

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة -
كلية الآداب و العلوم الإجتماعية و الإنسانية
قسم علم الاجتماع

أهمية إصلاح المستشفيات في تحقيق التنمية الإجتماعية

مذكرة مكملة للنيل منها تحت إشراف اللجنة الوطنية في علم الاجتماع
- تخصص علم اجتماع التنمية -

إشراف الدكتور:
أ.د نصر الدين جابر

إعداد الطالبة:
حنان مراد

أعضاء لجنة المناقشة

أ.د عبد العالي دبله	أستاذ تعليم عالي	بسكرة	رئيسا
أ.د نصر الدين جابر	أستاذ تعليم عالي	بسكرة	مشرفا
د. نصر الدين زمام	أستاذ محاضر	بسكرة	عضوا مناقشا
د. مصطفى عوفي	أستاذ تعليم عالي	باتنة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2006 - 2007م

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرس الأشكال و الجداول

الصفحة	عنوان الشكل	م الشكل
53	درجات الصحة	01
65	الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي بسكرة	02
67	نموذج عن الهيكل التنظيمي الإداري لمستشفى عام	03
120	مسار النهج التعاقدية في الجزائر	04
	عنوان الجدول	رقم الجدول
85	تطور معدل الأطباء في المؤسسات الصحية الجزائرية خلال الفترة (1973- 1962)	1
90	تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات خلال الفترة (2002-1985)	2
90	معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في الجزائر مقارنة مع الدول المجاورة خلال فترة (2002-2001)	3
91	تطور متوسط عمر الفرد في الجزائر مقارنة خلال الفترة (2002-1985)	4
92	متوسط عمر الفرد في الجزائر مقارنة مع الدول المجاورة خلال الفترة (2002-2001)	5
93	الوضعية الوبائية للأمراض المراقبة بواسطة التلقيح خلال الفترة (2002-1990)	6
93	تطور الإصابة بمرض السل في الجزائر خلال الفترة (2002-1990)	7
94	الأمراض المتنقلة الأخرى خلال الفترة (2002-1990)	8
94	تطور الأمراض المتنقلة الأخرى خلال الفترة (2002-1990)	9
107	نسبة تمويل الضمان الإجتماعي للصحة العامة (1978-1974)	10
122	تطور نسبة تغطية القاعدة الصحية خلال الفترة (2010-2001)	11
123	تطور نسبة تغطية الأسرة الإستشفائية خلال الفترة (2010-1990)	12
140	معدل عدد المواطنين المترددين على الهياكل الصحية خلال سنة 2006	13
141	كيفية اختيار العينة و حجمها	14
173	فئات العمر للأفراد المبحوثين	15
174	الجنس للأفراد المبحوثين	16
175	الحالة المدنية للأفراد المبحوثين	17
176	المستوى التعليمي للأفراد المبحوثين	18
177	طبيعة الحي الذي يقيم فيه المبحوث	19
178	نوع السكن الذي يقيم فيه المبحوث	20
179	عدد الغرف في المنزل الذي يقيم فيه المبحوث	21
180	نوع الأسرة التي ينتمي إليها المبحوث	22
181	عدد أفراد أسرة المبحوث	23
182	رأي المبحوث حول ما إذا كان يشكو من مرض معين	24
182	نوع المرض الذي يشكو منه المستجوب	25

183	مقدرة المبحوث على توفير مصاريف التداوي	26
184	يوضح إنتماء المبحوث لأي صندوق من صناديق الضمان الإجتماعي	27
185	يوضح إنتماء المبحوث مسجل في قوائم المعوزين في حالة عد الخراطة في أي صندوق	28
186	رأي المبحوث حول وسيلة الإعلام التي تستحوذ على اهتمامه	29
187	رأي المبحوثين حول نوعية البرامج التي يتابعونها	30
188	رأي المبحوثين حول إطلاعهم على طبيعة الإصلاحات المزمع تطبيقها في قطاع الصحة و الأهداف الرامية إليها.	31
189	رأي المبحوثين حول إذا ما كانت الإصلاحات المزمع تطبيقها في صالح المواطن أم لا	32
190	رأي المبحوثين حول أن الهياكل الصحية المتوفرة في مدينة بسكرة كافية لتقديم خدماتها لكافة مواطنيها	33
191	رأي المبحوثين حول تقييم مستوى الخدمات التي يتلقونها في الهياكل الصحية	34
192	رأي المبحوثين حول السبب في نقص مستوى الخدمات الصحية المقدمة في الهياكل الصحية	35
193	رأي المبحوثين حول الصعوبات التي تواجههم في تبقي الخدمات مدة في المؤسسات الصحية	36
194	رأي المبحوثين حول سبب الصعوبات التي قد يواجهونها في المؤسسات	37
195	رأي المبحوثين حول أي المستشفيات يفضل الخاصة أو العامة	38
197	رأي المبحوثين حول الطريقة المثلى للتنقل للمستشفى	39
198	رأي المبحوثين حول الحالات التي ينتقلون فيها إلى المستشفى	40
199	رأي المبحوثين حول إذا ماكانوا يذهبون إلى الطبيب أو يتداوى بالأعشاب في الحالات غير الحرجة	41
200	التخصصات التي يرى المبحوث بأنها كافية، غير كافية،منعدمة	42
201	رأي المبحوثين حول توفر أو عدم توفر الأدوية على مستوى المؤسسات الصحية التي يتعاملون معها	43
202	رأي المبحوثين في حالة توفر الأدوية على مستوى المؤسسات الصحية هل تتوفر كل الأدوية أو بعضها	44
203	رأي المبحوثين حول حصولهم على الدواء من الصيدلية الأولى أم يترددون على عدد من الصيدليات	45
204	رأي المبحوثين إذا كانوا يضطرون لإقتناء الدواء من خارج البلاد	46
204	رأي المبحوثين إذا كانوا يجدون صعوبة في فهم الطريقة التي يوصف لهم الدواء بها.	47
205	رأي المبحوثين حول تكلفة الدواء بالنسبة لهم	48
206	رأي المبحوثين إذا كانوا يضطرون لشراء الدواء على حساب مصاريف أخرى	49
207	رأي المبحوثين حول نوعية الأدوية التي يفضلون إقتناءها المحلية أو المستوردة	50

فهرس المواضيع

الصفحة

المواضيع

إهداء

شكر وتقدير

فهرس الأشكال و الجداول

9-1	مقدمة:
5-4	أولاً: تحديد الإشكالية و تساؤلاتها:
6	ثانياً: أهمية و أهداف الدراسة:
7	ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع:
9-8	رابعاً: المفاهيم الرئيسة للدراسة:
49-13	الفصل الأول: ماهية التنمية الإجتماعية
	تمهيد
20-13	أولاً: مفهوم التنمية الإجتماعية:
23-20	ثانياً: عناصر التنمية الإجتماعية:
24-23	ثالثاً: ركائز التنمية الإجتماعية:
25-24	رابعاً: مجالات التنمية الإجتماعية:
27-26	خامساً: أهداف و أهمية التنمية الإجتماعية:
36-27	سادساً: معوقات التنمية الإجتماعية:
48-37	سابعاً: التنمية (مفهومها، ركائزها، منطلقاتها):
49	خلاصة:
97-53	الفصل الثاني: السياسات الصحية الوطنية (الجزائر)
	تمهيد
59-53	أولاً: الصحة:
70-59	ثانياً: المؤسسة الصحية:
71-70	ثالثاً: التخطيط الصحي:
75-72	رابعاً: السياسات الصحية الوطنية:
80-75	خامساً: الخدمات الصحية:
83-80	سادساً: علاقة مؤسسة الضمان الإجتماعي بمؤسسات القطاع الصحي:
88-83	سابعاً: السياسة الجزائرية في تسيير قطاع الصحة العمومي من 1962 إلى 2001:
96-88	ثامناً: الأداء الصحي في الجزائر قبل سياسة إصلاح المستشفيات:
97	خلاصة:

الفصل الثالث: سياسة اصلاح المستشفيات في الجزائر 131-101.....

تمهيد.....

أولاً: أسس المشروع الجزائري في اصلاح المستشفيات..... 103-101

ثانياً: النمط التعاقدى كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر..... 112-103

ثالثاً: مسار النهج التعاقدى في الجزائر..... 120-113

رابعاً: المشاريع الصحية المسطرة إلى غاية 2010..... 123-121

خامساً: السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي..... 130-123

131 خلاصة.....

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة 159-135.....

تمهيد.....

أولاً: مجالات الدراسة..... 146-135

1- المجال المكاني للدراسة..... 135

2- المجال الزماني للدراسة..... 136-135

3- المجال البشري للدراسة..... 136

ثانياً: الإجراءات المنهجية..... 146-137

1- منهج الدراسة..... 139-137

2- وصف عينة الدراسة و كيفية اختيارها..... 141-139

3- أدوات جمع البيانات..... 146-141

ثالثاً: الدراسات السابقة..... 159-147

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة الميدانية 211-162.....

أولاً: عرض نتائج المقابلات..... 172-162

ثانياً: عرض نتائج الاستبيان و تفسيرها..... 207-173

1- وصف عينة الدراسة..... 190-173

2- مناقشة نتائج التساؤل الأول..... 195-190

3- مناقشة نتائج التساؤل الثاني..... 201-195

4- مناقشة نتائج التساؤل الثالث..... 207-201

ثالثاً: الإستنتاج العام للدراسة..... 211-208

1- الإجابة عن تساؤلات الدراسة..... 211-208

2- التوصيات و الإقتراحات..... 211

خاتمة 213-212.....**المراجع** 220-215.....

ملخص الدراسة.....

الملاحق.....

لاتزال التنمية من أهمية القضايا التي تعنى بالإهتمام و الدراسة من طرف الباحثين و الدارسين في مختلف التخصصات و الميادين العلمية، نظرا لما يمكن أن تقدمه للذين بإمكانهم تحقيقها. على هذا الأساس كانت كل الدراسات والبحوث التي عالجت هذه المسألة متنوعة بتنوع المجالات التي تمسها هذه الأخيرة سواء كانت سياسية، إقتصادية، ثقافية واجتماعية، و موسعة بحسب توسع هذه المجالات و تشعب محتوياتها من سياسات و مخططات و مؤسسات و موارد طبيعية و بشرية و مادية. و من هذا المنطق نجد تلك الصلة المباشرة بين التنمية و الوجه الآخر العاكس لها، و بصورة مباشرة هو المجتمع، الذي لا يزال لحد الساعة يبحث عن مخرج له من كل تلك المشكلات و الأزمات التي يتعرض لها خاصة في الدول النامية، أين نجده يدور في عدة حلقات باحثا عن حلقة مفقودة و هي حلقة التنمية الشاملة، و ما يمكن أن تقدمه من ارتقاء اقتصادي و تكنولوجي و ثقافي للمجتمع بصفة عامة و الفرد بصفة خاصة.

إن أهم المشاريع و الخدمات التي يمكن أن تقدمها التنمية للفرد موفرة على حسب الظروف والمعطيات التي يعيشها هذا الأخير، بصفة شاملة تتضمن تغيرات بنائية في المجتمع أكثر من إهتمامها بإستثارة النمو الإقتصادي فقط.

كما تهتم بمتطلبات المواطن وإحتياجاته وإستغلال الموارد لتحقيق رفاهية الجميع كما تركز على التخطيط و بناء المؤسسة لخدمة المواطنين و تفعيل العمل على إشراكهم و تعاونهم مع بعض للوصول إلى تحقيق التنمية المطلوبة ، وهي نفسها مبادئ التنمية الشاملة⁽¹⁾ فالعالم اليوم يشهد نموا تنظيميا واسع النطاق فرضته التطورات و التغيرات الإقتصادية و السياسية التي شملت المجتمعات الحديثة و تعقد الحياة فيها مما فرض إقامة سياسات و استراتيجيات حديثة تواجه الظروف المتغيرة و الجديدة، فكل قطاع أو مؤسسة أهدافها المحددة و المتباينة لتحقيق و بلوغ التنمية. هذا بالإضافة إلى تشعب مفهوم التنمية لدرجة يصعب فيها الوصول لإتفاق عام حوله بين المهتمين به.

فالإختلاف يتعدى ذلك ليصيب شمولية التعريف ذاته و ماهي حدوده و متضمناته، و من ثم جاءت السياسات التنموية لمختلف الدول متباينة أشد التباين، تبعا لتنوع مجالات التنظير فكرا أو عملا. و التنمية لكي تكون ناجحة لا ينبغي أن تقتصر على الجانب الإقتصادي، لذا تهتم كل دول العالم بتنظيم مجتمعاتها، و حياتها الإقتصادية و محاولة تنميتها، و إيصال كل المشاريع و البرامج لكافة أفراد المجتمع في أقصى نقطة من أراضيها لتكون الإستفادة عامة، خاصة على الصعيد الإقتصادي.

(1) محمد السيد فهمي، تقويم برامج المجتمعات الجديدة ، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1999 ص ص 61

و الجزائر كغيرها من الدول، يعاني قطاعها الصحي من عدة مشكلات، و تعرض لعدة هزات أحيطت عمل كل الخطط و السياسات التي سطرت و برمجت للنهوض به و التي كانت منوعة حسب تنوع الأنظمة السياسية و الإقتصادية التي مرت بها الدولة منذ استقلالها لحد الساعة.

هذا التنوع في السياسات و في الإتجاهات و ما أفرزه من تغيرات أثر على سيرورة العمل داخل هذا القطاع الإستراتيجي، و غير عدة مرات قرارات تسييره و تنظيمه، لكن هذا لم يعطي أي نتيجة، فمازالت مؤسساتنا الصحية تعاني خاصة المستشفيات.

و عليه فقد أصبح من الضروري إعادة النظر في الإستراتيجية الشاملة في القطاعات و المؤسسات الجزائرية، خاصة المستشفيات التي أصبحت تواجه تحديات و متطلبات عديدة، في سياق توجهات جديدة ضمن إقتصاد السوق، الذي يتطلب ديناميكية دائمة و استقلالية و تنافس شديدين في مجال تقديم الخدمة الفعالة، لاسيما و أن عملية التنمية لا تتحقق إلا من خلال وجود تناسق بين أهدافها و عناصر تنميتها و هذا مع تزايد الطلب على الخدمة العمومية في المجتمع الجزائري خاصة في المجال الصحي. و نظرا للتحويلات الجذرية التي إتجهت إليها الجزائر في السنوات الأخيرة فقد تعرض هذا القطاع إلى عملية إعادة إصلاحه و ترتيبه من جديد.

و من خلال هذه الدراسة و بإتباعنا للمنهج الوصفي سنحاول ابراز أهم مضامين السياسة الهادفة إلى إصلاح المستشفيات و الوقوف على أثرها و دورها في تحقيق التنمية الإجتماعية في الجزائر، و في مدينة بسكرة كنموذج للدراسة و ذلك وفقا للخطوات الآتية. الجانب النظري: نحاول من خلاله الإلمام بتغيرات الدراسة من الناحية النظرية و قد جاء في ثلاثة فصول وفقا للخطة الآتية:

في البداية يتم التطرق إلى الإطار المنهجي للدراسة و ما يضمه من مقدمة كطرح عام لموضوع الدراسة و الإشكالية مع توضيح أهمية هذه الدراسة و أسباب اختيارها و أهدافها، و المفاهيم الرئيسية التي دارت حولها إشكالية الدراسة و هذا بغية توضيح المعالم الرئيسية التي تتضمنها حدود الدراسة.

الفصل الأول: حيث يتناول ماهية التنمية الإجتماعية من خلال مجموعة من التعريفات قصد الوقوف على مختلف الإتجاهات و الإختلافات التي تعرض لها هذا المفهوم و تحليل و تمييز مختلف جوانبه، ثم علاقتها بالمفاهيم الإجتماعية الأخرى و توضيح مبادئها و عناصرها و القواعد و الأسس التي تنهض عليها، مجالاتها و مختلف نماذجها و الإشارة إلى مفهوم التنمية بجميع جوانبها و تعريفاتها بشيء من التفصيل. **الفصل الثاني:** تضمن سياسة صحية في الجزائر ابتداء من الصحة و تعريفاتها و علاقتها بالتنمية من خلال تجارب عالمية و العراقيل أو المثبطات التي قد تقف في وجه هذه العلاقة، كما يتطرق إلى المؤسسات الصحية و التركيز على المستشفى بإعتباره الطرف الرئيسي في عملية الإصلاح هذه والمسؤول الأول عنها، التطرق إلى الضمان الإجتماعي بإعتباره المسؤول أيضا عن سائر العملية و قد تم التركيز على السياسة الجزائرية في تسيير قطاع الصحة العمومي عبر مراحل تاريخية متتالية من 1962 إلى 2003.

الفصل الثالث: و هو عرض لأسس المشروع الجزائري في اصلاح المستشفيات، النمط التعاقد كإساس إصلاح المستشفيات في الجزائر و التطرق إلى التجربة الفرنسية في هذا المجال و أخيرا مسار النهج التعاقد في الجزائر.

الفصل الرابع: و فيه تم تحديد الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث تحديد مجالاتها، المكاني، الزماني و البشري، سبب إختيار هذا المجال و المنهج المستخدم و أدوات جمع البيانات للمقابلة، استبيان، ملاحظة دون مشاركة، إحصائيات تقارير رسمية، الأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس: يتناول عرض نتائج الدراسة و تفسيرها من خلال وصف لعينة الدراسة و مناقشة نتائج تساؤلات ثم الإستنتاج العام و عرض نتائج الدراسة، الإقتراحات و التوصيات و البدائل الممكنة و أخيرا الخاتمة.

أولاً: تحديد الإشكالية:

لقد أصبحت قضية التنمية الشغل الشاغل لأي دارس أو باحث، فرجل الاقتصاد يتناولها بالبحث للخروج بأهم الأساليب و الخطط الاقتصادية التي يمكن من خلالها الوصول إلى تحقيق الرفاهية المبتغاة و هذا تعرفه بالتنمية الاقتصادية.

ورجل السياسة يراعاها غاية و هذا لتحقيق الإستقرار داخل أي مجتمع و تحقيق الوعي و التكامل كذلك مشاركة الأفراد في الحياة السياسية و هذه هي التنمية السياسية.

أما عالم الإجتماع فيحاول الوقوف على الجانب الآخر و المهم لها و هو الجانب الإجتماعي لأن أهم منطلقات التنمية و ركائزها تنعكس على هذا الجانب و تؤثر فيه بصورة مباشرة.

فالإهتمام بالجوانب الاقتصادية و السياسية و حده لا يكفي للنهوض بأي مجتمع من المجتمعات، بل لابد من مراعات الجوانب الإجتماعية حيث تعمل هذه الأخيرة جنبا إلى جنب مع العوامل الاقتصادية و السياسية لتحقيق تنمية شاملة.

فالتنمية الإجتماعية ضرورة ملحة للنهوض بكل قطاعات المجتمع و لايمكن الفصل بينها و بين التنمية الاقتصادية لأنهما وجهان لعملة واحدة كل منهما تكمل الأخرى بشكل من الأشكال و تدعمها و نتائج كل منهما في صالح الأخرى.

نتائج التنمية الاقتصادية تسهل عمل التنمية الإجتماعية كذلك مخرجات التنمية الإجتماعية من أيدي عاملة فعالة يعطي فرص نجاح أكبر لعملية التنمية الاقتصادية.

و لما كانت التنمية الإجتماعية أحد أبعاد التنمية الشاملة فقط أصبح الإهتمام بها في تزايد مستمر من يوم لآخر و حددت لها أهداف و برامج و أهم أهدافها هو العمل على تحقيق مستويات معيشية و صحية ملائمة للأفراد و الجماعات، ورفاهية تماشى و قدراتهم و احتياجاتهم في ظل الوضع الإجتماعي و الإقتصادي السائد.

وبما أن للتنمية الإجتماعية أبعادها الخاصة بها أيضا و التي من أهمها (الصحة، التعليم و السكن) فقد تم تركيزنا من خلال هذا البحث على البعد الأول و هو الصحة لعلاقتها بالتنمية الإجتماعية خاصة و التنمية الشاملة عموما.

فالصحة تحتل مكانة هامة في عملية التنمية و تعد هدفا مهما نظرا لقدرات الإنسان الممكنة في جميع المجالات و الصحة الجيدة تعطي للفرد كذلك قدرة على بذل جهد أكبر و العمل لوقت أطول و هذه العوامل تساعد على زيادة الإنتاج و هذا تؤكد العلاقة السببية التبادلية بين الصحة و التنمية.

وفي بلدنا الجزائر و نظرا للتحويلات التي عرفتتها في العشرة الأخيرة على الصعيد السياسي و الإجتماعي، الإقتصادي كذلك التغير الذي عرفه العالم من ثنائية القطب إلى أحادية القطب.

دفع بها إلى انتهاج النظام الرأسمالي و بالتالي سياسة اقتصاد السوق، حيث أن هذا التغيير المفاجئ أدى إلى اضطرابات على المستوى الإداري و السياسي و الإجتماعي و نتيجة لذلك عرفت بلادنا متغيرات سياسية في مجال الصحة تبلورات في عدة قوانين وإصلاحات.

و هذا على إمتداد عدة فترات و عليه فقد حددت أهداف تنمائية مع هذه التحولات و أساسها البحث عن ميكانيزمات من أجل إصلاح المستشفيات و تنمية المنظومة الصحية.

و نظرا للتوجهات السياسية في مجال الصحة في هذه الفترة (المرحلة) و المتمثلة في اصلاح المستشفيات فقد تم تغيير اسم " وزارة الصحة" إلى " وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات" منذ سنة 2002.

فالتغيرات الأساسية المتعلقة بتحسين الأحوال الصحية يتعلق بضرورة إجراء تغييرات شاملة لرفع المستوى المادي لحياة السكان و تحسين الظروف المعيشية و إنشاء المؤسسات الصحية. بالإضافة إلى نشر الثقافة الصحية، حيث يتهياً للسكان الإسهام بوعي وإرادة في التنمية الإجتماعية و الإقتصادية، إنطلاقاً من أن صحة المواطن تعد أحد الشروط الأساسية في نجاح عملية التنمية الشاملة. و بما أن الصحة تعتبر أحد الأبعاد الهامة للتنمية و هذا ما ذهب إليه علماء الإجتماع و الإقتصاد كما سبق الذكر، إذ يرون أن الصحة تحتل مكانة بارزة في مجال التنمية، حتى أن رجال الإقتصاد أكدوا على ضرورة الإستثمار في المجال الصحي.

و من خلال هذه الدراسة سوف نحاول الوقوف على المجهودات التي بذلت و تبذل في هذا القطاع الحساس (قطاع الصحة) و دوره الفعال في تحقيق التنمية الإجتماعية من خلال تنمية المستوى الصحي للمواطن و ذلك بالتركيز على السياسة الحالية و المتمثلة في اصلاح المستشفيات و كيف تساهم في تحقيق تنمية إجتماعية فعالة من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- ما هي إسهامات سياسة إصلاح المستشفيات في تحقيق تنمية إجتماعية؟
- هذه الإشكالية التي تنبثق عنها جملة من التساؤلات و التي سيتم الإجابة عنها من خلال سير البحث و هي :
- هل يعمل إصلاح المستشفيات على ترقية التكفل الطبي و الجراحي بالحالات المرضية؟
- هل يؤدي إصلاح المستشفيات إلى تطوير العلاجات القاعدية و المحافظة على القطاع العمومي و تحسين مردوبيته؟
- هل يساهم إصلاح المستشفيات في توفير الأدوية من خلال تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات و المواد الصيدلانية و ضمان توفير المواد الضرورية.

ثانياً: أهمية و أهداف الدراسة:

- الحاجة إلى إجراء دراسات نابعة من واقعنا الإجتماعي، و تمس جميع الفئات من خلال محاولة الكشف عن الطرق التي تسمح للوصول إلى تنمية حقيقية، مع التركيز على جانب الصحة.
- التعرف على طبيعة هذه السياسة بالوقوف و التعرف على طريقة إنطلاقها، سياسة بديلة أو مكملة أم سياسة لتصحيح هفوات و نقائص.
- محاولة التوصل إلى معرفة أهم السبل التي تحقق لنا التنمية، و كيفية تفعيلها عن طريق عدة مجالات أهمها الصحة و علاقتها المباشرة بالفرد.
- الإثراء في المواضيع ذات القيمة العلمية و الفائدة الإجتماعية، خاصة تلك المتعلقة بالسياسات الإستراتيجية التي تسيير مؤسساتنا بكل أنواعها، و كيفية الإستفادة منها مستقبلاً.
- الإضافة و لو بجزء بسيط للدراسات السابقة التي تناولت موضوع الصحة و علاقة المباشرة بالتنمية، من خلال توجيه الموضوع نحو زوايا أخرى، و بوجهة نظر جديدة و مغايرة.
- التعرف على أهم السبل التي يمكن من خلالها الإستفادة و الإستثمار الأفضل لأهم الموارد بكل أنواعها لتحقيق التنمية المبتغاة، خاصة المورد البشري، من خلال متابعة كيفية توظيفه داخل هذه المؤسسة (المستشفيات) و للإستفادة منه بإعتباره الثروة الحقيقية لتنمية أي مجتمع.

ثالثا: أسباب اختيار الموضوع:

- نظرا لجدية الموضوع، و لمعالجته لإشكالية تمس الفرد و المجتمع بصورة مباشرة، خاصة وأن هذا الأخير هو الهدف الأساسي للتنمية الإجتماعية و الموجه لها.
- الوقوف على حقيقة هذه الإصلاحات، هل وضعت من أجل التغيير الجذري و محاولة إيجاد مخرج للأزمة التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر، أم هي مجرد اصلاحات مؤقتة تزول مع الوقت و كثرة العراقيل التي قد تتعرض لها.
- عدم التوصل إلى إيجاد سياسات واضحة لإصلاح المستشفيات و إن وجدت فهي سياسات سد ثغرات و ذات حلول مؤقتة أدت هي ذاتها إلى مرض القطاع الصحي.
- محاولة تناول الموضوع من وجهة نظر سوسبولوجية، من خلال فهم و تفسير السياسات و الإصلاحات المطبقة في إطار المجتمع الذي تصاغ ضمنه.
- إلقاء الضوء على التوجه الجديد للدولة الجزائرية في رسم السياسات و الإصلاحات الخاصة بتسيير مؤسساتها و السرعة في تطبيقها، و ما يمكن أن ينجر عنه من نتائج إيجابية و سلبية.

رابعاً: المفاهيم الرئيسية للدراسة:

تحتاج كل دراسة إلى ضبط المفاهيم الأساسية التي تعبر بصورة دقيقة على فحوى البحث، لذا يجب عدم إهمالها، مهما كان تخصص البحث، خاصة في البحوث الاجتماعية وهذا لإزالة الغموض واللبس عن هذه المفاهيم.

التنمية الاجتماعية:

هي عملية تغيير حضاري تتناول أفاقاً واسعة من المشروعات التي تهدف إلى خدمة الإنسان وتوفير الحاجات المتصلة بعمله ونشاطه ورفع مستواه الصحي والثقافي والفكري والروحي باستخدام الطاقات البشرية⁽¹⁾.

وهي أسلوب للتغيير الاجتماعي المخطط في المجتمعات المحلية، إذا كان تناولها منذ البداية مدركاً للأهداف التي تسعى إلى تحقيقها باعتبارها عملية شاملة ومتكاملة تتضمن تغيرات بنائية في المجتمع نفسه أكثر من إهتمامها بإستثارة النمو الإقتصادي فقط⁽²⁾.

نقلا عن حسن ابراهيم عيد، دراسات في التنمية والتخطيط الاجتماعي إذن فالتنمية الاجتماعية هي عملية تحدث من خلالها العديد من التغيرات تحدث من خلال مشاركة أفراد المجتمع كالتعليم، الصحة والسكن، حيث تهتم بتعليم أفراد المجتمع والإهتمام بصحتهم وتوفير السكن اللائق ورعايتهم من أجل تحسين نوعية المورد البشري حاضراً ومستقبلاً، كي يكون هذا الأخير أداة فاعلة في إحداث التنمية الإقتصادية، السياسية والاجتماعية والتنمية الاجتماعية من الناحية الصحية تتمثل في ضرورة إستفادة المواطنين من الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية وإعدادهم للمحافظة على صحتهم ودفع الوعي الصحي قدماً من خلال مشاركتهم في فهم المشكلات في فهم المشكلات الصحية والعمل على إيجاد حلول لها.

الضمان الاجتماعي:

رغم الغموض الذي يكتنف هذا المفهوم فإن الضمان يشير إلى الحماية والتحرر من الخوف، لهذا يرى البعض أن الضمان الاجتماعي هو ضمان الدخل أي مجموعة التدابير التي تتخذها الدولة لتضمن للبعض أو الجميع ليكون مطابقاً للتأمين، الاجتماعي، ليشمل ضمان الدخل والخدمات الصحية والخدمات التنموية التي تقدم في حالات الكوارث والحوادث.

ويرتبط الضمان الاجتماعي سواء في نطاق تطبيقه أو في فئات المستفيدين منه أو قيمة المساعدات بطبيعة كل مجتمع وما يمر به من حالات وظروف اجتماعية وإقتصادية وسياسية. وتبني الدولة لهذا النظام تدخلاً منها لمواجهة مخاطر الشيخوخة والأمراض ورعاية الأومومة والطفولة والبطالة والحوادث والأمراض المهنية والعجز والوفاة واليتم والترمل وغيرها من الحالات التي توجب التكفل.

النظام التعاقدى:

هو نظام أعتد من طرف الدولة كبديل للتسيير وتمويل قطاع الصحة العمومية بموجب القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادى الثانية عام 1412 و الموافق لـ 18 ديسمبر سنة 1991م المتضمن قانون المالية المعتمد على قراءات الدراسات السابقة، اتجه المشروع الجزائري إلى نظام تمويل آخر يركز على أسلوب الإتفاق، وقد جاء في المادة 175 منه " يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كلياته عن طريق التنظيم". وهذا بهدف إعادة ترتيب كليات تمويل وتسيير الهياكل الصحية العمومية من أجل ترشيد التكلفة وتحسين الخدمات للعلاج وهو ما يعني إعادة النظر في أسلوب التمويل الجزائري.

(1) قوت القلوب محمد فريد، تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية (استراتيجيات، مهارات، أدوار)، القاهرة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة ط1 2000، ص 161.

(2) Parvis, Richard, the social development concept (C.S.W), A,PM,WU,1980,P2.

نقلا عن حسن ابراهيم عيد، دراسات في التنمية والتخطيط الاجتماعي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1984، ص ص، 78-81.

المستشفى:

مرفق عمومي يتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلالية المالية، و هو جزء من النظام الإجتماعي الصحي المتكامل يعمل على تأمين الخدمات الصحية الشاملة للمجتمع من الناحية العلاجية و الوقائية ويشمل عيادات خارجية تقدم خدماتها للمواطنين بالقرب من مقر سكناهم، كما يعتبر مركز لتدريب الكوادر الصحية و لإجراء البحوث الطبية.

تمهيد:

باعتبار أن هذا البحث يتمحور أساسا حول هدف معين سعيا وراء تحقيقه نظرا لأهمية و هو التنمية الإجتماعية التي من خلالها تندرج سلسلة التنمية المترابطة من تنمية اقتصادية، سياسية، ثقافية... و يعتبر مصطلح التنمية الإجتماعية أحد المفاهيم الرئيسية للبحث و نظرا لتعدد الآراء و التعريف التي تناولها المفكرون الإجتماعيون حول هذا المفهوم، كذلك تداخله مع مفاهيم أخرى خاصة التنمية التي لا يكاد الفصل بينهما.

و إضافة إلى تعدد أغراض المفهوم يتطلب تخصص فصل للتنمية الإجتماعية تحدد فيه أهم ما ورد في ذكر هذا المفهوم بصورة عامة وصولا إلى تحديده بصفة خاصة. دون إهمال التطرق إلى أهم عناصره و مرتكزاته أيضا مجالاته وصولا إلى أهدافه التي تبرز من خلالها أهميته و أخيرا معوقاته و إضافة إلى مفهوم التنمية تم التركيز على المصطلح الأساسي الآخر في العملية و هو التنمية و لو كان هذا بشكل من الإيجاز.

التنمية الإجتماعية:

أولاً: مفهوم التنمية الإجتماعية:

إن مفهوم التنمية الإجتماعية من المفاهيم الفضفاضة، لذلك كثرت تعريفاتها واختلطت في بعض الأحيان مع مفاهيم سوسيولوجية أخرى.

و يختلف المفكرون السوسيولوجيون في تحديد مفهوم التنمية الإجتماعية كل وفق تخصصه فيعرفها البعض بأنها عملية توافق اجتماعي، و يعرفها آخرون بأنها تنمية طاقات الفرد إلى أقصى حد مستطاع، أو بأنها إشباع الحاجات الإجتماعية للإنسان للوصول بالفرد إلى المستوى الذي يرضاه من المعيشة أو عملية تغير موجه يتحقق عن طريقها إشباع الإحتياجات إلى غير ذلك من التعريفات... الخ و على صفا نجد أن التنمية الإجتماعية تتعامل مع كافة إحتياجات الإنسان فيما عدا الإحتياجات الإقتصادية حيث تختص بها التنمية الإقتصادية⁽¹⁾.

ظهر مفهوم التنمية الإجتماعية سنة 1944 في تقرير عن التربية الجماهيرية في بريطانيا، و تقوم الفكرة الأساسية في هذا التقرير، على أن الإهتمام بالنسق القومي يجب أن يكون منطلقاً من الإهتمام بأنساق المجتمع المحلي، و ذلك من خلال تعليم أبناء هذه المجتمعات و تنمية قدراتهم على توجيه مسارات التغير الإجتماعي و الإقتصادي.

(Ernest witt و مفهوم التنمية الإجتماعية ليس حديثاً في جوهره كما ذهب إلى ذلك (أرنست وبت الجديد هو محاولة تطبيق هذا المفهوم في علاج بعض المشكلات في الدول النامية⁽²⁾).

ويمكن أن يعبر عن التنمية الإجتماعية على أنها التغير الحضاري المقصود و المخطط، و الذي يتناول كل جوانب الحياة المادية و البشرية في إطار المجتمع القومي، و كذا كل ما يتصل بالعادات و التقاليد و أنماط السلوك التي تحكم إتجاهات الأفراد في سبيل رفع المستوى الإجتماعي لمقابلة الإحتياجات المتوقعة و المتزايدة للجماعات و الأفراد في ظل إيديولوجية تترجم آمال الأمة، و تحاول لأن تصور ما يجب أن يكون عليه مستقبلها في كل الميادين.

و عند التطرق إلى عرض تعاريف للتنمية الإجتماعية يمكن الفصل بينها و ترتيبها وفق للإختصاصات و ذلك حسب تخصص كل من الإداريين و المصلحين الإجتماعيين و رجال الدين وكذلك المعنيين بالعلوم السياسية و الإقتصادية كل وفق وجهة نظره فنجد:

1- مفهوم التنمية الإجتماعية حسب التخصصات :

يخلص مؤتمر القادة الإداريين الذي عقد بالقاهرة في الفترة ما بين 04 فيفري إلى 02 مارس مفهوم إن التنمية الإجتماعية لدى بعض المنشغلين بالعلوم الإنسانية « التنمية الإجتماعية في العبارات التالية: الإجتماعية في تحقيق التوافق لدى أفراد المجتمع بما يعنيه هذا التوافق من إشباع بيولوجي و نفسي . « واجتماعي

الوصول بالإنسان إلى حد أدنى لمستوى » و لدى المعنيين بالعلوم السياسية و الإقتصادية هي المعيشة لا ينبغي أن ينزل عنه بإعتباره حقا لكل مواطن تلتزم به الدولة، و تعززه الجهود الأهلية لتحقيق . « كفاءة استخدام الإمكانيات المتاحة بالحلول الذاتية

(1) سميرة كامل محمد، التنمية الإجتماعية (مفاهيم أساسية – رؤية واقعية)، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث ب ت ص 13.

(2) عبد العزيز العايش، دور علم الاجتماع في تنمية بلدان العالم الثالث (حالة الجزائر)، أطروحة دكتوراه في علم اجتماع التنمية (غير منشورة)، جامعة الجزائر قسنطينة 2002 – 2003 ، ص ص 42 – 43.

توفير التعليم و الصحة و المسكن الملائم و « و لدى المصلحين الاجتماعيين تعني التنمية الاجتماعية العمل المناسب لقدرات الإنسان، و الدخل الذي يوفر له إحتياجاته، و كذلك الأمن و التأمين الاجتماعي و الترويج المجدي، و القضاء على الإستغلال، و العمل على تكافؤ الفرص و الإنتفاع بالخدمات الصحية و الشيء المميز لهذا التعريف صور ربطه بين الجانبين الاجتماعي و الإقتصادي «الإجتماعية عموما كهدف مشترك لدى التنمية الاجتماعية بعكس التعريف الذي سبقه، والذي ركز على الجانب الإقتصادي و المادي دون سواه.

الحفاظ على كرامة الإنسان و تحقيق العدالة وقيام « أما عند رجال الدين فتعني التنمية الاجتماعية التعاون على كافة المستويات و التأكيد على المشاركة، في كل ما يتصل بحياة الإنسان و مستقبله (1) و الواضح من خلال هذا التعريف هو تركيز كل مختص على مجاله فهنا نلاحظ ربط التنمية الاجتماعية بالجانب الثقافي و العقيد للفرد و التأكيد على المشاركة في الحياة حاضرا و مستقبلا و إضافة إلى مفهوم التنمية الاجتماعية حسب التخصصات نجد تعريفات بعض العلماء لها مثل:

عاطف غيث:

التحريك العملي المخطط لمجموعة من لعمليات الاجتماعية و الإقتصادية من خلال « يعرفها على أنها إيدولوجية معينة، لتحقيق التغيير المستهدف من أجل الإنتقال من حالة غير مرغوب فيها إلى حالة مرغوب فيها (2).

عبد المنعم شوقي:

ذلك الكل المعقد من الإجراءات و العمليات المثالية و المستمرة التي يقوم بها الإنسان « يعرفها

للتحكم بقدر ما في متضمنات واتجاهات التغيير الثقافي أو الحضاري في مجتمع من المجتمعات، وكذا سرعته بهدف اشباع حاجاته (3).

و من خلال التعريفين السابقين فإن الدكتورين رغم تعريفيهما المختلفين إلا أنهما ركزا على نقطتين أساسيتين و هما أن التنمية الاجتماعية تستهدف التغيير و بالتالي فهي عملية مقصودة و النقطة الثانية أن هذا التغيير من وضع مرغوب فيه إذ وضع أفضل مجتمع معين إلى تغيير إيجابي مجدي.

فيليب روب:

يمكن التاريخ لإنطلاق دراسات التنمية الاجتماعية لدى المنشغلين بعلم الاجتماع في الفكر السوسيولوجي المعاصر اعتبارا من الدراسة الشهيرة التي أخرجها بعنوان (المدخل إلى تنمية المجتمع عام 1955).

و تقدم هذه النظرية على بيان أوجه الخلاف بين لتنمية الاجتماعية و بين التغيير الاجتماعي بوجه عام فالتغيير الاجتماعي هو حدوث تحولات إجتماعية في أي اتجاه، بينما التنمية الاجتماعية تتمثل في إحداث تكيف مقصود مع الظروف المتغيرة، أو هي التغيير العمدي لهذه الظروف.

و في هذا التعريف فإن العالم يبرز الفرق بين مصطلحي التغيير الاجتماعي و التنمية الاجتماعية أكثر منه تعريف للتنمية الاجتماعية.

لوري نيلسون و زملائه :

(إلى أن التنمية RAMSY ، رامزي VERNER ، فرنر L.NILSON يذهب (لوري نيلسون هي العملية الهادفة التي تؤدي إلى تنمية الوعي و الإعتماد المتبادل بين المواطنين « الاجتماعية « و تنمية قدراتهم على تحمل المسؤولية و مواجهة مشكلاتهم

و هي بهذا المعنى عملية تفاعلية و تعاونية بين أفراد المجتمع الواحد تتضمن استخدام مناهج ديناميكية لإستحداث بناء يجمع بين الفكر و العمل، و يمكن من خلال هذه الإجراءات أن يصبح المجتمع مخططا و ناجحا.

(1) عبد الرحيم تمام أبو كشية، دراسات في علم اجتماع التنمية، الإسكندرية المكتب الجامعي الحديث الأزاربطية 2003 ص ص 41 – 42.

(2) عبد الهادي محمد والي، التنمية الاجتماعية، الإسكندرية : دار المعارف 1988 ، ص ص 57 ، 58.

(3) عبد الرحيم تمام أبو كرشة، مرجع سابق ص 43.

محي الدين صابر:

أسلوب حديث للعمل الاجتماعي يقوم على إحداث تغيير حضاري في طريقة التفكير والعمل والحياة « عن طريق إثارة وعي البيئة المحلية بهذا الأسلوب إن لم يكن ذلك الوعي قائما... و بدعوة وأعضاء البيئة المحلية جميعهم إلى المشاركة في التفكير و الإعداد و التنفيذ بالنسبة للمشروعات البرامج الإنمائية

ريتشارد وارد:

منهج علمي وواقعي لدراسة، وتوجيه نمو المجتمع من النواحي « يرى أن التنمية الاجتماعية المختلفة، مع التركيز على الجانب الإنساني منه، و ذلك بهدف إحداث الترابط و التكامل بين مكونات المجتمع

وفيق أشرف حسونة:

عملية إحداث سلسلة من التغييرات الوظيفية و الهيكلية اللازمة لنمو « يعرف التنمية الاجتماعية المجتمع في بيئته، وذلك بزيادة قدرة أفرادها على استغلال الطاقة المتاحة للمجتمع إلى أقصى حد ممكن، و « بطريقة تحقق أهدافه

هيجز:

حاول بعض الكتاب ربط التنمية الاجتماعية بالتنمية الاقتصادية بشكل مباشر على اعتبار أن الأولى تتضمن الثانية، و معظم هؤلاء اقتصاديون من بينهم هيجز حيث يعرف التنمية الاجتماعية على أنها عملية استثمار إنساني تتم في المجالات أو القطاعات التي تمس حياة البشر مثل التعليم و الصحة العامة « و الإسكان و الرعاية الاجتماعية... ببحث يوجه عائد تلك العملية إلى النشاط الاقتصادي الذي يبذل في المجتمع⁽¹⁾

و عموما و خلاصة للتعريفات السابقة فإن التنمية الاجتماعية عملية مقصودة تفاعلية بين أفراد المجتمع و تستهدف التغيير الإيجابي لتحقيق الأهداف الموجودة لنمو المجتمع و النهوض بكل جوانبه الاجتماعية و الاقتصادية و الربط بين الفكر و العمل فيه. و قد درست فكرة التنمية الاجتماعية لأول مرة بطريقة عملية و رسمية في هيئة الأمم المتحدة سنة (1950)، و كانت الخطة الخماسية للحكومة الهندية قد لقت إليها الأخطار بأساليبها، وأهدافها منذ عام (1951) و في (جانفي 1955) و جهت سكرتارية الأمم المتحدة تقريرا هاما للمجلس الاقتصادي «. التقدم الاجتماعي عن طريق التنمية الاجتماعية «و الاجتماعي في موضوع وواصلت الأمم المتحدة منذ ذلك الحين نشاطها في هذا الميدان فأعدت برامج للمساعدة تتضمن إمداد الدول الأخذ في النمو بخبرات و خبراء في مجال التنمية الاجتماعية، و لم تنقطع عن تنظيم المؤتمرات و حلقات البحث و محاولة نشر كل جديد و مفيد⁽²⁾.

2: بعض المفاهيم ذات الصلة بالتنمية الاجتماعية :

نظرا لإختلاف تعريفات التنمية الاجتماعية بإختلاف الخلفيات العلمية و الإتجاهات الفكرية والأيدولوجية للمتخصصين ، فمن الصعب حقا التركيز على تعريف دون آخر لكون كل تعريف من هذه التعريفات يركز على جانب معين من جوانب تنمية الفرد و الجماعة و المجتمع أو تنمية السلوك والعلاقات الاجتماعية أو تنمية القيم أو المؤسسات البنوية للتركيب الاجتماعي، و سوف يتم التطرق في هذا العنصر إلى بعض المرادفات الشائعة لمفهوم التنمية الاجتماعية.

التنمية:

(1) حسن ابراهيم عيد ، دراسات في التنمية و التخطيط الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية 1984، ص ص 66 – 70.

(2) حسن ابراهيم عيد ، مرجع سابق ص ص 65 – 66.

إذا كانت معظم تعاريف التنمية قد ركزت على عملية التنمية و إجراءاتها فثمة اتجاهات حديثة تنظر إلى التنمية من زاوية أخرى و هي الآثار المترتبة عليها و الناجمة عنها لذلك ينظر لها على أنها:

- العملية التي ينتج عنها زيادة في فرص حياة بعض الناس في مجتمع ما دون نقصان في فرص الحياة بالنسبة للبعض الآخر في نفس المجتمع و في نفس الوقت.

- التنمية هي عملية تستهدف إثارة ظروف التقدم الاجتماعي و الإقتصادي للمجتمع كله بالإعتماد على مبادرة الأفراد و المجتمع إلى أقصى درجة ممكنة⁽¹⁾.

و عملية التغيير هذه مقصودة تقوم بها سياسات محددة و تشرف على تنفيذها هيئات قومية مسؤولة تعاونها هيئات على المستوى المحلي تستهدف إدخال نظام أو نظم جديدة أو خلق أخرى مكان الموجودة بالفعل، و إعادة توجيهها و تنشيطها بطريقة جديدة و تهيئة الظروف المتعددة لهذا الجانب من التغيير الاجتماعي الذي يطلق عليه التنمية⁽²⁾.

و باختصار ملخص إلى كون أن التنمية عملية معقدة و مركبة و شاملة تضم مختلف الجوانب الإقتصادية و الاجتماعية و السياسية و الثقافية لفهم السلوك الإنساني و الدوافع التي تحرك الأفراد و ما يقوم بينهم من علاقات و تأثيراتها على جوانب المجتمع المختلفة و منه فالتنمية أشمل و أعم من التنمية الاجتماعية و أهدافها أعمق و مداها أطول و التنمية الاجتماعية ماهي إلا جانب من جوانب التنمية بصفة عامة.

تنمية المجتمع المحلي:

هي مجموعة العمليات الديناميكية و المتكاملة تحدث في المجتمع المحلي من خلال الجهود الأهلية و الحكومية وفق سياسة اجتماعية محددة و خطة واقعية مرسومة، تتجسد مظاهرها في سلسلة من التغييرات البنائية و الوظيفية التي تصيب كافة مكونات البناء الاجتماعي للمجتمع المحلي و نعتمد على الموارد المحلية للوصول إلى أقصى استغلال ممكن في أسرع وقت⁽³⁾.

و هي بالتالي العمليات التي توحد بين جهود الأهالي و جهود السلطات الحكومية لتحسين الأحوال الإقتصادية و الاجتماعية و الثقافية للمجتمعات المحلية، لذا فهي تقوم على عاملين أساسيين و هما:

- مساهمة الأهالي أنفسهم في الجهود المبذولة لتحسين مستوى معيشتهم.

- توفير ما يلزم من الخدمات الفنية و غيرها بطريقة من شأنها تشجيع المبادرة و المساعدة الذاتية المتبادلة يبين عناصر المجتمع و جعل هذه العناصر أكثر فعالية⁽⁴⁾.

بهذا فإن تنمية المجتمع المحلي هي جزء متكامل مع التنمية الاجتماعية الشاملة، فأى انفصال أو إبتعاد عن المبادئ و الأهداف يمكن أن يؤدي إلى تنمية غير متوازنة تخلق مشاكل على المدى الطويل⁽⁵⁾.

التغيير الاجتماعي:

لقد شاع استعمال هذا المصطلح مع ظهور كتاب (التغيير الاجتماعي) لصاحبه (وليام أوغبرن سنة 1992)، وهو يشير إلى التحول في البناء الاجتماعي و النظم و الدوار و القيم (w ogbern و القواعد للضبط الاجتماعي ، بما يشمل عملية البناء الاجتماعي من نظم و منظمات و علاقات و تفاعلات نتيجة لتسريع أو قاعدة جديدة لضبط السلوك أو كنتاج لتغيير فرعي معين أو جانب من جوانب الوجود الاجتماعي⁽⁶⁾.

(في دراسته عن كيفية ظهور الحضارات و تدهورها و (Tuinbi و يمكن الإشارة إلى أن (توينبي (في دراسته عن الأنساق الثقافية المتعددة التي تزدهر ثم تندثر و (ماركس) في Sorokin سوروكين

(1) سعد عبد الرسول محمد، الصناعات الصغيرة كمدخل لتنمية المجتمع المحلي، الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر و التوزيع ص ص 201 - 202.

(2) السيد عبد العاطي السيد و محمد أحمد بيومي، علم الاجتماع الإقتصادي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2001 ص 274.

(3) كمال الشايبي، تغريب العالم الثالث (دراسة نقدية في علم اجتماع التنمية)، الإسكندرية: دار المعرفة، ط1، 1993، ص ص 25 - 26.

(4) قوت القلوب، محمد فريد ، تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية (استراتيجيات، مهارات ، أدوار) القاهرة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة سط1، 2000 ص 161.

(5) سميرة كامل محمد ، مرجع سابق ، ص 27.

(6) علي غربي و آخرون، تنمية المجتمع من التحديث إلى العولمة، القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع، 2003 ص 459

دراسته عن الإنهيار الجدلي للأنساق الاقتصادية و ظهور أنساق أخرى جديدة، و دراسات كل من (باريتو و ماكس فير) عن الصفة و السلطة كانت كلها تضع أحد المفهومين محل الآخر، Parreto

و عموما يمكن القول أن جميع هؤلاء المؤلفين كانوا دارسين للتغير الاجتماعي و ليس للتنمية الاجتماعية (1)

و في هذا السياق أشار (فيليب روب) أن التغير الاجتماعي هو حدوث تحولات إجتماعية، في أي اتجاه، بينما التنمية الاجتماعية تتمثل في إحداث تكيف مقصود مع الظروف المتغيرة أو إحداث التغير عمدا (2) و بالتالي فإن عملية التنمية الاجتماعية أشمل و أوسع من التغير الاجتماعي فالتغير قد يكون تقدما و قد يكون تأخرا أي أنه تحول من حال إلى حال آخر، و بهذا تعتبر التنمية الاجتماعية التغير الاجتماعي الموجب، و المنظم من حالة غير مرغوب فيها إلى حالة مرغوب فيها.

الخدمة الاجتماعية:

إن الخدمة الاجتماعية هي مجموعة الأنشطة المنظمة التي تستهدف تحقيق التكيف الاجتماعي بين الأفراد و المجتمع عن طريق استخدام طرق فنية تحقق تعاون الأفراد و الجماعات على مقابلة احتياجاتهم و حل مشكلاتهم المتصلة بالتكيف في مجتمع متغير و تحسين ظروفهم الاجتماعية بالانتفاع بالجهود الحكومية و التطوعية في مختلف ميادين العمل، فالعلاقة بين الخدمة الاجتماعية و التنمية الاجتماعية أن كلاهما تسعى إلى هدف النهوض بالمجتمع و يختلفان في الطريقة و المنهج، حيث أن الخدمة الاجتماعية مهنة ميدانية أكثر منها نظرية، في حين أن للتنمية الاجتماعية مجال نظري أكثر منه ميداني، حيث تهتم بدراسة النظريات و النماذج الخاصة بالتنمية الاجتماعية بهدف وضع برامج تنموية ملائمة للمجتمع المراد بتنميته (3)

التنمية الاجتماعية و التنمية الاقتصادية:

إن التنمية الاجتماعية و التنمية الاقتصادية وجهان لعملة واحدة و يحققان هدفا واحدا و كلاهما تعتمد و تؤثر و تتأثر بالأخرى، فالتنمية الاجتماعية ضرورية للتنمية الاقتصادية، حيث تدفع عجلتها و تضمن نجاحها واستمرارها، و في الوقت ذاته تعتمد عمليات النمو الاقتصادي في الدول المتقدمة على المهارات الإنسانية أكثر من اعتمادها على رأس المال و التنمية تتطلب في المقام الأول رأس مال بشري على مستوى خاص من الصحة و التعليم و الإنتاج يمثله التركيب السكاني للمجتمع و بناؤه الطبقي و نظمه الاجتماعية، و مستوى الخدمات المقدمة إليه من تعليم و صحة و مواصلات و تغذية الخ (4)

إن التنمية الاجتماعية هي نتيجة لاحقة لمقدمات سابقة ترتبط بالتقدم الاقتصادي و بزيادة الدخل القومي الذي يؤدي إلى ارتفاع معدلات الدخل، فعلى أجهزة الدولة و وسائل الإعلام العمل على التطوير و لتثقيف العمال و زيادة الوعي ما سهل عليها توجيه الإنتاج و ترشيده إلى أفضل صفة ممكنة (5)

و من الملاحظ أن لا يمكن الفصل بين التنمية الاجتماعية و كذلك التنمية الاقتصادية لأن كلاهما يساهم في انجاح الآخر و يدعمه ذلك لأن نتائج التنمية الاقتصادية تتيح الفرصة لقيام العديد من البرامج لصالح التنمية الاجتماعية و العكس صحيح فهما مرتبطتان ارتباطا وثيقا.

ثانيا: عناصر التنمية الاجتماعية :

(1) السيد عبد العاطي السيد و محمد أحمد بيومي، مرجع سابق، ص 12
(2) محمد عاطف غيث و محمد علي محمد، دراسات في التنمية و التخطيط الاجتماعي، بيروت: دار النهضة العربية، 1986، ص ص 18 - 19.
(3) رشيد زرواتي، مدخل للخدمة الاجتماعية، جامعة المسيلة، الجزائر 2000، ص 102.
(4) كمال التابعي، مرجع سابق، ص 29
(5) محمد شفيق، التنمية و المشكلات الاجتماعية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1999، ص ص 9 - 10

يمكن تحديد عناصر التنمية الاجتماعية في ثلاثة عناصر تغيير بنائي أو بنياني، و دفعة قوته واستراتيجية ملائمة، وهذه العناصر الثلاثة مجتمعة تعتبر ضرورة للتنمية الاجتماعية و لازمة لها، وبدونها لا تتحقق لها مقومات النجاح.

1- التغيير البنائي:

يقصد بالتغيير البنائي أو البنياني ذلك النوع من التغيير الذي سيلزم ظهور أدوات و تنظيمات اجتماعية جديدة تختلف إختلافا نوعيا عن الدوار و التنظيمات القائمة في المجتمع. و يقتضي هذا النوع من التغيير حدوث تحول كبير في الظواهر و النظم و العلاقات السائدة في المجتمع، أي أنه التغيير الذي سيحدث في بناء المجتمع، في حجمه و في تركيب أجزاءه و شكل تنظيمه الاجتماعي و التغيير البنائي هو الذي يرتبط بالتنمية الاقتصادية و الاجتماعية فمن الصعب أن يحدث التنمية في مجتمع متخلف اجتماعيا دون أن يتغير البناء الاجتماعي لذلك المجتمع. و قد ورثت البلاد النامية كثيرا من المشكلات التي ترسبت و تراكمت عبر السنين، و أصبحت تمثل خصائص البلاد النامية نفسها كالتناحية الاقتصادية و التكنولوجية، و سيادة الطابع الزراعي عليها و التفاوت الكبير في توزيع الثروة و الدخل، و سيطرة أفراد الطبقة العليا على جهاز الحكم و السلطة و انخفاض المستويات التعليمية.

كل هذه الخصائص تمثل تحديات أساسية بالنسبة للبلاد النامية، و لا يمكن تحقيق معدلات سريعة للنمو في هذه البلاد دون إحداث تغييرات بنائية لها صفة العمق و الجذرية، و لها طابع الشمول و الإمتداد. أما الطابع الذي يعالج الأوضاع معالجة سطحية و يضع حولا جزئية و مؤقتة للمشكلات الاجتماعية في البلاد النامية دون أن يستأصل الوجود القديم من جذورها ، بحيث لا يتغير البناء الاجتماعي في تلك البلاد تغيرا جذريا فلن تتحقق له مقومات النجاح و على ذلك نجد أن التغيير البنائي واحد من مجموعة عناصر أساسية لازمة للتنمية، بدونها لا يتسنى للبلاد النامية أن تتخلص من المشكلات الاجتماعية التي ترسبت عبر السنين، و التي أصبحت تمثل تحديات أمام حكومات هذه البلاد.

2- الدفعة القوية:

لخروج المجتمعات النامية من المستويات المتخلفة فيها لا بد من حدوث دفعة قوية أو مجموعة من الدفعات القوية، و هذه الدفعة أو الدفعات القوية لازمة لإحداث تغييرات كيفية في المجتمع و لإحداث التقدم في أسرع وقت ممكن.

و تعتبر حكومات الدول النامية هي المسؤولة مسؤولة تكاد تكون كاملة عن إحداث الدفعة القوية، فهي تملك إمكانيات التغيير، و هي المسؤولة عن ضمان حد أدنى لمستويات المعيشة للأفراد.

ويمكن أن تحدث الدفعة القوية في المجال الاجتماعي بإحداث تغييرات تقلل التعاون في الثروات و الدخول بين المواطنين، و بتوزيع الخدمات توزيعا عادلا بين الأفراد و يجعل التعليم إلزاميا و مجانيًا بقدر الإمكان، و بتأمين العلاج، و التوسع في المشروعات الإسكانية، و غير ذلك من المشروعات التي تتعلق بالخدمات، ثم إن ارتفاع مستوى الخدمات العامة يؤثر تأثيرا واضحا في برامج التنمية الاقتصادية، و يؤدي إلى زيادة الكفاية الإنتاجية للفرد، فإرتفاع المستوى الثقافي و الصحي للعامل و عدم تعرضه للإجهاد يزيد من طاقته و قدرته على العمل، كما يؤدي التعليم إلى زيادة الإلتقان في العمل. و الدفعة القوية التي تحدث في المجال الاقتصادي و لا تصاحبها دفعة مماثلة في المجال الاجتماعي تترتب عليها قوة ثقافية كبيرة و مشكلات اجتماعية ضخمة أقل أضراراها مقاومة التغيير بشكل يهدد نجاحه و يضعف من فاعليته⁽¹⁾. و لتفادي هذا يتطلب توفر ما يلي:

- وجود قيادة واعية، حازمة و عادلة في نفس الوقت لتدبر عجلة التنمية و تكون بمثابة الدينامو

المحرك للبناء كله، و إلى جانب هذا فعليها إعداد صف ثان أو حتى ثالث لهذه القيادة في المستقبل.

- إيقاظ رغبة التغيير لدى المواطنين واستنفارهم للمشاركة المادية و المعنوية و السياسية في عملية التنمية.

- إحداث التغيير المطلوب طبقا للإستراتيجية الملائمة ثم محاولة تثبيته لكي يصبح جزءا لا يتجزأ من مقومات المجتمع محل التنمية.

- التنسيق بين الجهود الذاتية و الجهود المحلية الحكومية، إلى جانب الجهود المشتركة، و هذا يتطلب مراعاة مبدئي للأولويات و التكامل في نفس الوقت.
- البعد في كل نشاطات التنمية عن كل ما هو قهر وإجبار لأنه لا يليق بطبيعة الإنسان، كون أن الإنسان الحر هو القادر وحده على العطاء و المشاركة بإقتداء⁽¹⁾.

3- الإستراتيجية الملائمة:

و يقصد بها الإطار العام أو الخطط العريضة التي ترسمها السياسة التنموية في الإنتقال من حالة التخلف إلى حالة النمو الذاتي و ينبغي أن تقوم استراتيجيات التنمية في البلاد النامية على أساس تدخل الدولة في مختلف الشؤون بحيث توجه الدولة النشاط الإقتصادي نحو تحقيق أهداف إجتماعية عادلة، و بحيث تسعى إلى تحقيق مستوى أعلى من الرفاهية و الرقي بالنسبة لكافة المواطنين.
كما ينبغي أيضا أن تقوم إستراتيجية التنمية الإجتماعية على أساس التكامل و التوازن بين كل من التنمية الإجتماعية و التنمية الإقتصادية أي تحقيق التوازن بين رأس المال البشري ورأس المال المادي. و تتوقف الإستراتيجية الملائمة على العديد من الاعتبارات أهمها:
- طبيعة الظروف عند بدء التنمية من حيث درجة التخلف - نوع الإستعمار الذي كان يحتل البلاد الفترة الزمنية التي مرت منذ حصول الدولة على استقلالها، نوع الحكم السائد في البلد بعد تحرره، درجة الإستقرار السياسي، و نوعية الإدارة الرشيدة و شكل الجهاز الحكومي و طبيعة النظام الإقتصادي و نوعية التركيب الطبقي، و حجم المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية و تركيب المجتمع من حيث السكان و مستويات التعليم و الصحة و القيم السائدة في المجتمع⁽²⁾.
طبيعة الأهداف المنشودة، فهناك أهداف بعيدة يراد الوصول إليها في المدى البعيد و أهداف مرحلية يراد الوصول إليها في المدى القريب و هذا بدوره يتطلب.
- إنطلاق الخطط التنموية من واقع المجتمع نفسه، و هذا في حد ذاته يتضمن البعد عن استيراد الإستراتيجيات الأجنبية التي أثبتت التجارب الكثيرة عدم ملائمتها أو حتى فشلها في تقديم الحلول.
- الموازنة بين إمكانيات المجتمع الحقيقية و أمانيه، بحيث تكون الواقعية و حدها هي الفيصل في هذا الإتجاه.

- الأخذ بنظام الأولويات في التنمية بالنسبة لنشاطات التنمية و قطاعاتها المختلفة و الموازنة بين جميع النواحي الإقتصادية و الإجتماعية.
- الأخذ بالإتجاه الكمي الرقمي إلى جانب الإتجاه الكيفي بطبيعة الحال الذي يراعي ميزان المكسب و الخسارة، أي المدخلات و المخرجات و عليه يجب تحديد دور الحكومة في التنمية الإجتماعية، و دور المجتمعات المحلية⁽³⁾ و الجهود الذاتية التي يمكن أن تساهم في عمليات التنمية، سواء من

ناحية التمويل أو الإدارة أو المتابعة أو التقييم، و على ذلك يلزم بإستمرار تحديد البرامج و الخدمات التي تلتزم بها الدولة⁽⁴⁾.

ثالثا: ركائز التنمية الإجتماعية: (القواعد)

إذا كان الهدف النهائي من عملية التنمية الإجتماعية هو إحداث التغيرات الإجتماعية في بناء المجتمع ووظائفه، و التي بها تتجسد الأهداف في انجازات ملموسة، و حتى يكون لدينا إطار نظري واضح لمفهوم التنمية الإجتماعية، بحيث أن يتم التطرق لأهم الأسس و المرتكزات و القواعد للتنمية الإجتماعية و التي تتلخص فيما يلي:

1- إشراك أعضاء البيئة المحلية في التفكير، والعمل على وضع البرامج الرامية إلى النهوض بهم:

(1) عبد المنعم محمد بدر ، مقدمة عن التغير و التنمية في دراسات المجتمع العربي، عمان، الأردن، إتحاد الجامعة العربية الأمانة العامة ط1، 1985 ص 476.

(2) أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمع المحلي (الإتجاهات المعاصرة، الإستراتيجيات، نماذج الممارسة)، الإسكندرية،

دار المعرفة الجامعية الأزاريبية ، 2000 ، ص ص ، 52 - 59.

(3) عبد المنعم محمد بدر ، مرجع سابق ، ص ص ، 476 - 477

(4) سميرة كامل محمد ، مرجع سابق ، ص 23

وذلك عن طريق إثارة الوعي بمستوى أفضل من الحياة يتخطى حدود حياتهم التقليدية، و عن طريق إقناعهم بالحاجات الجديدة و تدريبهم على استعمال الوسائل الحديثة في الإنتاج و تعويدهم على أنماط جديدة من العادات الاقتصادية و الإجتماعية مثل الإيدار و الإستهلاك.

إن المشكلة الحقيقية التي تواجه عمليات التنمية في المجتمعات هي ضعف استجابة هذه المجتمعات لها، و عدم إشراك الأهالي مع السلطات العامة في برامجها، ذلك لأن جمود تراكيبها الإجتماعية و الاقتصادية تقف عقبة أمام التجديدات و التغيرات التي تتناول في كثير من الأحيان قيمهم و تقاليدهم الراسخة.

2- تكامل مشروعات الخدمات و التنسيق بين أعمالها: بحيث لا تصح متكررة أو في حالة تضاد، و أيضا إحداث هذا التكامل بين المشروعات التي أقيمت أساسا لحل و علاج مشكلات المجتمع.

3- الإسراع بالوصول إلى النتائج المادية الملموسة ذات النفع العام للمجتمع: و يرى بعض العاملين في ميدان التنمية الإجتماعية أن يكون المدخل إلى هذا الميدان ممثلا في برامج تتضمن خدمات سريعة النتائج كالخدمات الطبية و الإسكانية، و إذا حدث و بدأ المخطط بوضع مشروعات إنتاجية في خطته الإنمائية فيجب اختبار تلك المشروعات ذات العائد السريع و قليلة التكاليف ما أمكن و التي تسد في الوقت نفسه حاجة إجتماعية قائمة و ترجع هذه القاعدة إلى عامل جوهري و هام في العمل الإجتماعي و هو كسب ثقة أبناء المجتمع، و لا يمكن الحصول على الثقة بدون أن يشعر أبناء المجتمع بأن هناك فائدة أو منفعة ملموسة يحصلون عليها من جراء إقامة مشروع إجتماعي أو إقتصادي في مجتمعهم، فالثقة في فعالية برامج التنمية الإجتماعية، مطلب ضروري و جوهري لإنجاحها، و العقبة التي يواجهها المسؤولون عن التنمية الإجتماعية تكمن في مقاومة المجتمع المحلي للأفكار الجديدة، و متى قامت الثقة في العاملين ببرامج التنمية الإجتماعية تم كل شيء دون مقاومة، و سهلت عملية الإقناع و أمكن إقتصاد وقت و جهد كبيرين.

4- الاعتماد على الموارد المحلية للمجتمع: سواء كانت مادية أو بشرية و يؤدي ذلك إلى نفع

إقتصادي من حيث أنه يقلل من تكلفة المشروعات و يعطيها مجالا وظيفيا أوسع.

و تعتبر عملية الاعتماد على الموارد المحلية للمجتمع من أساليب التغيير الحضاري المقصود، بإعتبار أن ذلك يتم عن طريق إدخال الأنماط الحضارية الجديدة من خلال الأنماط القديمة و ذلك بإستخدام الموارد المتاحة في المجتمع.

فإستعمال الموارد المألوفة في الصورة جديدة أسهل على المجتمع من أسهل مواد جديدة غير مألوفة بالنسبة له، و ينطبق هذا أيضا على الموارد البشرية فالقادة المحليون يكونون أكثر نجاحا في تغيير إتجاهات الأفراد في مجتمعهم من الأشخاص الغربيين على المجتمع ولو كانوا ذوا كفاءة و قدرة.⁽¹⁾

(إلى ذلك مجموعة أخرى من القواعد يطلق عليها عناصر L.T hobhouse و يضيف (هو بهاس التنمية الإجتماعية و يجدها في:

- الاهتمام بتنمية الصفات الكيفية للفرد، فالمبادأة و الثبات و الجلد و الذكاء الخ كلها مميزات ينبغي إنماءها في الفرد حتى يتمكن من تقوية روابطه مع الجماعة التي ينتمي إليها.

دراسة العملية التبادلية بين مجالات التنمية الإجتماعية و التي هي الخدمات، بمعنى أن مخرج الخدمة الصحية مثلا ينبغي أن يكون مدخلا للخدمة التعليمية.

محاولة وضع قياس للتنمية الإجتماعية على عنصر الإضطراب أو التقيد في الحياة الإجتماعية تقدر ما تعتمد على التعارف المدعم يتبادل الحاجات.

الاهتمام بالدور الذي يمكن أن تلعبه القيم و النماذج الأخلاقية في التنمية الإجتماعية.⁽²⁾

رابعا: مجالات التنمية الإجتماعية:

يطول الحديث إذا حاولنا حصر مجالات التنمية الإجتماعية، خاصة و أن هناك عديدا من الخدمات و الأعمال تدخل ضمن إطار التنمية، فهي تتناول الأنشطة الإجتماعية و السلوكية التي تبدل في المجتمع و لكننا نستطيع أن نفرّد تقسيما يتناول تلك المجالات بشيء من التحديد، فنضيفها إلى مجموعات تختلف في طبيعتها و لكنها من حيث وظائفها متكاملة مترابطة، و يتضح ذلك التقسيم مما يلي:

(1) سميرة كامل محمد، مرجع سابق، ص 16، 18 و حسن إبراهيم عيد، مرجع سابق، ص 72 - 75.

