وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

قسم السياسات العامة والنظم المقارنة

دور السياسات الصحية في تحقيق الأمن الصحي في الجزائر -جائحة كوفيد نموذجا (2020-2024)

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: سياسات عامة

من إعداد:

قرادشي فريال

تحت إشراف:

د. خنيش ليندة

أعضاء لجنة المناقشة

الرتبة العلمية	مؤسسة الانتساب	الصفة
أ.د- مغراوي لقمان	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	رئيسا
د- خنيش ليندة	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	مشرفا ومقررا
د- عامر ناصر	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

" الاجتهاد في طلب العلم يضعنا في رحلة لا نهاية لها فكل درس نستكشفه يزيدنا من الحكمة والتميز، وفي عالم العلم لا يوجد نهاية للتعلم."

شكر وتقدير

اللهم لك الحمد والشكر عدد ذرات الكون في السماوات والأرض وما بينهما وما وراء ذلك.

الحمد لله على إحسانه والشكر له على توفيقه لي لإتمام هذا البحث العلمي

ويسعدنا أن نتقدم بخالص شكرنا وامتنانا وفائق احترامنا إلى كل من أمد لنا بيد العون وساعدنا لإتمام هذا العمل ونخص بذكرنا **المؤطرة حنيش ليندة** على ما قدمته لنا من نصائح وتوجيهات سديدة وعلى ملاحظاتها القيمة وتوصياتها الدقيقة ومعاملتها الطيبة واحتراما لجهدها لإتمام هذا العمل المتواضع حفظها الله وأطال في عمرها.

إلى أعضاء اللجنة الموقرة التي تفضلت بمناقشة هذا العمل تحية احترام وتقدير.

إلى كل من علمني من الطور الابتدائي إلى الجامعي تحية شكر وعرفان

إلى استاذي الفاضل جزاه الله عني كل خير الاستاذ " **عامر ناصر**" والأستاذ "**سامي كعبش**" تحية تقدير ووفاء و احترام.

إلى جميع من شجعني وقدم لي يد العون حتى يرى هذا العمل النور .... شكرا لكم جميعا.

الطالبة قرادشي

الإهـــداء

(وَ آخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنِ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ)

صدق الله العظيم

لقد كان طريقي طويلا و الوصول على قدر المشقة مهيبا عظيما اللهم إنني سعيت و إنك أحسنت لي الجزاء فالحمد لله الذي وفقني للبدايات بفضله و بلغني مسك الختام بكرمه. بعد جهد وتعب وتحديات استطعت وأخيرا أن أحصل على لقب الخريجة " قرادشي فريال"

أهدي تخرجي إلى نفسي التي كانت ولا زالت أهلا لكل المصاعب والتحديات إلى نفسي الطموحة جدا التي لم تخذلني مبروك نجاحنا

إلى من زين إسمي بأجمل الألقاب من دعمني بدون حدود من علمني أن الدنيا كفاح و سلاحها العلم من أزال الشوكة عن طريقي إلى **والدي العزيز** رفيق أدامك الله سندا.

إلى من هونت علي في كل أزمة مررت بها ، إلى **عزيزة قلبي أمي** حنان، علمتني المشي صغيرة و ها انا أركض كبيرة نحو أحلامي التي لطالما شجعتني الوصول إليها.

إلى من عشت معهم طفولتي و من حياتي بهم سعيدة إلى الذي سعى و تعب من أجل نجاحي الذي كان مقام أبي الثاني "جدي محمد عزيزي شكرا لك."

الى من إستيقظت فجرا من أجل الدعاء لي إلى معنى الحب و الحنان جدتي شريفة أمي الثانية "أحبك .

إلى سندي داعمي النفسي يميني و قوتي بعد الله إلى **روحي إختي شهيناز** و اختي سارة واخي محمد

إلى من ساندني و أزاح عني طريقي المخاوف إلى من وقف معي في كل الشدائد إلى من شجعني و كان سندا لي بعد عائلتي

إلى من كانوا أغلى من الروح ورائحة من أمي و جزء كبير من الأخت "خالاتي" امينة ، صارة ، باية، فحبهم في قلبي فاق روحي عن ألف كلام و كلام.

إلى كل من أحبهم قلبي أخوتي التي لم تنجبهم أمي لكنهم قطعة مني **"رانيا هاجر ناريمان شراز هديل اسمهان**.

إلى جميع أساتذتي الكرام.

إلى صديقاتي الذين جمعتني بهم هذه المدرسة.

إلى كل من كان لهم الفضل إلى وصولي إلى هذه المرحلة و لو بالدعاء.

فهرس المحتويـــات

فهرس المحتويــات

شكر وتقدير..... I

الإهـــداء II

فهرس المحتويــات III

قــائمة الجداول والأشكال البيانية VII

مقدمـــة..... أ

الفصل الأول: ماهية السياسات الصحية والأمن الصحي..... 1

تمهيد: 2

المبحث الأول: ماهية السياسات الصحية 3

المطلب الأول: مفهوم السياسات الصحية وأهدافها 3

المطلب الثاني: مقومات السياسات الصحية 8

المطلب الثالث: مراحل صنع السياسة الصحية..... 9

المبحث الثاني: ماهية الأمن الصحي..... 11

المطلب الأول: تعريف الأمن الصحي..... 11

المطلب الثاني: مؤشرات الأمن الصحي ومجالاته..... 15

المطلب الثالث: مداخل الأمن الصحي 18

المبحث الثالث: دور السياسات الصحية في تحقيق الأمن الصحي..... 22

المطلب الأول: دور النظام الصحي في تحقيق الامن الصحي..... 22

المطلب الثاني : أدوات واهداف السياسات الصحية في تحقيق الامن الصحي 25

المطلب الثالث: العلاقة بين السياسات الصحية والأمن الصحي 28

خلاصة الفصل: **31**

فهرس المحتويــات

الفصل الثاني: السياسات الصحية في الجزائر 32

تمهيد: 33

المبحث الأول: تطور السياسات الصحية في الجزائر 34

المطلب الأول: فترة ما بعد الاستقلال إلى فترة التسعينيات 34

المطلب الثاني: الفترة الحالية (2000 – 2024) 37

المبحث الثاني: الإطار القانوني والمؤسساتي للسياسات الصحية في الجزائر 42

المطلب الأول: الصحة في الجزائر عبر الدساتير 42

المطلب الثاني: الإطار القانوني للمنظومة الصحية في الجزائر 45

المبحث الثالث: تحليل النظام الصحي الجزائري 52

المطلب الأول: البنية التحتية للمنظومة الصحية الجزائرية 53

المطلب الثاني: تمويل النظام الصحي في الجزائر 62

المطلب الثالث: التحديات التي تواجه النظام الصحي وآفاق تطويره 66

خلاصة الفصل: 70

الفصل الثالث: استراتيجية الجزائر لمواجهة كوفيد 19 ودورها في تحقيق الأمن الصحي 71

تمهيد: 72

المبحث الأول: لمحة عامة عن جائحة كوفيد في الجزائر 73

المطلب الأول: تعريف ونشأة الفيروس 73

المطلب الثاني: مسار انتشار فيروس كوفيد-19 في الجزائر 74

المبحث الثاني: الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة جائحة كوفيد-19 81

المطلب الأول: الاستراتيجية الوقائية والردعية 81

المطلب الثاني: الاستراتيجية العلاجية 90

المطلب الثالث: التنظيم المؤسسي لإدارة جائحة كوفيد 19 93

فهرس المحتويــات

المبحث الثالث: تقييم السياسات الصحية اثناء جائحة كوفيد -19 98

المطلب الأول: التحديات التي واجهت الجزائر أثناء الجائحة 98

المطلب الثاني: آثار جائحة كوفيد-19 104

المطلب الثالث: تقييم السياسات الصحية اثناء وبعد جائحة كوفيد- 19 108

خلاصة الفصل: 139

خاتمــة 140

قائمـة المراجع 151

قـــائمة الجداول والأشكال البيانية

قـــائمة الجـــداول

الرقم	العنـــوان	الصفحة
01	يبين ملامح كل مرحلة وبما تميزت	41
02	يبين كل هيئة و مهامها الرئيسية	56

قـــائمة الأشكـــال البيـــانية

الرقم	العنـــوان	الصفحة
01	مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج البيانات لباتريك فافارد	09
02	يُلخّص ميزانية قطاع الصحة في الجزائر خلال السنوات الخمس الأخيرة، استنادًا إلى قوانين المالية الرسمية	64
03	تطور إصابات جائحة كوفيد من مارس 2020 إلى مارس 2022	75
04	حالات الإصابات المنسوبة لجائحة كوفيد 19 في الجزائر من 25 فيفري إلى 31ديسمبر 2020	76
05	مجموع الحالات المؤكدة والوفيات بجائحة كوفيد – 19 في الجزائر	77
06	حالات الوفيات بكوفيد 19 – في الجزائر حسب الفئة العمرية	79
07	عدد حالات الشفاء والوفيات المنسوبة إلى كوفيد –19 في الجزائر من شهر جانفي2021 الى افريل 2021	80
08	حالات الوفيات المنسوبة لجائحة كوفيد–19 في الجزائر حسب الولايات	85
09	لقاحات جائحة كوفيد– 19 المعتمدة في الجزائر	92
10	الهيكل التنظيمي للوكالة الوطنية للأمن الصحي	95
11	يوضح مؤشرات تقييم النظم الصحية حسب مجموعة DKG	110
12	نتائج تحليل بيانات ميزانية وزارة الصحة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنيةEVIEWS	121
13	نتائج تحليل معدل الوفيات لكل 10,000 نسمة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS	122
14	نتائج تحليل عدد المستشفيات في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS	124

قائمة الجداول والأشكال

15	نتائج تحليل نسبة التغطية بالتلقيح في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS	126
16	نتائج تحليل عدد الأسرة لكل 10,000 نسمة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS	127
17	نتائج تحليل عدد الأطباء لكل 10,000 نسمة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS	129
18	حساب معامل الارتباط بين متغير (ميزانية قطاع الصحة، عدد الأطباء لكل 10000نسمة، عدد الأسرة 10000نسمة، عدد المستشفيات، نسبة التغطية بالتلقيح، معدل وفيات الأمهات لكل 10000نسمة، بإستخدام Eviews	130

مقدمـــة

مقدمـــة

يُعدّ قطاع الصحة في الجزائر من الركائز الأساسية ذات البُعد الاستراتيجي، نظراً لما يمثله من دور محوري في صون حياة الأفراد، وتعزيز رفاه المجتمع، ودفع مسار التنمية الشاملة والمستدامة. فمنذ نيل الاستقلال سنة 1962، أولت الدولة الجزائرية اهتمامًا كبيرًا لبناء منظومة صحية وطنية ترتكز على مبادئ العدالة الاجتماعية ومجانية العلاج، مع الحرص على توسيع التغطية الصحية لتشمل مختلف شرائح المجتمع، لا سيما في المناطق ذات الاحتياجات الخاصة.

وقد تُرجمت هذه التوجهات من خلال استثمار الدولة في إنشاء شبكة متكاملة من الهياكل والمؤسسات الصحية، ضمّت المستشفيات الجامعية، والعيادات متعددة الخدمات، ومراكز الصحة الجوارية، إضافة إلى برامج وطنية للوقاية والتلقيح. وأسفرت هذه الجهود عن تحسن ملحوظ في العديد من المؤشرات الصحية، على غرار انخفاض معدل وفيات الأمهات والأطفال، وارتفاع متوسط العمر المتوقع، وتراجع انتشار بعض الأمراض المعدية. ومع ذلك، فإن النظام الصحي لا يزال يواجه جملة من التحديات البنيوية والتنظيمية التي تعيق تحقيق الأداء الأمثل، ومن أبرزها النقص الحاد في الموارد البشرية المؤهلة، والتوزيع غير المتوازن جغرافيًا للخدمات الصحية، إضافة إلى محدودية التمويل العمومي، وضعف فعالية التسيير والحوكمة داخل المؤسسات الصحية.

في هذا السياق، تبرز السياسات الصحية كأداة مركزية تعتمد عليها الدولة في ضبط القطاع الصحي، وتحديد الأولويات، وتوجيه الموارد البشرية والمادية نحو تحقيق أهداف الصحة العمومية. وتزداد أهمية هذه السياسات في ظل التغيرات الصحية المتسارعة، حين تصبح مسألة الأمن الصحي – بوصفه قدرة الدولة على الوقاية من التهديدات الصحية، والاستعداد لها، والاستجابة السريعة والفعالة لها – أحد الأبعاد الجوهرية لأي سياسة صحية رشيدة.

وقد شكّلت جائحة كوفيد-19 منعطفًا حاسمًا واختبارًا فعليًا لمدى مرونة وصمود الأنظمة الصحية على المستوى العالمي، ولم يكن النظام الصحي الجزائري استثناءً في هذا السياق. فقد كشفت الأزمة عن مكامن قوة نسبية، لكنها أماطت اللثام كذلك عن اختلالات هيكلية، تتطلب مراجعة شاملة لمنظومة التسيير والتخطيط الصحي. ومن بين أبرز التدابير التي اعتمدتها الدولة الجزائرية في مواجهة الجائحة: تعزيز قدرات المستشفيات من خلال التوسع في تجهيز وحدات الإنعاش، فرض الحجر الصحي الجزئي والكلّي في مختلف الولايات، إطلاق حملات تطعيم وطنية، وتكثيف الحملات التوعوية عبر مختلف وسائط الإعلام.

كما أبرزت الأزمة الأهمية القصوى للتكامل بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي، سواء تعلق الأمر بالسلطات العمومية، أو بالمجتمع المدني، أو بالقطاع الخاص، وهو ما يفتح آفاقًا جديدة لإرساء نموذج

صحي أكثر شمولاً وتشاركية. ويمثّل الربط بين السياسات الصحية والأمن الصحي أحد أبرز الدروس المستخلصة، حيث أظهرت الجائحة أن ضمان استمرارية الخدمات الأساسية في فترات الأزمات يستوجب وجود سياسة صحية استباقية، مرنة، ومبنية على أسس علمية ومؤسساتية صلبة.

1- إشكالية الدراسة:

رغم التوجه التضامني للدولة الجزائرية في بناء منظومة صحية عمومية تعتمد على مجانية العلاج وتوسيع التغطية، كشفت جائحة كوفيد-19 عن مجموعة من الاختلالات البنيوية والتنظيمية داخل النظام الصحي، ما طرح تساؤلات حول مدى نجاعة السياسات الصحية المعتمدة في ضمان الأمن الصحي الوطني خلال الأزمات. وفي هذا السياق، تُطرح الإشكالية المركزية على النحو التالي:

إلى أي مدى ساهمت السياسات الصحية المتبعة في الجزائر خلال فترة كوفيد-19 (2020-2024) في تحقيق الأمن الصحي؟

2-الأسئلة الفرعية:

- ✓ كيف تطورت السياسات الصحية في الجزائر؟
- ✓ ما هي أبرز الاستراتيجيات المتخذة أثناء فترة كوفيد-19
- ✓ ما مدى شمولية السياسات الصحية في الجزائر خلال جائحة كوفيد-19؟
- ✓ هل تسبب غياب التخطيط الاستراتيجي قبل الجائحة في إضعاف فعالية الاستجابة الصحية؟
- ✓ هل تم اعتماد آليات فعالة للتخطيط، المتابعة، والتقييم في تنفيذ السياسات الصحية؟
- ✓ هل أدى ارتفاع الإنفاق الصحي إلى تحسن فعلي في جودة الخدمات الصحية؟
- ✓ ما مدى عدالة توزيع الموارد الصحية بين مختلف ولايات الوطن خلال فترة الجائحة وما بعدها؟
- ✓ ما دور التحديات البنيوية (كضعف الرقمنة، ونقص الكوادر، ومركزية القرار) في الحدّ من فعالية هذه السياسات؟
- ✓ كيف أثّرت المركزية الإدارية على سرعة وفعالية الاستجابة الصحية محليًا؟
- ✓ ما هي الإصلاحات اللازمة لضمان تحقيق أمن صحي شامل ومستدام في الجزائر مستقبلاً؟

3-الفرضيات:

3-1- الفرضية الرئيسية:

- ✓ رغم الطابع التضامني للسياسات الصحية في الجزائر، فإن فعالية هذه السياسات في تحقيق الأمن الصحي خلال جائحة كوفيد-19 (بين 2020 و2024) ظلت محدودة بسبب اختلالات هيكلية في الحوكمة، التمويل، وتوزيع الموارد، ما يستدعي إعادة صياغة استراتيجية وطنية صحية شاملة تستند إلى التقييم العلمي، الرقمنة، والتمويل المبني على الأداء.

3-2- الفرضيات الفرعية:

- ✓ ساهم غياب التنسيق بين مختلف مستويات صنع القرار الصحي في الجزائر في إضعاف قدرة الدولة على الاستجابة السريعة والفعالة خلال المراحل الأولى من الجائحة.
- ✓ كشف عدم توازن توزيع الموارد البشرية والمادية بين الولايات، خاصة بين الشمال والجنوب، عن ضعف العدالة الصحية وأثر بشكل مباشر على الأمن الصحي المحلي.
- ✓ ساهم تأخر إدماج الرقمنة ونظم المعلومات الصحية في منظومة القرار في ضعف تتبع الحالات والتدخل الوقائي في الوقت المناسب.
- ✓ رغم تعدد الإصلاحات والتعديلات القانونية، لم تحقق السياسات الصحية نتائج ملموسة في تحسين مؤشرات الأمن الصحي بسبب غياب آليات التقييم الدوري والمبني على مؤشرات الأداء.
- ✓ ساهمت الجائحة في تسليط الضوء على مكامن الضعف، مما يجعل فترة ما بعد كوفيد فرصة لإعادة هيكلة النظام الصحي نحو نموذج أكثر مرونة واستدامة.
- ✓ يُضعف عدم وجود نظام تقييم دوري للسياسات الصحية فرص التعلّم من الأزمات والتطوير المستمر.

4-المناهج والأدوات المُستخدمة:

4-1- المنهج الوصفي:

تم اعتماد المنهج الوصفي في هذه الدراسة باعتباره المنهج الأنسب لرصد وتحليل ظاهرة الأمن الصحي في الجزائر، لاسيما في ظل جائحة كوفيد-19، وذلك بهدف الوصول إلى فهم شامل ودقيق لمختلف عناصر ومكونات هذه الإشكالية. يتيح هذا المنهج وصف الواقع الصحي كما هو، من خلال عرض

السياسات الصحية المتبعة، والآليات المؤسسية المعتمدة، والتدابير الاستعجالية المتخذة لمواجهة الجائحة، فضلاً عن تسليط الضوء على التحديات البنيوية والتنظيمية التي واجهت القطاع الصحي خلال الأزمة.

وقد تم توظيف البُعد التحليلي من هذا المنهج لتفسير الظروف التي ساهمت في هشاشة الأداء الصحي في بعض الفترات، وتحديد العوامل التي أثرت في فعالية الاستجابة، مثل نقص الموارد، ضعف الحوكمة، التفاوت الجغرافي في توزيع الهياكل الصحية، ومدى التنسيق بين الفاعلين. كما أتاح هذا المنهج تحليل مضمون السياسات الحكومية، واستيعاب أبعادها وتقييم نتائجها، خاصة فيما يتعلق بالإجراءات الاحترازية، واستراتيجيات التلقيح، والتواصل مع المواطنين.

وبذلك، ساهم المنهج الوصفي في تقديم قراءة علمية معمّقة للواقع الصحي في الجزائر خلال الجائحة، من خلال الجمع بين وصف الظواهر كما ظهرت على الأرض، وتحليل أسبابها، وتفسير تداعياتها على الأمن الصحي الوطني.

4-2- المنهج الاحصائي:

من خلال دراسة وتحليل الاحصائيات والمعطيات الوطنية الصادرة في مجال الصحة بتقنية **EVIEWS**

كما تم الاعتماد على مجموعة من الاقترابات تمثلت في:

- ✓ **الاقتراب القانوني:**

يركز الاقتراب القانوني على دراسة الأحداث والمواقف والعلاقات والأبنية، وعلى الجوانب القانونية، أي على مدى التزام تلك الظواهر بالمعايير والضوابط المتعارف عليها والقواعد المدونة وغير المدونة أي على مدى تطابق الفعل مع القاعدة القانونية أو انفلاته من ضوابطها[1]. تم الاعتماد على الاقتراب القانوني بهدف إبراز الأطر التشريعية والتنظيمية التي تؤطر الموضوع قيد الدراسة، وذلك انطلاقاً من أن أي سياسة تعتمدها الحكومة لا بد أن تستند إلى إطار قانوني يحدد معالمها ويضبط آليات تنفيذها، بحكم طبيعة العمل المؤسساتي للدولة. وفي هذا السياق، تم الاستناد إلى مختلف النصوص القانونية والتشريعية ذات الصلة، التي تُعد الأساس الذي تُبنى عليه السياسات الصحية والإجراءات المرتبطة بها.

[1] عمار بوحوش وآخرون، **منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية**، برلين ألمانيا، المركز الديمقراطي العربي (2012)، ص215

✓ **الاقتراب المؤسسي:**

تم اعتماد الاقتراب المؤسسي في هذه الدراسة بهدف تحليل البنى والهياكل المؤسسية المعنية بصياغة وتنفيذ السياسات الصحية، لا سيما تلك المتعلقة بإدارة الأزمات الصحية والتعامل مع جائحة كوفيد-19. ويستند هذا الاقتراب إلى اعتبار أن الأمن الصحي ليس نتاج قرارات قانونية مجردة فحسب، بل هو نتيجة لتفاعل مؤسسات الدولة (كالوزارات، والهيئات الصحية، ومراكز القرار) مع السياقين الداخلي والخارجي، بما يعكس ديناميكيات صنع القرار العمومي في حالات الطوارئ.

وقد تم التركيز من خلال هذا الاقتراب على الدور المحوري الذي لعبته وزارة الصحة، والخلايا الحكومية للأزمات، واللجنة العلمية، والمؤسسات الاستشفائية، في تصميم وتنفيذ التدابير الوقائية والاستجابة الصحية. كما أتاح الاقتراب المؤسسي تجاوز محدودية المقاربة القانونية التي تقتصر على تحليل النصوص الرسمية، وذلك من خلال إبراز التفاعل العملي للمؤسسات مع التحديات الوبائية، وتقييم مدى نجاعة تدخلاتها في مختلف مراحل الأزمة.

وبهذا المعنى، يُعد الاقتراب المؤسسي إطاراً تحليلياً متكاملاً يسمح بفهم الأدوار، العلاقات، والقرارات التي اتخذتها المؤسسات الرسمية في الجزائر لضمان الأمن الصحي، وكشف نقاط القوة والقصور في عملها، خاصة في سياق أزمة عالمية معقدة مثل جائحة كوفيد-19.

✓ **اقتراب النخبة:**

تم توظيف اقتراب النخبة في هذه الدراسة لتسليط الضوء على الدور المحوري الذي تلعبه النخب السياسية والإدارية في صياغة السياسات الصحية العامة وتوجيهها، خصوصاً في سياقات الأزمات الصحية مثل جائحة كوفيد-19. ينطلق هذا الاقتراب من فرضية مفادها أن عملية صنع القرار لا تتم بشكل جماعي أو ديمقراطي صرف، بل هي في الغالب نتاج لقرارات أقلية مهيمنة تمتلك أدوات التأثير وصلاحيات التوجيه، سواء على المستويين السياسي أو المؤسساتي[2].

وفي السياق الجزائري، مثّلت النخبة السياسية والتنفيذية، وعلى رأسها رئيس الجمهورية ووزير الصحة، الفاعلين الأساسيين في تحديد التوجهات العامة لمجابهة الجائحة، من خلال الإعلان عن حالة الطوارئ الصحية، وتشكيل لجان علمية واستشارية، وتوجيه موارد الدولة نحو دعم المنظومة الصحية. كما أن قرارات

[2] ليلى صوالحي، **اقتراب النخبة ودوره في تحليل الظواهر السياسية**، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، م، 12، ع، 3 جويلية.2023، ص83

مثل فرض الحجر الصحي، وإغلاق الحدود، وتوفير اللقاحات، جاءت من قمة هرم السلطة، ما يعبّر عن حضور واضح لهيمنة النخب على القرار الصحي في زمن الأزمات.

بالتالي، يسمح اقتراب النخبة بفهم آليات السيطرة والتوجيه داخل أجهزة الدولة، وتحليل كيفية تركّز القوة الصحية في يد مجموعة محدودة من الفاعلين القادرين على التأثير في مسار السياسات الصحية، مما يؤكد الطابع المركزي والمركّز لصنع القرار الصحي في الجزائر خلال جائحة كوفيد-19.

- ✓ **اقتراب الجماعة:**

تم توظيف اقتراب الجماعة في هذه الدراسة لتحليل أدوار وتأثيرات مختلف الفاعلين الجماعيين ضمن المنظومة الصحية الجزائرية خلال جائحة كوفيد-19، وذلك بالنظر إلى أن عملية صنع السياسات الصحية وتنفيذها لا تقتصر فقط على مؤسسات الدولة الرسمية، بل تشمل كذلك جماعات مهنية وتنظيمات نقابية، وجمعيات المجتمع المدني، والكوادر الطبية، التي تسهم –بشكل مباشر أو غير مباشر– في تشكيل مخرجات القرار الصحي.

يسمح هذا الاقتراب بفهم ديناميكيات التأثير المتبادل بين الدولة وهذه الجماعات، حيث لعبت نقابات الصحة، والجمعيات الطبية، والتنظيمات الطلابية والحقوقية، دوراً في الضغط من أجل تحسين ظروف العمل، وتوفير المستلزمات الوقائية، أو المطالبة بالشفافية في إدارة الأزمة. وفي الوقت ذاته، برزت بعض الجماعات التي مارست مقاومة ضمنية أو علنية تجاه بعض الإجراءات الصحية، مثل حملات التلقيح أو فرض الحجر الصحي، مما أثر –سلبًا أو إيجابًا– على فعالية السياسات المتبعة.

وبالتالي، يساعد اقتراب الجماعة على تحليل التفاعلات الأفقية بين الدولة وبيئتها الاجتماعية، ويوفّر إطارًا لفهم التحديات التي واجهت صناع القرار في تحقيق إجماع وطني شامل حول الاستجابة الصحية لجائحة كوفيد-19.

- ✓ **الاقتراب النسقي:**

تم اعتماد الاقتراب النسقي في هذه الدراسة باعتباره أحد المداخل التحليلية الشمولية التي تُمكّن من فهم السياسة الصحية كنسق مترابط ومتشابك العناصر. ينظر هذا الاقتراب إلى النظام الصحي كمنظومة تتكوّن من مجموعة من المدخلات (مثل الموارد البشرية، التمويل، التشريعات)، وتمرّ عبر عمليات معينة (كالتخطيط، التنظيم، التنفيذ)، لتنتج مخرجات (كالقرارات الصحية، والخدمات، والتدابير الوقائية) تتفاعل بدورها مع البيئة المحيطة، مما يُنتج تغذية راجعة تؤثر على النظام نفسه.

قد تم إسقاط هذا الإطار على دراسة الأمن الصحي في الجزائر خلال جائحة كوفيد-19، من خلال تحليل العلاقة بين مختلف عناصر النسق الصحي الوطني، مثل وزارة الصحة، الهياكل الاستشفائية، اللجنة العلمية، المجتمع المدني، وسائل الإعلام، والبيئة الدولية. كما تم التركيز على كيفية تفاعل هذه العناصر مع مدخلات الأزمة (انتشار الفيروس، نقص التجهيزات، ضغط اجتماعي) وإنتاجها لمخرجات (سياسات حجر صحي، إجراءات استشفائية، برامج تلقيح) شكّلت الاستجابة الجزائرية للوباء.

يسمح هذا الاقتراب بفهم تفاعلات النظام الصحي كوحدة ديناميكية مفتوحة على محيطها، ويبرز نقاط القوة والاختلال في التنسيق بين مكوناته، كما يوضّح كيف أثرت الجائحة على النسق برمّته وأحدثت فيه تغييرات هيكلية، سواء على مستوى التخطيط أو الأداء أو صياغة السياسات المستقبلية.

5- أدوات جمع المعلومات:

5-1- الملاحظة بالمشاركة:

تعتبر الملاحظة من أهم الأدوات الرئيسية التي تستخدم في البحث العلمي ومصدرا أساسيا للحصول على المعلومات والبيانات اللازمة لموضوع الدراسة، وهذا بهدف الوصول إلى كشف معرفة جديدة عن ظاهرة معينة.[3]

في هذه الدراسة تم إجراء تربص ميداني في وزارة الصحة لمدة 15 يوما في الفترة الممتدة من 09 فيفري 2025 إلى 23 فيفري 2025 أين تم التقرب أكثر من البيئة العملية وملاحظة سير العمل عن قرب.

6- أسباب اختيار الموضوع:

6-1- الاسباب الذاتية:

جاء اختيارنا لموضوع الأمن الصحي في الجزائر في ظل جائحة كوفيد-19 انطلاقًا من اهتمام شخصي متجذّر بقضايا الصحة العامة، وبالأخص تلك المتعلقة بقدرة الدول على حماية شعوبها في أوقات الأزمات. فقد كانت تجربة جائحة كوفيد-19 بالنسبة لنا، كطلاب ومواطنين، لحظة وعي حاسمة بأهمية توفر منظومة صحية فعالة وقادرة على الصمود أمام التحديات غير المتوقعة.

لقد أثارت هذه الأزمة لدينا العديد من التساؤلات حول مدى جاهزية النظام الصحي الوطني، وحول طبيعة الإجراءات والسياسات التي اتخذتها الدولة في مواجهة التهديدات الصحية. كما لفت انتباهنا التفاوت

[3] إسماعيل سي بوكر نجلاء نجاحي، **أهمية المنهج الوصفي للبحث في العلوم الإنسانية**"، مجلة مقاليد، العدد، 16 (جوان 2019)، ص48

في فاعلية الأداء بين مختلف المستويات والمؤسسات الصحية، وهو ما حفّز رغبتنا في تعميق البحث حول هذه الإشكالية، من زاوية أكاديمية وعملية.

وإلى جانب ذلك، فقد ولّد لدينا التفاعل اليومي مع هذه الأزمة – سواء من خلال متابعتنا لتطوراتها أو تأثرنا المباشر بتداعياتها – إحساسًا قويًا بالمسؤولية العلمية والرغبة في الإسهام، ولو بقدر بسيط، في فهم الظاهرة وتحليلها. وقد رأينا في هذا الموضوع فرصة لصقل مهاراتنا البحثية من جهة، وتقديم إضافة معرفية حول قضية راهنة من جهة أخرى.

6-2- الأسباب الموضوعية:

تنبع أهمية اختيار هذا الموضوع من عدة مبررات موضوعية ترتبط بالسياق الوطني والدولي، أبرزها:

- **الراهنية والأهمية الاستراتيجية للموضوع** :يشكل الأمن الصحي أحد أبرز التحديات المعاصرة، لا سيما بعد جائحة كوفيد-19 التي أعادت رسم أولويات الدول وأظهرت مدى أهمية امتلاك أنظمة صحية قوية وقادرة على الصمود. وقد فرضت هذه الجائحة نفسها كقضية أمنية عالمية، ما يجعل دراستها في السياق الجزائري مسألة ذات راهنية وضرورة بحثية.
- **قصور الدراسات المحلية المتخصصة** :رغم كثرة الدراسات العالمية حول تداعيات كوفيد-19، إلا أن الأدبيات الأكاديمية الجزائرية لا تزال محدودة فيما يتعلق بالتحليل المعمق لمفهوم الأمن الصحي وتفاعله مع السياسات العمومية في أوقات الأزمات، ما يمنح هذا البحث فرصة لسد فراغ معرفي مهم.
- **أهمية تقييم الأداء المؤسسي خلال الأزمات** :تتيح دراسة الأمن الصحي إمكانية تقييم نجاعة التدابير والسياسات الصحية المتخذة، واستخلاص الدروس لتحسين منظومة الحوكمة الصحية مستقبلاً، خاصة فيما يتعلق بالتنسيق بين القطاعات، وفعالية الاستجابة، وتوزيع الموارد.
- **تقاطع الموضوع مع أهداف التنمية المستدامة** :يندرج الأمن الصحي ضمن أهداف التنمية المستدامة، لا سيما الهدف الثالث المتعلق بضمان الصحة الجيدة والرفاه. وبالتالي، فإن دراسة هذا الموضوع تواكب التوجهات الدولية وتدعم الجهود الوطنية لتحقيق التزامات الجزائر في هذا المجال.

7- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية هذه الدراسة في أهمية موضوع الأمن الصحي بصفة عامة، وفي القطاع الصحي في الجزائر بصفة خاصة، بالنظر إلى أن الأمن الصحي بات يحتل موقعًا متقدمًا ضمن أولويات السياسات

العمومية، خاصة في ظل التحديات المعقدة التي فرضتها الأزمات الصحية العالمية، وفي مقدمتها جائحة كوفيد-19. فقد أصبحت قضية تعزيز القدرات الصحية والتخطيط الاستباقي للتعامل مع الأوبئة تمثل إحدى الركائز الأساسية لضمان استقرار الدول وحماية السكان، وهو ما جعل موضوع الأمن الصحي يحظى باهتمام متزايد من قبل الحكومة الجزائرية خلال السنوات الأخيرة.

ويُعدّ قطاع الصحة في الجزائر من بين القطاعات الحيوية التي تلعب دورًا محوريًا في تحقيق الأمن الصحي، بالنظر إلى موقعه الريادي ومرافقته لباقي القطاعات في الاستجابة للمخاطر الصحية. ومن هذا المنطلق، يكتسي موضوع الدراسة أهمية خاصة باعتباره يسلّط الضوء على الإجراءات والسياسات التي انتهجتها الدولة الجزائرية لمجابهة التهديدات الصحية المتفاقمة، وعلى رأسها جائحة كوفيد-19، التي شكلت اختبارًا حقيقيًا لمنظومة الصحة الوطنية.

ومن جهة أخرى، تبرز ظاهرة محدودية الاستعداد وضعف الجاهزية كعوامل مقيّدة لنجاح وتعزيز الأمن الصحي، بما في ذلك أوجه القصور في التنسيق بين مختلف الفاعلين، أو نقص الموارد، أو مقاومة التغيير في أساليب الحوكمة الصحية. إذ تؤثر هذه الجوانب، بطريقة أو بأخرى، على فاعلية الاستراتيجيات الصحية المتبناة، وعلى قدرة النظام الصحي على الصمود والاستجابة أثناء الأزمات.

لذلك، فإن دراسة العلاقة بين السياسات الصحية والأمن الصحي في الجزائر، في ظل تجربة جائحة كوفيد-19، تكتسي أهمية بالغة، ويمكن تصنيف هذه الأهمية ضمن أبعاد متعددة: معرفية، تطبيقية، واستشرافية، لما لها من دور في توجيه صناع القرار نحو بناء نظام صحي أكثر صلابة ومرونة في مواجهة التحديات الراهنة والمستقبلية.

7-1- الأهمية العلمية للدراسة:

تتمثل الأهمية العلمية لهذه الدراسة في مساهمتها في إثراء الأدبيات المتعلقة بمفهوم الأمن الصحي كحقل معرفي متعدد التخصصات، يجمع بين الصحة العامة، السياسات الصحية، إدارة الأزمات، والأمن القومي. فبالرغم من تزايد الاهتمام العالمي بهذا المفهوم في أعقاب جائحة كوفيد-19، إلا أن الأبحاث الأكاديمية التي تناولت أبعاده في السياق الجزائري لا تزال محدودة، مما يمنح هذه الدراسة طابعًا استكشافيًا وتحليليًا ذا قيمة علمية.

كما تسعى الدراسة إلى تحليل وتقييم التجربة الجزائرية في إدارة أزمة كوفيد-19 من زاوية الأمن الصحي، وهو ما يوفر إطارًا علميًا لفهم نقاط القوة والقصور في السياسات الصحية المتبعة، ويسهم في بناء نموذج تحليلي يمكن الاستناد إليه في دراسات مستقبلية حول إدارة المخاطر الصحية في الدول النامية.

- ✓ تكتسي هذه الدراسة أهمية خاصة، نظرًا لارتباطها بمرحلة حرجة في تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر، وهي فترة جائحة كوفيد-19 بحيث تسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات المتعلقة بتقييم السياسات الصحية في سياق الأزمات، من خلال تحليل تجربة الجزائر في مواجهة الجائحة، والكشف عن أوجه القوة والقصور في سياساتها الصحية، سواء من حيث التخطيط، التنسيق، التوزيع الجهوي، أو الاستجابة الميدانية.

7-2- الأهمية العملية للدراسة:

تنبع الأهمية العملية لهذه الدراسة من قدرتها على تقديم رؤى وتوصيات قابلة للتطبيق في مجال تعزيز الأمن الصحي في الجزائر، استنادًا إلى تحليل واقعي للتجربة التي مرّ بها القطاع الصحي خلال جائحة كوفيد-19.

كما يمكن أن تسهم الدراسة في توجيه السياسات العامة نحو تبنّي مقاربات استباقية، من خلال بناء أنظمة إنذار مبكر، وتعزيز قدرات الاستجابة السريعة، وتحسين التخطيط الاستراتيجي في القطاع الصحي. وبذلك تشكّل الدراسة أداة دعم لاتخاذ القرار فيما يخص إصلاح المنظومة الصحية، لا سيما فيما يتعلق بالحوكمة، والتمويل، وتوزيع الموارد. ومن جهة أخرى، يمكن للنتائج والتوصيات المستخلصة أن تساعد الفاعلين المحليين في القطاع الصحي، كالمؤسسات الاستشفائية، والمراكز الجوارية على تطوير آليات عمل أكثر كفاءة، وتدعيم قدرتها على الاستجابة لتحديات مماثلة في المستقبل، مما يعزز الأمن الصحي على المستويين الوطني والمحلي.

8- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف العلمية والمعرفية التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ✓ تأصيل المفاهيم الأساسية المرتبطة بالسياسات الصحية والأمن الصحي وتحديد أبعادهما النظرية والعملية.
- ✓ تحليل واقع النظام الصحي في الجزائر قبل وأثناء جائحة كوفيد-19، وتحديد أبرز نقاط القوة والقصور التي كشفت عنها الأزمة الصحية.

- ✓ تسليط الضوء على مفهوم الأمن الصحي كأحد المفاهيم الحديثة في أدبيات السياسات العامة، وبيان أهميته في السياق الجزائري في ظل التهديدات الصحية العابرة للحدود.
- ✓ تحليل الإطار التشريعي والمؤسساتي للسياسات الصحية في الجزائر
- ✓ دراسة السياسات والإجراءات الصحية التي اتخذتها السلطات الجزائرية في مواجهة جائحة كوفيد-19، من حيث طبيعتها، توقيتها، وفعاليتها.
- ✓ تقييم جاهزية مؤسسات الصحة العمومية للتعامل مع الأزمات الوبائية، وتحليل آليات التنسيق بين مختلف الفاعلين في المجال الصحي.
- ✓ استخلاص الدروس والتوصيات التي من شأنها تعزيز الأمن الصحي في الجزائر مستقبلاً، وتحسين قدرة النظام الصحي الوطني على التكيف مع الطوارئ الصحية المحتملة.

9- الدراسات السابقة:

تم الاعتماد في إعداد هذه المذكرة على مجموعة من المراجع التي تتناول الموضوع بشكل كلي أو جزئي على النحو الآتي من بينها:

- ✓ **أطروحة دكتوراه لضوء المكان بوزبرة والدكتور مبروك ساحلي بعنوان "تداعيات فيروس كورونا (كوفيد-19) على الأمن الإنساني في الجزائر"، الصادرة سنة 2022.** هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف التأثيرات المتعددة لجائحة كوفيد-19 على الأمن الإنساني في السياق الجزائري، وذلك من خلال تحليل انعكاسات الجائحة على ثلاثة أبعاد رئيسية: البعد الصحي، البعد الاقتصادي، والبعد البيئي حيث اعتمد الباحثان في دراستهما على تحليل المؤشرات السلبية التي أفرزتها الأزمة في كل بُعد من هذه الأبعاد، مستندين إلى مقاربة شاملة تربط بين الظاهرة الصحية وامتداداتها الاجتماعية والاقتصادية. وقد خلصت الدراسة إلى أن جائحة كورونا مثلت تهديدًا حقيقيًا للأمن الإنساني في الجزائر، حيث تسببت في ضغوط كبيرة على النظام الصحي، وأثّرت بشكل واضح على الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي، كما أظهرت هشاشة البنى البيئية في مواجهة الأزمات وتبرز أهمية هذه الدراسة في كونها توسّع دائرة التحليل لتشمل مختلف جوانب الحياة الإنسانية، وليس فقط البعد الصحي، ما يمنحها بعدًا تكامليًا يُثري النقاش حول التداعيات الشاملة للجائحة، ويُبرز التحديات التي تواجه الدولة في ضمان أمن المواطن بمفهومه الشامل.

- ✓ **مقال الباحثة زينب قريوة بعنوان: "وكالة الأمن كسياسة لتعزيز الحوكمة وإدارة المخاطر الصحية في ظل المخاوف من انتشار وباء سارس كوفيد-2"، نُشر سنة 2021.** يُركز هذا المقال على محاولة تشخيص دور الوكالة الوطنية للأمن الصحي التي تم استحداثها في أعقاب تفشي جائحة كوفيد-19، باعتبارها إحدى الآليات المؤسسية الجديدة التي تهدف إلى تعزيز الحوكمة الصحية في الجزائر، وتمكين الدولة من التصدي بفعالية للمخاطر الصحية والتهديدات الوبائية. اعتمدت الباحثة في دراستها على تحليل بنية الوكالة ووظائفها، ومدى تكاملها ضمن المنظومة الصحية الوطنية، إلى جانب تقييم دورها في دعم قدرات الدولة في مجال الرصد، الوقاية، والتأهب الصحي. وقد توصلت إلى أن استحداث هذه الوكالة يُمثّل خطوة إيجابية نحو ترسيخ استراتيجية وطنية للحوكمة الصحية، خاصة في ظل التحديات المتزايدة المرتبطة بالأوبئة المستجدة ككوفيد-19 وسارس-كوفيد-22وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تسلّط الضوء على جانب مؤسساتي غالبًا ما يتم إغفاله في الدراسات المتعلقة بالأمن الصحي، وهو جانب البنى التنظيمية الداعمة لصنع القرار الصحي وتنسيق الجهود الوطنية لمواجهة الطوارئ الصحية.
- ✓ **دارسة للباحث الحسيني محمد العيد أطروحة ماجستير بعنوان: 'السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012"، وذلك سنة 2012.** تتمحور إشكالية الدراسة حول مدى قدرة الاقتراب المؤسسي الحديث على تفسير سلوك الفاعلين في مختلف مراحل الإصلاحات التي شهدتها السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2012. كما ركزت الدراسة على تحليل دور المؤسسات الرسمية وغير الرسمية في صياغة السياسات العامة الصحية، والتفاعلات الحاصلة بين هذه المؤسسات، فضلًا عن علاقتها بالبيئة المحيطة. وقد قدّم الباحث قراءة تحليلية للسياسة الصحية في الجزائر باعتبارها نتاجًا لتفاعل مجموعة من المؤسسات ذات المصالح المتداخلة، من بينها المنظمات الدولية. وقد توصلت الدراسة إلى أن عدة أطراف تتدخل في صياغة السياسة الصحية، وتتأثر هذه الأخيرة بمصالح تلك الأطراف، ما يستدعي ضرورة إرساء مبادئ الحوكمة الرشيدة لضمان تحقيق العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية. كما شدد الباحث على أهمية تفعيل آليات التقييم والتقويم المستمر، وتحديد أهداف واضحة للسياسة الصحية، إضافة إلى تعزيز دور المؤسسات، سواء الرسمية أو غير الرسمية، في إيجاد حلول ناجعة للمشكلات التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر.

10-حدود الدراسة:

10-1- الحدود المكانية:

تقتصر هذه الدراسة من الناحية المكانية على **الجزائر**، حيث يتم تحليل السياسات والتدابير الصحية التي اتُخذت على المستوى الوطني لمواجهة جائحة كوفيد-19، مع التركيز على أداء النظام الصحي الجزائري في مختلف ولايات البلاد. وتهدف الدراسة إلى إبراز خصوصيات التجربة الجزائرية في مجال الأمن الصحي دون التوسع في المقارنات الدولية، إلا في حدود ما يخدم التحليل ويوفر إطارًا مرجعيًا لفهم الواقع المحلي.

10-2- الحدود الزمنية:

تمتد الحدود الزمنية لهذه الدراسة لتشمل الفترة الممتدة من **بداية ظهور جائحة كوفيد-19 في الجزائر في شهر مارس 2020**، إلى غاية **نهاية عام 2022**، وهي الفترة التي عرفت ذروة انتشار الفيروس وتكثيف الإجراءات الصحية الحكومية. وقد تم اختيار هذه الفترة لكونها تمثل الإطار الزمني الذي اتضحت فيه ملامح استجابة الدولة للأزمة، من حيث السياسات المتبعة، التدابير الوقائية، وتدعيم قدرات النظام الصحي الوطني وصولاً إلى ما بعد الجائحة **2024** ومحاولات تقييم السياسات الصحية وإعادة هيكلة المنظومة الصحية. وقد تم اختيار هذه الفترة لأنها تمثل الإطار الزمني الأكثر دلالة لتحليل مدى نجاعة التدخلات الصحية وتأثيرها على الأمن الصحي الوطني.

11-صعوبات الدراسة:

واجهْتُ عددا من الصعوبات في إعداد هذه الدراسة من بينها:

- ✓ على الرغم من محاولاتي المتكررة للحصول على معطيات رسمية من الجهات المعنية، إلا أن غياب التعاون المؤسسي على مستوى وزارة الصحة وعدم توفير بيانات ميدانية حديثة، شكّل تحديًا أمام توسيع قاعدة التحليل الكمي في هذه الدراسة.
- ✓ تمثّلت إحدى الصعوبات الرئيسية في محدودية إمكانية التواصل المباشر مع الفاعلين الصحيين، سواء على مستوى مسؤولي القطاع أو العاملين فيه، وذلك نتيجة القيود الإدارية، وغياب قنوات رسمية فعالة للتواصل معهم، إلى جانب تحفظ بعض الجهات في مشاركة المعطيات والمعلومات.
- ✓ شكّلت قلة الدراسات الأكاديمية الجزائرية التي تناولت السياسات الصحية خلال جائحة كوفيد-19 من منظور نقدي وتحليلي عائقًا أمام توسيع قاعدة المقارنة والتحقق العلمي .

- ✓ مثّلت محدودية الوصول إلى المعطيات الرسمية الدقيقة تحديًا بارزًا خلال إعداد الدراسة، لا سيما فيما يتعلق بالحصول على إحصائيات محدثة على المستوى الجهوي، أو تقارير التقييم الداخلي للسياسات الصحية المعتمدة خلال جائحة كوفيد-19. وهو ما أثّر على إمكانية إجراء تحليل كمي معمق وشامل للواقع الصحي الوطني.
- ✓ وجود تشابه وتداخل كبير بين المصطلحات والمفاهيم ذات العلاقة بالموضوع، مما يؤدي لصعوبة التفريق بينها.

12-خطة الدراسة:

بناء على المعطيات السابقة وفي إطار الإجابة على نص الإشكالية المطروحة، تم تقسيم الدراسة في إطار خطة منهجية تضمنت ثلاثة فصول مع مراعاة التوازن المنهجي بين وحدات البحث.

- ✓ **الفصل الأول:** تضمن الإطار العام للدراسة حيث تناول الفصل الأول من هذه الدراسة الإطار النظري المتعلق بالسياسات الصحية والأمن الصحي، وتم تقسيمه إلى ثلاثة مباحث: خصص المبحث الأول لعرض ماهية السياسة الصحية حيث تم التطرق إلى مفهومها وأهدافها ومقوماتها إضافة إلى التطرق لمراحل صنع السياسة الصحية. وفي المبحث الثاني تم التطرق لتعريف الأمن الصحي ومبادئه ثم إلى مؤشرات الأمن الصحي ومجالاته وصولا إلى مداخل الأمن الصحي. وفي المبحث الثالث تم تناول علاقة السياسات الصحية بالأمن الصحي.
- ✓ **الفصل الثاني:** يهدف هذا الفصل إلى دراسة مكونات السياسات الصحية في الجزائر، واستعراض أهم الاستراتيجيات والتحديات التي تواجهها الدولة في سبيل ترسيخ الأمن الصحي الوطني. في البداية، سيتم التفصيل في تطور السياسات الصحية ثم سيتم الانتقال إلى الإطار القانوني والمؤسساتي للسياسات الصحية في الجزائر، وصولا إلى تحليل النظام الصحي الجزائري من خلال التطرق لبنيته التحتية ومصادر تمويله، وأيضا التحديات التي تواجه النظام الصحي الجزائري وآفاق تطويره.
- ✓ **الفصل الثالث:** يتناول الفصل الثالث من هذه الدراسة استراتيجية الجزائر لمواجهة جائحة كوفيد-19 ودورها في تحقيق الأمن الصحي، من خلال مقاربة ثلاثية الأبعاد. يبدأ الفصل بمبحث أول يُقدم لمحة عامة عن الجائحة في السياق الجزائري، عبر تعريف فيروس كوفيد-19 ونشأته، ثم تتبع مسار انتشاره محليًا منذ تسجيل أولى الحالات وصولاً إلى المراحل المتقدمة من الأزمة. أما المبحث الثاني، فيركّز على الاستراتيجية الوطنية التي اعتمدتها الجزائر لمجابهة الفيروس، حيث يتم التطرق إلى الإجراءات

الوقائية والردعية، والسياسات العلاجية، ثم التنظيم المؤسسي الذي أُنشئ لإدارة الأزمة. وفي المبحث الثالث، تُحلل الاستجابة الصحية للسلطات الجزائرية، من خلال استعراض التحديات التي واجهتها البلاد خلال الجائحة، والآثار المترتبة عنها صحياً واجتماعياً، ليُختتم الفصل بتقييم شامل للسياسات الصحية المُتبعة أثناء الجائحة وبعدها، مع استخلاص أهم الدروس المستفادة لتعزيز الأمن الصحي الوطني مستقبلاً.

أخيرا سيتم عرض النتائج العامة من الدراسة، ومناقشة فرضياتها على ضوء النتائج المتحصل عليها، ثم تلخيص النتائج المتوصل إليها، مع ذكر التوصيات في خاتمة الدراسة.

الفصل الأول: ماهية السياسات الصحية والأمن الصحي

الفصل الأول: ماهية السياسات الصحية والأمن الصحي

تمهيد:

تُشكّل الصّحة أحد أبرز المؤشرات التي تُقاس بها جودة الحياة وفعالية الأداء الحكومي في أي مجتمع، إذ لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة دون منظومة صحية فعّالة تستجيب لحاجات الأفراد وتحديات العصر. ومع تزايد التهديدات الصحية على المستوى العالمي، سواء بسبب الأوبئة، التغيرات المناخية، أو أنماط الحياة الحديثة، برز مفهوم الأمن الصحي كعنصر محوري في استراتيجيات الدول، وأصبح من الضروري دراسته في ارتباط وثيق مع السياسات الصّحية المعتمدة.

فالسياسات الصحية تمثل الأداة التنظيمية التي تعتمدها الدول لتوجيه مواردها، وضبط أولوياتها، وتطوير مؤسساتها الصحية، من خلال وضع خطط واستراتيجيات تهدف إلى تحسين المؤشرات الصحية وضمان الإنصاف في الحصول على الخدمات. كما تتيح هذه السياسات التأقلم مع المتغيرات السكانية، الوبائية، والاقتصادية، بما يضمن استمرارية تقديم الرعاية الصحية وضمان الحماية الشاملة.

أما الأمن الصحي، فيُقصد به قدرة الدولة على الوقاية من التهديدات الصحية، والتكفل السريع والفعال بالأزمات الوبائية والبيئية، وضمان استقرار النظام الصحي في وجه الضغوط المتزايدة. ويتحقق هذا الأمن عبر منظومة صحية متماسكة، وموارد بشرية وتقنية كافية، وسياسات صحية مبنية على أسس علمية وتشاركية. ومن هذا المنطلق، يأتي هذا الفصل النظري لتأطير المفاهيم الأساسية المرتبطة بالسياسات الصحية والأمن الصحي، وبيان العلاقة التفاعلية بينهما، من خلال استعراض الأدبيات ذات الصلة، وتحديد الأسس النظرية التي تحكم هذا المجال.

في البداية، سيتم تناول ماهية السياسات الصحية والأمن الصحي، وصولاً إلى دور السياسات الصحية في تحقيق الأمن الصحي.

المبحث الأول: ماهية السياسات الصحية

المطلب الأول: مفهوم السياسات الصحية وأهدافها

تحظى قضية الصحة بأهمية متزايدة على الصعيدين الوطني والدولي، حيث تتصدر أجندات الدول المتقدمة والنامية على حد سواء، نظرًا لدورها المحوري في تحقيق التنمية الشاملة وترابطها الوثيق مع مختلف القضايا الاجتماعية. فالصحة ليست مجرد قطاع مستقل، بل تعدّ ركيزة أساسية تدعم الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي. وفي ظل عالم سريع التغير، تعمل الدول جاهدة على تبني سياسات صحية أكثر كفاءة وتوازنًا، قادرة على التكيف مع التحديات المستجدة، لاسيما مع تزايد انتشار الأمراض والأوبئة، وتفاقم الفجوات الاجتماعية الناتجة عن غياب العدالة الاجتماعية وتدهور مستويات المعيشة. ولم تعد السياسة الصحية مسألة داخلية بحتة، بل أصبحت ذات أبعاد دولية، نظرًا لارتباطها الوثيق بحق عالمي أساسي، وهو الحق في الصحة. وقبل الخوض في مفهوم السياسة الصحية، من الضروري التطرق إلى مفهوم الصحة ذاتها وحقوق الأفراد في التمتع بها، باعتبارها أحد الأسس الجوهرية لضمان حياة كريمة لجميع البشر. لهذا سنتطرق قبل السياسات الصحية الى مفهوم الصحة وبعض المفاهيم المرتبطة بها

1- تعريف الصحة:

يعد مصطلح "الصحة" من المفاهيم المتداولة على نطاق واسع، إلا أنه من الصعب وضع تعريف دقيق وشامل له، نظرًا لطبيعته الديناميكية وارتباطه بعدة عوامل تؤثر في معناه وأبعاده. فكل فرد يفهم الصحة وفقًا لاستخدامه المباشر لها، مما يجعل تحديد مفهوم موحد لها أمرًا معقدًا. لذلك، قبل التطرق إلى تعريف الصحة من الناحية الاصطلاحية، من الضروري البدء بتوضيح معناها من الناحية اللغوية.

- **الصحة لغة:**

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

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

- **الصحة اصطلاحا:**

عرفها بركنز prekins :أنها حالة التوازن بين وظائف الجسم، وأن هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة، كما أكد على أن تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة على التوازن (الصحة)[1]

تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة: "حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز."[2]

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

انطلاقًا من التعاريف السابقة والمختلفة لمفهوم الصحة، يتضح أن هذا المفهوم قد شهد تطورًا كبيرًا عبر الزمن، حيث توسّع ليشمل أبعادًا لم يكن يتضمنها من قبل. فحسب ما جاء في الأدبيات الصحية لمنظمة الصحة العالمية خلال سبعينات القرن الماضي، لم تعد الصحة تُفهم فقط كغياب للمرض، بل أصبحت تُعرف باعتبارها **صحة عمومية** أو **صحة شاملة**، وهي تشير إلى نظام منظم تُشرف عليه إدارة مخصصة لحماية صحة السكان، وتعمل وفق سياسة صحية موجّهة تخدم الصالح العام.[3]

لقد أصبح مفهوم الصحة أكثر شمولًا، حيث لم يعد يقتصر على الجانب الجسمي فقط، بل صار يشمل أيضًا أبعادًا **نفسية**، و**عقلية**، و**اجتماعية**[4]، و**بيئية**. وبما أن الأفراد يختلفون في حالتهم الصحية، يُمكن تصنيف الصحة إلى عدة مستويات، وهي:

- **الصحة الكاملة أو المثالية:** وهي الحالة التي يكون فيها الإنسان سليمًا من الناحية الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية، دون وجود أي مرض أو اضطراب، كما حددتها منظمة الصحة العالمية.
- **الصحة الإيجابية:** تشير إلى قدرة الفرد على التكيّف ومواجهة التحديات الصحية والضغوط النفسية والاجتماعية بكفاءة، دون ظهور أعراض للمرض، حيث تسيطر العوامل الإيجابية.

---

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

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

[3] نور الدين، حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، ط 1 ، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص ص 73، 74 .

4

- **الصحة المتوسطة:** لا يعاني فيها الشخص من أعراض مرضية واضحة، لكنه يفتقر إلى القدرة الكافية لمقاومة العوامل الضارة، مما يجعله عرضة للإصابة بالمرض مع الوقت.
- **المرض الكامن أو غير الظاهر:** في هذه الحالة يبدو الشخص سليمًا من الخارج، إلا أن هناك خللًا صحيًا داخليًا لا تظهر أعراضه بشكل مباشر، لكنه قابل للكشف من خلال الفحوص الطبية.
- **المرض الظاهر:** هذا المستوى يتسم بظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد وظهور أعراض تتنبأ بذلك وتتشكل هذه الحالة عند تغلب المؤثرات الضارة على قدرة الانسان وتفقده القدرة على المقاومة.[1]

2- تعريف السياسات العامة الصحية:

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

تعريف منظمة الصحة العالمية للسياسة الصحية: إنها الإجراءات المحددة اللازمة للتصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الوقاية الشاملة للقطاعات وتعزيز الصحة[2].

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

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

ومن هذا التعريف نجد أنه يشير إلى مجموعة من الإجراءات الأساسية التي تُعد ضرورية لتحسين الوضع الصحي، ومن أبرز هذه المبادئ التي تسهم في تعزيز الصحة، توفير الخدمات الصحية مجانًا بوصفها عنصرًا جوهريًا لضمان العدالة الصحية.

---

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

[2] منظمة الصحة العالمية، **الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى**، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2008، جنيف، ص75

هي السياسة أو مجموعة السياسات التي تعمل بشكل واضح على الاستجابة إلى الاحتياجات الصحية، قد تكون مصممة خصيصا لتعزيز الصحة وإن لم يكن التعامل مرتبطا مباشرة بالصحة يكون لها تأثير على محددات الصحة، التي بدورها تؤثر بشكل إيجابي على المخرجات أو النتائج المتعلقة بالصحة". [1]

يتبيّن من خلال هذا التعريف أنّ السياسة الصحية لا تقتصر على التدخلات والإجراءات التي تُنفَّذ ضمن القطاع الصحي فحسب، بل تمتد لتشمل مختلف السياسات العامة في قطاعات أخرى كالتعليم، والبيئة، والاقتصاد، وغيرها، طالما كان لها أثر مباشر أو غير مباشر في تحسين الحالة الصحية للمجتمع. ويعود ذلك إلى الترابط الوثيق والتأثير المتبادل بين الصحة وسائر المجالات التنموية، ما يستدعي تبني مقاربة شمولية تُدرج الصحة كعنصر أساسي في مختلف السياسات القطاعية.

تشير **الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية في تعريفها للسياسات الصحية أنها:** "مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج 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 كفاءة وفعالية ".[2]

يُقدّم هذا التعريف إطارًا عامًا وشاملًا للسياسة الصحية مقارنةً بالتعريفات الأخرى، إذ يُبرز مختلف الأشكال التي يمكن أن تتجسّد فيها السياسة الصحية، سواء كقرارات أو برامج أو إجراءات. كما يتميز هذا التعريف بدمجه بين البعدين النظري والتطبيقي التنفيذي، من خلال ربط تحقيق أهداف السياسة الصحية بمفاهيم الكفاءة والفعالية".

انطلاقًا من التعاريف السابقة، يمكن تقديم تعريف إجرائي للسياسة الصحية باعتبارها "جملة من الخطط، والبرامج، والإجراءات، والقرارات التي تعتمدها الدولة بهدف الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، ومعالجة المشكلات والتحديات الصحية، وذلك من خلال تعزيز كفاءة وفعالية النظام الصحي."

---

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

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

3- أهداف السياسات الصحية:

تُعد جودة الخدمات الصحية أحد المحاور الأساسية في تحسين الرعاية المقدمة للمستفيدين، وتتمثل الأهداف الجوهرية لجودة الخدمة الصحية فيما يلي:

- **ضمان السلامة والصحة البدنية والنفسية للمستفيدين:** ويشمل ذلك توفير بيئة علاجية شاملة تعزز من الصحة الجسدية والنفسية للمرضى، من خلال تقديم خدمات متكاملة تتماشى مع المعايير الصحية المعتمدة.
- **تقديم خدمات صحية عالية الجودة تحقق رضا المستفيد وتعزز ولائه: إذ** يُعد رضا المرضى أحد المؤشرات الأساسية في تقييم جودة الأداء المؤسسي، كما أن تعزيز ولاء المستفيد يسهم في بناء صورة إيجابية للمؤسسة الصحية، ما يجعل المرضى وسيلة ترويج غير مباشرة ذات تأثير فعّال.
- **رصد آراء المستفيدين وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة:** حيث يُعد قياس رضا المستفيدين أداة رئيسة في مجالات البحث الإداري، وتخطيط خدمات الرعاية الصحية، كما يُسهم في وضع سياسات صحية مبنية على أسس علمية واحتياجات فعلية.
- **تحسين فعالية قنوات الاتصال بين مقدمي الخدمة والمستفيدين:** من خلال تطوير آليات التواصل التي تضمن تبادلًا فعالًا للمعلومات، وتُعزز من فهم مقدمي الخدمة لاحتياجات وتوقعات المستفيدين، ما ينعكس إيجابًا على جودة الرعاية المقدمة.
- **تعزيز كفاءة وفعالية المؤسسات الصحية: حيث** يُسهم تطبيق نظم الجودة في تحسين الأداء المؤسسي من خلال توحيد الإجراءات، وتقليل الهدر، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، مما ينعكس إيجابًا على القدرة التشغيلية للمؤسسة.
- **الارتقاء بمستويات الإنتاجية:** إن الوصول إلى مستوى عالٍ من الرعاية الصحية يُعدّ الهدف المحوري في تطبيق الجودة، والذي بدوره يؤدي إلى تحسين مخرجات العمل وزيادة الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية.
- **تحقيق رضا المستفيد بوصفه محورًا أساسيًا في الجودة:** يعد رضا المرضى أحد أبرز مؤشرات نجاح تطبيق الجودة، ويتطلب ذلك الالتزام بالقيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، مثل التركيز على المريض، والتحسين المستمر، والعمل الجماعي، والتي تشكل جميعها أدوات فعالة في تحقيق رضا المستفيد وتعزيز تجربته العلاجية.
- **الاستجابة للطلب المتزايد على الخدمات الصحية المتطورة:** فقد أدى التطور في احتياجات وتوقعات المرضى إلى اتساع نطاق الخدمات المطلوبة، مما يحتم على المؤسسات الصحية تطوير قدراتها بما

يتناسب مع هذا النمو، من خلال تبني تقنيات حديثة، وتقديم رعاية صحية موجهة وقائمة على أساس من الجودة والابتكار[1].

