



جامعة زيان عاشور - الجلفة -
Zian Achour University of Djelfa
كلية الحقوق والعلوم السياسية
Faculty of Law and Political Sciences



قسم العلوم السياسية

تقييم السياسة الصحية في الجزائر من خلال
الأزمات - جائحة كورونا أنموذجا -

مذكرة ضمن متطلبات
نيل شهادة الماستر في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة

إشراف الأستاذ:
-د. بن علال علي

إعداد الطالب :
- مبدوعة رشيد

لجنة المناقشة

رئيسا
مقررا
ممتحنا

-د. كاس عبد القادر
-د. بن علال علي
-د. الكر محمد

الموسم الجامعي 2021/2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرّفان

الحمد لله الذي به تتم الصالحات، والصلاة والسلام على رسول الله القائل
﴿من لا يشكر الله لا يشر الناس﴾

أقدم بجزيل شكرنا للأستاذ المشرف بن علال علي

وإلى كافة أعضاء لجنة المناقشة

إهداء

أهدي عملي هذا
إلى أبي وإلى أمي
إلى كل أفراد عائلتي صغيرا وكبيرا

وإلى كل الأهل و الأقارب

مقدمة

تمهيد

لا تزال قضايا الصحة من أبرز القضايا التي تعرف اهتماما واسعا من طرف الدول المتقدمة والنامية على حد سواء، حيث تعد الصحة حق عالمي أساسي يتم السعي إلى حمايته والمحافظة عليه، فالصحة هي حجر الزاوية في بناء الأمة، ونظرا للأهمية التي تكتسيها الصحة فلقد أصبح السعي إلى صياغة السياسات والإستراتيجيات التي من شأنها أن تضمن الحق في الصحة من خلال ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة، منظمة ومتكاملة، عادلة ومستدامة في متناول جميع أفراد المجتمع، بحيث تخضع للمتابعة والتقييم من أجل ضمان الاستخدام الأمثل لمختلف الموارد بأكبر قدر ممكن من الكفاءة والفاعلية.

الجزائر شأنها شأن العديد من الدول التي قطعت أشواطاً من أجل النهوض بالقطاع الصحي، نتيجة الدور الهام الذي يضطلع به في تحسين ظروف العيش وتوفير الخدمات الصحية للمواطن التي تمكنه من القيام بوظائفه على أكمل وجه، والتمتع بحقه الدستوري في الانتفاع من الخدمات الصحية المناسبة، لذلك شرعت الدولة منذ أواخر ستينات القرن الماضي في تنفيذ برنامج شامل بهدف إصلاح القطاع الصحي بناء على نقاط القوة التي يتمتع بها النظام الصحي ومكامن الضعف التي يعاني منها، بإحداث إصلاح جوهري يراعي جميع الاحتياجات والارتقاء بجودة الخدمات، وضمان الاستمرارية على المدى البعيد، لهذا لا يمكن إنكار التقدم الذي حققه القطاع الصحي والمتمثل في تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية، تطوير البنية التحتية والاهتمام بتكوين الهيئة الطبية، هذا ما ساهم في التحسن الواضح للمؤشرات الصحية وكذا الاعتمادات المخصصة للقطاع الصحي.

لكن كل هذه الجهود لا تنفي الاختلالات والنقائص التي تتسبب في عجز المنظومة الصحية، خاصة وأن الأمر يزداد سوء خاصة مع التحولات الديموغرافية والوبائية وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، في ظل ظهور أوبئة عالمية تهدد البشرية جمعاء، وكمثال على ذلك جائحة كوفيد 19 التي تجتاح العالم منذ ديسمبر 2019 والتي سقطت أمامها أقوى الأنظمة الصحية في العالم.

حيث تمثل جائحة فيروس كوفيد 19 أزمة صحية كبرى، أدت تداعيتها إلى ظهور أزمت اجتماعية واقتصادية وسياسية التي تركت آثار سلبية في كل دول العالم، كما كشفت عن هشاشة النظم الصحية في معظم دول العالم، لاسيما في الجزائر التي يعاني فيها النظام الصحي من الإجهاد بسبب نقص التجهيزات بالهياكل الصحية و اعجز من حيث الموارد البشرية.

وعليه فالجزائر كغيرها من الدول غير مهياًة للتعامل مع تأثير مرض معدي وقاتل كمرض كوفيد19 الذي انتشر بسرعة حول العالم، كما أن مسألة هشاشة النظم الصحية لم تكشف عنها لأول مرة أزمة كورونا فيروس، وإنما تبينت في أزمات صحية سابقة عنها، بحيث تم الاعتراف، في تقارير أصدرها مجلس متابعة الاستعدادات العالمية المشكل بدعم منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي تقريراً قبل انتشار كورونا تحت عنوان "العالم في خطر، أكد أن القطاع الصحي العالمي غير جاهز للتعامل بالكفاءة المطلوبة مع الأزمات مستشهداً بتعامله مع أنفلونزا الطيور والخنازير وغيرها.

وعليه وظل الطلب المتزايد على الرعاية والخدمة الصحية لمجابهة جائحة كوفيد 19، هذا المطلب الذي أخذ حيز واسع اليوم وأصبح من أولويات السياسة الصحية وكيفية التصدي لهذه الأزمة دفعنا إلى محاولة تقييم السياسية الصحية في الجزائر من خلال الأزمات جائحة كورونا نموذجاً.

2- أهمية الموضوع:

تبرز أهمية دراستنا من خلال الأهمية التي توليها دول العالم أجمع للسياسات الصحية في ظل جائحة كورونا 19، حيث أن الوضع الراهن يجعل تناول موضوع كهذا من الأولويات التي لا بد من الاهتمام بها ودراستها ، وبالتالي تناول موضوع تقييم السياسة الصحية في الجزائر من خلال الأزمات من المواضيع المهمة وهذه الأهمية تنقسم إلى:

2-1-أهمية علمية:

إجراء مثل هذا النوع من الدراسات يساهم في معرفة حجم المشاكل و التحديات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية، فدراسة موضوع تقييم السياسة الصحية يعني بالدرجة الأولى دراسة الآثار التي تتركها الأزمة الصحية الوبائية على المنظومة الصحية و على أفراد المجتمع، على اعتبار أنها نتاج مطالبهم واحتياجاتهم من ناحية ومعرفة ما إذا كانت الدولة تسير في إطار الطريق السليم في مكافحتها لأزمة كورونا 19 من خلال ترشيد السياسة الصحية و توجيهها وفق ما يتطلبه الوضع الراهن أم هي عبارة عن سياسات عشوائية غير مدروسة تسير القطاع الصحي فقط، وإبراز أهم الرهانات التي لا بد على الدولة الجزائرية أن تريحها و الخبرة التي تكتسبها في التصدي للآزمات الوبائية .

2-2- أهمية عملية:

- تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسات في التعرف على الوضع الراهن للصحة في الجزائر في ظل جائحة كورونا وتحليل نقاط القوة والضعف وتحديد الفرص المتاحة والتحديات والرهانات التي لا بد من تحقيقها للتغلب على هذا الوباء والحد من انتشاره.

- محاولة لفت الانتباه إلى بعض العوامل التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار أثناء صياغة السياسة الخاصة بالقطاع الصحي خلال الأزمات في مراحل التنفيذ فالكامل متكامل، ولكل مرحلة خصوصيات لا بد من مراعاتها لنجاح السياسة الصحية بتحقيق أكبر قدر من الأهداف الموسومة من خلالها والتي تعتبر رهانات لا سيما بتسجيل صفر (0) حالة إصابة بالكورونا.

- التعرف على مستوى تحقيق النجاعة في التصدي للأزمة الصحية في المستشفيات كرهان من رهانات السياسات الصحية حاليا والإجراءات التي وضعتها الجزائر بهدف تخفيف الضغط على المستشفيات وتحسين مردودية القطاع الصحي استجابة لمتطلبات الأزمة.

3-أهداف الدراسة:

مما لا شك فيه أن أي دراسة علمية تسعى في نهاية الأمر إلى تحقيق أهداف وغايات محددة، سواء كانت أهداف نظرية لمحاولة تفسير الموضوع المدروس، أو كانت أهداف تطبيقية كمحاولة لإيجاد حلول ترتبط بتطبيقات معينة، خاصة إذا كان موضوع الدراسة يتعلق بتسليط الضوء على تقييم الرهانات التي لا بد على السياسة العامة الصحية في الجزائر من كسبها ف ظل جائحة كورونا، التي تفرض ضرورة اتحاد الجميع في مواجهة الوباء، ومن بين أهداف هذا البحث:

- إثراء المجال المعرفي لا سيما بتناول موضوع تقييم السياسة الصحية في الجزائر من خلال الأزمات، ومحاولة إزالة ذلك التخوف والإبهام الذي يتبادر إلى الأذهان بمجرد ذكر جائحة كورونا في الجزائر والتشكيك في قدرة القطاع الصحي على مجابتهها.
- الكشف عن النقائص، المشاكل والاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية في ظل جائحة كورونا ومسبباتها.
- محاولة تأكيد أهمية السياسة الصحية في مجابهة الأزمات الصحية.
- محاولة تقديم بعض الحلول أو المقترحات التي تسهم في إمكانية في التصدي لجائحة كورونا.

4-أسباب اختيار الموضوع:

لعل اهتمامي ورغبتي في تناول موضوع معين عما سواه هو في الحقيقة مبني على اعتبارات ذاتية ترتبط بشخصي وتوجه اهتماماتي بحكم الميل نحو موضوعات معينة، وأخرى موضوعية ترتبط بمواصفات موضوع الدراسة من حيث قيمته العملية وكذا حداثة الموضوع وصلاحيته البحث فيه، مما سبق يمكن تلخيص أهم مبررات تناول هذا الموضوع:

4-1- الأسباب الذاتية:

- التي تبدأ من الاهتمام الشخصي بموضوع السياسة العامة والسياسة الصحية على وجه الخصوص خصوصا في ظل جائحة كورونا التي تجتاح العالم والاعتبارات التي تخضع لها السياسات الصحية في الجزائر في سبيل تطوير الخدمة الصحية لمجابهة هذه الجائحة - الإيمان بأن كل الجهود التي تبذل من أجل مجابهة الأزمة الوبائية لا جدوى منها في حالة غياب الاهتمام بالصحة الذي لا يتحقق إلا من خلال سياسات عقلانية رشيدة، ومشاركة جميع الفواعل وأفراد المجتمع في الأخذ بالتدابير الاحترازية والوقائية.

4-2- الأسباب الموضوعية:

- تتبع هذه الأخيرة من القيمة العلمية لموضوع لتقييم السياسة الصحية في الجزائر خاصة في ظل أزمة جائحة كورونا.
- توفر عنصر الجد في الموضوع على مستوى الطرح العلمي الأكاديمي، ومحدودية الدراسات والأبحاث التي تعنى به وهو ما يشجع ويفتح أمام الدارسين مزيدا من الاجتهاد ومحاولة إثراء الموضوع في جوانبه النظرية والتطبيقية.
- الرغبة في الاطلاع على الحقائق العلمية المتعلقة بالسياسة العامة الصحية في الجزائر، كيفية صياغتها، طرق تنفيذها، والنتائج التي تحققها والآثار التي تعكسها مما يسمح لنا بتقييمها، خاصة أن القطاع الصحي من القطاعات الحساسة والمهمة.
- حاجة الأفراد المتزايدة للرعاية الصحية خاصة بظهور جائحة كورونا، وضرورة استجابة السياسة الصحية المتخذة في القطاع الصحي لهذه الجائحة.

5-الدراسات السابقة:

- دراسة لحسيني محمد العيد أطروحة ماجستير بعنوان "السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012"، وتدور إشكالية

البحث حول قدرة الاقتراب المؤسسي الحديث على تفسير سلوك الفاعلين في مختلف الإصلاحات التي عرفتتها السياسة الصحية في الجزائر من سنة 1990 إلى 2012؟، في إطار دراسته لهذا الموضوع يركز على المؤسسات الرسمية وغير الرسمية والدور الذي تلعبه في مختلف مراحل السياسات العامة (السياسة العامة الصحية في الجزائر)، والتفاعلات التي تحدث داخل هذه المؤسسات وعلاقة هذه الأخيرة مع البيئة. فقد قدم طرحا للسياسة الصحية في الجزائر على اعتبار أنها نتاج تفاعل مجموعة من المؤسسات، ومن النتائج التي تم التوصل أن هناك العديد من الأطراف المتدخلة في صياغة هذه السياسة وتلعب مصالحهم دور في ذلك من تلك الأطراف المنظمات الدولية، وفي الأخير قدم بعض التوصيات للرفي بالسياسية الصحية في الجزائر وجعلها أكثر رشادة منها إرساء المبادئ الديمقراطية التي تضمن العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية، إضافة إلى الدور الذي لا بد أن تناط به مؤسسات صنع السياسة العامة الرسمية وغير الرسمية والمتمثل في إيجاد حلول للمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع. مع تحديد أهداف واضحة للسياسة العامة الصحية وأكد بدور على ضرورة التقييم.

-دراسة لخروبي بزاره عمر أطروحة ماجستير بعنوان "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999/2009 دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف"، تمحورت إشكالية الدراسة حول مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة في الجزائر، وهل حققت الأهداف المرجوة منها؟ في إطار إجابته على هذه الإشكالية قدم طرح تاريخي للنظام الصحي في الجزائر منذ الحقبة الاستعمارية، كما تطرق إلى سياسة إصلاح المنظومة الصحية أسبابها وما نتج عنها، وفي الأخير توصل إلى مجموعة من النتائج منها: "أن الدولة الجزائرية لم تصل بعد إلى نظام صحي عصري بحكم أن مختلف المؤسسات الصحية ذات صبغة بيروقراطية أكثر منها خدماتية، إضافة إلى بروز مشكل التسيير. * غياب دور النقابات العمالية في القطاع الصحي والدليل على ذلك فشلها في تحسين ظروف العمال الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي لم يكن لها دور في عملية الإصلاح الذي شهدته المنظومة الصحية الجزائرية.

* الجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية من أجل الارتقاء بالمنظومة الصحية من خلال الإصلاحات التي شهدتها هذا القطاع، لكن المشكل يكمن في أن هذا الإصلاح مس

الجانب الهيكلي حيث تم إنشاء العديد من الهياكل الصحية على حساب الفرد الذي من المفترض أن يكون محور هذه العملية.

* سياسة الإصلاح التي قامت بها الدولة الجزائرية كانت ضمن حزمة الإصلاحات التي قامت بها في مختلف القطاعات، واعتبرها ترقيعية بحجة غياب أهداف واضحة وهذا هو السبب في عدم إثمارها على أرض الواقع، إضافة إلى تغييب الأطراف الفاعلة والرئيسية التي من المفروض أن تساهم في صياغة هذه السياسة ومتابعتها بمختلف مراحلها.

بعد الاطلاع على من الدراسات ذات العلاقة بموضوع البحث، أحاول من خلال دراستي هاته إضافة نوع من الجدية والتميز وذلك من حيث:

- المدة الزمنية: فهي تهتم بدراسة السياسة الصحية للمرحلة الممتدة من 2019-2021، دون إهمال

الامتداد التاريخي بالرجوع إلى غاية سنة 1962.

- هدف الدراسة: أهداف من خلال هذه الدراسة إلى تقييم السياسة الصحية مركزا على أهم الإجراءات التي تم اتخاذها في عملية صياغة السياسة الصحية لمجابهة الأزمة الوبائية، للوصول إلى تقييم النتائج المحققة، فما يميز هذه الدراسة على باقي الدراسات هو تقييم وضع السياسة الصحية الجزائرية في الوقت الراهن أي خلال أزمة كورونا.

تقييم السياسة الصحية، التي يمكن قياس مدى فعاليتها على أرض الواقع من فعالية الإجراءات المتخذة.

6- إشكالية الدراسة:

تعد جائحة كورونا من أشد الأزمات الوبائية التي شهدتها العالم الأمر الذي يفرض انتهاج سياسة صحية كفيلة بمجابهتها ، وبما أن السياسة الصحية ذات طبيعة معقدة ومتداخلة الأبعاد من حيث الآثار التي تنجم عن تطبيقها والتغييرات التي تحدثها هذا من جهة، ونتيجة ارتباطها بمختلف المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية من جهة أخرى، وأمام الاختلالات التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر وزيادة الحاجة إلى عصرتته بظهور العديد من التحديات خصوصا في ظل انتشار جائحة كورونا ، لا بد على الجزائر من تبني سياسة صحية أكثر استجابة لهذا الواقع الذي يفرضه انتشار الوباء وعدم قدرة أكبر المنظومات

الصحية العالمية على مجابته، وعليه نتساءل عن مدى فعالية السياسة الصحية في الجزائر خلال أزمة كورونا ؟

يندرج ضمن هذه الإشكالية التساؤلات الآتية:

1. ما المقصود بالسياسة الصحية؟
2. ما هي مضامين السياسة الصحية وأهدافها؟
3. هل سياسة مجابهة جائحة كورونا التي رسمتها الجزائر 2019-2021 قابلة للتجسيد

وبالتالي

تحقيق الأهداف المسطرة؟

7-فرضيات الدراسة:

يعد تقييم السياسة الصحية أمرا في غاية الأهمية في ظل وضع صحي وبائي وصف بالجائحة الأمر الذي عقد رهانات السياسة الصحية الجزائرية، في ظل صعوبة القدرة على تجسيدها على أرض الواقع

الفرضيات الفرعية:

1. السياسة العامة بصفة عامة تمثل حصيلة ونتاج تفاعلات مستمرة لمجموعة من الأدوار التي تقوم بها مختلف المؤسسات والأطراف في الدولة، فإذا كانت السياسة الصحية في الجزائر متوجة برضي المجتمع كانت نتاج التفاعل والتشارك الذي يأخذ فيه المواطن حصته.
2. تختلف مضامنة وأهداف السياسة الصحية باختلاف الفواعل المشاركة في صياغتها، والمتطلبات الصحية الخاضعة إلى العديد من المتغيرات منها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي لها دور في صياغة السياسة الصحية.
3. كلما كانت سياسة مجابهة أزمة كورونا في الجزائر نابعة من الواقع، منطلقة من المشاكل الحقيقية للقطاع، مبنية على أهداف محددة وإستراتيجية واضحة، مراعية للبعد التشاركي في مختلف مراحلها، خاضعة للمتابعة كانت قابلة للتطبيق.

8-حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: تسعى الدراسة إلى تحديد الإطار العام لتقييم السياسة الصحية في الجزائر بصفة عامة وخلال الأزمات بصفة خاصة وأهم العوامل التي تتدخل في صياغتها

وتنفيذها، مع الكشف على أهم الرهانات التي لا بد من الفوز بها للتغلب على الجائحة، ومعرفة أهم المشاكل التي تحول دون ذلك.

الحدود المكانية: تنصب الدراسة على أهم الموضوعات والقضايا التي تشغل حيز كبير سواء على المستوى المحلي الإقليمي أو الدولي والمتعلقة بالوضع الصحي في ظل الوباء، وتم حصر الدراسة في الجزائر باعتبارها إحدى الدول التي تبذل العديد من الجهود لمجابهة هذا الوباء (جائحة كورونا)، والدور الفاعل الذي لا بد أن تقوم به في السياسة الصحية في هذا الظرف الاستثنائي.

الحدود الزمانية: تتناول هذه الدراسة تقييم السياسة الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من أواخر سنة 2019 سنة ظهور وباء كورونا والإجراءات التي اتخذت لمجابهته إلى سنة 2021 لتتبع مختلف المستجدات التي يعرفها القطاع.

9- منهجية الدراسة:

ما يميز دراسة الظواهر السياسية الاقتصادية والاجتماعية أنها معقدة، كونها ظواهر مركبة ومتشعبة وتتداخل فيها العديد من المتغيرات، وهذا ما يصعب من إمكانية دراستها وتحليلها باستخدام منهج واحد لذلك لا بد من الاعتماد على العديد من المناهج بهدف الإشارة إلى كل الجوانب والمتغيرات ذات العلاقة، كون المنهج يهدف إلى الكشف عن الحقيقة من حيث أنه يساعدنا على التحديد الدقيق والتصحيح لمختلف المشكلات التي يمكن معالجتها بطريقة علمية ويمكننا من الحصول على البيانات والنتائج بشأنها¹ لذلك اعتمدنا:

المنهج المقارن اعتمد في هذه الدراسة من أجل معرفة خصائص ومميزات القطاع الصحي أو المنظومة الصحية في الجزائر من خلال السياسة الصحية التي تم انتهاجها وما تم اتخاذه من اجراءات في مرحلة الدراسة، حيث يساعدنا في التعرف على النتائج الإيجابية والاقتراداء بها والآثار السلبية ومحاولة تجاوزها مع إبراز السياق العام ومميزات كل فترة والدوافع والأسباب التي خلفت تلك النتائج، فمن خلاله نركز على نقطتين أساسيتين تتمثل الأولى في تحديد المتغيرات المشتركة المتحركة في عملية صنع وتنفيذ السياسة الصحية، والنقطة الثانية هي

¹ عبد الرحمان بدوي، **مناهج البحث العلمي**، ط3، الكويت: وكالة المطبوعات الجامعية، 1977، ص 05

معرفة الاختلافات بين مختلف مراحل السياسة الصحية ، وهذا ما يساعدنا في إثبات إحدى خصائص السياسة الصحية وهي التطورية.

