

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم العلوم السياسية



مذكرة ماستر

علوم سياسية
سياسات عامة

رقم:

إعداد الطالب:

حسام براحية

يوم:

السياسات العامة الصحية في الجزائر – دراسة حالة مديرية الصحة
لولاية بسكرة لفترة 2010/2018

لجنة المناقشة:

رئيسا

بسكرة

مشرفا

بسكرة

أستاذ محاضر ب

بن لخريش أسماء

مناقشا

بسكرة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرافان

الحمد والشكر لله أن وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع أحمده وأستعين به.

أتوجه بجزيل الشكر وخالص الثناء، ومواقف التقدير والعرافان إلى الاستاذة
المشرفة الدكتورة "أسماء بن مخربش" مساعدة وإشرافا وتوجيها، وكل من كان له

يد العون في إنجاز هذا العمل

كما أقدم جزيل الشكر لكل من كانت له يد البدار من قريب أو من بعيد في

إتمام هذا العمل

فشكرا جزيلا.

الاهداء

بسم الله وكفي والصلاة على الحبيب المصطفى، أما بعد

أشكر الله وأحمده على توفيقه لإتمام هذا العمل، كما أهدي ثمرته إلى روح أبي

رحمة الله عليه

إلى من غمرتني بلطفها ودعواتها أمني حفظها الله عز وجل

إلى كل الإخوة والعائلة

والى زوجتي وابني وبناتي

إلى كل الأصدقاء

إلى كل زملاء الدراسة

إلى هؤلاء جميعا أهدي عملي المتواضع

مقدمة

تعتبر السياسة الصحية من أهم سياسات التنمية الشاملة لأي دولة، و هذا لارتباطها المباشر بمختلف المشاكل الصحية للسكان و معدلات الإصابة بالأمراض و مستويات الوفيات و غيرها، والجزائر كغيرها من الدول التي تهدف إلى تحقيق الرفاهية للأفراد و المجتمع تولي اهتماما بالغا بميدان الصحة ، حيث أخذت على عاتقها مبادرات لتطوير أداء نظمها الصحية و هذا من خلال تحديث سياسات صحية تؤدي إلى إصلاح المنظومة الصحية التي أضحت إصلاحها أكثر من ضرورة.

لقد سارعت الجزائر منذ الاستقلال إلى الاهتمام بالخدمات التي يقدمها قطاع الصحة آنذاك على غرار العديد من القطاعات الحساسة الأخرى كالتعليم التكوين والفلاحة، واعتبارهم من الأولويات لتحقيق التنمية وتلبية مطالب المواطنين خاصة اثر ما خلفه المستعمر من فقر وتدني في مستوى المعيشة وعجز في تقديم خدمات صحية نتيجة نقص المرافق الصحية وانعدامها في كثير من مناطق الوطن، وللقضاء على هذه المظاهر فقد انتهجت الجزائر سياسة تنموية تمثلت في إعادة بناء البنى التحتية والمرافق اللازمة وتكوين الإطارات الطبية والشبه طبية للتكفل الأمثل بمطالب المجتمع .

انطلاقا من أن السياسات العامة الصحية هي مجموعة من البرامج والقوانين والتشريعات التي تسنها الدول قصد تنظيم وتطوير قطاع الصحة، فقد سعت الدولة رغم نقص الإمكانيات إلى تبني سياسات عامة رامية للقضاء على الأوبئة المنتشرة وانتهاج سياسة مجانية العلاج والزامية التلقيح مع توسيع الخارطة الصحية خارج المدن الكبرى بإنشاء مؤسسات استشفائية ومراكز صحية قصد تعميم العلاج وتقريبه من المواطن، غير أن هذه الجهود المبذولة لم تكن كافية لتغطية العجز المسجل نظرا لشح الموارد الاقتصادية لتغطية الإنفاق وضعف التخطيط من جهة ونظرا لتأخر تجسيد هذه السياسات من طرف الأجهزة المسؤولة من جهة أخرى، فكثيرا ما تجد السياسات العامة الصحية في الجزائر نفسها مرهونة بمؤثرات جديدة تدعو إلى إصلاحات جديدة بدورها كاستفحال الأمراض المزمنة في الجزائر بعد القضاء شبه التام على العديد من الأوبئة والأمراض المعدية .

وفي ظل اتسامها بالمرحلية سواء من خلال تأثرها بالظروف السياسية والاجتماعية للبلاد والاجتهادات الفردية للمسؤولين عن المنظومة الصحية في الجزائر.

أهمية الموضوع:

إن موضوع محل الدراسة يكتسي أهمية كبيرة من الجانبين: أهمية علمية وأهمية عملية.

- الأهمية العلمية:

تظهر الأهمية العلمية للموضوع في كون أن السياسات الصحية أحد المجالات الهامة التي قام العديد من الباحثين بتناولها بالبحث والدراسة، حيث تعددت الأبحاث والمنشورات والمقتنيات التي تعالج هذا الموضوع ومدى تأثيره على مختلف المجالات السياسية والاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى أهمية قطاع الصحة وما له من تأثيرات على مختلف أوجه الحياة.

- الأهمية العملية:

تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسة في تحديد مدى نجاعة السياسة الصحية في معالجة المشاكل الصحية التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر وذلك من ناحية تحسين الأداء ورفع الرعاية الصحية.

وكذا في التعرف على الوضع الراهن للصحة في الجزائر وتحليل نقاط القوة والضعف وتحديد الفرص المتاحة والتحديات وتقييم والرهانات التي لا بد من تحقيقها، مع وضع استشراف لمستقبل القطاع الصحي وتحقيق الانسجام الوطني في مجال الصحة.

اهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الى ما يلي:

- الكشف عن قطاع الصحة في الجزائر، والسياسة المنتهجة من طرف الحكومات المتعاقبة، وكذا دور مختلف المتغيرات المحيطة بهذا القطاع.
- اثبات دور السياسة العامة واهميتها في رسم معالم واقع مختلف القطاعات وبالأخص قطاع الصحة في الجزائر.

أسباب اختيار الموضوع:

إن اختيارنا لهذا الموضوع له مبرراته التي دفعتنا إلى اختياره دون غيره من المواضيع ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- إن الموضوع يدخل ضمن التخصص.
- الرغبة في التعرف أكثر على السياسات الصحية في الجزائر.
- محاولة تقديم تحليل لوضع القطاع الصحي لولاية بسكرة في ظل السياسات العامة الصحية المنتهجة.

الإشكالية:

ما مدى مساهمة السياسات العامة الصحية للجزائر في إصلاح المنظومة الصحية لفترة 2010/2018 (ولاية بسكرة أنموذجاً)؟

الأسئلة الفرعية:

- 1- ماهي محددات صنع السياسة العامة الصحية في الجزائر؟
- 2- ما مدى نجاعة برامج الإصلاح في تحسين كفاءة الأداء في القطاع الصحي؟
- 3- ما مستقبل منظومة الصحة في الجزائر في ظل تكرار واستنساخ سياسات الإصلاح؟

فرضيات الدراسة

- الفرضية الرئيسية:

تساهم السياسات العامة الصحية في الجزائر في إصلاح المنظومة الصحية

- الفرضيات الفرعية:

- 1- تتعدد فواعل ومحددات صنع السياسات العامة الصحية في الجزائر
- 2- نجاعة سياسات الإصلاح مرهون بمدى ملاءمة البرامج مع الأهداف المسطرة
- 3- إقرار منظومة صحية موضوعية ومستقلة كفيل بتحسين أداء القطاع رفع مستوى الخدمة

أدبيات الدراسة:

- كتاب السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، كتاب من تأليف فهمي خليفة الفهداوي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان: 2013.
- يحتوي الكتاب على تسعة فصول شكلت بمجموعها الطريق إلى السياسة العامة حقلا و موضوعا، اهتم الفصل الأول بنشأة السياسة وتطور مفاهيمها الحديثة، والفصل الثاني تناول أنماط السياسة العامة ومرتكزاتها البنيوية، والفصل الثالث وضح طريقة تحليل للسياسة العامة والأطر والمنهجية والأبعاد، والفصل الرابع نماذج اتخاذ القرار في السياسة العامة، والفصل الخامس اشتمل على نماذج صنع السياسة العامة من منظور العملية، في الفصل السادس بحث في البيئة المؤثرة وصناع السياسة العامة، وخص الفصل السابع لعملية الصنع وجدولة المهام وتناول عملية التنفيذ في الفصل الذي يليه، واختتم الكتاب بتسليط الضوء على عملية تقويم السياسة العامة، ورأى في المجمل بأنها طريق الحكومة في التعبير عن نشاطها وفعالها ووجودها بوصف الحكومة مزيجا من الأهداف والتطلعات والبرامج.
- مذكرة ماجستير غير منشورة من إعداد حسني محمد العيد، تخصص لسياسة عامة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، تحت عنوان السياسة العامة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1999-2012)، تطرق فيها الى نشأة وتطور السياسة العامة ثم تناول المداخل النظرية لدراسة السياسة العامة ثم تناول السياسات الصحية ما أهميتها وأهدافها وأدوارها وفي الأخير وضح التفسيرات النظرية للإصلاحات التي حسنت السياسة الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1999-2009.
- مذكرة ماجستير غير منشورة من إعداد خروبي بزاره عمر، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 3، تحت عنوان إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1990-2009 (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف)، تناول فيها الباحث

التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر والظروف الصحية التي ميزت الجزائر عبر ثلاث مراحل أساسه قبل الاستعمار الفرنسي ومرحلة الاستعمار ومرحلة استرجاع السيادة الوطنية ثم تطرق إلى مراحل عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر في الفترة الزمنية 1990-2009.

- مذكرة ماجستير غير منشورة من إعداد دوناس حفيظة، تخصص العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة بسكرة، تحت عنوان واقع القطاع الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة بالجزائر (دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة)، تطرقت فيها إلى نشأة وتطور السياسة الصحية العامة في الجزائر ثم تناولت واقع وتحديات القطاع الخاص في الجزائر، حيث قامت بدراسة حالة عيادة الرازي لولاية بسكرة.

تعتبر هذه الدراسات تأصيلا لدراستنا هذه، غير انها لم تتطرق لمختلف السياسات الاستيعابية وخاصة في الظروف الاستثنائية.

المناهج والمقتربات المستعملة:

- المنهج التاريخي:

وهو المنهج الذي يعتمد على سرد الوقائع والظروف المحيطة التي تتحكم في ميلاد هذه الظواهر.

وقد استعملنا المنهج التاريخي من خلال تطرقنا للمراحل التاريخية التي مر بها واقع المنظومة الصحية في الجزائر من الاستقلال إلى يومنا هذا ومحاولة ربط الماضي بالحاضر.

- **المنهج الوصفي التحليلي:** استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي للدراسة النظرية والذي يهدف إلى جمع الحقائق والبيانات عن ظاهرة أو موقف معين مع محاولة تفسير هذه

الحقائق وتحليلها للوصول إلى إبداء التوصيات والاقتراحات بشأن الموقف أو الظاهرة موضوع الدراسة.

- **منهج دراسة الحالة:**

يقوم منهج دراسة الحالة على اختيار حالة معينة وجمع البيانات العلمية المتعلقة بها والتعمق فيها ومن ثم الوصول إلى توصيف وتفسير دقيق لها.

وقد استعملنا هذا المنهج لغرض جعل الدراسة أكثر صلة بالواقع ، حيث تم ربطها بواقع السياسات العامة في الجزائر حيث تم إجراء دراسة ميدانية لمديرية الصحة لولاية بسكرة لمعرفة دورها في التنظيم والتسيير للصحة في الولاية.

- **الاقترب القانوني:**

وذلك من خلال الرجوع إلى النصوص القانونية والدستورية والإجراءات التنظيمية المنظمة للمديرية الصحة.

أدوات البحث:

اعتمدنا في هذا البحث على الأدوات التالية:

- **الجزء النظري :** اعتمدنا على البحث البيبليوغرافي (كتب ، رسائل جامعية، مجلات علمية ...الخ)

- **أما الجانب التطبيقي (الدراسة الميدانية):** اعتمدنا على المقابلة والتي تعتبر من أهم أدوات البحث العلمي، وهي عملية تتم بين الباحث وشخص آخر أو مجموعة أشخاص تطرح من خلالها أسئلة ويتم تسجيل إجاباتهم على تلك الأسئلة المطروحة.

هيكل البحث:

لقد قمنا بتقسيم البحث إلى ثلاثة فصول، تناولنا في الفصل الأول إلى الإطار المفاهيمي للدراسة حيث قسمنا الفصل الأول إلى ثلاثة مباحث، المبحث الأول تطرقنا إلى ماهية السياسة العامة، نشأتها وتطورها ومفهومها وخصائصها وأنواعها وأبعادها. أما المبحث الثاني فتناولنا فيه السياسات العامة الصحية من مفهومها وأهدافها ومحدداتها والمراحل صنع السياسة العامة الصحية حسب نموذج باتريك فافارد والنظم الصحية.

أما الفصل الثاني فتطرقنا في المبحث الأول إلى التطور التاريخي للسياسات العامة الصحية عبر ثلاثة مراحل، أما المبحث الثاني سياسات إصلاح المنظومة الصحية من منظومة التكوين وتوزيع الموارد البشرية وتطور الهياكل القاعدية وزيادة حجم الإنفاق العمومي، أما في ما يخص المبحث الثالث فقد تطرقنا إلى تحديات وتقييم عمليات إصلاح السياسات الصحية في الجزائر ذكرنا فيها الخريطة الصحية وتحسين الأداء ورفع مستوى الرعاية الصحية والقضاء على الأوبئة ورفع متوسط العمر وختمنا المبحث الثالث بتحديات عمليات إصلاح السياسة الصحية في الجزائر.

أما الفصل الثالث فقد خصص للدراسة الميدانية والتي هي عبارة عن دراسة حالة مديرية الصحة لولاية بسكرة من أجل الإصلاحات السياسة الصحة لولاية بسكرة وتقييمها.

صعوبات الدراسة:

تكمن الصعوبة التي واجهت انجاز هذه الدراسة في الحصول على المعلومات من طرف مديرية الصحة لولاية بسكرة بسبب وباء كورونا.

الفصل الأول

اعتباراً من أن الإطار النظري للدراسة هو بمثابة القالب الذي يصقل فيه أي موضوع فقد ارتأينا أن يكون الإطار المفاهيمي هو محتوى الفصل الأول من دراستنا.

ولذلك سنحاول التطرق في المبحث الأول إلى ماهية السياسات العامة والذي نذكر فيه نشأتها وتطورها والظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي ساعدت العديد من المفكرين في إبراز أهمية السياسات العامة كفرع من فروع العلوم السياسية لها مفاهيم خاصة بها، وتتسم بالعديد من الخصائص والتصنيفات التي لا يمكن لأي دراس لهذا الموضوع أن يتجاهلها، أما في المبحث الثاني فسنتطرق لدراسة السياسات العامة الصحية باعتبارها موضوع الدراسة وباعتبارها واحدة من أهم السياسات القطاعية وذلك من خلال تحديد المصطلحات المكونة لها وذكر التعريفات ذات الصلة بالموضوع، كما سنحاول التركيز على أهداف ومحددات التي تؤثر في رسم السياسات الصحية، أما فيما يخص المبحث الثالث فقد تطرقنا إلى النظم الصحية حيث قمنا بتعريف النظم الصحية و مكوناتها والمعايير تقييم النظام الصحي.

المبحث الأول: ماهية السياسة العامة

من خلال هذا المبحث سنحاول التطرق إلى نشأة وتطور السياسة العامة، ومفهوم السياسة العامة، وكذلك إلى أنواعها وأبعادها.

المطلب الأول: نشأة السياسة العامة، تطورها

لمعرفة التطور التاريخي الذي أدى إلى نشأة علم السياسة العامة كان لابد علينا أن نتطرق إلى التسلسل الزمني الذي عرفته مختلف الدول والمجتمعات والأسباب التي أدت إلى الاهتمام بهذا المجال خاصة في ظل ارتباطها الوطيد مع المجتمعات البشرية ودراساتها لمختلف الظواهر الإنسانية المحيطة به ومراحل نموها وتطورها وفهم ذلك لا يكون إلا بالإجابة على سؤالين مهمين مثلما يقول "بير مولر PIERRE MOLLER".

السؤال الأول يتعلق بطبيعة التحولات التي أدت إلى تضاعف تدخل السلطات العمومية في الحياة اليومية للمواطنين، هذه التدخلات شكلت موضوع السياسات العامة، حيث لم نشهد توسعا في أعمال الإدارات الحكومية فحسب بل حتى التقنيات المستعملة من طرف صناع القرار هي كذلك أصبحت تتميز بالكثير من التنوع والتكاليف في نفس الوقت، حيث يمكن أن نطلق على المجتمعات الحديثة أنها مجتمعات الضبط القانوني، والسؤال الثاني يتعلق بالجذور الفكرية لاختصاص تحليل السياسات العامة كمجموعة مناهج لدراسة وفهم أعمال الحكومية، ومعرفة من أي التيارات الفكرية والأطروحات الاجتماعية استقت هذه المناهج أسسها وقواعد عملها.¹

يعتبر العديد من المفكرين السياسيين أن حقل السياسة العامة حديث النشأة والظهور كمجال من مجالات العلوم السياسية برز خلال الخمسينيات من القرن العشرين، نتيجة تطور الأبحاث والدراسات السياسية المتعلقة بدراسة النظم السياسية المقارنة من جانب المخرجات وتأثيرها على البيئة الناشئة فيها خلال تلك الفترة الزمنية التي عرفت تزايد في دور الدول والحكومات.

كما شكل كل من تزايد المد الشيوعي والاشتراكي واشتداد حدة آثار أزمة الكساد العالمي أحد أهم الأسباب الدافعة لظهور دولة الرفاه WELFARE STATE التي أصبحت فيها الحكومات تقدم العديد من الخدمات التي كانت متروكة فيما قبل للقطاع الخاص.²

¹ Pierre muller. **Les politiques publique**. Que sais je . 9 edition. Paris . 2011. P 07.

² صالح عبد الرحمن، "مقرر السياسة العامة للدولة"، مجلة مدارس الديمقراطية، بدون رقم العدد و الشهر والسنة، ص 5.

وفي الخمسينات من القرن العشرين، اكتسب علم السياسة العامة معناه الاصطلاحي علميا على يد عالم السياسة "هارولد دي لاسويل، Harold De Lassewell" الذي تناول بالدراسة في كتابه "من؟ يحصل على ماذا؟ متى وكيف؟" جوهر العمليات المتبادلة والتوزيعية للقيم والمنافع المتضمنة في رسم السياسات العامة وتنفيذها.¹

بعدها توالى الأبحاث وتطورت، وبرزت دراسات عدة تولي اهتماما بالمؤسسات السياسية والسلوك السياسي والمؤثرات الاجتماعية والشخصية على السياسة، فضلا عن بنية المؤسسات الحكومية وممارستها، ودور المؤسسات السياسية غير الحكومية والأفراد في صنع السياسة العامة، خاصة عندما حصلت تغييرات في دور الدولة، وتزايد أدوار للشركات متعددة الجنسيات والمنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية، في صياغة أولويات السياسات العامة وتحديد مساراتها، أدى إلى ظهور كتابات تؤكد على دور الفاعلين الجدد في السياسات العامة وعن دور الشركات الكبرى، ومنظمات حقوق الإنسان للتأثير في بعض السياسات.²

المطلب الثاني: مفهوم السياسة العامة وخصائصها

إن مفهوم السياسة العامة يمكن فهمه بشكل أدق عندما يتجزأ إلى خصائصها، ويمكن عرضها بشكل أدق على النحو التالي:

أولاً: مفهوم السياسة العامة:

المشكل المطروح في تحديد هذه المفاهيم كونها نابعة من تعدد الاتجاهات الفكرية أو المدارس ما جعلها تقتصر إلى إطار مرجعي محدد أو على الأقل محاولة الوصول إلى تعريف جامع وشامل يضم فئة معتبرة من المفكرين.

عرفها "هارولد دي لاسويل Harold De Lassewell" السياسة العامة بأنها من يحوز على ماذا؟ متى؟ وكيف؟ من خلال نشاطات تتعلق بتوزيع الموارد والمكاسب والقيم والمزايا

¹ ابتسام قرقاح، "دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامة في الجزائر"، مذكرة ماجستير (في العلوم السياسية، تخصص السياسة العامة والحكومات المقارنة، جامعة حاج لخضر، باتنة)، 2009، ص 16.

² فهيمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية و التحليل، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع 2013)، ص ص 30، 31.

المادية والمعنوية وتقاسم الوظائف والمكانة الاجتماعية، بفعل ممارسة القوة أو النفوذ والتأثير بين أفراد المجتمع من قبل المستحوزين على مصادرة القوة".¹

نلاحظ من خلال هذا التعريف التركيز المطلق على مفهوم القوة في تعريفه للسياسات العامة.

أما "ديفيد إسيون David Easton" فقد عرفها على أنها "توزيع القيم" (الحاجات المادية والمعنوية) في المجتمع بطريق سلطوية مرة من خلال القرارات والأنشطة الإلزامية الموزعة لتلك القيم، في إطار عملية تفاعلية بين المدخلات Inputs والمخرجات outputs والتغذية الراجعة feedback.²

يعرفها "كارل فريديريك Carl Friedrich" على أنها برنامج عمل مقترح لشخص أو الجماعة أو الحكومة في نطاق بيئة محددة لتوضيح الفرص المستهدفة و المحددات المراد تجاوزها سعياً للوصول إلى هدف أو لتحقيق غرض مقصود³

كما عرفها "فهيم خليفة الفهداوي" هي تلك المنظومة الفاعلة المستقلة والمتغيرة والمتكيفة والتابعة التي تنتقل مع محيطها والمتغيرات ذات العلاقة من خلال استجابتها الحيوية (فكراً وفعلاً)، بالشكل الذي يعبر عن نشاط مؤسسات الحكومة الرسمية وسلطاتها المنعكسة في البيئة الاجتماعية المحيطة بها بمختلف مجالاتها، عبر الأهداف والبرامج والسلوكيات المنتظمة، في حل القضايا ومواجهة المشكلات القائمة والمستقلة، والتحسب لكل ما ينعكس عنها، وتحديد الوسائل والموارد البشرية والفنية والمعنوية اللازمة وتهيئتها كمنطلقات نظامية هامة لأغراض التنفيذ والممارسة التطبيقية، ومتابعتها ورقابتها وتطويرها وتقييمها لما يجسم أو يجسد تحقيقاً ملموساً للمصلحة العامة المشتركة، المطلوبة في المجتمع.⁴

¹ فهيم خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 33.

² المرجع نفسه، ص 33.

³ ثامر كامل محمد الخزرجي، النظم السياسية الحديثة والسياسة العامة (الأردن: دار مجدلاوي 2004) ص 27.

⁴ المرجع نفسه، ص 38.

انطلاقاً من التعريفات السابقة يمكن أن نقدم التعريف الإجرائي التالي:

السياسة العامة هي مجموعة الإجراءات التي تقرها الحكومة أو الهيئة المسؤولة عن وضع البرامج حسب طبيعة النظام والتي تقوم بدورها على متابعة عملية تنفيذ من خلال هيئات تنشئها كما تقوم أيضاً بعملية تقييمها وتقييمها وقد تتجسد هذه الأنشطة في برامج وقوانين تنظم عملية تنفيذ السياسات العامة.

ثانياً: خصائص السياسة العامة:

1- السياسة العامة نشاط تقوم به الحكومة: وتتجلى من خلال القرارات التي تكون نتيجة المفاضلة بين عدد من البدائل لاختيار الأنجع "فالحكومة هي التي تتبنى سياسة عامة معينة إزاء مشكلة أو قضية مجتمعية وتصدر بشأنها قانوناً أو مرسوماً أو تعليمات نظامية أو قرارات تحدد المسارات والأنشطة والأهداف".¹

وتظهر مسؤولية الحكومة اتجاه سياسة ما من خلال تبني هذه السياسات فوق هذه الخاصة لا يمكن اعتبار أي فعل أنه سياسة عامة ما لم يكن صادراً عن الحكومة.

"انطلاقاً من ذلك يمكننا القول أيضاً بأن السياسة العامة بحكم أنها بديل كان أصلاً من اختيار الحكومة، أو تبنته في مراحل التشاور والتفاوض، فهي في جملتها معبرة عن توجهات الحكومة الفكرية والعملية".²

2- سياسة العامة ذات طابع سلطة شرعي:

"إن السياسة العامة عند إقرارها من المؤسسات التشريعية والتنفيذية تصدر الحكومة بشأنها قانوناً أو مرسوماً أو نظاماً أو قراراً، ومن هنا تكتسب الشرعية وقوة الإلزام القانوني".³

فاكتساب الشرعية لأي سياسة لا بد أن يتجسد من خلال مجموعة من النصوص القانونية والتنظيمية التي تصدر بصفة متسلسلة وفي بعض الأحيان بصفة دورية وتتميز بالهرمية حسب أهمية السياسة العامة ومستوى السلطة التي تصدرها بداية من أعلى سلطة كالمراسيم الرئاسية

¹ فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 45.

² حسن أبشر الطيب، الدولة العصرية دولة مؤسسات، (القاهرة: الدار الثقافية للنشر والتوزيع 2000)، ص 35.

³ المرجع نفسه، ص 35.

والقوانين العضوية التي تخضع لدراسة خاصة من حيث النقاش والتقييم وتدخل مختلف الفاعلين الرسميين وغير الرسميين ففوة هذه القوانين مستمدة أيضا من درجة تعقيد التصويت والمصادقة عليها مقارنة بالمراسيم التنفيذية واللوائح التنظيمية التي تكون على مستوى أقل والهدف منها تبسيط وتوضيح كيفية تجسيد وتنفيذ كل السياسات العامة التي تم إقرارها بنصوص أكثر قوة قانونا ولذا "تمثل السياسة العامة بعدا هاما من أبعاد الالتزامات القانونية والشرعية حيث بمجرد إقرارها من قبل صانعيها لأبد وأن يصدر بشأنها قانون ومرسوم أو نظام يمنع بدوره أو يجيز تصرفا أو سلوكا معينا".¹

3- السياسات العامة شاملة وذات طابع مجتمعي:

والمقصود هنا أن السياسة العامة تكون موجهة لكل فئات المجتمع وشرائحه فإذا كان الهدف منها منح امتيازات تمس كل فئات المجتمع دون إقصاء وبعيدة عن التميز لاعتبارات جغرافية عرقية أو دينية أو غيرها من المرجعيات التي تخلق الطبقة والانفصال في المجتمع الواحد "وهذا الشمول والامتداد لا يتنافى في حالة التنوع والتخصيص في السياسة العامة حيث هناك سياسات عامة معنية بفئة دون غيرها كتلك السياسات العامة الموجهة في إطار الرفاه الاجتماعي، ضمن حالاتها المتنوعة، سواء حول مساعدة الفقراء، وبرنامج الإغاثة المحلية، أو تطوير وتدريب الأيدي العاملة أو الدعم العائلي، ومساعدة المحتاجين، ورعاية الأطفال الأيتام وغير ذلك".²

4- نشاط هادف ومقصود:

إن مجرد وجود أي سياسة عامة لم يكن بالصورة الاعتبارية بل الغاية من إقرارها هو الوصول إلى هدف معين قد يتفاوت من حكومة إلى أخرى أو بين سياسة أو أخرى حسب طبيعة وحجم المطالب المجتمعية التي تهدف السياسة العامة لتلبيتها "والسياسة العامة هي بمثابة بلورة للإرادة المجتمعية حيال حاجة أو مشكلة مجتمعية معينة، ولا جدال في أن بلورة الإدارة المجتمعية تستوجب بالضرورة الاتفاق على أهداف مطلوبة ومقصودة لتحقيق منفعة محددة".³

¹ رياض بوريش، "السياسات العامة من منظور حكومي". مجلة الحوار المتوسطي، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، العدد5، مارس2013، ص136.

² فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 49.

³ حسن أبشر الطيب، مرجع سابق، ص 36.

5- السياسة العامة استجابة واقعية ونتيجة فعلية:

حسب هذه الخاصية فإنه لا يمكن اعتبار أي نشاط سياسة عامة ما لم يتم تجسيدها على أرض الواقع وتحقيق أهدافها بالنجاعة المطلوبة، وهذا المبتغى لا يتحقق بمجرد سنها فقط من طرف الحكومة بل عليها متابعة تنفيذها للوصول إلى النتيجة الفعلية "حيث أن السياسة العامة، تعبر عن الأمور والمسائل الواقعية التي تشكل مطلباً محسوساً أو ملموساً وينبغي لها أن تكون على نتائج ومخرجات يمكن إدراكها ومعايشتها وليست معبرة عن أمور غائمة أو معتمه، كأن تدعي الحكومة عن نيّتها للقيام بجهد أو عمل لاحق أو بالمستقبل دون هناك ما يشير إلى المباشرة بالعمل الحقيقي والفعلية".¹

6- السياسات العامة توازن بين الفئات والمجتمعات المصلحية:

تتأثر السياسة العامة بقوى كثيرة فعالة تشكل تكتلاً مؤلفاً من مجموعات المصالح، وهذا هو ما يمكن وصفه بتحالفات المثالثات الحديثة (جماعات المصالح، جهاز التشريعي والجهاز التنفيذي).²

"كما أن الحكومة من جانب آخر ذات تأثير كبير في تشكيل السياسات العامة، بحكم أن هذه السياسات تمثل في جملتها برنامجاً للحكم وخططها لتحقيق التنمية والتجديد الحضاري".³

7- السياسة العامة قد تكون غير معلنة و غير مؤطرة بقانون أو نظام:

إن صانعي السياسة العامة بمقدورهم وضع سياسة عامة معينة من خلال عدم فعل أي شيء، وكأنهم يؤدون شيئاً وهذا ما رآه توماس داي "Thomas Day" حينما عرف السياسة العامة بأنها: اختيار الحكومات لما تفعله و ما لا تفعله ضمن مجال معين.⁴

¹ فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 47.

² رياض بوريش، مرجع سابق، ص 137.

³ حسن أبشر الطيب، مرجع سابق، ص ص 36، 37.

⁴ فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 49.

8- السياسة العامة تعكس ما يسمى بالجدوى السياسية

المقصود بذلك تقويمها قبلها للأثار المتوقعة من السياسة العامة المتخذة قبل المباشرة بتنفيذها، حيث تشكل مؤشرا هاما من مؤشرات السياسة العامة، بحيث الاهتمام بذلك سوف يوضح قدرة السياسة العامة على مواجهة محددات المشكلة التي تسعى لحلها.¹

المطلب الثالث: أنواع وأبعاد السياسة العامة

من خلال هذا المطلب سنحاول التعرف على أنواع السياسة العامة و أبعادها

أولاً: أنواع السياسات العامة:

1- السياسة الاستخراجية:

وهي سياسة تهدف إلى استخراج القدرات المادية واللامادية للدولة من خلال الاستثمار في الثروات الطبيعية والمجتمعية وتسخيرها لتنفيذ برامجها وتغطية نفقاتها فالغاية منها هي تعبئة الموارد اللازمة لتحقيق الأهداف المسطرة كأن تقوم الدولة مثلا بإقرار نوع من الضريبة وهي مبلغ من المال يدفعه المواطن للدولة، بوصفه عضوا في المجتمع يفيد ويستفيد من الخدمات العامة، استفادة خاصة وعامة.²

سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة وتخصيصها للتكفل بنفقات معينة وهذا ما يؤكد العلاقة الترابطية بين زيادة الضرائب وزيادة الإنفاق الحكومي.

وعليه فإن السياسات الاستخراجية، تهدف إلى استدامة الإيرادات العامة لأجل تغطية النفقات العامة وتسهم في إعادة ترتيب التوزيع للدخل، ولحماية المنتجات الوطنية، ومعالجة العجز في ميزان المدفوعات، وتعتبر بذات الوقت عنصرا في توجيه وسائل الإنتاج نحو الفروع الإنتاجية التي ترغب الحكومة في تنميتها.³

¹ رياض بوريش، مرجع سابق، ص 137.

² عبد الوهاب الكيالي، موسوعة السياسة، ج3، (بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بدون سنة النشر)، ص 370.

³ فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 74.

2- السياسات العامة التوزيعية:

وتعكس هذه السياسات الصفة التي سميت بها فهي تهدف إلى توزيع الإيرادات والمداويل العامة للدولة من الجانب الاقتصادي وتوزيع الامتيازات والحقوق على أفراد المجتمع على نطاق واسع وعادل لأن النجاعة على مستوى هذه السياسات تظهر في نسبة الاستفادة منها كأن تستفيد شريحة كاملة من المجتمع كالفلاحين مثلا من هذه السياسة الدعم دون تفضيل فئة عن أخرى ومن خلال أيضا توجيه سياسة عامة تنمية لمنطقة إقليم معين على حساب إقليم آخر لإعتبارات تاريخية أو عرقية.

"ويُقاس الأداء التوزيعي للسياسات العامة، من خلال مقارنة كمية التوزيع للقيم، مع المنافع التي حصلت عليها القطاعات البشرية في المجتمع وشرائحه التي تلقت من تلك المنافع، ثم تجديد العلاقة بين الاحتياجات المجتمعية للأفراد في المجتمع، وبين التوزيعات الحكومية الرامية إلى تلبية تلك الاحتياجات".¹

3- السياسة العامة لإعادة التوزيع:

وهذا النوع من السياسات العامة يمكن أن نقول عنه أنه يتصف بالتفضيلية من خلال اعتمادها على المفاضلة بين الجهات المستفيدة على أساس سلم الأولويات فنجد أن مخرجاتها تكون موجهة لفئة تتسم بأكثر أحقية وحاجة لها من فئة أخرى فسياسة الدعم مثلا يجب أن تكون موجهة للفقراء وأصحاب الدخل المحدود باعتبار أنها الفئات الهشة في أي مجتمع وتوسيع مثل هذه المنافع إلى فئات أخرى يعتبر إخلالاً بأهداف السياسة العامة لإعادة التوزيع والتي تعتبر بحد ذاتها إحدى آليات تقويم السياسات العامة التوزيعية، "وتمثل تلك السياسات العمدة التي تضطلع بها الحكومة والتي تقضى صراحة بإعادة النظر في توزيع الدخل وجعله لصالح فئات من ذوي الدخل المنخفض أو المحدود، كما وتمثل خيارا تفضيليا تتبناه الحكومة عبر سياساتها العامة".²

¹ فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 74.

² مرجع نفسه، ص 74.

4- السياسة العامة التنظيمية:

وهي ممارسة النظام السياسي الرقابة على سلوك الأفراد والجماعات في المجتمع، وهنا يتم ربط التنظيم عادة بالجبرية القانونية أو التهديد بها.¹

فالمقصود بالتنظيمية هنا هي كل القوانين والمراسيم فليس بالضرورة أن يتم فرض هذه السياسات العامة من أجل تحديد علاقات الأفراد فيما بينهم فقط بل هي تنظم سلوكياتهم اتجاه الحكومات والمؤسسات الرسمية من خلال ممارسة سلطة الرقابة والردع لكل سلوك أو فعل يكون منافي لغايتها خاصة في ظل تعدد أنماط الحياة وإشباع والمجالات التي تتطلب في كثير من الأحيان تحيين هاته السياسات التنظيمية فاستفحال ظاهرتي الرشوة والفساد يستوجب الرفع من حدة السياسات التنظيمية للحد من هذه الظاهرة وردع الفاعلين "ولأجل تطبيق الحكومة لسياساتها العامة، ضمن هذا الإطار فإنها توظف الأدوات القانونية الجبرية الملزمة إلى جانب توجيه السلوكات بالنصح والإرشاد".²

5- السياسة العامة الرمزية:

وهي سياسات عامة حسية تهدف لشحن عواطف أفراد المجتمع من خلال العديد من شعارات التقاخر بالمواطنة والانتماء عن طريق إحياء نكري بطولاتها التاريخية وتمجيدها والاعتزاز بالانجازات والأهداف المحققة والافتخار برموزها.

وتتجسد السياسات الرمزية من خلال الشعارات والأناشيد والأعياد الوطنية التي تمجد الدولة وتعبر عنها.³

¹ برنامج هي لدعم المرأة القيادية، مقدمة في تحليل ورسم السياسة العامة (دليل المتدربة)، (بدون ذكر البلد: النشر والتوزيع والطباعة لمركز "هي" للسياسات العامة 2015)، ص 30.

² فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص 76.

³ مها عبد اللطيف الحديثي، محمد عدنان الخفاجي، النظام السياسي والسياسة العامة، (العراق: مركز الفرات للتنمية والدراسات الإستراتيجية 2006)، ص 05.

ثانيا: أبعاد السياسة العامة

1. **البعد السياسي:** يتمثل البعد السياسي للسياسة العامة في كون هذه الأخيرة نتاج قرار إرادة سياسية سواء عبرت عن قرار اتخذه فرد أو مجموعة من الأفراد، ويثار هنا نقاش حول موضوع الشرعية أي المدى الذي يجعل سياسة ما تتوافق مع المعتقدات التي يؤمن بها الشعب مما يجعل السياسة مقبولة في حين أن السياسات التي تمس نظم معتقداته تلقى مقاومة ورفض، وهذا ما يهدد فشل مقرري السياسة في تحقيق الأهداف، أي أن الجانب السياسي حاضر في السياسة العامة سواء من حيث الرسم أو التنفيذ كونها تصدر عن جهة ذات طابع سياسي رسمي في الدولة.

2. **البعد الاجتماعي:** كيفما كانت طبيعة كل سياسة عامة فإن هذه الأخيرة تهدف إلى توزيع الموارد المعبأة في المجتمع وتكمن هنا الوظيفة التوزيعية للسياسة العامة والبعد الاجتماعي لها.¹

فالثروة والسلع والخدمات وكل الموارد المادية تشكل نقطة التقاء المصالح بين مجموعة من الفاعلين والفئات الاجتماعية مع الإشارة إلى دور مجموعات الضغط سواء كانت معارضة كالنقابات أو محدودة الأعضاء كمنظمات أرباب العمل.

3. **البعد الاقتصادي والمالي:** إن المال هو المحرك الحقيقي لأي سياسة عمومية فالتنفيذ المادي لكل سياسة عامة يتوقف على ما يرصد من موارد مالية تهدف إلى إنجاز وتنفيذ هذه السياسة وكثيرا ما تبرر الحكومات عجزها عن مواجهة المشاكل التي تعترض تطبيق برامجها بنقص الاعتمادات المالية وبالتالي عدم توفرها على الوسائل التي توصلها إلى تحقيق أهدافها، إلا أن الحكومة تأخذ مواردها من المجتمع ومختلف السياسات العامة القطاعية التي تشرف عليها، ويعتبر أنظمة الضريبة عنصرا مهما في توفير الإيرادات اللازمة لتنفيذ سياسة عامة وتدعيم قدرة الدولة على الإنفاق²

¹ أمينة سالم، صناعات القرار والسياسات العامة، (مصر: المكتب العربي للمعارف 2016)، ص 47.

² ناصري فوزية، "تطور السياسة الصحية في الجزائر"، **مذكورة ماستر**، (في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص سياسات عامة، جامعة الدكتور مولوي طاهر، سعيدة)، 2015-2016، ص 30

4. **العبد الأخلاقي:** على السياسة العامة أن تعتمد على رضا الناس وإقناعهم بصورة طوعية

وإدارية وإذا انتهجا الطريق العكس فسيؤدي ذلك إلى فشل السياسة العامة بأكملها.

"أي أن واضعي السياسة العامة لا بد لهم في رسمهم لهذه السياسات وتنفيذها من الأخذ

بعين الاعتبار القيم والأخلاق العامة السائدة في المجتمع المعني بهذه السياسة من أجل

تجنب التصادم الذي قد يوقع بين السياسة العامة والمجتمع في حال ما تعارضت هذه

السياسة مع الروح العامة لأخلاقهم ومعتقداتهم".¹

¹ أمينة سالم، مرجع سابق، ص ص 47-48.

المبحث الثاني: السياسات العامة الصحية

جمع هذا المبحث العديد من العناوين التي تمكن من فهم السياسة العامة الصحية، انطلاقاً من تعريف الصحة من الناحية اللغوية والاصطلاحية، أهداف ومحددات السياسة العامة الصحية ومراحل صنع السياسة العامة الصحية.

المطلب الأول: تعريف السياسة العامة الصحية وأهدافها

أولاً: تعريف السياسة الصحية:

إن محاولة إعطاء تعريف عام وشامل لموضوع السياسات العامة الصحية يقودنا بطبيعة الحال إلى ضرورة تفكيك هذا المصطلح المتكون من مفاهيم اجتماعية كالسياسات العامة ومفاهيم تقنية متخصصة كالصحة والتي تحمل دلالات عامة قد تكون مرتبطة بعدة مجالات وقطاعات أخرى.

وقبل تعريف السياسة الصحية لابد من الإشارة إلى مفهوم الصحة لغوياً واصطلاحياً

• الصحة لغة:

"في قاموس المعتمد: صح: صحة وصحاحا وصحا الرجل من علته: برئ، والشئ: سلم من العيب والريب والخبر: ثبت وطابق الواقع. صحح المريض: أزال سقمه، إستصح: فلان من علته: برئ، الصحاح: ذهب المرض، الصحة: (مصدر): سلامة الجسم من المرض، وكون الشئ خالياً من العيب، الصحيح، السالم من العالة والعيب".¹

وفي اللغة الانجليزية أصل كلمة HEALTH هو كلمة HAELB والتي تعني تمام العقل كائن مكتمل التمام أو الحسن، وفي أصول اللغة الألمانية والانجليزية HAILTHO أو " KAILO " تعني معافى.²

¹ القاموس المعتمد: قاموس "عربي-عربي"، دار صادر، بيروت، ط2، 2000، ص332.

² سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، (عمان، دار اليازوردي للنشر والتوزيع (2009)، ص15.

• اصطلاحاً:

فيمكن تعريف الصحة باختصار على أنها الحالة الجيدة الخالية من كل سقم والتي يتمتع بها الفرد.

وتعرف الصحة في الاصطلاح "بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعادها، واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية، وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير، ويتوقف مذلولها، في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم".¹

و قد عرفها الطبيب الفرنسي **كلود برنار "Claude Bernard"** "بأنها تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية في جسمه".²

أما منظمة الصحة العالمية OMS فقد عرفت الصحة في المادة الأولى من ميثاقها، أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 1946/07/22 بنصها على أنها: " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز، ويهدف التعريف إلى جعل كل الشعوب تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة"³

وعن هذا التعريف يمكن القول انه رفع معيار قياس الصحة من مجرد خلو الفرد من الأمراض سواء عن طريق الوقاية أو القضاء عليها إلى ضرورة تحقيق السلامة البدنية والعقلية.

إذن فالصحة هي الحالة السوية التي يكون عليها الفرد ذهنيا وعضويا من خلال أداء الجسم لكل وظائفه وخلوه من أي مرض.

و من خلال ما سبق من تحديدنا للمصطلحات والمفاهيم المكونة للسياسات الصحية يمكن القول أن السياسة العامة الصحية هي : "مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعلنة في

¹ فنذلي رمضان، "الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)"، مجلة دفاتر السياسة القانون، جامعة بشار (الجزائر)، العدد6، جانفي 2012، ص 219.

² نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، (الأردن: الثقافة للنشر والتوزيع 2012)، ص 70.

³ عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، (مصر: دار المعرفة الجامعية 2003)، ص

مجال الصحة، تصاحبها مجموعة الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، لتحديد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية الحكومية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية¹.

ويمكن تعريف السياسة الصحية على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية².

والسياسة الصحية تعبر عن تدخل الحكومة ومختلف الفواعل الأخرى المرتبطة بهذا المجال قصد تسييره وتحسينه من خلال الخطط والبرامج المختلفة قصد تطوير وسائله المادية والبشرية ولهذا تعتبر السياسات الصحية من أهم السياسات العامة القطاعية.

ثانياً- أهداف السياسة الصحية:

قد يكون الهدف من أي سياسة صحية عموماً هو الوصول إلى مستوى جيد من التغطية الصحية عن طريق استفادة عدد كبير من المواطنين من مخرجاتها لكن الواقع يفرض أن يكون لها أهداف أشمل وأكبر من مجرد تحقيق هذه التغطية ومن هذه الأهداف:

أ- تطوير إيرادات المؤسسات الصحية:

من خلال توزيعها في خارطة صحية متوازنة وفقاً للكثافة السكانية على المناطق سواء كانت هذه المؤسسات عامة أو خاصة مع دعمها بالموارد المالية من وسائل العلاج وأدوية ومنشآت قاعدية ملائمة وموارد بشرية من خلال توظيف الإطارات الطبية بمختلف تخصصاتهم ومستوياتهم.

¹ خروبي بزارة عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة للمواساة العمومية الإستشفائية الأخوة خليف بالشلف". **مذكرة ماجستير**، (كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلوم السياسية، جامعة الجزائر 03)، 2010-2011. ص

² Barbiri m. cotrelle porre. (1991), **Polique de sante et population**, in bredr au francise d. vimard patrice (ed) politique de population. Politique a fricaine , http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/7/divers15-2/38326.pdf visite le 07/12/2019 p24.

ب- تطوير الصحة الوقائية:

فالهدف الأول والتقليدي للسياسة الصحية هو إقرار طرق ووسائل تقديم الخدمات الصحية لتحقيق العلاج والقضاء على الأمراض إلا أن تطوير السياسات الصحية على المستوى العالمي أصبحت تهتم أكثر بالمرحلة الوقائية وتطويرها من خلال:

- رفع الوعي عن طريق برامج التحسيس بالمخاطرة وكيفية الوقاية من الأمراض والأوبئة المتنقلة.
- تعميم سياسة التلقيح و إجباريته.
- الاهتمام أكثر بالصحة المدرسية.
- إنشاء مصالح للبحوث الوقائية على غرار المؤسسات الاستشفائية والعلاجية.

كما "أن النظم الصحية لا تستهدف تحسين صحة الناس فحسب وإنما تستهدف أيضا وقايتهم من التكلفة المالية المرتبطة بالمرض، ويتمثل التحدي الذي يواجه البلدان المنخفضة الدخل في تقليل العبء الارتدادي للمدفوعات المباشرة عن طريق زيادة استخدام مخططات السداد المسبق التي توزع الخطر المالي وتبعد شبح الإنفاق الهائل على الصحة".¹

ج- تحسين إنتاج الدواء وتوزيعه:

وذلك من خلال الاهتمام بمخابر البحث والتوزيع الشامل للأدوية وتوسيع قائمة الأدوية الخاضعة للتأمين بالإضافة إلى أنه يجب " أن يتم تقديم خدمات ذات نوعية للمرضى، ولا يجب الاتكال فقط على مؤهلات مهنيي الصحة وإنما مراقبتهم وتقييم أداءاتهم، وهناك إستراتيجية تكميلية تتمثل في إشراك مستعملي الهياكل الصحية في الرقابة الشاملة وفي عمليات اتخاذ القرار في إطار مجالس الإدارة أو مجالس المراقبة".²

¹ منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم سنة 2000 (تحسين أداء النظم الصحية)، مارس 2000، ص12.

² هراوة عمر الفاروق، هان أحمد سعيد، "السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية و المطالب النقابية (2012-2016)", مذكرة ماستر (في العلوم السياسية، غير منشورة، تخصص سياسات عامة وتنمية، جامعة الجلفة، الجزائر)، 2016-2017، ص15.

المطلب الثاني: محددات السياسة العامة الصحية

انطلاقاً من اعتبار أن للسياسة الصحية بعد اجتماعي وإنساني وذلك من خلال استهدافها لكل الفئات المجتمعية عامة والفئات الأكثر حاجة للاستفادة من هذه السياسات الصحية خاصة وفي ظل الظروف البيئية والاقتصادية المتباينة مجتمعياً ودولياً وجب علينا التطرق إلى أهم المحددات التي تؤثر على عملية صنع السياسات الصحية وتحدد طبيعتها ومداهها ونعني هنا بالمحددات الاجتماعية والاقتصادية¹.

أولاً-الظروف الاجتماعية:

وتبرز أهمية المحددات الاجتماعية من خلال دراسة ومتابعة الظروف المجتمعية السائدة في إقليم معين لاسيما عندما ننظر إلى العالم نرى أن هناك تزايد في عدم المساواة الاجتماعية مع انتشار الفقر وسوء التغذية والعنف وتدمير مساكن الناس وتدهور حالة الإنسان على الرغم من ثروتنا المادية ومعارفنا المتنامية².

ومهمة المحددات الاجتماعية في رسم سياسة صحية هي تأطير الأهداف وتوجيهها نحو القضاء على الفوارق الاجتماعية لأي سياسة وجعلها تحقق المساواة في توزيع مخرجاتها لتصبح الطبقة الأكثر ضرراً اجتماعياً هي الفئة الأكثر استفادة.

وهذا ما دعت إليه منظمة الصحة العالمية في دورتها الثلاثون بعد المائة حيث اعتمدت جمعية الصحة في سنة 2009 القرار رقم 23-14 بشأن الحد من حالات الغبن في المجال الصحي من خلال العمل الخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة من أجل الجمع بين الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة لتبادل الخبرات والتواصل إلى تأييد السبل الكفيلة بتنفيذ سياسات واستراتيجيات للحد من الاجحاف في الصحة³.

¹ هوغ ألدوريك، سابين فويك وآخرون، نحو مجتمعات سكانية صحية: وضع إستراتيجيات لتحسين صحة السكان، (قطر: تقرير منتدى "ويش" بشأن المجتمعات السكانية الصحية، 2015)، ص 07.

² CHRIS BEM, " Social governance: a necessary third pillar of healthcare governance ", JRSM journal of the royal society of medicine, Dec 2010, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2996525/06.01.2020>, no page.

³ منظمة الصحة العالمية المجلس التنفيذي المحددات الاجتماعية للصحة: حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة البرازيل، نوفمبر 2011، ص5.

ولهذا فإن صانع السياسات الصحية عليه وضع أهداف وبرامج تتوافق والمحددات الاجتماعية كنمط العيش والفئة المستهدفة.

ثانيا: الظروف الاقتصادية

"إن عملية وضع سياسة صحية وطنية تستلزم إعادة النظر في وضع ميزانية صحية وطنية تتماشى مع متطلبات الوضع القائم".¹

وعملية رسم سياسات صحية ملائمة تستوجب توفر بعض الشروط المالية خاصة لتغطية تكاليف هذه البرامج وهنا تظهر أهمية المحددات الاقتصادية من خلال أن قدرة أي حكومة أو تنظيم على رفع مستوى سياسته الصحية من مجرد سياسات علاجية واستشفائية إلى سياسات وقائية وتشجيع البحوث العلمية يكون مرهونا بقدرتها الاقتصادية وبمركزها المالي من جهة وبمستوى الدخل الفردي والدخل القومي من جهة ثانية فمعظم الدراسات خلصت إلى أن هناك اختلاف شاسع بين المتطلبات الصحية للدول صاحبة الاقتصاديات الكبرى وتلك التي تعيش دون خط الفقر.

وهذا التباين في المحددات الاقتصادية لرسم السياسات الصحية عالميا خلق فجوة كبيرة بين النظم الصحية العالمية وفي ظل النظام الصحي الواحد ما جعل منظمة الصحة العالمية تدعو إلى ضرورة القضاء على هذه الفوارق من خلال التقرير الذي أصدرته سنة 2000 "ويشدد التقرير على أن التباين في مستوى كفاءة تنظيم النظم الصحية وتمويلها وتلبيتها لاحتياجات سكانها يفسر إلى حد كبير اتساع الهوة المسجلة في معدلات الوفيات بين الأغنياء والفقراء، وضمن البلدان وبينها في مختلف أرجاء العالم، بل أن من الملاحظ وجود فوارق هائلة بشكل لا يمكن قبوله في المستويات الصحية حتى بين بلدان ذات مستويات الدخل المتشابهة".²

¹ نسيمه اوكادي، "السياسة الصحية في الجزائر-دراسة حالة- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للام والطفل سيدي عبد القادر، ورقلة"، مذكرة ماستر (في العلوم السياسية، غير منشورة، تخصص تنظيمات سياسية وادارية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2014-2015)، ص24 .

² منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص20.

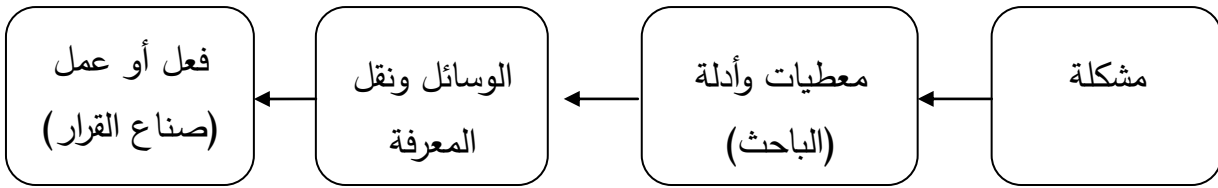
المطلب الثالث: مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج باتريك فافارد

تتميز عملية صنع السياسات الصحية ببعض الخصوصيات من تعدد للفاعلين واختلاف تأثيراتهم من مشكلة إلى أخرى وتشابك العلاقة بينهم في كثير من الأحوال يؤدي إلى تغيير أو تبادل في الأدوار فهذه الميزة التشاركية قليل ما نجدها في العديد من السياسات العامة أو حتى في السياسات القطاعية ورغم أن هذا الاختلاف لا يعتبر جوهريا إلا أنه يمتد إلى العديد من المفكرين الذين تطرقوا إلى مراحل صنع السياسات الصحية.¹

حيث ذكر "باتريك فافارد FAFARD PATRICK" النماذج التالية:

1- نموذج البيانات: ويعتمد في صنع السياسات العامة للصحة على المراحل التالية:

الشكل رقم (1): مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج البيانات



Source : patrick fafard donnée probantes et politiques publiques favorables a la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique canada : centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé mai 2008.p05

فعلى غرار مراحل صنع السياسات العامة جعل هذا التقسيم كالتالي:

- المرحلة الأولى هي تحديد المشكلة.
- المرحلة الثانية هي عملية جمع المعلومات والبيانات و دراسة الظواهر المرتبطة بها .
- المرحلة الثالثة ينظر فيها استخلاص ونقل هاته المعلومات على شكل بدائل مطروحة لدى صانعي السياسات الصحية قصد اختيار البديل الأفضل وصياغته في شكل قرارات وأفعال.