المطلب الثاني: مقومات السياسات الصحية

تُعدّ السياسة الصحية إطارًا استراتيجيًا يوجه الجهود نحو تحقيق الأهداف الصحية الوطنية من خلال تنظيم الموارد وتنسيق الجهود بين مختلف القطاعات المعنية. ولضمان فعالية هذه السياسة واستدامة أثرها، ينبغي أن تستند إلى مجموعة من المقومات الرئيسية التي تمثل الأساس في تصميمها وتنفيذها، ومن أبرز هذه المقومات:

- **الالتزام السياسي:** يُعدّ الالتزام السياسي أحد الركائز الأساسية في رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية. فبدون دعم سياسي واضح وصريح، يصعب تحويل الأهداف الاستراتيجية إلى برامج وخطط قابلة للتنفيذ. ويشمل هذا الالتزام إصدار قرارات حاسمة من قبل الجهات الحكومية ذات العلاقة بالشأن الصحي، تضمن التنسيق بين القطاعات المختلفة وتوحيد الجهود نحو أهداف مشتركة. كما يتطلب الأمر تعزيز وعي الرأي العام حول أهمية السياسة الصحية، من خلال حملات إعلامية وتوعوية توضح الفوائد المرجوة منها. ولا يكتمل هذا الالتزام إلا بتوفير الموارد المالية الكافية التي تُمكِّن من تنفيذ البرامج والسياسات المعتمدة على أرض الواقع.
- **الاعتبارات الاجتماعية والاقتصادية:** ترتبط السياسة الصحية ارتباطًا وثيقًا بالسياسات الاجتماعية والاقتصادية، وذلك لأن الصحة لا تُفهم فقط بوصفها غياب المرض، بل كجزء من جودة الحياة والعدالة الاجتماعية. ومن هذا المنطلق، تهدف السياسة الصحية إلى تحسين نوعية الحياة لكافة أفراد المجتمع، لا سيما الفئات المحرومة والمهمشة. ويتطلب ذلك توجيه جزء من الموارد نحو هذه الفئات، بما يضمن تقليص الفجوة الصحية والاقتصادية بين الطبقات الاجتماعية، ويُسهم في تحقيق مبدأ العدالة والمساواة في الحصول على الخدمات الصحية.
- **مشاركة المجتمع:** تمثل مشاركة المجتمع عنصرًا حيويًا في نجاح السياسات الصحية، إذ لا يمكن تحقيق أهداف الصحة العامة دون إشراك الأفراد والأسر والمجتمعات في عملية التخطيط والتنفيذ والتقييم. وتستند هذه المشاركة إلى مبدأ الشراكة الفاعلة بين المواطنين والحكومات، حيث يتحمل الجميع مسؤولية مشتركة في تعزيز الصحة والرفاه. ولا تقتصر هذه المشاركة على كونها عاملًا مساعدًا، بل

[1] ياسمين سليماني، **دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي بالجزائر:** دراسة ميدانية بمديرية الصحة لولاية قالمة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر (جامعة 08 ماي 1945، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية)، ص، 29 ص 30

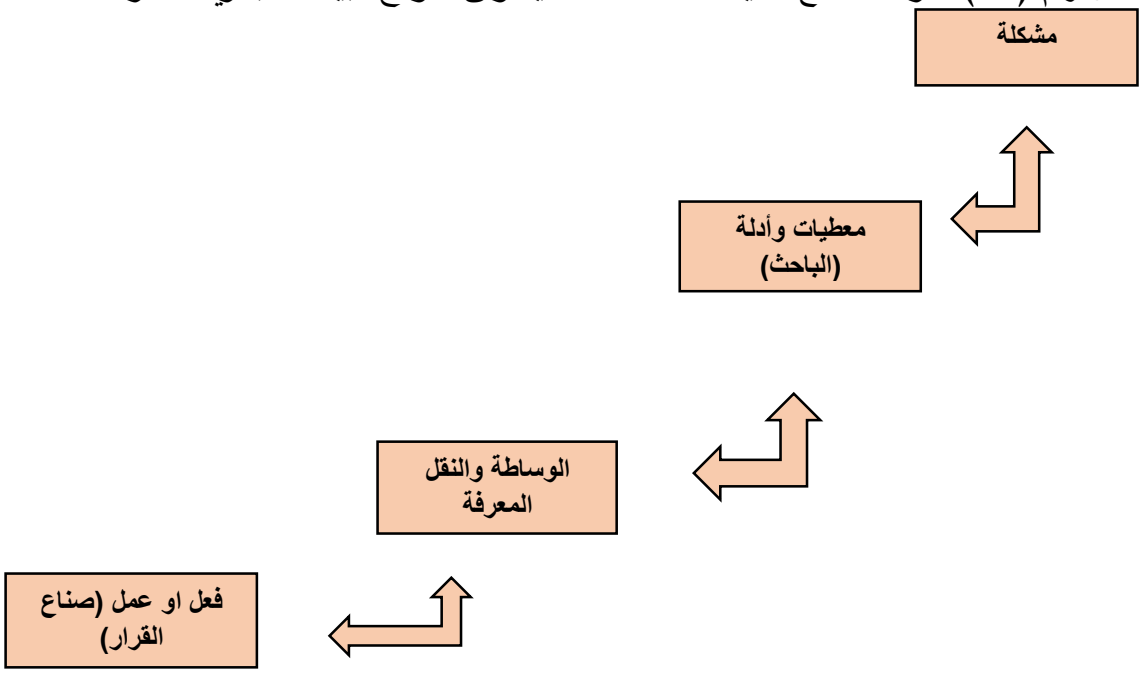
إنها تُعدّ ضرورة اجتماعية واقتصادية، تسهم في تحسين الكفاءة والفاعلية في تقديم الخدمات الصحية، وتُعزز من قدرة النظام الصحي على الاستجابة لاحتياجات السكان المتغيرة[1].

المطلب الثالث: مراحل صنع السياسة الصحية

تتشابه عملية صنع السياسة الصحية إلى حد كبير مع عملية صنع السياسات العامة، فهي عملية معقدة ومترابطة وتتسم بالديناميكية، حيث تتأثر بمجموعة من العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية، مما يجعلها تختلف من بلد إلى آخر. وتمنح هذه الخصوصية السياسة الصحية طابعاً مميزاً، إذ لم تعد هذه السياسات تُصاغ حصرياً من قبل جهة واحدة كما كان الحال في السابق، عندما كانت الحكومة هي الفاعل الرئيسي، بل أصبحت اليوم تُعد بطريقة تشاركية، بمساهمة مختلف الفاعلين وأصحاب المصلحة المرتبطين بها بشكل مباشر أو غير مباشر. من الجدير بالذكر أن هناك تبايناً في تحديد هذه المراحل بين المهتمين بهذا المجال سواء من حيث عددها أو تسمياتها.

حدد **باتريك فافارد Patrick Fafard** أربعة مراحل تمر بها عملية صنع السياسة الصحية، من خلال نموذج أسماه نموذج البيانات، وهي موضحة في الشكل رقم (01)

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



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

[1] سليماني ياسمين، المرجع السابق، ص 29.

ينطلق هذا التصنيف من نقطة محورية تتمثل في وجود مشكلة تشكّل الأساس لوضع السياسة الصحية. وتتمحور باقي المراحل حول جمع وتحليل المعلومات والبيانات والأدلة المستندة إلى أبحاث دقيقة، ليتم لاحقاً نقل هذه المعطيات إلى صانعي السياسات، بهدف صياغة سياسة صحية فعالة أو اختيار البديل الأمثل بناءً على أسس علمية وموضوعية. كما يوجد تقسيم آخر لمراحل إعداد السياسة الصحية، ويمكن توضيحه على النحو التالي:

- **تقييم السياسة:** ويُقصد به مقارنة الأهداف الموضوعة مع النتائج الفعلية المتحققة بعد تنفيذ السياسة الصحية، وذلك للكشف عن الآثار السلبية ومحاولة تصحيحها أو تجنبها عند صياغة سياسة جديدة.
- **إعداد السياسة:** تتضمن هذه المرحلة صياغة البدائل المقترحة والنظر في مختلف القضايا المرتبطة، لا سيما تلك المتعلقة بالتمويل، مما يساعد في تقييم مدى قابلية تطبيق كل بديل.
- **تطوير السياسة:** تتمثل في اختيار البديل الأنسب من بين الخيارات المطروحة، استناداً إلى المعطيات المتوفرة والموارد المتاحة.
- **تنفيذ السياسة:** حيث يتم من خلالها ترجمة السياسة الصحية إلى واقع ملموس عبر إصدار التشريعات والمراسيم وتفعيل البرامج اللازمة.

ويُلاحظ في هذا النموذج أن **مرحلة التقييم** تُعد نقطة الانطلاق في إعداد السياسة الصحية، لما لها من دور مهم في تحليل الوضع القائم، والكشف عن الثغرات، وتحديد المشكلات والقضايا ذات الأولوية التي تتطلب التدخل من خلال سياسة صحية أكثر فعالية واستجابة.[1]

1- مميزات سياسة صحية عامة متكاملة وشاملة ورشيدة:

تُعد السياسة العامة للصحة مجالًا حيويًا (Biopolitique) نظراً لارتباطها المباشر بحياة الإنسان، فهي لا تُعنى فقط بالعلاج والرعاية، بل تمثل عنصرًا أساسيًا في تعزيز استقرار وأمن الدولة. إذ يُعد مستوى صحة المواطنين مؤشراً حيوياً على مدى تطور الدولة واستقرارها الداخلي، وكل تقدم يُحرز في هذا المجال يُترجم إلى مزيد من الرفاهية والاستقرار المجتمعي والتنمية المستدامة.

- **السياسة العامة للصحة متعددة الأبعاد (MULTIDIMENSIONELLE)** : لا يُمكن تحقيق تقدم حقيقي في مجال الرعاية الصحية بالاعتماد على العلاجات الدوائية وحدها، بل يتطلب الأمر توافر ثقافة صحية لدى المواطنين، إلى جانب اعتماد نمط حياة صحي يشمل تغذية متوازنة، ونظام صرف

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

صحي فعّال، ومياه شرب آمنة. وتُعد هذه الجوانب من مسؤولية مؤسسات عمومية خدمية متعددة، تتكامل أدوارها ضمن مقاربة شمولية، حيث تشترك عدة قطاعات وزارية في تقديم هذه الخدمات الأساسية لضمان صحة الفرد والمجتمع.

- **السياسة العامة للصحة تشاركية (PLURISECTORIELLES)** : تتطلب السياسة الصحية العامة قدرًا عالٍ من المرونة لتتمكن من التكيف مع المستجدات والمتغيرات، سواء على الصعيد المحلي أو الدولي. ولا يتحقق ذلك إلا من خلال تبني رؤية استشرافية للمستقبل، تعتمد على التحليل والتخطيط المسبق. وتُعد الاستفادة من التجارب والخبرات السابقة، سواء كانت وطنية أو دولية، عاملًا أساسيًا في هذا السياق، إذ تُسهم في تطوير كفاءات وقدرات ذاتية تمكّن منظومة الصحة من مواجهة التحديات والتأقلم مع التغيرات بفعالية.
- **السياسة العامة للصحة تفاعلية (INTERACTIVE)** : تُعد السياسة الصحية ملزمة بالتعرف على حاجيات المواطنين وكافة الشركاء المعنيين ورصدها بدقة، ومن هنا تبرز أهمية وضع إطار قانوني يضمن آليات فعّالة لسماع انشغالاتهم وتحديد احتياجاتهم. يُمثل ذلك خطوة أساسية أولى في مسار ترجمة هذه المطالب إلى استجابات عملية تُجسد الحق في الصحة لجميع أفراد المجتمع. ومن خلال هذا المسار، تُحقق السياسة الصحية هدفها الأساسي المتمثل في تعزيز الصحة العامة، بما يسهم في تحقيق الاستقرار والتقدم على مستوى الدولة والمجتمع.[1]

المبحث الثاني: ماهية الأمن الصحي

المطلب الأول: تعريف الأمن الصحي

1- مفهوم الأمن:

فالأمن لغة: هو نقيض الخوف والفعل الثلاثي أمن أي حقق الأمان. قال ابن منظور: "أمنت فأنا آمن، وأمنت غيري أي ضد أخفته، فالأمن ضد الخوف، والأمانة ضد الخيانة والإيمان ضد الكفر، والإيمان بمعنى التصديق، وضده التكذيب، فيقال آمن به قوم وكذب به قوم".[2]

---

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

[2] ابن منظور، **لسان العرب**، تحقيق عبد الله علي الكبير القاهرة، دار المعارف، (دت)، ص 140.

الأمن اصطلاحا: يشمل مفهوم الأمن العديد من التعاريف الاصطلاحية نظرا لتنوع واختلاف وجهات النظر بين الباحثين في ميدان الدراسات الأمنية بشكل خاص والعلاقات الدولية بشكل عام، ومن بين هذه التعاريف تناولنا ما يلي:

يرى **وولتر ليبمان** أن أمن الدولة يتحقق عندما تكون قادرة على حماية قيمها الجوهرية من أي تهديد خارجي، حتى إن اضطرت لخوض حرب للدفاع عنها. فالأمن، من هذا المنظور، يرتكز بشكل أساسي على القوة العسكرية بوصفها الضامن الأول لسلامة الدولة واستمرارية كيانها في مواجهة الأخطار[1].

أما من زاوية التنمية، فيطرح **روبرت ماكنمارا** تصورًا أوسع لمفهوم الأمن، حيث لا يقتصر على التهديدات العسكرية، بل يشمل أيضًا الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية. فالفقر، والأمية، والمرض، وسوء التغذية، وضعف البنية المجتمعية، كلها عناصر مترابطة تُضعف المجتمع وتخلق بيئة خصبة للعنف والتطرف. ويُشبّه هذه الأوضاع بشبكة عنكبوتية معقدة، كل خيط فيها يعزز الآخر ويؤدي في النهاية إلى زعزعة الاستقرار[2].

فمفهوم الأمن يُعدّ الأمن مفهوماً مركّباً يتضمن بعدين متلازمين؛ فهو لا يُختزل في كونه أداة للتحرر من مصادر التهديد ومجابهة المخاطر فحسب، بل يتجاوز ذلك ليشمل أيضاً الوسائل الوقائية والاستباقية الهادفة إلى تقليص هذه التهديدات، والحد من تأثيرها، عبر معالجة الأسباب الجذرية التي تؤدي إلى زعزعة الاستقرار وغياب الأمن. ومن هذا المنطلق، فإن نشوء الشعور بالخوف، بوصفه دافعًا أساسياً لطلب الأمن، يفرض في المقابل ضرورة تبنّي إجراءات مضادة تساهم في تحييد هذا الخوف واحتوائه.

وفي ضوء ذلك، يرتكز مفهوم الأمن على أربع ركائز رئيسة، وهي:

- ✓ الإدراك الموضوعي والدقيق لمصادر التهديد، سواء كانت داخلية أم خارجية.
- ✓ صياغة استراتيجيات شاملة تسهم في تعزيز عناصر القوة الشاملة للدولة، بما في ذلك الجوانب السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية.

---

[1] امينة دير، **إثر التهديدات البيئية على واقع الامن الانساني في افريقيا – دراسة حالة دول القرن الافريقي**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، ص 11.

[2] المرجع نفسه، ص 12

- ✓ توفير الإمكانات الكفيلة بمواجهة تلك التهديدات، من خلال بناء مؤسسات أمنية وعسكرية قادرة على الردع والتصدي الفعّال.
- ✓ إعداد سيناريوهات استباقية وخطط عمل مرنة، تتطور باستمرار بما يتناسب مع تصاعد حجم التهديدات وتغير طبيعتها[1].

2- تعريف الأمن الصحي:

يُعدّ مفهوم الأمن الصحي من المفاهيم الحديثة نسبياً، ولا يزال يفتقر إلى إطار نظري وأدبي شامل وواضح، وهذا راجع إلى عدة عوامل، أبرزها حداثة المصطلح على المستويين العالمي والوطني. كما أن الشق الأول من المفهوم، أي "الأمن"، يرتبط بجملة من المتغيرات المعقدة، من بينها المتغيرات الاقتصادية، والتكنولوجية، والسياسية، والاجتماعية، مما يجعل تأطيره تحدياً في حد ذاته. وعندما يقترن هذا المفهوم بالصحة، فإنه يكتسب أبعادًا إضافية، نظراً لتداخل قضايا الصحة الفردية والعامة والعالمية مع مجموعة من الإشكاليات مثل انتشار الأوبئة، وتدهور البيئة، وتطور التكنولوجيا، والنزاعات المسلحة، والأوضاع الاقتصادية، وأنماط الحياة المختلفة، سواء كانت متقدمة أو متخلفة.

وقد تم استخدام مصطلح "**الأمن الصحي**" بشكل رسمي لأول مرة في 16 ديسمبر 1992، أثناء مناقشة مشروع قانون يتعلق بسلامة عمليات نقل الدم[2]. كما ظهر سنة 1994 في تقرير الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. [3]

وقد **عرفه ديدي تابوتو TABUTEAU DIDIER** عام 1994 على أنه: الأمن ضد المخاطر المرتبطة بعمل النظام الصحي، وهو ينظر إليه الآن على أنه حماية صحة الإنسان من المخاطر التي يسببها أداء المجتمع، سواء كانت غذائية أو بيئية أو صحية بالمعنى الدقيق للكلمة.

---

[1] فاتح النور رحموني، **مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس الاستراتيجية والأمن الدولي**، موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر علوم سياسية تخصص استراتيجية وعلاقات دولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية قسم العلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف المسيلة)، 2017، ص ص 5،6

[2] فيروز صولة، **تداعيات الأمن الصحي في المجتمعات المتقدمة والنامية المخاطر والتحديات)**، ط1، ألمانيا: المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، 2020، ص 193

[3] نبيل زكاوي ، **أزمة كورونا العالمية : حدث وباني يقلد هجوما بيولوجيا ؟** سلسلة تحليل سياسات المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات 2020، ص1

ويمثل هذا الأمن أحد ركائز الحق الأساسي في الصحة، ويتطلب إنشاء منظومة مؤسسية متكاملة مدعومة بإطار تشريعي وتنظيمي، تستند إلى أربعة مبادئ رئيسية:

أولًا – مبدأ التقييم: والذي يشمل تطوير شبكات متخصصة في رصد المخاطر الصحية، إلى جانب وضع إجراءات منهجية لتقييم المنتجات والسلع ذات الطابع الصحي والغذائي.

ثانيًا – المبدأ الوقائي: ويعني أخذ كل المخاطر المحتملة أو المثبتة بعين الاعتبار، واعتماد حلول تحقق أفضل توازن ممكن بين المنافع والمخاطر.

ثالثًا – مبدأ الحيادية: ويقتضي اعتماد تنظيم يحد من احتمالات التواطؤ وتضارب المصالح، مع ضمان التمييز الواضح بين الخدمات المختلفة عبر تحديد المهارات والمسؤوليات بدقة ضمن منظومة اتخاذ القرار، لا سيما في مجالي تقييم وإدارة المخاطر.

رابعا – مبدأ الشفافية: ويعني ضمان إيصال المعلومات بوضوح للمهنيين والجمهور، بما يعزز الثقة والفهم المشترك.[1] يتجسد مفهوم الأمن الصحي في السعي لحماية أفراد المجتمع من مختلف المخاطر الصحية التي قد تواجههم، بما يضمن لهم حياة صحية آمنة ومستقرة.

أشار تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2009 إلى أن الأمن الصحي يُعد ظاهرة إنسانية ذات أبعاد دولية متعددة، إذ يتقاطع مع مجالات أخرى مثل السياسة، والاقتصاد، والبيئة. وتنطلق مقاربة الأمن الإنساني في هذا السياق من ضرورة التصدي للمخاطر الصحية ذات الأثر العالمي، والتي تتجاوز الحدود الوطنية، من خلال تعزيز التعاون والشراكة على المستويين المحلي والدولي، بهدف منع انتشار هذه التهديدات. ويتطلب ذلك إشراك كافة الجهات المعنية، سواء كانت حكومية أو غير حكومية، مع الالتزام بجملة من المبادئ، أهمها احترام حقوق الإنسان، التقيد بالمعايير الأخلاقية في إدارة الأزمات الصحية، والامتثال للقوانين الدولية ذات الصلة.

ونظرًا لاتساع نطاق هذه التهديدات وتجاوزها الحدود الجغرافية، أصبح الأمن الصحي قضية دولية بامتياز، خاصة في ظل التزايد المستمر لحركة التنقل والتجارة بين الدول، مما ساهم في تسريع انتشار المخاطر الصحية على مستوى العالم. وقد تجلّى ذلك بوضوح خلال جائحة كورونا(Covid-19) ، التي أثّرت على جميع دول العالم دون استثناء.

[1] فيروز صولة، **مرجع سابق**، ص 194.

وعليه، أصبح الأمن الصحي محورًا رئيسيًا في سياسات الدول المعاصرة، نظرًا لأهميته المتزايدة، والتي لا تقل بأي حال من الأحوال عن أهمية الأمن الاقتصادي، أو الأمن الغذائي، أو السياسي، أو البيئي.

المطلب الثاني: مؤشرات الأمن الصحي ومجالاته

1- مؤشرات الأمن الصحي:

يعد الأمن الصحي مسؤولية مشتركة لا تتحقق عن طريق فاعل واحد أو قطاع منفرد داخل الحكومة بحيث يتطلب تحقيق الأمن الصحي تعاونًا فعالًا بين قطاعات متعددة، مثل قطاعي الصحة والأمن، إلى جانب قطاعات أخرى، مع ضرورة إنشاء شبكات عالمية مترابطة تكون قادرة على الاستجابة السريعة للحد من انتقال الأمراض المعدية بين البشر والحيوانات. كما أن للأفراد دورًا محوريًا في تعزيز مفهوم الأمن الصحي، من خلال الالتزام بالتوجيهات والإرشادات الصادرة عن الجهات الصحية الرسمية، وذلك حفاظًا على صحتهم وسلامتهم وهناك تظهر مؤشرات الأمن الصحي التي تُبنى على عدة جوانب رئيسية، تشمل ما يلي:

1-1- المؤشرات الديموغرافية:

حيث أشارت التقارير الدولية أنه بحلول عام 2000، سيعيش نحو 50% من سكان العالم في المناطق الحضرية، الأمر الذي يزيد من احتمالية انتشار ناقلات الأمراض. كما أن النمو الكبير في حركة تنقل الأفراد، والحيوانات، والسلع على المستوى العالمي، وبالسرعة التي يتم بها هذا التنقل، يسهم بشكل مباشر في انتشار الأمراض المعدية، حيث أن خصائص هذه الأمراض غالبًا ما ترتبط بالعوامل الديموغرافي وهذا حقا ما كان عليه.

1-2- المؤشرات الاجتماعية:

يُعد الوعي الصحي من العوامل الأساسية في تعزيز صحة الفرد والمجتمع، فالمجتمع القوي هو الذي يتمتع أفراده بصحة جيدة ووعي عالٍ. وتزداد أهمية الوعي الصحي في عصرنا الحالي، نتيجة لارتفاع الكثافة السكانية وانتشار التلوث البيئي الناتج عن التوسع الصناعي وزيادة عدد المركبات. لذلك، أصبح للوعي الصحي دور بارز في الوقاية من الأمراض، خاصة الخطيرة منها. كما أن الخصائص الديموغرافية والاجتماعية تسهم في تشكيل سلوكيات الأفراد وعاداتهم الصحية، مما يؤثر بدوره على مستوى الأمن الصحي. فمثلاً، العادات الغذائية السيئة أو ملامسة الحيوانات التي تحمل أوبئة قد تؤدي إلى تفشي الأمراض. وغالبًا ما تتركز الأوبئة في المجتمعات ذات الوعي والثقافة المتدنية، حيث تُقدّر نسبة الإصابات

بنحو 90% في الدول النامية، خصوصًا مع وجود عدد كبير من حاملي الفيروسات الذين لا تظهر عليهم أعراض، مما يزيد من فرص انتشارها

1-3- المؤشرات الاقتصادية:

نجحت بعض الدول في رفع كفاءة نظمها الصحية بتكاليف معقولة من خلال التركيز على أساليب الوقاية، وتقليل المخاطر الصحية المرتبطة بالعادات السلوكية، والظروف الإنسانية، والاجتماعية، والاقتصادية بحيث تسهم الاقتصاديات الكبرى في انتشار الأمراض المعدية من خلال تأثيرها على البيئة، مثل التلوث وضعف العوامل الصحية، ومن خلال زيادة حركة السلع والتجارة التي تُسهّل انتقال الأمراض. كما يُعدّ إنفاق الدول على القطاع الصحي مؤشرًا على مستوى التقدم والرفاهية، إلا أن هذا القطاع أصبح يشكل عبئًا متزايدًا على الميزانيات الوطنية بسبب ضعف الالتزام بتدابير الوقاية، رغم أهميتها في تقليل الأعباء والنتائج السلبية على المدى الطويل.[1]

1-4- مؤشرات الوضع الصحي والرعاية الصحية:

بحيث توصي جمعية الصحة العالمية في دورتها الرابعة والخمسين بضرورة الاستمرار في تنقيح اللوائح الصحية الدولية، ووضع استراتيجية عالمية شاملة للتعامل مع الأمراض المعدية الجديدة والمستجدة، وكذلك تلك التي تعاود الظهور. وتشدد التوصيات على أهمية تعزيز قدرات الإنذار المبكر بوقوع الأوبئة، وضمان الاستجابة الفورية والفعالة لها. كما تولي اهتمامًا خاصًا لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، باعتبارها تهديدًا متزايدًا للصحة العامة يتطلب تنسيقًا دوليًا وجهودًا مستدامة[2].

2- مجالات الأمن الصحي:

- **الأمراض المستجدة المعدية:** تعدّ من أبرز التحديات التي تواجه الأمن الصحي العالمي، وهي تشمل الأمراض التي تظهر لأول مرة بين السكان أو تلك التي كانت موجودة مسبقًا ولكنها بدأت تنتشر بوتيرة متسارعة وعلى نطاق جغرافي أوسع. ولا تقتصر آثار هذه الأمراض على الجانب الصحي فقط، بل تتعداه لتشمل تداعيات اقتصادية واجتماعية كبيرة، حيث قد تعيق حركة التجارة والسفر، وتؤدي إلى حالات من الذعر العام.

---

[1] سفيان عرشوش، **مخاطر الامن الصحي و سبل الوقاية منها**، مجلة الباحث للدراسات الاكاديمية، عدد 2(455-476 2022)

[2] المرجع نفسه، ص ص 460-461

- **الحوادث الكيميائية والمخاطر الإشعاعية:** تشكل تهديدًا كبيرًا للأمن الصحي، سواء كانت ناتجة عن النزاعات المسلحة أو عن حوادث في منشآت الطاقة النووية. كما يُعد التخلص العشوائي من النفايات البتروكيماوية عاملًا آخر يزيد من احتمالية وقوع كوارث بيئية وبشرية جسيمة.
- **العنف والنزاعات وحالات الطوارئ الانسانية:** حيث تسهم حالات العنف والنزاعات المسلحة، إلى جانب الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات والزلازل والبراكين، في زعزعة استقرار الأنظمة الصحية، مما يُبرز الارتباط الوثيق بين الأمن الصحي والأمن البشري.
- **انعدام الأمن الغذائي:** يُعد انعدام الأمن الغذائي من أبرز التحديات التي تواجه قطاع الصحة العامة، لا سيما في الدول منخفضة الدخل، حيث يرتبط ارتباطًا وثيقًا بمخاطر الجوع، وسوء التغذية، وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة، وفقر الدم. بينما كانت الاهتمامات في الماضي تتركز حول إمكانية الحصول على الغذاء، ونقص الإمدادات، وسوء جودة خدمات الصرف الصحي، فإن التركيز في الوقت الراهن قد تحوّل نحو البُعد الصحي للأمن الغذائي، لا سيما ما يتعلق بنوعية الغذاء وسلامته. أما في الدول الصناعية الغنية، فقد أصبحت الاستدامة في الإنتاج الغذائي تمثل أولوية استراتيجية، تُدرج ضمن مفاهيم الأمن القومي، في ظل التغيرات المناخية والضغوط البيئية المتزايدة.[1]

[1] وزارة الدفاع الإماراتية، **الأمن الصحي**، مجلة الجندي، نُشر في 8 ديسمبر 2020/https://www.aljundi.ae/الأمن-الصحي./

المطلب الثالث: مداخل الأمن الصحي

1- الأمن الصحي العالمي:

يشير فقهاء القانون الدولي والإنساني، بالإضافة إلى خبراء العلاقات الدولية والفاعلين في مجال الصحة على الصعيد الدولي، إلى أهمية التنسيق والتعاون الدولي لمواجهة التهديدات الصحية العالمية. ويتطلب ذلك التزامًا مشتركًا بالمساعدة والمراقبة وتطبيق الأطر واللوائح الدولية، بهدف دعم وتعزيز البنى التحتية والأنظمة الصحية الوطنية، ولا سيما في الدول ذات الأنظمة الصحية الضعيفة أو الهشة، والتي تعاني من صعوبة في الانتقال من نموذج الصحة العلاجية إلى نموذج الصحة الوقائية.

يرتكز الأمن الصحي العالمي على المبادئ التالية:

- الحماية من الأوبئة والأمراض المعدية وكل ما يشكّل تهديدًا للصحة العامة.
- مواجهة التهديدات الصحية الجديدة، بما في ذلك الميكروبات الخطيرة المحتملة التحول إلى جائحة.
- الحد من مقاومة الأدوية وسوء استخدامها.
- الاستعداد للطوارئ الصحية بما يضمن استجابة سريعة وفعالة.
- تنفيذ اللوائح الصحية الدولية والالتزام بها، مع تعزيز التعاون في مجالات البحث والتطوير، لا سيما في تطوير اللقاحات والعلاجات.
- إقرار قانون دولي صحي ملزم يحدد المتطلبات الأساسية للنظم الصحية الوطنية.
- التركيز على الوقاية والتشخيص المبكر والرعاية الصحية كوسيلة لتقليل التكاليف وتعزيز الضبط الصحي[1].

2- الأمن الصحي الوطني:

تشير الأدبيات المتخصصة إلى أن منظومة الأمن الصحي الوطني تستند إلى مجموعة من المقومات الأساسية، والتي تشمل:

[1] إسحاق بلقاضي، **أدوات حماية الأمن الصحي الدولي في إطار اللوائح الصحية الدولية**، مجلة الدراسات القانونية، جامعة المدية، المجلد الرابع العدد الأول 2018, ص ص 179-178

- بنية تحتية صحية متطورة تستجيب للمتطلبات الصحية العصرية وتلبي احتياجات الأفراد والمجتمع بكفاءة.

- إطار دستوري وتشريعي مرن وفعّال، قادر على التكيّف مع التهديدات الصحية المستجدة وتوفير أدوات الضبط القانوني اللازمة.

- فواعل صحية مؤهلة تشمل الكوادر البشرية، والمؤسسات الصحية، والجهات الفاعلة في المجتمع المدني، وتتمتع بالكفاءة والجاهزية.

- عقد اجتماعي صحي متين، يقوم على منظومة قيمية تعي أهمية الصحة كحق أساسي، وتقدّر دور المؤسسات الصحية في حماية الأفراد والمجتمع.

- البحث والتطوير والوقاية والاستعداد للطوارئ، ضمن منظومة تعتمد على التكنولوجيا الحديثة والمعلوماتية المتطورة.

وقد أوصى مؤشر الأمن الصحي العالمي لسنة 2020 بمجموعة من الإجراءات التي ينبغي على الحكومات الوطنية الالتزام بها لضمان تحقيق الأمن الصحي، ومن أبرزها:

- اتخاذ خطوات عملية لمعالجة مخاطر الأمن الصحي بشفافية، مع القياس المنتظم للتقدم المحرز.

- تعزيز التنسيق بين الجهات المعنية، ولا سيما الربط بين هيئات الأمن والسلطات الصحية في البيئات الهشة أو غير الآمنة.

- إنشاء آليات تمويل جديدة لسد الفجوات في الاستعداد، بما في ذلك إنشاء صندوق متعدد الأطراف لدعم توافق الأنظمة الصحية الوطنية مع معايير الأمن الصحي العالمي.

- اختبار القدرات الوطنية في مجال الأمن الصحي بشكل دوري، ونشر تقارير مراجعة سنوية على الأقل، تتناول التهديدات البيولوجية، وتسلّط الضوء على مجالات التمويل والاستجابة للطوارئ.[1]

[1] احمد طيلب: **الأمن الصحي في الظروف الاستثنائية بين تكريس الحق وصناعة الوعي**، دفاتر البحوث العلمية لكلية العلوم الاجتماعية، جامعة خميس مليانة، الجزائر، المجلد 8 العدد 2، 2020، ص 65

3- الأمن الصحي للفرد:

تناول مارشال في الفصل الخامس من الجزء الرابع من كتابه *"مبادئ الاقتصاد"* تحت عنوان *"The Health and Strength of the Population"* أثر الصحة على السكان والثروة الاقتصادية، مركّزًا على أهمية الصحة كعنصر أساسي في بناء القوة البشرية والإنتاجية.

وقد عرّف الصحة على أنها القوة الجسمية (Physical Strength) والقوة العقلية (Mental Strength)، مشيرًا إلى أن مستوى صحة الفرد يتأثر بعدة عوامل مترابطة، من أبرزها:

- توفر المسكن اللائق.
- مستوى التعليم وجودته.
- نوعية الغذاء وتنوعه.
- نظافة البيئة المحيطة.
- مدى توفر الخدمات الصحية وجودتها.
- إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات بشكل عادل ومنصف.
- إن الأمن الصحي للفرد لا يتحقق فقط بتوفير العلاج عند المرض، بل يتطلب منظومة شاملة تعزز الوقاية، وتوفر بيئة معيشية وصحية سليمة تدعم الصحة الجسدية والعقلية على حد سواء.[1]

4- الأمن الصحي في الظروف الاستثنائية:

تُعد التحديات الصحية في فترات الأزمات من أخطر التهديدات غير التقليدية التي تواجه الأمن القومي للدول. فقد أظهرت الأوبئة الكبرى مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، إيبولا، إنفلونزا الطيور، حمى الخنازير، وأخيرًا جائحة كوفيد-19، مدى هشاشة النظم الصحية حول العالم، ووضعت صُنّاع القرار أمام تحديات غير مسبوقة، امتدت آثارها إلى الجوانب الاقتصادية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال، تسببت

[1] احمد طيلب، المرجع السابق، ص 65

جائحة كورونا في إدخال الاقتصاد العالمي في حالة من الركود والانكماش، مما استدعى استجابات شاملة وسياسات تكاملية تتجاوز البعد الطبي الصرف.

وقد أكّدت أدبيات منظمة الصحة العالمية على أن الأمن الصحي لا يمكن عزله عن البُعد السلوكي والقيمي، إذ يتطلب تحقيقه تعزيز الوعي المجتمعي، وتوفير بيئة صحية تُمكّن الأفراد من بلوغ أقصى إمكاناتهم في التمتع بحياة صحية .وتُعد القيمة التي يمنحها الأفراد والدول والمجتمع الدولي للصحة من أبرز المؤشرات على مدى نجاح الأمن الصحي، خاصة عندما تتوفر الظروف التي تمكّن الفرد من تنمية قدراته الصحية وتحقيق رفاهه.

وفي هذا السياق، يُعد التداخل بين مفهومي الصحة والأمن من أبرز سمات المرحلة الراهنة، حيث أصبحت التهديدات الصحية الاستثنائية تمثّل ما يمكن اعتباره الخطر الأمني الأكبر في العالم المعاصر. وقد كشفت هذه التحولات عن قصور النماذج التقليدية التي ترتكز على مركزية الدولة كمصدر وحيد للأمن، إذ لم تعد الموارد القومية وحدها كافية لضمان الحماية من الأخطار الصحية المتصاعدة. فمع تفاقم الأوبئة وانتشار الأمراض المعدية، بات من الضروري توسيع مفهوم الأمن ليشمل الأبعاد غير التقليدية، وعلى رأسها الأمن الصحي العالمي والوطني والفردي[1].

وفي هذا الصدد، تشير الباحثة المتخصصة "إنمارك" إلى أن الفرق بين إدراك الخطر والتصور الذهني له، وبين التهديدات الصحية الفعلية، هو ما يشكّل الأساس لمفهوم "أمننة الصحة (Securitization of Health)"، أي إدراج الصحة ضمن أولويات الأمن القومي والدولي.

وعليه، فإن جائحة كوفيد-19 شكّلت لحظة فاصلة في تاريخ البشرية، ليس فقط من حيث انتشارها الواسع واعتبارها تهديدًا بيولوجيًا مستجدًا، بل من حيث أنها أعادت صياغة مفاهيم جوهرية في النظام العالمي، سواء في الجانب السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي. كما أظهرت تناقضات واضحة في المنظومات الصحية على المستويين الوطني والدولي، حيث لم يعد نظام الطوارئ الصحية، أو البنى التحتية، أو الكفاءات الطبية، أو حتى الأبحاث والدراسات المتوفرة، كافية لمواجهة هذا النوع من الأزمات.[2]

[1] حسين باسم عبد الأمير : **مفهوم الأمن في القرن الحادي والعشرين**، مجلة بيت الحكمة بغداد، 2019، ص 21

[2] المرجع نفسه، ص 22

المبحث الثالث: دور السياسات الصحية في تحقيق الأمن الصحي

المطلب الأول: دور النظام الصحي في تحقيق الامن الصحي

يُعد النظام الصحي العمود الفقري لتحقيق الأمن الصحي الوطني، إذ يشكل الإطار المؤسسي والتنظيمي الذي يتيح تقديم خدمات صحية متكاملة وشاملة تغطي جوانب الوقاية، والتشخيص المبكر، والعلاج، فضلاً عن الاستجابة الفاعلة والسريعة للأزمات الصحية والطوارئ الوبائية. وتبرز أهمية هذا النظام بشكل خاص في ظل التحديات المتنامية التي فرضتها العولمة، مثل تزايد حركة السفر والتنقل، وانتشار الأوبئة عبر الحدود، ما يتطلب جاهزية عالية وقدرة استباقية على التعامل مع المخاطر الصحية المتنوعة.

يلعب النظام الصحي دورًا محوريًا في تعزيز قدرة الدولة على حماية مواطنيها من التهديدات الصحية المتصاعدة، سواء كانت طبيعية أو ناتجة عن عوامل بشرية كالنزاعات أو التلوث أو الكوارث الصناعية. كما يُسهم في بناء الثقة بين المواطنين والحكومات، من خلال ضمان الوصول العادل والمستدام إلى الرعاية الصحية الجيدة. إلى جانب ذلك، يُعتبر تنسيق الجهود بين مختلف القطاعات—كالزراعة، والتعليم، والبيئة، والدفاع المدني—ضرورة ملحّة لضمان الاستجابة المتكاملة والفعّالة. كما يتطلب النظام الصحي الحديث تعاونًا مستمرًا مع الشركاء الإقليميين والدوليين، بما يعزز منظومات الإنذار المبكر، ويسرّع من تبادل المعلومات والخبرات، لضمان صحة المجتمع وسلامته في كل الظروف[1] حيث يساهم النظام الصحي بدور محوري في ترسيخ مفاهيم الأمن الصحي من خلال مجموعة من الأدوار والمكونات الأساسية التي تضمن حماية صحة الأفراد والمجتمع، وضمان استمرارية تقديم الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية، لا سيما في ظل التحديات الصحية والطوارئ. ويمكن إبراز مساهماته على النحو التالي:

- ✓ **الوقاية والتغطية الصحية الشاملة:** بحيث يوفر النظام الصحي خدمات وقائية مثل برامج التطعيم والتحصين والتوعية الصحية، مما يقلل من انتشار الأمراض ويعزز صحة السكان بشكل عام.[2]

[1] عبد القادر بلخضر وبوعلام مسعودي، **دور النظام الصحي في تعزيز الأمن الصحي المجتمعي**، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، 2018، ص [1026-1027].

[2] نوال بوعبدالله، **الأمن الصحي في السياسات الصحية العالمية: دراسة تحليلية في ضوء جائحة كوفيد-19**، مجلة دراسات سياسية :(2020) 41ص. [31].https://asjp.cerist.dz/en/article/133257 .

- ✓ **تعزيز الجاهزية والاستجابة للطوارئ الصحية:** يعمل النظام الصحي على بناء منظومة صحية مرنة وقادرة على الاستجابة السريعة لتفشي الأمراض والأوبئة، مع ضمان استمرارية تقديم الخدمات الحيوية دون انقطاع خلال الأزمات.

- ✓ **تحقيق تمويل صحي شامل ومستدام:** يوفّر النظام الصحي آليات تمويل فعالة تضمن حصول جميع فئات المجتمع على الرعاية الصحية اللازمة دون التعرض لأعباء مالية مرهقة، ما يسهم في تعزيز العدالة الصحية والتغطية الشاملة.

- ✓ **بناء أنظمة رصد صحية متقدمة** :يُسهم النظام الصحي في تطوير أدوات وآليات للرصد والمراقبة الدقيقة للأمراض، ما يُمكّن من اكتشاف التهديدات الصحية في مراحلها المبكرة واتخاذ إجراءات وقائية للحد من انتشارها.

- ✓ **التنسيق متعدد القطاعات وتفعيل اللوائح الصحية الدولية:** يتكامل النظام الصحي مع مختلف القطاعات—سواء صحية أو غير صحية—بما في ذلك البيئية والاقتصادية والتعليمية، لضمان استجابة صحية منسقة وشاملة، تلتزم باللوائح الصحية الدولية والمعايير العالمية.

- ✓ **تطوير وتأهيل الكوادر الصحية:** يستثمر النظام الصحي في تأهيل الكوادر البشرية وتدريب العاملين في المجال الطبي، مما يعزز من جاهزيتهم للتعامل مع التحديات الصحية المختلفة بكفاءة.

- ✓ **تعزيز برامج الوقاية والتطعيم:** يسعى النظام الصحي إلى توسيع نطاق برامج التحصين ضد الأمراض المعدية، وتوفير اللقاحات الضرورية لمختلف الفئات العمرية، الأمر الذي يحد من تفشي الأوبئة ويحمي الصحة العامة.

- ✓ **تحسين البنية التحتية الصحية والخدمات الوقائية:** حيث يتم تطوير المرافق الصحية وتجهيزها بالتقنيات الحديثة، إلى جانب تحسين خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة، ما يشكل خط دفاع أول في الوقاية من الأمراض[1].

[1] سامي عبد الرؤوف، "**قادرون على تحقيق الأمن الصحي في الدولة**"، صحيفة الاتحاد، 22 مارس 2020، https://www.aletihad.ae/article/17309/2020/قادرون-على-تحقيق-الأمن-الصحي-في-الدولة

- ✓ **تمكين المجتمع وتفعيل دوره في الأمن الصحي:** يشجع النظام الصحي على مشاركة الأفراد في جهود الوقاية والتصدي للمخاطر الصحية من خلال برامج التوعية والتثقيف الصحي، مما يعزز السلوكيات الإيجابية والالتزام بالإرشادات الصحية.

- ✓ **توظيف التكنولوجيا الحديثة والتقنيات التشخيصية المتطورة:** يستخدم النظام الصحي أدوات فحص وتشخيص دقيقة، بما في ذلك التحاليل المخبرية المتقدمة والتقنيات الجينية، للكشف عن مسببات الأمراض ووضع استراتيجيات فعالة للتصدي لها.[1]

ويرتكز دور النظام الصحي في تحقيق الامن الصحي على العديد من النقاط يمكن تلخيصها كما يلي:

- ✓ **تعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود والاستجابة،** بما يشمل ضمان استمرارية الخدمات الأساسية خلال الأزمات.
- ✓ **توفير تمويل صحي مستدام** يحمي الأفراد من الأعباء المالية الناتجة عن تكاليف العلاج.
- ✓ **تفعيل أنظمة الترصد والمراقبة الصحية** وذلك للكشف المبكر عن الأوبئة واتخاذ التدابير الوقائية في الوقت المناسب.
- ✓ **تنسيق الجهود مع اللوائح الصحية الدولية** وتكامل العمل بين مختلف القطاعات لمواجهة التحديات الصحية بفعالية.
- ✓ **تشجيع المشاركة المجتمعية والتوعية الصحية** لبناء ثقة المجتمع وتعزيز السلوكيات الوقائية.
- ✓ **تطوير الكوادر الصحية وتأهيلها** لتكون مستعدة للتعامل مع مختلف التحديات الصحية
- ✓ **التركيز على الوقاية ومكافحة العدوى** من خلال تحسين البنية التحتية الصحية، بما في ذلك خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة.

- ✓ **تحقيق التغطية الصحية الشاملة** بما يضمن وصول جميع الفئات إلى الرعاية الصحية دون معاناة مالية[2].

---

[1] المرجع السابق، ص 02

[2] منظمة الصحة العالمية، **النظم الصحية من أجل الأمن الصحي**، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2023، https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378523/9789240078291-ara.pdf.

في مجمل القول، يحقق النظام الصحي الأمن الصحي منن خلال تأسيس منظومة صحية قوية وقادرة على التكيف، تدعمها آليات تمويل متينة، ومراقبة صحية دقيقة، وتعاون متكامل بين القطاعات، إضافة إلى تطوير الموارد البشرية، وتوسيع برامج الوقاية، وتحسين البنية التحتية، وتعزيز المشاركة المجتمعية، والاعتماد على التكنولوجيا الحديثة. هذه العناصر مجتمعة تضمن حماية فعالة لصحة المجتمع واستقراره في مواجهة المخاطر الصحية.

المطلب الثاني: أدوات واهداف السياسات الصحية في تحقيق الأمن الصحي

تُعد السياسات الصحية الإطار العملي الذي تعتمد عليه الدول لتنظيم القطاع الصحي وضمان استدامته وكفاءته. وهي لا تقتصر على تقديم الخدمات العلاجية، بل تمتد إلى الوقاية، والتشريع، والتخطيط، والرقابة، والتنسيق بين مختلف الفاعلين. ويتطلب تحقيق الأمن الصحي وجود سياسات صحية فعّالة تتبنى أدوات واضحة وأهدافًا استراتيجية شاملة.

1- التشريعات الصحية والتنظيم المؤسسي:

تُعتبر القوانين الصحية أداة جوهرية في ضبط القطاع الصحي وتحديد مسؤوليات الفاعلين فيه. فإطار قانوني متكامل يمكن من ضمان جودة الخدمات الصحية، ويؤسس لمسؤولية الدولة في حماية الصحة العامة. كما أن وجود مؤسسات متخصصة مثل وزارات الصحة وهيئات الرقابة الصحية يُعد ضروريًا لتنفيذ السياسات ومراقبة تطبيقها.

تُعد التشريعات الصحية من الركائز الأساسية التي تقوم عليها السياسات الصحية الفعّالة، حيث تُوفر الإطار القانوني الذي ينظّم عمل القطاع الصحي بكافة مكوناته، سواء من حيث تقديم الخدمات أو إدارة الموارد أو تنظيم العلاقة بين مختلف الفاعلين الصحيين. ويشكّل القانون الصحي المرجعية التي تُحدّد حقوق وواجبات الأفراد، وتُوضح مسؤوليات الدولة في ضمان الحق في الصحة باعتباره من الحقوق الأساسية للإنسان، كما نصت عليه مواثيق حقوق الإنسان الدولية والدساتير الوطنية في العديد من الدول.

ويتيح وجود إطار قانوني واضح وشامل ضبط القطاع الصحي، والحد من التجاوزات، وتعزيز الشفافية والمساءلة. كما يوفّر هذا الإطار الأساس الذي تُبنى عليه اللوائح والتنظيمات المتعلقة بسلامة الأغذية، والرقابة على الأدوية، والتراخيص المهنية، ومراقبة المستشفيات والمصحات، وتحديد معايير الجودة والسلامة الصحية.

أما على مستوى التنظيم المؤسسي، فإن وجود مؤسسات قوية ومتخصصة هو أمر حاسم لتفعيل السياسات الصحية. وتشمل هذه المؤسسات وزارات الصحة، الوكالات الوطنية للصحة العامة، هيئات تنظيم الأدوية والتجهيزات الطبية، بالإضافة إلى الهيئات المستقلة للرقابة والتقييم .وتتكامل هذه المؤسسات فيما بينها لوضع السياسات، تنفيذ البرامج الصحية، مراقبة جودة الخدمات، وجمع البيانات الصحية وتحليلها لاتخاذ قرارات مبنية على الأدلة.

وفي ظل التحولات الصحية المتسارعة، أصبحت الحاجة ملحة لتحديث التشريعات بشكل مستمر، بما يتماشى مع المستجدات الوبائية، والتطورات التكنولوجية، والتحولات الديموغرافية والاجتماعية. كما يتطلب التنظيم المؤسسي مرونة وفعالية في التنسيق بين المستويات الوطنية والجهوية والمحلية لضمان استجابة سريعة وفعالة للأزمات الصحية، مثل الجوائح والكوارث الطبيعية.[1] خلال جائحة كوفيد-19، اضطرت العديد من الدول إلى تفعيل تشريعات الطوارئ الصحية، وتعزيز دور المؤسسات الرقابية والصحية لتنسيق جهود الاستجابة. وأثبتت هذه التجربة أن وجود قوانين صحية حديثة ومؤسسات فعّالة يُعد من العوامل الحاسمة في حماية الأمن الصحي الوطني.

2- التخطيط الصحي وتمويل النظام الصحي:

يُعد كل من التخطيط الصحي وتمويل النظام الصحي من الدعائم الجوهرية لأي سياسة صحية فعّالة تهدف إلى تحقيق الأمن الصحي بمفهومه الشامل. فالتخطيط الصحي لا يقتصر على مجرد التنبؤ بالاحتياجات الصحية للسكان، بل يشمل وضع استراتيجيات طويلة المدى تأخذ بعين الاعتبار التغيرات الديموغرافية، والانتشار الوبائي، والتطورات العلمية والتكنولوجية، إلى جانب المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية. ويشمل ذلك تطوير البنية التحتية الصحية، تعزيز الموارد البشرية، وتوزيعها بشكل عادل، وربط أهداف السياسات الصحية بالأولويات الوطنية.

وفي المقابل، فإن تمويل النظام الصحي هو الآلية التي تُمكّن من تنفيذ هذا التخطيط على أرض الواقع. ويُعتبر ضمان التمويل المستدام والمنصف من أهم شروط نجاح أي إصلاح صحي. وتشير الدراسات إلى أن البلدان التي تتبنى نظم تمويل عادلة، مثل التأمين الصحي الشامل أو التغطية الصحية الشاملة

[1] Walt, G. & Gilson, L. (1994). ***Reforming the health sector in developing countries****: the central role of policy analysis*. Health Policy and Planning, 9(4), 353-370.

(UHC[1])، تُحقق نتائج أفضل على مستوى المؤشرات الصحية، وتُقلّص الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية بين الفئات الاجتماعية المختلفة.

ويمكّن نظام التمويل الجيد من تعزيز الاستجابة للطوارئ الصحية، وتوفير الأدوية والتجهيزات الطبية، وتطوير الكوادر الصحية، بما يُسهم في رفع مستوى الجاهزية العامة للنظام الصحي. كما أن تخصيص الميزانيات الصحية بشكل كافٍ ومنتظم يُعد استثمارًا طويل الأجل في استقرار الدولة، ويُجنّبها تكاليف هائلة قد تترتب على الأزمات الصحية غير المتوقعة.

وفي هذا السياق، يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية حول تمويل النظم الصحية أن السياسات التمويلية الناجحة هي التي تقوم على مبادئ الإنصاف، والكفاءة، والاستدامة، وتعزز من قدرة النظام الصحي على التوسع والتطور لمواجهة التحديات المستقبلية.

3- السياسات الوقائية مقابل السياسات العلاجية:

تُظهر الأدبيات والتجارب الدولية أن تركيز السياسات الصحية على الوقاية يشكل استراتيجية أكثر فعالية واستدامة مقارنة بالاعتماد الحصري على العلاج. فالسياسات الوقائية تسعى إلى الحد من ظهور الأمراض والوقاية من انتشارها، مما يقلل الحاجة إلى تدخلات علاجية مكلفة ومعقدة. وبهذا، تعمل هذه السياسات على تقليل العبء الصحي والاقتصادي على الأنظمة الصحية والمجتمعات.

وتشمل السياسات الوقائية مجموعة واسعة من الإجراءات مثل برامج التلقيح الموسعة، التي أثبتت جدواها في مكافحة الأمراض المعدية مثل الحصبة والشلل الأطفال، وكذلك التوعية الصحية التي تهدف إلى تعديل السلوكيات الفردية والجماعية المتعلقة بالصحة. كما أن الكشف المبكر للأمراض المزمنة والحادة، من خلال فحوصات دورية وبرامج فحص جماعية، يُمكن أن يقلل من المضاعفات الصحية ويزيد فرص العلاج الناجح.

بالإضافة إلى ذلك، تعد مكافحة العوامل البيئية المسببة للأمراض، مثل تحسين جودة المياه، السيطرة على التلوث، وتوفير بيئة صحية آمنة، من الركائز الأساسية للسياسات الوقائية. هذه الإجراءات تخلق بيئة صحية تعزز مناعة المجتمع وتحد من تفشي الأمراض[2].

[1] World Health Organization**.** ***Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*****.** World Health Report 2010. Geneva: WHO Press, 2010

[2] Kickbusch, Ilona. "**Health Governance: The Health Society." In *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness,*** edited by Don Nutbeam, Melanie McQueen, and Ilona Kickbusch, 101-113. New York: Springer, 2007.

وقد أظهرت الدراسات أن الاستثمار في الوقاية يعود بعوائد اقتصادية كبيرة على المدى الطويل، من خلال تقليل التكاليف المرتبطة بالعلاج، وتقليل فقدان الإنتاجية بسبب المرض، وتحسين جودة الحياة. ولهذا، تنادي المنظمات الصحية العالمية، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، بإعطاء الأولوية للسياسات الوقائية ضمن الخطط الصحي.

4- الرقمنة واستخدام التكنولوجيا في الصحة:

في ظل التطور السريع للتكنولوجيا الرقمية، شهدت النظم الصحية تحولًا جذريًا نحو اعتماد الأدوات الرقمية والتقنيات الحديثة، مما أحدث نقلة نوعية في طريقة تقديم الخدمات الصحية وإدارتها. أصبحت الرقمنة أحد العوامل الرئيسية في تحسين جودة الرعاية الصحية، وزيادة كفاءتها، وتعزيز إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية، خاصة في المناطق النائية والريفية.

تشمل هذه الرقمنة **جمع البيانات الصحية وتحليلها** باستخدام أنظمة معلومات صحية متقدمة، مما يسمح بمراقبة مؤشرات الصحة العامة بشكل لحظي ودقيق، ويساعد في الكشف المبكر عن الأوبئة وانتشار الأمراض. كما أصبحت تقنيات **التطبيب عن بُعد** (Telemedicine) أداة حيوية في تقديم الرعاية الطبية، حيث يمكن للأطباء تقديم الاستشارات الطبية عن بعد، مما يحد من الحاجة للتنقل ويقلل من التكاليف، خصوصًا في فترات الأزمات مثل جائحة كوفيد-19.

علاوة على ذلك، تتيح التكنولوجيا الرقمية استخدام **أنظمة تتبع الأوبئة** التي تعتمد على الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الكبيرة(Big Data) ، مما يعزز من سرعة ودقة استجابة الأنظمة الصحية للأزمات الطارئة، ويساعد في اتخاذ قرارات مبنية على أدلة علمية قوية.

كما تلعب الرقمنة دورًا مهمًا في تعزيز **الشفافية والمساءلة** داخل القطاع الصحي من خلال تحسين آليات التوثيق، والتقارير الإلكترونية، والتواصل بين المؤسسات الصحية والمواطنين. وهو ما يسهم في بناء ثقة أكبر بين المجتمع والنظام الصحي، وهو عنصر أساسي لتحقيق الأمن الصحي.[1]

إن دمج التكنولوجيا الرقمية في القطاع الصحي لم يعد خيارًا بل ضرورة استراتيجية في ظل التحديات الصحية المعاصرة، حيث تُعد أحد أعمدة تطوير أنظمة صحية مستدامة وقادرة على مواجهة المستجدات بكفاءة ومرونة.

المطلب الثالث: العلاقة بين السياسات الصحية والأمن الصحي

[1] World Health Organization. **Global Strategy on Digital Health 2020-2025**. Geneva: WHO Press, 2021

تعد السياسات الصحية الركيزة الأساسية لتحقيق الأمن الصحي في أي دولة، حيث تمثل الإطار التوجيهي الذي يحدد الأهداف الصحية العامة، وينظم توزيع الموارد، ويرسم آليات التدخل في مواجهة التحديات الصحية. بينما يُعد الأمن الصحي النتيجة المرجوة من هذه السياسات، والمتمثل في قدرة الدولة على حماية صحة سكانها من الأخطار البيولوجية، والبيئية، والغذائية، والأوبئة، والكوارث الصحية.[1] فالعلاقة بين السياسات الصحية والأمن الصحي وثيقة ومتداخلة، حيث تشكل السياسات الصحية الإطار التنظيمي والاستراتيجي الذي يهدف إلى حماية صحة السكان وضمان استقرار النظام الصحي، وهو ما يعد جوهريًا لتحقيق الأمن الصحي للدولة.

1- السياسات الصحية كأساس للأمن الصحي:

تحدد السياسات الصحية الأهداف والإجراءات التي تضمن تقديم خدمات صحية فعالة، وقائية وعلاجية، مما يعزز قدرة الدولة على مواجهة التهديدات الصحية مثل الأوبئة والأمراض المستعصية. في الجزائر، على سبيل المثال، تم وضع استراتيجيات وطنية للأمن الصحي (2025-2030) ترتكز على الوقاية والتنسيق بين عدة وزارات لضمان حماية المواطنين من المخاطر الصحية[2].

2- الأمن الصحي كهدف استراتيجي للسياسات الصحية:

يعني الأمن الصحي تقليل خطر حوادث الصحة العامة الحادة وتأثيرها على السكان، ويتطلب استجابات متعددة القطاعات تشمل الصحة العامة، البيئة، التغذية، وغيرها. السياسات الصحية تدمج هذه الأبعاد لتقوية النظام الصحي وجعله أكثر مرونة وقدرة على الصمود أمام الأزمات.

3- التنسيق بين القطاعات والمؤسسات:

لتحقيق الأمن الصحي، يجب أن تكون السياسات الصحية شاملة ومتعددة القطاعات، تشمل الصحة، التجارة، البيئة، والزراعة، وهو ما تعتمده الجزائر في استراتيجيتها الوطنية، مع إشراك مؤسسات مثل الوكالة الوطنية للأمن الصحي لضمان تكامل الجهود.

---

[2] كمال،سنهاجي. "**الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي 2025-2030 جاهزة قبل نهاية السنة.**" وكالة الأنباء الجزائرية (APS)، 21ماي 2024.
https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/171095

4- الأمن الصحي في السياق الدولي:

يتطلب الأمن الصحي تعاونًا دوليًا وتبادل معلومات بين الدول لمواجهة التهديدات العابرة للحدود مثل الجوائح والأمراض المعدية. يجب أن تتماشى السياسات الصحية الوطنية مع اللوائح الصحية الدولية لتعزيز الأمن الصحي العالمي.

5- الوقاية والاستجابة للأوبئة:

من خلال السياسات الصحية يتم وضع أنظمة الإنذار المبكر، والتطعيمات، وتدابير الحجر الصحي، والإجراءات الوقائية، وهي عناصر محورية في تحقيق الأمن الصحي، خاصة في مواجهة التهديدات العالمية مثل الأوبئة (كوفيد-19)

6- البنية التحتية والتكنولوجيا:

تلعب السياسات الصحية دوراً مباشراً في تطوير البنية التحتية الطبية، ورقمنة الخدمات، وتكوين الكفاءات، وكلها تمثل دعائم لتحقيق الأمن الصحي، من خلال استجابة فعالة وسريعة عند الأزمات.

7- **التكامل مع القطاعات الأخرى:** يعتمد الأمن الصحي على تقاطع السياسات الصحية مع قطاعات مثل البيئة، التغذية، المياه، النقل، والتعليم، وهو ما تؤطره سياسات صحية قائمة على منهج "الصحة في جميع السياسات"، لضمان شمولية الحماية الصحية.