المنهج التاريخي فمقصدا من استخدامه هو قدرته التفسيرية التي يزودنا بها، من خلال إيلائه أهمية للزمن في ذلك التفسير، أي إدخاله الظروف المحيطة بميلاد الظاهرة وتعزيزها، كما لا يكتفي بسرد الوقائع وتكديسها فهو يستهدف التعميم بعد استخلاص العلاقات الموجودة بين ظاهرة أو قضية أو حادثة ما والظروف التي وجدت فيها. " فهو يقوم على تحليل وتفسير الحوادث التاريخية الماضية كأساس لفهم المشاكل المعاصرة والتنبؤ بما سيكون عليه المستقبل"¹.

فلا يمكننا دراسة تقييم السياسة الصحية في الجزائر في الوقت الحاضر بفصلها عن الماضي فهي اليوم امتداد له، حيث أن معظم الأطر القانونية المسيرة لهذا القطاع هي من نتاج ذلك الماضي ولا زال العمل بها إلى يومنا هذا.

منهج دراسة الحالة الذي يؤكد على حالة أو ظاهرة أو قضية بعينها بهدف التعمق في دراستها ورصد كل المتغيرات ذات العلاقة بها، حيث تم استخدامه بهدف التعمق في دراسة سياسة عامة معينة وهي السياسة الصحية، وتحديد حالة محددة وهي الجزائر حتى تكون المعلومات دقيقة، وإدراك الدراسة بطابعها الكلي الشامل وجعل الدراسة أكثر صلة بالواقع، خاصة عند دراستنا للإجراءات المتخذة لمكافحة الجائحة .

المنهج الإحصائي في إطار قيامنا بدراسة السياسة الصحية في الجزائر لا بد من تقديم بعض الأرقام والإحصاءات وكذا تحليلها وتفسيرها، للوصول إلى النتائج التي حققتها عملية تطبيق هذه السياسة على أرض الواقع، تتعلق تلك الأرقام بالبنية التحتية، الهيئة الطبية، انتشار الأمراض، ، وغيرها.

كما تم الاعتماد على مجموعة من الإقتربات:

الإقتراب القانوني حيث تتم الاستعانة به من أجل تحليل الأطر والنظم القانونية التي تحكم مختلف جوانب السياسة الصحية في الجزائر، فهو ضروري لفهم الأطر المعيارية التي يتحرك فيها الفواعل وتتم فيها عملية صنع السياسة الصحية بصفة عامة، فالسياسة العامة لا يمكن تطبيقها إلا إذا كانت تستند إلى أطر قانونية، حيث تم التركيز من خلال هذا الإقتراب على

¹ عبد الناصر جندلي، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية الجزائرية: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005، ص ص 157-158.

كل النصوص القانونية والدستورية المؤطرة و الناظمة للسياسة العامة الصحية في الجزائر بداية من الاستقلال إلى غاية اليوم ومدى كفايتها.

الاقتراب المؤسسي: تم اعتماد هذا الاقتراب على أساس أن السياسة الصحية هي حصيلة فعل تم في إطار مؤسساتي يقوم به مجموعة من الفاعلين، حيث استخدم في التعرف على المؤسسات الرسمية وغير الرسمية المشاركة في عملية صياغة السياسة العامة الصحية في الجزائر، وحدود الدور الذي اضطلعت به خلال الأزمة الوبائية.

الاقتراب النظمي النسقي: ينطلق هذا المدخل من فكرة وجود النظام في بيئة يتأثر بها ويؤثر فيها، وبالتالي نحاول الاستناد إلى هذه الفكرة في تحليل السياسة الصحية، للتعرف على مدى استجابة النظام السياسي الصحي الجزائري للمطالب المتأتية من البيئة من خلال السياسة الصحية التي يطرحها وتعتبر أحد مخرجاته، بمعنى آخر هل حقيقة السياسة الصحية التي تم اتخاذها تترجم مطالب مجابهة أزمة جائحة كورونا ؟

ومن أدوات البحث العلمي التي تم اعتمادها:

المقابلة فهي تمكن الباحث من الحصول على المعلومات والبيانات بصفة مباشرة من مصادرها دون وسائط وهذا ما يفتح المجال للباحث في معرفة التفاصيل التي تلعب دور مهم في الموضوع محل الدراسة، من خلال إجراء مقابلات مع شخصيات في قطاع الصحة حيث سمحت لنا المقابلة بالتعرف على أحد المشاكل كتأخر المنحة التحفيزية المقررة لعمال الصحة من طرف رئيس الجمهورية وما لها من اثر على نفسية من هم في الصفوف الأولى.

10 - صعوبات البحث:

تتعلق صعوبات هذه الدراسة في طبيعة الوضع الراهن، والإجراءات الوقائية والتدابير الاحترازية المتخذة لمجابهة الوباء، وكذلك تضارب المعطيات الرقمية الخاصة بالقطاع الصحي، إضافة إلى حداثة الموضوع وعدم تناوله من قبل حسب علمنا .

11- هيكلية الدراسة:

في إطار معالجة إشكالية الدراسة وكل التساؤلات المطروحة اعتمدنا على خطة تضمنت فصلين ، يبدأ كل منها بتمهيد وينتهي بخلاصة، محاولين في العموم مراعاة التوازن المنهجي بين وحدات البحث، بحيث لا ننفي وجود بعض الاختلاف الكمي البسيط بين الفصلين المبرر بالأهمية التي تكتسبها العناصر المتطرق إليها والذي لا يلغي التوازن المنهجي.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسات الصحية قسم هذا الفصل إلى مبحثين المبحث الأول بعنوان الإطار المفاهيمي للسياسات العامة أما المبحث الثاني بعنوان السياسة الصحية الفصل الثاني: فعالية السياسة الصحية خلال أزمة كورونا بالجزائر، حيث تضمن قسم هذا الفصل مبحثين، المبحث الأول حالة النظم الصحية، أما المبحث الثاني بعنوان المبحث الثاني: تقييم فعالية السياسة الصحية المتخذة للتصدي لأزمة كورونا بالجزائر و أخيرا خاتمة الدراسة التي تضمنت حوصلة عامة لما توصلنا اليه من نتائج .

الفصل الأول: الإطار

المفاهيم للسياسات الصحية

تمهيد

تعد السياسة الصحية أحد مكونات السياسة العامة، وتكمن أهميتها في كونها تحظى بعناية خاصة خلال أعدادها وتمثل كذلك أساسا لتحقيق التنمية بمختلف أبعادها، حيث زاد الحديث عن موضوع الصحة خاصة مع توسع خريطة الأمراض وظهور أوبئة جديدة لم تكن من قبل. إضافة إلى التحديات البيئية والتهديد الذي أصبحت تشكله اليوم على صحة الإنسان. ويكفي أن نشير هنا إلى توقف جل الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية خلال جائحة كوفيد 19، وبناء عليه سنحاول من خلال هذه الدراسة توضيح المفاهيم المرتبطة بالسياسة الصحية من خلال دراستنا للسياسة الصحية الجزائرية، وقبل ذلك لابد علينا من عرض المفاهيم المتعلقة بالسياسات العامة وكيفية تقييمها من خلال المبحث الأول، ليتسنى لنا استعراض السياسة الصحية ومراحل تطورها بالجزائر وكذلك في المبحث الثاني

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للسياسات العامة

ليس من السهولة بمكان تقديم تعريف شامل جامع للسياسة العامة، إذ تتفاوت التعريفات المقدمة لها من حيث البساطة والتعقيد، كل هذا أنتج لنا تعقيدا وغموضا شديدين حول تعريف المصطلح فالسياسات العامة أصبحت علما قائما بذاته، يعكس اهتمام الحكومات باحتياجات مواطنيها الأساسية في مختلف المجالات معتمدة في صياغتها على الخبراء في كل قطاع على أن تختار الحكومة أولوياتها وتسعى لتجسيد هذه السياسات العامة بما يخدم المصلحة العامة.¹ في هذا المبحث سنتناول في المطلب الأول تعريف السياسة العامة ومراحل إعدادها، أما في المطلب الثاني سنتناول مضامين تقييم السياسة العامة.

المطلب الأول: تعريف السياسة العامة ومراحل إعدادها

الفرع الأول: تعريف السياسة العامة

عرفت السياسة العامة من الناحية الفنية التطبيقية بأنها: "خطط أو برامج أو أهداف عامة أو كل هذه معا يظهر منها اتجاه العمل للحكومة لفترة زمنية مستقبلية وبحيث يكون لها مبرراتها، وهذا يعني أنّ السياسة العامة هي تعبير عن التوجيه السلطوي أو القهري لموارد الدولة والمسؤول عن التوجيه هي الحكومة."²

فالسياسة العامة لا تعني دائما ما تقوم به الحكومات من أفعال ظاهرة فقد تختار الحكومة السكوت عن معالجة قضية معينة، ويصبح امتناع الحكومة عن القيام بفعل معين أو اتخاذ موقف إزاء قضية ما سياسة عامة إذا امتد هذا الامتناع لفترة زمنية وبثبات على الموقف بمواجهة الضغوط لاتخاذ موقف معاكس.³

وعكس السياسات العامة التوجهات الكبرى للدولة، إذ أنها عملية تؤثر فيها الإتجاهات والإيديولوجيات المتبناة داخل النظام السياسي والتي يمكن من خلالها تحليل وفهم القرارات المتخذة وطبيعة القوى السياسية والاجتماعية المحددة لآليات تعامله مع المدخلات من البيئة

¹ -معممر عمار، مكانة السياسة العامة في الجزائر دراسة وصفية تحليلية في البيئة والمؤسسات، دار ابن بطوطة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2011، ص.6.

² - خيرى عبد القوي، دراسة السياسة العامة، ذات السلاسل للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، الكويت، 1988، ص.47.

³ - آرنولدج.هايدنهايمر، هيوهيكلو، كارولينيتش آدمز، السياسات العامة المقارنة سياسات الخيار الاجتماعي في أمريكا وأوروبا واليابان، ترجمة أمل الشرقي، الأهلية للنشر والتوزيع، ط3، عمان، 1999، ص.25.

الداخلية، كما تعتبر السياسة العامة حصيلة عملية جماعية تطرح فيها الاجتهادات وتؤثر فيها موازين القوى بالرغم من أنها في النهاية قد تصدر عن هيئة واحدة أو شخص واحد.¹ ومن بين التعاريف التي ظلت مهيمنة على هذا المجال ما طرحه (هارولد لازويل) H.Lasswell الذي وصف من خلاله هذه العملية بأنها: "من يحصل على ماذا؟ متى؟ وكيف؟ وهي النشاطات المتعلقة بتوزيع الموارد والقيم في المجتمع.

ومن منظور آخر عرف جيمس أندرسون James Anderson السياسة العامة بأنها: برنامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو مواجهة قضية أو موضوع.²

انطلاقاً مما تقدم، يمكن القول أنّ السياسة العامة هي: "كل ما تقوم به الحكومة أو تمتنع عن القيام به قصد معالجة مشكلة عامة لإيجاد حلول تخدم المصلحة العامة للمواطنين، وهي محل صراع وتنافس بين جماعات لهم مصلحة بموضوع السياسة العامة، إذ أنها الأداة التي تتدخل من خلالها الحكومة لإدارة شؤون المجتمع تحقيقاً للمصلحة العامة، فهي بهذا المعنى تمثل مخرجات اللعبة السوداء للنظام السياسي سواء كانت قرارات جيدة أو غير جيدة تعبر عن السياسة العامة".

وتمثل عملية صنع السياسة العامة تلك العملية التي تترجم من خلالها الحكومة رؤيتها وفلسفتها وبرامجها إلى قرارات وأنشطة لإحداث التغيير على أرض الواقع وحل المشكلات المطروحة على طاولة صناع القرار استجابة لمطالب المواطنين التي تصنع لأجلهم هذه السياسات.

الفرع الثاني: مراحل إعداد السياسة العامة

تمر عملية صنع السياسة العامة بمراحل تختلف في طبيعتها ومحتواها من دولة إلى أخرى وفقاً للعوامل كثيرة أهمها النظام السياسي، ونظام الحكم في كل منها، إذ تعمل الحكومات على حل المشاكل والقضايا ومعالجتها من خلال وضع سياسات عامة تمر بمراحل عدة بدءاً برسمها وانتهاء بتنفيذها وتقييمها، ويمكن أن نوجز هذه المراحل في ضوء ما يأتي:

¹ - سلمة بوريح، مراكز الأبحاث وآليات تأثيرها على صنع السياسات العامة، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المجلد 3، العدد 6، ص.129.

² - جيمس أندرسون، صنع السياسات العامة، ترجمة: عمار الكبيسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 1999، ص.15.

1- تحديد المشكلة العامة:

وهنا يتم تحديد المشكلة والتعرف على أسبابها وحقيقتها ومن ثمة تشخيصها لإيجاد حلول لها، ولا بد من الإشارة إلى أن المشاكل لا تدخل كلها ضمن اهتمام الحكومة إنما تستدعي معالجتها أن تكون ضرورة ملحة، تمس عددا كبيرا من أفراد المجتمع، وكذا درجة الضرر الذي تحدثه.¹

وبشكل عام فإنه من الصعوبة بمكان لأي دولة أن تحل كل مشكلات السياسة العامة بشكل شمولي أو تلبية مطالب المجتمعات أو معالجة المشاكل التي تواجههم دفعة واحدة، وهنا يأتي تحديد الأولويات وأيها أهم والبدء بحل تلك المشكلات حسب الأولوية والأهمية للمجتمع والدولة.²

2- الأجندة السياسية:

عادة ما تقوم الحكومة بصناعة سياسة معينة لعلاج مشكلة عامة وتقديم حلول بشأنها، لذا فإنّ صنع هذه السياسة مرهون بالنجاح في إدراج هذه المشاكل ضمن أجندة الحكومة وإثارة انتباهها لمعالجتها وتبنيها يعد تعبيراً عن الالتزام بمحاولة حلها.

غير أنّ إثارة اهتمام الحكومة يتوقف على تحديد المشكلة من قبل المهتمين واستعدادهم للضغط عليها للتدخل معتمدين في ذلك على عدة وسائل وتكتيكات بغية الضغط ومن ذلك جهود النشطاء السياسيين، جماعات الضغط، منظمات المجتمع المدني، وغيرهم والتي لها تأثير كبير على الحكومة يرتبط بأعداد المعنيين بالموضوع، الرغبة في دفع الحكومة لحل المشكلة، مستوى التنظيم، المهارة والقوة الاقتصادية لهم.³

3- صياغة المقترحات للسياسة العامة:

تتضمن صياغة السياسة بلورة مقترحات أولية لبرامج العمل اللازمة لمواجهة المشكلة، فصياغة السياسة لا ينتج عنها قانون مقترح وأمر تنفيذ أو قاعدة إدارية إنما يتم طرح بدائل للتعامل مع المشكلة محل المعالجة وذلك بمشاركة اللجان البحثية والاستشارية وكذا الجماعات المصلحية والضاغطة التي تلعب دوراً رئيسياً في بلورة السياسة العامة، وهكذا تصبح البدائل

¹ - أحمد مصطفى الحسين، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، المركز العلمي للدراسات السياسية، ط1، الأردن، 2002، ص.249.

² - أمين المشاقبة، للسياسة العامة " إطار نظري تحليلي"، عمان: 2015، ص.7، متوفر على:

تاريخ الإطلاع 2021/05/25 <https://www.researchgate.net/publication/285413983>

³ - ثامر كامل محمد الخزرجي، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة: دراسة معاصرة في إستراتيجية إدارة السلطة، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2004، ص.164.

والمقترحات المتنافسة مع مشكلة معينة والمقدمة من هذه المصادر المتعددة هي المادة الخام للسياسة العامة.¹

4- تبني وإقرار السياسة العامة:

في هذه المرحلة يتم اختيار البديل الذي تراه الحكومة الأفضل لحل المشكلة المطروحة بما يتوافق مع توجهات النظام السياسي وبما يحقق أكبر قدر من التوافق بين الآراء وأعلى درجة من الرضا العام والقبول.

ويتضمن إعداد السياسة إصدارها في الشكل القانوني الذي يكسبها شرعية ويضفي عليها قوة الإلزام على نحو يجسد الأهداف التي تسعى السياسة العامة لتحقيقها، وعادة ما يتم إقرار هذه السياسة في صور متعددة تبعا لطبيعة المشكلة ومستوى القرار اللازم لعلاجها، إذ قد يعبر عنه في صورة تصريح أو خطاب رسمي لرئيس الدولة أو الحكومة أو قرار حكومي أو إداري، ومهما يكن من أمر فإن اعتماد السياسة العامة وإقرارها تعد عملية تشريعية سياسية تعكس طبيعة النظام السياسي والتشريعي في كل دولة.²

5- تنفيذ السياسة العامة:

تعرف عملية تنفيذ السياسة العامة بأنها: " تلك المجموعة من الأفعال أو الأعمال التي تتمثل بالجهود العامة والخاصة للأفراد والجماعات الموجهة نحو تحقيق وإنجاز الأهداف المرسومة مقدما في قرارات السياسة العامة مسبقا، فهي تلك العملية اللازمة في جعل السياسة العامة مثالا حيا للعمل والأداء، وتحويلها من حالتها الإعلانية كقرار إلى حالتها الميدانية كعمل تنفيذي، وعلى هذا الأساس تتضمن تلك العملية و تستغرق جميع الحدود أو المساحة الفاصلة بين إعلان السياسة وبين تأثيرها الحقيقي والتعبير الفعلي عما يحصل في الحقيقة وعما يحصل من جهد وأداء، وما ينجم عنه من رأي و تغذية راجعة في إطار ومحيط المنظمات والأجهزة الإدارية التنفيذية المعنية بأعمالها ومهامها اللازمة.³

¹ - جيمس أندرسون ، مرجع سابق، ص.ص. 92، 91.

² - ثامر كامل محمد الخزرجي، مرجع سابق، ص.ص. 169.

³ - الفهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن،

2001، ص.ص. 274، 273.

6- تقييم السياسة العامة:

هي نشاط منظم يستند لمنهجية علمية تهدف للتعرف على الانعكاسات السلبية والإيجابية المترتبة على وضع وتنفيذ السياسة العامة ومخرجاتها وتأثيراتها ومدى كفاءتها وفعاليتها في تحقيق الأهداف المحددة لها بعيدا عن العشوائية، وأن ترافق هذه العملية جميع المراحل التي تمر بها السياسة العامة.¹

المطلب الثاني: مضامين تقييم السياسة العامة

إنّ تقييم السياسات العامة أصبح اليوم مطلبا مجتمعيا ملحا، ومدخلا حقيقيا لإرساء قواعد حكمة جيدة محليا ووطنيا، ذلك أنّ السلطات العمومية بحاجة للتوفر على مؤشرات حقيقية تسمح بعقلنة عملها وتدبير وسائلها بشكل أمثل، وتتمكن من تقييم الآثار الحقيقية لبرامجها وسياساتها التنموية وتبقى لتقييم السياسات العامة وظيفة مهمة على مستوى تحقيق الأهداف.

الفرع الأول: تعريف عملية تقييم السياسة العامة

لا يتوقف عمل الحكومة عند إقرار سياسة عامة معينة ووضعها موضع التنفيذ كوسيلة لعلاج مشكلة ما أو توفير حاجة للمجتمع، إنما يمتد إلى معرفة الآثار التي ترتبت عن تنفيذها ومدى نجاحها في تحقيق الأهداف التي صنعت لأجلها هذه السياسة وهو ما يعبر عنه بعملية تقييم السياسة العامة.

