القطاع الصحي إلى سنة 2017 لتتبع مختلف المستجدات التي يعرفها القطاع، كما لا يعني أن يحدد الباحث فترة زمنية معين أنه لا يعالج الفترات السابقة لأنها تعتبر مراحل تطورية للظاهرة محل الدراسة.

الدراسات السابقة:

اختيار هذا الموضوع جاء بعد الإطلاع على مجموعة من الدراسات والمحاولات التي قدمت حوله، والتي نذكر من بينها:

- أطروحة ماجستير لحمادي عياش بعنوان "**السياسة الصحية والأسرة الجزائرية دراسة ميدانية بمركز حماية الأمومة والطفولة مدينة باتنة – الجزائر**– "ركزت هذه الدراسة على مدى إشباع السياسة الصحية لحاجيات الأسرة الصحية، وبالتالي تم التركيز أكثر على الجانب الاجتماعي المتعلق بالأسرة أكثر منها على السياسة الصحية أو بمعنى آخر التركيز على البعد الاجتماعي للسياسية فهي دراسة سوسيولوجية، في محاولة للإجابة على الإشكالية المطروحة: هل السياسة العامة المنتهجة في الجزائر تغطي حاجيات الأسرة؟
- البحث في الأصل أطروحة ماجستير بعنوان "**السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012**"، لحسيني محمد العيد، وتدور إشكالية البحث حول قدرة الاقتراب المؤسسي الحديث على تفسير سلوك الفاعلين في مختلف الإصلاحات التي

عرفتها السياسة الصحية في الجزائر من سنة 1990 إلى 2012 ؟، في إطار دراسته لهذا الموضوع يركز على المؤسسات الرسمية وغير الرسمية والدور الذي تلعبه في مختلف مراحل السياسات العامة(السياسة العامة الصحية في الجزائر)، والتفاعلات التي تحدث داخل هذه المؤسسات وعلاقة هذه الأخيرة مع البيئة.فقد قدم طرحا للسياسة الصحية في الجزائر على اعتبار أنها نتاج تفاعل مجموعة من المؤسسات، ومن النتائج التي تم التوصل أن هناك العديد من الأطراف المتدخلة في صياغة هذه السياسة وتلعب مصالحهم دور في ذلك من تلك الأطراف المنظمات الدولية، وفي الأخير قدم بعض التوصيات للرقي بالسياسية الصحية في الجزائر وجعلها أكثر رشادة منها إرساء المبادئ الديمقراطية التي تضمن العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية، إضافة إلى الدور الذي لا بد أن تناط به مؤسسات صنع السياسة العامة الرسمية وغير الرسمية والمتمثل في ايجا حلول للمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع.مع تحديد أهداف واضحة للسياسة العامة الصحية وأكد بدور على ضرورة التقويم.

- أطروحة ماجستير لخروبي بزارة عمر بعنوان "**إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2009/1999 دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف**"، تمحورت إشكالية الدراسة حول مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة في الجزائر، وهل حققت الأهداف المرجوة منها؟ في إطار إجابته على هذه الإشكالية قدم طرح تاريخي للنظام الصحي في الجزائر منذ الحقبة الاستعمارية ، كما تطرق إلى سياسة إصلاح المنظومة الصحية أسبابها وما نتج عنها، وفي الأخير توصل إلى مجموعة من النتائج منها:

* أن الدولة الجزائرية لم تصل بعد إلى نظام صحي عصري بحكم أن مختلف المؤسسات الصحية ذات صبغة بيروقراطية أكثر منها خدماتية، إضافة إلى بروز مشكل التسيير.

* غياب دور النقابات العمالية في القطاع الصحي والدليل على ذلك فشلها في تحسين ظروف العمال الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي لم يكن لها دور في عملية الإصلاح الذي شهدنه المنظومة الصحية الجزائرية.

* الجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية من أجل الارتقاء بالمنظومة الصحية من خلال الإصلاحات التي شهدها هذا القطاع، لكن المشكل يكمن في أن هذا الإصلاح مس الجانب الهيكلي حيث تم إنشاء العديد من الهياكل الصحية على حساب الفرد الذي من المفترض أن يكون محور هذه العملية.

* سياسة الإصلاح التي قامت بها الدولة الجزائرية كانت ضمن حزمة الإصلاحات التي قامت بها في مختلف القطاعات، واعتبرها ترقيعية بحجة غياب أهداف واضحة وهذا هو السبب في عدم إثمارها على أرض الواقع،إضافة إلى تغييب الأطراف الفاعلة والرئيسية التي من المفروض أن تساهم في صياغة هذه السياسة ومتابعتها بمختلف مراحلها.

- أطروحة دكتوراه لجمال زيدان بعنوان " **تقويم السياسات العامة بين النظرية والتطبيق حالة الجزائر 1999-2009** "، حيث بني دراسته على الإشكالية التالية: **إلى أي مدى يمكن اعتبار التقويم أداة لترشيد السياسة العامة؟** قام بتطبيق هذا الطرح النظري أي التقويم على السياسة العامة الصحية في الجزائر. كان هدفه من هذه الدراسة إظهار أهمية التقويم بالنسبة لكل السياسات العامة التي يتم تطبيقها، وأن التقويم لابد أن يخضع لخصوصيات البيئة المطبقة فيها تلك السياسات، وضع إستراتيجية ملائمة لتقويم السياسة العامة في الوقت الذي يعتبر التقويم مطلب أساسي من أجل الارتقاء بالسياسات العامة وبالتالي كفاءة وفعالية ورشادة السياسة العامة الصحية في الجزائر مرتبط بعملية التقويم .

بعد الإطلاع على مجموعة من الدراسات ذات العلاقة بموضوع البحث، نحاول من خلال دراستنا هاته إضفاء نوع من الجدية والتميز وذلك من حيث:

- **المدة الزمنية:** فهي تهتم بدراسة السياسة الصحية للمرحلة الممتدة من 1999-2017، دون إهمال الامتداد التاريخي بالرجوع إلى غاية سنة 1962.
- **هدف الدراسة :** نهدف من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على أهم العوامل المتدخلة في عملية صياغة السياسة الصحية، الإختلالات التي يعانيها القطاع الصحة ومختلف المتغيرات الداخلية والخارجية التي دفعت إلى تبني إصلاحات شاملة في هذا القطاع، للوصل إلى النتائج المحققة، فما يميز هذه الدراسة على باقي الدراسات هو وضع السياسة الصحية الجزائرية ضمن بيئتها، وتأكيد فكرة أن المخرجات الصحية لا ترتبط بالسياسة الصحية فقط وإنما ترتبط بالعديد من العوامل(المحددات).
- **الدراسة الميدانية :** بهدف إثراء البحث والوصول إلى نتائج تعكس الإطار النظري أكثر تم اختيار جودة الخدمة الصحية كأحد رهانات السياسة العامة الصحية، التي يمكن قياس مدى تحقيقها على أرض الواقع من خلال المرضى" المستفيدين من الخدمة" في المؤسسات الإستشفائية العمومية.

تحديد مصطلحات الدراسة:

السياسة العامة:"هي تلك النشاطات التي تقوم بها الحكومة وتشمل تقديم الخدمات العامة كالتعليم والرعاية الصحية والطرق والإسكان كما تشمل نشاطات النظام العام وتنظيم النشاطات الفردية والجماعية عن طريق قوات الشرطة والأمن العام ومفتشي الأسواق وتتضمن إدارة ومراقبة الأدوية والأطعمة، بالإضافة إلى التحكم في الأنشطة السياسية والاجتماعية كتنظيم الأسرة والسير وغيرها من الأنشطة السياسية والاقتصادية والاجتماعية".[1]

الصحة: "هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لمجرد انعدام المرض أو العجز".[2]

[1] – أحمد محمد، الحسين، **مدخل إلى تحليل السياسة العامة**. ط3، عمان: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2002، ص08.

[2] – دستور منظمة الصحة العالمية، 1947، ص 01.

الصحة العمومية : "هي مجموعة الوسائل التي تهدف إلى تحسين الحالة الصحية داخل مجتمع ما، وهي العلم الذي يمنع ظهور الأمراض ويمدد أمل الحياة ويحسن الصحة والنشاط الذهني والفزيائي لأفراد المجتمع".[1]

السياسة العامة الصحية : "هي تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية، وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها ".[2]

النظام الصحي:" هو مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لتحقيق أهداف النظام الصحي، والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".[3]

المحددات الصحية: " هي مجموعة العوامل التي تحدد النتائج الصحية للمجتمعات السكانية، بما فيها التفاعل المعقد بين أنماط حياتنا والبيئة المحلية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقا والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات، فضلا عن حياتنا وعمرنا ونوعنا الاجتماعي".[4]

الخدمات الصحية: " تشمل الخدمات الصحية كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها، وهي تشمل كافة الخدمات الصحية الشخصية والمرتكزة على الناس".[5]

المؤشرات الصحية : هي مجموعة من المقاييس الكمية أو النوعية التي تستخدم لوصف أو لقياس أداء النظام الصحي خلال فترة زمنية محددة، وبالتالي تساعد على تشخيص وتحديد المشاكل الصحية، وهي تختلف عن الإحصاءات الصحية لأن هذه الأخيرة هي وصف أو عرض لواقع الصحة في وقت معين وفي شكل رقمي.

جودة الخدمات الصحية: " هي درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها لتحديد مستوى جيد من الممارسة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيصي لمشكلة طبية معينة".[6]

صعوبات البحث:

---

[1]– عديلة، العلواني، **أسس إقتصاد الصحة**. ج1، الجزائر: دار هومه، 2014، ص 14.

[2]– محمد عثمان مختار، الفاتح، "إقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية"، مجلة أماراباك. المجلد 04، العدد 10، 2013، ص126.

[3]– فاروق توفيق، نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008، ص54.

[4]– هوغ ألدرويك، وسابين فويك، وآخرون، نحو مجتمعات سكانية صحية: وضع استراتيجيات لتحسين صحة السكان. قطر، تقرير مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية 'ويش'، 2015، ص 01.

[5]– منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، جمعية الصحة العالمية، تقرير الأمانة، 15 أفريل 2016، ص 01.

[6]– وفاء، علي سلطان، "أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة"، (د، إ، م)، المجلد 05، العدد 10، 2013، ص 84.

تتعلق صعوبات هذه الدراسة في تضارب المعطيات الرقمية الخاصة بالقطاع الصحي، بين ما تتضمنه التقارير الصادرة عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي، والتقارير التي يوفرها المعهد الوطني للصحة العمومية وما هو متوفر في الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة، وحتى التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. إضافة إلى الصعوبات التي واجهتنا أثناء القيام بالدراسة الميدانية فالعديد من المؤسسات الصحية العمومية التي طرقنا أبوابها ورفضت منحنا ترخيص لتوزيع الاستبيانات على المرضى بطرح العديد من الحجج منها غياب المسؤولين، وهذا ما اضطرنا إلى مقابلة المرضى في أوقات الزيارات وتحديدا في عطلة نهاية الأسبوع لقلة المراقبين مقارنة بباقي أيام الأسبوع.

هيكلة الدراسة:

في إطار معالجة إشكالية الدراسة وكل التساؤلات المطروحة اعتمدنا على خطة تضمنت أربعة فصول، يبدأ كل منها بتمهيد وينتهي بخلاصة، محاولين في العموم مراعاة التوازن المنهجي بين وحدات البحث، بحيث لا ننفي وجود بعض الاختلاف الكمي البسيط بين الفصول المبرر بالأهمية التي تكتسبها الفترة محل الدراسة والذي لا يلغي التوازن المنهجي.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة العامة الصحية أين تم التعرض فيه للسياسة العامة كمفهوم شامل لا بد من التطرق إليه، مرورا إلى مفهوم السياسة العامة الصحية متعرضين إلى مبادئها وأهدافها، وكذا مراحل صنعها مرورا إلى مستويات ومرتكزات تحليلها مستندين كذلك إلى الاقتراب المستخدمة في عملية التحليل.

الفصل الثاني: مضامين السياسة العامة الصحية الجزائرية ومحدداتها حتى 1999 لا يمكن تجاوز هذه المرحلة في إطار فهم السياسة العامة الصحية للفترة محل الدراسة، لذلك تضمن هذا الفصل العوامل المميزة للمرحلة والتي أثرت في صياغة السياسة العامة الصحية، وكذا الفواعل الرسمية وغير الرسمية المشاركة في هذه العملية، مرورا إلى المبحث الثاني الذي خصص لتتبع مختلف المراحل التي مرت بها السياسة الصحية الجزائرية من الاستقلال إلى غاية سنة 1999، وصولا إلى المبحث الثالث الذي خصص لتقييم السياسة الصحية من 1962إلى غاية سنة 1999، معتمدين على ثلاثة عناصر للتقييم الأطر القانونية، مدخلات وكذا مخرجات السياسة الصحية.

الفصل الثالث: تحليل سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر 1999-2017 الذي اشرنا فيه إلى الإطار العام لسياسة الإصلاح، بمعنى الظروف الداخلية والخارجية التي أدت إلى الإصلاح، أهداف الإصلاح إضافة إلى المرتكزات التي قامت عليها سياسة الإصلاح، أما المبحث الثاني فخصص إلى أهم مخرجات سياسة الإصلاح التي تم حصرها عنصرين تمثل الأول في النظام التعاقدي ، أما الثاني فتمثل السياسة الدوائية، ليوصلنا ذلك إلى المعوقات التي واجهت سياسة الإصلاح والتي قسمت إلى معوقات تنظيمية وأخرى تعلقت بالتسيير.

الفصل الرابع: متطلبات نجاح السياسة الصحية الجزائرية تناول ثلاث مباحث، أين خصص المبحث الأول للدراسة الميدانية لأحد رهانات السياسة الصحية والمتمثل في رهان الجودة من خلال آراء المرضى، حيث تم فيه عرض الإجراءات المنهجية المتبعة ثم الانتقال إلى تحليل النتائج المتوصل إليها، مرورا إلى عملية التقييم للمرحلة الممتدة من 1999-2017 معتمدين نفس عناصر التقييم سابقا أي الأطر القانونية، مدخلات ثم مخرجات السياسة الصحية، لنصل من خلال المبحث الثالث إلى الحوكمة كمدخل لتحسين أداء السياسة الصحية، منتقلين فيه من مفهوم الحوكمة الصحية إلى الإطار المؤسسي وأسس حوكمة الصحة في الجزائر.

الفصل الأول

السياسة الصحية هي إحدى السياسات العامة التي تستجيب من خلالها الدول لمطالب مواطنيها في المجال الصحي، فهي عملية – السياسة الصحية– بقدر أهميتها تكمن صعوبتها، حيث تعتبر آلية لتحقيق الأمن والاستقرار المجتمعي.

بهدف فهم السياسة العامة الصحية كان الأجدر إتباع طريقة علمية ومنهجية يتم الانتقال بها من العام هو السياسة العامة كحقل شامل إلى الخاص وهو السياسة العامة الصحية والتي تعتبر أحد فروع هذا الحقل. لهذا تضمن الفصل الأول ثلاثة مباحث والتي كانت كالتالي:

1. **المبحث الأول: السياسة العامة مدخل مفاهيمي:** الذي نتناول فيه تعريف السياسة العامة لنخلص إلى عناصرها، ثم نبرز أنواعها ومراحل صنعها بالمرور على أهم الخصائص التي تتسم بها.
2. **المبحث الثاني: ماهية السياسة العامة الصحية:** وفيه تم التطرق إلى تعريف السياسة العامة الصحية التي لا يمكن الحديث عنها إلا بتعريف الصحة التي تعتبر إحدى الحقوق الأساسية، لنتقل إلى خصائص ومبادئ السياسة الصحية وتوضيح أهدافها.
3. **المبحث الثالث: تحليل السياسة العامة الصحية:** تضمن مفهوم مراحل ومرتكزات تحليل السياسة الصحية، مع إبراز االمقاربات المستخدمة في ذلك.

المبحث الأول: السياسة العامة مدخل مفاهيمي.

مر حقل السياسة العامة بمراحل مختلفة ومتعددة والتي اعتبرت محطات هامة في تطوره، نتيجة الاجتهادات التي كانت قائمة، وبرز هذا التطور وبوضوح لاسيما في مرحلة بين الحربين العالميتين الأولى والثانية والمرحلة التي تلت الحرب العالمية الثانية.

بعدما كانت تركز دراسة السياسة العامة على الدولة من خلال مؤسساتها وهياكلها والأدوار التي تقوم بها باعتبارها هي من يتولى تسيير الشؤون الاجتماعية لمواطنيها بالإضافة إلى الأطر القانونية "الدستور"، أصبحت هذه الدراسة تركز على عناصر أخرى مثل الأساليب والآليات التي تتبناها الحكومات للقيام بوظائفها من خلال السياسات التي تضعها ومحتوى أو مضمون تلك السياسات، ولم يتم التوقف عند هذا الحد حيث ظهرت العديد من الدراسات بعد بروز العديد من الفواعل الدولية التي اعتبرت متغيرات جديدة ولا بد من دراستها ومعرفة الدور الذي أصبحت تضطلع به في عملية صنع السياسة العامة إلى جانب الدولة، وحتى التفاعلات المختلفة بينها. فالسياسة العامة لم تعد من اختصاص الدولة لوحدها كما لم تعد شأنا داخليا فقط، أصبح الحديث يجمع بين السياسة العامة والمنظمات الدولية منها الحكومية وغير الحكومية والشركات متعددة الجنسيات كفواعل جديدة لها وزنها في التأثير على بعض السياسات العامة.

قد أسهم هذا كله في بلورة الاتجاهات الحديثة التي ترى أن السياسات العامة ما هي إلا محصلة للتفاعلات الرسمية وغير الرسمية، بين عدد من المؤثرين والفاعلين على المستويين المحلي والمركزي، والسياسات العامة في ضوء ذلك تعبير عن إرادة الفاعلين والمؤثرين الذين هم عادة ما يكونون أعضاء في شبكة منظمة صارت تعرف اليوم باسم شبكة السياسة Policy Network.[1]

وبهذا نتساءل عن ماهية السياسة العامة.

المطلب الأول: تعريف السياسة العامة.

[1] – فهمي خليفة، الفهداوي، **السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل**. ط1، الأردن: دار المسير للنشر والتوزيع والطباعة، 2001، ص31.

السياسة العامة كغيرها من المفاهيم في العلوم السياسية، أخذت حيز كبير من الاهتمام لدى الباحثين والمهتمين في هذا المجال عموما، هذا ما جعلها تحظى بالعديد من التعاريف على الرغم من أن هذا التعدد له جانب ايجابي لكن لا يخلو من بعض السلبيات مثل إضفاء نوع من الغموض وصعوبة التحكم في المصطلح، لأن كل منها يعتمد على معيار معين وله وجهة نظر مختلفة عن الآخر، وبالتالي أصبح من غير الممكن فهم م مصطلح السياسة العامة بعرض تعريف واحد فقط. لهذا سنقوم بتقديم مجموعة من التعاريف لتوضيح مختلف الاجتهادات والزوايا التي تناولت المصطلح، للوصول في الأخير إلى تعريف إجرائي يكون أكثر شمولا ووضوحا من خلال محاولة الإلمام بكل ما قدم من تعاريف.

ورد في قاموس السياسات العامة Dictionnaire des politiques publique: " السياسة العامة كل ما يقرر الفاعلين الحكوميين فعله من عدم فعله، ويطبقونه فعلا أو لا يطبقونه."[1]

نفس المعنى ورد في تعريف توماس داي Dye: عبر عن السياسة العامة بقوله: " أنها كل ما تقرر الحكومة عمله أو عدم عمله".[2]

من خلال هاذين التعريفين فالسياسة العامة وظيفة حكومية باعتبار هذه الأخيرة هي من تملك السيادة في الدولة وبالتالي هي من يتولى تسيير الشؤون العامة وتنظيمها بناءا على مختلف الوظائف التي تقوم بها مؤسساتها سواء ما تعلق منها بالتشريع أو التنفيذ، كما تعبر عدم استجابة الحكومة بفعل ملموس عن واقع معين سياسة عامة.

عرف كارل فردريك Friedrich السياسة العامة أنها: " برنامج عمل مقترح لشخص أو جماعة أو لحكومة في نطاق بيئة محددة، لتوضيح الفرص المستهدفة، والمحددات المراد تجاوزها سعيا للوصول إلى هدف أو لتحقيق غرض مقصود." [3]

هذا يعني أن السياسة العامة ليست حكرا على الحكومة لوحدها، فقد تكون نتاج عملية تشاركية تجمع العديد من الفواعل أو الأطراف، ولا يمكن فصل هذه السياسة عن بيئتها لأنها من المفروض أن تكون استجابة أو انعكاس لها، وبالتالي تأخذ العوامل البيئية وما تحدثه من تأثير على السياسة بالحسبان، عبر هذا التعريف عن السياسة العامة في الإطار التنفيذي التطبيقي"برنامج".

وفي **تعريف هارولد لاسويل Harold lasswel** [G]: " أنها من يحوز على ماذا؟ متى؟ وكيف؟ من خلال نشاطات تتعلق بتوزيع الموارد والمكاسب والقيم والمزايا المادية والمعنوية، وتقاسم الوظائف والمكانة

---

[1] - Laurie Boussaguet , Sophie Jacquot, Pauline Ravinet, **Dictionnaire des politiques publiques** . 3e édition, paris: presse de sciences po, 2010, p 42.

[2] – عبد الفتاح، ياغي، **السياسة العامة النظرية والتطبيق.** مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2010، ص 07 .

[3] – جيمس، اندرسون، **صنع السياسة العامة.** (تر: عامر الكبيسي)، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 1998، ص15.

* **هارولد لاسويل Harold Dwight Lasswell (1902-1978)** باحث أمريكي ، من بين مؤلفاته" Politics 1936 "، " Power and Personality 1948"، " The Future of Political Science 1962 ".

الاجتماعية، بفعل ممارسة القوة أو النفوذ، والتأثير بين أفراد المجتمع من قبل المستحوذين على مصادر القوة."[1]

يركز هارولد لاسويل في تعريفه للسياسة العامة على القوة والنفوذ فمن يمتلكهما يمتلك القدرة على التأثير في الأفراد وبالتالي التأثير في السياسة العامة، كما لا تتعلق هذه الأخيرة بالجانب المادي الكمي فقط بل حتى بالجانب المعنوي بما عبر عنه بالقيم.

تعريف غابرييل ألموند G.Almond [G] : السياسة العامة هي محصلة عملية منتظمة من تفاعل المدخلات (مطالب + دعم) مع المخرجات (قدرات وقرارات وسياسات)، للتعبير عن أداء النظام السياسي في قدرته (الإستخراجية، التنظيمية، التوزيعية، الرمزية، الاستجابية، الدولية) من خلال القدرات والسياسات المتخذة."[2]

فالسياسة العامة هي عملية تخضع للتنظيم وليست عشوائية، وتعبر عن أداء النظام السياسي والكشف عن قدراته في تحقيق المصالح الاجتماعية المختلفة، لذلك يأخذ النظام السياسي وطبيعته كأساس في فهم السياسة العامة وطبيعتها هي الأخرى.

كما عبر عنها علي الدين هلال[G]:" أنها مجموعة القواعد والبرامج الحكومية التي تشكل قرارات أو مخرجات النظام السياسي بصدد مجال معين، ويتم التعبير عن السياسة العامة في عدة أصول وأشكال منها القوانين، واللوائح، والقرارات الإدارية والأحكام القضائية."[3]

جمع علي الدين هلال في تعريفه للسياسة العامة بين التشريع والتنفيذ، وهذا ما يؤكد على التكامل بين العمليتين ضمن مراحل عملية صنع السياسة العامة، أي من أجل تنفيذ السياسة العامة على أرض الواقع لا بد لها من إطار قانوني يسمح بتنفيذها.

وعرفها هينز أيولا Heinz Eulau وكينث بريويت Kenneth prewitt أنها:" قرار مستمر standing décision يمتاز بالتماسك السلوكي behavioral والتكرارية من جانب أولائك الذين يتخذونه وأولائك الذين يلتزمون به." [1]

---

[1] – سالمة ليمام الأخضر، سمير بارة محمود، **صنع السياسات العامة: دراسة في المفاهيم والمنهجية والبيئة حالة الجزائر**. الأردن: دار مجد لاوي للنشر والتوزيع، 2014، ص 17.

[*] **غابرييل ألموند G.Almond (1911–2002)** عالم سياسة أمريكي، توظف في العديد من الجامعات منها بارنستون، ييل، طوكيو، اشتهر بعمله حول السياسة المقارنة.

[2] – فهمي، خليفة الفهداوي، مرجع سبق ذكره، ص 33.

[*] **علي الدين هلال** أستاذ العلوم السياسية بكلية الاقتصاد جامعة القاهرة، تحصل على شهادة الدكتوراه من جامعة ماكجيل (كندا 1973)، تقلد العديد من المناصب منها مدير مركز البحوث والدراسات السياسية بجامعة القاهرة (1986–1994)، ترأس الجمعية العربية للعلوم السياسية (2004–..)، له العديد من المؤلفات منها كتاب " الساسية والحكم في مصر" الذي تحصل من خلاله على وسام العلوم والفنون من الطبقة الأولى في عام 1979.

[3] – علي الدين، هلال، **معجم المصطلحات السياسية**. مصر: مطبعة أطلس، 1994، ص 212.

يتناول هذا التعريف الجانب التنفيذي للسياسة العامة كونه يعبر عنها أنها قرار، ومن مميزات هذا القرار أنه مستمر ديناميكي وكذا ملزم، بمعنى يتم اتخاذ التدابير والإجراءات الكافية من أجل تجسيده على أرض الواقع.

قدم **فهمي خليفة الفهداوي** تعريفا للسياسة العامة أكثر شمولا مقارنة بالتعاريف السابقة حاول من خلاله جمع مختلف المتغيرات بقوله: " السياسة العامة هي تلك المنظومة الفاعلة (المستقلة والمتغيرة والمتكيفة والتابعة)، التي تتفاعل مع محيطها والمتغيرات ذات العلاقة من خلال استجابتها الحيوية (فكرا وفعلا)، بالشكل الذي يعبر عن نشاط مؤسسات الحكومة الرسمية وسلطاتها المنعكسة في البيئة الاجتماعية المحيطة بها، بمختلف مجالاتها عبر الأهداف والبرامج والسلوكيات المنتظمة في حل القضايا ومواجهة المشكلات القائمة والمستقبلية، والتحسب لكل ما ينعكس عنها، وتحديد الوسائل والموارد البشرية والفنية والمعنوية اللازمة، وتهيئتها كمنطلقات نظامية هامة لأغراض التنفيذ والممارسة التطبيقية، ومتابعتها ورقابتها وتطويرها وتقويمها لما يجسم أو يجسد تحقيقا ملموسا للمصلحة العام المشتركة المطلوبة في المجتمع."[2]

بناء على ما تقدم وكتعريف إجرائي يمكن القول **أن السياسة العامة: تعبر عن مجموعة البرامج والقرارات التي تتخذها الحكومة من خلال مؤسساتها الرسمية، تكون استجابة لوضع معين تهدف إلى تحسينه، بناءا على محاولة التوفيق بين مصالح مختلف الفئات، مع الأخذ في عين الاعتبار تأثير العوامل البيئية الداخلية والخارجية منها السياسية الاقتصادية والاجتماعية، كون الحكومة هي المسؤولة عن توفير التدابير ومختلف إجراءات التنفيذ، كما أنها عملية تشاركيه توافقية بين مختلف الفواعل سواء الرسمية منها أو غير الرسمية، يتم الهدف من خلالها إلى تحقيق الاستقرار.**

بعد التطرق لمفهوم السياسة العامة ومحاولة الإحاطة به، تأتى لنا أن هناك مجموعة من العناصر والتي تعتبر مكونات أساسية للسياسة العامة والتي تتمثل فيما يلي: [3]

1- **<u>مطالب السياسة:</u>** وتتمثل في كل ما يطرحه المجتمع على اختلاف فئاته من قضايا مشاكل تعبير عن احتياجاته، يتكون بناءا عليها رد فعل من قبل الحكومة، والتي تأخذ ترتيبا وفق أولويتها. ويكون للجهات المعنية رد فعل مختلفة وتأخذ صور متعددة قد تكون بالفعل أو عدم الفعل كما تم الإشارة في بعض التعاريف السابقة.

2- **<u>قرارات السياسة:</u>** تشمل هذه القرارات كل ما يصدر من الجهات الحكومية من قوانين أو أوامر أو مراسيم (الأطر التشريعية) والتي تعبر عن فحوى السياسة العامة، والتي يتم الاستناد عليها في

---

[1] – أحمد، مصطفى الحسين، **مدخل إلى تحليل السياسات العامة**. ط1، الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2002، ص 12.

[2] – فهمي خليفة، الفهداوي، مرجع سبق ذكره، ص 38.

[3] – جيمس، أندرسون، مرجع سبق ذكره، ص 17.

عملية تنفيذ السياسة العامة، كون هذه الأخيرة تنطلق بناءا على الأطر القانونية التي تضفي عليها صفة الشرعية.

3- **تصريحات السياسة:** وهي الخطابات والإعلانات والتفسيرات التي تتبناه أو تصدر عن الجهات الرسمية، والتي تعبر عن وصول المطالب(القضايا والمشاكل) الاجتماعية إلى الحكومة وما تنوي القيام به، وهي تعبير عن السياسة وما تتضمنه.

4- **مخرجات السياسة:** والتي تعبر عن ترجمة السياسة وتحويلها من مستوى الخطاب أو الإعلان أو التصريح أو من مجرد قرارات جامدة إلى تجسيد فعلي على أرض الواقع، فهي مؤشرات يمكن من خلالها قياس وتقييم الإنجازات والخدمات التي نتجت عن تطبيق السياسة ميدانيا.

5- **عوائد السياسة:** هي كل ما يترتب أو ينتج عن السياسة، وهنا يكون التساؤل عن ماذا حققت السياسات المطبقة؟ هل كانت سلبية أو إيجابية ؟ هل عكست الأهداف التي وضعت من أجلها؟ وهنا الإجابة تحتمل جانبا إيجابيا كما قد يكون سلبيا، وهذا ما يعبر عن أداء النظام السياسي وقدراته المختلفة.

المطلب الثاني: خصائص السياسة العامة.

للسياسة العامة مجموعة من الخصائص التي تميزها عن باقي المصطلحات والمفاهيم، كما تساهم إلى حد ما في تخطي ذلك الغموض الذي يطرأ على المفهوم في الكثير من الأحيان والتي تتمثل في:

- السياسة العامة هي عملية مخططة ومنظمة، تكون وفق معايير وأسس علمية، هادفة غير عشوائية.
- السياسة العامة تكون استجابة لوضع معين أو قضية أو مشكلة بعينها، حيث تكون موجهة لخدمة المصلحة العامة أو الصالح العام، بمعنى شمولية ولا تقتصر على شخص أو فئة، وهذا لا يلغي أو ينفي فكرة أن السياسة العامة قد تكون موجهة لشريحة أو فئة يتعاطف معها الرأي العام، أو تكون ذات بعد مستقبلي أي إستراتيجية لم تشغل المواطنين بعد.[1]
- السياسة العامة نتاج عملية تشاركية بين مجموعة من الفاعلين، هذا ما يضفي عليها نوع من الرشادة والعقلانية، حيث تكون وسطية بتوفر مجموعة من البدائل وهذا ما يسمح باختيار البديل الذي يوفر أكبر قدر من المكاسب لأكبر فئة اجتماعية.

على الرغم أن طبيعة النظام السياسي وما يسمح به يمكن أن يكون لها دور في تحديد هؤلاء الفواعل والنطاق الذي يتدخلون فيه، أو يعتبر السياسة العامة حكرا على الجهات الرسمية.

لكن اليوم ومع تعدد المطالب وبروز قضايا جديدة التي منها ما أصبح يأخذ بعدا دوليا مثل القضايا المتعلقة بالبيئة وحقوق الإنسان، وتعقد العوامل البيئية(السياسية والاقتصادية والاجتماعية) وزيادة تأثيرها

[1] – عامر خضير، الكبيسي، **السياسات العامة مدخل لتطوير أداء الحكومات**. القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2008، ص 11.

في كل السياسات على اختلافها، وتعدد الفواعل منها الحكومية وغير الحكومية أصبحت التشاركية ضرورية بهدف تحقيق ما تسعى إليه السياسة العامة، من دولة، قطاع خاص، مجتمع مدني وهذا ما سيتم الإشارة إليه لاحقا.

- السياسة العامة إيجابية كما قد تكون سلبية، تكون ايجابية عندما تتخذ الحكومة إجراءات محددة من اجل التأثير في المشكلة، وسلبية عندما تكون قرارا صادرا من الجهات الحكومية بعدم اتخاذ أي إجراء بخصوص قضية معينة تتطلب تدخل هذه الجهات لحلها.[1]
- السياسة العامة تؤثر في البيئة وتتأثر بها، فمخرجات السياسة العامة تحدث تغيير في الوسط الاجتماعي في كلتا الحالتين أي عندما تكون سلبية أو إيجابية، وهذا ما يلقى رد فعل إما التأييد أو الرفض لتلك السياسة، لهذا خلال عملية صنع السياسة العامة من بداية مراحلها لا بد أن تأخذ البيئة بعين الاعتبار فا لقيم والتقاليد التي يتميز بها المجتمع لها دور، لا يمكن وضع سياسة عامة منافية للقيم لأنه لا يمكن تطبيقها، و بالتالي السياسة العامة لا بد أن تعكس البيئة الموجودة فيها وإلا تعتبر غير واقعية.
- السياسة العامة تستند إلى أطر قانونية، فالإطار القانوني يضفي صفة الشرعية* على السياسة العامة، لا سيما عندما يتعلق الأمر بتنفيذها والكيفية التي تتم بها عملية التنفيذ، لذا تقوم الجهات الرسمية بإصدار العديد من المراسيم والقوانين على إثر تبني أي سياسة عامة.
- السياسة العامة مستمرة متجددة ومتكيفة، مستمرة بمعنى السياسات المتخذة في قطاع معين تكون مكملة لبعضها البعض، ولا تأتي سياسة تنفي كل السياسة السابقة كما هو الحال في الجزائر كلما حدث تغيير على مستوى الأشخاص في قطاعات معينة يتم إلغاء كل السياسات والقرارات المعمول بها سابقا ووضع سياسات جديدة وهذا ما يحدث عدم الاستقرار داخل القطاعات على اختلافها، متجددة تستجيب لمتطلبات كل مرحلة حيث انه لكل مرحلة متطلبات جديدة التي من الممكن أن تكون طرحت من قبل وأخذت صيغة جديدة أو تكون جديدة في الأصل، متكيفة بمعنى التكيف مع تطورات البيئية.

---

[1] – محمد، موفق حديد، **الإدارة العامة: هيكلة الأجهزة وصنع السياسات وتنفيذ البرامج الحكومية**. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007، ص 117.

* **الشرعية:** هي القيمة التي يتم من خلالها الاعتراف بشيء أو شخص ما والقبول به على أنه صحيح ومناسب، فالشرعية هي التي تمنح الحق والسلطة. وهناك ثلاثة أنماط من الشرعية:

– التقليدية: تبنى بالعادات والعرف مع الزمن، تؤكد على التاريخ ذات مؤسسات قوية.

– الكاريزمية: تبنى على قوة الأفكار وحضور القائد ذات مؤسسات ضعيفة.

– القانونية العقلانية: تبنى على القوانين والإجراءات والهيئات التي تضع تل القوانين وتطبقها، ذات مؤسسات قوية. للمزيد أنظر:

باتريك، اونيل، (تر: باسل جبيلي)، **مبادئ علم السياسة المقارن**. ط1، دمشق: دار الفرقد للطباعة والنشر والتوزيع، 2012، ص ص 61، 63.

- السياسة العامة تشمل جميع الأنشطة الحكومية على اختلافها سواء كانت برامج، مخططات، قرارات حيث لا يمكن اعتبارها سياسة عامة ما لم تكن صادرة عن الحكومة. كما أن صدورها عن الجهات الرسمية يجعلها ملزمة.

إذا توفرت كل هذه الخصائص في مختلف السياسات العامة التي يتم وضعها في الجزائر تكون ناجحة تتسم بالرشادة والموضوعية وتعبر عن الواقع وتعكس المصلحة العامة.

المطلب الثالث: أنواع ومراحل إعداد السياسة العامة:

أولا: أنواع السياسة العامة:

تتباين وتختلف تصنيفات السياسة العامة تبعا لتعدد واختلف الأسس والمعايير التي يتم اعتمادها والتي نذكر من بينها:

1) – السياسات العامة وفق الأفعال التي تقوم بها الحكومة ضمن المجتمع المعني بها، والآثار التي تخلفها وهي كالتالي:[1]

✓ **السياسات العامة الإستخراجية:**

تعتبر الوظيفة الإستخراجية من الوظائف الأساسية التي تقوم بها مختلف الأنظمة السياسية، من خلال تعبئة الموارد البشرية والمادية واستخراجها، بهدف استخدامها لأغراض أخرى.

ومن أهم هذه السياسات الإستخراجية الضرائب: "وهي مبلغ من المال يدفعه المواطن للدولة، بوصفه عضوا في المجتمع يفيد ويستفيد من الخدمات العامة، استفادة خاصة أو عامة".[2]

حيث تعد الضريبة من أقدم المصادر المالية للدولة فهي تستخدمها لتغطية الإنفاق المتزايد في مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والتنموية، وتأخذ هذه الضريبة شكلين مباشرة Direct Taxes والتي تتمثل في الضرائب على الدخول والأرباح، وغير مباشرة Indirect Taxes والتي تشمل الضريبة الجمركية والضريبة على المبيعات.

✓ **السياسة العامة التوزيعية:**

[1]– فهمي خليفة، الفهداوي، مرجع يبق ذكره، ص ص 71، 77.

[2] – عبد الوهاب، الكيالي، **موسوعة االسياسة**. ج 3، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1985, ص 730.

هو تخصيص الوكالات الحكومية بمختلف أنواعها للأموال والسلع والخدمات والجوائز والفرص وتوزيعها على الأفراد والجماعات، ويتم قياسها من خلال مقارنتها حسب كمية ما وزع والقطاعات البشرية التي طالتها تلك المنافع.[1]

كلما زادت القيمة التوزيعية زادة مساحة ونطاق المستفيدين من التوزيع، وهذا ما يدل على إيجابية السياسة العامة. حيث تهدف وتعمل أن يكون ذلك التوزيع عادلا ومتساويا بين مختلف أفراد المجتمع، سواء تعلق ذلك بسلع أو أموال أو خدمات، كمثال عن هذا النوع من الخدمات ما تمنحه الدولة من مساعدات لذوي الاحتياجات الخاصة.

- ✓ **السياسة العامة لإعادة التوزيع:**

تقوم الدولة من خلال سياسة إعادة التوزيع بمراجعة أو إعادة النظر في توزيع الدخل، وجعله لصالح فئات من ذوي الدخل المنخفض أو المحدود، بمعنى تقوم الحكومة بتبني خيارا تفضيليا من خلال منح بعض الامتيازات المادية لجماعة أو فئة على حساب فئة أو جماعة أخرى في المجتمع الواحد.

- ✓ **السياسة العامة التنظيمية:**

تتطلب عملية المحافظة على المصلحة العامة هذا النوع من السياسات، والذي يشير إلى مختلف الأنشطة والأعمال التي تقوم يكون الهدف منها ضبط ورقابة مختلف السلوكيات التي من الممكن أن ينجر عنها ضرر بالمصلحة العامة والأمن العام، وذلك من خلال الأطر التشريعية أي والترسانة القانونية التي تنجر عنها مخالفات وعقوبات صارمة، وفي سبيل ذلك يتم تسخير مختلف الوسائل والآليات حتى وان تطلب ذلك إغراءات مادية. وهذا بهدف المحافظة على سلامة وأمن المجتمع.

- ✓ **السياسة العامة الرمزية:**

الهدف من هذا النوع من السياسات هو رفع الحس الوطني والشعور بالمواطنة، وتعبئة الجماهير بالقيم السياسية، والافتخار بهوية المجتمع الذي ينتمون إليه، فهي سياسات ترتبط بالجانب المعنوي القيمي أكثر من الجانب المادي.

ويكون للسياسات الرمزية دور في تحسين العلاقة بين المواطن ومن يحكمه، وهذا ما يدفعه إلى القيام بواجباته على أحسن وجه والتضحية في سبيل وطنه، كمثال عن هذا النوع من السياسات الاحتفال بالأعياد الوطنية.

2) – تصنيف السياسات العامة في إطار أهداف الدولة الكلية، والتي تكون غايتها مرتبطة ببناء الدولة وتحقيق التنمية، وهي كالأتي: [1]

[1] – جابرييل إيه آلموند، وجي بنجهام باويل الابن، (تر: هشام عبد الله)، ط1، **السياسات المقارنة في وقتنا الحاضر: نظرة عالمية**. عمان: دار الأهلية للنشر والتوزيع، 1998، ص 192.

- ✓ **السياسات الخاصة بالبناء الوطني في تحقيق الهوية الحضارية:**

وتشير إلى مختلف السياسات التي تتبناها الدولة من أجل المحافظة على أمن الوطن وسلامة حدوده وشعبه، بمعنى مختلف التحديات الداخلية والخارجية، مثل السياسة الوطنية للأمن الوطني، السياسة العامة للدفاع الخارجي.

- ✓ **السياسات الخاصة بالنمو والاستثمار التنموي:**

وهي السياسات التي ترتبط أهدافها بتحقيق التنمية، من خلال استخدام الموارد المتوفرة أحسن استغلال.

3) – تصنيف السياسات العامة حسب القطاعات وهذا التصنيف يعبر عن محتوى السياسات العامة التي تعتبر متخصصة في مجال معين، والتي تتمثل في:

- ✓ سياسات التعليم.
- ✓ سياسات الصحة.
- ✓ سياسات التشغيل.
- ✓ سياسات البيئة.
- ✓ سياسات الإسكان.

بعد التعرف على التصنيفات المختلفة للسياسة العامة ننتقل إلى المراحل التي تمر بها عملية إعدادها.

ثانيا: مراحل إعداد السياسة العامة:

كما سبق الإشارة أن السياسة العامة هي نشاط حكومي هادف غير عشوائي فهو منظم، وبالتالي فعملية صنع السياسة العامة هي عملية معقدة متشابكة، حيث يتدخل في صناعتها العديد من الفواعل الرسمية منها وغير الرسمية الداخلية والخارجية، فلم تعد عملية صنع السياسة العامة شئنا داخليا يخص الدولة فقط ، كما أنها عملية تتأثر بالبيئة التي تجمع العديد من العوامل وأصبح من مميزات هذه البيئة عدم الاستقرار أي التغير المستمر، وبالتالي لا بد أن تراعي السياسة العامة مختلف التغيرات وتستجيب لمختلف مستجداتها.

كما لا بد من الإشارة أن عملية صنع السياسة العامة تختلف من دولة إلى أخرى، وذلك حسب طبيعة النظام السياسي. بمعنى أن النظام السياسي في كل دولة هو الذي يحدد كيفية رسم أو صنع السياسة، كما يقوم بتحديد دور الأفراد والجماعات غير الرسمية في تحديد المشكلة وطرحها على الحكومة، وفي استخلاص الحلول البديلة والاختيار من بينها، وكذلك يحدد القنوات التي يوصل بها الأفراد والجماعات انشغالاتهم وتأثيرهم في العمل الحكومي، ويحدد مختلف الأجهزة التي يكون لها دور في عملية الصنع

[1] – عبد النور ناجي، مبروك الساحلي، **مقدمة في دراسة السياسة العامة**. الجزائر: دار العلوم للنشر والتوزيع، 2014، ص29.

(تخطيط، تمويل، تنفيذ، مراقبة).[1]

وبهذا سوف نعرض المراحل التي تمر بها عملية صنع السياسة العامة، على الرغم أن هذه المراحل تكون أكثر عند بعض الباحثين وتقل عند بعضهم حيث هناك من يدمج بين مرحلتين.

وكمثال عن ذلك قسم **الباحث شارلز جونس Charles Jones** تلك المراحل إلى:[2]

1. التعرف على المشكلة وإدراجها في جدول أعمال مختلف الأجهزة الحكومية.
2. صياغة ووضع البدائل اللازمة للعمل ومن ثم اتخاذ القرار المناسب.
3. العمل على إكساب القرار المتخذ الشرعية اللازمة حتى يتخذ صفة الدستورية القانونية.
4. رصد الميزانية الكافية لتنفيذ القرار المتخذ.
5. القيام بتطبيق البديل المناسب الذي تم اختياره.
6. تقييم النتائج المترتبة عن القرارات والبدائل المطبقة، ومن ثم إعادة النظر في بعضها والانتقال إلى دورة جديدة من الحاجيات وردود الأفعال.

وبالتالي من الصعب تحديد المراحل التي تمر بها السياسة العامة بدقة، لهذا سوف نحاول تجميع وطرح مختلف المراحل التي من الممكن أن تأخذ كمثال للتعميم مع احترام الاختلافات.

المرحلة الأولى: تحديد أو صياغة المشكلة(مشكلة السياسة):

تعتبر تحديد المشكلة المرحلة الأولى في عملية صنع السياسة العامة، حيث يتم تحديدها والتعرف عليها ومحاولة الإحاطة بمختلف مسبباتها، حتى تكون السياسة العامة ناجحة ومعبرة عن الواقع لابد أن تكون الركيزة أو القاعدة صحيحة وهي المشكلة الأصل، من خلال طرح مجموعة من التساؤلات: ما هي مؤثرات المشكلة؟ أسبابها؟ وما هي أبعادها؟ حيث تعرف المشكلة لأغراض صنع السياسة العامة أنها: "موقف أو حالة تحرك الحاجات والشعور بعدم الرضا لدى أفراد المجتمع، مما يدفعهم لطلب العون أو بتدخل الحومة للمساعدة في إزالة ما يعانون منه."[3]

فكلما كانت المشكلة عامة معبرة عن مطالب اجتماعية مختلفة كلما جذبت إليها اهتمام الحكومة وهذا ما يدفعها إلى الفعل، فهناك بعض المشاكل أو القضايا مثل: ارتفاع الأسعار، التسرب المدرسي، البطالة، انتشار الأمراض والأوبئة، يدفع الحكومة أو الجهات الرسمية إلى دراستها وتحليلها ومعرفة مسبباتها من أجل معالجتها أو حتى التقليل منها ومحاولة مواجهتها، وفي هذه الحالة جمع المعلومات عملية ضرورية

[1] – ثامر كامل، محمد الخزرجي، **النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة: دراسة في إستراتيجية إدارة السلطة**. ط1، الأردن: دار مجد لاوي للنشر والتوزيع، 2004، ص 120.

[2] – هشام، زغاشو،" صنع السياسة العامة من منظور توزيع السلطة وعلاقتها بالرأي العام في الأنظمة المفتوحة"، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية. العدد10، 2015، ص 81.

[3] – جواد عباس حسين، عباس عبدو ارزوقي، " صياغة السياسة العامة: إطار منهجي"، مجلة أهل البيت. العدد الأول، (د، س)، ص 139.

خاصة إذا تم التأكد من مصادر المعلومات وصحتها، وفي غالب الأحيان كلما تم التعرف على المسببات الحقيقية للمشكلة من خلال القاعدة المعلوماتية الصحيحة كان الحل صائب، كما توجد أنواع متعددة لسياسات العامة هناك مشاكل متعددة قد تتطلب سياسة توزيعية، تنظيمية، رمزية....الخ.

ومن أجل معرفة وتمييز مشاكل السياسة العامة عن غيرها من المشاكل نبرز مجموعة من الخصائص الخاصة بها:[1]

- **التبادلية:** فمشاكل السياسة العامة تؤثر وتتأثر ببعضها، وهي متشابكة وذات أجزاء مترابطة من نظام متكامل.
- **الذاتية:** فتفسير ومعرفة الظروف سواء الداخلية أو الخارجية التي تنشأ عنها مشاكل السياسات العامة يخضع لذوي الخبرة والمعرفة، للقائمين على صياغة هذه السياسات وبالتالي محلل وصانع السياسة يؤثر بشخصيته وذاتيته في تحليله لتلك المشاكل.
- **الوضعية:** أينما تكون التجمعات البشرية تكون مشاكل السياسات العامة، أي أن غالبيتها من صنع الأفراد.
- **الديناميكية:** بمعنى يكون لمشاكل السياسة العامة أكثر من حل، ولا يمكن الجزم بوجود علاج محدد لأية مشكلة من هذه المشاكل.

المرحلة الثانية: تحديد الأجندة (جدول أعمال الحكومة):

تصل إلى الجهات الرسمية العديد من المطالب (قضايا، مشاكل، حاجيات اجتماعية) مدخلات، منها ما يخص فئة بعينها ومنها ما يعتبر مطلب لفئات مختلفة، لكن مهما توفر للحكومة من موارد وإمكانيات لا يمكن أن تستجيب لكل المطالب، إلا ما يثير منها الاهتمام. لذا نجد بعض التنظيمات مثل جماعات المصالح تعمل على شد انتباه الحكومة إلى قضية ما تخدم مصلحتها، ويكون لوسائل الإعلام دور في جذب الرأي العام لقضية معينة وتوسيع نطاقها حتى تصبح من أولويات الجهات الرسمية، وهناك بعض القضايا لا تثير اهتمام الحكومة لسبب من الأسباب وبالتالي هناك بعض القضايا لا تحظى بمكان ضمن جدول أعمالها.*

[1] – نفس المرجع السابق، ص ص 141، 142.

* هناك نموذجين في تفسير الكيفية التي تصل بها المشاكل لجدول الأعمال:

– النموذج التعددي أو نموذج النفوذ : كل مشكلة قابلة لأن تدرج في جدول أعمال السياسية، شرط أن يقوم الأفراد بتعبئة وتجنيد أنفسهم لتعميم المشكلة، وهنا يحدث صعود ديمقراطي للمطالب الاجتماعية إلى السلطات العامة بواسطة التنظيم الجماعي للفاعلين المعنيين بالمشكل.

– النموذج النخبوي أو نموذج الرقابة الاجتماعية : الوصول إلى جدول الأعمال ليس في متناول الجميع بل في متناول جماعة صغيرة ومهيمنة في المجتمع، بمعنى النخبة القادرة على تبليغ مطالبها. للمزيد أنظر:

صالح، بالحاج، **تحليل السياسة العامة: الديناميكيات والمعارف الأساسية**. ج1، (د، ب): بن مرابط للطباعة، 2015، ص ص 74، 75.

حيث عرف **روس** الأجندة أنها: " قائمة الموضوعات التي توضع للبحث والمناقشة من أجل التوصل إلى حلول عامة لها."[1]

وهذا ما يؤكد أن المطالب لا توضع كلها في جدول أعمال الحكومة، كما أن الأجندة هي التي تحدد ما تقوم به الحكومة والقضايا والمشاكل التي ستقوم بمعالجتها، حيث يأخذ عنصر الزمن أهمية كما تأخذ الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية دور في تحديد هذه الأولويات، حيث قدمت ثلاثة مميزات لا بد أن تتميز بها المشاكل لتحظى بمكانة في جدول أعمال الحكومة وهي: [2]

- **هول المشكلة:** بمعنى وجود حدث يبرز المشكلة أي تتسبب في أثار كبيرة ووخيمة، بمعنى يكون لها تأثير واضح في البيئة الاجتماعية، لا يمكن تجاوزها وبالتالي تجذب اهتمام وانتباه الرأي العام ووسائل الإعلام وهذا ما يجلب السلطات العامة للاهتمام بها.
- **الجدة :** ليس المقصود بالجدة أن تكون المشكلة جديدة بخصائصها الذاتية، ولكن الجديد في الغالب يكون ناجما عن كيفية بنائها، بمعنى آخر المشكلة قديمة ذات بناء جديد، وتبرز من خلال تقديم معلومات، إحصائيات، مؤشرات تبرز المشكل ويصبح لا بد من معالجتها.
- **التطابق بين المشكلة والقيم المهيمنة:** بمعنى عدم تنافي المشكلة مع القيم الاجتماعية السائدة، فكلما كانت المشكلة منسجمة مع القيم سهلت معالجتها، وأهلتها أن تكون في جدول أعمال الحكومة مقارنة بمشاكل أخرى. وهنا لا بد من الإشارة إلى القيم الاجتماعية الراسخة والمتغيرة، كون بعض المشاكل تكون منافية للقيم الاجتماعية في مرحلة معينة لكن مع مرور الوقت وببروز العديد من المتغيرات تصبح نفس المشكلة المطروحة من قبل ولا بد من معالجتها

[1] – فهمي خليفة، الفهداوي، مرجع سبق ذكرة، ص 235.

[2] – صالح، بالحاج، **تحليل السياسة العامة: الديناميكيات والمعارف الأساسية**. مرجع سبق ذكره، ص ص 72، 73.

وليس من الضروري أن تأخذ المشكلة أولوية ويتم إدراجها في مختلف جداول الأعمال والعكس، مثال مشكلة اختطاف الأطفال قد تكون في مختلف جداول الأعمال، وبهذا لا بد من الإشارة إلى وجود نوعين من جدول الأعمال هما: [1]

1. **جدول أعمال(أجندة) النظام Systemic agenda:** ويشمل القضايا التي تستحق الاهتمام الحكومي بصفة عامة، حتى انه غالبا ما يكون ذلك الاهتمام رمزيا فقط، لكن هي من الممكن أن تصبح ضمن أجندة مؤسسية معينة بفعل أي حدث، مثلا كانت سياسة الخصخصة على مستوى أجندة النظام في الدول النامية لكنها تحولت إلى الأجندة السياسية نتيجة التغيرات التي حدثت في النظام العالمي وسقوط الدول الاشتراكية.
2. **جدول أعمال (أجندة) مؤسسية Institutional agenda:** يشمل القضايا التي تلقى اهتمام صانعي السياسات، ووجود القضايا على هذا المستوى يمكن أن يرشحها الاهتمام بها لأن تكون سياسة عامة، كما قد تكون ذات اهتمام رمزي فقط أي تعود لان تكون على مستوى الأجندة النظامية.

المرحلة الثالثة: صياغة مقترحات السياسة العامة:

بعد تحديد المشكلة ومختلف جوانبها، ظهور نية الحكومة في معالجتها باعتبارها من أولوياتها وفق جدول الأعمال و من أجل تقديم الأفضل في إطار معالجتها يتم إنشاء وتطوير مجموعة من البدائل استجابة لتلك المشكلة، وهذا لا يخرج عن الأطر الدستورية وطبيعة النظام السياسي وما يسمح به.

الأنظمة التسلطية تكون فيها هذه العملية محتشمة، حيث تشارك فيها الفواعل الرسمية فقط ويتم اختيار البديل الذين يجدون انه الأنجع، أما في ظل النظم الديمقراطية التي لها العديد من السمات من بينها مشاركة الفواعل غير الرسمية إلى جانب الفواعل الرسمية في عملية صنع السياسة العامة ، ويحدث في هذا المستوى نقاش واسع مشحون بنوع من المنافسة والمساومة والصراع الناتج في غالب الأحيان عن تضارب المصالح، حيث يعمل كل طرف على تحقيق تغليب مصلحته، وفي أحيان أخرى التعاون في حالة المصلحة المشتركة، وفي الأخير يتم اختيار البديل الذي يعبر عن السياسة العامة ومن المفروض أنه حضي بقبول ورضا من قبل الأطراف والجهات المعنية.

المرحلة الرابعة: إقرار السياسة العامة واعتمادها:

بعد اختيار البديل باعتباره الحل الأمثل للمشكلة، ونال درجة مقبولة من الرضا يتم اعتماد السياسة العامة وإقرارها، حيث تكون في شكل قانوني يصدر من الجهات الرسمية المخولة، حتى تصبح السياسة العامة ذات صبغة شرعية وملزمة، وبهذا يتم تجنب المشاكل التي تتعلق بعملية التنفيذ والتي تتعلق بقانونية السياسة العامة.

[1] – أحمد مصطفى، الحسين، مرجع سبق ذكره، ص 254.

المرحلة الخامسة: تنفيذ السياسة العامة:

يتم في هذه المرحلة ترجمة السياسة العامة وإخراجها من المستوى النظري إلى ارض الواقع الفعلي التطبيقي، أين تظهر نتائجها وأثرها ومختلف انعكاساتها على المجتمع، ويصبح من الممكن ملاحظتها وقياسها ومعرفة مدى تحقيقها للأهداف الموضوعة من أجلها.

فتنفيذ السياسة العامة هو كل الأعمال التي يتم القيام بها بهدف ترجمة أهداف السياسة العامة إلى برامج وأنشطة واقعية.

حيث تتم عملية تنفيذ السياسة العامة من خلال الخطوات التالية:[1]

1. تكليف احد الأجهزة الإدارية أو أكثر التابعة للسلطة التنفيذية بمهمة تنفيذ السياسة العامة، من خلال اللوائح التنفيذية والتنظيمية التي تتوافق مع صلاحيات مختلف الجهات المخولة بالتنفيذ.
2. وضع الخطة التنفيذية: حيث لا يمكن القيام بأي عمل دون التخطيط فهو عملية ضرورية يتم من خلالها توجيه جهود العاملين، فمن خلال التخطي تتم الإجابة عن التساؤلات التالية: كيف؟ متى؟ أي كيفية التي تنجز بها الأعمال، ووقت الإنجاز، وهو ضروري لنجاح عملية التنفيذ.
3. البناء التنظيمي: فعملية التنظيم تشمل تحديد الخطوات والأساليب والإجراءات والأدوات والمعدات الضرورية لتنفيذ الأعمال حسب الوظائف الموكلة لكل جهة من الجهات المكلفة بالتنفيذ بناء على هيكل الوظائف.
4. ميزانية التنفيذ: لا بد من مصادر مالية وتمويل من اجل تنفيذ السياسة، ولهذا تخصص الدولة ميزانية خاصة من اجل تنفيذ البرامج والأنشطة المختلفة التي تدخل ضمن عملية التنفيذ.
5. توظيف الموارد البشرية: العنصر البشري ضروري في عملية التنفيذ، بناءا على ما يتمتع به من قدرات وخبرات تهيئه للقيام بالأنشطة والوظائف وفق هيكل الوظائف المعتمد.

وبالتالي عملية التنفيذ هي الأخرى تتميز بالتعقيد حيث تنطوي تحتها مجموعة من العمليات الفرعية، فهي تحتاج العديد من الوسائل والإمكانيات وتخضع للعديد من الاعتبارات والتأثيرات.

المرحلة السادسة: متابعة وتقويم الساسة العامة:

لا تتوقف عملية صنع السياسة العامة عند عملية التنفيذ، وإنما لا بد من متابعة وتقويم من أجل معرفة انعكاساتها على أفراد المجتمع ومدى فعاليتها.

فالمتابعة هي استعراض الجهود التي بذلت والموارد التي خصصت للتأكد من السير الفعلي مع تنفيذ الخطط.[1] بهذا فالمتابعة ترتبط بالمجهودات والموارد التي يتم رصدها من اجل تنفيذ سياسة معينة، فالمتابعة تجيبنا عن ما إذا كانت عملية التنفيذ تتم بناءا على ما تم رصده إمكانيات مادية وبشرية.

[1] – عبد الفتاح، ياغي، مرجع سبق ذكره، ص 139.

أما التقويم فقد عرف على انه نشاط منظم يستند لمنهجية علمية تهدف للتعرف على طبيعة العمليات المرتبطة بالسياسات العامة، وآثارها والبرامج الفعلية المرتبطة بالتنفيذ.[2]

ويقول كل من **فريمان و روسي Freeman et Rossi** أن التقويم يجب أن يشمل تطبيق الفعالية وكفاءة تنفيذ التدابير، التي تكون مقاييس للأهداف التي يجب أن تتحقق لتحسين حياة أفراد المجتمع.[3]

من خلال ما سبق يمكن القول أن تقويم السياسة العامة هو تقدير لأثرها على أرض الواقع، كما قد تتعدد أنواعه وذلك تبعا لاختلاف غاياته وأهدافه، فقد تركز عملية التقويم على النتائج، كما قد تركز على الأهداف أو التكاليف أو حتى الجهات التي تتولى عملية التنفيذ، كما قد يشمل كل ذلك معا.

كما أن تقويم السياسة العامة يعتمد على معايير أو مؤشرات والتي اختلفت باختلاف الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، وتعددت تبعا لتعدد أنواع التقويم من جهة أخرى والتي نذكر منها:

- **الكفاءة:** تعني مستوى الانجاز أو الناتج مقاسا بالمقارنة مع الموارد المستعملة أو المدخلات، فمن الناحية العلمية تقوم الكفاءة على معادلة الكلفة والمنفعة.[4] فالكفاءة قابلة للقياس من خلال ملاحظة عملية تنفيذ السياسة العامة.
- **الفعالية:** و تعرف هي الأخرى بمدى تحقيق أهداف السياسة، حيث تقاس بالعلاقة بين النتائج والأهداف المرسومة والموارد والإمكانيات المستغلة في عملية تنفيذ السياسة، ويمكن القول أن الكفاءة والفعالية هما وجهان متلازمان عندما يتعلق الأمر بقياس الإنجازات.[5]
- **العدالة:** والتي تتعلق بتوزيع منافع السياسة العامة على أفراد المجتمع، باعتبار أنها تهدف لتحسين حياتهم، وليس هذا فقط وإنما حتى توزيع التكلفة.
- **الكفاية:** حيث ترتبط بالإمكانيات والموارد المتوفرة التي تم تخصيصها، ومدى قدرتها على تحقيق النتائج المرغوبة.

كما وضع **إدوارد سوشمان Edward Suchman** [G] خمسة معايير بهدف تقويم السياسة العامة ولمعرفة مدى نجاحها أو فشلها وهي :[6]

---

[1] – سالمة ليمام الأخضر، سمير بارة محمود، مرجع سبق ذكره، ص 186.

[2] – محمد، قاسم القريوتي، **رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة**. ط1، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، 2006، ص 277.

[3] – MM Joel Bourdin, Pierre André, et Jean pierre, Rapport d'information sur l'évaluation des politique publique en France. France: sénat session ordinaire de 2003-2004, 2004, p 06.

[4] – محمد، موفق حديد، مرجع سبق ذكره، ص 182.

[5] – عبد المليك، مزهودة، "الأداء بين الكفاءة والفعالية مفهوم وتقييم"، مجلة العلوم الإنسانية. العدد الأول، نوفمبر 2001، ص 87.

[*] **إدوارد سوشمان Edward Suchman** : عالم اجتماع أمريكي تخصص خلال مسيرته في دراسة التنظيم العسكري، قياس السلوك الاجتماعي وظروف العمل، الصحة العامة، من بين مؤلفاته " Evaluative Research 1967"

[6] – فهمي خليفة، الفهداوي، مرجع سبق ذكره، ص 320.

- **الجهد (Effort):** الذي يتمثل في كمية ونوعية الأنشطة والعمليات اللازمة التي تتطلبها المدخلات وبرمجتها وتنظيمها.
- **الإنجاز (Performance):** الذي يمثل الأداء والنتائج المتحققة عن ذلك الجهد، وينبغي أن يكون الانجاز أو الأداء يفوق مستوى الجهد.
- **الكفاءة (Efficiency):** التي تمثل تقويم الطرق والخيارات البديلة في ضوء مفهوم النفقة وعلى أساس منها.
- **الكفاية (Adequacy):** التي تمثل درجة الأداء الكلي للبرنامج، في ضوء الحاجة الكمية والكلية لها.
- **العملية (Process):** التي تمثل كيفية عمل البرنامج أو عدم عمله ولماذا؟

تتعد أنواع التقويم وتختلف وذلك وفقا للأهداف المرجوة من وراء عملية التقويم.

1/ تصنيف التقويم حسب الزمن:[1]

- **التقويم السابق للتنفيذ Les évaluation prospectives ou ex ante**: يكون سابق لعملية تنفيذ السياسة العامة وعادة ما يستخدم لدراسة جدوى السياسة أو المشروع، ويعمل هذا النوع من التقويم على مساعدة الحكومات في إمكانية تقرير إجراءات التنفيذ.
- **التقويم اللاحق Les évaluations rétrospections ou ex port:** تقييم بالأثر الرجعي أي بعد عملية تنفيذ السياسة العامة.

2/ تصنيف التقويم حسب طبيعة هذه العملية:[2]

- تقويم العمليات (الأنشطة – المشاريع– البرامج).
- التقويم الاستراتيجي.
- تقويم الأدوات والأجهزة.

3/ التقويم الكمي والكيفي:[3]

[1] - Thibault Brodaty; " Evaluation des politiques publiques: trois illustrations dans le champ culturel", culture méthode. 01 novembre 2013, p p 01, 02

[2] - Ministère des Affaires étrangères de la France, Guide de l'évaluation, Direction générale de la coopération internationale et du développement, Service de la stratégie, des moyens et de l'évaluation, Bureau de l'évaluation, Juin 2005, p03.

[3] – حسن، بلا، "مدخل لفهم السياسات العامة"، مجلة الكترونية موقع العلوم القانونية، 07 أكتوبر 2012، ص 17، نقلا عن:

http://www.marocdroit.com , date15-02-2017, heur.15 :21.

- التقويم الكمي: يركز هذا النوع من التقويم على الكم، من خلال المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية، وتتم الاستعانة بمختلف الوسائل والمؤشرات التي تساعد في عملية القياس، بما فيها مقارنة السياسات العامة خلال فترات زمنية محددة.
- التقويم الكيفي: أو ما يسمى بالتقويم النوعي الذي يقوم على تفسير الإيديولوجية أو النظرية التي تأطر السياسة العامة، إضافة إلى الكشف عن العلاقة بين نظام القيم المعلن عنه في الساسة العامة والسياسة الفعلية المطبقة على ارض الواقع.

بعد التعرف على السياسة العامة بشكل عام من خلال ما تم عرضه المفهوم، الخصائص، الأنواع ومراحل الإعداد ننتقل إلى التعرف على السياسة العامة الصحية كفرع من فروع السياسة العامة.

المبحث الثاني: ماهية السياسة العامة الصحية.

جمع هذا المبحث العديد من العناوين الفرعية التي تمكن من فهم السياسة الصحية، انطلاقا من تعريف الصحة من الناحية اللغوية والاصطلاحية، الإشارة إلى الحق في الصحة، خصائص ومبادئ السياسة الصحية، إضافة إلى أهدافها ومراحل صنعها.

المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية

تتصدر قضية الصحة أجندة مختلف الدول المتقدمة منها والنامية، ذلك لأهميتها من ناحية وارتباطها بمختلف القضايا الاجتماعية باعتبارها أساس التنمية بمعناها الشامل من ناحية أخرى.

لذلك تسعى جاهدة من أجل وضع سياسات صحية أكثر فعالية وتوازنا وواقعية في عصر أصبح التغيير السريع من سماته التي لابد من التماشي مع مختلف مقتضياتها ومتطلباتها خاصة مع تزايد الأمراض والأوبئة وتدني مستويات المعيشة واتساع الهوى الفوارق الاجتماعية نتيجة غياب العدالة الاجتماعية، في ظل كل هذه التحديات والمتغيرات تجاوزت السياسة الصحية كونها شئنا داخليا خاص بالدول وإنما أصبحت هناك اعتبارات خارجية لابد من الاستجابة لها، وذلك لارتباط هذه السياسة العامة بحق عالمي هو الحق في الصحة.

وقبل التعرف على مفهوم السياسة الصحية لابد من الإشارة إلى مفهوم الصحة والحق فيها .

أولا: تعريف الصحة:

يتعذر أحيانا إعطاء تعريف للفظة شائعة الاستخدام يفهمها كل فرد في حدود استخدامه المباشر لها، فالصحة من المصطلحات المتداولة والديناميكية التي لا يمكن التحكم فيها أو إعطائها مفهوم واحد واضح شامل، وذلك نتيجة ارتباطها بالعديد من العوامل وبالتالي تتعدد معانيها وأبعادها، لكن قبل الولوج إلى تعريف لفظ الصحة من الناحية الاصطلاحية لا بد من تعريفه من الناحية اللغوية.

الصحة لغة:

عرفت الصحة في **قاموس المعتمد** :" صح: صحة وصحاحا وصحا الرجل علته: برئ، والشيء : سلم من العيب والريب والخبر: ثبت وطابق الواقع. صحح المريض: أزال سقمه، استصح فلان من علته: برئ، الصحاح : ذهب المرض، الصحة:(مصدر): سلامة الجسم من المرض، وكون الشيء خاليا من العيب، الصحيح: السالم من العالة والعيب."[1]

الصحة اصطلاحا:

[1] - مالك، شعباني، دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة، جامعة منتوري قسنطينة، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاقتصادية، أطروحة دكتوراه، 2005، ص 145.

- عرفها **بركنز** prekins :" أنها حالة التوازن بين وظائف الجسم، وأن هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة، كما أكد على أن تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة على التوازن (الصحة) ."[1]
- في تعريف لمنظمة الصحة العالمية للصحة: " حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز."[2]

بمعنى الاكتمال بين مختلف الجوانب البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية في إطار واحد لتحقيق وحدة الفرد.

بناءا على التعاريف المقدمة نستنتج أن الصحة مفهوم أوسع حيث عرف العديد من التطورات، وطرأت عليه تعديلات وتغيرات لم يكن يشملها من قبل، فمن خلال الأدبيات الصحية لمنظمة الصحة العالمية في السبعينات اتسع مفهوم الصحة حتى أصبح يعبر عنه بالصحة العمومية la santé publique أو الصحة الشاملة للشعب والتي تشير إلى ذلك النظام الرسمي لحماية التجمعات التي تنظم على شكل إدارة في خدمة الشعب من خلال سياسة صحية محددة .[3]

لقد تعددت معاني الصحة وأبعادها لتشمل العديد من الجوانب المادية والمعنوية النفسية والاجتماعية والبيئية، حيث يمكن الحديث عن الصحة في عدة مستويات بحكم أن الناس ليسوا جميعا في مستوى واحد من الصحة، تتمثل هذه المستويات في:[4]

1. الصحة المثالية: أو المتكاملة لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية كما عرفتها منظمة الصحة العالمية، حالة يغيب فيها المرض.
2. الصحة الإيجابية : هي الحالة التي يستطيع فيها الفرد مواجهة المشاكل الصحية والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية (تتغلب فيها العناصر الايجابية)، مع عدم ظهور أي أعراض مرضية.
3. الصحة المتوسطة: حالة لا يشكوا الفرد من مرض معين بصفة مباشرة، لكن يفقد القدرة على مقاومة المؤثرات الضارة وبهذا يصاب بمرض حتما.
4. المرض غير الظاهر: تتميز فيه الصحة بوجود قصور صحي غير ظاهر، لكن بمجرد الكشف عليه يمكن ملاحظته.

[1] – أيمن، مزاهرة، **الصحة والسلامة العامة**. ط1، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2000، 13.

[2] – مدحت قاسم، عبد الرزاق، **الحياة الصحية**. ط1، القاهرة:عام الكتب نشر وتوزيع وطباعة، 2005، ص 19.

[3] – نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** . ط1 ، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص ص 73، 74 .

[4] – الجوهر بنت فهد ال سعود، ثناء يوسف وآخرون، **الثقافة الصحية والصحة المدرسية**. الرياض: دار الزهران للنشر والتوزيع، 2006، ص ص 13، 14.

5. المرض الظاهر: يتميز هذا المستوى بظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد، وظهور أعراض تنبأ بذلك، وتتشكل هذه الحالة عند تغلب المؤثرات الضارة على قدرة الإنسان وتفقده القدرة على المقاومة .

وبالتالي عند الحديث عن الصحة يقصد أي مستوى من هذه المستويات، وهذا ما ينبأ عن دعم وجود حالة صحية واحدة.

ثانيا : الحق في الصحة :

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان فيحق لكل إنسان التمتع بمستوى صحي أعلى بعيدا عن التمييز سواء كان هذا التمييز على أساس الدين أو اللغة أو غيرها، وهذا ما تسعى لضمانه مختلف الدول من خلال وضعها لسياساتها الصحية، ومختلف المنظمات الدولية والأطر القانونية والتشريعية التي تصدر عنها.

جرى العرف أن الصحة تدخل في دائرة الشؤون الخاصة لا العامة فكانت الصحة تفهم على أنها عدم وجود مرض، فقد نشأ الحق في الصحة والضمان الصحي خارج المنظومة الفكرية الأولى لحقوق الإنسان قادما من الأوساط النقابية والمهنية التي بدأت تطور برامج مطلبية تتناول ما نسميه اليوم بحق الصحة .[1]

فقد تلاحقت خطوات التطوير والتوسيع لمفهوم الصحة، والإشارة باتجاه مسؤولية الدولة في حمايتها، وذلك بدءا من أقدم القوانين في حقبة التصنيع عام 1802 في بريطانيا، إضافة إلى قانون الصحة العامة عام 1848، مرورا بالدستور المكسيكي 1843، تتويجا بإنشاء منظمة الصحة العالمية عام WHO 1946 التي تم من خلالها ولأول مرة الاعتراف بالحق في الصحة اعترافا دوليا، حيث قامت بوضع ونشر مفهوم اجتماعي للصحة.[2]

وبهذا بدأ ينظر إلى الصحة كقضية اجتماعية لا تخص كل فرد على حدى، حيث زكت العديد من القوانين والاتفاقيات الدولية هذا الحق واعتبرته أساسي لابد من أن تصونه مختلف السياسات الصحية والأطر التشريعية المعبرة عنها .

حيث نص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) من خلال (المادة 25) على الحق في الصحة: " لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته خاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية، وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية ..."[3]

---

[1] – فيوليت، داغر، **حق الصحة من حقوق الإنسان: الحق في الصحة محاولة استقراء للمفاهيم في الواقع العربي** . دمشق: المؤسسة العربية الأوروبية للنشر، اللجنة العربية لحقوق الإنسان الأهالي للنشر والتوزيع، 2004.

[2] – مجلس النواب، لجنة حقوق الإنسان النيابية، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: الحق في الصحة، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، 20 نوفمبر 2008، ص 09.

[3] – مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، المعاهدات الدولية الأساسية لحقوق الإنسان، نيويورك، جنيف 2006، ص 06.

كما نص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)على الحق في الصحة من خلال (المادة 12): " تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. "[1]

إضافة إلى العديد من الاتفاقيات الدولية كاتفاقية إلغاء كافة أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) (1979) من خلال المواد التالية(14،12،10)، اتفاقية حقوق الطفل (1989)من خلال المادتين (24،23) والعديد من الاتفاقيات الإقليمية .

نتيجة لهذا الاهتمام الواسع أصبح الحق في الصحة لا يقتصر على السلامة من المرض فقط بتوفير الرعاية الصحية، وإنما أصبح يتضمن أيضا عوامل أخرى التي تمكن الأفراد من حياة صحية مثل: الغذاء والمسكن، الحياة، الصرف الصحي، شروط العمل الجيدة، البيئة الآمنة والصحية، وإمكانية الحصول على الثقافة الصحية والمعلومات الخاصة بالصحة، حيث يركز هذا الحق على المساواة في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والخدمات وتوفير التأمين الصحي، ومرافق الرعاية الصحية، كما يمنع أي تمييز يستند إلى الأسباب المحضورة دوليا في توفير الرعاية والخدمات الصحية.[2]

بهذا تهدف مختلف الدول إلى ضمان هذا الحق وتعزيزه من خلال السياسات الصحية التي لابد أن لا تتنافى مع الأطر القانونية الدولية والإقليمية وما تسعى إليه في ظل الجهود التي تبذلها للارتقاء بهذا الحق، وبهذا سننتقل إلى التعرف على السياسة العامة الصحية.

ثالثا: السياسة العامة الصحية:

هناك مجموعة من الاجتهادات فيما يخص تعريف السياسة الصحية والتي نذكر من بينها.

1- **تعريف منظمة الصحة العالمية** للسياسة الصحية أنها :" الإجراءات المحددة اللازمة للتصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الوقاية الشاملة للقطاعات وتعزيز الصحة".[3]

هذا التعريف يركز على الإجراءات التي تعتبر ضرورية بحكم وجود مشاكل تحتاج الاستجابة لها، والتي يكون الهدف منها هو الوصول إلى احد أهداف السياسة الصحية وهو تعزيز الصحة.

2- **وعرفت على أنها** :" مجموعة الإجراءات أو التغييرات التي تنفذها الدولة من أجل تنظيم القطاع الصحي، التي تشمل على خدمات صحية مجانية وخدمات صحية خاصة، يكون الهدف منها إحداث تحسين في المستوى الصحي للدولة".[1]

[1] – نفس المرجع السابق، ص 14.

[2] – المؤسسة العربية لحقوق الإنسان، تقرير حول التمييز في الصحة الوضع الصحي لدى الأقلية الفلسطينية في إسرائيل، شباط 2009، ص 04-05.

[3] – منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى ،التقرير الخاصة بالصحة في العالم .2008، جنيف، ص 75.

وان كان هذا التعريف لا يختلف عن سابقه إلا انه يشير إلى بعض الإجراءات التي تعتبر ضروري لتحسين الوضع الصحي والتي تعد من أهم المبادئ التي من شأنها تعزيز الصحة وهي مجانية الخدمات الصحية.

3- "هي السياسة أو مجموعة السياسات التي تعمل بشكل واضح على الاستجابة إلى الاحتياجات الصحية، قد تكون مصممة خصيصا لتعزيز الصحة و إن لم يكن التعامل مرتبط مباشرة بالصحة يكون لها تأثير على محددات الصحة، التي بدورها تؤثر بشكل إيجابي على المخرجات أو النتائج المتعلقة بالصحة".[2]

من خلال هذا التعريف يتضح أن السياسة الصحية لا تعني الإجراءات التي يتم اتخاذها على مستوى القطاع الصحي فقط والتي تعنى بصحة مباشرة وإنما مختلف الإجراءات التي تهدف إلى تعزيز الصحة حتى وان كانت لقطاعات أخرى مثل البيئة، التعليم، الاقتصاد أو غيرها، وهذا بحكم العلاقة التأثير والتأثر القائمة بين الصحة وباقي المجالات.

4-**تشير الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية** في تعريفها للسياسات الصحية أنها :" مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارت تشريعية وتنفيذية برامج العمل المقترحة للحكومة، وهي تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة و تأثيرها في نشاطات القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة كفاءة وفعالية ".[3]

هذا التعريف يقدم لنا إطار عام وأشمل للسياسة الصحية عن بقية التعاريف، حيث يعبر عن مختلف الأشكال التي قد تتخذها السياسة الصحية أفعال قرارات وبرامج، كما جمع بين الإطار النظري والتطبيقي التنفيذي للسياسة الصحية حيث ربط عملية تحقيق أهدافها بالكفاءة والفعالية.

انطلاقا من التعاريف السابقة يمكننا صياغة تعريف إجرائي **للسياسة الصحية على أنها مجموعة الخطط والبرامج والإجراءات والقرارات التي تتخذها الدولة من أجل تحسين الوضع الصحي للمواطنين ومواجهة المشاكل والتحديات الصحية من خلال رفع كفاءة و فعالية النظام الصحي.**[*]

---

[1] – محمد، الأسطل، " تحديات السياسة الصحية في فلسطين ما بين النظرية والتطبيق "، مجلة سياسات. العدد 02 ، 2007، ص 106.

[2] - Linda Rudolph, Julia Kaplan & others, health in all policie: a guide for state and local Governments, United States of America :copy right public health institute and American public health association, 2013, p 136.

[3] – لقمان، مغراوي، صناعة السياسات الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية. العدد 01 ، جوان 2014 ،ص 29 .

[*] **الأنظمة الصحية:** تشير إلى كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة. حيث شهدت هذه الأنظمة ثلاثة أجيال من الإصلاح:

الجيل الأول : قائم على تأسيس أنظمة وطنية للرعاية الطبية، وانتشار أنظمة الضمان الاجتماعي التي بدأت في الدول المتقدمة ثم باقي الدول، لكن ارتفاع التكلفة وغياب عدالة توزيع منافع الرعاية الصحية ورداءة نوعية الخدمات هذا ما أدى إلى بروز الجيل الثاني.

بهذا قد تتخذ السياسة الصحية عدة أشكال نذكر منها :[1]

- **قوانين:** تأخذ السياسة الصحية شكل قوانين كالتي يكون منصوص عليها في القوانين العامة للدولة أو الدساتير.
- **قواعد تنظيمية** : من أجل تنظيم الآليات والإجراءات التي يتم من خلالها تنفيذ السياسة العامة الصحية (لتنفيذ التشريعات أو القوانين).
- **القرارات العملياتية:** بهدف متابعة التنفيذ، أي القرارات العملياتية (التشغيلية) السريعة للتكفل بالنقائص التي قد تنجر عن التنفيذ.
- **أحكام قضائية أو القرارات القضائية.**
- **سياسات كلية:** من الممكن أن تأخذ السياسة الصحية شكل سياسة كلية أي كل القطاعات يستوجب عليها أن تراعي في أساس نشاطاتها سلامة وصحة الإنسان.

خصائص السياسة العامة الصحية :

تتوافر السياسة العامة الصحية على نفس خصائص السياسة العامة إلا أن لها خصوصية، تتمثل تلك الخصائص فيما يلي:

- **السياسة الصحية هادفة:** أي تسعى لتحقيق نتائج وأهداف واضحة ومسطرة تم تحديدها سابقا.
- **تطورية:** متجددة متغيرة باستمرار ومرنة لارتباطها بثلاثة عناصر أساسية تفرض هذا التطور:[2]

- التحديات الصحية : نتيجة للمشاكل والأمراض والأوبئة والتغيرات على المستوى الداخلي للدولة وعلى المستوى الخارجي التي لابد أن تستجيب لها السياسة الصحية، فالتحدي الذي شكله مرض السيدا (sida) مثلا أحدث تغيير في المنظومة الصحية لمختلف دول العالم .
- كبح الإنفاق: الميزانية المخصصة للصحة واضحة لكن قد تختلف من دولة إلى أخرى و من فترة إلى أخرى وهذا ما يفترض تطوير السياسة الصحية بهدف تجنب الإسراف.
- ضمان وصول كل المواطنين للرعاية الصحية العادلة، تطور المجتمع والحاجات الاجتماعية يجعل من التطور إحدى خصائص السياسة الصحية.

الجيل الثاني : بهدف جعل الأنظمة الصحية أكثر كفاءة وعدالة، هذا ما تسعى السياسة الصحية لبلوغه ظهرت الرعاية لصحية الأولية كأساس لهذه الأنظمة وهذا بناءا على تجارب سابقة كانت من بين نتائجها زيادة العمر المتوقع بحوالي 15 إلى 20 سنة خلال فترة قصيرة ونسبة تكلفة بسيطة.

الجيل الثالث: الذي استند على ما يسمى الشمولية الجديدة، يشير إلى تقديم خدمة أساسية عالية النوعية لكل شخص. وعرفت النوعية في هذا الإطار على أساس مبدأ الكفاءة في التكلفة. للمزيد أنظر:

خليل، حسين، **السياسات العامة في الدول النامية**. ط1، لبنان: النشر دار المنهل اللبناني والتوزيع مكتبة رأس النبع، 2007، ص ص 411، 412.

[1] - beaufort, b longest , "contemporary health policy " ,D C : Aupha press, Washington, 2001 p p14، 16.

[2] - farid , chaoui ," le système de santé en Algérie : un enjeu stratégique, Etat des lieux, en jeux et perspectives. Confluences internationals", institut national détudes stratégie global, 2015, p 08 .

- **متعددة الأبعاد** : فالسياسة الصحية لا ترتبط فقط بتحسين العناية الصحية وإنما تتعداها لتشمل الثقافة الصحية التي لابد أن يكتسبها المواطن، إضافة إلى التمتع بنظام غذائي متوازن، نظام صرف صحي، مياه نظيفة، وذلك كله من اختصاص مؤسسات مرفقية عمومية أخري وتشترك فيه عدة دوائر وزارية ممن يشمل عملهم تقديم الخدمة للمواطنين.[1] وذلك نتيجة تدخل المسألة الصحية مع جوانب أخرى اجتماعية، اقتصادية، بيئية.
- **واقعية:** بمعنى تستجيب لوضع اجتماعي معين وتعكسه، حيث تنطلق من الواقع بهدف تحسينه، لذلك كلما كانت السياسة الصحية واقعية كلما كانت فعالة لأنها تنطلق من حقيقة الوضع.

تنعكس هذه الخصائص على فعالية السياسة الصحية ومدى تحقيقها للأهداف التي سطرت من أجلها، فلا يمكن أن تكون السياسة الصحية غير واقعية أو غير هادفة أو حتى غير تطويرية أو متعددة الأبعاد في ظل وجود العديد من المتغيرات في الواقع يجب أن تستجيب لها، إضافة إلى ارتباطها بمختلف المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، فالتساؤل الذي يمكن طرحه كيف تصل الدول إلى صياغة سياسة صحية بهذه الميزات، لذلك فالسياسة الصحية لابد أن تقوم على أربعة عناصر أساسية وهي:[2]

- ✓ الإجراءات البيئية للحد من المخاطر وحماية الصحة : هناك ترابط وثيق بين البيئة والصحة لذلك لابد من الحد من المخاطر البيئية التي تعتبر تحديات للوضع الصحي .
- ✓ تغير أنماط الحياة وسلوك الأفراد: لابد أن يأخذ هذا العامل بعين الاعتبار عند وضع الساسة الصحية لأن سلوكيات الأفراد هي إحدى محددات الصحة التي لها دور في المحافظة على صحة الفرد أو يكون لها انعكاس سيئ.
- ✓ الوقاية التطعيم والعلاج الفعال للأمراض: هذا ما تسعى السياسة الصحية لضمانه، لذلك يتم دائما تشخيص الواقع الصحي قبل وضع أي سياسة صحية.
- ✓ الإجراءات السياسية والاقتصادية والاجتماعية فلا يمكن الفصل بين السياسة الصحية ومختلف التدابير والإجراءات التي تتم في المستويات أو الميادين الأخرى بالتالي لابد أن يكون هناك نوع من الانسجام والتكامل بين القطاع الصحي وباقي القطاعات الأخرى .

المطلب الثاني: مبادئ السياسة العامة الصحية:

على الرغم من اختلاف السياسة الصحية من دولة إلى أخرى إلا أنها تشترك في مجموعة من المبادئ التي تعد مرتكزات ضرورية لا أهمية للسياسة الصحية في غيابها، بناءا على مجموعة من الدراسات يمكن حصر هذه المبادئ في :

[1] – لقمان، مغراوي ، مرجع سبق ذكره ، ص 32 .

[2] - MAGGIE DAVIES, WENDY MACDOWALL , "HEALTH PROMOTION ," NEW YORK: OPEN UNIVERSITY PRESS, 2006, P 94.

1. **الصحة حق لكل إنسان** :الصحة حق للجميع هذا ما تدعوا إليه المنظمات الدولية وتتضمنه مختلف المواثيق الحقوقية بهدف تفعيله وتكريسه والمحافظة عليه بناءا على الإجراءات والبرامج والقوانين التي تأتي ضمن تبني سياسة صحية معينة، التي هدفها الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة من أجل ضمان هذا الحق الذي يرتبط بلوغه بـ :[1]
   - **التوافر:** يتعلق بتوفير مراكز صحية عمومية و مرافق وسلع وخدمات صحية، بالإضافة إلى البرامج كم كافي.
   - **إمكانية الوصول:** بمعنى تتاح إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية في مختلف مناطق الوطن، وهذا من خلال البرامج و الخطط التي يتم تبنيها .
   - **المقبولية:** يجب على جميع المرافق والسلع والخدمات الصحية أن تحترم الأخلاقيات الطيبة، وتكون ملائمة ثقافيا، تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلا عن أن تصميمها يحترم السرية، ويحسن الحالة الصحية لأولئك المعنيين .
2. **العدالة والمساواة:** العدالة والمساواة الاجتماعية قيمة معنوية لا حاجة لتبريرها لأنها أيضا ضرورية لتوسيع الإمكانيات، خاصة أن الصحة أساس التنمية البشرية لا يمكن تحقيقها دون مساواة .[2]

فالسياسة الصحية تقوم على مبدأ المساواة والعدالة في توفير الخدمات الصحية ولا أساس للتمييز سواء تعلق الأمر بالجنس أو العرق، أوالدين أو حتى من الناحية الجغرافية، وتكون هذه العدالة من خلال [3]:

- غياب الفوارق في مجال الصحة والتي يمكن تفاديها بالوقاية والرعاية.
- التوزيع العادل لعبأ تكاليف الرعاية الصحية بحسب قدرة الأفراد على الدفع.
- الاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت للاحتياجات والحقوق.

3. **الشراكة** : مبدأ إشراك جميع الأطراف المعنية في العملية السياسية ضروري، لأنه يرتبط برشاده ورصانة السياسة الصحية، حيث أصبح الأمر لا يقتصر على الفواعل الداخلية فقط وإنما الخارجية أيضا (المجتمع المدني، القطاع الخاص، المنظمات الحقوقية الحكومية و غير الحكومية ...).

فالمشاركة المتكافئة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والمراقبة تعد ركنا أساسيا في رفع مستوى الصحة، وضمان تناسق وتكامل إستراتيجيات وخطط الشركاء مع السياسة الصحية الوطنية.[4]

---

[1] – منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد05، سبتمبر 2010، ص ص 09، 10.

[2] – برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم التنوع، تقرير التنمية البشرية 2013، نيويورك، ص 91.

[3] – نوي، نبيلة،" الحكومة مدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية: الإشارة إلى واقع حوكمة النظام الصحي الجزائري"، ورقة بحثية مقدمة في إطار أشغال الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر واقع و آفاق، تنظيم جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية و علوم التسيير، 24–25 ،نوفمبر 2015، ص 09 .

[4] – وزارة الصحة العراقية، السياسة الصحية الوطنية 2014 –2023، جمهورية العراق، جانفي 2014، ص16 .

4. **اللامركزية** : اعتماد اللامركزية في إطار توزيع المسؤوليات والصلاحيات في تقديم الخدمات الصحية، بالابتعاد عن النهج المركزي حيث تجمع مختلف السلطات والصلاحيات والمسؤوليات في أعلى قمة الهرم الإداري، هذا من شأنه أن يزيد الحلقات البيروقراطية، وبالتالي يؤثر على عملية وصول الأفراد لمختلف الخدمات الصحية، التي من المفروض أن تكون متوفرة ومتاحة في مختلف المستويات وقائمة على العدالة من أجل القضاء على التفاوتات، فأصبح الحديث عن النظم الصحية المحلية بهدف تجاوز النقائص والاختلافات من أجل تحقيق الهدف العام.
5. **الاستثمار في الصحة:** الصحة رأس مال لابد من استغلاله حيث يعتبر الأساس في تحقيق التنمية بمختلف أبعادها الاقتصادية، الاجتماعية فلا تنمية بدون صحة، فالاستثمار في الصحة يساهم في:[1]

- تراكم رأس المال البشري : الصحة تؤدي إلى نمو الدخل من خلال تأثيرها على تراكم رأس المال البشري لا سيما من خلال التعليم، شريطة حصول الناس على ما يكفيهم من الغذاء وفرص التعليم، مثلا الأطفال الأصحاء الحاصلين على تغذية سليمة يستطيعون قضاء أطول وقت في المدرسة بقدرات أفضل للتعليم.
- تراكم رأس المال المادي: يستطيع السكان المتمتعون بصحة أفضل تحقيق تراكم رأس مال المادي بوتيرة أكثر سرعة، فمتوسط العمر على سبيل المثال يزيد مدة للتقاعد.

6. **الشفافية والمساءلة** : يتم اعتماد مبدأ المساءلة والشفافية في رصد صناعة القرارات الصحية لتمكين مختلف الأطراف والفواعل المعنية في التحقيق من جميع الموارد الداخلية والخارجية العامة والخاصة بصورة شاملة، ومراقبة مدى التزام صناع القرار بمسؤولياتهم وصلاحياتهم.[2]

فالمساءلة لا يمكن أن تكون في غياب الشفافية التي ترتبط بتوفير المعلومات لكافة الناس حول السياسات والنظم والقرارات والقوانين الحكومية، بمعنى آخر هي وضوح التشريعات وسهولة فهمها وانسجامها مع بعضها البعض و موضوعيتها.[3]

7. **الاستدامة** : بدأ هذا المبدأ يأخذ مكانة في مختلف السياسات العامة، فضمان الصحة من خلال تلبية الطلب المستمر على الخدمات الصحية للأجيال الحالية المستقبلية أمر ضروري، وهذا يصب في إطار البعد الإستراتيجي والنظرة المستقبلية للسياسة الصحية، خاصة مع زيادة التحديات الصحية، فهذا المبدأ يهدف إلى الحفاظ على الحق في الصحة للجميع، كمالا يجب أن تعرض السياسة الصحية صحة الأجيال المستقبلية للخطر.

---

[1] – مايكل سبنس ومورين لويس، وآخرون ،الصحة والنمو، البنك الدولي للإنشاء والتعمير، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، 2009، ص 08 ، نقلا عن :
http://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/4899601338997241035/Growth_Commission_Vol2_Health_Growth_Arabic.pdf date 13 -08-2016 heur 16 :38 .

[2] – وزارة الصحة العراقية، مرجع سبق ذكره، ص 16.

[3] – أحمد فتحي، أبو كريم، **الشفافية والقيادة في الإدارة**. ط1، عمان: دار الحامد، 2008 ، ص ص 65 ، 66.

المطلب الثالث: أهداف ومراحل صنع السياسة العامة الصحية.

أولا : أهداف السياسة العامة الصحية:

أصبحت مختلف الدول اليوم تراهن على وضع سياسة عامة صحية فعالة رشيدة ورصينة، فهي أساس بناء مجتمع صحي خالي من الأمراض له القدرة على تحمل المسؤولية في ازدهار الدولة والمساهمة في تحقيق التنمية، فلا بد أن تتوافق هذه الأهداف مع الأهداف الكبرى للدولة من ناحية والأهداف العالمية من ناحية أخرى، لذلك تعد مرونة السياسة الصحية ضرورة من أجل تكيفها واستجابتها للمتغيرات على المستوى المحلي والعالمي، لهذا نجد أن أهداف السياسة الصحية لا تخرج عن مسار تلك الأولويات التي وضعت بهدف تعزيز الصحة في القرن 21 والتي تمثلت في :[1]

1. **تعزيز المسؤولية الاجتماعية** : لابد أن يلتزم صناع القرار بالمسؤولية الاجتماعية سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو الخاص، حيث لابد من انتهاج سياسات لا تعرض حياة وصحة الأفراد للخطر سواء كانت سياسات اقتصادية، اجتماعية، وبيئية أو غيرها.
2. **زيادة الاستثمار في الصحة من أجل تنمية صحية:** هذا نهج متعدد القطاعات إضافة إلى القطاع الصحي (التعليم، السكن، التشغيل...) فالاستثمارات الصحية لابد أن تعكس احتياجات مختلف المواطنين.
3. **توطيد وتوسيع الشركات من أجل الصحة:** حيث تقوم هذه الشركات على الشفافية والمساءلة والمبادئ الأخلاقية المتفق عليها من قبل مختلف الفواعل.
4. **زيادة قدرات المجتمع المحلي و تمكين الفرد** : يتم تعزيز الصحة من قبل ومع الناس، من خلال تحسين قدرة الأفراد على اتخاذ الإجراءات اللازمة للمحافظة على صحتهم، وقدرة مختلف الجماعات أو المنظمات على التأثير في المحددات الصحية.
5. **تأمين البنية التحتية لتعزيز الصحة** : لابد من آليات جديدة للتمويل محليا وطنيا وعالميا، ووضع حوافز للتأثير على تصرفات الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات التعليمية والقطاع الخاص للتأكد من تعبئة الموارد لتعزيز الصحة إلى أقصى حد ممكن، فالتحديات الجديدة تتطلب تعاون وشراكة لتوفير المساعدة و تسهيل تبادل المعلومات.

بناء على ما سبق يمكن القول أن السياسة الصحية لها أهدافها مثل باقي السياسات العامة، والتي قسمها البعض إلى:[2]

أهداف تركز على إيجاد حلول للمشاكل الصحية:

[1] - Maggie Davies, Wendy MacDowall , op –cit, p p 21, 22 .

[2] - Nouara, Kaid, Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête dans wilaya de Bejaia. pour le doctorat d'état, université d'Alger, faculté des science économiques, Des sciences commerciales et de gestion, p23.

- تقليل حجم معدلات الاعتلال والوفيات بسبب:
  - الأمراض المزمنة(القلب، الأوعية الدموية...).
  - الأمراض غير المعدية (السرطان..).
- القضاء على الحصبة شلل الأطفال والدفتيريا.
- الحد من الإصابة وعواقب الحوادث (المنزلية، السفر).

أهداف تركز على تحسين الهياكل والخدمات الصحية:

- تحسين وتوفير المعلومات حول الوقاية والتشخيص والعلاج.
- تعزيز التثقيف الصحي.
- تطوير الرعاية والمساعدة المنزلية.
- توفير المرافق المناسبة مثل مرافق المسنين.

كما يمكن تقسيم تلك الأهداف بشكل شامل وهي:

1- **تعزيز الإنصاف في مجال الصحة:** خلق فرص للحد من عدم المساواة والتفاوتات الاجتماعية في مجال الحصول على الخدمات الصحية، حيث تأخذ السياسة الصحية بعين الاعتبار الفئات الضعيفة التي تلقى صعوبة في الوصول إلى الخدمات الصحية، بحكم وجود العديد من العوامل أي أن الفروق في توفير الخدمات الصحية برزت بسبب الكثير من الفجوات، منها الفروق في الصفات المميزة للسكان كالعمر والدخل والصحة العامة الأساسية والمخاطر والسلوكيات واختلاف قاعدة الإرادات وأولويات الاستثمار المحلي.[1]

بالتالي تهدف السياسة الصحية إلى خفض التكاليف التي تعتبر عقبة أمام الفئات الضعيفة الغير قادرة على الدفع مقابل الخدمات الصحية التي لابد أن تحصل عليها، فهدف السياسة الصحية هو ضمان نقل المزايا الصحية بين مختلف الولايات والأقاليم، كما لابد من الإشارة إلى أن تقرير الإنصاف هو سياسة مشتركة بين مختلف القطاعات في إطار تبني مبدأ هام وهو الصحة في جميع السياسات، للتوافق مع الشعار الذي وضعته منظمة الصحة العالمية الصحة للجميع والجميع من أجل الصحة.

فالصحة في جميع السياسات مقاربة تحدد أساليب القرارات في قطاعات متعددة لها أثر على الصحة، وكيفية تحسينها من خلال دعم مختلف القطاعات من أجل المزيد من الإنصاف، الجودة والاستدامة بحكم وجود علاقة بين الصحة، التعليم، البيئة، السكن، التشغيل.[2]

[1] – فكتوريا فان، أماند غلاسمان، " التحول إلى المحلية : الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصاديات الصاعدة والنامية بنقل من الحكومات المركزية إلى الولايات والمدن"، مجلة التمويل والتنمية، العدد 51 ، ديسمبر 2014، ص 14.

[2] – Linda Rudolph, Julia Kaplan others, op cit, P 06.

2- **تعزيز المستوى العام للصحة في مواجهة تطور القضايا الصحية :** من أهداف السياسة الصحية المحافظة على المستوى العام للصحة، من خلال الحفاظ بطريقة مستدامة على المستوى العام لأداء النظام الصحي وجودة الرعاية الصحية التي تعادل على الأقل أفضل المستويات التي تحققت وفقا لمبدأ العدالة بين الأجيال هذا من جهة، ومن جهة ثانية توقع حدوث أزمات لابد من الاستجابة لها خاصة مع بروز قضايا جديدة اليوم التي تعتبر تحديات بالنسبة للسياسة الصحية، فلابد من خلق نظام صحي متكيف باستمرار مع الاحتياجات المتغيرة والوصول إلى الوقاية والرعاية والأجهزة الطبية.

3- **تطوير القدرات الذاتية للأفراد:** من أحد العوامل التي تسهم في الحفاظ على الصحة هو تطوير القدرات الذاتية للأفراد، وهذا من شأنه أن يقلل الأمراض والحوادث وغيرها من المشاكل التي تؤثر على صحة الإنسان، من خلال السعي إلى تحقيق هدف اهتمام الجميع بالصحة بغض النظر عن العمر والحالة الصحية والوضع الاقتصادي والاجتماعي، هذا يتطلب التزام شخصي وإرادة جماعية، بزيادة الوعي لاسيما في وسط السكان الأكثر ضعفا، فالنتائج المترتبة على سلوكيات كل شخص على صحته لها أهمية، لهذا لابد من مشاركة الجميع في الإجراءات التي تسهم في استعادة الصحة، وهذا عن طريق التثقيف الصحي الذي يعزز الثقافة الصحية للمواطن، باعتبار هذا الأخير عنصر فاعل في النهوض بالوضع الصحي ككل.[1]

على الرغم من الاختلاف في تقسيم تلك الأهداف لكن تبقى في شكلها العام ضمن المحافظة على الحق في الصحة وترقيته.

ثانيا: مراحل صنع السياسة العامة الصحية:

عملية صنع السياسة الصحية لا تختلف كثيرا عن عملية صنع السياسة العامة بشكل عام، فهي عملية معقدة و متشابكة وديناميكية، تلعب فيها العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية وحتى البيئية دور كبير وبهذا تختلف من دولة إلى أخرى، هذا ما يعطي للسياسة الصحية ميزة خاصة فبعد أن كانت عملية صناعة مثل هذه السياسات تقتصر على جهة معينة والتي كانت في غالب الأحيان الحكومة أصبحت اليوم تتم بطريقة تشاركية بمساهمة العديد من الفواعل أصحاب المصلحة أو من لهم علاقة.

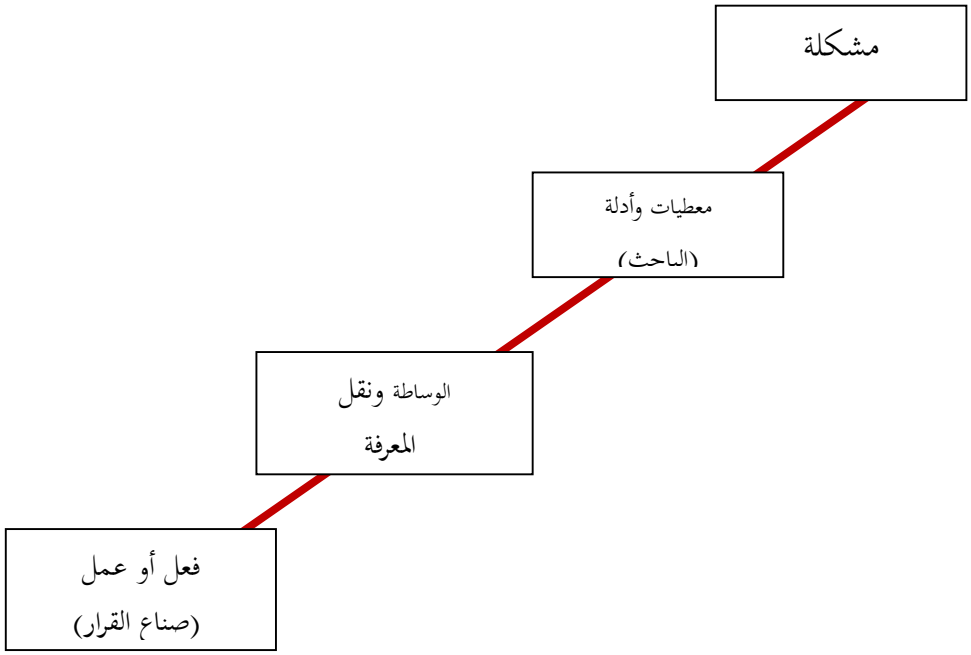
بعد التعرف على المراحل التي تمر بها عملية صنع السياسة العامة سابقا نحاول الآن توضيح المراحل الخاصة بإعداد السياسة الصحية التي لا تختلف عن سابقتها.

