



جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية



السياسة الاجتماعية في الجزائر دراسة حالة
الضمان الاجتماعي

مذكرة محملة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية
تخصص سياسة عامة وإدارة محلية.

إشراف الأستاذ:
نور الدين حتوت

إعداد الطالبة:
الصفية دهنون

لجنة المناقشة:

الصفة	الرتبة	الإسم واللقب
رئيساً		
مشرفاً ومقرراً	أستاذ مساعد صنف "د"	نور الدين حتوت
عضواً مناقشاً		

السنة الجامعية: 2015/2016

شكر وعرفان

الحمد لله على عظيم فضله وكثير عطائه، وله أسجد سجود حامدين شاكرين
لأنه وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع.

ولأن حسن السجية يوجب إبداء الشكر و التحية أحي في أستاذي المشرف:

" أ.د. تحوت نور الدين " تواضعه وسمو أخلاقه وأشكره على ما قدمه لي من يد
المساعدة والعون لإنجاز هذا البحث من خلال توجيهاته عبر مراحل هذا العمل

فخالص شكري و عرفاني لك أستاذي

والشكر و التقدير كذلك للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة

كما أعرب أيضا عن كل العرفان و الامتنان لكل أساتذته قسم العلوم السياسية
بجامعة بسكرة، الذين لم يبخلوا علينا بالتوجيه و التشجيع

الى أمي الحنونة وأبي الغالي إلى كل أفراد العائلة

وإلى كل من ساعدني من قريب و من بعيد في مشواري الدراسي.

الإهداء

إلى التي حملتني وهنا على وهن وسقتني من نبع حنانها وعطفها الفياض
إلى من كان دعائها ورضاها عني سر نجاحي "أمي الحبيبة" حفظها الله
وشفاها.

إلى الذي تعب من أجل تربيته إلى من غرس القيم و الأخلاق في قلبي
، إلى من أحمل لقبه بكل فخر واعتزاز "أبي" أطال الله في عمره
إلى من قاسموني عطف وحنان أمي وأبي أخوتي الأعزاء: مسعودة، الحاج،
خالد ، عبد القادر "ديدو"، محمد "شوشو" ، علي، جمال ، ليلى، نجود، احمد.
إلى كل عائلة دهنون وخاصة " خطيبي الحاج "، إلى الكتاكت "مريا ،
جواد، رهف".

إلى أختي حياة ،وخالتي سعيدة ،وابنة عمتي فظيلة رحمهم الله
إلى كل أخوالي وخالتي وكل عائلة عثمان و إلى عماتي وأعمامي، وإلى
عائلة لخذاري و بوعوا.

إلى من أعتز بصدقاتهم: عبير ، ثريا ، وهيبة، نجاح، لمياء ، رزيقة ،
حفيظة، حورية ، أسماء ، أمال ، جوهر، وسيلة ، هاجر، نجوى.

إلى كل الأساتذة في كلية الحقوق و العلوم السياسية وكل زميلاتي في
الدراسة.

تعتبر السياسة الاجتماعية وحدة أساسية و حساسة في حياة أفراد المجتمع بحيث تتبنى تنمية الإنسان والارتقاء به و إطلاق قدراته وضمان فرص متكافئة وعدالة في توزيع مكاسب المجتمع بين جميع مكوناته في حين أنها تمثل جميع الأنشطة التي تسعى الدولة إلى القيام بها وتحقيقها، والتي تلبي احتياجات الأفراد من تعليم و إسكان وخدمات الرعاية والصحة ؛ وهذه الأخيرة تمثل قضية هامة ينبغي أخذها بعين الاعتبار لأنها أسمى هدف تسعى الدولة بلوغه من أجل استمرارها؛ فنجد صحة المواطن هي أعلى ممتلكه الدولة .

والجزائر هي إحدى الدول التي اهتمت بالصحة من خلال الظروف الصحية الصعبة والمتدهورة التي عرفتها غداة الاستقلال مع انتشار العديد من الأمراض المعدية و الأوبئة وحينها باشرت الجزائر الخروج من هذه الوضعية الصحية بالتقليل من هذه الأمراض ومكافحتها تدريجيا ثم القضاء عليها نهائيا، من خلال التطورات والتحولت التي شهدتها في قطاع الصحة ، لتحسين صحة المجتمع بالإضافة إلى الإنجازات الهامة التي عرفتها في مجال تخفيض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وارتفاع نسبة الأمل في الحياة إلى حد كبير، ومن جانب آخر لاحظت تغيرات جذرية ونوعية في المنظومة الصحية من حيث عدد الهياكل و الإمكانيات والوسائل التابعة لها بما في ذلك العلاج المجاني والوقاية والتلقيحات الضرورية للحد من انتشار هذه الأمراض لإعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي؛ وكذلك تكوين الإطار الطبي والشبه الطبي والإدارية ولهذا نجد الإنسان منذ القديم يسعى إلى تطوير العلاج والبحث عن الشفاء.

وقد جعلت الجزائر من الصحة حقا أساسيا فألزمت أن تضمن الضمان الاجتماعي لرعاياها أي لمجتمعها؛ لأنه يعد أمرا أساسيا في حياة المجتمع الجزائري، فهو يوفر له الاستقرار و الضمان الذين يفقدتهما

مقدمة:

بانعدامها، وحمايته من الوفاة والمرض والعجز وتقديم الرعاية الطبية لذلك نجد أن الضمان الاجتماعي من أهم مجالات السياسة الاجتماعية التي تعتمد عليه في تقديم الحلول الملائمة لمشاكلها.

2. أهمية الموضوع :

تهدف الأنظمة المتعاقبة منذ الاستقلال على تحقيق الاستقرار السياسي من خلال تبني استقرار مجتمعي عبر مجموعة استراتيجيات تنموية غير أن المشكلات الاستعمارية الموروثة و خاصة الاجتماعية منها حالت دون ذلك، ما جعل الدراسة تحتوي على المقتربات الاجتماعية في تحقيق هذا الاستقرار من خلال التركيز على السياسة الصحية قصد فهم المشاكل و الاحتياجات التي يعاني منها المجتمع في القطاع الصحي وتوفير الخدمات اللازمة والضرورية لذلك ، وهي من أهم السياسات التي تكتسي أهمية كبيرة في مجتمعنا في حين نجد أن انعدامها من شأنه الإخلاء بالعدالة الاجتماعية ما يهدد المجتمع و استقراره.

3. أسباب اختيار الموضوع:

تتمحور دراستنا على السياسة الاجتماعية كأحد مداخل تحقيق الاستقرار الاجتماعي، فهي تتنوع

ما بين:

أ/ الأسباب الموضوعية:

- يمثل الموضوع احد المواضيع التي تقع في دائرة النسبية والتي تثير بشأنها إلى الكثير من الإشكالات والتساؤلات حول أهمية الاستقرار الاجتماعي للفرد ومدى القدرة على تحقيق العيش الكريم له والرفاهية المنشودة التي يهدف إليها الاستقرار الاجتماعي، ما يستوجب على السلطات المختصة وضع سياسة اجتماعية مفادها تحقيق طموح الفرد.

- المساهمة في توضيح العديد من المفاهيم و المصطلحات في حقل السياسة العامة.
- الخلط الواضح في العديد من الدراسات بين المفاهيم التي لها علاقة بكل ما هو اجتماعي خاصة السياسة الاجتماعية و الخدمة الاجتماعية.
- محاولة إبراز نجاح أو فشل السياسة الصحية في الجزائر في الفترة المدروسة، ومعرفة المعوقات التي تعاني منها .

4. أهداف الدراسة:

- إثراء المجال المعرفي لموضوع السياسة الاجتماعية التي تعد السياسة الصحية أحد مقوماتها.
- محاولة الوقوف على أهم نقائص السياسة الصحية مع تقديم اقتراحات و حلول لهذه النقائص.
- محاولة التعرف على أهم أدوات العمل الصحية لوكالة الضمان الاجتماعي وكيفية معالجتها للمشاكل الصحية التي يعاني منها المؤمن.

5. أدبيات الدراسة:

- رسالة ماجيستر لزراولية رضا تحت عنوان التحضر والصحة في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر باتنة .كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية ،قسم العلوم الاجتماعية،2010-2011. تطرق صاحبها إلى الخلفية السوسيلوجي للتحضر و المجتمع الجزائري وتناول الخلفية المعرفية للصحة وأيضا تناول السياسة الصحية في الجزائر، دون ربط ذلك بعلاقة السياسة الاجتماعية في تحقيق الاستقرار .

مقدمة:

- رسالة ماجستير لحسيني محمد العيد تحت عنوان السياسة العامة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)، تطرق فيها إلى نشأة و تطور السياسة العامة و إلى المداخل النظرية لدراسة السياسة العامة ،ثم تناول السياسات الصحية ووضح في الأخير التفسيرات النظرية للإصلاحات التي مست السياسة الصحية في الجزائر من 1990 إلى 2012.

6. الإشكالية:

كيف تساهم السياسة الاجتماعية لقطاع الصحة في الجزائر على خلق نظام اجتماعي فعال من خلال بطاقة الشفاء لولاية بسكرة ؟

ومنه تندرج تحت هذه الإشكالية الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما مفهوم كل من السياسة الاجتماعية والضمان الاجتماعي؟
- 2- ما هو واقع السياسة الاجتماعية في قطاع الصحة في الجزائر ؟
- 3- إلى أي مدى استطاع الضمان الاجتماعي تحقيق الاستقرار المجتمعي ؟

وللإجابة على هذه الأسئلة تم وضع الفرضيات التالية:

- 1- يؤدي تجسيد السياسة الاجتماعية إلى تحقيق ضمان اجتماعي لائق بأفراد المجتمع.
- 2- رغم الجهود المبذولة في الجزائر في مجال الإصلاحات الصحية فإن ذلك لم ينعكس بصفة ايجابية على حياة المواطنين .
- 3- تسعى بطاقة الشفاء المتبعة من قبل وكالة الضمان الاجتماعي على التقليل و التخفيف من أعباء المواطن و المشاكل الصحية.

فيعرف المنهج على أنه الطريق الواضح، وهو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقول وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.¹

بما أن الدراسة تنقسم إلى جزء نظري و آخر تطبيقي فقد تم الاعتماد على:

➤ **منهج دراسة حالة:** هو المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة سواء

كانت فردًا أو مؤسسة أو نظامًا اجتماعيًا أو مجتمعًا محليًا أو مجتمعًا عامًا.²

والذي يمكننا من الفهم الدقيق و العميق في مختلف جوانب الموضوع، و كشف أبعاده من خلال الزيارات الميدانية لكون الدراسة تمس وكالة الضمان الاجتماعي لولاية بسكرة ارتأينا اختيار آلية بطاقة الشفاء لإجراء هذه الدراسة و محاولة التحكم أكثر في الموضوع .

➤ **اقترب تحليل النظم:** القائم على أساس البحث في الظاهرة السياسية من خلال نسقها و

محيطها السياسي ذلك على اعتبار إن السياسة العامة ومنها السياسة الاجتماعية تترجم وتعبر عن

عملية موازنة بين مجموعة ضغوط ومطالب يحاول النظام السياسي استيعابها في شكل سياسات

تهدف لحفظ استقرار المجتمع وهو ما يمثل في بحثنا السياسة الاجتماعية كجزء من السياسة العامة

والتي تتجسد في دراسة واقع السياسة الصحية في الجزائر.

¹ - محمد شلبي ، المنهجية في التحليل السياسي: مفاهيم، المناهج، الاقتراب و الأدوات، (الجزائر : [د، ن]، 1997، ص12.

² - المرجع نفسه، ص87.

مقدمة:

➤ في الجانب التطبيقي اعتمدنا على تقنية من تقنيات البحث و هي أداة المقابلة وتعرف المقابلة بأنها اتصال و مواجهة بين طرفين أحدهما الباحث القائم بإدارة المقابلة و الطرف الأخر هو المبحوث وذلك بقصد حصول الأول على معلومات من الثاني في موضوع معين.¹ لتسهيل عملية جمع المعلومات و البيانات و التعرف على أبعاد جديدة في الدراسة لا يصل إليها الباحث إلا من خلال طرح أسئلة على المبحوث ومحاولته الإجابة عليها.

8. تقسيم الدراسة:

لقد اعتمدنا على خطة ثلاثية الفصول:

تناولنا في الفصل الأول الإطار المفاهيمي للدراسة وتم تقسيمه إلى أربعة مباحث حيث خص المبحث الأول إلى مفهوم السياسة العامة، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه مفهوم السياسة الصحية بالإضافة إلى المبحث الثالث الذي خصص فيه مفهوم السياسة الاجتماعية. وفي الأخير المبحث الرابع فتناولنا فيه مفهوم الضمان الاجتماعي .

أما الفصل الثاني تناولنا فيه ثلاث مباحث حيث خص المبحث الأول إلى مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، وتناولنا في المبحث الثالث و الأخير تقييم السياسة الصحية في الجزائر

¹ - نفس المرجع، ص 249.

مقدمة:

كما تناولنا في الفصل الثالث على ثلاثة مباحث المبحث الأول خص فيه مفهوم بمؤسسة الضمان الاجتماعي لولاية بسكرة، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه أدوات السياسة الصحية في الجزائر (بطاقة الشفاء)، لكن المبحث الأخير تناولنا فيه تقييم الدراسة .

9. صعوبات الدراسة:

إن الصعوبات التي واجهتنا أثناء إنجاز هذا البحث لا تختلف عن تلك التي هي مألوفة لدى بقية الباحثين و التي نوجزها في مايلي:

- ✓ نقص المراجع حول موضوع السياسة الصحية وبالأخص السياسة الصحية في الجزائر
- ✓ ندرة الدراسات التي تتناول موضوع السياسة الاجتماعية في الجزائر؛ وان وجدت فهي لا تتناول إلا القليل.
- ✓ صعوبة الاتصال بالمصالح بتقديم معلومات لها صلة بالموضوع.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

تمهيد:

يعالج هذا الفصل الإطار المفاهيمي لأهم المصطلحات التي تبني عليها الدراسة وذلك فيما يخص السياسة العامة والسياسة الاجتماعية والسياسة الصحية وكذلك الضمان الاجتماعي، لأنه من الخلل استخدام مصطلحات دون تحديد المفاهيم الخاصة بها لان ذلك سيؤدي إلى سوء الفهم وعدمه يؤدي إلى الغموض. وبناءً على ذلك سيتم التركيز في هذا الفصل على مختلف مفاهيم السياسة العامة و تحديد خصائصها و عناصرها و أنواعها هذا فيما يخص المبحث الأول، أما المبحث الثاني سيوضح فيه مختلف مفاهيم السياسة الاجتماعية مع تحديد أهدافها ووظائفها و عناصرها و ركائزها، أما المبحث الثالث نتناول فيه مفاهيم السياسة الصحية وأهميتها وأهدافها وكذلك تقسيماتها ومقوماتها الأساسية، وفي الأخير المبحث الرابع الذي يركز على مفاهيم الضمان الاجتماعي و أهدافه وأهميته وأسس ووسائله ، وسيكون هذا الفصل ممهدا للفصول الأخرى لتوضيح وضبط أكثر للموضوع.

المبحث الأول: مفهوم السياسة العامة:

تعتبر السياسة العامة الهدف المحوري الذي تسعى إليه مختلف الحكومات. وسيتم التطرق في هذا المبحث على كل ما تعلق بالسياسة العامة و تحديد مفاهيمها بداية بتعريفها و خصائصها ثم عناصرها و أنواعها.

المطلب الأول: تعريف السياسة العامة:

تعددت تعاريف السياسة العامة باختلاف نظرة الباحثين و زوايا البحث فيها ونذكر منها:

يعرفها كارل فريد يريك FRIEDRICH "هي برنامج عمل مقترح لشخص أو الجماعة أو الحكومة في نطاق بيئة محددة لتوضيح الفرص المستهدفة و المحددات المراد تجاوزها سعيا للوصول إلى الهدف أو لتحقيق غرض مقصود."¹

في حين يركز كل من أندرسون وبريدي وبالوك "على النشاط باعتبارها " نمط من النشاط الحكومي تجاه موضوع أو شيء له هدف أو غرض معين."²

وكذلك يعرفها توماس داي "هي ما تفعله الحكومة و ما لا تفعله."³

يركز في هذا التعريف على الأفعال التي تقوم بها الحكومة لتغطية المطالب

¹ - جيمس أندرسون، صنع السياسة العامة، تر: عامر الكبيسي، (عمان: دار المسيرة)، 1990، صص 14-15.

² - المغربي محمد كامل، الإدارة و البيئة و السياسة العامة، (عمان: دار الثقافة)، 2001، صص 84.

³ - متحصل عليه من :Meaning and nature :public Policy -

http://www.hss.ruh.ac.uk/~introduction%20to/.20puplic/.20Policy-PDF_.orstom%20visite%203/4/2016

يعرفها جيمس أندرسون "هي برنامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو لمواجهة قضية أو موضوع."¹

• بل هي برنامج عمل حقيق يشمل أهداف واقعية مرتبة من حيث الوسائل و منظمة من حيث المضمون.

- وهناك ثلاثة اتجاهات لتعريف السياسة العامة و هي على النحو التالي:

1. تعريف السياسة العامة من منظور ممارسة القوة: تعددت تعريفات هذا الاتجاه و منها :

➤ تعريف هارولد لاسويل H.LASSWELL لسياسة العامة " بأنها من يحوز على ماذا؟ و متى؟ و

كيف؟ وهذا في إشارة إلى أسلوب توزيع الموارد و المكاسب و القيم بفعل ممارسة القوة أو النفوذ."

➤ كما يعرفها دافيد أستون D.EASTAN " بأنها التخصيص السلطوي للقيم على مستوى المجتمع

ككل."

➤ كما يعرفها مارك ليند بنيرك و بنيامين كروسبي B.CROSB,M.LINDENBERG " أنها

عملية نظامية تحظى بميزات ديناميكية متحركة للمبادلة و المساومة و للتعبير عن يحوز على

ماذا؟ و متى؟ و كيف؟ كما تعبر على ماذا أريد؟ و من يملكه؟ و كيف يمكن أن احصل عليه؟"²

2. تعريف السياسة العامة من منظور تحليل النظام: يمثل مفهوم النظام وحدة كلية مؤلفة من مجموعة

أجزاء فرعية، تشكل فيما بينها نسقا من العلاقات المتبادلة.

¹-ثامر كامل محمد الخزرجي،النظم السياسية الحديثة و السياسات العامة،(عمان :دار مجدلاوي)،2004.ص27.

²- فهمي خليفة الفهداوي،السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل،(عمان :دار المسيرة)،2001.ص32.

- في هذا الاتجاه يعرف دافيد أستون **D.EASTON** "السياسة العامة هي توزيع القيم في المجتمع بطريقة سلطوية أمرّة، من خلال القرارات و الأنشطة الإلزامية الموزعة لتلك القيم في إطار عملية تفاعلية بين المدخلات و المخرجات و التغذية العكسية."
- فيقصد هنا بالمدخلات مطالب الأفراد، و المخرجات القرارات الملزمة للأفراد و التغذية العكسية هي ردود أفعال الأفراد حيال المخرجات.
- وكذلك تعرفها بربارة مكليمان بأنها "النشاطات و التوجيهات الناجمة عن العمليات الحكومية، استجابة للمطالب الموجهة من قبل النظام الاجتماعي إلى النظام السياسي."
- السياسة هنا موجهة للاستجابة على مطالب الأفراد المطروحة على النظام السياسي.¹
- كما يعرفها ميشيل روسكن **M.ROSKIN** وزملاؤه بأنها " طلبات المواطنين التي يستشعرها متخذو القرار في الحكومة و معالجتها عن طريق المخرجات التي تتمثل بالعمليات و النشاطات و القرارات السلطوية، و تفعيل دور التغذية العكسية لأغراض التعديل و الإضافات."
- السياسة هنا معالجة لمطالب المواطنين من قبل الحكومة في قرارات ملزمة للأفراد و ردود الأفراد حيال المخرجات.²

¹- ناجي عبد النور، مقدمة في دراسة السياسة العامة، (الجزائر: دار العلوم)، 2014. ص ص 21-22.

²- فهمي خليفة الفهداوي ، مرجع سابق، ص 33.

3. تعريف السياسة العامة من منظور الحكومة: تعددت تعريف هذا الاتجاه منها:

➤ تعريف هنري توني H.TEUNE الذي يرى أن السياسة العامة "هي تلك الوسائل المعتمدة من خلال

الحكومة ،في سبيل إحداث تغييرات معينة ،داخل النظام الاجتماعي للدولة."

➤ ويعرفها كارل فريدريك" بأنها مجموعة القرارات الحكومية المتضمنة لكل ما يجب أن يعمل أو لا يعمل

في ظل معطيات الأوضاع القائمة فيها."¹

➤ وكذلك يعرفها هيكلو HECLO " هي منهج عمل مصمم لتنفيذ بعض الأهداف."

• نجد في هذا التعريف انه قصر في وظيفة السياسة العامة في تنفيذ بعض الأهداف وليس صنعها.²

في حين يشير مصطلح السياسة العامة دائما لتصرفات الحكومة .³

ومن كل هذا يمكن استنتاج تعريف إجرائي لسياسة العامة:هي مجموعة الأهداف التي تسعى الحكومة

تحقيقها متضمنة الخطط و البرامج لتحقيق هذه الأهداف و القرارات و الأعمال التي تقوم بها قصد القضاء

على المشاكل التي يعاني منها المجتمع و الحد منها.

¹ - المرجع نفسه،ص ص 34-35.

² - ناجي عبد النور، مرجع سابق، ص19.

³ -Clark E.Cochran, Lawrence, Mayer, TR Carr and N.joseph cayer American public Policy : an introduction, 2009-2006, Wordsworth, cengage Learning, page01.

المطلب الثاني: خصائص السياسة العامة:

تتميز السياسة العامة عن غيرها من السياسات بمجموعة خصائص نذكر منها:

✚ إنها حصيلة عملية جماعية تطرح فيها الاجتهادات و تؤثر فيها الاتجاهات و الإيديولوجيات ،مثلما

تخضع للمعرفة و للأطر النظرية و للأساليب العقلانية و التقنية.

✚ تناقش و تقرر ثم تصدر من جهات رسمية مخولة دستوريا أو قانونيا بذلك.

✚ كما تتناول قضايا و مسائل و مشكلات تهم المصلحة العامة و لها طابع الشمولية

✚ بالإضافة إلى أنها تتسم بالثبات و الاستمرارية و الديمومة في نفاذها و فاعليتها، و تتسم بالواقعية و

العقلانية و تكون قابلة للتنفيذ و القياس و التقويم و التحليل.¹

✚ السياسة العامة هي فعل للمؤسسة الحكومية بمعنى أنها تمثل خيارات حكومية و النشاطات الرسمية

المستمرة و المتطورة التي تؤديها المؤسسات.²

✚ السياسة العامة شاملة و تمتد لعموم المجتمع المقصود بها ، بمعنى أن مخرجات أية سياسة عامة و

معطياتها لابد لها أن تظال جميع الأفراد المعنيين بها دون تباين أو تحيز أو تفرقة.³

✚ تتصف بالشرعية عند إقرارها من المؤسسات التشريعية و التنفيذية في شكل قانون أو مرسوم له قوة

الإلزام في التنفيذ، و السياسة العامة كذلك نشاط هادف و مقصود.⁴

¹ - عامر خضير الكبيسي، السياسات العامة مدخل لتطوير أداء الحكومات، (الرياض: المنظمة العربية للتنمية)، 2002، صص 10-11.

² - فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 45.

³ - المرجع نفسه، ص 48

⁴ - ناجي عبد النور، مرجع سابق، ص 28.

المطلب الثالث: عناصر السياسة العامة:

بعد التطرق لمفاهيم السياسة العامة و خصائصها يجب الآن توضيح عناصر السياسة العامة و التي تتمثل في أربعة عناصر أساسية وتتمثل في:

1)المطالب السياسية: و تسمى المدخلات ،تتبع من البيئة و من داخل النظام نفسه ،فكل نظام سياسي يتلقى من البيئة مدخلات حيث أنها تشمل مجموعة مطالب و كل ما يطرح على المسؤولين سواء من الأهالي أو من الرسميين في النظام السياسي و ذلك لتحرك إزاء قضية معينة.¹

2)القرارات السياسية: وهي كل ما يصدره الحكوميون المخولون قانونيا بإصدار الأوامر و التوجيهات المعبرة على محتويات السياسة العامة، وتشمل مجموعة القرارات والأوامر والتوجيهات المحركة للفعل الحكومي.²

3)المخرجات السياسية: تمثل استجابة النظام للمطالب الفعلية أو المتوقعة فالمخرجات هي السياسات

والقرارات التي تتعلق بالتوزيع السلطوي للموارد وقد تكون سلبية ، رمزية ، ايجابية .³

أي أنها الانعكاسات المحسوسة الناتجة عن السياسة العامة، في ضوء القرارات السياسية و التصريحات التي يتلقاها المجتمع جراء تطبيق السياسة العامة سواء كانت النتائج مقصودة أو غير مقصودة و التي تنجم عن الفعل أو عدم الفعل.⁴

¹ - وصال نجيب العزاوي ، مبادئ السياسة العامة،(عمان :دار أسامة)،2003،ص17.