خلاصة الفصل:

يعكس التداخل الوثيق بين السياسات الصحية والأمن الصحي أهمية بناء مقاربة شاملة تستجيب لتحديات الصحة المعاصرة، من خلال أدوات تنظيمية واستراتيجية فعالة. تُعد السياسات الصحية الإطار الحاكم الذي يُوجّه عمل الأنظمة الصحية نحو تحقيق أعلى مستويات الحماية للفرد والمجتمع من المخاطر الصحية، سواء كانت بيولوجية، بيئية، أو ناتجة عن أوبئة وأزمات صحية طارئة.

وقد بيّنت التجارب الدولية أن البلدان التي تتبنى سياسات صحية متكاملة تشمل الوقاية، التخطيط، التمويل العادل، التشريعات الصارمة، واستخدام التكنولوجيا، تكون أكثر قدرة على الصمود أمام التهديدات الصحية، ما يساهم مباشرة في ترسيخ أمن صحي وطني مستدام. ويتطلب هذا التوجه تنسيقًا فعّالًا بين مختلف القطاعات الحكومية، ومشاركة مؤسسات المجتمع المدني، وتعزيز نظم الرقابة والرصد الوبائي.

كما يُظهر مفهوم الأمن الصحي تحولًا نوعيًا في رؤية الدولة للصحة العامة، لم يعد يُنظر إليها كمجال خدمي فقط، بل كمكون أساسي في بنية الأمن القومي والاجتماعي. في هذا الإطار، يُشكل الأمن الصحي الهدف الأسمى للسياسات الصحية الحديثة، وهو ما تؤكده الممارسات المعتمدة في العديد من الدول، التي شرعت في بلورة استراتيجيات وطنية تستجيب للمعايير الدولية وتستشرف المخاطر الصحية المستقبلية.

بناءً عليه، فإن ترسيخ السياسات الصحية كدعامة استراتيجية، وتحويلها إلى أدوات فعالة في الوقاية، الاستعداد، والتدخل، يُعدّ السبيل الأمثل لضمان أمن صحي شامل يحقق التنمية المستدامة ويعزز مناعة المجتمعات على المدى الطويل.

الفصل الثاني: السياسات الصحية في الجزائر

الفصل الثاني: السياسات الصحية في الجزائر

تمهيد:

تُعد السياسات الصحية من الدعائم الأساسية لأي نظام صحي يسعى إلى تحقيق الرفاه المجتمعي وضمان الأمن الصحي بمفهومه الواسع. وفي السياق الجزائري، تكتسب هذه السياسات طابعًا خاصًا نظراً لتاريخ الدولة في تبني نموذج مجاني وشامل للرعاية الصحية منذ الاستقلال، الذي مثّل حينها توجهًا اجتماعيًا طموحًا نحو العدالة الصحية وتكافؤ الفرص في العلاج. إلا أن التحولات العميقة التي شهدها العالم في العقود الأخيرة، سواء من حيث تطور الأنماط الوبائية، أو تعقّد المشكلات الصحية، أو ازدياد الحاجات السكانية، وضعت هذه السياسات أمام تحديات نوعية جديدة تستدعي مراجعة مستمرة وتطوير دائم.

لقد كشفت الأزمات الصحية العالمية، وعلى رأسها جائحة كوفيد-19، عن الحاجة الماسة لإعادة هيكلة السياسات الصحية في الجزائر، بما يضمن مرونة النظام الصحي، واستجابته السريعة والفعالة لمختلف الأخطار الصحية، سواء كانت بيئية، بيولوجية، أو تكنولوجية. كما أظهرت أهمية التخطيط الاستراتيجي، والتنسيق بين القطاعات، وإدماج التكنولوجيا في الرصد والاستجابة، وضرورة الانتقال من التركيز التقليدي على العلاج إلى اعتماد مقاربة وقائية واستباقية.

في هذا الإطار، تعمل الجزائر على بلورة رؤية جديدة للسياسات الصحية، ترتكز على إصلاح المنظومة الصحية من حيث التشريع، والتمويل، والتنظيم، وتطوير الموارد البشرية، وتعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص

يهدف هذا الفصل إلى دراسة مكونات السياسات الصحية في الجزائر، واستعراض أهم الاستراتيجيات والتحديات التي تواجهها الدولة في سبيل ترسيخ الأمن الصحي الوطني. في البداية، سيتم التفصيل في تطور السياسات الصحية ثم سيتم الانتقال إلى الإطار القانوني والمؤسساتي للسياسات الصحية في الجزائر وصولا لتحليل النظام الصحي الجزائر

المبحث الأول: تطور السياسات الصحية في الجزائر

المطلب الأول: فترة ما بعد الاستقلال إلى فترة التسعينيات

منذ نيلها الاستقلال عام 1962، أولت الجزائر أهمية كبيرة لبناء منظومة صحية وطنية تُجسد مبادئ العدالة الاجتماعية والمجانية في الرعاية الصحية، باعتبار الصحة حقًا أساسيًا لكل مواطن. وقد عرفت السياسة الصحية في البلاد تطورات متباينة عبر العقود، تأثرت بالسياقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها. فمن مرحلة البناء والتأسيس في السنوات الأولى للاستقلال، إلى فترات التقشف والأزمات، ثم الإصلاحات التي سعت لتحسين جودة الخدمات وتوسيع التغطية الصحية، وصولًا إلى التحديات غير المسبوقة التي فرضتها جائحة كوفيد-19، كان لكل مرحلة خصوصياتها وأولوياتها.

إن تتبّع هذا المسار التاريخي يُعد ضروريًا لفهم طبيعة السياسة الصحية الحالية في الجزائر، والإشكالات البنيوية التي تواجه المنظومة الصحية، كما يُسهم في تقييم فعالية الاستراتيجيات المعتمدة في ظل الأزمات، وعلى رأسها أزمة كوفيد-19.وعليه سيتم استعراض المحطات الرئيسية لتطور السياسات الصحية:

يمكن القول أن السياسة الصحية الفرنسية في الجزائر خلال الفترة الاستعمارية كانت موجهة أساسًا لخدمة مصالح المستوطنين الفرنسيين، في مقابل تجاهل واضح لاحتياجات السكان الجزائريين الأصليين. هذا التمييز الممنهج في تقديم الخدمات الصحية ساهم في تعميق الفجوة بين الفئتين من حيث إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية.[1]

ففي حين استفاد المستوطنون من خدمات صحية متقدمة ومرافق مجهزة، عانى الجزائريون من نقص حاد في البنى التحتية الصحية وغياب الرعاية الطبية، خاصة في المناطق الريفية. وقد أدى هذا الوضع إلى تدهور الصحة العامة بين السكان الأصليين وترك آثارًا صحية واجتماعية طويلة الأمد لا تزال بعض تجلياتها قائمة حتى اليوم.

[1] يمينة مجاهد، **السياسة الصحية الاستعمارية في الجزائر خلال الحقبة الكولونيالية الأولى (1830-1890)** المجلد 2، العدد 4، مجلة المرأة للدراسات المغاربية ، ديسمبر 2015، ص 76.

1- فترة ما بعد الاستقلال (1962):

بعد استقلال الجزائر عام 1962، أولت الدولة اهتمامًا بالغًا بتأسيس منظومة صحية وطنية قادرة على تلبية احتياجات السكان، خاصة في ظل التركة الثقيلة التي خلفها الاستعمار من حيث ضعف البنية الصحية وتفاوت توزيعها.

ركّزت السياسة الصحية خلال هذه المرحلة على بناء البنية التحتية وتوسيع التغطية الصحية لتشمل كافة مناطق البلاد، دون تمييز جغرافي أو اجتماعي. وتم إطلاق مشاريع واسعة لإنشاء شبكة من المستشفيات، والمراكز الصحية، والمستوصفات، بهدف ضمان وصول الخدمات الصحية الأساسية إلى جميع المواطنين.

وقد ساهمت هذه الجهود بشكل ملحوظ في تحسين مؤشرات الصحة العامة، مثل انخفاض معدلات الوفيات، وارتفاع نسب التلقيح، وتحسن متوسط العمر المتوقع، مما يعكس نجاح السياسة الصحية خلال العقود الأولى للاستقلال في توسيع قاعدة الرعاية الصحية وتكريس مبدأ مجانية العلاج.[1]

عرفت السياسة الصحية في الجزائر خلال الثمانينيات تحولات عميقة، نتيجة للأزمة الاقتصادية الحادة التي واجهتها البلاد عقب الانهيار الكبير في أسعار النفط، وهو ما شكّل ضربة قوية للاقتصاد الوطني باعتبار النفط المصدر الأساسي للإيرادات العامة.

دفعت هذه الأزمة الحكومة إلى تقليص الإنفاق العمومي، بما في ذلك الميزانيات المخصصة لقطاع الصحة، الأمر الذي فرض إعادة هيكلة عميقة لهذا القطاع. وقد أدى ذلك إلى تقليص التمويل الموجّه للمستشفيات والمراكز الصحية، مما انعكس سلبًا على نوعية الخدمات المقدمة.

شهدت المرافق الصحية خلال هذه الفترة نقصًا حادًا في الأدوية والمعدات الطبية، وهو ما ساهم في تراجع مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. كما أدى تدهور الظروف المهنية داخل القطاع إلى هجرة عدد كبير من الكفاءات الطبية إلى الخارج، بحثًا عن فرص عمل أفضل، مما زاد من حدة نقص الموارد البشرية في الداخل.

تفاوتت تأثيرات الأزمة حسب المناطق، إذ كانت المناطق الريفية والنائية الأكثر تضررًا، حيث تدهورت الخدمات الصحية بشكل أكبر مقارنة بالمناطق الحضرية. كما أدت الأزمة إلى ارتفاع تكاليف الرعاية

[1] فتيحة، بلعايد، **السياسة الصحية في الجزائر ما بعد الاستقلال**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2016، ص 78.

الصحية، الأمر الذي جعلها أقل قدرة على الوصول من قبل الفئات الهشة والفقيرة، وأسهم في تفاقم التفاوتات الاجتماعية وانتشار بعض الأمراض، لا سيما المزمنة منها.

بشكل عام، يمكن القول أن السياسة الصحية في الجزائر خلال هذه المرحلة شهدت بدايةً إيجابية تميزت بالتوسع في التغطية وتحسين المؤشرات الصحية، لكنها اصطدمت لاحقًا بتحديات اقتصادية وهيكلية عميقة أثّرت سلبًا على أداء المنظومة الصحية، وهو ما مثّل ولا يزال يمثل تحديًا كبيرًا أمام صانعي السياسات الصحية في البلاد.

2- فترة الثمانينيات والتسعينيات:

شهدت السياسة الصحية في الجزائر خلال الثمانينيات والتسعينيات تحولات بارزة، عكست سعي الدولة إلى توسيع التغطية الصحية وتحسين أداء المنظومة الصحية رغم التحديات الاقتصادية.

ففي الثمانينيات، تم إطلاق البرنامج الوطني للصحة العمومية، والذي كان يهدف إلى توسيع نطاق الخدمات الصحية وتقليص الفوارق الإقليمية في الحصول على الرعاية. في هذا الإطار، عملت السلطات الصحية على إنشاء شبكة موسعة من المؤسسات الصحية العمومية عبر مختلف ولايات الوطن، بما في ذلك المناطق النائية، من أجل ضمان وصول الخدمات الصحية الأساسية إلى أكبر عدد ممكن من المواطنين.

أما في التسعينيات، فقد تم الشروع في تنفيذ إصلاحات هيكلية شاملة داخل القطاع الصحي، تمثلت في إعادة تنظيم المؤسسات الصحية وتحسين طرق تسييرها.

وكان من أبرز هذه الإصلاحات إدخال نظام التأمين الصحي الإجباري، الذي مثّل تحولًا نوعيًا في السياسة الصحية، حيث أتاح للمواطنين حماية مالية عند تلقي الرعاية الصحية، وساهم في تعزيز مبدأ التضامن الاجتماعي في تمويل العلاج.

رغم التحديات المرتبطة بالأزمة الاقتصادية، فإن هذه الإجراءات عكست جهود الدولة في تطوير منظومة صحية أكثر شمولًا وعدالة.[1]

[1]-عفاف بزازي، **السياسة العامة الصحية في الجزائر في ظل أزمة كوفيد 19**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، جامعة العربي بن مهيدي – أم البواقي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2022، ص 48.

ساهمت هذه الإصلاحات بشكل ملحوظ في تعزيز جودة خدمات الرعاية الصحية في الجزائر، والحد من الفوارق في الوصول إليها بين مختلف المناطق والفئات الاجتماعية. وقد انعكس ذلك إيجابًا على المؤشرات الصحية الوطنية، مثل ارتفاع معدلات التغطية الصحية وتحسن مؤشرات الوقاية.

وخلال هذه المرحلة، تم توجيه الجهود نحو تعزيز الرعاية الصحية الأولية، مع التركيز على الوقاية والكشف المبكر، من خلال إطلاق برامج وطنية للتلقيح والفحص المنتظم للأمراض المزمنة والمعدية. كما حظيت صحة الأم والطفل بأولوية خاصة، حيث تم تنفيذ برامج تهدف إلى تحسين الرعاية السابقة للولادة، وتوفير خدمات صحية متكاملة للأمهات والأطفال.

المطلب الثاني: الفترة الحالية (2000 – 2024)

شهدت السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من عام 2000 إلى عام 2024 تطورات وإصلاحات بارزة، نتيجة لتزايد التحديات الصحية على الصعيدين المحلي والعالمي. ووفقًا لما ورد في دراسة الباحث ***مصطفى بوحنية*** ضمن كتابه ***"النظام الصحي في الجزائر: التطورات والتحديات"***، فقد تميزت هذه المرحلة بسلسلة من المبادرات الهادفة إلى تحسين أداء المنظومة الصحية وتعزيز فعالية الخدمات المقدمة.

في السنوات الأولى من الألفية الجديدة (2000–2005)، أولت الحكومة الجزائرية اهتمامًا كبيرًا لتحسين جودة الرعاية الصحية وتوسيع نطاق الوصول إليها. وفي هذا السياق، تم إطلاق الخطة الوطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية سنة 2002، والتي ركزت بشكل خاص على مكافحة الأمراض غير المعدية والمزمنة، نظراً لازدياد انتشارها وتأثيرها على الصحة العامة.[1]

كما شهدت هذه الفترة تعزيزًا لبرامج صحة الأم والطفل، ما أدى إلى تحقيق نتائج إيجابية تمثلت في انخفاض معدلات وفيات الرضع والأمهات، وتحسن المؤشرات الصحية ذات الصلة. وقد جاءت هذه الجهود في إطار سياسة صحية تعتمد على الوقاية، والكشف المبكر، وتحسين البنية التحتية الصحية، لا سيما في المناطق ذات الأولوية. في الفترة من 2005 إلى 2015، واصلت الجزائر جهودها لتحسين البنية التحتية الصحية وتطوير الموارد البشرية.

تم بناء العديد من المستشفيات الجديدة وتحديث المرافق القائمة. كما تم إطلاق برامج للتأمين الصحي الشامل لزيادة تغطية الخدمات الصحية.

[1] Amrane, Salima, **Les réformes du système de santé en Algérie: Bilan et perspectives**, Insaniyat 35-36 2007,P 101-114.

في السنوات الأخيرة (2015–2024)، ركزت السياسة الصحية على تحسين الجودة والكفاءة. تم تطوير نظم المعلومات الصحية وتعزيز الرقابة والمساءلة. كما اتخذت الجزائر خطوات لتعزيز البحث العلمي الطبي والابتكار التكنولوجي في المجال الصحي.[1]

كنتيجة، في فترة ما بعد الاستقلال، شهدت السياسة الصحية العامة في الجزائر تطورات ملحوظة. بعد الاستقلال اتخذت الجزائر خطوات هامة لتحسين الوضع الصحي للمواطنين، حيث تم إنشاء نظام صحي وطني شامل وتوسيع البنية التحتية الصحية عبر البلاد.

خلال عقدي السبعينيات والثمانينيات، ركزت السياسة الصحية في الجزائر على تعزيز الرعاية الصحية الأولية، وتوسيع نطاق الخدمات الصحية لتشمل المناطق الريفية والنائية، في إطار سعي الدولة لتحقيق العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص في مجال الصحة. تم إنشاء شبكة واسعة من المراكز الصحية والمستشفيات في مختلف أنحاء البلاد لضمان توفير الرعاية الصحية لكافة شرائح السكان، بغض النظر عن موقعهم الجغرافي.

كما حظيت صحة الأم والطفل بأولوية خاصة، حيث تم اعتماد برامج تهدف إلى خفض معدلات وفيات الأمهات والرضع، وتحسين ظروف المتابعة الطبية أثناء الحمل وبعد الولادة. وفي هذا السياق، اتخذت الدولة أيضًا إجراءات لتحسين الوضع الصحي للمرأة، من خلال دعم مشاركتها في القطاع الصحي، وتعزيز برامج الصحة الإنجابية، بما في ذلك التوعية، وتنظيم الأسرة، والرعاية الوقائية.[2]

وقد ساهمت هذه السياسات في تحقيق تطور ملموس في المؤشرات الصحية العامة، مثل انخفاض معدلات الوفيات وتحسن نسب التغطية الطبية. ومع ذلك، ورغم هذه الإنجازات، لا تزال السياسة الصحية تواجه تحديات قائمة، من أبرزها استمرار التفاوتات الإقليمية في الحصول على الرعاية الصحية، وارتفاع معدلات الوفيات النفاسية في بعض المناطق.

لذلك، تواصل الجزائر تنفيذ إصلاحات تهدف إلى تعزيز فعالية نظامها الصحي، وضمان وصول عادل وشامل إلى الخدمات الصحية لكل المواطنين، خاصة في المناطق المهمشة.

يمكن تلخيص تطور المنظومة الصحية فيما يلي:

[1] مصطفى بوحدية، **النظام الصحي في الجزائر التطورات والتحديات**، دار النهضة العربية، 2021، ص 170.

[2] Fatima, Moussa. **Women's Health and Policy in Algeria, Progress and Challenges**. Algiers: Health Research Institute, 2010,P 98-100.

- ✓ **فترة ما بعد الاستقلال (1962–1970):**

مع حصول الجزائر على استقلالها، ورثت البلاد نظامًا صحيًا هشًا، يتسم بندرة المرافق الصحية وافتقار شديد إلى الكوادر الطبية المؤهلة، نتيجة التهميش الذي مارسته الإدارة الاستعمارية تجاه السكان الأصليين.

استجابة لهذا الوضع، سارعت الدولة الجزائرية إلى تأسيس وزارة الصحة في عام 1963، وبدأت في تنفيذ برامج مكثفة لتطوير البنية التحتية الصحية، مع التركيز في البداية على مكافحة الأمراض المعدية التي كانت تمثل تهديدًا مباشرًا للصحة العامة.

- ✓ **التركيز على الصحة الوقائية (1970–1980):**

في منتصف السبعينيات، اعتمدت الجزائر سياسة الرعاية الصحية الأولية، تماشيًا مع المبادئ التي تم الاتفاق عليها في مؤتمر ألما آتا عام 1978.

وشهدت هذه المرحلة توسعًا كبيرًا في إنشاء العيادات والمراكز الصحية، لا سيما في المناطق الريفية والنائية، في محاولة لتقليص الفوارق الجغرافية في الوصول إلى الخدمات الصحية.

وفي عام 1976، أصدرت الحكومة قانون الصحة الذي كرّس مبدأ المجانية في العلاج، ما ساهم في تعزيز فرص الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية لكافة المواطنين، بغض النظر عن دخلهم أو مكان إقامتهم.[1]

- ✓ **الإصلاحات الهيكلية والتوسع (1980–1990):**

شهدت الثمانينيات بداية مرحلة جديدة من الإصلاحات الهيكلية في القطاع الصحي. وفي عام 1984، أطلقت الدولة البرنامج الوطني للتلقيح، والذي استهدف القضاء على عدد من الأمراض المعدية مثل الحصبة وشلل الأطفال.

كما تميزت هذه المرحلة بالاهتمام بتطوير قدرات المستشفيات الجامعية في عام 1985 بهدف تحسين مستوى التعليم الطبي والتخصص، مما ساهم في تعزيز الكفاءات الطبية المحلية وتحسين جودة الرعاية الصحية، وتحسين البنية التحتية والتجهيزات الطبية، في ظل التوسع السكاني المتزايد والحاجة إلى خدمات صحية أكثر تطورًا[2].

[1]Bennoune Mahfoud, **The making of contemporary Algeria**, 1830-1987. Colonial Upheavals and Post-Independence development Cambridge University Press: Cambridge University Press, 1988,P 154-156.

[2] سعد الدين خصحة، **الصحة والمجتمع**، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1991، ص: 125–130.

- ✓ **تحديات الأزمة الاقتصادية (1990–2000):**

عرفت الجزائر خلال التسعينيات أزمة اقتصادية خانقة رافقتها اضطرابات أمنية شديدة فيما يُعرف بـ"العشرية السوداء"، ما ألحق أضرارًا جسيمة بمختلف القطاعات، وعلى رأسها قطاع الصحة. في عام 1993، تفاقمت الأزمة داخل النظام الصحي، وأدى نقص التمويل وانعدام الاستقرار إلى تدهور واضح في مستوى الخدمات الصحية.

استجابة لذلك، شرعت الجزائر في عام 1998 بتنفيذ برنامج وطني للإصلاح الصحي بدعم من منظمات دولية، بهدف تحسين آليات التمويل والتسيير داخل القطاع. وقد ساعد هذا البرنامج في استعادة حد أدنى من الاستقرار وتحسين الخدمات تدريجيًا، رغم التحديات المتبقية.

- ✓ **تحسين الجودة والوصول (2000–2010):**

مع دخول الألفية الجديدة، أعادت الجزائر توجيه سياستها الصحية نحو تحسين الجودة وتوسيع نطاق التغطية الصحية.

في عام 2002، تم إطلاق الخطة الوطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية، مع تركيز خاص على مكافحة الأمراض المزمنة وغير المعدية، التي بدأت تشكل عبئًا متزايدًا على الصحة العامة.

وفي عام 2005، تم اعتماد برامج موجهة إلى تعزيز صحة الأم والطفل، مما أسفر عن انخفاض ملموس في معدلات وفيات الرضع والأمهات، وأدى إلى تحسن في المؤشرات الصحية المرتبطة بهذه الفئات.

- ✓ **التكنولوجيا والرعاية المتخصصة (2010–2020):**

شهد العقد الثاني من القرن الحادي والعشرين تقدمًا ملحوظًا على صعيد تحديث البنية التكنولوجية للقطاع الصحي في الجزائر. ففي عام 2011، تم الشروع في رقمنة السجلات الطبية وتحسين نظم إدارة المعلومات الصحية، مما عزز كفاءة الخدمات وسرّع من وتيرة التشخيص والمتابعة. كما ركزت الحكومة في عام 2015على توسيع خدمات الرعاية الصحية التخصصية، من خلال إنشاء مراكز وطنية لمعالجة الأمراض الخطيرة، وفي مقدمتها السرطان، وهو ما ساهم في رفع جودة الخدمات الطبية وتعزيز قدرات النظام الصحي في التعامل مع الأمراض المعقدة[1].

[1] راوية نصري، أميمة بكري، **رقمنة السجلات الطبية وأثرها في تقديم الخدمة الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية عيادة أولاد سيد**، مذكرة لنيل شهادة الماستر في إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، 2023، ص 15، 18.

- ✓ **التحديات والفرص (2020 – حتى الآن):**

مع تفشي جائحة كوفيد-19 في مطلع عام 2020، واجه النظام الصحي الجزائري تحديات غير مسبوقة، كشفت عن محدودية قدراته في الاستجابة السريعة للأزمات الصحية واسعة النطاق. وقد تمثلت أبرز هذه التحديات في الضغط الشديد على المؤسسات الصحية، ونقص في المعدات الطبية وأسرّة الإنعاش، فضلاً عن الحاجة إلى تنسيق فعّال بين مختلف مستويات القطاع الصحي.

في مواجهة هذه الأزمة، بادرت الحكومة الجزائرية إلى تعزيز البنية التحتية الصحية، وتكثيف جهود الطوارئ، من خلال إنشاء وحدات مخصصة لعلاج المصابين، ودعم قدرات التشخيص والوقاية.

وفي عام 2021، تم إطلاق حملات تطعيم وطنية واسعة ضد فيروس كوفيد-19، مما ساعد على رفع كفاءة النظام الصحي في الاستجابة السريعة للطوارئ، وساهم في احتواء الموجات المتعاقبة للجائحة بدرجة من الفعالية.

ورغم التقدم المحرز في مواجهة الجائحة، أظهرت الأزمة الحاجة إلى إعادة تقييم شاملة للسياسات الصحية، خاصة فيما يتعلق بمرونة النظام، وتوزيع الموارد، وكفاءة الكوادر الصحية.

الجدول رقم (01): يبين ملامح كل مرحلة وبما تميزت

المرحلة الزمنية	المسمى	أبرز ملامح المرحلة
1962-1970	ما بعد الاستقلال	إنشاء وزارة الصحة، مكافحة الأمراض، انطلاق البنية التحتية الصحية.
1970-1980	الرعاية الأولية والصحة الوقائية	تعميم مجانية العلاج، تركيز على المراكز الريفية، قانون الصحة 1976.
1980-1990	التوسع والإصلاح الهيكلي	برنامج التلقيح الوطني، تطوير المستشفيات، دعم الاستشفاء.
1990-2000	الأزمة والإصلاح	آثار العشرية السوداء، إصلاحات بتمويل دولي، تدهور جودة الخدمات.
2000-2010	تحسين الجودة والوصول	خطة وطنية للصحة، تركيز على صحة الأم والطفل، خفض وفيات الرضع والأمهات.
2010-2020	التكنولوجيا والرعاية المتخصصة	رقمنة الملفات الصحية، مراكز متخصصة، تحسين خدمات الأمراض المزمنة.
2020 حتى الآن	كوفيد-19 والتحديات الحديثة	جائحة عالمية، استجابة طارئة، حملات تطعيم، تحسين قدرة النظام على التعامل مع الأزمات.

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على المعلومات السابقة

إن تطور المنظومة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال عام 1962 يشير إلى سعي مستمر نحو بناء نظام صحي شامل وعادل، إلا أن التحديات المتراكمة، مثل التفاوت الإقليمي، ونقص التمويل، وضعف البنية التحتية في بعض المناطق، لا تزال تؤثر على جودة الخدمات الصحية وفعاليتها.

المبحث الثاني: الإطار القانوني والمؤسساتي للسياسات الصحية في الجزائر

المطلب الأول: الصحة في الجزائر عبر الدساتير

تُعد الصحة حقًا إنسانيًا أساسيًا ومورِدًا استراتيجيًا للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث لا يمكن الحديث عن رفاهية الشعوب واستدامة النمو دون ضمان صحة الأفراد وسلامتهم الجسدية والعقلية. فالإنسان السليم يُعد الركيزة الجوهرية للإنتاج والتفاعل المجتمعي، ومن ثَم فإن الصحة تُشكّل عاملًا حاسمًا في بناء رأس المال البشري ورفع القيمة الاقتصادية والاجتماعية للدول.

وفي هذا السياق، تحظى الصحة بمكانة محورية في مختلف المواثيق الدولية والدساتير الوطنية، بوصفها حقًا مكفولًا للمواطن، تلتزم الدولة بضمانه من خلال سياسات وتشريعات واضحة. ويُعتبر الدستور، باعتباره الوثيقة القانونية العليا في الدولة، الإطار المرجعي الذي يُحدد الحقوق والواجبات، وينظم العلاقة بين الفرد والدولة في شتى المجالات، وعلى رأسها المجال الصحي.

وفي الحالة الجزائرية، عرفت المنظومة الدستورية تطورات متتالية منذ الاستقلال، انعكست على شكل ومضمون الالتزامات الصحية للدولة. فقد تضمنت مختلف الدساتير التي عرفتها الجزائر نصوصًا تُكرّس الحق في الصحة، وتُلزم الدولة باتخاذ التدابير الكفيلة بضمان الرعاية الصحية للمواطنين، وهو ما يُشكل قاعدة قانونية أساسية تُبنى عليها السياسات الصحية الوطنية. وعليه، فإن تحليل التطور الدستوري في الجزائر يُعد مدخلًا مهمًا لفهم الإطار التشريعي للمنظومة الصحية، وتقييم مدى التزام الدولة بتعزيز الأمن الصحي وضمان التغطية الصحية العادلة والشاملة.

1- دستوري 1963 و1976:

شهدت الجزائر خلال الفترة الممتدة من دستور 1963 إلى أواخر الثمانينيات تحولات سياسية ودستورية هامة، عكست تطور الدولة ومؤسساتها، وبداية الاهتمام المتزايد بحقوق وواجبات المواطن، بما في ذلك الحق في الصحة. ففي هذه المرحلة، وبالرغم من أن السياسات الصحية لم تكن مُبلورة ضمن رؤية حقوقية شاملة، إلا أن دساتير تلك الحقبة، وعلى رأسها دستورا 1963 و1976، تضمّنا إشارات إلى التزام الدولة بحماية صحة المواطنين، وإن كانت هذه الإشارات مقتضبة نسبياً وتعكس طبيعة المرحلة السياسية

آنذاك، التي ركزت على بناء الدولة ومؤسساتها بعد الاستقلال أكثر من تركيزها على الحقوق الفردية في بُعدها الاجتماعي.

وقد تميز دستور 1976، على وجه الخصوص، بترسيخ بعض المبادئ الاجتماعية، ومنها مسؤولية الدولة في توفير الرعاية الصحية، ضمن إطار أوسع من التوجه الاشتراكي الذي ساد آنذاك. وبهذا، شكّلت تلك الفترة التأسيسية أرضية أولى لبروز الاهتمام بالصحة كحق اجتماعي، تمهيدًا لما ستشهده البلاد لاحقًا من إصلاحات دستورية أعمق في مجال الحقوق والحريات، خاصة بعد دستور 1989 الذي شكّل نقطة تحول مفصلية في مسار الدسترة الحديثة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ومنها الحق في الصحة.

1-1- دستور 1963:

جاء في مقدمة الدستور 1963 (إنّ الشّعب الجزائري يواصل زحفه في طريق ثورة ديموقراطية شعبية، بعد أن حقق هدف الاستقلال الوطني الذي استهدفته جبهة التحرير الوطني في غرة نوفمبر 1954. هذه الثورة المتجسدة في انتهاج سياسة اجتماعية لفائدة الجماهير كي يرتفع مستوى معيشة العمال والتعجيل بترقية المرأة قصد إشتراكها في تدبير الشؤون العامة، وتطوير البلاد ومحو الامية وتنمية الثقافة القومية وتحسين السكن والحالة الصحية العامة).

نلاحظ أن المؤسس الدستوري بالفعل أشار إلى مسألة الاهتمام بصحة المواطنين في إطار السياسة الصحية.

مبدا الحزب الواحد من حيث تفوق الطبيعة البرامجية للدستور على الطبيعة القانونية أدرج المؤسس الدستوري الصحة العالمية ضمن السياسة الاجتماعية بصفة عامة، تعليم، سكن، صحة ... الخ.[1]

1-2- دستور 1976:

لم يخرج دستور 1976 عن الإطار السياسي العام الذي طبع دستور 1963، حيث استمر في تكريس نظام الحزب الواحد كمرجعية سياسية، إلا أنه جاء ببعض المستجدات ذات الصلة بالمجال الاجتماعي، لا سيما في ميدان الصحة العمومية. فقد شهد هذا الدستور تطورًا ملحوظًا في التعاطي مع الحق في الرعاية الصحية، حيث تم التأكيد عليه بشكل صريح في موضعين. ومن أبرز ما ورد في هذا السياق، نص المادة 62 التي تنص على أن "الدولة تضمن أثناء العمل الحق في الحماية، والأمن، والوقاية

[1] انظر **المواد 23، 24، 25**، من دستور 1963.

الصحية"، وهو ما يعكس اعترافًا بدور الدولة في ضمان شروط الصحة والسلامة للعمال، ويُعد خطوة مهمة نحو دسترة الحماية الصحية في سياق التزامات الدولة الاجتماعية[1].

2- دستور 1989:

مع بداية الثمانينيات، بدأت الجزائر تولي اهتمامًا متزايدًا بتحسين تنظيم وتسيير الهياكل الإدارية، وهو ما مهّد الطريق أمام إصلاحات مؤسسية أعمق في نهاية العقد. وقد شكّل صدور دستور 1989 نقطة تحول محورية في تاريخ البناء الدستوري الجزائري، حيث جاء نتيجة إصلاح حقيقي للإدارة ومؤسسات الدولة، متجاوزًا النهج الاشتراكي الذي ميّز دستور 1976، والذي كان يُنتقد لكونه لا يُعنى بحماية المواطن من السلطة، بل يرسّخ هيمنة الدولة في إطار الحزب الواحد. في المقابل، أقرّ دستور 1989 منظومة متقدمة من الحقوق والحريات، مقرونة بضمانات دستورية تهدف إلى حماية المواطن من تعسف السلطة، وكان من بين هذه الحقوق الحق في الصحة باعتباره جزءًا من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية الأساسية[2].

3- دستور 1996:

كرّس دستور 1996 الحق في الرعاية الصحية بشكل صريح وواضح، حيث نصت المادة 54 منه على أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها". ويأتي هذا النص ضمن الفصل الرابع المعنون بـ"الحقوق والواجبات"، ما يعكس الطابع الإلزامي لهذا الحق في المنظومة الدستورية. كما دعّم الدستور هذا التوجه من خلال عدة مواد تؤطر حماية الحقوق الاجتماعية بصفة عامة، نذكر منها:

- ✓ **المادة 35** :تنص على أن "القانون يعاقب على المخالفات المرتكبة ضد الحقوق والحريات وعلى كل ما يمس سلامة الإنسان الجسدية والمعنوية"، وهو ما يُعد ضمانة لحماية المواطن من أي انتهاك قد يمس بحقه في الصحة أو في سلامته الجسدية.
- ✓ **المادة 55** :تقرّ بأن "لكل المواطنين الحق في العمل، ويضمن القانون أثناء العمل الحق في الحماية، والأمن، والنظافة، والحق في الراحة"، وهو ما يُبرز التزام الدولة بتوفير بيئة عمل صحية وآمنة في إطار ضمان شروط الصحة المهنية.

---

[1] انظر **المواد 13،12،11،10**، من دستور 1976.

[2] سعيد بو الشعير، **النظام السياسي الجزائري**، الطبعة 2، دار الهدى عين مليلة، الجزائر، ص 198.

تُظهر هذه النصوص مجتمعة تطور النظرة الدستورية في الجزائر نحو الحق في الصحة، وتُبرز انتقاله من مجرد مبدأ عام إلى التزام قانوني واضح، يدخل ضمن مهام الدولة الأساسية.

المطلب الثاني: الإطار القانوني للمنظومة الصحية في الجزائر

شهدت المنظومة الصحية في الجزائر تطورات هامة منذ الاستقلال، وقد تجسد هذا التطور في مجموعة من النصوص التشريعية والتنظيمية التي هدفت إلى تأطير القطاع الصحي وضمان فعاليته واستجابته لحاجيات السكان. ومن بين أبرز هذه النصوص القانونية، نجد الأمر رقم 79/76 المتعلق بالصحة العمومية، وكذلك القانون رقم 85/05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

1- الأمر رقم 79/76 المتعلق بالصحة العمومية:

تُعد الفترة الممتدة من 1962 إلى 1973 مرحلة انتقالية في مسار بناء النظام الصحي الوطني، حيث تميزت هذه المرحلة بالسعي نحو تغطية الحاجيات الصحية الأساسية ووضع معالم منظومة صحية وطنية. وقد تميز تنظيم القطاع آنذاك بوجود تداخل في الإشراف على الهياكل الصحية؛ إذ كانت العيادات والمستشفيات تحت وصاية البلديات، في حين كانت مراكز الطب المدرسي تابعة لوزارة التربية والتعليم، إلى جانب وجود عدد من العيادات الخاصة. وسعت الدولة، من خلال الأمر 79/76، إلى وضع إطار تشريعي موحد للصحة العمومية يُنظم التكفل بالمرضى، ويحدد قواعد ممارسة النشاطات الصحية بمختلف أشكالها.[1]

2- القانون رقم 85/05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها:

نظراً لبعض الثغرات والاختلافات التي شابت الأمر 79/76، صدر القانون رقم 85/05 في عام 1985 كإطار تشريعي جديد يُعنى بحماية الصحة وترقيتها. وقد جاء هذا القانون في سياق تعزيز اللامركزية، حيث تم ربطه بقانوني البلدية والولاية، مُبرزًا دور الجماعات المحلية باعتبارها الفاعل القاعدي في الحفاظ على صحة المواطنين. فبموجب هذا القانون، أصبحت الهيئات المحلية مسؤولة قانونيًا عن اتخاذ التدابير الضرورية في مجال الوقاية الصحية والصحة العمومية.

كما نصّت مختلف النصوص التشريعية المنظمة للمنظومة الصحية في الجزائر على أن هذه الأخيرة تتكون من شبكة من الهياكل والمؤسسات الصحية، منها ما يُعنى بالنشاط الاستشفائي (تشخيصًا وعلاجًا)،

[1] انظر الأمر **76/79 المؤرخ في 23 اكتوبر 1976 يتضمن قانون الصحة العمومية**، الموافق 19 ديسمبر 1976، الجريدة الرسمية، العدد 101

وأخرى ذات طابع تقني–طبي تعمل في ميادين الصيدلة[1]، التحاليل البيولوجية، ونقل الدم. وقد أُنشئت هذه المؤسسات لضمان التكفل المتكامل بالمريض وتعزيز قدرات النظام الصحي الوطني.

يتسم المشهد الاستشفائي في الجزائر بتعدد وتنوع المؤسسات الصحية، التي تختلف من حيث المهام والوظائف، بل إن بعضها يُخصَّص للتكفل الحصري بفئات معينة من الأمراض. ويمكن تصنيف هذه المؤسسات ضمن ثلاث فئات رئيسية: المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، والمؤسسات الاستشفائية العمومية.

2-1- المراكز الاستشفائية الجامعية:

تُعد المراكز الاستشفائية الجامعية مؤسسات استشفائية ذات طابع خاص، تُنشأ بموجب مرسوم تنفيذي بناءً على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي. وتخضع هذه المراكز لوصايتين: وصاية إدارية من طرف وزارة الصحة، ووصاية بيداغوجية من قبل وزارة التعليم العالي، نظرًا لطبيعتها المزدوجة كهيئات علاجية وتكوينية في آنٍ واحد[2].

تضطلع هذه المراكز بمهام متعددة في مجال الصحة، من بينها التشخيص، والعلاج، والاستشفاء، والتكفل بحالات الاستعجالات الطبية والجراحية، إلى جانب تنفيذ برامج الوقاية الصحية. كما تقدم خدماتها للسكان القاطنين في المناطق المجاورة، خصوصًا أولئك غير المشمولين بالتغطية من طرف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أو المؤسسات العمومية الاستشفائية.

أما على مستوى التكوين، فتُعد هذه المراكز فضاءً مهمًا للتدريب في الطورين التدرّجي وما بعد التدرّج في العلوم الطبية، بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي، كما تساهم في إعداد وتطبيق البرامج البيداغوجية ذات الصلة بالتكوين الصحي الجامعي.[3]

---

[1] قانون رقم 85/05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985 **يتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، الموافق 27 جمادي الأول 1405، الجريدة الرسمية 08.

[2] عطالله بوحميدة ، **الوجيز في القضاء الاداري تنظيم عمل واختصاص دار هومة**، الطبعة الثالثة، 2014، ص 308.

[3] عبد الرحمان فطناسي، **المسؤولية الادارية للمؤسسات الصحة العمومية عن نشاطها الطبي في الجزائر**، دار الجامعة الجديدة، قالمة الجزائر، ص 30.

2-2- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة:

تُعنى هذه المؤسسات بالتكفل بأنواع محددة من الأمراض والتخصصات الطبية، إذ تُخصَّص لمعالجة حالات صحية معيّنة، مثل أمراض القلب، الأورام، الأمراض النفسية، أو طب العيون، وغيرها. وتتمثل مهامها الأساسية في تقديم خدمات العلاج والاستشفاء المرتبطة بذلك التخصص، إضافةً إلى تنفيذ أنشطة الوقاية، والتشخيص، وإعادة التأهيل والتكييف الطبي، وفقًا لمعايير دقيقة تستجيب لخصوصية الحالات المرضية التي تستقبلها.

تنشأ المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بموجب مرسوم تنفيذي، وتُكلّف بمهمة التكفل بأنواع محددة من الأمراض، سواء تعلق الأمر بمرض معين أو بإصابة تمس جهازًا عضويًا محددًا. وتُمارس هذه المؤسسات مجموعة من المهام الأساسية، تشمل التشخيص، والعلاج، وإعادة التأهيل الطبي، والاستشفاء المتخصص، بما يضمن رعاية شاملة للمرضى في نطاق اختصاصها الطبي.

كما تساهم هذه المؤسسات في التكوين في الميدان الشبه الطبي، من خلال برامج تدريبية مهنية معتمدة، وفقًا لأحكام المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007، الذي يحدد تنظيم وسير هذه الهياكل الصحية.[1]

2-3- المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

تم استحداث المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPS) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSSP)في إطار إصلاح شامل للقطاع الصحي، كبديل للقطاعات الصحية القديمة التي كانت منظَّمة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، والمتعلق بقواعد إنشاء وتنظيم وسير القطاعات الصحية، والذي تم إلغاؤه بموجب أحكام المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007.[2]

وقد جاءت هذه المؤسسات الجديدة لتُعزز من فعالية التغطية الصحية الوطنية، حيث تتولى المؤسسات الاستشفائية العمومية تقديم خدمات استشفائية من مختلف التخصصات الطبية العامة، فيما تُعنى المؤسسات

---

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "**المرسوم التنفيذي رقم 03-465** المؤرخ في 1 ديسمبر 2003، يحدد مهام المركز الوطني للبحث في علوم الأرض وتسييره وتنظيمه"، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76 (2003): المادة 5.

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "**المرسوم التنفيذي رقم 07-140** المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن القانون الأساسي النموذجي للجامعة"، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33 (2007): المادة 8.

العمومية للصحة الجوارية بالخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الأساسية، وتُعدّ خط الدفاع الأول في منظومة الرعاية الصحية من خلال قربها الجغرافي من المواطن، وتغطيتها لاحتياجاته اليومية في مجال الصحة العامة.

3- القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة:

يُعد القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، بمثابة الإطار التشريعي الأحدث والأشمل الذي ينظم المنظومة الصحية في الجزائر.

وقد جاء هذا القانون ليحل محل الأمر رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، [1]وذلك تماشيًا مع التحولات الصحية والاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها البلاد، وكذا لمواءمة التشريع الوطني مع المبادئ الدولية لحقوق الإنسان في مجال الصحة.

3-1- المبادئ العامة التي يقوم عليها القانون:

ينص القانون في ديباجته وأحكامه التمهيدية على أن "الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان"، تكفله الدولة وتعمل على ضمانه من خلال تنظيم الخدمات الصحية العمومية، وتكريس مبدأ العدالة والإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية. وقد ارتكز القانون على المبادئ التالية:

- ✓ مجانية العلاج في مؤسسات الصحة العمومية.
- ✓ الوقاية كأساس في السياسة الصحية.
- ✓ إشراك المواطن والمجتمع المدني في التوعية والتربية الصحية.
- ✓ احترام أخلاقيات المهنة وحقوق المرضى.
- ✓ ترشيد الموارد وتحسين الحكامة الصحية.

3-2- الهيكلة التنظيمية للقطاع الصحي:

يقوم القانون بتحديد الهياكل الأساسية التي تُشكل النسيج الصحي الوطني، وهي:

- ✓ **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:** تُعنى بالخدمات الصحية الأولية، كالتلقيح، ورعاية الأم والطفل، والصحة المدرسية.

[1] قانون 18-11 مؤرخ في 2 يوليو 2018، **يتعلق بالصحة**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، صادر بتاريخ 29 جويلية 2018 معدل و متمم .

- ✓ **المؤسسات العمومية الاستشفائية:** تُوفر الرعاية الطبية العامة والمتخصصة، وتشمل المستشفيات الجهوية والمحلية.
- ✓ **المؤسسات الاستشفائية الجامعية والمتخصصة:** تضطلع بمهام العلاج والتكوين والبحث.
- ✓ **الهياكل الخاصة المعتمدة:** يشمل العيادات الخاصة، ومخابر التحاليل، ومراكز التصوير الطبي.

كما حدّد القانون أدوار كل مؤسسة، وآليات الوصاية، وأساليب التمويل والتسيير، في سياق إصلاح المنظومة نحو الحوكمة الرشيدة[1].

3-3- حقوق وواجبات المرضى:

خصص القانون فصلاً كاملاً لحقوق المرضى، ومنها:

- ✓ الحق في الحصول على علاج لائق وآمن.
- ✓ الحق في احترام الكرامة والخصوصية.
- ✓ الحق في الحصول على المعلومات الصحية الخاصة به.
- ✓ الحق في الموافقة الحرة والمستنيرة على العلاج.

كما أقر بوجود آليات للتظلم وحماية المرضى من التجاوزات الطبية[2].

3-4- تنظيم مهن الصحة وأخلاقياتها:

ينظم القانون ممارسة المهن الصحية (الطب، التمريض، الصيدلة، الجراحة، إلخ)، ويضع شروطًا صارمة للحصول على رخصة الممارسة، مع التأكيد على:

- ✓ احترام أخلاقيات المهنة.
- ✓ الخضوع للمراقبة الإدارية والعلمية.
- ✓ التأهيل المستمر للمهنيين الصحيين.

كما يُنشئ مجالس أخلاقيات المهن الصحية على المستوى الوطني والولائي.

---

[1] نورة لوحايدية، **النظام القانوني للمؤسسات الصحية في الجزائر** (مذكرة ماستر، جامعة سوق أهراس، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2022)، ص ص17-25

[2] إيناس قاضي، **حقوق المريض في ظل القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة** (مذكرة ماستر، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2024)، ص ص23-36

4-4-الوقاية والصحة العمومية:

يُشدّد القانون على أهمية الوقاية باعتبارها أداة أساسية لتحقيق الأمن الصحي، من خلال:

- ✓ برامج التلقيح.
- ✓ محاربة الأمراض المعدية والمزمنة.
- ✓ الوقاية من المخاطر البيئية والصحية.
- ✓ التثقيف الصحي وتعزيز أنماط الحياة السليمة.

4-5- تمويل القطاع الصحي:

ينص القانون على أن الدولة تبقى الممول الرئيسي للقطاع الصحي العمومي، كما يفتح الباب أمام:

- ✓ التمويل التشاركي.
- ✓ التأمين الصحي.
- ✓ الشراكة بين القطاعين العام والخاص(PPP)

ويهدف إلى ضمان استدامة النظام الصحي وتحسين فعاليته[1].

4-6- الحوكمة والتخطيط الصحي:

أرسى القانون مبدأ التخطيط الصحي الوطني، من خلال إعداد مخططات وطنية وجهوية لتوزيع الهياكل والخدمات الصحية بشكل عادل، وذلك عبر:

- ✓ المرصد الوطني للصحة.
- ✓ الوكالة الوطنية للأمن الصحي.
- ✓ اللجنة الوطنية لتقييم السياسات الصحية.

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 18-11 مؤرخ في 2 يوليو 2018، **يتعلق بالصحة**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، صادر بتاريخ 29 جويلية 2018 معدل و متمم .

جاء القانون 18-11 لسنة 2018 ليكون مرجعًا تشريعيًا متكاملاً يعكس التحولات الكبرى في القطاع الصحي، ويُؤسس لإصلاح مستدام يراعي مبادئ حقوق الإنسان، وفعالية الأداء، وحوكمة التسيير الصحي. كما يطمح إلى ضمان التغطية الصحية الشاملة ومواجهة التحديات الوبائية والبيئية بكفاءة وشفافية.[1]

فأحدث قانون ينظم المنظومة الصحية في الجزائر هو القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، والذي تم تعديله وتتميمه بالأمر رقم 20-02 المؤرخ في 30 أغسطس 2020 .

4- الأمر رقم 20-02 المؤرخ في 30 أغسطس 2020:

جاء هذا الأمر لتعديل وتتميم بعض أحكام القانون رقم 18-11، وذلك لتحسين وتطوير المنظومة الصحية بما يتماشى مع المستجدات والتحديات الصحية الراهنة.[2]

من أبرز التعديلات التي جاء بها الأمر رقم 20-02:

- **تعزيز اليقظة الصيدلانية والسمية:** أصبح من واجب مهنيي الصحة، وخاصة الأطباء، التصريح للسلطات المختصة بالآثار الجانبية غير المرغوب فيها الناتجة عن استعمال الأدوية، وكذلك الإبلاغ عن أي حوادث أو مخاطر محتملة مرتبطة بالمستلزمات الطبية. كما يتعين عليهم إخطار السلطات بحالات التسمم الحادة أو المزمنة الناتجة عن منتجات أو مواد طبيعية أو تركيبية.
- **توسيع صلاحيات وزارة الصناعة الصيدلانية:** تم منح الوزارة المكلفة بالصناعات الصيدلانية صلاحيات جديدة، منها اعتماد المؤسسات الصيدلانية، ومنح تراخيص مؤقتة لاستعمال أدوية غير مسجلة في حالات الأمراض الخطيرة التي لا يتوفر لها علاج معادل على التراب الوطني، شريطة أن تكون لها منفعة علاجية مثبتة.
- **تنظيم الإشهار للمواد الصيدلانية:** تم الترخيص بالإشهار للمواد الصيدلانية غير الخاضعة لوصفة إجبارية والموجهة لمهنيي الصحة، وذلك بعد الحصول على تأشيرة تقنية من مصالح الوزارة المكلفة بالصناعة الصيدلانية، التي تحدد قائمة هذه المواد.

---

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018**، المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية، العدد 46، 2018.

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .**الأمر رقم 20-02 المؤرخ في 30 أغسطس 2020**، يعدل ويتمم القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة .الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 50، 2020.

- **تنظيم المواد ذات الخصائص المخدرة أو المؤثرة عقليًا** :تم السماح بإنتاج وصنع وتوضيب وتحويل واستيراد وتصدير وعرض وتوزيع وتسليم واقتناء وحيازة المواد والأدوية ذات الخصائص المخدرة أو المؤثرة عقليًا، بما في ذلك استعمال النباتات أو أجزاء النباتات ذات الخصائص المؤثرة عقليًا، وذلك وفقًا لضوابط قانونية صارمة.

تُظهر هذه التعديلات التزام الجزائر بتحديث منظومتها الصحية لمواكبة المستجدات الصحية العالمية، وتعزيز قدراتها في مواجهة الأزمات الصحية، وضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية للمواطنين[1].

المبحث الثالث: تحليل النظام الصحي الجزائري

يُعد النظام الصحي في الجزائر من أهم الركائز التي تقوم عليها السياسة الاجتماعية للدولة، حيث يمثل تجسيدًا فعليًا لحق المواطن في الصحة، كما ورد في الدساتير الوطنية المتعاقبة، باعتباره حقًا أساسيًا تلتزم الدولة بضمانه. ومنذ الاستقلال، أولت الجزائر اهتمامًا كبيرًا لتطوير قطاع الصحة من خلال إنشاء شبكة واسعة من الهياكل الصحية، وتوسيع التغطية الطبية المجانية، وتكوين الموارد البشرية، وذلك في إطار مقاربة تعتمد على العدالة الاجتماعية والمجانية كأحد المبادئ الأساسية للسياسة الصحية.

وقد مرّ النظام الصحي الجزائري بعدة مراحل إصلاحية هدفت إلى تكييفه مع التحولات السوسيو-اقتصادية والوبائية، حيث انتقل من مرحلة التكفل الأساسي في الستينيات والسبعينيات، إلى محاولة بناء منظومة صحية أكثر كفاءة وفعالية في ظل العولمة وتحديات الأمن الصحي الوطني والعالمي. ورغم الجهود المبذولة، لا يزال القطاع الصحي يواجه جملة من التحديات، من بينها التفاوت الجغرافي في توزيع الخدمات، الضغط على المؤسسات الاستشفائية، ونقص التنسيق بين مختلف الفاعلين في المنظومة الصحية.

ويتميز النظام الصحي في الجزائر بتنوع هياكله، إذ يشمل مؤسسات استشفائية عمومية، ومراكز صحية جوارية، ومراكز استشفائية جامعية، ومؤسسات متخصصة، إلى جانب مساهمة القطاع الخاص. كما تم دعم النظام بتشريعات تنظيمية مهمة، من أبرزها القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الذي يُعتبر المرجع القانوني الأساسي لتنظيم القطاع الصحي الوطني في الوقت الراهن، ويهدف إلى ضمان جودة الخدمات، وتعزيز الحكامة، والاستجابة الفعالة لاحتياجات السكان الصحية.

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. **الأمر رقم 20-02 المؤرخ في 30 أغسطس 2020**، المعدل والمتمم للقانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، المتعلق بالصحة. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 50، 2020.

وعليه، فإن دراسة النظام الصحي الجزائري تقتضي تحليل أبعاده التشريعية والمؤسساتية والتنظيمية التي تطرقنا إليها سابقا، وفهم بنيته التحتية والتمويل وصولا الى التحديات وآفاق التحسين، وفي ضوء التزامات الدولة بتحقيق أهداف التنمية المستدامة، وعلى رأسها التغطية الصحية الشاملة.

المطلب الأول: البنية التحتية للمنظومة الصحية الجزائرية

1- تعريف النظام الصحي:

تعددت تعاريف النظام الصحي وتنوعت باختلاف السياقات والمنظمات المعتمدة. ففي منشور أصدرته منظمة الصحة العالمية عام 1991، عرّف **تاريمو** النظام الصحي على أنه "مجموعة من العناصر المعقدة والمتداخلة التي تسهم في الصحة ضمن مختلف البيئات، سواء في المنزل، أو المؤسسات التعليمية، أو أماكن العمل، أو المجتمع المحلي، إضافة إلى البيئة المادية والنفسية، والقطاعات ذات الصلة بالصحة .

وفي عام 2007، قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفًا آخر أكثر شمولًا، حيث اعتبرت أن النظام الصحي يشمل "جميع المنظمات، والأفراد، والإجراءات التي تهدف في المقام الأول إلى تعزيز الصحة أو استعادتها أو الحفاظ عليها" (بول هانت، 2008، ص. 10).

أما في تعريف ثالث، فقد تم التركيز على البُعدين الأساسيين للنظام الصحي، وهما: تحقيق أفضل مستوى من الصحة (الجودة)، وتقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية (العدالة)، حيث اعتُبر النظام الصحي بمثابة مجموعة من المؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية.

من جهة أخرى، عرّف البعض النظام الصحي بأنه "كل الجهود المبذولة لتحسين الصحة، سواء تعلقت هذه الجهود بالرعاية الفردية أو بتقديم الخدمات الصحية العامة" .

كما عرّف آخرون النظام الصحي على أنه "الإطار الذي يتم من خلاله تحديد احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفيرها عبر تعبئة الموارد وإدارتها بكفاءة، بما يضمن تعزيز صحة المواطن وتقديم خدمات متكاملة، شاملة، ميسّرة، وبتكلفة معقولة[1]."

بعد استعراض مختلف التعاريف التي تناولت مفهوم النظام الصحي، يتضح أنه يشكل منظومة شاملة تضم مجموعة من المؤسسات والعناصر البشرية والتنظيمية والمادية، التي تهدف إلى الحفاظ على صحة

[1] نجية,ضحاك، **آليات وتنظيم إستراتيجية النظام الصحي بالجزائر: واقع وآفاق 2025**, مجلة المقريزي للدراسات الاقتصادية والمالية 3، عدد 3 (2019): 185-205 .ص188

السكان وتعزيزها. غير أن فهم هذا النظام لا يكتمل دون التطرق إلى بنيته التحتية، باعتبارها الركيزة الأساسية التي يقوم عليها، إذ تُعدّ البنية التحتية من أبرز المحددات التي تؤثر مباشرة في جودة الخدمات الصحية وفعالية الأداء داخل القطاع. وعليه، فإن تحليل مكونات البنية التحتية للنظام الصحي الجزائري يُعد خطوة ضرورية لفهم واقع هذا النظام آفاق تطويره.

2- المستوى المركزي للنظام الصحي الجزائري:

يشكّل المستوى المركزي محور القيادة والتخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي في الجزائر، ويتمثل في وزارة الصحة، التي تُناط بها مهام وضع السياسة الصحية الوطنية، إعداد البرامج الوقائية والعلاجية، وضمان التسيير والتنسيق بين مختلف الفاعلين في المجال الصحي.

2-1- الهيكل المركزي للوزارة:

تتكوّن وزارة الصحة من عشر (10) مديريات أو وحدات تنظيمية أساسية، تم تأسيسها بمرسوم وزاري، وهي منسّقة إداريًا من قِبل الأمين العام للوزارة، وتتوزع حسب المهام كما يلي:

- **الوحدات المركزية:**

✓ المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة.
✓ المديرية العامة لمصالح الصحة واصلاح المستشفيات.
✓ المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية.
✓ مديرية السكان.
✓ مديرية الدراسات والتخطيط.
✓ مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون
✓ مديرية الموارد البشرية.
✓ مديرية التكوين.
✓ مديرية المالية والوسائل.
✓ مديرية المنظومات الإعلامية والاعلام الالي.[1]

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي رقم 11-377 المؤرخ في 23نوفمبر 2011، الذي يحدد تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات**، الجريدة الرسمية، العدد 63، 23 نوفمبر 2011، ص ص 08-20

تعمل هذه المديريات بشكل تكاملي على تطوير السياسات الصحية، مراقبة تنفيذها، وتوجيه الموارد حسب الأولويات الوطنية.[1]

2-2- اللجان الوطنية القطاعية:

يوجد عدد من اللجان المتخصصة التي تستمد سلطتها من وزارة الصحة وتعمل تحت إشرافها، وتلعب أدوارًا استشارية وتنفيذية مهمة، خاصة في التخطيط للبرامج الصحية الوطنية وتقييمها. من أبرز هذه اللجان:

- ✓ اللجنة الوطنية لمكافحة السرطان[2](CNLC)
- ✓ اللجنة الوطنية لمراقبة الأمراض المعدية.
- ✓ اللجنة الوطنية للصحة النفسية.
- ✓ اللجنة الوطنية للسلامة الدوائية[3].
- ✓ اللجنة الوطنية للتحصين.
- ✓ اللجنة الوطنية لمتابعة الرقمنة في الصحة (أُنشئت سنة 2021).

تلعب هذه اللجان دورًا محوريًا في:

- ✓ تطوير البروتوكولات العلاجية.
- ✓ اقتراح استراتيجيات الوقاية الوطنية.
- ✓ تحليل المؤشرات الوبائية.
- ✓ إعداد التوصيات التقنية لبرامج التلقيح أو مكافحة الأمراض[4].

---

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي رقم 20-81** المؤرخ في 30 مارس 2020، المحدد لتنظيم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (لجزائر: الجريدة الرسمية، العدد 20، 2020).

[2] رئاسة الجمهورية الجزائرية، "**رئيس الجمهورية ينصب أعضاء اللجنة الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته**"، سفارة الجزائر ببروكسل، 11فبراير 2020، https://embbrussels.mfa.gov.dz/ar/news-and-press-releases/president-of-the-republic-installs-members-of-national-commission-for-cancer-prevention-and-control.

[3] وزارة الصناعة الجزائرية. "**الوكالة الوطنية للمنتجات الصيدلانية (ANPP)**." وزارة الصناعة. https://www.industrie.gov.dz/anpp/. (تم الدخول إليه في 28 ماي 2025.)

[4] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **محاضر اجتماعات اللجان الوطنية للصحة، 2021-2023** ، الجزائر: وزارة الصحة، 2023.

2-3- الهيئات والمؤسسات تحت وصاية وزارة الصحة:

يوجد 10 مؤسسات وهيئات عمومية تحت وصاية وزارة الصحة، تُسيّر عن طريق مجالس الإدارة، وتُكلف بتنفيذ مهام دقيقة في مجالات التكوين، التقييم، الرقابة، والتخصصات الصحية التقنية. من بين أهم هذه الهيئات:

الجدول رقم(02): يبين كل هيئة و مهامها الرئيسية

اسم الهيئة	المهام الرئيسية
المعهد الوطني للصحة العمومية(INSP)	الدراسات الوبائية، الصحة العامة
المعهد الوطني للتكوين العالي في شبه الطبي(INFSP)	تكوين مساعدي التمريض وشبه الطبي
المركز الوطني للوقاية من الأمراض المعدية (CNPM)	الوقاية ومراقبة الأمراض الوبائية
الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية(ANPP)	تسجيل ومراقبة الأدوية
المعهد الوطني للتكوين العالي في علوم التمريض (INFISS)	تكوين ممرضي الصحة المتقدمة
الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء(ANAP)	الإشراف على عمليات زرع الأعضاء والتنظيم
المرصد الوطني للصحة(ONS)	إنتاج وتحليل البيانات الصحية
الوكالة الوطنية للتسيير الاستشفائي	مراقبة وتحسين التسيير الإداري للمستشفيات

من إعداد الطالبة: استنادا على تقارير أداء الهيئات الصحية تحت الوصاية، وزارة الصحة الجزائرية، 2022-2024.

بالإضافة إلى مؤسسات حديثة العهد تم إنشاؤها لتواكب التغيرات، منها:

- المرصد الوطني للتغطية الصحية الشاملة سنة 2022.
- الهيئة الوطنية لتسيير التحول الرقمي في القطاع الصحي سنة 2023.