هناك اختلاف بين المهتمين بهذا المجال في تحديد هذه المراحل سواء تعلق الأمر بالتسمية أو عدد المراحل.

[1] - Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025 document de travail ,France ,avril 25/04/2011, p p 18, 25.

حدد **باتريك فافارد FAFARD PATRICK** [G] أربعة مراحل تمر بها عملية صنع السياسة الصحية، من خلال نموذج أسماه نموذج البيانات، وهي موضحة في الشكل رقم **(01)**.

الشكل رقم (01) : مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج البيانات.



Source: PATRICK, FAFARD, " Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique", canada : centre de collaboration national sur les politique publiques et la santé, mai 2008, p 05.

من خلال هذا التصنيف نجد أنه ينطلق من وجود مشكلة وهي الأساس في وضع السياسة الصحية، حيث يركز من خلال بقية المراحل على المعلومات والبيانات والأدلة التي تكون نتيجة بحوث دقيقة، وبعدها يتم نقل هذه البيانات إلى واضعي السياسات حتى يتم وضع السياسة أو اختيار البديل الأفضل بناءا على قاعدة بيانات علمية .

و**هناك تقسيم آخر لهذه المراحل:**[1]

1. **تقييم السياسة:** بمعنى مقارنة الأهداف بالنتائج المحققة من وراء تنفيذ سياسة صحية من أجل تحديد الانعكاسات والآثار السلبية ومحاولة تداركها في السياسة الجديدة.
2. **إعداد السياسة:** صياغة المقترحات البديلة إضافة إلى النظر في القضايا التي تتعلق بالتمويل، أي في إمكانية تطبيق البديل.
3. **تطوير السياسة:** اختيار البديل الأفضل.

[*] **باتريك فافارد FAFARD PATRICK** بروفيسور من جامعة أوتاوا، تحصل على درجة الدكتوراه في الدراسات السياسية من جامعة كوينز، من بين مجالات تخصصه السياسة الكندية، السياسة الصحية، صحة السكان وغيرها.

[1] - ROBERT, A .SPASOFF, **Epidemiologic Methods for health policy**. New York, oxford university press 1999, P12.

4. **تنفيذ السياسة:** من خلال التشريعات المراسيم والبرامج، هذا في إطار ترجمة السياسة الصحية على أرض الواقع.

نلاحظ من خلال هذا التصنيف أن التقييم هو أول مرحلة من مراحل إعداد السياسة الصحية لأنه يساعد على تحليل الوضع وإبراز النقائص وتحديد المشاكل والقضايا والأولويات التي تحتاج إلى الاستجابة لها من خلال سياسة صحية تكون أكثر فاعلية.

عموما وعلى الرغم من اختلاف مراحل عملية صنع السياسة الصحية ومسمياتها إلا أنها تبقى عملية معقدة، بحيث لابد من وجود تكامل وترابط وتسلسل منطقي لهذه المراحل حتى لا يكون هناك قصور أو فراغ يؤثر على العملية ككل.

المبحث الثالث: تحليل السياسة العامة الصحية.

لا بد من الإشارة بداية أن تحليل السياسة الصحية لا يختلف عن التحليل السياسات العامة ككل، سواء تعلق الأمر بمرتكزات أو مقتربات التحليل، لأنها لا توجد مستويات أو مرتكزات تحليل أو حتى اقترابات خاصة بالسياسة الصحية، لذلك ارتأينا من خلال هذا المبحث الإشارة إلى مفهوم وخصائص تحليل الساسة العامة ثم الانتقال إلى مراحل ومرتكزات تحليل السياسة العامة الصحية دون تجاوز إقترابات التحليل.

المطلب الأول: مفهوم تحليل السياسة العامة الصحية.

تحليل السياسة الصحية عنصر أساسي يسمح بتدعيم وتطوير سياسات جديدة، بالنظر للمشكلة وأسبابها والأهداف التي من شأنها أن تمثل تحسنا، وتحديد التدخلات الممكنة للرد على العوامل التي تسبب المشكلة والنظر في خيارات الاستجابة لتنفيذها وتقييم ردود الفعل.[1]

[1] - Organisation mondiale de la Santé, Recherche sur les politiques et les systèmes de santé Manuel de méthodologie, Organisation mondiale de la Santé, 2013, P28 .

لذا حضي موضوع تحليل السياسة العامة باهتمام كبير في حقل العلوم السياسية، وهذا ما ترجم في العديد من الدراسات، حيث تم تجاوز النظر التقليدية الجامدة للسياسة العامة والتي كانت تركز عل عملية صنع وتنفيذ، وبدأ التوجه نحو كيفية تحسينها وترشيدها خاصة مع التعقيدات التي أصبحت ميزة الحياة والظروف الاجتماعية، مع بروز العديد من المشاكل التي لا بد من تكيف مخرجات النظام السياسي معها من خلال الاستجابة لما هو عليه الوضع حقيقة.

ترجع نشأة تحليل السياسات العامة إلى إسهامات **هارولد لاسويل H.Lasswell** 1951 علوم السياسات policy sciences للمساهمة في حل المشاكل ومساعدة صناع القرار في وضع الخيارات السياسية الصحيحة.[1]

[1] - Daniel kubler et jacques de Maillard, **analyser les politiques publiques** , Presses universitaires de Grenoble,Septembre 2009, p09.

حيث كان التساؤل عن مساهمة العلوم الاجتماعية في حل مشاكل المجتمعات وكيفية تحسين الأساليب المطبقة في تسيير شؤونها، فكان هدف مؤسسي هذا العلم هو تطوير المعارف العلمية التي تزيد القرار السياسي عقلانية، وتجعل أساليب التسيير ومعالجة المشاكل أكثر فعالية ونجاعة ونفاذا، فتحليل السياسة العامة يجمع البعد المعيار المتمثل في إنتاج معارف تكون دليلا ومرشدا في طريقة العمل من أجل تحسين معالجة المشاكل من ناحية، وبعد عملي متمثل في تطوير معارف قابلة للتطبيق في تسيير الشؤون العامة من ناحية أخرى. [1]

بالتالي تحليل السياسة العامة شكل تحولا جذريا تمثل الأول في الانتقال من التركيز على المدخلات إلى التركيز كذلك على المخرجات، والثاني تمثل في التحول من التركيز على السياسة ذات الطابع الكلي macro إلى نوع من التحليل الجزئي micro ذي الطابع التجريبي، والنظر إلى السياسة العامة في سياق حل المشكلات وسياق الاختيار العام.[2]

بدأ حقل تحليل السياسة العامة يعرف العديد من المستجدات نتيجة الاجتهادات التي برزت من جراء الاهتمام به، حيث جمع العديد من العلوم الاجتماعية وشكل نقطة التقاء لها مثل العلوم السياسية، الاجتماع الإدارة إضافة إلى اهتمام مختلف الدول والحكومات بعملية التحليل بهدف رفع كفاءة وفعالية البرامج والسياسات الحكومية، من اجل تحقيق الأهداف المخططة، تحليل السياسة العامة قام بنقل الاهتمام من الإطار النظري الذي لم يهمله إلى الواقع التطبيقي بطريقة منهجية علمية، تعتمد على أساليب ومناهج علمية تستند إلى قاعدة معلومات وبيانات يتم الانطلاق من صحتها.

يمكن اختصار أهم العوامل التي أدت إلى الاهتمام بتحليل السياسة العامة وتطوره في: [3]

1- الوعي بأن السياسات والبرامج الحكومية يجب أن تحقق فوائد للمواطنين.
2- توسع دور الحكومة في العصر الحديث في التنظيم وتوزيع السلع والخدمات وتوفير أنشطة الرعاية الجيدة للمواطنين.
3- ضعف أداء السياسات والبرامج الحكومية، والطلب على سياسات أفضل لحل المشاكل الاجتماعية.
4- اهتمام علماء السياسة بأهميتها في الحوكمة.

ساهمت هذه العوامل في نمو وتطور الدراسات السياسة بالدعوة إلى الاختيار الأفضل للسياسات، وبالتالي تحويل التركيز من الإدارة العامة والعلوم السياسية للبحث وتحليل السياسات .

[1] – صالح، بالحاج، مرجع سبق ذكره، ص 04.

[2] – ريتشارد، هيجوت، (تر: حمدي عبد الرحمان، محمد عبد الحميد)، **نظرية التنمية السياسية**. ط1، عمان: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2001، ص21.

[3]- Remi Anifowose, **PUBLIC POLICY ANALYSIS** .Abuja: National Open University of Nigeria, School of Arts and Social Sciences, COURSE CODE: POL 317, 2010, p p 04, 05.

يمكن أن نلتمس التغيرات الذي طرأ على تحليل السياسة العامة من خلال مجموعة من النقاط وهي:[1]

- **تغير وحدة التحليل:** كانت الدولة ومؤسساتها هي وحدة التحليل لكن سرعان ما كثر الحديث عن تغير دور الدولة وإعادة اختراع الحكومة، فالدولة مازالت تؤدي وظائف كانت تقوم بها وتتراجع عن وظائف أخرى كانت تعد في السابق أساسية لها وتبتكر ثالثة لم تكن تؤديها من قبل، وفي هذا الإطار يتزايد دور فاعلين آخرين كالمنظمات غير الحكومية، القطاع الخاص، المنظمات الدولية وأصبح الحديث عن وحدات إضافة للدولة.
- **قضايا ومحتوى السياسات العامة:** في فترة السبعينات والثمانينات كانت الدراسات المتعلقة بتحليل السياسات العامة متأثر بدرجة كبيرة بالبيئة الداخلية للنظام السياسي، وبهذا أهملت البعد الخارجي وأثره على صنع السياسات العامة، وكانت القضايا التي تثار تتعلق بالصحة، التعليم، الإسكان وغيرها من القضايا الاجتماعية بحيث تتم دراستها بطريقة وصفية، لكن مع بروز مفهوم العولمة * في بداية حقبة التسعينات ظهرت مفاهيم وأطراف جديدة وأصبح الحديث عن التكتلات الاقتصادية الدولية والشركات متعددة الجنسيات فيما يعرف بالاقتصاد العالمي، أما على المستوى السياسي ظهرت مفردات جديدة مثل التحول الديمقراطي وحقوق الإنسان وبالتالي انتقل الاهتمام من البيئة الداخلية والفاعلين والمحليين إلى البيئة الخارجية خاصة مع بروز قضايا ذات صبغة عالمية وما يسمى global public policy.
- **المنهجية:** إذا كانت عملية تحليل السياسة العامة تركز على حل المشكلات فإن فهم المشكلة يعتبر نصف الحل، لهذا لا بد من اختيار الأدوات التي تمكن من فهم المشكلة ومسبباتها من أجل إتاحة البدائل أمام صناع القرار لاختيار أفضل بديل.

فقد تطورت منهجية تحلل السياسة العامة فأصبحت تجمع بين التحليل الكمي والكيفي وتأخذ بالأسلوب المقارن، وأصبح تحليل وتقييم السياسة العامة يعتمد على إتباع الأسلوب الوقائي proactive وليس فقط الأسلوب العلاجي réactive حيث عادة ما يتم التفكير في المشكلات وأساليب علاجها قبل أن تتفاقم، كما ساعد التطور التكنولوجي في البرامج والحسابات الآلية على تدعيم أدوات التحليل، وبدأ الأخذ بأساليب المحاكاة والنمذجة للاختيار والمفاضلة بين البدائل المقترحة.

---

[1] – سلوى، شعراوي جمعة، **تحليل السياسات العامة في الوطن العربي**. القاهرة: مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2004، ص ص34 – 35.

* **العولمة:** globalisation يقول فذرستون featherstone ولاش lach أنه أصبح من غير الممكن فهم عقد التسعينات وما حدث فيه من تطورات متلاحقة دون الرجوع إلى ظاهرة العولمة، التي أصبحت الإطار المرجعي لكل الدراسات الاجتماعية والإنسانية، حيث عرفت على أنها مرحلة جديدة من مراحل بروز وتطور الحداثة تتكثف فيها العلاقات الاجتماعية على الصعيد العالمي، فيحدث تلاحم غير قابل للفصل بين الداخل والخارج ويتم فيها ربط المحلي والعالمي بروابط اقتصادية وثقافية سياسية وإنسانية. للمزيد أنظر:
رضا، عبد الواجد أمين، **الإعلام والعولمة**. ط1، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2007، ص ص 43، 48.

- **المدارس الفكرية:** لقد تعددت المدارس الفكرية واختلفت، حيث يعود ظهورها إلى بداية الستينات حيث كانت المدرسة الاقتصادية أكثرها تأثيرا، فاستطاعت أن تقدم إسهامات متعلقة بسلوك الإنسان وكيفية التنبؤ بردود أفعال الأفراد أو المنظمات اتجاه السياسات والتغيرات التي تحدث فيها.

1) تعريف التحليل:

هناك مساهمات عديدة فيما يتلق بتعريف مصطلح تحليل السياسة العامة، و التي نذكر من بينها:

- **تعريف فهمي خليفة الفهداوي** :" منظومة للجهود المنسقة المعنية بالبحث والدراسة والتمحيص والتحليل في طبيعة المشكلات والقضايا المجتمعية، التي هي محط اهتمام السياسة العامة، والنظر في أسبابها وبواعثها، وثم تحديد البدائل المناسبة لمواجهتها، في إطار توثيق المعلومات والثقة في مصادرها وصحتها بما يؤدي إلى تحقيق آثار تلك المشكلات ومواجهة القضايا وإزالة الانعكاسات السلبية الناجمة عنها تمام، التوازن الطبيعي أو إعادة للمجتمع بصورة جلية ."[1]
- **يرى محمد قاسم القريوتي** :" أن تحليل السياسة العامة نمط من أنماط البحث التطبيقي الهادف للوصول لفهم أكثر عمقا للقضايا التكنولوجية والاجتماعية والوصول لحلول أفضل لها "[2]
- **في تعريف بنتل M .A BENTIL** لتحليل " أنه منهج يساعد متخذ القرار لاختيار البديل الأفضل لحل كل مشكلة عامة ذات أهمية، مستعينا في ذلك باستعمال الطرق العلمية الرشيدة." [3]

بناءا على ما سبق نستنتج أن التحليل عملية منهجية لها أساليبها وأدواتها وتقنياتها الخاصة في دراسة الشؤون والمشاكل والقضايا العامة، بهدف اختيار أفضل البدائل من خلال كشف الآثار المترتبة عن كل بديل، وبهذا يساعد في ترشيد السياسة الصحية وجعلها أكثر كفاءة وفعالية.

يمكن تصنيف هذا التحليل إلى ثلاث :[4]

- تحليل سابق على اتخاذ قرار رسم السياسة.
- تحليل يتم خلال التنفيذ أو بعد التطبيق الفعلي.
- تحليل شامل يقوم على اعتبار رسم السياسة العامة عملية حركية، تتطلب استمرارية المقارنة بين النتائج والأهداف وتشغل المعلومات التي يتم تجميعها في اقتراح سياسات أو إجراءات تنفيذ بديلة احتمالات نجاحها أكبر.

التحليل عملية مصاحبة للسياسة العامة في كل مراحلها، خاصة في ظل وجود العديد من المتغيرات التي تؤثر في وضع و تنفيذ السياسة العامة فهي مرتبطة بالحاضر والمستقبل.

---

[1] – فهمي، خليفة الفهداوي ، مرجع سبق ذكره ، ص 97.

[2] – محمد، قاسم القريوتي ، مرجع سبق ذكره ، ص 309.

[3] – حسن أبشر، الطيب، "تحليل السياسات العامة "، مجلة الإداري. العدد 56، مارس 1994، ص 24.

[4] – وصال، نجيب العزاوي، **مبادئ السياسة العامة**. ط1، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2003، ص 105.

2) خصائص تحليل السياسة العامة :

تحليل السياسة العامة هو فرع من فروع علم السياسة، يقوم بدراسة كل النشاطات المتعلقة بالسياسة العامة من مدخلات، مخرجات، تنفيذ وتقويم، يهدف إلى حل كل الإشكاليات المتعلقة بها من أجل ترشيدها، فالسياسة العامة الجيدة هي التي تلازمها عملية التحليل بشكل مستمر ومتواصل، وعمليه فمن أهم خصائص عملية تحليل السياسة العامة ما يلي: [1]

1. أنها منهج متنوع العلاقة والتأثير، يهتم بمختلف المشاكل والقضايا العامة مثل الصحة وكل ما يربط بها.
2. تحليل السياسة العامة ذات أبعاد متعددة حالية ومستقبلية وحتى التي هي محل التنفيذ لمعرفة مدى فعاليتها وكفاءتها، فمحللي السياسات من خلال ما يمارسونه يلفتون الأنظار ليس للمشكلات القائمة فقط بل يتجاوزونها لما سيقع مستقبلا، فهم يرون أن الكثير من المشكلات الحالية إنما نجمت عن غياب السياسات العامة فيما مضى، وبالتالي المبادرة إلى صنع سياسة عامة إستباقية سيحول دون وقوع العديد من المشكلات مستقبلا.[2]
3. يعتمد تحليل السياسة العامة على العديد من الأساليب والأدوات، من أجل تقديم مستوى تحليل يكشف عن مختلف المشاكل من خلال منظومة المعلومات و البيانات التي يتم جمعها.
4. يولي تحليل السياسة العامة أهمية للبعد القيمي، لأن السياسة العامة لا يمكن أن تتنافى مع القيم الاجتماعية والسياسية السائدة وإلا انعكس هذا سلبا على مدى فعاليتها.
5. يتضمن تحليل وتحديد المتغيرات السياسية وما تفرضه البيئة السياسة من توازنات بين القوى السياسية، وما يملكه النظام السياسي من قدرة إستخراجية وتوزيعية بغية تحقيق رضا المواطنين.
6. تحليل السياسة العامة يقوم على منهج علمي مفتوح على مختلف المحاور العلمية الأخرى ويستقي من مناهجها المعتمدة، في سبيل تقديم إطار متكامل من المعلومات والمتغيرات ذات العلاقة بمضمون السياسة العامة وبالتأثير أو التحكم في مسارها.[3]
7. يعتمد تحليل السياسة العامة على المقارنة كمنهجية، سواء من خلال مقارنة السياسة العامة في بيئات مختلفة، أو بين سياسة سابقة و أخرى لاحقة للتعرف على إشكالياتها بهدف وضع أفضل البدائل.
8. يتسم تحليل السياسة العامة بالتوجهات الإبتكارية والإبداعية، في بلورة سياسات جديدة تعكس الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة، كما تعبر وتترجم جوهر المشكلة أو القضية القائمة أو المراد مواجهتها، ووسائل مثل تلك التوجهات ترتبط باستمرارية التجريب وكثرة الإختيارت، والأخذ بعين الاعتبار

[1] – سالمة ليمام الأخضر، بارة محمود سمير، مرجع سبق ذكره، ص 77.

[2] – عامر خضير، الكبيسي، مرجع سبق ذكره، ص 203.

[3] – فهمي، خليفة الفهداوي، مرجع سبق ذكره، ص 112.

المعلومات الراجعة من بيئة السياسة العامة إزاء القرارات المتخذة، والعمل على إجراء التصورات والتعديلات المطلوبة في السياسة العامة المستقبلية.[1]

3) مراحل تحليل السياسة العامة الصحية:

تمر عملية تحليل السياسة الصحية بمجموعة من المراحل والتي اختلف باختلاف الاجتهادات التي كانت في هذا المجال و نذكر منها.

حدد **Jonathan Weiner** ثمانية مراحل لتحليل السياسة الصحية وهي كالتالي:[2]

1- فهم وتحديد المشكلة.
2- مصادر المعلومات والأدلة.
3- تطوير حلول بديلة.
4- تحديد المعايير التي عادة تستخدم لتقييم السياسات البديلة.
5- تقدير تأثير بديل السياسة.
6- عملية صنع القرار.
7- الدعوة للسياسات: الحصول على السياسة المعتمدة.
8- التنفيذ، التحسين، والتقييم.

نلاحظ من ما سبق أن مراحل تحليل السياسة الصحية لا تختلف عن مراحل صنعها.

لكن هناك من تبنى تقسيم أخر لمراحل التحليل والذي ينطلق من: [3]

1- **تحديد السياق:** حيث تختلف الدول فيما بينها من الناحية الجغرافية السياسية الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية وفي نظمها الصحية، كما أن السياسات الصحية تعكس الضغوطات السياسية والاجتماعية إضافة إلى القيم والأولويات لذلك تعتبر هذه المرحلة ضرورية حيث تمكن من:

- فهم محددات المشاكل الصحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تستعمل فيما بعد كأساس للتحليل.
- توفير معلومات أساسية عن الدولة التي تضع السياسة الصحية.

2- **تحديد المشكلة:**المشكلة هي حالة يكون لها تأثير سلبي حالي أو محتمل على صحة الناس وذلك يتطلب توفر الشروط التالية:

[1] – حسن أبشر، الطيب، مرجع سبق ذكره، ص 29.

[2]- Jonathan, Weiner, "Health Policy Analysis Checklist: For the Development, Selection, and Assessment of Program Policies within Health Care Organizations", the Johns Hopkins University, 8/8/2005, p p 01, 05.

[3]– T. Collins," Health policy analysis: A simple tool for policy makers", journal of the royal Institute public health. USA, the George Washington University, April 2005, p p 193, 196.

- يجب أن يكون تناقض بين ما هو موجود والحالة المثالية أو الوضع المخطط له.
- يجب أن يكون السبب في الاختلاف واضح.
- يجب أن يكون أكثر من حل واحد للمشكلة.

3- **البحث عن الأدلة:** بعد تحديد المشكلة لا بد من جمع البيانات والمعلومات والأدلة التي تعتمد من جهة في فهم المشكلة ومختلف مسبباتها وفي تحديد ملامحها ومن جهة ثانية في الوصول إلى الحل لأن فهم المشكلة يعتبر نصف الحل.

4- **النظر في خيارات السياسة المختلفة:** مرحلة جمع المعلومات تساعد في وضع البدائل التي يلاحظ أنها تساعد في حل المشكلة أو التخفيف من حدتها، فالبديل هو خيار أو إجراء أو إستراتيجية للتدخل.

5- **توقع النتائج:** بمعنى يتم توقع نتائج تطبيق كل بديل من البدائل التي تم وضعها انطلاقا من السؤال ما هو البديل الأفضل وهذا ما يتطلب المرحلة التالية.

6- **تطبيق المعايير التقييمية** : هناك مجموعة من المعايير التي تعتمد لقياس النتائج المتوقعة، واختيار هذه المعايير يعتمد على طبيعة المشكلة قيد الدراسة، وتتمثل تلك المعايير في:

- الصلة : أي صلة البديل بالاحتياجات الصحية للسكان، وهل يتفق مع السياسات والأولويات.
- التقدم: من خلال مقارنة النتائج الفعلية بالنتائج المتوقعة.
- الكفاءة: ما هي نتائج البديل انطلاقا من الموارد والنفقات ؟
- الفعالية: إلى أي درجة يحقق البديل نتائج مرضية لتحقيق الأهداف؟
- الأثر: ما هو تأثير هذا البديل على الصحة العامة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية؟

7- **الموازنة بين النتائج:** الأساس في اختيار بديل دون البدائل الأخرى هو النتائج التي يحققها، لذلك يتم تحويل البدائل إلى نتائج ثم المفاضلة بينها.

8- **اتخاذ القرار**: يتم اتخاذ القرار بناء على نتائج كل بديل، بحيث يتوافق مع القيم والأولويات وجدوى الموارد المادية والبشرية والمالية.

من خلال المراحل السابقة نستنتج أن السياق العام الذي تأتي ضمنه السياسة الصحية يلعب دور في عملية التحليل التي تأخذه كمنطلق، فهو مرحلة ضرورية من مراحل التحليل وكذا مرتكز من أهم مرتكزات عملية تحليل السياسة الصحية.

المطلب الثاني: مرتكزات أو مستويات تحليل السياسة العامة الصحية:

في إطار تحليل السياسة الصحية ومحاولة فهمها يتم الانطلاق من الإجابة على مجموعة من التساؤلات: لماذا قامت الحكومة باختيار هذا البديل بالتحديد ؟ ما هي الظروف التي ميزت البيئة الداخلية والخارجية وكان لها تأثير في صياغة السياسة الصحية ؟ ما هي الفئة أو الشريحة التي تتأثر بهذه السياسة ؟ من هم الفاعلون الذين كان لهم دور في صياغتها ؟ هل كان للمواطن دور في وضع هذه السياسة؟

إن الإجابة على هذه التساؤلات تتطلب تحليل السياسة الصحية من خلال اعتماد مجموعة من المرتكزات، وفي كل مرتكز يتم الكشف عن النقائص التي تأثر أو تنعكس بشكل سلبي على تلك السياسة، والإيجابيات التي تزيد من فعاليتها ويمكن الإقتداء بها، كما لابد من الإشارة أن مرتكزات تحليل السياسة الصحية هي نفس المرتكزات التي يتم الاستناد إليها في تحليل السياسة العامة بشكل عام.

يمكن تقسيم تلك المرتكزات كالتالي:

المرتكز الأول: السياق.

حيث يجمع مختلف العوامل أو المحددات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي تأثر في السياسة الصحية والصحة بشكل عام، فدائما نقول أن الواقع الصحي هو جزء من الكل المجتمعي، ويمكن فهم هذا السياق من خلال الجدول رقم (01).

الجدول رقم (01): إطار لتحليل السياق في عملية تحليل السياسات الصحية.

تحليل السياسات الصحية					
السياق					
السياق الكليMACRO-CONTEXT			السياق الجزئيMICRO-CONTEXT		
المجال السياسي	المجال الاقتصادي	المجال الاجتماعي /	السياسة القطاعية	المالية القطاعية	المشاكل والخدمات الصحية
التغيرات السياسية	حجم وشروط الاقتصاد	التغيرات الديموغرافية	المصالح الرئيسية	ميزانية الصحة	التغيرات الوبائية
النظام السياسي	التغيرات الاقتصادية	جودة الحياة	السلطة في القطاع	والنفقات	المشاكل الصحية
الايديولوجية	السياسات الاقتصادية	الفقر	السياسة الصحية	آليات وسياسات	الكبيرة
السياسات العامة	والمالية	توزيع الدخل والفوارق	القطاع العام والعلاقة	التمويل	المستشفيات والموظفين شبكة
التأثيرات الدولية	الانفاق العام	التنمية البشرية	مع القطاع الخاص	مصدر وحجم الموارد	الخدمات الصحية

Source: José Luiz C. de Araújo Jr.I, Romulo Maciel Filho," Developing an operational framework for health policy analysis", Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.1 n^0.3 Recife Sept./Dec. 2001, p209.

بناءا على ما هو موضح في الجدول أعلاه تحليل السياق يمكن تقسيمه إلى قسمين، سياق كلي يتضمن مختلف المجالات، المجال السياسي بهدف معرفة طبيعة النظام السياسي ومدى توفيره لفرص مشاركة مختلف الشرائح الاجتماعية، إضافة إلى الإيديولوجية السائدة، كما يكشف عن مختلف السياسات العامة التي قد يكون لها تأثير على السياسة الصحية هذا دون أن ننسى التأثيرات الدولية، والمجال الاقتصادي لمعرفة طبيعة الاقتصاد الوطني وكل التغيرات الاقتصادية التي تكون نتيجة عوامل داخلية أو خارجية ويتم التركيز فيه على الناتج القومي الإجمالي والناتج القومي الإجمالي للفرد، إضافة إلى النمو والاستقرار، أما المجال الاجتماعي يتضمن العديد من المتغيرات التي بدورها تؤثر على صحة الإنسان، وبالتالي السياسة الصحية التي تتم صياغتها تتأثر بالعديد من المتغيرات من بينها الكثافة والتغيرات الديموغرافية الفقر، البطالة، مستوى التعليم، العدالة في توزيع الثروة والفوارق الاجتماعية وكل ما يتعلق بالتنمية البشرية، أما السياق الجزئي فيتضمن القطاع الصحي كأحد القطاعات التي يتكون منها السياق الكلي، فتحليل السياق الجزئي يهدف إلى التعرف على السياسة الصحية، العلاقة بين القطاع العام والخاص وكل ماله علاقة بالقطاع الصحي، حتى الميزانية المخصصة له مصدر وحجم التمويل، ومن المهم أن تتوفر معلومات حول التغيرات الوبائية، المشاكل والخدمات الصحية، والجهات المقدمة لهذه الخدمات مثل المستشفيات.

بهذا تحليل السياق يعد ضروري في عملية تحليل السياسة الصحية لكشف مختلف العوامل المؤثرة فيها، كما يمكن فهم السياسة الصحية من خلال فهم السياق الذي أتت ضمنه، لكن هذا لا يعني أنه لا توجد مرتكزات أخرى تقوم عليها عملية التحليل أو تقل أهمية عن السياق وإنما هي الأخرى مهمة ولكل مرتكز غاية ودور في فهم السياسة الصحية.

المرتكز الثاني: العملية.

المقصود بذلك تحليل عملية صنع السياسة الصحية من خلال التركيز على القضايا ذات الصلة بصنع السياسات واتخاذ القرارات من خلال النظر إلى السياسة أنها شيء أكبر بكثير من مجرد قرار، فوضع السياسة في الواقع هو سلسلة من القرارات مثل البت في المشاكل المهمة لمعالجتها، وتحديد الموارد للعمل، اتخاذ قرارت بشأن الإجراءات التي لابد أن تتخذ متى ؟ وكيف ؟ تحديد جهات التعاون. إضافة إلى دراسة مراحل السياسة التي حدث اختلاف في تقسيمها كل حسب منظوره الخاص، ولتكون عملية التحليل منهجية اقترح Walt طريقة توافقية للتحليل والتي تصف في الأساس صنع السياسة في أربعة مراحل: **تحديد المشكلة** والتعرف على كيفية وصول القضايا إلى جدول أعمال السياسات، لماذا بعض القضايا لا تتم مناقشتها ؟ **صياغة السياسات**، من الذي يصوغ السياسة ؟ كيف يتم صياغتها ؟ **تنفيذ السياسات**، ما هي الموارد المتاحة ؟ من يجب أن يشارك ؟ كيف يمكن فرض التنفيذ ؟ **تقييم السياسات**،

هل تحقق أهدافها؟ هل لها عواقب غير مقصودة ".[1] وبالتالي تحليل العملية يمكن من معرفة مختلف المراحل والعوامل المتدخلة في صناعتها.

المرتكز الثالث: الأطر الدستورية والقانونية.

تقتضي عملية تأطير السياسة العامة مجموعة من النصوص القانونية والتنظيمية، التي تضبط مختلف عمليات السياسة العامة وتجسيدها ميدانيا، فالتحليل على هذا المستوى يمكن من معرفة مدى مطابقة السياسة العامة للتشريعات والقوانين.

من الضروري أن تحترم السياسة الصحية المشروعية القانونية لأنه الإطار العام الذي تتم ضمنه ولا ينبغي الخروج عن ما ينص عليه، مثلا إذا كان الدستور كأعلى قانون في الدولة ينص على مجانية العلاج فلا بد أن تحترم السياسة الصحية ذلك.

يمكن أن نوجز هذا المستوى في:[2]

- يعني هذا المستوى مجموعة القواعد والإجراءات القانونية والمؤسساتية (الإدارية) التي تتحكم في صناعة السياسة العامة، ورصد الإطار القانوني والمؤسسي لعملية صنع السياسة العامة بآلية المقارنة بين الواقع والمأمول .
- إيجاد حالات التجاوز والتنافي ومحاولة إصلاحها وفق ما تتيحه نفس الأطر القانونية والمؤسساتية.

المرتكز الرابع: الفواعل.

تعتبر دراسة الفواعل مرتكز آخر من مرتكزات تحليل السياسة الصحية الذي لا يمكن التخلي عنه، فأي مؤسسة أو شخصية أو حركة اجتماعية قادرة على إنتاج أحداث تغيير معينة في السياسة يشار إليهم باسم الفاعلين، فالسمة المشتركة لهذه الجهات أنهم يمتلكون قدرا معين من السلطة، فهم يحددون مسار السياسة الصحية من خلال القيم والإيديولوجيات ووجهات النظر ومصالحهم التي تختلف، وعادة ما يتم التركيز على الحكومة.[3]

إضافة إلى الفواعل غير الرسمية منها منظمات المجتمع المدني، القطاع الخاص، الأحزاب السياسية. حيث يركز التحليل في هذا المستوى على مختلف أدوار الفاعلين وذلك وفق الأطر الدستورية والقانونية من جهة، والكشف عن ما إذا كانت فجوة بين القوانين والممارسة العملية من جهة أخرى.[4]

---

[1] –José Luiz C. de Araújo Jr, Romulo Maciel Filho, op cit,p 214.

[2] – عبد النور ناجي، مبروك الساحلي، مرجع سبق ذكره، ص 103.

[3] - José Luiz C. de Araújo Jr, Romulo Maciel Filho, op cit, p213.

[4] – منى، جلال عواد، "مفردات السياسة العامة منهجية جديدة في دراسة النظم السياسية "، مجلة العلوم السياسية، عدد خاص بذكرى لتدريس العلوم السياسية في العراق، العدد 38–39، (ب، س،ن)، ص 392.

فتحليل وتقويم أدوار الفاعلين يكشف عن مدى الأخذ بالبعد التشاركي في صياغة السياسة الصحية، أو أنها نتاج جهة بعينها، فإذا كانت تعبر عن مصالح جهة معية من شأن ذلك أن يؤثر على مدى فعاليتها ورشادتها وانعكاس ذلك على الاستقرار المجتمعي والمصلحة العامة.

المرتكز الخامس: مضمون السياسة الصحية.

كما سبق الإشارة أن السياسة الصحية لها مجموعة من الخصائص التي إذا توفرت اتسمت السياسة الصحية بالرشادة والفاعلية وكان لها انعكاسات جد ايجابية، من بينها أن تكون هادفة وتعكس الواقع وتستجيب لمتطلباته، لا تتنافى مع القيم الاجتماعية والسياسية هذا ما يسعى التحليل على هذا المستوى لإثباته.

وبالتالي يتم الوقوف من خلال هذا المرتكز على أهداف وأولويات السياسة، إضافة إلى توضيح أهم حالات التوافق والترابط بين بنياتها الداخلية، أي هل جاءت هذه السياسة على أساس تفاضلي بين الجانب المعرفي والجانب العملي ؟هل هناك أولويات أخرى ؟ هل هناك مواكبة لجميع التحولات الحاصلة في المجتمع ؟ ومدى جديتها في معالجة المدخلات الحقيقية التي وصلت لمجموع الفواعل المشتركين في صياغتها .[1]

كما يمكن من معرفة تأثير السياق مثل عدم الاستقرار أو الإيديولوجية في عملية صنع السياسة، وكيفية وصول القضايا إلى الأجندة، وتأثير الجهات الفاعلة والقيم الخاصة بهم، فمضمون السياسة يكشف عن مختلف الأبعاد التي كان لها دور في عملية صنع السياسة الصحية فالمضمون يعتبر جسد السياسة.[2] تحليل المضمون يكشف لنا عن مدى تؤثر السياسة الصحية بالبيئة الداخلية والخارجية وما يحدث فيها.

المرتكز السادس: عملية تنفيذ السياسة الصحية.

[1] – عبد النور ناجي، مبروك الساحلي، مرجع سبق ذكره، ص 103، 104.

[2] - Kent buse, nick Mays and Gill Walt**, Making health policy** .England: open University press, 2005, p 09.

الاهتمام بهذا المرتكز (التنفيذ) في التحليل جاء متأخرا، حيث بدأت دراسات هذا الموضوع في السبعينات، وكان السبب في ذلك هو إهمال علوم السياسات (تحليل السياسة العامة) المهيمنة في تلك الفترة وتركيزها على القرار وسبل تحسينه، كما لو أن تطبيق القرار المتخذ مضمونا خاليا من الإشكال.[1]

يهتم تحليل السياسة الصحية بمرحلة التنفيذ لأنها عملية معقدة وذات مستويات تنفيذية متعددة، وبالتالي لابد من معرفة العلاقة بين مختلف الوحدات الإدارية المكلفة بعملية التنفيذ وانعكاس ذلك على نتائج السياسة الميدانية من جهة وما إذا كانت هناك فجوة بين ما تم المخطط له وما تم تطبيقه على أرض الواقع من جهة أخرى، ففي كثير من الأحيان يكون المخطط على قدر من التكامل والاندماج يحقق الأهداف ومبني على مبادئ واقعية لكن الخلل يكون في عملية التنفيذ التي من شأنها أن تفشل ما تم تخطيطه بصفة كلية.

فالتعقيد الذي أصبح يميز تنفيذ السياسة هو ما دفع إلى ضرورة تحليل الكيفية التي تتم بها والأجهزة التي تقوم بالتنفيذ وقياس أدائها. فالتنفيذ أصبح يستلزم صياغة جديدة للمشاريع أو تصميم للبرامج أو تقديم لخدمات جديدة أو تدخل لتغيير سلوكيات أو لتطوير أوضاع قائمة لم يعد بالإمكان استمرارها، فأي تقصير في عملية التنفيذ قد يكون سببا في فشل السياسة .[2]

<u>المرتكز السابع:</u> تقويم السياسة الصحية.

يقوم محلل السياسة برصد وتحليل نتائج السياسة العامة في ضوء الأهداف المعلنة، مع تحليل العوامل التي أسهمت في نجاح السياسة وتلك التي أدت إلى تعثرها .[3]

بالتالي محاولة تصحيح المسار وتدارك الأوضاع بتبني سياسات عامة تكون فيها نسبة التناقضات قليلة، وهذا ما يؤدي إلى زيادة فعالية السياسة العامة وهو الهدف من عملية التحليل التي بدأت تحظى باهتمام واسع في مختلف الدول.

لكي لا تستمر السياسات الفاشلة التي أثبتت محدودية نتائجها فبدون هذه المرحلة لا يمكن معرفة ثغرات السياسة وعيوبها وهذا ما يجعلها تستمر بدون جدوى، وقد تكون جهات عديدة سواء كانت منفذة أو مشرفة على السياسة العامة غير متفطنة لهذا الفشل أو الخلل .[4]

بهذا نستنتج أن تحليل السياسة الصحية والسياسات العامة بشكل عام هي عملية ضرورية مهمة وأساسية في بناء سياسات أكثر فعالية ورشادة، وهي نفس الأهمية التي بدأ محلل السياسات يحظى بها

[1] – صالح ، بلحاج ، مرجع سبق ذكره ، ص 143 .

[2] – عامر حضير، الكبيسي ،مرجع سبق ذكره ، ص 139 .

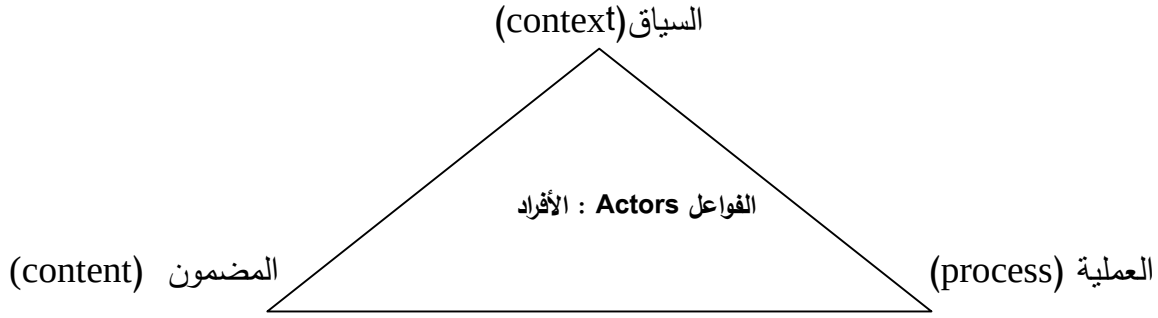
[3] – منى، جلال عواد، مرجع سبق ذكره ، ص 393 .

[4] – عامر، حضير الكبيسي، مرجع سبق ذكره ، ص 173.

والدور المحوري الذي يضطلع به خاصة مع تعقد الحياة وتعقد مشاكلها، إضافة إلى التغيرات التي أصبحت تميز بنية السياسة الداخلية منها والخارجية، في ظل عدم القدرة على تبني أي سياسة عامة بمعزل عن تأثير هاتين البيئتين، كلها عوامل لابد على محلل السياسات من أخذها بعين الاعتبار، والتحلي في نفس الوقت بالموضوعية في دراسة مختلف مشاكل السياسات، والتجرد من الذاتية التي قد تنعكس سلبا على نتائج عملية التحليل فنجاح عملية تحليل السياسات العامة تقف إلى حد كبير على القائم بعملية التحليل .

فعرضنا للمرتكزات التي يقوم عليها تحليل السياسة الصحية من شأنه أن يفيدنا في دراسة السياسة الصحية الجزائرية، حيث نستند في فهمها عل كل مرتكز من تلك المرتكزات لمعرفة الأطر القانونية التي تأسس لها، الكشف عن مضمونها، الفواعل المتدخلة في صناعتها، طريقة التنفيذ ونتائجها ومختلف انعكاساتها. وتتضح هذه المرتكزات أكثر من خلال نموذج تحليل السياسات الصحية الموضح في الشكل رقم (02).

الشكل رقم (02): نموذج لتحليل السياسات الصحية.



Source: Gill Walt, Lucy Gilson, "reforming the health sector in developing countries: the central rol of policy analysis", health policy and planning. London, oxford university press 9 (04), 1994, p354.

المطلب الثاني :إقترابات تحليل السياسة العامة الصحية.

عرف حقل السياسة العامة بشكل عام إسهامات عديدة فيما يتعلق بكيفية دراستها، وطريقة فهمها بما في ذلك تحليلها، وذلك من خلال الاعتماد على نظريات ومناهج وإقترابات مختلفة، بهدف فهم مختلف السلوكيات السياسية المتعلقة بها.

يقول **نصر محمد عارف** في كتابه إبستيمولوجيا السياسة المقارنة :" أن الظواهر الاجتماعية والحقائق التي تعبر عنها لا يستطيع الباحث الإمساك بها في ذاتها أو تقليبها أمام عينه لتفكيكها وتحليلها من أجل

فهمها والتعامل معها، وتطويعها، ولكن عادة ما يتم الاقتراب من هذه الظواهر بحثا عن حقائقها، من خلال أطر مفاهمية وأبنية نظرية وبأدوات ووسائل منهجية معينة.[1]

لهذا تم وضع مجموعة من المداخل أو الإقترابات التي تساعد في عملية تحليل السياسة العامة، لكن قبل التعرف عليها ارتأينا التعرف على معنى الاقتراب أو المدخل APROACH " يستخدم للإشارة إلى المعايير المستخدمة في انتقاء الأسئلة التي تطرح والضوابط التي تحكم اختيار موضوعات ومعلومات معينة أو استبعادها من نطاق البحث، حيث يستخدم كإطار لتحليل الظواهر السياسية والاجتماعية ودراستها، يساعد الباحثين والمحللين في تحديد الموضوعات الأكثر أهمية وإيضاح جوانبها الأساسية".[2]

1) <u>اقتراب النظم</u>:(السياسة العامة كمخرج للنظام السياسي).

يعتبر من أقدم الإقترابات المستخدمة في التحليل، حيث تعتمد فكرة النظام كأساس لتحليل السياسات العامة أي (النظام) وحدة تحليل، حيث عرف **دافيد إيستون DAVID EASTON** [G] النظام على أنه " مجموعة من التدخلات أو التفاعلات السياسية المستمرة في مجموعة سياسية معينة، فالنظام هو جزء من كل اجتماعي يدخل في علاقات معقدة من البناء الاجتماعي المتكامل ".[3]

فالنظام السياسي نظام مفتوح يؤثر في البيئة من خلال ما يطرحه من مخرجات، ويتأثر بالبيئة وما يأتي منها من مطالب على اختلافها وبهذا يتم النظر للسياسة العامة على أساس أنها استجابة النظام السياسي للمدخلات والمطالب البيئية المحيطة، وتنطلق عملية تحليل السياسة العامة في هذا المدخل من خلال تحديد الطرق التي يستجيب فيها النظام للضغوطات التي تأتيه من البيئة المحيطة.[4]

تقوم منهجية تحليل مدخل النظم على المقومات التالية:[5]

1. السياسة العامة هي استجابة النظام السياسي لما ينجم عن البيئة من مطالب.
2. يتكون النظام السياسي من المؤسسات والنشاطات المتفاعلة في المجتمع والتي تقوم بصنع القرارات، وتوزيع القيم بصورة إجبارية ملزمة في التنفيذ لجمع أعضاء المجتمع.
3. تكون مدخلات النظام السياسي من المطالب والدعم والمعارضة والموارد والمعلومات الراجعة.

---

[1] – نصر، محمد عارف، **إبستيمولوجيا السياسة المقارنة النموذج المعرفي .النظرية المنهج** . ط1 ، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ،2002، ص 13.

[2] – محمد، شلبي، **المنهجية في التحليل السياسي :المفاهيم ،المناهج ،الإقترابات والأدوات**، الجزائر :(ب د ن) ، 1997 ، ص 16 .

[*] **دافيد إيستون DAVID EASTON (1917–2014)** مفكر ومحلل سياسي وأكاديمي أمريكي، الرئيس السابق للجمعية الأمريكية للعلوم السياسية. صاحب النموذج التحليلي الشهير "نموذج المدخلات والمخرجات" من بين مؤلفاته" The Political System".

[3] – طه حميد، حسن العنبكي، نرجس حسين زاير العقابي، **أصول البحث العلمي في العلوم السياسية** ، ط1 ،الرباط : دار لامان، 2015، ص66.

[4] – أحمد، مصطفى الحسين، مرجع سبق ذكره، ص 104.

[5] – ليمام الأخضر سالمة، بارة محمود سمير، مرجع سبق ذكره، ص 100.

4. المدخلات بمكوناتها متأثرة ومرتبطة بنوعين من البيئات، البيئة الاجتماعية الداخلية والبيئة الاجتماعية الخارجية وما تحتويه من أنظمة فرعية.
5. الصندوق الأسود يجسد النظام السياسي وعملياته الجارية أي كيفية التعامل مع المدخلات، حيث فيه مختلف العمليات المتعلقة بتحليل وضع السياسة العامة.

وبهذا فإن اعتماد اقتراب النظم في تحليل السياسة العامة (النظام وحدة للتحليل)، يملك الإجابة على مجموعة من الأسئلة التي تكشف عن أهمية استعماله: [1]

- كيف تؤثر المدخلات البيئية في السياسة العامة وتطبيق النظام السياسي ؟
- كيف تؤثر السياسة العامة في البيئة ومطالبها ؟
- ما طبيعة القيود والعوامل البيئية المولدة للمطالب المطروحة على النظام ؟
- كيف يمكن للنظام السياسي أن يحول المطالب إلى سياسة عامة ويحافظ على ذاته عبر الزمن ؟

2) **<u>الاقتراب المؤسسي</u>:**(السياسة العامة كنشاط مؤسسي)

تمثل المؤسسات طريقة مفيدة لدراسة علم السياسة بشكل عام، لأنها تمهد الطريق للسلوك السياسي على اعتبار المؤسسات تولد الأنظمة والقوانين، تتبع أهمية المؤسسات السياسية من تأثيرها في السياسة،و للطريقة التي يتم بها بناء هذه المؤسسات أثر كبير، والمؤسسة هي :[2]

- ✓ أية منظمة أو نموذج نشاط قائم بذاته و قيم لذاته .
- ✓ تجسيد الأعراف والقيم التي تعد مركزية لحياة الشعب وبالتالي ليس من السهل إزاحتها أو تغييرها.
- ✓ تهيأ المسرح للسلوك السياسي بالتأثير في الكيفية التي تدار بها السياسة.

إذا كانت السياسة العامة هي نتاج ما تقوم به مجموعة المؤسسات السياسية في أي دولة فلابد من دراسة هذه المؤسسات.

فدراسة السياسة العامة من خلال هذا المدخل تركز على دور المؤسسات الحكومية كالبرلمانات والأجهزة التنفيذية المحاكم الأحزاب السياسية، على اعتبار أن السياسة العامة تحدد بصورة سلطوية من قبل تلك المؤسسات و تنفذ عن طريقها.[3]

---

[1] – جمس، أندرسون، مرجع سبق ذكره ،ص 33 .

[2] – باتريك، هـ أونيل،(تر: باسل جيبلي) ، **مبادئ علم السياسة المقارن** . ط1، سورية : دار الفرقد للطباعة والنشر والتوزيع، 2012، ص 33.

[3] – أحمد، مصطفى الحسين، مرجع سبق ذكره، ص 116 .

لكن هناك اتجاهين في هذا المقترب، الاتجاه التقليدي الذي كان يركز على الجوانب القانونية والشكلية للمؤسسات فقط أي كل ما يتعلق بالجانب الرسمي للمؤسسات، لكن جاء الاتجاه الثاني كي يولي أهمية للجانب غير السمي ومختلف العلاقات والتفاعلات التي تحدث داخل هذه المؤسسات و ليس مجرد وصف شكلي فقط، وبالتالي محلل السياسة يهتم بشكل وقانونية هذه المؤسسات وما يصدر عنها من قرارات ومختلف التفاعلات التي تحدث بينها وداخلها لأنها تؤثر في السياسة العامة وفي توجيهها.

يولي الاتجاه الحديث في دراسة المؤسسات السياسية بهدف فهم السياسة العامة اهتمام لعدة عناصر وهي [1]:

- ✓ الهدف من تكوين المؤسسة.
- ✓ كيفية توظيف أعضاء المؤسسة.
- ✓ بني المؤسسة.
- ✓ اختصاصات المؤسسة.
- ✓ علاقات المؤسسة بالمؤسسات الأخرى.
- ✓ الثقل النسبي للمؤسسات و حدود تأثيرها.
- ✓ توزيع الأدوار داخل المؤسسة.
- ✓ التغير المؤسسي.

وبالتالي تحليل السياسة العامة وفق هذا الاقتراب له أهميته حيث:[2]

1. يؤكد على مفهوم الشرعية legitimacy باعتبارها عماد السياسات العامة، حيث أن المؤسسات التي تصدر السياسات العامة جهات مخولة بموجب القانون للقيام بهذا الدور ولها كامل السلطة لتطبيق تلك السياسات.
2. يؤكد الصفة العمومية universality في السياسة العامة، بمعنى تطبق على جميع المواطنين.
3. للمؤسسات الحكومية سلطة إلزام الغير بتنفيذ سياساتها ولها أتوقع العقوبة بحق المخالفين أو الممتنعين عن تنفيذ سياساتها.

3) **<u>اقتراب النخبة</u>** :(السياسة العامة كتفضيل نخبوي)

السياسة العامة وفق هذا الاقتراب هي منتوج وانعكاس للقيم السائدة داخل النخبة، وبالتالي تأثير غالبية المواطنين محدود جدا، إذا كانت السياسة العامة هي نتاج نخبة معينة ومحددة فتأخذ النخبة كوحدة

[1] – باتريك، هـ أونيل، مرجع سبق ذكره، ص ص64، 65 .

[2] – محمد، قاسم القريوتي، مرجع سبق ذكره، ص 315.

للتحليل، قال فيلد field hig ley 1985 أن النخبة هي عدد قليل من الأفراد الذين يشغلون مناصب سياسية عليا ويلعبون دور محوريا في عملية صنع القرار.[1]

يمكن تلخيص هذا الاقتراب في النقاط التالية :[2]

- ✓ المجتمعات تنقسم إلى قلة تملك بيدها القوة وإلى أغلبية مستضعفة وأفراد محددين من يوزعون الخيرات على الجماهير التي لا حول لها ولا قوة.
- ✓ القلة الحاكمة لا تمثل الكثرة المستضعفة، فالنخبة الحاكمة كثيرا ما تكون من الطبقة العليا المتنفذة والغنية.
- ✓ لا يدخل ضمن النخبة إلا الذين يؤمنون بمعاييرها و يقنعون بها ويخلصون لها.
- ✓ يتفق أفراد النخبة على القيم و القواعد الأساسية للنظام الاجتماعي.
- ✓ السياسات العامة لا تلي مطالب الجمهور أو تعبر عن مصالحهم وإنما تحمي مصالح النخبة.
- ✓ النخبة هي التي تضغط و تؤثر على الجماهير وليس العكس.

4) **اقتراب الجماعة:**(السياسة العامة كتوازن بين الجماعات).

تعبر السياسة العامة محصلة عمليات تفاعل بين جماعات متعددة قد تكون رسمية و غير رسمية، على اعتبار أن تأثير الأفراد في عملية صنع السياسة العامة خارج تنظيم معين قد يكون محدود أو منعدم تماما، وبالتالي إنظمام الأفراد لتنظيم معين يزيد فرص التأثير في عملية صنع السياسة العامة يقول **بنتلي** عن الجماعة "أنها قطاع معين من رجال المجتمع لا يأخذ صفة الانفصال عن الجماهير ولكن عن نشاطها، فهي جماهير تنوي التحرك نحو نشاط محدد ".[3]

والتفاعل بين هذه الجماعات يكون نتيجة للتنافس والصراع الذي تهدف كل جماعة من خلاله على تغليب مصلحتها، في الأخير تكون السياسة العامة هي نتاج توازن مصالح المجموعات المختلفة.

يعتقد العديد من علماء السياسة أن نشاطات هذه الجماعات يمكن أن تستخدم لفهم السياسات العامة في مجتمع معين وهذا من خلال:[4]

1. جميع شرائح المجتمع قادرة على التأثير على سياسة الحكومة بفاعلية أكبر إذا ما نظمت نفسها.

---

[1] - William Genieys, armand colin, **sociologie politique des elite(s)** , collectino v.sociologie ,1ére épreuves , février 2011 ,p 09 .

[2] – جيمس، أندرسون، مرجع سبق ذكره، ص ص 35، 36 .

[3] – نصر، محمد عارف، مرجع سبق ذكره، ص ص 238، 239.

[4] – أحمد، مصطفى الحسين، مرجع سبق ذكره، ص 110.

2. سياسة الحكومة هي نتيجة للمساومة والحلول الوسطى بين الجماعات.
3. دور الحكومة هو مراقبة انضباط اللاعبين بقوانين اللعبة ويظهر في هذه النقطة أثر الفلسفة الليبرالية.
4. عملية صنع القرار تكون ديمقراطية ومستقرة لأسباب عديدة.
5. تؤمن الجماعات و تحافظ على قوانين اللعبة.
6. تتداخل عضوية الجماعات وتميل إلى أن تكون متشابكة.

5) **اقتراب الاختيار الرشيد:** (العقلاني)

السياسة العامة من منظور هذا الاقتراب هي عملية تستهدف حل المشاكل العامة، من خلال الوصول لتحقيق أقصى المنافع و بأقل التكاليف، حيث تكون النفقات المترتبة على تنفيذ السياسة العامة أقل من المنافع المتوقعة، بحيث لا تقتصر المنافع على المنافع ذات الطبيعة الاقتصادية وإنما تشمل المنافع الاجتماعية والسياسية التي لها دور لا يقل أهمية عن المنافع الاقتصادية.[1]

فالسياسة العامة الرشيدة هي التي تحقق أكبر عائد و أكبر منفعة للمجتمع قبل اختيار أي بديل لابد من دراسة مختلف البدائل المتوفرة والمفاضلة بينها بناءا على العائد (المنفعة) التكلفة. " فالرشادة هي المطابقة بين الوسائل و الغايات في اختيار السلوك".[2]

يقوم هذا الاقتراب على ثلاثة فروض أساسية :**الرشادة، الكفاءة، الاقتصاد،** وتتأسس الرشادة على مفهوم رجل يسعى لتعظيم القائد في ظل ظروف افتراضية في المعرفة الكاملة، فلا توجد عوامل مؤسسة أو سيكولوجية تجعل ترجمة الاختيار الرشيد إلى حزمته مستحيلا أو مكلفا أو بطيئا فالحركة نتيجة اختيار فردي لا جماعي، فالسياسة العامة هي محصلة سلسلة متتالية من قرارات الاختيار، في ظل معرفة كاملة ونظام تفضيلات مستقر وتوافر مهارة غير محدودة في حساب أهمية المسارات البديلة.[3]

تتمثل أهم خطوات هذا المدخل في:[4]

1. التعرف على الأولويات الاجتماعية وأوزانها النسبية من حيث الأهمية.
2. تحديد كافة البدائل المختلفة لحل المشكلة.
3. تحقيق النتائج المترتبة (الإيجابية و السلبية) لكل بديل.
4. اختيار البديل الذي يحقق أفضل المزايا بأقل التكاليف.

[1] – محمد، قاسم القريوتي، مرجع سبق ذكره، ص 318 .

[2] – صالح، بالحاج، مرجع سبق ذكره، ص103.

[3] – عبد النور ناجي، مبروك الساحلي، مرجع سبق ذكره، ص 116.

[4] – ليمام سالمة الأخضر، بارة سمير محمود، مرجع سبق ذكره، ص 102.

بناءا على ما سبق نستنتج أن كل اقتراب من الإقترابات التي تم عرضها له نظرته الخاصة للسياسة العامة وهي مخالفة عن اقتراب آخر، هذا التنوع في الإقترابات يساعد محلل السياسة العامة على فهم وتحليل السياسة الصحية والاقتراب منها من زوايا مختلفة باعتماد العديد من الإقترابات، لأنه إذا اقتصر التحليل على اقتراب واحد يكون ناقص ويتم تغييب العديد من الجوانب التي تتمم الفهم.

خلاصة واستنتاجات:

نصل في نهاية هذا الفصل أن السياسة العامة هي تلك المنظومة المعقدة والمركبة التي تؤثر في البيئة وتتأثر بها، كما تعتبر إحدى مخرجات النظام السياسي التي يعبر بها ويستجيب من خلالها للمطالب الاجتماعية، لذلك عادة ما تستخدم السياسات العامة للتعرف على طبيعة النظام السياسي وكيفية تعامله مع تلك المطالب، كما تتسم بمجموعة من الخصائص ولها عدة أنواع استخراجية، رمزية، توزيعية وإعادة التوزيع، وتمر عملية صنع هذه السياسة عبر مراحل مختلفة تنطلق من وجود مشكلة أو قضية وصولا إلى التقييم مرورا بعدة مراحل.

تعتبر السياسة الصحية إحدى السياسات العامة التي تعبر عن حاجيات المجتمع في المجال الصحي، وهي مجموعة الإجراءات والبرامج التي تتخذها الدولة من أجل تحسين الوضع الصحي بتوفير الخدمات الصحية لمختلف الشرائح الاجتماعية، تقوم هذه السياسة على مجموعة من المبادئ التي تعمل على ترجمتها في الواقع الإنصاف والمساواة، تعزيز الحق في الصحة، الشراكة واللامركزية، الاستثمار في الصحة إضافة إلى الاستدامة بالمحافظة على حقوق الأجيال القادمة، حيث تأخذ السياسة الصحية عدة أشكال قد تكون قوانين أو قرارات تنظيمية، قرارات عملياتية وحتى أحكام قضائية كما تتخذ شكل سياسات كلية، تمر صناعة السياسة الصحية بمجموعة مراحل لا تختلف هي الأخرى عن مراحل صنع السياسة العامة ككل فهي إحدى فروعها.

تبذل العديد من الجهود بهدف ترشيد السياسات الصحية وعقلنتها لتكون أكثر واقعية متكيفة مع الواقع، بهدف الوصول إلى ذلك يتم اللجوء إلى التحليل حيث يتم تزويد صناع السياسات بمعلومات تقلل من نسبة المخاطرة والنسبية والانعكاسات السلبية، يشمل التحليل السياق الذي تأتي ضمنه السياسة الصحية، عملية صنع السياسة الصحية، النصوص القانونية والتنظيمية التي تأطرها، مضمون ومحتوى السياسة إضافة إلى تحليل سلوك الفاعلين الذين كان لهم دور في صنع هذه السياسة، كما يتم تحليل عملية التنفيذ، إضافة إلى التقويم الذي يعتبر احد مرتكزات التحليل والذي يتم فيه مقارنة النتائج بالأهداف وهذا من أجل تثمين السياسة الصحية. تستخدم في عملية التحليل العديد من الاقترابات المؤسسي، النظمي، اقتراب النخبة والجماعة إضافة إلى الاقتراب العقلاني الرشيد لكل منهم المبادئ التي يقوم عليها، والزاوية التي يتناول بها السياسة محل الدراسة.

الفصل الثاني

لا يختلف اثنان عن أهمية الصحة ودورها في تحقيق التنمية بالنسبة لمختلف الدول، حيث تعد الأساس في تخطيط البرامج التنموية، لهذا سعت الدولة الجزائرية لحماية الصحة والمحافظة عليها وترقيتها من خلال سياسة صحية اختلفت ملامحها ومقتضياتها من مرحلة إلى أخرى، وذلك بهدف محاولة الاستجابة لمتطلبات كل مرحلة.

فهم السياسة الصحية الجزائرية لا يكمن إلا من خلال تحليلها لمعرفة مبادئها وأهدافها والعوامل المتدخلة في صياغتها، وبالتالي معرفة المشاكل والمقتضيات التي فرضت أن تكون تلك السياسة بملامح معينة وليست بملامح أخرى، ومدى استجابتها لمتطلبات المجتمع الجزائري بحكم الخصوصيات الاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية التي يتميز بها ذلك المجتمع في كل مرحلة والتي بدورها تميزه عن المجتمعات الأخرى.

لذلك ارتأينا أن يجمع هذا الفصل ما يلي :

1. **المبحث الأول: محددات وفواعل صنع السياسة الصحية في الجزائر قبل 1999:** والذي حاولنا من خلاله تفسير مختلف العوامل المؤثرة في عملية صنع السياسة الصحية بما فيها طبيعة النظام السياسي الجزائري، إضافة إلى الفواعل المشاركة في صياغتها سواء الرسمية منها أو غير الرسمية الداخلية والخارجية.
2. **المبحث الثاني: تطور السياسة الصحية الجزائرية من الاستقلال إلى غاية 1999:** تم فيه تتبع مسار تطور السياسة الصحية من الاستقلال إلى غاية سنة 1999 مع إبراز المبادئ التي قامت عليها والأهداف التي سعت إلى تحقيقها معتمدين على الأطر القانونية المؤسسة للسياسة الصحية في كل مرحلة من مراحلها ابتداء من 1962 إلى غاية سنة 1999.
3. **المبحث الثالث: تقييم السياسة العامة الصحية في الجزائر للمرحلة 1962-1999:** تطرقنا من خلاله إلى تقييم السياسة الصحية إبراز ما تم تحقيقه من أهداف، باعتمادنا على ثلاثة جوانب أساسية وهي الأطر القانونية المؤسسة للسياسة الصحية، مدخلات السياسة الصحية، إضافة إلى مخرجات السياسة الصحية.

المبحث الأول : محددات وفواعل صنع السياسة الصحية في الجزائر قبل 1999.

المطلب الأول: العوامل المؤثرة في صياغة السياسة العامة الصحية.

الحاجة للسياسة العامة تنشأ في بيئة النظام السياسي وتنقل إليه عبر قنواته، فبيئة النظام السياسي قد تضع عددا من القيود والمحددات على صانعي القرار، فتحد من سلطتهم على مناقشة بعض المواضيع أو تفضيل خيارات دون الأخرى.[1] وبالتالي وضع وتعديل وحتى تغيير السياسة الصحية في بلد ما مرتبط بمجموعة من العوامل والمتغيرات إضافة إلى تلك المتعلقة بالنظام السياسي والتي نذكر من أهمها الحاجة، الوضع الجغرافي، التضاريس، المناخ، المستوى التعليمي للسكان، معدل الدخل، المستوى المعيشي، إضافة إلى المستوى الصحي الحالي والمعدلات الحيوية المختلفة (هرم أعمار السكان، الخصوبة، متوسط الأسرة ...)، بالإضافة إلى تعدد القطاعات والهياكل التي تقدم الخدمات الصحية، كذا الموازنة والموارد البشرية والمادية المتاحة إضافة إلى أحد أهم المحددات وهي التوجهات السياسية.[2]

وبالتالي السياسة الصحية تنطلق من الواقع ولما هو عليه، فبالإضافة إلى الجانب الصحي للسكان تأخذ بعين الاعتبار الجوانب الأخرى السياسية والاقتصادية والاجتماعية لأنها تؤثر على الوضع الصحي بطريقة مباشرة وحتى غير مباشرة، وقد يكون ذلك التأثير ايجابي كما قد يكون سلبي، فالسياسة الصحية لا تخرج عن السياق الموجود فيه.

في هذا الإطار ارتأينا ضرورة الإحاطة بمختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي سادت في الفترة الممتدة من 1962 إلى غاية 1999 ولعبت دور في صياغة السياسة الصحية للمرحلة، فالسياسات الصحية تختلف وتتباين من مجتمع إلى آخر وحتى من وقت لآخر في فترة زمنية معينة، وهذا يعود إلى التغيرات والاختلافات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وحتى السياسية التي تميز بيئة المجتمع في كل فترة.

لهذا لا يمكن في أي حال من الأحوال الولوج إلى وضع سياسات صحية دون الوعي التام بمحددات وأهداف ومعايير الرعاية الصحية، التي تساهم في تحديد أطرها العامة المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية، لما لها من تأثير على أنظمة الرعاية الصحية خصوصا في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل.[3]

أولا: العامل الاجتماعي:

1. النمو الديموغرافي :

---

[1] - إيمان، النمس، **دور النقابات العالمية في صنع سياسات الحماية الاجتماعية في الجزائر**. (د ب): دار ناشري للنشر الالكتروني، 2014، ص 09.

[2] - نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري ولأردني** ط 1، الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع، 2016، ص 21.

[3] – أحمد، الديب، سياسات الصحة ونظم الرعاية الصحية، نقلا عن:

http://www.rosaelyoussef.com/article/22304 , date 03-03-2017, heur 21:35.

شهد النمو الديموغرافي في الجزائر تحولات عديدة، بحيث كانت تطغى مؤشرات وخصائص ومتغيرات تختلف من مرحلة إلى أخرى من المراحل التي مر بها هذا النمو الذي كان له تأثير مباشر على العديد من الجوانب منها الاقتصادية والاجتماعية للدولة، ويمكن رصد وتقييم تطور النمو السكاني في الجزائر من خلال:[1]

4. **المرحلة الأولى** 1900**إلى 1920**:عرفت الجزائر في هذه المرحلة ظروف اقتصادية واجتماعية كان لها انعكاس سلبي على النمو السكاني مثل الأوبئة والمجاعة، حيث قدر معدل النمو الطبيعي ب 5,0% وهو معدل منخفض جدا.
5. **المرحلة الثانية 1921 إلى 1945**: والتي شهدت معدلات ولادة مرتفعة، حيث سجلت سنة 1921 حوالي 35 في الألف، ليرتفع هذا العدد بين سنتي 1931 و1935 إلى43,4 في الألف، واستمرت هذه الوضعية حتى نهاية هذه المرحلة أي سنة 1945.
6. **المرحلة الثالثة 1946** إلى **1970**:عرفت هذه المرحلة ارتفاع كبير جدا ولافت للانتباه، و دليل ذلك النمو الطبيعي لسنة 1970 الذي قدر ب 32,3 % إذ يعتبر هذا المعدل من أكبر معدلات النمو ارتفاعا في العالم.
7. **المرحلة الرابعة 1971** إلى **1985** : كان للظروف المعيشية والصحية دور في المحافظة على معدل نمو طبيعي معتدل، حيث اهتمت الدولة في هذه المرحلة بالصحة من خلال مجانية العلاج والاهتمام بصحة الأم والطفل، هذا ما ساهم في انخفاض نسبة الوفيات مع الإشارة إلى أن نسبة أو معدل الولادات لم يكن مرتفع .
8. **المرحلة الخامسة من 1985** إلى **1989**: والتي سجلت انخفاض في المعدل العام للولادات و المعدل العام للوفيات ما بين 1985 و 1986 ب 4,4% و4,11% على التوالي.
9. **المرحلة السادسة 1990** إلى **1998** : تميزت هذه المرحلة بانخفاض كبير في المعدل للولادات الذي بلغ 02,21 في الألف سنة 1998 بعد أن كان 94,30 في الألف سنة 1990 بفارق قدر بحوالي 92,09 في الألف، وهو معدل مرتفع جدا، هذا راجع إلى برنامج التخطيط العائلي الذي بادرت به الجزائر، كما سجل النمو الطبيعي انخفاض من 52,1 %سنة 1990 إلى 49,2 % سنة 1998، أما معدل الوفيات تميز بالثبات حيث قدر بحوالي 6 في الألف.

من خلال هذه المراحل التي مر بها النمو السكاني في الجزائر نلاحظ تدخل العديد من العوامل التي لها علاقة مباشرة بزيادة عدد السكان أو العكس مثل ظروف المعيشة، الخدمات الصحية، المستوى التعليمي، النمو الاقتصادي وغيرها، والنمو الديموغرافي يؤثر بدوره على الجانب الصحي والتعليمي والاقتصادي وبالتالي هناك علاقة تأثير وتأثر، وتكمن العلاقة الجدلية بين السكان والصحة في:

[1] – إبراهيم، عطاري، " الانتقال الديموغرافي وتطور بنية الأسر في الجزائر"، مجلة دراسات اجتماعية . العدد 07، جانفي 2011، ص ص 48، 50 .

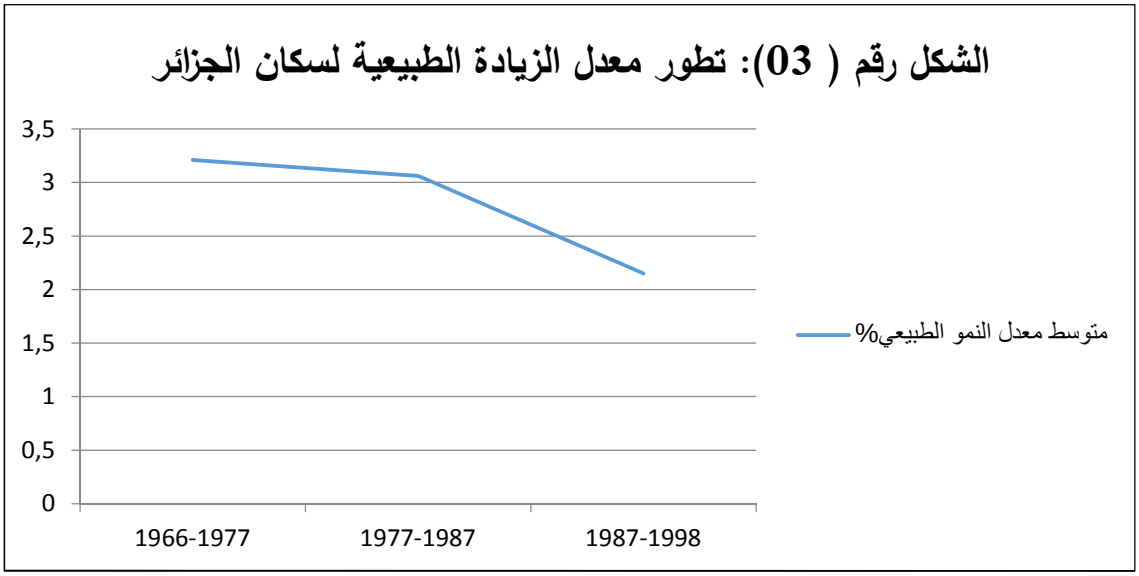
- يؤدي النمو السكاني السريع إلى زيادة الطلب(الضغط) على الخدمات الصحية.
- ارتفاع معدل تكرار الحمل والفواصل الزمنية القصيرة بين الحمل والأخر يؤثر سلبا على صحة الأم والطفل.
- الكثافة السكانية المرتفعة يصاحبها انتشار للأمراض على اختلافها وكذا التدهور البيئي.

الجدول رقم (02) : تطور متوسط معدل الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر.

السنة	1977-1966	1987-1977	1998-1987
متوسط معدل النمو الطبيعي %	03,21	03,06	02,15

Source : Tayeb, louadi, éliment d'explication de la fécondité en Algérie, actes du séminaire national sur la situation démographique de l'Algérie, université d'Oron 21 et 22 mais 2012, p 02.

الشكل رقم (03): تطور معدل الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على الجدول أعلاه.

إضافة إلى ذلك هناك عامل التوزيع غير المتساوي للكثافة السكانية، فالكثافة السكانية في التل تتراوح بين 50 و200 نسمة كم^2، وقد تزيد عن 400 نسمة / كم^2 في بعض المناطق الساحلية والمدن الكبرى وبهذا يضم حوالي 65% من جملة سكان الجزائر رغم أن مساحته تقدر بحوالي 4%، وتتراجع الكثافة السكانية في الصحراء حيث تصل في أغلب الأحيان الكثافة السكانية إلى شخص واحد /كم^2 يقيم فيها حوالي 10% من سكان الجزائر على الرغم أن مساحتها التي تقدر بحوالي 87%.[1]

[1] – سهيلة، براحو فافة، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر واقع وأفاق"، مجلة دراسات إستراتيجية. العدد 06، جانفي 2009، ص 112.

هذا ما يؤدي إلى تكاليف إضافية للإجراءات الصحية في الجنوب، أين تكون نسبة الكثافة السكانية قليلة، كما أن المناطق النائية التي تكون فيها مستويات المعيشة والظروف الصحية متدهورة تحتاج إلى سياسة صحية تأخذ بعين الاعتبار ظروفها ومتطلباتها.[1]

كما عرفت الجزائر في هذه المرحلة توزيع آخر للسكان من حيث مكان الإقامة أي الأرياف والمدن، وهذا من شأنه أن يلعب دور في صياغة السياسة الصحية، فسكان الأرياف يحتاجون إلى رعاية صحية تتماشى مع ظروفهم وأوضاعهم المعيشية التي تختلف عن سكان المدن نتيجة لخصوصيات المنطق الريفية.

الجدول رقم (03): توزيع السكان حسب مكان الإقامة أو المعيشة:

	1966	**1977**	**1987**	**1998**
سكان المدن %	31,4	40,0	49,67	58,3
سكان الأرياف %	68,6	60 ,0	50,33	41,7
مجموع السكان%	100	100	100	100

Source : conseil national économique et social, 4 eme rapporte national sur le développement humain, décembre 2003, p 40.

كما نلاحظ من خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه أن عدد سكان الأرياف كان يفوق عدد سكان المدن، حيث قدرت نسبة السكان المقيمين في الأرياف سنة 1966 حوالي 68,6% مقابل 31,4% في المدن، وذلك نتيجة السياسة الاستعمارية المنتهجة ضد سكان الجزائر، لكن سرعان ما تغيرت الأوضاع وبدأ توجه سكان الأرياف نحو المدن نتيجة توفرها على ظروف معيشة أحسن إضافة إلى الفترة الأمنية الحرجة التي مرت بها الجزائر في فترة التسعينات والتي تسببت في ظاهرة النزوح الريفي، لهذا ارتفع عدد سكان المدن سنة 1998 إلى 58,3% مقابل 41,7% في الأرياف.

وبالتالي يمكن القول أن النمو السكاني وتوزيعه لابد أن يأخذ بعين الاعتبار عند صياغة السياسة الصحية لأي دولة، وخصوصيات كل منطقة وكل فئة لأن هذا قد ينعكس على مبدأ المساواة والعدالة في الحصول على الرعاية الصحية التي من شأنها أن تغير المبادئ الأساسية التي تقوم عليها السياسات الصحية، والتي تأكد عليها منظمة الصحة العالمية.

متغير السكان يؤثر في عملية صناعة السياسة الصحية بشكل كبير سواء من الناحية التوزيع، الكثافة، الجنس أو السن، فالمجتمع الذي أغلب سكانه شباب يختلف عن الذي تكون فيه نسبة الشيخوخة مرتفعة،

[1] - République Algérienne démocratique et populaire, stratégie OMS de coopération avec les pays 2002-2005, p 14 .

إضافة إلى كيفية التوزيع فلابد أن تتمشى السياسة الصحية مع هذه المتغيرات، وهذا التحول الديموغرافي السريع الذي تعرفه الجزائر من شأنه أن يتسبب في انخفاض كبير لمعدلات الخصوبة، وزيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 60 سنة إلى ما فوق شيخوخة السكان تشكل عائق أمام السياسة الصحية.[1]

2. الفقر:

يعد الفقر من القضايا التي تحظى باهتمام واسع سواء على المستوى المحلي أو الدولي، يترجم هذا الاهتمام في البرامج التي يتم وضعها والتي تهدف إلى الحد أو التقليل من هذه الظاهرة الخطيرة على المجتمعات، في تقرير للبنك الدولي نهاية التسعينات تم من خلاله إحصاء حوالي 1.2 مليار نسمة في العالم تعيش تحت خط الفقر(ينفقون أقل من دولار واحد في اليوم) وأكثر من نصف سكان البلدان النامية أي ما يعادل 2.8 مليار نسمة (يعيشون بأقل من دولارين في اليوم)، كما يعيش أغلب هؤلاء الفقراء في المناطق الريفية، وحوالي ثلاثة أرباع ¾ منهم يعيشون العزلة، الفقر، الأمية، سوء التغذية.[2]

حيث عرف الفقر وفقا لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي لسنة 1997 أنه " إنكار ورفض للعديد من الاختيارات والفرص الأساسية لتنمية الإنسان، ويتضمن ذلك القدرة على عيش حياة طويلة مبدعة وصحية، وعلى اكتساب المعرفة ونيل الحرية، الكرامة واحترام الذات، واحترم الآخرين التوصل إلى المصادر المطلوبة لمستوى معيشة كريم .[3] وبالتالي فالفقر هو حالة حرمان شديد لأساسيات وضروريات الحياة، أي فقدان حق العيش الكريم. كما لا يتخذ الفقر مستوى واحد وإنما له العديد من المستويات فالفرد الذي يفتقر للقمة العيش يسمى فقير لكن يختلف عن الشخص الذي يفتقر للرفاه، كما قد يكون الفقير في الجزائر ليس هو الفقير في التشاد أو في الولايات المتحدة الأمريكية.

تلعب اللامساواة في توزيع الدخل وفي الحصول على باقي الخدمات الاجتماعية الأخرى دور في انتشار وتغلغل ظاهرة الفقر في الأوساط الاجتماعية للسكان، وكذا توسيع الهوى بين الشرائح الاجتماعية وهذا من خلال السياسات التي يتم تبنيها والتي لا تراعي العدالة الاجتماعية في مبادئها وأهدافها، سواء كانت سياسات اجتماعية أو اقتصادية، لهذا تهدد المخاطر الصحية الناتجة عن الفقر أفراد المجتمع وهي في تفاقم وارتفاع متزايد.

الفقر في الجزائر من الظواهر التي يصعب تحديدها وقياسها، وهذا راجع إلى عدم وجود دراسات سوسيو اقتصادية عن الظاهرة التي تتسبب في بروز العديد من الظواهر السلبية في المجتمع، لكن في قراءة مختصرة لانتشار الفقر تبرز وجود ارتباط أساسي بينه أي الفقر وبين الأزمة الاقتصادية والأمنية التي عرفها المجتمع الجزائري لأزيد من عشريتين كاملتين (1980 – 2000)، من خلال دراسة قام بها

[1] - Le ministère de la santé ,de la population et de la réforme hospitalière, rapporte final papfam , 2002, p 183.

[2] – أحمد، ولد بيه خطاري، سالم، ولد محمد المصطفى، مكافحة الفقر عن طريق تحسين مؤشرات التنمية البشرية (I.D.H) . نقلا عن: http://elbassair.net/Centre.pdf , date 21-03-2016, heur 16:46.

[3] - وداد، عباس، "سياسات مكافحة الفقر : دراسة حالة الجزائر" ، مجلة الندوة للدراسات القانونية. العدد 01، 2013، ص 150.

الديوان الوطني للإحصائيات لسنتي 1988 و1995 عن استهلاك العائلة الجزائرية ومستوى عيشها والعناصر الكبرى لظاهرة الفقر، لوحظ أن حجم المدن وتوفر الشغل والمستوى الطبقي لأفراد المجتمع هي محددات أساسية تستخدم لفرز العائلات الجزائرية وهذا ما يمكن من تحديد مستويات الفقر، لذلك نجد أن الفقر يختلف من مدينة أو منطقة إلى أخرى.[1]

لهذا يوجد فارق كبير بين سكان المدن والأرياف من حيث انتشار ومستوى الفقر، فسكان الأرياف يعانون من ظروف معيشة وصحية متدهورة وبالتالي هم مرشحين لرفع معدل الفقر، وذلك يعود إلى غياب المرافق وهذا ما يؤثر ويعرقل عملية حصولهم على الخدمات، وحتى في حالة حصولهم عليها تكون قليلة جدا وغير كافية، وبعض الخدمات منعدمة تماما، لهذا السبب نجد أن المظاهر الخطيرة تستفحل بصورة أوسع في الأرياف مقارنة بالمدن، مثلا انتشار الفقر في الجزائر وفقا لدراسة أعدت سنة 1995 قدر بحوالي 1.6 مليون شخص يعانون فقر الغذاء من بينهم أكثر من مليون شخص يعيشون في الأرياف، وحوالي أربعة ملايين شخص دخلهم لا يصل خط الفقر الكلي (الريف 2.7 مليون)، وأكثر من 6.3 مليون شخص يعيشون تحت خط الفقر الأعلى عموما (4.2 مليون هم من سكان الأرياف).[2]

وبالتالي يمثل سكان الأرياف أكبر عدد سواء فيما تعلق بخط الفقر الكلي أو خط الفقر الأعلى، فإذا كان سكان الأرياف يمثلون 4.2 مليون من أصل 6.3 مليون شخص يعيشون تحت خط الفقر الأعلى فإن سكان المدن يمثلون عدد قليل مقارنة بسكان الأرياف أي 2.1 مليون فقط.

على الرغم من تحسن الظروف المعيشة إلا أن هناك عدد كبير من الجزائريين يعانون نقص التغذية، حيث بلغ عدد الجزائريين الذين يعانون نقص التغذية 2.1 مليون في الفترة (1990-1992)، ويمثل هذا العدد نسبة 8.8% من إجمالي السكان الجزائريين.[3]

الجدول رقم (04): تطور مؤشر الفقر البشري ومكوناته في الجزائر خلال الفترة 1995-2000.

السنوات	1995	1998	1999	2000
احتمال الوفاة قبل الأربعين سنة %	12,13	8,58	8,26	7,84
معدل الأمية لفئة 15 سنة فما فوق %	/	/	33,40	32,80
السكان المحرومين من الماء الشروب	22,00	16,93	14,50	01,10

[1] – بلقاسم سلاطنية، سامية حميدي، **العنف في المجتمع الجزائري**. ط1، القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2008، ص ص 116، 117.

[2] - La pauvreté en Algérie : une conséquence des contraintes de l'environnement naturel ? http://www.ceneap.com.dz/Pdf/ART58.pdf , date 02 11-2016, heur 10: 09.

[3] – منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية و برامج الأغذية العالمي، حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم، تحقيق الغايات الدولية الخاص بالجوع لعام 2015 تقييم التقدم المتفاوت، روما: منظمة الأغذية و الزراعة للأمم المتحدة، 2015، ص 44.

%				
الأطفال الذين يعانون نقص الوزن الأول من 5 سنوات %	13,00	/	/	06,00
مؤشر الفقر البشري %	25,23	/	23,35	22,98

المصدر: لخضر مرغاد، فطيمة حاجي، " إشكالية الفقر في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية. العدد 13، جوان 2013، ص 164.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ :

- ✓ انخفاض النسبة المئوية لمؤشر الفقر البشري من 25,23 سنة 1995 إلى 23,35% سنة 1999 على الرغم أنه انخفاض طفيف بفارق 1,88%، قد يرجع ذلك إلى تحسن في مستويات وظروف المعيشة.
- ✓ تراجع نسبة احتمال الوفاة قبل سن الأربعين من 12,13 % سنة 1995 إلى 8,96 % مع سنة 1999.
- ✓ انخفاض عدد السكان المحرومين من الماء الشروب، فبعدما كانت نسبتهم تقدر ب 22,00% تراجعت لتصل 1,10%، بمعنى 98,90% من سكان الجزائر مزودون بمياه الشرب.
- ✓ عرف معدل الأمية لفئة 15 سنة فما فوق تحسن طفيف بين سنة 1999 و2000 حيث انتقل من 33,40% إلى 32,80 %.

وبهذا يمكن القول أن هناك علاقة تجمع بين الفقر والعديد من الجوانب مثل الأمية ونقص التغذية، وغياب التزود بالمياه الصالحة للشرب، لذلك نجد أن الفقر يعرف مستويات أعلى عندما يكون السكان محرومين من تلك الأساسيات، كما أن التحسن الذي تم التماسه من خلال تلك المؤشرات راجع إلى تحسن ظروف المعيشة من جهة، وكذا الرعاية الصحية من جهة أخرى نتيجة البرامج الصحية التي تم تسطيرها بعد الاستقلال مباشرة.

وبالتالي توجد علاقة ترابطية وثيقة بين الفقر وسوء الصحة، ويمكن اعتبار كل منها سببا للآخر ونتيجة له في آن واحد.[1]

3. البطالة:

هناك العديد من الأسباب المساعدة على بروز مشكلة البطالة[G]، التي أصبحت تعاني منها الجزائر بشكل كبير وملفت، من بين تلك الأسباب النمو الديموغرافي الكبير الذي عرفته الجزائر كما أشرنا سابقا وغير

[1] – أنور، هاقان قوناش، "الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي: العلاقة بين الدخل والصحة "، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، (د،ع)، 2004، ص 99.

المنتظم إضافة إلى السياسات التنموية غير المدروسة، كما لا ننسى المراحل الحرجة التي مرت بها الجزائر التي زادت من تصعيد مشكل البطالة وهي مرحلة الثمانينات والتسعينات أين تراجعت أسعار البترول التي أثرت سلبا على المناخ الاقتصادي الوطني بصفة عامة وعلى العمالة وظروف التشغيل بصفة خاصة، إضافة إلى الأزمة الأمنية التي دامت لعشرية كاملة وهذا ما انعكس على معدلات البطالة.

يتميز هيكل البطالة في الجزائر بارتفاع كبير خاصة عند فئة الشباب، التي قدرت في أوساطها ب 82,69 % من المجموع الكلي للبطالين، كما تتركز في الوسط الحضري الذي قدرت فيه ب 11,6% مقارنة بالوسط الريفي الذي سجل 10,1 %.[1]

يمكن تتبع مراحل تطور هذه الظاهرة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (05): تطور معدلات البطالة في الجزائر من 1966- 1999.

السنوات	**1966**	**1977**	**1985**	**1987**	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**
معـــــدل البطالة %	32,9	22,5	8,7	21,4	19,76	41,4	23	23,15

1994	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**
24,8	28	18,2	29,52	29,5	33

المصدر: نجاة، قاضي، " دور التعليم في تنمية الرأس المال البشري من أجل الحد من البطالة في الجزائر"، مجلة الاقتصاد الجديد. العدد 11 ،المجلد 02 ، 204، ص 68.

من خلال الجدول الموضح لتطور معدلات البطالة في الجزائر 1966 إلى 1999، نلاحظ أن البطالة في السنوات الأولى للاستقلال كانت مرتفعة حيث قدرت في سنة 1966 ب 32%، ثم بدأت المعدلات في الانخفاض التدريجي نتيجة للمجهودات المبذولة من أجل تحقيق التنمية وتحسين مستويات المعيشة بتوفير مناصب الشغل في إطار البرامج التنموية التي تم تبنيها، حيث بلغت مع سنة 1985 حوالي 8,7% لتعود وبعد ذلك للارتفاع التدريجي نتيجة الأزمات الاقتصادية التي تزامنت مع انخفاض أسعار البترول لتصل إلى أعلى نسبة منذ الاستقلال 41,4% سنة 1991، وبقيت تتراوح بين 23% و29%

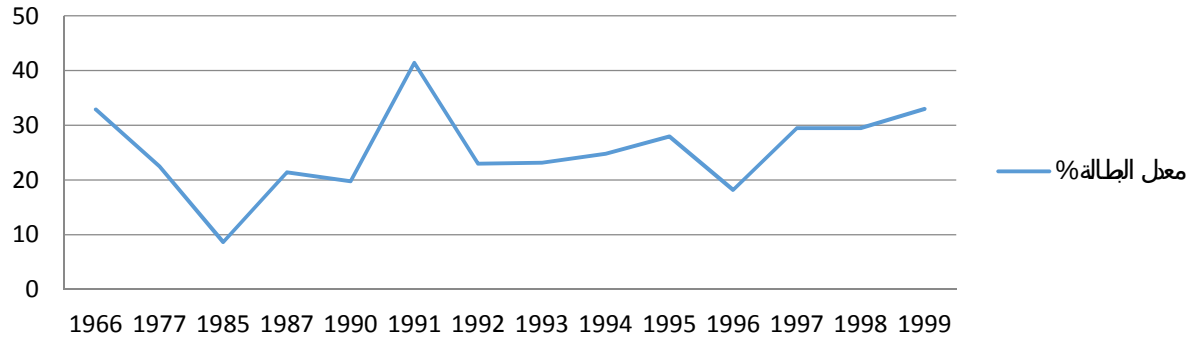
* حسب الديوان الوطني للإحصائيات يتمثل مصطلح " بطال" في الشخص الذي يستوفي في آن واحد النقاط التالية: أن يكون في سن العمل أي مابين 16-60 سنة وبدون عمل أثناء فترة التحقيق، أن يكون قام بالبحث الجاد عن العمل، وأن يكون متاحا مستعدا لأي عمل أثناء فترة الإسناد. للمزيد أنظر:

دادن عبد الغني، بن طجين محمد عبد الرحمان، "دراسة قياسية لمعدلات البطالة في الجزائر خلال الفترة 1970-2008"، مجلة الباحث. العدد 10، 2012، ص175.

[1] – عبد القادر بودي، عمر بن جيمة وآخرون، " تشخيص البطالة في الجزار دراسة ميدانية لمنطقة بشار "، حوليات جامعة بشار، العدد 11، 2010 ، ص 53.

إلى أن عادت للنقطة التي انطلقت منها أي 33% سنة 1999، إضافة إلى ارتباط مشكلة البطالة بالجانب الاقتصادي لها علاقة بجوانب أخرى منها الصحة التي لا يمكن الحديث في غيابها عن العمل، كما أن هناك علاقة بين الفقر والبطالة فكما ارتفعت نسبة البطالة ارتفعت نسبة الفقر والعكس.

الشكل رقم (04): تطورمعدلات البطالة للفترة 1966- 1999(%)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على الجدول أعلاه.

4. التعليم والأمية:

بعد الاستقلال مباشرة كانت الأمية منتشرة وبشكل كبير في وسط الجزائريين حيث كانت تقارب 99%، وهذا هو هدف الاستعمار من السياسات التي انتهجتها أي هدفه التجهيل، لكن سرعان ما بدأت الأمور تتحسن بعد الاهتمام بالتعليم من خلال مبدأ مجانية التعليم الذي تبنته الدولة الجزائرية، لكن على الرغم من ذلك بقيت الأمية مرتفعة إلى حد ما حتى فترة الثمانينات والتسعينات.

كما تربط الفقر بالأمية علاقة وطيدة جدا، حيث تكون معدلات الأمية بين الأطفال الفقراء أكثر من ضعف معدلات الأمية بين الأطفال الغير فقراء، فالمستوى التعليمي نسبة الأمية في المجتمع عاملان لهما دور وتأثير على مستوى الثقافة الصحية للأفراد، فانخفاض مستويات التعليم يؤدي إلى غياب الوعي بالمخاطر السلوكية على الصحة لدى فئات المجتمع سواء ذكور أو إناث.

الجدول رقم (06) : نسبة المتمدرسين بين 6-15 سنة 1996-2000.

الجنس	1997/1996	1998/1997	1999/1998	2000/1999
ذكور	%91,98	%91,12	%90,46	%89,02
إناث	%83,48	%84,12	%84,31	%83,87
مجموع	%87,82	%87,69	%87,45	%86,50

Source : office national des statistiques, Elève et étudiants entre 1994 -2000, WWW.ONS.DZ/eleves-et ETUDIANTS ENTR ,39.html.date, date24-12-2016, heure 18:02.

من خلال البيانات الموضحة في الجدول نلاحظ تحسن معدلات التمدرس بالنسبة لكل من الجنسين سواء ذكور أو إناث، أين بلغت نسبة التمدرس الذكور البالغ سنهم (6-15) إلى 91 ,98% في السنة

الدراسية (1996-1997)، أما الإناث كانت نسبهم اقل مقارنة بالذكور أين بلغت 83,48 %، لكن سرعان ما بدأت نسبة التمدرس تتراجع في وسط الذكور أين سجلت 89,02% في السنة الدراسية (1999- 2000)، وسجلت ارتفاع في وسط الإناث هذا ما يعكس حقيقة الجهود المبذولة في الاهتمام بقطاع التعليم، من أجل امتصاص الأمية والتخلص منها بخلق مجتمع متعلم والقضاء على مخلفات الاستعمار، فالأمية هي إحدى عقبات تحسين شروط التنمية.

الجدول رقم (07) : تطور معدل التمدرس خلال الفترة الممتدة من 1965-1990.

السنوات	**1965**	**1966**	**1970**	**1977**	**1980**	**1987**	**1990**	**1998**
معدل التمدرس %	32.3	47.20	57.3	70.40	78.0	79.86	86.42	83.05

المصدر: نجاة، قاضي، مرجع سبق ذكره، ص 62.

من خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة التمدرس سجلت ارتفاع وتحسن واضح، فبعد ما كانت تقدر ب 32,3%سنة 1965 أخذت منحى تطوري إيجابي إلى أن وصلت 86,42% سنة 1990، وبالتالي نسبة الأمية أخذت اتجاه تنازلي لتصل إلى حوالي 16,95% في سنة 1998، بعدما سجلت حوالي 67,97 % سنة 1965.

كما أن النسبة المئوية لمعدل الأمية الخاص بالفئة التي تبلغ من العمر 15 سنة فما فوق قدر مع سنة 1999 حوالي 33.40% والتي تعتبر نسبة ضعيفة مقارنة لما كانت عليه من قبل حيث بلغت سنة 1997 حوالي 74.02 %.[1]

ثانيا: العامل السياسي:

كما سبق الإشارة آنفا أن البيئة والتي نقصد بها بيئة السياسة العامة تلعب دور كبير من خلال تأثيرها في صياغة مختلف السياسات بما فيها السياسة الصحية، ومن بين مكونات هذه البيئة الجانب السياسي الذي لا يمكن تجاوزه، فالمحددات السياسية تشير وبشكل أساسي إلى طبية النظام السياسي الذي له تأثير مباشر في عملية صنع السياسة الصحية، هذه الأخيرة تتأثر بمدى القيود التي يفرضها النظام السياسي من أجل انسجامها مع فلسفته، فتحدد معالم تلك السياسة بناءا على سمات النظام وما يسمح به، فالنظام السياسي الجزائري مر بمراحل متعددة ومختلفة كانت لها انعكاسات واضحة على مختلف الأصعدة الاجتماعية الاقتصادية وغيرها، هذا ما تعكسه الدساتير بداية من دستور سنة 1963 إلى دستور 1989.

[1] - لخضر مرغاد ، فطيمة حاجي، مرجع سبق ذكره ، ص ص 164، 178.

يقول **موريس دوفيرجيه**[G] أن النظام السياسي هو ذو وجهان أحدهما واسع والآخر ضيق، في الأول يكون النظام السياسي غير متميز عن نظام المجتمع الشامل، ففي هذا الجانب النظام السياسي هو الإطار العام الذي تنتظم فيه العناصر الأخرى المكونة للنظام الاجتماعي وهي الاقتصاد الطبقات والإيديولوجية والسياسة، وفي الوجه الضيق يكون النظام السياسي متعلق بفئة واحدة من هذه العناصر هي العناصر السياسية التي تضم مؤسسات السلطة و جهاز الدولة ووسائل عملها وكل ما يرتبط بها.[1]

لكل نظام سياسي خصوصيات ومبادئ يقوم عليها ولا نستثني من ذلك النظام السياسي الجزائري، خلال هذه الفترة والممتدة من 1962 إلى غاية 1989 تبنى النظام الجزائري مبدأ الحزب الواحد الذي احتكر النشاط السياسي طوال هذه المرحلة، إضافة إلى المكانة التي يحظى بها رئيس الجمهورية فتعتبر السلطة التنفيذية أقوى المؤسسات السياسية فيه ويلتمس ذلك من خلال السلطات والصلاحيات الواسعة التي يتمتع بها رئيس الجمهورية، ويتضح ذلك من دستور 1963 إلى غاية دستور 1989، كما اعتبر الجيش أحد أهم العناصر الأساسية التي يتشكل منها هذا النظام وهو المحور الأساسي للحكم، باعتباره القوة الأساسية في الدولة والعمود الفقري للنظام.[2]

لهذا فإن تشخيص طبيعة النظام السياسي الجزائري منذ الاستقلال تكشف لنا أن السلطوية هي أقرب أنماط النظم السياسية لحالة الجزائر، كون النظام فيها يعتمد على ركيزتين أساسيتين هما شخصانية السلطة والحزب الواحد، كما يعجز عن التكيف مع المستجدات والتطورات الداخلية والخارجية الأمر الذي فسح المجال لبروز أزمات سياسية واجتماعية دفعت إلى إحداث تغيير في طبيعته.[3]

هذا ما كان له تأثير في عملية صياغة السياسة الصحية التي كانت تقتصر على أطراف معينة محددة، فالقيمة السياسية التي كانت سائدة هي التعبئة وغياب المشاركة السياسية ضمن إطار شرعي مؤسسي، هذا ما أدى إلى توسع الفجوة بين الدولة ونظامها السياسي بكل عناصره من جهة وبين المجتمع وقواه السياسية والاجتماعية من ناحية أخرى.[4]

بهذا نستنتج أن أسباب الأزمة السياسية في الجزائر تعود إلى طبية النظام السياسي الجزائري في حد ذاته، لأن كل الإصلاحات المباشرة منذ سنة 1962 بادرت إليها السلطة دون إشراك الفواعل بما فيهم

---

[*] **موريس دوفيرجيه (1917–2014)** فقيه سياسي وعالم اجتماع فرنسي، أستاذ العلوم السياسية جامعة بوردو، له العديد من المقالات والمؤلفات من بينها" كتاب الأحزاب السياسية 1951"، "علم اجتماع السياسة 1985"، "المؤسسات السياسية والقانون الدستوري الأنظمة السياسية الكبرى 1992"،

[1] – صالح ، بلحاج ، **النظام السياسي الجزائري من 1962 إلى 1978 السلطة – مؤسسات الاقتصاد والسياسة – الإيديولوجية**. ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث، 2012، ص ص 05، 06.

[2] – عبد النور، ناجي، **النظام السياسي الجزائري من الأحادية إلى التعددية السياسية**. الجزائر: مديرية النشر لجامعة قالمة، 2006، ص ص 99، 104.

[3] – عبد النور، ناجي، **تجربة التعددية الحزبية و التحول الديمقراطي: دراسة تطبيقية في الجزائر**. القاهرة: دار الكتاب الحديث، 2010، ص 56.

[4] – خميس، حزام والي، **إشكالية الشرعية في الأنظمة السياسية العربية مع إشارة إلى تجربة الجزائر**. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2001، ص 159.

المواطنين وهذا ما يفسر عدم نجاح عمليات الإصلاح التي تم القيام بها، وحتى في مرحلة التعددية 1989 وما بعدها المناخ السائد لم يختلف كثيرا عن الذي ساد في الفترة التي سبقتها أي قبل سنة 1989 ففسح المجال للجمعيات والأحزاب والمناشدة بالديمقراطية والشفافية لكن أين كل هذا ؟ أين مكان كل هذه المبادئ والحريات في صياغة السياسة الصحية وغيرها من السياسات؟

وبالتالي كانت الصفة أو الميزة الطاغية هي ضعف مشاركة المؤسسات التمثيلية كالبرلمان وبقي هذا الأخير على هامش النواة الفعلية للسلطة على الرغم أن الإطار الدستوري والقانوني منحه حقا في صناعة القرار، وتحولت جل الأحزاب في العلاقة مع السلطة الفعلية إلى ما يشبه العلاقة القديمة مع حزب جبهة التحرير في ظل الأحادية.[1]

فتوجهات النخبة الحاكمة من العوامل المؤثرة في السلطة التي تعيق تلك الجماعة التي تمارس نفوذا متفوقا داخل المجتمع، حيث يتم اكتساب النفوذ من المركز القيادي لأعضاء تلك النخبة داخل النظام السياسي، مما يسمح لها بممارسة تأثير في عملية صنع السياسة، من مميزات هذه النخبة والتي نقصد بها النخبة الحاكمة الشيخوخة وضعف الدورات، كما أن أساليب التجنيد فيها تعتمد على شبكة العلاقات الشخصية وغير الرسمية بشكل أساسي، تتميز بالنزاع والصراع داخلها، بين الجناح العسكري والمدني.[2]

بالتالي كل المبادئ التي كان يقوم عليها النظام السياسي الجزائري في هذه المرحلة حاول تجسيدها في مختلف السياسات منها السياسة الصحية، وهذا من خلال سد كل مجالات المشاركة وإبداء الرأي، حتى وإن كانت هذه السياسة الصحية تطبق على الجميع ومن شأن هذا الجميع أن يساهم في ترشيدها لو سمحت له الفرصة، لهذا فقدت تلك الحلقة التي لو توفرت لتم تجنب وتفادي العديد من الانعكاسات السلبية للسياسة الصحية التي كان لها تأثير واضح في عدم تحقيقها للأهداف التي سطرت من أجلها.

ثالثا: العامل الإقتصادي:

يمثل الاقتصاد الرافعة الرئيسية للقوة الشاملة لأي بلد، سواء لأنه أساس تحقيق الرفاهية الاقتصادية في إطار تحسين مستويات معيشة المواطنين أو لأنه أساس التمويل في بناء قوة الدولة، فحالة الاقتصاد ومدى تقدمه أو تخلفه هي التي تحدد قدرته على توظيف الموارد وعناصر الإنتاج المتاحة، عند الإشارة إلى الاقتصاد بمعنى حجم الناتج الذي يحققه ومتوسط نصيب الفرد منه، وهيكل هذا الاقتصاد ودلالته، فيما يتعلق بتقدمه أو تخلفه، وكذلك الموارد الطبيعية وعناصر الإنتاج المتاحة لهذا الاقتصاد ومستوى

[1] – عبد الناصر، جابي، **الحالة الجزائرية في كيف يصنع القرار في الأنظمة العربية دراسة حالة: الأردن، الجزائر، السعودية، السودان، سورية، العراق، الكويت، لبنان، مصر، المغرب، اليمن**. ط1، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2010، ص 143.