¹ بولفعة منال، "رهانات السياسات العامة الصحية في الجزائر 1999-2017"، أطروحة دكتوراه، منشورة، (في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية)، 2017-2018، ص 44.

2- نموذج المراحل: ويشكل مما يلي

1- تقييم السياسة الصحية: بمعنى مقارنة الأهداف بالنتائج المحققة من وراء تنفيذ سياسة

صحية من أجل تحديد الانعكاسات والآثار السلبية ومحاولة تداركها في السياسة الجديدة.

2- إعداد السياسة: صياغة المقترحات البديلة إضافة إلى النظر في القضايا التي تتعلق

بالتمويل، أي في إمكانية تطبيق البديل.

3- تطوير السياسة: اختيار البديل الأفضل.

4- تنفيذ السياسة: من خلال التشريعات والمراسيم والبرامج، هذا في إطار ترجمة السياسة

على أرض الواقع.

ومن خلال هذا التصنيف نلاحظ الأهمية البالغة لمرحلة تقييم السياسات الصحية والتي

اعتبرها أولى مراحل صنع السياسات الصحية قصد إعطاءها نجاعة أكبر في بداية إضاعتها.

وقد يعود الاختلاف بين التصنيف الأول والثاني بالترتيب مراحل صنع السياسات الصحية

إلى درجة لتعقيد التي تتصف بها من جهة وإلى الترابط الوثيق بين جميع المراحل لدرجة أنه

يمكن اعتبار كل مرحلة امتداد للمرحلة التي سبقتها.¹

عموما، ما يمكن قوله بالنسبة لمسألة نماذج صنع السياسات العامة هو أن نجاعة أي

نموذج مقرونة بقدرته على تحقيق الرعاية الصحية والرفاهية، ولذلك يطلب من أي نموذج حتى

ينجح أن يتوفر على النقاط التالية:

- أن يعبر عن حاجيات المجتمع.
- أن يوافق خصوصيات النظام السياسي.
- أن يكون مؤسسيا (وجود مؤسسات قارة من مهامها صنع السياسة العامة الصحية).
- أن يملك القدرة على التكيف مع المستجدات المحلية والدولية.²

¹ منال بولفعة، مرجع سابق، ص ص 45، 46.

² لقمان مغراوي، "مجلة دورية دولية علمية محكمو (تعني بالدراسات والبحوث الخاصة بالعلوم السياسية والعلاقات الدولية)"،

المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، العدد الأول، جوان 2014، ص 31.

المبحث الثالث: النظم الصحية

سيقتصر المبحث الثالث على عرض النظم الصحية من حيث تعريفها ومكوناتها، بالإضافة إلى معايير تقييم النظام الصحي وفق منظمة الصحة العالمية.

المطلب الأول: تعريف النظم الصحية

سوف نستعرض جملة من التعريف المشيرة للنظام الصحي كما يلي:

- النظام الصحي هو: "مجموعة من العناصر المرتبطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد وللمجتمع، والمحافظة عليه وترقيته باستمرار"¹
- كما عرف النظام الصحي أيضا بأنه: " هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوما بعد يوم، فالأم التي تبقى رسالة تذكرها بضرورة تطعيم طفلها الصغير ضد مرض يهدد حياته هي تستفيد في الواقع من نظام صحي جيد".²
- وعرف النظام الصحي "بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقته هذه الجهود بالعاية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة".³

فانطلاقا مما سبق، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيًا في ذلك جملة من الأمور هي:

- ✓ أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة.
- ✓ أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع 2008)، ص54.

² عامر بن عياد بن مناجي العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية المبادئ الأساسية، (القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية 2016)، ص43.

³ علي عبد القادر، "اقتصاديات الصحة"، دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، أكتوبر 2003، ص4.

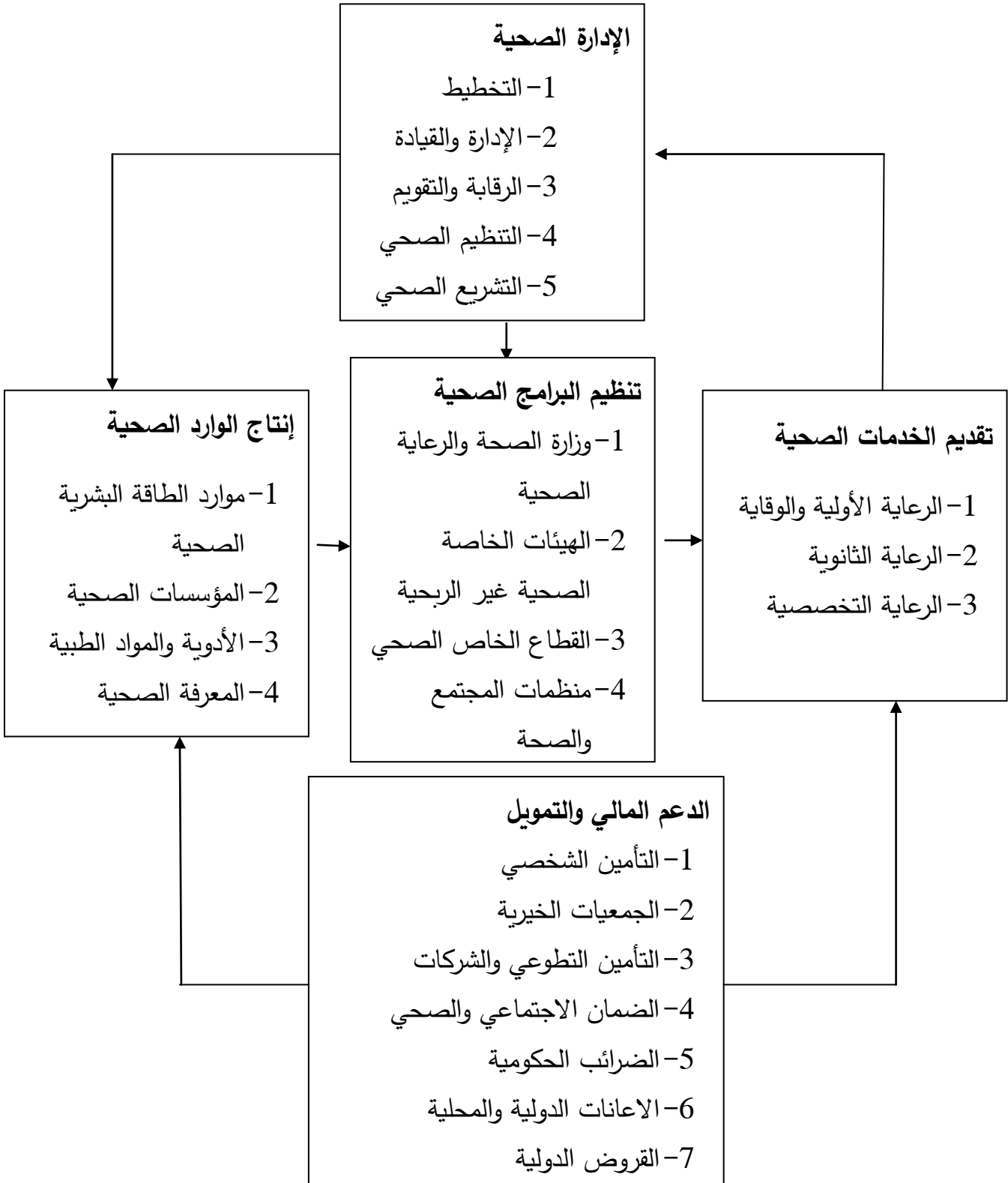
المطلب الثاني: مكونات النظام الصحي

يتكون النظام الصحي من مجموعة من العناصر نستعرض أهمها كما يلي: ¹

1. إنتاج الموارد الصحية: لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية ومعدات وأجهزة طبية ومواد لرعاية المرضى، ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهدافه علاجية ووقائية.
2. تنظيم البرامج الصحية: وتقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الهيئات الحكومية الأخرى وبرامج الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى النقابات والاتحادات العمالية والقطاع الخاص وحتى المنظمات الخيرية التطوعية.
3. الدعم المالي والتمويل: إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة كالضرائب، بالإضافة إلى البرامج التأمين الصحي الحكومي والمساعدات والمنح والهيئات الخارجية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.
4. الإدارة الصحية للنظام الصحي: تلعب الإدارة دوراً حيوياً وهاماً في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الإستراتيجي وتقييم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهن الأخرى ذات العلاقة والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي، ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية وترخيص اعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية، وإصدار التشريعات وتنظيم القوى العاملة الصحية وتقييم الجودة وتحسينها.
5. إنتاج وتقديم الخدمات الصحية: إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه أي نظام صحي هو تقديم المستويات الثلاثة للصحة، وهذا لتلبية الحاجيات الصحية والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلباً على الصحة.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص ص 56-57.

الشكل (02): مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته



المصدر: فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 59

المطلب الثالث: معايير تقييم النظام الصحي

حددت المنظمة الصحة العالمية سنة 2000 المعايير التالية لتقييم أداء النظام الصحي أساساً في:¹

(1) **معدل الحياة والوفيات وعبء المرض:** تعكس هذه المؤشرات بصفة وجيزة واقع الصحة لعموم السكان خاصة بالنسبة لمستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها وهي مهمة بشكل خاص لفهم الصحة العمومية، إذ ما يقرب من 20% من جميع الوفيات تقع بين أطفال دون سن الخامسة سنوات، وتعزى إلى وفيات حديثي الولادة (الوفاة خلال الأيام 28 أولى من الحياة لكل 1000 مولود حي).

(2) **الوفيات والمرضاة الناجمة عن أسباب محددة:** يمثل عدد الحالات المرضية في مجموعة سكانية معينة.

(3) **الأمراض المعدية المنتقاة:** على الرغم من الجهود الجارية لتعزيز ترصد الأمراض والتصدي لها، فإن العديد من البلدان تواجه تحديات في توكي الدقة في تحديد الأمراض المعدية وتشخيصها وتبليغها، بسبب بعد المجتمعات و الافتقار إلى البنى التحتية وكذا اختلاف مناطق توطن الأمراض وطبيعتها من حيث التفشي الذي يؤدي إلى تأرجح أعداد الحالات تأرجحاً هائلاً مع مرور الزمن، وهناك بعض الأمراض التي تمثل أفضل طريقة للتعامل معها في اتخاذ تدابير وقائية من قبيل المعالجة الدوائية الجموعية، كما أن عدد الحالات تعد مؤشراً لا يعتقد به على عبء المرض كون البعض منها ذات معدلات وفيات مرتفعة في حين أن أمراضاً من قبيل شلل الأطفال ذات معدلات وفيات منخفضة ولكنها تؤدي إلى خسارة جسمية لسنوات العمر مع التمتع بالصحة.

(4) **التغطية بالخدمات الصحية:** يعتبر هذا المؤشر عن مدى حصول المحتاجين على التدبير الصحية المهمة بالفعل، وتشمل هذه التدابير توفير الرعاية الحاذقة للنساء أثناء الحمل والولادة والتمنيع من أمراض الطفولة المعدية الشائعة.

¹ إيمان بن زيان، ريمة اوشن، "واقع أداء النظام الصحي دراسة تحليلية". مجلة البحث، العدد 07، 2010، ص3.

- (5) **عوامل الخطر:** يعرض هذا المعيار المؤشرات المتعلقة بعوامل خطر معينة مرتبطة بزيادة معدلات الوفيات والمرض، والمخاطر التي يمكن توقيها والمتمثلة فيما يلي: الماء غير المأمون ونقص مرافق الإصحاح استخدام الوقود الصلب في المنازل، الوزن المنخفض عند الميلاد، نقص التغذية في مرحلة الطفولة.
- (6) **انخفاض الوزن عند الميلاد:** عامل مهم من عوامل التنبؤ بصحة الموليد وبقياه، غير أنه في كثير من الأماكن (ولاسيما حيث تتم الولادات خارج مرافق الرعاية الصحية) لا يوزن العديد من الرضع عند ميلادهم.
- (7) **الأنظمة الصحية:** يتناول هذا المعيار أهم البنى التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية.
- (8) **الإنفاق الصحي:** يعرض هذا القسم الانفاق الصحي من قبل الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الخارجي والضمان الاجتماعي والمواطنين من جيوبهم.
- (9) **حالات الغبن في المجال الصحي:** يعرض هذا المعيار ثلاثة مؤشرات صحية تتمثل في نسبة الولادات بإشراف عاملين صحيين، ووفيات الأطفال دون الخامسة سنوات مصنفة وفقا للإقامة في الخضر أو الريف، وثروة الأسرة ومستوى تعليم الأم.
- (10) **الإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية:** يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة.
- (11) **عوامل أخرى:** كمعدلات إعداد الأسرة الواحدة، طبيعة العيش (مدن، قرى، ريف، بدو،... الخ) وعوامل خاصة بكل دولة يمكن لها أن تؤثر في إيجاد وتصميم النظام الصحي.¹

خلاصة الفصل:

نظرا للعلاقة الارتباطية بين العلوم الإدارية وحقل السياسات العامة تأثرت هذه الأخير بالتنظيمات الإدارية الحديثة من خلال النظريات التي تدعو إلى اللامركزية وعدم التركيز وهذا ما

¹ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، (عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع 2009)، ص54.

خلق نوع من السياسات العامة القطاعية والتي تهتم بنشاط الدول أو الحكومات وحتى المنظمات الغير حكومية في قطاع معين على غرار السياسات العامة الصحية التي تعتبر جزء من الكل وهذا ما حاولنا الوصول إليه من خلال كل ما تطرقنا له في هذا الفصل، فهي تعبر عن كل تدخل يقوم به صناع السياسات العامة في قطاع الصحة.

الفصل الثاني

يعود الاهتمام بالجانب الصحي من طرف الدولة الجزائرية إلى الوضعية المتدنية التي خلفها المستعمر سواء على مستوى المنظومة الصحية آنذاك أو فيما يخص الأمراض والأوبئة المنقشية بسبب الفقر وسوء المعيشة، وهذا ما جعل واقع الصحية في الجزائر يشهد عمليات إصلاح متعاقبة ومتواصلة حسب ما تتطلبه الظروف الصحية للمجتمع.

ولذا فقد ارتأينا التطرق في هذا الفصل إلى:

- معرفة الخلفية التاريخية للسياسات العامة الصحية في الجزائر من خلال المبحث الأول
- في المبحث الثاني يتضمن سياسيات إصلاح المنظومة الصحية من 2010-2018 والتي تعتبر الإطار الزمني للدراسة.
- أما في المبحث الثالث فنحاول إبراز التحديات التي عرفتھا السياسات الصحية وتقييم جهود الإصلاح في هذا القطاع.

المبحث الأول: التطور التاريخي للسياسات العامة الصحية

الصحة ليست حق أساسي فقط وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردية، وعلى أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ المواطنين في حماية الصحة أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله.

المطلب الأول: نشأة النظام الصحي الجزائري 1962-1974

ورثت الجزائر سنة 1962م حالة صحية أقل ما يقال عنها متدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها بلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.¹

ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في:²

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين 2200 طبيب و 2700 ممرض وممرضة.
- 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 و30 طبيب أسنان فقط.
- النقص الكبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
- سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.

ومن أجل التخلص من هذه المشاكل رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية مع كل تحفظ، ومن شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام

¹ دوناس حفيظة، "واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر" دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة"، مذكرة ماستر، (في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص السياسة العامة والإدارة المحلية، جامعة محمد خيضر، بسكرة)، 2013-2014، ص 26 .

² المرجع نفسه، ص ص 26، 27.

الصحي السابق، ومن هنا بدأت نشأة النظام الصحي الجزائري والمتمثل في الاستراتيجيات التالية:¹

- الوقاية: حيث أن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال حملات التلقيح وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طرق التلقيح واحترام معايير النظافة.
- علاج الأمراض: ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عدية يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية ابتداء من المركز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.

فقد ركزت وزارة الصحة على مواجهة هذه الوضعية بوضع سياسة صحية تركز على هدفين أساسيين هما:²

➤ إعادة توزيع مجال الطاقم الطبي العمومي على التراب الوطني لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج

➤ وضع العديد من برامج الصحية المواجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين وأيضاً مكافحة الأمراض المتنقلة من الوفيات.

نستنتج من خلال هذه الفترة أن الحكومة الجزائرية بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة أساساً في إنشاء نظام صحي فعال، بحيث يستطيع إلى حد كبير تلبية احتياجات المواطنين من حيث الوقاية والعلاج رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية، خاصة إذا علمنا أنها مرحلة بداية تشكيل المؤسسات السياسية والدستورية

¹ دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص 27.

² عبد الفتاح عبادي، قيس وديني، "السياسة الصحية وأثرها على نوعية الخدمات (برنامج الصحية الجوارية بالوادي 2017/2007)", **مذكرة ماستر** (في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة وإدارة محلية، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، الوادي)، 2016-2017، ص ص 9، 10.

للدولة الجزائرية، ومع ذلك نسجل عدم وجود إنصاف في توزيع الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية من جهة، وعدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال والجنوب من جهة أخرى، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية.

أما فيما يخص القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش وهذا لعدم اهتمام الدولة به، وحرصها على أن يبقى القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر.¹

المطلب الثاني: الاهتمام الطب الوقائي ومجانية العلاج 1974-1985

تميزت هذه المرحلة بتطبيق قانون رقم 73-65 المؤرخ في 28/12/1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني على كامل القطاعات الصحية، حيث جاء مضمون (المادة 03) منه: "التشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات يكون مجانا في جميع القطاعات الصحية"²، وفي سنة 1976 صدور الميثاق الوطني وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات والمراكز الصحية والمخابر، إلى جانب تكوين الأطباء وعمال الصحة بهدف الوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن، مع تطوير الاهتمام والرعاية بالأمومة والطفولة، لكن لم يكن كافيا لمواجهة المشاكل الصحية، لهذا ففي سنة 1980 أعطت توصيات اللجنة المركزية لجهة التحرير الوطني توجيهها لجعل المنظومة الصحية أكثر فعالية وأحسن أداء، وكذا تبني الخريطة الوطنية للصحة، واتجهت المجهودات إلى:³

■ بذل الجهود في تكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية.

¹ خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص 40.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد الأول، الصادر في 01 يناير 1974، ص 03.

³ إعباسن زهية، "دور المعلومات في رسم السياسة العامة بالجزائر (دراسة حالة: السياسة الصحية من 2004 إلى 2014)", أطروحة دكتوراة (في علوم السياسية والعلاقات الدولية فرع التنظيم السياسي والإداري، جامعة الجزائر 03، الجزائر)، 2017، ص 196.

- خيار الطب الوقائي من أجل القضاء على الأمراض المعدية وسوء التغذية، وذلك بتقوية قطاع المسمى خارج الاستشفاء.
- إعداد منشور يحدد المناطق ذات الأولوية حيث يجب تعيين الأطباء فيها.
- لا مركزية المصالح الصيدلانية.
- مضاعفة الوكالات الصيدلانية على المستوى الوطني.

كما تميزت بالمركزية الفطرية في التسيير، حيث أقتصرت دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، إضافة إلى غياب متخصصين في التسيير الصحي انعكس سلبا على القدرة في حل مشاكل الاستشفائية الجامعية التي ينبغي أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج.¹

يمكن القول أن السياسة الصحية في الجزائر أصبحت تقوم على مبدئين هما الطب المجاني والطب الوقائي، فإذا تمعنا في هذه السياسة ومدى توفير الشروط الضرورية لنجاحها، نجد أن الطب المجاني يكلف وجود ميزانية كبيرة تخولها الدولة لهذا القطاع، وفي هذه المرحلة الجزائر لازالت تعطي الأولوية في توزيع الموارد إلى قطاعات أخرى تعتبرها ذات أولوية كالقطاع الأمني وغيره، أما سياسة الطب الوقائي فهي تتطلب برامج تحسيسية، وانتشار الهياكل الصحية في كل أنحاء الوطن، ضف بذلك موارد بشرية كفأة قادرة على تقديم الخدمات الصحية، الأمر الذي كان غائبا، وهذا ما أدى إلى تفاقم المشكلات الصحية بظهور الأزمة الاقتصادية سنة 1986 مع تراجع أسعار البترول.²

¹ نجاه صغيرو، "تقييم جودة الخدمات الصحية"، مذكر ماجستير (في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر، باتنة)، 2011/2012، ص70.

² إعباسن زهية، مرجع سابق، ص197.

المطلب الثالث: مرحلة ما بعد قانون الصحة 1985-2010

كانت بداية هذه المرحلة بصدر القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الذي ما زال معمولاً به إلى غاية اليوم، مع إدخال العديد من التعديلات لمحاولة التماشي مع الوضع والمتغيرات التي تطرأ عليه، حيث تضمنت (المادة 05) منه خصائص ومميزات المنظومة الوطنية للصحة والتي تمثلت في:¹

✓ سيطرة القطاع العمومي.

✓ التخطيط الصحي الذي يندرج في السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية.

✓ إشراك القطاعات في إعداد وتنفيذ البرامج المتعلقة بالصحة.

✓ تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية لتحقيق أهداف المجال الصحي.

✓ التكامل بين الوقاية والعلاج وإعادة التكيف.

✓ اللامركزية بهدف تلبية الحاجيات الصحية لكل السكان.

✓ مشاركة السكان في مجال التربية الصحية.

بناء على ما سبق نستنتج أن السياسة الصحية لهذه المرحلة استمرت في المحافظة على المبادئ والمكتسبات التي اعتبرت مرتكزات للسياسة الصحية منذ 1962، حيث استمرت في تعزيز الصحة وترقيتها بهدف المحافظة على الحق في الصحة لكل مواطن جزائري، هذا ما تم تأكيده مرة أخرى من خلال القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ونجد هذه النصوص في الباب الثاني الذي لعنوان الصحة العمومية ومكافحة الأوبئة، ضمن الفصل الخامس "تدابير حماية الأمومة والطفولة".²

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 المؤرخ في 06 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 08، الصادر في 17 فبراير 1985، ص ص 177، 178.

² بولفاعة منال، مرجع سابق، ص 111.

كما ميزة هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، و في نهاية الثمانينيات جاء دستور 1989/04/23 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه (المادة 51) من الدستور والتي تقول أن الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة سيكون في الرقابة والتكفل بالمعوزين والتكوين مع البحث في العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق أفاق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي والحكومة الجزائرية.¹

ففي مرحلة 1989 إلى 1999 عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقة، وللاستقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والتجارية والصناعية و الهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، فضلا عن ظهور ظاهرة البطالة والمحسوبية وبروز طبقة برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور أجيال.²

ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الاستشفائية الوطنية وعصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها.³

فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993 و 1996 ، نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، والمرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1993/03/30 والمتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية، والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في

¹ ميلودي سعدة، "دور القطاع الخاص في رسم السياسات العامة الصحية في الجزائر (دراسة حالة: المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيب بعين الحجر ولاية سعدة)"، **مذكرة ماستر** (في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص سياسات عامة وتنمية، جامعة الطاهر مولاي، سعدة)، 2015، ص 52.

² خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص 45.

³ نفس المرجع، ص 45.

1994/02/09 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري، والمرسوم التنفيذي رقم 94/ 293 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، والمرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم، والمرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان، والمرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب والتحليلات القيمة، والمرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 1998/07/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة و من بينها التجهيزات الصحية و العمليات المركزية.

لقد طرأ تحول كبير على الصعيد الاجتماعي في الجزائر على كل المستويات:

- على المستوى الصحي فقد تمثل التحول في عودة بعض الأمراض والأوبئة المتنقلة عن طريق المياه، وظهور الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والتنفس، ويعود هذا الوضع إلى قلة النظافة العمومية وتدهور السكنات و توسع رقعة الفقر بالإضافة إلى نقص التغذية عند بعض الطبقات الاجتماعية، وكذا التغيرات المناخية.
 - على المستوى الاقتصادي والاجتماعي فكان التحول راجعا إلى ضعف الدخل وحجم المديونية الكبير بحيث تراوح من 37,28 مليار دولار سنة 1990 إلى 72,25 مليار دولار سنة 1993، ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة 1998.
- هذه العوامل أدت إلى تدني المستوى الاجتماعي ، كنقص توفير العمل وبالتالي ارتفاع نسبة البطالة بسبب تقليص الدولة من النفقات العمومية، بما في ذلك الإنفاق على الصحة العمومية¹.

أما فترة من 2000 إلى 2010 فقد سميت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لقطاع الصحة من طرف الحكومات المتتالية،

¹ خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص46.

وارتفعت من خلالها ميزانية التسيير وكذلك التجهيزات، بفعل ارتفاع أسعار البترول وعائداتها.

ولقد كان لنظام التأمينات الاجتماعية الممول بواسطة الميزانية ومساهمة المؤمنین ومساهمة المستخدمين، ففي الجزائر تم تحديد لنسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي وذلك بموجب المرسوم التنفيذي المؤرخ في 2000/03/04 وجاءت هذه النسب موزعة بنحو 25% من وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نفقة المستخدم و 9% على نفقة العامل، و 0.5% بموجب حصة صندوق الخدمات الاجتماعية، ويوضح أن هذه الاشتراكات تذهب للتأمينات الاجتماعية بقدر 14% من الوعاء الإجمالي، و 16% للتقاعد و 1.75% للتأمين على البطالة و 1.5% للتقاعد المسبق، و 1.25% لحوادث العمل والأمراض المهنية، ليشمل وعاء الاشتراك في الضمان الاجتماعي على نسبة إجمالي تقدر ب 34.5%¹.

وعرفت من خلالها مؤشرات الصحة تحسبا ملحوظا تمثلت في:²

- بناء هياكل صحية جديدة واقتناء تجهيزات حديثة ومعدات طبية متطورة خاصة في مجال التطور الطبي بالأشعة.
- التخفيض من المخاطر المرتكبة بمحيط غير مناسب كالتلوث ومحاربة الآفات الاجتماعية.
- الحكم في التكاليف وتخفيض التبعية بفضل تدعيم وتطور صناعية وطنية في مجال التجهيزات والموارد الصيدلانية وشبه الصيدلانية.
- إعادة تأكيد مجانية العلاج في إطار قانوني جديد.
- تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البلاد.
- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته.

¹ هراوة عمر الفاروق، دهان أحمد سعيد، مرجع سابق، ص 49.

² نفس المرجع، ص ص 49، 50.

- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
- انتقال نفقات الصحة من نسبة 3.48% من الدخل الوطني الخام سنة 2000 إلى 5.79% سنة 2009.
- ارتفاع عدد الأطباء بنسبة 70% بين سنة 1990 إلى 35000 ممارس أخصائي سنة 2007.

لقد تم إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني هو اعتماد تنظيم صحي جديد في 2007/05/19 بموجب المرسوم التنفيذي 140/07 حيث يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية كان الهدف منها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات.¹

وفي سنة 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي، وتميزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى وبهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية والتي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

وفي سنة 2010 تم تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد، حيث أنهت اللجنة أعمالها في جانفي 2011، بالموازاة مع ذلك تشكلت عدة لجان لإعادة النظر في منظومة الوقاية وتعليم الشبه الطبي وأسست لجنة لوضع خارطة الطريق صحيحة للدولة، غير انه لا يمكن أن يعتبر بمثابة سياسة صحة تلتزم الحكومة بتحديد هذه السياسة من حيث أنه

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، مؤرخة في 20 ماي 2007، ص 10.

بقي مجرد مشروع مجمد لعدم الإثراء ورفضه من قبل النقابات الحرة للأطباء والأخصائيين والأطباء والشبه طبي وكذلك من قبل الجمعيات.¹

كما أن هذا القانون لا يحدد خطوطا عريضة تبنى على أساسها سياسة صحية ناجحة، ويبقى مجرد لوائح وقوانين منظمة لسير العمل في المؤسسات الصحية، ويمكن إرجاع فشل محاولات إدخال إصلاحات على السياسة الصحية في الجزائر الى عوامل عديدة منها:²

- إن الإجراءات والممارسات كرسست واقعا لم يعد يسمح للفاعلين خاصة على مستوى الإدارات العليا من التفكير في بدائل أخرى لحل المشكلات التي يواجهونها في تسيير قطاع الصحة.
- ومن هنا تصبح كل المحاولات لإرساء قواعد وإجراءات جديدة خصوصا في ظل نظام إداري بيروقراطي وهيئات لصنع القرار تكرر الطابع المركزي الجامدة، لا يعطي الفرصة للإثراء وبعث روح المبادرة.
- إن سيطرة الدور المركزي للفاعلين في التغييرات التي تخص السياسات الصحية وظهور هذا الدور بصفة واضحة خاصة عندما يعلق برسم سياسة عامة صحية تبرز فيها الصراعات حول القيم دافعا للفاعلين بأن يقوموا بسد الطريق أو إجهاض أية محاولة للقيام بهذه الإصلاحات في المنظومة الصحية.
- غياب واضح لمؤسسات الدولة الدستورية والتي تعطلت من خلالها البرامج الحكومية التنموية في العديد من القطاعات أهمها قطاع الصحة.

¹هراوة عمر الفاروق، دهان أحمد سعيد، مرجع سابق، ص ص 50، 51.

² نفس المرجع، ص ص 51، 52 .

المبحث الثاني: سياسات إصلاح المنظومة الصحية 2010-2018

في هذا المبحث سنتطرق إلى سياسات إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية من 2010 إلى 2018، حيث سيتم الانطلاق من منظومة التكوين وكيفية توزيع الموارد البشرية عبر التراب الوطني، إضافة إلى تطور الهياكل القاعدية وزيادة حجم الإنفاق العمومي.

المطلب الأول: منظومة التكوين وتوزيع الموارد البشرية

في هذا العنوان سنتطرق إلى أهم الإصلاحات التي بادرت بيها الحكومة عن طريق الوزارة الوصية والتي مست منظومة التكوين من خلال تحسين القوانين الأساسية للأسلاك الخاصة بالصحة وكذلك إعادة توزيع الخارطة الصحية الوطنية من خلال إعادة توزيع الموارد البشرية للقطاعات الصحية المحلية على المؤسسة الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

1. منظومة التكوين:

قد يعود الاهتمام بالجانب التكويني لإطارات ومنتسبي المؤسسات الصحية العمومية إلى القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16/02/1985 الذي ينص في مواد (12-13-195-196) على ضرورة تكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة. إلا أن مسيكانيزمات التي تجسد هذا الاهتمام والإدارة الفعلية للاستثمار في الفرد لم تتجسد إلا من خلال:

1. صدور المرسوم التنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 02/05/2009 الذي أنشأ المدرسة الوطنية للصحة العمومية والتي نصت المادة 05 منه على أن مهمة المدرسة الأساسية هي " ضمان تكوين متخصص ذي مستوى عالي في مختلف فروع التسيير والمناجمت لمؤسسات وهياكل الصحية".¹

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 02 ماي 2009، يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 28، مؤرخة في 10 ماي 2009، ص 16.

وقد اهتمت هذه المدرسة بالتكوين المزدوج* للعديد من الترتيب كمتصرف المصالح الصحية الذين يخضعون لتكويننا متخصص في مجال تسيير المؤسسات الصحية.

2. تحويل مدارس التكوين الشبه طبي إلى معاهد وطنية للتكوين الشبه الطبي ووضعها تحت الوصاية المشتركة لوزارتي الصحة والتعليم العالي، ووظيفتها هي تكوين نظري طويل المدى للطلبة الشبه طبيين والقابلات ومساعدتي التمريض المتربصين بعد نجاحهم في مسابقات الدخول أو حصولهم على شهادة البكالوريا وتظهر أهمية التكوين في القوانين الأساسية التي رفعت من الشروط قبول الالتحاق بالمعاهد، فالالتحاق برتبة قابلة كان مقتصرا على تكوين مدته 3 سنوات يتوج بشهادة نجاح من مدارس التكوين الشبه طبي مقابل 5 سنوات حسب ما نصت عليه المادة 26 من المرسوم التنفيذي 11-122 المؤرخ في 20/03/2011 المتضمن القانون الأساسي لسلك القابلات.¹

* التكوين المزدوج تتضمن تقين الأول فيما يحص التكوين قبل التعيين أو الالتحاق بالوظيفة، اما الثاني فيشمل كل دورات تحسين المستوى.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-122 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 17، مؤرخة في 20 مارس 2011، ص41.

قصد الاهتمام أكثر بهياكل التكوين وتغطية العجز الذي فرضته هذه الفترة الانتقالية قامت الوزارة الوصية لمنح تراخيص إنشاء مدارس خاصة للتكوين الشبه طبي وكان أول اعتماد سنة 2017 ليصل عدد المدارس سنة 2019 إلى 31 مدرسة.

الجدول رقم (01): يوضح تطوير المدارس الخاصة في الجزائر

السنوات	عدد المدارس المعتمدة	عدد المقاعد البيداغوجية	عدد الولايات
2013	11	2296	08
2014	03	434	03
2015	02	151	02
2016	10	1248	09
2017	21	3103	15
2018	26	2936	19

المصدر: من إعداد الباحث بناء على القائمة المعتمدة من طرف وزارة الصحة طبقا

للمراسلة رقم 608 في 2019/06/24

نلاحظ التذبذب في عدد المدارس المعتمدة خاصة لسنة 2014 و 2015 وذلك راجع لترتيب المستثمرين قصد معرفة مصير المدارس الخاصة التي بدأت تنشط سنة 2013 كفرصة لدراسة السوق وسوء توزيع هذه المدارس على عدد الولايات.

أما فيما يخص الزيادة المسجلة في عدد المدارس المعتمدة لسنوات 2016-2017 فقد كانت نتيجة لتوقيف مشاريع انجاز العديد من المدارس على المستوى الوطني بسبب سياسة التقشف وترشيد النفقات المتبعة من طرف الدولة وبغية تغطية النقص الكبير الذي خلقه نظام التقاعد آنذاك ونزوح العديد من الإطارات الشبه طبية والطبية للقطاع الخاص.

رغم اهتمام الدولة بالتكوين وتنمية المعارف قصد الرفع من أداء الموظفين إلا أن ذلك لم يكن بالمستوى المطلوب لوجود العديد من النقائص منها:

أ. عجز الدولة عن توفير احتياجات قطاع الصحة من مكونات ومراكز للتكوين وهذا ما خلق فجوة كبيرة بين عدد مدارس التكوين الخاصة الذي بلغ عددها 73 مقابل 36 مدرسة عمومية للتكوين.

ب. سوء توزيع هذه المدارس سواء العمومية او الخاصة على المستوى الوطني إذ نلاحظ توفير بعض الولايات على عدد 4 مدارس مقابل افتقار بعد الولايات لها، وهذا التباين يظهر جليا بين الشمال والجنوب.

II. توزيع الموارد البشرية:

شهد قطاع الوظيف العامة فترة ما بعد 2010 زيادة معتبرة في عمليات التوظيف نتيجة السياسة المنتهجة من طرف الدولة قصد امتصاص البطالة وتثبيت القوى العاملة ناهيك عن خروج الجزائر من أزمة المديونية التي كانت تفرض عليها حزمة من الاجراءات منها تقليص التوظيف في القطاع العام ومن العوامل الخاصة التي جعلت قطاع الصحة يستفيد من هذه المكاسب نجد :

- أهمية قطاع الصحة بإعتباره قطاعا سياديا يخص بأهمية بالغة لدى الحكومة.
- إعادة النظر في حجم توزيع الموارد البشرية بعد إلغاء القطاعات الصحية وفصل العلاج الاستشفائي عن العلاج الوقائي وهذا ما جاء به المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 20/05/2007 والذي نشأ 192 مؤسسة عمومية استشفائية و272 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية.¹

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، مؤرخة في 20 ماي 2007، ص 15-22.

- الاهتمام أكثر بملف الممارسين المتخصصين والخدمة المدنية بمنح صلاحيات واسعة لمسؤولي المؤسسات الصحية في تسيير الحياة المهنية لهم كنوع من إصغاء اللامركزية والمرونة في التعامل مع هذا الملف.

وللتوضيح أكثر سنقوم من خلال الجدول التالي التطرق للتغيرات التي شهدتها سياسة التوظيف في القطاع.

الجدول رقم (02): يوضح التوظيف الطبيين وشبه الطبيين في قطاع الصحة

السنة	2010	2012	2014	2016	2017
الطبيين	76.923	86.127	93.322	100.572	105.438
شبه الطبيين	104.301	117.590	121.803	127.365	127.623

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أرقام الديوان الوطني للإحصائيات.

المطلب الثاني: تطوير الهياكل القاعدية

يمكن أن نبرز تطوير الهياكل القاعدية الصحية إلى قطاعين هما: القطاع العام والقطاع الخاص.

أولاً: القطاع العام: سنحاول من خلال هذا الجانب التطرق إلى التطورات التي عرفتتها الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام (المستشفيات العامة، المستشفيات الجامعية، المراكز الطبية الاجتماعية، العيادات المتعددة الخدمات، قاعات العلاج).

الجدول رقم (03): تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام

السنوات	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
المؤسسات العمومية الاستشفائية	192	193	194	196	200	200	205
المستشفيات الجامعية	14	14	14	14	15	15	15
المراكز الطبية الاجتماعية	621	627	619	622	627	630	653
العيادات المتعددة الخدمات	1551	1601	1615	1637	1659	1684	1695
قاعات العلاج	5491	5545	5634	5726	5762	5875	5957

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أرقام الديوان الوطني للإحصائيات

توضح الأرقام الواردة في الجدول التحسين المسجل في المنشأة العمومية للصحة حيث سجلنا 205 مؤسسة عمومية استشفائية في سنة 2017 و 273 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية ومختلف المنشآت التابعة لها، بالرغم من الجهود الكبيرة في مجال التكوين والبنية التحتية غير أن التفاوت في مستويات التغطية الطبية، وغرض الخدمات العلاجية ما زال مستمرا بين المناطق، مما يمثل تحديات للسياسة الصحية الوطنية لمواجهة مثل هذه الاختلالات، فحسب تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2015، فإن 61% من المستشفيات تتواجد في شمال الوطن، منها 28.4% في شمال الوسط، 16.7% في بعض مناطق الشمال الغربي والشمال الشرقي، أما منطقة الهضاب العليا فتضم 27.3%

من مجموع المستشفيات، في حين تضم منطقة الجنوب 11.7% فقط من مجموع المستشفيات منها 1.4% في الجنوب الكبير.¹

لكن بالرغم من هذا التطور في الهياكل الصحية بالجزائر للقطاع العام إلا أن الطلب على العلاج مزال كثير مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوفرة لدى القطاع الصحي العمومي وهذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود في التخطيط لهذه الموارد (الهياكل المجسدة على أرض الواقع تبقى بعيدة عما كان مخطط له) وكيفية استخدامها خاصة بعدما كثر الحديث حول فعالية النظام الصحي من أجل التكفل بالمشاكل التي تعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية.²

ثانيا: القطاع الخاص: سنحاول من خلال هذا الجانب التطرق إلى التطورات التي عرفتتها الهياكل الصحية القاعدية للقطاع الخاص (العيادات المتخصصة، عيادات الطب العام، عيادات طب الأسنان، عيادات ذات طابع جماعي، الصيدليات الخاصة).

الجدول رقم (04): تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع الخاص

السنوات	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
العيادات المتخصصة	6457	6776	7226	7742	8352	9042	9795
عيادات الطب العام	6334	6335	6482	6654	6910	7298	7803
عيادات طب	5249	5368	5587	5928	6144	6514	6952

¹ نور الدين عياشي، "المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات"، مجلة منتدى الأستاذ، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة، الجزائر، العدد 20، جوان 2017، ص 107.

² علي دحمان محمد، "تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)"، رسالة ماجستير (في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان)، 2010/2011، ص 27.

							الأسنان
821	709	600	512	446	426	402	عيادات ذات طابع جماعي
10516	10260	9962	9794	9520	9135	8760	الصيدليات الخاصة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أرقام الديوان الوطني للإحصائيات

توضح البيانات الواردة في الجدول التطور الملحوظ في عدد العاملين بالسلك الطبي خاصة خلال العشرية الأخيرة، فالمشاكل التي يعاني منها القطاع العام كانت سببا في تحول العديد من اليد العاملة من القطاع الصحي العمومي نحو القطاع الصحي الخاص، فهنا على الدولة إصلاح الهياكل الصحية وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:¹

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص.
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار.
- المساهمة الفعالية للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الادلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

المطلب الثالث: زيادة حجم الإنفاق العمومي

¹ كحيلة نبيلة، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي ججل)", مذكرة ماجستير. (في علوم التسيير تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، قسنطينة)، 2008/2009، ص54.

تظهر صور الإنفاق العمومي للدولة من خلال المبالغ المالية المخصصة لتسيير قطاع الصحة ومصالحه الغير ممرضة عن طريق ما يتم الترخيص به سنويا من خلال قانون المالية وتوزيع هذه الاعتمادات المالية يكون بقرار من الوزير المكلف بالصحة ويشمل الهياكل المركزي وهو الوزارة والمصالح الغير ممرضة والمتمثلة في مديريات الصحة وتوجيه هذه الاعتمادات الميزانية تتكلف عموما بالأجور الموظفين ولواحقها، نفقات التسيير وكل ما يرتبط بشراء الأدوية والمعدات الطبية وتغذية المريض إضافة إلى التكاليف الناتجة عن تسيير الهياكل الصحية.

وعلى العموم فإن حجم الإنفاق العمومي هو ما يعكس سياسة الحكومة اتجاه قطاع الصحة ولهذا سوف نتطرق من خلال الشكل التالي الذي يبرز المخصصات المالية التي تصح بتنفيذ السياسات الصحية للدولة.

الجدول رقم (05): قوانين المالية 2010-2018

السنة	المبالغ (الوحدة: مليون دج)
2010	195.011.838
2011	227.859.541
2012	404.945.348
2013	306.925.642
2014	365.946.753
2015	381.972.062
2016	379.407.269
2017	389.073.747
2018	392.163.373

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول (ب) من قانون المالية 2010-2018.

ما نلاحظ من خلال الجدول هو زيادة المعتمدة في مخصصات موازنة التسيير للدائرة الوزارية للصحة والتي فاقت نسبة الزيادة فيها 53% للسنة المالية 2014 مقارنة بسنة 2010 ونسبة 49% سنة 2018 مقارنة بسنة 2010 وهذه الزيادة جعلت قطاع الصحة من بين الأربيع قطاعات السياسية ترتيبا من حيث الإنفاق العمومي المخصص لها سنويا. أما فيما يخص تفسير نسبة الزيادة هذه فيعود إلى السياسة العامة للدولة في تلك الفترة والرامية إلى إصلاح منظومة الأجور وتحسين ظروف المنتسبين إلى الوظيفة العمومية وقد استفاد موظفين الصحة من زيادة في الأجور تصل إلى حد 50% وهذا ما أقره صدور العديد من المراسيم التنظيمية والمتضمنة الأنظمة التعويضية على غرار:

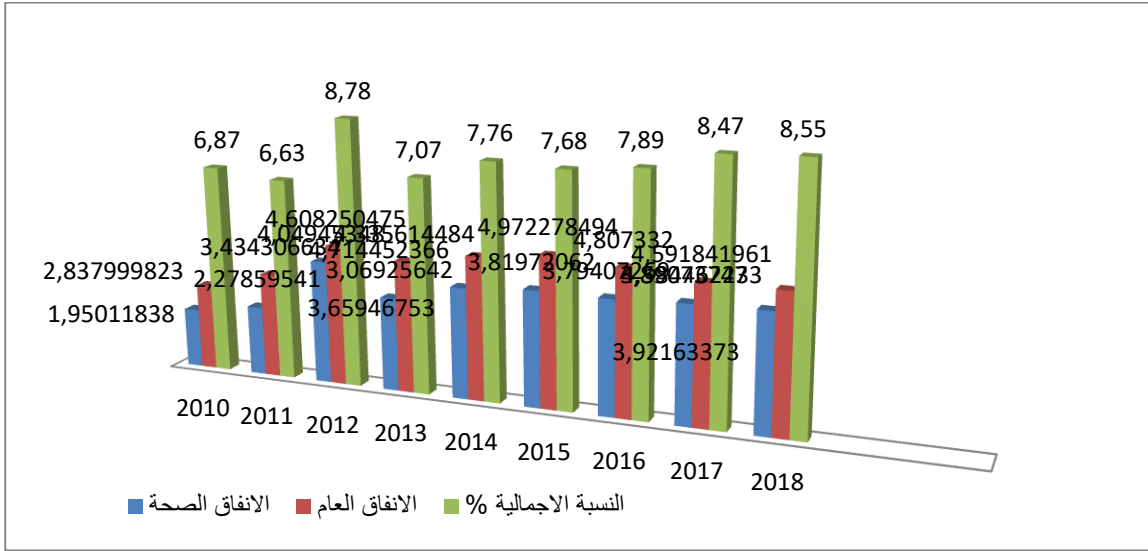
- تحسين النظام التعويضي للممارسين الطبيين والذي تضمن زيادة 50% في الراتب الأساسي وزيادة في بعض المنح تصل إلى 600 دج.¹
- تحسن النظام التعويضي للأسلاك الشبه طبية وذلك بزيادة تتراوح ما بين 35% إلى 40% مع تحسين علاوة تحسين الأداء.²
- إضافة إلى تأسيس منحة التعويض عن خطر العدوى بمبالغ ثابتة تتراوح ما بين 2500 دج إلى 7200 دج.³

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011، يؤسس النظام التعويضي للموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 26، مؤرخة في 08 ماي 2011، ص17.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-200 المؤرخ في 24 ماي 2011، يؤسس النظام التعويضي للموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 30، مؤرخة في 01 يونيو 2011، ص16.

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 13-194 المؤرخ في 20 ماي 2013، يتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة، الجريدة الرسمية، العدد 27، مؤرخة في 22 ماي 2013، ص24.

الشكل رقم (03): النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجزائر



المصدر: إعداد الباحث اعتمادا على الجدول رقم (05) المتعلق بقوانين المالية 2010-2018

توضيح معطيات الشكل النفقات للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجزائر والذي يوضح في سنة 2010 نسبة 6.87% لترداد بنسبة 7.76% في سنة 2014، وفي سنة 2018 ارتفعت إلى 8.55% من الناتج الداخلي الخام وذلك بسبب نقص الجهود التي تبذل من خلال تنامي المخصصات المالية لهذا القطاع الحيوي، "مع الإشارة إلى أن توصيات المنظمة العالمية للصحة تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 15% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحة".¹

¹ منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم (تمويل من أجل التغطية الشاملة)، 2010، ص ن .

المبحث الثالث: تحديات وتقييم عمليات إصلاح السياسات الصحية في الجزائر

في هذا المبحث سنتطرق فيه إلى تحديات وتقييم عمليات إصلاح السياسات الصحية في الجزائر حيث سنتحدث على الخريطة الصحية، وكيفية تحسين أداء النظام الصحي ورفع الرعاية الصحية، والقضاء على الأوبئة ورفع متوسط العمر، وسوف نتطرق أيضا إلى التحديات الداخلية الخارجية التي تواجهها الجزائر.

المطلب الأول: الخريطة الصحية

البناء الجديد للخريطة الصحية يرتكز على نوعين جديدين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي 140/07. ومن خلال قراءة وتفحص مواد وفقرات هذا المرسوم يمكن الوقوف على ما يلي:¹

أ. تمتع كلا نوعين الجديدين من المؤسسات بذات السياق القانوني للقطاع الصحي، فكلامها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.

ب. تختلف المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية عن المشتملات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، حيث أن المؤسسة العمومية الاستشفائية تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحد أو مجموعة بلديات.

أما في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج وتغطي مجموعة من السكان.

ج. تحدد مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومنتسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان وفي هذا تتولى على الخصوص المهام الآتية:

¹ بن فرحات عبد المنعم، "انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات (دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة)"، إطروحة دكتوراه (في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة)، 2017/2018، ص ص 106، 107.

✓ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل

الطبي والاستشفاء

✓ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

أما بالنسبة للمؤسسة العمومية هي ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعة العلاج، وتغطي مجموعة من السكان والتي بلغ عددها في سنة 2007 إلى 271 مؤسسة على المستوى الوطني، وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة فيما يلي:¹

✓ الوقاية والعلاج القاعدي.

✓ تشخيص المرض.

✓ العلاج الجواربي.

✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

✓ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

✓ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

✓ المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة، ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجواربية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي، والتكوين في التسيير الاستشفائي.

¹ جيلالي أمير، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحة في المنظومة الاستشفائية الجزائرية"، أطروحة دكتوراه (في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير تخصص التخطيط، جامعة الجزائر، الجزائر)، 2009/2008، ص ص 190، 191.

د. يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس

ادارة ويديرها مدير، ويزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي.¹

هـ. ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

بقيت بنفس النصوص الواردة عن ميزانية القطاعات الصحية، حيث في جانب

الإيرادات تتمثل في:²

✓ إعانات الدولة.

✓ إعانات الجماعات المحلية.

✓ الإيرادات لنتيجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي فيما يخص

العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم والمؤسسات ومؤسسات

التكوين.

✓ المخصصات الاستثنائية.

✓ الهبات والوصايا.

✓ الإيرادات المختلفة.

✓ الموارد الأخرى المرتبطة بنشاط المؤسسة.

✓ تعويضات التأمينات الاقتصادية عن الأضرار الجسدية.

أما في ما يخص باب النفقات فتتمثل في:

✓ نفقات التسيير.

✓ نفقات التجهيز.

✓ كل النفقات الأخرى الضرورية لتحقيق هدفها.

والفارق هنا لا تحدده مصطلحات النصوص وإنما طبيعة السياسات التمويلية المعتمدة

للصحة العمومية بين نظام الجراف والنمط التعاقدية.

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 107.

² نفس المرجع، ص 108.

المطلب الثاني: تحسين الأداء ورفع مستوى الرعاية الصحية

سنحاول في هذا المطلب التطرق إلى تحسين الأداء عن طريق مؤشرات الوفيات ومعدلات الولادة... الخ ونتطرق أيضا إلى رفع مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.

أولا: تحسين الأداء

سوف نتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من المؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية خلال السنوات الماضية و المتمثلة أساسا في : معدلات الوفيات ،معدلات الولادات ،حجم السكان ،النمو الطبيعي، وقبل التطرق إلى اتجاه الوفاة في الجزائر يحسن أن نقف عند تطور معدل النمو الطبيعي انطلاقا من حساب معدل الولادة الإجمالي ومعدل الوفاة الإجمالي خلال سنوات ماضية وسوف نوضح ما سبق في التالي:

الجدول (06): حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر من 2010-2018

السنة	السكان في 1.1 (بالملايين)	معدل الولادة الاجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل الوفاة الاجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل النمو الطبيعي (%)
2010	35.9	24.5	4.7	1.8
2011	36.6	24.9	4.7	1.9
2012	37.3	25.2	4.7	2.0
2013	38.1	25.5	4.7	2.0
2014	38.9	25.5	4.7	2.0
2015	39.7	25.5	4.7	2.0
2016	40.5	25.3	4.7	2.1
2017	41.3	24.8	4.7	2.0
2018	44.2	24.3	4.7	2.0

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على موقع <https://ar.knoema.com>

عرفت معدل الزيادة الطبيعية (الفرق بين المواليد والوفيات) انخفاضا خفيفا حيث انتقل النسبة من (1.8%) سنة 2010 إلى (2.0%) سنة 2018، كما نلاحظ أن معدل الولادة من 2010 إلى 2012 زيادة خفيفة أما من سنة 2013 إلى 2015 نلاحظ ثابت ب 25.5 مليون ساكن وأما في 2016 إلى 2018 فنخفض قليل من 25.3 مليون ساكن إلى 24.3 مليون ساكن على التوالي، وبالمقابل عرفت معدل الوفاة الإجمالي ثابتا من 2010 إلى 2018 ب 4.7 مليون ساكن.

فبعد عرض معدل الوفاة الإجمالي، فسنقوم بتوضيح تطور معدل الوفاة عند الأطفال انطلاقا من الجدولين التاليين:

الجدول (07): تطور معدل الوفاة الأطفال في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى

2018.

السنة	معدل الوفاة الأطفال لكل 1000 من المواليد الأحياء
2010	27.13
2011	26.24
2012	25.38
2013	24.54
2014	23.73
2015	22.97
2016	22.25
2017	21.57
2018	20.93

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على موقع <https://ar.knoema.com>

يتضح من الجدول أعلاه أن معدل الوفاة في انخفاض مستمر من 2010 إلى 2018 ب 27.13 مليون من المواليد الأحياء إلى 20.93 مليون من المواليد الأحياء على التوالي.

كما يمكن يبرز تطور معدل الوفيات عند الأطفال حديثي الولادة والأطفال أقل من خمس (05) سنوات في الجدول التالي:

الجدول (08): تطور معدل الوفاة الأطفال أقل من خمس (05) سنوات في الجزائر خلال

الفترة الممتدة من 2010 الى 2018

السنة	معدل الوفاة الأطفال أقل من خمس (05) سنوات لكل 1000 من المواليد الأحياء
2010	31.47
2011	30.39
2012	29.36
2013	28.39
2014	27.46
2015	26.59
2016	25.78
2017	25.01
2018	24.29

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على موقع <https://ar.knoema.com>

يتجلى من الجدول أن معدل وفاة الأطفال اقل من خمس (05) سنوات عرف انخفاضا مستمرا من 2010 إلى 2018 ب 31.47 مليون مولود إلى 24.29 مليون مولود على التوالي.