هذه العملية التي عرفها أحمد مصطفى الحسين بأنها: "عملية التأكد من أنّ البرنامج (السياسة) قد حقق أهدافه كما هو متوقع منه و بصورة تحقق نوايا صانع السياسات.² كما عرفها خيرى عبد القوي بأنها: "إتباع أساليب علمية هدفها الحكم على ما إذا كانت سياسات الحكومة و برامجها التنفيذية تحقق الأهداف المطلوبة بالقدر المرغوب فيه من الفعالية و الكفاءة و الاقتصاد، و من هنا تبرز أهمية تقييم السياسة العامة باعتباره وسيلة و أسلوب عملي لقياس آثار و نتائج تطبيق السياسة العامة بأكبر قدر من الدقة.³ من جانب آخر تعرف عملية تقييم السياسة العامة بأنها: "نشاط منظم يستند المنهجية علمية تهدف للتعرف على طبيعة العمليات المرتبطة بالسياسات العامة وآثارها والبرامج الفعلية المرتبطة بالتنفيذ، إذ لا بد من معرفة علمية دقيقة للانعكاسات السلبية والإيجابية المترتبة على

¹ - محمد قاسم القريوتي، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، ط1، دائرة المكتبة الوطنية، عمان، ص.277.

² - الأحمّد مصطفى الحسين، مرجع سابق، ص 260.

³ - خيرى عبد القوي، مرجع سابق، ص.240.

وضع و تنفيذ السياسة العامة ومخرجاتها وتأثيراتها ومدى كفاءتها وفعاليتها في تحقيق الأهداف المحددة لا بعيدا عن العشوائية والارتجالية، وأن ترافق هذه العملية جميع المراحل التي تمر بها السياسة العامة.¹

وعليه يمكن القول أن عملية تقييم السياسة العامة هي تلك العملية العلمية التي تهدف للكشف عن الآثار المترتبة عن تنفيذ السياسة العامة و مدى ما حققته من نتائج بناء على الأهداف المسطرة بفعالية و كفاءة، إذ أنها ترافق كل المراحل التي تمر بها السياسة العامة.

الفرع الثاني: أهمية تقييم السياسة العامة

تبرز أهمية تقييم السياسة العامة باعتبارها وسيلة و أسلوبا علميا لقياس آثار و نتائج تنفيذ السياسة العامة على أرض الواقع و مدى تحقيقها للأهداف التي رسمت لأجلها بأكبر قدر من الدقة، ذلك أن تحقيق أفضل النتائج مرهون بتحديد الهدف من التقييم بدقة و التي تنقسم إلى أهداف سياسية، بيروقراطية و أهداف موضوعية؛ فبالنسبة للنوع الأول من التقييم فإنه يهدف إلى قياس نجاح السياسة في الوصول مثلا إلى عدالة توزيع الثروة، أما الأهداف البيروقراطية فإن الجهاز المسؤول عن التنفيذ يعتمد على التقييم كأداة للحكم على ما حققه تنفيذ السياسة العامة من زيادة أو نقص في التأييد الشعبي والحكومي لجهود البيروقراطية المسؤولة عن التنفيذ، في حين تركز الأهداف الموضوعية على صلب وموضوع السياسة العامة من حيث تحقيقها للأهداف التي رسمت لأجلها و مدى نجاحها في حل المشكلات العامة المرتبطة بها.²

الفرع الثالث: معايير ومؤشرات تقييم السياسة العامة

تتعدد معايير تقييم السياسة العامة تبعا لاختلاف أهداف العملية التقييمية، والتي قد تركز على أهداف البرنامج، أو تكاليفه أو نتائجه، فهي وسائل للتحقق من تحقيق السياسات العامة لأهدافها، وكلما كانت المعايير كمية ساعد ذلك على إجراء عملية تقييم دقيقة، وقد تعددت المعايير المعتمدة في تقييم السياسات العامة، يمكن ذكر أهمها فيما يلي:

1- المخرجات: بوصفها تمثل حجم الوحدات المنتجة، ويتم تقييم هذه المخرجات و مدى جودتها من خلال:

-الوضوح والتعريف بشكل إجرائي.

¹ - محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص.277.

² - خيرى عبد القوي، مرجع سابق، ص.240.

- الاتساق والانسجام الداخلي لما تتضمنه السياسات.
 - الانسجام ما بين السياسات المختلفة. والشمولية.
 - درجة قبول المعنيين بالسياسات لها.
 - القدرة على تنفيذها من النواحي الاقتصادية والبشرية والمعلوماتية.
- 2-العائدات: بوصفها النتائج التي تمثل نوعية وفاعلية الإنتاج ودرجة تحقق المتوقع والرضا عنه.¹

3-الفعالية: تعتبر معايير الفعالية أكثر فائدة إذا فهمت بصورة صحيحة فهي محاولة لقياس مستوى الإنجاز أو النتائج المتحصلة من البرنامج بالمقارنة مع الموارد التي استخدمت في البرنامج أو مدخلاته، أي ضرورة تحديد الإنجازات المتوقعة سلفاً، إذ تستخدم هذه المعايير لمعرفة قدرة البرنامج على تحقيقه لأهدافه الأساسية التي أقيم لأجلها، ويمكن تحديد فاعلية برنامج السياسة العامة من خلال الأهداف المتحققة وما يترتب عنها من المنافع والفوائد.

4-الكفاءة: تطرح معايير الكفاءة عادة السؤال إلى أي مدى تحققت أهداف البرنامج؟ إذ تركز هذه المعايير على الدرجة التي تحافظ فيها أية سياسة عامة أو برنامج على أقل نفقة ممكنة، كمؤشر اقتصادي يتفق ومنطق تقديم الخدمات العامة التي تضطلع بها برامج السياسات العامة الحكومية في الوسط الاجتماعي.²

من جانبه طرح "سابرو Sapru" جملة من المعايير المعتمدة في تقييم السياسة العامة وفق الترتيب التالي:

- الفاعلية: أي القدرة على تحقيق النتائج
- الكفاءة وتعني قدرة الجهد في تحقيق النتائج
- الكفاية: قدرة الإمكانيات على تحقيق النتائج وحل المشكلات
- العدالة: التوزيع العادل للكلف والمنافع بين مختلف الجماعات
- المسؤولية: أي قدرة نتائج السياسة على إشباع الحاجات ودعم قيم الجماعات المعنية بها.
- الملاءمة: تحقيق النتائج المرغوبة بصورة موضوعية وفعالية وقيمة مضافة.³

¹ - محمد قاسم القريوتي، المرجع السابق، ص 281.

² - فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، 2001، ص 319.

³ - فهمي خليفة الفهداوي، مرجع سابق، ص.321

ويمثل المؤشر التعريف العملي لمتغير ما، أي الدليل المادي الذي يمكن ملاحظته، رصده أو قياسه للتحقق من معلومات أوسع مطلوب معرفتها ويجب بالتالي الاتفاق عليه وعلى دلالاته، بحيث يستخدم في الكشف عن واقع أو حقيقة مطلوب معرفتها أو التأكد منها، بمعنى آخر هو الدليل المادي للتحقق من سؤال لا يمكن التحقق منه مباشرة.

وقد حدد الدكتور عامر الكبيسي عدة مؤشرات التقييم السياسة العامة، تتمثل في:

- مدى تحقق الأهداف بناء على النتائج المحققة.
 - مدى الترشيح في النفقات إذ أن السياسة الناجحة هي التي تحقق أفضل النتائج بأقل التكاليف.
 - نسب التنفيذ للخطط والبرامج مقارنة بالأهداف التي سطرت.
 - مدى الرضا والارتياح لدى المواطنين والتي تظهر من آثار تنفيذ السياسة على أرض الواقع ومدى رضا المواطنين بها.
 - مدى الالتزام بالقوانين، إذ كلما تم الالتزام بها قلت الأخطاء وتمت الأهداف كما هو مسطر
 - مدى قياس المخرجات نسبة إلى قياس النتائج أو المعطيات.
 - حجم الموارد والعوائد الداخلية المتحققة.
 - نسب المؤشرات الحضارية و الاعتبارية.¹
- ويتوقف نجاح عملية التقييم وتمكنها من تحقيق الأهداف المرجوة منها على اعتماد منهجية صارمة في جميع مراحل العملية وذلك انطلاقاً من اختيار السياسة موضوع التقييم حتى صياغة المقترحات والتوصيات مروراً بقياس النتائج المحققة وتطابقها مع الأهداف المحددة لتلك السياسة.

الفرع الرابع: مشاكل وصعوبات تقييم السياسة العامة

يعد تقييم السياسات العامة فائدة لصانعي السياسات ولمديرها ولنقادها خاصة منهم الذين يحرصون على ضبط مواقفهم، إذ يسعى التقييم إلى تحديد علاقات السببية (السبب - النتيجة) وقياس النتائج والآثار الناجمة عن السياسة، وطبيعي أن القياس المادي والكمي يعد مستحيلاً، لذا فتقييم الآثار المترتبة على السياسات يكون أكثر موضوعية.

¹ - عامر الكبيسي، التطوير التنظيمي وقضايا معاصرة، ج4، سلسلة التنظيم الإداري الحكومي بين التقليد والمعاصرة، قطر، دار الشروق، 1998، ص 98.

والتقييم ليس بالعمل السهل أو البسيط، فتقرير ما إذا كانت السياسة محققة لأغراضها أم لا، لا يعد عملاً يسيراً، فكل شخص يمكنه أن يطرح اجتهاده حول السياسات دون أن يفحصها، ومن ثمة فإن عملية تقييم السياسة العامة عادة ما تقف أمامها جملة من العقبات نذكر منها:

- عدم التأكد من أهداف السياسات العامة: عندما تكون أهداف السياسة غير واضحة أو مشوشة أو متشعبة كما هو الحال في الغالب، فإن تقدير الحد الذي حققته مما هو مقرر لها سيكون صعباً وعملاً مخيباً أو محبطاً، وهذه الحالة هي في الغالب نتاج عملية إقرار السياسات وتشريعها.

- تشتت آثار السياسة: فقد تشمل السياسة أفراداً وشرائح غير الذين توجه إليهم هذه السياسة، ويظل الاحتمال قائماً بعدم وجود أهداف محددة للسياسات أو أن بعض الأهداف لا تعلن رسمياً.

- صعوبة الحصول على المعلومات، فالنقص بالمعلومات والبيانات الإحصائية قد تعيق محلل السياسة العامة ومقيمها.

- أن التقييم يكون غير مؤثر بسبب عدم دقته أو شموليته أو عندما تهمل نتائجه وقد يكون خاطئاً.¹

- الطبيعة الرمزية وغير القابلة للقياس لبعض أهداف السياسة العامة.

- مقاومة الجهات المسؤولة عن تنفيذ السياسات العامة لعملية التقييم من منطلق أنها محاولة للحد من نفوذها أو تقليص الموارد المخصصة لها.

- رغبة الجهات الحكومية في الإبقاء على الأوضاع وتجنب أية محاولات لتقييم الأداء خاصة إذا كانت تتميز بامتيازات.

- تجنب التكاليف المادية التي تتطلبها عملية التقييم و محاولة الإقناع بأنه من الأولى تخصيصها للإنفاق على مجالات ذات أولوية أعلى.²

كل هذه الصعوبات تجعل من عملية تقييم السياسة العامة مهمة صعبة في ظل غياب المعلومات الدقيقة التي تمكن من قياس النتائج مقارنة بالأهداف المعلنة في السياسة العامة.

¹ - جيمس إندرسون، مرجع سابق، ص 198.

² - محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 293.

المبحث الثاني: السياسة الصحية

تشكل السياسة الصحية موضع اهتمام كبير لدى جميع دول العالم التي تكافح من أجل المحافظة على الصحة وترقيتها واعتبارها ثروة لا بد من استغلالها أحسن استغلال. في هذا المبحث سنتناول في المطلب الأول تعريف السياسة الصحية وتطورها، أما في المطلب الثاني نظرة على وضعية الصحة وتحدياتها.

المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية وتطورها**الفرع الأول: تعريف السياسة الصحية**

تعددت التعاريف الخاصة بالسياسة الصحية وقبل التطرق إليها نعرف أولاً الصحة والخدمات الصحية والتي يمكن ذكر بعضها على سبيل المثال وليس الحصر: تعتبر الخدمات الصحية من أهم المخرجات التي تمكن قطاع الصحة من الرقي والوصول إلى معدلات مقبولة من التنمية البشرية.

1. مفهوم الصحة:

تعرف الصحة على أنها الحالة الصحية للإنسان والتي تظهر من خلال النشاط الطبيعي لأعضاء الجسم.

كما يعرفها من خلال علم الصحة على أنها أيضا حفظ للصحة وهذا من خلال احد أهم أقسام الطب، والذي يظهر جملة من التدابير الداعية لحفظ الصحة.¹

2. تعريف الخدمة الصحية:

تقوم الخدمة الطبية من خلال جهود فريق طبي داخل مستشفى أو عيادة كأن يقوم طبيب بمعالجة شخص مريض، حيث يمكن للرعاية الطبية أن تصبح رعاية صحية وقائية وهذا من خلال الإرشادات الوقائية التي يمكن أن يقدمها الطبيب للمريض.²

تعرف الخدمة الصحية على أنها مستوى الأداء الذي يتوقعه المريض اتجاه الخدمة المقدمة له، وهذا إشارة إلى دور المريض في تقييم مستوى ما يقدم له من خدمات.

¹ - حسين محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، ماجستير علوم السياسية، ورقة، ص 49.

² - عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، جامعة تلمسان ص 35.

كما يمكن أن نعرف الخدمة الصحية أيضا: على أنها ما يقدم للمنتفعين حيث تصبو إلى تغطية حاجيات المستهلك النهائي إذ لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى.¹

3. تقسيم الخدمة الصحية:

تقسم الخدمات الصحية إلى جزأين:

أما الجزء الأول فيتعلق بالخدمات الصحية العلاجية والتي ترتبط بالخدمة الصحية الموجهة للفرد بصورة مباشرة، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء كان ذلك من خلال العلاج الدوائي المباشر في المنزل أو من خلال العلاج السريري أو من خلال التدخل الجراحي.

أما القسم الثاني فيتعلق بالخدمات الصحية الوقائية والتي ترتبط بصحة المجتمع، حيث يمكن تسميته بالخدمة الصحية البيئية حيث تهتم بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، وهذا بدوره يتضمن علاقة غير مباشرة مع صحة الفرد.²

4. خصائص الخدمة الصحية:

- تعتبر الخدمات الصحية من بين أهم الخدمات المنتجة والمقدمة وذلك كونها مرتبطة بصحة الأفراد، ولهذا فيمكن للخدمات الصحية أن تتميز بمجموعة من الخصائص أهمها:
- يتم تقديم الخدمات الصحية لكل أفراد المجتمع وبدون استثناء.
- تهدف الخدمات الصحية إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف سواء كانوا أفراد، هيئات أو منظمات.
- ينبغي للخدمات الصحية أن تتوفر على معيار الجودة وذلك كونها مرتبطة بحياة الأفراد.
- تخضع الخدمات الصحية للقوانين والتنظيمات الصادرة عن الدولة، وهذا فيما يخص طبيعة الخدمات المقدمة وبكيفية تقديمها.
- تختص الخدمات الصحية بالاستمرارية وغير قابلة للتأهيل.
- تستوجب الخدمات الصحية الحضور الشخصي للمستفيد.

¹ - عتيق عائشة، المرجع نفسه، ص 36.

² - الفاتح محمد عثمان مختار، (اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية)، مجلة امراك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم وتكنولوجيا، مجلد الرابع، العدد العاشر، 2013، ص 124.

- يظهر معيار جودة الخدمات الصحية من خلال المريض، إذ أنّ ترابط بين جودة الخدمة ومدى استيعاب المريض لتلك الجودة في الخدمة هي العامل الرئيسي للحكم على جودة الخدمة الصحية.

5. تعريف السياسة الصحية:

تعريف منظمة الصحة العالمية للسياسة الصحية لها: "الإجراءات المحددة اللازمة للتصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الوقاية الشاملة للقطاعات وتعزيز الصحة.¹ كما عزفت على أنها تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها.²

ويشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أنّ السياسات الصحية هي مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرنامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي، بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية"³، كما قد قسم فرانك 1994 السياسات الصحية إلى أربعة مستويات مستوى النظام ومستوى البرامج ومستوى التنظيم ومستوى الأداء،⁴

وبناء على ما سبق وكتعريف إجرائي لسياسة الصحية يمكن القول أنها: مجموعة البرامج والإجراءات والخطط التي تهدف الدولة من خلالها إلى تحسين الوضع الصحي.

¹ - منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مني، التقرير الخاصة بالصحة في العالم 2008، جنيف، ص 75.

² - عثمان مختار الفاتح محمد، (فتصديت خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية) مجلة أماراباك - المجلد 4، العدد 10، 2013، م 126

³ - عمر خروبي بزارة، (2009/1999) إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة ماجستير، في قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة بجامعة الشلف.

⁴ -صلاح محمد نياي، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر، عمان، 2009 ص ص 214-215.

الفرع الثاني: تطور السياسات الصحية في الجزائر

تبنت الجزائر منذ الاستقلال إلى اليوم، سياسة صحية لها أهدافها ومبادئها ومقتضياتها التي اختلفت من فترة لأخرى بحكم استجابتها لمتطلبات كل فترة، هدفها تحقيق التنمية الصحية من خلال البرامج والإجراءات التي وضعتها لمواجهة الأمراض وحل المشاكل الصحية المختلفة وكل ما من شأنه التأثير على الوضع الصحي للمواطنين، يمكن دراسة السياسة الصحية في الجزائر بناء على تقسيمها إلى ثلاثة مراحل وهي:

أولاً: السياسة الصحية من (1962 - 1984)

انطلقت بداية هذه المرحلة من الدمار والخراب والوضع الصحي الهش الذي خلفه المستمر، فكانت هناك ضرورة لاستجابة الدولة الجزائرية لهذا الوضع من خلال سياسة صحية أخذت العلاج الوقائي ومجانية العلاج من أهم مبادئها، وهذا ما تضمنه دستور (1976) من خلال المادة 67 في إطار تعزيز مبدأ الحق في الصحة وذلك يكون من خلال مجانية الحصول على الخدمات الصحية والطب المجاني.¹ وكان ذلك من خلال الحملات التلقيحية لحماية الطفولة والأمومة والحد من انتشار بعض الأمراض التي كانت حاصلة ما تسببه من وفيات مثل الشلل والتيتانوس والدفتريريا .

فرضت الظروف المعيشية السيئة للجزائريين مجانية العلاج بهدف حصول الجميع على الخدمات الصحية أي توسيع التغطية الصحية في ظل دعم مبدأ الصحة للجميع، حيث جاء في الميثاق الوطني 1976 تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وتحسين مستوى صحة السكان،² وما زاد من تأكيد مجانية العلاج هو الأمر (رقم 73-65) المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب مجاني في القطاعات الصحية الذي جاء في مضمون (المادة الأولى منه "التشخيص ومعالجة المرضى يكون مجانيًا في جميع القطاعات الصحية،³ ومن أجل مواجهة الأمراض والأوبئة التي كانت منتشرة على نطاق واسع كان لابد من إجراء يعزز

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية دستور 1976

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر (رقم 76-57 مؤرخ في 27 رجب 1396 الموافق ل 05 يوليو 1976 يتضمن نشر الميثاق الوطني - الجريدة الرسمية، العدد 61 الصادرة في 03 شعبان 1396 الموافق ل 30 يوليو 1976، ص 968.

³ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر (رقم 73-65) مؤرخ في 03 ذي الحجة 1393 الموافق ل 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية الجريدة الرسمية، العدد الأول، الصادرة في 7 ذو الحجة الموافق ل 01 يناير

ذلك والذي تمثل في إجبارية العلاج الذي تضمنه (المرسوم 96 - 69) المؤرخ في 1 يوليو 1969 تضمن معالجة السل بصفة إجبارية مجانا.

من أجل الوصول إلى تحقيق كل ما نصت عليه هذه الأطر القانونية والتشريعية كان لا بد من تعزيز البنية التحتية التي كانت من أولويات هذه المرحلة بعد النقص الفادح في عدد الهياكل الصحية الموروثة عن المستمر، كما يقتصر وجودها على المدن الكبرى فقط فالفترة (1967-1969) عرفت مضاعفة القاعات العلاج في محاولة منح أولوية للعلاج الأولي الذي لا يقيه إلا بتوفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي، إضافة إلى إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974،¹ فسجل تقدم على المستوى العددي للهياكل الصحية.

