



قسم السياسات العامة والنظم المقارنة

دور القطاع الصحي الخاص في تنفيذ السياسات العامة  
الصحية في الجزائر 2019\_2022  
دراسة حالة عيادة الازهر

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات الحصول على شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: سياسات عامة

تحت إشراف الأستاذ:

بن سليمان عمر

إعداد الطالبة:

ساحي شيماء

السنة الجامعية: 2021-2022

## الإهداء

نحمد الله عز وجل الذي وفقنا في اتمام هذا البحث العلمي  
والذي ألهمنا الصحة والعافية والعزيمة فالحمد لله حمدا كثيرا  
إلى من أفضلها على نفسي ولم لا فلقد ضحت من أجلي،  
ولم تدخر جهداً في سبيل إسعادي على الدوام

(أمي الحبيبة)

صاحب الوجه الطيب والأفعال الحسنة، فلم يبخل علي  
طيلة حياته

(والدي العزيز)

إلى أخوتي و أصدقائي وجميع من وقفوا بجواري  
وساعدوني بكل ما يملكون وفي أسعدة كثيرة.

نقول لكم شكرا جزيلا على كل مجهوداتكم.

## الشكر والعرفان

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "من لا يشكر الناس لا يشكره الله"

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف  
"بن سليمان عمر" لما منحه لي من وقت وجهد وتوجيه وإرشاد  
وبدون أن أنسى الشكر أيضا إلى أساتذتي الكرام وإلى كل طاقم  
المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

ولكل من ساهم في تعليبي

وكما أشكر كل من ساعدني ولو بكلمة أو بدعوة صالحة.

## الملخص:

إن صحة الفرد لا شك أنها أعلى شيء لديه لذا تعمل مجمل الدول على ترقية وحماية صحة مواطنيها، بتعبئة الوسائل التنظيمية والمالية والمادية والبشرية المتاحة، قصد بلوغ مختلف الأهداف المرتبطة بالمجال الصحي. هذا ال جانب مشاركة كل الفواعل الأخرى المعنية لاسيما القطاع الخاص الصحي. حيث شهد في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات حيث أصبح موضوع "دور القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية" محل اهتمام عالمي متزايد سعيا من المؤسسات الاستشفائية الخاصة بتقديم خدماتها الصحية بجودة عالية لتحقيق أقصى رضا ممكن خاصة في ظل تخطي ومواجهة كورونا للمرضى.

ويهدف هذا البحث إلى دراسة واقع القطاع الخاص في المؤسسة الاستشفائية الخاصة "وكيف قامت بتكييف خدماتها لتحقيق التغطية الشاملة وزيادة الوعي والاهتمام بالمريض وتلبية حاجياته ومنه تظهر المكانة الفعالة للقطاع الخاص الصحي داخل المنظومة الصحية الوطنية.

الكلمات المفتاحية: السياسة العامة الصحية، القطاع الصحي الخاص، كورونا.

### **Résumé:**

*La sante, est la chose la plus chère qu'un individu possède au Monde, c'est pourquoi tous les pays du monde travaille à mettre en œuvre un système de santé qui protège la santé de leurs citoyens, et cela en mobilisent tous les moyens organisationnels, financiers et humains, afin d'atteindre cette objectif, toute en permettant aux autres acteurs concerné d'y participées activement à la réalisation d'un tel système, et en particulier celui du secteur de santé privée, qui constitue un partenaire de plus en plus important, à la réussite d'une mise en œuvre d'une politique de santé publique. Cette importance vient de la dernière grave évolution dans le monde on a été témoins, avec la pandémie du «corona virus », et qui a orienté le regard des gouvernements vers la nécessité de développé une politique de santé basé sur le service publique et le privé, afin de produire une meilleur qualité de service, satisfaisante aux patients sur tous ceux atteint et dépassé par par le virus corona.*

**Mots clé:** Politique de Santé, Le Secteur de Sante Privé, Virus Corona



مقدمة

تعتبر الصحة حق أساسي للإنسان والرعاية الصحية وسيلة لحماية هذا الحق، الواجب توفيره للفرد بدون أي معوقات أو تمييز. فالنظام الصحي يمثل الإطار الأساسي الذي يضمن الرعاية الصحية ويحدد كفاءتها. وقد اهتمت كل دول العالم بحماية صحة أفرادها وترقيتها لكن بأساليب وأنظمة مختلفة وفقا لما تتوفر عليه من إمكانيات مادية وبشرية مراعية في ذلك خصوصيتها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية. بذلك اختلف النظام الصحي من دولة الى أخرى وإن اشتركت في هدف وهو تحقيق التنمية الصحية. أما الحديث عن المنظومة الصحية في الجزائر لها خصوصيتها التي استمدتها من خصوصية مختلف التغيرات البنيوية السياسية والإقتصادية والإجتماعية والثقافة التي عرفها المجتمع الجزائري والتي تأثر بها، بحيث شهدت المنظومة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات من حيث البناء والوظيفة تحت اسم إصلاحات. وكانت هذه التغيرات عبر مراحل أساسية فالمرحلة الأولى هي مرحلة تسيير الازمة الصحية عشية الاستقلال والناجمة أساسا عن ممارسات نظام صحي استعماري كان قائما على سيادة اللامساواة بين الأهالي والمعمرين الفرنسيين. أما المرحلة الثانية فهي مرحلة شكل فيها الطب المجاني قاعدة أساسية لتقديم الخدمات الصحية. أما المرحلة الثالثة فتميزت بإصلاح القطاع الصحي عن طريق هيكلته ومحاولة تطوير أساليب التسيير والتنظيم، بينما المرحلة الرابعة في مرحلة الإنفتاح على الاقتصاد السوق وفتح المجال امام القطاع الخاص للمساهمة في تدعيم الفعل العلاجي على المستوى الوطني مع اعتماد صبغة جديدة في إدارة المؤسسات الصحية العمومية تماشيا مع متغيرات التي يشهدها المجتمع الجزائري حاليا وبالنظر إلى ما حققته المنظومة الصحية الوطنية وامتلاكها مقومات إيجابية (المنشآت الصحية، المستشفيات، عمال السلك الطبي،...)، والتي انعكست على واقع الصحة العمومية للجزائريين فتحسنت مجمل المؤشرات الصحية كمؤشر أمل الحياة عند الولادة و معدل الوفيات بالنسبة للرضع و الأمهات. ومن خلال استقرار الأوضاع السائدة في الجزائر، وبالرغم من انتشار العديد من المستشفيات العامة والمتخصصة، المراكز الطبية و المستوصفات والمستشفيات الخاصة. فان هناك تباين في مستويات أداء هذه المستشفيات سواء من حيث جودة الخدمات الصحية الطبية لمباشرة او من حيث جودة الخدمات الفنية والإدارية المكملة، خاصة في ظل المستجدات المعاصرة والتحول الوبائي حيث ارتبطت ازمة وباء كورونا بكيفية تعامل القطاع الصحي العام أو خاص بشكل أساسي كونه وباء يتعلق بالصحة حيث أنه فيروس تاجي مستجد من عائلة فيروس كورونا و يجب مكافحته سواء من خلال تجهيز بالمستشفيات والمراكز الصحية لإستقبال الحالات المصابة أو من خلال كوادرفرق التقصي الوبائي، أو غير ذلك من مهن طبية مساندة وكل ذلك يتطلب موارد بشرية كفوءة قادرة على التعامل مع هذه الأزمة.

أهمية الدراسة: إن الموضوع محل الدراسة يكتسب أهمية من جانبين رئيسين هما: الأهمية العلمية والأهمية العملية وسنتطرق لكل جانب على حدى:

الأهمية العلمية: تظهر الأهمية العلمية للسياسة الصحية والقطاع الصحي الخاص ضمن منظومة السياسة العامة في كونها أحد الموضوعات الهامة والمعقدة والذين تناولهما العديد من الباحثين والمختصين في مجال السياسة العامة.

• وتعتبر صحة الافراد ومالها من انعكاساتها سياسية واقتصادية و اجتماعية أحد الموضوعات التي لاقت اهتمام العديد من الهيئات الوطنية والدولية والحكومية والغير الحكومية والمؤسسات التعليمية (الجامعات والمعاهد العلمية المتخصصة) ورجالات السياسة والاقتصاد الذين قاموا بإجراء دراسات واصدار أبحاث ونشرات تختص بمختلف ابعادها وانعكاساتها على مختلف المجالات الحياتية وبهذا الشأن عقدت العديد من المؤتمرات الوطنية والدولية حول أهمية صحة الافراد وتأثيرها بشكل سلبي او إيجابي على حياتهم.

• بالإضافة إلى أن دور القطاع الصحي الخاص في مكافحته تداعيات جائحة كورونا أحد الدراسات الحديثة في العلوم الإجتماعية بصفة عامة ولذلك تعتبر هذه الدراسة جديرة بالاهتمام والدراسة لندرة الدراسات المتخصصة في هذا الموضوع ومحاولة اثراء الدراسات حول هذا الموضوع.

الأهمية العملية: إن السياسات الصحية في الجزائر قطعت أشواطاً كبيرة عبر مراحل زمنية مختلفة وقد بذلت مجهودات كبيرة في هذا المجال من خلال الإنجازات المحققة في الصحة العمومية والعلاج المجاني للمواطن. إلا أن ذلك لم يؤدي إلى معالجة العضلات الصحية في الجزائر والمشاكل المتعلقة برداءة الخدمات المقدمة. وقد تكون بذلك ظهور القطاع الخاص الصحي وفتح المجال للإستثمار الخاص الوطني والأجنبي قفزة نوعية في مجال الصحة والذي من شأنه تدعيم وتطوير السياسات الصحية في الجزائر وهذا ما سيتم تحليله والحكم عليه.

أهداف الدراسة: تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

• من خلال هذه الدراسة يحاول صاحب البحث الإسهام ولو بشكل بسيط في سد الفراغ الناجم عن فقر الدراسات الأكاديمية المتعلقة بموضوع القطاع الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر في ازمة كورونا.

• اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة

- إبراز أهمية القطاع الصحي في كافة المجتمعات عامة والمجتمع الجزائري خاصة معرفة الظروف الصحية في الجزائر والدور الذي يلعبه القطاع الخاص في تدعيم السياسات الصحية وتطوير هذا القطاع ومدى مساهمته في التغطية الصحية للمواطنين المصابين بالكوفيد 19.
- المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية بالجزائر.
- تحقيق الأمن الصحي الذي يعتبره عاملا مهما في تحقيق التنمية المستدامة.
- تزويد الباحثين بمبادرة معرفية تتصل بالواقع المعاش حول الصحة.

أسباب اختيار الموضوع: من اشق الصعاب التي تواجه الباحث هو اختيار الموضوع يصلح لدراسة عامة قد يكون ذلك لأسباب ذاتية كترغبة الباحث في تجسيد فكرة ما او لأسباب موضوعية يعرضها الواقع الاجتماعي فتكون دوافع محفزة على اختيار مواضيع تكون جديرة بالدراسة ويهدف الى المساهمة.

(1) أسباب ذاتية: تكمن الرغبة لتناول هذا الموضوع لتناول هذا الموضوع لما تمثله صحة الافراد من أهمية في المجتمع وما نلاحظه من اختلالات في المنظومة الصحية في الجزائر والجدل الدائر حولها بين الافراد في المجتمع بصفة عامة وأصحاب المهنة بصفة خاصة.

(2) أسباب موضوعية: إن موضوع السياسة العامة الصحية أصبح يشكل مجالا خصبا للباحثين والسياسيين على السواء لحساسية القضايا التي يتناولها وتأثيرها على الحياة اليومية للمواطنين وأضحى اهمالها وعدم التكفل بها يهدد الاستقرار الاجتماعي للدولة. ومع ذلك تفتقر المكتبات لدراسات اكااديمية جادة في هذا المجال خاصة باللغة العربية. مما دفع الباحث ال التعمق في الموضوع المشاركة بجهده المتواضع في هذا المجال للبحث الحساس بعمل ميداني من خلال جمع معلومات أولية من واقع الدراسة التطبيقية على مستهلكي الخدمات الصحية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة الازهر بولاية الجزائر.

#### حدود موضوع الدراسة:

- (1) الحيز الزمني: تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة من 2019 الى 2021 وذلك من خلال ابراز دور القطاع الصحي الخاص في تخطي جائحة كورونا.
- (2) الحيز المكاني: بهدف التعرف على دور القطاع الصحي الخاص في رسم السياسة العامة الصحية في الجزائر ودور هذا الأخير في ظل انتشار الوباء العالمي (كوفيد19) اخترنا تحقيق هذه الدراسة للعيادة الخاصة الازهر.

إشكالية موضوع الدراسة: وعليه ومن خلال التقديم نطرح الإشكالية التالية:

كيف يلعب القطاع الخاص الصحي دوره في تنفيذ السياسة العامة الصحية في الجزائر اثناء جائحة كورونا من خلال عيادة الازهر؟

تندرج تحت هذه الإشكالية جملة من التساؤلات الفرعية وهي:

- ما هي مراحل تطور السياسات الصحية في الجزائر، وما واقع المنظومة الصحية؟
- كيف تعامل القطاع الصحي الخاص في خدماته مع انتشار جائحة كورونا؟
- كيف استجاب القطاع الصحي الخاص لقرارات السياسة العامة للحكومة اثناء الجائحة؟

فرضيات الدراسة:

تعتبر الفرضيات تكهنات مسبقة حول الموضوع يضعها الباحثون لمعرفة الصلات بين النتائج والأسباب لتأتي خطوات الدراسة لتثبيتها او تنفيذها وعليه نبي دراستنا هذه على جملة من الفرضيات نحاول من خلالها تقديم تخمينات ومواقف مبدئية حول موضوع دراستنا:

- تأثرت السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر
- كلما كان القطاع الخاص أكثر استجابة لقرارات الحكومة كلما ادى ذلك الى تدعيم السياسات الصحية.

- كلما كان القطاع الصحي الخاص أكثر استقلالية ساهم ذلك في تخطي جائحة كورونا.

أدبيات الدراسة:

(1) الكتب:

أولاً: نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر، دار الكتامة للكتاب، 2007.

كتاب خاص بإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر قام فيه الكاتب بتحليل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2007 لمعرفة البرامج والسياسات المسطرة ومعرفة النتائج ومقارنتها بالإمكانيات المتوفرة بعد عرض لمختلف المراحل التي عرفتها الأوضاع الصحية في الجزائر ليصل الكاتب إلى استنتاجات أهمها الرهانات التي رفعتها الخلفية الأيديولوجية لصناع السياسات الصحية في الجزائر كان له الأثر على نوعية هذه السياسات.

ثانيا: صلاح محمود ذياب، إدارة الخدمات الصحية، دار الفكر ناشرون موزعون، 2009.

تناول فيه الكاتب المفاهيم الأساسية للإدارة الصحية ووظائفها بشكل مختصر مع التركيز على التخطيط الصحي وأهداف المؤسسات الصحية وركز أيضا على جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مع التوضيح الكامل لجوانب الجودة وتطبيقها في المراكز والمؤسسات الصحية كما بين مفاهيم السلامة المهنية والصحية في المؤسسات والمراكز الطبية مع التركيز على المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها المؤسسات الصحية وكيفية التخلص من النفايات.

ثالثا: خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، عمان، دارالميسرة، 2001.

والذي قادم فيه تحليلا فنيا متخصصا حول السياسة العامة ومرتكزاتها البنيوية، كما أشار الى تحليل السياسة العامة كأسلوب عامي وإطار منهجي للتعامل مع القضايا السياسية وكذا توظيف العام والمعرفة العلمية وتطويرها لخدمة السياسة. والأهم في هذا المؤلف هو تشخيص اهم القوى الفاعلة في صنع السياسة العامة الرسمية وغير الرسمية وكل المتغيرات السيئة التي تدخل في توجب الفاعلية من الثقافة السياسية وظروف اجتماعية.

## (2) الرسائل الجامعية:

أولا: دوناس حفيظة، واقع النظام الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة بالجزائر، دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة، مذكرة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014. في المذكرة الحديث عن القطاع الصحي الخاص وأثره على السياسة العامة الصحية في الجزائر محاولة في ذلك التطرق الى السياسة الصحية ومراحلها وعلاقة القطاع الصحي الخاص بقطاع الصحة العمومي.

ثانيا: حسيني محمد العيد، السياسات العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، 2012/1990. مذكرة ماجستير تطرق فيها صاحبها إلى نشأة وتطور السياسات العامة وتم تناول المداخل النظرية لدراسة السياسات العامة ثم تناول السياسات الصحية ماهيتها وادواتها وأهدافها وفي الأخير وضع التفسيرات النظرية للإصلاحات التي مست السياسة الصحية في الجزائر في فترة ما بين 2012/1990.

ثالثا: زروالية رضا، التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية بحي ببارك أوراج بباتنة، مذكرة ماجستير، تخصص علم الاجتماع الحضري، جامعة الحاج لخضر، باتنة. تطرق صاحبها إلى خلفية السوسولوجية للتحضر والمجتمع الجزائري أيضا تناول الباحث الخلفية المعرفية للصحة تناول أيضا السياسة الصحية في الجزائر من خلال توضيح تعريف السياسة الصحية في الجزائر.

رابعا: خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2009/1990، دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف. مذكرة ماجستير، تخصص السياسات العامة، جامعة الجزائر، تناول فيها الباحث التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر والظروف الصحية التي ميزت الجزائر عبر المراحل أساسية قبل الاستعمار الفرنسي ومرحلة الاستعمار ومرحلة استرجاع السيادة الوطنية ثم التطرق الى مراحل عملية اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر في الفترة الزمنية 2009/1999.

#### مناهج الدراسة:

إن دراسة أي ظاهرة من الظواهر السياسية تعتمد أساسا على توظيف منهج او عدة مناهج من قبل الباحث والتي يراها مناسبة للظاهرة محل التحليل والدراسة، فهو ذلك الطريقة العلمية المنتهجة من قبل الباحث في تحليله ومعالجته لمشكلة معينة، بهدف الوصول الى معرفة اليقينية بشأن موضوع الدراسة وقد اعتمدنا في هذا البحث على المناهج والاقترايات التالية:

**المنهج التاريخي:** كما استعنا بالمنهج التاريخي ويعرفه موريس أنجرس *Maurice Angers* على أساس أنه عملية إعادة بناء الماضي، بتفحص أحداثه انطلاقا من الوثائق والأرشيف<sup>1</sup>. وهو مثل أي منهج آخر يقوم على خطوات بحثية خاصة حيث يعتبر هذا المنهج الحلقة الرئيسية في معظم البحوث العلمية والاكاديمية لما له من أهمية بالغة في تقصي الحقائق التاريخية عن الظاهرة محل الدراسة ومحاولة الاستفادة من تجارب الماضي وصدق من قال بان فهم الحاضر يكون بدراسة الماضي من ثم يمكن التنبؤ بالمستقبل.

**المنهج الوصفي:** هو طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي ومنظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة الوضعية اجتماعية او مشكلة اجتماعية او إنسانية ويعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ووصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها كما أو كيفا.

<sup>1</sup>حسن عثمان، منهج البحث التاريخي، (القاهرة، دار المعارف، ط8، 2000)، ص45.

**المنهج التحليلي:** وهو المنهج الذي يركز على عرض المشكلة ودراسة الحلول التي يمكننا القضاء عليها كلما اقتضت الدراسة ذلك.

**منهج دراسة حالة:** هو منهج يضم جمع البيانات المتعلقة بوحدة معينة سواء كان فردا او مجموعة من الافراد او مؤسسة بحيث تقوم على أساس التعمق في الدراسة وتركز على الموقف الكلي وعلى مجموعة عوامل كما تنظر الى الجزئيات من خلال الكلي الذي يحتويها<sup>1</sup>.

ويتم فحص واختيار الموقف من خلال مجموعة العوامل التي تتصل بسلوك معين في هذه الوحدة وذلك بغرض الكشف عن العوامل التي تؤثر في الوحدة المدروسة او الكشف عن العلاقات السببية بين أجزاء هذه الوحدة ثم الوصول الى تعميمات علمية متعلقة بها وبغيرها من الوحدات الأخرى المتشابهة<sup>2</sup>.

**المنهج الاحصائي:** يعد المنهج الاحصائي من بين المناهج العلمية على الأبحاث السياسية والاجتماعية والتي تهتم بدراسة وتحليل الظاهرة الاجتماعية من الناحية الكمية وهو فرع من الدراسات الرياضية التي تعتمد على جمع المعلومات والبيانات بشأن ظاهرة معينة وتنظيمها وعرضها بيانيا وفيالجداول، وتحليلها رياضيا واستخلاص النتائج بشأنها والعمل على تفسيرها. تستعين بهذا من خلال التطرق للأرقام والاحصائيات الخاصة بالمجال الصحي في الجزائر.

#### اقترابات الدراسة:

**الإقتراب المؤسسي والقانوني:** وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية والدستورية والإجراءات التنظيمية النازمة للسياسات الصحية في الجزائر من خلال تأثير هذه القوانين والإجراءات على سلوك الفاعلين السياسيين في مجال السياسة الصحية. أيضا اجراء دراسة ميدانية لأحد المؤسسات الصحية الخاصة (عيادة الأزهر بولاية الجزائر) التي تلعب في وقتنا الحالي دورا فعالا في التغطية الصحية العامة في الجزائر وذلك بالتعرف على أهدافها وواقع العمل فيها.

<sup>1</sup> فوزي غرابيت، وآخرون، أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، (الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، ط. 2002، ص 38، 39.

<sup>2</sup> أحمد بدر، أصول البحث العلمي ومنهجه، (الكويت، وكالة المطبوعات عبد الله حرمي، ط. 1982، 6)، ص 317.

## أدوات جمع البيانات:

المقابلة: هي الأداة التي اعتمدنا عليها في الجانب التطبيقي كوسيلة لجمع المعلومات، وهي ما يطلق عليها اتصال مواجهة بين طرفين أحدهما الباحث أو القائم بإدارة المقابلة والطرف الآخر هو المبحوث وذلك قصد حصول الأول على المعلومات من الثاني في موضوع معين وهذه المعلومات تخدم الموضوع والبحث.

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 اجراء مقابلات مع شخصيات في قطاع الصحة الخاص ونقابات الصحة.  
صعوبة الدراسة:

- نقص المراجع حول الموضوع السياسة الصحية في الجزائر
- الإنعدام التام للمراجع حول القطاع الخاص، والكورونا في الجزائر نظرا لحدثة نشأته.
- صعوبة الحصول على المعلومات من العيادة الخاصة محل الدراسة.
- صعوبة التواصل مع الإداريين.
- ضيق الوقت.

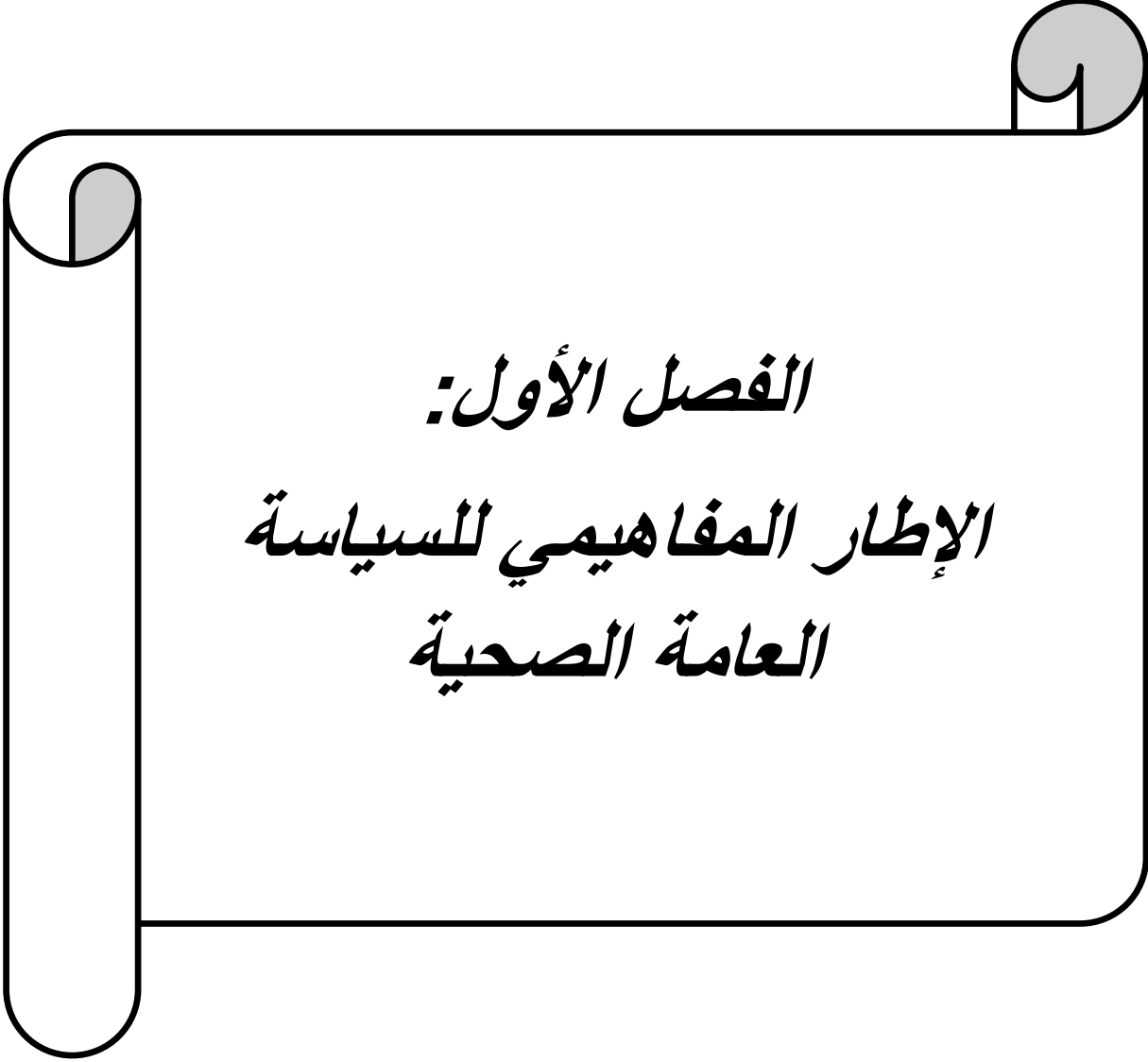
## هيكلية الدراسة:

لدراسة الموضوع ارتأينا ان نقسم الدراسة الى مقدمة وثلاث فصول وخاتمة وفق خطة منهجية بداية من:

(1) الفصل الأول: يركز على الإطار المفاهيمي بتوضيح المفاهيم الاساسية التي يدور حولها موضوع الدراسة وهي: السياسة العامة، الصحة، السياسة الصحية (المفهوم، الأهداف، خصائص، انواع، مستويات، فواعل، اهمية، مبادئ)، بالإضافة إلى تبيان مختلف المراحل التي مرت بها السياسة العامة والسياسة الصحية في الجزائر.

(2) الفصل الثاني: سنتناول فيه تنظيم المنظومة الصحية في الجزائر، وأهم الاختلالات وطرق معالجتها، بالإضافة إلى المفهوم والنشأة، وواقع الدور الذي يلعبه القطاع الصحيالخاص في مجال الصحة العمومية في الجزائر، وأهم انجازاته وتحدياته وأفاقه وعلاقته بقطاع الصحة العمومي.

3) وأما الفصل الثالث: فكان لب الدراسة فحاولنا من خلاله تحليل دور القطاع الخاص الصحي (العيادات الخاصة) في مواجهة فيروس كورونا من حيث تقديم الخدمات والرعاية الصحية للمصابين بالكوفيد19. فتطرقنا إلى مبحثين، المبحث الأول: تناول التداعيات الوبائية لجائحة كورونا على قطاع الصحة في الجزائر، والمبحث الثاني: تناول عيادة الأزهر في ظل جائحة كورونا وادائها الخدماتي أثناء جائحة كورونا.



**الفصل الأول:**  
**الإطار المفاهيمي للسياسة**  
**العامة الصحية**

## تمهيد:

لقد أدركت الحكومات أنها بحاجة ماسة إلى دعم ومساندة شعوبها وخاصة لما تتخذه من قرارات ومختلف الأعمال التي تقوم بها حيث أنها تسعى جاهدة إلى حل مشاكلهم عن طريق مجموعة من البرامج التي تقوم بطرحها والتي يطلق عليها اسم "السياسة العامة" فهي تتميز بشمولية نتائجها لكافة شرائح المجتمع دون استثناء لذا تحتم الاهتمام بصياغتها عن طريق اتخاذ قرارات صارمة ومدروسة جيدا قصد تجنب الوقوع في الخطأ ولتحقيق فرص نجاحها، أصبح صنع القرار يتطلب الدقة والحذر من متخذيهِ وتعتبر السياسة الصحية هي إحدى السياسات العامة التي حظيت باهتمام الكثير من الباحثين والأكاديميين والمنظمات الدولية والإقليمية والمحلية نظرا لارتباط السياسات العامة الصحية بالمقومات الأساسية للمجتمع، ولأن الصحة إلى جانب كونها حق أساسي من حقوق الإنسان وهدف اجتماعي عالمي النطاق بالغ الأهمية لتحقيق التنمية المستدامة ومن غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية من اكتمال الذي هو أداة وغاية التنمية، وذلك أن الفرد المكتمل صحيا هو القادر على الإنتاج ولأول مرة تم التنازل في الاجتماعات بمجلس الأمن والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية، فأصبحت الصحة في هذا الصدد عامل يساعد في الوصول إلى الأهداف التنموية الأخرى، ومن جهة ثانية فإنها هدف تنموي في حد ذاته وإذا كانت الصحة حق أساسي للإنسان والرعاية الصحية وسيلة لحماية هذا الحق الواجب توفيره للفرد بدون أي معوقات أو تمييز، فإن النظام الصحي يمثل الإطار الأساسي الذي يضمن توفير الرعاية الصحية ويحددها.

## الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة العامة الصحية

### المبحث الأول: مدخل مفاهيمي للسياسة العامة

السياسة العامة كغيرها من المفاهيم في العلوم السياسية اخذت حيز كبير من الاهتمام لدى الباحثين والمهتمين في هذا المجال عموماً، هذا ما جعلها تحظى بالعديد من التعاريف على الرغم من ان هذا التعدد له جانب ايجابي لكن لا يخلو من بعض السلبيات مثل اضعاف نوع من الغموض وصعوبة التحكم في المصطلح لان كل منها يعتمد على معيار معين وله وجهة نظر مختلفة عن الاخر وبالتالي اصبح من غير الممكن فهم مصطلح السياسة العامة بعرض تعريف واحد فقط، لهذا سنقوم بتقديم مجموعة من التعاريف لتوضيح مختلف الاتجاهات والزوايا التي تناولت المصطلح.

#### المطلب الأول: نشأة وتطور السياسة العامة مفاهيمها

أولاً: مفهوم السياسة العامة: يقصد بالسياسات العامة وفق قاموس السياسات العامة (*Dictionnaire des Politiques Publiques*) بأنها: "كل ما يقرر الفاعلين الحكوميين فعله من عدم فعله، وما يطبقونه فعلاً وما لا يطبقونه"<sup>1</sup>، وقد عرفها توماس داي: "في هذا الشأن بأن السياسة العامة هي ما تفعله ولا تفعله الحكومة"<sup>2</sup>، وعرفها دافيد إيستون بأنها: "تتجسد في العلاقة بين الوحدة الحكومية وبيئتها"<sup>3</sup>، كما عرفها كارل فريديريك: "يعرفها على أنها برنامج عمل مقترح لشخص أو لجماعة أو لحكومة في نطاق بيئة محددة لتوضيح الفرص المستهدفة، والمحددات المراد تجاوزها، سعياً للوصول إلى هدف، أو لتحقيق غرض مقصود"<sup>4</sup>، وعرفها كذلك جيمس أندرسون بقوله: "السياسة العامة هي برنامج عمل هادف، يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو لمواجهة قضية أو موضوع"<sup>5</sup>، وعرفها ريتشارد

<sup>1</sup> علي بولفعة منال، رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017، أطروحة دكتوراه، (المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2018)، ص 17.

<sup>2</sup> محمد قاسم القريوتي، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، (الكويت، دار المؤلف، 2006)، ص 30.

<sup>3</sup> عفاف بوراس، السياسات العامة الصحية في الجزائر من 1999 الى 2009، مذكرة ماستر، (جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، كلية والعلوم السياسية، 2014)، ص 07.

<sup>4</sup> أحمد براهيم، علي بن طاهر، "مفهوم الأحزاب السياسية ودورها في عملية رسم السياسة العامة"، في: مجلة الأبحاث، م 6، ع 31، 01/02/2021، ص 84.

<sup>5</sup> أحمد براهيم، علي بن طاهر، المرجع السابق ص 84.

هوفير برت: "بأنها مجموعة قرارات يتخذها فاعلون معروفون بهدف تحقيق غرض عام".<sup>1</sup> وعرفها Lee كذلك بأنها: "مجموعة المبادئ التي توجه الأفعال المتصلة بالمجتمع، سواء كان ذلك صراحة عن طريق اصدار تشريعات أو أنشطة أو فعاليات للمؤسسات الحكومية، أو بشكل ضمني مثل السكوت على ممارسات معينة".<sup>2</sup>

بينما عرفها هارولد لاسويل وفق من منظور القوة بأنها: "من يحوز على ماذا؟ وكيف؟ وذلك من خلال نشاطات تتعلق بتوزيع الموارد والمكاسب والقيم والمزايا المادية والمعنوية، وتقاسم الوظائف والمكانة الاجتماعية بفعل ممارسة القوة أو النفوذ، والتأثير بين افراد المجتمع من قبل المستحوزين على مصادر القوة".<sup>3</sup> في حين عرفها (Gabriel Almond) من منظور وظيفي، السياسة العامة هي: "محصلة عملية منتظمة من تفاعل المدخلات (مطالب+دعم) مع المخرجات (قدرات وقرارات وسياسات)، للتعبير عن أداء النظام السياسي في قدرته (الاستخراجية، التنظيمية، التوزيعية، الرمزية، الاستجابية، والدولية) من خلال القدرات والسياسات المتخذة، فالسياسة العامة هي عملية تخضع للتنظيم وليست عشوائية، وتعبّر عن أداء النظام السياسي وطبيعته، كأساس في فهم السياسة العامة وطبيعتها هي الأخرى".<sup>4</sup>

وقد قدم خليفة الفهداوي تعريفا للسياسة العامة أكثر شمولاً 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 (فكراً وفعلاً)، 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 الموارد البشرية، والفنية، والمعنوية، اللازمة، وتمهيتها كمنطلقات نظامية هامة لأغراض التنفيذ والممارسة التطبيقية، ومتابعتها، ورقابتها، وتطويرها، وتقويمها، لما يحسم أو يجسد تحقيق ملموس للمصلحة العامة المشتركة المطلوبة في المجتمع".<sup>5</sup> وعرفها خيرى عبد القوي على أنها: "العمليات والإجراءات السياسية والغير سياسية التي تتخذها الحكومة قصد الوصول إلى اتفاق على تعريف

<sup>1</sup> محمد قاسم القريوتي، المرجع السابق، ص30

<sup>2</sup> محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص30.

<sup>3</sup> عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 07.

<sup>4</sup> بولفة منال، مرجع سابق، ص 18.

<sup>5</sup> فهدى خليفة الفهداوي، السياسة العامة، منظور كلي في البنية والتحليل، (الأردن، دار السير للنشر والتوزيع والطباعة، 2001)، ص38.

المشكلة، والتعرف على بدائل حلها، وأسس المفاضلة بينها، تمهيدا لاختيار البديل الذي يقترح إقراره في شكل سياسة عامة ملزمة تنطوي على حل مرضي للمشكلة".<sup>1</sup>

ثانيا: نشأة وتطور السياسة العامة: لقد عرفت السياسات العامة كحقل معرفي تطورات وتغيرات منهجية ومعرفية، سواء من حيث مداخلها المفاهيمية، أو من حيث مداخلها التفسيرية والتحليلية، ويعود الفضل في ذلك إلى تطور الاتجاهات الفكرية على غرار النظريات البيروقراطية والتنظيمية، والأنماط التسييرية، لاسيما التطورات الفكرية الأوروبية منها والأنجلو سكسونية، خاصة التطورات التي جاءت في فترة الستينات والسبعينات من القرن الماضي، أين أصبح التركيز فيها منصبا أكثر على مخرجات السياسة العامة بدلا من مدخلاتها وعليه مر التطور التاريخي للسياسة العامة على ثلاثة مراحل أساسية نوجزها فيما يلي:

مرحلة ما قبل الحرب العالمية الأولى: نركز خلال هذه الفترة الأولى إلى ما أنتجه الفلاسفة والمفكرين السياسيين الأوائل، إذ كان الاهتمام منصبا على نظم الحكم، المؤسسات، وتحليل المبررات الفلسفية والسياسية للسلطات الحكومية، حيث يمكن إرجاع سبب سطحية الاهتمام بالسياسة العامة خلال هذه الفترة إلى كون علم السياسة كان لا يزال في إطاره الفلسفي والأخلاقي.<sup>2</sup>

مرحلة ما بين الحرب العالمية الأولى والثانية: شهدت هذه المرحلة تطورا نسبيا في المفاهيم السياسية، نتيجة لذلك انتقل الاهتمام من الأطر الفلسفية والأخلاقية إلى التركيز على الأطر المعيارية والقانونية التي تقوم عليها السلطة، ليتجه نحو دراسة المؤسسات الدستورية، وصلاحياتها من خلال المقارنة بين البنى الدستورية والأشكال المؤسسية المترتبة عنها في بلدان أوروبا الغربية، وقد ترتب عن هذا أن كانت المفاهيم المتداولة والنقاشات الفكرية الدائرة حينها، تنحصر في أقسام الحقوق ضمن ما كان يعرف بالحكومات أو الدساتير المقارنة؛ أما مفاهيم السياسة العامة فقد أخذت في التطور خلال ثلاثينيات القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية بعد أزمة الكساد العالمي لسنة 1929، إذ تمحورت النقاشات حينها حول دور الدولة الجديد في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.

المرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية: تميزت هذه المرحلة بتجاوز مفهوم السياسة العامة لا سيما من حيث عملية تحليلها ووضعها والتبصر في أهدافها ومضامينها مع تحديث أساليب تنفيذها في

<sup>1</sup> حسين توفيق ابراهيم، النظم السياسية العربية، الاتجاهات الحديثة في دراستها، (لبنان، مركز دراسات الوحدة العربية، 2005)، ص 32.

<sup>2</sup> أحمد براهيم، علي بن طاهر، المرجع السابق، ص 83.

إطار الامكانيات المتوفرة والمتاحة وجاء هذا التحول في مفهوم السياسة العامة نتيجة لتزايد وتعاضم دور الدول في مختلف شؤون المجتمع.<sup>1</sup>

## المطلب الثاني: أهداف وخصائص السياسة العامة

ارتباطا بما تم تقديمه يمكن عرض خصائص السياسة العامة ومميزاتها عن غيرها من القرارات كالتالي:

1- تتميز السياسات العامة بالعمومية، أي امكانية تطبيقها بشكل متماثل على كافة أفراد المجتمع دون تمييز على اعتبار أنها تمثل سلسلة من الأفعال، والنشاطات، والقرارات الحكومية، والتي تعبر عن توجهات الحكومة الإيديولوجية والسياسية.

2- تتخذ السياسة العامة بالتشاور بين المسؤولين في المؤسسات الحكومية، وبالتنسيق بين المؤسسات الحكومية والمؤسسات الغير الرسمية، لتنتج في النهاية سياسة عامة تعبر عن التشابك والتفاعل بين هذه المؤسسات، وهنا يمكن وصف السياسة العامة على أنها تعبر عن توازن المصالح بين الجماعات والأحزاب والمؤسسات الحكومية.<sup>2</sup>

3- يجب أن تتمتع السياسة العامة بالشرعية، حيث أنها على الرغم من التفاعل السابق ذكره يجب أن تصدر السياسة العامة عن السلطة الرسمية أي عن الحكومة، التي تمتلك صلاحيات صنع السياسات، وسلطة تنفيذها، وإلزام المواطنين بالعمل وفق القوانين والقرارات التي تم إقرارها في المؤسسات التشريعية.

4- يتم تمويل السياسة العامة بمخصصات مالية متعددة ومتنوعة، غالبا ما تكون من الموارد الاقتصادية، وذلك لتنفيذ السياسات العامة.<sup>3</sup>

5- تعبر والسياسة العامة عن سلسلة من النشاطات والقرارات الحكومية الرشيد والعقلانية، أي أنها تعبر عن اختيار البديل الأمثل، من بين عدة بدائل متاحة، لتحقيق المصلحة العامة، وأهدافها المنشودة في ظل الإمكانيات المتاحة، وعليه فإن عملية صنع السياسة العامة تتطلب ترتيب معين للمصالح، وأولاً أخرى تعبر عن ترتيب معين في أولويات المصلحة العامة، وفي الأهداف ال

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص 83.

<sup>2</sup> محمد أحمد حسين، "تحليل السياسة العامة، التطور والمنهجية"، في: مجلة كلية التجارة للبحوث العملية، م. 56، ع 1، يناير 2018، جامعة الإسكندرية، ص 12.

<sup>3</sup> نفس المرجع السابق، ص 13.

وقد يكون اختيار البديل الأمثل على أساس اقتصادي، كأن تأخذ في الاعتبار تكاليف سياسة معينة ومنافعها، أو على أساس سياسي، عن طريق التصويت والتفاعل والتشاور بين صانعي السياسة، وقد يتم الاعتماد على كلاهما، أي على أساس اقتصادي عقلائي وسياسي، بتحليل تكاليف ومنافع كل بديل، وبالتشاور والتفاوض للوصول لأفضل بديل. إذ أن الوصول إلى سياسة عامة ملائمة يعد نجاحا كذلك للحكومة.<sup>1</sup>

6- السياسة العامة هي استجابة حكومية لمشاكل ميدانية، ونتيجة لذلك فهي تعبر عن مطالب المجتمع، وينبغي للسياسة العامة أن تكون ذات مخرجات ملموسة ميدانياً، وليست مجرد وعود غائمة أو معتمة، كأن تعد الحكومة بقرارات بجهود مستقبلية، دون قيامها بأي جهد مباشر، ذلك لأن السياسة العامة هي (وعود+ جهود) أو (قبول + عمل)، من خلال كونها أيضا بلورة لإرادة مجتمعية منظمة حيال مشكلة أو قضية قائمة، تستوجب الاتفاق وتوحيد الاتجاهات لتحقيق ما ينبغي عليها القيام به اتجاه الهدف المطلوب، وتعتمد الحكومة في اتخاذ السياسة العامة على أولوياتها، واهتمامها بالمشكلات التي يريد أفراد المجتمع أن تلتفت إليها الحكومة لتهتم بحلها.<sup>2</sup>

7- السياسة العامة قد تكون غير معلنة أو غير مؤطره بقانون ونظام، أي أن صانعي السياسة العامة بمقدورهم وضع سياسات معينة من خلال عدم فعل أي شيء، وهذا ما ذهب إليه توماس داي حين عرفها بأنها: اختيار الحكومة لما تفعله وما لا تفعله ضمن مجال معين، فما لا تفعله الحكومة يعني بصورة واضحة ما يسمى بسياسة كف الأيدي (*handsoff*)، وبما يدرج فيها ضمنيا في إطار السياسة العامة، بما له من قصدية الفعل والسلوك، ومن تأثير في المجال الاجتماعي، وبغض النظر عن كون السياسة العامة وما يمكن أن توصف به سلبية أم إيجابية، لها تأثير حتمي على المعنيين بها.<sup>3</sup>

8- السياسة العامة تقوم على التنبؤ بالمستقبل لذلك فمن استراتيجياتها، وضع برنامج عمل حكومي على مراحل زمنية مستقبلية، فمنها سياسات قصيرة المدى، وسياسات متوسطة المدى، وسياسات طويلة أو بعيدة المدى، والتي توصف بالسياسات الاستشرافية، لأنها لا تكتفي بالوقت الحاضر بل تمتد للمستقبل.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> نفس المرجع سابق، ص 13.

<sup>2</sup> مفيدة مقورة، السياسة العامة في الجزائر بين الأسس النظرية واليات التطبيق (1989-2017)، أطروحة دكتوراه، (جامعة قسنطينة، كلية العلوم السياسية، 2019)، ص 51.

<sup>3</sup> المرجع السابق، ص 52.

<sup>4</sup> المرجع السابق، ص 53.

عناصر السياسة العامة: وهي مجموعة من العناصر والتي تعتبر مكونات أساسية للسياسة العامة والتي تتمثل فيما يلي:

1- مطالب السياسة: وهي كل ما يطرح على المسؤولين في الحكومة من قبل الأفراد سواء كانوا موظفين أو فاعلين رسميين في النظام السياسي، وذلك قصد التحرك إزاء قضية معينة. أو التوقف عنها في اتجاه معين فالمطالب المطروحة من جانب العامة تولد الحاجة إلى إثارة انتباه للسياسات العامة وبالتالي فهي تعتبر نقطة الانطلاق في عملية صنعها<sup>1</sup>.

2- قرارات (*Policy decisions*): يشير مفهوم القرار إلى كونه عملية المفاضلة بين مجموعة البدائل للتوصل إلى البديل المناسب بشأن موضوع معين، أو هو عمل قانوني نهائي يصدر من سلطة إدارية عامة بإرادتها المنفردة لإحداث آثار قانونية معينة، فالقرارات السياسية هي ما يصدره المسؤولين الحكوميين المخولين بذلك من أوامر وتوجيهات، التي تعبر عن محتوى السياسة العامة، وتشمل الأطر التشريعية التي تتخذ صيغة قوانين، أو أوامر، أو قواعد تنظيمية موجهة لأعمال الإدارة، أو تقديم التفسيرات الإجرائية للعملية القضائية حيال تطبيق القوانين<sup>2</sup>.

3- إعلان محتويات السياسة (*Policy Contents Advertisment*): وهي الخطابات، والإعلانات، والتفسيرات التي تصدرها الجهات الرسمية، والتي تعبر عن وصول المطالب (القضايا والمشاكل)، الاجتماعية إلى الحكومة، وتعبر من خلالها بما تنوي القيام به، وهي تعبير عن السياسة وما تتضمنه<sup>3</sup>.

4- مخرجات السياسة (*Policy Output*): وهي المؤشرات الملموسة الناجمة عن السياسة العامة في ضوء قرارات السياسة والتصريحات التي يلمسها المواطنون من الأعمال الحكومية، ولا تشمل الوعود والنوايا، وقد تكون المخرجات المتحققة، بالسياسة العامة بعيدة أو مختلفة كما يتوقع تحقيقه، وما تنص عليه السياسة نفسها.

5- آثار السياسة (*Policy Impact*): وتمثل الفوائد والنتائج المتحصلة عليها سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة جراء السياسة العامة محددة، والتي تجسد مواقف الحكومة إزاء القضايا أو

<sup>1</sup> ميلود سعديّة، دور القطاع الخاص في رسم السياسات العامة الصحية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة بولاية سعديّة، مذكرة ماستر في العلوم السياسية، (جامعة الطاهر مولاي، سعديّة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2005)، ص 28.

<sup>2</sup> سريبر عبد الله رابح، عملية صنع القرار وتطبيقاته في الإدارة العامة بالجزائر، أطروحة دكتوراة دولة في العلوم السياسية، (جامعة الجزائر، كلية العلوم السياسية والإعلام، 2006)، ص 46.

<sup>3</sup> بولفة منال، المرجع السابق، ص 20.

المشاكل المطروحة، فكل سياسة عامة تم تنفيذها في أرقام معينة، قد تكون لها نتائج إيجابية مصحوبة بمضاعفات، وأثار سلبية تحتاج إلى سياسات عامة جديدة أو مكملية ومعالجة لسابقتها.<sup>1</sup>

**أهداف السياسة العامة:** يكمن جوهر الهدف الأساسي من السياسة العامة في تمكين صانعيها من تخطيط وتنظيم وتوجيه الوسائل والقدرات المتاحة لحل المشاكل العامة، وتحقيق الأهداف العامة المسطرة، وانطلاقاً من هذا الهدف الأساسي القائم على عملية توظيف المعارف والقدرات لتحديد الوسائل والأدوات التي تؤمن تنفيذ الأهداف العامة، يمكننا أن نتوصل إلى عدد من الأهداف المنبثقة عنها:  
**أولاً: تحقيق الأهداف العامة والمصلحة العليا للدولة:** أي أن السياسة العامة تعبر عن أهداف الدولة، والمصالح العليا للبلد، التي تسعى من خلالها لتحقيق كافة أشكال التنمية الاقتصادية والاجتماعية والحضارية، وغيرها. وتتضمن هذه الأهداف العامة ثلاثة أهداف فرعية:

**أ- سياسة عامة تهدف إلى بقاء واستمرار الدولة:** وهي سياسات عامة تهدف إلى بقاء الدولة، والمحافظة على سيادتها، وعلى أمنها القومي، وما تحتويه من سياسات لتحقيق تلك الأهداف، كالسياسة الخارجية، وسياسات الدفاع، والسياسات الاقتصادية، وغيرها من سياسات.<sup>2</sup>

**ب- سياسات عامة تهدف إلى تحقيق التنمية والاستثمار:** وهي السياسات العامة التي تهدف إلى تحقيق الرفاهية في المجتمع عبر مختلف سياسات التنمية الاقتصادية، وعبر الاستثمار لتحقيق النمو الاقتصادي، وكل ما يتطلبه هذا الهدف من سياسات فرعية، كالسياسات الاقتصادية، والسياسات التنموية، والسياسات الاستثمارية، سياسات الحضارية، وغيرها من سياسات تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في تحقيق هذا الهدف.

**ت- سياسات عامة تهدف إلى استقرار الواقع وتوقع المستقبل:** وهي السياسات العامة التي تهدف إلى استقرار الواقع في محدداته ومشكلاته للتمكن من توقع المستقبل، وما تحتويه من سياسات لتحقيق تلك الأهداف غير أن هذا النمط من السياسات يؤثر ويتأثر بالسياسات الأخرى.

**ثانياً: توظيف وتنظيم الدراسات والبحوث العلمية للاستفادة من هذا التراكم المعرفي:** وذلك لتحديد المشكلات العامة، واستكشاف البدائل العملية الممكنة في ضوء الإمكانيات والقدرات المماثلة، للتوصل إلى سياسات عامة فعالة اتجاه المشاكل العامة، فضلاً عن ذلك أهمية التوظيف

<sup>1</sup> ميلود سعيدية، المرجع السابق، ص 29.

<sup>2</sup> محمد أحمد حسن، "تحليل السياسة العامة التطور والمنهجية"، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، جامعة الإسكندرية، ع 1، م 55، يناير 2018، ص 14.

في عملية تطوير أساليب تنفيذ، وتقييم السياسات العامة، وأيضا في زيادة القدرة على توقع الآثار الممكنة للسياسات العامة وامكانية تحليلها لتفادي اوجه القصور للتوصل لأفضل السياسات.

ثالثا: تحقيق التوازن بين كافة القوى السياسية والجماعات المصلحية؛ وذلك عن طريق التواصل والتفاعل والمشاركة السياسية الإيجابية لكافة القوى السياسية بالبلد، فضلا عن الاستفادة من تلك المساهمات والحوار الإيجابي الهادف لتوظيف نتائج هذا التعاون في بلورة الغاية المطلوب تحقيقها من تبني تلك السياسات العامة.<sup>1</sup>

رابعا: محاولة الاستفادة من التجارب السياسية في صنع وتنفيذ وتقييم السياسة العامة: انطلاقا من أن أحد أهم خصائص السياسة العامة، هي الحركية، والديناميكية يعد أحد أهم أهداف السياسة العامة، والاستفادة من الأفكار والتجارب والأزمات السياسية لتحسين وتطوير أدوات استكشاف البدائل الممكنة، وبرامج العمل المتبعة، وأساليب التنفيذ، والتقييم لضمان الوصول إلى أكبر قدر ممكن من فاعلية وكفاءة السياسة العامة المتخذة.

وتعقيبا لما سبق، يتبين أن السياسة العامة في جوهرها هي التي تبرر تعكس التوجهات العامة للدولة وأساليبها في التعامل مع الواقع المستهدف التحقيق. بناء الدولة وتأكيد سيادتها على المستوى الإقليمي، والمحافظة على استقلال أراضيها، وتأمين حريتها السياسية، والإيديولوجية، والفكرية.

استراتيجيات التنمية المستدامة باستغلال موارد الدولة الحالية والمحافظة على رصيد الأجيال القادمة ووضع استراتيجيات، وبرامج عمل موجهة لجذب الاستثمارات لاستغلال الإمكانيات والموارد الاقتصادية للدولة، والتمكن من تلبية احتياجات المواطنين، وحل مشاكلهم الفردية والمجتمعية، الحالية والمستقبلية، عن طريق استقراء الواقع ووضع استراتيجيات بديلة لمواجهة المشكلات المجتمعية المختلفة، بما يتناسب مع مقوماتها البيئية، أي تحقيق إرادة المجتمع وتلبية احتياجاته، دون الإخلال بالتوازن البيئي، أو اهدار للموارد الطبيعية غير المتجددة.<sup>2</sup>

### المطلب الثالث: أنواع ومستويات السياسة العامة

تتمثل السياسة العامة في الأصناف الخمسة الموالية:

<sup>1</sup> محمد أحمد حسن، المرجع السابق، ص 15.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق، ص ص 15-16.