يُظهر الجدول الذي يعرض الهيئات والمؤسسات التابعة لوزارة الصحة الجزائرية تنوعًا وظيفيًا يعكس الطبيعة المتكاملة والمعقدة للنظام الصحي على المستوى المركزي. إذ تلعب كل مؤسسة دورًا متخصصًا،

ما يسمح بتفويض المهام التقنية والإدارية وفقًا لنظام اللامركزية الوظيفية، حيث نجد أن المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) يتكفل بمهام الرصد الوبائي وتحليل المؤشرات الصحية، فيما تضطلع الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية (ANPP) بمراقبة سوق الدواء وتسجيل الأدوية، وتُعنى الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء بتنظيم عمليات الزرع وفق معايير علمية دقيقة. أما من حيث التكوين، فتمثل المعاهد الوطنية للتكوين العالي في التمريض وشبه الطبي (INFISS) و (INFSP) حجر الأساس في إعداد الكوادر الصحية المتوسطة، وهو ما يعكس محاولة شاملة لتغطية مختلف جوانب النظام الصحي: الوقاية، العلاج، التكوين، الرقابة، والمعلومات الصحية. كما يُلاحظ وجود هيئات حديثة النشأة مثل المرصد الوطني للتغطية الصحية الشاملة (2022) وهيئة تسيير التحول الرقمي (2023)، مما يدل على توجه استراتيجي نحو التحديث والتأقلم مع متطلبات العصر الرقمي وتعزيز فعالية السياسات الصحية. ومع ذلك، تُواجه هذه المؤسسات عددًا من التحديات الهيكلية، أبرزها تداخل الصلاحيات، نقص الكفاءات التقنية خاصة في مجالات الرقمنة والتحليل الإحصائي، وضعف آليات التنسيق البيني بينها وبين الوزارة. كما أن غياب نظام رقابي موحد لتقييم أدائها بصفة دورية يحدّ من فعاليتها في تحقيق أهدافها الاستراتيجية. وعليه، فإن إصلاح هذه المنظومة يتطلب تحسين التكامل الوظيفي بين المؤسسات، وتفعيل آليات الحوكمة الرشيدة، وتوفير الموارد البشرية المؤهلة، إلى جانب تسريع عملية الرقمنة وتحديث أساليب التسيير الإداري والتقني لهذه الهيئات.

2-4- التحديثات والتوجهات الاستراتيجية الجديدة (2023-2024):

في إطار خطة تحديث القطاع الصحي، باشرت وزارة الصحة الجزائرية منذ سنة 2023 تنفيذ سلسلة من الإصلاحات الهيكلية والتنظيمية على المستوى المركزي، بهدف تحسين الحوكمة وتطوير فعالية الأداء المؤسسي. من أبرز هذه التوجهات اعتماد منصة رقمية وطنية موحدة (Système d'Information National de la Santé) تهدف إلى رقمنة سير عمل المديريات واللجان الوطنية، وتسهيل تدفق البيانات والمعلومات الصحية بين مختلف الهيئات تحت وصاية الوزارة، ما يُمثل تحولًا نوعيًا في إدارة النظام الصحي القائم على الأدلة الرقمية. كما تم الشروع في إعادة هيكلة اللجان الوطنية المتخصصة، حيث أصبح يُشترط إشراك ممثلين عن المجتمع المدني والهيئات المهنية (كأطباء، صيادلة، باحثين) في أشغال هذه اللجان، من أجل تعزيز الطابع التشاركي والشفافية في صياغة وتنفيذ السياسات الصحية. ومن جهة أخرى، سعت الوزارة إلى مواءمة استراتيجياتها مع الالتزامات الدولية من خلال إطلاق مرصد وطني موحد لمتابعة مؤشرات

أهداف التنمية المستدامة (ODD) الصحية بالتنسيق مع وزارة التخطيط والإحصاء، [1]في خطوة تهدف إلى تحسين المؤشرات الوطنية المتعلقة بالصحة، كتقليص وفيات الأمهات والأطفال، وتحسين التغطية الصحية الشاملة. وفي السياق نفسه، تعمل الوزارة حاليًا بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وبدعم فني ومالي من الاتحاد الأوروبي على تأسيس "مرصد وطني لتقييم السياسات الصحية"، تكون مهمته تحليل فعالية البرامج الصحية الوطنية،[2] وقياس أثر التدخلات العمومية على صحة السكان، وتقديم توصيات تستند إلى معايير موضوعية قابلة للقياس، ما يُمثل نقلة نوعية نحو التخطيط المبني على النتائج والمساءلة المؤسسية.

3- المستوى الجهوي للنظام الصحي في الجزائر:

يشكل المستوى الجهوي أحد المكونات الأساسية في الهيكلة العامة للنظام الصحي الجزائري، وقد تم ترسيخ الجهوية الصحية رسميًا سنة 1995، استجابةً لحاجة ملحة إلى ضمان التوازن بين عرض الخدمات الصحية واحتياجات السكان على المستوى الترابي[3]، وترسيخًا لمبدأي العدالة والمساواة في الاستفادة من العلاج. وقد أنشئ لهذا الغرض المجلس الجهوي للصحة، وهو هيئة متعددة القطاعات تضم ممثلين عن الإدارات الصحية، السلطات المحلية، القطاعات الاجتماعية والاقتصادية، فضلًا عن ممثلين عن المجتمع المدني. وتُسند إليه مهام استشارية تتعلق بتحليل الوضعية الصحية الجهوية، تحديد الأولويات، دعم التشاور بين مختلف المتدخلين، والتوجيه الاستراتيجي للبرامج الصحية. كما يضطلع بدور هام في اقتراح تخصيص الموارد البشرية والمالية، لا سيما في المناطق التي تعاني من تفاوتات في التغطية الصحية.

وظيفيًا، يتكامل هذا المستوى مع المستوى المركزي عبر ما يُعرف بـ المراقبين الجهويين للصحة، وهم يمثلون ملحقات فنية تابعة للمعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) ، مكلفون بمهمة تحليل المعطيات الصحية الجهوية، ورصد المؤشرات الحيوية والوبائية، وتقديم تقارير دورية تدعم اتخاذ القرار المبني على

---

[1] وكالة الأنباء الجزائرية، "**أهداف التنمية المستدامة لسنة 2030**: الجزائر تحقق 'تقدما هاما' في مجال المؤشرات الصحية"، 16 أبريل 2025، https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/178579-2030.APS

[2] وكالة الأنباء الجزائرية، "صحة: **منصة رقمية لتسيير وتنظيم جميع مصالح الاستعجالات الطبية**"، 15 أكتوبر 2024، https://www.aps.dz/ar/algerie/169644.

[3] محمد العيد حسيني، **السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث (1990-2012)**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013/2012، ص 113،114.

المعطيات. ويُسهم هؤلاء المراقبون في تقييم فعالية السياسات الصحية المنفذة على المستوى المحلي، كما يعملون على توفير الدعم التقني للمجالس الجهوية.

تم تقسيم الجزائر إلى خمس مناطق صحية كبرى وفق توزيع إداري وظيفي يراعي التوازن الجغرافي والديمغرافي:

- ✓ منطقة الوسط :وتضم 11 ولاية من بينها الجزائر العاصمة، البليدة، تيزي وزو، والمدية.
- ✓ منطقة الشرق :وتضم 14 ولاية، أبرزها قسنطينة، سطيف، عنابة، وباتنة.
- ✓ منطقة الغرب :وتضم 11 ولاية، منها وهران، تلمسان، سيدي بلعباس، ومعسكر.
- ✓ منطقة الجنوب الشرقي :وتضم 7 ولايات كغرداية، ورقلة، إيليزي، وجانت.
- ✓ منطقة الجنوب الغربي :وتضم 5 ولايات مثل بشار، أدرار، وتندوف.

غير أن هذا التقسيم الجهوي لا يملك بعدُ طابعًا قانونيًا أو مؤسسيًا صلبًا، إذ أن الاستقلالية المالية والتنظيمية للمناطق الصحية تبقى محدودة وغير ممأسسة بصورة واضحة ضمن النصوص التشريعية[1]، ما يجعل الطابع الجهوي في الممارسة شبه افتراضي. وبالرغم من محاولة الوزارة دعم هذا التوجه، إلا أن الهياكل الجهوية لا تزال تفتقر إلى سلطات تنفيذية حقيقية، وتظل تابعة إداريًا وماليًا للمستوى المركزي أو الولائي.

في السنوات الأخيرة (2022–2024)، ومع اتساع التفاوتات الجهوية في المؤشرات الصحية، أطلقت وزارة الصحة مشروعًا بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، يهدف إلى تعزيز الحوكمة الصحية الجهوية من خلال مقاربة "الصحة المبنية على الإقليم"، مع التركيز على تطوير قدرات المجالس الجهوية، وتوفير موارد مستقلة لها، وإعادة هيكلة نظام جمع البيانات الصحية على المستوى الجهوي عبر منصات رقمية. كما يجري العمل على إصدار قانون جديد يُكرّس صراحة مبدأ الجهوية الصحية التنفيذية، ويوضح

[1] محمد العيد حسيني مرجع سابق، ص 114.

صلاحيات المجالس الجهوية وآليات التنسيق بينها وبين المستويات المركزية والمحلية، وهو ما يُرتقب أن يُحدث نقلة نوعية في تسيير القطاع الصحي من منظور إنمائي ترابي[1].

4- المستوى الولائي للنظام الصحي في الجزائر:

يشكل المستوى الولائي الحلقة المفصلية في تنفيذ السياسات الصحية في الجزائر، نظرًا لوضعه الوسيط بين التوجيه المركزي والتطبيق المحلي. وتنقسم الجزائر إداريًا إلى 58 ولاية (بعد التوسعة الإدارية الأخيرة سنة 2019)، ويُوجد في كل ولاية مديرية للصحة والسكان، تُمارس مهامها وفقًا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المحدّد للقواعد التنظيمية لتسيير هذه المديريات[2]. وتتمثل المهام الرئيسية لهذه المديريات في جمع وتحليل المعطيات الصحية المحلية، وتطبيق البرامج الصحية القطاعية، ومراقبة تنفيذها، وتقييم نتائجها على المستوى الترابي.

وتلعب مديريات الصحة دورًا محوريًا في تنسيق عمل المؤسسات الصحية العمومية داخل الولاية، كما تمارس الوصاية الإدارية والرقابية على الهياكل الصحية الخاصة، والتي تشمل العيادات الخاصة، المخابر، مكاتب الأطباء، الصيدليات، ومراكز الأشعة. ويُناط بها أيضًا تنظيم الحملات الوقائية المحلية، وتدبير الموارد البشرية، فضلًا عن رصد الوضعيات الوبائية الطارئة بالتنسيق مع المراقبين الجهويين والمصالح المركزية.

وتشرف المديريات الولائية على عدة أصناف من المنشآت الصحية العمومية:

- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة :(EHS)** تركز على علاج أمراض معينة مثل القلب، الأعصاب، الأمراض العقلية والمعدية، وهي تُدار من قبل مجلس إدارة تحت إشراف مدير، ويدعمها مجلس طبي استشاري.فحسب وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في التقرير الوطني حول البنية التحتية الصحية في الجزائر لسنة 2023 نرى انه بلغ عددها 32 مؤسسة في سنة 2005، وارتفع إلى 54 مؤسسة سنة 2007، ليتجاوز 85 مؤسسة استشفائية متخصصة بحلول سنة 2023.

---

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **تقرير حول تنظيم التغطية الصحية الجهوية في الجزائر**، الجزائر: وزارة الصحة، 2023

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .**المرسوم التنفيذي رقم 97-261** المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية لتسيير مديريات الصحة والسكان .الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، 1997.

- **القطاعات الصحية :(Secteurs Sanitaires)** وهي وحدات تنظيمية تشمل مستشفيات ومراكز رعاية أولية ومصالح وقائية، وقد بلغ عددها 232 قطاعًا صحيًا سنة 2005، وارتفع إلى 240 سنة 2007، ليصل إلى أكثر من 282 قطاعًا صحيًا سنة 2022[1].
- **المراكز الاستشفائية الجامعية :(CHU)** توجد غالبًا في الولايات الكبرى، وتؤدي دورًا مزدوجًا في العلاج العالي المستوى والتكوين الجامعي للطواقم الطبية، وتُشرف عليها وزارة التعليم العالي بالتنسيق مع وزارة الصحة، ويبلغ عددها حاليًا 15 مركزًا جامعيًا[2].

من أبرز التحديثات المسجلة بين 2020 و2024، تركيز وزارة الصحة على تحسين البنية التحتية للمؤسسات الاستشفائية الولائية من خلال عمليات تحديث وتجهيز رقمي، كما أكدت وزارة الصحة في أبريل 2023 أن رقمنة المؤسسات الصحية تجاوزت نسبة 75%، مع تعميم الخدمة الرقمية في المستشفيات المقرّر في يونيو 2023، بما في ذلك إدخال نظام طبي إلكتروني يسمح بتتبع مسار المريض داخل هذه الهياكل الصحية[3] . إلى جانب إعادة توزيع الموارد الطبية بحسب الخريطة الصحية المحلية، وتوظيف عدد أكبر من الأطباء العامين والمتخصصين عبر آلية التوجيه المركزي للكوادر. كما تمّ، لأول مرة، إدراج نظام معلوماتي رقمي موحّد داخل مديريات الصحة الولائية سنة 2022[4]، يهدف إلى تحسين التنسيق بين المؤسسات الصحية، ورصد المعطيات الوبائية واللوجستية بشكل لحظي، مما ساعد على الاستجابة السريعة خلال أزمات مثل جائحة كوفيد-19 أو موجات الإنفلونزا الموسمية. كما يجري حاليًا ، في إطار خطة إصلاح الصحة 2024-2030، إدماج مؤشرات أداء للمؤسسات الصحية الولائية ضمن آلية تقييم وطنية تسمح بترتيب المديريات حسب الفعالية، بغرض تحفيز الأداء وتحسين الحوكمة على المستوى المحلي.

إن تحليل هيكل النظام الصحي الجزائري عبر مستوياته الثلاثة :المركزي، الجهوي، والولائي، يُبرز بنية تنظيمية مترابطة تهدف إلى تحقيق التكامل في تقديم الخدمات الصحية وضمان الإنصاف في الوصول

---

[1] منظمة الصحة العالمية .(WHO) **الملف الصحي القطري – الجزائر** .مكتب الجزائر، 2022، ص ص 17-42

[2] Mohand Akli Belaidi and Lounis Younsi, **Indicateurs utilisés au bureau des entrées: Cas d'étude – Centre Hospitalier Universitaire (CHU)** de Tizi-Ouzou (Master's thesis, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, 2020)P P 41-57

[3] الوكالة الجزائرية للأنباء. 2023. "**وزارة الصحة تؤكد تجاوز رقمنة المؤسسات الصحية نسبة 75% مع تعميم الخدمة الرقمية في المستشفيات.**" 11 أبريل https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/142194-2023-04-11-15-02-18.

[4] البنك الدولي .**تعزيز الرقمنة والحوكمة في القطاع الصحي الجزائري** .واشنطن: البنك الدولي، 2022، ص ص 2-1

إليها. فعلى المستوى المركزي، تتولى وزارة الصحة عبر هيئاتها ومؤسساتها المتخصصة وضع السياسات العامة، والتخطيط الاستراتيجي، ومتابعة البرامج الوطنية في مختلف مجالات الصحة، مستفيدة من الخبرة الفنية والمعطيات الوطنية، مع التوجه مؤخرًا نحو الرقمنة والتقييم المبني على النتائج. أما المستوى الجهوي، فرغم كونه لا يزال يعاني من هشاشة قانونية وتداخل في الصلاحيات، إلا أنه يمثل فضاءً ضروريًا للتنسيق الأفقي بين القطاعات الصحية وغير الصحية، ويسمح بتكييف التوجهات الوطنية حسب الخصوصيات المحلية. في حين يشكّل المستوى الولائي حجر الزاوية في تنفيذ السياسات الصحية ميدانيًا، من خلال مديريات الصحة التي تشرف على المؤسسات العمومية والخاصة، وتعمل على تنظيم وتوزيع الموارد وتطبيق البرامج الوقائية والعلاجية في كل ولاية.

ورغم المجهودات المبذولة في السنوات الأخيرة لتحديث هذه المستويات وتعزيز دورها، خصوصًا في مجال الرقمنة وتوسيع قاعدة التمثيل والشراكة، إلاّ أن النظام لا يزال بحاجة إلى مزيد من الوضوح في تقاسم الصلاحيات، وتعزيز الاستقلالية الجهوية، وتحسين التنسيق بين المستويات الثلاثة، بما يضمن فعالية التدخلات الصحية، واستجابة أسرع وأكثر تكيفًا مع الحاجات المتغيرة للسكان.

المطلب الثاني: تمويل النظام الصحي في الجزائر

تُواجه معظم الدول، بما فيها الجزائر، تحديات مستمرة في مجال تمويل الخدمات الصحية العمومية، خاصة مع تزايد الطلب على الرعاية الصحية، وارتفاع تكاليف العلاج والتكنولوجيات الطبية، بالإضافة إلى التحولات الديموغرافية كشيخوخة السكان وظهور أمراض مزمنة طويلة الأمد. وفي هذا السياق، تسعى الجزائر منذ سنوات إلى ضمان تحصيل كافٍ للموارد المالية اللازمة لتنفيذ سياساتها الصحية العامة، وذلك ضمن مقاربة تقوم على مبدأ مجانية العلاج في المؤسسات العمومية، وضمان التغطية الصحية الشاملة لكل المواطنين، مع التركيز على ترقية الصحة الوقائية وتحسين جودة الخدمات العلاجية.

ويمثل التمويل الحكومي الدعامة الأساسية للنظام الصحي الجزائري، حيث تلتزم الدولة بتخصيص جزء معتبر من الميزانية العامة لقطاع الصحة من أجل تمويل البنية التحتية، تأهيل الموارد البشرية، توفير الأدوية الأساسية، وتسيير المؤسسات الصحية العمومية. غير أن هذا التمويل يواجه ضغوطًا متزايدة بفعل التقلبات الاقتصادية، لا سيما في ظل الاعتماد الجزئي على الريع البترولي، مما يُبرز الحاجة إلى تنويع مصادر التمويل وضبط النفقات الصحية بطريقة أكثر فاعلية واستدامة.

وعلى هذا الأساس، تعمل الجزائر على تعزيز دور صناديق الضمان الاجتماعي في المساهمة في تمويل التغطية الصحية، لا سيما من خلال نظام التأمين على المرض عبر الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS) والصندوق الوطني لغير الأجراء (CASNOS) [1]. وتسعى الدولة كذلك إلى تقليص العبء المالي المباشر على الأسر، والذي لا يزال يُشكل نسبة مهمة من إجمالي الإنفاق الصحي، عبر دعم الأدوية، وتحسين آليات تعويض النفقات الصحية.[2]

إضافة إلى ذلك، تتجه السياسات العمومية في السنوات الأخيرة نحو إدخال مقاربة التمويل القائم على الأداء (Financement basé sur la performance)، وربط الموارد المالية بمستوى وجودة الخدمات المقدمة، فضلاً عن السعي لتحديث أنظمة الفوترة وتتبع النفقات من خلال رقمنة النظام المالي والإداري للمؤسسات الصحية.

1- طبيعة نظام التمويل للمنظومة الصحية في الجزائر:

تتحدد طبيعة نظام التمويل الصحي في الجزائر ضمن إطار يعكس المرتكزات السياسية والاجتماعية للدولة الجزائرية، والتي تقوم على مبادئ العدالة الاجتماعية، المجانية، والتكافل الوطني. ومع ذلك، فإن مصادر تمويل المنظومة الصحية ليست موحدة في كل الدول، بل تختلف تبعًا للمنظومات الاقتصادية والأيديولوجية السائدة،[3] وهو ما ينعكس أيضًا على التجربة الجزائرية، التي تعتمد على مزيج من مصادر التمويل المتعددة، يمكن تلخيصها فيما يلي:

1-1- الميزانية العامة للدولة:

تُعد المصدر الأساسي والأكبر لتمويل قطاع الصحة في الجزائر، حيث تُجمع الموارد من الضرائب المباشرة (مثل الضريبة على الدخل والأرباح) وغير المباشرة (مثل ضريبة القيمة المضافة)، ليُعاد توزيعها

[1] securité sociale : **Plus de 320 milliards dinars remboursés en 2024,"** *Le Jeune Indépendant*, 24 janvier 2025, https://www.jeune-independant.net/securite-sociale-plus-de-320-milliards-dinars-de-medicaments-rembourses-en-2024/.

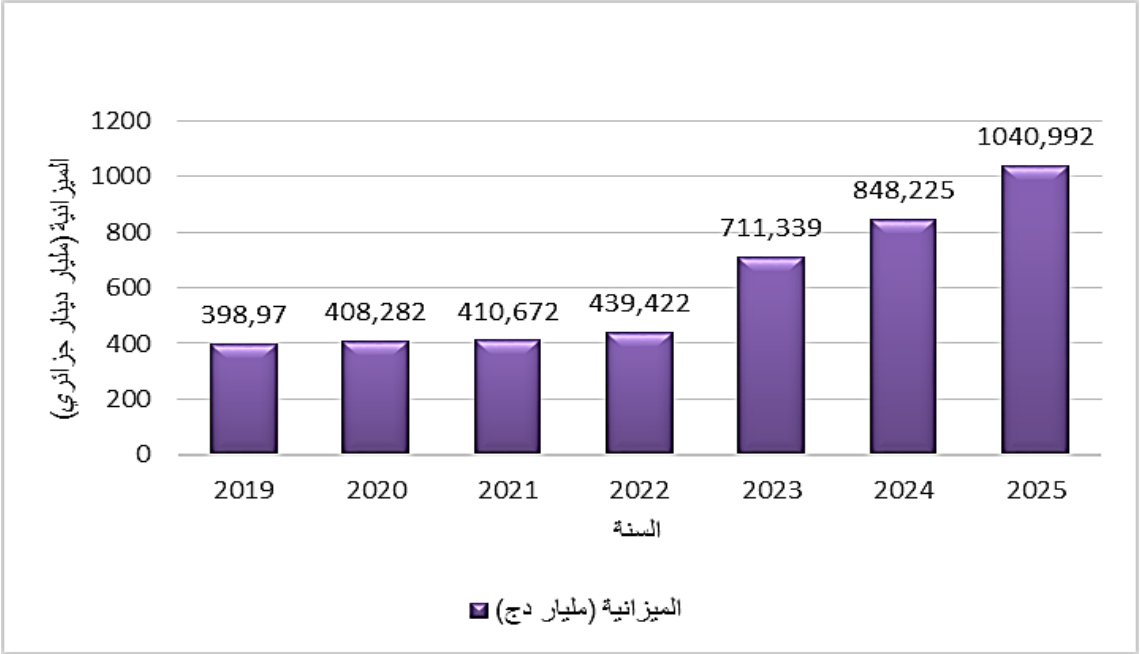
[2] امينة شهبوب، سلمى شيخ، **الضمان الاجتماعي وتمويل النظام الصحي في الجزائر** .مجلة البصائر للبحوث في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، المجلد 1، العدد 1، 2022، الصفحات 115-124.

[3] محمد بوهلاريك, **تمويل النظام الصحي الجزائري** .مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 20، العدد 1، 2016، الصفحات 9-32

منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد 5 سبتمبر 2010، ص ص 49.50.

عبر الخزينة العمومية من خلال الميزانية العامة للدولة. ويتم من خلالها تمويل البنية التحتية للمؤسسات الصحية، رواتب العاملين، وتوفير الأدوية والتجهيزات الطبية الأساسية.

الشكل رقم (02): يُلخّص ميزانية قطاع الصحة في الجزائر خلال السنوات الخمس الأخيرة، استنادًا إلى قوانين المالية الرسمية



من إعداد الطالبة: استنادا على قانون المالية 2025,2024,2023,2022,2021, 2020

يعكس منحنى ميزانية وزارة الصحة الجزائرية خلال الفترة الممتدة من 2019 إلى 2025 مسارًا تصاعديًا واضحًا في حجم الإنفاق العمومي على القطاع الصحي، وهو تطور لا يمكن فصله عن السياق الوبائي الذي فرضته أزمة كوفيد-19. ففي سنة 2019، أي قبل الجائحة، بلغت الميزانية حوالي 398.97 مليار دينار جزائري، وهو رقم يعكس نمطًا تقليديًا من التمويل الصحي. ومع بداية انتشار فيروس كورونا في عام 2020، ارتفعت الميزانية بشكل طفيف لتصل إلى 408.28 مليار دج، ثم إلى 410.67 مليار دج في 2021، ما يُشير إلى نوع من التردد أو البطء في رفع مستوى التمويل رغم أن الأزمة الصحية كانت في ذروتها. هذا الجمود النسبي قد يُفسر بلجوء السلطات إلى مصادر تمويل استثنائية خارج الميزانية الرسمية لمواجهة الأعباء الصحية الطارئة، مثل شراء المعدات وتوسيع مراكز العلاج. لحجم لكن ابتداءً من سنة 2022، بدأت معالم التحول الجاد تظهر، حيث بلغت الميزانية 439.42 مليار دج، قبل أن تشهد قفزة نوعية في 2023 إلى أكثر من 711 مليار دج، وهو ما يعكس إدراكًا متأخرًا التحديات التي كشفتها الجائحة، خاصة ما تعلق بضعف البنية التحتية الصحية، وقلة الموارد البشرية والتقنية.

واستمر هذا المسار التصاعدي في 2024 مع تخصيص 848.22 مليار دج، ليصل إلى ذروته سنة 2025، حيث تخطّت الميزانية عتبة التريليون دينار جزائري لأول مرة، مسجلة 1,040.99 مليار دج. هذا التطور يؤكد تحوّلًا في الرؤية السياسية للدولة تجاه قطاع الصحة، من كونه قطاعًا غير منتج إلى كونه أداة استراتيجية لحماية الأمن الصحي الوطني وبناء الثقة بين المواطن والدولة.

ففي عام 2023، تم تخصيص 100 مليار دج لاقتناء الأدوية والمواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية، مع تخصيص 75 مليار دج لتسوية ديون الأدوية و6 مليار دج لتسوية ديون المؤسسات الصحية تجاه معهد باستور.[1]

وفي عام 2024، تم تدعيم الصيدلية المركزية بـ 145 مليار دج، وتخصيص 19 مليار دج لمعهد باستور، و36 مليار دج لتجسيد البرنامج الوطني للتلقيح، و45 مليار دج لترقية الخدمات الصحية وتحسينها[2] .

إن أزمة كوفيد-19 لم تكن مجرد ظرف طارئ، بل شكّلت لحظة مفصلية دفعت السلطات إلى إعادة ترتيب أولوياتها، وتعزيز الاستثمار في القطاع الصحي سواء عبر توسيع المستشفيات، أو تحديث التجهيزات، أو دعم التكوين والتوظيف في سلك الصحة. باختصار، المنحنى المالي المتصاعد لا يُترجم فقط في أرقام، بل في وعي جديد بأهمية الصحة كأحد أعمدة الدولة الحديثة، وكمجال لا يحتمل التأجيل أو التقشف.

1-2- التمويل الثنائي والمتعدد الأطراف:

ويشمل الدعم المقدم من الشركاء الدوليين والمنظمات المانحة، سواء على شكل قروض ميسّرة أو منح مالية، وغالبًا ما يكون موجهًا نحو مشاريع صحية محددة أو تجهيزات تقنية في مؤسسات معينة، مثل تمويل برامج مكافحة الأمراض المعدية، أو دعم تجهيز مستشفيات محلية بمعدات كالأفرشة، الأغطية، أو أجهزة الكشف. ومن بين الشركاء الرئيسيين: منظمة الصحة العالمية(WHO) ، الاتحاد الأوروبي، والبنك الإسلامي للتنمية.

---

[1] مشروع قانون المالية 2023: **استفادة قطاع الصحة من غلاف مالي يفوق 61 مليار دج**"، وكالة الأنباء الجزائرية، 2022، https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/134209-2023-61

[2] مشروع قانون المالية 2024: **لجنة المالية بالمجلس الشعبي الوطني تستمع إلى عرض وزير الصحة**"، وكالة الأنباء الجزائرية، 2023، https://www3.aps.dz/ar/ مشروع-قانون-المالية-2024-لجنة-المال/

1-3- مساهمات القطاع الخاص:

يشكل القطاع الخاص مصدرًا مكمّلاً للتمويل، من خلال الاستثمارات التي تقوم بها العيادات الخاصة، المخابر، وشركات الأدوية، إلى جانب المساهمات المجتمعية من خلال الجمعيات أو المؤسسات الخيرية التي تنشط في المجال الصحي[1]. ورغم أن هذه المساهمات تبقى غير منتظمة وغير مهيكلة قانونيًا بشكل كافٍ، إلا أنها تلعب دورًا متزايدًا خاصة في المناطق التي تعرف عجزًا في التغطية الصحية العمومية.

1-4- الشراكة بين القطاع العام والخاص (PPP) :

بدأت الجزائر تعتمد تدريجيًا على نموذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص في عدد من المشاريع الصحية، سواء في مجال البناء والتجهيز، مثل بناء مستشفيات بنظام (BOT)، أو في توفير بعض الخدمات التشخيصية (مثل التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير المقطعي)، وكذلك في مجال تسيير وصيانة التجهيزات الطبية الثقيلة وتهدف هذه الشراكة إلى تخفيف العبء المالي على الدولة، وضمان الاستفادة من الكفاءة التشغيلية للقطاع الخاص.

بناءً على ما سبق، يتضح أن نظام التمويل الصحي في الجزائر يقوم على تنوع نسبي في المصادر، لكنه لا يزال يعتمد بشكل كبير على التمويل العمومي،[2] وهو ما يفرض ضرورة تحسين فعالية الإنفاق، وتطوير آليات بديلة ومستدامة للتمويل تأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الاقتصادية والتحديات الصحية الراهنة.

المطلب الثالث: التحديات التي تواجه النظام الصحي وآفاق تطويره

1- التحديات التي تواجه النظام الصحي الجزائري:

يواجه النظام الصحي الجزائري مجموعة من التحديات الهيكلية والتنظيمية التي تؤثر على كفاءته وجودة الخدمات المقدمة، رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة في مجال توسيع التغطية الصحية وتحسين البنية التحتية.

---

[1] عمر بن سليمان، **أثر الإنفاق العام على السياسات الاجتماعية: دراسة حالة السياسة الصحية في الجزائر 2001-2017** (أطروحة دكتوراه، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2019)، ص 158.

[2] صندوق النقد الدولي، **تقرير مشاورات المادة الرابعة مع الجزائر لسنة 2022** (واشنطن: صندوق النقد الدولي، 2022)، ص17

تتعلق أولى هذه التحديات بضعف الحوكمة وتنسيق السياسات بين المستويات الثلاث (المركزي، الجهوي، والولائي)، وهو ما ينعكس في التداخل بين الصلاحيات، وعدم وضوح خطوط المسؤولية، وغياب المتابعة التقييمية المنتظمة لبرامج الصحة العمومية.[1]

ثانيًا، يشكل العجز في الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية تحديًا بارزًا، إذ تعاني بعض المناطق الداخلية والجنوبية من نقص حاد في الأطباء الأخصائيين والممرضين كما أن هجرة الكفاءات الطبية إلى الخارج بسبب ظروف العمل أو ضعف التحفيز المهني تُفاقم من هذه الإشكالية بحيث تشير تقارير إلى أن عدد الأطباء الجزائريين العاملين في الخارج بلغ حوالي 30,000 طبيب، منهم 80% في فرنسا، بينما يتوزع الباقي على كندا وأميركا وألمانيا وبريطانيا ودول الخليج .وتُعزى هذه الهجرة إلى عدة عوامل، منها تدني الأجور، نقص فرص التوظيف، وضعف التحفيز المهني، خاصة في المناطق الجنوبية.[2]

ثالثًا، يعرف النظام الصحي الجزائري ضعفًا في رقمنة المعطيات الصحية، ما يعرقل فعالية التخطيط واتخاذ القرار المبني على الأدلة. فرغم إطلاق "النظام الوطني للمعلومات الصحية" عام 2023، إلا أن التنسيق الرقمي بين المؤسسات ما زال محدودًا، مع بطء في تحديث قواعد البيانات، وضعف الربط الإلكتروني بين الصيدليات، المستشفيات، وشركات التأمين.

رابعًا، من أبرز التحديات كذلك ارتفاع النفقات الصحية المباشرة، حيث تشير التقارير إلى أن نسبة تمويل الصحة من الأموال الخاصة ما تزال مرتفعة نسبيًا، مما يضع أعباء مالية على الفئات الهشة إضافة إلى ذلك ضعف الحوكمة المالية في المؤسسات الصحية، وغياب نظام تعويض فعال للأدوية والخدمات.

خامسًا، لا تزال البنية التحتية الصحية بحاجة إلى تحديث في كثير من المنشآت القديمة، التي تعاني من اهتراء التجهيزات، وضعف صيانة المعدات الطبية الثقيلة، بالإضافة إلى نقص الاستثمار في الذكاء الاصطناعي والتكنولوجيا الصحية الحديثة[3].

---

[1] منال بولفعة، "**متطلبات الحوكمة الصحية كآلية للنهوض بالقطاع الصحي في الجزائر**"، *دفاتر السياسة والقانون* 17، عدد 1 (2025): 146–161، ص ص150 155

[2] كمال مولوج. "**العوامل المؤثرة على التسرب الوظيفي للأطباء في المستشفيات العمومية الجزائرية:** دراسة استطلاعية لأراء عينة من الأطباء ".*مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية* 6، عدد 1 (2015): 121–131 ص 127

[3] Nesreddine Aissaoui et al., "**Retrospective and Prospective of the Algerian Healthcare Supply: Some Obstacles That Have Become Chronic Discomforts,**" *International Journal of Advanced and Applied Sciences* 9, no. 7 (July 2022): 179–185.

2- آفاق تطوير النظام الصحي الجزائري:

يواجه النظام الصحي الجزائري مجموعة من التحديات، غير أن آفاق تطويره تبقى واعدة إذا ما تم تفعيل إصلاحات شاملة ومدروسة. من بين أهم محاور التطوير، تأتي الإصلاحات الهيكلية والتشريعية التي تبنتها وزارة الصحة، على غرار قانون الصحة الجديد والمخطط الوطني لمكافحة السرطان، والتي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز أداء المؤسسات الاستشفائية. كما يُعد إعادة تفعيل نظام التعاقد بين الدولة ومقدمي الخدمات الصحية من بين الحلول المقترحة لتحسين الفعالية ومحاربة البيروقراطية، وتعزيز الشفافية داخل القطاع.[1] إضافة إلى ذلك، تلعب الرقمنة والتكنولوجيا الصحية دورًا أساسيًا في تطوير النظام، من خلال تحسين تسيير المعلومات الطبية، وتسهيل التشخيص والعلاج، وبالتالي الرفع من جودة الخدمات الصحية في السياق ذاته، يشكل تحسين التسيير الإداري داخل المؤسسات الصحية أحد العوامل الحاسمة، حيث يُوصى بتبني مفاهيم الحوكمة والجودة الشاملة بهدف تعزيز كفاءة التسيير وجودة الخدمة الصحية. وأخيرًا، فإن تبني استراتيجية وطنية صحية مستدامة تأخذ بعين الاعتبار التحولات السكانية والوبائية يُعد شرطًا أساسيًا لضمان مستقبل أفضل للمنظومة الصحية، ويقتضي ذلك تكاملاً فعّالًا بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي [2].

تُظهر هذه المداخل أن تطوير النظام الصحي في الجزائر ليس فقط ضرورة بل ممكنًا إذا ما تم تفعيل الإرادة السياسية والإدارية بشكل فعّال ومدعوم علميًا.

رغم هذه التحديات، فإن آفاق تطوير النظام الصحي في الجزائر واعدة، شريطة تفعيل جملة من الإجراءات الإصلاحية، أبرزها:

- تعزيز الحوكمة الصحية متعددة المستويات عبر اعتماد لامركزية وظيفية فعلية، وتوضيح أدوار المديريات الجهوية والولائية في التخطيط والتنفيذ.
- تطوير الموارد البشرية من خلال إصلاح نظام التكوين الطبي، وتقديم حوافز مالية ومهنية للأطباء للعمل في المناطق المحرومة.

---

[1] توفيق بن شيخ والدراجي لعفيفي، "**إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر**، جامعة قالمة، 2018.ص 17

[2] نجية ضحاك، "**آليات وتنظيم استراتيجية النظام الصحي بالجزائر: واقع وآفاق 2025**, مرجع سابق.ص203

- تسريع رقمنة المنظومة الصحية وربطها بالمعرف الوطني للمريض، بما يضمن تحسين تدفق المعلومات وسرعة اتخاذ القرار.
- تنويع مصادر التمويل وإدخال نماذج التمويل المبني على الأداء(PBF) ، إلى جانب تعزيز التغطية من طرف صناديق الضمان الاجتماعي[1].
- تشجيع البحث العلمي الصحي، وتطوير شراكات مع الجامعات والمخابر الدولية لمواجهة الأوبئة والأمراض المزمنة.
- تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص (PPP) في مجالات التسيير، التجهيز والتكوين، مع ضمان رقابة الدولة[2].

[1]فتيحة، فرطاقي. "**تمويل النظام الصحي الجزائري في ظل ارتفاع نفقات العلاج.**" مذكرة ماجستير، جامعة قالمة، 2018 . http://dspace.univ-guelma.dz/jspui/handle/123456789/7815. ص 18

[2]عبد الحليم، سي محمد، ونبيل، حرير. "**عقود الشراكة بين القطاع العام والخاص كآلية لتمويل المشاريع في الجزائر** ". *مجلة خزار للتكنولوجيا والاقتصاد* 2، عدد 1 (2023): 67-80 ص78

خلاصة الفصل:

تبين من خلال ما سبق أن السياسات الصحية في الجزائر قد تشكلت ضمن نموذج اجتماعي تضامني، ارتكز أساسًا على مبدأ مجانية العلاج وتوسيع التغطية الصحية لفائدة مختلف شرائح المجتمع. وقد سمحت هذه المقاربة بتحقيق مكاسب مهمة على مستوى المؤشرات الصحية العامة، خاصة في ما يتعلق بمكافحة الأمراض المعدية وتوسيع شبكة الهياكل الصحية. غير أن هذه السياسة، ورغم قوتها الرمزية والاجتماعية، أصبحت تواجه تحديات بنيوية متزايدة، تتعلق أساسًا بضعف آليات التمويل، محدودية الحوكمة الفعالة، وتفاوت توزيع الموارد والخدمات بين المناطق، خصوصًا الداخلية والجنوبية منها.

ورغم ما تم تحقيقه من تطورات في الجانب التشريعي والمؤسساتي، من خلال إصدار قوانين جديدة وإحداث لجان وهيئات متخصصة، لا تزال وتيرة الإصلاح محدودة أمام التغيرات السريعة التي يشهدها المحيط الصحي محليًا ودوليًا.

إن الحاجة أصبحت اليوم أكثر إلحاحًا لتبني إصلاحات عميقة وشاملة، تستند إلى مفاهيم حديثة في إدارة النظم الصحية، لاسيما تلك التي تُعلي من شأن **التمويل القائم على الأداء**، وتُسرّع **الرقمنة** في تسيير المعلومات الصحية، وتعزز من **فعالية البنية التحتية** ومرونتها.

وفي هذا السياق، تشكل الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي للفترة 2025–2030 فرصة محورية لإحداث تحول نوعي في المنظومة الصحية الجزائرية، من خلال تبني نهج يرتكز على الكفاءة، العدالة، والاستدامة، في تلبية حاجيات السكان ومواكبة التحولات الديموغرافية والوبائية المتسارعة. كما أن هذه الاستراتيجية قادرة، إذا ما تم تنفيذها بفعالية وشفافية، على بناء نظام صحي مرن قادر على مواجهة الأزمات الصحية المستقبلية، وضمان الحق في الصحة كأحد المرتكزات الأساسية للتنمية الوطنية.

الفصل الثالث: استراتيجية الجزائر لمواجهة كوفيد 19 ودورها في تحقيق الأمن الصحي

تمهيد:

شهد العالم في نهاية سنة 2019 ظهور فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19)، الذي سرعان ما تحوّل إلى جائحة عالمية هزّت أركان الأنظمة الصحية والاقتصادية والاجتماعية. ولم تكن الجزائر بمنأى عن هذا التحدي، إذ سجلت أول حالة إصابة مؤكدة في شهر فبراير 2020، لتدخل البلاد في مواجهة غير مسبوقة مع أزمة صحية طارئة كشفت عن مدى جاهزية المنظومة الصحية الوطنية.

أدت الجائحة إلى ضغوط كبيرة على النظام الصحي في الجزائر، من حيث توفر المعدات الطبية، وسعة الاستيعاب في المستشفيات، ونقص الكوادر الطبية، بالإضافة إلى الحاجة إلى آليات فعالة لرصد الوباء والاستجابة له. كما أبانت الأزمة عن أهمية الأمن الصحي كعنصر أساسي في حماية السكان وضمان استقرار المجتمع، إذ يشمل هذا المفهوم ليس فقط التصدي المباشر للوباء، بل أيضاً القدرة على الوقاية، الاستعداد، التفاعل السريع، وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية.

ورغم التحديات، اتخذت الجزائر عدة تدابير لتعزيز أمنها الصحي، منها: فرض الحجر الصحي، تعزيز قدرات التشخيص، توسيع حملات التلقيح، وتحديث آليات التسيير الصحي. غير أن التجربة كشفت كذلك عن نقائص هيكلية، ما يدفع إلى التفكير في إصلاحات عميقة تضمن تأهيل القطاع الصحي لمواجهة الأزمات المستقبلية بكفاءة وفعالية.

بالتالي، فإن تحليل تجربة الجزائر في ظل جائحة كوفيد 19 يُعد ضروريًا لفهم نقاط القوة والضعف في منظومتها الصحية، ولمعرفة كيف يمكن تعزيز الأمن الصحي في إطار السياسات الوطنية الشاملة.

المبحث الأول: لمحة عامة عن جائحة كوفيد في الجزائر

شهد العالم في نهاية سنة 2019 حدثًا استثنائيًا تمثّل في ظهور فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) بمدينة ووهان الصينية، لينتشر بسرعة مذهلة عبر مختلف القارات، متحوّلاً إلى جائحة عالمية أثّرت على كافة مناحي الحياة. وقد شكّلت هذه الأزمة تحديًا غير مسبوق للأنظمة الصحية في مختلف الدول، بما في ذلك الجزائر، التي سجلت أول حالة إصابة مؤكدة في شهر فيفري 2020.

فرضت سرعة انتشار الفيروس، وارتفاع معدلات العدوى والوفيات، تعبئة صحية شاملة على المستويين الوطني والعالمي، حيث اضطرت الحكومات إلى اتخاذ إجراءات صارمة شملت الحجر الصحي، غلق الحدود، تعليق الأنشطة الاقتصادية والتعليمية، وتوجيه الموارد لمواجهة هذه الأزمة. كما كشفت الجائحة عن هشاشة بعض الأنظمة الصحية، وأظهرت الحاجة إلى إصلاحات عميقة في مجال الوقاية، التخطيط، والاستجابة للطوارئ الصحية.

المطلب الأول: تعريف ونشأة الفيروس

1- تعريف فيروس كوفيد – 19:

فيروس كوفيد – 19، المعروف أيضا باسم فيروس كورونا المستجد) SARS-CoV2-، هو فيروس ينتمي إلى عائلة الفيروسات التاجية. هذه الفيروسات هي مجموعة من الفيروسات التي يمكن أن تسبب أمراضا تتراوح من نزلات البرد العادية إلى أمراض أكثر خطورة مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS)ومتلازمة الالتهاب التنفسي الحاد (SARS) .

ظهر فيروس كوفيد – 19- لأول مرة في مدينة ووهان بمقاطعة هوبي في الصين في ديسمبر 2019. يُعتقد أن الفيروس انتقل من الحيوانات إلى البشر في سوق للحيوانات الحية. لقد أثار هذا الفيروس جائحة عالمية بسبب سرعة انتشاره والعدد الكبير من الإصابات والوفيات التي سببها في مختلف أنحاء العالم.[1]

2- نشأة فيروس كوفيد-19:

[1] - Anthony R Fehr, Stanley Perlman, **"Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis", Methods in Molecular Biology** 1282, 2015, P 3.

- **الأصل الحيواني:**

تُعدّ الفيروسات التّاجية شائعة بين الحيوانات، إلاّ أن انتقالها إلى البشر يُعد نادرًا. ويُعتقد أن فيروس كوفيد-19 نشأ في الأصل لدى الخفافيش باعتبارها المضيف الطبيعي له، ثم انتقل عبر حيوان وسيط إلى الإنسان. يُرجّح أن سوق الحيوانات الحية في مدينة ووهان الصينية، والذي يُباع فيه العديد من أنواع الحيوانات البرية، كان نقطة الانتقال المحتملة للفيروس إلى البشر.[1]

- **التطور الجيني:**

أظهرت التحليلات الجينية لفيروس كوفيد-19 تشابهاً كبيراً مع فيروسات تاجية تم رصدها في الخفافيش، ممّا يُعزز فرضية الأصل الحيواني. ويرى الباحثون أن الفيروس خضع لتطورات جينية مكّنته من الانتقال إلى البشر، وقد يكون حيوان آكل النمل الحرشفي هو الوسيط في هذه العملية، نظراً لتواجده في الأسواق الحيوانية بووهان.

- **الانتقال إلى البشر:**

ينتقل فيروس كوفيد-19 بين البشر عبر الرذاذ التنفسي الناتج عن السعال أو العطس أو حتى أثناء التحدث. ويمكن أن ينتشر الفيروس أيضاً من خلال ملامسة الأسطح الملوثة، وإن لم يكن هذا هو المسار الرئيسي للعدوى. وتُعد سرعة انتشار الفيروس بين البشر مرتفعة مقارنةً بالعديد من الأمراض الأخرى، مما ساهم في تفشيه على نطاق عالمي في فترة زمنية قصيرة.[2]

المطلب الثاني: مسار انتشار فيروس كوفيد-19 في الجزائر

تم تسجيل أول حالة إصابة مؤكدة بفيروس كورونا في الجزائر بتاريخ 25 فبراير 2020، وهو ما أثار حالة من القلق في الأوساط المجتمعية نظرًا لسرعة انتقال الفيروس بين الأفراد. ومع بداية شهر مارس، تواصل تسجيل حالات إصابة جديدة، ليصل العدد إلى 27 حالة بحلول 13 مارس 2020، تزامنًا مع بداية تسجيل أولى حالات الوفاة. وقد شكّلت ولاية البليدة بؤرة أولى لانتشار الفيروس في البلاد.

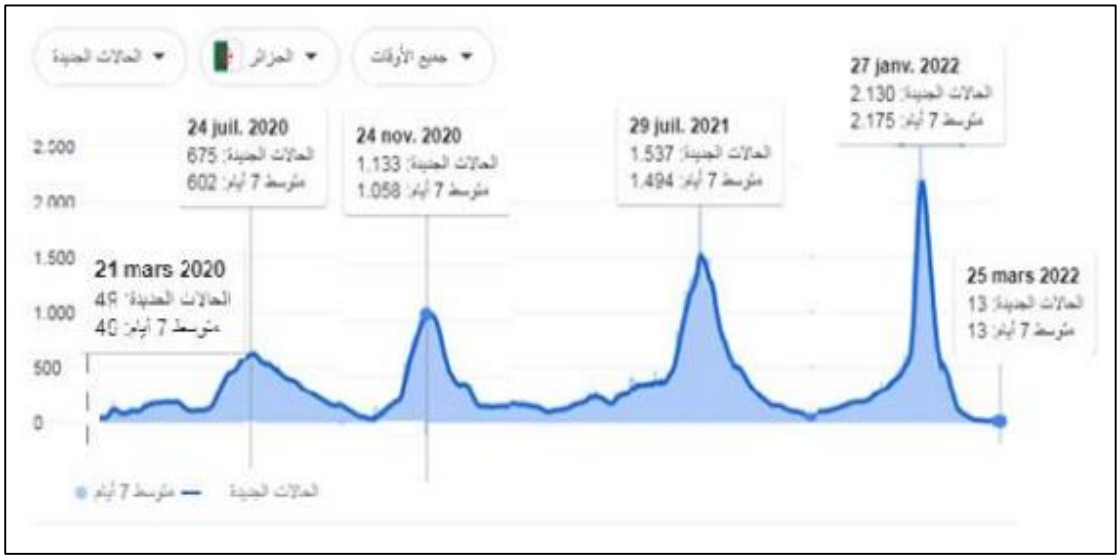
ومنذ ذلك الحين، شهد الوضع الوبائي في الجزائر تطورات متسارعة، حيث مرت البلاد بأربع موجات وبائية رئيسية خلال ما يقارب عامين ونصف، ما تطلّب استجابة صحية مرنة ومستمرة لمواكبة مستجدات الجائحة.

---

[1] -Peng Zhou et al., "**A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin**," Nature 579, no. 7798,2020, p 270-273

[2] جون سميث، **فيروسات كورونا النشأة والانتشار، في الأوبئة الحديثة**، تحرير مارك جونز، نيويورك: دار النشر الأكاديمية، 2020 ص 23

الشكل رقم (03) : تطور إصابات جائحة كوفيد -19 من مارس 2020 إلى مارس 2022



المصدر: موقع إحصائيات كورونا في الجزائر https://bit.ly/38dVE2F

يتضح من خلال هذا المنحنى البياني أن الجزائر شهدت أربع موجات رئيسية لفيروس كوفيد-19، حيث تُعرَّف "الموجة" بأنها الارتفاع المتواصل في عدد الإصابات اليومية إلى أن تبلغ الذروة(Le Pic) ، يليها انخفاض تدريجي في الحالات المسجلة. وتشير البيانات إلى أن الموجة الرابعة، التي بلغت ذروتها في 27 جانفي 2022، كانت الأشد حدة، إذ سُجلت خلالها 2130 حالة إصابة في يوم واحد، مع الإشارة إلى أن العدد الحقيقي قد يكون أعلى، بالنظر إلى وجود حالات لم تُشخّص أو لم تُدرج ضمن الإحصائيات الرسمية.

أما الموجة الثالثة، فقد سُجّلت في جويلية 2021 وبلغت ذروتها بـ 1537 إصابة يومية، بالتزامن مع انتشار المتحوّر المعروف باسم "دلتا"، والذي تميز بسرعة انتشاره وشدة أعراضه. في المقابل، شهدت الموجة الثانية التي بلغت ذروتها في نوفمبر 2020، تسجيل 1133 حالة، في حين كانت الموجة الأولى أقل حدة، حيث بلغت ذروتها في 24 جويلية 2020 بـ 675 حالة إصابة.

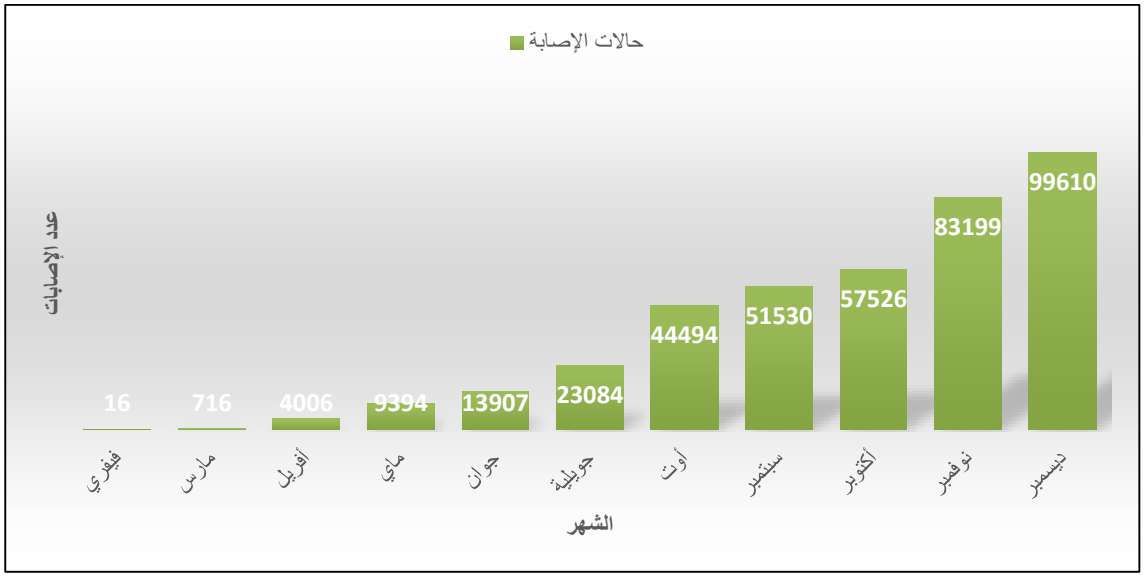
بناءً على هذه المعطيات، يمكن القول أن الموجة الرابعة تمثل أخطر مرحلة في تطور الجائحة في الجزائر من حيث عدد الإصابات المعلن عنها، إضافة إلى الضغط الكبير الذي فرضته على المنظومة الصحية، ويُعزى ذلك أساسًا إلى ظهور متحور "أوميكرون"، الذي يتميز بسرعة انتشاره رغم أن أعراضه كانت أقل حدة مقارنة بمتحور "دلتا"، الذي سبقه ويُعدّ من أخطر السلالات بسبب قوته وسرعة انتقاله وشدة أعراضه. كما ساهمت عوامل وقائية وسلوكية في تفاقم الوضع. ومع ذلك، سجّل شهر مارس من نفس السنة

تراجعًا ملحوظًا في عدد الإصابات، حيث انخفض المعدل إلى نحو 13 حالة يوميًا، ما يشير إلى تحسن نسبي في الوضع الصحي.

أثر انتشار فيروس كوفيد-19 بشكل عميق على السياسة الصحية العامة في الجزائر، حيث دفعت الأزمة السلطات إلى مراجعة استراتيجياتها الصحية والإدارية بشكل ملحوظ.

استجابت الحكومة بمجموعة من الإجراءات الصارمة للحد من تفشي الفيروس، من بينها فرض الحجر الصحي، وتعزيز قدرات النظام الصحي، وتوفير الموارد الضرورية لمواجهة الجائحة. وقد تزامن تفشي الوباء مع أزمة اقتصادية خانقة نتيجة انخفاض أسعار النفط، وهو ما أثّر سلبًا على مداخيل الدولة وزاد الضغط على المنظومة الصحية. ووفقًا للعديد من الدراسات، ساهمت هذه الظروف الاقتصادية الصعبة في تدهور الوضع الاجتماعي، مما زاد من تعقيد جهود مكافحة الجائحة.

الشكل رقم (04): حالات الإصابات المنسوبة لجائحة كوفيد 19 في الجزائر من 25 فيفري إلى 31ديسمبر 2020



المصدر: إعداد الطالبة بناء على معلومات البيانات من مصدر جائحة كورونا في الجزائر، 09/11/2020 https://orientxxi.info/magazine/article4326

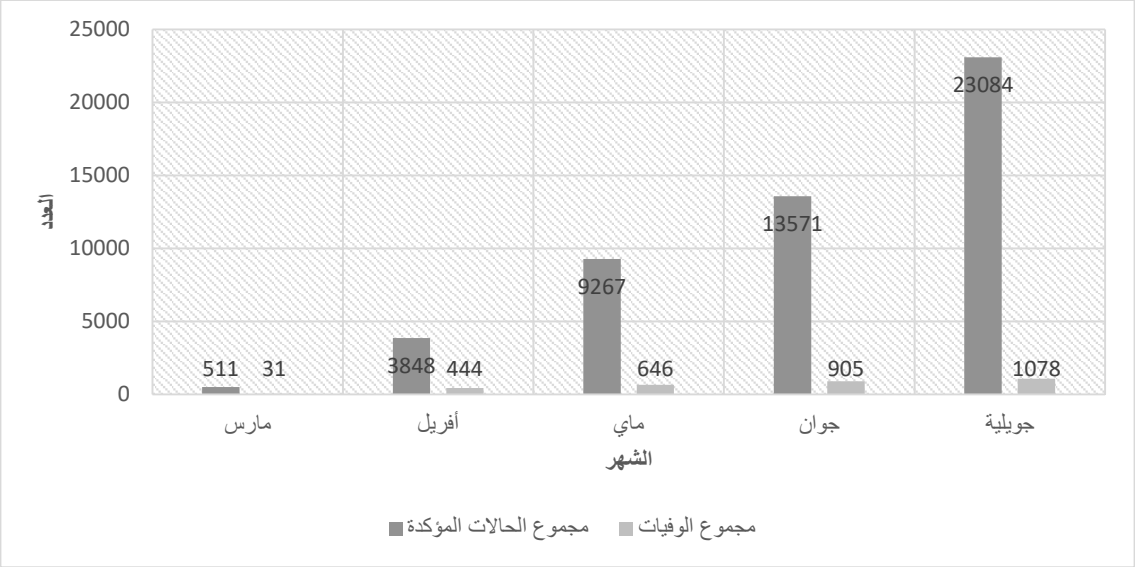
يعكس هذا المنحنى البياني لتطور الإصابات التراكمية بكوفيد-19 في الجزائر خلال سنة 2020 تصاعدًا تدريجيًا في عدد الحالات المؤكدة، بدءًا من تسجيل أول إصابة في شهر فيفري، حيث كانت وتيرة انتشار الفيروس محدودة، لتصل إلى 16 حالة فقط، قبل أن يبدأ العدد في التزايد مع دخول شهر مارس الذي شهد 716 إصابة، نتيجة بداية الانتقال المحلي للعدوى. ومع حلول الفصل الثاني من السنة (أفريل – جوان)، بدأت وتيرة الإصابات تتسارع تدريجيًا، حيث انتقلت من 4006 حالة في أفريل إلى ما يقارب

14 ألف حالة بحلول نهاية جوان، مما يدل على اتساع رقعة الانتشار المجتمعي وظهور بؤر وبائية في عدة ولايات.

خلال الفترة الممتدة من جويلية إلى سبتمبر، شهدت الجزائر ارتفاعًا كبيرًا في عدد الإصابات، إذ بلغ العدد التراكمي 44,494 حالة في أوت، مما يشير إلى بداية موجة وبائية أولى نتيجة تخفيف الإجراءات الوقائية، وتراجع الالتزام الشعبي بالإجراءات الصحية. ومع حلول الفصل الأخير من السنة، تصاعد المنحنى بشكل حاد، حيث بلغت الإصابات 83,199 حالة في نوفمبر، ثم قاربت 100 ألف حالة مع نهاية ديسمبر، وهو ما يعكس بلوغ الذروة الوبائية خلال السنة.

يُبرز هذا التصاعد في الإصابات محدودية فعالية بعض الإجراءات الوقائية عند رفعها بسرعة، ويشير إلى ضعف جاهزية المنظومة الصحية لمواجهة أزمات بهذا الحجم، لا سيما فيما يخص قدرات الاستيعاب والموارد البشرية والتجهيزات. وعليه، فإن هذه المؤشرات تفرض ضرورة التفكير في مراجعة السياسات الصحية الوطنية، وتبني مقاربة استباقية تقوم على الرصد المبكر والتخطيط للسيناريوهات الوبائية، إلى جانب تعزيز التواصل الصحي والتعبئة المجتمعية لمواجهة الأزمات المستقبلية بكفاءة أكبر.

الشكل رقم (05): مجموع الحالات المؤكدة والوفيات بجائحة كوفيد -19 في الجزائر



المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على مقال مبروك ساحلي، تداعيات فيروس كورونا على الأمن الإنساني في الجزائر، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني المجلد 06، العدد 02، ص 92.

يُبرز المنحنى البياني لتطور مجموع الحالات المؤكدة والوفيات الناجمة عن كوفيد-19 في الجزائر، خلال الفترة الممتدة من مارس إلى جويلية 2020، تسارعًا تدريجيًا في انتشار الفيروس مصحوبًا بارتفاع في معدلات الوفيات، ما يعكس تطور الوضع الوبائي داخليًا مع مرور الأشهر.

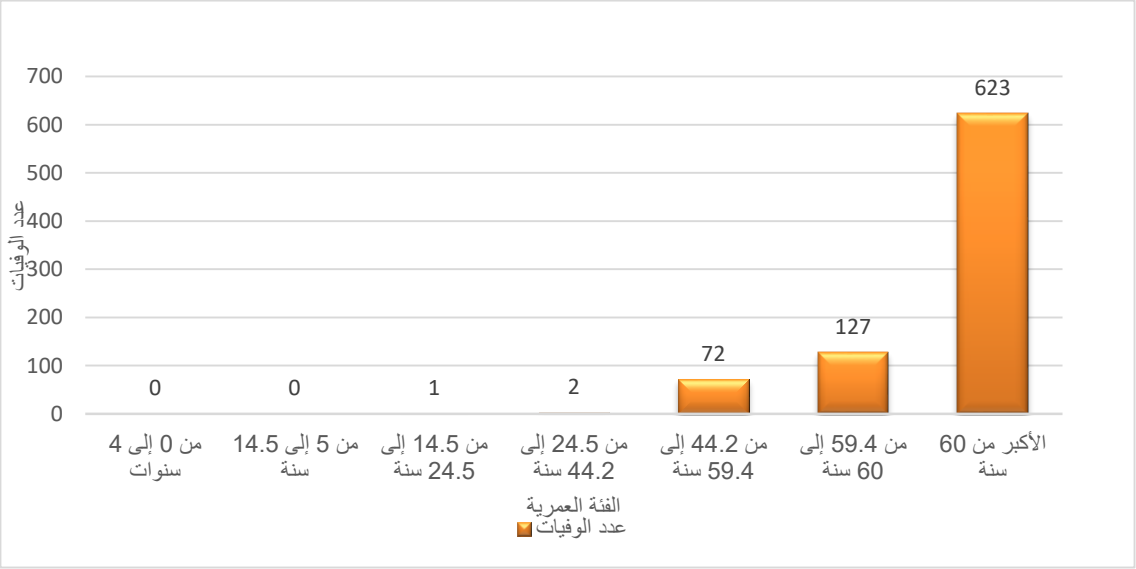
في شهر مارس، كانت بداية الجائحة بطيئة نسبيًا حيث سُجِّلت 511 إصابة مؤكدة و31 حالة وفاة فقط، وهي أرقام تعكس مرحلة الاكتشاف الأولي للفيروس في البلاد، مع اتخاذ الدولة إجراءات احترازية مبكرة كتوقيف الدراسة وغلق الحدود. لكن، ومع الانتقال إلى شهر أفريل، سُجّل ارتفاع ملموس في عدد الإصابات (3848 حالة) والوفيات (444 حالة)، وهو ما يشير إلى بداية الانتشار المجتمعي للعدوى وصعوبة احتواء الفيروس داخل بعض البؤر، لا سيما في ولايات مثل البليدة.