ثانيا: رفع مستوى الرعاية الصحية

أقرت وزارة الصحة الجزائرية تخصيص (23.4) مليار دولار لرفع مستوى الرعاية الصحية حتى سنة 2025، حيث تسعى إلى تأسيس وتطوير (700) مؤسسة صحية خلال السنوات القادمة، والعمل على سد العجز في عدد الأسرة، التي تعاني منه معظم الولايات الجنوبية وذلك من خلال افتتاح عدد من المؤسسات الصحية مع بداية سنة 2015 والتي تم تأسيسها وتطويرها مؤخرا، و تتضمن (90) مستشفى عمومي و (80) مؤسسة صحية متخصصة في طب العيون والحروق ومرضى السرطان والكلية.

كما تخطط الوزارة لإنشاء عيادات متعددة الخدمات في القرى والأرياف إضافة إلى (200) عيادة متنقلة للبدو الرحل في الصحراء والمناطق الجبلية.

كما تسعى في ذات الخطة التنموية الممتدة لقعد من الزمن إلى تطوير بعض المستشفيات وإنشاء المؤسسات الاستشفائية الجامعية والعمل على توزيعها على مختلف الولايات، وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، من خلال إنشاء مستشفياتين جامعيين في كل من ولايتي (ورقلة وبشار) ومن المتوقع البدء في إنشاء مستشفى آخر ثالث بولاية (الغواط)، كما تدرس وزارة الصحة مشروع إنشاء أكاديمية للطب بشراكة فرنسية، تسعى للدفع بالبحوث العلمية في قطاع الصحة.

وتسعى الجزائر أيضا إلى مضاعفة عدد المراكز الطبية بولايات الجنوب، حيث خصصت (100) مليار دينار لإنجاز نحو (300) عيادة متخصصة و(250) هيكل صحي وتخصيص (21) مليار دينار للتكفل بمرضى السرطان.¹

¹ عبادي عبد الفتاح، وديني قيس، مرجع سابق، ص20.

ورغم مقررات ومخططات الوزارة على رفع مستوى الرعاية الصحية إلى أن في الواقع أرقاماً مخفية عن واقع الصحة في الجزائر والتي تسير إلى الأسوأ، بحيث يدفع المواطن ثمن تدني الخدمات وحقه في العلاج، وكشفت آخر الإحصائيات (حسب موقع knoema فيما يتعلق بمعدل الإنفاق الحكومي للشخص الواحد عام 2017)، عن تذييل النظام الصحي المعتمد في الجزائر. رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية الجزائري، حيث تنفق الجزائر (258 دولار/ الفرد سنة 2017) ضعف ما تنفقه المغرب (161 دولار/ الفرد سنة 2017) على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية جيدة، ونفس الأمر ينطبق على تونس (251 دولار/ الفرد سنة 2017) التي جاءت الأولى في تقديم رعاية صحية جيدة لأبنائها، مقارنة بميزانيتها مع الجزائر، ومن خلال الاطلاع على الأرقام التي تعدها مراكز الدراسات والإحصاء نطالع أرقاماً مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر، وهي أرقام مرعبة، على الرغم من كونها بعيدة عن مبادئ وأهداف السياسة الصحية التي تبقى شعارات فقط، فكل الأمراض في تزايد مستمر.¹

¹ دريسي أسماء، "تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعالية في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)"، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، جامعة الجزائر 03، العدد 06، 2015، ص 148.

المطلب الثالث: القضاء على الأوبئة ورفع متوسط العمر

سنحاول التطرق في هذا المطلب إلى التحدث على كيفية القضاء على الأوبئة في الجزائر والأسباب التي أدت إلى رفع متوسط العمر.

أولاً: القضاء على الأوبئة

لقد شاهد الجزائر منذ العصور عدت أوبئة، ومن أشهر الأوبئة التي عرفت الجزائر هي الطاعون والكوليرا والجدي والتيفوس والملاريا.... الخ، ومنها سنتطرق للتحدث على وباء ملاريا ووباء الليشمانيا.

1- وباء الملاريا:

لقد اكتشف الطبيب الفرنسي الدكتور "شارل لويس ألفونس لافران Charles Louis Alphonse Laveran" طفيلي الملاريا بالجزائر في عام 1880م، وأصبحت الملاريا بحلول ستينيات القرن الماضي التحدي الصحي الرئيسي المائل أمام الجزائر، واقتربت بالإبلاغ عن 80 ألف حالة إصابة بها سنوياً حسبما تشير إليه التقديرات.

ويمكن بالمقام الأول رد نجاح الجزائر في دحر المرض لاحقاً إلى حصول القوى العاملة الصحية فيها على تدريب جيد، وتقديم خدمات تشخيص مرضى الملاريا وعلاجهم بفضل الرعاية الصحية الشاملة، وتوجيه الاستجابات السريعة لفاشيات المرض، وهي عوامل مكنت الجزائر مجتمعة من الوصول إلى حالات الملاريا وصول حالة القضاء عليها.

وتحدثت الدكتورة "ماتشيديسو مويتي Matshidiso Moeti" مديرة المنظمة الإقليمية لأفريقيا قائلة: "إن الجزائر هي البلد الذي اكتشف فيه طفيلي الملاريا لأول مرة بين صفوف البشر منذ قرابة قرن ونصف القرن من الزمان، وكان ذلك بمثابة معلم هام في ميدان الاستجابة لهذا المرض. وقد أثبتت الجزائر الآن لبقية بلدان أفريقيا أن الملاريا

مرض يمكن دحره بفضل قيادة البلاد والإجراءات الجريئة والاستثمارات والعلوم السليمة، وبإمكان بقية البلدان بالقارة أن تستخلص العبرة من هذه التجربة.¹ وتعتبر الجزائر ثاني بلد، يعترف بخلوه من الملاريا، بعد موريشيوس سنة 1973 حسب ما أعلنت عنه، المنظمة الجزائرية لحماية المستهلك.

وأفادت منظمة الصحة العالمية أن الجزائر والأرجنتين عرفت آخر حالات الإصابة بالملاريا كانت عامي 2010 و2013 على التوالي.²

2- وباء الليشمانيا:

إن أكثر أنواع الليشمانيا المنتشرة في الجزائر هي الجلدية المتواجدة في بسكرة، والمسماة "مسمار بسكرة"، أما النوع الثاني فنجدته تقريبا في جل المدن الجزائرية الجنوبية منها وحتى الشمالية، وهي المخاطية، أما النوع الثالث الذي يمس الأعضاء الداخلية فيبقى غائبا في الجزائر.

ينتشر مرض الليشمانيا بصفة خاصة في البلدان ما حول البحر الأبيض المتوسط، وفي البلدان الفقيرة على العموم، يساعد على ذلك الحرارة وقلّة النظافة، يتم انتقال هذا المرض الخطير إلى الإنسان انطلاقا من الكلب غالبا ونادرا من الإنسان إلى الإنسان، وهذا عبر ناموس "الفليبيوم" الذي يكون محملا بالجرثوم المسبب للداء بعدما يلسع الكلب المصاب أو الإنسان المصاب (في بعض الحالات النادرة).

إن مرض الليشمانيا في الأصل هو مرض خاص بالكلاب، لكن أصبح انتقاله إلى الإنسان منتشرا أكثر فأكثر بسبب ناموس "الفليبيوم" الذي ينقل الجرثوم من الكلب إلى الإنسان، ومنه المرض بمختلف صفاته.

¹ منظمة الصحة العالمية، "المنظمة تشهد على خلو الجزائر والأرجنتين من الملاريا"، ماي 2019، من الموقع: www.who.int/ar/news-room/detail/17-09-1440-algeria-and-argentina-certified-malaria-free-by-who تاريخ الاطلاع في 2020/05/05.

² محفوف نسرين، "منحت المنظمة العالمية للصحة للجزائر شهادة القضاء على وباء الملاريا"، جريدة النهار، تاريخ النشر في 2019/09/21، متحصل عليه من الموقع: www.ennaharonline.com/?p=702785، تاريخ الاطلاع في 2020/05/05.

غالبا ما يكون مرض الليشمانيا قاتلا بالنسبة للكلب، أما عند الإنسان فهو على ثلاثة

صفات:¹

1. الليشمانيا الجلدية التي تترك آثار للأبد على البشرة.

2. الليشمانيا المخاطية التي تدمر مخاطي الأنف والفم، مسببة تشوهات فظيعة.

3. الليشمانيا العضوية التي تكون قاتلة في غياب العلاج.

أن الجزائر أقرت تدابير خاصة لمواجهة انتشار وباء الليشمانيا الذي يترك آثارا سلبية في الجسم بعدما ينتقل عن طريق لسعات الحشرات وما تسببه حركة جردان الحقول والرمال على حد سواء، وأفيد أن وزارة الصحة الجزائرية فضلت الاستناد بشركة (باير) المتعددة الجنسيات لمواجهة الانتشار المخيف للوباء المذكور الذي بات يهدد حياة الآلاف، علما أن الفترة الماضية شهدت ارتفاعا في معدلات الإصابة بالليشمانيا إلى حدود الضعف، حيث تجاوزت حدود 30 ألف إصابة، في وقت لم يتجاوز عدد المصابين العام قبل الماضي مستوى الـ15 ألف.

وعجزت الجهات الاستشفائية المختصة عن وقف الانتشار المتواصل للوباء، على الرغم من المخطط الاستعجالي الذي اعتمده وزارة الصحة، بسبب غياب الأدوية ونقص الموارد المالية، ما فرض اللجوء إلى خبرة شركة باير، هذه الأخيرة لم تتردد عن تقديم مساعدتها واقترحت الدعم التقني على الجزائر لتقادي تسجيل مزيد من الإصابات، مع الإشارة إلى مخاوف أربابها خبراء من زحف الوباء إلى المدن الساحلية بما في ذلك عاصمة البلاد²

¹ إذاعة باتنة الجهوية، "ما هو وباء الليشمانيا"، تاريخ النشر في 2015/12/13 متحصل عليها من الموقع :

https://ar-ar.facebook.com/permalink.php?story_fbid=957521504309635&id=241065202621939، تاريخ الاطلاع

في 2020/05/27

² الشيرازي كامل، "مواجهة انتشار وباء في الجزائر"، إيلاف، تاريخ النشر في 2008/02/25، متحصل عليها من الموقع:

<https://elaph.com/Web/Health/2008/2/306984.html>، تاريخ الاطلاع في 2020/05/27.

ثانيا: ورفع متوسط العمر

يمكن وصف الحالة الصحية في الجزائر بالاعتماد على المؤشرات الصحة العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، وذلك حسب ماهو موضح في الجدول العمر المتوقع عند الولادة، الذي قيم المؤشر من خلال الجدول التالي:¹

الجدول (09): متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة

الممتدة من 2010 الى 2018

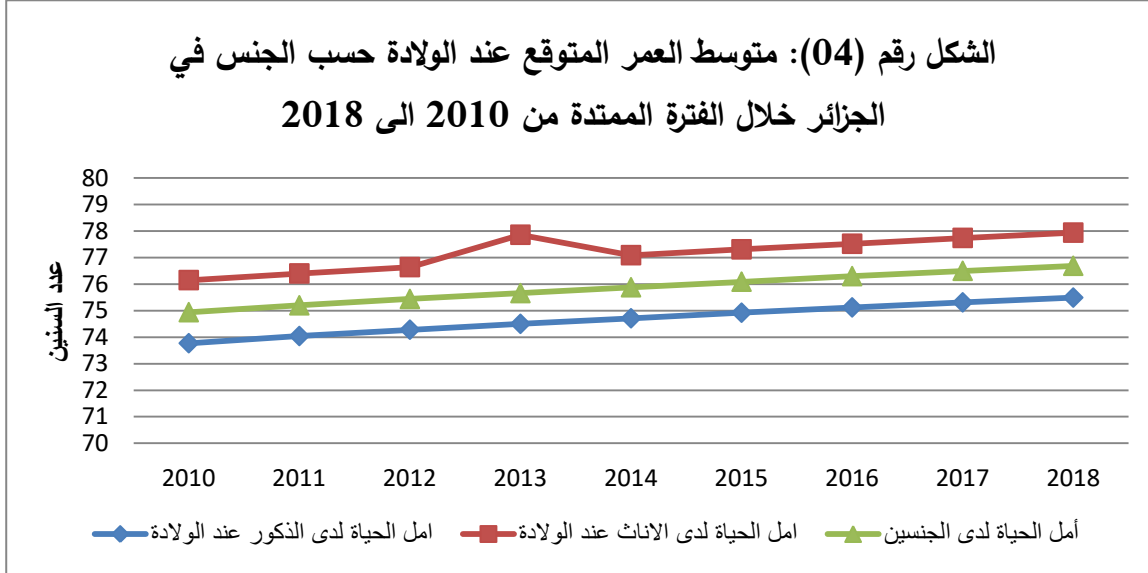
كلا الجنسين	متوسط العمر عند الولادة حسب الجنس		الجنس السنوات
	إناث	ذكور	
74.94	76.15	73.77	2010
75.20	76.40	74.04	2011
75.44	76.64	74.28	2012
75.66	77.86	74.50	2013
75.88	77.09	74.71	2014
76.09	77.31	74.92	2015
76.30	77.52	75.12	2016
76.50	77.74	75.31	2017
76.69	77.94	75.49	2018

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على موقع <https://ar.knoema.com>

¹عبادي عبد الفتاح، وديني قيس، مرجع سابق، ص 15.

من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط العمر المتوقع كلا الجنسين زيادة خفيفة من سنة 2010 إلى سنة 2011، وأما من سنة 2012 إلى سنة 2015 فكانت ثابتة ب (75 سنوات)، وحيث لوحظ من سنة 2014 إلى سنة 2015 زيادة خفيف ب (75 سنوات) إلى (76 سنوات) على التوالي، وفي سنة 2015 إلى 2018 تراجعت إلى الثبات ب (76 سنوات)، وهذا ساعد في حصول جملة من الأسباب الموضوعية والطبيعية أهمها: ¹

- البرامج الصحية التي وضعتها الدولة مباشرة بعد الاستقلال لمواجهة بعض الأوبئة التي كانت منتشرة بشكل واسع بين أفراد الشعب منها السل والملاريا.
- بناء الهياكل الصحية في كامل أنحاء البلاد.
- تكوين أعداد كبيرة من مهني الصحة من أطباء وشبه طبيين، كل هذه الجهود كان لها الأثر المباشر في تحسن الكثير من المؤشرات الصحية.
- التراجع النسبي في معدل الإصابات بالأمراض المزمنة (ضغط الدم، داء السرطان، الداء السكري،....).



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الجدول رقم (10) المتعلق بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى 2018

¹ حسيني محمد العيد، "السياسة العامة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)", مذكرة ماجستير (في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة مقارنة، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة)، 2012/2013، ص ص 118، 119.

المطلب الرابع: تحديات عمليات إصلاح السياسة الصحية في الجزائر

تنقسم تحديات عمليات إصلاح السياسة الصحية في الجزائر إلى تحديات داخلية وخارجية كما يلي:

أولاً: تحديات داخلية: وتنقسم التحديات الداخلية من:

1- **الهيكل وتوزيعها:** فهياكل ومؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر تعرف نوعاً من لا توازن ولا استقرار، من جهة عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمؤسسات الاستشفائية، هياكل تنظيمية غير ملائمة وغير موحدة، ومن جهة أخرى مستخدمون مثبطون وغير مبالون بسبب قوانين أساسية غير ملائمة وظروف عمل ونظام كفاءات متدهور، تكاليف ونفقات صحية في تزايد مستمر، ومرتفقين يطالبون بجودة ونوعية الخدمات الصحية، كل هذه المشاكل والمعطيات التي تتخبط فيها المنظومة الصحية، أدت بالسلطات العمومية إلى ضرورة العمل من أجل تغيير هذا الوضع، وذلك من خلال قيامها بإصلاحات شاملة تمس النظام الصحي الجزائري بكل ما يحتويه من هياكل ومؤسسات من أجل حماية صحة المواطن ووقايته من الأمراض، وصولاً إلى الاستشفاء في مراحله الأخيرة¹.

ولهذا وضعت المجلس الوزاري ملف إصلاح الهياكل الاستشفائية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف هي:²

- ✓ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العمومية والخاصة.
- ✓ الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.

¹ خروبي بزاره عمر، مرجع سابق، ص 57.

² أوثن ريمة، "إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية (دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري)"، أطروحة الدكتوراه (في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر، باتنة)، 2018/2017، ص 224.

- ✓ إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص.
- ✓ مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجبه بعين الاعتبار.
- ✓ المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإلقاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجود أدائها.
- ✓ استعجال وضع دعامة إعلامية والتي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاح.

2- القطاع الخاص: يعتبر الصحي الخاص أحد مكونات المنظومة الصحية في الجزائر، ويظهر في مجموع المؤسسات التي: "تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية"¹، وهي أيضا مجموعة المنظمات أو المجتمعات التي يؤسسها رجال أعمال وتستعمل أساليب مختلفة ومتنوعة لحماية مصالحها وتنوع مؤسسات هذا القطاع بحسب النشاط الذي تمارسه،² فبعدما كان النشاط الخاص مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، تم إضافة هيكل جديد هو العيادات الاستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والتوليد وكذا الاستكشاف، واشترط المشرع أن تشتغل هذه العيادات أما عن طريق جمعيات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء، بحيث لا يقل عدد أسرتها عن سبعة أسرة تاركا الحد الأقصى مفتوحا على حسب إمكانيات المستثمر.³

¹دوناس حفيظة، مرجع سابق، ص40.

² سلوى شعراوي جمعة، إدارة شئون الدولة والمجتمع، (القاهرة: مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة 2001)، ص 126.

³ ميلودي سعدية، مرجع سابق، ص57.

3- **مكافحة الفساد:** تنقسم آليات مكافحة الفساد في قطاع الصحة إلى آليات ردعية أو قانونية، وإجراءات وقائية للتقليل من مخاطر الفساد، كما يلي¹:

- **الآليات القانونية** لم يخص المشرع الجزائري قطاع دون غيره بقوانين لمكافحة الفساد، بل جاءت القوانين عامة تخص كل قطاعات الدولة وذلك بموجب القانون رقم 10/06 المتضمن قانون الوقاية من الفساد ومكافحته المعدل والمتمم، والذي أشار في مادته الأولى إلى أن الهدف منه أولاً دعم التدابير الرامية إلى الوقاية من الفساد ومكافحته، ثانياً تعزيز النزاهة والمسؤولية والشفافية في تسيير القطاعين العام والخاص وثالثاً تسهيل ودعم التعاون الدولي والمساعدة التقنية من أجل الوقاية من الفساد ومكافحته بما في ذلك استرداد الموجودات.

- **الآليات الردعية** على أهميتها تبقى غير كافية للحد من مخاطر الفساد، فالردع لا يأتي إلا بعد حدوث الأضرار وضياع الموارد التي تحرم المرضى من إمكانيات التكفل الصحي الجيد والفعال لذا فإن الإجراءات الوقائية تعتبر من الأمور الحيوية للحد من الظاهرة، والتي تتطلب كذلك تجند لكل الفاعلين في القطاع من أجل مكافحة هاته الظاهرة.

والإشكال انعدام أو نقص النصوص أو أجهزة قمع الفساد بل موجودة وقد تتكون أكثر عددا منها في البلدان الغربية، ولكن ضعف العقوبات وعدم متابعة تقارير الرقابة، حتى في أكثر الحالات الثابتة بالأدلة وهذا الفشل في التطبيق يأتي من السياسة الصحية، دون أن تتمكن القوى الاجتماعية المعارضة من القيام بدورها.

ثانياً: تحديات خارجية: وتنقسم التحديات الخارجية من:

1- **محاكاة التجارب الناجحة (التجربة الكوبية):** ومن بين أسرار نجاح المنظومة

الصحية الكوبية رغم قلة الموارد، لجوء الحكومة إلى الاستثمار وبدرجة كبيرة في التكنولوجيا الحيوية والدراسات الوبائية في مجال الأمراض المزمنة. وقد واصلت الحكومة الكوبية دعمها السياسي والمالي للتكنولوجيا الحيوية حتى في

¹ حسيني محمد العيد، "الوقاية من مخاطر الفساد في قطاع الصحة في الجزائر وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية"، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 18، جوان 2018، ص 207.

الأوقات الصعبة اقتصاديا. حيث استثمرت على مدى السنوات العشرين الماضية حوالي مليار دولار أمريكي في البحث والتطوير. وتمتلك صناعة التكنولوجيا الحيوية الكوبية اليوم حوالي 1200 براءة اختراع دولية وتُسوّق المستحضرات الصيدلانية واللقاحات في أكثر من 50 بلدا. وقد حقق الباحثون والعلماء الكوبيون مؤخرا تقدما كبيرا في مجال علاج السرطان وتشخيصه والوقاية منه. ففي عام 2008، على سبيل المثال، سجلت وزارة الصحة أول لقاح لسرطان الرئة المتقدم الذي اكتشفه مركز علم المناعة الجزيئية بهافانا. وقد سُجلت براءة اختراع لقاح ثانٍ ضد نوع السرطان نفسه في أوائل عام 2013.¹ كما أن كوبا أصبحت أول بلد في العالم يحصل على مصادقة منظمة الصحة العالمية على النجاح في القضاء على انتقال مرض الزهري وفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل.²

ومن التجارب الناجحة التي اتخذتها الجزائر من عند الكوبيين هي فتح أول مستشفى مختلط من حيث التأطير بين الأطباء والمختصين الكوبيين ونظرائهم الجزائريين لعلاج أمراض العين بولاية الجلفة، بالإضافة إلى التخصص في سلامة الأم والطفل وأمراض الأعصاب وهو ما سمح بنقل الكثير من المعارف والخبرات للطرف الجزائري وساهم بشكل ملحوظ في رفع نسبة المواليد لدي الأطفال وخفض نسبة الوفيات لدي الحوامل، من جهة أخرى يعمل طاقم طبي كوبي على مساعدة الأطباء الجزائريين من خلال فتح مركز لحماية الأم والطفل يساهم في التقليل من نسبة الوفيات وسط المواليد الجدد والنساء الحوامل، وهو

¹ رجاء الكساب، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، (بدون ذكر بلد النشر، مكتب شمال افريقيا، بدون ذكر سنة النشر)، بدون ذكر الصفحة.

² مرجع نفسه، بدون ذكر الصفحة.

المركز الذي سمح بعلاج الحوامل والرفع من نسبة المواليد بعد سنتين من العمل¹

2- مواجهة الأوبئة العالمية (الملاريا): إن مواجهة الملاريا على الصعيد العالمي ليست الحد من انتشارها في المناطق الموبوءة فحسب، وإنما الحد من انتشارها ومحاصرتها جغرافيا في المناطق الموبوءة بها في العالم.

ويتطلب تحقيق هذا الهدف الأخير القضاء على الملاريا في البلدان والأماكن التي يتسنى فيها عمل ذلك . وخلال السنوات العشرة الأخيرة، زاد عدد البلدان التي نجحت في وقف العدوى بالملاريا الناشئة عن البعوض، وهو ما يعتبر أمرا حيويا بالنسبة للصحة العامة والأعمال التجارية والسياحة، فحتى الآن أبلغت 07 بلدان ومناطق من بين 108 بلدان ومناطق في مختلف أنحاء العالم أنها تخلصت من إصابات العدوى محليا، واستطاع عدد آخر من البلدان أن يقلل من انتشار الملاريا إلى مستويات أصبح القضاء عليها فيها ممكنا، وقرر برنامج الملاريا العالمي في منظمة الصحة العالمية أن يحدد تركيزه على القضاء على الملاريا، بما في ذلك وضع مبادئ توجيهية للبرامج الوطنية للقضاء على الملاريا، وتقديم دعم تقني وعملي لمساعدة البلدان التي بلغت مرحلة الاقتراب من القضاء على هذا المرض.²

¹ نوال ح، "كوبا تعزيز تعاونها مع الجزائر (فتح مصلحتين لطب العيون بورقلة وبشار)"، جريدة جزيبرس، تاريخ النشر يوم 2012/06/02، متحصل عليها من الموقع: <https://www.djazairess.com/elmassa/60890>، تاريخ الاطلاع في 2020/05/25.

² الجمعية العامة للأمم المتحدة، عقد دحر الملاريا في البلدان النامية، لاسيما في افريقيا، ستمبر 2007، ص 15 .

خلاصة الفصل

ما يمكن أن نستخلصه من خلال هذا الفصل هي الجهود المبذولة من طرف الدولة في مجال السياسات العامة الصحية في محاولة منها للحفاظ على سيادة هذه القطاع من جهة والرفع من كفاءة الأداء وتحسين الخدمات المقدمة من جهة أخرى من خلال بناء منظومة صحية قوية على أنقاض تلك التي ورثتها عن الحقبة الاستعمارية، وهذا ما تجلى في سلسلة الإصلاحات المتعاقبة التي مست هذه السياسات العامة، وهذا ما نلمسه من خلال الإحصائيات المقدمة والتي عرفت تزايدا في مكونات المنظومة الصحية من منشآت قاعدية وتأطير بشري إلى زيادة في الإنفاق العام، غير أن التغير المتكرر والسريع في السياسات العامة الصحية وافتقارها للتخطيط الاستراتيجي حد من فعاليتها وجعل نجاحها مرهون بعوامل ذاتية.

الفصل الثالث

في هذا الفصل التطبيقي ارتأينا أن تكون مديرية الصحة لولاية بسكرة موضوع دراسة الحالة باعتبار أنها الهيئة الغير مركزية المسؤولة عن تنفيذ برامج وسياسات الوزارة الوصية و هي المتدخل الأول والوحيد في كل ما يتعلق بالصحة، وقد اخترنا أن تكون الأداة العلمية المستخدمة هي إجراء مقابلة مع مسؤولي المديرية من أجل معرفة سياسة القطاع على المستوى المحلي و البرامج التي استفاد منها وتقييمها، وقد قسمنا دراستنا الميدانية هذه إلى ثلاث محاور أساسية :

- تعريف ومهام مديرية الصحة لولاية بسكرة وهيكلها التنظيمي.
- برامج الإصلاح للسياسات الصحية لولاية بسكرة.
- تقييم واقع السياسات الصحية لولاية بسكرة.

المبحث الأول: مديرية الصحة لولاية بسكرة

قبل أن نتطرق للدراسة التطبيقية لمديرية الصحة سنحاول التعريف بالمديرية الصحة لولاية بسكرة وإبراز مهامها وعرض لهيكلها التنظيمي.

المطلب الأول: نشأة وتعريف بالمديرية

هي إحدى المصالح الغير ممرضة التابعة مباشرة لوزارة الصحة وإصلاحات المستشفيات أنشأت بموجب التقسيم الإداري لسنة 1974 من خلال المرسوم التنفيذي رقم 74-194 المؤرخ في 1974/10/01 والمتضمن تأليف المجالس التنفيذية للولايات وكانت تسمى في ذلك الوقت مديرية الصحة والعمل والشؤون الاجتماعية.