1- السياسة العامة الاستخراجية: وتتمثل تلك السياسات العامة في توجهات الحكومة نحو تعبئة الموارد المادية والبشرية، واستخراجها مثلاً: كالنفوذ، السلع، الأشخاص، الخدمات من خلال حسن توظيفها، واستغلالها لبيئتها سواء الداخلية أو الخارجية، حيث تقوم جميع الحكومات بسياسات استخراجية كالضرائب مثلاً، إذ تحصل عليها الحكومة من المجتمع بطريقتين:

1.1- الضرائب المباشرة: وهي التي تتمثل بالضرائب على دخل الفرد والشركات والعقارات سنوياً.

1. 2- الضرائب الغير مباشرة: والتي تتمثل في الضرائب على السلع والخدمات، الرسوم الجمركية، والرسوم على المنتجات الصناعية، الضرائب على المبيعات والمشتريات، فهذا النوع من السياسات العامة يهدف إلى استئدانة الإيرادات العامة، لأجل تغطية النفقات العامة، كما تسهم في إعادة ترتيب وتوزيع الدخل و لحماية المنتجات الوطنية ومعالجة العجز في ميزان مدفوعاتها.<sup>1</sup>

2- السياسة العامة التوزيعية: وتتمثل في تلك السياسات العامة التي تسعى إلى توزيع الموارد المادية، والمعنوية، والقيم الأساسية بشكل عام على المجتمع.

3- السياسات العامة لإعادة التوزيع: وتتمثل في السياسات العامة التي تقتضي إعادة توزيع المداخل على الأفراد، بشكل يعزز المساواة أكثر داخل المجتمع، كرفع الأجور المنخفضة أو المحدودة، وقد يكون الغرض بتبني حكومة لهذا النوع من السياسات هو تحقيق بعض الامتيازات المادية.<sup>2</sup>

4- السياسة العامة التنظيمية: تتمثل في السياسات الموجهة لتنظيم المجتمع بما يتوافق مع الأهداف والأولويات السياسية للحكومة، أو قصد تحقيق المصلحة العامة، وهذا النوع من السياسات يشير إلى مختلف الأنشطة والأعمال التي تقوم بها الحكومة، بهدف ضبط، وتنظيم مختلف السلوكيات التي قد تضر بالمصلحة العامة والنظام العام، وذلك من خلال الأطر التشريعية، والقانونية المنظمة والضابطة، والمرفوقة بمختلف الوسائل مادية، بهدف المحافظة على سلامة وأمن المجتمع.<sup>3</sup>

5- السياسة العامة الرمزية: وهي التي تعبر عن قدرة النظام السياسي على خلق واستخدام الرموز السياسية التي ترسخ الروح والوطنية، وتعزيز الولاء الوطني، لتشجيع المواطنين على استيعاب المشاق، وتحمل المصاعب التي تواجههم من أجل خدمة الوطن، وذلك من خلال الاحتفاء بالرموز الوطنية، والمحافظة على الآثار، والرموز التاريخية.

وهناك تصنيف ثاني لأنواع السياسة العامة، قائم على أهداف النظام السياسي التي يعمل على تحقيقها، وعلى علاقة الدولة ببيئتها الداخلية والخارجية:

<sup>1</sup> عولبي بسمة، محاضرات في مادة السياسات والنظم المالية العمومية، جامعة تبسة، كلية العلوم الإقتصادية، 2021-2022، ص03.

<sup>2</sup> عولبي بسمة، المرجع السابق، ص03.

<sup>3</sup> غابرييلا ألموند، بينغهامباويل، السياسات المقارنة في وقتها الحاضر نظرة عالمية، ترجمة: هشام عبد الله، (عمان، دار الأهلية للنشر والتوزيع، 1998)، ص192.

1- السياسات الخاصة بالبناء الوطني في تحقيق الهوية الحضارية: وتشير إلى مختلف السياسات التي تتبناها الدولة من أجل المحافظة على الأمن الوطني، وسلامة الحدود، والشعب، بمعنى مختلف التحديات الداخلية والخارجية مثل: سياسات الأمن الوطني، وسياسات الدفاع الوطني.

2- السياسات الخاصة بالنمو والاستثمار التنموي: وهي السياسات التي ترتبط أهدافها بتحقيق التنمية، من خلال استخدام الموارد المتوفرة وحسن استغلالها.<sup>1</sup>

وقد تصنف السياسات العامة حسب نوع السياسات الموجهة لكل القطاعات، إذ تعبر عن محتوى السياسة العامة المخصصة في مجال معين، والتي تتمثل في:

1-سياسات التعليم.2-سياسات الصحة.3-سياسات التشغيل.4-سياسات البيئة. 5-سياسات الإسكان بعد التعرف على التصنيفات المختلفة للسياسة العامة ننتقل إلى المراحل التي تمر بها عملية إعدادها.<sup>2</sup>

ثانياً: مستويات السياسة العامة: لا تشارك جميع الجماعات داخل المجتمع دوماً في جميع عمليات صنع السياسات العامة، إذ هناك قضايا تتمتع باهتمام أوسع أكثر من غيرها، مما قد يدفع بفئات واسعة دخل المجتمع بالانخراط فيها للمشاركة في بلورة مخرجاتها؛ وفي المقابل هناك قضايا لا تنال اهتمام إلا عدد قليل من الأفراد أو من الجماعات، وتعتمد أهمية أي سياسة موجهة إلى إحدى هذه القضايا على نوعية، ومحتوى السياسة العامة المطروحة على المستوى السياسي، وعلى نوعية القرارات المتخذة بشأنها.

ويمكن أن نميز هنا بين ثلاثة مستويات من السياسات، على أساس درجة المشاركة فيها، ومدى اتساع نطاقها، وحسب أهمية مجالها في حياة المجتمع، وهذه المستويات وهي:

1- مستوى السياسة العامة الكلية (*Macro*): وهي السياسات التي تحظى باهتمام جماهيري واسع وتجذب إليها شرائح وقطاعات كبيرة من أفراد المجتمع، وتستقطب اهتمام الأحزاب السياسية، ووسائل الإعلام، وجماعات المصالح، الذين سرعان ما يعبرون عن مواقفهم اتجاه هذه القضايا، واتجاه محتوى المخرجات الإجمالية للسياسة العامة الكلية. وقد تنطلق قضايا السياسة العامة الكلية من المستوى الجزئي، لتتسع شيئاً فشيئاً، وتتعد أكثر لأهميتها وأهمية القضايا المرتبطة بها بالنسبة للحياة اليومية للأفراد، أو لارتباطها بالقيم والمبادئ الأساسية لأفراد المجتمع، إلى أن تتحول إلى قضية

<sup>1</sup> فهدى خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، (عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2001)، ص 71.  
<sup>2</sup> تامر كامل محمد، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة، دراسة استراتيجية ادارة السلطة، (الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2004)، ص 120.

عامة تستدعي سياسة عامة. وتتسم هذه السياسات العامة الكلية بمجموعة من السمات المشتركة فيما بينها وهي:

أ- إنها سياسات عامة تتسم بالوضوح النسبي لموضوعاتها وبسهولة التباحث حولها.

ب- تستدعي تدخل الحكومة في حسم القضايا المرتبطة بها ذات الاهتمام المشترك لأهميتها، ولارتباطها بالمصلحة العامة للأفراد.<sup>1</sup>

ت- إنها سياسات تتطلب نوعا من البحث في عن التوازن بين "الخيار العقلاني"، الذي يعبر عن التطلعات السياسية لفئات واسعة داخل المجتمع من جهة، وبين "الخيار السياسي" الذي يعبر عن وتوجهات، وأهداف صانعي السياسات العامة باعتباره خيار عملي وواقعي، ومتوقع النتائج، بغرض التعامل مع القضايا الخلافية.

2- السياسة العامة الجزئية: وهي تلك السياسة العامة التي تحظى باهتمام محدود لدى الأفراد، تنحصر على مسائل فردية وليست ذات اهتمام مشترك، فعلى المدى القريب فإن القرارات المتعلقة بهذا النوع من السياسات تبدو منفعية ولا تتطلب موارد وإمكانات كبيرة لتنفيذها، ولا تتطلب تدخلا أو ضغوط جماعية، كما تبدو أنها لا ترتبط بجماعات أخرى. وتكون القرارات التي تتخذ بشأنها هي قرارات جزئية، تنحصر فقط على المستوى المحلي. وما قد يستدعي الاهتمام بهذا النوع من السياسات الجزئية هو احتمال توسعها وتحولها إلى سياسة عامة كلية تحظى باهتمام أوسع وأكبر.

3- السياسة العامة الفرعية: وهي تلك السياسات المتعلقة بقطاعات متخصصة دون غيرها، كالموانئ، والملاحة الجوية وغيرها، إذ أنها سياسات تتأثر من جهة بطبيعة التفاعلات الحاصلة بين السلطة التشريعية، والسلطة التنفيذية، والأجهزة الإدارية، وجماعات المصالح، ومن جهة أخرى فهي سياسات قد لا تثير اهتمام فئات واسعة من أفراد المجتمع، ما عدا الأفراد المعنيون بهذه القطاعات بحكم وظائفهم، أو مصالحهم المرتبطة بها بشكل مباشر أو غير مباشر، فمثلا: المواطن أو الموظف المهتم بالطيران المدني، قد لا يهتم كثيرا أو حتى قليلا بقضايا البنوك وقواعدها، لأنه يهتم بالتأثير فقط في سياسات الطيران المدني، رغم ذلك فإنه يدرك بأن هذه السياسات القطاعية يتم وضعها على مستوى المجالس التشريعية المنتخبة، وعن طريق اللجان التشريعية المتخصصة، حيث تخصص كل لجنة في تحديد سياسة قطاع معين من القطاعات المهمة. كما قد تتم عملية صنع السياسات من خلال علاقة متداخلة تضم المؤسسات الإدارية المتخصصة في هذه القضية بالإضافة إلى جماعات المصالح المهتمة بها وربما أيضا اللجان البرلمانية حسب طبيعة النظام السياسي والدرجة المركزية واللامركزية فيه.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> حسيني محمد العيد، السياسة العامة للصحة في الجزائر، دراسة تحليلية في منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، مذكرة ماجستير في العلوم السياسية، (جامعة قاصدي مرباح، كلية الحقوق والعلوم السياسية، ورقلة، 2012-2018)، ص 31.

<sup>2</sup> حسيني محمد العيد، المرجع السابق، ص 32.

## المطلب الرابع: فواعل صنع السياسة العامة

نظرا لأهمية فواعل صنع السياسة العامة، فقد خصصنا هذا المبحث من أجل التعرف عليها، وكما هو معروف فإن الفاعلين المتدخلين في رسم وتنفيذ السياسة العامة هم كثر ومتعددون؛ في حين كانت تقتصر عملية صنع السياسات سابقا على المؤسسات الحكومية الرسمية فقط المتمثلة في المؤسسات (التشريعية، التنفيذية، القضائية)، ومع تطور الدراسات في هذا المجال، بالإضافة إلى تطور أدوار مختلف الفاعلين في المجتمع مثل: المجتمع المدني، والقطاع الخاص، صارت تشارك بطرق مختلفة في رسم السياسات العامة، ومن خلال هذا المبحث سنحاول التعرف على هؤلاء الفاعلين سواء الرسميين أو غير رسميين.

**الفاعلين الرسميين في صنع السياسة العامة:** يتمتع الفاعلين الرسميين في عملية صنع السياسات العامة بصلاحيات واسعة يمنحها لهم الدستور، فقد منح الدستور لكل من هذه المؤسسات الرسمية اختصاص محدد وصلاحيات معينة في صنع السياسات العامة، وبالتالي فهي تتدخل في صنع السياسات العامة بطريقة رسمية، والدستور هو من ينظم عمل هذه المؤسسات الرسمية كما سبق وأن قيل، ويتمثل هؤلاء الفاعلين الرسميين في:

**أولا: السلطة التشريعية ووظيفتها:** يختلف تكوين المؤسسات التشريعية من دولة لأخرى، وذلك راجع لاختلاف طبيعة النظام السياسي، والبنية الدستورية المأخوذ بها في كل بلد، فهناك بلدان تأخذ بنظام أحادية المؤسسة التشريعية أي أن يعتمد على نظام أحادية المجلس التشريعي، وهناك بلدان أخرى تأخذ بنظام ازدواجية السلطة التشريعية أي بثنائية المجالس التشريعية، فإذا أخذنا على سبيل المثال الدول التي تأخذ بنظام على أحادية السلطة التشريعية، سنجد أن بنية مجلسها التشريعي من حيث عدد أعضائه، أو طبيعة تشكيلته الداخلية، وطريقة انتخابه تختلف عن تلك التي تأخذ بنظام المجلسين.

وتعد السلطة التشريعية أهم سلطة حكومية في الدولة، فتتمثل مهمتها الأساسية في صياغة القانون والقواعد التي تنظم مختلف أوجه حياة المجتمع، لذا تعد القوانين من اختصاص السلطة التشريعية لوجودها<sup>1</sup> حيث تسعى السلطة التشريعية من تشريعها للقواعد والقوانين إلى حماية أفراد المجتمع.<sup>2</sup> يضيف جيمس أندرسون، إن دور الهيئات التشريعية في صنع السياسة العامة يتباين من

<sup>1</sup> وصال نجيب الغزاوي، مبادئ السياسة العامة، (عمان: أسامة للنشر والتوزيع، ط1، 2003)، ص41.

<sup>2</sup> حسن مصطفى البحري، النظم السياسية، (دمشق: د.د.ن، 2002)، ص32.

نظام لآخر، حيث يبرز في الأنظمة الديمقراطية أكثر ويكتسي أهمية أكبر منهم ماهو في الأنظمة التسلطية.<sup>1</sup> وعليه لطبيعة النظام السياسي دور مهم في ممارسات المشرعو وظيفته.

وظائف السلطة التشريعية: جرى التقليد في اعتبار السلطة التشريعية الجهة الوحيدة التي تقوم بتشريع القوانين لكونها الهيئة الممثلة للشعب.<sup>2</sup> إذ تقوم السلطة التشريعية بدور المركزي في تشريع القوانين، وصنع السياسات، في أي نظام سياسي، وهذه السمة تضيفي على السلطة التشريعية ليس كونها مخولة دستوريا بذلك فحسب، وإنما هي ملزمة بالممارسة الفعلية لذلك.<sup>3</sup>

تختلف أهمية ودور المؤسسة التشريعية من نظام سياسي لآخر، فمثلا ليس لمجلس العموم البريطاني عادة أهمية في صنع السياسة العامة، لأن حزب الحاكم في السلطة يسيطر على أغلبية مقاعد المجلس، حيث يقوم مجلس العموم بعملية التجنيد السياسي أي عملية تحضير و تأهيل النخب السياسية في بريطانيا من أجل تبوء مناصب قيادية مستقبلا، لأن النظام البرلماني فيها لا يقوم عل قانون التنافي، أي يقبل ازدواجية المنصب التشريعي والتنفيذي ( بإمكان النائب ان يصبح وزيرا دون ان يفقد مقعده النيابي في مجلس العموم). بينما يلعب الكونغرس الأمريكي ولجانبه دورا رئيسيا في تجميع المصالح وصنع السياسة العامة.<sup>4</sup>

**ثانيا:** السلطة التنفيذية ووظيفتها: السلطة التنفيذية هي المؤسسة التي يقع على عاتقها مهمة تنفيذ القوانين التي تصدرها السلطة التشريعية، واتخاذ الإجراءات اللازمة لحفظ الأمن وإدارة مختلف المؤسسات الحكومية ومختلف القطاعات، ورعاية المصالح العامة في الدولة.

ويختلف تكوين الهيئة الموجهة لهذه السلطة من دولة إلى أخرى، ففي معظم النظم الرئاسية تعتمد على مبدأ أحادية السلطة التنفيذية، حيث يتمتع رئيس الدولة بكامل الصلاحيات التنفيذية؛ وهناك بعض النظم الشبه رئاسية التي تأخذ بازدواجية السلطة التنفيذية، بحيث تتوزع الصلاحيات التنفيذية بين رئيس الجمهورية، ورئيس الحكومة، كالجرائم سابقا؛ بينما يعتمد النظام البرلماني عادة على ثنائية السلطة التنفيذية، فصلاحيات التنفيذ منقسمة بين رئيس الدولة ورئيس الوزراء.

<sup>1</sup> مفيدة مقورة، مرجع سابق ذكره، ص 57.

<sup>2</sup> حسان محمد شفيق العاني، الأنظمة السياسية والدستورية المقارنة، (بغداد: مطبعة جامعة بغداد، 1986)، ص 327.

<sup>3</sup> مفيدة مقورة، مرجع سابق ذكره، ص 57.

<sup>4</sup> مفيدة مقورة، مرجع سابق ذكره، ص 57.

أما في الدول التي تأخذ في نظام حكومة الجمعية النيابية فإن صلاحيات التنفيذ تكون بيد هيئة مكونة من عدة أفراد منتخبين من الجمعية النيابية وخاضعين لها خضوعا تاما.<sup>1</sup>

وتقع على عاتق السلطة التنفيذية المسؤولية الأولى في الإشراف على عملية تنفيذ السياسة العامة، التي تعد أهم مرحلة من مراحل السياسة العامة، وذلك عبر اختيار سياسات تنفيذية، وتوزيع الصلاحيات ومتابعة المسؤولين التنفيذيين ومحاسبتهم إذا اقتضى الأمر،<sup>2</sup> سهرا على حسن تنفيذ السياسة العامة.

ومنه فالمهمة الأساسية للهيئة التنفيذية تتمثل في تنفيذ القوانين والإشراف على الإدارة العامة، إلا أنه وفي بعض الأنظمة نلاحظ أن هناك خلط في مهام السلطتين التشريعية والتنفيذية نظرا لعدة أسباب.

وظيفة السلطة التنفيذية: تتمتع السلطة التنفيذية بهيمنة واضحة، وفق ما أشار إليه جيمس أندرسون، بقوله: "إننا نعيش مرحلة يطلق عليها مرحلة الهيمنة التنفيذية وفيها تكون فعالية الحكومة معتمدة كلياً على القيادة التنفيذية في صنع وتنفيذ السياسات العامة".<sup>3</sup>

إذا في الهيمنة التنفيذية التي تتمتع بها السلطة التنفيذية على حساب السلطات الأخرى واضحة، حيث تتحكم مجموعة من العوامل في هذه الهيمنة أهمها أن سلطة القرار في السلطة التنفيذية تختزل في شخص رئيس الدولة، وفي مجلس الوزراء، فهؤلاء يتمتعون بدورهم بالقوة والنفوذ اللتان تمكنهم بالتحكم في عملية صنع وتنفيذ السياسة العامة، وذلك بغض النظر عما يحدده الدستور من مهام لكل سلطة.

فقد تبرز هيمنة السلطة التنفيذية أثناء صنع السياسة العامة، في كل من السياسة الخارجية، والسياسة العسكرية،<sup>4</sup> كما لا تقتصر هيمنة السلطة التنفيذية على رسم السياسة الخارجية، فقد تدافع كذلك عن بعض المصالح المحددة، كأن يدعم الرئيس مطالب أقلية أو قطاعية، أو أن يدعم رئيس الوزراء مصالح فئة المتقاعدين، ويتحدث أعضاء الوزارة عادة على المصالح في قطاعات معينة كالعمل، الزراعة، الأقليات، ويمكن لهم أن يلعبوا دورا حيويا، كجماعة مصالح أثناء سعيهم للبحث عن تأييد لمشاريعهم القانونية. وتعد السلطة التنفيذية عادة أهم مؤسسة في صنع السياسات، فهي

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 58.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق، ص 58.

<sup>3</sup> نفس المرجع السابق، ص 58.

<sup>4</sup> عبد النور ناجي، النظام السياسي الجزائري من الأحادية إلى التعددية السياسية، الجزائر، جامعة 8 ماي 1945، 2016، ص 41.

عادة تباشر في سياسات جديدة اعتمادا على صلاحياتها الدستورية الواسعة، حيث تتمتع بدور مهم في صنع وتنفيذ السياسات العامة، كما يمكنها أن تحاسب المسؤولين التابعين لها.<sup>1</sup>

من خلال ما سبق نستنتج أن شكل النظام السياسي والدستوري، يلعب دورا مهما في تحديد مدى توازن السلطات الثلاث، ومدى هيمنة السلطة التنفيذية على باقي السلطات ففي الدول النامية مثلا تهيمن السلطة التنفيذية بشكل كبير على عملية صنع وتنفيذ السياسات العامة، وذلك لأن في معظم الدول النامية تتركز السلطة في يد الرئيس الذي يحكم ويقرر في أهم المسائل، الأمر الذي يكرس تبعية باقي المؤسسات الدستورية وخضوعها للسلطة التنفيذية.

**ثالثا: الجهاز الإداري ووظائفه:** تتباين النظم الإدارية في العالم من حيث الضخامة، ودرجة التعقيد، ومستوى التدرج البيروقراطي، ودرجة الاستقلالية، وعلى الرغم من النظرة التقليدية التي كانت سائدة في العلوم السياسية حول الدور الآلي أو الميكانيكي للجهاز الإداري في تنفيذ السياسات العامة دون مشاركة الإدارة في صنعها، إلا أن النظرة الحديثة للإدارة العامة صارت تتفق بإجماع على تدخل البيروقراطيين والإدارات العمومية في صناعة السياسات وفي تحديد محتواها بطرق مختلفة، وهناك من يرى بأن الإدارة قادرة على صنع السياسة بقدر ما هي قادرة على تنفيذها أو إعاقها.<sup>2</sup>

حيث يتخذ الجهاز الإداري شكلا هرميا متدرجا من المراكز الإدارية، على قمته هناك نخبة من البيروقراطيين، يتولون ترجمة الأهداف والبرامج السياسية إلى برامج إدارية قابلة للتنفيذ، وفي قاعدته بيروقراطيين عاديين، يتولون تنفيذ أعمال الإدارة بواسطة البرامج المسطرة في أعلى الهرم، وبالتشريعات والقوانين، التي تنظم المهام والمسؤوليات داخل الإدارة، فضلا عن تحديدها لطبيعة العلاقات بين مختلف الوحدات الإدارية التي تعمل معا قصد تنفيذ برامج السياسات العامة على أرض الواقع.<sup>3</sup>

**وظائف الجهاز الإداري:** للجهاز الإداري دور هام وفعال في تحديد أهداف الدولة، وفي تحديد الوسائل اللازمة لتحقيق هذه الأهداف خلال فترة زمنية محددة.<sup>4</sup> كما تقوم الإدارة العامة بعدة

<sup>1</sup> مفيدة مقورة، مرجع سابق، ص 59.

<sup>2</sup> مفيدة مقورة، مرجع سابق، ص 60.

<sup>3</sup> ناجي عبد النور، النظام السياسي الجزائري بين الاحادية التعددية، المرجع السابق، ص 43.

<sup>4</sup> عرض الله السواط، الإدارة العامة، المفاهيم، الوظائف، الأنشطة، (السعودية، دار الحافظ، ط 02، 1999)، ص 13.

وظائف يومية تدخل ضمن نطاق صلاحياتها ذات طبيعة تنظيمية، وتسييرية، ورقابية على المستويين المحلي، والمركزي، وتقدم خدمات مرفقية مجانية، أو بأسعار رمزية للمواطنين، وكل هذه الوظائف تتكيف حسب توجهات أصحاب القرار السياسي، وتندرج ضمن المهام الطبيعية للجهاز الإداري.

يتجاوز دور الجهاز الإداري مهمة التنفيذ إلى التأثير في عملية صنع السياسة العامة ولعل ذلك يعود لارتباط الجهاز الإداري الوثيق بالسلطة التنفيذية مما جعله جزءاً من السلطة التنفيذية في الدولة وهذا ما يجعله يؤثر بشكل غير مباشر في عملية صنع القرارات من خلال الدور الذي تلعبه السلطة التنفيذية في صنع السياسة العامة للدولة إلى جانب السلطة التشريعية.

ولأن الجهاز الإداري يعد الجهاز الرئيسي في الدولة الحديثة، فهو المنفذ الأكثر فاعلية للأهداف التي تصنعها السلطة السياسية، فهو الذي يتولى تجسيد السياسة العامة على أرض الواقع، ولا يمكن لأي دولة الاستغناء عنه، بحيث تعدى دوره من مجرد تنفيذ السياسة العامة إلى المشاركة في صنعها، عبر قدرته على جمع المعلومات الحيوية من البيئة، وإيصالها للمستويات العليا من الهرم الإداري، أو التأثير بطرق مختلفة في صناعة القرارات المختلفة وهذا ما أشار إليه نورمان توماس قائلًا: "أنه من المتعذر عن أي مجتمع صناعي متطور مواكبة الأمور اليومية وتسيير شؤون السلطة دون تدخل التنظيم البيروقراطي في صلب السياسات والقرارات المتعلقة بها".<sup>1</sup>

**رابعاً: السلطة القضائية ووظائفها:** لا يختلف اثنان أن مهمة المحاكم هي تحقيق العدالة وذلك من خلال تفسير القانون وتطبيقه على الوقائع المعنية التي تعرض عليها في المنازعات، حيث تلعب دوراً مهماً وأساسياً في صنع السياسات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية، خاصة أين لعب القضاء دوره في تفسير السياسات العامة أو من خلال مراجعة النصوص أو تعديلها حيث تفرض عليهم التقديم، سواء تعلق الأمر بمضمون السياسة العامة أو تطبيقها.

**وظيفة السلطة القضائية:** بصفة عامة يتمثل دور القضاء في مراقبة و تقييم السياسة العامة وذلك من خلال اصدار وصياغة النصوص القانونية، فإذا أخذنا على سبيل المثال الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن القضاء له دور هام في تقييم ومراقبة وتفسير السياسات العامة أو من خلال مراجعة النصوص وتعديلها حيث تفرض عليهم لتقديم المشورة سواء تعلق الأمر بمضمون السياسة العامة أو

<sup>1</sup> مفيدة مقورة، المرجع السابق، ص ص 60، 61.

تطبيقها وتكسب المحاكم هذا الدور خلال سلطتها القضائية فالمراجعة القضائية عادة هي من سلطات المحاكم التي تقرر من خلالها دستورية وشرعية النصوص وعدم تعارضها مع القوانين النافذة.<sup>1</sup>

من خلال ما سبق، فإن عملية صنع السياسة العامة تتداخل مجموعة من الفواعل الرسمية في صناعتها، حيث تقوم الأولى برسم وصياغة السياسات، في حين تعمل السلطات القضائية على تفسيرها وتقييمها في حين يعمل الجهاز الإداري بمختلف مستوياته على تنفيذ السياسات العامة، حيث يقع هذا الأخير تحت مسؤولية السلطات التنفيذية، ومن خلال دراستنا الفوائد الرسمية في صنع وتنفيذ السياسات العامة. بالرغم من تمتع كل سلطة باختصاصاتها المستقلة عن غيرها والتي يضمنها لها الدستور إلا إنه وفي بعض الأنظمة يلعب النظام الذي تأخذ به كل دولة. في صنع وتنفيذ السياسات العامة وهذا ما لاحظناه وخاصة في الدول النامية أين تغيب الديمقراطية وتحتل القوة والدكتاتورية مكانة في عملية صنع حيث ترجع كفة لصالح السلطة التنفيذية التي تهيمن وتسيطر على السياسات العامة سواء من حيث الوضع أو التنفيذ حيث تقع كل السلطات تحت سيطرة السلطة التنفيذية والتي تتمثل في شخص الرئيس أو مجلس الوزراء.

الفاعلين غير الرسميين في صنع السياسة العامة: بعد أن كانت الدولة هي الفاعل الرئيسي الوحيد في عملية صنع السياسة العامة، خاصة في الأنظمة الدكتاتورية والاشتراكية التي تتميز بالتسيير المركزي، فقد ظهر العديد من الفاعلين غير الرسميين إلى جانب الفاعلين الرسميين، وذلك في ظل التطورات التي عرفها العالم مع ظهور الأنظمة الديمقراطية الحديثة، والتي جاءت بمختلف المفاهيم السياسية الحديثة، أهمها المشاركة التي تعد من أهم مبادئ الديمقراطية حيث فتحت المجال أمام المشاركين غير رسميين للمساهمة في صنع السياسة العامة، وتعددت الفواعل الغير رسمية أهمها: الأحزاب السياسية، جماعات الضغط، المواطن، والرأي العام، حيث يختلف كل فاعل في طريقة ومشاركته، وفي أساليبه في التأثير في السياسة العامة، وهذا ما سنتعرف عليه من خلال هذا المطلب.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص 61.

<sup>2</sup> مفيدة مقورة، مرجع سابق، ص ص 61، 62.

## أولاً: الأحزاب السياسية:

### تعريف الأحزاب السياسية:

أولاً: "يعرف الحزب في المعاجم العربية على أنه: "جماعة من الناس تعتنق وجهة نظر وتسعى لتحقيق الهدف"،<sup>1</sup> أما وفق المفهوم الإيديولوجي للأحزاب السياسية فيعرفها على أنها: "اجتماع مجموعة أفراد يعتنقون نفس العقيدة السياسية، ويعملون معا من أجل تحقيقها على مستوى السلطة".<sup>2</sup>

أما مفهوم الحزب من المنظور الاشتراكي فهو: "تعبير عن مجموعة تحاول ان تميل الى الحكم عبر الطرق المختلفة مثل الإصلاح".<sup>3</sup> أما التعريف الحديث للحزب هو: "التنظيم الإداري دائم على المستويين القومي والمحلي، يستدعي الحصول على مساندة شعبية بهدف الوصول إلى السلطة وممارستها من أجل تنفيذ سياسة محددة".<sup>4</sup>

وظيفة الأحزاب السياسية: الأحزاب السياسية هي عبارة عن تنظيمات تهدف أساسا في الأنظمة الديمقراطية إلى المشاركة في الانتخابات، بغرض السيطرة على النظام الحكومي وتنفيذ برنامجها، وسياساتها وتعتبر الأحزاب من أهم متغيرات النظام السياسي، كونها تؤدي له مجموعة من الوظائف الأساسية فهي توفر قنوات للمشاركة والتعبير عن الرأي، وهي تجمع المصالح وتعبئها، وهي أداة من أدوات التنشئة والتجنيد السياسي، وأخيرا فإنها تساهم في اضعاف الشرعية على نظام الحكم.<sup>5</sup> فالأحزاب هي مؤسسة من أهم مؤسسات النظام السياسي، يتميز بعضها عن بعض بعدد من السمات، وهذه السمات هي أساسها الاجتماعي وأهدافها السياسية وأيديولوجياتها، وطبيعة قاعدتها الجماهيرية وعلاقتها الاجتماعية، وأدوارها في النظام السياسي، وتركيبها وأنظمتها الداخلية و طرق ممارسة أنشطتها والعلاقة بين الأحزاب السياسية ودورها في التأثير في صنع السياسات العامة و يمكن رصده من خلال " تأثير الأحزاب في السلطة عبر دائرتين أساسيتين (خارج السلطة/ضمن السلطة ذاتها ) والمقصود بالدائرة الأولى مجموعة الوظائف السياسية التي تؤديها الأحزاب خارج الحكم مثل: بلورة المسائل الأساسية التي تناقش في النظام السياسي، أثاره في الرأي العام حول المسائل

<sup>1</sup> المرجع نفسه، ص 62.

<sup>2</sup> موريس ديفرجيه، الأحزاب السياسية، ترجمة: علي مقلد، عبد المحسن سعد، (القاهرة، شركة الامل للطباعة والنشر، 2011)، ص 02.

<sup>3</sup> أسامة غزالي حرب، الأحزاب السياسية في العالم الثالث، (الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1987)، ص 18

<sup>4</sup> سعاد الشرقاوي، الأحزاب السياسية، أهميتها، نشأتها، ونشاطها، (القاهرة، مركز البحوث البرلمانية، 2005)، ص 13.

<sup>5</sup> عفاف بوراس، المرجع السابق، ص 18.

والقضايا العامة إقناعه الرأي العام تبني الموقف الذي يتخذه الحزب حيالها كما تعمل الأحزاب على تجميع المصالح وتمثيلها كما إنها تؤلف قوة ضاغطة على السلطة الحاكمة وأحيانا وسيلة من وسائل الرقابة السياسية على الحكام. أما الأدوار الثانية فيقصد بها الأدوار التي تقوم بها الأحزاب لتكوين السلطة، أو لتحديد بنيتها، أو لفصل أو الجمع بين وظائفها، أو لتحديد مسار ممارستها، كما يتجسد تأثير الأحزاب في النظام السياسي في اختيار الحاكمين في (الترشيح والانتخاب).<sup>1</sup> تتأثر قدرة الأحزاب في تحقيق هذا الدور على عدد الأحزاب الموجودة في الساحة السياسية، ففي الأنظمة السياسية التي يسيطر فيها حزبان كبيران، كالولايات المتحدة الأمريكية و بريطانيا، نجد أن رغبتها في الحصول على دعم انتخابي واسع يتطلب من كلا الحزبين أن يتبنيا سياسات لها دعم شعبي عريض وأن يتجنبنا عزل المجموعات المؤثرة على سياساتهم ومن جانب آخر نجد في الأنظمة ذات الأحزاب المتعددة ميلا نحو التمثيل الضيق لمنظومة من المصالح<sup>2</sup> وهناك مجموعة من الوظائف التي تقوم بها الأحزاب السياسية تقوم من خلالها بالمشاركة في عملية صنع السياسات العامة، وأهمها:

1- تجميع المصالح والتعبير عنها: حيث تقوم الأحزاب السياسية بتجميع المصالح من القضايا العامة المطروحة والمشاركة لدى عامة أفراد المجتمع، من أجل صياغتها في برنامجها السياسي، إلى جانب القضايا التي تعبر عن مصالحها ومصالح مؤيديها، وتسعى للتعبير عنها في المجالس التشريعية للتأثير في مخرجات السياسة العامة بما يخدمها.

2- تمثيل الآراء المختلفة والتعبير عنها: حيث تقوم الأحزاب ببلورة وجهة نظر سياسة واحدة على مستوى الحزب و التعبير عنها أمام الهيئات السياسية.

3- التجنيد السياسي والمشاركة في الحياة السياسية: تعبر المشاركة السياسية في أوسع معانيها عن حق المواطن في أن يؤدي دور معين في عملية صنع القرارات السياسية بكل الوسائل الشرعية أما في أضيق معانيها فتعني حق المواطن في مراقبة هذه القرارات بتقويم عقب إصدارها من طرف الحاكم.<sup>3</sup> أما التجنيد السياسي فيمكن اعتبار الانتخابات مصدرا رئيسيا من مصادر التجنيد السياسي، و وسيلة مهمة من وسائل المشاركة السياسية، حيث يتم اختيار المرشحين للمناصب السياسية، وإعداد البرامج الانتخابية، وبذلك تلعب الانتخابات دورا محوريا في اعداد السياسيين والقادة وتدريبهم وتأهيلهم

<sup>1</sup> العزاوي، وصال نجيب، مبادئ السياسة العامة، (الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2003)، ص ص 22، 24.

<sup>2</sup> عفاف بوراس، المرجع نفسه، ص 19.

<sup>3</sup> شريفة ماشملي، "المشاركة السياسية اساس الفعل الديمقراطي"، في: مجلة الباحث الاجتماعي، ع10، سبتمبر 2010، ص 151.

لمناصب أعلى، الأمر الذي يساهم في ضمان مشاركة عناصر جديدة في وضع السياسات وصنع القرارات.<sup>1</sup>

4- التنشئة السياسية ورفع مستوى الوعي السياسي: يقصد بالتنشئة السياسية عموماً التي يكتسب بواسطتها المواطنون القيم والتقاليد والاتجاهات الاجتماعية السائدة ذات الدلالات السياسية، وكذلك القيم والمشاعر تجاه النظام السياسي السائد في البلاد في عملية مستمرة يتعرض لها الإنسان طيلة حياته، فهي الية للتأثير في الثقافة السياسية السائدة في المجتمع سواء بتعديلها أو بخلق سياسة جديدة.<sup>2</sup> حيث تقوم الأحزاب السياسية بدور هام في اعداد المواطن سياسياً و المساهمة في تربيته و تثقيفه ، و يتحقق ذلك عن طريق مشاركة الناخب في الاهتمام بمشاكل الشعب والجماهير، ونجاح الحزب يتوقف على مد مشاركة التنظيمات الجماهيرية كالتنقيات و النوادي للاشتراك في تربية المواطن، و يمارس الحزب دوره في التنشئة السياسية للمواطنين من خلال عقد الاجتماعات و المؤتمرات التي يعقدها دورياً بصفة منتظمة، ومن خلال وسائل الاعلام المختلفة ومن اهمها الصحافة و المنشورات التي يقوم الحزب بتوزيعها لشرح الفلسفة التي يقوم عليها و يدافع عنها، ومن خلال تقديم الكثير من المعلومات وترتيب الافكار وتنظيمها ونشرها بين الافراد.<sup>3</sup>

5- **ثانياً: جماعات المصالح:** تساهم جماعات المصالح بقدر مهم في عملية صنع السياسات العامة في جميع البلدان، ولكن تختلف قوتها وتأثيرها من بلد إلى آخر، وذلك راجع لطبيعة النظام السياسي المتبع في كل بلد سواء كان ديمقراطي أو غير ديمقراطي، متقدم أو متخلف، لهذا تتعدد جماعات المصالح وتعمل بصورة علنية في دول مثل الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا ومهما كانت طبيعة النظام السياسي والإداري الموجود فان جماعات المصالح تلعب دوراً أو وظيفة هامة وبيان طبيعة المصلحة التي تدافع عنها بمعنى آخر هي تقدم مطالب سياسية في مجال معين وبدائل للنشاط الحكومي المتعلق بذلك المجال كما انها تقوم بتقديم معلومات غالباً ما تكون غنية عن طبيعة السياسات و التأثيرات والنتائج المحتملة لمقترحات سياسات وبهذا الدور فإنها تساهم في ترشيد عملية صنع السياسات العامة.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> الأمين سويقات، الأحزاب السياسية والأداء البرلماني في الدول المغربية دراسة مقارنة بين الجزائر والمغرب، أطروحة دكتوراه، (جامعة محمد خيضر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، بسكرة، 2017)، ص36.

<sup>2</sup> محمد ابراهيم خيري الوكيل، التنظيم القانوني للأحزاب السياسية بين النظرية والتطبيق، (مصر، مركز الدراسات العربية للنشر والتوزيع، ط 1، 2014)، ص184.

<sup>3</sup> حمدي عطية مصطفى عامر، الأحزاب السياسية في النظام السياسي والقانون الوضعي والإسلامي، دراسة مقارنة، (الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 2014)، ص158.

<sup>4</sup> مقورة مفيدة، مرجع سابق، ص ص 64، 65.

تعريف جماعات المصالح: يمكن تعريف جماعات المصالح على أنها: "جماعة من الناس لها مصلحة مشتركة وتوجد في حالة من المكوث لا النشاط منتظرة حتى تنشيطها قضية متعلقة بها".<sup>1</sup> وتعرف أيضا على أنها: "جماعة أو فئة لها مصالح أو توجهات مشتركة، ويغلب أن يكون لهذه الجماعة عمل أو مهنة واحدة، وتسعى إلى التأثير في السياسات العامة حفاظا على مصالحها أو تأكيداً لتوجهاتها، وليس من أهدافها تحمل المسؤولية المباشرة في الحكم". ومنها جماعة الضغط عبارة عن تنظيم يتكون من مجموعة من الأفراد لهم نفس التوجهات، يقوم هذا التنظيم من أجل الدفاع عن مصالح معينة عن طريق الضغط.<sup>2</sup>

وسائل جماعات المصالح في الضغط: لكي تتمكن جماعات الضغط والمصالح من القيام بوظائفها وتحقيق أهدافها تستعمل مجموعة من الوسائل أهمها:

1- الاتصال: يعتبر الاتصال وسيلة هامة في يد جماعات الضغط والمصالح مثل: الاتصال بأعضاء البرلمان فهي وسيلة هامة للضغط وتحقيق أهداف الجماعات ومصالحها حيث يتم هذا الاتصال قبل إجراء الانتخابات وأثناء الانتخابات كما يتم إعلان النتائج ومعرفة الفائزين، ومنه الاتصال قد يمثل خطرا على استقلال أعضاء البرلمان وقد تخفي عنهم رؤية المصلحة العامة في إشباع مصالح جماعات الضغط.

2- المفاوضات: تستخدم جماعات الضغط وسيلة المفاوضات وتثير الحجج لإقناع الموظفين وأعضاء البرلمان حتى تصل إلى تحقيق أهدافها وتأخذ المفاوضات شكلين شكل رسمي وشكل غير رسمي، حيث تعتبر الموائد المستديرة التي تضم الجماعات ذات المصالح، ورجال الحكومة الرسميين صورة من الصور الرسمية لإجراء المفاوضات؛ أما الشكل الغير رسمي للمفاوضات فتلجأ فيه جماعات الضغط وخاصة النقابات إلى أحد أربعة الوسائل منها:

الوسيلة الأولى: إرسال متحدث باسم الجماعة يتفاوض مع الحكومة.

الوسيلة الثانية: هي تضغط للحصول على المساعدة المطلوبة.

الوسيلة الثالثة: هي وضع الإدارة في موقف المفاوض الضعيف وتسليح جماعة الضغط بقوة تجعلها في موقف مثل الإضرابات.

<sup>1</sup> حسين عبد الحميد، أحمد رشوان، الأحزاب السياسية وجماعات المصلحة والضغط، دراسة في علم الاجتماع، (الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، 2008)، ص 233.

<sup>2</sup> مقورة مفيدة، مرجع سابق، ص 65.

الوسيلة الرابعة: هي الأزمة بين النقابات والسلطات العامة لإجبار هذه الأخيرة على حل المشكلة.

3- تعبئة الرأي العام: تعتبر تعبئة الرأي العام أحد الوسائل التي تلجأ إليها جماعات الضغط على الحكومة وذلك عندما تكون جماعات الضغط مقتنعة بأن الوسائل التي تمتلكها عاجزة عن تحقيق أهدافها في هذه الحالة تجبر الحكومة على الاستجابة لطلبات جماعات الضغط ومعنى ذلك أن الجمهور يقوم بدور الممثل بينما يكون محرك النشاطات هو جماعات الضغط.<sup>1</sup>

**ثالثاً: الرأي العام:** يعتبر الرأي العام أحد أهم الوسائل الغير رسمية في التأثير على السياسة العامة، وذلك لأن له قدرة على الضغط كون تلك السياسات موجهة للعامة، وبالتالي فإمالة الرأي العام وتوجيهه نحو سياسة ما للقيام بها.

**تعريف الرأي العام:** يعرف الرأي العام حسب (*W.A. Makinon*) على أنه: "رأي في موضوع ما يضم الأشخاص المتميزون بالذكاء وحسن الخلق وهو يتسم بالانتشار التدريجي. أما ليونارد دوب (*Dob Leonard*) فالرأي العام حسبها هو: "اتجاهات ومواقف الناس إزاء موضوع يشغل بالهم، ويشترط أن تكون هذه الجماهير في مستوى واحد".<sup>2</sup>

يعرف هذان المفكران الرأي العام من خلال طبيعة الأشخاص حيث يرى أن الرأي العام مكون من رأي الأشخاص الذين يتميزون بالذكاء دون غيرهم حتى يعبر هذا الرأي عن اتجاهات الناس، ويشترط أن يكونوا من مستوى اجتماعي واحد وذلك للتعبير عن قضايا ومواضيع ذات صلة بجماعة معينة، حيث يعبر الرأي العام عن مجموعة من الآراء والاتجاهات لمجموعة من الناس حول مسألة معينة، ولا يصدر الرأي العام بصفة عشوائية، بل يتم عبر مناقشات واعية لأنه نابع عن المثقفين، الذين يتفاعلون فيما بينهم، وهذا ما تحدث عنه ماكينون أين حدد الأشخاص الذين يؤطرون الرأي العام وهم حسب الذكاء. فالرأي العام يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمستوى التعليمي وبمستوى وعي أفراد المجتمع، بحيث كلما كان أفراد المجتمع ذوو مستوى تعليمي أعلى، كلما كانوا أكثر وعياً وأكثر اتحاداً اتجاه القضايا التي تهمهم.

<sup>1</sup> مقورة مفيدة، مرجع سابق، ص 66.

<sup>2</sup> اسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، أسس ومجالات العلوم السياسية، (الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، 2011)، ص 235، 240.

تأثير الرأي العام في السياسة العامة: للرأي العام القدرة على التفاعل مع القضايا والمشاكل المطروحة على المستوى السياسي، أو عبر وسائل الإعلام، مثل طرح موضوع محدد للنقاش بين فئات الجمهور المعني بالاستفتاء، وعندما تنطلق الآراء وتمتج وجهات النظر وتتفاعل الاتجاهات يمكن بعد ذلك أي بعد ظهور عملية الفوارق والفعاليات القيام بدراسة الاتجاهات للرأي العام تعتمد في تشكيلها ووضعها وتنفيذها على الإنسان وقدرته على التعبير عن اتجاهاته، ومنه فإن الرأي العام يمثل كذلك أحد الفاعلين الغير رسميين الذين يؤثرون على مخرجات السياسات العامة بشكل غير مباشر.<sup>1</sup>

وقد يتأثر الرأي العام بطبيعة النظام السياسي الذي ينضوي تحته، فإذا كان النظام السياسي منفتح وديمقراطي، كان أكثر احتراماً لحقوق الإنسان، وسمح ذلك للرأي العام بأن يعبر عن نفسه بكل حرية مقارنة بهامش الحرية التي قد يتمتع به في الأنظمة الاستبدادية أو الدكتاتورية.

فنواب البرلمان على سبيل المثال، عادة ما يضعون اعتباراً خاصاً للرأي العام إزاء المشاكل أو القضايا المتنازع عليها ومنه الرأي العام يؤثر تأثيراً غير مباشراً في التشريعات، وفي السياسات العامة التي تقرها السلطة التشريعية.

الإعلام: يلعب الإعلام دوراً مهماً في تشكيل، وتحديد، وتوجيه الرأي العام، ولا سيما في ظل التطور التكنولوجي الذي أدى إلى تعدد وسائل ووسائط الإعلام والاتصال، إذ أصبح الرأي العام سريع التفاعل والتأثر بالقضايا والمستجدات التي أضحت تنتشر بسرعة فائقة عبر هذه الوسائل، فاتحة المجال أمام الانتشار السريع للأخبار الكاذبة، التي أدت بدورها إلى تجزئة الرأي العام وتشتيته.

إن الإعلام هو من يعبر عن اتجاهات الرأي العام، فقد يقوم الإعلام بمبادرات في تحديد عدد من المشاكل المالية في المجتمع تستوجب تدخل الحكومة، وبهذا فهي تضع اللبنة الأولى في تشغيل سياسات عامة جديدة كما قد تنتقد نتائج سياسات عامة محدداً بعد أن تم تنفيذها على الميدان، وقد يترتب عن هذا النقد التراجع أو التعديل لهذه السياسات.

<sup>11</sup> مقورة مفيدة، مرجع سابق، ص. 67.

## المبحث الثاني: مدخل مفاهيمي للسياسة العامة الصحية

### المطلب الأول: مفهوم الصحة والسياسة العامة الصحية

أولاً: مفهوم الصحة: تعذر اختيار تعريف محدد لمصطلح شائع الاستخدام، يفهمه كل فرد في حدود استخدامه المباشر له، لقد أدركت مختلف شعوب العالم منذ الأزل أهمية الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع، لذلك أولتها اهتماماً وعناية خاصة تجلت في جعل البحث في آليات تطوير العلوم الطبية يأتي في مقدمة أولوياتها، فالصحة من المصطلحات المتداولة والديناميكية التي لا يمكن التحكم فيها أو إعطائها مفهوم واحد، واضح، وشامل، وذلك نتيجة ارتباطها بالعديد من العوامل وبالتالي تتعدد معانيها وأبعادها.

الصحة لغة: عرفت الصحة في القاموس المعتمد: صح، صحة، وصحاحا، وصحا الرجل علته، سلم من العيب والريب، ثبت وطابق الواقع، صحح المريض، الصحة (المصدر): سلامة الجسم وكون الشيء خالي من العيب، الصحيح السالم من العالة والعيب.<sup>1</sup>

الصحة اصطلاحاً: عرفها بركيز *perkis*: "حالة توازن بين وظائف الجسم وأن هذا التوازن ينتج عن تكيف الجسم للعوامل الخارجية التي يتعرض لها بصفة مستمرة، كما أكد على أن تكيف الجسم العوامل الضارة عملية إيجابية تقوم بها قوة الجسم المختلفة للمحافظة على التوازن."<sup>2</sup>

في اللغة الفرنسية: أصل كلمة (*Santé*) في اللغة اللاتينية مشتقة من (*Saluto, Salutaré*) والتي تعني البقاء وسليمان المرض والمحافظة على الجسم، أما في اللغة اليونانية، فكلمة الصحة تعني أن الإنسان سليم الجسم والعقل. وكذلك كلمة (*Sano*) في اللغة اللاتينية هي الجسم السليم ومعالجته وإرجاعه إلى الصواب.<sup>3</sup>

في اللغة الانجليزية: أصل كلمة (*Health*) تعني: تمام العقل، مكتمل التمام، أو الحسن؛ وفي أصول اللغة الألمانية والإنجليزية (*Healtho*) أو (*kailo*) تعني كلاهما تتعافي، وتعني نفس الكلمة الرفاهية، والسعادة، والكمال، والأمن عند الإنسان حالة الجسم في حالة معينة، قوة الجسم والروح،

<sup>1</sup> بولفة منال، مرجع سابق، ص 33.

<sup>2</sup> أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، (الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، ط.1، 2000)، ص13.

<sup>3</sup> دوناس حفيظة، واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة العامة، دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة، مذكرة ماستر، (جامعة محمد خيضر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، بسكرة، 2013)، ص12.

المعافاة من المرض أو التشوهات هي الشرط الذي يكون فيه الجسم سليم العقل أو الروح أو خصوصا عندما يكون الجسم متحرر من الأمراض أو الحالة التي يكون عليها الجسم ذو صحة سقيمة أو ذو صحة جيدة.<sup>1</sup> وقد عرفه المنظر الأمريكي *Talcott Parsnos*: "على أنه حالة اضطراب في الوظائف العادية للفرد التي يعتبر كل أعضائي في النظام البيولوجي وتكيفه الشخصي والاجتماعي".<sup>2</sup>

وقد حدد إعلان آما اتار الشهير في الاتحاد السوفيتي في عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها: "لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدنية".<sup>3</sup>

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة في المادة الأولى من ميثاقها أثناء الثورة العالمية بنيويورك بتاريخ 28 جويلية 1946 على أنها: "من الاكتمال في الصحة النفسية والعقلية، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز، ويهدف التعريف إلى جعل كل الشعوب، تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة".<sup>4</sup> وورد في ديباجة منظمة الصحة العالمية، تحديد الدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن والسلام، والاستقرار، وذلك من خلال مبادئ أساسيين:

1- مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن كحق أساسي من حقوق الإنسان بغض النظر عن الجنس أو الدين أو الانتماء السياسي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية.

2- إن صحة الشعوب هي أمر ضروري لتحقيق الأمن والسلام محليا ودوليا.<sup>5</sup>

وقد عرف البنك الدولي الصحة على أنها: "القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع، وأنها تلك الحالة المرتبطة فيما يحدث هو زيادة الدخل، والتعليم في سلوك الأفراد، ومقدار الكفاءات، واستخدامها في النظام الذي يبني دولة، مع النظر لمدى انتشار الأمراض داخل المجتمع متزامنا مع ظروف المناخ والبيئة".<sup>6</sup>

<sup>1</sup> دوناس حفيظة، المرجع السابق، ص12.

<sup>2</sup> أيمان العباسي، واقع الخدمات الصحية في الجزائر، دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص بين 2001 و2017، مذكرة دكتوراه، (المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2020)، ص29.

<sup>3</sup> عفاف بوراس، المرجع السابق، ص22.

<sup>4</sup> عبد المحي حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، (مصر، دار المعرفة الجامعية، 2003)، ص13.

<sup>5</sup> دوناس حفيظة، المرجع السابق، ص13.

<sup>6</sup> خروبي بزارة علي، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الاخوة خليف بشلف، رسالة ماجستير، (جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية، 2011)، ص14.