[2] – إيناس، النمس، مرجع سبق ذكره، ص 11.

الإنتاجية ومعدلات الادخار والاستثمار وأنماط توزيع الدخل ودلالاتها وآثارها على مختلف جوانب الحياة.[1]

للأوضاع الاقتصادية ارتباط وثيق بمختلف جوانب الحياة حيث تولد آثار اجتماعية وسياسية وحتى أيديولوجية على البناء الاجتماعي وتقف فيما بعد كعائق أمام عمليتي التنمية والتطور.[2]

التدهور الاقتصادي وتراجع مستوى النمو وارتفاع معدل التضخم إضافة إلى ارتفاع المديونية والعجز في الميزانية من شأنه أن يؤدي إلى سوء الحالة المعيشية لما ينتج عنه من تراجع للقدرة الشرائية، وارتفاع معدلات البطالة هذا ما يسمح ببروز ظاهرة الفقر ذات الأبعاد المتعددة، والتي توحي بالحالة الصحية المتدهورة.

الجزائر وكغيرها من الدول المستعمرة التي خرجت منهكة من الحرب على مختلف المستويات الاجتماعية والاقتصادية، ورثت وضع اقتصادي أنهكه النهب والاستنزاف لا يستند على أي قاعدة نتيجة التخلف والتبعية، وبهدف الخروج من هذه الدوامة من جهة والتماشي مع التحولات والتطورات الحاصلة على المستوى العالمي من جهة أخرى تبنت الدولة إستراتيجية قائمة على التخطيط المركزي وهيمنة القطاع العام، لهذا تم التركيز على الصناعة وإنشاء المجمعات الكبرى، وهذا بالاعتماد على الوفرة المالية التي تعود إلى الريع البترولي كل هذا من أجل تحقيق التنمية الاقتصادية، لكن تغيرت مختلف الموازين بعد الأزمة العالمية التي عرفتها سنة 1986 والتي تعود إلى انخفاض أسعار البترول، وطبيعة الاقتصاد الجزائري الذي يعتمد على مداخيل المحروقات بنسبة تفوق 95% من إجمالي المداخيل جعلته يتأثر بشكل كبير جدا و هذا ما تسبب في عجزه.[3]

الأزمة الاقتصادية التي أصابت الجزائر دفعت إلى اتخاذ مجموعة من الإجراءات لإنقاذ الوضع ،لأن تداعياتها مست مختلف المجالات الأخرى و تسببت في تدهور الوضع الاجتماعي .

من أجل فهم الوضع الإقتصادي للجزائري خلال هذه المرحلة لابد من الوقوف عند مختلف المحطات التي أثرت بخصائصها وما ساد فيها على مختلف الأصعدة، والوقع الذي أحدثته على مستوى مختلف السياسات، حيث مر الإقتصاد الجزائري بمجموعة من المراحل التي تختلف عن بعضها البعض نتيجة الظروف الداخلية والخارجية التي سائدة فيها.

- **مرحلة التسيير الذاتي 1962- 1966.**

[1] – يسين السيد، محسن يوسف وآخرون، **مرصد الإصلاح العربي : الإشكالية و المؤشرات**. الإسكندرية : مكتبة الإسكندرية، 2006، ص 97.

[2] – بلقاسم سلاطنية، سامية حميدي، مرجع سبق ذكره، ص 124.

[3] – عبد الحق العشعاشي، مصطفى حوحو، **دور اقتصاد المعرفة في الحد من البطالة : حالة الجزائر**. عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع، 2016، ص 80.

رغم الجهود التي بذلت في هذه المرحلة لحل مشاكل القطاع الاقتصادي وتدارك الأوضاع إلا أن النظرة العامة هي عدم وجود نموذج واضح للتنمية الاقتصادية، حيث أممت الأراضي الزراعية سنة 1963 والمناجم سنة 1966، وقامت الدولة بإنشاء الأدوات التي تمكنها من القيام بالتخطيط ومحاولة توفير الشروط المناسبة، كما أن دخل الفرد الجزائري في هذه المرحلة لم يتجاوز 1227 دولار 1963 أكبر منه في مجموعة البلدان ذات الدخل المنخفض، فمعدل نمو دخل الفرد كمؤشر يمكن ولحد ما من معرفة قدرة الفرد على شراء بعض السلع والخدمات المتاحة منها الخدمات الصحية، كما أن معدل إنفاق الجزائر من الناتج المحلي الإجمالي بلغت 25,1 % وهذا دليل على تزايد دور الدولة في توفير الخدمات الاجتماعية الأساسية خاصة الصحة والتعليم.[1]

وارتفاع معدل البطالة إلى 32,9 سنة 1966 هو أكبر دليل على عدم توفر مناصب الشغل أي حالة الاقتصاد الجزائري مازال يعاني الركود .

- **تخطيط الإقتصاد الجزائري 1967 - 1979.**

بهدف إعادة الاعتبار لسلطة الدولة وبناء جهاز إداري فعال له القدرة على تسيير البرامج والخطط، ومن أجل تحقيق تنمية شاملة وفي نفس الوقت سريعة تم تبني النموذج الذي يعطي أهمية كبيرة لجهاز الدولة في التكفل بعملية التنمية، حيث أعتبر التصنيع الوسيلة والمنفذ الوحيد لذلك، لكن النموذج المتبع 1967- 1979 الذي عبر عنه في أدبيات التنمية الاقتصادية "بإستراتيجية النمو غير المتوازن " بمعنى عدم نمو قطاعات النشاط الاقتصادي في نفس الوقت، وإنما النمو الذي يتحقق بقطاع نشاط اقتصادي واحد والذي يعتبر محرك لبقية قطاعات النشاط الأخرى، حيث تم الاعتماد على الصناعات القاعدية لتحقيق النمو.[2]

بمعنى تم إهمال باقي النشاطات الاقتصادية والاعتماد على نشاط واحد وهذا ما يعتبر غير صحيح و يعبر عن الاختلال على المستوى الاقتصادي، فمن الممكن أن القطاع المعتمد عليه لا تكون له القدرة الاستيعابية مثلما تكون في حالة تعدد القطاعات هذا من جهة ومن جهة ثانية هذا يعني إهمال كل القطاعات والاهتمام بقطاع واحد وهذا من شأنه أن يؤثر على مرد ودية الاقتصاد الوطني ككل.

بلغت المديونية الإجمالية الداخلية والخارجية لمجمل المنشآت العامة في 31 ديسمبر 1978 حوالي 179 مليار دينار أي قرابة 40 مليار دولار، بمعنى أكثر من ضعفي قيم الإنتاج الخام الذي كان 86,8 مليار دينار من نفس السنة، وبهذا القطاع الصناعي المكلف في البدء بدفع باقي قطاعات النشاط الأخرى

[1] – محمد، صادق، كفاءة دور الدولة والتنمية في البلدان العربية دروس الماضي و آفاق المستقبل، أوراق و مناقشات ندوة دور القطاع العام في التنمية، رابطة المعاهد و المراكز العربية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ، تونس، 23- 25 أفريل 1986، ص ص 28، 39.

[2] – سعدون، بوكبوس، **الاقتصاد الجزائري محاولتان من أجل التنمية (1962 -1989 ، 1990 -2005)**. ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث، 2012، ص 149.

من أجل التقدم والتنمية لم يكن حتى قادرا على الربح وأصبح عبئا ماليا ثقيلا بالنسبة للدولة .[1] وبالتالي هي نتيجة متوقعة دفع الاقتصاد الوطني ككل ضريبتها.

- **استمرار التخطيط الإقتصادي 1980 – 1989.**

استمرت عملية التخطيط حيث تم تبني مخططين هما الخماسي الأول (1980– 1984)، والمخطط الخماسي الثاني (1985 – 1989)، استمرت الجهود من أجل تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال تنظيم الاقتصاد الوطني.

إلا أن الأزمة الاقتصادية التي شهدتها سنة 1986 شكلت ضربة قاضية للاقتصاد الوطني، إثر انهيار أسعار البترول وجدت الجزائر نفسها عاجزة اقتصاديا وفي مواجهة إختلالات هيكلية، عجز على مستوى ميزان المدفوعات، ارتفاع معدلات التضخم، إضافة إلى ارتفاع المديونية الخارجية التي شكلت عبأ إضافي كل هذا خلف انعكاسات على مختلف الجوانب بما فيها الاجتماعية، وبهدف الاستجابة للوضع والتخفيف من حدة الأزمة تم تبني برامج إصلاحية انتقلت الجزائر على إثرها من الاقتصاد المخطط مركزيا إلى اقتصاد السوق، حيث اعتبر هذا حتميا وليس اختياريا استنادا لما قاله رئيس البنك الدولي **Wolf Ensohn James .D** 1996 " إن الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق يعد ضرورة حتمية، فالعالم اليوم يعرف تحولا سريعا قد يظهر بجلاء في السنوات الأخيرة ، في حجم المبادلات الدولية، والاستثمار الخاص الذي فتح آفاق واسعة للنمو والتشغيل، وتحقيق مداخيل مرتفعة، ورفع مستويات المعيشة بفضل حركة آليات السوق". [2]

تأزم الوضع وتراجعت مختلف المؤشرات، و يمكن التماس ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم(08) :النمو الاقتصادي و ثقل المديونية في الجزائر 1985– 1989.

السنة	1985	1986	1987	1988	1989
النمو الاقتصادي السنوي%	5,4	1,3	0,8–	2–	3,4
الديون الخارجية مليار دولار	17,5	21	24,7	25,1	25,8

المصدر : عبد الرحمان، تومي، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر الواقع والآفاق. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع،2011، ص 49.

من خلال الأرقام الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ و بوضوح مخلفات وانعكاسات الأزمة الاقتصادية، فالنمو الاقتصادي في تراجع مستمر من 5,4% سنة 1985 حتى وصل –2 %سنة 1988 وهو معدل ضعيف جدا، ليعود إلى الارتفاع بداية من سنة 1989 ليصل إلى 3,4 %وصاحبه ارتفاع في

[1] – عبد الحميد، براهيمي، **في أصل الأزمة الجزائرية 1958– 1999** . ط1 ، بيروت : مركز دراسات الوحدة العربية،2001 ، ص 163.

[2] – كريم، زرمان، " التنمية المستدامة في الجزائر من خلال برنامج الإنعاش الاقتصادي 2001– 2009 " ، مجلة أبحاث اقتصادية . العدد 07 ، جوان 2010 ، ص199.

المديونية حيث قدرت الديون الخارجية ب 17,5 مليار دولار سنة 1985 لتصل مع سنة 1989 إلى 25,8 مليار دولار، هذا ما أثر على النفقات التي كانت توجهها الدولة لدعم بعض الخدمات أو أغلبها بما فيها توفير الخدمات الصحية.

بقيت المديونية الخارجية مرتفعة حيث بلغت 27 مليار دولار أمريكي سنة 1991 لتصل إلى 33,7 مليار دولار 1996، وبدأت تشهدت تراجع وانخفاض طفيف بين سنتي 1998 و1999 على التوالي ب 30,5 مليار، 28,3 مليار.[1]

تخلت الدولة عن سياستها الاستهلاكية، هذا الإجراء الذي أدى إلى ارتفاع مستوى الضغط الاجتماعي حيث ألغيت منح العلاج في الخارج للفقراء، وتوقفت عملية استيراد الأجهزة الطبية والأدوية الخاصة التي كان يتمتع بها المحتاجين، كما توقفت عملية توزيع السكن الاجتماعي وقامت الدولة ببيع أملاكها العقارية، وتوقفت المنح الدراسية وستراد الكتب والمجلات، حتى المعرض الدولي للكتاب تم توقيفه.[2]

كما بلغت نسبة البطالة سنة 1987 حوالي 21,4 % فتراجع النمو الاقتصادي تسبب في عجز ميزانية الدولة التي لها علاقة بالاستثمار، حيث تراجع هذا الأخير في ظل غياب نفقات التجهيز، كل هذه المتغيرات كان لها تأثير واضح في تراجع وتدني مستوى المعيشة الذي دفع بالشعب الجزائري إلى الثوران في الخامس من أكتوبر لسنة 1988.

لحل مشكلة ميزان المدفوعات وعجز الموازنة العامة تم اللجوء إلى الهيئات المالية الدولية مثل صندوق النقد الدولي، حيث مكن ذلك الجزائر من الحصول على قروض بمقابل مجموعة من الشروط، لهذا كان للإصلاحات التي تبنتها الجزائر العديد من الآثار السلبية كالانخفاض الحاد لقيمة الدينار، وإزالة الدعم الحكومي للشركات، وارتفاع أسعار السلع الأساسية، كما أدى إلى ارتفاع معدلات البطالة من 19,76 في سنة 1990 والتي استمرت إلى غاية نهاية التسعينات وبداية سنة 2000 حيث سجلت حوالي 30%،[3]وقدر معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي للفترة الممتدة من 1987- 1994 ب 0,5 % وهي نسبة منخفضة جدا، كما أن الديون الخارجية ارتفعت من 17 مليار دولار سنة 1985 إلى 38 مليار دولار نهاية التسعينات، استمر مستوى استهلاك الأسر يشهد تقهقرا منذ الشروع في تنفيذ الإصلاحات الاقتصادية، حيث انخفضت القدرة الشرائية بأكثر من 2% سنة 1997، ظهور أشكال جديدة للفقر تنبأ

[1] – علي، بطاهر، "سياسات التحرير والإصلاح الاقتصادي في الجزائر، " مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا ، العدد 01 ،(د س)، ص ص 201، 202.

[2] – بلقاسم سلاطنية، سامية حمدي ، مرجع سبق ذكره ، ص 134.

[3]– Stratégie OMS de coopération avec les pays, Op cit, p 04.

بالخطر، تدهور الأوضاع الصحية حيث إلى ارتفعت نسبة الوفيات العامة لتصل إلى 31 حالة وفاة لكل ألف وهذا داخل الهياكل الإستشفائية.[1]

فالإصلاح الهيكلي الذي تضمن الاستقرار الاقتصادي من خلال اعتماد سياسات مالية انكماشية تهدف إلى معالجة المديونية الخارجية والركود الاقتصادي، إضافة إلى التحرير الاقتصادي الذي يتمثل في تحرير الأسعار وإطلاق قوى السوق مع إلغاء الدعم الحكومي على الأسعار جعلها في نفس مستوى السوق العالمية، مع إلغاء مختلف القيود على التصدير والاستيراد، والخوصصة من أجل تصحيح أداء المؤسسات بترشيدها وعقلنتها، كان لهذه الإصلاحات العديد من النتائج والآثار منها ما كانت ايجابية وأخرى سلبية، حيث تمثلت الأولى في تحسين الأداء على مستوى التضخم والعجز الداخلي والخارجي كما ساهم في ارتفاع احتياطي الصرف الأجنبي، غير أن مستوى النمو المحقق والذي قدر ب 3% تسببت فيه عوامل خارجية أكثر منها داخلية، أما السلبية فانعكست في تسريح العمالة الذي كان بشكل جماعي وبالتالي ارتفعت معدلات البطالة، تجميد التوظيف، توسع دائرة الفقر نتيجة لتدني مستويات المعيشة، بدأت النفقات المخصصة للقطاعات تتراجع منها نفقات لقطاع الصحي وذلك ما أثر على المستوى الصحي للسكان بانتشار الأمراض الخطيرة مثل الجرب، السل والملا ريا .[2]

يمكن ملاحظة الفرق من خلال تتبع تطور الناتج المحلي الإجمالي، وصيب الفرد، وواقع هذه الإصلاحات بناءا على الجدول الآتي .

الجدول رقم (09): تطور الناتج المحلي ونصيب الفرد في الجزائر 1993-2000.

السنة	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
الناتج المحلي الإجمالي مليار دج	1165	1487.4	2004.9	2565	2762	2830	3248	4099
الناتج المحلي الإجمالي بالمليار دولار	49,9	42,4	42	46,9	48,2	48,19	48,8	54,5
نسبة نمو الناتج الحقيقية%	-2,1	-0,7	3,9	4,3	1,1	5,1	3,2	2,4

[1] – تقارير حول الاقتصاد الجزائري، تقييم مسار الإنعاش الاقتصادي في الجزائر : مقتطفات من تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي أفريل 1998 ، مجلة دراسات اقتصادية . العدد 01، 1999، ص ص 183، 184.

[2] – علي، عبد الله، "موقع التنمية البشرية ضمن الإصلاح الهيكلي"، مجلة الباحث. العدد 02، 2003، ص 101.

نصيب الفرد من الناتج بدولار الأمريكي	1856	1542	1498	1643	1658	1633	1630	1787

المصدر : نبيل، بوفليح ،" موقع التنمية البشرية ضمن الإصلاح الهيكلي "، مجلة الباحث. العدد 02، 2003، ص 101.

من خلال الجدول رقم (09) يتضح لنا أن الناتج الإجمالي المحلي مزال في تراجع حيث سجلت نسبة نمو الناتج معدلات سلبية تراوحت بين 2,1- و0,7- خلال الفترة الممتدة من 1993 إلى 1994، كما سجل نصيب الفرد من الناتج المحلي هو الأخر تراجع من 1856 دولار إلى 1542 دولار، لكن نتيجة الإجراءات التي بدأت الدولة الجزائرية في تطبيقها للنهوض بالاقتصاد الوطني من خلال برنامج التعديل الهيكلي 1995 -1998، حيث عرفت تدخل القطاع الخاص مقابل تراجع التدخل الحكومي في القطاع الاقتصادي،حيث بلغت نسبة نمو الناتج 5,1 % بعدما سجلت معدلات سلبية في السنوات السابقة، هذا ما صحبه تحسن في نصيب الفرد الذي وصل 1633 من نفس، واستمر في التحسن إلى غاية 1787 دولار سنة 2000، لكن نمو الناتج تراجع مقارنة بسنة 1998، حيث قدر في سنة 2000 ب 2,4%.

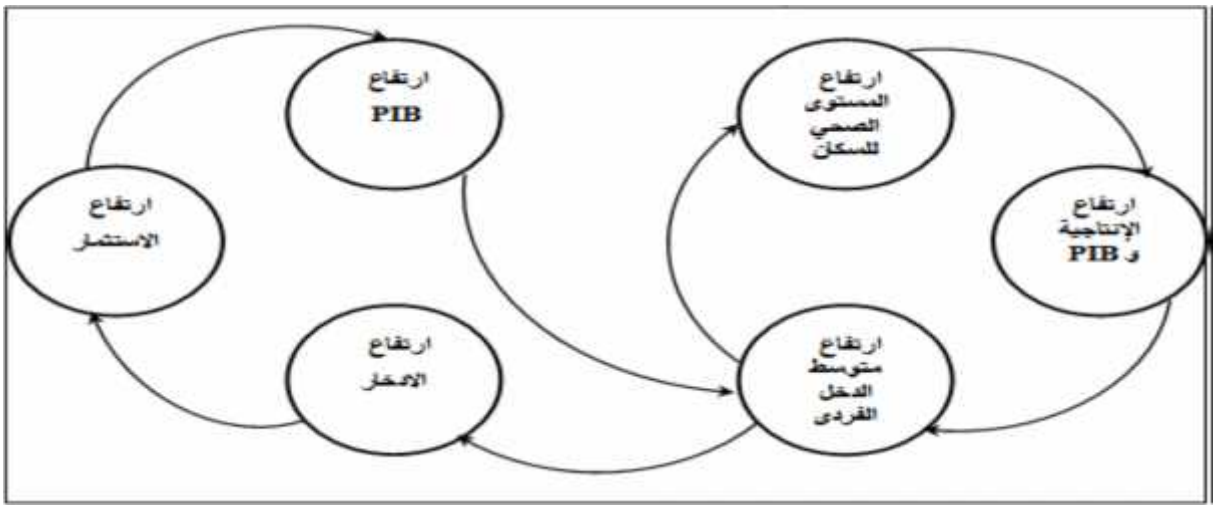
هدف عرضنا لمختلف المراحل التي مر بها الاقتصاد الجزائري هو إثبات وجود علاقة بينه وبين مختلف القطاعات الأخرى، فإذا كان القطاع الاقتصادي قوي ارتفع الناتج المحلي وصاحبه ارتفاع لنصيب الفرد منه فزادت بذلك فرص الحصول على الخدمات وتحسنت مستويات المعيشة والعكس، لذلك يؤخذ المستوى الاقتصادي في الاعتبار عند صياغة مختلف البرامج والسياسات، حتى لا تكون هذه الأخيرة مجرد حبر على ورق أي تكون لها قابلية للتنفيذ في ظل توفر الموارد المالية.

كما أن نمو الناتج المحلي الإجمالي والناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد يؤدي إلى تغييرات في السلوك المنزلي والاجتماعي، حيث تقوم الأسر بتخصيص موارد لصالح السلع والخدمات و بالتالي الطلب على الرعاية الصحية من الأرجح أن يرتفع، كما أن أمل الحياة أو العمر المتوقع يكون أطول عند ذوي الدخل المرتفع مقارنة بذوي الدخل المحدود، فالدخل هو عامل حاسم في تحسين صحة السكان.[1]

ويمكن ملاحظة العلاقة التبادلية بين المستوى الصحي والمستوى الاقتصادي من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (05) : العلاقة بين المستوى الاقتصادي والصحي.

[1] – Stéphane, tizio, « ETAT de santé et systèmes de soins dans les pays en développement :la contribution des politiques de santé au développement durable » ,mondes en development2004/3 , n^0 127 ,p p 106 -107 .



المصدر: عبد الكريم، منصوري، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات للبلدان متوسطة والمرافعة الدخل: نمذجة قياسية، مذكرة دكتوراه، جامعة تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، 2013-2014، ص 28.

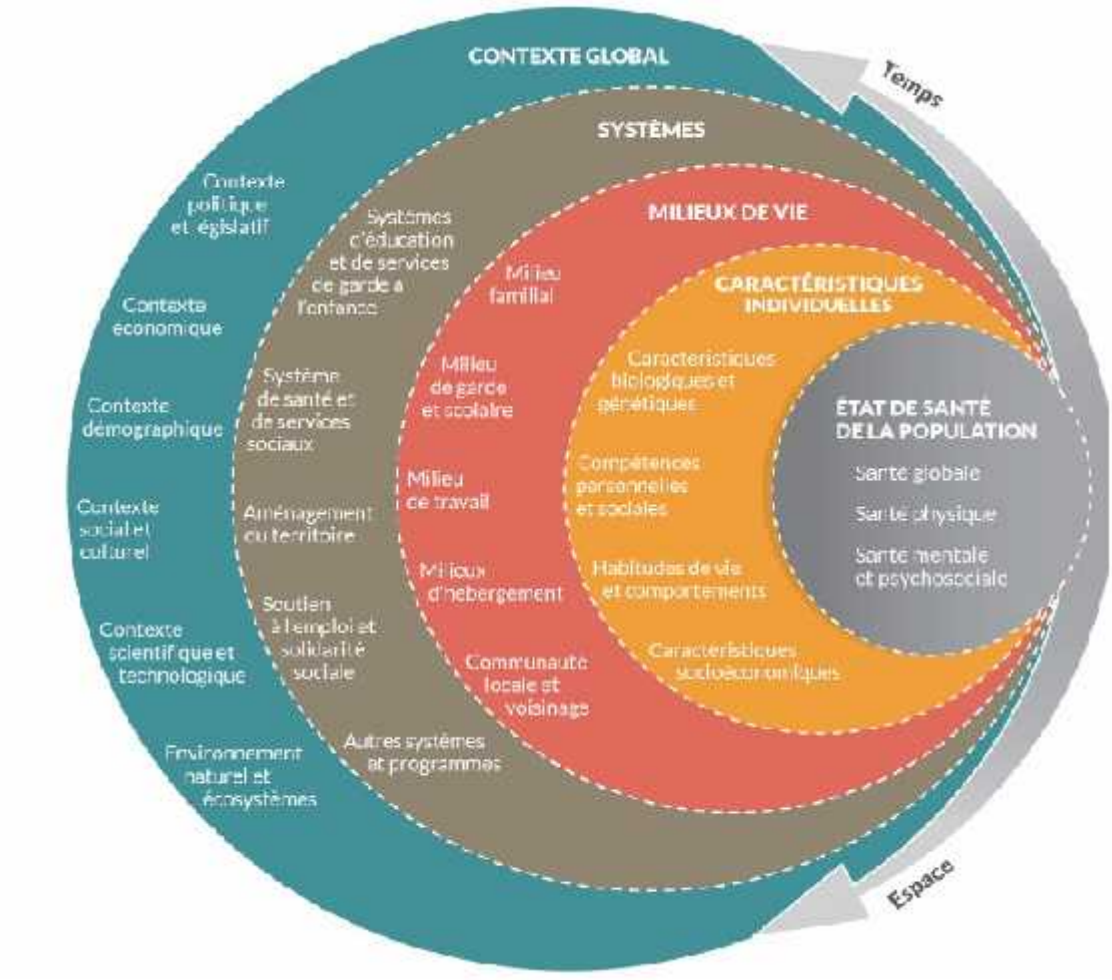
إذا كان هدف السياسة الصحية تعزيز الصحة من خلال تحسين مستوياتها والحرص على العدالة في الحصول على الخدمات الصحية لا بد من أخذ المحددات الصحية صحة بعين الاعتبار، حيث تعد تلك المحددات شروط وموارد أولية للصحة حسب ما جاء في ميثاق أوتاوا 1956 وهي كالآتي:[1]

1. السلام.
2. المأوى.
3. التعليم.
4. الغذاء.
5. الدخل الإقتصادي.
6. نظام بيتي مستقر.
7. موارد مستدامة.
8. العدالة الإجتماعية .
9. النزاهة.

[1] – ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة 1986.

ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة هو المؤتمر العالمي الأول الذي عقد في 17-21 تشرين الأول (أكتوبر) سنة 1986 في مدينة أوتاوا من قبل منظمة الصحة العالمية، هو ميثاق للعمل من أجل تحقيق مبدأ الصحة للجميع بحلول العام 2000 وما بعده، حيث استند على ما تحقق من تقدم ابتداء من البيان الذي صدر في مدينة آلما –آتا 1978.

الشكل رقم (06): نموذج محددات الصحة.



Source : gilles, tredez, santé et politiques publiques, rapporte réalisé avec le soutien du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, février 2014, p 17.

يتضح من خلال الشكل أعلاه تأثر الصحة بالعديد من العوامل والتي يطلق عليها (محددات الصحة) والتي يمكن التعبير عنها بأنها مختلف العوامل التي تتدخل وبشكل كبير في الحالة الصحية للسكان، منها التعليم، الثقافة، الاقتصاد، البيئة، العوامل الوراثية والبيولوجية، وبالتالي مختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية الثقافية والسياسية التي تحكم المجتمع. لهذا نجد أن كل القطاعات وإن كانت خارج نطاق الصحة لها تأثير واضح على صحة المجتمع، لهذا تتطلب الصحة المستدامة فهم مختلف المحددات الصحية وكيفية تأثير السياسات عليها.

هذا انطلاقا من منطق التأثير فالسلوكيات الفردية وأنماط الحياة التي يتخذها كل فرد تأخذ منحى كبير في التأثير على صحته، فالتكامل بين مختلف السياسات العامة لمختلف القطاعات وعلى كل مستويات صنع القرار له دور في تحسين الحالة الصحية أين يأخذ البعد الصحي في كل السياسات، وذلك من

خلال فهم كل العوامل التي تسهم في صحة جيدة أو صحة سيئة، لأن ذلك من شأنه أن يساهم في توجيه سياسات كل القطاعات وجعلها أكثر دعما للصحة.

كما تتأثر المحددات الصحية بالسياسات العامة للقطاعات وهذا ما يغير سياق الحياة، ويمكن ملاحظة التغيرات في المحددات الايجابية والسلبية على حد سواء أسرع بكثير من التغيرات التي تحدث على الصحة، لهذا من المهم أخذ هذا العنصر بعين الاعتبار لاسيما في اختيار المؤشرات التي يمكن استخدامها لرصد وتقييم الآثار الصحية للسياسات العامة.

وبهذا يمكن القول أن حماية الصحة والمحافظة عليها ليست مسؤولية القطاع الصحي وإنها هي نتاج مجهود مشترك بين كل القطاعات، لأن التقدم الذي تم تحقيقه اليوم مثل زيادة العمر المتوقع عند الولادة والقضاء على الكثير من الأمراض يعود إلى التحسن الحياة بشكل عام، فالرفاهية والبيئة الداعمة لها دور في حماية الصحة التي تعتبر مورد أساسي يعتمد على الاحتياجات الأولية مثل السكن، الغذاء، البيئة الصحية، إضافة إلى الحصول على الرعاية، لهذا فالمخاوف الصحية المعاصرة التي تعرف نمو متزايد والتي تتطلب إجراءات عديدة للتصدي لها لا يمكن للقطاع الصحي أن يوفرها لوحده، الأمراض المزمنة مثل السكري، مشاكل الصحة النفسية مثل الاكتئاب، الأمن الغذائي، تزايد الحاجة إلى الرعاية كلها قضايا تتطلب النظر في كل العوامل التي تدفع إلى تناميها وتوسعها وبالتالي تدخل كل القطاعات من شأنه أن يسهم في مواجهة هذه القضايا و تباطأ نموها.

المطلب الثاني: دور الفواعل الرسمية في صنع السياسة الصحية.

كما سبق وقد أشرنا أن عملية صنع السياسة الصحية هي عملية معقدة تتدخل في صنعها العديد من العوامل، كما يشارك فيها العديد من الأطراف " الفواعل " وأصحاب المصلحة.

كانت مختلف السياسات الاجتماعية منها السياسات الصحية تصاغ عن طريق أو بفعل الدولة لوحدها، فهي التي تؤسس لها، لذلك عرفت هذه المرحلة بسيطرة التنمية المركزية، لكن التحولات والتغيرات التي طرأت على التنظير التنموي والذي اتجه من التنمية إلى التنمية المستدامة غير ما كان سائد، فتحقيق التنمية المستدامة من المفروض أن يبدأ من الأسفل أو القاعدة إلى الأعلى أي القمة، وبهذا لم تعد الدولة لوحدها من تحتكر عملية صنع السياسة العامة، بل ظهر على الساحة العديد من الفاعلين الجدد من بينهم المجتمع المدني بمختلف تشكيلاته والقطاع الخاص إضافة إلى دور الدولة أو الحكومة كما لا ننسى دور الجماهير، وهذا انطلاقا من سيادة مبدأ اللامركزية لتحقيق التنمية، كما لا ننسى المؤسسات الدولية وحتى تنظيمات المجتمع المدني العالمي الذي أصبح له وقع ويحظى بدور مهم من خلال مشاركته في صياغة

العديد من السياسات بحكم بروز بعض القضايا التي تتجاوز الشأن الداخلي للدول مثل قضايا البيئة، الصحة وغيرها فهي ترتبط أو تمس حق من حقوق الإنسان .[1]

التفاعل بين المتغيرات في حدود المعطيات المجتمعية والدستورية ينتهي في الأخير بقرار أو سياسة معينة، حتى وإن صدرت السياسة في آخر المطاف عن القيادة السياسية إلا أنها محصلة لتأثير كل من:[2]

1. الإيديولوجية الحاكمة في إطار تفاعلها مع التيارات الفكرية الأخرى والثقافة السياسية السائدة.
2. الأحزاب السياسية بوصفها قنوات للمشاركة السياسية من جهة، وأدوات لبلورة الخيارات والبدائل من جهة أخرى و مؤسسات المجتمع المدني التي يكون لها دور في تفعيل المشاركة وآخر مكمل لدور الدولة في مجال الرعاية الاجتماعية وتوفير الخدمات العامة .
3. النخب السياسية والدور الذي تقوم به في تقديم المعلومات وطرح البدائل، بما يساعد على تقويم الموقف أو الوضع و تبني سياسة معينة.
4. الإطار الإقليمي والدولي، فثورة الاتصالات والمعلومات التي يعرفها العالم جعلت من الترابط ميزة لا يمكن تجاوزها، حيث بدأ يرتفع دور العوامل الخارجية تدريجيا في فهم المسائل والقضايا الداخلية.

نتيجة لهذا التفاعل بين مختلف العناصر السابقة من جهة وبين الإطارين المجتمعي والدستوري وكذا الإطار الإقليمي الدولي من جهة أخرى تأتي العملية السياسية بهدف تحقيق ثلاثة أهداف أساسية وهي:[3]

- ✓ توفير الحماية للمواطنين وتأمينهم ضد الأخطار الداخلية والخارجية.
- ✓ تخصيص الموارد والقيم المادية والمعنوية.
- ✓ التغيير الاجتماعي استجابة لما يفرزه المجتمع من قوى ومطالب جديدة.

بعد استقلال الجزائر اتسمت المؤسسات السياسية فيها بسمتين أساسيتين هما الضعف وعدم الفاعلية، نتيجة غياب الاستقرار المؤسسي فالخلل كان بين مؤسسات المدخلات (مؤسسات المشاركة) ومؤسسات المخرجات (مؤسسات التنفيذ)، وغياب الاستقلالية الناتج عن اعتبار هذه المؤسسات امتداد للسلطة التنفيذية التي يأتي على رأسها رئيس الدولة الذي حول الحزب الواحد إلى أداة من أجل تعبئة الجماهير، وفي منتصف الثمانينات عاشت الجزائر غليان بسبب العديد من المشاكل السياسية والاجتماعية والاقتصادية، ونتيجة التحولات والتطورات تشكلت أطر نظام سياسي وآلياته أهمها إقرار التعددية التي سمحت بفسح المجال أما الأحزاب السياسية والمجتمع المدني لتمكينهم من لعب دور في الحياة السياسية.[4]

---

[1] – أحمد، الزايد ، مؤشرات قياس فاعلية السياسات الاجتماعية في مواجهة المخاطر، سلسلة الدراسات الاجتماعية .العدد 80، 2013 ، ص 74.

[2] – علي الدين هلال، نيفين سعد، النظم السياسية العربية قضايا الاستمرار والتغير .(د د ن)، (د س ن)، ص ص 99، 100.

[3] – نفس المرجع السابق، ص 101 .

[4] – عمر، مرزوقي، المجتمع المدني والتحول الديمقراطي في الجزائر: إشكالية الدور، ص ص 37،36، نقلا عن:

لهذا فالتحولات الداخلية والخارجية كان لها دور في اعتماد الجزائر التعددية بدلا من الأحادية، والتخلي عن النظام الاشتراكي مقابل التوجه إلى اقتصاد السوق، كل ذلك ساهم في فسح المجال أمام بروز العديد من الفواعل سواء المحلية أو العالمية، لكن التساؤل الذي يطرح نفسه :هل الفواعل التي ظهرت بعد 1989 كان لها دور في عملية صنع السياسة الصحية ؟ وما هي المساحة التي شغلها ذلك الدور أو بمعنى أخر ما نوع ذلك الدور ؟

الفواعل المشاركة في عملية صنع السياسة الصحية كما سبق وأن أشرنا كانت تقتصر على الدولة ضمن مؤسساتها الرسمية فقط أو بالأحرى تخص حزب جبهة التحرير الوطني، فكانت الدولة هي صاحبة السياسة وكل ما يخصها هذا قبل سنة 1989 لكن بعد فتح مجال التعددية تم ظهور فواعل أخرى.

لكن مهما برز من فواعل على الساحة السياسية (غير الرسمية) يبقى دائما هناك دور للفواعل الرسمية التي يمكن تعريفها أنها تلك الجهة أو الفريق الذي يمارس دوره في صنع السياسة العامة من خلال ما يتمتع به من سلطات وصلاحيات دستورية مباشرة للتصرف والفعل واتخاذ القرارات، فهم لا ينتظرون تفويضا من أي جهة لأنهم مخولين بذلك دستوريا.[1]

عند حديثنا عن الفواعل الرسمية التي تضطلع بصياغة السياسة الصحية في الجزائر يمكن أن نذكر كل من المؤسسة التنفيذية والتشريعية.

أولا: المؤسسة التنفيذية:

- ✓ **رئيس الجمهورية** الذي منحه الدستور صلاحيات واسعة، حيث يمكن أن تكون السياسة الصحية منه مباشرة، فله الحق بالتشريع عن طريق أوامر بين دورتي البرلمان أو حتى التشريع عن طريق مراسيم دون مناقشتها داخل البرلمان، هذا ما عزز سيطرة الجهاز التنفيذي على السلطتين التشريعية والقضائية.[2]
- ✓ **وزارة الصحة:**

تتولى **وزارة الصحة** مسؤولية الصحة في الجزائر، باعتبارها أعلى هيئة تتولى هذه المهمة على المستوى المركزي، حيث يعين وزير الصحة من قبل رئيس الجمهورية بعد استشارة رئيس الحكومة حسب المادة 79 من دستور 1996.[3]

بعدما يتم تعيين الوزير يتولى رسم سياسات الوزارة التي هو على رأسها والذي يعتبر رئيسها الأعلى في حدود السياسة العامة للدولة، كما يقوم بعملية تنفيذها والتنسيق بين مختلف الوحدات الإدارية التابعة

---

http://www.caus.org.lb/PDF/EmagazineArticles/mustaqbal_432_marzouki_omar.pdf , date 02-01-2017, heur 18 :49.

[1] – فهمي، خليفة الفهداوي، مرجع سبق ذكره، ص 216.

[2] – عبد الناصر، جابي، مرجع سبق ذكره، ص 101.

[3] – دستور 1996.

لوزارته،[1] حيث تضمن المرسوم التنفيذي رقم 90-124 المؤرخ في 30 أبريل 1990 صلاحيات وزير الصحة فجاء مضمون المادة 01 منه: " أن وزير الصحة يقترح في إطار السياسة العامة للحكومة وبرنامج العمل المصادق عليه طبقا لأحكام الدستور عناصر السياسة الوطنية في مجال الصحة، ويتولى تطبيقها وفقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها "[2]

حيث تلعب مختلف وزارات الصحة دور كبير في دعم وتطوير وظائف الأنظمة الصحية، بعد التعرف عليها وتحليل نقاط القوة والضعف فيها، من خلال سياسة صحية متناسقة تراعي جميع الاعتبارات فالهدف من خلال صياغتها للسياسة الصحية هو:[3]

1. تطوير المهام الرئاسية والقيادية لوزارات الصحة :

تقوم وزارة الصحة بجمع مختلف المعلومات والبراهين الإحصائية والديموغرافية والوبائية ،هذا ما يساعدها على تشخيص وتحديد الحاجيات الصحية للسكان، وعلى وضع تصور لرؤية شاملة للتنمية الصحية والتخطيط للسياسات والإستراتيجيات في هذا الغرض كالمعلومات والإحصاءات، تمكن من صياغة واختيار أحسن السياسات التي تترجم حقيقة الواقع، كما تترجم الالتزامات السياسية والاجتماعية التي تنص عليها الدساتير والخطط الوطنية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

حيث تضطلع وزارة الصحة في أي بلد بتنظيم قطاع الصحة من خلال تحديد الوظائف لمختلف مستويات التدخل، ولمختلف المؤسسات الصحية التي تقوم بتقديم الخدمة سواء ما تعلق منها بالوقاية أو التشخيص أو العلاج وحتى التأهيل.

وبهذا فوزارات الصحة تقوم بصياغة السياسات والإستراتيجيات انطلاقا من قاعدة المعلومات والبيانات التي تجمعها، وتوفر الجو لتنفيذ هذه السياسات من خلال الجهود التي تقوم بها من خلال تطوير الموارد البشرية والتنسيق بين مختلف الوحدات وعلى كل المستويات، بهدف ضمان حصول المواطن على الخدمة من خلال معايير وضوابط معينة لضمان نوعية تلك الخدمة.

2. تطوير تقديم الخدمات الصحية:

مازال دور وزارة الصحة يذكر فيما يخص تقديم الخدمة وتمويلها، بهدف تحسين الوضع الصحي للمجتمع وكبح فوارق الحصول عليها، حيث تقوم وزارة الصحة بدور محوري في تشغيل الموارد البشرية في قطاع الصحة من خلال صياغتها لسياسات صحية تعزز هذا الدور.

---

[1] – عمار، بوضياف، **الوجيز في القانون الإداري**. الجزائر: دار الريحانة، 1996، ص 99.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 90- 124، مؤرخ في 5 شوال 1410 الموافق ل 30 أفريل سنة 1990، يحدد صلاحيات وزير الصحة، الجريدة الرسمية، العدد 19 الصادرة في 14 شوال 1410 الموافق ل 09 مايو 1990، ص 643.

[3] – بلقاسم، صبري، الدور الإستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي ، القاهرة : 12-14 مارس 2002، ص ص 15، 20.

ولما بدأت اللامركزية ضرورية و كثرت المناداة بضرورة اعتمادها وتكريسها قامت وزارة الصحة بتوفير نوع من الاستقلالية للمؤسسات التابعة لها مثل المستشفيات، وهذا لإدخال نوع من المرونة في تطبيق السياسات وتوفير مختلف الاحتياجات.

3. دعم التمويل العادل للخدمات الصحية:

إذا كان هدف كل وزارة من خلال صياغتها لسياساتها الصحية هو توفير الخدمة لجميع شرائح المجتمع ومحاولة تجاوز كل الفوارق، فإن هدفها كذلك هو توفير أكبر قدر من العدالة حتى في تقاسم أعباء المرض بين تلك الشرائح.

حيث توفر الخدمات لكل الأفراد والأسر بغض النظر عن إمكانياتهم المالية، لهذا تدعوا منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية إنشاء وتطوير التأمين الصحي، بهدف توفير نوع من التآزر الاجتماعي، كما تعمل منظمة الصحة العالمية على مساعدة البلدان في توفير البيانات اللازمة حول الإنفاق الصحي من خلال الحسابات الوطنية للصحة، حيث يساعد تحليل هذه الأخيرة على صياغة السياسات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية.

4. دعم تطوير الموارد البشرية :

إذا كان المورد البشري أهم عنصر في القطاع الصحي وذلك بناءا على طبيعته الخدمية، فإن من أهم أولويات الدولة هو الاستثمار في هذا المورد من خلال التنسيق بين وزارة الصحة والوزارات ذات العلاقة مثل التعليم، وبهذا تقوم وزارة الصحة على صياغة سياسات ضمن خططها التنموية تهتم بتطوير هذا المورد البشري.

وبالتالي إذا كانت الوزارة تهدف إلى حصول الجميع على الرعاية دون تمييز وتعمل على التوزيع العادل للأعباء والنفقات، فإنها تهدف كذلك إلى توفير عدالة أكبر في توزيع المورد البشري.

5. تطوير سياسة انتقاء التكنولوجيا الصحية و الطبية:

دائما التكنولوجيا الصحية والتطورات الطبية في تزايد، هذا ما أدى إلى ظهور أعباء إضافية على النظم الصحية، وهي التماشي مع هذه التغيرات والتطورات، نتيجة للعبء الإضافي على مستوى الإنفاق لذلك فالوزارات مجبرة من خلال سياسات واضحة السعي إلى استعمال ودعم الأدوية الجنيسة ذات التكلفة المتواضعة، ضمن قائمة الأدوية الأساسية، وترشيد وصفات الدواء، ودعم اللجان الوطنية المعنية بانتقاء التكنولوجيا الطبية وتقييمها، مسترشدة بالبدائل الفنية لمنظمة الصحة العالمية.

وبهذا فالسياسات الصحية التي تقوم مختلف الوزارات بصياغتها هدفها هو حصول المواطن على حقه الدستوري المتمثل في توفير الخدمة الصحية بجودة وتكاليف مقبولة، من خلال توفير المورد البشري القادر على تقديم تلك الخدمة.

فإذا كانت وزارة الصحة في الجزائر هي المسؤول الأول عن تنظيم وتنسيق وتحليل كل ما يخص القطاع الصحي، فإنها تقوم بصياغة السياسة الصحية كما أنها هي من تتحمل مسؤولية تنفيذ ومتابعة وتقييم تلك السياسة، لكن التساؤل هل يتم إشراك الجهات أو الفواعل صاحبة المصلحة في صياغة تلك السياسة ؟

ثانيا: المؤسسة التشريعية:

تعد السلطة التشريعية من أهم المنظمات الرسمية الحكومية التي تضطلع أساسا بتشريع اللوائح والأنظمة والقوانين، ووضع القواعد العامة التي تنظم مختلف أوجه الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والصحية في الدولة.[1] تعتبر أحد صناع السياسة العامة الرئيسين، تمارس دورها من خلال ما تتمتع به من صلاحيات دستورية للتصرف واتخاذ القرارات دون انتظار تفويض من أي جهة كانت، تتناول السياسة العامة بالتشاور والتباحث لكونها معبرة عن مواقف وآراء المواطنين.[2] لا يختلف دور السلطة التشريعية في صنع السياسة الصحية عن باقي السياسات الأخرى لكن يختلف دورها حسب درجة الاستقلالية التي تتمتع بها، على الرغم من الصلاحيات التي يمنحها إياها الدستور إلا أننا نلاحظ سيطرة السلطة التنفيذية وتدخلها في اقتراح مشاريع القوانين، لهذا يمكن القول أن دور السلطة التشريعية في صنع السياسة الصحية في الجزائر يبقى شكليا أكثر منه عمليا على الرغم أنها المعبر عن إرادة الشعب.

المطلب الثالث: دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة الصحية.

يمكن تعريف الفواعل غير الرسمية أنها مختلف الجهات التي يمكن أن تشارك في عملية صنع السياسة العامة والتي تختلف مساحة تدخلها ودورها حسب الأنظمة السياسية، من بين تلك الفواعل تنظيمات المجتمع المدني، الأحزاب السياسية، المواطنين، المنظمات غير الحكومية وهي ليست بديلا عن المؤسسات الرسمية، لكن لا يعني تفرد هذه الأخيرة بعملية صنع السياسة لوحدها، حيث تبرز أهميتها في مدى قدرتها على ترجمة و تحويل خيارات المواطنين إلى مشاركة فعالة في العملية السياسية، خاصة إذا كان النظام السياسي منفتح، وهو الدور الذي تعاظم ليس فقط على المستوى المحلي أو الوطني، وإنما حتى على المستويين الإقليمي والعالمي في ظل ما يعرف بإدارة وترشيد السياسات الحكومية التي دعا

[1] – عباس حسن جواد، ارزوقي عباس عبد، 'صياغة السياسات العامة إطار منهجي"، أهل البيت. العدد الأول،(د،س)، ص 147.

[2] – هشام حكمت، عبد الستار، السلطة التشريعية وصنع السياسة العامة في الدول العربية الأردن أنموذجا، نقلا عن:
, date 07-03-2017, heur 15:18.http://nahrainuniv.edu.iq/ar/node/3148

إليها البنك العالمي في 1992 في إطار إبراز أهمية مشاركة الرأي العام والمجتمع المدني والقطاع الخاص.[1]

ونذكر من بين تلك الفواعل غير الرسمية المشاركة في عملية صناعة السياسة الصحية في الجزائر:

أولا: المنظمات الدولية:

للمنظمات الدولية دور في صياغة السياسة الصحية الجزائرية من بين هذه المنظمات منظمة الصحة العالمية، صندوق النقد والبنك الدولي.

منظمة الصحة العالمية هي مؤسسة متخصصة تتبع الأمم المتحدة، نشأة من خلال المؤتمر الصحي الدولي الذي انعقد في نيويورك سنة 1946 بدعوة من المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة في 22 جويلية من نفس السنة، وافق المؤتمر على دستور المنظمة التي ظهرت إلى حيز الوجود بنفاذ المعاهد المؤسسة في 07 أفريل 1948، في سنة 1994 ضمت المنظمة 189 دولة وعضوين مساهمين (بورتوريكو – توكيلو)، والتحقت جنوب إفريقيا بالمنظمة في 2 ماي 1994، يتمثل دور هذه المنظمة في وضع التشريع الصحي الدولي الذي يصبح مفروض على الدول منذ التصديق عليه من قبل الجمعية العامة للمنظمة.[2]

نتيجة لما أشار إليه بيان المؤتمر الصحي الدولي الذي انعقد في ألما آتا عام 1978 Alma –Ata من تفاوتات صارخة للوضع الصحي الذي تعيشه الشعوب وضع أولوية الإسعافات الصحية التي لابد أن تقدم للبلدان وذلك بهدف بلوغ الصحة للجميع عام 2000، من خلال الأهداف التي تسعى إليها منظمة الصحة العالمية والمجهودات التي تبذلها فهدفها الوصول بكل الشعوب إلى المستوى الصحي والرفاهية الجسدية والعقلية إلى أكبر درجة ممكنة، ومجابهة الأمراض المستوطنة والمعدية، وكذلك المشاركة من أجل الرفع من مستوى الصحة من خلال المهام التي تقوم بها والمتمثلة في :[3]

- ✓ توجيه العمل الصحي الدولي وتنسيقه.
- ✓ تشجيع التعاون التقني في هذا الميدان .
- ✓ مساعدة الحكومات بناء على طلبها في تدعيم الخدمات الصحية.
- ✓ تقديم المساعدة التقنية والمعونة اللازمة في أحوال الطوارئ.
- ✓ تنشيط جهود الوقاية والأبحاث في مجالات الطب والخدمات الصحية.

---

[1] – هشام، زغاشو، "صنع السياسة العامة من منظور توزيع السلطة وعلاقتها بالرأي العام في الأنظمة المفتوحة"، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية. العدد 10، 2015، ص 83.

[2] – أحمد، سعيفان، **قاموس المصطلحات السياسية والدستورية والدولية عربي – إنجليزي – فرنسي** . ط1، لبنان: مكتبة لبنان ناشرون، 2004، ص 366.

[3] – حسام الدين، جاب الرب، **معجم المصطلحات السياسية والدبلوماسية والاقتصادية (إنجليزي – عربي)**. ط1، القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع، 2011، ص 280.

حيث تستمد هذه المنظمة قوتها من وضعها المحايد واستقلاليتها واتساع عضويتها العالمية وخبرتها التي لا يماثلها فيها أحد في مجال الصحة العمومية الدولية، ودورها المركزي في إصدار القواعد العالمية، وقدرتها على عقد اجتماعات تجمع فيها الشبكات الرسمية وغير الرسمية في مختلف أنحاء العالم، إضافة إلى هيكلها الإقليمي الذي يتيح لها فرصا كثيرة للتفاهم والتعاون مع البلدان، حيث لا تختلف المرامي الصحية الوطنية عن الدولية فيما يتعلق بتحسين الصحة والإنصاف في المجال الصحي من خلال توفير نظم صحية أكثر عدلا ومأمونية وأوفر كفاءة .[1]

تدخل منظمة الصحة العالمية في صياغة السياسة الصحية من أجل بلوغ هدفها وهو أن يتمتع جميع الشعوب بأعلى مستوى ممكن من الصحة خاصة مع زيادة وارتفاع الضغوط الناتجة عن محدودية الموارد، فلابد أن تستند السياسات والممارسات الداعمة للصحة إلى أفضل المعارف العلمية التي تقدمها منظمة الصحة العالمية، حيث كان للجزائر مع منظمة الصحة العالمية العديد من إستراتيجيات التعاون لتأكيد مساعي منظمة الصحة العالمية في دعم الجزائر من أجل الارتقاء بالخدمات الصحية وحماية الصحة. **أنظر الملحق رقم (01)**

كما يعتبر كل من صندوق النقد الدولي والبنك العالمي من المنظمات الدولية التي تتدخل في صنع السياسات العامة للدول، خاصة النامية منها في إطار تطبيق إستراتيجياته المختلفة الأبعاد المتعلقة بالفقر، البطالة، التغذية...و غيرها.

حيث يقدم كل صندوق النقد الدولي والبنك الدولي حلول ممكنة لصناع السياسات في الدول الأعضاء، فمن خلال سلطة فرض الشروط المصاحبة للقروض الخاصة بالصندوق والبنك تستطيع أن تعطي ورقة مساومة إضافية إما أن تقنع أو تهمش الخصوم المحليين في البلد المعني، ويكون تأثير وإقناع هاتين المؤسستين على أعلى مستوى عندما يتعاملان مع محاورين مقتدرين وواعين في الحكومات المفترضة، كما تنجح هاتان المؤسستان عندما يتعاطف مسئولو الحكومات مع السياسات التي ينصح بإتباعها، فتأثير هاتين المؤسستين يكون مقنعا جزئيا أحيانا وإكراهيا بشكل جزئي في أحيان أخرى، في إطار تقديم قروض للحكومات يفرضان شروط معينة ويراقبان مدى تنفيذ تلك الشروط التي تعتبر صارمة لهؤلاء المقترضين وهذا ما يمنحهم القدرة على المساومة.[2]

من خلال ما سبق يمكن القول أن هاتان المؤسستان لهما دور في السياسة الصحية سواء بالإقناع أو الإكراه من خلال ما تقومان بطرحه من سياسات للدول، ما يثبت حقيقة تأثير كل من صندوق النقد الدولي والبنك العالمي في السياسة الصحية هو بروز القطاع الخاص في المجال الصحي من خلال برنامج

[1] – جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون، دور منظمة الصحة العالمية و مسؤولياتها في مجال البحوث الصحية : مسودة إستراتيجية، منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة، مارس 2010، ص ص 03، 16.

[2] – نير، وودز، (تر: محمد رشدي ، محمد سالم)، **قلاع العولمة :عن صندوق النقد الدولي و البنك الدولي والمقترضين**. ط1، القاهرة : المركز القومي للترجمة، 2010، ص ص 18، 19.

الإصلاح الهيكلي الذي طبقته الجزائر حيث كان مصحوب بمجموعة من الشروط، التي تمثل احدها في السماح للقطاع الخاص بالاستثمار في المجال الصحي.

ويصبح للبنك الدولي دور في السياسات الصحية التي تصاغ على المستوى الداخلي للدول من خلال ما يقوم به والذي يتمثل في:[1]

1. تدعيم الأنظمة الصحية.
2. إتباع نهج متعدد القطاعات إزاء المساعدات القطرية.
3. إسداء المشورة للحكومات بشأن الإطار التنظيمي للتعاون بين القطاعين العام والخاص في قطاع الصحة.
4. توسيع نطاق تنفيذ المشروعات والبرامج.

هذا كله بهدف سياسات صحية أكثر فاعلية ونجاعة، وبحكم خبرة البنك الدولي والمساعدات التي يقدمها للدول حسب الحالة الصحية فيها (الدول النامية) يعتبر من الفواعل التي لها تأثير واضح في السياسة الصحية في الجزائرية .

ثانيا : الشركات متعددة الجنسيات:

تعد الشركات متعددة الجنسيات جزء رئيسي من الفاعلين الدوليين الذين يفوقون الدول من حيث الاختصاص وكذلك من حيث عدم الالتزام بحدود سياسية معينة، كما يطلق على هؤلاء transnational Actors وإن كانت الشركات متعددة الجنسيات تعني multinational corporations، تلعب دورا أساسيا وسياسيا يؤثر على الأوضاع الداخلية والخارجية، من مميزاتها أنها تملك القوة المالية والتكنولوجيا وحماية الدولة الأم لها، كما تملك خبرة في الأسواق .[2]

تعمل هذه الشركات وفق خطة اقتصادية معينة بهدف الاستثمار والربح، فأساس وجودها في دول مختلفة هو تحقيق مصالحها، وبالتالي هي تحاول التدخل لصياغة السياسات الداخلية للدول بما يتماشى مع مصالحها وبما يخدمها، بغض النظر عن ما إذا كان يخدم تلك الدول أم لا، وذلك من خلال النفوذ الذي تتمتع به وعن طريق الموالين لها في الدول المضيفة.

يلاحظ الوجود المتزايد للشركات متعددة الجنسيات العاملة في الدول النامية، التي مزال وضع اقتصادها في معانات مستمرة، وفي تدني شديد، هذا ما جعل منها فاعلا أساسيا على المستوى المحلي.[3]

---

[1] – البنك الدولي، التنمية الصحية وإستراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان، 2008، ص 05.

[2] – محمد عوض، الهزايمة، **قضايا دولية تركة قرن مضى و حمولة قرن أتى**. ط1، عمان: (ب د ن)، 2005، ص 24.

[3] – نورهان شريف، هبة خليل، وآخرون ، **فوق الدولة الشركات متعددة الجنسيات في مصر**. ط1، مصر: المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، 2015، ص ص 03، 04 .

تتأثر السياسة الصحية الجزائرية بما تفرضه شركات المتعددة الجنسيات نتيجة تمتعها بالعديد من البدائل غير المتاحة للشركات الوطنية، ويمكن أخذ صناعة الدواء كمثال على ذلك حيث تسيطر على هذه الصناعة العديد من الشركات الأجنبية وتحاول احتكار عملية الإنتاج وحتى التوزيع في ظل غياب العديد من المقومات التي لا بد أن تتوفر في قطاع الإنتاج المحلي.

حيث يخلق نشاط الشركات متعددة الجنسيات طبقة من المنتفعين ترتبط مصالحها بمصالح تلك الشركات، ويدينون بالولاء لها وليس إلى المصلحة الوطنية، مما جعل الكثير من المختصين يطلق على هذه الفئة مجموعة ضغط للدفاع عن مصالح تلك الشركات، كما تكرس مثل هذه المجموعات مفهوم الاستعمار في ثياب جديدة .[1]

فالشركات متعددة الجنسيات تتدخل وبشكل كبير في الشؤون الداخلية لمختلف الدول، لا سيما المتخلفة منها، وتأثير حتى على سيادتها الوطنية ويكون ذلك التأثير من خلال :[2]

1. مخالفتها لتشريعات الدول التي تعمل فيها، كمخالفة قوانين الاستثمار الأجنبي والسياسة الضريبية والتجارية المتعلقة بالعمل وسياسة الأسعار.
2. التدخل المباشر وغير المباشر في الشؤون الداخلية للدول التي تعمل فيها.
3. مطالبتها لحكوماتها باتخاذ إجراءات ذات صبغة سياسية واقتصادية للضغط على حكومات الدول التي تعمل فيها لخدمة مصالحها الخاصة.
4. رفضها قبول تطبيق القانون الداخلي المتعلق بالتعويض في حالة التأميم.
5. عرقلة جهود الدول المتخلفة لاستغلال ثرواتها من أجل السيطرة الكاملة على مواردها الطبيعية.
6. رفض اللجوء لمحاكم البلد المضيف في حالة نشوب نزاعات نظرا للمكانة الاقتصادية التي تتمتع بها، وتفوقها على الدول المضيفة من ناحية الإمكانيات المادية والتكنولوجية والمعلومات المتاحة.

فمن الطبيعي أن تأثر هذه الشركات في السياسة الصحية للجزائر باعتبارها إحدى مكونات البيئة التي يتم فيها صياغة هذه السياسة، بحيث يكون لتواجدها هدف تريد أن تحققه من خلال الضغط على الدولة. ويمكن القول أن تأثير المنظمات الدولية في صياغة السياسة الصحية في الجزائر لا يختلف كثيرا عن تأثيرها في صيغة السياسات بالنسبة للعديد من الدول لاسيما النامية منها، وبالتالي لا يمكن استثناء الجزائر من هذا التأثير.

ثالثا: القطاع الخاص:

[1] – شوقي، جباري، " تدويل أعمال الشركات المتعددة الجنسيات بين المكاسب والمخاطر على الدول النامية "، مجلة دراسات اقتصادية. العدد 01، 2014، ص 80.

[2] – أحمد عبد العزيز، جاسم زكريا الطحان، " الشركات المتعددة الجنسيات وأثرها على الدول النامية "، مجلة الإدارة والاقتصاد. العدد 85، 2010، ص 130.

في ظل تغير دور الدولة والبحث عن مصادر النمو الاقتصادي السياسات المعززة له في المدى الطويل بدأت أنشطة تنمية القطاع الخاص تبرز على الساحة كمكون ضروري لتحقيق العديد من الأهداف، منها توفير مناصب الشغل وتحسين مستويات المعيشة، حيث شملت تنمية هذا القطاع تسهيل مشاركته المباشرة في القطاعات غير التقليدية مثل الخدمات الأساسية التي من بينها الخدمات الصحة، وتشجيع شراكته مع القطاع العام في إطار علاقة التكامل.[1]

فالمؤسسات الخاصة لها أهمية من حيث قدرتها على تحسين الصحة، وربما تضطلع بدور الموسع في هذا الخصوص، حيث تكمن مواطن قوتها في قنوات توجيه الرسائل والتوزيع، والقدرة على الابتكار والتنفيذ وسرعة التوسع، إضافة إلى ضخامة الإنفاق الخاص على الصحة في أغلبة البلدان خاصة ذات الدخل المنخفض والمتوسط .[2]

لكن التساؤل الذي يطرح نفسه هل أهمية القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية انعكست على ضرورة مشاركته في صياغة السياسة الصحية في الجزائر؟

في هذا الصدد نذكر مثال يمكن أن يوضح دور القطاع الخاص الصحي في صياغة السياسة العامة الصحية الجزائرية وهو التعديل الذي مس القانون 85- 05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المتمثل في القانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت 1998،[3] والذي جاء في المادة رقم 04 منه السماح للممارسين الطبيين في الصحة العمومية والاستشفائية الجامعيين بالممارسة بصفة خواص، والذي احترمه أغلب المهتمين بالشأن الصحي، واعتبر من أهم التعديلات التي مست القانون 85-05 والذي أثر حقيقة على المنظومة الصحية الجزائرية .

فالتعديل الذي مس قانون الصحة كان للقطاع الخاص دور فيه، حيث جاء نتيجة لضغوط لوبي العيادات الخاصة إضافة إلى الأطباء المختصين، خاصة رؤساء المصالح الإستشفائية منهم، لأن هاذين الأخيرين يشكلون ائتلاف فاعلين مع بعض الإداريين في الإدارات العليا في وزارة الصحة، كما يتشاركون في أنساق من المعتقدات أهمها أولوية تحرير النشاط الطبي من قبضة الدولة وفسح المجال أمام القطاع الخاص والسماح له بالتعامل المباشر مع طالبي العلاج، اعتماد على مبدأ العلاج الطبي سلعة كباقي السلع يتحكم فيها قانون العرض والطلب، ويبقى مجال الدولة محدود وتدخلها فقط في التكفل بالوقاية والضبط القانوني لسوق العلاج والتحكيم بين الفاعلين في ميدان الصحة. تم تحقيق ذلك المطلب رغم

[1] – عبد الرزاق، مولاي لخضر، " العوامل المحددة لنمو القطاع الخاص بالدول النامية : دراسة حالة الجزائر "، مجلة الواحات للبحوث والدراسات. العدد 09، 2010، ص 66.

[2] – ديفيد، بلوم، " شكل الصحة العالمية " في المعركة من أجل الصحة العالمية"، مجلة التمويل والتنمية. صندوق النقد الدولي، العدد 51، ديسمبر 2014، ص 11.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 98-09 مؤرخ في 26 ربيع الثاني عام 1419 الموافق ل 19 غشت 1998، يعدل و يتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق ل 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 61، الصادرة 23 غشت 1998 جمادى الأولى 1419، ص 03.

معارضة الكثيرين لذلك القانون بحجة أنه يفرغ القطاع العام من الكفاءات، ويستفيد مرضى القطاع الخاص من مؤسسات القطاع العام الذي سيرحم الفقراء من العلاج نتيجة بروز مشكلة عدم كفاية الأسر والإمكانيات في القطاع العام.[1]

رابعا: المجتمع المدني:

معرفة وتحليل دور المجتمع المدني في عملية صنع السياسة العامة بأبعاده وحدوده وتقييم مدى فاعليته (ذلك الدور) مرهون بطبيعة العلاقة بين الدولة والمجتمع المدني في حد ذاته، وبهذا نتساءل عن طبيعة تلك العلاقة هل هي علاقة متبلورة تقوم على الثقة والاعتماد المتبادل بين الطرفين أم علاقة مازالت في طور التشكل وتجاذبها توجهات متناقضة مابين إيجابية وسلبية ؟ مهما كانت طبيعة العلاقة فإنها تنتج أو تفرز أدوار مختلفة للمجتمع المدني، فإذا كانت نتيجة العلاقة الأولى (الاعتماد المتبادل) هي شراكة فعالة بين الدولة والمجتمع المدني في صياغة السياسة العامة، ونتيجة العلاقة الثانية هي انحصار دور المجتمع المدني في تلك المشروعات الصغيرة والتي لا تتجاوز مساعدة الفقراء والمهمشين، أو ما يطلق عليه ملئ الفراغ الذي تتركه الدولة بعد انسحابها دون أن يمارس دورا حقيقيا في صنع السياسة سواء تعلق ذلك بصياغتها أو تنفيذها وحتى تقويمها .[2]

المجتمع المدني من خلال تشكيلاته المختلفة والتي من بينها النقابات العمالية قادر على المساهمة بتقديم الخبرات التقنية، وتوفير ورصد المسار في عملية تنفيذ السياسة الصحية، حيث يعد عنصر طبيعي من عناصر الإرادة السياسية وداعم لحقوق الشعب وطرق تمكينه، فالمعلومات التي بإمكانه أن يقدمها تساعد صانعي السياسة في صياغة سياسة صحية تحاكي الواقع وتلبي الحاجيات الصحية لمختلف أفراد المجتمع، فإشراك تنظيمات المجتمع المدني في صياغة السياسات (الصحية) يساهم في صياغة سياسة متكاملة إلى حد ما، بدلا من التعارض والتناقض الذي غالبا ما يعيق عملية التنفيذ لكن التساؤل يكمن فيما إذا كان دور المجتمع المدني مرتبط بمنحه مجال للعمل المستقل، هل توفر الجزائر ذلك المجال ؟ وما هي مظاهره؟

ما يمكن قوله عن المجتمع المدني في الجزائر ودوره في صياغة السياسة الصحية أن دوره محدود جدا وفي غالب الأحيان ينعدم تماما، خاصة في الفترة التي سبقت 1989 أي فترة الأحادية، أين كان حزب جبهة التحرير الوطني يسيطر على المجال السياسي كله بما فيه عمليات صياغة السياسات العامة، هذا لا يعني أن فترة التعددية اختلفت عن سابقتها إلا شكليا، من خلال فسح المجال للعديد من التنظيمات

[1] – قوي بوحنية ، حسيني محمد العيد، " السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990–2012 "، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية . العدد 01، جوان 2014، ص 24.

[2] – هويدا، عدلي، فعالية مؤسسات المجتمع المدني وتأثيرها على بلورة سياسة إنفاق للخدمات الاجتماعية ، ورقة مقدمة في ندوة حول دولة الرفاه الاجتماعية ، 28–30 نوفمبر 2005، الإسكندرية، ص ص 01، 02.

والجمعيات والنقابات العمالية وغيره، وبالتالي ساد نموذج صياغة السياسة الصحية من طرف جهة معينة مغيبة فيها مختلف الفواعل وأصحاب المصلحة.

على الرغم أن مختلف القوى السياسية أكدت قبولها لمبدأ التعددية السياسية والحزبية، ولكن الإشكالية التي طرحت هي غياب التوفيق بين النمط التعددي والتكوين الفكري للفاعلين السياسيين، وبهذا تناقضت آليات التعددية وأفكار تلك القوى السياسية، وبدأ الجذب بين من يتبعون التعددية كمشاركين في الحكم ومن استولى وسيطر على السلطة.[1]

وبالتالي أصبحت التعددية شكلية فقط، لكن بعد سنة 1998 بدأ تظهر مساهمة ومشاركة هذه التنظيمات فرغم تجربة النقابات المستقلة في الجزائر السلبية نسبيا، من حيث عجزها عن فرض وجودها، في غالبية القطاعات على غرار قطاع الوظيف العمومي الذي يضم قرابة مليون ونصف مليون موظف تمكنت من فرض نفسها في قطاعين مهمين أحدهما هو قطاع الصحة العمومية.[2]

يقول السيد محمد يوسفي رئيس النقابة الوطنية للممارسين الأخصائيين في الصحة العمومية أنه قبل سنة 1998 لم يكن يسمح لنا بالمشاركة في كل ما يخص القطاع وخاصة في عهد بعض الوزراء، لكن بعد خروجنا للشارع و المطالبة بإشراكنا بصفتنا شركاء اجتماعيين كان لنا مكانة في المشاورات التي شاركت فيها العديد من النقابات، تمثلت في الجلسات الوطنية للصحة التي عقدت سنة 1998 مع وزير الصحة يحي قيدوم، وكانت من بين مطالبنا إعادة النظر في قانون الصحة العمومية الذي أصبح لا يستجيب للمتغيرات والمتطلبات وحاجيات الموطنين، بحكم تغير الظروف عن تلك التي ولد فيها هذا القانون 85-05 .[3] وبهذا فدور نقابات الصحة كان مرتبط بالحيز الذي يسمح لها به والأشخاص الذين يترأسون قطاع الصحة ومدى إيمانهم بأهمية المشاركة والمشاورة في صياغة السياسة الصحية.

بالتالي فإن إشراك النقابات والجمعيات ومختلف تنظيمات المجتمع المدني كان مغيبا تماما و حتى بعد فترة معينة من تبني التعددية، فكانت التعددية شكلية أكثر منها واقعية ممارساتية، فبقيت الذهنية الاستبدادية التي لا مكانة للمشاركة معها، لهذا نجد ملامح الشراكة كانت متأخرة جدا أي حتى سنة 1998 والتي تعتبر فترة طويلة أي حوالي 10 سنوات عند مقارنتها بتاريخ تبني التعددية والتي كانت واضحة في دستور 1989.

---

[1] – خميس، حزام والي، **إشكالية الشرعية في الأنظمة السياسية العربية مع إشارة إلى تجربة الجزائر**. لبنان: مركز دراسات الوحدة العربية،(د س ن)، ص 162.

[2] – لطفي بومغار، نوران سيد أحمد، **الحركات الاحتجاجية في الجزائر الحقائق والآفاق في الحركات الاحتجاجية في الوطن العربي (مصر، المغرب، لبنان، البحرين، الجزائر، سورية، الأردن)**. ط2، لبنان : مركز دراسات الوحدة العربية، 2014، ص 329 .

[3] – مقابلة مع السيد محمد يوسفي ، مشاركة النقابات في صياغة السياسة الصحية الجزائرية ، يوم 07 جانفي 2017، على الساعة 14:04، بمقر النقابة بلدية حسين داي.

المبحث الثاني: تطور السياسة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال إلى 1999.

المطلب الأول:المرحلة الأولى 1962- 1974.

تنطلق هذه المرحلة من الخراب والدمار الذي سببه الاستعمار الفرنسي في الجزائر بعد خروجه، أوضاع اقتصادية اجتماعية مزرية، هذا ما فرض ضرورة الاستجابة لتحسين الوضع من خلال سياسات وإجراءات تشمل مختلف القطاعات وعلى كل المستويات بما فيها القطاع الصحي، حيث عرف الوضع الصحي على غرار الأوضاع الأخرى تدهور كبير يعود ذلك إلى حالة الحرمان، الجهل، التشرد، تدني مستويات المعيشة وتفشي الأمراض والأوبئة في وسط الجزائريين.

فالسياسة الصحية التي طبقتها فرنسا خلقت فوارق كبيرة حيث لم تراعي فيها الحاجات الصحية للجزائريين، وإنما كان هدفها المعمرين بالدرجة الأولى، وكانت تلك الفوارق على مستوى تقديم الخدمة والجهات المنوطة بتقديمها.

من أهم مميزات هذه المرحلة:[1]

- ✓ ثلث سكان الجزائر نازحين، بمعنى أنه من أصل تسعة ملايين جزائري نجد ثلاثة ملايين نازح.
- ✓ نسبة الجهل والأمية في وسط الجزائريين تتجاوز 80 بالمائة.
- ✓ نسبة الأطفال المتمدرسين لا تتعدى الـ 15 في المائة.
- ✓ أقل من 1500 طبيب لتغطية الحاجيات الصحية لحوالي 9 ملايين نسمة، منهم 400 طبيب جزائري فقط، والبقية من الأجانب الذين بقوا في الجزائر بعد الاستقلال.

إضافة إلى نقص الصيادلة الذي بلغ عددهم 264 صيدلي، بمعنى صيدلي واحد لحوالي 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان قدر عددهم ب 151 طبيب، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688، كما سجل عجز على مستوى الهياكل القاعدية، أما عدد الأسر بالمستشفيات قبل سنة 1967 قدر بحولي 39000 سرير، إضافة إلى غياب قنوات الصرف الصحي فلم يتجاوز عدد المستفيدين 23%من إجمالي السكان، و37 % فقط منهم مستفيد من المياه الصالحة للشرب، وهذا ما ساهم بشكل كبير في زيادة انتشار وتنقل الأمراض والأوبئة.[2]

أما التغطية الصحية لم تكن قائمة على الإنصاف والعدل بين المناطق الحضرية والريفية ، فالموارد البشرية الطبية وشبه الطبية والهياكل القاعدية كانت في المدن الكبيرة وغائبة تقريبا في المناطق الريفية وشبه الريفية، فهذه الأخيرة لا تحتوي إلا على بعض الأعوان شبه طبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض.[3]

بناء على ما سبق حاولت الدولة الجزائرية القيام ببعض التغييرات واتخاذ مجموعة من الإجراءات والتدابير بهدف تحسين الوضع الصحي ومواجهة الأمراض والأوبئة المنتشرة بشكل واسع في وسط مختلف الشرائح الاجتماعية وحل مختلف المشاكل المرتبطة بها، حيث اعتبرت هذه الأولويات رهانات السياسة الصحية لهذه المرحلة محاولة الاستجابة من خلالها للوضع الصحي الحرج.

من خلال اعتماد العديد من المبادئ منها **مبدأ إجبارية العلاج** الذي تضمنه المرسوم 69-96 المؤرخ في 01 جويلية 1969، القاضي بإلزامية التلقيحات إضافة إلى مجانيتها، هذا نتيجة انتشار أمراض خطيرة مثل السل، وهذا ما يبرهن عن تكفل الدولة بمواجهة العديد من الأمراض لتحسين الوضعية الصحية حيث جاء في المادة الأولى منه : " إن الأعمال المتعلقة بتشخيص ومعالجة ومراقبة السل تقدم

---

[1] – Farid, chaoui , « les systèmes de santé en Algérie : un Enjeu stratégique , Etat des lieux , enjeux et perspectives », confluences internationales, institut national d'études stratégie globale , 2/2015 , p p 09, 10 .

[2] – عبد الحميد جفال، عمار سيدي دريس، **التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية**. ط1، عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع ،2015، ص ص 70،71.

[3] – عديلة، العلواني، **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائرية : نموذج مقترح**. الجزائر: دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، 2014، ص 15.

مجانا في جميع المؤسسات الإستشفائية ووحدات العلاج و ذلك حسب الكيفيات المنصوص عليها في هذا المرسوم "، [1] يوضح الجدول رقم (**10**) الانتشار الكبير للأمراض المعدية والوفيات الكبيرة الناجمة عنها.

الجدول رقم (10): الأمراض السائدة بين 1963-1973.

الأمراض	سنة 1963		سنة 1973	
	عدد الحالات	معدل الوفيات لكل 1000 ساكن	عدد الحالات	معدل الوفيات لكل 1000 ساكن
التفويد	1073	9,92	1346	9,05
الأنيميا	150	1,38	860	5,78
الدفتيريا	381	3,52	232	1,56
السعال الديكي	591	5,46	790	5,31
إلتهـــــــاب	227	2,09	1254	8,43
السحايا	58	0,53	37	0,24
التيتانوس	75	0,69	93	0,62
الشلل	902	8,33	4541	30,56

المصـدر :عيسـى، آيـت عيسـى، سياسـة التشـغيل فـي ظـل التحـولات الاقتصـادية بـالجزائر انعكاسـات وآفـاق اقتصـادية ولاجتماعية. مذكرة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2010، ص 177 .

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن حالات الإصابة بالأمراض المعدية في الفترة 1963- 1973 كانت كبيرة جدا فالتفويد بلغ حوالي 1073 حالة سنة 1963 الذي أدى إلى معدل وفيات قدر ب 9,92 حالة لكل 100 ساكن، ليرتفع إلى 1346 في سنة 1973 لكن نتيجة توفر العلاج وتحسن الوضع ساهم في تقليل نسبة الوفيات، كذلك بالنسبة لمرض الأنيميا الذي قدر عدد الإصابات ب 381 حالة سنة 1963 بمعدل 1,38 حالة وفاة، لتسجل ارتفاع قدر بحوالي 860 حالة في سنة 1973، بمعدل وفيات 5.78 لكل 1000 ساكن بمعنى حوالي 3 أضعاف معدل الوفيات الذي كان سنة 1963، كما شهد مرض التهاب السحايا هو الأخر عرف ارتفاع كبير جدا عند مقارنة عدد الإصابات بين سنتي 1963 و1973، من 227 إلى 1254 حالة سنة 1973 بمعدل وفيات قدر في الأولى ب 2,9 وفي الثانية ب 8,43 في 100 ساكن، في حين نلاحظ انخفاض واضح في الإصابة بالتيتانوس بعدما كان 58 حالة بمعدل وفيات قدر ب 0,53 تراجع إلى 37 حالة بمعدل وفيات بلغ 0,24 في 100 ساكن سنة 1973، هذا ما يعبر حقيقة عن تحسن الأوضاع الصحية نتيجة للإجراءات المتعلقة بالجانب الصحي مثل العلاج الإجباري، وكذلك التحسن في المحددات والعوامل المؤثر بدورها على الوضع الصحي مثل المستوى المعيشي، وتوفر بعض المرافق والخدمات التي كانت منعدمة من قبل.

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 23 ربيع الثاني 1389 الموافق ل 8 يوليو 1969 يتعلق بمعالجة السل بصفة إجبارية مجانا، الجريدة الرسمية، العدد 59، الصادرة في 26 ربيع الثاني 1389 الموافق 11 يوليو سنة 1969، ص 789.

المبدأ الثاني هو **مبدأ مجانية العلاج** الذي تبنته الجزائر كذلك في هذه المرحلة، الذي نلمس من خلاله مراعاة السياسة الصحية للظروف الاجتماعية والاقتصادية المتدهورة للجزائريين، وكان الهدف منه حصول الجميع على الخدمات الصحية، بهدف تعزيز المساواة والإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية، والقضاء على التفاوتات الموروثة من المرحلة السابقة، وهذا ما أسس له الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القاعات الصحية، حيث جاء في مضمون (المادة 03) منه : " التشخيص ومعالجة المرضى و قبولهم في المستشفيات يكون مجانا في جميع القطاعات الصحية ". [1]

ما يميز هذه المرحلة كذلك وإضافة إلى طب الدولة الذي كان من خلال المؤسسات الإستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء والتي يتم تسييرها من طرف وزارة الصحة والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات والتي تسير من طرف وزارة التعليم، كان هناك قطاع طبي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، وبإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة و ذلك في إطار تعاقدي، هذا الخليط من الأنظمة نسق من طرف مديرية دائرة الصحة،[2] وبالتالي كان هناك تواجد للطب الخاص لكن تواجد محتشم جدا، عند مقارنته بما ظهر بعد ما عرفه القطاع الصحي لاحقا.

كما عرفت هذه المرحلة كذلك ببداية الحملات الوطنية للتلقيح BCG (1969- 1970)، وكذا التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية، وذلك مع البرامج التي سطرتها منظمة الصحة العالمية (OMS)، كما ضمت هذه المقاييس مكافحة مرض الرمد والإعلان عنه إجباري،[3]عرفت هذه الفترة ارتفاع الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية بنسبة 80%، مقابل 15 % من الوفيات التي تعود نتيجة الإصابة بالأمراض غير المعدية 1971.[4]

أعطت الدولة أهمية للعلاج الأولي فالفترة 1967-1969 عرفت مضاعفة لقاعات العلاج، لأن العلاج الأولي لا يتم إلا بتوفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي، فالهدف الأساسي من ذلك وقبل كل شيء هو الوقاية، إضافة إلى إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.[5]

---

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73- 65 المؤرخ في 03 ذي الحجة 1393، الموافق ل 28 ديسمبر 1973، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد الأول، الصادرة في 07 ذو الحجة 1393 الموافق ل 01 يناير 1974، ص 03.

[2] – نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية : دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني.** ط1 ، الجزائر : دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع ، 2016، ص 54.

[3] – نور الدين، حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية.** ط 1، الجزائر :(ب د ن)، 2008، ص 136.

[4] - Rachid, Bougherbal, la transition épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation ,2010 , p 17.

[5] – عبد الحميد جفال، عمار سيدي دريس، مرجع سبق ذكره ، ص 71.

فالسياسة الصحية لهذه المرحلة راعت إلى مستوى معين المتطلبات الداخلية وكذلك الخارجية، حيث تضمن مؤتمر آلما– آتا الذي عقد في 1978 حول الصحة في العالم التأكد على الرعاية الصحية الأولية واعتبرها مفتاح لتحقيق التنمية والعدالة الاجتماعية، ولابد أن تكون الهدف الاجتماعي الأساسي للحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع الدولي كله بحلول عام 2000.[1]

لأن الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية التي تكون في متناول جميع الأفراد والأسر في المجتمع من خلال وسائل مقبولة لديهم، تشكل الرعاية الأولية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي وتعتبر نواة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع تشمل التغذية السليمة، إمدادات كافية من المياه الصالحة للشرب، الصرف الصحي، رعاية الأم والطفل والتحصين من الأمراض المعدية والتوعية بالمشاكل الصحية وطرق الوقاية منها ...الخ. [2]

هذا ما عملت الجزائر على توفيره من خلال الجهود التي بذلتها في هذه المرحلة، أي العلاج الأولي الذي حاولت توفير قاعدته وأساسه من خلال توفير البنية التحتية على مستوى كل التراب الوطني.

المطلب الثاني: المرحلة الثانية 1975– 1984.

استمرت الجهود بهدف تحسين الوضع الصحي للسكان من خلال محاولة توزيع الخدمات الصحية بشكل عادل والقضاء على الأمراض والأوبئة والتقليل من نسبة الوفيات في وسط الأطفال وكذا الأمهات، إضافة إلى تعزيز البنية التحتية، حيث تم وضع مجموعة من الإجراءات والبرامج والأطر القانونية المعبرة عنها، والتي تسمح بتنفيذها في إطار سياسة صحية قائمة على مجموعة من المبادئ، بالإضافة إلى مبدأ العلاج الوقائي ومجانية العلاج وهما مبدآن تم الحفاظ عليهما منذ البداية، وإتباع الإجبارية لعلاج ومقاومة العديد من الأمراض الأوبئة التي بقيت منتشرة أي لم يتم القضاء عليها بشكل جذري، حيث بدأ الاهتمام أكثر بالبنية التحتية وتكوين الإطارات الطبية التي كانت منعدمة تقريبا بعد الاستلال مباشرة وأغلبيتها أجنبية، إضافة إلى الأطر القانونية لتنظيم القطاع الصحي.

يعتبر التمتع بالصحة وتأمين الرعاية الصحية للمواطنين بغض النظر على قدرتهم عن الدفع من المبادئ الدستورية والتوجهات الاجتماعية للدولة الجزائرية، فمن أجل التمسك بمبدأ مجانية العلاج وتكريسه أكثر نص الميثاق الوطني 1976 على أن : " تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وصيانة وتحسين مستوى صحة السكان...، ويمثل الطب المجاني قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر، وتطبيقه الفعلي على مستوى مجموع السكان يستلزم توسيع الهياكل الصحية وتوزيعها توزيعا عادلا عبر كل أنحاء البلاد، كما يستلزم إعادة تنظيم مهنة الطب وتوزيع الأدوية التي يجب أن توجه أساسا نحو القضايا

[1] – World health organization, “primary health care”, report of the international conference on primary health care alma- Ata 6-12 September 1978, p 03.

[2] – Ibid ,P 34 .

الصحية للمجتمع ويتطلب أيضا متابعة الجهود المعتبرة الجارية وتوسيعها من أجل تخرج الأطباء وتكوين عمال الصحة وبناء المستشفيات وإنتاج الأدوية وتوفيرها". [1]

وبالتالي فتطبيق هذا المبدأ مرتبط بتوفير مجموعة من الإجراءات التي تضمنها الميثاق الوطني، كما لم يغفل دستور سنة 1976 ذلك المبدأ، حيث جاء في مضمون (المادة 67) التي تنص صراحة على أنه:" لكل مواطن الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية ".[2]

بمعنى الخدمات الصحية تقدم لكل مواطن يحتاجها أو يطلبها دون مقابل، وهذا ما يبرهن على وجود إرادة للقضاء على الفوارق والتفاوتات فيما يخص الحصول على الرعاية الصحية.

من خلال ما سبق نجد أن كل الأطر القانونية والدستورية تؤكد على مبدأ مجانية العلاج الذي لم يغفله الأمر 76- 79 المتضمن قانون الصحة العمومية الجانب المتعلق بالوقاية، وحصول الجميع على الخدمات الصحية وهذا ما تضمنته (المادة 02): " تعمل مصالح الصحة بشكل تكون في متناول جميع السكان ومع الحد الأقصى من السهولة والفعالية بالنسبة للاحتياجات الصحية والوقاية والعناية العلاجية والحماية الاجتماعية وإعادة التأهيل".[3]

كما تم تحويل هياكل التعاضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة وتوحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعاضديات إلى وزارة الصحة، بهذا جمع النظام الصحي الوطني جميع الهياكل الصحية باختلاف مهامها وأنشطتها وذلك بهدف إتاحة الخدمات الصحية للجميع بناء على توفير الإمكانيات، التي تعتبر أحد ركائز القطاع الصحي لا يمكن الحديث عن الخدمة الصحية في ظل غياب الإمكانيات المادية والبشرية .[4]

من أجل تحسين مردودية النظام الصحي الوطني كان لابد من التعرف على مختلف المشاكل التي يعانيها، لهذا شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في سنة 1975 بإعداد برنامج صحي، من أجل تطبيقه في المخطط الرباعي الثاني (1974-1977) وبناءا على ذلك تم تحديد جملة من المشكلات

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76-57 المؤرخ في 07 رجب عام 1396 الموافق ل 05 يوليو سنة 1976 يتضمن نشر الميثاق الوطني، الجريدة الرسمية، العدد 61، الصادرة في 03 شعبان عام 1396 الموافق ل 30 يوليو سنة 1976، ص 968.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76- 79 مؤرخ في 29 شوال عام 1396 الموافق ل 23 أكتوبر سنة 1976 يتضمن قانون الصحة العمومية ، الجريدة الرسمية، العدد 101، الصادرة في 27 ذو الحجة عام 1396 الموافق ل 19 ديسمبر 1976، ص 1392.

[4] – عديلة، العلواني، مرجع سبق ذكره ، ص ص 15، 16.

والتي تعد ذات أولوية لارتباطها بالعديد من الجوانب، وكذا المشاكل الاقتصادية والاجتماعية والتي تمثلت في :[1]

1. المشكلات الصحية : مكافحة الأمراض المتنقلة مثل الملاريا، السل، الرمد، الحصبة، الأمراض المعدية، التهاب المفاصل الحاد، والأمراض الزهرية .
2. مكافحة الأمراض غير المتنقلة: مثل أمراض القلب والشرايين، الشلل، الربو، الأمراض العقلية، المضاعفات بعد الولادة، وتسوس الأسنان، التكفل بالمعوقين حركيا، الصم البكم والعمى، ومرض السرطان.
3. المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل، كنظافة السكن ومعالجة المياه القذرة وتصريفها، التزويد بالمياه الصالحة للشرب والنظافة الغذائية.
4. المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظائفها: في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور، حيث تختلف تلك المعايير من مجتمع لآخر تبعا لخصوصياته، ولو أن هناك بعض المعايير العلمية المتعارف عليها في المنظمات الدولية المختصة.

وبالتالي فالبرمجة الصحية للدولة سنة 1975 (la programmation sanitaire de pays(psp اعتمدت مجموعة من المعايير والتي اعتبرت أهداف يتم السعي إلى تحقيقها وهي مركز صحي لكل 6000 حتى 7000 مواطن، عيادة لكل 15000 حتى 25000 موطن، مستشفى في كل دائرة، مستشفى في كل ولاية، وضع مجموعة من البرامج منها المتعلقة بصحة الأم والطفل، والبرامج الموسع للتلقيح programme élargi de vaccination (PEV) ، وفي سنة 1979 تم إنشاء القطاع الصحي والقطاعات الفرعية للصحة وكانت تخضع في تسيير للمستشفيات بسبب نقص المدراء، فالقطاع الصحي الفرعي يعبر عن وجود تسلسل هرمي للرعاية الصحية.[2] هذا كله من أجل توسيع نطاق الخدمات الصحية، ومساعدة المستشفيات في القيام بالمهام المنوطة بها، وإتاحة فرصة وصول أكبر عدد من المواطنين للرعاية الصحية.

لهذا اعتبرت البنية التحتية وإنشاء الهياكل القاعدية أولوية من أولويات السياسة الصحية، لأنها الأساس في تطبيق مختلف أو كل المبادئ السابقة (الوقاية ، مجانية العلاج ....)، نتيجة ذلك جاء الأمر 76-12 الذي تضمن إنشاء مراكز إستشفائية جامعية في إطار تطبيق السياسة الوطنية للصحة العمومية

[1] – نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني**، مرجع سبق ذكره، ص 259.

[2] - Abdelkadir, Remal, système de santé en Algérie, https://abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27/ , date 28-06-2016, heur22 :29.

والتكوين والتنمية العلمية والتقنية تحت وصاية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ووزير الصحة العمومية، وأوكلت لهذه المؤسسات المهام التالية(المادة 02):[1]

- تكوين موظفي الصحة تحت سلطة المعاهد.
- تخفيف مهام الصحة العمومية.
- إنجاز الدراسات وأعمال البحث.

وجود هذه المؤسسات أمر ضروري ومهم وهذه الأهمية نابعة من المهام التي أوكلت إلى تلك المؤسسات.

هذا ما يثبت حقيقة الاهتمام بالبنية التحتية، لهذا عرفت سنة 1980 ونتيجة لتحسن الأوضاع وارتفاع عائدات البترول توجه الدولة الجزائرية إلى سياسة جديدة للتنمية تحت شعار "حياة أفضل"، أي التوجه إلى ما يرضي ويلبي احتياجات السكان، الأمر الذي دفع إلى تزويد وحدات الرعاية بمرافق حديثة، فشهدت هذه الفترة بناء أكثر من 40 مستشفى مما رفع من مستوى التغطية الصحية الوطنية، فوصلت ميزانية الصحة إلى ما يقارب 7% من الناتج المحلي الإجمالي.[2]

لم تغفل السياسة الصحية لهذه المرحلة الهيئة الطبية، حيث اهتمت بتكوين الإطارات الطبية وذلك نتيجة النقص الفادح الذي عانت منه الجزائر منذ الاستقلال حيث كان أغلب الأطباء أجانب وهذا ما انعكاس على عملية تقديم الخدمة.

بعد إعادة ترتيب التكوين الشبه الطبي بدأ السلك الطبي في الجزائر يعرف ارتفاع محسوس بمختلف الرتب، إضافة إلى أعوان الشبه الطبي ليصل عدد الهيئة الطبية سنة 1979 إلى 3761 طبيب، مقابل 2320 طبيب أجنبي وبالتالي يصل المجموع الكلي إلى 6081 طبيب، وهذا من أجل ضمان التغطية الصحية بما يعادل طبيب واحد لكل 2960 ساكن، وبلغ عدد أعوان الشبه طبي 46664 ممرضا عونا بمختلف التخصصات والفروع، ما يعني شبه طبي لكل 386 ساكن، إضافة إلى عمال التسيير والتفتيش وغيرهم .[3]

الارتفاع المسجل على مستوى الهيئة الطبية راجع لمجموعة الإجراءات التي تم تبنيها في إطار السياسة الصحية المتبعة في هذه الفترة، حيث تم إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية بمقتضى المرسوم 64-110، الذي أشار إليه أيضا قانون الصحة العمومية لسنة 1976 في(المادة 11) منه " أن المعهد الوطني للصحة العمومية هو أداة للتوعية في مادة السياسة الصحية، وتمثلت مهامه الرئيسية في :

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76-12 مؤرخ في 20صفر 1396 الموافق ل 20 فبراير 1976 يتضمن إنشاء مراكز إستشفائية جامعية، الجريدة الرسمية، العدد 17، الصادرة 27 صفر 1396 الموافق ل 27 فبراير 1976، ص 234.

[2] - Farid, chaoui, Michel, le gros, autre , les systèmes de santé en Algérie Maroc et Tunisie Dé fis nationaux et enjeux partagés », les notes ipemed Etudes et analyses institut de prospective Economique du monde méditerranéen .N^{0}13, Avril 2012, p49

[3] – نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**. ط1، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص 199.

- ✓ القيام بجميع الدراسات والأبحاث الأساسية المنتهجة والتحريض عليها وتشجيعها وذلك بالاتصال مع الوضع الصحي للبلاد .
- ✓ جمع أو معالجة جميع المعلومات التي تهم الصحة العمومية و القيام بنشرها.
- ✓ المشاركة في ضبط التقنيات ومراقبة وتنظيم وتشغيل مختبرات الصحة العمومية.
- ✓ القيام بالتكوين والتخصص والتدريب الإضافي لموظفي الصحة العمومية والمساهمة في تكوين الموظفين الطبيين والبحث العلمي".[1]

من خلال هذه المادة نستشف أن المعهد الوطني للصحة العمومية منحه القانون صلاحيات واسعة سواء فيما تعلق بالسياسة الصحية، أو جمع المعلومات والبيانات ونشرها وكذلك في القيام بالتكوين والتدريب للموظفين، وبالتالي من المفروض أن يكون له دور مركزي في المنظومة الصحية الجزائرية.

في سنة 1981 تم وضع خريطة صحية، الهدف منها يصب في إطار أهداف السياسة الصحية، فيما يخص توزيع البنية التحتية والموارد البشرية من أجل الوصول إلى تغطية صحية متوازنة على المستوى الوطني، أين يلعب هذا التوازن دور في العملية التنموية، وتم على إثرها تقسيم المجال إلى قطاعات صحية تم فيها مراعاة العديد من الجوانب الاقتصادية والاجتماعية بما فيها الوضعية الصحية (الوفيات، أنواع الأمراض الموجودة بكثرة)، لهذا اهتدى مصممو الخريطة الصحية إلى مجموعة من المعايير الخاصة بالقطاع الصحي، لهذا تم في المرحلة الأولى الاتفاق على تحقيق المعايير التالية :[2]

1. من ناحية الموارد البشرية :
   - طبيب لكل 1200 نسمة.
   - جراح أسنان لكل 5000 نسمة .
   - صيدلي لكل 6000 نسمة.
   - ممرض لكل 300 نسمة.
2. من ناحية الهياكل القاعدية :
   - عيادة متعددة الخدمات لكل 30000 نسمة .
   - مركز صحي لكل 5000 نسمة .
   - قاعة علاج لكل 2000 نسمة.

المطلب الثالث: المرحلة الثالثة 1985 – 1999.

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76–79، مرجع سبق ذكره، ص 1394.

[2] – نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني** . مرجع سبق ذكره، ص 288.

كانت بداية هذه المرحلة بصدور القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الذي ما زال معمولا به إلى غاية اليوم، مع إدخال العديد من التعديلات لمحاولة التماشي مع الوضع والمتغيرات التي تطرأ عليه، حيث تضمنت (المادة 05) منه خصائص ومميزات المنظومة الوطنية للصحة والتي تمثلت في :[1]

- ✓ سيطرة القطاع العمومي.
- ✓ التخطيط الصحي الذي يندرج في السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية.
- ✓ إشراك القطاعات في إعداد وتنفيذ البرامج المتعلقة بالصحة.
- ✓ تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية لتحقيق أهداف المجال الصحي.
- ✓ التكامل بين الوقاية والعلاج وإعادة التكيف.
- ✓ اللامركزية بهدف تلبية الحاجيات الصحية لكل السكان.
- ✓ مشاركة السكان في مجال التربية الصحية.

بناء على ما سبق نستنتج أن السياسة الصحية لهذه المرحلة استمرت في المحافظة على المبادئ والمكتسبات التي اعتبرت مرتكزات للسياسة الصحية منذ 1962، حيث استمرت في تعزيز الصحة وترقيتها بهدف المحافظة على الحق في الصحة لكل مواطن جزائري، هذا ما تم تأكيده مرة أخرى من خلال القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، فخصص الفصل الثالث منه لمجانية العلاج من خلال (المواد 20-21-22)، حيث جاء في فحوى (المادة 22) منه" تقدم مجانا في جميع الهياكل الصحية العمومية خدمات العلاج التي تتمثل في جميع أعمال الصحة العمومية والفحوص التشخيصية، ومعالجة المرضى واستشفائهم.[2]

كما لم يغفل دستور 1989 الحق في الصحة، وهذا ما نصت عليه (المادة 51) منه والتي جاءت كالآتي: " الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية مكافحتها"، [3] نفس ما نصت عليه (المادة 54) من دستور 1996.[4]

بالتالي كانت الدولة هي التي تضطلع بتقديم الرعاية والخدمات الصحية مجانا لكل المواطنين على اختلاف مستوياتهم، لكن ما نستشفه من خلال دستور 1989 ودستور 1996 أن نوعية الخدمات التي تقدم مجانا بدأت محصورة في تلك الموجهة للأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها عكس ما كان في

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405، الموافق ل 06 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 08، الصادرة في 27 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 17 فبراير 1985، ص ص 177، 178.

[2] – نفس المرجع السابق، ص 179 .

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1989.

[4] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1996.

البداية، حيث جاء وكما تم الإشارة سابقا سواء من خلال ميثاق 1976 وحتى قانون 85-05 أن الخدمات الصحية عامة ومجانية ولم يتم تحديد أمراض معينة .

حيث بدأت النفقات الصحية تثقل كاهل الدولة خاصة مع الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، كما أنها أثقلت مختلف الفئات والعائلات هي الأخرى، إضافة إلى الإصابة بالمرض يقوم المريض بدفع نفقات العلاج التي غالبا ما تكون سبب تجنب التوجه لتلقي العلاج بالنسبة لبعض الأسر، وهذا ما يؤكد على تلك العلاقة الوطيدة بين المستوى المعيشي والوضعية الصحية للمواطنين .

فتراجع المستوى المعيشي لأغلبية الأسر الجزائرية كان نتيجة للفترتين الحرجتين التي مرت بهما الجزائر واللتان كانت لهما انعكاسات مباشر وكبير على المنظومة الصحية وبالتحديد على مبدأ مجانية العلاج، فالنكسة التي عرفها الاقتصاد الوطني 1980 والتي تم الإشارة إليها ضمن العوامل المؤثرة في السياسة الصحية ظهرت حقيقة مخلفاتها، إضافة إلى الانفلات الأمني الذي عرفته فترة السبعينات، هذا ما أدى إلى تخريب مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، وكان له تأثير حقيقي على مستوى تدني القدرة الشرائية للمواطن الجزائري ب 25 % حيث انتقلت من 4500 للفرد سنة 1987 إلى 1350 سنة 1998، وحسب خط الفقر الدولي المقدر ب 500 فإن ما يقارب 25% من أفراد المجتمع الجزائري هم فقراء، بالتالي أصبح متوسط الفرد في حدود 1350 سنة 1997 فقدرت نسبة الانخفاض بحوالي 6% مابين سنتي 1998 و2000.[1] كل هذا كان له وقع على الوضعية الصحية للمواطن الجزائري، لأنه كلما انخفض مستوى الدخل انخفضت نسبة الإنفاق على الصحة، حتى أن الفقر له علاقة مع العديد من الأمراض.

فإذا كان 25% من سكان الجزائر فقراء فإنهم محرومين من الحاجيات الأساسية، فالفقر كما سبق الإشارة هو الحرمان من العديد من الحاجيات مثل الغذاء والسكن والمياه الصالحة للشرب والتعليم والتي لها علاقة مباشرة بالحالة الصحية، فالمساس بهذه الحاجيات يؤدي بطريقة آلية إلى وفيات الأطفال، زيادة الأمراض المتنقلة عن طريق المياه غير الصالحة، وبالتالي انخفاض العمر المتوقع عند الولادة، ارتفاع عدد الأطفال الذين يعانون نقص الوزن والعديد من المشاكل .

كما عرفت هذه الفترة دعم الدولة للقطاع الخاص، إذ اعتبر فسح المجال أمام القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية الحل الأنسب من أجل تحسين الوضع الصحي من ناحية، وتقليل الأعباء على الدولة من ناحية أخرى، بعدما كان لهذا القطاع دور محتشم بدأت ملامح هذا التشجيع تظهر من خلال القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، يتضح ذلك من خلال (المادة 208): " تؤدي أعمال الصحة التي تمارس في نطاق لقطاع الخاص في عيادات جراحة الأسنان والصيدليات و عيادات

[1] – مبارك بن زايد، ثورية بلقايد، ظاهرة الفقر في الدول العربية: المظاهر الأسباب و سبل العلاج (حالة الجزائر)، مجمع مدخلات الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الإقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة، 08-09 ديسمبر 2014، جامعة الجزائر 03، ص 423.

الفحص الطبي والعلاج ومخابر التحاليل الطبية والبصرية الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الترميمية الطبية "،[1] إضافة إلى القانون رقم 88-15 المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل و المتمم للقانون 85-05 من خلال (المادة 01) التي تعدل وتتمم (المادة 208 من القانون 85-05) التي تم ذكرها آنفا (المادة 208 مكرر) " تعتبر العيادات الإستشفائية الخاصة مؤسسات علاجية وإستشفائية تمارس فيها نشاطات الطب والجراحة، بما فيها أمراض النساء والولادة وكذا الاستكشاف ".[2]

هذا ما يؤكد دعم السياسة الصحية للقطاع الخاص واعتباره شريك في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما تم إصدار المرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 الذي يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها[3]، وكذا القرار المؤرخ في 22 أكتوبر 1988 الذي يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها.[4]

كل هذه الأطر القانونية جاءت من أجل دعم مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، حيث أصبح من حق المواطن الاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص في تلقيه أو حصوله على الرعاية الصحية، كما لم يقتصر فتح المجال للخواص على العيادات وإنما حتى الصيدليات ومخابر التحليل.