² - ناجي عبد النور، مرجع سابق، ص27.

³ - وصال نجيب العزاوي، مرجع سابق، ص18.

⁴ - ناجي عبد النور، مرجع سابق، ص27.

4) **التغذية العكسية:** وهي تشير إلى تدفق المعلومات من البيئة إلى النظام السياسي عن نتائج قراراته

وسياساته ، وهي بهذا المعنى تربط المدخلات بالمخرجات في عملية مستمرة فالمخرجات فيها بمثابة ردود

فعل للمدخلات ، وهذه بدورها تتأثر بالمخرجات¹

المطلب الرابع: أنواع السياسة العامة:

سيتم التركيز على أنواع السياسة العامة في ضوء الوظائف التي تعبر في مجملها على أداء الحكومة:

- **السياسة العامة الاستخراجية:** كل النظم السياسية سواء كانت بسيطة أو معقدة ، تقوم باستخراج الموارد من بيئتها في شكل الخدمة العسكرية والخدمات العامة الإلزامية الأخرى.²

فلا بد من إيجاد موارد للنظام خاصة المالية منها، وفي هذا الصدد يلزم الحكومة وضع سياسة عامة

توصف بالاستخراجية وتعبر عن تعبئة الموارد المالية والبشرية مثل : رصد وجمع الأموال ، السلع

،الأشخاص ،الخدمات،....³

- **السياسة العامة التوزيعية و إعادة التوزيع:**هي تخصيص الوكالات الحكومية بمختلف أنواعها للأموال والسلع والخدمات والتوزيع على الأفراد وجماعات المجتمع ، من أجل الاستفادة منها مثال ذلك توزيع

¹ - وصال نجيب العزاوي ، مرجع سابق،ص ص 18-19.

² - قرقاح ابتسام ، " دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامة في الجزائر (1989-2009)"، **رسالة ماجستير** ، جامعة باتنة . كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، (2010-2011).ص.23.

³ - حسيبة غارو ، " دور الأحزاب السياسية في رسم السياسة العامة دراسة حالة الجزائر من 1997-2007"، **رسالة ماجستير**، (جامعة تيزي وزو . كلية الحقوق و العلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية،9-12-2012).ص.61.

القروض لإقامة مشاريع صغيرة و المنح و الامتيازات المقدمة للطلبة الجامعيين و المنافع و القيم و الدخل و جعله لصالح فئات من ذوي الدخل المنخفض أو المحدود.¹

■ **السياسة العامة الرمزية:** وهي التي تقوم من خلالها النظم السياسية بتعبئة الجماهير، و رفع حماسهم الوطنية. وهذا يكون في حديث القادة السياسيين عن تاريخ الأمة و عن القيم و الإيديولوجيات المتمثلة في المساواة و الديمقراطية بمثابة الدافع لأبناء الأمة من اجل الدفاع و الرفع من روحهم الوطنية و الولاء نحو الوطن.²

■ **السياسة العامة التنظيمية:** يصفها " جيمس أندرسون " بالضابطة التي تفرض قيودا أو محددات على سلوك الأفراد و الجماعات.³

و نظرا ولتزايد المشاكل في المجتمعات وتطور سبل الأعمال و تزايد أنشطة الحكومة في المجتمع ازدادت الحاجة إلى مثل هذه السياسات المتمثلة في ممارسة النظام السياسي لعمليات الضبط و الرقابة لمختلف الأنشطة و السلوكيات للالتزام بدواعي المصلحة العامة و تطبيق القانون بما يضمن عمل المجتمع أو عدم عمله.⁴

¹- قرقاح ابتسام، مرجع سابق، ص30.

²- المرجع نفسه، ص31.

³- حسيبة غارو ، مرجع سابق، ص61.

⁴- قرقاح ابتسام ، مرجع سابق، ص31.

المبحث الثاني: مفهوم السياسة الصحية:

تمثل السياسة الصحية بعدا هاما من أبعاد السياسة الاجتماعية، إذ نجد أن تحقيق التنمية في أي بلد لا بد أن يتسم أفراد مجتمعه بمستوى صحي راقى. ويجب على الدولة تقديم خدمات الرعاية الصحية لشعبها وذلك لضمان حياة أفضل للمجتمع منعدمة من المرض و الوباء.

المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية.

قبل التطرق إلى التعريف السياسة الصحية يجدر بنا تقديم تعريفا لصحة:

أولا: تعريف الصحة:

التعريف اللغوي:

➤ قال شارح القاموس لسان العرب بأنه قد وردت على الفعل بالضم و فعلة بالكسر في ألفاظ كالقل و القلة، و الذل و الذلة، و الصحاح خلاف السقم و ذهاب المرض ، و قد صح فلان من علته، و استصح.¹

➤ الصحة لغة حسب لسان العرب لابن منظور هي "تقيض المرض و السقم و ذهابهما".²

¹ - جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم، لسان العرب لابن منظور ،المجلد الرابع، ج 28،(القاهرة:دار المعارف)،1981.ص2401.

² - رمضان قندلي،الحق في الصحة في القانون الجزائري(دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة و القانون ،جامعة بشار الجزائر.العدد06، جانفي 2012.ص218.

- أما الصحة في اللغة العربية" الصحة مصدر صحَّ يصحَّ صحاً، والصحة هي خلاف السقم، وهي ذهاب المرض والمتلبس بها يسمى صحيحاً ، والجمع صحَّاح .يقال صحَّ فلان من علته واستصح.¹
- تعريف الصحة في اللغة الفرنسية فأصل هذه الكلمة في اللغة اللاتينية **salutari**، **salutavi**، **saluto** وهي " تعني البقاء سليماً معافى المحافظة على الجسم. أما في اللغة اليونانية فكلمة **ugiés** " تعني أن يكون الإنسان سليم الجسم و العقل" وكذلك كلمة **sano, sanare** في اللغة اللاتينية تعني "جعله سليم الجسم ،معالجته إرجاعه إلى جادة الصواب."²
- أما في اللغة الإنجليزية ،أصل كلمة **healt** هو كلمة **haelb** والتي تعني " تمام العقل ،كائن مكتمل، التمام أو الحسن "، وفي أصول اللغة الألمانية و الإنجليزية **hailtho** أو **kailo** " تعني نفس الكلمة الرفاهية و السعادة و الكمال و الأمن لإنسان."³

تعريف الصحة اصطلاحاً:

- ونجد أن الصحة هي " تحقيق حالة السلامة العامة البدنية و العقلية و النفسية للفرد ،ويعتقد أطباء اليونان بان الصحة هي "حالة التوازن التام أو الكامل."⁴

¹ -بن زيطة أميدة،"الرعاية الصحية للفرد في الفقه الإسلامي"،أطروحة دكتوراه،(جامعة الجزائر. كلية العلوم الإسلامية ،قسم الشريعة ،2006-2007).ص.05.

² -حسيني محمد العيد،"السياسة الصحية في الجزائر(دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث1990-2012)،رسالة ماجستير،(جامعة قاصدي مرباح ورقلة. كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية2012-2013).ص.ص.48-49.

³ - سعد علي العنزي،الإدارة الصحية،(عمان :دار اليازوردي)،2009.ص.15.

⁴ - عبد المهدي بوعوانة ،إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية،(عمان :دار حامد)،2004.ص.27.

*المرض: هو قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته على خير قيام و هو في حاجة للراحة

- عرف البنك الدولي world Bank الصحة هي " القدرة على تحقيق الصحة داخل المجتمع و أنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثها زيادة الدخل و التعليم في سلوك الأفراد ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي في الدولة مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع متلازما مع ظروف المناخ و البيئة.¹
- وتعرف منظمة الصحة العلمية الصحة هي " حالة اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و مهنيا و اجتماعيا و ليس مجرد انعدام المرض* و العجز.²
- نجد هذا التعريف يصف فقط الصحة الجيدة على أنها هي علم وفق الوقاية من المرض و إطالة العمر.
- أما العالم ونسلو Winslow فقد عرف الصحة على أنها "هي علم وفق الوقاية من المرض و إطالة العمر.³
- ويعرفها كذلك العالم بركنز على أنها " حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، وان حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها ، وان تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.⁴

¹ - كامل مهنا، "الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول"، المؤتمر الوطني الأول، قصر الانيسكو، 2 جانفي 1999، ص6.

² - Driss Mammeri Santi publique, Engage édition, Alger 1991, p6.

³ - عصماني سفيان، "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرض) دراسة حالة مصحة الصنوبر بمدينة سطيف"، رسالة ماجستير، (جامعة محمد بوضياف لمسيلا.كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية، قسم علوم التسيير، 2005-2006). ص.25.

⁴ - أيمن مزاهر، الصحة والسلامة العامة، (عمان: الشروق)، 2000. ص.13.

➤ ويمكن القول أن الصحة هي ليست مجرد الخلو من المرض، ولكنها فوق ذلك عافية في البدن و رجاحة في العقل.¹

➤ هي الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة.²

➤ وتعني الصحة كذلك غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز و العلل.³

➤ ونجد أن الصحة هي حالة من الرفاهية الجسدية، العقلية والاجتماعية وليس فقط انعدام المرض

و الإعاقة، وان الصحة الجيدة تدعم وتحفز التطور، الذي بدوره يدعم ويحفز الصحة الجيدة.⁴

ومن كل هذه التعريفات يتحدد :

الصحة هي الحياة التي يعيشها الأفراد الخالية من الأمراض و الحوادث و هي الصحة الجسدية و العقلية و النفسية و الاجتماعية كذلك.

ثانيا: محددات الصحة:

نجد أن للصحة درجات تتمثل في:

الصحة المثالية: ونقصد بها درجة التكامل و المثالية البدنية و النفسية و الاجتماعية، و نادرا ما يتوفر هذا المستوى ، و يعتبر هدف من أهداف الصحة العامة و الصحة الاجتماعية بل هو هدف المجتمع بأكمله.

¹ - كليفورد. أندرسن ، طريقك إلى الصحة و السعادة .تر: شاكر خليل نصار ،(بيروت: دار الشرق الأوسط)، 1970، ص.5.

² - Magali Barbieri , Pierre Centrelle-Santé et population .p5 .متحصل عليه من: .

[Http://www.politique africane.com/numeros/pdf/04051pdf.orstom_visite_3/4/2016](http://www.politique africane.com/numeros/pdf/04051pdf.orstom_visite_3/4/2016)

³ - عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين السعدين الاجتماعي و الثقافي،(مصر: دار المعرفة الجامعية)، 2003، ص.17.

⁴ - كامل مهنا، "الأمية و التنمية الصحية"، تقرير وزارة الشؤون الاجتماعية، 17 - 18 أيلول 2002، ص.7.

الصحة الإيجابية: وفيها تتوفر طاقة صحية ايجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل و المؤثرات البدنية والنفسية و الاجتماعية دون ظهور أي أعراض أو علامات مرضية.¹

السلامة المتوسطة: في هذا المستوى لا تتوفر طاقة ايجابية لدى الفرد مقارنة بالمستوى السابق .و يكون الفرد دائما عرضة للمؤثرات الضارة البدنية ،النفسية،الاجتماعية. وقد يقع الفرد فريسة للمرض بسبب إحدى هذه النواحي السابقة.

المرض الغير ظاهر:في هذا المستوى لا يشكو الفرد من أعراض مرضية واضحة ، ولكن يمكن في هذا المستوى اكتشاف بعض الأمراض نتيجة الاختبارات و التحاليل الطبية ، أو نتيجة الحالة الاجتماعية للفرد و التعرف عن قرب للظروف و الصعوبات التي يعاني منها نتيجة تدني مستوى معيشته.²

المرض الظاهر:وهو ظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد أو ظهور علامات تتم عن إصابة الفرد بمرض معين و يشعر الفرد بها بالألم و القلق الظاهريين.

مستوى الاحتضار:و هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور و تسوء الحالة الصحية للفرد و يصعب عليه استعادة حالته الصحية .³

¹ - أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية)، 1997.ص19.

² - بهاء الدين إبراهيم سلامة، الصحة و التربية الصحية، (القاهرة: دار الفكر العربي)،[د.ت.ن]،ص18

³ - سلوى عثمان أصدقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، (السويس: دار المعرفة الجامعية)،2004.ص25.

تعريف السياسة الصحية:

- يمكن تعريف السياسة الصحية بأنها " تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية و ترتيب الأولويات بين هذه الأهداف و الاتجاهات ".¹
- وتعني السياسة الصحية بأنها " القرارات و الخطط و الإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق رعاية صحية محددة الأهداف داخل المجتمع".²
- وكذلك تعتبر السياسة الصحية " مجموعة من العلاقات المترابطة و المتكاملة من القرارات و النشاطات و التي تشكل جزءا من إستراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية".³
- أو هي "موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة و الذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية و الإدارية".⁴
- ويشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي " مجموعة من الأهداف و البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة ،تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية و تنفيذية و برامج العمل المقترحة للحكومات ،تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ و الإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة و تأثيرها في

¹-زراوية رضا،"التحضر والصحة في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية "،رسالة ماجستير،(جامعة الحاج لخضر باتنة .كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية ،قسم العلوم الاجتماعية،2010-2011).ص69.

² -World health organization. متحصل عليه من:

http://www.who.int/gho/publications/Word-health-statistique/en-whso9-full_orstom_visite_3/4/2016

³-صلاح محمود ذياب،إدارة خدمات الرعاية الصحية ،(عمان:دار الفكر)،2009. ص216.

⁴-حسيني محمد العيد، مرجع سابق، ص51.

نشاطات كل من القطاعين الخاص و العام في المجال الصحي ،بغية تحقيق الأهداف العامة و فاعلية.¹

➤ كما يمكن تعريف السياسة الصحية الوطنية بأنها" تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية و ترتيب الأولويات بين هذه الأهداف و الاتجاهات الرئيسية لبلوغها.²

المطلب الثاني: أهمية وأهداف السياسة الصحية:

تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة و تشكل إطارا عاما تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، وتحدد الخطوط العريضة للمؤسسة و الأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها.وهذه الكيفية ليست تفصيلية ،وإنما لبيان أهمية السياسات الصحية في المؤسسة.³

وتهدف السياسة الصحية إلى الحفاظ على تحسين صحة مجموعة من الأفراد.⁴

وتكمن أهمية السياسة الصحية فيمايلي:

- و جود عدة طرق و أساليب لوضع السياسات الصحية: فتعدد طرق السياسات الصحية و أساليبها يعطي أهمية لهذه السياسات فأحيانا توضع هذه السياسات لاستجابة مطالب الإدارة العليا و بالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة ، وأحيانا استجابة لمطالب أفراد المجتمع و أحيانا لتحقيق أهداف محددة . ولذلك فان

¹-خروبي بزارة عمر ، " إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009دراسة حالة لمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف " ، رسالة ماجستير،(جامعة الجزائر 03. كلية العلوم السياسية و الإعلام ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية(2010-2011). ص16.

²- طب المجتمع ، منظمة الصحة العالمية،المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، [د.ت.ن]، ص42.

³- صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق، ص218.

⁴-John shopings Bloombe G School of public Heath ,Heath Policy and the délivery of Heath care :introduction and Privat Heath plan case study. page 6. متحصل عليه من:

<http://www.aspb.cat/quefem/dcs/hopkins-fall-instituteo9.pdf> orstom visite 3/4/2016

أهمية السياسة تتبع من طبيعة الهدف الذي وضعتة السياسة الصحية من اجل تحقيقه، في حين تختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى إلا أنها تشمل عموماً القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى قطاعات صحية أخرى حسب النظام الصحي لتلك الدول. والمقصود هنا أن الذي يضع السياسات الصحية في الدولة، جزء واحد أساسي من النظام الصحي. وغالباً ما يتركز في القطاع الصحي الحكومي، ولا يمكن بأي حال انفراد القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي بوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي.¹

- اعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة وهذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية ففي بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو لأسباب تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتلات و الجماعات و أحياناً لسباب غير معروفة وبالتالي فإن غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات.²

- ويكون رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل اعلي مستوى إداري في المؤسسة الصحية ، وبالتالي فإن عملية الاستجابة لسياسة الصحية تكون أكبر عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا ،و في الغالب فإن سياسات التطعيم مثلاً :تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم الصحي و بذلك فإن الاهتمام و الالتزام بهذه السياسة يكون أكبر عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا

¹ - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 219.

² - نفس المرجع، ص 219.

ونستطيع القول أن الالتزام و الاستجابة و الاهتمام بالسياسة الصحية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية.¹

المطلب الثالث: تقسيمات السياسة الصحية:

يمكن تقسيم السياسة الصحية إلى أكثر من أسلوب لتسهيل دراستها وذلك من خلال عدة معايير استند إليها وأهمها :

- داوت 1994 تقسم السياسات الصحية إلى سياسات كبيرة و سياسات صغيرة ، وتميزت السياسات الكبيرة بأنها تهتم بكل الناس في المجتمع و بالأهداف طويلة المدى. أما السياسات الصغيرة تهتم بالمجتمع المحلي و الأهداف قصيرة المدى بالإضافة إلى أنها تتناول موضوع محدد و ليست شاملة.²
- أما د.فرانك 1994 فقد قسم السياسة الصحية إلى أربعة مستويات وهي على النحو التالي:³

1. **مستوى النظام:** يرتبط المستوى بالمظاهر و الأمور العامة للنظام الصحي و مدى تخطيط و تعليم الموارد البشرية، ويفسر هذا المستوى أيضا طبيعة العلاقة بين القطاعات الصحية المختلفة داخل النظام الصحي بالأنظمة و القطاعات غير الصحية.

2. **مستوى البرامج:** يحدد هذا المستوى من السياسات أوليات الرعاية الصحية، و طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف النظام الصحي. بالإضافة إلى تحديد الأساليب و

¹ - فريدة توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، (عمان: دار المسيرة)، 2008، ص33.

² - صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق، 220.

³ - نفس المرجع، ص220.

الطرق التي من خلالها يتم توزيع الموارد المادية و البشرية بصورة مثالية و الاستفادة منها بأكبر قدر ممكن.

3. مستوى التنظيم: يحدد هذا المستوى طريقة العمل و الإنتاجية و تقديم الخدمات الصحية و مستواها.

4. مستوى الإدارة: يحتوي هذا المستوى على الأنظمة التنفيذية للعمل في المؤسسة الصحية، كتوضيح لنظام المعلومات الإداري المعمول به و أنظمة شؤون العاملين، و الحوافز، وأنظمة العمل التنفيذية لبقية أقسام و وحدات المؤسسة الصحية.

التقسيم العام للسياسات: حيث تم تقسيمها إلى:¹

أ- **سياسات الميتم:** و التي يتم من خلالها وضع القواعد التي يعتمد عليها متخذ القرار في وضع السياسات الأخرى في القطاع الصحي، وهي تضم نظام وضع السياسات، و تعتبر من أهم وأصعب أنواع السياسات.

ب- **سياسات الميغا:** و هي التي تضم مجموعة متقدمة من السياسات و تضم هذه السياسات الإرشادات العامة و التوجيهات للسياسات الأخرى الأقل منها مستوى و يمكن اعتبار السياسات الصحية بمستوى الميغا إذا ماتضمنت أحد أو مجموع الأمور التالي:

✓ توضيح دور المؤسسة الصحية في التنمية الاقتصادية أو الاجتماعية أو دور القطاع الصحي في الدولة.

¹ - المرجع نفسه، ص ص 220-221

✓ القاعدة الأساسية و قيم المؤسسة الصحية .

✓ توضيح الأولويات و الأهداف التي ترغب المؤسسة بتحقيقها .

✓ بيان معدل التعيين المطلوب في المؤسسة و معدل المخاطرة و التطلعات المستقبلية.

✓ تحديد المسائل و نوعيتها.

ت-السياسات المحددة (التنفيذية): و هي السياسات التنفيذية التي تهتم بالأمور الروتينية البسيطة، بالإضافة إلى توضيح ظروف و تفاصيل العمل ،وهي أدنى المستويات في تقسيم السياسات الصحية من حيث المستوى الإداري و الأهمية و التكاليف.¹

المطلب الرابع: المقومات الأساسية لسياسة الصحية:

وزارة الصحة هي في أغلب الأحيان الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية و تحديد الإستراتيجيات اللازمة لتنفيذها و وضع خطة العمل الكفيلة بذلك. وقد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تشكيل "مجلس صحي وطني" تمثل فيه جميع القطاعات، لضمان انعكاس جميع وجهات النظر وللتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة، وأنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة.

لذا يفضل أن تتألف المجالس الصحية الوطنية من شخصيات ليست بالضرورة حكومية، ولكن تمثل نطاقا واسعا من الاهتمامات في مجال الشؤون الصحية و السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية. وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة و التنمية الصحية و تتولى هذه المراكز الخدمات الاستشارية في جميع ما تعلق بالأمور الصحية. ومهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة

¹ - نفس المرجع، ص 221.

الصحية الوطنية فإن وضع السياسة الصحية الوطنية لا تكون كاملة و ممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات الأساسية وتتمثل فيمايلي:¹

1.الالتزام السياسي: إن رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة و ترجمتها إلى حقيقة واقعة.أي أنه يجب قبل وضع السياسة اتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهمة بالشؤون الصحية ،كما يجب تعبئة الرأي العام و توضيح الحقائق له،حتى يمكن التغلب على جميع العقبات و توفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة وقد يكون من الضروري في بعض الأحيان اللجوء إلى تدابير سياسية حازمة مثل فرض الضرائب و غيرها.²

2.الاعتبارات الاجتماعية: السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة،وترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة بالنسبة للمحروسين،و بصورة أوضح فإن السياسة الصحية لا بد أن ترمي إلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء و الفقراء، يعني ذلك تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة لها.

3.مشاركة المجتمع: لا بد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة و الواعية من المجتمع ،بحيث يتحمل الأفراد و الأسرة و المجتمعات مسؤولية صحتهم و رفايتهم بصرف النظر عن المسؤولية للحكومات عن صحة شعوبها ،وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية و اقتصادية.

¹ - طب المجتمع، مرجع سابق، ص ص44-45.

² - نفس المرجع، ص ص44-45.

4. الإصلاح الإداري: لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز و تكييف الهياكل و النظم في جميع القطاعات وليس القطاع الصحي فقط ،بل وتبادر للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة و جميع القطاعات الأخرى كالتعليم و الزراعة و الغذاء وموارده المالية وحماية البيئة وتحقيق لذلك لابد من إعادة النظر في الأمور و النظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المحلية.¹

5. تخصيص الموارد البشرية: عند وضع السياسات الصحية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية لأقصى حد، ولا بد أن يأخذ في عين الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية لأي زيادة مطردة في تكلفة الخدمة و الناتج وارتفاع أجور العاملين و التقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية.

6. سن التشريعات: يجب سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة و الضمان الاجتماعي و التأمين الصحي زمن المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها و تحليلها كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام .

7. إعداد خطة العمل: ينبغي أن تترجم السياسة الصحية الوطنية إلى برامج وخطة عمل محددة ،كما يجب تجديد الأغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كمياً قدر الإمكان كما يجب أن تشمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله و الإطار الزمني وتقديم الاحتياجات و الكوادر

¹ - زرا و لية رضا، مرجع سابق، ص ص70-71.

اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج ولاشك أن تنفيذ خطة العمل عملية طويلة الأمد وقد يكون من الصعب أن يحدد لها مسبقاً جداول زمنية تقريبية.¹

¹ - طب المجتمع، مرجع سابق، ص 46.

المبحث الثالث: مفهوم السياسة الاجتماعية:

تلعب السياسة الاجتماعية دورا بارزا و إسهاما فعالا في توجيهه و تحقيق الرفاهية والرعاية الاجتماعية داخل المجتمع وذلك لتحقيق العدالة الاجتماعية و المساواة و الحرية والمواطنة و الاستقرار و تحسين نوعية الحياة.