وقد عرف اقبال إبراهيم المرض: إن المرض يحدث في شعور عضو أو أكثر من أعضاء في الجسم بعجز من القيام بوظيفته، كما يحدث المرض إذا اختلف أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفهم.<sup>1</sup>

مستويات الصحة: لا يتمتع جميع الأشخاص بنفس المستوى الصحي، وحتى الشخص نفسه يتراجع من حالة إلى أخرى ما بين الصحة المثالية ومستوى المرض، وبالرغم من الحدود العلمية ما بين مستوى صحي وآخر، وأنها تخضع لنسبة المطلقة، لطبيعة الفرد، ومفهومه للصحة والمرض،<sup>2</sup> ولكن على العموم تنقسم مستويات الصحة إلى:

- 1- الصحة المثالية: هي تلك الحالة التي تكتمل فيها جميع الجوانب النفسية، والاجتماعية، والعقلية المكونة للشخص، وهي الحالة المرغوب فيها، لكنها حالة مستحيلة التحقيق وهي نادرة الوقوع.<sup>3</sup>
- 2- الصحة الإيجابية: تعني خلو الجسم من أعراض المرض، مع قدرته على التكيف مع كل ما يعترضه من مشاكل اجتماعية، ونفسية وبدنية.<sup>4</sup>
- 3- الصحة المتوسطة: يلاحظ على الفرد ذو الصحة المتوسطة غياب الطاقة الإيجابية، بحيث لا تظهر عليه أعراض المرض، إلا أنه يفتقد جزء من نشاطه وحيويته، وتكون لديه القابلية للمرض إذا ما تعرض لاضطرابات خارجية مفاجئة سواء كانت اجتماعية، أو نفسية، أو بدنية.<sup>5</sup>
- 4- مستوى المرض الغير ظاهر: حيث يعاني الشخص من وجود مرض ما، لكن لا يمكن تشخيص هذا المرض إلا بعد إجراء تحاليل أو فحوصات بالأشعة.<sup>6</sup>
- 5- المرض الظاهر: في هذا المستوى الصحي تظهر على الفرد أعراض المرض كالقلق، والألم، ويتراجع أداءه ونشاطه بشكل ملحوظ.
- 6- مستوى الاحتضار: في هذه الحالة تندهور حالة الشخص الصحية إلى مستوى الاحتضار لدرجة العجز التام، وفقدان قدرته على أداء وظائفه الحيوية بمفرده.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> اقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، (الإسكندرية: دار المعارف، 1998)، ص 49.

<sup>2</sup> أيمن العباسي، المرجع السابق، ص 32.

<sup>3</sup> المرجع السابق، ص 32.

<sup>4</sup> الهام يحيى، ليلى بوحديد، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى الرضا الزبائن عنها، دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، مذكرة دكتوراه، (جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، باتنة، 2014)، ص 319.

<sup>5</sup> أيمن العباسي، المرجع السابق، ص 32.

<sup>6</sup> سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي (مصر، دار المعارف الجامعية، 2004)، ص 24.

## ثانيا: المفاهيم المرتبطة بالصحة

1- مفهوم الخدمات الصحية: يرى (love/lock) أن الخدمة هي منفعة مدركة بالحواس، قائمة بحد ذاتها أو مرتبطة بوسائل مادية وملموسة، وتكون قابلة للتبادل دون أن يترتب عليها ملكية. ويعرف (Stanton) الخدمة على أنها: "النشاطات الغير محسوسة، والتي تحقق منفعة للزبون أو العميل، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى، أي إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية".<sup>2</sup> من خلال هذا التعريف نرى إنه تم تركيز على تعريف الخدمة من خلال عدم اقترانها بالسلع المادية واهتمامها بالمنافع المقدمة للزبائن، وتم فيه تجاهل الخاصيتين المتلازمتين عدم التملك، وعدم التجانس. وقد عرفها (Kotler) بأنها: "كل أداء يقدم من طرف لطرف آخر غير ملموس ولا ينتج عنه نقلا للملكية، يكون انتاجه مرتبطا بمنتج مادي ملموس".<sup>3</sup> وتم تعريف الخدمات الصحية كذلك على أنها: "مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع معينة، ولكن دون تحول ملكية تلك السلع المساعدة إلى المستفيد لقاء الخدمة. كما تم تعريف الخدمة الصحية كذلك على أنها: العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا وقبول وانتفاع من قبل المريض لأنه يكون بحالة صحية أفضل".<sup>4</sup>

## 2- مفهوم جودة الخدمات الصحية:

2. 1- مفهوم الجودة: تعرف الجودة عادة على أنها مجموعة المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج، والتي تساهم في إشباع حاجات ورغبات المستهلكين، فقد عرفتها الجمعية الأمريكية للجودة بأنها: "المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر في مقدرة سلعة أو خدمة معينة على تلبية حاجيات معينة، وأنها أشياء مختلفة تتفق مع محيط الأفراد".<sup>5</sup> وحسب منظمة معايير الجودة الدولية (ISO) الجودة هي: "مجموعة الصفات أو الخصائص التي يتميز بها المنتج أو الخدمة المتعلقة قدراتها على تلبية الاحتياجات المعلنة والمتوقعة".<sup>6</sup>

<sup>1</sup> إيمان العباسي، المرجع السابق، ص33.

<sup>2</sup> مكي الحاج، حواس مولود، واقع جودة الخدمات الصحية في العيادات الخاصة لدراسة حالة مصلحة طب العيون بعين وسارة، مخبر البحث حول الابداع وتغيير المنظمات والمؤسسات السائدة، المركز الجامعي مرسلبي عبد الله، تيبازة، الجزائر، 2020، ص3.

<sup>3</sup> مكي الحاج، حواس مولود، المرجع السابق، ص3.

<sup>4</sup> مكي الحاج، حواس مولود، نفس المرجع، ص3.

<sup>5</sup> نفس المرجع السابق، ص4.

<sup>6</sup> نفس المرجع، نفس الصفحة.

## 2.2- مفهوم جودة الخدمات الصحية: يعرف (Booms Flewis) جودة الخدمات الصحية

على أنها: "قياس مدى تطابق مستوى الخدمة المقدمة مقارنة بتوقعات الزبون، فتقديم خدمة ذات جودة يعني في المحصلة النهائية أن تكون الخدمة متوافقة مع توقعات المستفيدين"، وتعرفها البيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات خدمات الصحة JCAH الجودة بأنها: "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها بوجه عام للممارسة الجيدة، والنتائج المتوقعة لخدمة، أو إجراء، أو تشخيص، أو معالجة مشكلة طبية معينة".<sup>1</sup> ويعرفها (Kotler) بأنها: "الانحراف القائم بين قيمة الخدمة المدركة والقيمة المتوقعة من طرف الزبون، ومستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن خدمة صحية قيما بما كان عليه في السابق".<sup>2</sup> كما تعرف جودة الخدمة الصحية بأنها: "جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو العلاج منها، ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال والتخلص من آثار المرض، وهي الرعاية التي تقدم للمريض والتي تتضمن تشخيص شامل للمريض وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاج، مع الغذاء الجيد والملائم لحالته، ومع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته".<sup>3</sup>

- مفهوم الرعاية الصحية: ومن بين التعريفات المختارة نجد، هي: مجموعة من الخدمات والبرامج التي تقدمها الدولة لمواطنيها في شكل برامج وقائية علاجية من خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات الطبية والصحية في المستشفيات والعيادات والمعامل الطبية ومصانع إنتاج الأدوية.<sup>4</sup> أو هي مجموعة الخدمات والإجراءات التي تقدم لأفراد المجتمع عامة بهدف رفع مستواها الصحي والحيوي دون حدوث الأمراض وانتشارها.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> نفس المرجع، نفس الصفحة.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

<sup>3</sup> زديرة شرف الدين، "دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس بقسنطينة"، مجلة الأبحاث، العدد 18، ديسمبر 2015، ص 149.

<sup>4</sup> محمد بوحجلة، "رؤية استشرافية لدور الأوقاف في تحقيق الرعاية الصحية"، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، ع 22021، ص 106

<sup>5</sup> محمد بوحجلة، مرجع سابق، ص 106.

وقد عرفت بأنها: "مستوى الرعاية المقدمة لجميع الأفراد التي تعالج أكثر المشكلات شيوعاً في المجتمع من خلال تقديم الخدمات الوقائية، والتأهيلية، لتحقيق الحد الأقصى من الصحة، والسلامة، والرعاية".<sup>1</sup>

4- مفهوم حوكمة السياسات الصحية: ظهرت الحاجة إلى الحوكمة في العديد من الاقتصاديات المتقدمة والناشئة، خلال العقود الماضية خاصة في أعقاب الانهيارات الاقتصادية، والأزمات المالية التي شهدتها العديد من دول شرق آسيا، وأمريكا اللاتينية، وروسيا في عقد التسعينات من القرن الـ 20، وكذلك ما شهده الاقتصاد الأمريكي مؤخراً من انهيارات مالية ومحاسبية خلال عام 2002، إذ تزايدت أهمية الحوكمة نتيجة تحولات العديد من دول العالم إلى الاقتصاد الرأسمالي، الذي يعتمد فيها بدرجة كبيرة على الشركات الخاصة، لتحقيق معدلات مرتفعة ومتواصلة من النمو الاقتصادي.<sup>2</sup>

تعددت المسميات لمفهوم الحوكمة، أو من حيث تشغيله كآلية عمل حتى أطلقت عليه مصطلحات كثيرة مثل: أسلوب الحكم الموسع، أسلوب الحكم الجيد، الحكم المتحد، أسلوب الحكم الراشد، الحكمانية، إدارة شؤون الدولة والمجتمع الحاكمة، وغير ذلك والسبب في عدم توحيدها ضمن مسمى واحد راجع إلى مشكلة ترجمة المفهوم (*Gouvernance*)، وإلى تنوع وجهة النظر حوله بحسب المنطلقات والتوظيفات المراد استخدام المفهوم فيها.<sup>3</sup>

3. 1- مفهوم الحوكمة: كان أول استخدام لهذا المصطلح في المؤسسات المالية ثم انتقل تدريجياً للاهتمام السياسي، إذ أصبح من الاهتمامات الكبرى في الخطابات السياسية، خاصة في ميدان التنمية الشاملة.<sup>4</sup> ومن أهم تعاريف الحوكمة نجد تعريف البنك الدولي: لقد قدم البنك الدولي تعريفاً لمفهوم حيث عرفه بأنه: "أسلوب ممارسة القوة في إدارة الموارد الاقتصادية والاجتماعية للبلد من أجل التنمية، أي أنه أسلوب وطريقة ممارسة القوة في إدارة الموارد الاقتصادية والاجتماعية.<sup>5</sup> وعرفها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: على أنها أسلوب من الحكم الرشيد، وهو: ممارسة السلطة

<sup>1</sup> مرجع السابق، ص 106.

<sup>2</sup> عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 26.

<sup>3</sup> سلوى الشعراوي، مفهوم إدارة شؤون الدولة والمجتمع، إشكالية نظرية في إدارة شؤون الدولة والمجتمع، (القاهرة، منشورات مركز الدراسات والاستشارات، الإدارة العامة، 2001)، ص 7، 9.

<sup>4</sup> عبد الحميد الزيان، التنمية السياسية، (القاهرة، دار المعرفة الجامعية، ج 2، 1999)، ص 158.

<sup>5</sup> عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 26.

الاقتصادية، والسياسية، والإدارية، بإدارة شؤون الدولة على كافة المستويات، ويشغل الآليات، والمؤسسات التي من خلالها يعبر المواطنون، والجماعات عن مصالحهم، ويمارسون حقوقهم القانونية، ويقومون بالتزاماتهم، ويقبلون الوساطة على خلافاتهم.<sup>1</sup>

4.2- مفهوم حوكمة الصحة: إن حوكمة الصحة متعلقة بالأفعال والوسائل المتبناة من قبل مجتمع ما لتنظيم نفسه بغرض ترقية صحة أعضائه وحمايتهم، والقواعد التي تحدد وتحكم هذا التنظيم وعمله يمكن أن تكون إما رسمية مثل قوانين الصحة العمومية أو اللوائح الصحية الدولية، أو غير رسمية.<sup>2</sup>

تعرف حوكمة الصحة بأنها: "صياغة وتنفيذ سياسات انسانية في الصحة كما تضع معايير تكفل إدارة الموارد وتوفير الخدمات بكفاءة ودون تمييز، إطار عام وأساسي لمجمل أركان المنظومة، ويقع احترام هذه المبادئ والمعايير جميعا على عاتق المنظومة الصحية".<sup>3</sup>

الحق في الصحة: إن الاعتراف بالحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان لم يأتي إلا بعد مراحل زمنية مختلفة تغيرت معها نظرة البشر إليها، أدركت خلالها المجتمعات أهميتها بالنسبة للإنسان لارتباطها الوثيق بحياته وكرامته، إضافة إلى أبعادها الاجتماعية والإنسانية، وأضحى من حق الفرد على الحكومة توفير متطلبات الصحة في حالة ما إذا تعرضت صحته للخطر، لذا عملت على المحافظة عليها والقضاء على كل ما يهددها.<sup>4</sup>

فقد تلاحقت مسؤولية تطوير وتوسيع مفهوم الصحة إلى الدولة في حمايتها، وذلك منذ أقدم القوانين في بريطانيا التي تعود إلى عام 1802، مروراً بقانون الصحة العالمية لعام 1848، وبال دستور المكسيكي لعام 1843، وصولاً إلى إنشاء منظمة الصحة العالمية (who) عام 1946، التي تم فيها الاعتراف بالحق في الصحة كحق عالمي، وحظي باعتراف دولي حيث وضع ونشر مفهوم للصحة.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 26، 27.

<sup>2</sup> رمضان قندي، "الحق في الصحة في القانون الجزائري"، في: مجلة دفا تر السياسة والقانون، العدد 6، جانفي 2018، ص 218.

<sup>3</sup> محمد بوخريص، حوكمة الصحة بين الأسس المعيارية والمصالح، مذكرة ماجستير في العلوم السياسية، (جامعة باتنة، 2013)، ص 31.

<sup>4</sup> بوجانة محمد، "الحق في الصحة وتأثير العولمة عليه"، في: مجلة القانون، ع 08، جوان 2017، ص 119.

<sup>5</sup> الجمهورية اللبنانية، مجلس النواب، لجنة حقوق الانسان النيابية، الخطة الوطنية لحقوق الانسان، الحق في الصحة، سلسلة الدراسات الخلفية، 20 نوفمبر 2008، ص 09.

ويمكن اعتبار الحق في الصحة له علاقة مباشرة بحق الإنسان في الحياة وسلامته الجسدية والعقلية وله علاقة وطيدة بحق المستوى المعيشي اللائق، وقد أشار الإعلان العالمي لحقوق الإنسان إلى هذا الحق عبر حديثه عن الحق في الحياة وفي الحرية وذلك في (المادة 03): "لكل فرد الحق في الحياة والحرية، وفي الأمان على شخصه"، كما نصت (المادة 06) من الاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية على: "الحق في الحياة حق ملازم لكل إنسان وعلى القانون أن يحمي هذا الحق ولا يجوز حرمان أحد من حياته تعسفا".<sup>1</sup>

وورد في (المادة 25) من نفس الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على: "لكل شخص الحق في مستوى معيشي كافي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاص على صعيد المأكل، والملبس، والمسكن، والعناية الطبية، وعلى صعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يامن به العوائل في حالة البطالة، أو المرض، أو العجز، أو الترمُّل، أو الشيخوخة، أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه، وللأمومة والطفولة الحق في رعاية ومساعدة خاصة، ولجميع الأطفال حقُّ التمتع بنفس الحماية الاجتماعية، سواء ولدو في إطار الزواج أو خارجه".<sup>2</sup>

وتلتزم الدول الأطراف في هذا العقد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسدية، والعقلية. تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العقد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لتلك التدابير اللازمة ما يلي:

- 1- خفض معدل الوفيات، ووفيات الأطفال الرضع، وتأمين النمو الصحي للصحيح للطفل.
- 2- الوقاية من الأمراض الوبائية، والمعدية، والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها.
- 3- تهيئة ظروف التي من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية لجميع من هم في حالة المرض.<sup>3</sup>
- 4- تضمن الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان الحق في الصحة في مادته 16، بحيث جاء فيها: "لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية، وعقلية، يمكنه الوصول إليها، وتتعهد الدول

<sup>1</sup> هيئة الأمم المتحدة، الجمعية العامة، الاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية، 1966، المادة 06.

<sup>2</sup> هيئة الأمم المتحدة، الجمعية العامة، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 1948، المادة 03، ص 25.

<sup>3</sup> بوجانة محمد، المرجع السابق، ص 125.

الأطراف في هذا الميثاق اتخاذ كل التدابير اللازمة، وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض".<sup>1</sup>

5- واعتبر ديباجة الميثاق التأسيسي لمنظمة الصحة العالمية أن الصحة هي: حالة من الاكتمال البدني والعقلي، والاجتماعي، وليست فقط حالة انعدام المرض، أو العجز إلى جانب التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، بغض النظر عن الجنس، أو الدين، أو العقيدة السياسية، أو الحالة الاقتصادية، أو الاجتماعية، كما أن صحة جميع الشعوب تسعى إلى بلوغ السلم والأمن وهي تعتمد على التعاون بين الأفراد والدول مما يحقق تحسين الصحة وحمايتها ويجعله أمراً له أهمية عند الجميع.

6- كما يعد الحق في الصحة أساس قانوني في عدة اتفاقيات إقليمية أخرى من بينها المبدأ 11 من الميثاق الأوروبي المعدل في 1996. و(المادة 10) من البروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في عام 1988 في (المادتين 11 و12) اتفاق القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979.<sup>2</sup>

7- اعتبر المشرع الجزائري الصحة العمومية عنصر من النظام العام الذي يتطلب خطة صحية من التوازن، وذلك باتخاذ الإجراءات التي من شأنها المحافظة على سلامة المواطنين، والحد من أضرارها، والتأكد من الشروط الصحية في الأماكن العامة، ومراقبة الأطعمة والمواد الغذائية، والمشروبات المعدة للاستهلاك، وضمان ملاءمتها، والمحافظة على مياه الشرب، ومكافحة التلوث كونه السبب الرئيسي لانتشار الأمراض، وكذلك مراقبة والتخلص من النفايات السائلة والصلبة.<sup>3</sup>

8- يعتبر الحق في الصحة أو في الرعاية الصحية إحدى الحقوق الأساسية للمواطن، ويعتبر التزام الدولة للحفاظ على صحة كل الأفراد دون تمييز، وهناك من يطلق عليه تسمية النظام العام الصحي وقد جسدت (المادة 66) من المقرر 2016 في الجزائر هذا الحق للمواطن، والتزام الدولة بمفهومها الضيق.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 125.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق، ص 125، 126.

<sup>3</sup> بوقصة عبلة، الجرائم المتعلقة بالصحة العمومية، مذكرة ماستر، (جامعة تبسة، 2016)، ص 07.

<sup>4</sup> بوجانة محمد، المرجع السابق، ص 126.

9- وقد عرف المؤسس الدستوري بمفهوم واسع من خلال التركيز على حقوق وحرية الأفراد (كالمواد 40، 41، 68، 69) من دستور 2016، وذلك بتحديد جميع عناصر الصحة من سلامة جسدية، وعدم انتهاك حرية الحياة الخاصة، والحق السكن، والبيئة السليمة، والعمل، والرعاية،... إلخ.<sup>1</sup>

10- كما عرفت (المادة 20) من القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها الصحة العمومية بأن حوكمة الصحة هي: "مجموعة التدابير الوقائية العلاجية والتربوية والاجتماعية التي تستهدف المحافظة على صحة الفرد والجماعة وحمايتهما".<sup>2</sup>

ثالثا: مفهوم السياسة الصحية: يمكن تعريف السياسات بأكثر من تعريف، فقد نعرفها على أنها مجموعة من الإجراءات المتخذة قصد التأثير على أهداف المجتمع من حيث تحقيق الحرية والأمان.<sup>3</sup>

تعريف منظمة الصحة العالمية: على أنها: "الإجراءات المحددة اللازمة للتصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الوقاية الشاملة للقطاعات وتعزيز الصحة".<sup>4</sup>

الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية: "مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية، برامج العمل المقترحة للحكومة وهي تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفعالية".<sup>5</sup>

فالساسة الصحية: هي مجموعة من الإجراءات أو التغييرات التي تنفذها الدولة من أجل تنظيم القطاع الصحي التي تشمل على خدمات صحية مجانية وخدمات صحية خاصة، يكون الهدف منها أحداث تحسين في المستوى الصحي للدولة.<sup>6</sup>

والسياسات العامة الصحية هي: "مجموعة من الخيارات التي تتبناها فواعل الدولة الرسمية والغير رسمية تماشيا مع التوجهات العالمية، تترجم هذه الخيارات من طرف متخذ القرار في شكل أفعال،

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 126.

<sup>2</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المؤرخ في 16 فيفري 1985، المادة 25.

<sup>3</sup> دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 16.

<sup>4</sup> منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، جنيف، 2008، ص 75.

<sup>5</sup> لقمان مغراوي، "صناعة السياسات الصحية في عالم متغير، دراسة حالة الجزائر"، في: المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، ع 01، جوان 2014، ص 29.

<sup>6</sup> محمد الاسطل، "تحديات السياسة الصحية في فلسطين ما بين النظرية والتطبيق"، في: مجلة سياسات، ع 02، 2007، ص 106.

وتشريعات، وخطط، وبرامج تهدف إلى تمكين الأفراد من التمتع بحقهم في الصحة، من خلال تحسين الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها (رعاية أولية، رعاية ثانوية، رعاية شاملة)، قصد تغطية مطالب الأفراد واحتياجاتهم الكمية والنوعية ممن يتولون تنفيذها سواء في مؤسسات تابعة للقطاع العام، أو للقطاع الخاص".<sup>1</sup>

أهمية السياسة الصحية: تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسات الصحية، وتشكيل إطار عام تعمل من خلاله المؤسسات الصحية، وتحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب في تحقيقها، وهذه الكيفية ليست تفصيلية، وإنما لبيان أهمية السياسات من خلال العمل، ولا يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطار عام له.<sup>2</sup> وتنبع أهمية السياسات العامة الصحية من خلال الأمور التالية:

1. رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة أو أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية، بحيث أن مستوى قوة الالتزام، والاستجابة، والاهتمام بتنفيذ السياسة الصحية مرهون بالمستوى السلطوي الذي تم فيه وضع السياسة الصحية، والذي تم فيه اتخاذ قرار اتجاه سياسة صحية محددة، إذ أنه كلما كانت السياسة الصحية مرسومة من قبل سلطة بيروقراطية أعلى، كلما كان الطاقم الصحي ملتزم بتنفيذها بشكل أكبر، وباهتمام أعلى.<sup>3</sup>

2. وجود عدة طرق وأساليب لوضع السياسات الصحية فطرق وضع السياسات الصحية وأساليبها يحدد أهمية وهدف هذه السياسات، فأحيانا توضع هذه السياسات استجابة لقرارات الإدارة العليا، وبالتالي يتم اتخاذ السياسة أحيانا بطريقة صعبة لتحقيق أهداف محددة ولذلك فإن أهمية السياسة تنبع من طبيعة الهدف التي وضعت من أجله.<sup>4</sup>

3. يختلف قطاع الصحة من دولة لأخرى، لكنه في أغلب الأحيان يشتمل القطاع الصحي على القطاع العام الحكومي والقطاع الصحي الخاص، بالإضافة إلى طبيعة الفاعلين الآخرين المؤثرين في السياسة الصحية في كل بلد، والمقصود هنا من يساهمون بشكل مباشر أو غير مباشر فيوضع

<sup>1</sup> إيمان العباسي، المرجع السابق، ص 86.

<sup>2</sup> ميلودي سعدية، المرجع السابق، ص 41.

<sup>3</sup> نفس المرجع السابق، ص 41.

<sup>4</sup> صلاح محمود ديان، إدارة خدمات الرعاية الصحية، (عمان، دار الفكر، 2009)، ص 220.

السياسات الصحية الخاصة بكل بلد جزء أساسي من النظام الصحي، وغالبا ما يرتكز في القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي بوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي.<sup>1</sup>

4. اعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة، وهذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية في بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو لأسباب تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتلات والجماعات وأحيانا لأسباب غير معروفة وبالتالي فان غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه في مثل هذه السياسات.<sup>2</sup>

### المطلب الثاني نشأة وتطور السياسة الصحية في الجزائر

لقد شهدت السياسات الصحية في الجزائر مجموعة من المراحل تبعا لمحددات التي تحكمت في السياسة الصحية، بحيث يمكن رصدها إلى مراحل:

المرحلة الأولى: من (1962-1965): وقفت الجزائر سنة 1960 في حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزة أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها بلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم وهناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلمهم كانوا من الأجانب.<sup>3</sup>

ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في:

- 1- هجرة جماعية من الأطباء الفرنسيين 2200 طبيب و2700 ممرضة وممرضة.
- 2- حالة صحية متردية نتيجة النقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد أطباء بالنسبة لعدد السكان ي أنا بس 8 أطباء لكل 10,000 ساكن كما كان عدد الصيادلة حوالي 50 صيدلي و30 طبيب اناث فقط.
- 3- النقص الكبير في الكوادر النفسية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 220.

<sup>2</sup> سمية اوكادي، آليات الصحة في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للام والطفل، مذكرة ماستر، (جامعة قاصدي مرباح، كلية الحقوق والعلوم السياسية، ورقلة، 2016)، ص 23.

<sup>3</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، (الجزائر، دار الكتامة للكتاب، 2007)، ص 69.

#### 4- سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.

ومن أجل التخلص من هذه المشاكل، رسمت الجزائر محاور جديدة للسياسة الصحية تمثلت في: رسم استراتيجية مع كل تحفظ، من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، وتمثلت هذه الاستراتيجية في المحاور التالية:

**الوقاية:** حيث أن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معايير النظافة.

**علاج الأمراض:** ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

**التوزيع العقلاني للأطباء:** وذلك تحقيقاً للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.<sup>1</sup>

**المرحلة الثانية: من (1905-1979):** مع بداية المخطط الوطني وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة عام 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئاً فشيئاً من خلال تحسين عملية التكوين في السلك الطبي، والشبه طبي وكذا انشاء بعض الهياكل القاعدية بين عامي (1967 و 1969)، وما ميّز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي (1969-1979) محاولة من المسؤولين منح الأولوية للعلاج الأولي، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج، والمراكز الصحية، على مستوى كل بلدية، وعلى مستوى كل حي، والهدف من ذلك هو قبل كل شيء الوقاية، نظراً لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك انشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.<sup>2</sup>

وبما أن 37% فقط من شبكة مياه السكان، كانت مموّلة بالمياه الصالحة للشرب و 23% كانت متأثرة بقنوات الصرف الصحي، وما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه لم تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت التدابير اللازمة من أجل تنفيذ بعض البرامج التي شطرت بهذا الشأن والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني للأطفال، من طرف الدولة سواء

<sup>1</sup> نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 71.

<sup>2</sup> دوناس حفيظة، المرجع السابق، ص 28.

في إطار مركز حماية الطفولة والأمومة، أوفي إطار الطب المدرسي، كما صدر في هذا المرسوم رقم 6-96 المؤرخ في 09 جويلية لسنة 1969 والقاضي بإلزامية التلقيح وبمجانيتها، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة إيجابية توصي إلى القضاء على الأمراض المعدية كما تم إقرار التكفل، الشامل من طرف الدولة، بمكافحة بعض الأوبئة مثل: مرض السل، ليصبح علاجه مجانيا، ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل، وسوء التغذية، فضلا عن عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة.<sup>1</sup>

وما ميز هذه المرحلة التاريخية هو:

1- بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969-1970: التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية وذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية.

2- انخفاض معدل الجدري سنة 1979 والسعال الديكي والتلقيح ضد الحصبة اما عن الامراض اتخذت الجزائر عن طريق التوعية والإرشاد وبالأحرى التثقيف الصحي واستعملت في ذلك المسرحيات والملصقات الاعلانية وكان ذلك في الفترة الممتدة بين 1967-1968 حيث كانت هذه الفترة بداية لتطبيق وانطلاق البرامج ضد الأمراض وأهمها الملاريا.

ومن أجل توفير الصحة لكافة المواطنين فقد عملت الحكومة على تشجيع القطاعات الخاصة من اجل ان تقدم خدماتها لصالح الصحة العمومية من خلال التعاون بين القطاعات الخاصة والمنظمات الرسمية والجماعات المحلية الدينية والفكرية وكله بهدف تحقيق التنمية الصحية.<sup>2</sup>

المرحلة الثالثة: من (1979-2008): قامت هذه الفترة على أساس تبني معيار التقسيم الهيكلي والتطور التنظيمي للقطاع الصحي للجزائر بما في ذلك القطاع العام والخاص.

اعتبرت اللجنة المركزية لجهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي:

1) توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني لسنة 1976.

<sup>1</sup> ل. حسينة، تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال، في: <http://www.elmasaa.com>، بتاريخ: 2022-04-05، على الساعة: 00:08.

<sup>2</sup> دوناس حفيظة، المرجع السابق، ص 29.

(2) إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف، والأدوار ليست فقط وزارة الصحة وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

(3) تكامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.<sup>1</sup> وما يميز هذه المرحلة هو انشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986، تمثلت في المراكز الاستشفائية الجامعية وفي نهاية الثمانيات جاء دستور 29 فيفري 1989، ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سابق الذكر والتي تقول ان الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة بالوقاية والتكفل بالمعوزين والتكوين مع البحث فالعلوم الطبية اما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي والحكومة الجزائرية، كما كانت مرحلة 1980-1995، عبارة عن تقسيم السياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر ومن ضمنها السياسة الواجب اتباعها في المستقبل.<sup>2</sup>

ونجد الجزائر قد حققت خلال هذه المرحلة قدرا من التحكم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء إذا بلغ عدد الأطباء سنة 1982 إلى 7350 طبيب في المقابل 2401 طبيب أجنبي.

كما زاد عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ في نفس السنة 2171 أما عدد الصيادلة الجزائريين وصل إلى 1093 سنة 1982.

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة، المؤسسات الاستشفائية الجامعية وفي سنة 2007، أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج، وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن، وقد عرفت هذه المرحلة تطور عدد من الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.<sup>3</sup> أما بشأن التغطية الصحية من حيث الهياكل القاعدية سنة 1997 فنلاحظ ما يلي:

<sup>1</sup> دوناس حفيظة، مرجع سابق، صص 30-31.

<sup>2</sup> المرجع السابق، ص 31.

<sup>3</sup> نور الدين حاروش، المرجع سابق، ص 82.

- 1- سريرين لكل 1000 نسمة.
  - 2- عيادة لكل 70241 نسمة.
  - 3- مركز صحي لكل 28559 نسمة.
  - 4- قاعة علاج لكل 9433 نسمة.
- أما في عام 1998 فكانت الإحصائيات كالتالي:

- 1- سريرين لكل 1000 نسمة.
  - 2- عيادة لكل 60731 نسمة.
  - 3- مركز صحي لكل 25454 نسمة.
- وبشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 فهي كما يلي:

- 1- نسبة الولادات 253 من الألف.
- 2- نسبة الوفيات العامة 6,04 من الألف.
- 3- متوسط العمر 68 سنة.<sup>1</sup>

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 فقد عرفت بعض التحسن، لكنه غير كاف وخير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة حول الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي المقدرة ب 9% من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما تعلق منها بوفيات الأطفال كانت دون المستوى المطلوب، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة واستراتيجية ناجحة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية ومن أهم المؤشرات نجد وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40,5 من الألف حسب المنظمة، وحسب الجزائر فهي 35,8 من الألف بينما بلغ معدل الحياة 74,8 في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98%، وضد السعال الديكي 87%، والتلقيح ضد التهاب الفيروس الكبدي 81%، أما متوسط توزيع الأطباء فتجد طبيبا واحدا لكل ألف مواطن، وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن.<sup>2</sup>

وتضاف إلى هذه المؤسسات الصيدلية المركزية للمستشفيات، الوكالة الوطنية للدم، والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية، المركز الوطني لمكافحة التسمم، والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.

<sup>1</sup> ، المرجع السابق، ص ص 82، 83.

<sup>2</sup> المرجع السابق، ص 85.

وقد عرف القطاع من جانب آخر انتقالا للوضع الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الحواري من أجل تقريب الصحة من المواطن، حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007، بهدف فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تقدم علاجا قاعديا، تطلب تأسيس الطب الحواري الذي قرب العلاج من المواطن، كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، التي تشمل أيضا قاعات العلاج، والعيادات متعددة الخدمات، إذ استفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري، تم استثماره في انجاز 800 مؤسسة استشفائية.<sup>1</sup>

المرحلة الرابعة: من (2010 إلى 2014): عملت الحكومة الجزائرية على تدعيم القطاع الصحي الخاص من خلال ازدواجية النشاط الصحي بين كل من القطاع العمومي والخاص، للنهوض بالرعاية الصحية وتحسينها، ودفع عملية التنمية الصحية، فكلاهما يكمل الآخر وهدفهما واحد هو تقديم خدمة صحية للمريض، فالاستثمار في رأس المال البشري سياسة انتهجتها الحكومة بتركيزها على القطاع الصحي، وبالدرجة الأولى صحة الإنسان لضمان استقرار نشاطه البدني، والجسمي في أحسن الظروف ليتمكن من ممارسة مهامه وواجباته اتجاه أسرته، ووطنه.

أقرت المنظمات الدولية في دليل التنمية البشرية لعام 2010 أن الجزائر قد سجلت تقدما ملحوظا في كافة قطاعات التنمية البشرية في السنوات الأخيرة، حيث تحصلت على مرتبة محرزة بذلك تقدما بنسبة 20 نقطة بعدما كانت في مرتبة 104 في عام 2009، وهذه المرتبة تصنف الجزائر بين الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة، كما لا يمكن تجاهل الانجازات المسجلة في القطاع الصحي حيث أن متوسط العمر المتوقع صار 73 سنة، كما سجلت انخفاض في معدل وفيات الرضع، والأمهات الحوامل.<sup>2</sup>

كما تقدمت وتيرة انجاز المشاريع والهيكل الصحية، حيث استلم قطاع الصحة سنة 2010، جملة من الهياكل الصحية الجديدة، نذكر منها:

<sup>1</sup> دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص ص 33، 34.

<sup>2</sup> غرابية فضيلة، "اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر تحديات وانجازات"، في: مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عنابة، ع 11، ص 248.

1- 14 مستشفى جامعي.

2- 62 مؤسسة استشفائية متخصصة.

3- 200 مؤسسة استشفائية عمومية.

4- 778 مؤسسة استشفائية تابعة للقطاع الخاص.

5- 1513 عيادة متعددة الخدمات.

6- 5836 قاعة العلاج.

أما بالنسبة للعيادات التابعة للقطاع الخاص:

1- 5904 عيادة تابعة لأطباء مختصين خواص.

2- 6206 عيادة لأطباء عامين خواص.

3- 4909 عيادة جراحة أسنان تابعة للخواص.

4- 9000 وكالة صيدلانية خاصة.

وقد تم الاتفاق بإجماع في الاجتماع الوزاري الذي عقد برئاسة الجمهورية حول المخطط الخماسي للتنمية 2010-2014،<sup>1</sup> والذي رصد فيه ميزانية كبيرة للنهوض بالقطاعات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، لتحقيق التنمية الشاملة، ويعد قطاع الصحة من القطاعات التي تدعم بميزانية مالية قدرها بـ 619 مليار دينار جزائري، موجهة لإنشاء وإنجاز هياكل صحية، مستشفيات وعيادات متعددة الخدمات، وتبعها قرار إنجاز 172 مستشفى، و45 مركب صحي متخصص، و 377 عيادة متعددة الاختصاصات، وكذا ألف قاعة علاج، و17 مدرسة للتكوين الشبه طبي، وقد وجهت هذه المشاريع لتغطية العجز المسجل في الهياكل الصحية عبر مختلف ولايات الوطن، والقضاء على الفوارق في توزيع الخدمات الصحية، لذا قرر المسؤولين المحليين ضرورة توفير 254 عيادة متعددة الخدمات، و4800 سرير لإنجازها وهذا بحلول 2015، وهذا لتحقيق العدالة الاجتماعية في توزيع الهياكل والخدمات الصحية، كما عملت على إنشاء 13 مركز استشفائي جامعي، ومؤسسة استشفائية

<sup>1</sup> غرابية فضيلة، مرجع سابق، ص 249.

جامعية واحدة، وخمسة مؤسسات استشفائية، و68 مؤسسة استشفائية متخصصة، و195 مؤسسة  
عمومية استشفائية.<sup>1</sup>

كما تعززت المنظومة الصحية لتحقيق المساواة في توزيع الخدمات الصحية والنهوض بالمحددات  
الاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية للصحة لتحقيق التنمية صحية للأفراد من جهة وتحسين المستوى  
الاقتصادي من جهة أخرى، بإنشاء 217 مؤسسة للصحة الجوارية والتي تشرف على تسيير 988 عيادة  
متعددة التخصصات متوفرة بذلك 3566، سرير مخصص للأمهات و387 عيادة متعددة الخدمات دون  
سرير و5376 قاعة علاج، ليرتفع العدد الإجمالي للأسرّة العاملة العمومية إلى 63686 عامل.

ونظرا لأهمية قطاع الصحة في تحقيق التنمية الاقتصادية للدول، عمدت الجزائر إلى تخصيص  
غلاف مالي ضخّم لمواكبة التطورات والتغيرات في المنظومة الصحية ولتسهيل سير المشاريع الإصلاحية.<sup>2</sup>

### المطلب الثالث: أهداف السياسة الصحية

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

1- تعزيز المسؤولية الاجتماعية: لا بد أن يلتزم صناع القرار بالمسؤولية الاجتماعية سواء تعلق الأمر  
بالقطاع العام أو الخاص، ولا بد من انتهاج السياسات لا تعرض صحة وحياة الأفراد للخطر سواء كانت  
سياسات اقتصادية، أو اجتماعية وبيئية، أو غيرها.

2- زيادة الاستثمار في الصحة من أجل تنمية الصحة: هذا نهج متعدد القطاعات إضافة إلى القطاع  
الصحي (التعليم، السكن، التشغيل...) فالاستثمارات الصحية لا بد أن تعكس احتياجات مختلف  
المواطنين.

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 250.

<sup>2</sup> المرجع سابق الذكر، ص 250.

3- توطيد وتوسيع الشركات من أجل الصحة: حيث تقوم هذه الشركات على الشفافية، وعلى المبادئ الأخلاقية المتفق عليها من قبل مختلف الفواعل.

4- زيادة قدرات المجتمع المحلي وتسكين الأفراد: 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 على المحددات الصحية.

5- تأمين البنية التحتية لتعزيز الصحة: لا بد من آلية جديدة لتمويل المحلي والوطني الدولي، ووضع حواجز للتأثير على تصرفات الحكومات، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات التعليمية، والقطاع الخاص للتأكد من تعبئة الموارد، ولتعزيز الصحة إلى أقصى حد ممكن، فالتحديات الجديدة تتطلب تعاون وشراكة لتوفير المساعدة، ولتسهيل تبادل المعلومات.<sup>1</sup>

بناء على ما سبق يمكن القول بأن السياسة الصحية لها أهدافها مثل باقي المؤسسات العامة، والتي تهدف إلى تحقيق الرعاية الصحية للمواطنين، من خلال عدة برامج، والمدرجة في المحاور التالية:  
تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال:

أ-تحديث الخريطة الصحية الهادفة الى التوزيع العقلاني والعاقل للموارد في إطار توحيد المنظومة الصحية التي تعمل على ادماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك ولاسيما القطاع الخاص.

ب-نجاح الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد كلها عن طريق تعيين الاطباء الاخصائيين في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الاولوية مدعوما بمراجعة الخدمة المدنية مراجعة ملائمة وإعادة تأهيل وتعزيز منشآت الصحة الجوية والفرق الطبية المتنقلة وتحسين التجهيزات وصيانتها.

ج-مواصلة اجراءات اصلاح المستشفيات.<sup>2</sup>

تطوير الصحة الوقائية من خلال:

أ-تعزيز وسائل مصالح وخدمات علم الاوبئة والوحدات الصحية الاساسية من اجل اعادة تأهيل شبكة المراقبة الصحية وخدمات العلاج الأولى.

ب-مواصلة حملات التطعيم وتحسيس المواطنين وبصورة خاصة في الوسط المدرسي.

ج-تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.

د-تحسين وتربية تشمل مخاطر الامراض المتنقلة.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> بولفعة منال، المرجع السابق، ص 142.

<sup>2</sup> مجلس الأمة، "برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة"، في: مجلة الفكر الوطني، العدد 6، جويلية 2004، ص 64، 68.

<sup>3</sup> المرجع السابق، ص 68.

## تحسين العلاج الاستشفائي من خلال:

أ-ترتيب مستويات العلاج الذي يسمح بتحقيق نقلة طبية وصحية نوعية، وفي هذا الإطار تقدم خدمات العلاج عالية المستوى ضمن مؤسسات الصحة على أساس تعاونات علاجية تبادر بها مؤسسات صحية، ويتم اعتمادها في قدرات وطنية، والالتزام كذلك بأعمال قصد تحسين التكفل بالعلاج النوعي. اصلاح المستشفيات من خلال:

أ-تحسين ظروف استقبال المرضى واقامتهم ودوام اعمال الرعاية الصحية.

ب-دعم ترتيب التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية.

ج-تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة ولاسيما الخدمات المختصة في الامراض التي تستوجب التحويل الى الخارج.

د-البحث عن بدائل للاستشفاء في المراكز ولاسيما من خلال تطوير استشفاء المناوبة والعلاج المتنقل والتقدم في المنازل.

هـ-تأسيس مشروع المؤسسة من اجل التسيير الاستشراقي ومراجعة الإطار القانوني للمؤسسات الصحية.<sup>1</sup>

## اصلاح آليات التمويل المنظومة الصحية من خلال:

أ-اخضاع العلاقات بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي للتقاعد.

ب-اعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة وتحديث مدونة تسعير الاعمال الطبية.<sup>2</sup>

ج-لن يكون هناك اصلاح حقيقي للمنظومة الصحية دون رسم سياسة وطنية للأدوية وعليه فقد تم مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية.<sup>3</sup> وفي هذا الإطار تم وضع الاهداف العامة التالية:

ج. 1-تحسين الحصول على الادوية الجوهرية.

ج. 2-ضمان نوعية المنتجات الدوائية ومراقبتها بالخصوص عن طريق تعزيز عمليات التفتيش.

ج. 3-ترشيد الاتفاق بفضل ترويج استخدام الادوية الجنسية وجعل التعويض تبعاً للخدمة الطبية المقدمة.

ج. 4-تطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات والهيئات الصناعية.

<sup>1</sup> صيفي ذهبية، النهج التعاقدية كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري، مذكرة ماجستير، (المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، جوان 2008)، ص 27.

<sup>2</sup> عفاف بوراس، مرجع سابق، ص 25.

<sup>3</sup> صلاح محمد ذياب، المرجع السابق، ص 196.

## تأطير الموارد البشرية:

- أ- تنفيذ سياسة الملائمة بين المقبلين على التكوين والاحتياجات الضرورية وتعميم التكوين المتواصل.
- ب- تنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداء.
- ج- تنفيذ وتطوير البحث في مجال الصحة.<sup>1</sup>

## المطلب الرابع: مقومات السياسة الصحية

تعد وزارة الصحة في أغلب الأحيان هي الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية، وتحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة عمل كفيلة بذلك، وقد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تشكيل مجلس صحي وطني، تمثل فيه جميع القطاعات لضمان انعكاس جميع وجهات النظر للتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة، وأنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية، والاقتصادية الشاملة<sup>2</sup>، وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للتنمية الصحية، تتولى الخدمات الاستشارية في كل ما يتعلق بالأمر الصحية.

ومهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسات الوطنية، فإن وضع سياسة صحية وطنية لتتكتمل ولن تكون ممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على المقومات الأساسية.<sup>3</sup> والمتمثلة في:

1- الالتزام السياسي: ان رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الاهداف المنشودة الحقيقية الواقعة أي انه قبل وضع السياسة اتخاذ القرارات قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهتمة بالشؤون الصحية كما يجب بتعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة.<sup>4</sup>

2- الاعتبارات الاجتماعية: السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية، الاقتصادية الشاملة وتوسع اساسا الى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين وبصورة اوضح فان السياسة الصحية جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة لها.

- مشاركة المجتمع: لا بد من اتخاذ التدابير اللازمة والملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من

المجتمع، بحيث يتحمل الافراد والاسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر

<sup>1</sup> صيفي ذهبية، المرجع السابق، ص 28.

<sup>2</sup> ميلودي سعدية، المرجع السابق، ص 43.

<sup>3</sup> صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص 221.

<sup>4</sup> زروالية رضا، التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية بعي افوراح بمدينة باتنة، رسالة ماجستير، (جامعة الحاج لخضر، باتنة، كلية العلوم الانسانية الاجتماعية والعلوم الاسلامية، 2011)، ص 70.

عن المسؤولية للحكومات من صحة شعوبها وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورة اجتماعية واقتصادية.<sup>1</sup>

4- الاصلاح الاداري: لضمان الحق في وضع السياسة لتنفيذها يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم في جميع القطاعات وليس القطاع الصحي فقط، تبادر للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الاخرى كالتعليم والزراعة والغذاء والموارد المالية وحماية البيئة وتحقيق لذلك من اعادة النظر في الامور والنظم الادارية لضمان التنسيق في جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المحلية.<sup>2</sup>

5- تخصيص الموارد المالية: قد وضع السياسة الصحية تبرز الحاجة في معظم البلدان الى اعادة تخصص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية لابد ان يؤخذ بعين الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية إلى زيادة مطردة في تكلفة الخدمة والنتائج وارتفاع اجور العاملين والتقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية.

6- سن التشريعات: يجب سن التشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي ومن المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها وتحليلها كما يجب ان يرافق الاجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوضع الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام.<sup>3</sup>

7- إعداد خطة عمل: ينبغي ان تتم ترجمة السياسة الصحية الى برامج وخطة عمل محددة كما يجب تحديد الاغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من اهداف مباشرة محددة قدر الامكان كما يجب أن تشتمل خطة البحث على تفاصيل كاملة، كما يجب عمله والإطار الزمني وتقديم الاحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص 71.

<sup>2</sup> ميلودي سعدة، المرجع السابق، ص 44.

<sup>3</sup> دونارس حفيظة، المرجع سابق الذكر، ص 28.

<sup>4</sup> زوالية رضا، المرجع سابق الذكر، ص 78.

## المطلب الرابع: مبادئ وخصائص السياسة الصحية

أولاً: مبادئ السياسة الصحية: على الرغم من اختلاف السياسة الصحية من دولة إلى أخرى إلا أنها تشترك في مجموعة من المبادئ التي تعد من المرتكزات الضرورية لا أهمية للسياسة الصحية في غيابها بناء على مجموعة من الدراسات ويمكن حصر هذه المبادئ في النقاط التالية:

1- الصحة حق لكل إنسان: الصحة حق للجميع، هذا ما تدعو إليه المنظمات الدولية، وتنص عليه مختلف المواثيق الحقوقية، بهدف تفعيله وتكريسه والمحافظة عليه بناء على الإجراءات والبرامج والقوانين التي تأتي ضمن تبني سياسة صحية معينة، التي هدفها الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة، ولتحقيق هذا الحق، يتعين على الحكومة تحقيق ما يلي:

1.1- التوافر: يتعلق بتوفير مراكز صحية عمومية ومرافق وسلع وخدمات صحية بالإضافة إلى البرامج الكافية.

1. 2- إمكانية الوصول: بمعنى نتائج إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية في مختلف مناطق الوطن، وهذا من خلال البرامج والخطط التي يتم تبنيها.

1. 3- المقبولية: بحيث يجب على مختلف المرافق والسلع والخدمات الصحية أن تحترم الأخلاقيات الطبية، وتكون ملائمة قانونياً وتراعي متطلبات الجنسين، وجودة الحياة وفضلاً عن تصميمها يحترم السرية وتحسين الحالة الصحية لأولئك المعنيين.<sup>1</sup>

1. 4- العدالة والمساواة: العدالة والمساواة الاجتماعية، قيمة معنوية لا حاجة لتبريرها لأنها أيضاً ضرورية لتوسيع الإمكانيات خاصة أن الصحة أساس التنمية البشرية ولا يمكن تحقيقها دون مساواة.

السياسة الصحية تقوم على مبدأ المساواة والعدالة في توفير الخدمات الصحية ولا أساس للتفريق سواء من حيث الجنس أو العرق أو الدين أو من حيث الناحية الجغرافية، وتكون هذه العدالة من خلال:

أ- غياب الفوارق في مجال الصحة التي يمكن تفاديها بالوقاية والرعاية.

ب- التوزيع العادل من جميع تكاليف الرعاية الصحية بحسب قدرة الأفراد على الدفع.

<sup>1</sup> بولفعة منال، المرجع السابق، ص40.

ج- الاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت والاحتياجات والحقوق.<sup>1</sup>

2- الشراكة: مبدأ إشراك جميع الأطراف المعنية في عملية السياسة ضروري بالأخص، ويرتبط برشادة ورصانة السياسة الصحية حيث أصبح الأمر لا يقتصر على الفواعل الداخلية فقط، إنما الخارجية أيضا (المجتمع المدني، القطاع الخاص، المنظمات الحقوقية الحكومية وغير الحكومية) فالمشاركة المتكافئة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والمراقبة تعد ركنا أساسيا في رفع مستوى الصحة وضمان تناسق وتكامل استراتيجيات وخطط الشركة مع السياسة الصحية والوطنية.<sup>2</sup>

3- 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، وهذا من شأنه أن يزيد الحلقات البيروقراطية، وبالتالي يؤثر على عملية وصول الأفراد لمختلف الخدمات الصحية التي من المفروض أن تكون متوفرة ومتاحة مختلف المستويات و قائمة على العدالة من أجل القضاء على التفاوت، فأصبح الحديث عن النظم الصحية المحلية بهدف تجاوز النقائص والاختلافات من أجل تحقيق الهدف العام.

4- الاستثمار في الصحة: الصحة رأسمال لا بد من استغلاله حيث يعتبر الأساس في تحقيق التنمية بمختلف ابعادها الاقتصادية والاجتماعية فلا تنمية بدون صحة فالاستثمار في الصحة يساهم في:

5- 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 يكفي من الغذاء، وفرض التعليم، فمثلا الأطفال الأصحاء الحاصلين على تغذية سليمة يستطيعون قضاء وقت أطول في المدرسة بقدرات أفضل للتعليم.<sup>3</sup>

6- تراكم رأس المال المادي: يستطيع السكان المتمتعين بصحة أفضل تحقيق تراكم رأس مال مادي بسرعة أكبر، فمتوسط العمر على سبيل المثال يزيد من مدة العمل قبل التقاعد.

<sup>1</sup> نوي نبيلة، الحكومة مدخل لتحسين كفاءة الانظمة الصحية، الاشارة الى حكومة النظام الصحي الجزائري، ورقة بحثية مقدمة في: المنتدى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر واقع وآفاق وتنظيم، جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 24-25 نوفمبر 2005، ص 09.

<sup>2</sup> الجمهورية العراقية، وزارة الصحة العراقية، السياسة الصحية الوطنية 2014/2023، جانفي 2014، ص 10.

<sup>3</sup> بولفعة منال، المرجع السابق، ص 41.

7- الشفافية والمساءلة: يتم اعتماد مبدأ المساءلة والشفافية في رصد صناعة القرارات الصحية لتمكين مختلف الأطراف الفاعلة من التحقق من مصادر الموارد، وبصورة شاملة مراقبة مدى التزام صناع القرار بمسؤولياتهم وصلاحياتهم.<sup>1</sup>

فالمساءلة لا يمكن أن تكون أثناء غياب الشفافية التي ترتبط بتوفير المعلومات لكافة الناس حول السياسات، والنظم والقرارات والقوانين الحكومية، بمعنى آخر هي وضوح التشريعات وتسهيل فهمها وانسجامها مع بعضها وموضوعاتها.<sup>2</sup>

8- الاستدامة: بدأ هذا المبدأ يأخذ مكانته في مختلف السياسات العامة الصحية من خلال تلبية الطلب المستمر على الخدمات الصحية للأجيال الحالية والمستقبلية كأمر ضروري، وهذا يصب في إطار البعد الاستراتيجي والنظرة المستقبلية للسياسة الصحية، خاصة مع زيادة التحديات الصحية فهذا المبدأ يهدف إلى الحفاظ على الحق في الصحة للجميع، كما لا يجب أن تعرض السياسة الصحية صحة الأجيال المستقبلية للخطر.<sup>3</sup>

ثانياً: خصائص سياسة الصحية: تنطوي السياسة العامة الصحية على الخصائص التالية:

1- تعدد الأبعاد: من أجل تقديم خدمات صحية متكاملة، ومن أجل تحقيق التقدم على مستوى الرعاية الصحية يجب توفير العلاجات الدوائية اللازمة، وإيجاد توازن في النظم الغذائية، وتحسين كل من الأنظمة المتعلقة بالصحة، وتوزيع المياه الصالحة للشرب ناهيك عن ضرورة وجود الحد الأدنى من الثقافة الصحية لدى المواطنين.

2- التشاركية: ويقصد بها شراكة القطاعات التي تؤثر أو تتأثر بالواقع الصحي على مختلف مستوياته في عملية صنع السياسة الصحية بحكم تعدد أبعاد هذه الأخيرة.

3- ديناميكية السياسة الصحية: يتسم المجال الصحي عموماً بوجود تغيرات دائمة وقضايا مستجدة بشكل دائم ومستمر، لذلك كان لزاماً على السياسة الصحية أن تتحلى بالمرونة لتكون قادرة على التكيف مع كل المستجدات التي قد تطرأ على الساحة المحلية أو الدولية، اعتماداً على دراسات استشرافية.

<sup>1</sup> وزارة الصحة العراقية، المرجع السابق، ص 16.

<sup>2</sup> أحمد فتحي، أبو كريم، الشفافية والقيادة في الإدارة، (عمان: دار الحامد، ط 1، 2008)، ص 65، 66.