في ظل العمل من أجل تحقيق أهداف السياسة الصحية الجزائرية ومن أجل ترقية التغطية الصحية وتوسيعها، وتأكيدا على محورية الفرد الجزائري وصحته وانشغالاته التي لابد من الاستجابة لها تم إنشاء ما يعرف بالمجالس الجهوية للصحة من خلال المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 14 يوليو 1997 يتضمن إنشاء مجالس جهوية للصحة وتنظيمها وسيرها، حيث عرفت هذه المجالس كما جاء في (المادة 02) كالتالي:" المجلس الجهوي للصحة هيكل تنسيق وتشاور ما بين القطاعات هدفه ضمان ورقابة صحة السكان التابعة لاختصاصه الجغرافي وحمايتها وترقيتها وإعادة الاعتبار لها بصفة عقلانية و ناجعة ". [5]

---

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 مرجع سبق ذكره، ص 196.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 88-15 مؤرخ في 16 رمضان عام 1408 الموافق ل 03 مايو سنة 1988 يعدل و يتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 18 ، الصادرة في 17 رمضان عام 1408 الموافق ل 04 ماي 1988 ، ص 751.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 07 ربيع الأول عام 1409 الموافق ل 18 أكتوبر 1988، يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، الجريدة الرسمية، العدد 02، الصادرة في 08 ربيع الأول الموافق ل 19 أكتوبر 1988.

[4] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القرار المؤرخ في 11 ربيع الأول عام 1409 الموافق ل 22 أكتوبر 1988، يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها، الجريدة الرسمية، العدد 44، الصادرة في 22 ربيع الأول 1409 الموافق ل 02 نوفمبر 1988، ص 1493.

[5] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418، الموافق ل 14 يوليو سنة 1997 يتضمن إنشاء مجالس جهوية للصحة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة في 11 ربيع الأول عام 1418 الموافق ل 16 يوليو 1997، ص 14 .

فهذه المجالس تهتم بصحة المواطن وكل ما يتعلق بها وكل ما يمكن أن يؤثر فيها حتى وأن كان خارج القطاع الصحي، من بين أهدافها تلبية الاحتياجات الصحية وحتى متابعتها ومراقبتها .

الجدول رقم (11): قائمة المجالس الجهوية للصحة في الجزائر.

مقـــــرات المجـــــالس الجهوية للصحة	**الولايات المعنية**
الجزائر	الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، تيزي وزو، بجاية، البويرة، المدية، الجلفة، برج بوعريج، عين الدفلى.
وهران	وهران، غليزان، الشلف، معسكر، عين تموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، سعيدة، مستغانم، تسمسيلت، تيارت.
قسنطينة	قسنطينة، قامة، عنابة، سكيدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميلة، سوق أهراس، أم البواقي، سطيف جيجل، باتنة، المسيلة.
بشار	بشار، تندوف، النعامة، البيض.
ورقلة	ورقلة، غرداية، إيليزي، تامنغست، الوادي، بسكرة، الأغواط .

المصدر:المرسوم التنفيذي رقم 97-262، مرجع سبق ذكره، ص16.

مع النقائص التي يعرفها القطاع الصحي في كل مرحلة نتيجة زيادة الطلب على الخدمة، وأمام ضرورة تحسينها إضافة إلى المشاكل المتعلقة بالتسيير والتنظيم، وبهدف التكيف مع كل المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية كان لابد من إدخال تحسينات وتعديلات من أجل المحافظة على الوضع الصحي في مستوى مقبول على الأقل ومردودية القطاع ككل لهذا تم عقد **الجلسات الوطنية للصحة** في 26-27-28 ماي 1998 في قصر الأمم بنادي الصنوبر، حيث شاركت فيها مختلف القطاعات المعنية والنقابات الوطنية والجمعيات المهنية وجمعيات المستخدمين الذين ينشطون في مجال الصحة والسكان، تمخض عن تلك الجلسات ما عرف بميثاق الذي يهدف إلى تجديد المبادئ الأساسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الصحية، من خلال الاهتمام بالجانب التنظيمي وكذا التمويل، حيث تضمن الميثاق 04 أربعة فصول : المبادئ الرئيسية لتنظيم المنظومة الصحية تمويل الصحة، التكوين والإعلام والاتصال والمبادئ الأساسية للسياسة الوطنية للصحة وهي :[1]

1. حماية الصحة وترقيتها من خلال الاستفادة من العلاج، بتطبيق مبدأ العدالة الاجتماعية والإنصاف والتضامن، للحد من اللامساواة .
2. أولوية الصحة في مختلف البرامج الحكومية.
3. اعتماد سياسة التوازن الجهوي.

[1] – وزارة الصحة ، ميثاق الصحة 26،27، 28 ماي 1998، ص ص 01، 04.

4. تطوير صيغ بديلة لتمويل النفقات الصحية بإشراك الجميع.
5. تحسين الظروف الوضعية والاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي الصحة.
6. الاهتمام بالموارد البشرية عن طريق التكوين والتطير لأنه هو من يقدم الخدمة.

فكل النقاط أو المحاور التي ركز عليها ميثاق الصحة كانت مهمة، حيث ارتبطت بمختلف العناصر التي لا يمكن الحديث عن تطوير القطاع الصحي، أو تقديم الخدمة الصحية أو حتى تعزيز الصحة دون وجودها، المتعلق منها بالموارد المادية والبشرية والمالية من أجل ضمان الحصول على الرعاية الصحية للجميع في ظل اعتماد مبدأ العدالة الاجتماعية كما هو مشار إليه، فكل تلك النقاط تعبر عن مضمون السياسة الصحية وفي نفس الوقت هدفها في ظل ما تفرضه الظروف في كل مرة من مستجدات يكون الوضع الصحي أمام ضرورة مجابهتها.

لقد عرف القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها في هذه المرحلة أي 1962-1999 العديد من التعديلات أولها رقم 88-15 المؤرخ في 3 ماي 1988 والثاني رقم 90-17 المؤرخ في 31 يوليو 1990، إضافة إلى القانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت 1998 والذي يعتبر ثالث تعديل، كما يعتبر منعرج حاسم في مراحل التي مر بها قطاع الصحة، حيث تضمن هذا التعديل (مفتشية الصيدلة) التي كان الهدف منها هو مراقبة المواد الصيدلانية وهذا ما تعكسه (المادة 194-5) "يراقب الصيادلة المفتشون الصيدليات وملحقاتها ومستودعات المواد الصيدلانية ومؤسسات إنتاج و/أو تسويق المواد الصيدلانية، وأماكن الاستيراد والشحن والتخزين وكذا مخابر التحاليل الطبية مهما كانت صفة أصحابها، وتطبيق كل الترتيبات المنصوص عليها في القوانين والتنظيمات المعمول بها والمتعلقة بممارسة الصيدلة ويتم ذلك ولو في غياب الصيدلي المعني أو الصيادلة المعنيين ".[1]

يهدف هذا الإجراء إلى حماية المستهلك أو المريض بالدرجة الأولى، فصحة المواطن قبل كل شيء، ومنع مختلف التجاوزات والأعمال غير القانونية.

أما النقطة الثانية التي تضمنها وهي (النشاط التكميلي)، (فالمادة 03) تعدل وتتمم المادة 201 من القانون 85-05 حيث نصت المادة(201-2)[2] أنه يمارس النشاط التكميلي خارج المؤسسات الصحية العمومية ويرخص به في :

- ✓ المؤسسات الصحية الخاصة.
- ✓ المخابر الخاصة.
- ✓ القطاع شبه عمومي .

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 98-09 مؤرخ في 26 ربيع الثاني عام 1419 الموافق غشت سنة 1998، يعدل ويتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق ل 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها. الجريدة الرسمية، العدد 61، الصادرة 01 جمادى الأولى 1419 الموافق ل 23 غشت 1998، ص 04.

[2] – نفس المرجع السابق، ص 05 .

يكون هذا النشاط وفق رخصة تمنع لهؤلاء الممارسين الذين يسمح لهم القانون، حيث كان هذا الإجراء استجابة لما يتطلبه الوضع وهو الخروج من العشرية السوداء وبالتالي نقص الأطباء، كان هو الحل لتغطية ذلك النقص في المورد البشري، بحيث لا بد أن لا يؤثر هذا على مردودية هؤلاء الممارسين في تقديمهم للخدمة في المؤسسات العمومية إضافة إلى تحقيق نوع من التوازن في مقابل تركز معظم الأطباء الخواص في المناطق الشمالية وبالتالي فالهدف منه هو التغطية الصحية للجميع.

في مرحلة التسعينات بدأ التفكير في طرق جديدة للتمويل، نتيجة الارتفاع المستمر لنفقات العلاج وبهدف التحكم في تلك النفقات، فكان الاتجاه إلى النظام التعاقدي الذي تضمنه قانون المالية لسنة 1992 وكذلك الخاص بسنة 1994، لا يمكن الحديث عنه في هذه المرحلة لأن تطبيقه وحتى الفترة التجريبية التي بدأ فيها لم تكن في هذه السنوات على الرغم أن قوانين المالية نصت عليه.

في نفس الموضوع (التمويل) خصص ميثاق الصحة 1998 فصل للحديث عن تمويل النفقات الصحية، باعتبار هذا الأمر أولوية لضمان العلاج لجميع المواطنين، بحيث يراعي هذا النظام أي (النظام التعاقدي) الظروف الاقتصادية والاجتماعية ويتكيف معها، والتأكيد على تعميمه وليس هذا فقط وإنما إيجاد مصادر للتمويل، هذا لا يعني التخلي عن مساهمة الدولة وإنما المحافظة عليها كما جاء في نص الميثاق " لضمان الانسجام والتضامن الوطني من جهة واستمرارية صلاحياتها كسلطة عمومية في مجال التخطيط التنظيم ".[1]

[1] – وزارة الصحة، ميثاق الصحة، مرجع سبق ذكره، ص 03.

المبحث الثالث: تقييم السياسة الصحية الجزائرية للمرحلة 1962-1999.

الهدف من عملية التقييم هو الكشف عن السلبيات والإيجابيات، مكامن القوة والضعف في السياسة الصحية والكشف عن أوجه الخلل بين المخطط والفعل أي ما تم تحقيقه والتوصل إليه وأسباب تلك النقائص أو الإختلالات.

فالتقييم عملية أساسية يتم من خلالها التأكد بأن إنجاز السياسة تحقق بحسب المستويات المطلوبة، وفي هذا الإطار فإن التقييم يكون على مستوى تحقيق السياسة لأهدافها بصورة شاملة، بمعنى التأكد من مدى تعادل أو تفوق المخرجات التي تحققت عن السياسة مع مدخلاتها .[1]

لهذا اعتمدنا في هذا المبحث على تقييم أداء السياسة الصحية من خلال:

- ✓ الأطر القانونية المؤسسة للمرحلة.
- ✓ تقييم عرض مدخلات السياسة الصحية.
- ✓ تقييم مخرجات السياسة الصحة.

المطلب الأول: الأطر القانونية المؤسسة للمرحلة.

لا يمكن اعتماد أي سياسة عامة في أي قطاع كان دون قاعدة وأطر قانونية تعبر عن شرعيتها، حيث تسمح هذه الأطر بتنفيذ مختلف البرامج والإجراءات والمبادئ التي أتت في سياق تلك السياسة، عرفت هذه المرحلة (1962- 1999) مجموعة من النصوص القانونية التي كان الهدف منها التعبير عن نقائص ومتطلبات القطاع الصحي الجزائري، وبالتالي تعزيز الحق في الصحة للمواطن الجزائري الذي حرم منه لسنوات طويلة بسبب السياسة الاستعمارية المجحفة، ويمكن الإشارة إلى أهم الوثائق في الجدول الآتي.

[1] – أحمد، الزايد، مرجع سبق ذكره، ص 89.

الجدول رقم (12) : النصوص القانونية المؤسسة للسياسة الصحية في الجزائر 1962- 1999.

نوع الوثيقة	رقم الوثيقة	تاريخ صدور الوثيقة	محتوى أو مضمون الوثيقة.
مرسوم تنفيذي	64-110	10 أفريل 1964	تضمن إنشاء المعهد الوطني للصحة.
أمر	66-67	04 أفريل 1966	تضمن تنظيم مهن الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان والقابلات.
مرسوم	69-96	08 جويلية 1969	معالجة السل بصفة إجبارية ومجانا.
أمر	73-65	28 ديسمبر 1973	تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.
أمر	76-12	20 فيفري 1976	إنشاء مراكز إستشفائية جامعية.
أمر	76-79	23 أكتوبر 1976	تضمن قانون الصحة العمومية.
مرسوم	86-25	11 فيفري 1986	تضمن القانون النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية
مرسوم	88-204	18 اكتوبر 1988	تضمن شروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها
مرسوم تنفيذي	89-11	07 فيفري 1989	تضمن تحويل المعهد التقنولوجي للصحة العمومية في وهران إلى مدرسة وطنية للصحة العمومية.
مرسوم تنفيذي	92-276	06 جويلية 1992	يتضمن مدونة أخلاقيات الطب.
مرسوم تنفيذي	94-293	25 سبتمبر 1994	تضمن إنشاء صيدلية للمستشفيات وتنظيمها و عملها.
مرسوم تنفيذي	95-40	28 جانفي 1995	إنشاء الوكالة الوطنية لتطوير البحث في الصحة .
مرسوم تنفيذي	95-108	09 أفريل 1995	تضمن إنشاء الوكالة الوطنية للدم وتنظيمها وعملها.
مرسوم تنفيذي	97-465	02 ديسمبر 1997	يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها وسيرها .
مرسوم تنفيذي	97-466	02 ديسمبر 1997	تضمن قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها
مرسوم تنفيذي	97-467	02 ديسمبر 1997	تضمن قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية

			الجامعية و تنظيمها وسيرها .

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مراجع الدراسة.

يمكن القول أن نتائج هذه الأطر القانونية ومضمونها انعكس ايجابيا إلى درجة ما على الواقع من خلال التحسن الذي عرفه الوضع الصحي، مثلا مرسوم رقم 69-96 المتضمن معالجة السل بصدفة إجبارية ومجانية، الذي اعتبر منعرج حاسم في تحسن المنظومة الصحية أين سمح بتقليص انتشار مرض السل الخطير حيث شمل عدد واسع من المستفيدين بحكم مجانيته.

بالرجوع إلى المرسوم التنفيذي 89-11 الذي يتضمن المدرسة الوطنية للصحة نجد استمرار وتأكيد الاهتمام بتكوين الإطارات الطبية حيث تضطلع هذه المدرسة بدور كبير في الارتقاء بالقطاع الصحي هذا ما توضحه المادة 04" في إطار تكوين المستخدمين، تكوين الأطباء، والدراسات التي تقوم بها تطوير تسيير المؤسسات والهياكل الصحية، تشارك في تعميم تقنيات التسيير الحديث ".[1]

كما أن المرسوم التنفيذي 92-276 المتضمن أخلاقيات الطب الذي يؤكد على صحة الفرد وضرورة حمايتها والمحافظة عليها من خلال إلزام كل طبيب وصيدلي باحترام القواعد والأحكام التي تنص على احترام حياة الفرد وكرامته وعدم تعريضه للخطر.

هناك العديد من الهياكل مثل المستشفيات والمعاهد والصيدليات التي كانت وليدة الأطر القانونية لهذه المرحلة وهذا ما يعبر عن الإرادة في تحسين الوضع الصحي.

وإذا كان من الضروري الاستجابة للتطور التكنولوجي في مجال الطب والعمل على ذلك لا يكون إلا من خلال البحث العلمي، فكانت الاستجابة من خلال إنشاء الوكالة الوطنية لتطوير البحث في الصحة من خلال المرسوم التنفيذي 95-40، والأهمية التي تحظى بها قضية الأدوية وضرورة توفيرها دفعت إلى إنشاء صيدلية للمستشفيات بمقتضى المرسوم التنفيذي 94-293، وبالتالي كانت الأطر القانونية تحاول تغطية كل ما يتعلق بالصحة وتوضيحه وملئ ذلك الفراغ الذي قد يؤثر على حسن سير المنظومة الصحية، لذلك اعتبر وجود الوكالة الوطنية للدم ضرورة والتي تم إنشاءها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 95-108 حيث تضطلع بالعديد من المهام، كما جاء في (المادة 05) :[2]

- إعداد واقتراح سياسة الدم ومتابعة تطبيقها.
- التكفل بالاحتياجات الوطنية الخاصة بمواد الدم .
- وضع نظام ضمان الجودة.

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 89-11 المؤرخ في أول رجب عام 1409 الموافق ل 07 فبراير 1989 ، يحول المعهد التقنوقراطي للصحة العمومية في وهران إلى مدرسة وطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادرة 02 رجب 1409 الموافق ل 08 فبراير 1989، ص 162 .

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 09-258 مؤرخ في 20 شعبان عام 1430 الموافق ل 11 غشت سنة 2009، يتعلق بالوكالة الوطنية للدم، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة 25 شعبان 1430 الموافق ل 16 غشت 2009، ص 12.

على الرغم من التشريعات الكثيرة التي كان الهدف منها تحسين نوعية الخدمة وتطوير المنظومة الصحية إلا أنها تحتاج إلى التحديث والتفعيل من أجل نفس الهدف وهو تطوير خدمات الرعاية الصحية، نتيجة للتغيرات الكبيرة والتحديات التي تواجه السياسة الصحية والتي لابد من الاستجابة لها، خاصة إذا تعلق الأمر بقانون حماية الصحة وترقيتها 85-05، والقوانين الخاصة بالتعليم الطبي لما لها من تأثير مباشر على الخدمات الصحية بحيث يتم مراجعة تلك القوانين من أجل تعديلها لتكيف بشكل ملائم مع التحولات الوبائية والديموغرافية التي تعرفها الجزائر والتي تعتبر تحديات بالنسبة للسياسة الصحية الجزائرية.

المطلب الثاني: تقييم عرض مدخلات السياسة الصحية.

خصصنا هذا المطلب لتقييم مدخلات السياسة الصحية الجزائرية والتي نقصد بها مختلف الموارد المادية والبشرية والمالية، فالحصول على خدمات الرعاية الصحية يتطلب وجود هيئة طبية من أطباء عامين، أخصائيين صيادلة وغيرها، إضافة إلى المؤسسات الصحية من مراكز طبية، عيادات، مستشفيات، قاعات علاج التي تقدم الخدمة عن طريقها، أي كل الجهات المنوطة بتنفيذ السياسة الصحية، إضافة إلى الموارد المالية التي تعتبر أساسية في لتمويل الخدمات الصحية العامة.

من أجل تقييم السياسة الصحية والتي تعتبر عملية ضرورية يتم باستخدام العديد من المعايير ومن بينها معايير الكفاءة والفاعلية، حيث ترتبط الأولى بمختلف المدخلات (الموارد المادية، المالية، البشرية) الواجب توفرها لتحقيق مستوى معين من المخرجات، في حين تقاس الفاعلية بمدى الاستخدام الأمثل لتلك الموارد، من أجل الوصول إلى الأهداف التي سطرتها السياسية الصحية، من أهمها تحسين الوضع الصحي، وضمان الحق في الصحة للجميع دون استثناء، مع مراعاة العدالة والمساواة في تقديم الخدمة لأنها جزأ لا يتجزأ من العدالة الاجتماعية*، كما لا يمكن الحديث عن زيادة كفاءة السياسة الصحية إلا إذا تم تحقيق أحد البدائل التالية :[1]

- زيادة كمية المخرجات مع بقاء كمية المدخلات ثابتة.
- زيادة كمية المخرجات بنسبة أعلى من نسبة زيادة المدخلات.
- انخفاض كمية المدخلات مع بقاء كمية المخرجات ثابتة.
- انخفاض من كمية المدخلات بنسبة أعلى من نسبة انخفاض كمية المخرجات.

أولا: الهياكل الصحية:

* **العدالة الاجتماعية** تعني تكافؤ الفرص بين أفراد الشعب وفئاته، بمعنى توفير المناخ الذي يسمح بان يكون لدى كل مواطن وكل فئة الفرص نفسها المتاحة للآخرين، وبذلك يشعر كل مواطن بأنه يحصل على نصيبه العادل من السلع والخدمات. للمزيد انظر:
إبراهيم بدر شهاب، الخالدي، معجم الإدارة، ط1، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2011، ص 315.

[1]- وفاء، سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، 2016/2015، ص 68 .

يعتبر معدل وحدة صحية/سكان، ومعدل سرير/سكان من أهم المؤشرات التي تعكس نوعية الرعاية الصحية المتوفرة في المجتمع، كما تقيس مؤشر عدد السكان / عدد الأسرة شدة الطلب أو ضغط الطلب في المجتمع على الأسرة ونستخدم في الدراسة هذا المؤشر أي عدد السكان وليس عدد المرضى كانعكاس لحجم الطلب في المجتمع ككل.[1]

البنية التحتية ضرورية فهي المسؤولة عن تقديم الخدمة وجودتها وكفايتها، لذلك تم السعي من خلال السياسة الصحية التي تبنتها الدولة لهذه المرحلة إلى إنشاء عدد كبير من الهياكل الصحية مستشفيات عيادات، مراكز صحية...، وتوسعة البعض الآخر، فمن خلال البنية التحتية تدار خدمات الرعاية الصحية بمختلف أنواعها .

تلعب المؤشرات القابلة للقياس، والمقاييس الملموسة دور في تقييم مختلف السياسات لمعرفة مدى فاعليتها وكفاءتها، " فالمؤشرات هي مجموعة من المتغيرات الكمية أو الكيفية القابلة للقياس، وعلى هذا الأساس يمكن التعبير عن حالة أي متغير واقعي في حالته العادية، لتقيس بواسطة المؤشر مدى اتساع أو انحراف المتغير الذي نقيسه عن الحالة المعتادة أو الصحيحة." [2]

يمكن من خلال الجدول الأتي عرض تطور البنية التحتية منذ سنة 1974 إلى غاية 1999 لكي نتمكن من معرفة الفارق بين كل سنة وأخرى.

جدول رقم (13): المنشآت الصحية القاعدية من 1974-1999.

المنشآت	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
المستشفيات	143	142	183	183	183	182	193	188	196
مراكز صحية	558	612	590	620	664	747	662	745	820
عيادات متعدد الخدمات	106	123	139	153	162	175	161	192	228
قاعات العلاج	1402	1452	1295	1325	1364	1422	1364	1431	1660
عدد الأسر في المستشفيات	43404	44135	44594	45029	45168	44347	43028	44351	45830
دور الولادة	50	53	40	47	54	36	54	/	/

1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
198	197	211	238	261	263	275	284	263	263
910	869	969	1025	1205	1238	1238	1309	1112	1117
249	279	319	359	412	434	485	510	445	451

[1] – محمد، الأسطل، مرجع سبق ذكره، ص 111 .

[2] – أحمد، الزايد، مرجع سبق ذكره، ص 94.

3848	3618	3344		3041	2693	2574	2454	2197	1664
53068	474	60124	58605	56214	55001	52898	49315	49280	47360
506	474	475	333	/	/	/	/	/	/

1999	**1998**	**1997**	**1996**	**1995**	**1994**	**1993**
261	245	223	232	251	274	267
1185	1126	1110	1098	1152	1160	1131
482	478	462	446	471	462	459
3851	3780	3601	3748	4174		3958
54170	53529	52968	53125	54213	53612	52802
437	447	389	400	489	511	486

Source:office National des statistiques, Rétrospective statistique 1962-2011, Alger: la direction des publications de la diffusion de la documentation et de l'impression, juin 2013, p p 115, 116

من خلال هذا الجدول الذي يبرز لنا المعطيات الكمية (الرقمية) التي تتعلق بالبنية التحتية للصحة، نلاحظ ارتفاع مستمر في عدد المنشآت الصحية سواء كانت مستشفيات أو مراكز صحية، عيادات متعددة الخدمات أو الأسرة في المستشفيات، بعد العدد المحدود الموروث عن المستعمر والذي كان يتركز المدن الكبرى فقط، إن الموجود الفعلي من المستشفيات يبلغ عددها حوالي (261) مستشفى سنة 1999 بعد أن كان العدد سنة 1974 لا يتعدى 143 مستشفى، وعرفت المراكز الصحية ارتفاع محسوس من 558 مركز صحي 1974 إلى حوالي 1185 مركز صحي سنة 1999، نفس المسار اتخذته العيادات متعددة الخدمات إلى أن بلغ عددها 482 عيادة من نفس السنة، كما عرف عدد دور الولادة ارتفاع، أين بلغ عددها حوالي 437 وهو العدد الإجمالي لدور الولادة الريفية والحضرية في كلا القطاعين العام والخاص، كما كان للظروف الإستثنائية في فترة التسعينات تأثير على المنشآت الصحية، حيث نلاحظ زيادة محسوسة وفي بعض المرات تراجع خاصة مع بداية 1991 مثلا كان عدد العيادات المتعددة الخدمات سنة 1990 حوالي 510 عيادة يتراجع إلى 446 مع سنة 1996.

أخذت البنية التحتية حيز وأولوية كبيرة في السياسة الصحية للمرحلة (1962-1999)، وكان لهذه الأولوية انعكاس في الزيادة المستمرة للمنشآت الصحية، وذلك بهدف ضمان توسيع التغطية الصحية كما كان للأمر 76-12 الذي تضمن إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية دور في ارتفاع وزيادة الهياكل الإستشفائية، حيث قدر الفارق بين سنة 1974 و1976 بحوالي 40 مستشفى .

ثانيا: الهيئة الطبية:

لا تقل أهمية الموارد البشرية عن أهمية البنية التحتية في تقديم الخدمات الصحية وتوسيع نطاق التغطية، حيث بدأ عدد الأطباء والصيادلة يعرف ارتفاع منذ الاستقلال مباشرة، وهذا بناء على السياسة الصحية والإجراءات التي تم وضعها حيث يعتبر وجود الهيئة الطبية المناسبة مؤشر مدخلات يعبر عن الإتاحة المتوسطة للمهنيين الصحيين، ويوضح الجدول التالي تطور عدد الهيئة الطبية 1963-1999.

الجدول رقم (14): تطور عدد الأطباء وجراحي الأسنان والصيادلة 1963-1999.

السنة	عدد الأطباء	عدد السكان/ طبيب	عدد جراحي الأسنان	عدد السكان/ لكل جراح أسنان	عدد الصيادلة	عدد السكان/ لكل صيدلي
1962	1279	7835	/	/	/	/
1965	1419	8007	127	89472	186	61091
1970	1760	7562	255	52192	/	/
1975	3212	4909	617	25556	901	17501
1980	8518	2193	1691	11038	1105	16892
1985	13221	1654	2750	7950	1359	16088
1990	23550	1063	7199	3476	2134	11725
1995	27317	1027	8056	3476	3691	7602
1999	30962	968	8062	3717	4600	6514

Source: office National des statistiques, op, cit , p p 108 ,110.

من خلال البيانات الموضحة نلاحظ ارتفاع في عدد الهيئة الطبية فقد كان عدد الأطباء لا يتجاوز 1500 طبيب ل 9 ملايين نسمة قبل الاستقلال وحتى السنوات الأولى منه وبدأ العدد في الارتفاع خاصة بعد فتح المعاهد، نلاحظ في كل سنة انخفاض عدد السكان لكل طبيب أو صيدلي وهذا يعتبر دليل على توسع التغطية الصحية والتي من المفروض أن يصاحبها تحسن في نوعية الخدمة التي تقدم، في سنة

1962 كان عدد الأطباء حوالي 1279 طبيب بمعدل 7835 ساكن لكل طبيب وهو عدد كبير جدا ليصل عدد الأطباء 30962 طبيب بمعدل طبيب لكل 985 ساكن وهذا سنة 1999 يعتبر هذا التطور إيجابي لحد ما، ونفس الملاحظة بالنسبة لجراحي الأسنان الذين ارتفع عددهم من 127 طبيب سنة 1965 بما يعادل طبيب لكل 89472 ساكن وهو ما يعبر عن عدم وجود تغطية صحية جيدة، ليصل سنة 1999 عدد جراحي الأسنان إلى 8062 طبيب بمعدل طبيب لكل 3717 ساكن فهناك تحسن مقارنة بما كان عليه الوضع في السابق، بهذا انخفض عدد السكان ب 85755 للطبيب الواحد، كما لم يتجاوز عدد الصيادلة 204 صيدلي سنة 1963، قدر عدد الجزائريين منهم 70 صيدلي مقابل 194 صيدلي أجنبي بمعدل صيدلي لحوالي 51225 ساكن ليتراجع إلى 186 صيدلي سنة 1965 ليعود للارتفاع سنة 1999 ب 4600 صيدلي، بمعدل واحد لكل 6864 ساكن، كما نلاحظ أن في كل مرة يرتفع عدد الأطباء والصيادلة الجزائريين مقابل انخفاض عدد الأجانب، وهذا راجع إلى تطبيق الجزأرة الذي عرفتها مختلف القطاعات، فكانت نسبة الأطباء الأجانب حوالي 73.30 % سنة 1963 مقابل 26.70 %جزائري، لتنقلب الموازنة مع نسبة 1972 ليصبح عدد الأطباء الجزائريين حوالي 89.30% والباقي أجانب وهو عدد قليل مقارنة لما كان عليه من قبل.

لكن التحدي الأكبر الذي يطرح دائما هو في تقديم خدمات الرعاية الصحية ذات الجودة، هذا ما يجعلنا نتساءل عن ما إذا كان العدد الكبير للهيئة الطبية والموارد البشرية قي القطاع الصحي يعكس حقيقة النوعية والجودة في الخدمة الصحية المقدمة ؟ لأن الأداء الجيد للموارد البشري في أي قطاع كان يتأثر بالعديد من العوامل، ولا ترتبط جودة الخدمة التي يقدمها هذا المورد بالعدد فقط.

الهدف من البنية التحتية اللازمة والموارد البشرية (القوى العاملة) هو توفير جميع برامج الرعاية الصحية الأساسية، مع توفير الرعاية لمختلف الفئات خاصة الطفولة والأمومة، كما لا ننسى الخدمات الوقائية من بينها التطعيمات والنظافة وغيرها، كما لابد من الإشارة أن الارتفاع الذي عرفته المنشآت الصحية والهيئة الطبية صاحبه ارتفاع لعدد السكان الذي تجاوز 25022 ألف سنة 1999، لكن على الرغم من ما تم تحقيقه من تقدم سواء على مستوى الهياكل القاعدية أو الموارد البشرية إلا أن الأهداف التي كانت مسطرة لم يتم تحقيقها كليا، وذلك من خلال مقارنة المخطط له مع ما تم إنجازه ويمكن الكشف عن ذلك من خلال الجدول الآتي .

الجدول رقم (15): الهياكل والمنشآت الصحية القاعدية مقابل عدد السكان في الجزائر 1997-1999.

المؤشرات	**السنوات**		
	1997	1998	1999
عدد الأسر / 1000 نسمة	2	2	2

عدد السكان / عيادات متعددة الخدمات	62.356	60.731	60.627
عدد السكان / مركز صحي	25.350	25.454	23.750
عدد السكان / قاعة علاج	6.868	6.667	6.709
عدد السكان / صيدلية	6.152	5.780	5.652

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2000، نوفمبر 2001، ص 76.

على الرغم من التحسن الذي توضحه بيانات الجدول سواء فيما يخص عدد السكان بالنسبة للعيادات الخاصة أو المراكز الصحية وحتى قاعات العلاج والصيادلة، إلا أن مؤشر الكفاية السريرية لم يتغير على مدار ثلاث سنوات متتالية، حيث بلغ معدل الأسرة بالنسبة لعدد السكان 2 سرير لكل 1000 نسمة خلال سنوات 1997، 1998، 1999 بمتوسط سرير لكل 500 مواطن، كما لم يتم تحقيق الأهداف المسطرة مع الخريطة الصحية لسنة 1981، حيث كان السعي إلى أن يكون 30000 ساكن/عيادة متعددة الخدمات لكن هذا العدد كان الضعف سنة 1997 أي يفوق 60000 ساكن/عيادات متعددة الخدمات، ومركز صحي/5000 نسمة لكن الحقيقة كانت 25.350 نسمة/مركز صحي، الفارق أو الهدف تحقق فيما يخص عدد السكان/صيدلة، حيث كان مخطط 6000 ساكن/صيدلية ليصل إلى 5.652 ساكن/صيدلية.

الجهود التي بذلت من أجل تعزيز تواجد الأخصائيين داخل الوطن ساهمت في ارتفاع عدد الأطباء الأخصائيين الممارسين عبر هياكل الصحة العمومية، حيث بلغ عددهم في الهضاب العليا 307 طبيب أما في ولايات الجنوب قدر ب 80 ممارس سنة 1999 .[1]

كان للقطاع الخاص مكانة في ظل ما تم تحقيقه حيث مثل ثلث السلك الطبي الموظف سنة 1993، لكن التوسع والزيادة العددية لم تنعكس على النتائج المنتظرة منه، ولا حتى في تقديم خدمة ذات نوعية معتبرة وذات جودة، كما كان لذلك التوسع أثر على القطاع العمومي الذي أفرغ من تأطيره التقني، وأصبحت العديد من المستشفيات تعاني من نقص الأخصائيين وهؤلاء موجودين بمنطق الخواص،[2] حيث بلغ عدد الممارسين الصحيين في القطاع الخاص سنة 1998 حوالي 15548 ممارس، أين ارتفع بنسبة 7% مقارنة بسنة 1997، تعود هذه الزيادة إلى ارتفاع الأطباء الأخصائيين في هذا القطاع الذي بلغت نسبتهم حوالي 3, 13% إضافة إلى ارتفاع الصيادلة المقدر عددهم ب 9 % أما الأطباء الجراحين بلغت نسبتهم 5 %.[3]

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، الآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء: نقطة الارتكاز الوطنية الجزائر، نوفمبر، 2008، ص 325.

[2] – نور الدين، حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائر. مرجع سبق ذكره، ص 300.

[3] - Ministère de la santé et population , statistiques sanitaires , année 1998 , p 21.

ثالثا: الموارد المالية:

من أبرز القضايا التي أصبحت تفرض نفسها وبشكل ملح هي تكلفة الخدمات الصحية، فأصبح الإنفاق على الصحة يشكل عبأ على الدولة خاصة مع الظروف الاقتصادية الحرجة، والتي اتسمت بارتفاع المديونية وتراجع نسبة الاستثمارات بسبب الأوضاع الأمنية غير المستقرة، حيث صاحب ذلك انخفاض الناتج المحلي الإجمالي من 2400 دولار أمريكي إلى 1400 دولار أمريكي تغير على إثرها هيكل النفقات الصحية الوطنية .[1]

يمكن إيضاح التغيير الحاصل على مستوى مصادر تمويل النفقات الصحية من خلال الجدول الآتي.

جدول رقم (16):تطور نسبة مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر 1979- 1989 %

/	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1989
الدولة	32.8	29,3	32	31	33	20.8	17	19.9	20.4	19.94
الضمان الاجتماعي	38.5	39.3	40.7	39.5	40	53	57	57	58	60.24
العائلات	25,9	26	21	27	23	22,7	22,6	20.8	19.4	18.72
مصادر أخرى	2.7	5.4	3	2.5	2.5	2.2	2.3	2.0	1.7	1.1
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source: Ministère de la santé, Rapporte générale sur l'organisation du système de santé, janvier 1990, p15.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ تراجع نسبة مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية حيث سجلت في سنة 1979 مساهمة قدرت ب 32.8% من إجمالي النفقات لتصل نسبة 1985 إلى 17% وبقيت تقريبا في نفس الاتجاه بارتفاع قدر ب 2.9%، لتصبح 19.9% سنة 1986 أي مع الأزمة التي عرفها الاقتصاد الوطني وسجلت في سنة 1989 حوالي 19.94% بمعنى لم تعد للارتفاع الذي كانت عليه من قبل .

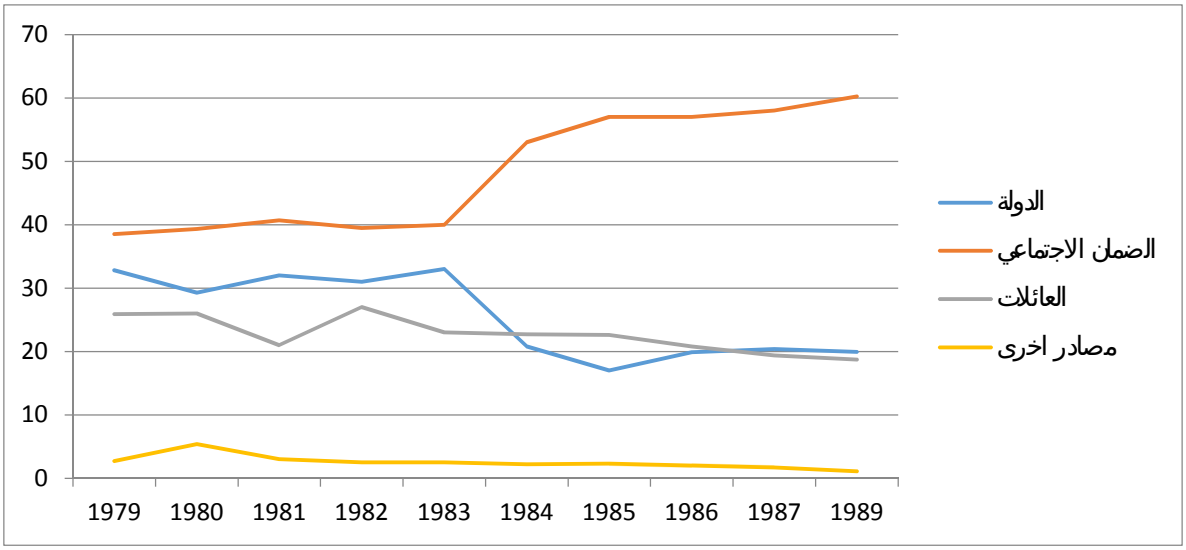
أما مساهمة الضمان الاجتماعي أخذت منحى تصاعدي بعد أن سجلت سنة 1979 مساهمة قدرت ب 38.5% لترتفع سنة 1985 و1986 بنفس القيمة التي قدرت ب 57% لتصل نسبة مساهمتها إلى 60.24% سنة 1989 وبهذا يصبح الضمان الاجتماعي أكبر مساهم في تمويل النفقات الصحية.

[1] - FARIDE CHAOUI , MICHEL LEGROS , AUTRE , OP ,CIT, P 51 .

في المقابل عرفت مساهمة العائلات اتجاه تنازلي حيث انتقلت من 25.9 %سنة 1979 لتصل إلى 20.8% في سنة 1986 وتستمر في التراجع لتصل مساهمتها إلى 18.72% سنة 1998.

لا يختلف المنحى الذي اتخذته مساهمة بعض الجهات التي تمثل مصادر للتمويل، لكن مساهمتها كانت ضئيلة جدا لتنتقل من 2.7% في سنة 1979 إلى 1.1% سنة 1989 ليتم ترتيب هؤلاء المساهمين كالتالي: الضمان الاجتماعي بأكبر مساهمة ثم تليه الدولة وبعدها الأسر وآخر مرتبة الجهات الأخرى ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الشكل.

الشكل رقم (07): يوضح تطور مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية 1979-1989(%)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على الجدول أعلاه.

سجلت نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج المحلي تراجعا كبيرا على امتداد 14 سنة ماضية، ابتداء من سنة 1984 التي قدرت فيها نسبة الإنفاق ب 6% لتصل إلى 3% في سنة 1989 علما أن سنة 1986 شهدت تراجع كبير وواضح حيث قدرت 1.52، بداية من سنة 1984 والإنفاق العمومي يؤكد تراجعه، هذا ما يتضح من خلال مقارنة حجم الإنفاق العمومي الكلي بحجم الإنفاق على الصحة .[1]

الجدول رقم (17) : تطور ميزانية الصحة والناتج المحلي الإجمالي 1987-2000.

السنوات	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000
الميزانية (10 دج)	11329	11630	18725	26362	35928	42755	52135	53345
الناتج المحلي الإجمالي (10)	312.9	422	862.1	1189.1	2005	2771.7	3203.6	4023.1
الميزانية / من الناتج المحلي الإجمالي (%)	3.6	2.8	2.2	2.2	1.8	1.5	1.6	1.3

Source: Institute National de santé publique, projet tahina Analyse des causes de décès Année 2002, Novembre 2008, p25.

[1] – سعدون، بوكبوس، مرجع سبق ذكره، 2012، ص 277.

بناء على البيانات الواردة في الجدول نلاحظ تراجع ملحوظ في ميزانية القطاع الصحي من الناتج المحلي الإجمالي (PIB)، فبعدما كانت تقدر ب 3.6% من الناتج المحلي الإجمالي تراجع لتصل 2.2%سنة 1993 ويستمر التراجع حتى سجل 1.6 %سنة 1999 وهذا من شأنه أن يؤثر على مردودية هذا القطاع من ناحية مقابل استمرار الطلب المتزايد على الخدمة الصحية من ناحية أخرى، وبالتالي أصبحنا أمام معادلة أنه كلما زاد الطلب على خدمات الرعاية الصحية كلما تراجعت ميزانية القطاع الصحي .

المطلب الثالث: تقييم مخرجات السياسة الصحية.

اعتمدنا في هذا المطلب على تقييم السياسة الصحية من خلال المخرجات والتي نقصد بها مجموعة المؤشرات التي تعتمد للتعريف بالحالة الصحية ويتم الاستناد عليها لمعرفة مدى نجاعة وفعالية السياسة الصحية الجزائر لفترة (1962-1999) .

اختلفت المؤشرات الصحية أو المؤشرات المعتمدة لتعريف الحالة الصحية والتي تعبر عن كفاءة النظام الصحي ومدى فاعلية السياسة الصحية المتبناة من مؤسسة دولية لأخرى، حيث تعتمد منظمة اليونسيف مثلا على معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية، بينما تعتمد منظمة الصحة العالمية على العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر بعد تعديله ليأخذ في الاعتبار المعلومات المتوفرة حول البيئة الصحية وتاريخ الأمراض، على العموم يمكن تحديد أهم تلك المؤشرات في معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون الخامسة العمر المتوقع عند الولادة، مؤشر حالات الولادة التي تمت تحت إشراف موظفين صحيين، معدل وفيات الأمهات (الولادة)، إضافة إلى معدل تحصين الأطفال...[1]

ظهرت نتائج المجهودات التي بذلتها الدولة الجزائرية من أجل تحسين الوضع الصحي باعتماد مجانية العلاج المرفوقة بتنظيم الحملات الوطنية المكثفة للتلقيح ضد شلل الأطفال بين سنتي 1973 و1974 باستعمال اللقاح الفموي لأول مرة، والذي أدرج في جدول التلقيح وبهذا تم الحد من الظواهر المستوطنة التي كانت السبب في ارتفاع الوفيات لاسيما في وسط الأطفال، إضافة إلى تقليل أو الحد من وفيات النساء، كما كان لمجانية العلاج دور في تحسين الرعاية الصحية واتسع حجم الفحوصات الطبية من 6 ملايين سنة 1974 إلى 17 مليون مع سنة 1979 .[2]

فالسياسة الصحية حاولت الاستجابة للوضع المزري الذي كان يعيشه المواطن الجزائري من جراء تدني مستويات المعيشة التي كان لها انعكاس جد واضح على الوضع الصحي، هذا ما تأكده نوعية الأمراض والأوبئة المنتشرة ونسبة الوفيات التي كانت مرتفعة وتتجاوز في بعض الأحيان 50%، خاصة وفيات الأطفال التي كانت تقدر في سنة 1970 بحوالي 1000/142 نسمة لتتراجع في سنة 1980 إلى 84.7

[1] – علي، عبد القادر علي، " اقتصاديات الصحة "، سلسلة جسر التنمية. الكويت: المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، 2003، ص 11 .

[2] -Conseil national économique et social, Rapport national sur le développement Humain 2013 -2015 . Quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie? Algérie, p30.

/1000 وتصل سنة 1990 إلى 57.8 /1000، فنسبة التلقيح ضد الحصبة بلغت 52%سنة 1980، كما تراجع معدل وفيات الأمهات من 100.000/230 (1985-1989) ليصل إلى 215 وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 1992 و100.000/177 سنة 1999 مع وتيرة انخفاض تقدر ب5.5%، فقد حظيت الأم والطفل بأهمية كبيرة، حيث تم إدراج تقديم الخدمات التي تستهدفنا بشكل مبكر في العلاجات القاعدية أواخر الستينات وتعزيزها ابتداء من منتصف الثمانينات، حيث تم في سنة 1985 تبني البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، الذي ضم حوالي ثمانية برامج فرعية من بينها برنامج المسح للتلقيح في ظل الهدف العالمي " الصحة للجميع لعام 2000 ".[1]

من أهداف السياسة الصحية للمرحلة الأولى (1962-1973):[2]

1. المحاولة قدر الإمكان تحسين الوضع والمؤشرات الصحية بهدف التقليل من نسبة الوفيات، خاصة الناجمة عن الأمراض المعدية من خلال مجموعة البرامج التي تم تبنيها إضافة إلى الفرق الصحية المتنقلة.
2. ضمان التوزيع الجيد لمهنة الطب من خلال إلزام جميع ممارسي المهنة بالدوام في القطاع العام، والدعوة للتعاون الطبي الدولي وكل ذلك من أجل تحسين وتسهيل الوصول إلى الرعاية الطبية.

تمت السيطرة على معظم الأمراض السارية بشكل فعال، كما أن الأمراض التي يمكن الوقاية منها عرفت انخفاض ملحوظ مثل شلل الأطفال والدفتيريا وغيرها، كما يمكن متابعة ذلك من خلال الجدول التالي.

الجدول رقم (18) :التحول الوبائي في الجزائر للفترة 1963-1998.

الأمـــــــراض /السنوات	1963	1969	1979	1989	1998
الدفتيريا	381	496	73	09	57
التيتانوس	58	136	37	63	28
السعال الديكي	591	1201	81	22	13
شلل الأطفال	75	228	72	18	00
الحصبة	902	3733	14973	4162	3132
إلتهاب الكبد	/	/	6346	3078	3378

Source: Farid, chaoui, Michel, Legros, op. cit, p 62.

[1] – عبد المالك، بوضياف، مداخلة مقدمة في أشغال اليوم البرلماني حول دور ومكانة القابلات في المنظومة الوطنية للصحة. الجزائر: المجلس الشعبي الوطني، 05 ماي 2014، ص ص 29، 30.

[2] -Institue Nationale de santé publique, projet tahina 2008 , op, cit , p17.

من خلال إطلاعنا على بيانات الجدول أعلاه نلاحظ انخفاض محسوس لبعض الأمراض حيث شهدت الدفتيريا في سنة 1963 حوالي 381 حالة لتتراجع حتى تصل حوالي 09 حالات سنة 1989، ونفس الملاحظة بالنسبة للتيتانوس الذي بلغ 28 حالة سنة 1998 بعدما وصل 1969 حوالي 136 حالة، أما فيما يتعلق بشلل الأطفال لم تسجل أي حالة سنة 1998 بعدما بلغ عدد الحالات سنة 1969 حوالي 1201، وتراجع السعال الديكي ليسجل 13 حالة سنة 1998 بعدما تجاوز 590 حالة في 1963 لكن هناك بعض الأمراض التي عرفت ارتفاع مثل الدفتيريا التي ارتفعت إلى 57 حالة سنة 1998 بعد أن كانت لا تتعدى 09 حالات 1989، إضافة إلى الحصبة والتهاب الكبد اللذان سجلا ارتفاع يفوق 3000 حالة .

بناء على التقرير المقدم من طرف المجلس الاقتصادي والاجتماعي لنهاية سنة 1997 سجل ارتفاع في مؤشر وفيات الأطفال (1989–1996) يفوق 31% أي يفوق 31 في الألف هذا العدد داخل المؤسسات الصحية لترتفع الحصيلة إلى 44 في الألف بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (0–14) وبلغت نسبة وفيات الأمهات 0.6% في 1000، كما بلغ عدد الولادات غير المصرح بها في الوسط الريفي 24% وهي نسبة مرتفعة إلى حد ما .[1]

كما سجل نقص في الأدوية وحدوث تعطل في سير وتنفيذ البرامج الوطنية للوقاية والأمر الخطر هو عودة العديد من الأمراض والأوبئة الخطيرة، التي كانت منتشرة في بداية الاستقلال وكانت قد بدأت تعرف تراجعا بعد المجهودات المبذولة وكأن التاريخ يعيد نفسه، بتدني مستويات المعيشة، غياب الأمن، الأمراض، الأوبئة، انتشار الفقر في أوساط الجزائريين، وبالتالي كان للوضع انعكاس على الحالة الصحية.

الجدول رقم (19) : تطور معدل التغطية بالتحصين 1991–1999 (%).

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
السل (BCG)	91	92	93	94	94	94	95	95	97
الدفتيريا(DTCP1)	88	91	82	86	88	88	89	89	91
الدفتيريا(DTCP2)	86	85	81	80	83	84	84	85	87
الدفتيريا(DTCP3)	82	78	75	74	77	79	80	80	83
الحصبة	74	68	69	69	69	75	74	75	78

Source: comité des droits de l'enfants, réponses écrites du gouvernement de l'Algérie a la liste des points, rapport périodique de l'Algérie par le comite des droits de l'enfant 25 aout 2005, p16.

[1] – سعدون، بوكبوس، مرجع سبق ذكره، ص 277 .

من خلال المعطيات الإحصائية المتعلقة بالتغطية بالتحصين نلاحظ ارتفاع في نسب التغطية بالتحصين بالنسبة لجميع أنواع اللقاحات حيث قدرت بأكثر من 80 % في جميعها، وبلغت نسبة التلقيح ضد السل (BCG) 97% في سنة 1995، لكن تظهر المعطيات أيضا تراجع في نسب التغطية للسنوات من 1992 إلى غاية سنة 1996 على التوالي فبعد أن بلغت نسبة التغطية ضد الدفتيريا 82% سنة 1991 تراجعت لتصل 74% سنة 1995، إضافة إلى التراجع في نسب التلقيح ضد الحصبة التي بلغت 74% في سنة 1991 وتتراجع لتصل 69% سنة 1995، وبالتالي الظروف التي كانت سائدة في المرحلة أثرت حقيقة على برامج الوقائية لتعود نسب التحصين وتأخذ منحى تصاعدي ابتداء من سنة 1997 .

تعتبر وفيات الأطفال مؤشرا أساسيا لقياس مدى التقدم الصحي المحقق بالنسبة لأي دولة ونلاحظ تطور هذا المؤشر في الجزائر من خلال الجدول التالي.

جدول رقم (20): تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر 1965-1999.

السنوات	وفيات الأطفال‰
1965	171.0
1970	147.0
1973	118.3
1977	147.0
1978	112.45
1979	115.45
1981	84.72
1982	83.72
1983	82.73
1984	81.24
1985	78.3
1986	70.71
1978	64.42
1988	60.42
1989	58.76
1990	57.8
1991	57.0
1992	55.4
1993	60.3
1996	54.6
1997	56.6
1998	37.4
1999	39.4

Source: Nadjat , Kadi, Modèle de transition démographique en Algérie, Actes du séminaire National sur la situation démographique de l'Algérie ,université d'Oran 21 et 22 mai 2012, p118.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ انخفاض ملحوظ في معدل وفيات الأطفال حيث كانت تقدر النسبة ب 171 سنة 1965 لتصل إلى 39.4 سنة 1999، بقيمة انخفاض مقدرة ب 131 نقطة وكان الانخفاض في معدل وفيات الأطفال في مختلف مراحل العمر حيث انخفض معدل وفيات الأطفال حديثي

الـولادة (0-1) شـهر مـن 24.0 /1000 فـي الفتـرة (1985-1989) إلـى 1000/20.5 (1995-1999) أما وفيات الأطفال البالغين من عمر (01 – 12 شهر) انتقل من 1000/27.0 (1985-1989) إلـى 1000/14.1 (1995-1999).[1] وهـذا يعبـر علـى تحسـن ملحـوظ فـي نوعيـة الخـدمات والرعاية الصحية التي تستهدف هذه الشريحة و بالتالي مزال خطر وفاة الأطفال قبل بلوغهم العام الأول مرتفع.

إن التراجع الذي حققه معدل وفيات الأطفال يعود إلى مختلف الإجراءات التي تم رصدها للقضاء أو الحـد مـن الأمـراض المتسـببة فـي ارتفـاع والوفيـات، مـن بينهـا برنـامج التحصـين الموسـع (pev) programmer élargi de vaccination الذي كان من أهدافه القضاء على شلل الأطفال، الحصبة، الدفتيريا، والكزاز، والتهاب الجهاز التنفسي الحاد .

الجدول رقم (21): تطور معدل المواليد والوفيات الخام في الجزائر 1967-1999.

السنوات	معـدل المواليـد الخام ‰	معـدل الوفيـات الخام ‰
1967	50.12	15.87
1968	47.70	17.37
1969	49.81	17.01
1970	50.16	16.45
1971	48.44	17.00
1972	47.73	15.68
1973	47.62	16.25
1974	46.50	15.07
1975	46.05	15.54
1976	45.44	15.64
1977	45.02	14.36
1978	46.36	13.48
1979	42.80	11.70
1980	42.30	10.90
1984	40.18	8.60
1985	39.50	8.40
1986	34.73	7.34
1987	34.60	6.97
1988	33.91	6.61
1989	31.00	6.00
1990	30.94	6.03
1991	30.14	6.04
1992	30.41	6.09
1993	28.22	6.25
1994	28.24	6.56
1995	25.33	6.43
1996	22.91	6.03
1997	22.51	6.12
1998	20.58	4.87
1999	19.82	4.72

[1] - comité des droits de l'enfant , op, cit, p15.

1981	41.04	9.44
1982	40.60	9.10
1983	40.40	8.80

Source: office National des statistique, Rétrospective statistique 1962-2011, p03.

نلاحظ من خلال البيانات الموضحة في الجدول تراجع في معدل الوفيات الخام، حيث انتقل من 17.37% في سنة 1968 إلى 10.90 %سنة 1980 ليسجل 4.72 % سنة 1999 كما نلاحظ كذلك تراجع في معدل المواليد الخام، حيث قدر ب 50.12% سنة 1967 ليصل هذا المعدل في سنة 1980 إلى 42.70 % ويستمر هذا المعدل في التراجع إلى غاية 30.14% سنة 1991، ليصل معدل المواليد الخام 1999 إلى غاية 19.82% فقد يكون تراجع معدل الوفيات نتيجة للجهود المبذولة من أجل تحسين الوضع الصحي، لكن التراجع الذي عرفه معدل الولادات راجع إلى السياسات التي اتخذت من أجل الحد من المواليد، لذلك اعتمد خطة عمل مشتركة بين القطاعات سنة 1983 التي تمت من خلال اتخاذ مجموعة من الإجراءات والتي تمثلت في:[1]

- تطوير مرافق رعاية الطفل التي تستخدم لدعم الخدمات المتعلقة بالمباعدة بين الولادات.
- نشر الوعي والمعلومات الضرورية حول فوائد تنظيم الأسرة.
- ضرورة إمداد وحدات الرعاية بوسائل منع الحمل التي لابد أن توزع بطريقة مستمرة ومنظمة حيث كان الهدف من programme national de maitrise de la croissance démographique (PNMCD) الذي اعتمد في سنة 1983 والمعدل في عام 1991 هو انخفاض في معدل النمو بما في ذلك زيادة معدل انتشار وسائل منع الحمل.

التحسن الذي عرفته البنية التحتية والزيادة في عدد العاملين في هذا القطاع، إضافة إلى الحملات الصحية التي كان الهدف منها تحسين التغطية الصحية من خلال الخدمات الصحية الممنوحة لكل المواطنين دون تمييز كان لها انعكاس كبير على الحالة الصحية، زيادة على الدور الكبير الذي تلعبه الظروف المعيشية اللائقة ويتضح ذلك من خلال الجدول الآتي :

الجدول رقم(22):تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة 1970-2000 %.

السنوات	رجال	نساء	معا	Gains
1970-1965	50.4	52.5	51.45	3.05
1975-1970	53.5	55.5	54.5	3
1980-1975	56.5	58.5	57.5	1.17

[1] - TAYEB, LOUADI , éléments d'explication de la baisse de la fécondité en Algérie, Op, cit, p 08.

1985-1980	55.84	61.5	58.67	5.33
1990-1985	63	65	64	1.39
1995-1990	65.25	65.53	65.39	3.51
2000-1995	67.5	70.3	68.9	5.95

Source: Faouzia, CHENAFI, transition démographique et mouvement Naturel, actes du séminaire National sur la situation démographique de l'Algérie, université d'Oran ,21 et 22 mai 2012, p110.

و بناءا على ما يوضحه الجدول نلاحظ أن الجزائر عرفت:

- ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 51.45 سنة في الفترة [1965-1970] ليصل إلى 68.9 في الفترة [1995-2000] .
- متوسط العمر المتوقع عند الولادة يسجل ارتفاع عند النساء أكثر منه عند الرجال، وكان ذلك الفارق واضح خاصة في الفترة [1980-1985] فعند ما كان العمر المتوقع عند الرجال 55.84 كان عند النساء 61.5 وكذلك في المرحلة [1995-2000] بفارق قدر بحوالي 3 سنوات .

توقع الحياة عند الولادة يشكل مؤشرا هاما يستعمل للدلالة على التقدم الصحي العام في الدول، حيث يخفي في طياته آثار العديد من المجهودات التنموية، من توفير الخدمات الصحي والتغذية وتحسين الإنتاجية، الدخل والتوزيع .[1]

كما يمكن الإشارة إلى بعض المؤشرات التي لا تقل أهميتها عن سابقتها وأهميتها في معرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة .

الجدول رقم (23): تطور بعض المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي في الجزائر 1970-1990.

السنوات/ المؤشرات	**1970**	**1980**	**1990**
معدل احتمال الوفاة قبل سن 40 سنة .	253.4	219.1	96.9
معدل احتمال الوفاة (رجال)	253.2 (1977)	224.8	100.4
معدل احتمال الوفاة (نساء)	253.4 (1977)	213.4	93.5
نسبة الأطفال البالغين سنة من العمر الملقحين ضد الحصبة /100	(1977)20	(1986)52	(1992)77.4
نسبة وفيات الأمهات 100.000	/	(1989 -1985)230	(1992)215
نسبة عملية الولادة التي يشرف عليها موظفون مؤهلون من القطاع الصحي /100	/	/	(1992)760

[1]- عدنان، وديع، " قضايا السكان في الوطن العربي : قراءة في الواقع و التحديات"، مجلة التنمية والسياسات الاقتصادية، الكويت: المعهد العربي للتخطيط، العدد 01، ديسمبر 1999، ص25.

المصدر: الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، مرجع سبق ذكره، ص 317.

- ✓ بدأ معدل الوفاة قبل سن 40 سنة يتراجع بعد أن سجل في سنة 1970 حوالي 253.4 إلى 69,9 سنة 1990 ، وكان هذا المعدل مرتفع بالنسبة لفئة الرجال كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث قدر سنة 1990 بالنسبة للرجال 100,4 في مقابل 93,5 بالنسبة للنساء، أي بفارق يقدر بحوالي 7 نقاط .
- ✓ كان لبرنامج التحصين ضد الحصبة دور في تراجع وفيات الأطفال، حيث بلغ عدد الأطفال الملقحين البالغين من العمر سنة 20 100 طفل سنة 1970 وهو عدد قليل ليصل 77,4 لكل 100 طفل في سنة 1992 وهذا ما يدل على اتساع التغطية في وسط الأطفال .
- ✓ الولادة التي تتم تحت إشراف أخصائيين ومؤهلين لها دور كبير في الحد من وفيات الأمهات وكذا الأطفال، وتجنب لحد كبير أخطار الولادة، حيث قدرت عمليات الولادة بإشراف أخصائيين 100/76,0 سنة 1992 وهي نسبة معتبرة تعكس إلى حد كبير نوعية الخدمات الصحية التي تلعب الهيئة الطبية في تقديمها دور كبير .

الجدول رقم (24): الأمراض التي تم التحكم فيها بواسطة التلقيح سنة 1999.

انتشار الأمراض 100000 نسمة	1999
الخناق	0,002
التيتانوس الوليدي	0,006
السعال الديكي	0,001
شلل الأطفال	0,0
الحصبة	11,2

المصدر : الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، مرجع سبق ذكره، ص 320.

على الرغم من محاولة السياسة الصحية القضاء على اللامساواة وتوفير الخدمات الصحية لمختلف الفئات وفي كل المناطق إلا أننا نلتمس وجود نوع من التفاوت بين الشمال الجزائري وجنوبها وذلك من خلال معدلات وفيات الأمهات الذي بلغ 197 حالة وفاة لكل 100.000، معدلات تتراوح من 23 في 100.000 (شمال) إلى 200 لكل 100.000 في الجنوب حيث قدر التجاوز بأكثر من 87 نقطة وفي بعض الأحيان يصل إلى أكثر من 150 نقطة.[1]

[1]- Nassira, Keddad, Morbidités obstétricales en Algérie, projet pan arabe pour sante de la famille: enquête Algérienne sur la famille, 2015, p 204.

كشفت العديد من المصادر عن ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة والتي من بينها مرض سرطان الذي مازال في ارتفاع ملحوظ في سنة 1998 تم تسجيل 1892 حالة جديدة في ولاية الجزائر لوحدها وذلك بنسبة 78.06 لكل فئة ألف نسمة، وفي سنة 1999 ارتفع ليتم تسجيل 2270 حالة جديدة كذلك في ولاية الجزائر لوحدها بنسبة 100 حالة لكل منه ألف نسمة، وإذا ما تم إسقاط هذا العدد على المستوى الوطني نجده يمثل 30 ألف حالة سرطان جديدة سنويا، هذا ما يتطلب وجود وسائل مادية وبشرية يجب توفيرها لهذه الفئة من المرضى من خلال السياسة الصحية التي يتم صياغتها .[1]

الجدول رقم (25): مؤشرات الحالة الصحية في الجزائر مقارنة ببلدان الوطن العربي 1960-2000.

	توقع الحياة		**معـــدل وفيـــات الأطفـــال /1000**		**معدل وفيات الرضع /1000**	
حالة صحية جيدة	**1975-1970**	**1995-2000**	**1960**	**2000**	**1960**	**2000**
الكويت	67.3	75.9	128	13	89	09
البحرين	63.5	72.9	203	11	130	07
قطر	62.6	71.7	239	19	145	14
الإمارات العربية	62.5	74.9	223	10	149	08
حالة صحية متوسطة						
ليبيا	52.9	70.0	270	32	159	26
السعودية	53.9	71.4	292	23	170	18
لبنان	65.0	69.9	85	30	65	25
عمان	49.0	70.2	280	22	164	17
الأردن	56.6	69.5	139	30	97	25
تونس	55.6	68.9	254	30	170	26
الجزائر	54.5	68.9	255	39	152	33
سوريا	57.0	68.9	201	29	136	24
مصر	52.1	66.3	282	52	189	42
المغرب	52.9	66.6	220	60	135	47
العراق	57.0	62.4	171	161	117	93
جزر القمر	48.9	58.8	265	80	200	60
حالة صحية متدنية						

[1] – سعيدة، رحمانية، "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر " ، مجلة الباحث الاجتماعي. العدد 11، مارس 2015، ص 229.

السودان	43.7	55.0	210	115	125	81
موريتانيا	43.5	53.5	310	164	180	101
اليمن	42.1	58.0	340	95	220	76
جيبوتي	41.0	50.4	289		186	115
الدول العربية	54.1	66.3	232.8	58	189	42

المصدر: خليل حسن، السياسات العامة في الدول النامية، مرجع سبق ذكره، ص ص 425، 426.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25) أن الجزائر تحتل المرتبة الأولى مقارنة بدول الحالة الصحية المتوسطة فيما يتعلق بمؤشر توقع الحياة الذي بلغ 68,9(1995–2000) مقارنة بالمغرب والعراق ومصر وتونس التي كان فيها هذا المؤشر أقل، أما فيما يخص وفيات الأطفال فكانت في المرحلة الأولى 1960 من الدول التي كانت فيها نسبة الوفيات مرتفعة جدا لكن في 2000 عرفت تحسنا في هذا المؤشر الذي بلغ 1000/39 مقارنة بالمغرب التي قدرت فيها ب 1000/60، ومصر 1000/282 وكانت مرتفعة إلى حد ما مقارنة بتونس التي قدرت فيها 1000/30 وليبيا 1000/32، فيما يخص معدل وفيات الرضع فكان هذا المؤشر في الجزائر أحسن من باقي الدول سواء في 1960 أو في سنة 2000.

بهذا يمكن القول أن الخدمات الصحية والوضع الصحي بصفة عامة في الجزائر عرف تحسن ملحوظ، سواء عند مقارنة المؤشرات الصحية التي كانت سائدة في كل مرحلة عند تتبع مختلف مراحل السياسة الصحية أو عند مقارنة تلك المؤشرات بتلك السائدة في دول الحالة الصحية المتوسطة التي تعتبر الجزائر واحدة منها، لكن لا بد من الإشارة أن القطاع الصحي في الجزائر لازال يعاني العديد من المشاكل، إضافة إلى بروز ظروف أخرى منها الاقتصادية والاجتماعية والتحولات الوبائية والديموغرافية التي لا بد من الاستجابة لها.

خلاصة واستنتاجات:

لقد مكننا هذا الفصل من معرفة مختلف العوامل المؤثرة في عملية صياغة السياسة الصحية في الجزائر، بحكم ارتباط الوضعية الصحية بالعديد من المحددات كالمستوى المعيشي، التعليمي، الاقتصادي وغيرها، إضافة إلى الفواعل المشاركة في تلك العملية سواء الرسمية أو غير الرسمية، والتعرف على حقيقة الدور الذي كانت تضطلع به وفقا لخصوصيات المرحلة، ونقصد بالدرجة الأولى طبيعة النظام السياسي الجزائري وما كان يسمح به بناء على المبادئ التي كان يقوم عليها.

كما مكننا تتبع مختلف مراحل تطور السياسة الصحية من سنة 1962 إلى غاية 1999 من رصد مختلف المشاكل التي عانى منها القطاع الصحي الجزائري، من نقص للبنية التحتية والموارد البشرية والانتشار الواسع للأمراض والأوبئة، بفعل ممارسات الاستعمار الإقصائية التمييزية ومختلف الأعمال التخريبية التي استقصدها بهدف تدمير المجتمع الجزائري بصفة كلية، لتبدأ الجزائر المستقلة الخوض في عملية إصلاح شاملة من أجل محاولة تدارك الأوضاع على مختلف الأصعدة، حيث رسمت سياسة صحية قامت على مجموعة من المبادئ التي كانت استجابة للأوضاع السائدة من أمراض وأوبئة مستويات المعيشة المتدنية وغيرها، فسطرت العديد من الأهداف لتعزيز وتحسين الوضع الصحي للمواطن الجزائري، لنصل في الأخير إلى تقييم محصلة تلك المجهودات من خلال التعرف على مدخلات السياسة الصحية مقارنة بالمخرجات أو النتائج المحققة.

وبهذا يمكن القول أن السياسة الصحية الجزائرية للفترة الممتدة من 1962-1999 ركزت على:

- القضاء على الأمراض والأوبئة المنتشرة وبشكل واسع.
- إعطاء أهمية للعلاج الأولي والعمل على تعميمه من أجل تقليص أو القضاء على الفروقات في الحصول على الخدمات الصحية، من خلال الاهتمام بالبنية التحتية والموارد البشرية والمالية التي خصصتها لهذا القطاع.
- مجانية العلاج التي كان الهدف منها إعطاء فعالية للقطاع الصحي.
- وضع برامج صحية كانت انطلاقتها المشاكل الاجتماعية والاقتصادية التي كان يعاني منها أغلب الجزائريين.

لنأتي في الفصل الموالي للتعرف على مرحلة جديدة من مراحل السياسة الصحية، بهدف التعرف على خصائصها، المبادئ التي قامت عليها، أهدافها وما يميزها عن ما سبقها.

الفصل الثالث

تكتسي المرحلة الممتدة من سنة 1999 إلى غاية سنة 2017 أهمية بالغة تعتبر انطلاقة جديدة سجلت في تاريخ الدولة الجزائرية، بعد الانهيار الذي عرفته أسعار البترول وانعكاساته على الوضع الاقتصادي والاجتماعي، تدهور المستوى المعيشي وغياب الأمن والاستقرار الذي دام لعشرية كاملة، دفع المواطن الجزائري ثمنها حرمان تشرد وراح ضحيتها آلاف القتلى، هذه الأحداث المتتالية تركت بصمتها في كل المجالات وعلى مختلف المستويات، جعلت الوضع بحاجة إلى إصلاح هذا الأخير الذي انطلقت بوادره مع سنة 1999.

لم يستثني الإصلاح أي قطاع من القطاعات بما فيها القطاع الصحي، فإذا كان الإصلاح يشير إلى" التغيير والتعديل نحو الأفضل لوضع شاذ أو متدهور".[1] فهو يدفعنا إلى التساؤل على طبيعة الإصلاح الذي عرفته المنظومة الصحية الجزائرية، هل هو تعديل لإختلالات ونقائص عانت منها المنظومة طوال سنوات عدة سابقة أو هو استجابة حتمية لظروف فرضتها البيئة المحلية والدولية بمعنى أجبرت الدولة على تبنيه ؟ وهذا من شأنه أن يعكس لنا طبيعة سياسة إصلاح القطاع الصحي ومدى قدرتها على الاستجابة للوضع ومواجهة مختلف تحدياته، في إطار تحقيق الرهانات التي وضعت من أجلها، لهذا ارتأينا تقسيم هذا الفصل كالأتي:

1. **المبحث الأول: الإطار العام لسياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر بعد 1999:** تم التطرق فيه لمفهوم الإصلاح، أسباب ودوافع إصلاح القطاع الصحي سواء المحلية أو العالمية، كما تم الإشارة من خلاله إلى أهداف ومبادئ سياسة إصلاح القطاع الصحي.
2. **المبحث الثاني: مخرجات سياسة إصلاح القطاع الصحي الجزائري:** تضمن هذا المبحث أهم مخرجات سياسة إصلاح القطاع الصحي والتي تمثلت في النظام التعاقدي والسياسة الدوائية بحكم أهمية هذه الأخيرة في استكمال العلاج.
3. **المبحث الثالث: معوقات تحقيق أهداف سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر:** تناولنا من خلال هذا المبحث المشاكل والعوامل التي عرقلة مسار عملية إصلاح القطاع الصحي منها المتعلقة بالتنظيم وأخرى بالتسيير.

[1] – أشرف محمد، عبد الله، " السياسة الأمريكية تجاه الإصلاح السياسي في الشرق الأوسط "، المجلة العربية للعلوم السياسية. مركز دراسات الوحدة العربية، العدد 26، 2010، ص 69.

المبحث الأول: الإطار العام لسياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر.

تضمن هذا المبحث مجموعة من النقاط التي تتعلق بسياسة إصلاح القطاع الصحي، حيث تم الانطلاق من تعريف الإصلاح باعتباره مفهوم يحتاج للتوضيح، إضافة إلى ظروف وأسباب الإصلاح التي تم من خلالها الإشارة إلى الظروف التي ميزت البيئة العالمية والمحلية لأن مسألة الصحة تجاوزت البعد الوطني لتتداخل مع ما هو دولي، وفي الأخير تم الإشارة إلى أهم ركائز سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر.

ما المقصود بالإصلاح ؟ وفيما تمثلت دوافع وأهداف سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر؟

المطلب الأول : مفهوم الإصلاح.

أولا: تعريف الإصلاح:

الإصلاح لغة :

" من الفعل أصلح يصلح إصلاحا أي إزالة الفساد بين القوم، والتوفيق بينهم، وهو نقيض الفساد، فالإصلاح هو التغيير إلى استقامة الحال على ما تدعوا إليه الحكمة، ومن هذا التعريف يتبين أن كلمة إصلاح تطلق على ما هو مادي وعلى ما هو معنوي، فالمقصود بالإصلاح من الناحية اللغوية الانتقال أو التغير من حال إلى حال أحسن، أو التحول عن شيء الانصراف عنه إلى سواه."[1]

"وإذا كان الإصلاح هو الإتيان بالخير كله فإن الفساد هو الإتيان بالشر كله، وبالتالي لا يكون الإصلاح إلا بعد فساد وإفساد، ولا يمكن أن يبدأ الأمر بإصلاح ما لم يسبق فساد." [2]حيث يشير هذا الأخير إلى إساءة استعمال واستغلال الأدوار والموارد العامة للحصول على مزايا خاصة.[3]

الإصلاح اصطلاحا :

قدمت العديد من التعاريف لمصطلح الإصلاح والتي نذكر من بينها

---

[1] – سفيان فوكه ومليكة بوضياف، الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية، ص 02.
http://www.univ-chlef.dz/uhbc/seminaires_2008/dicembre_2008/com_dic_2008_31.pdf , date10-01-2017, Heur 14 :12.

[2] – محمد، سليم العوا، **الإصلاح والتجديد: الأصول والفروع في مستقبل الإصلاح في العالم الإسلامي خبرات مقارنة مع حركة فتح الله كولن التركية**. ط1، القاهرة: دار النيل للطباعة والنشر، 2011، ص94.

[3] – مايكل، جونستون، (تر: نايف الياسين)، **متلازمات الفساد : الثروة والسلطة والديمقراطية**. المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر، 2008، ص 35.

1- **عرف Gerado l.munck أنه** :" التغير في أنماط وسلوكيات قائمة بشكل جذري أو تدريجي، خلال فترة زمنية محددة على جماعة بشرية."[1] من خلال هذا التعريف يتبين لنا أن الإصلاح يأخذ شكلين قد يكون جذري أو يكون بشكل تدريجي في فترة محددة من الزمن وهذا ما يدل أنه مخطط.

2- **عرفه صاموئيل هنتنغتون Samuel Philips Huntington** [G] **أنه:**" تغير لقيم وأنماط السلوك التقليدية ونشر وسائل الاتصال والتعليم، وتوسيع نطاق الولاء بحيث يتعدى العائلة أو القرية أو القبيلة ليصل إلى الأمة، وعلمنة الحياة العامة، وعقلنة البنى في السلطة، وتعزيز التنظيمات المتخصصة وظيفيا، واستبدال مقاييس العزوة بمقاييس الكفاءة، وتأييد توزيع أكثر إنصافا للموارد المادية والرمزية."[2] هذا التعريف يشير إلى الإجراءات التي لا بد منها للقيام بعملية الإصلاح، والتي من المفروض أن تلعب دور في نجاحه مشيرا إلى بعض المفاهيم مثل (العقلانية، الكفاءة، الإنصاف) التي يتسبب غيابها عادة في انتشار الفساد.

3- **كما عرف أنه** : " التغيير الاجتماعي المحدود، الذي يشمل على تحسينات تدريجية تقوم بها القيادة السياسية، سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية أو السياسية أو الثقافية، وضمن خطة قد تكون خمس سنوات أو عشرية عشر سنوات أو حسب الظروف التي يتطلبها ذلك الإصلاح."[3] ما يميز هذا التعرف عن سابقيه في اعتبار الإصلاح أنه تغيير تقوم القيادة السياسية، تتعدد مجالاته قد يكون سياسي، اقتصادي، اجتماعي. كما يتفق مع التعريف الأول في أن الإصلاح عملية مخططة وليست عشوائية.

من خلال ما سبق ذكره يمكن تقديم تعريف إجرائي للإصلاح **أنه عملية واسعة شاملة مدروسة مخططة هادفة مبنية على أسس ومبادئ وقواعد معينة، يتم فيها مراعاة مختلف الظروف والعوامل الداخلية والخارجية، الهدف منها تدارك الاختلالات والأخطاء وتغيير الأوضاع إلى الأحسن قد يكون على المستوى السياسي والاقتصادي والاجتماعي و حتى الثقافي.**

وبهذا فالإصلاح لا يحدث لمجرد الرغبة في التغيير، وبالتالي لا بد من توافر بنية مناسبة وظروف موضوعية تدفع إلى عملية الإصلاح، وذلك من أجل تجاوز الانعكاسات والآثار السلبية التي قد تنجم عن بقاء الوضع على حاله لهذا يمكن القول أن:[4]

---

[1] – مسلم، بابا علي، " محاولة في تأصيل مفهوم الإصلاح السياسي"، دفاتر السياسة والقانون. العدد 09، جوان 2013، ص 237.

[*] **صامونيل فيليبس هنتغتون Samuel Philips Huntington(1927-2008)** علم سياسة ومفكر أمريكي، بروفيسور في جامعة هارفارد لمدة 58 عاما، من أشهر أعماله "صدام الحضارات"، " الموجة الثالثة التحول الديمقراطي في أواخر القرن العشرين".

[2] – وضاح، زيتون، **المعجم السياسي**. الأردن: دار أسامة ودار المشرق الثقافي للنشر والتوزيع، 2010، ص 35.

[3] – ناظم، عبد الواحد الجاسور، **موسوعة علم السياسة**. ط1، عمان: دار مجد لاوي للنشر والتوزيع، 2009، ص 62.

[4] – أشرف محمد، عبد الله ياسين، مرجع سبق ذكره، ص ص 70، 71.

1- نقطة انطلاق الإصلاح هي وجود أزمة أين تمثل هذه الأخيرة خطر أو تحدي للنظام القائم، والتصدي لها يكون من خلال اتخاذ قرارات حاسمة وإجراء إصلاحات جذرية، كما تتعدد أسباب هذه الأزمة بين داخلية وخارجية، وبهذا يكون الإصلاح استجابة منطقية لمواجهة ظروف صعبة.

2- دعاة الإصلاح في أغلب الأحيان يستندون في دعوتهم للإصلاح إلى عقيدة فكرية وإيديولوجية من أجل تبرير أفكار ومبادئ الإصلاح والدفاع عنها، فالخطاب الإصلاحي المستند إلى عقيدة إيديولوجية يتميز بوضوح الرؤية وقوة الحجة عند المبادرة المشاركة وحتى عند النقاش.

3- الإصلاح الرأسي أو الذي يأتي بمبادرة من القادة أو النخبة الحاكمة لكي يستمر وينجح لا بد من توسيع قاعدته، وخلق عناصر وفئات تستفيد من العملية الإصلاحية، لأن شرعية الإصلاح ترتبط بمدى اتساع قاعدة المشاركة.

وبهذا فإن الإصلاح يستند إلى واقع يتطلب عملية إصلاح وتوفر الظروف والبنية الأساسية لانطلاقه، لأن الإصلاح هو وليد البيئة التي يطبق فيها، يتلاءم مع الظروف والعوامل التي تتميز بها، كما قال عبد الناصر أبو البصل " **الإصلاح ليس كلمة عابرة أو حركة عشوائية أو منهجا يتم استيراده، وإنما هو مسألة أهم بكثير لها أحكامها وقواعدها وشروطها ومقاصدها ووسائلها، بما يجعلها عملية منهجية منضبطة محكومة بقواعد وأسس علمية، وهو دليل على وجود خلل أو فساد ما في جهة أو مجال، وبالتالي عملية الإصلاح لا تأتي إلا لمعالجة الفساد في مؤسسة من المؤسسات في المجتمع أو الإدارة أو الدولة بمكوناتها.**"[1]

ثانيا : الإصلاح وبعض المفاهيم المتداخلة:

التغيير: هو عبارة عن تغيير موجه ومقصود وهادف وواعي يسعى لتحقيق التكيف البيئي (الداخلي والخارجي)، بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات.[2]

التجديد : هو إعادة الشيء أو الأمر إلى ما كان عليه فعلا في أصل وجوده قبل أن يصيبه البلى والقدم، شيء موجود تغيرت أحواله، تغيرت به الغير وحولت معالمه الأيام والأفعال، أو شيء يصبح مجهولا للناس بعد أن كان شائعا فيهم معروفا بينهم، وهذا القديم الذي يتم السعي لتجديده نوعان، الأول أصابه القدم فقط لكن لا يزال قائما بين أعيننا ظاهرا لنا نلمسه ونحسه، أما الثاني درس كما يقول العرب، أي خفيت معالمه يحتاج إلى أن نزيل عنه الغبار وتراكم السنين، ويتم إعادة إحيائه من أول الأمر.[3]

[1] – عبد الناصر، أبو البصل، مناهج الإصلاح، ورقة مقدمة إلى مؤتمر مكة المكرمة الثالث عشر: المجتمع المسلم الثوابت والمتغيرات، 20-21 اكتوبر 2012، المملكة العربية السعودية، ص 08.

[2] – سيد سالم، عرفة، اتجاهات حديثة في إدارة التغيير. القاهرة: الأزبكية، 2012، ص 69.

[3] – محمد سليم، العوا، مرجع سبق ذكره، ص 95.

التحديث: هو حالة خاصة تشمل كل الظواهر المتضمنة لعملية التقدم والتغير والتمدن في المجتمع.[1]

من خلال المفاهيم السابقة نجد هناك تداخل واضح بين الإصلاح والتغيير والتجديد والتحديث فالكل منها يهدف إلى تغيير الوضع إلى الأحسن من أجل تكييفه مع المتغيرات الجديدة، بعد أن أصبح غير صالح أو لا يتماشى مع الواقع نتيجة لبروز العديد من العوامل.

المطلب الثاني: ظروف ودوافع سياسة إصلاح القطاع الصحي.

إتباع الدولة الجزائرية لسلسلة سياسات إصلاحية خصت بها كل القطاعات باختلافها منذ بداية الألفية الثالثة ليس أمرا اعتباطيا عرضيا، وإنما نتيجة مجموعة من العوامل منها الخارجية التي ارتبطت بالضغط الدولي من أجل التغيير بهدف تحقيق التنمية من ناحية وفرضها منطق التأثير والتأثر من ناحية أخرى، خاصة في زمن العولمة وتلاشي الحدود الذي مس العديد من القضايا منها المتعلقة بالصحة، وعوامل داخلية تعتبر المتغير العالي الدلالة فيما يخص إصلاح القطاع الصحي لهذا سنحاول من خلال هذا المطلب التعريج على تلك العوامل باختلافها.

أولا: العوامل الخارجية (العالمية):

هناك العديد من المتغيرات الخارجية التي فرضت ولا تزال ضرورة الاستجابة لها، وأخذها في الاعتبار عند صياغة السياسة الصحية الوطنية لأي دولة كانت والتي تتمثل في:

أ- إعلان الألفية للتنمية:

قام 191 بلد باعتماد إعلان الألفية للأمم المتحدة بشأن الألفية في قمة الألفية التي تم انعقادها في الفترة الممتدة من 06 إلى 08 سبتمبر 2000، حيث أكدت وجددت الدول التزامها بالأمن والسلام وكذا تعزيز الديمقراطية والحكم السليم والاحترام لحقوق الإنسان والحريات الأساسية المتفق عليها دوليا، كما تعهدت الدول العربية في سنة 2000 بتحقيق تلك الأهداف التنموية للألفية التي الذي اعتمدته جامعة الدول العربية في 20 يونيو 2005.[2]

حيث صيغت تلك الأهداف كالتالي:[3]

1. القضاء على الفقر المدقع والجوع.
2. تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.
3. تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

---

[1] – خميس، دهام حميد، "التحديث والإصلاح السياسي في الوطن العربي"، مجلة مداد الآداب. العدد 04،(ب،س،ن)، ص 521.

[2] – الأمم المتحدة، الأهداف الإنمائية للألفية في المنطقة العربية، 2005، ص 01.

[3] – علي، عبد القادر علي، **أهداف التنمية الدولية وصياغة السياسات الاقتصادية والاجتماعية في الدول العربية**. الكويت: المعهد العربي للتخطيط، سبتمبر 2003، ص 06.

4. تخفيض معدل وفيات الأطفال.
5. تحسين العناية الصحية للنساء في حالات الوضع.
6. مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية.
7. كفالة الاستدامة البيئية.
8. إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

نلاحظ في هذه الأهداف أنها حاولت الاستجابة لمختلف المشاكل التي تعانيها كل دول العالم سواء المتقدمة منها أو النامية بهدف تحقيق التنمية، بداية من مشكل الفقر الذي تقع في براثينه العديد من المجتمعات والذي له أبعاد متعددة وكذا انعكاسات مختلفة على العديد من الأصعدة.

يعود الفضل لهذا الإعلان من الوجهة الصحية في كونه جعل الصحة عنصرا أساسيا للتنمية، حيث ارتبطت ثلاثة أهداف من الإعلان مباشرة بالجانب الصحي وهي الهدف(04)، (05)، (06)، وكان لكل هدف منها مجموعة من الغايات حيث ارتبط تخفيض معدل الوفيات بالنسبة للأطفال بغاية تقليل وفيات الأطفال دون الخامسة، وبالنسبة للبالغين من العمر سنة واحدة، والمحصنين ضد الحصبة، وكذا معدل وفيات الرضع، أما بالنسبة للهدف الخامس المتعلق بتحسين العناية الصحية للنساء في حالات الوضع فكانت الغاية منه تقليل معدل وفيات الأمهات عند الولادة، وإتاحة فرص تعميم خدمات الصحة الإنجابية أما الهدف السادس والمتعلق بمكافحة الايدز والملاريا والأمراض الأخرى تضمن وقف انتشار فيروس الايدز بحلول 2015، وتعميم إتاحة العلاج لكل من يحتاجه، ووقف انتشار الملاريا والأمراض الخطيرة الأخرى.[1]

الأزمات المالية العالمية:

عرف العالم العديد من الأزمات المالية التي تزامنت مع الوقت الذي أصبح الالتزام فيه بهدف تعزيز الصحة وترقيتها والمحافظة عليها أكثر حضورا على الصعيد العالمي، فكان لتلك الأزمات العديد من الانعكاسات على مختلف الأصعدة مما أدى إلى بروز أزمات اجتماعية إضافة إلى تلك الاقتصادية، في مختلف دول العالم ما جعلها تعيد النظر في ما تخصصه من نفقات للقطاع الصحي وفي بعض الأحيان تتجه إلى تخفيضه في الوقت الذي يفرض ضرورة دعم الاستثمار في القطاع الصحي. وبالتالي تأثير تلك الأزمات سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة على مختلف الدول يفرض عليها ضرورة وضع احتياطات تتجنب بها حدة التأثر، بحيث تحافظ أقل شيء على الحد الأدنى من الاستقرار سواء تعلق الأمر بالقطاع الصحي مباشرة أو ما من شأنه التأثير على الوضع الصحي من محددات.

[1] – عبد القادر، ناصري، "الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة قبل سنة من موعد انتهاءها "، مجلة المفكر. العدد 12، (ب،س،ن)، ص 273.

فتلك الأزمات لها دور في توسيع خريطة الفقر، حيث أدرك الجميع في السنوات الأخيرة أن محاربة الفقر في العالم كله مهمة صعبة ومعقدة لأنها تحتاج إلى التركيز على الجوانب المختلفة والمتداخلة له، وذلك ما تم التعبير عنه بصراحة في تبني الدول للأهداف الإنمائية للألفية، حيث وصف رئيس جنوب إفريقيا ظاهرة الفقر في العالم أثناء انعقاد قمة الأرض جوهانزبورغ سنة 2002 قائلا : " **العالم اليوم جزيرة أغنياء تحط بها بحار من الفقراء** "، رغم التطور الكبير الذي عرفه الناتج العالمي الإجمالي في نهاية القرن الماضي، والذي يكفي ليعيش جميع سكان الأرض برفاهية ، إلا أن الإحصائيات تشير أن أغلب السكان في العالم ما زالوا يعانون مع مطلع القرن الجديد الفقر والجوع والمرض وانعدام الفرص.[1]

ج- التهديدات الصحية الجديدة:

لم تحترم مشاكل الصحة الحدود الجغرافية أبدا، فقد انتشر مرض الجذام في آسيا وأوروبا في القرن الرابع قبل الميلاد، ونشأ مرض الطاعون الأسود في وسط آسيا وانطلق بعد ذلك بعمق عبر مختلف أنحاء أوروبا والشرق الأوسط في سنوات الأربعينات من القرن الرابع عشر، وقد غدت تهديدات الصحة تهديدات عالمية في الزمن الحديث.[2] اليوم وفي ظل هذا السياق العالمي المضطرب بدأت تحديات صحية جديدة في الظهور، لذلك أصبحت التحولات الوبائية في مختلف دول العالم تشكل وتفرض كذلك عبئا معقدا، هو عبئا الأمراض غير المعدية وغير السارية المزمنة والاعتلالات النفسية، أصبحت الأمراض الجديدة والمعاودة للظهور تتسبب في العديد من الأزمات، حيث عرف العقد الأول من هذا القرن ظهور متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد، أنفلونزا الطيور وغيرها، فالأمن الصحي في خطر نتيجة التهديدات التي تنجم عن فاشيات الأمراض الكوليرا، الأنفلونزا الجائحة أو المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة.[3]

وأصبح من الواضح أن معظم الدول بما فيها المتقدمة اقتصاديات تتعرض لعبأ الأمراض التي لا تنتقل عن طريق العدوى والتي تكون مجهولة المصدر كالسرطان، أمراض القلب والأوعية الدموية مقارنة بالأمراض المعدية التي تتسبب فيها الكائنات الدقيقة ويسهل السيطرة عليها بشكل كبير، مع اتخاذ التدابير الصحية العامة وعمل اللقاحات والعلاج بالمضادات الحيوية، كمثال عن الأمراض الجديدة ذات التهديد الكبير مرض "**سارس**" أو ما يعرف بالمتلازمة التنفسية الحادة الشديدة وهو من فيروسات عائلة كورونا

[1] – أمين، قسول، " التأمين الأصغر كآلية لتحقيق أول الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة في الحد من الفقر المدقع والجوع في البلدان النامية "، مجلة بحوث اقتصادية عربية. العدد 71، 2015، ص 09.

[2] - دفيد أي، بلوم، "تنظيم وإدارة الصحة العالمية في الحوكمة العالمية من المسؤول عنها."، مجلة التمويل والتنمية. **المجلد 44، العدد 04**، ديسمبر 2007، ص31.

[3] – منظمة الصحة العالمية، مستقبل تمويل منظمة الصحة العالمية: إصلاحات منظمة الصحة العالمية من أجل مستقبل صحي، جمعية الصحة العالمية، جنيف، ماي 2011، ص ص 05، 10.

الذي سجل أول حالة في 28 فيفري 2003 بحلول جويلية 2003 تم توقيف الانتشار العالمي للفيروس الذي سجل 8000 حالة مرضية و800 وفاة في غضون ستة (06) أشهر.[1]

فالأمراض غير السارية أصبحت تحدي بالنسبة للتنمية في القرن الواحد والعشرين، حيث أشارت تقديرات سنة 2005 أن الأمراض غير السارية تتسبب في وفاة 35 مليون شخص، يشمل هذا الرقم 60% في مجموع الوفيات التي عرفتها جميع أنحاء العالم، 80%من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية تصيب الأفراد في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل، وقد توفي 16 مليون شخص تقريبا قبل أن يبلغ سن السبعين، وكانت التقديرات أن يزيد إجمالي الوفيات الناتجة عن تلك الأمراض بنسبة 17% خلال السنوات القادمة، فهذه الزيادة السريعة في الإصابة تؤثر على المجموعات السكانية الفقيرة والمحرومة تأثير غير متناسب يسهم في توسيع الفجوات الصحية بين البلدان وحتى داخلها.[2]

بناء على ما سبق يمكن القول أن تغير أنماط الحياة على المستوى العالمي صاحبه تغير على مختلف المستويات بما فيها نوعية الأمراض السائدة، على الرغم من التطور والتقدم الذي عرفه ويعرفه الطب الحديث ومختلف ما توصل إليه من اختراعات إلا أن الأمن الصحي العالمي مازال مهدد بالتحديات التي تفرضها خاصة الأمراض الجديدة، وأكبر تحدي تواجهه مختلف الدول هو زيادة تكاليف الرعاية الصحية التي تهدد هي الأخرى موارد الصحة المالية مما قد يضعف من قدرتها على مواجهة تلك الأمراض وانعكاساتها، وإذا كانت الجزائر جزء من هذا العالم الكبير فهي تتأثر به وتؤثر فيه لذلك لابد من الاستجابة لمختلف المتغيرات والأحداث التي يعرفها.

ثانيا: العوامل الداخلية (المحلية).

يمكن رصد العديد من العوامل التي عرفتها البيئة الداخلية والتي دفعت إلى إعادة النظر في السياسة الصحية الجزائرية، لاسيما التحولات السكانية والوبائية.

أ- التحول الديموغرافي : La transition démographique

برزت مجموعة من العوامل التي ساهمت بشكل رئيسي في حدوث التحول الديموغرافي،* شملت التحولات التي شهدتها البنية الاجتماعية والاقتصادية والتي انعكست في تطور القوى المنتجة وانتشار

---

[1] – رودولفو، ساراتشي،(تر: أسامة فاروق حسن)، **علم الأوبئة: مقدمة قصيرة جدا**. ط1، القاهرة : مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، 2015، ص ص 4، 19.

[2] – منظمة الصحة العالمية، توقي ومكافحة الأمراض غير السارية: تنفيذ الإستراتيجية العالمية، جنيف، جانفي 2008، ص 03.

* **التحول الديموغرافي** : هو صيرورة مستمرة تمر بها جميع المجتمعات البشرية على الرغم من اختلاف مستوى تطورها الاقتصادي والاجتماعي، ويمكن أن تطول المدة الزمنية لها أو تقصر تبعا لدرجة تطور البنية الإقتصادية والإجتماعية لهذه المجتمعات. فيحدث هذا التحول نتيجة عوامل معينة متعلقة بمعدلات الولادات والوفيات والخصوبة وغيرها، حيث يمكن أن نلمس ذلك التحول من خلال هيكل الفئات العمرية الذي يختلف من سنة إلى أخرى. للمزيد انظر:

– حسين أحمد سعد، الشديدي، التوظيف الأمثل لفرصة التحول الديموغرافي (الهبة الديموغرافية)، نقلا عن:

التعليم وتحسن مستوى الثقافة والوعي، إذ يلاحظ أن هناك علاقة عكسية بين تعليم الإناث ومستوى الخصوبة، توسع المدن وزيادة السكان القاطنين بها، كل هذه العوامل كان لها دور في تسريع انخفاض الخصوبة في غضون جيل واحد.[1]

التحول الديموغرافي هو بلا شك عامل رئيسي وراء الحالة الصحية للسكان إضافة إلى باقي العوامل الإقتصادية والإجتماعية، كما لابد أن نعرف بأن ارتفاع أو زيادة معدل الحياة هو مكسب بالنسبة للجزائر، على الرغم أن التقرير الأخير عن الأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر أكد أن المؤشرات الديموغرافية لا تزال في مستوى غير مرضي(الهدف 04 والهدف 05) معدل وفيات الأمهات والأطفال، فارتفع عدد السكان في الجزائر من 29.3 مليون نسمة سنة 1998 إلى 36.7 مليون نسمة سنة 2011 وبهذا معدل الزيادة الطبيعية انتقل من 1.6 إلى 02 خلال تلك المرحلة، حسب تقديرات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن عدد السكان سيصل إلى 73.4 مليون نسمة سنة 2050 إذا بقي الوضع بالوتيرة الحالية للتنمية، وهذه الديناميكية السكانية تعود إلى عاملين أساسيين هما معدل المواليد ومعدل الوفيات.[2]

الجدول رقم (26): تطور عدد سكان الجزائر 2000-2017 (مليون نسمة)

	*2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
عدد السكان(مليون نسمة)	30.4	30.8	31.3	31.8	32.3	32.9	33.4	34.0
معدل النمو الطبيعي %	1.48	/	1.55	1.53	1.63	1.69	1.78	1.86

2008	*2009	*2010	*2011	*2012	*2013	*2014	*2015	* 2016	*2017
34.5	35.2	36.9	36.7	37.4	38.2	39.1	39.9	40.4	41.2
1.92	1.96	2.03	2.04	2.16	2.07	2.15	2.15	/	/

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على:

محمد، مسعي، " سياسة الإنعاش الاقتصادي في الجزائر وأثرها على النمو"، مجلة الباحث. العدد 10، 2012، ص 158.

*Office national des statistiques, démographique algérienne 2015, N^0 740, p 05.

http://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aId=108574 , date 15-05-2017, heur 1 :40.

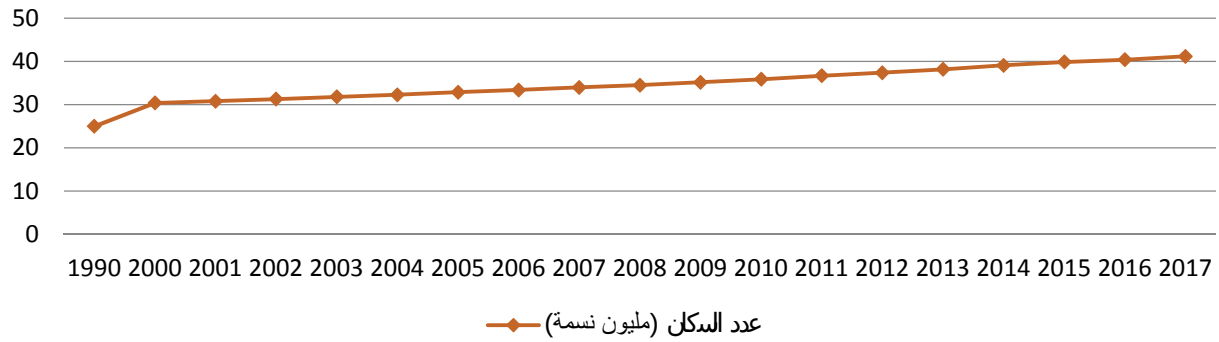
[1] – محمد، صالي، نظرية التحول أو الانتقال الديموغرافي، نقلا عن

https://elearn2013.univ-ouargla.dz/courses/DEMOGRAPHIE , date 23-05-2017, heur 18 :25.

[2] - Yousef, Laid, rapport national sur l'environnement 2013, institut national de la santé publique, 2013, p06.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد السكان في الجزائر شهد زيادة مستمرة منذ سنة 2000 إلى غاية 2017، فعرف عدد المقيمين زيادة طبيعية قدرت ب 858 ألف نسمة سنة 2015 بزيادة قدرت ب 4.09 ألف نسمة مقارنة بسنة 2000، حيث انتقل معدل النمو الطبيعي من 1.48% سنة 2000 إلى 2.15% سنة 2015، ليصل عدد السكان إلى 40.4 مليون نسمة سنة 2016 ثم ارتفع مع بداية (جانفي) سنة 2017 إلى حوالي 41.2 مليون نسمة، حيث نلاحظ الاتجاه التصاعدي لعدد السكان من خلال الشكل .

الشكل رقم (08): عدد السكان الجزائر(مليون نسمة)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على الجدول أعلاه.

الجدول رقم(27): يوضح تطور هيكل السكان في الجزائر حسب الفئات 2000-2014(%).

الفئات العمرية	15- سنة	15-59 سنة	60 سنة فما فوق	المجموع
2000	34.0	59.3	6.7	100
2001	32.8	60.4	6.9	100
2002	31.8	61.3	6.9	100
2003	30.7	62.2	7.1	100
2004	**29.8**	**63.1**	**7.2**	100
2005	28.9	63.9	7.3	100
2006	28.4	64.3	7.3	100
2007	27.8	64.8	7.4	100
2008	28.1	64.5	7.4	100
2009	28.1	64.5	7.4	100

2010	27.8	64.5	7.7	100
2011	27.7	64.4	7.9	100
2012	**27.9**	**64.0**	**8.1**	100
2013	28.1	63.6	8.3	100
2014	28.1	63.6	8.4	100

Source : ministère de la sente de la population et de la réforme hospitalier, situation démographique et sanitaire (2000.2014), déractions de la population, juillet 2014, p04.

استنادا للتركيبة السكانية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ:

- استمرار تراجع نسبة فئة السكان التي تقل أعمارهم عن 15 سنة، حيث انتقلت من 34% إلى 28.1% بين 2000-2014.
- عرفت فئة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-59 سنة نسبة ارتفاع لكن بسيطة جدا، حيث انتقلت من 59.3 % إلى 63.6% خلال نفس الفترة ."**الهبة الديموغرافية**، أو النافذة الديموغرافية وهي تحول ديموغرافي بين سكان المجتمع نتيجة انخفاض معدلات الإنجاب، بحيث يتحول المجتمع الذي غالبيته من الأطفال وصغار السن إلى مجتمع يشكل فيه السكان في سن العمل والإنتاج 15 - 64 سنة المجموعة الكبرى وهذا ما تعرفه الجزائر ابتداء من 2004. "[1]
- أما الفئة السكانية التي تبلغ 60 سنة فما فوق انتقلت من 6.7 %سنة 2000 إلى 8.4% سنة 2014، وبهذا نلاحظ أن فئة الجيل الثالث تعرف ارتفاع ملحوظ في الوقت الذي تعرف فيه الفئة الأقل من 15 سنة تقلص.

انطلاقا من معطيات التعدادات السكانية يمكن القول أن الجزائر تباشر المرحلة الانتقالية الثانية من دورات التحول الديموغرافي، التي تتسم بتراجع معدلات مؤشرات الخصوبة وبقاء أمل الحياة في الإرتفاع نسبيا عند كامل الشرائح العمرية، هذا ما ينتج عنه تزايد أعداد المسنين إلى إجمالي السكان، وبهذا ترتفع نسبة الشيخوخة التي تصبح أكثر من فئة الشباب وبالتالي قمة الهرم السكاني في الجزائر عام 2045 التي تمثلها فئة المسنين ستكون أكبر من القاعدة التي تمثلها فئة الشباب، فحسب تقرير لجنة السكان التابعة للأمم المتحدة حول السكان فإن فئة الكهول مرشحة للإرتفاع، وسوف يصل عددهم بالتقدير عند 12 مليون خلال 2045 أي زيادة 10 ملايين خلال الأربعين سنة المقبلة علما أن عددهم في سنة

[1] – أحمد، قطيطات، الهبة الديموغرافية في الوطن العربي، ورقة مقدمة في المؤتمر الإحصائي العربي الأول، عمان– الأردن 12– 13 نوفمبر 2007، ص 410.

2009 قدر ب 02 مليون شخص.[1] وبهذا فالأمراض المنتشرة في وسط الفئة العمرية الكبرى سترتفع مما يتطلب رعاية صحية خاصة تتناسب مع احتياجاتهم، فهياكل وحركات السكان قد تشرح عبء الأمراض الخاصة بهذه الفئة والتي تعرف بالأمراض غير المعدية.

ب-التحول الوبائي: la transition épidémiologiques

عرفت الجزائر وخاصة في السنوات الأولى من الإستقلال انتشارا واسعا للأمراض المعدية مثل التهاب الكبد، التيفويد، الليشمانيوز والحصبة، مرض السل والدفتيريا وغيرها من الأمراض التي كانت السبب في ارتفاع حصيلة الوفيات، لكن السنوات الأخيرة تشهد تحول وبائي* يتمثل في انتشار الأمراض غير المعدية التي تتسبب هي الأخرى في حصد العديد من الأرواح مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، مرض السكري، حيث قدرت عدد حالات الوفاة سنة 2000 بواحدة في كل ثلاثة حالات مصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، مرض السكري ومضاعفاته بما فيها العينين والكلى، مرض الفشل الكلوي المزمن الذي تزيد عدد الإصابات به إلى 500 حالة سنويا، إضافة إلى الأمراض النفسية الناتجة عن العنف والصدمات النفسية وحوادث المرور وغيرها.[2]

هذا لا يعني أن الجزائر قد قضت على الأمراض غير المعدية وإنما هناك منها ما تم التقليل من انتشاره وأخرى عاودت الظهور بعد القضاء عليها، وبالتالي الجزائر تواجه اليوم تحدي الأمراض المعدية التي تعرف بأمراض الفقراء و كذا الأمراض غير المعدية التي تعرف بأمراض الأغنياء.