فالتحسن على مستوى الهياكل الصحية رافقه تحسن في الهيئة الطبية التي كانت غالبيتها أجنبية، لهذا الهدف تم إنشاء المعهد الوطني للصحة الذي من بين وظائفه تكوين موظفي الصحة، كل هذه الجهود انعكست في التحسين الذي سجلته العديد من المؤشرات حيث قدرت وفيات الأطفال ب، (142/100) سنة 1970 لتتراجع إلى (84.7/1000) سنة 1980، كما بلغت نسبة التلقيح ضد الحصبة (52%) سنة 1980،² وكان المجانية العلاج دور في اتساع نطاق التغطية الصحية بعد أن كانت الفحوصات الطبية لا تشمل سوى 6 ملايين سنة 1974 ارتفعت لتشمل حوالي 17 مليون مع سنة 1979.³

ثانيا: السياسة الصحية من (1985 - 1998)

عرفت هذه الفترة صدور قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترفيها الذي مزال معمولا به إلى غاية اليوم، استمر في دعم الحق في الصحة وحمايته من خلال الوقاية والعلاج إضافة إلى التربية الصحية التي تعتبر ضرورية وله دور في التنقيف الصحي الذي يمكن المواطن من حماية صحته والمحافظة عليها، هذا ما نلتمسه

¹ - عبد الحميد جفالي، عمار سيدى دريس، التنمية الصعبة وعلاقتها بالتنمية البشرية، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، 2014، ص 71.

² - نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص 207

³ consiel national économique et social(c.n.c.s), quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie? rapport national sur le développement humain 2013-2015, p30-

من (المادة 97) تستهدف الغربية الصحية المساهمة في رفاهية السكان من خلال اكتسابهم المعلومات الضرورية لذلك.

لاسيما ما يتعلق بالنظافة الفردية والجمعية حماية البيئة، التغذية السبعة والمتوازنة، الوقاية من الأمراض والحوادث، استهلاك الأدوية، مكافحة الممارسات الضارة ، ترقية التربية المدنية والرياضية.¹ لكن هذه المرحلة شهدت العديد من المشاكل التي كان لها تأثير واضح على الوضع الصحي وبالتالي على التنمية الصحية بشكل عام، حيث عرفت أسعار البترول تراجع كبير مابين (1986-1987) وانعكس ذلك على مختلف القطاعات. تدانت القدرة الشرائية للمواطن الجزائري ب (25%) حيث تراجعت من (4500 دولار للفرد سنة 1987 إلى أقل من (2000 دولار سنة 1997 لتصل إلى حدود 1350 دولار سنة 1998 وتفاقم ظاهرة البطالة التي انتقلت من (6.12%) سنة 1988 لتصل إلى (29%) سنة 2003 بيد وصلت ظاهرة الفقر مع سنة 1999 إلى (22%)،² قولك هذا أثر على الحالة الصحية للمواطنين نتيجة العلاقة القائمة بين الصحة والجوانب الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية، فتدهور القدرة الشرائية من شأنه أن يؤثر على نسبة إنفاق الفرد على صحته، كما أن الفقر يكون سبب في ظهور العديد من الأمراض، كما لا ننسى المشكل الأخير الذي عرفته هذه المرحلة بداية التسعينات وهو الانفلات الأمني الذي دفع الجزائريين ثمنه عاليا، راح ضحيته آلاف المواطنين لا نشى السد والحرمان وتدني في مستوى المعيشة ، وكان ذلك السبب في تفشي الأمراض والأوبئة ، تقد سير العديد من الهياكل الصحية مثل المستشفيات.

لكن رغم كل المشاكل استمرت الجهود من أجل تحسين الوضع الصحي، فتم في هذه المرحلة فتح المجال أمام القطاع الخاص الصحي بعد أن كان يحصي بدور محتشم من قبل، وبدأت ملامح تشجيع الدولة لهذا القطاع من خلال القانون رقم 88-15 المؤرخ في 3 ماي 1988 المعدل والمتهم للقانون رقم 85-05 المنشق بحماية الصحة وترقيتها، إضافة إلى المرسوم رقم 88-204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 الذي يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها. إضافة إلى الإجراءات والبرامج التي تستهدف الطفل والأم ومكافحة

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1435 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بالصحة الجريدة الرسمية، العدد 8 الصادرة 27 جمادي الأولى 1405 الموافق ل 17 فبراير 1985، ص 184.

² - مبارك بن زاير، ثورية بلبايد، ظاهرة الفقر في الدول العربية ، المظاهر وسبل العلاج حالة الجزائر، مجمع مداخلات الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الإقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة ، جامعة الجزائر 3 ، 8-9 ديسمبر 2014، ص 423

انتشار الأمراض والأوبئة والاهتمام بالهيئة الطبية والهياكل الصحية، بناء على ذلك عرفت المؤشرات الصحية لسلا مقارنة بالسنوات المالية، حيث بلغت نسبة الزيادات 25.3 / 1000 أما نسبة وفيات الأطفال 1000/44 وسجل متوسط الحياة 68 سنة.¹

ثالثا: السياسة الصحية من 1999 إلى يومنا

تزامنت هذه المرحلة مع جملة الإصلاحات التي شملت مختلف القطاعات وما فيها القطاع الصحي، إضافة إلى البجوحة المالية نتيجة الارتفاع الذي سجلته أسعار البترول، فعرفت هذه المرحلة مجموعة من البرامج التنموية منها برنامج دعم الإنعاش (2001-2004)، وبرنامج تعزيز النمو (2009-2005) وغيرها التي كانت الصحة من بين أولوياتها إضافة إلى تحسين الوضع المعيشي من خلال توفير السكن والمياه الصالحة والتعليم وغيرها من متطلبات الحياة الأساسية. بدأت الميزانية المخصصة للقطاع الصحي في التحسن حيث استفاد هذا القطاع من (619 مليار دينار) جزائري في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة المحددة (2010-2014)،² بدأت النفقات الصحية للفرد تأخذ منحى تصاعد في ابتداء من سنة 1998

وتم التركيز على ثنائية الأم والطفل خاصة مع اعتبارها أولوية ومحور إستراتيجي في مجال مكافحة وفيات الأمهات و الرضع ضمن إستراتيجية التعاون بين الجزائر ومنظمة الصحة العالمية (2002-2005) التي كان له أثر كبير في الحد من بعض الأمراض التي حصدت العديد من الأرواح منها حمى الملاريا،³ يمكن القول أن الاهتمام بالأمهات والأطفال كانت أولوية من أولويات السياسة الصحية حيث تم التركيز عليها منذ الاستقلال.

وفي إطار تحقيق المساواة والإنصاف في حصول المواطنين ومختلف الشرائح الاجتماعية على الخدمات الصحية تم إعادة ميكنة المنظومة الصحية بموجب المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 20 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وبهذا تم فصل العلاج والفحص الذي أصبح من

¹ - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية الجزائر : (پ. د. ن)، 2008، ص 154

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي (2010-2014) . بيان اجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010 ص 18

³ - الأمم المتحدة، خمسين سنة من التهاون من أجل حالة صحية مزدهرة للسكان، الأمم المتحدة الجزائر، أكتوبر 2012، ص12.

اختصاصات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية عن الاستشفاء الذي أصبح من مهام المستشفيات العمومية.

وفيما يخص تحسين التكفل بالأمراض المستعصية وتطوير العلاج المتخصص تم تنفيذ المخطط الوطني للسرطان (2015-2019) والمخطط الوطني (2014-2018) لمكافحة عوامل الخطر للأمراض غير المنتقلة،¹ بعد أن عرفت بعض المؤشرات تنامي الأمراض غير المنتقلة شاشة ضغط الدم الشرياني، الأمراض القلبية وداء السكري، الأمراض التنفسية المزمنة والسرطان، كما تشكل مواجهة مرض السل الذي يتميز بمقاومة شديدة للعلاج والعديد من الأدوية، حيث وصل إلى (0.73%) ما بين سنة 2002 و 2017 رغم ذلك اعتبر معدل بعيد عن خط الخطر حسب معايير منظمة الصحة العالمية المحدد بـ (3%)،² مكن الإشارة إلى بعض المؤشرات الصحية التي تعبر عن الحالة الصحية لهذه المرحلة.

الفرع الثالث: أهداف السياسة الصحية ومجالات الخدمات الصحية

أولاً: أهداف السياسة الصحية

تسعى السياسة الصحية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، التي تم تبنيها بناء على الواقع وما يتطلبه، كما تعتبر أولويات لا بد من تحقيقها، يمكن تقسيم تلك الأهداف إلى قسمين كالتالي:³

1- أهداف تركز على إيجاد حلول للمشاكل الصحية

- تقليل حجم معدلات الاعتلال والوفيات بسبب:
- * الأمراض المزمنة (القلب ، الأوعية الدموية ...)
- الأمراض غير المعدية (السرطان ...).
- القضاء على الحصبة شلل الأطفال والدفتيريا.
- الحد من الإصابة وعواقب الحوادث المنزلية، السفر).

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الحكومية في مجال الصحة، سبتمبر 2015، ص03.

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء، الأربعاء 27 فبراير 2008-07 ديسمبر 2008، ص ص19-20.

³ - Nouara, Kaid, Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête dans la wilaya de béjaia. pour le doctorat d'état, université d'alger, faculté des science économiques, Des sciences commerciales et de gestion, p23

2- أهداف تركز على تحسين الهياكل والخدمات الصحية:

- تحسين وتوفير المعلومات حول الوقاية والتشخيص والعلاج.
- تعزيز التنقيف الصحي.
- تطوير الرعاية والمساعدة المنزلية.
- توفير المرافق المناسبة مثل مرافق للمسنين.

بناء على ما سبق نستنتج أن السياسة الصحية التي تتبناها أي دولة هدفها حماية الصحة وترقيتها، من أجل ضمان هذا الحق الدستوري والقانوني لمختلف المواطنين، وذلك باعتماد مبدأ المساواة وعدالة الحصول على الرعاية الصحية، وذلك بتوفير مختلف الوسائل سواء المادية أو البشرية.

ثانياً: مجالات الخدمات الصحية:

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين حسب نوعية الخدمة وهما:¹

1 - الرعاية الصحية الأولية

2 - الرعاية الصحية الثانوية

أنواع الخدمات الصحية:

أ- **المستشفيات:** حيث يمكن أن يكون المستشفى حكومية أو خاصاً أو يتبع قطاعاً خيرياً أو أهلياً أو يتبع منظمات دولية، وتضم المستشفيات العامة في العادة أقساماً مختلفة وكادراً وظيفياً مهنياً متخصصاً في الشؤون الطبية والإدارية والخدماتية.

ب - **المراكز الطبية:** حيث يحتوي المركز الطبي على بعض الخدمات الطبية مثل العيادات التخصصية والمختبر والأشعة والصيدلية، وفي العادة تكون هذه المراكز إما حكومية أو خاصة أو خيرية أو أهلية.

ج - **خدمات الإسعاف والطوارئ:** وهي تكون في العادة ضمن المستشفى أو المركز الطبي بحيث تقدم خدمة الإسعاف الأولي للسكان.

د- **مراكز رعاية الأمومة والطفولة:** وتكون هذه المراكز في العادة تتبع القطاع الحكومي أو الخاص أو الأهلي وتقدم خدماتها العلاجية والوقائية للأم والأطفال.

¹ - وزارة الصحة الفلسطينية، 2001.

هـ - مراكز التأهيل والرعاية: وتشمل مراكز تأهيل المعاقين حركيا ومراكز تأهيل الصم والبكم والمكفوفين ومراكز تأهيل المدمنين ودور المسنين والعجزة.

و - مراكز الطب المخبري: وهي في العادة مراكز خاصة وتعني بالفحوصات المخبرية.

ز - مراكز الأشعة الطبية: وهي مراكز خاصة حيث تعني بالتصوير الإشعاعي الطبي على اختلاف مستوياته

ح - الصيدليات: وهي المنشآت التي توفر الأدوية والمستحضرات العلاجية اللازمة للسكان وتتبع القطاع الخاص.

المطلب الثاني: نظرة على وضعية الصحة وتحدياتها

الفرع الأول: الوضعية الصحية في الجزائر

إن التغيرات الجذرية التي مست السياسة الصحية في الجزائر قد أثرت على قطاع الصحة، وهذا ارتباطا بتغير الظروف السياسية والاقتصادية والمؤشرات الديموغرافية للبلاد لقد سعت الدولة الجزائرية جاهدة لتحسين الوضعية الصحية للمواطنين ويتجلى لنا هذا من خلال اهتمامها بصحة المواطن مهم كانت حالته الاجتماعية، وخير دليل على ذلك تطبيق مبدأ مجانية العلاج، هذا الأخير الذي كان من وراءه تقسيم جديد للمجال بخلق قطاعات صحية "حسب مرسوم فيفري 1973"¹ وهذا القضاء على مركزية العلاج، والتكفل الجيد بصحة السكان وعموما كل دائرة اختيرت لتكون على رأس عدد معين من البلديات باعتبارها مقر القطاع الصحي، وقد اتبعت الجزائر هذا التقسيم من أجل تقريب مختلف الهياكل الصحية من السكان، وكذلك تسهيل عمل هذه الهياكل. ولهذا فالقطاع الصحي أصبح الهيكل القاعدي المنظم للنشاطات الصحية، وهو المحور الأساسي لتوزيع العلاج وكل قطاع صحي يتركز حوله مستشفى، كما يحتوي على تجهيزات صحية ويتمتع باستقلالية في التسيير.

اعتمادا على المعايير والمعادلات الوطنية التي جاءت بها الخريطة الصحية التي تمكننا من معرفة العدد الحقيقي للمستخدمين الصحيين الذين يسرون هذه التجهيزات ويسهرون على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

¹ - درابح بوصوف، أقاليم المستشفى، دكتوراه دولة في الجغرافيا الصحية، جامعة نابولي، مارس 1998، ص 35.

1 - الأمراض المنتشرة في الجزائر:

أ- الأمراض المعدية:

يمكننا القول بأن الأمراض المعدية هي تلك الأمراض التي تتمكن من الانتقال من شخص إلى شخص آخر إذا ما توفرت الشروط التالية:

- شخص مريض أو حامل للميكروب.
- شخص سليم عنده قابلية للإصابة بالمرض.
- بيئة مناسبة لانتقال العدو.

وحتى نتمكن من وقاية الشخص السليم من الإصابة بنوع من أنواع الأمراض المعدية فما علينا إلا أن نقوم بما يلي:

- * القضاء على الميكروب المسبب للمرض، مثل الجراثيم.
- * القضاء على العامل الناقل للمرض، مثل الذباب والبعوض.
- * منع الميكروب من الانتقال من مصدر العدوى إلى الشخص السليم.
- * تقوية مناعة الشخص السليم ضد العوامل الممرضة وذلك بإتباع أساليب الوقاية خاصة التلقيح ضد الأمراض المعدية السارية والتي نجد منها:

برنامج التلقيحات الواسعة : والتي قامت بها المصالح الصحية في الجزائر حيث نجد:

- في سنة 1968 التلقيح ضد داء السل وضد داء الجذري.
- في سنة 1969 التلقيح أصبح إجباري ومجاني ضد السل والدفتيريا والكزاز والسعال الديكي.
- في سنة 1984 تم تبني البرنامج الواسع للتلقيحات.

داء السل: هو مرض مزمن ينتج عن العدوى بجراثيم السل وقد يصيب هذا المرض مختلف أجزاء الجسم وهو يصيب بصورة رئيسية الرئتين ويقتل ما يقارب 02 مليون إنسان في كل سنة وقد تم تقدير تقرير من طرف منظمة الصحة العالمية مفاده أنه ما بين سنة 2000.

وسنة 2020 مليار شخص إصابة سل حديثة وأن 200 مليون شخص يصبحون مرضي و35 مليون شخص سيموتون من السل إذا لم يكن هناك دعم وجهود السيطرة على هذا المرض. أما في الجزائر فقد عرف هذا المرض تطورا في الفترة الممتدة ما بين 1990 و2004 حيث وصل في سنة 2004 إلى 60 مصاب من بين 10000 شخص.¹

¹ MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

داء الديفتيريا:

الديفتيريا مرض معدي حاد يصيب الأغشية المخاطية في الأنف والحلق، وذلك نتيجة العدوى بجرثومة الديفتيريا، ويتميز هذا المرض بتكوين غشاء كاذب في الفم والحلق مما ينتج عن ذلك الالتهاب في الحلق والفم والأذن وأحيانا يمتد الالتهاب إلى القصبات الهوائية الحنجرة مما ينتج عن ذلك من اختناق وعدم القدرة على التنفس.

وقد عرف هذا الداء انخفاض خلال الثلاثة عقود الأولى بعد الاستقلال ليعود إلى الارتفاع في بداية التسعينيات ويرجع هذا الارتفاع إلى ظهور حالات وبائية في منطقة الوسط والجنوب، وقد تطور مرض الديفتيريا في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004.¹

السعال الديكي:

السعال الديكي أو الشاهوق عبارة عن عدوى حادة تصيب الممرات التنفسية العليا وتتميز بنوبات من السعال تأتي في سلسلة متكررة تسبقها شهقة، ولهذا سمي بالشهوق. وينتقل هذا السعال مباشرة باستنشاق رذاذ من سعال المصاب وبواسطة أشياء ملوثة به، ومدة الحضانة عادة ما تكون أسبوع وقد تطول هذه المدة وتصل إلى ثلاثة أسابيع، كما يجب أن يلحق جميع الأطفال ضد السعال الديكي في أبكر وقت ممكن، لأن المناعة الطبيعية في المولود الموروثة من الأم هي من المستوي الضعيف، ومن الموصى به مباشرة التلقيح ضد هذا المرض في وقت أبكر من التلقيح ضد الأمراض الأخرى وذلك من أجل إثارة حساسية جهازه إلى الجرعات التابعة وإلى أية إصابة من المحتمل وقوعها.

وقد تراجع هذا النوع من الأمراض المعدية وذلك بفضل التغطية الالقاحية وكذا الدور الفعال والمهم الذي قامت به الصحة المدرسية.

داء الكزاز

وهو مرض حاد ينتج عن تلوث الجروح بالجراثيم التي تحمل البذور، وهذه البذور تنمو موضوعيا في الجرح نفسه، وتنتج سما قويا يمتصه الجسم ويؤدي إلى تقلصات مؤلمة في العضلات وتقلص في عضلات الحنك وتشنجات متوترة، ويصيب الكزاز الأطفال المولودين حديثا في الأيام الأولى من حياتهم نتيجة تلوث الصرة أو عند قطع الحبل السري من جراء استعمال أدوات غير مطهرة أو عدم نظافة الطبيب أو القابلة أو الممرضة، وهذه الإصابة خطيرة جدا

¹ – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

على الأطفال لهذه الأسباب تشمل الوقاية من هذا المرض التوعية الصحية الموجهة إلى كافة الناس، وإلى القابلات والممرضات .

وقد عرف هذا المرض انخفاض كيو خاصة في هذه السنوات بفضل التلقيح لكل الأطفال حتى سن 18 سنة وكل النساء في سن الإنجاب سواء كان ذلك في فترة الحمل أو بعد وضع الحامل لمولودها وذلك بواسطة استعمال التوكسيد والمصل المحصن.

وقد عرف تطورا في الفترة الممتدة ما بين 1990 إلى غاية 2004.¹

داء الشلل:

يعتبر هذا المرض من أخطر الأمراض المعدية التي لقت اهتمام كبير على المستوى العالمي والدولي وقد تم تسجيل آخر حالة إصابة بهذا المرض في سنة 1996 م وذلك بفضل الجهود الكبيرة المبذولة والتي لقيت نجاحا كبيرا ورائعا، هذا وقد تطور مرض الشلل في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004.²

داء الحصبة:

يتميز هذا المرض بعدوى حادة، كما أنه واسع الانتشار في سن الطفولة ويتسبب هذا المرض عن الإصابة بفيروس الحصبة، ومن علامات الإصابة بهذا المرض ارتفاع في درجة الحرارة مصحوبة برشح وسعال ورمم. وقد عرف هذا المرض ارتفاعا متواصلا في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية سنة 1997م أين لوحظ انخفاض حالات هذا المرض وبعد إدخال المصالح الصحية التلقيح للمرة الثانية لكل الأطفال عند بلوغهم سن 06 سنوات.³

حمى التيفوئيد:

وقد شهد هذا النوع من الأمراض المنتقلة عن طريق المياه انخفاضا خاصة في السنوات الأخيرة غير أنه يبقى يهدد الصحة العمومية وذلك راجع إلى النوعية السيئة للمياه الموجهة للاستهلاك البشري هذا من جهة ومن جهة ثانية إلى اختلاط قنوات صرف المياه بالقنوات الصحية. وللاشارة فقد تطور مرض القوي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2000.⁴

¹ – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

² – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

³ – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

⁴ – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

التهاب الكبد الفيروسي:

لا زال هذا النوع من الأمراض المعدية يحصد الآلاف من الأرواح ويرجع ذلك إلى مجموعة كبيرة من الأسباب من أهمها قلة إذ لم نقل انعدام النظافة العامة وكذا انتشار العلاقات الجنسية الغير محمية وعدم تعقيم الأدوات الطبية... الخ .