<sup>3</sup> بولفعة منال، المرجع سابق الذكر، ص 213.

4- تفاعلية السياسة الصحية: السياسة العامة الصحية موجهة بالأساس لتلبية حاجيات المواطنين والشركاء، فهي بذلك تتفاعل مع متطلبات البيئة الاجتماعية، والاقتصادية، وتحرص على الاستجابة الفعالة للمطالب التي تم تجميعها وترتيبها حسب الأولويات.<sup>1</sup>

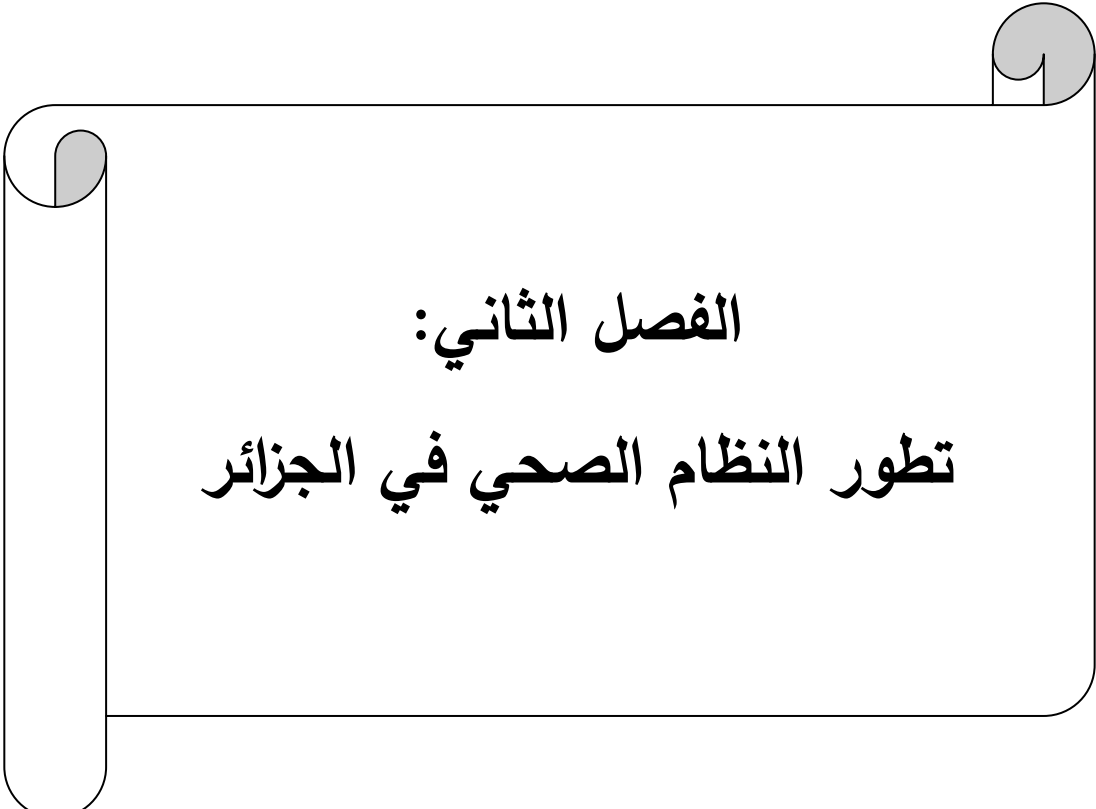
---

<sup>1</sup> لقمان مغراوي، "صناعة السياسة العامة الصحية في عالم متغير"، في: المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، (المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، العدد 1، جوان 2014)، ص 32.

## الخلاصة:

نلخص من خلال دراسة 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 البنك عادة ما تستخدم السياسات العامة للتعرف على طبيعة النظام السياسي وكيفية تعامله مع تلك المطالب، كما تتسم بمجموعة من الخصائص ولها عدة أنواع استخراجية وتوزيعية، رمزية، وإعادة التوزيع.

ولقد ارتبط مفهوم الصحة بمجال الطب عبر عقود طويلة، لكن حتمية العلاقة الموجودة بين الصحة والخلفيات الاجتماعية وبين الصحة والأوضاع الاقتصادية والصحة والبيئة السياسية جعلت المفهوم ينتقل من مجال الطب إلى مجال العلوم الاجتماعية وأصبحت بعدها المشكلات الصحية تعالج في ضوء منظومة اجتماعية وسياسية واقتصادية متكاملة ولم تعد حكرًا على المجال الطبي فحسب وذلك باعتبار أن الصحة الجيدة هي العنصر الأساسي لمعافاة وتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة حيث لم تعد الصحة تقتصر على ذلك المفهوم الضيق الذي يعني مجردة الخروج من المرض إنما تعدتها إلى ضرورة اكتمال السلامة الجسمية والنفسية والعقلية للفرد، وعليه يمكننا اعتبار أن السياسة العامة الصحية هي إحدى السياسات العامة التي تعبر عن حاجات المجتمع في المجال الصحي وهي مجموعة الإجراءات والبرامج التي تتخذها الدولة من أجل تحسين الوضع الصحي بتوفير الخدمات الصحية لمختلف الشرائح الاجتماعية، حيث تأخذ السياسة الصحية عدة أشكال قد تكون قوانين وقرارات تنظيمية، قرارات عملية وحتى أحكام قضائية كما تتخذ شكل سياسات كلية.



الفصل الثاني:  
تطور النظام الصحي في الجزائر

## تمهيد:

عرفت السياسات الصحية منذ الاستقلال الى اليوم تغيرات مستمرة نظرا للبيئة المتغيرة ونظرا لتدني جودة الخدمات مما يفرض تجديدا في كل مرة سواء على مستوى السياسات المقدمة أو على مستوى التنظيم والهيكل أو على مستوى التمويل، وهذا ما حتم على الدولة إصلاحات جذرية لقطاع المستشفيات بموجب الخريطة الصحية الجديدة التي أخذت بعين الاعتبار التغيرات المتسارعة، بالإضافة إلى الأساليب والطرق التنظيمية الجديدة في الإدارة والتشغيل وعلى مستوى اللوجستيات والتطور التقني، فعملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة، والذي من خلال الإصلاحات الاقتصادية ومن القوانين والتشريعات المرتبطة بالاستثمار إلى تهيئة البيئة المناسبة لنمو القطاع الخاص سواء المحلي أو الأجنبي بما يتلاءم والإمكانيات المتوفرة لديها ويمثل القطاع الخاص اليوم في الجزائر محور عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية نظرا لما يتمتع به هذا القطاع من مزايا وإمكانيات كبيرة تؤهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات الاقتصادية والاجتماعية وحتى الصحية، و حيث يتمثل الهدف الجوهري من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحسين الخدمة المقدمة بالدرجة الأولى.

## الفصل الثاني: تطور النظام الصحي في الجزائر

### المبحث الأول: نظام الصحة العمومي

#### المطلب الأول: الهيكل التنظيمي للنظام الصحي في الجزائر

##### أولاً: على المستوى المركزي

(1)- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: وهي أعلى مؤسسة مركزية مشرفة على قطاع الصحة، لديها وظيفة سياسية وإدارية، فهي المسؤولة عن رسم السياسة الصحية وهي المشرفة على تنفيذها، وفي نفس الوقت هي من تتولى إدارة وتنظيم قطاع الصحة، وهي مسيرة من طرف وزير الصحة الذي يعد المسؤول الأول على الوزارة وعلى القطاع بأكمله، وتشتمل على الإدارة المركزية، وهي واقعة تحت سلطة الوزير، و الأمين العام للوزارة الذي يشرف على نشاطات المديرية المركزية الثمانية: مديرية السكن، مديرية التنظيم، مديرية الموارد البشرية، مديرية المصالح الصحية، بالإضافة إلى المفتشية العامة.

إن نشاط وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات محدد بموجب مرسوم تنفيذي الذي يحدد هيكل، وأعضاء الإدارة، ويبين وصلاحيات كل مصلحة.

كما نجد مؤسسات أخرى تتدخل بصفة هيئة دعم لوزارة الصحة حيث يكون رئيس مجلس إدارة هذه المؤسسات ممثلاً لوزير الصحة ويمكن تقسيمها كما يلي:

(2)- هيئة الأمن الصحي: وتتكون من المعهد الوطني للصحة العمومية، المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية، الوكالة الوطنية للدم، المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد، المركز الوطني للتسمم.

(3)- هيئات الدعم اللوجستيكي: معهد باستور الجزائر، الصيدلية المركزية للمستشفيات، هيئات التكوين والتوثيق والبحث والإعلام، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، المعهد الوطني البيداغوجي والتكوين الشبه طبي والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> يوبة حجوط، سليمان فروخي، مرجع سابق، ص 29.

## ثانيا: على المستوى الجهوي

من أجل تحقيق التناسب بين غرضي العلاج واحتياجات السكان وضمان مبدأ المساواة أسس المجلس الجهوي سنة 1955، وهي هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص، تتكلف بتدعيم التشاور مع المجتمع المدني، فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية اتخاذ القرار وعلى الخصوص تجنيد الموارد الصحية، وتوجد خمسة مناطق جهوية صحية وهي: منطقة الوسط تضم 11 ولاية، منطقة الشرق تضم 14 ولاية، منطقة الغرب تضم 11 ولاية، ومنطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين: منطقة الجنوب الشرقي والتي تضم 07 ولايات، ومنطقة الجنوب الغربي وتضم 05 ولايات.

## ثالثا: على المستوى الولائي

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية لكل منها مديرية ولائية للصحة، طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 57-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديرية الصحة والسكان، والوارد في الجريدة الرسمية رقم 47، تتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومات الصحية، ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي، وتقييمها فمديرية الصحة والسكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت، والهياكل الصحية، كما تمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص إلى جانب المنشآت الصحية العمومية.<sup>1</sup>

## التسلسل الهرمي للمؤسسات الصحية:

أولا: في القطاع العام: يضم القطاع عدة أنواع من المؤسسات الصحية والتي تتمثل في:

(1)- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS): وتتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره، إضافة إلى ذلك، فهي تقوم بتنفيذ النشاطات الوقائية، التشخيصية، والعلاجية، إعادة التكييف الطبي والاستشفاء، بتطبيق البرامج الوطنية الجهوية والمحلية للصحة، بالإضافة إلى المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

(2)- المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH): تكون في هيكل التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تعطى لسكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

<sup>1</sup> يوبة حجوط، سليمان فروخي، المرجع السابق، ص 30.

3- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP): تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، وتكفل بوقاية والعلاج القاعدي والعلاج الجوارى وفحوصات الطب العام والطب المتخصص القاعدي.

4- المركز الاستشفائي الجامعي (CHU): يتكفل بما يلي:

4.1- في ميدان الصحة: يهتم بنشاطات الاستشفاء والعلاجات الطبية الجراحية والوقائية.

4.2- في ميدان التكوين: ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب والمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

4.3- في ميدان البحث: القيام بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة وتنظيم مؤتمرات وندوات وأيام دراسية وتظاهرات تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في مجال علوم الصحة.

5- المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EHU): وهي مؤسسة استشفائية واحدة توجد بوهران أنشئت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 03-270 المؤرخ في 13 اوت 2003، وهي لا تختلف كثيرا عن المركز الاستشفائي الجامعي بخصوص النشاطات والمهام الموكلة لها، وتقوم بأدوار عدة من استشفاء وبحث في الصحة والتكوين.

ثانيا: في القطاع الشبه عمومي: يشمل الهياكل الصحية التابعة لهيئات حكومية غير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهي قليلة العدد مقارنة بالهياكل الصحية العمومية، تقدم بعض الخدمات الصحية فيما يخص الفحوصات والاستشفاء.<sup>1</sup>

ثالثا: في القطاع الخاص: المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة استشفاء وعلاج تابعة للخوادم تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف وتشمل على عدة تخصصات، كالفحص الطبي الاستعجال الطبي والجراحية، التشخيص والاستكشاف والاستشفاء.

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص ص 31، 32.

## إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر:

### واقع السياسة الصحية في الجزائر:

شهدت السنوات الأخيرة للمجتمع الجزائري بعض النمو الإنجازات في ميادين عديدة، بما في ذلك تحسين صحة الناس، سواء كانت في مجال تقليص معدلات الوفيات، أو سوء التغذية لدى الأطفال، أو تمكين الناس من الوصول إلى المياه العذبة، كما شهدت إحراز كبير في الهياكل الصحية القاعدية، والوسائل التابعة لها من جانب آخر طرأت تغييرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل، والإمكانات وكذا المعنيين العاملين في المجال الصحي، وأصبح سندا داعما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر.<sup>1</sup>

ورغم كل أشكال التقدم المحرز، فقد أضحى ضعف الوضعية الإقتصادية للبلد يشكل قيديا يعيق العملية التنموية، والسياسة الصحية، فهي لا تزال بعيدة على المستوى المأمول مقارنة مع بعض البلدان المجاورة، نظرا للعديد من العوامل التي أثرت سلبا على تطورها، من أهمها: ضعف الاستجابة لحاجيات الأفراد الصحية سواء من حيث الكم أو النوع، بسبب قلة الهياكل الصحية وسوء توزيعها، وقدم العتاد الصحي المتواجد فيها، ففي إقليم الوسط، هناك 56 منشأة صحية، منها 06 مراكز استشفائية جامعية، و15 مركز استشفائي متخصص، يتكفل بتقديم الخدمات لإحدى عشر ولاية؛ وفي الغرب هناك 55 منشأة صحية، منها أربع مراكز استشفائية جامعية، وعشر مراكز استشفائية متخصصة، تتكفل بتقديم خدمات لـ 14 ولاية؛ وفي الشرق هناك 43 قطاع صحي منها 03 مراكز استشفائية جامعية، 06 مراكز استشفائية متخصصة، تتكفل بتقديم خدمات لـ 11 ولاية؛ أما في الجنوب الغربي يوجد 20 منشأة صحية تغطي 07 ولايات، وفي الجنوب الشرقي 11 منشأة صحية، تغطي 05 ولايات، وكذا سجلت 52% بالنسبة للمجيبين بالرضافي تقرير التنمية البشرية لسنة 2008، في مؤتمر الرضى بنوعية الرعاية الصحية في الفترة الممتدة بين 2007-2008، بينما سجلت تونس مثلا 80%.<sup>2</sup>

يتبين من خلال هذه الأرقام ان الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الصحة الجزائري ليست في مستوى رضا المواطنين، إذ كشفت آخر الإحصاءات حسب منظمة الصحة العالمية فيما يخص

<sup>1</sup> بومعروف الياس، عماريعمار، "مناجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، ع 7، 2010، ص 27.

<sup>2</sup> أيمان بن زيان، واقعداء النظام الصحي في الجزائر دراسة تحليلية، في [iman-benziane@yahoo.fr](mailto:iman-benziane@yahoo.fr)، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، بجامعة الحاج لخضر باتنة، 2021/02/28.

ترتيب الدول العربية فيما يتعلق بمعدل الإنفاق الحكومي على الفرد الواحد لعام 2012، تدني النظام الصحي المعتمد في الجزائر رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري حيث أنفقت الجزائر حوالي (294,4 دولار للفرد سنة 2012)، ضعف ما تنفقه المغرب (63.7 دولار للفرد سنة 2012). على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية جيدة، الأمر ينطبق على تونس (175,3 دولار للفرد سنة 2012).<sup>1</sup>

فقد شهدت الجزائر تغيرا واضحا في الهياكل المرضية بفعل ارتفاع في الأمراض المتنقلة والأمراض المزمنة في الآونة الأخيرة، ففي إحصائيات لوزارة الصحة والسكان نجد العديد من الأمراض المزمنة كداء السكري، وداء القلب، السرطان، والأمراض العقلية، كما لا ننسى أن هناك ارتفاع في الأمراض المتنقلة عبر المياه كالكوليرا، البوحمرون، وغيرها؛ والناجمة أساسا عن أزمة السكن وارتفاع مستويات الفقر وضعف المؤسسات الاجتماعية والصحية للقيام بدورها، كما أن مرض السرطان أصبح يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في الجزائر، ذلك أن كل سنة يتم إحصاء 30,000 حالة جديدة، بارتفاع قدر بـ 50% مقارنة بالسنوات الأخيرة.<sup>2</sup>

**المطلب الثاني: الاختلالات التي شهدتها القطاع الصحي في الجزائر وطرق معالجتها**

**أولا: اختلالات المنظومة الصحية في الجزائر**

عرفة المنظومة الصحية في الجزائر جملة من الاختلالات والمشاكل التي أدت إلى ضعف فعالية هذا القطاع وعدم وصوله إلى مستوى الرعاية الصحية التي ترضي المواطنين، ويمكن ارجاع هذه الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية إلى العوامل التالية:

1- صعوبة الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة كون معظم الأطباء الأخصائيين متمركزين في المدن الكبرى وهم لا يستطيعون تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، إضافة إلى مشكلة الصيانة والأعطال المتكررة التي تصيب التجهيزات الطبية، ما يستلزم على المواطنين، تعود إلى القطاع الخاص، وهذا ما يفسر زيادة مساهمة العائلة في نفقات الصحة في السنوات الأخيرة.

<sup>1</sup> قواسمية رشيدة، دور الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالبيض، مذكرة ماستر، (جامعة مولاي الطاهر بسعيدة)، ص 137، 138.

<sup>2</sup> قواسمية رشيدة، المرجع السابق، ص 138.

2- تسجيل نقائص كبيرة فيما يتعلق بالاستقبال على مستوى الهياكل الاستشفائية أبرزها غياب العلاقة بين المريض والطبيب والظروف الصعبة المتعلقة بالإقامة، المستشفيات كإنسان العائلات بالمساهمة مثلا.

3- تقلص العمل بالهياكل الصحية خاصة الاستشفائية ابتداء من 12 ساعة من دخول حيز التطبيق النصوص المتعلقة بالنشاط التكميلي الذي يركز الأطباء الأخصائيين العموميين الممارسة جزئيا بالقطاع الخاص.

4- عدم هذا الموظفين على ظروف أداء عملهم بالمقابل المالي الذي يتحصلون عليه مقابلة مع القطاع الخاص، مما أدى إلى هجرة كبيرة للكفاءات الطبية نحو الخارج أو القطاع الخاص على مستوى التجهيزات والصيانة، فقد ساهمت كثرة الانقطاعات والأعطال التي تمس التجهيزات الطبية والفردية بقسط كبير في تأخر وتردي جودة الخدمات الصحية خاصة في المصالح الفنية.

5- تعود مسيري المؤسسات الصحية على الإجراءات الغير مرنة وعدم تكيفهم في بعض الأحيان مع النصوص المعمول بها في وزارات أخرى مثل وزارة المالية أو الوظيف العمومي وعلى الجهات الوصية التفاوض مع وزارة المالية بناء على المقترحات.

6- تفرض تلك الاختلالات ترك السلوكيات القديمة والمنغلقة والتكيف مع التغيرات الجديدة، وذلك من خلال تطبيق مضمون إصلاح المنظومة الصحية للوزارة الوصية.<sup>1</sup>

ثانيا: إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر:

إن الاختلالات التي شهدتها المنظومة الصحية في الجزائر هي التي عجلت قطار الإصلاحات، والتي مست أهم وظائفها المتمثلة في التمويل، والتسيير، وإنتاج العلاج، والتنظيم، أما عن مكونات إصلاح المنظومة الصحية فهي تضم:

1- إصلاح تمويل من خلال التأمين الصحي.

2- إصلاح مؤسساتي بهدف تحديد دور كل الفاعلين في الصحة بدقة ووضوح.

3- إصلاح المستشفيات في إطار منظومة علاجية مندمجة.

إن إصلاح المنظومة الصحية تتطلب سلسلة من الإجراءات ذات طابع تنظيمي، ومالي، تسمح بتحسين فعالية قطاع الصحة في المستشفيات العمومية، وجعله أكثر تنافسية وإصلاح المستشفيات

<sup>1</sup> بوشلاغم عميروش، شرقي منصف، "واقع وآفاق المنظومة الصحية في الجزائر"، في: مجلة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد مهري، قسنطينة، م 4، ع 07، ديسمبر 2017، ص 12.

يعد جزء لا يتجزأ من إصلاح المنظومة الصحية الوطنية بشكل عام، ويمكن تحديد العناصر الأساسية للإصلاح الصحي في الدول النامية في:

- 1- تحسين التغطية الصحية ومعالجة الفوارق الجهوية في عرض العلاج.
- 2- وضع الأطر المؤسسات هي للتكفل بالأشخاص المعوزين.
- 3- تحسين إدارة المصالح الصحية مع العلم أن إصلاح المستشفيات ما هي إلا الوجه الذي يعكس سياسة التحكم في التكاليف وتسخير وترشيد الموارد.<sup>1</sup>

ثالثاً: طرق معالجة الاختلالات المرتبطة بالتمويل

من الطرق التي يمكن إدراجها لمعالجة مشكل التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي نعرضها فيما يلي:

- 1- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استيراد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والبيع بالإضافة إلى إدراج ومساهمة التأمينات الاقتصادية.
- 2- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- 3- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وطبق فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان التكفل المالي لهذه فئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- 4- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقاً للتنظيم الساري.
- 5- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى.
- 6- وضع مخطط حسابات المستشفيات.
- 7- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعقود خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- 8- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- 9- إعادة تفعيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- 10- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- 11- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الإستعجال، التعليم، البحث والوقاية)، تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.
- 12- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص13.

13- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.

14- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.

وتجدر الإشارة إلى القطاع الخاص بمستشفى الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها وعلى هذا الأساس توحد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة التمويل لهذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقها دفع مجموعة التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها.<sup>1</sup>

طرق معالجة الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم

لا يمكن التكلم عن التمويل في أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه، وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأيت إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدى.

رابعا: طرق معالجة الاختلالات المرتبطة بتقديم الوسائل المادية والبشرية

وبالطبع لم تنتهي هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول نفس المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:

1- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية، وهيكلها الغير ممركرة.

2- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.

3- لقد تم توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.

4- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.

5- جعل صيدلة المستشفيات هيكلًا مستقلا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤوليتها.

6- تزويد المستشفيات الهياكل والآليات اللازمة للتقسيم الداخلي.

<sup>1</sup> عفاف بوراس، مرجع سابق، ص ص 45، 46.

7- أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم الأنشطة الطبية.<sup>1</sup>

#### خامسا: طرق معالجة الاختلالات المرتبطة بالإعلام

كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية:

1- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.

2- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.

3- أما فيما يخص المتدربين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.

4- إعادة فتح مدارس التكوين الشبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.

5- جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسة العمومية للصحة.

6- وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.

7- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة، بالإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء جامعة لعلوم الصحة في المستقبل القريب.<sup>2</sup>

8- وما يمكن استخلاصه أن هذه الحلول المقترحة في مختلف الجوانب والميادين ليست جامعة ولكن تجسيدها على المستوى الميداني قصد بناء هيكل قانوني إداري مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

<sup>1</sup> مقدم طارق، اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة ماجستير، (جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية، 2007-2008)، ص 47.

<sup>2</sup> مقدم طارق، مرجع سابق، ص 16.

## المطلب الثالث: تحديات ورهانات الوضع الصحي العام في الجزائر

توضع السياسات العامة الصحية من أجل معالجة اختلالات يعاني منها قطاع الصحة، وتحسين أداء النظام الصحي، ومؤشرات الصحة العامة، ويواجه صناع تلك السياسات عادة تحديات ورهانات تختلف من دولة إلى أخرى.

### أولاً: تحديات صنع السياسة الصحية

يواجه متخذ القرار أثناء عملية صنع السياسة العامة الصحية تحديات عديدة تتعلق بالبيئة الداخلية والخارجية، وأمام هذه التحديات، يجد نفسه في وضعية صحية عند اختيار البديل المناسب خاصة مع محدودية الإمكانيات والموارد.

1- تحدي التكيف مع النسق العالمي: يتأثر صناع القرار في مجال السياسة الصحية بالنسق العالمي الذي يتسم بالديناميكية المستمرة حيث يؤدي المجتمع الدولي دوراً في صياغة التوجهات الكبرى للسياسة العامة الصحية ويفرض بقوة القانون الدولي جملة من القواعد والقوانين التي تؤثر لا محالة في عملية رسم السياسات الصحية الوطنية منذ وضع الأجندة إلى غاية مرحلة التنفيذ والتقييم، ساهم المجتمع الدولي خاصة المنظمات الدولية في إثارة قضايا صحية وينتهي إلى اقتراح الحلول والبدائل المتاحة لمجابهتها ومن جهة أخرى يضع معايير المقاييس الدولية الواجب مراعاتها في كل ما يتعلق بتعزيز صحة الأفراد والمحافظة عليها، إن متخذي القرار، خاصة في الدول الفقيرة ليس أمامهم خيار سوى الرضوخ للقواعد فوق قومية والالتزام بها ولعل أبرز التحديات التي تواجهها عملية صنع السياسات الصحية في هذه الدول ومن بينها الجزائر ضمن إطار النسق العالمي، تتمثل في:

2- تحدي العولمة: لقد عرف (Kruse) العولمة على أنها عملية تاريخية تفسر طبيعة التفاعلات الإنسانية بتغيرات عميقة في جوانبها الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية، والتكنولوجية، والبيئية، نتيجة لتحول الحدود المكانية والزمنية والمعرفية التي تفصل بين أماكن المعمورة.

إن تأثير العولمة بهذا المفهوم امتد ليطال كل المجالات حتى يضع السياسة العامة الصحية التي أخذت بفضلها، بعداً عالمياً يتجلى في ظهور سياسات عامة صحية عالمية، رسومها منظمة دولية حكومية وغير حكومية، والمجتمع المدني المعولم، وكذا القطاع الخاص حيث تم عولمة أهداف السياسة الصحية ووسائلها وآلياتها وأدواتها وأنماط اتخاذ القرار وعمليتي تنفيذها وتقييمها.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> محمد الصديق بوخريص، عولمة الصحة العالمية بين الأسس المعيارية والمصالح التجارية، مذكرة ماجستير في الإدارة الدولية، (جامعة الحاج لخضر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، باتنة، 2013)، ص ص 35، 38.

إضافة إلى ذلك، هناك تداعيات جاءت تبعا لعولمة السياسات الصحية تتمثل أساسا في ظهور أخطار وصعوبات صحية جديدة عاد للحدود، ناهيك عن التحديات التي رافقت تحرير التجارة والتي فتحت المجال أمام حرية تبادل السلع والخدمات وما تحمله من مخاطر صحية ورافقتها خضوع أسعار الدواء إلى اتفاقية التجارة الحرة وقد كرست كذلك الاحتكار بعض الصناعات الدوائية من طرف القطاع الخاص الذي أضى أحد الفواعل الأساسية في رسم السياسات وهو يمثل جماعات الضغط والمصالح. وفي هذا السياق، نذكر أيضا برامج المجال أمام الاستثمار الخاص في مجال الصحة أدى إلى تراجع الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية مقابل ارتفاع الإنفاق الخاص، وهو ما يعتبر إقحاما في حق الطبقة الفقيرة في المجتمع وانتهكا لحقها في الصحة، هذا الأخير الذي اقترن ضمانه في إطار المخاطر التي أفرزتها العولمة بضرورة التدخل الدولي للحد من تلك الممارسات الرامية لزيادة الأرباح والثروة.

(3)- الشبكة الصحية العالمية: يشير المصطلح الشبكات الصحية العالمية إلى وجود مشاركة أفقية في صنع القرار المتعلق بالسياسة الصحية، تضم هذه الشبكة مؤسسات القطاع العام، والقطاع الخاص، وتنظيمات المجتمع المدني، ورد تعريفها حسب منظمة الصحة على أنها "تلك الفئة الواسعة والمتنوعة من المشاريع التي تشمل تنوعا في الترتيبات حسب المشاركين فيها، ووضعها القانوني، وطرق تسييرها، ووضع السياسية فيها، ومساهماتها في الأدوار العملية". "ومن أمثلة مشاريع هذه الشبكة: الشراكة الإفريقية الشاملة بشأن فيروس نقص المناعة، مؤسسة لقاحات السل العالمية وغيرها، تمتلك هذه الشبكة القوة اللازمة للتدخل في شؤون وقضايا الصحة للدول القومية.

(4)- الالتزام بتحقيق أهداف الألفية: حيث تواجه الجزائر تحدي تحقيق أهداف الألفية المتعلقة بالتنمية الصحية، وفي هذا الإطار هي ملتزمة بما ورد بشأن الحق في الصحة ضمن الاهداف السبع عشر المسطرة للألفية حيث لم يعد ينظر إليه على أنه ضمان العيش في صحة ورفاهية انما ضرورة تعزيز محددات الصحة في خارج القطاع.<sup>1</sup>

توجه نحو الخدمات الصحية الإلكترونية حيث نجد أن الدول في توجهها نحو تحقيق التغطية الشاملة عملا بتوصيات منظمة الصحة، عمدت إلى تعزيز نوع جديد من الخدمات الصحية يعرف بالخدمات الصحية الإلكترونية ضمن التطورات الهائلة والمتسارعة في تكنولوجيا المعلومات

<sup>1</sup> محمد مصطفى القصبلي، نظام الدخل الطبي الإلكتروني، مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة، ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الدولي، عولمة الإدارة في عصر المعرفة، طرابلس، لبنان، 15-17 ديسمبر 2012، ص 12-13.

والاتصالات تتسابق هذه الدول لتطبيق أنظمة الصحة الإلكترونية التي تتم عن أفق واحدة في تحسين خدمات الرعاية الصحية والارتقاء بها.

ومفهوم الخدمات الصحية الإلكترونية يشير إلى القيام بتوفير الاستشارات والخدمات والمعلومات الطبية للمريض عبر وسائل الإلكترونية، كل مريض ويستطيع متابعة نتائج الفحوصات الطبية والتحليل المخبرية والمعلومات والخدمات عبر الشبكة المحلية للمستشفى أو عبر شبكة الإنترنت، كما يمكن إجراء العمليات الجراحية في دولة ما في حين يكون الطبيب الإستشاري في دولة أخرى. ويمكن أن نلخص أهم الخدمات الصحية الإلكترونية في:

4.1- السجلات الطبية الرقمية: بأنه المخزن الإلكتروني للمعلومات وتوفرها بشكل فوري إلى الشخص المخول الذي يقوم بتوثيق المعلومات ويخفض من الأخطاء الطبية، كما يمكن اعتباره أنه حوسبة السجل الطبي المتعلق بسرية المريض وخصوصيته باستخدام أنظمة متعددة متكاملة كنقطة للعناية في مؤسسة الرعاية الصحية.

بأنه تلك الثقافة الأكثر أماناً وكفاءة التي تضمن التخلص من العمل الروتيني الورقي التقليدي والتحول نحو استخدام ثقافة المعلومات بشكل كفوء مع اختصار الوقت والمكان.

إن السجل الطبي الإلكتروني وثيقة قانونية تحتوي على معلومات إلكترونية للمريض وهو يسهل العمل لأعضاء فريق الرعاية الصحية حيث تبقى هذه المعلومات سرية تستعمل من السجل إلى الطبيب ثم إلى المريض.

وتبرز أهمية السجل الطبي الإلكتروني من كونه حجر الزاوية في أي نظام صحي محوسب فهو يمثل نقطة مركزية تصب فيها وتنبثق عنها قنوات عديدة من المعلومات لتقديم الرعاية الصحية للمريض، كما أنه يمتاز بدقة محتوى وسهولة الوصول إليه من خلال تكاملية مع مصادر المعلومات المختلفة باعتماد ينظم شبكة المعلومات والذي أدى استخدامه بالتبعية إلى تطور فكرة اللامركزية وتواصل المعلومات<sup>1</sup>

بشكل أكثر من مستشفى ومؤسسة طبية، لا بد من ذلك، فقد وفرت شبكة الإنترنت الدولي الاتصال بين المستخدمين من الأطباء والمرضى أقطار العالم المختلفة والتي تفصلهم آلاف الأميال وتجمعهم شبكة معلومات واحدة.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> محمد مصطفى القصبي، المرجع السابق، ص 12، 13.

<sup>2</sup> المرجع السابق، ص. 13.

4.2- تقديم الرعاية الإكلينيكية عن بعد: أصبح الأطباء المقيمون على مسافات بعيدة من أماكن وجود المريض قادرين بفضل نظام تقديم الرعاية الإكلينيكية عن بعد على تقييم حالة المريض وتشخيصها وعلاجها وتصل إلى حد إجراء عمليات جراحية دون الحاجة إلى تنقلهم، ويقوم هذا الأسلوب على توفر نظام الاتصالات التفاعلية في الوقت الفعلي بين الطبيب والمريض، إما عبر الهاتف أو عن طريق الاتصالات الرقمية من خلال الحاسوب بمعنى إمكانية متابعة ومراقبة الأطباء لحالة المريض عن بعد باستخدام شبكة الاتصالات.<sup>1</sup>

4.3- الصيدلة الذكية: وهي وضع موقع الصيدلة و وضع أسماء الأدوية الموجودة وربط الموقع بالقابض بحيث لما يسجل نقص في أي دواء يتم شرائه فقط بمسح الـ (Code Barre) على الجهاز، فيتم إرسال الدواء إلى مقر الصيدلة، وبهذه الحركة يتم توفير الوقت والجهد.

الجدير بالذكر أن الخدمات الصحية الإلكترونية قد أثبتت قدرتها على تسهيل الحصول على الخدمات وتنظيم عمل المؤسسات الصحية وتحسين علاقتها مع المواطنين، وذلك ما يقضي إلى رضا العميل على هذه الخدمات التي تساهم في تنمية القطاع الصحي داخل الدولة إلا الأخذ بها ليس بالأمر الهين فهي تتطلب تخطيطاً جيداً و تنسيقاً استراتيجياً بين أنظمة المعلومات الصحية وتوفير الميزانيات المناسبة لمشروعات الصحة الإلكترونية والكفاءات البشرية القادرة على التعامل بفاعلية مع جل هذا النوع من الأنظمة وإرساء البنية التحتية لتقنية المعلومات وتوحيد أنظمة المعلومات الصحية في جميع المراكز الصحية والتي تساعد المؤسسات الطبية في أداء أعمالها بصورة إلكترونية منظمة و مترابطة ومتكاملة والانتقال من أنظمة السجلات والملفات الطبية الورقية إلى الأنظمة والملفات الرقمية، وجل ذلك يقف عند نقطة أساسية هي توفر الإرادة السياسية للارتقاء بالخدمات الصحية خاصة في دول العالم الثالث التي تعاني محدودية الإمكانيات وتندرج الجزائر ضمن هذا الصنف من الدراسات.

5- تحديات التحول الوبائي: إن التحول الوبائي هو حقيقة تستهدفها عدة مناطق في العالم وتعيشها منذ سنوات، تتميز مرحلة التحول الوبائي:

- 1- بانخفاض في نسبة انتشار الأمراض المعدية، كتلك المتنقلة عبر المياه أو الأمراض الحيوانية المصدر.
- 2- ظهور أمراض غير متنقلة كسرطان وداء السكري وأمراض القلب والشرابين لتصبح هي السبب الرئيسي للوباء.

<sup>1</sup> الصحة الإلكترونية، أحدث الأفكار، على الرابط: <http://idewneitgov.com> بتاريخ: 2021/02/27، على الساعة 12:42.

الجزائر التي تقدمت بأشواط كبيرة في مكافحة الأمراض المعدية، ها هي اليوم ترفع التحدي أمام أمراض غير السارية وهي تلك الأمراض الغير معدية على المدى الطويل تشارك في عمومية الخصائص أهمها أن السبب الرئيسي لها يتمثل في تراكم وتفاعل مجموعة من المحددات وعوامل الخطر في جميع مراحل الحياة تتسم فترة كمون بحيث لا تظهر أعراضها إلا بعد مرور مدة على الإصابة بها وتتطلب علاج نظامي طويل المدى، وفي أغلب الأحيان لا يتمثل المصاب للشفاء. تتم الوقاية من هذه الأمراض غير متنقلة عبر ثلاثة مستويات:

**المستوى الأول:** يشمل أنشطة الوقاية من الأمراض لدى الفئات السكانية الحساسة عن طريق تقليص عوامل الخطر وتعديل المحددات البيئية والسلوكية نظام غذائي متوازن، التمارين الرياضية، الترفيه، العناية بالنظافة الشخصية.

**المستوى الثاني:** يشمل تلك الأنشطة التي تركز لاكتشاف المرض في وقت مبكر من خلال إجراء الفحوصات اللازمة والتدخل بسرعة وفعالية لإبطاء تقدم المرض أو إيقافه.

**المستوى الثالث:** ينطوي على الأنشطة التي تمنع من أو حدوث مضاعفات عن طريق فرض ضوابط صارمة لتقديم علاج فعال.

**5- تحدي التغيير الاجتماعي وزيادة الطلب على الخدمات:** يمتاز هرم الأعمار للمجتمع الجزائري بقاعدة عريضة، ذلك أن أغلب أفراد المجتمع هم من شباب وأطفال بسبب ارتفاع نسبة الزيادة الطبيعية وبناء على ذلك، فإن العلاقة بين الفئات العمرية والطلب على الخدمات الصحية والإنفاق على<sup>1</sup> الصحة يقود إلى تقسيم المستفيدين من الخدمات الصحية المجانية إلى ثلاثة أقسام، كل منها يؤثر على الإنفاق في الصحة بشكل معين.<sup>2</sup>

**1.5- العمال:** وهم الفئة التي تساهم بأكبر قدر من تمويل نفقات الصحة من خلال الاقتطاعات التي تطال جزء من راتبهم بشكل إجباري من طرف صندوق الضمان الاجتماعي وهم في نفس الوقت أقل فئة مستفيدة من الخدمات الصحية.

**2.5- المتقاعدون:** وهم فئة يشتركون بنسبة ضعيفة إلا أنهم الأكثر طلبا على الخدمات الصحية والأكثر تواجدا في المؤسسات الصحية وهي فئة معروفة أنها أكثر تكلفة من حيث الإنفاق على الصحة في الدول.

<sup>1</sup> عديلة العلواني، أسس اقتصاد الصحة، (الجزائر: دار هومة للنشر والتوزيع، ج.1، 2014)، ص ص 52، 53.

<sup>2</sup> عديلة العلواني، المرجع السابق، ص ص 52، 53.

5.3-العاطلون عن العمل:هم فئة غير منتجة عاجزة عن الدفع المباشر يتمنون زيادة التمويل من خلال اشتراكات العمال والمتقاعدين يستفيدون من الخدمات المجانية.

هذا التصنيف يؤثر بشكل ضئيل لما يتعلق الأمر بالخدمات التي ترافق بدفع مباشر والتي عادة ما تكون في مؤسسات خاصة يتم التعويض أحيانا من طرف المؤسسة المستخدمة بموجب اتفاقية بينها وبين المؤسسة الصحية، أو لا يؤثر نهائيا بالنسبة للخدمات غير قابلة للتعويض أو حينما يكون المستفيد عاطلا عن العمل.

وفي سياق آخر، من المحتمل أن يصل عدد سكان المناطق الحضرية في الجزائر إلى 70% سنة 2020، مما سيخلق بكل تأكيد العديد من الاختلالات الصحية الجديدة مثل: حوادث الطرقات، الحوادث المنزلية، حوادث العمل، حوادث ناجمة عن التلوث، وهذا عبئ آخر سيضاف على عاتق النظام الصحي الوطني<sup>1</sup>.

6- تحدي تحقيق الرعاية الشاملة والمساواة بين الشمال والجنوب:تعني التغطية الصحية الشاملة أن يحصل جميع الأفراد والمجتمعات على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية جراء ذلك، وهي تشكل المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة ابتداء من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة وتمكن التغطية الصحية الشاملة لكل فرد من الحصول على الخدمات التي تتصدى لأهم أسباب المرض والوفاة وتضمن أن تكون هذه الخدمات جيدة بالقدر الكافي لتحسين صحة الأشخاص الذين يتلقونها وحماية الناس من العواقب المالية للدفع من جيوبهم لقاء الحصول على الخدمات الصحية بحذر مخاطر تعريضهم للوقوع في براثن فقر مدقع بسبب الإصابة بأمراض غير متوقعة تقتضي منهم الانفاق مدخراتهم أو بيع أصولهم أو الاقتراض مما يدمر مستقبلهم ومستقبل أولادهم<sup>2</sup>.

بالنسبة للجزائر، تشير مؤشرات الصحة العامة إلى أن التغطية بالخدمات مقبولة إلى حد ما فعلى سبيل المثال إذا نظرنا إلى مؤشر الأسرة نجد و17 سرير لكل 10,000 ساكن وهو مؤشر وان لا بأس به إذا ما تمت مقارنته بدول المغرب العربي في تونس 21 سرير لكل 10000 ساكن، وفي المغرب 11 سرير لنفس العدد من السكان.

<sup>1</sup> ايمان العباسي، المرجع السابق، ص 139، 140.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العالمية، التغطية الصحية الشاملة، في: [who.int/ar/news.room/fact.sheets/detail/universal.health.coverge](http://who.int/ar/news.room/fact.sheets/detail/universal.health.coverge) بتاريخ: 2021-02-27، على الساعة: 16:38.

تمكن المفارقة هنا أن هذا الرقم لا يعكس حقيقة الوضع الصحي العام في الجزائر، لأنه غير ثابت يتفاوت من منطقة إلى أخرى ومن ولاية إلى أخرى، كما قد تركز الأسرة في مناطق يصعب على سكان الأرياف بلوغها.

ومن جهة أخرى، هذا العدد لا يعبر عن نوعية الخدمات إذا ما كانت جيدة أو رديئة، لأن أدوات التخطيط لرسم الخريطة الصحية لا تتسع بمراعاة الحاجيات النوعية وبعد المسافة والصعوبات المتعلقة بالتضاريس فقاموا بوضع خريطة صحية وفق هذه الأسس سيكل لا محالة بالفشل لما يصطدم بغياب التنظيم وغموض الإطار العام الذي ترسم ضمنه البطاقة الصحية وكذلك غياب التنسيق بين مختلف القطاعات لوضع أهداف مشتركة فيما يتعلق بالسياسات الصحية وتوزيع الأدوار بينها والالتزام بقواعد العمل المشترك، والملاحظ أيضا في الجزائر أن التفاوت لا يقتصر فقط على الأقاليم إنما يمس حتى التخصصات الطبية فنجد مثلا التخصصات المخبرية مثل علم الأحياء والمناعة والطب الشرعي موجودة بدرجة أقل مقارنة بالتخصصات الأخرى.

وفي محاولة لتقليص حالة عدم التوازن الجهوي خاصة بين الشمال والجنوب، لجأت السلطات المعنية إلى اعتماد التوأمة بين المؤسسات كآلية جديدة في العمل و إطار للتعاون بين المؤسسات الصحية، وقد اتخذت السلطات المعنية كافة التدابير لإنجاح هذه السياسة الجديدة والتي يعول عليها كثيرا في تقليص الفوارق الجهوية لأجل إنجاحها و خصص لها غلاف مالي قدره 50 مليار دينار جزائري للأطباء والمرضى الذين يتولون تقديم خدمات الرعاية الصحية لسكان الجنوب في إطار التوأمة بين المؤسسات وتحضيرا لهؤلاء يتم منحهم زيادة معتبرة في نسب أجورهم تصل إلى 25%. من أجورهم القاعدي، وعلاوة على ذلك، فإن مصاريف السفر والإقامة تكون على عاتق الدولة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ايمان العبايسي، المرجع السابق، ص ص 141، 142.

رهانات صنع السياسة الصحية في الجزائر: تصنف السياسة الصحية إلى أربعة مجموعات توجه ضمنها السياسة العامة الصحية في الجزائر:

الرهانات النظامية: تتعلق بخصائص النظام الصحي كطبيعة المؤسسات العمومية المنوطة بها تقديم الخدمات الصحية، نسبة مساهمة كل من القطاع العام والقطاع الخاص في تقديم الخدمات، العلاقة بين الصحة والقطاعات الأخرى.

الرهانات البرمجية: تتعلق بتحديد أولويات الرعاية الصحية طبيعة برامج الرعاية الصحية، تخصيص الموارد مثلا أي نوع من الخدمات التي يستوجب أن تدخل ضمن الإنفاق الحكومي.

الرهانات التنظيمية: تتعلق باستغلال العائد من الموارد وكيفية ضمان خدمات عالية على نحو البحث في الطرق المثلى لتنظيم مؤسسات الرعاية الصحية بشكل يضمن تعظيم كفاءة الفريق الطبي.

رهانات فعالية الأداء: تتعلق بتسيير عناصر مختلفة وفق تنظيم جيد ومحكم، تطوير الموارد البشرية ونظم المعلومات والبحث في أفضل طريقة للانتقال إلى نظام إلكتروني لتسيير الملفات الطبية.

رهان المحافظة على مكتسبات النظام الصحي: تأتي المحافظة على مكتسبات النظام الصحي في مقدمة رهانات صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر فقد تمكن هذا الأخير على مر سنوات الاستقلال من تحقيق إنجازات معتبرة أهمها مجانية العلاج.

لقد ارتبط مبدأ المجانية في العلاج بظروف معينة مرتبطة بالبلاد، وكان يهدف إلى إصلاح الوضع الصحي المتدهور الذي ورثته الجزائر عن الاستعمار، فهو إذا كمبدأ في تلك الفترة وكخيار سياسي يبدو مقبولا إلى حد بعيد، لكنه أدى في نهاية المطاف إلى تحرير الطلب وزيادة الاستهلاك والنفقات العمومية.

وقاد إلى تغيير سياسة التخطيط على المدى الطويل وخلق مشكلة بين حجم النفقات التي يعبر عن أرقام ثابتة وحجم النشاطات المنجزة فعلا فزادت أعباء صناديق الضمان الاجتماعي والخزائن العمومية بسبب الجفاف الاستشفائي.

ورغم ذلك يظل مبدأ مجانية مكسبا حقيقيا للنظام الصحي، فقد سمح بمحو الفوارق المتعلقة بالحصول على الخدمات الصحية وإرساء قدر من الإنصاف والمساواة بين مختلف الطبقات المجتمعية، وسبب الحفاظ على التضامن الوطني والانسجام الاجتماعي وضمان إلى حد ما حق الأفراد

في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ويعتبر ضمان حق الأفراد في حد ذاته مكسب آخر يتوجب الحفاظ عليه.

رهان تفعيل النظام التعاقدي: ساهمت عدة عوامل مثل زيادة في عدد السكان وزيادة الأمل في حياة بالإضافة إلى التغيرات التي طرأت على الوضعية الوبائية لاسيما تسجيل ظهور بعض الأمراض المزمنة، التي جعلت كامل الدولة تعيد النظر في سياسة التمويل للمؤسسات الصحية من خلال تطبيق نظام التعاقد ابتداء من واحد جانفي 2010 على مستوى 622 مؤسسة صحية كمرحلة أولى يتولى أكثر من 14,000 عون على مستوى الوزارة يشرفون على تسيير ملفات المرض.<sup>1</sup>

لقد وضع نظام التعاقد على أنه نمط المجانية المنظمة أو المسيرة، وتبرير السلطات الجزائرية لتأسيسها هذا النظام هو أنه يكرس المبدأ التدرج في العلاج ويسمح بتحسين نوعية الخدمات ويعتبر الآلية الفعالة لترشيد النفقات والتحكم فيها حيث يعتمد تمويل الخدمات وفق هذا النظام على بيانات دقيقة حول الخدمات المقدمة فعلا وحول تكلفتها، ويؤدي النظام التعاقدي إلى تعزيز اللامركزية تسيير مؤسسات وبالتالي الاستغلال الأمثل للموارد ويهدف إلى القضاء على أسلوب التمويل الجزائي الذي يفتح المجال أمام إصدار المال العام.<sup>2</sup>

مفهوم التعاقد: حسب المنظمة العالمية للصحة هو: تعهد أو عقد يشكل اتفاق بين متعاملين اقتصاديين أو أكثر بواسطة يلتزمان بالتخلي أو التملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء فالتعاقد هو ارتباط إرادي لشركاء مستقبليين.

رهان تحسين الترسنة القانونية: يشهد قطاع الصحة على المستوى العالمي تحولات كبيرة من حيث الأوبئة المنتشرة، وآليات مكافحتها والقضاء عليها، ويسجل النظام الصحي الوطني خطوة نوعية نحو التنمية والسير الاجتماعي وتحقيق عرفاه المواطن لأن ذلك لن يكتمل إلا بتبني مسؤولي القطاع والسلطات العليا خيار إعادة النظر في الأطر القانونية والتنظيمية التي تنظم سير القطاع وتقييمها وعصرنة أنماط التسيير وأساليب الوقاية والعلاج في ظل التحولات الوبائية والديمغرافية والتغيرات التي مست مجمل النشاطات السياسية خاصة القطاع الخاص.

<sup>1</sup> توفيق بن الشيخ، لعفيفي الدراجي، "إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر"، ورقة مقدمة في: الملتقى الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، ص 13.

<sup>2</sup> توفيق بن الشيخ، لعفيفي الدراجي، المرجع السابق، ص 144.

ولكسب الرهان المتعلق بتحسين الترسنة القانونية إدراك الحاجات الأساسية المتعلقة بحماية وترقية الصحة كخطوة اولية هامة، ثم التركيز على العمل المتعدد القطاعات للسير قدما نحو تطوير السياسة الصحية وتحسين خدمات القطاع وتحقيق الانصاف في الحصول عليها خاصة.<sup>1</sup>

## المبحث الثاني: النظام الصحي الخاص في الجزائر

### المطلب الأول: نشأة القطاع الصحي الخاص في الجزائر

القطاع الخاص في الجزائر: اعتمدت فلسفة التحولات الاقتصادية في الدول النامية على اعتماد آليات السوق وتوزيع دور القطاع الخاص في النشاط الاقتصادي، وتحول الدولة من الدور الفاعل الأساسي والوحيد إلى دور الحكم ورسم السياسات وبعد أن قطعت الدول النامية شوطا كبيرا في رحلة هذه التحولات من خلال برامج الإصلاح الاقتصادي، أصبح القطاع الخاص في معظم الأقطار النامية يشكل حسب الإقتصاد الوطني وتعدد أنشطته الإنتاجية والتجارية وأصبح يمثل الدعامة الرئيسية للاقتصاديات النامية.<sup>2</sup>

أولا: مفهوم القطاع الخاص: لقد ظهرت عدة تعريفات متباينة ومختلفة للقطاع الخاص، تعكس الإصلاحات الفكرية والأيدولوجية للمهتمين بالموضوع، إذ عرفه البعض بأنه: "قطاع من الاقتصاد الوطني، يقوم على أساس الملكية الخاصة لوسائل الإنتاج، ويتم فيه تخصيص الموارد الإنتاجية بواسطة قوى الصرف أكثر مما هو بواسطة السلطات العامة".<sup>3</sup>

كما يعرف القطاع الخاص بشكل عام بأنه جزء من الإقتصاد الغير خاضع لسيطرة الحكومة ويدرار وفق الاعتبارات الربحية المالية، أما من وجهة نظر المحاسبة القومية فيعرف على أنه: يشمل القطاع الخاص وفق نظام الحسابات القومية لسنة 1993 المشروعات الخاصة، القطاعات العائلية، والهيئات التي لا تهدف للربح وتخدم العائلات، وذلك بغض النظر عن ملكية المقيمين أو غير المقيمين للشركات الخاصة.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> توفيق بن الشيخ، لعفيفي الدراجي، مرجع سابق، ص 144، 145.

<sup>2</sup> شريط عابد بن الحاج جلول، دور القطاع الخاص في دعم التنمية المحلية الاقتصادية دراسة حالة الجزائر، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 6، ع 10، الجزائر، 2016، ص 239.

<sup>3</sup> حسين عمار، موسوعة المصطلحات الاقتصادية، (القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة، 1995)، ص 203.

<sup>4</sup> أحمد الكراز، "بيئة القطاع الخاص، النظرية والواقع"، في: المؤتمر الدولي حول القطاع الخاص في التنمية، تقييم واستشراف، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2009، ص 10.

كما يعرف على أنه: عنصر أساسي ومنظم في النشاط الاقتصادي يكتسب الملكية الخاصة وتقوم فيه عملية الإنتاج بناء على نظام السوق والمنافسة، وتحدد فيه المبادرة الخاصة وتحمل مخاطر القرارات والأنشطة المتخذة.<sup>1</sup>

وبناء على هذه التعريفات يمكن وضع التعريف التالي: القطاع الخاص هو ذلك الجزء من الاقتصاد الوطني الذي يقوم على الملكية الخاصة لوسائل الإنتاج وإدارتها.