هناك العديد من العوامل المسؤولة عن هذا التحول الوبائي الذي تعيشه الجزائر إضافة إلى النمو أو الكثافة السكانية المرتفعة التي أدت إلى ارتفاع فئة الشيوخ (شيخوخة السكان)، النمط الاستهلاكي، العادات الغذائية السيئة، المشاكل البيئية إضافة إلى تأخر سن الزواج وغيرها من العوامل التي يلاحظ أنها في تزايد مستمر.

[1] – نور الدين، عيساني، "ظاهرة شيخوخة السكان في الجزائر وعوامل تطورها"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 19، جوان 2015، ص ص 71، 72

* **التحول الوبائي:** كلمة التحول تستخدم في وصف التغيرات التي تحدث للشيء في مظهره وشكله، أما الوباء EPIDEMIC فتعرفه الموسوعة العربية العالمية انه مرض يهاجم عددا من الناس في وقت واحد تقريبا ، وقد ينتشر في مجتمع واحد أو عدة مجتمعات، كما يشير هذا التحول الوبائي إلى ارتفاع نسبة الأمراض غير السارية(غير المعدية) مقابل التراجع في الأمراض السارية أو المعدية. للمزيد أنظر :

- نسيم ماطر، نظرية التحول الوبائي، نقلا عن:

, date 15-05-2017, heur 14 :16.https://www.google.dzsVTmQ7JISpI8TbVb3A

[2] - ministère de la santé de la population et de réforme hospitalière, rapport final du conseil de la réforme hospitalière, septembre 2003, p p 07-08.

لنعود و نؤكد مرة أخرى على دور المحددات الإجتماعية والإقتصادية وتأثيرها على صحة السكان، فقد تضافرت تلك المحددات في العديد من المدن حول العالم لتشكل خطرا ثلاثيا من الأمراض الحضرية والظروف الصحية التي تتمثل في:[1]

- **الأمراض المعدية** : مثل عدوى الايدز، السل، الإسهال، الالتهاب الرئوي.
- **الأمراض غير المعدية:** أمراض القلب، السرطان، السكري.
- **الإصابات:** مثل حوادث الطرقات، العنف وغيرها.

لهذا أصبحت الجزائر وكغيرها من دول العالم مجبرة على اتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة لواجهة هذا الخطر الثلاثي الذي يعرف تقدم مستمر .

ج- الوضع الاجتماعي:

لقد عرف الوضع الإجتماعي تغير هو الآخر ويمكن أن نلمس ذلك من خلال التغير في العديد من المؤشرات الاجتماعية لسكان الجزائر، سواء تعلق الأمر بمستوى الفقر أو التعليم أو التحضر وحتى العادات الغذائية.

عرفت الجزائر تحضر متسارع أين انتقل عدد السكان الحضر من ثلث 3/1 إجمالي السكان في أعقاب الإستقلال ليشكلوا 4/3 من السكان سنة 2014 ما يعادل 75.39%، كما تغيرت عادات الأكل حيث انخفض استهلاك الفواكه والخضر بشكل كبير لصالح الساندويتشات والبيدزا والحلويات والفواكه والخضر وكذا اللحوم المجمدة، وهذا ما خلق مشكل السمنة حيث يعاني طفل واحد من بين ثلاثة أطفال من السمنة المفرطة، و60% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 35 و 70 سنة يعانون زيادة الوزن و 22% يعانون السمنة المفرطة، وكثيرا ما يرتبط مشكل سوء التغذية أو زيادة الوزن بالأشخاص الذين يعانون من مرض السكري والقلب والسرطان، إضافة إلى ارتفاع مستهلكي التبغ الذي يتسبب في 90 %من حالات الإصابة بسرطان الرئة حيث يقدر استهلاك التبغ سنويا ب 25000 طن مع زيادة سنوية تقدر ب 5%، بلغ إجمالي انتشار التدخين في سنة 2011 ب 29%، 49% في وسط الذكور و7% بالنسبة للإناث، على الرغم من مصادقة الجزائر على اتفاقية منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ التي ترجمت من خلال المرسوم الرئاسي 06-120 المؤرخ في 12 مارس 2006.[2]

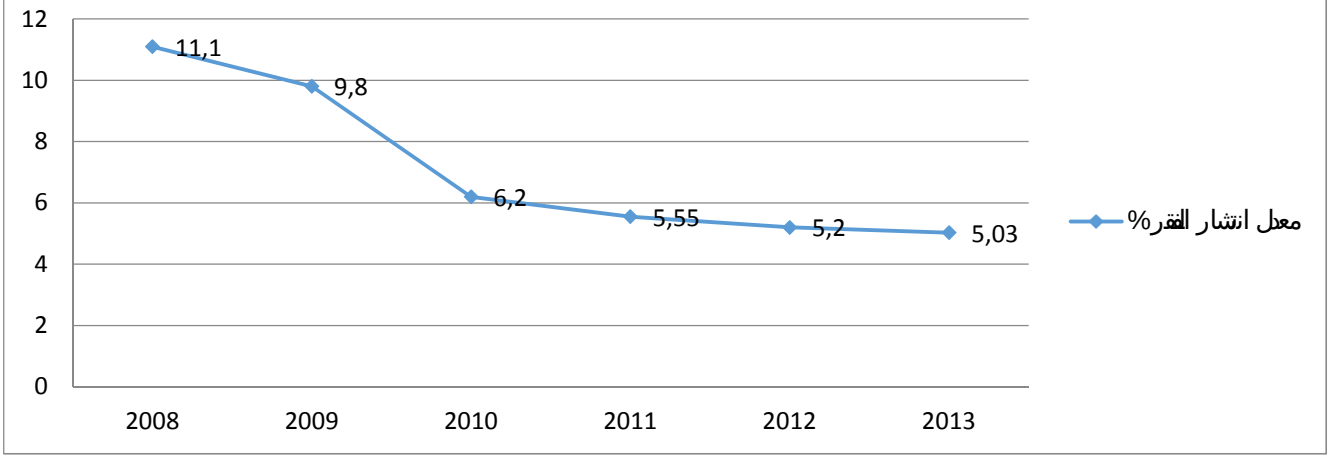
أما فيما يخص مؤشر الفقر وكمثال فقد تراجع عدد الجزائريين الذين يعانون نقص التغذية من 2.7 مليون في الفترة (2000-2002) إلى 2.3 مليون (2005-2007)، بمعنى من 7.4 % إلى 6.7%

[1] – منظمة الصحة العالمية، ملخص المدن الخفية : الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، جنيف، 2010، ص 10.

[2] - Khoukha mekalt, brahim brahamia, Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement , https://www.google.dz/url? date 17-05-2017, heur 10 :15.

من إجمالي السكان حسب منظمة الأغذية والزراعة،[1] لأن الفقر لا يعني نقص التغذية وفقط بل كما أشرنا سابقا أنه حرمان من ضروريات الحياة، ويمكن ملاحظة ذلك التراجع من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (09) : معدل انتشار الفقر في الجزائر %



المصدر : إعداد الباحثة اعتمادا على:

- حاج، قويد قورين، " ظاهرة الفقر في الجزائر وأثارها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية،البطالة والتضخم، " المجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. العدد 12، جوان 2014، ص 19.

من خلال اطلاعنا على الجدول الخاص بتطور معدلات الفقر في الجزائر نلاحظ أنها سجلت تراجع مستمر، فبعدما بلغ معدل الفقر 17 %سنة 1999 تراجع ليسجل 11.1% سنة 2008، ويستمر في التراجع إلى 5.03% سنة 2013، وذلك التراجع يعود إلى العديد من العوامل التي ارتبطت بمختلف الجهود التي تبذل بهدف تحقيق التنمية، والتي يتم من خلالها تحسين مستويات المعيشة على اعتبار الفرد أساس التنمية وهدفها وبالتالي لابد أن تنطلق منه وتأخذه كأساس لها.

ونبقى دائما في الوضع الإجتماعي أين بدأت معدلات البطالة في التراجع نتيجة الانتعاش الذي عرفه سوق العمل في الفترة الممتدة من سنة 2005 إلى غاية سنة 2009، حيث بلغ عدد السكان الناشطين 9.422.502 لينتقل إلى 10.544.000 مما انعكس على معدلات التشغيل التي ارتفعت من 84.7% إلى 89.83% لنفس الفترة، ويعود ذلك إلى البرامج التنموية كبرنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) البرنامج الخماسي لدعم النمو (2005-2009) وبرنامج توطيد النمو(2010-2014).[2]

[1] – منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية وبرنامج الأغذية العالمي، مرجع سبق ذكره، ص 44.

[2] – عبد الحق العشعاشي، مصطفى حوحو، **دور اقتصاد المعرفة في الحد من البطالة: حالة الجزائر**. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2016، ص 104.

الجدول رقم (28): تطور معدلات البطالة في الجزائر 2000-2016 (%).

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
معدل البطالة%	29.2	27.3	25.7	23.7	17.7	15.3	12.3	13.8

2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	افريل 2016*
11.3	10.2	10.0	10.0	11.0	9.8	10.6	11.2	9.9

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على:

- ناجية صالحي، فتيحة مخناش، " أثر برنامج دعم الإنعاش الإقتصادي والبرنامج التكميلي لدعم النمو وبرنامج التنمية الخماسي على النمو الاقتصادي 2001-2014 نحو تحديات أفاق النمو الاقتصادي الفعلي المستديم، أبحاث المؤتمر الدولي حول تقييم آثار برامج الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والاستثمار والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014، جامعة سطيف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 11-12 مارس 2013، ص 06.

*Office national des statistiques, activité, emploi et chômage, avril 2016, N^0 748, p 12.

بناء على ما هو موضح في الجدول أعلاه نسجل تراجع واضح في معدلات البطالة، فبعدما قاربت 30% سنة 2000 تراجعت لتصل إلى 9.8% سنة 2013، لكن سرعان ما عاودت الارتفاع خلال سنة 2014 و2015 أين بلغت 11.2 % سنة 2015، لكن حسب إحصائيات 2016 تراجعت إلى 9.9%.

لكن على الرغم من التراجع الذي تظهره تلك الإحصائيات في معدلات البطالة الذي يعود إلى سياسات وآليات التشغيل المعتمدة إلا أن مشكلة البطالة ظهرت في حلة جديدة وهي بطالة المتعلمين، وبالتحديد الخريجين أصحاب المؤهلات العملية المتوسطة، وذلك ناتج عن الاختلال وغياب التنسيق بين التعليم وسوق العمل.[1]

من خلال المسح الذي قام به الديوان الوطني للإحصاء سنة 2015 قدر معدل البطالة لدى حاملي الشهادات الجامعية ب 16.4% سنة 2014 وتراجع إلى 14.1% في سبتمبر 2015.[2]

على الرغم أن معدلات البطالة تراجعت مقارنة بالسنوات الثمانينات والتسعينات إلا أنها لا تزال مرتفعة، كما أن الجزائر لا تملك مؤشرات ومعايير يمكن من خلالها تحديد فئة البطالين وهذا من الممكن أن يعتبر في حد ذاته مشكل أمام تقديم إحصاءات صحيحة تعكس حقيقة الشريحة العريضة من البطالين.

د - الوضع الاقتصادي:

[1] - دحمان ادريوش، قويدر بوطالب، فعالية نظام التعليم والتكوين في الدول العربية وانعكاساته على معدلات البطالة في المنطقة دراسة حالة الجزائر، ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي حول أزمة البطالة في الدول العربية، القاهرة 17-18 مارس 2008، ص 11.

[2] - الديوان الوطني للإحصاء، النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة، سبتمبر 2015، نقلا عن:

http://www.ons.dz/IMG/pdf/emplar0915.pdf , date 30-05-2017 ,heur 13 :53.

بعد استرجاع الأمن والاستقرار أصبح الوضع أكثر قابلية لاستكمال مسار التنمية، وفي هذا الإطار تم تبني مجموعة من البرامج للنهوض بالقطاع الاقتصادي والتي اتخذ فيها قطاع الصحة مكانة هامة والتي تمثلت في:

- **برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي** (2001-2004) : خصص لهذا البرنامج حوالي 525 مليار دج ركز على الهياكل والمنشآت القاعدية التي تعتبر الأساس في عمليات الإنتاج وتقديم الخدمات، حيث قام على ثلاثة (03) أهداف أساسية وهي:[1]
  - ✓ مكافحة الفقر، توفير مناصب الشغل، تحقيق التوازن الجهوي، وإنعاش الاقتصاد الوطني.
  - ✓ استرجاع التوازنات الاقتصادية الكبرى.
  - ✓ تحسين مستوى المعيشة.

وبهذا كان هدف الدولة تكثيف جهود الإصلاح لتشمل مختلف المجالات سواء الاقتصادية أو الاجتماعية التي لا يمكن الفصل بينها، عرف الوضع من خلال هذه المجهودات تحسن واضع على العديد من المستويات منها تدني معدلات البطالة والفقر.

كان للقطاع الصحي في هذا البرنامج مكانة واضحة حيث خصص له ما يقدر ب 14.7 مليار دج، حيث يعتبر أكبر ثاني مبلغ بعد التعليم الذي خصص له 18.9 مليار دج مقارنة بالمشاريع الأخرى المندرجة ضمن برنامج تنمية الموارد البشرية الذي خصص به حوالي 90.3 مليار دج.[2]

- **البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009)** : خصص له مبلغ مالي قدر ب 4202.7 مليار دج، من أهم ما تضنه وكان له انعكاسات واضحة على المحددات الصحية تطهير المياه والمحيط، تنمية الموارد البشرية، تحسين العلاج الإستشفائي، لعب دور واضح في دعم عجلة التنمية فبعد أن كان الناتج المحلي الإجمالي 102.7 مليار دولار سنة 2005 بلغ سنة 2009 حوالي 139.8 مليار دولار، حيث انعكس ذلك على دخل الفرد الذي انتقل من 3122 دولار سنة 2005 إلى 3925 دولار سنة 2009، وهذا ما ساعد على تحسين ظروف معيشة الجزائريين وحصولهم على العديد من المتطلبات الأساسية على الرغم أن النمو الحقيقي للناتج المحلي انخفض من 5.1% سنة 2005 إلى 2.4 %سنة 2009. فيما يعود ذلك إلى انخفاض أسعار البترول الذي عرفته سنة 2008 أين تراجع من 99.97 دولار إلى 62.25 دولار سنة 2009، من أجل النهوض بالقطاع الصحي وتكييفه مع

[1] – ناجية صالحي، فتيحة مخناش، مرجع سبق ذكره ، ص 03.

[2] – عمر عبو، هودة عبو، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر واقع وتحديات، جامعة الشلف، كلية العلوم القانونية والعلوم الإدارية، 2008، ص 07.

المتطلبات خصص له ضمن هذا البرنامج ما يقدر ب 85 مليار دج وهو مبلغ قليل مقارنة بما خصص لقطاع التربية 200 مليار دج.[1]

- **برنامج توطيد النمو (2010-2014)** : لقد استكمل هذا البرنامج بدوره مسار التنمية الذي انطلقت فيه البرامج السابقة، حيث استفاد كل القطاعات بما فيها التنمية البشرية والأشغال العمومية وقطاع الصناعة، وهذا ما عبر عن رغبة الحكومة في استهداف أهم القطاعات التي تؤثر بصورة مباشرة في معدلات النمو الاقتصادي ومستويات التشغيل، قدرت قيمته ب 21214 مليار دج قسمت على ثلاث (03) برامج:
  - ✓ برنامج تحسين ظروف المعيشة للسكان 45.42%.
  - ✓ برنامج تطوير الهياكل القاعدية 38.52%.
  - ✓ برنامج دعم التنمية الاقتصادية 16.05% .

خصص للقطاع الصحي مبلغ مالي قدر ب 619 مليار دج،[2] فكل البرامج الاقتصادية التي تم تبنيها أعطت مكانة للقطاع الصحي وهذا ما يعبر على مكانته المهمة، وبهذا فالنمو الاقتصادي له دور كبير في تحسين مستويات المعيشة والعكس، بهذا يمكن القول أن الفئة الأكثر حرمانا يعانون أشد المعاناة بسبب سوء حالتهم الصحية لأن الفقر هو الذي يسبب سوء الحالة الصحية، وسوء الحالة الصحية تسبب الفقر.

على الرغم من كل البرامج التي تم وضعها لكن تبقى السمة البارزة للاقتصاد الجزائري الهشاشة وهذا حسب ما جاء في التقرير السنوي لبنك الجزائر، مرجعا ذلك إلى سبب اعتماده على المحروقات، خاصة مع الركود الذي يعرفه قطاع المحروقات منذ سنة 2006، وذلك ما أثر على النشاط الاقتصادي الوطني الذي عرف وتيرة نمو قدرت سنة 2013 ب 208% مع بعض التحسن الذي سجله النمو الحقيقي لإجمالي الناتج الداخلي خارج المحروقات والذي بلغ 7.1 % لنفس السنة، أما معدل التضخم فقد تراجع من 8.89 %سنة 2012 إلى 3.26% سنة 2013.[3]

لهذا يمكن القول أن الاقتصاد الجزائري يتميز بمجموعة من الخصائص وهي:[4]

---

[1] – هواري عامر، حيزية قاسم، السياسات الاقتصادية في الجزائر خلق البطالة ومكافحتها، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول السياسات الاقتصادية الراهنة في الجزائر الواقع والتحديات، جامعة سوق أهراس، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2016، ص 10.

[2] – نبيل، بوفليح، " دراسة تقييميه لسياسة الإنعاش الاقتصادي المطبقة في الجزائر في الفترة 2000-2010"، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. العدد 09، 2013، ص 48.

[3] – بنك الجزائر، التطور الاقتصادي النقدي للجزائر، التقرير السنوي 2013، نوفمبر 2014، ص 194.

[4] – بن حسين، ناجي، دراسة تحليلية لمناخ الاستثمار في الجزائر، مذكرة دكتوراه، جامعة قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2006-2007، ص80.

- ✓ تمدد النمو : أي ضخ مبالغ مالية كبيرة في استثمارات عمومية جيدة وليست مشاريع منتجة للعمل آو رأس المال.
- ✓ نمو مكلف : النمو الاقتصادي في الجزائر مكلف جدا، حيث تصرف أموال ضخمة لربح نقطة في نمو الناتج الداخلي الخام، هذا النمو ناتج عن الارتفاع المعتبر للنفقات العمومية التي تمولها الدولة عن طريق إيرادات المحروقات، كمثال عن ذلك خلال سنتي 2004 و 2005 صرفت حوالي 15 %من الناتج الداخلي لتحقيق نمو اقل ب 3 مرات أي حوالي 15%، وبهذا فالفارق كبير جدا بين ما يصرف وما يتم تحقيقه.
- ✓ نمو متذبذب: أي غير ثابت أو عابر بمعنى هو مرتبط أو تابع لأسعار البترول.

فالنمو الاقتصادي يلعب دور كبير في تحسين المستوى المعيشي من خلال نصيب الدخل الكلي، فإذا زاد نمو الدخل الكلي عن معدل نمو السكان زاد نصيب الفرد من الدخل الكلي والعكس، لكن في العموم الوضع الاقتصادي في الجزائر عرف تحسنا مقارنة لما كان عليه في السنوات السابقة، هذا ما لعب دور في ارتفاع مستويات المعيشة وتراجع معدل الوفيات خاصة بين أفراد الطبقة الفقيرة، لكن التذبذب الذي يعرفه سعر البترول في الأسواق العالمية جعل حالة الاقتصاد الوطني تابع له، تراجعه يهدد مختلف المشاريع التنموية بما فيها الخاصة بالقطاع الصحي في المرحلة التي تفرض الاهتمام أكثر بهذا القطاع نتيجة التحول الوبائي والديموغرافي الذي عرفته الجزائر والذي يفرض تكاليف باهظة لتوفير الرعاية الصحية.

الجدول رقم (29) : تطور نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الحالية 1990-2013 (بالدولار الأمريكي).

السنوات	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
نصيب الفرد من الإنتاج المحلي	2365	1727	3039	3391	3846	4787	3771	4350	5272	5310	5361

المصدر: بوعزارة، أحلام، " الاتجاهات الجديدة لنهج التنمية البشرية،" مجلة المؤسسة، العدد 04، 2015، ص 188.

إضافة إلى كل العوامل الداخلية والخارجية، الديموغرافية والوبائية، الاقتصادية والاجتماعية، التي جعلت من إصلاح القطاع الصحي ضرورة ملحة، هناك العديد من النقائص المرتبطة بالقطاع الصحي على وجه الخصوص التي أكدت هي الأخرى على الإصلاح، منها ما تم الإشارة إليه في نهاية الفصل السابق مثل التوزيع غير العادل للمنشآت الصحية الذي يؤدي لا محال إلى غياب الإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية لا سيما بين الشمال والجنوب، إضافة إلى مشكل التنظيم والتسيير وحتى التمويل، حيث أكد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من خلال رسالة وجهها إلى المجلس الوطني

لإصلاح المستشفيات عن النقائص التي تعاني منها االمستشفيات منها غياب السير الحسن لها قائلا :" **المستشفيات العمومية تشكل عنصرا أساسيا في نظام الحماية الاجتماعية، من خلال أهمية دورها في مجال الصحة العامة والموارد المادية والبشرية المستثمرة فيها، لكن في السنوات الأخيرة تعرف عجز كبير وتوجه لها انتقادات عديدة وبشكل متزايد من قبل المستخدمين، الخبراء، العاملين في مجال الصحة بسبب التدهور في نوعية الرعاية لاسيما في ظل الطلب المتزايد من قبل المرضى على تلك الخدمة، إضافة إلى العجز في الميزانية** ."[1] وإعادة صياغة اسم وزارة الصحة وتحويلها إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات هو أكبر دليل على المشاكل التي أصبحت تتخبط فيها المؤسسات الإستشفائية والقطاع الصحي ككل مما انعكس على أداءه.

وبالتالي أصبح من الضروري على السياسة الصحية مجابهة مختلف التحديات من أجل تحقيق مجموعة من الرهانات والمتمثلة في:

- تحسين جودة الخدمة الصحية.
- تقليص معدل وفيات الأطفال والأمهات.
- الوقاية والتكفل بالأمراض غير السارية.
- التغطية الصحية الشاملة.
- التحكم في المحددات الاجتماعية للصحة.
- تحقيق الأمن الصحي، وبالتالي هذا ما كان وراء تبني سياسة الإصلاح.

المطلب الثالث:أهداف ومرتكزات سياسة إصلاح القطاع الصحي.

1- أهداف سياسة الإصلاح:

نتيجة الدور الذي يضطلع به قطاع الصحة والمتمثل في تحسين ظروف العيش وكذا توفير الخدمات الصحية لصالح المواطنين وتمكينهم من القيام بوظائفهم على أفضل وجه، من خلال تمتعهم بحقهم الدستوري في الإستفادة من الخدمات الصحية والإستشفائية الملائمة، ولتجسيد هذه الحقوق وتعزيزها قامت سياسة إصلاح القطاع الصحي على تسطير مجموعة من الأهداف التي تبرز المكانة التي تحظى بها حماية صحة المواطنين على المستوى الوطني واعتبارها أولوية كبرى، حيث تمثلت تلك الأهداف فيما يلي:[2]

[1] - ministère de la santé de la population de la réforme hospitalier, rapporte final du concilie de la réforme hospitalière, op cit, p05.

[2] – أمير، جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2008-2009، ص ص 179، 180.

- إحصاء عروض العلاج والإستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطنين، بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
- ضمان الموارد المالية الأزمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين، وكذا التأكيد على حماية المرضى على وجه الخصوص.
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
- توفير الإمكانيات الضرورية واللازمة لمحترفي الصحة مهما كانت مسؤولياتهم ، وذلك قصد الاستجابة بفعالية أكثر للحاجيات الصحية والاجتماعية.
- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل للمؤسسات الصحية.

بناء على ما سبق نلاحظ التركيز على توفير الخدمة الصحية والعلاج للمواطن باعتبارها حقوق لابد أن يتمتع بها، من خلال الآليات والإجراءات التي يتم اتخاذها مثل التأكيد على الجانب المالي المتعلق بتمويل القطاع الصحي الذي يعتبر ضرورة لتسيير القطاع وتوفير متطلباته، إضافة إلى الموارد البشرية المقدمة للخدمة.

2- مرتكزات سياسة الإصلاح:

على الرغم من التقدم الكبير الذي أحرزه القطاع الصحي في الجزائر كتحسين فرص الحصول على الخدمات والرعاية الصحية، تطوير البنية التحتية والقوى العاملة، ومواجهة العديد من الأمراض ذات الانتشار الواسع الناجمة عن الظروف المعيشية السيئة، إلا أنه لا يزال يواجه تحديات أخرى غير مسبوقة صاحبت التحول الوبائي الديموغرافي وكذا الاجتماعي والاقتصادي، لهذا تم تبني سياسة الإصلاح التي تتم محاولة تكييفها مع المستجدات والاحتياجات المتزايدة للمواطنين، بهدف تحسين نوعية الرعاية والخدمة الصحية وكذا الحد من عدم الإنصاف، لهذا قامت سياسة إصلاح القطاع الصحي على مجموعة من المرتكزات التي تمت صياغتها كالتالي:[1]

- **الحاجيات الصحية وطلب العلاج** : برز هذا المرتكز كأولوية من خلال دراسة كيفيات التنسيق بين النظام الوطني للصحة والنظام الفرعي الذي يتمثل في المستشفى، من أجل تفادي أو تجنب عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي والوبائي والمالي والتنظيمي هذا من جهة، ومن جهة أخرى التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية والوطنية الأخرى، وهذا ما يؤكد على التكامل بين مختلف مكونات القطاع الصحي.

[1] – ministère de la santé de la population de la réforme hospitalier, rapporte final du conseil de la réforme hospitalière, op cit, p p 09, 11.

- **المستشفيات :** قام هذا المرتكز على إصلاح الهياكل الصحية وبالتحديد المؤسسات الاستشفائية، من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف منها تعزيز مراقبة الدولة على المؤسسات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية مع إعطاء هذه الأخيرة درجة من الاستقلالية، وهذا من خلال إعادة النظر في القوانين المنظمة للمؤسسات سواء العامة أو الخاصة، كما تم اقتراح تعزيز قدرات تقديم الرعاية الصحية عن طريق تحديد أولويات وشبكات الرعاية، تطوير إجراءات التعاون مع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة القانونية للمؤسسات من جهة والاحتياجات الصحية الخاصة بالتجمعات السكانية من جهة أخرى، المراجعة السريرية الداخلية والخارجية، تحسين الممارسة المهنية ومشاركة المواطنين في تنظيم نظم الرعاية من خلال الأخذ بعين الاعتبار حقوقهم وواجباتهم، وكذا المساهمة الفعالة للمرضى وجمعياتهم من خلال الإدلاء بآرائهم فيما يخص توزيع شبكة العلاج، وأخيرا تم التأكيد على الحاجة الملحة لنظام المعلومات الذي يعتمد عليه لكونه الأساس في نجاح جهود الإصلاح.
- **الموارد البشرية :** المورد البشري ضروري في قطاع خدماتي مثل القطاع الصحي، لذا تم التأكيد عليه من خلال عنصرين أساسيين تمثل الأول في إعادة النظر في القوانين الخاصة بالموظفين، أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، رواتبهم، تدريبهم، علاواتهم، وترقيتهم في المسار الوظيفي، وتكوينهم حيث يعتبر هذا الأخير ضرورة ملحة لجميع فئات المستخدمين الطبيين والشبه طبيين والمدراء الفنيين، وهذا بإشراك قطاعات أخرى ذات العلاقة مثل التكوين المهني والتعليم العالي وكذا من خلال تحديد إستراتيجية وجدول زمني دقيق.
- **الموارد المادية :** نتيجة القيمة الكبيرة والمكانة المهمة للموارد المادية في تنظيم الرعاية الصحية اتخذت كأحد مرتكزات الإصلاح حيث يستدعي ذلك توازن بين الوسائل ومستوى النشاط، فالهدف من ذلك هو إعطاء شبكة الرعاية كافة الوسائل الضرورية من خلال توزيعها بشكل عقلاني بين مختلف الجوانب سواء المتعلقة منها بالصيانة، السلامة، التدريب وغيرها، كما لابد من الأخذ بعين الاعتبار السياسة الوطنية للدواء لأنها تستفيد من مخصصات مالية كبيرة من اجل توفير هذه المادة الحيوية (الدواء) الذي لا يمكن الحصول على العلاج دون توفرها.
- **التمويل :** قام هذا العنصر أساسا على توسيع الموارد وتمويل المستشفيات وإعادة النظر في التنظيم من حيث التسيير المالي، من خلال المحاسبة وتكييف القوانين والإجراءات الأساسية التي تنظيم المرافق الصحية، علاوة على ذلك تم التركيز على التمويل القائم على التعاقد في النشاطات وحول الشروط الواجبة لمنح مخصصات الميزانية وإعادة الفواتير، كما كان مبدأ التركيز على تكافؤ الفرص في الحصول على الرعاية الصحية لجميع المرضى حاضرا، تحديد أهداف المتعاقدين، التحديد الدقيق للاحتياجات الصحية وإدخال محاسبة التكاليف وتقييم الأنشطة وإدارتها فالهدف من تقييم الأنشطة هو الكشف عن الاختلالات والنقائص بهدف تداركها وتحسينها.

- **إشراك القطاعات** : علاقة الصحة بالعديد من المحددات والعوامل هو ما جعل من تدخل القطاعات الأخرى أمر ضروري، فدور وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتحقيقها لأهدافها المرتبطة بحماية الصحة وترقيتها لا يكتمل دون مشاركة القطاعات الأخرى (المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة... قطاع الصناعة والفلاحة)، فلا بد من تبني إستراتيجية الصحة في كل السياسات، وضرورة ضمان الاتساق والتكامل بين الصحة والسياسات العامة الأخرى لأن جميع الأنشطة القطاعية من شأنها التأثير على الصحة لذلك لا بد أن تدرج ضمن الإستراتيجية العامة لوزارة الصحة.
- **صحة الجنوب:** الأمراض والأوبئة المنتشرة في الجنوب الجزائري وكذا خصوصية المنطقة جعل من ملف صحة الجنوب مختلف تماما على ما هو عليه في الشمال، حيث يفرض الأمر بذل جهود أكبر لضمان وصول كل السكان للرعاية الصحية وكذا التركيز على نوعيتها، وهذا من خلال الأخذ بعين الاعتبار مختلف المتغيرات مثل اتساع وشساعة الأراضي، تكاليف الرعاية الصحية، التنظيم الهيكلي في ظل التوزيع غير المنتظم للسكان، بمعنى كل المشاكل والمعيقات التي تفرضها الظروف المناخية والبعد.
- **الطوارئ:** تم التركيز من خلال هذا العنصر على تقديم الخدمات الصحية والرعاية في حالات الاستعجالات اليومية وكذا أثناء الحالات الاستثنائية مثل الكوارث منها الطبيعية.

بناء على ما سبق ومن خلال الأهداف والمرتكزات التي قامت عليها سياسة إصلاح القطاع الصحي نؤكد على المبدأ الذي قد أشار إليه المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تقريره النهائي وهو ما عبر عنه "بالمريض في قلب الإصلاح "، فالهدف من الإصلاح هو تأمين الرعاية الكافية لكل المواطنين دون استثناء، عن طريق الأشخاص الأكفأ وفي المكان المناسب والوقت الملائم وفي ظروف تتناسب مع إمكانيات الاقتصاد الوطني وذلك بحكم الترابط وعلاقة التأثير والتأثر بين الوضع الاقتصادي والصحي.

ومن أجل إعطاء دفع أكثر للإصلاح والمحافظة على استمراريته تم اتخاذ مجموعة من الإجراءات منها:[1]

- إنشاء المجلس الوطني للإصلاح من طرف وزارة الصحة في 15 أوت 2002.
- استحداث بطاقة الشفاء، وهي بطاقة الكترونية الهدف منها تسريع وتسهيل خدمات دفع واسترجاع مستحقات المؤمنين، استحدثت في سنة 2005 ودخلت أول بطاقة في الخدمة سنة 2007، وبعد أن كانت في خمس ولايات تجريبية ثم تم تعميمها على كامل ولايات الوطن.

[1] - مريم، زان، الجودة في الخدمات الصحية: دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2016، ص ص 176، 178.

- مصادقة مجلس الحكومة على المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر بتاريخ 11 فيفري 2008، الهدف منه إعادة تأهيل القطاع الصحي والنهوض به في أفاق 2025، حيث خصص لهذه العملية تكلفة قدرت ب 1900 مليار دينار جزائري.
- تنصيب مجلس إصلاح المرفق العمومي للصحة في 12 نوفمبر 2013 الذي كان استجابة للنقائص والاختلالات التي كشفت عنها الزيارات التفتيشية والتحقيقات الميدانية التي عرفتها العديد من المؤسسات الصحية.
- مسح ديون كل المؤسسات الاستشفائية العمومية حيث أعلنت الحكومة عن ذلك في 08 ديسمبر 2014، والتي قدرت بحوالي 25 مليار دينار جزائري ومس هذا الإجراء ما يزيد عن 622 مؤسسة.
- تنصيب المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة في 01 جانفي 2015، كهيئة علمية مهمتها تأطير الجوانب الأخلاقية التي لها علاقة بتطوير النشاطات الصحية والتجارب العيادية والبحث العلمي.

كل هذا من أجل تحسين المؤشرات الصحية، وعصرنة القطاعي الصحي ومواجهة والحد من المشاكل التي تتسبب في التراجع والتدهور المستمر الذي يعرفه هذا القطاع في كل مرة، وانعكاس ذلك على مردوديته ومستوى خدماته التي أصبحت تثير سخط المستفيدين. لنأتي في ما يلي للتعرف على أهم مخرجات عملية إصلاح القطاع الصحي.

المبحث الثاني: مخرجات سياسة إصلاح القطاع الصحي في الجزائر.

المطلب الأول: النظام التعاقدي كنهج تمويل بديل.

التحولات الديموغرافية والوبائية من المتغيرات التي فرضت ولا تزال تفرض زيادة في النفقات الصحية، لكن في المقابل هناك متغيرات أخرى تفرض بدورها ضرورة التحكم في تلك النفقات وحسن تسييرها بهدف ترشيدها، من بين تلك المتغيرات طبيعة الاقتصاد الجزائري في حد ذاته والذي يعتمد على

مداخيل الريع البترولي الذي أصبح يتحكم في مختلف البرامج والمشاريع التنموية، هذا ما جعل من هذه الأخيرة متغير تابع لارتفاع وتراجع أسعار البترول في الأسواق العالمية وانعكاسات ذلك على الاقتصاد الوطني، كما أصبحت النفقات الصحية تشهد زيادة مقارنة بالناتج القومي.

لذا أصبح صناع السياسة العامة في المنظومة الصحية الوطنية يواجهون إشكالية التوفيق بين الطلب المتزايد على الرعاية الصحية مقابل الموارد المحدودة لقطاع الصحة، حيث يجمع اقتصاديو الصحة على أن تحقيق كفاءة أكبر من الموارد المتاحة يعد معيارا هاما لوضع أولويات الصحة، وبالتالي أصبحت عملية إعادة تنظيم مختلف الأنشطة والعمليات تفرض نفسها لمواجهة هذا المشكل" التحكم في الإنفاق" الذي يعد رهانا بالنسبة لصناع السياسة الصحية.[1]

نجاعة ورشادة السياسة الصحية مرتبطة إلى حد ما بالإنفاق وآليات التحكم فيه، حيث يشير الإنفاق الصحي إلى " جميع النفقات على الأنشطة التي تهدف في المقام الأول إلى استعادة وتحسين والحفاظ على صحة المجتمع و الأفراد، خلال فترة زمنية محددة، وينطبق هذا التعريف بغض النظر عن نوع المؤسسة أو الجهة التي تدفع نفقات هذه الأنشطة الصحية، وبذلك يغطي جميع مقدمي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص وينتج إجمالي الإنفاق على الصحة من مجموع الإنفاق الجاري والإنفاق الاستثماري "الرأسمالي" على الصحة."[2]

أصبح الحديث عن كفاءة الإنفاق الصحي من خلال مقارنة الموارد أي المدخلات مع المخرجات أي ما تم تحقيقه، فالهدف هو تعظيم المخرجات مقارنة باستخدام قدر معين من المدخلات، حيث تعاني أغلب الدول اليوم من غياب هذه الكفاءة، بمعنى ما يتم إنفاقه لا يعكس ما يتم تحقيقه "الخدمات المقدمة"، في ظل بروز العديد من العوامل التي تفرض زيادة النفقات الصحية التي تعرفها الجزائر اليوم كغيرها من دول العالم، نذكر من بينها:[3]

- ✓ **شيخوخة السكان:** تم الإشارة إلى هذا المتغير سابقا، فغالبا ما تتزايد احتياجات الأشخاص إلى الرعاية الصحية مع تقدم العمر أي يصبحون بحاجة إلى رعاية صحية خاصة.
- ✓ **نمو الدخل:** غالبا ما يرتبط نمو الدخل بتزايد الطلب على الخدمات الصحية أكثر وأفضل"تغير الطلب على الرعاية الصحية استجابة لتغير الدخل ".

[1] – الياس، بومعراف، "تقييم الكفاءة التشغيلية لقطاع الرعاية الصحية الوطنية دراسة تطبيقية"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية. العدد 15، جوان 2015، ص 32.

[2] – المجلس الأعلى للصحة، تقرير الحسابات الصحية الوطنية في دولة قطر 2014، قطر، 2015، ص 10.

[3] – بنيديكت كليمنس، سانجيف غوتبا وآخرون، " فاتورة الصحة: التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصاديات المتقدمة لا يرجح أن يدوم"، مجلة التمويل والتنمية.المجلد 51، العدد 04، ديسمبر 2014، ص ص 22، 23.

- ✓ **التقدم التكنولوجي:** الذي يعد من أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية، فإذا كان التطور المستمر في الإجراءات والأدوية يساعد على الوقاية من المشكلات الصحية ومواجهتها وعلاجها فانه من جهة أخرى يسرع نمو الإنفاق الصحي، لأنه يتطلب تكلفة مالية مرتفعة.
- ✓ إضافة إلى عامل آخر مرتبط **بطبيعة القطاع الصحي** كونه يعد من القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية بتقليل العمالة، فبعض القطاعات يصلح فيها تخفيض العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الإنتاج لكن الرعاية الصحية يصعب فيها تحسين الإنتاجية إذا كانت هناك إمكانيات محدودة، لأن هذا يمس بمستوى ونوعية وجودة الخدمة المقدمة.*
- ✓ **السياسيات والمؤسسات الصحية:** للسياسات والمؤسسات الصحية آثار على كل من العرض والطلب، حيث يضطلع بالعرض متيح أو مقدم الخدمة أما الطلب فيجسده المريض، وبالتالي وجود عدد كافي من الأطباء وتوفر المستشفيات على كل المتطلبات هو دعوة مباشرة لزيادة الطلب على الرعاية الصحية والعكس.

الجزائر وكغيرها من الدول العربية التي ورثت اقتصاد ومجتمع دمره الاستعمار بشدة، أصبحت تضطلع بمهام كانت تسند إلى القطاع الخاص في بلدان أخرى، فسيطرة الدولة على الاقتصاد الوطني زاد من ارتباط تحقيق حاجيات الأفراد ومتطلباتهم بها، وأصبحت الصحة والتعليم رمزين للتقدم الاجتماعي وكذا المصدر المفضل لشرعية الدولة، وأصبحت الصحة بذلك حقا يجب على الدولة أن تكفله، وذلك واضح في مختلف الدساتير هذا من جهة،[1] ومن جهة أخرى ارتباط الصحة بما يعرف بالخدمات الاجتماعية التي تدخل ضمن ما يطلق عليه في علم المالية العامة " السلع العامة " أي السلع التي لا يمنع أي شخص من الحصول عليها بمجرد إنتاجها، كما لا يمكن إنقاص استخدامها بمجرد استخدام أي شخص لها مثل مكافحة الأمراض المتوطنة أو علاج انتشار الأوبئة أو غيرها، وهذا ما جعلها من السلع التي تتطلب وجوب تدخل حكومي مباشر.[2]

وبالتالي لا يمكن لآي سبب من الأسباب استبعاد دور الدولة فيما يتعلق بتمويل الرعاية الصحية، وهذا ما يمكن أن نؤكده من خلال تتبع مختلف مراحل تمويل الخدمات الصحية في الجزائر وهي:

1-مرحلة التمويل المختلط على أساس السعر اليومي للاستشفاء 1962-1973 : كانت موارد التمويل في هذه المرحلة تأتي من الدولة والتجمعات المحلية بنسبة مساهمة قدرت ب 60%، إضافة

---

* هذا ما يسمى بأثر بومول المسمى باسم منشئه، الاقتصادي ويليام بومول الذي يرى أن الزيادة الكبيرة في تكاليف وحدة العمل تكون في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية، مثل القطاع الصحي.

[1] – اليزابيث لونغنيس، سيلفيا شيفولو وآخرون، **الصحة العامة، مهنة الطب وبناء الدولة في الوطن العربي في نظرة تاريخية في الصحة العامة في الوطن العربي**. لبنان: مركز دراسات الوحدة العربية، 2013، ص ص 17، 18.

[2] – عبد الفتاح، الجيلالي، الإنفاق العام الاجتماعي ومشكلات تحديد الأولويات، نقلا عن:

http://www.pidegypt.org/download/enfaq.pdf ,date 2017-04- 03 heur 15 :32

إلى مساهمة الضمان الاجتماعي بحوالي 30% بخصوص المنخرطين وذوي الحقوق، أما 10% المتبقية مثلت الدفع المباشر من الخواص أي أصحاب المهن الحرة والتجار وغيرهم ممن لم يكونوا تابعين لآي نظام تامين خاص وكذا الطبقات الميسورة.[1]

2- مرحل التمويل الجزافي 1974- 1989: عرفت هذه المرحلة بتطبيق مجانية العلاج سنة 1974، الذي رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية العمومية، حيث تم استبدال السعر اليومي بإجراء جديد والذي تمثل في الميزانية العمومية، فأصبحت المؤسسات الصحية تمول بشكل جزافي فالتمويل في هذه المرحلة كان بواسطة الدولة والضمان الاجتماعي وهذا ما نتج عنه غياب دور المسير الذي تحولت مهمته من التسيير إلى الإنفاق، وأصبحت أموال القطاع الصحي تصرف بدون أي إثباتات أو فواتير تثبت فيما صرفت المبالغ المالية وإن وجدت تلك الفواتير فهي غير مفصلة، وهذا ما جعل القطاع الصحي يعاني من ارتفاع النفقات مقابل تدني مستوى الخدمات، وأصبحت المؤسسات الصحية والنظام الصحي ككل يتخبط في العديد من المشاكل، منها مشكل التنظيم والتسيير التي فرضت إعادة النظر في تسيير المؤسسات الصحية وكذا في تمويلها الميزانية العامة التي تحدد عن طريق قانون المالية.[2]

3- مرحلة التوجه نحو تطبيق النظام التعاقدي 1990 -2017:

نتيجة للمشاكل التي انجرت عن المراحل السابقة تم طرح ما يعرف بالنهج التعاقد بدل أسلوب التمويل الجزافي. **فما المقصود بالنظام التعاقدي ؟ وما هو الهدف من تطبيقه؟**

أولا : تعريف النهج التعاقدي : لا بد من تعريف التعاقد الذي يقصد به عملية تفاهم على هدف معين، بين فواعل أو أطراف مختلفة ترتكز على العقد، وبالتالي العقد هو عنصر أساسي ومحوري في العملية التعاقدية.[3] وبهذا يمكن القول أن النظام التعاقدي في قطاع الصحة هو عقد تبرمه المؤسسة الصحية وهي المسؤولة عن تقديم الخدمة مع ممولي تلك الخدمة وفق شروط وتنظيم معين يتم الاتفاق عليه.

ثانيا : أطراف التعاقد: تقوم العلاقة التعاقدية على ثلاثة أطراف أو جهات وهي:

1- **صاحب الخدمة prestataire de service** : والذي يقصد به المؤسسة الصحية وهي الطرف الذي يضطلع بتقديم الخدمة، حيث جاء في المرسوم 04-101 المؤرخ في 01 افريل 2004 والذي يحدد

[1] – نور الدين، حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية. مرجع سبق ذكره، ص 302.

[2] – ريمة برارمة، محمد بوهدة، آليات تفعيل القطاع الصحي من اجل تنمية صحية مستدامة، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص 06.

[3] - jean, Perrot, **vade-mecum de la contractualisation dans le secteur de la santé,** organisation mondiale de la santé , Genève , 2007, p05.

كيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية من خلال (المادة 03): تقدم المؤسسات الصحية العمومية لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة (03) أشهر معلومات تتعلق بالمؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الذين يتم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية . تتعلق هذه المعلومات لا سيما بما يأتي :

- اسم ولقب المؤمنين لهم اجتماعيا أو حقوقهم المتكفل بهم، وكذا رقم تسجيلهم في الضمان الاجتماعي.
- مكان الإقامة (الولاية، البلدية).
- تخصص المصلحة الاستشفائية المقدمة للخدمات.
- طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة.
- مدة الإقامة.
- تكلفة الأداءات المقدمة.[1]

وبهذا تتضح العلاقة أكثر بين المؤسسات الاستشفائية والضمان الاجتماعي لكل طرف دور ومسؤولية محددة وفق اطر قانونية لان الخلافات وتداخل المهام من شأنه أن يؤثر على عملية تطبيق التعاقد.

2- **ممول الخدمة bayeur de fonds**: أي الطرف أو الأطراف التي تضطلع بتمويل النفقات الصحية، والتي وضحها الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 الذي يتضمن قانون المالية لسنة 1995 وهي:

- **الدولة:** حسب ما جاء في (المادة 132) من الأمر رقم 94-03 " تقوم الدولة بتغطية النفقات المتعلقة بالوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا."[2] بهذا فالنفقات الصحية التي تغطيها الدولة محددة وواضحة، أما المعوزين فتقوم الدولة بتحديدهم عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي للولايات، وتعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز للقيام بهذه العملية، وبعد تحديد قوائم المعوزين التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري التي تدفع فيها أقساط الاشتراك الجماعات المحلية.[3]
- **الضمان الاجتماعي:** تضطلع هيئات الضمان الاجتماعي في المساهمة في النفقات الصحية لكن لصالح المؤمنين وذوي الحقوق وهو ما تضمنته نفس (المادة 132) من الأمر رقم 94-03 "

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 04-101 مؤرخ في 11 صفر 1425 الموافق أول أبريل سنة 2004، يحدد كيفيات مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 20، الصادرة 14 صفر عام 1425 الموافق 04 افريل 2004، ص ص 30،31.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 94-03 مؤرخ في 27 رجب عام 1415 الموافق ل 31 ديسمبر 1994، يتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية، العدد 87، الصادرة في 27 رجب عام 1415 الموافق ل 31 ديسمبر 1994، ص 37.

[3] – رشيد سعيدان ، علي بوهنة، " واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات"، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد01، سبتمبر 2014، ص 10.

تخصص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتغطية الأعباء الصحية في صالح المؤمنين وذوي حقوقهم."[1]

فوجود الضمان الاجتماعي يعد ضرورة اجتماعية لأنه من الأدوات التي تضمن أمن الدخل والوقاية من الفقر واللامساواة والحد منها، فيساعد على تحقيق الاندماج الاجتماعي هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يعد ضرورة اقتصادية والتي ترتبط بمدى التصميم المتقن للضمان الاجتماعي حيث يساهم في تحقيق الاستقرار تلقائيا وبفعالية خاصة أثناء الأزمات إذ يخفف من وقعها وانعكاساتها على الوضع الاقتصادي، إضافة إلى أنه يوفر الحماية الاجتماعية الميسورة الكلفة وتوفير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأساسية لكل مواطن.[2]

كما أشرنا أن الضمان الاجتماعي يتكفل بدفع النفقات الصحية للمؤمنين وذوي الحقوق فقط، لكن في المقابل هناك فئة من المرضى ليسوا من المؤمنين كما أنهم ليسو من الفئة المعوزة التي تتكفل الدولة بنفقات الرعاية الصحية التي تتلقاها، وبالتالي يدفعون تكاليف العلاج مباشرة، وبالتالي هم الممول الثالث للخدمة الصحية.

3- **مستهلكي الخدمة الصحية patients**: ويقصد بهذا الطرف المستفيدين من الخدمة أو المرضى، بحيث يمكن تقسيمهم إلى:

- **فئة المستفيدين المؤمنين** : هم المشتركين في الضمان الاجتماعي أو لدى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء CNS أو الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS، حيث تتكفل مصالح الضمان الاجتماعي بالدفع عنهم إضافة إلى جزء يقع على عاتقهم.
- **فئة المستفيدين غير المؤمنين:** هي الفئة التي تدفع نفقات ما تتلقاه من علاج مباشرة.
- **فئة المستفيدين المعوزين** : أي الذين تتكفل بهم الدولة بشكل كلي،حيث جاء المرسوم التنفيذي رقم 01-12 المؤرخ في 21 جانفي 2001 الذي يحدد كيفيات الحصول على العلاج لفائدة هؤلاء المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا، (المادة 03)" يستفيد من العلاج في مؤسسات الصحة العمومية الأشخاص الحاملون بطاقة تثبت صفة المحروم غير المؤمن له اجتماعيا، تسلمها إياهم مصالح مديرية النشاط الاجتماعي في الولاية."[3]

---

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 94-03 مرجع سبق ذكره، ص 37.

[2] – تسيتسليه، شيلدبيرغ، **دليل المجتمع المدني: حول الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية**. ألمانيا: مؤسسة فريد ريش ايبرت-شتيفتونغ، مارس 2015، ص 14.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 01-12 مؤرخ في 25 شوال عام 1421 الموافق 21 يناير سنة 2001، يحدد كيفيات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادرة في 26 شوال عام 1421، المولفق 21 يناير سنة 2001، ص 04.

بهذا فأطراف العلاقة التعاقدية تم توضيحهم وتحديد مهامهم وأدوارهم وذلك بفضل الأطر القانونية التي تم وضعها، حتى لا يحصل هناك أي لبس في هذا الخصوص والذي من شأنه أن ينعكس على تطبيق النهج التعاقد.

ثالثا : أهداف تبني النهج التعاقدي :

يعتبر النظام التعاقدي جزء أو محور أساسي ضمن سياسة الإصلاح التي شملت القطاع الصحي الجزائري، والتي تهدف هي الأخرى بدورها إلى تحسين مخرجات المنظومة الصحية ذلك كونه يسمح ب:[1]

- التعرف وبدقة على الأشخاص المقبولين في نظام الرعاية الصحية، لكي يتسنى للدولة تقديم مساعدة أفضل للفئة المستهدفة من المحتاجين.
- زيادة الشفافية في العلاقة التي تربط المانحين (الممولين) ومقدمي الخدمة الصحية (المؤسسات الاستشفائية)، حيث تتمكن هيئات الضمان الاجتماعي من معرفة كمية ونوعية الرعاية المقدمة للأشخاص المؤمنين.
- التحكم وبطريقة أفضل في نفقات الرعاية الصحية والضمان الاجتماعي، من أجل تحقيق كفاءة أداء النظام الصحي من ناحية ومؤسسات الضمان الاجتماعي من ناحية أخرى.
- استرجاع فضائل التفاوض والتشاور والشفافية بحيث تصبح القيمة مقابل المال والمنافسة.
- استرجاع مسؤوليات الممولين والمسيرين بعد أن أصبحوا منفقين فقط.

وبهذا فالهدف من تطبيق النظام التعاقدي هو محاولة تحسين نوعية الخدمة الصحية مقابل الاستخدام الأمثل والرشيد للموارد المتاحة(المالية، المادية، البشرية)، فتتم السيطرة على نفقات العلاج من أجل المحافظة على التوازن المالي لهيئات الضمان الاجتماعي، بحيث يصبح كل ما ينفق مدون و وأضح، ومعالم العلاقة بين مقدمي الخدمة ومموليها واضحة كذلك وذلك من خلال الأطر القانونية.

رابعا : مراحل تبني النهج التعاقدي:

فكرة النظام التعاقدي في الجزائر لم تأتي من فراغ وإنما انبثقت مما يعانيه النظام الصحي من مشاكل تتعلق بالتسيير والتنظيم والتمويل على حساب نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة التي أصبحت لا ترضي الجميع، وأعتبر النظام التعاقدي كحل من الحلول التي من شأنها النهوض بالقطاع الصحي وذلك منذ التسعينات، ويمكن الإشارة إلى أهم المراحل التي تطور من خلال منذ التسعينات إلى غاية اليوم كالآتي:

[1]– Taous cheurfa, Nouara kaid tlilane , « la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : enjeux et perspectives », économie et société. N^0 10, 2014, p 87.

- **مرحلة الوعي 1990-1997:**

في إطار المؤتمر الوطني لإصلاح النظام الصحي والضمان الاجتماعي المنعقد في ديسمبر 1990 تم تشكيل مجموعة من اللجان، منها لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية، لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية، لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة، لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة، لجنة التكوين ولجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة حيث احتفظت هذه الأخيرة بمجموعة من المحاور والتي تمثلت في:[1]

- ✓ الاحتفاظ بمصادر التمويل وفقا للأهداف المسطرة في السياسة الوطنية للصحة، مع تنويع هذه المصادر والحفاظ على الطابع الفردي لكل مصدر تمويل.
- ✓ إيجاد العلاقة المباشرة بين المصالح الممولة ومصالح العلاج، وتمويل الخدمة المقدمة على أساس أسعار متفق عليها وإدخال نظام الفوترة وتقييم النشاطات الوقائية والعلاجية.
- ✓ تحقيق استقلالية فعلية في مجال تسيير الهياكل الصحية.
- ✓ تقييم تكاليف الخدمات الصحية وضبط مقاييس الهيئات الممولة.

من خلال ما احتفظت به لجنة التمويل نستشف التركيز على مجموعة من النقاط التي اعتبرت من أهداف النظام التعاقدي التي سبق ذكرها وبهذا بدأت ملامح النظام التعاقدي تظهر، بعدها بدأت الإشارة إلى النظام التعاقدي صراحة وذلك من خلال قانون المالية لسنة 1992 والذي يعتبر أول مبادرة لإقتراح نظام تمويل جديد وهذا ما تضمنته (المادة 175) ومنه التي جاء فيها " تحدد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية يطبق هذا التمويل على أساس علاقة تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة، وتحدد كيفياته عن طريق التنظيم."[2] من خلال ما جاء في (المادة 175) نلاحظ التوجه الواضح إلى النظام التعاقدي لتمويل الخدمات الصحية بدلا من نظام الدفع الجزافي، كما تم تأكيد ذلك مرة أخرى من خلال قانون المالية لسنة 1995 في مضمون (المادة 132):" يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم. تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا لصالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم، وتتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غي المؤمنين اجتماعيا."[3] وبهذا نلاحظ وضوح المسؤولية الموضوعة على عاتق الضمان الاجتماعي ودوره في العلاقة التعاقدية وكذا الدولة والتي اقتصر دورها في تمويل نفقات الوقاية والبحث

[1] – حليمة، بن حميدة، " واقع التنمية الصحية في الجزائر"، مجلة شؤون اجتماعية. العدد 127، 2015، ص100.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 91-25 مؤرخ في 09 جمادي الثانية عام 1412 الموافق 16 ديسمبر سنة 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد65، الصادرة 11 جمادي الثانية 1412 الموافق 18 ديسمبر 1991، ص 2517.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 94-03 يتضمن قانون المالية لسنة 1995، مرجع سبق ذكره، ص 37.

والمحرومين فقط بعد أن كانت كل الخدمات الصحية عامة ومجانية، كما لا ننسى (المادة 128) من قانون المالية لسنة 1993 التي إشارة هي الأخرى إلى النهج التعاقدي وهذا ما يثبت جدية التمسك به.

في 21 مارس 1995 وبناء على ما توصل إليه المجلس الوزاري تم إنشاء لجنة مشتركة بين ادارات التعاقد في 10 أفريل 1995، والتي تتألف من وزير الصحة والسكان، وزير العمل والضمان الاجتماعي، وزير المالية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية CNAS والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS، وكذا مسيري المؤسسات العمومية للصحة حيث كلفت هذه اللجنة بمهمة توضيح كيفية تطبيق النهج التعاقدي بمعنى متابعة ملف النظام التعاقدي.[1]

- **مرحلة الهيكلة والتجريب(01) سنة 1997:**

بداية هذه المرحلة كانت في 09 سبتمبر 1997 ووفقا لأعمال المجلس الوزاري تقرر القيام بعملية اختباريه للتعاقد وذلك على مستوى 06 مؤسسات صحية وهي:

- ✓ المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا.
- ✓ المركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو.
- ✓ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بيار وماري كوري.
- ✓ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة آيت ايدير.
- ✓ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة القطار.
- ✓ القطاع الصحي بالمدية.

لقد واجهة عملية التجريب مجموعة من المعوقات والمشاكل التي حالت دون الوصول إلى النتائج التي كانت من المفروض تأخذ كقاعدة للبدء في تعميم النظام التعاقدي بداية من سنة 1999، منها عدم القدرة على تحديد المؤمنين من غيرهم، غياب التنسيق والتعاون لدى الموظفين والمسؤولين التي ارتبط من ناحية بالجهل بهذا النظام وأهمية تطبيقه ومن ناحية أخرى كمقاومة للتغيير بناء على أهداف معينة.

- **مرحلة التجريب (02) من 2000-2003:**

في 16 مارس 2002 ومن خلال تقييم اللجنة الوزارية للنمط التعاقدي قدمت مجموعة من الإجراءات لتنفيذ التعاقد والتي تمثلت في:

- ✓ تحديد المؤمنين وذوي حقوقهم بهدف قبولهم في المؤسسات الاستشفائية العمومية.
- ✓ تحديد الكيفيات والإجراءات المتعلقة بعملية التعاقد بالنسبة لصناديق الضمان الاجتماعي.

[1] – Taous cheurfa , Nouara kaid tlilane, op cit, p 81.

- ✓ وضع طرق للدفع بواسطة مجموعة من المختصين وهما(السعر المتوسط لليوم الاستشفائي والسعر الجزافي حسب نوع المرض).*

ليتم البدء في تطبيق العملية التعاقدية بطريقة شبه فوترة من المفروض مع التعليمة الوزارية 14 جانفي 2003 المتعلقة بتطبيق العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي ومديريات النشاط الاجتماعي بالولايات على 10 مؤسسات حكومية للصحة، لكن لم يتم البدء إلى غاية 16 فيفري 2003 بعد اجتماع جميع الممثلين عن القطاعات الثلاث(الصحة، الضمان الاجتماعي، النشاط الاجتماعي) في اللجنة الوطنية للصحة العمومية، لكن واجه هذه العملية هي الأخرى العديد من المشاكل مثل الغموض في تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية وكذا غياب الاستخدام الأمثل لبطاقة المريض.[1]

- **مرحلة التعميم بداية من سنة 2004:**

على الرغم من النقائص التي كشفت عنها مراحل التجريب 1997، 2003 إلا أنه تقرر تعميم النظام التعاقدي، حيث جاء في مضمون (المادة 116) من قانون المالية لسنة 2003 " تخصص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة للتغطية المالية للأعباء الطبية لصالح المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم. يطبق هذا التمويل على أساس المعلومات المتعلقة بالمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم المتكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية، في إطار العلاقة التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات."[2] وبهذا فالضمان الاجتماعي يتكفل بالمرضى المؤمنين وذوي حقوقهم من خلال المعلومات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية التي تلقوا فيها العلاج حيث تم الإشارة إلى تلك المعلومات سابقا، تطبيقا لما تضمنه قانون المالية لسنة 2003 صدر المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 افريل 2004

* التكلفة أو السعر الاستشفائي هو النوع الأول من الدفع، يقوم على أساس السعر المتوسط لليوم لكل نوع من خلال مجموعة من الاختصاصات (الطبية، الجراحية، التخصصات الثقيلة والمكلفة، التوليد) مع ضمان تقييم دوري يمكن من المعرفة الجيدة للفترة المتوسطة للإقامة الاستشفائية، وأيضا تثمين المنشآت بقصد تحقيق الفعالية.أما السعر الجزافي لكل مريض فهو يقوم على حساب مرجعيات طبية متفق عليها، مؤسسة على معايير علمية ومهنية وموضوعية، حيث أن البيانات التشخيصية والعلاجية تساعد على تقييم جزافي لكل مرض، والتي على أساسها يضاف الجزاف الخاص بالمبيت والإطعام . للمزيد انظر: عديلة العلواني، مرجع سبق ذكره، ص ص 47، 48.

[1] – أمال بلعيط، ايمان بن قصير، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر واقع وآفاق، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص14.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، قانون رقم 02-11 مؤرخ في 10 شوال عام 1423 الموافق 24 ديسمبر سنة 2002، يتضمن قانون المالية لسنة 2003، الجريدة الرسمية، العدد 86، الصادرة في 21 شوال 1423 الموافق 24 ديسمبر 2002، ص 43.

الذي يحدد كيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، الذي وضح ذلك من خلال مجموعة من المواد التي يمكن اختصارها في النقاط التالية:[1]

- ✓ تقوم المؤسسات الصحية بتقديم كل المعلومات عن المؤمنين وذري حقوقهم المتكفل بهم في المؤسسات الصحية لصناديق الضمان الاجتماعي.
- ✓ للضمان الاجتماعي الحق في المراقبة الطبية للأداءات التي تقدم للمؤمنين وذوي حقوقهم، إضافة إلى إمكانية التدقيق في الملفات الخاصة بهم.
- ✓ من مسؤوليات كل من الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية تنظيم حملات الإعلام والاتصال بهدف تطبيق مضمون هذا المرسوم.
- ✓ هيئات الضمان الاجتماعي هي من تتكفل بتحسين البطاقة الوطنية للمؤمنين وذوي حقوقهم.

تعميم النظام التعاقدي وفق ما جاء في المنشور رقم 09 المؤرخ في 15 أفريل 2004 القاضي بتعميم العملية في جميع المؤسسات الاستشفائية العمومية للصحة، الشروع في عملية تنفيذ المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 أفريل 2004 ابتداء من 01 جانفي 2005. **أنظر الملحق رقم (02)**

يمكن القول أنه وعلى الرغم من كل ما تم بذله من مجهودات بهدف إرساء النظام التعاقدي وكل الترسانة القانونية التي صيغت إلا أنه والى غاية اليوم لم تتجسد هذه العملية حقيقة، في كل مرة تظهر عراقيل ونقائص تحول دون ذلك، من أهمها عدم تهيئة الأرضية التي تعتبر التوعية بأهمية ودور النظام التعاقدي هي أساسها وركيزتها، باعتباره النظام الأمثل للتحكم في النفقات الصحية وترشيدها من ناحية وتعزيز مبدأ مجانية العلاج من ناحية أخرى.

ما يثبت حقيقة عدم تطبيقه هو الحديث عنه في كل المناسبات بصيغة ماذا يجب أن يكون، حيث أشار مجلس الوزراء في اجتماعه يوم الثلاثاء 11 ماي 2010 في مناقشة عرض حول التعاقد في المستشفيات مع آليات الضمان الاجتماعي أن تطبيق النظام التعاقدي يتطلب العديد من الإجراءات منها شبكة معلوماتية واسعة، تحديث مكاتب الاستقبال في المستشفيات وإحداث بطاقة وطنية على مستوى مختلف صناديق الضمان الاجتماعي للمؤمنين اجتماعيا، حيث تبدأ هذه الإجراءات في المستشفيات أولا ثم تبدأ حملة التعميم تدريجيا لتشمل مختلف المؤسسات الصحية العمومية، إضافة إلى تطبيق فوترة الخدمات الطبية والتي ستتم أولا على أساس تكلفة المكوث ليوم واحد بالمستشفى قبل بدأ حسابها على أساس العلاج الطبي المقدم.[2]

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 04-101 يحدد كيفيات دفع مساهمة الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانية المؤسسات الصحية العمومية، مرجع سبق ذكره، ص 31.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء، الثلاثاء 1 ماي 2010، ص ص 11، 12.

وبالتالي لا يزال الحديث على مستوى كيفية تجسيد النظام التعاقدي وما يتطلبه من إجراءات بعد كل عمليات التجريب التي تم القيام بها، وفي كل الخطابات نسمع عبارة " النظام التعاقدي الذي سيباشر في قطاع الصحة ".

وفي مقابلة أجريناها مع " **السيد عبدي محند" مدير التنظيم والمنازعات والتعاون بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات** أكد لنا من خلال تساؤلنا عن التقدم الذي وصل إليه النظام التعاقدي قائلا " جاء النظام التعاقدي سنة 1999 وأكد عليه رئيس الجمهورية سنة 2008 وتم وضع الوسائل والآليات لتطبيقه مع القانون الجديد لأنه يتطلب إجراءات ضخمة لا تعني قطاع الصحة فقط وإنما حتى الضمان الاجتماعي لا بد أن ينسجم ويتفاعل مع هذا النظام، كما لا بد من تحديد قائمة الخدمات الصحية وكل خدمة تقابلها قيمة مالية." وبالتالي تأكد لنا من خلال ما صرح به أن النظام التعاقدي لم يبدأ تطبيقه بعد.[1]

المطلب الثاني: السياسة الدوائية في الجزائر.

أولا : مفهوم السياسة الدوائية:

تنبع أهمية السياسة الدوائية من أهمية الدواء في حد ذاته، حيث يعد من السلع الإستراتيجية لارتباطه بصحة الإنسان بالدرجة الأولى، كما لا يمكن الحديث عن الصحة في ظل عدم وجود الأدوية، فإذا كانت الصحة حق من حقوق الإنسان الدواء عنصر أساسي ومرتكز رئيسي للتمتع بذلك الحق.

أ- **تعريف الدواء:**

قبل الخوض في السياسة الدوائية لا بد من الإشارة إلى معنى الدواء.

- ✓ **عرف أنه:**" مادة تستعمل في تشخيص أو معالجة الأمراض التي تصيب الإنسان أو الحيوان، أو التي تفيد في تخفيف وطأتها أو الوقاية منها."[2]
- ✓ **كما عرف في القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، ضمن(المادة 170)" تعني كلمة "الدواء" كل مادة أو تركيب يعوض لكونه يحتوي على خاصيات علاجية أو وقائية من الأمراض البشرية أو الحيوانية، وكل المواد التي يمكن تقديمها للإنسان أو الحيوان، قصد القيام بالتشخيص الطبي أو استعادة وظائفها العضوية أو تصحيحها أو تعديلها."[3]

[1] - مقابلة مع السيد محند عبدي، أسباب إصلاح القطاع الصحي، يوم 17 نوفمبر 2016، على الساعة 12:24، بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

[2] – رياض، رمضان العلمي، **الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1988، ص 09.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادي الأول عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، مرجع سبق ذكره، ص 192.

من خلال التعريفين السابقين نستنتج بأن الدواء مادة متعددة الاستعمالات، تستخدم إما للكشف عن الداء أو التخفيف من حدته وتأثيره على الجسم كما أن لكل داء نوع خاص من الدواء، وبقدر الفائدة التي تقدمها هذه المواد لها آثار جانبية خاصة عند الإفراط في استخدامها أو استعمالها في غير محلها.

ب- **تعريف السياسة الدوائية:**

كان لمنظمة الصحة العالمية في هذا الخصوص العديد من التعاريف التي يمكن أن نذكر منها:

- ✓ **عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) السياسة الدوائية في إطار إستراتيجية الأدوية 2000-2003** أنها : "عملية تجميع كل أصحاب المصلحة لتركيز الالتزام السياسي والتمويل والموارد البشرية لتحسين قطاع الصناعات الدوائية، وإطار العمل الذي توفره يكون في ظل السياسة الصحية الوطنية، بحيث تكون أهداف السياسة الدوائية جزء من أهداف المنظومة الصحية الأوسع".[1]

يمكن القول من خلال هذا التعريف أن السياسة الدوائية جزء لا يتجزأ من السياسة الصحية حيث ترتكز كلاهما على هدف واحد ألا وهو صحة المواطن وكيفية المحافظة عليها.

- ✓ **كما عرفتها أيضا أنها:** "التزام لتحقيق الأهداف وتوجيه الأفعال التي تحدد وتعطي الأولوية لترتيب الأهداف المتوسطة والطويلة المدى التي تضعها الدولة لقطاع الصناعات الدوائية، وتسرد الاستراتيجيات الرئيسية لتحقيق الأهداف، كما توفر الإطار الذي ينسق قطاع الصناعات الدوائية ويغطي القطاعين العام و الخاص، كما تشمل جميع اللاعبين في قطاع الصناعة الدوائية."[2]

من خلال هذا التعريف نستنتج أن السياسة الدوائية هي المرآة العاكسة لمختلف الإجراءات والأفعال والأهداف والاستراتيجيات التي ترسمها الدولة من أجل توفير الأدوية من أول مرحلة المرتبطة بالتصنيع إلى غاية آخر مرحلة وهي وصولها للمستهلك.

بناء على ما سبق يمكن القول :

- ✓ هناك علاقة غير قابلة للفصل بين الأدوية والخدمات الصحية، حيث تفقد هذه الأخيرة مصداقيتها إذ لم تتوفر الأدوية اللازمة أو في حالة عدم كفاية الأدوية ذات الجودة المطابقة للمعايير المصادق عليها.
- ✓ هناك علاقة بين السياسة الدوائية والنفقات الصحية، حيث تعد نفقات الأدوية أهم مكونات النفقات الصحية مما يبرز أهمية الجانب المالي في ميدان الدواء.

[1] - organisation mondiale de la santé (OMS), stratégie pharmaceutique de l' OMS : cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003, Genève ,2000, p 04.
[2] - organisation mondiale de la santé (OMS), perspectives politiques de l'OMS sure les médicaments : comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutique national ? Genève, janvier 2003, p 01.

- ✓ أهداف السياسة الدوائية تتماشى مع أهداف السياسة الصحية وتساعد على تحقيقها فالكل متكامل.
- ✓ تطبيق السياسة الدوائية بفعالية يشجع على زيادة نسبة الثقة والاستفادة من الخدمة الصحية المقدمة.

تبذل الدول العديد من المجهودات من اجل صياغة سياسة دوائية تضمن من خلالها حصول كل المواطنين على الأدوية اللازمة بأقل تكلفة وبأعلى نوعية وجودة لاستكمال العلاج، وهذا ما يجيب على التساؤل المطروح لماذا السياسة الدوائية ؟

ثانيا : لمحة عن تطور المنظومة الدوائية الجزائرية :

تعد الجزائر أول سوق للموارد الصيدلانية في جنوب حوض المتوسط ب 1967.75 مليون دولار من الواردات وهذا سنة 2011، من أجل جلب الاستثمار المحلي والأجنبي وضعت الصناعة الصيدلانية في الجزائر لنفسها هدف تحقيق آلياتها من اجل ضمان تغطية السوق من الإنتاج المحلي لتصل إلى 70% عام 2014 والذي عرف معدل نمو قوي وثابت، كما وضعت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات العديد من الإجراءات لضمان التوفر الكامل والدائم للأدوية وكذا تطوير وتحديث المنتجات الحساسة.[1]

أفضل طريقة لمعرفة تطور المنظومة الدوائية في الجزائر تكمن في دراستها ضمن سياقها التاريخي، حيث يمكن رصد ذلك التطور من خلال مرحلتين أساسيتين لكل مرحلة منهما خصوصيات وحيثيات تميزها عن الأخرى.

1- مرحلة احتكار الدولة لقطاع الصناعة الدوائية :

في هذه المرحلة كانت الصناعة الدوائية مقتصرة على شركة واحدة وهي "بيوتيك piotic " التي أنشأت سنة 1952، وتم الإعلان عن شركة "فارمال pharmal " عشية الاستقلال سنة 1962، كما عرفت سنة 1963 إنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية " la pharmacie centrale algérienne" وهي شركة عمومية تشرف على مجمل شركات توزيع وإنتاج الأدوية منذ نشأتها (فارمال وبيوتيك) إضافة إلى وحدة الحراش الصناعية التي تم تأسيسها سنة 1972، فكانت الصيدلية المركزية تحتكر كل عمليات التسويق والإنتاج وحتى عملية التوزيع للمرافق الصحية العامة، بعدها بدأت الجزائر بتطبيق خطة لتطوير المستحضرات الصيدلانية حيث تم تدريب حوالي 30 صيدلي في الجامعات الأوروبية الكبرى، وقامت في نفس الوقت الشركة الوطنية للصناعات الكيميائية بإنشاء مشروع جديد للمضادات الحيوية (سوكوتيد

[1] – لخضر أوصيف، احمد علاوي، إصلاح المنظومة الصحية كآلية لترشيد الإنفاق الصحي في الجزائر، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر واقع وأفاق، جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 24-25 نوفمبر 2015، ص05.

socothyd) بالمدية سنة 1967، الذي كان من المفروض أن يبدأ نهاية السبعينات لكنه تأخر إلى غاية 1988، إضافة إلى معهد باستور الذي بقي إلى غاية التسعينات.[1]

نتيجة إعادة هيكلة المؤسسات الاقتصادية الجزائرية في سنة 1982 تمت إعادة هيكلة الصيدلية المركزية الجزائرية كذلك حيث قسمت إلى حوالي خمسة مؤسسات وهي:[2]

- ✓ أنميدي Enemedi: التي أنشأت بمقتضى المرسوم 82-162 المؤرخ في 27 أفريل 1982 مقرها في الجزائر العاصمة، خولت لها عملية استيراد العتاد الطبي.
- ✓ أنافارم Enapharm: أنشأت بموجب المرسوم 82-163 وتتكفل بتموين القطاع الصحي والوكالات العمومية والخاصة، والمراكز الطبية الواقعة في الوسط.
- ✓ انوفارم Enopharm : تم إنشاءها بموجب المرسوم 82-164 أسندت لها مهمة تموين كل الموزعين بالمنطقة الغربية.
- ✓ انكوفارم Encopharm:أنشأت بمقتضى المرسوم 82-165 التي تتكفل بتموين منطقة الشرق.
- ✓ المؤسسة الوطنية للصناعات الصيدلانية: التي أنشأت بموجب المرسوم 82-161 حيث أسندت لها مهمة إنتاج الأدوية للاستعمال البشري وكذا الأدوية البيطرية، إضافة إلى إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات سنة 1994.

لكن من جراء إعادة الهيكلة التي مست الصيدلية المركزية الجزائرية التي كانت تحتكر كل العمليات المتعلقة بالأدوية في الجزائر أنشأت صيدال 1982 حيث تعرضت قوانينها للعديد من التغييرات منذ سنة 1993 وبذلك أصبحت صيدال تشارك في كل عملية صناعية وتجارية من شأنها خدمة الهدف الاجتماعي سواء بإنشاء شركات جديدة أو فروع تابعة لها.[3]

بناء على ما سبق يمكن القول أن كل العمليات المتعلقة بالدواء صناعة أو استيراد أو تصدير أو حتى التوزيع كانت محتكرة من طرف الدولة، وهذا راجع إلى طبيعة الاقتصاد الجزائري في تلك الفترة كما في باقي المجالات الأخرى، حيث كانت هناك محاولة لتحسين هذا المجال استجابة للأوضاع السائدة بحكم ارتفاع عدد السكان الذي تزامن معه زيادة الطلب على هذه المادة الأساسية التي لا يمكن الحديث عن الخدمة الصحية في ظل غيابها.

[1] - zoulikha, zouantineé, l'accès aux médicaments en Algérie : une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique, thèse de doctorat, université hassiba ben Bouali de chelf, faculté des science économiques commerciales et de gestion, 2013-2014 , p p 124-125.

[2] – جاب الله، مصطفى، سياسات الإنفاق الصحي ومصادر تمويله: دراسة قياسية لحالة الجزائر، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر واقع وأفاق، جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 24-25 نوفمبر 2015، ص 05.

[3] – عبد الرحمان، أولاد زاوي، "واقع التسويق الدوائي الأخضر في مجمع صيدال الجزائر"، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 12، 2014، ص 126.

2- التخلي التدريجي للدولة عن احتكار قطاع الصناعة الدوائية:

كانت البداية مع قانون المالية التكميلي لسنة 1990 الذي فسح المجال لإنشاء الوكالات الأجنبية في العديد من الأنشطة الاقتصادية وكان أحد هذه الأنشطة الخاصة بالدواء، حيث اعتبر هذا الإجراء كتمهيد لانفتاح السوق بدلا من الالتزام بالتصنيع الوطني، حيث تم إنشاء العديد من المنظمات التي كانت لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة مع مصالح مخابر الدواء الأجنبية، وكان لتلك المنظمات دور كبير في عملية الانفتاح لكن واجهت هذه العملية العديد من الصعوبات والعراقيل منها: [1]

- ✓ نظام ضبط الواردات الذي يرتكز على الرقابة الإدارية والبنكية الصارمة والذي كان موجه أكثر لإدارة صفقات المؤسسات العمومية الخاصة، إضافة إلى الوضعية الاقتصادية والمالية التي ميزت فترة التسعينات.
- ✓ التصنيع في قطاع الدواء أمر صعب للغاية، حيث لم تتوفر له البيئة الاستثمارية التي كانت فيها العديد من العراقيل البيروقراطية إضافة إلى الالتزام بالاستثمار الذي كان بنص مثبت لكن التفاصيل الواجب توفرها لم يتم توضيحها من أجل تسهيل عملية التطبيق على أرض الواقع.
- ✓ البيئة القانونية التي تعتبر قاعدة ترتكز عليها مختلف العمليات لم تكن مهيأة مسبقا، قبل فسح المجال أمام المصالح الخاصة للتدخل بكل أمان خاصة في نشاط ترتبط مخاطره وتؤثر بطريقة مباشرة على حماية الصحة العامة.

وبالتالي عملية الانفتاح في النشاط الدوائي يمكن القول أنها كانت غير مدروسة عشوائية، في ظل الظروف الصعبة التي كانت تكتنف العملية ككل فلا البيئة مساعدة ولا الأطر القانونية التي تسمح بالتنفيذ واضحة ومتوفرة، هذا ما أضفى الصعوبة وعدم التحكم في العملية بداية.

في سنة 1997 تم إعادة تنظيم قطاع توزيع الدواء مما أدى إلى حل الفارمات الثلاث(انكوفارم، انوفارم، وانافارم) وحلت محلها ثلاثة مؤسسات أخرى وهي:[2]

- ✓ ديغروماد Digromed: استندت لها مهمة التوزيع بالجملة ونصف الجملة للمواد الصيدلانية.
- ✓ سميدال Simedal: اضطلعت بمهمة استيراد المواد الصيدلانية لحساب ديغروماد.
- ✓ انديماد Endimed: والتي تهتم بتسيير شبكة التوزيع بالتجزئة للمنتجات الصيدلانية وتمويل الوكالات العمومية.

[1] – سامية، لحول، التسويق والمزايا التنافسية دراسة حالة مجمع صيدال لصناعة الدواء في الجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2007-2008، ص 303.

[2] – ليندة، دحمان، التسريق الصيدلاني في حالة مجمع صيدال، أطروحة دكتوراه، جامعة دالي ابراهيم الجزائر ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2009-2010، ص 41.

في سنة 1997 وبالتحديد في شهر أفريل انضم إلى صيدال مركب المضادات الحيوية الذي انشأ في سنة 1967 الذي كان تابع للشركة الوطنية للصناعات الكيميائية، حيث انتهجت صيدال مخطط إعادة الهيكلة الذي تم من خلاله: [1]

- ✓ تحويل مؤسسة صيدال إلى مجمع للصناعات الصيدلانية في 02 فيفري 1998 والذي يستغل كل وحدات الإنتاج للمؤسسة والتي أضيفت لها الورشات التابعة للفارمات.
- ✓ ربط الصيدلية المركزية للمستشفيات مباشرة بوزارة الصحة والسكان التي لازلت تحتكر بعض المنتجات الصيدلانية.
- ✓ ظهور القطاع الخاص إلى جانب القطاع العام الذي نتج عن انفتاح السوق في نهاية الثمانينات، فكثر عدد المتعاملين الخواص لا سيما بعد صدور قانون النقد والقرض 90-10.

نلاحظ أن النشاطات المتعلقة بالأدوية خضعت كباقي القطاعات الاقتصادية في الجزائر إلى إعادة الهيكلة، التي نتج عنها تغيير واضح بتلاشي مؤسسات وظهور أخرى سواء في مجال الإنتاج الاستيراد أو التوزيع وغيرها، كما سمح فتح هذا النشاط أمام الخواص إلى بروز القطاع الخاص جنبا إلى جنب مع القطاع العام وهذا ما يمكن ملاحظته من خلال عرضنا لأهم الفواعل في قطاع الدواء في الجزائر.

ثالثا : أهم فواعل السياسة الدوائية في الجزائر:

هناك العديد من الفواعل وأصحاب المصلحة في هذا القطاع بحكم طبيعة هذا النشاط من ناحية وتداخل المهام والصلاحيات من ناحية أخرى ، لهذا يمكن أن نذكر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بحكم أنها المسؤولة عن حماية الصحة العامة، وكذا صناديق الضمان الاجتماعي إذا تعلق الأمر بالتمويل وإذا تعلق الأمر بتوفي الأدوية فنتحدث عن المنتجين، المستوردين، الموزعين العامين والخواص، وبالتالي إذا تحدثنا عن صناعة السياسة الدوائية لابد من إشراك كل هؤلاء الفاعلين، وضمن هذا السياق يمكن تقسيمهم كالأتي:

الإدارات التنظيمية :[2]

أ- **وزارة الصحة :** بحكم ارتباطها المباشر بحماية الصحة العمومية فهي تحظى بدور مركزي أساسي في هذا القطاع، من خلال تدخلها المباشر في عملية التنظيم في مختلف المراحل من تحديد قائمة

[1] – نفس المرجع السابق، ص 41.

[2] - zoulikha , snoussi," marche des médicaments génériques en Algérie : quelle regulation pour quelle promotion ?" , revue nouvelle economie, N^0 07, septembre 2012 , p p 23-24.

الأدوية ذات الاستعمال الإنساني إلى تسجيل المنتجات الصيدلانية، منح الاعتماد لمن يرغب في إنتاج أو تسويق الأدوية، إضافة إلى المراجعة التقنية للمنتجات الصيدلانية المعدة سواء للبيع أو الاستهلاك في الجزائر، كما ليدها التزامات أخرى مثل ضبط السعر النهائي لكل منتج، إلزام المستوردين الخواص بقائمة مشاريع استثمارية لإنتاج الأدوية في مدة أقصاها سنتين، حيازة كمية من المخزون كحد أدنى لمدة 03 ثلاثة أشهر من كل منتج مستورد وغيرها من المهام التي تدخل ضمن تسيير وتنظيم سوق الأدوية.

ب- **وزارة العمل والضمان الاجتماعي:** باعتبارها الوزارة الوصية على الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وهي المؤسسة التي تقوم بتعويض الأدوية، يرجع ذلك إلى أهمية التأمين الصحي حيث تسعى من الناحية القانونية إلى حماية العمال المؤمنين وذوي حقوقهم.

ت- **الوزارة المكلفة بالصناعة** : بحكم أنها منوطة بالإشراف على كل العمليات المتعلقة بالتصنيع، إضافة إلى مجلس مساهمة الدولة الذي يشرف بدوره على تسير المؤسسات العمومية التي تعمل في قطاع الصناعة الدوائية.

ث-**المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية** : وهو مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تحت إشراف وزارة الصحة، تم استحداثه بموجب المرسوم التنفيذي 93-140 المؤرخ في 14 جوان 1993، مهمته مراقبة جودة المنتجات الصيدلانية من أدوية وكواشف وغيرها من المنتجات اللازمة للطب البشري، كما له مهمة أخرى تتمثل في دراسة الملفات العلمية والتقنية للمنتجات الدوائية الخاضعة للتسجيل، وصيانة وتحديث قاعدة البيانات التقنية حول معايير وأساليب جمع العينات ومراقبة جودة المستحضرات الصيدلانية.

1- الفاعلين في مجال الإنتاج والتوزيع:

أ- المتعاملون في القطاع العام: [1]

- **على مستوى الإنتاج** : يتمثل في صيدال وهي مؤسسة تابعة للدولة تنتج المستحضرات الصيدلانية والمضادات الحيوية.
- **على مستوى التوزيع بالجملة** : تتولى هذه المهمة مؤسسة ديغروماد التي سبق الإشارة إليها، كما بدأت في السنوات الأخيرة تدخل في شراكات مع الأجانب في مجال إنتاج الأدوية الجنيسة.*

---

[1] – نورالدين، حاروش، **الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني**. مرجع سبق ذكره، ص ص 322، 323.

* الدواء الجنيس هو دواء مشابه أو نسخة طبق الأصل من الدواء الأصلي يصنع ضمن شروط علمية تماما كما الحال في الأصل، وهو معفى من البحث العلمي وتكاليفه، لكنه يخضع للشروط المخبرية ذاتها من حيث المعيار dosag ، الثبات stability، السمية toxicity ، التركيب الكيميائي formula chemical، النقاء purity ، مراقبة جودة الصناعة good manufacturing ، والإخراج والإرشادات labeling good، وفحص التكافؤ الحيوي bioequivalence ، وإجراء تجارب لمعرفة مدى فاعلية الدواء، ووصوله إلى الدعم بذات الكمية والسرعة كالدواء الأصلي. للمزيد انظر:

عبد الرحيم، عنتر عبد الرحمان، **التنظيم القانوني للصناعة الدوائية على ضوء اتفاقية التريبس**. مصر: مركز الدراسات العربية للنشر والتوزيع، 2015، ص 107.

- **على مستوى التوزيع بالتجزئة :** نجد مؤسسة انديماد التي تسير شبكة صيدليات عمومية يتجاوز عددها 900 صيدلية.
- **الصيدلية المركزية للمستشفيات:** هي مؤسسة ذات طابع صناعي وتجاري، تتولى مهمة ترشيد برامج تموين المستشفيات العمومية بالأدوية، إضافة إلى استيراد الأدوية كذلك للمرافق الصحية العمومية.

ب- المتعاملون في القطاع الخاص: [1]

- **المنتجون والمستوردون الخواص:** بعد فسح المجال للخواص بهدف المشاركة في مختلف العمليات المتعلقة بالدواء سواء الإنتاج الاستيراد أو التوزيع، بلغ عدد المستوردين أكثر من 100 مستورد بعد موافقة السلطات المعنية سنة 1990 بمنحهم التراخيص لذلك، ليصل عددهم سنة 2002 حوالي 62 مستورد لكن سنة 2004 تراجع عددهم إلى 44 مستورد، لتسجل 2010 حوالي 139 مستورد، تتفاوت حصصهم في السوق فهي غير متساوية إذ تصل حصة حوالي 15 منهم 90 %، أما فيما يتعلق بالإنتاج في جوان 2011 أحصت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات حوالي 50 وحدة إنتاج خاصة ويعتبر هذا عدد قليل.
- **تجار الجملة الخواص :** تم إحصاء حوالي 590 تاجر جملة في سنة 2010 مرخصين من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تخضع أنشطتها لأحكام الأمر 59/MSP الصادر في 20 جويلية 1995 الذي حدد الشروط اللازمة لممارسة التوزيع بالجملة للمستحضرات الصيدلانية، ونتيجة العدد الكبير لهؤلاء التجار أصبحت السيطرة على سوق الأدوية عملية جد صعبة أمام الجهات الرقابية.
- **الصيادلة الخواص:** تعرف الصيدليات الخاصة تزايد مستمر وهي مسؤولة عن التوزيع بالتجزئة للمنتجات الصيدلانية للاستخدام البشري، حيث بلغ عددهم سنة 2010 حوالي 8000 صيدلي وهذه الزيادة تعبر عن زيادة الاستهلاك الحقيقي للأدوية.

إن فسح المجال أمام المتعاملين الخواص في قطاع مقل قطاع الدواء كان له دور في ارتفاع المنتوج المحلي، وتوفر الأدوية للمواطنين في ظل زيادة الطلب عليها، حيث تجاوز عدد الصيادلة الخواص 8000 صيدلي، يفوق عدد المستوردين 100 مستورد، كمل يتجاوز عدد وحدات الإنتاج 50 وحدة إضافة إلى 590 تاجر جملة وهذا سنة 2010، ولا تزال الأعداد تسجل ارتفاع وهذا من شأنه أن يخلق منافسة لا ربما تنعكس في نوعية وجودة ووفرة المنتجات الصيدلانية.

رابعا : مرتكزات السياسة الدوائية :

[1] - zoulikha , snoussi," marche des médicaments génériques en Algérie : quelle régulation pour quelle promotion ?", op cit , p25.

تقوم السياسة الدوائية على مجموعة من المرتكزات التي يهدف من خلالها بالدرجة الأولى إلى تحقيق أهداف السياسة الصحية ككل، من خلال توفير الأدوية التي تدعم فرص الحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها، حيث تتمثل تلك المرتكزات في: [1]

1. **سياسة التسعير**:الهدف منها هو توفير الأدوية بأسعار معقولة لارتباطها بحياة المواطنين، نظرا للتكلفة المرتفعة لهذه المنتجات، حيث تقوم أنظمة التحكم في أسعار الأدوية على:

- ✓ المراقبة المباشرة للأسعار، حيث تقوم الدولة بتحديد سعر الدواء وفق التشريعات المعمول بها، ولا تترك هذه العملية لقوى السوق خاصة تلك التي تسيطر على أنواع معية من المنتجات، لان ذلك يهدد الأمن الدوائي.
- ✓ مشاركة المرضى في دفع تكاليف الأدوية بهدف تشجيع الاستغلال الأمثل لها.
- ✓ الرقابة على أرباح الشركات المصنعة للأدوية حيث يتم تسقيف هامش الربح المخصص لهؤلاء المصنعين وفقا للجدول المعمول به.

2. **تشجيع وتعزيز المنافسة من خلال سياسة ترويج الأدوية** : النمو المتسارع لنفقات تسديد الأدوية أصبحت ترهق أنظمة الضمان الاجتماعي هذا ما دفع إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الدوائية على أساس تعزيز ودعم الأدوية الجنيسة المنتجة محليا من خلال:

- ✓ السعر المرجعي : بدأ تطبيقه في افريل 2006 بهدف زيادة استهلاك الأدوية الجنيسة وخفض أسعار الأدوية المستوردة، ويقصد به مهما كان ثمن بيع المستحضر الطبي يخضع للسعر المرجعي حيث يسدد الضمان الاجتماعي دائما نفس المبلغ، وإذا تجاوز البيع السعر المرجعي لا يسدده الضمان الاجتماعي ويبقى كليا على عاتق المريض.
- ✓ حق الاستبدال : تطبيقا للمرسوم 92-276 المؤرخ في 06 جويلية 1992 الذي يتضمن مدونة أخلاق الطب، (المادة 145)" للصيدلي الحق في تعويض اختصاص صيدلاني بآخر مماثل أساسا مع مراعاة أحكام المادة 144، ولا يمكنه أن يدخل أي تغيير لا على الشكل ولا المعايرة ."[2]

3. **الإشراف على الواردات** : لا يمكن استيراد الدواء دون ترخيص إداري وهذا تطبيقا لما جاء به الأمر رقم 03-04 المؤرخ في 19 جويلية 2003 الذي يتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع وتصديرها، جاء في (المادة 03) منه" يمكن إخضاع استيراد وتصدير المنتوجات التي تمس بالصحة البشرية والحيوانية وبالبيئة وبحماية الحيوان والنبات وبالحفاظ على النباتات وبالتراث الثقافي

[1]– ibid, p p 13, 14.

[2] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 92-276 مؤرخ في 05 محرم عام 1413 الموافق 06 يوليو سنة 1992، يتضمن إنشاء مدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية، العدد 52، الصادرة في 07 محرم 1413، ص 1428.

إلى تدابير خاصة تحدد شروط وكيفيات تنفيذها عن طريق التنظيم طبقا للنصوص التشريعية الخاصة بها ولأحكام هذا الأمر."[1]

4. **توزيع الأدوية** : نتيجة المضاربة التي أصبحت تمس بالتوافر المستمر للمستحضرات الصيدلانية قامت في 23 ماي 2010 الدولة بحضر التوزيع بالجملة للأدوية المنتجة محليا،على كل منتجي الأدوية توزيعها مباشرة إلى صيدليات التجزئة من خلال شبكة توزيع خاصة، لكن العملية واجهت العديد من الصعوبات نتيجة عدم امتلاك هؤلاء المنتجين. الوسائل اللازمة للقيام بتلك العملية وتم منحهم مهلة للتكيف مع متطلبات السوق.

بهذا نلاحظ أن كل الأسس التي ترتكز عليها السياسة الدوائية الجزائرية تهدف إلى تشجيع الاستثمار والإنتاج المحلي، الذي من شأنه أن يوفر المستحضرات الصيدلانية في الأسواق من ناحية والتحكم في نفقات الأدوية بخفض سعر الدواء المستورد من ناحية أخرى وهذا من شانه تعزيز القدرة الشرائية للمواطن الجزائري، فلا تزال الدولة تسعى إلى وضع أسس ثابتة من أجل تلبية الاحتياجات الوطنية، في ظل الاعتماد الكبير على الواردات وهذا ما يوضحه الجدول التالي.

الجدول رقم(30): تطور حجم سوق الدواء في الجزائر 2000-2012 (بالدولار الأمريكي).

السنة	الإنتاج المحلي	الواردات	تقديرات السوق الوطنية	حصة الإنتاج المحلي %	حصة الواردات%
2000	111442500	457094380	568536880	20	80
2001	93043200	492396377	585493577	16	84
2002	106585600	619804810	726390410	15	85
2003	100843800	615483659	716327459	14	86
2004	225000000	877425980	1102425980	20	80
2005	232400000	1068678140	1301078140	18	82
2006	455000000	1185492173	1640492173	28	72
2007	586574000	1445652459	2032226495	29	71
2008	533900400	1844557869	2378458269	22	78
2009	771324400	1734367374	2505691774	31	69
2010	800000000	1664703324	2464703324	32	68

[1] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 03-04 المؤرخ في 19 جمادي الأولى عام 1424، الموافق 19 يوليو سنة 2003، يتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع وتصديرها، الجريدة الرسمية، العدد 43، الصادرة 20 جمادي الأولى عام 1424 الموافق 20 يوليو سنة 2003، ص 34.

2011	1050000000	1850000000	2900000000	36	64
2012	1150000000	2300000000	3450000000	33	67

Source : Mohammed wadie Zerhoun, Asma el Alami el fellousse, vers un marché maghrébin du médicament « Algérie, Libye, Mauritanie, Tunisie », construire la méditerranée, institut de prospective économique du monde méditerranéen, septembre2013, p 20.

الملاحظ من الجدول أعلاه هو الاعتماد على الواردات من الأدوية بشكل كبير ففي سنة 2000 قدرت قيمة سوق الدواء الوطني بأكثر من 568 مليون دولار أمريكي، أي بحوالي 111 مليون دولار من الإنتاج المحلي و 457 مليون دولار من الواردات حيث قدرت هذه الأخيرة بحولي 80% وبهذا لم يغطي الإنتاج المحلي سوى 20%، واستمر الإنتاج المحلي في الانخفاض إلى أن حقق أدنى نسبة له قدرت ب 14% سنة 2003 أين مثلت الواردات حوالي 86%، لكن بداية من سنة 2006 بدأت الإنتاج المحلي في الارتفاع أين قدر ب 28% في مقابل انخفاض الواردات إلى 72% مقارنة بما سجلته سنة 2003 أي تراجعت بحوالي 14%، في سنة 2012 قدرت قيمة السوق الوطني للدواء ب 3.45 مليار دولار قدر الإنتاج المحلي منه ب 1.15 مليار دولار ما يقدر بحوالي 33%، و2.30 مليار دولار أي بنسبة 64% ، لكن على الرغم من التحسن الذي عرفه الإنتاج المحلي إلا أن الاعتماد بشكل أكبر لتغطية الطلب المحلي على هذه المادة الأساسية، التي نلاحظ من خلال الجدول الزيادة المستمرة في استهلاكها مابين 2000 و2012.

نتيجة اعتماد الاستهلاك الوطني من الأدوية على الواردات بالدرجة الأولى كانت هناك خطوة جادة من أجل تشجيع الإنتاج المحلي (الأدوية الجنيسة)، حيث جاء ضمن تعليمات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في 07 ديسمبر 2003 مجموعة من النقاط التي تصب في مصلحة تعميم الدواء الجنيس، الذي يعتبر الحل الأمثل للتأثير على حجم الواردات بتقليلها، ومن أهم ما جاء في تلك النقاط ما يلي:[1]

- لا يسمح بتسجيل أدوية العلامة الأصلية إلا إذا كانت غير موجودة في شكل دواء جنيس، وضمن حدود لأقصى تكلفة بالنسبة للسعر المرجعي للاسم الموحد دوليا (Dénomination commune internationale) والذي يتراوح في 25% كحد أقصى.
- تشجيع السلطات العمومية لعملية إنتاج الأدوية الأصلية في شكلها الجنيس وعدم استيراد الأدوية التي يتم إنتاجها محليا.
- دعم الإنتاج الوطني من خلال الإعفاء من الضرائب على المدخلات، ووضع تعريفة مرجعية للتعويض مشبعة.

[1] – سامية، لحول، مرجع سبق ذكره، ص 309.

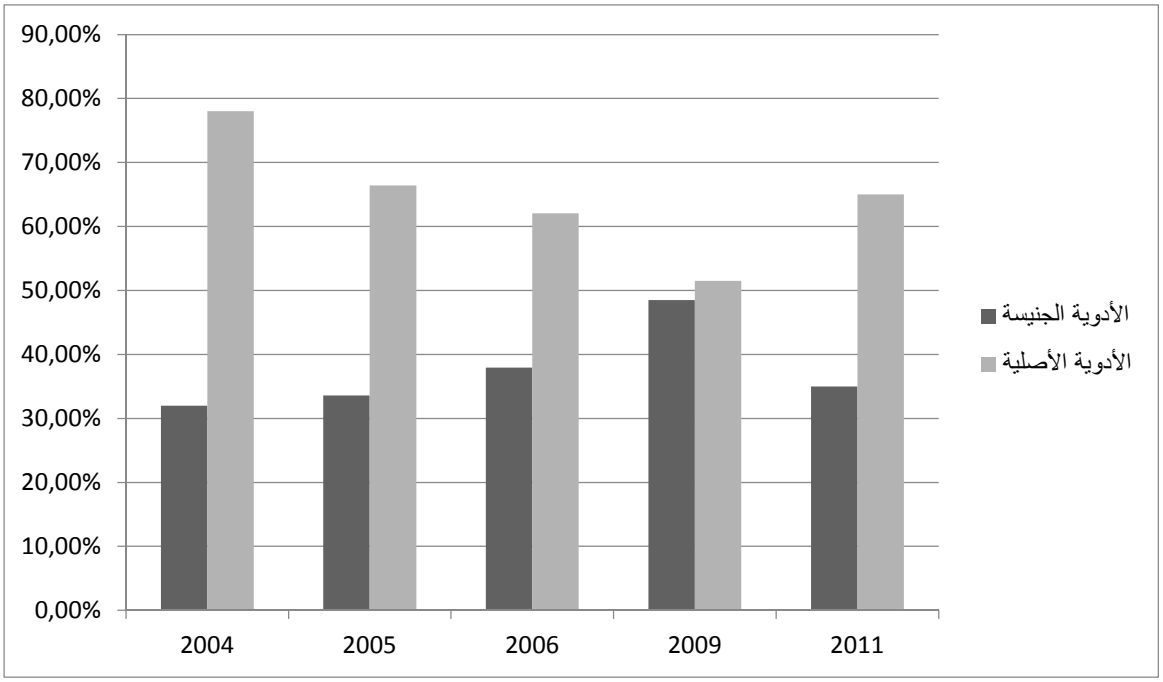
الجدول رقم (31): تطور حصة الأدوية الجنيسة من إجمالي استهلاك الأدوية في الجزائر 2004-2011.

	2004	2005	2006	2009	2011
الأدوية الجنيسة	%31.99	%33.60	%37.92	%48.5	%35
الأدوية الأصلية	%78.01	%66.40	%62.08	%51.5	%65

Source: Mohammed wadie Zerhouni, Asma el Alami el fellousse, op cit, p 28.

من خلال اطلاعنا على الجدول رقم (31) نلاحظ أن حصة الأدوية الجنيسة وإن كانت أقل من الأدوية الأصلية إلا أنها في تحسن مستمر، أين انتقلت من 31.99%سنة 2004 إلى 48.5% سنة 2009 لتعرف تراجع بعض الشيء في 2011 أين وصلت إلى 35 %، في مقابل تراجع نسبة الأدوية الأصلية من 78% سنة 2004 إلى 65% سنة 2011، هذا ما يعكس إلى حد ما الجهود التي تبذل بهدف تعزيز وترقية الإنتاج الوطني بتشجيع إنتاج الأدوية الجنيسة.

الشكل رقم (10): تطور حصة الأدوية الجنيسة من إجمالي استهلاك الأدوية في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثة إعتمادا على الجدول أعلاه.