غير أنه في السنوات الأخيرة بدأت معدلاتها تتراجع في الجزائر وخاصة في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004.

وتطور مرض التهاب الكبد الفيروسي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004.¹

التهاب السحايا:

هو عبارة عن مرض جرثومي حاد يبدأ بصورة مفاجئة ومن بين الأعراض التي تميز هذا المرض نجد ارتفاع في درجة حرارة الجسم وصداع شديد وتصلب في الرقبة والظهر غثيان وقيئ وطفح صغير الحجم على الجسم، ثم تتطور هذه الأعراض إلى هذيان وضعف عام وغيوبوبة ثم ينتهي الأمر بالمريض إلى انهيار عام و صدمة. ويبقى هذا النوع من الأمراض المعدية في ارتفاع مستمر بالنسبة للجزائر .

وقد تطور مرض التهاب السحايا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004.²

حمي المستنقعات: يعرف هذا النوع من الأمراض المعدية انخفاض مستمر حيث قدر عدد الحالات المسجلة في الجزائر ب 163 وذلك خلال سنة 2003.

السيدا:

يبقى هذا الداء منتشر في الجزائر كما يصعب فيه الحصول على أرقام صحيحة وما وجد منه يكون تقريبي وقد تطور مرض السيدا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1995م، إلى غاية 2004 م، ووصل في السنوات الأخيرة إلى أرقام مرعبة، فبينما تراجع عدد المصابين في العالم فإنه ارتفع في الجزائر وقدرت عدد الأشخاص المصابين بمرض السيدا بلغ إلى غاية 2011 / 11 / 30.

¹ – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

² – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

1234 شخصا حيث عرفت هذه السنة وحدها تسجيل 64 حالة مقارنة بالسنة الماضية 2010 فقد سجلت 242 حالة.¹

ب- الأمراض المزمنة والمستعصية:

أمراض القلب والشرابيين:

تحتل بلادنا المرتبة الأولى في صف الأمراض الغير معدية ففي سنة 2000 كان هذان المرضان مسئولان عن وفاة 33.33% من الوفيات المصرح بها من طرف المعهد الوطني لصحة العمومية بعد أن قدرت هذه النسبة ب 16% وذلك خلال سنة 1995 م. كما تشير آخر الدراسات إلى وجود ما يقارب 07 مليون مصاب بأمراض القلب والشرابيين والتي نجمت عن تغير في كل من العادات الغذائية والعمران والتدخين وغيرها من التطورات التي يشاهدها العالم اليوم وفي مقدمتها الجزائر.

الأمراض التنفسية:

سجلت المصالح الطبية خلال سنة 2000 ما يقارب 600000 حالة ربو أي ما يعادل 02% من مجموع سكان الجزائر خلال هذه السنة و200000 حالة التهاب القصبات الهوائية المزمّن خلال نفس السنة ويرجع السبب الرئيسي في هذه الأمراض إلى ما خلفه التطور الصناعي من نتائج سلبية على البيئة (التلوث البيئي).

السرطان:

إن ارتفاع معطيات المستشفيات وكذا نتائج سجلات السرطان، كشفت على أن نسبة هذا المرض من الأمراض المزمنة ما زال في ارتفاع مستمر في الجزائر ففي سنة 1998 تم تسجيل 1892 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها وذلك بنسبة 78.06 لكل مئة ألف نسمة. أما في سنة 1999 فقد تم تسجيل 2270 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها دائما وذلك بنسبة 100 حالة لكل مئة ألف نسمة، وفي حالة إسقاط العدد الأخير على المستوى الوطني فإننا نجد يمثل 30 ألف حالة سرطان جديدة سنويا وهو ما قد ينعكس على حجم الوسائل المادية والبشرية التي يجب توفيرها لهذه الشريحة من المرضى.

كما كشفت الدراسات الطبية على أن مرض السرطان في ارتفاع مستمر بسبب الشيخوخة البطيئة للسكان وكذا تغير سلوك الفرد داخل المجتمع.

¹ – MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990–2004.

ج- الأمراض الحضرية:

الحوادث:

يمكننا تقسيم الحوادث التي يتعرض لها الإنسان من الناحية الطبية إلى ثلاث أنواع من الحوادث وهي:

النوع الأول / حوادث المرور:

تعتبر الجزائر من أكبر الدول التي تعاني من كثرة حوادث المرور حيث يتم تسجيل 20 ألف حادث سنويا ينجر عنها حوالي 04 ألف قتيل بمعدل 11 قتيل يوميا و 30 ألف جريح وهذا حسب إحصائيات الخمس اشهر الأولى لسنة 2021 ، لقي زهاء 1300 شخص مصرعهم وأصيب أكثر من 13600 آخرين، إثر وقوع 10292 حادث مرور على المستوى الوطني خلال الأشهر الخمس الأولى من سنة 2021، حسب ما جاء، يوم الخميس، في حصيلة للمندوبية الوطنية للأمن في الطرق. وقد تم الحصول على هذه النسب من ما جاء في البيان الصادر عن المندوبية الوطنية للأمن في الطرق، حيث تم تسجيل 10292 حادث مرور أدى إلى وفاة 1295 شخصا وجرح 13664 آخرين¹. كما تم إرجاع أسباب هذه الحوادث إلى:

- السرعة الكبيرة.
- شبكة الطرقات.
- حظيرة السيارات.
- السياقة دون رخصة.
- الحصول على رخصة السياقة رغم عدم معرفة السياقة.

النوع الثاني / الحوادث المنزلية:

تعتبر فئة الأطفال أكثر الفئات عرضة لمثل هذا النوع من الحوادث ففي سنة 1998 قدرت نسبة الأطفال الذين تعرضوا إلى مثل هذا النوع من الحوادث بـ 40 بالألف معظمهم أقل من 15 سنة.

¹ موقع وكالة الانباء الجزائرية <https://www.aps.dz/ar/societe/108938-1300-13000> تاريخ الاطلاع 06-27-2021

النوع الثالث / حوادث العمل:

تم إحصاء خلال سنة 1998 م حوالي 50542 حادث عمل تسبب في وفاة 929 شخص خلال هذه السنة.

الصحة العقلية:

في الجزائر التكفل بالصحة العقلية يصطدم خاصة بنقص المراكز الخاصة المتخصصة والأخصائيين، حيث نجد أن أكثر من نصف ولايات الوطن لا يملك مصالح مختصة في الأمراض العقلية، وقد قدر عدد الأطباء المختصين في الأمراض العقلية بـ 350 طبيب من بينهم 194 طبيب مختص في القطاع العام و 156 طبيب مختص في القطاع الخاص وأكثر من 120 طبيب غادروا البلاد، وعليه فإن انتشار عدد كبير من المرضى عقليا في الشوارع لأكثر دليل على هذا العجز من جهة، ومن جهة ثانية عدم القدرة على إحصائيات دقيقة حول هذه الفئة من المرضى لأنهم غير موجودين في المجتمع من حيث توفير حاجياتهم.

2 - الخدمات الصحية في الجزائر:

أما فيما يخص الخدمات الصحية فقد تمكنت الجزائر من تحقيق نتائج ايجابية ورائعة في تطوير الخدمات الصحية والقضاء على الموت الجماعي والتتقيص من عدد الوفيات، كما أن معدلات الأعمار في الجزائر قد بلغت مستوى عالي سواء كان ذلك بالنسبة للرجال أو النساء وجاء كل هذا التحسن نتيجة الجهود التي بذلتها الجزائر من أجل تحسين الأوضاع الصحية، وذلك من خلال وضع برنامج صحي سارت عليه وكانت نتائجه كما يلي:

1 - التراجع في الأمراض المعدية.

2 - ظهور وارتفاع بعض الأمراض الغير معدية (المزمنة والمستعصية).

3 - ارتفاع في الحوادث والصدمات الناجمة عن العنف.

أما فيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي للخدمات الصحية فإنه يعتبر التوزيع الأمثل للخدمات في مدن العالم الثالث بشكل خاص من الأمور التي يصعب تطبيقها وذلك لأن مثل هذه المدن لا تنمو أصلا ضمن ضوابط واضحة ومحددة الاستعمالات الأرض كما أن غالبية هذه المدن لا يوجد لديها تصاميم أساسية مسبقة توجه نمو المدينة بالشكل الذي يجب أن تنمو فيه.¹

¹ - يوسف حماس، (تحليل العملية الإدارية في بعض المستشفيات العراقية)، مجلة البحوث الاقتصادية، العدد 1، تشرين الأول 1975، ص 20.

وعليه نستنتج أن توزيع الخدمات الصحية على السكان في عموم القطر لم تحقق الأهداف المطلوبة في تحقيق الكفاءة الصحية، وعليه يمكن القول أن الجزائر لم تصل إلى الدرجة المطلوبة لكي تؤدي خدماتها الصحية بكفاءة جيدة مما يتطلب إعادة التوزيع المكاني وفق معايير منظمة الصحة العالمية ومعايير وزارة الصحة وعدالة التوزيع على مستوى القطاعات الصحية.

الفرع الثاني: تحديات السياسة الصحية

من خلال عرض السياسة الصحية الجزائرية وأهم مبادئها نجد أن هناك العديد من النقائص والمشاكل التي تعرقل عملية الترقية الصحية والتي تذكر من بينها:

- على مستوى السياسة الصحية:

هنا نتساءل عن الفواعل والأطراف الذين لهم دور في صنع هذه السياسة، وهل هناك وعي بحقيقة الوضع الصحي وما يعانیه من مشاكل؟ هل حقيقة تعبر السياسة الصحية عن انشغالات ومطالب المواطن الجزائري في ظل عدم رضى هذا الأخير عن ما يقدم له من خدمات وعن الوضع الصحي بصفة عامة، لأن المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي توحى بغياب الشراكة فيما يتعلق بصنع السياسة الصحية وبالتالي تغيب فاعلية ورشادة هذه الأخيرة حيث تبنى على غير الأولويات التي من المفترض أن تبنى عليها وهذا ما ينعكس على النتائج الواقعية وتظهر هناك فجوة بين حقيقة ما يتطلبه الوضع الصحي وما تم التوصل إليه من خلال تطبيق هذه السياسة.

- على مستوى الأطر القانونية:

مازال العمل بالقانون (85-05) المتعلق بحماية الصحة وترقيته إلى غاية اليوم، في سنة 1999 تم تشكيل لجنة من أجل إعداد مشروع قانون جديد للصحة، وفي سنة 2010 تم تشكيل لجنة كذلك ولنفس الهدف والتي قدمت مشروع القانون إلى وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في فيفري 2011، لكن إلى غاية اليوم لم يظهر أي قانون،¹ القانون (85-05) جاء في ظل ظروف اقتصادية واجتماعية مختلفة عن الوضع اليوم الذي نلاحظ فيه العديد من التفسيرات والتعقيدات التي لا بد لها من قانون جديد، قانون يستجيب لمطالب اليوم التي

¹ -Farid Chaoui, Michel Legros, autre, les systèmes de santé en Algérie Maroc et Tunisie :défis nationaux et enjeux partagés, les notes ipemed études et analyses, institut de prospective économique du monde méditerranéen, N13. avril 2012, pp 45-55.

تختلف عن سابقتها في ضل الكثافة السكانية التي قدرت بحوالي 39 مليون نسمة سنة 2014 (41 مليون و200 ألف بداية 2017)، التغيير في الخريطة الوبائية وظهور العديد من الأمراض التي لم تكن موجودة من قبل، مع ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض غير المعدية مثل القلب، السكري، السرطان وغيرها وارتفاع نسبة الوفيات بسبب تلك الأمر في التطورات العالمية وضرورة الاستجابة كل هذا يتطلب إطار قانون جديد، مثل توزيع الأمراض غير المعدية.

-على مستوى الهياكل الصحية:

من المفروض أن يتم العمل على حماية الصحة والحفاظ عليها انطلاقا من مبدأ المساواة في الحصول على الخدمات الصحية لكل مواطن جزائري سواء في الشمال أو الجنوب الشرق أو الغرب لكن ما نلاحظه هو غياب التوزيع العادل للمرافق الصحية سواء العمومية أو الخاصة وحتى الهيئة الطبية وهذا ما أدى إلى غياب الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية، حيث نجد أن نسبة المستشفيات في الشمال يقدر بـ 61% أي حوالي (172 مستشفى) مقارنة بالجنوب الذي قدرت فيه نسبة المستشفيات بـ (11%) ما يعادل (33) فقط. ومن خلال

الجدول التالي نبين عدد المنشآت الصحية وتطورها

جدول رقم 01: تطور المنشآت الصحية بالجزائر خلال الفترة 2010-2017

السنة/التعيين	مؤسسة استشفائية عامة	مؤسسة استشفائية متخصصة	قاعات العلاج
2010	194	64	5350
2011	192	63	5491
2012	193	66	5545
2013	194	68	5634
2014	196	71	5726
2015	200	75	5762
2016	200	75	5875
2017	205	77	5957

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

-على مستوى الإنفاق الصحي:

الإنفاق على الصحة يكلف العديد من الدول مخصصات مالية كبيرة وكلما حصل المواطن على طلب أو خدمة معينة يتجه إلى طلب أخرى بمعنى الإنفاق لن يتراجع وهو في تزايد مستمر، لكن الإنفاق بشكل كبير على الصحة لا يعكس دائما جودة الخدمات الصحية التي تقدم، من الممكن أن يكون الاعتصام بالكم على حساب الكيف أي المهم أن يتم الحصول

على الخدمات الصحية ليس المهم كيف يحصل عليها وهل المواطن راضي عن الطريقة التي يحصل بها على ما يقدم له من خدمات وهل قد تعود عليه بالفائدة أو العكس وبالتالي نسبة الإنفاق الصحي في الجزائر حتى وإن كانت في اتجاه تصاعدي لا تعبر عن جودة الخدمات هذا من جهة ومن جهة أخرى إذا قارنا نسبة النفقات الصحية للجزائر مع ما تنفقه دول عربية أخرى قد تجده قليل جدا.

وإذا كان لمجانية العلاج بطابع تضامني يكفل العلاج لأغلب شرائح المجتمع باعتبار الدولة ضامن للجانب الإنساني المتمثل في التضامن الوطني والانسجام الاجتماعي من جهة واستمرارية امتيازات السلطة العامة فيما يخص التخطيط من جهة أخرى، هو سبب في غياب آليات لتنظيم النفقات وبالتالي غياب الرشادة، فالميزانية تمنح مسبقا ولا تعكس حجم وطبيعة النشاطات الصحية المنجزة.¹

ويمكننا تلخيص حجم الإنفاق الصحي في الجزائر في الجدول التالي :

الجدول رقم 02: الإنفاق الصحي نسبته من إجمالي الإنفاق العام.

نفقات الصحة (مليون دينار)			النفقات العامة (مليون دينار)	السنة
المجموع	التسيير	التجهيز		
208575	195012	13563	6468860.8	2010
241673	227860	13813	8272561.9	2011
408656	404945	3711	7745527.1	2012
319610	306926	12684	6879821.2	2013
383005	365947	17058	7656166.6	2014
384321	381972	2349	8753727.3	2015
393419	379407	14012	7984180.2	2016
398801	389074	9727	6883215.6	2017
404827	392163	12664	8627778.2	2018

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2010، 2011، 2012، 2013، 2014، 2015،

2016، 2017، 2018

¹ - عديلة العلواني، تفعيل النمط التعاقد في نظام الصحة الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 25.

من خلال الجدول أعلاه يظهر أنّ الجزائر أنفقت على الصحة خلال الفترة 2010-2018 بنسب متساوية، ويعتبر ذلك غير كاف مقارنة بالدول المتقدمة، أو حتى الدول المجاورة، حيث يعرف فيها قطاع الصحة انتعاشا سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو القطاع الخاص، ومن خلال نسبة الإنفاق على الصحة، تبقى هذه النسبة ضئيلة مقارنة مع جهود تدفع إلى المضي بهذا القطاع إلى الأمام من أجل الرفع من مستويات التنمية البشرية في الجزائر.

- على مستوى التنظيم والتسيير:

غياب إستراتيجية شاملة ومتوازنة لإدارة الموارد المالية والبشرية،¹ إضافة إلى التسبب والمحسوبية وعدم احترام القوانين والأنظمة الداخلية للمستشفيات والمراكز الصحية بالنسبة لعمال القطاع، القيام بالعديد من التجاوزات والتلاعب بصحة المرضى وغيرها. إلا أن عمال الصحة و خلال الازمة الوبائية التي شهدتها الجزائر على غرار بقية دول العالم أبانوا عن أنهم أصحاب نفس طويل و أنهم في الظروف الصعبة يبرهنون أنهم بالفعل رجال الميدان و في هذا السياق يمكن تفسير تقصير البعض منهم في السابق راجع الى وضعيتهم الاجتماعية و احسائهم بالحقرة و التهميش خصوصا من حيث الراتب، وفيما يلي ندرج حجم اليد العاملة في القطاع الصحي من حيث استعراض عدد الأسلاك الشبه الطبية أولا و عدد الأطباء ثانيا

جدول رقم 03 تطور عدد العمال في السلك شبه الطبي في الجزائر خلال الفترة 2010-2017

السنة/ التعيين	السلك الشبه طبي		
	تقنيون ساميون	تقنيون	مساعدون في سلك شبه الطبي
2010	70519	20610	13172
2012	77688	19897	20005
2013	83503	15917	23924
2014	88478	8275	25050
2015	90939	6698	25821
2016	87575	4070	35720
2017	86694	3267	37662

المصدر: معطيات الديوان الوطني للإحصائيات.

نلاحظ زيادات في المناصب لكن ورغم ذلك يمكن القول بأنها لا تتماشى وحجم النمو الديموغرافي وهذا بدوره يؤثر على حجم ونوعية التغطية الصحية

¹ - نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 223.

- على مستوى المحددات الصحية:

تتأثر الصحة بمختلف العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية وحتى الثقافية وبالتالي عدم استقرارها يعيق عجلة التنمية الصحية عاشت الجزائر وما زالت من تدهور الوضع الاقتصادي الذي أثر على دخل الفرد وبالتالي القدرة الشرائية إضافة إلى صعوبة الحصول على الحاجات الأساسية مثل السكن والصرف الصحي، والبطالة التي بلغت 15.2 % في سنة 2005 فحوالي 2.671 مليون شخص بطل و 2.2 مليون يعيشون في فقر مطلق منهم (518 ألف شخص يعيشون حالة قصوى من الحرمان، الأمية التي قدرت بـ 23.7 % لنفس السنة، إضافة إلى الفروقات وغياب المساواة الاقتصادية والاجتماعية بحيث تؤكد الإحصائيات الرسمية أن 10%) الأكثر غنى يستهلكون (32%) من الدخل الوطني في حين أن (40) الآخرين يستهلكون فقط (6%) من السائح الوطني،¹ التدهور وزيادة المشاكل البيئية مثل التلوث، زيادة الكثافة السكانية بشكل كبير، نقص الوعي والثقافة الصحية التي تزيد من فرص انتشار الأمراض.

الفرع الثالث: مظاهر أزمة تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية:

تمر المؤسسات الصحية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة بوضعية صعبة، فأصبحت اليوم محط لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين بما فيهم مسؤولين سامين في وزارة الصحة. هذه الانتقادات مؤسسة حول الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية التي تكون قطاع غير منظم، عدم تحريك والاستعمال السيئ لموارد بشرية مؤهلة ولكن بدون تحفيز وآفاق تمثل من 70 إلى 80% من ميزانية هذه المؤسسات، أو عطل المعدات والتجهيزات الطبية في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة، إلى جانب التبعية إلى الخارج، الشيء الذي لم يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه. تتمثل هذه الأزمة التي هي متعددة ومتنوعة فيما يلي:

1- الجانب التنظيمي:

إنّ الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير، وفي اتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور المسيرين على تنفيذ الميزانيات لا

¹ -مولاي بوعلام، (سياسة تعديل وتوزيع الدخل في البلاد العربية)، مجلة المعارف، الجزائر، العدد 11، ديسمبر 2011، ص ص76،

غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات، وإن قامت بها فهي شكلية. الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في هذه المؤسسات، وإلى ارتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور.¹ وما فاقم المشكلة هو غياب مسيرين أكفاء، إلى جانب اتهامهم بعقد صفقات مشبوهة.²

2- عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية:

يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فتمثل ما بين 80-90% من ميزانية هذه المؤسسات.

لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية، وبدون تحفيز وآفاق، نتيجة لضعف الأجور، آفاق غامضة، عدم تحريكهم... الخ. لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجدين، مما أدى بهم أن لا يدافعوا إلا عن حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل... الخ، ونسوا واجباتهم، حيث تطالعتنا الصحف الوطنية من يوم الآخر بقيام عمال هذه المؤسسات بإضراب في كل مناطق البلاد.