ويبرز القطاع الخاص بمثابة الركيزة الأساسية لقيام وتطور النشاط الاقتصادي في أي دولة، إنه ورغم الجدلية القائمة بخصوص أبعاد نشاطه في ظل تواجد القطاع العام إلا أن الأدبيات الاقتصادية، بالرغم من اختلافها تشير إلى الأهمية الكبيرة التي يلعبها في التأسيس لنشاط اقتصادي ديناميكي ومزدهر وذلك في ظل توافق جملة من الشروط التي تعتبر بمثابة الإطار المتكامل لنشاط القطاع الخاص وتفعيل أدائه في الحياة الاقتصادية.<sup>2</sup>

ثانياً: خصائص القطاع الخاص: إن أصحاب أفضلية القطاع الخاص في تنمية المجتمعات يرون أن أهم ميزة يتميز بها القطاع الخاص هي السرعة في الإنتاج والإبداع، بحيث يرون أن تدخل الدولة بشكل مباشر في الإنتاج يؤدي إلى إعاقة القوى البشرية داخل الوحدات الاقتصادية العامة لوجود عدة أسباب نفسية، اجتماعية، اقتصادية وغيرها في بداية النشاط والتنمية، وبالتالي يعمل على تخفيف الأعباء إضافة على الدولة بالإضافة إلى القطاع الخاص يزيل تخوف رأس المال الأجنبي ويشجعه على الاستثمار والشراكة.<sup>3</sup>

وينتظر القطاع الخاص أيضاً بخاصية الديناميكية والحيوية وسرعة المبادرة قبل فوات الفرصة، أي عدم وجود بيروقراطية معرقله لتسيير فعال ونجاحه، بعكس القطاع العام الذي يتميز بالبطء في حركته ومبادرته لأنه يخضع لتخطيط المركزي وتحكمه أساليب بيروقراطية وسياسية.

وتعتبر أهم عوامل نجاح القطاع الخاص في كثير من البلدان، حسب رأي بعض الاقتصاديين، في النقاط التالية:

1- وضوح الأهداف للقطاع الخاص وهو هدف تحقيق الربح الأقصى.

<sup>1</sup> أحمد الكراز، "بنية ممارسة أنشطة الأعمال ودور القطاع الخاص"، في: المعهد العربي للتخطيط، العدد 28، الكويت، 2008، ص 57.

<sup>2</sup> شريط عابد، بن الحاج جلول، المرجع السابق، ص 240.

<sup>3</sup> صباح المزاهد، دور القطاع الخاص في انشاء المدن الجديدة، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، (جامعة منتوري، قسنطينة)، ص 21.

2- توظيف العدد الضروري من العمال، وهذا يعكس القطاع العام الذي يوجد فيه باستمرار فائض من العمال، وهذا ما يخفض من إنتاجيته.

3- التوسيع باستعمال مبدأ الثواب والعقاب أي للقطاع الخاص، نظام المكافآت والحوافز كالترقية مثلا ومعاقبة المقصرين.

4- التمتع بالديناميكية والحركية.

ولهذا نجاح القطاع الخاص بواسطة مؤسسته في الدول المتقدمة، قد شجع معظم الدول النامية في السباق له بمشاركة في التنمية بمختلف مجالاتها لهذا يرى معظم الكتاب والسياسيين والمفكرين ضرورة وجود دور لكل من القطاع العام والخاص على حد سواء، فلكل منهما دوره في تحقيق التنمية والعدالة.<sup>1</sup>

ثالثا: تمويل القطاع الخاص: يمثل التمويل المحرك الرئيسي لنشاط القطاع الخاص وضمان استمراره، ولهذا فإن تحديث وتطوير النظام المصرفي من شأنه ضمان أفضل ظروف التمويل، حيث تقوم البنوك في هذا الإطار بتعبئة مدخرات وتقديم المساعدة والتسهيلات للنشاطات الجديدة في السوق. وكذلك المشروعات الصغيرة التي قد تجد صعوبة في التمويل نظرا لحداتها أو ارتفاع تكاليف القروض أو لعدم قدرتها على الدخول لأسواق رؤوس الأموال.

إلى جانب ذلك، فإن تطوير أسواق رؤوس الأموال يساهم في توفير التمويل، سواء كان تمويلا محليا أو تمويلا خارجيا تمويلا بالدين أو تمويل بالملكية، إضافة لذلك فأسواق وأسس الأموال تلعب دورا كبيرا في تطور أداء المؤسسات والشركات الخاصة المتعامل معها حيث انه على كل مؤسسة طالبة للتمويل أن تتميز بأداء اقتصادي ومالي جيد وريح حتى تتمكن من تصريف أوراقها المالية المطروحة للتداول، سندات كانت أو أسهما والحصول على التمويل اللازم، وهذا ما يصب في مصلحة تطوير أداء القطاع الخاص وبالتالي تفعيل دوره في تحقيق التنمية.<sup>2</sup>

رابعا: تعريف القطاع الصحي الخاص: المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد، وأنشطة الاستكشاف.

<sup>1</sup> بوبة حجوط، سليمان فروخي، ص 43، 44.

<sup>2</sup> حياة بن زراع، "دور القطاع الخاص في التنمية بالدول النامية"، في: مجلة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، ع. 45، مارس 2016، ص 173.

في سنة 1986 كان هناك تحول في قطاع الصحة صاحبه التحول الكبير في المعادلة الاقتصادية وهذه كانت بداية تطبيق النموذج الليبرالي عن طريق خوصصة القطاع الصحي والذي قام على عدة مراحل:

1- تطور وتنصيب واعتماد العيادات الخاصة في المدن.

2- الترخيص بفتح العيادات الخاصة.

3- الإنفتاح الكامل.

ومن هذه المراحل ظهرت قوة القطاع الصحي الخاص وشهد عدة التوسعات منها:

1- توسع في العرض وطريقة العمل.

2- زيادة في عدد الأطباء الذين يعملون لحسابهم زيادة عدد الأسرة التي يوفرها القطاع الصحي الخاص،

مثال على ذلك العيادات الخاصة الكبرى والمتخصصة.

شهدت أيضا توسع في المنظومة الاقتصادية والليبرالي وانفتاح سوق الأدوية وأصبح القطاع الخاص في النشاط الصحي الآن أحد مكونات المؤسسة الصحية في الجزائر ويذهب في مجموع المؤسسات التي تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدلية ومخابر التحاليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية، فبعدها كان النشاط الخاص مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، ثم إضافة هيكل جديد هو العيادات الاستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما في ذلك أمراض النساء والتوليد وكذا الاستكشاف ويشترط المشرع ان تستغل هذه العيادات إما عن طريق الجمعيات و التعاضديات التي لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو جمع الأطباء بحيث لا يقل عدد أسرة فيها عن سبعة اسر تاركا الحد الاقصى مفتوحا على حسب امكانيات المستثمر.

يحتوي القطاع الخاص حاليا على حوالي 450 عيادة خاصة تتنوع بين العيادات الطبية الجراحية والعيادات الطبية موزع على كامل الولايات الجزائرية.<sup>1</sup>

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة كبرى بحجم المستشفيات الجامعية، رغم أن القوانين السارية لا تمنع أي خاص أو رجل مال من أهل الاختصاص من بنائها وبإمكان أي قادر أو راغب في الاستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه، لكن تجربة العيادات الخاصة لم تكن

<sup>1</sup> نجاة صغير، تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، (جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، باتنة، 2012)، ص 79.

مشجعة حسب وزير القطاع حيث هناك ممارسة، وهذه التجربة لا يمكن وصفها إلا بالمعرفة دون أن يعني هذا عدم وجود تجارب ناجحة ومحترمة في عدد من الولايات وإن كانت قليلة.<sup>1</sup>

أقسام المستشفيات الخاصة: تنقسم العيادات الخاصة في الجزائر إلى:

أولاً: مستشفيات ذات طابع ربحي: وهي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة، وذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

ثانياً: مستشفيات ذات طابع غير ربحي: هي المستشفيات التي تتوفر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالباً بهدف المساهمة في تقديم خدمة إجتماعية بأفراد المجتمع والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجاني حيث أن الأموال المتحصلة من المرض تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى.<sup>2</sup>

أنواع المستشفيات الخاصة: تختلف عن المؤسسات العامة ويتم إدارتها وفقاً لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص مع سعيها الدائم لتحقيق الربح ومن أهم أنواعها:

(1)- مؤسسات بأسماء أصحابها: تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة يتولى هؤلاء إدارة وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى هذا بين المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وكذا جودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم.

(2)- مؤسسة الجمعيات غير الحكومية: يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصلوا عليها، وقد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات التخصصية، وذلك من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية ولا تسعى إلى تحقيق الربح إنما إلى تقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية.

(3)- مؤسسات صحية تجارية: وهي التي يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور، وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة وقد يتسع نشاط هذه الجملة مختلف المجالات والحالات المرضية و المتنوعة أو معظمها طبقاً لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي يحتويها وغالباً ما تأخذ هذه

<sup>1</sup> نجاة صغير، المرجع السابق، ص 79.

<sup>2</sup> بطرس سليم جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، (عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006)، ص 36.

الشركة شكل شركة خاصة أو ذات مسؤولية محددة وقد يشارك فيها بعض الأطباء بخصص تأسيس جنبا إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين.<sup>1</sup>

خامسا: خصائص القطاع الصحي الخاص: تعددت الخصائص والسمات التي يتسم بها القطاع الخاص في الجزائر والتي تؤثر في رسم السياسة العامة في الجزائر على الرغم من قصر مدة ظهوره.

شروط وخصائص العيادات الخاصة: تتحدد شروط وخصائص العيادات الخاصة حسب المواد 03-04-05-06-07 من الجريدة الرسمية رقم 231-07، المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 هي:

- 1- تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية وتوضح المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني وتزود بلجنة طبية.
- 2- تحدد طاقة الاستيعاب الدنيا للمؤسسة الاستشفائية الخاصة (07) أسرة.
- 3- يجب مع المؤسسة الاستشفائية الخاصة أن تضمن خدمة دائمة ومستمرة.
- 4- يتعين على المؤسسة الاستشفائية الخاصة اكتساب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية للمؤسسة وحسن مراقبة مرضاها.
- 5- يجب أن تكون المؤسسة الاستشفائية الخاصة مطابقة للشروط والمقاييس المعمارية والتقنية والصحية التي يحددها التنظيم المعمول به.

#### المطلب الثاني: شروط إنجاز وفتح مستشفيات خاصة

تتحدد شروط إنجاز وفتح المستشفيات الخاصة حسب المواد (08 إلى 14) من الجريدة الرسمية رقم 07-321 المؤرخة في 22 أكتوبر 2007 كالتالي:

- 1- يأخذ إنجاز مؤسسة استشفائية خاصة إلى ترخيص الوزير المكلف بالصحة على أساس ملف إداري وتقني يوضع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة، وتحتوي علاوة على الوثائق والمستندات المطلوبة والوصف التفصيلي للمشروع وموقع إقامته والأنشطة والأعمال التي يجب القيام بها.
- 2- يسلم وصل الإيداع إلى صاحب المشروع.

يحتوي الملف الإداري والتقنية المذكور في المادة ثمانية من نفس المرسوم التنفيذي على الوثائق التالية:

- 1- طلب إنجاز يودعه صاحب المشروع لدى مديرية الولاية المكلفة بالصحة.
- 2- نسخة من شهادة ميلاد صاحب أو أصحاب المشروع.

<sup>1</sup>دونات حفيظة، مرجع سابق، ص 43.

- 3- نسخة من شهادة جنسية صاحب المشروع.
  - 4- نسخة من القانون الأساسي للشخص المعنوي.
  - 5- سند الملكية أو أي وثيقة أخرى تثبت الاستقرار الشرعي للملك العقاري لاسيما عقد الإنجاز.
  - 6- البطاقة التقنية الوصفية للمشروع وتتضمن:
    - 1.6-التخصصات الطبية.
    - 2.6-بيان مفصل للأنشطة.
    - 3.6-المقرات والمساحات المخصصة لكل نشاط.
    - 4.6-طاقة الاستيعاب من الأسرة.
  - 7-الطاقم التقني، لا سيما العداد المتعلق بالأشعة والاستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي والتجهيزات الطبية.
  - 8-تقرير خبرة تعدده مصالح المراقبة التقنية للبناء أو مكتب معتمد للدراسات والخبرة في مجال البناء في حالة وجود هيكل.
  - 9-تقرير مطابقة لمقاييس الأمن تعدده مصالح الحماية المدنية في حالة هيكل موجود.
  - 10-مخطط الوضعية يبين موقع المشروع وحدوده.
  - 11-مخطط الإجمالي يوضح كل البيانات الضرورية، لا سيما النسبة العامة للأرضية والتوجيه والبيانات المجاورة والطرق الموجودة ومواقف السيارات وشبكات المختلفة والمساحات الخضراء.
  - 12-المخططات المفصلة لأنواع التصميمات الاستشفائية.
  - 13-المخططات المفصلة لمقررات المواجهة لممارسة الجراحة.
- وتتأكد مديرية الولاية المكلفة بالصحة من صحة الملف الإداري والتقني وترسله إلى الوزير المكلف بالصحة، مرفق بالرأي المسبب للمدير الولائي المكلف بالصحة في أجل لا يتجاوز 45 يوما ابتداء من تاريخ إيداع الملف، ثم يفصل الوزير المكلف بطلب الإنجاز في أجل ثلاثة أشهر ابتداء من تاريخ<sup>1</sup> الاستلام، وبعد ذلك يمنح صاحب المشروع أجل ثلاث سنوات ابتداء من تاريخ حصوله على ترخيص إنجاز مشروعه، ويمكن تمديد هذا الأجل بسنتين بطلب من صاحب المشروع على أساس عناصر مبررة قانونيا، وتسلم مديرية الولاية المكلفة بالصحة عند انتهاء إنجاز المشروع يقرر المطابقة من صاحب المشروع،<sup>2</sup> ويحتوي أيضا ملف الترخيص المذكور سابقا على:

<sup>1</sup> ميلودي سعديّة، مرجع سابق، ص ص 60، 61.

<sup>2</sup> نفس المرجع، نفس الصفحة.

- 1- تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الكهربائية تسلمه المؤسسة الوطنية للاعتماد والمراقبة التقنية.
  - 2- تقرير مطابقة الخاص بالمنشآت الإشعاعية التي تنبعث منها مصادر أيونية تسلمه محافظة الطاقة الذرية.
  - 3- محضر إقامة آلة حرق النفايات معتمد من مصالح البيئة المعنية أو عند انعدامها نسخة اتفافية مبرمة مع مؤسسة عمومية أو خاصة لحرق النفايات أو كل طريقة أخرى لمعالجة النفايات الاستشفائية معتمدة من الوزارة المكلفة بالصحة.
  - 4- وثائق تثبت اقتناء سيارة إسعاف واحدة أو عدة سيارات إسعاف أو نسخة من الاتفاقية المبرمة مع متعامل.
  - 5- نسخة من الاتفاقية المبرمة مع مركز حقن الدم الولائي المتعلقة بالتموين بمنتجات الدم غير الثابتة.
  - 6- الملف الإداري للمدير التقني.
  - 7- الملفات الإدارية للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين.<sup>1</sup>
- سادسا: هياكل القطاع الخاص الصحي في الجزائر: يتشكل مجلس الإدارة حسب الموعد 24-25 من الجريدة الرسمية رقم 07-321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 كما يلي:
- 1- صاحب مشروع المؤسسة الاستشفائية الخاصة.
  - 2- ممثل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.
  - 3- رئيس اللجنة الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة.
  - 4- ممثل مستخدمين مؤسسة استشفائية الخاصة.
  - 5- ممثلان إثنين عن جمعيات المرتقين.
  - 6- ممثل عن الممارسين الطبيين منتخب.
- ينتخب أعضاء مجلس الإدارة رئيسا من بينهم وتتخلص مهامه في تسيير الجانب المالي والطبي للمؤسسة الاستشفائية وتنظيم العلاقات مع الجمعيات المختصة في الدفاع عن حقوق المرضى.
- توزيع الصلاحيات من قبل القطاع الخاص: إن الطب الليبرالي تم إدخاله بالجزائر لأول مرة أثناء النصف الثاني من القرن التاسع عشر من خلال سلسلة تشجيعات للمستعمر موجهة للأطباء بإعطائه ديناميكية للممارسة الخاصة بالمراكز الأوروبية وفي بادئ الأمر كان الطب الخاص موجودا لأن

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 62.

يتكفل بالحاجات الصحية للسكان الأوروبيين في الأولوية وفي درجة ثابتة للجزائريين الذين لديهم وسائل.

فخلال كل الفترة الاستعمارية، تطور هذا النوع من الطب في المناطق التي يعيش بها الأوروبيون، أي بالمراكز الحضرية والقرى الاستعمارية، وفي بادئها كان القطاع خاص بالأطباء الأوروبيين وقد فتح شيئاً فشيئاً للجزائريين من العائلات الكبيرة، والذي كان بإمكانهم متابعة دراستهم بعد الاستقلال والهجرة المكلفة للجزائريين تم إحصاء حوالي 300 طبيب خاص كان قلة جزائريين.<sup>1</sup>

وبصفة عامة، اتخذت الدولة موقفاً متحفظاً نحو القطاع الخاص إذ جاء برنامج المخطط الخماسي الأول 1980-1984، يلخص هذا الموقف، هذه السياسة الاقتصادية كانت دائماً ترمي إلى استعمال إمكانيات الإنتاج الموجودة أو طاقات القطاع الخاص لأنها تساهم في الانتعاش الاقتصادي وفي نفس الوقت تتجنب أن يتحسن هذا القطاع في مختلف الميادين دوراً يسمح له أن يؤثر على عملية اتخاذ القرار الاقتصادي أو السياسي وهيمنة السوق ومصادرة الثروات واستغلال العمال.<sup>2</sup>

كما أكد الميثاق الوطني لسنة 1986، بتكفل التخطيط بنشاطات القطاع الوطني الخاص، وذلك من خلال إدماجه ضمن التنمية، من الضروري أن ينظم تأطير هذا القطاع وتوجيهه ورقابته يؤمن التكامل ويتفادى التضارب، بينه وبين القطاع العام، ولهذا ينبغي أن يحدد بوضوح في إطار المخططات الإنمائية الوطنية كل الميادين التي يرخص فيها بتدخل القطاع الوطني الخاص كما يجب أن توضح المكان التي يمكنه أن يحتلها في مختلف قطاعات النشاط تكملة للقطاع العام وفي مجال الصحة، شهد هذا القطاع، أي القطاع الخاص، عدة أحداث لقد كانت سنة 1960 سنة معروفة ضمن التاريخ الاقتصادي والاجتماعي الجزائري من الحركة المزدوجة للتأميم، والخصوصية، وقد كان لهذه الإجراءات تأثيرين على مجال الصحة.<sup>3</sup>

1- تأميم وجعل من مهنة الطب وظيفة عمومية حيث كان على الأطباء الجدد المتخرجين العمل بالقطاع الصحي الناتج عن ارتباط وحدات المساعدة الطبية المجانية والمستشفيات، بينما كانت الممارسة الحرة تمتاز بها من جهة الأطباء القدامى ومن جهة أخرى المجاهدين.

2- نظام الوقت الكامل الذي خصص لرؤساء المصالح منح تداخل بين القطاعين العام والخاص، وبعدها كان متحكماً فيه بصفة جزئية سنة 1966، فإن تطور القطاع الخاص تم تحريره سنة 1969

<sup>1</sup> بختة بن فرج الله، المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص. دراسة سوسيوولوجية ميدانية بالمستشفى الجامعي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، (كلية العلوم الاقتصادية، الجزائر، 2000-2001)، ص 109.

<sup>2</sup> بختة بن فرج الله، مرجع سابق، ص 109.

<sup>3</sup> بختة بن فرج الله، مرجع سابق، ص 110.

فمنذ هذه السنة هذا القطاع لم يكف عن التوسع والاستمرار بالمراكز الحضرية الكبيرة، هذه الأخيرة التي توسعت نتيجة تمركز الاستثمارات الصناعية والاجتماعية التي خلقت له زبائن أكثر فأكثر متعددة وذات نوعية و متكونة أساسا من الأشخاص الذين يمارسون عملهم الحرة والإدارات النامية والمتوسطة من الموظفين، تعمل المصانع هذه الأخيرة التي كانت سائدة اجتماعيا من عمال الزراعة، إذ أن الدخل المتوسط كان يصل إلى ثلاث مرات مرتفعة من دخل عمال الزراعة والفلاحين الصغار وقد كان تمرّكه أكثر في مراكز حضرية خاصة الجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، البليدة و عنابة.<sup>1</sup>

وقد شهدت سنة 1974 سلسلة من النصوص توسع إمكانية ممارسة الحرة للطب التي لم تعد امتياز بل أصبحت اختيار لصالح الأطباء العاملين والأطباء العاملين بالقطاعات الاستشفائية الجامعية لما جاء قانون الصحة لسنة 1976 من خلال التعليم رقم 76-79 بتاريخ 1976/10/23، يترك المجال مفتوحا بممارسة الطب الليبرالي وعلى الأطباء الاختيار بين نظام الوقت الكامل ونظام نصف الوقت والاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص.<sup>2</sup>

وتبعاً لحركة الإضراب لسنة 1977 قد تدخلت السلطات العمومية للتشريح، الأخصائيين العاملين بالمراكز الاستشفائية الجامعية فقط الإختيار بين الممارسة بالقطاع العام أو القطاع الخاص وذلك ضمن عيادات الاستشارات الطبية كما أن اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980 ورغم إعطائها الأولوية للقطاع العام وتقوية وسائله، تركت فتحة الباب كبيرة أمام الممارسة الخاصة للطب، وذلك بالنسبة للأطباء الذين استجابوا الخدمة المدنية التي تم تحديدها من سنتين إلى خمسة سنوات حسب درجة حرمان المنطقة.

وفي سنة 1984، وتطبيقاً لبرنامج الصحة العامة المتبنى من قبل الحكومة ثم اتخاذ إجراءات هامة بإعادة النظر في الممارسة الخاصة للطب وإمكانية وضع المنشآت الصحية الخاصة، يتم تجميد المراكز الحضرية وإعطاء الأولوية للمناطق المحرومة وكان المبدأ من الفراغ بالمناطق التي لا توجد بها هياكل عمومية أو غير كافية بالطب الليبرالي بالمناطق المحرومة اي طب عمومي بالمدن وطب خاص للقري.

الشيء الذي يؤثر سلباً على دخل السكان المحرومين بهذه المناطق المحرومة، وقد أزيحت العراقيل تدريجياً أمام هذه الممارسة الحرة وقد حدد مجال خوصصة الطب من طرف قانون الصحة سنة 1985 وذلك من خلال فتح عيادات جراحة الأسنان، الصيدليات، عيادة الاستشارات والعلاجات

<sup>1</sup> بختة بن فرج الله، مرجع سابق، ص 111.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 111.

الطبية، مخابر التحاليل الطبية، النظارات وأجهزة التبديل الطبي بينما نوقش مشروع توسيع  
خوصصة الطب فيما يخص العيادات الجراحية الخاصة ضمن نقاش المجلس الصحي الوطني بعد تنسيق  
ذلك.<sup>1</sup>

كما جاءت تعليمة أفريل 1987 تسمح للمساعدين الطبيين أو الشبه طبيين التقنيين أو التقنيين  
السامين في الصحة والقابلات العمل لصالحهم. وطبقا لترتيبات قانون الصحة رقم 05/85 لسنة 1985  
والذي تم تعديله وتكاملته من أجل القانون رقم 88-15 الصادر بتاريخ 03 ماي 1988.

### المطلب الثالث: تحديات وأفاق القطاع الصحي الخاص الجزائري

#### عيوب ومشاكل القطاع الصحي الخاص

1- عدم مراعاة الجانب الاجتماعي والاستثمارات مختلفة للقطاع الخاص، إذ يجب الإشارة إلى أن  
العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاجات ذات المردودية الربحية كالجراحة والتوليد وفي المناطق  
ذات الكثافة السكانية العالية خاصة بالمدن الكبرى، مما يؤدي إلى سوء توزيع هذه العيادات عبر الوطن  
وعدم وجود تخطيط مركزي للتوزيع الجغرافي لهذه المؤسسات.

2- غياب التعاون والتعاون بين القطاع العام والقطاع الخاص الصحيين وبالتالي غياب التنظيم  
المحكم والفعال من طرف الدولة مما يجعل القطاع الخاص الصحي يعمل وفقا لمعايير تابعة منه، ويتكيف  
مع الظروف ويجد إجابات وحلول لمشاكله بنفسه في ظل نقص قوانين أساسية واضحة تحكم المؤسسات  
الطبية الخاصة.

3- إن المشاكل التي تعرفها الرعاية الصحية، خاصة في الجزائر، هي مشاكل التعاقد مع هيئة الضمان  
الإجتماعي، ففي غياب علاقة تعاقدية بين العيادات الخاصة وهيئة الضمان الاجتماعي في معظم حالات  
العلاج فإن كافة مصاريف العلاج تقع على عاتق المريض ويؤدي ذلك إلى عدم التحكم في تحديد مستحقات  
العلاج، وتكاليف النشاطات، بالإضافة إلى مشكلة الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة، ففي  
ظل غياب تأطير قانوني للقطاع الصحي الخاص، فإن أسعار العمليات والفحوصات لم يتم الفصل فيها  
وبقيت من صلاحية أصحاب العيادات الخاصة مما يوفر لهم أرباح خيالية والتي تدفع من جيوب  
المواطنين، وهذا ما يؤدي أيضا إلى عرقلة الطلب الكبير على العلاج في العيادات الخاصة نتيجة لعدم قدرة  
الكثير على العلاج في

<sup>1</sup> بختة بن فرج الله، نفس المرجع، ص 112.

العيادات الخاصة نتيجة لعدم قدرة الكثير من الشرائح على التكاليف الناجمة عن العلاج باستثناء جراحة القلب وتصفية الدم حديثا.

4- إن اشكالية النشاط التكميلي في العيادات الخاصة بالنسبة للأطباء الناشطين في القطاع العمومي، فهناك انعدام القوانين التي توضح معايير وكيفية القيام بالنشاط التكميم، مما يجعل العيادات الخاصة تنتصر القدرات البشرية والكفاءات الطبية للهياكل الاستشفائية العمومية نتيجة لعدم التنسيق وعدم التوازن بين القطاعين الخاص والعام بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص.

5- غياب مشاركة القطاع الخاص في النظام الإعلامي الصحي والنشاطات الوقائية.

6- أما الجانب الآخر من المشاكل المتعلقة بالقطاع الصحي الخاص فهي قضية صناعة الأدوية وهي أحد المنتجات الاستراتيجية والتي تسيطر عليها الشركات متعددة الجنسيات من خلال احتكار إنتاجها وتوزيعها وتعتبر هذه الصناعة من أكبر الصناعات الربحية في العالم، وتعمل هذه الشركات على بسط نفوذها لجعل الدول النامية بشكل خاص تابعة لها في مجال الدواء.

يضاف إلى هذه المشاكل التنظيمية المرتبطة بالقطاع الخاص مجموعة من العيوب التي تميز

العيادات الخاصة في الجزائر والتي نوجزها فيما يلي:

1- غياب دفاتر الشروط بالنسبة لهذه المؤسسات.

2- انعدام المعلومات الخاصة بالنشاطات.

3- توسيع النشاطات إلى بعض الاختصاصات الغير مرخصة.

4- تصاميم العيادات الخاصة من دون ترخيص ومعظم العيادات تنشط بالاعتماد على الطاقم الطبي

العمومي.

5- بعض العيادات تقوم بتوظيف بصفة شبه طبيين طاقم لا يتوفر على أي أهلية وكفاءة

في الميدان، كما تقوم بعضها بجلب أطباء أجانب من دون اشتراطها إذا توفرت لديهم التجربة في بلدانهم الأصلية.<sup>1</sup>

6- بعض العيادات الخاصة تمنع فتح أبوابها أمام مفتشي الصحة ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

<sup>1</sup> بوبة حجوط، سليمان فروخي، مرجع سابق، ص ص 57، 58.

7-ومن بين الاختلالات الملاحظة أن بعض الأطباء المنتمون للقطاع العام يمارسون نشاطاتهم في العيادات الخاصة بتراخيص النشاط التكميلي، التي يعود تاريخ استلامها إلى سنوات 2010، 2011، 2012، وهو ما يفسر التلاعب بالقانون والتنظيمات السارية المفعول.<sup>1</sup>

8-افتقار معظم العيادات الخاصة لخدمة الاستعجالات الطبية حيث تعلق على أنها تقدم خدمات على مدار الساعة، إلا أن هذا ليس الواقع إلى جانب عدم ضمان الخدمة على مدار الساعة، خاصة فيما يتعلق بالأعوان شبه الطبيين، هناك العديد من العيادات تعاني من نقص فادح في الأطباء وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى طبيعة تصنيفها كونها عيادات وليست مؤسسات استشفائية، خاصة وأنها تستوجب وجود طبيب مناوب للإشراف على المرضى المتوافدين عليها في العيادات الخاصة، فهي مجرد مؤسسات ذات طابع اجتماعي واقتصادي وتخضع لقانون العرض والطلب بموجب العقد الطبي الموجود بين الطبيب والمريض، فالطبيب الذي يزاول عمله في العيادات الخاصة ليس معني بالمنابفة كما هو الشأن في المستشفيات حيث يعمل وفقا لمواعيد محددة واستنادا إلى الطلبات والتي في حالة عدم توفرها لا تستدعي تواجد الطبيب في العيادة، كما أن العيادات الخاصة أغراضها اقتصادية بالدرجة الأولى فالعيادات الخاصة، مجرد مؤسسة اقتصادية تعمل وفق العرض والطلب، ولا يوجد قانون خاص بتنظيم هذه العيادات الخاصة، والوزارة تعتمد على قوانين متناقضة وهذا ما يجعل المريض بين مطرقة المرض من جهة، والفوضى الكبيرة التي يشهدها القطاع الصحي الخاص من جهة أخرى.

9-وهناك عدة تجاوزات ترتكب الجملة على مستوى العيادات الخاصة تغير السجلات المتعلقة بالمريض والأخصائيين، كما أن غرف العمليات لا تستجيب للقوانين وتفتقر إلى أدنى شروط النظافة، كما أن العديد من أسماء الأطباء الذين يجرون العمليات في عدد من العيادات المجهولة ما يعني هروب من تحمل المسؤولية.<sup>2</sup>

**أفاق القطاع الصحي الخاص:** من بين الآفاق التي ينتظرها القطاع الصحي الخاص هو إعطاء مكانة رسمية ومؤطرة للمتعاملين الخواص في المنظومة الصحية ومعترف بها رسميا مع تطوير آليات المراقبة وإدراجها في مختلف الخيارات والبرامج الصحية والخدمات المقدمة للمواطن، وهذا ما يسمح

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص ص 57، 58.

<sup>2</sup> مرجع سابق، ص 58-59.

بالتأكيد على مهام وقيم القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية بصفة منتظمة ومتجانسة.<sup>1</sup>

كما سبق القول، فإن النظام الصحي الجزائري حاليا يتميز بالتباعد وعدم التجانس بين القطاعين العام والخاص في الخدمات المقدمة من كل طرف والرهان إذن في وضع حيز التنفيذ تنظيماً يتعايش في خضمها القطاعين العام والخاص من أجل بلوغ هدف واحد ومشارك، ألا وهو التكفل الأمثل بصحة السكان، إنه لمن الضروري إعطاء مكانة مؤطرة ومتوازنة للقطاع الخاص الربحي مع تنظيم وتسهيل حصول المواطن على الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص ومن جهة أخرى يؤدي إلى إيضاح الوظائف الأساسية للقطاعين العام والخاص في ظل النظام الصحي ككل وتحدي الضغط على المؤسسات الصحية العمومية.

إخضاع المتعاملين الخواص لنفس آليات المراقبة والتقييم الموجودة في القطاع العام.

القطاع العام والخاص في المجال الصحي يستوجب تعاوناً والتنسيق بين أنشطتهما للبلوغ لأهداف الصحة العامة، وهذا التعاون والتكامل يتم انطلاقاً من إدراج القطاع الخاص الصحي في السياسات العامة الصحية من خلال تعميم التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي، ويستوجب أيضاً إخضاع المتعاملين الخواص لتنظيمات منظمة للتسعيرة وعملية تقدير التكاليف، بالإضافة إلى مراقبة نوعية الخدمات العلاجية المقدمة من طرف القطاع الخاص مقابل التمويل العمومي لنشاطاته والاعتراف الرسمي به.

وضع نوع من التعاقد بين الدولة والقطاع الخاص، التي تبني على توزيع جملة من الوظائف، وهذه المشاركة تقام أساساً من خلال تعميم التعاقد مع الضمان الاجتماعي الشيء الذي يسمح للعيادات والمؤسسات الخاصة من الاستفادة من تعويضات التأمين على المرض، وهي طريقة تمويل تسمح بالحفاظ على مبدأ مجانية حصول المواطنين على الخدمات الصحية دون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف وتشجيع القطاع الخاص على اعتماد الشفافية في تقدير تكاليف العلاج.

وضع ميكانيزمات تنظيم تجعل القطاع الخاص يكون تحت وصاية الوزارة المكلفة بالصحة العمومية، وهذا للتمكن من احتواء ومراقبة النمو والتطور السريع للقطاع الخاص الذي يتم في ظل غياب التنظيمات والمراقبة اللازمة، وهذا يشمل تنظيم الوسائل وتكوين الطاقم الطبي وشبه الطبي ومراقبة نوعية الخدمات والتكاليف.

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص 59.

تطوير مناخ التكامل والتنسيق بين القطاع العام والخاص من خلال تكليف القطاع الخاص ببعض الوظائف ونشاطات واختصاصات محددة يقوم بها القطاع العمومي مع إرفاقها بالتمويل العمومي لهذه المؤسسات، من جهة أخرى يمكن تصنيف وتوكيل المؤسسات العمومية ببعض النشاطات التسييرية لصالح المتعاملين الخواص من خلال دفتر شروط يتم إعداده من طرف الوزارة.

إن هذه المبادئ قد تؤدي إلى ظهور سلسلة من متعاملين خواص ذوي قدرة عالية مثل ما توصلت إليه الكثير من الدول مع جذب رؤوس أموال معتبرة للتمكن من مواجهة المتطلبات الكبيرة والمتنامية للصحة والتي من الصعب على الدولة مواجهتها وإرضائها لوحدها.<sup>1</sup>

### القطاع الصحي الخاص في ظل السياسات الاقتصادية الجزائرية:

شهد الاقتصاد الجزائري منذ الاستقلال عدة تحولات على كافة الأصعدة الاقتصادية والسياسية فنجدها بعد الاستقلال تبنت النهج الاشتراكي الذي يقوم على أساس التخطيط المركزي و هيمنة القطاع العام على الاقتصاد الجزائري لكن سرعان ما بدأ هذا التوجه يكشف من بوادر الضعف والاختلال وهذا ابتداء من سنة 1986، بفعل الأزمة النفطية المعاكسة وتأثيرها السلبي على الاقتصاد الجزائري الذي دخل في أزمة حادة جعلت من الدولة الجزائرية وابتداء من مطلع التسعينات إلى تبني خيار اقتصاد السوق الموجه، حيث يمكننا القطاع الصحي الخاص الذي يعتبر جزء لا يتجزأ من الاقتصاد وظهور التحولات الاقتصادية التي عرفتها الجزائر.<sup>2</sup>

### القطاع الصحي الخاص في النظام الاشتراكي:

إن القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق ل 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ونتيجة للتحولات الكبرى التي عرفتها الجزائر وفي جميع المجالات وعدل وتمم ثلاثة مرات.

وهكذا وفي إطار إعداد التقرير التكميلي عن مشروع القانون المعدل والمتمم للقانون 85-05 الصادر في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها عقدت لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتكوين المهني اجتماع لدراسة الاقتراحات الكتابية والانشغالات المعبر عنها. وتتمثل هذه التعديلات حول المستفيدين من ممارسة النشاط التكميلي مع تحديد الوقت والتفتيش الصيدلاني والخدمة المدنية وفي هذا الإطار، ألقى وزير الصحة والسكان السابق كلمة ذكر فيها

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 69.

<sup>2</sup> دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 50.

التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي تعرفها الجزائر، والتي جعلت من الضروري اتخاذ إجراءات تهدف إلى تدعيم المنظومة الصحية عن طريق تعزيز حماية المواطن سواء عن طريق ضمان الخدمات الطبية المتخصصة وجودة الأدوية المسوقة وتوجيهها وتقتضي وظيفة قطاع الصحة في هذا الإطار وفي انتظار صياغة قانون جديد للصحة وعلى توصيات الجلسات الوطنية للصحة، إدخال بعض التعديلات على القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها وفي النشاط التكميلي لفائدة الاستشفائيين الجامعيين والمختصين في الصحة العمومية و مفتشية الصيدلة وإرجاء الخدمة المدنية بالنسبة إلى المستخدمين المتخصصين.<sup>1</sup>

ويهدف هذا القانون بالسماح للممارسين الاستشفائيين الجامعيين والمختصين في الصحة العمومية بالممارسة بصفة خواس خارج أوقات عملهم في المؤسسات الخاصة، وهذا لتحسين أجور هؤلاء المستخدمين دون تحمل ميزانية الدولة عبء إضافي وتحقيق تحفيز أكبر للمستفيدين.

تكمن أهمية هذا القانون المعدل نتيجة للظروف التي تعرفها البلاد ليوأكب مقتضيات المنظومة الصحية الوطنية خاصة وأن حماية الصحة والسكان مكفولة دستوريا تشكل أحد الانشغالات الكبرى لبلادنا حيث تسهر على ضمانها وحمايتها عن طريق توفير خدمات صحية في كافة أنحاء البلاد والاهتمام بالشرائح الاجتماعية المحرومة...، غير أن التحولات الاقتصادية الاجتماعية التي تعرفها بلادنا أثرت بشكل سلبي في بعض جوانب منظومتنا الصحية بشكل عام وعلى القطاع العمومي بشكل خاص، وتتمثل هذه الآثار السلبية في:

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

2- تسجيل توزيع غير متوازن للأخصائيين عبر التراب الوطني حيث تعرف بعض المناطق من الوطن انعداما كليا لهؤلاء، بينما تستفيد المناطق الشمالية من تغطية صحية كبيرة (طبيب واحد لحوالي 274 مواطن في الجزائر العاصمة)، بينما في بعض المناطق المحرومة (طبيب واحد لكل 5 آلاف أو 6 آلاف مواطن).

3- الفئة الأكثر تزايد لمقابلتها بما تتطلب علما بأن المشكلة السكانية مفتعلا بمقارنة المساحة والإمكانيات الطبيعية للبلاد.

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 51.

## القطاع الصحي الخاص في ظل التعددية:

لقد كان للأزمة البترولية سنة 1986 تأثير بالغ على الاقتصاد الجزائري والذي دخل في أزمة حادة تدهورت فيها جميع القطاعات وهو ما أدى إلى تبني النظام الجزائري السوق كبديل للاقتصاد الموجه. قد بدأت الجزائر بمجموعة من الإصلاحات التي مست جميع القطاعات والتي منها المنظومة الصحية وقد كان أول إصلاح هو بداية خوصصة المجال الطبي وهذه الخوصصة قد أنجزت عبر العديد من المراحل سواء بالنسبة للممارسين الصحيين أو بالنسبة للخدمات الطبية.

### خوصصة الممارسين الصحيين:

المرحلة الأولى: وقد كانت خوصصة الممارسة الطبية برفع جميع المعوقات كالترخيص التأسيسي، حيث بدأت من سنة 1986.<sup>1</sup>

المرحلة الثانية: طبيعة هذه المرحلة الترخيص بفتح العيادات الخاصة ابتداء من سنة 1990 حركة فتح العيادات الخاصة بدأت بشكل محتشم ثم أخذت تتزايد بشكل محتشم في السنوات الأخيرة فقط، مجموعة العيادات الخاصة وترتكز في ثلاثة مدن كبرى في الجزائر وتعمل بصفة ضعيفة وتعتمد على مستخدمي الصحة العمومية مثل اختصاصي التخدير ومستخدمي الصحة العمومية في المستشفيات وبالاعتماد على مرحلة ثالثة من الخوصصة.

المرحلة الثالثة: وتمثلت هذه المرحلة الأخيرة في الخوصصة فعلية للمستخدمين الطبيين الأكثر مكانة في هرم المستشفيات الجامعية الذين يملكون أجور مرتفعة وقد أصبحوا يمارسون عملهم كل الأيام في العيادات الخاصة، بالإضافة إلى تحول الزبائن وتحويلهم إلى المستشفى ويذكر وأن نظام الوقت الكامل قد تمت مراجعته ورخص للممارسين الصحيين العاملين بالمستشفيات الجامعية الممارسة لمدة نصف يوم بصفة خاصة (عموما في عياداتهم) هذا النوع الخاص من المراجعة في الوقت المسموح له.

في هذا الوقت الحاضر، خوصصة الممارسة قد تجاوزت مبادئ النظام الصحي في المقابل النشاط الطبي وعدم وجود ميكانيزمات منظمة للممارسة، ذهب سريعا إلى خلق أثر مزدوج من الناحية المالية:

<sup>1</sup> ميلودي سعديّة، مرجع سابق، ص 64.

أثر كمي: ويكون بالدرجة الأولى في التعويضات المقدمة للتأمينات الاجتماعية فجرت كل التناقضات الدستورية من ناحية العرض الخاص بدرجة مركزة حول المعايير المتخذة في إطار خصصت التأمينات الصحية ابتداء من 1994.

1- أثر التأجيل: ويكون بدرجة أكثر أهمية في النفقات الصحية بصفة نهائية المساهمة في تمويل النظام.<sup>1</sup>

خصوصية الخدمات الصحية: وتهتم بالدرجة الأولى على سلسلة الأدوية مع خصوصية التأمينات الصحية واقتصاد السوق المرافق لها حيث رفعت الدولة يدها عن استيراد وإنتاج وتوزيع الأدوية، وكذا الترخيص بإنشاء عيادات في إطار خاص أيضا الترخيص بممارسة الأطباء في العيادات الخاصة لمدة نصف يوم وتزايد عدد الأسرة.<sup>2</sup>

مظاهر مساهمة القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر:

القطاع الخاص كفاعل للتجديد: لقد عرف قطاع الصحة تحولات عديدة مع التصاعد والتوسع الذي يعرفه القطاع الصحي الخاص والعيادات الخاصة ذات الطابع الربحي التي وضعت عمدا للهيمنة على القطاع العام لمدة ثلاثة عشر سنة كاملة والذي يعرف مشاكل عديدة، الأمر الذي زاد من أهمية القطاع الخاص وديناميكيته، وهذه الحركية نشأت في ظل أوضاع انتقالية متعددة الجوانب سواء كانت اجتماعية، اقتصادية وسرعة العيادات الخاصة بمختلف أنواعها وبصفتها مؤسسات صحية جديدة تمثل نوعا من التجديد المؤسسي، ومكرسة لتطوير النظام الصحي الجزائري كما تساهم في نشوء معايير جديدة للعمل والتعاون وأساليب تنسيق جديدة، كما أن القطاع الصحي الخاص يعتبر نظام شبه لامركزي يسير من طرف فواعل الخواص.<sup>3</sup>

يعتبر القطاع الخاص في النشاط الصحي أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر ويظهر في مجموع المؤسسات التي تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية والأجهزة الاصطناعية الطبية، فبعدها كان النشاط الخاص مقتصر على عيادات الفحص والتشخيص، تم إضافة هيكل جديد وهو العيادات الاستشفائية التي قارب فيها الأرشفة الطبية بما فيها أمراض النساء والتوليد وكذا الاستكشاف، واشترط المشرع أن تستعمل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات و تعاضديات لا تهدف للربح أو عن

<sup>1</sup> دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 54.

<sup>2</sup> مرجع سابق، ص 54، 55.

<sup>3</sup> بوبة حجوط، سليمان فروخي، مرجع سابق، ص 48.

طريق طبيب أو مجمع أطباء لا يقل عدد أسرتها عن سبعة، تارك الحد الأدنى مفتوحا حسب  
الإمكانيات المستثمرة، وهكذا توسع القطاع الخاص الاستشفائي ليحتوي على عيادات كثيرة ومتنوعة  
الاختصاص وهي في نمو متزايد ومستمر تتنوع بين العيادات الطبية الجراحية والعيادات الطبية موزعة  
على كامل الولايات الجزائرية، كما عرف عدد الأطباء والناشطين في القطاع الخاص نموا وارتفاعا ملحوظا  
منذ نشأة هذا الأخير وانتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصين نحو القطاع الخاص الصحي بحثا عن  
ظروف أحسن للعمل نتيجة لمختلف الاختلالات والعراقيل المرتبطة بالقطاع العمومي.<sup>1</sup>

### ❖ القطاع الخاص وبداية ظهوره:

الجدول رقم (01): التطور عدد الأطباء في القطاع الخاص في المرحلة الممتدة بين 1955-2001:

السنة	الأطباء الأخصائيين	الأطباء العاملون	أطباء الاسنان	الصيدالة
1955	2528	4950	2473	3183
1998	3508	5191	2901	3948
2000	4522	3346	3346	4587
2001	4861	4833	3580	4778

المصدر: بوبة حجوط، سليمان فروخي، مرجع سبق ذكره، ص 49.

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد الأخصائيين في القطاع الخاص عرف نموا سريعا بحيث فاق  
عددهم في القطاع العمومي سنة 2001، حيث مثلت نسبتهم في القطاع الخاص 53% من مجموع  
الأخصائيين الناشطون في قطاع الصحة بالجزائر، ففي 33 ولاية من أصل 48 ولاية، عدد الأطباء  
الأخصائيين الممارسين في القطاع الخاص كان يفوق عددهم في القطاع العام في هذه المرحلة، أما في  
ولايات الجنوب، القطاع العام هو الذي يمثل الأغلبية من حيث الأطباء الأخصائيين أما بخصوص الأطباء  
العامين الأغلبية كانوا ينشطون في القطاع العام حيث تمثل نسبة الناشطين في القطاع الخاص ما يعادل  
34% من مجموع الأطباء العاملين في قطاع الصحة.

فيما يتعلق ب أطباء جراحة الأسنان، فقد عرف عدد الناشطين في القطاع العام انخفاضا  
ملحوظا بينما عددهم في القطاع الخاص عرفت ضعفا وهذا خاصة بعد سنة 1999، لتصل إلى نسبة

<sup>1</sup> بوبة حجوط، سليمان فروخي، مرجع سابق، ص ص 48، 49.

الناشطون في القطاع الخاص 44% في 2001 بعدما كانت لا تتجاوز نسبتهم 30% سنة 1995، أما بخصوص الصيدلة فقد عرفت نسبتهم في هذه الفترة انخفاضا منتظما في القطاع العمومي لتصل إلى أدنى المستويات كانت 2001 مقابل التطور والتزايد الكبير لهم في القطاع الخاص ممثلا الناشطون فيه الأغلبية الساحقة والسيطرة الشبه كاملة.

أما فيما يخص الهياكل الصحية التي كانت وعليه القطاع الخاص في هذه المرحلة، فهي بدورها عرفت نموا وتطورا، حيث سجل عدد عيادات التوليد الخاصة لسنة 2001 (47) عيادة، مقارنة بعدد عيادات الاستشفاء الذي كان بـ (69) عيادة، إضافة إلى 206 مخبر تحاليل وعدد الصيدليات وصل إلى 4778 صيدلية خاصة، وكانت الكثير من العيادات تتوفر على معدات وأجهزة حديثة من أدوات طبية وأشعة وغيرها من الأجهزة، فهذه الفترة عموما كانت مرحلة بداية ظهور وتطور القطاع الصحي الخاص في الجزائر.

**القطاع الصحي الخاص ومرحلة النمو:** الفترة التي تلت هذه المرحلة عرف القطاع الخاص نموا سريعا و تزيادا مستمرا سواء من حيث الهياكل أو من حيث عدد الناشطون من أطباء أخصائيون وعمامون وصيدليون، وسنوضح في الجدول تطور عدد الممارسين في القطاع الخاص.

**الجدول رقم(02): تطور عدد الممارسين في القطاع الخاص بين 2002-2009**

السنة	الأخصائيون	العامون	أطباء جراحة الأسنان	صيدلة
2002	5216	6185	3747	/
2004	5606	6376	3987	/
2005	5043	6076	4048	/
2006	5913	6576	4728	7009
2008	6645	6548	4803	7513
2009	7032	6598	5017	7882

المصدر: بوبة حجوط، سليمان فروخي، المرجع السابق، ص 51.

من خلال جدول يتبين لنا الارتفاع الحاصل في عدد الأطباء الأخصائيين بمختلف هياكل المنظومة الصحية عامة وفي القطاع الخاص بصفة خاصة حيث قدر عددهم بـ 7032 طبيب مختص سنة 2009، بعد أن كان عددهم لا يتجاوز 5606 طبيب مختص سنة 2004، أي بزيادة قدرها 19% كما

نلاحظ التقارب النسبي في عدد الأخصائيين بين القطاعين الخاص والعام، الشيء الذي يدل على أن هذا الأخير قد دخل في خضم مرحلة انتقالية في نموه السريع في ظل المنظومة الصحية الجزائرية.<sup>1</sup> كما نلاحظ الارتفاع الطفيف للأطباء العاميين بنسبة 0.3% بين سنة 2006.2009 و عددهم في القطاع الخاص يبقى قليلا مقارنة بعدد الناشطين بالقطاع العام، ويعود السبب بالارتفاع الكبير من الأطباء العاملين في القطاع العمومي إلى عدد الخريجين سنويا معاهد الطب والجامعات وصل عددهم في 2009 إلى 18475 طبيب عام بالقطاع العام، أما بالنسبة للأطباء الأسنان فهم يتوزعون تقريبا بالتساوي بين القطاع الخاص الذي احتوى في سنة 2009 على 5017 جراح أسنان والقطاع العام على 5886 طبيب، أما بخصوص الصيدالة الخواص حسب الإحصائيات يشكلون الأغلبية الساحقة مقارنة بالقطاع العام الذي كان عددهم في 2009 يقدر فقط ب 595 صيدلي.

وما يجب الإشارة إليه هو أن المورد البشري الصحي الخاص أصبح يشهد تطورا خلال السنوات الأخيرة، ويعود ذلك إلى ارتفاع عدد العيادات والمستشفيات الخاصة التي تلعب دورا في المساهمة الفعلية في الخدمات الصحية حيث وصل حاليا لأكثر من 450 عيادة استشفائية خاصة و25230 عيادة الفحص والتشخيص إلى جانب جهة المورد البشري الصحي من القطاع الحكومي إلى القطاع الخاص رغبة في الحصول على العائد المادي الجيد. فيما يخص هياكل العرض للقطاع الخاص، تتمثل في الجدول التالي:

الجدول رقم(03): البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص من خلال الفترة 2002-2007

2007	2006	2005	2004	2003	2002	الهياكل/السنوات
65	65	26	47	49	31	عيادات توليد خاصة
165	161	151	109	103	98	عيادة استشفاء جراحية
23	23	23				عيادة طبية
7459	6285	5849	5857	5502	5001	صيدليات
286	278	267			232	مخابر التحاليل

المصدر: بوبة حجوط، سليمان فروخي، المرجع السابق، ص 53.

<sup>1</sup> سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، (جامعة الجزائر، قسم علوم التسيير، 2011-2012)، ص 148.

إذا أخذنا عدد الهياكل إجمالاً، نجد أن الهياكل الصحية الخاصة في تزايد مستمر ف بالنسبة للعيادات الخاصة بالتوليد التي عرفت تراجع ملحوظ.2002، ثم بعدها انطلقت من جديد لتعرف قفزة نوعية، أما فيما يخص الصيدليات هي الأخرى عرفت تزايد كبير مقارنة بسنوات التسعينات إضافة إلى التوسع الكبير لمخابر التحاليل الطبية الخاصة على المستوى الوطني بالخصوص في المدن الكبرى. كما تضاعف عدد عيادات الإستشفاء الجراحية من 98 عيادة سنة 2002، إلى 165 عيادة مستشفى جراحية خاصة في 2007 ف في ظرف خمس سنوات تم إنشاء 67 عيادة جراحية خاصة، ووصلت الطاقة الاستيعابية إلى 4200 سرير، فنظراً لعدة عوامل ومن بينها عدم كفاية الخدمات الصحية العامة والتباعد السكاني (أكثر من 27% من مجموع السكان تتواجدوا على بعد 5 كم من المركز الصحي)، فالقطاع الخاص ينمو ويتطور أكثر فأكثر، فمنذ فتح المجال إستشارةالصحي سنة 1988 بمقتضى المرسوم 204-88 سجل ثلاث كبرى في العيادات الخاصة بمختلف أنواعها ففي سنة 2009 تم تسجيل 390 عيادة استشفائية خاصة ب 7200 سرير مقابل 221 عيادة في 2006 و حالياً يحتوي القطاع الخاص على أكثر من 450 عيادة استشفاء موزعة على كامل التراب الوطني وتحمل الطاقة الاستيعابية لهذه العيادات إلى حوالي 8000 سرير.

وذكر وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عبد المالك بوضياف أنه ليس هناك أي مانع أمام إقامة مستشفيات خاصة بالجزائر في كلمة ألقاها بمناسبة إشرافه على افتتاح الصالون الدولي السابع عشر للأدوية والتجهيزات الطبية الذي احتضنه مركز الاتفاقيات محمد بن أحمد بوهارون، شهر أفريل 2019. وصرح أنه ليس هناك ما يمنع المستثمرين من إقامة مشاريع مستشفيات خاصة بشرط أن يكون ذلك وفق احترام المعايير الدولية المعمول بها في المجال. وأشار إلى أن الوزارة تلقت العديد من الطلبات بخصوص إنجاز هذا النوع من الاستثمارات التي يجب أن تنخرط ضمن ديناميكية ترقية الخدمة الصحية بالجزائر ومكملة لمؤسسات القطاع العام.<sup>1</sup>

كما يحتمل القطاع الخاص على وحدات وهياكل أخرى والتي نجدها في الجدول التالي، وتطورها من 2005-2007.