المطلب الأول: تعريف السياسة الاجتماعية:

➤ و يتضمن تعريف السياسة الاجتماعية "SOCIALPOLICY" كلمة سياسة "POLICY" و تعني الافتراض بوجود غايات أو أهداف يتطلب تحقيقها، حيث أن السياسة الاجتماعية تهتم بأحكام القيمة فالأهداف و الغايات المطلوب تحقيقها هي أمور حددت و اختيرت و اعتبرت موضوعا ذا قيمة فهي تستحق التحقيق.¹

➤ أما لفظ اجتماعي "social" فيعني معايير مختلفة، فربما تتميز السياسة بكونها اجتماعية لأن المجتمع يسلك طريق حكومته الشرعية وهو الذي يتبنى هذه السياسة، أو قد تتميز بكونها اجتماعية لأنها تهتم بالجوانب الاجتماعية للحياة.²

¹ - محمد محمود المهدي، ممارسة السياسة الاجتماعية و دورها في التخطيط و التنمية، (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث) ، 2001. ص62.

² - ماهر أبو المعاطي علي، السياسة الاجتماعية "أسس نظرية و نماذج عالمية و عربية ومحلية، (القاهرة: مكتبة زهراء الشروق)، 2003. ص26.

➤ ونجد أن لدى جوان إيدن أن كلا الاستخدامين متداولين إلا أن الاستخدام الأخير هو الأكثر شيوعاً. أما مصطلح السياسة الاجتماعية ظهر نتيجة استخدام مصطلح "دولة الرعاية الاجتماعية"¹.

➤ ويعتمد تعريف "مارشال **Marshal**" لسياسة الاجتماعية على سياسة الحكومة التي تتضمن البرامج و النظم الموجهة لتحقيق المساعدات العامة و التأمينات الاجتماعية و خدمات الضمان الاجتماعي و الإسكان و غيرها.²

• يركز التعريف على تدخل الدولة في الرعاية الاجتماعية و لم يحدد الغايات و الوسائل.

➤ أما **titmus** فيرى بأنها " كافة المبادئ الموجهة للوسائل و الغايات بقصد تحقيق أهداف المجتمع. و تتضمن كافة الوسائل التي تحدث تغيير موجه في الأنساق و المواقف و السلوك."³

➤ كما يعرفها "شتلا ند **SCHOTTLAND**" بأنها " مجموعة المسارات التي تحدد الجهود و الأنشطة القائمة بين الناس و بعضهم البعض. و التي تحدد العلاقة بين المواطنين و الحكومة، و تتضمن التشريعات القانونية و القرارات المتعلقة بعلاقات سكان المجتمع."⁴

• يركز هذا التعريف على الجهود السكانية غير انه لم يحدد الغايات و الأهداف.

¹ - المرجع نفسه ، ص 27.

² - نفس المرجع، ص 27.

³ - المرجع نفسه، ص 31.

⁴ - نفس المرجع، ص 31.

- وكذلك تعرف السياسة الاجتماعية بأنها " تعبر عن تحديد و تنظيم الاتجاهات و المنهج الذي ترتضيه الدولة لتوجيه العمل الاجتماعي بها في شتى المجالات وفق الأهداف التي تسعى إليها، وتحقيقها لأمال شعبها في العدالة الاجتماعية و في مستوى أفضل للحياة.¹"
- كما تعرف السياسة الاجتماعية في تقارير الأمم المتحدة بأنها السياسة التي تتصدى للمشكلات الاجتماعية، وفي نفس الوقت تتقدم بالتنمية المجتمعية نحو تحقيق أهدافها أي تحسين أحوال الناس و نوعية حياتهم.²
- وتعرف وتعنى بإعادة التوزيع والحماية والعدالة الاجتماعية.³
- ❖ ومن كل هذا نستنتج تعريف إجرائي لسياسة الاجتماعية: نجد بأنها مكون أساسي من السياسة العامة للمجتمع، تهدف إلى تحقيق قدر متزايد من العدالة الاجتماعية وذلك عن طريق توفير خدمات متنوعة ومتكاملة لأفراد المجتمع ككل و للفئات الأكثر احتياجا على وجه الخصوص.

¹ - عبد المحي محمود صالح، الرعاية الاجتماعية تطورها قضاياها، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية)، 2003. ص ص 23- 24 .

² - نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدولة العربية"، تقرير اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي آسيا، (الأمم المتحدة:نيويورك)، 2005. ص 14.

³ - إزابيل أوتيز، "السياسة الاجتماعية"، تقرير الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية بالأمم المتحدة، 2007. ص 7

المطلب الثاني: أهداف السياسة الاجتماعية :

تهدف السياسة الاجتماعية من خلال إجراء برامجها إلى تحقيق مجموعة أهداف تتلخص في :

✓ يرى مارشال أن الحكومات تمارس السياسة الاجتماعية لصالح مواطنيها عن طريق توفير مجموعة من الخدمات تساعد على رفع مستوى معيشتهم تتمثل في التأمينات الاجتماعية و الرعاية الاجتماعية و السياسة الإسكانية.

✓ تهدف السياسة الاجتماعية أساساً إلى تحسين الظروف العامة للمجتمع و النهوض بحياته الاجتماعية و تقليل الانحراف و التفكك الأسري قدر الإمكان.¹

✓ إشباع كافة حاجات و مطالب الأفراد و الجماعات و تحسن أحوال الناس المعيشية و الاهتمام بالحياة الاجتماعية.

✓ تسعى السياسة الاجتماعية إلى تحقيق جملة ما يتمتع به كل فرد من أفراد المجتمع من الرفاهية.²

✓ ترشيد مواجهة المشكلات الاجتماعية و القضايا مما يجعلها موضوعاً أساسياً من موضوعات اهتمام مهنة الخدمة الاجتماعية*³

¹ - مصطفى عبد العظيم فرماوي، السياسة الاجتماعية و إدارة المؤسسات، (القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية)، 2006، ص 13.

² - درية السيد حافظ ، السياسة الاجتماعية و متغيرات المجتمع المعاصر، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية)، 2007، ص 126-129.

*الخدمة الاجتماعية هي مهنة إنسانية تهدف إلى خدمة الإنسان، و حل مشكلات الأفراد و الجماعات و تنمية قدراتهم،

³ - هناء حافظ بدوي، التخطيط الاجتماعي و السياسة الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية، (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث)، 2003، ص 201.

- ✓ توجيه العمل الاجتماعي في المجتمع و الخطط و البرامج و المشروعات الاجتماعية تجاه تحقيق الأهداف المجتمعية لنقل المجتمع من صورة إلى صورة أفضل وذلك من خلال تعاون و تنسيق الجهود المختلفة لتحقيق الأهداف.
- ✓ تستهدف الإصلاح الاجتماعي و تحقيق المساواة و العدالة في توزيع الموارد و الخدمات بين الأفراد و الأسر و المجتمعات المحلية في المجتمع.
- ✓ تزويد الأفراد و الفئات الأكثر احتياجا بالخدمات اللازمة لمقابلة حاجاتهم المتزايدة.
- ✓ تستهدف السياسة الاجتماعية بناء و تنمية الإنسان في المجتمع و تحقيق الاستقرار و إحداث التغيير و التنمية الاجتماعية كعائد لتحسين نوعية الحياة.
- ✓ ترتبط أهداف السياسة الاجتماعية بالأهداف المجتمعية العامة و هي أهداف إستراتيجية تتحقق على المدى الزمني الطويل.¹

المطلب الثالث: وظائف السياسة الاجتماعية:

تعددت وظائف السياسة الاجتماعية و هي كالتالي:

- 1) **الوظيفة التنموية:** تعطي مكانة متميزة لدور الإنسان في التنمية فتتطوي هذه الوظيفة على دعم و تقوية الأسرة ، و ضمان إعداد المواطنين إعدادا طيبا يتلاءم مع أدوارهم وإسهامهم في التنمية خاصة الأطفال و النساء و الشباب، وتقوم بدور دافع نحو التعاون و المشاركة

¹ - طلعت مصطفى السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، (القاهرة: دار الفكر العربي)، 2004.ص25.

و التكيف مع التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية ، كما تتجه هذه الوظيفة نحو الأبعاد الثقافية و الاجتماعية لرفع مستواها لدى المواطنين.

(2) **الوظيفة الوقائية:** تتجه نحو الفئات التي يمكن أن تكون عرضة للتأثير السلبي في المستقبل نتيجة عملية التنمية وما يصاحبها من تصنيع و تحضر و هجرة و تغير قيمي أي أنها تستبق حدوث تداعيات سلبية وتعد للتعامل معها سلفا وليس بعد وقوعها.¹

(3) **الوظيفة العلاجية:** وتتجه بصفة خاصة إلى بعض الفئات المحرومة و التي أطلق عليها فيما بعد الجماعات الهاشمية كالأطفال المهملين وكبار السن والذين لا مأوى لهم ، ويدخل في إطار هذه الوظيفة دعم الخدمات الصحية* و التعليمية لهم و توفير المأوى و رفع مستوى الخدمات العامة الأخرى التي يحتاجون إليها.²

(4) **الوظيفة الاندماجية:** والتي اعتبرتها المنظمة الدولية للأمم المتحدة نقلة أساسية في سياسة الرفاهية، والتي تتطلب إعادة توجيه الموارد والبرامج والأشخاص بحيث يتحقق الدمج و التكامل لجميع قطاعات المجتمع في التنمية القومية الشاملة.³

وكذلك من وظائف السياسة الاجتماعية مايلي:

¹ - هناء حافظ بدوي، مرجع سابق، ص198.

*الخدمة الصحية: هي مجموع الخدمات المقدمة للمريض منذ وصوله إلى المستشفى أو المركز الصحي إلى غاية خروجه منه و التي يهدف من ورائها إلى تحسين صحة الفرد و إعادتها إلى حالتها الطبيعية

² - محمد محمود مهدي ، مرجع سابق ، ص68.

³ - ماهر أبو المعاطي، مرجع سابق، ص38.

- تحقيق التكامل و تدعم الشعوب بالانتماء للمجتمع، فهي تتصل بالمجالات والتنظيمات الاجتماعية التي تدعم هذا التكامل و تمنع الاغتراب الذي يحدث نتيجة انفصال الفرد عن المجتمع، وهذا هو السبب الأساسي للمشكلات الاجتماعية لما تشير إليه نظرية التفكك الاجتماعي.
- تعبر عن نفسها في العديد من أشكال النفع الاجتماعي في محاولات متعددة إما لتقليل المعاناة عن الأفراد أو لكي توفر لهم الحماية الاجتماعية من الضغوط التي يواجهونها أو لتوفير الحماية الكلية للمجتمع ككل بالارتقاء بمستوى درجة الرفاهية للفرد و المجتمع في آن واحد .وهذا لمساعدة الأفراد للحصول على أقصى درجة من الإشباع ، والسياسة الاجتماعية يجب أن تكون لجميع أفراد المجتمع.
- إن أهم ما تحاول السياسة الاجتماعية الوصول إليه هو تحقيق الأهداف و الغايات التي يتبناها الأفراد و المجتمع.في حين يجب التأكيد على الطابع الاجتماعي للسياسة الاجتماعية و ذلك بقصد تحقيق الخير للفرد و المجتمع في آن واحد،حتى وإن تطلب ذلك أن تكون الأهداف و الغايات تكتيكية و ليست إستراتيجية، لأن هذا قد يعطي إمكانية تحقيق قدر من الرفاهية للفرد في الوقت الذي يصعب فيه تحقيق العدالة الاجتماعية المطلقة.¹

¹ - درية السيد حافظ ، مرجع سابق، ص ص 236-238.

المطلب الرابع: عناصر السياسة الاجتماعية:

من المكونات الأساسية التي يجب توافرها لسياسة الاجتماعية يمكنها من تحقيق أهدافها في إطار الإمكانيات المتاحة أو التي يمكن إتاحتها في المجتمع و هي على النحو التالي:

1/الإيديولوجية السائدة في المجتمع:الإيديولوجية هي المذهب و الأفكار التي يعتنقها أعضاء جماعة من الجماعات وهي القاعدة التي يتحرك منها سلوك الجماعة أو هي على الأقل القوة الأساسية المحركة و المنظمة لسلوك المجتمع و لنظمه الاجتماعية.¹

كما تعبر عن مجموعة الأفكار و المعتقدات الخلفية و الرئيسية و السياسية و السياسية و تمثل التراث الثقافي و الحضاري للمجتمع وتعتبر بمثابة الفلسفة المحددة و الموجهة لسلوك أفراد المجتمع بكافة فئاته و قطاعاته و أجهزته و تنظيماته الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية.

إن الإيديولوجية عنصر هام من عناصر السياسة الاجتماعية و من أهم العناصر المحددة لها، وهي تقوم بتحقيق مجتمع العدل و الديمقراطية و الحرية الاجتماعية و تكافؤ الفرص أمام جميع المواطنين.²

¹ - بدوي هناء حافظ ، مرجع سابق، ص 203.

² - مهدي محمد محمود، مرجع سابق، ص ص 71-72.

خصائص الإيديولوجية:

❖ إنها تفسر الواقع الاجتماعي في إطار عقلائي الذي يتسم بقدر كبير من الاتساق المنطقي، و من خلال تفسيرها للواقع الاجتماعي و حكمها عليه فهي تقدم رؤية معينة لهذا الواقع لاكتشاف أسباب التخلف الذي يعانیه و إمكانات التغيير.

❖ توحى بأنماط معينة لسلوك وأساليب معينة تساعد على تحقيق التكامل بين أعضاء الجماعة أو الطبقة التي تمثلها، من أجل إشباع حاجاتهم و متطلباتها السيكولوجية و المادية.

❖ تجذب الناس إلى الإيمان بها طوعا لا قسرا وأن تشغل مواقفهم الوجدانية و الانفعالية الظاهرة أو الكامنة من أجل تعميق الإيمان بها.¹

(2) الأهداف البعيدة المدى: هي بمثابة المرشد إلى تحقيق السياسة الاجتماعية في العالم إنها ترجمة لأمال المجتمع و تطلعاته نحو مستقبل أفضل، وتحقيقها على المدى البعيد بهدف زيادة معدل رفاهية المجتمع، في حين أن هذه الأهداف تتأثر بالقيم السائدة في المجتمع و الإيديولوجية التي تحكمه.²

ومن بين هذه الأهداف مايلي:

▪ تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص و العدالة السياسية و الاجتماعية و كذلك العدالة في توزيع الحقوق و كل المواطنين سواء و حق كل مواطن في التعبير عن رأيه.

¹ - علي أبو المعاطي، مرجع سابق، ص 49-50.

² - بدوي هناء حافظ، مرجع سابق، ص 204.

- توفير التأمين الاجتماعي لكل أبناء المجتمع و المسكن و الرعاية الصحية و الوقاية و العلاجية المناسبة لكل مواطن.
 - توفير كافة أساليب الرعاية للأطفال و فرص التنشئة الاجتماعية السليمة، و توفير كافة الفرص و الأساليب الرعاية الكاملة للشباب.¹
 - في حين يعتبر تحديد الأهداف عنصرا أساسيا و جوهريا في السياسة الاجتماعية لأنها توضح إطارات العمل أمام واضعي السياسة على أساس من الواقع وصول إلى تنمية مستقبلية.²
 - يسهم تحديد الأهداف البعيدة في صياغة الأهداف القريبة التي تترجم السياسة الاجتماعية و تعتبر هذه الأهداف الخطوة الأولى للتخطيط الناجح.³
 - يسهم تحديد الأهداف في إزالة عدم التأكد و العشوائية في العمل و تسيير الرقابة، حيث أن تحديد الأهداف يحدد مستويات الأداء المطلوبة.
- (3)مجالات العمل الاجتماعي: ويقصد بها تلك المجالات التي تحدد برامج و مشروعات التنمية الاجتماعية و الاقتصادية. و فئات المواطنين التي تستهدفهم تلك البرامج و تحديد الأجهزة التي يتم من خلالها العمل على تخطيط و تنفيذ هذه البرامج و المشروعات،وهي ميادين العمل و قطاعاته التي تتضمنها السياسة الاجتماعية و فئات المواطنين الذي يشملهم هذا العمل إلى جانب تحديد مجالات الزمن الذي يؤدي فيه العمل لهذه الفئات.⁴

¹ - مهدي محمد محمود، مرجع سابق، ص 82.

² - علي ماهر أبو المعاطي، مرجع سابق، ص 71.

³ - نفس المرجع ، ص 71.

⁴ - مهدي محمد محمود ، مرجع سابق ، ص 73.

أهمية تحديد مجالات العمل الاجتماعي:

- توضح الحدود التي يعمل في إطارها المتخصص العامل لتحقيق الأهداف المطلوبة في ضوء إيديولوجية المجتمع المناط بالعمل
- كما تحدد للمسؤولين تنفيذ البرامج و المشروعات التي تتضمنها السياسة.
- بالإضافة إلى أنها تحدد أولوية المناطق المجتمعية التي تقدم لها الخدمات و بالتالي فإنها تيسر على المخططين و المنفذين الإلتقان على برامج التنمية في إطار تلك الأولويات
- ونجد أن تحديد ميادين العمل و الفئات المستفيدة و الوقت يضمن للمجتمع السير نحو أهدافه في وقت قصير و بأقل تكاليف ممكنة.¹

4)الاتجاهات و المبادئ العامة: فهي التي توجه العمل الاجتماعي وتنظم وتحدد طريقة أداء هذا العمل ومتابعته و أسس تقديمه.²

وهي مجموعة الأسس والقواعد و المبادئ التي تحدد أبعاد العمل ومستواه ونوع البرامج والمشروعات التي تتضمنها الخطط الاجتماعية التي تنفذ في المجتمع.³

وتعتبر هذه الاتجاهات الهيكل الذي تعمل فيه السياسة الاجتماعية ، وتتأثر هذه الاتجاهات بالأهداف والإيديولوجية و القيم السائدة في المجتمع.⁴

¹ - علي ماهر أبو المعاطي، مرجع سابق، ص 77.

² - مهدي محمد محمود، مرجع سابق، ص 73.

³ - فرماوي مصطفى عبد العظيم، مرجع سابق، ص 44.

⁴ - بدوي هناء حافظ ، مرجع سابق، ص 206.

أهمية تحديد الاتجاهات و المبادئ العامة :

- تحدد أهمية فئات المواطنين في الحصول على الخدمات التي تتضمنها الخطط التي تحقق السياسة في إطار الاتجاهات الملزمة، التي ترتفع إلى مستوى القاعدة أو المبدأ الواضح المعالم و شبه الملزمة و التي تقوم على ما تم من فائدته العلمية ، و غير ملزمة التي يفضل الأخذ بها في تحديد بعض أنواع برامج الرعاية الاجتماعية، بالإضافة إلى أنها تسعى لتحقيق القيم و المعاني الإنسانية و تحقق التنسيق الفكري بين واضعي الخطط و تنفيذها لتحقيق الترابط و التكامل بينهما.¹
- وكذا توضح القواعد و الاتجاهات و المبادئ التي يجب الالتزام بها لتحقيق الأهداف على أساس فهم علمي في حدود الموارد المتاحة، وكذلك تؤثر في أسلوب أداء العمل و تقديم الخدمات و سرعته.²

المطلب الخامس: ركائز السياسة الاجتماعية

1. الشرائع السماوية: تعتبر الشرائع السماوية من أهم ركائز و دعائم السياسة الاجتماعية، ذلك أن القيم و الاتجاهات و الأحكام النابعة من الأديان السماوية تعمل كمرشد لتوجيه السياسة الاجتماعية عند تحديد أهدافها. فالأديان تقوم بتنظيم علاقة الإنسان بالآخرين و علاقته بالحياة الاجتماعية ككل.

¹ - علي ماهر أبو المعاطي، مرجع سابق، ص 85.

² - نفس المرجع، ص 85.

ومن خلال تحديد المضمون الاجتماعي للدين الإسلامي من جهة تأثيره في السياسة الاجتماعية نجد

مايلي:

- الدين يدعو إلى نبذ الاستغلال و إقامة العدالة في المجتمع وحث الناس على التعاون و التماسك الاجتماعي.
- حددت كذلك قواعد الشرائع السماوية أحكام تنظيمية للعلاقات الاجتماعية الإنسانية و من أهمها واجبات الدولة نحو مواطنيها وواجبات المواطن نحو مجتمعه.
- يزود الإسلام السياسة الاجتماعية بالقواعد و الاتجاهات، فهو يكرم الإنسان و يدعو إلى مساعدة الضعفاء.
- كما يركز الدين الإسلامي على مفاهيم الرعاية الاجتماعية و يحدد اتجاهات السياسة الاجتماعية في مسؤولية الدولة و تنظيم الإحسان و فعل الخير و الزكاة باعتبارها مصادر تمويل الرعاية الاجتماعية.¹
- الدين زاخر بالدعوة إلى الوحدة والعدالة والمساواة والحرية، والحقوق والواجبات وغيرها من الأهداف التي تسعى السياسة الاجتماعية لتحقيقها بالأخص التكافل الاجتماعي.²

2.الدستور: هو وثيقة أساسية تنظم العلاقات المختلفة بين الدولة والمواطنين، وهو الذي يمثل الأساس الذي

يقوم عليه التنظيم السياسي للمجتمع وهو المصدر الأول والأساسي للقوانين والتشريعات الاجتماعية.³

¹ - المرجع نفسه ، ص 209.

² - السروجي طلعت مصطفى، مرجع سابق، ص 18

³ - فرماوي مصطفى عبد العظيم، مرجع سابق، ص 18.

ويعد أساساً مهماً للنظام الاجتماعي و السياسي في الدولة و يقدم و يزخر مواد تحدد الحقوق والواجبات ، وحقوق الرفاهة والأمن الاجتماعي والتضامن الاجتماعي وتكافؤ الفرص والمساواة ، واستراتيجيات السياسة الاجتماعية كالتعليم والصحة والأسرة والضمان الاجتماعي والبطالة وأولوية رعاية بعض الفئات كالمرأة و الطفولة.¹

3.المواثيق و المعاهدات و الإنفاقات الدولية:و تصدر هذه المواثيق لكي تحدد للسياسة الاجتماعية أهدافها البعيدة و اتجاهاتها المختلفة، حيث أنها تتضمن في نصوصها أهداف السياسة العامة و السياسة الاجتماعية للمجتمع.²

بالإضافة إلى أنها تحدد الحد الأدنى للرعاية الاجتماعية للأفراد مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948، الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة و مواده تركز على مجمل الحقوق السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية للفرد و الجماعة، و إعلان حقوق الطفل 1959 متضمناً في مواده حماية الطفل من (الإهمال، و القسوة، وحق التعليم الإلزامي المجاني و التمتع بالأمن الاجتماعي)، وميثاق العمل الاجتماعي للدول العربية في مارس 1971 مركزاً على (المساواة، العدالة، مشاركة المرأة، التكافل الاجتماعي، الأسرة، ...) ³

¹ - السروجي طلعت مصطفى، مرجع سابق، ص 19.

² - بدوي هناء حافظ ، مرجع سابق، ص 210.

³ - السروجي طلعت مصطفى، مرجع سابق، ص 19.

4. التشريعات و القوانين و القرارات: إن عملية سن القوانين تشكل قاعدة فعالة في العمل الاجتماعي، فهي من العمليات الدقيقة و المعقدة، فإنها تتطلب قدر كبير من المهارة و الخبرة العملية لدى المتخصصين في وضع هذه القوانين.¹

و هي القاعدة التي يعيش عليها المجتمع شؤون حياته و أساليب استمراريته، فتساهم في تحقيق العدالة و زيادة معدلات الرفاه الاجتماعي و مواجهة المعوقات ، و تحديد آليات التنفيذ ، و تشمل القوانين الرسمية و القرارات الوزارية.²

¹ - بيومي محمد احمد، و إسماعيل علي سعد، السياسة الاجتماعية بين النظرية و التطبيق، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية)، [د.ت.ن.]. ص 100.

² - السروجي طلعت مصطفى، مرجع سابق، ص 19.

المبحث الثالث: مفهوم الضمان الاجتماعي:

يعد الضمان الاجتماعي أحد صور الحماية الاجتماعية داخل المجتمع ومن أهم مجالات السياسة الاجتماعية، والتي يمكن من خلالها فهم توجهات السياسة العامة في نظام سياسي ما.

المطلب الأول: تعريف الضمان الاجتماعي.

تعريف الضمان لغة: يراد به عدة معاني منها: الحفظ و الرعاية والالتزام، ضمنته الشيء تضمينا فتضمنته فلتزمته، وشغل الشيء بغيره و اشتم اله عليه وضمن الشيء أودعه إياه.