تواصل التصاعد في شهر ماي حيث بلغت الإصابات 9267 والوفيات 646، مما يدل على تزايد حدة الأزمة رغم استمرار القيود الوقائية، الأمر الذي قد يُعزى إلى محدودية قدرات التشخيص وتكثيف الفحوصات، إلى جانب الضغط المتزايد على المنظومة الصحية. وقد بلغ الوباء مرحلة حرجة في شهري جوان وجويلية، حيث ارتفعت الإصابات إلى 13,571 و23,084 على التوالي، ورافق ذلك ارتفاع موازٍ في عدد الوفيات (905 في جوان و1078 في جويلية)، ما يعكس بداية موجة وبائية أولى حقيقية.

يُشير هذا المنحنى التصاعدي بوضوح إلى العلاقة الطردية بين ارتفاع عدد الإصابات والوفيات، ويفضح في الوقت ذاته التحديات الكبرى التي واجهتها المنظومة الصحية الجزائرية من حيث القدرة الاستيعابية، توفر الأكسجين، وأطقم الإنعاش. كما يُظهر أهمية وضرورة استمرار الإجراءات الوقائية والتوعوية، خاصة في المراحل المبكرة من انتشار الأوبئة، إلى جانب تعزيز قدرات المراقبة والتدخل السريع[1].

[1] مبروك ساحلي، **تداعيات فيروس كورونا على الأمن الإنساني في الجزائر**، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني المجلد 06، العدد 02، ص 92.

الشكل رقم (06): حالات الوفيات بجائحة كوفيد 19 – في الجزائر حسب الفئة العمرية



المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على مقال مبروك ساحلي، المرجع السابق، ص 92.

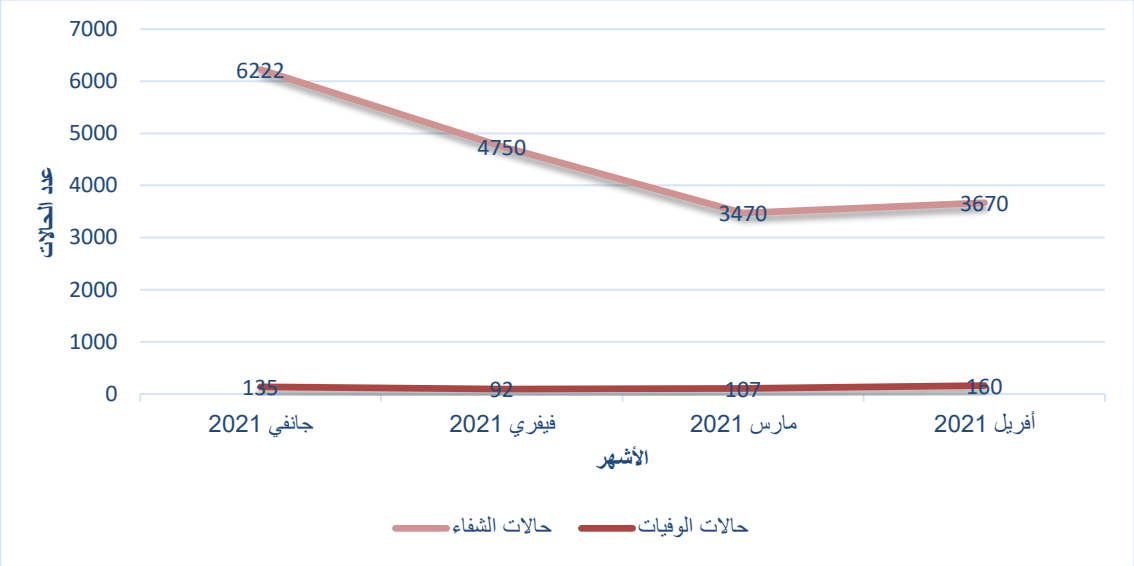
يكشف التوزيع العمري لحالات الوفاة الناجمة عن فيروس كوفيد-19 في الجزائر عن تفاوت كبير في نسب الوفيات بين الفئات العمرية، مما يعكس تأثير العمر كعامل خطر حاسم في تطور المرض إلى مضاعفات خطيرة تؤدي إلى الوفاة.

تشير المعطيات إلى أن الفئات العمرية الأصغر من 24.5 سنة لم تسجل تقريبًا أي حالة وفاة تُذكر، حيث بقيت الأعداد بين 0 و1 فقط، وهو ما يتسق مع الأدبيات الوبائية التي تؤكد أن الفيروس أقل فتكًا في صفوف الأطفال والمراهقين والشباب الأصحاء. ومع تقدم العمر، تبدأ نسب الوفيات في الارتفاع التدريجي، حيث سُجّلت 72 حالة وفاة في الفئة ما بين 44.2 إلى 59.4 سنة، و127 حالة في الفئة ما بين 59.4 إلى 60 سنة.

غير أن القفزة الأكبر والأكثر لفتًا للانتباه كانت في الفئة العمرية 60 سنة فما فوق، والتي سجلت 623 حالة وفاة، أي ما يعادل غالبية الوفيات المُسجلة إجمالًا، ما يُشير إلى أن كبار السن هم الفئة الأكثر هشاشة أمام مضاعفات كوفيد-19، خاصة إذا كانوا يعانون من أمراض مزمنة كأمراض القلب، السكري، أو ارتفاع ضغط الدم.

يؤكد هذا التوزيع العمري ضرورة إعطاء الأولوية في السياسات الصحية الوقائية والعلاجية لفئة كبار السن، من خلال تسريع وتيرة التلقيح لهم، وتوفير وسائل الحماية الطبية والاجتماعية، بالإضافة إلى وضع آليات استباقية لتقليل نسب الوفاة داخل هذه الشريحة عند انتشار موجات وبائية جديدة.

الشكل رقم (07) : عدد حالات الشفاء والوفيات المنسوبة إلى جائحة كوفيد 19 في الجزائر من شهر جانفي2021 الى افريل 2021



المصدر: من اعداد الطالبة استنادا لاحصائيات كورونا في الجزائر 2021/04/08 تم الإطلاع عليه 15/05/2025 Algeriahttps://Sehhty.com/dz.covid

من خلال الأشهر الأربعة الأولى من سنة 2021، يُظهر المنحنى البياني لحالات الشفاء والوفيات من كوفيد-19 في الجزائر تباينًا واضحًا يعكس تغيرات في الوضع الوبائي والقدرة على الاستجابة الصحية. فقد بلغت حالات الشفاء ذروتها في جانفي بـ6222 حالة، تلتها مرحلة تراجع ملحوظ خلال فيفري (4750 حالة) ومارس (3470 حالة)، ثم عرفت ارتفاعًا طفيفًا في أفريل (3670 حالة). هذا الانخفاض التدريجي في حالات الشفاء قد يُعزى إلى تزايد الضغط على المنظومة الصحية أو انتشار سلالات جديدة من الفيروس أقل استجابة للعلاج. أما منحنى الوفيات فقد سجل انخفاضًا من 135 حالة في جانفي إلى(92 حالة) في فيفري، غير أنه عاد للارتفاع في مارس (107 حالة) ثم ارتفع بشكل مقلق في أفريل إلى (160 حالة)، وهو ما يمثل أعلى حصيلة وفيات خلال هذه الفترة. هذا التزايد في عدد الوفيات، بالتزامن مع انخفاض عدد حالات الشفاء، قد يدل على تراجع في فعالية التدخلات الصحية أو على ضعف الالتزام المجتمعي بإجراءات الوقاية. بشكل عام، يعكس التباين بين المنحنيين وجود تدهور نسبي في السيطرة على الجائحة، مما يستوجب إعادة تقييم السياسات الصحية المتبعة، خصوصًا فيما يتعلق بالتشخيص المبكر، فعالية البروتوكولات العلاجية، ومدى جاهزية الهياكل الاستشفائية لمواجهة موجات محتملة جديدة.

المبحث الثاني: الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة جائحة كوفيد-19

المطلب الأول: الاستراتيجية الوقائية والردعية

كان لانتشار فيروس كوفيد-19 تأثير عميق على السياسة الصحية العامة في الجزائر، حيث دفعت الأزمة السلطات إلى مراجعة استراتيجياتها الصحية والإدارية بشكل ملحوظ.

استجابت الحكومة بمجموعة من الإجراءات الصارمة للحد من تفشي الفيروس، من بينها فرض الحجر الصحي، وتعزيز قدرات النظام الصحي، وتوفير الموارد الضرورية لمواجهة الجائحة. وقد تزامن تفشي الوباء مع أزمة اقتصادية خانقة نتيجة انخفاض أسعار النفط، وهو ما أثر سلبًا على مداخيل الدولة وفاقم الضغط على المنظومة الصحية. ووفقًا للعديد من الدراسات، ساهمت هذه الظروف الاقتصادية الصعبة في تدهور الوضع الاجتماعي، ممّا زاد من تعقيد جهود مكافحة هذه الجائحة. [1]

1- الاستراتيجية الوقائية:

في إطار **التدابير الوقائية** التي اتخذتها الجزائر لمواجهة جائحة كوفيد-19، تم تنفيذ مجموعة من الإجراءات المهمة لضمان سلامة المواطنين والحد من انتشار الفيروس، ومن أبرز هذه التدابير:

1-1- التطعيم:

أطلقت الحكومة حملات تطعيم وطنية واسعة استهدفت تلقيح المواطنين ضد فيروس كوفيد-19، مع إعطاء أولوية خاصة للفئات الأكثر عرضة للخطر، مثل العاملين في القطاع الصحي وكبار السن. وقد تم تأمين كميات كافية من اللقاحات من مصادر مختلفة، بما في ذلك لقاحات **سينوفارم، سبوتنيك V** و**أسترازينيكا**، لضمان تلبية احتياجات الحملة الوطنية[2].

1-2- التوعية والتثقيف الصحي:

تم تنظيم حملات إعلامية وتوعوية واسعة النطاق لنشر ثقافة الوقاية وتعزيز السلوكيات الصحية. وقد ركزت هذه الحملات على ثلاث ممارسات رئيسية:

---

[1] أمال بوقاسم، "**النظام الصحي الجزائري في ظل أزمة فيروس كورونا دراسة تحليلية**"، *مجلة دفاتر القانون والسياسة*، مج. 9، ع. 2 (2022): 175.

[2] Khaled Mansour et Amina Boudjemaa, **Stratégies de vaccination contre la COVID-19 en Algérie**: Campagnes et approvisionnement en vaccins, Revue Algérienne de Santé Publique 18, no. 3,2022, P126

- **ارتداء الكمامات** :التأكيد على ضرورة ارتداء الكمامات بالشكل الصحيح في الأماكن العامة، لحماية الفرد والمجتمع من العدوى.
- **التباعد الاجتماعي** :التشديد على الحفاظ على مسافة آمنة بين الأشخاص، لتقليل خطر انتقال الفيروس عبر الاتصال المباشر.
- **غسل اليدين بانتظام** :الحث على تنظيف اليدين باستمرار باستخدام الماء والصابون أو المعقمات، كإجراء أساسي لتعزيز النظافة الشخصية

ولضمان فعالية هذه الجهود، تم استخدام مختلف وسائل الإعلام التقليدية والمنصات الرقمية لنقل الرسائل التوعوية، وتوضيح الإجراءات الوقائية المتبعة من قبل الجهات الرسمية، مع تزويد المواطنين بمعلومات دقيقة وموثوقة حول الوضع الصحي.[1]

1-3- الإجراءات الصحية:

اتُّخذت مجموعة من الإجراءات الاحترازية للحد من انتشار فيروس كوفيد-19، تمثّلت في فرض ارتداء الكمامات في الأماكن العامة ووسائل النقل، إلى جانب التأكيد على ضرورة احترام قواعد التباعد الاجتماعي من خلال الحفاظ على مسافة آمنة بين الأفراد. كما تم تعزيز ممارسات النظافة الشخصية، لا سيما غسل اليدين بشكل متكرر واستخدام المعقمات، كجزء أساسي من الاستراتيجية الوقائية[2].

1-4- تعزيز قدرات النظام الصحي:

إلى جانب الإجراءات الوقائية، عملت السلطات على تقوية النظام الصحي لمواجهة تداعيات الجائحة، وذلك من خلال:

- **تأمين المعدات الطبية الأساسية** :شملت الجهود توفير أجهزة التنفس الاصطناعي والأدوية الضرورية عبر التعاون مع موردين محليين ودوليين لضمان تلبية احتياجات المؤسسات الصحية.
- **إنشاء مستشفيات ميدانية** :تم تشييد مستشفيات ميدانية في عدد من المناطق لاستيعاب الأعداد المتزايدة من المرضى وتخفيف الضغط على المستشفيات العمومية. زوّدت هذه المنشآت المؤقتة بكافة التجهيزات الطبية اللازمة وقدّمت خدمات علاجية للحالات الحرجة.

[1] Amina Boudiaf et Ahmed Nacer, "**Communication de crise pendant la pandémie de COVID-19 en Algérie Campagnes de sensibilisation et utilisation des médias**", Revue Algérienne de Santé Publique 15, no. 2 (2021): 79

[2] امال بوقاسم، "**النظام الصحي الجزائري في ظل أزمة فيروس كورونا**"، مرجع سابق ص .176

بفضل هذه الإجراءات، تم تعزيز جاهزية النظام الصحي وتحسين قدرته على الاستجابة الفعّالة للأزمة وتوفير الرعاية للمصابين عبر مختلف أنحاء البلاد[1].

1-5- التتبع والفحص:

في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19، اعتمدت الجزائر استراتيجية فعّالة في التتبع والفحص، حيث تم استخدام تطبيقات وأنظمة رقمية لتحديد وتتبع الأشخاص الذين كانوا على اتصال مباشر مع الحالات المؤكدة، مما ساهم في الحد من انتشار العدوى عبر عزل الحالات المحتملة في وقت مبكر.

كما عملت السلطات الصحية على توسيع نطاق الفحوصات المخبرية لتشمل شريحة أوسع من السكان، بما في ذلك الأفراد الذين لا تظهر عليهم أعراض المرض، وذلك بهدف الكشف المبكر عن الإصابات وتعزيز فعالية التدخلات الطبية.

وقد تميزت هذه الاستراتيجية بالمرونة، إذ كانت الإجراءات تخضع للتحديث المستمر بناءً على تطور الوضع الوبائي المحلي، وبما يتماشى مع التوصيات العلمية والصحية الصادرة عن الجهات المختصة، مما سمح بالتكيف السريع مع المستجدات وضمان استمرارية الجهود الوقائية بشكل فعّال[2].

2- الاستراتيجية الردعية:

2-1- الإغلاق والحجر الصحي:

في إطار الاستراتيجية الردعية لمكافحة تفشي فيروس كوفيد-19، اتخذت السلطات الجزائرية مجموعة من الإجراءات الصارمة للحد من انتشار العدوى وتقليل معدلات الإصابة. تمثلت هذه الإجراءات في:

- فرض إغلاقات شاملة على مستوى عدد من المدن، بهدف الحد من حركة السكان وتقليص التجمعات العامة.
- تقييد التنقل بين الولايات وحتى داخل المدن، مع السماح فقط بالحركة للضرورة القصوى.
- إغلاق تام لبعض المناطق التي سجلت معدلات مرتفعة من العدوى، وذلك لمنع توسع بؤر التفشي[3].

[1] Ahmed Saïd et Fatima Zohra Benali, "**Gestion des ressources médicales pendant la pandémie de COVID-19 en Algérie : Renforcement des équipements et mise en place des hôpitaux de campagne**" Revue Algérienne de Médecine 12, no. 1 (2021) : 53.

[2] الأحمد بن سعد سميرة قاسمي، **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID-19** أنظمة التتبع وزيادة الفحوصات المجلد 3 العدد 29 مجلة الصحة العامة العربية، 2021، ص 56

[3] المرجع نفسه، ص 57

2-2- تطبيق تدابير الحجر الصحي:

- فرض الحجر الإجباري على المسافرين القادمين من الخارج، كإجراء احترازي لمنع دخول حالات إصابة جديدة.
- تطبيق الحجر المحلي في المناطق التي شهدت انتشاراً واسعاً للفيروس، وذلك للسيطرة على الوضع الوبائي في تلك المناطق.
- متابعة دقيقة لحالات الإصابة والمخالطين، مع إلزامهم بالحجر المنزلي إلى حين التأكد من سلامتهم أو شفائهم، تفادياً لأي انتقال محتمل للعدوى.

2-3- الحظر والتقييدات:

في إطار الإجراءات الوقائية للحد من انتشار فيروس كورونا المستجد، اعتمدت الجزائر جملة من التدابير الصارمة التي شملت فرض حظر تجول جزئي خلال فترات محددة من اليوم، لاسيما في ساعات المساء والليل، حيث ترتفع وتيرة النشاط الاجتماعي. وقد ساهم هذا الإجراء في تقليص الحركة والتجمعات، وبالتالي الحد من انتشار العدوى. كما تم تعديل ساعات الحظر بشكل دوري وفقًا لتطور الوضع الوبائي.[1]

إلى جانب الحظر، أُغلقت المرافق التجارية والترفيهية غير الأساسية مثل المطاعم، المقاهي، والمراكز التجارية، وتم تعليق الدراسة حضورياً في المدارس والجامعات، مع اعتماد آلية التعليم عن بعد كبديل مؤقت.

كما صدرت عدة قرارات تنظيمية عن المجلس الأعلى للأمن، إلى جانب مراسيم تنفيذية من قبل الوزير الأول وتعليمات قطاعية خاصة، هدفت جميعها إلى تقليل التجمعات البشرية وتعزيز إجراءات الوقاية، ومن أبرز هذه التدابير:

- ✓ غلق جميع المقاهي والمطاعم والمحلات، باستثناء تلك المتخصصة في بيع المواد الغذائية الأساسية.
- ✓ إغلاق قاعات الحفلات والأعراس والمناسبات الاجتماعية الأخرى.
- ✓ فرض احترام مسافة أمان لا تقل عن متر واحد بين الأفراد داخل المؤسسات والمرافق العمومية.
- ✓ منع تنقل سيارات الأجرة عبر مختلف ولايات الوطن.
- ✓ توجيه مصالح الجمارك إلى تخصيص رواق أخضر لتسهيل الإجراءات الجمركية الخاصة باستيراد التجهيزات الطبية والمواد المرتبطة بمكافحة الجائحة. [2]

---

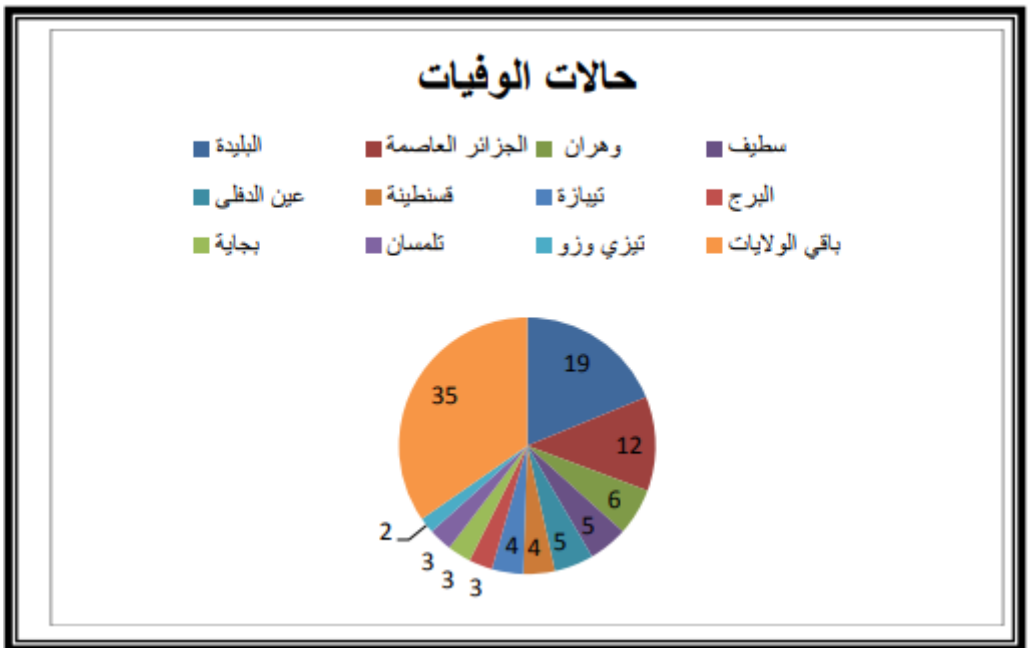
[1] ياسين بن يوسف وعبد الرحمن سمية **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID-19**: إغلاق المنشآت غير الضرورية: مجلة الصحة العامة العربية، المجلد 9، العدد 33 مجلة الصحة العامة العربية 2021، ص 80-82.

[2] المرجع نفسه، ص 82

وفي إطار تعزيز الاستجابة الوطنية لمواجهة جائحة كوفيد-19، اتخذت السلطات الجزائرية سلسلة من التدابير التنظيمية الرامية إلى الوقاية من انتشار الفيروس وضمان التنسيق الفعّال بين مختلف الهيئات المعنية:

- دعوة الجماعات المحلية إلى تنفيذ حملات تعقيم وتطهير واسعة النطاق في الأماكن العمومية، كإجراء وقائي أساسي للحد من انتشار العدوى.
- تكليف المؤسسات الصحية بإعداد قوائم يومية للمتطوعين من الكوادر الطبية وشبه الطبية، بما في ذلك الأطباء الخواص، من أجل تعبئة الموارد البشرية اللازمة لمجابهة تطور الوباء.
- تطبيق إجراء تخفيض عدد العمال بنسبة 50% في مختلف القطاعات الاقتصادية والخدمية، العامة منها والخاصة، على أن يتم لاحقًا تقييم الخسائر الناتجة عن هذا الإجراء وتعويضها من قبل الدولة.
- إنشاء لجنة ولائية تحت إشراف الوالي، تُعنى بتنسيق الجهود القطاعية في مجال الوقاية ومكافحة فيروس كورونا، وذلك لضمان فعالية التدخل المحلي وتكامل الأدوار.[1]

الشكل (08): حالات الوفيات المنسوبة لجائحة كوفيد-19 في الجزائر حسب الولايات



المصدر: عباسي بركاهم، *تأثير جائحة كوفيد-19 على الأمن الصحي في الجزائر* (مذكرة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2021)، ص51

[1] سمير بوعيسى **انعكاسات جائحة كوفيد 19 على حرية التنقل وممارسة النشاط الاقتصادي بالجزائر** : مجلة المفكر الدراسات القانونية والسياسية، المجلد 3، العدد 3 جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة الجزائر، سبتمبر 2020، ص 109

من خلال تحليل الرسم البياني الخاص بعدد الوفيات الناجمة عن جائحة كوفيد-19 عبر مختلف ولايات الجزائر، يتضح أن ولاية البليدة تصدّرت قائمة الولايات من حيث عدد الوفيات، وذلك لكونها سجلت أولى حالات الإصابة بالفيروس، مما جعلها تُصنّف كبؤرة أولى لتفشي الوباء في البلاد. وقد استدعى هذا الوضع فرض حجر صحي شامل على الولاية، وهو الإجراء الذي وُوجه في البداية بصعوبات كبيرة بسبب عدم التزام سكان الولاية التام بإجراءات الحجر، حيث ساد نوع من التهاون وعدم إدراك خطورة الوضع الصحي[1].

غير أن الوضع تغير بشكل جذري بعد تسجيل عدد كبير من الوفيات، الأمر الذي شكّل صدمة اجتماعية حقيقية لسكان الولاية، ما دفعهم إلى الامتثال لإجراءات الوقاية والتعاون مع السلطات العمومية، ولو بعد فوات الأوان، حيث أصبحت التجاوب والانضباط أكثر وضوحًا في المرحلة التالية.

تأتي في المرتبة الثانية ولاية الجزائر العاصمة، نظرًا للكثافة السكانية المرتفعة، مما استدعى فرض حجر جزئي كإجراء احترازي، تبعتها ولايات مثل وهران، سطيف، وعين الدفلى، والتي شهدت بدورها نسبًا متفاوتة من الإصابات والوفيات.

أما باقي الولايات فقد سُجلت فيها مجتمعة نسبة تقدر بحوالي 35%من إجمالي الوفيات، وهي نسبة تُعزى في جزء كبير منها إلى عدم الالتزام الكافي من طرف المواطنين بالإجراءات الوقائية التي أقرتها السلطات، مثل التباعد الجسدي، ارتداء الكمامات، وتفادي التجمعات. كما ساهم ضعف الوعي العام بخطورة الفيروس، وعدم وجود ثقافة صحية وقائية راسخة، في تفاقم الوضع، خاصة في ظل التراخي الجماعي في الامتثال للتعليمات الصحية.

إن هذا الواقع يُبرز الدور الحاسم للوعي المجتمعي والانضباط الفردي والجماعي في مواجهة الأزمات الصحية، كما يعكس الحاجة إلى تفعيل استراتيجيات اتصال صحي فعالة تُعزز الثقة بين المواطن ومؤسسات الدولة، وتُشرك الجميع في مجهود التصدي للجوائح.

[1] عباسي بركاهم، **تأثير جائحة كوفيد-19 على الأمن الصحي في الجزائر** (مذكرة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2021)، ص51

2-4- العقوبات والجزاءات:

من أجل تعزيز الالتزام بالإجراءات الوقائية، فرضت الجزائر عقوبات وغرامات مالية على الأفراد والمؤسسات التي تخالف التعليمات الصحية المرتبطة بجائحة كوفيد-19، وتشمل هذه العقوبات:

- عدم ارتداء الكمامة في الأماكن العامة، حيث تم تغريم المخالفين من الأفراد.
- عدم احترام التباعد الاجتماعي، مما أدى إلى فرض غرامات على المؤسسات التي لم تلتزم بضمان المسافة الآمنة بين العاملين والزوار.
- خرق إجراءات الإغلاق والتنقل، حيث واجه الأفراد والمنشآت التي انتهكت قرارات الحجر أو تجاوزت قيود الحظر عقوبات مالية صارمة.

وقد ساهمت هذه العقوبات في رفع مستوى الامتثال المجتمعي للإجراءات الوقائية، كما تم تعزيز الرقابة الأمنية لضمان التطبيق الصارم للتدابير المقررة، بما يدعم الجهود الوطنية للحد من انتشار الفيروس[1].

أ- العقوبات الجزائية المقررة لمخالفة التدابير الوقائية من قبل الأشخاص الطبيعيين:

يُعاقب القانون الجزائري كل شخص يخالف التدابير الوقائية المنصوص عليها في النصوص القانونية والتنظيمات، والتي تهدف إلى حماية الصحة والسلامة العامة، وفقًا لما يلي[2]:

- **الانتهاك العمدي لتدابير الاحتياط والسلامة:**

يعاقب كل من تعمد خرق أحد التدابير الوقائية مما يعرض حياة أو سلامة الغير لخطر مباشر، بعقوبة سالبة للحرية تتراوح بين ستة (6) أشهر إلى سنتين (2)، بالإضافة إلى غرامة مالية تتراوح من 60.000 دج إلى 200.000 دج طبقا للمادة 290 مكرر من القانون رقم 06-20 المؤرخ في 28 أفريل 2020، المعدل والمتمم للأمر رقم 66-156 المؤرخ في 08 جوان 1966، المتضمن قانون العقوبات.

- **مخالفة التدابير الوقائية خلال فترات الحجر الصحي:**

في حال الإخلال بتدابير الاحتياط والسلامة خلال فترات الحجر الصحي، تُشدد العقوبة لتصبح حبسًا من ثلاث (3) سنوات إلى خمس (5) سنوات، بالإضافة إلى غرامة مالية من 300.000 دج إلى 500.000 دج.طبقا للمادة 290 مكرر من القانون رقم 06-20.

---

[1]- ليلى بوشارب وسفيان بن علي، **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID-19 الغرامات والرقابة الأمنية**، العدد 32، مجلة الصحة العامة العربية، 2021، ص 83

[2] عمر بن جاري، **الجزاءات المترتبة عن مخالفة إجراءات الحجر الصحي في القانون الجزائري لمواجهة فيروس كورونا في التشريع الجزائري**، المجلد 1، العدد 3، مجلة القانون والعلوم البينية، ديسمبر 2022، ص 38-39

وقد عكف المشرّع الجزائري على تغليظ العقوبات، خاصة فيما يتعلق بالغرامات، بالنظر إلى الخطورة البالغة لفيروس كوفيد-19 على الصحة العامة، وانعكاساته السلبية على مختلف مناحي الحياة، لا سيما في حال تفشيه. ويُعد هذا التشدد في محله، نظرًا لحجم التهديد الذي تشكله مثل هذه المخالفات على المجتمع.

ب- العقوبات الجزائية المقررة عند مخالفة التدابير الوقائية

- **مخالفة المراسيم أو القرارات الإدارية:**

نصّ المشرّع الجزائري على معاقبة كل شخص يخالف المراسيم أو القرارات الصادرة قانونًا عن السلطات الإدارية، في حال لم تكن تلك المخالفة منصوصًا عليها ضمن نص خاص، وذلك كما يلي:

- **عقوبة الغرامة:** من 10.000 دج إلى 20.000 دج.
- **عقوبة الحبس:** يمكن أن يُضاف إلى الغرامة حبس لمدة لا تتجاوز ثلاثة (3) أيام.

طبقا للمادة 459 مكرر من القانون رقم 06-20.

كما أجاز القانون إخماد الدعوى العمومية الناشئة عن هذه المخالفة، إذا قام المخالف بدفع غرامة جزافية تُقدّر بـ 10.000دج، وذلك خلال أجل أقصاه عشرة (10) أيام من تاريخ تبليغه بالمخالفة.

ويتم تسديد هذه الغرامة لدى قابض الضرائب التابع لمكان إقامة المخالف، وفقًا للإجراءات المنصوص عليها في قانون الإجراءات الجزائية، لا سيما المواد من 381إلى 393 :المواد من 381 إلى 393 من الأمر رقم 66-155 المؤرخ في 8 جوان 1966، المتضمن قانون الإجراءات الجزائية، إضافة إلى المادة 459 مكرر من القانون رقم 06-20[1].

- **العقوبات الجزائية المقررة على الشخص المعنوي:**

في حال ارتكب الشخص المعنوي (كشركة أو مؤسسة) جنحة ناتجة عن:

انتهاك متعمد لواجبات الاحتياط والسلامة، مخالفة تدابير الوقاية خلال فترات الحجر الصحي، فإن العقوبات المنصوص عليها تختلف عن تلك المقررة للأشخاص الطبيعيين، إذ تُضاعف الغرامة من مرة إلى

[1] عمر بن جاري، المرجع السابق، ص 39

خمس مرات مقارنة بالغرامة المقررة على الشخص الطبيعي، وفقًا للمادة 290 مكرر من القانون رقم 06-20.[1]

2-5- الرقابة على الحدود ودورها في الحد من انتشار فيروس كوفيد-19:

حرصت الجزائر خلال جائحة كوفيد-19 على تعزيز الرقابة الصحية على الحدود، كجزء من استراتيجية وطنية شاملة تهدف إلى منع دخول السلالات الجديدة من الفيروس، والحفاظ على الصحة العامة. وقد شملت هذه الإجراءات عدة تدابير فعالة، أبرزها:

- تكثيف الفحوصات الصحية لجميع الوافدين على نقاط الدخول الجوية، البرية والبحرية.
- فرض الحجر الصحي الإلزامي على القادمين من الخارج، خاصة من الدول الأكثر تضررًا.
- تعليق الرحلات الجوية والبحرية من وإلى بعض الدول في فترات معينة، حسب تطور الوضع الوبائي.
- التعاون مع منظمة الصحة العالمية لمراقبة المتحورات الجديدة للفيروس وتحديد المخاطر المرتبطة بها.

وقد كانت هذه التدابير الوقائية على المنافذ الحدودية ضرورية ومتكاملة، إذ ساهمت في تقليص عدد الحالات الوافدة ومنعت انتشار المتحورات الخطيرة داخل البلاد.[2]

تُعد جائحة كوفيد-19 من أكبر التحديات الصحية التي واجهتها الجزائر خلال السنوات الأخيرة، وقد تطلّب التعامل معها اعتماد استراتيجية مزدوجة ارتكزت على بعدين رئيسيين: الاستراتيجية الردعية والاستراتيجية الوقائية. فقد تمثلت الاستراتيجية الردعية في التدخل السريع للحد من تفشي الفيروس، من خلال فرض قيود على التنقل، وإغلاق المناطق الموبوءة، وتوفير الرعاية الصحية الطارئة، إلى جانب تسريع حملات التلقيح لضمان حماية أكبر عدد ممكن من المواطنين. أما الاستراتيجية الوقائية، فركزت على تقليل احتمالات العدوى قبل وقوعها، من خلال تعزيز الوعي الصحي بين المواطنين، وفرض إجراءات مثل ارتداء الكمامات والتباعد الجسدي، إلى جانب تكثيف عمليات الفحص والمتابعة. ورغم التحديات التي رافقت تطبيق هذه الإجراءات، كضعف الإمكانيات الصحية في بعض المناطق، وتفاوت الاستجابة المجتمعية، إلا أن الجزائر تمكنت من احتواء الأزمة نسبياً وتجنب انهيار المنظومة الصحية، مع تعزيز جاهزيتها للتعامل مع أزمات صحية مستقبلية. ويهدف هذا المبحث إلى تحليل فعالية هاتين الاستراتيجيتين، من حيث مدى

---

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **القانون رقم 20-06 المؤرخ في 28 أبريل 2020**، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 يونيو 1966 والمتضمن قانون العقوبات، الجريدة الرسمية، العدد 27 (2020)، المادة 290 مكرر.

[2] احمد الزهراني ونورة الشريفي، **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID 19-الفحوصات الصحية وتقييد السفر**، مجلة الصحة العامة العربية المجلد 12، العدد 31، 2021، ص 70-72

مساهمتهما في الحد من انتشار الفيروس، والصعوبات التي واجهت السلطات في تطبيقهما، والنتائج التي تم تحقيقها على أرض الواقع.

المطلب الثاني: الاستراتيجية العلاجية

تبنّت الجزائر منذ 23 مارس 2020 بروتوكولاً علاجياً جديداً لمواجهة جائحة كوفيد-19، حيث اعتمد هذا البروتوكول في مراحله الأولى على استخدام أدوية تقليدية إلى جانب دعم الجهاز المناعي للمريض. فبمجرد تأكيد الإصابة بالفيروس، يُزوَّد المصاب بفيتامينات معزّزة للمناعة، إلى جانب دواء "الكلوروكين" ومشتقه "الهيدروكسي كلوروكين"، وهما عقاران معروفان منذ أربعينيات القرن الماضي، ويُستخدمان أساسًا في علاج الملاريا والالتهابات المزمنة، خصوصًا التهابات المفاصل. وقد تم اعتماد هذا العلاج في العديد من الدول، حيث أظهرت بعض الدراسات، لا سيما الفرنسية والصينية، أن لهما فاعلية نسبية في تثبيط دخول الفيروس إلى الخلايا الرئوية وتقليل شدّة الأعراض.

في الجزائر، أُرفق هذا العلاج بتوفير الرعاية الطبية المكثفة للمصابين، بما في ذلك أجهزة التنفس الاصطناعي، وأكدت السلطات الصحية أن استخدام الكلوروكين ساهم في تقليص مدة إقامة مرضى كوفيد-19 في المستشفيات من عشرة أيام إلى خمسة فقط. كما أظهرت البيانات أن حوالي 98.2% من أصل أكثر من 16 ألف مريض خضعوا لهذا البروتوكول قد تماثلوا للشفاء، وفقاً لمصادر صحية رسمية. واستنادًا إلى هذه النتائج، استمرت الجزائر في تطبيق بروتوكول الهيدروكسي كلوروكين في علاج الحالات الحرجة، وصرّح القائمون على القطاع الصحي بعدم تسجيل أية أعراض جانبية خطيرة لدى المرضى الذين تلقوا هذا العلاج[1].

غير أن الموقف الدولي شهد تطورًا سريعًا، إذ أوصت منظمة الصحة العالمية بعد أقل من شهر من اعتماد الجزائر للبروتوكول بوقف استخدام الكلوروكين لعلاج مرضى كوفيد-19، وذلك بعد تسجيل مضاعفات في بعض الحالات، من بينها وفاة مريض في ولاية أريزونا الأمريكية بتاريخ 24 مارس 2020، نتيجة تناوله للدواء دون إشراف طبي. هذا التطور خلق نوعًا من الجدل العلمي والطبي حول فعالية الكلوروكين، إلا أن الجزائر استندت في استمرار استخدامها على النتائج الإيجابية المسجلة محليًا، وعلى

[1] عبد القادر زهير. **دور السياسات الصحية في التصدي لجائحة كوفيد-19: دراسة حالة الجزائر**. *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية*، جامعة محمد خيضر بسكرة، المجلد 19، العدد 2 (2021): 534-536.

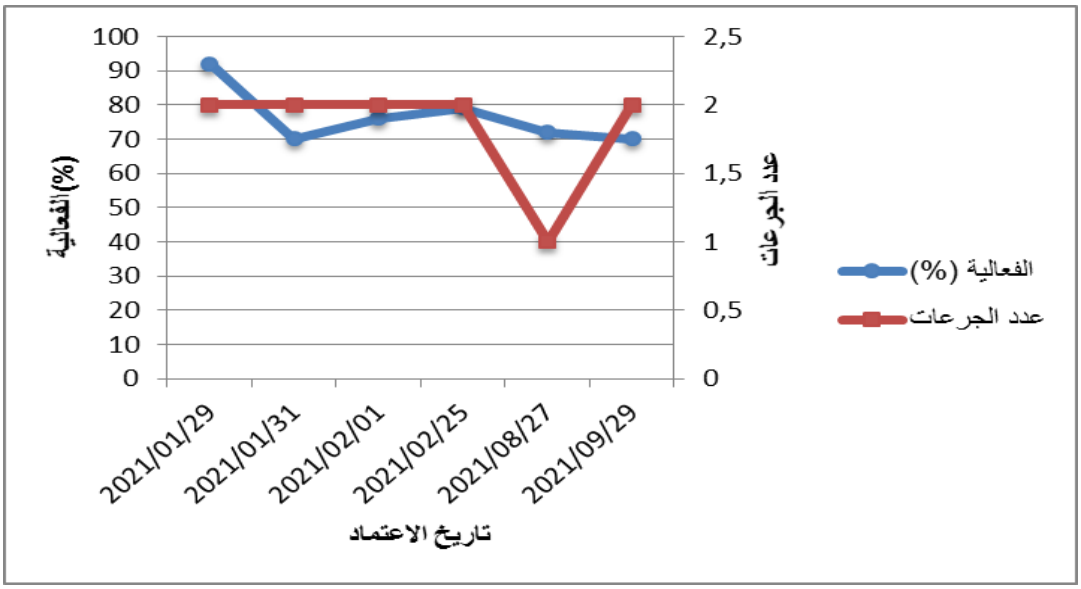
خلو البروتوكول من آثار جانبية خطيرة في التجارب السريرية التي أُجريت داخل البلاد. بعد إعلان منظمة الصحة العالمية عن اعتماد عدد من اللقاحات المضادة لفيروس كوفيد-19 التي طوّرتها شركات دوائية دولية، شرعت الجزائر، منذ شهر أوت 2020، في اتخاذ الخطوات اللازمة للحصول على الجرعات المطلوبة من هذه اللقاحات. ومن بين هذه الخطوات، انضمت الجزائر إلى آلية "كوفاكس(COVAX[1]) "، التي أطلقتها منظمة الصحة العالمية بهدف دعم الدول ذات الدخل المحدود والمتوسط لضمان حصولها على اللقاحات بشكل عادل. غير أن الجزائر، شأنها شأن العديد من الدول النامية، واجهت صعوبات في الحصول على اللقاحات في المراحل الأولى من التوزيع، وذلك نتيجة استحواذ الدول الغنية على معظم الكميات المنتجة وتكديسها، مما كشف عن محدودية فعالية آلية "كوفاكس" في ضمان التوزيع العادل للقاحات عالميًا.

وفي ظل هذا التأخر، اتجهت الجزائر إلى مصادر بديلة، فاختارت لقاح "سبوتنيك V" الروسي، واعتمدته رسميًا كأول لقاح يُستخدم على المستوى الوطني، حيث منحت له ترخيصًا مؤقتًا للاستعمال في 29 جانفي 2021، لتبدأ عملية التلقيح فعليًا في اليوم الموالي، 30 جانفي 2021. كما قامت السلطات الصحية باعتماد عدة لقاحات أخرى لاحقًا، في إطار خطة استراتيجية شاملة لتطعيم السكان ضد كوفيد-19. وقد انطلقت هذه الخطة في الفاتح من فيفري 2021، واستُهدفت في مرحلتها الأولى فئة العاملين في القطاع الصحي، ثم توسعت لتشمل في المرحلة الثانية كبار السن والمصابين بالأمراض المزمنة، باعتبارهم الفئات الأكثر عرضة لخطر مضاعفات الفيروس.[2]

[1] عبد القادر زهير، المرجع السابق، ص 536

[2] مريم دنان، "**السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة والالزامية الدولية لمواجهة الطوارئ ذات البعد العالمي – كوفيد 19 أنموذجاً**"، *مجلة السياسة العامة والحكامة*، المجلد 2، العدد 2 (مارس 2023): 433-452.

الشكل رقم (09): لقاحات جائحة كوفيد – 19 المعتمدة في الجزائر.



المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على موقع https://bit.ly/3BDnD9H

يعكس المنحنى البياني لتطور فعالية اللقاحات المعتمدة في الجزائر، إلى جانب جدول أنواع اللقاحات وبلدان إنتاجها وعدد جرعاتها، ليس فقط الخيارات الصحية المعتمدة، بل يحمل في طيّاته أبعادًا سياسية واضحة يمكن تحليلها في سياق الاستراتيجية الصحية والدبلوماسية الجزائرية خلال جائحة كوفيد-19. فمن الناحية السياسية، يظهر اعتماد الجزائر المبكر على لقاح Sputnik-V الروسي في جانفي 2021 مؤشرًا على متانة العلاقات الثنائية بين الجزائر وروسيا، وهو خيار يعكس ميلًا نحو شراكة استراتيجية خارج الإطار الغربي التقليدي. كما أن الثقة الممنوحة لهذا اللقاح رغم الجدل العلمي العالمي حينها حول فعاليته، توحي برغبة الجزائر في تنويع شركائها بعيدًا عن الهيمنة الأوروبية أو الأمريكية في المجال الصحي. من جهة أخرى، يتضح من اعتماد الجزائر على لقاحات صينية متعددة مثل Sinovac و Sinopharm في فترات متقاربة (جانفي وفيفري 2021)، أن الصين لعبت دورًا محوريًا كشريك صحي وتجاري، ليس فقط من خلال التوريد، بل أيضًا من خلال مشاريع إنتاج محلي، تمخضت لاحقًا في تصنيع لقاح CoronaVac داخل الجزائر بالتعاون مع الصين. يندرج هذا التوجه ضمن ما يُعرف بـ"دبلوماسية اللقاحات" الصينية، والتي استثمرت فيها بكين بشكل واسع لتعزيز حضورها في إفريقيا والعالم العربي.[1] أما اللقاح البريطاني AstraZeneca، فقد تم إدراجه ضمن الخيارات الجزائرية رغم ارتباطه بعدد من الجدل العلمي والسياسي في أوروبا، مما قد يعكس محاولة للاستفادة من المساعدات المقدمة عبر مبادرة COVAX التي ترعاها

[1] أمين زروقي. "**التعاون الصحي الجزائري-الصيني خلال جائحة كوفيد-19: الأبعاد والدلالات الجيوسياسية**". *مجلة الدراسات الإفريقية*، جامعة الجزائر 3، المجلد 13، العدد 2 (2022): 112-114.

منظمة الصحة العالمية، وهو ما يحمل بعدًا دبلوماسيًا للتعاون المتعدد الأطراف. وفي أوت 2021، تم اعتماد لقاح Johnson & Johnson الأمريكي، وهو لقاح أحادي الجرعة، في فترة متأخرة نسبيًا. قد يُفهم تأخر هذا الاعتماد في سياق العلاقة الجزائرية–الأمريكية التي، رغم أنها مستقرة، إلا أنها ليست بنفس الحضور الاستراتيجي الذي تحظى به روسيا أو الصين. كما أن اختيار هذا اللقاح بالذات قد يكون ذا طابع ظرفي يرتبط بالحاجة اللوجستية إلى لقاحات أحادية الجرعة في ظل موجة عدوى صيفية آنذاك. أما اعتماد الجزائر على إنتاج محلي للقاح CoronaVac في سبتمبر 2021،[1] فهو ليس خيارًا صحيًا فقط، بل خطوة سيادية واضحة نحو استقلالية صحية، وتوطين التكنولوجيا الحيوية، ما يدخل ضمن استراتيجية الأمن الصحي الوطني، خاصة في ظل تقلبات السوق الدولية وسباق الدول نحو احتكار اللقاحات.سياسيًا، يعكس هذا التنوع في مصادر اللقاحات – من روسيا، الصين، بريطانيا، أمريكا، وصولًا إلى الإنتاج الوطني – رغبة الجزائر في الحفاظ على توازن دبلوماسي متعدد الأقطاب، وتأكيد مبدأ عدم الانحياز في ظرف دولي مضطرب، مستفيدة من أزمة صحية عالمية لإعادة التموقع كشريك موثوق ومتعدد العلاقات.[2]

مما سبق، نستنتج أنه لا يمكن فصل سياسة اللقاحات الجزائرية عن سياقها السياسي الأوسع، إذ جمعت بين الاستجابة الصحية الفعالة والرهانات الجيوسياسية، في وقت كانت فيه اللقاحات رمزًا للنفوذ والهيمنة بقدر ما كانت أداة للحماية والوقاية.

المطلب الثالث: التنظيم المؤسسي لإدارة جائحة كوفيد 19

تم إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي نظرا لأهمية الأمن الصحي في تحقيق الاستقرار الاجتماعي، وكذلك في إطار توجه الحكومة الجزائرية لاحتواء الجائحة ومواكبة التطورات الحاصلة في الأنظمة الصحية العالمية.

الوكالة الوطنية للأمن الصحي هي مؤسسة عمومية أنشأت للرصد والتشاور واليقظة الاستراتيجية والتوجيه والإنذار في مجال الأمن الصحي. تُكلّف الوكالة بإعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي والسّهر على تنفيذها، وهذا بالتّشاور مع الهياكل المعنية، كما تضمن الوكالة تنسيق البرامج الوطنية للوقاية

[1] عبد الغني بوعيشة. "**السياسة الصحية الجزائرية في مواجهة جائحة كوفيد–19: بين المقاربة التقنية والتوازنات الجيوسياسية** ".مجلة دراسات إستراتيجية وسياسية، جامعة تبسة، المجلد 11، العدد 2 (2022): 89–92.

[2] سماح ديلمي، "**السياسة الصحية الجزائرية في ظل جائحة كوفيد–19: قراءة في الأبعاد الجيوسياسية**"، *مجلة السياسات العامة والتنمية البشرية*، مج. 7، ع. 2 (2022)ص: 68.

من التهديدات وأخطار الأزمات الصحية ومكافحتها، وتتولى مهمة المستشار العلمي لرئيس الجمهورية في مجال الأمن الصحي وإصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية.[1]

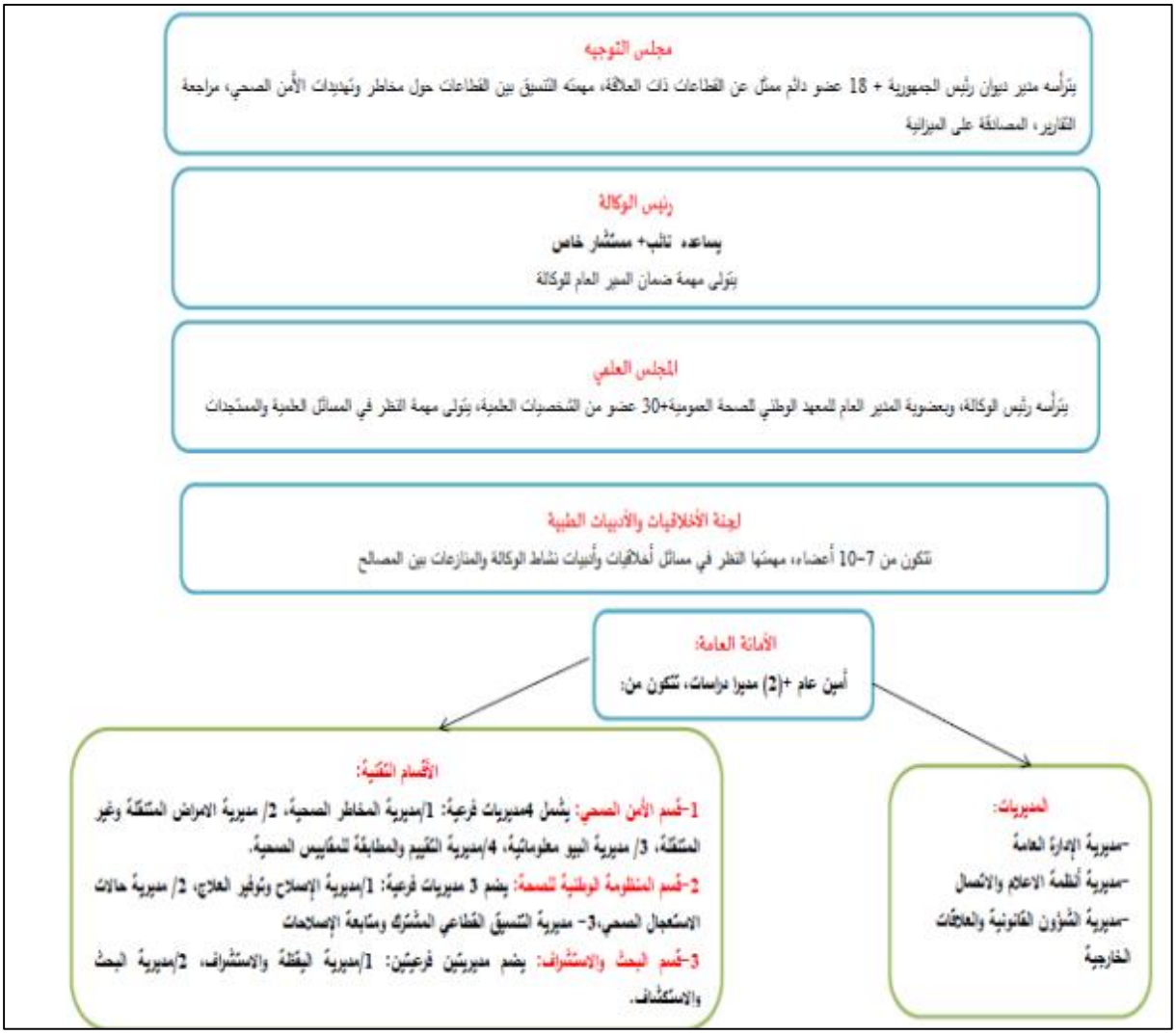
أنشأت الوكالة بموجب المرسوم الرئاسي رقم 20-158 المؤرخ في 21 شوال 1441 الموافق ل 13 جوان 2020، والذي يحمل إنشائها ويحدد الأطر العامة لعملها، إذ تعرفها المادة 01 من المرسوم الآنف الذكر بأنها: "مؤسسة عامة ذات طبيعة محددة، تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي، تؤدي وظيفة المستشار العلمي لرئيس الجمهورية في مسائل الأمن الصحي وإصلاح النظام الوطني للصحة العامة.

وبحسب المرسوم، يدير هذه الوكالة رئيس يعين بمرسوم رئاسي بدرجة مستشار لرئاسة الجمهورية والذي يشغله حاليا الدكتور "كمال صنهاجي"، يعاونه نائب رئيس ومستشار خاص يعينان بمرسوم رئاسي وتنتهي مهامهم بنفس الأشكال، كما تم التأكيد على أن للوكالة هيئات استشارية وتوجيه علمي ومراقبة استراتيجية، مؤلفة من شخصيات علمية وخبراء ومتخصصين، مثبتين في مجالات خبرتهم، كما أن لديها هياكل إدارية وتنظيمية.[2]

[1] إبراهيم ، بعزيز "**الوكالة الوطنية للأمن الصحي ومساهمتها في تحقيق الأمن البيئي** "مجلة *الشهاب*، العدد 17، المجلد 2، 2020، الصفحات 209-238.ASJP https://asjp.cerist.dz/en/downArticle/381/17/2/209238 .

[2] أسية بلخير، **رهان الأمن الصحي في الجزائر في ظل الأزمات الممتدة: قراءة نقدية في أدوار الوكالة الوطنية للأمن الصحي**، مجلة أبحاث قانونية وسياسية، المجلد 07، العدد 01 (جوان 2022)، ص ص 161،162

الشكل رقم (10): الهيكل التنظيمي للوكالة الوطنية للأمن الصحي



المصدر: أسية بلخير، "**رهان الأمن الصحي في الجزائر في ظل الأزمات الممتدة: قراءة نقدية في أدوار الوكالة الوطنية للأمن الصحي**"، مجلة أبحاث قانونية وسياسية، المجلد 07، العدد 01 (جوان 2022)، ص 162

تلعب الوكالة الوطنية للأمن الصحي في الجزائر دوراً محورياً في تعزيز الحوكمة الصحية ومواجهة التحديات التي تهدد المنظومة الصحية، خاصة في ظل الأزمات الممتدة مثل جائحة كوفيد-19. وتتمثل أبرز أدوارها في التنسيق الاستراتيجي بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي، سواء العام أو الخاص، بهدف توحيد الجهود وتعزيز فعالية التدخلات. كما تضطلع بمهمة التقييم المستمر للوضعية الصحية الوطنية

من خلال [1]الرصد والمتابعة وتقديم تقارير دورية دقيقة لصنّاع القرار[2]. وتُعدّ الهيئة مرجعية علمية تقدم توصيات استراتيجية بشأن السياسات الصحية، وتسهم في بلورة خطط الطوارئ والاستجابة السريعة للأزمات. إضافة إلى ذلك، تعمل الوكالة على تطوير المنظومة الصحية عبر اقتراح إصلاحات هيكلية وتعزيز مبدأ العدالة الصحية، كما تشجع البحث العلمي والتكوين الطبي المستمر باعتباره دعامة رئيسية لضمان أمن صحي مستدام. ومن بين أدوارها الجوهرية أيضاً، دعم السيادة الصحية الوطنية من خلال اقتراح سياسات لتطوير الصناعة الصيدلانية المحلية والحدّ من التبعية للخارج، مع تقديم الرأي المتخصص في كل المسائل ذات البعد الاستراتيجي الصحي كسياسات التلقيح ومراقبة الأوبئة والوقاية. وطبقا لأحكام المرسوم الآنف الذكر، فإن دور الهيئة هو دور وقائي ذو طابع استشاري علمي، وعموما تضطلع الهيئة بالأدوار التالية:

- ✓ اقتراح سياسة شاملة للأمن الصحي.
- ✓ تقديم توجيهات فيما يخص الوقاية من الأمراض والأوبئة ومشاكل الصحة العمومية لكل المؤسسات الصحية العامة والخاصة، واقتراح تدابير خاصة وتنسيق التعاون بين مختلف القطاعات.
- ✓ دور تحسيسي توعوي للمواطنين بخطورة الأوبئة وضرورة توخي الحذر.
- ✓ تجميع المعلومات حول مشكلات الصحة وتقديمها للجهات المختصة في المتابعة والتحقيق.
- ✓ التقييم الدوري للآليات والسياسات الصحية ومراجعة نظم الصحة.
- ✓ ضمان التنسيق مع الهيئات الدولية في مجال الصحة.

شكلت جائحة كوفيد-19 اختبارًا حقيقيًا لقدرتها على لعب دور محوري في منظومة إدارة الأزمات الصحية، وهو ما سلّط الضوء على الحاجة الملحة إلى رؤية استراتيجية واضحة المعالم والآليات. وفي هذا السياق، بادرت الوكالة بإطلاق حملة مشاورات واسعة شملت خبراء وأكاديميين ومهنيي الصّحة حول سبل تطوير النظم الصحية، وتعزيز آليات إدارة الأزمات، واستشراف المخاطر الصحية المستقبلية. وقد تمثلت مساهماتها في تقديم توصيات علمية للحكومة بشأن التدابير الوقائية، وسياسات التلقيح، وإدارة الطاقات

[1] الإذاعة الجزائرية. (2020، يونيو 19) .**الوكالة الوطنية للأمن الصحي: مؤسسة للرصد واليقظة الاستراتيجية والإنذار** . تم الاسترجاع من https://radioalgerie.dz/news/ar/tags/الوكالة-الوطنية-للأمن-الصحي

[2] أسية بلخير، المرجع السابق، ص 164

الاستشفائية، بالإضافة إلى اقتراح حلول لتعزيز إنتاج الأدوية محلياً، وتحقيق الأمن الدوائي، خاصة في ظل الضغط الكبير على سلاسل التوريد العالمية.[1]

ومع ذلك، فإن الاستجابة العامة للدولة الجزائرية خلال الجائحة اتسمت بالارتكاز على تدابير إدارية وأمنية تقليدية مثل تعليق وسائل النقل العمومي داخل المدن وما بين الولايات، وغلق المطاعم والمقاهي، وتقييد الحركة الجوية والبرية، وفرض حجر صحي جزئي أو كلي، إلى جانب حملات توعية حول التلقيح دون أن يكون إلزامياً. وقد أبان هذا النهج عن غياب تصور شمولي لإدارة الأزمة، والافتقار إلى منظومة يقظة صحية استراتيجية قائمة على أسس علمية متكاملة، إضافة إلى غياب مركز وطني فعّال لإدارة الأزمات الصحية، ما أدى إلى تشتت المبادرات وغياب التنسيق المؤسسي الفعّال.

ورغم سعي الوكالة إلى لعب دور تنسيقي واستشرافي في هذا المجال، إلا أن طبيعتها الاستشارية ومحدودية سلطاتها التنفيذية حالت دون تنفيذ توصياتها على النحو المطلوب. فكونها تابعة لرئاسة الجمهورية يعطي تقاريرها وزنًا رمزياً وسياسياً، إلا أن هذه التقارير تبقى مجرد توصيات غير ملزمة، إذ تخضع قرارات التنفيذ للسلطة السياسية التي تتأثر بعوامل وتوازنات متعددة. وهذا يفتح المجال للتساؤل حول مدى استقلالية الوكالة، وإلى أي مدى يمكن أن تتحول من هيئة استشارية إلى فاعل رئيسي في صياغة وتنفيذ السياسات الصحية في أوقات الأزمات[2].

من هذا المنطلق، تبرز الحاجة إلى منح الوكالة استقلالية إدارية ومالية وهيكلية حقيقية، بما يمكنها من أداء مهامها بكفاءة، ويجعل منها مؤسسة سيادية علمية قادرة على قيادة جهود الوقاية والتدخل السريع، وتعزيز التنسيق بين مختلف الفاعلين الصحيين في أوقات الأزمات. ويعد تأسيس مركز وطني متكامل لإدارة الأزمات الصحية تحت إشرافها المباشر أحد الأهداف الاستراتيجية التي تعمل الوكالة على تحقيقها، وهو ما يستدعي دعمًا سياسيًا واضحًا، وإرادة حقيقية للانتقال من منطق التسيير الظرفي إلى منطق التخطيط الاستراتيجي والاستباقي.

---

[1] الوكالة الوطنية للأمن الصحي **الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي: من تشخيص استراتيجي معمق إلى خطة عمل متعددة القطاعات** .وكالة الأنباء الجزائرية. تم الاسترجاع من https://www3.aps.dz/ar/الاستراتيجية-الوطنية-للأمن-الصحي-من-تشخيص-استراتيجي-معمق-إلى-خطة-عمل-متعددة-القطاعات

[2] المرجع نفسه

المبحث الثالث: تقييم الاستجابة الصحية لجائحة كوفيد -19

المطلب الأول: التحديات التي واجهت الجزائر أثناء الجائحة

شكّلت جائحة كوفيد-19 واحدة من أعقد الأزمات الصحية والاقتصادية والاجتماعية التي شهدها العالم في العصر الحديث، حيث لم تقتصر تداعياتها على المجال الصحي فحسب، بل امتدت لتشمل جميع القطاعات الحيوية للدول، بما في ذلك الاقتصاد، التعليم، النقل، السياحة، والخدمات العمومية. وفي هذا السياق، لم تكن الجزائر بمنأى عن هذه التحديات، بل وجدت نفسها أمام اختبار غير مسبوق لقدراتها المؤسساتية والتنظيمية على الاستجابة لأزمة عالمية معقدة ومتعددة الأبعاد.

لقد فرضت الجائحة على الجزائر اتخاذ إجراءات صارمة للحد من انتشار الفيروس[1]، تمثلت في فرض الحجر الصحي، وتوقيف الأنشطة الاقتصادية، وغلق الحدود، ما أدى إلى اضطراب كبير في الدورة الاقتصادية وتراجع مستويات النمو، إلى جانب ارتفاع معدلات البطالة وتزايد الضغوط الاجتماعية. كما كشفت الأزمة عن هشاشة بعض البُنى الهيكلية للاقتصاد الوطني، لا سيما فيما يتعلق بالاعتماد المفرط على صادرات المحروقات، وضعف منظومات الحماية الاجتماعية، والتبعية الكبيرة للواردات في قطاعات حيوية كالصحة والصناعة.