(2) رشيد زرواتي، مرجع سابق، ص 15.

1- المجموعة الأولى:

و تشمل الخدمات ذات الصلة الحيوية الدائمة بنشاط المجتمع فمثلا في المجال الزراعي هناك خدمات متعلقة بالإرشاد الزراعي و تحسين التربة و مقاومة الآفاتالخ.
و إذا كان المجتمع صناعي فإن مجال خدماته التي ترسم لها التنمية الإجتماعية تشمل العمل و العمال و الإهتمام بالخدمات التي تساعد الأفراد على الإنتاج.
و عموما تشمل هذه المجموعة كل الخدمات الحيوية التي تشخص حياة المجتمع و نظامه الإنتاجي.

2- المجموعة الثانية:

و تتضمن الخدمات التدعيمية، و هي تلك الخدمات التي تقوم على أساس النظرة البعيد لما يجب أن تكون عليه عمليات التنمية في حياة المجتمع، أي تلك التي تعتبر دعامة لقيام خطة للتنمية الإجتماعية لهذه الخدمات التدعيمية وظائف أساسية و جوهرية فهي التي يعتمد عليها المخططون الإجتماعيون في وضع خططهم و ذلك مثل الخدمات الصحية و التعليمية، و خدمات الضمان الإجتماعي.....الخ.

3- المجموعة الثالثة:

و تناول الخدمات العامة للتنمية و هي ما يعبر عنها بالهياكل أو المقومات الأساسية للمشروعات، ويقصد بتلك المقومات الرئيسية اللازمة لإقامة المشروعات الجديدة مثل خدمات السكن الحديدية، والطرق و المجاري و المياه و الكهرباء و الموائى و المطارات و البنوكالخ
و تتبع أهمية تلك المجموعة من الخدمات، من أنه لا ينبغي أن يفكر المخطط الإجتماعي في خطته و يضعها موضع التنفيذ بدون أن يكون واضعا في حساباته تكلفة تلك الخدمات، و مقدر المنفعة التي يمكن الحصول عليها من وراء ذلك، و هو في هذا يقوم بعملية موازنة و تحليل بين التكلفة و المنفعة بالنسبة للمشروعات المقترحة.⁽¹⁾

و ينبغي أن نوضح أن خطة التنمية الإجتماعية في أية دولة تحتاج إلى خدمات كل مجموعة من المجموعات الثلاثة السابقة فشكل المجتمع و نظامه الإنتاجي هو الذي يحدد سلفا حجم و نوعية الخدمات التي يحتاجها و تلك هي المجموعة الأولى.
و تحتاج خطة التنمية في الوقت نفسه إلى ذلك النوع من الخدمات التدعيمية التي ينظر إليها على أنها دعامة الخطة و ركيزتها و هذه هي المجموعة الثانية.
و في الوقت ذاته نجد أن هناك ضرورة من إحتواء الخطة على تلك الخدمات العامة للتنمية و التي تعتبر هيكلها أساسيا للمشروعات الدرجة في الخطة و هذه هي المجموعة الثالثة.
و خلاصة القول أن هناك أن هناك تداخلا و تكاملا بين التنمية الإجتماعية ببعضها لبعض، الأمر الذي ينبغي على المخطط الإجتماعي أن يراعيه و هو يساهم في وضع خطة التنمية الإجتماعية.

خامسا: أهداف و أهمية التنمية الإجتماعية:

تعد وسائل تنمية البيئة الإجتماعية بمفهومها الواسع مؤشر للتنمية الإجتماعية و مجالاتها و وسيلة لإحداثها، فهي مؤشر نستدل به على المدى الذي تصل إليه التنمية الإجتماعية في المجتمع.
إذ أن الصعوبة في القياس تتبع دائما من عدم وجود مؤشر للموضوع المراد قياسه.
و التنمية الإجتماعية غير مادية و لا يمكن التعرف عليها إلا بشيء محسوس يمكن أن نلتقاه و لما كان المورد البشري العنصر الفعال في التنمية الإجتماعية فإن إعداد و توجيه هذا العنصر هو المهمة الأساسية التي تستهدفها التنمية الإجتماعية و لا يتحقق ذلك إلا بتوافر و تسيير و استخدام الوسائل الكفيلية برفع و تحسين نوعية البيئة الإجتماعية.

و هي بعد ذلك مجال للتنمية الإجتماعية تمارس فيها نشاطاتها، فالتعليم و الصحة و الإسكان، و النقل و المواصلات الخ كلها مجالات أو قطاعات للتنمية الإجتماعية تتصل بتقديم الخدمات الأساسية للفرد، و

(1) حسن ابراهيم عيد ، مرجع سابق ، ص ص 78 ، 80.

تعمل على إشباع حاجاته ثم أنها وسيلة لإحداثها إذ أننا لا نتصور تنمية اجتماعية في أي مجتمع كان دون أن تلقت إلى أهمية الخدمات بل أننا نعتبرها وسيلتها وأداتها الأساسية⁽¹⁾.
إذا كانت التنمية الاجتماعية تستهدف الرفاهية البشرية عن طريق تحسين أحوال المعيشة للأفراد فإن أهميتها تتضح في ما يلي:

1- **زيادة الدخل القومي:** إذ أن الهدف الأساسي الذي يدفع البلاد المتخلفة إلى القيام بالتنمية الاجتماعية والإقتصادية هو فقرها، وانخفاض مستوى معيشتها مع الزيادة في أعداد سكانها و لا سبيل إلى القضاء على الفقر إلا بزيادة الدخل القومي الذي بدوره يحكمه مجموعة من العوامل كالإمكانيات المادية و معدل الزيادة السكانية.

2- **رفع مستوى المعيشة:** و قد يعوق تحقيق هذا الهدف عندما يزيد عدد السكان نسبة أكبر من الزيادة في الدخل القومي، أو عندما يكون نظام توزيع هذا الدخل مختلفا.

3- **تقليل التفاوت في الدخل و الثروات:** إذ أنه وبإستحواذ نسبة قليلة من أفراد المجتمع على نصيب عال من الدخل القومي، بينما غالبية المجتمع يحصل نسبة بسيطة جدا، ينجم عن هذا الوضع أن الفئة القليلة لا تنفق عادة كل ما تحصل عليه وتكتنز الجزء الأكبر مما يؤدي إلى ضعف جهاز الإنتاج⁽²⁾.
كما تهدف التنمية الاجتماعية إلى إستشارة مجموعة من عمليات التغيير المخطط ، و هي بذلك ترتبط ارتباطا وثيقا بالتغير من حيث اتجاهاته و شدته و عمقه، و بأهداف المجتمع النابعة من

أيدولوجيته تضع شكل النظام الاجتماعي و الإقتصادي، وكذلك بطبيعة المشاكل القائمة و توفير الإمكانيات المتعددة الأنواع القادرة على مواجهتها، و بمستوى الطموح المتمثل في تطلع واقعي مستبد إلى الإدارة لتنمية إيجابية واضحة⁽³⁾.

و تسعى إلى إحداث التغيرات الوظيفية بالقدر الذي يمكن التنسيق الاجتماعي من منهجية تحديات البيئة، و تحقيق أهدافه بإستغلال الطاقة المتاحة فيه حيث يصاحب هذه التغيرات في مرحلة التنمية أيضا تغيرات بنائية إحداث التغيرات الوظيفية أو كنتيجة لها⁽⁴⁾.

و بذلك يتجلى البناء المنظم من الخدمات الاجتماعية و المؤسسات التي تهدف إلى مساعدة الأفراد و الجماعات على تحقيق مستويات معيشية و صحية ملائمة، مما يؤدي إلى إنماء العلاقات الشخصية و الاجتماعية التي تسمح للأفراد بتنمية قدراتهم إلى أكبر حد ممكن، و بزيادة رفايتهم بشكل ينسجم مع قدراتهم و احتياجات المجتمع و الوضع الإقتصادي السائد، و هذا يؤدي إلى تحقيق التوازن بين النمو الإقتصادي و النمو الاجتماعي. و هذا ماسوف نحاول التحقق منه من خلال هذا البحث الذي ندرس فيه دور أو تأثير سياسة إصلاح المستشفيات في تحقيق تنمية اجتماعية – و لأن الأخير درجة التحويل فيه أبطأ من الأول فهو يحتاج إلى تنشيط بأن تتدخل الدولة أو المؤسسات الخاصة في رسم و تنفيذ السياسات الموصلة إلى التوازن⁽⁵⁾.

و بصورة عامة تهدف التنمية الاجتماعية إلى تحقيق أكبر قدر من الإستثمار و تنمية جهود المواطنين و تأكيد استمراريتها باستخدام أمثل للموارد المتاحة محليا⁽⁶⁾.

أي أن التنمية الاجتماعية تستهدف التحسين المادي في حياة المجتمع، و يتوقف مدى هذا التحسن على إستعداد أعضاء المجتمع على تبني مشروع كبير أو صغير و على إمكانية تواجده أو تكوين خيرات ناجحة في مجالات عمل و إدارة هذا المشروع الذي يقرره المجتمع.

سادسا معوقات التنمية الاجتماعية:

(1) علي كاشف، التنمية الاجتماعية (المفاهيم و القضايا) ، القاهرة، عالم الكتب ب ت ص ص 109 - 110

(2) حسن ابراهيم عيد، مرجع سابق ، ص ص 78 - 81.

(3) محمد عاطف غيث ، مرجع سابق ، ص 15

(4) عادل مختار الهواري ، التغير الاجتماعي و التنمية في الوطن العربي ، الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993 ص

(5) فؤاد حيدر ، طروحات تنموية للتخلف في العالم، بيروت: دار الفكر العربي : 1990 ص 121.

(6) حسن ابراهيم عيد ، مرجع سابق ، ص 47.

يعتبر الإنسان غاية أي برنامج للتنمية، و هو في نفس الوقت و سيلة من وسائل تحقيق أهدافها، ولذلك فهو عامل قوة و عامل ضعف لكثير من مشروعات و برامج التنمية يكون مصدرها الإنسان نفسه. و المقصود بالمعوقات العوامل التي تؤدي إلى الإنحراف عن النموذج المثالي للتنمية، و تحول دون تحقيق الهدف التي يسعى إليها، و يمكن تصنيف معوقات التنمية إلى صنفين و كل صنف ينقسم إلى عدة أقسام:

1- المعوقات الداخلية:

و تضم العوامل الكامنة في البناء الاجتماعي و الإقتصادي للمجتمع والتي تعوق عملية التنمية و تقف عقبتها في سبيل تحقيقها:

1-1 معوقات إجتماعية:

و تضم المعوقات الديمغرافية و النفسية و الثقافية
- العامل الديمغرافي: يمثل أحد العوائق الأساسية التي تقف في طريق خطط التنمية للمجتمعات النامية، إذ أن نمو السكان بمعدلات سريعة متزايدة في معظم هذه الدول يلغي أثر الزيادة في الإنتاج و الدخل (1). فلا تجني ثمار الجهود المبذولة في المجالات المختلفة، ولا يمكن التغلب على المشكلة السكانية إلا بتحقيق الزيادة في الإنتاج و الدخل بمعدلات كبيرة تفوق كثيرا معدل الزيادة في السكان، لأن هذا هو السبيل الوحيد لتحقيق أي تحسن حقيقي في المستوى المعيشي للمواطن (2). و بالتالي تحقيق التنمية الإجتماعية. وللزيادة السكانية أثارا سلبية على التنمية تعد بمثابة مؤشرات للتخلف و معوقات للتنمية في المجتمع و تتمثل أهم تلك الآثار في ما يلي " تأثر كفاءة الخدمات المقدمة للسكان بزيادة عدد السكان بالنظر لمحدودية دخل الدولة بوجه عام و إمكانياتها في المجالات الخدمائية و هذا ما يؤثر على تنمية المجتمع.

- انخفاض نصيب الفرد من الناتج القومي و الثروات الطبيعية.

- تفاقم حدة الأفراد الذين لا يضيفون شيئا إلى الناتج الكلي (3).

- تحول النشاط الإقتصادي إلى انتاج السلع الإستهلاكية دون السلع الإنتاجية مما يؤدي إلى إعاقة التنمية (4).

و على ذلك يعتبر السكان معوق من معوقات التنمية على أساس حالة عدم التوازن التي تبدو واضحة من حاجات السكان و الموارد الإقتصادية إذ أن زيادة السكان بالنسبة للطاقة الإنتاجية للمجتمع تقف عقبة في سبيل زيادة مستوى الرفاهية للأفراد في المجتمع، كما أن الوسائل التي تستخدم لمواجهة هذه الزيادة أصبحت فعالة في الآونة الأخيرة فقط حيث كانت تقف في سبيلها العادات و التقاليد و المعتقدات، و تعتبر نوعية السكان من حيث المعرفة و القدرات و المهارات المتوفرة و المستوى الصحي و النفسي و العقلي، من المعوقات الأساسية أيضا إذ أن انخفاض هذه المستويات إلى الدرجة التي تحول بين المجتمع و بين الاستفادة من طاقات أفرادها في عملية التنمية الإجتماعية يغير أيضا معوقا هاما (5).

و من جهة أخرى فإن التنمية لا تعني التقدم الإقتصادي و زيادة الإنتاج فحسب بل تعني كذلك عدالة توزيع الثروة و الدخل، ذلك أن عدالة التوزيع شرط ضروري لإثارة الحماس بين المواطنين، لأنه إذا كانت ثمار التنمية تتركز معظمها في أيدي قلة من أفراد المجتمع فلن تؤمن الآخرون بجدوى التنمية إذا كانت لا تعكس آثارها عليهم في صورة ملحوظ في مستويات المعيشة (6).

- أما الناحية الثقافية: ففتعبر المعوقات الثقافية في سبيل التنمية في المجتمعات النامية من أهم التحديات التي تواجهها هذه الأخيرة بما فيها متناقضات ثقافية (7).

(1) سميرة كامل محمد، مرجع سابق، ص ص 43 - 44.

(2) محمد شفيق، السكان و التنمية (القضايا و المشكلات)، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، ب ت،

ص ص، 81 - 57

(3) محمد شفيق، السكان و التنمية، مرجع سابق ص ص 57 - 58

(4) المرجع نفسه ص 51

(5) سميرة كامل محمد - مرجع سابق، ص ص 45 - 46.

(6) سميرة كامل محمد، مرجع سابق ص ص 49 - 50

(7) عبد الهادي الجوهري، دراسات في التنمية الإجتماعية، مرجع سابق ص 154

و من أهم العوامل الثقافية التي تعوق عملية التنمية الإجتماعية هي:

- **القيم السائدة في المجتمع:** و تتضح قوة التقاليد و التمسك بالقديم خاصة في المجتمعات التقليدية الريفية عنها في المجتمعات الحضرية الصناعية، حيث يتمسك الناس بالقديم و بكل ما تركه الأجداد والآباء و يعتزون به، و لذلك يكون الإتجاه نحو التغيير و التعديل اتجاها سلبيا و يرتبط ، بالتقاليد السائدة الإتجاه نحو القدرية و نقص السيطرة على البيئة الطبيعية.
(التي تجعل * - **المعتقدات السائدة:** و لها دور فعال في إعاقة التنمية و الأمثلة كثيرة في البلاد النامية) من السكان يقاومون مشروعات التنمية و خاصة الزراعية إذ يرفضون المحاصيل الجديدة و يتمسكون بالمحاصيل التقليدية (2).

- **القيم:** كما هو معروف هي الإطار المرجعي للسلوك الفردي و هي القوى الدافعة للسلوك الجمعي ، فإذا كانت القيم جامدة و متخلفة و واجهت برامج التنمية عقبان شتى. لذلك لا بد أن يضع المخطط نصب أعينه القيم الإجتماعية و الثقافية و الدينية التي تسود المجتمع و يتعرف عليها، فكثيرا ما تعوق القيم نجاح مشروعات و برامج تنمية، حيث يتم الرفض من قبل المواطنين لأنها كما تتدخل المكانة و المرتبة الإجتماعية في التحاق * مألوفة عندهم أو لإرتباطهم ببعض القيم الدينية) الرجل يعمل معنيين و لفظه أعمالا أخرى، فهو لا يقبل على كل ما يسيء إلى الجماعة القرابية التي ينتمي إليها و التي يستمد منها مكانته الإجتماعية فوحدة الجماعة تماسكها يعتبران إلى العمل على المحافظة على تلك الوحدة و ذلك التماسك و استمراره * من أهم الأسباب التي تدفع الفرد) حتى و إن كان ذلك متعارضا مع مصلحته (5).

- **المعوقات النفسية:** إذ أن قبول أو رفض الجديد الذي يطراً على المجتمع يعتمد على العوامل النفسية مثل الرضا و القبول أو الرفض، كما أن إدراك الجديد و كيفية ظهوره و انتشاره يتوقف على الثقافة السائدة ففي كثير من البلاد النامية يتمسك الناس بالقديم و بكل ما هو سائد رغم الإنتقادات الموجهة إليه بل ينزعون إلى مقاومة التغيير.

كما يخشى الكثير من الأفراد بل و المسؤولون أن يتحملوا عبء تجربة جديدة لا يعرفون نتائجها و تساهم خيراتهم السابقة في تشجيعهم على الإقدام على عدم القبول للتجربة الجديدة، و يسود إعتقاد في بعض المجتمعات بأن أية تغييرات تحدث في المجتمع قد تهدد استقرارهم و شعورهم بالأمان و تؤدي إلى تفكك وحدثهم، لذلك يقف الكثير منهم ضد التغيير و تلعب الشائعات خاصة في المجتمعات الريفية دورا عميقا في ترسيخ هذا الإعتقاد، و هذا لعدم المعرفة بالمشروعات و التغيير و نتائجه (6).

كذلك يعتبر اختلاف إدراك أهداف التنمية بين كل من المخططين و المستفيدين و أفراد المجتمع معوقا للتنمية و التغيير، فقد يعتقد واضعي البرامج و المشروعات أن برامجهم و مشروعاتهم واضحة و مفهومة و مقبولة من طرف الناس الذين وضعت من أجلهم، ولكن بعد فترة من الزمن يتحول الناس عن المشروع، لأن ما كانوا يتوقعون حدوثه منه لم يحدث و لم يتحقق، فإذا ما تحقق حتى القليل مما تتوقعوه كان الرضا و القبول للمشروع أو البرنامج لذلك فإهمال الجانب الإنساني في مشروعات التنمية يمثل أكبر عقبة في سبيل نجاح المشروع و تقبله مهما كانت أهمية المشروع و إمكانياته المادية و الفنية (7).

- **أما بالنسبة للمعوقات الإجتماعية:** فإن قبول التحديد و التغيير في المجتمع يتوقف على أنماط العلاقات الإجتماعية بين الأفراد و الجماعات و التي تكون النظم الإجتماعية.

* في السودان قاوم أفراد قبيلة بيجا استخدام المحركات الميكانيكية في حث الأراضي الزراعية إعتقادا منهم بأنها تقصد الأراضي الزراعية و تقلل خصوبتها.

(2) أحمد مصطفى خاطر: **تنمية المجتمع – الإستراتيجيات**، مرجع سابق ص ص 168 – 169.

* إعرض الهندوس عن تربية الأبقار تربية إقتصادية حيث لا يتم استخدام لحمها و ألبانها إستخداما أمثلا لأنهم يعيرونها
* يرفض البدو سكان الصحراء العمل الزراعي الذي يعتبر في نظرهم من أحقر المهن التي يقوم بها الإنسان بينما يعتبر الرعي من أشرف المهن لذلك لا يقبلون تملك الأراضي الزراعية أو استصلاحها في بعض المناطق على اعتبار أن الزراعة لا تدخل أعمال البدو و هذا يؤثر على الإنتاج الزراعي في هذه المناطق و بالتالي في مشروعات التنمية التي تبرمج ملك الأراضي.

(5) أحمد خاطر، **تنمية المجتمع الإستراتيجيات**، مرجع سابق ص ص 174 – 175.

(6) أحمد مصطفى خاطر، **تنمية المجتمع ... نموذج المشاركة**، مرجع سابق ص ص 92 - 93

(7) سميرة كامل محمد ، مرجع سابق ص ص 52 - 53

فالصراع بين القديم والجديد يكون من آثاره قبول أو رفض النظم المستحدثة أو التجديدات التي تطرأ على المجتمع خاصة إذا كانت تلك النظم الجديدة لا تتفق وطبيعة و ظروف المجتمع البيئية والاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية.

و يؤدي الصراع على السلطة و تمسك الرؤساء التقليديين بالسلطة و النفوذ إلى ظهور النزاع والصراع الذي يمتص اهتمام و جهد أفراد المجتمع جميعا و يبعدهم عن الهدف الرئيسي و هو الإهتمام بالتنمية مجتمعهم، و لا يتأتى هذا الإهتمام إلا إذا تضافرت الجهود للمشاركة الإيجابية في تحقيق خطط التنمية. وتلعب المنزلة الاجتماعية دورا في التنمية الاجتماعية، ذلك كون المنزلة الاجتماعية تفرض أدوارا إجتماعية معينة فيجب على الفرد أن يؤديها و تحتم عليه الإبتعاد عن أداء أدوار أخرى حيث أن ممارستها لهذه الأدوار تضعف منزلته الاجتماعية⁽¹⁾.

- كذلك إنتشار الأمية و انخفاض مستوى التعليم في المجتمع تعد إحدى المعوقات.

- عدم الإستغلال الأمثل للقوى البشرية نتيجة عدم وجود خطة قومية دقيقة لتوزيع القوة المنتجة وفقا لإحتياجات التنمية في المجتمع.

- التقليد و الميل إلى الإستهلاك و تضاعف حجم المدخرات مما يعيق تكوين رأس المال و لا يتخلص من هذا التقليد إلا سياسة العزلة الاقتصادية عن الدول المتقدمة⁽²⁾.

- معاناة الأفراد داخل المجتمع وضعف الخدمات المقدمة لهم. و هو ما يؤدي إلى استنزاف أوقاتهم و هدر طاقاتهم و عدم تلبية مطالبهم فتتأثر مشاركتهم في التنمية.

- سوء استغلال أوقات الفراغ حيث يستغل الوقت فيما يمكن أن يضر بالأفراد و المجتمع.

- العادات الاجتماعية المرتبطة بنمط افتقار الإستهلاك مثل الإسراف في نفقات المناسبات الخاصة و الطقوس التقليدية و المبالغة في استهلاك الكهرباء و المياه و الطاقة و الكماليات⁽³⁾.

1-2 المعوقات الاقتصادية و السياسية:

و نظرا لأهمية الدور الذي يلعبه الجانب الإقتصادي في عملية التنمية نذكر منها مايلي:

- **انتشار البطالة في المجتمع:** بحيث تعد البطالة أحد معوقات التنمية الاجتماعية الأساسية، في المجتمعات التي تعاني منها، فإن انتشار البطالة بين السكان القادرين على الإنتاج يؤدي إلى عدم إضافتها شيئا إلى الناتج الكلي و تعاني البلاد النامية أنواع مختلفة من البطالة منها:

البطالة المقنعة:

البطالة الموسمية: يقصد عدم انتظام العمل في مواسم معينة كما هو الحال في القطاع الزراعي.

البطالة الدورية: تنتشر في الدول الرأسمالية عند انخفاض الطلب الفعلي.

البطالة السافرة: يقصد بها وجود أشخاص في سن العمل و عدم توفر فرص عمل في المؤسسات الصناعية و الاقتصادية.

البطالة التكنولوجية: و ترجع إلى استبدال فن إنتاجي قديم بفن إنتاجي جديد مما يؤدي إلى تسريح العمال نتيجة ضعف المستويات الثقافية خاصة التعليم الفني⁽⁴⁾.

ضعف البنيان الصناعي: حيث تعد الصناعة أحد مقومات التنمية في المجتمع بإعتبارها أحد مجالات الأنشطة الاقتصادية الأساسية و ذلك بخلاف كل من النشاط الزراعي و الخدمي، و تعاني الدول النامية من ضعف البنيان الصناعي الذي تعكسه نسبة العاملين في هذا المجال بالنسبة لمجموع السكان.

(1) المرجع نفسه ص ص 36 - 38.

(2) محمد شفيق، **السكان و التنمية**، مرجع سابق، ص 30.

(3) أحمد مصطفى، **خاطر تنمية المجتمع... الإستراتيجيات** - مرجع سابق ص 172.

(4) محمد علاء الدين عبد القادر، **أساليب المواجهة لدعم السلام الإجتماعي و الأمن القومي في ظل الجات، العولمة، تحديات الإصلاح الإقتصادي**، الإسكندرية: منشأة المعارف، 2003، ص ص 4 - 5.

ضعف البنيان الزراعي: و هذا نتيجة لعدم التوسع في استخدام السكينة الزراعية واتباع أساليب بدائية و عدم استخدام منجزات التقدم العلمي و نتائج الأبحاث التطبيقية مع ضعف خبرة العمال الزراعيين. وكذلك سيادة الإنتاج الواحد حيث يعتمد الدخل القومي في البلدان النامية على سلعة أولية واحدة أو على عدد محدود من المنتجات الأولية للتصدير و هو ما يؤدي إلى أن تصبح إقتصادياتها عرضة لتقلبات عنيفة قد تسببها العوامل البيئية الطبيعية غير المواتية هذا في أحسن الأحوال.

ضعف الموارد الطبيعية و القصور في إستغلالها: مع عدم القدرة على خلق مصادر جديدة للثروة، إذ أن المشكلة الأساسية في كثير من الدول النامية ليست مشكلة ندرة الموارد الطبيعية فد ذاتها يقدر ماهي مشكلة استغلال هذه الموارد.

- **نقص رؤوس الأموال:** و هي إحدى المشكلات الأساسية التي تواجهها الدول النامية و لهذه المشكلة أسباب متعددة منها.

- **نقص الإدخار:** حيث يؤدي إلى نقصان في رؤوس الأموال إذ تتباين إمكانيات الدول المتقدمة و الدول النامية في هذه الخاصة، نظرا لضعف حافز الإدخار للإستثمار.

- **الإكتناز:** و يعني تجنيب جزء من الثروات خاصة لدى الأغنياء في الدول النامية في شكل ذهب أو احتجاز بعض النقود و منها من التداول.

- **الإدخار السلبي:** مثل القروض الممنوحة من البنوك للأفراد لأغراض استهلاكية كعمليات البيع بالتقسيط.

- **الإستثمار الغير المنتج:** حيث سيثمر أصحاب رؤوس الأموال في البلدان النامية أموالهم في مجالات غير إنتاجية لا تحقق زيادة في الإنتاج الصناعي أو الزراعي و لكنهم يوجهونها نحو عمليات المغاربة و المباني و تخزين السلع.

- **هروب رؤوس الأموال إلى الخارج:** حيث يفضل عدد من الأغنياء إيداع أموالهم في البنوك الأجنبية بدلا من إستثمارها داخل مجتمعاتهم النامية⁽¹⁾.

- أما بالنسبة للناحية السياسية: فتمكن أهم المعوقات فيما يلي:

- **التعبئة السياسية:** حيث نجد الدول المتقدمة تمارس تأثيرات واضحة على الدول المتخلفة حتى تضمن وجود نظام سياسي موالي لها؟ من خلال تدعيم النظم الحاكمة الموالية، وهي الوقت نفسه يخطط لإحداث عدم استقرار سياسي يحقق أهدافها ويعوض لتنمية فيها، المساعدات التي تقدمها الدول المتقدمة للنامية تكون غالبا يهدف السيطرة و التحكم و ضمان التبعية الدائمة لها و على عملية الإلتخاذ القرارات السياسية.

- تمركز القوة السياسية في المجتمعات في أيدي جماعات يعينها. و من ثم لا تتوزع السلطة توزيعا عادلا بين الجماعات السياسية، فالسلطة تحتكر كل من قبل جماعة واحدة عسكرية معظم الأحيان⁽²⁾.

3-1 المعوقات الاقتصادية و السياسية:

تعتبر عملية التخطيط عملية فنية وواعية في نفس الوقت و يستلزم ذلك أن يكون القائمون عليها على درجة من الوعي لأهميتها كما يجب أن يكون المواطنون المخطط لتنميتهم على درجة من الوعي لتقبل التغييرات الجديدة في المجتمع، و يعتبر نقص الوعي في التخطيط معوقا أساسيا للتنمية الإجتماعية، إذا لم يتفق تخطيط مشروعات و برامج التنمية و حاجات المجتمع، و ذلك للإختلاف المجتمعات في ظروفها و مواردها و حاجات أفرادها⁽³⁾.

و يبرز التخطيط معوقا للتنمية من خلال:

- عدم وضوح الهدف من التخطيط عند العاملين فيه
- عدم الدقة في إختيار الوسيلة المخففة للهدف
- عدم التحكم في الموقف المخطط له.

(1) أحمد مصطفى خاطر، **تنمية المجتمعات .. نموذج المشاركة**، مرجع سابق، ص ص 78-83.

(2) أحمد مصطفى خاطر، **تنمية المجتمع .. نموذج المشاركة**، مرجع سابق، ص ص 88-89.

(3) أحمد مصطفى خاطر، **تنمية المجتمع الإستراتيجيات**، مرجع سابق ص 183

- عدم التنسيق بين الجهات العاملة في مجالات التخطيط المختلفة

- عدم توفر الأجهزة المسؤولة عن الدراسات و البحوث و الإحصاءات خاصة المستوى القومي أو حتى الإقليمي⁽¹⁾.
و بما أن التخطيط في حقيقة الأمر يسهل تنسيق الجهود و العمليات الإدارية التي تقوم بها الأجهزة الحكومية لتنفيذ البرامج و المشروعات و توظيف و تمويل الموارد البشرية و المالية لخدمة أغراض و أهداف خطط التنمية و متابعة تنفيذها⁽²⁾.
و من أخطر الأخطاء و أكثرها إعاقة للتنمية نجد عدم واقعية الأهداف، حيث ترفع شعارات رنانة من الرفاهية الإجتماعية و التقدم الإقتصادي.....الخ.
فيما يوقع المسؤولين في مأزق كبير عند فشلهم في تحقيقها، وقد يضطرهم ذلك إلى إقامته مشروعات خيالية لا تحتاجها بلادهم مما يؤدي إلى إهدار الموارد الطبيعية و الطاقات البشرية و استنزاف القدرات الإقتصادية لتلك الدول⁽³⁾.
2- المعوقات الخارجية:

إن التطرق إلى المعوقات الداخلية للتنمية الإجتماعية لا يفي ضرورة إبراز دور المعوقات الخارجية المساهمة كذلك في إعاقة التنمية الإجتماعية، و التي ترتبط أساسيا بنمط العلاقات الدولية بين المجتمعات النامية و المجتمعات المتقدمة وانعكاساتها و كذا طبيعة النظام العالمي و يمكن حصرها في:
1-2 العولمة:

و تتخذ العولمة أشكالا متعددة أشهرها الشركات المتعددة الجنسيات، هذه الشركات يتاح لها إمكانية إنتهاك مصالح البلدان النامية و التي تتضمن آليا مجموعة من الدول العربية من خلال تهميش مصالحها لمصلحة فئة أو فئات ترتبط مصالحها الإقتصادية بهذه الشركات⁽⁴⁾.
أما فيما يخص موقف المجتمعات المتخلفة من العولمة فهناك معركة كبيرة أيديولوجية و سياسية وإقتصادية و ثقافية تدور حول العولمة، فهناك اتجاهات رافضة بالكامل و هناك اتجاهات تقبل العولمة بدون تحفظات باعتبارها لغة العصر و هي اتجاهات تتجاهل السلبيات الخطيرة لبعض جوانب العولمة.

و هناك اتجاهات نقدية تحاول فهم القوانين الحاكمة للعولمة و تدرك أن هذه الأخيرة عملية تاريخية حقا و لكن ليس معنى ذلك التسليم بحتميتها⁽⁵⁾.

2-2 المديونية الخارجية:

و قد تطورت صورة الديون الدولية بشكل يثير الإنتباه و يدعو للقلق، إبتداءا من النصف الثاني من عقد السبعينات للقرن العشرين حتى اليوم، في شروط الحصول عليها بالنسبة للدول النامية و في الأعباء الحقيقية التي نجمت عنها، حيث شهدت ديون الدول النامية، تزايد مستمرا و تضخما شديدا في حجمها منذ أواخر الخمسينات.

أمام هذا النمو المتسارع الذي حدث في هذه الديون و ما يجره من نمو متعاضم في أعبائها وجدت العديد من الدول المدينة نفسها بين خيارين، التنمية من ناحية و خدمة الديون الخارجية و تسديدها من جهة أخرى⁽¹⁾.

(1) أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمعات... الإستراتيجيات... مرجع سابق، ص ص 158 - 159

(2) عبد الهادي الجوهري، دراسات في التنمية الإجتماعية، مرجع سابق ص 158.

(3) أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمعات... نموذج المشاركة.... ص 85

(4) مها دياب، تهديدات العولمة للوطن العربي مجلة المستقبل العربي، الكويت، مركز دراسات الوحدة العربية ، العدد

267 فيفري 2002 ، ص 155.

(5) السيد يسين، العولمة و الطريق الثالث ، القاهرة، مرت للنشر و المعلومات، 1999 ، ص ص ، 31 - 32.

و لا يمكن فهم مشكلة الديون كأحد المعوقات الخارجية للتنمية الاجتماعية و السياسية في نفس الوقت، و الديون أصبحت تعترض عمليات و سياسات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية. كما أدت إلى تفاقم عوامل الفقر و السكان و البطالة و الجريمة و عجز ميزان المدفوعات و الضرائب زادت و عدم الإستقرار السياسي و الشواهد الميدانية المتعددة خير دليل على ذلك في الوقت الحاضر⁽²⁾

2-3 الإستعمار:

إن أي تجاهل للدور الذي يلعبه الإستعمار و الرأسمالية في الإستنزاف و الإستغلال في الدول المستعمرة يعتبر مجافاة للحقيقة و الواقع و محاولة للتضليل، و لقد حاول الإستعمار الجديد أن يخلق صورة مختلفة تمكنه من ربط الدول النامية بعجلة التعبئة، فهو يحاول في كل مرحلة أن يحدث ثغرة يدخل منها، إما على مستوى القيادات أو التركيب الاجتماعي أو الأنماط الثقافية⁽³⁾. و لقد عمد الإستعمار إلى خلق ظروف إجتماعية مختلفة في المستعمرات حيث لم يقم بأي جهد تنموي إلا بالقدر الذي يخدم مصالحه فقط و النظام الإستعماري الجديد الذي تترجمه الولايات المتحدة

الأمريكية - يقوم على التسلط الإقتصادي و التقني و الثقافي، و ذلك خلافا للإستعمار التقليدي الذي كان قائما على أساس التسلط السياسي و العسكري المباشر، و يرتبط بالنظام الإقتصادي العالمي الراهن الذي يسيطر عليه الشمال بسيطرة عسكرية مالية و تقنية و تجارية مطلقة عبر آليات تعمق و تزيد إنشداد الدول النامية نحو الغرب و تمحور إتجاهاتها التنموية⁽⁴⁾.

2-4 التبعية:

و تتخذ العديد من الأشكال:

- **التبعية التجارية:** تتزايد تبعية البلدان النامية للغرب الرأسمالي في ميدان التجارة، علما بأن معظم التجارة الخارجية لبلدان النامية تتجه صوب الدول الصناعية الرأسمالية و هي تخسر في تجارتها مع هذه الدول سنويا⁽⁵⁾.

- **التبعية المالية:** إن استثمار الأموال الأجنبية في البلاد النامية لا يمثل إضافته إلى مواردها المالية، بل هو في الغالب يفقدها جزءا من ثرواتها، هذه العملية التي شهدتها الدول النامية منذ عقود السيرة الإستعمارية المباشرة مازالت تبحث عن المجالات الأوفر و الأسرع ربحا الأقل مجازفة.

- **التبعية التكنولوجية:** تتخذ أشكالا متعددة، فأي مشروع أو خدمي يعتمد على وسائل عمل معقدة و متقدمة تكنولوجيا، لا تمتلكها البلدان المتخلفة و عليها بالتالي إستيرادها بتكاليف مرتفعة جدا و تستورد قطع غيارها، و من جهة أخرى فهي لا تمتلك الخبرة اللازمة لتشغيلها فتضطر لإستخدام الخبراء و الفنيين الأجانب و بأجور مرتفعة تكاد تكون خيالية مما يساهم في البطالة المحلية.

- **التبعية العسكرية:** لعل أكبر قنوات تسرب أموال البلاد النامية إلى خزائن الإحتكارات العالمية عن طريق الإتفاق على التسليح، إذ أن الدول الرأسمالية، تحت الدول النامية على سباق التسليح بخلفها مناطق توتر دائمة ووقوفها في وجه الحلول للنزاعات الإقليمية بهدف إبتزاز الأرباح الطائلة و تستعيد أضعافا ما قد تكون قد دفعته للبلدان النامية على شكل مساعدات أو مساهمة في التنمية و تكرر بذلك تبئعها لها و تعيق أي تنمية حقيقية فيها⁽⁶⁾.

(1) حسين عوض الله، الإقتصاد الدولي، (نظرة عامة على بعض القضايا)، بيروت: الدار الجامعية، 1998، ص ص 241 - 242.

(2) عبد الله محمد عبد الرحمان، دراسات في علم الاجتماع، الدراسة الأولى (الديون و الإستثمار و تحديات التنمية في العالم الثالث مع الإشارة إلى المجتمع المصري - بيروت: دار النهضة العربية للطباعة و النشر، 2000، ص ص، 2-3

(3) إحسان محمد حفطي، و مريم أحمد مصطفى، قضايا التنمية في الدول النامية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ب ت، ص 14.

(4) فتحي محمد قنوص، أزمة التنمية (دراسة تحليلية للواقع السياسي و الإقتصادي و الإجتماعي لبلدان العالم الثالث)، القاهرة الدار الدولية للإستثمارات الثقافية، ط2، ب ت، ص 22.

(5) أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمعات، نموذج المشاركة، مرجع سابق ص 81.

(6) جهينة سلطان العيسى و آخرون، علم إجتماع التنمية، الأردن، الأهالي ب ت ص ص 134 - 141.

سابعا: التنمية

1- مفهوم التنمية:

إن التنمية مفهوم قديم جديد متجدد طالما أن هناك مجتمعات إنسانية يتطلع أفرادها إلى الرقي والانتقال من حالة لا يرضونها أو لا يقنعون بها إلى حالة أخرى هي أكثر تحقيا لأمانهم و متطلباتهم و أهدافهم، و قد فرضت التنمية نفسها كمفهوم و مجال للبحث العلمي على مستويات التنظيم و التطبيق منذ ما يقرب من قرن و نصف القرن من الزمان تقريبا.

في قاموسه اللغوي أن إصطلاح التنمية من الناحية اللغوية إنما يعني Webster و يرى ويبستر التطور في مراحل متوالية، أي أنه يشير إلى عملية النمو الطبيعي من مرحلة إلى مرحلة أخرى. كما تعرف التنمية بأنها مفهوم معنوي يعبر عن عملية ديناميكية تتكون من سلسلة من التغيرات الوظيفية و الهيكلية في المجتمع تحدث نتيجة للتدخل الإداري لتوجيه التفاعل بين الطاقات البشرية في المجتمع و يبين عوامل البيئة بهدف زيادة قدرة المجتمع على البقاء و النمو.

على أن عملية التنمية هي عملية تغيير و تغيير معاني الوقت نفسه Hobhousse و يؤكد هوبهاس بحيث يتطلب التغيير الناجم عن التنمية و التنظيم و التنسيق لإعادة التكامل المجتمعي، و هذه الوظيفة لا تتحقق إلا أن تقوم على الجبر و الإلزام، و إنما تقوم على تظافر الجهود و تعاون الأفراد في المجتمع، و هنا تتضمن التنمية عددا من العمليات المنفصلة و المتكاملة في الوقت نفسه⁽¹⁾.

و بالنسبة للعالم (كيم): فهو يعرف التنمية على أنها " علاج للتخلف و أن للتنمية قواعد و أركان يصرف النظر عن مسمياتها سواء كانت التنمية الريفية أو التنمية الحضرية أو التنمية السياسية أو الإقتصادية أو التنمية الإجتماعية " .

فهذه كلها كما يقول البروفيسور كيم الأستاذ بجامعة نورث كارولينا الأمريكية مسميات خاطئة، حيث يقول:

« ... و بالمنظور السابق لا يوجد على ظهر الأرض مجتمع بلغ التنمية فالدنيا كلها لازالت متخلفة طالما » أن التنمية هي وضع مثالي، وبالتالي فمصطلح " المجتمع النامي " مصطلح خاطئ فالمجتمعات يمكن فقط أن تقارن بين بعضها البعض فيما يتعلق بالمتغيرات أو الخصائص البنائية التي تحدد درجة مرونتها البنائية و على أساس هذه المرونة يمكن تسميتها أو تقسيمها إلى مجتمعات أكثر أو أقل تقدما في عملية التنمية . »

و يركز العالم كيم على المرونة البنائية للمجتمع كجوهر للتنمية و كمنطلق أساسي لها، و هو يرى أن التنمية قيم و معايير محلية، و هنا لابد أن نركز على هذه الألفاظ حيث يركز في التنمية على نتائجها من المواد و السلع و الخدمات ... الخ، فهي قيم و معايير محلية، ثم هي عملية نشاطية لتحقيق العدالة و توسيع فرص الحياة، و هذا يتطلب حدا أدنى من العدالة الإقتصادية و الإجتماعية و الرخاء الإقتصادي و الحرية السياسية و الصحة و التعليم، و يتطلب تحقيق الأفراد لهذه المطالب بناءا إجتماعيا مرنا يسمح لهم بفهم هذه المطالب و رغبتهم فيها و طلبهم لها، ثم تحقيقهم الفعلي لنصيبتهم من هذه (المعاني) المطالب⁽²⁾.

(1) محمد عباس ابراهيم، التنمية و العشوائيات الحضرية (اتجاهات نظرية و بحوث تطبيقية): الإسكندرية: دار المعرفة

الجامعية 2003، ص ص 105 – 109.

(2) محمد نبيل جامع، التنمية في خدمة الأمن القومي (الطاقة البشرية و الطاقة النووية في الميزان) ، الإسكندرية منشأة

المعارف 2000 ص ص ، 49 – 50.

و بعد أن تطرقنا إلى وضع صورة عامة حول مفهوم التنمية سوف نتطرق التعريفات التي وضعها بعض العلماء و المفكرين في العالم:

محمد الجوهري:

" التنمية عملية تغير ثقافي ديناميكية موجهة تتم في إطار إجتماعي معين (يصرف النظر عن حجم هذا المجتمع)، و ترتبط عملية التنمية بإزدياد أعداد المشاركين من أبناء الجماعة في دفع هذا التغير وتوجيهه و كذلك في الإنتفاع نتائجه و ثمراته " (1).

محمد الكردي:

" التنمية هدف عام و شامل لعملية ديناميكية تحدث في المجتمع و نجد مظاهرها في تلك السلسلة من التغيرات البنائية و الوظيفية التي تصيب مكونات المجتمع، و تعتمد هذه العملية على التحكم في حجم و نوعية الموارد المادية و البشرية المتاحة للوصول بها إلى أقصى استغلال ممكن، في أقصر فترة مستطاعة و ذلك يهدف تحقيق الرفاهية الإقتصادية و الإجتماعية المنشودة للغالبية من أفراد المجتمع (2).

وفيق أشرف حسونة:

" التنمية عملية ديناميكية تتكون من سلسلة من التغيرات الهيكلية و الوظيفية في المجتمع، و تحدث نتيجة للتدخل في توجيه حجم و نوعية الموارد المتاحة عن طريق زيادة فعالية أفرادها في استغلال طاقات المجتمع إلى الحد الأقصى " (3).

و إضافة إلى هذا فقد شارك الكثير من الهيئات العلمية و حكومات الدول و علماء الإجتماع و الإقتصاد و النفس و السياسة و الأنثروولوجية في التعريف بهذا المفهوم، و نذكر على سبيل المثال تعريف خرجت به هيئة الأمم في عام 1955 ينص على أنها " العملية المرسومة لتقدم المجتمع جميعه اجتماعيا و اقتصاديا، و تعتمد بقدر الإمكان على 1955 ينص على أنها " العملية المرسومة لتقدم المجتمع جميعه اجتماعيا و اقتصاديا، و تعتمد بقدر الإمكان على مبادرة المجتمع المحلي و اشراكه".

و في عام 1956 قدمت هيئة الأمم المتحدة تعريفا يشير إلى أن التنمية في المجتمع هي " العملية التي تستهدف الربط بين الجهود الأهلية و جهود السلطات الحكومية لتحسين الظروف الإقتصادية و الإجتماعية و الثقافية للمجتمعات المحلية، و تكامل هذه المجتمعات في حياة الأمم و الشعوب و تمكينها من الإسهام الفعال في التقدم القومي " (4).

وما يميز هذا التعريف أنه أبرز الدور الحكومي، و بذلك تصبح تنمية المجتمع مجهودا مشتركا بين المواطنين و الحكومة و كذلك يوضح أهمية الربط بين المجتمع المحلي و المجتمع ككل. و بالنظر إلى هذين التعريفين نجد أن عملية التنمية أيا كانت صورتها يجب أن تعتمد على :

- ضرورة مشاركة أهالي في العمل على تحسين أحوالهم و ظروف معيشتهم بصورة إيجابية و هو ما يعني بالمشاركة الفعالة من قبل الأفراد للنهوض بالمجتمع.
- وجود أهداف مخططة من قبل الحكومة مع تقديم الخدمات الفنية و المادية من الهيئات الحكومية و الأهلية لتشجيع و إنجاح هذه الجهود.

- أما إذا اتجهنا الآن إلى الوقوف على بعض تعريفات التنمية التي أخذت تنتشر في كتابات المفكرين التنمويين حديثا، فإننا يمكن أن نميز منها مايلي:

- التنمية هي إرادة التغيير في أي اتجاه (موجب) التي يسعى إليها المجتمع ليتنقل بها من الحال (الغير مرض) الذي هو عليه فعلا إلى الحال (الأفضل) الذي ينبغي أن يكون عليه أملا.

- التنمية هي التغير الإجتماعي المنظم و الموجه، إنها التحريك العلمي المخطط لمجموعة العمليات الإجتماعية و الإقتصادية من خلال إيدولوجية معينة، لتحقيق التغير المستهدف، من أجل الإنتقال من حالة غير مرغوب الوصول إليها، و هذا يعني أن عملية التنمية تستهدف تغيير أساسيا في البناء الإجتماعي بما

(1) محمد الجوهري، علم الإجتماع و قضايا التنمية في العالم الثالث الطبعة 03، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية 1982، ص 144.

(2) كمال التابعي، تغريب العالم الثالث، مرجع سابق 1993 ص 17.

(3) عادل مختار الهواري، حسن عيد، مريم أحمد مصطفى، قضايا التغيير و التنمية الإجتماعية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية 1998، ص 131.

(4) عبد الرحيم أبو كريشة، مرجع سابق ص ص 39-40.

يتضمنه من تنظيمات مختلفة و تعديلا في الدوار و المراكز و تحريك امكانيات الإقتصادية بعد تحديدها و موازنتها، إلى جانب العمل على تغيير الموجهات الفكرية و بناء القوة .

- و التنمية هي التغيير الإجتماعي الذي تقدم من خلاله الأفكار الجديدة في الشق الإجتماعي بهدف تطوير و تحسين أحوال الناس و توفير الخير الإجتماعي.

- و التنمية هي العملية المرسومة لتقدم المجتمع بكل أبعاده إقتصادية كانت أم إجتماعية، ثقافية، سياسية، و التي تعتمد أكبر إعتداد ممكن على مشاركة المجتمع و مبادئه.

و هي بهذه العمليات التي يمكن بها توحيد جهود المواطنين و الحكومة لتحسين الأوضاع الإقتصادية و الإجتماعية، الثقافية و السياسية في المجتمعات المحلية و الكبيرة و المساهمة تقدمها بأكثر قدر مستطاع، و بالتالي فهي مكرسة لتحقيق تنمية إجتماعية.

- و التنمية هي العملية أو مجموعة العمليات المرسومة و المخطط لها تخطيطا سليما يهدف إحداث تغيير إجتماعي موجب داخل المجتمع الكبير العام، أو المجتمع الصغير المحلي، المجتمع البدوي

الصحراوي أو القروي الريفي، أو الحضري المدني، لتحقيق الأهداف التي يصبو إليها أعضاء الجماعة الذين يكونون المجتمع، بمعنى لإحداث تطور (موجب) و تقدم إقتصادي و إجتماعي، ثقافي، سياسي، للناس و بيئاتهم، و ذلك بالإعتماد على الجهود الحكومية و الأهلية المنسقة على أن تكتسب كل منها قدرة أكبر في مواجهة مشكلات المجتمع⁽¹⁾.

و بناء على ما تقدم فإنه يمكن القول بأن التنمية ما هي إلا تغيير إجتماعي إرادي و مقصود للإنتقال بالمجتمع من الحال الذي هو عليه فعلا إلى الحال الذي ينبغي أن يكون عليه.

والتنمية بهذا المعنى تكون تطورا من حيث إنتقالها بالمجتمع من طور إلى طور و هي تقدم كذلك لأنها في إنتقالها بالمجتمع تأخذ بيده إلى الأمام و الحسن و الفضل و هي تمدن حيث تحتوي في داخلها على اتجاه التحول مما هو تقليدي إلى ما هو أحدث كما أنها نمو أيضا كونها زيادة في فرص حياة بعض الناس دون نقصانها من البعض الآخر في نفس الوقت و نفس المجتمع.

" التنمية عملية تغيير مقصود تقوم بها سياسات محددة، و تشرف على تنفيذها هيئات مسؤولة تعاونها هيئات على المستوى المحلي، تستهدف إدخال نظم جديدة، أو خلق قوى إجتماعية جديدة، مكان القوى الإجتماعية الموجودة بالفعل، أو إعادة توجيهها و تنشيطها بطريقة جديدة و تهيئة الظروف المتعددة لهذا الجانب من التغيير الإجتماعي الذي يطلق عليه اسم التنمية".

فالتنمية إذن هي الجهود المنظمة التي تبذل وفق تخطيط مرسوم للتنسيق بين الإمكانيات البشرية و المادية المتاحة في وسط إجتماعي معين، يقصد تحقيق مستويات أعلى للدخل القومي و الدخول الفردية، و مستويات أعلى للمعيشة و الحياة الإجتماعية في نواحيها المختلفة كالتهذيب و الصحة الأسرة و الشباب، و من ثم الوصول إلى تحقيق أعلى مستوى ممكن من الرفاهية الإجتماعية⁽²⁾.

1-1 مفاهيم مرتبطة بالتنمية:

إن استعراض التراث السوسولوجي يشير بأن الكثير من النظريات السوسولوجية التي ظهرت خلال القرن 19 تنطوي على الكثير من الخلط بين مفاهيم كالتغيير الإجتماعي و النمو و التقدم و التطور و ترتبط هذه المفاهيم إرتباطا يصل في معظم الأحيان إلى حد التداخل بينها.

و نظرا لأن عند دراسة أي موضوع بحث يجب تحديد المفاهيم التي تناولها هذا الأخير إلى جانب تحديد المفاهيم المرتبطة بالمفهوم الرئيسي فقد إرتأينا لإزالة هذا الخلط و الإلتباس التطرق إلى أقرب المصطلحات لمفهوم التنمية.

النمو:

يصعب التعرف على حد فاصل بين التنمية و النمو و صعوبة تحديد طبيعته كل منهما؛ خاصة أن إحدهما يعد إمتداد للآخر، و مما يزيد هذه الصعوبة أن حدوثها في أنظمة المجتمع و أنساقه الإجتماعية يتداخل زمنيا. Social system.

(1) عبد الهادي الجوهري، أحمد رأفت عبد الجواد، عبد المنعم بدر دراسات في التنمية الإجتماعية (مدخل إسلامي) الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث 1999، ص ص 9-10.

(2) محمد عباس ابراهيم، مرجع سابق، ص 109.

و من المسلم به أن النمو يحدث عن طريق التطور البطيء و التحول التدريجي، أما التنمية فتحتاج إلى ليخرج المجتمع من حالة الركود و التخلف إلى حالة التقدم و النمو، و هذه الدفعة Big Push دفعة قوية القوية تقف على طرفي نقيض مع عملية التطور و التدرج، و ينظر إلى النمو في الغالب إلى أنه عملية تلقائية يتحقق دون أن نفرض عليه قيودا خارجية من جانب الإنسان أما التنمية فتعني النمو الذي يتم عن طريق الجهود المنظمة التي يقوم بها الإنسان لتحقيق أهداف معينة.

و البلاد النامية ليست بحاجة إلى نمو و إنما هي في حاجة للتنمية و ذلك لأن التنمية تشمل على النمو و على التغيير⁽¹⁾.

والنمو يشير إلى ظروف الدول و المجتمعات المتقدمة التي تسعى إلى إيجاد زيادة في إحدى أو بعض الكميات الاقتصادية أي أن النمو هو نوع من التغيير و الكمي أساسا مع ملاحظة أن الفرق بين التغيير الكمي و لتغيير الكيفي ما هو إلا مسألة درجة فقط، حيث لا يوجد حد قاطع بين الأمرين.

التحديث:

و هو مفهوم آخر على صلة بموضوعات و مجالات التنمية، فيشير إلى استغلال الموارد البشرية والطبيعية في تحقيق مزيد من التكامل و التماسك الاجتماعي، و بالتالي تحقيق تنمية إجتماعية، و تطوير أساليب أكثر كفاءة في مجالات السياسة و الضبط الاجتماعي و النهوض المستمر بمستوى الإنتاج و الثروة، و الاعتماد على العلم الحديث القائم على الملاحظة الواقعية، و التجريب و ظهور تقنية أو أسلوب فني يركز على تطويع النظرية للإستخدامات العملية، و تدعيم مقومات التنظيم و الإدارة الرشيدة⁽²⁾.

و هذا ما تحتاجه المجتمعات لتحقيق الهدف الحقيقي الذي يسعى له كل أفراد المجتمع و هو تحقيق الرفاهية و الكفاية عن طريق تحقيق التنمية الإجتماعية الخاصة.

التطور:

و هو يأخذ فترات طويلة أي أنه يتطلب مدة زمنية أطول، و التطور يعني التغيير التدريجي، بمعنى آخر الطريقة التي تتغير بها الأشياء من حالة إلى حالة أخرى بصورة تدريجية و أساس التطور هو التمايز و التعقيد⁽³⁾.

التغيير:

ظاهرة موجودة في كل مستويات الوجود، فكما يوجد في المادة الحية، يوجد كذلك في المادة غير الحية، وكذا في الحياة الإجتماعية، و بالتالي فالتغيير يعني انتقال أي شيء أو ظاهرة من حالة إلى حالة أخرى أو هو ذلك التعديل الذي يتم في طبيعته أو مضمون أو هيكل شيء أو ظاهرة⁽⁴⁾.

التغيير الاجتماعي:

يعني عملية مستمرة تحدث من خلالها اختلافات أو تعديلات في العلاقات الإنسانية، أو في المؤسسات أو التنظيمات أو في الأدوار الإجتماعية، و التغيير الاجتماعي يختلف درجاته من فترة زمنية إلى أخرى، فعلى سبيل المثال نجد أن فترات تاريخية تميزت ببطئ التغيير الاجتماعي و فترات اتسمت بسرعة التغيير الاجتماعي.

ويمكن تعريفه بأنه كل تحول يحدث في النظم و الأنساق و الأجهزة الإجتماعية من الناحية المرفولوجية أو الفزيولوجية خلال فترة زمنية محددة، و يتميز التغيير الاجتماعي بصفة الترابط و التداخل فالتغيير في الظاهرة الإجتماعية سيؤدي إلى سلسلة من التغييرات الفرعية التي تصيب الحياة بدرجات مختلفة، و يرى علماء الاجتماع أن التغيير الاجتماعي يشير إلى الأوضاع الجديدة التي تطرأ على البناء الاجتماعي و النظم و العادات و أدوات المجتمع نتيجة لتشريع أو قاعدة جديدة لضبط السلوك أو كنتائج لتغيير إما في بناء فرعي معين أو جانب من جوانب الوجود الاجتماعي أو البيئة الطبيعية أو الإجتماعية⁽⁵⁾.

(1) عبد الرحيم تمام أبو كريشة، مرجع سابق، ص 35 – 36.

(2) محمد عباس ابراهيم، مرجع سابق، ص 110.

(3) علي غربي و آخرون، مرجع سابق، ص 38.

(4) محمد عمر الطنوبي، التغيير الاجتماعي، الأسكندرية: منشأة المعارف، 1995، ص 52.

(5) عبد الرحيم تمام أبو كريشة، مرجع سابق ص 32.

و هذا التغيير الإجتماعي قد يكون ذو وجهين، قد يكون إيجابيا أو قد يكون سلبيا، و هنا يكمن الفرق بين التنمية التي تنتج دوما نحو الإيجاب، عكس التغيير الإجتماعي الذي قد يتجه إلى السلم.

2- ركائز التنمية:

إن التنمية الحقيقية، لا يمكن أن تتم إلا من خلال الإرتقاء المتوازن بروى و ركائز أربعة بحيث لا يطغى الإهتمام بإحداها على الأخرى أو يتجاهلها و التي تمثل في نفس الوقت مجالات للتنمية.

1-2 التنمية السياسية:

و ذلك لتحقيق العدالة حتى لا يسود كل من قانون الغاب أو منطق القوة الغاشمة فالرؤية السياسية هي القيادة و المثل و الخيال و التصميم و الهندسة لواقع المجتمع و آماله و طموحاته، و هي وقود طاقاته و إمكاناته البشرية و المادية، و لذلك فالتنمية قيادة و زعامة و حكمة و حكومة رشيدة⁽¹⁾. و التنمية السياسية ما هي إلا أحد جوانب عملية التغيير الإجتماعي الشاملة و من ثم فهي عملية معقدة و متشابكة، فهي متداخلة مع العديد من المتغيرات التاريخية و الإقتصادية و الثقافية و الإجتماعية لذلك تزداد صعوبة الوصول إلى تعريف ملائم و موحد للتنمية السياسية⁽²⁾ و التي يصعب عزلها عن التنمية الإجتماعية و أهدافها.

2-2 التنمية الثقافية:

و هي المعين الذي منه تتبلور قيم المجتمع و لا بد أن تهل أساسا من القيم السماوية الإسلامية، التي تتبنى أسس الأخلاق المجتمعية و التي هي أساس البناء المجتمعي و لنا في المجتمع الإسلامي في صدر الإسلام المثل الواقعي الحي لتجسيد هذه الرؤية الثقافية و الإيمان بأنها ليست مجرد شعارات و كلمات كل مهمتها إراحة القلوب الظامنة إليها فالرؤية الإجتماعية تتحدد بالرؤية الثقافية و تخدمها.

3-2 التنمية الثقافية:

و التي تعتبر موضع الإهتمام الدائم للقيادات السياسية و التنموية دون التركيز المتوازن على الأبعاد الأخرى، مع أن التنمية الإقتصادية هي حصيلة كل الأبعاد و تعتمد عليها تماما. و التنمية الإقتصادية تتعامل مع الموارد الطبيعية و البشرية⁽³⁾ و بما أن التنمية الإقتصادية تعد أحد أبعاد التنمية الشاملة يعرفها الدكتور محمد علي الليثي:

" أن التنمية الإقتصادية تعني تقدم المجتمع عن طريق استنباط أساليب إنتاجية جديدة أفضل و رفع مستويات الإنتاج من خلال إنماء المهارات و الطاقات البشرية و خلق تنظيمات أفضل.

هذا فضلا عن زيادة رأس المال المتراكم في المجتمع على مر الزمن و عليه فإن الدول المتقدمة إقتصاديا هي تلك التي حققت الكثير في هذا الإتجاه بينما تلك التي حققت تقدما غير ملحوظ في هذا الطريق هي ما يطلق عليها اسم الدول المتخلفة إقتصاديا⁽⁴⁾.

4-2 التنمية الإجتماعية:

(1) محمد نبيل جامع ، مرجع سابق ص 44
(2) عبد الحليم الريات، التنمية السياسية ، دراسته في علم الإجتماع السياسي (الأبعاد المعرفية و المنهجية)، الجزء الأول الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ج1، 2002 ، ص ص 87- 88.
(3) محمد نبيل جامع، مرجع سابق، ص ص 46 – 47.
(4) محمد عبد العزيز عجمية، محمد علي الليثي، التنمية الإقتصادية (مفهومها نظريتها، سياستها)، الإسكندرية، الدار الجامعية 2001 ، ص 20

سبق التطرق لها بالتفصيل في بداية الفصل يعرفها الدكتور عبد المنعم شوقي بأنها " ذلك الكل المعقد من الإجراءات و العمليات المثالية و المستمرة التي يقوم بها الإنسان للتحكم بقدر ما في متضمنات واتجاهات التغيير الثقافي أو الحضاري في مجتمع من المجتمعات و كذا في سرعته بهدف إشباع حاجاته، و المقصود بالثقافة أو الحضارة هنا البيئة المادية و غير المادية التي خلقها الإنسان لنفسه و تتضمن الصورة الكاملة و المتشابكة للعلوم و الفنون و المعتقدات و الفلسفات في أي مجتمع و كذا إنعكاساتها المادية الإجتماعية " (1).

و أما بالنسبة لمحي الدين جابر فهو يرى أن " التنمية الإجتماعية عبارة عن أسلوب حديث للعمل الإجتماعي الذي يقوم على إحداث تغيير حضاري في طريقه التفكير و العمل و الحياة عن طريق إثارة و عي البيئة المحلية بهذا الأسلوب إن لم يكن ذلك الوعي قائما، أو تنظيمه و تحريكه إن كان موجودا .. ثم بدعوة أعضاء البيئة المحلية جميعهم إلى المشاركة في التفكير و الإعداد و التنفيذ، بالنسبة للمشروعات و البرامج الإنمائية" (2).

3- منطلقات تحقيق التنمية:

بما أن الهدف الأساسي في بحثنا هذا هو التنمية الإجتماعية و التي هي نتاج للتنمية بصفة عامة سوف نتعرض إلى العوامل التي يمكن اعتبارها منطلقات لتحقيق التنمية و يمكن استعراض أهمها على النحو التالي:

1-3 الخروج عن النمط المألوف:

قد لا يرجع التخلف في بعض الحالات إلى قلة الموارد، و لكنه يرجع لأنماط تقليدية يسير عليها الناس و يستطيع بها سلوكهم الإجتماعي حيث لا يطرأ على أيديولوجيتهم أدنى تفكير في إمكانية التغيير أو التبدل، و لكن في لحظة من حياة المجتمع تأتي فكرة الخروج على ما هو مألوف، و هذه الفكرة تظهر عندما يرى أفراد المجتمع أن هناك إمكانية لعمل هذا التغيير، إذ قد يتحقق التغيير بثورة، أو شعور بالقومية بدعته شعور جديد بالاعتماد على النفس أو عن طريق فكرة دينية يتسع نطاقها بالإنتشار الإجتماعي.

2-3 الزيادة في المعرفة:

يرى (هوبهاوس) أن سياسة الإنماء الإجتماعي تقوم أساسا على العمل للزيادة في المعرفة، حيث أن زيادة المعرفة تزيد من ميل المجتمعات للحصول على منظمات أكثر كفاءة، و على نطاق واسع. و التنظيم في الكفاءة و زيادة و عي الأفراد يؤدي إلى رقيهم في السلم الحضاري الذي من نتيجته زيادة الاختلافات في المستويات الحضارية و الثقافية، مما يجعل التكامل أكثر صعوبة إلا الكفاءة في الوقت ذاته تساعد في تنظيم المجتمع الكبير مما يجعله يحرز تقدما عقليا أكثر مما يحرزه المجتمع الصغير.

3-4 الإنماء الإجتماعي من خلال مفهوم تنمية الموارد البشرية:

تقوم سياسته الإنماء الإجتماعي على أساس من الإستخدام المثمر و المفيد لطاقات الناس فهي عبارة عن عملية للنهوض الذي يستند إلى العمل الإجتماعي عن طريق التعليم و التدريب، بحيث ينظم الناس أنفسهم، أو يعدون نشاطهم للتخطيط و التنفيذ وفق احتياجاتهم و بما يحل مشكلاتهم، فالفرد هو رأس مال للمجتمع يبحث إذا زاد علما و مهارة، تمكن من الخلق و الإبتكار و الإنتاج و الإنطلاق، و أن مدى نجاح التنمية يتوقف إلى حد بعيد على درجة النمو العقلي للموارد البشرية، و على مدى استخدام الأسلوب العلمي في الدراسة و البحث .

و يرى (تيودور سلتر) أن الشعوب المتقدمة كانت لتبلغ درجة تقدمها بمجرد وجود رأس مال عيني، و إنما بمجهود أفرادها الذين جاهدوا بالعلم و التكنولوجيا في سبيل استغلال ما توافر لديهم من رأس المال. بل إن جهود الأفراد أنفسهم هي أكبر قيمة من عنصر رأس المال نفسه كما أن كفايتهم الإنتاجية في استغلال ما لديهم من إمكانيات مختلفة كانت أكبر العوامل التي أوصلتهم إلى ما حققوه و ما يحقونه من مستوى معين للتقدم و الرقي لمجتمعهم.

3-5 الإنماء الإجتماعي من خلال مفهوم الصحة العامة:

إذا كانت سياسة الإنماء الإجتماعي في رأي الكثيرين يجب أن تقوم أساسا على التعليم و التدريب بالرغم من أن مدى التعليم الطويل و العائد منه غير ملموس، حيث لم يعد التعليم مجرد خدمة تؤدي

(1) عبد الرحيم تمام أبو كريشة، مرجع سابق، ص 43.

(2) عادل مختار الهواري، حسن عيد، مريم أحمد مصطفى، مرجع سابق، ص 154.

لجماهير الشعب بل هو استثمار، يعمل على إعداد القوى البشرية التي تقوم على أكتافها مشروعات الإنماء عموماً فإن الصحة العامة هي هدف في حد ذاتها إلى جانب أنها عامل يساعد على الوصول إلى الأهداف الأخرى و إن كانت طبيعة الحاجة الاجتماعية في البلاد المتخلفة للصحة العامة قد تبدو أقل وضوحاً عما هي للتعليم.

مع أن الصحة الجيدة لها عائدها الملموس في عامل التقدم بالنسبة للعمل و التوظيف. و الواقع أن الصحة تحتاج لإستثمارات متزايدة، كما أنها تمثل عاملاً هاماً و ضرورياً لتحقيق التنمية بصورة طبية و هذا ما نود التأكيد منه من خلال هذا العمل و ما مدى مساهمة هذه الإصلاحات الجديدة في تحقيق التنمية الاجتماعية. ذلك لأن صحة كل فرد تعتمد على صحة الأفراد الذين حوله فالصحة الجيدة أو الصحة المعتلة ليس لها حدود جغرافية، بمعنى أن الأمراض تنتشر من بلد إلى آخر و قد تساعد المواصلات الحديثة على هذا الإنتشار إلى حد كبير.

كما أن الإستثمار في الصحة يعتمد إلى حد كبير على الإستثمارات في القطاعات الأخرى أكثر مما يعتمد التعليم و الإسكان، أو متطلبات الإستثمار في مجال الزراعة فقط، و قد تظهر المشكلة أحيانا في قلة وجود المياه الصالحة للشرب، هذا بالإضافة إلى أن الصحة العامة تختلف عن القطاعات الأخرى في أن ما ينفق عليها من استثمارات قد لا يقابله إزدياد في معدلاتها، فلقد انتشرت في الآونة الأخيرة مجموعة من الأمراض الخطيرة و المزمنة مثل أمراض القلب و السرطان و الأمراض العصبية العقلية، فقد أوضح وزير الصحة السيد "عمار تو" في جريدة الخبر من الوضع الصحي في الجزائر يعرف تغييرا على العديد من المستويات، حيث برز تغيير في الأمراض زامن التغيير في المستوى المعيشي و أنظمة التغذية، بحيث تظهر نفس الأعراض التي تعرفها حاليا المجتمعات الغربية.