إن تشجيع إنتاج الدواء الجنيس في الجزائر يمكن من تخفيض الواردات بحيث يصبح المنتج المحلي يغطي الطلبات السوق هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى التحكم في نفقات الأدوية التي تعرف ارتفاع من سنة إلى أخرى لان الأدوية الجنيسة تكاليفها تكون أقل من تكاليف النوع الأصلي، هذا ما يعني أن إنتاجها يساعد في تخفيض سعر الدواء، وهذا ما يساهم في تخفيض تكلفة العلاج الذي يصل إلى 25% من إجمالي التكلفة، والسبب في انخفاض التكلفة في الأدوية الجنيسة عن الأدوية المحمية

ببراءة الاختراع هو إلغاء أو تجنب التكاليف التي تنفق على الأبحاث من ناحية وشدة المنافسة بين الشركات المنتجة للأدوية الجنيسة مما يؤثر على انخفاض السعر من ناحية أخرى.[1]

كما لا يمكن أن ننسى دور قائمة الأدوية في السياسة الدوائية والتي يتم من خلالها تحديد وضبط الاختيارات ومراقبة التكاليف وكذا استيراد الأدوية والتماشي مع حاجيات السوق، حيث عرفت الجزائر أول قائمة للأدوية سنة 1973 وفي سنة 1980 تم تعيين لجنة وطنية لقائمة المنتجات الصيدلانية ذات الاستعمال الإنساني، والتي تتشكل من صيادلة وأطباء أسنان وجامعيين، وتقنيين في الصحة ومسيرين، مهمتها وضع مجموعة الأدوية المسموح وصفها عبر التراب الوطني، حيث قدر عددها ب 1500 دواء التي يعاد في كل سنة تجديدها بصفة دورية ووفق الشروط الاقتصادية والاجتماعية وكانت آخر قائمة أعدت في 2008 بمقتضى القرار المؤرخ في 30 ديسمبر 2008 المعدل والمكمل لقرار 30 نوفمبر 2008 المتعلق بمنع استيراد المنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية الموجهة للطب البشري المصنعة في الجزائر، نتيجة هذه العملية تم منع استيراد العديد من الأدوية إذ بلغ عدد المنتجات الصيدلانية المسجلة سنة 2008 حوالي 4800 منها 1400 دواء منتج محليا من طرف 75 مؤسسة صيدلانية، التي تنتج 230 دواء تحت التسمية المشتركة دوليا (DCI)، أما المخابر الوطنية فتنتج ما يقارب 160 دواء ضروري تحت التسمية المشتركة دوليا ما بعادل 15% من الإنتاج المحلي.[2]

من أجل تأكيد الأهداف المسطرة من خلال السياسة الدوائية الجزائرية وهي تغطية الطلب على هذه المادة الحيوية والتخلي أو تقليص الصادرات تم توقيع العديد من اتفاقيات التعاون والشراكة مع العديد من الدول منها الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا، كوبا، روسيا وغيرها في العديد من مجالات التي كان من بينها قطاع الدواء وذلك من خلال:[3]

- تفعيل وتوطيد وتعزيز الشراكة بين مختلف الأطراف لإنتاج الأدوية الجنيسة لمكافحة السرطان والأمراض المزمنة، وتكثيف التعاون في مجال نقل التكنولوجيا.
- تحديد احتياجات السوق الجزائرية وتوفير الأدوية بأسعار معقولة خاصة للذين يعانون الأمراض المزمنة، وتوسيع نطاق الاستثمارات في الجزائر من خلال دمج التكنولوجيا.
- تحديث وتوسيع قدرات مجمع صيدال.
- تعزيز التعاون في مجال جراحة الأطفال والقلب والمعدات الطبية فضلا عن التدريب وتبادل الخبرات.
- نقل التكنولوجيا في مجال صناعة اللقاحات والمستحضرات الصيدلانية، بما في ذلك تصميم وحدات جديدة للمنتجات الصيدلانية.

[1] – عبد الرحيم، عنتر عبد الرحمان، مرجع سبق ذكره، ص 105.

[2] – ليندة، دحمان، مرجع سبق ذكره، ص ص 50، 53.

[3] - Mohammed wadie zerhouni , Asma el alami el fellousse, op cit, p 25.

الجدول رقم (32): حجم استهلاك الأدوية لدول شمال إفريقيا بالنسبة لعدد السكان سنة 2008.

المنطقة	عدد السكان مليون نسمة	الاستهلاك بمليار دولار	% من الاستهلاك العالمي	حصة الفرد سنويا بالدولار	%الاستهلاك بالنسبة للمنطقة	% الاستهلاك بالنسبة للعرب
مصر	74	1,98	0,22	26,7	38	16,2
الجزائر	**34**	**1,02**	**0,11**	**30,9**	**20**	**08,3**
المغرب	32	0,92	0,10	28,7	18	07,5
تونس	10	0,519	0,06	51,9	10	04,2
ليبيا	07	0,43	0,05	61,4	08	03,5
السودان	37	0,302	0,03	8,16	06	02,5
موريتانيا	03	0,05	0,01	16,6	01	0,4
المجموع	197	5,221	0,58	29,38	55	42,6
الوطن العربي للمقارنة	358	12,259	1,4	34,2	/	100

المصدر : الحاج، مداح عرايبي، "تنافسية الصناعات الصيدلانية في دول شمال إفريقيا"، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، العدد 09، 2013، ص 25.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الجزائر تستهلك من الأدوية بما يقدر ب02, 1 مليار دولار مقارنة بمصر التي بلغ استهلاكها 1,98مليار دولار، أما باقي الدول فلم يتجاوز استهلاكها واحد مليار دولار، في حين قدرت حصة الفرد الجزائري ب 30 دولار وهي اقل من حصة الفرد التونسي التي بلغت 51,9 دولار وكذا حصة الفرد الليبي التي سجلت61,4 دولار، ويبقى استهلاك مصر والجزائر أعلى استهلاك مقارنة بالدول الموضحة في الجدول سواء نسبة للمنطقة أو العرب.

أصبحت الصناعات الصيدلانية تعرف تطورا ملحوظا لا سيما بعد دخول العديد من المتعاملين الأجانب العرب منهم والأوروبيين إلى السوق الجزائرية، وعقد شراكات مع المتعاملين المحليين سواء الخواص أو العموميين خاصة مع مؤسسة صيدال، إضافة إلى إنشاء مجموعة من الوحدات الإنتاجية المختصة في بعض الصيغ الدوائية ووحدات التعبئة والتهيئة.[1]حيث صرح وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في حصة إذاعية " فروم الإذاعة" قائلا: " أن نسبة الإنتاج الوطني للأدوية بلغت 62% سنة 2017 بعد الأخذ بمبدأين معمول بهما على المستوى العالمي هما البلد المصدر والشفافية، حيث يعتبر

[1] – الحاج، مداح عرايبي، مرجع سبق ذكره، ص 26.

كل ما ينتج في الجزائر منتوج وطني وهذا ما يتم الاتفاق عليه مع المستثمرين الأجانب، كما تم وضع دفتر شروط للإنتاج الصيدلاني الوطني بدأ العمل به سنة 2016 وكذا 2017 لأن هناك منتوج معتبر تقوم الدولة بتشجيعه لذلك لا بد من حمايته من المخابر الخارجية، لهذا تم توقيف استيراد العديد من المنتجات الصيدلانية التي تنتج محليا، كما لا بد من الإشارة أن الجزائر تنتج بعض الأدوية لبعض الأمراض مثل السرطان لكنها لا تغطي الطلب المحلي".[1]

الجدول رقم (33): الأطر القانونية المؤسسة للسياسة الدوائية في الجزائر.

نوع الوثيقة	وقم الوثيقة	تاريخ صدور الوثيقة	محتوى / مضمون الوثيقة
مرسوم تنفيذي	65-92	12 فيفري 1992	يتعلق بمطابقة المواد المنتجة محليا أو المستوردة
مرسوم تنفيذي	284-92	06 جويلية 1992	يتعلق بتسجيل المنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري
مرسوم تنفيذي	285-92	06 جويلية 1992	يتعلق برخص استغلال مؤسسة لإنتاج المنتجات الصيدلانية و/أو توزيعها
مرسوم تنفيذي	286-92	06 جويلية 1992	يتعلق بالإعلام الطبي والعلمي الخاص بالمنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري
مرسوم تنفيذي	140-93	14 جوان 1993	يتضمن إنشاء مخبر وطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية وتنظيمه وعمله
مرسوم تنفيذي	355-96	19 أكتوبر 1996	يتضمن إنشاء شبكة مخابر التجارب وتحليل النوعية وتنظيمها وسيرها
امر	04-03	19جويلية 2003	يتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع وتصديرها
قرار	/	30 ديسمبر 2008	يعدل ويتمم القرار المؤرخ في 30 نوفمبر 2008 المتعلق بمنع استيراد المنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية الموجهة للطب البشري
قرار	/	28 سبتمبر 2009	يعدل ويتمم القرار المؤرخ في 06 مارس 2008 الذي يحدد التسعيرات المرجعية المعتمدة لتعويض الأدوية وكيفية تطبيقها
قرار		06 فيفري 2013	يحدد قائمة المنتجات الصيدلانية التي تكون

[1] – وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حصة فروم الإذاعة، القناة الأولى، 23-01-2017، الساعة 11.00.

	/		مخزون تنظيم النجدة
قـــــــرار وزاري مشترك	/	01 افريل 2013	تضـمن إحـداث لجنـة وزاريـة مشـتركة للاتصـال لترقية الصناعة الصيدلانية الجزائرية

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مراجع الدراسة.

ملاحظة : لم يخضع عنصر ترتيب هذه الوثائق إلا لتاريخ الصدورها.

المبحث الثالث : معوقات تحقيق أهداف سياسة إصلاح القطاع الصحي.

إن الوضع الذي آل إليه القطاع الصحي في الجزائر جعل من مسألة الإصلاح ضرورة ملحة وحتمية، وهذا راجع لتضخم المشاكل المرتبطة بالتنظيم، التسيير وتلك المتعلقة بالتمويل، لكن يبقى الإصلاح كما سبق وأن أشرنا على أنه عملية مخططة مستمرة وهادفة وليست عشوائية، لذلك لا بد من تهيئة الظروف التي تساعد على السير الحسن عملية الإصلاح وتوفير المناخ المناسب له الخالي من جل التعقيدات والصعوبات، لأن من شأن هذه الأخيرة التأثير على مسار الإصلاح من ناحية وعلى نتائجه من ناحية

أخرى، وفقد اعترض عملية تنفيذ مشروع إصلاح القطاع الصحي في الجزائر العديد من العراقيل التي تسببت في بروز بعض مظاهر الفشل وبروز مواطن التقصير، التي استخلصها من عدم رضا العديد من الأطراف المواطنين، النقابيين وحتى المسؤولين عن القطاع حيث أنهم اجمعوا على وصف مشروع الإصلاح بالفاشل.

وإن عدم بلوغ النتائج المخططة والأهداف المرسومة من خلال سياسة إصلاح القطاع الصحي يعود إلى العديد من المشاكل التي اعترضت مسار التنفيذ، فمنها ما يعود إلى نقائص وثغرات يعاني منها مشروع الإصلاح في حد ذاته، بمعنى أن عملية صياغته لم تقم على أسس ومعايير العقلانية والرشادة، ومنها ما ظهر أثناء عملية التنفيذ على عدة مستويات، لذلك ارتأينا من خلال هذا المبحث الإشارة إلى أهم المعوقات التي طبعت سمة الفشل على سياسة إصلاح القطاع الصحي.

المطلب الأول: من الناحية التنظيمية

1. قصور القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها: القيام بأي إصلاح في أي قطاع كان يحتاج إلى إطار قانوني يتمشى مع متطلبات وأهداف الإصلاح ويستجيب له،لأن الواقع الصحي هو جزء من الكل المجتمعي في تطوره الاقتصادي، السياسي وحتى الثقافي، لكن ما نلاحظه في الجزائر هو تغير كل الظروف والاحتياجات لكن قانون الصحة لم يتغير، لذلك يمكن أن نتساءل عن أي إصلاح نتحدث والقانون الذي يسير القطاع يعود إلى أكثر من ثلاثين سنة؟ وهذا ما أكده وزير الصحة وسكان وإصلاح المستشفيات الأسبق عبد المالك بوضياف في العديد من المناسبات قائلا القضاء الجذري على المشاكل التي يعنيها القطاع الصحي عملية مستحيلة دون مراجعة السند القانوني للمنظومة الصحية، وهذا ما يعني أن الإصلاح مستحيل لأن هدفه هو القضاء على الاختلالات والمشاكل التي يعانيها القطاع الصحي.
2. حالة عدم الاستقرار التي يعيشها القطاع الصحي، وذلك راجع إلى التغيير المستمر في وزارة الصحة، حيث تداول على هذا المنصب حوالي عشرة وزراء في ظرف 12 سنة، فاعتبر البعض أن هذا التغيير لم يحدث أي نقلة لصالح القطاع وإنما يتسبب في كل مرة بفشل عملية الإصلاح التي يعرفها القطاع، حيث سجلت العديد من الوقفات التقييمية التي تلازم في كل مرة تنصيب وزير جديد لتبرمج في كل فترات الإصلاح التي يعرفها القطاع منذ أكثر من عشرة سنوات، وبهذا تشكلت حزمة من الإجراءات التقويمية التي تنتهي مدة صلاحيتها بمجرد انتهاء عهدة المسؤول الأول عن القطاع.[1] وبهذا فإن أي استمرارية يمكن الحديث وكل وزير يأتي يلغي كل ما تم بناءه وتخطيطه من قبل الوزير الذي كان سبقه؟ في كل مرة تحدث قطيعة تأثر على مسار الإصلاح لأن تغيير وزير الصحة

[1] - مرابط الياس، فشل الإصلاحات في المنظومة الصحية افرز مجموعات مصالح أثرت على توجهات القطاع، جريدة الفجر، 10-05-2014، نقلا عن:
, date 29-07-2017, 10 :22.http://www.al-fadjr.com/ar/index.php?news=274738?print

يصاحبه في الكثير من الأحيان تغيير العديد من المسؤولين في مستويات مختلفة، فتغيير المناصب أو الأشخاص يصاحبه تغيير في التنظيم والهيكلة التي يسير وفقها القطاع الصحي لذلك لم يكتب له الثبات بعد.

3. نقص الموارد البشرية، يعتبر المورد البشري مرتكز أساسي من مرتكزات الإصلاح، فأي مشكل على مستوى هذا المرتكز يعرقل عملية الإصلاح، على الرغم من كل المجهودات التي تبذلها الدولة بهدف توفير الهيئة الطبية إلا أن هذه الأخيرة وجدت ملاذ آخر وهو الهروب من أجل وضع أحسن، حيث كشف تقرير مركز تحليل الاستراتيجيات أن عدد الأطباء الأجانب في فرنسا ارتفع بنسبة 20 بالمائة بين سنتي 2007 و2010 ليصل إلى 19 ألف طبيب سنة 2016، يمثل الجزائريين حوالي 22% منهم بمعنى حوالي 05 آلاف طبيب، وبهذا يعرف نزيف الأطباء الجزائريين نحو فرنسا زيادة مستمرة، وهذا نتيجة ما تعرفه فرنسا والذي يعرف" الصحاري الصحية "، هذا النزيف نحو الخارج كان له انعكاس على المنظومة الصحية وعملية التنمية بصفة عامة، كما أكد **بقاط بركاني** رئيس عمادة الأطباء أن التحفيزات التي وضعتها الدولة لتغطية العجز المسجل فيما يخص الأطباء الأخصائيين بمناطق الجنوب والهضاب العليا غير كافي.[1]

المطلب الثاني: من ناحية التسيير

1. غياب الدعم الكافي لعملية الإصلاح والتطوير، نلاحظ غياب الالتزام والإرادة السياسية الفاعلة، حيث كثرت الندوات والملتقيات التي يتم التأكيد من خلالها في كل مرة على ضرورة الإصلاح لأنه الحل المناسب لإنقاذ القطاع الصحي من التدهور الذي يعانيه، لكن دائما هناك صعوبة في التنفيذ والمشاكل التي تعاني منها الجهات المنفذة، لأن عملية إصلاح القطاع الصحي تبقى عملية سياسية بالدرجة الأولى وتحتاج إرادة سياسية.
2. غياب التحفيز بالنسبة للموظفين، هذا ما أثر على أدوارهم ونشاطاتهم في ظل غياب تكييف قانونهم الأساسي إضافة إلى سوء ظروف العمل والأجور، وسير مسارهم المقيد بقانون قائم على الفكر الإداري المرتكز على منطق التنظيم الإداري المرتبط بأساس بيروقراطي.[2]
3. عدم التجاوب مع مشروع الإصلاح الناتج عن عدم إشراك جميع الأطراف وأصحاب المصلحة المعنيين في عملية التحضير لهذا الإصلاح، وباعتبار الإصلاح يحدث نوع من التغيير برزت مقاومة بعض الفاعلين له، باعتباره يهدد مراكزهم وسلطاتهم الخاصة خاصة أنه لم يكن بناء على طلباتهم، فهو يحمل معنى ضمني بأنهم لا يؤدون أعمالهم على أكمل وجه، الشيء الذي جعلهم يرون أنه نقد موجه لهم ولما يقومون به من أعمال وأنشطة وحتى لسلوكياتهم، وهذا ما زاد من شدة

[1] – سمير، بيطام، التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر، مركز الوفاق الإنمائي للدراسات والبحوث والتدريب، نقلا عن

, date 27-07-2017, heur 12 :22.http://wefaqdev.net/st_ch704.html

[2] - حليمة، بن حليمة، "واقع التنمية الصحية في الجزائر"، مجلة شؤون اجتماعية. العدد 127 ، 2015، ص 105.

ودرجة مقاومتهم له وبذلك غابت مساعدتهم للقائمين عليه.[1] إضافة إلى غياب الشراكة في صياغة السياسة الصحية هناك غياب للتخطيط الإستراتيجي القائم على الرؤية الواضحة المعالم وخطط بعيدة ومتوسطة المدى، حيث عرف القطاع العديد من الأزمات والمشاكل خاصة فيما يتعلق بالإضرابات المتكررة لعمال القطاع التي كانت غالبيتها تتسبب في شل مختلف المصالح وتوقفها على الرغم من معانات المرضى فيها، وهذا ما يدفعنا للإشارة إلى سبب آخر الذي يعتبر من أهم أسباب تعثر الإصلاح.

4. غياب الضمير المهني، الضمير المهني في العمل هو أهم من الأموال والطاقات والجهود، وإلا ما فائدة المعدات الحديثة والتجهيزات والضمير المهني غائب ؟ فالإصلاح الحقيقي هو الذي يكون مصحوب بإصلاح الفرد وبعدها إصلاح البنايات والإدارات وغيرها، فإذا كان الفرد يعاني من غياب الأخلاق والقيم لا يمكن تحقيق نتائج الإصلاح ولو بعد عشرات السنين، كما أن الإصلاح لا يخص فرد واحد متمثل في شخص الوزير أو المسؤول وإنما الإصلاح هو تفاعل الجميع وبكل مستوياتهم المهنية والعلمية.[2]

إذا كانت الأدوية والمستلزمات الطبية تسرق من المستشفيات ويتم إعادة بيعها في الخارج بأسعار باهظة، أين الضمير المهني وأين نحن من الإصلاح؟ ترويج الأدوية المحظورة من طرف وزارة الصحة بهدف ممارسة عملية الإجهاض التي تتم بطرق غير شرعية والتي غالبا ما تتسبب في مضاعفات خطيرة للمرضى.[3] إضافة إلى قضية سرقة الأطفال حديثي الولادة التي عرفتها المستشفيات الجزائرية خاصة في السنوات الأخيرة، التي تنوه عن غياب الضمير المهني لأن المتورطين فيها من السلك الطبي لهذا نتساءل عن أي إصلاح نتحدث؟

5. بروز مجموعات المصالح، هذه المجموعات التي أصبحت تنشط من داخل وخارج القطاع بهدف الإبقاء على الوضع كما هو، وما ساعد على ذلك هو التغيير المتواصل الذي طال وزراء الصحة والكادر المسير للقطاع. فأصبح لهذه الجماعات أدوار حساسة في عديد القرارات المتعلقة بالسياسة الصحية في الجزائر، ويمكن أن نلتمس الدور السلبي لها في مجال تطبيق النظام التعاقدي الذي اعتبر من أهم مخرجات عملية الإصلاح، هذا النظام الذي اعتبر وسيلة يتم من خلالها ترشيد النفقات الصحية من خلال التعاقد بين المؤسسات المقدمة للخدمة وهيئات الضمان الاجتماعي، لكن تدخل أصحاب العيادات الخاصة للدفاع عن مصالحهم وذلك بإفشال مشروع التعاقد، والسبب هو أن تطبيق هذا النظام من شأنه أن يتعارض مع مصالحهم المادية بالدرجة الأولى، حيث رأت

---

[1] - وفاء،سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص 105.

[2] - سمير، بيطام، أين وصل الإصلاح في المستشفيات الجزائرية؟، مركز الوفاق الإنمائي للدراسات والبحوث والتدريب، نقلا عن:
, date 29-07-2017, heur 18 :39.http://wefaqdev.net/art4941.html

[3] - جليلة.ع، الجزائر تحصي 80 ألف عملية إجهاض سنويا- الجريمة السرية تكتسح المؤسسات الاستشفائية وتزيح الضمير المهني، نقلا عن:
http://elmihwar.com/ar/index.php/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%B9/95896.html
, date 19-10-2017,heur 16:32.

الدولة أن الحل الأمثل للتقليل من نفقات التي تترتب على معالجة المرضى في الخارج هو التكفل بهم من داخل الوطن من قبل الخواص وتقوم هيئات الضمان الاجتماعي بدفع تكاليف العلاج للمؤمنين وذويهم لكن نظرا لغياب التأطير القانوني للتسعيرة في القطاع الخاص لم يتم الفصل في أسعار العمليات والفحوصات الطبية التي بقيت من صلاحياتهم، كما أن تطبيق النظام التعاقدي يجعل أصحاب المؤسسات الخاصة ملزمين بتطبيق أسعار محددة وهذا من شأنه أن يضيع عليهم الأرباح التي يدفعها المؤمنين مباشرة.[1] وبالتالي الحل هو عرقلة تطبيق النظام التعاقدي لأن المصلحة تتحقق بالوضع القائم وليس بتغييره، وهذا ما أعتبر شلل حقيقي لعملية الإصلاح لأن تطبيق التعاقد من أهم أهداف الإصلاح، كما له ارتباط بمختلف الأهداف الأخرى إضافة إلى كونه يساعد على التحكم في النفقات الصحية من شأنه أيضا تحسين جودة الخدمة الصحية.

6. غياب المراقبة والتقييم وعدم تطبيق الرقابة والمحاسبة بطريقة فعالة.
7. قلة الموارد المالية وسوء توزيعها حسب الأولويات، إضافة إلى ضعف التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات والبيانات المتعلقة بتكاليف ونشاطات المصالح.[2]

يتضح من خلال ما سبق أن المشاكل التي أصبح يتخبط فيها القطاع الصحي، إضافة إلى تدخل جملة من المتغيرات الداخلية والخارجية المختلفة التي لم تترك خيار آخر أمام الدولة الجزائرية إلا انتهاج عملية الإصلاح، التي صممت خصيصا لمعالجة الاختلالات التي باتت تأثر على سير النظام الصحي ومردوديته، في الوقت الذي لا بد فيه من زيادة قدراته الإستجابية والاستيعابية بهدف تقديم الخدمات الصحية وتحسين جودتها، والعدالة والإنصاف في توزيعها، من أجل مواجهة التحولات الديموغرافية والوبائية وما نتج عنها. لكن العملية الإصلاحية لم تسلم من تدخل صعوبات حالت دون الوصول إلى المبتغى المراد من انتهاجها بل أنها خلقت مشاكل جديدة يصعب على الدولة التحكم فيها ومسايرتها وهذا كله ناتج عن عدم قيام الإصلاح على رؤية واضحة للواقع، والتمويه المنتهج من أجل تفادي القصور وليس في معالجة أساس هذا القصور.

خلاصة واستنتاجات:

مكننا هذا الفصل من التعرف على الظروف والأسباب التي صيغت على أساسها سياسة إصلاح القطاع الصحي منها الدولية والمحلية، إضافة إلى أهم مرتكزات وأهداف سياسة الإصلاح وإن تعددت فهي تجتمع حول الهدف الأسمى وهو حماية الصحة وترقيتها والمحافظة عليها، من خلال توفير الظروف والآليات المناسبة، مرورا إلى أهم مخرجات عملية الإصلاح والتي تمثلت في النظام التعاقدي كاستجابة

[1] - مريم، زان، مرجع سبق ذكره، ص 227.
[2] - نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية:دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني. مرجع**سبق ذكره، ص 418.

لزيادة النفقات الصحية وبالتالي البحث عن مصادر وطرق جديدة للتمويل، حيث أصبحت النفقات الصحية تثقل كاهل الدولة وكذا المواطن، لننتقل إلى مخرج أخر من مخرجات عملية الإصلاح وهو ما عرفته السياسة الدوائية من تغيير، حيث أصبح هذا المجال يعرف العديد من الإختلالات في الفترة الأخيرة خاصة مع زيادة الطلب على هذه المادة الأولية هذا من جهة، ومن جهة أخرى لا يمكن الحديث عن تقديم الخدمة وجودتها دون الأدوية التي أصبحت تكاليفها وفاتورة استيرادها مرتفعة جدا، وهذا ما فرض ضرورة كبح الواردات من الأدوية من خلال سياسة تشجيع الإنتاج المحلي.

وقبل التعرف على أهم نتائج سياسة الإصلاح التي يعرفها القطاع الصحي كان لا بد عليها من الإشارة إلى بعض المعوقات التي اعترضت مسار عملية الإصلاح والتي كان لها تأثير واضح على الأهداف المسطرة، منها ما تعلق بالجانب التنظيمي بداية من الإطار القانوني الذي أصبح لا يتماشى مع المستجدات المتسارعة إلى غاية النقص الواضح في الموارد البشرية، وأخرى مرتبطة بالتسيير وكذا التمويل هذا الأخير الذي أصبح لا يخضع لأية معايير أو أسس ما ترتب عنه صعوبة كبح النفقات الصحية التي هي في تزايد مستمر في ظل غياب أو صعوبة إيجاد مصادر أخرى للتمويل.

لننتقل بذلك إلى فصل آخر لنتعرف على نتائج سياسة إصلاح القطاع الصحي.

الفصل الرابع

يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات الخدمية التي تتعامل مع حياة المواطنين مباشرة، لكن نتيجة ما أصبح يعانيه من مشاكل وإختلالات أصبحت حياة المواطنين هي الأخرى في خطر، ذلك ما دفع إلى ضرورة التدخل من أجل تصحيحها واسترجاع عافية هذا القطاع من خلال عملية الإصلاح التي شملته، والتي تهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين مردوديته بتحسين جودة الخدمة الصحية، لأن هذه الأخيرة تعد من بين الأهداف الإستراتيجية بالنسبة لأي دولة.

وبعد التعرف على ظروف ودوافع سياسة إصلاح القطاع الصحي وأهم مخرجاتها وكذا المعوقات التي اعترضت مسار تحقيقها للأهداف والرهانات المرصودة من خلالها، سنحاول من خلال هذا الفصل تقييم سياسة الإصلاح أولا من خلال دراسة ميدانية لجودة الخدمة الصحية كرهان من رهانات الإصلاح من خلال آراء المستفيدين من تلك الخدمة " المرضى" ، ثم نقوم بتقييم شامل يضم الأطر القانونية، المدخلات المادية والبشرية والمالية وكذا المخرجات التي تشمل مختلف المؤشرات الصحية، انطلاقا من هذا سيتم التطرق في هذا الفصل إلى:

1. **المبحث الأول: رهان تحسين جودة الخدمة الصحية (دراسة ميدانية لآراء المستفيدين من الخدمة):** تم التطرق من خلاله للإجراءات المنهجية" مجتمع وعينة الدراسة، الأدوات المستخدمة في معالجة وتحليل البيانات"، ثم الانتقال إلى تحليل وتفسير نتائج الدراسة الميدانية.
2. **المبحث الثاني: تقييم السياسة الصحية الجديدة – الإصلاح– 1999–2017:** من خلال الأطر القانونية المؤسسة لسياسة إصلاح القطاع الصحي، مدخلات هذه السياسة" الهيئة الطبية، البنى التحتية والموارد المالية، وبعدها الانتقال إلى تقييم المخرجات، وهي نفس المنهجية التي تم اعتمادها من بداية الدراسة.
3. **المبحث الثالث: الحوكمة كمدخل لتطوير أداء السياسة الصحية الجزائرية:** تضمن هذا المبحث معنى الحوكمة ثم حوكمة الصحة، مرورا إلى الإطار المؤسسي للحوكمة الصحية وصولا إلى أسس حوكمة القطاع الصحي الجزائري.

نحاول من خلال هذه العناصر الإجابة على التساؤلات التالية:

ما هي أهم نتائج عملية إصلاح القطاع الصحي؟ كيف يمكن تحقيق نجاعة السياسة الصحية وتدارك الإختلالات التي تعانيها؟

المبحث الأول: رهان تحسين جودة الخدمة الصحية (دراسة ميدانية لآراء المستفيدين من الخدمة).

نقوم من خلال هذا المبحث بدراسة آراء المرضى حول جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية العمومية، وذلك بهدف تقييم جودة الخدمة كأحد أهم رهانات السياسة الصحية، ولا يمكن الوصول إلى نتائج واقعية إلا من خلال دراسة انطباعات الشريحة المستفيدة من الخدمة وخاصة تلك الموجودة في المستشفيات التي تكون قد تكونت لديها رؤية واضحة لبعض المعايير أو ما تسمى بأبعاد الجودة وهي " الملموسية، الإعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)[G]، كما أن هذه الأبعاد لها دور في تقييم السياسة العامة الصحية ككل، حيث يمكن من خلالها تقدير الاختلالات والنقائص، لكن قبل ذلك لابد من:

- **تعريف الجودة: عرفها ديمنج W. Edwards Deming**[G] "تحقيق احتياجات وتوقعات المستفيد حاضرا أو مستقبلا ".[1]
- **تعريف جودة الخدمة الصحية:** the health service quality concept، عرفتها **الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية** والمعروفة باسمها المختصر (جاكو) the joint commission on accreditation of hospitals (JCAH) أنها:" درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية".[2]

---

[*] **تتمثل أبعاد جودة الخدمات في خمسة أبعاد وهي:**

– بعد الملموسية: وتشمل جميع المظاهر المادية الموفرة في مكان تقديم الخدمة الصحية مثل: المباني، قاعات الانتظار.

– بعد الاعتمادية: ويعني قدرة المستشفى على أداء الخدمة بالشكل الذي وعدت به وفي الوقت المحدد.

– بعد الاستجابة: وتعني الاستجابة الفورية لمساعدة المرضى والمراجعين دون تمييز.

– بعد الضمان: ويتمثل في القدرة على بث الثقة والأمان والخصوصية في نفوس المراجعين عند التعامل معهم.

– بعد التعاطف: هو التفاعل العاطفي مع الزبون من خلال العلاقة الشخصية، لإشعاره أنه يلقى الاهتمام والعناية الجيدة. للمزيد أنظر: رائد أحمد أبو عيد، عبد القادر دراويش ، " تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة جنوب الضفة الغربية باستخدام مقياس SERVPERF"، دراسات العلوم الإدارية. المجلد 43، العدد 02، 2016، ص ص 720،721.

[*] **ويليام ادواردز ديمنغ W. Edwards Deming** (1900–1993) مهندس تصنيع أمريكي وأستاذ جامعي، محاضر ومؤلف واستشاري، أطلق عليه "أبو الجودة" وذلك لمساهماته في عالم الجودة والإدارة، من بين مؤلفاته" الخروج من الأزمة 1982–1986"، " علم الاقتصاد للصناعة والحكومة والتعليم 1993".

[1] – محمود، عبد الفتاح رضوان، **إدارة الجودة الشاملة فكر وفلسفة قبل أن يكون تطبيق**. ط1، القاهرة: المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2012، ص04.

[2]– صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية، نقلا عن: https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aId=48931 date 03-08-2017, heur 12 :22.

المطلب الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة.

قمنا بتقسيم هذا المطلب إلى نقطتين:

أ- مجتمع وعينة الدراسة:

إذا كان مجتمع الدراسة هو" جميع المفردات أو الأشياء التي نريد معرفة حقائق عنها"[1]، فإن مجتمع دراستنا يشمل جميع المرضى في المؤسسات الإستشفائية التي تم اختيارها وهي:

4. المؤسسة الإستشفائية العمومية يحيى فارس بمدينة مليانة ولاية عين الدفلى.
5. المستشفى الجامعي مصطفى باشا بولاية الجزائر العاصمة.
6. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في جراحة العظام والتأهيل الحركي بن عكنون (بو خروبة عبد القادر) بولاية الجزائر العاصمة.

حيث فضلنا اختيار مؤسسات إستشفائية مختلفة مؤسسة استشفائية عمومية، مؤسسة استشفائية جامعية، مؤسسة استشفائية متخصصة)، ونتيجة عدم القدرة على تغطية مجتمع الدراسة ككل تم اعتماد العينة القصدية أو ما تعرف بالعمدية **purposive sample** " وهي العينة التي يتعمد الباحث فيها أن تتكون من وحدات معينة على اعتبارها تعبر عن المجتمع الأصلي وتمثله".[2] وذلك بما يخدم أهداف الدراسة بمعنى هناك تحيز في اختيارها، لذلك تمثلت عينة الدراسة في المرضى الماكثين في المؤسسات الإستشفائية المختارة ليومين فما فوق، بحيث تكون مدة الإقامة قد سمحت لهم بتكوين نظرة عن المؤسسة الإستشفائية بالدرجة الأولى والعاملين بها، وكذا مستوى الخدمة المقدمة إليهم، باستثناء المرضى الذين لا تسمح حالتهم الصحية بإجراء حوار أو مقابلة.

ب-أدوات الدراسة وأدوات معالجة البيانات:

لإجراء هذه الدراسة ارتأينا اعتماد الاستبيان والذي يعتبر " وسيلة من وسائل جمع البيانات، تعتمد أساسا على استمارة تتكون من مجموعة من الأسئلة ترسل بواسطة البريد أو تسلم إلى الأشخاص الذين يتم اختيارهم لموضوع الدراسة ليقوموا بتسجيل إجاباتهم عن الأسئلة الواردة فيه وإعادتها ثانية".[3]

تضمن الاستبيان مجموعة من المحاور وهي كالتالي:

7. **المحور الأول** تضمن معلومات عامة لأفراد عينة الدراسة (المرضى): منها المتعلقة بالسن، الجنس، الحالة المدنية، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، مدة المكوث في المستشفى، الوظيفة.

[1] – محمد منير، حجاب، **الأسس العلمية لكتابة الرسائل الجامعية**. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2000، ص 28.

[2] – محيي، محمد مسعد، **كيفية كتابة الأبحاث والإعداد للمحاضرات**. ط2، الإسكندرية: المكتب العربي الحديث، 2000، ص 55.

[3] - عبد الله محمد، الشريف، **مناهج البحث العلمي دليل الطالب في كتابة الأبحاث والرسائل العلمية**.ط1، الإسكندرية: مكتبة الإشعاع طباعة ونشر وتوزيع، 1996، ص 123.

8. **المحور الثاني** الذي عنون بآراء المستفيدين حول نوعية الخدمة الصحية: وذلك من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية حيث قدر عدد عبارات ب 26 عبارة، باستخدام مقياس **ليكرت** الخماسي(موافق، موافق جدا، محايد، غير موافق، غير موافق جدا). حيث توزعت عبارات الاستبيان بين أبعاد جودة الخدمات الصحية كالتالي:
   - العبارة من 1- 6 تشير إلى بعد الملموسية.
   - العبارة من 7-11 تشير إلى بعد الاعتمادية.
   - العبارة من 12- 16 تشير إلى بعد الاستجابة.
   - العبارة من 17-21 تشير إلى بعد الأمان.
   - العبارة من 22 – 26 تشير إلى بعد التعاطف.
9. **المحور الثالث** فتضمن تحديد درجة رضا المستفيدين من الخدمة: جمع 04 أسئلة بين المغلقة والمفتوحة.

و بهدف تحديد درجة التقييم قمنا بتقسيم السلم إلى ثلاث مجالات كالتالي:

- 1 إلى أقل 2.33 يمثل درجة الموافقة المتدنية.
- 2.33 إلى أقل 3.66 يمثل درجة الموافقة المتوسطة.
- 3.66 إلى 5 يمثل درجة الموافقة العالية.

بذلك احتوى الاستبيان في مجموعه على عبارات يتم من خلالها تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية بناء على آراء أفراد عينة الدراسة، حيث تم اعتماد استبيان أولي، **أنظر الملحق رقم (03)** وبعد عرضه على مجموعة من الأساتذة للتحكيم(د.حاروش نور الدين ، د.مغراوي لقمان) تم استبعاده باعتبار أن ما تضمنه من أسئلة لا تعكس الهدف من الدراسة، ليتم صياغة استبيان آخر وبعد عرضه مرة أخرى على الأساتذة تم إعادة صياغة بعض العبارات وحذف أخرى لنصل إلى الصياغة النهائية **أنظر الملحق رقم (04)**، تم التحقق من ثبات الاستبيان الموجه للدراسة من خلال طريقة معامل (ألفا كرونباخ Cronbach's alpha)، الذي بلغت قيمته.0.836 وبذلك نكون قد تأكدنا من ثبات وصدق الاستبيان.

اعتمدنا في توزيع الاستمارات على طريقة الاستمارة بالمقابلة، حيث سمحت لنا هذه الطريقة بمقابلة المرضى مباشرة، كما اضطرنا الأمر إلى ملأ الاستمارات لبعضهم نظرا لحالتهم الصحية التي لم تسمح بذلك وكذا المستوى العلمي فبعضهم لا يعرف القراءة والكتابة، وهذا حرصا منا على تقليل عدد الاستمارات الملغاة ، ولتحليل تلك الاستبيانات تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss).

بدأت عملية توزيع الاستبيانات خلال فترات متقطعة في المدة الممتدة من شهر سبتمبر 2017 إلى غاية شهر نوفمبر 2017، حيث قدر عدد الاستمارات الموزعة ب 170 استمارة قسمت بالتساوي بين

المؤسسات الإستشفائية، بعد إطلاعنا على محتوى الاستبيانات قمنا باستبعاد كل الاستبيانات التي كانت ناقصة نتيجة عدم إجابة المرضى عن بعض الأسئلة التي ربما كانت غير مفهومة بالنسبة لهم، ليصل عدد الاستمارات الصالحة إلى 151 من أصل 170 استمارة.

المطلب الثاني: تحليل النتائج وتفسيرها.

أ/ وصف خصائص عينة الدراسة:

الجدول رقم (34): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية%
ذكر	69	%45.7
أنثى	82	%54.3
المجموع	151	%100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد الإناث كان مرتفع، حيث بلغ عددهم 82 أنثى بنسبة تقدر ب 54.3%، مقارنة بعدد الذكور الذي بلغ 69 ذكر بنسبة تقدر ب 45.7%، وبهذا كان أغلب عدد أفراد العينة محل الدراسة إناث قد يعود ذلك إلى عدد الاستمارات التي وزعت في الأقسام الخاصة بولادة النساء في كل المؤسسات الإستشفائية التي كانت محل الدراسة.

الجدول رقم (35): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.

الفئة العمرية	التكرارات	النسبة المئوية%
أقل من 20 سنة	22	%14.6
من21-40 سنة	66	%43.7
من 41-60 سنة	36	%23.8
أكثر من 60سنة	27	%17.9
المجموع	151	%100

يتضح من خلال الجدول الموضح لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن، أن الفئة التي يتراوح سنها من 21 -40 سنة أنها شكلت أكبر فئة، أين بلغ عددها 66 فرد بنسبة مئوية تقدر ب 43.4% ، يمكن أن نرجع ذلك إلى ارتفاع عدد الاستمارات الموزعة على النساء في أقسام التوليد، حيث انتمت أغلب النساء إلى هذه الفئة العمرية، تليها الفئة العمرية من 41-60 سنة والتي بلغ عددها 36 فرد بنسبة 23.8%، وبعدها الفئة التي تجاوز سنها 60 سنة أين بلغ عددها 27 فرد بنسبة 17.9%، لتأتي آخر فئة وهي الأقل من 20 سنة، حيث بلغ عددهم ب 22 فرد بنسبة قدرت ب 14.6%.

الجدول رقم (36): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة المدنية.

الحالة المدنية	التكرارات	النسبة المئوية%
متزوج(ة)	**94**	**%62.3**
أعزب	**57**	**%37.7**
المجموع	**151**	**%100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (36)، أن فئة المتزوجين شكلت غالبية أفراد العينة محل الدراسة أين بلغ عددهم 94 فرد، بنسبة قدرت ب 62.3%، لتشكل الفئة غير المتزوجة بقي عينة الدراسة بعدد يقدر ب 57 فرد وبنسبة مئوية لم تتجاوز 37.7%.

الجدول رقم (37): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان الإقامة.

مكان الإقامة	التكرارات	النسبة المئوية%
الريف	54	%35.8
المدينة	97	%64.2
المجموع	151	%100

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن 64.2% من المرضى المشكلين لعينة الدراسة مقيمين في المدينة بمعنى حوالي 97 فرد، بينما 35.8 % منهم أي حوالي 54 فرد من الريف.

الجدول رقم (38): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى العلمي.

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية%
لا اعرف القراءة والكتابة	46	%30.5
ابتدائي	27	%17.9
أساسي	33	%21.9
ثانوي	26	%17.2
جامعي	19	%12.6
المجموع	151	%100

يوضح الجدول أعلاه توزيع المرضى حسب مستواهم العلمي، حيث تم تقسيمهم إلى خمس فئات فشكلت فئة المرضى الذين لا يعرفون القراءة والكتابة 46 فرد، بنسبة مئوية تقدر ب 30.5%، وتليها فئة ذوي المستوى الأساسي حيث بلغ عددهم 33 مريض بنسبة 21.9%، وبعدها فئة من لديهم مستوى ابتدائي والبالغ عددهم 27 مريض بنسبة 17.9%، لتأتي فئة من لديهم مستوى ثانوي والمقدر عددهم ب 26 مريض بنسبة 17.2%، لتشكل فئة المستوى الجامعي أقل عدد أفراد عينة الدراسة والمقدر عددهم ب

19 مريض بنسبة 12.6%، وبهذا تعتبر فئة المرضى الذين لا يعرفون القراءة والكتابة أكبر عدد أفراد عينة الدراسة وربما يرجع ذلك إلى ارتفاع عدد المرضى المتقدمين في السن الذين لم يتلقوا تعليما.

الجدول رقم (39): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة.

	التكرارات	النسب, المئوية%
موظف حكومي	40	%26.5
أعمال حرة	21	%13.9
دون عمل	90	%59.6
المجموع	151	%100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب أفراد عينة الدراسة دون عمل، أين قدر عددهم ب 90 مريض بنسبة 59.6%، تليها فئة الموظفين الحكوميين ب 40 مريض بنسبة 26.5%، وبعدها فئة الممارسين للأعمال الحرة والذين بلغ عددهم 21 فرد بنسبة 13.9%.

الجدول رقم (40): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى.

	التكرارات	النسبة المئوية%
يومين	48	%31.8
من 03-05 أيام	47	%31.1
أكثر من 06 أيام	56	%37.1
المجموع	151	%100

يوضح الجدول رقم (40) أن أفراد عينة الدراسة التي بلغت فترة إقامتهم أكثر من 06 أيام هم الأكثر أين بلغ عددهم 56 مريض بنسبة 37.1%، تليهم فئة المرضى المقيمين لمدة يومين وقدر عددهم ب 48 مريض بنسبة 31.8%، في حين بلغت نسبة إقامة المرضى من 03- 05 أيام 47 مريض بنسبة 31.1%.

الرقم	العبارة	التكرارات	المتوسط	الانحراف	درجة

		غيـــر موافـــق جدا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	الحسابي	المعياري	**الموافقة**
01	المظهر الخارجي للمستشفى لائق	**7** %4.9	**17** %11.3	**11** %7.3	**97** %64.2	**19** %12.6	3.69	0.988	**عالية**
02	تتمتـــــع المستشـــــفى بالنظافـــــة والتســـــهيلات(المصـــــاعد،اللوحات الإرشادية،المصاعد،الإنارة)	**3** %2.0	**12** %7.9	**9** %6.0	**101** %66.9	**26** %17.2	3.89	0.850	**عالية**
03	تتـــوفر قاعـــات الانتظـــار، أمـــاكن للجلوس	**22** %14.6	**19** %12.6	**18** %11.9	**77** %51.0	**15** %9.9	3.29	1.241	**متوسطة**
04	ظـــروف الغرفـــة مناســـبة (عـــدد المرضـــى،النظافة، درجـــة حـــرارة مناسبة)	**8** %5.3	**24** %15.9	**01** %0.7	**78** %51.7	**40** %26.5	3.78	1.160	**عالية**
05	يعتنـــي الأطبـــاء والعـــاملين بمظهـــرهم الخارجي	**00** %00	**5** %3.3	**08** %5.3	**104** %68.9	**34** %22.5	4.11	0.634	**عالية**
06	الوجبات الغذائية المقدمة مناسبة	**45** %29.8	**22** %14.6	**47** %31.1	**32** %21.2	**05** %3.3	2.54	1.215	**متوسطة**
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						**3.55**	**1.014**	**متوسطة**

ب/ تحليل البيانات المتعلقة بآراء المستفيدين حول نوعية الخدمة الصحية المقدمة(معايير الجودة).

الجدول رقم (41): تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الملموسية.

يوضح الجدول رقم (41) أراء المرضى حول بعد الملموسية أين كانت أغلب ايجابيتهم ضمن الموافقة العالية، بأعلى متوسط حسابي والذي بلغ 4.11 الخاص بالعبارة 05 والمتعلقة باعتناء الأطباء والعاملين بمظهرهم الخارجي، أما العبارة 06 المتعلقة بالوجبات الغذائية المقدمة كانت ضمن الموافقة المتوسطة أين بلغ متوسطها الحسابي 2.54، وتليها العبارة 03 والمتعلقة بتوفر قاعات الانتظار وأماكن للجلوس أين كانت هي الأخرى ضمن الموافقة المتوسطة بمتوسط حسابي قدر ب 3.29، في حين تقارب المتوسط الحسابي الخاص بالعبارة 01، 02،04 أين بلغت متوسطاتها الحسابية 3.69، 3.89، ، 3.78 على التوالي.

أما المتوسط الحسابي العام والذي بلغ 3.55 يدل على أن درجة الموافقة كانت متوسطة لكل أفراد العينة في تقييمهم لبعد الملموسية، أين قدر الانحراف المعياري العام ب 1.01.

الجدول رقم (42): تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية.

الرقم	العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		غير موافق جدا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا			
07	تقديم الخدمة الصحية في مواعيد محددة	**6** %4.0	**27** %17.9	**12** %7.9	**65** %43.0	**41** %27.2	3.72	1.163	**عالية**
08	الفحوص الطبية والأشعة التي تتطلبها وضعيتك تجرى في المستشفى	**25** %16.6	**19** %12.6	**22** %14.6	**42** %27.8	**43** %28.5	3.39	1.437	**متوسطة**
09	حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	**06** %4.0	**2** %1.3	**126** %83.4	**12** %7.9	**05** %3.3	3.05	0.620	**متوسطة**
10	وجود ثقة في الأطباء والممرضين	**03** %2.0	**13** %8.6	**02** %1.3	**103** %68.2	**30** %19.9	3.95	0.859	**عالية**
11	حرص الأطباء على تقديم الخدمة الصحية بشكل جيد في المقام الأول	**04** %2.6	**31** %20.5	**03** %2.0	**77** %51.0	**36** %23.8	3.73	1.119	**عالية**
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						**3.568**	**1.039**	**متوسطة**

تضمن الجدول رقم (42) نتائج تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية، حيث تشير النتائج أن أغلبية العبارات كانت ضمن الموافقة العالية، فكان أكبر متوسط حسابي للعبارة 10 المتعلقة بوجود ثقة بين الأطباء والممرضين بانحراف معياري قدر ب 0.859، وأدنى متوسط حسابي والذي قدر ب3.05 والذي عكس العبارة 09 المتعلقة بحدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج بانحراف معياري بلغ 0.620، تليها العبارة 08 والمتعلقة بإجراء المرضى للفحوص الطبية والأشعة التي تتطلبها حالتهم الصحية في المستشفى والتي بلغ متوسطها الحسابي 3.39 بانحراف معياري بلغ 1.437، أما العبارتين 07 و11 سجلتا متوسط حسابي قدر ب 3.72 و 3.73 على التوالي بانحراف معياري بلغ 1.163 و 1.119.

لنقول أن تقييم أفراد عينة الدراسة لجودة للخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية وقع ضمن مجال الموافقة المتوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام 3.56 وانحراف معياري قدر ب 1.039.

الجدول رقم (43): تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاستجابة.

الرقم	العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		غير موافق جدا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا			
12	يتم إخبارك بحالتك الصحية أول بأول	**03** %2.0	**21** %13.9	**06** %4.0	**83** %55.0	**38** %25.2	3.87	1.009	**عالية**
13	يتم الرد على شكاويك وأسئلتك	**09** %6.0	**22** %14.6	**08** %5.3	**75** %49.7	**37** %24.5	3.72	1.161	**عالية**
14	استجابة العاملين لطلبات المرضى	**04** %2.6	**20** %13.2	**09** %6.0	**87** %57.6	**31** %20.5	3.80	1.000	**عالية**
15	تقدم الخدمة الصحية في كل أيام الأسبوع	**02** %1.3	**26** %17.2	**20** %13.2	**64** %42.4	**39** %25.8	3.74	1.067	**عالية**
16	يتم إعلامكم بموعد تقديم الخدمة	**03** %2.0	**30** %19.9	**11** %7.3	**82** %54.3	**25** %16.6	3.64	1.042	**متوسطة**
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						**3.754**	**1.055**	**عالية**

يتبين من خلال الجدول رقم (43) الموضح لآراء المستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى) حول بعد الاستجابة أن أكثر من نصف المرضى المشكلين لعينة الدراسة قيموا هذا الجانب تقييما ايجابيا، وإذا لاحظنا كل عنصر من عناصر هذا البعد على حدى نلاحظ أن أعلى متوسط حسابي بلغ 3.87 والذي يعكس العبارة رقم 12 والخاصة بإخبار المريض بحالته الصحية أول بأول بانحراف معياري قدر ب 1.009، واقل متوسط حسابي كان للعبارة 16 والخاصة بإعلام المرضى بموعد تقديم الخدمة بمتوسط حسابي بلغ 3.64 بانحراف معياري قدر ب 1.042، لتأتي العبارات 13، 15، 14 على التوالي بمتوسطات حسابية 3.72، 3.74، 3.80 بانحرافات معيارية متتالية 1.161، 1.067، 1.000.

ما يدل على أن تقييم أفراد العينة لبعد الملموسية كان تقييما ايجابيا هو المتوسط الحسابي العام الذي بلغ 3.75 والذي ينتمي لمجال الموافقة العالية بانحراف معياري بلغ 1.055.

الجدول رقم (44): تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الأمان.

الرقم	العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحرا ف	درجة الموافقة
		غير موافق	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا			

		جدا						المعياري	
17	وجود سرية في المعلومات الخاصة بالمرضى	**00** %00	**02** %1.3	**54** %35.8	**11** %7.3	**84** %55.6	4.17	0.971	**عالية**
18	يتمتع العاملون والأطباء بالخبرة والدراية والمهارة	**03** %2.0	**16** %10.6	**17** %11.3	**84** %55.6	**31** %20.5	3.82	0.946	**عالية**
19	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين	**01** %0.7	**18** %11.9	**06** %4.0	**102** %67.5	**24** %15.9	3.86	0.849	**عالية**
20	سمعة المؤسسة مقبولة لدى أفراد المجتمع	**03** %2.0	**05** %3.3	**07** %4.6	**82** %54.3	**54** %35.8	4.19	0.828	**عالية**
21	هل تشعر باهتمام العاملين بالمرضى	**11** %7.3	**17** %11.3	**07** %4.6	**92** %60.9	**24** %15.9	3.67	1.100	**عالية**
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						**3.942**	**0.938**	**عالية**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (44) الموضح لآراء المرضى حول جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الأمان، واستنادا إلى النتائج المتحصل عليها أن اتجاهات المرضى نحو كل العبارات المشكلة لهذا البعد كانت ضمن مجال الموافقة العالية، بأعلى متوسط حسابي الذي سجلته العبارة 20 والمتعلقة بسمعة المؤسسة والذي بلغ 4.19، وتليها العبارة 17 والمتعلقة بسرية المعلومات الخاصة بالمرضى بمتوسط حسابي قدر ب 4.17، وكان أقل متوسط حسابي من نصيب العبارة 21 المتعلق باهتمام العاملين أين سجل 3.67 ، لتأتي العبارات المتبقية وهي ، 18، 19 كما هي موضحة في الجدول بمتوسطات حسابية على التوالي 3.82، 3.86.

ليأتي المتوسط الحسابي العام والمقدر ب 3.94 ليثبت درجة الموافقة العالية لأفراد عينة الدراسة عن جودة الخدمة الصحية من ناحية بعد الأمان، كما بلغ المتوسط الحسابي 0.938.

الجدول رقم (45): تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية من خلال بعد التعاطف.

الرقم	**العبارة**	**التكرارات**					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	**درجة الموافقة**
		موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق جدا			

22	تأخذ ظروف المريض بعين الاعتبار والتعامل معه بلطف	**15** %9.9	**22** %14.6	**25** %16.6	**70** %46.4	**19** %12.6	3.37	1.175	**متوسطة**
23	يتعامل معكم العاملون بالاحترام والروح المرحة	**05** %3.3	**19** %12.6	**06** %4.0	**86** %57.0	**35** %23.2	3.84	1.027	**عالية**
24	اللغة المستعملة من قبل الأطباء مفهومة	**28** %18.5	**15** %9.9	**03** %2.0	**74** %49.0	**31** %20.5	3.43	1.407	**متوسطة**
25	يوفر لكم الهدوء	**04** %2.6	**29** %19.2	**08** %5.3	**84** %55.6	**26** %17.2	3.66	1.059	**متوسطة**
26	أوقات المعاينة مناسبة	**04** %2.6	**21** %13.9	**09** %6.0	**102** %67.5	**15** %9.9	3.68	0.926	**عالية**
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						**3.596**	**1.118**	**متوسطة**

يوضح الجدول أعلاه أن أغلب العبارات التي تعكس بعد التعاطف كانت ضمن مجال الموافقة المتوسطة، وهي العبارة 22، 24، 25، بمتوسطات حسابية قدرت ب 3.37، 3.43، 3.66 وانحرافات معيارية 1.175، 1.407، 1.059 على التوالي، أما العبارة 23 المتعلقة بمعاملة العاملين للمرضى باحترام وروح مرحة حضيت بأعلى متوسط حسابي والمقدر ب 3.84 وانحراف معياري بلغ 1.027، لتليها العبارة 26 المتعلقة بأوقات المعاينة بمتوسط حسابي قدر ب 3.68 وانحراف معياري بلغ 0.926.

ليبلغ المتوسط الحسابي العام 3.59 بانحراف قدر ب 1.118 وهذا ما يعكس درجة الموافقة المتوسطة لأفراد عينة الدراسة على الخدمة الصحية من ناحية بعد التعاطف.

ج/ تحليل إجابات المرضى في تقييمهم للقطاع الصحي في الجزائر:

تضمن هذا الجزء الأسباب التي تقف وراء اختيار المرضى للعلاج في القطاع العام أو الخاص، وعن النقائص التي يعاني منها القطاع العام التي تجعلهم غير راضين عن الخدمات التي يقدمها، إضافة إلى بعض الاقتراحات التي يرونها ضرورية لتحسين مردودية القطاع الصحي في الجزائر.

الجدول رقم (46): آراء المرضى حول القطاع الذي يقدم رعاية صحية أفضل(القطاع العام/القطاع الخاص).

	التكرارات	النسب المئوية
القطاع العام	80	%53.0

القطاع الخاص	57	%37.7
غير متأكد	14	%9.3
المجموع	151	%100

من خلال الجدول رقم (46) الموضح لآراء أفراد عينة الدراسة عن القطاع الصحي الذي يقدم رعاية صحية أفضل في نظرهم نلاحظ أن أغلبهم أقر أن القطاع العام يقدم رعاية صحية أفضل، حيث قدر عددهم ب 80 مريض بنسبة 53.0%، في حين كانت إجابة 57 مريض أن الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع الخاص هي الأفضل، أما المرضى غير المتأكدين فقدر عددهم ب 14مريض أي بنسبة 9.3% وهي نسبة قليلة، فكل مجموعة كان لها الأسباب التي دفعت بها إما لاختيار القطاع العام أو القطاع الخاص، ويمكن تتبع ذلك في الجدول الموالي.

الجدول رقم (47): أسباب اختيار المرضى للقطاع العام أو القطاع الخاص.

	القطاع العام		القطاع الخاص	
	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
أسرع للحصول على موعد	11	%13.8	41	%71.9
توفر التجهيزات الطبية الحديثة	30	%37.5	32	%56.1
الأطباء والموظفين أحسن	73	%91.3	24	%42.1
أسباب أخرى	46	%57.5	17	%29.8

يوضح الجدول أعلاه الأسباب التي دفعت المريض للعلاج في القطاع العام عن العلاج في القطاع الخاص والعكس.

- الفئة الأولى التي اختارت العلاج في القطاع العام استندت في اختيارها إلى وجود أطباء وموظفين أكفأ بنسبة 91.3%، حيث أشار البعض منهم إلى وجود أطباء يفهمون حالتهم وكيفية التعامل معها، أما السبب الثاني فتمثل في توفر التجهيزات الطبية الحديثة، حيث أشار 37.5% ممن فضلوا القطاع العام إلى وجود تجهيزات حديثة على الرغم من الانتظار الطويل لأخذ موعد وفي بعض الأحيان تكون بعض الأجهزة في حالة صيانة، أما المرضى الذين استندوا إلى سبب الحصول على موعد بصفة أسرع لم يتجاوز عددهم 13.8% هذا ما يثبت أن أخذ موعد للعلاج أو إجراء عملية جراحية أو حتى لإجراء فحص طبي في هذا القطاع يأخذ وقت طويل، كما كانت هناك أسباب أخرى والتي مثلت57.5% من المرضى وكان السبب الرئيسي هو الحالة الاجتماعية التي لم تسمح لأغلبهم بالتوجه للقطاع الخاص لأن العلاج المقدم يحتاج تكاليف باهظة، هذا لا ينفي أن البعض من المرضى وعلى الرغم من قدرتهم على الدفع لكنهم يتوجهون للقطاع العام يرونه الأفضل.

- الفئة الثانية التي فضلت العلاج في القطاع الخاص كان السبب الرئيسي هو سرعة الحصول على موعد بسرعة والتي مثلت 71.9%، وبالتالي هناك إجماع على أن القطاع يستجيب بسرعة مقارنة بالقطاع العام، ومجموعة منهم كان سبب اختيارها هو توفر التجهيزات الطبية الحديثة والتي مثلت هي الأخرى 56.1%، و ما نسبه 29.8% ممن اختار العلاج في القطاع الخاص كان لأسباب أخرى غير المذكورة سابقا منها عدم توفر التخصصات التي يحتاجونها في القطاع العام وبالتالي اجبروا على التوجه للعلاج في القطاع الخاص لأنه لا يوجد حل آخر، على الرغم أن حالتهم الاجتماعية لا تسمح ولو توفرت تلك التخصصات في القطاع الصحي العام لكان أفضل بالنسبة لهم.

وبهذا نلاحظ أن الأسباب التي شكلت أكبر نسبة اختلفت، في الوقت الذي يختار أغلب المرضى العلاج في القطاع العام بحكم توفره على أطباء وموظفين أحسن إضافة إلى ظروفهم الاجتماعية التي لا تسمح لهم بدفع تكاليف العلاج، يفضل البعض الآخر القطاع الخاص لأن أخذ موعد للعلاج يكون أسرع إضافة إلى توفره على التجهيزات الطبية التي تسمح في رأيهم بتقديم خدمة صحية أفضل.

الجدول رقم(48): رضا المرضى عن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي.

	التكرارات	النسب المئوية
نعم	74	%49.0
لا	77	%51.0
المجموع	151	%100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب أفراد عينة الدراسة غير راضين على الخدمة الصحية التي يقدمها القطاع الصحي في الجزائر، حيث بلغ عدد المرضى الراضين 74 مريض بنسبة 49.0%، في حين بلغ عدد المرضى غير الراضين ب 77من أصل 151 مريض، بنسبة 51.0%، وذلك راجع إلى العديد من الأسباب أو النقائص التي يعاني منها هذا القطاع والتي حالت دون تحقيق رضاهم، والتي نلاحظها في الجدول الآتي.

الجدول رقم (49): أسباب عدم رضا المرضى عن الخدمة التي يقدمها القطاع الصحي.

النقائص	التكرارات	النسب المئوية%
نقص الإمكانيات(التجهيزات، الأدوية)	55	%36.4
نقص الأطباء الأخصائيين	47	%31.1

غياب الرقابة والتهرب من المسؤولية	37	%24.5

يتضح من خلال الجدول رقم (49)، أن هناك العديد من الأسباب التي حالت دون رضا 77 مريض عن الخدمة الصحية التي يقدمها القطاع الصحي في الجزائر، حيث حاولت صياغة مختلف إجابات المرضى في ثلاثة أسباب رئيسية، والتي تعددت منها ما تعلق بالجانب المادي أين شكل عدد المرضى غير الراضين عن الخدمة المقدمة بسبب نقص الإمكانيات (التجهيزات والأدوية) ب 55 فرد بنسبة 36.4% والتي شكلت أكبر نسبة، وتمثل السبب الثاني في نقص الأطباء والأخصائيين في المستشفيات والمتعلق بالمورد البشري، أين قدر عددهم ب 47 فرد بنسبة 31.1%، وتمثل السبب الثالث في غياب الرقابة والتهرب من المسؤولية أين بلغ عدد المرضى الذين أرجعوا عدم رضاهم لهذا السبب 37 مريض بنسبة 24.5%.

من خلال هذه النتائج نلاحظ أن القطاع الصحي في الجزائر يعاني العديد من النقائص التي انعكست بالدرجة الأولى على المواطن وجودة الخدمة الصحية المقدمة له، والتي يواجهها دائما بتذمر وعدم رضا، فإذا قلنا أن هذا القطاع يركز على الكم على حساب النوع نجد ذلك غير متوفر فالكثير من المرضى يعانون في صمت، لا يجدون أماكن في المستشفيات وهذه الأخيرة دائما تعاني من الاكتظاظ، وإذا قلنا أنه يركز على النوع فإجابات عينة الدراسة "المرضى" عن الخدمة الصحية التي يتلقونها خير دليل حيث وقعت أغلب ايجابياتهم ضمن المجال المتوسط.

الجدول رقم (50): يوضح بعض الاقتراحات التي يراها المرضى مناسبة لتحسين أداء المنظومة الصحية في الجزائر.

الاقتراح	التكرارات	النسب المئوية%
إعادة النظر في القانون المنظم لقطاع الصحة	45	%29.8
تعزيز آليات الرقابة	85	%56.3
تزويد المصالح الإستشفائية بالإمكانيات والمستلزمات الطبية	84	%55.6
زيادة عدد الأطباء خاصة الأخصائيين	63	%41.7

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ بعض الاقتراحات التي يرى أفراد عينة الدراسة أنها مناسبة لتحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة وتحسين المنظومة الصحية ككل، حيث قمنا بتجميع مختلف الإجابات المتشابهة والتي هي في نفس السياق وصغناها في أربعة اقتراحات والتي نلاحظ أنها تقريبا نفس العناصر التي مثلت نقائص بالنسبة لهم يعاني منها هذا القطاع والتي كانت سبب عدم رضاهم على ما يقدمه من خدمات.

حيث تمثل المقترح الأول في إعادة النظر في القانون المنظم للقطاع الصحي بشكل عام، وبالتالي قدر عدد أفراد العينة الذين وضعوا هذا الاقتراح ب 45 مريض بنسبة 29.8% والذي شكل أقل نسبة، أما

الاقتراح الثاني المتعلق بتعزيز آليات الرقابة فشكل نسبة 56.3% حيث اتفق حولي 85 مريض على هذا المقترح والذي شكل أكبر نسبة، يليه المقترح الثالث بنسبة 55.6% المرتبط بالجانب المادي والمتمثل في تزويد المصالح الإستشفائية بالإمكانيات والمستلزمات الطبية واتفق حوله 84 مريض، ليأتي المقترح الرابع المتعلق بالمورد البشري والذي تمثل في الرفع من عدد الأطباء الأخصائيين والذي شكل 41.7%.

الجدول رقم (51):تقييم الخدمة الصحية من ناحية كل بعد من أبعاد الجودة.

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
بعد الملموسية	**3.55**	**1.014**	**متوسطة**
بعد الاعتمادية	**3.56**	**1.039**	**متوسطة**
بعد الاستجابة	**3.75**	**1.055**	**عالية**
بعد الأمان	**3.94**	**0.938**	**عالية**
بعد التعاطف	**3.59**	**1.118**	**متوسطة**

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أغلب اتجاهات المستفيدين من الخدمة الصحية وقعت ضمن مجال الموافقة المتوسطة، باستثناء بعدين الأول تمثل في بعد الأمان الذي سجل أكبر متوسط حسابي أين بلغ 3.94 وانحراف معياري قدر ب 0.938، ثم تلاه بعد الاستجابة بمتوسط حسابي قدر ب 3.75 وانحراف معياري بلغ 1.055، أما بعد الملموسية، وبعد الاعتمادية والتعاطف كانت متوسطاتها الحسابي متتابعة كالتالي 3.55، 3.56، 3.59 وانحرافات معيارية قدرت ب 1.014، 1.039، 1.118، هذه النتائج وإن دلت على شيء فهي تدل على أن تقييم المستفيدين من الخدمة الصحية لجودة الخدمة في المؤسسات الإستشفائية التي تم اختيارها كانت متوسطة.

لنصل إلى مجموعة من النتائج والتي تتمثل في:

- شكلت فئة الإناث نسبة كبيرة من عينة الدراسة والتي قدرت ب 54.2%، وذلك راجع إلى وجود أقسام خاصة بأمراض النساء وكذا التوليد.
- شكلت الفئة التي يتراوح عمرها بين 21-40 نسبة كبيرة والتي قدرت ب 43.7%، وهذا يعود كذلك للسبب الأول فأغلب النساء في أقسام الولادة لا يتجاوز سنهم 40 سنة.
- شكلت نسبة المرضى الذين لا يعرفون القراءة والكتابة نسبة كبيرة كذلك بحيث بلغت 30.5% مقارنة بالفئات الأربعة الأخرى.
- نسبة كبيرة من عينة الدراسة شكلتها فئة العاطلين عن العمل بنسبة 59.6% سواء نساء أو حتى رجال.
- القاطنين في المدن شكلوا النسبة الأكبر ب 64.2%.

- نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة كانت من المرضى المقيمين لأكثر من 06 أيام، لذلك أغلبهم يفضل القطاع العام نتيجة التكاليف التي قد تترتب على مكوثهم في المؤسسات الخاصة هذا إن سمحت هذه الأخيرة بذلك.
- أغلب المرضى يختارون العلاج في القطاع الصحي العام عن الخاص لعدد من الأسباب منها توفر الأطباء والموظفين الأحسن بالنسبة لهم، توفر التجهيزات الطبية الحديثة إضافة إلى سبب آخر خارج عن إرادتهم والمرتبط بعدم توفر العلاج المناسب لحالاتهم إلا في المستشفيات العمومية، كما يفضل البعض الآخر هذا القطاع بسبب عدم القدرة على دفع تكاليف العلاج.
- درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الإستشفائية المختارة كانت ضمن مجال الموافقة المتوسطة في أغلبها، ماعدا بعدين هما الاستجابة والأمان.
- السبب الرئيسي وراء توجه المرضى للعلاج في القطاع الصحي الخاص هو سرعة الحصول على موعد خاصة في الحالات المستعجلة التي لا تستطيع تأخير العلاج والانتظار لأكثر من ثلاثة أشهر بهدف أخذ موعد للعلاج، إضافة إلى غياب العديد من التخصصات في القطاع الصحي العام.
- الأسباب الرئيسية وراء تقييم المرضى لجودة الخدمة تقييما متوسطا هي قلة التجهيزات الطبية، غياب الرقابة والتهرب من المسؤولية، وقلة الأطباء الأخصائيين، لذلك كانت تلك الأسباب حسب آراءهم هي نفسها الجوانب التي يجب مراعاتها للنهوض بالقطاع وتحسين مردوديته.
- كما لا بد من الإشارة أن النتائج المتوصل إليها هي نتيجة تحليل الاستبيانات التي تم توزيعها في كل المستشفيات مجتمعة، وفي حالة تحليل استبيانات كل مستشفى على حدى سيتم التوصل إلى نفس النتيجة.

المبحث الثاني: تقييم السياسة الصحية الجديدة-الإصلاح- 1999-2017.

على الرغم من المشاكل التي اعترضت عملية إصلاح القطاع الصحي والتي أثرت على النتائج التي من المفروض أن تحقق، إلا أنه لا يمكن تجاوز المكاسب والرهانات التي تم تحقيقها خاصة المتعلقة منها بزيادة الهيئة الطبية، الهياكل الصحية، التحسن في العديد من المؤشرات الصحية ويمكن ملاحظة ذلك من خلال ما سيتم عرضه.

المطلب الأول: الأطر القانونية المؤسسة للمرحلة.

ترتبط السياسة الصحية بشكل رئيسي بالتشريعات والقوانين فهي التي تسمح بعملية التنفيذ والتنظيم، وبالتالي حاجتها للأجهزة والوسائل والهياكل لا تختلف عنها حاجتها للأطر القانونية.

الجدول رقم (52): الأطر القانونية المؤسسة للسياسة الصحية 1999-2017.

نوع الوثيقة	رقم الوثيقة	تاريخ صدور الوثيقة	مضمون/ محتوى الوثيقة
مرسوم تنفيذي	438-05	10 نوفمبر 2005	يتعلق بتنظيم طب فترة الولادة وما بعدها وطب حديثي الولادة.
مرسوم تنفيذي	140-07	09 ماي 2007	تضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.
مرسوم تنفيذي	321-07	22 أكتوبر 2007	يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها.
مرسوم تنفيذي	393-09	24 نوفمبر 2009	يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية
مرسوم تنفيذي	394-09	24 نوفمبر 2009	يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية.
مرسوم تنفيذي	235-11	03 جويلية 2011	يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش للصحة العمومية.
قرار وزاري مشترك	/	11 ديسمبر 2011	يتضمن تحديد المصلحة الاستشفائية الجامعية والوحدة الاستشفائية الجامعية.
قرار وزاري مشترك	/	15 جانفي 2012	يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

مرسوم تنفيذي	12-116	11 مارس 2012	يتضمن إنشاء وتنظيم سير اللجنة الوطنية للوقاية من الأمراض المتنقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها.
مرسوم تنفيذي	12-281	09 جويلية 2012	يتضمن إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها.
مرسوم رئاسي	12-167	05 افريل 2012	يتضمن إنشاء الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء وتنظيمها وسيرها

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على مراجع الدراسة.

على الرغم من الدور الذي لعبته العديد من النصوص القانونية في تحسين سير المنظومة الصحية، ورفع مستوى قدرتها الإستجابية للعديد من المتطلبات ومسايرتها لمختلف التغيرات المحلية والدولية، منها المرسوم التنفيذي رقم 05-435 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بطب فترة الولادة وما بعدها وطب حديثي الولادة، الذي يهدف إلى تحسين مؤشر وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة الذي يعد من بين الأهداف الإنمائية للألفية، وكذا المرسوم رقم 12-116 المتضمن اللجنة الوطنية الوقائية من الأمراض المتنقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي، الذي يهدف إلى مكافحة مرض العوز المناعي الذي يعرف انتشار تزايد وكان هذا المطلب هو الأخر من أهداف الألفية وغيرها، لكن لا تزال المنظومة الصحية بحاجة إلى أطر قانونية تستجيب من خلالها المنظومة للعديد من النقائص والاختلالات التي تعاني منها خاصة فيما يتعلق بتسيير المؤسسات العمومية، ودليل ذلك ما ورد في مشروع قانون الصحة حين تضمن ضرورة إدراج قانون أساسي جديد على المؤسسة العمومية للصحة يسمح لها بتسيير مرن.[1]

إضافة إلى نقص الأطر القانونية المنظمة للقطاع الخاص الذي يعاني اليوم من فوضى، حيث شبهه وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات السابق عبد المالك بوضياف بالسوق الموازية في القطاع الاقتصادي، وبهذا أصبح لا يكمل دور القطاع العام وإنما يتناقض ويتنافى معه، حتى التسعيرة التي يتم العمل بها غير مقننة وغير موحدة فكل طبيب يحدد التسعيرة التي تناسبه وبذلك أصبح المريض يعامل كالسلعة.

على الرغم من كل الانتقادات التي أصبحت توجه اليوم لقانون الصحة 85-05 وعلى الرغم من مختلف التحولات الديمغرافية والوبائية المحلية والدولية إلا انه مازال ساري المفعول، حيث تم إجهاض ولادة قانون الصحة الجديد، الذي كان قد اقره المجلس الوزراء في 04 أكتوبر 2016 ، وفي ماي 2017

[1] – وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ملخص مستجدات مشروع القانون المتعلق بالصحة، مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون، نوفمبر 2016، ص03.

أعلنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أنه من المرجح أن يناقش المجلس الشعبي الوطني المنتخب حديثا مشروع القانون خلال دورة انعقاده الحالية التي بدأ في ماي 2017 وذلك بعد عدة تأجيلات.[1]على الرغم من كل ما قيل إلا أنه بقي مجرد كلام فقط إلى غاية اليوم لم تتم عملية مناقشة المشروع، وبعدما تم تغيير وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات نحن نشك فيما إذا تم مناقشة المشروع فكما هو معروف في الجزائر أن تغيير الأشخاص يصاحبه تغيير البرامج وبالتالي قانون الصحة أصبح في خبر كان.

مشروع القانون الجديد تضمن العديد من التحسينات، **انظر الملحق رقم (05)** منها ما يتعلق بمبدأ المساواة في الحصول على الرعاية الصحية وعدم التحيز، ومبدأ الموافقة الواعية في الإجراءات الطبية، الوقاية من الأمراض وصحة المراهقين، وضع أسس لإجراء عمليات الإجهاض بشكل قانوني، على الرغم من ذلك إلا أن المؤسسات الدولية منها منظمة العفو الدولية تشعر بالقلق من هذه التعديلات لأنها تعتبرها غير كافية ولا تتماشى مع التزامات الجزائر في مجال حقوق الإنسان.[2]

والملفت في الأمر أن هناك دراية وعلم واقتناع تام بأن القانون 85-05 لم يعد صالحا مع كل متغيرات اليوم وهذا ما يتضح من خلال عرض أسباب مشروع قانون الصحة الجديد.**انظر الملحق رقم(06)**، الذي يراه البعض هو الآخر مليء بالنقائص والثغرات.

المطلب الثاني: تقييم عرض مدخلات السياسة الصحية.

أولا: الهياكل الصحية:

منذ الاستقلال إلى غاية اليوم وتركيز الدولة على البنى التحتية واضح، من خلال مختلف السياسات الصحية باعتبارها أساس لتقديم الخدمة الصحية، وهذا ما تم ملاحظته من خلال التطور العددي الذي عرفته المرافق الصحية سواء مستشفيات أو مراكز صحية قاعات العلاج وغيرها، بهدف تقريب المواطن من تلك الخدمات وضمان حصول الجميع عليها بقدر من الإنصاف، هذا من المبادئ التي تم التركيز عليها في مختلف الإصلاحات التي عرفها القطاع الصحي والتي كان آخرها في 2007، من خلال صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 20 ماي 2007 الذي تضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث بدأ عملية تطبيقه في 01 جانفي 2008 ليتم بذلك إلغاء المرسوم 97-466 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، جاء هذا الإجراء تجسيدا لمبدأ اللامركزية من خلال دعم مبدأ الجوارية، حيث تم فصل الفحص والعلاج الذي تقدمة

[1] – منظمة العفو الدولية، الجزائر: يجب مراجعة مشروع القانون المتعلق بالصحة، بيان التداول العام ، 02 جوان 2017. نقلا عن:
https://www.google.dz/url?sa; heur 14 :09 , date 05-07-2017.

[2] – نفس المرجع السابق، ص02.

المؤسسات الجوارية عن الاستشفاء الذي يعد من اختصاص المستشفيات، وهذا ما تضمنته (المادة 04) من المرسوم 07-140 ، التي حددت مهام المستشفى كالتالي: [1]

- ضمان تنظيم وبرمجة العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجسيد معارفهم.

كما حددت (المادة 08) من نفس المرسوم مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والتي تتمثل في:[2]

الوقاية والعلاج القاعدي.

- تشخيص المرض.
- العلاج الجواري.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

حيث تشترك مع المؤسسات الاستشفائية في المهام الثلاث الأخيرة .

كما كان للقطاع الصحي مكانة هامة في مختلف البرامج التنموية التي قد سبق وأن اشرنا إليها، حيث خصص له غلاف مالي قدر ب 619 مليار دج في إطار برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، وجهت لانجاز أكثر من 1500 منشاة قاعدية صحية منها 172 مستشفى، و45 مركب صحي متخصص و377 عيادة متعددة الاختصاصات و100 قاعة للعلاج، إضافة إلى 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي، 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.[3]

من بين ما تم إنجازه 04 مراكز لمكافحة السرطان منها في ورقلة، باتنة، سطيف، عنابة ، 22 قاعة علاج حوالي 20 منها أنجزت سنة 2013، إقامة 04 مستشفيات للأمراض النفسية منها في ميلة، باتنة، مستغانم، تيزي وزو مقارنة بالفترة الممتدة (1999-2009) أين تم إنجاز مستشفيين فقط، إضافة إلى مركز استشفائي متخصص في أمراض القلب للأطفال سنة 2013 بتزي وزو متوفر على حوالي 80 سرير، 10 مراكز لتصفية الدم **أنظر الملحق رقم(07)**، ليصل الموجود الفعلي من الهياكل الصحية مع سنة 2015 إلى:

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-104 مؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428 الموافق 09 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادرة في 03 جمادي الأولى عام 1428 الموافق 20 ماي 2007، ص ص 10، 11.

[2] - نفس المرجع السابق، ص11.

[3] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، بيان اجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010، ص 17.

(200) مؤسسة استشفائية عمومية (EPH)، (09) مؤسسات استشفائية (EH)، (15) مركز استشفائي جامعي(CHU)، (5762) قاعة علاج(SS)، (273) مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، ويمكن ملاحظة التطور العددي لهذه الهياكل من بداية من سنة 2000 من خلال الجدول ادناه.

الجدول رقم (53): تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر من 2000- 2006.

المنشآت	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
المستشفيات	268	275	372	275	276	/	280
الهياكل الاستشفائية	224	230	227	230	231	/	231
مراكز استشفائية جامعية	13	13	13	13	13	/	13
مؤسسات استشفائية متخصصة	32	32	32	32	32	/	36
مراكز صحية	1252	1268	1281	1285	1275	1292	1248
عيادات متعددة الخدمات	497	504	513	516	512	516	520
قاعات علاج	3964	4100	4228	4412	4545	4628	4684
عدد الأسرة بالمستشفيات	54618	54869	55233	57086	58906	/	57597
دور الولادة	430	442	403	445	429	/	476
الصيدليات منها:	5576	5800	6046	6514	6911		7708
العمومية	989	1022	1051	1012	1054	/	1019
الخاصة	4587	4778	4995	5502	5857		6689
مراكز طبية اجتماعية	515	564	563	603	599	/	592

Source : office national des statistique, rétrospective statistique 1962-2011, op cit, p p 115-116.

الجدول رقم (54): تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر من 2008-2015(حسب التقسيم الجديد 2007).

	2008*		**2009***		**2010****		**2011****	
	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية
مؤسسة استشفائية عامة (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)	190	37185	192	37565	194	37775	192	37 442
مؤسسة استشفائية (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)	04	600	04	608	04	679	04	709
مراكز استشفائية جامعية	13	12115	13	12342	13	11889	14	12 171
مؤسسة استشفائية جامعية	01	700	01	700	01	612	01	710
مؤسسة استشفائية متخصصة	57	9932	61	10475	64	10824	63	10 816
مؤسسة عمومية للصحة الجوارية	271	/	271	/	271	/	271	/
قاعات علاج	507	/	525	/	5350	/	5491	/

	7		8				

	2012 **		**2013** ****		**2014** ****		**2015** *****	
	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الاسرة التقنية	العدد	عدد الاسرة التقنية
مؤسسة استشفائية عامة (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)	193	37545	194	37769	196	38015	200	36684
مؤسسة استشفائية (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)	05	849	05	876	05	926	09	960
مراكز استشفائية جامعية	14	12312	14	12500	14	12862	15	15050
مؤسسة استشفائية جامعية	01	759	01	764	01	806	01	810
مؤسسة استشفائية متخصصة	66	10863	68	11298	71	11499	75	11637
مؤسسة عمومية للصحة الجوارية	271	/	271	/	271	/	271	/
قاعات العلاج	554	/	5634	/	5726	/	5762	/

							5	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على:

*office national des statistique, rétrospective statistique 1962-2011, op cit, p116.
**office national des statistiques, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2010-2012,n^0 43,2013,p 23.
***ministère de la sante de la population et de la reforma hospitalière, statistiques sanitaire 2013, direction des études et de la planification, mais 2015, pp08-13.
****ministère de la sante de la population et de la reforma hospitalière, santé en chiffres 2014, direction des études et de la planification, janvier 2016, pp09-13.
*****ministère de la sante de la population et de la reforma hospitalière, santé en chiffres 2015, direction des études et de la planification, tom01, juillet 2016, pp 12-14.

اللجوء إلى المؤشرات الكمية يمكن الباحث من معرفة التقدم أو التراجع فيما يقوم بقياسه، لذلك لا يمكن الاستغناء عنها فكما هو موضح من خلال الجدول أعلاه هناك تطور عددي كبير وواضح في عدد الهياكل الصحية، حيث انتقل عدد المستشفيات من **268** مستشفى سنة 2000 بما فيها (الهياكل الاستشفائية وعددها 224، مراكز استشفائية جامعية و عددها 13، مؤسسات استشفائية متخصصة وبالغ عددها 31) إلى **300** مستشفى سنة 2015 وهي (مؤسسات استشفائية عمومية وعددها 200، مؤسسات الاستشفائية وعددها 09، مراكز استشفائية جامعية والبالغ عددها 15، مؤسسات استشفائية جامعية وعددها 01، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وعددها 75) ، أما المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقي نفسها والبالغ عددها 271 مؤسسة سنة 2015، بحوالي 3224 سرير ما يقارب 1.76 سرير لكل 1000 نسمة، إضافة إلى 13 عيادة ولادة ريفية بعدد أسرة يبلغ 147 سرير، أما قاعات العلاج فبلغ عددها إلى 5762، بما يقارب قاعة علاج لأكثر من 6886 نسمة، أما فيما يتعلق بالعيادات المتعددة الخدمات فقد بلغ عددها 1659 ما يعادل عيادة واحدة لكل 23917 نسمة، حيث تعد إمكانية الوصول إلى الوحدات الصحية إحدى المقاييس التي تعكس معدل التغطية الصحية للسكان.

القطاع الخاص :

شهد القطاع الخاص هو الآخر نموا ملحوظ من حيث التجهيزات والاستعدادات والعديد من الهياكل، كما نجد أن صندوق الضمان الاجتماعي متعاقد مع بعض العيادات الطبية والجراحية المتخصصة مثلا في جراحة القلب، حيث يتوجه المرضى المؤمنين اجتماعيا في حالة إصابتهم ببعض الأمراض القلبية إلى هذه العيادات ويتم التكفل بهم على حساب صندوق الضمان الاجتماعي.[1]

حيث بلغ عدد الهياكل في هذا القطاع:

[1] – نور الدين، حاروش، الإدارة الصحية: **دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني**، مرجع سبق ذكره ، ص 304.

23 عيادة طبية، 237 عيادة طبية وجراحية، 32 عيادة تشخيص، 145 مركز لتصفية الدم، 8352 عيادة متخصصة، 6910 عيادة عامة، 6144 عيادة أسنان، 9662 صيدلية، 600 مجمع طبي(cabinets de groupe). [1]

القطاع الشبه عمومي:

عدد الهياكل في هذا القطاع تعرف تراجع من سنة إلى أخرى حيث سجلت سنة 2015 ما يقدر ب 627 مركز طبي اجتماعي، 903 صيدلية.[2]

وبهدف تحسين الحصول على الرعاية الأولية والثانوية تضمن كذلك البرنامج الخماسي 2010-2014 ضرورة إنجاز أو توفير 245 عيادة متعددة التخصصات و34800 سرير في أفق 2015، كما تصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة في البرنامج الخماسي 2010-2015 حسب الأولويات التي تستهدف تقليص الفوارق بين الولايات في الحصول على الرعاية الصحية والعلاج المتخصص من خلال الهياكل القاعدية التي يتم إنشائها.[3]

إن زيادة عدد الهياكل الصحية سمح بزيادة عدد الأسرة وإذا كان عدد الأسرة لكل 1000 ساكن يعبر عن التغطية الصحية فهذا المعدل في الجزائر يختلف حسب التوزيع المكاني للمستشفيات، ويمكن التأكد من ذلك من خلال الجدول الموضح للتفاوت في توزيع الهياكل الصحية.

الجدول رقم (55) : يوضح التفاوت في توزيع الهياكل الصحية في الجزائر لسنة 2013.

	المستشفيات	عيادات وقاعات العلاج	العيادات الخاصة
الشمال	%61	%58	%73
الهضاب العليا	%27.3	%30	%21
الجنوب	%11.7	%12	%5

Source : conseil national économique et social (c.n.e.s), quelle plase pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie ? , rapporte national sur le développement humain 2013-2015, p 89.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ تمركز أغلب الهياكل الصحية في الشمال وكذا في الهضاب العليا مقارنة بالجنوب، حيث يتركز 61 %من المستشفيات في الشمال مقارنة ب 27.3 %في الهضاب العليا في حين يسجل الجنوب 11.7 %فقط، وكذا بالنسبة للعيادات وقاعات العلاج التي تتوزع كالتالي 58 %في الشمال 30 %في الهضاب العليا و12 %في الجنوب، أما بالنسبة للعيادات الخاصة فهي بالأخرى غائبة تماما إذ تمثل 5% مقارنة بالهضاب العليا 21 % أما الشمال فله أكبر نصيب 73 %، وبالتالي نلاحظ أن توزيع البنية الصحية القاعدية ومنه الهيئة الطبية يتماشى منطقيا مع توزيع الكثافة السكانية،

[1] – ministère de la sante de la population et de la reforma hospitalière, santé en chiffres 2015,op cit, p 15 .

[2] – ibid , p 18

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المخطط الخماسي 2010-2014، مرجع سبق ذكره، ص ص 18، 19.

لأن هذه الهياكل الصحية تكون أين يكون الإنسان وتقل بقلة وجوده، بالرغم من هذا لا يمكن حرمان باقي المناطق الأقل كثافة والنائية من حق الرعاية الصحية التي يكفلها القانون.

ثانيا: الهيئة الطبية:

الارتفاع في الهياكل الصحية لا بد أن يصاحبه ارتفاع في الهيئة الطبية، فالقاعدة العريضة من العمالة أمر ضروري بالنسبة لقطاع خدماتي مثل القطاع الصحي، ويمكن ملاحظة ذلك التطور من خلال الجدول الأتي.

الجدول رقم (56) : تطور الهيئة الطبية في الجزائر للفترة 2000-2012.

السنة	عدد الأطباء		جراحي الأسنان		الصيادلة	
	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب	عدد جراحي الأسنان	عدد السكان لكل طبيب	عدد الصيادلة	عدد السكان لكل صيدلي
2000	32332	941	8197	3711	4814	6318
2001	33654	918	8408	3673	4976	6206
2002	35368	887	8618	3639	5198	6033
2003	36347	876	8651	3681	5705	5582
2004	37720	858	8842	3660	6082	5321
2005	/	/	/	/	/	/
2006	39459	849	9648	3457	7267	4607
2007	/	/	/	/	/	/
2008	47995	721	10649	3248	8019	4314
2009	52071	677	11135	3167	8503	4148
2010	56209	640	11633	3036	9081	3962
*2011	59618	616	12092	3036	9588	3018
*2012	63534	590	12422	3018	10171	3686

Source :

- office national des statistiques, rétrospective statistique 1962-2011, op cit, pp 111, 113.

* office national des statistiques, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2010-2012, op cit, p 22.

ليصل مجموع الموارد البشرية في القطاع الصحي مع سنة 2015 إلى:[1]

عدد العمال في القطاع الصحي لسنة 2015 بلغ حوالي 239298 بما فيهم الأطباء والإداريين وغيرهم.

- **أطباء القطاع العام:**

عدد الأطباء العامين 17071، عدد الأطباء الأخصائيين 24831، عدد جراحي الأسنان 5965، عدد الصيادلية 1469.

- **أطباء القطاع شبه عمومي:**

عدد الأطباء العامين 721، عدد الأطباء الأخصائيين 82، عدد جراحي الأسنان 296، عدد الصيادلة 32.

- **أطباء القطاع الخاص:**

عدد الأطباء العامين 7477، عدد الأطباء الأخصائيين 11001، عدد جراحي الأسنان 6384، عدد الصيادلة 9974.

- **السلك الشبه طبي :**

قدر عدد الممرضين الحاصلين على شهادة دولة 90144، عدد الممرضين المؤهلين 6244، أما المساعدين في التمريض فبلغ عددهم 25588.

لنصل في الأخير إلى المؤشرات التالية:[2]

- مجموع الصيادلة 11475 ما يعادل صيدلي لكل 3467 نسمة.
- مجموع جراحي الأسنان 12645 ما يعادل جراح لكل 2972 نسمة.
- مجموع الأطباء العامين 25269 بما يعادل طبيب عام لكل 1118 نسمة.
- مجموع الأطباء الأخصائيين 35914 بما يعادل طبيب خاص لكل 1413 نسمة.

ثالثا : الموارد المالية:

[1] - ministère de la sante de la population et de la reforma hospitalière, santé en chiffres 2015,op cit, pp 22-30.

[2]– ministère de la santé et de population et de réforme hospitalière, http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs , date 18-05-2017. heur 12 :22.

لا شك في أن الارتفاع والتحسن الذي تعرفه الهياكل الصحية والهيئة الطبية له علاقة بالإنفاق العمومي على القطاع الصحي، حيث يعد حجم الإنفاق الحكومي على هذا القطاع تعبيرا حقيقيا على درجة أولويته بالنسبة للدولة مقارنة بالقطاعات الأخرى، فزيادة الإنفاق على القطاع الصحي ينعكس مباشرة على تحسين نوعية الحياة وجودة النمو، كما يسهم في توسيع التغطية الصحية خاصة التي تمس الشريحة الواسعة من السكان مثل التطعيمات، لكن في الوقت نفسه الحصول على الرعاية الصحية التي لا يمكن تحمل تكلفتها أمر له سلبيات على المنظومة الصحية.

لقد عرفت النفقات الصحية هي الأخرى زيادة وذلك من سنة إلى أخرى نتيجة بروز العديد من العوامل التي تدفع إلى ذلك منها زيادة عدد السكان، بروز أمراض جديدة إضافة إلى ضرورة تحسين جودة الخدمات والتغطية الصحية، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الجدول الأتي.

الجدول رقم(57): نفقات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر من 2001-2015(مليار دج)

السنة	نفقات التسيير لقطاع الصحة	نفقات التسيير لميزانية الدولة	نفقات تسيير قطاع الصحة بالنسبة لنفقات تسيير ميزانية الدولة %	نسبة زيادة نفقات تسيير قطاع الصحة %
2001	38.324	863.294	%4.48	/
2002	49.117	1053.370	%4.66	%21.97
2003	55.430	1097.370	%4.06	%11.38
2004	63.770	1200.000	%5.31	%13.08
2005	62.461	1225.270	%5.20	%2.09
2006	70.337	1439.550	%5.48	%11.19
2007	93.553	1652.700	%5.66	%25.81
2008	143.967	2017.969	%7.13	%35.05
2009	178.323	2593.741	%6.87	%19.26
2010	195.012	2837.999	%6.87	%8.55
2011	227.859	3434.307	%6.63	%14.41
2012	404.945	4608.250	%8.78	%43.93
2013	306.945	4335.614	%7.08	%31.93
2014	365.946	4714.452	%7.76	%16.12
2015	381.972	4972.28	%7.68	%4.19

المصدر: احمد بن البار، أحمد بن السيلت، تحليل تطور نفقات القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 2000-2014، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص13.

يتضح من خلال الجدول أعلاه التطور المعتبر في إعتمادات التسيير المخصصة للقطاع الصحي والتي انتقلت من 38.324 مليار دج سنة 2001 إلى 381.972 مليار دج، كما نلاحظ اختلاف في نسب الزيادة من سنة إلى أخرى في تلك الاعتمادات، أين حققت أقصى مستوى زيادة لها قدر ب 43.73% سنة 2012 %.

الجدول رقم(58):تطور نفقات تسيير المؤسسات الصحية حسب طبيعتها 2000-2012(مليون دج)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
نفقات الموظفين	37185	36652	46534	47000	54000	56000	60.020	79138	94243	115068	118350	147518	317170
نفقات التكوين	1327	1390	1613	1772	2177	3257	2560	3207	5300	8000	8550	8628	18714
نفقات التغذية	1024	1055	1203	1354	1828	1813	3200	3770	5605	6530	7104	7500	7875
الأدوية	8015	9415	11015	14400	16500	18500	18100	30487	39487	44498	49268	52768	05400
الوقاية	1161	1361	1561	2234	2608	2730	3400	3712	5190	8000	8200	8600	8800
الأدوات والمعدات	1883	2329	2592	3300	3780	4070	5000	8050	9000	10000	10500	11000	11500
صيانة المباني	1161	1419	1491	2300	2730	3000	3600	5000	7000	8900	8925	9372	9800
/التسيير الإداري	2326	2589	2693	3736	4501	6040	5768	7790	10090	12824	13750	14662	15000
خدمات اجتماعية	707	744	769	864	1037	1226	1689	1700	1720	1808	2356	2564	2700
البحث الطبي	20	20	20	40	40	45	45	50	50	50	50	50	50

المصدر: محمد علي دحمان، محمد بوقناديل، "تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة"، مجلة الدراسات الاقتصادية الكلية، العدد 02، 2016 ص 85.

من خلال ما هو موضح في الجدول أعلاه نلاحظ ارتفاع كبير جدا في مختلف نفقات التسيير، حيث تغطي ميزانية التسيير المالي في معظمها أجور ومرتبات الموظفين، أين اتخذت اتجاه تصاعدي من سنة 2000 إلى غاية سنة 2012 حيث قدرت الزيادة بحولي 279 مليار دج، وهذا ما يفسر زيادة المناصب المالية في القطاع الصحي التي تم الإشارة إليها سابقا ، تليها نفقات التكوين التي انتقلت من 1327 مليون دج سنة 2000 إلى 18714 مليون دج سنة 2012 ، وكذا المخصصة للوقاية والصيانة وغيرها.

كما تلعب الميزانية المخصصة لتوفير الأدوية دور في ارتفاع النفقات الصحية نتيجة الاعتماد على الاستيراد حيث عرفت فاتورة واردات المواد الصيدلانية ارتفاع ب 8% خلال الأشهر ا الأولى لسنة 2016 مقارنة مع نفس الفترة لسنة 2015، أين انتقلت من 1.226 مليار دولار إلى 1.653 مليار دولار بارتفاع قدر ب 127 مليون دولار بنسبة 10.34%، بالرغم من كل الإجراءات التي تم وضعها بهدف تشجيع الإنتاج المحلي والتقليل من الاستيراد، حيث حدد القرار الوزاري الصادر في ديسمبر 2015 قائمة المواد الصيدلانية الموجهة للاستعمال البشري والمعدات الطبية المصنوعة في الجزائر التي يمنع استيرادها.

الجدول رقم (59): تطور نفقات التجهيز حسب طبيعة النفقات (الوحدة مليون دج).

	2002	2003	2004	2005	2006	2011	2012	2015
التكوين	25	62	183	305	440	1700	1500	3911
المنشآت الإدارية	10	50	18	40	44	240	1500	2118
الصحة	11800	1128	8258	14926	41225	136000	33040	63658

المصدر: محمد علي دحمان، محمد بوقناديل، مرجع سبق ذكره، ص 89.

بناء على ما ورد في الجدول أعلاه نلاحظ أن نفقات التجهيز هي الأخرى عرفت ارتفاعا نتيجة زيادة النفقات الخاصة بالتكوين التي انتقلت من 25 مليون دج سنة 2002 لتبلغ 3911 مليون دج سنة 2015 الموجهة منها لإنشاء المعاهد شبه الطبية، وكذا نفقات الصحة والتي يقصد بها النفقات المخصصة لإنجاز الهياكل الصحية القاعدية وكذا التجهيزات الطبية التي بلغت سنة 2015 ما يقارب 63658 مليون دج وهذا ما يوضح حقيقة الاهتمام بالهياكل المقدمة للخدمة ويعكس كذلك إلى حد ما تم انجازه من مراكز وعيادات صحية في إطار التركيز على الرعاية الصحية الأولية وتقريب الخدمة من المواطن وتغطية الطلب المتزايد عليها، أما فيما يخص الهياكل الإدارية الخاصة بهذا القطاع فقد ارتفعت الميزانية المخصصة لها بحوالي 2108 مليون دج سنة 2015، يندرج كل هذا ضمن إصلاح القطاع الصحي وتحسين نوعية الخدمة الصحية التي تم الشروع فيه سنة 2002 .

الجدول رقم (60): تطور النفقات الصحية في الجزائر 2000-2012.

	2000	2001	2003	2004	2005
إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	3.5	4.1	4.1	3.6	3.5
الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة	73.3	75	80.8	72.5	75.3
الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من	9.0	9.9	10.0	8.4	9.5

إجمالي الإنفاق الحكومي					
الإنفاق الخاص على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة	26.7	25	19.2	27.5	24.7
إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة	35.5	37.4	25.1	33.2	33.2
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط معدل الصرف بالدولار	63	/	89	94	108

2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
4.2	4.4	5.4	6.9	4.3	4.4	6.0
81.1	81.6	86.1	79.3	79.9	82.0	73.5
11.9	10.7	10.6	8.6	9.0	9.0	9.8
18.9	18.4	13.9	20.7	20.1	18.0	26.5
26.7	30.9	31.1	31.1	30.0	31.6	29.1
148	141	272	181	198	233	319

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على:

- World health organization, the world health report 2003-2015.

بناء على ما يوضحه الجدول أعلاه نلاحظ تحسن مستمر في الإنفاق الصحي مع بعض الاختلالات التي تعرفها بعض السنوات، حيث ارتفع إجمالي الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي من 3.5% سنة 2000 إلى 6.9 %سنة 2009، ليسجل تراجع خلال سنة 2010 و2011 على التوالي 4.3% و4.4% ليعود للارتفاع مرة أخرى ليصل إلى 6 %سنة 2012، حيث عرف الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق الصحي هو الآخر ارتفاع ملحوظ أين بلغ ذروته سنة 2008 ليبلغ 86.1%،

في العموم الإنفاق الحكومي تراوح بين 70% و80%، أما نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي اخذ اتجاه تصاعدي إلى غاية 2006 أين بلغت 11.9% لتبدأ في التراجع لتصل 9.8% سنة 2012 و كذا في سنة 2013، كما عرف نصيب الفرد من الإنفاق الصحي ارتفاع من سنة 2000 إلى غاية 2012 مع بعض التراجع في بعض السنوات، فانتقل من 63 دولار سنة 2000 ليصل 319 دولار سنة 2012 بحولي ثلاثة أضعاف تقريبا، حيث يعتبر نصيب الفرد في الجزائر من الإنفاق الصحي أحسن منه في العديد من الدول مثل المغرب وتونس ويمكن تأكيد ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (61): نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الصحة في الدول العربية سنة 2014 (بالدولار)

الدول	نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة
قطر	2.106 دولار
الإمارات	1.611 دولار
الكويت	1.386 دولار
البحرين	1.243 دولار
السعودية	1.147 دولار
عمان	675 دولار
لبنان	569 دولار
ليبيا	372 دولار
سوريا	66 دولار

الدول	نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة
الجزائر	362 دولار
الأردن	359 دولار
تونس	305 دولار
العراق	292 دولار
جيبوتي	191 دولار
المغرب	190 دولار
السودان	180 دولار
مصر	178 دولار
اليمن	80 دولار

المصدر: أحمد نظيف، كم تنفق الدول العربية سنويا على الرعاية الصحية؟ نقلا عن:

http://raseef22.com/economy/2017/03/31 ، date 14-06-2017, heur 14:42.

المطلب الثالث: تقييم مخرجات السياسة الصحية.

تشهد المؤشرات الصحية الإجمالية في الجزائر تحسنا ملحوظا سواء ما تعلق منها بوفيات الأطفال أو الأمهات، العمر المتوقع عند الولادة وغيرها وهذا ما نلمسه من خلال عرضنا لبعض المؤشرات.

عرفت معدلات **وفيات الرضع والأطفال** الأقل من 05 سنوات تحسنا كبيرا، يعود ذلك إلى الاهتمام بصحة الأم خاصة أثناء فترة الحمل أو فترة بعد الولادة، حيث عرفت عملية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة ارتفاعا كبيرا إذ بلغت أكثر من 89.4% سنة 2006، كما بلغت نسبة الولادات في الوسط الصحي العمومي 96.5% من نفس السنة، هذا راجع إلى الشروع في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل وما بعد الولادة، وطب المواليد حديثي الولادة وهذا على مدار

ثلاث سنوات على التوالي من سنة 2006 إلى غاية 2009، حيث خصص لذلك مبلغ مالي قدر ب 2.07 مليار دج، وذلك تطبيقا للمرسوم التنفيذي رقم 05-438 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة.[1] حيث تتمثل أهدافه في التقليص 30% من وفيات الفترة المحيطة بالولادة وبنسبة 50% من وفيات الأمهات من خلال:[2]

- تعزيز المراقبة في الفترة السابقة للولادة لمكافحة الإمراض المنتشرة خلال فترة الحمل(داء السكري وارتفاع الضغط الشرياني).
- تحديد مقاييس مراقبة الولادات للتقليص بنسبة 30% من وفيات الأمهات المرتبطة بمضاعفات النزيف عند الوضع.
- تحديد مقاييس قاعات الولادة وتسلسل مستويات علاجات طب المواليد حديثي الولادة(العلاجات العامة القاعدية والإنعاش للمواليد حديثي الولادة والعلاجات المكثفة).

الجدول رقم(62): تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر 2000-2015.

معدل وفيات الرضع لكل	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*
ذكور	38.4	38.9	36.1	34.6	32.2	32.4	28.6	27.9	26.9	26.6	25.5	24.6	23.9	23.6	23.5	23.7
اناث	35.3	35.9	33.3	30.3	28.0	28.2	25.3	24.4	23.9	22.9	21.8	21.6	21.2	21.2	20.4	20.7
المجموع	36.9	37.5	34.7	32.5	30.4	30.4	26.2	26.2	25.5	24.6	23.7	23.1	22.6	22.4	22	22.3

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على:

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، اللجنة الوطنية الاستشارية لترقية حقوق الإنسان وحمايتها، التقرير السنوي 2010: حالة حقوق الإنسان في الجزائر، 2011، ص 84.
- Office national des statistiques, population-natalité-fécondité et nuptialité. http://www.ons.dz/IMG/xls/mort-mortin15.xls , date 01-11-2016, heur 14:17.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ تراجع كبير في معدل وفيات الرضع خاصة في الفترة مابين سنة 2012 و2015 إذ تراوحت بين 22.6 ‰ و 22.3 ‰ ، بعد أن سجلت في السنوات الأولى أي منذ سنة 2000 إلى غاية سنة 2005 أعلى النسب أين وصلت 37‰ سنة 2000 وقاربت 50‰ سنة 1990، يعود هذا التراجع في معدل وفيات الرضع إلى البرامج التي تم من خلالها الاهتمام بهذه الفئة، كما عرفت وفيات الأطفال وحديثي الولادة تراجع هي الأخرى وهذا ما يوضحه الجدول الأتي.