من جهة أخرى، أفرزت الجائحة تحديات جديدة تتعلق بالأمن الغذائي، والتحول الرقمي، والاستجابة الاجتماعية السريعة، وفتحت المجال أمام إعادة التفكير في النموذج التنموي الوطني، وضرورة إعادة هيكلة الاقتصاد وتعزيز مرونته لمواجهة الأزمات المستقبلية.

سنتطرق إلى أبرز التحديات التي واجهتها الجزائر أثناء أزمة كوفيد-19، من خلال استعراض مختلف القطاعات.

1- التحديات الاقتصادية:

أفرزت جائحة كوفيد-19 مجموعة من التحديات العميقة التي طالت مختلف القطاعات الاقتصادية في الجزائر، وكان لها أثر مباشر على قدرة الدولة على الحفاظ على وتيرة الإنتاج والاستقرار الاجتماعي.

[1] سهام حروري، **الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة جائحة كورونا "كوفيد - 19 الواقع والتحديات**، مجلة الناقد للدراسات السياسية، 2021، ص 565

وقد كشفت هذه الأزمة عن هشاشة بعض البُنى الاقتصادية، وعمّقت المشاكل الهيكلية القائمة، لا سيما في قطاعي الفلاحة والصناعة[1].

1-1- قطاع الفلاحة:

رغم الأهمية الاستراتيجية التي يحظى بها قطاع الفلاحة في تحقيق الأمن الغذائي الوطني، إلا أن الجائحة أظهرت ركودًا ملحوظًا في نشاطه فقد تراجعت وتيرة الإنتاج الفلاحي بسبب القيود المفروضة على التنقل، وصعوبة وصول العمال والمزارعين إلى الحقول، بالإضافة إلى اضطرابات في نقل المنتجات من المناطق الزراعية إلى الأسواق، ما أدى إلى فساد جزء من المحاصيل وارتفاع الأسعار. كما أن غياب نظام فعال للتحصيل الضريبي في هذا القطاع، ساهم في تقليص مساهمته في تمويل الخزينة العمومية، مما وضعه خارج المنظومة المالية الرسمية، رغم حجمه الكبير وأهميته الحيوية.

1-2- قطاع الصناعة:

أما القطاع الصناعي، فقد كان من أكثر القطاعات تأثرا بتداعيات الجائحة. فمنذ بداية انتشار الفيروس، فرضت السلطات قيودًا مشددة على الحركة والنقل، وهو ما أدّى إلى توقف ما يقارب 50% من اليد العاملة الصناعية، وبالتالي تباطؤ ملحوظ في الإنتاج وتعطيل دورات التصنيع. وقد انعكس ذلك في تراجع إنتاجية المصانع، وتوقف نشاط عدد كبير من الوحدات الصناعية، لا سيما تلك التي تعتمد على التجميع أو على سلسلة إنتاج مترابطة تتطلب استمرارية العمل[2].

من جهة أخرى، واجهت المؤسسات الصناعية تحديًا إضافيًا تمثل في العبء المالي الكبير الناتج عن استمرار دفع الأجور دون وجود مداخيل مقابلة. فالإغلاق الجزئي أو الكلي للمصانع، وانخفاض الطلب المحلي والدولي، أجبر المؤسسات على تحمل كلفة الرواتب في غياب العائدات، ما أثقل كاهلها المالي، وهدد استمراريتها، خصوصًا المؤسسات الصغيرة والمتوسطة التي تفتقر إلى احتياطات مالية كبيرة.

كما أن الاضطرابات العالمية في سلاسل التوريد كان لها أثر مباشر على التصنيع المحلي، خاصة بالنسبة للشركات الجزائرية التي تعتمد على المواد الأولية أو المكونات شبه المصنعة المستوردة من الخارج،

---

[1] رضوان، بوجمعة. "**دراسة تحليلية لأثر جائحة كوفيد-19 على القطاعات الاقتصادية في الجزائر لسنة 2020** "مجلة *الريادة لاقتصاديات الأعمال*، المجلد 8، العدد 1، 2022، الصفحات 259-273. تم الاسترجاع من https://www.asjp.cerist.dz/en/article/180754.

[2] المرجع نفسه، ص 270

ولا سيما من الصين.[1] تسبب هذا النقص في التوريد في تعطيل عمليات الإنتاج والتجميع، وتوقف العديد من خطوط الإنتاج في قطاعات مثل الصناعات الإلكترونية، الكهرومنزلية، وصناعة السيارات، مما عمّق من الأزمة الصناعية وفاقم خسائر الشركات.

إضافة إلى ذلك، سلطت هذه الأزمة الضوء على نقص التنويع في قاعدة الإنتاج الوطني، إذ لا تزال الصناعة الجزائرية رهينة لعدد محدود من الأنشطة، وتعتمد بشكل كبير على الاستيراد لتأمين حاجاتها من المواد الأساسية، ما جعلها عرضة للتقلبات الخارجية والاضطرابات الدولية، كما حدث خلال الأزمة الصحية العالمية.

1-3- قطاع التجارة والميزان التجاري:

عانى الاقتصاد الجزائري من عجز تجاري متفاقم نتيجة تراجع الصادرات بوتيرة أسرع من انخفاض الواردات. حيث بلغ العجز التجاري 10.6 مليار دولار سنة 2020، مقارنة بـ 11 مليار دولار في 2019، رغم أن الواردات انخفضت بـ7.4 مليار دولار، ما يعكس هشاشة البنية التصديرية التي تعتمد بشكل كبير على صادرات المحروقات[2].

تراجعت الصادرات الجزائرية من 33.8 مليار دولار عام 2019 إلى 23.8 مليار دولار عام 2020، وهو انخفاض حاد يعكس الاعتماد شبه الكلي على النفط والغاز كمصدر للدخل القومي وقد دفعت هذه الأزمة الحكومة إلى خفض الإنفاق العام بنسبة 30%، وتقليص الاستثمارات الحكومية، لا سيما في القطاعات غير الحيوية.[3]

في المقابل، ارتفع معدل التضخم إلى 3.7% في عام 2021، مما أثر سلبًا على القدرة الشرائية للمواطنين، وزاد من حدة الأعباء الاجتماعية. كما أشار صندوق النقد الدولي إلى انكماش الاقتصاد الجزائري بنسبة 6% في عام 2020، مع توقعات بعودة تدريجية للنمو بنسبة 3.4% في السنوات اللاحقة، إذا ما تم استغلال الظروف بشكل عقلاني ودعم الإصلاحات الاقتصادية.

---

[1] صلاح الدين بولعراس، **الاقتصاد الجزائري في ظل التداعيات العالمية لجائحة كورونا بين الاستجابة الآنية والمواكبة البعدين**، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 30-09-2020 ، ص 169

[2] صندوق النقد الدولي. *الجزائر: مشاورات المادة الرابعة لعام 2021 – البيان الصحفي وتقرير الخبراء*. واشنطن: صندوق النقد الدولي، 2021 https://www.elibrary.imf.org/view/journals/002/2021/253/article-A001-en.xml. ص 7_10.

[3] المرجع نفسه، ص24

1-4- قطاع النقل:

تأثر قطاع النقل بشكل عميق نتيجة القيود الصحية والإغلاق، حيث سُجّلت خسائر كبيرة على عدة مستويات:

- ✓ **النقل البحري** :أدى قرار تعليق نقل المسافرين منتصف مارس 2020 إلى خسائر كبيرة، قدرت ب 50% من رقم أعمال الشركات البحرية، بينما حافظت حركة تبادل البضائع، خاصة نقل المواد الصناعية مثل الحديد، على نشاطها بنسق محدود.
- ✓ **النقل الجوي** :تكبّدت مؤسسة تسيير مطار الجزائر خسائر فادحة بلغت حوالي 13 مليار دينار جزائري، نتيجة تعليق الرحلات الدولية ابتداء من 22 مارس، والداخلية في 19 مارس، باستثناء رحلات الشحن. وقد أدى هذا التوقف إلى تراجع مداخيل المؤسسة بنسبة 96% مقارنة بسنة 2019.
- ✓ **النقل البري** :شهدت الشركة الوطنية للنقل بالسكك الحديدية شللًا تامًا، حيث توقفت حركة نقل المسافرين بنسبة 100%، وتم إحالة نصف القوة العاملة (حوالي 6,500 عامل من أصل 13,000) على عطلة استثنائية مدفوعة الأجر. وتُقدر الخسائر الإجمالية للشركة بأكثر من مليار دينار جزائري[1].

1-5- قطاع السياحة:

كان قطاع السياحة من أكثر القطاعات تضررًا، حيث توقفت جميع وكالات الأسفار عن النشاط، وأُغلقت أبوابها بسبب القيود المفروضة، ما أدّى إلى بطالة إجبارية لعشرات الآلاف من العاملين في هذا القطاع. كما تأثرت بشدة الأنشطة التجارية والخدماتية المرتبطة بالسياحة، لاسيما الفنادق والمطاعم والمواقع الترفيهية، ما أدى إلى تجميد شبه كلي للحركة الاقتصادية السياحية.

1-6- قطاع المحروقات:

يشكل قطاع المحروقات العمود الفقري للاقتصاد الجزائري، إذ يمثل 94% من إجمالي الصادرات، ونحو 60% من إيرادات الميزانية العامة للدولة لكنّ تفشي الجائحة وانخفاض الطلب العالمي تسببا في تقليص صادرات النفط والغاز بنسبة 75%، وتراجع مداخيل القطاع إلى حدود 20.6 مليار دولار سنة 2020 فقط.

[1] صلاح الدين بولعراس، مرجع سابق، ص 170

كما التزمت الجزائر باتفاق "أوبك+" بخفض إنتاج النفط بمقدار 200 ألف برميل يوميًا، ما انعكس سلبًا على حجم المداخيل العامة. وقد أدى هذا الوضع إلى تراجع إجمالي الإيرادات المالية بنسبة تفوق 21%، وارتفاع العجز المالي إلى مستويات خطيرة، تراوحت بين 6% و8.3% من الناتج المحلي الإجمالي.

أما فيما يخص الطلب على الغاز الجزائري، فقد شهد هو الآخر تراجعًا لافتًا، نتيجة انخفاض الأسعار إلى نحو 2 دولار أمريكي لكل مليون وحدة حرارية، وهو ما لا يغطي تكاليف الإنتاج، ما يمثل تحديًا هيكليًا طويل الأمد لقطاع الطاقة الجزائري[1].

إلى جانب التحديات الاقتصادية والاجتماعية التي سبق ذكرها، واجهت الجزائر مجموعة إضافية من الإشكاليات الهيكلية والمؤسساتية التي عمّقت آثار الجائحة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- **ضعف البنية التحتية الصحية:**

افتقرت العديد من المؤسسات الصحية للمعدات الأساسية مثل أجهزة التنفس الاصطناعي، وأسِرّة الإنعاش، والكادر الطبي المتخصص، خاصة في المناطق الداخلية والهامشية. وقد كشف الوباء هشاشة المنظومة الصحية، خصوصًا أمام الأزمات ذات الطبيعة الوبائية الشاملة.[2]

- **الإجهاد البشري والنفسي للكوادر الطبية:**

واجه العاملون في القطاع الصحي ضغوطًا نفسية ومهنية هائلة نتيجة ضعف وسائل الحماية، ساعات العمل الطويلة، وارتفاع معدلات الإصابات في صفوفهم. مما زاد من حالات الاحتراق الوظيفي والتسرب من المهنة.[3]

- **ضعف التنسيق بين القطاعات:**

[1] رقية دربال، **أزمة فيروس كورونا وآثارها على الاقتصاد الجزائري**، مجلة أبحاث ، 05-06-2021 ، العدد 1، ص 898-916

[2] abdellah, bendlehoum. **"Algeria's response to COVID-19: an ongoing journey."** *The Lancet Respiratory Medicine*, vol. 9, no. 5, 2021, pp. 447–448.

[3] Nadir Boussouf ,"**Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare personnel (Algeria, 2022),"** *La Tunisie Medical* 100, no. 6 (2022): 419–426.

برز خلل واضح في التنسيق بين مختلف الوزارات، مثل الصحة، الداخلية، التجارة، التعليم، مما أدى إلى تضارب في القرارات وتذبذب في تطبيقها ميدانيًا، وهو ما انعكس في غياب الاتساق في السياسات العمومية، وساهم في تفشي الشعور بعدم الفعالية والثقة بالمؤسسات.[1]

- **الإشكالات المرتبطة بالتعليم:**

كان التعليم من أكثر القطاعات تأثرًا، حيث تسبب الإغلاق في توقف الدراسة النظامية، وكشفت تجربة التعليم عن بعد عن فجوة رقمية كبيرة، سواء من حيث توفر الإنترنت أو الأجهزة الرقمية، خاصة في المناطق الريفية.

- **الإعلام والمعلومة:**

واجه المواطنون صعوبة في الوصول إلى معلومات دقيقة وشفافة بخصوص الوباء والإجراءات المتبعة، وهو ما فتح الباب أمام الشائعات ونظريات المؤامرة، مما زاد من مقاومة بعض الفئات للإجراءات الصحية، مثل التلقيح أو الحجر.

- **ضعف الثقة بين الدولة والمجتمع:**

أظهرت الجائحة محدودية رأس المال الاجتماعي والسياسي، حيث برز تردد شعبي كبير في الامتثال الكامل للإجراءات الحكومية. تُشير هذه الفجوة إلى تراكم سابق في انعدام الثقة بين الدولة والمواطن.

لقد شكلت جائحة كوفيد-19 نقطة تحول كبرى في مسار السياسات العمومية في الجزائر، إذ سلطت الضوء على هشاشة البنية الاقتصادية، وضعف جاهزية المؤسسات الصحية، ومحدودية قدرة الدولة على الاستجابة الشاملة والمتوازنة للأزمات المعقدة. فبينما تمكنت الجزائر، نسبياً، من تجنب انهيار كامل للنظام الصحي، إلا أن الأداء العام اتسم بالارتجالية في بعض مراحله، والضعف في التنسيق، وغياب الشفافية في تقديم المعلومات واتخاذ القرارات.

---

[1] وزارة الداخلية والجماعات المحلية والتهيئة العمرانية، **"لقاء الحكومة – الولاة:** من أجل جزائر جديدة"، الجزائر، 2021، https://www.interieur.gov.dz/index.php/ar/%D9%85%D9%84%D9%81%D8%A7%D8%AA/3656-%D9%84%D9%82%D8%A7%D8%A1-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D9%83%D9%88%D9%85%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%88%D9%84%D8%A7%D8%A9-%D9%85%D9%86-%D8%A3%D8%AC%D9%84-%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6%D8%B1-%D8%AC%D8%AF%D9%8A%D8%AF%D8%A9-3.html.

كشفت الأزمة عن ثغرات هيكلية متجذّرة في نموذج الحوكمة، وغياب رؤية تنموية بعيدة المدى، لا سيما فيما يخص تنويع الاقتصاد، والرقمنة، وتثمين رأس المال البشري. كما برزت الحاجة الملحّة إلى إعادة بناء الثقة بين الدولة والمواطن، من خلال إشراك المجتمع المدني، وتفعيل آليات المساءلة والرقابة، والاعتماد على مقاربات تشاركية وشفافة في صنع السياسات.[1]

ورغم كل هذه التحديات، فقد أظهرت الجائحة أيضًا فرصًا للتحول، من خلال بروز قدرات شبابية مبتكرة، ومرونة اجتماعية لافتة، واستعداد فئات من المجتمع للتأقلم والتطوع. وعليه، فإن بناء مرحلة ما بعد كوفيد-19 يجب أن يكون فرصة لإعادة التفكير الجذري في السياسات العمومية، نحو نموذج تنموي أكثر شمولية واستدامة وعدالة.

المطلب الثاني: آثار جائحة كوفيد-19

1- الآثار الإيجابية لجائحة كوفيد-19:

أفرزت جائحة كوفيد-19 جملة من الآثار الإيجابية على مختلف الأصعدة، أسهمت في تعزيز بعض القيم والممارسات داخل المجتمع الجزائري، ودفعت نحو إعادة تقييم الأولويات الاقتصادية والاجتماعية. ويمكن تلخيص أبرز هذه الآثار فيما يلي:

- **تعزيز روح المواطنة والتضامن الوطني** :ساهمت الجائحة في ترسيخ قيم التعاون والتكافل بين مختلف فئات المجتمع،[2] فضلاً عن تشجيع العمل التشاركي بين القطاعات الحكومية والخاصة. وقد تجلى ذلك في المبادرات التضامنية التي أطلقتها مختلف الهيئات، مما ساعد على بروز ملامح نموذج تنموي جديد قائم على الشراكة المجتمعية.
- **تقوية العلاقات الاجتماعية والأسرية** :أدت ظروف الحجر الصحي إلى تعزيز الروابط الأسرية وتفعيل مظاهر التضامن داخل العائلات. كما استثمر العديد من الشباب فترة الحجر في أنشطة مفيدة،

[1] نسيمة شراطي، "**تطبيق الحوكمة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية – دراسة حالة الجزائر**"، أطروحة دكتوراه، جامعة يحيى فارس – المدية، 2022.ص 175

[2] محمود محمود عرفان، عبد الحمان صوفي عثمان، **الخدمة الاجتماعية وزيادة التماسك الاجتماعي في الكوارث العامة**، المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون حول الخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة، جامعة حلوان (القاهرة)، كلية الخدمة الاجتماعية، مارس 2009، ص 48

كإنتاج محتوى مرئي هادف والمشاركة في مسابقات ذات طابع توعوي، مثل "الوباء لا يهزمنا"، التي نظمتها الكشافة الإسلامية الجزائرية، مما يعكس ارتفاع منسوب الوعي لدى فئة الشباب.

- **انتعاش بعض القطاعات الحيوية** :في مقابل تراجع بعض الأنشطة الاقتصادية، شهدت قطاعات أخرى انتعاشاً ملحوظاً، مثل قطاع الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات. حيث زاد الاعتماد على الإنترنت، وارتفع معدل استخدام الوسائط الرقمية، كما تم تشجيع استخدام المنتجات الصيدلانية محلية الصنع وتعزيز دور قطاع الصحة.
- **انتشار التجارة الإلكترونية** :نتيجة لتدابير الحجر المنزلي ومنع التجمعات، لجأ المواطنون بشكل متزايد إلى التسوق عبر الإنترنت، مما ساهم في تعميم ثقافة التجارة الإلكترونية واكتساب المجتمع لأساسيات التعاقد الرقمي[1].
- **بروز صناعات محلية** :دفعت الجائحة الدولة إلى تشجيع المؤسسات الصغيرة والمتوسطة على المساهمة في تلبية الحاجيات الصحية، من خلال تصنيع المعدات الطبية، كأجهزة التنفس ووسائل التعقيم، وهو ما شكّل دعماً للإنتاج الوطني وبداية لنهضة صناعية طبية محلية.

في ظل الظروف الاستثنائية التي فرضتها جائحة كوفيد-19، اتجهت الجزائر إلى التركيز على الإنتاج الداخلي بهدف تلبية احتياجات السوق الوطنية وتحقيق الاكتفاء الذاتي، خاصة فيما يتعلق بالمستلزمات الطبية والمنتجات الصحية الأساسية. وقد شكل هذا التوجه فرصة لتعزيز القدرات الوطنية في مجال التصنيع، ودعم المبادرات المحلية.

من بين الإجراءات الحكومية الهامة في هذا السياق، القرار الصادر بتاريخ 18 أفريل 2020، والذي يقضي بتشجيع المؤسسات الناشئة من خلال تثمين جهود الشباب في تطوير حلول مبتكرة وفعّالة لمكافحة وباء كورونا، مع التأكيد على أهمية قابلية هذه الابتكارات للتجسيد السريع. وقد تجلى ذلك في عدد من المبادرات الفردية التي تعكس إبداع الشباب الجزائري، سواء من خلال إنتاج مستلزمات طبية محلية، أو عبر

[1] غزلان رحموني، **التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لوباء كورونا ودورها في تفعيل النموذج التنموي الجديد**"، مجلة القانون والأعمال الدولية، مقالة متاحة على الرابط التالي:https://www.droitetentreprise.com

تطوير تطبيقات رقمية موجهة لرقمنة قطاع الصحة، مثل تطبيقات الكشف والتشخيص عن بعد، بالإضافة إلى منصات للتعليم الإلكتروني والتبرع الرقمي، التي أسهمت في تحسين مستوى الاستجابة الوطنية للجائحة.[1]

أمّا على الصعيد الدولي، شكّل انتشار فيروس كورونا حافزاً لتقارب غير مسبوق بين الدول المنتجة للنفط، إذ أعلنت منظمة الدول المصدرة للنفط "أوبك" بتاريخ 5 مارس 2020 عن قرار جماعي يقضي بتخفيض معدل الإنتاج النفطي، وذلك استجابة لانهيار أسعار النفط الناتج عن تراجع الطلب العالمي وتضخم العرض[2]. ويهدف هذا القرار إلى إعادة التوازن للسوق النفطية، خاصة بالنسبة للدول التي تعتمد بشكل كبير على عائدات البترول في تمويل ميزانياتها العامة. وقد عكست هذه الخطوة وعياً جماعياً بضرورة التعاون لمواجهة الأزمات الاقتصادية المترتبة عن الجائحة.

2- الآثار السلبية لجائحة كوفيد-19:

رغم بعض الانعكاسات الإيجابية التي أفرزتها جائحة كوفيد-19، إلا أن التدابير المتخذة لاحتواء الأزمة والحد من انتشار الوباء خلفت مجموعة من الآثار السلبية العميقة على المستويين العالمي والمحلي، يمكن تلخيصها فيما يلي:

- **صراعات القوى الكبرى على الموارد الطبية** :أدى الاعتماد العالمي الكبير على الصين، كمصدر رئيسي للمواد الأولية والمستلزمات الطبية، إلى نشوء صراعات بين القوى الكبرى حول أحقية استيراد هذه اللوازم لمواجهة الوباء.[3] وقد سلّط هذا الواقع الضوء على الحاجة إلى إرساء آليات للتوزيع العادل لوسائل التشخيص والعلاج واللقاحات، لضمان استجابة منصفة لمختلف دول العالم.
- **تفاقم أزمة الديون وتباطؤ النمو الاقتصادي العالمي** :تسببت الجائحة في تراجع معدلات الإنتاج، وتوقف سلاسل التوريد والتصدير، مما أدى إلى انكماش اقتصادي عالمي وارتفاع مستويات الدين العام

---

[1] بيان اجتماع مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 19 أفريل 2020، الصادر عن الوزارة الأولى، وهو متاح على الموقع التالي: http://www.premier-ministre.gov.dz/ar/documents/communiques ص 03

[2] المرجع نفسه ، ص 03

[3] مصطفى عمر التير، **أسئلة بحثية تطرحها جائحة كورونا على علماء الاجتماع، كتاب جماعي بعنوان أزمة كورونا وانعكاساتها على علم الاجتماع والعلوم السياسية والعلاقات الدولية** مركز ابن خلدون للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قطر 2020، ص ص 35 ،34

في العديد من الدول. كما ظهرت ثلاث ظواهر متلازمة عمّقت الأزمة، وهي: توقف الإنتاج، تعطل التبادل التجاري، وتراجع الطلب العالمي.[1] وقد مست هذه التداعيات فئتين من الدول بشكل خاص:

- **الدول الصناعية** التي واجهت تحديات في تصريف فائض إنتاجها نتيجة توقف الصادرات وتجميد المبادلات التجارية، وهو ما ساهم في إحداث تغيرات عميقة في بنية النظام الاقتصادي العالمي.
- **الدول السياحية** التي تعتمد بشكل كبير على العائدات السياحية كمصدر أساسي للدخل القومي، وقد عانت من خسائر فادحة نتيجة القيود الصحية، فضلاً عن سرعة انتشار الفيروس بسبب كثافة التنقلات وتوافد المغتربين[2].
- **الآثار السلبية على المستوى المحلي:** في الجزائر، برزت آثار متناقضة ناجمة عن الجائحة، من بينها ظاهرة الاحتكار التي استغلها بعض التجار لرفع أسعار المواد الأساسية، مما أدى إلى اضطرابات في القدرة الشرائية للمواطنين وزيادة التفاوت الاجتماعي خلال فترة الأزمة.

وأيضا الآثار النفسية والسلوكية كزيادة معدلات القلق والتوتر بين المواطنين، خاصة في فترات الحجر الصحي الطويلة، وظهور بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعزلة والخوف من العدوى، كذلك تغير في أنماط الحياة والعادات، حيث فرضت الجائحة نمطًا جديدًا من التفاعل الاجتماعي والعمل والتعليم.

في ظل الانتشار السريع لجائحة كوفيد-19، اضطرت الدولة الجزائرية، على غرار باقي دول العالم، إلى اتخاذ جملة من الإجراءات الصارمة للحد من تفشي الفيروس، تمثلت أساسًا في غلق الحدود، فرض الحجر الصحي، وتعليق العديد من الأنشطة الاقتصادية، خاصة في القطاعات غير الأساسية. وقد أدى هذا الوضع الاستثنائي إلى شلل اقتصادي واسع النطاق، نتج عنه تراجع حاد في الإيرادات العمومية، لاسيما تلك المرتبطة بعائدات الجباية العادية والبترولية، في وقت كانت فيه الدولة مطالبة بزيادة الإنفاق العمومي بشكل كبير، خصوصًا لدعم القطاع الصحي ومواجهة النفقات الطارئة ذات الصلة بالتكفل بالمتضررين من الجائحة.

---

[1] علي صلاح، **ملامح جديدة للاقتصاد العالمي في مرحلة ما بعد كورونا**، مركز المستقبل للأبحاث والدراسات المتقدمة، دراسات خاصة، العدد 13،04 أفريل 2020، أبوظبي، الامارات العربية المتحدة، ص 04.

[2] المرجع نفسه، ص 5.

من بين أكثر الفئات تضررًا من هذا الوضع أصحاب المهن الحرة والأنشطة غير المهيكلة، مثل الحرفيين، سائقي سيارات الأجرة، والباعة المتجولين، إذ أن هذه الفئات تعتمد أساسًا على الدخل اليومي في تسيير حياتها، وتفتقر إلى شبكات حماية اجتماعية رسمية يمكن أن تؤمن لها الاستمرارية المالية في الأزمات. كما أن غياب مدخرات أو مصادر تمويل بديلة جعلهم الأكثر هشاشة في مواجهة التداعيات الاقتصادية للجائحة.

وبالموازاة مع ذلك، تأثر الوضع المالي العام للمواطن الجزائري، سواء من كان منهم يعمل ضمن القطاعات الرسمية أو من فقد مصدر دخله مؤقتًا أو دائمًا. وقد أدى هذا الوضع إلى تبني سلوكيات جديدة في الإنفاق، تمثلت في ترشيد المصاريف وتجنب النفقات غير الضرورية، إلى جانب البحث عن حلول تمويلية بديلة مثل الاقتراض، أو الاعتماد على التضامن العائلي والاجتماعي[1]. كما دفع هذا الظرف الكثير من المواطنين، خاصة الشباب، إلى محاولة إيجاد مصادر دخل جديدة عبر المنصات الرقمية والتجارة الإلكترونية أو تقديم خدمات عن بُعد، ما يعكس مرونة نسبية في التعامل مع الأزمات رغم ضعف الإمكانات.

المطلب الثالث: تقييم السياسات الصحية أثناء وبعد جائحة كوفيد-19

شهد العالم خلال السنوات الأخيرة تحديًا غير مسبوق جراء تفشي جائحة كوفيد-19، التي أثرت بشكل كبير على الأنظمة الصحية في جميع البلدان، بما فيها الجزائر. فرضت هذه الأزمة الصحية العالمية اختبارًا حقيقيًا لكفاءة ومرونة السياسات الصحية المعتمدة، مما استدعى إعادة تقييم شامل لهذه السياسات من حيث الاستجابة للطوارئ، إدارة الموارد، والحفاظ على استمرارية الخدمات الصحية. في الجزائر، مثلت جائحة كوفيد-19 فرصة لتسليط الضوء على نقاط القوة والضعف في النظام الصحي الوطني، حيث اتخذت الحكومة سلسلة من الإجراءات التي تهدف إلى الحد من انتشار الفيروس ودعم الفئات المتضررة. تهدف هذه الدراسة إلى تقييم السياسات الصحية التي تم تنفيذها أثناء وبعد جائحة كوفيد-19، لفهم مدى فعاليتها وإمكانية تحسينها بما يتماشى مع متطلبات الصحة العامة المستقبلية في الجزائر وذلك وفق منهجية ومؤشرات متنوعة في إطار السياسة العامة.[2]

---

[1] علي العبسي ، تجانية حمزة، "**تداعيات فيروس كورونا (كوفيد-19): الآثار الاجتماعية والاقتصادية وأهم التدابير المتخذة للحد من الجائحة في الجزائر**"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، المجلد 20، العدد 1 (2020): 91-100

[2] مريم جنان، **السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة والإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ ذات البعد العالمي: كوفيد-19 أنموذجا**، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 8، العدد 2 (2023): 433-457، https://asjp.cerist.dz/en/article/229263.

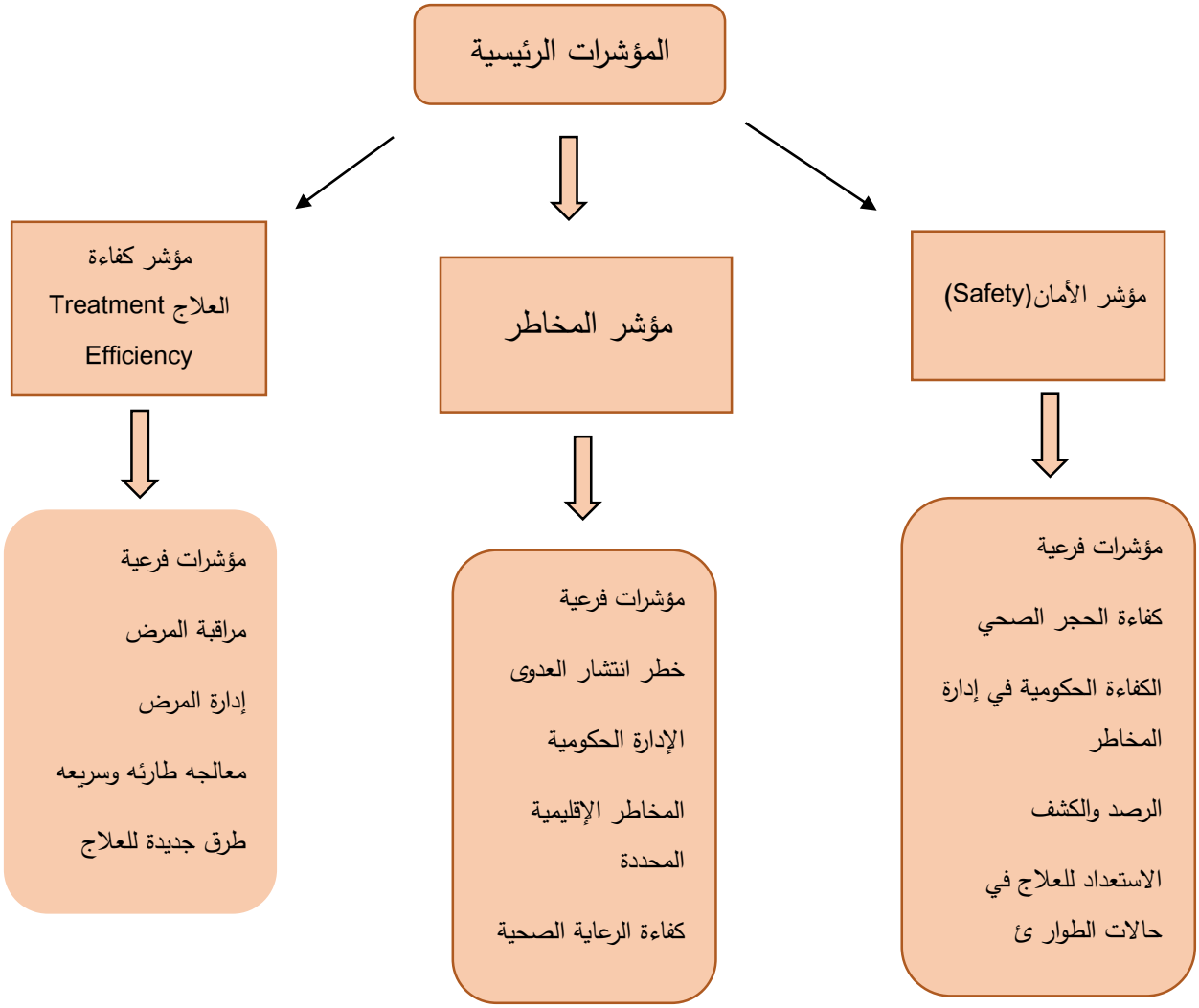
أولا: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر ضد جائحة كوفيد -19:

يتطلب تقييم النظم الصحية في مختلف دول العالم الاعتماد على مجموعة من المؤشرات، كما أوضحت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر سنة 2000، حيث حدّدت عشرة مؤشرات رئيسية، من بينها: متوسط العمر المتوقع، معدلات الوفاة، عبء المرض، انتشار الأمراض المعدية، ومستويات الإنفاق الصحي، وغيرها. وتُستخدم هذه المؤشرات عادةً لتقييم أداء النظم الصحية في الظروف العادية. غير أن ظهور وباء عالمي يفرض إطارًا تقييمياً مختلفًا، يستدعي التركيز على مؤشرات أكثر دقة وارتباطًا مباشرًا بطبيعة الأزمة الصحية المستجدة، بما يعكس قدرة النظام الصحي على الاستجابة الفعّالة للطوارئ الصحية.

مؤشرات التقييم: قامت مجموعة خاصة تُعرف باسم **Deep Knowledge Group**، وتضم في عضويتها عددًا من المنظمات التجارية وغير الربحية النشطة في مجالات متعددة، بالاعتماد على عدد من الجهات والمؤسسات في الأوساط العلمية والطبية لوضع مؤشرات تقييم شاملة انطلاقًا من تخصصها في مجالات التكنولوجيا، لاسيما التكنولوجيا الصحية، قامت مجموعة Deep Knowledge Groupبإعداد مؤشرات لتقييم جهود الدول في مواجهة جائحة كورونا. [1]وقد استندت في ذلك إلى بيانات ومعطيات صادرة عن منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، تقارير الأمم المتحدة، وغيرها من المصادر الدولية الموثوقة وتكمن أهمية هذا التقييم في تقديمه لتحليل شامل وكمي للاستراتيجيات المتبعة عالميًا في التصدي للوباء، بهدف استخلاص أفضل الممارسات والتدابير الفعّالة للحد من انتشار الفيروس. وقد تم تحديد ثلاثة مؤشرات رئيسية، يتفرع عن كل منها مجموعة من المؤشرات الفرعية، كما يوضحه الشكل الآتي:

[1] Deep knowledge group covid-19 countries **ranking methodology, paragraphe 5**; website: w.global/methodology; Viewed on 26/05/2025 at 16:20.

الشكل رقم (11): يوضح مؤشرات تقييم النظم الصحية حسب مجموعة DKG



المصدر: تقرير Deep Knowledge Group, *COVID-19 Ranking Framework and Methodology* (Deep Knowledge Group, 2020), p5, https://analytics.dkv.global/data/ranking-framework-and-methodology.pdf.

ويجدر الإشارة إلى أن قياس هذه المؤشرات الفرعية يتم بالاعتماد على مجموعة من المتغيرات الخاصة بكل مؤشر، كما سيتم توضيحه في الشرح التالي:

أ- مؤشر الأمان (Safety Index) :

يُعد هذا المؤشر من المؤشرات الرئيسية، ويتفرع عنه ستة مؤشرات فرعية تقيس جوانب متعددة، من بينها:

- **كفاءة الحجر الصحي (Quarantine Efficiency) :**

ويقيس هذا المؤشر مدى فعالية إجراءات العزل الصحي في الدولة، من خلال مجموعة من المتغيرات مثل: الجدول الزمني لتطبيق الحجر، العقوبات القانونية على مخالفي الإجراءات، الدعم الاقتصادي للمواطنين الخاضعين للعزل، تعطيل سلسلة التوريد الاقتصادي، والقيود المفروضة على التنقل والسفر.

- **كفاءة الحكومة في إدارة المخاطر(Government Efficiency of Risk Management) :**

يركز هذا المؤشر على مدى جاهزية الدولة لإدارة الأزمات من خلال تقييم تقدم البنية الأمنية والدفاعية، سرعة الاستجابة للطوارئ، كفاءة الهياكل الحكومية، استدامة الاقتصاد، مدى الجاهزية لمواجهة الجائحة، والكفاءة التشريعية.

- **مؤشر الرصد والكشف(Monitoring and Detection) :**

يرتكز هذا المؤشر على تقييم أنظمة المراقبة وإدارة الكوارث، ويتضمن مدى تنوع وفعالية وسائل التشخيص، كفاءة عمليات الفحص، استخدام تقنيات الذكاء الاصطناعي في التشخيص والرصد الوبائي، مدى تطور تقنيات المراقبة الحكومية، إضافة إلى موثوقية وشفافية البيانات الصحية[1].

- **جاهزية الرعاية الصحية(Healthcare Readiness) :**

يُقيّم هذا المؤشر مدى توفر المعدات الطبية اللازمة لمواجهة وباء كورونا، من حيث الكمية والجودة، إلى جانب كفاءة الطواقم الطبية، مستوى التقدم التكنولوجي، القدرة على تعبئة موارد الرعاية الصحية الجديدة، تطور النظام الصحي، ومستوى تطور منظومة الوبائيات.

- **مرونة مقاومة الوباء(Regional Resiliency) :**

يقيس هذا المؤشر مدى قابلية الدولة لاحتواء انتشار العدوى، اعتمادًا على عوامل مثل فعالية وسائل التعقيم الحديثة، انتشار الأمراض المزمنة، الخصوصيات الثقافية ومدى الانضباط المجتمعي، النمو الديموغرافي، والوضع الجيوسياسي العام للدولة.

[1] ibid, page 16.-2

- **الاستعداد لحالات الطوارئ (Emergency Preparedness) :**

يتناول هذا المؤشر قدرة المجتمع على التكيف مع الحالات الطارئة، وكفاءة قوات الأمن والدفاع في الاستجابة السريعة للأزمات الوبائية. كما يأخذ بعين الاعتبار التجارب السابقة في التعامل مع حالات طارئة مماثلة، إضافة إلى توفر خطط طوارئ جاهزة للتنفيذ عند الحاجة.

ب- مؤشر تصنيف المخاطر(Risk Rating Index) :

يُعد مؤشر تصنيف المخاطر أداة تحليلية تهدف إلى تقييم مستوى تعرض الدولة أو النظام الصحي لمخاطر الأوبئة والكوارث الصحية، وذلك من خلال مجموعة من المؤشرات الفرعية التي تشمل أربعة أبعاد رئيسية:

- **خطر انتشار العدوى:**

يُقاس هذا البُعد من خلال مجموعة من المعايير الكمية والنوعية، مثل: عدد المناطق ذات الكثافة السكانية المرتفعة، حجم التدفق السياحي، نسبة المهاجرين غير الشرعيين، توفر معدات الحماية الشخصية، بالإضافة إلى عدد الإصابات الإجمالي والحالات الجديدة المسجلة خلال فترة زمنية معينة.

- **كفاءة الإدارة الحكومية:**

يتضمن هذا المؤشر الفرعي تقييم فعالية الهيكل الحكومي في الاستجابة للأزمات، ومدى قدرته على تعبئة أنظمة الرصد والمراقبة. كما يشمل قياسًا لمستوى الفساد في مختلف القطاعات، ومدى تطور الحكومة الإلكترونية من حيث تقديم الخدمات والاستجابة الطارئة.

- **المخاطر الإقليمية المحددة:**

يُعنى هذا البُعد بالعوامل الديموغرافية والاجتماعية التي قد تؤثر على مستوى المخاطر، مثل عدد السكان ومعدل النمو السكاني، نسبة فئة كبار السن، شفافية الإحصاءات الرسمية، الخصوصيات الثقافية، مدى الانضباط المجتمعي، وأساليب التعقيم المعتمدة وحداثتها.

- **كفاءة النظام الصحي:**

يتم قياس هذا المؤشر عبر تقييم مستوى التقدم التكنولوجي واستغلاله في عمليات التشخيص والعلاج، عدد الأطباء المتخصصين والخبراء، وعدد الأسرة المتوفرة في المستشفيات، ما يعكس القدرة الاستيعابية للنظام الصحي[1].

[1] COVID-19 Risk Ranking Framework, Op.Cit

ج- مؤشر كفاءة العلاج (Treatment Efficiency) :

يركز هذا المؤشر على تقييم قدرة النظام الصحي على تقديم العلاج بفعالية خلال الأزمات الصحية، ويُقاس من خلال بعدين رئيسيين:

- **رصد المرض:**

يُقيّم هذا الجانب بناءً على مدى انتظام وسرعة عمليات التشخيص، البنية التحتية للمختبرات، سرعة إنجاز الاختبارات وتسليم نتائجها، توفر مجموعات الفحص المنزلي، وتطور تقنيات التحاليل التشخيصية.

- **إدارة المرض:**

يُعنى بتقييم الإجراءات الحكومية والمجتمعية في التعامل مع الحالات المرضية، بما في ذلك فعالية الحملات الإعلامية، مدى توفر المستلزمات الطبية، التزام السكان بإجراءات التباعد الاجتماعي، توفر احتياطات الطوارئ من المعدات الصحية، جاهزية خدمات التطبيب عن بعد، وجود آليات للإرشاد المنزلي، وتوفر عيادات خارج المستشفيات لتخفيف الضغط على المؤسسات الصحية الكبرى.

- **الاستجابة الطارئة والسريعة:**

يُقاس هذا المؤشر من خلال عدد من المعايير الكمية التي تعكس قدرة النظام الصحي على التعامل الفوري مع الحالات الصحية الحرجة، مثل العدد الإجمالي للحالات المؤكدة، حجم الطوارئ المسجّلة، حجم مخزون المعدات الطبية، عدد الحالات الحرجة المتواجدة في المستشفيات، إضافة إلى حجم الموارد البشرية المتمثلة في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية[1].

- **تبني مناهج جديدة في البحث والتطوير العلاجي:**

يشير هذا البُعد إلى مدى قدرة النظام الصحي على مواكبة الابتكار الطبي، ويتجلى ذلك في مدى اعتماد الدولة على العلاجات التجريبية، وفاعلية الأطر التنظيمية في تسريع التجارب السريرية، بالإضافة إلى تنوع وكفاءة الاختبارات ذات الصلة بصحة الإنسان.

انطلاقًا من هذه المؤشرات، يمكن تحليل أداء النظم الصحية في مواجهة الأزمات الكبرى، مثل جائحة كوفيد-19، من خلال تقييم درجة الجاهزية وسرعة الاستجابة والتكيف مع المتغيرات. ويُعد هذا الإطار

https://www.dkv.global/methodology?lightbox=dataItem-k8ykxwvt; Viewed on: 26/05/2025 at 17:45.

[1] Deep Knowledge Group; **COVID-19 Treatment Efficiency Ranking Framework** website: https://www.dkv.global/methodology?lightbox-dataItem-k8ykxra0 Viewed on: 26/05/2025 at 18:30

التحليلي أداة مهمة في تشخيص وضعية النظام الصحي الجزائري، رغم ما يُسجل من نقص في عدد من المؤشرات والبيانات، مما يستدعي مقاربة دقيقة تأخذ بعين الاعتبار خصوصية السياق الوطني.

ثانيا: واقع النظام الصحي الجزائري في ضوء مؤشرات الاستجابة الصحية

بناءً على المؤشرات المعتمدة عالميًا لقياس فاعلية ونجاعة النظم الصحية في مواجهة الأوبئة، لا سيما جائحة كوفيد-19، يمكن تطبيق عدد من هذه المؤشرات على الحالة الجزائرية، وذلك لتقييم استجابة النظام الصحي خلال السنتين الأوليين من الجائحة. وقد تم في هذا السياق التركيز على بعض المؤشرات الرئيسية دون التوسع في جميع المؤشرات الفرعية.

فيما يتعلق بـ**مؤشر الأمان**، فإن فعالية تطبيق إجراءات الحجر الصحي في الجزائر يمكن قياسها من خلال عدد المخالفات المسجلة ضد الأفراد غير الملتزمين بالإجراءات الوقائية. ووفقًا للبيانات الصادرة عن مصالح الأمن الوطني، تم تسجيل 18,022 مخالفة متعلقة بعدم احترام قواعد الحجر خلال الفترة الممتدة من 17 أوت إلى 3 سبتمبر 2021. وقد توزعت هذه المخالفات على 2,990 مخالفة بسبب التجمعات وعدم احترام مسافة التباعد الجسدي، و2,646 مخالفة متعلقة بممارسات البيع دون احترام شروط السلامة، إضافة إلى حجز 12,386 مركبة لمخالفتها إجراءات التنقل. ويعكس ذلك وجود جهاز تنظيمي وأمني سعى لضمان الامتثال للإجراءات الوقائية من خلال آليات المتابعة والردع.

أما بالنسبة لـ**مؤشر كفاءة التشخيص**، فقد واجهت الجزائر في بداية تفشي الوباء تحديات ملحوظة تمثلت في محدودية قدرات التشخيص بسبب قلة الإمكانيات المخبرية، حيث أوكلت مهمة إجراء التحاليل في البداية لمعهد باستور، مما أدى إلى تراكم الضغط وتأخر التشخيص. ومع ذلك، سارع القطاع الصحي إلى تدارك الوضع من خلال فتح المجال أمام المخابر الخاصة للحصول على الاعتماد الرسمي لإجراء الفحوصات، إلى جانب إنشاء مخابر وطنية في ولايات متعددة على غرار سطيف وعنابة، مما ساهم في تقليل العبء على مخابر العاصمة ووهران وسرّع وتيرة التشخيص.[1]

وفي إطار **مؤشر تصنيف المخاطر**، يظهر أن السلطات الجزائرية تعاملت بجدية مع مخاطر انتشار العدوى، حيث أصدرت المرسوم التنفيذي رقم 20-69 الذي تضمّن جملة من التدابير الوقائية، [2]بما في

---

[1]وكالة الأنباء الجزائرية، **مخالفات الحجر الصحي**، نشرت بتاريخ 5 سبتمبر 2021 الموقع https://www.aps.dz/ar/societe/112085-18-17 تم تصفحه بتاريخ 26/05/2025

[2]الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي 20-69 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد (19) ومكافحته**، ص06

ذلك فرض التباعد الجسدي في الفضاءات العمومية وأماكن العمل، وتعليق حركة التنقل بين الولايات باستخدام مختلف وسائل النقل البري. وتعكس هذه الإجراءات توجّه الدولة نحو الحد من انتشار الفيروس من خلال تنظيم الفضاء العام وتقليص التفاعل البشري المباشر.

يُعد تقييم **كفاءة الرعاية الصحية** في الجزائر مسألة معقدة، خاصة في ظل التحديات التي فرضتها جائحة كوفيد-19. فقد كشفت الأزمة عن هشاشة البنية التحتية الصحية، ونقص الإمكانيات المتوفرة قبل الجائحة، لا سيما في ما يتعلق بنقص الأسرة داخل المستشفيات، وتسجيل اختلالات مزمنة في توفير الأدوية، خاصة أدوية علاج السرطان. كما أبرزت الموجتان الثالثة والرابعة من الجائحة ضعف القدرة الاستيعابية للمؤسسات الاستشفائية، مما أدى إلى أزمة خانقة في تزويد المستشفيات بالأوكسجين الطبي، ونتج عنها ارتفاع ملحوظ في نسب الوفيات، شملت حتى الفئات الشابة.

ورغم امتلاك الجزائر لكفاءات بشرية عالية من أطباء وأخصائيين وخبراء في مجال الصحة، إلا أن هذه الثروة البشرية لم تُستثمر بالشكل الأمثل نتيجة الظروف المادية الصعبة، والضعف الواضح في التجهيزات الطبية واللوجستية داخل الهياكل الصحية. ومع ذلك، أظهرت أزمة كوفيد-19 الدور المحوري للموارد البشرية الصحية، حيث لعبت الكوادر الطبية دورًا حاسمًا في الحد من تداعيات الأزمة، رغم تواضع الوسائل المتاحة.

أما فيما يخص **مؤشر كفاءة العلاج(Treatment Efficiency)** ، فقد تجلى من خلال قدرة النظام الصحي على مراقبة الحالات المصابة، وتنظيم حملات التوعية والتحسيس، والتدخل السريع في الحالات الطارئة. وقد تمثل ذلك في تطبيق تدابير الحجر الصحي والتباعد الاجتماعي، واستغلال الوسائط السمعية والبصرية والإعلام الرقمي لتوجيه مختلف الفئات الاجتماعية نحو السلوكيات الصحية الوقائية، في إطار تنسيق بين وزارة الصحة ومختلف القطاعات الحكومية المعنية.

ومع ذلك، يبقى قياس فعالية هذه المؤشرات رهينًا بتوفر معطيات كمية وإحصائيات دقيقة، وهو أمر واجه عدة صعوبات على أرض الواقع، منها السرعة الكبيرة في انتشار الوباء من جهة، والثقافة المجتمعية السائدة التي اتسمت أحيانًا بعدم التصريح بالإصابات أو عدم الالتزام بالإجراءات الوقائية من جهة أخرى. كما يشترط التقييم الموضوعي لنجاعة الأداء الصحي توفر منظومة متكاملة من الموارد المادية والتكنولوجية، والتي لا تزال تعاني من النقص في السياق الجزائري.

شهد العالم خلال جائحة كوفيد-19 اختبارًا فعليًا لقدرات الأنظمة الصحية على مواجهة الأزمات الصحية المفاجئة والمعقدة. وقد دفعت هذه الأزمة العديد من الدول والمؤسسات إلى تطوير آليات تقييم دقيقة

للأمن الصحي، بهدف قياس مدى الجاهزية والاستجابة والفعالية في احتواء انتشار الفيروس والحد من تداعياته. في هذا السياق، برزت مجموعة من المؤشرات الأخرى و المعتمدة دوليًا، والتي أصبحت مرجعًا أساسيًا لتقييم أداء النظم الصحية خلال الجائحة، سواء من حيث الوقاية، الكشف، التدخل، أو إدارة الموارد. وفيما يلي نستعرض أبرز هذه المؤشرات التي استُعملت لقياس الاستجابة الصحية في فترات الذروة الوبائية.

1- جاهزية واستجابة النظام الصحي:

عند ظهور أولى حالات الإصابة بكوفيد-19، تحركت السلطات الجزائرية بسرعة لتفعيل استجابة وطنية للطوارئ الصحية، تمثلت في إنشاء عدد من اللجان والهيئات الاستشارية والتنفيذية، من بينها خلية أزمة قطاعية على مستوى رئاسة الحكومة، ولجنة علمية لمتابعة الوضع الوبائي. ضمّت هذه الأخيرة خبراء في علم الأوبئة والفيروسات وطب الأمراض المعدية، وكانت لها صلاحيات اقتراح التوجيهات الصحية والإجراءات الوقائية. كما تم إنشاء لجنة مختصة بملف التلقيح لاحقًا، ساعدت في تنسيق عملية اقتناء وتوزيع اللقاحات. وقد شكّلت هذه الآليات المؤسسية نقطة إيجابية في سرعة تعبئة الموارد واتخاذ قرارات مركزية، غير أن ضعف التنسيق بين المستويات المحلية والوطنية، وتباين تطبيق الإجراءات على المستوى الولائي، كشف عن الحاجة إلى هيكلة أكثر مرونة وشمولًا. [1]

أما من حيث البنية المخبرية، فقد كان من أبرز التحديات في البداية محدودية قدرات التشخيص، حيث اعتمدت الجزائر على معهد باستور فقط لإجراء اختباراتPCR، مما تسبب في تأخر الحصول على النتائج وزيادة العبء على النظام الصحي. لكن مع تقدم الجائحة، تم إنشاء حوالي 60 مختبرًا إضافيًا، بما في ذلك مختبرات خاصة، وهو ما ساهم في تحسين سرعة الكشف والتشخيص[2]. ومع ذلك، بقي التوزيع الجغرافي للمختبرات غير متوازن، إذ ظلت بعض المناطق الداخلية تعاني من ضعف الوصول إلى هذه الخدمات، وهو ما أثر على العدالة في تقديم الرعاية الصحية خلال الأزمة.

2- جودة الخدمات الصحية أثناء الأزمة:

رغم الضغط الشديد على المؤسسات الصحية، استطاع النظام الصحي الجزائري الحفاظ على مستوى مقبول من تقديم الرعاية، خاصة في المستشفيات الكبرى. لقد تم تخصيص أجنحة خاصة لمرضى كوفيد-

[1] وكالة الأنباء الجزائرية. "كوفيد-19: الجزائر اتخذت إجراءات لمواجهة هذا التحدي الصحي على أعلى مستوى." 24 مايو 2021. https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/106972-19.APS .

[2] World Health Organization (WHO). **COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: Algeria – Country Report.** Geneva: World Health Organization, 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ALGERIA-SPRP-2021.1

19، واعتمدت بروتوكولات علاج موحدة ساهمت في تقليل نسب الوفيات مقارنة ببعض الدول المجاورة. كما برزت الكفاءة المهنية للأطقم الطبية والتمريضية، الذين أظهروا التزامًا كبيرًا رغم ظروف العمل القاسية، ونقص التجهيزات في بعض الأحيان، مما عزّز من ثقة المواطن، ولو مرحليًا، في النظام الصحي الوطني. ومع تقدم الجائحة، ظهرت تحديات جديدة، مثل نقص الأوكسجين الطبي خلال الموجة الثالثة، خاصة في مناطق مثل البليدة وسطيف. كما عانى بعض المرضى من صعوبات في تحويلهم بين الولايات نتيجة لنقص التنسيق، وهو ما أثبت أن النظام الصحي بحاجة إلى آليات أكثر فاعلية لتوزيع الموارد والخدمات خلال فترات الأزمات.

3- الالتزام باللوائح الصحية الدولية:

تُعد الجزائر من الدول المصادقة على اللوائح الصحية الدولية (IHR 2005) التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، وهي تلزم الدول بتبني نظام إنذار مبكر وتبليغ فوري عن الحالات الوبائية، إضافة إلى التعاون الدولي في مكافحة الأوبئة. ومع أن الجزائر حاولت تطبيق هذه اللوائح خلال الجائحة، إلا أن الأداء العملي أظهر تفاوتًا في التطبيق، حيث تأخرت بعض المؤسسات في نشر المعلومات بشفافية وفي الوقت المناسب، كما اتُّخذت قرارات مهمة مثل غلق الحدود وفرض الحجر دون إشراك المجتمع المدني أو توضيح الأطر المرجعية العلمية التي استندت إليها تلك القرارات. وهذا ما يشير إلى وجود ضعف مؤسساتي في تحويل التزامات دولية إلى ممارسات إجرائية فعالة.[1]

4- إدارة الأزمات الصحية:

من أبرز الثغرات التي كشفتها جائحة كوفيد-19 في الجزائر هو غياب جهاز وطني دائم ومتخصص في إدارة الأزمات الصحية. فقد كانت أغلب القرارات المتخذة رد فعل مؤقتًا أكثر من كونها جزءًا من منظومة دائمة للتدخل في الطوارئ الصحية. وتشير دراسات متعددة إلى أن النظام الصحي في الجزائر يفتقر إلى مركز مستقل ومتعدد التخصصات لإدارة الكوارث الصحية، يجمع بين ممثلين عن وزارة الصحة، الحماية المدنية، وزارة الدفاع، والجامعات. هذا الافتقار أضعف التنسيق الأفقي والعمودي بين القطاعات وأخرّ أحيانًا في اتخاذ قرارات حاسمة. ويقترح الخبراء إنشاء مركز وطني لإدارة الأزمات الصحية يكون جزءًا من هيكل دائم، يتولى الرصد، التخطيط، التدريب، وتقييم الأداء في فترات ما بعد الأزمات. فمن حيث الإجراءات المتخذة خلال جائحة كوفيد-19، يُلاحظ أن رئيس الجمهورية اجتمع بالمجلس الأعلى للأمن دون أن يصدر أي مرسوم يُعلن رسمياً حالة الطوارئ. وهو ما يثير التساؤل حول كيفية تعامل الدولة مع وضع استثنائي

[1] مريم جنان، "**السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة والإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ ذات البعد العالمي: كوفيد-19 أنموذجاً**"، مرجع سبق ذكره ص ص 449_453

بهذه الخطورة دون تفعيل الإطار القانوني المناسب لذلك. كما أُنيطت إدارة هذه الحالة الطارئة بالوزير الأول، بالرغم من أن الدستور لا يجيز تفويض هذه الصلاحيات إلا لرئيس الجمهورية شخصياً.[1]

وتجدر الإشارة إلى أن النصوص القانونية التي استند إليها الوزير الأول، على غرار القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، والقانون رقم 88-07 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، إضافة إلى المرسوم الرئاسي رقم 13-293 المتعلق بنشر اللوائح الصحية الدولية (2005)، لا تمنحه صراحةً اختصاص الحفاظ على النظام العام الوطني في جانبه الصحي.

فضلاً عن ذلك، فإن الوزير الأول لا يتمتع بسلطة تنظيمية مستقلة، بل تظل سلطاته مرتبطة بإرادة السلطة التشريعية. أما السلطة التنظيمية الحقيقية فتعود إلى رئيس الجمهورية، ولا يجوز له تفويض صلاحياته المتعلقة بالحفاظ على النظام العام الوطني إلى أي جهة أخرى.

إن المشرّع الجزائري لم يتدخل لإصدار قانون خاص يُنظّم كيفية التعامل مع الجائحة، كما لم يتم تعديل قانون الصحة لسدّ الثغرات التي كشفت عنها الأزمة[2].

وقد أدى هذا الوضع إلى بروز فراغ قانوني واضح فيما يخصّ إدارة الحالات الاستثنائية ذات الطابع الوبائي أو الكارثي، مثل الجوائح والكوارث الطبيعية. وعليه، تبرز الحاجة الملحّة إلى سنّ نصوص قانونية خاصة تُنظّم هذه الحالات بشكل دقيق، إلى جانب ضرورة إصدار قانون عضوي يُنظّم الحالة الطارئة وصلاحيات السلطات العامة خلالها، بما يضمن الشرعية الدستورية والنجاعة العملية في إدارة الأزمات.

5- التقييم الاقتصادي والاجتماعي للجائحة:

لم تكن جائحة كوفيد-19 أزمة صحية فحسب، بل خلفت آثارًا اقتصادية واجتماعية عميقة على المستوى الوطني. فقد شهدت الجزائر تراجعًا في النمو الاقتصادي إلى مستويات غير مسبوقة، وانخفضت مداخيل النفط التي تعد المصدر الأساسي لتمويل الخدمات العمومية، بما في ذلك الصحة. وعلى الرغم من تدخل الدولة عبر برامج دعم اجتماعي مباشرة كمنح البطالة والمساعدات الغذائية، فإن محدودية نظم الرقمنة وصعوبة الوصول إلى الفئات الهشة أضعفت أثر هذه المساعدات. كما أن غياب تقييم اقتصادي شامل وعلني يحدد الخسائر المالية الحقيقية التي لحقت بقطاع الصحة وغيره من القطاعات يجعل من الصعب

[1] جمال مصباح **الأسس القانونية لحالة الطوارئ الصحية في الجزائر بين النص القانوني والممارسة، أفاق المستقبل**، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية، المجلد 58 العدد 4 2021، ص334.

[2] المرجع نفسه، ص 351

بناء سياسة فعالة للتعافي. وقد أكد مسؤولون حكوميون الحاجة إلى إجراء تقييم موضوعي دون تسييس أو مبالغة، بهدف استخلاص الدروس والتخطيط لما بعد الأزمة بشكل علمي.[1]

شهد الاقتصاد الجزائري انكماشًا حادًا بنسبة 5.5% في عام 2020، نتيجة لتدابير احتواء الجائحة وتراجع إنتاج المحروقات .انخفض قطاع المحروقات بنسبة 8.5%، بينما تراجع الناتج المحلي الإجمالي غير النفطي بنسبة 4.4%، مما أدى إلى تفاقم العجزين المالي والحساب الجاري[2] كذلك ساهمت الجائحة في تسريع التحول الرقمي في القطاع المصرفي الجزائري .شهدت التحويلات من حساب إلى حساب زيادة بنسبة 137% في عام 2020 مقارنة بعام 2019، وارتفعت معاملات الدفع الإلكتروني بنسبة 487%، مما يدل على تبني متزايد للخدمات المالية الرقمية[3]

أدت إجراءات الحجر الصحي إلى تأثيرات نفسية ملحوظة بين السكان .أظهرت دراسة أن 50.3% من المشاركين كانوا في حالة قلق، و48.2% شعروا بالتوتر، و46.6% كانوا في مزاج سيئ خلال الأسابيع الأولى من الحجر.[4]

6- البنية التحتية وتكوين الموارد البشرية:

على صعيد البنية التحتية، أظهرت الأزمة هشاشة بعض المنشآت الصحية، خاصة في المناطق الداخلية والهضاب العليا. ورغم تخصيص موارد إضافية لتوسيع القدرة الاستيعابية (مثل إنشاء مستشفيات ميدانية واقتناء أجهزة تنفس اصطناعي)، فإن الكثير من هذه الحلول كانت ظرفية وغير مؤسسية. تحتاج الجزائر إلى إصلاح طويل المدى في البنية التحتية الصحية يشمل التوزيع الجغرافي العادل، وتحديث المستشفيات القديمة، وتحسين سلاسل التوريد الطبي.أما بالنسبة للموارد البشرية، فقد استفاد الطاقم الطبي من خبرات ميدانية مهمة خلال الجائحة، إلا أن ضعف التكوين المستمر ونقص التدريب في مجالات مثل

---

[1] خالد منه، **التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لجائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في الجزائر**، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، 22يوليو 2020، ص ص 06-11

[2] البنك الدولي .*تحديث اقتصادي لربيع 2021 – الجزائر*. 2021 .
https://www.worldbank.org/en/country/algeria/publication/economic-update-april-2021

[3] A , Djerroud, &L, Belkacem, **"COVID-19 as a Catalyst for Financial Digitization in Algeria."** *European Journal of Business and Management Research*, vol. 6, no. 5, 2021. https://www.eugb.ge/index.php/111/article/view/399

[4] Bouzid, D., et al. "**Psychological Impact of COVID-19 Confinement in Algeria.**" *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 51, 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277423

إدارة الأزمات، علم الأوبئة، والطب الوقائي، حدّ من فعالية التدخلات. ويتطلب المستقبل تطوير مناهج التعليم الطبي وتوفير برامج تدريبية موجهة للأطباء، الممرضين، والمسيرين الصحيين، مع تعزيز استخدام التكنولوجيا في الطب والتسيير.[1]

بشكل عام، يمكن القول أن السياسات الصحية في الجزائر خلال كوفيد-19 عرفت تطورًا ملحوظًا على مستوى الاستجابة الأولية والتعبئة المؤسسية، لكنها أظهرت أيضًا جوانب ضعف مزمنة في البنية التحتية، التكوين، وإدارة المخاطر. يمثل ما حدث فرصة ذهبية لإعادة هيكلة النظام الصحي وفقًا لمعايير حديثة تراعي الاستباقية، الحوكمة التشاركية، والعدالة الصحية، مع ضرورة الاستفادة من التقييمات العلمية والدروس المستخلصة لضمان جاهزية أفضل في المستقبل.