كما عرفت عدة تسميات أخرى وهي :

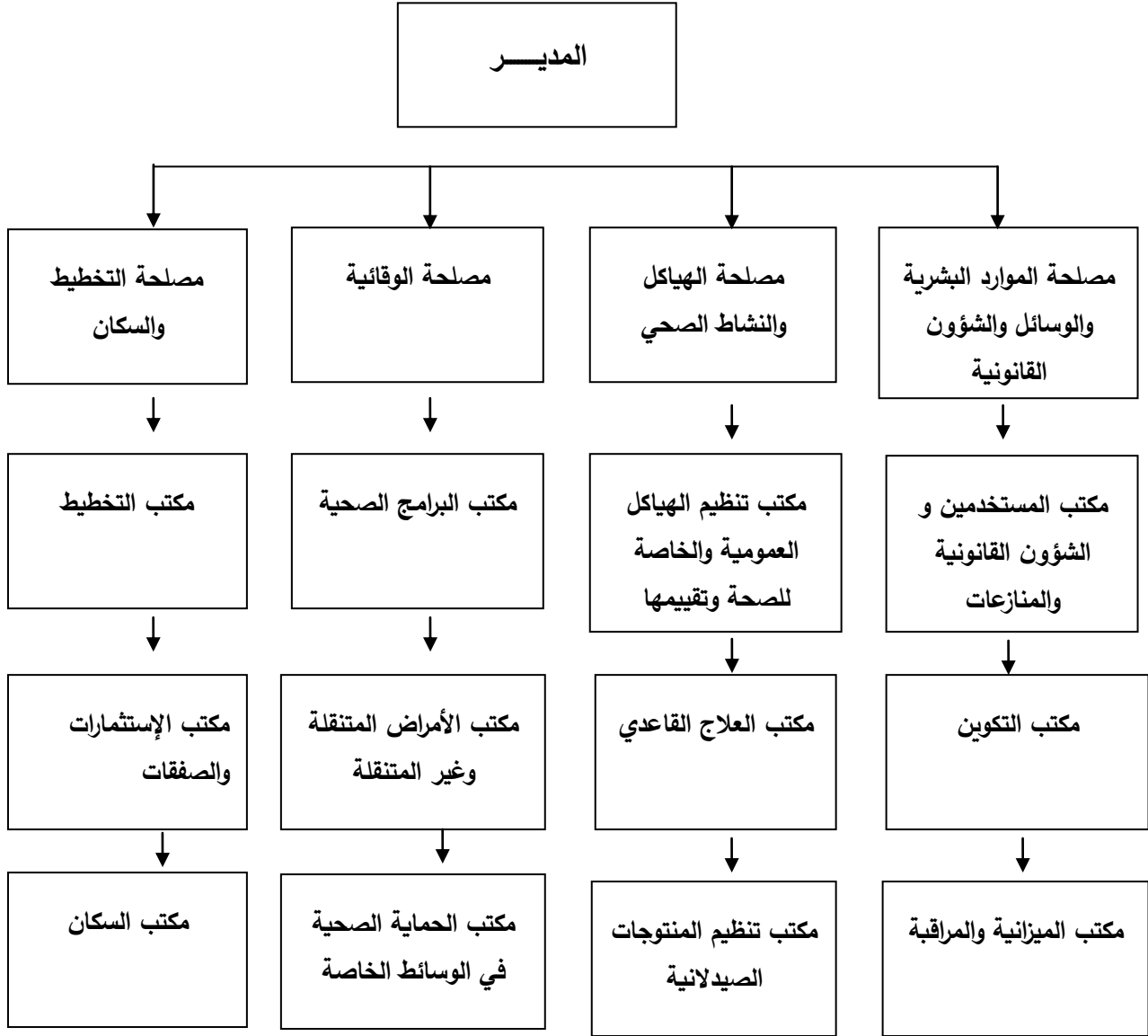
- مديرية الصحة للولاية (1981-1986).
- قسم الصحة (1986-1990).
- مديرية الصحة والحماية الاجتماعية (1990-1997).

وسنة 1997 صدور أول مرسوم تنفيذي يتضمن إنشاء مديريات الصحة ويحدد مهامها وصلاحياتها كآلية من آليات تجسيد مبدأ اللامركزية في التسيير وكهيكل قطاعي يسهر على تنفيذ السياسات العامة الصحية في إقليم الولاية فهي تعتبر همزة وصل بين الوصايا والمؤسسات الصحية في ذات الإقليم والمتمثلة في:

- المؤسسات الاستشفائية العمومية EPH .
- المؤسسات العمومية المتخصصة EHS.
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP.
- المعهد العالي لتكوين الإطارات الشبه طبية.
- قاعات العلاج SALLAES DE SOPNS .

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمديرية

الشكل رقم (05): الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة لولاية بسكرة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 12/05/1998

المطلب الثالث: مهام مديرية الصحة

لقد شهدت مديرية الصحة زيادة في المهام وتوسعا في الصلاحيات عقب صدور المرسوم التنفيذي رقم 97-264 والذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم والذي ألغى الصلاحيات المحددة التي جاءت في المرسوم رقم 90-264.¹

وعلى العموم فإن مديرية الصحة تعتبر واحدة من المصالح الخارجية التي تمثل الوزارة الوصية في الولاية، وتعمل تحت سلطة الوالي وهي المسؤولة عن التنسيق بين الوصاية والمؤسسات الاستشفائية الواقعة في إقليمها، هذا وقد حدد المرسوم التنفيذي هذه المهام فيما يلي:

- تسهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان.
- تنشط وتنسق وتقوم بتنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة، لاسيما في مجال الوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة وكذلك في مجال التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي وترقية الصحة التناسلية.
- تسهر على احترام السلم التسلسلي للعلاج، لاسيما بتطوير كل النشاطات التي تهدف إلى ترقية العلاج القاعدي.
- تطوير كل عمل يهدف إلى الوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها وخصوصا اتجاه الشباب.
- تسهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لرؤساء مؤسسات الصحة.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 يوليو 1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادر في 16 يوليو 1997، ص 12، 13.

- تشجع وتطوير كل أنشطة الاتصال الاجتماعي لاسيما التربية الصحية بالاتصال مع الجمعيات الاجتماعية المهنية والشركاء الآخرين المعنيين.
- تسهر على وضع جهاز يختص بجمع المعلومات الصحية والوبائية والديموغرافية واستغلالها وتحليلها وتبليغها.
- تنشط الهياكل الصحية وتنسقها وتقومها.
- تسهر على وضع الإجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها حيز التنفيذ.
- تتولى تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها.
- تعد التراخيص المتعلقة بممارسة المهن الصحية وضمان مراقبتها.
- تعد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت طبيعتها.
- تدرس برامج الاستثمار وتتابعها في إطار التنظيمات والإجراءات المعمول بها.
- تتابع وتقوم تنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقويمها.
- تشرف وتسهر على السير الحسن للمسابقات والامتحانات المهنية.

المبحث الثاني: برامج الإصلاح للسياسات الصحية في ولاية بسكرة

تضمن هذا المبحث برامج الإصلاح للسياسات الصحية لولاية بسكرة من 2010 إلى 2018، حيث تم الانطلاق من منظومة التكوين وكيفية توزيع الموارد البشرية عبر ولاية بسكرة، إضافة إلى زيادة حجم الإنفاق العمومي وتطور الهياكل الصحية للولاية، وتحسين الرعاية الصحية والقضاء على الأوبئة

المطلب الأول: إصلاح منظومة التكوين وتوزيع الموارد البشرية

أولاً: منظومة التكوين:

لقد شهدت منظومة التكوين في قطاع الصحة للولاية على غرار المستوى الوطني عدة تغييرات قصد إصلاح الاختلال المسجلة في هذا الميدان وقصد مواكبة إعادة الهيكلة التي عرفتتها المؤسسات التابعة لمديرية الصحة (إلغاء نظام القطاع الصحي ومنح الاستقلالية للمؤسسات الصحية وخاصة المنشأة حديثاً)، وأولى هاته الاهتمامات هو جعل التكوين وتحسين المستوى من الوظائف الثانوية للمؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.¹

أما أهم ما شهدته هاته الفترة هو ترقية مدرسة التكوين شبه الطبي إلى معهد وطني للتكوين العالي شبه الطبي وإخضاعه للقانون التوجيهي للتعليم العالي وهذا التحويل جعل مؤسسات الصحة عبر أقاليم الولاية وعبر ولايات أخرى تستفيد بالعديد من التخصصات موضحة في الجدول التالي:²

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر في 20 مايو 2007، ص 10.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-92 المؤرخ في 24 فبراير 2011، يحول مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي، الجريدة الرسمية، العدد 13، الصادر في 28 فبراير 2011، ص ص 20، 21.

الجدول رقم (10): منظومة التكوين لولاية بسكرة

التخصص								السنوات
سلك	سلك	السكرتارية	سلك	مخبر	ممرض	ملحق	سلك	
مساعدین	الممرضات	الطبية	مشغلو	الصحة	الصحة	الصحة	القبابلات	
للرعاية	للصحة	للصحة	أجهزة	العمومية	العمومية	للتخدير		
الصحة	العمومية	العمومية	التصوير			والإنعاش		
العمومية			الطبي					
			في					
			الصحة					
			العمومية					
148				29	58		30	2010
69			22	26	85		29	2011
442	30			38	179	24	38	2012
116		25			108	2	47	2013
		30	41	30	157			2014
		30	41	30	157			2015
			30	30	60			2016
				39	83			2017
				37	146	19		2018

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على وثائق المعهد الوطني الشبه طبي.

من خلال الجدول نلاحظ ارتفاع في عدد خريجي المعهد لبعض الرتب كرتبة ممرض للصحة العمومية خاصة منذ سنة 2012 وهذا راجع لتخصص المعهد في هذه الرتبة واستفادته من التوسعة في عدد المقاعد البيداغوجية¹ ومن جهة أخرى نلاحظ انعدام خريجي المعهد منذ سنة 2013 في سلك القابلات وهذا راجع لإلحاق احتياجات مديرية

¹ مقابلة، عقبي محمد زين الدين، المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي بسكرة، يوم 2020/04/17 على الساعة

الصحة لولاية بسكرة بالمعهد العالي للشبه طبي عنابة أي أن الطالبات الناجحات في هذا التخصص عليهن مزاولة تكوين اقامي مدته 5 سنوات.

ثانيا: توزيع الموارد البشرية:

الجدول رقم (11): توزيع المناصب المالية للموارد البشرية

الأرقام	فئات المستخدمين	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
01	الإداريين	331	396	423	435	450	464	467	464	464
02	الممارسين المتخصصين الرئيسيين	189	215	245	205	205	230	264	304	304
03	الأطباء	430	506	555	556	591	632	634	634	687
04	الصيدلة	15	17	21	21	23	40	45	45	53
05	جراحو الأسنان	106	115	130	131	135	150	145	145	163
06	الشبه طبيين	22188	3000	3225	3345	3374	3520	3699	4110	4153
07	البيولوجيين	0	0	11	18	29	42	52	52	88
08	النفسانيين	52	56	57	62	71	77	82	82	96
	المجموع	3311	4305	4667	4773	4878	5155	5388	5836	6008

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على وثائق مديرية الصحة لولاية بسكرة.

من خلال تحليل المعطيات الواردة في الجدول أعلاه تظهر جليا استفادة قطاع الصحة على مستوى الولاية من زيادة متتالية في عدد المناصب الممنوحة والتي تصل نسبتها إجمالا إلى 82% ما بين سنة 2010 إلى 2018 مع وجود تفاوت في هاته النسب بين مختلف الأسلاك المذكورة في الجدول حيث نجد:

- ارتفاع عدد المناصب المخصصة لسلك الصيدلة العاملون بما يفوق ثلاثة

أضعاف

- نسبة الزيادة في عد مناصب الشبه طبيين قاربت 90% وهذا ما يعتبر مكسب كبير للقطاع من شأنه تغطية العجز الذي نتج عن التقسيم الجديد للخارطة الصحية حسب تصريح مسؤول المستخدمين بالمديرية.¹

- كما أن نسبة زيادة المناصب المخصصة لسلك جراحي الأسنان بلغت 53%. وعموما فإن تفسير هذه الزيادة خاصة منذ سنة 2010 يمكن إرجاعه للمبررات

التالية:

- بهدف تغطية العجز الذي عرفته المؤسسات الاستشفائية المنشأة حديثا كهيكل تنظيمية مستقلة عن نظام القطاع الصحي الملغى ابتداء من 2008/01/01.
- استعادة القطاع على المستوى المحلي من السياسة العامة للتوظيف التي حظيت باهتمام كبير تجلى في استثناء هذا القطاع من تدابير التجميد التي أقرتها الحكومة على مختلف القطاعات الأخرى.
- فصل المؤسسات الاستشفائية عن المؤسسات العلاجية زاد من الطلب للإطار الطبي والشبه طبي في العديد من بعض التخصصات.

¹ مقابلة، بوعجاجة أمجد، مديرية الصحة لولاية بسكرة، يوم 2020/04/20 على الساعة 11:00.

المطلب الثاني: الإنفاق العمومي وتطوير الهياكل القاعدية

يعتبر معدل الإنفاق العمومي احد أهم مؤشرات قياس كفاءة الأنظمة الصحية حسب المعايير الموضوعية من طرف منظمة الصحة العالمية والتي حثت على ضرورة التمويل من اجل التغطية الصحية الشاملة في التقرير الصادر عنها سنة 2000، ولهذا سنحاول أن نبرز في هذا المطلب مدى توافق هذا المعيار مع قيمة الإنفاق العمومي وتطور الهياكل القاعدية لولاية بسكرة .

أولا: الإنفاق العمومي:

الجدول رقم (12): الإنفاق العمومي لمديرية الصحة لولاية بسكرة

السنة	المبالغ
2014	7.309.655.138
2015	7.008.284.000
2016	7.191.992.016
2017	7.441.043.000
2018	8.014.847.000

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات مديرية الصحة لولاية بسكرة

يتبين من خلال الجدول أن هناك زيادة في المخصصات المالية لقطاع الصحة على المستوى المحلي للفترة الممتدة بين 2014-2018 حيث بلغت نسبة الزيادة في الانفاق العمومي لهاته الفترة 10% وهاته النسبة كانت مرشحة للزيادة غير أن هذه الفترة شهدت انتهاج الحكومة لسياسة ترشيد النفقات وتخفيض العديد من ميزانيات القطاعات الأخرى، غير أن هذا الاهتمام لم يستطع رفع نصيب الفرد على مستوى الولاية الذي لم يتعدى 8.611.82 دج سنة 2018 أي ما يعادل 91,66 دولار سنويا.

ثانيا: تطور الهياكل القاعدية:

- عرفت هذه الفترة نوعين من التطور على مستوى المنشأة القاعدية للصحة وهي:
- المستوى الأول: يتمثل في المؤسسات والهياكل المنفصلة ماليا وتنظيما عن القطاع الصحي.
 - المستوى الثاني: وهي المشاريع المسجلة في مختلف البرامج التنموية، ونذكر بالخصوص برنامج دعم النمو 2009-2014 والصندوق الخاص لدعم مناطق الجنوب والذين استفاد منهما القطاع بالمشاريع الآتية:

الجدول رقم (13): تطور الهياكل الصحية القاعدية المنجزة والغير المنجزة

المشروع	الغلاف المالي دج	سنة التسجيل	الوضعية إلى غاية 2018
انجاز مديرية الصحة	98000000.00	2010	إستلمت
انجاز مؤسسة عمومية للصحة الجوارية طولقة	40000000.00	2013	لم تتطلق
انجاز مؤسسة عمومية للصحة الجوارية بسكرة	40000000.00	2013	لم تتطلق
انجاز مؤسسة عمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	40000000.00	2013	لم تتطلق
انجاز مؤسسة عمومية للصحة الجوارية أولاد جلال	40000000.00	2013	لم تتطلق
توسعة مدرسة التكوين شبه الطبي	130000000.00	2010	إستلمت

؟	2012	580000000.00	انجاز وتجهيز مستشفى 60 سرير بسيدي خالد
استلمت	2011	92000000.00	انجاز مركز لحقن الدم
لم تستلم	2013	45000000.00	انجاز مصلحة للانعاش الطبي
لم تستلم	2013	70000000.00	انجاز مركز للأمومة والطفولة أولاد جلال
لم تستلم	2013	70000000.00	انجاز مركز للأمومة والطفولة زريبة الوادي
مجدة	2014	100000000.00	دراسة ومتابعة لإنجاز مستشفى 100 سرير أولاد جلال
إستلمت	2011	200000000.00	تجهيز مستشفى الأمراض العقلية
إستلمت	2010	392000000.00	تجهيز مستشفى 80 سرير
إستلمت	2012	20000000.00	دراسة ومتابعة لإنجاز مستشفى 60 سرير سيدي خالد
مجدة	2013	60000000.00	دراسة إنجاز مستشفى 80 سرير للأمومة والطفولة
مجدة	2015	300000000.00	دراسة إنجاز مستشفى 60 سرير القنطرة
مجدة	2015	50000000.00	تجهيزات جماعية لمستشفى 60 سرير القنطرة
مجدة	2011	160000000.00	إنجاز دار مرض السكري
مجدة	2014	600000000.00	دراسة إنجاز مستشفى 60 سرير

			للأمومة والطفولة برج بن عزوز
مجدة	2010	220000000.00	إنجاز مجمعين صحيين
مجدة	2013	10000000.00	إنجاز مجمع صحي سيدي غزال
مجدة	2011	50000000.00	تأهيل هياكل صحية
مجدة	2013	10000000.00	دراسة لإنجاز مجمع صحي سيدي غزال
لم تتطلق رغم رفع التجميد	2014	4000.000.000.0 0	إنجاز مستشفى 240 سرير

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقابلة مدير الصحة لولاية بسكرة.

من خلال تحليلنا لبيانات الجدول نلاحظ أن:¹

- العمليات المسجلة في القطاع كانت محصورة بين سنة 2010 و2015 وهي الفترة التي تغطي البرنامج الخماسي الثالث 2009-2014، أما عن عدم تسجيل أي عملية لسنوات 2016 إلى 2018 فيعود للأزمة المالية التي عرفت البلاد خاصة بعد انهيار أسعار البترول.
- ونلاحظ أيضا أن معظم المشاريع المسجلة موجهة لمناطق الظل أو المناطق المجاورة لمقر الولاية كمستشفى زربية الوادي، القنطرة، سيدي خالد وبرج بن عزوز والمجمع الصحي سيدي غزال وهذا قصد التخفيف من تنقل المرضى.
- كما استفاد القطاع على مستوى الولاية من إنجاز 17 مؤسسة صحية على اختلاف طبيعتها، الذي من شأنه أن يزيد من طاقة استيعاب المرضى ب 510 سرير إضافي وبغلاف مالي يفوق 8.393.000.000,00 دج دون حساب بعض العمليات الموجهة للتجهيزات الطبية الخفيفة.

¹ مقابلة، العايب محمد، مديرية الصحة لولاية بسكرة، يوم 20/04/2020 على الساعة 13:00.

- غير أن هذا البرنامج لم يعرف تجسيدا بنسبة معتبرة بسبب تجميد العديد من المشاريع ولعل أهمها هو مستشفى 240 سرير بغلاف مالي مقدر بـ 4.000.000.000,00 د.ج.

المطلب الثالث: تحسين الرعاية الصحية والقضاء على الأوبئة

أولا: تحسين الرعاية الصحية:

الجدول رقم (14): تحسين الرعاية الصحية لولاية بسكرة من 2010 إلى 2018

السنوات	السكان	المواليد الجدد	الوفيات 0-85 سنوات	الوفيات 0-06 أيام
2010	775797	20741	3359	310
2011	793640	21668	3494	345
2012	811894	23517	3143	396
2013	830568	23588	3527	366
2014	849671	25078	3840	507
2015	869215	25227	3743	408
2016	889205	26089	3284	365
2017	909657	26726	3811	359
2018	930679	26519	3125	369

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مديرية الصحة لولاية بسكرة

ما نلاحظه من خلال الجدول هو تذبذب في المؤشرات المتعلقة بعدد الوفيات للفئة من 06 أيام و 85 سنة وعدد الوفيات لأقل من 06 أيام، فالتحسن المسجل في المؤشر الأول يتناقض مع التراجع المسجل في المؤشر الثاني، وهذا ما يعكس تذبذب النتائج المراد البلوغ إليها لأي منظومة صحية خاصة عند مقارنتها بالجهود المتنامية للقطاع وتطوره من حيث الموارد و الإمكانيات.

ثانيا: القضاء على الأوبئة

من بين الأوبئة التي عانت منها ولاية بسكرة هو وباء "الليشمانياوز" وهذا من خلال تسجيلها لعدد جد معتبر للحالة المصابة به سنويا، لهذا ارتأينا أن نستدل بالإحصاءات المرتبطة به من خلال بيانات الجدول أدناه:

الجدول رقم (15): عدد المصابين بداء "الليشمانياوز" 2010 - 2018 لولاية بسكرة

السنوات	عدد الحالات المسجلة بداء الليشمانياوز
2010	2392
2011	1269
2012	1045
2013	705
2016	1123
2017	1169

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقابلة مع رئيس مصلحة الوقائية

نلاحظ من خلال الجدول تراجع ملحوظ في عدد الإصابات حيث بلغت 1169 حالة سنة 2017 مقابل 2392 حالة سنة 2010 ورجع ذلك حسب تصريح رئيس مصلحة الوقاية بالمديرية إلى السياسة الوقائية المنتهجة إضافة إلى تكاتف جهود المصالح الصحية والبلدية ومكاتب الصحة بالبلديات، غير أن افتقار قطاع الصحة لمصلحة خاصة لمجابهة هذا الوباء ومخبر للتشخيص حال دون إمكانية القضاء عليه جذريا.

المبحث الثالث: تقييم واقع السياسات الصحية في الولاية

في هذا المبحث سنتطرق فيه إلى تقييم الواقع السياسات الصحية لولاية بسكرة، حيث سنقدم النتائج والمعوقات التي توصلنا إليها، والآفاق السياسية للصحة لولاية بسكرة.

المطلب الأول: النتائج والمعوقات

أولاً: النتائج

- تجسيد سياسة فصل الطب العلاجي عن الطب الاستشفائي وذلك بإنشاء خمسة (05) مؤسسات استشفائية عامة وثلاثة (03) مؤسسات استشفائية متخصصة تسهر على تقديم خدمات جراحية واستشفائية.
- توسيع الاهتمام بالتشخيص الأولي للأمراض وتكريس مبدأ جوارية العلاج من خلال انشاء ثمانية (08) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية موزعة على 12 دائرة و42 مجمع صحي موزع على كل بلديات الولاية.
- تطور ملحوظ لمجال تدخل القطاع الخاص إذ لم يعد يقتصر على التشخيص الأولي فقط بل أصبح يقوم بالتدخلات الجراحية والإيواء للمرضى وهذا ما جعل عدد العيادات الطبية الخاصة يبلغ 513 عيادة لسنة 2018.
- ارتفاعا في عدد الهيئات الطبية والشبه طبي والذي كان متلازما مع الارتفاع في عدد الهياكل الصحية المسجلة في ذات الفترة ونسبة النمو السكاني.
- استفادة القطاع من معهد عالي لتكوين الإطارات الشبه الطبية وهذا الهيكل هو المسؤول عن تنفيذ برامج التكوين قبل وخلال المسار المهني للطواقم الشبه الطبي.
- النمو الملحوظ في نسبة الإنفاق العمومي الذي فاق نسبة 9% ما بين ميزانية 2014-2018 وهذا ما يعكس اهتمام الحكومة بالسياسة القطاعية للصحة على المستوى المحلي.
- الاهتمام بفئة الأمراض المزمنة وذلك بإنجاز داء لمرض السكري ومركز لحقن الدم.

ثانيا: المعوقات

- تأثر القطاع بالأزمة المالية لسنة 2015 وذلك بتجميد عدة مشاريع كانت مسجلة ومبرمجة قصد الاستفادة منها ولعل أهم هذه المشاريع هو مستشفى 240 سرير بغلاف مالي مقدر بـ 4.000.000.000 دج أي ما يقارب 50% من ميزانية التجهيز المخصص للقطاع خلال الفترة الممتدة ما بين 2010 إلى 2018.
- ضعف التنسيق مع القطاعات الأخرى منها قطاع السكن فيما يتعلق بتوزيع الخارطة الصحية على التجمعات السكانية خاصة الحديثة منها، وقطاع التربية في عدم تجانس الخارطة الصحية مع الخارطة المدرسية.
- التأخر في انجاز المشاريع والذي يشكل أكبر عائق قصد رفع طاقة الاستيعاب وعدد الأسرة الموجودة على مستوى الولاية وهذا ما يرهن التغطية الصحية الشاملة.
- غياب المراقبة والتقييم وعدم تطبيق الرقابة والمحاسبة بطريقة فعالية.
- قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في أغلب الأحيان وعدم تجانس حظيرتها وعجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفير قطع الغيار الخاصة بها مثل جهاز سكنار.
- انعدام التكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه انعدام أي استغلال لهذه الرموز.

المطلب الثاني: آفاق السياسات الصحية في الولاية

- ✓ التغيير الهيكلي الجديد الذي اقره قانون الصحة لسنة 2018 والمتضمن إنشاء مقاطعات صحية تخضع لنفس سلطة تسيير و التعيين عبر إقليم الولاية من شأنه أن يضفي مرونة في انتقال الموارد البشرية بين مختلف المؤسسات عكس ما هو قائم في ظل التنظيم الحالي الذي يفرض إجراءات نقل بيروقراطية .
- ✓ استلام العديد من المشاريع المتأخرة كمستشفى 60 سرير بالقنطرة ،80 سرير للأمومة والطفولة ومستشفى 240 سرير قد تسهم كثيرا في الرفع من أداء القطاع من خلال فك العزلة عن المناطق المجاورة وزيادة طاقة الاستيعاب .
- ✓ التجسيد الفعلي للمادة 196 من القانون رقم 11/18 التي نصت على منح امتيازات للممارسين المتخصصين في مناطق الجنوب يقضي على النقص المسجل بالنسبة للأطباء الأخصائيين .
- ✓ الاهتمام بالقطاع الخاص و الشبه عمومي وتنسيق الجهود مع القطاع العام وخلق آلية رقابة وهذا الاهتمام أصبح أكثر من حتمية خاصة بعد المكانة التي تحتلها العيادات الطبية الخاصة .
- ✓ هناك توسيع لاتفاقيات التوأمة بين المراكز الاستشفائية الجامعية الواقعة بالشمال والمؤسسات الاستشفائية الولائية وهذا التوسيع قد مس عدد الاتفاقيات وعدد الطاقم الطبي المسخر .
- ✓ حصول القطاع على العديد من الإمكانيات اثر عمليات التجهيز المسجلة ما يمكنه من دخول مرحلة الاستشفاء المنزلي خاصة لكبار السن و أصحاب الأمراض المزمنة.