الكفالة: الضمين الكفيل ضمن الشيء و به ضمنا كفل به وضمنه إياه كفله.¹

إن كلمة ضمان تشير إلى وجود خطر معين يجب الحذر منه ومواجهته بوسائل تحمي الشخص المههد بذلك الخطر.²

تعريف الضمان اصطلاحا:

- ❖ يعرفه المشرع الأمريكي بأنه "تحرير الإنسان من الحاجة و الحرمان"
- ❖ و كذلك يعرفه المشرع الانجليزي في 1942بأنه "تأمين دخل معين يحل محل الكسب عندما ينقطع بسبب البطالة و المرض و الإصابات و الشيخوخة و الموت ،أو يقوم بتغطية النفقات الاستثنائية التي

¹ - دوجان عموش محمد محمود، موانع الضمان في الفقه الإسلامي: المال - الحنايات - الحدود، (الأردن: دار التفاتس)، 2010، ص13.

² - فراس ملحم، "الإطار القانوني للضمان الاجتماعي في فلسطين"، سلسلة مشروع تطوير القوانين، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطنين: رام الله، 1999، ص12.

تتجم عن الزواج و الولادة و الوفاة، على إن يكون ذلك مقرونا بالعمل على إنهاء حالة انقطاع الكسب بأسرع وقت ممكن "كما يعرفها المشرع الخاص بالضمان الاجتماعي في فرنسا 1945 بأنه"الضمان المعطى لكل مواطن ليكون قادرا في جميع الأحوال على تأمين وسائل العيش له ولعائلته بصورة لائقة".¹

تعريف بعض المفكرين للضمان الاجتماعي:

- يعرفه احمد بيومي بأنه "ضمان الدخل، أي مجموعة التدابير التي تتخذها الدولة لتضمن لبعض أو لجميع أفرادها حد أدنى من الدخل".²
- كما يرى وليم بيفرديج على أنه "ضمان حصول الفرد على دخل يحل محل أجره عندما ينقطع هذا الأجر بسبب التعطل أو المرض أو الإصابة، وعلى معاش تقاعد في حالة الشيخوخة، و على إعانة في حالة وفاة العائل، وسد النفقات الاستثنائية كما في حالات الوضع و الوفاة و الزواج".³
- في حين يعرفه عادل عز على أنه "تأمين إجباري من الدولة يهدف إلى توفير الحماية المادية للطبقات الضعيفة للمجتمع في حالة تعرضهم للأخطار ليس في قدرتهم تحملها كأخطار المرض أو حوادث العمل، العجز أو الوفاة المبكرة، البطالة أو وصولهم سن الشيخوخة".⁴

¹ - بيومي محمد احمد، مرجع سابق، ص ص 276-277.

² - المرجع نفسه، ص 279.

³ - "من أجل العدالة الاجتماعية و عولمة عادلة" مؤتمر العمل الدولي: تقرير الضمان الاجتماعي، (جنيف: مكتب العمل الدولي)، 2011، ص 12.

⁴ - الضمان الاجتماعي، متحصل عليه من www.djalie.algerie.dz.pdf

➤ كما يعرفه خالد محمد بس بأنه " تشريع تصدره الدولة لتوفير الحماية الاجتماعية للجميع أفرادها من

مخاطر الفقر و الجهل و المرض و ذلك بكفالة المزايا، النقدية و العينية لهم ولأسرهم من بعدهم".¹

• ويمكن تعريف الضمان الاجتماعي بأنه مؤسسة عمومية ذات طابع اجتماعي و إداري، تتمتع

بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي. تتكفل بالتأمين الاجتماعي للمؤمنين و ذوي الحقوق.²

التعريف الإجرائي: الضمان الاجتماعي يعني كل أنواع الحماية الاجتماعية التي تقدم للمواطنين

سواء عن طريق التأمين الاجتماعي أو المساعدات الاجتماعية أو غيرها من صنوف الخدمات و

الرعاية التي تكفل رفاهية المواطنين و أمتهم و بالأخص الأطفال و كبار السن و المعوقين.

المطلب الثاني: أهداف الضمان الاجتماعي:

❖ يهدف الضمان الاجتماعي إلى حماية الأفراد من الأخطار و الأعباء الاجتماعية التي تهددهم

بالبؤس و الحاجة كالمرض و العجز و الوفاة و البطالة و التقاعد، و إلى تحقيق الأمن

الاجتماعي.³

❖ وكذلك يهدف إلى دعم الدخل و تقديم الرعاية الطبية والحماية الاجتماعية، وضمان القدرة على

تحمل الأعباء الضريبية و الكفاءة و الاستدامة ، وضمان غياب التمييز على أساس الجنسية أو

¹ - زرمي نعمة، "الصناعة التأمينية الواقع و الأفاق التطوير"، **ملتقى الدولي السابع**، (جامعة حسينية بن بوعلي الشلف، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و التسيير، يومي 3/4-12-2012)، ص3.

² - عبد الوهاب محمد كوكو عثمان، "نظام الضمان الاجتماعي ودوره في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية "

متحصل عليه من: <http://www.oiu.edu.sd/feco/docjor/feco-20150514120023.pdf>

³ - الواسعة زرارة صالح، "المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية"، **أطروحة دكتوراه**، (جامعة قسنطينة، كلية الحقوق، 2006-2007)، ص60.

الانتماء الإثني أو نوع الجنس، وحصول الجميع على الخدمات الصحية لضمان تحقيق ظروف عمل و معيشة لائقة.¹

❖ يهدف الضمان الاجتماعي إلى تحقيق الأمن الاقتصادي للأفراد، ويمنح إعانات نقدية في حالة العجز أو الوفاة، وضمان دخل يفي بمطالب الحياة عندما يقعد عن العمل أو يواجه ظروف خارجة عن إرادته. ويهدف كذلك إلى تحقيق الثقة و التعاون بين أرباب العمل و العمال و المساعدة على التعاون بينهما، و ذلك عن طريق اشتراك أرباب العمل بنفقات ضمان المخاطر التي قد تحدث للعمال، وخلق الاستقرار بين العمال ضد مخاطر و ظروف الحياة، مما يدفع بالعامل إلى مزيد من الإنتاجية و الارتفاع بها كما و نوعا وهذا يؤدي إلى رفع الأجور.²

المطلب الثالث: أهمية الضمان الاجتماعي:

تظهر أهمية الضمان الاجتماعي من خلال ثلاث وظائف و هي كالآتي:

1) الوظيفة الاجتماعية: يهدف التأمين إلى التعاون بين مجموعة من الأشخاص لضمان خطر معين، فيقوم كل منهم بإشراك أو دفع لتغطية الخسائر التي يمكن أن يتعرضون لها، وتتجلى الوظيفة الاجتماعية للتأمين بصفة خاصة في تشريعات العمل و التأمينات الاجتماعية و يترتب عن ذلك إنشاء مؤسسات للتعويض عن الأمراض و الحوادث المهنية و الشيخوخة و البطالة و غيرها من الصناديق؛ فالصندوق يحل محل الأشخاص الآخرين في مساعدة أي فرد قد يصيبه أي خطر، و ذلك عن طريق دفع التعويضات اللازمة و الكفيلة بالضرر الذي أصابه.

¹ - مؤتمر العمل الدولي، مرجع سابق، ص 12.

² - بيومي محمد احمد، مرجع سابق، ص ص 189-288.

(2) **الوظيفة النفسية:** و تتمثل في توفير الأمان ز إزالة الخوف الملازم لطبيعة البشرية، ويصبح بهذه العملية يشرع بنوع من الأمان والارتياح على مستقبله ومستقبل نشاطاته، الأمر الذي يجعله يتحلى بروح من المبادرة الخلاقة و يحذو في ذلك الأمان و الاطمئنان بفضل عملية التأمين لكل الصدف والمفاجأة اليومية ، فالشخص يحس بالأمان عند تأديته عمله و بعمله قد يحصل على تعويض أي حادث يجل به.¹

(3) **الوظيفة الاقتصادية:** يعتبر التأمين إحدى الوسائل الهامة للادخار وذلك بواسطة تجميع رؤوس الأموال المكونة من أقساط واشتراكات التأمين والتي تضل رصيذا لتغطية المخاطر وهذا الرصيد يوضع في عمليات استثمارية و تجارية تزداد الأهمية الاقتصادية في مجال المعاملات الدولية حيث يشكل التأمين عاملا مشجعا لتكثيف المبادلات بين الشعوب إذ يسمح للمستثمرين الأجانب والموردين، بعمليات عابرة للحدود، بالعمل دون خوف من الآثار السيئة التي تسببها المخاطر التجارية والسياسية وكذا الطبيعية:

فالعامل وإن كان يشتغل لشخص آخر فإن إجبارية التصريح و التأمين عليه تجعله مضمون و مطمئن تجاه وضعيته. وخاصة مصدر رزقه ورزق عائلته، وبالنسبة لرب العمل الذي لا يتحمل تعويض الخسائر و الأضرار التي قد تصيب العمال من حسابه الخاص.²

¹ - سماتي الطيب، **التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي**، (الجزائر: دار الهدى)، 2014، ص 25.

² - سماتي الطيب، "الإطار القانوني للتأمينات الاجتماعية في التشريع الجزائري ومشاكله العملية"، **ندوة**، (جامعة فرحات عباس، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 25/26-04-2011)، ص 8.

المطلب الرابع: أسس الضمان الاجتماعي:

تظهر أسس الضمان الاجتماعي في ثلاث نظريات و تتمثل في: النظرية التقنية و الاقتصادية

والقانونية و هي كالتالي:

1. النظرية التقنية: يرى أنصار هذه النظرية أن التأمين يجد أساسه في عملية التعاون التي يقوم بها المؤمن و

المتمثلة في جميع المخاطر التي يتعرض لها المستأمنين، و أنقسم أنصار هذه النظرية إلى فريقين وهما:

✓ **الفريق الأول:** يرى أنصار هذا الفريق أن التأمين في حقيقة أمره ماهو إلا عملية تعاون بين مجموعة

من الأشخاص يواجههم نفس الخطر. فهم الذين تقع على عاتقهم مسؤولية تغطية نتائج المخاطر التي

قد تحدث لأي منهم. وفي رأيهم يقتصر دور المؤمن على إدارة و تنظيم التعاون بين المستأمنين بطرق

فنية تمكنه من تحديد المبلغ المالي الذي يدفعه كل واحد منهم. فالتأمين إذا هو عملية تعاون منظم

بطريق متبادل بين الناس وفقا لقواعد فنية تساعد على إبعاد احتمالات الصدفة البحتة في حدوث

المخاطر.

✓ **الفريق الثاني:** يرى أنصار هذا الفريق أن التأمين يستند على عملية فنية، وإذا كانت هذه العملية تتمثل

في جميع المخاطر و إجراء المقاصة، وذلك لا يتم إلا ضمن مشروع منظم يعمل بوسائل فنية و يلتزم

هذا المشروع بتغطية المخاطر التي يتعرض إليها المؤمن لهم.¹

¹ - نفس المرجع، ص ص 8-9.

2. النظرية الثانية: مفادها النظر إلى الجوانب الاقتصادية للتأمين وتتمثل في:

✓ **مقياس الحاجة:** يقوم التأمين على فكرة الحاجة وأن أي نوع من التأمين يهدف إلى الحماية و الضمان من خطر معين ،وأن التأمين عن الأضرار و التأمين من الخطر (الحريق أو السرقة،التلف)يجد مصدره الأساسي في حاجة المؤمن له إلى إجراء نوع من الوقاية تضمن له الحماية و الأمان عند وقوع المخاطر.

✓ **مقياس الضمان:** إن الضمان يكون أفضل من غيره من المعايير الأخرى كأساس لتأمين باعتباره يمثل القاسم المشترك لكافة أنواع التأمين.فهذا الأخير مثلا يحقق الضمان لقيمة الأشياء المؤمن عليها،و التأمين على الحياة يحقق الضمان للغير و عدم تدهور المركز المالي للمستفيدين. فإن فكرة الضمان في الواقع نجدها في مختلف أنواع التأمين.

3. **النظرية القانونية:** تركز هذه النظرية على التأمين الذي تقوم به الجمعيات التعاونية،وفيهما يشترك المستأمنين لتؤدي لأعضائها ما يحتاجون إليه من معونات و خدمات أمر مشروع و هو من قبيل التعاون على البر، إن نظام المعاشات الحكومي وما يشبهه من أنظمة، كالضمان الاجتماعي المتبع في بعض الدول و نظام التأمينات الاجتماعية المتبع في دول أخرى، فهي جائزة.¹

¹ - المرجع نفسه،ص ص 9-11.

المطلب الخامس: وسائل الضمان الاجتماعي:

وتنقسم وسائل الضمان الاجتماعي إلى ثلاث وسائل وهي كالتالي: الوسائل العلاجية، و الإنشائية، و

الوقائية:

(1) الوسائل العلاجية: وتنقسم إلى قسمين:

أ/ **التأمينات الاجتماعية:** هي مجموعة الوسائل التي تستخدم من أجل ضمان الأمن الاقتصادي لأفراد المجتمع.¹

إن الهدف الأساسي من التأمينات الاجتماعية هو ضمان مستوى مناسب لمعيشة كل مؤمن عليه عند فقدان القدرة على الكسب بصفة مؤقتة أو لسبب خارج عن إرادته. وتقدم له الضمان المادي و الهدامات الصحية و التأهيل المهني في حالة العجز و يشمل كفالة من يتركهم المؤمن عليه من أفراد أسرته ممن يعولهم قبل وفاته.

ويطلق على التأمينات إسم المساعدات الاجتماعية التي تصرفها الدولة للمحتاجين ومن أمثلة التأمينات الاجتماعية: (التأمين الصحي، التأمين ضد الحوادث، والتأمين ضد البطالة و الأمراض المهنية).

ب/ **المساعدات الاجتماعية:** هي إحدى وسيلتي الضمان الاجتماعي، و التي يحصل بمقتضاها الأفراد في حالات معينة و بشروط معينة على مبالغ نقدية وخدمات طبية تقرر بحسب حاجتهم ، ولا يدفعون نظيرها إشتراكات خاصة. فهي تقدم مبالغ نقدية وخدمات عينية على قدر الحاجة وبشروط خاصة ولا تستلزم دفع

¹ - أحمد الحسن البرعي، الوسيط في التشريعات الاجتماعية، (القاهرة: دار النهضة العربية)، 2000. ص44.

إشتركات، وتشمل المعاشات والعلاوات العائلية، ومنح الزواج ومصارييف الجنابة ومساعدة المحاربين والعجزة، وتقدم العلاج الصحي والنفسى للأمراض العضوية والنفسية و غيرها.¹

2- الوسائل الإنشائية: تهتم هذه الوسائل بالجانب الشخصى و النفسى للمستفادين من أنظمة الضمان الاجتماعى، فتبحث فى مشاكلهم النفسية و العلل العضوية و تحاول أن تعدهم إعدادا فنيا لاستعادة مكانتهم فى الأنشطة الإنتاجية.

و لعل من أهم الوسائل الإنشائية وسيلة التأهيل، فالكثير من العمال الذين يصابون بأمراض مهنية يقعدون عن مزاوله النشاط ، وهم لا يجدون مصدرا للرزق عن طريق العمل ولا يجدون أمامهم إلا قوانين الضمان الاجتماعى.

إن التأهيل هو تلك الخدمات التى تقدم للعاجز ولكن ليس من باب الشفقة و الإحسان بل من الرغبة من الاستفادة منهم والتخفيف من أعبائهم.و يشمل التأهيل العلاج الطبى و التدريب التدريجى و التوجيه المهني و التشغيل.

3- الوسائل الوقائية: ومن أهمها التشغيل الكامل،تنمية الموارد القومية و إعادة توزيعها،بالإضافة إلى التدابير الوقائية ضد (حوادث العمل و أمراض المهنة) ويمكن اتخاذ هذه الأخيرة لمنع وقوع الأمراض أو العلاج من الأمراض بعد و وقوعها،و كذا التدابير الطبية الوقائية.فى حين نجد أن زيادة الإنتاج تعد وسيلة وقائية للضمان الاجتماعى.²

¹ - بيومى محمد أحمد، مرجع سابق، ص ص 291-296.

² - المرجع نفسه، ص ص 298-301.

خلاصة الفصل:

تم التركيز في هذا الفصل على الإطار المفاهيمي للسياسة العامة من خلال توضيح مفهوم السياسة العامة على أنها عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي لعلاج قضية ما وهي مجموعة من القرارات و البرامج الناجمة من الحكومة. وفيها تم التركيز على مفهوم السياسة الصحية والتي تعني الخطط و الإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق رعاية صحية فعالة للمجتمع، بالإضافة إلى السياسة الاجتماعية التي تعني غايات أو أهداف يتطلب تحقيقها، في حين تهدف السياسة الاجتماعية تحسين الظروف العامة للمجتمع و النهوض بحياته، وإشباع كافة حاجاته و مطالبه و تحسين أحوال الناس المعيشية و الاهتمام بالحياة الاجتماعية. أما فيما يخص الضمان الاجتماعي فيقوم بحماية الأفراد من الأخطار و الأعباء الاجتماعية و الحاجة كالمريض و العجز و الوفاة و البطالة و التقاعد، و إلى تحقيق الأمن الاجتماعي.

الفصل الثاني: واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر في
قطاع الصحة

تمهيد:

مرت المنظومة الصحية في الجزائر بالعديد من المراحل التي شهدت تقدما ملحوظا و مستمرا ، للحفاظ على صحة المواطنين و تحسينها و بالرغم من التحسن الذي شهدته السياسة الصحية في الجزائر إلا أنها لم تحقق الأهداف المرغوبة. وهو ما فرض إعادة النظر في قطاع الصحة؛ من خلال تبني مشروع جديد سمي ب:"مشروع إصلاح المستشفيات" الذي يهدف إلى المساواة في تقديم الخدمات الصحية و ضمان الاستمرارية. وعليه سيتم تفصيل الموضوع من خلال ثلاث مباحث:

يبحث أولهما في مراحل السياسة الصحية في الجزائر، ويخص الثاني بتحديد واقع إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، في حين يحاول الثالث تقييم السياسة الصحية في الجزائر، وذلك من خلال دراسة الاختلالات المرتبطة بالمنظومة الصحية في الجزائر وطرق معالجتها.

المبحث الأول: مراحل السياسة الصحية في الجزائر:

خاضت الجزائر منذ الاستقلال تجربة طموحة في مجال الصحة، نظرا لدور التي تلعبه هذه الأخيرة في مجال حل مشاكلها بحيث أصبح موضوع الصحة أهم المواضيع الذي يركز عليها الاهتمام السياسي لكونه بات يهدد حياة المواطنين.

المطلب الأول: مرحلة مواجهة المشكلات الصحية الموروثة من 1962 إلى 1975م:

ورثت الجزائر سنة 1962م وضعية صعبة متردية و متدهورة، حيث كان النظام الصحي الموجود متمركز أساسا في المدن الكبرى كالجزائر، وهران، قسنطينة، و يتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية. و مراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم. و من جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا و يعملون في عيادات خاصة جهم كانوا من الأجانب. و لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهيكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد. و كذا بجملة من النصوص و القوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.¹

قبل سنة 1965م لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.²

¹ - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، (الجزائر: دار كتامة للكتاب)، 2007، ص.69.

² - حسيني محمد العيد ، مرجع سابق، ص.114.

و يمكن تلخيص أهم المشكلات الصحية عشية الاستقلال في النقاط التالية:

_ هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200) طبيب (2700) ممرض و ممرضة

_ حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة

لعدد السكان آنذاك 8 أطباء لكل 100000 ساكن، كما كان عدد الصيادلة حوالي 50 صيدلي و 30 طبيب

أسنان فقط و بالإضافة إلى النقص الكبير في الكوادر الفنية و الإدارية لتسيير المؤسسات الصحية و سوء

توزيع المراكز و المؤسسات الصحية.¹

- و كذلك من أهم المشاكل التي عانت منها الجزائر نقص كبير في الإطارات التقنية من أطباء و عاملين و

افتقار كبير لرؤوس الأموال.²

- و تتميز المرحلة بعجز دائم من حيث الهياكل القاعدية و كان قبل سنة 1967م قرابة 39000 سريرا

بالمستشفيات، و ما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962م.

و يمكن أن تبرز خصائص النظام الصحي لهذه الفترة الممتدة من 1962-1973م كالتالي:

قلة العمال في السلك الطبي و الشبه طبي، فمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا محسوسا

بالقطاع خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين كما أن توزيعهم عبر التراب الوطني كان توزيعا

غير عادل مما أدى إلى استدعاء التعاونية الأجنبية الطبية من أجل التكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع و

¹-حبيبة قشي، "آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية-دراسة حالة مصحة الرازي للطب و الجراحة بسكرة"، رسالة ماجستير، (جامعة محمد خيضر بسكرة. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2006-2007)، ص120.

²- دلال السويبي، "نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الإستشفائية- دراسة حالة المؤسسة العمومية محمد بوضياف ورقلة-" ، رسالة ماجستير، (جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير 2011-2012)، ص ص 3-4.

تميزت هذه الفترة بقلّة الهياكل الصحية حيث تموضعت أغلبية المستشفيات و الصيدليات، و كذا العيادات في شمال البلاد¹.

الجدول رقم(1): تطور نسبة الأطباء الجزائريين و الأجانب من 1963 إلى 1972م:

السنوات	1963	1966	1972	1966	1972
الأطباء الجزائريين	26,7%	16,30%	39,50%	86,10%	89,30%
الأطباء الأجانب	73,30%	73,20%	60,50%	13,90%	10,70%

المصدر: الندوة الخاصة بتطور النظام الوطني للصحة، الجزائر، 1983، ص54.

كما أن الوضعية الصحية في هذه الفترة كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، والتي كانت نسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180%، وأمل الحياة لم يصل إلى 50 سنة، و كان بسبب الوفيات هو انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية و المعيشية.

و أمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين وهما:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامة و خاصة) و كذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان بالاستفادة من العلاج بشكل متساو.

- مكافحة الوفيات و القضاء على الأمراض و الأوبئة المتنتقلة².

و من هنا كانت أولويات السياسة الصحية في الجزائر للتخلص من هذه المشاكل تتمثل في:

- وضع برنامج صحي وطني هدفه مكافحة الأمراض و الأوبئة المتنتقلة الأكثر انتشارا بين السكان

و التكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية كالتغذية و الاستعجالات الطبية.

- تكوين أعوان طبيين في الصحة العمومية و الأخذ بالكفاءات الأجنبية

¹-علي دحمان محمد،"تقييم نفقات الصحة و التعليم- دراسة حالة لولاية تلمسان-"، رسالة ماجستير،(جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. كلية العلوم الإقتصادية و التسيير و العلوم التجارية، 2010-2011)،ص ص 32-33.

²-خروبي بزرارة عمر، مرجع سابق، ص38.

- تعبئة الموارد المالية في بلد لا يتعدى الناتج الداخلي الخام فيه 400 دولار للفرد الواحد.¹

الجدول رقم(2): الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962-1973م:

مراكز صحية	مستشفيات	صيادلة	جراحو أسنان	أطباء	الإنجازات السنوات
188	156	49	33	75	1962
588	263	353	286	423	1973

المصدر: كساي نجوى، "تأثير النفقات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية"، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر

بسكرة، 2008، ص88.

المطلب الثاني: مرحلة البناء الهيكلي للمؤسسات من 1973 إلى 1980م:

في هذه المرحلة شهدت السياسة الصحية تطورا ملحوظا من حيث بناء الهياكل القاعدية بمضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969-1979م وهذا من أجل محاولة لإعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي.²

مع توفير عدد كبير من الهياكل القاعدية من أجل زيادة التغطية الصحية في البلد، كما تميزت هذه المرحلة بتوفير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974م من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان وضع معيشتهم وحياتهم الاجتماعية؛ بالإضافة إلى إصلاح المنظومة التربوية الخاصة بالدراسات الطبية وذلك من أجل وجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.³

¹-حسيني محمد العيد، مرجع سابق، ص114.

²- حسيني محمد العيد، مرجع سابق، ص115.

³- كحيلة نبيلة، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية"، رسالة ماجستير، (جامعة منتوري قسنطينة.كلية العلوم الإقتصادية و علوم التسيير، 2008-2009)، ص51.

و قد أكد الميثاق الوطني عام 1976م على حق المواطن في الطب المجاني بحيث اعتبره مكسبًا ثوريًا و قاعدة لنشاط الصحة العمومية و تعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج.¹

الجدول رقم(3): تطور عدد المؤسسات الصحية من 1979 إلى 1980م:

المؤسسات الصحية السنوات	القطاعات الصحية و المؤسسات الخاصة	المجمعات الصحية	المراكز الصحية	وحدات العلاج و الكشف
1979	183	161	622	1344
1980	183	175	741	1368

المصدر: كساي نجوى، مرجع نفسه، ص89.