و قد أشار الوزير إلى أن نسبة الأمراض المتنقلة تعرف منذ سنوات تراجعا مستمرا و تقدر بقرابة 32% بينما ترتفع حصة الأمراض الغير متنقلة خاصة الأمراض المزمنة و على رأسها السكري و ضغط الدم و أمراض القلب و السرطان.

و قد أشار كذلك إلى أن هذه الأمراض المزمنة الغير متنقلة تتزايد نسبتها في الشمال الجزائري، بينما يقل المتوسط في الجنوب نظرا للتباين في النظام الغذائي⁽¹⁾ كما ظهرت مشكلات أخرى نتيجة للتقدم التكنولوجي في العصر الحاضر مثل تلوث الماء و الهواء بالإشاعات الذرية.

و غني عن الذكر أن تزايد العناية بمتطلبات التنمية الصحية من شأنه أن يزيد من معدل الأعمار المنتجة مما يهيئ للمجتمع فرصة توفر عدد أكبر من القوى العاملة المنتجة، وفي الواقع أن أي تغيير في حجم أي شريحة من شرائح فئات العمر بالزيادة أو النقصان يؤثر تأثيرا بالغا على أوضاع المجتمع، و على أنساقه و نظمه و علاقته الداخلية.

و في هذا السياق أشار وزير الصحة أن التحدي الأول الذي تواجه الجزائر، هو تغيير هرم السن مع من مجموع السكان مما يتطلب تحمل مسؤوليات %توسع دائرة المسنين في الجزائر، الذين يمثلون 7,10 جديدة.

6-3 تنمية النسق الإقتصادي :

يتبلور هذا المنظور الإقتصادي في مجموعة الآراء التي يقرر أصحابها أن العوامل الإقتصادية في كل المجتمعات الإنسانية سواء كانت متخلفة أو نامية أو متقدمة تعتبر الأساس الأول لكل سياسة إنمائية في المجال الاجتماعي، بمعنى أن التنمية الاجتماعية لا يمكن أن تتحقق بصورة كيفية إلا إذا

قامت في صورة متكاملة على وضع سياسته إنمائية للموارد المادية و البشرية التي يستطيع المجتمع أن يستثمرها إستثمارا أمثل، من أجل النهوض بمستوى أفراد و تحقيق الرفاهية الاجتماعية لهم.

و آية ذلك أن التنمية الاجتماعية تعتبر عملية مستمرة تتماشى و النهوض الإقتصادي و مع عوامل تطوير المجتمع و هي تراعي الظروف القائمة و الإمكانيات المتاحة في البيئات المختلفة

7-3 تنمية النسق السياسي :

(1) جريدة الخبر، صفحة فطور الصباح، 19 فيفري 2006.

نلتمس هذا الإطار التصوري للإنماء الإجتماعي عند بعض المفكرين و لعل في مقدمتهم (إدوارد هولاند) فهو يرى أن رفع مستوى الدخل القومي ليس هو كل شيء بل الواقع أن السياسة الحكومية في أي بلد تتجه للمساهمة في كثير من الأهداف الإقتصادية و الإجتماعية و مع تبادل التأثير بين سياسة الإنماء الإقتصادي و الإجتماعي فلكل منهما وسائله و أهدافه التي قد يختلف في قليل أو في كثير في الواحد منها عن الآخر مما يجعلنا نميل إلى البحث عن الأساس الذي تقوم عليه سياسة الإنماء الإجتماعي بعيدة عن التفسير الإقتصادي له (1).

4- المنظمات الدولية لتمويل التنمية:

1-4-I.B.R.D- البنك الدولي للتعمير و التنمية

International Bank for Recnstruction and Development

يقدم هذا البنك القروض بأسعار فائدة محدودة إلى حكومات الدول النامية، لتنمية المشروعات الإقتصادية و الإجتماعية، و قد أنشئ هذا البنك عام 1960 و تتكون موارد البنك من حصص الدول الأعضاء.

2-4-I.F.G مؤسسة التمويل الدولية:

International finance Gorporation

أنشئت هذه المؤسسة عام 1956 بهدف تشجيع الإستثمار الخاص في البلاد المتخلفة إقتصاديا عن طريق توفير التمويل اللازم للمشروعات حيث تقدم القروض للمشروعات الخاصة دون الحاجة إلى ضمان الحكومة، و قد قدمت المؤسسة أول قرض من هذا النوع و لقارة افريقيا عام 1960 حين قامت بإقراض شركة لإنتاج السكر في تنجانيقا مبلغ 2,8 مليون دولار، و تتكون موارد المؤسسة من حصص الدول الأعضاء فيها.

3-4-I.D.A مؤسسة التنمية الدولية:

International Development Association:

تعتبر قروض هذه المؤسسة مرنة من حيث سعر الفائدة و من حيث الضمان و مدة القروض و شروط السداد، فالقروض بفائدة بسيطة جدا، و قد تكون بدون فائدة و قد يشترط الضمان الحكومي أو لا يشترط. و قد تصل مدة القرض إلى خمسين سنة و السداد بالعملة الأجنبية أو الوطنية و مؤسسة التنمية الدولية تمنح قروضا للهيئات العامة و الخاصة و لا يشترط أن يكون المشروع منتجا أو مدرا للبح بشكل مباشر كما في البنك الدولي و تتكون موارد المؤسسة من حصص الدول الأعضاء فيها.

4-4 صندوق التنمية الخاص:

Spécial U.X Fund For Econ- Development:

بدأ الصندوق عمله عام 1959 و موارده لا تتكون من حصص الدول الأعضاء كما في المنظمات السابقة، و لكن من إشتراكات حكومية إختيارية يحصر نشاط الصندوق الرئيسي في عمليات مسح الموارد و الأبحاث التطبيقية و التدريب المهني و المشروعات النموذجية و لا يعتبر الصندوق مؤسسة إقراض أو مؤسسة إستثمار، و قد حصلت الدول الإفريقية من الصندوق على حوالي 7,5 مليون دولار لعمليات البحوث في المجالات المختلفة.

5-4 البرنامج الموسع للمعونة الفنية للأمم المتحدة:

Expanded U.X Technical Assistance Program:

بدأ هذا البرنامج عام 1950 كإضافة للبرامج العادية و في هذا البرنامج الموسع تكون أنشطة الوكالات المتخصصة مرتبطة إرتباطا وثيقا بالبنك الدولي و بصندوق النقد الدولي، و على عكس البرنامج العادي فإن إشتراكات الدول في البرنامج الموسع ذات طابع إختياري.

6-4 المعونة الفنية للأمم المتحدة:

U.X Technical Pitôt - Projects:

تدار المعرفة الفنية عن طريق المم المتحدة ووكالاتها المتخصصة و تحول عن طريق اشتراكات محددة للدول الأعضاء في هيئة المم المتحدة.

4-7- المعونة الفنية للأمم المتحدة:**U.N Children Emergency Fund User:**

أنشئ هذا الصندوق في الأصل عام 1946 لإعانة الأطفال الذين شردتهم الحرب العالمية الثانية، و منذ عام 1950 بدأ يهتم بصحة الأطفال بصفة عامة، واشتركات الصندوق تقوم على أساس إختياري و يقدر ما أنفقه الصندوق على إفريقيا في الفترة ما بين 1950 – 1960 مبلغ 17 مليون دولار⁽¹⁾.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل الأول يمكن أن نلاحظ بوضوح تعدد الآراء و الإتجاهات حول مفهوم التنمية الإجتماعية، و كذا ترابطه بالعديد من المفاهيم السوسيوولوجية، و الأهمية التي يحتلها هذا المصطلح ضمن الفكر السوسيوولوجي التنموي فكرا و عملا، و هذا من خلال الأهداف التي تحققها التنمية الإجتماعية كجانب له أهمية القصوى في العملية التنموية الشاملة. كما تم التعرض للأسس التي تقوم عليها المبادئ الواجب توافرها لتحقيق أهدافها، و تعرض الفصل إلى العناصر المختلفة التي تشملها التنمية الإجتماعية، إذ تتطلب تغيرا بنائيا في المجتمع و دفعة قوية و استراتيحية ملائمة تتم عبر مراحل معينة، كما أن لها نماذج تنظيمية و أخرى ميدانية.

تمهيد

إن الإستفادة من العلاج و العدالة الإجتماعية و الإنصاف، و التضامن يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة و السكان و إن حماية الصحة و ترقيةها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة، و هذا يتطلب مبدئيا إعداد و تنفيذ سياسات ملائمة في مجال السكن و التشغيل، و تطهير الوسط و حماية المحيط و التغذية و كذا نشاطات تستهدف السكان و الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى. ولهذا يجب إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، كما يجب التأكد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية و هذا بدمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة عمومي و الشبه عمومي و الخاص، كما تتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي، و إعداد و تنفيذ استراتيجيات ملائمة و إعادة الإعتبار للموارد البشرية و المادية.

ووضع نظام إعلامي ناجح خاص بالمؤشرات الصحية و إعادة الإعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل، بالإضافة إلى التأطير الدائم للإتصال الإجتماعي هي عناصر تضمن التحكم و انسجام و نجاعة العمليات التي يشرع فيها في مجال الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

(1) سميرة محمد كامل ، مرجع سابق ، ص ص 123 - 125

أولاً: الصحة

إن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان و قد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة. ولعلنا نذكر القول القائل " الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يعرفه إلا المرضى" إشارة إلى أهمية الصحة بالنسبة للإنسان و لكن بعجز عن تحديد كنهها، ويؤكد عدم الإحساس إلا بالناحية الصحية بأنها " حالة Perkinz السلبية منها و هي حالة المرض و من ناحية أخرى عرف العالم بركنز التوازن النسبي لوظائف عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه" و قد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنها " حالة السلامة و الكفاية البدنية، النفسية و الاجتماعية الكاملة، و ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز" و قد أعتبر هذا التعريف بمثابة هدف أكثر من كونه تعريف، و لكن من الواضح أنه أكد ارتباط الجوانب البدنية و النفسية و الاجتماعية في الإنسان لدرجة أنه إذا انتقص أي جانب من هذه الجوانب ينتج عنه عدم تكامل الصحة (1).

درجات الصحة:

و يرى الدكتور فوزي جاد الله تعريف الصحة على الوجه التالي: " الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس، أحد طرفيه الصحة المثالية و الطرف الآخر هو إنعدام الصحة (الموت) و بين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة" كما هو موضح في الشكل رقم (01).

الصحة المثالية	الصحة الإيجابية	متوسط السلامة	المرض غير الظاهر	المرض الظاهر	يحتصر الإختصار
----------------	-----------------	---------------	------------------	--------------	----------------

شكل (1): درجات الصحة

المصدر: أميرة منصور يوسف علي (2)

- الصحة المثالية:

و فيها التكامل و المثالية البدنية و النفسية و الاجتماعية و نادرا ما يتوفر هذا المستوى، و يعتبر هدف الصحة العامة و الصحة الاجتماعية بل هو هدف كل مجتمع.

(1) ابراهيم عبد الهادي المليحي، وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004 ص 95.

(2) أميرة منصور يوسف علي، المدخل الإجتماعي للمجالات الطبية و النفسية، مصر: دار المعرفة الجامعية، 1997.

- الصحة الإيجابية:

و فيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد و المجتمع من مواجهة المشاكل و المؤثرات البدنية و النفسية و الإجتماعية دون ظهور أي أعراض أو علامات مرضية.

- سلامة متوسطة:

و فيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة و عند التعرض لأي مؤثرات يسقط الفرد و المجتمع فريسة للمرض.

- المرض غير الظاهر:

و في هذه الحالة لا يشكو المريض من أعراض و لكن يمكن إكتشاف الحالة المرضية بعلامته أو إختبارات خاصة.

- المرض الظاهر:

و في هذه الحالة يشكو المريض من أعراض يحس بها أو علامات مرضية ظاهرة له.

- مستوى الإحتضار:

و في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد بعيد يصعب معه عل المريض أن يستعيد صحته⁽¹⁾.

و الصحة في اللغة العربية " البريء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، و الصحة في البيئة حالة طبيعية تجرى أفعاله على المجرى الطبيعي " ⁽²⁾.

و يؤكد هذا التعريف إرتباط الجوانب الجسمية و النفسية و العقلية و الإجتماعية في الإنسان و الدليل على هذا التكامل هو أداء الإنسان لأدواره الإجتماعية و وظائفه في الحياة على أكمل صورة و يعرف الصحة بأنها " حالة التناغم بين الجانبين الفزيولوجي و النفسي للإنسان، ولها معان Hanlon هانلون مطلقة و أخرى نسبية تختلف بإختلاف المكان و الزمان، و هي تاج التفاعل بين عوامل عديدة داخلية و خارجية موروثة و مكتسبة، فردية و جماعية طبية و بيئية و إجتماعية، تصفها المعايير الثقافية و الأوضاع الإقتصادية و القوانين و الحكومات ".

الصحة " بأنها علم و فن الوقاية من المرض و إطالة الحياة، winslow و في عام 1920 عرف و نسلو و تعزيز الصحة الجسدية و النفسية، و ذلك من خلال تحسين صحة البيئة، و مكافحة الأمراض السارية و و التشخيص المبكر و العلاج الوقائي للأمراض Realth education التثقيف الصحي

و تطوير النظام الإجتماعي الذي يضمن لكل فرد في المجتمع المعيشة المناسبة لحفظ الصحة ⁽³⁾ و من خلال التعريف السابقة الذكر يتضح لنا أنه لا يمكن الفصل بين الصحة و باقي العوامل الداخلية و الخارجية التي يتعرض لها الإنسان في حياته اليومية الإجتماعية، كذلك إرتباط الجوانب الجسمية و النفسية و العقلية و الإجتماعية للإنسان و بتكاملها تتحقق الصحة و الدليل على هذا التكامل هو أداء الإنسان لأدوار الإجتماعية.

1-الصحة و التنمية:

إن الدور الذي تلعبه الصحة في عملية التنمية كان و لازال يمثل محور المناقشات و مجادلات شديدة، و مما لا شك فيه أن البرامج الصحية تعتبر ضرورية و لازمة لمواجهة الإحتياجات الإنسانية فضلا عن أهميتها- أحيانا - بالنسبة للتنمية الإقتصادية و مع ذلك فما زال هناك تردد شديد يصل إلى حد التشكيك في تلك الأولوية التي ينبغي أن تحتلها البرامج الصحية في عملية التنمية ⁽⁴⁾.

و هذا يطرح العديد من التساؤلات مع ظهور أوبئة لم يسبق و أن ظهرت كجنون البقر و أفلونزا الطيور و عودة بعض الأمراض المنقرضة كالطاعون و الجرب.

و العلاقة بين التنمية و الصحة تتضح من الفوائد الكبيرة التي تضعها التنمية الإقتصادية و الإجتماعية من الناحية الصحية، فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على التحسن في الميدان الإقتصادي و التعليمي

(1) أميرة منصور يوسف مرجع سبق ذكره ص ص 19 - 20

(2) المرجع نفسه ص ص 16 - 17.

(3) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية بيروت المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، أكاديا 1999 ص 15.

(4) محمد علي و آخرون علم الإجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية 1989 ص 307

و الاجتماعي .. و لكن في نفس الوقت فإن خطط التنمية تفتقر إلى لأسس سليمة يمكن أن تؤدي إلى أخطار جسيمة على الحالة الصحية ويمكننا هنا الاستفادة من تجارب بعض البلاد المتقدمة، حيث لا يقتصر الأمر أن يعمل المخططون في المجال الصحي مع المسؤولين عن الاعتراض على خطط التنمية التي تؤدي إلى أخطار صحية.

حيث أن هدف الخدمات الصحية الاحتفاظ بالصحة ورفع مستواها ومنع المرض من الظهور والانتشار، بالإضافة إلى توفير إمكانيات التشخيص والعلاج والتأهيل للمريض، وذلك بهدف تحقيق الرفاهية والسعادة للأفراد والجماعات، فكلما تحسنت صحة العاملين ومنع عنهم المرض أدى ذلك إلى زيادة الإنتاج⁽¹⁾.

أثناء دراسته لمشكلات التنمية في جنوب آسيا " مكانة Gunnar Myrdal و قد ناقش جونار ميردال الصحة في عملية التنمية" و تعتبر دعواه و حججه التي أثارها في تلك المناقشة صالحة للتطبيق على بلدان العالم النامي ككل.

و تنصب أولى وجهات نظره على فكرة أساسية و هي أنه لا ينبغي أن نفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة لعملية التنمية، ذلك لأن الصحة تؤثر على العوامل الأخرى المتصلة لعملية التنمية، ذلك لأن الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية و الاقتصادية المختلفة، كما تتأثر هي ذاتها بهذه العوامل و تقصد بها بالتحديد : الدخل و مستويات المعيشة و التغذية و مثال ذلك أن هناك اعتمادا متبادلا بين الصحة و التعليم، ويتضح هذا الأمر من أن مقدرة الطفل على الاستيعاب الجيد للمقررات التعليمية في المدرسة، متوقفة على صحته، كما أن قدرته على استخدام المعارف و المهارات التي اكتسبها ، تعتمد على لياقته الجسمية و العقلية أو الذهنية.

هذا من ناحية تأثير الصحة، على التعليم، أما عن الجانب الآخر و هو الذي يتمثل في تأثير التعليم على الصحة، فيتضح أن امكانية تحسين الظروف الصحية في مجتمع معين، تعتمد على معرفة أعضائه واتجاههم نحو المسائل الصحية.

و أكثر من ذلك أن مستويات الصحة و التعليم في مجتمع ما تعتمد بدورها على الوسط الاجتماعي الشامل بما ينطوي عليه من اتجاهات و نظم أو مؤسسات سائدة.

و إن اعتراف "ميردال" بهذه العلاقة المتبادلة جعله يذهب إلى أبعد من ذلك فيحذر من المبالغة في تبسيط فهنا للصحة بواسطة عزلها عن مختلف العوامل الأخرى الاجتماعية و الاقتصادية و النظامية و السياسية المرتبطة بعملية التنمية.

و قد اهتم بنظامين هذه العلاقة وانعكاساتها على التخطيط، فأكد أن التخطيط من أجل صحة أفضل، ينبغي أن تسبقه عملية ممهدة للحصول على معلومات و بيانات كافية من مختلف القطاعات الأخرى في المجتمع.

تلك المعلومات التي يستعان بها في تصميم الإطار العام لإستراتيجية التنمية في المجال الصحي، كما هو الحال في الجزائر.

و إن الإعتراف بأهمية العلاقة المتبادلة بين هذه الظروف الاجتماعية المختلفة، يعاون المخطط على أن يواجه المشكلة الصحية على أوسع جهة ممكنة، فيمكنه دمج عدد من المعايير التي يدعم كل منها الآخر، و هذا يعني أن المشكلة الصحية تصبح متضمنة داخل المشكلة العامة لتخطيط التنمية⁽²⁾

الذي Realth develoment و في الثمانينات اهتمت منظمة الصحة العالمية بمفهوم التنمية الصحية يدعو إلى مشاركة المجتمع في تخطيط و تنفيذ البرامج الصحية، و يحدد مسؤولية القطاعات المختلفة مثل البلديات و المالية و التخطيط و الشؤون الاجتماعية في النهوض بالصحة.

saitama و في المؤتمر الذي عقدته منظمة الصحة العالمية في البيانات عام 1991 أطلقت إعلان سايتاما الذي ينادي بالتنمية الاقتصادية و الصحية معا، ذلك أن النمو الاجتماعي و الاقتصادي declaration رهن لصحة الإنسان، كما أن الصحة رهن بالقدرة الاقتصادية و السلوك الإنساني .

(1) ابراهيم عبد الهادي المليحي، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية 2004، ص ص 11-12

(2) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي ، طب المجتمع، مرجع سابق، ص 15.

ونجد أن طب المجتمع تطور خلال القرنين التاسع عشر و العشرين في اهتماماته و مجالاته - إذ بدأ التركيز على صحة البيئة وانتهى بالنظرة الشمولية التي تربط بين الصحة و الجوانب السلوكية و الإجتماعية الإقتصادية و البيئية، و تجعل مسؤولية الحفاظ على الصحة مسؤولية مشتركة بين الفرد و المجتمع و المؤسسات الصحية.

و هي قضية أكبر و أشتمل و أهم من مجرد الإهتمام بعلاج المرض و ما المستوى الصحي المرتفع الذي حققته بعض البلدان مثل اليابان أو الدول الأسكدنافية، و الذي يشتمل في انخفاض معدل وفيات الرضع 07 إلى الألف و ارتفاع متوسط العمر إلى 75 سنة إلا نتيجة للإرتفاع في مستوى المعيشة و التعلم و صحته البيئية و البرامج الوقائية⁽¹⁾.

و من ثم تسهم برامج الصحة العامة في عملية التنمية من خلال ما تضيفه كما و كيفا إلى القوى العاملة.

كما تميل البرامج الصحية الناجحة إلى تحسين الإتجاهات الإجتماعية المؤيدة للتغيير و الإعراف بإمكانية تحقيقه، و التشجيع على التفكير المجدد.

و تلك جميعا إتجاهات إجتماعية إيجابية لا يمكن أن تتوقعها عند من يعانون من المرض أو الوهن و هذه هي معظم الآثار الإيجابية للبرامج الصحية على التنمية⁽²⁾.

و مما لا شك فيه أن انتشار الأمراض و انخفاض مستوى الرعاية الصحية يعكس أمرا سيئا على جهود التنمية الإجتماعية و يشكل تهديدا للقوى العامة و يعرقل التقدم الإقتصادي و الإجتماعي في المجتمع علاوة على أن الرعاية الصحية من أهم الجهود البشرية لإيجاد نمط أفضل من الحياة رغم ذلك نجد أن هناك نسبة كبيرة من دول العالم لا زالت تفقر إلى الرعاية الصحية الكاملة و الكافية بل و حتى إلى التخطيط لها.

و مازالت في حاجة إلى مناهج جديدة لتحليل النظم و أساليب الرعاية الصحية و الإجتماعية، فمن المستحيل أن يخطط للرعاية الصحية مع تجاهل التفاعل المستمر بين الصحة و البيئة الإجتماعية. و يحذر "ميردال" من الوقوع في خطأ عزل الصحة عن غيرها من العناصر الإجتماعية و الإقتصادية و السياسية في عملية التنمية بصفة عامة⁽³⁾.

2- علاقة الصحة بالتنمية من خلال تجارب عالمية:

إن من أبرز النتائج التي أظهرتها الدراسات السابقة فيما يتعلق بعلاقة الصحة بالتنمية نجد: - توجد هناك علاقة تسيير تبادلية بين الصحة و التنمية، فالصحة تؤثر بطريقة مباشرة على التنمية، من خلال تأثيرها على الإنتاجية.

حيث أن الصحة الجيدة تعطي الفرد المقدر على بذل مجهود أكبر خلال نفس الوحدة الزمنية، و العمل لوقت أطول خلال نفس اليوم و العيش حياة إنتاجية أطول و بالتالي حياة أفضل غير أن الأثر الإيجابي للصحة على التنمية يتطلب إرتباط الأجر بالإنتاجية فالفرد عندما يشعر أن تحسن الإنتاجية سوف يزيد أجره فإن هذا يحفزه على بذل مجهود أكبر أما إذا كان تحسين الصحة يعكس على الإنتاجية دون الأجر فإن الأثر النهائي قد لا يكون في صالح التنمية.

كما تؤثر الصحة على التنمية بطريقته غير مباشرة، و ذلك من خلال زيادة فاعلية التعليم، فالطالبة ذوا الصحة الجيدة يكونون أقدر على التحصيل العلمي و من ثم تزداد إنتاجهم بمعدل أعلى يضاف إلى ذلك أن الصحة الجيدة قد تقلل من المبالغ المنفقة على الرعاية الصحية و من ثم توفر موارد تستخدم في أغراض التنمية.

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سبق ذكره ص 19

(2) محمد علي محمد مرجع سبق ذكره ص 311

(3) ابراهيم عبد الهادي المليحي وآخرون، مرجع سبق ذكره. ص 13.

و من ناحية أخرى يؤدي النمو الإقتصادي إلى زيادة الدخل وارتفاع معدلات العائد على كافة الإستثمارات بما فيها الإستثمار في الصحة، مما يحفز زيادة الإتفاق على الصحة. ولقد انتهت دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة إلى أن زيادة الدخل تؤدي إلى رفع مستوى الصحة النفسية و البدنية.

غير أن هناك حالات يترتب فيها على زيادة الدخل، زيادة الإقبال على المشروبات الكحولية و هو ما يضر بالصحة.

كما أشارت نفس الدراسة إلى أن التدخل الحكومي يهدف تحسين الصحة العامة، قد يكون له آثار سلبية على الصحة العامة من جانب آخر، فتدخل الحكومة من خلال بعض التشريعات لحماية البيئة من التلوث قد يرفع تكلفة الإنتاج لدى بعض المنشآت، مما يحفزها على الإستغناء عن جزء من العمالة، وبتخفيض الاجور ومن ثم تخفيض دخول العاملين، وهو ما قد يمارس أثرا سلبية على مستوى الصحة لديهم ولدى ذويهم.

وأثبتت دراسة أخرى أجريت على الولايات المتحدة أن سوء استخدام الأدوية المهدئة و المخدرة يؤدي للإضرار بالصحة ومن ثم يؤدي لتناقص الإنتاجية بدرجة كبيرة، ولقد قدرت الخسارة السنوية في الإنتاجية الراجعة لسوء استخدام هذا النوع من الأدوية بمبلغ يتراوح بين 8,6 – 33 بليون دولار. وانطلاقا من هذه الحقيقة فإن مئات الشركات بالولايات المتحدة تقوم بإجراء إختيار تعاطي المخدرات للعاملين فيها.

كما تقوم بإعداد برامج لتوعية العمال ضد سوء استخدام المخدرات و تساعدهم على العلاج من الإدمان. كما أجريت دراسة على بنجلاديش أثبتت أن تعليم الأم يساعد على تنظيم الأسرة و من ثم تخفيض حجمها، و يترتب على هذا الإهتمام بتعليم وصحة الطفل، بدرجة أكبر و توضح هذه الدراسة بذلك وجود تكامل بين عناصر التنمية البشرية.

و مما سبق يتضح أن العلاقة المتبادلة بين الصحة و التنمية عموما ليست ميكانيكية وإنما توجد هناك ظروف تضعف من هذه العلاقة (1).

3- عراقيل أو مثبطات العلاقة بين الصحة و التنمية:

و عموما فإن فقد قوى منتخبة في المجتمع يوضح حقيقة أن الصحة استثمار للإنتاج، و أن الخدمات الصحية ذات عائد اقتصادي يدعم التنمية و يحقق أهدافها.

و قد أصدرت الجمعية الدولية للتأمين الإجتماعي في إجتماعها بمونتريال المنعقد في الفترة ما بين 2-12/9/1986 عددا من الدراسات من بينها نتائج الدراسة الميدانية التي تمت حول موضوع السيطرة على تكاليف الرعاية الصحية التي سترتفع في السنوات المقبلة و من المحتمل أن يزيد ارتفاعها عن المؤشرات الإقتصادية الأخرى و أنه ينبغي أن تكون هناك مشاركة ملموسة في التكلفة إذا ما أريد أن يكون لها تأثير فعال في تغيير السلوك.

و بصفة عامة فإن القدرة الحالية لبعض أنظمة الرعاية الصحية في الدول العربية على تحمل كافة تكاليفها و تقديم تلك الرعاية الصحية بصورة مجانية تماما هي قدرة محدودة و خير دليل اتجاه بلادنا في ظل سياسة إقتصاد السوق إلى سياسة إصلاح المستشفيات و تحميل الفرد تكلفه الخدمات الصحية التي يتلقاها.

و إن زيادة نصيب الرعاية الصحية من إيقاف الدولة و التوسع في استثمارها سوق يشكل عبئا مستمرا على المدى الطويل بما يفرض حدودا يتعين توقعها و من الأفضل البدء بتحقيق مبدأ المشاركة الجماهيرية يترشد الإنفاق و الإستهلاك معا، و تنمية الوعي التأميني لدى المواطنين كأحد مظاهر التنمية الإجتماعية في نفس الوقت أما العائد فيتمثل فيما تحققه الرعاية الصحية من رفع مستوى الصحة للفرد و المجتمع و بالتالي يقلل الخسائر الإقتصادية الناجمة عن العجز أو الوفاة بسبب المرض .

ثانيا: المؤسسة الصحية:

(1) عبد القادر محمد عبد القادر عطية – اتجاهات حديثة في التنمية، الإسكندرية: الدار الجامعية ، 2002-2003

عند الحديث عن الصحة و التنمية و كيف يؤثر كل عامل على الآخر عند الحديث عن الصحة و التنمية و كيف يؤثر كل عامل على الآخر يجب التطرق إلى الوسط الذي يحدث فيه هذه العلاقة و هو المؤسسة الطبيعية و التي سوف نركز على أحد عناصرها و هو المستشفى من خلال بحثنا هذا. و المقصود بالمؤسسة الطبية كل هيئة أو وحدة أو تنظيم يستهدف تقديم رعاية صحية، سواء كانت علاجية أو وقائية أو إنشائية أو رعاية عامة أو متخصصة بلا استثناء. و تكتسب المؤسسة الطبية الصفة العلاجية، أو الوقائية الصحية، لوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون الطب كالأطباء و المرضى و الأخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل. بذلك تكون المؤسسة الطبية أشمل و أعم من المؤسسة العلاجية أو المستشفى من حيث أنها تتضمن الجوانب العلاجية و الوقائية و الإنشائية. و ينطوي تحت المؤسسات الطبية، المستشفيات العامة و التخصصية و العيادات و المستوصفات، ومكاتب الصحة، و مراكز رعاية الأمومة و الطفولة، و الوحدات الصحية المدرسية، و مكاتب التنقيف الصحي، و مصلحة الطب الوقائي، و دور النفاهة و مكاتب التأهيل المهني و مراكزه⁽¹⁾.

المستشفى: 1-

يعتبر المستشفى ركيزة أساسية للنظام الصحي ففيه تتجمع مختلف فئات الأطباء و المرضى و العاملين الصحيين من مختلف الإختصاصات و العلوم الصحية لتقديم الخدمات الضرورية للمرضى الداخليين و المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية و قسم الطوارئ، وفيه تتكامل الخدمات العلاجية مع خدمات تعزيز الصحة و الخدمات الوقائية و التأهيلية. من إجمالي التكاليف 50% كما أن للمستشفى أهمية اقتصادية بارزة إذ تستهلك المستشفيات حوالي 50% من إجمالي التكاليف و يعمل فيها حوالي ثلاثة أرباع العاملين في القطاع الصحي و هذه النسب دائمة الزيادة سبب إدخال التكنولوجيا المتطورة في عالم الطب مما أدى إلى زيادة التكلفة بصفة مستمرة، نتيجة لارتفاع تكلفة الأجهزة الطبية و ضرورة تحديثها لتماشى التغير السريع في التكنولوجيا و طرف التشخيص و العلاج. و قد أدى هذا الأمر في تسليط الضوء على المستشفيات و تكلفة الخدمة بها، وضرورة ترشيد الإيقاف وادخال الطرق الحديثة للإدارة لمحاولة الحد من الزيادة المستمرة في التكلفة و قد نجحت الكثير من الدول جدياً في الحد من استهلاك خدمات المستشفى بخفض متوسط فترة الإقامة للمريض، مما يؤدي إلى الحد من الزيادة المطردة في إجمالي تكلفة الخدمات الصحية⁽²⁾. و إن الشيء الذي له أهمية خاصة في ضوء أهداف هذه الدراسة يتمثل في الإعراف بأن طبيعة المستشفى كتنظيم معاصر قد تشكلت في جانب كبير منها خلال التاريخ.

على الرغم من أن البناء الإجتماعي لكل تنظيم يطرأ عليه تغير باستمرار طالما كان أعضاؤه و متخذي القرارات يحاولون أن يحققوا التوافق بين أهدافه و أوجه نشاطه و بين الظروف المتغيرة⁽³⁾.

تعريف المستشفى: 2-

خضعت المستشفيات للعديد من التطورات على مر العصور، و قد لعب العرب دوراً أساسياً في إدخال مفهوم المستشفى كما تعرفه اليوم إن كان المطلوب تواجد مكان يسمح للطبيب أو الجراح بالقيام بالعمليات الجراحية أو معالجة المرضى بالوصفات الطبية التي كان يحضرها من الأعشاب و المساحيق. و لكن حتى بداية القرن العشرين، بقي المستشفى بصورة عامة مكاناً للفقراء و المعوزين الذين يأتون إليه بعد أن أصبحوا في وضع صحي لا يسمح لهم بالإعتناء بأنفسهم، فأصبحوا بحاجة لمن يعيّلهم و يخفف عنهم الأهم و يساعدهم في المراحل الأخيرة من حياتهم.

(1) أميرة منصور يوسف، مرجع سابق، ص 44-45.

(2) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سابق، ص 61.

(3) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي مرجع سبق ذكره ص ص 61-62.

أي أن المستشفيات كانت المحطة الأخيرة قبل الوفاة و لم يكن في وسع الأطباء و الممرضين فعل الكثير حينذاك سوى التحقيق عنهم أما الأغنياء فكانوا يمضون الأسابيع أو الأيام الأخيرة من حياتهم في منازلهم و قصورهم، حيث يلقون الإهتمام من أفراد عائلاتهم و خدمهم. و على هامش هذا الوضع كان للدولة أو السلطة مستشفيات خاصة بها تعني بالحجر الصحي لدرء الأمراض الوبائية عن المجتمع، كما كانت الدولة توفر المستشفيات الخاصة بعلاج المصابين بالإضطرابات العقلية و المصابين بالأمراض المعدية مثل مصحات مرض الدرن (السل) و الجدام، وذلك أيضا لمنع تفشي المرض في المجتمع، و حماية الناس. كما كان للجيش مستشفيات خاصة لعلاج الجرحى، مما يفسر قيام مستشفيات خاصة بأفراد القوات المسلحة حتى يومنا هذا.

و في نهاية القرن التاسع عشرة و بداية القرن العشرين و مع التقدم السريع في العلوم الطبية، بدأ التحول التدريجي في مفهوم المستشفى ليصبح مكانا يقصده المرضى للعلاج و الإستشفاء. و خلال القرن العشرين أنشئت المستشفيات الخاصة من قبل الأطباء و كانت مستشفيات صغيرة تتسع لحوالي عشرين أو ثلاثين سريرا يقوم فيها المريض أو مجموعة من الأطباء بمعالجة مرضاهم و هم يبتغون الربح من عملهم هذا.

و معظمهم هذه المستشفيات الصغيرة الخاصة هي مستشفيات متخصص لأحد فروع الطب الرئيسية كالأطفال و الولادة و الجراحة و لكن مع تطور الطب و ضرورة تجمع الأطباء من مختلف الاختصاصات في مكان واحد و مع ضرورة إدخال المعدات و التجهيزات الأساسية للتشخيص و العلاج و التأهيل، تطورت المستشفيات لتصبح على الشكل الذي نعرفه اليوم، و هي إجمالا مستشفيات تتجمع حول بعضها البعض ضمن مدن طبية أو مراكز طبية لكل منها إختصاص و في ضوء التقدم السريع في العلوم الطبيعية، و المفهوم الحديث للمستشفى و ما يستطيع المستشفى الحديث تقديمه من خدمات، فقد عرفت لجنة من الخبراء في منظمة الصحة العالمية المستشفى على أنه :

" جزء لا يتجزأ من نظام إجتماعي و صحي متكامل ، من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع، من الناحيتين العلاجية و الوقائية، و يشمل عبادات خارجية تستطيع إيصال خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي، كما أنه أيضا مركز لتدريب الكوادر الصحية و لإجراء البحوث الطبية " (1).

و من هذا التعريف يمكن الإتفاق على أن وظائف المستشفى هي كالآتي :

- تقديم خدمات صحية شاملة داخلية و خارجية من النواحي العلاجية و الوقائية و التأهيلية
- تدريب الكوادر الطبية و الصحية
- إجراء البحوث الطبية و الصحية

- رفع الوعي الصحي لأفراد المجتمع عن طريق دور المستشفى في التثقيف الصحي.

و قد أصبحت المستشفيات في السنوات الحديثة أكثر تمسكا بمبادئ الإدارة الرشيدة و يسعى أولئك الذين يمسون زمام الضبط بها إلى جعل هذا النوع من التنظيم قادرا على الإستجابة مباشرة للإحتياجات المتغيرة في البيئة.

و حديثا هنا عن المستشفى كما لو كانت كل المستشفيات متشابهة، و هذا ما ينفي الحقيقة بطبيعة الحال، ذلك لن التنظيمات التي اكتسبت هذه التسمية في الواقع، تختلف فيما بينها إختلافا كبيرا، ليس فقط في أنواع مبانيها و في الحجم و الموارد المتاحة، و إنما أيضا في برامجها و في أنواع البيئات الإجتماعية و فيما تقدمه لمرضاهها و فيما يتعلق بهيئاتها و العاملين بها و الجمهور ككل.

و لهذه الإختلافات جذورها في التاريخ الخاص بكل مستشفى و للنظام الذي تأخذه كل على حدى، و إنه مما لاشك فيه من جهة نظر العلم يعتبر كل مستشفى شأنه شأن غيره من الجماعات المنظمة حالة فريدة تعمل في ظل ضغوط تختلف عما يؤثر في غيرها من جماعات، و تفرض توقعات على أعضائها تختلف من واحدة لأخرى أيضا.

أهداف المستشفى: - 3

للمستشفى شأنها شأن أي مشروع منظم هدفها التنظيمي أو على حد تعبير البعض سببا لوجودها، وبتغيير أكثر دقة للمستشفى مثلها مثل غيرها من التنظيمات الضخمة مجموعة من الأهداف.

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي مرجع سابق ، ص ص 61-62.

و عموما تنحصر الأهداف المتعددة للمستشفى في خدمات الرعاية الطبية و التعليم و التدريب و البحث و هكذا تخصص معظم المستشفيات في توفير خدمات الرعاية الصحية لمرضاهها، وفي نفس الوقت، قد يمثل هذه التنظيمات التربة الخصبة للتدريب الأساسي الذي يمكن أن يكسب منه الأطباء الخبرات

القيمة، ولا تزال مستشفيات أخرى تركز موارد هائلة لمشكلات البحث، وإنه لمن الواضح أن أي من هذه الأهداف يعتبر هدفاً بالغ الأهمية في أي وقت، غير أن رعاية المرضى غالباً ما ينظر لها باعتبارها في مقدمة هذه الأهداف سواء للأسباب الإنسانية أو التقليدية.

و هناك مجموعة من الأهداف الأدنى في المستوى و التي تمثل جانباً من هذه الأهداف الأصلية، فمثلاً يؤكد الإداريون هدف الاستقرار الإقتصادي و المحافظة على خفض التكاليف، مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان ، باعتبار هذا الهدف جانباً من الهدف العمومية المتعلقة بتوفير خدمات الرعاية الطبية.

التنظيم الإداري للمستشفى: - 4

يتم إنجاز هذه الأهداف التنظيمية من خلال ميكانيزمات التنظيم البيروقراطي، ونقى الترتيب العمومي للمناصب و الأوضاع من أجل تحقيق التنسيق الرشيد.

و بالنظر إلى (الشكل رقم 02) و الذي يمثل الخريطة التنظيمية لنموذج المستشفى العام يمكن أن ندرك بوضوح تلك الترتيبات الهرمية، و على أية حال تختلف الخريطة التنظيمية للمستشفى في جوانب كثيرة منها، عن الخريطة التي نجدها تمثل تنظيمات رسمية أخرى، مثل المصانع و الوحدات العسكرية. و قد نلاحظ أن التدرج الهرمي للمستشفى يسير في الإتجاه الأفقي أكثر منه في الإتجاه الرأسي، ولقد وضعت الخريطة التنظيمية للمستشفى على أنها تمثل شكل المشط بالمقارنة بالتنظيمات الرسمية الأخرى و التي تكون على شكل شجرة.

و في ذلك التدرج أو الهرم الإداري يمثل مكتب الأمناء القمة المهنية التي تتخذ القرار في المستشفى، و يتكون من ممثلي المجتمع المحلي و ذلك لحماية مصالح مجتمعهم في المستشفى، و تختلف بالطبع المستويات التي تتخذ عندها القرارات السياسية، و قد تتراوح بين الإعتبارات المتعلقة بتنظيم الهيئة أي إدخال خدمات جديدة أو تجهيز و إعداد المستشفى و تتمثل مهمة مدير المستشفى في أن يجعل هذه القرارات السياسية تأخذ طريقها نحو التطبيق العملي، و يستطيع المدير من خلال تفويض السلطة من مكتب الأمناء أن يكون مسؤولاً كذلك عن سير العمل اليومي في المستشفى و قد تمتد الطبيعة الهرمية لتنظيم المستشفى فيما وراء الشكل الموضح في الرسم إذ نجد في كل قسم و كل مركز للخدمة تمايزاً مغايراً للمكانة.

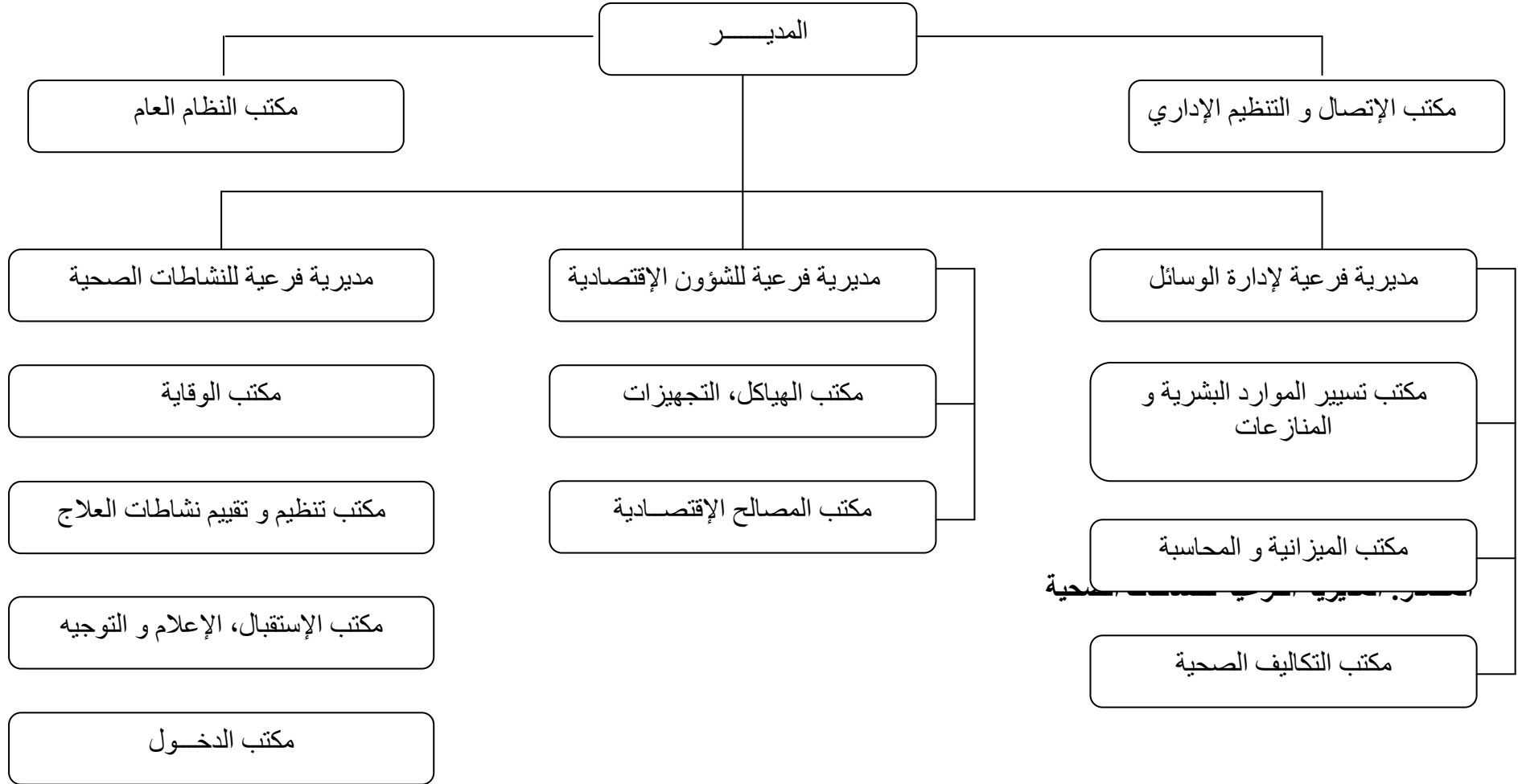
و يقوم عادة على أساس المنصب الذي يشغله صاحب المكافأة بالرغم من أن هناك تمايزاً للمكانة غير رسمي يقوم على أسس أخرى غير الخصائص الفنية بمعنى أنه بالإضافة إلى الأهمية النسبية للأقسام المتباينة هناك أوضاعاً عديدة داخل كل قسم يشغلها العاملون على أساس المهارة التي يتميزون بها، و يشغل الشخص الأكثر كفاءة من الناحية النظرية وضع القمة لأنه تتوفر لديه المهارات اللازمة التي تعينه على تنفيذ واجبات هذا المنصب.

أما السمة التي تميز تنظيم المستشفى والتي قد لا تتضح مع الرسم فإنها قد تتمثل في وجود خطين اثنين للسلطة.

و هذا بالطبع نتيجة مباشرة مترتبة على أوضاع الأطباء و عدم استطاعة المستشفى القيام بوظيفتها بدونهم و لكنهم لا يتخذون القرارات أو يهدرون الأوامر و أما شاغل وضع الهيئة في مستشفى بطبيعة الحال فهو الذي يقبض على زمام السلطة على الأقل بالنسبة للموضوعات المتعلقة برعاية المريض، و هكذا فإن شاغل وضع الهيئة الطبية عادة ما يقوم بتوجيه أوجه نشاط باقي العاملين العاديين بينما تنحصر سلطة الإدارة غالباً و تتركز في الموضوعات المتعلقة بتوفير الوسائل التي يمكن بواسطتها تنفيذ أوامر الأطباء على نحو يحقق النجاح⁽¹⁾.

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي مرجع سبق ذكره ص ص 61-62.

الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي بسكرة



أ/ تقسيم العمل في المستشفى:

و السمة الأخرى التي يتميز بها تنظيم المستشفى تتمثل في تقسيم العمل فيما يتعلق بالمهنة الطبية و الخدمات الإدارية و غيرها من أقسام المستشفى و يقوم كل قسم من أقسام المستشفى على حدة بوظيفة خاصة يفترض أن تعمل في مجموعها على إبراز أهداف المنظمة ككل.

و ينبغي أن نذكر في النهاية أن سلطة الهيئة الطبية تعد سلطة كاروزمية بمعنى أنها سلطة تتمركز في أيدي أشخاص يتمتعون بخصائص معينة بارزة، و الشيء الأكثر أهمية، أن السلطة الكاروزمية للأطباء قد غلبت على الكثير من المواقف في تنظيم المستشفى الذي تعد فيه السلطة الرشيدة في الإدارة هي السلطة الأكثر ملائمة، وهكذا جعلت من الهيئة الطبية جماعة أكثر قوة و تأثيرا في المستشفى⁽¹⁾.

ب/ التنظيم الداخلي للمستشفى:

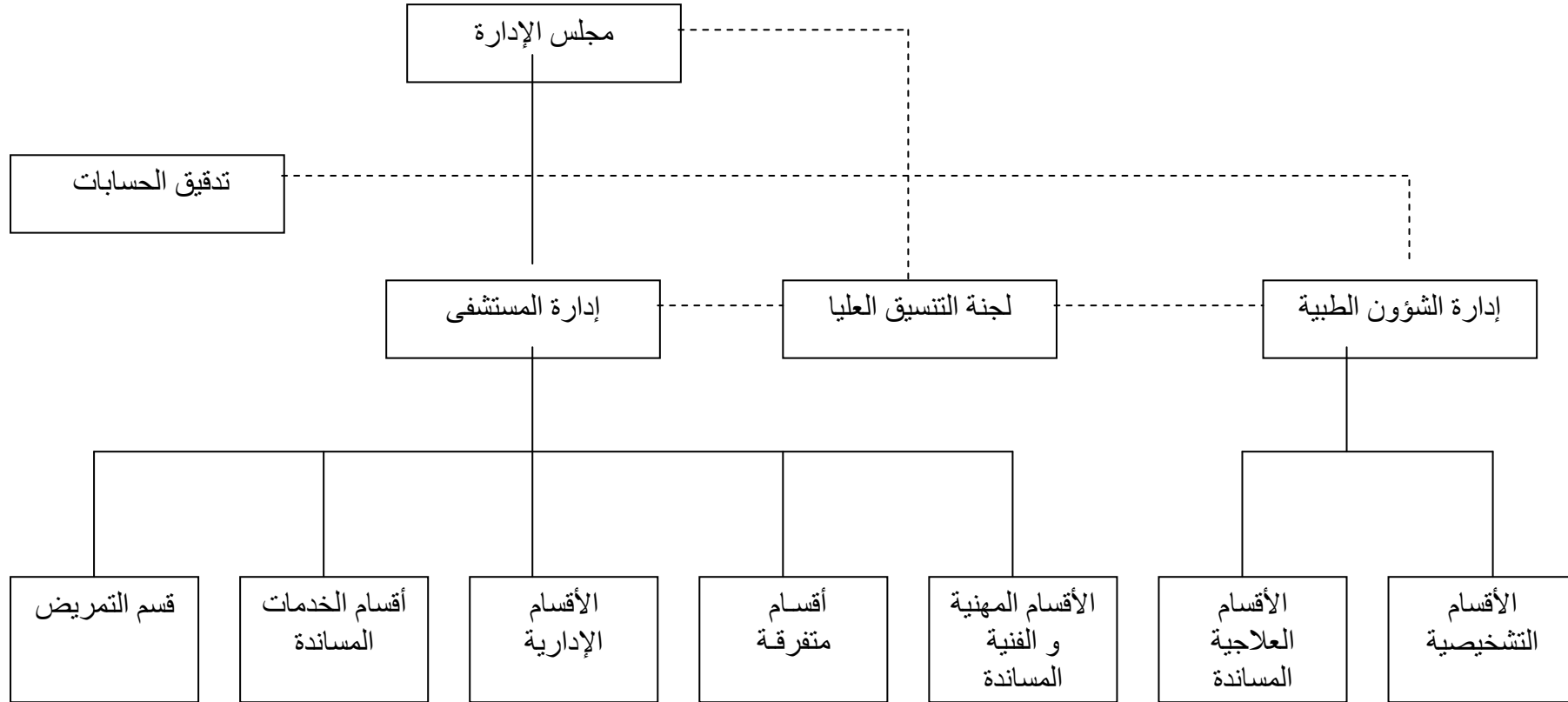
يعد المستشفى من أكثر مؤسسات الخدمات الصحية تعقيدا و يرجع ذلك أساسا إلى تنوع طبيعة العمل بالمستشفى، و ما يتبع ذلك من تعدد الوظائف كما يقوم المستشفى بتقديم خدماته للجمهور مباشرة و ذلك يستدعي درجة كبيرة من التنظيم و مهارة فائقة في الإدارة.

و من الطبيعي أن يختلف الهيكل التنظيمي من مستشفى لآخر حسب نوعية المستشفى و حجمه و الجهو المالكة و الغرض من التشغيل (الإستثمار أو خدمة المجتمع).

و لفهم التنظيم الداخلي لأي مستشفى، يستعان بخريطة تنظيمية توضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة، و تبين أقسامها و تحدد مسؤولية و واجبات كل قسم، كما توضح الخريطة التنظيمية، أيضا السلطات و المسؤوليات و قنوات الإتصال بين الأقسام، و يلجأ إليها الخبراء لدراسة المشاكل الإدارية و محاولة وضع الحلول المناسبة لها (الشكل رقم 03) يوضح هذا.

(1) علي عبد الرازق الجبلي، مرجع سبق ذكره ص ص 188 - 191.

شكل رقم (03) لنموذج عن الهيكل التنظيمي الإداري لمستشفى عام
المصدر: نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي طب المجتمع، مرجع سبق ذكره ص 66



و يفرد المستشفى عن سائر المؤسسات بوجود ثلاثة عناصر هامة في الإدارة و هي:

- مجلس الإدارة – رئيس مجلس الإدارة.

- الجهاز الإداري – المدير

- الهيئة الطبية – رئيس الهيئة الطبية

و لابد من إيجاد علاقة عمل وثيقة بين هذه العناصر لكي يتم التنسيق بينها لضمان حسن سير العمل و لعدم تعارض النواحي الإدارية و الفتية من النواحي الطبية⁽¹⁰⁸⁾.

و كما سبق فإن النظام الصحي يختلف من بلد لآخر، و إذا قمنا بتحليل النظم الصحية لبلدان العالم المختلفة و البالغ عددها حوالي 190 بلد فلن نجد نظامين متشابهين تماما، و لكن تشترك بعض التنظيم في إجهات معينة.

و البعض يغلب عليها الطابع الخوصي governmental فبعضها يغلب عليها الطابع الحكومي

Realth أو نظم الضمان الصحي taxes و البعض يتم تمويله عن طريق الضرائب الحكومية private

و هكذا. direct payment أو الدفع المباشر Insurance

و كما تختلف الأنظمة في درجة تعقيدها و شموليتها تبعا للمستوى العام للبلد و تقدمه الاجتماعي الإقتصادي،

و مستوى التعليم العام و طبيعة المشاكل الصحية في المجتمع أي أن النظام الصحي لأي بلد لا يتبع من فرع

لكنه ينمو و يتطور مع الزمن، و نتيجة لتأثير جميع العوامل المحيطة به.

فعلى سبيل المثال فالطابع الذي يحكم المستشفيات في الجزائر هذا الطابع الحكومي رغم ظهور بعض

العيادات الخاصة كظاهرة غزت معظم أو كل ولايات الوطن دون إستثناء كرد فعل لتردي مستوى الخدمات

المقدمة في المؤسسات الحكومية.

تصنيف المستشفيات:- 7

يمكن تصنيف المستشفيات حسب مقاييس عديدة أهمها مايلي:

أ- التصنيف حسب الحجم أو عدد الأسرة

المستشفى الصغير حتى 100 سرير

المستشفى المتوسط و يتراوح عدد أسرته بين 100 و 300 سرير

المستشفى الكبير: يزيد عدد أسرته عن 300 سرير

و معظم مستشفيات العالم العربي، بإستثناء المستشفيات الجامعية هي من الحجم الصغير و المتوسط و قلما

نجد مستشفيات كبيرة، لأن تكلفتها الإستثمارية باهضة و من الممكن أن يكون عدد أسرة المستشفى قليلا لكنه

يحوي على خدمات كبيرة و تخصصية أو يكون أحد مراكز الأبحاث في أحد مجالات الطب، أي أن نوعية

المستشفى و كفاءته لا يعتمد أن أسسا على حجم المستشفى و لكن على مافيه من تجهيزات و خدمات، و لكن

نظرا لإرتفاع التكلفة الإستثمارية من مباني و معدات و أجهزة فإن الخدمات الفائقة التخصص قد لا تتوافر إلا

في المستشفيات الكبيرة.

ب- التصنيف حسب طبيعة الخدمات:

- المستشفى العام:

و Internal medicine و هو الذي يشمل معظم التخصصات و الفروع الطبية مثل الأمراض الباطنية

و pediatrics و طب الأطفال Obstetrics و التوليد Gynecology و و طب النساء Surgery الجراحة

و الأنف و الأذن و الحنجرة كما يحتوي أيضا على عيادات للمرضى Ophthalmology طب العيون

و قسم للخدمات الصيدلانية و الأشعة و المختبر و Emergency deparment الخارجين و قسم الطوارئ

التعقيم المركزي و غيرها.

- المستشفى التخصصي:

و هو الذي يفرد في تقديم خدمات صحية في بعض التخصصات دون سواها، و غالبا ما تكون هذه

المستشفيات خاصة و صغيرة الحجم.

التي تشمل جميع التخصصات و الخدمات و غالبا ما تكون medical centres وهناك أيضا المراكز الطبية

جامعية، أو تعليمية.

ج- التصنيف حسب الجهة المالكة أو المشرقة:

(108) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سبق ذكره ص 65.

- **المستشفيات إما تكون حكومية:** تتبع وزارة الصحة غالبا أو وزارة الدفاع أو الحكومات المحلية أو هيئات التأمين الصحي الحكومية، و يدخل تحت هذا التصنيف أيضا المستشفيات الجامعية التي تدار من قبل الجامعات الحكومية.

- **أو تكون المستشفيات غير الحكومية أو خاصة:** و يدخل تحت هذا التصنيف المستشفيات الخاصة التي يملكها الأطباء أو الهيئات الإستثمارية أو التي تملكها المؤسسات الإجتماعية والدينية

د- التصنيف حسب الغرض من التشغيل:

- **مستشفيات إستثمارية:** وهي مستشفيات خاصة يملكها أفراد أو مجموعات أو هيئات إستثمارية والغرض من تشغيلها تحقق الربح المادي وهي تخضع للضرائب كأى مؤسسة إقتصادية تجارية أو صناعية.

- **مستشفيات لا إستثمارية:** وهي لا تهدف الكسب المادي وهذه بدورها يمكن أن تكون حكومية أو خاصة إذا كان الأفراد أو المؤسسات المالكة للمستشفى تبغي تقديم الرعاية الصحية للمجتمع سعر التكلفة دون تحقيق أرباح مادية، لأن الغرض الأساسي هو خدمة المجتمع.

وإذا تحقق أدى تشغيل إحدى هذه المستشفيات أي عائد مالي فيجب إستثمار هذا العائد في ذلك المستشفى يتوسعه أو بإضافة خدمات أخرى وعلى الأساس تكون هذه المستشفيات معفاة من الضرائب ومما سبق يتضح أنه إذا أردنا الوصف الكامل للمستشفى فيجب استعمال أكثر من تصنيف فمثلا.

University hospital أو مستشفى جامعي Général governmental hospital مستشفى حكومي عام إلى غير ذلك (109) private bom profit hospital أو مستشفى خاص لا استثماري

ثالثا- التخطيط الصحي:

تقوم بها أغلب الأحيان Realth planining and research رغم أن عملية التخطيط الصحي و الأبحاث هيئة خاصة للتخطيط الوطني في جميع المجالات إلا أن لوزارة الصحة دائما دورا هاما في عملية التخطيط، و خصوصا فيما يتعلق بالبرامج الصحية المتخصصة و ترتبط عملية التخطيط إرتباطا وثيقا يقسم الإحصاء الذي يتم فيه تجميع و تحليل جميع البيانات أو المعطيات الخاصة بالولادة و الوفاة و الأمراض السارية و معدلات استهلاك الخدمات و غيرها.

Realth و تهتم العديد من الوزارات الصحية حاليا بتطوير أقسام الإحصاء و إنشاء نظم للمعلومات الصحية ليتم الحصول على الإستفادة القصوى من المعلومات المتاحة في عملية التخطيط و information systèmes تقديم الخدمات الصحية المطلوبة.

1- وزارات الصحة:

إن الأبحاث الأساسية و الحيوية هي أساسا أحد الوظائف الأساسية للجامعات و مراكز البحث العلمي، إلا أن وزارات الصحة كثيرا ما تهتم بأنواع معينة من الأبحاث و هي التي تتصل إتصالا مباشرا بطريق أداء الخدمات الصحية، و الغرض من هذا النوع من البحوث هو الوصول إلى الطرق الكفيلة بإتياء أعلى مستوى من الخدمات و بتكلفه معقولة يتحملها المجتمع و أفرادها.

2- الوزارات و القطاعات الحكومية الأخرى:

و بالإضافة إلى وزارة الصحة هي العامل الرئيسي في النظام الصحي، فإن هناك العديد من الوزارات و القطاعات الحكومية التي لها بجانب عملها الرئيسي أنشطة صحية، مختلفة و أمثلة ذلك عديدة. فلقطاع التعليم دور هام في تدريب و تأهيل العاملين في المجال الصحي و تنمية القوى البشرية الصحية بصفة عامة.

كما يهتم قطاع التعليم أيضا بتوفير الخدمات الصحية لتلاميذ المدارس و المعاهد التعليمية من خلال برامج الصحة المدرسية و لوزارة الدفاع و قطاع الأمن دور هام في توفير الخدمات الصحية الشاملة لأفراد القوات المسلحة و الأمن و عائلاتهم، كما أن تنظيم المؤسسات الإجتماعية أنشطة مختلفة في مجال الخدمات الصحية، مثل رعاية الأمومة و الطفولة ورعاية المعاقين و المسنين، و دفع تكلفة الخدمات الصحية على الفقراء و ذوي الدخل المحدود كما تهتم البلدية بتوفير مياه الشرب النقية و تصريف الفضلات و النظافة العامة، وكلها عوامل مهمة في أي نظام صحي، كما لا يخفى علينا

الدور الهام الذي تقوم به وزارات المالية و هي التي تقوم بجمع الضرائب والأموال العامة، و من حصيلتها يتم الإنفاق على جزء كبير من الخدمات الصحية.

و نظرا لتعدد الجهات الحكومية ذات النشاط الصحي فلا بد من التنسيق و التعاون و الإنفاق على توزيع المسؤوليات بغية تحقيق الإنتفاع الأمثل من الموارد المتاحة و يجب أن يكون لوزارة الصحة الدور القيادي و National Realth التنسيق في هذا المجال و غالبا ما يكون ذلك عن طريق إنشاء مجالس صحية وطنية تضم شخصيات تمثل نطاقا واسعا من الإهتمامات في مجالات الصحة و الشؤون السياسية و National Realth councils الاقتصادية و الإجتماعية، إلى جانب تمثيل السكان عامة، للعمل معا على إستكشاف العوامل التي تؤثر على التنمية الصحية و الإجتماعية و الاقتصادية كما يتم التنسيق أيضا عن طريق إنشاء لجان مشتركة بين الوزارات و القطاعات الأخرى فيما يتعلق بمجالات محددة مثل التغذية و المياه و الإسكان و التعليم و المواصلات و حماية البيئة و إنتاج الأدوية و المعدات و استيرادها و غير ذلك، كما يجب أن يكون لوزارة الصحة الدور القيادي في التنسيق مع الوزارات الأخرى ذات العلاقة.

3- الهيئات الغير حكومية:

أما خارج الإطار الحكومي فتشكل الهيئات غير الحكومية في بعض الدول لا سيما المقدمة منها بشؤون الصحة بصفة عامة أو قد تركز نشاطها على قطاع معين من المجتمع، مثل الأطفال أو الأمهات أو المسنين، أو قد تركز هذه الهيئات نشاطها على مشكلة صحية معينة مثل الأمراض التنفسية أو السرطان أو السكري أو شابه ذلك، و قد تقوم هذه الهيئات بتقديم الدعم المالي للمرضى أو دعم الأبحاث التي تهدف إلى تحري أسباب المرض و طرق الوقاية منه، و طرق المعالجة الحديثة و عادة ما تكون هذه الجمعيات و المؤسسات قوية التمويل و التأثير في المجتمعات الديمقراطية و تشجعها الحكومات في مهمتها بإعفاؤها من الضرائب⁽¹¹⁰⁾. كما تقوم النقابات بدور فعال في النظام الصحي لأي دولة عن طريق نشاطها العلمي و رغبتها في رفع المستوى المهني لأعضائها و كثيرا ما تشرف النقابات على الأداء المهني لأعضائها و التأكد من متابعتهم لأحدث التطورات في المهنة عن طريق التعليم المستمر، و نقابات الأطباء هي في العادة أقوى النقابات المهنية من حيث التنظيم و التمويل و الإشراف على مزاوله المهنة.

رابعاً: السياسات الصحية الوطنية:

تؤكد معظم دساتير دول العالم إلى جانب دستور منظمة الصحة العالمية و العديد من قرارات المنظمة بصورة جازمة، أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، و هدف إجتماعي لكل الدول و أنها يجب أن تكون في World Realth Assembly في متناول جميع الناس و في عام 1977 قررت جمعية الصحة العالمية إجتماعها السنوي أن يكون الهدف الإجتماعي الرئيسي للحكومات و لمنظمة الصحة العالمية هو " بلوغ جميع الذي إعتده في سبتمبر Alma Ata مواطني العالم بحلول عام ألفين، مستوى من الصحة و في إعلان أما اتا 1978 المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الولية الذي شارك في رعايته و تنظيمه منظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للطفولة و رد صراحة أن الرعاية الأولية هي المدخل الرئيسي لبلوغ هدف الصحة للجميع بحلول عام ألفين وناشد الإعلان جميع الحكومات أن تعتمد إلى صياغة سياسات و استراتيجيات و خطط عمل وطنية من أجل الشروع بالرعاية الصحية الأولية الإستمرارية فيها كجزء من نظام صحي وطني شامل بالتنسيق مع القطاعات الأخرى.

و لذا فإنه من الفضل أن تشكل السياسات الصحية جزءا من سياسات التنمية الشاملة و بذلك تعكس الأهداف الإجتماعية و الاقتصادية للحكومة و المجتمع و على هذا النحو تكون استراتيجيات القطاعات المختلفة متداخلة فيما بينها و تسهم معاني بلوغ الأهداف النهائية للمجتمع. و يمكن تعريف السياسة الصحية الوطنية بأنها " تعبر عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية و ترتيب الأولويات بين هذه الأهداف و الإتجاهات الرئيسية بلوغها ".

و يتوجب على كل بلد أن يضع سياساته الصحية كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية والإقتصادية الشاملة و في ضوء ما ينفرد به من مشكلات و إمكانيات و ظروف معينة و هياكل إجتماعية و إقتصادية و أجهزة سياسية و إدارية، و يكون تحليل الأهداف و الأولويات بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية، و القدرة الإجتماعية و الإقتصادية على معالجة هذه المشكلات.

التي يجب أن تقوم على أساس السياسة National Realth Strategy أما الإستراتيجية الصحية الوطنية الصحية الوطنية فهي تشتمل على " الخطوط العريضة للعمل المطلوب في جميع القطاعات ذات العلاقة لوضع تلك السياسة موضع التنفيذ ".

و كذلك الأخذ بعين الإعتبار القدرات البشرية و الإقتصادية و الإدارية المتوفرة أو التي يمكن توفيرها لبلوغ الأهداف الوطنية التي حددتها السياسة الصحية الوطنية.

1- المقومات الأساسية للسياسة الصحية الوطنية:

إن وزارة الصحة هي في أغلب الأحيان – الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية وتحديد الإستراتيجيات اللازمة لتنفيذها و وضع خطة العمل الكفيلة بذلك و قد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تمثل فيه جميع القطاعات لضمان إنعكاس جميع National Realth council تشكيل مجلس صحي وطني وجهات النظر و للتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة، و أنها جزء لا يتجزأ من التنمية الإجتماعية و الإقتصادية الشاملة و هذه السياسة لا تكون كاملة و ممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات التالية.

- الإلتزام السياسي:

إن رسم و تنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب إلتزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة و ترجمتها إلى حقيقة واقعة أي أنه يجب قبل وضع السياسة إتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهمة بالشؤون الصحية، كما يجب تعبئة الرأي العام و توضيح الحقائق له حتى يمكن التغلب على جميع العقبات و توفير الموارد المادية اللازمة لتنفيذ السياسة.

و قد يكون من الضروري في بعض الأحيان اللجوء إلى تدابير سياسية حازمة مثل فرض ضرائب و غيرها.

- الاعتبارات الاجتماعية:

إن السياسة الصحية السليمة تتكامل مع السياسات الاجتماعية و الإقتصادية الشاملة. و ترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين و بصورة أوضح فإن السياسة الصحية لا بد أن ترمي إلى تدوير أو تقليص الهوة التي تفصل الأغنياء و الفقراء. و يعني ذلك تخصيص جزء أكبر من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمر الحاجة لها، فإذا رأت السياسة الصحية مثلا إنشاء نظام شامل للضمان الصحي يغطي كافة قطاعات المجتمع. فلا بد من إعفاء أو تخفيض رسوم الاشتراك للفئات الفقيرة أو المحدودة الدخل، على أن يتحمل الأغنياء نصيبهم من العبء كاملا. و هذا ما ترمي إليه سياسة بلادنا في خلال إصلاح المستشفيات و تخصيصها لبطاقات خاصة بالمعوزين لإعفائهم من دفع ثمن العلاج و توفير العلاج مجانا.