رغم الزيادة الأخيرة في العلاوات علاوة منحة كوفيد -19 التي أقرها رئيس الجمهورية لفائدة عمال الصحة الذين هو في مواجهة الوباء، إلا أن عمال هذه المؤسسات اعتبروها غير كافية، إضافة إلى تأخر صبتها حيث تم صبها ثلاث مرات فقط ولا يزال ثلاث منح لم تصب 'الرابعة و الخامسة و السادسة'.³

كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص، نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي، وإلى آفاق إغنائهم السريع في القطاع الخاص.

الجانب المالي والمحاسبي: إيرادات ميزانية هذه المؤسسات مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة، والموارد الخاصة المتأتية من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جدا، لا تتعدى في أحسن المؤسسات 2% من إجمالي إيراداتها. يرجع ذلك إلى الأسعار

¹ - Contribution à l'étude de la santé en Algérie: les cahiers du CREADN° 35/36 3eme et 4eme trinthestre ,1993.p30.

² - صحيفة الشروق، عدد 652، اليوم 21 ديسمبر 2002.

³ - حوار مع أحد العاملين بقطاع الصحة بالجلفة

الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمات مقارنة مع أسعار القطاع الخاص، إلى جانب عدم اهتمام عمال هذه المؤسسات بتحصيلها من جانب آخر، لأنهم لا يستفيدون منها إذا ارتفعت. بالنسبة للجانب المحاسبي، فإجراءات المحاسبة العمومية ثقيلة لا تواكب التطورات، لا تسمح بالمرونة وبسرعة التدخل. كما أن غياب المخطط المحاسبي الوطني الاستشفائي، وعدم استخدام أدوات المحاسبة التحليلية جعل هذه المؤسسات لا تعرف مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

3- الصيانة:

إنّ الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة التشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ عانت وتعاني من تعطيلات متواترة، والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام. وما زاد في مشكل الصيانة في مؤسساتنا هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية، وعدم وجود مختصين في ذلك.

4- منافسة القطاع الخاص:

ظهور قطاع خاص ينمو يوماً بعد يوم يجلب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية العمومية، بفعل إغراءاته المالية، وظروف العمل الجيدة في هذا القطاع. إلى جانب عدم مراقبة هذا القطاع رقابة تقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد الأدوية وتجهيزاته الصحية، وإلى أسعار خدماته المرتفعة جداً، مقارنة بمستوى خدماته، ومقارنة بأسعار المؤسسات العمومية، إلى جانب هذه المظاهر فهناك التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية (الأدوية والمواد المستهلكة) وتقلص الموارد من العملة الصعبة أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات، وبالتالي شلل بعض النشاطات العلاجية.

الفصل الثاني: فعالية السياسة الصحية

خلال أزمة كورونا بالجزائر

تمهيد

تعتبر جائحة فيروس كوفيد19 أزمة صحية كبرى، تولدت عنها أزمات اجتماعية واقتصادية وسياسية التي رتبت آثار سلبية في كل دول العالم، كما كشفت عن هشاشة النظم الصحية في معظم الدول، وعدم قدرتها على احتواء حالات الإصابات بفيروس كورونا وذلك نتيجة النقص الحاد في موظفي الرعاية الصحية الأكفاء واللوازم الطبية الصحية، بحيث أثبتت الجائحة بأن الاستجابة الفعالة لها تتطلب نهجا يشمل جميع دول ومجتمعات العالم بأكملها. ويكمن الهدف من هذه الدراسة في إظهار انعكاس جائحة كورونا على النظم الصحية التي أثبتت عجزها عن احتواء هذه الأزمة الصحية وكيفية النهوض بها مستقبلا لمواجهة الأزمات، وأهم نتيجة تم التوصل إليها تكمن في تفاوت عجز النظم الصحية في استيعاب الأزمات الصحية العالمية، وضرورة الاستثمار في مجال الصحة العامة

وعليه سنتناول في المبحث الأول حالة النظم الصحية خلال أزمة كورونا وسبل مواجهتها في التشريع الجزائري أما في المبحث الثاني فنتناول تقييم فعالية السياسة الصحية المتخذة للتصدي لأزمة كورونا في الجزائر

المبحث الأول: حالة النظم الصحية خلال أزمة كورونا وسبل مواجهتها في

التشريع الجزائري

لقد فاق ارتفاع حالات الإصابات بفيروس كورونا المستجد للمرضى، قدرات الأنظمة الصحية وسط النقص الحاد في موظفي الرعاية الصحية الأكفاء واللوازم الطبية الصحية، مما أدى إلى انهيارها ومن جهة أخرى عرفت المؤسسات العلاجية التي لا تتميز بحالة الطوارئ إجماع المرضى من التردد إليها، وهذا ما سنوضحه المطلب الأول بعنوان حالة النظم الصحية، في حين سنتناول في المطلب الثاني الوقاية من الأزمات الصحية ذات الانتشار الدولي على ضوء التشريع الجزائري.

المطلب الأول: حالة النظم الصحية

الفرع الأول: انهيار النظم الصحية

يقصد به عدم قدرة النظام الصحي على القيام بوظائفه سواء بشكل جيد أو بشكل ضعيف، وعدم قدرة المستشفيات على استقبال المرضى وتقديم الرعاية الصحية (خصوصا في مجال غرف العناية المركزة) وعدم التمكن من توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية (خصوصا أجهزة التنفس الصناعي)، مما ينتج عنه توقف النظام الصحي عن القيام بمهامه الأساسية،¹ فيتترك المرضى دون رعاية صحية مما يعرض حياتهم للخطر.

وهذا ما أظهره تفشي فيروس كورونا، بحيث فاق عدد المرضى المصابين به قدرات الأنظمة الصحية الوطنية نتيجة النقص الحاد في موظفي الرعاية الصحية الأكفاء واللوازم الطبية الصحية.²

كما لم تعد فكرة جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفيات المؤشر الحاسم في تحسن الرعاية الصحية والحفاظ على حياة المرضى بل وجدت جميع الدول العالم، سواء دول نامية

¹ - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، المعهد المصري للدراسات، تركيا، 2020، ص 15.

² - حنان عيسى ملكاوي، تداعيات جائحة فيروس كورونا المستجد على الأمن الصحي العربي، نشرية الاكسو العلمية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، العدد02، 2020، ص 32.

التي يصعب فيها تقديم الخدمات الصحية بكفاءة جيدة¹ أو الدول التي تمتلك نظاماً صحياً متقدماً ورعاية صحية فائقة نفسها أمام خطر من نوع جديد لا يوجد له علاج أو لقاح محدد ولا يمكن تحديد مسار انتشاره وموعد انتهائه² بحيث أدت أزمة كورونا إلى انهيار النظم الصحية للعديد من الدول سواء كانت دول نامية أو متقدمة كمصر، الإكوادور، وإيطاليا، الولايات المتحدة الأمريكية، وتراكمت الجثث في المستشفيات والشوارع، وترك الكثير من المرضى يموتون في منازلهم.³

الفرع الثاني: المؤسسات العلاجية بين إجهام المرضى عنها واكتظاظها

أدت أزمة كورونا إلى إجهام المرضى عن التردد إلى المؤسسات العلاجية لغرض العلاج واكتفوا بالتعامل معها في حالات الطوارئ فقط أو من خلال التواصل الإلكتروني، وهذا ما أدى إلى نقص كبير في التردد إلى المؤسسات العلاجية مثل عيادات الكشف العادية عن الأمراض، أو الذهاب للطبيب بغرض الاستشارة، وعيادات الأسنان والعيون ومراكز التجميل، وأظهرت الأزمة عجز المستشفيات عن التعاطي مع الموقف من خلال عدم قدرتها على استقبال أعداد كبيرة للإقامة داخل المستشفيات لمدة طويلة، وظهر ضعف العاملين في القطاع الصحي على استيعاب فكرة اكتظاظ المستشفى بالمرضى ورعايتهم على مدار الـ24 ساعة يوميا،⁴ ولعل هذا الوضع ينذر بالخطر على صحة ورفاهية مئات وآلاف الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية.⁵

المطلب الثاني: الوقاية من الأزمات الصحية ذات الانتشار الدولي على ضوء التشريع

الجزائري

لقد تضمن الدستور الجزائري من الحقوق والحريات ما حملته العديد من المواثيق الدولية المعنية بحقوق الإنسان والتي صادقت عليها الجزائر فعملت على مسايرتها ومواكبتها في ظل التشريع الداخلي للدولة لاسيما العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية والعهد الدولي للحقوق

1 - إيمان العباسي، (ضمانات الحق في الصحة من خلال النصوص القانونية الدولية والوطنية)، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية، المجلد 54، العدد5، 2017، ص ص 253-276

2 - أمجد حمدي، تداعيات أزمة كورونا على النظم الصحية في العالم، المعهد المصري للدراسات، تركيا، 2020، ص8.

3 - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 15.

4 - المرجع نفسه، ص ص 3، 4.

5 - منظمة التعاون الإسلامي، الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد-19 في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الآفاق والتحديات، مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والترتيب الدول الإسلامية (sesric)، تركيا، 2020، ص 25.

الاقتصادية والاجتماعية والثقافية فنصت المادة 66 من دستور 1996 على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين وأكد في الفقرة الثانية من ذات المادة على تكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها، كما تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين،¹ وكان قد نص العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بموجب أحكام المادة 12 منه على حق تمتع الإنسان بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه لاسيما ما تضمنته الفقرة ج من ذات المادة والمتعلقة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعاجها ومكافحتها.²

كما أن المشرع الجزائري وبموجب أحكام المادة 42 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة قام بإخضاع قواعد الوقاية من الأمراض ذات الانتشار الدولي ومكافحتها لأحكام اللوائح الصحية الدولية لمنظمة.

وعلى ضوء جائحة فيروس كورونا التي يشهدها كخطر صحي ذو انتشار دولي صدر المرسوم التنفيذي رقم 20-69 سنة 2020 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا ومكافحته حيث حمل هذا المرسوم جملة من التدابير ذات الصلة تتمثل فيما يلي:³

- تجنب الاحتكاك الجسدي بين المواطنين في الفضاءات العمومية وفي أماكن العمل،
- تعليق نشاطات نقل الأشخاص لاسيما الخدمات الجوية للنقل العمومي للمسافرين على الشبكة الداخلية والنقل البري في كل الاتجاهات الحضري وشبه الحضري بين البلديات والولايات،
- تعليق نقل المسافرين بالسكك الحديدية، والنقل الموجه كالميترو والترامواي والنقل بالمصاعد الهوائية، والنقل الجماعي بسيارات الأجرة.

¹ - انظر المادة 66 الفقرة 1 و 2 من القانون 01/16 المؤرخ في 06 مارس 2016، الجريدة الرسمية رقم 14، المؤرخة في 7 مارس 2016 المتضمنة التعديل الدستوري.

² - أنظر المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة (2200 ألف (د-21) المؤرخ في 16 كانون الأول/ ديسمبر 1966، بدء تاريخ النقاد في 03 كانون الثاني / يناير 1976 طبقا للمادة 27 منها والموجود على الرابط الأتي: <http://hrlibrary.umd.edu/arab/b002.html> ، تم الاطلاع عليه بتاريخ 17/06/2021 على الساعة 19:35.

³ - أنظر المادة 01 و 03 من المرسوم التنفيذي رقم 20-69 المؤرخ في 26 رجب عام 1441 الموافق 21 مارس 2020 يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية، العدد 15 الصادر بتاريخ 26 رجب 1441 الموافق 21 مارس 2020 ص 16 و 07.

- كما تعلق في المدن الكبرى محلات بيع المشروبات، ومؤسسات وفضاءات الترفيه والتسلية والعرض والمطاعم، مع إمكانية توسيع غلق أنشطة ومدن أخرى بموجب قرار من الوالي المختص إقليميا وهذا طبقا لأحكام المادة 05 من ذات المرسوم.

والجدير بالذكر أن تطبيق هذه التدابير تشمل كافة التراب الوطني لمدة 14 يوم قابلة للتجديد حسب الظروف طبقا للمادة 02 منه.¹

هذا ويستثنى من أحكام هذا المرسوم تنظيم نقل المستخدمين للمؤسسات العمومية والإدارات العمومية والهيئات الاقتصادية والمصالح المالية لأجل استمرارية الخدمة العمومية وهذا بالتنسيق بين الوزير المكلف المالية والوالي المختص إقليميا.

كما أنه وطبقا لأحكام المادة 06 من ذات المرسوم يوضع في عطلة مدفوعة الأجر 50% على الأقل من مستخدمي كل مؤسسة وإدارة عمومية، على أن تمنح أولويا بموجب المادة 08 من ذات المرسوم للنساء الحوامل والمتكفلات بتربية أبنائهن الصغار وكذا الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة والذين يعانون هشاشة صحية.

وكاستثناء عن ذلك وعملا بأحكام المادة 07 من ذات المرسوم² لا يشمل ذلك الإجراء المتعلق بالعطلة الاستثنائية أولئك الذين ينتمون للأسلاك التالية:

- مستخدمو الصحة مهما كانت الجهة المستخدمة.
- المستخدمون التابعون للمديرية العامة للأمن الوطني،
- المستخدمون التابعون للمديرية العامة للحماية المدنية،
- المستخدمون التابعون للمديرية العامة للجمارك.
- المستخدمون التابعون للمديرية العامة لإدارة السجون.
- المستخدمون التابعون للمديرية العامة للمواصلات السلكية واللاسلكية الوطنية.
- مستخدمو مراقبة الجودة وقمع الغش.
- المستخدمون التابعون للسلطة البيطرية.
- المستخدمون التابعون لسلطة الصحة النباتية
- المستخدمون المكلفون بمهام النظافة والتطهير.
- المستخدمون المكلفون بمهام المراقبة والحراسة.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 20-69، مرجع سابق

² المرسوم التنفيذي رقم 20-69، مرجع سابق

غير أنه يمكن للسلطة المختصة التي يتبع لها المستخدمون المستثنون أن ترخص لهم بالعطلة الاستثنائية.

ليصدر بعد ذلك المرسوم التنفيذي رقم 70/20 لسنة 2020 من شأنه تكملة التدابير الوقائية السالفة الذكر من انتشار وباء فيروس كورونا والذي حمل في طياته ما يلي:¹

- وضع نظام للحجر.
- تقييد الحركة.
- تأطير الأنشطة التجارية وتموين المواطنين.

- تعبئة المواطنين لمساهمتهم في الجهد الوطني للوقاية من انتشار وباء كورونا. هذا ويخص الحجر المنزلي طبقا للمادة 02 من المرسوم التنفيذي 70/20 كل شخص متواجد في إقليم الولاية أو البلدية المعنية كبؤر وباء فيروس كورونا والذي قد يكون إما كليا أو جزئيا حسب الوضعية طبقا للمادة 03 منه، حيث ينصرف مدلول الحجر الجزئي إلى إلزام الأشخاص بعدم مغادرة منازلهم أو أماكن إقامتهم خلال فترة زمنية مقررة من طرف السلطات العمومية، في حين ينصرف مدلول الحجر الكلي إلى إلزام الأشخاص بعدم مغادرة منازلهم أو أماكن إقامتهم خلال فترة معينة.²

ليصدر بعد ذلك المرسوم التنفيذي رقم 86/20 لسنة 2020 من شأنه تمديد الأحكام المتعلقة بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا ومكافحته، حيث تضمن تمديد التدابير المنصوص عليها في المرسوم 69/20 والتي سق وان أشرنا إليها، كما نص طبقا لأحكام المادة 05 من ذات المرسوم على إمكانية التمديد عند الاقتضاء.

وعليه يمكن القول بأن المشرع الجزائري حاول مواكبة اللوائح الصحية الدولية في مواجهة مختلف المخاطر الصحية ذات الانتشار الدولي ومنها ما يعيشه العالم من انتشار فيروس كورونا بناء على تلك الإجراءات الوقائية التي نص عليها في تلك المراسيم التنفيذية التي سبق وأن أشرنا إليها.

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 70/20 المؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس 2020، يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) ومكافحته الجريدة الرسمية، العدد 16 المؤرخ في 29 رجب عام 1441، الموافق 24 مارس 2020 ص 09.

² - المرسوم التنفيذي رقم 86/20 المؤرخ في 08 شعبان 1441 الموافق 02 أبريل 2020 المتضمن تمديد الأحكام المتعلقة بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) ومكافحته، الجريدة الرسمية، العدد 19 الصادرة بتاريخ 08 شعبان عام 1441 الموافق 02 أبريل 2020، ص 12.

لكن في مقابل ذلك وجب وضع الاعتبار لما نص عليه العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966 بموجب المادة 06 منه وهذا بخصوص الحق في العمل وبما نصت عليه المادة 12 الفقرة 01 من العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية لعام 1966 فيما يخص حق التنقل،¹ وما أكدته المشرع الجزائري طبقا لأحكام التعديل الدستوري لسنة 2016 على ضوء المادة 69 منه التي نصت على الحق في العمل والمادة 55 التي نصت على حرية التنقل عبر التراب الوطني.

فإذا كان المشرع الجزائري قيد من تلك الحريات المنصوص عليها في المادتين 55 و69 من الدستور هو للضرورة التي فرضها انتشار الوباء حفاظا على صحة وسلامة المواطنين، تطبيقا لأحكام المادة 12 الفقرة 03 من العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية، والتي تنص في فحواها بمعنى المخالفة على إمكانية تقييد حق حرية التنقل في حالة الضرورة لحماية الأمن القومي أو النظام العام أو الصحة العامة أو الآداب العامة أو حقوق الآخرين وحررياتهم، على أن تكون متماشية مع الحقوق الأخرى المذكورة في ذات العهد، وبناءا على ما نصت عليه المادة 55 في فقرتها الأخيرة من دستور 1996 في مضمونها على عدم إمكانية تقييد حق حرية التنقل إلا لمدة محددة وبموجب قرار مبرر من طرف السلطة القضائية.