نستنتج أن المؤسسات الصحية في تطور ملحوظ و زيادة فعالة من سنة 1979م إلى 1980م إلا أن القطاعات الصحية و المؤسسات الخاصة ثابتة.

إن تأسيس الطب المجاني في هياكل الصحة العمومية، دعمه النص الأساسي للأمة من خلال الميثاق الوطني 1976م حيث جاء فيه مايلي: "في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة و الحفاظ على صحة السكان و تحسينها" و كذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976م "تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الاستعمال لكل السكان، مع ضمان أكبر قدر من السهولة و الفعالية و ذلك للاستجابة للاحتياجات الصحية".²

حيث اتخذت الدولة في هذه المرحلة عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976م التي تترك المجال مفتوحا لممارسة الطب الحر، و الاختيار بين الوقت الكامل PLENIN TEMPS و نظام

¹ - مزوية بلقاسم، "السلطة و الرضي الوظيفي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة عبد الله نواورية-ألبوني-نموذجاً"، رسالة ماجستير، (جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة.كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية، قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا، 2008-2009)، ص96.

² - خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص ص41-42.

نصف الوقت، و الاختيار بين القطاع العام و القطاع الخاص؛ كذلك قرارات سنة 1979 الناتجة عن حركات الإضراب لسنة 1977م. وذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الإستشفائية للاختيار بين القطاع العام أو القطاع الخاص كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980م الباب مفتوحا أمام الممارسة الخاصة للطب و ذلك بالنسبة للأطباء الذين استجابوا للخدمة الوطنية.¹

ويجب التركيز في هذه المرحلة على توحيد و تحديث القوانين و النظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني و الأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976م. إلزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الأدوار ليست فقط وزارة الصحة، و إنما القطاعات و التنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.²

المطلب الثالث: مرحلة البناء التشريعي و القانوني للمؤسسة الصحية من 1980 إلى 1990م:

تميزت هذه المرحلة ببناء العديد من المستشفيات و العيادات و المراكز الصحية عبر الوطن و التي ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة، كما كانت سنة 1980م بداية المخطط الخماسي الأول (1982-1984م) و الذي يهدف إلى ترقية المجتمع من كل النواحي و خاصة الصحة.³

في حين تم رسم مشروع استراتيجي جديد في سنة 1981م يهدف إلى حماية و ترقية الصحة و يتضمن هذا المشروع مايلي:

➤ تطوير النظام الصحي الوطني

➤ مساهمة السكان ضرورية لتطبيق هذا المشروع

¹ - خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص ص 41-42.

² - عتيق عائشة، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة"، رسالة ماجستير، (جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان-، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية، مدرسة الدكتوراه التسيير الدولي للمؤسسة 2012-2011)، ص ص 129-130.

³ - حسيني دحمان العديد، مرجع سابق، ص 116.

➤ حماية و ترقية الصحة فرض على كل مواطن.¹

حققت المؤسسة الجزائرية في الثمانينات قدرا من التقدم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء، فقد وصل عدد الجزائريون منهم سنة 1982 إلى 7350 طبيب في مقابل 2401 طبيب أجنبي. كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ عددهم 2171، أما عدد الصيادلة فوصل إلى 1093 بالإضافة إلى ارتفاع عدد المنشآت الصحية.

الجدول رقم(4) : تطور عدد المؤسسات الصحية من 1980 إلى 1982م:

المؤسسات الصحية السنوات	القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة	المجمعات الصحية	المراكز الصحية	وحدات العلاج و الكشف
1980	183	175	741	1368
1981	196	214	810	1474
1982	196	260	867	1598

المصدر: كساي نجوى، مرجع سابق، ص 98.

الجدول رقم(5): بين هياكل و مؤسسات النظام الصحي لفترة الممتدة من 1984 إلى 1989م:

العدد السنوات	عدد السكان مليون	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	العيادات المتعددة الخدمات	المركز الصحي	الأطباء	الشبه الطبي
1984	21,4	195	215	65210	285	914	9106	ND
1986	24,4	105	261	60040	370	1147	13395	ND
1989	25	178	261	6500	428	1500	2500	60000

المصدر: المدرسة الوطنية لصحة العمومية 2008.

¹ - علي دحمان محمد، "تقييم نفقات الصحة و التعلم - دراسة حالة لولاية تلمسان -"، رسالة ماجستير، (جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 2010-2011)، ص 32-33.

يظهر أن هذه المرحلة شهدت تطور ملحوظا و عدد كبير من الهياكل الصحية و المستشفيات والهياكل القاعدية ؛ و تميزت هذه المرحلة بصدور القرار رقم 22 المؤرخ في 5 / 9 / 1981 م القاضي بتنظيم و سير القطاعات الصحية، و كذلك تم تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية و التسيير في 12\6\1986م فيما يخص المراكز الإستشفائية الجامعية.

إن فتح باب الاستثمار للقطاع الخاص من خلال إصدار القانون 88-15 المعدل و المتمم للقانون 85-05 المتعلق بحماية و ترقية الصحة، و بذلك ظهرت مشاريع رسمية من أجل فتح مؤسسات خاصة، تشارك القطاع العمومي في تقديم الخدمات الصحية.¹

وتم خلال هذه الفترة إنشاء 13 مركزا إستشفائيا جامعا بمهام ثلاث:الرعاية و تقديم العلاج، التكوين والبحث، و كان ذلك في سنة 1986م. كما تراجعت نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال، و هذا بفضل البرامج الوطنية للصحة ، بالإضافة إلى برنامج محاربة مرض السل و نقص التغذية و برنامج التلقيح الإجباري و المجاني.و سجلت هذه الفترة تراجع ملحوظ للأمراض المتقلة، و أمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962م إلى 65 سنة في عام 1989م.

ومن الناحية القانونية و التشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405هـ الموافق ل16 فيفري 1985م و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها. و لقد شهدت النفقات الوطنية للصحة في الجزائر نمو مطردا، حيث انتقلت من نسبة 1,6% من الناتج الداخلي الخام PIB في سنة 1973م إلى نسبة 3,7 سنة 1980م و 4,4 سنة 1981 و نسبة 6,0% سنة 1988م وأخيرا وصلت إلى نسبة 5,4% من الناتج الداخلي الخام في سنة 1989م.²

¹ - نجاه صغيرة، "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية"، رسالة ماجستير، (جامعة الحاج لخضر باتنة. كلية العلوم

الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 2011-2012)، ص71.

² - خروبي بزرارة عمر، مرجع سابق، ص44.

كما تطورت ميزانية قطاع الصحة بنسبة 961% خلال 12 سنة (1974-1987)، في حين شهد الاقتصاد الوطني نموا وصل إلى 5% فقط خلال نفس المدة الزمنية.

الجدول رقم(6): يبين ميزانية النظام الصحي من خلال النفقات الوطنية للصحة في الجزائر في الفترة الزمنية الممتدة من 1980 إلى 1989م:

السنوات	1980	1985	1988	1989
ميزانية الدولة	29,3	17,9	20,0	19,9
الضمان الاجتماعي	39,9	57,2	60,3	60,2
السكان	26,0	24,0	18,6	18,7
مساهمات أخرى	5,4	2,3	1,1	1,1

المصدر: البنك الدولي النسبة%

المطلب الرابع: مرحلة إعادة الهيكلة من 1990 إلى 2002:

تميزت هذه المرحلة بزيادة المشاكل و تراكمها و التي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي.¹ في حين عرف صندوق الضمان الاجتماعي صعوبات مالية منذ 1990م تميزت بعجز يرتفع باستمرار صعب التحكم فيه، ثم جاء إصلاح 1990-1991م لإعادة هيكلة التمويل من أجل رفع نصيب كل من الدولة والأفراد، حيث تقرر وضع تنظيم جديد مبني على أساس استقلالية هياكل الصحة التي يضمن تسييرها مجالس الإدارة و التي نجد فيها تمثيل كل من الجماعات المحلية و الضمان الاجتماعي و كذا الأفراد.² كما عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي، و هذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية و يمكن حصر هذه الهياكل فيما يلي:

¹ - أمير جيلالي، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية"، أطروحة دكتوراه، (جامعة الجزائر . كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2008-2009)، ص 177.

² - دلال سويسي، مرجع سابق، ص 12.

- إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCPP في سنة 1993م وهذا من أجل المراقبة الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق، كذلك إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) في سنة 1994م، وهذا الضمان تمويل المؤسسات الصحية بالمنتجات الصيدلانية.
 - تم كذلك إنشاء الوكالة الوطنية للدم سنة 1995م و هذا بهدف تطبيق السياسة الوطنية للدم، إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي (ANDS) سنة 1995م والتي تتكفل بتطوير الإعلام و الاتصال في المجال الصحي.
 - إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل والمنتجات الصيدلانية 1998م.
 - إنشاء المركز الوطني للتسمم (CNT) سنة 1998م، وهذا من أجل التكفل بدراسة وتقديم كل ما يخص أخطار التسمم.
 - إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي (INPFP) في 1996م وذلك للتكفل بالتعليم و التكوين و البحث في المجال الشبه الطبي.¹
 - إنشاء المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد (CNPM) وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية.²
- كما عرفت هذه المرحلة إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية، بما فيها المستشفيات الجامعية و المؤسسات المتخصصة و المراكز الصحية كذلك. بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي والخاص فضلا عن إعادة بعث البرامج الوطنية. و كذلك تحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد و التسجيل و المراقبة و التوزيع.³

¹ - خروبي بزرارة عمر، مرجع سابق، ص 49.

² - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 177.

³ - حسينة آل، "تطور المنظومة الصحية منذ الإستقلال"، جريدة المساء، 2012/7/5 متحصل عليه من

<http://www.el-massa.com>، تاريخ الاطلاع 8-5-2016، ص 10.

وما يميز هذه المرحلة خاصة في 2002 م في مجال الصحة في الجزائر هو تغيير اسم وزارة الصحة و السكان إلى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، و يندرج هذا التغيير ضمن حركة الإصلاحات التي تشهدها الجزائر و التي مست العديد من القطاعات.¹

المطلب الخامس: مرحلة تطور و توسع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني من 2002 إلى 2012م:

اتسمت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة، بفضل زيادة الإعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرق الحكومات المتعاقبة بحيث ارتفعت ميزانية التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في :

✚ انتقال نفقات الصحة من 3,48% من الدخل الوطني الخام (PIB) سنة 2000م إلى 5,79% وذلك سنة 2009م، و توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى عن صناديق الضمان الاجتماعي (COSNOS و CNAS)، أما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة لمديرية النشاط الاجتماعي.²

✚ بالإضافة إلى بناء هياكل صحية جديدة والقيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبية خاصة في مجال التطوير الطبي، مع ارتفاع عدد الأطباء بنسبة 70% بين سنة 1999م و 2007م أي 35000 ممارس منهم 13000 مختص، وكذلك محاولة إعادة التوازن لتوزيع الأطباء عبر التراب الوطني بفضل الخدمة المدنية، فبعدها كان عدد الأطباء المختصين الممارسين في الهضاب العليا والجنوب 387 سنة 1999م أصبح 3174 سنة 2007م.³

¹ - مزبوة بلقاسم ، مرجع سابق، ص98.

² - علي دحمان محمد ، مرجع سابق، ص37.

³ - حسني محمد العيد ، مرجع سابق، ص124.

قيام السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية في سنة 2007 يهدف إلى

فصل مهام المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجاً قاعدياً أسفر إلى تأسيس الطب

الجواري الذي قرب العلاج من المواطن.¹

كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و التي تشمل قاعات للعلاج و العيادات متعددة الخدمات، حيث استفاد القطاع من سنة 2005م إلى سنة 2009م من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار. تم إنجاز 800 مؤسسة إستشفائية و جوارية. و بخصوص التغطية باللقاحات حقق القطاع خلال العشرية الأخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية للقاحية بنسبة 90% مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة التي أدت خلال السنوات الأولى للاستقلال إلى الوفيات و الإعاقات إلى جانب القضاء على الأمراض المنتقلة و تراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدل حددته المنظمة العالمية للصحة، و كذلك انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5% كل سنة فيما تعزز القطاع بتجهيزات طبية عصرية لعبت دوراً هاماً في الكشف المبكر و التشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهورها خلال السنوات الأخيرة مما يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي شاهدها المجتمعات المتقدمة.²

¹ - حسينة آل ، مرجع سابق، ص 10.

² - نفس المرجع ، ص 10

المطلب السادس: الوضع الصحي في الجزائر

تعتبر الصحة حق من حقوق الإنسان و من أهم متطلباته، فالصحة الجيدة هي السبيل إلى التمتع بالحريات و تحقيق الذات، و غيابها يؤدي إلى انتشار الأمراض و الأوبئة و الوفاة.....¹

ولقد شهدت الجزائر بعض التطورات و الإنجازات في تحسين صحة الناس وذلك من خلال تطور معدل وفيات الأطفال و وفيات الأمومة ومعدل الأمل في الحياة.²

1. تطور معدل وفيات الأطفال:

الجدول رقم(7): يوضح نسبة الوفيات الأقل من 5 سنوات حسب مختلف الفترات قبل التحقيق الجزائري حولة صحة العائلة من 1985 إلى 1994م:³

المؤشرات السنوات	وفيات الأطفال(0 عام)	وفيات ما بعد الولادة من عام إلى 4 سنوات	وفيات الصبيان 4 سنوات
من 1985 إلى 1989	50,9	9,9	60,3
من 1990 إلى 1994	40,6	5,3	45,7

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن وفيات الأطفال في تزايد مستمر و ذلك من 0 عام إلى 4 سنوات و هذا راجع إلى انتشار بعض الأمراض التي تصيب الأطفال و الرضع، و التي قد تؤدي في أغلب الأحيان إلى الوفاة. و من هذه الأمراض نذكر: الحمى، السعال، الأمراض التنفسية.

¹ - بلعاطل عياش، نوي سميحة، "تقييم آثار برامج الإستثمارات العامة و انعكاساتها على التشغيل و الإستثمار و النمو الإقتصادي خلال الفترة 2001-2014"، مؤتمر دولي حول: آليات ترشيد الإنفاق من أجل تحقيق التنمية البشرية المستدامة في الجزائر 2001-2014، (جامعة سطيف. كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير 11-12 مارس 2013)

² - بومعروف إلياس، عماري عمار، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، العدد 7، 2009-2010، ص 29.

³ - يحيى مسعودي "إشكاليات التنمية المستدامة في ظل العولمة في العالم الثالث-حالة الجزائر-"، مذكرة ماجستير، (جامعة الجزائر. كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2008-2009)، ص 109.

الجدول رقم(8): يوضح تطور معدل وفيات الأطفال من 1998 إلى 2007م¹

السنوات الأجناس	1998	2000	2002	2004	2006	2007
ذكور	35,7	35,4	86,4	32,2	28,3	27,9
إناث	36	35,53	33,33	28,5	25,3	24,4
كلا الجنسين	37,4	36,9	347	30,4	26,9	26,2

يظهر من الجدول أن نسبة وفيات الأطفال في انخفاض من عام 1998م إلى 2007م وهذا راجع إلى التطور الحاصل على مستوى القطاع الصحي وذلك من خلال توفير كل الإمكانيات اللازمة لحماية الطفل عند الولادة و إيجاد العلاج للأمراض التي يتعرض إليها.

الجدول رقم(9): يوضح وفيات الأطفال من 2008 إلى 2014م:

السنوات	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
وفيات الأطفال							
معدل وفيات الرضع	20793	21076	21046	21055	22088	21586	22282
معدل وفيات الرضع(إجمالي (%)	25,5	2418	23,7	23,1	22,6	22,4	22
معدل وفيات الرضع ذكور (%)	26,5	26,6	25,2	24,6	23,9	13,6	23,5
معدل وفيات الرضع إناث (%)	23,9	22,2	22,2	21,6	21,2	21,2	20,5
احتمال وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (إجمالي(%))	29,7	29	27,5	26,8	26,1	26,1	25,6
احتمال وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات ذكور(%)	31,4	30,4	29	28,3	27,3	27,3	27,1

¹– office national de statistique, collection statistique, 1998,par: www.ons.dz ,12-4-2007.

23,9	24,9	24,4	25,2	26	27,1	27,8	احتمال وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات إناث%
------	------	------	------	----	------	------	---

المصدر: ديمغرافيا الجزائر 2014، ص5.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أعلاه أن وفيات الرضع قد بلغ 22282 خلال سنة 2014، بحيث نلاحظ أن هناك تراجع في معدل وفيات الرضع ب 0,4 نقطة ما بين سنة 2013 و 2014 ليبلغ 22,0%، و حسب الجنسين يسجل 23,5% بالنسبة للذكور و 20,4% لدى الإناث، أما بالنسبة لوفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات فنلاحظ تراجعا ما بين 2013 و 2014 لتبلغ 25,6%، و يسجل 27,1% بالنسبة للذكور و 23,9% بالنسبة للذكور و 23,9% بالنسبة للإناث.

في حين تم حاليا تنفيذ مجمل البرامج الوطنية لمكافحة و لمحاربة وفيات الأمهات و الأطفال و هي:

- البرنامج الموسع للتلقيح
- برنامج مكافحة أمراض الإسهال و الطفل
- برنامج مكافحة الأمراض و وفيات الأمهات و الوفيات قبل أو بعد الولادة بوقت قصير
- برنامج التغذية
- برنامج مكافحة داء المفاصل الحاد
- برنامج الوقاية من الحوادث.¹

¹ - يحيى مسعودي، مرجع سابق، ص109.

2. تطور معدل وفيات الأمومة:

الجدول رقم(10) : يوضح تطور معدل وفيات الأمومة بين سنتي 1989-2002م:¹

السنة	معدلات وفيات الأمومة لكل 100 ألف ولادة حية
1989	230
1992	215
1997	146
2000	140

نلاحظ من خلال هذا الجدول أعلاه أن هناك انخفاض مرضي في معدلات وفيات الولادة من سنتي 1989 إلى 2000 خلال مدة 11 سنة ؛ و هذا راجع إلى الجهود المبذولة من طرف الدولة بتوفير الإمكانيات اللازمة و الوسائل الممكنة للحفاظ على الأم و الطفل، و كذلك قامت الدولة بحملة توعية لإقناع المجتمع بأهمية عملية تنظيم النسل.

2. تطور المواليد الأموات من سنة 1990 إلى 2014م:

الجدول رقم(11): يوضح تطور المواليد الأموات من سنة 1990-2014م:

السنوات	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
عدد المواليد الأموات	16691	14891	16588	15937	16444	15480	15785	15009	15077
معدل المواليد الأموات (إجمال %)	21,4	24,7	19,9	18,4	18,2	16,7	15,9	15,4	14,6

¹ - office national de statistique,op.cit.

15,8	16,4	16,8	18	19,6	19,6	21,3	24,6	23,5	معدل المواليد أموات ذكور%
13,5	14,2	14,9	15,4	16,7	17,2	18,4	22,8	19,1	معدل المواليد أموات إناث%

المصدر: ديمغرافيا الجزائر 2014، مرجع سابق، ص 5.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنه تم تسجيل سنة 2014م عدد 15077 ولادة ميتة و هو تقريبا نفس

العدد المسجل في سنة 2013م. بينما يوجد انخفاض معتبر في معدل المواليد أموات من سنة إلى أخرى.

3. تطور معدل الأمل في الحياة: و ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم(12): يوضح تطور معدل الأمل في الحياة*اعتمادا على الإنفاق الصحي في الجزائر بين

1990 - 2005م:¹

السنة	1990	1992	1995	1997	2000	2002	2005
معدل الأمل في الحياة	67,157	67,916	69,649	69,138	70,22	70,94	71,734
النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي	2,8	2,9	3,1	3,3	3,5	3,5	3,4

لقد حققت الجزائر تطورا كبيرا بالنسبة للمنظومة الصحية؛ وذلك من خلال تحسين مؤشر الأمل في

الحياة و تخفيض معدل الوفيات فيما بين الرضع و الأطفال؛ في حين يتوجب عليها مواجهة كل الأعباء

المتعلقة بالنفقات الصحية.²

¹ - بومعروف الياس، عماري عمار، مرجع سابق، ص 37.

*الأمل في الحياة هو وجود مساواة في صحة كاملة

² - عياشي نور الدين، "تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، الجزائر. العدد 31-

جوان 2009. ص 299.

والملاحظ من الجدول أن معدل الأمل في الحياة للفرد في الجزائر في تطور؛ هذا يعكس جهود الدولة في الرقي في قطاع الصحة.

الجدول رقم(13): يوضح معدل الأمل في الحياة من سنة 2008 إلى سنة 2014م:

السنة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة	75,6	75,5	76,3	76,5	76,4	77	77,2
احتمال البقاء على قيد الحياة ذكور	74,8	74,7	75,6	75,6	76,8	76,5	76,6
احتمال البقاء على قيد الحياة إناث	76,4	76,3	77	77,4	77,1	77,6	77,8

المصدر: ديمغرافيا الجزائر 2014، مرجع سابق، ص5.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معدل الأمل في الحياة في تطور مستمر، وهذا راجع إلى ارتفاع في مستوى الصحة داخل الجزائر، لكن رغم هذا التطور في الإمكانيات الصحية والطبية التي يتمتع بها قطاع الصحة في الجزائر من أجهزة طبية حديثة ذات تكنولوجيات عالية، بالإضافة إلى توفير شبكة هائلة من الهياكل الصحية، إلا أنه لم يستطع تلبية الطلب المتزايد على العلاج، وهذا بسبب الاستغلال السيئ والإمكانيات المتوفرة في القطاع الصحي.

وهنا يجب البحث عن المشاكل الموجودة في التخطيط لهذه الموارد وكيفية استغلالها، خاصة مع تزايد الشكوك حول فعالية النظام الصحي من أجل القضاء على المشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية.¹

¹ - مسعود البلي، "واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر و مدى ارتباطها بالتنمية المستدامة"، رسالة ماجستير، (جامعة الحاج لخضر باتنة. كلية الحقوق و العلوم السياسية، 2009-2010)، ص108.

المبحث الثاني: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

إن عملية إصلاح المنظومة الصحية* في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية اتخذتها السلطات العمومية من أجل تطوير و تحسين قطاع الصحة، وبعد عرض الوضع الصحي نقوم بعرض إصلاح النظام الصحي في الجزائر الذي يتمثل في تغيير اسم "وزارة الصحة و السكان" إلى "وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات" و يندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر والتي مست العديد من القطاعات.

المطلب الأول: أهداف مشروع الإصلاح

أوضح التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف و التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها و هي كآآتي:

_ إحصاء عروض العلاج و الاستشفاء و تكيفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

_ ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

_ التأكيد على حقوق و واجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص

_ إعادة التأكيد على الالتزامات لكل المتدخلين في صحة المواطن

_ توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة مهما كانت مسؤولياتهم، و ذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية.¹

¹ - وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،"تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات و الأنشطة"، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر في 17 جانفي 2003.

* المنظومة الصحية هي مجموع نشاطات مرتبطة فيما بينها تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين و التي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلة تجانس و استقرار زمني.

- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان كالمؤسسات الصحية.¹
و من الأهداف التي ترمي إليها السلطات العمومية من خلال إصلاح المنظومة الصحية و المسطرة إلى آفاق 2009 و هي كالآتي:

(1) تحسين قدرات المنظومة الصحية: من خلال تجديد الخريطة الصحية الهادفة إلى التوزيع العقلاني والعاقل للموارد في إطار توحيد المنظومة الصحية، و ضمان الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد كلها وتحسين التجهيزات و صيانتها و كذلك لمواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات

(2) تطوير الصحة الوقائية: من خلال تعزيز وسائل و مصالح و خدمات علم الأوبئة و مواصلة حملات التطعيم و تحسين المواطنين و كذلك تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي

(3) تحسين العلاج الإستشفائي: من خلال ترتيب مستويات العلاج الذي سيسمح بتحقيق تغطية طبية و صحية أساسية.

(4) إصلاح المستشفيات: من خلال تحسين ظروف استقبال المرضى و إقامتهم و التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة و خاصة في الخدمات المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج و كذلك مراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة.

(5) إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية: من خلال إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي إلى التعاقد و إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة

(6) أما فيما يخص الموارد البشرية فقد سطرت الأهداف التالية: تعميم التكوين المتواصل و تنظيم وتطوير و تدعيم البحث في مجال الصحة و تنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداءات.²

¹ - وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، مرجع سابق.

² - خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص ص 75-76.