- مشاركة المجتمع:

لا بد من إيجاد التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة و الواعية من المجتمع لبحث لتحميل الأسر و المجتمعات مسؤولية صحتهم و رفاهيتهم، لصراف النظر عن المسؤولية الشاملة للحكومات عن صحة مجتمعاتها. و كجزء من مشاركة المجتمع في عملية صياغة السياسة الصحية، قد يكون من المفيد التماس مساهمة القادة السياسيين و الاجتماعيين و قادة المجتمع و المنظمات و الصناعات و العمال و المهن ذات الصلة، و العاملين في أوساط الإعلام، على أن يكون ذلك على جميع المستويات بما فيها المستوى الوطني المناطق و المستوى المحلي.

- الإصلاح الإداري:

لضمان كفاءة وضع السياسة الإدارية وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز وتكثيف الهياكل والنظم الإدارية في جميع القطاعات وليس في القطاع الصحي فقط، ولا بد من أخذ زمام المبادرة للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى لضمان تنفيذ السياسة الصحية في هذه المستويات هو العال في القطاع الصحي في الجزائر اليوم حيث يعمل بالمشاركة مع الجماعات المحلية وقطاع الضمان الإجتماعي.

- تخصيص الموارد المالية:

عند وضع السياسة الصحية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية إلى أقصى حد، ولكن ليس على حساب البرامج الوطنية الأخرى، ولا بد أن يأخذ في الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية، ومن الأمور الأساسية في هذا المجال. دراسة تكاليف البرامج الصحية بغية الوصول إلى النظم الأقل تكلفة، كما يجب دراسة طرق التمويل المختلفة من الضرائب والرسوم و خطط الضمان الإجتماعي و التأمين الصحي و ما إلى ذلك، و من المفيد في هذا المجال، دراسة تجارب النجاح و الفشل في البلدان الأخرى.

- سن التشريعات:

سيلزم الأمر في معظم الأحيان سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة و الضمان الإجتماعي و التأمين الصحي، و من المفيد في هذا المجال الإطلاع على التشريعات الصحية في مختلف البلدان و التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها و تحليلها، كما يجب أن يوافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام المختلفة، لتعريف أفراد المجتمع بحقوقهم وواجباتهم و التزاماتهم و هذا ما يلاحظ غيابة بالنسبة لأجهزة الإعلام في الجزائر حيث أن الحديث عن موضوع ص م مثل إصلاح المنظومة الصحية باعتماد سياسة إصلاح المستشفيات المتمثلة في النهج التعاقدية لا يتم الحديث إذا استمرت إليه في حالات قليلة و تصوره خاطفة و سريعة مما عطل سير العملية لسبب بسيط و لعدة مرات و هو إحصاء عدد المعوزين لإنجاز البطاقات الخاصة بهم و هذا للوصول إلى تحقيق مبدأ الصحة للجميع

- البرمجة:

ينبغي أنترجم السياسة الصحية الوطنية إلى برامج و خطة عمل محددة كما يجب تحديد الأغراض مباشرة محددة. targets الواجب بلوغها و ما يتصل بها من أهداف Objectives كما يجب أن تشمل خطة العمل على تفاصيل كاملة و تقدير الإحتياجات و الكوادر اللازمة لمراقبة التنفيذ و تقييم النتائج، بإعتبار أن التنفيذ يعتمد على مجموعة شتى من الظروف السياسية و الإجتماعية و الإقتصادية و الإدارية و الصحية، بما في ذلك مدى القدرة على توفير الموارد وفقا للمتطلبات.

فلا بد أن يشمل كل برنامج على أغراض محددة و أهداف مباشرة و تقدير سليم للموارد المطلوبة من قوى عاملة و موارد مالية و أجهزة و معدات، و تقديرات للتكلفة، كما يجب أن يتضمن البرنامج طرقا للتقييم المستمر و إعادة الصياغة إذا لزم الأمر، و كل برنامج صحي له مستويات في التنفيذ المركزي و مستوى المناطق و المستوى المحلي، لذا يجب توضيح العلاقة بين هذه المستويات و طرق التنسيق بينها للوصول إلى الأهداف.

- التقييم و المؤشرات:

لا بد من إدخال عملية التقييم كل مراحل رسم السياسة الصحية و تحديد الإستراتيجيات و البرمجة و على المستوى الإداري و الفني لا بد من معرفة ما إذا كانت البرامج ذات الصلة، تصاغ بصورة ملائمة. و لا تقتصر المؤشرات على الوضع الصحي فقط، بل تتعدى ذلك إلى قياس نوعية الحياة و هذا يعني وجوب استعمال مؤشرات إجتماعية و اقتصادية إلى جانب المؤشرات الصحية، مثلا مؤشرات النمو و التطور و مؤشرات الوضع الغذائي و مؤشرات التعليم و دخل الأسرة و الإسكان و البيئة وكلها كما سبق على علاقة وثيقة بالصحة⁽¹¹¹⁾.

-2- صياغة السياسات الصحية الوطنية:

بإعتبار أن السياسة الصحية الوطنية هي تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة و ترتيب الأولويات و تحديد الأهداف و الإتجاهات الرئيسية لبلوغ الأهداف فلا بد أن تكون مناسبة لإحتياجات الإجتماعية و الأحوال الإقتصادية للبلد، و أن تكون أيضا جزءا من السياسة العامة للتنمية الوطنية.

ففي الماضي كان من النادر وجود سياسة صحية وطنية لأي بلد، أما في الوقت الحاضر و بعد إنتشار مفهوم الرعاية الصحية الأولية و مرمى تحقيق الصحة للجميع، فقد اهتمت معظم البلدان بتحديد السياسات و الأهداف الصحية ، و لا بد أن نذكر في هذا المجال أهمية التشريعات الصحية و ضرورة النظر فيها و مراجعتها حتى تساهم في تنفيذ السياسات الموضوعية (112).

خامسا: الخدمات الصحية:

إن التطور العلمي السريع في كافة فروع الطب و العلوم الصحية و التخصصات الدقيقة أدى إلى تغير جوهرى في مفهوم الصحة و العلاج و أصبحت تكلفة الخدمات من أبرز القضايا الصحية التي تتطلب تدخلا حاسما من قبل الجهات المسؤولة و يمكن تلخيص هذه التغيرات مما يلي:

- ارتفاع كبير و متسارع للنفقات الطبية في كافة دول العالم مهما اختلفت نظمها السياسية و الإقتصادية و عام 1965. % من إجمالي الناتج القومي بعد أن كانت هذه النسبة لا تتعدى 5% الصحية 13
- زيادة نسبة العاملين في القطاع الصحي بمن فيهم أصحاب المهن و العمال و المستخدمين إلى أكثر من 10 من مجموع القوى العاملة. %
- أدى تطور التكنولوجيا في القطاع الصحي إلى زيادة متسارعة في نسبة العاملين الصحيين، على عكس ما حصل في القطاعات الأخرى، حيث ساعدت المكننة على توفير الطاقة البشرية، أما في مجال الخدمات الصحية، فقد إزداد الطلب على الفنتين و على نوعيات أكثر تخصصا منهم كما أن التكنولوجيا أصبحت أكثر كلفة اليوم، مما كانت عليه منذ عقدين من الزمن ، أحق إلى ذلك التكلفة العالية عند الشراء و ضرورة الإستغناء عن هذه الأجهزة في سنوات أقل، نظرا إلى التطورات المتلاحقة و التعديلات المتسارعة عليها و الناجمة عن تقدم التكنولوجيا.
- صعوبة تكفل الفرد بتكاليف الخدمة الطبية، مما أدخل في سوق القطاع الصحي طرفا ثالثا، أو وسيطا لتسهيل عملية دفع تكلفة العلاج و قد تكون الحكومة هي الطرق الثالث أو شركات التأمين الصحي أو الجمعيات الحيوية و الأهلية.

- بدأت الدول و شركات التأمين الصحي في استنباط وسائل حديثة لتخفيض التكلفة و ترشيد الإتفاق في المجال الصحي، و بدأ التفكير في نماذج جديدة و مستحدثة في مجال تقديم و تمويل الخدمات الصحية و من أمثلة هذه النماذج " مؤسسات المحافظة على الصحة

Realth maintenance organisation .

قبل إجراء second opinion و تشجيع الرعاية الصحية الأولية و ضرورة الحصول على رأي إضافي التدخلات الجراحية و تحديد مدة الإقامة في المستشفيات حسب التشخيص و غيرها.
و نظرا للتقدم السريع في المجال الطبي و طرق التشخيص و العلاج برزت في السنوات الأخيرة ظاهرة رفع القضايا القانونية ضد الأطباء المعالجين أو المستشفيات، و قد أدت هذه الظاهرة إلى ما ويسمى " الطب إذا يلجأ الطبيب إلى إجراء العديد من الفحوص الإختيارات و الإستشارات defensive medicine الدفاعي الطبية غير الضرورية مما ينتج عنه زيادة في التكلفة الإجمالية للخدمات الصحية.

2- مصادر تحويل الخدمات الصحية:

كنتيجة مباشرة لإرتفاع تكلفة الخدمات الصحية، تحاول معظم الدول و الحكومات خفض و ترشيد الإتفاق، أو محاولة إستنباط مصادر جديدة لتمويل الخدمات، و بصفة عامة يمكن تقسيم مصادر التمويل كالاتي:

- التأمين الصحي و الضمان الإجتماعي:

و سوف يتم التطرق إلى هذا الجزء بالتفصيل في الفصل القادم.

- التمويل الحكومي المباشر:

من الناحية التاريخية كان دور الدولة أو الحكومة حتى الحرب العالمية الأولى محصورا في تأمين الخدمات الصحية العامة، كتوفير مياه الشرب أو الوقاية من الأمراض السارية و الأوبئة التي تهدد أفراد المجتمع.

كما كانت الحكومة تدعم الجمعيات الخيرية، ولا سيما الدينية منها التي تقوم بعلاج الفقراء و المعوزين في مستشفياتها و مرافقها الصحية الأخرى كالعيادات و المستوصفات، وبعد الحرب العالمية الثانية تزايد اهتمام الحكومة بتوفير الرعاية الصحية العلاجية للأفراد إذا نادى الأحزاب السياسية ورجال الدولة بتوفير الرعاية الصحية كحق من حقوق الإنسان، وازداد تدريجيا دور الحكومة في تقديم الخدمات الفردية من خلال ميزانية مخصصة لهذا الغرض و بالتدريج أصبح التمويل الحكومي مصدرا هاما من مصادر التمويل الصحي، و هو المصدر الأكثر إنتشارا في العالم النامي، و يعتمد التمويل الحكومي أساسا على الضرائب العامة و غيرها من إيرادات الدولة و الذي يخصص جزء منه للإنفاق الصحي و قد تعمد الحكومات في بعض الأحيان إلى تخصيص حصيلة إحدى الضرائب للقطاع الصحي فيتاح له بالتالي مصدر دخل ثابت يمكن تقدير حصيلته لعدة سنوات مقبلة.

و على العموم فإن التمويل الحكومي المباشر للنشطة الصحية تتسم بعدم الكفاية و خصوصا في البلدان النامية لن حصيلة الضرائب في هذه البلدان لا توفر في الغالب القدر الكافي من الدخل الحكومي الذي يخصص جزء منه للإنفاق الصحي و هذا الكلام ينطبق على السياسة الصحية في الجزائر و التي أصبحت سياسة مجانية العلاج مما ختم عليها إجراء الإصلاحات و هذا ما سوف نتطرق له بتوسع من خلال الفصل الثالث و لذلك تلجأ معظم هذه الدول إلى فرض الضرائب غير المباشرة مثل الضرائب على المبيعات و حصيلة الجمارك، و التي تؤثر تأثيرا عكسيا على الفقراء و محدودي الدخل الذين ينفقون جزء كبيرا من دخلهم على السلع و الخدمات الخاضعة لهذه الضرائب غير المباشرة أما الدول ذات الدخل المرتفع، مثل دول الخليج، فيمثل التمويل الحكومي المباشر الجزء الأكبر من تكلفة الخدمات الصحية حيث توفر هذه الدول الخدمات الشاملة بدون مقابل للمواطنين و في بعض الأحيان للمقيمين الذين يعملون في أراضيها، ضمن سياسة عامة تدعو إلى توفير الخدمة للمواطنين دون النظر إلى وضعهم المادي سواء كانوا من الفقراء أو الميسورين.

- الشركات و المؤسسات:

مع بداية هذا القرن، وخاصة في أواخر العشرينات حين تفاقمت الأزمة الإقتصادية العالمية التي أدت إلى إفقار العديد من الأسر و الأفراد و العائلات، و بعد بروز الحركات العمالية و النقابات بدأت الشركات و المؤسسات الكبرى الخاصة و الحكومية، تؤمن بعض أو كافة الخدمات الصحية لعمالها و موظفيها كجزء من ميزات العمل في هذه الشركات و المؤسسات كعلاوات غير نقدية للعاملين فيها، و قد ساعد نظام الضرائب في معظم الدول المتقدمة على تشجيع هذا الإتجاه حينذاك، إذا كانت التكاليف الصحية تحتسب من الإتفاق و بالتالي تخفض نسبة الضريبة التي تقوم الشركة بتسديدها على ربحها و مدخولها الصافي دون أن يتحمل العامل أي ضريبة على دخله و لازال هذا التيار موجود و إن كان بشكل آخر.

ففي بداية الأمر كانت الشركات تؤسس مرافق صحية خاصة بها و تتعاقد مع أطباء لتوفير الرعاية الصحية لعمالها، و لكن مع تطور سبيل الرعاية الصحية، إرتأت معظم الشركات مشاركة عمالها في تحمل أقساط التأمين الصحي بدلا من أن توفر لهم المرافق الصحية الخاصة بالشركة.

- رسم المنتفعين بالخدمات الصحية :

وهي المبالغ التي يدفعها مباشرة المنتفعون من الخدمة و هذه الرسوم قد تكون كاملة إذا تم دفعها للقطاع الصحي الخاص، مثل أجور الأطباء و العلاج في المستشفيات الخاصة و ثمن الدواء و غيرها أو قد تكون جزئية أو منخفضة تفرضها الحكومة على المنتفعين من خدمات المؤسسات و المستشفيات الحكومية لتغطي جزءا من هذه التكلفة.

و أحيانا تلجأ الحكومة إلى فرض رسوم مندرجة، بحيث يدفع الحد الأدنى منها الأشخاص ذوو الدخل المنخفض جدا و تزداد هذه الرسوم تدريجيا مع إرتفاع الدخل و قد تتعارض طريقة فرض الرسوم مع أهداف توفير الصحة للجميع، مالم تتخذ إحتياطات فعالة، حتى لا تشكل هذه الرسوم عائقا دون الحصول على الخدمات و التحدي الرئيس في هذا المجال يكمن إيجاد نظم فعالة لإتاحة الخدمات الصحية للفقراء و إعفائهم من هذه الرسوم دون المساس بإنسانيتهم و كرامتهم و الذي يتمثل في بطاقات المعوزين التي أنجزتها الجماعات المحلية في الجزائر لتوفير هذه الخدمة الصحية دون المسا بكرامة المواطن الفقير و محدود الدخل من خلال قانون إصلاح المستشفيات.

- الجمعيات الخيرية و الأهلية:

لعبت المساعدات الخيرية في الفترات الماضية دورا هاما في تمويل الخدمات الصحية عن طريق الدعم المالي أو الهيئات للخدمات الإستشفائية وخاصة الفقراء و المعوزين و في بعض البلدان الإفريقية مازالت المساعدات الخيرية عن طريق الجمعيات و الهيئات الدينية تشكل مصدرا رئيسيا من مصادر التمويل. و قد شهدت فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية اتساعا لدور الجمعيات الخيرة غير الحكومية منها و الدينية في البلاد المتقدمة، ففي الولايات المتحدة مثلا، أنشئ العديد من المستشفيات غير الحكومية لخدمة المدينة أو و هي تدار من قبل مجالس إدارة يتم تعيينها من قبل الجمعيات الأهلية التي community hospitals المجتمع تقوم بتمويلها و في الغالب تقدم هذه المستشفيات خدماتها بالتكلفة الحقيقية للميسورين و القادرين على الدفع، بينما تقدم خدماتها برسوم منخفضة أو دون مقابل للفقراء و محدودي الدخل . و تتم تغطية التكلفة عن طريق الهبات و التبرعات من الجهات الأهلية أو من الأطباء و العاملين في هذه المستشفيات.

و نظرا للزيادة المتصاعدة في تكلفة الخدمة، فإن دور المؤسسات الإجتماعية و الخيرية أخذ في النقصان لحل محله أنماط أخرى من التمويل مثل الضمان الصحي و الأنواع الأخرى من الضمان الإجتماعي بينما لا يزال دور الجمعيات الخيرية هاما حيويا خصوصا في أوقات الطوارئ و الكوارث الصحية مثل حالة تسونامي 2004 و الفيضانات الضاربة العاصمة الجزائر و غيرها من الكوارث.

- التمويل من قبل المجتمعات المحلية:

إن المبادرات الحديثة في ميادين الرعاية الصحية الأولية في البلدان النامية و المتقدمة على السواء، تؤكد على أهمية إشراك المجتمع في الخدمات الصحية و رفع المستوى الصحي شكل عام. و قد تم استحداث طرق متنوعة لتحقيق هذا الغرض تستخدم أساسا الموارد المحلية و الجهود الذاتية مثل جمعيات تطوير القرى و تنمية المجتمع من أجل تقديم الخدمات التي يطلبها أفراد المجتمع و تعجز الموارد الحكومية عن تقديمها، و تدل هذه الجهود على استعداد أفراد المجتمع للمساهمة بإمكانياتهم وطاقاتهم المحدودة في سبيل توفير خدمات محلية مقبولة للجماهير.

- التعاون الخارجي:

تبلغ النسبة المخصصة للتمويل الصحي من مجمل المعونات و القروض الخارجية حوالي (8-10) أي ما يعادل 3-3.5 بليون دولار سنويا و يتم التمويل الخارجي في الغالب عن طريق إتفاقيات ثنائية أو عن طريق المؤسسات التنموية، و المنظمات متعددة الأطراف و المعارف و الهيئات غير الحكومية و يطلق على هؤلاء (donors) اسم المانحين أو المتبرعين.

و يمر التعاون المالي عموما عبر سلطة مركزية في البلد الملتقى مثل وزارة المالية أو الصحة أو هيئة التخطيط المركزية، التي تتولى تنسيق العون الخارجي. و قد يكون العون الخارجي موجها للصحة عموما أو لبرنامج صحي محدد و مستقبل، أو قد يكون في إطار العون الخارجي العام و المخصص للتنمية، و يحدد ذلك الإتفاقيات المبرمة بين الهيئة المانحة و الدولة المتلقية للعون الخارجي ، و في أغلب الأحيان يكون العون الخارجي محددا للبرامج الإستثمارية و لا يشمل التكاليف المتكررة و ينتج عن ذلك أن تواجه الدول المتلقية للعون تكاليف متكررة كبيرة الحجم، و يثير ذلك مشكلة كبرى عندما تتخفف الميزانيات الجارية نتيجة للضائقة

الإقتصادية و لهذا السبب لا بد للقطاع الصحي أن ينظم نفسه على نحو فعال كي يستطيع مواجهة التكاليف المتكررة لهذه البرامج⁽¹¹³⁾.

سادسا: علاقة مؤسسة الضمان الإجتماعي بمؤسسات القطاع الصحي:

ظهرت فكرة الضمان الإجتماعي كضرورة ملحة لحماية الفرد و الأسرة ضد التهديد الدائم بالحرمان من مصادر إشباع الحاجات المتجددة و الضرورية و حماية الفرد و من يعولهم ضد المخاطر التي تزايدت حديثا نتيجة للتحويلات الإقتصادية و الإجتماعية و التكنولوجية في عالم اليوم و ذلك بعد أن فقدت الأسرة للكثير من وظائفها و سادت العلاقات الثانوية و المصالح المتبادلة كأساس للتعامل بين الأفراد.

و لا شك أن موضوع الضمان الإجتماعي يمثل أهمية خاصة لدول العالم الثالث و ذلك نظرا للتفاوت الإقتصادي و الإجتماعي فأغلب دول العالم الثالث قاصرة عن تعويض العمال الذين يصابون في حوادث العمل كذلك لا تقدم الخدمات الصحية و الضمانات الأخرى التي تقدمها تشريعات الدول المتقدمة. و يمكن القول بأن سكان العالم الثالث لا يتمتعون إلا بقدر بسيط و محدود من الحماية في مواجهة المخاطر الإقتصادية التي تهددهم و التي يتزايد إتساعها، فأنظمة الضمان الإجتماعي في هذه الدول مازالت متأخرة و بسيطة و محدودة و ذلك لتأخر النظم الإقتصادية و ضعف الموارد المالية و الإدارية و الفنية و ضعف الوعي التأميني لدى الأفراد.

1- تعريف الضمان الإجتماعي:

غامضا حتى الأربعينات من هذا القرن بالرغم من أنه Social security ظل مفهوم الضمان الإجتماعي عرف بصورة أو بأخرى عند قدماء المصريين و الرومان و الفرس، و جاء الإسلام ليوضح هذه الرعاية عن طريق الإحسان و الزكاة و النفقات و مصاريف بيت المال و قد عرف الضمان الإجتماعي بعد ذلك في انجلترا Social ثم عرف الضمان الإجتماعي بإسم التأمين الإجتماعي poorlaw عام 1601 بما يسمى بقانون الفقر عندما وضع " سمارك " قانون التأمين ضد المرض عام 1883، و قانون التأمين ضد الحوادث عام Insurance لأنه وجد أن هناك فئات أخرى في المجتمع غير العمال محتاجة إلى social 1889 و قد أضيف لفظ إجتماعي الحماية.

و قد قدم المشرع الإنجليزي بيفردج عام 1942 مفهوما للضمان الإجتماعي بأنه " تأمين دخل معين يحل محل الكسب عندما ينقطع بسبب المرض و البطالة و الإصابة بالشيخوخة و الموت، أو يقوم بتغطية النفقات الإستثنائية التي تنجم عن الزواج و الولادة على أن يكون ذلك مقرونا بالعمل على أنها حالة انقطاع الكسب بأسرع وقت ممكن " و قد اقتصر هذا التعريف على كون الضمان الإجتماعي تأمين دخل معين و لم يحدد صفة التأمين سواء أكان تجاريا أو إجتماعيا، كما اتضح الخلط بين مفهوم الضمان و ما تقوم به الشركات التجارية من تأمين ضد إصابات العمل و المرض و الحوادث.

و لقد أصدرت منظمة العمل الدولي عام 1952 مجموعة من الدراسات حول الضمان الإجتماعي و اعتبرته " مجموعة من النصوص الفنية التي تعطي الفرد الحق في الحصول على بعض الإعانات في حالة الحوادث و الطوارئ المستوحية لهذه الإعانات " .

و رغم الغموض في هذا المفهوم فإن الضمان يشير إلى الحماية و التحرر من الخوف، لهذا يرى البعض أن الضمان الإجتماعي هو ضمان الدخل أي مجموعة التدابير التي تتخذها الدولة لتضمن للبعض أو للجميع ليكون مطابقا للتأمين الإجتماعي، أو بمعنى أوسع ليشمل ضمان الدخل و كذلك الخدمات الصحية و الخدمات التنموية التي تقدم في حالات الكوارث و الحوادث.

و يرتبط الضمان الإجتماعي سواء في نطاق تطبيقه أو في فئات المستفيدين منه أو قيمة المساعدات بطبيعة كل مجتمع و ما يمر به اجتماعية و إقتصادية و سياسية.

و تبنى الدولة لهذا النظام هو تدخل منها لمواجهة مخاطر الشيخوخة و الأمراض و رعاية الأمومة و البطالة و الحوادث و الأمراض المهنية و العجز و الوفاة و الترمل و اليتيم و يمكن حصر وسائل الضمان الإجتماعي في ثلاث :

- وسائل علاجية و تنحصر في تقديم الإعانات و الخدمات عند وقوع المخاطر و الطوارئ، و يستخدم لتحقيق هذا وسيلة التأمين و المساعدات الإجتماعية.

- وسائل إنشائية و تهتم بتدريب العمال و تشغيلهم و علاج المرضى و العجزة و إعدادهم للعمل.

- وسائل وقائية و تعني بمحاربة البطالة و حوادث العمل و الأمراض كما تهتم بإعادة توزيع الدخل القومي تحقيقا للعدالة الإجتماعية (114).

2- نظم الضمان الإجتماعي:

و إضافة إلى ما سبق فإن هذه النظم بدأت في الإنتشار بعد إنتهاء الحرب العالمية الثانية، و ذلك رغبة من الحكومات في نشر العدالة الإجتماعية و نتيجة لبروز مبدأ التكافل الإجتماعي الذي يهيء لكل فرد في المجتمع رعاية صحية و اجتماعية و مالية متكاملة خصوصا بعد التقاعد أو الإصابة بمرض أو عجز.

و يقوم مبدأ الضمان الاجتماعي على تكافل أفراد المجتمع بعضهم مع بعض عن طريق دفع مبالغ محددة، هي في الغالب نسبة معينة من الدخل يتحملها العامل صاحب العمل، و ذلك خلال الفترة المنتجة في حياة الإنسان، تودع هذه المبالغ في صناديق خاصة تدار بطريقة مستقلة بحيث لا تستخدم حصيلة الصندوق إلا في الأغراض المحددة لها، و يعزز اعتماد دخل هذه الصناديق على إقتطاع نسبة محددة من الدخل مبدأ التكافل الاجتماعي حيث يدفع الفرد ذو الدخل المرتفع مبلغا أكثر مما يدفعه الفرد ذو الدخل المحدود، و تزيد المبالغ المستقطعة تدريجيا مع ارتفاع الدخل أو الراتب و يختلف برنامج الضمان الاجتماعي إختلافا كبيرا في حجمها و شموليتها و خدماتها، و يحدد هذا الأمر أساسا فلسفة الدول و إمكانياتها و القوانين المسنونة لهذا الغرض. و يتكون البرنامج الوطني للضمان الاجتماعي غالبا من عدة صناديق مستقلة لأغراض معينة، أهمها تعويض نهاية الخدمة و التقاعد و إصابات العمل، و الأمراض المزمنة و إجازات الأمومة و رعاية الطفولة و المكوفين و العجزة و الضمان الصحي و يحدد القانون و النظام الداخلي لكل صندوق حقوق المشترك و واجباته و سبل إستفادته من الخدمات (115).

3- نظام التأمين الصحي الاجتماعي:

و هذا النظام يهدف لحماية الطبقات الضعيفة في المجتمع و هو إجباريا و يتمثل فيما خصصته الدولة من إمكانيات و وحدات لتوفير الرعاية الصحية الصادر بها قوانين التأمين الصحي، حسب المعدلات العلمية التي تحدد مستوى تلك الرعاية وفق القرارات الوزارية الصادرة في هذا الشأن و ذلك جوهر ما يميز هذا النظام عن الأنظمة الأخرى و هذا راجع لعدة أسباب أهمها:

1- أن فكرة التأمين الصحي الاجتماعي نشأت أساسا لعلاج مشكلة الرعاية الصحية الناتجة عن إختلال التوازن بين تعداد السكان و الإمكانيات العلاجية المتاحة، في ظل محدودية موارد الدولة التي تجعل من العلاج المجاني غير كاف وحده لتلبية احتياجات المواطنين الصحية و التي تجعل من العلاج بأجر مشكلة أمام الطبقات الغير قادرة حيث تعجز قدراتهم المالية عن تحمل أعبائها و أسعارها المتصاعدة، لهذا فإن مهمة التأمين الصحي الاجتماعي بالدرجة الأولى هي إضافة إمكانيات علاجية جديدة دائما، مع كل زيادة في أعداد المؤمن عليهم و يقدر مناسب حسب المعدلات المقررة.

2- إن مزايا التأمين الصحي الاجتماعي محددة بمقتضى قانون، و حدود الإستفادة منها محددة بقانون بل و مستوى الرعاية أيضا و إلتزام الدولة متمثلة في الهيئة العامة للتأمين الصحي برعاية المؤمن عليهم صحيا قائما و مستمرا إلى أن يشفى أو تستقر حالته أي سواء توفر علاجه داخل وحدات التأمين الصحي أو خارجها في وحدات تابعة لأنظمة أخرى، فسواء توفر علاجه، داخل البلاد أو خارجها، المهم أن الإلتزام مستمر إلى أن يتحقق أحد الميرين الشفاء أو استقرار الحالة.

و التأمين الصحي أحد نظم الرعاية الصحية الموجودة في العالم و هو وسيلة لتحقيق المستوى المناسب من الرعاية الصحية الأولية حيث يجعل الخدمات الصحية المقدمة مقبولة له و متاحة و غير باهضة و من أهداف التأمين الصحي نجد:

- تطور الخدمات الصحية و الإرتقاء بها من أجل تحسين المستوى الصحي للفرد و بالتالي للمجتمع.

- شمولية الخدمات الصحية للمجتمع ككل.

- تقديم خدمة مقبولة مما يتناسب مع الدخل المحدود للفرد فهو ليس مجاني تماما بالقدر الذي يجعل النظام

عاجزا عن توفير الإمكانيات الكافية لتقديم مستوى ملائم من الخدمة الطبية (116).

فالتأمين يقوم عموما على فكرة أساسية مؤداها أن توزع النتائج الضارة لحادثة معينة على مجموعة من الأفراد بدل أن يتحمل من حلت به الكارثة التكاليف و حده، بمعنى حماية الشخص من الخسائر المالية التي قد يتعرض لها نتيجة خطر ما يفاجئ به و لا يكون مستعدا لمواجهة الأعباء المالية اللازمة للعلاج و الرعاية الطبية.

سابعا: السياسة الجزائرية في تسيير قطاع الصحة العمومي منذ (1962 إلى اليوم):

عرفت الجزائر منذ الإستقلال إلى غاية اليوم نماذج مختلفة من الطرق المعتمدة في تسيير هياكل الصحة العمومية، متماشية و الأهداف المرسومة و التوجهات الإقتصادية و السياسية لكل مرحلة. ففي البداية تم تطبيق نظام الدفع ليوم الإستشفاء ثم ظهر فيما بعد نظام الجراف تماشيا مع سياسة الطب المجاني.

(115) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي مرجع سبق ذكره ص 102

(116) أميرة منصور يوسف، مرجع سبق ذكره ص ص 96 - 98

و أمام عدم القدرة على تغطية النفقات الصحية، برز مشكل التزايد الغير المتحكم فيه لهذه النفقات، وأثر هذا الوضع على الأداء الصحي و على قدرة الدولة للإستجابة للإحتياجات الصحة ليتحول الحديث في السنوات الأخيرة و تحت الضغط الإقتصادي إلى الحديث عن نمط جديد في التسيير يخضع لسياسة التعاقد و فيما يلي سنحاول التطرق إلى السياسات التي اعتمدت في الجزائر منذ الإستقلال حتى الآن في مجال الصحة العمومية.

1- المرحلة الأولى 1962 – 1973:

ورثت الجزائر بعد الإستقلال جهاز صحي ضعيف غير قادر على تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، فكان من الضروري في إطار السياسة الإشتراكية التي انتهجتها الدولة ضمان حتى العلاج لجميع المواطنين و في هذا الإطار قامت الدولة بإعداد مخططات تنموية صحية للنهوض بالقطاع الصحي.

كان لابد على الجزائر عشية الإستقلال من مواجهة الوضع الصحي المزري الذي ورثته عن سنوات الحرب، و التفكير في خلق أرضية تنطلق منها عملية التنمية الصحية على المدى البعيد لبناء مجتمع إشتراكي حديث، و قد اعتمدت الجزائر في مرحلة ما بعد الإستقلال على الطب العسكري نظرا لنقص الوسائل الصحية (117) و افتقارها للإطارات التقنية من أطباء و عاملين و كذا إفتقار كبير إلى رؤوس الأموال و الخبرات البشرية في مجال الصحة و التي تعد الدعائم الأساسية للتنمية الصحية بالإضافة إلى بقاء المستشفيات و مراكز العلاج بدون عمال إدارة و تقنيون كذلك أعمال الحرق و التخريب التي قام بها المعمرين قبل رحيلهم.

و من ثم كان العمل في البداية موجه إلى إعادة بعث البنية الطبية التي خلفها الإستعمار و العمل على توسيعها نظرا لما كانت تعانيه من نقائص (118) و لجأت الجزائر في هذا الإطار إلى الإستعانة بإطارات العديد من البلدان (بلغاريا، رومانيا، الصين، الإتحاد السوفياتي....) و بالتوازي إعتماذ سياسة تكوين إطارات طبية وطنية، كما وضعت البرامج الأولى لمحاربة الأمراض المعدية التي كانت تعكس المستوى الصحي للسكان.

و إلى جانب القطاع العمومي استمر الطب الخاص، و كانت تنتظم الممارسة الطبية فيه بالعمل بنصف الوقت في المؤسسات الصحية العمومية للذين يعملون في العيادات الخاصة، و ضمن نظام الوقت الكامل بالنسبة للذين لا يعملون لدى الخواص (119).

و قد تميزت هذه الفترة عموما بضعف الوسائل، حيث كان من المستعجل آنذاك إعادة تنشيط الهياكل الموروثة عن الإستعمار من أجل ضمان حد أدنى من الخدمات الصحية للمواطن كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة.

و خلال هذه الفترة تم تطبيق مخططين: المخطط الثلاثي و المخطط الرباعي الأول.

- من 1967 إلى 1969 (المخطط الثلاثي):

خلال هذه الفترة لم يسجل أي تشييد أو صناعة جديدة مهمة، و كانت الهياكل الموجودة تتمثل في 30 مستوصف ضد السل و الرمادي، و مراكز لحماية الأمومة و الطفولة، كما تواجدت 10 مستشفيات، 109 عيادات شبه طبية و 82 مركز صحي، كما عرفت عشرات الهياكل المبرمجة تخلف في الإنجاز فالمشروع لم يحقق الأهداف المسطرة له مما أدى إلى الشروع في تطبيق المخطط الرباعي الأول مباشرة.

- من 1970 إلى 1973 (المخطط الرباعي الأول):

تميزت الوضعية الصحية خلال هذه الفترة، بعدم الإستقرار و بظهور مجموعة من الأوبئة (كالسل حمى المستنقعات، سوء التغذية) التي انتشرت خاصة في الأوساط الريفية، هذه الوضعية أصبحت شاقة وضعية بسبب اللاتوازن الجهوي و النمو الديمغرافي و تميزت أهم إنجازات هذه الفترة في 1000 سرير، 20 مركز صحي، 350 عيادة طبية، 150 عيادة أسنان و 200 مخزن صيدلة أما تطور الأفراد الطبيين فيوضحه الجدول التالي (120).

(117) محمد بلقاسم وحسين بهلول، سياسة تخطيط التنمية وإعادة مسارها في الجزائر، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، ج1، 1999، ص 235.

(118) Amir , contribution a l'étude de l'histoire de la santé, O.P.U , alger 1986, P 204

(119) BENYHIA m , Ministre de réforme de l'enseignement superieur et de la recherche scientifique, Alger , 1971, P 12

(120) M.Lamri larbi, le système de santé Algérien, mémoire de magister , université d'Alger , Novembre 1986 P P 151 - 153

جدول رقم (01)

تطور الأطباء في المؤسسات الصحية الجزائرية خلال الفترة 1962 – 1973

السنوات الهيئات، الفئات	1962 - 1966	1967 - 1973	معدل النمو
أطباء	75	423	464 %
جراحو أسنان	33	286	766 %
صيادلة	49	353	620 %
المجموع	157	1062	576 %

M.Lamri Larbi, le système de santé Algerien p 153 المصدر:

و السياسة الصحية المعتمدة خلال تلك الفترة لم تسمح بالإستجابة المتزايدة للمواطنين، و قد بينت هذه الفترة عدم التوازن و الإستقرار، و صعوبات مستمرة على مستوى الأداء الصحي في المستشفيات، وكذا إختلالات فيما يخص التمويل حيث يدفع المرضى مباشرة، أما فيما يخص المؤمنين فعن طريق تأميناتهم الإجتماعية، و هذا ما طرح مشكلة تكلفة الصحة (121).

2- المرحلة الثانية 1974 - 1980 :

نظرا للوضعية الصحية و المادية المتدهورة لمعظم السكان و تطبيقا لمبدأ التكافل الإجتماعي و أن الصحة حق مكفول لجميع المواطنين مهما كان دخلهم، تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974. و خلال هذه الفترة شيدت هياكل قاعدية صحية جديدة و جهزت بالعتاد الصحي العصري، مع تكوين هيئة صحية و شبه طبية لإستيعاب حاجات السكان الصحية (122).

لكن تطبيق الطب المجاني في القطاع العمومي لم يمكنه من التغطية الصحية الكلية، بل استمر الطب الخاص و شبه العمومي يعمل إلى جانبه، إضافة إلى العلاج في الخارج و المداواة بالأساليب التقليدية و تميزت هذه الفترة بتنفيذ المخطط الرباعي الثاني و أهم ما حققته يتلخص في:

- من 1974 - 1977 (المخطط الرباعي الثاني):

لم تكن هناك القدرة الكافية لتنفيذ كل المشاريع المدرجة في المخطط الرباعي الأول (1970-1973) و هذا مما أدى إلى تحويل ما تبقى منه إلى المخطط الرباعي الثاني؛ مما أدى إلى زيادة الضغط على هذا الأخير، فهو من المشاريع التي كان من المقرر عليه إنجازها خلال 04 سنوات و قد كلف تحويلها إلى % لم ينجز سوى 40 من الميزانية المخصصة و تمديد في الفترة المخصصة للإنجاز % المخطط الرباعي الثاني زيادة تقدر ب: 65 إلى غاية سنة 1979 بدلا من 1977.

و سطر هذا المخطط كهدف تحقيق حماية صحية مناسبة و ملائمة و متوازنة، و في عام 1980 تم إنجاز حوالي 50 مستشفى، و 160 عيادة، و 300 مركز صحي، و 25 وحدة للأمومة، و فيما يتعلق بالتكوين الطبي توسعت عدد المقاعد البيداغوجية عن طريق دعم المعاهد الوطنية و كانت هناك زيادة ملحوظة بالنسبة للأفراد الطبيين خلال الفترة (1974 – 1980) كما بلغ عدد حاملي الشهادات 7070 منهم 5150 طبيب و 1830 جراح أسنان و 450 صيدلي، أما بالنسبة للأشخاص الشبه طبيين فقد تم برمجة 12 مدرسة للتكوين ب: 3000 مقعد لكل منها، و قد تكون 16.060 من حاملي الشهادة خلال الفترة (1977/1981) (123) إلا أن المخطط الرباعي الثاني لم يصل إلى خلق فرق طبية فعالة و التي من المفروض أن تكون على مستوى كل بلدية، فقد سجل بالجزائر العاصمة عام 1980، عيادة متعددة الخدمات لكل 100.000 ساكن، إضافة إلى اللاتوازن الجهوي بين المدن و الريف حيث وجد في نفس السنة بولاية جيل طبيب واحد لكل 7800 ساكن، و في ولاية الجزائر طبيب واحد لكل 2000 ساكن.

(121) Riadh Bouriche, **le quotidien d'Oran**, 10 Juin, P 8

(122) Bouzida industrialisation et stratégie des besoins, sociaux en Algérie in codesria, **revu du developpement**, 1985, P 132

(123) Rapport général du deuxième plan quadriennal, secrétariat d'état au plan, mai 1974

أما على مستوى الشبه الطبي فقد وجد في نفس السنة شبه طبي لكل 430 ساكن بولاية الجزائر و شبه طبي من الإستهلاك الوطني. % واحد لكل 235 ساكن بولاية جيجل ، أما الدواء فلم تتجاوز نسبة إنتاجه 08 و كسابقه فهذا البرنامج أيضا لم يحقق إلا جزءا طفيفا من الأهداف المسطرة عدا ما جاء به نص الميثاق الوطني عام 1976 في إطار مجانية العلاج؛ بخلق مصلحة وطنية للصحة المجانية، يمكن لأي مواطن من خلالها عبر القطر أن يحصل على الخدمات العلاجية المناسبة، و هو ما يعني أن الأنساق العلاجية الأخرى الخاصة و الشبه عمومية لم يكن وجودها إلا بصفة مرحلية و أن المستقبل هو للطب العمومي المجاني الذي سيحتكر عرض العلاج على المستوى الوطني (124).

3- المرحلة الثالثة : 1980 – 1987:

لوحظ منذ بداية الثمانينات تراجعا مستمرا فيما يخص مساهمة الدولة في تمويل القطاع الصحي مقارنة بصندوق الضمان الإجتماعي، و هذا يتناقض مبدأ المجانية التي نادى به السلطات العمومية، حيث كانت الدولة من الميزانية المخصصة لإنشاء و تسيير القطاعات الصحية، لتتقلص هذه % في سنة 1979 تساهم بـ: 61 % النسبة سنة 1987 إلى 34,2.

في سنة 1979 ارتفعت مساهمته لتصل % و بالمقابل نجد صندوق الضمان الإجتماعي كان يساهم بـ: 38.5 ، و هنا بدأ مشكل تمويل صندوق الضمان الإجتماعي بمجانبة العلاج يطرح شدة و % عام 1987 إلى 69,2 أهم ما يميز هذه الفترة هو إنجاز الدولة للمخطط الخماسي الأول الذي تميز بما يلي:

- 1980 – 1984 (المخطط الخماسي الأول):

خلال هذا المخطط تم إنجاز 31 مستشفى و خصص 1600 مليون دينار جزائري لشراء التجهيزات المختلفة و الحديثة و تضاعف عدد الأفراد الشبه طبيين، و شهد الوضع الصحي تحسنا ملموسا المر الذي يفسر انخفاض الوفيات الخاصة بالأطفال، وارتفاع معدل الحياة. و في المقابل لوحظ ضعف البرامج العلاجية و الوقائية، و هذا ما لم يسمح بالوصول إلى النتائج الموجودة من هذا المخطط، لهذا كان لزاما توعية السكان مع مشاركة جميع القطاعات الإجتماعية و الإقتصادية... في سياسة منسجمة و متكاملة بما يحافظ على الصحة العمومية (125). و لقد صادقت الحكومة في 30 ماي 1984 على برنامج عمل في مجال الصحة العمومية يشمل كل الجوانب الرامية إلى زيادة الفعالية و تتعلق قراراتها بـ:

- 1- تكييف النظام الصحي مع الحقائق الديمغرافية و الوبائية للبلاد.
- 2- دمج أنشطة النظافة و التطهير في مخططات التنمية
- 3- القيام بعمليات وقائية و تطبيق برنامج لمقاومة وفيات الأطفال.
- 4- تكييف التكوين مع الشروط الخاصة في البلاد.
- 5- تحسين التسيير و مكافحة التبذير.
- 6- إعادة الإعتبار لإقتصاد الصحة.

من المشاريع % و قد سجلت الوضعية المالية لجميع البرامج و المخططات في نهاية 1984 ما يقارب 64 التي لم يتم إنجازها بعد، حيث من مجموع 1545 مشروع مسجل هناك 659 فقط قد أنجزت منها 477 خلال من كامل البرامج. % الفترة 1980 – 1984، و هذا ما يتمثل 42 و ظهرت المنظومة العلاجية ذات قطبين إحداها يمثلها القطاع العمومي و الآخر يمثلها القطاع الخاص، و قد سجلت القطاعات الصحية العمومية عجزا متواصلا في استيعاب و إبقاء الممارسين ضمنها في إطار الخدمة فقط من الأطباء الجزائريين ضمن % المدنية، لا سيما فيما يتعلق بالمناطق الريفية البعيدة أو الصحراوية، 12 في القطاع الخاص سنة 1984 (126). % القطاع العمومي مقابل 33,3

4- المرحلة الأخيرة: 1988 إلى اليوم:

(124) الميثاق الوطني : جبهة التحرير الوطني للجزائر 1976 ، ص 271.

(125) المؤسسة الوطنية للنشر و الإشهار، الدليل الإقتصادي و الإجتماعي ، الجزائر، 1989، ص 287

(126) Riadh Bouriche , le quotidien d'Oran, 10 juin 2004 , P 8

أدى إنخفاض سعر النفط مع نهاية الثمانينات إلى أزمة اقتصادية حادة، حيث ظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع نتيجة اعتماد الإقتصاد الوطني على قطاع المحروقات، مما انعكس على شروط تمويل و تسيير النظام الصحي الوطني كغيره من القطاعات الأخرى، و تميزت الأوضاع الإقتصادية خلال هذه الفترة بإنخفاض وانخفاض قيمة الدولار مقابل %أسعار المحروقات المصدر الأول لتمويل المشاريع التنموية الوطنية 85 ارتفاع نسبة المديونية للخارج، و التي وصلت سنة 1989 إلى 23 مليار دولار هذا الوضع أدى إلى عدم قدرة صندوق الضمان الإجتماعي على تمويل ذلك النقص المتزايد في نسبة التشغيل نتيجة نقص مصادر التمويل للمشاريع الإقتصادية كما أن طبيعة النظام الصحي الإداري أدت إلى صعوبات في التكيف مع محيط محكوم بقوانين السوق، و خصوصا في غياب قوانين تمكنه من التكيف مع الوضع الجديد فيما يخص التسيير و التمويل مقابل عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة من جهة و الأزمة التي يعاني منها الضمان الإجتماعي من جهة أخرى، و هذا ما طرح مشكل الإرتفاع المتزايد لنفقات الصحة زيادة على الأزمة التي يعرفها المصدران الممولان للقطاع الصحي⁽¹²⁷⁾.

ثامنا: الأداء الصحي قبل سياسة اصلاح المستشفيات:

إعتبرت الدولة قطاع الصحة واحد من الأولويات التي يجب أن يواكب و يدعم سياستها في سير بناء المجتمع الإشتراكي الذي أكدت توصيات المؤتمر الخامس لحزب جبهة التحرير الوطني حرصها عليه، كأعلى هيئة سياسية في المجتمع، كما أكدت على ضرورة التعجيل بهذا البناء لتحقيق سعادة الشعب و رفاهيته في كنف العدالة الإجتماعية التي تعبر عن المضمون الفعلي لهذه الفلسفة.

و جاءت سياسة الطب المجاني في سياق التغييرات الإجتماعية العميقة التي قررت الدولة الجزائرية الفتية تطبيقها بعد القضاء على الإستعمار الفرنسي واسترجاع الإستقلال الوطني.

و لقد أكد المخطط الخماسي الأول في تحليله لقطاع الصحة على هذا الإتجاه السياسي واعتبار الطب المجاني أساسا في إعادة تنظيم القطاع الصحي تنظيما عميقا⁽¹²⁸⁾.

و قد اعتمدت سياسة مجانية العلاج على ميزانية الدولة، و هي مساهمة آلية بمرسوم سابق و ثابت مهما كان حجم العلاج أو عدد الأفراد القاصدين للمستشفى، لكن بالمقابل أكثر فأكثر على الضمان الإجتماعي الذي ارتفعت نسبة مشاركته بوتيرة نمو متزايدة سنة بعد أخرى و ذلك على أساس دفع جزافي و الذي يجعل المصدرين الأساسيين للتمويل هنا جزائيان و محددان سابقا.

في الواقع إن مجانية العلاج أدت إلى تغير معايير عديدة و إلى غياب الوعي لتحديد القيمة الحقيقية الضرورية للوصول إلى مستوى صحي مرضي وقلصت من نسبة مساهمة مستخدمي العلاج.

حيث نقتراح منظمة الصحة العالمية في هذا المجال مساهمة إيجابية لطالبي العلاج في نفقات الخدمات الصحية خاصة و أن مجانية العلاج أدت إلى نتائج وخيمة في بعض الدول مما ألزم بالضرورة إيجاد تعويضات أو بدائل بهذه النفقات خارج ميزانية الدولة عن طريق تغطية التكاليف من خلال المواطنين المستفيدين من العلاج .

و هذا ما جعل هناك توجه من أجل خفض في مصاريف مجانية العلاج على المستشفيات العامة بواسطة الدفع الجزئي للخدمات الصحية، و رفع الدعم المالي للدولة على الأدوية، مما تسبب في ارتفاع جد مهم في أسعارها، و هذا الوضع شجع نشاطات القطاع الخاص و خفض من نسبة المبلغ المسدد من قبل الضمان

الإجتماعي (ارتفاع الأتعاب الطبية للممارسين الخواص الذي لا يوافق التعريف المنصوص عليها من طرف الحماية الإجتماعية) وانخفاض الإستثمار داخل القطاع العام للعلاج و كذا إنخفاض نسبة تشغيل أعداد إضافية من المهنيين الصحيين، بالإضافة إلى الإرتفاع في أسعار الخدمات العلاجية، و هذا مما أدى إلى ظاهرة إبعاد

بعض الفئات من الوصول إلى العلاج حيث تطور نظام الصحية بوتيرتين الأولى تكمن في تأسيس ببنيات صحية متوسطة و تقديم خدمات ذات نوعية رديئة -- حيث يطلب إحضار الحقن و ضبط الجراحة و بعض

الأدوية...-، خاصة لذوي الدخل المنخفض وفي المقابل تقديم خدمات بنوعية جيدة في القطاع الخاص تستفيد منها الفئات الغنية من السكان، هذا النوع من السياسة أدى إلى نتائج وخيمة مست على وجه الخصوص المواطنين الأكثر فقرا مما أدى إلى إنتشار الأوبئة و زيادة الأمراض المرتبطة بالفقر⁽¹²⁹⁾ و هذا ما يزيد من

(127) بن لوصيف زين الدين، أبحاث روسيكادا، محلية دورية دولية، عدد رقم 1 ديسمبر 2003، ص 141.

(128) محمد بلقاسم و حسن بهلول، سياسة تخطيط التنمية و إعادة مسارها بالجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، ج2، الجزائر، 1999، ص ص 82، 83.

(129) Riadh Bouriche, le quotidien d'Oran, 10 juin 2004, p 8

العراقيل التي تقف في وجه التنمية الاجتماعية و التنمية الشاملة في الجزائر و أمام هذا الوضع الخدماتي المتردي من جهة و الإرتفاع المتزايد من جهة ثانية خاصة في ظل الأزمنة التي يعرفها الضمان الإجتماعي و عجزه على الإستمرار في تمويل مجانية العلاج، طرحت ضرورة إعادة صياغة و هيكله للمؤسسات الصحية العمومية و إعادة النظر في الإستراتيجيات المطبقة التي أثرت نتائجها على مؤشرات الصحة و على نوعية العلاج المقدم، الأمر الذي أوجب على الدولة البحث عن سياسة بديلة تستجيب للحاجات المتزايدة للسكان و تحقق الأهداف الصحية و الاجتماعية المسطرة.

و تكيف أداء قطاع الصحة العمومي مع ما تنص عليه مبادئ منظمة الصحة العالمية.

و نظرا للوضعية الصعبة و الأزمة الحادة التي يعيشها قطاع الصحة العمومي بالجزائر، حيث أصبح محلا لإنتقادات عديدة نتيجة اللامبالاة و الإهمال الكبير الذي أصبحت تتصف به المؤسسات الصحية العمومية زيادة عن تردي نوعية خدماتها بالإضافة إلى قدم المعدات و التجهيزات الطبية المستخدمة كل هذا ساهم بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة في :

1/ ارتفاع معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات:

جدول رقم: (02)

تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات خلال الفترة 1985 – 2000

المعدل	ذكور	إناث	الجنس السنوات
78,3	80	76,5	1985
57,8	60	65,5	1990
54,8	57,9	51,6	1995
54,1	54,2	47,8	2000
49,5	55	44	2001
48,5	54	43	2002

المصدر: وزارة الصحة و السكان

و يظهر معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات لكل ألف في الجزائر مقارنة مع الدول المجاورة من نفس الدخل (تونس و المغرب) من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (03)

معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في الجزائر مقارنة مع الدول المجاورة

2002		2001		السنوات البلد
ذكور	إناث	ذكور	إناث	وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات
54	43	55	44	الجزائر
31	24	33	27	تونس
43	41	58	55	المغرب

www.who.ch المصدر:

من خلال الجدول (02) يبدو واضحا أن معدل وفيات الأطفال في الجزائر جد مرتفع إذ يتراوح في المتوسط بحوالي 50 حالة وفاة لكل 1000 طفل خلال السنوات الأخيرة.

و من الجدول (03) يبقى المعدل مرتفع إذا ما قورن بعدد وفيات الأطفال في كل من تونس و المغرب، حيث لم يتجاوز معدل الأطفال في تونس خلال نفس السنوات في المتوسط بحوالي 30 حالة وفاة بالنسبة للذكور و الإناث.

و في المقابل إنخفض معدل الوفيات في المغرب من 85 و 65 حالة وفاة للذكور و الإناث على التوالي في سنة 2001 إلى 43 و 44 حالة وفاة سنة 2002 بعدما كانت نسبة وفيات الأطفال في الجزائر تقل عن الحالات المسجلة في المغرب لسنة 2001 ، مما يوضح نقص العناية الخاصة بالأطفال الحديثي الولادة و هذا ما يستدعي تدخلات صحية تهدف إلى الحد من أمراض الطفولة الأقل من خمس سنوات مثل البرامج الموسعة للتحصين، و برامج التلقيح و تنظيم الأسرة و الرعاية قبل و بعد الولادة و هذا ما يتطلب بالمقابل تخصص مبالغ كبيرة لتوفير المعدات و الأجهزة – المواكبة للتطور التكنولوجي.

2/ معدل متوسط العمر للفرد في الجزائر:

شهد متوسط العمر للفرد في الجزائر انخفاض في السنوات الأخيرة يعود أساسا إلى ارتفاع الأمراض الغير منتقلة خاصة الأمراض المزمنة و على رأسها السكري و ضغط الدم و أمراض القلب و السرطان خاصة مع غياب عامل الوعي و التوعية.
و تغير في نوعية وطبيعة الأمراض بالنظر لتغير مستوى المعيشة و أنظمة التغذية و هذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (04)

تطور متوسط عمر الفرد في الجزائر خلال الفترة 1985 – 2000

المعدل	ذكور	إناث	الجنس السنوات
63,6	64,2	62,5	1985
67,3	67,8	66,5	1991
67,7	68,4	66,8	1996
71,5	72,8	70,3	2000
69,4	71,1	67,7	2001
69,35	71,2	67,5	2002

المصدر: وزارة الصحة و السكان

و بمقارنة متوسط عمر الفرد في الجزائر مع حالة الدول المجاورة (تونس و المغرب) نضع الجدول التالي:

الجدول رقم (05)

متوسط عمر الفرد في الجزائر مقارنة مع الدول المجاورة خلال الفترة 2001 – 2002

2002		2001		السنوات البلد	
متوسط العمر	إناث	ذكور	متوسط العمر	إناث	ذكور
69,35	71,2	67,5	69,4	71,1	67,7
71,6	73,9	69,5	71,1	73,5	69
70,8	72,8	68,8	69,4	71,3	67,5

المصدر: www.who.ch

من الملاحظ أن متوسط العمر للفرد الجزائري بعد منخفا مقارنة بالدول المجاورة حيث بلغ متوسط العمر نسبة 2001 إلى 70,8 % سنة 2002، وارتفع متوسط عمر الفرد في المغرب من 69,4 % في تونس 71,6 سنة 2002 في حين انخفض المعدل في الجزائر من 69,4 إلى 69,35 سنة للفرد خلال نفس الفترة إلى تدني مستوى المعيشة و تردي العناية الصحية.

و الملاحظ في السنوات الأخيرة أن الأداء الصحي في المغرب تحسن في المؤسسة الصحية العمومية مما ساهم في انتشار مجموعة من الأوبئة و الأمراض القديمة التي شهدت معظمها إرتفاعا في السنوات الأخيرة.

3/ تطور الأمراض الوبائية في الجزائر:

في غياب سياسة وقائية صارمة مع نقص الموارد المالية اللازمة المخصصة للجانب الوقائي خلال العشرة سنوات الأخيرة.

شهدت الجزائر إعادة انتشار العديد من الأوبئة و الأمراض القديمة شكل مذهل، و تتجلى صورة تطور الإصابة بالأمراض، الوبائية المزرية من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم: (06)

الوضعية الوبائية للأمراض المراقبة بواسطة التلقيح خلال الفترة 1990 – 2002

السنة	1990	1995	2000	2001	2002
المرض					
الحصبة	7,46	34,51	11,28	8,97	18,88
الكزاز	38	34	10	-	-
السعال الديكي	27	19	10	15	4
الشلل الحاد	0,10	0,04	0,10	0,46	0,18
	-	48	83	124	86

المصدر: مديرية الوقاية (وزارة الصحة و السكان)

الملاحظ من خلال الجدول أنه ابتداء من سنة 2000 عرفت حالات الإصابة بهذه الأمراض إرتفاعا متفاوتا و يرجع تزايد عدد الإصابات إلى انخفاض معدل التغطية بالتلقيح.

من الأطفال في الجزائر لا يستفيدون من التلقيح ضد الحصبة، أما التغطية الوطنية % حيث أن أزيد من 17⁽¹³⁰⁾ % للتلقيح لم تتجاوز 87

مما أدى إلى انتشار الأمراض بشكل واسع خاصة في القرى و المناطق النائية و قد يرجع هذا إلى انخفاض ما تخصصه الدولة.

تمثل هذه البرامج، و الجدول التالي بين تطور الإصابة بمرض السل خلال السنوات الأخيرة.

الجدول رقم (07)

تطور الإصابة بمرض السل في الجزائر خلال الفترة 1990 – 2002

السنة	1990	1995	2000	2001	2002
السل: عدد الحالات المصرح بها	10864	13502	18294	18250	18878
إصابة لكل 100000	44	48,7	60,7	60,1	60,8

المصدر: مديرية الوقاية (وزارة الصحة و السكان)

من خلال الجدول يبرز الإرتفاع الهائل لمعدل الإصابة بمرض السل في العشرية الأخيرة حيث وصل معدل الإصابة به في السنوات الأخيرة إلى 60,8 حالة بكل 100.000 ساكن و هو معدل جد مرتفع، و هذا راجع لإنخفاض نسبة التصريحات بالمرض الذي ينتقل بسرعة مذهلة عن ريق العدوى إضافة إلى انعدام الوسائل الكافية لمعالجة و مكافحة مثل هذا المرض⁽¹³¹⁾.

أما بالنسبة للأمراض التي يتم تنقلها عن طريق الحيوانات فيتم توضيحها من خلال معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم (08)

الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات خلال الفترة 1990 – 2002

السنة	1990	1995	2000	2001	2002
الحمى المالطية	0,66	9,3	10,97	10,43	9,92
ليشمانيا الجلد	8,39	5,4	14,44	14,03	23,45
الكلاب	23	40	14	20	25

المصدر: مديرية الوقاية (وزارة الصحة و السكان)

إبتداء من نسبة 2000 عرف معدل الإصابة بهذه الأمراض ارتفاعا ملحوظا حيث أن الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات تعد أحد العوامل المتسببة في ارتفاع نسبة الوفيات، و هذا ما يلزم تخصيص مبالغ كبيرة لمحاربتها و غيرها من الأمراض حسب درجة الضرر في كل ولاية. أما بالنسبة للأمراض المتنقلة الأخرى و التي تشهد إرتفاعا متزايدا في السنوات الأخيرة فهي:

الجدول رقم: (09)

تطور الأمراض المتنقلة الأخرى خلال الفترة 1990-2002

السنة	1990	1995	2000	2001	2002
إلتهاب السحايا	14,11	9,09	716	10,73	8,31
الملاريا: عدد الحالات المسجلة	152	107	541	435	*271
الملاريا: عدد الحالات المستوردة	110	95	478	382	*261
الإيدز	131	620	1350	1524	1888

المصدر: مديرية الوقاية (وزارة الصحة و السكان)

(*) المجموع مسجل في نهاية سبتمبر 2002

نلاحظ من الجدول ارتفاع نسبة الإصابة بهذه الأمراض خاصة خلال السنوات الأخيرة، حيث أن الخطر الذي يواجه البلاد لا يخص الأمراض الوبائية المنتشرة مثل الكوليرا، الليشمانيا، الرمد الحبيبي و السل، بل هو عودة أوبئة يعتقد أنها زالت مثل الطاعون بل كذلك اتساع رقعة أمراض أخرى و هذا ناتج عن انخفاض معدل من الحالات الوبائية لا يصرح بها إلا بعد 15 % تصريحات الإصابة بهذه الأمراض حيث ما يقارب من 60 يوما.

كما لم يسجل المخبر الوطني للمراقبة أي تصريح عن مثل هذه الأمراض منذ 1985 في بعض الولايات. و نظرا لأن هذه الحالات من الأمراض تكلف الدولة خسائر هامة فإن الوقاية منها أمر ضروري جدا. و من الواضح أن سبب انتشار الأوبئة يعود أساسا إلى سلبية طرق محاربتها، حيث أن نظام الوقاية الحالي يتميز بعدم فعالية، سبب ضعف التسيير و غياب التنسيق و تبادل المعلومات و الخبرات بين مختلف المستشفيات و الوحدات الصحية، فالمشكل الذي تعاني منه البلاد لا يتعلق بنقص الإمكانيات فقط، بل يمكن كذلك في عدم السيطرة على أسباب الأوبئة و عدم الإستغلال الأمثل للموارد و الإمكانيات المتاحة.

إن انخفاض مستوى الأداء الصحي في المؤسسات الصحية العمومية، أثر على صحة الفرد الجزائري حيث أصبح يضيع ما متوسطه 7,9 سنة سبب إصابته بالمرض، فيما ترتفع النسبة عند النساء في الزائر إلى 9,6 سنوات. من % و في الوقت الذي تعرف النسبة العامة لنفقات الصحة في الجزائر تزايدت حيث قدرت بأكثر من 4,1 نفقات من القطاع الخاص. % نفقات عمومية و 25 % الناتج المحلي الخام منها 75 من مجمل % بدأت نفقات الضمان الإجتماعي تعرف في نهاية التسعينات جمودا حيث قدرت بـ 37,4 في سنة 1997⁽¹³²⁾. % النفقات العمومية بينما كانت تقدر بـ 46,9 مما جعل الوضع يعرف اضطرابات سواء على مستوى انتشار بعض الوبئة أو فيما يتعلق بالمستشفيات و مستوى الرعاية الصحية و تدني مستوى الإستقبال و تقديم الخدمات حيث سجل تقرير وزارة الصحة لسنة 2002 مايلي:

- نقص الأدوية الضرورية في هياكل الصحة، خاصة مرتفعة الثمن.
- التجهيزات معطلة (حاضنات الأولاد، راديو الأشعة...)
- المرضى يشتررون المواد الإستهلاكية على حسابهم قبل دخول العملية الجراحية.
- المرضى يحضرون وجباتهم.
- المستشفيات مليئة خاصة مصالح الولادة
- تحليل الدعوي القضائية أمام المحاكم تبين ارتفاع حالات الوفيات المحملة على عاتق مسؤولية المؤسسات الصحية حيث بلغ عدد القضايا 90 في سنة 1997 ليصل إلى 152 قضية سنة 2000⁽¹³³⁾ وهذا ما يفسر عجز السياسة الصحية المعتمدة من قبل الدولة (مجانية العلاج و غياب صرامة المراقبة) في قطاع الصحة العمومي.
- فيما هو الحل الأنجح أو السياسة الفضل الذي يجب أن تتبناها الدولة لرفع مستوى الأداء الصحي والقدرة على الإستجابة لإحتياجات المواطنين الصحية في العقد القادم؟

(132) ص ج جريدة الخبر، العدد 4091 20 ماي 2004 ، ص 2

(133) L'état de santé des algériennes et des algériens rapport annuel ministère de la santé et de la population 7 avril 2002 p 48.

خلاصة:

و كخلاصة لما ورد من خلال الفصل السابق نجد أنه تم عرض لتعريف مصطلح الصحة لما لها من دلالة بالغة الأهمية بالنسبة للفرد و المجتمع و عرض لدرجات متفاوتة منها. و تمت الإشارة إلى أنه من الأفضل أن تشكل السياسات الصحية جزءا من سياسات التنمية الشاملة وذلك بعس الأهداف الإجتماعية و الإقتصادية للحكومة و المجتمع. أيضا المقومات الأساسية للسياسة الصحية الوطنية التي تقوم على أساس الإلتزام السياسي و هذا لتحقيق الأهداف المنشودة و ترجمتها إلى قرارات قبل التطبيق. كذلك الإعتبارات الإجتماعية و هذا ما ترمي إليه سياسة بلادنا من خلال سياسة إصلاح المستشفيات و تخصيصها لبطاقة خاصة بالمعوزين لإعفائهم من دفع مستحقات العلاج. إضافة إلى مشاركة المجتمع، الإصلاح الإداري ، تخصص الموارد المالية من التشريعات و البرمجة و قد تم التطرق إلى نظام الضمان الإجتماعي بصفة أهم الأطراف في الإصلاح و الممول الأساسي للقطاع الصحي العمومي في إطار النظام التعاقدية. و في الأخير كان عرض لسياسة الجزائر في تسيير قطاع الصحة العمومية من 1962 إلى 2003 و بداية بوادر جدية لسياسة الإصلاح و تقديم مختصر للأداء الصحي في الجزائر قبل سياسة إصلاح المستشفيات.

تمهيد:

السياسة الصحية في الجزائر و بإعتمادها سياسة التمويل الجرافي للصحة العمومية بغرض تحقيق مجموعة من الأهداف المختلفة و التي من بينها الناحية الإجتماعية و التي من أهمها حسن الرعاية و العناية الصحية و العدالة الإجتماعية في تقديم العلاج، عرفت نتائج غير مرغوب فيها، فالقلق و التوتر الإجتماعي تجاه هذا الوضع المتردي و الشكوى المستمرة من تدني مستوى الخدمات و سوء الإستقبال و قلة العناية و الرعاية و المحسوبة، كذلك التراجع في المستوى الوقائي فلم يعد خافيا على الجميع تزايد الإصابة بالأمراض الوبائية خاصة الليشمانيا الجلدي الراجع إلى الأوساخ المترامية في معظم الأحياء مما يخلق جو مناسب للحشرات الناقلة للميكروب و قصور في أداء البلديات لدورها في التنظيف كذلك عودة بعض الأمراض التي من المفروض أنه قد تم القضاء عليها كالجرب و الطاعون لعدم أخذ عمليات التلقيح بالجدية اللازمة و ل هذا يؤثر بصورة أو بأخرى على الوضعية الصحية لأفراد المجتمع و يؤثر بصورة واضحة على سير العملية التنموية. و أمام هذا الوضع الحرج الذي سجلته سياسة الدولة في تحقيق أهداف الصحة العمومية في الجزائر كان لابد من التفكير في إيجاد بديل قادر على تحقيق الأعباء و تحسين الوضع قدر الإمكان لهذا سوف نحاول من خلال هذا الفصل الكشف عن الإصلاح الذي يقدم من خلاله الحل بالتطرق سياسة الجزائر في تسيير قطاع الصحة العمومية من 1962 إلى اليوم و تقديم تقييم مختصر للأداء الصحي في الجزائر قبل سياسة إصلاح المستشفيات.

كذلك الوقوف على الإجتهدات التي بذلت لإيجاد حلول ناجحة و كذلك الحديث عن النمط التعاقدية المفتوح للإصلاح في مجال الصحة العمومية و أطراف هذا التعاقد و أهدافه و خطوات تطبيقه و في الأخير يتم الإشارة إلى بعض المشاريع الصحية المسطرة إلى غاية 2010.

أولاً: أسس المشروع الجزائري في إصلاح المستشفيات:

أمام العجز الذي سجله سياسة الدولة في تحقيق أهداف الصحة العمومية في الجزائر، كان لابد من التفكير في إيجاد أنماط بديلة قادرة على تحقيق الأعباء و تتمكن من تجسيد أهداف الصحة العمومية. لذا سنحاول الكشف عن الإجهادات التي قامت قصد إيجاد حلول ناجحة و كذلك طبيعية النمط المقترح بهذا الشأن و مكوناته و أهدافه.

- حتمية البحث عن طريق بديلة:

لقد أثارت الوضعية المزرية التي عرفتها هياكل الصحة العمومية اهتمام المسؤولين الجزائريين، فعكفوا على دراسة و تشخيص الوضعية قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية يركز أساساً على طرق التمويل لقطاع الصحة العمومية.

و تتضح نية الإصلاح بجلاء من خلال تعزيز الهيئة المسؤولة الأولى على الصحة بتسمية جديدة أطلق عليها " وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات " .

و قد عقدت جلسات و أصدرت مجموعة من القوانين و المراسيم تصب كلها في اتجاه إصلاح المنظومة الصحية.

1- من 1990 إلى 1995:**- المؤتمر الوطني فصلاح المنظومة الصحية:**

المنعقد بالجزائر العاصمة في ديسمبر 1990 و قد شكلت في إطاره ست لجان منها لجنة التمويل للمنظومة الوطنية للصحة، حيث قدمت من خلاله بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع إقتراح مجموعة من الحلول و التوصيات.

- حلقة للخبراء تتعلق بإصلاح المنظومة الصحية:

عقدت بمدينة جانت من 17 إلى 20 ديسمبر 1990، شارك فيها ممثلون عن القطاعات المعنية: وزارة الصحة و السكان، وزارة الشؤون الإجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية، و حوادث العمل آنذاك و خبراء أجانب و تمثلت أهدافها في:

- إجراء تقدير نتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية و الضمان الإجتماعي.

- إقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح بدءاً من شهر جانفي 1991

(134)

- قانون المالية لسنة 1992:

بموجب القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادى الثانية عام 1412 هـ الموافق لـ 18 ديسمبر سنة 1991 م (ملحق رقم 01) المتضمن قانون المالية المعتمد على قراءات الدراسات السابقة، إتجه

المشروع الجزائري إلى نظام تمويل آخر يركز على أسلوب الإتفاق، و قد جاء في المادة 175 منه مايلي: " يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الإجتماعي ووزارة الصحة و تحدد كميته عن طريق التنظيم".

و بالإضافة إلى ما جاء في هذا القانون، فإن القانون 91-26 المؤرخ المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992 هـ الموافق لـ 18 ديسمبر 1991 الجديد حيث جاء في المادة 11 الفقرة الأولى منه مايلي " تتجسد أعمال الوتيرة الإجتماعية الرامية إلى الحفاظ على التوازنات الإجتماعية للمواطنين فيمايلي: إعادة ترتيب كميته تمويل و تسيير هياكل الصحة العمومية من أجل ترشيد التكلفة و تحسين الخدمات للعلاج " و هو مايعني إعادة النظر في أسلوب التمويل الجزافي.

2- من 1995 إلى اليوم:**- قانون المالية لسنة 1995:**

ورد في المرسوم رقم 94-03 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 هـ الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994

المتضمن قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 منه في الفقرات 2،3،4 (ملحق رقم 03)

(134) شاوي إصلاح، النظام الوطني للصحة، تقرير من المؤتمرات و الحلقات الدراسية، وزارة الصحة و السكان، 1990.

ما يلي:

" يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الإجتماعي بوزارة الصحة والسكان، حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم. وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين إجتماعيا و ذوي حقوقهم. و تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين إجتماعيا " المعوزين".

و هنا يلاحظ أن المشروع الإصلاحي هذا قد تجاوز ذكر العلاقة التعاقدية بين الضمان الإجتماعي و قطاع الصحة ليتحدث عن كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الإجتماعي و الدولة:

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 جانفي 1995:

يحدد هذا القرار طبيعة و قيمة الموارد المتأنية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية، و بموجبه أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيدون منها في المؤسسات الصحية العمومية بإستثناء بعض الفئات الإجتماعية التي تتكفل بها الدولة : " المعوزين".

- استمرار المشرع في إصدار القوانين و المسؤول في الجهاز التنفيذي في إصدار المراسيم و القرارات و اللوائح التي تصب كلها في إطار المنظومة الصحية و اعتماد النمط التعاقدية كبديل للتمويل منها.

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 14 جانفي 2003 المتضمن إنشاء، تشكيل مهام اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بمتابعة و تقييم وضع التعاقد في العلاقات بين الهيئات الصحية العمومية، هيئات الضمان الإجتماعي و مديريات النشاط الإجتماعي الولائية.

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 14 جانفي 2003 المتضمن إنشاء، تشكيل مهام اللجنة القطاعية المشتركة المكلفة بمتابعة و تقييم وضع التعاقد في العلاقات بين الهيئات الصحية العمومية، هيئات الضمان الإجتماعي و مديريات النشاط الإجتماعي الولائية.

- التعليم الوزارية المشتركة المؤرخة في 14 جانفي 2003 المتعلقة بوضع العلاقات التعاقدية بين الهيئات العمومية للصحة، هيئات الضمان الإجتماعي و مديريات النشاط الإجتماعي الولائية.

ثانيا: النمط التعاقدية كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر:

إن المشروع الجزائري للإصلاح في مجال الصحة بإعتماده النهج التعاقدية كبديل لتمويل الصحة العمومية و بالتالي تحسين و رفع مستوى الخدمات المقدمة، قد سبقته إليه فرنسا بإعتماده. لذا فإنه عند توضيح معالم هذا الأسلوب الجديد في التمويل يجب استحضار التجربة الفرنسية في هذا الميدان ثم التطرق للحديث عن أسس هذا التعاقد و أهدافه و الأطراف المتعاقدة في الجزائر كون أن التجربة الفرنسية سابقة و لن السياسة الجزائرية منقولة منها نقلا.

1- عرض التجربة الفرنسية:

- طبيعة النظام الصحي الفرنسي:

إعتمدت فرنسا نظام الحماية الإجتماعية الذي يعد واحدا من الأنظمة الكاملة فهو يسمح بالوصول السهل إلى العلاج .

و يلعب التأمين الإجباري على المرض دور المسيطر في تمويل العلاج حيث يأخذ على عاتقه 75,5% من إجمالي نفقات الصحة العمومية في فرنسا، و تأخذ الدولة على عاتقها ضمان التدابير الوقائية و المكافحة ضد الأمراض و الآفات و الحوادث في الطرقات، كما تضمن التكوين الطبي للدارسين في المجال و تمويل البحث الطبي، و مختلف الأنظمة التي تقرر تأمين المرض موضوعة تحت وصاية إدارة الضمان الإجتماعي لوزارة الشؤون الإجتماعية.

و المواطن في هذا النظام لديه كامل الحرية في الدخول إلى أي هيئة صحية، و يختار الطبيب بمحض إرادته و يستبشره مباشرة متى يشاء و يدفع تسعيرة ذلك مباشرة بما فيها الأدوية الموصوفة ليعوض على أساس قاعدة التسعيرات و في سنة 1983 تم إعتماد المساهمة الجرافية للعلاج و الإقامة في مستشفى تابع للقطاع العام (135).

(135) Jean (jaques dupryroux) xavier (préto) , **sécurité social**, paris, 10 ème édition, 2000, page 114.

- المشكلة و طبيعة الإصلاح:

بإستمرار العمل بهذا النظام الصحي في التمويل، غرفت نفقات الصحية تزايد مهما في فرنسا، حيث قرر مجموع النفقات الصحية بـ 192 مليار ف.ف سنة 1980 ليصل إلى 526 مليار ف.ف سنة 1990، أي بارتفاع نسبة 174 % مما أوقع الصحة الفرنسية في مأزق أجبر المعنيين على المباشرة في الإصلاح على ضوء التحاليل التي يقدمها الخبراء في هذا المجال، و هو ما أسفر عن صدور أمر 14 أفريل 1996، المتضمن إصلاح النظام الصحي للإستشفاء العمومي و الخاص⁽¹³⁶⁾.

الذي يهدف إلى:

- توفير علاج ذي نوعية للجميع و الوصول إلى التحكم في النفقات الإستشفائية.

- ملائمة نشاط المؤسسات الصحية مع الحاجيات.

و قد تم في هذا الإطار:

- وضع وكالة جهوية للإستشفاء في كل منطقة، حيث تتمثل مهامها في وضع سياسة إقليمية لتوفير العلاج في المستشفيات بالإضافة إلى تحليل النشاطات في مختلف مؤسسات الصحة و التنسيق بينها وكذا تحديد موارد و إمكانيات كل مؤسسة.

- إعتقاد التعاقد كنمط جديد للعلاقة التي تربط مصالح الضمان الإجتماعي بمؤسسات الصحة.

- تفويض المؤسسات الصحية في تقديم نوعية و كمية الخدمات العلاجية.

- تطوير التنسيق و التكامل بين مؤسسات الصحة أي تنسيق نشاطاتها

- التحكم الطبي لنفقات العلاج مما يتطلب إعادة النظر في تمويل مؤسسات الصحة.

2- أطراف التعاقد في الجزائر:

ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في الفقرة الثانية ما يلي: " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الإجتماعي بوزارة الصحة و السكان و حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"

و من نص هذه المادة نجد أن أطراف التعاقد في هذه الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية هي:

1-2 الممول:

و تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة و ذلك بناء على المعطيات و البيانات التي تقدمها الهيئة

الإستشفائية صاحبة الخدمة و هم:

أ- الدولة

و تتمثل وظيفتها في هذا التعاقد في تغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا و ذلك حسب ما نصت عليه المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995.

و تقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الإجتماعي التي حددت لها التعليمات الوزارية المشتركة الصادرة في 14 جانفي 2003 و المتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و هيئات الضمان الإجتماعي و مديريات النشاط الإجتماعي للولايات - مهمة تعيين الإطار الضرورية على المستوى المراكز لإنجاز العملية، و بعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا. وتسلم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية وبالتالي توفير خدمة علاجية مجانية للأفراد المعنيين و هذا ما سيتم عرضه بالتفصيل من خلال الفصل الخامس في الجانب الميداني.

ب- الضمان الإجتماعي:

سبق التطرق من خلال الفصل السابق إلى تعريف الضمان الإجتماعي بصورة عامة و من خلال هذا الفصل سوف يتم التركيز على الضمان الإجتماعي في الجزائر و هذا من خلال:

- نشأة الضمان الإجتماعي في الجزائر و مهامه:

(136) Dubois (Jdelle) LEFRERE (2 lias coca), **maîtriser des dépenses hospitalières** : le PMSI, derger levrault, 1992 , page 27

الضمان الإجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال و عائلاتهم و يعد مصدر تمويله الأساس الإشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال و ينحصر دوره الأساسي في توفير الحماية الإجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن و العدالة بين جميع الأفراد.

و يعتبر الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي مؤسسة عمومية تقدم خدمات إجتماعية ذات طابع إداري، تعد إجتماعية كون أنها تلعب دور الوسيط بين العمال و أرباب العمل و بموجب قانون 1997 أصبحت مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع شخصية معنوية و استقلال مالي و يمكن حصر مهامه و صلاحياته في :

- تسيير التأمينات الإجتماعية و حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداءات العائلية لحساب الدولة، و ترقيم المستخدمين و المؤمنين هم إجتماعيا.
- تغطية النفقات و مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضمان الإجتماعي لحساب التقاعد و البطالة.
- المساهمة في الوقاية من حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداءات المستحقة للمستخدمين من اتفاقيات دولية للضمان الإجتماعي.
- تنظيم و ممارسة المراقبة الطبية، و ممارسة العمل الطبي الإجتماعي.
- إعلام المستخدمين و المستخدمين (137).

- الضمان الإجتماعي و التأمين على المرض:

التأمين على المرض هو التكفل بمصاريف العلاج الصحي و تعويض أيام العطل المرضية أثناء التوقف عن العمل و تتمثل هذه المصاريف في:

- العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية، الإقامة بالمستشفى.
- الفحوص البيولوجية، والكهروديو غرافية والنظرية.
- علاج الأسنان والأطعم (تركيبها)
- العلاجات المعدنية والمتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المريض.
- الجبارة الكفية والوجهية، والأجهزة والأعضاء الاصطناعية.
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء والتأهيل المهني.
- النقل بسيارة الإسعاف أو غيرها من وسائل النقل الأخرى التي تستلزمها مصالحه.
- الأداءات الخاصة بالتخطيط العائلي وتنظيم النسل.

أما للتعويض للمتكفل به يتمثل في:

- التعويض بنسبة 80 % لـ.
- الفحوص والمواد الصيدلانية، النظارات والتداوي بالمياه المعدنية.
- التعويض بنسبة 100 % لـ.
- بعض العمليات الجراحية المهنية وبعض الأمراض المزمنة.

- تمويل الضمان الإجتماعي:

يأخذ الضمان الاجتماعي على عاتقيه المؤمنين وحقوقهم، وقد كان مسؤولا على تحويل التحولات الاجتماعية في حسن أن حصة الدولة، والجماعات المحلية انسدت بالتناقص المستمر مع بداية نهاية الثمانينات، حيث كان الاتجاه آنذاك نحو جعل الضمان الاجتماعي هو المسؤول الأساسي عن تمويل النفقات الصحية وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

(137) وزارة العمل و الحماية الإجتماعية، فعالية الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الإجتماعية، الجزائر، 31.30 ماي ص 25.

الجدول رقم: (10)

نسبة تمويل الضمان الاجتماعي للصحة العامة (1974-1987)

السنوات	1974	1979	1983	1986	1987
1/ الدولة	648,3	1127,5	2055,7	2979	3465
2/ الضمان الاجتماعي	199	714,5	3102	5000	6500
3/ المصادر الأخرى	-	10	121	161	161
المجموع	847,3	1852	4278,7	8140	10126
4/1 % بـ	76,5 %	61 %	48 %	36,5 %	34,21 %
4/2 % بـ	23,5 %	38,5 %	49,1 %	61,4 %	64,2 %
4/3 % بـ	-	0,5 %	2,9 %	2,1 %	1,59 %

المصدر وزارة الصحة والسكان

من خلال الجدول نلاحظ سيطرة الدولة في بداية تطبيق مجانية العلاج بحوالي 76,5 % في عام 1974 تم تناقصت بالترجح لكي لا تمثل تسوي 34,21 % في عام 1987. وفي المقابل تطورت في نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي التي ارتفعت من 23,5 % عام 1974 إلى 64 % في عام 1987 مما جعل مجانية العلاج ممولة نسبة كبيرة من طرف الضمان الاجتماعي و هذا ما أثر سلبا على الوضعية المالية لهذا الخير خاصة بعد انخفاض أسعار البترول في عام 1988 و عجزه عن الإستمرار في تمويل مجانية العلاج التي أقرتها الدولة.

- أزمة الضمان الاجتماعي:

بعد أن عرف الضمان الاجتماعي فائض في الميزانية إلى غاية 1986 - 1987 عرف أيضا عجزا ابتداء من سنة 1988 و ذلك لأسباب عديدة ترجع إلى:

- الإستمرارية في تدعيم النفقات الصحية و شكل كبير نفقات التقاعد

- زيادة التكاليف التي تتحملها ميزانية الضمان الاجتماعي: تمويل القطاعات الصحية، الإستثمارات

الإجتماعية للصحة العمومية، العلاج في الخارج لغير المؤمنين، العلاج للمصابين بحوادث المرور.

- تأخر نمو الشغل وارتفاع نسبة البطالة.

و بإعتبار أن العجز كان في فرع " التأمين على المرض" مقارنة بالفروع الأخرى و هذا ما يفسر هيكلية

بالتسيير الحالي لنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر، حيث غالبا ما تأخذ الدولة من مصادر الضمان

الإجتماعي في الجزائر، لتمويل نفقات هي من مهامها، خاصة نفقات الصحة و التكفل بمجانية العلاج.

كما يتكفل الضمان الاجتماعي أيضا ببعض النفقات الإجتماعية و التي لا تعد من اختصاصاته، و هذا

سيستوجب إعادة النظر في مسألة استقلالية الضمان الاجتماعي خاصة من الناحية المادية.

و بالتالي فإن الضمان الاجتماعي لم يتمكن إطلاقا تسييره كمؤسسة مستقلة بل كان كوسيلة تستعملها الدولة

لتمويل جزء من سياستها الإجتماعية فهي حاليا تتخبط في عجز كبير لاشك أنه يزداد لو استمر الوضع على ما هو عليه.

و عليه يجب تبني عملية من السياسات و الحلول التي من شأنها أن تعيد الأمور إلى نصابها و تعيد للضمان

الإجتماعي دوره الأساسي في التأمين على المرض.

حيث نجد أن قانون المالية لسنة 1995 في الفقرة الثانية من المادة 132 قد نص على ما يلي:

" تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا لصالح المؤمنين إجتماعيا "

و حسب ما ورد في المرسوم التنفيذي رقم 04-101- المؤرخ في 11 صفر عام 1425 الموافق لـ أول أفريل

سنة 2004 تحددت كفاءات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسة الصحية

العمومية (ملحق رقم 04).

إن هيئات الضمان الاجتماعي تكلف بتحسين البطاقة الوطنية للمؤمنين لهم إجتماعيا و ذوي حقوقهم و يجب

أن تضع مصالح استشفائية عيادية موجهة لتسهيل عملية الإعراف للمؤمن له إجتماعيا و ذوي حقوقه بحق

الإستفادة من التكفل و يجب أن لا يخل هذه العملية بأي حال بالتكفل العادي بالمريض أو تعرقله أو تعطله و

تخضع الأموال الموجهة لتمويل برامج علاجية نوعية لفائدة المؤمنين لهم إجتماعيا و ذوي حقوقهم لتقييم دوري

تقوم به المصالح المختصة لدى الوزارتين المكلفتين بالصحة و الضمان الإجتماعي، كما أن المساهمة السنوية تدفع بأقساط كل ثلاثة (03) أشهر.

2-2 صاحب الخدمة:

و يتمثل صاحب الخدمة في الهيئات الإستشفائية المقدمة لخدمات العلاج، و حسب ما ورد في المرسوم 04-101 السالف ذكره فإن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الإجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمنين لهم إجتماعيا و ذوي حقوقهم الذين يتم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية و التي تتعلق بما يأتي:

- اسم و لقب المؤمنين لهم إجتماعيا و ذو حقوقهم المتكفل بهم

و كذا رقم تسجيلهم في الضمان الإجتماعي.

- مكان الإقامة (الولاية، البلدية)

- تخصص المصلحة الإستشفائية المقدمة للخدمات.

- طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة

- مدة الإقامة

- تكلفة الخدمات المقدمة.

3-2 المستفدون من الخدمة:

و هم المرضى المعالجون بالمؤسسات الإستشفائية الصحية العمومية الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد الزبائن، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون إليها إذ نضيف ثلاث فئات:

1- فئة المحرومين: (المعوزين) تتكفل بهم الدولة كليا.

2- فئة المؤمنين: تقع على عاتقهم تسديد 20 % من مصاريف الإستشفاء و الباقي تتكفل به مصالح الضمان الإجتماعي.

3- فئة أخرى: (لا معوزة و لا مؤمنة) يتحملون مصاريف إستشفائهم كاملة.

3- أهداف النظام التعاقدى:

إن السبب الذي من أجله اعتمد هذا النظام كبديل لتسيير نظام الصحة العمومية، هو الفوضى السائدة في قطاع الصحة حيث ارتفاع الإنفاق، عدم التحكم في التكاليف، و تردي الخدمة مما يؤدي إلى تراجع في وتيرة التنمية الإجتماعية و لهذا فالنظام التعاقدى يتمحور حول الأهداف التالية.

1-3 التحكم فى النفقات:

من خلال السياسة الإصلاحية للصحة العمومية (اصلاح المستشفيات) تعيين على المستشفى تحقق أفضل الأهداف بأقل الوسائل الممكنة إذ أن النمط التعاقدى سيمنح للمستشفى نوعا من الإستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة التكاليف، بما يفرض على مسيري المستشفيات ترشيد الإتفاق و حسن تشخيص التكاليف.

2-3 تحسين نوعية العلاج:

و يتأتى ذلك من كون النظام التعاقدى سيفرض على المؤسسات تقديم أفضل الخدمات العلاجية، لأن

المستهلك سيصبح شريكا فعليا كونه يمثل الزبون.

ولإرضائه يجب تقديم نوعية علاج جيدة و هو ما سيؤدي بدوره إلى تحسين المؤشرات الصحية.

3-3 التسيير العقلانى للموارد البشرية:

لابد للنظام التعاقدى لضمان نجاحه من توفر الإطار الكفاء الذي يتمكن من التأقلم مع هذا التغير و الإستجابة لمقتضاته، لذا فالتكوين الجيد و إعادة التكوين ضروريا لإيجاد العنصر البشري القادر على مواكبة التغيرات الجديدة.

خاصة و أن النمط الجديد من الإصلاحات يفرض حسن التسيير و التوزيع للكفاءات و الطاقات البشرية

ليضمن استغلالها التام، مما يعد عاملا مهما في محاربة التبذير في مصلحته و سوء التسيير و العكس فيما

يخص مصلحة أخرى.

4- أهداف اصلاح المستشفيات:

وأمام الوضعية التي أصبحت فيها مؤسساتنا الصحية العمومية تفقد شيء فشيئا من مصداقيتها اتجاه المرضى نتيجة لسوء الرعاية و تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة، و مع حتمية تكيف قطاع الصحة العمومي مع مستجدات الوضع الراهن و رفع قدرة هذا القطاع الحساس على المنافسة، أصبح إدخال إصلاحات على منظومتنا الصحية أمر لا بد منه لتحسين مستوى الأداء الصحي و التي تتمثل في سياسة اصلاح المستشفيات المتجسدة في النمط التعاقدى بين الضمان الإجتماعي ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات الذي يحدد الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية بهدف تحسين الخدمات من خلال التحكم في المؤشرات الإستشفائية و بالتالي رفع كفاءة تشغيل المستشفيات و ذلك انطلاقا من الأهداف المسطرة و المرجوة في تقديم الخدمات في قطاع الصحة و ذلك على عدة مستويات منها:

1-4 رفع كفاءة تشغيل المستشفيات:

و يعني ذلك استعداد المستشفى للقيام بمهامه من خلال.

- تحقيق مبدأ التدرج في العلاج:

إذ أنه من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الوطني للصحة في الجزائر هو مبدأ تدرج العلاج، و ذلك انطلاقا من الهياكل غير الإستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الإستشفائية الثقيلة التي تتوفر على تخصصات أكثر و نظرا لكون أن ذهنية المواطن الجزائري تذهب إلى وضع الثقة في الهيئات الإستشفائية الثقيلة فإن مبدأ التدرج في العلاج سوف يطرح نفسية بشدة من خلال هذا الإصلاح و النمط التعاقدى مما يهتم و بشدة رد الاعتبار لمكتب الدخول كطرف مهم في توجيه المريض حسب ما تقتضيه حالته الصحية.

- تحسين إدارة المستشفيات:

و هذا يتحقق من خلال منح الإستقلالية للمستشفيات من خلال ميزانيات مستقلة و تعزيز الرقابة على مستوى كل منشأة صحية و الإعتماد على تكنولوجيات حديثة و الذي يمكن من:

- تفعيل مهام الرعاية الصحية الأولية و تعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية الصحية نحو

المستشفيات بأسلوب يؤكد على تولي المركز الصحي متابعة الحالة بصفة مستمرة.

- مواكبة التطورات الحديثة في إدارة و تشغيل المستشفيات من الفنية و الإدارية.

- التأكيد على مفاهيم التعليم الطبي المستمر في المستشفيات

- الإستفادة من مفاهيم الخدمات الإلكترونية لتسيير تقديم الرعاية الصحية للمواطنين.

- تحسين ظروف الإستقبال و الإتصال بالمرض واستغلال التطور التكنولوجي من خلال خدمات الإعلام

الآلي.

كما أن السياسة التي تعني بتحسين التسيير و ضمان المراقبة و المتابعة للنشاطات الصحية تؤدي إلى:

- تغطية الخدمات الصحية الأساسية للمواطنين، مع تمكينهم من الحصول عليها ببسر و سهولة.

- التوزيع العادل للخدمات الصحية.

- توفير الخدمات التشخيصية المتطورة طبقا للمعايير العالمية

- تطبيق أساليب العلاج الحديث و تيسير الحصول عليها.

- توفير و تحسين كفاءة الأطباء و فريق التمريض فإلقطاع الصحي بسكرة سيكون في هذه الحالة واقعا في

منافسة القطاع الخاص المتواجد نسبة مهمة على تراب الولاية و بعدد من التخصصات المطلوبة و الذي قد

تكون تسعيراته أمام التسعيرات الجديدة المقترحة أقل أحيانا، فيما يفرض على القطاع الصحي العام تحسين في

مستوى علاجه و خدماتية ليقدم طابع النوعية الجيدة في مواجهة منافسيه و التحديات القائمة أمامه.

- إعداد و تطوير القوى العاملة:

و في إطار تكفل الدولة بمتكفيين في الصحة و تحملها لنفقات التدريب للأطباء و المختصين وإقامة

كليات و معاهد صحية، فإنها في إطار هذا التكفل ببرامج البحث العلمي تضمن:

- زيادة نسبة العاملين الصحيين حسب المعدلات و المؤشرات المعدة من طرف منظمة الصحة العالمية.

- وضع البرامج التدريبية لكافة فئات العاملين الصحيين و التدريب المستمر في المرافق الصحية التابعة

للقطاعين الحكومي و الخاص.

- التدريب على التخصصات الطبية الدقيقة واكتساب المهارات من التقنية الحديثة و التكوين الخارجي

القصير المدى و زيادة عدد المؤهلين.

- زيادة استيعاب كليات الطب و المعاهد الصحية المتخصصة لسد الإحتياجات المتزايدة من القوى العاملة.

فالخدمة الصحية لا تقتصر بالضرورة علا العلاج و الوقاية فلجانب العلاقات الإنسانية دور مهم في عملية العلاج و رضاء المرضى على مستوى الخدمات المقدمة، مما يفرض على القطاع الصحي توعية موظفة بضرورة تحسين ظروف الإستقبال و التعامل الجيد مع المرض و ذلك من أول واجهة له و المتمثلة في مكتب الإستقبال و مصلحة الإستعجالات الطبية و الجراحية (ملاحق 6،5،7).

4-2 خدمة نوعية و نفقات أقل:

و ذلك من خلال:

- التنسيق و التكامل بين القطاعات الصحية:

إذ أن التعاقد مع الضمان الإجتماعي يفرض على المنشآت الصحية الإستجابة لمعايير محددة فيما يخص تقديم الخدمات و الأسعار، و ذلك من خلال مكتب الضمان الإجتماعي الذي يجب أن يوجد في كل مستشفى لضمان المراقبة الكمية و الكيفية لجمع النشاطات الإستشفائية للمؤمنين و هذا يضمن:

- توحيد المعايير و المؤشرات و المواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية.

- وضع سياسة صحية شاملة مع التنسيق المشترك بين جميع الجهات التي تقدم الخدمات الصحية.

- تفادي الإزدواجية في تقديم الخدمات الصحية و تحديد دور كل جهة.

- تقليص الإهدار المتمثل في استخدام المريض لأكثر من منشأة صحية للغرض ذاته و استخدام بطاقات التأمين.

- تطبيق معايير موحدة للجودة و النوعية و تقييم الأداء

- ترشيد الإنفاق و احتواء التكاليف:

إن ادخال نظام الرسوم مقابل الخدمات يؤدي إلى ترشيد استخدام المنشآت الصحية، و كذلك التسيير الجيد

للموارد بما تقلص من التكاليف و هذا ما يؤدي إلى:

- استخدام الأدوات التحليلية التي تساعد على صياغة السياسات الصحية مثل الحسابات الوطنية.

- مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية و التأكد من توزيع الإنفاق وفقا للأولويات المعتمدة و

متطلبات الخدمة.

- إيجاد نظام وطني للمراجعة الصحية بهدف تفادي تجزئة الخدمة المقدمة للمرضى أو تكرار تقديمها بدون داع.

- التوزيع الأمثل للموارد الصحية بين الجهات المختلفة بما يتفق مع دورها و حجم استخدامها.

- الإستفادة من علم إقتصاديات الدواء بإعتباره جزءا من إقتصاديات الصحة لتقييم تكاليف الدواء مع إعداد

سياسة وطنية للدواء.

4-3 رفع مستوى الصحة و خفض معدلات المرض و الوفاة:

إن تطبيق النظام التعاقد في مجال الصحة العمومية و الدفع مقابل العلاج يجعل مسؤولية الدولة محصورة

في ضمان الجانب الوقائي الشيء الذي يساعد على:

- رفع معدل العمر المتوسط للسكان

- خفض معدلات الإصابة بالأمراض المتوطنة و القضاء على الأمراض الوبائية.

- خفض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية و الطفيلية و تعزيز نظم الترصد الوبائي:

- تحقيق استئصال شلل الأطفال و الحصبة أو التحكم فيهما.

- الحد من مخاطر الأمراض غير السارية و تطوير أساليب تشخيصها و علاجها و تأهيل المصابين بها بما في ذلك مخاطر التلوث البيئي و الحوادث

- خفض معدلات الوفيات و خاصة وفيات الأطفال و الرضع حديثي الولادة و الأطفال دون الخامسة و خفض

معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

ثالثا: مسار النهج التعاقد في الجزائر:

يبدأ سريان ملف المريض إنطلاقا من مصلحة الإستقبال لدى المؤسسة الصحية التي تتلقى بيان أو شهادة

قبول هيئة الضمان الإجتماعي للتكفل بالمريض أو بطاقة المعوز.

1- مصلحة الإستقبال:

بعد فحص المريض، يقوم الطبيب المشرف على مصلحة الإستقبال بفتح ملف المريض الذي يبدأ سريانه بمجرد دخوله المستشفى إذ يقوم الطبيب الرئيسي بتأشير طلب الإستشفاء الذي يحتوي على المعلومات التالية.

- **بالنسبة للممارس المشرف على المريض:** يجب أن يلتزم بما يلي:

- الإشارة إلى اسم المصلحة التي يخضع فيها المريض للعلاج، مثال: مصلحة الجراحة.

- تبيان إختصاص المصلحة

- وضع أسماء، ألقاب و درجات الممارسين الطبيين (البروفسور، أستاذ، مساعد، مقيم).

- **فيما يتعلق بالمريض:**

- كتابة اسم المريض بخط مقروء بالحروف الأبجدية.

- في حالة المرأة المتزوجة، يكتب اسمها و لقبها بالإضافة إلى اللقب الزوجي.

- كتابة لقب المريض.

- الإشارة إلى جنس المريض (ذكر أو أنثى)

- الإشارة إلى السن الكامل للمريض مثلا إذا كان المريض يبلغ من العمر 50 سنة و 11 شهرا، تكتب 50 سنة فقط

- الإشارة إلى سبب الإستشفاء

- كتابة اسم و رقم القاعة التي يتواجد بها المريض.

- الإشارة إلى رقم السرير المخصص للمريض، و السهر على عدم تغيير المريض للسرير طيلة إقامته.

- الإشارة إلى التاريخ الدقيق لإستشفاء المريض: اليوم، الشهر، السنة.

- الإشارة إلى ساعة إستشفاء المريض.

- **في حالة توجيه المريض:** فيما إذا حول المريض إلى غير المصلحة الأصلية التي عولج فيها يراعي مايلي:

- كتابة ألقاب، أسماء و درجة (بروفسور، أستاذ مساعد، مقيم... الخ) الطبيب الذي أشرف على عملية توجيهه و

تحويل المريض إلى المصلحة المعنية.

- وضع اسم المؤسسة الصحية التي وجهت المريض (طبيعتها) مركز استشفائي جامعي، مركز استشفائي

مختص، قطاع صحي، عيادة خاصة.

- تبيان إختصاص الوحدة، أو المصلحة التي ينشط فيها الطبيب المعني بعملية التحويل.

- كتابة اسم الولاية و رمزها الجغرافي مثلا "بسكرة" 07

- **فيما يتعلق بحارس المريض:**

يتجلى هذا خاصة إن كان المريض قاصر أو مصاب بأحد عوارض في الأهلية و يجب مراعاة:

- الكتابة الواضحة للقب بالحروف الأبجدية، و كذا اسمه

- الإشارة إلى صلة القرابة التي تربط بالمريض

- كتابة العنوان الدقيق لحارس المريض

- طلب رقم الهاتف في حالة توفره

- طلب بطاقة الهوية و الإشارة إلى نوعها: (رخصة السياقة، بطاقة التعريف الوطنية)

- تسجيل رقم، تاريخ و مكان تحرير بطاقة الهوية

إذن و بعد ملء طلب الإستشفاء الذي نقدم به المريض، سيتحول فيما بعد إلى مكتب القبول الذي يعمل هذا النمط

التعاقدى إلى إعادة الإعتبار إلى دوره الهام.

2- مكتب القبول:

تتمثل المهام المنوطة بمكتب القبول فيما يلي:

- استقبال طلب الإستشفاء الذي تقدم به المريض

- **طلب التكفل:** الذي يبقى في حوزة مكتب القبول لإستعمالات لاحقة و يظم العناصر التالية:

أ: من الهام جدا الإشارة مع وضع علامة في الخانة المناسبة إن كان طلب التكفل:

- طلب أولي

- طلب تمديد مدة البقاء في المستشفى

- طلب التحويل من مصلحة إلى أخرى داخل المستشفى

- طلب التحويل إلى مستشفى آخر
- ب: الإشارة إلى اسم المؤسسة الإستشفائية المطالبة بضمان التكفل. و من المهم جدا إعطاء أرقام تسلسلية للطلبات الإستشفائية هذا الترتيب يسمح بتسهيل المراسلات مع هيئات الضمان الإجتماعي.
- ج: هيئات الضمان الإجتماعي و الإشارة إلى أي نوع من أجهزة الضمان الإجتماعي (CNAS-CASNOS) التي ينضم إليها المؤمن مع وضع علامته على الخانة المناسبة، في حالة ما إذا كان المؤمن منخرط في جهاز آخر غير هذين الجهازين، يكتب بخط واضح اسم هذا الجهاز في عبارة (Autre).
- د: الإشارة إلى اسم الوكالة (الجهة أو الولاية) أين يوجد فيها صندوق اشتراك المؤمن.

ه: المؤمن

- هذا القسم يخص المؤمن الذي قد يكون المريض بذاته أو من ذوي الحقوق.
- الإشارة بوضوح إلى ألقاب أسماء المؤمن بالحروف الأبجدية و كذا تاريخ ميلاد المؤمن.
- كتابة رقم الاشتراك في الضمان الإجتماعي Immatriculation
- وضع العنوان الدقيق وولاية إقامة المؤمن.
- كتابة رقم هاتف المؤمن إن كان يتوفر عليه.

و: المستخدم

- الإشارة إلى عنوان أو اسم الشركة (البريد و المواصلات، سونلغاز) أو إلى اسم المستخدم في حالة عدم وجود شركة.
- كتابة رقم انخراط المستخدم في الضمان الإجتماعي.
- تحديد العنوان الصحيح للمستخدم
- تحديد الولاية التي ينتمي إليها المستخدم
- تسجيل رقم الهاتف و الفاكس

ز: الفئات الخاصة:

- الإشارة إذا كان المريض: معوق ، أو عاجز ، أو طالب، و في حالة ما إذا لم يكن ينتمي إلى الفئات الثلاثة المذكورة أعلاه يسجل في خانة (Autre).

ح: المريض

- تسجيل الألقاب بالحروف الأبجدية الأسماء، تاريخ الميلاد
- تحديد صلة قرابة المريض بالمؤمن و وضع علامته في الخانة الموافقة.
- وضع علامة في الخانة التي تناسب صنف المصلحة التي يتلقى العلاج بصدها.
- تسجيل بداية عملية الإستشفاء
- بيان سبب الإستشفاء المبين في طلب الإستشفاء الذي تقدم به المريض.
- تسجيل تاريخ سريان عملية التحويل من مصلحة الإستشفاء إلى مصلحة أخرى داخل نفس المستشفى.
- تحديد مدة بقاء المريض في المصلحة التي حول إليها.
- تبيان المصلحة التي حول إليها المريض.
- كتابة تاريخ عملية التحويل
- تحديد مدة بقاء المريض في المستشفى الذي حول إليه المريض.
- إن تمت عملية التحويل خارج المستشفى الأصلي.

وهناك إطار خاص بجهاز الضمان الإجتماعي على حساب الإتفاقية المبرمة مع المؤسسة الصحية. وعند استلام طلب التكفل، يقوم مكتب القبول بالتركيز على بطاقة الضمان الإجتماعي. ومهنا يجب أن ندقق فيما يلي:

- في حالة إذا كان المريض من ذوي الحقوق لمؤمن إجتماعي « ayant droit d'un assuré social » يجب أن يرفق الوثائق اللازمة التي تخص المؤمن.

- أما في حالة ما إذا كان المريض ليس مؤمن و لا من ذوي الحقوق للمؤمن الإجتماعي، و لم يكن من فئة المعوزين التي تحميهم الدولة، فعندئذ يتكفل المريض بنفسه بخصوص نفقات الإستشفاء، ولإضافة و تسجيل المعلومات الضرورية المتعلقة بمهنة المريض.

عناصر مذكرة القبول:

- كما يقوم مكتب القبول بالتدقيق في مذكرة القبول (Bulletin d'admission) هذه الأخيرة التي نجد فيها أربعة عناصر أساسية.

أ- هوية المريض: و تضم المعلومات التالية:

- رقم مذكرة القبول
- تحديد طبيعة المريض إن كان مؤمن أو من ذوي الحقوق
- تحديد جنسية المريض
- كتابة لقب المريض
- كتابة الاسم
- أخذ لقب الأم و أب المريض
- تسجيل تاريخ و مكان ميلاد المريض: اليوم، الشهر، السنة.
- ذكر دليل الولاية التي ولد بها المريض.
- مهنة المريض
- عنوان إقامة المريض
- تدوين اسم و لقب الشخص الذي يتصل به المستشفى في حالة الضرورة.
- تدوين رقم الهاتف
- عنوان الشخص المعني
- مكان إقامة الشخص المعني و الدليل الولائي.

ب- هوية المؤمن: و يشمل المعلومات الآتية:

- رقم إشتراك المؤمن
- رقم طلب التكفل من قبل الضمان الإجتماعي
- لقب المؤمن الإجتماعي.
- اسم المؤمن الإجتماعي
- تاريخ ازدياد المؤمن
- مهنة المؤمن
- عنوان إقامة المؤمن
- الإشارة إذا كان المريض: معوق، عاجز، أو طالب

ج- مصلحة الإستشفاء:

- كتابة اسم المصلحة التي يعالج فيها المريض.
- كتابة تاريخ دخول المريض إلى المصلحة
- تسجيل ساعة إلتحاق المريض بمصلحة الإستشفاء
- تدوين اسم القاعة التي يقيم فيها المريض
- تدوين رقم القاعة
- تسجيل اسم و لقب الطبيب المعالج
- تبيان طريقة دخول المريض إلى المستشفى
- تدوين طلب التكفل prise en charge
- تسجيل المؤسسة الصحية الأصلية التي كان يعالج بها قبل.
- إلتحاقه بالمستشفى
- تسجيل دليل الولاية التي تواجد بها المستشفى.

د- في حالة الحوادث:

- تبيان نوعية الحادث بوضع علامة في الخانة المناسبة
- تسجيل تاريخ حدوث الحادث (اليوم، الشهر، السنة)

- تدوين ساعة وقوع الحادث.
- تدوين مكان وقوع الحادث
- توضيح الطريقة التي أوصل بهما المريض إلى المستشفى (سيارة الإسعاف، الحماية المدنية...)
- تسجيل كل المعلومات المتعلقة بوسائل النقل التي تكلفت بإيصال المريض إلى المستشفى ..
- تبيان السلطة المكلفة بالتحقيق (الشرطة القضائية الجمارك ...)
- و بالإضافة إلى مذكرة القبول يتولى مكتب القبول التحري في نظافة القاعة و في إطار عمله يحتفظ مكتب القبول بالوثائق و البيانات التالية:
- طلب الإستشفاء
- طلب التكفل
- مذكرة القبول
- و في الأخير يقوم مكتب القبول بتحويل كل من بطاقة القاعة ورقة المتابعة (fiche navette) التي تتكون من 08 صفحات و تعد بمثابة الملف الطبي للمريض و تتبع المريض في كل تحويلاته، و يجب أن توضع داخل طرف محكم بغية حماية هذه الوثيقة الهامة من مختلف أشكال الإتلاف و التزوير (ملحق رقم 08).

3- مصلحة الإستقبال:

- يقوم المراقب الطبي الرئيسي (المراقب الطبي في حالة عدم وجود وحدة):
- بإستقبال المريض
- استلام بطاقة القاعة ورقة المتابعة .
- يقوم بملء الصفحة الأولى من ورقة المتابعة، التي تشمل و تحض الشخص المعالج و كذا حركة تنقله داخل المستشفى.
- يقوم المراقب الطبي الرئيسي أيضا بفتح ملف المريض المعالج و يقوم بإدراج و تسيير ورقة المتابعة و بطاقة القاعة التي تبقى بصفة نهائية بداخل المصلحة.
- يوجه المريض إلى القاعة و السرير المخصص له.
- يشرف على ورقة المتابعة، بكل ما تحويه من معلومات تخص المريض إنطلاقا من مختلف الجداول التي تضمها.

ملاحظة :

- سواء تعلق الأمر بمصلحة الإستقبال أو التحويل، يجب أن يسهر المراقب الطبي الرئيسي على مايلي:
- مراقبة المريض في كل الأعمال و التدخلات الطبية، شبه الطبية و الفحوصات التي تلقاها.
- يجب أن يكون على علم بالأدوية التي وصفت للمريض.
- في حالة تزامن للعلاج الطبي، شبه الطبي، الفحوصات و كذا الأدوية في ورقة المتابعة، تضبط هذه الأخيرة على أساس الشهادات و البيانات الموجودة.

4- مصلحة التمويل:

- في حالة تحويل المريض إلى عدة مصالح أخرى داخل المستشفى، بغية الحصول على علاج خاص، ورقة المتابعة يجب أن تتبع إجباريا المريض و تسجيل كل التدخلات الطبية و الإسعافات التي تلقاها المريض داخل المصلحة المستقبلية.

5- خروج المريض:

- و يتم عبر طريقتين :
- الحالة الأولى :
- إذا تمت عملية إستشفاء المريض داخل مصلحة الإستقبال، تؤشر ورقة المتابعة في هذه الحالة من طرف رئيس المصلحة.

- الحالة الثانية :

- إذا تمت عملية العلاج في مصلحة أخرى غير المصلحة التي تلقى فيها العلاج الأولى، تؤشر ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة الأخيرة، أي التي حول إليها المريض، و ذلك بعد إستشارة رئيس مصلحة الإستقبال.

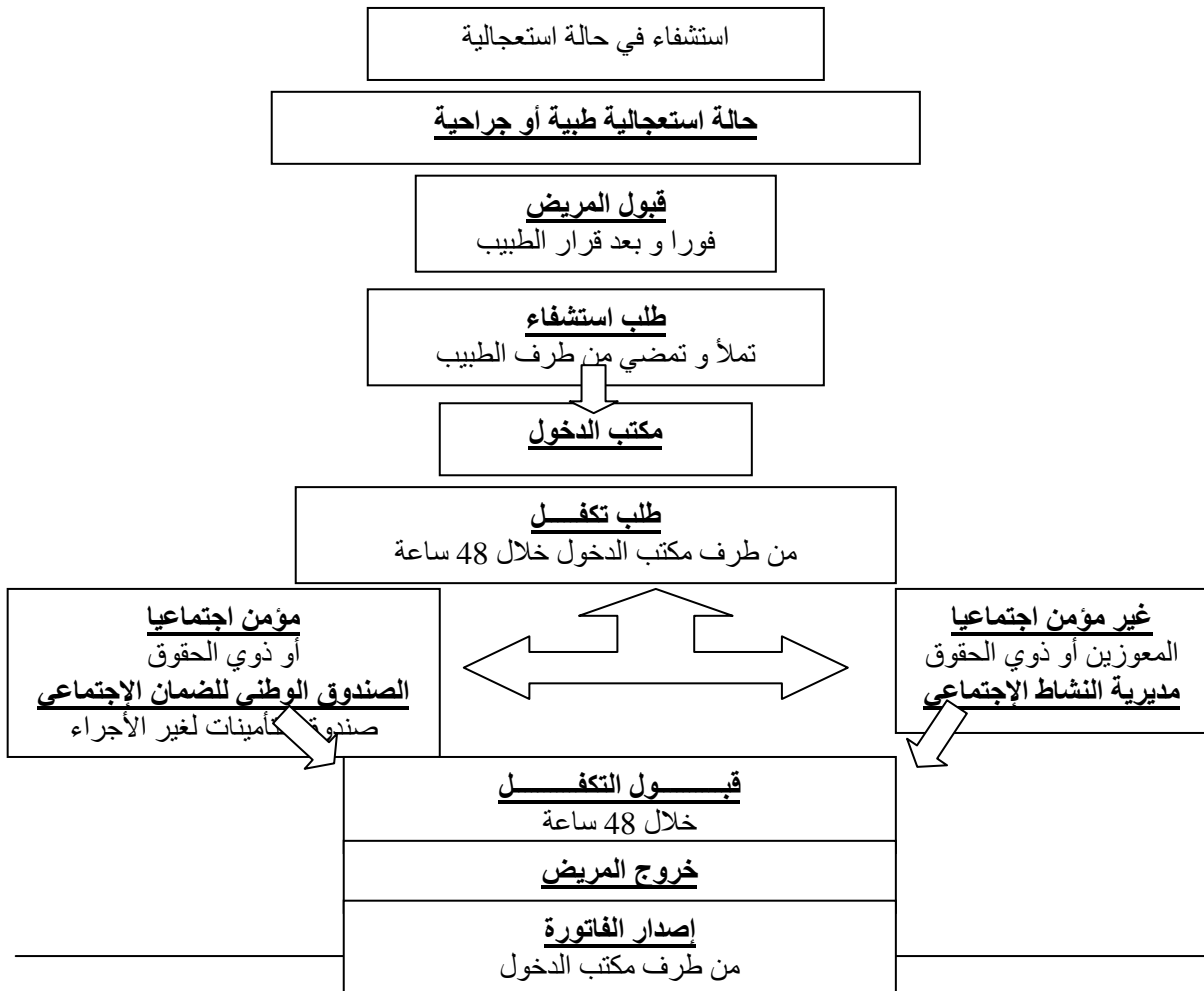
6- مكتب القبول:

تحول ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة حسب الحالتين المذكورتين سابقا إلى المصلحة الاقتصادية بالمستشفى بغية إنجاز فاتورة العلاج و بخصوص هذه العملية فهناك إجراءات يجب إتباعها: بعد ملء ورقة المتابعة من قبل كل الممارسين المتدخلين أي تسجيل كل التدخلات الطبية، شبه الطبية، و كذا الأدوية التي تناولها المريض و هنا يجب الإشارة إلى نقطة هامة بخصوص الأدوية، يتم حساب الكميات المستهلكة من قبل المريض و ليس ثمن كل الأدوية.

إذن فدور المستشفى إتسع عن الدور السابق له، إذ يقوم هذا الأخير بتوفير كل الأدوية اللازمة للمريض في عين المكان، و يضاف إلى ما يبقى حساب مصاريف الأشعة أي التحاليل المخبرية إن وجدت.

بعد الإنتهاء من ملء صفحات ورقة المتابعة (الأعمال الطبية شبه طبية و الأشعة، الأدوية) ترسل هذه الأخيرة إلى المصلحة الإدارية بالمستشفى التي تقوم بتلخيصها و إعادة تسجيلها في الفاتورة التي ترسلها إلى الضمان الإجتماعي، تعد أن تكون قد أعدت السندات (Les rapports) التي تشمل مصاريف الإقامة، الأكل، الكهرباء، نصيب المريض من المنظفات المستعملة، و بخصوص العنصرين الأخيرين، فالمصلحة تحصل على حصة المريض تقسيمة المبلغ الإجمالي للمستهلك على عدد المرضى، و جمع مبلغ التكاليف للنفقات (les supports) مع المصاريف الطبية و الشبه طبية و الأدوية.

و من خلال هذه العملية يتم التوصل إلى المبلغ النهائي الذي يتحمله المريض، من خلال الفاتورة التي تصدر في أجل أقصاه 30 يوم، و يقوم المستشفى بإرسالها إلى هيئة الضمان الإجتماعي لتحويلها.



الفواتير تدفع للجهة المعنية عند نهاية كل شهر

ص.و.ض.إ

ص.ت.غ.إ

م.ن.إ

الفاتورة تصدر في أجل أقصاه 30 يوما

مسار النهج التعاقدى في الجزائر

شكل رقم (04)

رابعاً: المشاريع الصحية المسطرة إلى غاية 2010:

نظراً لتردي الوضعية التي يعيشها القطاع الصحي العام و أمام عجز السياسة الصحية المعتمدة للدولة و ما يصاحبها من نقص في الهياكل الخاصة بالإستعجالات و قدم في التجهيزات الطبية التي لا تتناسب و احتياجات العلاج و الصحة و التكوين على أساس أن جزء كبير منها معطل أو لا يتماشى و التكنولوجيا الجديدة من جهة. و من جهة أخرى على المستوى الصحي العام فإن إنتشار الأوبئة و إبدفاع الأمراض المزمنة يفرض إعادة النظر في مستوى الخدمات المقدمة و هنا تتضح ضرورة استحداث وسائل طبية تساهل التقدم العلمي و التكنولوجي للكشف و العلاج و الإتصال و التكوين للإستجابة لإحتياجات السنوات القادمة و مساهمة لهذا الطرح سطررت السلطات العمومية العديد من المشاريع الصحية متمثلة في:

1- الإنجازات المتوقعة الخاصة بالهياكل إلى غاية 2010:

- ترميم المستشفى المدمر التابع لزلزال ماي 2003

- إنشاء أكبر مستشفىين جامعيين في وسط و شرق البلاد.

- ترميم 10 مستشفيات منجزة سابقاً.

- إنشاء و تجهيز 6 مراكز خاصة بالسرطان

- إنشاء و تجهيز 3 مراكز إقليمية خاصة بالمحروقين

- إنشاء و تجهيز معهد و طني للكلية

- إنشاء و تجهيز معهد و طني للقلب

- إنشاء و تجهيز 3 مراكز نفسية من 20 مصلحة للطب النفسي و 185 مركز و سيط للصحة العقلية.

- إنشاء هياكل غير استشفائية في البلديات: 40 مستوصف متعدد الخدمات و 100 مركز صحي.

2- الإنجازات المتوقعة الخاصة بالتجهيزات الطبية و الإدارية إلى غاية 2010:

- 18 جهاز معالجة السرطان

- 12 جهاز صوري

- 12 كاميرا قاما

- 07 رنان مغناطيسي

- 32 جهاز سكانير

- 13 أنجيو غراف (138).

1-2 مؤشرات التغطية الخاصة بالقاعدة الصحية:

بالنسبة للعيادات متعددة الخدمات أنه تحقق خلال الفترة 1995- 2001، 44 هيكل جديد وضعت تحت الخدمة، أي أن نسبة التغطية انتقلت مع تزايد عدد السكان من عيادة واحدة متعددة الخدمات لكل 60.435 ساكن إلى عيادة واحدة لكل 61131 ساكن و بإعتماد نفس معدل الإنجاز معنى ذلك أنه سيكون مع سنة 2010 عيادة متعددة الخدمات لـ: 62192 ساكن، أي سينجز خلال هذه الفترة 52 وحدة و تتضح وضعية القاعدة الصحية من خلال الجدول التالي (139).

جدول رقم: (11)

تطور نسبة تغطية القاعدة الصحية خلال الفترة 2001 – 2010

2010	2001	2000	1995	الفترات
556	504	497	460	عيادات متعددة الخدمات
62192	61131	611097	60435	نسبة العيادات
5979	5368	5216	4865	قاعة علاج + مركز علاج
5779	5740	5822	5794	نسبة (قاعة علاج+مركز علاج)
34550000	30810000	3036500	27800000	عدد السكان

المصدر : مديرية السكان، مديرية التخطيط (وزارة الصحة و السكان)

2-2 مؤشرات التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية:

أن الملاحظ خلال الفترة الممتدة من 1990 – 2001 إن كثافة الأسرة الإستشفائية في القطاع العام عرف تقلصا في التغطية حيث انتقل من 2024 سرير لكل 1000 ساكن إلى 188 سرير، و هذا يعود لطبيعة الخدمات المقدمة من طرف هذا القطاع و المنافسة الشديدة التي يواجهها القطاع الخاص مع الإمكانيات المتوفرة لهذا الأخير و هذا يعني أنه مع سنة 2010 ستصل النسبة إلى 1.69 سرير من أجل 1000 ساكن و هذا ما يتضح من خلال معطيات الجدول التالي:

جدول رقم (12)

تطور نسبة تغطية الأسرة الإستشفائية خلال الفترة: 1990- 2010

2010	2001	2000	1995	1990	
58631	58039	44955	56144	55544	العدد الإجمالي للأسرة
1.69	1.88	1.48	2.02	2.024	نسبة سرير/1000 ساكن
34550000	30810000	30365000	27800000	24710000	سكان

المصدر: مديرية السكان، مديرية التخطيط (وزارة الصحة و السكان)

3-2 الطلب المنتظر على العلاج إلى غاية 2010:

يقوم على تقدير الجهود الإضافية اللازمة للوصول إلى تغطية كاملة للطلب على العلاج و تظهر المؤشرات في:

- نسبة التغطية للأطباء:

إذا ثبتت نسبة التغطية الوطنية ب: طبيب واحد لكل 700 ساكن، فإن الطلب على الأطباء إلى غاية 2010 سيكون 49357 طبيب أي بزيادة قدرها 17.482 طبيب عن عدد الأطباء الممارسون في نسبة 2010.

- نسبة تغطية القاعدة الصحية:

إن بلوغ نسبة عيادة واحدة متعددة الخدمات ل: 60000 ساكن عوض عيادة ل: 62192 ساكن يتطلب سنويا بناء 20 هيكل إضافي و هذا ما يتطلب استثمارا متماسكا و دائما.

- عدد الأسرة الإستشفائية لكل 1000 ساكن:

خدمة للمرضى يجب ضمان التوفير و التسيير الجيد للأسرة، و بالتالي ضرورة العودة على الأقل إلى معدل التسعينات أي لا ننتظر نسبة 1.69 بل العودة إلى نسبة 2.02 و هذا يتطلب إنشاء حوالي 11061 سرير إضافي إلى غاية 2010 زيادة عن الموجود سنة 2001.

خامسا: السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي:

و هذا من أجل الوصول إلى نموذج الأمتثل الذي يجب على الجزائر اعتماده لتحسين فعالية القطاع العمومي في ظل وضعيتها الراهنة، و يمكن تصنيف السياسات المتاحة على النحو التالي:

- سياسات جزئية تدريجية لإصلاح النظام الصحي.
- سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي.

1- سياسات جزئية لإصلاح النظام الصحي:

- رفع كفاءة الأداء واحتواء التكاليف:

- العمل وفقا لمفاهيم اقتصاديات الصحة فيما يتعلق باتخاذ القرار الصحي و تطبيق برامج النوعية بالمرافق الصحية، و التوزيع الأمتثل للموارد، و إجراءات دراسة الجدوى الاقتصادية للمشاريع الصحية و البحث عن مصادر بديلة للإنفاق على القطاع.

- تحسين تقديم الخدمات و ظروف الاستقبال في مراكز الرعاية الأولية لتحقيق حجم العبء على المراكز الإستشفائية.

- تطوير أساليب توفير و تخزين و توزيع الأدوية و المستلزمات الطبية وفقا للمعايير الاقتصادية و الاستفادة من تقنيات الحاسب الآلي و التحكم في أساليب التسيير الحديثة.

- تعميم حسابات التكاليف من خلال عملية الفوترة لنشمل جميع الخدمات المقدمة من طرف المراكز الإستشفائية و غير الإستشفائية.

- ترشيد الاستهلاك بالنسبة للمستفيد من طرف الخدمة بالمشاركة في جزء من تكلفة العلاج، بإتباع الأساليب اللازمة للحد من الهدر في استخدام الوسائل التشخيصية و العلاجية المكلفة أو استعمال الدواء بكميات أكبر من الحاجة.

- التنسيق والتعاون بين القطاع العام والخاص لتفعيل الأداء:

من خلال:

- التكامل بين ما يقدمه القطاع العام من خدمات صحية مع خدمات القطاع الخاص لبلوغ أهداف الرعاية الصحية و الذي يسهم في تخفيف العبء على القطاع العمومي.

- تشجيع القطاع الخاص لتقديم الخدمات الصحية لمواكبة زيادة الطلب على الخدمات الصحية.

- زيادة استثمار القطاع الخاص في مجال إنشاء المرافق (توفير أكبر نسبة من الخدمات الصحية) للإسهام في رفع عدد المنشآت الصحية المقدمة للخدمات.

- تشجيع القطاع الخاص على تضييع الأدوية و الكيمائيات و التجهيزات الطبية وفقا للمعايير العالمية للجودة و النوعية، و تقديم الدعم من الدولة لهذه المبادرات لتخفيض تكاليف الأدوية المستوردة.

- حث القطاع الخاص على فتح عيادات في التخصصات النادرة التي تتطلب تقنيات طبية باهضة (دقيقة) الثمن من أجل الحد من إرسال المرضى للعلاج بالخارج لما يترتب عن تكاليف باهضة.

- تفعيل الوصول إلى الأدوية الأساسية:

- توجيه السياسة المحلية نحو رفع إنتاج الأدوية و المواد الصيدلانية محليا للوصول إلى غلاف أدنى من الاحتياجات الوطنية.

- مراجعة النصوص المرتبطة بإستيراد الأدوية، من أجل تشجيع الشركات التجارية و المستثمرين الخواص في الاستثمار في مجال صناعة الأدوية.

- مراجعة سنوية لمدونة الأدوية الوطنية تماشيا مع أنواع الأدوية المصنعة محليا.

- خلق مصادر تمويل جديدة:

أ- المؤسسات و الجماعات المحلية:

- مساهمة المؤسسات:

وذلك من خلال فرض ضريبة تنتزع لصالح قطاع الصحة، و يمكن أن تختلف هذه الأخيرة من مؤسسة إلى أخرى حسب درجة التلوث الذي تلحقه بالبيئة وبالتالي تساهم في تدهور الحالة الصحية.

كذلك مساهمة المؤسسات في إطار حماية صحية عاملها: إذ أن نشاط طب العمل يعد إجباري على المؤسسة وهذا طبقا للقانون رقم 88-07 المؤرخ في 26 جانفي 1988 والخاص بالوقاية والحماية وهذا الأخير يعد من مهام القطاعات الصحية، وعليه يمكن إيجاد صيغة تعاقدية بين المؤسسات المعنية والمؤسسات الصحية على أن يكون تطبيقه إجباريا بالنسبة لكل من المؤسسات العامة والخاصة.

- مساهمة التأمينات الاقتصادية:

إن التأمينات الاقتصادية يجب أن تقدم مشاركتها في التمويل الصحي حسب قوانين وإجراءات معنية تم تحديدها لكونها تتكفل طبيا بالخسائر البشرية الناتجة عن مؤمنيهها، واستغلال ما جاء في القرار الوزاري الخاص بحوادث المرور والذي لم يطبق لحد الآن والخاص بالأشخاص الذين يتعرضون لحوادث المرور بحيث يجب أن تتحمل شركات التأمين المؤمنة لديها السيارة المسببة للحادثة مصاريف العلاج الخاصة بهم.

- مساهمة الجماعات المحلية:

هذه الأخيرة يجب مساهمتها فعالية ومتنوعة لكونها مسؤولة عن الوقاية العمومية، وبالتالي التخفيض من الأمراض الناتجة عن البيئة والمحيط، وهذه المشاركة تجعل الجماعات المحلية تهتم أكثر بالمؤسسات الصحية الواقعة في إقليمها وتحسين تسييرها، ومنه ضرورة توسيع مسؤوليته الجماعات المحلية في ميدان الصحة، مع ضرورة التكفل يدفع أقساط أفراد المعوزين عن طريق دفع اشتراكاتهم للضمان الاجتماعي دوريا.

ب- مصادر تمويل أخرى: مثلا:

- فتح مجال في الميزانية خاص بقطاع الصحة العام لمساهمة المتبرعين.
- لا بد أن تعكس المبلغ المدفوع مقابل العلاج الخدمة السعر التكلفة الحقيقية للعلاج.
- إعفاء الموارد الخاصة بالمستشفيات من الضرائب. (لجزء من التحفيز لرفع المستوى المقدم من الخدمات)
- الدفع المباشر لغير المقيمين.
- الحصول على عوائد التغطية الصحية الناتجة عن النشاطات والمقابلات والحفلات وذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.

2: سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي:

- نظام الضمان الاجتماعي الإجباري:

إن نظام الضمان الاجتماعي الإجباري يظهر في العديد من الدول الأوروبية ويختلف التأمين على المرض من بلد إلى آخر، ويعد الضمان الاجتماعي أحد الأساليب لتمويل الخدمات الصحية سواء كان يمثل الآلية الرئيسية أو الآلية المكملة، وعليه فإن نظام التمويل الصحي يوفر نوعا من التضامن الاجتماعي بين المواطنين، بحيث يستفيد الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة وأصحاب الدخول المنخفضة من دعم أصحاب الدخول المرتفعة.

- تفعيل دور الضمان الاجتماعي في التأمين على المرض:

إن الأزمة التي يعيشها الضمان الاجتماعي والعجز المستمر أدى إلى انخفاض مشاركته في النفقات الوطنية للصحة، لذا فإن تفعيل دور الضمان الاجتماعي يحتاج إلى عملية من الإصلاحات نجعلها في:

- يجب أن تكون مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات العمومية على أساس علاقات تعاقدية.
- إعادة هيكلة مؤسسات الضمان الاجتماعي بهدف زيادة مردودية و مسخه استقلالية في التسيير عن إدارة الدولة.

- فتح المجال للمؤسسات الخاصة للإستثمار في ميدان التأمين على المرض و من ثم خلق منافسة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي بما يحسن فعالية أدائها.

- رفع مساهمة الضمان الاجتماعي في النفقات الإجمالية للصحة.

- تحسين تنظيم هياكل الضمان الاجتماعي و سيرها و خدماتها و أن تتوسع التغطية لتشمل القطاعات المصرح بها.

- موارد الضمان الاجتماعي:

- العمال و أصحاب المهن الحرة و الحرفيين حيث يدفعون إشتراكهم من الإقتطاعات المأخوذة من الأجر و الأرباح المحققة من نشاطاتهم.

- تدفع اشتراكات الأفراد المعوزين من قبل الجماعات المحلية مساهمة منها صحة سكانها.

- مساهمة أرباب العمل في التأمين لصالح مستخدميهم (تأمين إجباري)

- تنظيم عمل الضمان الإجتماعي:**أ/ تعزيز الصيغة التعاقدية بين هيئات الضمان الإجتماعي و المؤسسات العمومية للصحة:**

تنص قوانين المالية الصادرة منذ سنة 1993 على أن مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي في ميزانيات المؤسسة العمومية للصحة يجب أن تطبق على أساس علاقات تعاقدية، كما توضح من جهة أخرى تكفل ميزانية الدولة بنفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و تهدف هذه العملية إلى: (140)

- تحسين خدمات العلاج المقدمة للمرضى في المؤسسات العمومية للصحة
- تقييم النشاطات و الكلفة الإستشفائية (خاصة بعد تطبيق الفوترة)
- التوجه تدريجيا نحو علاقات تعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و الممولين.

ب/ أدوار و صلاحيات المتدخلين في العملية:**- مسيري المؤسسات العمومية للصحة:**

يجب أن يحظى هذا الجهاز بتوضيحات و تفسيرات واسعة في محتواه و أهدافه قصد إنجاحه و يجب أن يستهدف مجموع الأطراف المعنية لاسيما

- الأجهزة الإستشارية: المجلس العلمي، المجلس الطبي
- رؤساء المصالح الطبية و الممارسون الطبيون.
- المراقبون الطبيون

- مكتب القبول (مكتب الدخول):

إن الأهمية الكبرى التي يكتسبها مكتب القبول في تسيير و متابعة الملف الطبي الإداري للمرضى تم تكريسها في الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية كما حددتها التعليم رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2002 للسيد وزير الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات المتعلقة بتنظيم و سيره، و يجب اشتراك ممثلي وكالات الضمان الإجتماعي و مديرية النشاط الإجتماعي للولاية في نشاطات مكتب القبول (ملحق رقم 09).

- منظومة الإعلام:

ينبغي أن لا تستعمل في إطار هذه العملية إلا الوثائق التي تم إعدادها و تبنيها مثل (طلب الإستشفاء – بيان القبول ، بطاقة التشغيل، طلب التكفل، كشف الخدمات ، فاتورة تكاليف الإستشفاء..) و يجب أن تتوفر هذه الوثائق بشكل دائم و أن تملأ بدقة لتسهيل استعمالها خاصة عند تحضير عناصر الفوترة.

- مركز الضمان الإجتماعي:

لا بد أن ينصب مركز للضمان الإجتماعي على مستوى كل مؤسسة صحية معينة، و يجب على المسيرين منح المقررات الضرورية و توفير كل التسهيلات لإدخال و سير النشاطات الإدارية و المراقبة الطبية لهذا المركز.

- مدراء النشاط الإجتماعي للولايات:

يكلف مدراء وكالات الضمان الإجتماعي بتعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز التي تم اختيارها (مكتب القبول و الدخول)، المكاتب البلدية للنشاط الإجتماعي) و بعد تحديد المعوزين غير المؤمنين لهم اجتماعيا تسليم لهم بطاقة المعوز و التي تمكن من الإستفادة من بطاقة التأمين الإجباري، حيث تدفع أقساط اشتراكاتهم الجماعات المحلية (141).

ج التنسيق بين أطراف التعاقد: و هذا عن طريق:

- التنسيق بين الأنظمة الإجتماعية لهيئات المسؤولة عن التأمين:

CNAS بالنسبة للأجراء CASNOS لغير الأجراء)

(140) تعليمية وزارية متعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و هيئات الضمان الإجتماعي و مديريات النشاط الإجتماعي للولايات، وزارة الصحة و السكان 14 جانفي 2003.

(141) تعليمية وزارية مذكورة سابقا، 14 جانفي 2003.

- تفعيل دور ممثلي وزارة الداخلية و الجماعات المحلية لتسهيل عملية تحديد المعوزين و المجردين من التأمين غير المعوزين.
- دعم العلاقة بين منشآت الصحة على مستوى الولاية ووكالات الضمان الإجتماعي " CNAS " المنتسبة لها من أجل تسريع عملية التأكد من ملفات المؤمنين فيها.
- مراقبة النشاطات و تقييم مصاريف المنشآت الصحية بتعميم استخدام الإعلام الآلي في مختلف مراحل البرنامج و تكوين أفراد مؤهلين و مكلفين في هذا المجال.
- الإطلاع و التقييم لإتفاقيات ممضية من طرف وكالات التأمين الإجتماعي « CNAS » مع بعض العيادات الخاصة بغية إلحاق هذه الخدمات الإستشفائية بالقطاع العام لضمان تقييم مماثل للتكاليف، و ذلك للحالات التي تتطلب العلاج من نفس الطبيعة.
- ادماج خدمات متفق عليها من قبل وكالات التأمين الإجتماعي " CNAS " في إطار تقليل التنقل من أجل العلاج في الخارج.
- دعم العلاقات لتسهيل عملية الوصول للملف الوطني للتعرف على المؤمنين اجتماعيا (142).

د- كيفية مساهمة الضمان الإجتماعي في ميزانية قطاع الصحة:

- وفقا للمرسوم الذي تبناه مجلس الحكومة في جلسته ليوم 24 نوفمبر 2003، من أجل المادة 116 من قانون المالية لسنة 2003 التي تلخص " مساهمة الضمان الإجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية في المنشآت الإستشفائية المتخصصة (المراكز الإستشفائية المتخصصة و المراكز، الجامعية) التي قد خصصت للتغطية المالية للعبء الطبي للمؤمنين الإجتماعيين و حقوقهم، و يستخدم هذا التمويل على أساس معلومات مرتبطة بالمؤمنين الإجتماعيين المأخوذون على عاتق المنشآت العامة للصحة و في إطار الروابط التعاقدية التي تربط الحماية الإجتماعية ووزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات " و يرتبط هذا بالأسس التالية:
- منظمات الحماية الإجتماعية تنشأ من دفع المساهمات المالية السنوية إلى ميزانيات المؤسسات العامة للصحة كل ثلاثي على أساس المعلومات المحددة للمؤمنين الإجتماعيين و حقوقهم.
- تدخل المراقب المالي لمنظمات الحماية الإجتماعية على مستوى الهياكل الإستشفائية على أساس المراجع و الملفات المرضية المحددة.