ثالثا: تقييم السياسات الصحية في الجزائر باستخدام تقنية EVIEWS

يُعد الأمن الصحي أحد الركائز الجوهرية لضمان استقرار المجتمعات وتحقيق أهداف التنمية المستدامة، إذ يُعبر عن قدرة النظام الصحي على الوقاية من المخاطر الصحية والتصدي لها بفعالية، مع ضمان استمرارية الخدمات الصحية الأساسية لجميع الفئات. وفي ظل التحولات الصحية العالمية والتحديات المتزايدة التي كشفت عنها الأزمات الوبائية، لا سيما جائحة كوفيد-19، بات من الضروري اعتماد مقاربات تحليلية دقيقة لتقييم جاهزية الأنظمة الصحية، خاصة في الدول النامية ومنها الجزائر.

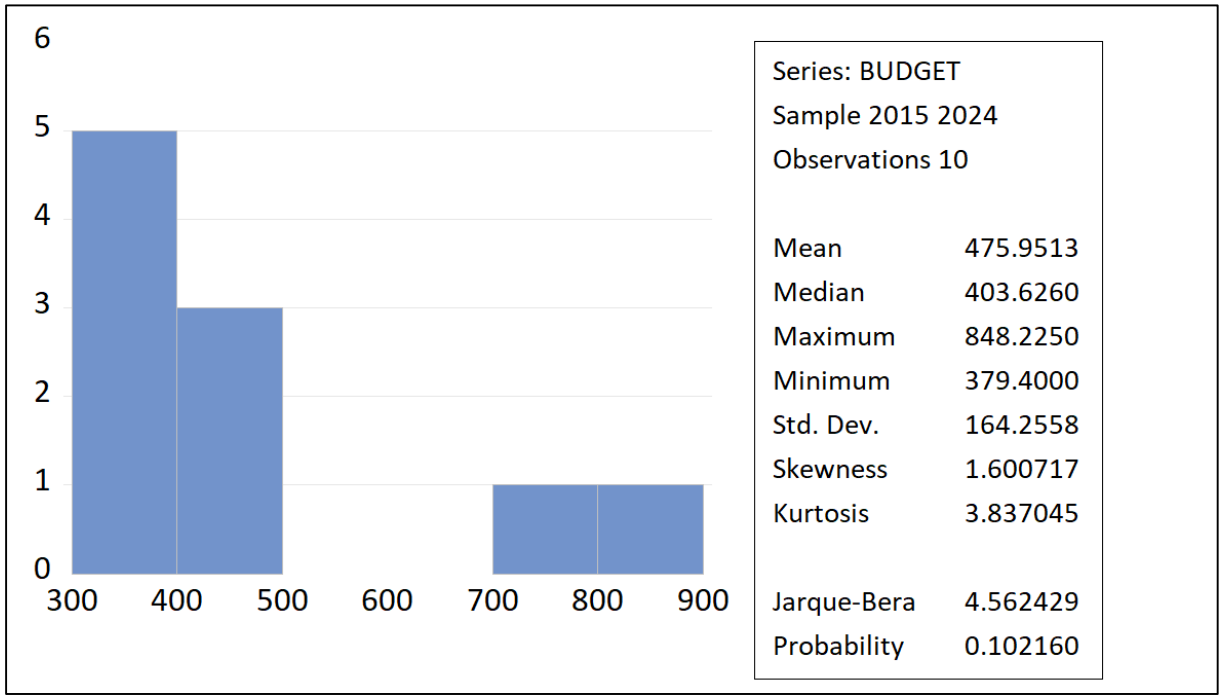
في هذا السياق، تهدف هذه الدراسة إلى إجراء تقييم شامل لمستوى الأمن الصحي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2015 إلى 2024، وذلك بالاعتماد على منهج إحصائي يعتمد تقنية **EVIEWS** لتحليل البيانات الكمية المتعلقة بمجموعة من المؤشرات الحيوية، وهي ستة متغيرات : عدد الأطباء لكل 10,000 نسمة، عدد الأسرة الاستشفائية لكل 10,000 نسمة، معدل الوفيات لكل 10,000 نسمة، ميزانية الصحة العمومية، نسبة التغطية بالتلقيح، وعدد المستشفيات على المستوى الوطني.

ويتيح استخدام تقنية **EVIEWS** إمكانية معالجة السلاسل الزمنية وتقدير النماذج الكمية بدقة، بما يسمح باستخلاص الاتجاهات العامة وتحديد أوجه القصور والاختلالات البنيوية في المنظومة الصحية الجزائرية.

---

[1] مريم، جنان **السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة والإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ ذات البعد العالمي – كوفيد 19 أنموذجًا**، مرجع سبق ذكره ص 450-451

الشكل رقم (12): نتائج تحليل بيانات ميزانية وزارة الصحة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS



المصدر: من إعداد الطالبة بناءا على تقارير وزارة المالية (2015_2024) .

✓ **التعليق:**

يعكس التوزيع الإحصائي لمنحنى ميزانية وزارة الصحة خلال الفترة 2015–2024، حسب النتائج المستخرجة من برنامجEVIEWS ، مسارًا غير متجانس يتّسم بقدر من التباين وعدم التماثل، ما يعكس تقلبات واضحة في مستويات الإنفاق العمومي على القطاع الصحي.

من حيث المؤشرات الإحصائية الوصفية، يبلغ متوسط الميزانية حوالي 475.95 مليار دج، وهو رقم متوسط يعكس الوزن العام للإنفاق، لكنه لا يعكس التطور الفعلي الملموس، إذ نلاحظ أن الوسيط (403.63 مليار دج) أقل من المتوسط، وهو ما يُشير إلى انحراف القيم نحو الأعلى في السنوات الأخيرة، وبالتحديد في 2023 و2024، نتيجة ارتفاعات مفاجئة في الميزانية.

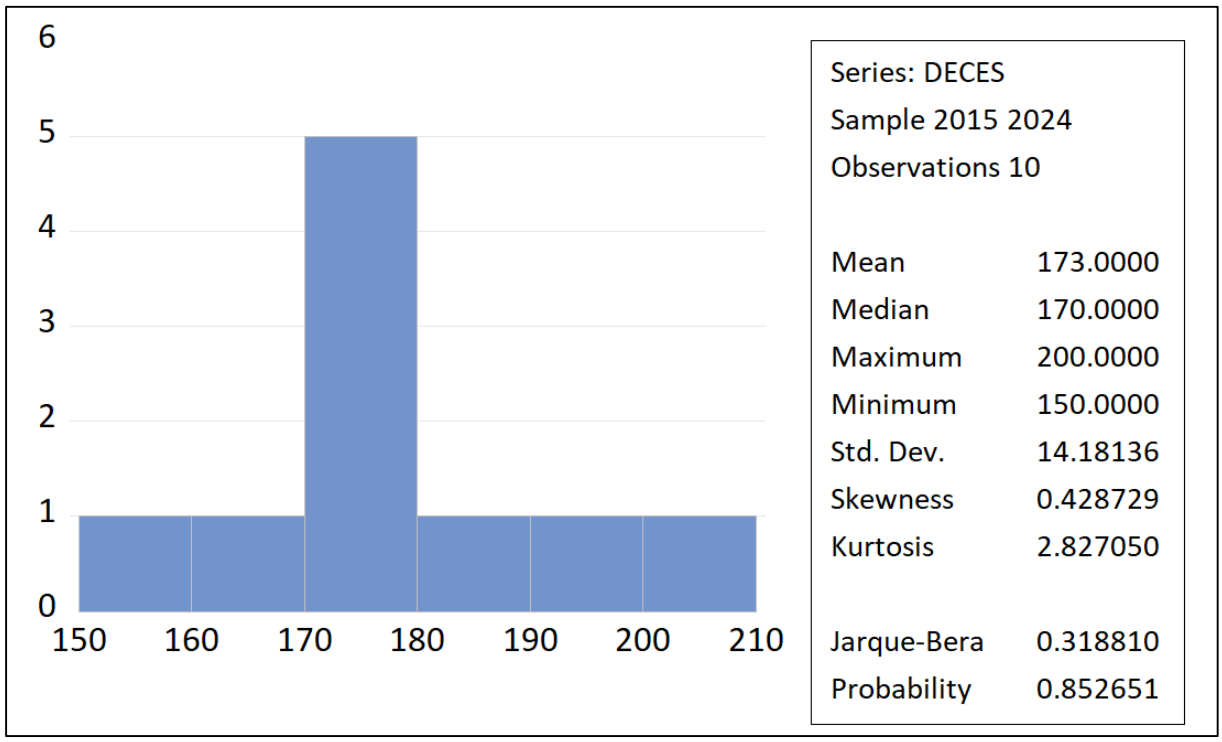
أما من حيث الانحراف المعياري (164.26)، فهو مرتفع نسبيًا، مما يدل على وجود تذبذب كبير في حجم الميزانية بين السنوات، وهو تذبذب غير معتدل، تدعمه أيضًا نتائج الالتواء (Skewness = 1.60)التي تشير إلى انحراف إيجابي واضح (Right Skewness) ، أي أن القيم الأكثر تكرارًا هي الأدنى، بينما توجد قيمة أو اثنتان أعلى من المتوسط بشكل كبير (كما هو حال سنتي 2023 و2024)، مما يعكس تغيرًا مفاجئًا في السياسة التمويلية.

هذا التوجه تؤكده أيضًا قيمة(3.83) Kurtosis ، التي تفوق الرقم القياسي الطبيعي (3)، مما يدل على وجود ذُرى حادة في البيانات، أي أن هناك سنوات محددة تميزت بزيادات غير معتادة في الميزانية. ويُفسَّر هذا من خلال البيانات الميدانية التي تشير إلى قفزة حادة في الإنفاق الصحي بعد 2022، إذ ارتفعت الميزانية من 439.42 مليار دج إلى 711 مليار دج في 2023، ثم إلى 848.22 مليار دج في 2024، مدفوعة أساسًا بتداعيات أزمة كوفيد-19 والإنفاق الطارئ لتقوية النظام الصحي.

رغم هذه التغيرات، فإن اختبار Jarque-Bera (4.56) المصحوب باحتمالية 0.10 يُشير إلى عدم رفض فرضية التوزيع الطبيعي للبيانات عند مستوى دلالة 5%، مما يعني أن البيانات لا تنحرف بشكل قوي عن التوزيع الطبيعي، لكنها تبقى متأثرة ببعض القيم الشاذة.

تُظهر المعطيات الواقعية أن هذا التحول لم يكن تدريجيًا، بل جاء نتيجة الضغط الوبائي وظهور اختلالات هيكلية في المنظومة الصحية خلال الجائحة، دفعت بالدولة إلى اتخاذ قرارات استثنائية تخص التوظيف، اقتناء الأدوية، توسيع وحدات العلاج، وتحديث التجهيزات الطبية. الميزانية، في هذا السياق، لم تعد مجرد رقم، بل أداة استراتيجية لإعادة تأهيل البنية الصحية الوطنية.

الشكل رقم (13): نتائج تحليل معدل الوفيات لكل 10,000 نسمة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS



المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الديوان الوطني للاحصائيات (2015_2024)

✓ **التعليق:**

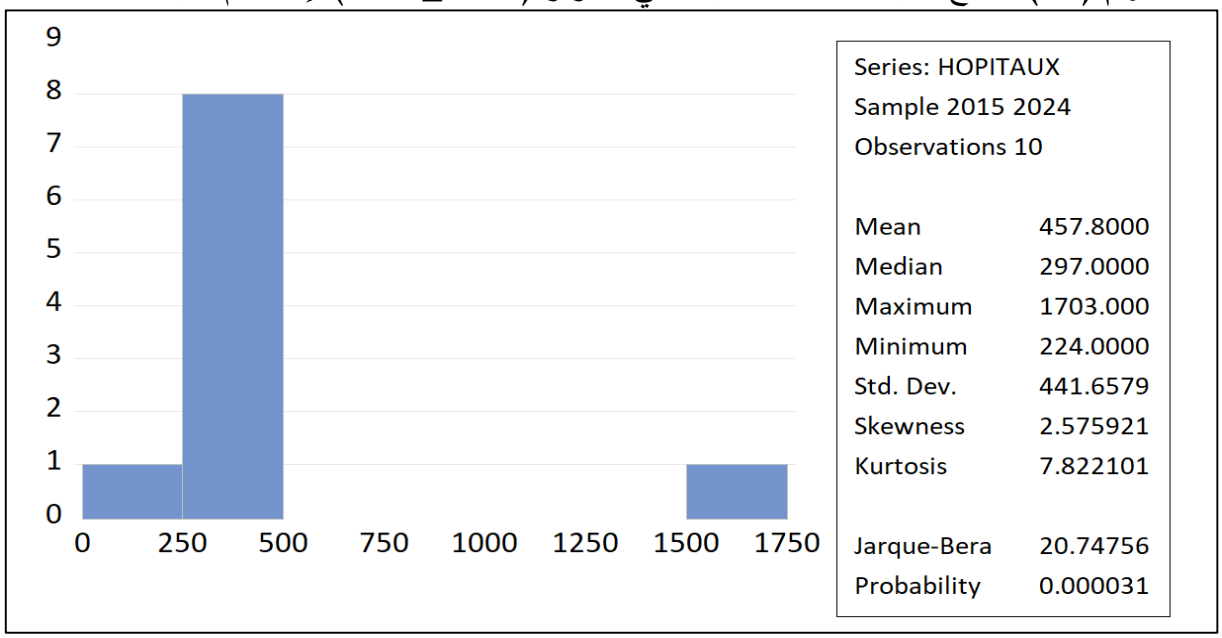
يعكس تحليل سلسلة الوفيات في الجزائر من 2015 إلى 2024، بالاعتماد على نتائج برنامج EVIEWS، تطورًا واضحًا في المؤشرات الصحية وتغيرًا دالًا في معدلات الوفيات. فقد أظهرت النتائج الإحصائية أن متوسط عدد الوفيات (Mean) بلغ 173 وفاة لكل 10,000 ولادة حية، وهو ما يتوافق مع ما ورد في التقارير التي تشير إلى انخفاض تدريجي منذ 2015. كما أن الوسيط (Median) بلغ 170، وهو قريب من المتوسط، ما يدل على توازن عام في توزيع البيانات دون وجود قيم شاذة كبيرة تؤثر على التمركز.

الانحراف المعياري البالغ 14.18 يشير إلى وجود تقلبات معتدلة في أعداد الوفيات بين السنوات، مع تسجيل قيم قصوى عند 200 (وهي سنوات الجائحة: 2020 و2021) وقيم دنيا عند 150 (تمثل سنة 2024 والتوقعات بتحسن إضافي). أما مؤشر الالتواء(Skewness = 0.428) ، فيُظهر أن التوزيع يميل قليلاً نحو اليمين، ما يعني أن بعض السنوات شهدت ارتفاعًا طفيفًا في الوفيات مقارنة بالباقي – وهو ما يتوافق تمامًا مع سنوات تأثير كوفيد–19.

من جهة أخرى، يُظهر اختبار Jarque-Bera قيمة 0.3188 مع احتمالية (p-value) تبلغ 0.85، وهي أعلى بكثير من 0.05، مما يعني أن توزيع البيانات لا يختلف عن التوزيع الطبيعي. هذا يعزز موثوقية التحليل ويؤكد أن التغيرات المسجلة لم تكن عشوائية بل نتيجة ظروف صحية ظرفية واضحة، مثل الجائحة، يعقبها تحسن تدريجي بفضل جهود التلقيح وتعزيز النظام الصحي.

بشكل عام، تترجم نتائج EVIEWS الاتجاه العام نحو تحسن منظومة الرعاية الصحية في الجزائر، مع بداية مرتفعة للوفيات في 2015، وتأثر كبير في 2020 و2021، ثم انخفاض واضح وتدريجي وصولًا إلى أدنى مستوى متوقع في 2024. هذا المنحى يدعم التوصيات بالاستمرار في تحسين التغطية الصحية، خاصة في المناطق ذات الهشاشة السكانية

الشكل رقم (14): نتائج تحليل عدد المستشفيات في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS



المصدر: اعداد الطالبة بناءا على ONS Health Infrastructure

✓ **التعليق:**

شهد قطاع المستشفيات في الجزائر تطورًا لافتًا خلال الفترة الممتدة من 2015 إلى 2024، سواء على مستوى البنية التحتية أو في تنوع الفاعلين بين القطاعين العام والخاص. فقد ارتفع عدد المستشفيات العمومية من حوالي 297 مستشفى في 2015 إلى 347 مستشفى ضمن 361 مؤسسة استشفائية في 2023، تشمل 14 مستشفى جامعيًا. وبالتوازي، توسع القطاع الخاص بشكل واضح، حيث ارتفع عدد المستشفيات والعيادات الخاصة من 206 في 2015 إلى ما يقارب 300 مستشفى خاص في 2024، بعد إنشاء 60 مستشفى خاص جديد خلال السنوات الأربع الأخيرة فقط. كما تجاوز عدد مراكز التشخيص الطبية الخاصة سقف 320 مركزًا، مما يعكس توجهًا متسارعًا نحو خصخصة الرعاية الصحية التكميلية، وتحسين التغطية الطبية في المناطق التي كانت تعاني من نقص في الخدمات، خصوصًا في الجنوب الكبير.

وعند فحص هذه البيانات باستعمال تقنيةEVIEWS ، نجد أن المتغير الخاص بعدد المستشفيات (HOPITAUX)يعكس سلوكًا غير متجانس، يتجلى في تشتت واسع واختلالات زمنية حادة في عملية التوسع. يبلغ متوسط عدد المستشفيات خلال الفترة المدروسة حوالي 457.8 مستشفى، بينما يبلغ الوسيط 297 فقط، وهو ما يدل على أن الارتفاع المسجل في السنوات الأخيرة (خصوصًا 2023–2024) أثّر بشكل كبير على المتوسط، دون أن يعكس تطورًا متدرجًا ومنتظمًا.

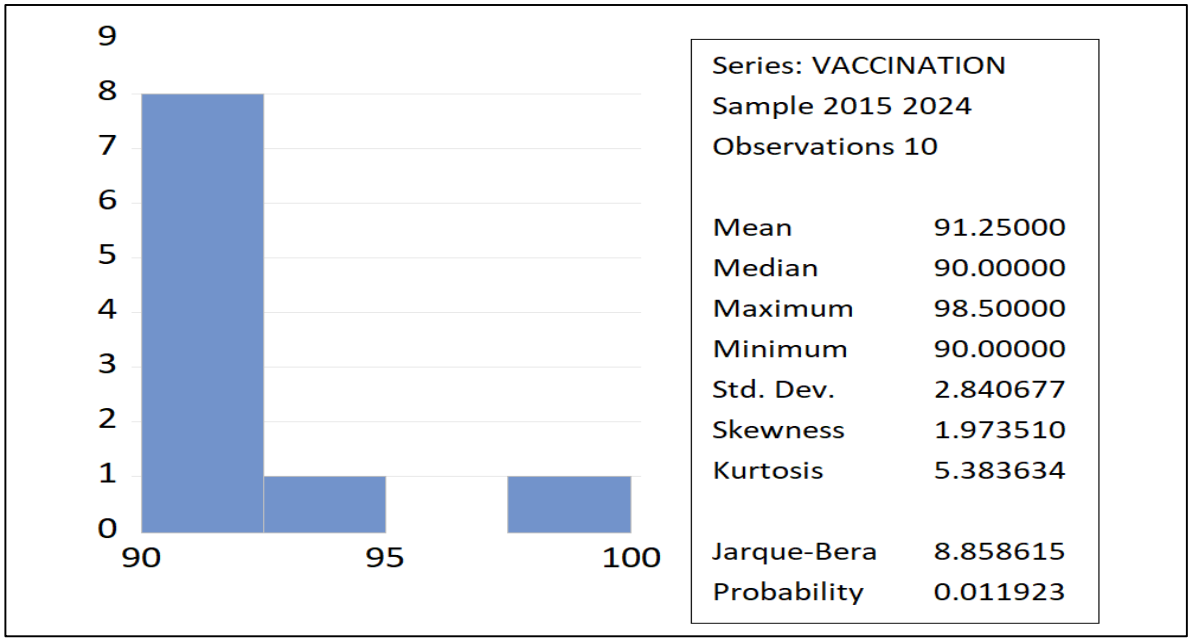
الانحراف المعياري الكبير (441.65) يدل على تذبذب حاد في البيانات، وهو ما تؤكده أيضًا قيمة الالتواء Skewness = 2.57 التي تُظهر وجود انحراف إيجابي قوي، أي أن عددًا قليلًا من السنوات سُجل فيها ارتفاع غير معتاد. أما(7.82) Kurtosis ، فهي تشير إلى ذروة حادة في البيانات (peaked distribution)، ما يعكس وجود سنة أو سنتين فقط عرفتا قفزة غير طبيعية في عدد المؤسسات الاستشفائية.

ومن حيث الصرامة الإحصائية، تبيّن قيمة Jarque–Bera = 20.75 واحتمالية 0.000031 أن التوزيع بعيد عن التوزيع الطبيعي، مما يعزز فرضية الاختلالات البنيوية في تطور عدد المستشفيات، سواء لأسباب تتعلق بسياسات التمويل، أو باعتماد مقاربات ظرفية (مثل تلك التي فرضتها جائحة كوفيد–19)، أو ربما بإعادة تصنيف بعض المؤسسات الصحية.

هذا التوسع، رغم طبيعته غير المنتظمة، يعكس جهودًا معتبرة بذلتها الدولة الجزائرية في سبيل تحقيق الأمن الصحي وتعزيز التغطية المجالية، مع تركيز واضح على الولايات الجنوبية مثل بشار وقسنطينة، التي كانت تعاني من نقص في المرافق الصحية. كما ساهم القطاع الخاص في تخفيف الضغط عن المستشفيات العمومية، وتقليل الاعتماد على العلاج بالخارج، خاصة مع تزايد عدد العيادات المتخصصة ومراكز التشخيص الحديثة.

في المحصلة، يكشف هذا التحليل عن ديناميكية تحولية في السياسة الصحية الجزائرية، تقوم على تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وتوسيع الخريطة الصحية الوطنية، غير أن غياب الانتظام في وتيرة التوسع يطرح إشكاليات تتعلق بالتخطيط، والتوزيع العادل، والاستدامة، ما يستدعي تقييمًا دوريًا أكثر دقة للنتائج المحققة وتوجهات التطوير المستقبلي.

الشكل رقم (15): نتائج تحليل نسبة التغطية بالتلقيح في الجزائر (2015_2024) باستخدام تقنية EVIEWS



المصدر: اعداد الطالبة بناءا على معطيات WHO Immunization Coverage

✓ **التعليق:**

تُظهر البيانات الإحصائية المستخرجة من برنامج EVIEWS أن نسبة التغطية بالتلقيح في الجزائر خلال الفترة 2015–2024 كانت مستقرة نسبيًا وعالية بشكل عام، وهو ما يعكس فعالية السياسات الصحية الوطنية في هذا المجال. فقد بلغ متوسط نسبة التغطية بالتلقيح حوالي 91.25%، وهي نسبة مرتفعة تؤكد التزام الجزائر بالمقاييس العالمية في مجال الوقاية الصحية، بينما بلغ الوسيط 90%، ما يدل على أن أغلب السنوات سجلت نسب تغطية قريبة من هذا المستوى.

رغم هذا الاستقرار الظاهري، تكشف المؤشرات الإحصائية الدقيقة عن وجود تفاوت محدود في الأداء السنوي. إذ تشير قيمة الانحراف المعياري (2.84) إلى أن التذبذب حول المتوسط كان منخفضًا نسبيًا، وهو ما يعزز فرضية الثبات النسبي في مستويات التغطية. غير أن قيمة Skewness (1.97) تُشير إلى وجود انحراف إيجابي معتدل في البيانات، أي أن بعض السنوات عرفت نسب تغطية أعلى من المعتاد، مثل سنة 2024 التي بلغت فيها النسبة 98.5%، وذلك بفضل تعزيز الرقابة على الحالة التلقيحية للأطفال.

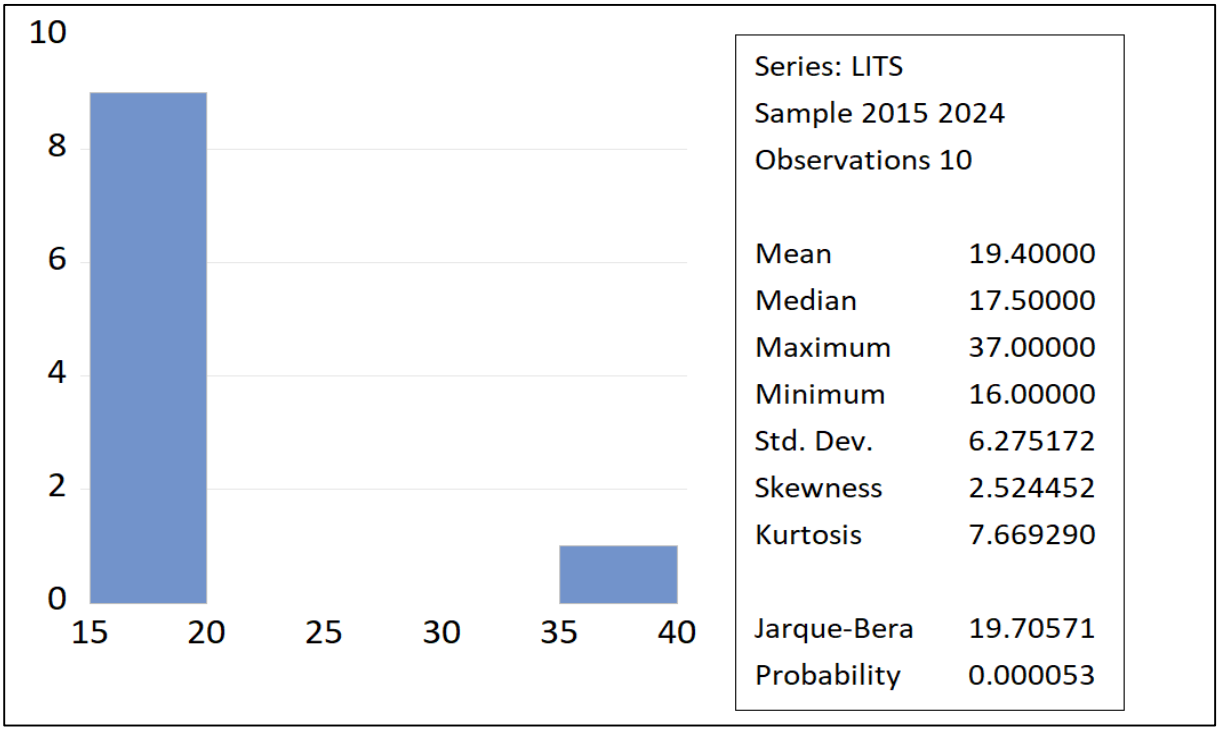
من جهة أخرى، تُبرز قيمة Kurtosis (5.38) وجود ذروة حادة في توزيع البيانات، ما يعني أن القيم المرتفعة في بعض السنوات كانت واضحة، لكنها محصورة في عدد محدود من الفترات. وتؤكد قيمة Jarque–Bera = 8.85 مع احتمالية 0.0119 أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، مما يدل على

وجود استثناءات واضحة في بعض السنوات، خاصة مع تأثير جائحة كوفيد-19 على تنظيم حملات التلقيح.

وتدعم هذه النتائج القراءات الميدانية التي تشير إلى أن الجزائر حافظت على نسبة تغطية تتراوح بين 90% و95% طيلة السنوات الممتدة من 2016 إلى 2022، مع وجود حملات وطنية للتلقيح ضد الحصبة والحصبة الألمانية، وتوفير اللقاحات الضرورية حتى خلال فترات الضغط مثل 2020 و2021 أثناء الجائحة. وشهد عام 2023 تحسنًا إضافيًا مع تسجيل نسبة 94% في تلقيح الأطفال، وتوّج هذا المجهود في 2024 بنسبة قياسية قاربت 98.5%، مدفوعة بحملات تحقق فعالة على المستوى الوطني وبتخصيص ميزانيات معتبرة لدعم برنامج التلقيح، مثل تخصيص 36 مليار دج ضمن ميزانية 2024.

في المجمل، تُبرز هذه المؤشرات نجاح الاستراتيجية الجزائرية في ضمان الوقاية الصحية الجماعية، خاصة في شريحة الأطفال، ما يُعد عنصرًا محوريًا في تعزيز الأمن الصحي الوطني، وتقليل الضغط المستقبلي على المنظومة الصحية من خلال الوقاية بدل العلاج.

الشكل رقم (16): نتائج تحليل عدد الأسرة لكل 10,000 نسمة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS



المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على الديوان الوطني للاحصائيات (2015_2024)

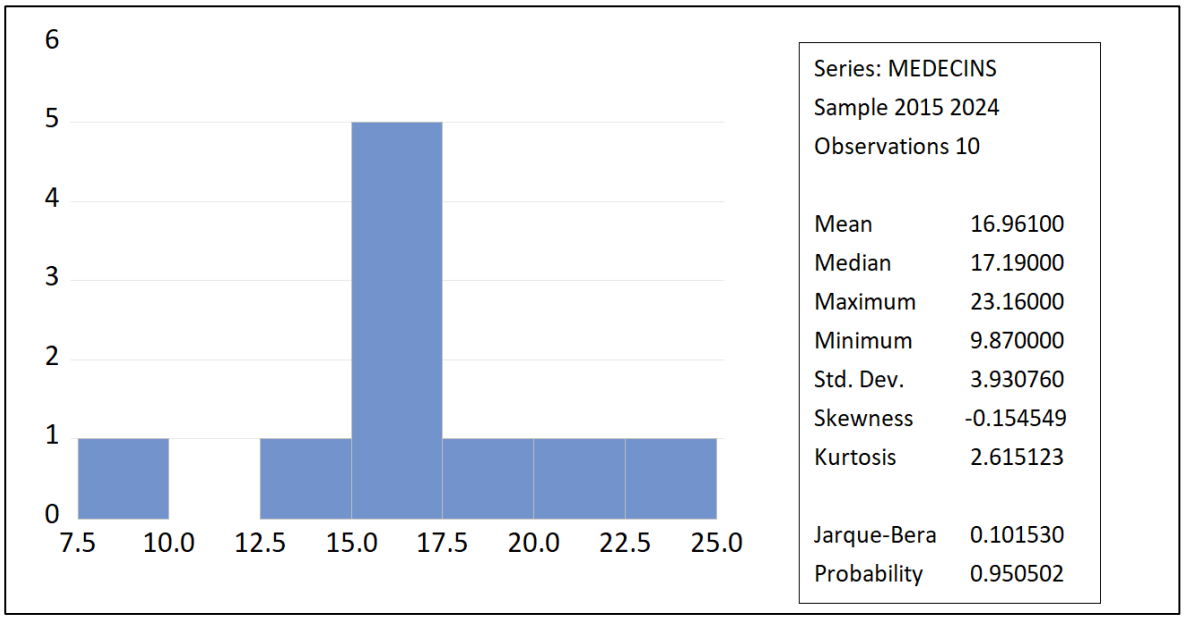
✓ **التعليق:**

يُظهر منحنى EVIEWS لتحليل عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية خلال الفترة من 2015 إلى 2024 نمطًا غير طبيعي في توزيع البيانات، مع تركز واضح في القيم المنخفضة ما بين 15 و19 سريرًا لكل 10,000 نسمة، يقابلها ارتفاع مفاجئ وحاد في عام 2024. هذا التباين يتجلى في المتوسط الحسابي الذي بلغ 19.4 سريرًا، مقابل وسيط أقل عند 17.5، ما يشير إلى أن الغالبية العظمى من السنوات كانت أقل من المتوسط، بينما أثرت القيم العالية المتطرفة، مثل سنة 2024، على رفع المتوسط. تؤكد قيمة الانحراف الموجب) 2.52 (أن التوزيع مائل نحو اليمين بسبب تلك القفزة، فيما تعكس قيمة التفرطح المرتفعة)7.66 (وجود ذيول طويلة وقمة حادة في التوزيع، مما يدل على وجود سنة أو أكثر خارجة عن النمط العام.

تُعد سنوات جائحة كورونا(2020–2021)محطة مهمة في هذا المسار، إذ شهدت زيادة ملحوظة في عدد الأسرة، نتيجة الاستجابة الصحية الطارئة، حيث ارتفع عدد الأسرة من حوالي 17 إلى 18 سريرًا. ورغم أن هذه الزيادة كانت واضحة، فإنها جاءت تدريجية نسبيًا مقارنة بالقفزة الهائلة في عام 2024، التي بلغ فيها عدد الأسرة حوالي 36–37 سريرًا لكل 10,000 نسمة، بعد دخول أكثر من 1700 مستشفى حكومي جديد إلى الخدمة، ما أحدث تغييرًا جذريًا في البنية الصحية.

أما من حيث دلالة الاختبارات الإحصائية، فقد سجل اختبار Jarque–Bera قيمة مرتفعة (19.70) مع احتمالية شبه معدومة) 0.000053(، مما يشير إلى أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي. ويفسر ذلك بوضوح أن ما جرى في عام 2024 ليس امتدادًا طبيعيًا للاتجاه السابق، بل يمثل تغيرًا هيكليًا مفاجئًا . وبهذا، يمكن القول إن منحنى EVIEWS يعكس تطورًا تدريجيًا في السنوات الأولى، متأثرًا جزئيًا بأحداث كورونا، لكنه ينتهي بطفرة غير مسبوقة في نهاية السلسلة، ما يستوجب الحذر في التحليل الكمي، واعتبار عام 2024 نقطة تحوّل يجب التعامل معها كاستثناء في أي نماذج تنبؤية مستقبلية.

الشكل رقم (17): نتائج تحليل عدد الأطباء لكل 10,000 نسمة في الجزائر (2015_2024) بإستخدام تقنية EVIEWS



المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات منظمة الصحة العالمية للجزائر(2015_2024)

✓ **التعليق:**

يُظهر منحنى EVIEWS لتحليل تطور عدد الأطباء في الجزائر خلال الفترة 2015–2024 نمطًا مستقرًا ومتوازنًا، يعكس استراتيجية وطنية طويلة الأمد في دعم الموارد البشرية الصحية. بلغ المتوسط الحسابي لعدد الأطباء خلال هذه الفترة حوالي 16.96 طبيبًا لكل 10,000 نسمة، بينما كان الوسيط قريبًا منه (17.19)، ما يدل على تجانس القيم وغياب الانحرافات الكبيرة. هذا التوازن الإحصائي تؤكده قيمة الانحراف السالب الطفيف–(0.15)، التي تشير إلى تماثل شبه مثالي في التوزيع، بالإضافة إلى تفرطح معتدل(2.61)يُعبر عن غياب القيم الشاذة أو الأطراف الثقيلة.

وتُعزز هذه المعطيات بنتائج اختبار Jarque-Bera ، الذي سجل قيمة منخفضة جدًا (0.10) مع احتمالية مرتفعة) 0.95(، ما يعني أن توزيع البيانات قريب جدًا من التوزيع الطبيعي. وتُعد هذه النتيجة مؤشرًا قويًا على أن نمو عدد الأطباء في الجزائر تم بطريقة تدريجية ومنتظمة، بعيدًا عن القفزات المفاجئة أو الاضطرابات الحادة.

خلال فترة جائحة كورونا(2020–2021)، ورغم الضغط الكبير الذي عرفه القطاع الصحي، لم يُسجَّل اضطراب كبير في مسار تطور عدد الأطباء، وهو ما يعكس مرونة النظام الصحي وقدرته على استيعاب الصدمة، بفضل السياسات التحضيرية السابقة والتكوين المستمر للأطباء. فقد كثفت الدولة في

هذه المرحلة جهودها لتوظيف الأطباء وتوزيعهم في المستشفيات، لا سيما تلك المخصصة لمجابهة الوباء، مع تعزيز فرق الاستجابة الطبية في مختلف الولايات، ما ساهم في الحفاظ على توازن نسبي في المؤشرات الصحية.

كما أن الجزائر استثمرت بقوة في التكوين الطبي، حيث فُرضت خدمة إلزامية لمدة خمس سنوات للأطباء في إطار الصحة العمومية، لتحسين توزيعهم على مستوى التراب الوطني. ورغم هذا، لا تزال الفوارق الجغرافية تمثل تحديًا، إذ يتركز الأطباء بشكل أكبر في المدن الشمالية مقارنة بالمناطق الجنوبية والهضاب العليا، وهو ما يُبرز الحاجة إلى تطوير آليات تحفيز أكثر فعالية لضمان عدالة صحية أكبر.

7-1- حساب معامل الإرتباط بين المتغيرات الستة لتحديد العلاقة بينهما إحصائيا:

الشكل رقم (18) : حساب معامل الإرتباط بين متغير (ميزانية قطاع الصحة ، عدد الأطباء لكل 10000نسمة، عدد الاسر 10000نسمة، عدد المستشفيات، نسبة التغطية بالتلقيح، معدل وفيات الأمهات لكل 10000نسمة، بإستخدام Eviews

Covariance Analysis: Ordinary
Date: 05/30/25 Time: 15:36
Sample: 2015 2024
Included observations: 10

Correlation t-Statistic Probability	DECES	HOPITAUX	LITS	MEDECINS	BUDGET	VACCINAT...
DECES	1.000000					

HOPITAUX	-0.653080	1.000000				
	-2.439214	-----				
	0.0406	-----				
LITS	-0.676726	0.995890	1.000000			
	-2.599812	31.10097	-----			
	0.0316	0.0000	-----			
MEDECINS	-0.020590	0.022631	0.023406	1.000000		
	-0.058251	0.064026	0.066220	-----		
	0.9550	0.9505	0.9488	-----		
BUDGET	-0.735469	0.858759	0.851689	0.023704	1.000000	
	-3.070175	4.740512	4.596794	0.067064	-----	
	0.0153	0.0015	0.0018	0.9482	-----	
VACCINATION	-0.682642	0.934954	0.922511	-0.021419	0.977735	1.000000
	-2.642209	7.453992	6.760264	-0.060596	13.17855	-----
	0.0296	0.0001	0.0001	0.9532	0.0000	-----

المصدر: اعداد الطالبة بالاعتماد على تقنية EVIEWS

يعكس تحليل الارتباط (Correlation Analysis) المستخرج من برنامج EVIEWS للعينة ما بين 2015 و2024 وجود علاقات ذات دلالة إحصائية بين عدد الوفيات (DECES) وبعض المتغيرات الصحية والتمويلية، بما يسمح بتفسير التغيرات في الوفيات بناءً على تطور البنية التحتية الصحية في الجزائر خلال تلك الفترة. إليك تحليلًا مفصلًا لأهم النتائج:

أ- العلاقة مع عدد الوفيات (DECES) :

- **الوفيات وميزانية الصحة (BUDGET) :**
  - **معامل الارتباط** -0.735 :
  - **الدلالة الإحصائية(P-Value)**: 0.015
  - **التحليل** :العلاقة قوية وسالبة ودالة إحصائيًا، مما يعني أن ارتفاع ميزانية قطاع الصحة يرتبط بانخفاض عدد الوفيات، وهو أمر منطقي يُعبر عن فعالية الإنفاق العمومي في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- **الوفيات وعدد الأسرة (LITS) :**
  - **معامل الارتباط**-0.677 :
  - **P-Value**: 0.0316
  - **التحليل** :وجود علاقة عكسية قوية ودالة إحصائيًا، أي أن زيادة عدد الأسرة في المستشفيات تؤدي إلى تقليل معدل الوفيات، وهو ما يعكس تحسن طاقة الاستيعاب والاستجابة للحالات الحرجة، خاصة في أوقات الأزمات مثل جائحة كورونا.
- **الوفيات وعدد المستشفيات (HOPITAUX) :**
  - **معامل الارتباط**-0.653 :
  - **P-Value**: 0.0406
  - **التحليل** :العلاقة سالبة ودالة إحصائيًا، أي أن زيادة عدد المؤسسات الاستشفائية أدت إلى تقليل عدد الوفيات، ويُشير ذلك إلى فعالية التوسع في البنية التحتية الصحية.
- **الوفيات والتلقيح (VACCINATION) :**
  - **معامل الارتباط**-0.682 :
  - **P-Value**: 0.0296
  - **التحليل** :العلاقة قوية وسالبة ودالة إحصائيًا، ما يدل على أن التوسع في برامج التلقيح خلال سنوات جائحة كوفيد-19 ساهم بشكل كبير في تقليل معدلات الوفاة.

- **الوفيات وعدد الأطباء (MEDECINS):**

➢ **معامل الارتباط**0.020- :

➢ **P-Value**: 0.9550

➢ **التحليل** :العلاقة ضعيفة جدًا وغير دالة إحصائيًا، ما قد يعكس أن الأثر المباشر لعدد الأطباء لوحده على الوفيات ليس واضحًا، وربما يكون مرهونًا بعوامل أخرى مثل توزيعهم الجغرافي أو التجهيزات الطبية.

ب- العلاقات بين المتغيرات الأخرى:

- **علاقة قوية جدًا بين عدد الأسرة وعدد المستشفيات** :(r = 0.995, P = 0.000)ما يدل على أن توسع عدد المستشفيات يصاحبه دائمًا توسع في عدد الأسرة.
- **علاقة قوية بين التلقيح والمستشفيات (r = 0.934) والأسرة :(r = 0.922)** هذا يُبرز مدى ارتباط جهود التلقيح بتوسع البنية التحتية الصحية.
- **علاقة قوية جدًا بين التلقيح والميزانية :(r = 0.978)** تؤكد أن برامج التلقيح كانت ممولة بقوة خلال السنوات الأخيرة، خاصة خلال فترة كورونا.

كخلاصة:

تحليل EVIEWS يُظهر بوضوح أن خفض عدد الوفيات في الجزائر خلال الفترة 2015-2024 كان نتيجة مباشرة لتحسن ملموس في عدة مؤشرات صحية رئيسية، أبرزها :الزيادة في عدد المستشفيات والأسرة، ارتفاع ميزانية الصحة، والتوسع في برامج التلقيح .هذه العوامل كانت كلها ذات علاقة عكسية ودالة إحصائيًا مع عدد الوفيات.

من جهة أخرى، فإن عدد الأطباء لم يظهر تأثيرًا واضحًا على معدل الوفيات، ما قد يسلط الضوء على أهمية التركيز مستقبلاً على تحسين توزيعهم الإقليمي ونوعية الخدمات المقدمة، بدلاً من الاكتفاء بالكم.

بالتالي، فإن هذه النتائج تعزز من مصداقية السياسة الصحية الجزائرية خلال العقد الأخير، خصوصًا في إدارة جائحة كوفيد-19، وتؤكد على أهمية الاستثمار في البنية التحتية والتجهيزات والبرامج الوقائية كأدوات فعّالة لخفض معدلات الوفيات وتحسين الصحة العامة.

ويُمكن تلخيص ما سبق ضمن إطار تقييم السياسات الصحية الرامية إلى تحقيق الأمن الصحي في الجزائر، مع التركيز بشكل خاص على السياسات المُنفذة خلال العامين التاليين لجائحة كوفيد-19 وذلك وفق مؤشرات السياسة العامة.

رابعا: تقييم السياسات الصحية في الجزائر وفق مؤشرات تقييم السياسات العامة

1- مؤشر الفعالية (Effectiveness) مدى تحقيق الأهداف المسطّرة[1]:

يُقصد بالفعالية في السياسات الصحية مدى قدرة النظام على تحقيق الأهداف التي تم الإعلان عنها في الاستراتيجيات والخطط الرسمية، مثل تحسين جودة الخدمات، تقليص الفوارق في التغطية الصحية، تخفيض معدلات الوفيات، والارتقاء بمؤشرات الصحة العامة. وفي حالة الجزائر، يُظهر الواقع أن الفعالية ما تزال محدودة، حيث تشير التقييمات إلى أنها تتراوح بين "متوسطة إلى ضعيفة"، ما يعكس فجوة واضحة بين ما تم التخطيط له وما تم تحقيقه فعليًا على أرض الواقع.

ومن أمثلة على ضعف الفعالية نجد نقص في نوعية الخدمات الصحية فبالرغم من إطلاق مشاريع لبناء وتجهيز مستشفيات جديدة خلال السنوات الأخيرة، إلا أن العديد منها يعاني من نقص الكوادر الطبية المتخصصة، وضعف التسيير، ما أدى إلى سوء الخدمات واستمرار معاناة المواطنين، خصوصًا في المناطق الداخلية والجنوبية. أشار تقرير محكمة المحاسبة الجزائرية (2022) إلى أن نسبة كبيرة من التجهيزات الطبية الموجهة للمستشفيات بقيت غير مستعملة بسبب نقص الكفاءات البشرية، أو غياب الصيانة والتكوين. كذلك نجد ارتفاع معدلات الأخطاء الطبية ومعدلات الوفيات في بعض المؤسسات الصحية فوفق تقارير إعلامية وملاحظات من هيئات المجتمع المدني، سُجّلت حالات متكررة من الإهمال الطبي وتأخر في التكفل بالحالات الاستعجالية، ما أدى إلى تدهور ثقة المواطنين في النظام الصحي العمومي. كما أن الجزائر لا تزال تسجل نسب وفيات أمومة ومواليد مرتفعة مقارنة بدول ذات مستوى إنفاق صحي مشابه، حيث بلغ معدل وفيات الأمهات في الجزائر حوالي 112 وفاة لكل 100,000 ولادة حيّة (تقديرات منظمة الصحة العالمية، 2020)، وهو رقم بعيد عن أهداف التنمية المستدامة.

- **فشل في احتواء بعض الأوبئة أو تنظيم حملات تلقيح فعالة:** أثناء جائحة كوفيد-19، ورغم المجهودات المبذولة، اتسمت الحملة الوطنية للتلقيح ببطء كبير في بدايتها، حيث لم تتجاوز نسبة التغطية بلقاح كورونا حدود 30% من السكان حتى أواخر 2021، أي بعد أكثر من سنة على بدء الجائحة، مقارنة بنسب فاقت 60% في دول الجوار مثل المغرب.[2]

[1] عبد الحميد برحومة، **الكفاءة والفعالية في مجالات التصنيع والإنتاج**، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد 1، العدد 1 (2008): 55-72، ص 56

[2] سعاد كعسيمي و اخرون، **العوامل المحددة للإقبال على لقاح كوفيد-19 في الجزائر: دراسة سكانية مع مراجعة منهجية للدراسات في الدول العربية بمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا**، مجلة فرونتيرز للصحة العامة، مجلد 10 (2022): 84344، https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.843449. ص 06

- **تخبط إداري وعدم استقرار في السياسات الصحية:** تعددت التعديلات الوزارية في قطاع الصحة، ما أثر سلبًا على استمرارية البرامج، حيث تعاقب على وزارة الصحة أكثر من 6 وزراء في أقل من عشر سنوات، دون تسجيل نقلة نوعية في الأداء العام للقطاع.

مما سبق، نستنتج أن هناك فجوة واضحة بين التخطيط والتنفيذ، حيث يتم إطلاق المشاريع والخطط الصحية دون استناد كافٍ إلى دراسات ميدانية أو مؤشرات أداء قابلة للقياس. كما يعكس ذلك ضعف آليات المتابعة والتقييم، وغياب ثقافة التسيير المبني على النتائج، مما يؤدي إلى تكرار نفس الأخطاء رغم تغير الخطط. إضافة إلى ذلك، فإن هيمنة البيروقراطية وضعف التنسيق بين المستويات المركزية والمحلية يُعيق ترجمة السياسات الوطنية إلى نتائج ملموسة على المستوى المحلي.

2- مؤشر الكفاءة (Efficiency):

تشير الكفاءة إلى مدى الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة في النظام الصحي، سواء كانت مالية، بشرية، أو مادية، لتحقيق أفضل النتائج بأقل تكلفة ممكنة.[1]

وفقًا لبيانات البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، ارتفع الإنفاق الصحي في الجزائر من حوالي 6.1% من الناتج المحلي الإجمالي قبل الجائحة إلى ما يقارب 7.5% خلال ذروتها (2021–2022)، دون أن ينعكس ذلك بتحسن فعلي في مؤشرات الأداء الصحي. وأظهرت تقارير وزارة الصحة ومنظمات دولية(WHO) ، (UNICEF) وجود اختلالات في التخطيط وتوزيع الموارد، خاصة بالمناطق الريفية، حيث سُجل نقص بأكثر من 30% في الأجهزة الطبية الأساسية مثل أجهزة التنفس الصناعي، وانخفاض في تغطية التلقيح الروتيني للأطفال بنحو 10% سنة 2020.

3- مؤشر العدالة (Equity):

تعبر العدالة الصحية عن مدى التوزيع العادل والمتساوي للخدمات الصحية بين مختلف المناطق الجغرافية والفئات الاجتماعية، بحيث يتمكن كل مواطن من الحصول على رعاية صحية ذات جودة دون تمييز أو تهميش.

رغم الجهود الحكومية لتحسين البنية التحتية الصحية، لا تزال الفجوات واضحة بين الولايات الشمالية والجنوبية في الجزائر، وبين المدن الكبرى والمناطق الداخلية والريفية. ففي حين تتمركز غالبية المستشفيات

[1] عبد الحميد برحومة، المرجع السابق، ص 57

الحديثة والمجهزة بشكل جيد في العاصمة ومناطق الساحل الشمالي، تعاني الولايات الجنوبية وخاصة المناطق الصحراوية من نقص حاد في المنشآت الصحية وأعداد الأطباء المتوفرين. على سبيل المثال حسب بيانات وزارة الصحة الجزائرية والديوان الوطني للإحصائيات، يسجل معدل الأطباء لكل 1000 نسمة تباينًا واضحًا بين العاصمة (حوالي 2.5 طبيب/1000 نسمة) وبعض الولايات الجنوبية مثل تمنراست أو إيليزي (أقل من 0.7 طبيب/1000 نسمة)، مما يعكس التفاوت الجهوي في توزيع الموارد البشرية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، وجود تفاوت كبير في مستوى الخدمات الصحية المقدمة، حيث لا تتوفر في المناطق النائية خدمات تخصصية مثل العناية المركزة أو جراحات القلب، مما يجعل السكان في هذه المناطق يضطرون للسفر لمسافات طويلة لتلقي العلاج، الأمر الذي يزيد من عدم المساواة.

يعكس هذا التفاوت تركيزًا غير متوازن للموارد الصحية في مناطق معينة، وغالبًا ما تكون مراكز القرار والتخطيط في المناطق الحضرية الكبرى، مما يُفاقم التفاوت في فرص الحصول على العلاج ويهدد مبدأ العدالة الاجتماعية. يؤثر هذا الواقع سلبًا على صحة الفئات الضعيفة والمحرومة ويزيد من معدلات الهجرة الداخلية بحثًا عن فرص علاجية أفضل، مما يزيد العبء على المستشفيات في المدن الكبرى. لذلك، يُعد تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية تحديًا رئيسيًا يتطلب إعادة توزيع الموارد بشكل أكثر إنصافًا، مع تعزيز الاستثمار في البنية التحتية والخدمات الطبية في المناطق المحرومة، بالإضافة إلى تحسين جذب الكوادر الطبية للعمل في هذه المناطق.[1]

4- مؤشرا الشفافية والمساءلة (Transparency and Accountability):

تعبر الشفافية والمساءلة عن مدى وضوح آليات اتخاذ القرار داخل النظام الصحي، وإمكانية محاسبة الجهات المسؤولة عن تنفيذ السياسات الصحية، بالإضافة إلى مدى توافر المعلومات الصحية للمواطنين والمجتمع المدني، وتمكينهم من المشاركة في الرقابة والتقييم.[2]

[1] UNICEF. 2024. Algeria Country Brief: Community Health. Middle East and North Africa Regional Office. https://www.unicef.org/mena/media/27086/file/241212_UNICEF_MENARO_CHS_Country_Brief_ALGERIA_ENG.pdf.pdfUNICEF P P(01-10)

[2] عرابة، الحاج، وحفصة زنخري. 2015. **حوكمة المؤسسة الاستشفائية كأداة لتحسين الخدمة الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة**. المجلة الجزائرية للدراسات المحاسبية والمالية. ص 1–10.

بعد جائحة كوفيد-19، برزت تحديات كبيرة في مجال الشفافية والمساءلة داخل النظام الصحي الجزائري. فبالرغم من حجم الأزمة وأهميتها، ظلّ نشر البيانات الصحية والإجراءات المتخذة بشكل محدود وغير منتظم، حيث لم يتم توفير تقارير دورية شفافة حول أعداد الإصابات، معدلات الشفاء، أو توزيع الموارد الطبية بشكل مفصل وواضح للجمهور. كما أظهرت مراجعات مؤسسات المجتمع المدني ضعفًا في آليات إشراكهم في الرقابة على تنفيذ السياسات الصحية، بالإضافة إلى محدودية دور وسائل الإعلام المستقلة في متابعة الأداء الصحي ونقل المعلومات بشكل موضوعي. وتشير بعض الدراسات إلى أن أقل من 30% من المستشفيات والمراكز الصحية كانت تقدم تقارير دورية للجمهور أو تسمح بمشاركة المجتمع المدني في مراقبة الأداء خلال فترة الجائحة.

يشكل هذا النقص في الشفافية والمساءلة خللاً جوهرياً في حوكمة النظام الصحي، حيث يؤدي إلى تراجع الثقة بين المواطنين والمؤسسات الصحية، ويزيد من احتمالية انتشار الشائعات والمعلومات المغلوطة التي تؤثر سلبًا على الالتزام بالإجراءات الصحية. كما يحد من قدرة الجمهور على المشاركة الفعالة في تحسين الخدمات الصحية ومحاسبة الجهات المسؤولة عن أوجه القصور. لتعزيز الحوكمة الصحية، بات من الضروري تطوير آليات شفافة لنشر المعلومات الصحية بشكل منتظم، وتمكين المجتمع المدني ووسائل الإعلام من أداء دور رقابي فاعل، إضافة إلى إنشاء هيئات مستقلة للمساءلة تتابع تنفيذ السياسات الصحية وتعالج التجاوزات.

5- مؤشر المرونة (Resilience):

تعبر المرونة عن قدرة النظام الصحي والسياسات المتبعة على التكيف السريع والفعّال مع المستجدات والأزمات الصحية، وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية رغم الظروف الطارئة.[1]

خلال أزمة كوفيد-19، أظهرت المنظومة الصحية في الجزائر قدرة استجابة أولية ملموسة، حيث تم تجهيز أكثر من 3,000 سرير للعناية المركزة وزيادة أعداد الكوادر الطبية المؤقتة، إضافة إلى إنشاء مراكز عزل مؤقتة في عدة ولايات. [2]لكن هذه الاستجابة كانت غالبًا غير منظمة وتعتمد على حلول وقتية وسريعة، دون وجود خطط طوارئ مدروسة أو مؤسسات متخصصة لإدارة الأزمات الصحية. كما تأثرت بعض

[1] بوشالغم، عميروش، ومنصف شرفي. 2017. "**واقع وآفاق المنظومة الصحية في الجزائر.**" مجلة دراسات اقتصادية، جامعة قسنطينة 2، المجلد 4، العدد 3، صفحات 15-18.

[2] World Health Organization**, COVID-19 Country Preparedness and Response Status Report**: **Algeria** (Geneva: WHO, 2021), accessed May 21, 2025, https://www.who.int/publications.

الخدمات الصحية الأساسية بسبب إعادة توجيه الموارد لمكافحة الجائحة، مما أبرز قصورًا في التنسيق والقدرة على التكيف بشكل شامل.

بالرغم من بعض مظاهر التكيّف أثناء الجائحة، كشفت الأزمة ضعفًا بنيويًا في قدرة النظام الصحي على مواجهة الأزمات المستقبلية بشكل متكامل ومستدام. وأيضا غياب وجود مؤسسات متخصصة لإدارة الطوارئ الصحية، ونقص خطط طوارئ شاملة ومحدثة، يقلل من قدرة النظام على التكيف الفعّال مع الصدمات. على سبيل المثال، أظهر تقرير وزارة الصحة في 2023 أن أقل من 40% من المؤسسات الصحية على المستوى الوطني لديها خطط مكتوبة لإدارة الطوارئ، كما أن التنسيق بين القطاعات الصحية المختلفة والجهات الحكومية لا يزال دون المستوى المطلوب. لتعزيز مرونة النظام، يلزم تطوير مؤسسات إدارة الأزمات الصحية، تحسين التخطيط الاستباقي، وتبني نظم معلومات صحية حديثة تساعد في رصد المؤشرات الصحية وتوقع المخاطر.

6- مؤشر المشاركة (Participation):

تعكس المشاركة مدى إشراك جميع الفاعلين المعنيين في صناعة القرار الصحي، بما في ذلك المهنيين الصحيين، المجتمع المدني، والقطاع الخاص، لضمان اتخاذ قرارات شاملة ومستجيبة للاحتياجات الحقيقية.[1]

في الجزائر وبعد جائحة كوفيد-19، استمرت ممارسات اتخاذ القرار في النظام الصحي الجزائري بطابع مركزي، حيث تم اتخاذ غالبية القرارات على المستوى الوطني دون مشاورات واسعة أو إشراك فعلي للفاعلين الميدانيين مثل الأطباء، الممرضين، منظمات المجتمع المدني، أو القطاع الخاص. في الواقع، أظهرت تقارير رسمية أن أقل من 25% من برامج الصحة المجتمعية أو الحملات التوعوية خلال فترة الجائحة شاركت فيها منظمات المجتمع المدني بشكل مباشر، مما حدّ من تأثيرها وفاعليتها على الأرض. كما أن الحوار مع المهنيين الصحيين حول السياسات المتغيرة والتحديات اليومية لم يكن كافياً، مما تسبب في شعور بعدم التمكين وقلة المشاركة في رسم السياسات الصحية.

يساهم هذا النمط المركزي في اتخاذ القرار في تقليل فاعلية السياسات الصحية، حيث يغيب عنصر التمكين المجتمعي والتمثيل الحقيقي للفئات المختلفة، وهو ما يؤدي بدوره إلى ضعف تبني السياسات على المستوى المحلي وتراجع الالتزام بها. كما أن غياب إشراك القطاع الخاص والجهات الفاعلة في الرعاية

[1] World Health Organization. ***Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action.*** Geneva: World Health Organization, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832.

الصحية يعوق الابتكار ويحد من الموارد المتاحة للتطوير. لتعزيز المشاركة، يتطلب الأمر وضع آليات واضحة وشفافة لتشريك المهنيين والمجتمع المدني والقطاع الخاص في صنع القرار، وتطوير منصات تواصل فعالة تضمن تمثيلاً متوازنًا وفعّالاً لكل الأطراف المعنية، مما يدعم سياسات صحية أكثر استجابة ونجاحًا.

يكشف التقييم التحليلي في الجزائر عن وجود اختلالات عميقة تعيق تحقيق الأهداف المرجوة، إذ أظهرت المؤشرات الرئيسية المعتمدة في تقييم السياسات الصحية أن فعالية هذا النظام تتراوح بين المتوسطة والضعيفة. فعلى مستوى الفعالية، وعلى الرغم من إطلاق العديد من المشاريع والبرامج الصحية، فإن النتائج المحققة لم ترق إلى مستوى التطلعات، حيث لم يتم تسجيل تحسن ملموس في نوعية الخدمات. أما من حيث الكفاءة، فقد سجل الأداء مستوى "ضعيف"، حيث لم يُستغل الارتفاع في الموارد المالية والبشرية والمادية بشكل مثالي، نتيجة لسوء التسيير وضعف الرقابة على توزيع الموارد، وهو ما أدى إلى هدر إمكانيات كبيرة دون نتائج واضحة على أرض الواقع. وفيما يتعلق بمؤشر العدالة، لا تزال الفوارق في الحصول على الخدمات الصحية قائمة، خاصة بين الولايات الشمالية والجنوبية، وبين المناطق الحضرية والريفية، حيث يستفيد سكان بعض الجهات من تجهيزات ومراكز صحية متقدمة، بينما تعاني مناطق أخرى من نقص حاد في الموارد والخدمات، مما يضع هذا المؤشر في خانة "ضعيف إلى متوسط."