المطلب الثاني: المبادئ الأساسية لتنظيم المنظومة الصحية

تعتبر المنظومة الصحية على مجموعة أنشطة تحكمها مجموعة من القواعد و المبادئ الأساسية ومن أهمها حسب الميثاق مايلي:

- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها الجزائر، وهذه الأخيرة تفرض على السلطات العمومية العمل على تجديد وترقية قطاع الصحة بصفة عامة، وإعادة في التنظيم والتحسين وتطوير الأطر التنظيمية والقانونية التي تسيطر وتحكم المنظومة الصحية في الجزائر؛ بحيث جعلها تتماشى مع التطورات والتحولات التي أصبحت تميز تنظيم العلاقات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمع الجزائري؛ و بالإضافة إلى المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته، وكل هذا تأكيداً لما جاء به قانون 19/3 الخاص بمجانية العلاج لكافة السكان دون تمييز، على خلفية انخفاض وتدهور مردودية هياكل قطاع الصحة العمومي؛ لذلك وجب على كل السلطات العمومية العمل على المحافظة على هذه الهياكل.

- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية و إقامة جسور بين القطاع العمومي و الشبه العمومي والقطاع الخاص.

- تطوير و تدعيم السند القانوني للمنظمة الصحية و كذلك تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي.

- خلق وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة، بالإضافة إلى تشجيع و تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات والمواد الصيدلانية وضمان توفير الموارد الضرورية.

- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة، ووضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية و كذلك تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية و أمن حقن الدم و إنشاء مجلس وطني للصحة.¹

¹ - المرجع نفسه ، ص ص74-73.

المطلب الثالث: ملفات إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

ركز المجلس في تصوره لملفات الإصلاح إلى ستة ملفات و هي كالاتي:

(1) ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج: تعرض هذا الملف بشكل واف إلى كفيات التنسيق بين

الهيكل الجوارية و مستشفى القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.¹

(2) ملف الهياكل الإستشفائية: محور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية و ذلك بإدراج جملة

من الأهداف و تتمثل فيمايلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة.

- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات

التخطيط و الضبط المالي.

- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص.

- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه و واجباته بعين الاعتبار .

- المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج

وجودة أدائها.

- استعجال وضع دعامة إعلامية و التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.²

(3) ملف الموارد البشرية: أهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين و ذلك

من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط و ظروف عملهم و علاواتهم و أجورهم، و

ترقيتهم في المسار المهني و تكوينهم.الذي يعتبر ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين

¹ - عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 139.

² - زراوية رضا، مرجع سابق، ص 88-89.

الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين و التقنيين، و هذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.¹

(4) ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل الضرورية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازنات بين الوسائل و مستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و توفير الوسائل، و الهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية و تشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية و الخاصة بالأمن و النوعية و تكوين عناصر مكملة لهذا الملف.²

(5) ملف التمويل: اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات و ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي بإدخال مرونة حسابية، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، و حول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.³

(6) ملف اشتراك القطاعات: نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل، و الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية و البيئية، الصناعة و الفلاحة. فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة و السياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.⁴

¹ - أمير جيلاني، مرجع سابق، ص 180.

² - كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 54.

³ - عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 140.

⁴ - زراوية رضا، مرجع سابق، ص 90.

المطلب الرابع: التنظيم الجديد في ظل الإصلاحات الجديدة.

من بين الأهداف المتوخاة من إصلاح المنظومة الصحية في إطار التوجيهات التي قدمها رئيس الجمهورية وذلك من خلال البرنامج الخماسي 2005-2009م والذي يرمي إلى مايلي:

_ العمل على تخفيض معدل الوفيات.

_ العمل على هيكلة الكثافة السكانية وفق العمر.

كل ذلك قصد تحسين معدل الحياة للفرد، كما هو معمول به في الدول المتقدمة و التخفيض في معدل الوفيات عند الأمهات من 230 لكل نسمة سنة 1989م ليصل هذا المعدل إلى 5,96 لكل 100 ألف نسمة سنة 2005م، بالإضافة إلى الوفيات عند الأطفال من 1,58 لكل 100 ألف طفل سنة 1989م لتصل إلى 779 لكل 100 ألف سنة 2005م و تعتبر هذه مجهودات هامة تعمل لتحسين الحالة الصحية للأمومة و الطفولة.¹

فتشكل بناء جديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين من المؤسسات و هما كالاتي: مؤسسات عمومية إستشفائية و أخرى مؤسسات الصحة الجوارية و ذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/7 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428م الموافق ل سنة 19ماي 2007م. و تضمن إعادة هيكلة إدارية وتنظيمية لهذه المؤسسات.

ف نجد أن المؤسسة العمومية الإستشفائية تتكون من هيكل للتشخيص و العلاج والاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، أما بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.²

¹ - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 190.

² - عبد المنعم بن فرحات، "أهمية اختيار المسير في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية"، مذكرة ماجستير، (جامعة محمد خيضر بسكرة. كلية العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد و تسيير مؤسسة، 2009-2010). ص 102.

و تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية فيمايلي:

_ ضمان تنظيم و برمجة التوزيع العلاجي أشفائي و التشخيصي و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة و التفاوت و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم

و كذلك تتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فيمايلي:

- الوقاية و العلاج القاعدي

- تشخيص المرض

- العلاج الجوارية

- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي

- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإيجابية و التخطيط العائلي.

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.

في حين تتكفل بالخصوص بما يأتي:

- المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و

الآفات الاجتماعية.

- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.¹

¹ - بن قيط الجودي، "إستراتيجية الاتصال للإدارة الإستشفائية الجزائرية دراسة وصفية للإدارة الإستشفائية بالأغواط"، رسالة ماجستير،(جامعة الجزائر 3. كلية العلوم السياسية والإعلام، معهد علوم الإعلام والاتصال، 2011-2012)، ص ص 140.141.

و في هذا السياق تضمن مخطط الإنعاش الاقتصادي 2005-2009 م إنجاز:

- 65 مستشفى عاما و متخصصا، منها معهد متخصص في الكلى و آخر في السرطان.

- 244 عيادة متعددة الخدمات

- 400 قاعة العلاج

- 6 مراكز للمراقبة الصحية على مستوى الحدود

- معهد التكوين شبه الطبي.¹

وعليه فإن قطاع الصحة استقادة من مخطط الإنعاش الاقتصادي من غلاف مالي بلغ 14,7 مليار دينار

كلها موجهة لتأهيل منشآت القطاع.²

¹ - عبد المنعم فرحات، مرجع سابق، ص109.

² - هويدي عبد الجليل، يحياوي عمر، " السياسات الاقتصادية و تحديات التنمية البشرية بالجزائر في إطار الأهداف الإنمائية للألفية"، مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد السادس، أبريل 2014، ص235.

المبحث الثالث: تقييم السياسة الصحية في الجزائر:

بعد عرض موضوع إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر يكون من المفيد محاولة تحديد كل المشاكل التي تعاني منها السياسة الصحية في الجزائر وإقرار التدابير المتخذة لمعالجتها.

المطلب الأول: الإختلالات المرتبطة بالتمويل و طرق معالجتها

❖ يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة إختلالات و التي تتمثل نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، و يمكن إرجاع ذلك إلى مايلي:

▪ أن التخصيص و التوزيع غير الملائم وغير كاف للموارد البشرية، بالإضافة إلى مديونية ثقيلة في حين هناك غياب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية، و نجد أن ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.¹

▪ بالإضافة للامتصاص الحقيقي لميزانيات القطاعات الصحية من قبل مستشفى على حساب الهياكل غير الإستشفائية، فهذه الطرق تتسبب في زعزعة المنظومة الصحية و تمس بمبدأ تسلسل العلاج.²

❖ و من الطرق التي يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي و تتمثل فيمايلي:

✓ البحث عن مصادر جديدة للتمويل و ذلك من خلال استيراد جزء من الضرائب و إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية و التسعير.

✓ الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الحالي.³

¹- الطاهر الوافي، " التحفيز و أداء الممرضين - دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عالية صالح بمدينة تيسه"،

رسالة ماجستير، (جامعة قسنطينة2، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، 2012_2013).ص109.

²- أميرة جيلالي، مرجع سابق، ص182.

³- الطاهر الوافي، مرجع سابق، ص110.

- ✓ وضع مخطط حسابات المستشفيات و كذلك ترخيصها بإبرام عقود و عروض خدمات مع المؤسسات الوطنية و الدولية و الشركات، بالإضافة إلى جعل الوسائل المادية و البشرية أكثر مردودية.
- ✓ إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم و البحث الطبي نحو المستشفيات و الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- ✓ وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى و مواصلة مسار رفع عن المستشفيات.¹

المطلب الثاني: الإختلالات المرتبطة بالتنظيم و طرق معالجتها

❖ من النقاط الأساسية التي تظهر هشاشة و عراقيل التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الآتي:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل و غير فعالة و نقص في صيانة العتاد الطبي.
- تباين توزيع الوسائل المادية و الموارد البشرية بين المناطق و داخلها
- نقص في صيانة العتاد الطبي و تقييم غير كاف للنشاطات الطبية
- نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية و تنظيمية تزيد من وطئتها الإختلالات في تسيير المستشفيات و الأدوية.²
- غياب مراجعة مدونة للأعمال و التسعير و نقص إجراءات التسيير³

❖ و من الحلول و الاقتراحات التي تعالج هذه الإختلالات و العراقيل تتمثل فيمايلي:

- ✓ مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة في المسار المهني و إدراج نظام تعويض محفز.

¹ - الطاهر الوافي، مرجع سابق، ص 110.

² - عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 144.

³ - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 184-185.

✓ توحيد الوسائل المادية و الموارد البشرية و كذلك إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.

✓ الحد من تدخل الوصاية بتوزيع مهام الإدارة المركزية على هيكلها غير الممركز وجعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً، و تحديد مهامها بدقة و إلزامها بمسؤولياتها، في حين يتم تزويد المستشفيات بالهيكل و الآليات و الوسائل و الأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.¹

✓ إعطاء استقلالية تسيير أكبر للمستشفى و كذلك إعداد كتب حول إجراءات التسيير.

✓ إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة تتكلف بالتجهيزات و الصيانة، و ضرورة مراجعة الهياكل التنظيمية للهياكل الإدارية للمؤسسات الصحية، وفق الأهداف المسطرة لاسيما الاقتصادية و المالية.

✓ إنشاء لجنة على مستوى وزارة الصحة، لتحسين مدونة الأعمال و التسعير المعمول بهما، و كذلك تحسين مدونات الأدوية الإستشفائية مستوى التراب الوطني و المؤسسات و المصالح.²

المطلب الثالث: الإختلالات المرتبطة بالإعلام و طرق معالجتها

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العام و الخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام و هذا ما تسبب أساسا في ضياع الخبرة و التحكم والتي جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة.³

❖ و من أهم العراقيل المرتبطة بالإعلام الصحي:

- مكتب قبول غير مسير بطريقة فعالة و سجلات و أدوات تسجيل غير كاملة.
- سوء إمساك الملف الطبي و التقارير الطبية و عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية.

¹ - زراولية رضا، مرجع سابق، ص 94.

² - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 185.

³ - كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 58.

▪ مستخدمون بحاجة إلى التكوين في الترميز.¹

❖ و من الحلول التي تعالج هذه الإختلالات و المتمثلة فيمايلي:

✓ إعادة العمل بالمناهج المعروفة و تحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي

✓ توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية²

✓ إنشاء هياكل وطنية و جهوية مكلفة بإقامة المنظومة الإعلامية، و تزويدها بكل الوسائل الضرورية

لإنجاز مهامه.³

المطلب الرابع: الإختلالات المرتبطة بالتكوين و طرق معالجتها

تعددت الاختلالات و العراقيل الخاصة بالسياسة الصحية في الجزائر ومن بينها مجموعة عراقيل

خاصة بالتكوين و تتمثل في :

▪ إن نظام التكوين و التعليم لا يأخذ بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة، بالإضافة إلى

ذلك لم يعد التكوين الأكاديمي قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة

ومتطلبات الخدمات في الميدان و هذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات

الطبية و الشبه طبية.

▪ تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في

المستشفيات.⁴

¹ - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 186.

² - كحيلية نبيلة، مرجع سابق، ص 58.

³ - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص

⁴ - الطاهر الوافي، مرجع سابق، ص 145.

❖ و من التدابير و الحلول التي يمكن أن تأخذها وزارة الصحة و السكان مايلي :

✓ إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية و إعادة تحديد مواصفات التكوين و محتويات التعليم المقدم و ذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي، ووضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتبية لتمكين تحرك المستخدمين و تسيير المهن و الاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.

✓ بالإضافة إلى مراجعة مواصفات التكوين و محتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة ووضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي و المؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.¹

✓ و جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة و كذلك فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين و تحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.²

¹ - عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 145.

² - زراولية رضا، مرجع سابق، ص 96.

خلاصة الفصل:

عرفت المنظومة الصحية في الجزائر عدة تطورات و تحولات سواء تعلق الأمر بالهيكل و المؤسسات الصحية؛ ورغم هذه التطورات فلا يجب أن نخفي النقائص التي لازالت تعاني منها و التي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلاً.

فإصلاح المنظومة الصحية أصبح أمر ضروري في الوقت الراهن و هذا راجع لعدم اهتمامها سابقا بالعنصر البشري و استجابتها له ، وهذا ما يجعل الجزائر تقتنع بحتمية تفعيل و تسريع الإصلاح الصحي من أجل تقريب الصحة من المواطن و التركيز على الوقاية و تحسين نوعية الخدمات.

الفصل الثالث: أنموذج دراسة حالة الضمان الاجتماعي

لولاية بسكرة

تمهيد:

على اعتبار النماذج تماما كأساليب المقارنة معمل تجريب وأداة واختبار فإن الدراسة بجدية لابديل لها على تخصيص فصل كامل لتطبيق حالة الدراسة ، وهو ما يتناوله هذا الفصل حول دراسة حالة الضمان الاجتماعي لولاية بسكرة ، وخصصت هذه الدراسة في التعريف بمؤسسة الضمان الاجتماعي و إليه بطاقة الشفاء فيها، وذلك عن طريق إجراء مقابلة مع العاملين فيها من أجل معرفة واقع الضمان الاجتماعي بولاية بسكرة، ومدى مساهمته في ضمان وتحقيق طموحات المواطنين ذوي الحقوق، من خلال اعتباره تطبيق لأدوات إصلاح السياسة الصحية في نطاق إقليم الدراسة رغم الصعوبات الكبيرة التي واجهتنا وخاصة منها شح المعلومات من الهيئات المعنية بالدراسة، توجب علينا الأخذ بالمعطيات المتاحة .

المبحث الأول: تعريف بمؤسسة الضمان الاجتماعي لولاية بسكرة

قد يكون من المفيد بداية محاولة تقديم والتعريف بمجال البحث و الدراسة و الخاصة بوكالة بسكرة لضمان الاجتماعي، وهي التي تعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع اجتماعي و إداري، تعمل على تأمين ذوي الحقوق و التأمين على المرض و العجز و الوفاة و كذلك حوادث العمل و الأمراض المهنية.

المطلب الأول: نشأة المؤسسة:

عرفت منظومة الضمان الاجتماعي بالجزائر تطورًا مكثفًا و متواصلًا و على نحو أدق، ومنذ نيل البلاد لاستقلالها سنة 1962م، مسجلة بذلك تحسنا كبيرا. نذكر على سبيل المثال، التوجه نحو تعميم الحماية الاجتماعية عبر توسيع نطاقها لتشمل فئات واسعة من المواطنين ، توحيد الأنظمة و المساواة في الحصول على الامتيازات و تسهيل إجراءات الحصول على الحق.¹

وتطورت المنظومة في حين تم القيام سنة 1963م بعملية تجميع الصناديق المشتتة و دمجها في ثلاثة صناديق جهوية (الجزائر، قسنطينة، وهران)، وتم في سنة 1964م إنشاء صندوق وطني لضمان الاجتماعي ليقوم بالتنسيق و تعديل التكاليف المتعلقة بالأخطار التي تيسرها هياكل الضمان الاجتماعي.²

وفي سنة 1970م تم إصدار نص هام ويتعلق الأمر بالمرسوم المؤرخ في 01/08/1970م وجاءت أحكامه لتنسق سير النظام العام و الذي نص على المنع المطلق الاستيلاء على موارد الضمان الاجتماعي،

¹ - وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مجلة جسور التواصل. المديرية العامة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء". الجزائر، العدد 03، 2013، ص.4.

² - مي دمشقية ،"الضمان الاجتماعي في الجزائر تطويره، مساهمته في التنمية الوطنية أفاقه"، مجلة العمل التقنية. الجزائر، العدد 1، 1983، ص.15.14.

و في سنة 1972م تم تنصيب مجالس لتسيير الصناديق الثلاث؛ وكذلك تم صدور الأمر الذي ينص على توحيد الوصاية على جميع أنظمة الضمان الاجتماعي و بالإضافة إلى سنة 1974م صدر الأمر الذي ينص على توحيد الوصاية على جميع أنظمة الضمان الاجتماعي.¹

كما تم سنة 1977م إنشاء هيئة الضمان الاجتماعي على مستوى كل ولاية، هدفها تقريب المؤسسة من الخاضعين لتكون الأساس في وضع شروط توحيد الضمان الاجتماعي التي تم تجسيدها في مجال الأنظمة الخاصة التي تقع تحت وصاية وزارة الصحة.²

ومن بين هذه الولايات ولاية بسكرة التي انطلق فيها الضمان الاجتماعي سنة 1977م، وكان يومها عبارة عن مركز دفع يضم 21 عاملاً، تابعاً لوكالة بانتة، بمقر يقع بالقرب من مديرية البريد بسكرة . *
وقد انطلق سنة 1978م مشروع وكالة بسكرة للضمان الاجتماعي و كان بمقر "فندق المنصورة " بسكرة ويضم 249 عاملاً. وسنة 1984م تم افتتاح مقر المديرية بوكالة بسكرة بمقرها الحالي بطريق الزعاطشة؛ والوكالة في شكلها الحالي تضم أربع نيابات و هي:

- (1) نيابة المديرية العامة: وتضم مصلحة المستخدمين و مصلحة الأجور ومصحة الانجازات.
- (2) نيابة المراقبة الطبية: وتضم المراقبة الطبية- المديرية
- (3) نيابة مديرية المالية و التحصيل: وتضم مصلحة الاشتراكات و مصلحة المالية و مصلحة المحاسبة و مصلحة الترقيم* .

¹ - وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، ص4.

² - مي دمشقية ، مرجع سابق، ص15.

* أنظر الملحق رقم 1، ص 115.

4) نيابة مديرية الأداءات: وتضم مصلحة الانخراط و مصلحة الأخطار الكبرى و مصلحة الإحصائيات و مصلحة الدفع المسبق.

ونظرًا لكثرة المؤمنين اضطرت الوكالة إلى فتح أربعة مراكز للدفع على بلدية بسكرة و هي:

- مركز الدفع حي المجاهدين.

- مركز الدفع الجامعة.

- مركز الدفع العالية.

- مركز الدفع التعليمي.

وكذا مراكز الدفع الموزعة على تراب البلديات و الدوائر لولاية بسكرة و هي:

- مركز الدفع أولاد جلال - مركز الدفع زربية الواد - مركز الدفع ليشانة

- مركز الدفع القنطرة - مركز الدفع جمورة - مركز الدفع سيدي عقبة

- مركز الدفع لوطاية - مركز الدفع أورلال - مركز الدفع سيدي خالد.

- مركز الدفع مشونش - مركز الدفع فوغالة.¹

¹ - مقابلة مع : رئيسة مصلحة الإصغاء هيام رماضنية، ،"حول نشأة المؤسسة"، يوم 2016/4/25، الساعة 8:30-9:30

المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي للمؤسسة

يعتبر الهيكل التنظيمي للوكالة هو الهيكل الإداري المنظم لتسيير خدمات الوكالة فهو يبين المصالح و الوحدات الفرعية التي تقوم بمختلف الأعمال و الأنشطة لهذه الوكالة و من بين هذه المصالح نذكر مايلي:*

- **مصلحة الإصغاء**: تقوم بالتكفل بشكاوي المؤمنين اجتماعيا قصد هدف إعادة الثقة بين المواطن و الهيئات العامة، وذلك من خلال استقبالهم والإصغاء لهم، وتوجيههم ومساعدتهم وإعلامهم بشأن حقوقهم وواجباتهم.¹

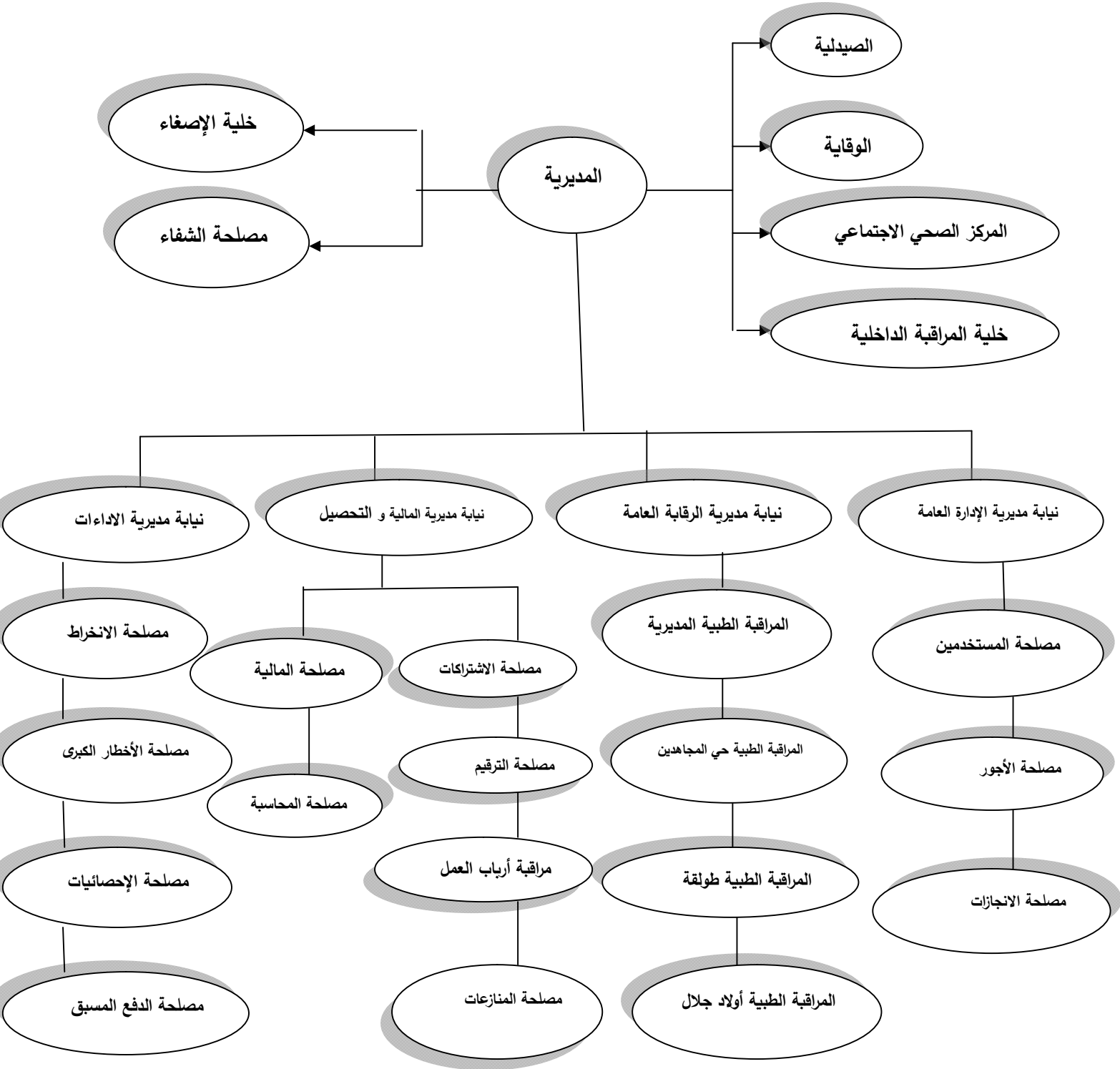
- **مصلحة الشفاء**: تعتبر مصلحة الشفاء من أهم مصالح وكالة الضمان الاجتماعي ببسكرة؛ حيث تتولى مهمة حجز البيانات المتعلقة بالمؤمن له اجتماعيا و تشكيلها وفق الوثائق الإدارية النموذجية المخصصة بهذا الأمر ثم تقوم بإرسالها بعد ترتيبها في علب تسمى بالحصص إلى مركز الشخصنة بالجزائر العاصمة؛ الذي يتولى مهمة استخراج البطاقات. وتقسم هذه البطاقات على مراكز الدفع التي ينتمي إليها المؤمن له اجتماعيا، حيث يتم تشغيلها و تحيينها وفي النهاية يتم تسليمها إلى صاحب البطاقة باستعمالها عندما تقتضي الضرورة.²

¹ - مقابلة مع : هيام رماضنية، "حول تعريف مصلحة الإصغاء"، بتاريخ 25-4-2016.