- ضرورة وضع مصلحة في المستشفيات و العيادات) المناسبة لمنظمات الحماية الإجتماعية المخصصة لتسهيل معرفة حق التكفل بدون أن تلحق هذه العملية ضررا يمنع أو يؤخر الإهتمام الطبي العادي بالمريض (143) مهما كانت الفئة التي ينتمي إليها.

- إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمة:

- إن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد هي من سياسات إصلاح المستشفيات و النظام الصحي الشاملة و تعتبر مصدر تمويل للخدمات الصحية و قد تم تطبيق هذا النظام حديثا في بعض الدول، و تكون هذه الرسوم مقابل الإستفادة المباشرة من الخدمات الصحية؛ يجب تكون رمزية في البداية هدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة للقطاع و هذا من شأنه أن يكون أولا كمحفز لترشيد الإستخدام و ثانيا كمصدر للتمويل.
- وانطلاقا من مبدأ الدولة الأساسي القائم على أن الدولة هي المعنية الأولى بتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، فإنها تراعي حق المواطن في الحصول على العلاج بصرف النظر عن دخله أو قدر سده على الدفع. و بذلك فإن أي نظام صحي مقترح يجب أن يحافظ على قدرة المواطن و حقه في الإستفادة من الخدمة الصحية الجيدة بسهولة و يسر مع الحرص على ترشيد استخدامها و حسن إدارة مواردها.
- لذلك فإن موضوع الرسوم و لو الرمزية على بعض الخدمات في المرافق الصحية المختلفة تحتاج إلى دراسة متأنية (تشبيهة بالدراسات التي تم إجراؤها فيما يخص التأمين الإجباري على المرض و تكون هذه الرسوم على عدة أشكال منها:
- رسوم للبطاقات الصحية

(142) **Mise en oeuvre de la contractualisation**, ministre la santé, de la population, point de situation au 31 décembre 2003.

(143) **Mise en oeuvre de la contractualisation**, Ministre, de la santé, de la population, point de situation au 31 décembre 2003.

- رسوم صحية
- رسوم مستشفيات
- رسوم شهادات
- رسوم التراخيص

و يتم إعفاء المواطنين المعوزين و المصابين بأمراض مزمنة الحاملين لبطاقات تثبيت وضعيتهم من هذه الرسوم و لا يوجد شك في أن تطبيق هذه الإجراءات يتطلب جهاز إداري و مالي ذو كفاءة عالية بالإضافة إلى إعداد كوادر مؤهلة من المحصلين و أمناء الصناديق و كذلك الأجهزة و المعدات الخاصة بالتحصيل.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل حاولنا التطرق إلى الحل البديل المقترح و الذي يقودنا إلى نتيجة مفادها ضعف الأداء الطبي في ظل هذه السياسات المعتمدة مما يطرح ضرورة الإصلاح و قد تم التطرق إلى النظام التعاقدى كبديل يطرحه المسؤولون عن سياسة إصلاح المستشفيات بكل ما يتضمنه من أسس و الأطراف المكونة و المسيرة له و أهدافه، و المسار الذي يتم العمل وفقه.

و قد إرتأينا عرض التجربة الفرنسية السبابة في هذا الخصوص ملتصين بإيجاد معلم للمقارنة و رصد توقعات للنتائج و هنا تبرز أهمية الإصلاحات التي باشرتتها الدولة الجزائرية في ميدان الصحة و اعتماد النظام التعاقدى كنمط بديل لتمويلها، أهمية و الذي يتوقع له تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية لتصبح في متناول الجميع و توزيع الأعباء على جميع الشركاء في تقديم و تلقي الخدمة الصحية ، مع محاولة عدم اهمال الجانب السلبي لهذا النظام الذي قد يفطي إلى عزوف الكثيرين عن تلقي الخدمات بسبب ما قد يعوزهم من إمكانيات مادية قصد تسديد التكاليف الناتجة تباعا عن تلقي الخدمة الصحية.

تمهيد:

يؤدي التحديد المنهجي وترتيب تقنيات أية دراسة علمية إلى تدعيم احتمالات الربط و التوثيق بين جوانب الدراسة و تنظيم عملية إنجاز خطوات البحث بصورة تسمح للباحث من التوصل إلى تشخيص دقيق للظاهرة المدروسة ، و هو ما يتم إنجازه خلال العمل الميداني ، و الذي يساعد كذلك على رغم الدراسة النظرية و يشير بها و يجسد الأهداف المذكورة سابقا في الإشكالية .

و نظرا لكون أن البحث الراهن يهدف إلى دراسة أهمية إصلاح المستشفيات في تحقيق تنمية اجتماعية ، فإن التقصي المباشر لها يتطلب إجراءات ميدانية تعتمد على أسس علمية و موضوعية تستهدف جمع المعلومات و الحقائق الموضوعية من الواقع المعاش عن مشكلة البحث و الايجابية على التساؤلات التي دارت حولها إشكالية الدراسة ، لذلك ينبغي القيام بتصميم منهجي دقيق يأخذ بعين الاعتبار طبيعة الظاهرة المدروسة و خصائصها حيث تم تصميم خطة الدراسة الميدانية و إجراءاتها و كذلك الأدوات المستخدمة و مجالاتها و كيفية اختيار العينة و حجمها و خصائصها ، ثم أساليب التحليل الإحصائي .

أولا : مجالات الدراسة

يعتبر تحديد مجالات البحث في الأمور الأساسية في البحوث السوسولوجية من حيث الدقة في معرفة نتائج الإشكالية و ينقسم مجال الدراسة عادة إلى ثلاث مجالات هي :

1 – المجال المكاني للدراسة :

تم إجراء البحث الميداني على مستوى المؤسسات الصحية ببلدية بسكرة التي تعمل على تقديم مختلف الخدمات الصحية ، سائر أيام الأسبوع و تقديم الإرشادات و النصائح للعلاج و الوقاية و محاولة تقديم و تسخير كل الإمكانيات المتاحة من أدوية و معدات و مجهودات .

و بلدية بسكرة باعتبارها نموذج للدراسة ، تعد كذلك مركزا حضريا و فيما يخص استمارة البحث فقد طبقة في المؤسسات الصحية التالية (مستشفى بشير بن ناصر ، مستشفى حكيم سعدان ، المجمع الصحي حي العمارات ، المجمع الصحي حي العالية ، المجمع الصحي 726 مسكن بالإضافة إلى عيادة الولادة التابعة لمستشفى بشير بن ناصر) .

- مديرية الصحة و السكان

- صندوق الضمان الاجتماعي

- مديرية الشؤون الاجتماعية .

2 – المجال الزماني للدراسة:

يتضمن المجال الزمني للدراسة، الفترة التي تم النزول فيها إلى الميدان و هذه الفترة تختلف من دراسة إلى أخرى باختلاف نوعية الدراسة و أهدافها و قد تمت الدراسة الميدانية على فترات متفاوتة توزعت كالآتي:

الفترة الأولى : و قد تمثلت في الدراسة الاستطلاعية ، بحيث تم فيها الاتصال بمديرية الصحة و السكان و إدارة مستشفى بشير بن ناصر بهدف جمع الوثائق و المعلومات اللازمة للوقوف على الواقع الميداني للبحث قبل الخوض فيه و إزالته بعض البس و الغموض الذي كان يكتسي الموضوع .

وقد تم في هذه الفترة إجراء المقابلات مع بعض المؤولين و طرح بعض الأسئلة الغير مؤشر عليهم للتمكن من صياغته أسئلة الاستمارة و هذا ابتداء من شهر ماي 2005 .

الفترة الثانية: إجراء مقابلات مختلفة مع بعض المؤولين الذين لهم علاقة بهذا الإصلاح و حيثيات تطبيقه و هم:

- مديرية الصحة و السكان
- صندوق الضمان الاجتماعي
- مديرية الشؤون الاجتماعية .
- مستشفى بشير بن ناصر .

و قد تم فيها كذلك صياغة استمارة البحث و عرضها على مجموعة من الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم الاجتماع و علم النفس و الأدب العربي و الذي أدلوا بملاحظاتهم القيمة التي تم أخذها بعين الاعتبار ليتم تعديل الاستمارة لتصبح في شكلها النهائي.

و قد استغرق تطبيقها المدة الممتدة من نهاية شهر أكتوبر إلى بداية شهر جانفي للحصول على المعلومات المطلوبة .

و أخيرا جاءت مرحلة تحرير الجدول بعد تفرغ البيانات.

3 – المجال البشري:

يمكن أن نلخص المجال البشري في هذه الدراسة في الأشخاص المترددين على المؤسسات الصحية العمومية للاستفادة من الخدمات المقدمة هناك، من كلا الجنسين الذين تفوق أعمارهم 18 سنة. كذاك بعض المسؤولين الذين لهم علاقة بموضوع البحث و المسؤولين الرئيسيين على تطبيق الإصلاح موضوع الدراسة .

ثانياً الإجراءات المنهجية :**1/ منهج الدراسة :**

كل دراسة أو بحث علمي لبد أن يقوم على منهج معين حتى يتمكن الباحث من الوصول إلى نتائج علمية و موضوعية دقيقة فالمنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للإجابة عن الأسئلة التي تثيرها المشكلة البحثية . و الكثير من العلماء عرفوا المنهج على أنه " الطريقة الموصلة لهدف البحث " و عليه نقول أن المنهج ضروري للبحث و على الباحث أن يحسن اختيار منهج بحثه و أن يبين لمزا أختار هذا المنهج دون غيره من المناهج.

إذن فالمنهج هو الطريقة و الإجراءات التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة من أجل التوصل إلى الحقيقة في العلم⁽¹⁴⁴⁾. وإذا أردنا تعريف المنهج المعتمد علينا أن نعرف كلمة المنهج و خاصة المنهج العلمي. فقد جاء قاموس الفلسفة الذي نشره " رونز " على أنه إجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة " . أما المنهج العلمي فهو " تحليل منسق و تنظيم للمبادئ و العمليات العقلية و التجريبية التي توجه للضرورة البحث العلمي أو تولفه العلوم الخاصة " .⁽¹⁴⁵⁾

و لاشك في أن المنهج يختلف باختلاف مشكلة البحث، و من العسير المفاضلة بين طريقة و أخرى إلى بعد تحديد كافة الظروف الملائمة للتطبيق كل طريقة منها.⁽¹⁴⁶⁾ و نظرا لطبيعة الموضوع " أهمية إصلاح المستشفيات في تحقيق تنمية اجتماعية " فإن المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي لأنه الأنسب و بالتالي يجب الأخذ بالأساليب و تقنيات هذا المنهج في كافة الخطوات المنهجية للبحث الميداني ، باعتبار أنه أكثر مناهج البحث متلائمة للواقع لفهم الظواهر و استخلاص النتائج .

إذ يعد من المناهج المفضلة للباحثين في العلوم الإنسانية و لذا له حصة كبيرة فيها و هو يستند على وصف الظواهر الطبيعية و الاجتماعية كما هي و هو مكمل للمنهج الاستردادي التاريخي الذي يصف الظواهر في تطورها من الماضي حتى يصل إلى الوقت الحاضر⁽¹⁴⁷⁾ . و قد تم توظيفه تاليا لتطور النظام الصحي عبر مراحل تاريخيه مهمة ثم التوقف عندها حتى الانتقال إلى الوقت الحاضر و عرض الإصلاحات المزمع تطبيقها و التي تخدم عرض الدراسة و أهميتها .

و المنهج الوصفي أو ما يعرف عند البعض بالأسلوب الوصفي، له عدة تعاريف من أهم ما إطلعنا عليه التعريف الآتي :

" هو طريقة من طرق التحليل و التفسير بشكل علمي ، منظم من أجل الوصول الى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة أو سكان معينين " ⁽¹⁴⁸⁾.

فكان الهدف منه جمع معلومات حقيقة و متصلة بظاهرة موجودة أصلا في المجتمع و كذا المساعدة على إجراء مقارنة، و تقييم بعض الظواهر و اختيار العينة.

و يعرف حمد سليمان المنهج الوصفي بأنه " المنهج المتبع لدراسة إيضاح خصائص الظاهرة أو حالة معينة كما هي كائنة في الواقع و تفسيرها و تحديد علاقتها في إطار ظواهرها و المتغيرات المحيطة بها بالإضافة إلى الإحداثيات التي تقود إلى تعميمات متباينة⁽¹⁴⁹⁾.

و عليه فأنسب طريقة كانت إتباع المنهج الوصفي الذي يتسم باهتمامه بالأبعاد الزمنية و المكانية للظاهرة و تحليل فعاليتها وفق العد و القياس ، خاصة في إطار إيضاح الحقائق الواجب إبرازها وفقا لجمع المعلومات بالأدوات البحثية و تحليلها ، ذلك للوصول لنتائج يمكن إختبار صحتها في إطار التعميم و الشمولية⁽¹⁵⁰⁾.

(144) بشير صالح، مناهج البحث التربوي، رؤية تطبيقية مبسطة، الكويت: دار الكتاب الحديث، ط1، 2000 ص 21

(145) محمد محمد قاسم، المدخل إلى مناهج البحث العلمي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003 ص 52

(146) محمد عبيدات و آخرون ، منهجية البحث العلمي (القواعد و المراحل و التطبيقات) ، الاردن : كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية الجامعة الاردنية ، 1999 ، ص 35 .

(147) غازي عناية ، منهجية البحث العلمي عند المسلمين ، الجزائر : دار البعث ، ط 1 ، 1985 ، ص 98 .

(148) عمار بوحوش و محمد ذنبيات ، مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث ، الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ، ط 2 ، 1992 ص 139 - 140 .

(149) حمد سليمان المشوخي ، تقنيات و مناهج البحث العلمي ، مصر : دار المعرفة الجامعية ، 2002 ص 177 .

(150) نفس المرجع ص 178 .

و بالتالي فهو أسلوب من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية عن ظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة أو فترات زمنية معلومة ، و ذلك من أجل الحصول على المعلومات التي تتطلبها الدراسة كخطوة أولى ، ثم يتم تحليلها بطريقة موضوعية و منسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة كخطوة ثانية ، و التي تؤدي إلى التعرف على العوامل المكونة و المؤثرة على الظاهرة كخطوة ثالثة و لا يشترط هذا المنهج وضع فروض أو إجراء تجارب (151).

وقد إعتدنا على المنهج الوصفي لان هذا البحث ينطلق من معرفة الدور الذي تلعبه الإصلاحات الأخيرة في مجال الصحة العمومية في تحقيق تنمية إجتماعية و البحث عن واقع هذه الإصلاحات داخل المؤسسة الصحية و ما هي أهدافه و ما مدى نجاعته .

كذلك كان هذا بغرض كشف ووصف واقع المنظومة الصحية من خلال عيون و آراء القائمين عليها ، حتى نتمكن من إجراء قراءات تحليلية نقدية مع إستخدام مؤشرات للدراسة ، إذ لا يمكن أن لا تكون هناك مؤشرات تحدد و بدقة الجوانب التي سيكون التركيز عليها منصبا أكثر من غيرها، نحاول من معرفة كيف ستؤثر الإصلاحات الأخيرة على تغيير ملامح هذا الواقع الذي نعيشه خاصة أن نظرة الكثير من أفراد المجتمع الجزائري يطغى عليها التخوف أمام المستقبل الذين يجعلونه مع هذه الإصلاحات .

2 / وصف عينة الدراسة و كيفية إختيارها :

لما كان من الصعب على الباحث أن يجمع بيانات دراسته عن طريق الحصر الشامل الذي يطبق على جميع أفراد المجتمع الأصلي فلا مفر من أن يلجأ إلى أسلوب المعاينة (152)

حتى يستطيع من أن يأخذ صورة مصغرة عن التفكير العام، وذلك يعني أن العينات تسمح بالحصول في حالات كثيرة على المعلومات المطلوبة دون أن يؤدي ذلك إلى الابتعاد عن الواقع المراد معرفته (153) وقد تم إختيار أفراد العينة من سكان بلدية بسكرة محور الدراسة و تم التركيز على الأفراد المترددين على الهياكل الصحية بالبلدية و التي تنوعت كما يلي (مستشفيات ، مجمعات صحية ، مراكز صحية ، قاعات علاج) وقد تم إختيار المستشفيات و المجمعات الصحية بالإضافة إلى عيادة الولادة بمستشفى بشير بن ناصر و هذا للاعتبارات التالية :

- تموقع هذه المؤسسات الصحية في مواقع مميزة في المدينة و تمس عدد كبير من الأحياء وبالتالي شريحة واسعة من أفراد مجتمع البحث.

- تنوع الخدمات الصحية المقدمة بهذه المؤسسات الصحية من البسيطة الى الجراحة . (الحقن ، الفحوصات ، التفقيح إلى العمليات الجراحية و المتابعة التقنية) .

وقد تم إختيار أفراد العينة بطريقة عرضية بنسبة تمثيل (0.69 %) من المجتمع المدروس ، و المتكون من المواطنين المترددين على الهياكل الصحية كل شهر و الذي يوضحه الجدول رقم 13 .

الجدول رقم (13)

(151) محمد عبيدات و آخرون ، مرجع سابق ، ص ص 46 – 47 .

(152) يحيى مصطفى عليان، محمد غنيم، مناهج و أساليب البحث العلمي، عمان: دار صفاء للنشر، ط1، 2000، ص62.

(153) فضل دليو و آخرون ، أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية ، قسنطينة: منشورات جامعة منتوري، 1993، ص 142

معدل عدد المواطنين المترددين على الهياكل الصحية خلال سنة 2006

الفترة الزمنية الهياكل الصحية	في السنة	في الشهر	في الأسبوع	في اليوم	في الساعة
مستشفى بشير بن ناصر	250877	20906	4825	689	29
مستشفى حكيم سعدان	235440	19620	4528	647	27
مجمعات صحية	552165	46014	10619	1517	*190
مراكز صحية	375436	31286	7220	1031	*129
وحدات العلاج	211863	17658	4075	582	*73

(*) المرضى خلال 08 ساعات

المصدر : المديرية الفرعية للنشاطات الصحية القطاع الصحي بسكرة جانفي 2007

إذا عرفنا حجم العينة على أنه " عدد العناصر التي تكون العينة، هناك عوامل متخلفة لا بد من أخذها بعين الاعتبار لتحديد حجم العينة حسب نوع المعاينة (154).

فقد يبدو أن النسبة التي تم اعتمادها في هذا البحث هي نسبة ضئيلة لكن في الحقيقة هذا ورد في حالة المجتمع الذي يقدر بعشرات الآلاف أو عشرات المئات من الآلاف من العناصر على عكس ما قد تفكر فيه تلقائياً ، فالأجدر أن لا نظيف حالات كثيرة ، لان 1 % من المجتمع البحث يكون كافياً ، ويصبح ذلك صحيحاً أكثر عندما يتعلق الأمر بملايين العناصر لان النسبة الضرورية تتضاءل أو تتنافس بقوة (155).

ولهذا جاءت العينة المختارة المقدرة بـ 600 مواطن من كلا الجنسين شرط أن تفوق أعمارهم 18 سنة بإعتبار أن هذه الفئة من المواطنين قادرة على رعاية صحتها و متابعتها وقايتها بالإضافة إلى أنهم أفراد واعين و مسؤولين موزعين كما يلي : الفئة الأولى من العينة طبقت عليها إستمارة الاستبيان وقد تم إختيار أفرادها و حجمها كما هو موضح في الجدول الآتي :

الجدول رقم (14)

جدول يوضح كيفية إختيار العينة و حجمها

عدد المفحوصين	الهيئة الصحية
158	مستشفى بشير بن ناصر
95	مستشفى حكيم سعدان
347	المجمعات الصحية H L M /العالية/726 مسكن/ عيادة الولادة
600	المجموع

الفئة الثانية هي عينة غير عشوائية بل قصدية ضمت ثلاثة أشخاص تمثلت في :

- مدير مديرية الصحة

- مدير مستشفى بشير بن ناصر

- المسؤولية عن النظام التعاقدية مؤسسة الضمان الاجتماعي .

وقد تم الاستعانة بأداة المقابلة للتوصل مع أفراد هذه العينة مدير مديرية الشؤون الاجتماعية .

(154) موريس أنجرس ، ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية ، ترجمة بوزيد صحراوي ، كما يوشرف ،

سعيد سعود ، الجزائر : دار القصابة للنشر ، 2004 ، ص 318 .

(155) نفس المرجع ص ص 319 – 320 .

3- أدوات جمع البيانات:

يحتاج كل منهج إلى أدوات لجميع البيانات ، فالقيام بالدراسة الميدانية يتطلب إختيار سليم للأدوات التي من شأنها أن تجعل العمل متكاملًا أو لا لذا فدور إختيار أدوات المناسبة عملية لا تقل أهمية عن باقي العمليات الأخرى ، و لا يمكن تحت أي ظرف أن ننجز دراسة عملية من دون توفر أدوات مناسبة لطبيعة الموضوع ولنوع المنهج المختار تطبيقه في الدراسة و بعد أن تطرقنا للمنهج في المبحث السابق ، جاء دور الحديث عن الأدوات المستخدمة في جمع البيانات .

تعرف الأدوات المنهجية بأنها وسائل جمع البيانات حول الظاهرة المدروسة فإستعمال منهج معين في أي بحث يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات ووسائل مساعدة و مناسبة تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة و التي تستطيع بواسطتها معرفة الواقع أو ميدان الدراسة و الواقع أن إعتقاد الباحث على منهج معين هو الذي يحدد نوع الأدوات التي يستعين بها في جمع البيانات (156) دون أن نهمل أن طبيعة الموضوع و خصوصيته و التساؤلات المطروحة و البيانات المراد الحصول عليها كل هذا يفرض على الباحث إنتقاء الأدوات و التقنيات الملائمة .

و نظرا لان نجاح البحث في تحقيق أهدافه يتوقف على إختيار الأدوات الملائمة للحصول على البيانات ، لذلك تم الاعتقاد في هذا البحث على إستخدام الأدوات التالية .

- المقابلة :

واحدة من الأدوات المعتمدة ، و هي من الوسائل التي تعتمد على الكثير من الدراسات و تعرف على أنها " علاقة دينامية و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر و هي أداة بارزة من أدوات البحث العلمي وظهرت كأسلوب هام في ميادين عدة منها علم الاجتماع (157) . و هذا التعريف أبرز أن المقابلة تسخر من أجل خلق علاقة تفاعلية لعدة أفراد يجري بينهم تبادل لفظي و قد يكون في أماكن مختلفة إلا أنه لم يبرز إذا ماكان هناك شروط للقيام بمقابلة خاصة إذا كانت مباشرة أو لا بمعنى هل لزاما على الأفراد تبادل الكلام ووجه لوجه أم لا ؟ و نجد التعريف التالي الذي يقول بأن المقابلة هي " المواجهة أو المعاينة أو الاستجواب و هي تقوم على الاتصال الشخصي و الاجتماع ووجه لوجه بين الباحث أو معينه المتمرنين معه و المبحوثين كل على حدا ، و تحدث مناقشة من أجل جمع البيانات التي يريد الباحث الحصول عليها و ذلك لغرض محدد (158) . إذا فقد وضع التعريف شروط منها التواجد الشخصي للباحث أو معاينه مع المبحوث ، مع وضع تنظيم لتفعيل الحصول على بيانات يحتجها الباحث في بحثه .

و قد تمت مع المسؤولين الذين لهم علاقة بموضوع الدراسة و هو إصلاح المستشفيات و تم التركيز على ضرورة التعرف على آرائهم في الإصلاحات موضوع الدراسة و طبيعة الإجراءات التي أدتها وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و المتعلقة بالدفع في المستشفيات و المؤسسات الصحية كذلك تقييم للنقاط التي ركزت عليها الإصلاحات و النقاط التي أهملتها و حول أهداف هذا الإصلاح و الترتيبات و الإمكانيات التي سخرت من طرف الدولة لتطبيقه .

وقد جاء دليل المقابلة بصورة مفتوحة لتعطي فرصة أكبر للتعبير عن آرائهم الرسمية و الشخصية في ضوء الإصلاحات المزعم تطبيقها في قطاع الصحة العمومي .

كون أن المقابلة تعرف بأنها " تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة ، حيث يحاول أحدهما الباحث أن يستثير بعض المعلومات أو التغيرات لدى المبحوث " (159) .

وقد تم إستخدام أداة المقابلة في بدء الأمر بما يعرف بالمقابلة غير المقننة التي يتسم فيها الباحث بالمرونة في طرح الأسئلة التي لا تكون موضوعة مسبقا بل هي عبارة عن أسئلة عامة حول مشكلة

(156) سيد علي شتا، المنهج العلمي و العلوم الإجتماعية، مصر: مكتبة الأشعة الفنية، 1997، ص 31

(157) سامي ملحم ، مناهج البحث في التربية و علم النفس، الأردن : دار الميسرة للنشر ، 2000 ، ص 247 .

(158) حسين عبد الحميد رشوان ، أصول البحث العلمي ، مصر : مؤسسة شباب الجامعة ، 2003 ، ص 156 .

(159) فوزي غرابية و آخرون ، أساليب البحث العلمي في العلوم الإجتماعية و الإنسانية، عمان : دار وائل ، ط 3 ، 2002 ،

البحث و من خلال الاجابات يتسلل طرح الأسئلة الأخرى و هذا في المرحلة الاستطلاعية للوقوف على المعلومات و الآراء التي تساعد و توجه في تحديد الأسئلة التي تفيد الإعداد للمقابلات الرسمية أو الموجهة ، بغية التحقق من صحة المعلومات التي يتم الحصول عليها من مجموع المقابلات المختلفة . و قد تم الاستفادة من هذه التقنية رغم أنها استغرقت الكثير من الوقت و المجهود لما تتطلبه عمليات الإعداد للمقابلات من إجراءات إدارية و المعلومات التي كانت تحول دون ذلك وقد تم استخدام هذا النوع من المقابلة مع كل من :

- المدير الولائي للصحة (ملحق رقم 10)

- مسؤول في صندوق الضمان الاجتماعي (ملحق رقم 10) .

- مدير مديرية الشؤون الاجتماعية (ملحق رقم 12) .

و جل الأسئلة كانت متحورة حول واقع الإصلاحات الحالية المزمع تطبيقها في قطاع الصحة العمومي في الجزائر ، و عن واقع مؤسسات الصحة العمومية خاصة في بلدية بسكرة حالة الدراسة . و يمكن القول أن معظم المقابلات التي أجريت قد تمت في ظروف حسنة ، يسودها التعاون و التفهم من طرف السادة المسؤولين .

و المقابلة كأداة لجمع المعلومات ، قد ساعدتنا كثيرا في فهم و توضيح أعمق لواقع المنظومة الصحية ، كذلك لضبط الأبعاد الأساسية لإشكالية الدراسة المطروحة ، و المتمحورة حول أهمية الإصلاحات الأخيرة في تحقيق التنمية الاجتماعية .

- الاستبيان :

و تعتبر ثاني أداة أستعين بها في هذا البحث و هي الأداة الأساسية فيه و قد استغرقت فترة زمنية لا بأس بها في عملية الإعداد و التنقيح .

و تعرف بأنها " أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث محددة عن طريق إستمارة يجري تعبئتها من قبل المستوجب و تستخدم لجمع المعلومات بشأن رغبات المستجوبين و كذلك الحقائق التي هم على علم بها، إضافة إلى أنه يقرب الباحث من المبحوثين، إذا كانوا متواجدين في أماكن متفرقة" (160)

فقد تم الاعتماد عليها من أجل جمع البيانات الميدانية و تعرف على أنها " مجموعة أسئلة توجه الى الأفراد للحصول على معلومات خاصة بالبحث و يتم تنفيذ الاستبيان مباشرة مع المبحوث عن طريق البريد " . و يعرف الاستبيان بأنه " أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق إستمارة معينة تحتوي على عدد من الأسئلة مرتبطة بأسلوب منطقي مناسب ، يجري توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها" (161) والغاية من وضع الاستبيان أو ما يعرف بـ (Questionnaire) هو الحصول على معلومات دقيقة لا يمكن للباحث ملاحظتها بنفسه في المجال المخصص للمبحث ، كون أن أغلب المعلومات لا يملكها إلا أصحابها . و تستقي المعلومات في الاستبيان على شكل بيانات كمية تفيد الباحث في إجراء مقارنات رقمية أو كيفية تعبر عن مواقف و آراء المبحوثين حول قضية معينة ، و عليه فقد تم استخدام الاستبيان المقنن و هو يستخدم في العادة لجمع المعلومات الكمية ذات العلاقة بقياس درجات الاهتمام بموضوع ما لدى جمهور معين ، أو معرفة مدى سيطرة فكرة معينة في أوساط محددة ... إلخ (162) .

و قد اشتملت إستمارة الاستبيان على مجموعة من الأسئلة لقياس الأبعاد و المحاور المحددة في الدراسة (الملحق رقم 13) .

وقد جاءت كالآتي : 34 سؤالا أغلبها مغلقا و كان الغرض من هذا توحيد الأجوبة بحيث تقترح على المستجوبين أسئلة و أجوبة معدة مسبقا بحيث تكون الإجابة بـ نعم أو لا كافية ، غير كافية، لا بأس ، أو دائما ، أحيانا ، نادرا و في أحيان أخرى الاختيار بين عدة خيارات للإجابة التي قد تبدو مناسبة بالنسبة للمبحوث إذ يكفي وضع علامة (X) في الخانة المناسبة و عدد الأسئلة المغلقة 31 سؤالا . بالإضافة إلى ثلاثة أسئلة مفتوحة الهدف منها هو إعطاء المواطنين المبحوثين فرصة لإبداء رأيهم و حثهم على التفكير و التعبير بحرية للحصول على استجابات تلقائية.

(160) فوزي غريبية و آخرون المرجع نفسه ، ص 71

(161) يحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ، مرجع سابق ، ص 82

(162) أحمد بن مرسل، مناهج البحث العلمي في علوم الاعلام و الاتصال، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية ، 2003 ص

- أسئلة حول البيانات الشخصية و تضم 10 أسئلة من 01 الى 10 :
- عبارة عن بيانات عامة للعينة من حيث الجنس و السن و الحالة العائلية و المستوى التعليمي.
- أسئلة حول ترقية التكفل الطبي و الجراحي بالحالات المرضية و مدى وعي المواطن بهذا في بلدية بسكرة مجال الدراسة و تضم 06 أسئلة من 11 إلى 16.
- مدى وعي المواطنين بالإصلاحات المزمع تطبيقها و الوقوف على أهدافها .
- أسئلة حول تطور العلاجات القاعدية و مستوى الخدمات و المحافظة على القطاع العمومي و تحسين مرد ودية القطاع الصحي بسكرة مجال الدراسة.
- و تضم 10 أسئلة من 17 إلى 26 و قد تم التركيز على هذا الجزء لماله من أهمية في خدمة أغراض البحث.
- أسئلة حول توفر الأدوية من خلال تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات و المواد الصيدلانية و ضمان توفير المواد الضرورية.

و تضم 08 أسئلة من 27 إلى 34 الهدف منها التوصل إلى معرفة مدى توفير الأدوية في مدينة بسكرة و ظروف إقتناها و تكلفتها و غيرها من المعلومات .

وقد تم مملا الاستمارات بحضور الباحث و عن ظروف تطبيقها قد كانت جيدة رغم تخوف بعض المواطنين في بادئ الأمر لجهلهم بأمور البحث العلمي و الدراسات الميدانية .

- الملاحظة دون مشاركة :

تعتبر من أهم أدوات جمع البيانات في كافة العلوم المختلفة فلا يقتصر استخدامها على عمل دون الآخر و هي من أقدم الوسائل التي عرفها الانسان خلال سعيه نحو الحقيقة ، و هي ركيزة البحث العلمي في الكشف عن مختلف جوانب الظاهرة المبحوثة ، مع ما سيتيح ذلك الكشف من تحليل و تفسير و تنبؤ و يمكن تعريفها بـ " الأدوات الأولية لجمع المعلومات و هي النواة التي يمكن أن يعتمد عليها للوصول إلى المعرفة العلمية و في أبسط تعريفها هي النظر إلى الأشياء و إدراك الحالة التي هي عليها " (163).

وهي كذلك " هي أداة لجمع البيان و ينفذ بها المنهج الوصفي و تعمل على توجيه الانتباه و الإدراك إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو لشيء ما يهدف الكشف عن أساليب الظاهرة و قوانينها " (164).

و هي تعد أداة تكميلية للاستبيان و ذلك لأنه من خلالها تم التحقق من المعلومات المصرح بها من طرف المبحوثين حول نوع الخدمات المقدمة في الهياكل الصحية و كذلك بعض المعلومات لم يتم التصريح بها كملاحظة ظروف الفيزيقية .

- الاحصائيات الرسمية و التقرير :

لقطاع الصحي العمومي تعتبر الاحصائيات الرسمية و التقارير ، كأداة من أدوات جمع البيانات ، و ذلك للاطلاع المباشر عن القرارات و التعليمات و بعض التقارير و الاحصائيات و الحلاقات الدراسية الصادرة عن أو تحت إشراف وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ، كذلك بعض التقارير العلمية المهمة بالموضوع مثل المقال العلمي الذي أصدره الأستاذ " العربي العمري " حول قواعد إصلاح المنظومة الصحية الصادرة عن وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و المتعلقة بإصلاح المستشفيات .

و النظام التعاقدية و كيفية التعامل معهما و تطبيقهما ، نظرا لأهمية الوثائق و التقارير في البحوث الاجتماعية و الإنسانية ، للكشف عن بعض جوانب الموضوع التي يصعب ملاحظتها و الكشف عنها بالأدوات السابقة و التي تم التطرق إليها .

- الأساليب الإحصائية :

و قد إعتمدت على هذه الدراسة على المنهج الإحصائي بإستخدام النسب المئوية و تفرغها في جداول بسيطة و قد تمت الاستعانة لمجموعة من الطرق و الأساليب الإحصائية الوصفية في تفرغ بيانات الاستمارة .

(163) محمد صبري فواد النمر ، التفكير العلمي و التفكير النقدي في بحوث الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية : المكتب الجامعي

الحديث ، ص ، ص 299-300 .

(164) سامي ملحم ، مرجع سابق ، ص 226 . ص 223

- التكرارات : تطلق على عدد الحالات في مجموعة أو فئة معينة باعتبارها تكرارات لظهور هذه الحالات أو القيم أو الأفراد داخل العينة (165)، و رمزنا لها بالرمز (ك س) ، مجموعة تكرارات يرمز لها بالرمز (ن س) ، كما يتم التعبير عنها بالنسبة المئوية (ن %) .

- مقياس النزعة المركزية : وهي المقاييس التي توضح نزعة البيانات إلى التجمع أو التركيز حول فئة معينة وهي عديدة اخترنا منها المتوسط الحسابي (166)، وهو تقدير ثابت و غير متحيز لمركز التجمع ، حيث يشتمل القيمة الوسيطة لمجموعة من القيم ، و هو يتميز بدرجة عالية من الكفاءة لسهولة حسابه و سهولة فهم معناه (167)، و يرمز له بالرمز (م س) ، و يتم حسابه كمايلي :

$$م س = (ك س \times س س) / ن$$

- مقياس التشتت : يقصد بالتشتت التباعد أو الاختلاف بين مفردات المجموعة و هذا التشتت يكون صغيرا إذا كان الاختلاف بين قيم المفردات قليلا ، و يكون التشتت كبيرا إذا كان الاختلاف بين الاجابات كبيرا ، و قد اخترنا من مقاييس التشتت الانحراف المعياري ، و هو الجذر التربيعي لمتوسط مربعات انحراف القيم عن متوسطها الحسابي ، و هو من أهم مقاييس التشتت و أكثر شيوعا و أصدقها تمثيلا للمجمعات الاحصائية و العينات المختلفة (168) و يكون بهذا الشكل :

$$ح س = مج (س س - م س) / 2$$

ثالثا : الدراسات السابقة :

هذا الموضوع ورغم أهميته إلا أن الدراسات التي تناولته سابقا نادرة حسب إطلاعنا و إمكانياتنا ، ويعود ذلك أساسا إلى حداثة فكرة الإصلاح في حد ذاتها من جهة و غياب التطبيقات العملية في الميدان من جهة أخرى عدا بعض القطاعات المختارة كنماذج تجريبية . و هذا ما يحجب الوصول إلى النتائج الحقيقية لعملية الإصلاح الموجودة ، لذا فإن معظم الأبحاث المقدمة في هذا الموضوع تتناول في الأساس النقد للسياسات التمويل المقترحة و كلها تميل إلى الجانب الاقتصادي . و من بين الدراسات (السابقة) و التي تناولت الموضوع و تسنى لنا الاطلاع عليها و الاستفادة منها من خلال جانب من جوانبها و نجد :

1- الدراسة الاولى :

و هي الدراسة تمت في إطار الحصول على درجة ماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص نقود و تمويل من إعداد الطالبة العلواني عديلة (169) أما عن التاريخ و مكان الدراسة فكان سنة 2003 في قطاع الصحة العمومية بسكرة كعينة مصغرة عن قطاع صحته العمومية في الجزائر و كانت طبيعة هذه الدراسة دراسة وصفية و تحليلية تحت عنوان (تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر) دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة .

- محتوى الدراسة :

(165) هالة منصور، محاضرات في علم الاحصاء التقني و الاجتماعي، الاسكندرية: المكتبة الجامعية، الايزاربية، 2000 ، ص6.
 (166) غريب سيد أحمد ، الاحصاء و القياس في البحث الاجتماعي (المعالجات الاحصائية)، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 1998 ، ص 95 .
 (167) هالة منصور، محاضرات في علم الاحصاء التقني و الاجتماعي ، الاسكندرية : المكتبة الجامعية ، الايزاربية ، 2000 ، ص 141 .
 (168) المرجع نفسه ، ص 67 .

(169) العلواني عديلة ، تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر (دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة)، الجزائر : جامعة بسكرة رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية (غير منشورة) 2003 .

هذه الدراسة حول تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات تمثل الهدف الرئيسي من الدراسة في تحسين مبدأ تعدد مصادر تمويل المؤسسات الصحية العمومية بما يضمن إستمرارها و أدائها الفعال مع محاولة تفعيل ما أمكن دور الضمان الاجتماعي كوسيط لتمويل قطاع الصحة العمومي و قد قسمت الدراسة إلى ثلاثة فصول

الفصل الأول : يعرض تعريف الإقتصاد الصحة و دوافع ظهوره و تم التعرض الى أبرز المصادر المعتمدة لتمويل الصحة العمومية في العالم ، و الطرق المتبعة من طرف كل دولة لتفعيل أدائها الصحي ، تقييم لأبرز طرق التمويل من خلال دراسة تأثيرها على أداء الخدمات في هذه الدول ثم إستخلاص الطرق المثلى القادرة على تحسين الأداء الصحي .

الفصل الثاني : يعرض دراسة لقطاع الصحة في الجزائر و تطوره من خلال السياسات المتعاقبة والتحديات التي يواجهها في ضل التطور المتسارع للقطاع الخاص و تقييم طرق التمويل الحالية وإستخلاص الطرق البديلة .

الفصل الثالث : مقارنة مستوى الأداء الصحي في ضل طرق التمويل الحالية و الطرق البديلة واستنتاج الطريق الأنسب القادرة على التكيف مع المعدات الجديدة للمرحلة الراهنة و مسيرة التطور المتسارع للتكاليف .

- إشكالية الدراسة :

يمكن أن نلخص إشكالية هذه الدراسة أنه إذا كانت رؤية الدولة أن هناك حتمية بضرورة إستمرارية وجود قطاع الصحة العمومي و بكل خدماته الصحية و الوقائية و العلاجية و المتبعة الصحية لتكن صاغته الإشكالية في التساؤل التالي :

- ماهي سياسة التحويل الأنسب لضمان إستمرارية قطاع الصحة العمومي و بالفعالية اللازمة مع التحسين المستمر في الخدمات الصحية المقدمة ؟

- فرضيات الدراسة :

وهي فرضية واحدة نعرضها كالآتي :

إن قطاع الصحة العمومي مع ما يملكه من إمكانيات مادية و بشرية إلا أن خدماته الصحية دون المستوى المطلوب و يرجع هذا خاصة إلى طرف التمويل و عدم فعاليتها خاصة في ضل الظروف الراهنة و هذا مايلزم في نظرنا أن تتبنى الدولة سياسة تمويل بديلة قادرة على إعادة قطاع الصحة العمومي من جديد بما يكفل تقديم الخدمات الصحية بصورة تستجيب للمقاييس العالمية و إستمرار مختلف الخدمات الصحية الوقائية منها و العلاجية و الرعاية في أحسن صورة .

- المناهج المستخدمة :

وقد إختارة الطالبة أن يكون مزيج بين المنهج الوصفي النظري و منهج دراسة الحالة و هذا من خلال الزيارات الميدانية للعينة المدروسة (القطاع الصحي بسكرة) إضافة إلى الملاحظة و دراسة و تحليل مختلف الوثائق و البيانات و المعطيات الفعلية .

- نتائج الدراسة :

(1) طرق التمويل المعتمدة في الجزائر أدت إلى إنخفاض مؤشرات الاداء الصحي مقارنة بالدول المجاورة خاصة بالنسبة إلى المغرب التي لازالت تعاني من تدهور مستوى خدماتها الصحية و التي كانت الجزائر تفوقها في المستوى الصحي العام و في حسن أداء الخدمات .

(2) أثبتت التجارب أن الدول التي تبني نظام التأمين الإجباري هي وحدها التي استطاعت تحقيق أحسن المؤشرات من حيث الأداء الصحي .

(3) إن نظام التأمين الإجباري هو القادر على تحقيق الفعالية و الذي يضمن عدالة الوصول للعلاج من أنظمة التمويل الأخرى .

حاولنا الاستفادة من هذه الدراسة من خلال متابعة المنهج المتبع و طريقة تطبيقه على أرض الواقع ، والتعامل معها و الاستفادة منها خاصة على مستوى الجانب الميداني ، رغم التباين في الجانب

الذي ركزت عليه كل دراسة ، فهذه الدراسة تركزت على الجانب الإقتصادي و دراستنا تركز على الجانب الاجتماعي و قد جاءت نتائج الدراستين متوافقة إلى حد كبير .

2 - الدراسة الثانية :

هي دراسة تمت في إطار الحصول على درجة ماجستير علم الاجتماع التنموية ، جامعة بسكرة⁽¹⁷⁰⁾ موضوع هذه الدراسة يدور حول دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن من إعداد الباحثة سعيدة شين بمعهد علم الاجتماع من أجل نيل درجة الماجستير في التنمية أما تاريخ و مكان الدراسة فكان سنة 2003 في ثلاثة مجتمعات صحية بمدينة بسكرة و هي تدور (حول دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن) و كانت طبيعة دراستها ميدانية .

- إشكالية الدراسة :

و هي تتبلور في السؤال التالي .

- هل الخدمات الصحية لها دور فعال في التنمية المحلية من خلال التميز المستوى الصحي للمواطن ؟ و الذي تندرج عنها جملة من التساؤلات نذكرها كالاتي :

- 1- هل الهياكل الصحية الموجودة تساهم في التنمية الصحية للمواطن على مستوى مدينة بسكرة ؟
- 2- هل التأطير الطبي الحالي يساهم في التنمية الصحية للمواطن على مستوى مدينة بسكرة ؟
- 3- هل الخدمات الصيدلانية تساهم في التنمية الصحية للمواطن على مستوى مدينة بسكرة ؟
- 4- هل الخدمات الصحية الحالية في مجال الوقاية تساهم في التنمية الصحية للمواطن على مستوى مدينة بسكرة ؟

- المنهج المستخدم :

فأعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي التحليلي حيث تم من خلاله تحليل و تفسير البيانات و من ثم الوصول إلى نتائج كذلك التفسير و التحليل و المقارنة في الجانب النظري خاصة حينما حلت و قارنت الوضع الصحي بالجزائر منذ يوم الاستقلال إلى يومنا هذا ، و كذا مقارنة الوضع الصحي بالدول المتقدمة مع نظيره بالعالم الثالث .

أما فيما يخص العينة فقد جاءت في نوعين :

الأولى : عينة غير قصدية و تتمثل في أخذ نسبة تمثل 10 % و هي نوع من العينات العشوائية و قد قدر عددها بـ 400 فرد من الجنسين أعمارهم فوق 18 سنة بإعتبار أن هذا السن مناسب لشريحة إجتماعية و اعية مسؤولة و قادرة على رعاية صحتها و متابعة و قايئتها .

الثانية : و عينة قصدية غير عشوائية تم إختيار أعضائها من مصلحة الهياكل و النشاطات الصحية و مصلحة الوقاية إضافة إلى أعضاء الفريق الصحي للمجمعات الصحية .

المقابلة : وكانت مع المسؤولين في بعض المصالح بمديرية الصحة و السكان بمدينة بسكرة كمصلحة الوقاية و مصلحة الموارد البشرية للتعرف على الميزانية المخصصة لقطاع الصحة بمدينة بسكرة و مادي كفيئتها في هذا القطاع كذا التوجهات السياسة الصحية الجزائرية حاليا ، و أهم الامراض المنتشرة بالمدينة محل الدراسة و مدى وعي المواطن من الناحية الصحية .

- **الاستمارة :** إستخدمت لجمع البيانات الميدانية و قد تم الاعتماد في الدراسة على إستمارتين :

1- خاصة بالمواطنين المترددين على الهياكل الصحية و تضمنت 36 سؤالاً منها ثلاثة مفتوحة و 33 سؤالاً مغلقاً .

2- خاصة بالموظفين العاملين في مديرية الصحة و السكان تحوي 20 سؤالاً من 07 أسئلة مفتوحة و 13 سؤالاً مغلقاً .

كانت كأداة تكميلية للاستمارة و ذلك للتحقق من المعلومات المصرح بها في الاستمارة حول مدى توفر الخدمات الصحية المقدمة في الهياكل الصحية و المشاكل التي تقف في وجه توفر هذه الخدمة و حسن تسييرها و توزيعها و طريقة تعامل الفريق الطبي مع المواطن و مدى إقبال المواطنين على المؤسسات الصحية الإحصائيات الرسمية و التقارير :

تم الاعتماد على الإحصائيات الرسمية و التقارير كأداة من أدوات جمع البيانات حيث تم التطرق من خلال هذه الوسيلة إلى دراسة الإحصائيات الرسمية و التقارير الوطنية و حتى العالمية .

(170) الشين سعيدة، دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن (دراسة ميدانية القطاع الصحي بسكرة) ، الجزائر : جامعة بسكرة ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع و التنمية (غير منشورة) 2003 - 2004 .

و بالنسبة لتقنية المعتمدة في تفريغ البيانات و تحليلها فقد تم الاعتماد على المنهج الإحصائي الذي يستعمل مقارنات النسب المئوية و هو الأكثر انتشارا من خلال جداول بسيطة .

نتائج الدراسة :

للخدمات الصحية في مجال الوقاية دور كبير في تنمية المستوى الصحي للمواطن و من ثم المساهمة في عملية التنمية الاجتماعية.

1- رغم توفر الخدمات الصحية كالتلقيحات و توفد المواطن إلى المؤسسات الصحية إلا أن العديد من الأمراض التي تشكل خطرا على المواطن تبقى موجودة و يرجع السبب حسب المسؤولين في قطاع و حتى المواطنين في مدينة بسكرة لا يمكن في قصور الخدمات الصحية بل يرجع أساسا إلى المستوى المعيشي المتدني .

2- رغم أن توفر الأطباء له دور كبير في التنمية الصحية للمواطن غير أننا نجد أن مدينة بسكرة تعاني عجزا كبيرا فيما يخص الأطباء المختصين، و هذا طبعا له أثاره السلبية على المواطن و على التنمية بشكل عام .

3- مدينة بسكرة تتوفر على هياكل صحية لايأس بها و قريبة من المواطنين و الخدمات المقدمة فيها أغلبها جيدة غير أن ما يعيبها هو تعطل العتاد الطبي لفترات طويلة دون إصلاحه ، أو ندرته .

4 – الخدمات الصيدلانية متوفرة في مدينة بسكرة و لكن تكلفتها عالية ، يظطر فيها المريض في كثير من الأحيان إلى الاستدانة من أجل شراء الدواء .

نتائج هذه الدراسة تتفق منع ما تم التوصل إليه من نتائج خلال الدراسة الراهنة ، حول ضرورة تحسين الخدمات و أنستها و قد تمت الاستفادة من هذه الدراسة من المنهج و قد تم التوصل إلى أن العجز لا يمكن في نقص الأطباء و تعطل العتاد ، و إنما في العلاقة بين المواطن و عمال قطاع الصحة ، و هذا مركزة عليه الدولة في سياستها الجديدة من خلال إصلاح المستشفيات .

3- الدراسة الثالثة :

دراسة فيما بعد التدرج تخصص مالية و محاسبة من المدرسة الوطنية للصحة العمومية المرسي – الجزائر (171) من إعداد الطالب فرحات عبد المنعم ، تاريخ الدراسة جوان 2005 و مكانها القطاع الصحي بسكرة . أما عن طبيعة الدراسة فهي دراسة وصفية تحليلية بعنوان (أهمية طرق التمويل البديلة في تحسين الخدمة الصحية) دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة .

محتوى الدراسة :

هذه الدراسة حول أهمية الطرق التمويل البديلة في تحسين الخدمة الصحية و كيفية تحقيق التوافق اللازم بين حجم النفقات المتوقعة و المنكماشة في أن واحد من جهة و نوعية الخدمة الصحية المقدمة من جهة أخرى ، و التي ضلت متردية في كثير من الأحيان ، خاصة مع ظهور منافسة القطاع الخاص المعتمد على إمكانيته ، مما يهدد تواجد القطاع الصحي كمؤسسة عمومية بمهام المرفق العام و تضمن الخدمة الصحية لكل المواطنين و لهذا نجد أن موضوع الإصلاح المنار و بحددة خلال السنوات القليلة الماضية يصيب في جانب أساسي منه على البحث عن طرق تمويل حديثة تضمن هدفين أساسيين:

1- عقلنة تسيير الميزانية و ترشيد الاتفاق .

2- جودة الخدمة الصحية .

وقد لخص إشكاليته في :

أمام تردي مستوى نوعية الخدمات الصحية في ظل اعتماد أنماط التمويل الحالية و الحديث عن إصلاح يدخل بدائل جديدة في التمويل فإن الطالب يتساءل عن :

1- مامدى أهمية طرق التمويل البديلة في إصلاح المنظومة الصحية ؟

2- و ما مدى نجاعة هذه السياسات في تحسين الخدمة الصحية ؟

(171) عبد المنعم بن فرحات ، أهمية طرق التمويل البديلة في تحسين الخدمة الصحية (دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة) ، الجزائر : المدرسة الوطنية للصحة العمومية المرسي ، دراسة فيما بعد التدرج تخصص مالية و محاسبة (غير منشورة) جوان 2005 .

- فرضيات الدراسة :

و قد لخصها في فرضية عامة تتلخص في أنه :
ل طرق التمويل الحديثة أهمية بالغة في جودة الخدمة الصحية حيث أصبح من الضروري تكيف طرق تمويل القطاع الصحي العمومي لتستجيب لمبادئ الفعالية عن طريق الاستغلال الأمثل للموارد المخصصة و لضمان الأداء الجيد للخدمات الصحية .

- المنهج المستخدم :

من أجل الدراسة المعمقة و التحليل الشامل لمختلف العوامل و العناصر و المتغيرات المؤثرة في مفردات البحث الساعي إلى تبيان أهمية سياسة التمويل المناسبة لقطاع الصحة العمومي مع محاولة إلقاء الضوء بنوع من التفصيل على مختلف المسببات المباشرة و غير المباشرة التي أدت و قد تؤدي إلى هدر الإمكانيات من فعالية هذه الأساليب و موجهتها ، يرى الطالب أن طبيعة الدراسة وصفية تحليلية تهدف إلى وصف و تشخيص المشكلة لذا فقد اختار منهج مزيج بين (المنهج الوصفي) الذي يعتمد على الدراسات السابقة و البحوث و الإحصاءات المتعلقة بالموضوع و (منهج دراسة الحالة) و الذي يمكن من التعمق في فهم مختلف جوانب المشكلة محل الدراسة و كشف أبعادها من خلال دراسة و تحليل مختلف الوثائق و البيانات و المعطيات الفعلية .
و قد إستعان الباحث من خلال بحثه على العديد من الأدوات منها .
الملاحظة : و تعد الأداة الأساسية التي بنى عليها مختلف الأدوات الأخرى فإنطلاقاً من الملاحظة يمكن للباحث جمع و وصف و ربط البيانات و الظواهر حولها و تفسيرها .
و على أساس أن البحث ينتمي إلى مجتمع البحث الأصلي فقد استعمل الملاحظة بالمشاركة و لملاحظة تسيير العمل و طرق إنجازه مع المسيرين و المستخدمين و تفاعلهم فيما بينهم في موقع العمل مما يسهل عليه أيضاً التحصل على الوثائق و جمع المعلومات اللازمة .
- دراسة الحالة : تهدف للإحاطة الشاملة و المعرفة بتفصيل الحالة المدروسة كما أنها تكشف عن وقائع الحالة المدروسة من عدة جوانب .

- نتائج الدراسة :

1- إتمادات الإيرادات الممنوحة للقطاع من خلال المساهمات الجزافية للدولة ، هيئات الضمان الاجتماعي و هيئات التأمين لا تعبر عن حجم النفقات الحقيقية التي تتجاوز دائماً الإتمادات المذكورة مما يجعل الميزانية تعرف عجزاً دائماً في نهاية السنة المالية .
2- يتوفر القطاع الصحي بسكرة على هياكل إستشفائية مهمة ، غير أن الخدمة الصحية لا تعبر عن إستغلال الناجع لهذه الهياكل بإستثناء البعض ، بما يجعل شكل التمويل الحالي مبرراً لاستمرار هياكل على حساب النشاطات الصحية التي ينبغي تحقيقها .
3- إتماد النظام التعاقد يكرس العدالة في توزيع الأعباء على الأطراف المساهمة في التمويل و يفعل دور القطاع الصحي في إثراء موارده الذاتية .
هذه الدراسة أكدت على ضرورة الإصلاح ، من خلال النتيجة المتوصل إليها و التي مفادها أن إتماد النظام التعاقد يكرس العدالة الاجتماعية ، و يفعل دور القطاع الصحي ، بعد كل ما عناه من تردي في مستوى أداء الخدمات الصحية ، و هذا ما تم التوصل إليه من خلال الدراسة الحالية في أن للسياسة المزعم تطبيقها في قطاع الصحة العمومي ، أهمية بالغة لتحقيق التنمية الاجتماعية و التنمية بصفة عامة .

4- الدراسة الرابعة :

هي دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي من جامعة منتوري بقسنطينة⁽¹⁷²⁾ من إعداد الباحث سليمان بومدين و عن تاريخ الدراسة فكان سنة 2003 و مكانها مدينة سكيكدة و كانت طبيعتها هذه الدراسة وصفية تحليلية تحت عنوان (التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر) حالة مدينة سكيكدة .

(172) سليمان بومدين، **التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر(حالة مدينة سكيكدة)**، الجزائر: جامعة قسنطينة، رسالة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي (غير منشورة)، 2003

- محتوى الدراسة :

جاء موضوع هذه الدراسة حول التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر حالة مدينة سكيكدة و هذا للكشف عن محتوى التفكير الاجتماعي المتعلق بمسألة صحة الانسان و أمراضه و أسبابها في حياته و قد جاءت الدراسة في ثمانية فصول .

الفصل الأول : و قد تتضمن إطار الدراسة و به موضوع الدراسة و أسباب اختياره و أهداف الدراسة النظرية و التطبيقية ، إشكالية الدراسة و فرضيتها ، الإطار المفاهيمي للدراسة ، حيث يتم التطرق فيه لمفاهيم التصورات الاجتماعية و الصحية و المرض ، كما تتضمن الأسلوب الفني المتبع في الدراسة و أساليب التحليل و التفسير.

الفصل الثاني : يتضمن اتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة و المرض حيث تم التطرق لأربعة مداخل و هي المدخل الأنثروبولوجي النفسي و المدخل الطبي و المدخل الاجتماعي و المدخل النفسي .

الفصل الثالث : و قد تضمن المنظور الامبريقي للصحة و المرض حيث تم استعراض أهم الدراسات السابقة المتعلقة بسياقات ثقافية متباينة و علاقتها بتغير نظرة الفرد للصحة و المرض ، كما تم استعراض الدراسات الحديثة حول أنثولوجيا المرض و أخيرا التطرق للدراسات السابقة حول أساليب العلاج و الأنماط السلوكية .

الفصل الرابع : و قد تضمن التصورات الاجتماعية التقليدية لأسباب الصحة و المرض في الجزائر و هي ، الجن و العين ، والسحر ، دعوة الشر ، المكتوب و بعض الكائنات الميثولوجية المعروفة في الثقافة الجزائرية كما تم التعرف للتصورات الحديثة للصحة و المرض المهيمنة على الفكر الطبي الغربي الحديث .

الفصل الخامس : تضمن خطة الدراسة الميدانية و إجراءاتها ، حيث إحتوى على نوع الدراسة ، مجالاتها الجغرافية و البشرية و الزمانية ، كما إحتوى على فرضيات الدراسة و منهجيتها ، طريقة البحث ، مصادر جمع البيانات ، أدوات جمع البيانات عينة الدراسة و أسلوب معالجة البيانات .

الفصل السادس : يتعرض هذا الفصل إلى تحليل البيانات الامبريقية المتعلقة بالفرضية الأولى من خلال حساب النسب المئوية و المتوسطات الحسابية و معاملات الارتباط لإحدى عشر متغيرا في علاقتها بالتصورات الاجتماعية للصحة و المرض للمبحوثين و ذلك بغرض اختيار الفرضية القاضية بوجود علاقة دالة بين الخصائص الديمغرافية و ممارسة العلاج التقليدي أو الحديث من ناحية و محاولة تحديد بعض جوانب تصور المبحوثين للصحة و المرض .

الفصل السابع : يناقش مسألة محورية في الدراسة و هي علاقة التصور الاجتماعي للصحة و المرض بالنسق الثقافي القيمي و ذلك من خلال تحليل و مناقشة البيانات الاحصائية المتعلقة بالصحة و المرض و المسار العلاجي للمبحوث و المعنى الذي يعطيه لهذين المفهومين و مسؤوليته عنهما و ذلك في محاولة لاختيار مدى صدق الامبريقي للفرضية الثالثة .

الفصل الثامن : تضمن نتائج الدراسة و مناقشتها على ضوء فروضها و على ضوء الدراسات المشابهة لها ، كما تضمن إسهام الدراسة الراهنة في النظرية التقنية الاجتماعية و القضايا التي أثارها .

- إشكالية الدراسة :

يحاول الباحث من خلال هذه الدراسة الكشف عن الأنظمة التفسيرية Systemes explicatifs لعينة البحث لمفهوم الصحة و المرض كما يحاول أن يحدد الأطر المرجعية التي تفسر من خلالها الظاهرة .

ما هي الصحة و ما هو المرض ؟ كيف يفسران ، ماسبهما و معاهما ؟

ما هو الجسم المريض و ما هو الجسم السليم ؟ ما هي أساليب العلاج المناسبة و إلى أي الناس يلجأ

المريض ؟ ما هي مسؤولية المريض في نسب المرض و علاجه و الوقاية منه ؟ من يتخذ القرار بشأن

نوعية العلاج الذي سيخضع له المريض ؟

هل يلجأ إلى الطب الحديث أولا أو إلى الطب التقليدي ؟ و على أي أساس يتم تفضيل أحدهما ؟ وما علاقة

كل ذلك بالنظام القيمي و الثقافي المحلي ؟

إذن فالباحث يحاول أن يكشف على التصورات الاجتماعية للصحة و المرض بالجزائر عامة و مدينة

سكيكدة حالة الدراسة خاصة من خلال محاولة فهم كيف يدرك عامة الناس تجربت المرض

و الصحة ووصف محتوى التفكير الإجتماعي حولها و التي بالرغم من انتشار وسائل الإعلام الحديثة، و تعرضها باستمرار لها.

فان التصورات لا يمكن أن تكون محايدة ولا يمكن أن تعود فقط للمعلومات العلمية و لكن تعود أيضا إلى الهوية الثقافية الإجتماعية الدينية بالجزائر، مع محاولة الفهم كيف نشأت و بنيت هذه التطورات .

- فرضيات الدراسة:

بما أن هذه الدراسة تستند إلى متغيرين رئيسيين يشكلان التصور الإجتماعي للصحة و المرض، وهما الممارسات التقليدية و الحديثة وارتباطهما بالنمط الثقافي " السائد من ناحية و بطبيعته التطور الصناعي و التحضر من ناحية أخرى.

فقد حدد الباحث فرضيتين اثنتين هما:

الفرضية الأولى: أن هناك علاقة دالة بين ممارسة الطب التقليدي أو الحديث و بين متغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، الموطن الأصلي، مدة الإقامة بالمدينة، السكن، عدد الأفراد في الأسرة ، الدخل، الإنتماء الطبقي.

الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطية بين تصورات الصحة و المرض و بين النظام الثقافي، القيمي في مجتمع الدراسة.

- المنهج المستخدم:

المنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للإجابة عن الأسئلة التي تثيرها المشكلة البحثية، و لأن الدراسة الحالية تزاول و تمزج بين عدة مداخل، و تستخدم أكثر من أداة، ذلك أن موضوع التصورات تتداخل و تتعدد فيه المجالات، فيشترك فيه علم النفس و الأنثولوجيا و علم الإجتماع و غيرها من العلوم، كل من منظره الخاص، و هذا التشابك في الموضوع يفرض اجراءات منهجية تتماشى وفقا للمنظور النفسي الإجتماعي الثقافي الذي يفسر التصورات وفقا للأبعاد الذاتية و الإجتماعية.

و من ثم فإن الدراسة اعتمدت على مجموعة من أساليب الطريقة الوضعية الكشفية منذ بداية الدراسة إلى نهايتها و من هذه الأساليب التي استخدمت في الدراسة.

1/ طريقة المسح بالعينة: و هي إحدى الأساليب الوصفية و الهدف منها:

- توفير الحصول على البيانات الشخصية، العمر، الجنس، المهنة..... الخ

- تساعد على معرفة بعض الحقائق المتعلقة بالمبعوث جوانب صحية ثقافية معيشية.

- الحصول على بيانات حول إدراك الفرد لطرق العلاج و أدائهم حول الصحة و المرض.

أ/ و قد وُظف نوعان من تقنيات المسح بالعينة كالمقابلة و الإستبيان و غيرها من أجل تقديم معلومات

كمية ميدانية دقيقة تصور واقع تصرف المبحوث إزاء قضايا الصحة و المرض.

ب/ وطريقة المقارنة خاصة فيما يتعلق بمقارنة نتائج الدراسة الميدانية الحالية بنتائج الدراسات السابقة.

2) مصادر جمع المعلومات:

- مسح واستطلاع التراث المكتوب المتاح حول التصورات الإجتماعية.

- الإلتجاء إلى الخبرات العلمية و التطبيقية المتعلقة بالدراسات الأمليقية حول التطورات الإجتماعية شقيها التقليدي و الحديث بالإطلاع على الدراسات السابقة.

- استطلاع آراء الخبراء و المتخصصين غي التعامل مع المرضى على مر السنين.

3) أدوات جمع البيانات:

اعتمد الباحث على عدد من تقنيات جمع البيانات و هي:

الملاحظة: استخدمت لمعرفة مجتمع الدراسة و الإحتكاك به.

السجلات و الوثائق و الإحصائيات: المتعلقة بالمرض و الأطباء و الهياكل الصحية و التغطية الطبية

الإستمارة: و قد اشتملت على 47 سؤالاً:

- 37 سؤال مغلقا فالشرح قد يوحى بالإجابة أحيانا و كذلك لسهولة تحليل مثل هذا النوع من الأسئلة.

- 10 أسئلة مفتوحة للوصول إلى كيفية شرح المرض لمفهومي الصحة و المرض و كان الهدف حث

المستجوبين على التفكير و التعبير بحرية و الحصول منهم على إستجابات تلقائية.

وقت شملت الإستمارة على ستة محاور أو أبعاد و هي:

1- و هو عبارة عن بيانات شخصية تتعلق بالمستجوب مثل عمره، جنسه مستواه التعليمي، و قد تضمن هذا

المحور 13 سؤالاً من 1 إلى 13.

- 2- و هو عبارة عن أسئلة تدور حول تصور المبحوث للصحة و تعريفها و مؤشراتها و العوامل التي تحط منها و يمثل الفقرات من 14 إلى 27.
- 3- و يدور حول تصور المبحوث لتعريف المرض و مسبباته (التقليدية و الحديثة) و العلامات التي المريض من خلالها و يمثل الفقرات من 28 إلى 34.
- 4- و يدور حول المعنى الذي يعطيه المبحوث لمرضه حتى يجعل منه أمرا مفهوما أو جملة الإستراتيجيات المعرفية و البراهين التي يتبناها لتفسير ما يحدث له، و يمثل هذا المحور الفقرات من 35 إلى 37.
- 5- يدور حول المسارات العلاجية (تقليدية أو حديثة) التي يسلكها المريض في بحثه عن العلاج و سبب اختياره لها و هل يفضل أحدهما عن الآخر أم إليهما معا، و لماذا؟ و يمثل هذا المحور الفقرات من 38 إلى 46.
- 6- و يدور حول مسؤولية الفرد عن صحته و مرضه أي إعتقاده بأنه مسؤول عما به من مرض و صحة أو أنه يعزو ما يحدث له لعوامل خارجية كالخطأ أو الأطباء أو القضاء و القدر، و يمثل السؤال 47 و يحتوي 14 فقرة يجب عليها المستوجب بالسلب أو الإيجاب.

عينة الدراسة:

عينة الدراسة عينة مساحية أو مكانية و هي عينة طبقية + عيشة عشوائية بسيطة و للحصول على عينة الدراسة طبقت المعادلة التالية:

ع د

= نء

ع س د²

نء = حجم العينة المطلوب اختيارها من مجتمع البحث

ع د = الإنحراف المعياري لمجتمع البحث

حد الثقة أو درجة الدلالة للوسط الحسابي لمجتمع البحث

ع س د² =

مستوى الثقة 95 %

و على هذا الأساس كانت النسبة المئوية المأخوذة من مجتمع الدراسة

$100 \times 358,34$

5 %

= هي

7,78

نتائج الدراسة:

من خلال هذه الدراسة كشف التحليل النظري و الميداني للتصورات الإجتماعية للصحة و المرض عن عدد من الإستنتاجات يمكن إبرازها و التعرف عليها من خلال النقاط التالية:

أ- نتائج الدراسة على ضوء فروضها:

1- الفرضية الأولى: أن هناك علاقة دالة بين ممارسة الطب التقليدي أو الحديث و بين متغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، الموطن الأصلي، الإقامة، السكن، الدخل، الأسرة، الإنتماء الطبقي.

2- الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطية بين تصورات الصحة و المرض و بين النظام الثقافي القيمي في مجتمع الدراسة.

ب- نتائج الدراسة على ضوء الدراسات المشابهة:

1- نتائج الدراسة تتفق إلى ما توصلت إليه أمينة شابو من أن المريض ينسب ما يحدث له تارة إلى الجن و تارة العين و تارة أخرى إلى المكتوب الذي يحقق كثيرا من الشعور بالذنب لدى المريض ومحيطه.

2- تتفق النتائج أيضا مع دراسة عائشة لخادير التي أجريت بمدرسة الدار البيضاء المغربية و التي يثبت أن المكتوب و الجن و العين و التابعة هي من أهم المرجعيات في تفسير المرض.