أما على مستوى المرونة، ورغم أن المنظومة الصحية أظهرت بعض الاستجابة السريعة خلال جائحة كوفيد-19، إلا أن تلك الاستجابة كانت ارتجالية في كثير من الأحيان وغير مبنية على خطط طوارئ مسبقة، حيث اعتمدت على حلول مؤقتة بدل آليات مستدامة، وهو ما جعل هذا المؤشر يُقيّم بدرجة "متوسطة". في المجمل، تعكس هذه المؤشرات واقعًا هشًا يتطلب إصلاحًا شاملاً وعميقًا في سياسات الصحة العمومية، يرتكز على حوكمة فعالة، توزيع عادل للموارد، إشراك حقيقي للفاعلين، ونظام مراقبة ومساءلة يضمن فعالية واستدامة السياسات الصحية.

خلاصة الفصل:

شكّلت جائحة كوفيد-19 لحظة فارقة في مسار المنظومة الصحية الجزائرية، حيث وضعت سياساتها، هياكلها، وكوادرها أمام اختبار فعلي لمدى جاهزيتها ومرونتها في مواجهة الطوارئ الصحية. فقد بين الفصل أن الاستجابة الجزائرية، وإن تأخرت نسبيًا في بداياتها، عرفت تصاعدًا تدريجيًا في الفعالية، تمثّل في جملة من الإجراءات الوقائية والردعية، أهمها: فرض الحجر الصحي، دعم قدرات المستشفيات، إطلاق حملات تطعيم وطنية، وتوسيع نطاق الفحص والتشخيص.

كما أبرز التحليل أن هذه الاستجابة، رغم كونها ساهمت في تقليل الأضرار الصحية والاجتماعية للجائحة، إلا أنها كشفت عن هشاشة هيكلية في البنية الصحية الوطنية، خاصة فيما يتعلق بضعف التنسيق بين المستويات الإدارية، غياب الرقمنة، التفاوت الجغرافي الكبير في توزيع الموارد الصحية، إضافة إلى المركزية الشديدة في اتخاذ القرار.

وعبر استخدام الأدوات الإحصائية برنامج(EVIEWS ، تبيّن أن بعض المؤشرات مثل عدد الأسرة، عدد المستشفيات، والميزانية الصحية كانت ذات أثر مباشر على تقليص عدد الوفيات، في حين لم يظهر نفس التأثير بالنسبة لعدد الأطباء بسبب محدودية التوزيع والجاهزية.

في المجمل، خلص الفصل إلى أن تجربة الجزائر مع كوفيد-19، وإن كشفت عن قدرة نسبية على التكيف، فإنها أكدت الحاجة الملحة إلى إصلاحات عميقة تشمل إعادة هيكلة السياسات الصحية وفق منطق استباقي تشاركي، يعزز من الأمن الصحي الوطني ويؤسس لنموذج صحي أكثر عدالة وفعالية واستدامة في مواجهة الأزمات المستقبلية.

خاتمـــة

خـــاتمة

نستنتج من خلال هذه الدراسة التي تناولت مختلف أبعاد السياسات الصحية في الجزائر، خاصة في سياق جائحة كوفيد-19، أن هذه الأزمة لم تكن مجرد اختبار ظرفي للمنظومة الصحية، بل شكلت نقطة تحول مفصلية كشفت عن مكامن القوة ومواطن الضعف على حد سواء. فمن خلال تحليل الإطار التنظيمي والمؤسساتي، ورصد الأداء الصحي خلال الفترة 2020-2024، وقياس العلاقة بين المتغيرات الصحية الأساسية ومؤشرات الأمن الصحي، أمكن الوقوف على مدى قدرة الدولة الجزائرية على التفاعل مع الأزمات الصحية الطارئة، وعلى فاعلية السياسات المتبعة في حماية الصحة العامة وضمان استمرارية الخدمات.

لقد أظهرت الدراسة أن السياسات الصحية التي اعتمدتها الجزائر خلال جائحة كوفيد-19 ساهمت بالفعل في تعزيز بعض جوانب الأمن الصحي، لا سيما من خلال التوسع في قدرات التشخيص والتلقيح، وزيادة عدد الأسرة والمستشفيات، إضافة إلى الحملات الوقائية والتوعوية. إلا أن هذا المجهود بقي غير كافٍ لتحقيق أمن صحي شامل ومستدام، بسبب جملة من الاختلالات البنيوية والتنظيمية التي قللت من فعالية الاستجابة.

وقد كشفت نتائج الدراسة، سواء من خلال التحليل المؤسسي أو تحليل البيانات الإحصائية عبر برنامجEVIEWS ، أن السياسة الصحية الجزائرية خلال الأزمة افتقرت في مرحلتها الأولى إلى الجاهزية الاستباقية والتخطيط الاستراتيجي، ما جعل الاستجابة في بدايات الجائحة تتسم بردّ الفعل بدل المبادرة. كما أن الطابع المركزي لصنع القرار، والتوزيع غير العادل للموارد، وغياب منظومة رقمية متكاملة، كلها عوامل حدّت من نجاعة تلك السياسات في ضمان حماية شاملة وعادلة لجميع فئات المجتمع.

ورغم بعض المكاسب، فإن تحقيق الأمن الصحي بقي مرتبطًا أكثر بردود الفعل الظرفية، لا بمنظومة مهيكلة وطويلة المدى. وعليه، فإن دور السياسات الصحية كان إيجابيًا لكنه غير مكتمل، وهو ما يستدعي، في مرحلة ما بعد الجائحة، إعادة صياغة استراتيجية صحية وطنية تقوم على الاستباق، العدالة، والفعالية، وتُؤسس لنظام صحي أكثر مرونة واستدامة.

1- اختبار صحة الفرضيات:

- **الفرضية الرئيسية:**

"رغم الطابع التضامني للسياسات الصحية في الجزائر، فإن فعاليتها في تحقيق الأمن الصحي خلال جائحة كوفيد-19 ظلت محدودة بسبب اختلالات هيكلية في الحوكمة، التمويل، وتوزيع الموارد".

خـــاتمة

تُعد هذه الفرضية صحيحة، وقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج **EVIEWS**، إلى جانب الملاحظة الميدانية وتحليل السياسات، أن الاستجابة الصحية الجزائرية اتسمت بطابع تضامني من حيث التوجه، لكنها لم تُترجم فعليًا إلى أداء متكامل وفعال يُحقق الأمن الصحي الشامل، وذلك بسبب عدد من العراقيل البنيوية التي أثّرت في نجاعة التدخلات، خاصة في الأشهر الأولى من الجائحة.

فمن جهة، بيّنت المؤشرات الكمية وجود علاقة عكسية قوية ودالة إحصائيًا بين عدد الوفيات ومؤشرات مثل عدد الأسرة في المستشفيات، عدد الهياكل الصحية، وحجم التلقيح الوطني .إذ ساهمت هذه العوامل، بوضوح، في تخفيف الضغط على المؤسسات الصحية وتقليص معدلات الوفاة، لا سيما خلال الموجتين الثالثة والرابعة من الجائحة. كما أظهرت البيانات أن دعم الدولة لهذه المحاور (من خلال بناء مستشفيات ميدانية، ورفع قدرات الإنعاش، وتأمين ملايين الجرعات من اللقاحات) كان حاسمًا في تحسين مؤشرات الصمود الصحي.

غير أن هذه المكاسب بقيت محصورة جزئيًا في المجالين العمراني والمؤسسي، بينما ظل تأثير السياسات الصحية محدودًا على مستوى الأمن الصحي الشامل والعادل .ويعود ذلك أساسًا إلى ثلاثة اختلالات بنيوية رئيسية: كاختلال الحوكمة الصحية، فالسياسات الصحية الجزائرية خلال الجائحة عانت من مركزية مفرطة في اتخاذ القرار، مع محدودية إشراك الفاعلين المحليين، المهنيين الصحيين، والمجتمع المدني في صياغة التدخلات. كما غابت آليات التنسيق بين المستويات الإدارية (الوزارة – الولايات – البلديات)، مما أضعف الانسيابية في اتخاذ القرارات وتنفيذها في الوقت المناسب، كذلك التفاوت في توزيع الموارد البشرية والطبية رغم الزيادة النسبية في عدد الأطباء والممارسين العامين، فإن التوزيع الجغرافي غير المتوازن جعل بعض الولايات، خاصة في الجنوب والهضاب العليا، عاجزة عن الاستجابة الفعالة بسبب نقص الكوادر الطبية والتجهيزات. وقد كشفت الجائحة أن التركيز الحضري للخدمات الصحية يُنتج مناطق ظل صحي خطرة في أوقات الأزمات. إلى جانب تأخر الرقمنة الصحية، فقد شكّل غياب نظام معلومات صحي رقمي وموحد أحد أبرز المعوقات أمام التتبع الوبائي السريع، وتوزيع الموارد وفق الحاجة، واتخاذ قرارات مبنية على معطيات دقيقة وآنية. وقد تسبب هذا النقص في تباطؤ عملية تتبع الحالات، وضعف التحكم في البؤر الوبائية، وتأخر اتخاذ إجراءات العزل أو التدخل الوقائي.

فضلًا عن ذلك، كشفت الدراسة أن حجم التمويل الصحي، رغم تطوره خلال الجائحة، لم يكن مصحوبًا بإصلاحات هيكلية في طرق التسيير والرقابة، ما أضعف الأثر المباشر لهذا الإنفاق، خصوصًا في ظل غياب مؤشرات تقييم أداء مؤسساتي واضحة.

خـــاتمة

وعليه، فإن نتائج هذه الدراسة لا تنفي الجهود الملموسة التي بذلتها الدولة الجزائرية في مواجهة الأزمة، بل تُؤكد أن الطابع التضامني للسياسات الصحية ظل محكومًا بعوائق هيكلية قللت من فعاليته . وبالتالي، فإن تحقيق أمن صحي حقيقي في المستقبل يتطلب إعادة النظر في منطق الحوكمة الصحية، وتعزيز العدالة في توزيع الموارد، ورقمنة المنظومة بالكامل، بما يضمن الاستباقية والمرونة في مواجهة الأزمات.

- **الفرضية الفرعية الأولى:**

لقد أظهرت الجائحة بوضوح مدى تأثير غياب التنسيق المؤسساتي في إضعاف قدرة الدولة على الاستجابة السريعة والفعّالة للأزمات الصحية، حيث تأكدت الفرضية القائلة بأن غياب منظومة موحدة ومنسقة تربط مختلف مستويات القرار الصحي – من وزارة الصحة على المستوى المركزي، إلى مديريات الصحة الولائية، وصولاً إلى المستشفيات والمراكز الصحية المحلية – قد أدّى إلى نوع من الارتباك في التعامل مع موجات الوباء، خاصة في المراحل الأولى. فقد بيّن التحليل المؤسسي أن النظام الصحي الجزائري يفتقر إلى بنية تنسيقية مرنة وديناميكية تُمكّنه من التفاعل السريع مع المستجدات الوبائية. وكانت الإجراءات تُتخذ غالبًا بشكل مركزي دون إشراك فعّال للجهات المحلية، ما أدى إلى تأخر في توزيع المعدات الطبية والموارد البشرية، وإلى تفاوت زمني واضح في اتخاذ وتنفيذ القرارات بين الولايات.

كما أن غياب قنوات اتصال فعّالة بين الهياكل الصحية المختلفة ساهم في تضارب المعطيات وتكرار القرارات أو تأخرها، وهو ما انعكس سلبًا على ضبط البؤر الوبائية، وتأخير الاستجابة الوقائية في المناطق المتضررة. هذا الخلل في التنسيق لم يكن تقنيًا فحسب، بل يُعزى أيضًا إلى غياب رؤية تشاركية في إدارة القطاع الصحي، وضعف تفعيل مجالس التنسيق الجهوية والمحلية، التي من المفترض أن تلعب دورًا محوريًا في أوقات الأزمات.

وتُظهر التجارب الدولية أن الدول التي امتلكت منظومات تنسيقية أفقية وعمودية قوية، تمكنت من احتواء الأزمة بسرعة وفعالية أكبر، بعكس النماذج التي ظلت حبيسة التسيير المركزي. وبذلك، يمكن القول إن أحد أهم الدروس التي كشفتها أزمة كوفيد-19 هو أن فعالية النظام الصحي في فترات الطوارئ لا تقاس فقط بحجم الموارد، بل بمدى قدرة مكوّناته على العمل بانسجام وتكامل. وعليه، فإن إصلاح النظام الصحي الجزائري لا يمكن أن يتحقق دون بناء منظومة تنسيق واضحة، متفاعلة، ومبنية على تقاسم السلطة الصحية بين المركز والجهات، مع اعتماد أدوات اتصال فوري وفعّال تضمن اتخاذ قرارات مرنة وسريعة في الزمن المناسب والمكان المناسب.

- **الفرضية الفرعية الثانية:**

"كشف عدم توازن توزيع الموارد بين الشمال والجنوب عن ضعف العدالة الصحية".

تم تأكيدها :تُظهر البيانات أن عدد الأطباء والمستشفيات والأسرة يتركز في الشمال أكثر من الجنوب، وهو ما أثر على جودة الرعاية الصحية في المناطق الداخلية، خاصة خلال ذروة الموجات الوبائية.

- **الفرضية الفرعية الثالثة:**

"ساهم تأخر الرقمنة في ضعف تتبع الحالات والتدخل الوقائي".

لقد أظهر تحليل واقع المنظومة الصحية الجزائرية خلال جائحة كوفيد-19 أن أحد أبرز الإشكالات التي واجهت عملية الاستجابة السريعة والفعالة للوباء تمثّل في غياب منظومة رقمية متكاملة ومتطورة لإدارة المعلومات الصحية. فقد تبيّن من خلال المعطيات الميدانية وتحليل الأداء المؤسسي أن النظام الصحي كان يعتمد، إلى حدّ كبير، على آليات تقليدية في جمع البيانات وتحليلها، وهو ما أفرز بطئًا واضحًا في عملية تتبع الحالات الإيجابية، ورصد سلاسل العدوى، واتخاذ قرارات وقائية دقيقة في الوقت المناسب.

إن الرقمنة في السياق الصحي لا تقتصر فقط على تحويل الوثائق الورقية إلى إلكترونية، بل تشمل إنشاء نظام معلوماتي ديناميكي يسمح بتحديث فوري للبيانات، وربط المؤسسات الصحية الوطنية بقاعدة بيانات موحدة، وتفعيل أدوات التحليل الجغرافي (GIS) لتحديد بؤر انتشار الفيروس. غير أن غياب هذا النظام في الجزائر، خاصة في بداية الجائحة، أضعف قدرة السلطات الصحية على فهم التطور الزمني والمكاني للوباء، وساهم في إرباك عمليات الحجر الصحي، والتأخر في عزل الحالات المصابة، وتعطيل كفاءة حملات الفحص والتلقيح.

كما أن عدم وجود منصة رقمية موحدة لتقاسم المعطيات بين مختلف الفاعلين (الوزارة، المستشفيات، مراكز التشخيص، مراكز التلقيح، الإدارات المحلية...) جعل من الصعب إصدار قرارات استباقية مبنية على تحليل آنٍ ودقيق للمعطيات الميدانية. ونتيجة لذلك، كانت الاستجابة في كثير من الحالات تفاعلية متأخرة بدل أن تكون استباقية وقائية، وهو ما أدى إلى توسع بعض البؤر الوبائية قبل السيطرة عليها.

ولم يتوقف أثر تأخر الرقمنة عند حدود التتبع الوبائي، بل انسحب كذلك على ضعف التنسيق في تسيير الموارد (مثل الأسرة، أجهزة الإنعاش، الأدوية، واللقاحات)، وأثر على دقة التبليغ الوبائي، الأمر الذي حال دون توفير صورة شاملة ومتكاملة لصانع القرار الصحي في لحظة الأزمة.

ورغم المحاولات الجزئية التي قامت بها السلطات لاحقًا – مثل إطلاق منصات إلكترونية للإبلاغ أو متابعة الإحصائيات – فإن غياب بنية رقمية صحية مؤسساتية متكاملة حال دون استثمار تلك الجهود بالفعالية المطلوبة. وهذا ما يثبت صحة الفرضية، ويُبرز أن تأخر الرقمنة كان عاملًا حاسمًا في إضعاف التدخل الوقائي، ويجب أن يكون محورًا مركزيًا في أي إصلاح صحي مستقبلي.

- **الفرضية الفرعية الرابعة:**

رغم الزخم التشريعي الذي شهدته السياسة الصحية الجزائرية، لا سيما خلال فترة جائحة كوفيد-19، من خلال إصدار مراسيم تنفيذية وقرارات وزارية تهدف إلى تحسين الاستجابة وتعزيز الأمن الصحي، إلا أن هذه الإصلاحات القانونية لم تُترجم إلى نتائج ملموسة على أرض الواقع، وذلك بسبب غياب ثقافة التقييم الدوري المستند إلى مؤشرات الأداء الدقيقة والقابلة للقياس .لقد كشفت الأزمة الصحية أن المشكل لم يكن فقط في النصوص أو في النية السياسية، بل في ضعف تفعيل آليات الرقابة والمتابعة والتصحيح التي يفترض أن ترافق أي برنامج صحي.

فقد تبين من خلال التحليل المؤسسي والميداني أن أغلب السياسات الصحية المعلنة لم تكن مرفقة بمنظومات تقييم واضحة تُحدّد أهدافًا كمية ونوعية، وتربط الإنجاز بالنتائج الفعلية لا بالوسائل المرصودة فقط. وغابت عن أغلب البرامج الصحية – خاصة تلك المتعلقة بالتوزيع الجغرافي للموارد، وتوسيع التغطية، وتحسين جودة الخدمات – مؤشرات أداء دقيقة (KPIs) يمكن من خلالها قياس درجة التقدم، وتحديد مواطن الخلل، واقتراح إجراءات تصحيحية في الوقت المناسب.

هذا الغياب أضعف القدرة على اتخاذ قرارات مبنية على نتائج فعلية، وجعل كثيرًا من السياسات خاضعة للتقدير السياسي أو الانطباع الإداري بدل أن تستند إلى أدلة موضوعية. كما أدى إلى نوع من الفصل بين التخطيط والتنفيذ والتقييم، وهو ما يفسر تكرار بعض الأخطاء الإجرائية، والتأخر في معالجة الاختلالات الميدانية رغم رصدها.

وعلى الرغم من أن بعض النصوص القانونية كانت تحمل في طياتها نية واضحة لتحديث القطاع الصحي (مثل توسيع صلاحيات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أو تعزيز الشراكة مع القطاع الخاص)، إلا أن غياب منظومة تقييم مؤسسية ومعلنة أفقد تلك النصوص فعاليتها التطبيقية. وقد ازدادت هذه الفجوة وضوحًا في ظل غياب شفافية كافية في نشر تقارير المتابعة والتدقيق الصحي، وغياب ثقافة التقييم التشاركي مع الفاعلين المحليين والمهنيين الصحيين.

خـــاتمة

وبناءً عليه، يمكن القول إن فعالية السياسات الصحية لا تتحقق بوجود ترسانة قانونية فقط، بل تتطلب بيئة مؤسساتية تكرّس مبدأ التقييم المبني على النتائج، وتربط الإنجاز بالمساءلة والتحفيز، وتضمن استمرارية المراقبة والتعديل. وبالتالي، فإن أحد أهم مداخل إصلاح السياسة الصحية في الجزائر يتمثل في ترسيخ نظام تقييم وطني موحد، يُبنى على معايير الأداء، ويُفعَّل عبر أدوات رقمية ولجان مستقلة للتقييم والمتابعة.

- **الفرضية الفرعية الخامسة:**

"أظهرت الجائحة نقاط الضعف، وقد تشكل فرصة لإعادة هيكلة النظام الصحي".

لقد تأكدت بشكل واضح الفرضية التي تفيد بأن جائحة كوفيد-19، على الرغم من طابعها الكارثي، شكّلت فرصة محورية لإعادة هيكلة النظام الصحي في الجزائر. فقد كشفت الأزمة الصحية عن مكامن خلل بنيوية عميقة داخل المنظومة الصحية، تمثلت في ضعف الجاهزية، محدودية قدرات الاستيعاب، غياب الرقمنة، التفاوت الجغرافي الكبير في توزيع الموارد، والمركزية الإدارية في اتخاذ القرار. غير أن هذه التحديات، بدل أن تُحدث شللاً دائمًا، ساهمت في إطلاق وعي مؤسساتي بأهمية الإصلاح الهيكلي، تم ترجمته إلى مجموعة من المبادرات التي ظهرت بوضوح بعد الجائحة. فقد شهدت الجزائر توسعًا كبيرًا في البنية التحتية من خلال تسليم عدد معتبر من المستشفيات، وارتفاع كبير في عدد الأسرة، بالإضافة إلى دعم برامج التلقيح، وإقرار خدمة صحية إلزامية تهدف إلى إعادة التوازن في توزيع الكوادر الطبية. كما شُرع في خطوات أولية نحو رقمنة القطاع، من خلال إنشاء منصات للتلقيح وتتبع الحالات. هذه المؤشرات تعكس بداية تحول في الرؤية الصحية الوطنية، من استجابة ظرفية إلى مقاربة استباقية مرنة. إلا أن استثمار الجائحة كفرصة حقيقية للتغيير يبقى مرهونًا بترسيخ آليات التخطيط والتقييم المستمر، وتبني منطق الحوكمة متعددة الأطراف، بما يضمن فعالية الإصلاح واستدامته في مواجهة الأزمات الصحية المستقبلية.

2- النتائج المستخلصة من الدراسة:

- كلما كانت السياسات الصحية شاملة، مبنية على تقييم دوري، كلما زادت قدرة النظام الصحي على الصمود أمام الأزمات، فالأمن الصحي لا يقتصر فقط على القدرة على مواجهة الأوبئة، بل أيضًا في ضمان استمرارية تقديم الرعاية والعدالة في توزيع الخدمات الصحية ووجود نظام إنذار مبكر ومراقبة صحية فعالة.

خـــاتمة

- كانت السياسات الصحية في الجزائر خلال 2020–2024 موجهة أساسًا نحو الاستجابة لأزمة كوفيد–19، وليس جزءًا من رؤية صحية شاملة ومستدامة حيث نجد غياب تخطيط استراتيجي بعيد المدى قبل الجائحة زاد من الارتجالية في بداية الأزمة.

- عدم التكامل بين الفاعلين الصحيين (وزارة الصحة، السلطات المحلية، القطاع الخاص).

- رغم ارتفاع نسبة الإنفاق الصحي إلى أكثر من 7% من الناتج المحلي، لم يُترجم ذلك إلى تحسن ملموس في: جودة الرعاية وعدد الكوادر الطبية في المناطق النائية وجاهزية المستشفيات. كذلك ضعف كفاءة استخدام الموارد (مثال: نقص أجهزة الإنعاش في الجنوب رغم توفر التمويل).

- استمرار الفجوة الجهوية: فالعاصمة والمناطق الساحلية أفضل حالًا مقارنة بالهضاب والجنوب.

- تراجع تغطية الخدمات الوقائية مثل التلقيح أثناء الجائحة.

- ضعف الاستثمار في نظم المعلومات الصحية: غياب الرقمنة الشاملة، وافتقار القطاع لقاعدة بيانات وطنية موحدة لتتبع الحالات، ما أعاق سرعة اتخاذ القرارات، كما أن غياب ملف صحي رقمي موحد أثر على تتبع الحالات والتخطيط.

- تم استقدام كوادر طبية مؤقتة، لكن لم يُرافق ذلك بسياسات تكوين أو إدماج دائم.

- ضعف آليات الحماية والدعم النفسي للمهنيين خلال الجائحة.

- تزايد عدد المختبرات (أكثر من 60)، ما عزّز القدرة على التشخيص السريع لكن ظلت آليات الإنذار المبكر والتقييم الوبائي دون المستوى المطلوب.

- غياب منظومة تقييم ومتابعة للسياسات الصحية بشكل دوري وضعف التنسيق بين القطاعات (الصحة، الداخلية، التعليم...).

- أثّرت المركزية المفرطة على فعالية الاستجابة محليًا.

- نجحت الجزائر نسبيًا في تعبئة الموارد (أسرّة، عزل، لوجستيك). لكن لم يُترجم ذلك إلى نموذج مستدام يمكن استثماره بعد الأزمة ولم يُستغل الدرس لتعزيز منظومة الوقاية والتأهب.

- بناءً على التحليل الكمي والنوعي للسياسات الصحية المعتمدة في الجزائر بين 2020 و2024، يمكن القول أن الدولة أظهرت قدرة استجابة أولية فعّالة، خصوصًا خلال ذروة الأزمة، غير أن غياب مقاربة شمولية وتكاملية، إلى جانب نقص في الحوكمة الرشيدة والتقييم المستمر، حال دون تحويل هذه الاستجابة إلى أمن صحي مستدام. ولتحقيق الأمن الصحي الفعلي، لا بد من إصلاح عميق في أدوات التخطيط، التوزيع، الرقمنة، وتكوين الموارد البشرية، مع تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص، واعتماد تقييم دوري للسياسات الصحية بحيث لا توجد استراتيجية وطنية شاملة للأمن الصحي إلى الآن، كذلك غياب العدالة الصحية حيث لا تزال المناطق الجنوبية والداخلية تعاني من نقص كبير في الكوادر والتجهيزات وتراجع بعض المؤشرات الصحية الأساسية (مثل تغطية التلقيح وخدمات الوقاية). هذا كله أدى الى عدم تحقيق الأمن الصحي بشكل كامل بعد الجائحة ويظل تحقيق الأمن الصحي في الجزائر رهينًا بإصلاحات جذرية تتجاوز منطق الاستجابة الظرفية إلى بناء منظومة صحية قوية وقادرة على الصمود أمام الأزمات المستقبلية.

3- التوصيات:

- إعداد استراتيجية وطنية شاملة للأمن الصحي تمتد على المدى المتوسط والبعيد (5 إلى 10 سنوات)، تأخذ بعين الاعتبار المخاطر المحتملة (أوبئة، كوارث، تغير مناخي)، وتُبنى وفق مقاربة متعددة القطاعات.

- إدماج الأمن الصحي ضمن السياسة العامة للصحة العمومية، كأولوية مركزية وليس كرد فعل ظرفي فقط، مع ربطه بالسياسات الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية.

- تفعيل آليات الحوكمة الصحية الرشيدة، من خلال: إشراك السلطات المحلية والمجتمع المدني في صنع القرار الصحي وتقوية التنسيق بين القطاعات الوزارية المختلفة واعتماد نظام معلومات صحي موحد لتسهيل اتخاذ القرار المبني على البيانات.

- إنشاء هيئة وطنية لتقييم السياسات الصحية تكون مستقلة وظيفيًا، تتولى مراجعة مدى فاعلية البرامج الصحية بشكل دوري وشفاف.

- إصلاح منظومة تكوين الكوادر الصحية من خلال: مراجعة البرامج الدراسية، بما يتماشى مع التحديات الجديدة (الرقمنة، إدارة الأزمات).

- تخصيص مناصب مالية دائمة للأطباء والممرضين في المناطق النائية، مع حوافز مادية ومعنوية. مع ضمان تكوين مستمر إلزامي في إدارة الأزمات الصحية والطوارئ.

- تعزيز الصحة النفسية والدعم الاجتماعي للمهنيين الصحيين، خاصة في فترات الضغط، تفاديًا للإنهاك المهني وفقدان الكفاءة.

- تحقيق العدالة الصحية الجغرافية عبر: توجيه الاستثمارات الصحية نحو الولايات ذات العجز المزمن في الخدمات (الجنوب والهضاب). وتحديث الخرائط الصحية لضمان توزيع عادل للأطباء والتجهيزات. وكذلك اعتماد نظام تحفيزي للكوادر التي تختار العمل في المناطق المحرومة.

- مواصلة تحديث وتوسيع البنية التحتية الصحية، خصوصًا مصالح الإنعاش، مخابر التحاليل، ومراكز الصحة الجوارية.

- بناء مخزون استراتيجي وطني من المستلزمات الطبية (أدوية، أقنعة، أجهزة إنعاش) تحسبًا لأي طارئ صحي جديد.

- رقمنة المنظومة الصحية بشكل شامل، من خلال اعتماد الملف الصحي الإلكتروني للمريض. ربط المؤسسات الصحية بقاعدة بيانات وطنية متكامل وتطوير تطبيقات رقمية للتتبع، الحجز، والتبليغ عن الأمراض.

- تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات، التكوين، وتبادل البيانات، وفق معايير واضحة وضوابط تنظيمية صارمة.

- إعادة هيكلة منظومة تمويل الصحة بشكل يضمن الاستدامة والعدالة، ويُقلل من الاعتماد الكلي على الموازنة العامة.

4- آفاق الدراسة:

يفتح هذا البحث آفاقًا متعددة لمزيد من الدراسات الأكاديمية والميدانية المتخصصة في مجال الأمن الصحي، لاسيما في السياق الجزائري والعربي عمومًا، حيث لا يزال هذا المفهوم في طور التأسيس العملي والمؤسساتي. وقد أظهرت أزمة كوفيد-19 أن التحديات الصحية لم تعد تقتصر على المرض كظاهرة بيولوجية، بل أصبحت مرتبطة بالأمن القومي، بالحوكمة، وبالعدالة الاجتماعية. من هنا، يمكن أن تشكّل هذه الدراسة منطلقًا لأبحاث أعمق حول موضوعات متعددة مثل: تقييم فعالية نظم الحوكمة الصحية في فترات الأزمات، تحليل أثر الرقمنة على الأداء الصحي، دراسة التفاوت الجغرافي في التغطية الصحية، أو بناء نموذج وطني للرصد المبكر والتدخل الاستباقي. كما يُمكن توسيع مجال البحث مستقبلاً ليشمل مقارنة السياسات الصحية الجزائرية بنظيراتها في بلدان مغاربية أو إفريقية، لفهم التباينات في الاستجابة للأزمات، واستخلاص نماذج فعالة للتأهب الصحي المستقبلي.

وبالنظر إلى أهمية الصحة كحق إنساني ومكون أساسي من مكونات الأمن الوطني، تبقى الحاجة ملحّة إلى إعادة التفكير في السياسات العمومية الصحية من منظور تكاملي يجمع بين البُعد الوقائي، والعدالة الصحية، والرقمنة، والتخطيط طويل الأمد. وعليه، فإن نتائج هذه الدراسة لا تمثل نهايةً للبحث، بل تشكّل قاعدة تأسيسية لأجندة علمية مستقبلية غنية ومتشعبة، تستهدف فهمًا أعمق وأكثر شمولًا للعلاقة بين السياسات الصحية والأمن الإنساني في الجزائر وخارجها.

قائمـة المراجع

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

1- القوانين والمراسيم:

- الأمر 76/79 المؤرخ في 23 أكتوبر ،1976 **يتضمن قانون الصحة العمومية**، الموافق 19 ديسمبر 1976، الجريدة الرسمية، العدد 101.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون 18-11 مؤرخ في **2 يوليو 2018، يتعلق بالصحة**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد 46، صادر بتاريخ 29 جويلية 2018 معدل ومتمم.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **المرسوم التنفيذي 20-69 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد (19) ومكافحته.**
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .الأمر رقم 20-02 المؤرخ في 30 أغسطس 2020، يعدل ويتمم **القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 50، 2020.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق **بتحديد القواعد التنظيمية لتسيير مديريات الصحة والسكان** .الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، 1997.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 03-465 المؤرخ في 1 ديسمبر 2003، **يحدد مهام المركز الوطني للبحث في علوم الأرض وتسييره وتنظيمه**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76 (2003): المادة 5.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن **القانون الأساسي النموذجي للجامعة**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33 (2007)، المادة 8.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 20-06 المؤرخ في 28 أبريل 2020، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 يونيو 1966 **والمتضمن قانون العقوبات**، الجريدة الرسمية، العدد 27 (2020)، المادة 290 مكرر.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 11-377 المؤرخ في 23 نوفمبر 2011، **الذي يحدد تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات**، الجريدة الرسمية، العدد 63، 23 نوفمبر 2011.

قائمة المراجع

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 20-81 المؤرخ في 30 مارس 2020، **المحدد لتنظيم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات** (لجزائر: الجريدة الرسمية، العدد 20، 2020).
- قانون 18-11 **مؤرخ في 2 يوليو 2018، يتعلق بالصحة**، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد 46، صادر بتاريخ 29 جويلية 2018 معدل و متمم.
- قانون رقم 85/05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985 **يتعلق بحماية الصحة وترقيتها**، الموافق 27 جمادي الأول 1405، الجريدة الرسمية 08.

2- الموسوعات والمعاجم:

- ابن منظور، لسان العرب، **تحقيق عبد الله علي الكبير**، القاهرة، دار المعارف، (دت).

3- الكتب:

- بلعايد، فتيحة، **السياسة الصحية في الجزائر ما بعد الاستقلال**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2016.
- بنت فهد ال سعود الجوهر، ثناء يوسف وآخرون، **الثقافة الصحية والصحة المدرسية**، الرياض: دار الزهران للنشر والتوزيع، 2006.
- بوحوش، عمار، وآخرون .**منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية** .برلين، ألمانيا: المركز الديمقراطي العربي، 2012.
- بو الشعير سعيد، **النظام السياسي الجزائري**، الطبعة 2، دار الهدى عين مليلة، الجزائر.
- بوحدية مصطفى، **النظام الصحي في الجزائر التطورات والتحديات**، دار النهضة العربية.
- بوحميدة عطا الله، **الوجيز في القضاء الاداري تنظيم عمل واختصاص دار هومة**، الطبعة الثالثة، 2014.
- حاروش، نور الدين **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، ط 1، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.
- خصحة سعد الدين، **الصحة والمجتمع، الجزائر**: ديوان المطبوعات الجامعية، 1991.
- سميث جون، **فيروسات كورونا النشأة والانتشار، في الأوبئة الحديثة**، تحرير مارك جونز، نيويورك: دار النشر الأكاديمية، 2020.

قائمة المراجع

- صولة فيروز، **تداعيات الأمن الصحي في المجتمعات المتقدمة والنامية المخاطر والتحديات)**، ط1، ألمانيا: المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، 2020.
- فطناسي عبد الرحمان، **المسؤولية الادارية للمؤسسات الصحة العمومية عن نشاطها الطبي في الجزائر**، دار الجامعة الجديدة، قالمة الجزائر.
- قاسم عبد الرزاق مدحت، **الحياة الصحية**، ط1، القاهرة: عام الكتب نشر وتوزيع وطباعة، 2005.
- مزاهرة، ايمن، **الصحة والسلامة العامة، ط1**، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2000.

4- المقالات العلمية:

- الأحمد بن سعد سميرة قاسمي، **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID-19، أنظمة التتبع وزيادة الفحوصات** المجلد 3، العدد 29، مجلة الصحة العامة العربية، 2021.
- إسماعيل سي بوكر، ونجلاء نجاحي. "**أهمية المنهج الوصفي للبحث في العلوم الإنسانية** "*مجلة مقاليد*، العدد 16 (جوان 2019).
- برحومة عبد الحميد، **الكفاءة والفعالية في مجالات التصنيع والإنتاج**، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد 1، العدد 1 (2008).
- بلخير اسيا، **رهان الأمن الصحي في الجزائر في ظل الأزمات الممتدة: قراءة نقدية في أدوار الوكالة الوطنية للأمن الصحي**، مجلة أبحاث قانونية وسياسية، المجلد 07، العدد 01، جوان 2022.
- بلقاضي إسحاق، **أدوات حماية الأمن الصحي الدولي في إطار اللوائح الصحية الدولية**، مجلة الدراسات القانونية، جامعة المدية، المجلد الرابع العدد الأول 2018.
- بن جاري عمر، **الجزاءات المترتبة عن مخالفة إجراءات الحجر الصحي في القانون الجزائري لمواجهة فيروس كورونا في التشريع الجزائري**، المجلد 1، العدد 3، مجلة القانون والعلوم البينية، ديسمبر 2022.
- بن يوسف ياسين وعبد الرحمن سمية **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID-19: إغلاق المنشآت غير الضرورية:** مجلة الصحة العامة العربية، المجلد 9، العدد 33 مجلة الصحة العامة العربية 2021.
- بوشارب ليلى وسفيان بن علي، **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID-19 الغرامات والرقابة الأمنية**، العدد 32، مجلة الصحة العامة العربية، 2021.
- بوشالغم، عميروش، ومنصف شرفي. 2017. **واقع وآفاق المنظومة الصحية في الجزائر**. مجلة دراسات اقتصادية، جامعة قسنطينة 2، المجلد 4، العدد 3.

قائمة المراجع

- بوعيسى سمير **انعكاسات جائحة كوفيد 19 على حرية التنقل وممارسة النشاط الاقتصادي بالجزائر**، مجلة المفكر الدراسات القانونية والسياسية، المجلد 3، العدد 3، جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة الجزائر، سبتمبر 2020.
- بوقاسم آمال، **النظام الصحي الجزائري في ظل أزمة فيروس كورونا دراسة تحليلية**، مجلة دفاتر القانون
- بولعراس صلاح الدين، **الاقتصاد الجزائري في ظل التداعيات العالمية لجائحة كورونا بين الاستجابة الآنية والمواكبة البعدين**، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 30-09-2020.
- بولفعة منال، **متطلبات الحوكمة الصحية كآلية للنهوض بالقطاع الصحي في الجزائر**، دفاتر السياسة والقانون 17، عدد 1, 2025.
- بوهلاريك محمد، تمويل النظام الصحي الجزائري، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 20، العدد 1، 2016.
- حروري سهام، **الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة جائحة كورونا "كوفيد -19 الواقع والتحديات**، مجلة الناقد للدراسات السياسية، 2021.
- دنان مريم، **السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة والالزامية الدولية لمواجهة الطوارئ ذات البعد العالمي -كوفيد 19 نموذجا**، مجلة السياسة العامة والحكامة، المجلد 2، العدد 2، مارس 2023.
- ديلمي سماح، **السياسة الصحية الجزائرية في ظل جائحة كوفيد-19: قراءة في الأبعاد الجيوسياسية**، مجلة السياسات العامة والتنمية البشرية، مج. 7، ع. 2 ، 2022.
- رقية دربال، **أزمة فيروس كورونا وآثارها على الاقتصاد الجزائري**، مجلة أبحاث، 05-06-2021، العدد 1.
- زايدي عز الدين ، **الجزائريون والأوضاع الصحية الجديدة خلال المرحلة الأولى من الاحتلال**، المجلد السابع، العدد الأول، المجلة الجزائرية للبحوث والدراسات التاريخية المتوسطية دار كنوز للإنتاج والنشر والتوزيع، أوجليدة تلمسان الجزائر، 2021.
- زروقي أمين، **التعاون الصحي الجزائري-الصيني خلال جائحة كوفيد-19: الأبعاد والدلالات الجيوسياسية**، مجلة الدراسات الإفريقية، جامعة الجزائر 3، المجلد 13، العدد 2، 2022.
- زكاوي نبيل، **أزمة كورونا العالمية: حدث وباني يقلد هجوما بيولوجيا؟** سلسلة تحليل سياسات المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات 2020.

قائمة المراجع

- الزهراني أحمد والشريفي نورة، **استراتيجية الحكومة الجزائرية في مواجهة جائحة COVID 19- الفحوصات الصحية وتقييد السفر**، مجلة الصحة العامة العربية المجلد 12، العدد 31، 2021.
- زهير عبد القادر، **دور السياسات الصحية في التصدي لجائحة كوفيد-19: دراسة حالة الجزائر**، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، المجلد 19، العدد 2، 2021.
- ساحلي مبروك، **تداعيات فيروس كورونا على الأمن الإنساني في الجزائر**، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني المجلد 06، العدد 02.
- شهبوب أمينة، سلمى شيخ، **الضمان الاجتماعي وتمويل النظام الصحي في الجزائر**، مجلة البصائر للبحوث في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، المجلد 1، العدد 1، 2022.
- صديق، أميرة السيد حسن. **جائحة كوفيد-19 والعلاقات الدولية: بين الصراع والتعاون**، مجلة اتجاهات سياسية، المجلد 3، العدد 12.
- صلاح علي، **ملامح جديدة للاقتصاد العالمي في مرحلة ما بعد كورونا**، مركز المستقبل للأبحاث والدراسات المتقدمة، دراسات خاصة، العدد 13،04 أبريل 2020، أبو ظبي، الامارات العربية المتحدة.
- صوالحي، ليلى، **اقتراب النخبة ودوره في تحليل الظواهر السياسية**. المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، المجلد 12، العدد 3 (جويلية 2023).
- ضحاك نجية، **آليات وتنظيم استراتيجية النظام الصحي بالجزائر: واقع وآفاق 2025**، مجلة المقريزي للدراسات الاقتصادية والمالية 3، عدد 3 (2019): 185-205 .
- عبد الأمير حسين باسم، **مفهوم الأمن في القرن الحادي والعشرين**، مجلة بيت الحكمة بغداد، 2019.
- عبد الحليم، سي محمد، ونبيل، حرير. **عقود الشراكة بين القطاع العام والخاص كآلية لتمويل المشاريع في الجزائر**، مجلة خزار للتكنولوجيا والاقتصاد 2، عدد 1 (2023).
- العبسي علي، تجانية حمزة، **تداعيات فيروس كورونا (كوفيد-19): الآثار الاجتماعية والاقتصادية وأهم التدابير المتخذة للحد من الجائحة في الجزائر**، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، المجلد 20، العدد 1 (2020).
- عرابة، الحاج، وحفصة زنخري. 2015. **حوكمة المؤسسة الاستشفائية كأداة لتحسين الخدمة الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة**. المجلة الجزائرية للدراسات المحاسبية والمالية.

قائمة المراجع

- عرشوش سفيان، **مخاطر الامن الصحي وسبل الوقاية منها**، مجلة الباحث للدراسات الاكاديمية، العدد 02، 2022.
- مجاهد يمينة، **السياسة الصحية الاستعمارية في الجزائر خلال الحقبة الكولونيالية الأولى (1830-1890)** المجلد 2، العدد 4، مجلة المرأة للدراسات المغاربية، ديسمبر 2015.
- جامل صباح، **الأسس القانونية لحالة الطوارئ الصحية في الجزائر بين النص القانوني والممارسة، أفاق المستقبل**، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية، المجلد58، العدد04، 2021
- مغراوي، لقمان **صناعة السياسات الصحية في عالم متغير: دراسة حالة الجزائر**، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، العدد 01، جوان 29 2014.
- منه خالد، **التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لجائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في الجزائر**، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، 22يوليو 2020.
- مولوج كمال، **العوامل المؤثرة على التسرب الوظيفي للأطباء في المستشفيات العمومية الجزائرية: دراسة استطلاعية لآراء عينة من الأطباء**. مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية 6، عدد 1 (2015).

5- الرسائل والأطروحات الجامعية:

- بركاهم عباسي، **تأثير جائحة كوفيد-19 على الأمن الصحي في الجزائر**، مذكرة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2021.
- بزازي عفاف، **السياسة العامة الصحية في الجزائر في ظل أزمة كوفيد 19**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، جامعة العربي بن مهيدي – أم البواقي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2022.
- بلخضر عبد القادر وبوعلام مسعودي، **دور النظام الصحي في تعزيز الأمن الصحي المجتمعي**، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، 2018.
- بن سليمان عمر، **أثر الإنفاق العام على السياسات الاجتماعية: دراسة حالة السياسة الصحية في الجزائر 2001-2017**، أطروحة دكتوراه، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2019.
- بن شيخ توفيق والدراجي لعفيفي، "**إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر**،" جامعة قالمة، 2018.

قائمة المراجع

- بوعيشة عبد الغني، **السياسة الصحية الجزائرية في مواجهة جائحة كوفيد-19: بين المقاربة التقنية والتوازنات الجيوسياسية**، مجلة دراسات استراتيجية وسياسية، جامعة تبسة، المجلد 11، العدد 2، 2022.
- حسيني محمد العيد، **السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث (1990-2012)**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013/2012.
- دير أمينة، **إثر التهديدات البيئية على واقع الامن الانساني في افريقيا: دراسة حالة دول القرن الافريقي**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- رحموني فاتح النور، **مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس الاستراتيجية والأمن الدولي**، موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر علوم سياسية تخصص استراتيجية وعلاقات دولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية قسم العلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف المسيلة)، 2017.
- سليماني نورة، **دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي بالجزائر: دراسة ميدانية بمديرية الصحة لولاية قالمة**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر (جامعة 08 ماي 1945، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية).
- شراطي نسيمة، **تطبيق الحوكمة الرشيدة كمدخل للتنمية الاقتصادية -دراسة حالة الجزائر**، أطروحة دكتوراه، جامعة يحيى فارس - المدية، 2022.
- شعباني مالك، **دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي دراسة ميدانية بجامعتي قسنطينة وبسكرة**، جامعة منتوري قسنطينة، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاقتصادية، أطروحة دكتوراه، 2005.
- طيلب أحمد، **الأمن الصحي في الظروف الاستثنائية بين تكريس الحق وصناعة الوعي**، دفاتر البحوث العلمية لكلية العلوم الاجتماعية، جامعة خميس مليانة، الجزائر، المجلد 8 العدد 2، 2020.
- عرفان محمود محمود، عبد الحمان صوفي عثمان، **الخدمة الاجتماعية وزيادة التماسك الاجتماعي في الكوارث العامة، المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون حول الخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة**، جامعة حلوان (القاهرة)، كلية الخدمة الاجتماعية، مارس 2009.

قائمة المراجع

- عمر التير مصطفى، **أسئلة بحثية تطرحها جائحة كورونا على علماء الاجتماع**، كتاب جماعي **بعنوان أزمة كورونا وانعكاساتها على علم الاجتماع والعلوم السياسية والعلاقات الدولية** مركز ابن خلدون للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قطر 2020.
- قاضي ايناس، **حقوق المريض في ظل القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة**، مذكرة ماستر، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2024.
- لوحايدية نورة، **النظام القانوني للمؤسسات الصحية في الجزائر**، مذكرة ماستر، جامعة سوق أهراس، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2022.
- نصري راوية، أميمة بكري، **رقمنة السجلات الطبية وأثرها في تقديم الخدمة الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية عيادة أولاد سيد**، مذكرة لنيل شهادة الماستر في إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، 2023.

6- التقارير:

- صندوق النقد الدولي، **تقرير مشاورات المادة الرابعة مع الجزائر لسنة 2022**، واشنطن: صندوق النقد الدولي، 2022.
- منظمة الصحة العالمية، **الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى**، التقرير الخاص بالصحة في العالم، جنيف، 2008.
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **تقرير حول تنظيم التغطية الصحية الجهوية في الجزائر**، الجزائر: وزارة الصحة، 2023.
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **محاضر اجتماعات اللجان الوطنية للصحة، 2021-2023**، الجزائر: وزارة الصحة، 2023.

7- المواقع الإلكترونية:

- بعزيز، ابراهيم "**الوكالة الوطنية للأمن الصحي ومساهمتها في تحقيق الأمن البيئي** ".مجلة الشهاب، العدد 17، المجلد 2، 2020، تم الاسترجاع من:
https://asjp.cerist.dz/en/downArticle/381/17/2/209238.ASJP
- الإذاعة الجزائرية. (2020، يونيو 19) .**الوكالة الوطنية للأمن الصحي:** مؤسسة للرصد واليقظة الاستراتيجية والإنذار .تم الاسترجاع من:

https://radioalgerie.dz/news/ar/tags/الوكالة-الوطنية-للأمن-الصحي

قائمة المراجع

- الوكالة الوطنية للأمن الصحي. (2024، أغسطس 5) .**الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي: من تشخيص استراتيجي معمق إلى خطة عمل متعددة القطاعات** .وكالة الأنباء الجزائرية. تم الاسترجاع من:

https://www3.aps.dz/ar/-الاستراتيجية-الوطنية-للأمن-الصحي-من-تشخيص-استراتيجي-معمق-إلى-خطة-عمل-متعددة-القطاعات

- بوجمعة رضوان. "**دراسة تحليلية لأثر جائحة كوفيد-19 على القطاعات الاقتصادية في الجزائر لسنة 2020** "*مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال*، المجلد 8، العدد 1، 2022. تم الاسترجاع من:

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/180754.

- صندوق النقد الدولي .*الجزائر: **مشاورات المادة الرابعة لعام 2021** – البيان الصحفي وتقرير الخبراء* . واشنطن: صندوق النقد الدولي، 2021. تم الاسترجاع من:

https://www.elibrary.imf.org/view/journals/002/2021/253/article-A001-en.xml_

- وزارة الداخلية والجماعات المحلية والتهيئة العمرانية، "لقاء الحكومة – **الولاة: من أجل جزائر جديدة**"، **الجزائر، 2021**، تم الاسترجاع من:

https://www.interieur.gov.dz/index.php/ .

- رحموني غزلان، **التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لوباء كورونا ودورها في تفعيل النموذج التنموي الجديد**"، مجلة القانون والأعمال الدولية، مقالة متاحة على الرابط:

https://www.droitetentreprise.com

- بيان اجتماع مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 19 أفريل 2020، الصادر عن الوزارة الأولى، وهو متاح على الموقع التالي:

http://www.premier-ministre.gov.dz/ar/documents/communiques

- جنان مريم، "**السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة والإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ ذات البعد العالمي: كوفيد-19 أنموذجاً**"، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 8، العدد 2، 2023، https://asjp.cerist.dz/en/article/229263.

- وكالة الأنباء الجزائرية، **مخالفات الحجر الصحي**، نشرت بتاريخ 5 سبتمبر 2021 الموقع https://www.aps.dz/ar/societe/112085-18-17 تم تصفحه بتاريخ 26/05/2025.وكالة

الأنباء الجزائرية. "**كوفيد-19: الجزائر اتخذت إجراءات لمواجهة هذا التحدي الصحي على أعلى مستوى.**" 24 مايو 2021

https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/106972-19.APS.

- البنك الدولي .**تحديث اقتصادي لربيع 2021** – الجزائر 2021 .

https://www.worldbank.org/en/country/algeria/publication/economic-update-april-2021

- كعسيمي سعاد وآخرون، **العوامل المحددة للإقبال على لقاح كوفيد-19 في الجزائر: دراسة سكانية مع مراجعة منهجية للدراسات في الدول العربية بمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا**، *مجلة فرونتيرز للصحة العامة*، مجلد 10 (2022): تم الإسترجاع من:

https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.843449.

- وكالة الأنباء الجزائرية، "**أهداف التنمية المستدامة لسنة 2030: الجزائر تحقق 'تقدما هاما' في مجال المؤشرات الصحية**"، 16 أبريل 2025، https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/178579-2030.APS
- وكالة الأنباء الجزائرية، "**صحة: منصة رقمية لتسيير وتنظيم جميع مصالح الاستعجالات الطبية**"، 15 أكتوبر 2024، https://www.aps.dz/ar/algerie/169644.
- الوكالة الجزائرية للأنباء. 2023. "**وزارة الصحة تؤكد تجاوز رقمنة المؤسسات الصحية نسبة 75% مع تعميم الخدمة الرقمية في المستشفيات.**" 11 أبريل . تم الاسترجاع من:

https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/142194-2023-04-11-15-02-18

- مشروع قانون المالية 2023: **استفادة قطاع الصحة من غلاف مالي يفوق 61 مليار دج**"، وكالة الأنباء الجزائرية، 2022، تم الاسترجاع من:

https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/134209-2023-61

- مشروع قانون المالية 2024: **لجنة المالية بالمجلس الشعبي الوطني تستمع إلى عرض وزير الصحة**"، وكالة الأنباء الجزائرية، 2023، https://www3.aps.dz/ar/ مشروع-
- فرطاقي، فتيحة. "**تمويل النظام الصحي الجزائري في ظل ارتفاع نفقات العلاج.**" مذكرة ماجستير، جامعة قالمة، 2018 .

http://dspace.univ-guelma.dz/jspui/handle/123456789/7815

- وزارة الدفاع الإماراتية، **الأمن الصحي**، مجلة الجندي، نُشر في 8 ديسمبر 2020 تم الاسترجاع من: https://www.aljundi.ae/الأمن-الصحي/.
- بوعبدالله نوال، **الأمن الصحي في السياسات الصحية العالمية: دراسة تحليلية في ضوء جائحة كوفيد-19**، مجلة دراسات سياسية، 2020، https://asjp.cerist.dz/en/article/133257 .
- عبد الرؤوف سامي، "**قادرون على تحقيق الأمن الصحي في الدولة**"، صحيفة الاتحاد، 22 مارس 2020،

https://www.aletihad.ae/article/17309/2020/قادرون-على-تحقيق-الأمن-الصحي-في-الدولة

- منظمة الصحة العالمية، **النظم الصحية من أجل الأمن الصحي: إطار لتطوير القدرات اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية، والمكونات الموجودة في النظم الصحية وسائر القطاعات التي تعمل بالتضافر لتلبية الطلبات التي تفرضها الطوارئ الصحية**، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2023، https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378523/9789240078291-ara.pdf.
- سنهاجي كمال . **الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي 2025-2030 جاهزة قبل نهاية السنة**. وكالة الأنباء الجزائرية(APS) ، 21ماي 2024. تم الإسترجاع من:

https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/171095

- رئاسة الجمهورية الجزائرية، "**رئيس الجمهورية ينصب أعضاء اللجنة الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته**"، سفارة الجزائر ببروكسل، 11فبراير 2020، تم الإسترجاع من

I. https://embbrussels.mfa.gov.dz/ar/news-and-press-releases/president-of-the-republic-installs-members-of-national-commission-for-cancer-prevention-and-control

ثانيا: المراجع باللغات الأجنبية

I. باللغة الإنجليزية :

1- Books :

- bendlehoum, Abdellah . **"Algeria's response to COVID-19: an ongoing journey." The Lancet Respiratory Medicine,** vol. 9, no. 5, 2021.

- Boussouf Nadir ,"**Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare personnel (Algeria, 2022),**" La Tunisie Medical 100, no. 6 (2022).
- Kickbusch, Ilona. "**Health Governance: The Health Society." In Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness**, edited by Don Nutbeam, Melanie McQueen, and Ilona Kickbusch, 101-113. New York: Springer, 2007.
- Peng Zhou et al., "**A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin,"** Nature 579, no. 7798, 2020.

2- Theses and Dissertations :

- A SPASOFF, Robbert **Epidemiologic Methods for health policy**. New York, oxford university press 1999.
- Bennoune Mahfoud , **The making of contemporary Algeria, 1830-1987. Colonial Upheavals and Post-Independence development** Cambridge University Press: Cambridge University Press, 1988.
- G, Walt & Gilson, L. (1994**). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning.**
- Moussa, Fatima. **Women's Health and Policy in Algeria, Progress and Challenges**. Algiers: Health Research Institute, 2010.
- R Fehr, Anthony Stanley Perlman, **"Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis",** Methods in Molecular Biology 1282, 2015.
- Rudolph Linda, Julia Kaplan & others, **health in all policie: a guide for state and local Governments, United States of America:** copy right public health institute and American public health association, 2013, p 136.

3- Newspapers :

- Aissaou, Nesreddine et al., "**Retrospective and Prospective of the Algerian Healthcare Supply: Some Obstacles That Have Become Chronic Discomforts,"** International Journal of Advanced and Applied Sciences 9, no. 7 (July 2022).

4- Websites :

- A , Djerroud, &L, Belkacem, **"COVID-19 as a Catalyst for Financial Digitization in Algeria."** European Journal of Business and Management Research, vol. 6, no. 5, 2021. https://www.eugb.ge/index.php/111/article/view/399

- Deep knowledge group **covid-19 countries ranking methodology**, paragraphe 5; website: w.global/methodology; Viewed on 26/05/2025 at 16:20. https://www.dkv.global/met

- Deep Knowledge Groupcovid-**19 ranking framework methodology**; page 15; website:http://analytics.dkv.global/covid-regional-assessment-200-regions/methodology.pdf ; Viewed on 26/05/2025.

- Deep Knowledge Group; **COVID-19 Risk Ranking Framework;** website https://www.dkv.global/methodology?lightbox=dataItem-k8ykxwvt ; Viewed on: 26/05/2025 at 17:45.

- UNICEF. 2024. **Algeria Country Brief: Community Health.** Middle East and North Africa Regional Office.

  https://www.unicef.org/mena/media/27086/file/241212_UNICEF_MENARO_CHS_Country_Brief_ALGERIA_ENG.pdf.pdfUNICEF P P(01-10)

  - World Health Organization (WHO). **COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: Algeria** – Country Report. Geneva: World Health Organization, 2021.https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ALGERIA-SPRP-2021.1

- World Health Organization, **COVID-19 Country Preparedness and Response Status Report: Algeria** (Geneva: WHO, 2021), accessed May 21, 2025, https://www.who.int/publications.

- World Health Organization. **Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action.** Geneva: World Health Organization, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832.

قائمة المراجع

II. باللغة الفرنسية:

1- Livres :

- Saïd Ahmed et Fatima Zohra Benali, "**Gestion des ressources médicales pendant la pandémie de COVID-19 en Algérie : Renforcement des équipements et mise en place des hôpitaux de campagne**" Revue Algérienne de Médecine 12, no. 1 (2021).

2- Thèses et mémoires :

- Akli Mohand Belaidi, et Lounis Younsi. ***Indicateurs utilisés au bureau des entrées : Cas d'étude – Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tizi-Ouzou*.** Mémoire de master, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, 2020.

3- Articles de revues :

- Amrane, Salima. "**Les réformes du système de santé en Algérie : Bilan et perspectives.**" *Insaniyat*, 2007.
- Boudiaf, Amina, et Ahmed Nacer. "**Communication de crise pendant la pandémie de COVID-19 en Algérie : Campagnes de sensibilisation et utilisation des médias.**" *Revue Algérienne de Santé Publique* 15, no. 2 (2021).
- Bouzid, D., et al. "**Psychological Impact of COVID-19 Confinement in Algeria**." *Asian Journal of Psychiatry* 51 (2020). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277423
- Khaled, Mansour, et Amina Boudjemaa. **Stratégies de vaccination contre la COVID-19 en Algérie : Campagnes et approvisionnement en vaccins**. Revue Algérienne de Santé Publique 18, no. 3 (2022).

4- Sources électroniques :

- **Sécurité sociale : Plus de 320 milliards dinars remboursés en 2024. Le** Jeune Indépendant, *24 janvier 2025.* *https://www.jeune-independant.net/securite-sociale-plus-de-320-milliards-dinars-de-medicaments-rembourses-en-2024/*

الملخص:

تُعالج هذه الدراسة موضوع الأمن الصحي في الجزائر في ظل جائحة كوفيد-19، باعتباره أحد المحاور الجوهرية للأمن الإنساني في العصر الحديث، في ظل تصاعد التهديدات الصحية العابرة للحدود والتي أثبتت هشاشة العديد من الأنظمة الصحية في العالم، سواء في الدول المتقدمة أو النامية. فقد كشفت جائحة كوفيد-19، باعتبارها أزمة صحية عالمية غير مسبوقة، عن ثغرات بنيوية عميقة في قدرة الدول على الاستجابة السريعة والفعالة لمخاطر الأوبئة، حيث شكّلت نقطة تحول مفصلية في إعادة النظر في مفهوم الأمن، الذي لم يعد يقتصر على الأبعاد العسكرية أو السياسية، بل بات يشمل الصحة كركيزة من ركائز الأمن القومي والإنساني.

وفي السياق الجزائري، جاءت الجائحة لتضع النظام الصحي الوطني أمام اختبار حقيقي لقدراته على الصمود والتكيف، بالنظر إلى التحديات الهيكلية التي يعاني منها القطاع منذ عقود، مثل ضعف التمويل، النقص في الكفاءات، محدودية التنسيق بين الفاعلين، والتفاوت الجغرافي في توزيع الخدمات الصحية. وقد سعت هذه الدراسة إلى تحليل الاستجابة المؤسسية الجزائرية للأزمة، من خلال تفكيك عناصر السياسات الصحية المُتبعة، والآليات التنظيمية التي تم تفعيلها، والبرامج الوقائية والعلاجية التي تم تنفيذها.

وترتكز الدراسة على محاولة تقييم مدى نجاعة الاستراتيجية الوطنية في احتواء انتشار الفيروس والتقليل من آثاره الصحية والاجتماعية، كما تسعى إلى تحديد نقاط القوة والضعف في الأداء الصحي خلال مختلف مراحل الأزمة. وتشمل مجالات التحليل كل من الإطار التشريعي والتنظيمي، البنية التحتية الصحية، دور النخب والمؤسسات، مع الأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين هذه العناصر والبيئة الداخلية والخارجية.

الكلمات المفتاحية: الأمن الصحي، السياسات الصحية، منظمة الصحة العالمية، الجزائر، جائحة كوفيد -19.

الملخص

Abstract:

This study addresses the issue of health security in Algeria in the context of the COVID-19 pandemic, considering it one of the essential pillars of human security in the modern era, especially amid the rise of cross-border health threats that have exposed the fragility of many health systems around the world, in both developed and developing countries. The COVID-19 pandemic, as an unprecedented global health crisis, revealed deep structural deficiencies in countries' abilities to respond swiftly and effectively to epidemic risks. It marked a turning point in the redefinition of the concept of security—no longer confined to military or political dimensions, but increasingly inclusive of health as a core component of national and human security.

In the Algerian context, the pandemic placed the national health system under a serious test of its resilience and adaptability, given the structural challenges the sector has faced for decades, such as limited funding, shortages of skilled personnel, weak coordination among stakeholders, and geographical disparities in service distribution. This study aims to analyze Algeria's institutional response to the crisis by deconstructing the elements of the health policies adopted, the organizational mechanisms activated, and the preventive and curative programs implemented.

The study seeks to assess the effectiveness of the national strategy in containing the spread of the virus and mitigating its health and social consequences. It also aims to identify the strengths and weaknesses of the health system's performance throughout the various stages of the crisis. The analysis covers areas such as the legal and regulatory framework, health infrastructure, and the role of elites and institutions, while taking into account the interaction between these components and both the internal and external environments.

Keywords: Health Security, Health Policies, COVID-19 Pandemic, Algeria, World Health Organization (WHO).