<sup>1</sup> بوبة حجوط، سليمان فروخي، مرجع سابق ذكر، ص 54.

الجدول رقم 04: وحدات وهيكل القطاع الخاص من 2005-2007

2007	2006	2005	الهيكل/السنة
6208	6102	5990	عيادة فحص (أطباء أخصائيون)
5095	4962	4573	عيادة فحص (أطباء عامون)
4120	3939	3832	عيادة جراحة الاسنان
141	125	85	وحدات النقل الصحي

المصدر: بوبة حجوط، سليمان فروخي، المرجع السابق، ص 55.

هذه الوحدات والهياكل تمثل سندا للقطاع العمومي بتخفيف الضغط والتوفير للمواطنين إمكانية وسهولة أكبر للوصول للخدمات الصحية القاعدية ويصل عدد هذه الهياكل الحالية إلى أكثر من 25230 عيادة.

إن دخول القطاع الخاص الصحي المنظومة الصحية الجزائرية لم يكن فقط من خلال الأطباء والمختصين بل تتعدى ذلك إلى مجرد تكوين الخاص التي تنشط بالقطاع حيث بلغ عدد مدارس التكوين الشبه طبي الخاص بالجزائر إلى 16 مدرسة موزعة على سبع ولايات، تقوم بالتكوين الأولي لفئة الشبه الطبي وحسب الإحصائيات المقدمة فإن عدد المتكويين في هذه المدارس فاق 3000 متكون خلال ثمانية سنوات (2002-2010)، وفي حالة المصادقة على شهادة المعادلة لمتكوني هذه المدارس مع المدارس العمومية، فإن هذا العدد يمكنه المساهمة في مد بعض العجز الذي يعاني منه القطاع ككل.<sup>1</sup>

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة بحجم المستشفيات الجامعية رغم ان القوانين السارية لا تمنع أي خاص أو رجل مال من أهل الاختصاص من إنشائها، وبإمكان أي قادر أو راغب في الاستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه، وعليه وبالرغم من أن المنظومة الصحية العمومية تمثل عصب الخدمات الصحية في البلاد، إلا أن هذا لا يلغي الدور الفاعل للقطاع الخاص الذي يقدم خدمات صحية متعددة ومتنامية. وتتسم أعماله بالمرونة والتكيف السريع مع معطيات الطلب على الخدمات الطبية والصحية في المجتمع واستيعابها لطلب شريحة من السكان.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> سيد أحمد الحاج عيسى، المرجع سابق الذكر، ص 174.

<sup>2</sup> نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص 79.

## المطلب الرابع: علاقة القطاع الصحي الخاص بقطاع الصحة العمومي

مفهوم الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص: إن نجاح الشراكة كأسلوب تعاقد بين القطاعين الحكومي والخاص، لتحقيق التميز في تحقيق الخدمات العامة يتوقف على مدى توفر بيئة ملائمة في مجال السياسات والأنظمة والإجراءات والتشريعات التي تضعها الجهات المعنية دعماً لشراكة متينة وفعالة بين القطاعين.

تعد الشراكة بين القطاعين العام والخاص إحدى الوسائل الأساسية التي يمكن أن تساهم في تمويل المرافق العمومية والمشاريع الكبرى في مجال البنية السياسية، كما أنها تمثل إحدى وسائل التنمية الاقتصادية للملك العام.

كما أنها نوع من أنواع التعاقدات التي تتم بين قطاعات الدولة مع القطاع الخاص لتنفيذ مشروعات ضخمة تحتاج إلى تمويل كبير وآلية من آليات التصرف الحديث في المرافق العمومية، وإنشاء مشاريع البنية الأساسية الضخمة في مجال الخدمات وترتكز أساساً على تفويض مهمة تصعيد شؤون مرفق من المرافق العمومية أو استغلال أو استعمال أملاك أو معدات عمومية من قبل السلطات العمومية لفائدة مستثمرين خواص أو عموميين.

ويرى البعض أن عقد الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص هو عقد إداري، يعهد بمقتضى أحد أشخاص القطاع العام إلى أحد أشخاص القطاع الخاص، القيام بتمويل الاستثمار المتعلق بالأعمال والتجهيزات الضرورية للمرفق العام وإدارتها واستغلالها وصيانتها طوال مدة العقد المحددة في مقابل مبالغ مالية تلتزم الإدارة المتعاقدة بدفعها إليه بشكل مجزأ طوال مدة الفترة التعاقدية وتتوقع مؤسسات من القطاعين العام والخاص العمل معاً لتحقيق مشاريع أو تقديم خدمات للمواطنين، وخصوصاً في المشاريع المتعلقة بالبنية التحتية.<sup>1</sup>

الشراكة بين القطاعين هي شكل من التعاون تتعهد من خلاله الدولة والجماعات المحلية لشركائها الخاضعين للقانون الخاص يسمى الشريك الخاص بمسؤولية القيام بمهمة شاملة تتضمن التصميم والتمويل الكلي أو الجزئي والإنجاز، أو إعادة توظيف وصيانة واستغلال منشأة أو بنية تحتية ضرورية لتوفير خدمة عمومية، وذلك بواسطة عقد إداري محدد للمدة يسمى "بعقد الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص".

<sup>1</sup> معروز لقمان، "آليات تفعيل الشراكة بين القطاع العام والخاص"، مجلة البحوث والدراسات الانسانية، ع 12، جامعة 20 أوت 1999، سكيكدة، ص ص 313، 314.

وعليه تتفق الأدبيات الاقتصادية التي تطرقت لهذا الموضوع في أن الشراكة تشمل أوجه التفاعل والتعاون العديدة بين القطاعين العام والخاص، المتعلقة بتوظيف إمكانياتها البشرية والمالية والإدارية والتنظيمية والتكنولوجية والمعرفية على أساس من المشاركة، الالتزام بالأهداف، حرية الإختيار، المسؤولية المشتركة والمساءلة من أجل تحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية التي تهم العدد الأكبر من أفراد المجتمع ولها تأثير بعيد المدى على تطلعاته حتى يتمكن من مواكبة التطورات المعاصرة بطريقة فعالة وتحقيق وضع تنافسي أفضل.<sup>1</sup>

### طبيعة الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص:

من الأهمية بمكان تبيان طبيعة الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص، فالعلاقة بين القطاعين تمثل عملية تعاون إيجابية في توفير خدمة معينة للمواطنين بحيث يتحمل كل منهم جزء محدد من المسؤوليات ويأخذ قدر محدد من المنافع، وبالتالي هي علاقة شراكة تنموية مستدامة وذات طبيعة تعاونية وتكاملية وبدرجات تختلف باختلاف ظروف كل دولة.<sup>2</sup>

وبالنسبة لحاجة اقتصاديات الدول العربية لهذا النوع من العلاقة فإن المستهدفة تحويل الاقتصاد من المركزية إلى اللامركزية وتحويل العلاقة السابقة بين القطاعين من علاقة التابع والمتبوع إلى علاقة شراكة من أجل توسيع دور القطاع الخاص وتقليص دور القطاع الحكومي في التدخل بالأنشطة الاقتصادية والخدماتية بحيث يتولى القطاع الخاص المسؤولية أو الدور التنفيذي لإدارة مشروعات التنمية ويتولى القطاع الحكومي الدور التوجيهي لمسار التنمية اتجاه الأهداف المسطرة، دون التدخل المباشر في الأنشطة، ومما لا شك فيه أن أية علاقة بين أي طرفين قد تشوبها بعض المصالح المتعارضة، وأن التحدي الأكبر الذي تواجه اقتصاديات الدول الناشئة عموماً في المرحلة المقبلة يتمثل في إمكانية التوفيق بين هذه المصالح وفي مدى قدرته وسرعته ومرونته في تهيئة العلاقة بين القطاعين مما يخدم طبيعة الأدوار والمهام المنوطة لكل قطاع وتهيئة الاقتصاديات الناشئة لتحمل مركزاً مرموقاً على خريطة التنافسية العالمية.

وبناء على ما سبق تهدف الشراكة بين القطاعين العام والخاص إلى تقديم خدمات عامة وإنشاء البنى التحتية عن طريق الاستفادة من كفاءة القطاع الخاص والإمكانية المالية وهي ليست

<sup>1</sup> معزوز لقمان، مرجع سابق، ص 314.

<sup>2</sup> المرجع السابق، ص 314.

شراكة برأسمال ولا هي شراكة بالأرباح، بل هي شراكة بالمخاطر بحيث أن القطاع العام يحول إلى القطاع الخاص بعض مخاطر المشروع ويحتفظ بأخرى.<sup>1</sup>

أهمية الشراكة بين القطاع العام والخاص في المجال الصحي:

أ- تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وضمان استمراريتهما: من خلال إشراك جميع المستشفيات الصحية الخاصة، مما سيؤدي إلى تحسين نوعية وجودة خدماتها وزيادة رضا متلقي خدمات.

ب- المساهمة في الحد من انتشار الأمراض المعدية: وذلك من خلال تحسين الرصد والكشف المبكر عنها ودعم السياسات الصحية لبرامج مكافحتها، ودعم إجراء الأبحاث والدراسات الوقائية والعلاجية لخفض معدلات عوامل الخطورة المرتبطة بها، إضافة إلى التنسيق والتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة.

ت- تطوير البنية التحتية.

ث- إدارة كفاءة وفعالية الموارد البشرية: من خلال العمل على تحسين عملية استقطاب الكوادر الفنية والإدارية المؤهلة والمدربة وكذا من خلال تفعيل نظام تقييم أداء من الكوادر العاملة وجائزة الموظف المتميز ورفع كفاءة كلية التمريض والمهن الطبية المساعدة، إضافة إلى تطوير خطة وطنية للتنمية للكوادر البشرية الصحية.

ج- إدارة كفاءة وفعالية الموارد المالية وضبط وتوجيه الإنفاق.

ح- إدارة معرفية كفؤة وفاعلة.

خ- إدارة كفؤة للأزمات والكوارث والمخاطر: حيث يتم تحسين الإجراءات الاستعدادية للأزمات المحتملة من خلال إعداد خطط تنفيذية وخطط طوارئ ذات العلاقة في هذا المجال ورفع الوعي لدى أفراد المجتمع.<sup>2</sup>

أهداف الشراكة بين القطاع العام والخاص: الهدف هو تغيير نشاط الحكومة من التشغيل للبنية الأساسية والخدمات العامة بحيث تستطيع بدلا من ذلك:

1- التركيز على وضع السياسات لقطاع البنية الأساسية.

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص 315.

<sup>2</sup> خروف منير، سما علي فوزي، الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين الخدمات الصحية، الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل، بتاريخ 10، 11 أبريل 2018، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 08 ماي 1945، ص ص 7، 8.

2- وضع الأولويات من الأهداف ومشروعات البنية الأساسية.

3- مراقبة مقدمي الخدمات وتنظيم الخدمة.

4- ادخال الإدارة والكفاءات التي لدى القطاع الخاص إلى مجال الخدمات العامة وإشراكهم في تحمل

المخاطر.

5- تحقيق قيمة أفضل مقابل النقود فيما يتعلق بالإنفاق العام بمعنى السعر الأمثل للعميل على

أساس التكلفة على مدار مدة العقد وجودة الخدمة المقدمة والمخاطر التي يتحملها المشارك بالسعر

الإجمالي لمنافسة القطاعين العام والخاص المقدمة من الشريك يجب أن يكون أقل من التكلفة التي

تتحملها الحكومة لو قامت بتوفير نفس مستوى الخدمة متضمنة تكاليف إضافية للمخاطر وتجاوزات

تكلفة، التأخيرات... إلخ، التي يمكن أن تواجهها الحكومة.

6- تنفيذ مشروعات الاستثمار في الوقت المحدد بالميزانية المحددة.

7- تفادي تدهور الأصول والمنشآت الضرورية للخدمات العامة نتيجة للصيانة غير الفعالة أو تفعيل

القاصر.

8- تحقيق التأكد ميناء الموازنة (فيما يختص برأس المال والتكاليف التشغيلية).

9- إدخال ابتكارات على تصميم المشروع بالنسبة للأصول والتشغيل والصيانة.

10- نقل المخاطر التي يمكن إدارتها أفضل بواسطة القطاع الخاص (التصميم والإنشاء والتمويل

والصيانة) بعيدا عن الموارد المحدودة للحكومة.<sup>1</sup>

### متطلبات نجاح الشراكة في القطاع الصحي:

إن نجاح أي رؤية استراتيجية على المستوى الاقتصادي العام تحتاج إلى ظروف وبيئة خاصة

وأدوات تساعد على تحقيق أهداف هذه الرؤية، لذلك يمكن تحديد الخطوط العريضة لمتطلبات نجاح

هذا الأسلوب بالآتي:

1-دعم سياسي قوي على المستوى الوطني مما يؤدي إلى تشجيع هذا النشاط مع وجود تطور واقعي

مشترك بالشراكة مبني على نقاط القوة والضعف المتوافرة لدى أطراف الشراكة، وضع الخطوط

العريضة والأهداف التنموية المرجوة من عملية الشراكة مع القطاع الخاص ليس فقط على المستوى

<sup>1</sup> خروف منير، سما علي فوزي، المرجع السابق، ص ص 8، 9.

الاقتصادي أو تحسين أداء الخدمات العامة، ولكن من حيث مردود ذلك على التنمية بشكل عام وعلاقة تلك الشراكة بتحسين الظروف العمرانية الملائمة للسكان.

2-وضع الأطر العامة التي تحدد دور كل شريك في الرعاية الصحية بما يضمن كفاءة التنسيق والتكامل بين الأطراف جميعاً.

3-حصر التجارب الناجحة التي خاضتها الدول الأخرى عند الشراكة مع القطاع الخاص وتقويمها والاستفادة من إيجابياتها وتلافي السلبيات الناجمة عنها.

4-الاعتماد على المكاتب الوطنية للمحاماة ذات الخبرات الدولية لصياغة العقود وليس فقط المكاتب الدولية.<sup>1</sup>

5-تحرير الأسواق المالية وتطويرها وتصنيفها لجذب المدخرات الوطنية وتوظيفها في مجالات الاستثمار في مشروعات الخدمات الصحية.

6-وضع اللوائح والقوانين التي تهدف إلى حماية المستهلك من احتكار تقديم الخدمة المقدمة من القطاع الخاص.

7-توفير منظومة رقابية مكونة من بعض الأجهزة الحكومية والمجتمع المدني تضمن الالتزام بالاتفاقيات المعقودة بين الدولة والقطاع الخاص من جهة، وتضمن وصول الخدمة للمواطنين بالمستوى والسعر المطلوبين من جهة أخرى.

8-ضمان تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال التوزيع العادل للخدمات الصحية من حيث الكم والكيف وذلك بدعم الفئات غير القادرة في المجتمع.

9-توفير قاعدة بيانات عن الخدمات الصحية المطلوبة للشراكة بها ووضع برامج زمنية لها تتوافق مع الخطط التنموية الاقتصادية والاجتماعية للدولة.

10-وجود فهم طبيعة الشراكة وتحليلها من خلال تعديل والتحليل والتدقيق لمصالح وتوجهات الأطراف المعنية كافة وطريقة تعبيرها عن هذه المصالح، وخصوصاً فيما يتعلق بالدولة والتي غالباً ما تملك من دون غيرها زمام المبادرة وتتحكم إلى حد كبير بشكل تلك الشراكة وطبيعتها ونتائجها.<sup>2</sup>

11-تحليل دقيق ومفصل وشفاف لجدوى المشروع قبل التعاقد.

12-تحليل مفصل للمخاطر من جميع جوانب المشروع الفني والتجاري، فضلاً عن المخاطر السياسية.

<sup>1</sup>مرجع سابق، ص 11.

<sup>2</sup>مرجع سابق، ص 11، 12.

13- عقود مبرمة جيدة وشفافة وتنافسية ومفصلة على المدى الزمني القصير والمتوسط والطويل.

14- الرغبة من قبل الشريك العام بالقبول في حلول ابتكارية.

15- رقابة فعالة وحرفية على الشريك في القطاع الخاص من قبل العميل الحكومي.

16- اختيار المشروعات المناسبة بحيث يمكن تكرارها لتحفيز القطاع الخاص.<sup>1</sup>

### معوقات تطبيق الشراكة بين القطاعين الخاص والعام:

أكدت العديد من الأبحاث والدراسات الميدانية السابقة والخاصة بدراسة واقع الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص في بعض الدول ان هناك مجموعة من المعوقات تواجه دعم القطاع الخاص في المشروعات المشتركة وتحول فوق المشاركة بفعالية في تقديم متميز للخدمات العامة. فعلى الرغم من الايجابيات العديدة التي يوفرها اسلوب الشراكة والتي تساهم في تحسين الاداء في تقديم الخدمات العامة، فانه لا يسلم من مجموعة من العيوب والمخاطر التي تمس حقول القانون والسياسة والاقتصاد والاجتماع وفيما يلي سيتم تحديد هذه العقبات:

1- تتضمن بعض القوانين المعمول بها العديد من القواعد التي لا تلائم الأشكال التمويلية والاقتصادية المعاصرة والتي تتعارض مع طبيعة المشروعات والمرافق العامة الاقتصادية في تطبيقاتها الحديثة، بل وتعتمد على القوانين في جانب منها طاردة للاستثمار الخاص في مجال المرافق العامة ومشروعات البنية الأساسية، وهو الأمر الذي أدى بالمشروع إلى إصدار قوانين خاصة تنظم الاستثمار الخاص في بعض القطاعات الاقتصادية الخدمية كقطاع الكهرباء والاتصالات والمطارات مما ينتج عنه ازدواجية قانونية غير مبررة ومزيد من التعارض بين التشريعات واللوائح السارية.<sup>2</sup>

2- هناك نقص في المبادرة بتنظيم من قبل أطراف الشراكة، فالقطاع الخاص لا يبحث عادة عن شركاء من القطاع الحكومي على الرغم من الفرص الكامنة لديها، وكذلك القطاع الحكومي يفتقد لمبادرة بسبب الثقافة السائدة إن هذا القطاع هو قطاع خدماتي ولا يجوز أن يعمل في الاستثمار، هناك عدم معرفة بموضوع الشراكة فبعض الهيئات المحلية ليس لديها فكرة عن الموضوع وفي ماذا تعني الشركات وتعتقد أنها موجودة فقط لتقديم الخدمات.<sup>3</sup>

3- تشابك العلاقات التعاقدية وارتفاع تكلفة المشروع حيث يخضع إبرام عقود الشراكة بالعديد من المراحل، ويضم العديد من الاتفاقيات التي تفرض على الدولة المضيفة للمشروع تكبد تكاليف

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 12.

<sup>2</sup> معزز لقمان، مرجع سابق، ص 319.

<sup>3</sup> المرجع سابق، ص 330.

- باهظة لإعداد وتحضير مستندات التعاقد، إضافة إلى إشراك مستشارين قانونيين وماليين ذوي كفاءة عالية من القطاع الخاص لتمثيلها، وهو ما يستنزف أموالا كثيرة بالنسبة للأجهزة الحكومية.<sup>1</sup>
- 4- غياب أسس التقييم التي تتفق مع طبيعة مشروعات الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص من النواحي المالية والفنية والتشغيلية عن الأسس التي يتضمنها قانون المناقصات والمزايدة ببعض الدول وخاصة العربية منها لا تصلح للتطبيق على هذا النوع من المشروعات.
- 5- افتقار العديد من القطاعات الاقتصادية المعنية إلى الخبرة الفنية والمالية والقانونية اللازمة لطرح تلك المشروعات على المستثمرين كما افتقرت هذه القطاعات إلى التخطيط الاستراتيجي لاحتياجاتها.
- 6- وأولوياتها وجدوى هذه المشروعات من النواحي الاجتماعية والاقتصادية على حد سواء.
- 7- حالات التعامل مع مشاريع البنية التحتية في بعض المرافق السياسية والاستراتيجية للدولة والتي لها حساسية إذا ما تم إخضاعها للشراكة مثل الموانئ والمطارات وغيرها، إضافة إلى خشية تحيز الحكومات في اختيار شركائها من القطاع الخاص.
- 8- تزايد المخاوف من ضعف مستوى الرقابة الحكومية والمساءلة للقطاع الخاص المنفذ للمشاريع، الأمر الذي قد يؤدي إلى رداءة المنتج النهائي وعدم مطالبته بالموصفات والمقاييس المعمول بها دوليا.
- 9- ضعف الوعي العام بأهمية ومزايا الشراكة بين القطاع الحكومي والخاص في تمويل وتطوير وتشغيل مثل هذه المشروعات، وما لهذه المشاركة من آثار إيجابية على التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- 10- إضافة إلى ضعف ثقافة الشراكة لدى الرأي العام وصناع القرار على المستوى الرسمي على حد سواء بخصوص الاعتقاد السائد بأن المشاركة الخاصة تقتصر فقط على الخصخصة فقد أظهرت التجارب الدولية أن كثيرا من الإدارات المحلية لا تهتم كثيرا بقواعد تطبيق نماذج المشاركة ولا بالتحاور مع المواطنين فيما يتعلق بالمشروعات المزمع تنفيذها من خلال المشاركة.
- 11- عدم الاتفاق مسبقا على مبدأ تقاسم المخاطر.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> أحمد بوعشيق، عقود الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص: سياسة عمومية حديثة لتمويل التنمية المستدامة، دراسة حديثة مقدمة للمؤتمر الدولي للتنمية الإدارية، 2009، ص 24.

<sup>2</sup> أحمد بوعشيق، مرجع سابق، ص 24.

## الخلاصة

ويمكن القول في الاخير ان قطاع الصحة في الجزائر حظي واخذ حيز كبير من الاهتمام من طرف الدولة وذلك في اطار سعيها للنهوض بالقطاع ومعالجة اختلالاته تزامنا مع الاصلاحات الشاملة التي قامت بها، وايماننا منها بان ضمان حق الجميع في الحصول على العلاج هو من صميم مسؤولياتها وان القطاع الخاص هو الاخر يلعب دورا محوريا في تقديم خدمات صحية نوعية، فان الدولة ترجمت عزمها هذه في تحقيق نقلة نوعية على مستوى الخدمات الصحية من خلال المنظومة التشريعية والقانونية التي اثرت على القطاع بغرض تنظم الممارسات الطبية بين القطاع العام والقطاع الخاص، حيث ان القطاع الصحي الخاص يساهم بشكل فعال وايجابي في التكفل بصحة المواطنين بالرغم من ظهوره وإشراكه متأخرا في المنظومة الصحية في الجزائر، الا انه تسعى السلطات العامة الى جعله مكملا للقطاع العمومي في التكفل ببعض الامراض باستثناء الامراض الثقيلة والتي تتحملها المستشفيات الكبرى.

## الفصل الثالث:

دور القطاع الخاص في مواجهة

فيروس كورونا وتدابيراته

"دراسة حالة عيادة الأزهر"

## تمهيد:

عاش العالم عامة والجزائر خاصة، وضعا استثنائيا بسبب الأزمة الصحية التي تسبب فيها فيروس كورونا المعروف باسم كوفيد 19، بعد ظهوره لأول مرة في مدينة ووهان الصينية في شهر ديسمبر 2019، وانتشاره السريع حول العالم مما أدى إلى خسائر في الأرواح وتعقيدات صحية، وتكاليف وقائية وعالية، ومع تطوره من مستوى الداء إلى الوباء إلى الجائحة، تسارعت معه مظاهر الهلع والتوتر، لأنه أثر على الأنظمة الصحية والاقتصادية بسبب إجراءات الغلق والتباعد الاجتماعي، وضعفت معه قطاعات التعليم والمؤسسات من جهة والانشطة التي يغيب عنها التمويل من جهة أخرى، وعليه قامت الحكومة الجزائرية بإجراءات مختلفة لمحاولة التصدي لهذا الوباء العالمي من خلال مجموعة من التدابير والقرارات.

وفي هذا الفصل التطبيقي سوف نقوم بفهم دور القطاع الصحي الخاص في مواجهة فيروس كورونا من خلال دراسة حالة عيادة الأزهر بولاية الجزائر، عن طريق مقابلة مع مسيرها من أجل معرفة واقع القطاع الخاص ومدى مساهمته في ضمان السياسة الصحية والتغطية الصحية الشاملة للمصابين.

## الفصل الثالث: دور القطاع الخاص في مواجهة فيروس كورونا وتداعياته

### "دراسة حالة عيادة الأزهر"

المبحث الأول: التداعيات الوبائية لجائحة كورونا على القطاع الصحي في الجزائر منذ  
انتشاره

المطلب الأول: لمحة عامة عن فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19)

أولاً: لمحة عامة: تعرف الأزمة بأنها حالة طارئة وغير متوقعة تحدث بشكل مفاجئ في العديد من المجالات الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية، والصحية،...إلخ.

والأزمة الصحية العالمية هي الحالة الصحية أو النظام الصحي المعقد الذي يؤثر على البشر في منطقة ما أو عدة مناطق جغرافية تقع في مكان معين ثم تنتقل لتشمل كوكبا بأسره، لها آثار كبيرة على صحة المجتمع والخسائر في الأرواح والاقتصاد.

وتُعرف مدى خطورة وشدة الأزمة الصحية غالباً من خلال عدد الأشخاص المتضررين ضمن نطاق تغطيتها الجغرافية جراء مرض يؤدي إلى الوفاة، وعموماً هناك عناصر رئيسية في الأزمات الصحية يمكن تجسيدها في ظهور مشكلة الصحة العامة التي تتمثل في عدم وقاية الأشخاص في المجتمع من الإصابة بالأمراض المختلفة وعدم الحفاظ عليهم بصحة جيدة ليعيشوا أطول وقت ممكن.

وتوجد طرق ووسائل كثيرة لتفادي حدوث هذه المشكلة، بتوفير البيئة الصحية الآمنة وتقديم مجموعة الخدمات الصحية والتوعية واللقاحات والفحوصات الدورية للسعي من الحد في انتشار الأمراض وتقديم العلاجات لها،<sup>1</sup> بالإضافة للارتقاء بالسلوكيات الصحية وتحسين الظروف البيئية المحيطة.

والصحة العامة لا تقتصر على الجانب الجسدي فقط وإنما تشمل الجوانب العقلية والنفسية أيضاً، بالإضافة للجانب الاجتماعي، وفي حال عدم معاناة الفرد من أية مشاكل في هذه الجوانب السابقة الذكر فهو إذا يتمتع بالصحة العامة الجسدية، التي تعني السلامة التشريحية والأداء الفسيولوجي للجسم وقدرة الشخص على أداء جميع الأعمال الروتينية، وبالصحة العقلية التي تعني قدرة الشخص

<sup>1</sup> كرامة مروة، وآخرون، "تأثير الأزمات الصحية العالمية على الاقتصاد العالمي، تأثير فيروس كورونا (كوفيد 19) على الاقتصاد الجزائري أنموذجاً"، في: مجلة التمكين الاجتماعي، ع 02، جوان 2020، ص 313.

على التفكير والتعلم، والصحة الاجتماعية التي تعني قدرة الشخص على التواصل الصحيح مع الآخرين وبناء العلاقات الاجتماعية المختلفة معهم<sup>1</sup>، مما يتطلب ضرورة التنسيق الصحي بين المراكز الصحية والمستشفيات وتنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية لاسيما في مجال الوقاية العامة، وصحة الأم والطفل، وحماية الصحة في مجالات محددة، والسيطرة على النمو السكاني والتخطيط الأسري وتعزيز الصحة الإنجابية، وفي هذا الصدد تقوم العديد من الدول في مجال التنسيق الصحي بالتنسيق مع الهيئات المختلفة لكي لا تصل أزمة صحية في دولة ما إلى أراضي أي دولة أخرى، فتقوم باستخدام أنظمة الإنذار الصحية لتستجيب لاحتياجات السكان المطلوبة لتحسين الأدوات والاستعداد الكافي قبل تفاعلها، وتقوم بغلق الحدود البرية والبحرية والجوية باعتبار أن الأوبئة والاضطرابات الصحية لا تقف عند الحدود وانتشارها سيؤدي إلى تهديد حياة المواطنين في مختلف الدول، كما تقوم الدول بالعمل وإرشاد الطواقم الطبية وإمداد النظام الصحي فيها بالمعدات الطبية اللازمة وفق ما تقتضي الظروف، بالإضافة إلى تقديم مساعدات طبية تساهم في كشف الأمراض من بعض الدول المتوفرة لديها إلى الدول المنعدمة فيها، وأهم شيء هو إعداد مخطط الطوارئ الذي يعد مفتاح الأزمات لأنه يسمح برد قوي ومنظم أساسه علمي في وقت مبكر، ومن الضروري الاستثمار في موارد الصحة العامة لإعداد التدابير الوقائية والحد من التفاوتات الصحية للحد من تأثير هذه الأزمات.<sup>2</sup>

#### ثانياً: مفهوم الوباء

كلمة علم الأوبئة *Epidemiology* مشتقة من كلمة *Epidemic* التي تعني الوباء، وهي كلمة مشتقة بدورها من المقطعين اليونانيين *Epi* يعني (بين)، و *Demos* الذي يعني (الناس)، وهذا يعبر على أن الوباء هو مرض يتفشى بين الناس. أهم خاصية يتميز بها هي الانتشار السريع والكثيف في مجتمع سكني معين، بما يعرف بظاهرة التفشي الوبائي، التي تعني حدوث زيادة في حالات مرض ما عن المعدل الطبيعي أو المتوقع في مكان محدد أو لدى فئة معينة من الناس خلال فترة زمنية محددة، مقارنة بنفس الفترة الزمنية المماثلة لها من العام السابق ويمكن أن يعتبر حالة واحدة بمثابة بداية التفشي إذا لم يكن مسجل من قبل.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> أحمد مهنا، بحث عن الصحة العامة، موسوعة المحيط، في <https://www.almuheet.net/3338>، 07-04-2020، على سا 14:36.

<sup>2</sup> كرامة مروة، رجال فاطمة، أنفال حدة خبيزة، المرجع السابق، ص 314

<sup>3</sup> كمال عمتوت، قدوس خديجة، الوعي الاجتماعي ودوره في الوقاية من فيروس كورونا، مجلة التمكين الاجتماعي، العدد 02، (جوان

## تعريف فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19):

يعد فيروس كورونا (*Corona Virus*) أحد الفيروسات الشائعة التي تسبب عدوى الجهاز التنفسي العلوي، والجيوب الأنفية، والتهابات الحلق، وفي معظم الحالات لا تكون الإصابة به خطيرة باستثناء الإصابة بالنوع المعروفة بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (*MERS*)، الذي ظهر في 2012، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمية (*SARS*) الذي ظهر في 2003، بالإضافة إلى النوع المستجد الذي ظهر في الصين في نهاية 2019.

ويشتق اسم (*Corona Virus*)، عربياً: فيروس كورونا، اختصاراً (*COV*) باللاتينية (*Corona*) وتعني التاج أو الهالة حيث يشير الاسم إلى المظهر المميز لجزيئات الفيروس (الفريونات) والذي يظهر عبر المجهر الإلكتروني، حيث تمتلك جملاً من البروزات السطحية مما يظهرها على شكل تاج الملك أو الهالة الشمسية<sup>1</sup>.

تعريف منظمة الصحة العالمية: فيروس كورونا هو الذي يسبب مرض كوفيد 19، ينحدر من سلالة فيروسات تسمى الكورونا أو الفيروسات التاجية، والمضادات الحيوية لا تأثير لها على الفيروسات غير أن بعض الأشخاص الذين يصابون بالكوفيد 19 قد تحصل لديهم مضاعفات فيصابون بالتهاب رئوي، وفي هذه الحالة قد يوصي مقدم الرعاية الصحية بتناول مضاد حيوي لمعالجة الالتهاب، ولا يوجد حالياً أي دواء مرخص لمعالجة كوفيد 19.

كوفيد 19 هو الاسم الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية في 11 فيفري 2020، وهو المرض الذي يسبب فيروس كورونا ويكون مصاحباً ب: الحمى، العياء، والسعال إضافة إلى المشاكل التنفسية، وقد تؤدي بعض الحالات الشديدة المصابة به إلى الوفاة أحياناً، وقد تم إضافة الرقم 19 نسبة إلى العام 2019 الذي اكتشفت فيه أول حالة للفيروس، وبالتالي فيروس كورونا تم التعرف عليه لأول مرة في مدينة ووهان الصينية، حيث أنه يسبب أمراضاً في الجهاز التنفسي وينتشر بسرعة بين الأشخاص عن طريق الرذاذ التنفسي عند السعال أو عطس المصاب بالفيروس أو استنشاق هذا الرذاذ ودخوله في فم أو أنف شخص قريب، كما ينتقل عندما عند لمس سطح عليه الفيروس<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> نعيم بوعموشة، "فيروس كورونا (كوفيد 19) في الجزائر، دراسة تحليلية"، مجلة التمكين الاجتماعي، م 02، ع 02، جوان 2020، ص 125.

<sup>2</sup> سهيلية سماح، "الإجراءات الوقائية للتصدي لفيروس كورونا في الجزائر"، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، م 05، ع 03،

أكتوبر 2020، 10-10-2020، صص 27، 28.

### ثالثاً: أسباب وتداعيات إعلان منظمة الصحة الدولية فيروس كورونا المستجد كجائحة عالمية

منظمة الصحة العالمية تقرر تسمية المرض وباء في الحالات التي تتضمن مسافرين أصيبوا في بلاد أجنبية ثم رجعوا إلى بلادهم، أي عندما يتعدى المرض الدولة الواحدة، فلا علاقة للأمر بخطورة المرض ولا يوجد رقم معين من الوفيات أو الإصابات أو الدول المصابة التي تعلق عنده المنظمة وجود وباء، فهو يرجع لدراسة كل حالة على حدى بالإضافة لمدى انتشاره الجغرافي أي عدد القارات وليس الدول.

ففي حالة فيروس SARS أول ظهور لفيروس كورونا سنة 2003 لم تعلن المنظمة أنه وباء رغم انتشار الإصابات في 26 دولة، وذلك لأن المرض تم احتواؤه سريعاً ولم يتأثر سوى عدد قليل من الدول بشكل كبير منها: الصين، هونغ كونغ، تايوان، كندا، وسنغافورة.

أما الظهور الثاني له فكان في السعودية سنة 2012 وسُمي فيروس كورونا المتسبب في متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، ليطل من بعدها جلّ أنحاء شبه الجزيرة ثم 23 بلداً أوروبا وآسيا وحتى أمريكا الشمالية.<sup>1</sup>

ثم أعلنت الصين يوم 12 ديسمبر 2019 عن تفشي الفيروس في مدينة ووهان وسط الصين، والذي انتشر بسرعة ولم يتمكن العالم من مجاراتها، فقد تفشى المرض إلى غاية 25 جوان 2020 في 209 دولة مخلفاً 9.690.116 حالة إصابة مؤكدة و 448.967 حالة وفاة، وخسائر مادية كبيرة،<sup>2</sup> وهذا ما أدى بمنظمة الصحة العالمية من خلال مديرها "تيدروس أدهانو مغيريسوس" إلى إعلان يوم الخميس 12 مارس 2020 أن تفشي فيروس كورونا المستجد في الصين يشكل الآن "حالة طوارئ صحية عامة تثير قلقاً دولياً"، وهذه المرة السادسة في تاريخها التي تعلن فيها المنظمة ذلك، وقبلها تم إعلانه بخصوص خمس حالات من الأوبئة التي تتطلب رداً عالمياً قوياً وهي: إنفلونزا الخنازير (H1N1) سنة 2009، وشلل الأطفال سنة 2014، وإيبولا في غرب إفريقيا سنة 2014، وزيكا سنة 2016، والإيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية سنة 2019،<sup>3</sup> ويذكر أن منظمة الصحة العالمية تعرضت سنة 2009 لانتقادات جمة بعد ما أعلنت عن تحول فيروس إنفلونزا الخنازير إلى وباء رغم أن الفيروس انتشر في جميع أنحاء العالم لكنه لم يكن بالخطورة المتوقعة، وبالتالي أتهمت المنظمة بأنها تتسرع في الإعلان عنه بأنه وباء، وأثارت بذلك دعر عالمي دون مبرر، حيث تسبب في تكديسات شديدة بأقسام الطوارئ تكديسات شديدة بأقسام الطوارئ

<sup>1</sup> مريم لوكال، المرجع السابق، ص 28.

<sup>3</sup> مرجع سابق، ص 389.

وإنفاق مبالغ فيه من جانب الحكومات على الأدوية المضادة للفيروسات، بتواطؤ مع شركات الأدوية العالمية شديدة النفوذ.

يرجع هذا الإعلان لسياسة المنظمة التي تقضي بعدم الندم *no regret policy* على أي الخطأ في تقدير تفشي بسيط ولا الخطأ في تقدير جائحة دولية، وقد تعرضت المنظمة لذات الانتقادات هذه المرة لتأخرها في إعلان الجائحة الدولية، ربما كانت الانتقادات السابقة سببا في تردد المنظمة في الإعلان وهو ما فوت على العالم فرصة احتواء الوباء.<sup>1</sup>

رابعاً: مراحل انتشار فيروس كورونا المستجد: انتشر فيروس كورونا المستجد في البداية كما يلي:

(1) في 13 كانون الثاني - يناير 2020: أبلغت وزارة الصحة العامة في تايلاند عن أول حالة مؤكدة مختبرياً للإصابة بفيروس كورونا المستجد كوفيد 19، لشخص وافد من مدينة ووهان بإقليم هوبي في الصين، والحالة تخص امرأة صينية تبلغ من العمر 61 عاماً وهي من سكان مدينة ووهان بإقليم هوبي الصيني.

(2) في 05 كانون الثاني - يناير 2020: ظهرت على هاته المرأة أعراض تمثلت في الحمى مصحوبة بالرعشة والتهاب الحلق والصداع.<sup>2</sup>

(3) في 8 كانون ثاني - يناير 2020 : سافرت المرأة على رحلة مباشرة من مدينة ووهان إلى تايلاند برفقه خمسة من أفراد أسرتها في جولة سياحية ضمت 16 شخصا، وفي اليوم ذاته تعرف جهاز الرصد الحراري في مطار سوفارنابومي في تايلاند على أعراض الحمى لدى المسافرة، وبعد أخذ حرارتها وإجراء تقييم أولي لها نقلت المريضة إلى المستشفى لمزيد من التقصي والعلاج، مما أثبت تعرض المريضة للفيروس، وقد أفادت بزيارتها لسوق الأغذية الطازجة المحلية في ووهان بشكل منتظم قبل بدء ظهور أعراض المرض عليها في 05 كانون الثاني - يناير 2020 غير أنها نفت زيارتها لسوق المأكولات البحرية في ووهان جنوب الصين، وهو المكان الذي اكتشفت فيه معظم الحالات المؤكدة الأخرى.<sup>3</sup>

(4) في 12 كانون الثاني - يناير 2020: أظهر الفحص المختبري للعينات بواسطة المنتسخة العكسية للتفاعل التسلسلي للبولىميراز (RT-PCR) نتيجة إيجابية تؤكد الإصابة بفيروس كورونا، وأكد تحليل التسلسل الجيولوجي الذي أجراه مركز العلوم الصحية للأمراض المعدية الناشئة التابع لجمعية

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 389.

<sup>2</sup> كرامة مروة، وآخرون، المرجع سابق الذكر، ص 315.

<sup>3</sup> مرجع سابق، ص 316، 315.

الصليب الأحمر التايلاندية ومعهد الصحة الوطني التايلاندي التابع لقسم العلوم الطبية أن المريضة مصابة فعلا بفيروس كورونا المستجد الذي تم عزله في مدينة ووهان الصينية.<sup>1</sup>

المطلب الثاني: تداعيات أزمة كورونا على السياسات العالمية:

أدت جائحة فيروس كورونا إلى تداعيات عميقة على عدد من المجالات المهمة للإنسان، وقد تأثر العالم بشكل كلي بالقرارات المتخذة من طرف صانعي القرار في كل دولة إلى بروز عدد من النتائج سوف نستعرضها فيما يلي:

أولاً: تداعيات أزمة (كوفيد19) على السياسات الصحية والتعليمية: بتاريخ 11 مارس 2020 أعلنت منظمة الصحة العالمية أن تفشي مرض كوفيد 19 الناتج عن فيروس كورونا المستجد قد بلغ مستوى الجائحة، ودعت الحكومات إلى اتخاذ خطوات عاجلة وأكثر صرامة لوقف انتشاره.

يكفل القانون الدولي لحقوق الإنسان لكل شخص الحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويلزم الدول باتخاذ تدابير لمنع تهديد الصحة العامة وتقديم الرعاية الطبية لمن يحتاجها. يقر قانون حقوق الإنسان أيضاً بأن القيود التي تفرض على بعض الحقوق في سياق التهديدات الخطيرة للصحة العامة وحالات الطوارئ العامة التي تهدد حياة الأمة،<sup>2</sup> يمكن تبريرها عندما يكون لها أساس قانوني وتكون ضرورية للغاية بناء على أدلة علمية ولا يكون تطبيقها تعسفياً ولا تمييزياً، ولفترة زمنية محددة للحد من الأضرار التي قد تنجر عن فرض التدابير الفعالة التي لا تراعي المعايير سابقة الذكر.

تزايدت حالات الإصابة المؤكدة بفيروس كورونا في كل دول العالم، مع مرور الوقت، أبلغت الحكومات العالم عن أكثر من ثلاثة ملايين إصابة مؤكدة، وكانت معدلات الإصابة بالفيروس في كل دول تتزايد بشكل كبير من يوم لآخر، وتراوحت الإجراءات الحكومية بين الإغلاق تام للمطارات والموانئ وبين حظر التجول في بعض الدول، رغم ذلك لم يكن حائلاً أمام تفشي المرض وانتقاله بسرعة كبيرة بين البشر،<sup>3</sup> بل وقفت المعرفة الفنية والخبرة التقنية الطبية والموارد البشرية المالية ضمن المستوى المحدود في كل دول العالم بما فيها الدول العظمى مثل: الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، إسبانيا، اليابان وكوريا الجنوبية... إلخ، وبحسب تقرير أصدره المركز العربي للأبحاث

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 316.

<sup>2</sup> خالد تليش، "جائحة كورونا (كوفيد 19) وأثرها على مخرجات السياسة العامة بالجزائر، التداعيات والآليات"، في: مجلة المفكر، م 15، ع

03، 2020-12-31، ص 97.

<sup>3</sup> خالد تليش، نفس المرجع، ص ص 97، 98.

والدراسات في واشنطن، الأمر الذي يشكل عوائق خطيرة لمواجهة جائحة كورونا ومن المتوقع أن تكون آثار الأزمة الصحية طويلة الأمد، وبالتالي العمل والتعليم سيحكم عليهما بشدة اعتمادهما على الوصول إلى التقنيات<sup>1</sup>، كما كشف انتشار الجائحة عن حدود إمكانيات تكنولوجيا الإنترنت والاتصالات في البلدان النامية، فبينما ملايين الطلاب يتلقون دروساً افتراضية، شهدت دول عديدة فجوة رقمية يحدد بموجبها مدى قدرة وصول الأفراد إلى مصادر المعلومات، ولا تشير الفجوة الرقمية إلى إمكانية الوصول للمعلومات الرقمية فحسب بل توضح جودة الوصول، مثل: الإنترنت بشكل عريض النطاق أو عالي السرعة، مما يسمح بتجربة اتصال أفضل.

أما الدول العربية فقد يبلغ عدد مستخدمي الإنترنت فيها حسب بيانات الاتحاد الدولي للاتصالات 51,6% من إجمالي السكان في عام 2019،<sup>2</sup> أي أن حوالي نصف سكان العالم العربي بشبكة الإنترنت العالمية، مما يزيد بدوره تفاقم التفاوت التعليمي والاجتماعي والاقتصادي في العالم العربي على المدى الطويل، وخلال فترة الإغلاق المجتمعي بسبب الحجر الصحي لمواجهة تفشي فيروس كورونا، والذي استمر عدة أشهر، فإن أولئك الذين ليست لديهم إمكانية الوصول إلى الإنترنت سوف تتقيد إنتاجات عملهم، بما في ذلك طلاب المدارس والجامعات، إلى جانب ذلك يكون الأفراد الذين لا يستطيعون الوصول إلى المهارات اللازمة لاستخدام تقنية الاتصالات في وضع غير مؤمن علمياً وصحياً، والفرد الذي لا يستطيع الوصول إلى المهارات التقنية وتكون احتمالية قدرته على تحديد مصداقية المصادر وهو عرضة لمخاطر صحية من خلال اتباعه إرشادات ومعلومات خاطئة حول الفيروس الجديد خصوصاً، أن هناك وفرة من المعلومات الكاذبة المتاحة على منصات التواصل الاجتماعي.<sup>3</sup>

ثانياً: أسباب انتشار فيروس كورونا في الجزائر: من بين أسباب انتشار فيروس كورونا في الجزائر نجد:

1. عدم غلق المطارات والموانئ ومداخل البلاد من الوافدين من خارج الجزائر على الرغم من أن الحالات الأولى المسجلة كانت من الوافدين من إيطاليا فرنسا ومع ذلك لم تعلق الحكومة النشاط.
2. التأخر في اتخاذ التدابير الصارمة والإجراءات الاحترازية للوقاية من انتشار فيروس كوفيد 19.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 98.

<sup>2</sup> سافيدراخيبي، "التعليم عن بعد في زمن فيروس كورونا: التحديات والفرص"، في: <https://www.bit.ly/29PIFPZ>، 2022-05-06، على سا 12:30.

<sup>3</sup> خالد تلعيث، مرجع سابق، ص ص 98، 99.

<sup>4</sup> سهايلية سماح، مرجع سابق، ص 28.

3. الأخذ بعين الاعتبار المصالح والتجارة والاقتصاد الدوليين: إن تعطيل العمل والمصانع وتوقيف المطارات والموانئ والملاعب يؤدي إلى خسائر يومية، وإشكالات قانونية تتعلق بالعقود والالتزامات القانونية وهو ما جعل أي دولة تحسب حساباتها جيدا قبل اتخاذ قرار مثل هذا، إلا أن المراقبين أجمعوا على أن تفشي الوباء في إيطاليا وفرنسا وإسبانيا إنما يرجع لتأخر إقرار حالة الحجر الصحي الشامل لمدة أسبوع، خاصة أن هذه الدول تعيش أزمات مالية خافتة أصلا.<sup>1</sup>

4. نقص الوعي واستهتار فئة كبيرة من شرائح المجتمع الجزائري بخطورة الفيروس ومواصلتهم حياتهم بشكل عادي.<sup>2</sup>

5. الحراك الشعبي: ويمثل الحراك أيام الجمعة، السبت والثلاثاء بيئة ملائمة لتفشي الفيروس، وهذا نظرا للتجمع وعدم ترك مسافة الأمان، إلا أنه ابتداءً من يوم الجمعة 20 مارس 2020 توقفت المظاهرات.<sup>3</sup>

### ثالثا: تطور الوضعية الوبائية لفيروس كورونا:

ظهرت أول إصابة في الجزائر عند وصول رجل إيطالي الجنسية للجزائر، في 27 فيفري 2020 وقد قامت السلطات الجزائرية بمغادرته إلى وطنه في 28 فيفري 2020، ثم ظهرت إصابتان جديدتان في 02 مارس 2020، وبدأت عدد الإصابات ترتفع إلى أن وصلت في أواخر شهر مارس إلى 716 إصابة، وسجلت 44 حالة وفاة، كما سجلت وزارة الصحة شفاء 37 مصاب، وكما تزايد عدد الإصابات بفيروس كورونا في شهر أفريل ليصل العدد الإجمالي إلى 4006 حالة مؤكدة، في ما بلغ إجمالي الوفيات إلى 450 حالة، وقد ارتفعت عدد الحالات التي تمثلت للشفاء إلى 1702 حالة شفاء، وقد وصل عدد الحالات تحت العلاج إلى 6805، وتشمل 2714 حالة مؤكدة حسب التحليل المخبري و 491 حالة محتملة حسب التحاليل بالأشعة والسكانير، فيما يتواجد 23 مريضا في حاليا في العناية المركزة، وفي شهر ماي وصل عدد الإصابات المؤكدة إلى 9394 حالة، فيما بلغ إجمالي الوفيات 638 وفاة وعدد الحالات التي تماثلت للشفاء 5549، بلغ عدد الحالات التي استفادت من العلاج حسب البروتوكول المعمول به 17753 حالة،<sup>4</sup> وبقي عدد الإصابات في الارتفاع في شهر جوان حيث وصلت إلى 13907 حالة إصابة، وارتفع إجمالي عدد الوفيات إلى 912 وفاة وتماثل 9897 مريضا للشفاء من الفيروس.

<sup>1</sup> مريم لوكال، مرجع سابق، ص 392.

<sup>2</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص 28.

<sup>3</sup> مريم لوكال، مرجع سابق، ص 393.

<sup>4</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص 28.

كما بلغت في أواخر شهر جويلية عدد الإصابات بفيروس كورونا إلى 30394 إصابة، وارتفع عدد الوفيات إلى 1210 وقد ارتفعت عدد الحالات التي تماثلت للشفاء إلى 20537 حالة شفاء. وحسب آخر الإحصائيات ليوم 22 أوت 2020 فقد بلغت عدد الحالات المؤكدة 41068 حالة، ووصل عدد الوفيات إلى 1424 وفاة، بينما بلغت حالات الشفاء إلى 28874 حالة.<sup>1</sup> وفي الأخير نلاحظ أن هناك ارتفاعا في عدد الوفيات، حيث وصل إجمالي عدد الوفيات إلى 885 وفاة منذ بداية تفشي فيروس كورونا، وعلى الجانب الإيجابي شفي من هذا الفيروس 9066 مصاب، وهذا ما يفسر اعتماد الجزائر على دواء الكلوروكين لعلاج المصابين والذي أظهر نتائج مشجعة.<sup>2</sup>

**المطلب الثالث: الآثار المترتبة على أزمة كورونا (كوفيد 19) في الجزائر**

كان الحراك الشعبي الاحتجاجي المطالب بتغيير النظام السياسي الجزائري القائم منذ سنة 1962 نشطا أيام الجمعة والثلاثاء من كل أسبوع منذ فيفري 2019 إلى غاية 13 مارس 2020 أين أظهرت جائحة كورونا (كوفيد 19) تأثيرها بتزايد عدد الإصابات بالفيروس لدى المواطنين الجزائريين، لقد أصبح هناك تحد جديد يواجه الحراك الشعبي، ولأول مرة تدعو شخصيات سياسية ونخب مجتمعية وناشطين بارزين في الحراك الشعبي إلى وقف مسيرة الجمعة والثلاثاء، خاصة في هذه المرحلة الصعبة وقد رأى هذا الفريق أن وقف الحراك مؤقتا إجراء ضروري الهدف منه تفادي انتشار هذا الفيروس والالتزام بالشروط الوقائية التي دعت إليها الحكومة.<sup>3</sup>

ساهم انتشار فيروس كورونا في تزايد سخط قوى مجتمعية من المشاركين في الحراك من نواح عديدة، أبرزها: احتمالية نقل الوباء بشكل أوسع نظرا لعدم الالتزام بالتباعد الاجتماعي، وهو ما أدركه فيما بعد عدد كبير من المحتجين، كما عزز الانتشار السريع لفيروس كورونا من دور الدولة ومؤسساتها السياسية والإدارية في التصدي لكل ما يؤدي إلى تهديد الأمن الصحي للمواطن لأن الهاجس المجتمعي المرتبط بالبقاء يتجاوز أي مطلب آخر، وهو ما بدا جليا في إعلان الرئيس الجزائري في 17 مارس 2020 عن منع كل المظاهرات مهما كانت، وتم منعهم باستعمال القوة مما ساهم في إضعاف زخم الحراك الشعبي لاسيما أن الخوف من انتشار العدوى أوقف كل المرافق العمومية والمؤسسات الخاصة، عدا قطاعي الصحة والأمن، وعطل أيضا سير العملية التعليمية وعمق الأزمة الاقتصادية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 28.

<sup>2</sup> مرجع سابق، ص 30.

<sup>3</sup> خالد تلعيش، المرجع سابق، ص 99.

<sup>4</sup> المرجع سابق، ص 99.

أولاً: الآثار المترتبة على الجانب الاقتصادي والاجتماعي: مما لا شك فيه أن الآثار الاقتصادية عديدة وعميقة لانتشار فيروس كورونا الجديد حيث تم تراجع معدلات النمو الاقتصادي العالمي نتيجة لثلاث قنوات رئيسية:

1. يتأثر جانب العرض بسبب تعطل الإنتاج نتيجة للإصابات بالفيروس، وكذلك إجراءات احتوائه.
2. يتأثر جانب الطلب عالمياً وخصوصاً في قطاع السياحة والصناعة والترفيه.
3. انتشار هذه الآثار عالمياً نتيجة لانتقال الفيروس عبر الحدود، وكذلك نتيجة لتراجع معدلات الطلب العالمية في الدول الصناعية الكبرى والصين.