3- لكن نتائج الدراسة تختلف في بعض جوانبها عن دراسة عائشة لخادير التي بنت عند دراستها المسار

العلاجي للمرض، أن المرضى يستعملون الطب التقليدي أولا فإذا فشل رجعوا إلى الطب الحديث أو العكس،

- بحيث وجد الباحث أن المرضى الذين يلجأون إلى الطب الحديث أو لا التقليدي ثانيا يشكلون الأغلبية الساحقة و هذا يفسر غلبة وانتشار الطب الحديث على التقليدي من حيث الإيمان و الإنتشار .
- 4- يتفق الباحث مع دراسة ابن اسماعيل حول معنى الصحة و المرض في الثقافة المغاربية عموما و الجزائرية خاصة.
- 5- كما أظهرت هذه الدراسة أن تصنيف الأمراض لا يتم فقط بأسلوب علمي تجريدي و لكنه يتم أيضا استنادا إلى ثقافة المجتمع و يتفق ذلك مع دراسات فوستر و أندرسون.
- 6- نتائج الدراسة تتفق أيضا مع ما توصلت إليه عائشة لخادير (المغرب) و غربي أقبال (تونس) حول فكرة ميل المواطن المغربي شكل عام إلى التملص من مسؤولية ما يصيبه من أمراض، و هو منطق منتشر لدى الكثير من الثقافات خاصة الإفريقية، و هو ما يتفق و دراسة فانزونج حول النماذج التفسيرية للمرض في منطقة باريس.
- 7- توصلت الدراسة إلى أن مهنة الفرد أو مستواه التعليمي لا يؤثران كثيرا في تصوراتهم حول قضايا الصحة و المرض، إذ يبدو أن الثقافة أقوى من أن يغيرها التعليم أو المهنة و هو ما يتناقض مع ما توصلت إليه جانبيين بييري من أن الفرنسيين يعطون أربعة معاني مختلفة للصحة.
- 8- كما أظهرت نتائج هذه الدراسة فروقا طفيفة جدا في التصورات الإجتماعية للصحة و المرض بين الريفيين و الحضريين و مثل هذه النتائج تتفق تماما مع ما توصل إليه جروس Gross و جيبينوس Gibbons و جونسون Johnson و غيرهم.
- 9- إذا كانت هذه الدراسة قد أظهرت أن طبقة الأغنياء أكثر إيمانا بالطب التقليدي و أقل اعتقادا في فوائد الطب الحديث فإنها تأتي على النقيض مع دراسة مارتين بونجز و جانين بييري Bungere et pierret.
- 10- جاءت نتائج الدراسة متوافقة إلى حد كبير مع بعض نتائج دراسة فتحية سعادة حول التصورات الإجتماعية للصحة و المرض للعمال المغاربة في المغرب و فرنسا.
- ج- الدراسة الراهنة و النظرية النفسية الإجتماعية:**
- 1- تضرب التصورات بجذورها في البناء الإجتماعي، كما أنها ترتبط بذاتية الشخصية الجزائرية و تطورها عبر مراحل تاريخية متباينة.
 - 2- لعبت التغيرات الإقتصادية و الإجتماعية دورا حاسما في تحديد أنماط التصورات الإجتماعية للصحة و المرض.
 - 3- يرتبط مفهوم الصحة و المرض لدى الفئات الدنيا و المتوسطة و العليا بثقافة المجتمع دينية كانت أو أسطورية، و لم تلمس فروقا جوهرية بين هذه الفئات، فكلبار السن و صغارهم و المتعلمين يؤمنون جميعا بالمكتوب و العين على سبيل المثال.
 - 4- انتقال الفرد عبر عوالم مختلفة أثر على نفسيته و عرضه لضغوط متعددة، الأمر الذي ساهم في امتزاج الرؤى التقليدية بالرؤى الحديثة.
 - 5- الإرتباط القوي بالتراث الشعبي و تجسدياته في زيارة " الولىا " "الطلبة" و إقامة الوعدات و "الزيارات".
- تكمن أهمية هذه الدراسة، في طريقة اختيار العينة و كيفية حسابها، نظرا للعدد الكبير لمجتمع البحث الأصلي.
- وقد تمت الإستعانة بالطريقة التي حساب العينة و تحديدها و المعادلة المطبقة، في تحديد العينة المطلوبة في بحثنا الراهن، و قد ساعدنا هذا كثيرا في فك الإلتباس و الغموض الذي إكتنف هذه النقطة، خاصة مع العدد الكبير المفحوصين و بالمقابل النسبة الصغير المعتمدة.

أولا: عرض نتائج المقابلات

1- عرض بيانات المقابلة:

- 1- يمكن القول أن تدعيم وزارة الصحة و السكان في سنة 2003 بتسمية جديدة مطلقا هي وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، أبرز توجه الدولة في سياستها نحو الإصلاح بالارتكاز على المستشفيات مستندة في ذلك إلى مفهوم جديد في التسيير يقوم على النظام التعاقدية الذي ركز على جوانب و أغفل أخرى . فقد ركز على نقاط أهمها :

- إلغاء نظام التمويل الجزافي لمساهمات الدولة و الضمان الاجتماعي و اعتماد التعاقد بدلا عن ذلك و الأصل في التعاقد هو العقد بين صاحب الخدمة (المستشفى) و الزبون (المريض) و الذي تندرج تحت هذه الحالات:

- إما يدفع تكاليف الخدمة لوحده.
- من تكاليف الخدمة و تتحمل الهيئة الاجتماعية % - يكون مرتبط بعقد مع الضمان الاجتماعي فيدفع 20 النسبة الباقية.
- تتحمل الدولة التكاليف بالنظر لحاله إعوزازه .

- اعتماد تسعيرات جديدة للخدمة الصحية تكون مطابقة لتكلفتها الحقيقية و إلغاء التسعيرات الرمزية .
- الفصل بين الوقاية التي تبقى من صميم عبء الدولة و من العلاج الخاضع للتعاقد (173) .
و النقاط التي يمكن أن يكون قد أهملها هي ما مدى الوعي التأميني لدى المواطن كذلك الغموض الذي يكتنف هذا الملف حسب رأي الدكتور يوسف رئيس النقابة الوطنية للممارسين الأخصائيين في الصحة العمومية الذي يتساءل عن سبب إقصاء الشركاء الاجتماعيين من صياغة قانون الصحة الجديدة و الإصلاحات التي تباشرها الحكومة و أضاف أن أية إصلاحات يجب أن تستوفي شروط هي غائبة في هذا الوضع و تتعلق أساسا باشتراك المتعاملين الاجتماعيين و المهنيين و الحركة الجمعوية جمعيات المرضى، زيادة على التنسيق مع كل القطاعات التي تمس من قريب أو من بعيد قطاع الصحة، لئتم بعدها تحسيس و إعلام المواطنين بقصد تحضيرهم لهذه الإصلاحات غير أن هذه الشروط البسيطة يرى الدكتور يوسف، لم يتم احترامها، و هو ما يعني في هذه الحالة أن مآل هذه الإصلاحات سيكون الفشل الحتمي (174) لإهمالها أهم الأسس لانطلاق أي مشروع إصلاح .

(2) و يمكن أن نلاحظ أن فكرة التعاقد برزت في الأطر القانونية منذ سنة 1991 من خلال قانون المالية لسنة 1962 قانون 91-25 مؤرخ في 18 ديسمبر 1990 و ذلك في المادة 175 منه (175) .
" يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي و وزارة الصحة " غير أن هذا النظام لم يطبق إلى حد الساعة رغم إثارته بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة، بل و إصدار قوانين تفصيلية بهذا الشأن المرسوم التنفيذي رقم 04-101 مؤرخ في 01 أفريل 2004 (176) .
و في ذلك دليل على عدم جاهزية قطاع الصحة العمومي لهذه الإصلاحات، نظرا لما يمكن أن يترتب عنه من تداعيات اجتماعية، سياسية، و حتى صحية، و ذلك بالنظر للطبيعة القانونية لقطاع الصحة العمومية الذي يعد مرفق عام يضمن الخدمة للجميع على قدر من المساواة و لا يحق له الانتقاء و المفاضلة بين المرتفقين، إضافة إلى رسوخ ثقافة " البايك" في القطاع العام سواء لدى العاملين أو المرتفقين (177) . و في هذا الإطار أضاف الدكتور يوسف أن هذه الإصلاحات يستحيل أن تنجح بهذه الطريقة و يستحيل أن يرضوا ب إصلاحات هي في الواقع مبهمة و غير واضحة المعالم، خاصة أن المعنى بالأمر و هو المواطن لا يدري طبيعة هذه الإصلاحات و هذا سيوضح تحليل البيانات من خلال الجدول رقم (17) (178) في الدراسة الميدانية.
(3) و عند الحديث عن تجهيز الأراضية المناسبة لتطبيق هذا النظام التعاقدية فهذه الأراضية ليست حكرا على قطاع الصحة لوحده، بل هي نتاج لتداخل عدة قطاعات و مجالات، و في تصور المدير الولائي للصحة في مدينة بسكرة فإن هذه الأراضية غير جاهزة، فمن جهة فإن القطاع العام ما يزال غير قادر على المنافسة أمام القطاع الخاص رغم توفره على إمكانيات أكبر لكن و بحكم أنه مرفق عمومي فهو يتحمل الأعباء الأكثر نظرا لأن المؤسسات الصحية في القانون الجديد لا يعتبرها مؤسسات إدارية ذات طابع صحي ، و إنما يعتبرها مؤسسات ذات طابع صحي أي أن القانون الجديد لا يعتبرها مؤسسات إدارية ذات طابع صحي، و إنما يعتبرها مؤسسات ذات طابع صحي أي أن القانون الجديد يخرج هذه المؤسسات من قطاع الوظيفة العمومي إلى قطاع

(173) مقابلة مع المدير الولائي للصحة ولاية بسكرة، يوم 4 ديسمبر 2006.

(174) الأطباء يجهلون كيفية تطبيق الإصلاحات، جريدة الخبر، صفحة الوطن، 29-12-2004.

(175) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادى الثانية عام 1412

هـ الموافق لـ : 18 ديسمبر سنة 1991.

(176) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 11 صفر عام

1425 الموافق لـ 1 أفريل سنة 2004.

(177) مقابلة مع المدير الولائي للصحة، ولاية بسكرة، يوم 04 ديسمبر 2006

(178) جريدة الخبر 29-12-2004 مرجع سابق .

اقتصادي و من جهة أخرى أمام ما تعانيه البلديات من عجز في تلبية احتياجات مواطنيها الضرورية، من ضمن أن الصحة سوف تكون للجمع و هي الحاجة التي لا تقبل التعطيل أن التأجيل و من هنا يصبح ضغطها السياسي و الاجتماعي كبير .

(4) و في إطار تسخير الإمكانيات من طرف الدولة و الموجهة للقطاع الصحي من أجل تطبيق هذا النظام فقد عملت السلطات على تسخير ما يلي:

- اعتماد التكوين المتواصل متوسط و طويل المدى لعمال قطاع الصحة.
- مشروع فصل هيئات الوقائية و العلاجات القاعدية التي تشمل القطاعات الصحية من جهة و الهيئات الإستشفائية من جهة أخرى و ذلك لتحديد نطاق مسؤولية الدولة المطلق و نطاق العمل وقف نظام التعاقد.
- تدعيم المستشفيات بتجهيزات جديدة و مرافق أخرى كتزويد القطاع الصحي بسكرة مؤخرًا بجهاز الجراحة .
- La sélioscopé بالمنظار
- اعتماد بعض المنح و التعويضات القائمة على أساس طبيعة الخدمة و دفتر شروط، (منحة الانتفاع)
- التركيز على مكتب الدخل و تدعيمه ببرنامج وطني للفوترة، باعتباره الواجهة الرئيسية التي تحرص على تطبيق هذه الإصلاحات .

- إصدار تعليمات تؤكد على أنسنة الخدمات من خلال حسن التكفل من حيث الإطعام و الإيواء و المعاملات الإنسانية.

(5) فيما يخص الإجراءات التنظيمية و القانونية التي أعدتها وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات المتعلقة بالدفع في المستشفيات و المؤسسات الصحية فقد أعدت وزارة الصحة بهذا الشأن مجموعة من الإجراءات التنظيمية و القانونية من خلال المرسوم التنفيذي رقم 101-04 مؤرخ 01 أفريل 2004⁽¹⁷⁹⁾ الذي يحدد كيفية دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية الاجتماعية .

(6) و عن تقييم العلاقة بين قطاع الصحة العمومية و صندوق الضمان الاجتماعي بغية المضي قدما في الإصلاحات المزمع اتخاذها في هذه السنوات القليلة القادمة، فقد تشكل فريق بين المؤسسة الصحية و مؤسسة الضمان الاجتماعي و مديرية النشاط الاجتماعي للعمل سويا، و البحث عن السبل الأنجع لبلورة النمط التعاقدية، كمنهج تسيير في المنظمة الصحية و كذلك لإيجاد طرق بديلة في عملية التسديد للفواتير، و تحديد قيمة المبلغ الخاص بعملية الاستشفاء اليومي، و في هذا الإطار فإن العلاقة قائمة بالتراضي بين أطراف التعاقد و هي لحد الساعة علاقة محدودة لا تتعدى قضية الإعلام و تبادل مراسلات يمكن أن نصفها بمرحلة تدريبية تسبق التطبيق الفعلي للعملية الإصلاحية و لحد الآن المواطن لا يدفع شيء .

(7) حول الانتقال المباشر من سياسة مجانية العلاج إلى الدفع مقابل العلاج و إن كان يخدم هذا العملية الإصلاحية أجب السيد المدير أنه حتى مع تطبيق العملية الإصلاحية فالمواطن يبقى لا يدفع بشيء لأن القانون ميز و حدد فئات للمواطنين كما سبق الذكر في الفصل الثالث .

و لكن من الأفضل أن يكون هذا الانتقال مصاحب بالمرور عبر مرحلة انتقالية تستكشف من خلال النقائص أو العراقيل التي قد تصادف تطبيق العملية الإصلاحية إذا كانت هناك صرامة و جدية في تطبيق هذه الإستراتيجية بكل أبعادها الاجتماعية، الاقتصادية و التسييرية.

(8) من أهم أهداف هذا الإصلاح هو إدماج القطاع الخاص و القطاع العام و إقامة ترابط بين القطاعين و على هذا الأساس فإن النظام الصحي القائم في الجزائر هو وحدة متكاملة بين القطاع العام و القطاع الخاص الذي بدأ يظهر بصفة ملموسة و فقا للنظام السياسي الجديد المتمثل في اقتصاد السوق، و عليه فإن القطاع العام يبقى من

(179) الجريدة الرسمية ، مرجع سبق ذكره .

المرافق الأساسية التي تحرص الدولة على بقاءها وديمومتها و عليه سيحاول إيجاد وضعية تنافسية موضوعية حقيقية بينه وبين القطاع الخاص، خاصة و كما هو معروف أن هذا الأخير يستفيد بصفة كبيرة من القطاع العام من حيث تزويده بالفنيين و الأخصائيين في هذا الميدان و اختيار الزبون و توجيه الزبائن الأخرى ذات الحالات المستعصية إلى القطاع العام.

و تماشيا مع هذا الوضع و ليحافظ القطاع العمومي على وضعية و ليحسن مردوديته يجب أن يتوجه نحو التحكم الموضوعي و العقلاني في أسس التسيير المبنية على الاستقبال الجيد بتفعيل دور مكاتب الدخول و رفع مستوى الخدمات بالتكفل اللائق القائم على أسسنة الخدمات.

(9) عند الحديث عن اتجاه عمال قطاع الصحة نحو هذه الإصلاحات هناك فريقان فريق مع الإصلاحات و ينتظر تجسيد الوضعية و الظروف الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة، مع وضع تدابير تجسيد مي قطاع الصحة، مع وضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص الوضعية و الظروف الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدم الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية و تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاجتماعية و الاقتصادية التي تركز على أساس تحسين الخدمة و ضبط أهداف الصحة العمومية في اتجاهها الصحيح.

أما الفريق الثاني فينتابه نوع من الخوف من اتجاه الدولة نحو خصوصية هذا القطاع خاصة مع التصريح الذي أدلى به وزير الصحة في سنة 2004 و الذي أكد فيه أن الهياكل الصحية ذات المردود الضعيف سوف يتم غلقها، و هي نية مسبقة لتسريح العمال بالإضافة إلى جهلهم الكبير بطبيعة هذا الإصلاح و أن المعلومات تقدم إليهم للعمل بها من غير توضيحات يغلب عليها الغموض و علامات الاستفهام.

(10) في إطار تحسين الظروف و الوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي الصحية مع وضع تدابير تحفيزية ينتظر عمال قطاع الصحة من هذه الإصلاحات بعض المزايا في الجانب المهني و تحسين الظروف الاجتماعية، و ذلك كون أن عمال هذا القطاع يعانون كثيرا من تدني أجورهم و خاصة الإطارات التي لا يتعدى أجرهم لقيمة العيش الضرورية.

لكن في الواقع لم يسجل أي تطبيق إلى حد الآن لإجراءات تذكر لتحفيز العاملين في انتظار التطبيق.

(11) أما بالنسبة لإعادة تقويم التجهيزات التقنية بإقامة نظام تأمين النوعية و شبكة للصيانة و توزيع العلاجات فهناك نفقات كبيرة في هذا الميدان و مجهودات جبارة تبذلها الدولة في تقويم التجهيزات و ترميم الهياكل و حتى إحلال تجهيزات جديدة كتزويد المستشفى مؤخرا بجهاز الجراحة بالمنظار كما سبق الذكر و قاعة للاستجالات التي هي في طور الإنجاز و التي ستجهر بأحدث الأجهزة الطبية في مجال الاستجالات.

و قد تم تخصيص حوالي 192 مليار سنتيم لتحسين الخدمات الصحية منها 45 مليار لاقتناء التجهيزات الصحية كسيارات الإسعاف المجهزة و أجهزة سكانير و المعدات الطبية، فيما يخص بقية المبلغ لبناء مستشفى يزربية الوادي بطاقة 60 سريرا، فضلا عن تدعيم المراكز الصحية و قاعات العلاج الجوارية و فتح مركز لتصفية الدم بطولقة لتخفيف الضغط المسجل على مستشفى بشير بن ناصر بسكرة حيث يحصى أزيد من 196 مريضا و 38 مريضا يعالجون بأولاد جلال، كذلك أكد المدير الولائي للصحة بسكرة أنه يجري تحضير ملفات لإنجاز مستشفىين بالقنطرة و سيدي عقبة و كلاهما بطاقة من 60 سريرا (180).

(12) هذا النظام الجديد للدفع يتمشى مع إمكانيات المواطن كون أن هذا النظام يقوم على الدفع حسب حالة المواطن و التي تم توضيحها من خلال الفصل الثالث في الجانب النظري فالمؤمنين اجتماعيين و ذويهم سواء كانوا أجراء أو غير أجراء تتم عملية الدفع عنهم عن طريق صندوق الضمان الاجتماعي للأجراء على التوالي أما بالنسبة للفئة الثالثة التي هي CASNOS و صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء CNAS تضم المعوزين فهذه يتم التكفل بأفرادها من طرف البلديات التي ينتمون إليها و يشرف على هذه العملية مديرة و بالتالي يمكن القول أن نظام الدفع الجديد مقابل العلاج ما هو إلا صيغة مقننة DAS الشؤون الاجتماعية للعلاج المجاني.

13) جاء الإصلاح من منطلق التحولات الاجتماعية و الاقتصادية و عليه فلا بد من التكيف و الملائمة مع هذه التحولات التي تعرفها البلاد و يمكن أن نعتبر متأخرين في تطبيق الإصلاحات بحكم التطورات التي نعيشها خاصة في الجانب الاقتصادي.

إن أهم المشاكل التي يمكن أن تواجه تطبيق هذه الإصلاحات تتمثل في :
 - نقصان الوعي الاجتماعي بهذه الإصلاحات .
 - عدم بلورة هذا المفهوم إلى شيء حقيقي من طرف المسؤولين و المسيرين للقطاع الصحي و نقص في الكفاءات على مستوى التسيير .
 - عدم وجود تنسيق حقيقي و فعال بين أطراف التعاقد .
 - مستوى تأهيل و تدريب العاملين في الصحة، فالوسائل البشرية في القطاع لا تساعد على تحقيق الإصلاحات .

- توارث نظام تسييري قديم و عادات ليس من السهل استبدالها منذ فترة طويلة قد تؤدي إلى بعض العوائق الاجتماعية لهذا الإصلاح.
 - تشجيع القطاع الخاص على حساب القطاع العام (صراع المصالح)
 - غياب الجراة بالنسبة للدولة لمباشرة الإصلاح و تطبيقه فعليا بالإضافة على عوامل أخرى متداخلة فيما بينها نظامية تسييرية، اجتماعية، ثقافية أهمها إعداد الفاتورة المحددة لسعي العلاج للمريض و هو ما يعرض الطبيب و العامل في قطاع الصحة إلى مشكلات كبيرة مع المواطن على أساس عدم علم الجانبين بأسعار العلاج، و هو ما سيفقد الثقة بين الشركاء الاجتماعيين و الوزارة و بين المواطن و الدولة .
 15) و مما لا يمكن التنبؤ به هو مدى نجا عته و نجاح هذا الإصلاح المزعم تطبيقه إلا إذا اتخذت كل التدابير القائمة على الإستراتيجية المتخذة في هذا الشأن و يبقى حسن تطبيق أي نظام أو إصلاح مرتبط بالمتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمع و يناهدي السيد المدير الولائي بتعجيل تطبيق هذا الإصلاح الذي يتفاؤل به خيرا حتى لو كانت هناك نقائص فسوف تسوى مع الوقت .

2- عرض بيانات المقابلة : مع رئيس مصلحة المسؤولية عن تطبيق النظام التعاقدي (صندوق الضمان CNAS الاجتماعي 14 جانفي 2007)

1) باعتبار أن صندوق الضمان الاجتماعي الممول الأساسي لقطاع الصحة نظرا لكونه مسؤول عن خدمة العمال و عائلاتهم كون أن مصدر تمويله هي الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال ليقوم بالمقابل بالتكفل بمصاريف العلاج في حالة الأمراض أو الحوادث فإنه يرحب بالإصلاح المزعم تطبقه في قطاع الصحة العمومي الذي يقوم أساسا على النهج التعاقدي الذي يحدد القيمة التي يساهم بها الصندوق بعد أن كانت جزافية غير محددة مما أثر سلبا على ميزانية الصندوق.

2) هذه الإصلاحات و كغيرها من الإصلاحات و السياسات التي سبقتها أو التي قد تليها لا تخلو من بعض الثغرات أو النقائص، أهمها ضعف الجانب التحسيبي و عدم وصول الفكرة الصحيحة للمواطن و الهدف المنشود الذي يعد في صالح المواطن عموما، أما بالنسبة للنقاط التي ارتكزت عليها هذه الإصلاحات فقد تمثلت عموما في ترشيد النفقات و احتواء التكاليف، و هذا في حد ذاته يخدم

صندوق الضمان الاجتماعي من حيث النسبة التي قد يدفعها إلى قطاع الصحة إذ أن إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمات يؤدي إلى ترشيد استخدام المنشآت الصحية، كذلك التسيير الجيد للموارد مما يحد من التكاليف .
 3) بالنسبة للأوضاع المالية للصندوق و هل هي مواتية لتطبيق مثل هذا الإصلاح فلا يمكن الجزم في هذه القضية لا بالإيجاب و لا بالنفي لأن العملية لحد الآن مجرد حبر على ورقة متجمدة و لم تتم عمليات الدفع لحد الساعة و مازال القطاع الصحي العمومي يقدم خدماته و في جميع مجالاته و قطاعاته مجانا رغم أن عملية الفوترة سارية و يقوم العمال في الإدارة و مكاتب الدخول بالأعمال الموكلة إليهم و يقومون بإرسال هذه الفواتير إلى صناديق الضمان الاجتماعي و لكن تبقى العملية شكلية فقط و لا يمكن إغفال بعض التحفظات على خارطة الأسعار التي أنجزت ليتم تطبيقها في المستشفيات.

4) التحضيرات التي قامت بها هيئة صندوق الضمان الاجتماعي لتطبيق هذه الإصلاحات بصفته الممول الرئيسي لقطاع الصحة العمومي، هي تحضيرات شكلية لأن العملية كما سبق الذكر لم تبدأ حتى و تبقى مجمدة لا تتعدى تحضير بعض الوثائق و تشكيل لجنة لم تباشر إلى اليوم عملها مع العلم أن الإدارة في المستشفى ترسل الفواتير الخاصة بكل مواطن مؤمن من خلال صندوق الضمان الاجتماعي و لكن لم تبدأ عملية الدفع حتى الآن في سنة 2005 كانت قوائم المؤمنين ترسل كل ثلاثة أشهر لكن خلال سنة 2006 أصبحت القوائم ترسل شهريا ولم يتم انتقال الممثل الرسمي للصندوق إلى مكتبه في المستشفى انتظرا إلى حين انطلاق العملية الإصلاحية فعليا.

5) يبقى نفس العامل هو الذي يتحكم بكل العملية لأن التأخر في انطلاق تطبيق قانون أو سياسة الإصلاح هو السبب الوحيد و الحقيقي في تأخر تطبيق النظام التعاقدى بين صندوق الضمان الاجتماعي و المستشفيات و لا توجد أي أسباب أخرى أو مشاكل لأن العلاقة بين الطرفين هي في الأصل علاقة تراضي و تعاقد.

6) تبقى دور في نفس الدائرة إذ لا يمكن التنبأ بالمشاكل التي تواجه الإصلاحات على مستوى صندوق الضمان الاجتماعي لأن العملية لم تبدأ اللهم بعض النقاط يمكن حصرها في أسعار الخدمات التي تقدمها المستشفيات أو وعي التأمين للمواطن .

7) صندوق الضمان الاجتماعي على أتم الاستعداد لتطبيق نظام التعاقد و لكن يسجل بعض التحفظات على بعض التسعيرات المحددة من طرف الوزارة تطبيقا لنظام الدفع الجديد التي قد تفوق أحيانا التسعيرات المحددة في القطاع الخاص و تبقى الكلمة الأخيرة لنوعية و مستوى الخدمات المقدمة فمن بين أهم الدوافع التي أدت بهيئات الضمان الاجتماعي لتبني النهج التعاقدى هو الجانب المادي و نوع الخدمة المقدمة بالمقابل لأن في الماضي كان الصندوق يدفع اشتراكاته جزافا سواء احتاج المؤمنون للعلاج أو لم يحتاجوا .

و الجدير بالذكر أن اللجنة المكلفة بتحديد تسعيرة العلاج تأخذ بعين الاعتبار في عملها معايير مثل الكلفة المختلفة للخدمات مع ضرورة الحفاظ على التوازنات المالية كصندوق الضمان الاجتماعي .

كذلك من خلال النهج التعاقدى يتم إلغاء التكفل الخارجي للرضي خاصة و أن المصاريف تدفع بالعملة الصعبة، الأمر الذي يفرض على صندوق الضمان الاجتماعي توفير الوسائل و الأجهزة اللازمة للتكفل الجيد بالمرضى.

8) كل حالة من هذه الحالات يتم التعامل معها شكل مختلف في إطار النظام التعاقدى .

من قيمة الفاتورة % المؤمنين الاجتماعيين يتم التكفل بهم عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي الذي يدفع 80 التي يتم إعدادها في المستشفى انطلاقا من الخدمات و الأدوية التي تتم تقديمها للمريض أو أحد مكفولتيه و المتبقية يدفعها المؤمنة نفسه. 20%

فئة الغير مؤمنين فهو الأفراد الذين يقومون بدفع فواتير العملية الاشفائية الخاصة بهم هم شخصا و غالبا ما تكون هذه الشريحة تنشط في القطاع التجاري و هي معفية من الدفع في حالة اشتراكها في 100% الصندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

أما عن فئة المعوزين فهذه الفئة مكفولة من طرف الدولة من خلال البلديات التي يتبعونها و شرف DAS. على العملة مديريةية الشؤون الاجتماعية

حول حالات العلاج في الخارج تبني الصندوق تدابير خاصة تتمثل في توفير العلاجات اللازمة للحالة في أي منطقة من مناطق الجزائر و في حالة فشل المحاولة ينظر في احتمال إرسال الحالة إلى الخارج و هذا بعد أن يعتذر فعلا علاجها داخل الوطن و هذا للحد من عمليات العلاجات في الخارج التي تكلف مبالغ باهضة يدفعها الصندوق و التي من الممكن علاجها في الجزائر.

9) عملية إدراج قوائم أسماء العمال المؤمنين و ذويهم الذين لهم الحق في خدمات الصندوق في منظومة الإعلام تعد عملية لا متناهية لأنه هناك دائما الجديد في هذه القوائم فهناك مشتركون جدد و آخرون يتم إقصائهم لحالات مختلفة كالموت أو عدم الاشتراك فالعملية يومية و مستمرة لا يمكن وضع حد لها أو ضبطها نهائيا.

و أهم ملاحظة يمكن أن ندرجها لتكون في علم جميع المواطنين المؤمنين أنه و مع سريان النهج التعاقدى لا يتسنى للمريض الدخول إلى المشفى إلا بعد تقديمه لبيان موافقة الضمان الاجتماعي للتكفل به و هذا الإجراء من شأنه إزالة الفكرة الراسخة لدى بعض الأفراد على أن المستشفيات عبارة عن فنادق.

3DAS- عرض بيانات مقابلة: مع مدير مديريةية الشؤون الاجتماعية

1) صرح مدير مديريةية الشؤون الاجتماعية بأنه ليس المسؤول الأول عن تحديد قوائم المعوزين، كون أن رؤساء البلديات و موظفيهم هم المسؤولون الأولين عن هذه العملية و هذا من خلال لجان محلفة على مستوى

البلديات يعينها رئيس المجلس الشعبي بقرار، و يؤدي الأشخاص المفوضين لهذا الغرض أمام رئيس المحكمة المختصة إقليميا اليمين الآتي:
 " أقسم بالله العلي العظيم أن أقوم بأعمال وظيفتي بأمانة و صدق و أن أحافظ على السر المهني و أراعي في كل الأحوال الواجبات المفروضة علي" (181).

و قد تم في إطار الموضوع العديد من المراسلات لمختلف البلديات التابعة لبلدية بسكرة (ملحق رقم 14).

أما بالنسبة للتأخير المسجل في ضبط هذه القوائم و كذا تسليم البطاقات للمعوزين و الذي يعد عاملا مهما في تأخر سير عملية الدفع في المستشفيات و لتدارك هذا التأخر المسجل في العملية، أصدر وزير الداخلية مؤخرا تعليمة إلى كل الولاية و رؤساء الدوائر يدعوهم فيها إلى الإسراع في تسليم البطاقات للمعوزين، بعد أن اشتكت الوزارات المعنية بهذا القانون من بطء عملية إعداد قائمة المعوزين.

و يعود هذا أساسا إلى تباطؤ العديد من البلديات في تقديم قوائم معوزيها و بعض البلديات من خلال المناسير و العمليات التحسسية التي تعتبر غير كافية و لم تعد بالنتيجة المرجوة . و بالتالي لم يكن هناك إحصاء دقيق من خلال عدم التحكم في المفاهيم، كذلك الوثائق المطلوبة من خلال ملف المعوز.

(2) تحدد هوية المعوز وفق مرسوم 21 جانفي 2001 و الذي ينص على أن المعوزين هم :
 من المبلغ الشهري الأدنى من % " الأشخاص غير المؤمن لهم اجتماعيا الذين لديهم دخل يساوي أو يقل عن 50 معاش التقاعد، المنصوص عليه في أحكام القانون رقم 83-12 المؤرخ في 21 رمضان عام 1421 الموافق ل 2 يوليو سنة 1983 " (ملحق رقم 15)

(3) و يستفيد من العلاج في مؤسسات الصحة العمومية الأشخاص المحرومين غير الحاصلين على رقم تأمين لدى صندوق الضمان الاجتماعي و الذي يشترط فيهم عدم تجاوز دخلهم مهما كان 3000 دج أو بطالين لا يمارسون أي نشاط و الحاملين بطاقة تثبت صفة المحروم غير المؤمن له اجتماعيا، تسلمها إياهم مصالح مديرية النشاط الاجتماعي في الولاية.

و لتمكين البلديات و مكاتب النشاط الاجتماعي من تحديد الأشخاص المعينة بصفة دقيقة يشترط على المعني إحضار الملف التالي: (ملحق رقم 16)

- صورتان شمسيتان.
- طلب موقع من طرف المعني .
- بطاقة عائلية للحالة العائلية بالنسبة للمتزوجين.
- شهادة الميلاد بالنسبة للأفراد غير المتزوجين.

- شهادة عدم التكلفة الضريبي تسلمها مصالح الضرائب.
- CNAS- شهادة عدم الانتساب إلى الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- CASNOS- شهادة عدم الإنتساب إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء
- شهادة عدم التسجيل في السجل التجاري.

(181) الجريدة الرسمية ، مرسوم تنفيذي رقم 01-12 مؤرخ في 25 شوال عام 1421 الموافق 21 يناير سنة 2001، يحدد كفاءات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمنين لهم اجتماعيا.

- تصريح شرفي محرر حسب مطبوع يحدد نمودجه وزير العمل و الحماية الاجتماعية يقر من خلاله المعني أن يتوافق مع أحكام هذا المرسوم (ملحق رقم 16)
- كل وثيقة أخرى يراها المعني ضرورية.
- و يجب على رؤساء البلديات و تطبيقا للمرسوم المشار إليه تشكيل فرقة أو أكثر بغرض التحقيق في صحة المعلومات الواردة في الملف بعد أدائها للقسم الأنف الذكر.
- و بعد فترة أضيف إلى هذه القائمة السابقة وثيقة أخرى يطلب من مدير النشاط الاجتماعي إلى السيد رئيس المجلس الشعبي البلدي لبلديات الولاية (ملحق رقم 17) .
- و تمثل هذه الوثيقة في شهادة معوز غير المؤمن اجتماعيا التي يمنحها مدير النشاط الاجتماعي للولاية كما ذكرنا سابقا، و بعد إيداع الملف السابق لدى المجلس الشعبي البلدي لمقر سكن المستفيد ثم يرسل هذا الملف إلى مسؤول النشاط الاجتماعي للولاية.
- و تقوم مصالح النشاط الاجتماعي بدراسة ملف المعني و التأكد من توفر جميع الوثائق المطلوبة، كما يمكن لها قبل أن تقرر منح هذه البطاقة أن تطلب من رئيس المجلس الشعبي إجراء بحث للتأكد من المعلومات الواردة في الملف.
- و تحمل البطاقات المقدمة للأشخاص المعوزين غير المؤمنين اجتماعيا رموز تسجيل من طرف مصالح النشاط الاجتماعي للولاية.
- و قد تم إعداد نموذج لبطاقة المعوز (ملحق رقم 18) ثم تم تعديلها ليصبح على صورتها النهائية (ملحق رقم 19)
- 4) بالنسبة لنسب البطاقات التي سلمت لحد الآن و في مدينة بسكرة حسب إحصاء في أواخر شهر فبراير 2007 (مديرية النشاط الاجتماعي بسكرة)
- عدد البطاقات الصادرة : 3626
- عدد الملفات المستلمة من طرف البلديات : 4818.
- عدد الملفات الناقصة أو المرفوضة : 1192
- رغم هذه النتائج الموضحة في الجدول أعلاه إلا أن العملية تبقى تسير بوتيرة متباطئة لا تخدم الأهداف المسطرة.

- 5) الجهود التي بذلت لتحسيس المواطنين المعنيين ببطاقات المعوزين كما سبق الذكر في الفقرات الأولى هي حملات تحسيسية على مستوى كل البلديات و الدوائر كذلك، ملصقات أيضا نداء من خلال الإذاعة الجهوية ببسكرة إذاعة الزيبان و لكن النتائج المتحصل عليها ضعيفة لا تفي بالغرض.
- 6) بالنسبة لحالات التلاعب من طرف المواطنين للحصول على بطاقة المعوز قد تؤثر على سير العملية و لكن المسجل هو حالات عدم الوعي و عدم التحكم في المفاهيم عدم تمكن المواطنين من إستخراج كل الوثائق رغم المراسلات التي أرسلت لكل منهما لأهمية العملية و CNAS ، CASNOS المطلوبة و خاصة من بالتالي تبقى الكثير من الملفات ناقصة و تقوت فرصة الاستفادة بالعلاج المجاني على أصحابها.
- 7) بالنسبة لتحديد أجل لضبط قوائم المعوزين بصورة نهائية فهذه العملية في الأصل عملية لا متناهية شأنها إدراج قائمة أسماء العمال المؤمنين في الصندوق للعمال الأجراء في الإعلام الآلي.
- فقائمة المعوزين تبقى مفتوحة ما دام أن هناك تغيرات في المجتمع و الإقتصاد على حد سواء على أن تتم مراجعة هذه القوائم مرة كل سنة لأن صلاحية بطاقة العلاج المجاني للمعوز حددت بسنة واحدة و بعد انقضاء هذه المدة تجدد صلاحية هذه البطاقة بتقديم الوثائق المبررة للإحتفاظ بصفة المعوز غير المؤمن اجتماعيا.

، حول الجهود DAS بالأخذ بالتصريحات التي أدلى بها السيد مدير مديرية الشؤون الاجتماعية التي بذلت و تبذل من أجل السير الحسن لعملية الخاصة بإحصاء المعوزين، و تسجيلهم في قوائم من خلال التحسيسية و الملصقات في البلديات.

من المبحوثين أجابوا بعدم % إلا أن النتائج المحصل عليها من خلال نتائج الإستبيان، توضح أن 62.5 علمهم بالإصلاحات المزمع تطبيقها في قطاع الصحة العمومي، و الأهداف الرامية إليها جدول رقم (31) .

، لا ينتمون % و من خلال نتائج الجدول رقم (27) نجد أن 168 مبحوث من أفراد العينة و بنسبة 28 لأبي صندوق من صناديق الضمان الاجتماعي، و هذا لعدم وعيهم بحقوقهم التي منحتم إياها الدولة، و لا بضرورة و أهمية عملية التأمين نظرا للظروف المعيشية التي يحيونها. و نجد نتائج جدول رقم (28) تبين أن 141 مبحوث من أصل 168 مبحوث سابقا الذكر، غير مسجلين في قوائم المعوزين التابعة لبلدياتهم، و هذا ما تؤيده النتائج الموضحة في (الملحق رقم 20) و هذا ما لا يعكس الوضعية المعيشية و الاجتماعية الفعلية لمواطني بلدية بسكرة، و البلديات المجاورة و التابعة لها .

ثانيا : عرض نتائج الاستبيان و تفسيرها

1/ وصف عينة الدراسة :

نظرا للدور الهام و الأساسي الذي تلعبه خصائص العينة في تحديد ماهية المشكلة و تشخيص واقعها و الإجابة على تساؤلاتها حاولنا من خلال هذه الدراسة معرفة الخصائص التالية:
العمر، الجنس، الحالة المدنية، المستوى التعليمي، طبيعة الحي الذي يقيم فيه المبحوث، نوع السكن ، عدد الغرف في السكن، نوع الأسرة، عدد الأفراد في الأسرة.

جدول رقم (15) يبين فئات العمر بالنسبة للأفراد المبحوثين

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س فئات العمر
%37.5	225	20 - 30]
%28	168	30 - 40]
%21.5	129	40 - 50]
%7	42	50 - 60]
%3.5	21	60 - 70]
%2.5	15	70 - 80]
%100	600	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يبين أن الفئة الأكثر تكرارا هي الفئة الأولى أين تتراوح أعمار المبحوثين فيما بين 20 و 30 سنة و التي كانت نسبتها تقدر بـ 37.5 و تأتي في المرتبة الثانية فئة الأعمار ما بين 30 و 40 سنة حيث في حين لا تمثل % و تمثل فئة الأعمار ما بين 40 و 50 سنة نسبة لا بأس بها وهي 21.5% تقدر نسبتها بـ 28 على التوالي. % و 2.5%، 3.5% فئات الأعمار ما بين 50 و 60 ، 60 و 70 ، 70 و 80 سوى 7 و بالتالي فإن الملاحظ من الجدول أن هناك فرقا شاسعا في النسب المسجلة بين الفئات الثلاثة الأولى و الفئات الثلاثة الأخيرة و هذا راجع على الأرجح إلى أن الفئة الأولى و التي تمثل فئة الشباب لهم القدرة و الوقت للتردد باستمرار على المؤسسات الصحية كلما اقتضى الوقت للاستفادة من الخدمات في هذه الأخيرة و للاستفسار عن كل ما يتعلق بصحتهم ... الخ.

كذلك فيما يخص الفئتين الثانية و الثالثة فهي تمثل شريحة أكثر وعي و مسؤولية ففي هذه المرحلة من العمر يكون من أولويات الفرد الضرورية الحفاظ على صحته و صحة عائلته و هذا ما سنلاحظه في الجدول رقم (17).

و بالمقابل نجد أن الثلاث فئات الأخيرة يجد أفرادها صعوبة في التردد على المؤسسات الصحية إلا في الحالات الحرجة، و ربما يرجع السبب في ذلك على أن هؤلاء الأشخاص يترددون على العيادات الخاصة نظرا لطبيعة الأمراض التي قد يعانون منها (بدلا من الذهاب إلى المؤسسات الصحية العمومية) و لأنهم يوكلون مسؤولية العناية الصحية بذويهم أو الأفراد المسؤولين عنهم لأفراد آخرين في الأسرة نظرا لعامل السن و ما له من تأثير على نفسية المواطن.

جدول رقم (16) يبين الجنس بالنسبة للأفراد المبحوثين

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س الجنس
59.7%	357	مؤنث
40.5%	243	مذكر
100%	600	المجموع

من مجموع % إن نتائج الجدول توضح أن أفراد العينة في معظمهم من الإناث و يمثلون نسبة 59.5 و هذا راجع إلى كون الأباء أو القائمين على الأسر ليس % أفراد العينة في حين نجد الذكور يمثلون نسبة 40.5 لديهم الوقت للتردد على المؤسسات الصحية نظرا لظروف العمل التي تجعلهم يتغيبون طوال الوقت . مما يجعل الإناث أكثر ترددا على المؤسسات الصحية للعناية بصحتهن أو متابعة صحة أطفالهن أهمها التلقيح و الوقوف على الإرشادات و النصائح في مجال الأمومة و الطفولة. و هذا تفاديا للأمراض التي قد تصيب الأم و الطفل و هي كثيرة و متنوعة مثل (الدفتيريا، السعال الديكي، شلل الأطفال كذلك الإسهال نتيجة لتعرضهم للجفاف الشديد و مضاعفاته...الخ). و مع هذا نعود و نقول أن نسبة الذكور هي أيضا نسبة معتبرة لأن تطبيق استمارة المقابلة لم تتم فقط في المجتمعات الصحية بل حتى في المستشفيات أين تم تطبيقها على المرضى المتواجدين في هذه الأخيرة مثل قسم الجراحة العامة، أمراض الكلى... من كلى الجنسين، حيث تعتبر المستشفيات مجال حيوي لتوافد المواطنين للاستفادة من العلاج و الرعاية من كلا الجنسين.

جدول رقم (17) يبين الحالة المدنية للأفراد المبحوثين

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س الجنس
33%	198	أعزب
55.5%	333	متزوج
7%	42	مطلق
4.5%	27	أرمل
100%	600	المجموع

من خلال نتائج الجدولين رقم (14) و (15) أنه من الطبيعي حين نتطرق إلى الحالة المدنية للمبحوثين الذين يترددون و يقبلون على المؤسسات الصحية أن نجد أن فئة المتزوجين هي الأكثر تكرار و بنسبة تقدر بـ % و هي % و هذا ما يفسر فئة الإناث في الجدول السابق و تأتي في المرتبة الثانية فئة العزاب بنسبة 33% 55.5% (. و 4.5% كذلك نسبة معتبرة ثم الفئة الثالثة فالرابعة على التوالي (7 و كما ورد في تحليل الجدول السابق فإن الأمهات هن اللواتي توكل إليهن مسؤولية الرعاية بصحة أفراد الأسرة خاصة الأطفال نظرا لانشغال الأزواج بالعمل، أما بالنسبة للفئات الأخرى فإن ترددهم يكون في أغلب الأحيان على المؤسسات الصحية بهدف الاستفادة من خدمات الاستعجال، التحاليل أو الأشعة، الحقن ... و غيرها و هذا ما يوضحه جدول رقم (40) و يمكن أن يعمم هذا على أفراد الفئتين المتبقيتين الثالثة و الرابعة.

جدول رقم (18) يبين المستوى التعليمي للأفراد المبحوثين

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س المستوى التعليمي
10%	60	أمية
4%	24	يقرأ و يكتب
7.5%	45	إبتدائي
15%	90	متوسط
27.5%	165	ثانوي
36%	216	جامعي
100%	600	المجموع

يبين التحليل الإحصائي الوارد في الجدول أعلاه أن أكبر نسبة من أفراد العائلة جامعيون بنسبة 36% وهي نسبة عالية تقارب نصف العينة المدروسة و هذا يوضح إرتفاع المستوى التعليمي لدى أفراد 36% وبالتالي يمكننا القول %المجتمع و رفع المستوى العلمي تليها بنسبة الأفراد ذوي المستوى الثانوي بنسبة 27.5 أن هاتين الفئتين يتميز أفرادها بالنضج العقلي و الوعي و يتمتعون بمستوى معرفي كبير و يعرفون كيف يعتنون بصحتهم مما يدفعهم إلى التردد على المؤسسات الصحية كلما دعت الضرورة إلى ذلك أنظر الجدول رقم (15) .

و هذا ما يدل على أن التعليم له صلة وثيقة بالصحة، و هذا ما أكدته بعض البحوث و الدراسات، خاصة أين أكدت من خلال دراستها في (OMS)البحوث التي قامت بها منظمة الصحة العالمية تونس⁽¹⁸²⁾ على أن التحليل الإحصائي أثبت أو أولئك الذين يستخدمون المرافق الصحية استخداما عاليا كانوا أكثر إماما بالقراءة و الكتابة بمعنى أن مثل هؤلاء الأشخاص يعرفون بشكل أفضل وسائل الوقاية خاصة من الأمراض المعدية.

و هذا ما يوضح أن % و 4% و تبقى النسبة الخاصة بالفئات الأخرى متقاربة تتراوح ما بين 15 الجهود التي تبذل من أجل محاربة محو الأمية في الدول النامية من خلال البرامج المختلفة المعدة في هذا المجال من طرف المؤسسات المسؤولة عنها كأقسام محو الأمية قد أثمرت رغم العديد من الظروف و العوائق كالعوامل الإنسانية كالعادات و التقاليد و عدم الإكترات بالإنشغال في هموم الحياة و المفارقة هنا أن الإحصائيات التي توصلنا إليها تعكس رأي الأستاذ : محمد سيد فهي في كتابة

(الرعاية الاجتماعية و الأمن الاجتماعي)⁽¹⁸³⁾ الذي يذكر أن الكثير من الدراسات قد أثبتت أن الأمي يعرف حقوقه و واجباته و تضعف مشاركته اجتماعيا و سياسيا من أجل تنمية مجتمعه ففي وقتنا الحاضر يمكن أن

(182) سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية .

نلاحظ أن المستوى التعليمي المنخفض خاصة لم يعد عائقا فيما يخص استخدام المرافق الصحية، و ذلك للدور الهام الذي تلعبه وسائل الإعلام في إيصال الرسالة الصحية للمواطن خاصة مع تفشي ظاهرة الأمراض المزمنة و هذا عن طريق التلفزة ، الإذاعة، الملصقات...
غير أنه من المهم تذكير بأنه كلما كان المستوى التعليمي أعلى كلما كان هناك نمو في المستوى الصحي للمواطنين من خلال زيادة الوعي الصحي و العكس صحيح و تبقى للتعليم علاقة وطيدة بالصحة.
جدول رقم (19) يبين طبيعة الحي الذي يقيم فيه المبحوث

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س طبيعة الحي
45.5%	273	حي مخطط
46.5%	279	حي شعبي
4.5%	27	حي فوضوي
3.5%	21	حي قصديري
100%	600	المجموع

من خلال الجانب المنهجي سبق و أن تم توضيح طبيعة المؤسسات الصحية التي تم تطبيق استمارة المقابلة فيها من مجمعات صحية مستشفيات بلدية بسكرة و هذا لإحداث تنوع في طبيعة الأحياء التي يقيم فيها المبحوثين و بالتالي في نوعية المساكن (جدول رقم 20) و المساس بأغلب الشرائح التي يتكون منها المجمع في بلدية بسكرة و السكان المجاورين الذين يأتون للإستفادة من الخدمات الصحية التي تقدم في المؤسسات الصحية للبلدية.

و قد جاءت النتائج الإحصائية كالاتي النسبة الخاصة بالمبحوثين المقيمين في الأحياء المخططة تكاد (و هذا ما يفسره تمركز % و 45.5 % فالنسب هي على التوالي) 46.5% تكون متساوية الفارق بينها هو 1 المجمعات الصحية و المستشفيات بالقرب من العمارات و من الأحياء الشعبية و هذا ما يتم توضيحه من خلال الجدولين

رقم (21) الذي يوضح عدد الغرف المنزل و الجدول رقم (22) الموضح لنوعية الأسر التي لا ينتمي فيها المبحوث ثم يليها في المرتبة الثالثة و الرابعة الحي الفوضوي ثم الحي القصديري كالنسب الأولى و الثانية. % على التوالي بنفس الفارق 1 % و 3.5% بنسب تقدر بـ 4.5 و قد تم التطرق إلى السؤال حول معرفة طبيعة الحي الذي يسكنه المبحوث و هذا لمعرفة مدى العلاقة بين طبيعة الحي و الوعي الصحي للأفراد و عليه يمكن القول أن الأحياء الفوضوية و القصديرية رغم نسبتها الضعيفة يعكسان ضعف الوعي الصحي و خاصة المجالات الوقائية و الأمراض المعدية.
كذلك الأحياء المخططة في بلدية بسكرة و على رغم الميزات التي تتمتع بها إلا أنها لا تخلو من انتشار بعض الأمراض خاصة المعدية و هذا راجع إلى نقص في الهياكل الصحية و عدم كفايتها بالنسبة لعدد السكان أنظر الجدول رقم (33)

جدول رقم (20) يوضح نوع السكن الذي يقيم فيه المبحوث

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س نوع السكن
6%	36	فيلا
59%	354	منزل عادي
24.5%	147	شقة في عمارة
6%	36	منزل قديم

كوخ	27	4.5%
المجموع	600	100%

كما سبق و أن وضحنا في الجدول السابق فإن أغلب أفراد العينة يقطنون في الأحياء الشعبية و الأحياء بالنسبة لفئة المنازل العادية هي نسبة الشقق بالعمارة تقدر %المخططة بشقق في عمارات و تقدر النسب ب 59 تساويا مع % و هما نسبتان كبيرتان مع المقارنة مع باقي النسب الأخرى نجد نسبة الفيلا يقدر ب 6% ب 24 . %نسبة المنازل القديمة و تأتي نسبة الكوخ ب 4.5

و هذا ما يعكس المستوى المعيشي للمواطن القاطن ببلدية بسكرة و يأتي تماشيا مع النتائج المتحصل عليها في الجدول السابق الذي يوضح طبيعة الحي الذي يقطنه المبحوث و هذا ما يتأكد كذلك من خلال المعلومات التي تتم و التحصل عليها في كلا الجدولين رقم (21) و (23) يوضح أن معظم المواطنين يهتمون بصحتهم بتوفير ظروف حسنة لمعيشتهم لتفادي إنتشار الأمراض خاصة المعدية فأغلب الدراسات توضح أن من أهم أسباب إنتشار الأمراض هو مستوى المعيشي المتدني.

و هذا ما يعكس النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (38) الذي يوضح رأي المبحوثين حول المستشفيات يقطن الخاصة و العامة.

جدول رقم (21) يوضح عدد الغرف في المنزل الذي يقيم فيه المبحوث

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س نوع الغرف
39.5%	237	من 1 إلى 3
46%	276	من 4 إلى 6
14.5%	87	من 7 إلى 9
100%	600	المجموع

علما أن أغلب أفراد العينة يقطنون بالمنازل العادية و هذه المنازل يتجاوز عدد الغرف في أغلبها و التي توضح أن معظم أفراد العينة %04 غرف، و هذا ما يوضحه الجدول أعلاه من أن أكبر نسبة هي 46 يسكنون منازل يتراوح عدد الغرف بها بين 04 إلى 06 غرف و يؤكد هذا المتوسط الحسابي بمقدار 4.25 فهو يتركز في الفئة الثانية في حين نجد نسبة أقل من أفراد العينة يعيشون في شقق بها من 01 إلى 03 غرف و تقدر او أكواخ. %نسبتهم ب 39.5

و التي تمثل نسبة الشقق أو المنازل التي تتراوح عدد %و نجد النسبة الباقية و التي تتمثل 14.5 الغرف فيها من 07 إلى 09 غرف و هذه النسبة تغطي نوع السكن المتمثل في الفيلا. نظرا للعدد الكبير للغرف و في جانب آخر قد تغطي نسبة منها المنازل القديمة و %و التي كانت تمثل نسبة 6 المنازل العادية و هذا راجع لطبيعة المجتمع الجزائري بصفة عامة، خاصة و أنها و في عهد قريب كان الطابع السائد للأسر هي الأسر الممتدة لأنه كما هو معروف معظم المواطنين الذي يسكنون المدن أغلبهم كانوا في الأصل سكان ريفيين نزحوا إلى المدينة كانوا يسكنون القرى المجاورة ، كما نلاحظ في الجدول رقم (23) أن نصف أفراد العينة عدد أفراد أسرهم يمتد من 6 إلى 10 أفراد و لهذا تجدر الإشارة إلى أن هذا العدد يؤثر سلبا على الوضع الصحي للأفراد خاصة إذا كان عدد أفراد الأسرة يفوق بكثير عدد الغرف المتوفرة في مكان الإقامة.

و السبب يعود أساسا إلى أزمة السكن التي تعاني منها بلادنا الجزائر عموما و كذا المستوى المعيشي المتدني، و البطالة... كل هذه الأسباب و غيرها قد تجعل رب الاسرة يتمسك بالمسكن الذي لا يحتوي على عدد غرف كافية بالنسبة للعدد أفراد الأسرة و الذي يؤثر سلبا على المستوى الصحي للأفراد .

جدول رقم (22) يوضح نوع الأسرة التي تنتمي إليها المبحوث

النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س نوع الأسرة
54%	324	ممتدة
46%	276	نووية
100%	600	المجموع

إن هذا الجدول يعرض لنا إذا ما كان نوع الأسرة التي ينتمي إليها المبحوث أسرة ممتدة أن أسرة نووية

و تبقى النسبة الأخرى المقدره بـ % حيث نجد أن نسبة من ينتمون لأسر ممتدة تقدر بت 54 بالمبوحثين الذين ينتمون للأسر النووية . 46%

و إذا أخذنا هذه النتيجة مع النتيجة المتوصل إليها من خلال الجدول رقم (40) و الذي يوضح رأي المبحوثين حول إذا ما كانوا يذهبون إلى الطلب أو يتداوون بالأعشاب في الحالات الغير حرجة نجد أنه فعلا الثقافة الصحية للناس تتأثر بالبيئة التي يعيشون فيها فتواجد الأشخاص في أسر ممتدة يعني وجود الجدة أو أفراد آخرين كبار في السن لا يزالون متمسكين بالعادات و التقاليد الخاصة بالتداوي بالأعشاب و المواد الطبيعية المختلفة التي هي في أغلب الأحيان ذات فعالية و غير مضره في أسوائها و يعود هذا لكون المرأة الجزائرية مثلها مثل المرأة العربية بشكل عام حاضنة للتقاليد و المحافظة على المهارات الأسرية في التشخيص و التداوي خاصة داخل المنزل.

فالمراة هي التي تقوم بوظيفة الطبيبة في الأسرة و هي وظيفة تماشية مع وظيفتها الطبيعية المتمثلة في رعاية أطفالها و علاجهم بجملة المعارف التي يتم توارثها ، تنقلها الأمهات و الجدات لبناتهن و حفيداتهن و تتعلق بالإسعافات الأولية التي تقدم للمريض و خاصة الأطفال و هي معارف ضاربة في القدم، فالعلاج المنزلي بالزيت و العسل و الأعشاب و غيرها تعتبر أولى محطات المسار العلاجي، و عند فشله يتم الانتقال إلى المحطة التالية و هي اللجوء و الذهاب إلى الطبيب .

جدول رقم (23) عدد أفراد الأسرة التي تنتمي إليها المبحوث

متوسط أفراد الأسرة	ك س X م س	مركز الفئة م س	النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س عدد أفراد الأسرة
7.23	567	3	31.5%	189	من [1 - 5]
	2250	7.5	50%	300	من [6 - 10]
	1050	12.5	14%	84	من [11 - 15]
	472.5	17.5	4.5%	27	من [11 - 15]
	43395		100%	600	المجموع

من خلال الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن أكبر نسبة لأفراد أسرة العينة تمركز ، أي أن عدد أفراد أسرة العينة المبحوثة تتراوح ما بين 6 إلى 10 أفراد ، و % في الفئة [6 - 10] نسبة 50 هذا ما يؤكد متوسط أفراد أسر العينة الذي بلغ 7.23.

أفراد و تمثل 5 و يلاحظ أيضا أن هناك نسبة معتبرة من الأسر التي يتراوح عدد أفرادها ما بين 1 إلى و التي يتراوح عدد أفرادها من 11 إلى % كما نجد نسبة لا يستهان بها من الأسر تقدر بـ 14 % نسبة 31.5 15 فرد، هذه النسبة التي تعكس جانبا يتميز به السكان و يرجع ذلك إلى طبيعة المجتمع الفردي الذي مازال

يؤثر على سكان المدينة و القيم التي ترتبط في أغلبها بالعادات و التقاليد و التفاخر بالإنجاب و العزوة رغم أن هذه الظاهرة بدأت في الإضمحلال و التراجع بالنسبة للأسر الجديدة و خاصة النووية منها. و الجدير بالذكر أنه تم الحصول على 27 فرد ينتمون إلى أسر يتراوح عدد أفرادها ما بين 16 إلى هذه النسبة و إن كانت تعتبر ضعيفة إلا أنها لها دلالة سوسولوجية واضحة %عشرون فردا، أي نسبة 4.5 تعكس التمسك بالعادات و التقاليد التي قد لا تعين على تحقيق المستوى المعيشي المطلوب و بالتالي الصحي الذي يدفع بالأفراد إلى المساهمة في تحقيق تنمية اجتماعية و اقتصادية في بلادهم و هذا بطبيعة الحال له آثاره السلبية على صحة الأفراد و يدل على أن المساكن في مدينة بسكرة لا تتلائم و طبيعة هذا المجتمع مما قد سيؤدي إلى نتائج سلبية على صحة المواطن.

جدول رقم (24) يوضح رأي المبحوث حول ما إذا كان يشكو من مرض معين

النسبة المئوية	التكرارات	التكرار كس
ن %	ك س	الإجابات
%33	195	نعم
%67	405	لا
%100	600	المجموع

%من خلال إجابات المبحوثين و إذا ما كانوا يشكون من مرض أم لا يبين الجدول أعلاه أن نسبة 67 أجابوا بأنهم يشكون من مرض معين، و هذا يعني أن الفئة %أجابوا أنهم لا يشكون من أي مرض و نسبة 33 التي لا تشكو من مرض معين هي الفئة الأكثر تكرارا.

جدول رقم (25) يوضح رأي المبحوث حول ما إذا كان يشكو من مرض معين

النسبة المئوية	التكرارات	التكرار كس
ن %	ك س	نوع المرض
%46	90	مرض عرضي
%54	105	مرض مزمن
%100	195	المجموع

و امتدادا و تكميلا للسؤال السابق طرحنا سؤالا آخر على المبحوثين الذين يشكون من مرض هل هذا المرض عرضي أم أنه مزمن؟ و هذا ما يمثله الجدول أعلاه. هي نسبة % يعانون من أمراض مزمنة و النسبة %46 فكانت الإجابات بأن أكثر من النصف و بنسبة 54 الأفراد الذين يعانون من أمراض عرضية. و ترجع أسباب هذه الأمراض المزمنة حسب إجاباتهم إلى المشاكل اليومية التي تحاصر كل الناس في حيلتهم أيضا المستوى المعيشي المترجع الذي لا يضمن لهم حياة مريحة و لا يوفر لهم نظام تغذية سليم.

جدول رقم (26) يوضح مقدرة المبحوث على توفير مصاريف التداوي

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س المقدرة على توفير
0.42	1.93	13.90%	78	نادرا 3
		65.95%	370	أحيانا 2
		20.14%	113	دائما 1
		99.99%	195	المجموع

توضح البيانات الإحصائية التي نجدها في الجدول أعلاه أن أغلب الذين تم استجوابهم يرون أن الأسرة تجد و نجد % نفسها قادرة على توفير مصاريف التداوي أحيانا فقط، و هذا بنسبة تفوق النصف و هي 65.95 و هي نسبة % المبحوثين الذين يجدون أنفسهم قادرين على توفير مصاريف الدواء دائما يمثلون نسبة 20.14 معتبرة مع الأوضاع الاقتصادية التي نعيشها اليوم من غلاء في أسعار كل شيء و متطلبات الحياة اليومية اللامتناهية .

أما النسبة الثالثة و الأخيرة و هي الفئة التي يرى أصحابها أنهم نادرا ما يستطيعون توفير مصاريف و هم يجدون أنفسهم عاجزين دائما على توفير مصاريف التداوي و هم في % التداوي و هي تمثل 13.90 الأغلب من المرضى الذين يعانون أمراضا مزمنة و هم ينتمون لفئة المتقاعدين أو العمال ذو الدخل البسيط من هنا فهم مضطرون لتوفير مصاريف التداوي على حساب مصاريف أخرى و هو ما سيتم توضيحه في الجدول رقم (49) .

خاصة إذا كان المرضى يفضلون التوجه إلى العيادات الخاصة جدول رقم (38) فهم يرون أنهم في حالة توفر مصاريف الطبيب قد لا تتوفر مصاريف شراء الدواء خاصة الأمراض المزمنة كما سبق الذكر ، أو الأمراض التي تتطلب أدوية باهضة الثمن أو التي لا تكون متوفرة في البلاد و يحصلون عليها من الخارج و هم أسباب عجز الأسر عن توفير مصاريف التداوي، الدخل الشهري الضعيف للأسرة ، كبر حجم الأسرة ، طبيعة المرض الذي يعانيه المريض .

و هذه النسب يؤكدها قيمة المتوسط الحسابي التي تساوي 1.93 أي متوسط إجابات المبحوثين يتمركز عدد الإجابة الثانية و الدليل على ذلك أن الانحراف المعياري يعبر عن تشتت ضعيف للإجابات للمبحوثين حول المتوسط بقيمة 0.42.

جدول رقم (27) يوضح انتماء المبحوث لأي صندوق من صناديق الضمان الاجتماعي

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س المؤسسات
60.5%	363	صندوق الضمان الاجتماعي للأجراء CNAS
11.5%	69	صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS
28%	168	لا ينتمي لأي صندوق
100%	600	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نتبين أن أغلب أسر العينية تنتمي إلى صندوق الضمان الاجتماعي نسبة تفوق و هذا يعود أساسا إلى طبيعة المهن التي يشتغل بها المبحوث نفسه و رب الأسرة و % النصف و تقدر بـ 60.5

هي في الغالب أعمال حكومية و هذا ما يجعل الانخراط في صندوق الضمان الاجتماعي للأجراء شيء إجباري و ساري المفعول و تلي هذه الفئة من حيث النسبة فئة الأفراد الذين لا ينتمون إلى أي صندوق و هي فئة معتبرة و في الغالب و حسب ما لاحظناه في فئة المبحوثين الذين يعانون من الفقر و لا يقيمون في بلدية %تقدر بـ 28 بسكرة بل هم في الواقع مرضى محولون، بالإضافة إلى فئة التجار الأحرار الغير مصرحين بأعمالهم تخوفا من الضرائب و يعملون في الخفاء كذلك الأفراد الذين يعانون هم و أزواجهم من البطالة بحيث لا يستطيعون دفع أقساط الصندوق الوطني للتأمين أو أشخاص لا يؤمنون و لا يعبرون أي اهتمام للعملية التأمينية و هم لا يعون حقوقهم التي خصتهم الدولة بها و هذا ما يوضحه الجدول رقم (28) و الذي يهدف إلى توضيح وضعية الأشخاص الغير منخرطين في أي صندوق هل هم مسجلين في قوائم المعوزين لدى بلدهم نعم أم لا .

جدول رقم (28) يوضح إذا كان المبحوث مسجل في قوائم المعوزين في حالة عدم انخراطه في أي صندوق

النسبة المئوية	التكرارات	التكرار ك س
ن %	ك س	مسجل في قائمة المعوزين
16.07%	27	نعم
83.92%	141	لا
99.99%	168	المجموع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول و التي توضح أن نسبة الأفراد المسجلين في قوائم بينما نسبة الأفراد الغير منخرطين في أي صندوق و غير مسجلين في قوائم %المعوزين لا تتجاوز 16.07 و هي نسبة كارثية و لا تعكس الجهود التي بذلت و تبذل من %المعوزين في بلدتهم تصل إلى 83.92 طرف البلدية و خاصة مديرية الشؤون الاجتماعية التي أقر مديرها بأنهم قاموا بعمليات التحسيس عن طريق المناشير و الوقفات الاشهارية في الإذاعة الجهوية (إذاعة الزيبان) . و كذلك العديد من المقالات حول الموضوع خاصة في جريدة الخبر⁽¹⁸⁴⁾ و الأهم هي مختلف الحصص مع العديد من المسؤولين المكلفين بتسيير العملية التي تم عرضها في التلفزيون الجزائري و خير مثال حصة المستهلك التي تم عرضها على قناة الجزائر الثالثة في شهر 21 جانفي 2005 و التي كان ضيفها السيد الطاهر بن الطرشة مدير النشاط الاجتماعي بالجزائر العاصمة و برنامج صباح الخير في نوفمبر 2006 الذي يبيث و الذي استضاف مدير الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء السيد " 30:8 حوالي الساعة سيساني الناس" و هذا ما يوضح أن الدولة قد قامت بدورها و المواطن هو الذي يعاني من قلة الوعي بحقوقه التي توفرها الدولة له و بالنظر إلى الجدول رقم (29) نجد أن المواطن مهما كان مستواه الثقافي أو التعليمي أو المستوى المعيشي كانت له فرصة و لو للسمع بهذه العملية التي يعد المواطن المستفيد الأول فيها نظرا لما توفره الدولة من فرص تكفل به للحفاظ على صحته و العناية بها و هذا ما يقودنا إلى أن تدني المستوى المعيشي يجر وراءه تدني في المستوى الصحي و عجز جزئي قد يمتد و يصبح كلي، في تحقيق الأفضل لشخصه و لمجتمعه.

(184) و التي تحدثت في الموضوع عدة عناوين مع السيد زرهوني- وزير الداخلية- بأمر السلطات المحلية بالإسراع في تحديد قوائم المعوزين، تأجيل الفع في المستشفيات إلى غاية إستلام المعوزين للبطاقات ص 3

جدول رقم (29) يوضح رأي المبحوث حول وسيلة الإعلام التي تستحوذ على اهتمامه

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س وسيلة الإعلام
70.5%	423	التلفزيون 1
13%	78	الإذاعة 3
14%	84	الجرائد 2
97.5%	585	المجموع

تشير النسب و النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه إلى أن وسيلة الإعلام التي تستحوذ مما كان ليعطي % على اهتمام الأفراد في المجتمع المدروس و هي التلفزة بنسبة عالية جدا تقدر بـ 70.5 لمتتبعي هذه الوسيلة الإعلامية للإطلاع على آخر المستجدات في إصلاح الدولة في جميع المجالات لو كانوا يتابعون الحصص المقدمة بقليل من الانتباه و التركيز و هذا ما نجده موضحا بالتفصيل في الجدول رقم (30) . و في المقابل نجد كل من الإذاعة و الجرائد من خلال الجدول أعلاه إلى أن وسيلة الإعلام التي تستحوذ على اهتمام الأفراد في المجتمع المدروس هي التلفزة بنسبة عالية جدا تقدر بـ 70.5 مما كان ليعطي لمتتبعي هذه الوسيلة الإعلامية للإطلاع على آخر المستجدات في إصلاح الدولة في جميع المجالات لو كانوا يتابعون الحصص المقدمة بقليل من الانتباه و التركيز و هذا ما نجده موضحا بالتفصيل في الجدول رقم (30) . و في المقابل نجد كل من الإذاعة و الجرائد تستحوذان على نسبتيين متقاربتين هما على التوالي و هذا ما يوضح أن المجتمع البسكري خاصة و الجزائري عموما مجتمع بصري يهتم بالصورة % و 14% 13 أكثر من المعلومة . و الملاحظ أن هذه النتائج جاءت معاكسة للنتائج المتحصل عليها في الجدول (رقم 31) .