كما نجد أن المشرع الجزائري اقتصر في مجال الوقاية من انتشار هذا الخطر الصحي سوى على الحجر المنزلي دون أن يتطرق إلى تلك الوقاية الصحية ذات الجانب التقني من خلال الكشف المبكر عن المصابين، كما أنه لم يضع إستراتيجية من شأنها مواجهة هذا الوباء على المستوى الإقليمي الحدودي للدولة، وعدم وجود تلك الجوانب المؤسسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية، حيث نلمس أنها إجراءات ترقيعية جدواها تكاد تنعدم ميدانيا وواقعيًا، وهذا بالنظر إلى العدد الكبير من الولايات التي مسها ذات الخطر الصحي، وهو ما يجعلنا نقف أمام حقيقة كشف عنها الزمن حاليا وهي ضعف وفشل المنظومة الصحية في الجزائر، بل أكثر من ذلك غالبية القطاعات ذات الصلة بذلك، فإذا كان هناك تقييد لحرية التنقل كظرف استثنائي لهذه الأوضاع فأين البدائل والحلول التي وضعتها الدولة في سبيل

¹ - العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية، اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 200 ألف (د21) المؤرخ في 16 كانون/ ديسمبر 1966، بدء تاريخ النفاذ في 23 مارس 1976 وفقا لأحكام المادة 49 منه، والموجود على الرابط الأتي: <http://hrlibrary.umn.edu/arab/b003.html>، تم الاطلاع عليه بتاريخ 17/ 6/ 2021 على

التكفل بالموظفين من حيث تنقلهم بين أماكن إقامتهم والعمل، وعلى الأقل موظفي قطاع الصحة الذين وجدوا صعوبة كبيرة في ذلك في ظل غياب وتجاهل السلطات المعنية التي تطرح التعليمات دون متابعة لتنفيذها بخصوص ذلك وكأننا في دولة الأشخاص بدل دولة المؤسسات. ومن جهة أخرى ما مصير تلك الفئة من مختلف الحرفيين والمهنيين والتجار والعمال اليوميين في ظل تقييد وتعليق مختلف نشاطاتهم حيث يفترض التكفل بهم في ظل هذه الظروف، فالمساس بحقوق الإنسان لا يعني التعدي عليها بقدر ما يعني مسايرتها من عدة أوجه. فإذا كانت الأزمة الصحية الحالية غاية في الخطورة سمحت للعديد من الدول بتطبيق الظروف الاستثنائية الخبراء المستقلون والمقررون الخاصون بأن أي إجراءات طارئة تتخذها الدول لمواجهة فيروس كورونا يجب أن تكون متناسبة وضرورية وغير تمييزية، وفي ذات السياق دعت منظمة الصحة العالمية إلى إيجاد توازن دقيق بين حماية الصحة والحد من التداعيات الاقتصادية والاجتماعية وحماية حقوق الإنسان.¹

¹ - نبيه محمد، (فيروس كورونا بين ضرورتي اتخاذ تدابير الاحتواء والالتزام بالمعايير الدولية)، مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والفقهية والقضائية، مجلة علمية فصلية محكمة تعنى بنشر المقالات والأبحاث القانونية والفقهية والقضائية (عدد خاص بجائحة كورونا - كوفيد 19)، العدد 17 ، المملكة المغربية ، أبريل 2020، ص110

المبحث الثاني: تقييم فعالية السياسة الصحية المتخذة للتصدي لأزمة كورونا

لا شك أن تاريخ الأوبئة والجوائح المأساوية التي مرت بالعال مرغم قسوتها وخسائرها الكبيرة، قدمت دروسا يستفاد منها من أجل مستقبل أفضل في تاريخ البشرية ولعل من بين الدروس المتوخاة من جائحة كورونا تسليط الضوء على الأنظمة الصحية والنهوض بها لتمكينها من التصدي لأزمات صحية عالمية، وهذا ما سنوضحه فيما يلي:

المطلب الأول: مضاعفة الإنفاق على النظم الصحية

تعتبر منظمة الصحة العالمية التمويل الصحي عنصرا أساسيا في قدرة النظم الصحية على الحفاظ على رفاه الإنسان وتحسينه، فهو لا يقتصر على تجميع الموارد فحسب، بل يجب أيضا أن يحقق هدفا أساسيا وهو تمكين السكان من الاستفادة من الخدمات الصحية اللازمة دون التعرض لخطر الصعوبات المالية الشديدة.¹

كما تعد أنظمة الرعاية الصحية القوية الشاملة التي تغطي جميع فئات المجتمع بجميع جوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية المتكاملة، السبيل الوحيد لضمان حماية جميع السكان من حالات تفشي الأمراض وضمان التأهب لمواجهة الأوبئة والوقاية منها.² وعليه ستتحمل الدولة ما بعد كورونا حصة كبيرة من الإنفاق على النظم الصحية، بحيث كان الإنفاق في مجال الصحة والإجراءات الوقائية قبل وخلال كورونا قائم على الشق العلاجي فقط، والذي يمكن أن يتحمله المواطن وشركات التأمين، نظرا لأنه يمكن التنبؤ به وإعداد الخطط الاستثمارية وفقا لمؤشرات موضوعية، في حين الإنفاق في المجال الوقائي واتخاذ إجراءات استباقية، وبرامج تنقيفية، بالإضافة إلى مواجهة الأوبئة نفسها في حال حدوثها، كل هذا يتطلب إنفاقا باهضا عالي التكاليف لا يمكن أن يتحمله المواطن أو شركات التأمين، وهذا ما يؤدي إلى مضاعفة الإنفاق على النظام الصحي بعد كورونا، والذي سيهتم بجوانب تنقيفية تتطلب الإنفاق لعشرات السنين ولا يظهر أثرها إلا على المدى البعيد كالاتفاق في مجال تعديل النظام الغذائي والحصول على الغذاء الصحي، أو اكتساب مهارات التباعد الاجتماعي

¹ - رجاء الكساب، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، منتدى البدائل العربي للدراسات، متوفر على الموقع/5978/tafalebanon.org/ar/publication- والبدائل الصحية النظم، تاريخ الاطلاع 2021/03/30.

² - حنان عيسى ملكاوي، مرجع سابق، ص 25.

والحصول على النظافة الشخصية وتقوية جهاز المناعة، والاتفاق على مثل هذه المجالات يتطلب توفير عنصر بشري مدرب من العاملين بالخدمات الصحية.¹ كما أن معظم النظم الصحية في الدول النامية تعتمد ميزانيات ضعيفة للإنفاق الصحي، ومصادر تمويل غير ثابتة وغير مستديمة وهذا ما ينعكس بدوره على ضعف النظم الصحية وبالتالي ضعف الخدمات المقدمة للمواطن،² ضف إلى أن إجمالي الإنفاق على الصحة الفرد في معظم بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا أقل بكثير من الحد الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية،³ ورغم ذلك أتاحت أزمة كورونا الفرصة أمام الحكومات لتوفير مصادر دائمة وقوية لتمويل النظم الصحية، سواء من خلال الميزانية العامة للدولة أو من خلال اشتراكات المنتفعين من منظومة التأمين الشامل لجميع المواطنين.⁴

كما أظهرت جائحة كورونا عدم تمتع المواطنين غير المشمولين بالتأمينات بالخدمات الصحية وهذا ما أدى إلى زيادة تفشي الوباء، ففي الولايات المتحدة لم يحصل أكثر من 10% من المواطنين على تغطية تأمينية للخدمات الصحية فازداد تفشي الوباء فيها، في حين نجحت كل من ألمانيا وتركيا من مواجهة الوباء نتيجة شمول التغطية لجميع المواطنين ومجانيتها⁵ PCR المقدمة للمواطنين.

وعليه هناك ضرورة لتطوير أطر قانونية على المستوى الدولي تلزم الدول بالتغطية التأمينية الشاملة لجميع المواطنين ضد الأمراض والأوبئة، وإدراج الأمراض المترتبة على انتشار الأوبئة داخل دائرة التغطية التأمينية التي تلتزم شركات التأمين تحمل نفقات علاج المصابين بالأوبئة والفيروسات والتزام الدولة بتحمل نفقات علاج الأفراد غير المؤمن عليهم من ميزانيتها، كذلك دعم شركات التأمين في حال عجزها عن الوفاء بالتزاماتها نتيجة اتساع

1 - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 10.

2 - أمجد حمدي، مرجع نفسه، ص 10.

3 - منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، الاستجابة لازمة فيروس كورونا 19 في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2020، ص 6.

4 - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 10.

5 - فحص PCR (Polymerase chain reaction)، تفاعل البوليميراز المتسلسل وهو من أكثر الفحوصات المستخدم حاليا، وله تاريخ طويل في رصد عدة فيروسات سواء كانت مرتبطة بالأنفلونزا أو نقص المناعة المكتسبة، أو الفيروسات المعوية، والفيروسات المرتبطة بالجهاز التنفسي، ومن بينها فيروس كورونا، بحيث يتم هذا الفحص بأخذ عينات من العاب الحلق، أو عينة من خراج الرئة ومعرفة فيما إذا كانت تحتوي على الجينوم الوراثي للفيروس.

a- فحوصات كورونا ما- أنواعها وما مدى فاعليتها/dw.com/ar الاطلاع على الموقع في 2021/06/17.

بؤرة الإصابة بالأوبئة وارتفاع تكلفة التحاليل والعلاج، وبالتالي تحمل الشركات تكلفة باهضة في مدة زمنية قصيرة، قد تدفعها للإفلاس.¹

المطلب الثاني: السياسات الصحية المتخذة لمجابهة الأزمة بالجزائر

سبق وأن وضعنا بأن النظم الصحية في العديد من دول العالم سواء كانت متقدمة أو نامية شهدت انهيارا نتيجة عدم قدرتها على احتواء عدد المرضى المصابين بفيروس كورونا وتقديم لهم الخدمات الصحية اللازمة، وقد شهدت الجزائر أول إصابة بفيروس كورونا في 25 فبراير 2020،² والتي تعود إلى رجل إيطالي الجنسية وصل إلى الجزائر في 17 فبراير، وقامت الجزائر بترحيله في 28 فبراير من مطار حاسي مسعود الدولي في رحلة خاصة وبعد هذه الحادثة عملت الجزائر على سن التشريعات ووضع الإجراءات من أجل التحوط من جائحة فيروس كورونا وتمثلت التدابير وإجراءات السياسة الصحية المنتهجة لمواجهة فيروس كورونا لهذا لا بد من إعادة النظر في هذه النظم لجعلها قادرة على مواجهة أزمات صحية عالمية في المستقبل وذلك من خلال مجهودات وطنية، إلا أن التعاون الدولي في المجال الصحي ضرورة تبرزها الحاجة،

الفرع الأول: السياسات الوطنية لتطوير النظم الصحية

أدت أزمة كورونا إلى انهيار النظم الصحية للعديد من الدول، مما أدى بها إلى مضاعفة الإنفاق عليها والعمل على تطويرها لتمكينها من التصدي إلى أزمات صحية عالمية مستقبلا، ومن أهم الجهود الوطنية في هذا الشأن ما يلي:

أولاً: تسخير التجهيزات والهيكل الطبية لمواجهة جائحة كورونا وإعلان الحجر الصحي

حسب معلومات وزارة الصحة فإن التجهيزات والهيكل الطبية المرصدة لجائحة فيروس كورونا هي:³

• 400 سرير إنعاش في الظروف العادية يمكن رفع إلى 6000 سرير.

• 2500 جهاز تنفس صناعي.

• 2500 جهاز تخدير وتنفس صناعي آخر.

¹ - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية - الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 11

² - جريدة الشروق اليومي، 28 فيفري 2020.

³ - بوحفص رواني، مريم شرع، مصطفى بن نوي، (نموذج مقترح للتدقيق الصحي من أجل تقييم السياسة الصحية لمواجهة جائحة كوفيد (19)، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، مجلد (06)، عدد (02)، 2020، ص6.

220 عيادة خاصة لكل منها 3 إلى 4 أسرة إنعاش.
 64 سيارة إسعاف طبية مجهزة بأجهزة التنفس الاصطناعي.
 82، 26 قريرا عاديا في المستشفيات.
 64 قسم للأمراض المعدية و 247 قسم للأمراض الباطنية و 79 قسم للطب الرئوي و 100 قسم من التخصصات المختلفة و 24 قسم للإنعاش.
 • إنشاء فروع وملاحق لمعهد باستور بالجزائر العاصمة في كل من قسنطينة وورقلة ووهران من أجل إجراء الكشوفات الطبية لفيروس كورونا.

وفي 23 مارس 2020 تم إقرار حجر صحيا كاملا على ولاية البليدة لعشرة أيام، وجزئيا في الفترة الليلية (من الساعة السابعة مساء (19 سا 00) إلى الساعة السابعة صباحا لليوم الموالي (07 سا 00)) على العاصمة، ثم تم توسيع إجراءات الحجر الجزئي إلى الولايات التسع التالية: باتنة، تيزي وزو، سطيف، قسنطينة، المدية، وهران، بومرداس، الوادي وتيبازة. ويطبق هذا الإجراء في الولايات التسع ابتداء من السبت 28 مارس 2020 وتخص الفترة الزمنية من الساعة الـ 19 إلى غاية الساعة السابعة صباحا.¹ ليتوالى بعد ذلك تجديد فترات الحجر و تمديدها لتشمل كل الولايات و بأوقات تختلف حسب عدد الإصابات في الولاية المعنية بالحجر

ثانيا: إجراءات تخص الرعايا الجزائريين العائدين إلى أرض الوطن

نتج عن الوضع الصحي العالمي اثر اجتياح فيروس كوفيد 19 للعديد من الدول إمكانية استنباط مفهوم جديد واستثنائي للمقيم في المؤسسات الفندقية التي استقبلت رعايا الدولة الذين تم إجلاؤهم من الخارج، ويمكن أن نحدد الوضع القانوني لهؤلاء المقيمين من خلال ما تضمنته النصوص القانونية المتعلقة بالفندقة سواء من خلال تعريف المؤسسة الفندقية، عقد الفندقة ومدته.

عرفت المؤسسة الفندقية من خلال المادة الثانية من المرسوم التنفيذي رقم 158/19 المؤرخ في 30 أبريل 2019: "بأنها كل مؤسسة ذات طابع تجاري تستقبل زبائن مارين أو مقيمين دون أن يتخذوها سكنا لهم ، وتوفر لهم أساسا خدمات الإقامة مصحوبة بالخدمات المرتبطة بها.

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، (24 مارس 2020) المرسوم تنفيذي رقم 20-70 الصادر في 24 مارس 2020 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا كوفيد 19 ومكافحته. العدد 16 ص ص 32-33

يمكن أن تزود المؤسسة الفندقية بالنظر إلى نوعها ومكان وجودها، بمرافق تقدم خدمات الإطعام والتسلية والتنزه والتنشيط والتداوي والرفاهية والراحة والرياضة والمؤتمرات والمجمع البحري المارينا وميناء النزهة وجميع الأنشطة الأخرى المتعلقة بالسياحة".¹

والهدف من إقامة العائد إلى أرض الوطن بالمؤسسة الفندقية بسبب الحجر الصحي من إقامته هو تحقيق الأمن الصحي بالتأكد لعدم حمله للفيروس وبالتالي ضمان عدم انتشار الوباء، إلا أنه يقع على المقيم التزام وهو احترام النظام الداخلي للمؤسسة والتدابير الصحية التي تفرض أثناء إقامته.

والمدة الزمنية للحجز والتي حددت بأربعة عشر يوم "14" يوما للنظر في مدي حمل الرعاية للفيروس من عدمه، تتوافق مع الشرط القانوني المتعلق بمدة عقد الفندقية الأقصى وهو الشهري ثمان وعشرين 28 يوما في المؤسسة الفندقية والذي يتوافق مع شرط عدم اتخاذ المؤسسة كمسكن للمقيم والتي تنتهي إما بتسريح المقيم للعودة لمقر سكنه الأصلي أو تحويله للمؤسسة الاستشفائية للرعاية الطبية في حالة ظهور أعراض الوباء.

وخلافا للرعاية المحجور لا تنطبق هذه المدة على الأطقم الطبية التي تقيم في المؤسسات الفندقية المسخرة لذلك باعتبار أنّ مهمة الأسلاك الطبية بمختلف أنواعها مرتبطة بزوال الوباء وتوقف تفشيه بين المجتمع، بل إنّ إقامتهم في المؤسسات الفندقية هي بحد ذاتها حماية لهم ولذويهم.

ففي سبيل مواجهة للوباء العالمي فيروس كورونا تطوعت مؤسسات فندقية عمومية وخاصة متعددة وأسدت خدماتها مجانا للوقوف متضامنين خدمة للوطن والمواطن تأكيدا على سمو الحس الأخلاقي والإنساني والتضامني للمجتمع الجزائري، وقد تجاوز عدد الرعايا الذين تم حجرهم في المؤسسات الفندقية الستة آلاف رعية في بداية أفريل تم تسريح العديد منهم بعد انتهاء فترة الحجر من واحد وستون مؤسسة 61 عبر ثمانية عشر ولاية، كما تم تجنيد أكثر

¹ - مرسوم تنفيذي 158/19 المؤرخ في 24 شعبان عام 1440 الموافق لـ 30 أبريل 2019، يعرف المؤسسات الفندقية ويحدد شروط وكيفيات استغلالها وتصنيفها واعتماد مسيرتها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 33 المؤرخة في 14 رمضان عام 1440هـ الموافق لـ 19 مايو سنة 2019م، مع أن هذا المرسوم الغي أحكام المرسوم التنفيذي رقم 2000-46 مؤرخ في 25 ذي القعدة عام 1420 الموافق لـ 01/03/2000، يعرف المؤسسات الفندقية ويحدد تنظيمها وسيرها وكذا كيفيات استغلالها، الجريدة الرسمية العدد 10 لـ 05/03/2000، ص3.

من مائتين وواحد وتسعين 291 مؤسسة فندقية عبر ثمانية وأربعين 48 ولاية تحسبا لأي طارئ في مواجهة وباء كورونا فيروس.¹

وقد تنوعت المؤسسات الفندقية التي فتحت أبوابها لهذا الغرض خاصة فيما يخص صنف الفنادق والمركبات السياحية إذ تستجيب قدرة استيعابها نظرا لعدد الأسرة التي توفرها لإيواء العدد الهائل لهؤلاء المقيمين الاستثنائيين، كما أسهمت مؤسسات فندقية أخرى لأجل نفس العملية إذ تتنوع الهياكل الأساسية الموجهة للإيواء في الجزائر من خلال أنواع متعددة من المؤسسات الفندقية التي نظمها التشريع وتتمثل أساسا في الفنادق، المركبات السياحية أو قرى العطل، شقق الفنادق أو الاقامات الفندقية، الموتييلات أو نزل الطريق، المخيمات السياحية.² وخضعت المؤسسات الفندقية قصد استغلالها لإجراءات تصنيف إلى رتب وفقا للمعايير والشروط التي حددها المرسوم التنفيذي رقم 158/19 المذكور آنفا، وقد حدد ملحقه المعايير المعتمد عليها لتصنيفها إلى رتب بتحديد المعايير المشتركة لكل الأصناف ثم تحديد المعايير الخاصة بكل صنف، كالحدا الأدنى من الغرف الواجب توفرها، مساحاتها، مدخل الفندق، المطاعم، قاعات الولائم والمحاضرات، المصاعد، الأثاث والتجهيزات، النوافذ، الأفرشة، تغيير الفرشة، الخدمة في الغرف، المستخدمون، اللباس، معايير النظافة والأمان... الخ.

فبالنسبة للفنادق والتي عرفها المرسوم 158/19 من خلال المادة الرابعة منه على أنها مؤسسات توفر للتأجير وحدات للإيواء في شكل غرف وأجنحة عند الاقتضاء تقع في مبنى و/أو في هياكل أجنحة منفصلة والتي يمكن أن تتضمن خدمات الإطعام والتنشيط، فقد رتبها في خمسة أصناف من خمس نجوم، إلى نجمة واحدة.³

أما النوع الثاني من المؤسسات الفندقية والمتعلقة بالمركب السياحي أو قرية العطل فقد عرفها نفس المرسوم على أنها مؤسسة توفر للتأجير وحدات للإيواء منعزلة أو مجمعة تتواجد

¹ - تصريح السيد / المدير العام للسياحة بوزارة السياحة والصناعات التقليدية والعمل العائلي: رفع الحجر عن أزيد من 700 شخص من فندق مازفرانن بزرالدة، المؤرخ في 2020/04/03، موقع:

<http://www.ministerecommunication.gov.dz/ar/node/8788>، تم الإطلاع عليه في 2021/6/20 على الساعة 14

سا.

² - المادة 3 من مرسوم تنفيذي 158/19 المؤرخ في 24 شعبان عام 1440 الموافق 30 ابريل 2019، المرجع السابق، تجدر الإشارة له أنّ المرسوم التنفيذي رقم 2000-46 الملغي تضمن عشر أنواع من المؤسسات الفندقية وهي: الفنادق، نزل الطريق (موتيل) أو محطة، قرى العطل، الإقامات السياحية، النزل الريفية، النزل العائلية، الشاليهات، المنازل السياحية المفروشة، المخيمات، محطة الاستراحة.

³ - المادة 4 من المرسوم التنفيذي 158/19، مرجع سبق ذكره.

داخل فندق أو عدة فنادق أو داخل مجموعات شقق أو شاليهات أو بنقاليوهات، كما توفر مختلف الخدمات التجارية والإطعام والراحة والألعاب والرياضة والترفيه، والنوع الثالث يتمثل في شقة الفندق أو الإقامة الفندقية فقد عرفت على أنها مؤسسة توفر للتأجير وحدات للإيواء في شكل شقق منعزلة أو مجتمعة ومجهزة بمطبخ، كما يمكن أن يضمن خدمات الإطعام والترفيه.

ويتحدد النوع الرابع في الموتييلات أو نزل الطريق وعرفت على أنها مؤسسات تقع بالقرب من محور طريق توفر للتأجير لزبائن مارين يتشكلون أساسا من مستعملي الطريق وحدات للإيواء على شكل غرف تقع في مبنى و/أو في هياكل أجنحة منفصلة كما يمكن أن توفر خدمات الإطعام والتنشيط، ويتحدد النوع الأخير في شكل المخيم السياحي وهو مؤسسة للإيواء تقع بالقرب من محور طريق توفر للتأجير الزبائن مارين يتشكلون أساسا من مستعملي الطريق وحدات للإيواء في شكل غرف تقع في مبنى و/أو في هياكل أجنحة منفصلة كما يمكن أن توفر خدمات الإطعام والتنشيط.¹

ويتحدد من خلال مختلف أصناف المؤسسات الفندقية المستغلة على المستوى الوطني قدرتها على المساهمة بفاعلية لمواجهة هذا الظرف الاستثنائي من حيث ضمان الشروط الأساسية لتوفير إقامة مريحة للرعايا المحجورين بها كضمان الإطعام والأمن والسلامة لهم . وبخصوص مواءمة قواعد استغلال المؤسسات الفندقية لتحقيق الأمن الصحي في مواجهة كوفيد 19 فيمكننا القول بأن استغلال المؤسسات الفندقية بمختلف أنواعها يخضع إلى مجموعة من الأحكام الصارمة لسلامة الزبون وأمنه في الظروف العادية، والتي نراها تتناسب جيدا مع الظرف الاستثنائية وهي تجنيد المؤسسات الفندقية من أجل عملية الحجر الصحي وإيواء الأطقم الطبية لمواجهة فيروس كورونا .