وستتأثر الاقتصاديات العربية سلباً من خلال العديد من القنوات أهمها السياحة وعائدات صادرات النفط، كما أن هناك بعض المستفيدين من انتشار فيروس كورونا، فقد تراجعت معدلات انبعاث ثاني أكسيد الكربون نتيجة لتراجع النشاط الصناعي العالمي، وكذلك إمكانية استفادة العديد من القطاعات الأخرى مثل: الأدوية، الاتصالات، شركات التجارة الإلكترونية. وستحتاج الدول والمؤسسات الاقتصادية إلى مجموعة من السياسات التي من شأنها التخفيف من حدة الآثار الاقتصادية السلبية لانتشار فيروس كورونا الجديد.<sup>1</sup>

إن الآثار الاقتصادية المترتبة على الأزمة الصحية (أزمة فيروس كورونا) على الجزائر له العديد من الآثار السلبية والتكاليف الباهظة بسبب الإجراءات الوقائية المتخذة في مجالات الصناعة والنقل والسياحة وجميع المرافق الاقتصادية الخدمائية، لقد أثر الفيروس بصفه كارثية على جل القطاع الاقتصادي الجزائري، فقد أحدث شللاً اقتصادياً عالمياً كانت له تبعات سلبية جداً على الاقتصاد، إذ يعتمد كل من نسيجه الصناعي والاستهلاكي بدرجة رئيسية على الخارج. وتعتبر الصين من بين أهم موردي الاقتصاد الجزائري بالمواد الأولية، وهي المورد الرئيسي لبعض القطاعات التحويلية، حيث يوفر قطع غيار الصناعات الكهربائية والكهرو منزلية، على غرار الهواتف ولوازم الإعلام الآلي، إضافة إلى مواد واسعة الاستهلاك.

وفي ظل شلل المصانع الصينية فإن العطب في مسار بعض القطاعات في الجزائر كان كبيراً جداً، ولو طال أمد هذه الأزمة سيؤدي إلى ارتفاع تكاليف الإمداد والإنتاج العالمي وسيسهم بالتالي في

<sup>1</sup> عبد اللطيف هاني، "آثار كورونا الاقتصادية، خسائر فادحة ومكاسب ضئيلة ومؤقتة"، في <https://www.bit.ly/3CDAQYd>، 07-05-2022.

تباطؤ الاقتصاد العالمي، هناك كثير من شركات التصنيع العالمية التي تعتمد على سلاسل الإمداد في الصين.<sup>1</sup>

كما فقدت الجزائر نصفًا من مداخنها من العملة الصعبة خلال أزمة فيروس كورونا بسبب تهاوي أسعار النفط في الأسواق العالمية، وهو ما وضع صانعي القرار في مأزق جديد اتجاه الجهتين الاجتماعية والاقتصادية، يضاف إلى الأزمة السياسية التي بدأت مع بداية 2019، والتي أحدثت عجزًا في الميزانية.

لقد انخفض سعر النفط منذ بداية الجائحة العالمية إلى تحت حاجز 30 دولارًا للبرميل وخسائر قدرت بـ 24 مليون دولار يوميًا، كما خسرت 18% من الطلب الأوروبي على الغاز الطبيعي (تعد الجزائر ثالث مورد للغاز الطبيعي إلى أوروبا، إذ يستورد 30% من احتياجاته الغازية)، وتعتمد الجزائر في مداخنها الأساسية على العملة الصعبة التي تأتي من صادرات البترول والغاز بنسبة 98% بالإضافة إلى اعتمادها على 50% من الجباية البترولية، وتدفع 70% رواتب من هذه المداخيل مما أدى إلى بروز عجز حاد في الميزانية العامة بلغ 1500 مليار دينار.<sup>2</sup>

يعتبر قطاع الخدمات ثالث قطاع رئيسي في الناتج المحلي الإجمالي، يشمل القطاع: الخدمات المصرفية والسياحية والتأمينات والترفيه والاتصالات وخدمات الإنترنت والمعلومات والنقل وغيرها... إلخ، يوفر قطاع الخدمات في الجزائر 60% من فرص العمل و44% من الناتج الداخلي الخام و2,2% من القيمة المضافة من جهتها.

أقرت الحكومة قيودًا على الرحلات الجوية وإغلاقًا للحدود الجوية والبحرية والبرية مما تسبب في انكماش واسع في قطاع الفنادق والنقل والمعاملات المالية بسبب تراجع حركة الموانئ والمطارات، في السياق نفسه يعرف قطاع الفنادق شللاً وصل إلى حدود 80% تقريبًا، كما أن بعض المرافق والفنادق العمومية تحولت إلى مراكز للحجر الصحي للمسافرين من الخارج، كما شهد قطاع الوكالات السياحية صعوبات عديدة خاصة تلك التي تنشط في السياحة الدينية على غرار الحج والعمرة... إلخ، وتم تعليق نشاطها، كلها تحتاج إلى إجراءات إنقاذ استثنائية، ولمواجهة تداعيات الأزمة عمل صانعي القرار السياسي في الجزائر على:

(1) إصدار قانون المالية التكميلية في خطوة تهدف إلى اتخاذ المزيد من التدابير التفتيشية والبحث عن مصادر جديدة لتمويل الخزنة العامة، المتأثرة بتقلص مداخيل الجباية عن إيرادات النفط

<sup>1</sup> سافيدراخيبي، مرجع سابق .

<sup>2</sup> خالد تلعيث، مرجع سابق، ص 100، 101.

وحتى حظر استيراد بعض من المواد الاستهلاكية وتجميد استثمارات حكومية إلى أجل آخر، مع مراجعة المنظومة التشريعية للمحروقات والاستثمارات بوضع حوافز جديدة لرأس المال الأجنبي.

(2) إعادة النظر في مستوى الإنفاق العمومي وموازنة 2020 والتي تم برمجتها في 2019 على إجمالي نفقات تصل إلى 65 مليار دولار وعلى أساس سعر مرجعي للنفط يبلغ 50 دولارا للبرميل، وهي المؤشرات التي تغيرت في 2020.

(3) اتخاذ إجراءات إنقاذ استثنائية للشركات والمؤسسات التي تضررت بشكل أكبر خلال مرحلة كورونا الناجمة عن تراجع الحركة الاقتصادية سواء من ناحية الضرائب أو دفع رسوم التأمين الاجتماعي.<sup>1</sup>

### ثانيا: آثار الأزمة على قطاع التربية والتعليم العالي والبحث العلمي

تسببت جائحة كورونا (كوفيد 19) في انقطاع أكثر من 1,6 مليار طفل وشاب عن التعليم في 161 بلد، أي ما يقارب 80% من الطلاب الملتحقين بالمدارس على مستوى العالم، مما سبب أزمة تعليمية عالمية، والجزائر من بين الدول التي تضررت من هذه الجائحة في مجال التربية والتعليم مما أدى إلى حدوث اضطراب كامل في حياة الأطفال المتعلمين وحتى الشباب وأهاليهم ومعلميهم وأساتذتهم، وللحد من آثار الأزمة على قطاع التعليم تم الاستعانة باستراتيجية التعليم عن بعد على الرغم من وجود عوائق تحول دون تمكين الجميع من التعلم، ومن أبرزها: صعوبة اتصالهم بالإنترنت أو عدم امتلاكهم للحواسيب المحمولة في المنزل وانعدام التكافؤ في الفرص بين جميع الدارسين... إلخ، وبناءً على ذلك تم الاكتفاء بما تم تدريسه في الفصلين الأول والثاني وتخفيض معدل النجاح للتلاميذ، أما بالنسبة لتلاميذ النصف النهائي من التعليم المتوسط والتعليم الثانوي، فقد تم تأجيل الامتحان النهائي لهما إلى غاية منتصف شهر سبتمبر، وهو ما يستدعي تأجيل الدخول الجامعي إلى شهر نوفمبر من نفس السنة.<sup>2</sup>

أما قطاع التعليم العالي والبحث العلمي فقد تم الاعتماد على منصة التعليم الإلكتروني Moodle لإكمال ما يمكن من المنهج الدراسي وتطوير المحتوى الإلكتروني للمحاضرات وتدريب هيئة التدريس، والبدء بوضع خطة وآليات لزيادة تفاعل الطلبة مع مدرسيهم.

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 101.

<sup>2</sup> مرجع سابق، ص 102.

ومتابعة إنجاز بحوث المتخرج تتم اعتمادا على وسائل التواصل الرقمي، أما بالنسبة للبحوث الميدانية فيتم تحرير البحوث التي تتطلب نزولا للشارع لتلائم ظروف التباعد، كما تم مراعاة معايير التقييم وتكييفها مع كافة التخصصات حتى تنسجم مع الأزمة الراهنة، وتم عقد اتفاق مع شركات الاتصالات على تطبيق سياسات تعفي المستخدمين من الرسوم، لتيسير تنزيل مواد التعلم على الهواتف الذكية التي لا يحملها أكثر الطلاب في الغالب.<sup>1</sup>

كما سطرت وزارة التعليم العالي والبحث العلمي مسارا لاستكمال الموسم الدراسي 2020/2019، من خلال توجيه تعليمية وزارية لبدائية مناقشة رسائل التخرج وأطروحات الدكتوراة مع بداية شهر جوان مع اعتماد الإجراءات كافية للوقاية ويكون استكمال البرنامج الدراسي للمقاييس عبر الطلبة ابتداء من الأسبوع الثالث من شهر أوت إلى غاية منتصف شهر سبتمبر إجراء الامتحانات وبدأيه الموسم الجامعي منتصف شهر أكتوبر نفس السنة.<sup>2</sup>

ثالثا: صعوبات إدارة أزمة فيروس كورونا: قد يكون إيجاد لقاح للوقاية من كوفيد 19 أفضل أمل لإنهاء هذا الوباء، لا يوجد حاليا لقاح للوقاية من كوفيد 19، لكن الباحثين يعملون بشكل حثيث ومتواصل لصنع لقاح.

**1) البحوث حول اللقاح: فيروسات كورونا هي مجموعة من الفيروسات التي تسبب أمراضا مثل الزكام والالتهاب التنفسي الحاد الوخيم (SARS) ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MIRS)، إن سبب كوفيد 19 هو فيروس وثيق الصلة بالفيروس الذي يسبب سارز، لهذا السبب، أطلق العلماء على الفيروس الجديد اسم (SARS COV 2).**

مع أن تطوير اللقاحات قد يستغرق سنوات في العادة، إلا أن الباحثين لم يبدأوا بتطوير لقاح كوفيد 19 من الصفر، أظهرت الأبحاث السابقة حول سارزوميوز وجود بعض الطرق التي قد تكون واعدة، توجد فوق سطح فيروسات كورونا كيانات شوكية الشكل تسمى بروتين S. (وتعني كلمة كورونا "التاج"، وسميت هذه الفيروسات كذلك لأن الكيانات الشوكية التي تعلوها تاجية الشكل). يعلق

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 102

<sup>2</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، التعليم الوزاري رقم 634 المتعلقة بمواصلة النشاطات البيداغوجية لاختتام السنة الجامعية 2019-2020، الصادرة بتاريخ: 2020-04-14

بروتين بأسطح الخلايا البشرية، إن اللقاح الذي يستهدف هذا البروتين يمنعه من الارتباط بالخلايا البشرية ويمنع الفيروس من التكاثر.<sup>1</sup>

(2) تحديات إنتاج اللقاح الفعال: أظهرت الأبحاث السابقة حول لقاحات فيروسات كورونا، وجود بعض التحديات التي تواجه العلماء خلال سعيهم لتطوير لقاح لكوفيد 19،<sup>2</sup> بما في ذلك:

2.1 (1) التأكد من سلامة اللقاحات: تم اختبار العديد من لقاحات سارز على الحيوانات، أدت معظم اللقاحات إلى تحسين معدلات النجاة في الحيوانات، لكنها لم تمنع العدوى، تسببت بعض اللقاحات أيضاً في حدوث مضاعفات، مثل تضرر الرئة، لذلك يجب اختبار أي لقاح لكوفيد 19 على نحو دقيق وشامل للتأكد من أنه آمن على البشر.

2.2 (2) توفير وقاية طويلة الأمد: بعد الإصابة بفيروسات كورونا والتعافي منها، من الوارد الإصابة مجدداً بالعدوى بنفس الفيروس بعد عدة أشهر أو سنوات، مع أن الأعراض تكون خفيفة عادة وتحدث لنسبة قليلة من الناس، حتى يكون لقاح كوفيد 19 فعالاً، يجب أن يوفر للناس مناعة طويلة الأمد ضد العدوى.

2.3 (3) حماية كبار السن: الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 50 عاماً أكثر عرضة لخطر الإصابة بأعراض حادة في حال انتقلت إليهم عدوى كوفيد 19، كما أن استجابة كبار السن للقاحات أقل كفاءة من استجابة من هم أصغر عمراً، السيناريو الأمثل هو صنع لقاح لكوفيد 19 يكون فعالاً مع كبار السن أيضاً.

(3) مسارات تطوير وإنتاج لقاحات كوفيد 19: يجري التعاون حالياً بين السلطات الصحية العالمية ومطوري اللقاحات، لدعم التقنيات المستخدمة في إنتاج اللقاحات، تم استخدام بعض هذه التقنيات من قبل لصناعة اللقاحات، لكن لا يزال بعضها جديداً تماماً.<sup>3</sup>

(4) اللقاحات الحية: تستخدم اللقاحات الحية شكلاً ضعيفاً (واهناً) من أشكال الجرثومة المسببة للمرض، يحفز هذا النوع من اللقاحات الجسم على تكوين استجابة مناعية دون الإصابة بالمرض، يعني مصطلح "واهناً" أن قدرة اللقاح على التسبب بالمرض قد تم تخفيضها.

<sup>1</sup> خالد تليش، استراتيجية القيادات في صنع القرارات وإدارة الأزمات مع التطبيق على حالة الجزائر: الحراك الشعبي 2019. جائة كورونا (كوفيد 19)، (الجزائر، النشر الجامعي الجديد، ط 1، 2021)، ص 185.

<sup>2</sup> خالد تليش، مرجع سابق، ص 186.

<sup>3</sup> مرجع سابق، ص 187.

وتستخدم اللقاحات الحية للوقاية من الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجذري والحمق، ونتيجة لذلك، فإن البنية التحتية اللازمة لتطوير هذه الأنواع من اللقاحات موجودة وقائمة، لكن غالباً ما تحتاج اللقاحات الفيروسية الحية إلى اختبارات سلامة واسعة النطاق، إذ يمكن أن تنتقل بعض الفيروسات الحية إلى شخص ليس لديه مناعة، ويدعوا هذا الأمر للقلق بالنسبة للمصابين بضعف في جهاز المناعة.

**5) اللقاحات المعطلة:** تستخدم اللقاحات المعطلة شكلاً مقتولاً (معطلاً) من أشكال الجرثومة المسببة للمرض، يحفز هذا النوع من اللقاحات الجسم على تكوين استجابة مناعية دون الإصابة بالعدوى، وتستخدم اللقاحات المعطلة للوقاية من الإنفلونزا والتهاب الكبد A وداء الكلب، لكن قد لا توفر اللقاحات المعطلة وقاية قوية كتلك التي توفرها اللقاحات الحية. في كثير من الأحيان، يتطلب هذا النوع من اللقاحات جرعات متعددة متبوعة بجرعات معززة لتوفير مناعة طويلة الأمد، وقد يتطلب إنتاج هذه الأنواع من اللقاحات التعامل مع كميات كبيرة من الفيروس المعدي.<sup>1</sup>

**6) اللقاحات المهندسة وراثياً:** يستخدم هذا النوع من اللقاحات نمطاً معدلاً وراثياً من حمض الريبونيوكلريك أو حمض الديوكسيريري بونيوكلريك، الذي يحتوي على تعليمات لعمل نسخ من البروتين S، وتحفز هذه النسخ حدوث استجابة مناعية للفيروس في الجسم، من خلال هذه الطريقة، لا يضطر العلماء إلى التعامل مع الفيروسات المعدية نفسها، وتجدر الإشارة إلى أن اللقاحات المهندسة وراثياً خاضعة للبحث حالياً، ولم يتم ترخيص أي منها للاستخدام البشري.

**7) مدة ومراحل تطوير اللقاحات:** يمكن أن يستغرق تطوير اللقاحات عدة سنوات، ويلاحظ هذا الأمر خصوصاً عند تطوير لقاحات باستخدام تقنيات جديدة لم تخضع سابقاً لاختبارات السلامة أو لم تهيأ بعد للتصنيع بكميات ضخمة، لماذا يستغرق الأمر وقتاً طويلاً؟

أولاً، يتم اختبار اللقاح على الحيوانات لمعرفة ما إذا كان فعالاً وآمناً أم لا، يجب على المسؤولين عن هذه الاختبارات التقيد بإرشادات مخبرية صارمة، وتستغرق هذه الاختبارات عموماً ما بين ثلاثة إلى ستة أشهر، كما يجب التقيد بممارسات الجودة والسلامة خلال تصنيع اللقاحات.<sup>2</sup> الخطوة التالية هي اختبار اللقاح على البشر، في المرحلة الأولى، تجرى تجارب سريرية مصغرة لاختبار سلامة اللقاح على البشر، وخلال المرحلة الثانية، يتم ضبط تركيبة اللقاح وجرعته

<sup>1</sup> مرجع سابق، ص 188.

<sup>2</sup> مرجع سابق، نفس الصفحة.

للتحقق من فعاليته. وأخيراً وخلال المرحلة الثالثة يجب التأكد من سلامة وفعالية اللقاح من خلال اختباره على مجموعة أكبر من الناس.

ونظراً لخطورة كوفيد 19، قد تقوم الجهات الرقابية المسؤولة عن اللقاحات بتسريع هذه الخطوات، ولكن من غير المحتمل أن يتوفر لقاح لكوفيد 19 خلال مدة تقل عن ستة أشهر بعد بدء التجارب السريرية. واقعياً، يستغرق تطوير اللقاح واختباره في التجارب السريرية البشرية من 12 إلى 18 شهراً. ولا نعرف حتى الآن ما إذا كان من الممكن أصلاً تطوير لقاح فعال لهذا الفيروس.

إذا تمت الموافقة على لقاح معين، فإن إنتاجه وتوزيعه وتطعيم الناس به حول العالم سيستغرق بعض الوقت. ونظراً لعدم وجود مناعة لدى الناس ضد كوفيد 19 يحتمل أن تكون هناك حاجة إلى أخذ لقاحين تفصل بينهما ثلاثتا إلى أربعة أسابيع ويحتمل أن يبدأ الناس في تكوين مناعة ضد كوفيد 19 بعد أسبوع أو أسبوعين من جرعة التطعيم الثانية، لا يزال أمام العلماء الكثير من العمل. ومع ذلك، فإن عدد شركات الأدوية والحكومات والوكالات الأخرى التي تسعى لإيجاد لقاح لكوفيد 19 هو أمر يبعث الأمل.

#### المطلب الرابع: الاجراءات الوقائية التي اتخذتها الحكومة الجزائرية لمواجهة فيروس كورونا

أولاً: على المستوى الصحي: يحتوي القطاع الصحي على المستوى الوطني على 82716 سرير منها 2500 سرير تم تخصيصها للتكفل بالمصابين على مستوى 64 مصلحة للأمراض المعدية 247 مصلحة للطب الداخلي و79 مصلحة أمراض الرئة و100 مصلحة في اختصاصات أخرى، بالإضافة إلى 24 مصلحة للإنعاش بها 460 سرير، كما أن قطاع الصحة يتوفر على 5787 جهاز للتنفس الاصطناعي والتخدير والإنعاش، موزعة كما يلي: 3333 جهاز للتنفس، جهاز للتخدير والإنعاش، 2390 اصطناعي، 64 سيارة اسعاف طبية مجهزة بألة تنفس اصطناعية.<sup>1</sup>

وقد اعتمدت الجزائر منذ 23 مارس على بروتوكول علاج جديد ضد كوفيد 19 يسمى الكلوروكين، وهو علاج مضاد للملاريا، ويستخدم لعلاج أمراض الروماتيزم، حيث أنه أظهر نتائج مشجعة في كل من الصين وفرنسا ( *Corona virus Algeria has importes equipmentwith millions of dollars in one week* )، وفي هذا الإطار أكد الوزير الأول جراد أن الدولة اتخذت جميع

<sup>1</sup>النص الكامل، بيان الاجتماع الدوري لمجلس الوزراء. في: <https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20200322/191339.html>، 2022-03-22، على الساعة: 14:56.

الإجراءات لعلاج المصابين، وتم التعامل مع جميع المرضى، والخطوات التي قاموا باتخاذها تمت بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، لقول ممثل عن منظمة الأمم المتحدة: «إن الجزائر تبذل جهوداً ضخمة، ولديها الوسائل لعلاج المرضى».<sup>1</sup>

وفي الوقت الذي تحتاج فيه الجزائر بشكل عاجل إلى معدات الحماية الطبية، تمكنت الصين من شراء المعدات على وجه السرعة والتبرع بها للجزائر، حيث قدمت الصين مجموعة المساعدات الطبية للجزائر والتي تشمل: 500 ألف كمادة طبية، و50 ألف كمادة من نوع (N95)،<sup>2</sup> بالإضافة إلى «إن 2000 ملابس واقية طبية والقفازات الطبية وأجهزة التنفس الصناعي، وغيرها من المستلزمات الطبية الأخرى من الصين إلى الجزائر، بالإضافة إلى وصول 13 طبيب صيني و8 ممارسي صحة متخصصين في التشخيص وعلاج فيروس كورونا».<sup>3</sup>

ومن بين التعليمات الصحية لتجنب الإصابة بعدوى فيروس كوفيد 19:

- 1- غسل اليدين بالماء والصابون أو باستخدام معقم باستمرار.
- 2- ترك مسافة أمان على الأقل واحد متر مع الآخرين.
- 3- تغطية الفم والأنف عند العطس أو السعال.
- 4- تجنب ملامسة العينين والأنف.
- 5- استشارة الطبيب عند ظهور الأعراض.<sup>4</sup>

ثانياً: على المستوى الاجتماعي: من بين الإجراءات والتدابير التي وضعتها الجهات المعنية في الجزائر ما يلي:

(1) وقف الدراسة في المدارس والجامعات: من خلال:

- (1.1) إغلاق مدارس التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي.
- (2.1) إغلاق الجامعات ومعاهد التعليم العالي.
- (3.1) إغلاق المؤسسات التكوينية (مؤسسات التدريب المهني).
- (4.1) إغلاق مدارس التعليم القرآني والزوايا وأقسام محو الأمية.

<sup>1</sup> سهيلية سماح، "جائحة فيروس كورونا في الجزائر 2020"، في: <https://www.wikiand.com/ar>، 17-04-2022، على الساعة: 15:40.

<sup>2</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص 31.

<sup>3</sup> يونس بورنان، "مساعدات طبية صينية إلى الجزائر لمكافحة كورونا"، في:

<https://al-ain.com/article/algeria-china-experience-corona-mdical-aid>، 17-04-2022، على سا 15:27.

<sup>4</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص 32.

## 1.5) إغلاق المؤسسات التربوية الخاصة ورياض الأطفال.

وقد أثار المرسوم التنفيذي رقم 20-69 المؤرخ في 21 مارس 2020 والمتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته،<sup>1</sup> على ما يلي:

(2) وضع تدابير التباعد الاجتماعي: نصت المادة الأولى من المرسوم التنفيذي على تحديد تدابير التباعد الاجتماعي الموجهة للوقاية من انتشار فيروس كورونا ومكافحته من خلال الحد من الاحتكاك الجسدي بين المواطنين في الفضاءات العمومية وفي أماكن العمل.

(3) تطبيق التدابير لمدة 14 يوم: جاء في المادة الثانية من المرسوم التنفيذي، أن: "تطبق التدابير الموضوعة في هذا المرسوم على مستوى كافة التراب الوطني لمدة 14 يوما، ويمكن عند الاقتضاء رفع هذه التدابير أو تمديدها حسب نفس الأشكال.

(4) تعليق نشاطات نقل الأشخاص: كما جاء في المادة الثالثة من المرسوم التنفيذي 20-69 والمتعلقة بالخدمات الجوية للنقل العمومي للمسافرين على الشبكة الداخلية للنقل البري في كل الاتجاهات (الحضري، شبه الحضري وبين البلديات والولايات)، نقل المسافرين بالسكك الحديدية والنقل بالمصاعد الهوائية والنقل الجماعي بسيارات الأجرة،<sup>2</sup> والنقل الموجه: الترامواي، والمترو.<sup>3</sup>

(5) تنظيم نقل الأشخاص: من أجل ضمان استمرارية الخدمة العمومية والحفاظ على النشاطات الحيوية.

(6) غلق المحلات والمؤسسات: حيث جاء في المادة الخامسة: "تغلق في المدن الكبرى محلات بيع المشروبات ومؤسسات وفضاءات الترفيه والتسلية والعرض والمطاعم باستثناء تلك التي تضمن خدمة التوصيل إلى المنازل"

كما تضمن المرسوم التنفيذي رقم 20-69 المؤرخ في 21 مارس 2020 والمتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته: منح عطل استثنائية مدفوعة الأجر لما لا يقل عن 50% من مستخدمي كل مؤسسة وإدارة عمومية، وإعطاء الأولوية للنساء الحوامل والنساء المتكفلات بتربية أبنائهم الصغار

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 20-68، المؤرخ في 21 مارس 2020، يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار فيروس كورونا ومكافحته، الجريدة الرسمية، العدد 15، 2020، ص 6، ص 7.

<sup>2</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص 32.

<sup>3</sup> مناري عياشة، "مكافحة الجائحات لجائحة كورونا بين المساس بالحد الأدنى لحقوق الأجانب ومقتضيات الحفاظ على الصحة العامة"، في: المجلة الأكاديمية للبحوث القانونية والسياسية، م 06، ع 01، 31-03-2022، ص 1758.

وكذا الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، بالإضافة إلى تشجيع العمل عن بعد في المؤسسات والإدارات العمومية.<sup>1</sup>

ثالثا: على المستوى الاقتصادي: تمثلت الإجراءات والتدابير التي اتخذتها الحكومة الجزائرية على المستوى الاقتصادي في:

- 1) التخفيف من قيمة فاتورة الاستيراد من 41 الى 31 مليار دولار.
- 2) التخفيف من نفقات ميزانية التسيير ب 30% دون المس بأعباء الرواتب.
- 3) التوقف عن إبرام عقود الدراسات والخدمات مع المكاتب الأجنبية مما سيوفر للجزائر حوالي سبع مليارات دولار سنويا.
- 4) تأخير إطلاق المشاريع المسجلة أو قيد التسجيل التي لم يشرع في إنجازها.
- 5) الإبقاء دون مساس على النفقات المرتبطة بقطاع الصحة وتدعيم آليات مكافحة انتشار وباء كورونا، والأمراض الوبائية بصفة عامة.
- 6) الإبقاء دون مساس على مستوى النفقات المتعلقة بقطاع التربية.
- 7) التكفل بقانون المالية التكميلي عند اعداده بخسائر المتعاملين الذين تضرروا من انتشار فيروس كورونا.

8) تكليف الشركة الوطنية "سوناطراك" بالتخفيض من أعباء الاستغلال ونفقات الاستثمار من 14 إلى 7 مليارات دولار من أجل الحفاظ على احتياطي الصرف.<sup>2</sup>

رابعا: الحجر الصحي وإجراءاته:

1- الحجر الصحي والمنزلي: العزل والحجر الصحي ( le quarantaine ) من التدابير الوقائية التي اتخذتها الحكومة الجزائرية، كغيرها من حكومات البلدان الأخرى في مجابهة فيروس كورونا وسائر الأمراض المعدية، وهو من الاستراتيجيات الشائعة للصحة العامة المستخدمة للمساعدة في منع انتشار الأمراض شديدة العدوى، ويعني أن يتم حجر الحالات المصابة بالفيروس والحالات المشتبه بها في مكان خاص لمنع اختلاطهم بالآخرين، فحسب منظمة الصحة العالمية يعني وضع الاشخاص في الحجر الصحي

<sup>1</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص 33.

<sup>2</sup> النص الكامل لبيان الاجتماع الدوري لمجلس الوزراء، مرجع سابق.

2- وابقاء الاشخاص الذين ليسوا مرضى ولكنهم قد تعرضوا لعامل معدي أو مرض معدي أو تقييد أنشطتهم من أجل مراقبة ظهور الأمراض واكتشاف الحالات مبكراً.<sup>1</sup>

وهذه الآلية لا ترتبط بالكائن بشري فقط كذلك هو سياسة متبعة للحفاظ على الأمن البيولوجي، من أجل حماية الانسان والطبيعة من العدوى الحيوانية، فهناك تعريفات مختلفة لمصطلح "الحجر الصحي". وتتعلق أوسع إجراءات الحجر الصحي وتغطي جميع الأنشطة المتعلقة بالوقاية من الانتشار الدولي والوطني للأمراض الحيوانية الخطيرة وهذا ما يسمى الآن بالأمن لبيولوجي.<sup>2</sup>

ويختلف العزل عن الحجر الصحي، فالعزل يخص الأشخاص المصابين بالمرض، في حين الحجر يتعلق بالحالات السلمية المحتمل إصابتها، العزل عبارة عن استراتيجية تلجأ إليها لعزل المصابين بمرض معد عن الأشخاص الأصحاء، كما يقيد العزل من حركة المرض للمساعدة في عدم انتشار مرض معين، ويمكن رعاية الاشخاص المعزولين في منازلهم أو المستشفى أو منشآت الرعاية الصحية المخصصة، ويتم اللجوء إلى الحجر الصحي لعزل وتقييد حركة الأشخاص الذين يحتمل تعرضهم لمرض معد، لا تظهر عليهم الأمراض لنرى هل أصيبوا بالمرض أم لا، وقد يكون هؤلاء الأشخاص معديين وقد لا يكونون كذلك.<sup>3</sup>

أما عن الحجر الصحي المنزلي فيقصد به التزام الأسرة بالبيت وفق الفترة المحددة من طرف الحكومة، لكن هذا الحجر بنوعيه الصحي والمنزلي، رغم النتائج الإيجابية التي تنجم عن تطبيقهما والتي تساهم في حظر الفيروس ومنع انتشاره، إلا أنه من الصعوبة الالتزام به إلا إذا كان المجتمع يتمتع بالوعي الكامل.<sup>4</sup>

3- اجراءات الحجر الصحي: تتمثل إجراءات الحجر الصحي التي تعمل على تطبيقها الدول في:

- حجر مناطق معينة وعدم السماح لهم بالمغادرة لتفادي انتشار العدوى بشكل كبير.

- منع ركاب السفن والطائرات من الدخول لأي أراضي دولة اصابتهم بالعدوى لتجنب انتقالها الى مواطني الدول الأخرى.

<sup>1</sup> عموتو كمال، قدوس خديجة، "الوعي الاجتماعي ودوره في الوقاية من فيروس كورونا في الجزائر"، في: مجلة التمكين الاجتماعي، م 02، 30-06-2022، ص 258.

<sup>2</sup> عموتو كمال، قدوس خديجة، مرجع سابق، نفس الصفحة.

<sup>3</sup> كمال عموتو، خديجة قدوس، مرجع سابق، ص 259

<sup>4</sup> مرجع سابق، ص 259.

- حجر السفن والطائرات.

- حظر الاشخاص المحتمل اصابتهم بالمرض من السفر.

- حظر المصابين والأشخاص من اصابتهم من التحرك داخل البلد والتقاءهم بالعامه.

- تجنب الاحتفالات العامة وايقاف التجمعات.

وفيما يخص اجراءات الحجر الصحي في الجزائر فقد ورد في المرسوم التنفيذي رقم 20-70 المؤرخ في 24 مارس 2020 والذي يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته على ما يلي:

1. إيقاف حركة الاشخاص خلال فترات الحجر من ونحو الولاية او البلدية المعنية وكذا داخل هذه المناطق.

2. يسمح للأشخاص بالتنقل على سبيل الاستثناء، للأسباب الأتية: لقضاء احتياجات التموين من المتاجر المرخص لها، لقضاء احتياجات التموين بجوار المنزل، لضرورات العلاج الملحة، لممارسة نشاط مهني مرخص به.

3. تنفيذ حجر كامل على ولاية البلدية لمدة 10 أيام قابلة للتجديد.

4. يمكن أن يمتد هذا الاجراء لولايات أخرى عند الاقتضاء.

5. يطبق على ولاية الجزائر حجر جزئي من الساعة السابعة مساء إلى غاية الساعة السابعة صباحا، هذا الاجراء لمدة 10 أيام قابلة للتجديد.<sup>1</sup>

كما أشار المرسوم التنفيذي رقم 20-72 المؤرخ في 28 مارس سنة 2020 والذي يتضمن تمديد اجراءات الحجر الجزئي المنزلي إلى بعض الولايات، إن الحجر الجزئي المنزلي يطبق لمدة 10 ايام قابلة للتجديد من الساعة السابعة مساء الى غاية الساعة السابعة صباحا على الولايات الأتية: باتنة، تيزي وزو، قسنطينة، سطيف، المدية، وهران، بومرداس، الوادي وتيبازة.<sup>2</sup>

وقد أضاف المرسوم التنفيذي رقم 20-102 المؤرخ في 23 أفريل 2020 والذي يتضمن تمديد اجراء الحجر الجزئي المنزلي المتخذ في إطار الوقاية من انتشار فيروس كورونا ومكافحته، وتعديل أوقاته ليمدد إجراء الحجر المنزلي لمدة 5 أيام ابتداءً من 30 أفريل سنة 2020، وذلك عبر كامل ولايات الوطن من الساعة السابعة مساءً إلى غاية الساعة السابعة صباحا، كما يطبق حجر جزئي منزلي من الساعة

<sup>1</sup> سهيلية سماح، مرجع سابق، ص30.

<sup>2</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 20-72. المؤرخ في 28 مارس 2020، يتضمن تمديد إجراءات الحجر الجزئي المنزلي إلى بعض الولايات، ع 17، 2020، ص424.

الخامسة مساء إلى غاية الساعة السابعة من صباح الغد على الولايات الآتية: بجاية، تلمسان، تيزي وزو، الجزائر، سطيف، المدية، وهران، تيبازة وعين الدفلى، أما بالنسبة لولاية البليدة فيطبق حجر جزئي منزلي من الساعة الثانية بعد الزوال الى غاية الساعة السابعة في صباح الغد.<sup>1</sup>

وبالنسبة للمخالفين للإجراءات والتدابير الوقائية المتخذة لمكافحة تفشي فيروس كورونا تطبق عليهم مجموعة من العقوبات الجزائية أبرزها:

- غرامات مالية تتراوح بين 3 آلاف إلى 6 آلاف دينار ضد كل المخالفين الذين قد يتعارضون، علاوة على غرامة الحبس لمدة 3 أيام على الأكثر.
- حجز السيارات والدراجات النارية للأشخاص المخالفين لقواعد الحجر الصحي.<sup>2</sup>

#### 4- مراحل رفع الحجر الصحي في الجزائر:

قامت الحكومة الجزائرية بإعداد خريطة طريق للخروج من الحجر وذلك بعد توصيات السلطات الصحية، حيث يتم رفع الحجر الصحي في الجزائر على مرحلتين:

المرحلة الأولى: تبدأ من 07 جوان 2020، كما ورد في المرسوم التنفيذي رقم 20-145 المؤرخ في 07 جوان 2020 ويتضمن تعديل نظام الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته، وتشمل:

تعديل نظام الوقاية: من انتشار وباء كوفيد 19 ومكافحته إلى تعزيز المراقبة الصحية.

تعزيز المراقبة الصحية: ويكون من خلال:

وضع نظام وقائي للمرافقة الخاصة: بالنشاطات المرخص باستئناف ممارستها، من بين هذه النشاطات نجد المؤسسات الناشطة في قطاع البناء والأشغال العمومية والري والنشاطات التجارية المتعلقة بالحرفيين ووكالات السفر والوكالات العقارية ونشاطات إصلاح الأحذية وتجارة الأدوات المنزلية والديكور والأفرشة والخياطة والصيانة والتصليح، وقاعات الحلاقة الخاصة بالرجال ومحلات الإطعام السريع، أسواق الخضر والفواكه، والأسواق والفضاءات الكبرى، وأسواق المشية الأسبوعية، وكل هذه النشاطات تخضع للتطبيق الصارم لتدابير الوقاية الصحية، من خلال: ضرورة ارتداء القناع الواقي

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 20-102 المؤرخ في 23 أفريل 2020، يتضمن تمديد إجراءات الحجر الجزئي المتخذة في إطار الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته وتعديل أوقاته، العدد 24، ص 08، 09.

<sup>2</sup> الجزائر، "تسديد العقوبات على عدم الالتزام بالحجر المنزلي"، <https://www.alghad.TV>، 2020-06-23، على سا 13:30.

والصاق التعليمات الوقائية في الأماكن العامة، واحترام المسافة والتباعد الجسدي ووضع محاليل مائية كحولية، وتنظيف المحلات وتطهير القطع النقدية والأوراق المصرفية.<sup>1</sup>

الالتزام بمراقبة تطبيق تدابير الوقاية: من طرف السلطات المؤهلة أو أعوان الدولة، لأن عدم الخضوع لها يؤدي إلى غلق ووقف النشاط الاقتصادي والتجاري والخدمات.

المرحلة الثانية: تبدأ من 14 جوان 2020 وتشمل كما جاء في المرسوم التنفيذي رقم 20-159 المؤرخ في 13 جوان 2020 والذي يتضمن تعديل الحجر المنزلي وتدابير نظام الوقاية من انتشار فيروس كورونا ومكافحته كما يلي:

**الرفع المنزلي لـ 29 ولاية:** من الساعة الثامنة مساء إلى غاية الساعة الخامسة، وهم: بومرداس، سوق اهراس، تيسمسيلت، الجلفة، المعسكر، أم بواقي، باتنة، البويرة، غليزان، بسكرة، خنشلة، المسيلة، الشلف، سيدي بلعباس، المدية، البليدة، برج بوعرييج، تيبازة، ورقلة، بشار، الجزائر، قسنطينة، وهران، سطيف، عنابة، أدرار، بجاية، الأغواط، الوادي.

قامت الدولة الجزائرية بدورها باتخاذ التدابير والإجراءات للتصدي لهذه الجائحة للحفاظ على صحة وسلامة الجميع، لكن يبقى الدور على المواطن ومدى وعيه بمخاطر الفيروس واتباعه للتعليمات، لأن عدم الالتزام بشروط الحجر الصحي والإجراءات الاحترازية يؤدي إلى تفاقم الوضع إلى الأسوأ.<sup>2</sup>

#### 5- فرض عقوبات جزائية على مخالفة التدابير الوقائية:

لا تتوقف سلطة الدولة وهي بصدد مواجهة الظروف الطارئة عند تقسيم الحقوق والحريات، إنما تتعداه إلى تسليط عقوبات جزائية على كل شخص، سواء كان أجنبيا أو مواطنا عاديا، لم يحترم التدبير والإجراءات الاستثنائية والوقائية، بل قد يلجأ إلى تشديد العقوبات في بعض الحالات وبالرجوع إلى آخر تعديل لقانون العقوبات 20-06.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 20-145 المؤرخ في 07 جوان 2020، يتضمن تعديل نظام الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته، ع 34، 2020، ص ص 21، 20.

<sup>2</sup> سهابلية سماح، مرجع سابق، ص 34.

<sup>3</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون 20-06 المؤرخ في 28 أفريل 2020 الذي يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 28 يونيو 1966 والمتضمن قانون العقوبات، ع 25، 2020.

يتبين لنا أنه جاء متماشيا مع الوضع الاستثنائي الذي تعيشه الجزائر، حيث استحدث مواد وعدل في أخرى متداركا بذلك بعض الفراغات القانونية المتعلقة بمواجهة مثل هذه الظروف، خاصة وأن المادة 17 من المرسوم التنفيذي 20-70 أحالت إلى تطبيق العقوبات المنصوص عليها في هذا القانون.

فقد نصت المادة السابعة من القانون 20-06 على تعديل عنوان القسم الثالث الذي كان كالتالي: "القتل الخطأ والجرح الخطأ" بإضافة عبارة: "وتعريض حياة الغير وسلامته الجسدية للخطر"، وتماشيا مع هذا العنوان نصت المادة 08 من ذات القانون على استحداث المادة 290 مكرر، والتي تنص على عقوبة كل من يعرض حياة الغير أو سلامته الجسدية مباشرة للخطر، بانتهاكه المتعمد والبين لواجب من واجبات الاحتياط أو السلامة التي يفرضها القانون، وتمثل هذه العقوبة في الحبس من ستة أشهر إلى سنتين، و بغرامة من 60,000 إلى 200,000 لكن إذا ارتكبت هذه الأفعال المذكورة أعلاه خلال فترات الحجر الصحي أو خلال وقوع كارثة طبيعية أو بيولوجية أو تكنولوجية أو غيرها من الكوارث، تشدد العقوبة لتصبح الحبس من ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، وبغرامة من 300,000 إلى 500,000 كما نصت على عقوبة الشخص المعنوي الذي يرتكب هذه الجريمة المنصوص عليها في هذه المادة وفقا لأحكام هذا القانون.<sup>1</sup>

كما نصت المادة 449 من قانون العقوبات المعدلة بموجب المادة 9 من القانون 20-06 على أنه يعاقب بغرامة من 10,000 إلى 20,000 دج ويجوز أن يعاقب أيضا بالحبس لمدة ثلاثة أيام على الأكثر لمن يخالف المراسيم والقرارات المتخذة قانونيا من طرف السلطة الإدارية، إذا لم تكن الجرائم بها معاقب عليها بنصوص خاصة، كما تطبق المادة 187 مكرر قانون عقوبات على كل شخص يكون موضوع تسخير، كما أصدر الوزير الأول تعليمة في 07 أفريل 2020 المتعلقة بضرورة التزام المواطن بقواعد الحجر المنزلي إلا عند الضرورة، وكل إخلال بهذا الاجراء يستوجب غرامات تتراوح بين 3000 إلى 6000 دينار، علاوة على غرامات الحبس ثلاثة أيام على الأكثر فضلا عن ذلك حجز السيارات والدراجات النارية للأشخاص المخالفين وايداعها المحشر.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> مناري عياشة، مرجع سابق، ص. ص 1762، 1763.

<sup>2</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قصر الحكومة، تعليمة الوزير الأول يوم 07 أفريل 2020، في:

<https://www.premier.ministre.gov.dz>، 2022-05-08، على سا 11:29

## 5- تنصيب خلية يقظة دائمة:

لقد قام وزير الاتصال، الناطق الرسمي باسم الحكومة، بتاريخ 16 مارس 2020 بتنصيب خلية دائمة لليقظة والمتابعة خاصة بالوقاية ومكافحة تفشي فيروس كورونا الجديد (كوفيد-19)، والتي تعمل على تسخير جميع الوسائل الضرورية من أجل حماية المواطنين، ترأسها مديرة وسائل الإعلام بصفتها الجهة المختصة باللجنة متعددة القطاعات (كوفيد-19)، وتتكفل اللجنة الخاصة بما يلي:

1. رصد جميع المعلومات (الصحافة المكتوبة والسمعية البصرية والمواقع الالكترونية...الخ) المتعلقة بالوقاية ومكافحة انتشار فيروس كوفيد-19.

2. إعداد تقرير يومي يسلم للأمانة العامة والتكفل بالطلبات الصادرة عن المؤسسات والهيئات من حيث التحسيس والإعلام والاتصال.

3. اقتراح كل الأعمال الرامية إلى تحسين التكفل بجانب الاتصال.

### جدول رقم (05): يوضح عدد من الإحصائيات الصحية حول الجزائر

40.606.000	مجموع السكان (2016)
12.990	الدخل القومي الإجمالي للفرد (تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي الدولي، 2013)
75/77	متوسط العمر المأمول عند الميلاد ذ/أ (بالسنوات، 2016)
24	احتمال الوفاة قبل سن الخامسة (لكل 1000 وليد حي، 2018)
84/106	مجموع النفقات الصحية للفرد (بالدولار الأمريكي الدولي، 2004)
932	مجموع النفقات الصحية للفرد (بالدولار الأمريكي الدولي، 2014)
7.2	مجموع النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي (2014)

المصدر: خالد تلعيش، استراتيجيات القيادات في صنع القرارات وإدارة الأزمات مع التطبيق على حالة الجزائر، الحراك الشعبي 2019، جائحة كورونا (كوفيد19)، (الجزائر، النشر الجامعي الجديد، ط1، 2021)، ص201.

الجدول يوضح عدد من القيم الرقمية الأساسية؛ منها عدد السكان، والدخل القومي الإجمالي ومجموع النفقات على السياسة الصحية وهذا ما يقودنا إلى بناء فكرة حول نوع المجتمع والسياسات العمومية الموجهة له. كما نستعرض أيضا بالأرقام عدد الهياكل الصحية الموجودة في إطار الخدمة ونوع التغطية الصحية بالجزائر حسب تعداد السكان.

جدول رقم (06): يوضح تعداد الهياكل الصحية بالجزائر

2010		2009		2008		
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
37775	194	37565	192	37185	190	مؤسسة استشفائية عامة
679	04	608	04	600	04	مؤسسة استشفائية
11889	13	12342	13	12115	13	مراكز استشفائية جامعية
612	01	700	01	700	01	مؤسسة استشفائية جامعية
10824	64	10475	61	9932	57	مؤسسة ستشفائية متخصصة

المصدر: خالد تلعيش، نفس المرجع السابق، ص 202

جدول رقم (07): يوضح التغطية الصحية بالجزائر حسب عدد السكان

لكل واحد نسمة	2005	2009	2014
الطاقم الطبي	670	491	491
الطاقم شبه الطبي	397	290	290

المصدر: خالد تلعيش، نفس المرجع السابق، ص 203.

كما نلاحظ حققت الجزائر انجازات كبيرة في مجال الصحة السكانية بما فيها مكافحة الوفيات لدى الأمهات الحوامل التي انتقلت من 300 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية خلال سنوات الثمانيات من القرن الماضي لتتخفف في السنوات الأخيرة إلى 57 حالة لكل 100 ألف ولادة حية، ومن بين الإنجازات المحققة أيضا تغيير الهيكل التنظيمي للوزارة من وزارة الصحة العمومية إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إلى جانب إنشاء اللجنة الوطنية للسكان التي تشكلت من 17 دائرة وزارية وهيئات ذات الصلة وجمعيات وخبراء، إلى جانب إنشاء وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة إضافة إلى لجان أخرى تعني بترقية حقوق المرأة والطفولة وحمايتها.

أما في مجال الهياكل القاعدية والاستشفائية الدولة قامت بإنجاز 32 مؤسسة استشفائية جامعية متخصصة منذ بداية سنوات 2000 كلها تتكفل بصحة الأم والطفل فقط، بالإضافة إلى ما يفوق 1700 عيادة متعددة الخدمات موزعة عبر مناطق الوطن تتولى توفير الخدمات الصحية.

الجدول رقم (08): التغطية الصحية بالجزائر حسب عدد السكان

تاريخ بداية الحجر	مكان القدوم	عدد المحجورين	مكان الحجر
2 فيفري 2020	الصين (ووهان)	48	الجزائر- فندق الرايس
17 فيفري 2020	إيطاليا(روما)	11	حاسي مسعود- قاعدة الحياة ورقلة
16 مارس 2020	أحليين	64	أدرار- المجمع الغازي برقان
17 مارس 2020	تونس	163	طنوغا ومركز التكوين في الطارف- السياحة

بيت الشباب- سيدي إبراهيم عنابة	150	تونس	18 مارس 2020
وهران- مركب الأندلسيات	648	فرنسا (مرسيليا)	18 مارس 2020
الجزائر- فندق مزفران	742	فرنسا (مرسيليا)	19 مارس 2020
سوق أهراس- الإقامة الجامعية	140	تونس	19 مارس 2020
تلمسان- فندقالزيانيين	81	المغرب (الدار البيضاء)	19 مارس 2020
وهران- فندق الرئيس	294	تركيا (إسطنبول)	20 مارس 2020
فنادق صابلات	278	فرنسا (مرسيليا، وليون)	20 مارس 2020
فندق الزهور- مستغانم	273	بريطانيا(لندن)	20 مارس 2020
منتجع سياحي بزموري- بومرداس	352	تركيا (إسطنبول)	20 مارس 2020
تيازة- مركب القرن الذهبي	150		20 مارس 2020
مركب متاريس	272		
وحدة فندقية- البلج	120		
تلمسان- فندق النهضة	250	فرنسا(باريس)	20 مارس 2020
سوق أهراس- الإقامة الجامعية	113	تونس	21 مارس 2020
قسنطينة- الخنادق	343	مصر (القاهرة)، فرنسا (باريس)	21 مارس 2020
العلمة- سبع فنادق - سطيف	324	تونس	21 مارس 2020
تم الحجر الصحي في فندق غايا بدبي	302	الإمارات العربية المتحدة	04 أبريل 2020

المجموع	4188	/	/
---------	------	---	---

المصدر: خالد تلعيش، نفس المرجع السابق، ص 208.

## المبحث الثاني: عيادة الأزهر في ظل جائحة كورونا وأدائها

### المطلب الأول: التنظيم الهيكلي للعيادة:

أولاً: التعريف بالمؤسسة: تقع مصلحة الأزهر في الجزائر العاصمة بدالي إبراهيم، افتتحت في عام 2004 بنشاطها الطبي والجراحي المتنوع، تشكل مركزاً مرجعياً في علاج الأمراض المختلفة، توفر للمرضى رعاية عالية الجودة بأمانة تامة وخصوصية كاملة وبمقاربة عالمية لإدارة المخاطر، تمتد إلى جميع أنشطة المؤسسة<sup>1</sup>.

وتضم عدداً من أقسام الفحص والتشخيص والجراحة، وهي عيادة استثمارية ربحية.

### الجدول رقم (09): يوضح الأقسام المتواجدة بالعيادة

الأقسام الجراحية	الأقسام الطبية
جراحة عامة-جراحة القلب	التحليل الطبي
جراحة تجميل الوجه	تخدير
جراحة المخ والأعصاب	أمراض القلب
جراحة العيون	جلدية
جراحة الأنف، الأذن والحنجرة	غدد الصماء
جراحة العظام والصددمات	الجهاز الهضمي
جراحة أطفال	أمراض النساء
جراحة صدر	طب باطن
جراحة أوعية دموية	أمراض الكلى-مسالك بولية
طب إنعاشي-أشعة فوق سمعية	أعصاب-صدمة
طب إنعاشي-أشعة الرنين المغناطيسيIRM	توليد-إنعاش

<sup>1</sup> عيادة الأزهر، في: <https://yashfine.com/ar/searchinfo/clinique-al-azhar/657>، 2022-05-23 على سا 15:26

طب إنعاشي- تصوير شعاعي للشدي	عيون-روماتيزم
طب إنعاشي-تصوير بانورامي للأسنان	أنف وأذن حنجرة
طب إنعاشي-أشعة تداخلية	تقويم العظام
طب إنعاشي-أشعة تقليدية	طب أطفال
طب إنعاشي-الأشعة السينية	أمراض الرئة
	طب نفسي
	طب إشعاعي

المصدر: مقابلة مع نور الهدى بن فد الله، مسؤولة التسيير والجودة في عيادة الأزهر، الجزائر يوم: 15 ماي 2022.

#### ثانيا: التنظيم الهيكلي للمؤسسة

يعتبر الهيكل التنظيمي البناء أو الإطار الذي يحدد التركيب الداخلي للمنظمة، فهو يبين التقسيمات التنظيمية والوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال والأنشطة التي يتطلبها تحقيق أهداف المنظمة، ومنه حاولنا وضع هيكل تنظيمي بناء على الأقسام الموجودة بالعيادة والتي توزع كالتالي:

1. مكتب المدير: يسيره طبيب عام وهو المالك للمصلحة، حيث يتولى إدارة شؤونها بمساعدة عون إداري.

2. مكتب المسير: يقوم بالإضافة إلى مساعدة المدير العام في إدارة شؤون المصلحة، المسؤولية على قبض مستحقات العملية الجراحية وملا ملفات المرضى وتسجيلها.

3. قسم المحاسبة: يتولى هذا القسم إعداد أجور الموظفين من أطباء وممرضين وباقي عمال المصلحة بالإضافة إلى وضع ميزانية الإعلام والترويج عن خدمات المصلحة.

4. قسم الاستقبال: يقدم التعليمات والمعلومات للمرضى وتوجيههم إلى الأقسام العلاجية المعنية كما يتولى قبض مستحقات المعاينة الطبية، الأشعة، التحاليل المخبرية ... إلخ.

5. قسم الصيدلية: يتولى هذا القسم مسؤولية تقديم الأدوية والأدوات الطبية اللازمة لقسم الجراحة والمعاينة.

6. المدير المالي: ويهدف للقيام بجميع الأعمال المالية للمصحة، ومن مهامه: إعداد ميزانية المصحة، تطبيق الأنظمة المالية، إجراء التحصيل والصرف، إعداد تقارير مالية، القيام بالأعمال المتعلقة بمحاسبة التكاليف بالمصحة.

7. قسم تصفية الدم: هو عبارة عن تنقية الدم من السموم الناتجة من عمليات بداخل الجسم.

8. المدير الإداري: وهو يقوم بتطبيق الأنظمة ولوائح خاصة بشؤون العاملين والقيام بإجراء شؤون الموظفين، مثل: التعيين ومستحقات الموظفين مثل: الرواتب والترقيات المباشرة وغيرها.

9. المدير التقني: يشرف على الأمور التقنية بشكل كامل ويحدد المعايير المعتمدة في البرمجة والتقنيات المطلوبة.

10. قسم الأمانة: وهي تلك الوظيفة التي تقدم معلومات أو خدمات للإدارات أو الرؤساء.

11. قسم الأرشيف: هو الهيئة التي تتولى مهمة حفظ الوثائق والسجلات والقيود والمدونات بصورة منظمة.

12. قسم الخزينة: بمثابة الصندوق الذي جمع مختلف الإيرادات من مختلف الهيئات.