جدول رقم (30) يوضح رأي المبحوثين حول نوعية البرامج التي يتابعونها

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س وسيلة الإعلام
19.5%	117	البرامج الثقافية
28.5%	171	البرامج الدينية
24.5%	147	البرامج السياسية
25%	150	البرامج الترفيهية
97.5%	585	المجموع

تشير النسب المئوية العامة في الجدول أعلاه أن البرامج التي تستحوذ على اهتمام جمهور المبحوثين و التي تليها كل من البرامج الترفيهية و السياسية بفرق % تسجل نسبا عالية هي البرامج الدينية حيث تسجل نسبة 28.5 ثم البرامج الثقافية التي تأتي في الأخير بنسبة لا بأس بها % و 24.5 % و تأتي النسب تباعا 25% 0.5 و ما يزيد في وضوح هذه النتيجة هو تركز إجابات معظم المبحوثين حول قيمة 1.41 و هو متوسط 19.5% إجاباتهم بين الدرجة (1) و (2) أما تشتت إجاباتهم عن المتوسط فهو ضعيف بقيمة مقدارها 0.50 و أمام

التفاوت في النسب حسب ميول المبحوثين لا يسعنا إلا أن نركز على ذكر أن الإعلام هو أحد للوسائل الهامة التي يمكن الاستعانة بها في تغير و توجيه أنماط السلوك و تحويله إلى نمط سلوك مفيد و بناء إذا أحسن استغلالها حيث يسمح بتنمية الوعي و يزيد من الانفتاح على العالم للإستفادة و المشاركة في تحقيق التنمية الاجتماعية و الشاملة لفائدة الفرد فالمجتمع ككل.

جدول رقم (31) يوضح رأي المبحوثين حول إطلاعهم على طبيعة الإصلاحات المزمع تطبيقها في قطاع الصحة و الأهداف الرامية إليها

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإطلاع على طبيعة الإصلاحات
37.5 %	225	نعم
62.5 %	375	لا
100 %	600	المجموع

% رغم نتائج الجدول رقم (30) السابق و حصريا النسبة الخاصة بالبرامج السياسية و التي بلغت 24.5 نفاجيء بالإطلاع على النتائج الموضحة في الجدول أعلاه و التي توضح أي نسبة الأفراد المطلعين على طبيعة الإصلاحات المزمع تطبيقها في قطاع الصحة و الأهداف الرامية إليها و التي فاقت نسبة المتتبعين للبرامج و رغم صغر هذه النسبة إلا أنها تنبؤ خيرا لكن يطرح تساؤلا هو أن النسبة %السياسية الأنفة الذكر لتبلغ 37.5 الفارقة بينهم من أين يحصل أفرادها على المعلومات؟

و فيما يخص الأفراد الذين أجابوا لعدم إطلاعهم على طبيعة الإصلاحات المزمع تطبيقها في قطاع و هي نسبة كارثية و مخيفة أمام الجهودات المبذولة %الصحة و الأهداف الرامية إليها فقد بلغت نسبتهم 62.5 للتعريف بهذه الإصلاحات في جميع الوسائل الإعلامية خاصة التلفزة و الجرائد.

جدول رقم (32) يوضح رأي المبحوثين حول إذا كانت الإصلاحات المزمع تطبيقها في صالح المواطن أم لا.

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية % ن	التكرارات ك س	التكرار ك س
0.87	1.65	41.33%	93	طبيعة الاصلاح لصالح المواطن
		64.66%	105	ليس في صالح المواطن
		12%	27	لا ضد و لا مع
		100%	225	المجموع

تشير إجابات المبحوثين إلى أن الإصلاحات المزمع تطبيقها في القطاع الصحي العمومي ليست في تليها نسبة معتبرة من المبحوثين الذين يجدون الإصلاحات في %صالح المواطن و هذا بنسبة تقدر ب 46.44 %صالح المواطن بنسبة 41.33.

و يعطينا المتوسط الحسابي وصفا لتجمع %لأتاتي في الأخير نسبة لا مع و لا ضد بنسبة تقدر ب12 آراء المبحوثين عند القيمة 1.65 و الذي يقع بين الدرجة (1) و (2) في حين بلغ الانحراف المعياري 0.87 مما يفسر ضعف التشتت في إجابات المبحوثين حول هذا الرأي .

ونظرا لهذه البيانات نجد أن لكل فئة مبرراتها و أسبابها التي دفعتها لإيجاد هذا القرار و هي كالآتي: بالنسبة للفئة الأولى و التي تتربع على حصة الأسد فرأيهم جاء انطلاقا من ملاحظات أهمها. أن هذا الإصلاح ليس في صالح الفئة المتوسطة و المعدومة نظرا لأن التكلفة المتوقعة ليست في متناول القدرة الشرائية للمواطن و الدخل الفردي، كذلك فهذا في غير صالح عمال القطاع فقد تقع تسريحات، أيضا التخوف من أن يكون مجرد حبر على ورق في رأي آخر يصح البعض أن هذا الإصلاح مقنع و في صالح الدولة فقط. و بخصوص الفئة الثانية و التي تدعم هذا الإصلاح و تباركه فإنها تجد أنه يؤدي إلى ترقية الخدمات الصحية و يحدث التوازن الاجتماعي بين فئات المجتمع إذا كان الهدف ترشيد الرعاية و الخدمات و ليس المقابل المادي فهو يخدم المواطن البسيط إذا تحققت أهدافه التي يرمي لها فعلا.

البعض يرى أنه في صالح المواطن المنخرط في مؤسسات الضمان الاجتماعي و في قوائم المعوزين كذلك ترشيد الإنفاق بالحد من الخدمات الاستشفائية الغير ضرورية و الرقابة على الملفات، و يوفر الظروف و الوسائل الملائمة للتكفل بالمريض في جميع الحالات.

و هناك من يعتبره الحل الأنسب و الأنجع لإنعاش المنظومة الصحية إذا كان هناك وعي اجتماعي و صرامة في التطبيق فهذا يضمن لكل فرد حقه.

أما الفئة الأخرى و رغم نسبتها الضعيفة إلا أن لها رأيها الخاص المتمثل في أن هذا الإصلاح إيجابي في وجه و سلبي من جهة أخرى و يعتبرونه سلاح ذو حدين قد يصعب تطبيقه و يرون أنه في صالح الدولة و المواطن معا.

2/ مناقشة نتائج التساؤل الأول:

جدول رقم (33) يوضح رأي المبحوثين حول أن الهياكل الصحية المتوفرة في مدينة بسكرة كافية لتقديم خدماتها لكافة مواطنيها

النسبة المئوية % ن	التكرارات ك س	التكرار ك س
28%	168	توافر الهياكل الصحية نعم
68%	408	لا
96%	576	المجموع

تصرح بعدم كفاية الهياكل %توضح البيانات الإحصائية في الجدول أعلاه أن النسبة المقدرة بـ 68 الصحية المتوفرة في مدينة بسكرة لتقديم خدماتها لكافة المواطنين .
و الأفراد الذين صرحوا بكفاية الخدمات المقدمة للمواطنين من طرف الهياكل الصحية المتوفرة في فقط أمام هذه النسب تقف في حيرة لأنها لا تتطابق و الواقع المعاش لأن %بسكرة تصل نسبتهم إلى 28 المصالح المسؤولة في القطاع الصحي في مدينة بسكرة صرحوا بأن المؤسسات الصحية في مدينة بسكرة متوفرة بما يتناسب و عدد السكان الحالي و كذلك يمكن إستيعاب الحالات القادمة في المناطق المجاورة للمدينة، فالعجز يكمن في الأطباء المتخصصين و العتاد الطبي.
و بالتالي فالهياكل الصحية لها دور في التنمية الصحية و ذلك من خلال كونها تقدم الخدمات التالية، خدمات صحية شاملة من النواحي العلاجية، الوقائية، التأهيلية، توفير الكوادر الطبية و الصحية تدريبها و إجراء البحوث الطبية إضافة إلى رفع الوعي الصحي لأفراد المجتمع عن طريق دور المؤسسات الصحة في التثقيف الصحي فنوعية الهياكل الصحية و كفاءتها لا تعتمد أساسا على حجمها و لكن على كل ما فيها من تجهيزات و خدمات الأطباء و الأعوان شبه طبيين، فراهية البلدان و انتعاشها الاقتصادي و تقدمها يعتمد بالصحة التي يتوقف عليها إنتاجها و كفاءتها في شتى الميادين، و من أهم الأدوار المنوطة للحكومة في أي مجتمع هو تقديم الخدمات الصحية بمختلف

أبعادها العلاجية و الوقائية و النوعية، و أن الرقي بمستوى أداء الخدمة الصحية لأفراد المجتمع يعتبر أحد المؤشرات الهامة الدالة على تقدم أو تحضر المجتمع (185)

جدول رقم (34) يوضح رأي المبحوثين حول تقييم المستوى الخدمات التي يلقونها في الهياكل الصحية

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية % ن	التكرارات ك س	التكرار ك س مستوى الخدمات
0.35	1.60	11.5%	69	كافية 3
		51%	306	لا بأس 2
		37.5%	225	غير كافية 2
		100%	600	المجموع

من أفراد %أما عن طبيعة الخدمات التي يتلقاها المواطنين في الهياكل الصحية و مستواها فنجد أن 51 العينة يجدون مستوى الخدمات لا بأس و بالنسبة للفئة الثانية التي تمثل الأفراد المبحوثين الذين يجدون مستوى %الخدمات التي تقدم لهم غير كافية فإنها تمثل نسبة لا يستهان بها تقدر بـ 37.5 ، في حين بلغ الانحراف 1.60 و يعطينا المتوسط الحسابي وصفا لتجمع آراء المبحوثين عند القيمة المعياري 0.35 مما يفسر تشتت إجابات المبحوثين حول هذا الرأي.
أن الخدمات التي يتلقونها في الهياكل %بينما يرى مجموعة من المبحوثين تقدر نسبتهم بـ 11.5 الصحية خدمات كافية.

و أمام هذه النسبة المعبرة عن نفسها سوف نعطي ملخصا حول الوضعية الصحية لبلدية بسكرة التي تضم مستشفىين (مستشفى بشير بن ناصر و مستشفى حكيم سعدان)، مع عيادة لأمراض العيون و 03 مجمعات صحية (مجمع صحي بحي العالية، مجمع صحي بحي 726 مسكن، مجمع صحي أحمد بن رمضان قبايلي) و 03 مراكز صحية (المركز الصحي بحي البخاري، المركز بحي الضلعة، المركز الصحي بسكرة القديمة) و 6 قاعات علاج بفلياش ، قاعة علاج بحي الرمايش، قاعة علاج بحي لبشاش ، قاعة علاج بالحاجب).

(185) محمد علاء الدين عبد القادر ، علم الاجتماع الريفي المعاصر و الاتجاهات الحديثة في دراسات التنمية الريفية، الاسكندرية ، منشأة المعارف، ص ص 130-231.

و على العموم نقول أن الوضعية الصحية في مدينة بسكرة على الرغم من أنها عرفت تطورا من حيث عدد الهياكل الصحية و الأطباء إلا أنها لا زالت تعاني من بعض الأمراض المنتشرة بشكل واسع .

و شكل خطرا يهدد سكان هذه المدينة (كالحمل الماطية و اللشمانيا) و بالتالي فالصحة في بسكرة لا تزال تحتاج إلى اهتمام أكثر.

جدول رقم (35) يوضح رأي المبحوثين حول السبب في نقص مستوى الخدمات الصحية المقدمة في الهياكل الصحية

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية % ن	التكرارات ك س	السبب في نقص الخدمات
0.18	2.08	11.5%	81	نقص الأطباء و الأعوان شبه طبية
		51%	189	نقص في التجهيزات الطبية الضرورية
		37.5%	222	التسبب و اللامبالاة و التأخر في الأداء
		18%	108	أخرى
		100%	600	المجموع

تشير إحصائيات المبحوثين في هذا الجدول أن السبب في نقص و عدم كفاية الخدمة الصحية المقدمة و نسبة قريبة لها تقدر ب %يعود إلى التسبب و اللامبالاة و التأخر في الأداء و يؤكدون على ذلك بنسبة 37 أرجعوا أهم سبب إلى نقص في التجهيزات الطبية الضرورية و هذان عاملان أساسيان لضمان سير عملية الخدمة الصحية على أحسن صورة بينما جاءت الإجابات الباقية كالتالي الإجابة بأن السبب في نقص مستوى الخدمات يعود إلى نقص في التجهيزات الطبية الضرورية و هذان عاملان أساسيان لضمان سير عملية الخدمة الصحية على أحسن صورة بينما جاءت الإجابات الباقية كالتالي الإجابة بأن السبب في نقص مستوى و تأتي نسبة الأسباب التي تدرج %الخدمات يعود إلى النقص في الأطباء و الأعوان الشبه طبيين نسبة 13.5 و هي نسبة لا يستهان بها و قد عبر المبحوثين عن الأسباب الأخرى هذه بأنها %تحت خانة أخرى تقدر ب 18 تعود إلى عدم حب العمال لمهنتهم لوجود نقص في التحفيز للعمال و الذي يؤدي إلى الجودة في الخدمات، المشاكل الاجتماعية و السياسية التي انعكست على الأداء الحسن و السير الحسن للمؤسسات، نقص النظافة، نقص الوعي و التوعية بالنسبة للمواطن و العامل على حد سواء، أيضا طبيعة النظام الصحي و ثقافة المحيط و بعض العوامل المتداخلة فيما بينها و سوء التسيير، كذلك النقص في بعض التخصصات أو معظمها هذا يعود لعدم تشجيع أهل الاختصاص بالعمل في مدينة بسكرة و استقطاب خبرات من خارج الولاية، و سوء توزيع الوسائل المتوفرة و قد ركز المبحوثين عند ذكرهم للأسباب الأخرى التي تعد من أسباب ضعف و نقص في الخدمات المقدمة في القطاع الصحة على عاملي المحسوبة و عدم الإحساس بالرحمة و غياب الضمير المهني و بالتالي نجد أن المتوسط الحسابي يبرهن على ذلك بقيمة 2.08 أي أنه يتوسط الدرجتين (2) و (3) و هم يبتعدون من هذه القيمة تشتت ضعيف مقداره 0.18.

جدول رقم (36) يوضح رأي المبحوثين حول الصعوبات التي تواجههم في تلقي خدمات جيدة في المؤسسات الصحية.

النسبة المئوية % ن	التكرارات ك س	التكرارات ك س الإيجابية
17%	102	نادرا
61%	366	أحيانا
22%	132	دائما
96%	600	المجموع

من خلال قراءتنا للجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلب جمهور البحث يجدون أن الصعوبات التي تواجههم و هي % في تلقي خدمات جيدة في المؤسسات الصحية هي صعوبات غير دائمة و إنما أحيانا و هذا بنسبة 61 نسبة كبيرة جدا تفوق النصف بالمقارنة مع النسبتين الباقيتين حيث نجد أن نسبة المبحوثين الذين يجدون أن هي نسبة المبحوثين % و بالمقابل نجد أن 17% الصعوبات التي تواجههم هي صعوبات بشكل دائم تقدر بـ 22 الذين يرون أنه نادرا ما تواجههم صعوبات لتلقيهم لخدمات جيدة في المؤسسات الصحية و ما يمكن ملاحظة أن نسب هذين الرأيين المتضادين جاءت متقاربة و عن أسباب هذه الصعوبات نعود لنتائج الجدول رقم (37).

جدول رقم (37) يوضح رأي المبحوثين حول سبب الصعوبات التي قد يواجهونها في المؤسسات الصحية

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية %	التكرارات ك س	التكرار ك س سبب الصعوبات
0.18	2.08	16%	96	سوء الاستقبال
		19.5%	117	كثرة المرضى
		24.5%	147	عدم وجود وقاية
1.08	2.55	12%	72	عدم الاستعانة بالتقنيات الحديثة و تعطيل العشاء
		16%	96	ضعف مستوى الحوار مع الجهاز الطبي و عدم وجود وقاية
		12%	108	أخرى
		100%	600	المجموع

عبر المبحوثين عن أن الأسباب التي تقف وراء الصعوبات التي قد يواجهونها في المؤسسات الصحية و هذه النسبة لا يجب أن % يليها سبب كثرة المرض بنسبة 19.5% تعود إلى عدم وجود رقابة بنسبة 24.5 نغفلها فإذا كان السبب هو كثرة المرضى فهذا يعني أن المؤسسات الصحية لا تتناسب و عدد السكان أنظر الجدول رقم (34) القاطنين بمقر البلدية إضافة إلى المواطنين الوافدين إليها لعدم توفر حاجاتهم في بلديات إقامتهم لذا فإنه من الضروري و تقاديا للضغط تزويد الهياكل الصحية المتواجدة بالبلديات المجاورة لبلدية بسكرة بما تحتاجه من عتاد طبي و طاقم طبي لتقادي التنقل المتكرر للمواطنين إلى المدينة من أجل الفحوصات أو التحاليل و هذا من أجل الرفع من المستوى الصحي و تحسين الحالة الصحية و الوصول إلى تحقيق تنمية صحية و بالتالي تنمية اجتماعية .

الإيجابية أو الرأي الذي يقرر أن سبب % و نجد في المرتبة الثالثة و بنفس النسبة و التي تقدر بـ 16 الصعوبات التي قد يواجهها المواطن في مجال الصحة يعود إلى سوء الاستقبال إضافة إلى ضعف المستوى

أيضا %الحوار مع الجهاز الطبي و عدم وجود الرقابة الذي نجده من خلال الإجابتين قد غطى نسبة 40.5 عاملي سوء الاستقبال و ضعف مستوى الحوار مع الجهاز الطبي عاملين لا يمكن اهمالها فقد ركزت عليهم وزارة الصحة بوضوح من خلال التعليمات التي تبعث بها إلى المدراء في قطاعات الصحة و المسؤولين عن تطبيق الاصلاحات المزمعة فقد ركزوا على أسنة الخدمات المقدمة للمواطنين كذلك تفعيل دور مكاتب الاستقبال فقد جاء في نص مذكرة منشورة 6477 بتاريخ 12 أوت 2003 و التي كان موضوعها المساهمة في أسنة المستشفيات .

" أن أسنة المؤسسات الصحية تعد من الأهداف الرئيسية التي سطرت في إطار تنفيذ تدابير عاجلة لإصلاح المستشفيات و فعلا، تعتبر راحة و سلامة و كذا توعية العلاج المقدم له في صلب التغيرات المتوخاه في مجال تنظيم و سير مستشفياتنا.

إن الهدف من الأسنة يتضمن تحسين شروط الاستقبال للمريض و إقامته و كذا توجيه و إعلام المرتفقين بكيفيات سير المستشفى و الخدمات المقدمة فيه"

بالنسبة لكل في فنتي عدم الاستعانة بالتقنيات الحديثة و تعطل العتاد و أسباب أخرى فقد كانت تقدر بـ بالتساوي و قد جاءت في تحليل الأسباب الأخرى آراء أهمها ضيق المكان في هياكل الاستقبال لجمع 12% قاعة الاستعجالات الصحية و الجراحية معا في مستشفى بشير بن ناصر.

ضعف التحفيز المادي مما يؤثر سلبا على إرادة الطاقم العامل كذلك غياب الانسانية و ضرورة تحديث قوانين صحية بما يتماشى و تطور المجتمع .

و هذا ما يوضح أن أغلب المبحوثين تمركزوا عند الدرجتين (2) و (3) بمتوسط حسابي قدره 2.55 و هنا نلاحظ أن مقدار تشتتهم مرتفع نوعا ما (1.02) و هذا راجع لكون النسب متقاربة و تكاد تتساوى.

3/ مناقشة التساؤل الثاني :

جدول رقم (38) يوضح رأي المبحوثين حول أي المستشفيات يفضل الخاصة و العامة

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
17%	102	العمومية
61%	366	الخاصة
96%	600	المجموع

و الذي يفوق النصف %إن الجدول يوضح مدى إنحياز فريق المبحوثين نحو المستشفيات الخاصة بنسبة 56 و النسبة الباقية المتمثلة في المواطنين الذين يفضلون التوجه إلى المستشفيات العمومية لتلقي الخدمات التي هم و هذا يعود إلى العديد من الأسباب حسبما أدلى به المبحوثين و هي: %في حاجة إليها و هذا بنسبة تقدر بـ 44 و نبدأ بالمميزات التي يجدها المواطن في المستشفيات أو العيادات الخاصة و لا يجدها في القطاع العمومي.

توفر الاستقبال الحسن و الرعاية الجيدة للمرضى بالتفرد بالرقابة الخاصة و الممييزة عند التشخيص النظافة و سرعة تقديم الخدمة، قرب هذه العيادات الخاصة من الأحياء و المنازل، توفر معظم التخصصات و العتاد و التقنيات الحديثة.

و أهم شيء يصرحون به توفر نوع من الضمان و الاطمئنان النفسي كذلك الإحساس بالاحترام لأن القطاع العام أصبح حسب رأيهم مرادف لعدم الاحترام و الإحساس بأنك مسكين و محتاج و هذا لعدم وجود رقابة عكس هو القطاع الخاص أنظر تحليل الجدول رقم (37) و قد علق الكثيرون ببعض العبارات منها (دراهمك تكرمك) ، (الدراهم يقوموا) ، (الدنيا بالوجوه و الآخرة بالفعاليل)

و لكن هنا نساءل لماذا المواطن الجزائري أو البسكري يقبل أن يدفع مقابل العلاج في القطاع الخاص و يرفض نفس التصرف في القطاع العمومي حتى و لو توفرت نفس الشروط التي يجدها عند الخاص؟ و الآن نعود للتطرق للأسباب التي تدفع بعض المواطنين إلى اللجوء إلى القطاع العمومي يدل الخاص و أهمها:

الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وآخرون يجدون أن القطاع العمومي يقدم الخدمات الضرورية للحالة المعالجة و لا يبالغون مثل ما هو الحال في القطاع الخاص من أجل الفاتورة. وأهم ملاحظة و التي في الواقع هي ملاحظة هامة جدا و التي يغفل عنها الكثير من المواطنين و التي مفادها أنه لماذا الذهاب إلى القطاع الخاص إذا كان يحول الحالات التي يعجز فيها القطاع العمومي للتدخل بها فلماذا الخسارة المادية و عدم حمد النعمة التي هي متوفرة حتى في أسوء الظروف.

جدول رقم (39) يوضح رأي المبحوثين حول الطريقة المثلى للتنقل للمستشفى

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س طريقة التنقل
0.35	1.25	56.5%	339	تنقل الشخص
		9%	54	سيارة اسعاف أو الحماية المدنية
		21%	126	أخرى
		86.5%	519	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن أغلب أفراد العينة تستعمل النقل الشخصي بنسبة تفوق النصف أي أن إجابات المبحوثين تركزت عند الدرجة (1) ما يوضحه المتوسط الحسابي بقيمة 1.25 % و تقدر بـ 56.5 و بتشتت ضعيف يقدر بـ 0.35 و يتمثل التنقل الشخصي في بعض الحالات في أن أسر المبحوثين يمتلكون وسيلة نقل خاصة أو يقومون بكراء وسيلة تنقل (نقل حضري). من المبحوثين الذين أدلوا بأنهم في حالة عدم توفر % كما يتبين من الجدول أن هناك نسبة معتبرة تقدر بـ 21 وسيلة نقل فإنهم يطلبون مساعدة الغير من الأقارب أو الجيران الذين لا يرفضون ذلك و هذا ما يوضح التضامن العضوي الذي يتميز به مجتمعنا الجزائري و العربي عموما. و % أما فيما يخص استعمال سيارة الإسعاف أو الحماية المدنية فقد خصت نسبة صغيرة قدرت بـ 9 هذا راجع إلى سببين إما عدم لجوء المواطنين لخدمات هاتين الوسيطتين أو لعدم تلبية النداء في أغلب الأحيان من طرفهم و السبب الأول هو الأرجح .

جدول رقم (40) يوضح رأي المبحوثين حول الحالات التي ينتقلون فيها إلى المستشفى

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س طريقة التنقل إلى المستشفى
1.98	2.16	50.5%	303	استعجالات
		12.5%	75	جراحة
		13%	78	مختص و متابعة
		14.5%	87	تحاليل أو أشعة
		9.5%	57	أخرى هن ولادة
		100%	600	المجموع

كان السؤال عن الأسباب أو الحالات التي ينتقل فيها المبحوث إلى المستشفى هام من أجل المعرفة أكثر بطبيعة الخدمات الصحية المقدمة فيه.

تليها 50.5% فكانت النتيجة أن أغلب أفراد العينة ينتقلون إلى المستشفى في الحالات الاستعجالية بنسبة 50.5% وهذا راجع %نسبة الأشخاص الذين ينتقلون إلى المستشفى بهدف إجراء تحاليل أو أشعة و قدرت بـ 14.5% لكون أن هذا النوع من الفحص أصبح مطلوب و بكثرة في كل التشخيصات و المتابعات، و أيضا التكاليف الباهضة و المرتفعة لهاتين العمليتين في المخابر و العيادات الخاصة و بالمقابل هي متوفرة في المستشفى و هذا ما تؤكد قيمة المتوسط الحسابي بـ 2.16 التركيز على الدرجة (2) ثم نجد فئة الفحص و المتابعة و الجراحة على التوالي و هذا يعود لإنتشار العيادات الجراحية الخاصة و قد تم % و 12.5% بنسبتين متقاربتين 13 التطرق إلى هذه النقطة من خلال الجدول رقم (38).

إذا أنه من الواضح أن أفراد العينة يفضلون الذهاب للعيادات الخاصة من أجل إجراء الفحوصات خاصة إذا كان الأمر يتعلق بالأمراض المزمنة كمرض ضغط الدم و القلب و داء السكري و ذلك لعدم توفر الأطباء المختصين و هذا ما أكده الفريق الطبي، و خاصة كما سبق و أن أشرنا بأن هناك انطباع عام بأن نوعية الرعاية الصحية أفضل من العيادات الخاصة حيث نجد أن الأطباء في العيادات الخاصة يركزون على نجاحهم و مهاراتهم الطبية و كسبهم لثقة المرضى و إضفاء الراحة النفسية لهم. عبرت عن باقي الحالات الأخرى التي لم يتم ذكرها في الاستمارة % و في الأخير و بنسبة أخرى قدرت بـ 9.5% و التي عبر عنها المبحوثين بأنها حالات الولادة أو الحفن.

جدول رقم (41) يوضح رأي المبحوثين حول ما كانوا يذهبون إلى الطبيب أو يتداونون بالأعشاب في الحالات الغير حرجة

الانحراف المعياري (ح)	المتوسط الحسابي (م)	النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإجابة
0.24	1.49	49.5%	297	الذهاب للمستشفى
		50.5%	303	التداوي بالأعشاب
		100%	600	المجموع

من خلال الإجابات التي تحصلنا عليها من طرف المبحوثين يتبين أن أغلبهم يفضلون التداوي باستعمال و إذا لم تدفع يذهبون بعد ذلك إلى الطبيب. %الأعشاب الطبية أو لا بنسبة 50.5 من خلال دراسة أجراها الدكتور سليمان بومدين عن التصورات الاجتماعية للصحة و المرض، حالة مدينة سكيكدة - فقد أوضح أن المرضى في المراحل الأولى لإصابتهم بالمرض و بنسبة معتبرة يحاولون إيجاد حلول كشرب زيت الزيتون 'automédiation' داخل منازلهم قبل اللجوء إلى الطبيب أو قد يسمى بالتداوي الذاتي أو العسل أو الزعتر و بعض الأعشاب الأخرى التي نجدها في كثير من المنازل أو يمكن الحصول عليها بسهولة لدى أقرب بائع للأعشاب.

و لقد اجتمعت إجابات المبحوثين عند القيمة 1.49 أي تقريبا عند الدرجة (1) و التي تعبر عن اجماعهم حول أنهم يلجؤون إلى التداوي بالأعشاب في أغلب الأوقات و الذي يثبت رأيهم هو تشتتهم الضعيف بمقدار 0.24 رغم أن فيهم من يرون أن الظروف المادية تتحكم في قراراتهم فإن توفر لديهم المال يذهبون إلى و هي نسبة كبيرة أيضا حتى و لو جاءت في الاختيار الثاني ممن (%) تليها فئة بنسبة 49.5* الطبيب مباشرة) يرون أنه من الأفضل الذهاب إلى الطبيب مباشرة دون استعمال الأعشاب، إذ أن هذه الأسر تتخوف من ناحية من استعمال الأعشاب لأنهم غير متأكدون من نتائجها، و لأنهم من جانب آخر لدى الكثير منهم الأطفال و يرفضون رفضا قاطعا الرهان بصحتهم، لذلك يلجؤون مباشرة للطبيب تقاديا لأي شك أو خطأ. و الذهاب إلى الطبيب يخلق عندهم ثقة في تطبيق علاج على أسس علمية يغنيهم عن الوقوع في مالا يحمد عقباه من جراء التداوي بالأعشاب الطبية دون العلم بأسس تطبيقها و كيفية المعالجة بها معالجة صحيحة. جدول رقم (42) يوضح رأي المبحوثين في بعض التخصصات يعبر بـ كافية، غير كافية، منعدمة

المجموع	منعدمة		غير كافية		كافية		الإجابة	
	ن %	ك س	ن %	ك س	ن %	ك س		
91.5%	549	4%	24	23%	138	64.5%	387	طب عام
84.5%	507	17.5%	105	34.5%	207	43%	195	طب الأسنان
85.5%	513	8.5%	51	34%	204	26.5%	258	طب الأطفال
87.5%	525	24.5%	147	36.5%	219	20.5%	159	طب النساء
79%	474	21.5%	129	37%	222	34%	123	طب العظام
84.5%	507	12%	72	38.5%	231	26.5%	204	الجراحة العامة
79.5%	477	27.5%	165	30.5%	183	20.5%	123	الأنف و الحجرة
79.5%	477	41.5%	249	28.5%	179	9.5%	57	جراحة الأعصاب
79.5%	477	42.5%	255	25%	150	12%	72	أمراض القلب
79%	474	15%	90	43.5%	261	20.5%	123	طب العيون
77%	462	31.5%	189	31%	186	14.5%	87	الأمراض المعدية
77.5%	465	47.5%	285	20.5%	123	9.5%	57	الأمراض الجلدية

قبل التطرق إلى نتائج الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه تجدر الإشارة إلى سبب عرضه أو لا و من أفراد العينة يرون % هذا يعود إلى الجدول (35) و النتيجة المتوصل إليها من خلاله و الذي مفادها أن 13 أن هناك نقص في عدد الأطباء و خاصة المختصين و عدم كفاءتهم و لذلك قمنا بعرض هذا الجدول على أفراد العينة ككل لنعرف آرائهم فيما يخص التخصصات التي فيها كافية أو غير كافية أو منعدمة فمن خلال الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد الهيئة يجدون الاختصاصات التالية كافية و متوفرة الطب العام، طب الأسنان، الجراحة العامة، طب الأطفال، طب العيون في حين نجد أن التخصصات التي تعد غير كافية هي طب النساء جراحة الأنف و الحجرة، الأمراض المعدية طب العظام أما التخصصات التي يرى أفراد العينة أنها منعدمة هي جراحة الأنف و الحجرة ، جراحة الأعصاب ، أمراض الجلدية.

* من خلال المناقشات الحرة للمبحوثين يتبين لنا أن المشكلة المادية ليست في الذهاب إلى الطبيب فهناك أطباء في المؤسسات الصحية العمومية يعملون مجاناً أو حتى مقابل مبلغ رمزي، لكن المشكلة في تكلفة الدواء الغالية التي تمنع الأفراد في بعض الأحيان

و كما سبق ذكره هو أن الطب الاختصاصي يعاني قصورا أو عجزا في مدينة بسكرة مما يدفع بالكثير من المواطنين إلى اللجوء إلى القطاع الخاص (أنظر الجدول رقم 39) أو التنقل إلى خارج المدينة أو حتى خارج الوطن إن أُلزم الأمر و هذا من أجل إجراء عمليات جراحية أو متايعة أو ضلعهم الصحية ، خاصة إذا كانوا يعانون من مرض خطير أو مزمن.

أما فيما يخص المسؤولين في القطاع الصحي فإنهم يرون أن أهم الاختصاصات التي تشكل عجزا تاما على مستوى مدينة بسكرة هي:

أمراض القلب، جراحة الأعصاب، الأنف و الحنجرة، أمراض الأمعاء و المعدة، أمراض الجلد، طب النساء، طب الأطفال، بالإضافة إلى عدم وجود أطباء في فن الولادة عبر جميع الوحدات و المراكز الصحية عدا وجود قابلات.

و هنا نقول أن الجزائر ككل تعاني عجزا في الأطباء المختصين و ليست مدينة بسكرة فحسب، و على ذلك فينبغي توفيرهم من أجل حماية صحة الفرد و المجتمع و الرقي بالوضع الصحي بالجزائر و ثم الوصول إلى تحقيق مؤشرات صحية جيدة، و لتحقيق ذلك نقول أن هناك عوامل يجب أن يضعها المسؤولين عن الصحة عند إنجازهم لعمليات التخطيط نصب أعينهم هي عدد الأطباء و اختصاصاتهم المختلفة في القطاع الصحي و مدى تربيها و الامكانيات المتاحة لهم.

كما يمكن أن يأخذوا في الحسبان طبيعة المشكلات الصحية و المستقبلية و الوضع الاجتماعي و الاقتصادي انطلاقا من أن القوى البشرية هي الركيزة الأساسية لتحقيق تنمية اجتماعية و صحية.

4- مناقشة نتائج التساؤل الثالث:

جدول رقم (43) يوضح رأي المبحوثين حول توفر أو عدم توفر الأدوية على مستوى المؤسسات الصحية التي يتعاملون معها

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
51.5%	309	نعم
45.5%	270	لا
96.5%	579	المجموع

يجيبون بنعم عند %تشير النسب المئوية في الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة المبحوثة و بنسبة 51.5 سؤالهم إذا كانت توفر لهم الأدوية على مستوى المؤسسات الصحية التي يتعاملون معها و هذا خلال عمليات التلقيح و الولادة و ما يرافقها و هذا من خلال المقابلات التي أجريت مع النساء في عيادة الولادة التابعة لمستشفى بشير بن ناصر كذلك العمليات الجراحية و ما تستلزم من أدوية و حقن تخدير و غيرها . و التي تمثل أفراد العينة الذين يرون أن المؤسسات الصحية لا تقدم لهم الدواء، %أما النسبة المتبقية 45.5 و هذا راجع إلى السياسة الجديدة التي تتبعها الجزائر حيث طبقت سياسة إعادة الهيكلة مع

بداية الثمانينات، و التوجه نحو اقتصاد السوق في سنوات التسعينات و كل التغيرات التي أثرت على المجال الصحي، فبعد أن كان العلاج مجاني مئة بالمائة أصبح يتطلب دفع مبلغ رمزي و يصبح الآن بتطبيق النظام التعاقدية الذي يعد أهم إصلاح المستشفيات يتطلب دفع مبلغ يتحدد عن طريق فاتورة إسنادا إلى الخدمات و العلاجات و الأدوية التي تمت عملية تقديمها للمريض أثناء العملية الاستشفائية.

هذا بالإضافة إلى عدم تقديم الدواء في المؤسسات الصحية و شراءه من الصيدليات و بأثمان تعتبر تكلفة بالنسبة للمواطن و هذا ما يتوضح من خلال الجدول رقم (48) .

جدول رقم (44) يوضح رأي المبحوثين حول توفر الأدوية على مستوى المؤسسات الصحية هل تتوفر كل الأدوية أو بعضها

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
31.7%	96	كل الأدوية
68.93%	213	بعض الأدوية
100%	309	المجموع

و تواملا مع الجدول السابق تم وضع السؤال الحالي حول رأي المبحوثين إن كانت الأدوية مقدمة على مستوى المؤسسات الصحية كلها أو بعضها و هذا السؤال للتوضيح يخص الأفراد الذين أجابوا بأن الدواء يروي أن الأدوية المقدمة هي بعض الأدوية %يقدم في المؤسسات الصحية فقد كانت الاجابات كالآتي 68.93 و هذا خاصة في العمليات الاستعجالية و الولادة أين يتم بهذا القسم علاج المريض ببعض الأدوية التي يحتاجها و هي %المريض و الفئة الثانية التي يرى أفرادها أن المؤسسات الصحية توفر كل الأدوية و هذا نسبة 31.07 الخاصة بالأفراد الذين خضعوا لعمليات جراحية فيتم تقديم الدواء لهم و متابعتهم لحين خروجهم من المستشفى و عودتهم إلى المنزل، كذلك عمليات التلقيح و العناية بالجراح، خاصة على مستوى الوحدات أو المراكز الصحية و الاستعجالات.

جدول رقم (45) يوضح رأي المبحوثين حول حصولهم على الدواء من الصيدلية الأولى أم يترددون على عدد من الصيدليات

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
21.7%	129	دائما
58.5%	351	أحيانا
20%	120	نادرا
100%	600	المجموع

إن هذا السؤال يعرفنا بمدى توفر الدواء في الصيدليات المتواجدة في مدينة بسكرة خاصة و الجزائر عموما.

من خلال الجدول أعلاه نجد أن الفئة الأكثر تكرارا هي الفئة التي يجد مبحوثوها أنهم أحيانا فقط و هي الفئة المسيطرة بينما نجد %يترددون على الصيدليات من أجل الحصول على الدواء و هذا بنسبة 58.5 أن نسبة 21.5 من أفراد العينة يترددوا بصفة دائمة على عدد من الصيدليات من أجل الحصول على الدواء و هم أفراد العينة الذين يصرحون بأنهم نادرا ما يترددون على الصيدليات و هم الأفراد %نسبة قريبة منها 20 الذين لا يعانون أمراضا مزمنة بل أمراض عرضية يجدون أدويتها عند كل الصيدليات عموما.

جدول رقم (46) يوضح رأي المبحوثين إذا كانوا يضطرون لإقتناء الدواء من خارج البلاد

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
21.7%	129	دائما
58.5%	351	أحيانا
20%	120	نادرا
100%	600	المجموع

بالنسبة للمبحوثين الذين نادرا ما يجدون أنفسهم % جاءت النسبة في هذا الجدول الموضح أعلاه كالتالي 56 مضطرين للتنقل إلى خارج الولاية أو البلاد للحصول على الدواء.

يصرحون أنهم أحيانا فقد يضطرون إلى اقتناء دواء أو اثنين من خارج الولاية و الفئة الأخيرة و ذات % 38 النسبة الضعيفة مقارنة مع النسب السابقة يجدون أنهم دائما يذهبون إلى مدن أخرى أو خارج البلاد و هم الأفراد الذين قد يعانون من أمراض خطيرة أو مزمنة أو باهضة التكاليف لا يتم استيرادها من طرف كل الصيدليات و هذا ما يدل على أن أغلب الأدوية متوفرة في مدينة بسكرة .

جدول رقم (47) يوضح رأي المبحوثين إذا كانوا يجدون صعوبة في فهم الطريقة التي يوصف لهم الدواء بها

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
10.5%	36	دائما
29%	174	أحيانا
60.5%	363	نادرا
100%	600	المجموع

من أفراد العينة لا يجدون صعوبة في فهم الطريقة الموصوفة من % من خلال الجدول أعلاه نجد 60.5 طرف الصيدلي في استعمال الدواء، و هذا يعود أساسا إلى المستوى التعليمي الذي يتمتع به مجتمع البحث كما (و تليها نسبة أفراد العينة من % هو موضح من خلال الجدول رقم (18) حيث تصل نسبة الجامعيين بـ (36 و هذا يبين المستويات التي يتمتع أفرادها بالنضج العقلي و الوعي و هذا ما % ذوي المستوى الثانوي بـ 27.5 يؤكد العلاقة القائمة بين التعليم و الصحة من حيث أن المستوى التعليمي له دور كبير في الرفع من المستوى الصحي للمواطن.

بالإضافة إلى المستوى التعليمي له دور في فهم الطريقة التي يصفها الصيدلي في استعمال الدواء نفس الشيء بالنسبة لوسائل الإعلام التي ساهمت بشكل بارز في نشر الوعي الصحي لدى المواطنين و ذلك باستغلالها لكافة الأساليب اللغوية و الصور و الكاريكاتير مما ساهم في توعية و تثقيف المواطن صحيا.

جدول رقم (48) يوضح رأي المبحوثين حول تكلفة الدواء بالنسبة لهم

النسبة المئوية	التكرارات	التكرار ك س
----------------	-----------	-------------

الإيجابية

ن %	ك س	
63.5%	381	متكلفة
27%	162	معقولة
9.5%	57	غير مكلفة
100%	600	المجموع

هي النسبة الخاصة و المعبرة عن رأي أفراد العينة الذين يرون أن تكلفة الدواء عالية % إن نسبة 63.5 و هذه حقيقة لا مفر منها خاصة إذا تعلق الأمر بالأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة ضغط الدم و أمراض القلب، السكري أيضا الأمراض الخطيرة التي يكون المواطن مجبرا على شرائها مهما كانت تكلفتها، بينما نسبة من أفراد العينة يرون أن تكلفة الدواء معقولة خاصة في الحالات الغير حرجة. 27% و هذه تمثل فئة المواطنين % في حين تصل نسبة أفراد العينة الذين يجدون الدواء غير مكلف إلى 9.5 المقتردين و ميسوري الحال أو الذين لا يعانون من المرض إلا نادرا و تكون مجالات بسيطة لا تكلف أدوية كثيرة و بأثمان صغيرة.

و الحقيقة أنه و بطبيعة الحال نجد تكلفة الدواء في مدينة بسكرة أو الجزائر ككل كبيرة جدا، حتى أن بعض المواطنين قد يلجؤون إلى شراء الدواء على حساب مصاريف أخرى و هذا ما سيتم التطرق إليه من خلال جدول القادم، أو قد يضطرون إلى عدم شراء كل الأدوية الموصوفة و يقتصرون على البعض منها فقط.

جدول رقم (49) يوضح رأي المبحوثين إذا كانوا يضطرون لشراء الدواء على حساب مصاريف أخرى

النسبة المئوية	التكرارات	التكرار ك س
ن %	ك س	الإيجابية
46.5%	279	دائما
31%	186	أحيانا
22.5%	135	نادرا
100%	600	المجموع

بما أن الدواء مكلف جدا كما توصلنا إليه من خلال الجدول السابق فمن خلال الجدول أعلاه نجد أن و الأفراد من العينة % الأفراد الذين نادرا ما يشترون الدواء على حساب مصاريف أخرى تقدر نسبتهم بـ 22.5 أما النسبة % الذين أجابوا بأنهم أحيانا فقط قد يلجؤون إلى شراء الدواء على حساب مصاريف أخرى هي 31 و التي يجيد أفرادها أنفسهم أمام تكاليف كبيرة لشراء الدواء، و بالتالي فهم في حالة دائمة % الكبيرة نسبة 46.5 لشراء الدواء على حساب المصاريف الأخرى و غالبا تكون المصاريف الأخرى هي الجانب الغذائي و إذا كان هذا بصفة دائمة أي عدم الاهتمام بالإنتفاق على التغذية و كأنها جانب ليس له علاقة بصحة الفرد. لكن لا يمكننا أن نتجاهل أمام هذا الوضع أن الكثير من الأمراض يكون سببها الخفي هو إهمال جانب التغذية و هو ما يحصل في البلدان الفقيرة أو الإفراط في التغذية كما هو حاصل في البلاد المتقدمة. مما سبق نقول إن الاهتمام بالتغذية أمر ضروري جدا في حياة الفرد و المجتمع، ذلك لأن بالتغذية السليمة للجسم ينشأ الفرد صحيحا و خاليا من الأمراض ذ، فالإنتفاق على الأمراض و الأدوية أمر لا بد منه شرط أن لا يكون على حساب التغذية، و تجدر الاستشارة إلى أن ملايين الأطفال يتعرضون لخطر الموت

سنويا بسبب أمراض سوء التغذية و قد أثبتت العديد من الدراسات أن سوء التغذية يعد من أسباب المشاكل الصحية في الدول النامية .

جدول رقم (50) يوضح رأي المبحوثين حول نوع الأدوية التي يفضلون اقتناءها المحلية أو المستوردة

النسبة المئوية ن %	التكرارات ك س	التكرار ك س الإيجابية
46.5%	279	دائما
31%	186	أحيانا
22.5%	135	نادرا
100%	600	المجموع

يفضلون % من خلال الأجوبة التي تم تقديمها من طرف المبحوثين يتبين أن أغلبهم و بنسبة 59.4 الأدوية المستوردة، و ذلك نظرا لاعتبارات عدة أهمها حسب رأي المبحوثين تتخلص في أن معظم الأدوية المتوفرة مستوردة من الخارج و لا يوجد منتج محلي، و إن وجد فإنه لا يكفي حتى المناطق المجاورة له فكيف يكفي المناطق الأخرى، المنتج المستورد مفعوله سريع و أكيد و هذا راجع لدقة التركيبات الكيميائية المكونة له و الجودة في العمل لأنه مصنع في دول متقدمة و في دول و مخابر لها سمعتها و مصداقيتها ذ، دقة التعليمات الموضحة في النشرة المرفقة داخله أيضا لأن المنتج المحلي هو نسخة طبق الأصل للمستورد، إذا فالمستورد أفضل (الأصل أحسن) .

و أهم التعليقات جاءت حول أن المغلوب مولع بتقليد الغالب و لأن ثقافة المجتمع تركز على انعدام الثقة في المنتج المحلي في بضائع أخرى فما بالك عندما يكون الأمر يتعلق بالدواء و المرض و الشفاء فيما ترغب و هي نسبة لا بأس بها في اقتناء الدواء المحلي و لها أيضا مبرراتها و %النسبة الباقية و المقدرة بـ 34.5 أسبابها.

يفضلون اقتناء الأدوية المصنعة محليا و هذا دعما للاقتصاد الوطني و تشجيعا للإنتاج المحلي، و لضمان وجوده و بأسعار معقولة و البعض يرى أن المواطنين أصبحوا يبالغون بإقتناء كل شيء مستورد فالله هو الشافي و الدواء المنتج محلي له مميزاته و إيجابياته أيضا.

أيضا مع كل مميزات الأدوية المستوردة عندنا غير الأدوية المتوفرة عندهم في الخارج و ليس بنفس الفعالية و قد أضاف آخرون أن الثقة في المنتجات المستوردة قد اهتزت خاصة و أنهم لم يصبحوا محل ثقة مع انتشار ظاهرة الصفقات المغشوشة في كثير من المنتجات.

و تبقى مسألة إن كان الدواء مستورد أم محلي مسألة نسبية حسب إمكانية المواطن و قدراته و الشيء الأساسي هو أنه المهم الشفاء الذي هو بيد الله.

ثالثا: الاستنتاج العام للدراسة

بعد القيام بتحليل و التعليق عليها، تأتي الآن آخر الخطوات المعتمدة منهجيا و هي كتابة النتائج العامة، فمن خلال ما تم رصده في تحليل الجداول، سنجيب على التساؤلات المطروحة في الدراسة تفسير و تحليل النتائج ، و هذا ما يدعم نتائج الدراسات السابقة و نتائج المقابلات الملاحظة التي تمت و هذا بناء على كل تساؤل:

1- التساؤل الأول :

هل يؤدي إصلاح المستشفيات إلى توفير الهياكل الصحية اللازمة لتقديم الخدمات لكافة المواطنين في مدينة بسكرة؟

من خلال تحليل البيانات و النتائج المحصل عليها يمكن القول أن الهياكل الصحية المتوفرة في مدينة بسكرة غير كافية لتقديم كل الخدمات التي يحتاجها السكان في هذه المدينة و هذا ما يخالف الرأي الذي صرح به المسؤولون في قطاع الصحة بأن الهياكل متوفرة و بصورة جيدة و أن العجز أو القصور يعود إلى نقص الأطباء و خاصة المتخصصين منهم كذلك عدم توفر بعض الأجهزة التي أصبحت تعد ضرورية مع التقدم التكنولوجي في مجال الصحة و هذا ما يؤكد تصريح المدير الولائي للصحة بأنه و رغم توظيف 35 طبيبا مختصا إلا أن العجز مازال يطرح خاصة على مستوى اختصاص أمراض النساء و التوليد و هذا ما تؤكدته النتائج- الجدول رقم (42).

و لأن الأطباء يعتبرون عامل أساسي في التحسين و رفع من المستوى الصحي للمواطنين، فمن غير الممكن أن تصور هياكل و مؤسسات صحية من دون أطباء أو عتاد. فهذا ما يجعل الصحة في مدينة بسكرة في حاجة إلى دفعة قوية و اهتمام أكثر نظرا لانتشار بعض الأمراض التي كان من المفروض انه تم القضاء عليها.

و على العموم و من خلال ما سبق يمكن ذكر أهم الأمراض المنتشرة في العالم خاصة في البلاد الإسلامية " السل أو التدرن و مرض الجزام، البلهارسيا⁽¹⁸⁶⁾، الملاريا⁽¹⁸⁷⁾، داء الفيالريا، الليشمانيا... الخ" و أمراض خطيرة أخرى و هي أمراض الفقر و هذا يعني أن المرض و الفقر متلازمان و ذلك من خلال الدراسات التي قام بها بعض الباحثين في الولايات المتحدة الأمريكية حيث أثبتت الدراسات العلاقة بين الدخل و المرض⁽¹⁸⁸⁾.

و الملاحظ في الفترة (1989-1999) أن أمراضا قديمة أخذت بالعودة إلى الواقع الاجتماعي مثل فقر الدم، السل، الجرب، الربو و ربما كان سبب عودتها تدني مستوى المعيشة و استفحال ظاهرة سوء التغذية⁽¹⁸⁹⁾. و من خلال النتائج أيضا نجد أنه من خلال جدول رقم (34) و الجدول رقم (35) تأكيد على نقص و عدم كفاية الخدمة الصحية المقدمة و التي تعود إلى عدة أسباب أهمها التسيب و اللامبالاة و التأخر في الأداء، إضافة إلى أسباب أخرى كعامل المحسوبية و عدم الإحساس بالرحمة و يمكن القول أن العديد من المؤشرات السلبية في قطاع الخدمات الصحية تتعلق بإنتاجية النفقة العامة داخل هذا القطاع و الذي يعاني من مشاكل البيروقراطية الحكومية و تضارب القرارات المنظمة لسير العمل و التقلبات الشديدة في حجم الأموال المخصصة للخدمات الصحية و عدم توافرها بالقدر المطلوب⁽¹⁹⁰⁾.

2- تفسير و تحليل لنتائج تبعا للتساؤل الثاني:

سمحت نتائج البيانات من التأكيد على تفضيل المواطنين التوجه نحو المستشفيات أو العيادات الخاصة على التوجه نحو المستشفيات العمومية لتلقي الخدمات التي يحتاجونها و هذا لتوفر بعض المميزات التي يجدونها في القطاع العام أهمها المعاملة الحسنة، السرعة و الفاعلية في الأداء الجدول رقم (38) و هذا رغم الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية التي قد يعيشونها و هذا قد يعود أصلا إلى الفكرة الراسخة في تفكير معظم المواطنين حول صورة و وضعية القطاع العمومي الغير جيدة فمن خلال نتائج الجدول رقم (39) نجد أن المواطنين يستعينون بأي وسيلة كانت عند الانتقال إلى المستشفى في الحالات الاستعجالية و لا يفكرون بالاتصال بسيارة الإسعاف إلا في حالات معدومة قدرت نسبتها بـ 9 %.

(186) البلهارسيا : مرض خطير و مزمن ينهك الجسم و سببه طفيلي ينتقل بالماء و يصب جهاز الهضم (الأمعاء) و يكثر وجود هذا المرض في المناطق الزراعية التي تتوسع فيها أعمال الري، و المرض منتشر بصورة كبيرة في إفريقيا و آسيا.

(187) الملاريا: أو ما يطلق عليه اسم البرداء، و هو مرض يسببه طفيلي و يغزو كريات الدم الحمراء و ينتقل بواسطة نوع معين من البعوض اسمه أنوفيليس..

(188) نبيل صبحي الطويل، الأمة الحرمان و التخلف في ديار المسلمين، بيروت: مؤسسة الرسالة ، ط2، 1985 ص 32.

(189) ألكي بركاني، " الحماية الاجتماعية" مجلة فصلية تصدر عن وزارة العمل و الحماية الاجتماعية بالجزائر، العدد 1 2001 ،

ص 11.

(190) سعيد عبد العزيز عثمان ، قرارات في اقتصاديات الخدمات و المشروعات العامة، دراسة نظرية تطبيقية، الاسكندرية ،

الدار الجامعية ، 2000، ص 485 .

و كما سبق فإنه نظرا للنقص الملاحظ في عدد الأطباء و خاصة المختصين منهم فإن المواطنين الذين يعانون من أمراض خطيرة أو مزمنة يتجهون مباشرة إلى العيادات الخاصة و المتخصصة في أغلب الأحيان و تبقى الحالات التي يتجه فيها المواطنين نحو المستشفيات العمومية هي الحالات البسيطة عوض الذهاب إلى الطبيب و هذا راجع لعدم القدرة على توفير مصاريف التداوي و الانطباع العام حول النوعية الصحية في القطاع العمومي كما سبقت الإشارة فالملاحظ هو توفر بعض

الاختصاصات و نقص في بعضها و غياب البعض الآخر مما يشكل عجزا في القطاع العمومي في مدينة بسكرة مما يلزم تحويل معظم الحالات الصعبة إلى المدن الكبرى أو حتى خارج الوطن. و لهذا يجب إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، كما يجب التأكيد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية و هذا يدمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة ، عمومي و خاص كما تتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي، و إعداد و تنفيذ استراتيجيات ملائمة و إعادة الاعتبار للموارد البشرية و المادية.

و هذا ما تم التركيز عليه من خلال الإصلاح الآخر الذي جاءت به وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و الذي تمثل في مبادئ أساسية لتنظيم المنظومة الصحية الوطنية هي :

- تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الاجتماعية و الاقتصادية، المحافظة على القطاع العمومي و تحسين مردوديته.

- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية و إقامة جسور بينه و بين القطاع العام.

- تكيف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها.

- خلق وظائف التقييم و مراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي أيضا.

- ترتيب و توزيع العلاجات و الاستعجالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية.

- تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحية باشتراك المجتمع مع تحسين الظروف و الوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي الصحة مع وضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية.

3- تفسير و تحليل لنتائج تبعا للتساؤل الثالث:

- هل يعمل اصلاح المستشفيات على تشجيع الصناعات الصيدلانية و القاعدية؟

سمحت نتائج البيانات من التأكيد على الدور الفعال و الايجابي الذي تلعبه القطاع العام في توفير الأدوية خاصة في الحالات الجراحية و الوقائية مثل التفقيحات جدول رقم (43) .

أما بالنسبة للحالات الأخرى و هي حالات الفحص و المعاينة نجد أن الطبيب يسجل الأدوية اللازمة في الوصفة الطبية التي تقدم لمريض ليشتري الدواء من الصيدليات فالأدوية في هذه الحالة لا تقدم في المؤسسات الصحية لأن أثمانها معتبرة و مكلفة في أغلب الأحيان و هذا ما يوضح في جدول رقم (48) رغم الملاحظة الهامة التي أشار بها السيد طيب لوح و التي مفادها أن عدد الأدوية التي تتكفل الدولة بتغطية مصاريفها هو أكبر من الرقم (OMS) الذي حددته المنظمة العالمية للصحة

و الحقيقة أن تكلفة الدواء في الجزائر مكلفة في أغلب الحالات لذا نجد المواطن لا يشتري كل الأدوية الموجودة بالوصفة الطبية و في حالة ضرورة كل الأدوية قد يضطر الفرد إلى الاستدانة أو شراء الدواء على حساب مصاريف أخرى نظرا للمستوى المعيشي للمواطنين في الجزائر جدول رقم (49).

و قد تأكد من خلال هذه الدراسة و النتائج المتحصل عليها أن العلاقة قائمة بين المستوى التعليمي و الصحة نظرا لما للمستوى التعليمي من تأثير في رفع مستوى الوعي الصحي للمواطن.

و عن توفر الأدوية نجد لمدينة بسكرة تتوفر شكل لا بأس به على الخدمات الصيدلانية التي تعد عامل أساسي ز ضروري للتخفيف من حدة الأمراض و علاجها و هذا ما يجعل لهذه الخدمات دورا مهما:

- ضرورة تكفل الدولة بتكوين مهنيين في الصحة و تحمل نفقات التدريب للأطباء و الأطباء المختصين و هذا لتوفير النسبة اللازمة من الكوادر و تغطية التخصصات التي تعاني المستشفيات من عجز فيها مثل، أمراض القلب، طب العظام و طب الأطفال... و غيرها كذلك التخصصات الجراحية الدقيقة.
- مواكبة التطورات الحديثة في إدارة و تشغيل القطاعات الصحية من الناحية الطبية المتمثلة في العناد مع ضرورة صيانة و توفر الأجهزة الحديثة مع تدريب العاملين عليها كتوفير الخدمات التشخيصية المتطورة طبقا للمعايير العالمية.
- وضع سياسة صحية شاملة و التنسيق المشترك بين جميع الجهات المسؤولة عن تنظيم العلاجات الصحية و تطبيق معايير موحدة للجودة و النوعية و تفويم الأداء.
- بعث روح المنافسة بين المؤسسات الصحية، مما يؤدي إلى ضرورة تحسين خدماتها، فالمواطن سوف يختار دائما المؤسسة التي تقدم أحسن الخدمات بأقل التكاليف مع اعتماد سياسة إصلاح المستشفيات القائمة على النهج التعاقدية و الدفع مقابل العلاج.
- ضرورة المراجعة و التقييم لخارطة الأسعار المزمع العمل بها في المستشفيات لتحديد التكلفة الحقيقية لكل عمل طبي، شبه طبي و كذا سعر اليوم الإشفائي بما يتماشى و الوضعية الاقتصادية و الاجتماعية للمواطن و المستوى المعيشي و متوسط الدخل للفرد.
- ضرورة الأخذ بعين الاعتبار محو الغموض و عدم الوضوح الذي يكتنف العملية بالتركيز و عدم إهمال العملة التحسيسية و الإعلامية خاصة للمواطنين قصد تحضيرهم لهذه الإصلاحات التي سوف تطبق باعتبارهم المعنيين الرئيسيين بالأمر و التعريف بطبيعتها و أهدافها و مسار تطبيقها، لأنه و من خلال نتائج الجانب الميداني ثم التأكد من عدم علم نسبة كبيرة جدا لمن المواطنين بهذه الإصلاحات و أهدافها و عدم وعيهم بحقهم في بطاقة المعوز التي تضمن لهم حق العلاج المجاني من طرف الدولة.

الخاتمة:

تدني مستوى الخدمات الصحية في الجزائر، أثبتته التذمر المعاشي يوميا من طرف المواطن و المريض تجاه القطاع الصحي و هو صورة مصغرة عن وضع عام أل إليه حال الصحة العمومية ككل، حيث تعرف مشاكل في نقص الموارد المخصصة للقطاع و تراجعها المطرد خلال السنوات الأخيرة، إضافة إلى الاستغلال السيء لمخصصات هذه الموارد و هو ما أثر بشكل سلبي على نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى سواء في الهياكل الاستشفائية أو في جانب الوقاية و ذلك ما تبرزه المؤشرات الصحية المختلفة هذا ما عزز الاعتقاد بأهمية النمط التعاقدية الذي يشكل عصب سياسة الدولة الجزائرية في إصلاح المستشفيات و بالتالي القطاع الصحي عموما، و ما يطمح من خلاله في أن تحسن أداء الخدمات الصحية في متناول الجميع و خاضعة في تقديمها لآليات اقتصادية تعتمد النجاعة و الفعالية.

إلا أن هناك غموضا كبيرا يكتنف هذا النهج التعاقدية في الجزائر، فيما يخلق نوعا من التخوف من تطبيقه في مثل الظروف الحالية و التسعيرات المقترحة.

و هذا بالأخذ بعين الاعتبار عدة معطيات:

- الأوضاع الاقتصادية الصعبة التي يعيشها المواطن الجزائري عموما و تفشي ظاهرة البطالة الذي يوضح في ذات الوقت نسبة المنخرطين في صناديق الضمان الاجتماعي، مع العلم أنه و من خلال النظام التعاقدية إن لم يكن الفرد ذو وضعية معينة إما معوز أو مؤمنا اجتماعيا فإن يفرض عليه دفع أتعاب الخدمات المقدمة كاملة و هو ما يطرح إشكالية قدرة المواطن الجزائري الاقتصادية على دفع المستحقات و انعكاسات ذلك من جهة على مقدم الخدمة الذي قد يتعرض لخطر التهرب و عدم تحصيل جزء من مداخله.
- و من جهة أخرى على المواطن الذي يطلب العلاج الذي قد يتوقف أو يمتنع عن طلبه مما يجعل صحته في خطر و قد يعرض الآخرين للخطر أيضا خاصة مع انتشار الأمراض المختلفة و التي قد تكون معدية في

أغلب الأحيان و هذا بالتأكيد ليس من أهداف الصحة و لا من الأهداف المرجوة من النظام التعاقدى الذي يعمل من أجل الإصلاح.

- عدم واقعية التسعيرات المتعلقة بالأعمال الطبية و الشبه طبية و مما يعني ضياع مكاسب مادية هامة على القطاع الصحي كان بالإمكان الاستفادة منها خاصة في مجال الوقاية و الأمراض المزمنة مثلا تصفية الدم.
- غياب الجدية في التطبيق الفعلي لهذا الإصلاح إلى حد الآن و غياب عامل المبادرة من طرف صندوق الضمان الاجتماعى و المؤسسات الصحية العمومية على حد سواء ، مما يثير المخاوف من عدم قدرتهما على التكيف مع النمط الجديد في الإصلاح، و هذا ما يهدد تواجد و قدرة القطاع العام المحكّم إلى قوانين المرفق العمومى و التي تحتم تقديم الخدمة للجميع دون تمييز في أي طرف، إضافة

إلى الاختلال الاقتصادى الذى نعانى منه كلنا المؤسستين و عدم تنسيق الجهودات فعليا لمختلف الأطراف المتعاقدة لإنجاز الأهداف المحددة و هذا راجع أساسا إلى غياب سياسة واضحة و صارمة للتعريف و التجسيد الفعلي لقانون اصلاح المستشفيات على أرض الواقع.

و أمام هذه المعطيات نجد رأيان:

- الرأى المتقائل بإمكانية تبني النهج التعاقدى و اعتباره حتمية لا بد منها و الحافز هنا هو تخفيض النفقات الصحية و تحسين الخدمات الصحية بخلق نوع من المنافسة و ربط أجر العامل بمردوده من خلا:
- تحديد التكلفة الحقيقية لكل عمل طبي ، شبه طبي و كذا سعر اليوم الاستشفائى
- تحديد المسؤوليات للممارسين الطبيين و الشبه طبيين.
- التمييز بين المصالح الأكثر نشاطا من غيرها.
- تحفيز الممارسين الطبيين بربط منح المردودية التي تمنح لهم تكملة للأجر الأساسى بنشاطهم المقدم.
- بعث روح المنافسة بين المؤسسات الصحية، مما يؤدي إلى ضرورة تحسين خدماتها، بحيث تختار دائما المؤسسة التي تقدم أحسن الخدمات بأقل التكاليف.
- الرأى الآخر المتشائم يوضحه عدم توفر الوقت و الظروف الملائمين لترشيح الأسلوب الجديد، فحتى ورقة و التي تعد عصب النهج التعاقدى تعترضها في الواقع عدة صعوبات La fiche navette المتابعة أهمها:

-عدم إعتياد السلك الطبي و الشبه الطبي على الكتابة عند ملئهم للملف الطبي المرافق للمريض.

- تهرب الأطباء و الشبه الطبيين من مسؤولياتهم برفضهم كتابة أسمائهم على الخانة المخصصة في حالة معالجتهم للمرض أو إعطائهم الدواء.

- قلة و عي الطاقم الطبي و التقني للمؤسسات الصحية بتجربة التعاقد.

- عدم تسجيل الأطباء و شبه الطبيين لكل التدخلات و الإسعافات التي يتلقاها المريض.

و في الأخير ، يمكن القول أننا رغم محاولتنا الإجابة عن التساؤلات التي طرحت إلا أننا نقرر عن أننا نستطيع التحكم في بعض الأبعاد و المتغيرات المرتبطة بموضوع الدراسة و هذا نتيجة لتداخل و تناقض بعض المتغيرات فيما بينها اقتصادية ، إجتماعية ، ثقافية ، تنظيمية... و التي لها علاقة مباشرة بالصحة و بالموضوع بصفة خاصة.

كذلك جده الموضوع قيد البحث و عدم تطبيق سياسة اصلاح المستشفيات و النمط التعاقدى رسميا و فعليا في الواقع، مما خلق صعوبة في التحكم في صدق و ثبات معطيات البحث التي تحتاج إلى دراسة معمقة من طرف المختصين في شؤون الصحة.

ملخص الدراسة :

تعالج هذه الدراسة واحدة من بين أهم الموضوعات وأكثرها حيوية و حساسية في نفس الوقت و بروزا على الساحة الوطنية.

و لعل أهمية الموضوع تكمن في أن التحولات العميقة التي شهدتها الجزائر، لم تستثنى القطاعات الاجتماعية و على رأسها قطاع الصحة، فجاء الموضوع تحت عنوان " أهمية إصلاح المستشفيات في تحقيق تنمية إجتماعية "

و الذي يتمحور أساسا حول النهج التعاقدية ، كون أن هذا الأخير أصبح الخيار الذي لا غنى عنه لإخراج قطاع الصحة العمومي في الجزائر من الأزمنة التي يعاني منها ، و كسب الرهان الملقى على عاتقه ، و المتمثل في ضمان تجسيد عدة أهداف سطرت من طرف وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، التي تبقى دائما تعمل لتدعم القطاع العمومي للصحة و تكريس حق المواطن في العلاج بصفة لا رجعة فيها، و تركز الوزارة على أنسنة المؤسسات الصحية و تكريس حق المواطن في العلاج بصفة لا رجعة فيها، و تركز الوزارة على أنسنة المؤسسات الصحية ، و التي تعد من التدابير العاجلة لإصلاح المستشفيات بالإضافة إلى تفعيل دور مكاتب الاستقبال هذا من جهة.

و من جهة أخرى إلحاق قطاع الصحة في الجزائر إلى مصاف القطاعات الصحية في الدول المتقدمة، و تكييفها مع التطورات و المستجدات العالمية.

و قد تضمنت هذه الدراسة خمسة فصول، إضافة إلى الإطار العام للدراسة ، و قد تضمن بين صفحاته إشكالية الدراسة، دواعي " إختيار الموضوع" أهداف الموضوع و أهمية، إنتهاء بالتعرض لأهم المفاهيم في الدراسة.

الفصل الأول: تناول مفهومي التنمية الاجتماعية و التنمية بالتعريف، و الإشارة لكل ما يتعلق بهما بشيء من التفصيل عناصرهما، ركائزهما، أهدافهما، و أهم المعوقات.

الفصل الثاني : فقد خصص للحديث عن الصحة تعريفها علاقتها بالتنمية، من خلال تجارب عالمية، العراقيل التي قد تعرقل هذه العملية، المؤسسات الصحية خاصة المستشفى، كونه القطاع الأول الذي تمسه الإصلاحات، أيضا الضمان الاجتماعي نظرا لأنه الطرف الرئيسي الثاني، كذلك في الإصلاح تمسه الإصلاحات ، أيضا الضمان الاجتماعي نظرا لأنه الطرف الرئيسي الثاني، كذلك في الإصلاح و التطرق إلى السياسة الجزائرية في تسيير قطاع الصحة العمومي عبر عدة مراحل ثم التطرق إلى الأداء الصحي في الجزائر قبل سياسة إصلاح المستشفيات.

الفصل الثالث: تضمن أس المشروع الجزائري في إصلاح المستشفيات، التطرق إلى أطراف التعاقد ، أهداف النظام التعاقدية و مساره في الجزائر ، ثم عرض للسياسات البلدية لتسيير قطاع الصحة العمومي. ليخصص الفصل الرابع : ليعرض الإجراءات المنهجية للدراسة المتمثلة في منهج الدراسة و عرض لأهم الأدوات المستخدمة وصف عينة الدراسة و كيفية اختيارها ، أدوات جمع البيانات و الدراسات السابقة. ليأتي الفصل الخامس كمحصلة نهائية لما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج من خلال عرض و تحليل البيانات الميدانية بالتطرق لمناقشة نتائج التساؤلات و عرض للإقتراحات و التوصيات .