² - مقابلة مع : رئيسة مصلحة الشفاء بلقمان نزيهة، "حول تعريف مصلحة الشفاء"، يوم 25-4-2016، الساعة 9:30-10:30.

* أنظر الملحق نفسه.

الهيكل التنظيمي لوكالة الضمان الاجتماعي - بسكرة-



مصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات المقابلة.

المطلب الثالث: أهداف المؤسسة:

وكالة الضمان الاجتماعي لها أهداف تسعى دوماً لتحقيقها فنجد أن الهدف الرئيسي لها هو حماية المواطنين من أي مخاطر وفي سبيل تحقيق ذلك تعمل الوكالة على بلوغ مجموعة أهداف فرعية تتلخص في*:

- ✓ توفير الخدمات للمواطن بكل ديمقراطية.
- ✓ تقريب الإدارة بالمواطن.
- ✓ توفير الخدمات الاجتماعية لكل الفئات.
- ✓ يلعب دور الوسيط مع بعض القطاعات و المؤسسات كالصيادلة و المؤسسات الصحية.
- ✓ ضمان ترقيم و تسجيل مختلف المؤمنين بما يسمح لهم بالاستفادة من خدمات النظام بطريقة سهلة.
- ✓ تقديم أداة وخدمات اجتماعية مثل التعويض على المرض ، وعلى العجز، حوادث العمل و الأمراض المهنية و الأمومة،.....
- ✓ توسيع مجال الخدمات التأمينية.
- ✓ يهدف الصندوق إلى لعب الدور الهام و الفعال في المجال الاجتماعي و الاقتصادي على مستوى الولاية.¹

¹ - مقابلة مع : رئيس مكتب المراقبة الطبية موافي بناني يعقوب، "حول أهداف المؤسسة"، يوم 2016/4/27، الساعة 8:30-9:30
* أنظر الملحق نفسه.

المطلب الرابع : مهام المؤسسة:

هي إذن مجموعة هامة من الأهداف والتي يعمل صندوق التأمينات على معالجتها عبر توكيله بمجموعة مهام وأهمها*:

- ✓ تسير تعويضات المنح العائلية على حساب الدولة من الخزينة العمومية.
- ✓ تسير أداءات التأمينات الاجتماعية (المرض ،الأمومة،العجز،الوفاة وكذا حوادث العمل و الأمراض المهنية)
- ✓ تأمين التحصيل و المراقبة و منازعات تحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل الاداءات.
- ✓ منح رقم تسجيل وطني للمؤمنين اجتماعيا و المستخدمين و إعطائهم رقما وطنيا.
- ✓ تنظيم و تنسيق و ممارسة المراقبة الطبية.¹
- ✓ توفير الخدمات الاجتماعية المختلفة المتعلقة بالضمان الاجتماعي للفئات المأجورة و غير المأجورة.
- ✓ توفير أفضل خدمات للمرضى و للمواطنين و توجيههم للطبيب.
- ✓ إعلام المستفيدين و أصحاب العمل بحقوقهم و إلتزاماتهم.
- ✓ التقليل من حوادث العمل و مختلف الأخطار المحيطة بالعامل من خلال دراسته؛ هذه المعطيات و محاولة إيجاد الحلول الممكنة لتقليل من أثارها من جهة، ثم التأمين على الضحايا في حالة وقوعها من جهة أخرى.²

1 - المرجع نفسه.

2 - مقابلة مع: هيام رماضنية، "حول مهام المؤسسة"، يوم 26/4/2016، الساعة 9:00-10:00.

* أنظر الملحق نفسه.

المبحث الثاني: أدوات عمل السياسة الصحية في الجزائر .

في إطار إصلاح منظومة الضمان الاجتماعي و عصرنة الإدارة و تبسيط إجراءات الخدمة ، شرعت وكالة الضمان الاجتماعي ببسكرة في استعمال نظام الشفاء ، ويعتبر هذا النظام من بين أهم المحاور التي تقوم عليها عمليات الإصلاح.

المطلب الأول: تعريف بطاقة الشفاء:

يعتبر مشروع نظام الشفاء نظام عصري للتسيير، يعتمد على استعمال التكنولوجيا الدقيقة كالتجميع بين تقنيات الإعلام الآلي والإلكترونيك والاتصالات السلكية واللاسلكية والذي ينتج بطاقة ذات شريحة تسمى الشفاء* .

ويمكن تعريف بطاقة الشفاء بأنها بطاقة تأمينات اجتماعية تسمح بالتعرف على هوية المؤمن وذوي الحقوق، كما تسهل الحصول على مستحقاته وإنما في أداءات الضمان الاجتماعي دون الحاجة إلى إيداع طلب لدى مركز الدفع، وتقدم هذه البطاقة للطبيب، الصيدلي أو المؤسسات الصحية العامة والخاصة ومركز الدفع التابعين له.¹

¹ - مقابلة مع :بلقمان نزيهة ،"حول تعريف بطاقة الشفاء"، يوم 18/4/2016، الساعة 9:30-10:30. * أنظر الملحق نفسه.

وتقدم مجاناً بعد تقديم:

❖ صورة شمسية.

❖ نسخة من بطاقة التعريف الوطنية أو رخصة السياقة.

❖ نسخة من بطاقة فصيلة الدم.

❖ شهادة الميلاد الأصلية رقم 12.

❖ شهادة الحالة العائلية (للمتزوجين).

وتضاف إليها الوثائق التالية في حالة وجود ذوي الحقوق:

❖ شهادة الحالة الشخصية للزوج / أو أصول المكفولين.

❖ شهادة عدم العمل (الزوج).

❖ شهادة الكفالة (الأولاد أو أشخاص مكفولين).

❖ شهادة مدرسية (للأولاد المتمدرسين بين 18-21 سنة).

❖ عقد التمهيين (للأولاد الممتهينين و الذين يقل سنهم عن 25 سنة).

❖ شهادة طبية (لأولاد البالغين أكثر من 18 سنة، و المصابون بعاهة أو مرض مزمن).

❖ شهادة انعدام الدخل و عدم الزواج (للأولاد المكفولين و الحواشي من الدرجة الثالثة و المكفولين من

الإناث مهما كان سنهم).¹

¹ - مقابلة مع :بلقمان نزيهة ،"حول تعريف بطاقة الشفاء"، يوم 18/4/2016، الساعة 9:30-10:30.

المطلب الثاني: أهداف بطاقة الشفاء :

تهدف بطاقة الشفاء إلى لعب الدور الهام والفعال في المجال الاقتصادي و الاجتماعي باعتبارها أهم وسائل تحقيق لوكالة الضمان الاجتماعي على مستوى الولاية لمهامها وأهدافها المسطرة و تكمن أهدافها في:

- الفحص المجاني باتفاقية مع الطبيب.
- توفير تكلفة الشراء .
- تحسين نوعية الاداءات المقدمة عن طريق تبسيط الإجراءات المنتهجة في الحصول على الاداءات و التعويضات المنتظمة و السريعة.
- تحسين العلاقات فيما بين مقدمي الخدمات الصحية، بما فيهم الصيادلة و الأطباء و الهياكل الصحية.¹
- الحصول على الحقوق للمؤمن اجتماعيا و ذوي الحقوق من الخدمات التي يقوم بها الضمان الاجتماعي.
- الاستفادة من نظام الدفع دون الحاجة إلى تقديم دفتره.
- تشخص و تحدد هوية ذوي الحقوق.
- الحصول بسرعة على تعويضات تلك الخدمات ،بدون أن يكون مضطراً لتقديم طلب مكتوب أو ملئ استمارة أو تقديم ورقة علاج.²

¹ - نفس المرجع.

² - بوابة المواطن "حول بطاقة الشفاء"، متحصل عليه من <http://www.elmouwatin.dz/?lang=fr> تاريخ الاطلاع 20-4-2016.

المطلب الثالث:المعلومات المقررة ببطاقة الشفاء :

تحتوي بطاقة الشفاء على مجموعة معلومات إدارية و طبية تخص المؤمن اجتماعيا وذوي الحقوق وهي مخزنة في صحيفة الكترونية كما أنها تحتوي على سائر المعلومات الشخصية للمؤمن و من المعلومات التي توجد ببطاقة الشفاء هي كالتالي:

- اسم و لقب المؤمن اجتماعيا مكتوبا بالعربية و اللغة الأجنبية.
- وتحمل تاريخ ميلاد المؤمن له اجتماعي.
- عنوان المؤمن اجتماعي له.¹
- جنس المؤمن له اجتماعيا.²
- تحتوي كذلك على صورة شمسية للمؤمن اجتماعيا.
- بالإضافة إلى فصيلة الدم التي ينتمي إليها.
- تحمل بطاقة الشفاء رمز الضمان الاجتماعي (ض إ) و خريطة الجزائر.
- تحتوي على رقم التسجيل أو رقم القيد وهو مهم ويحمل ثمانية أرقام ورمز نوع البطاقة.³

¹ - مقابلة مع بلقمان نزيهة،"حول المعلومات المقررة ببطاقة الشفاء"،بتاريخ 2016/4/19،الساعة9:30-10:30

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 10جمادى الأولى عام 1431هـ الموافق 18 أبريل 2010م، "يحدد مضمون البطاقة الالكترونية للمؤمن له اجتماعيا والمفاتيح الالكترونية لهياكل العلاج ولمهني الصحة وشروط تسليمها واستعمالها وتجديدها"،الحريدة الرسمية.العدد21،26/04/2010.ص14.

³ - مقابلة مع بلقمان نزيهة، مرجع سابق.

وتحتوي البطاقة على مجموعة النقاط التالية:*

- هذه البطاقة شخصية.

✚ يجب تقديم هذه البطاقة لزوما لدى مصالح الضمان الاجتماعي و ممتنهي الصحة

✚ يجب إبلاغ مصالح الضمان الاجتماعي عند سرقة أو ضياع البطاقة فوراً.

✚ يعرض الاستعمال غير القانوني لهذه البطاقة لعقوبات جزائية.

المطلب الرابع: أنواع بطاقات الشفاء للمؤمن اجتماعيا:

تتنوع بطاقة الشفاء على حسب طبيعة المؤمن وهناك أربعة أنواع للبطاقة تحاول تغطية كل فئات

المجتمع وعليه تتنوع على النحو التالي: **

(1) بطاقة الشفاء العائلية: و تأخذ الرمز (F) وهي خاصة بالمؤمن و تحمل أفراد عائلته الأولاد و

الزوجة، و تحتوي على المعلومات المتعلقة بالمؤمن اجتماعيا و ذوي الحقوق.

(2) بطاقة ذوي الحقوق: و تأخذ الرمز (A) وهي موجهة لذوي الحقوق و تمنح للأولياء المنفصلين أو

المؤمن له اجتماعيا يعمل بولاية أخرى؛ أو في حالة كثرة الأطفال في عائلة ما فوق ستة أولاد يضطر

(3) المؤمن إلى إنجاز بطاقة أخرى.¹

¹ - مقابلة مع بلقمان نزيهة، "أنواع بطاقة الشفاء"، بتاريخ 2016/4/19، الساعة 9:30-10:30.

*أنظر الملحق رقم 1.

**أنظر الملحق رقم 2، ص 116.

4) بطاقة شخصية: و تأخذ الرمز (ind) تمنح لذوي الحق المؤمن له اجتماعيا، المصاب بمرض مزمن؛ بحيث يستعمل بطاقته الخاصة به. و تحمل نفس رمز بطاقة شفاء الوالد؛ بمعنى رقم بطاقة الوالد.

5) بطاقة حالة ضياع : و هي بنفس المعطيات السابقة مع تجسيد السجل إذا كان هو سبب ضياعها

وعليه يقوم بدفع 40دج كمستحقات ثمن الإهمال.¹

¹ - المرجع نفسه.

المبحث الثالث: مواجهة المشكلات الصحية الموروثة:

تمثل بطاقة الشفاء قفزة نوعية في عملية تحديث نظام الضمان الاجتماعي، إذ أن هذه الوسيلة الجديدة أنهت معاناة الكثير من المواطنين نظرًا لصعوبات التي كان يواجهها.

المطلب الأول: تعميم استعمال بطاقة الشفاء:

اقتصرت العمل ببطاقة الشفاء سنة 2009م في البداية على ولاية بسكرة، والتي مست فئات معينة كالمقاعد والاشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة.

وتم تعميم استعمال بطاقة الشفاء في 2013/02/03م على كامل تراب بلديات و دوائر ولاية بسكرة؛ بهدف توفير نظام الدفع من قبل الغير للأدوية لفائدة جميع المؤمنين اجتماعيا.

وأصبح بإمكان كل مؤمن اجتماعيا تقديم بطاقة الشفاء مع وصفة طبية للاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للحصول على الأدوية لهم شخصيا أو لذوي الحقوق و ذلك على مستوى أي صيدلية متعاقدة مع وكالة الصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية المنتسبة إليه.¹

وعلى هذه الصيدلية أن تسلم له الأدوية الموصوفة دون دفع مسبق للمصاريف ماعدا المصاريف الواقعة على عاتقه (بنسبة 20) و في حال تجاوز مبلغ الوصفة 2000دج أو تعلق الأمر بالوصفة الثالثة خلال

¹ - مقابلة مع: موقاي بناني يعقوب، "حول تعميم استعمال بطاقة الشفاء"، بتاريخ 27-4-2016.

الفترة المحددة بثلاثة أشهر لنفس المستفيد، يسدد المؤمن له اجتماعيا مبلغ هذه الوصفة إلى الصيدلي و يقوم بتعويض مصاريفها لدى مركز الدفع الذي ينتسب إليه.¹

المطلب الثاني: توسيع الاستفادة من بطاقة الشفاء :

إن توسيع استعمال بطاقة الشفاء على مستوى الولاية من أهم حلقات مسار تطوير نظام الشفاء، أين أصبح بإمكان المؤمن اجتماعيا و ذوي الحقوق الحائزين على بطاقة الشفاء الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية

1. بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا او ذوي حقوقهم المصابين بأمراض مزمنة :في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية على مستوى الولاية يتم التكفل بالوصفات الطبية التالية:

- كل وصفة متضمنة علاجاً خاصاً مهماً موصوفاً لمدة أقصاها ثلاثة أشهر.
- كل وصفة لا تتضمن علاجاً خاصاً مهماً كان مبلغها و عددها.
- في حال عدم وجود الدواء ضمن بطاقة الشفاء يقوم الصيدلي بتوجيه المؤمن له اجتماعياً إلى مصالح المراقبة الطبية التي يمكن أن تكون غير تلك التابعة لمركز انتسابه و ذلك في حال الرقابة القبلية.²

¹ - وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مجلة جسور التواصل. المديرية العامة للصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، الجزائر. العدد 02، 02-2012، ص6.

² - وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مرجع سابق، العدد 03، 2013، ص9.

1. بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا البالغين 75 سنة فما فوق: يتم التكفل بكل الوصفات الطبية في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية مهما كانت طبيعة العلاج الموصوف و المبلغ و العدد، وفي حال تضمنت الوصفة دواء خاضعاً للشروط الخاصة للتعويض. يقدم الصيدلي الدواء للمريض دون طلب موافقة الصندوق .

2. بالنسبة للمؤمنين لهم اجتماعيا المستفيدين من امتيازات الضمان الاجتماعي (المتقاعدين، المستفيدين من منح العجز): فيتم التكفل بكل الوصفات الطبية في إطار توسيع الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير للمواد الصيدلانية؛ وذلك مهما كان مبلغها و عددها، في حال خضوع الدواء لشروط خاصة للتعويض أو كان معنيي بشروط تطبيق التسعيرة المرجعية. فيقوم الصيدلي بتوجيه المؤمن له اجتماعيا إلى مصالح الرقابة الطبية التي يمكن ان تكون غير تلك التابعة لمركز الدفع الأقرب أو لمركز انتسابه و ذلك في حال الرقابة القبلية.¹

وتم توسيع استعمال بطاقة الشفاء و التي كانت تستعمل على مستوى ولاية بسكرة ل يتم توسيعها على المستوى الوطني أي أنها تمكن صاحبها من استعمالها في أي ولاية أخرى و هذا يهدف إلى استفادة المواطن من خدمات الضمان الاجتماعي.²

¹ - نفس المرجع، ص 9.

² - مقابلة مع: بلقمان نزيهة، "حول توسيع استعمال بطاقة الشفاء"، بتاريخ 20/4/2016، الساعة 8:00-9:00.

المطلب الثالث: تقييم مدى فعالية بطاقة الشفاء (إيجابياتها و سلبياتها):

حققت البطاقة مجموعة الأهداف المسطرة بحيث ظهرت فعاليتها خاصة عند شرائح المجتمع الدنيا بحيث تمكنت البطاقة من القضاء و تجاوز المشاكل التي كان تعاني منها تلك الطبقات ، وتتمثل ايجابيات استعمال بطاقة الشفاء فيمايلي*:

- ✓ التصديق المتبادل بين بطاقة الشفاء و مفتاح مهني الصحة .
- ✓ القضاء على الوثائق الورقية المتبادلة.
- ✓ تبادل المعطيات المعلوماتية بواسطة وحدات تحويل المعطيات .
- ✓ توحيد شكل المعطيات التي يتم تبادلها (محتوى الفواتير الالكترونية).
- ✓ ضمان أمن المعطيات و تدفق المعلومات المحولة (الفواتير الالكترونية المشفرة)¹.
- ✓ بمقدور أي مؤمن له اجتماعيا استعمالها لاقتناء الدواء من أي صيدلية متعاقد معها داخل الولاية أو خارجها.
- ✓ تهدف إلى تحسين و مرافقة المؤمن لهم اجتماعيا و الشركاء الاجتماعيين في الحصول على أداءات الضمان الاجتماعي .
- ✓ تهدف إلى تحسين نوعية الاداءات و عصرنة تسيير هيئات الضمان الاجتماعي .

¹ - وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مجلة جسور التواصل.المديرية العامة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، الجزائر.العدد 4، أكتوبر2014، ص10.
*أنظر الملحق رقم1.

✓ تسمح للمؤمن اجتماعيا و ذوي الحقوق بالحصول على حقوقهم لدى كل مقدمي العلاج عن طريق توسيع الدفع.¹

رغم النجاحات التي حققتها بطاقة الشفاء إلا أنها لتزال تعاني ببعض العراقيل البيروقراطية

التي تحد من فعاليتها ومن ذلك:*

✓ المادة الأولية لبطاقة الشفاء غير متوفرة في وكالة الضمان الاجتماعي بسكرة، فالوكالة تقوم فقط بتمديدها.

✓ عند ضياع البطاقة فالمؤمن اجتماعيا لا يستطيع أن يستفيد من الدواء في ولايات أخرى إلا في الولاية التي ينتسب إليها.²

✓ ضياع البطاقة يؤدي إلى سنة و أكثر لإعادتها وهنا تتراكم معاناة المؤمن و تزيد حالته سوءاً.³

¹ - مقابلة مع: بلقمان نزيهة، "حول ايجابيات بطاقة الشفاء"، يوم 21/4/2016، الساعة 9:30-10:30.

² - مقابلة مع: بلقمان نزيهة، "حول سلبيات بطاقة الشفاء"، يوم 21/4/2016، الساعة 9:30-10:30.

³ - مقابلة مع: موقاي بناني يعقوب، "حول سلبيات بطاقة الشفاء"، بتاريخ 27-4-2016.

* أنظر الملحق نفسه.

خلاصة الفصل :

وفي الأخير تجدر الإشارة إلى أن بطاقة الشفاء للمؤمن اجتماعيا تشكل أهم عنصر في برنامج عصرنة تسيير الضمان الاجتماعي والتي تم تعميمها على مستوى الولاية في مسعى يهدف إلى تحسين و مرافقة المؤمن لهم اجتماعيا في الحصول على اداءات الضمان الاجتماعي، وهو ماتم تحقيقه عبر استخدام آلية بطاقة الشفاء كما تم توضيحه في مجموعة العوائق التي كانت ولا تزال تَحُدُّ من فعالية البطاقة.

الخاتمة:

نستنتج في الأخير أن السياسة الصحية في الجزائر مرت بعدة مراحل، عرفت عدة تطورات و تحولات سواء تعلق الأمر بالهياكل أو المؤسسات الصحية و طريقة تنظيمها و تسييرها ؛ فعرفت المرحلة الممتدة بين (1963 إلى 1973م) وضعية صحية متدهورة بسبب السياسة الاستعمارية في هذا المجال ،حيث كانت المرافق الصحية و عدد المستخدمين محدودًا و متمركزًا في المناطق و المدن الكبيرة بالإضافة إلى هجرة الأطباء الفرنسيين و الكوادر و سوء توزيع المراكز و المؤسسات الصحية ،فنظرًا للوضعية الصحية المتدهورة خلال الفترة الممتدة من (1973 إلى 1980م) تطور المنشآت القاعدية و مضاعفة قاعات العلاج ،كما تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني من أجل تجسيد حق الصحة لجميع المواطنين.وكذلك المرحلة الممتدة من (1980 إلى 1990م) تميزت ببناء العديد من المستشفيات و العيادات و المراكز الصحية و تزايد عدد الأطباء، و تميزت الفترة الممتدة من (1990 إلى 2002م) بإعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي من خلال زيادة المشاكل و تراكمها ؛بالإضافة إلى وضع تنظيم جديد مبني على أساس استقلالية هياكل الصحة و تميزت بإنشاء هياكل الدعم لمؤسسات التنظيم الصحي ، كذلك الفترة الممتدة من (2002 إلى 2012م) تميزت بتطور و توسع المؤسسات الصحية و تطور موارد قطاع الصحة.

إن الهدف الأساسي لأي قطاع صحي هو ضمان و توفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع، ولذلك ارتأينا في دراستنا التطبيقية لوكالة الضمان الاجتماعي بسكرة أن نوضح مدى فعالية بطاقة الشفاء كتقديم خدمات للمواطنين و ذلك اختصارا للإجراءات الروتينية التي يعاني منها المواطنين ؛كذلك تسهل مستحقات المؤمن لدى مصالح الضمان الاجتماعي أو مقدمي العلاج من خلال المعلومات المدونة على بطاقة الشفاء تسمح للأفراد بالحصول على مستحقاتهم في التعويض ،ومن أجل رعاية أمثل لصحة المؤمن لهم اجتماعيا و ذوي الحقوق تم تعميم و توسيع استعمال بطاقة الشفاء إذ تعد حلقة بالغة الأهمية في ترقية نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

الخاتمة:

ونظرا لأهمية هذا الموضوع على كل المستويات، وباعتباره المرآة التي تعكس نمو وتطور صحة المجتمع ارتأينا أن نقدم بعض اقتراحات التي نرى فيها أفضل الحلول لحل مشكلة الصحة في الجزائر بصفة عامة .

- تحديد مظاهر العجز و القصور على مستوى المنظومة الصحية في الجزائر (المراكز الاستشفائية العمومية ،المراكز الاستشفائية الجامعية)، ووضع الأولويات وترتيب الأنشطة وتنسيق الأعمال داخل المنظمات الصحية.

- لإصلاح السياسة الصحية في الجزائر والذي أصبح أكثر من ضرورة نظرا لتدهور الخدمات الصحية المقدمة لسكان و غلاء تكلفة العلاج،رغم أن الأهداف التي جاء بها إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر يشهد نوع من الاختلال وعليه وجب التركيز أهم عنصر وجب أن يمسه الإصلاح و هو العنصر البشري الذي يعتبر الحلقة الغائبة في عملية إصلاح المنظومة الصحية ؛لأن التركيز على الجانب الهيكلي و المؤسساتي و إهمال الجانب البشري لا يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية بل بالعكس سيؤدي إلى تعفن الوضع و هو ما تلاحظه المؤسسات الصحية في الجزائر .

- الاهتمام أكثر بالتكوين نظرا لنقص الكبير في العنصر البشري خاصة ما يتعلق بالأطباء الأخصائيين، مع التركيز على حماية الشباب من الأمراض وكيفية تقديم أفضل الخدمات الطبية لهم ، كونهم الفئة الأكبر التي يتم علاجها.