خلاصة الفصل

في هذا الفصل تعرفنا على مديرية الصحة لولاية بسكرة من خلال هيكلها التنظيمي ومهامها، والبرامج الإصلاحية للسياسات الصحية لولاية بسكرة التي أنجزت والتي لم تنجز، معا تقيمها لتحديد النتائج والمعوقات وآفاق السياسات الصحية لولاية بسكرة.

الختامة

من خلال دراستنا لموضوع السياسة العامة الصحية للجزائر لفترة 2010-2018 دراسة حالة قطاع الصحة بولاية بسكرة، توصلنا الى النتائج التالية:

أولاً: النتائج النظرية

- الاهتمام الكبير من طرف الحكومة لتحسين واقع الصحة في الجزائر من خلال البرامج المسطرة والمنشآت القاعدية التي عرفت طفرة كبيرة من حيث الكم والنوع والزيادة في الإنفاق العمومي لم يستطع التوافق مع حجم النمو الديموغرافي والتغيرات الوبائية.
- إصلاح منظومة التكوين أثرت سلباً على التوزيع البيداغوجي للتخصصات المفتوحة على مستوى كل معهد فعلى سبيل المثال لا الحصر نجد أن طلبة الجنوب الشرقي عليهم الالتحاق بالمعهد العالي عنابة قصد التخصص في سلك القابلات .
- السياسة الصحية في الجزائر سياسة توزيعية غير متوازنة خاصة بين الشمال والجنوب وانعدامها في مناطق أخرى.
- السياسة الصحية في الجزائر هي سياسة وسائل يغلب عليها الطابع الريعي وليست سياسة أهداف فالبرامج المسجلة على مستوى القطاع تهدف إلى القضاء على العجز المسجل وليس بغية تحسين الرعاية الصحية والقضاء الجذري على الأوبئة والأمراض المزمنة.

ثانياً: نتائج الدراسة الميدانية

- تجسيد سياسة فصل الطب العلاجي عن الطب الاستشفائي وذلك بإنشاء خمسة (05) مؤسسات استشفائية عامة وثلاثة (03) مؤسسات استشفائية متخصصة تسهر على تقديم خدمات جراحية واستشفائية.
- قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في أغلب الأحيان وعدم تجانس حظيرتها وعجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفير قطع الغيار الخاصة بها مثل جهاز سكنار.
- انعدام التكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه انعدام أي استغلال لهذه الرموز.

- توسيع الاهتمام بالتشخيص الأولي للأمراض وتكريس مبدأ جوارية العلاج من خلال انشاء ثمانية (08) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية موزعة على 12 دائرة و42 مجمع صحي موزع على كل بلديات الولاية.
- التأخر في انجاز المشاريع والذي يشكل أكبر عائق قصد رفع طاقة الاستيعاب وعدد الأسرة الموجودة على مستوى الولاية وهذا ما يرهن التغطية الصحية الشاملة.
- تطور ملحوظ لمجال تدخل القطاع الخاص إذ لم يعد يقتصر على التشخيص الأولي فقط بل أصبح يقوم بالتدخلات الجراحية والإيواء للمرضى وهذا ما جعل عدد العيادات الطبية الخاصة يبلغ 513 عيادة لسنة 2018.
- النمو الملحوظ في نسبة الإنفاق العمومي الذي فاق نسبة 9% ما بين ميزانية 2014-2018 وهذا ما يعكس اهتمام الحكومة بالسياسة القطاعية للصحة على المستوى المحلي.
- تأثر القطاع بالأزمة المالية لسنة 2015 وذلك بتجميد عدة مشاريع كانت مسجلة ومبرمجة قصد الاستفادة منها ولعل أهم هذه المشاريع هو مستشفى 240 سرير بغلاف مالي مقدر بـ 4.000.000.000 دج أي ما يقارب 50% من ميزانية التجهيز المخصص للقطاع خلال الفترة الممتدة ما بين 2010 إلى 2018.

التوصيات

ما نستخلصه من خلال بحثنا هذا أن السياسة العامة الصحية كانت وليدة منظومة صحية هشة خلفها الاستعمار ونتيجة لظروف اجتماعية مزرية زادت من حدتها سرعة انتشار الأوبئة ومظاهر الفقر والجهل خاصة في المناطق الريفية، ولهذا فقد سعت الدولة الجزائرية إلى تبني سياسة الإصلاح مست جميع القطاعات الضرورية، والتي كان للصحة نصيبا كبيرا منها من خلال إقرار إلزامية التلقيح ومجانية العلاج وتمويل إنجاز الهياكل الصحية عبر مختلف مناطق الوطن، ولأنها كانت و لازالت تعتبر قطاع الصحة قطاعا سياديا، فقد تمسكت بهذا المبدأ في مواصلة تبنيها للسياسات وقوانين من شأنها تحسين أداء المنظومة الصحية والرفع من مستوى الخدمات الصحية، ولذلك نتوجه الى الجهات المعنية بالتوصيات التالية:

- المحاكاة الفعلية لبعض التجارب العالمية الناجحة كتجربة كوبا وعدم الاكتفاء باستقطاب الأطباء المختصين فقط.
- التسريع في استحداث المرصد الوطني للصحة كهيئة وطنية مكلفة بإعداد وترتيب أولويات عناصر السياسة الوطنية لصحة حسب ما أقره قانون الصحة.
- تطبيق مبدأ العدالة في توزيع المورد والبرامج وتسجيل المشاريع قصد تحقيق توازن في الخارطة الصحية على المستوى الوطني.
- الاهتمام أكثر بالصحة الوقائية وإنشاء مراكز ومخابر للبحث تكون تحت وصاية قطاع التعليم العالي للحد من تكاليف استيراد العلاج وللخروج من مبدأ الإدارة بالوسائل إلى مبدأ الإدارة بالأهداف .
- الاستثمار أكثر في المورد البشري خاصة الأطباء المتخصصين ومنح امتيازات أكثر تضاهي ما يوفره القطاع الخاص للحد من ظاهرة العزوف عن العمل في القطاع العام من خلال تجسيد ما اقره قانون الصحة الجديد في مواده 196 و197.
- على الدولة التنازل عن مبدأ سيادية القطاع الصورية وفتح المجال للاستثمار أمام الأطباء والمختصين لفتح مجتمعات طبية ومستشفيات وعدم الاكتفاء بالعيادات الصغيرة والمتوسطة خاصة في المناطق التي تعاني من نقص في التغطية الصحية .
- وعلى العموم فانه لا يمكن تحقيق سياسة صحية شاملة ومستدامة ما لم يكن هناك تنسيق وتشارك مختلف القطاعات في رسم السياسة الصحية ناهيك عن تكاتف جهود القطاع الصحي العام والخاص .

قائمة المراجع

أولاً: باللغة العربية

أ- الوثائق الرسمية:

- 1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد الأول، الصادر في 01 يناير 1974
- 2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 المؤرخ في 06 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 08، الصادر في 17 فبراير 1985.
- 3- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، مؤرخة في 20 ماي 2007.
- 4- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، مؤرخة في 20 ماي 2007.
- 5- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر في 20 مايو 2007.
- 6- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 02 ماي 2009، يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 28، مؤرخة في 10 ماي 2009.

- 7- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-122 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 17، مؤرخة في 20 مارس 2011.
- 8- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011، يؤسس النظام التعويضي للموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 26، مؤرخة في 08 ماي 2011.
- 9- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-200 المؤرخ في 24 ماي 2011، يؤسس النظام التعويضي للموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 30، مؤرخة في 01 يونيو 2011.
- 10- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 11-92 المؤرخ في 24 فبراير 2011، يحول مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي، الجريدة الرسمية، العدد 13، الصادر في 28 فبراير 2011.
- 11- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 13-194 المؤرخ في 20 ماي 2013، يتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة، الجريدة الرسمية، العدد 27، مؤرخة في 22 ماي 2013.
- 12- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 يوليو 1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادر في 16 يوليو 1997.

ب- الكتب:

- 1- أمينة سالم، صناع القرار والسياسات العامة، (مصر: المكتب العربي للمعارف 2016).
- 2- برنامج هي لدعم المرأة القيادية، مقدمة في تحليل ورسم السياسة العامة (دليل المتدربة)، (بدون ذكر البلد: النشر والتوزيع والطباعة لمركز "هي" للسياسات العامة 2015).
- 3- ثامر كامل محمد الخرجي، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة (الأردن: دار مجدلاوي 2004).
- 4- حسن أبشر الطيب، الدولة العصرية دولة مؤسسات، (القاهرة: الدار الثقافية للنشر والتوزيع 2000).
- 5- رجاء الكساب، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، (بدون ذكر بلد النشر، مكتب شمال افريقيا، بدون ذكر سنة النشر).
- 6- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، (عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع 2009).
- 7- سلوى شعراوي جمعة، إدارة شؤون الدولة والمجتمع، (القاهرة: مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة 2001).
- 8- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، (عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع 2009).
- 9- عامر بن عياد بن مناجي العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية المبادئ الأساسية، (القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية 2016).
- 10- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، (مصر: دار المعرفة الجامعية 2003).
- 11- عبد الوهاب الكيالي، موسوعة السياسة، ج3، (بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بدون سنة النشر).

- 12- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع 2008).
- 13- فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة 2001).
- 14- مها عبد اللطيف الحديثي، محمد عدنان الخفاجي، النظام السياسي والسياسة العامة، (العراق: مركز الفرات للتنمية والدراسات الإستراتيجية 2006).
- 15- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، (الأردن: الثقافة للنشر والتوزيع 2012).
- ت- الدوريات:
- 1- إيمان بن زيان، ريمة اوشن، "واقع أداء النظام الصحي دراسة تحليلية". مجلة البحث، العدد 07، 2010.
- 2- حسيني محمد العيد، "الوقاية من مخاطر الفساد في قطاع الصحة في الجزائر وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية"، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 18، جوان 2018.
- 3- دريسي أسماء، "تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعالية في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)"، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، جامعة الجزائر 03، العدد 06، 2015.
- 4- رياض بوريش، "السياسات العامة من منظور حكومي"، مجلة الحوار المتوسطي، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، العدد 5، مارس 2013.
- 5- صالح عبد الرحمن، "مقرر السياسة العامة للدولة"، مجلة مدارس الديمقراطية، بدون رقم العدد و الشهر والسنة.
- 6- علي عبد القادر، "اقتصاديات الصحة"، دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، أكتوبر 2003.

- 7- فندلي رمضان، "الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)"، مجلة دفاتر السياسة القانون، جامعة بشار (الجزائر)، العدد6، جانفي 2012.
- 8- لقمان مغراوي، "مجلة دورية دولية علمية محكمو (تعني بالدراسات والبحوث الخاصة بالعلوم السياسية والعلاقات الدولية)"، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، العدد الأول، جوان 2014.
- 9- نور الدين عياشي، "المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات"، مجلة منتدى الأستاذ، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة، الجزائر، العدد 20، جوان 2017.
- ث - الرسائل الجامعية:
- 1- ابتسام قرقاح، "دور الفواعل غير الرسمية في صنع السياسة العامة في الجزائر (1989-2009)"، مذكرة ماجستير (في العلوم السياسية، تخصص السياسة العامة والحكومات المقارنة، جامعة حاج لخضر، باتنة)، 2010-2011.
- 2- إعباسن زهية، "دور المعلومات في رسم السياسة العامة بالجزائر (دراسة حالة: السياسة الصحية من 2004 الى 2014)"، أطروحة دكتوراة (في علوم السياسية والعلاقات الدولية فرع التنظيم السياسي والإداري، جامعة الجزائر 03، الجزائر)، 2017.
- 3- أوشن ريمة، "ادارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية (دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري)"، أطروحة الدكتوراه (في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر، باتنة)، 2017/2018.
- 4- بن فرحات عبد المنعم، "انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات (دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة)"، أطروحة دكتوراه (في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة)، 2017/2018.

- 5- بولفاعة منال، "رهانات السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999-2017"، أطروحة دكتوراه، (في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، الجزائر)، 2017-2018.
- 6- جيلالي أمير، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحة في المنظومة الاستشفائية الجزائرية"، أطروحة دكتوراه (في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير تخصص التخطيط، جامعة الجزائر، الجزائر)، 2008/2009.
- 7- حسيني محمد العيد، "السياسة العامة الصحية في الجزائر (دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012)"، مذكرة ماجستير (في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة مقارنة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة)، 2012/2013.
- 8- خروبي بزاره عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف"، مذكرة ماجستير، (كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03)، 2010-2011.
- 9- دوناس حفيظة، "واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر، دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة"، مذكرة ماستر، (في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص السياسة العامة والإدارة المحلية، جامعة محمد خيضر، بسكرة)، 2013-2014.
- 10- عبد الفتاح عبادي، قيس وديني، "السياسة الصحية وأثرها على نوعية الخدمات (برنامج الصحية الجوارية بالوادي 2007/2017)"، مذكرة ماستر (في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة وإدارة محلية، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، الوادي)، 2016-2017.
- 11- علي دحمان محمد، "تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)"، مذكرة ماجستير (في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان)، 2010/2011.

12- كحيلة نبيلة، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي جيجل)"، مذكرة ماجستير (في علوم التسيير تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، قسنطينة)، 2009/2008.

13- ميلودي سعدية، "دور القطاع الخاص في رسم السياسات العامة الصحية في الجزائر (دراسة حالة: المؤسسة الاستشفائية الخاصة المغيب بعين الحجر ولاية سعيدة)"، مذكرة ماستر (في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص سياسات عامة وتنمية، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة)، 2015.

14- ناصري فوزية، "تطور السياسة الصحية في الجزائر"، مذكرة ماستر، (في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص سياسات عامة وتنمية، جامعة الدكتور مولاي طاهر، سعيدة)، 2015 - 2016.

15- نجاة صغيرو، "تقييم جودة الخدمات الصحية"، مذكرة ماجستير (في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر، باتنة)، 2012/2011.

16- نسيمه اوكادي، "السياسة الصحية في الجزائر-دراسة حالة- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل سيدي عبد القادر، ورقلة"، مذكرة ماستر (في العلوم السياسية، تخصص تنظيمات سياسية وإدارية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر)، 2014 - 2015.

17- هراوة عمر الفاروق، دهان أحمد سعيد، "السياسة الصحية في الجزائر بين الأطر التشريعية و المطالب النقابية (2012-2016)"، مذكرة ماستر (في العلوم السياسية، تخصص سياسات عامة وتنمية، جامعة جلفة، الجزائر)، 2016-2017.

ج- التقارير:

1- الجمعية العامة للأمم المتحدة، عقد دحر الملايا في البلدان النامية، لا سيما في افريقيا، ستمبير 2007.

- 2- منظمة الصحة العالمية المجلس التنفيذي المحددات الاجتماعية للصحة: حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة البرازيل، نوفمبر 2011.
 - 3- منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم (تمويل من أجل التغطية الشاملة)، 2010.
 - 4- منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم سنة 2000 (تحسين أداء النظم الصحية)، مارس 2000.
 - 5- هوغ ألدوريك، سابين فويك، سيو سيجل، كريس هام، هنا باتيل، نحو مجتمعات سكانية صحية: وضع إستراتيجيات لتحسين صحة السكان، (قطر: تقرير منتدى "ويش" بشأن المجتمعات السكانية الصحية، 2015).
- ح- المواقع الالكترونية:
- 1- منظمة الصحة العالمية، "المنظمة تشهد على خلو الجزائر والأرجنتين من الملاريا"، ماي 2019، من الموقع:
www.who.int/ar/news-room/detail/17-09-1440-algeria-and-argentina-certified-malaria-free-by-who
 - 2- محفوف نسرين، "منحت المنظمة العالمية للصحة للجزائر شهادة القضاء على وباء الملاريا"، جريدة النهار، تاريخ النشر في 2019/09/21، متحصل عليه من الموقع:
www.ennaharonline.com/?p=702785
 - 3- الشيرازي كامل، "مواجهة انتشار وباء في الجزائر"، إيلاف، تاريخ النشر في 2008/02/25، متحصل عليها من الموقع:
<https://elaph.com/Web/Health/2008/2/306984.html>
 - 4- نوال ح، "كوبا تعزيز تعاونها مع الجزائر (فتح مصلحتين لطب العيون بورقلة وبشار)"، جريدة جزائرس، تاريخ النشر يوم 2012/06/02، متحصل عليها من الموقع:
<https://www.djazairss.com/elmassa/60890>
 - 5- إذاعة باتنة الجهوية، "ماهو وباء الليشمانيا"، تاريخ النشر في 2015/12/13 متحصل عليها من الموقع :

https://ar- ar.facebook.com/permalink.php?story_fbid=957521504309635&id=241065202621939.

خ- القاموس:

1- القاموس المعتمد: قاموس "عربي-عربي"، (بيروت: دار صادر، ط2، 2000).

د- المقابلات:

1- مقابلة، عقبي محمد زين الدين، المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي بسكرة، يوم 2020/04/17.

2- مقابلة، بعجاجة أمجد، مديرية الصحة لولاية بسكرة، يوم 2020/04/20.

3- مقابلة، العايب محمد، مديرية الصحة لولاية بسكرة، يوم 2020/04/20.

ثانيا: باللغة الأجنبية:

- 1- Barbiri m. cotrelle porre. (1991), **Polique de sante et population**, in bredr au francise d. vimard patrice (ed) politique de population. Politiquie a fricaine , http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes7/divers15-2/38326.pdf.
- 2- CHRIS BEM, " **Social governance: a necessary third pillar of healthcare governance** ", JRSM jornal of the royal society of medicine, Dec 2010, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2996525/.06.01.2020>.
- 3- Pierre muller. **Les politiques publique**. Que sais je . 9 editin. Paris .2011.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	البسمة
	شكر وعران
	الإهداء
أ- ز	مقدمة
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة	
09	المبحث الأول: ماهية السياسة العامة.
09	المطلب الأول: نشأة السياسة العامة وتطورها.
10	المطلب الثاني: مفهوم السياسة العامة وخصائصها.
15	المطلب الثالث: أنواع وأبعاد السياسة العامة.
20	المبحث الثاني: السياسات العامة الصحية.
20	المطلب الأول: تعريف السياسة العامة الصحية وأهدافها.
24	المطلب الثاني: محددات السياسة العامة الصحية.
26	المطلب الثالث: مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج باتريك فافارد.
28	المبحث الثالث: النظم الصحية.
28	المطلب الأول: تعريف النظم الصحية.
29	المطلب الثاني: مكونات النظام الصحي.
31	المطلب الثالث: معايير تقييم النظام الصحي.
33	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: واقع السياسات العامة الصحية في الجزائر	
35	المبحث الأول: التطور التاريخي للسياسات العامة الصحية.
35	المطلب الأول: نشأة النظام الصحي الجزائري 1962-1974.
37	المطلب الثاني: الاهتمام الطب الوقائي ومجانية العلاج 1974-1985.
39	المطلب الثالث: مرحلة ما بعد قانون الصحة 1985-2010.
45	المبحث الثاني: سياسات إصلاح المنظومة الصحية 2010-2018.
45	المطلب الأول: منظومة التكوين وتوزيع الموارد البشرية.
49	المطلب الثاني: تطوير الهياكل القاعدية.

53	المطلب الثالث: زيادة حجم الانفاق العمومي.
56	المبحث الثالث: تحديات وتقييم عمليات إصلاح السياسات الصحية في الجزائر.
56	المطلب الأول: الخارطة الصحية.
59	المطلب الثاني: تحسين الأداء ورفع مستوى الرعاية الصحية.
64	المطلب الثالث: القضاء على الأوبئة ورفع متوسط العمر.
69	المطلب الرابع: تحديات عمليات إصلاح السياسة الصحية في الجزائر.
74	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: مديرية الصحة لولاية بسكرة	
76	المبحث الأول: مديرية الصحة لولاية بسكرة
76	المطلب الأول: نشأة وتعريف بالمديرية
77	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمديرية
78	المطلب الثالث: مهام مديرية الصحة
80	المبحث الثاني: برامج الإصلاح للسياسات الصحية في ولاية بسكرة
80	المطلب الأول: إصلاح منظومة التكوين وتوزيع الموارد البشرية
84	المطلب الثاني: الإنفاق العمومي وتطوير الهياكل القاعدية
88	المطلب الثالث: تحسين الرعاية الصحية والقضاء على الأوبئة
90	المبحث الثالث: تقييم واقع السياسات الصحية في الولاية
90	المطلب الأول: النتائج والمعوقات
92	المطلب الثاني: آفاق السياسات الصحية في الولاية
93	خلاصة الفصل.
94	الخاتمة
98	قائمة المصادر والمراجع
107	قائمة الملاحق
119	فهرس المحتويات

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
26	مراحل صنع السياسة العامة الصحية وفق نموذج البيانات.	01
30	مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته.	02
55	النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجزائر.	03
68	متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2010 الى 2018.	04
77	الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة لولاية بسكرة.	05

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
47	تطور المدارس الخاصة في الجزائر.	01
49	التوظيف الطبيين وشبه الطبيين في قطاع الصحة.	02
50	تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام.	03
47	تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع الخاص.	04
53	قوانين المالية 2010-2018	05
59	حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر من 2010-2018	06
60	تطور معدل الوفاة الأطفال في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى 2018	07
61	تطور معدل الوفاة الأطفال أقل من خمس (05) سنوات في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى 2018	08
67	متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى 2018	09
81	منظومة التكوين لولاية بسكرة.	10
82	توزيع المناصب المالية للموارد البشرية.	11
84	الإنفاق العمومي لمديرية الصحة لولاية بسكرة.	12
85	تطور الهياكل الصحية القاعدية المنجزة والغير المنجزة.	13
88	تحسين الرعاية الصحية لولاية بسكرة من 2010 إلى 2018	14
89	عدد المصابين بوباء الليشمانياوز 2010-2018 لولاية بسكرة.	15

قائمة الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
107	أسئلة المقابلة	01
108	منظمة التكوين لكل سنة حسب التخصص.	02
109	المناصب المالية للموارد البشرية من 2010 إلى 2018.	03
110	المناصب المالية لسنة 2018	04

الملاحق

الملحق رقم (01)

أسئلة المقابلة التي أجريت لجمع المعلومات اللازمة للدراسة التي نقوم بإعدادها استكمالاً للحصول على شهادة الماجستير بعنوان "السياسة العامة الصحية في الجزائر-دراسة حالة : مديرية الصحة لولاية بسكرة":

- 1- متى أنشأت مديرية الصحة لولاية بسكرة ؟
- 2- كم عدد المكونين و كيفية توزيع الموارد البشرية على قطاع الصحة ؟
- 3- كم حجم الإنفاق العمومي لمديرية الصحة لولاية بسكرة ؟
- 4- هل تمكنت مديرية الصحة على القضاء على الأوبئة مثل وباء الليشمانياوز ؟
- 5- هل تمكنت مديرية الصحة لولاية بسكرة من الرعاية الصحية للمرضى ؟
- 6- ماهية الهياكل الصحية المنجزة والغير منجزة في قطاع الصحة لولاية بسكرة ؟
- 7- ما هي الآفاق السياسية للصحة لولاية بسكرة ؟

اشراف الدكتور:

بن لمخربش أسماء

اعداد الطالب:

- حسام براحية

الملحق رقم (02)

Direction de la Santé et de la Population
 Institut National de Formation Supérieure Paramédicale Biskra
 République Algérienne Démocratique et Populaire
 Ministère De La Santé, De La Population Et De La Réforme Hospitalière

Produit de Formation par Année et par Spécialité

Années	Spécialités									
	Sages femme	Auxiliaires médicaux en anesthésie, réanimation de santé publique	Infirmiers de santé publique	Laborantins de santé publique	Manipulateurs en imagerie médicale de santé publique	Secrétaires médicaux de santé publique	Infirmiers en puériculture de santé publique	Aides Soignants de santé publique		
2010	30		58	29				148		
2011	29		85	26	22			69		
2012	38	24	179	38			30	442		
2013	47	2	108			25		116		
2014			157	30	41	30				
2015			157	30	41	30				
2016			60	30	30					
2017			83	39						
2018		19	146	37						

العهد الوطني للتكوين العالي
 بولاية بiskra
 مدير المعهد الوطني للتكوين العالي
 عتيبي محمد زين الدين

WILAYA DE BISKRA (07)

Etat des Effectifs Budgétaires du 2010 au 2018

الملحق رقم (03)

Rubriques	catégorie de personnel	Effectifs Budgétaires 2010	Effectifs Budgétaires 2011	Effectifs Budgétaires 2012	Effectifs Budgétaires 2013	Effectifs Budgétaires 2014	Effectifs Budgétaires 2015	Effectifs Budgétaires 2016	Effectifs Budgétaires 2017	Effectifs Budgétaires 2018
1	personnel administratif	331	396	423	435	450	464	467	464	464
2	praticiens spécialistes + (principaux et chefs)	189	215	245	205	205	230	264	304	304
4	Medecins Généralistes + (principaux et chefs)	430	506	555	556	591	632	634	634	687
5	Pharmaciens	15	17	21	21	23	40	45	45	53
6	Chirgien-Dentistes + (principal et chefs)	106	115	130	131	135	150	145	145	163
7	personnel paramédical + sage femme + amar	2188	3000	3225	3345	3374	3520	3699	4110	4153
8	Biologiste catigorie 1 et 2	0	0	11	18	29	42	52	52	88
9	psychologues	52	56	57	62	71	77	82	82	96
TOTAL		3311	4305	4667	4773	4878	5155	5388	5836	6008

الملحق رقم (04)

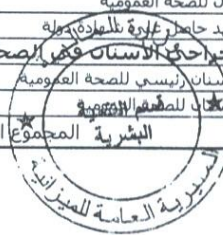
المؤسسات العمومية الإستشفائية
Etablissements Publics Hôpitaliers
المؤسسات الإستشفائية المتخصصة
Etablissements Hôpitaliers Spécialisés
المؤسسات العمومية لصحة الجوارية