13. قسم الوسائل العامة: هذا المكتب مكلف بتسيير الأملاك العقارية والأثاث والتجهيزات.

14. قسم تسيير المخازن: متابعة ومراقبة أعوان الأمن وأعوان الصيانة والمنظفات.

#### المطلب الثاني: الإمكانيات المادية والبشرية للعيادة

يمارس بعيادة الأزهر طاقات كل ضمن اختصاصه لضمان أفضل رعاية صحية ممكنة، ويمكن

تلخيصها فيما يلي: وهي موزعة على:

أولاً: الإمكانيات البشرية:

(1) أربع 04 وكلاء صيانة

(2) 22 وكيل أمن.

(3) 01 وكيل خدمات عامة.

(4) 54 وكلاء صيانة.

(5) مساعد واحد 01 لرعاية الأطفال.

(6) 86 مساعد تمريض يعملون بشكل يومي وعادي يسهرون على راحة المريض.

(7) مهندس معماري واحد 01.

(8) أمين أرشيف واحد 01.

(9) 08 مساعدين إداريين.

(10) 11 ملحق إداري، (وهم الأفراد المكلفون بالإشراف على تسيير الصحة ومراعاة مصالح المرضى).

(11) مدقق جودة واحد 01.

(12) أربع 04 مساعدين تخدير.

(13) 34 بيولوجي.

(14) 5 حاملين النقالة.

(15) مسؤول الاتصالات واحد 01.

(16) 02 مدراء للمبيعات.

(17) 11 أمين صندوق.

(18) طبيب قلب أطفال واحد 01.

(19) إحصائي واحد 01.

(20) 10 سائقين.

(21) 2 عالم حاسب آلي.

(22) مسؤول واحد 01 عن إدارة الجودة.

(23) 01 الخزانة المسؤولة.

(24) 01 القابلة.

(25) 23 سكرتير طبي وإداري.

(26) 7 مشرفين.

(27) 01 مشرف على الإدارة الفنية المركزية.

(28) 60 طبيب عام وجراح وهم تابعون للمصحة.

ثانيا: الإمكانيات المادية: وتتمثل هذه الإمكانيات في التجهيزات الطبية وسيارات الإسعاف ومعدات تشخيص الأمراض.

1- التحضيرات الطبية: تتوفر عيادة الأزهر على أحدث التجهيزات الطبية، مثل الجراحة والتشخيص بالأشعة والتشخيص بالأشعة الرقمية.

2- سيارات الإسعاف: عددهم 02 ويتم استعمالهما في حالة الاستعجال<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> مقابلة مع نور الهدى بن فدا الله، المسؤولة عن قسم التسيير والجودة، في عيادة الأزهر، الجزائر يوم: 15 ماي 2022.

## المطلب الثالث: أهداف العيادة وتحدياتها

### أولاً: أهداف العيادة

الجودة السياسية: تعترم عيادة الأزهر المعتمدة منذ عام 2007 مواصلة مسيرتها إلى الأمام لوضع نفسها في موقع يتوافق مع المعايير الدولية باستخدام الخبرات والمهارات المثبتة، ويتم تعزيز المهام الرئيسية لعيادة الأزهر وهي توفير رعاية عالية الجودة للمرضى وذلك في أمان تام من خلال نهج شامل لإدارة المخاطر الممتدة إلى جميع الأنشطة المنشأة، وللقيام بذلك تبنى العيادة استراتيجيتها على المحاور التالية:

- إدامة ثقافة قوية من الرعاية الآمنة.
  - تطوير وتعزيز المهارات في المجال الطبي وضمان مراقبة تكنولوجية لاكتساب التقنيات الطبية الجديدة لصالح المرضى بشكل كبير.
  - تحسين وتنوع خدمات الرعاية.
  - تحسين إدارة صيانة المعدات الاستراتيجية والحفاظ على أدوات العمل الحالية.
  - زيادة تطوير أداة تكنولوجيا للمعلومات.
  - توفير فرص عمل لخريجي الجامعات.
  - تقليص دائرة المرض وبناء مجتمع صحي.
  - توفير العلاج للمرضى مقابل الربح المالي.
  - السهر على توفير الرعاية الصحية في كل الأوقات.
- وستطبق مجالات التطوير على جميع العمليات وسيتم رصدها كجزء في الاستعراضات الإدارية التي تسخر لها جميع الامكانيات المادية والبشرية لتحقيق هذه الأهداف.<sup>1</sup>

### ثانياً: تحديات العيادة

تستخدم عيادة الأزهر مصفوفة SWOT لتحديد هذه العقبات والصعوبات التي تواجهها، ومن بين هذه الصعوبات نجد:

#### 1- نقاط القوة: ومن بين نقاط القوة في عيادة الأزهر نجد:

<sup>1</sup> مقابلة مع محمد بوزفور، المدير العام لقسم طب الجراحة، في عيادة الأزهر، الجزائر يوم 15 ماي 2022

- السمعة الطيبة والأقدمية لما يقارب 18 سنة.
  - المكانة الرائدة في جراحة القلب (أكبر عدد من التدخلات القلبية).
  - القدرة على الرعاية متعددة التخصصات مع منصة تقنية كاملة.
  - الأداء المقدم من كوادر طبية متعددة التخصصات.
  - نظام جودة من الأبرز ومنذ عام 2007 (شهادة نسخة 2015 من معيار الأيزو 9001).
  - اتفاقية مع العديد من الشركات الكبرى والسفارات.
  - الانفتاح والتطوير المستمر للأنشطة الطبية (المركز الطبي للشغل، المختبر، مركز المرأة في العالم)
  - قسم متطور للتواصل داخل العيادة.
  - قسم إحصائي متطور لإحصاء عمليات ومعدلات الوفيات ونسب الشفاء ومعدل العمليات المحققة.
- 2- نقاط الضعف: من بين نقاط ضعف عيادة الأزهر:
- عدم كفاية رصد صيانة المعدات الاستراتيجية وتوريد قطع الغيار المورد غير المتوفر أو غير المنشأ في الخارج.

- صعوبة في تعيين الكوادر الطبية المساعدة بسبب عدم وجود مدارس تدريب في الجزائر.
- دورات كبيرة لبعض الفئات وعدم الانضباط.

### ثالثا: أولويات عيادة الأزهر:

- 1- خصخصة تدريب الكوادر الطبية المساعدة.
  - 2- الاتفاقيات مع مدارس التدريب لمساعدى التمريض.
  - 3- موردي المنتجات الصيدلانية الخاصة وإقامة مصادر الإنتاج.
  - 4- خدمة تطوير البرمجيات المتاحة للعيادة (*General Medical Provider: GMP*)
- 3- المخاطر: التي جعلت هذه الأخيرة تتراجع في مستوى الخدمات الصحية المقدمة ونذكر من بين هذه المخاطر:

- انخفاض القدرة الشرائية
- صعوبة توريد المنتجات الصيدلانية نتيجة الأزمة المالية والصحية على المستوى الوطني.

- الوضع الصحي المتعلق بكوفيد19 (عدم وجود وسائل النقل بين الولايات وبين المدن).<sup>1</sup>  
وتوجد إلى جانب هذه الأقسام التي تقدم خدمات أساسية صحية أقسام أخرى مساعدة تتمثل في الصيدلة لكن هذه الأخيرة خاصة فقط بتوفير جميع مستلزمات العملية الطبية والجراحية والاستعجالات بالإضافة إلى أقسام أخرى متخصصة في الإطعام والتنسيق والمخزن والخدمات الإدارية.<sup>2</sup>  
المطلب الرابع: دور عيادة الأزهر في التغطية الصحية في أزمة (كوفيد 19)

(1) واقع العمل بعيادة الأزهر: تعمل عيادة الأزهر على توفير الخدمات للمرضى 24/24 ساعة من خلال ترسيخ شعار صحتكم هي هدفنا (*votre santé est notre souci*).

وبذلك توفير أحدث الأجهزة الطبية والجراحية مثل الجراحة بالمنظار والتشخيص بالأشعة الرقمية (*radiologie numérique*) بتكاتف وجهود جميع العاملين من أطباء مختصين وعامين وعمال شبه طبيين والإداريين من أجل ضمان أفضل الخدمات الصحية للمرضى، وقد سعت عيادة الأزهر بتوسيع الخدمات الصحية مع توفير المساعدة للمرضى والحالات الاستعجالية وذلك بالإعلان عن مواقيت زيارة المرضى داخل المصححة حرصا على راحة المرضى، أيضا تتوفر العيادة على أطباء أكفاء ولهم الخبرة في المجال الصحي، وسهر الإدارة على مواكبة التطور والتواصل، والحصول على أحدث التجهيزات لتوفير أحدث الخدمات الطبية والجراحية من أجل ضمان أفضل تغطية صحية للمواطن في الولاية أو خارجها.<sup>3</sup>

(2) الاختصاصات الطبية بعيادة الأزهر: تقدم المصححة الخدمات والرعاية الطبية وكذلك

العمليات الجراحية في الكثير من التخصصات الطبية ومنها:

- أمراض القلب وجراحات المسالك البولية.
- طب القلب والأطفال.
- طب الجهاز الهضمي.
- جراحة عامة.
- أمراض النساء والتوليد وهو أحدث أقسام المصححة.
- طب جراحة الأطفال.

<sup>1</sup> مقابلة مع نور الهدى بن فدلته، مرجع سابق

<sup>2</sup> مرجع سابق.

<sup>3</sup> مرجع السابق.

- عملية التجميل الطب النفسي.<sup>1</sup>
- عيادة التغذية، الأمراض الباطنة.
- جراحة الأوعية الدموية.
- تخصص الأنف والأذن والحنجرة.
- عيادة العظام والروماتيزم.

3) الخدمات المتوفرة في مصحة الأزهر: تقدم مصحة الأزهر بدالي إبراهيم الكثير من الخدمات

المتنوعة إلى جانب الكشف والجراحات في مختلف المجالات مثل:

- خدمات الأشعة وبنوراما الاسنان.
- التحاليل الطبية الشاملة والمتخصصة
- خدمات الطوارئ والاستقبال التي تعمل بكامل طاقتها 24 ساعة يوميا.
- توفير غرف العناية المركزة وحاضنات الأطفال حديثي الولادة.
- توفير خدمة الإسعاف على مدار الساعة في وجود مسعفين متخصصين طبيا.

4) دور عيادة الأزهر خلال أزمة كورونا: أدت الظروف الاستثنائية التي يواجهها العالم بفعل

أزمة كورونا لتظهر الحاجة الملحة إلى تكاتف الجميع من أفراد ومؤسسات من أجل حماية المجتمع وتعزيز استقراره والإحساس بمسؤوليتها الاجتماعية اندفعت شركات ومؤسسات القطاع الخاص الصحي لتكمل دور القطاع العام، فوظفت البعض من قدراتها وطاقاتها الساعية إلى تحقيق هدفين، الأول: هو التكامل مع الجهود الرسمية الرامية إلى احتواء المرض، والثاني مساعدة المتضررين من تداعيات الأزمة، هذا هو نفس الحال بالنسبة لعيادة الأزهر التي اتخذت التدابير الصارمة لمنع تفشي الوباء لضمان الأداء السليم لنظام الرعاية والخدمات الصحية وحماية الفئات الأكثر ضعفا وذلك من خلال:

- عرض أوراق توعوية تتعلق بكوفيد 19.
- وضع علامات على الأرضية (الالتزام بالبروتوكول الصحي).
- حظر الزيارات اليومية للمرضى المقيمين في المستشفى منذ بداية الجائحة (2 زائر لكل مريض بعد استقرار وضعه).

<sup>1</sup> عيادة الأزهر، في: <http://tajmeeli.com/clinic/>، 2022-05-23، علسا 16:27.

- تركيب ميزان حرارة الجبين عند مدخل العيادة (الطوارئ، المدخل الرئيسي).
- تركيب موزع هلام عند المدخل الرئيسي (زجاجة هلام في مداخل الاستقبال المختلفة).
- تركيب فواصل زجاجية شبكية في مكاتب الاستقبال المختلفة.
- وضع المصل ومختلف الأشعة للمرضى الذين سيتم إجراء العملية لهم.
- تركيب جهاز PCR لحماية المرضى وزوار العيادة.

بعد القرار الوزاري لم يكن لدى عيادة الأزهر الإذن (وهذا هو الحال بالنسبة لجميع العيادات الخاصة) لرعاية المرضى وتوفير الخدمات الصحية لمرضى كوفيد 19 وعدم قدرتهم على التشخيص من جهة أما من الجهة الأخرى فقد شاركت بالوسائل المادية المتاحة داخلها، بتقديم أجهزة التنفس الصناعي وأسطوانات الأكسجين للموظفين وعائلاتهم.

عيادة الأزهر لم تقم بأي علاج لحالة كوفيد 19 سريرية إلا قسم النساء والتوليد الذي خصص له جناح خاص بهم، وكانت تقوم بتحويل الحالات المصابة أو المشكوك فيها إلى المستشفى الجامعي مصطفى باشا<sup>1</sup>.

#### المطلب الخامس: تقييم الخدمات الصحية لعيادة الأزهر

##### أولاً: الإيجابيات

- توفير الخدمات الطبية العلاجية للمواطنين للمقيمين بولاية الجزائر أو من ولاية أخرى.
- استخدام أجهزة علاجية حديثة ومتطورة لتسهيل عملية العلاج للمواطنين، وكذا ربح الوقت.
- امتلاك عيادة الأزهر لأطباء مؤهلين في مختلف التخصصات العلاجية.
- احترام عيادة الأزهر لكل متطلبات السلامة والوقاية من الحرائق وتسيير النفايات وذلك عن طريق تجديد قارورات الحرائق كل عام.
- توفير المصاعد للمرضى والحالات الاستعجالية.
- حصول مصحة الأزهر على شهادة الأيزو ISO9001 عام 2015 نظام إدارة الجودة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> مقابلة مع نور الهدى بن فدلله، مرجع سابق.

<sup>2</sup> مرجع سابق.

## ثانياً: السلبيات

- ضيق مساحة عيادة الأزهر مما يجعل المريض عند دخوله لا يحس بالراحة، أيضاً ضيق المساحة يجعلها لا تكفي لاستقبال عدد كبير من المرضى.
- امتلاك عيادة الأزهر لسيارتين اسعاف غير كافية لنقل الحالات الاستعجالية.
- تدني أجور العاملين بالعيادة.
- توفير صيدلية للمستلزمات الطبية والجراحية فقط وعدم توفيرهم لصيدلية للأدوية التي يحتاجها المرضى بصفة عامة.
- عدم استقبال عيادة الأزهر لحالات حوادث المرور.
- عدم التكفل بالمرضى من ناحية الضمان الاجتماعي والتكفل فقط بالعمال<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>مرجع سابق

## الخلاصة

شهد العالم مؤخراً حدثاً صحياً نادراً، أثر على جميع الشعوب والدول، وهو تفشي جائحة كوفيد 19، مخلفاً خسائر مالية وبشرية يصعب إحصائها والتصدي لها، وأثراً وخيمة على السياسة الاقتصادية والسياسية والصحية وحتى الاجتماعية، ومنذ ظهور أول حالة فيروس كورونا في الجزائر وبدأ تفشي هذه الجائحة تدريجياً في ظل حالة الاستهتار واللامبالاة وكذلك قلة المعلومات حول هذا الفيروس، اتخذت الدولة الجزائرية العديد من الإجراءات والتدابير الوقائية الاستثنائية في المجال الصحي والسياس والاقتصادي والتعليمي ... إلخ.

وعليه ونتيجة تضافر لجهود القطاع الخاص مع القطاع العام لمكافحة فيروس كورونا، نجد أن المؤسسة الاستشفائية الخاصة (عيادة الأزهر) تساهم في ضمان التغطية الصحية، سواء للولاية أو للدولة ككل، وذلك من حيث التنظيم والتسيير وتوفير العلاج الأفضل للمرضى باستخدام الأجهزة الحديثة والمتطورة، ولكن تبقى 1 هناك العديد من النقائص التي يجب تداركها خاصة في فترة الوباء.



# الخاتمة

إن السياسة العامة لا يمكن أن تفي بمتطلباتها بشكل تام أو فعلي و سوف تكون بعيدة عن مقاصدها على مستوى الصنع أو مستوى التنفيذ ، حيث لاتتصاحب و لاتتواكب معها عملية هامة جدا ألا و هي عملية التقييم التي بفضلها يمكن لصانع السياسة الوقوف على مختلف الإختلالات و حالات اللاتوازن الوظيفي البنيوي الحاصلة في المجتمع التي تشكل مشكلات عامة تستغل الرأي العام مما يقضي بالضرورة لإيجاد حلول ، و عليه فإن السياسة الصحية في الجزائر من أهم البرامج التي تطرقت لها الدولة الجزائرية بعد الإستقلال إذ أنها استهلت ذلك من دائرة الأوضاع الإجتماعية التي خلفها الإستعمار الفرنسي من إنتشار الأمراض و الفقر و الجوع و الأوبئة مما جعل الشعب الجزائري يناهض بضرورة مراعاة تلك الأوضاع من خلال التأكيد على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وواجب نصت عليه تعاليم الدين الإسلامي كما نصت عليه المواثيق الدولية و لايمكن جعله سلعة للبع و الشراء و المتاحرة و بالتالي من مسؤولية الدولة التكفل و ضمان هذا الحق كخدمة عمومية إجتماعية و إنسانية و على أسس العدالة و الإنصاف و الإستفادة الجماعية للمواطنين كل حسب حاجياته الصحية و بشكل مجاني و شامل و ضرورة جعل العنصر البشري الفاعل الرئيسي في المعادلة الصحية في قلب كل الإصلاحات المتعلقة بالعملية الصحية من خلال تطهيره و تكوينه و تحضيره و خلق الظروف و الشروط الملائمة لمزاولة عمله بإتقان من أجل تطوير جودة الخدمات المقدمة للمواطنين و من أجل ضمان الأمن الصحي للمجتمع ككل.

من هنا لجأت الدولة الجزائرية إلى غعادة هيكله النظام السياسي للدولة و محاولة خلق قفزة نوعية من أجل تغير الظروف التي كانت سائدة في وسط المجتمع الجزائري آنذاك ، فلقد سعت جاهدة إلى توفير الرعاية الصحية المطلوبة من معدات مادية و بشرية ن ومن خلال المراحل التي مرت بها السياسة الصحية نجد أن الدولة الجزائرية و رغم كل الظروف الصعبة التي مرت بها إلا أنها استطاعت تحقيق تغطية شاملة في كافة التراب الوطني في وقت وجيز ، و أن كل مرحلة جسدت منشآت و برامج جديدة تخدم المواطن بصفة خاصة و الدولة بصفة عامة مما جعلها بذلك تسمو وتعلو نحو الأفضل في الخدمات الصحية سواء كانت تحمل الطابع العمومي أو الطابع الخاص .

إن القطاع الصحي الخاص في الجزائر منذ ظهوره إلى غاية اليوم حقق قفزات نوعية و كمية من حيث النمو و التطور ، و يبقى سندا للنظام الصحي و السياسة الصحية ، إلا أن الدور الذي يلعبه القطاع الصحي الخاص هي طبيعة العلاقة التي تربطه بالدولة و التي تبقى رهينة إنعدام التجانس و التكامل وبينه وبين القطاع العام من جهة و من جهة أخرى غياب التأيير و التنظيمات المرافقة للنمو

السريع و المتزايد للقطاع الخاص في مجال الصحة الشئ الذي أدى إلى إنعدام الرقابة و نمو المؤسسات الإستشفائية الخاصة بصفة عشوائية غير منسجمة و غير متوازنة جغرافيا ، إضافة إلى مشكل غياب علاقة تعاقدية بين مؤسسات القطاع الخاص و صناديق الضمان الإجتماعي من الإستفادة من خدمات المؤسسات الإستشفائية الخاصة ، وهذا مازاد ضغطا على مؤسسات الصحة العمومية و أمام هذا الوضع فإن أزمة كورونا (كوفيد19) الجائحة العالمية التي أثرت على جميع القطاعات خاصة قطاع الصحة الذي كان في خط الدفاع الأول ، كما كان الأكثر مقاومة للأزمة و الأوضاع المفاجئة و غير المتوقعة على عكس القطاع الصحي الخاص الذي تميز بمحدودية تفعيل مؤسساته و تقديم الرعاية الصحية لمرضى لكوفيد .

بعد دراستنا للموضوع تبين لنا أن الفرضية الأولى: أن القطاع الصحي يعتبر شريكا أساسيا في التنمية المحلية التي شهدتها البلاد وذلك من خلال الإستثمار في القطاع الصحي في الحكومة، حيث ساهم في تحقيق الضغوطات على الخدمات الحكومية عن طريق رفع من مستوى الخدمات الصحية وذلك نتيجة للتنافس الذي حصل بين هذه المؤسسات وهذا ما يؤكد صحة الفرضية القائلة أن "كلما كان القطاع الخاص أكثر إستجابة لقرارات الحكومة كلما أدى ذلك إلى تدعيم السياسات الصحية.

أما الفرضية الثانية: نظرا لضعف الشراكة القائمة بين القطاعين الحكومي و الخاص و ذلك نتيجة لتقلص الوعي العام بأهمية هذه الشراكة لإعتقادهم السائد بأن القطاع الخاص يقتصر فقط على الخوصصة و الإستقلالية المالية و المعنوية إلا أنه في خضم جائحة كورونا التي فرضت تكاتف جهود كافة القطاعات خاصة القطاع الخاص لذا لا بد من إشراكه لتقديم الخدمات الصحية و المساعدة و تقديم الدعم للمواطنين لمواجهة أثناء أزمة كورونا و عليه فإن الفرضية القائلة " كلما كان القطاع الصحي الخاص أكثر إستقلالية ساهم في تخطي جائحة كورونا .

أما الفرضية الثالثة : أدت الظروف الإستثنائية التي واجهتها الجزائر خلال أزمة كورونا حيث إندفعت شركات و مؤسسات القطاع الخاص الصحي لتكمل دور القطاع العام من خلال إتخاذ التدابير الصارمة لمنع تفشي الوباء لضمان الأداء السليم لنظام الرعاية و الخدمات الصحية و حماية الفئات الأكثر ضعفا إلا أن مساهمة المستشفيات الخاصة في تخطي أزمة كورونا كانت ضئيلة جدا لاترقى إلى مستوى المطلوب و عليه فإن الفرضية القائلة ربما مساهمة القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات الصحية كانت هي السبب في نجاح السياسة العامة الصحية في تخطي جائحة كورونا صحيحة .

## توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج:

- تعدد السياسات العامة الأداة التي تتدخل من خلالها الحكومات لإيجاد حلول للقضايا المطروحة على طاولة صانعي القرار السياسي.
- يتوقف نجاح السياسات العامة فعالية ودقة الخطوات المعتمدة في صنعها، تنفيذها، تقييمها ومن ثم تقويمها.
- على الفاعلين في مجال السياسة الصحية في الجزائر سواء من الرسميين أو غير الرسميين، إبداع حلول للمشكلات الصحية لأفراد المجتمع.
- يعتبر فيروس كورونا جائحة عالمية حقيقة خطيرة على الصحة العامة والأوضاع الإجتماعية.
- تعمل التدابير الرشيدة الرامية للوقاية من إنتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) و مكافحته على المستوى المحلي و في إطار تفعيل نظام الحجر الصحي المنزلي الوقائي إلى الحد من إنتشار الوباء وكذا إحصاء الحالات المؤكدة و معالجتها.
- يعتبر القطاع الخاص الصحي أحد الأجهزة الفعالة التي تقوم بتسهيل تقديم الرعاية الصحية للأفراد وتحقيق الضغط على المؤسسات الصحية العمومية لبناء نظام صحي قادر على مواجهة الأزمات.
- إن تحقيق الدور الحقيقي للقطاع العام بالإعتماد بين القطاعين.
- تكوين نظام متجانس ومتوازي قائم على إعطاء مكانة مألوفة له وإشراكه في السياسة العامة الصحية لتنظيم وتسهيل تقديم الخدمة الصحية للمواطنين.
- تعتبر عيادة الأزهر من بين العيادات الخاصة التي سعت إلى الريح بالدرجة الأولى وكان دورها خلال أزمة كورونا ضئيل جدا.

ومن خلال ماسبق إرتأينا في النهاية إلى وضع عملية من التوصيات من شأنها أن ترفع من مستوى الصحة في الجزائر آمليين أن تاخذ بعين الإعتبار ونذكر:

- إعادة النظر في أوجه القصور العميقة في النظام الصحي الجزائري وقدرته في التعامل مع الأزمة.
- إعادة بناء رؤية جيدة وتركيبية للسياسة الصحية الجزائرية متماسكة ومتفاعلة ومنصفة للجميع.
- إعادة لنظر في الرعاية المجانية والسعي لتوفير رعاية صحية شاملة للمناطق التي تنقص فيها المواد والدواء والمعدات.
- الإهتمام بالصحة النفسية للمواطنين لأن الجائحة أحدث صدمة نفسية لأن في البداية المواطن والحكومات وقفوا عاجزين أمام فيروس مجهول.
- يجب على الحكومة الجزائرية إتخاذ قرار عاجل بتفعيل جهاز افنداز المبكر بالمخاطر الوبائية.
- ضرورة إستعمال الأساليب والتقنيات العلمية المتاحة والمبتكرة لتحليل اتجاهات العامة للبيانات الأولية للخطر الوبائي في الجزائر كون تحليل المخاطر الوبائية وسيلة مهمة للوقاية من تفشي الجائحة ووسيلة فعالة لصنع القرارات المستقبلية في مختلف الجوانب وتجنب الإعتراضات في تطبيق الإجراءات الوقائية والإحترازية (الإقناع بالأساليب العلمية).
- ينبغي الإستمرار في تعزيز الترصد الوبائي، طبقا للمبادئ التوجيهية التي وضعتها المنظمة العالمي للصحة إلى جانب غتخاذ إجراءات الوقاية من العدوى في مرافق الرعاية الصحية.
- توفير مناخ ملائم ومحفز للإستثمار كشرط أساسي في بناء إستراتيجية لتطور القطاع الخاص في الحياة الصحية، ووضع الإطار التشريعي والقانوني المناسب لتمكين القطاع الصحي الخاص على تأدية وره كما يجب.
- التعاون والتكامل بين القطاع العام والخاص
- تعميم التعاقد مع هيئات الضمان الإجتماعي وتستوجب أيضا إخضاع المتعاملين الخواص لتنظيمات منظمة لتسعيرة وعمليات تقدير التكاليف، بالإضافة إلى مراقبة نوعية الخدمات العلاجية المقدمة من طرف القطاع الخاص مقابل التوصيل العمومي لنشاطاته.
- رسم السياسة الملائمة التي تتضمن الأهداف من تلك السياسة والمدى الزمني لتحقيقها والوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ، تسمح بتدارك الخلل وتعديل المسار في لحظة

- إكتشاف الخطأ وقبل فوات الأوان، في ظل وجود قطاع خاص يجب أن يكون فاعل ومشارك في العملية السياسية في كل مراحلها وإعلام وطني يكون همزة وصل بين الحكام والمحكومين وينشر المعلومات الصحيحة حول الوضع الحقيقي للصحة في الدولة ويرسخ الثقافة الصحية الرهينة التي تضمن تفعيل دور المواطن في مختلف مراحل السياسة الصحية.

## قائمة المراجع:

### ■ الدساتير:

1. دستور الولايات المتحدة الأمريكية، في نيويورك من 19 جوان إلى 22 جويلية 1946 وتوقيعه في 22 جويلية 1916 ممثلو 61 دولة ودخل حيز التنفيذ أفريل 1948.

### ■ القوانين :

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون 20-06 يعدل و يتم الأمر رقم 66-156، العدد 25، المتضمن قانون العقوبات.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 25 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16/07/1985 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.
3. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 16-01 المتضمن الدستور الجزائري على "الوقاية الصحية حق المواطن"، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية و مكافحتها.

### ■ المراسيم التنفيذية:

4. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 20، 145، العدد 34 المتضمن تعديل نظام الوقاية من إنتشار وباء كورونا ومكافحته.
5. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، تعليمة رقم 634، مواصلة النشاطات البيداغوجية فختتام السنة الجامعية 2019-2020، 14 ماي 2020.
6. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم التنفيذي رقم 20-72، العدد 17، يتضمن تمديد إجراء الحجر الجزئي المنزلي إلى بعض الولايات.
7. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-321، العدد 07، يتضمن تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة وسيرها.
8. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 20-102 يتضمن تمديد إجراء الحجر الجزئي المتخذة في إطار الوقاية من إنتشار وباء كورونا و مكافحته و تعديل اوقاته، العدد 24، الصادرة في 23 أفريل 2020.
9. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 20-69، العدد 15، يتعلق بتدابير الوقاية في إنتشار وباء كورونا و مكافحته.

10. عقدت وعرضت للتصديق والإنضمام بموجب قرار الجمعية العامة المم المتحدة 180/34 المؤرخ في 18 كانون الأول/ديسمبر 1979 دخلت حيز النفاذ في 3 سبتمبر 1981.
11. المادة 02 من المرسوم التنفيذي 321/07، العدد 67، المتعلق بتنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة و سيرها.

■ الكتب :

1. أحمد، مصطفى الحسين، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، د-د-ن.
2. الأخضر، سالمه ليام، محمود، سمير بارة، صنع السياسة العامة: دراسة في المفاهيم والمنهجية والبيئة حالة الجزائر، الأردن: دار مجدلاري للنشر والتوزيع، 2014.
3. إسماعيل، عبد الفتاح، عبد الكافي، أسس ومجالات العلوم السياسية، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، 2011.
4. إقبال، إبراهيم مخلوف، العمل الإجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجماعية.
5. البحري، حسن مصطفى، النظم السياسية، دمشق: د-د-ن، 2012.
6. بدر، أحمد، أصول البحث العلمي ومناهجه، الكويت: وكالة المطبوعات عبد الله حري، ط6، 1982.
7. بطرش، سليم، جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006.
8. توفيق إبراهيم، حسين، النظم السياسية العربية، الإتجاهات الحديثة في دراستها، لبنان: مركز دراسات الوحدة العربية، 2005.
9. جابرييل أموند، وجني بنجهام باول الإبن، (تر: هشام، عبد الله)، السياسات المقارنة في وقتها الحاضر، الأردن: دار مجدلوي للنشر و التوزيع، ط1، 2004.
10. حاروش، نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر: دار الحامة للكتاب، 2007.
11. ذياب، صلاح محمود، إدارة خدمات الرعاية الصحية، عمان: دار الفكر، 2009.
12. الزيات، عبد الحميد، التنمية السياسية، القاهرة: دار المعرفة الجامعية، ج2، 1999.
13. سلامة، بهاء الدين، الصحة والتربية الصحية، القاهرة: دار الفكر العربي، (د.ش.ت).

14. السواط، عوض الله، الإدارة العامة: المفاهيم، الوظائف، الأنشطة، السعودية، دار الحافظ، ط2، 1999.
15. شعراوي، سلوى، مفهوم إدارة شؤون الدولة والمجتمع: إشكالية نظرية في إدارة شؤون الدولة والمجتمع، القاهرة: منشورات دراسات واستثمارات، الإدارة العامة، 2001.
16. الصديقي، سلوى عثمان، السيد، رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الإجتماعي، مصر: دار المعارف الجامعية، 2004.
17. الصرخي، محمد، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2009.
18. العاني، حسان محمد شفيق، الأنظمة السياسية والدستورية المقارنة، بغداد: مطبعة جامعة بغداد، 1986.
19. عبد المحي، محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الإجتماعي والثقافي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003.
20. العلواني، عديلة، أسس إقتصاد الصحة، الجزائر: دار هومة للنشر والتوزيع، الجزء 01، 2014.
21. العهداوي، فهدى خليفة، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، الأردن: دار السير للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، 2001.
22. غرابيت، فوزي وآخرون، أساليب البحث العلمي في العلوم الإجتماعية والإنسانية، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، ط2، 2002.
23. فتحي، أحمد، أبوكريم، الشفافية والقيادة في الإدارة، عمان: دار الحامد، ط1، 2008.
24. القريوتي، محمد قاسم، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، الكويت: دار المؤلف، 2006.
25. مزاهرة، أيمن، الصحة والسلامة العامة، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، 2000.
26. موريس ديفرجيه، (تر: علي مقلد، عبد المحسن سعد)، الأحزاب السياسية، القاهرة: شركة الأمل للطباعة والأداب، 1987.
27. نجيب، وصال، العزاوي، مبادئ السياسة العامة، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، ط1، 2003.

## ■ المجالات:

1. بومعراف، إلياس عماري، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، في: مجلة الباحث، ع.07، 2010.
2. شريط، عابد، بن الحاج، جلول، دور القطاع الخاص في دعم التنمية، دراسة حالة الجزائر، المجلة الإستراتيجية والتنمية، م 6، ع10، الجزائر، 2016.
3. مجلس الأمة، "برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة"، في: مجلة الفكر البرلماني، العدد06، جويلية 2004، الجزائر.

## ■ المقالات:

1. براهيم أحمد، بن طاهر علي، "مفهوم الأحزاب السياسية ودورها في عملية رسم السياسة العامة للأبحاث"، م.6، ع.2، 31 جانفي 2021.
2. بوحجلة، محمد، رؤية استشرافية لدور الأوقاف في تحقيق الرعاية الصحية، الجزائر، (2021/12/01)، الع.02، سبتمبر 2021.
3. بوشلاغم، عميروش، شرقي، متصف، واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، م.4، ع.3.
4. بوعموشة، زعيم، فيروس كورونا(كوفيد 19) في الجزائر، التمكين الإجتماعي، م.2، ع.2، 30 جوان 2020.
5. بومعراف، إلياس، عماري، عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، الباحث، الع.07، 2010/2002.
6. زديرة، شرف الدين، دراسة تحليلية لتوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس ، قسنطينة، ع.28، 2015.
7. سهيلية، سماح، الإجراءات الوقائية للتصدي لفيروس كورونا في الجزائر، الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، م.5، ع.3، أكتوبر 2020، 2020/10/10.
8. عموت، كمال، قدوس، خديجة، الوعي الإجتماعي ودوره في الوقاية من فيروس كورونا، التمكين الاجتماعي، ع.30، 2020/06/2.
9. غرايبية، فضيلة، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر تحديات وإنجازات"، العلوم الإجتماعية و الإنسانية، ع.11.

10. قندلي، رمضان، "الحق في الصحة في القانون الجزائري"، دفاتر السياسة والقانون، الجزائر، ع.6، (جانفي 2012).

11. كرامة ، مروة ، رحال، فاطمة، تأثير الأزمات الصحية العالمية على الإقتصاد العالمي: تأثير فيروس كورونا كوفيد 19 على الإقتصاد الجزائري نموذجا، التمكين الإجتماعي، الع.02، 2020/06/30.

12. لوكال، مريم، مكافحة منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية العابرة للحدود، فيروس كورونا نموذجا، العلوم القانونية والنيابية، م.11، ع.2، 2020/09/28.

13. محمد أحمد حسين، مها يحيى، "تحليل السياسة العامة ، التطور والمنهجية ،كلية، التجارة للبحوث العلمية، م.55، ع.1(يناير 2018).

14. معزوزي، لقمان، آليات تفعيل الشراكة بين القطاع العام والخاص، البحوث و الدراسات الإنسانية، ع.2016، 12.

15. مغراوي، لقمان، "صناعة السياسات الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر، م.الجزائرية للدراسات السياسية، ع.1، جوان 2014.

16. مكي الحاج، حراش، مولود، "واقع جودة الخدمات الصحية في العيادات الخاصة ( دراسة حالة مصحة طب العيون بنور وسارة، المركز الجامعي مرسلبي عبد الله بتبازة ، الجزائر: مخبر البحث حول الإبداع و تغير المنظمات و المؤسسات السائدة، 2020/11/15

17. مناري، عياشة، مكافحة الجزائر لجائحة كورونا بين المساس بالحد الأدنى لحقوق الأجانب ومقتنيات في الحفاظ على الصحة العامة، جائحة كورونا(كوفيد19)، وأثرها على مخرجات آليات العامة بالجزائر: تداعيات و الأليات، الفكر، م.15، ع.3.

#### ■ الملتقيات :

1- بن شيخ، توفيق، الدراجي، لعنفي، إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، الملتقى الوطني الأول حول: الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التيسير ورهانات التمويل، 10-11 أبريل 2008.

2- بوعشيق، أحمد، عقود الشراكة بين القطاعين، العام والخاص: سياسة عمومية حديثة لتمويل التنمية المستدامة بالمغرب 2009، ورقة بحثية مقدمة، للمؤتمر الدولي للتنمية، الإدارية، نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، المملكة العربية السعودية.

- 3- خروف، منير، سماعلي، فوزي، الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين الخدمات الصحية، الملتقى الوطني الأول حول : الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل، 10-11 أفريل 2018.
- 4- دسوقي، علي الدين هلاي ، محمد، إسماعيل، محمد، إتجاهات حديثة في علم السياسة، الأحزاب، السياسية، في العالم الثالث، اللجنة العلمية للعلوم السياسية والإدارة العامة، 1999.
- 5- القصيحي، محمد مصطفى ، نظام السجل الطبي الإلكتروني، مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة، ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الدولي، عولمة الإدارة في عصر المعرفة، 15/17 ديسمبر 2012.
- 6- الكراز، أحمد، بيئة القطاع الخاص، النظرية و الواقع ، القطاع الخاص في التنمية ، تقسيم و إستشراف، الكويت، المعهد العربي للتخطيط، 2009.
- 7- ناجي، عبد النور، النظام السياسي، الجزائري بين الأحادية إلى التعددية ، جامعة قلمة، 05 ماي 1995، 2006.
- 8- نوي، نبيلة، الحكومة مدخل لتحسين كفاءة الأنظمة الصحية، الإثارة إلى واقع حكومة النظام الصحي الجزائري، ورقة بحثية في إطار أشغال لملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر واقع و أفاق، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة: كلية العلوم الإقتصادية و التجارة و علوم التسيير، 24-25 نوفمبر 2015.

#### ■ الموسوعات:

1. أوكادي، سمية، السياسة الصحية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأم و الطفل، مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق و العلوم السياسية، 2014.
2. بن زيان، إيمان، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر (دراسة تحليلية )، جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الإقتصادية و العلوم التجارية، [iman-benziane@yahoo.fr](mailto:iman-benziane@yahoo.fr)
3. بن فرج الله، بختة، المريض بين القطاع الصحي العام والخاص، (دراسة سوسولوجية ميدانية بالمستشفى الجامعي "أسعد حسني" ببني مسوسو عيادة خاصة "سيدي يحيى" ببئر مراد رايس)، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر: كلية العلوم الإجتماعية ، 2000-2001.

4. بوحريص، محمد، حوكمة الصحة العالمية بين الأسس المعيارية و المصالح ، مذكرة ماجستير، جامعة باتنة، 2013.
5. بوراس، عقاق، السياسة العامة الصحية في الجزائر من 1999 إلى 2009، مذكرة ماستر، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي : كلية الحقوق و الهلوم السياسية، 2014-2015.
6. بوقصة، عبلة، الجرائم المتعلقة بالصحة العمومية. مذكرة ماستر، جامعة تبسة، 2015-2016.
7. بولحفة، منال، رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017، أطروحة دكتوراه، طور ثالث، جامعة الجزائر3، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2017-2018.
8. حاج عيسى، سيد أحمد، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، كلية علوم التسيير، 2011-2012.
9. حجوط، يوبة، قروفي، سليمان، دور القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988-2014، مذكرة ماستر، جامعة مولود معمري بتيزي وزو: كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2014-2015.
1. حسين، عمر، موسوعة المصطلحات الإقتصادية، القاهرة 1995، مكتبة القاهرة الحديثة.
10. خروبي، بزازة، عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-2009)، دراسة حالة للمؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بشلف، مذكرة ماستر، جامعة الجزائر3 : كلية العلوم السياسية و الإعلام، 2011.
11. دناس، حفيظة، واقع القطاع الخاص، وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر، دراسة عيادة الرازي ببسكرة، مذكرة ماجستير، جامعة خيضر ببسكرة، كلية الحقوق و العلوم السياسية، 2013.
- الرسائل الجامعية:
12. زروالية، رضا، التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية بحي أفوراج مدينة باتنة، مذكرة ماستر، جامعة الحاج لخضر: كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية و العلوم الإسلامية، 2010-2011.
13. سيرر، عبد الله رايح، عملية صنع القرار و تطبيقه في الإدارة العامة، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، كلية العلوم السياسية، 2006.
14. صيفي، ذهبية، النضج التعاقدى كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري، مذكرة ماستر، المدرسة الوطنية للصحة العمومية بالجزائر، جوان 2008.

15. العباسي، إيمان، واقع الخدمات الصحية في الجزائر، دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص، مذكرة دكتوراه، جامعة الجزائر3، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2014-2015.
16. قواسمية، رشيدة، دور الفواعل المحلية في تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف، البيض، جامعة مولاتي الطاهر، سعيدة.
17. لمزاود، صباح، دور القطاع الخاص في إنشاء المدن الجديدة، مذكرة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة.
18. محمد العيد، جسني، السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية في منظور الإقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، مذكرة الماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة: كلية الحقوق و العلوم السياسية، 2012-2018.
19. مقدم، طارق، إصلاح المؤسسة الصحية من خلال إعادة النظر في تمويلها، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية، 2007-2008.
20. مقورة، مفيدة، السياسة العامة في الجزائر بين الأسس النظرية وآليات التطبيق 1989-2017، أطروحة دكتوراه، جامعة صالح بونيدرر قسنطينة03: كلية العلوم السياسية، 2018-2019.
21. ميلودي، سعدية، دور القطاع الخاص في رسم السياسات العامة الصحية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة المغيث بعين الحجر ولاية سعيدة، مذكرة ماستر، جامعة سعيدة الطاهر مولاي: كلية الحقوق و العلوم السياسية، 2015.
22. نجات، تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة: كلية العلوم الإقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 2011-2012.
23. يحيوي، إلهام، بوحديد، ليلي، تقديم جودة الخدمات الصحية، و مستوى رضا الزبائن عنها، دراسة ميدانية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بباتنة، جامعة الحاج لخضر باتنة: كلية العلوم الإقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 2014.

#### ■ المنظمات والهيئات الدولية:

1. دكروري، محمد متولي محمد، الشراكة مع القطاع الخاص و التركيز على التجربة المصرية، الإدارة العامة للبحوث المالية، وزارة المالية 2007.

2. مجلس النواب لجنة حقوق الإنسان النيابية، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان، الحق في الصحة: سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، 20 نوفمبر 2008.
3. منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى، التقرير الخاص بالصحة في العالم، حنيف، 2008.
4. وزارة الصحة العراقية، السياسة الصحية الوطنية (2014-2023)، جمهورية العراق، جانفي 2014.
5. ياغي، عبد الفتاح، السياسات العامة النظرية و التطبيق، مصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2016.
- المقابلات الشخصية:
1. بن عبدالله نور الهدى، مسؤولة التسيير و الجودة، دور عيادة الأزهر في تخطي جائحة كورونا، عيادة الأزهر في 15 ماي 2022.
- المواقع الإلكترونية:
- 1- حسينة ، تطور المنظومة الصحية منذ الإستقلال، جريدة المساء في 05/07/2012، من <http://www.elmasa.com> تاريخ الإطلاع 05/04/2022.
- 2- أحدث الأفكار، الصحة الإلكترونية، في 27/02/2022 من <http://ideas.mat.gov>
- 3- منظمة الصحة، في 27/02/2022 من <https://who.into/ar/news.room/fact.sheets/detail/universal-health-coverage.vhc>
- 4- الجيلانية، معهود، تقرير تقليل الضغط على الحكومة في بناء المستشفيات وإمداد القطاع الصحي بالخيرات و التكنولوجيا المقدمة، الطلب المتزايد على الخدمات يدعو القطاع الخاص ليتبنى مشاريع في الأطراف الصناعية و غسيل الكلى و علاج الإدمان ، 21/06/2022 من [www.google/amp/s/www.onandaily.com/amp article/821](http://www.google/amp/s/www.onandaily.com/amp%20article/821)
- 5- مهنا، أحمد، بحث عن الصحة العامة، 07/04/2020 من <http://www.almuheet.net/338>
- 6- سهيلية، سماح، جائحة فيروس كورونا في الجزائر 2020 في 17/04/2022 من <http://www.wikiand.com/ar>
- 7- برزونات، يونس، ماعادات طبية صينية إلى الجزائر لمكافحة كورونا، 17/04/2020 من <http://al-aim.com/article/algerie-chine-experina-corona-medical.ar>

8- الجزائر: تشديد العقوبات على عدم الإلتزام بالحجر المنزلي، 29/06/2020 من

<http://www.alghad.com>

9- سافيدر، خايبي، التعليم في زمن فيروس كورونا: التحديات والفرص في 06/05/2022 من

<http://but.ly/2s/PIFPZ>

10- النص الكامل لبيان الإجتماع الدوري لمجلس الوزراء، 22 مارس 2020 من

<http://www.radiologie.dz/news/ar/article/20200322>

11- هاني، عبد اللطيف، آثار كورونا الاقتصادية، خسائر فادحة و مكاسب ضئيلة ومؤقتة، 7 ماي

2022 من [https:// bit-ly/3CDA](https://bit.ly/3CDA)

12- تعليمة الوزير الأول، 07 أبريل 2020 من <http://www.promos.ministre.gov.dz>

#### ■ المحاضرات:

1. عولمي، بسمة، محاضرات في مادة السياسات والنظم المالية العمومية، 2021-2022.

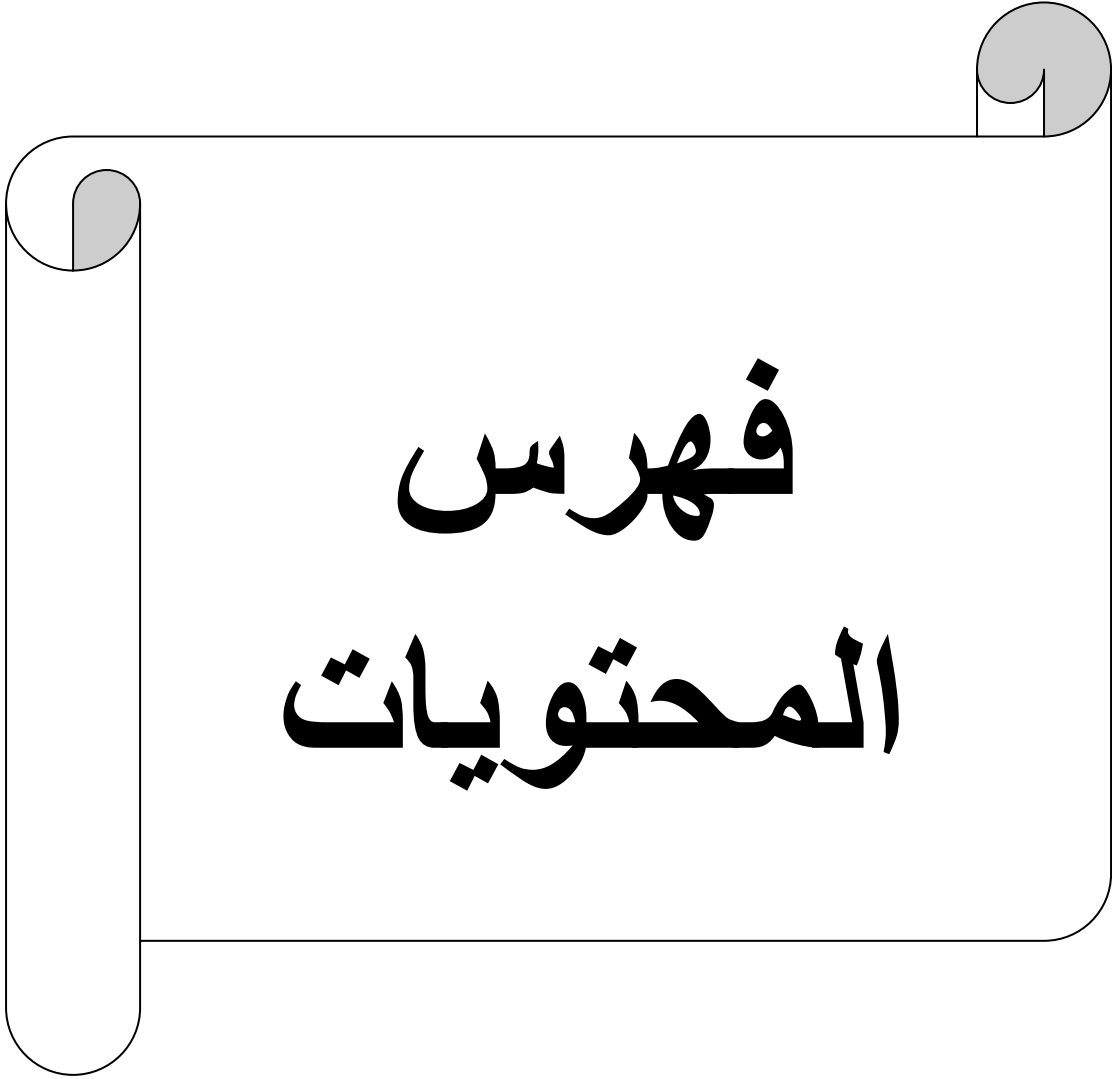


# الملاحق



# فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
99	تطور عدد الأطباء في القطاع الخاص في المرحلة الممتدة بين 2001-1995	1
100	تطور عدد الممارسين في القطاع الخاص بين 2009-2002	2
101	البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص الفترة 2007-2002	3
102	وحدات هياكل القطاع الخاص 2007-2005	4
138	عدد الإحصائيات الصحية حول الجزائر	5
139	تعداد الهياكل الصحية في الجزائر	7
140_141	التغطية الصحية بالجزائر حسب عدد السكان	8
142_143	الأقسام الطبية والجراحية في عيادة الأزهر	9



# فهرس المحتويات

## فهرس المحتويات:

- الإهداء
- شكر و عرفان
- ملخص البحث
- مقدمة ..... 01
- الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة العامة الصحية ..... 12
- المبحث الأول: السياسة العامة مدخل مفاهيمي ..... 12
- المطلب الأول: نشأة وتطور السياسة العامة ومفاهيمها ..... 12
- المطلب الثاني: أهداف وخصائص السياسة العامة ..... 15
- المطلب الثالث: أنواع ومستويات السياسة العامة ..... 19
- المطلب الرابع: فواعل صنع السياسة العامة ..... 23
- المبحث الثاني: السياسة العامة الصحية مدخل مفاهيمي ..... 35
- المطلب الأول: مفهوم الصحة والسياسة العامة الصحية ..... 35
- المطلب الثاني: نشأة وتطور السياسة العامة الصحية ..... 46
- المطلب الثالث: أهمية وأهداف السياسة العامة الصحية ..... 53
- المطلب الرابع: مبادئ السياسة العامة الصحية ..... 58
- المطلب الخامس: مقومات السياسة العامة الصحية ..... 56
- خلاصة الفصل ..... 62
- الفصل الثاني: تطور النظام الصحي في الجزائر ..... 65
- المبحث الأول: نظام الصحة العمومي ..... 65
- المطلب الأول: تنظيم النظام الصحي في الجزائر ..... 65
- المطلب الثاني: اختلالات التي شهدها القطاع الصحي وطرق معالجتها ..... 69

- 74.....المطلب الثالث: أهم تحديات ورهانات قطاع الصحة في الجزائر.....
- 84.....المبحث الثاني: النظام الصحي الخاص.....
- 84.....المطلب الأول: نشأة القطاع الصحي الخاص في الجزائر.....
- 89.....المطلب الثاني: خصائص وهياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر.....
- 94.....المطلب الثالث: تحديات وآفاق القطاع الصحي الخاص في الجزائر.....
- 107.....المطلب الرابع: علاقة قطاع الصحة الخاص بقطاع الصحة العمومية.....
- 115.....خلاصة الفصل.....
- الفصل الثالث: دور القطاع الخاص في مواجهة فيروس كورونا وتداعياتها" دراسة حالة عيادة الأزهر".....
- 118.....
- المبحث الأول: التداعيات الوبائية لجائحة كورونا على قطاع الصحة في الجزائر.....
- 118.....المطلب الأول: لمحة عامة حول فيروس كورونا المستجد.....
- 123.....المطلب الثاني: تداعيات أزمة كورونا على السياسات العالمية.....
- المطلب الثالث: الآثار المترتبة على أزمة كورونا في الجزائر.....
- 126 .....
- المطلب الرابع: الإجراءات الوقائية التي اتخذتها الحكومة الجزائرية لمواجهة فيروس كورونا...  
134 .....
- المبحث الثاني: عيادة الأزهر في ظل جائحة كورونا وأدائها.....
- 148 .....
- المطلب الأول: التنظيم الهيكلي للعيادة.....
- 148 .....
- المطلب الثاني: الإمكانيات المادية والبشرية لعيادة الأزهر.....
- 148 .....
- المطلب الثالث: أهداف وتحديات عيادة الأزهر.....
- 152 .....
- المطلب الرابع: دور عيادة الأزهر في التغطية الصحية.....
- 154 .....
- المطلب الخامس: تقييم خدمات عيادة الأزهر.....
- 156 .....
- 158 .....خلاصة الفصل.....

160	.....الخاتمة	-
165	.....قائمة المراجع	-
170	.....الملاحق	-
171	.....فهرس الجداول	-
173	.....فهرس المحتويات	-