[1] – شعبان، فرج، الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر دراسة حالة الجزائر 2000-2010، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2011-2012، ص 343.

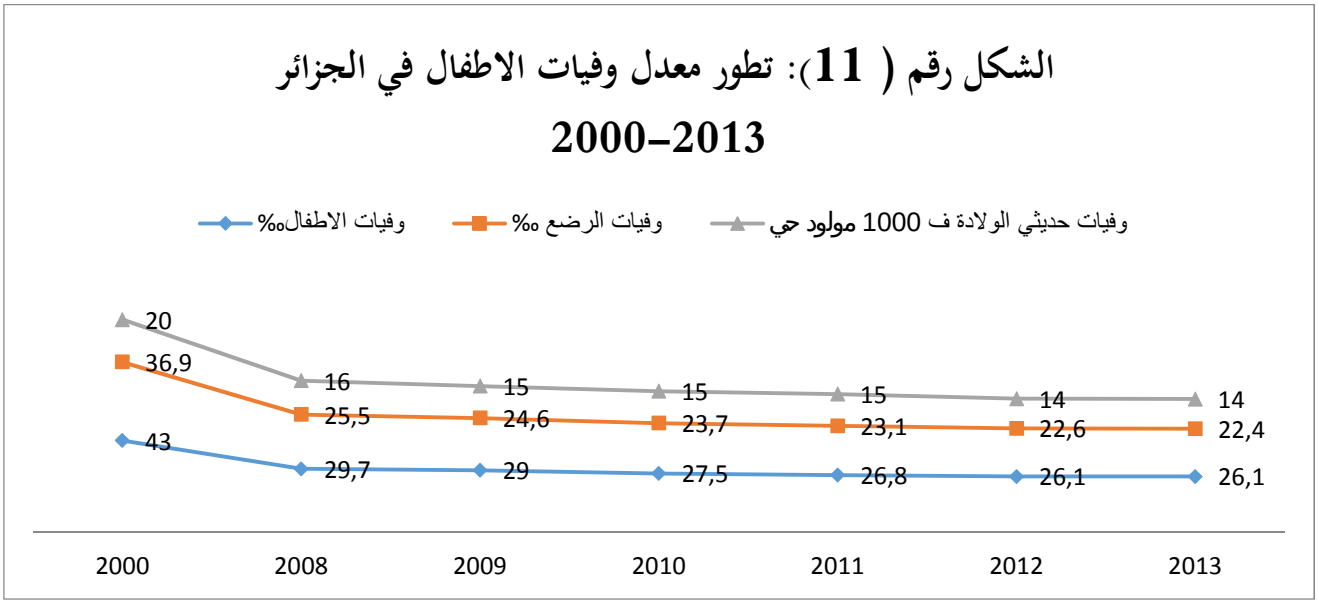
[2] -عبد المالك، بوضياف، دور ومكانة القابلة في المنظومة الوطنية للصحة، أشغال اليوم البرلماني ، المجلس الشعبي الوطني، 05 ماي 2014، ص 30.

الجدول رقم (63): تطور معدل وفيات الأطفال وحديثي الولادة 2000-2013

	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
وفيات الأطفال‰	43.0	29.7	29.0	27.5	26.8	26.1	26.1
وفيات حديثي الولادة في 1000 مولود حي	20	16	15	15	15	14	14

Source : Mohammed belhocine, Abdelhak bendib, revue a mi-parcours du programme de coopération Algérie/UNFPA 2012-2014, 23juille-05 octobre 2014, p 20.

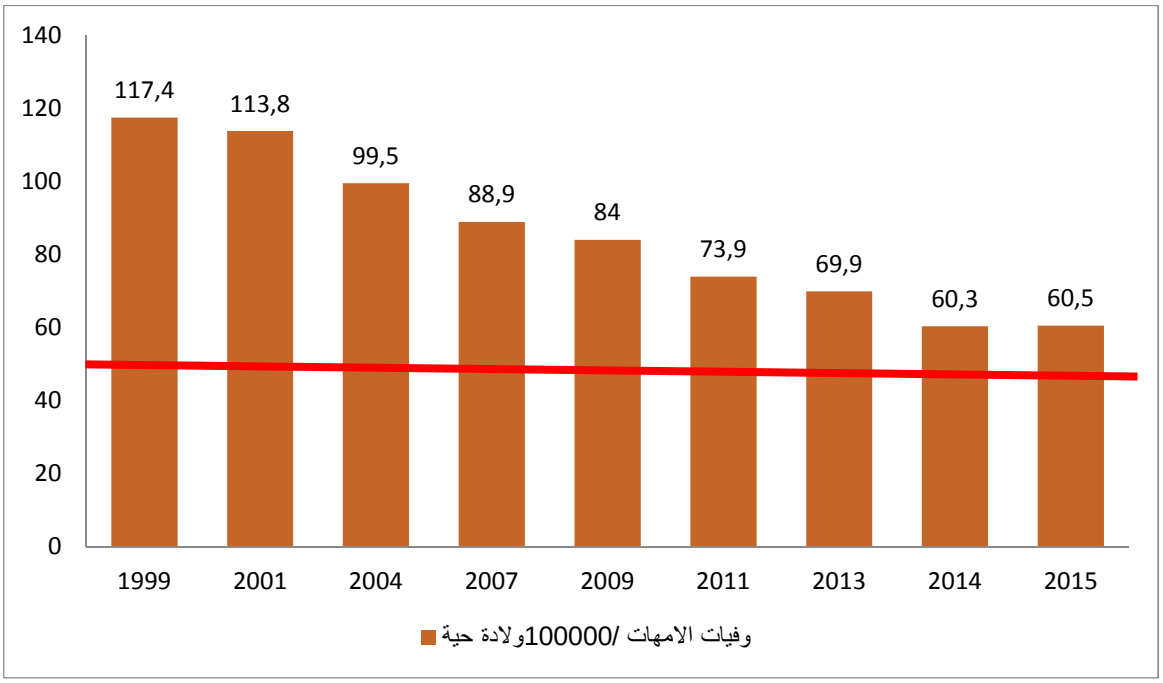
الشكل رقم (11): تطور معدل وفيات الاطفال في الجزائر 2000-2013



المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على الجداول السابقة.

أما بالنسبة لمؤشر **وفيات الأمهات** عرف تحسن نتيجة تراجع وفيات الأمهات، لكن على الرغم من ذلك لا تزال الوفيات المرتبطة بالحمل والولادة تشكل خطر رغم الجهود المبذولة لأنها مرتبطة ارتباط وثيق بمدى توفر الرعاية الطبية قبل وأثناء الولادة، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الشكل الأتي:

الشكل رقم (12): تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر من 1999- 2015(100000 ولادة حية)



Source: ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, plan national de réduction de la mortalité maternelle 2015-2019, direction générale de la prévention et de la promotion de la santé, p13.

نلاحظ من خلال الشكل أعلاه تراجع في معدلات وفيات الأمهات من 100.000/117.4 ولادة حية سنة 1999 إلى 100.000/ 60.5 ولادة حية 2015، لكن على الرغم من ذلك التراجع إلا أنه لم يصل بعد للمعدل الذي من المفروض أن يصل إليه والمقدر ب 100.000/50 ولادة الحية والمحددة في الأهداف الإنمائية للألفية، على اعتبار تحسين صحة الأمهات الهدف السادس من أهداف الألفية.

مؤشر أمل الحياة عند الولادة كذلك يعد من أهم المؤشرات المعتمدة لمعرفة مستوى التقدم الصحي، حيث بلغ مؤشر الأمل في الحياة 77.1 سنة 2015 مقارنة بسنة 1999 أين بلغ 76.3 سنة وبهذا عرف هو الآخر ارتفاع على الرغم انه بسيط هذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (64): تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر 2000-2015.

السنة	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015

أمل الحياة عند الولادة	72.5	73.4	74.8	74.6	75.7	75.6	75.5	76.3	76.5	76.4	77.0	77.2	77.1

Source : office nationale des statistiques, démographie algérienne n^0 740, p 05.

بلغ عدد الوفيات الإجمالي سنة 2015 بحوالي 183000 بعد أن سجل سنة 2014 حوالي 174000 حالة وفاة، كما عرفت هذه الأخيرة ارتفاع مقارنة بسنة 2013، وبهذا سجل معدل الوفيات للسنوات 2013 – 2014 –2015 على التوالي معدل وفيات 4.39%، 4.44%، 4.47 % لذلك تأثر معدل أمل الحياة عند الولادة فبعد أن سجل 77.2 سنة 2014 تراجع إلى 77.1 سنة 2015 وقدرت نسبة التراجع ب(0.1).[1]

أما فيما يخص **الأمراض المعدية** فقد حققت الجزائر نتائج لا بأس بها في القضاء على بعضها لكن في المقابل يعرف البعض منها توسع وانتشار يشكل في بعض الفترات خطر على صحة السكان، ويعرف نوع ثالث العودة بعدما تم القضاء عليه نهائيا في سنوات سابقة، وذلك لأسباب تتعلق منها بالمستوى المعيشي المتدني الذي تعرفه العديد من الأسر، حيث عرف مرض التيتانوس تراجع من 28 حالة سنة 1998 إلى حالتين فقط سجلت في 2003، وكذلك شلل الأطفال الذي تم القضاء عليه نهائيا، يعود ذلك إلى أساليب الوقاية من تلك الأمراض مثل الحصبة وشلل الأطفال والكزاز ، إذ بلغت نسبة الوقاية منها 94%.[2]

بداية انخفاض الأمراض المعدية الملاريا (1970) في الشمال، الكوليرا (1996)، شلل الأطفال (1997)، الحد من انتشار الحصبة والسعال الديكي، أما فيما يخص عودة ظهور بعض الأمراض المعدية تفشي الخناق(1994)، الطاعون(2003)، والأمراض المعدية الجديدة مثل نقص المناعة البشرية وفيروس التهاب الكبد، كما يعرف مرض السل عودة قوية خاصة الصنف الذي يتميز بالمقاومة الشديدة للعلاج والعديد من الأدوية حيث وصل إلى 0.73% بين سنتي 2002 و2007 رغم أن هذا المعدل يعتبر بعيد عن الخطر حسب معايير منظمة الصحة العالمية المحدد ب 3%.[3]

الجدول رقم (65): تطور بعض الأمراض ذات التبليغ الإجباري.

اسم المرض	2008	2009	2010	2011	2012

[1] – ديموغرافيا الجزائر 2014، نقلا عن

http://www.andi.dz/PDF/demographie , date 03-06-2017, heur 15:04 .

[2] – عمار، عماري، "بعض الملاحظات على التنمية البشرية وسبل النهوض بها"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير. العدد 07، 2007، ص 25.

[3] – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء، الأربعاء 27 فبراير 2008– الأحد 07 ديسمبر 2008، ص19.

إلتهاب السحايا	3 941	3 671	3 369	5 284	3 455
منها : – التهاب المكورة السحائية	101	85	57	50	34
– أنواع أخرى من التهاب السحايا	3 840	3 586	3 312	5234	3421
التيفويد	806	781	223	217	232
التهاب الأمعاء الغليظة	1 132	721	560	526	150
كباد حموي A	798	905	1 853	1 262	1 466
كباد حموي B	1 802	1 985	1 783	2 003	1 797
كباد حموي C	941	857	526	627	603
حثار (تراخوما)	374	202	556	414	270
مرض البقيري	46	5	15	19	11
حمى المستنقعات	196	94	408	191	887
منها: حالات حمى المستنقعات المستوردة	192	90	400	187	828
كيس محتوي على يرقات الدودة الوحيدة	468	419	339	334	315
داء الليشمانيات (حشوي)	80	89	121	94	57
داء الليشمانيات (جلدي)	7 632	12 097	21 049	16 585	8 390
حمي مالطية	5 056	6 655	10 014	6 123	4 500
الكلب	27	18	14	17	17
الحصبة	1 547	2 248	1 438	1 899	1 891
الدفتيريا	0	0	0	0	0
الذّباح/الخانوق	80	117	34	27	132
الكزاز	9	7	6	7	10
منه : – كزاز رضيعي	3	2	1	0	3
– كزاز غير رضيعي	6	5	5	7	7
كل أشكال مرض السل	19 375	18 526	21 786	21 887	21 413
منه : – مرض السل الرئوي	9 676	9 034	10 321	10 033	9 393
- السل خارج الرئة	9 599	9 421	11 356	11 728	11 956
- موقع السل غير محدد	100	71	109	126	64
مرض الايدز	60	131	142	102	94
فيروس نقص المناعة البشرية مصليا	585	684	411	658	619

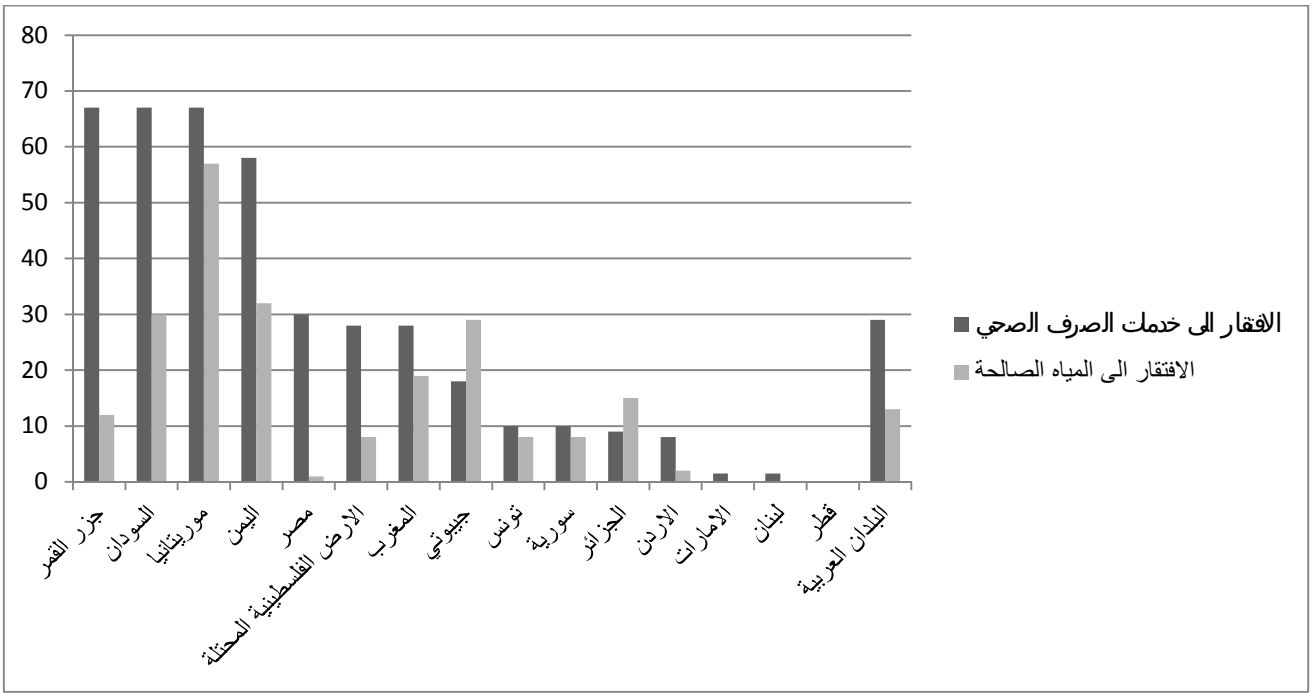
Source : office national des statistiques, l'Algérie on quelque chiffre, op cit, p 24.

بناء على ما هو موضح في الجدول الخاص ببعض الأمراض ذات التبليغ الإجباري نلاحظ التراجع الكبير المسجل في العديد من الأمراض عند مقارنة سنة 2008 بسنة 2012، مثلا التهاب السحايا تراجع من 3941 إلى 3455 حالة، التهاب الأمعاء الغليظة تراجع من 1132 إلى 150 حالة مبلغ عنها،كما

لم يتم التبليغ عن أي إصابة بدفتيريا، تراجع عدد حالات التفويد من 806 إلى 232 حالة ، في المقابل عرفت أمراض أخرى ارتفاع مثل حمى المستنقعات أين ارتفع عدد الحالات المبلغ عنها من 192 إلى 828 حالة، الحصبة ارتفعت ب 344 حالة، وارتفعت عدد الإصابات بداء الليشمانيات الجلدي من 7632 إلى 8390 إصابة بعد أن سجلت سنة 2011 حوالي 16585 حالة، كما يعرف مرض الايدز وفيروس نقص المناعة البشري مصليا ارتفاع، وبهذا نلاحظ اختفاء وتراجع أمراض مقابل ارتفاع أخرى وهذا ما يجعل الحيطة والحذر إجباري ولابد من الوقاية والعلاج.

كما سبق الإشارة أن تحسين الصحة وترقيتها يرتبط بالعديد من العوامل والمحددات، إذ أن أغلب الأمراض خاصة المعدية منها يعود إلى تدهور ظروف العيش وعدم الحصول على خدمات الصرف الصحي، والمياه الصالحة للشرب خاصة في المناطق النائية، فقد تحسنت هذه الظروف نوعا ما، ويمكن ملاحظة نسبة السكان الذين لا يحصلون على هذه الخدمات في الجزائر مقارنة ببعض الدول وذلك من خلال الشكل التالي.

الشكل رقم (13): السكان الذين لا يحصلون على المياه الصالحة وخدمات الصرف الصحي في الجزائر مقارنة ب 14 بلد عربي 2007 (%).



المصدر : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية، تقرير التنمية الإنسانية العربية عام 2009، ص 45.

إضافة إلى الأمراض المعدية التي لا زالت الجزائر تعاني منها ظهرت مشكلة **الأمراض غير المعدية*** أو ما تعرف بأمراض الأغنياء، التي تعد مشكلة عالمية اتخذت منظمة الصحة العالمية مجموعة من الإجراءات والقرارات بهدف التصدي لها، منها اتفاقية مكافحة التبغ، الإستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، الإستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول، إضافة إلى الخطة الإستراتيجية العالمية لمكافحة الأمراض غير المعدية (2008-2013)، وخطة العمل العالمية للمنظمة كذلك والخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها(2013-2020) ما يعرف ب "خطة العمل العالمية الخاصة بالأمراض غير السارية ." [1] تضمنت هذه الخطة حوالي 09 غايات التي تم التركيز من خلالها على مسببات الأمراض غير المعدية مثل العادات السيئة كعدم ممارسة الرياضة، تناول التبغ والكحول وغيرها ، لهذا قامت الجزائر بالالتزام بمكافحة هذا النوع من الأمراض باعتبارها جزء من

* يقول اوليغ تشيسنوف المدير المساعد لدى دائرة الأمراض غير السارية والصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية " الأمراض غير السارية واحدة من التحديات الصحية والإنمائية الرئيسية في القرن الواحد والعشرين، سواء من حيث المعاناة الإنسانية التي تسببها أم الأضرار التي تلحقها بالنسيج الاجتماعي والاقتصادي للبلدان خاصة المنخفضة والمتوسطة الدخل، وليس بوسع أي حكومة أن تتجاهل العبء المتزايد لتلك الأمراض. للمزيد أنظر:

منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية، جنيف، 2014، ص 07.

[1] - ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, plan stratégique nationale multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles2015-2019, direction générale de la prévention et de la promotion de la santé, Alger , 2008, p09.

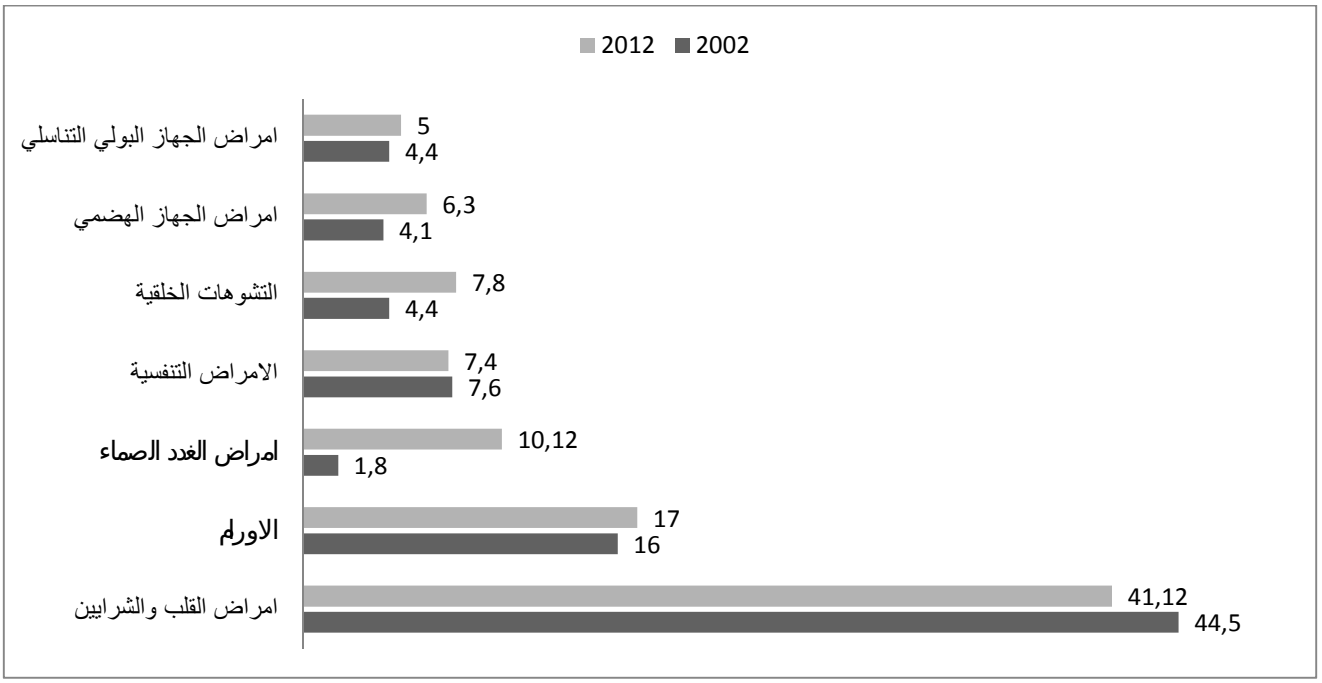
"البرنامج العالمي لمكافحة عوامل الخطر المسببة للأمراض غير المعدية"، حيث انعكس ذلك الاهتمام في:[1]

- مصادقة الجزائر على اتفاقية منظمة الصحة العالمية بخصوص مكافحة التبغ.
- اعتماد المجلس الشعبي الوطني خطة عمل 2013-2014 " إستراتيجية وطنية شاملة متعددة القطاعات ضد عوامل خطر الأمراض غير المعدية " بعد ندوة تشاور نظمت في 12 و13 جوان 2013، وكانت من بين أولوياتها (الغذاء والتغذية)، (مكافحة التدخين)، (الأنشطة الرياضية) وغيرها.
- المرسوم التنفيذي رقم 02-246 المؤرخ في 12 جمادي الأولى عام 1423 الموافق 23 يوليو سنة 2002 يحدد كيفيات تطبيق تحصيل الإتاوة لفائدة الصندوق الخاص بالاستعجالات ونشاطات العلاج، يتضمن الرعاية الصحية الناتجة عن تعاطي التبغ والتدخين.
- مرسوم تنفيذي رقم 02-247 مؤرخ في 12 جمادي الأولى عام 1423 الموافق 23 يوليو سنة 2002، يحدد كيفيات تسيير حساب التخصيص الخاص رقم 096-302 الذي عنوانه "صندوق الاستعجالات ونشاطات العلاج الطبية ".
- القرار المؤرخ في 25 ربيع الأول عام 1434 الموافق 06 فبراير 2013، يحدد قوائم الأمراض النادرة والأمراض التي تكون فيها حياة الإنسان مهددة وكذا المنتوجات الصيدلية الموجهة لمعالجتها.
- مرسوم تنفيذي رقم 12-343 مؤرخ في أول ذي القعدة عام 1433 الموافق 17 سبتمبر سنة 2012 يحدد كيفيات تسيير حساب التخصص الخاص رقم 138-302 الذي عنوانه مكافحة السرطان، المخصص لتمويل المخطط الوطني للسرطان.

كل هذه الإجراءات والقرارات والنصوص القانونية الهدف من وراءها الحد من انتشار الأمراض غير المعدية والتقليل من آثارها وما تتسبب فيه، حيث أضحت من الأسباب الأولى للوفيات ، ففي سنة 2005 قدر عدد الوفيات الناجمة عنها ب 58.6% من إجمالي الوفيات مقابل 22.7 % المرتبطة بالأمراض المعدية .

الشكل رقم (14): تطور الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية (حسب السبب) مقارنة بين سنتي 2002 و2012.

[1] - ibid. p 13.



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على

- Institut national de santé publique, analyse des causes de décès année 2002, Algérie, novembre 2008, p 11.
- Institut national de santé publique, causes médicales de décès Algérie année 2013, mais 2015, p64.

نلاحظ من خلال ما هو موضح في الشكل أعلاه أن الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية في تزايد مستمر وهذا ما يظهره الفارق بين سنة 2002 وسنة 2012 ، ماعدا الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والشرايين التي عرفت تراجع فبعد أن سجلت سنة 2002 نسبة وفيات قدرت ب 44.5% تراجعت إلى 41.2 %، لكن بالنسبة للوفيات الناجمة عن باقي الأمراض عرفت ارتفاع كبير خاصة الأورام، أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الغدد الصماء وهذا ما يثبت حقيقة اتساع خريطة انتشار الأمراض غير المعدية.

من بين تلك الأمراض مرض السرطان الذي يعد مشكلة كبيرة جدا تواجه مختلف الأنظمة الصحية، حيث قدر عدد حالات السرطان الجديدة في العالم عام 2012 ب14.1 مليون بعدد وفيات بلغ 8.2 مليون وفاة، وقدر عدد الوفيات الناجمة عن السرطان في البلدان النامية 70%، ومن المتوقع أن يصل عدد الوفيات الناتجة عن السرطان في العالم إلى 13.1 مليون[1].

لا يختلف وضع الجزائر عن باقي دول فيما يخص مرض السرطان، ويمكن معرفة الخطورة التي يشكلها هذا المرض وسرعة انتشاره من خلال عرض مجموعة من المعطيات الناتجة عن دراسات قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية، من خلال إحصاء عدد الحالات الجديدة للسرطان في الجزائر العاصمة فقط، لأن العملية تتطلب الدقة ونتيجة لكثرة عدد الحالات على مستوى كل القطر الجزائري ولكي يتم

[1] - république algérienne démocratique et populaire, plan national cancer : nouvelle vision stratégique centrée sur le malade 2015-2019, Algérie ,octobre 2014, p17.

إحصائها كلها تم تقسيم العمل على أكثر من فريق لتغطية ولايات ومناطق معينة، وبالتالي فالفريق الموجود على مستوى المعهد يتكفل بإحصاء الحالات الموجودة على مستوى العاصمة، التي تم اتخاذها كمثال يعبر عن حجم المشكلة التي تواجه الجزائر.

الجدول رقم (66): يوضح تطور عدد حالات الإصابة بالسرطان في ولاية الجزائر العاصمة 1999 – 2012.

السنوات	عدد الحالات في السنة	النساء	الرجال	عدد الحالات في وسط النساء 100.000	عدد الحالات في وسط الرجال 100.000
1999	2270	1082	1188	96.24	110.4
2003	3399	1171	1628	129.2	117.3
2004	3888	2092	1796	/	/
2005	4212	2124	1946	/	/
2006	3678	1964	1610	/	/
2008	4409	2423	1986	/	/
2009	5299	3043	2256	/	/
2010	4769	2654	2115	164.1	125
2011	4887	2722	2165	165.4	127
2012	5221	2962	2259	178.1	134.8

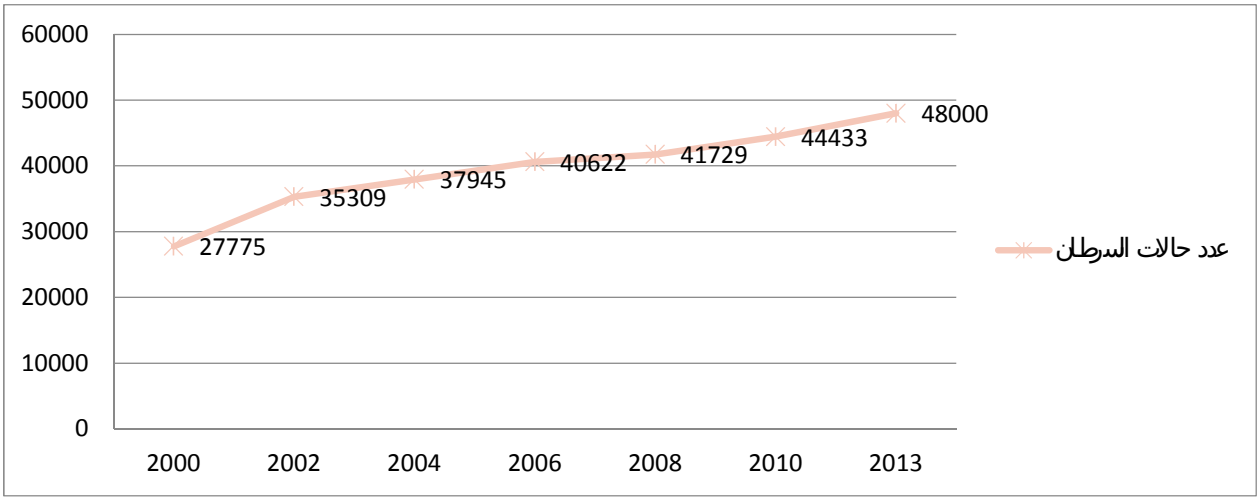
المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على

-Institut national de la santé publique, registre des tumeurs d'Alger, 1999-2015.

بناء على ما هو موضح في الجدول أعلاه نلاحظ الزيادة المستمرة في عدد حالات السرطان كل سنة وبشكل كبير جدا، فبعد أن قدر عدد الحالات الجديدة ب 2270 حالة سنة 1999 ارتفعت لتصل إلى 5221 حالة سنة 2012 بمعنى أكثر من الضعف، ويعرف هذا المرض انتشار واسع في وسط فئة النساء أكثر منه في وسط الرجال، حيث قدر عدد الحالات في وسط النساء في 2012 ب 100.000/178.1 بينما بلغ العدد في وسط الرجال 134.8 /100.000، هذا على مستوى ولاية الجزائر العاصمة فقط وبالتالي المسح الوطني الشامل لعدد الحالات من شأنه أن يظهر مشكلة حقيقية تواجه المنظومة الصحية الجزائرية، الأمر الذي من شأنه أن يجعل الإمكانيات عاجزة وإن توفرت.

لنأتي للجزائر ككل أين انتقل عدد الحالات من 80 حالة جديدة في 100.000 سنة 1990 ليصل إلى أكثر من 130 حالة جديدة /10.0000 سنة 2010، ومن الممكن أن يصل العدد 50.000 حالة سنويا، وحسب المسح الوطني الذي قام به المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 2004 أن عدد الحالات قدر ب 31.000 حالة سرطان مسجلة في سنة 2002، لوحظ أن عدد حالات السرطان التي تم الكشف عنها في مرحلة مبكرة لم تجاوز 3/1 ، فيما عرفت باقي الحالات والتي قدرت ب 3/2 في مرحلة متقدمة من المرض، فيما قدر عدد المرضى الذين يستفيدون من العلاج كاملا ب 3/1 ومتوسط الانتظار لحصة علاج إشعاعي تصل تقريبا إلى 06 أشهر، كما أن متوسط العمر لجميع أنواع السرطان هو 54 سنة حيث يعتبر منخفض جدا مقارنة مع عمر السرطان المتوسط في الدول المتقدمة والذي يصل حتى 62 سنة[1].

الشكل رقم (15): تطور عدد حالات السرطان في الجزائر 2000-2013.



Source : république algérienne démocratique et populaire, plan national cancer : nouvelle vision stratégique centrée sur le malade 2015-2019, op cit, p 18.

فالهدف من المخطط الوطني للسرطان 2015-2019 هو تحسين التشخيص والعلاج بالأخص العلاج بالأشعة، من اجل التقليص على الأقل من معدل انتشار المرض الذي يعرف زيادة تقدر في بعض السنوات بأكثر من 3000 حالة جديدة.

حيث قال "**البروفيسور مسعود زيتوني**" المكلف بمخطط مكافحة السرطان التنسيق المتابعة والتقييم أن الميزانية الإجمالية للمخطط قدرت ب حوالي 180 مليار دج نظرا لارتباطه بالرهانات الجادة التي تواجهها الدولة في مجال مكافحة السرطان، ونتيجة لما يستنزفه من ميزانيات المستشفيات سنويا بسبب التكاليف الباهظة للعلاج، كما أكد أن المخطط يركز على تفعيل الوقاية والكشف المبكر وصولا إلى الشق المتعلق بإرساء منظومة صحية قوية تشمل المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات العمومية للصحة

[1] - république algérienne démocratique et populaire, plan national cancer : nouvelle vision stratégique centrée sur le malade 2015-2019, op cit, p 18.

الجوارية إضافة إلى المراكز المتخصصة في علاج مرض السرطان واستحالة إنجاح المخطط خارج هذا الإطار، إضافة إلى ضرورة إعادة النظر في تسيير الميزانيات خصوصا في ظل انعدام الحسابات الوطنية للصحة في الجزائر.[1]

أما فيما يخص **زرع الأعضاء** أين تلعب هذه العملية دور كبير في تحسين الصحة لدى شريحة واسعة من المرضى، كما تعكس مستوى التقدم الطبي لأنها تحتاج إلى تسخير إمكانيات مادية وبشرية ومالية منها تخصيص الميزانية اللازمة، تطوير التعليم الجامعي إضافة إلى تشجيع التبرع والعمل على حماية المتبرعين وتقديم الرعاية الصحية الأفضل سواء للمتبرع أو المستفيد من التبرع، هذه الإجراءات هي التي تزكي القيام بمثل هذه العمليات والعكس، حيث تعرف الجزائر في السنوات الأخيرة تراجعا محسوسا في القيام بهذا النوع من العمليات ويفضل التوجه إلى الخارج من اجل إجرائها أو إتباع طرق علاج أخرى مكلفة جدا، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الجدول الأتي:

الجدول رقم (67): زرع الأعضاء الأنسجة والخلايا في الجزائر.

عملية زرع	2007	2008	2009	المجموع
الكلى	116	112	77	305
الكبد	03	03	01	07
القرنية	484	543	313	1420
نخاع العظم	147	135	140	422
مجموع العمليات	650	793	531	2154

Source : Abdelaziz, graba , la greffe d'organes de tissus et de cellules : état des lieux et perspectives, journée parlementaire sure la santé, conseil de la nation, 2010,p50.

من خلال بيانات الجدول أعلاه نلاحظ تراجع في مختلف العمليات فبعد أن بلغت عمليات زرع الكلى 116 عملية في 2007 تراجعت لتصل إلى 77 عملية فقط سنة 2009، كما تم تسجيل عملية واحدة لزرع الكبد سنة 2009 بعدما تم إجراء 03 عمليات سنة 2007، ونفس الملاحظة بالنسبة لزرع القرنية التي تراجعت من 543 سنة 2008 إلى 313 سنة 2009، أما عمليات زرع نخاع العظم تراجعت من 147 عملية إلى 140 عملية سنة 2009، وهذا ما يعبر عن التدهور والتراجع الذي يعرفه مجال زرع الأعضاء.

[1] - نور الهدى طالبي، البروفيسوران زيتوني وغرانغوتي منتدى النصر: الجزائر رائدة إفريقيا في مكافحة السرطان، جريدة النصر، الأحد 14 جوان 2015. نقلا عن:

, date 15-06-2017, heur 16 :25.http://www.annasronline.com/index.php

فعملية زرع الكلى بقيت متباطئة ولا زالت متأخرة رغم تواجد المتبرعين خاصة من أهل المريض، منذ سنة 1985 إلى غاية سنة 2013 لم يتم إجراء سوى 950 عملية زرع كلى، 10 منها من الموتى دماغيا حسب ما أدلى به **البروفيسور طاهر ريان** رئيس مصلحة زرع الكلى بمستشفى البليدة، في مقابل ارتفاع عدد مراكز التصفية إلى 300 مركز يغطي التراب الوطني وذلك ما سهل عملية العلاج، إلا أن عدد الإصابات يرتفع في كل سنة أين يتم تسجيل 460 ألف حالة في كل مليون سنويا ، يستفيد 16 ألف مريض من عملية التصفية وهذا ما يكلف خزينة الدولة 13 مليون سنتيم سنويا.[1]

في هذا السياق قال " **البروفيسور مصطفى خياطي** " رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث أن المشكل في قطاع الصحة هو غياب نوعية العلاجات المطلوبة وخاصة طلبات العلاج من المستويين الثاني والثالث، وهي طلبات نوعية تمس زرع الكلى والقرنيات والعمليات الدقيقة على الأعصاب وهذا نتيجة النقص الشديد في الأطباء القادرين على التكفل بهذه العمليات، وارجع السبب في ذلك إلى عدم اهتمام وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتكوين الإطارات منها الخاصة بكل أنواع السرطان، التشوهات في القلب والأوعية الدموية وأمراض العيون فهي تخصصات ضعيفة جدا في الجزائر، اعتبرها أهم الأسباب وراء التوجه للعلاج في الخارج قائلا : " **بنينا المستشفيات واشترينا العتاد ولم نكون الإطارات والطواقم البشرية التي توفر العلاج، فالتغطية الصحية لا تعني التحكم في علاج الحمى والصداع والزكام ، بل يجب توفير علاجات للأمراض الدقيقة التي لا تزال تقتل الجزائريين ، فعندما يتعلق الأمر بشخص فئقت عينه لا يوجد طبيب يمكنه علاجه بالدقة اللازمة** ."[2]

بناء على ما سبق يمكن ملاحظة التحسن الواضح الذي عرفته العديد من المؤشرات الصحية منها تراجع نسبة وفيا الأطفال وكذا الأمهات، ارتفاع معدل أمل الحياة إلى أكثر من 70 سنة، تراجع الإصابة ببض الأمراض خاصة المعدية منها، ارتفاع عدد الهيئة الطبية في كلا القطاعين العام والخاص، لكن رغم هذا التحسن إلا أن القطاع لازال يعاني العديد من المشاكل والإختلالات، حتى أن بعض تلك النقائص كانت الأساس وشكلت لب سياسة الإصلاح، مثل التوزيع غير العادل للهياكل الصحية، مشاكل التنظيم والتسيير والتمويل التي كانت ولا زالت تعانيها عديد المستشفيات، تراجع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، لهذا يمكن القول أن الإصلاح كان لصالح الكم على حساب النوع.

المبحث الثالث : الحوكمة كمدخل لتطوير أداء السياسة الصحية الجزائرية.

[1] – نوال، باشا، **السياسة الصحية في الجزائر: اقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحية المقدمة لمريضات القصور الكلوي النهائي**. الجزائر: طاكسيج كوم للدراسات والنشر والتوزيع، 2015، ص 80.

[2] – جمال. ل، سميرة. ب، واخرون، 1900 مليار... والصحة لا تزال مريضة بالجرائر ، 29 – 06 – 2009 ، نقلا عن: http://www.echoroukonline.com/ara/?news=38610 , date 16-06-2017, heur 02 :09.

لقد حققت الجزائر خلال الحقبة الماضية تقدما ملموسا في الخدمات الصحية للسكان، التي ساهمت في تراجع معدل وفيات الأطفال والأمهات وكذا تقليص انتشار الأمراض المعدية، لكن رغم هذه المكاسب إلا أن هناك فروقات وتباينات واضحة في الحالة الصحية إضافة إلى تراجع مستوى الخدمات المقدمة خاصة مع بروز التحديات الصحية الجديدة، كما أن الكثير من التحديات التي يواجهها القطاع الصحي مرتبطة ببعضها البعض، وأغلبها راجع إلى نقص الإفصاح وغياب الشفافية والكفاءة والفاعلية وهذا ما تسبب في فقدان الثقة بين المرضى والجهات المقدمة للخدمة، ومعالجة تلك الاختلالات لا بد أن تكون بطريقة مثلى من خلال سياسات شمولية تجمع مختلف القضايا بطريقة مترابطة ومتكاملة تقوم على مجموعة من المبادئ والمرتكزات، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال تطبيق الحوكمة التي من شأنها أن تضيف قيمة كبيرة جدا للقطاع الصحي لأنها تقدم حلولا قابلة للتطبيق تمكن من تقليص هذه المشاكل.

المطلب الأول: مفهوم الحوكمة الصحية أو مفهوم حوكمة القطاع الصحي.

1- تعريف الحوكمة:

حضي مصطلح الحوكمة باهتمام كبير جدا مما جعل من إمكانية تحديد تعريف موحد ودقيق له أمر صعب جدا، لذلك لا تزال مسألة المفاهيم في العلوم الاجتماعية والإنسانية تطرح العديد من الإشكاليات، خاصة عندما يتعلق الأمر بالمفاهيم التي تتم ترجمتها من اللغات الأجنبية إلى اللغة العربية، ويكمن ذلك في عدم وجود ترجمة واحدة ومتفق عليها.[1]

حيث اختلفت ترجمات مصطلح (GOVERNANCE) باختلاف وجهات نظر الباحثين والمنظمات إلى الحكم الراشد، الحكامة، الحكمانية، الحوكمة، الحكم الصالح.*

[1]- فريد، برادشة، الحكم الرشيد في ظل الحزب الواحد والتعددية الحزبية، مذكرة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2014، ص 22.

* الحكم الصالح: يعود أصل استخدام الحكم الصالح إلى تعابير كانت تستخدم للدلالة على قيادة السفن في العصر اللاتيني واليوناني القديم، غير أن المفهوم انتقل إلى حالات ذات العلاقة بالوسائل الدستورية والقانونية المتعلقة بتسيير شؤون دولة المدينة وإدارة بعض المؤسسات المهنية، ليتكرر مع تبني المؤسسات المالية الدولية وعلى رأسها البنك الدولي الذي استخدمه لأول مرة عام 1992 في تقرير سنوي governance and développement، وقبل انتشار مفهوم الحكم الصالح فان دول الجنوب المعنية بتطبيق محتواه والمنظمات الدولية المعنية به كانت تتبنى مفاهيم متعددة للتعبير عن مضمونه، منها إصلاح الدولة، التحول الديمقراطي، احترام حقوق الإنسان، إقامة دولة الحق والقانون. أما منظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (unesco) فقد استعملت مصطلح التسيير الديمقراطي، في حين استخدم برنامج الأمم المتحدة الإنمائي(undp) مصطلح التسيير السليم، كما وضع البنك الدولي مجموعة من المعايير للحكم الراشد الخاصة بمنطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط. للمزيد انظر:

- سفيان فوكه، مليكة بوضياف، الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية، نقلا عن:

http://www.univ-chlef.dz/uhbc/seminaires_2008/dicembre_2008/com_dic_2008_31.pdf, date 14-07-2017, heur 17 :39.

فقد اكتسب مفهوم الحوكمة أهمية في الكتابات الحديثة في ثمانينات القرن الماضي مع استشعار المؤسسات الأممية مثل المصرف الدولي وصندوق النقد الدولي بالحاجة إلى إخضاع العملية السياسية والقرار السياسي إلى ضوابط أخلاقية تقلل من الفساد الإداري والمالي المستفحل في الدول النامية.[1]

لكن قبل تقديم بعض التعاريف الاصطلاحية لمصطلح الحوكمة لا بد من الإشارة إلى معنى مصطلح الحوكمة من الناحية اللغوية.

الحوكمة لغة: لفظ مستحدث في قاموس اللغة العربية وهو ما يطلق عليه النحت في اللغة، فهو لفظ مستمد من مصطلح الحكومة وهو ما يعني الانضباط والسيطرة والحكم بكل ما تعنيه الكلمة من معاني، لهذا يتضمن لفظ الحوكمة العديد من الجوانب:

- الحكمة: ما تقتضيه من التوجيه والإرشاد.
- الحكم: وما يقتضيه من السيطرة على الأمور بوضع الضوابط والقيود التي تتحكم في السلوك.
- الاحتكام: وما يقتضيه من الرجوع إلى مرجعيات أخلاقية وثقافية والى خبرات تم الحصول عليها من خلال تجارب سابقة.
- التحاكم: طلبا للعدالة خاصة عند انحراف سلطة الإدارة وتلاعبها بمصالح المساهمين.[2]

الحوكمة اصطلاحا: من بين التعاريف التي قدمت لهذا المصطلح يمكن أن نذكر.

- تعريف **Landell-Mills** and **Sera eldin (1992)** :" مفهوم معقد يشمل مؤسسات الدولة وهياكلها وعمليات صنع القرار والقدرة على التنفيذ والعلاقة بين المسؤولين الحكوميين والجمهور." [3]
- الحوكمة: " هي مفهوم احتوائي يتضمن عمليات متعددة الأوجه، حيث يتم السعي إلى تحقيق الأهداف الاجتماعية عن طريق التفاعل بين جميع الأطراف المعنية في حقل معين من حقول التنمية، وتتطلب هذه العملية تشجيع الحوارات الهادفة إلى اتخاذ القرار ومشاركة العديد من أصحاب المصلحة كما تأخذ بعين الاعتبار الطرق التي تتفاعل من خلالها الحكومات والمنظمات الاجتماعية، وكيف تشترك مع الرأي العام وكيف يتم اتخاذ القرارات وكيف تتم إدارة مفهوم المساءلة."[4] جمع هذا التعريف بين

---

[1] – لؤي، صافي، **الرشد السياسي وأسسه المعيارية من الحكم الراشد إلى الحوكمة الرشيدة: بحث في جدلية القيم والمؤسسات والسياسات.** بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2015، ص 21.

[2] – حسين يرقى، عمر علي عبد الصمد، واقع حوكمة المؤسسات في الجزائر وسبل تفعيلها، نقلا عن:
http://dspace.univ-biskra.dz:8080/jspui/bitstream , date 16-07-2017, heur 20 :13.

[3] - Rosario G. Manasan, Eduardo T. Gonzalez and Romualdo B. Gaffud, indicators of good governance: developing an index of governance quality and the LGU level. Discussion paper series n^0 99-04, Philippine institute for development studies, 1999, p 04.

[4] – نريمان، بطيب، "الحوكمة المحلية في الخطاب السياسي الجزائري:واقع ورهانات، واقع ورهانات"، مجلة العلوم السياسية والقانون. العدد 02، مارس 2017، ص 04.

الحوكمة والتنمية والمبادئ الأساسية التي تقوم عليها الحوكمة وهي المشاركة والمساءلة التي تعد مرتكزات بالنسبة لعملية التنمية و التي لا تقوم إلا بها.

- تعريف **البنك الدولي (2011):** " التقاليد والمؤسسات التي تديرها السلطة في دولة ما من أجل الصالح العام، وهذا يتضمن:

✓ العملية التي يتم من خلالها اختيار المسؤولين في السلطة ورصدها واستبدالها.

✓ قدرة الحكومة على إدارة مواردها بفعالية وتنفيذ سياسات سليمة.

✓ احترام الحكومات والمؤسسات التي تحكم التفاعلات الاقتصادية والاجتماعية ."[1]

- عرفها **لؤي صافي** أنها : " الممارسة الرامية إلى توظيف السلطة السياسية والقدرات المجتمعية لتطوير السياسات العامة للدول لمواجهة التحديات وحل المشاكل وتحقيق المصلحة العامة ."[2]

- **كما عرفت أنها** : " الطريقة التي يشترك فيها المسؤولون والمنظمات الحكومية وغير الحكومية في رسم السياسات العامة وتقديم الخدمات للناس ."[3] يؤكد هاذين التعريفين على فواعل الحوكمة(الفواعل الرسمية وغير الرسمية) ودورها في صياغة السياسة العامة بهدف تحقيق المصلحة العامة.

على الرغم من تعدد التعاريف التي قدمت لمصطلح الحوكمة إلا أنها تتفق على أن الحوكمة عملية تشاركية بين الفواعل الرسمية وغير الرسمية من أجل مواجهة المشاكل وتحقيق الصالح العام.

من خلال ما سبق ذكره يمكن تقديم تعريف إجرائي للحوكمة بأنها **تلك العملية التي يتم من خلالها العمل على تحقيق الصالح العام بإشراك الجهات الرسمية وغير الرسمية، من خلال سياسات وإجراءات أساسها المساءلة والشفافية وغيرها من المبادئ التي من شأنها ترشيد وعقلنة مختلف السياسات والممارسات بهدف تحقيق التنمية.**

2- مبادئ الحوكمة:

لقد وضعت عدة منظمات دولية مبادئ للحوكمة بما في ذلك الاتحاد الأوروبي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي وغيرها من الجهات، وقد برزت هذه المبادئ إلى حد ما بالتوازن مع المبادئ التوجيهية للحوكمة الجيدة للشركات، باعتبارها معايير لسلوك الشركات والتي يتم تطبيقها في الآونة الأخيرة أيضا على المنظمات غير الحكومية، فاختلفت تلك المبادئ باختلاف الجهات الصادرة عنها وحسب توجهاتها الاقتصادية، الإدارية، السياسية، يمكن أن نذكر من بين تلك التصنيفات:

حدد مجلس حقوق الإنسان مجموعة من المبادئ التي تتداخل بوصفها مبادئ لحقوق الإنسان، التي تعتبر بمثابة آلية وقائية لمكافحة الفساد الذي أصبحت له أشكال متعددة، وتمثلت تلك المبادئ في:[1]

[1] - world Health organization, governance for health in the 21 st century, 2012, p 41.

[2] – لؤي، صافي، مرجع سبق ذكره، ص 24.

[3] – بسام، عبد الله البسام، "الحوكمة الرشيدة: دراسة حالة العربية السعودية ". مجلة بحوث اقتصادية عربية. العددان 67-68، 2014، ص 178.

1- المساءلة.
2- الشفافية.
3- النزاهة وعدم التمييز.
4- المشاركة.
5- المساواة.
6- الكفاءة والمقدرة.

كما وضع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي حوالي ثمانية مبادئ للحوكمة وهي:[2]

1- المسؤولية (المساءلة).
2- الشفافية.
3- الاستجابة.
4- الإنصاف والشمولية.
5- الرؤية الإستراتيجية.
6- المشاركة.
7- حكم القانون.
8- الكفاءة والفعالية.

نلاحظ من خلال ما سبق أن هناك اتفاق في العديد من المبادئ على الرغم من اختلاف الجهات الصادرة عنها والمجالات التي صيغت من أجلها، لهذا قال كل من **شيخة جا** و **جوجون جوان** أن مفهوم الحوكمة وعلى الرغم من اتساع نطاقه إلا أنه ينطوي بصفة دائمة تقريبا على مؤشرات إبداء الرأي والمساءل والاستقرار السياسي وعدم اللجوء إلى العنف، وفعالية الحكومة والجودة التنظيمية وسيادة القانون والسيطرة على الفساد.[3]

فأصبحت تلك المبادئ تستخدم كمؤشرات لقياس أداء الحكومات وقطاعات بعينها لأنها تعبر على مدى الالتزام بالفعالية والكفاءة والشفافية والرشادة في الأداء، وهذا نتيجة ما تعانيه أغلب الأنظمة من افتقار للرقابة والمحاسبة والشفافية، لذلك اعتبرت الحوكمة الحل المتكامل والفعال لكل تلك السلبيات.

3- حوكمة الصحة:

[1] – الأمم المتحدة، دور الخدمة العامة كعنصر أساسي من عناصر الحكم الراشد في مجال حقوق الإنسان وحمايتها، تقرير مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان ، الجمعية العامة، ديسمبر 2013، ص ص 17، 18.

[2] - world Health organization, governance for health in the 21 st century, op,cit p 42.

[3] – شيخة جا، جوجون جوان، "عناصر الحوكمة "، مجلة التمويل والتنمية. **المجلد** 51، **العدد** 01، 2014، **ص** 24.

أشار **savedoff (2011)** أنه توجد مشكلة في تحديد تعريف دقيق لحوكمة القطاع الصحي، وذلك لأن إدارة هذا القطاع تعمل ضمن العديد من المستويات، حيث يمكن تحليل الحوكمة عند مستوى واسع ضمن عبارات من تفاعل السياسات بأنها النقاش والتعاون من أجل إقامة مجتمع يسري على سياسات عامة محددة، ويمكن تحليل الحوكمة على مستوى منظمات معينة من القطاع الصحي كدراسة الحوكمة في مؤسسات الضمان الاجتماعي ومؤسسات الرعاية الصحية أو المستشفيات.[1]

فمن خلال اطلاعنا على مجموعة من الدراسات لاحظنا استخدام العديد من المفاهيم التي تعبر عن تطبيق الحوكمة في المجال الصحي منها حوكمة الصحة، حوكمة القطاع الصحي، حوكمة النظام الصحي، الحوكمة الصحية، حوكمة المستشفيات، إلا أن كلها يقوم على تطبيق مبادئ الحوكمة من أجل تعزيز الصحة وحمايتها، من بداية اتخاذ القرار أو صياغة السياسة الصحية(المستوى الأوسع) الذي أشار إليه savedoff إلى غاية عملية تنفيذها بالتركيز على الجهات التي تضطلع بعملية التنفيذ(المؤسسات الصحية).

تعرف **حوكمة الصحة** أنها تحقيق لمبادئ معينة وهي:[2]

- الاستجابة لاحتياجات الصحة العامة ومتلقي الخدمة والمواطنين.
- القيادة المسؤولة لتحقيق الأولويات الصحية.
- إيجاد الضوابط المؤسسية اللازمة بما في ذلك المؤشرات.
- عملية مساءلة واضحة وقابلة للتنفيذ.
- الشفافية في صنع السياسات وتخصيص الموارد.
- اتخاذ القرارات والسياسات المبنية على الأدلة.
- توفير الخدمة والأطر التنظيمية وتوفير نظم إدارة كفء وفعالة.

كما **عرفت** على أنها :" تشكل القدرة على الاستجابة لمختلف التحديات التي تواجهها النظم الصحية اليوم، مثل نمو الأمراض المزمنة وغير المعدية، التهديد المتواصل لتفشي الأمراض المعدية، التغيرات الإيكولوجية."[3] فهذا التعريف يركز على أن حوكمة الصحة تزيد من قدرت استجابة النظم الصحية للتحديات المختلفة والمتعددة التي تواجهها.

---

[1] – جوهرة اقطي، فوزية مقراش، أثار حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول حوكمة الشركة كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة بسكرة محمد خيضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 06-07 ماي 2012، ص 05.

[2] – ياسين، خضري، **دليل تقييم الحوكمة الرشيدة في القطاعات الخدمية: تطبيق على قطاعات الرعاية الصحية الأولية والتعليم الأساسي ومياه الشرب والصرف الصحي**. مصر: مركز العقد الاجتماعي 2014، ص 30.

[3] - Scott l.greer, Matthias Wismar, josep figueras, **strengthening health system governance: better policies,stonger performance**, England: open university press, 2016, p 05.

وبهذا يمكن القول أن **حوكمة الصحة هي مقاربة تركز على إشراك وتمكين المواطنين وأصحاب المصلحة وبالتحديد (مؤسسات الدولة، القطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني) من المشاركة في عملية صياغة مختلف السياسات والإجراءات والتدابير التي تقوم على الشفافية، المساءلة، المشاركة والمساءلة وسيادة القانون وكذا الكفاءة والفاعلية من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية والمستوى الصحي لكل المواطنين.**

أصبح التركيز بشدة على حوكمة الصحة خاصة مع المشاكل التي بات يتخبط فيها هذا القطاع، والتي انعكست على مستوى أداء السياسة الصحية فتراجعت وتدنت نوعية الخدمات المقدمة لاسيما مع بروز العديد من التحديات التي فرضت توسيع نطاق وزيادة كمية الخدمة الصحية هذه الزيادة الكمية التي انعكست بدورها على نوعية الخدمة المقدمة، إضافة إلى غياب المساءلة والشفافية والفساد. وهذا ما دفعنا إلى طرح السؤال التالي: ما الذي يجعل القطاع الصحي عرضة لمختلف ممارسات الفساد؟

تعاني القطاعات الصحية عديد المشاكل والمظاهر السلبية التي تعبر معظمها على الفساد، هذا الأخير الذي له تأثير واضح على السياسات الصحية وأولويات الإنفاق وجودة الخدمات الصحية، ويعود ذلك إلى مجموعة من العوامل منها:[1]

- انتشار ظاهرة نقص المعلومات في الأنظمة الصحية، سواء ما تعلق منها بالأمراض وطبيعتها، الأدوية، الأجهزة الطبية وغيرها.
- حالة عدم التيقن من أسواق الرعاية الصحية وخاصة فيما يتعلق بعدم معرفة من هم الذين يمكن أن يصابوا بالمرض؟ متى سيأتي المرض؟ ما هي الأمراض التي تصيب الإنسان؟ ما مدى فعالية العلاج المتاح؟ كل هذا يمثل تحدي بالنسبة لصناع القرار، لأن ذلك يشكل صعوبة فيما يتعلق بإدارة الموارد، بما في ذلك قرارات اختيار خدمات الرعاية الصحية ومراقبتها وقياسها وطرق توصيلها.
- تعقد وتشابك الأنظمة الصحية: هذه المسألة تحول دون إنتاج المعلومات وتحليلها وعدم الشفافية، وعدم وضوح العلاقة بين منتجي المستلزمات الطبية ومقدمي الخدمة والرعاية الصحية وصانعي القرار وذلك ما يتسبب في ظهور تشوه وخلل في السياسة الصحية ينعكس سلبيا على مستوى أدائها.

مواجهة هذه المظاهر السلبية تكون وفق استراتيجيات من شأنها أن تحقق الفعالية في تقديم الخدمة، والمراقبة المستمرة للجودة، ومشاركة المعنيين في تخطيط وإدارة الخدمات الصحية والمؤسسات الطبية على اعتبار أنهم أصحاب الحق والممولين لها، وذلك لا يتحقق إلا من خلال إرساء مبادئ الحوكمة.[2]

المطلب الثاني: الإطار المؤسسي لحوكمة السياسة الصحية في الجزائر.

[1] – حسام بدراوي، محسن يوسف، **الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة**. الإسكندرية: مكتبة الإسكندرية، 2007، ص 16.

[2] – سهيلة، براحو، "المنظومة الصحية في غياب الحكم الراشد"، مجلة دراسات إستراتيجية. العدد 09 ، ديسمبر 2009، ص 141.

أصبحت الصحة عاملا اقتصاديا وسياسيا حاسما في المجتمع بأسره، والنتيجة هي أن الحكومات والشركات والمجتمعات المحلية والمواطنين أصبح لديهم الحق أكثر في المشاركة في حوكمة الصحة أو فيما تعرف أيضا بالحوكمة من أجل الصحة، لأنه يمس مصالحهم بطرق مختلفة، حيث تعتبر الصحة حق من حقوق الإنسان ومكون أساسي من عناصر الرفاه ، وصالح عام عالمي، كما تعرف الصحة على نحو متزايد بأنها ملك الأنظمة الأخرى مثل الاقتصاد، البيئة، التعليم، النقل والنظام الغذائي، والاعتراف بالصحة كعامل أساسي للازدهار الاقتصادي لمجتمعات المعرفة آخذ في التنامي، ويعتبر كل من الصحة والرفاه عنصران حاسمان في الحكم الراشد وهما يشكلان قيمة اجتماعية، وينعكس ذلك في قيمة حصول الجميع على الرعاية الصحية. [1]

وبالتالي لا يمكن الحديث عن حوكمة الصحة دون الحديث عن الفواعل الثلاث وهي الحكومة، القطاع الخاص، المجتمع المدني،لأن تحقيق أهدافها لا يتأتى إلا عن طريق التفاعل بين هؤلاء الفواعل.

أولا: الحكومة:

لا يمكن التخلي عن دور الحكومة في وضع السياسة العامة أو في تنفيذها فهي تلعب دور أساسي في هذه العملية، وكذا في توزيع الموارد من خلال مؤسساتها المختلفة، وذلك من خلال توفر الإطار التشريعي الملائم والبيئة السياسية المساعدة لعمل كل من منظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص، حيث يبرز دورها في تجسيد الحوكمة من خلال ممارستها للرقابة على التفاعلات الاجتماعية وممارسة السلطة المشروعة، ودعم حقوق الفئات الضيفة والحفاظ على استقرار أوضاع الاقتصاد الكلي، وتوفير الخدمات مثل الحفاظ على معايير الصحة العامة والسلامة للجميع، وكذا البنية الأساسية لتحقيق الأمن والاستقرار والانسجام الاجتماعي.[2]

فالحكومة ومع كل المتغيرات التي عرفتها البيئة المحلية والعالمية أصبحت مجبرة على إعادة صياغة تعريف جديد لدورها سواء على مستوى النشاط الاقتصادي أو الاجتماعي وذلك بتقليصه وإعادة توجيهه، لأنها تواجه العديد من الضغوطات التي تتمثل مصادرها في:[3]

- القطاع الخاص وحاجته إلى بيئة مساعدة للسوق الحر.
- المواطنون وطلباتهم المرتبطة بزيادة المساءلة والاستجابة لمطالبهم والمزيد من اللامركزية.
- ضغوط القوى الكبرى الاقتصادية والاجتماعية التي تلعب هي الأخرى دور في الحد من هوية وطبيعة الدولة.

[1] - world Health organization, governance for health in the 21 st centray, op cit.

[2] – سارة، دباغي، "الحكم الراشد كآلية لتحقيق التنمية الاقتصادية"، مجلة فكر ومجتمع. العدد 31، 2016، ص 218.

[3] – طيب، بلوصيف، مفهوم ومكونات الحكم الراشد، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول الديمقراطيات الصاعدة، جامعة ورقلة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، ماي 2015، ص 07.

ثانيا: المجتمع المدني:

لقد عرفت السنوات الأخيرة العديد من التحولات والتغيرات التي شملت على مؤشرات كيفية كحرية الإنسان، نوعية الحياة وغيرها، هذا ما دفع إلى تغيير في الأدوار والوظائف، بحيث لم تعد الحكومة وحدها المسؤولة عن تحقيق التنمية والتخطيط لها وعندما نقول التنمية لا يمكن أن نتصورها بدون صحة، بل تم نقل العديد من الأدوار لقطاع مهم ألا وهو القطاع التطوعي" منظمات المجتمع المدني"، وذلك على مستوى مختلف الأصعدة السياسية، الاقتصادية والاجتماعية، وبهذا أصبح شريكا فاعلا للقطاع الحكومي في تقديم العديد من الخدمات، وخلص إلى أن الحوكمة لا تتحقق إلا بواسطة وجود مجتمع مدني صحي.[1]

لكن الدور الذي يضطلع به المجتمع المدني لا يكتمل أو بمعنى آخر لا يتسم بالفاعلية إلا إذا توفرت له البيئة المناسبة، لذلك تعمل السلطات على دعمه من خلال سن الأطر القانونية لتأسيس منظماته والمحافظة على استدامتها، حيث تخلق تلك القوانين إطارا حاميا يحد من سيطرة الحكومة وقدرتها على التدخل في الحقوق الأساسية لتلك التنظيمات هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يمكن أن تعبر تلك الأطر على مدى قدرت تلك المنظمات على القيام بوظائفها وأدوارها وتعاملها مع الاحتياجات التي تسعى إلى تلبيتها، لهذا فالمجتمع المدني الفاعل القادر على المشاركة لا بد أن يتوفر له مجموعة من الحقوق منها حرية التشكل أو التنظيم، حرية التعبير، التواصل والتعاون والتجمع دون تدخل الدولة.

تضطلع منظمات المجتمع المدني بدور مهم جدا في صياغة السياسة الصحية لأنها تعتبر منبر للمشاركة والتعبير عن الاحتياجات والمطالب، كما لها دور في عملية تنفيذ تلك السياسة ومتابعتها من خلال معالجة المشاكل والقضايا الاجتماعية لأنها تدعوا إلى الشفافية ومحاربة الفساد، فتعمل على تقريب الرعاية الصحية من المواطنين ومواءمة خدماتها مع احتياجاتهم وتوقعاتهم، وبهذا يلعب المجتمع المدني دور الوسيط بين المستفيد من الخدمة (المواطن) والهياكل المسؤولة على تقديم الخدمة والحكومة بهدف حماية الصحة والمحافظة عليها.

لذلك تتبلور علاقة هامة تجمع بين السلطات العامة والجهات الفاعلة في المجتمع المدني، تأطر تلك العلاقة من خلال مجموعة من المبادئ وهي:[2]

[1] – بوحنية، قوي، دور المجتمع المدني في تحقيق التنمية الإنسانية، ورقة مقدمة إلى الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر: واقع وتحديات، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، كلية العلوم القانونية والإدارية، 16-17 ديسمبر 2008، ص 05.

[2] - الأمم المتحدة، دليل عملي للمجتمع المدني:الحيز المتاح للمجتمع المني ونظام حقوق الإنسان في الأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2014، ص 07.

- المشاركة : تتمتع الجهات الفاعلة في المجتمع المدني بحرية العمل بشكل مستقل والدعوة لاتخاذ مواقف حتى وان كانت مغايرة لتلك التي تتخذها السلطات العمومية لأنها تعبر عن الصالح العام وعن مطالب مختلف الفئات الاجتماعية.
- عدم التمييز: بمعنى كل الجهات الفاعل في المجتمع المدني لها حق المشاركة في الحية العامة دون أي نوع من التمييز.
- الكرامة : على الرغم أن للسلطات لكل من السلطات العامة ومنظمات المجتمع المدني ادوار مغايرة إلا أن الهدف المشترك هو تحسين الحياة، لذا فالاحترام المتبادل أمر ضروري في بناء هذه العلاقة واستمرارها.
- الشفافية والمساءلة : العمل من أجل الصالح العام يتطلب الانفتاح والمسؤولية والوضوح والشفافية والمساءلة من قبل الموظفين العموميين، وكذا منظمات المجتمع المدني فيا بينهم ومع الجمهور.

ثالثا: القطاع الخاص:

على الرغم أن الدولة قوة كبرى في تحقيق التنمية لكنها ليست الوحيدة، حيث تسلم اليوم معظم الدول أن القطاع الخاص هو المصدر الأساسي لفرص العمالة المنتجة، لأن العولمة الاقتصادية تغير بصورة جوهرية الطرق التي تعمل بها الصناعات والمشاريع، غير أن السوق وحدها لا تستطيع تحقيق النمو العادل وتوسيع القطاع الخاص والمشاركة الفعالة، وبالتالي وجود الدولة ضروري لأنها هي من تستطيع تشجيع تنمية هذا القطاع الخاص وبصورة مستدامة وذلك من خلال:[1]

- فرض سيادة القانون.
- الحفاظ على الأسواق التنافسية.
- خلق بيئة مستقرة للاقتصاد الكلي.
- رعاية المشاريع التي تولد اكبر قدر من الوظائف والفرص.
- اجتذاب الاستثمار والمساعدة في نقل المعرفة والتكنولوجيا خاصة للفقراء.

مع ظهور الحوكمة أصبحت هناك ضرورة لإعادة النظر في قيود وسيطرة الحكومة على كل القضايا، لهذا انطلقت التحولات نحو القطاع الخاص من أجل إيجاد وتنظيم التطبيقات والممارسات السليمة للقائمين على إدارة القطاع الخاص.[2]

وبهذا أدركت الدولة الجزائرية كغيرها من الدول النامية أن هناك ضرورة ملحة لتشجيع ودعم القطاع الخاص، فتم فسح الطريق أمام نشاط القطاع الخاص في المجال الصحي في نهاية الثمانينات، وأصبح

[1] – برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، إدارة الحكم لخدمة التنمية المستدامة، وثيقة السياسات العامة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 1997، ص ص 13، 14.

[2] – صلاح الدين، فهمي محمود، **دور القطاع الخاص في المشاركة المجتمعية: تجارب عالمية**، القاهرة: (ب د ن)، (ب س ن)، ص 08.

يحظى بمكانة هامة في تقديم الخدمة الصحية إلى جانب القطاع العام، حيث يستحوذ على موارد بشرية ومادية هامة، إلا انه يعاني العديد من المشاكل التي تنعكس سلبا على مردودية القطاع الصحي ككل، فيعرف انتشار واسع للمحسوبية والرشوة وغياب المراقبة والشفافية وذلك راجع إلى عدم كفاية الأطر القانونية والتنظيمية وضعف الرقابة في السوق الخاصة حتى أن التسعيرة فيه غير محددة، لهذا وبهدف تفعيل دوره في حوكمة الصحة لا بد من تنظيمه وتأطيره وإخضاعه للرقابة من أجل ضمان تحمله للمسؤولية الاجتماعية التي تقع على كاهله.

من أهم الأسباب التي تستدعي ضرورة وجود القطاع الخاص ضمن المجال الصحي في الجزائر:

- زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية نتيجة النمو المطرد في عدد السكان.
- الحاجة إلى العمالة الطبية والصحية لأنها المحور الأساسي في توفير الخدمات والرعاية الصحية.

ونظرا لأهمية القطاع الصحي والزخم الهائل في المؤسسات الصحية الذي تمليه النسب المتصاعدة للنمو السكاني أصبح من الضروري والحيوي توسيع دائرة التعاون مع القطاع الخاص، ليس بإجراء مرحلي وإنما من خلال نهج استراتيجي يعتمد القطاع الخاص باعتباره شريكا في رسم وتنفيذ ومتابعة السياسات الصحية،[1] وكل هذا لأن الشراكة تساهم وبشكل كبير في بلورة سياسة صحية رشيدة تقلل من نسبة المخاطرة تكون اكثر استجابة للحاجيات الاجتماعية لأنها تعبر حقيقة عن الواقع.

المطلب الثالث: أسس حوكمة القطاع الصحي الجزائري.

يعتمد توفير الرعاية الصحية في الجمع الفعال بين الموارد المالية والموارد البشرية والإمدادات وتقديم الخدمات في الوقت المناسب وتوزيعها مكانيا في جميع أنحاء الوطن، ذلك ما يتطلب نظام يجمع الموارد ويوزعها ويقوم بمعالجة المعلومات والتصرف فيها، ويحفز سلوك مقدمي الخدمات المناسبة في مجال الرعاية الصحية وكذا الإداريين، وبهذا الحوكمة عامل حاسم في جعل مثل هذا النظام يعمل من خلال نقل مبادئها من المستوى النظري إلى مستوى التطبيق.[2]

إذا أردنا الحديث عن حوكمة الصحة لا توجد مبادئ للحوكمة خاصة بقطاعات محددة مثل القطاع الصحي، فمن خلال المبادئ التي صاغتها مختلف المؤسسات قام كل من **Kaufman, kraay and Mastruzzi(2005)** بوضع ستة مبادئ للحوكمة وهي المساءلة، الاستقرار السياسي وانعدام العنف، فعالية الحكومة، الجودة التنظيمية، قواعد القانون، السيطرة على الفساد، واعتبروا أن كل منها له تأثير

[1] – ميثم، مرتضى الكناني، دور القطاع الخاص في تطوير الخدمة الصحية، نقلا عن :
http://www.alnoor.se/article.asp?id=172146, heur 14:04, date 15-07-2017.

[2] - Maureen Lewis ,governance and corruption in public health care systems, working paper number 78, center global development, January 2006, p.06

على البيئة التي تقدم فيها خدمات الرعاية الصحية.[1] وبحكم أنه لا توجد مبادئ خاصة بحوكمة القطاع الصحي سوف نعتمد في دراستنا على المبادئ الثمانية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي بحكم أنها قابلة للتطبيق في قطاع خدماتي مثل القطاع الصحي ونظرا لأنها شاملة، لذلك فالامتثال والعمل بهذه المبادئ من شأنه تحسين وتطوير أداء السياسة الصحية.

- **دعم المساءلة :**

تعرف هيئة الأمم المتحدة المساءلة بأنها الالتزام من قبل المسؤولين سواء في القطاع العام أو الخاص بالقواعد الآتية:[2]

1- توضيح كيفية تنفيذ الدائرة لمهامها ومبررات القرارات التي تتخذها.
2- التفاعل المباشر مع الانتقادات والمطالب التي تقدمها إليها.
3- قبول جزء من المسؤولية عن الأخطاء التي تقع أو الفشل الذي ينتجعن تلك القرارات.
4- وجود آلية واضحة تتيح للمواطن التحقق من التزام الدائرة بمهامها على الوجه المخطط له.
5- وجود آلية واضحة للتعامل مع الأخطاء أو الفشل.

فالمساءلة ترتبط في الأساس بصنع القرار وتشمل " تقديم الحساب" أي توفير المعلومات حول الأداء، و "المحاسبة" بمعنى توفير المكافآت والجزاءات، فتعزيز المساءلة في القطاع الصحي يتطلب العمل المشترك على جميع المستويات، لتحسين تنظيم الخدمات وتقديمها ووضع السياسات الصحية سواء في القطاع الصحي أو غير الصحي والقطاعين العام والخاص والناس للوصول إلى هدف مشترك.[3]

- **ضمان شفافية المعلومات:**

من واجب الحكومة ووزارة الصحة تقديم وإصدار المعلومات الخاصة بالميزانيات المخصصة للصحة، وحول أداء الخدمات على المستويات الوطنية وكذا المحلية من خلال مختلف وسائل الإعلام، بحيث تخضع الإدارات الحكومية والمستشفيات والشركات وهيئات التأمين لعمليات تدقيق محاسبية مستقلة، إضافة إلى المعلومات المتعلقة بالمناقصات بما في ذلك إجراء العروض والشروط وعمليات التقييم والقرارات النهائية المتعلقة بها، وكذا توفير قاعدة بيانات عامة تدرج فيها كل نتائج الأبحاث المتعلقة

[1]. Ibid, p07.

[2] – بوزيد، سايح، "سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية"، مجلة الباحث. العدد 10، 2012، ص 58.

[3] - منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، تقرير الامانة، ديسمبر 2015، ص 07.

بالأدوية المستخدمة من طرف القطاع العام وذلك بهدف التأكيد على نجاعة الأدوية التي تقدم للمواطنين، والكشف على الدعم المالي الذي تقدمه شركات الأدوية لأبحاث تتعلق بمنتجاتها. [1]

غياب المعلومات يوفر الظروف المناسبة لظهور الفساد، حيث وجهت منظمة الشفافية الدولية انتقادا شديدا لما سمته فساد قطاع الصحة وصنفته في المراتب الأولى ضمن قائمة القطاعات التي تعرف استفحال للمظاهر السلبية "الفساد، الرشوة " في الجزائر، وقد جاء في تقرير سنة 2005 ما سمي بالممارسات المالية الشاذة ومظاهر الاختلاس والسرقة والابتزاز في تسيير أموال الصحة العمومية، كما تعرف هذه المظاهر مزيد من الانتشار والاستفحال خاصة في السنوات الأخيرة بالتركيز خاصة على المؤسسات الاستشفائية العمومية وإداراتها وسوق الدواء.[2]

فالشفافية ترتبط بالإفصاح عن المعلومات والقواعد والأفعال والخطط وكذا العمليات لتجنب طرح العديد من الأسئلة والإستفسارات، ماذا يحدث ؟ كيف حدث ؟ وهذا من شأنه أن يطوي ملف الاحتيال ويجعل من الفساد أمر مستحيل، ويرفع من مستوى الثقة بين المواطنين ومختلف الجهات في القطاع الصحي، كما أن هناك علاقة جد وطيدة بين الشفافية والمساءلة، فيتم تأكيد هذه الأخيرة يتم من خلال تحسين الشفافية في:

- ✓ صنع السياسة الصحية.
- ✓ استغلال الموارد.
- ✓ نشر وتوفي المعلومات(النتائج).

كما أن إضفاء الشرعية على السياسة الصحية لا يكون إلا من خلال توفر الشفافية في كل ما تتخذه الدولة من إجراءات، والمشاركة الفعالة للمواطنين في وضع الأحكام اللازمة من اجل ضمان الأثر الايجابي لتلك المشاركة على الأداء الحكومي، وهذا من شأنه ترشيد السياسة الصحية من جهة وتعزيز شرعية الحكومة من جهة أخرى، لأن السياسة الصحية تخضع لنمط متكرر تقترح فيه أفكار محددة للسياسات ثم تفشل بسبب التصميم السيء أو الفساد أو غياب الكفاءة وغيرها من العواقب غير المتوقعة أو المنتظرة.

- **تأكيد الإنصاف والشمولية:**

والمقصود بذلك ضمان إتاحة الخدمات الصحية الأساسية للجميع من أجل حماية الصحة وتعزيزها، فيرتبط هذا المبدأ بعدد المنشآت والهيئة الصحية المتوفرة وكيفية توزيعها، الإمكانيات والمستلزمات الطبية،

[1] - هاني، جهشان، الفساد في القطاع الصحي انتهاك لحق الإنسان بالصحة والحياة، نقلا عن:
https://drive.google.com/file/d/0B4nZzrH2xYnvaW9TZTY1c1BaREk/view, date 18-07-2017, 13:02.

[2] – شعبان، فرج، مرجع سبق ذكره، ص ص 250–251.

فرص الحصول على الأدوية اللازمة لاستكمال العلاج، وبهذا لا بد أن يتم العمل على تحسين المؤشرات الصحية عن طريق التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين بما يكفل الحماية المالية لغير القادرين.

فإذا كان هدف مختلف السياسات الصحية التي تم اتخاذها في الجزائر هو تحسين وتعزيز الصحة والحق فيها لمختلف المواطنين لا يتحقق إلا إذا تم التركيز على تحقيق أكبر قدر من الإنصاف والمساواة في فرص الحصول على الرعاية والخدمات الصحية بين أفراد المجتمع، ولا بد أن يتم من خلال السياسة الصحية إيجاد إجابة إيجابية أكثر منها سلبية عند التساؤل عما إذا كانت هناك تفاوتات في تقديم الرعاية والخدمات الصحية؟ لان هذا جزء من العدالة الاجتماعية التي ترتبط بمدى قدرة السياسة العامة على توزيع السلع والخدمات لكل حسب حاجته.

فالهدف الثالث من أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة والمتمثل في ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاه في جميع الأعمار، والغاية الثامنة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة تتطلب المضي قدما نحو التأكد من حصول جميع الناس والمجتمعات على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية والمأمونة والمقبولة بمعنى تأكد على هذا المبدأ من مبادئ الحوكمة "الإنصاف والشمولية ".[1]

مراعاة التوزيع الجغرافي للسكان في الجزائر، والدخل والمستوى المعيشي أثناء وضع السياسة الصحية من شأنه أن يساعد على تحقيق مبدأ الإنصاف في الحصول على الخدمة الصحية

- **تحديث التشريعات والإجراءات الرقابية(حكم القانون):**

احترام المجتمعات للقوانين يعود إلى صرامة الرقابة في تنفيذ تلك القوانين وإعمالها والجدية في تطبيقها، لان شعور المجتمع بغياب الرقابة يؤدي إلى انتهاك القوانين ومخالفتها والتهاون في تطبيقها، لذلك لا بد من الرقابة والإصرار على التطبيق، لأنه يعتبر مسألة أساسية لضمان مواجهة الفساد وهو ما يعني أيضا ضرورة تجريم أي استثناء في تطبيق القوانين لان استثناء أي شخص من القانون معناه رخصة للجميع بحقهم في انتهاك القانون، وهذا ما يعتبر احد سبل مواجهة الفساد الذي يعاني منه القطاع الصحي.[2]

لذلك لا بد من رفع وتعزيز كفاءة نظم الرقابة التي تسمح بتحسين جودة الخدمات الصحية وتأمين مختلف الموارد، بحيث تكون تلك الرقابة في كل المستويات ابتداء من صياغة السياسة الى غاية تنفيذها وعلى مستوى مختلف المؤسسات الصحية، فكفاءة نظم الرقابة تساعد على زيادة كفاءة الأنظمة الصحية، كما لا بد من ترسانة قانونية تستجيب لمتطلبات كل مرحلة بحيث يتم القضاء على الفراغ القانوني سواء المتعلق بتسيير وتنظيم القطاع الخاص أو العام.

- **تعزيز المشاركة:**

[1] - منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، مرجع سبق ذكره، ص 02.

[2] – حسام بدراوي، محسن يوسف، مرجع سبق ذكره، ص 30.

والمقصود بذلك مشاركة كافة الأطراف المعنية وأصحاب المصلحة في صياغة السياسات والقرارات، سواء الموجودين منهم في مركز صناعة القرار أو في القاعدة والمجتمع بدء من تعبيرهم عن احتياجاتهم وإبداء آراءهم في السياسات والخدمات إلى المساعدة في تنفيذها وصولا إلى تقييم السياسات والقرارات والخدمات.[1]

لذلك لا بد من تمكين المجتمع المدني والقطاع الخاص كما سبق وأن اشرنا إضافة إلى الأفراد والأسر، بحيث يكونوا فاعلين في صياغة السياسات والقرارات وحتى في تقديم الرعاية الصحية، لأنهم هم من سيقضون معظم أوقاتهم وهم يتعايشون ويستجيبون لاحتياجاتهم الصحية الخاصة، وبالتالي لا بد أن يأخذوا سلوكيات صحية لرعاية أنفسهم، وبالتالي تمكين المجتمعات المحلية وإشراكها له تأثيره على طريقة تمويل الرعاية الصحية وطرق التخطيط لها وتقديمها، وهذا ما يساعد على بث الثقة والاستئمان والاحترام المتبادل وإنشاء الشبكات الاجتماعية.[2]

- **دعم الكفاءة والفعالية:**

تعبر الكفاءة عن مدى صلاحية العناصر المستخدمة "مال، معدات، أساليب، موارد بشرية " للحصول على النتائج المطلوبة، بمعنى العلاقة بين العناصر المستخدمة وليست كميتها، أما الكفاءة فتهتم بكمية العناصر المستخدمة، بمعنى العلاقة بين هذه العناصر كمدخلات ونسبة المخرجات "النتائج"، أي انجاز الأعمال بأقل وقت وأقل استخدام للعناصر للحصول على النتائج المرغوبة.[3]

- **تحسين الاستجابة:**

لقد تغيرت الاحتياجات الصحية للسكان في الجزائر كغيرها من دول العالم، نتيجة الارتفاع المطرد لعدد السكان الذي نتج عنه ارتفاع نسبة الشيخوخة، وتغير أنماط المرض الذي تبعه انتقال وتغير كبير في أسباب العجز وحتى الوفاة من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية، في كل هذه الظروف فان التدخلات الوقائية والعلاجية تتطلب توفر القدرة على الاستجابة المرنة للنظام الصحي، حيث تعتبر القدرة على الاستجابة لاحتياجات السكان الصحية من أهم المؤشرات التي يتم من خلالها تقييم الأنظمة الصحية، ففي أواخر سنة 2000 حاولت منظمة الصحة العالمية تقييم مدى انجاز وفاعلية الأنظمة الصحية بوضعها مجموعة من المؤشرات منها المستوى الصحي للسكان ، عدالة توزيع تكلفة التمويل ومدى الاستجابة للاحتياجات وهذا دليل أن القدرة على الاستجابة من أهم مبادئ حوكمة الصحة.

---

[1] - ياسين، خضري، مرجع سبق ذكره، ص 09.

[2] - منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، مرجع سبق ذكره، ص ص 05-06.

[33] - الحاج، عرابة، " تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية: دراسة على عينة المستشفيات "، مجلة الباحث. العدد 10، 2012 ، ص 334.

لذلك لا بد من إتباع مختلف الإجراءات والممارسات التي ترفع بالدرجة الأولى القدرة الإستجابية للسياسة الصحية بحيث تعكس هذه الأخيرة حقيقة المتطلبات الصحية للمجتمع، وذلك من خلال مشاركة جميع المعنيين وأصحاب الشأن من منظمات، جمعيات، مؤسسات، مواطنين وحتى هيئات دولية، وكذا رفع القدرة الإستجابية للأنظمة الصحية من خلال دعم الرقابة والمساءلة والشفافية مما يقلص من أثر الآفات السلبية التي أصبحت تأثر على فعالية النظام الصحي.

- **الرؤية الإستراتيجية:**

بمعنى الأخذ في الاعتبار البعد الاستراتيجي في وضع وصياغة السياسة الصحية ، لأن غياب هذا البعد في السياسة الصحية الجزائرية هو الذي جعل المنظومة الصحية اليوم تتخبط في العديد من المشاكل وتواجهها العديد من العراقيل التي أعاقت تماشيها مع الوضع والإستجابة لما يتطلبه، وذلك من خلال دراسة مختلف التداعيات المستقبلية للقرارات والسياسات التي يتم اتخذاها. كما تعني الرؤية الإستراتيجية امتلاك القادة والجمهور العام منظورا عريضا طويلا بحيث يكون هناك فهم لمختلف التعقيدات التاريخية والثقافية والاجتماعية المركبة لهذا المنظور، خاصة مع التطور المتسارع الذي أصبحت تعرفه مختلف القضايا التي ترتبط بالصحة .[1]

فالرؤية الإستراتيجية الجيدة الهادفة لا بد أن تقوم على مجموعة من الخصائص منها:[2]

- واضحة يسهل فهمها: تشير بوضوح للمستقبل، مصاغة بلغة سهلة وبسيطة يمكن فهمها.
- توضح الغرض والاتجاه:أي واقعية، ذات صداقية، تحدد الأهداف المطلوبة وتحقيقها ومتابعتها.
- تأخذ بمعايير التميز: بمعنى تعكس القيم بمعايير قابلة للقياس وعلى مستوى عالي من الطموح.
- طموحة: تحمل رؤية جديد تدفع إلى تحقيق أعلى مستويات التميز.

خلاصة واستنتاجات:

حاولنا من خلال هذا الفصل التعرف أكثر على واقع المنظومة الصحية في ظل سياسة الإصلاح التي عرفها هذا القطاع والنتائج الملموسة التي حققتها باعتماد دراسة ميدانية لعينة المستفيدين من الخدمة الصحية " المرضى"، أين تعلق الأمر بتقييمهم للخدمة الصحية التي يتلقونها في القطاع الصحي" العام" وآليات تحسينها، فسمحت لنا هذه الدراسة بالتعرف على النقائص التي تعاني منها المؤسسات الإستشفائية وكيفية تأثيرها على الخدمة الصحية المقدمة، حيث تعود تلك الإختلالات إلى سوء التسيير والتنظيم والمتابعة والرقابة.

ثم انتقلنا إلى عملية تقييم شاملة لعملية الإصلاح، بداية من الأطر القانونية المؤسسة لها إلى غاية النتائج المحققة، من خلال التعرف على مدخلات عملية الإصلاح بما فيها الموارد المادية والبشرية

[1] - – برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، إدارة الحكم لخدمة التنمية المستدامة، مرجع سبق ذكره، ص10.

[2] - عابد، سعود، الرؤية الاستراتيجية (المستقبلية) وصور من الواقع، نقلا عن:
http://www.alriyadh.com/531533 ,heur 20:51, date 21-07-2017.

والمالية التي سخرت لتنفيذ هذه العملية، من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف في إطار حماية الصحية وترقيتها، إضافة إلى مخرجات هذه العملية من برامج ومخططات وقياسها من خلال مجموعة من المؤشرات الصحية منها معدل وفيات الأطفال والأمهات، التغطية الصحية، مواجهة الأمراض.

من خلال ما تم التوصل إليه نؤكد على فكرة تعدد الإختلالات التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر، على الرغم من الإصلاحات التي شهدها لذلك تطرقنا إلى الحوكمة كنهج يتم الاعتماد عليه بهدف ترشيد وتفعيل السياسة الصحية الجزائرية.

الخاتمة

من خلال هذا البحث نلمس اهتمام واضح بالقطاع الصحي، باعتبار صحة المواطن أولوية بالنسبة للحكومة الجزائرية من الاستقلال إلى يومنا هذا، ذلك ما تأكده مختلف المواثيق والدساتير، ذلك الاهتمام الذي تعكسه مختلف المجهودات منها البرامج الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، والخاصة بالأمراض المعدية والأمراض غير السارية، مكانة الصحة في كل المخططات التنموية، الاهتمام بالبنية التحتية والهيئة الطبية، الميزانية المخصصة للقطاع الصحي والتي تعرف ارتفاع في كل مرة، لكن رغم كل ذلك لم نصل بعد إلى واقع فعلي يعكس لنا حقيقة تلك المجهودات، وبالتالي الحق في الصحة لم يتخذ المنحى التطوري كما هو مطروح على المستوى العالمي، وذلك راجع إلى العديد من المشاكل والإختلالات التي تكمن معظمها في بيئة السياسة الصحية والتي تعرقل عملية تنفيذها، إضافة إلى التحولات الديموغرافية التي سمحت بارتفاع الفئة العمرية الكبرى التي تحتاج رعاية صحية خاصة، توسع نطاق الأمراض غير المعدية نتيجة بروز أنماط الحياة غير الصحية، كل هذه الظروف تؤدي إلى ارتفاع نفقات الرعاية الصحية في ظل محدودية مصادر التمويل خاصة مع عدم الاستقرار الذي يعيشه الوضع الاقتصادي.

وبهذا فقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- السياسة العامة الصحية هي عبارة عن إجراءات وقرارات خطط وبرامج توضع بهدف المحافظة على صحة المواطنين وحمايتها، لذلك لابد أن تكون واقعية، هادفة، وتطورية، قائمة على العديد من المبادئ منها الصحة حق لكل إنسان لا بد أن تضمنه من خلال العدالة والمساواة والإنصاف واللامركزية إضافة إلى مراعاة بعد الاستدامة، لفهم السياسة العامة الصحية لابد من التعرف على مضمونها والفواعل المشاركة في صياغتها، والأطر القانونية المؤسسة لها دون عزلها عن البيئة أو السياق المتواجدة ضمنه.
- من خلال تتبع مراحل السياسية الصحية للمرحلة الممتدة من 1962 إلى غاية 1999 نلمس دور الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي كانت بارزة، وبالتالي تلك السياسة عبرت عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذا طبيعة نظام السياسي، حيث تم تبني بعض المبادئ التي بقيت كمكتسبات لا تزال الجهود إلى يومنا هذا قائمة من أجل المحافظة عليها مثل مجانية العلاج.
- بروز العديد من المتغيرات على المستويين العالمي والمحلي (تحولات وبائية وديموغرافية، تحسن المستوى المعيشي، الثقافي، التعليمي، تغير أنماط الحياة، ارتفاع سقف توقعات الأفراد)، إضافة إلى ظهور مجموعة من الاختلالات(المتعلقة بالتنظيم، التسيير، التمويل) التي أثبتت فشل المنظومة الصحية الجزائرية الأمر الذي دفع إلى تبني سياسة الإصلاح التي اعتبرت بمثابة استجابة لكل تلك المتغيرات، لكن غياب الدراسة التشخيصية لحقيقة الوضع الذي يعيشه القطاع الصحي، عدم توفر الإطار القانوني المناسب لعملية

الإصلاح، التفريط في دور الفواعل غير الرسمية ...كل تلك العراقيل كانت لها انعكاسات على الأهداف المسطرة.

- رغم العقبات التي اعترضت عملية إصلاح القطاع الصحي، والتي يعود أغلبها إلى الطريقة التي تم من خلالها تبني سياسة الإصلاح في حد ذاتها، إلا أن عملية التقييم كشفت تحسن على مستوى العديد من المؤشرات التي تعتمد لقياس أداء النظام الصحي، فآراء عينة الدراسة حول جودة الخدمة الصحية باعتبار هذه الأخيرة كإحدى رهانات السياسة الصحية كانت في أغلبها مرتفعة، وإذا عدنا إلى المعطيات الرقمية فهي توحي بتطور ايجابي، تراجع معدل وفيات الأطفال، تراجع معدل وفيات الأمهات، ارتفاع نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي، ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة، لكن رغم كل ذلك يبقى هناك قصور لابد من تداركه من خلال ترشيد السياسة الصحية.

بناء على ماسبق نتوصل إلى إجابة صريحة عن إشكالية الدراسة، **غياب التقييم الذي يسمح بالكشف عن الإختلالات والمشاكل الحقيقية التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر، وعدم إشراك الفاعلين لا سيما غير الرسميين في صياغة السياسة الصحية وفي مختلف سياسات الإصلاح التي شهدها هذا القطاع جعل منها تحديات في وجه تحقيق رهانات السياسة الصحية الجزائرية، كما أن تحقيق هذه الأخيرة مرتبط بالعديد من المتغيرات والعوامل الإقتصادية والإجتماعية والبيئية.**

في ضوء النتائج المتوصل إليها سابقا توصي الدراسة بما يلي:

- ضرورة إعطاء أهمية للثقافة الصحية، لأن دعم وتوعية الأفراد والأسر على تبني خيارات صحية في حياتهم اليومية من شأنه أن يجنبهم العديد من المشاكل الصحية.
- توسيع دائرة المشاركة في عملية صنع السياسة الصحية، فإلى جانب المؤسسات أو الجهات الرسمية لا بد من تمكين الفواعل غير الرسمية.
- الإهتمام بتطوير نظم المعلومات الصحية، وهذا من شأنه أن يسمح بتبادل المعلومات في مختلف مستويات الرعاية الصحية وفي كل مكان.
- الإهتمام بالتقييم واعتباره حلقة محورية هامة وضرورية تمكن من معرفة دقيقة لمدى تحقيق أهداف السياسة الصحية والنتائج غير المرغوبة، فهو مقدمة لمراجعة السياسة وتقويمها ومجال لوضع بدائل أفضل.
- تنظيم دورات تكوينية أو تدريبية للعاملين في المؤسسات الصحية في مجال أبعاد جودة الخدمة الصحية، وكيفية التعامل مع المرضى بهدف تعميم مثل هذه المفاهيم.

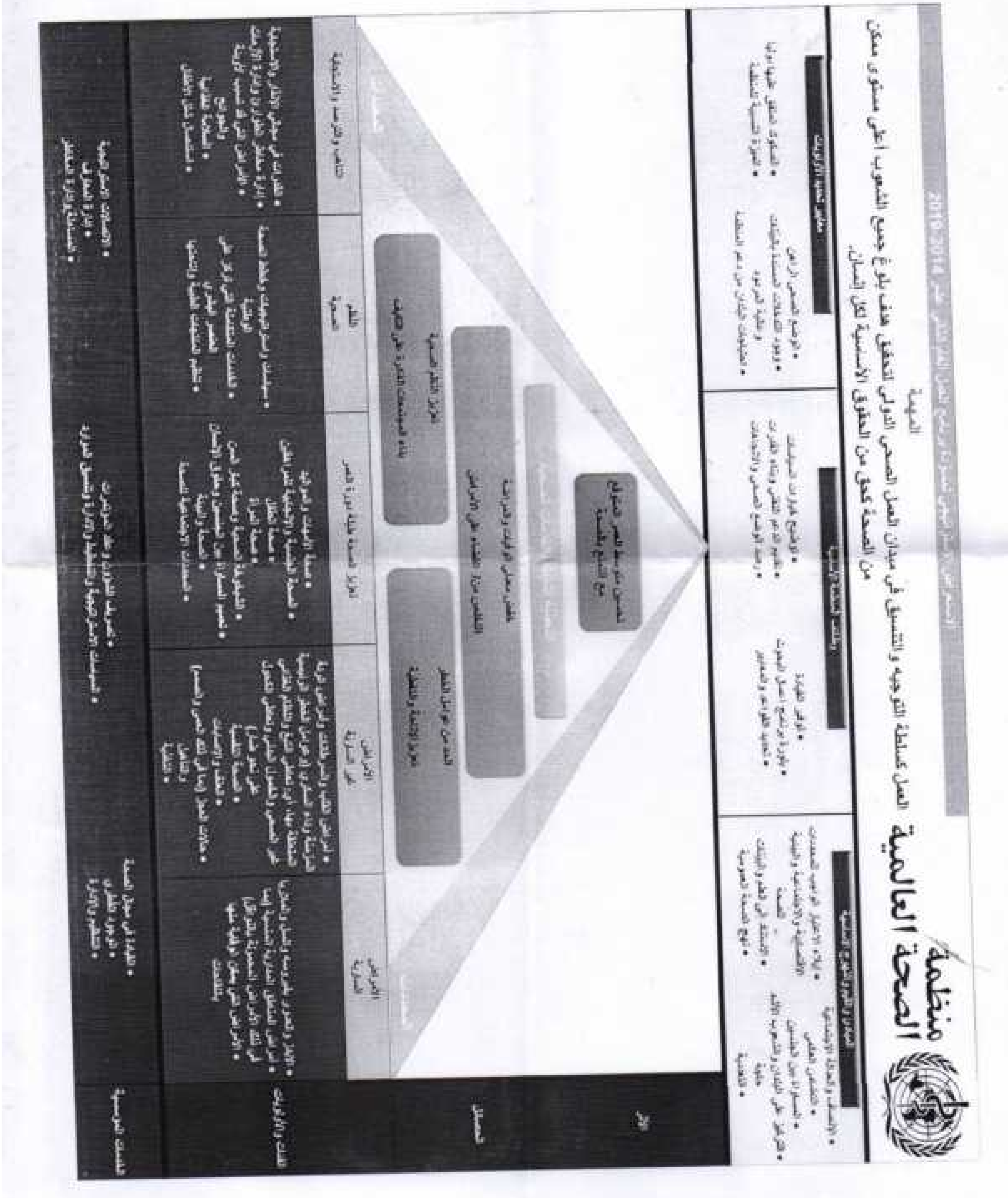
- التوزيع العادل والرشيد للهياكل الصحية، من خلال اعتماد معايير ومقاييس واضحة بهدف تحسين فرص الوصول للمرافق الصحية وبالتالي إتاحة وتوزيع الخدمات الصحية بقدر من العدالة والإنصاف.
- بما أن هناك تأثير واضح لمختلف القطاعات على الوضع الصحي، فلا بد من وضع الصحة في سلم أولويات هذه القطاعات، وتعزيز الاهتمام بالسياسات التي تتضمن معالجة القضايا الصحية.
- توفير الأدوية والمستلزمات الطبية التي يحتاجها المريض، وذلك ما يدعوا إلى إعادة النظر في السياسة الدوائية.
- إذا كانت نفقات الرعاية الصحية تتخذ في كل مرة منحى تصاعدي وبهذا تشكل عبأ على ميزانية الدولة، فلا بد من إعادة النظر في طرق ومصادر التمويل، ومحاولة الحد من ارتفاع معدلات الإنفاق إلى وتيرة تسهل فيها عملية إدارته، لأن زيادة الإنفاق الصحي الغير مصحوبة بالإجراءات التي تضمن كفاءته تؤدي إلى عدم كفاءة مستويات أداء القطاع الصحي ككل.

الملاحق

الملحق رقم (01):

لا مجرد انعدام المرض أو العجز

مسوّدة برنامج العمل العام الثاني عشر للجان الإقليمية



الملحق رقم (02):

تعـــــــــــاقـــــــــــد
CONTRACTUALISATION

Les contributions des Organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements de santé doivent être mises en œuvre sur la base de rapports contractuels et les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et des soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

Contractualisation

Interne

Concerne l'organisation et le fonctionnement des bureaux des entrées ;
*** Actions d'évaluation.**
*** Cahiers de charges,**
*** les Projets de service et les projets établissement.**

Externe

Concerné les établissements de santé et les bailleurs de fonds : CNAS, CASNOS, DAS

Objectifs

- ✓ Une plus grande efficacité dans l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé et des organismes de sécurité sociale; donc une utilisation rationnelle et optimale des ressources humaines, matérielles et financières
- ✓ Une amélioration constante de la qualité des prestations de soins
- ✓ Une maîtrise des dépenses de santé
- ✓ Une plus grande transparence dans les relations entre les prestataires et les organismes payeurs

التعاقد ⟵ عقد بين المؤسسات الصحية، صندوق الضمان الاجتماعي و مديرية الشؤون الاجتماعية

LA CONTRACTUALISATION LIE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE A LA CNAS, LA CASNOS ET LA DAS

La qualité des soins doit justifier l'argent qu'on paye pour nos assurés

Nous payerons pour nos assurés , à vous d'améliorer constamment la qualité des soins

CASNOS **CNAS**

Le patient, au Coeur des reformes

l'ETAT

Vous , qui êtes démunis non assurés ; rassurez vous, la DAS vous prend en charge

التعاقد هو تأكيد للطب المجاني،
بضمان العدل و التضامن

"La contractualisation affirme la gratuité avec équité et solidarité "

LA CONTRACTUALISATION EN QUELQUES MOTS

- Réhabilitation et réorganisation des bureaux des entrées : source principale du système d'information et d'évaluation périodique des activités de soins (Instruction N°03 du 07.12.2000).
- Installation du groupe chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre établissements publics de santé, Organismes de sécurité sociale et directions de l'action sociale des wilayas, le 16 Mars 2002.
- Une première phase de mise en œuvre de la contractualisation par une opération de simulation de facturation a été engagée dans dix établissements publics de santé en date du 14 Janvier 2003(Instruction interministérielle du 14 Janvier 2003)
- Création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation et de comites intersectoriels dans les wilayas concernées,auxquels ont été intégrées les Directions de l'Action Sociale en raison de la nécessité de l'identification des démunis non assurés sociaux ,en vue de leur prise en charge (Décision interministérielle du 14 Janvier 2003)
- L'opération de délivrance des cartes de démunis a été entamée en Mai 2003
- Généralisation du dispositif de contractualisation à l'ensemble des établissements de santé (Circulaire N°09 du 15 Avril 2004)
- Mise en œuvre des dispositions du décret exécutif N° 04-101 du 1er Avril 2004 à compter du 1er Janvier 2005.

La contractualisation n'exclue pas la gratuité des soins, par contre elle améliore la qualité des prestations

République Algérienne Démocratique et Populaire

Wilaya de Constantine
Direction de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

CONTRACTUALISATION DES RELATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE, ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ET LES DIRECTIONS DE L'ACTION SOCIALE

"La contractualisation est une version modernisée de la gratuité des soins"

الملحق رقم (03):

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

الطالبة: بولفعة منال

تخصص: سياسات عامة

عنوان المذكرة: رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017

اشراف: د/ مغراوي لقمان

تحية طيبة وبعد

جاء هذا الاستبيان في اطار إعدادنا لدراسة بعنوان " رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017 " ، وكون احدى رهانات هذه السياسة تحسين نوعية الخدمة بهدف المحافظة على الصحة وترقيتها عمدنا ان يكون موجه اليكم بصفتكم المستفيدين من تلك الخدمة، لذلك يسرني ان اقدم لكم هذا الاستبيان الذي صمم خصيصا من اجل الحصول على بعض البيانات والمعلومات ، وعليه فان تعاونكم في الاجابة على فقراته يساعدنا في الوصول الى نتائج علمية .

كما اود احاطتكم علما ان كل المعلومات التي يتم الادلاء بها ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض علمية بحتة.

ملاحظة هامة:

- الرجاء وضع علامة(×) في الخانة التي تعبر عن رأيك.
- يرجى التأكد من الاجابة على كل الأسئلة.