- السعي إلى إرساء أسس نظام ديمقراطي يضمن العدالة و المساواة بين المواطنين في الاستفادة من خدمات صحية تليق بإنسانيتهم، تحسين الظروف المعيشية وذلك بخلق فرص العمل و السكن.

- على وكالة الضمان الاجتماعي التقليل من الفترات الزمنية المتباعدة أثناء استعمال بطاقة الشفاء وجعلها أكثر مرونة لخدمة المؤمن اجتماعيا وذلك لتقليل من المشاكل الصحية التي يعاني منها.

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر -بسكرة-

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم العلوم السياسية

السنة الثانية ماستر

LMD

الهدف من المقابلة هو معرفة وكالة الضمان الاجتماعي ومدى فعالية بطاقة الشفاء فيها في حل كل المشاكل الصحية التي يعاني منها المؤمن اجتماعيا.

السنة الجامعية:2015-2016

أسئلة المقابلة:

- 1- كيف تطور الضمان الاجتماعي في بسكرة ؟
- 2- ما الهيكل التنظيمي المتبع في المؤسسة ؟
- 3- هل يعكس الهيكل التنظيمي أهداف و طموحات المجتمع ؟
- 4- ما هي مهام المؤسسة ؟
- 5- ما هي الأهداف التي تسعى إليها المؤسسة ؟
- 6- ما المقصود ببطاقة الشفاء ؟
- 7- ما هي أهداف بطاقة الشفاء ؟
- 8- ما هي المعلومات المقررة ببطاقة الشفاء ؟
- 9- ما هي أنواع بطاقة الشفاء للمؤمن اجتماعيا ؟
- 10- ما مدى كفاءة بطاقة الشفاء في توفير الوقت و الجهد و المال بالنسبة للمواطن ؟
- 11- هل بطاقة الشفاء تكشف لنا الأمراض المزمنة ؟
- 14- ما هي آفاق تطبيق إستراتيجية بطاقة الشفاء ؟
- 15- ما أهم المعوقات التي تشهدها بطاقة الشفاء ؟



قائمة المراجع

أولا : باللغة العربية:

➤ المصادر:

1. التقارير:

(1) ازابل اوتيرز،"السياسة الاجتماعية".تقرير الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية بالأمم

المتحدة،2007.

(2) ملحم فراس،"الإطار القانوني للضمان الاجتماعي في فلسطين"سلسلة مشروع تطوير

القوانين،الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، 1999.

(3) كامل مهنا، "الأمية و التنمية الصحية"، تقرير وزارة الشؤون الاجتماعية،17- 18 أيلول

2002.

(4) (31) طب المجتمع،منظمة الصحة العالمية،المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، [د.ت.ن.].

(5) "تحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية"، تقرير اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية

لغربي أسيا،(الامم المتحدة: نيويورك)،2003.

(6) وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، "تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح

المستشفيات": المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولويات و الأنشطة، الجزائر في 17

جانفي 2003.

(7) "من اجل العدالة الاجتماعية و عولمة عادلة"،مؤتمر العمل الدولي، تقرير الضمان الاجتماعي،

(جنيف:مكتب العمل الدولي)،2011.

قائمة المراجع

2. الوثائق الرسمية:

- (1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،مرسوم تنفيذي رقم 10جمادى الأولى عام 1431هـ الموافق 18 أبريل 2010م، "يحدد مضمون البطاقة الالكترونية للمؤمن له اجتماعيا والمفاتيح الالكترونية لهياكل العلاج ولمهني الصحة وشروط تسليمها واستعمالها وتجديدها"،الحريّة الرسمية.العدد21،26/04/2010.

➤ المراجع:

(1) الكتب:

- (1) أحمد بيومي محمد، وسعد إسماعيل علي، السياسة الاجتماعية بين النظرية و التطبيق، (الإسكندرية:المكتب الجامعي الحديث)، 2003.
- (2) أحمد الحسن البر عي، الوسيط في التشريعات الاجتماعية، (القاهرة:دار النهضة العربية)، 2000.
- (3) أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية، (الإسكندرية:دار المعرفة الجامعية)، 1997.
- (4) أيمن مزاهر، الصحة والسلامة العامة،(عمان:الشروق)، 2000.
- (5) المغربي محمد كامل، الإدارة و البيئة و السياسة العامة، (عمان:دار الثقافة)، 2001.
- (6) بهاء الدين إبراهيم سلامة، الصحة و التربية الصحية، (القاهرة: دار الفكر العربي)، [د.ت.ن.].
- (7) ثامر كامل محمد الخزرجي،النظم السياسية الحديثة و السياسات العامة،(عمان:دار مجدلأوي)، 2004.
- (8) جيمس أندرسون، صنع السياسة العامة،تر:الكبيسي عمار،(عمان:دار المسيرة)، 1990.
- (9) درية السيد حافظ ، السياسة الاجتماعية ومتغيرات المجتمع المعاصر،(الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية)، 2007.

قائمة المراجع

- (10) دوجان عموش محمد محمود، موانع الضمان في الفقه الإسلامي المال، الجنائيات - الحدود، (الأردن: دار التفاتس)، 2010.
- (11) سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، (عمان: دار اليازوردي)، 2009.
- (12) سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، (السويس: دار المعرفة الجامعية)، 2004.
- (13) سماتي الطيب، التأمينات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي، (الجزائر: دار الهدى)، 2014.
- (14) صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، (عمان: دار الفكر)، 2009.
- (15) طلعت مصطفى السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، (القاهرة: دار الفكر العربي)، 2004.
- (16) عامر خضير الكبيسي، السياسات العامة مدخل لتطوير أداء الحكومات، (الرياض: المنظمة العربية للتنمية)، 2002.
- (17) عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي، (مصر: دار المعرفة الجامعية)، 2003.
- (18) عبد المهدي بوعوانة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، (عمان: دار حامد)، 2004.
- (19) عبد المحي محمود صالح، الرعاية الاجتماعية تطورها. قضاياها، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية)، 2003.
- (20) فريدة توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، (عمان: دار المسيرة)، 2008.
- (21) فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل، (عمان: دار المسيرة)، 2001.

قائمة المراجع

- (22) كليفور د. أندرسن ، طريقك إلى الصحة و السعادة .تر:شاكرا خليل نصار ،(بيروت:دار الشرق الأوسط)1970.
- (23) ماهر أبو المعاطي علي ،السياسة الاجتماعية "أسس نظرية و نماذج عالمية و عربية ومحلية"،(القاهرة:مكتبة زهراء الشرق)،2003.
- (24) محمد شلبي ،المنهجية في التحليل السياسي: مفاهيم، المناهج ،الاقتراب والأدوات _،(الجزائر: [د،د،ن])،1997.
- (25) محمد محمود المهدي،ممارسة السياسة الاجتماعية و دورها في التخطيط والتنمية،(الإسكندرية:المكتب الجامعي الحديث)،2001.
- (26) مصطفى عبد العظيم فرماوي ،السياسة الاجتماعية و إدارة المؤسسات،(القاهرة :مكتبة الانجلو المصرية)،2006.
- (27) ناجي عبد النور، مقدمة في دراسة السياسة العامة، (الجزائر:دار العلوم)،2014 .
- (28) نور الدين حاروش،إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية،(الجزائر:دار كتامة للكتاب)،2007.
- (29) هناء حافظ بدوي، التخطيط الاجتماعي و السياسة الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية، (الإسكندرية:المكتب الجامعي الحديث)،2003 .
- (30) وصال نجيب العزاوي ، مبادئ السياسة العامة،(عمان :دار أسامة)،2003.

2 . المعاجم والقواميس:

- (1) جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم، لسان العرب لابن منظور ،المجلد الرابع، ج 28،(القاهرة:دار المعارف)،1981.

3. الدوريات:

- (1) بومعروف الياس، عماري عمار، "من أجل تنمية صحية مستدامة". مجلة الباحث، العدد 2009، 7-2010.
- (2) رمضان قنذلي، "الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)"، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار الجزائر، العدد 06- جانفي 2012.
- (3) عياشي نور الدين، "تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية. الجزائر، العدد 31- جوان 2009،
- (4) مي دمشقية، "الضمان الاجتماعي في الجزائر تطويره، مساهمته في التنمية الوطنية أفاقه"، مجلة العمل التقنية، الجزائر، العدد 1-1983.
- (5) هويدي عبد الجليل، يحيوي عمر، "السياسات الاقتصادية و تحديات التنمية البشرية بالجزائر في إطار الأهداف الإنمائية للألفية"، مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية، جامعة الوادي. العدد السادس - أبريل 2014.
- (6) وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مجلة جسور التواصل. المديرية العامة للصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، الجزائر. العدد 02-02-2012،
- (7) وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مجلة جسور التواصل. المديرية العامة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، الجزائر. العدد 03-2013،
- (8) وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي، مجلة جسور التواصل. المديرية العامة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، الجزائر. العدد 4، أكتوبر 2014.

- (1) أمير جيلالي، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية".
أطروحة دكتوراه،(جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية،
2008-2009).
- (2) الطاهر الوافي، " التحفيز و أداء الممرضين- دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عالية
صالح.بمدينة تبسه"، رسالة ماجستير، (جامعة قسنطينة2، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، قسم
علم الاجتماع، 2013-2012).
- (3) الواسعة زرارة صالح،"المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية"،أطروحة
دكتوراه،(جامعة قسنطينة ، كلية الحقوق،2006-2007).
- (4) بن زبطة أحميدة،"الرعاية الصحية للفرد في الفقه الإسلامي"،أطروحة دكتوراه،(جامعة الجزائر.كلية
العلوم الإسلامية ،قسم الشريعة ،2006-2007).
- (5) بن قيط الجودي، "إستراتيجية الاتصال للإدارة الإستشفائية الجزائرية دراسة وصفية للإدارة الإستشفائية
بالأغواط"،رسالة ماجستير،(جامعة الجزائر3، كلية العلوم السياسية و الإعلام، معهد علوم الإعلام
و الاتصال،2012-2011).
- (6) حبيبة قشي، "آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية-دراسة حالة مصحة الرازي
للطب و الجراحة بسكرة"،رسالة ماجستير،(جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية و
التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، 2006-2007).
- (7) حسبية غارو ،"دور الأحزاب السياسية في رسم السياسة العامة دراسة حالة الجزائر من 1997-
2007"،رسالة ماجستير،(جامعة تيزي وزو، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية
و العلاقات الدولية ،9-12-2012).

قائمة المراجع

- (8) حسيني محمد العيد، "السياسة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)، رسالة ماجستير، (جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، 2012-2013).
- (9) خروبي بزارة عمر ، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 دراسة حالة لمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف"، رسالة ماجستير، (جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية و الإعلام، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2010-2011).
- (10) دلال السويسي، " نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الإستشفائية- دراسة حالة المؤسسة العمومية محمد بوضياف ورقلة" ، رسالة ماجستير، (جامعة أبي بكر بلقاوي تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، 2011-2012).
- (11) زراولية رضا، "التحضر والصحة في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية" ، رسالة ماجستير، (جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، 2010-2011).
- (12) عبد المنعم بن فرحات، "أهمية اختيار المسير في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية"، رسالة ماجستير، (جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد و تسيير مؤسسة).
- (13) عتيق عائشة، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة"، رسالة ماجستير، (جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية ، مدرسة الدكتوراه التسيير الدولي للمؤسسة 2011-2012).
- (14) عصماني سفيان ، "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرض) دراسة حالة مصحة الصنوبر بمدينة سطيف" ، رسالة ماجستير، (جامعة محمد بوضياف

قائمة المراجع

- لمسيلة.كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية،قسم علوم التسيير،2005-
(2006).
- (15) علي دحمان محمد،"تقييم نفقات الصحة و التعليم-دراسة حالة لولاية تلمسان"،رسالة
ماجستير،(جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية،
2010-2011).
- (16) قرقاح ابتسام،"دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامة في الجزائر(1989-
2009)،رسالة ماجستير،(جامعة باتنة، كلية الحقوق و العلوم السياسية، قسم العلوم السياسية
،2010-2011).
- (17) كحيلة نبيلة، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية"، رسالة
ماجستير،(جامعة منتوري قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير،2008-2009).
- (18) مزبوة بلقاسم،"السلطة و الرضي الوظيفي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة عبد الله نواورية-
ألبوني-نموذجا"،رسالة ماجستير،(جامعة 20أوت 1955 سكيكدة،كلية العلوم الاجتماعية و
الإنسانية،قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا،2008-2009).
- (19) مسعود ألبلي، "واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر و مدى ارتباطها بالتنمية المستدامة"،
رسالة ماجستير،(جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية الحقوق و العلوم السياسية،2009-2010).
- (20) نجاه صغيرة، "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية"، رسالة ماجستير، (جامعة
الحاج لخضر.باتنة، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 2011-2012).
- (21) يحيى مسعودي،"إشكاليات التنمية المستدامة في ظل العولمة في العالم الثالث-حالة
الجزائر-"، مذكرة ماجستير،(جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم العلوم
الاقتصادية،2008-2009).

قائمة المراجع

5. الندوات و الملتقيات:

(1) بلعاطل عياش، نوى سميحة، "تقييم أثار برامج الاستثمارات العامة و انعكاساتها على التشغيل و الاستثمار و النمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014". آليات ترشيد الإنفاق العام من أجل تحقيق التنمية البشرية المستدامة في الجزائر 2001-2014، المؤتمر الدولي، (جامعة سطيف1. كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير 11-12/ مارس 2013).

(2) زيرمي نعمة، "الصناعة التأمينية الواقع العلمي و الأفق التطوير"، ملتقى الدولي السابع، (جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و التسيير ، 3_4/12/2012).
(3) سماتي الطيب، "الإطار القانوني لتأمينات الاجتماعية في التشريع الجزائري و مشاكله العملية". ندوة، (جامعة فرحات عباس، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 25_26 افريل 2011).

(4) كامل مهنا، "الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول". المؤتمر الوطني الأول، قصر الانيسكو، 2 ديسمبر 1999.

6. المواقع الالكترونية:

أ-باللغة العربية:

- (1) حسينة آل، "تطور المنظومة الصحية منذ الإستقلال"، جريدة المساء، 5/7/2012 متحصل عليه من <http://www.el-massa.com> تاريخ الاطلاع 28-02-2016.
- (2) بوابة المواطن، "حول بطاقة الشفاء" متحصل عليه من: <http://www.elmouwatin.dz/?Lang=fr> تاريخ الاطلاع 20/4/2016
- (3) عبد الوهاب محمد كوكو عثمان، "نظام الضمان الاجتماعي ودوره في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، متحصل عليه من:

قائمة المراجع

<http://www.oiu.edu.sd/feco/docjor/feco-20150514120023.pdf>

(4) الضمان الاجتماعي، متحصل عليه من

www.djalia.algerie.dz

ب- باللغة الاجنبية:

1) John shopings Bloombef G School of public Heath ,Heath Policy and the délivery of Heath care :introduction and Privat Heath plan case study :
<http://www.aspb.cat/quefem/dcs/hopkins-fall-instituteo9.pdf> orstom visite 3/4/2016

2) Magali Barbieri, Pierre Centrelle-Santé et population.

<Http://www.politique africane.com/numeros/.pdf/04051pdf>. orstom visite 3/4/2016

3) office national de statistique, collection statistique, 1998, par:
www.ons.dz ,12-4-2007. orstom visite 3/4/2016

4) public Policy : "Meanning and nature ":

<http://www.hss.ruh, aclk/..introduction%20to./..20puplic./..20 Policy-PDF>. orstom visite 3/4/2016

5) World health organisation:

<http://www.who int/gho/publications/Word-health-statistique/en-whso9-full.pdf>
orstom visite 3/4/2016

قائمة المراجع

7 . المقابلات:

- (1) مقابلة مع :هيام رماضنية، رئيسة مصلحة الإصغاء،يوم2016/4/25، الساعة8:30-9:30.
- (2) مقابلة مع : بلقمان نزيهة، رئيسة مصلحة الشفاء،يوم 18 / 4 / 2016 ، الساعة9:30-10:30.
- (3) مقابلة مع: موافي بناني يعقوب، رئيس مكتب المراقبة الطبية،يوم2016/4/27، الساعة8:30-9:30.

ثانيا: باللغة الأجنبية:

- 1) Clark E.Cochran, Lawrence, Mayer, TR Carr and N.joseph cayer American public Policy : an introduction, 2009-2006, Wordsworth, cengage Learning .
- 2) Driss Mammeri Santi publique, Engage édition, Alger 1991.

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور نسبة الأطباء الجزائريين و الأجانب من 1963 إلى 1972م	ص 61
02	الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962-1973	ص 62
03	تطور عدد المؤسسات الصحية من 1979 إلى 1980م	ص 63
04	تطور عدد المؤسسات الصحية من 1980 إلى 1982م	ص 65
05	بين هياكل و مؤسسات النظام الصحي للفترة الممتدة من 1984 إلى 1989م	ص 65
06	يبين ميزانية النظام الصحي من خلال النفقات الوطنية للصحة في الجزائر في الفترة الزمنية الممتدة من 1980 إلى م 1989	ص 67
07	يوضح نسبة الوفيات الأقل من 5 سنوات حسب مختلف الفترات قبل التحقيق الجزائري حولة صحة العائلة من 1985 إلى 1994	ص 71
08	يوضح تطور معدل وفيات الأطفال من 1998 إلى 2007م	ص 72
09	يوضح وفيات الأطفال من 2008 إلى 2014م	ص 72-73
10	يوضح تطور معدل وفيات الأمومة بين سنتي 1989-2002م	ص 74
11	يوضح تطور المواليد الأموات من سنة 1990-2014م	ص 74-75
12	يوضح تطور معدل الأمل في الحياة اعتمادا على الإنفاق الصحي في الجزائر بين 1990 - 2005م	ص 75
13	يوضح معدل الأمل في الحياة من سنة 2008 إلى سنة 2014م	ص 76

فهرس المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
	شكر وعرافان.....
	الإهداء.....
أ-خ	مقدمة.....
8	تمهيد.....
9	الفصل الأول: الإطار المفاهيمي.....
10	المبحث الأول : مفهوم السياسة العامة.....
10	المطلب الأول :تعريف السياسة العامة.....
14	المطلب الثاني:خصائص السياسة العامة.....
15	المطلب الثالث : عناصر السياسة العامة.....
16	المطلب الرابع : أنواع السياسة العامة.....
18	المبحث الثاني : مفهوم السياسة الصحية.....
18	المطلب الأول : تعريف السياسة الصحية.....
24	المطلب الثاني : أهمية وأهداف السياسة الصحية.....
26	المطلب الثالث :تقسيمات السياسة الصحية.....
28	المطلب الرابع :مقومات السياسة الصحية.....
32	المبحث الثالث: مفهوم السياسة الاجتماعية.....
32	المطلب الأول: تعريف السياسة الاجتماعية.....
35	المطلب الثاني: أهداف السياسة الاجتماعية.....
36	المطلب الثالث:وظائف السياسة الاجتماعية.....
39	المطلب الرابع: عناصر السياسة الاجتماعية.....
43	المطلب الخامس : ركائز السياسة الاجتماعية.....
47	المبحث الرابع : مفهوم الضمان الاجتماعي.....
47	المطلب الأول : تعريف الضمان الاجتماعي.....
49	المطلب الثاني : أهداف الضمان الاجتماعي.....
50	المطلب الثالث : أهمية الضمان الاجتماعي.....
52	المطلب الرابع : أسس الضمان الاجتماعي.....

فهرس المحتويات

54	المطلب الخامس : وسائل الضمان الاجتماعي.....
56	الخلاصة.....
57	تمهيد.....
58	الفصل الثاني: واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر في قطاع الصحة.....
59	المبحث الأول : مراحل السياسة الصحية في الجزائر.....
59	المطلب الأول: مرحلة مواجهة المشكلات الصحية الموروثة من 1962 إلى 1973م.....
62	المطلب الثاني: المرحلة البناء الهيكلية للمؤسسات الثانية من 1973 إلى 1980م.....
64	المطلب الثالث: مرحلة البناء القانوني و التشريعي للقطاع الصحي من 1980 إلى 1990م...
67	المطلب الرابع: مرحلة إعادة الهيكلة من 1990 إلى 2002م.....
69	المطلب الخامس: مرحلة التطور و توسع المؤسسات الصحية من 2002 إلى 2012.....
71	المطلب السادس: الوضع الصحي في الجزائر.....
77	المبحث الثاني: إصلاح المنظومة الصحية.....
77	المطلب الأول: أهداف مشروع الإصلاح.....
79	المطلب الثاني: المبادئ الأساسية لتنظيم المنظومة الصحية.....
80	المطلب الثالث: ملفات الإصلاح.....
82	المطلب الرابع: التنظيم الجديد في ظل الإصلاحات الجديدة.....
85	المبحث الثالث: تقييم السياسة الصحية في الجزائر.....
85	المطلب الأول: الاختلالات المرتبطة بالتمويل و طرق معالجتها.....
86	المطلب الثاني: الاختلالات المرتبطة بالتنظيم و طرق معالجتها.....
87	المطلب الثالث: الاختلالات المرتبطة بالإعلام و طرق معالجتها.....
88	المطلب الرابع: الاختلالات المرتبطة بالتكوين و طرق معالجتها.....
90	خلاصة الفصل.....
91	تمهيد.....
92	الفصل الثالث : أنموذج دراسة حالة الضمان الاجتماعي في الجزائر (ولاية بسكرة).....
93	المبحث الأول: تعريف بالمؤسسة الضمان الاجتماعي.....
93	المطلب الأول: نشأة المؤسسة.....
96	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة.....
98	المطلب الثالث: أهداف المؤسسة.....

فهرس المحتويات

99	المطلب الرابع: مهام المؤسسة.....
100	المبحث الثاني: أدوات عمل السياسة الصحية في الجزائر.....
100	المطلب الأول: تعريف بطاقة الشفاء.....
102	المطلب الثاني: أهداف نظام الشفاء.....
103	المطلب الثالث: المعلومات المقررة ببطاقة الشفاء.....
104	المطلب الرابع: أنواع بطاقة الشفاء للمؤمن اجتماعيا.....
106	المبحث الثالث: مواجهة المشكلات الصحية الموروثة.....
106	المطلب الأول: تعميم استعمال بطاقة الشفاء.....
107	المطلب الثاني: توسيع الاستفادة من بطاقة الشفاء.....
109	المطلب الثالث: تقييم بطاقة الشفاء (سلبيات و ايجابيات).....
111	خلاصة الفصل.....
112	الخاتمة.....
114	الملاحق.....
117	قائمة المراجع.....
128	قائمة الجداول.....

المخلص:

يتمحور البحث حول معرفة واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر في قطاع الصحة، ومعرفة المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية وكيفية معالجتها ومحايرتها بواسطة الآلية التي تستخدمها وكالة الضمان الاجتماعي ألا وهي بطاقة الشفاء.

حيث تمت الدراسة على مستوى كل من مصلحة الإصغاء ومصلحة الشفاء ومكتب المراقبة الطبية لوكالة الضمان الاجتماعي بسكرة.

وعليه كانت الدراسة تشمل بالإضافة للفصل المفاهيمي ، تفصيل لدراسة واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر في قطاع الصحة عبر مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر، إصلاحات المنظومة الصحية، تقييم السياسة الصحية ، وكيفية مواجهة المشكلات الصحية الموروثة.

وقد توصلت الدراسة أنه يوجد إدراك لدى المؤسسة بأهمية وأهداف بطاقة الشفاء ، كما أنها تقوم بالإجراءات اللازمة لحماية المؤمن اجتماعيا، كما أن بطاقة الشفاء تساعد المؤسسة والمؤمن اجتماعيا في تخطي الكثير من المشاكل والصعوبات ، بالإضافة إلى أنها تساهم في توفير الجهد و الوقت وكذلك السرعة والدقة في الاداءات.

Summary:

Find revolves around knowledge of the reality of social Policy in Algeria in the health sector, and knowledge of the problems of the health system and how to address and combat by the mechanism used by the social Security agency, namely healing card.

Where the study was conducted at. the level of both the interest and the interest of listening healing and the Office of médical monitoring agency Biskra Social Security.

This study include the addition of the conceptual séparation, a breakdown of the

study of the social and political reality in Alegria in the health sector through the stages of the développement of health policy in Algeria, the health system reform, health policy assessment, how to cope with the inherited health problems.

The study found that there is a perception of the institution of the importance and goals of healing card, as they are necessary to protect the insured socially procedures, and the healing card helps the institution and insured socially overcome a lot of problems and difficulties, as well as contributing to the provision of effort and time as well as speed and accuracy in renderings.