جدول التعداد المالي المعدل

المناصب المالية Postes Budgétaires							السنة : 2018
المجموع	البويرة	البلية	بشار	بسكرة	بجاية	مناصب العمل	رقم الترتيب
سلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية							
62 /	5	33	5	3	16	رتبة ممارس متخصص رئيس (Chef)	1.01
374 /	54	207	26	43	44	رتبة ممارس متخصص رئيسي (Principal)	1.02
1331 /	326	333	202	258	212	رتبة ممارس متخصص مساعد (Assistant)	1.03
سلك الصيدالة المتخصصين في الصحة العمومية							
0 /						رتبة صيدلي متخصص رئيس (Chef)	1.04
0 /						رتبة صيدلي متخصص رئيسي (Principal)	1.05
0 /						رتبة صيدلي متخصص مساعد (Assistant)	1.06
سلك الجراحين الأسنان المتخصصين في الصحة العمومية							
0 /						رتبة جراح أسنان متخصص رئيس (Chef)	1.07
5 /		4	1			رتبة جراح أسنان متخصص رئيسي (Principal)	1.08
10 /		8	2			رتبة جراح أسنان متخصص مساعد (Assistant)	1.09
1782 /	385	685	236	304	272	المجموع الفرعي 1	
سلك الطبيين العامون في الصحة العمومية							
438 /	59	181	40	63	95	رتبة طبيب عام رئيس (Chef)	1.10
587 /	81	155	50	101	122	رتبة طبيب عام رئيسي (Principal)	1.11
1846 /	348	364	247	493	393	رتبة طبيب عام	1.12
سلك الصيدالة العامون في الصحة العمومية							
0 /						رتبة صيدلي عام رئيس (Chef)	1.13
10 /	1	3		5	1	رتبة صيدلي عام رئيسي (Principal)	1.14
167 /	28	36	21	48	24	رتبة صيدلي عام	1.15
سلك جراحي الأسنان العامون في الصحة العمومية							
187 /	31	93	5	17	41	رتبة جراح أسنان عام رئيس (Chef)	1.16
151 /	22	37	13	27	52	رتبة جراح أسنان عام رئيسي (Principal)	1.17
449 /	78	100	56	118	97	رتبة جراح أسنان	1.18
3804 /	648	969	438	902	847	المجموع الفرعي 2	
سلك الطبيين المفتشون في الصحة العمومية							
0 /						رتبة طبيب مفتش رئيس في الصحة العمومية	1.19
0 /						رتبة طبيب مفتش في الصحة العمومية	1.20
سلك الصيدالة المفتشون في الصحة العمومية							
0 /						رتبة صيدلي مفتش رئيس في الصحة العمومية	1.21
0 /						رتبة صيدلي مفتش في الصحة العمومية	1.22
سلك جراحي الأسنان المفتشون في الصحة العمومية							
0 /						رتبة جراح أسنان مفتش رئيس في الصحة العمومية	1.23
0 /						رتبة جراح أسنان مفتش في الصحة العمومية	1.24
0 /	0	0	0	0	0	المجموع الفرعي 3	



رقم الترتيب	مناصب العمل	بجاية	بسكره	بشار	البلدية	البويرة	المجموع
سلك النفسانيين العياديين في الصحة العمومية							
2.01	رتبة دكتور، أخصائي ممتاز للصحة العمومية	5	3	7	7	1	23
2.02	رتبة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية	17	39	13	31	12	112
2.03	رتبة نفساني عيادي للصحة العمومية	58	53	51	74	45	281
سلك النفسانيين في التصحيح التعبير اللغوي في الصحة العمومية							
2.04	رتبة نفساني في تصحيح التعبير اللغوي ممتاز للصحة العمومية				1		1
2.05	رتبة نفساني في تصحيح التعبير اللغوي رئيسي للصحة العمومية	2			2	2	6
2.06	رتبة نفساني في تصحيح التعبير اللغوي للصحة العمومية	14		4	29	7	54
2.07	رتبة نفساني في التوجيه المدرسي				1		1
	المجموع الفرعي 4	96	50	75	145	57	473
سلك الملحقين بالمخبر في الصحة العمومية							
2.08	رتبة ملحق بالمخبر في الصحة العمومية	21	2	10	47	9	89
سلك البيولوجيون في الصحة العمومية							
2.09	رتبة بيولوجي رئيس في الصحة العمومية					1	1
2.10	رتبة بيولوجي رئيسي في الصحة العمومية	1		3	2	1	7
2.11	رتبة بيولوجي في الصحة العمومية الدرجة 02	62	48	82	69	37	298
2.12	رتبة بيولوجي في الصحة العمومية الدرجة 01	76	38	50	57	44	265
	المجموع الفرعي 5	160	88	145	175	92	660
سلك الفيزيائيين الطبيين في الصحة العمومية							
2.13	رتبة فيزيائي طبي رئيس في الصحة العمومية						0
2.14	رتبة فيزيائي طبي رئيسي في الصحة العمومية			20	7		27
2.15	رتبة فيزيائي طبي في الصحة العمومية						
	المجموع الفرعي 6	0	0	20	8	0	28
سلك أعوان الطبيين في التخدير والإنعاش في الصحة العمومية							
3.01	رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش ممتاز في الصحة العمومية						0
3.02	رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش للصحة العمومية	23	21	24	23	20	121
3.03	رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش رئيسي	33	54	30	19	45	181
3.04	رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش	16	33	15	41	23	128
سلك الأساتذة في التخدير والإنعاش في الصحة العمومية							
3.05	رتبة أستاذ طبي في التخدير والإنعاش						0
	المجموع الفرعي 7	72	118	69	83	88	430
شعبة العلاج							
سلك مساعدي التمريض في الصحة العمومية							
3.06	رتبة مساعد التمريض رئيسي للصحة العمومية	58	140	204	71	79	552
3.07	رتبة مساعد التمريض للصحة العمومية	812	1433	599	582	745	4171
سلك أعوان رعاية المواليد في الصحة العمومية							
3.08	رتبة عون رعاية الأطفال رئيسي للصحة العمومية						0
3.09	رتبة عون رعاية الأطفال للصحة العمومية				1	1	2
3.10	رتبة عون رعاية المواليد حاصل على شهادة مهنية						0
سلك مساعدي جراح الأسنان في الصحة العمومية							
3.11	رتبة مساعد جراح الأسنان رئيسي للصحة العمومية						0
3.12	رتبة مساعد جراح الأسنان للصحة العمومية البشرية						0
	المجموع الفرعي 8-1	870	1573	803	654	825	4725



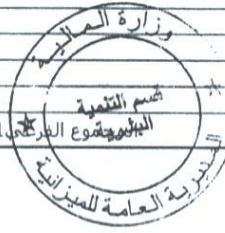
رقم الترتيب	مناصب العمل	بجاية	بسكرة	بشار	البلدية	البويرة	المجموع
سلك الممرضين في الصحة العمومية							
3.13	رتبة ممرض ممتاز في الصحة العمومية	21	47	34	48	26	176 ✓
3.14	رتبة ممرض متخصص في الصحة العمومية	307	638	287	582	504	2318 ✓
3.15	رتبة ممرض للصحة العمومية	531	643	412	358	561	2505 ✓
3.16	رتبة ممرض حاصل على شهادة الدولة	189	105	108	147	102	651 ✓
3.17	رتبة ممرض في العلاجات الممارسة في قاعة الجراحة ح ش ذ						0 ✓
3.18	رتبة ممرض في العلاجات الأمراض العقلية ح ش ذ						0 ✓
3.19	رتبة ممرض مؤهل (في طريق الزوال)	19	10	24	6	5	64 ✓
شعبة إعادة التأهيل والتكيف							
سلك المختصين في التغذية في الصحة العمومية							
3.20	رتبة مختص في التغذية ممتاز للصحة العمومية						0 ✓
3.21	رتبة مختص في التغذية متخصص للصحة العمومية	5	6	1	1	1	14 ✓
3.22	رتبة مختص في التغذية للصحة العمومية	4	4	5	2	4	19 ✓
3.23	رتبة مختص في التغذية حاصل على شهادة الدولة						0 ✓
3.24	رتبة مختص في التغذية مؤهل (في طريق الزوال)						0 ✓
سلك مرممي الأسنان في الصحة العمومية							
3.25	رتبة مرمم الأسنان ممتاز للصحة العمومية		3	3	2		8 ✓
3.26	رتبة مرمم الأسنان متخصص للصحة العمومية	1	2	5	5		13 ✓
3.27	رتبة مرمم الأسنان للصحة العمومية			3	2		5 ✓
3.28	رتبة مرمم الأسنان حاصل على شهادة الدولة	4		1			5 ✓
3.29	رتبة مرمم الأسنان مؤهل (في طريق الزوال)			1	2		3 ✓
سلك المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي في الصحة العمومية							
3.30	رتبة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي ممتاز للصحة العمومية				1		1 ✓
3.31	رتبة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي متخصص للصحة العمومية	7	5	5	3	2	22 ✓
3.32	رتبة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية	25	15	17	7	12	76 ✓
3.33	رتبة مدلك طبي حاصل على شهادة الدولة						0 ✓
3.34	رتبة مدلك طبي مؤهل (في طريق الزوال)						0 ✓
سلك مختصين في الصحة العمومية							
3.35	رتبة بصارتي نظارتي ممتاز لنصحة العمومية						0 ✓
3.36	رتبة بصارتي نظارتي متخصص للصحة العمومية						0 ✓
3.37	رتبة بصارتي نظارتي للصحة العمومية						0 ✓
3.38	رتبة بصارتي نظارتي حاصل على شهادة الدولة						0 ✓
3.39	رتبة بصارتي نظارتي مؤهل (في طريق الزوال)						0 ✓
سلك مقيمو البصر في الصحة العمومية							
3.40	رتبة مقيم البصر ممتاز للصحة العمومية						0 ✓
3.41	رتبة مقيم البصر متخصص للصحة العمومية						0 ✓
3.42	رتبة مقيم البصر للصحة العمومية						0 ✓
3.43	رتبة مختص في قياس البصر						0 ✓
سلك المداوون بالعمل في الصحة العمومية							
3.44	رتبة مداوي بالعمل ممتاز للصحة العمومية		1				1 ✓
3.45	رتبة مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية			1	1		2 ✓
3.46	رتبة مداوي بالعمل للصحة العمومية	2	3		3	1	9 ✓
3.47	رتبة مداوي بالعمل حاصل على شهادة الدولة						0 ✓
سلك مقيمو الأعضاء الإصطناعية في الصحة العمومية							
3.48	رتبة مقيم الأعضاء الإصطناعية ممتاز للصحة العمومية						0 ✓
3.49	رتبة مقيم الأعضاء الإصطناعية متخصص للصحة العمومية						0 ✓
3.50	رتبة مقيم الأعضاء الإصطناعية للصحة العمومية		4		4		8 ✓
	المجموع الفرعي 2-8	1120	1485	907	1170	1218	5900



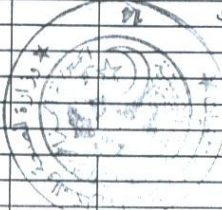
رقم الترتيب	مناصب العمل	بجاية	بسكرة	بشار	البليدة	البويرة	المجموع
سلك مقومو الحركة النفسية في الصحة العمومية							
3.51	رتبة مقوم الحركة النفسية ممتاز للصحة العمومية						0
3.52	رتبة مقوم الحركة النفسية متخصص للصحة العمومية						0
3.53	رتبة مقوم الحركة النفسية للصحة العمومية	2					2
سلك مطببو القدم في الصحة العمومية							
3.54	رتبة مطبب القدم ممتاز للصحة العمومية						0
3.55	رتبة مطبب القدم متخصص للصحة العمومية						0
3.56	رتبة مطبب القدم للصحة العمومية						0
سلك مقومو السمع في الصحة العمومية							
3.57	رتبة مقوم السمع ممتاز للصحة العمومية						0
3.58	رتبة مقوم السمع متخصص للصحة العمومية						0
3.59	رتبة مقوم السمع للصحة العمومية						0
المجموع الفرعي: 3-9							
2		0	0	0	0	0	2
شعبة الطب التقني							
سلك مشغلو أجهزة التصوير الطبي في الصحة العمومية							
3.60	رتبة مشغل أجهزة التصوير الطبي ممتاز للصحة العمومية	7	5	4	11	10	37
3.61	رتبة مشغل أجهزة التصوير الطبي متخصص للصحة العمومية	45	50	25	53	42	215
3.62	رتبة مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية	99	123	79	114	64	479
3.63	رتبة مشغل أجهزة الأشعة حاصل على شهادة الدولة	13				1	14
3.64	رتبة مشغل أجهزة الأشعة مؤهل (في طريق الروال)	1					1
سلك المختبريين في الصحة العمومية							
3.65	رتبة مخبري ممتاز للصحة العمومية	4	11	4	13	7	39
3.66	رتبة مخبري متخصص للصحة العمومية	37	130	48	82	66	363
3.67	رتبة مخبري للصحة العمومية	109	163	81	98	88	639
3.68	رتبة مخبري حاصل على شهادة الدولة	5	4	1			10
3.69	رتبة مخبري مؤهل (في طريق الروال)			1			1
سلك محضرو الصيدلة في الصحة العمومية							
3.70	رتبة محضر في الصيدلة ممتاز للصحة العمومية						0
3.71	رتبة محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية	17	15	2	3	10	47
3.72	رتبة محضر في الصيدلة للصحة العمومية	1	4	3	1	3	12
3.73	رتبة محضر في الصيدلة حاصل على شهادة الدولة			2			2
3.74	رتبة محضر في الصيدلة مؤهل (في طريق الروال)						0
سلك المختصين في حفظ الصحة في الصحة العمومية							
3.75	رتبة مختص في حفظ الصحة ممتاز للصحة العمومية	4	10	4	6	5	29
3.76	رتبة مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية	38	8	5	11	25	87
3.77	رتبة مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية	5	1	3	1		10
3.78	رتبة عون التطهير حاصل على شهادة الدولة			1			1
3.79	رتبة عون التطهير مؤهل (في طريق الروال)						0
شعبة الطب الإجتماعي							
سلك المساعدون الإجتماعيون في الصحة العمومية							
3.80	رتبة مساعدا إجتماعية رتبة للصحة العمومية						0
3.81	رتبة مساعدا إجتماعية متخصصة للصحة العمومية	5	18	4	9	2	38
3.82	رتبة مساعدا إجتماعية للصحة العمومية	3	9	7	6	3	28
3.83	رتبة مساعدا إجتماعية حاصل على شهادة الدولة			1		2	3
3.84	رتبة مساعدا إجتماعية مؤهلة (في طريق الروال)						0
المجموع الفرعي: 4-8							
1957		393	551	276	409	328	1957



رقم الترتيب	مناصب العمل	بحاية	بسكرة	بشار	البليدة	البويرة	المجموع
سلك المساعدين الطبيين في الصحة العمومية							
3.85	رتبة مساعد طبي رئيسي للصحة العمومية			1	2		3
3.86	رتبة مساعد طبي رئيسي للصحة العمومية	17	23	8	14	11	73
3.87	رتبة مساعد طبي للصحة العمومية	6	45	37	14	23	125
3.88	رتبة أمين طبي حاصل على شهادة الدولة						0
3.89	رتبة أمين طبي مؤهلة (في طريق الزوال)						0
سلك أساتذة التعليم الشبه الطبي							
3.90	رتبة مفتش بيداغوجي شبه طبي						0
3.91	رتبة أستاذ التعليم شبه طبي						0
	المجموع الفرعي 5-8	23	68	46	30	34	201
	المجموع الفرعي 8	2408	3677	2032	2263	2405	12785
سلك قابلات في الصحة العمومية							
3.92	رتبة قابلة رئيسة في الصحة العمومية						0
3.93	رتبة قابلة متخصصة في الصحة العمومية						0
3.94	رتبة قابلة في الصحة العمومية	28	35	43	38	21	165
3.95	رتبة قابلة رئيسة	127	244	58	98	108	635
3.96	رتبة قابلة (في طريق الزوال)	53	79	23	67	66	288
3.97	رتبة مربي متخصص رئيسي						0
3.98	رتبة مربي متخصص						0
3.99	رتبة مربي						0
4.00	رتبة مربي الأنشطة البدنية والرياضية						0
	المجموع الفرعي 9	208	358	124	203	195	1088
شعبة الإدارة العامة							
سلك متصرفو مصالح الصحة							
4.01	رتبة رؤساء متصرفي مصالح الصحة			3	5	3	19
4.02	رتبة المتصرفون الرئيسيون لمصالح الصحة	18	18	6	23	42	107
4.03	رتبة متصرفون مصالح الصحة	3	2		2	1	8
	المجموع الفرعي 10	27	23	8	30	46	134
سلك المتصرفين							
4.05	رتبة متصرف مستشار			4	1	3	8
4.06	رتبة متصرف رئيسي	9	14	30	24	19	96
4.07	رتبة متصرف محلل	2	6	13	8	5	34
4.08	رتبة متصرف	85	71	101	127	89	473
4.09	رتبة مساعد متصرف	6	6	3	11	23	49
سلك ملحقي الإدارة							
4.10	رتبة ملحق رئيسي لإدارة	54	24	56	83	29	246
4.11	رتبة ملحق لإدارة	42	56	65	82	37	282
سلك أعوان الإدارة							
4.12	رتبة عون إدارة رئيسي	49	28	52	93	23	245
4.13	رتبة عون إدارة	59	66	91	95	36	347
4.14	رتبة عون مكتب	30	12	34	54	11	141
سلك الكتاب							
4.15	رتبة كاتب مديرية رئيسي	5	1	3	15	2	26
4.16	رتبة كاتب مديرية	23	1	22	13	17	76
4.17	رتبة كاتب	16	4	21	30	20	91
4.18	رتبة عون الحفظ البيانات	16	72	38	5	24	211
	المجموع الفرعي 11-1	396	365	530	696	338	2325



رقم الترتيب	مناصب العمل	بحابة	بسكرة	بشار	البلدية	البويرة	المجموع
سلك محاسبي الإدارة							
4.19	رتبة محاسب إداري رئيسي	9	3	10	31	10	63
4.20	رتبة محاسب إداري	11	12	18	15	8	64
4.21	رتبة عون محاسب						0
4.22	رتبة مساعد محاسب إداري (في طريق الزوال)		2				2
شعبة الترجمة							
سلك المترجمين							
4.23	رتبة مترجم رئيس						0
4.24	رتبة مترجم رئيسي						0
4.25	رتبة مترجم متخصص			1			0
4.26	رتبة مترجم		1				2
شعبة الإعلام الآلي							
سلك المهندسين في الإعلام الآلي							
4.27	رتبة مهندس رئيس						0
4.28	رتبة مهندس رئيسي			4	1		5
4.29	رتبة مهندس دولة	12		11	10	6	51
4.30	رتبة مساعد مهندس مستوى 2		4	4		1	9
4.31	رتبة مساعد مهندس مستوى 1	31	34	12	22	30	129
4.32	رتبة مهندس تطبيقي						0
سلك التقنيين							
4.33	رتبة تقني سامي			32	61	37	205
4.34	رتبة تقني		8	7	5	16	54
سلك المعاوين التقنيين							
4.35	رتبة معاون تقني (في طريق الزوال)	10		8	1	1	20
سلك أعوان التقنيين							
4.36	رتبة عون تقني (في طريق الزوال)		4				4
شعبة الإحصاء							
4.37	رتبة مهندس رئيس						0
4.38	رتبة مهندس رئيسي						0
4.39	رتبة مهندس دولة	1			2	3	6
4.40	رتبة مساعد مهندس مستوى 2						0
4.41	رتبة مساعد مهندس مستوى 1					1	1
4.42	رتبة مهندس دولة في الصناعة وترقية الإستثمارات						0
4.43	رتبة مهندس تطبيقي (في طريق الزوال)						0
4.44	رتبة مهندس معماري رئيسي						0
4.45	رتبة مهندس معماري			2	11	1	14
4.46	رتبة مهندس دولة في السكن و العمران						0
سلك التقنيين							
4.47	رتبة تقني سامي				2		2
4.48	رتبة تقني سامي في السكن و العمران						0
4.49	رتبة تقني						0
سلك المعاوين التقنيين							
4.50	رتبة معاون تقني (في طريق الزوال)						0
سلك الأعوان التقنيين							
4.51	رتبة عون تقني (في طريق الزوال)						0
شعبة التوثيق والأرشيف							
سلك موظفي أمناء المحفوظات							
4.52	رتبة رئيس وثائقيين أمناء محفوظات						0
4.53	رتبة وثائقي أمين محفوظات رئيسي			1	1	1	3
4.54	رتبة وثائقي أمين محفوظات مكلف			1			3
4.55	رتبة وثائقي أمين محفوظات			9	6	8	36
	المجموع الفرعي 2-11	125	131	124	169	124	673



رقم الترتيب	مناصب العمل	بحاية	بسكرة	بشار	البليدة	البويرة	المجموع
سلك مساعدي في الوثائق والمحفوظات							
4.56	رتبة مساعد وثائقي أمين محفوظات رئيسي			1			1
4.57	رتبة مساعد وثائقي أمين محفوظات	2		2			6
سلك أعوان التقنيين في الوثائق والمحفوظات							
4.58	رتبة عون تقني في الوثائق والمحفوظات (في طريق الزوال)						0
شعبة المختبر والصيانة (في طريق الزوال)							
سلك المهندسين							
4.59	رتبة مهندس رئيسي						0
4.60	رتبة مهندس رئيسي		4	2		1	7
4.61	رتبة مهندس دولة		2	2			5
4.62	رتبة مساعد مهندس مستوى 2				1	1	2
4.63	رتبة مساعد مهندس مستوى 1		6			1	11
4.64	رتبة مهندس تطبيقي (في طريق الزوال)						0
سلك التقنيين							
4.65	رتبة تقني سامي		2		4	2	9
4.66	رتبة تقني				1	3	4
سلك معاونين التقنيين							
4.67	رتبة معاون تقني						0
سلك أعوان التقنيين							
4.68	رتبة عون تقني						0
سلك الأعوان							
4.69	رتبة عون						0
سلك المحللين الإقتصاديين							
4.70	رتبة محلل إقتصادي رئيس						0
4.71	رتبة محلل إقتصادي رئيسي						0
4.72	رتبة محلل إقتصادي						0
3043	المجموع الفرعي 11	470	874	661	510	528	
سلك المهنيين في طريق الزوال							
5.01	رتبة عامل مهني خارج الصنف	58	63	20	18	23	182
5.02	رتبة عامل مهني الصنف 01	44	337	47	87	73	588
5.03	رتبة عامل مهني الصنف 02	154	69	60	110	143	536
5.04	رتبة عامل مهني الصنف 03		4		2	1	7
5.05	رتبة سائقو الصنف 01	24	30	9	28	46	137
5.06	رتبة سائقو الصنف 02	4	6		17	2	29
5.07	رتبة حاجب رئيسي					1	1
5.08	رتبة حاجب						0
5.09	رتبة منظفات						0
1480	المجموع الفرعي 12	284	509	136	262	289	
25712	المجموع رواتب الموظفين العلميين والدراسيون البشرية	4680	5844	3944	6337	4907	



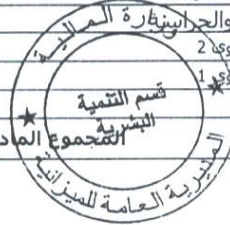
المادة 2: الموظفون الأجانب

رقم الترتيب	مناصب العمن	بجاية	بسكرة	بشار	البليدة	البويرة	المجموع
6.01	رتبة ممارس متخصص رئيس أجنبي (Chef)						0
6.02	رتبة ممارس متخصص رئيسي أجنبي (Principal)						0
6.03	رتبة ممارس متخصص مساعد أجنبي (Assistant)		1	1			2
6.04	رتبة طبيب عام أجنبي			35	2		37
6.05	رتبة جراح أسنان عام أجنبي						0
6.06	رتبة شبه طبي أجنبي						0
6.07	رتبة متصرف رئيسي لمصالح الصحة اجنبي						0
6.08	رتبة مترجم أجنبي						0
6.09	رتبة طباخ أجنبي						0
	المجموع الفرعي1	0	1	36	2	0	39

الباب 4 - الموظفون المتعاقدون

المادة 1 - الموظفون المتعاقدون بالتوقيت الكامل

رقم الترتيب	مناصب العمل	بجاية	بسكرة	بشار	البليدة	البويرة	المجموع
وظيفة العمال المهنيين							
7.01	رتبة عامل مهني من المستوى 4						0
7.02	رتبة عامل مهني من المستوى 3	4		9	6	1	20
7.03	رتبة عامل مهني من المستوى 2	2	3	25	21	13	64
7.04	عامل مهني من المستوى 1	203	205	882	642	111	2043
وظيفة أعوان الخدمات							
7.05	رتبة عون الخدمة من المستوى 3	4		4			8
7.06	رتبة عون الخدمة من المستوى 2	6		23		18	47
7.07	رتبة عون الخدمة من المستوى 1	69		44	217	43	373
وظيفة سائقي السيارات ورؤساء الحظيرة							
7.08	رتبة سائق السيارات من المستوى 3						0
7.09	رتبة سائق السيارات من المستوى 2	8	6	41	7	44	106
7.10	رتبة سائق السيارات من المستوى 1	61	114	44	73	44	336
وظيفة أعوان الوقاية والحراسة							
7.11	رتبة عون الوقاية من المستوى 2	4	5	2	11	5	27
7.12	رتبة عون الوقاية من المستوى 1	102	123	27	38	79	369
7.13	رتبة الحراس	20	131	170	67	87	475
	المجموع المادة 1	483	587	1271	1082	445	3868



المادة 2 - الموظفون المتعاقدون بالتوقيت الجزئي

رقم الترتيب	مناصب العمل	بجاية	بسكرة	بشار	البليدة	البويرة	المجموع
8.01	رتبة عامل مهني من المستوى 1	86	450	153	717	209	1615
8.02	رتبة عون الخدمة من المستوى 1	47	91	10	407	25	580
8.03	رتبة الحراس		4	18		27	49
8.04	رتبة سائق السيارات من المستوى 1		2	5		6	13
8.05	رتبة سائق السيارات من المستوى 2					2	2
8.06	رتبة عامل مهني من المستوى 2						0
8.07	رتبة عون الخدمة من المستوى 2						0
8.08	رتبة عون الخدمة من المستوى 3						0
8.09	رتبة عون الوقاية والأمن من المستوى 2						0
8.10	رتبة عون الوقاية من المستوى 1						0
8.11	رتبة عامل مهني من المستوى 3						0
8.12	رتبة عامل مهني من المستوى 4						0
8.13	رتبة سائق السيارات من المستوى 3						0
	المجموع المادة 2	133	547	186	1124	269	2259
	مجموع الموظفون المتعاقدون	616	1134	1457	2206	714	6127
	قسم التنمية البشرية مجموع لعام للولايات	5523	7472	5437	8052	5394	31878



ملخص الدراسة:

انطلاقاً من أن السياسات العامة الصحية هي مجموعة من البرامج والقوانين والتشريعات التي تهدف إلى تنظيم وتطوير قطاع الصحة، فقد سعت الجزائر إلى تبني سياسات عامة رامية للقضاء على الأوبئة المنتشرة، منتهجة سياسة مجانية العلاج وإلزامية التلقيح مع توسيع الخارطة الصحية خارج المدن الكبرى بإنشاء مؤسسات استشفائية ومراكز صحية قصد تعميم العلاج وتقريبه من المواطن، وعلى غرار العديد من ولايات الوطن يستمر قطاع الصحة في بسكرة بالتدهور رغم بعض الإنجازات المحتشمة؛ وهذا يعود إلى قصور السياسة العامة الصحية من جهة التشريع في القمة والتنفيذ عبر السلم الإداري التنازلي.

Abstract:

Based on the fact that public health policies are a set of programs, laws and legislations that aim to organize and develop the health sector, Algeria has sought to adopt public policies aimed at eliminating spreading epidemics, pursuing a policy of free treatment and compulsory vaccination while expanding the health map outside major cities by establishing hospital institutions and centers. The health sector in Biskra continues to deteriorate, despite some modest accomplishments, and bring it closer to the citizen. This is due to the deficiency of the public health policy in terms of legislation at the top and implementation through the descending administrative ladder.