شاكرين تعاونكم معنا وتقبلوا منا خالص الاحترام والتقدير

الباحثة : بولفعة منال

أولا: معلومات عامة :

الجنس : ☐

☐

1- السن: أقل من 20 سنة ☐ 21-40 سنة ☐

41 - 60 سنة ☐ أكثر من 60 سنة ☐

2- الحالة المدنية : متزوج(ة) ☐ اعزب/عزباء ☐

3- الإقامة: الريف ☐ المدينة ☐

4- المستوى العلمي: لا اعرف الكتابة والقراءة ☐ ابتدائي ☐ أساسي ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐

5- مدة الإقامة في المستشفى : يومين ☐ 2 - 5 ايام ☐ اكثر من 05 ايام ☐

7- الدخل الشهري: عاطل(ة) ☐ اقل من 20000 دج ☐

20000 -30000 دج ☐ اكثر من 30000 دج ☐

ثانيا: آراء المستفيدين حول نوعية الخدمة :

الاعتماد على مجموعة من المقاييس لمعرفة مستوى الخدمة المقدمة، وهي معايير الجودة والتي يقصد بها " الملموسية ، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) .

- **<u>الملموسية</u>:** (المباني، الاجهزة، المعدات، المرافق).

8- تتمتع المستشفى بالنظافة والتسهيلات(اللوحات الارشادية ، المصاعد، الانار ☐ ☐

9- تتوفر اماكن الجلوس في قاعات الانتظار. نعم ☐ لا ☐

10- تملك المستشفى تجهيزات طبية و الملستلزماتمعدات تقنية. نعم ☐ لا ☐ لا أعلم ☐

11- عدد المرضى في الغرفة مقبول. نعم ☐ لا ☐

- **<u>التعاطف :</u>** (مراعاة الجوانب الانسانية في تقديم الخدمة)

12- يوفر لكم العاملون الهدوء. نعم ☐ لا ☐

13- يحضى جميع المرضى بنفس المعاملة. نعم ☐ لا ☐

14- معاملة الاطباء والممرضين. جيدة ☐ حسنة ☐ غير لائقة ☐

15- اوقات المعاينة مناسبة . نعم ☐ لا ☐

- **الاستجابة:**

16- يتمتع العاملون بالخبرة والمهارة الصحية المناسبة. نعم ☐ لا ☐

17- يتواجد العاملون كل ايام الاسبوع في المستشفى. نعم ☐ لا ☐

18- يقوم العاملون بإبلاغكم بموعد المعاينة او تقديم الخدمة. نعم ☐ لا ☐

- **الضمان:**

19- تشعر بالأمان في التعامل مع العاملين في المؤسسة. نعم ☐ لا ☐

20- يتم المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض. نعم ☐ لا ☐

21- مكانة وسمعة المؤسسة الاستشفائية لدى افراد المجتمع . جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐

- **الاعتمادية:**

22- الفحوصات المخبرية و الاشعة التي تتطلبها وضعيتك هل تجرى داخل المستشفى. نعم ☐ لا ☐

23- الادوية التي تحتاجها اثناء إقامتك في المستشفى توفرها المستشفى . نعم ☐ لا ☐

24- يتم تقديم الخدمة الصحية في مواعيدها المحددة . نعم ☐ لا ☐

25- يتم اخبارك بحالتك الصحية أول بأول. نعم ☐ لا ☐

26- يتم الرد على استفساراتك وأسئلتك والاصغاء لشكاويك عندما تطلب ذلك. نعم ☐ لا ☐

ثالثا: تحديد درجة رضى المستفيدين على الخدمة.

27- من برأيك يقدم رعاية صحية أفضل ؟ القطاع العام ☐ القطاع الخاص ☐ غير متأكد ☐

28- لماذا هم الافضل برأيك؟ اختر ثلاثة اسباب :

☐ أسرع للحصول على موعد.

☐ توفر التكنولوجيا الحديثة.

☐ الاطباء والموظفين افضل.

☐ أسباب اخرى.

29- هل انت راضي على ما يقدمه القطاع الصحي في الجزائر من خدمات ؟ نعم ☐ لا ☐

لماذا؟.....

.....

ماذا تقترح لتحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة أو لتحسين اداء المنظومة الصحية الجزائري ككل ؟

.....

.....

.....

الملحق رقم (04):

الملحق رقم (04):

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

الطالبة: بولفعة منال

تخصص: سياسات عامة

عنوان المذكرة: رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017

اشراف: د/ مغراوي لقمان

تحية طيبة وبعد

يأتي هذا الاستبيان في اطار إعدادنا لدراسة بعنوان " رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017 "، وكون إحدى رهانات هذه السياسة تحسين نوعية الخدمة بهدف المحافظة على الصحة وترقيتها عمدنا أن يكون موجه اليكم بصفتكم المستفيدين من تلك الخدمة، لذلك يسرني أن أقدم لكم هذا الاستبيان الذي صمم خصيصا من أجل الحصول على بعض البيانات والمعلومات، وعليه فإن تعاونكم في الإجابة على فقراته يساعدنا في الوصول الى نتائج علمية .

كما أود احاطتكم علما أن كل المعلومات التي يتم الإدلاء بها ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض علمية بحتة.

ملاحظة هامة:

- الرجاء وضع علامة(×) في الخانة التي تعبر عن رأيك.

-يرجى التأكد من الإجابة على كل الأسئلة.

شاكرين تعاونكم راجين من المولى عز وجل ان يرزقكم الشفاء.

تقبلوا منا خالص الاحترام والتقدير.

بولفعة منال

الجزء الأول: معلومات عامة:

1- الجنس: ☐

☐

2- السن: أقل من 20 سنة ☐ 21-40 سنة ☐ 41 - 60 سنة ☐ أكثر من 60 سنة ☐

3- الحالة المدنية : متزوج(ة) ☐ أعزب/عزباء ☐

4- مكان الإقامة: الريف ☐ المدينة ☐

5- المستوى العلمي: لا اعرف الكتابة والقراءة ☐ ابتدائي ☐ أساسي ☐
ثانوي ☐ جامعي ☐

6- الإقامة في المستشفى: يومين ☐ 03 - 05 أيام ☐ أكثر من 06 أ ☐

7- الوظيفة: موظف حكومي ☐ أعمال حرة ☐ بدون عمل ☐

الجزء الثاني: آراء المستفيدين حول جودة الخدمة الصحية:

	العبارة	موافق	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق

		جدا				اطلاقا
الملموسية						
1	المظهر الخارجي للمستشفى لائق					
2	تتمتع المستشفى بالنظافة والتسهيلات (المصاعد، اللوحات الإرشادية ، المصاعد، الإنارة)					
3	تتوفر قاعات الانتظار أماكن للجلوس					
4	ظروف الغرفة مناسبة(عدد المرضى، النظافة، درجة حرارة مناسبة)					
5	يعتني الأطباء والعاملون بمظهرهم الخارجي					
6	الوجبات الغذائية المقدمة مناسبة					
الاعتمادية						
7	تقديم الخدمة الصحية في مواعيد محددة					
8	الفحوص الطبية والأشعة التي تتطلبها وضعيتك تجرى في المستشفى					
9	حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج					
10	وجود ثقة في الأطباء والممرضين					
11	حرص الأطباء على تقديم الخدمة الصحية بشكل جيد في المقام الأول					
الاستجابة						

12	يتم إخبارك بحالتك الصحية أول بأول					
13	يتم الرد على شكاويك وأسئلتك					
14	استجابة العاملين لطلبات المرضى					
15	تقدم الخدمة في كل أيام الأسبوع					
16	يتم إعلامكم بموعد تقديم الخدمة					
الأمان						
17	وجود سرية للمعلومات الخاصة بالمرضى					
18	يتمتع العاملون والأطباء بالخبرة والدراية والمهارة					
19	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين					
20	سمعة المؤسسة مقبولة لدى أفراد المجتمع					
21	هل تشعر باهتمام العاملين بالمرضى					
التعاطف						
22	تأخذ ظروف المريض بعين الاعتبار والتعامل معه بلطف					
23	يتعامل معكم العاملون بالاحترام والروح المرحة					
24	اللغة المستعملة من قبل الأطباء مفهومة					
25	يوفر لكم الهدوء					
26	أوقات المعاينة مناسبة					

الجزء الثالث: تقييم عام لرضا المستفيدين عن جودة الخدمة.

1- من برأيك يقدم رعاية صحية أفضل ؟ القطاع العام ☐ القطاع الخاص ☐ غير متأكد ☐

2- لماذا هم الفضل برأيك ؟ اختر سببين:

☐ أسرع للحصول على موعد.

☐ توفر التكنولوجيا الحديثة.

☐ الأطباء و الموظفين أفضل.

☐ أسباب أخرى.

3- هل أنت راضي على ما يقدمه القطاع الصحي في الجزائر من خدمات ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الاجابة ب "لا" لماذا؟(ذكر سببين فقط).

ماذا تقترح لتحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة أو لتحسين أداء المنظومة الصحية الجزائرية ؟ (يمكن ذكر أكثر من مقترحين).

الملحق رقم(05):

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

جدول مقارنة

بين القانون رقم 85-05 المؤرّخ في 16 فبراير سنة 1985
المتعلّق بحماية الصحّة و ترقيتها و مشروع القانون المتعلّق بالصحّة

نوفمبر 2016

جدول مقارنة

بين القانون رقم 85-05 المؤرّخ في 16 فبراير سنة 1985 و المتعلّق بحماية الصحّة و ترقيتها و مشروع القانون المتعلّق بالصحّة

أحكام ينص عليها مشروع القانون المتعلق بالصحة	أحكام منصوص عليها في القانون رقم 85-05
مبـادئ و أحكـام أساسية	
يكرس مشروع القانون صراحة و يبرز **المبـادئ الأساسية** في مجال الصحة مثل: – العمل القطاعي المشترك عبر مساهمة مختلف متدخلي ميدان الصحّة، – التكامل بين القطاع العمومي و القطاع الخاص، – ضمان إستمرارية الخدمة العمومية و الأمن الصحي، – مساهمة الحركة الجمعوية في حماية الصحّة و وقايتها.	عكس القانون رقم 85-05 حيث تمّ ذكر البعض من هذه المبادئ ضمنيا في إطار يتميّز بسيادة القطاع العمومي .
ينص المشروع على **إنشاء مرصد وطني** مكلّف، على أساس المعطيات العلمية و الوبائية و الديموغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية، بـ : - المساهمة في إعداد عناصر السياسة الوطنية للصحّة، - تحديد الأولويات الصحية التي يجب أن تستفيد من برنامج للصحّة العمومية، - الإدلاء برأيه و تقديم توصيات حول كل المسائل المتعلّقة بمجالات الصحّة.(المادة 10)	لا وجود لإنشاء مرصد وطني في القانون رقم 85-05

2

الوقاية في الصحة	
الوقاية من الأمراض المنتقلة و مكافحتها	
إنشاء **شبكات رصد الأمراض المنتقلة و غير المنتقلة** والإنذار عنها قصد التمكّن من الكشف المبكّر عنها و التصدي السريع لها (المادة 36)	لم يكرّس القانون رقم 85-05 أية مادة تخصّ هذه النقطة
إدراج مفهوم الأمراض المنتقلة جنسيا عبر الكشف السّري و المجّاني (المادتان 41 و 42)	مفهوم الأمراض المنتقلة جنسيا لم يكن منتشرا في سنة 1985وبالتالي لم تدرج في القانون رقم 85 -05.
الوقاية من الأمراض ذات الإنتشار الدولي و مكافحتها	
يكرس مشروع القانون قسما **للأمراض ذات الإنتشار الدولي** (المواد من 43 إلى 46) و الذي ينصّ على أنّ طبيب المصلحة هو السلطة الوحيدة المختصّة للقيام بالمراقبة الصحيّة بالحدود (نقطة عبور).	ينصّ القانون رقم 85-05 على المراقبة الصحيّة بالحدود و يسند مهمة المراقبة الصحيّة **لأطباء و أعوان** مصالح المراقبة الصحيّة بالحدود (المادة 58)
الوقاية من الأمراض غير المنتقلة و مكافحتها	
إنشاء **سجلّ** مخصّص لجمع المعلومات المتعلّقة بالمرضى المصابين ببعض الأمراض غير المنتقلة و حفظها و تفسيرها (المادة 49)	لم يكرس القانون رقم 85-05 أية مادة لهذه النقاط
إنشاء لدى الوزير المكلّف بالصحّة، **لجنة وطنية متعدّدة القطاعات** للوقاية من الأمراض غير المنتقلة ومكافحتها(المادة 50)	
مكافحة عوامل الخطر وترقية أنماط حياة صحية	
يكرس مشروع القانون 4 أقسام فرعية مخصّصة: - للوقاية و مكافحة **الإدمان على التبغ و الكحول و المخدرات،** - **ترقية التغذية الصحيّة و ممارسة التربية البدنية و الرياضية.** (المواد من 51 إلى 71)	القانون رقم 85-05 ينصّ فقط على عموميات بخصوص الإدمان على التبغ و الكحول

البرامج الصحية النوعية	
يعتبر المشروع **مكافحة وفيات الطفولة و الأمومة كأولوية** تتطلب إقامة برامج ملائمة (المادة 73). ترقية و تشجيع **الرضاعة الطبيعية** في مشروع القانون. (المادة 74) تضمن الدولة **الكشف و الوقاية من الإعاقات** الممكن تفاديهاعبر إقامة الوسائل المناسبة (المادة 75). يدرج المشروع **الفحص و التحليل الطبي السابق للزواج** و المنصوص عليه إلى حد الآن في قانون الأسرة. (المادة 76)	لم يكرس القانون رقم 85-05 أية مادة لهذه النقاط
يدرج المشروع **حماية المراهقين و الأشخاص المسنين** و ينص على إقامة برامج خاصة. و يدرج، كذلك، **العلاج و الإستشفاء في المنزل** بالنسبة للأشخاص المسنين (المواد من 89 إلى 92).	لم يكرس القانون رقم 85-05 أية مادة لهذه النقاط
ينصّ مشروع القانون على تكفّل الدولة بالحماية الصحية لكل **الأشخاص في وضع صعب** أي : - الأشخاص ذوي موارد غير كافية، - الأشخاص ضحايا الكوارث أو كل حادث إستثنائي آخر، - الأمّهات والنّساء اللاتي هن في حالة نفسية واجتماعية صعبة، - المهاجرون. (المواد من 93 إلى 98)	لم يكرس القانون رقم 85-05 أية مادة لهذه النقاط

تضع الدولة **برنامجا وطنيا للصحّة في الوسط العقابي** من أجل وقاية صحّة المحبوسين و حمايتها و ترقيتها و حفظها والعلاج الاستعجالي والعلاج القاعدي والوقاية من الأخطار الوبائية... و يتولى القيام بهذه النشاطات مهنيو الصحّة في مصالح الصحّة للمؤسّسة العقابية و/ أو في هياكل و مؤسّسات الصحّة. (المادتان 106 و 107). ينصّ مشروع القانون على قيام مصالح الصحّة بإعداد **برامج الوقاية الأولية من الاضطرابات العقلية** و تنفيذها. تساهم هذه المصالح في إعادة التأهيل وإعادة الإندماج النفسي الاجتماعي للأشخاص المصابين باضطرابات عقلية ونفسية، بالتعاون مع المصالح المعنية. (المواد من 108 إلى 110)	لم يكرس القانون رقم 85-05 أية مادة لهذه النقاط
التكفّل بصحّة الأشخاص في الحالات الإستثنائية	
يتكفل مشروع القانون بصحة الأشخاص في الحالات الإستثنائية مثل الكوارث الطبيعية **بإلزام** مصالح الصحة بإعداد مع السلطات المعنية و كل المصالح المؤهلة **مخطط تدخل ونجدة خاص**. ويجب على مصالح الصحّة مسك بطاقية **محيّنة** للأشخاص المختصين الواجب تعبئتهم في حالة كارثة أو حالة إستثنائية و أن تتوفّر على مخزون إستراتيجي من الدم والمواد الخاصّة به ومن الأدوية والأدوات الخاصّة بالإستعجالات الأولية. تتم مراقبة هذا المخزون و تجديده بصفة منتظمة. (المادتان 130 و 131).	لم يكرس القانون رقم 85-05 أية مادة لصحة الأشخاص في الحالات الإستثنائية

حماية المرضى المصابين باضطرابات عقلية أو نفسية	
ينص مشروع القانون على ثمانية (08) أنواع من الهياكل القادرة على ضمان التكفل بالمرضى المصابين باضطرابات عقلية أو نفسية و هي: - هياكل الصحّة القاعدية التابعة للمقاطعة الصحية، - المراكز الوسيطة للصحّة العقلية، - المراكز الوسيطة لعلاج الإدمان، - المؤسّسات الاستشفائية، - المؤسّسات الاستشفائية للأمراض العقلية، - الهياكل التابعة للقطاعات الأخرى المعتمدة أو المرخص لها من طرف وزارة الصحة، - المؤسّسات الإستشفائية الخاصة في إطار العلاج الحر المعتمدة من طرف وزارة الصحة،، - العيادات الخاصّة للأمراض العقلية. (المادة 133)	عكس القانون رقم 85-05 الذي نصّ على ثلاثة (03) أنواع من المؤسّسات فقط: - المؤسّسات الاستشفائية المتخصصة، - مصالح الأمراض العقلية و مصالح إستعجالات الأمراض العقلية في المستشفيات العامّة، - وحدات الشبكات الصحية القاعدية. (المادة 103)
إنشاء **لجنة ولائية للصحّة العقلية** برئاسة قاض بمرتبة رئيس غرفة في المجلس القضائي. تتمثل مهامها في: - دراسة كل طلب صادر عن الوالي أو طبيب الأمراض العقلية للمؤسّسة و الفصل فيه بخصوص إستشفاء مريض مصاب باضطرابات عقلية أو إبقائه بالمستشفى أو إخراجه، - دراسة كل طلب يتقدم به المريض أو ممثلوه أو كل شخص يتصرف لمصلحته و الفصل فيه. (المادتان 140 و 141)	نصّ القانون رقم 85-05 على **لجنة للصحّة العقلية** ذات تشكيلة و صلاحيات أقل

يخضع مشروع القانون الاستشفاء لكامل الوقت في طب الأمراض العقلية للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن **16 سنة** أو تتجاوز **75 سنة** لموافقة اللجنة الولائية للصحّة العقلية. (المادة 137) يكرس حقوقا، خصوصا للأولياء و الممثلين الشرعيين للمرضى المصابين باضطرابات عقلية. (المادة 139) يذكر مشروع القانون أربعة **(04)** أنواع من الإستشفاء للمرضى المصابين باضطرابات عقلية أو نفسية أي: - الإستشفاء في مصلحة مفتوحة، - **الإستشفاء بفعل الغير**، - الإستشفاء الإجباري، - الإستشفاء القضائي. (المواد من 143 إلى 162) يكون كل استشفاء مسبوقا بإجراء الوضع في الملاحظة. ينص مشروع القانون في المادة 168 على الأشخاص الذين ترسل إليهم نسخة من الشهادات التي تبيّن حالة المرضى الخاضعين للاستشفاء الإجباري أي: - الوالي الذي أمر بالاستشفاء الإجباري، - والي الولاية مقر المؤسّسة، - النائب العامّ لدى المجلس القضائي لمقر المؤسّسة.	لم يقيّد القانون رقم 85-05 إستشفاء الشخص الشاب أو المسن في طب الأمراض العقلية. ينص القانون رقم 85-05 على **ثلاثة (03) أنواع من** الإستشفاء للمرضى المصابين باضطرابات عقلية أو نفسية أي: (المواد من 105 إلى 138) - الإستشفاء في مصلحة مفتوحة، - الوضع الإرادي، - الإستشفاء الإجباري.

مهنيو الصحة	
تمّ **توسيع مفهوم مهني الصحة** لكي يشمل مختلف الأسلاك التي تقدّم خدمة صحية أو تساهم فيها. تحدّد **مدوّنة مهنيي الصحّة** عن طريق التنظيم.(المادة 173).	ينصّ القانون رقم 85-05 على أطبّاء و جرّاحي أسنان و صيادلة و أعوان طبيين فقط. (المواد من 197 إلى 227).
ينص مشروع القانون على مختلف أنماط و أنظمة ممارسة مهنة الصحة أي: - **موظّف و متعاقد** في الهياكل والمؤسّسات العمومية للصحّة يحكمهما القانون الأساسي العامّ للوظيفة العمومية، - **متعاقد** في الهياكل و المؤسّسات الخاصة، - **بصفة حرّة**.(المادة 175)	ينص القانون رقم 85-05 على الموظّف و الخاص فقط (المادة 201).
ينصّ على فصل لممارسة نشاط التفتيش عن طريق إنشاء، لدى المصالح الخارجية التابعة للوزارة المكلفة بالصحة، سلك مفتّشين مؤهّلين للبحث عن مخالفات القوانين و التنظيمات في مجال الصحّة و معاينتها. (المواد من 198 إلى 204).	يقتصر القانون رقم 85-05 على **تفتيش الصيدلية**.
ينص مشروع القانون على أنّ الدولة تضمن في إطار الخدمة المدنية الوسائل المادية و تضع التدابير التحفيزية الضرورية لممارسة نشاط خاضع للخدمة المدنية، لاسيما، في ولايات الجنوب و الهضاب العليا، (المادة 205).	يؤسس القانون رقم 85-05 الخدمة المدنية دون التدابير التحفيزية لتنصيب الممارسين المتخصّصين و ممارسة نشاطهم في الجنوب والهضاب العليا المنصوص عليها في المرسوم.

يلزم الممارسون الطبيون المتخصّصون بتأدية **واجب الخدمة المدنية** في الهياكل و المؤسسات العمومية للصحة قبل: - أن يترشحوا لمسابقة أستاذ مساعد، - أن يلتمسوا توظيفا في هياكل و مؤسسات الصحّة، - أن يمارسوا بصفة حرةً. (المادة 206)	
الممارسة الطبيّة الشرعية	
يحدّد مشروع القانون كيفيات و آليات إنجاز التشريح الطبي الشرعي. يحدّد **الشروط** التي يتمّ فيها **التشريح، لهدف بيداغوجي و علمي و آجال الحفاظ على جثمان** المتوفي على مستوى مصلحة حفض الجثث (المواد من 207 إلى 215).	يشير القانون رقم 85-05 إلى مادة واحدة فقط تسمح لمهنيي الصحة بتأدية الأعمال الطبية الشرعية (المادة 1/207).
المواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية	
يضع مشروع القانون على عاتق الدولة **واجب ضمان** وفرة الأدوية و المواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية الأساسية و السهر على الحصول عليها في كل وقت و كل مكان من التراب الوطني. (المادة 216).	
يدرج مشروع القانون مفهوم **الدواء المقلد** (المادة 220) و ينصّ على عقوبات جزائية لإيجاد حلول لها.	لا يكرّس القانون رقم 85-05 أيّة مادة تتعلّق بهذه النقاط

و ينصّ على إنشاء **لجنة مكلّفة بإعداد قائمة المواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية الأساسية** و تحرير **إستمارة وطنية للأدوية و دستور الأدوية**. (المادة 225).	
يعرّف المؤسسة الصيدلانية و يحدّد مهامها، و التي هي شركة منظّمة حسب الأشكال القانونية المنصوص عليها في القانون التجاري و تكون مديريتها التقنية تحت مسؤولية أحد أو عدّة صيادلة يستوفون شروط التأهيل المهني و الممارسة (المادة 226).	
تضمن المؤسسات الصيدلانية **صنع المواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية و إستغلالها و إستيرادها و تصديرها و توزيعها بالجملة**. (المادة 227).	ينصّ فقط على **توزيع المواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري بالجملة** و التي تضمنها حصريا المؤسسات العمومية و كذا المؤسسات الخاصة المعتمدة (المادة 186)
يعيد مشروع القانون **مفهوم الوصاية** لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بخصوص **الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية** و ينصّ على إنشائها كمؤسسة عمومية ذات تسيير خاص و ذلك طبقا لأحكام القانون رقم 88-01 المؤرخ في 12 يناير سنة 1988. (المواد من 232 إلى 238).	تمّ إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري **كسلطة إدارية مستقلة عن كل وصاية**.
إنشاء **لجنة اقتصادية قطاعية مشتركة** للأدوية، لدى الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية مهمتها تحديد أسعار الأدوية المسجلة (المادة 243).	لا ينصّ القانون رقم 85-05 على هذه اللجنة.

يوجب مشروع القانون ذكر **التسمية المشتركة الدولية** للمادّة موضوع المعلومة و يحدّد معنى **الإعلام العلمي**. (المادة 244). يحدّد مختلف المتعاملين المرخّص لهم القيام بالإعلام العلمي و الإشهار أيّ: المنتجين و المؤسّسات المتخصّصة في الترقية الطبية و المؤسسات العمومية و المرتبط طابعهم بالصحّة العمومية و الجمعيات ذات الطابع العلمي و الإجتماعي. (المواد من 245 إلى 247). يخضع الإعلام العلمي والإشهار لترخيص من الوزير المكلّف بالصحة. (المادة 2/247).	لا يجبر القانون رقم 85-05 (المادة 194) على ذلك. يقدّم القانون رقم 85-05 هذه الصلاحية لوكالة الدواء(المادة 194).
ينص مشروع القانون صراحة على أن الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية تتولى **مراقبة جودة المواد الصيدلانية و** التي تسلّم شهادة المطابقة لحصص الأدوية المصنوعة و المستوردة قبل كل توزيع أو تقديم (المواد من 251 إلى 253) .	ينص القانون رقم 85-05 على أن مراقبة المواد الصيدلانية تعتبر مهمة المؤسسات المؤهلة في هذا المجال(المادة 193 مكرر 3).
يدرج مشروع القانون مفهوم **الصيدلية الاستشفائية** و يحدّد مهامها. و يلزم كل المؤسسات العمومية و الخاصة للصحة أن تتوفر على صيدلية استشفائية يسيرها صيدلي (المواد من 256 إلى 258).	لا يكرّس القانون رقم 85-05 أيّة مادة تتعلّق بهذه النقاط

يعرّف الصيدلية و يبيّن أنّ الصيدلي هو المالك و المسيّر الوحيد للمحل التجاري. و يمكن أن يساعد الصيدلي صيدلي مساعد أو عدّة صيادلة مساعدين (المادتان 259 و 260).	لم يكرّس القانون رقم 85-05 أيّة مادة تتعلّق بهذه النقاط.
يدرج مشروع القانون أحكاما متعلقة **بمخابر التحليل الطبي** تحدّد تعريفها و شروط فتحها و تحيل مراقبتها التي تضمنها المصالح المختصة للوزارة إلى التنظيم. (المواد من 261 إلى 267). يدرج أحكاما حول **هياكل الدم** و نشاطاتها و كذا المقاييس المطلوبة في مجال نشاط نقل الدّم.(المواد من 268 إلى 274)	لم يشير القانون رقم 85-05 إلى هذه النقطة التي تمّ تنظيمها بموجب قرار. لم يكرّس القانون رقم 85-05 أيّة مادة تتعلق بهذه النقطة.
تنظيم المنظومة الوطنية للصحة و تمويلها	
تنظيم المنظومة الوطنية للصحة	
يرتكز **تنظيم المنظومة الوطنية للصحة** و سيرها على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية والخدمات الصحية. تتولى **المنظومة الوطنية للصحة** التكفّل بأحواض سكانية على المستوى الوطني مع الأخذ في الحسبان تسلسل العلاج و تكامل نشاطات المؤسّسات المنظمة في شكل شبكة أو في أي شكل آخر من أشكال التعاون (من المادة 275 إلى المادة 278).	

يدرج مشروع القانون مبدأ " المصالح الخارجية " لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و التي يحدّد تنظيمها و مهامها و سيرها عن طريق التنظيم (المادة 278).	ينصّ القانون رقم 85-05 على أنّ المنظومة الوطنية للصحة تتميّز بمصالح صحية لامركزية مقسّمة في شكل قطاعات و متسلسلة (المادة 5). و المجسّدة بإنشاء مديرية الصحة و السكان بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-261.
الخريطة الصحية و مخطّط التنظيم	
ينص مشروع القانون على تعريف الخريطة الصحية و أهدافها. تشكّل الخريطة الصحية المخطّط التوجيهي الصحّة. و تهدف إلى: - التنبؤ بالتطوّرات الضرورية، قصد تكييف عرض العلاج، - تلبية حاجيات الصحّة بطريقة فضلى، - تحديد تنظيم منظومة العلاجات، - تحديد شروط ربط مؤسّسات الصحّة بالشبكة. تحدّد الخريطة الصحية موقع المنشآت الصحية وطبيعتها وأهميتها بما فيها التجهيزات وكذا نشاطات العلاج،..... تعد الخريطة الصحيّة و تقيّم و تحيّن، دوريا. (المواد من 279 إلى 281). و يحدّد كذلك أهداف **مخطط التنظيم الصحي** و ينص على إنشاء مخطط وطني ومخططات جهوية للتنظيم الصحي	يحدّد القانون رقم 85-05 تعريف الخريطة الصحيّة لوحدها (المادة 6).

15

هياكل و مؤسسات الصحة	
ينصّ مشروع القانون على أن كل إنشاء هياكل و مؤسسات صحية و كذا المؤسسات التي تساهم في الصحة و هيئات الدّعم ، يتمّ وفقا للإحتياجات الصحية للسكان وضرورات التطور و الطابع لاجتماعي و الاقتصادي لمختلف مناطق التراب الوطني والمعايير المحددة في إطار الخريطة الصحية و مخطط التنظيم الصحي.	
و يحدّد صراحة مهام وواجبات هياكل و مؤسسات الصحة العمومية و الخاصة و المتمثلة في : - ضمان **علاجات الرعاية التلطيفية** و **الإستشفاء بالمنزل**، - واجب ضمان المناوبة، - **إعداد مشروع مؤسسة**، - **مخطط مسعى الجودة**، - ضمان نشاط التكوين و البحث، - تسهيل بشكل مستمر إمكانية وصول الأشخاص الذين هم في وضع صعب إلى هياكل الصحة. - ضمان تسيير الأرشيف الطبي و حفظه. و يلزم الهياكل الصحية بإعداد **ملف طبي وحيد معلوماتي** لكلّ مريض.(المواد من 289 إلى 306).	لم يكرّس القانون رقم 85- 05 أية مادّة تتعلق بهذه النقاط

16

وينصّ على إنشاء **لجنة الصلح والوساطة** في كلّ مؤسسة صحية مكلفة بـ: - السّهر على إحترام حقوق المرضى و المرتفقين، - المساهمة في تحسين الاستقبال و جودة التكفل الطبي. تحدّد تشكيلة و كيفيات سير هذه اللجنة عن طريق التنظيم (المادة 306)	هذه اللجنة غير مكرّسة في القانون رقم 85- 05.
ينصّ مشروع القانون على طبيعة قانونية جديدة لمؤسسات الصحة العمومية التي هي مؤسسات **عمومية ذات تسيير خاص و ذات طابع صحي** مزودة بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و كذا مختلف **أصناف المؤسسات:** - المركز الإستشفائي الجامعي ، - المؤسسة الإستشفائية المتخصصة، - المقاطعة الصحية، - مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة(المادتان 307 و 308). تخضع مؤسسة الصحة العمومية **في مجال التسيير المالي و المحاسبي** إلى: - **المحاسبة العمومية** بالنسبة لنفقات المستخدمين، - **النظام المحاسبي المالي** بالنسبة للنفقات الأخرى.(المادة 312).	تكرّس النصوص التطبيقية المتخذة تطبيقا للقانون رقم 85-05، القانون الأساسي كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري لمختلف مؤسسات الصحة العمومية باستثناء بعض المؤسسات الاستشفائية المنشأة على شكل مؤسسة ذات طابع خاصّ

و تخضع كذلك **في مجال مراقبة النفقات** إلى: - **المراقبة المالية المسبقة** بالنسبة لنفقات المستخدمين التي يحكمها القانون الأساسي العامّ للوظيفة العمومية. (المادة 313) - **المراقبة البعدية** بالنسبة للنفقات الأخرى. و يحدّد الموارد المالية للمؤسسة. ينصّ على أنّ تفحّص حسابات المؤسسة العمومية للصحة ويتم التصديق عليها من طرف محافظ حسابات يتمّ تعيينه طبقا للتشريع و التنظيم المعمول بهما. (المادة 314)	
الهياكل و المؤسسات الخاصة للصحة	
يكرس مشروع القانون قسما كاملا للتعريف بمختلف الهياكل و المؤسسات الخاصّة للصحة التي هي: - المؤسسات الاستشفائية الخاصة، - المؤسسات الخاصة للعلاجات و/أو التشخيص، - هياكل الممارسة الفردية، - هياكل الممارسة الجماعية، - الصيدليات، - مخابر التحاليل الطبية، - الهياكل المعتمدة للنقل الصحي. (المادة 318)	ينص القانون رقم 85-05 في المادة 208 أنه يتم ضمان نشاطات الصحة الممارسة بشكل خاص في: - المؤسسات الاستشفائية، - عيادات الاستشارة و العلاج، - عيادات طب الأسنان، - صيدليات، - مخابر التحاليل الطبية، - البصاريات الطبية و النظارات، - الزمامة الطبية.

تمويل المنظومة الوطنية للصحّة	
تضمن الدولة أساسا **تمويل المنظومة الوطنية للصحّة** بعنوان النفقات المرتبطة بأعمال الوقاية و العلاجات القاعدية والعلاجات الإستعجالية و برامج الصحّة و التكوين الطبي لمهنيي الصحّة والبحث و **تضمنه هيئات الضمان الاجتماعي** بعنوان التكفل بمصاريف العلاجات المقدّمة للمؤمّن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم.(المادتان 343 و 344). تساهم المؤسّسات الإقتصادية في تمويل الصحّة في إطار أعمال مبرمجة بعنوان طب العمل. تشارك التأمينات الإقتصادية في تمويل الصحّة بعنوان تعويض مصاريف التكفّل الطبي بالأضرار الجسدية. تحدّد **أعمال العلاجات و نشاطات الصحّة** في هياكل ومؤسّسات الصحّة عن طريق مدونة. و تحدّد تسعيرتها عن طريق التنظيم. (المادة 349). تقيّد، سنويا، **الموارد المعبأة** لتمويل المنظومة الوطنية للصحّة وكذا النفقات المرتبطة بها في شكل حسابات تدعى "الحسابات الوطنية للصحة". (المادة 352).	يحدّد القانون رقم 85-05 فقط الأطراف التي تشارك في تمويل المصالح العمومية للصحة. (من المادة 228 إلى المادة 233).

الأخلاقيات و الأدبيات و البيو أخلاقيات الطبية	
يحدّد مشروع هذا القانون تعاريف الأخلاقيات و الأدبيات والبيو أخلاقيات. تعني الأخلاقيات قواعد الممارسات الحسنة التي يخضع لها مهنيو الصحة في ممارسة مهامهم. إنّ الأدبيات الطبية هي مجموع المبادئ و القواعد التي تحكم مهن الصحة وعلاقات مهنيي الصحة فيما بينهم و بين المرضى. إنّ البيو أخلاقيات هي مجموع التدابير المرتبطة بالنشاطات المتعلقة بنقل و زرع الأعضاء و الأنسجة و الخلايا و التبرع بالدّم و استعمال الدّم ومشتقاته و المساعدة الطبية على الإنجاب و البحث البيو طبي (المواد 353 و361 و 372).	لم يكرّس القانون رقم 85-05 أيّة مادّة تتعلق بهذه التعاريف
ينصّ مشروع هذا القانون على إمكانية إنشاء مجالس الأدبيات الخاصة بمهن الصحة الأخرى عن طريق التنظيم. (المادة 365). ينصّ كذلك على إنشاء **وكالة وطنية لزرع الأعضاء** مكلفة بتنسيق وتطوير نشاطات نزع أو زرع الأعضاء والأنسجة أو الخلايا البشرية و ضمان قانونيتها و أمنها. (المادة 383).	لم يكرّس القانون رقم 85-05 أيّة مادّة تتعلق بهذه النقطة.
و يحدّد كذلك الحقوق التي تتعلّق بالمتبرع بالدم (المواد من 384 إلى 386). يدرج أحكاما تتعلق بالمساعدة الطبية على الإنجاب التي تعتبر نشاطا طبيّا يسمح بالإنجاب في حالة العقم و يحدّد شروط و كيفيات تأدية هذا العمل و الممنوعات المتعلقة بهذه الممارسة (المواد من 387 إلى 394).	لم تتطرق أحكام القانون رقم 85-05 إلى المساعدة الطبية على الإنجاب.

يدرج أحكاما تتعلق بالبحث البيوطبي والذي يتمثل في إجراء **دراسات** على الكائن البشري بغرض تطوير المعارف الوبائية و التشخيصية و البيولوجية والعلاجية وتحسين الممارسات الطبية. و تدعى هذه الدراسات: **"الدراسات العيادية"** (المادة 395). و تخضع لترخيص الوزير المكلف بالصحة (المادة 399). يرخّص الوزير المكلّف بالصحّة إنشاء لدى كل هيكل صحي مختصّ لجنة أو عدّة لجان للأخلاقيات الطبية للدراسات العيادية. يحدّد مشروع القانون الشّروط التي يتم فيها إنجاز الدراسات العيادية (المواد من 401 إلى 420).	يكرس القانون رقم 85-05 ثلاث مواد تتعلق بالقيام بالتجارب على الكائن البشري في إطار البحث العلمي (المواد 2/168، 3/168، 4/168).
أحكام جزائية	
رفع مشروع القانون مبالغ الغرامات المنصوص عليها في الأحكام الجزائية التي تواكب الوضع الحالي. و يدرج مخالفات جديدة و بالتالي عقوبات جزائية جديدة ،لاسيما تلك المتعلقة بـ: - عدم التصريح بالعنف الذي يتعرض له الأطفال و القصّر، - الأمراض ذات التصريح الإجباري، - نزع الأعضاء، - منع النشاطات المربحة المرتبطة بالدم و البلازما ومشتقاتهما ، - إستنساخ أجسام حيّة متماثلة جينيا و انتقاء الجنس، الدراسات العيادية.	

الملحق رقم(06).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

مشروع قانون يتعلق بالصحة

(عرض الأسباب)

يهدف مشروع هذا القانون إلى تحديد الأحكام و المبادئ الأساسية وتجسيد حقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة.

ويرمي، أيضا، إلى ضمان الوقاية و حماية صحة الأشخاص والحفاظ عليها واستعادتها وترقيتها ضمن احترام الكرامة والحرية والسلامة والحياة الخاصة.

و هو يعبّر عن مرحلة مميّزة لمنظومتنا الصحية ضمن المسعى الشامل الذي إعتمدته بلادنا نحو التنمية و التطور الإجتماعي و راحة المواطنين.

و بالفعل، لقد شكلت المصادقة على قانون 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها مكسبا كبيرا سمح للمواطنين من الإستفادة من عروض علاجات متنوعة و متدرجة و وضع منظومتنا الصحية على طريق التنمية و الحداثة.

و لكن ، اليوم، مست تغيرات عميقة كافة نشاطات الحياة السياسية و الإقتصادية و الإجتماعية لبلادنا وطبعت ، بصفة خاصة، قطاعنا الصحي الذي يجب أن يتكيف معها و أن يأخذ في الحسبان ، بالموازاة مع ذلك، متطلبات التنظيم الدولي في مجال الصحة و كذا التطورات المتزايدة ذات الصلة بالتقدم التكنولوجي العلمي في مجال الطب.

وعيا منها بالضرورة الأساسية التي تقتضيها حماية صحة المواطنين و ترقيتها ، كرّست الجزائر، على غرار العديد من البلدان، الحق في الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان في الدستور الذي يؤكد بوضوح التزام الدولة بضمان الحق في حماية صحية لكل المواطنين وضمان الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمتوطنة، وهذا فضلا على إلتزاماتها المتعلقة بحماية الأسرة و ضمان ظروف حياة المواطنين الذين هم في وضعية استحالة القيام بعمل.

و في هذا السياق، تندرج إصلاحات المنظومة الوطنية للصحة و التي تتمحور حول المبادئ الأساسية الآتية:

- مجانية العلاج التي تشكل مكسبا أساسيا، محفوظا و أعيد تأكيده و ملفتا على كل المستويات،
- شمولية العلاج والمساواة في الحصول عليه و مجانيته،
- التضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية للصحة،
- تسلسل الهياكل والعلاج،
- اللامركزية والعمل القطاعي المشترك،
- التقييم والمراقبة.

و لذلك، تؤسس الدولة سياستها و منظومتها الوطنية للصحة على مبادئ حماية الصحة والوقاية وترقيتها بإشراك كل المؤسسات و المجتمع المدني في الوقاية من الإصابات الطبية بأفضل حصول على التشخيص و العلاج و الخدمات ذات الجودة التي تفرضها حالتهم الصحية.

غير أن تنفيذ هذا الحق يطرح مسألة التوازنات الضرورية الواجب تحقيقها بين تخصيص الموارد و الإحتياجات الواجب تلبيتها، الأولويات الواجب إقامتها و المساواة في الحصول على العلاجات وإستمرارية الخدمة العمومية و فعاليتها.

بالإضافة إلى المتطلبات المتعلقة بالإصلاحات التي يفرضها تطور الوضع الوطني والعالمي، هناك المتطلبات الصحية المرتبطة بالتغير الديموغرافي، لا سيما زيادة الفئة السكانية البالغة أكثر من 60 سنة من العمر.

علاوة على ذلك، فقد كانت للوضع الوبائي المتميز بتدهور الظروف البيئية المرتبطة بالتصنيع و التعمير و نمط الحياة والتغيرات السلوكية للسكان نتائج سلبية تمثلت في زيادة حدوث الأمراض غير المنتقلة.

وبالرغم من الضغوطات المتعددة التي عرفتها، تمكنت المنظومة الوطنية للصحة من تحقيق تقدم ملموس في مجال المنشآت القاعدية والتجهيزات والتكوين ووفرة المستخدمين والحصول الواسع على الخدمات الصحية. و قد دعمت هذه الجهود عبر مساهمة القطاع الخاص الذي يسجّل تطورا و يتبوأ مكانة أكبر في المنظومة الوطنية للصحة.

و عليه، لقد كانت نتيجة هذه التطورات تبن
التي بالإضافة إلى تلك المنجزة من طرف
الشغل و الضمان الإجتماعي والسكن سمحت
معدّل العمر و إنخفاض وفيات الأمومة والطف

غير أنّ هذه التطورات يترتب عنها، في نفس
البحث عن مصادر جديدة في مجال الموارد.

إنّ تمويل الصحّة، أساسا، من طرف الدولة
التوازنات الضرورية لأنّه أصبح من الصعب ت
نظرا للمعطيات الديموغرافية و الوبائية.

و إذا كان لا يمكن الإعتماد، في المرحلة الر
الصحّة، فإنّ تلبية الإحتياجات الصحية تقتض
مع تحسين نوعية و فعالية الخدمات الصحية.

إنّ هذا الهدف يقتضي تكوين وتقييس الموارد
الذي سيسمح بإشتراك قدرات القطاعين العمو
الصحية غير الكافية. و يتعلّق الأمر كذلك بتد
أكثر و جعلها ذات نجاعة أكبر و استغلال أف
قصد التكفّل بالمواطنين في أحسن الظروف.

و هو الهدف الذي يرمي مشروع هذا القانون إل

- تدعيم، في إطار مجانية العلاج، حق
بالنسبة للأشخاص المصابين باضطرا
الوساطة و المصالحة،
- تطوير التنظيم الصحي عبر إقامة الخر
- دعم دور القطاع الخاص كقطاع تكميل
- تنظيم النشاطات الطبية التي ستكو

و تسلسلها عبر إدراج الطبيب المرجعي

- إعادة تهيئة المؤسسة العمومية للصحّة بمنحها القانون الأساسي للمؤسسة العمومية ذات التسيير الخاص،
- تأسيس جهاز لتقييم هياكل و مؤسسات الصحة و التدقيق فيها من خلال إنشاء وكالة وطنية وكذا تدعيم و توسيع سلطات المراقبة و التفتيش،
- تكريس صفة الموظف بالنسبة لمهنيي الصحة في الهياكل و المؤسسات العمومية للصحّة،
- ترقية الممارسات الحسنة للنشاطات الطبية و إلغاء النشاط التكميلي و/ أو المربح،
- التنظيم العقلاني و العادل في أداء واجب الخدمة المدنية،
- عصرنة المنظومة الوطنية للصحّة عبر إدراج أدوات تسيير عصرية و تكنولوجيات جديدة لا سيما إنشاء البطاقة الإلكترونية للصحة و تأسيس الملف الطبي الإلكتروني للمريض،
- إحداث منظومة الإعلام الصحي تدرج المعطيات الصحية و تخطيط و تسيير الموارد البشرية و المادية و المالية تعتمد على التكنولوجيات الجديدة للاعلام و الإتصال،
- إدراج ترتيب يتعلق بأخلاقيات طب الأحياء يضبط القواعد المرتبطة بزرع الأعضاء و الأنسجة و الخلايا البشرية و المساعدة الطبية على الإنجاب والتبرع بالدم و الدراسات العيادية.

ادة على هذه الإصلاحات، ينص مشروع هذا القانون على آليات و ترتيبات أخرى لفائدة تنمية منظومة الوطنية للصحة.

يتعلق الأمر بالوضعية الصحية الحالية التي ستتدعم بفضل مراجعة برامج الصحّة من أجل الوقاية من أمراض المنتقلة و غير المنتقلة.

كما أنّ منح " مهمة الخدمة العمومية" للهياكل و المؤسسات الخاصّة على أساس دفتر أعباء يشكل ة تسمح باستعمال قدرات القطاع الخاص المحلية و عدم اللجوء إلى إستثمار عمومي في مجال نشآت القاعدية تنجز عنه أعباء إضافية للدولة.

وعلاوة على ذلك، فإنّ وضع شبكات العلاج التي أوصت بها منظمة الصحّة العالمية ستسمح سريع و تحسين التكفّل بالمرضى مع تقليص آجال التكفّل و تحسين تشخيص بعض الأمراض.

أمّا الإشتراك في الموارد البشرية و الوسائل المادية و الذي يشكّل آلية حديثة للتكفّل يقتضي اللجوء، إطار تعاقدي، لا سيما إلى التوأمة و الرعاية بين مؤسّسات الصحّة.

وستتوج هذه الإصلاحات بإنشاء مرصد وطني للصحّة يكلّف بتنوير السلطات الصحية حول كل سائل المتعلّقة بالصحّة.

الملحق رقم (07):

Bilan des réalisations du programme de développement

Infrastructure	capacités	Années							Total	Total lits	Localisation
		1999 - 2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
EHU	240 lits	1							1	240	Oran
Hopitaux	240 lits	3			1			2	6	1440	Bechar- Skikda - Ain Temouchent - Chlef - Djelfa - El Tarf
	140 lits	1							1	140	Chérea (Tebessa)
	120 lits	4		1	1	1			7	840	Ain Azel - El Hadjar - Ibn El Ater - Bekhara - Mila - Sidi Bel Abbès - Djelfa
	100 lits	1							1	100	Bourkeggoul (Kouléa)
	80 lits	1							1	80	Djemaa (El Oued)
	70 lits	1							1	70	Ain El Bey (Constantine)
	60 lits	4	1		1	2	2		10	600	Tolga - Naama - Béni Ounifène - El Meghaier (El Oued) - Tizi Ouzou - Mascara - 2 à Bordj Bou Arréridj - 2 à M'sila
Centre Anti Cancer	120 lits	-	1			2		1	4	480	Ouargla - Batna - Sétif - Annaba
Complexe Mère et Enfant	80 lits	4		1	2	2		2	11	880	Relizane - Tlemcen - M'sila - Djelfa - Laghouat - Ouled Djellal - Tamanrasset - Sétif - Ouargla - Tiaret - Mascara
Hopitaux Psychiatriques	120 lits	2	1			3	1		7	840	Sidi Bel Abbès - Mostaganem - Batna - Chlef - Mila - Msila - Tipaza
EHS en Cardiologie Pédiatrique	80 lits					1			1	80	Tizi Ouzou
EHS en rééducation fonctionnelle	45 lits	2							2	900	El Mettlen (Bejaia) - Tessala (Sidi)
Institut du Rein	200 lits	-				1			1	200	Blida
Service de Pédo Psychiatrie		-		1		1			2	60	Tizi Ouzou - Mila
UMC		22	1	14	1	7	10	3	58	1740	
Maternités urbaines	64 lits	5						1	6	384	Batna - El Bayadh - Boumerdès - El Oued - Naama - Adrar
Centre d'Hémodyalise		10	1	1		3	3	2	20	200	
Centres d'Imagerie		1		2	2		1		6		Adrar - Mila - Bouira - Naama -
Polycliniques		186	60	20	33	17	28	35	379		
Maternité rurale	10 lits	-	1			1	3	1	6		
Salles de Soins		326		2		20			348		
CIST		2	12	12	9	7	1	3	46		
Centres de Désintoxication		-	1		2				3		
Antenne IPA		-	3	2		4	1	1	11		
Centres de Transfusion Sanguine		5	2		2	1		1	11		
Maison pour Diabétiques		-			1		1		2		
Station de Contrôle		2				1			3		
SAMU		-				1			1		
Total		583	84	56	55	75	51	52	956	9774	

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

باللغة العربية:

الوثائق الحكومية الرسمية:

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1976.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1989.
3. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1996.
4. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 94-03 مؤرخ في 27 رجب عام 1415 الموافق 31 ديسمبر 1994، يتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية، العدد 87، الصادر 27 رجب عام 1415 الموافق 31 ديسمبر 1994.
5. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 03 ذي الحجة 1393، الموافق 28 ديسمبر 1973، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد الأول الصادرة في 07 ذو الحجة 1393 الموافق 01 يناير 1974.
6. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76-57 مؤرخ في 07 رجب عام 1396 الموافق ل 05 يوليو 1976، يتضمن نشر الميثاق الوطني، الجريدة الرسمية، العدد 61، الصادرة في 03 شعبان عام 1396، الموافق 30 يوليو 1976.
7. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76-79 مؤرخ في 29 شوال عام 1396 الموافق ل 23 أكتوبر سنة 1976، يتضمن قانون الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 101، الصادرة في 27 ذو الحجة عام 1396الموافق 19 ديسمبر 1976.
8. الجمهورية الجزائرية لديمقراطية الشعبية، أمر رقم 76-12 مؤرخ في 20 صفر 1396 الموافق ل 20 فبراير 1976 يتضمن إنشاء مراكز إستشفائية جامعية، الجريدة الرسمية ،العدد 17، الصادرة 27 صفر 1396 الموافق ل 27 فبراير 1976.
9. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 03-04 المؤرخ في 19 جمادي الاولى عام 1424 الموافق 19 يوليو سنة 2003، يتعلق بالقواعد العامة المطبقة على عمليات استيراد البضائع وتصديرها، الجريدة الرسمية، العدد 43، الصادر في 20 جمادي الأولى عام 1424 الموافق 20 يوليو سنة 2003.

10. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 91-25 مؤرخ في 09 جمادي الثانية عام 1412 الموافق 16 ديسمبر سنة 1991، يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65، الصادر 11 جمادي الثانية 1412 الموافق 18 ديسمبر 1991.

11. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 02-11 مؤرخ في 10 شوال عام 1423 الموافق 24 ديسمبر سنة 2002، يتضمن قانون المالية لسنة 2003، الجريدة الرسمية، العدد 86، الصادر في 21 شوال 1423 الموافق 24 ديسمبر 2002.

12. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 98-09 مؤرخ في 26 ربيع الثاني عام 1419 الموافق 19غشت سنة 1998، يعدل و يتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى عام 1405 الموافق ل 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 61، الصادرة في 01 جمادي الأول 1419 الموافق 23 غشت 1998.

13. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادي الأولى عام 1405 الموافق 06 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 08 الصادرة في 27 جمادي الأولى 1405 الموافق 17 فبراير 1985.

14. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 88-15 المؤرخ في 16 رمضان عام 1408 الموافق 03 مايو سنة 1988 يعدل ويتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 18، الصادرة في 17 رمضان عام 1408 الموافق 04 ماي 1988.

15. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 92-276 مؤرخ في 05 محرم عام 1413 الموافق 06 يوليو سنة 1992، يتضمن إنشاء مدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية، العدد 52، الصادر في 07 محرم 1413.

16. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 01-12 مؤرخ في 25 شوال عام 1421 الموافق 21 يناير سنة 2001، يحدد كيفيات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادر في 26 شوال عام 1421 الموافق 21 يناير سنة 2001.

17. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 04-101 مؤرخ في 11 صفر 1425 الموافق أول ابريل سنة 2004، يحدد كيفيات مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل

ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 20، الصادر 14 صفر عام 1425 الموافق 04 افريل 2004.

18. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-104 مؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428 الموافق 09 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر 03 جمادي الأولى عام 1428 الموافق 20 ماي 2007.

19. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 89-11 المؤرخ في أول رجب عام 1909 الموافق 07 فبراير 1989، يحول المعهد التقنوقراطي للصحة العمومية في وهران إلى مدرسة وطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 06 ،الصادرة 02 رجب 1409 الموافق 08 فبراير 1989.

20. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 09-258 مؤرخ في 20 شعبان عام 1430 الموافق 11 غشت سنة 2009، يتعلق بالوكالة الوطنية للدم، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة 25 شعبان 1430 الموافق ل 16 غشت 2009.

21. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 07 ربيع الأول عام 1409 الموافق 18 أكتوبر 1988 يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، الجريدة الرسمية، العدد 02، الصادرة في 08 ربيع الأول 1409 الموافق 19 أكتوبر 1988.

22. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418 الموافق 14 يوليو 1997 يتضمن إنشاء مجالس جهوية للصحة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47 الصادرة في 11 ربيع الأول 1418 الموافق 16 يوليو 1997.

23. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 90-124 مؤرخ في 05 شوال 1410 الموافق 30 أبريل 1990، يحدد صلاحيات وزير الصحة، الجريدة الرسمية، العدد 19 الصادرة في 14 شوال 1410، الموافق 09 مايو سنة 1990.

24. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 23 ربيع الثاني 1389 الموافق ل 8 يوليو 1969 يتعلق بمعالجة السل بصفة إجبارية مجانا، الجريدة الرسمية، العدد 59 الصادرة في 26 ربيع الثاني 1389 الموافق ل 11 يوليو سنة 1969.

25. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القرار المؤرخ في 11 ربيع الأول عام 1409 الموافق 22 أكتوبر 1988، يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها، الجريدة الرسمية، العدد 44، الصادرة في 22 ربيع الأول 1409 الموافق 02 نوفمبر 1988.

الموسوعات والقواميس:

26. بدر إبراهيم، الخالدي شهاب، **معجم الإدارة**. ط1، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2011.

27. جاد الرب، حسام الدين، **معجم المصطلحات السياسية والدبلوماسية والاقتصادية (إنجليزي – عربي)**. ط1، القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع، 2011.

28. هلال، علي الدين، **معجم المصطلحات السياسية**. مصر: مطبعة أطلس، 1994.

29. الكيالي، عبد الوهاب، **موسوعة السياسة**.ج3، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1985.

30. زيتون، وضاح، **المعجم السياسي**. الأردن: دار أسامة ودار المشرق الثقافي للنشر والتوزيع، 2010.

31. سعيفان، أحمد، **قاموس المصطلحات السياسية والدستورية والدولية عربي – إنجليزي – فرنسي**. ط1، لبنان: مكتبة لبنان ناشرون، 2004.

32. عبد الواحد الجاسور، ناظم، **موسوعة علم السياسة**. ط1، عمان: دار مجد لاوي للنشر والتوزيع، 2009.

الكتب:

33. أبو كريم، أحمد فتحي، **الشفافية والقيادة في الإدارة**. ط1، عمان: دار الحامد، 2008.

34. أونيل، باتريك، (تر:باسلي جبيلي)، **مبادئ علم السياسة المقارن**. ط1، دمشق : دار الفرقد للطباعة والنشر والتوزيع ، 2012 .

35. إيه آلموند جابرييل، باويل الإبن وجي بنجهام، (تر :هشام عبد الله)، **السياسات المقارنة في وقتنا الحاضر: نظرة عالمية**. ط1، عمان: دار الأهلية للنشر والتوزيع، 1998.

36. أندرسون، جيمس، (تر :عامر الكبيسي)، **صنع السياسة العامة**. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 1988.

37. الأخضر ليمام سالمة، بارة محمود سمير، **صنع السياسات العامة: دراسة في المفاهيم والمنهجية والبنية حالة الجزائر**. الأردن : دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2014 .

38. بالحاج، صالح، **تحليل السياسة العامة:الديناميكيات والمعارف الأساسية** .ج1، (د ب): بن مرابط للطباعة، 2015.

39. بالحاج، صالح، **النظام السياسي الجزائري من 1962 إلى 1978 السلطة – مؤسسات الاقتصاد والسياسة – الإيديولوجية**. ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث، 2012.

40. باشا، نوال، السياسة الصحية في الجزائر: **اقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحية المقدمة لمريضات القصور الكلوي النهائي**. الجزائر: طاكسيج كوم للدراسات والنشر والتوزيع، 2005.

41. بدراوي حسام، يوسف محسن، **الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة**. الإسكندرية: مكتبة الإسكندرية، 2007.

42. بومغار لطفي، نوران سيد أحمد، **الحركات الاحتجاجية في الجزائر الحقائق والآفاق في الحركات الاحتجاجية في الوطن العربي (مصر، المغرب، لبنان، البحرين، الجزائر، سورية، الأردن)**. ط 2، لبنان: مركز دراسات الوحدة العربية، 2014.

43. بوكبوس، سعدون، **الاقتصاد الجزائري محاولتان من أجل التنمية (1962-1990،1989-2005)**. ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث، 2012.

44. بوضياف، عمار، **الوجيز في القانون الإداري**. الجزائر: دار الريحانة، 1996.

45. بنت آل سعود الجوهر، يوسف ثناء وآخرون، **الثقافة الصحية والصحة المدرسية**. الرياض: دار الزهران للنشر والتوزيع، 2006.

46. براهيمي، عبد الحميد، **في أصل الأزمة الجزائرية 1958-1999** . ط1، بيروت : مركز دراسات الوحدة العربية ،2001.

47. جابي، عبد الناصر، **الحالة الجزائرية في كيف يصنع القرار في الأنظمة العربية دراسة حالة: الأردن، الجزائر، السعودية، السودان، سورية، العراق، الكويت، لبنان، مصر، المغرب، اليمن**. ط1، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2010.

48. جونستون، مايكل، (تر: نايف الياسين)، **متلازمات الفساد: الثروة والسلطة والديمقراطية**. المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر، 2008.

49. جفال عبد الحميد، سيدي دريس عمار، **التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية**. ط1، عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع، 2015.

50. داغر، فيوليت، **حق الصحة من حقوق الإنسان: الحق في الصحة محاولة استقراء للمفاهيم في الوطن العربي**. دمشق: المؤسسة العربية الأوروبية للنشر واللجنة العربية لحقوق الإنسان، الأهالي للنشر والتوزيع، 2004.

51. هيجوت، ريتشارد، (تر :حمدي عبد الرحمان، محمد عبد الحميد)، **نظرية التنمية السياسية**. ط1، عمان: المركز العلمي للدراسات السياسية،2001 .

52. الهزايمة، محمد عوض، **قضايا دولية تركة قرن مضى وحمولة قرن أتى** . ط1، عمان :(ب د ن)، 2005.

53. هلال علي الدين، سعد نيفين، **النظم السياسية العربية قضايا الاستمرار والتغير**.(د د ن)، (د س ن).

54. وودز، نير، (تر:محمد رشدي، محمد سالم) ، **قلاع العولمة :عن صندوق النقد الدولي والبنك الدولي والمقترضين**. ط1، القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2010.

55. حاروش، نور الدين، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**. ط1،الجزائر: (ب د ن)، 2008.

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

57. حاروش، نور الدين، **الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري و الأردني**. ط1،الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع، 2016.

58. حزام والي، خميس، **إشكالية الشرعية في الأنظمة السياسية العربية مع إشارة إلى تجربة الجزائر**. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2001.

59. حسن، خليل، **السياسات العامة في الدول النامية**.ط1، لبنان: النشر دار المنهل اللبناني والتوزيع مكتبة رأس النبع، 2007.

60. ياغي، عبد الفتاح، **السياسة العامة النظرية والتطبيق**. مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2010.

61. الكبيسي، عامر خضير، **السياسات العامة مدخل لتطوير أداء الحكومات**. القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2008.

62. موفق حديد، محمد، **الإدارة العامة: هيكلة الأجهزة وصنع السياسات وتنفيذ البرامج الحكومية**. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007.

63. مزاهرة، أيمن، **الصحة والسلامة العامة**. ط1، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2000.

64. محمد عارف، نصر، **إبستيمولوجيا السياسة المقارنة النموذج المعرفي: النظرية المنهج**. ط1، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2002.

65. مصطفى الحسين، أحمد، **مدخل إلى تحليل السياسات العامة**. ط1، الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2002.

66. ناجي، عبد النور، **النظام السياسي الجزائري من الأحادية إلى التعددية السياسية**.الجزائر: مديرية النشر لجامعة قالمة، 2006.

67. ناجي، عبد النور، **تجربة التعددية الحزبية والتحول الديمقراطي: دراسة تطبيقية في الجزائر**. القاهرة : دار الكتاب الحديث، 2010.

68. ناجي عبد النور، الساحلي مبروك، **مقدمة في دراسة السياسة العامة**. الجزائر: دار العلوم للنشر والتوزيع، 2014.

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

70. نورهان شريف، هبة خليل وآخرون، **فوق الدولة الشركات متعددة الجنسيات في مصر**. ط1، مصر: المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، 2015 .

71. النمس، إيمان، **دور النقابات العمالية في صنع سياسات الحماية الاجتماعية في الجزائر**. (د ب): دار ناشري للنشر الإلكتروني، 2014.

72. نصيرات، فاروق توفيق، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008.

73. ساراشي، رودولفو، (تر: أسامة فاروق حسن)، **علم الأوبئة مدة قصيرة جدا**. ط1، القاهرة: مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، 2015.

74. السيد يسين، محسن يوسف وآخرون، **مرصد الإصلاح العربي: الإشكالية والمؤشرات**. الإسكندرية: مكتبة الإسكندرية، 2006.

75. سلاطنية بلقاسم، سامية حميدي، **العنف في المجتمع الجزائري**. ط1، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2008.

76. سليم العوا، محمد، **الإصلاح والتجديد الأصول والفروع في مستقبل الاصلاح السياسي في العالم الاسلامي خبرات مقارنة مع حركة فتح كولن التركية**. ط1، القاهرة: دار النيل للطباعة والنشر، 2011.

77. عبد الواحد أمين، رضا، **الإعلام و العولمة**. ط1، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2007.

78. عبد القادر علي، علي، **أهداف التنمية الدولية وصياغة السياسات الاقتصادية والاجتماعية في الدول العربية**. الكويت، المعهد العربي للتخطيط، 2003.

79. عبد الرزاق، مدحت قاسم، **الحياة الصحية**. ط1، القاهرة: عالم الكتب نشر وتوزيع وطباعة، 2005.

80. العلواني، عديلة، **تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائرية: نموذج مقترح**. الجزائر: دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع ،2014.

81. عنتر عبد الرحمان، عبد الرحيم، **التنظيم القانوني للصناعة الدوائية على ضوء اتفاقية التريبس**. مصر: مركز الدراسات العربية للنشر والتوزيع، 2015.

82. العنبكي حسن، طه حميد وآخرون، **أصول البحث العلمي في العلوم السياسية**. ط1، الرباط : دار لامان، 2015.

83. عرفة، سيد سليم، **اتجاهات حديثة في إدارة التغيير**. القاهرة : الازبكية، 2012.

84. العشعاشي عبد الحق، مصطفى حوحو، **دور اقتصاد المعرفة في الحد من البطالة حالة الجزائر**. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2016.

85. الفهداوي، فهمي الخليفة، **السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل**. ط1، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2001.

86. فهمي محمود، صلاح الدين، **دور القطاع الخاص في المشاركة المجتمعية تجارب عالمية**. القاهرة: (د، د، ن)، (د، س، ن).

87. صافي، لؤي، **الرشد السياسي وأسسه المعيارية من الحكم الراشد إلى الحوكمة الرشيدة بحث في جدلية القيم والمؤسسات والسياسات**. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2015.

88. القريوتي، محمد قاسم، **رسم و تنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة**. ط1، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، 2006.

89. رمضان العلمي، رياض، **الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، 1988.

90. شيلدبيرغ، تسيتسليه، **دليل المجتمع المدني: حول الارضيات الوطنية للحماية الإجتماعية**. ألمانيا: مؤسسة فريد ريش ايبرت– شتيفتونغ، 2015.

91. شلبي، محمد، **المنهجية في التحليل السياسي: المفاهيم، المناهج، الإقترابات والأدوات**. الجزائر: (ب د ن)، 1997.

92. شعراوي، سلوى، تحليل السياسات العامة في الوطن العربي. القاهرة: مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2004.

93. شريف نورهان، خليل هبة وآخرون، **فوق الدولة الشركات متعددة الجنسيات في مصر**. ط1، مصر: المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، 2015.

94. تومي، عبد الرحمان، **الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر الواقع والآفاق**. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع، 2011.

95. الخزرجي محمد، ثامر كامل، **النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة: دراسة في إستراتيجية إدارة السلطة**. ط1، الأردن: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، 2004.

96. خضري، ياسين، **دليل تقييم الحوكمة الرشيدة في القطاعات الخدمية تطبيق على قطاعات الرعاية الصحية الأولية والتعليم الأساسي ومياه الشرب والصرف الصحي**. مصر: مركز العقد الاجتماعي، 2014.

المقالات:

الدوريات (سلسلة):

97. الزايد، أحمد، "مؤشرات قياس فاعلية السياسات الاجتماعية في مواجهة المخاطر"، سلسلة الدراسات الاجتماعية. العدد 08، 2013.

98. مجلس النواب، لجنة حقوق الإنسان النيابية، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: الحق في الصحة، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، 20 نوفمبر 2008.

99. منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد 05، سبتمبر 2010.

المجلات:

100. أبو عيد رائد أحمد، دراويش عبد القادر، " تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة جنوب الضفة الغربية باستخدام مقياس SERVPERF"، دراسات العلوم الإدارية. المجلد 43، العدد 02، 2016.

101. أحمد عبد العزيز، الطحان جاسم زكريا، " الشركات المتعددة الجنسيات وأثرها على الدول النامية "، مجلة الإدارة والاقتصاد. العدد 85، 2010.

102. الأسطل، محمد، تحديات السياسة الصحية في فلسطين مابين النظرية والتطبيق، مجلة سياسات. العدد 02، 2007.

103. بابا مسلم، علي، " محاولة تأصيل مفهوم الإصلاح السياسي"، دفاتر السياسة والقانون. العدد 09، جوان 2013.

104. بودي عبد القاد، عمر بن جيمة وآخرون، " تشخيص البطالة في الجزائر دراسة ميدانية لمنطقة بشار"، حوليات جامعة بشار. العدد 11، 2011. بومعراف، الياس، " تقييم الكفاءة التشغيلية لقطاع الرعاية الصحية الوطنية دراسة تطبيقية"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية. العدد 15، جوان 2015.

105. بوعزارة، أحلام، " الاتجاهات الجديدة لنهج التنمية البشرية"، مجلة المؤسسة. العدد 04، 2015.

106. بوفليح، نبيل، " دراسة تقييمية لسياسة الإنعاش الاقتصادي المطبقة في الجزائر في الفترة 2000-2010"، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. العدد 09، 2013.

107. بوفليح، نبيل، " موقع التنمية البشرية ضمن الإصلاح الهيكلي"، مجلة الباحث. العدد 02، 2003.

108. بطاهر، علي، " سياسات التحرير والإصلاح الاقتصادي في الجزائر"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا. العدد 01،(د س).

109. بطيب، نريمان، " الحوكمة المحلية في الخطاب السياسي الجزائري واقع ورهانات"، مجلة العلوم السياسية والقانونية. العدد 02، مارس 2017.

110. بلوم، دفيد، " تنظيم وإدارة الصحة العالمية" في الحوكمة العالمية من المسؤول عنها، مجلة التمويل والتنمية. العدد 04، المجلد 44، ديسمبر 2007

111. بلوم ، ديفيد،" شكل الصحة العالمية " في المعركة من أجل الصحة العالمية ، مجلة التمويل والتنمية. صندوق النقد الدولي، العدد 51، ديسمبر 2014.

112. بن حميدة، حليمة، " واقع التنمية الصحية في الجزائر"، مجلة شؤون اجتماعية. العدد 127، 2015.

113. براحو، فاقة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر واقع و آفاق، مجلة دراسات إستراتيجية .العدد السادس، جانفي 2009

114. براحو، سهيلة، " المنظومة الصحية في غياب الحكم الراشد"، مجلة دراسات إستراتيجية، العدد 09، ديسمبر 2009.

115. جا شيخة، جوان جوجو، "عناصر الحوكمة"، مجلة التمويل والتنمية. المجلد 51، العدد 02، 2014.

116. جباري، شوقي، " تدويل أعمال الشركات المتعددية الجنسيات بين المكاسب والمخاطر على الدول النامية "، مجلة دراسات اقتصادية. العدد 01، 2014.

117. جلال عواد، منى، " مفردات السياسة العامة منهجية جديدة في دراسة النظم السياسية"، مجلة العلوم السياسية. عدد خاص بذكرى تدريس العلوم السياسية في العراق، العدد 38-39، (د ت).

118. دادن عبد الغني، بن طجين محمد عبد الرحمان، "دراسة قياسية لمعدلات البطالة في الجزائر خلال الفترة 1970-2008"، مجلة الباحث. العدد 10، 2012.

119. دباغي، سارة، " الحكم الراشد كآلية لتحقيق التنمية الاقتصادية"، مجلة فكر ومجتمع. العدد 31، 2016.

120. دهان حميد، خميس، التحديث والإصلاح السياسي في الوطن العربي"، مجلة مداد الآداب. العدد04، (د،س).

121. دحمان محمد علي، بوقناديل محمد، " تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة"، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية. العدد02، 2016.

122. ولاد زاوي، عبد الرحمان، " واقع التسويق الدوائي الأخضر في مجمع صيدال الجزائر"، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. العدد12، 2014.

123. زرمان، كريم، " التنمية المستدامة في الجزائر من خلال برنامج الإنعاش الاقتصادي 2001-2009"، مجلة أبحاث اقتصادية. العدد 07، جوان 2010.

124. زغاشو، هشام، صنع السياسة العامة من منظور توزيع السلطة وعلاقتها بالرأي العام في الأنظمة المفتوحة، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية. العدد 10، 2015.

125. كليمنس بنيديكت، غوتبا سانجيف، وآخرون، " فاتورة الصحة:التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصاديات المتقدمة لا يرجح أن يدوم"، مجلة التمويل والتنمية.المجلد 51، العدد04، ديسمبر 2014.

126. مداح عرايبي، الحاج، " تنافسية الصناعات الصيدلانية في دول شمال إفريقيا"، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. العدد 09، 2013.

127. مولاي لخضر، عبد الرزاق، "العوامل المحددة لنمو القطاع الخاص بالدول النامية: دراسة حالة الجزائر"، مجلة الواحات للبحوث والدراسات. العدد 09، 2010.

128. مزهودة، عبد المليك، الأداء بين الكفاءة والفعالية مفهوم وتقييم ، مجلة العلوم الإنسانية. العدد الأول، نوفمبر، 2001.

129. الطيب، حسن أبشر، تحليل السياسات العامة، مجلة الإداري. العدد 56، مارس 1994.

130. مسعي، محمد، " سياسة الإنعاش الاقتصادي في الجزائر وأثرها على النمو"، مجلة الباحث، العدد10، 2012.

131. مرغاد لخضر، فطيمة حاجي، إشكالية الفقر في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية. العدد 13، جوان 2013.

132. مغراوي، لقمان، صناعة السياسات الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية . العدد 01، جوان 2014.

133. ناصري، عبد القادر، " الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة قبل سنة من موعد انتهائها"، مجلة المفكر. العدد12،(د،س).

134. سايح، بوزيد، " سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية "، مجلة الباحث. العدد 10، 2012.

135. عباس، وداد، "سياسات مكافحة الفقر: دراسة حالة الجزائر"، مجلة الندوة للدراسات القانونية. العدد 01، 2013.

136. عباس حسين جواد، أرزوقي عباس عبدو، صياغة السياسة العامة: إطار منهجي، مجلة أهل البيت. العدد الأول، (د س).

137. عبد الله، أشرف محمد،" السياسة الأمريكية اتجاه الإصلاح السياسي في الشرق الأوسط. المجلة العربية للعلوم السياسية. مركز دراسات الوحدة العربية، العدد 26، 2010.

138. عبد الله البسام، بسام، "الحوكمة الرشيدة: دراسة حالة العربية السعودية"، مجلة بحوث اقتصادية عربية. العددان 67-68، 2014.

139. عبد الله، علي، "موقع التنمية البشرية ضمن الإصلاح الهيكلي "، مجلة الباحث. العدد 02، 2003.

140. عطاري، إبراهيم، " الانتقال الديموغرافي وتطور بنية الأسر في الجزائر"، مجلة دراسات اجتماعية. العدد 07، جانفي 2011.

141. عيساني، نور الدين، " ظاهرة شيخوخة السكان في الجزائر وعوامل تطورها"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 19، جوان 2015.

142. عماري، عمار، " بعض الملاحظات على التنمية البشرية وسبل النهوض بها"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير. العدد 07، 2007.

143. عرابة، الحاج، " تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية دراسة على عينة المستشفيات"، مجلة الباحث. العدد 10، 2012.

144. فان فكتوريا، غلاسمان أماند، التحول إلى المحلية: الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصاديات الصاعدة والنامية بنقل من الحكومة المركزية إلى الولايات والمدن . مجلة التمويل والتنمية. صندوق النقد الدولي، العدد 51، ديسمبر 2014.

145. الفاتح، محمد عثمان مختار"اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية"، مجلة أماراباك. المجلد 04، العدد 10، 2013.

146. قاضي، نجاة،" دور التعليم في تنمية الرأس المال البشري من أجل الحد من البطالة في الجزائر"، مجلة الاقتصاد الجديد. العدد 11، المجلد 02، 2014.

147. قويد قورين، حاج، " ظاهرة الفقر في الجزائر أثرها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية، البطالة، والتضخم"، المجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. العدد 12، جوان 2014.

148. قسول، أمين، "التأمين الأصغر كآلية لتحقيق أول الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة في الحد كم الفقر المدقع والجوع في البلدان النامية"، مجلة بحوث اقتصادية عربية. العدد 71، 2015.

149. تقارير حول الاقتصاد الجزائري، تقييم مسار الإنعاش الاقتصادي في الجزائر: مقتطفات من تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي، أفريل 1998، مجلة دراسات اقتصادية. العدد 01، 1994.

الرسائل والأطاريح العلمية:

150. آيت عيسى، عيسى، سياسة التشغيل في ظل التحولات الاقتصادية بالجزائر انعكاسات وآفاق اقتصادية واجتماعية. مذكرة دكتوراه، جامعة الجزائر (03)، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2010.

151. برادشة، فريد، الحكم الراشد في ظل الحزب الواحد والتعددية الحزبية، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2014.

152. جيلالي، أمير، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2008-2009.

153. دحمان، ليندة، التسويق الصيدلاني في حالة مجمع صيدال، رسالة دكتوراه، جامعة دالي براهيم الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2009-2010.

154. زان، مريم، الجودة في الخدمات الصحية: دراسة مقارنة بين المؤسسات الإستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2016.

155. لحول، سامية، التسويق ومزايا التنافسية: دراسة حالة مجمع صيدال لصناعة الدواء في الجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2007-2008.

156. ناجي، بن حسين، دراسة تحليلية لمناخ الاستثمار في الجزائر، رسالة دكتوراه، جامعة قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2006-2007.

157. سلطاني، وفاء، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة. أطروحة دكتوراه. جامعة باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،2015 - 2016.

158. فرج، شعبان، الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر دراسة حالة الجزائر 2000-2010، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2011-2012.

المؤتمرات والندوات العلمية:

159. أبو البصل، عبد الناصر، مناهج الإصلاح، ورقة مقدمة إلى مؤتمر مكة المكرمة الثالث عشر المجتمع المسلم الثوابت والمتغيرات، المملكة العربية السعودية، 20-21 أكتوبر 2012.

160. أدريوش دحمان، بوطالب قويدر، فعالية نظام التعليم والتكوين في الدول العربية وانعكاساته على معدلات البطالة في المنطقة دراسة حالة الجزائر، ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي حول أزمة البطالة في الدول العربية، القاهرة، 17-18 مارس 2008.

161. أوصف لخضر، علاوي أحمد، إصلاح المنظومة الصحية كآلية لترشيد الإنفاق الصحي في الجزائر، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015.

162. أقطي جوهرة، مقراش فوزية، " أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول حوكمة الشركة كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 06-07 ماي 2012.

163. بوحنية، قوي، دور المجتمع المدني في تحقيق التنمية الإنسانية، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر واقع وتحديات، جامعة حسيبة بن بوعلي، كلية العلوم القانونية والإدارية، 16-17 ديسمبر 2008.

164. بوضياف، عبد المالك، مداخلة مقدمة في أشغال اليوم البرلماني حول دور ومكانة القابلات في المنظومة الوطنية للصحة، الجزائر: المجلس الشعبي الوطني، 05 ماي 2014.

165. بلوصيف، طيب، مفهوم ومكونات الحكم الراشد، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول الديمقراطية الصاعدة، جامعة ورقلة، كلية الحقوق والعلوم الإقتصادية، ماي 2015.

166. بلعيط أمال، بن قصير إيمان، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015.

167. بن زايد مبارك، بلقايد ثورية، ظاهرة الفقر في الدول العربية : المظاهر الأسباب وسبل العلاج (حالة الجزائر)، مجمع مدخلات الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الإقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة جامعة الجزائر (03)، 08-09 ديسمبر 2014

168. برارمة ريمة، بوهدة محمد، آليات تفعيل القطاع الصحي من أجل تنمية صحية مستدامة، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015.

169. مصطفى، جاب الله، سياسات الإنفاق الصحي ومصادر تمويله: دراسة قياسية لحالة الجزائر، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق،

جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، يومي 24-25 نوفمبر 2015.

170. عامر هواري، قاسم حيزية، السياسات الاقتصادية في الجزائر خلق البطالة ومكافحتها، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول السياسات الاقتصادية الراهنة في الجزائر الواقع والتحديات، جامعة سوق أهراس، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2016.

171. عبو عمر، عبو هودة، جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق التنمية المستدامة، ورقة مقدمة في الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر واقع وتحديات، جامعة الشلف، كلية العلوم القانونية والعلوم الإدارية، 2008 .

172. عدلي،هويدا، فعالية مؤسسات المجتمع المدني وتأثيرها على بلورة سياسة إنفاق للخدمات الاجتماعية، ورقة مقدمة في ندوة حول دولة الرفاه الاجتماعية، الإسكندرية، 28 - 30 نوفمبر 2005.

173. صادق، محمد، كفاءة دور الدولة والتنمية في البلدان العربية دروس الماضي وآفاق المستقبل، أوراق ومناقشات ندوة دور القطاع العام في التنمية، رابطة المعاهد والمراكز العربية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، تونس، 23-25 أفريل 1986.

174. صالحي ناجية، مخناش فتيحة، " أثر برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي والبرنامج التكميلي لدعم النمو وبرنامج التنمية الخماسي على النمو الاقتصادي 2001-2014 نحو تحديات أفاق النمو الاقتصادي الفعلي المستديم"، أبحاث المؤتمر الدولي حول تقييم آثار برنامج الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والاستثمار والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014، جامعة سطيف، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 11-12 مارس 2013.

175. صبري، بلقاسم، الدور الإستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين آدائها. مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة 12-14 مارس 2002.

176. نوي، نبيلة، الحكومة مدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية الإشارة إلى واقع حوكمة النظام الصحي الجزائر، ورقة بحثية مقدمة في إطار أشغال الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر واقع وآفاق، تنظيم جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 24-25 نوفمبر 2015.

177. قطيطات، أحمد، الهبة الديموغرافية في الوطن العربي، ورقة مقدمة في المؤتمر العربي الأول، عمان، 12-13 نوفمبر 2007.

التقارير غير الحكومية:

178. ألدرويك هوغ، فويك سابين وآخرون، نحو مجتمعات سكانية صحية: وضع استراتيجيات لتحسين صحة السكان. قطر، تقرير مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية 'ويش'، 2015.

179. الأمم المتحدة، الأهداف الإنمائية للألفية في المنطقة العربية، 2005.

180. الأمم المتحدة، دور الخدمة العامة كعنصر أساسي في عناصر الحكم الراشد في مجال حقوق الإنسان وحمايتها، تقرير مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، الجمعية العامة، ديسمبر 2013.

181. البنك الدولي، التنمية الصحية: إستراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان، 2008.

182. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، إدارة الحكم لخدمة التنمية المستدامة، وثيقة السياسات العامة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي 1997.

183. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية، تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2009.

184. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم التنوع، تقرير التنمية البشرية 2013، نيويورك 2013.

185. جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون، دور منظمة الصحة العالمية ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية: مسودة إستراتيجية، منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة، مارس 2010.

186. وزارة الصحة العراقية، السياسة الصحية الوطنية 2014-2023، العراق، جانفي 2014.

187. المؤسسة العربية لحقوق الإنسان، تقرير حول التمييز في الصحة الوضع الصحي لدى الأقلية الفلسطينية في إسرائيل، شباط 2009.

188. منظمة الصحة العالمية، توقي ومكافحة الأمراض غير السارية: تنفيذ الإستراتيجية العالمية، جنيف، جانفي 2008.

189. منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى، التقرير الخاص بالصحة في العالم، جنيف، 2008.

190. منظمة الصحة العالمية، ملخص المدن الخفية: الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، جنيف، 2010.

191. منظمة الصحة العالمية، مستقبل تمويل منظمة الصحة العالمية: إصلاحات منظمة الصحة العالمية من أجل مستقبل صحي، جمعية الصحة العالمية، جنيف، ماي 2011.

192. منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية، جنيف، 2014.

193. منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية وبرنامج الأغذية العالمي، حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم: تحقيق الغايات الدولية الخاص بالجوع لعام 2015، تقييم التقدم المتفاوت، روما: منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، 2015.

194. منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، تقرير الأمانة، ديسمبر 2015.

195. مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، المعاهدات الدولية الأساسية لحقوق الإنسان: نيويورك، جنيف، 2006.

التقارير والإحصائيات الحكومية:

196. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، تقرير حول تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، الآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء: نقطة الارتكاز الوطنية الجزائر، نوفمبر 2008 .

197. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء، الأربعاء 27 فبراير 2008- الأحد 07 ديسمبر 2008.

198. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، بيان اجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010.

199. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، اللجنة الوطنية الاستشارية لترقية حقوق الإنسان وحمايتها، التقرير السنوي 2010: حالة حقوق الإنسان في الجزائر، 2011

200. وزارة الصحة، ميثاق الصحة 26-27-28 ماي 1988.

201. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ملخص مستجدات مشروع القانون المتعلق بالصحة، مديرية التنظيم والمنازعات، نوفمبر 2016.

202. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2000، نوفمبر 2001.

بالغة الأجنبية:

En Francais :

Dictionnaires

203. Laurie, boussaguet, Sophie jacquot, Pauline ravinet, **Dictionnaire des politiques publiques**. 3e édition, paris: presse de sciences po, 2010.

Ouvrages

204. Anifowose, Remi, **PUBLIC POLICY ANALYSIS** (3-CREDIT). Abuja: National Open University of Nigeria, School of Arts and Social Sciences, COURSE CODE: POL 317, 2010.

205. Daniel kubler et Jacques de de Maillard, **analyser les politiques publiques**. Presses universitaires de Grenoble, Septembre 2009.

206. Genireys William, Armand colin, **sociologie politique des élite (s)**. collection N. sociologie, 1ere épreuves février 2011.

Articles :

207. Brodaty, Thibault," Evaluation des politiques publiques: trois illustrations dans le champ culturel», culture méthode. 01 novembre 2013.

208. chaoui Farid, Michel Legros autre, « les systèmes de santé en Algérie Maroc et Tunisie Dé fis nationaux et enjeux partagés », les notes Ipemed Etudes et analyses. institut de prospective Economique du monde méditerranéen,N0 13, Avril 2012.

209. Chaoui, Farid, « les systèmes de santé en Algérie un enjeu stratégique, Etat des lieux, enjeux et perspectives », confluences internationales. institut national d'études stratégie globale 2(2015).

210. Cheurfa taous, kaid tlilane nouara, «la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en algérie : enjeux et perspectives », économie et société. N010 ,2014.

211. Fafard, Patrick, "données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique", canada : centre de collaboration national sur les politique publiques et la santé, mai 2008.

212. Snoussi , zoulikha , « marche des médicaments génériques en Algérie : quelle régulation pour quelle promotion » , revue nouvelle économie. n 07, septembre, 2012.

213. Tizio, Stéphane, " ETAT de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable ", mondes en développement. $n^0$127, 3/2004.

214. wadie zerhouni Mohamed, al Alami el fallousse Asma, « vers un marché margrébin de médicament : Algérie, Libye, Mauritanie, Tunisie », construire la méditerranée. institut de prospective économique du monde méditerranée, septembre 2013.

Rapport non gouvernementale :

215. Ministère des Affaires étrangères de la France, "Guide de l'évaluation", Direction générale de la coopération internationale et du développement, Service de la stratégie, des moyens et de l'évaluation, Bureau de l'évaluation, Juin 2005.

216. Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 -2025 document de travail France, avril 25/04/2011.

217. organisation mondiale de la santé(OMS), perspectives politiques de l'oms sure les médicaments : comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutiques national, Genève, 2003.

218. organisation mondiale de la santé(OMS), stratégie pharmaceutique de l'oms : cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003, Genève, 2004.

219. Organisation mondiale de la santé, Recherche sur les politiques et les systèmes de santé manuelle de méthodologie, organisation de la santé ,2013 .

220. BOURDIN, MM JOEL, PIERRE André, et JEAN PIERRE, Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en France. France: sénat session ordinaire de 2003-2004.

Rapport gouvernementale :

221. comité des droits de l'enfant, réponses écrites du gouvernement de l'Algérie a la liste des points, rapport périodique de l'Algérie par le comite des droits de l'enfant 25 aout 2005.

222. Conseil national économique et social, Rapport national sur le développement Humain 2013 -2015. quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie? Algérie.

223. Institut national de santé publique, analyse des causes de décès année 2002, Algérie, novembre 2008.

224. institut Nationale de santé publique, projet tahina Analyse des causes de dérés Année 2002, Novembre 2008.

225. Institut national de santé publique, causes médicales de décès Algérie année 2013, mais 2015.

226. Institut national de la santé publique, registre des tumeurs d'Alger, 1999-2015.

227. laid, Yousef, rapport national sur environnement 2013, institut national de la santé publique, 2013.

228. Le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Rapporte final papfam, 2002.

229. Ministère de la santé et population, Rapporte générale sur l'organisation du système de santé, janvier 1990.

230. Ministère de la santé et population, statistiques sanitaires, année 1998.

231. ministère da la santé de la population et de la réforme hospitalier, rapport final du conseil de la réforme hospitalier, septembre 2003.

232. ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, plan stratégique nationale multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles, direction générale de la prévention et de la promotion de la santé, Alger , 2008.

233. ministère da la santé de la population et de la réforme hospitalier, situation démographique et sanitaire (2000-2014), déraction de la population, juillet 2014.

234. ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, statistiques sanitaire 2013, direction des études et de la planification, mais 2015.

235. ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, santé en chiffres 2014, direction des études et de la planification, janvier 2016.

236. ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, santé en chiffres 2015, direction des études et de la planification, tom 01, juillet 2016.

237. ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier, plan national de réduction de la mortalité maternelle 2015-2019, direction général de la prévention et de la promotion de la santé.

238. office national des statistiques, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2010-2012, n^0 43, 2013.

239. office National des statistiques, Rétrospective statistique 1962-2011, Alger: la direction des publications de la diffusion de la documentation et de l'impression, juin 2013.

240. office national des statistiques, rétrospective statistique 1962-2011, Alger : la direction des publications de la diffusion de la documentation, juin 2013.

241. office National des statistiques, Rétrospective statistique 1962-2011, Alger: la direction des publications de la diffusion de la documentation et de l'impression, juin 2013.

242. office national des statistique, démographique algérienne 2015, n^0 740.

243. office national des statistiques, activité, emploi et chômage, avril 2016, n^0 748.

244. République Algérienne démocratie et populaire, stratégie OMS de coopération avec les pays 2002-2005.

245. République algérienne démocratique et populaire, plan national cancer : nouvelle vision stratégique centrée sur le malade 2015-2019, Algérie, octobre 2014.

Thèses :

246. Kadi, Nowara, le système de santé Algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête dans wilaya de Bejaia. doctorat d'état, université d'Alger, faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, (S-N).

247. Zouantinée, zoulikha, l'accès aux médicaments en Algérie: une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique, thèse de doctorat, université hassiba ben bouali de chelf ; faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, 2013-2014.

Colloques:

248. Bougherbal , Rachid, la transition épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, 2010.

249. Faouzia, chenafi, transition démographique et mouvement Naturel .actes du séminaire National sur la situation démographique de l'Algérie, université d'Oran, 21 et 22 mai 2012.

250. Graba, Abdelaziz, la greffe d'organes de tissus et de cellules : état des lieux et perspectives, journée parlementaire sure la santé, conseil de la nation, 2010.

251. Nadjat, Kadi, Modèle de Transition Démographique en Algérie, actes du séminaire National sur la situation Démographique de l'Algérie, université D'Oran 21 et 22 mai 2012.

252. Tayeb, louadi, élimente d'explication de la fécondité en Algérie, actes du séminaire national sur la situation démographique de l'Algérie. universite d'Oron 21 et 22 mais 2012.

Journaux:

253. Abdelkadir, Remal, système de santé en Algérie. https://abdelkadirre mal .wordpress. Com. date 27/04/2013.

Autres:

254. belhocine Mohammed, bendib Abdelhak, revue a mi-parcours du programme de cooperation Algérie /UNFPA 2012-2014, 23juille-05 October 2014.

255. G. Manasan , Rosario, Eduardo T. Gonzalez and Romualdo B. Gaffud, indicators of good governance: developing an index of governance quality and the LGU level. Discussion paper series n^0 99-04, Philippine institute for development studies, 1999.

256. Jean perrot, vade-mecum de la contractualisation dans le secteur de la santé, organization Mondiale de la santé, Genève, 2007.

257. Lewis ,Maureen, governance and corruption in public health care systems, working paper number 78, center global development, January 2006

257. wadie Zerhouni Mohammed, el Alami el fellousse Asma, vers un marché maghrébin du médicament « Algérie, Libye, Mauritanie, Tunisie », construire la méditerranée, institut de prospective économique du monde méditerranéen, septembre2013.

IN ENGLISH:

Books:

258. Anifouse, Remi, **public policy analysis (3-credit)**, Abuja: National Open University of Nigeria, school of arts and social sciences, course code: POL 317, 2010.

259. A.Spasoff, Robert, **Epidemiologic Methods for health policy.** New York , Oxford University press, 1999.

260. Buse Kent, Mays Nicolas & Walt Gill, Making health policy, England: Open University press 2005.

261. l.greer Scott, Wismar Matthias, figueras josep, **strengthening health system governance: better policies, stronger performance**, England: open university press, 2016.

262. Roudolph Linda, Kaplan Julia others, **health in allpolicies: a guide for state and local governments.** United States of America: copy right public health institute and American public health association, 2013.

Non Govermental Rapports:

263. World Health organization, “primary health care”, report of the international conference on primary health care alma- Ata 6-12 September 1978.

264. World Health organization, governance for health in the 21 st, century 2012.

Articles:

265. B.longest, Beaufort, "Contemporary health policy", Washington, DC: Aupha press, 2001.

266. C. de Araújo Jr.I José Luiz, Romulo Maciel Filho," Developing an operational framework for health policy analysis", Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.1 n^0.3 Recife Sept./Dec. 2001.

267. DAVIES Maggie, MacDowall Wendy, "Health promotion theory", Open University press, New York, 2006.

268. T.Collins, "health Policy analysis: a simple tool for policy makers", journal of the royal institute public health. USA, the George Washington university .April 2005.

269. Walt Gill, Gilson Lucy," reforming the health sector in developing countries: the central rol of policy analysis", health policy and planning 9(4), Oxford University press, 1994.

المراجع الالكترونية:

مقالات علمية بالغة العربية:

270. أحمد الديب، سياسات الصحة ونظم الرعاية الصحية، نقلا عن:

http://www.rosaelyoussef.com/article/22304 ,date 03/03/2017, heur 21:35.

271. أحمد نظيف، كم تنفق الدول العربية سنويا على الرعاية الصحية؟ نقلا عن:

http://raseef22.com/economy/2017/03/31 , date 14-06-2017, heur 14:42

272. بيطام سمير، التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر، مركز الوفاق الإنمائي للدراسات والبحوث والتدريب، نقلا عن

, date 27-07-2017, heur 12 :22.http ://wefaqdev.net/st_ch704.html

273. بيطام سمير، أين وصل الإصلاح في المستشفيات الجزائرية؟، مركز الوفاق الإنمائي للدراسات والبحوث والتدريب، نقلا عن:

http ://wefaqdev.net/art4941.html, date 29-07-2017, heur 18 :39.

274. حسن، بلا، "مدخل لفهم السياسات العامة"، مجلة الكترونية موقع العلوم القانونية، 07 أكتوبر 2012، ص 17، نقلا عن:

http://www.marocdroit.com , date15-02-2017, heur.15 :21.

275. الجيلالي عبد الفتاح، الانفاق العام الاجتماعي ومشكلات تحديد الأولويات، نقلا عن:

http ://www.pidegypt.org/download/enfaq.pdf ,date 2017-04- 03 heur 15 :32.

276. جليلة.ع، الجزائر تحصي 80 ألف عملية إجهاض سنويا- الجريمة السرية تكتسح المؤسسات الاستشفائية وتزيح الضمير المهني، نقلا عن:

http://elmihwar.com/ar/index.php/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%B9/95896.html , date 19-10-2017, heur 16:32.

277. جمال. ل، سميرة. ب، وآخرون، 1900 مليار... والصحة لا تزال مريضة بالجزائر، 29 - 06 - 2009، نقلا عن:

http://www.echoroukonline.com/ara/?news=38610 , date 16-06-2017, heur 02 :09

278. ديموغرافيا الجزائر 2014، نقلا عن

http://www.andi.dz/PDF/demographie , date 03-06-2017, heur 15:04

279. هاني، جهشان، الفساد في القطاع الصحي انتهاك لحق الانسان بالصحة والحياة، نقلا عن:

https://drive.google.com/file/d/0B4nZzrH2xYnvaW9TZTY1c1BaREk/view, date 18-07-2017, 13:02

280. هشام حكمت، عبد الستار، السلطة التشريعية وصنع السياسة العامة في الدول العربية الأردن أنموذجا، نقلا عن:

http://nahrainuniv.edu.iq/ar/node/3148, date 07-03-2017, heur 15:18.

281. ولد بيه خطاري أحمد، ، ولد محمد المصطفى سالم، مكافحة الفقر عن طريق تحسين مؤشرات التنمية البشرية (I.D.H). نقلا عن:

http://elbassair.net/Centre.pdf , date 21/03/2016, heur 16:46.

282. حسين يرقى، عمر علي عبد الصمد، واقع حوكمة المؤسسات في الجزائر وسبل تفعيلها، نقلا عن:

http://dspace.univ-biskra.dz:8080/jspui/bitstream , date 16-07-2017, heur 20 :13.

283. محمد، صالي، نظرية التحول او الانتقال الديموغرافي، نقلا عن

https ://elearn2013.univ-ouargla.dz/courses/DEMOGRAPHIE , date 23-05-2017, heur 18 :25.

284. ماطر نسيم، نظرية التحول الوبائي، نقلا عن:

https ://www.google.dzsVTmQ7JISpI8TbVb3A , heur 14 :16 , date 15-05 2017

285. مرابط الياس، فشل الإصلاحات في المنظومة الصحية افرز مجموعات مصالح اثرت على توجهات القطاع، جريدة الفجر، 10-05-2014، نقلا عن:

http://www.al-fadjr.com/ar/index.php?news=274738?print , date 29-07-2017, 10 :22.

286. ميثم، مرتضى الكناني، دور القطاع الخاص في تطوير الخدمة الصحية، نقلا عن :
http://www.alnoor.se/article.asp?id=172146, heur 14:04, date 15-07-2017.

287. نور الهدى طالبي، البروفيسوران زيتوني وغرانغوتي منتدى النصر: الجزائر رائدة إفريقيا في مكافحة السرطان، جريدة النصر، الأحد 14 جوان 2015. نقلا عن:

http://www.annasronline.com/index.php , date 15-06-2017, heur 16 :25.

288. عابد، سعود، الرؤية الاستراتيجية (المستقبلية) وصور من الواقع، نقلا عن:

http://www.alriyadh.com/531533 ,heur 20:51, date 21-07-2017

289. عمر، مرزوقي، المجتمع المدني والتحول الديمقراطي في الجزائر : إشكالية الدور، نقلا عن:
http://www.caus.org.lb/PDF/EmagazineArticles/mustaqbal_432_marzouki_omar.pdf ,date 02/01/2017, heur :18 :49

290. فوكة سفيان فوكه وبوضياف مليكة، الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية.

http://www.univchlef.dz/uhbc/seminaires_2008/dicembre_2008/com_dic_2008_31.pdf date 10-01-2017. Heur 14 :12.

291. الشديد حسين أحمد سعد، التوظيف الامثل لفرصة التحول الديموغرافي (الهبة الديموغرافية)، نقلا عن:

http ://www.iasj.net/iasj ?func=fulltext&aId=108574 , heur 17 :40, date 15-05-2017.

292. مايكل سبنس ومورين لويس، و آخرون ،الصحة والنمو، البنك الدولي للإنشاء والتعمير، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، 2009، نقلا عن:

http://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960133899724103 5/Growth_Commission_Vol2_Health_Growth_Arabic.pdf date 13 .08.2016 heur 16 :38 .

مقالات علمية باللغة الفرنسية:

293. Khoukha mekalt, brahim brahamia, Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, https://www.google.dz/url? heur 10 :15, date 17-05-2017.

مواقع حكومية:

294. الديوان الوطني للإحصاء، النشاط الاقتصادي والتشغيل والبطالة، سبتمبر 2015، نقلا عن:
http ://www.ons.dz/IMG/pdf/emplar0915.pdf , date 30-05-2017 ,heur 13 :53

295. Office national des statistiques, population-natalité-fécondité et nuptialité. http://www.ons.dz/IMG/xls/mort-mortin15.xls , date 01-11-2016, heur 14:17.

296. ministère de la santé et de population et de réforme hospitalière, http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs , date 18-05-2017. heur 12 :22.

297. office national des statistiques, Elève et étudiants entre 1994-2000. WWW.ONS.DZ/eleves-et ETUDIANTS ENTR,39.html.date 24/12/2016.heure 18:02

مواقع منظمات غير حكومية:

298. منظمة العفو الدولية، الجزائر: يجب مراجعة مشروع القانون المتعلق بالصحة، بيان التداول العام ، 02 جوان 2017. نقلا عن:
https://www.google.dz/url?sa, heur 14 :09 , date 05-07-2017.

ملخص:

" الصحة حق للجميع" هذا المبدأ أضحى حقا أساسيا من حقوق الإنسان، باعتراف المواثيق والعهود والإعلانات الدولية لذا تسعى كل دول العالم لضمانه من بينها الجزائر ويتضح ذلك منذ بداية الإستقلال 1962 إلى غاية اليوم، من خلال مختلف سياساتها الصحية التي تبنتها والتي من خلالها حاولت الإستجابة لمتطلبات كل مرحلة نظرا لخصوصياتها ومراعاة للظروف السياسية والإقتصادية والإجتماعية السائدة، بهدف الوقاية من الأمراض الوبائية المنتشرة، خفض معدل وفيات الأطفال والأمهات، تأمين الخدمات الصحية، التأكيد على الصحة المدرسية وغيرها، لكن التحديات الجديدة التي برزت بالإضافة إلى الإختلالات التي أصبحت المنظومة الصحية الجزائرية تعانيها، والمرتبطة بسوء التنظيم والتسيير ونقص التمويل، في الوقت الذي ارتفع فيه الطلب على الرعاية الصحية بالارتفاع مستوى الوعي لدى الأفراد، الأمر الذي فرض ضرورة الإستجابة له والتي تكرست في تبني سياسة الإصلاح التي عرفها القطاع الصحي، و كان من ضمن أولوياتها ورهاناتها تأكيد الحق في الصحة، من خلال السعي إلى تغطية أوسع مساحة اجتماعية من الخدمات الصحية.

وبهذا نهدف من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على رهانات السياسة الصحية الجزائرية، وعن مدى تحقيقها من خلال تتبع مختلف المراحل التي مرت بها، والأطر القانونية التي أسست لها، ومختلف المبادئ التي ركزت عليها، وكذا الموارد المادية والبشرية والمالية التي سخرت لتجسيدها، والتحديات التي اعترضتها، إضافة إلى دراسة ميدانية لعينة من المرضى في المؤسسات الاستشفائية العمومية عن جودة الخدمة الصحية كأحد رهانات هذه السياسة.

الكلمات المفتاحية: السياسة الصحية، الحق في الصحة، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية، المحددات الصحية.

Abstract:

"Health is the right of all" This principle has become a basic human right by the recognition of international covenants, declarations and Promises. Therefore, all countries of the world seek to ensure that Algeria, including Algeria, is clear from the beginning of independence 1962 until today.

Through the various health policies adopted by them and through which tried to respond to the requirements of each stage in view of their specificities and taking into account the prevailing political, economic and social conditions. With the aim of: Preventing epidemic diseases, reducing the rate and life of children and mothers, providing health services, emphasizing school health and others. But the new challenges that have emerged as well as the imbalances that the Algerian health system has been experiencing. Associated with poor organization, governance and lack of funding, while demand for health care has risen to raise awareness among individuals. Which necessitated the need to respond to him, which was adopted in the adoption of the reform policy of the health sector.Among its priorities and stakes was the affirmation of the right to health by seeking to cover the widest social space of health services .

In this study we aim to identify: the bets of Algerian health policy, on the extent to which they are achieved through tracking the various stages that have passed, and the legal frameworks that established them, the various principles on which it has focused, as well as the material, human and financial resources that have been harnessed to its embodiment, challenges, as well as a field study of a sample of patients in public hospital institutions on the quality of health service as one of the bets of this policy.

Keywords: Health Policy, Right to health, health services, quality of health services, health determinants**.**