ولقد خضع استغلال المؤسسات الفندقية إلى مجموعة من الشروط تضمنتها عدة نصوص قانونية ولعل أهمها الحصول على رخصة استغلال مسبقة تسلمها الإدارة المكلفة بالسياحة، كما تخضع أيضا لإجراءات تصنيف إلى رتب وفقا للشروط والمعايير التي حددها التنظيم، وأيضا لشرط اعتماد مسير من طرف الإدارة المكلفة بالسياحة، كما تخضع لأحكام دقيقة و صارمة حدد من خلال كيفية تقديم الخدمة في المؤسسة الفندقية، ولعل إدراج المشرع لكل

¹ - صنفت كل هذه المؤسسات الفندقية المذكورة في هذه الفقرة إلى ثلاث رتب من مؤسسة ثلاث نجوم إلى نجمة واحدة، أنظر في ذلك

المواد 5، 6، 7، 8 ممن المرجع السابق

هذه الشروط الهدف منه تقديم خدمة تتلاءم وطلبات الزبائن وأكثر من ذلك خدمة تقوم على سلامة الزبون أو المقيم وأمنه وهو الشيء المتطلب في حالة الحجر الصحي للرعايا في المؤسسات الفندقية.

وعليه لا يمكن استغلال مؤسسة فندقية مهما كان نوعها دون الحصول على رخصة الاستغلال التي تسلمها الإدارة المختصة، فبعد إيداع الملف من طرف المعني والمتضمن الوثائق الواجب إرفاقها ضمنه،¹ يسلم رخصة استغلال كل أنواع المؤسسات الفندقية التي تم ذكرها آنفا الوالي المختص إقليميا بناء على اقتراح من المدير الولائي المكلف بالسياحة، والرد يكون أما بالإيجاب أو الرفض في حالتين اثنتين وهما: عدم توفر الشروط الضرورية لتسليمها، أو إذا كانت نتائج تحريات مصالح الأمن سلبية.²

تسهم تحريات الجهات الأمنية بصفة كبيرة في ضمان تولية مهمة تسيير المؤسسات الفندقية لأشخاص يؤتمن بهم نظرا لخصوصية النشاط الفندقي من خلال التأكد من هوية صاحب المؤسسة الفندقية وحسن أخلاقه وكذا مؤهلاته العلمية وهي شروط ضرورية لممارسة النشاط حفاظا على أمن وسلامة الزبائن.

كما تخضع المؤسسات الفندقية قصد استغلالها لإجراءات تصنيف إلى رتب وفقا للمعايير والشروط التي حددها المرسوم التنفيذي رقم 19-158، وقد حدد ملحق المرسوم المعايير المعتمد عليها التصنيف المؤسسات الفندقية إلى رتب بتحديد المعايير المشتركة لكل الأصناف

¹ - نسخة من بطاقة التعريف الوطنية للطالب والممثل القانوني للشخص المعنوي وكذا تلك الخاصة بمسير المؤسسة الفندقية حسب الحالة. الوثائق المثبتة للكفاءة المهنية لمسير المؤسسة الفندقية، مطابقة للشروط المتعلقة بمعيير التصنيف الخاص بها كما حددها المرسوم التنفيذي 158/19.

نسخ من: سند الملكية أو الإيجار أو الامتياز للمؤسسة الفندقية من معاينة المطابقة لأشغال المنجزة طبقا لأحكام القانون رقم 29/90 المؤرخ في أول ديسمبر 1990 والمتعلق بالتهيئة والتعمير المعدل والمتمم، معاينة المطابقة لقواعد الأمن ضد مخاطر الحريق، تسلمها مصالح الحماية المدنية المختصة إقليميا من معاينة المطابقة للقواعد النظافة والنقاوة العمومية، تسلمها المصالح الصحية المختصة إقليميا من مخطط الأمن الداخلي للمؤسسة الفندقية تصادق عليه مصالح الأمن المختصة إقليميا نسخة من القانون الأساسي للشخص المعنوي حسب الحالة.

² - المادة 12 و13 من المرسوم 19-158، المرجع السابق ذكره، وتجدر الإشارة إلى أنّ تسليم الرخصة كان قبل إلغاء المرسوم التنفيذي رقم 2000-46 طبقا للمادة 15 منه إما من الوزير المكلف بالسياحة بالنسبة للمؤسسات الفندقية ذات نجمتين إلى خمس نجوم، أما الفئات الأخرى فيسلمها المدير الولائي، أو المفتش الولائي المكلف بالسياحة بتفويض من الوزير المكلف بالسياحة.

مع العلم أنه طبقا للمواد 31 و 32 من المرسوم التنفيذي 19-158 يحق لطالب الرخصة في حالة رفضها الطعن كتابيا، أمام لجنة الطعن المنشأة لدى الوزير المكلف بالسياحة والتي تتكفل بدراسة كل الاحتجاجات المرتبطة بالعقود الخاصة باستغلال وتصنيف واعتماد مسير المؤسسات الفندقية.

ثم تحديد المعايير الخاصة بكل صنف كالحدا الأدنى من الغرف الواجب توافرها، مساحاتها، مدخل الفندق، المطاعم، قاعات الولائم والمحاضرات، المصاعد، الأثاث والتجهيزات النوافذ، الأفرشة، الخدمة في الغرف، المستخدمون، اللباس، معايير السلامة والأمن، وغيرها من المعايير الأخرى.

هذه المعايير تتمثل في معايير تصنيف المؤسسات الفندقية التي تضمن السلامة والأمن للزبون والمقيم خلال فترة إقامتهم بالمؤسسة، ولعل نفس هذه المعايير تستجيب للوضع الاستثنائية التي تشهدها المؤسسات الفندقية، وهي ضمان السلامة والأمن للمواطنين الذي تم إجلاؤهم وحجرهم لمدة أربعة عشر 14 يوما في هذه المؤسسات للتأكد من عدم إصابتهم بالفيروس ولمواجهة هذا الوباء العالمي كوفيد 19.

نذكر من أهم المعايير وقواعد استغلال المؤسسات الفندقية المتعلقة بالمقيم بها والتي طبقت خلال الحجر الصحي للرعاية المتواجدين بها، مسك بطاقة استعلامية للزبون أو المقيم وتعتبر من أهم القواعد العملية لاستغلال المؤسسات الفندقية، تدون فيها البيانات الخاصة به والمتعلقة بالهوية وطبيعة الوثيقة الرسمية المثبتة لذلك، وتقدم هذه البطاقات عند أي تفتيش تقوم به مصالح الأمن.¹ مسك هذه البطاقات يحقق من جهة الأمن داخل المؤسسة الفندقية بحيث لا يمكن لأي شخص لم تحرر له هذه الأخيرة الإقامة في الفندق ومنه استبعاد وجود أي شخص مجهول داخل المؤسسة الفندقية، ومن جهة أخرى تسمح بحصر العدد الفعلي للمقيمين في المؤسسة.²

هذا الإجراء يستبعد أيضا الإشاعات التي دارت حول خروج بعض الرعايا من المؤسسات الفندقية أثناء الحجر الصحي لأن صاحب المؤسسات الفندقية يدركون تماما الجزاءات المترتبة عن إخفاء مثل هذه المعلومات أو عدم إبلاغها للسلطات الأمنية، وقد فند السيد وزير السياحة والصناعات التقليدية والعمل العائلي "حسن مرموري" الإشاعات المغلوطة التي تم تداولها في

¹ - المادة 57 من القانون 99-01، المرجع السابق ذكره.

² - لمزيد من التفصيل حول الأمن في المؤسسات الفندقية انظر: د/ عيسى زهية، دور الأمن في المجال السياحي، مداخلة أقيمت في إطار الملتقى الوطني حول تحولات الأمن العمومي "أيام 6،7 ماي 2015، بكلية الحقوق جامعة الجزائر 1.

مواقع التواصل الاجتماعي حول خروج بعض المحجورين من المركب السياحي الأندلسيات بولاية وهران قبل انقضاء فترة الحجر.¹

أضف إلى ذلك تلتزم كل المؤسسات الفندقية طبقا للقانون 01-99 المتعلق بالفندقة إلى احترام قواعد النظافة والصحة العمومية وقواعد الأمن والحماية ضد الحرائق وفقا للأحكام التشريعية المعمول بها،² ولعل خضوع هذه المؤسسات لمثل هذه القواعد سيضمن بالتأكيد سلامة وأمن الرعايا المحجورين فترة الحجر الصحي بالمؤسسات الفندقية باعتبارها قواعد مألوفة التطبيق بهذه المؤسسات.

ومن ضمن الأحكام التي تجسد ذلك ما ورد ضمن القانون 01-99 التزام المؤسسات الفندقية بإجراء فحص طبي لمستخدميها مرتين على الأقل في السنة وهي ضمانة لسلامة المستخدمين في تعاملهم مع مرتادي المؤسسات الفندقية وعدم حملهم لأي مرض معد.³ سنين أيضا ضمن معايير التصنيف التي وردت في ملحق المرسوم التنفيذي 158-19 السالف ذكره، الأحكام التي تسهم في تحقيق الأمن والسلامة بصفة عامة والأمن الصحي بصفة خاصة بالمؤسسات الفندقية والتي تتلاءم مع حالة الحجر الصحي للرعايا المتواجدين بالمؤسسات الفندقية فترة الأربعة عشر يوما، وقد تقتصر على بعض الأحكام المشتركة التصنيف جميع المؤسسات الفندقية كمثل حي على هذا التوافق.

يشترط في المعايير المشتركة لتصنيف المؤسسات الفندقية التجهيزات الصحية المشتركة، أن تكون مستقلة للرجال والنساء، ويجب أن تكون كل غرفة صحية في حالة مثالية من النظافة والصيانة وتحتوي على مغسل مع وجود ماء حار بارد وساخن، موزعات الصابون السائل ونظام تجفيف اليد ورقي أو قماشي ذات الاستخدام الواحد أو كهربائي، ضرورة التغيير اليومي لأفرشة ومناشف الحمام ويجب أن تكون التهوية فعالة ميكانيكية أو طبيعية، إضاءة كافية، المرافق الصحية متاحة لأشخاص ذوي الكراسي المتحركة.⁴

¹ - تصريح السيد وزير السياحة والصناعة التقليدية والعمل العائلي حسن مرموري، حوار مع الصحفي خالد بودية، بعنوان "تعبئة 140 مؤسسة فندقية لدعم الطاقم الطبي في الولايات"، جريدة الخبر الإلكترونية، المؤرخ في 11 أبريل 2020، 166226/ <https://www.elkhabar.com/press/article>، تم الإطلاع عليه في 2021/5/28.

على الساعة 18سا.

² - المادة 61 من القانون 01-99، المرجع السابق ذكره.

³ - المادة 63، المرجع نفسه.

⁴ - العدد الرابع من المعايير المشتركة لتصنيف المؤسسات الفندقية، ملحق المرسوم التنفيذي 158-19.

كما تضمنت المعايير المشتركة في تصنيف المؤسسات الفندقية، ضرورة وجود تجهيزات أمن الزبائن في وحدات الإيواء والفضاءات المشتركة وتمثلت أساسا في عرض تعليمات الأمن، لافتات الإشارة إلى مخارج النجدة، الحماية الفعالة للمخارج والنقاط الحساسة للمؤسسة أعوان أمن والمراقبة عن بعد، خدمة الهاتف متاح 24/24 مع توفير خدمة الإنترنت.¹

وبالنسبة لمعايير النظافة والأمن داخل المؤسسات الفندقية فقد حددت من خلال التنظيف اليومي الوحدات الإيواء، النظافة الفعالة والتنظيف الدائم للأماكن المشتركة والوحدات الخضراء إن وجدت، التطبيق الصارم لمبدأ السير إلى الأمام في تنظيم المحلات أين تستعمل المواد الغذائية، فصل أماكن النفايات والبقايا عن الأماكن الأخرى، التهوية الطبيعية الميكانيكية أو الطبيعية، الإضاءة الطبيعية أو الاصطناعية الكافية، الفصل بين الأماكن الحساسة وتكييفها هوائيا بما في ذلك أماكن وضع القمامة أين تكون جدرانه مبلطة ويمكن غسلها بسهولة.²

كما يدرج ضمن معايير النظافة والأمن احترام الممارسات الصحيحة للتموين والتخزين والتحضير واستعمال وتوزيع المواد الغذائية وسلسلة التبريد، مراقبة نوعية المياه مع مراقبة مخاطر المتنتقلة عبر منشآت المياه والتكييف الهوائي، وضع نظام المراقبة الذاتية وضمان الجودة، القيام بالزيارات الطبية والتحاليل للمستخدمين مع تجديدها دوريا، الاحتفاظ بالطبق الشاهد، نظام فعال للقضاء على كل الحشرات والحيوانات الضارة، الإضاءة الأمنية في كل الأماكن، تعليمات السلامة من الحرائق واضحة وظاهرة، تجهيزات مكافحة الحرائق بعدد كاف، الربط الهاتفي المباشر مع مصالح الحماية المدنية، مخطط فعال للنجدة من الحرائق، مخطط فعال للأمن الداخلي داخل المؤسسة، علبة صيدلية، خزان مياه، مولد كهربائي للطوارئ.

كما يدرج ضمن قواعد حماية البيئة في المؤسسات الفندقية، الفرز الانتقائي للنفايات الإخلاء الصحي للنفايات السائلة والصلبة، صيانة أوعية المواد الدسمة، عزل المواد الملوثة في حاويات ملائمة، صيانة المساحات الخضراء، تدابير اقتصاد المياه، تدابير اقتصاد الطاقة والاستخدام الفعال للطاقة الشمسية خاصة في المناطق الصحراوية.³

أضف إلى ذلك تقدم معظم المؤسسات الفندقية طبقا للنصوص المعمول بها وجبات الإفطار في الصباح كما تحتوي على مطاعم تقدم وجبات الإطعام وتخضع لنص خاص في

¹ - العدد 11 و8، المرجع نفسه.

² - العدد 22، المرجع نفسه.

³ - العدد 23 المرجع السابق.

التصنيف من نجمة إلى ثلاث نجوم، ولقواعد صارمة للنظافة والأمن منها ما ورد في ملحق المرسوم التنفيذي المتعلق بتصنيف المؤسسات الفندقية ومعايير إضافية تضمنها المرسوم التنفيذي 19-151 الذي يعرف نشاط الإطعام السياحي وتنظيمه، ويمكن أن نذكر منها، التطبيق الصارم لمبدأ السير إلى الأمام للمواد الغذائية، احترام الممارسات الصحيحة للتموين والتخزين والتحضير وتوزيع المواد الغذائية وسلسلة التبريد، احترام التوصيل الساخن للأطباق المحضرة باستخدام المعدات التي تسمح بالحفاظ على درجة حرارة إلى أكثر من 63 درجة مئوية، احترام التوصيل البارد بالشكل الذي يحفظ درجة حرارة أقل من 10 درجات مئوية، القيام بالزيارات الطبية والتحليل للمستخدمين دورياً.¹

يتضح من خلال قواعد استغلال المؤسسات الفندقية التي نظمتها مختلف النصوص القانونية المتعلقة بالفندقة والإطعام خاصة في جانب قواعد النظافة والسلامة والأمن، يتضح أنّ المؤسسات الفندقية هي الأماكن الأكثر أماناً ومواءمة لمواجهة الوباء العالمي فيروس كورونا أو كوفيد 19 سواء من حيث الكم أو الكيف، باعتبار أن قدرة استيعاب المؤسسات الفندقية من حيث عدد الأسرة كانت كافية للإيواء عدد الرعايا الهائل الذين تم إجلاؤهم من خارج الوطن، وأيضاً قواعد النظافة والأمن والصحة العمومية التي تطبقها هذه المؤسسات تضمن السلامة للمقيمين بها فترة الحجر الصحي.

ثالثاً: الاهتمام بالعاملين في القطاع الصحي وتوفير معدات الحماية

يعتبر العاملون الصحيون هم خط المواجهة الأمامي للأوبئة بحيث يعمل العديد منهم في أماكن للرعاية الصحية لا ترقى فيها تدابير الوقاية والسيطرة على العدوى المستوى المطلوب، ونتيجة للقيود التجارية على معدات الحماية الشخصية، أدى بعمال الرعاية الصحية إلى مواصلة عملهم دون ارتداء القفازات والأقنعة الطبية وأجهزة التنفس والنظارات الواقية للوجه والعباءات والمآزر المناسبة في العديد من الدول بما فيها دول منظمة التعاون الإسلامي.² كما أن تعرض العاملين الصحيين للإصابة والوفاة يساهم في حدوث عجز كبير في الموارد البشرية المكلفة برعاية المرضى، وهو ما يساعد في زيادة الضغط على المنظومة

¹ -مرسوم تنفيذي رقم 19-151 مؤرخ في 23 شعبان عام 1440 الموافق 29 أبريل سنة 2019، يتضمن تعريف نشاط الإطعام السياحي وتنظيمه، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 31 المؤرخة في 7 رمضان عام 1440هـ الموافق 02 مايو 2019 م
² - منظمة التعاون الإسلامي، الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد-19 في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الآفاق والتحديات، مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب الدول الإسلامية (sesric)، تركيا، 2020، ص 24

الصحية وزيادة عدد الإصابات والوفيات، ولقد ساهمت أزمة كورونا في ارتفاع معدلات الإصابة والوفيات بين العاملين الصحيين،¹ فوفقا لأحدث التقديرات للمجلس الدولي للممرضات أصيب أكثر من 90000 عاملا في مجال الرعاية الصحية بالفيروس أثناء قيامهم بعملهم بينما ماتت أكثر من 260 ممرضة.²

وعليه يجب على الدولة والتنفيذيين في المرافق الصحية ضمان اتخاذ جميع التدابير الوقائية اللازمة لتقليل مخاطر الإصابة، وذلك من خلال توفير المعلومات والتدريب على السلامة والصحة المهنية لجميع العاملين بالقطاع الصحي، وتوفير تدريب لتجديد المعلومات حول الوقاية من العدوى، والتدريب على استخدام معدات الحماية الشخصية، وكيفية ارتدائها وخلعها والتخلص منها، وتوفير ما يكفي من إمدادات بمعدات الوقاية الشخصية من أقنعة وقفازات ونظارات ومعقم يدين وصابون وماء ولوازم التنظيف، والتي عرفت نقصا كبيرا خاصة في دول العالم الثالث.³

وفي هذا الصدد تم اتخاذ عدة تدابير تتعلق بحماية الأفراد العاملين بقطاع الصحة و مختلف القطاعات من أجل توفير مستلزمات الوقاية كإنتاج المعقمات والكمادات وأجهزة التنفس الصناعي. حيث تم تشجيع مؤسسات القطاع العام والخاص على رفع قدراتها الإنتاجية من حيث الكمادات، مما سمح ببلوغ إنتاج يقدر بـ 500.000 كمادة يوميا، كما قامت مبادرات من طرف مراكز التكوين المهني عبر الوطن للمساهمة في إنتاج هذه الكمادة كما تم إصدار مرسوم تنفيذي رقم 20-127 الصادر في 20 ماي 2020 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا كوفيد 19 ومكافحته.⁴ والذي يتضمن قرارا بإجبارية ارتداء الكمادات كوسيلة للوقاية من وباء كورونا.

رابعا: اعتماد نظام إنذار مبكر وإنشاء لجنة وطنية ولجان ولائية

إن ظهور جائحة كورونا التي صنفت كوباء عالمي، أبرز فكرة إمكانية ظهور وباء في أي بلد ، والذي قد يتحول إلى وباء عالمي بحيث يتم تصديره إلى جميع دول العالم، مما يبين

1 - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 13.

2 - منظمة التعاون الإسلامي، مرجع سابق، ص 24.

3 - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 13.

4 - الجريدة الرسمية، 21 ماي 2020

ضرورة اعتماد نظام إنذار مبكر يتيح اتخاذ إجراءات سريعة تمكن من احتواء الوباء وعدم انتشاره على مستوى العالم بشكل يصعب التعامل معه.¹

وما تجدر الإشارة إليه أن المشرع الجزائري بموجب القانون رقم 04-20 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث وضع الأحكام الخاصة بالوقاية من الأخطار المتصلة بصحة الإنسان وأفردها بمخطط عام للوقاية من الأخطار المتصلة بصحة الإنسان وبالأخص ما تعلق بالأمراض المنطوية على خطر العدوى أو الوباء ومن بين ما جاء في هذا المخطط وجود منظومات الإنذار المبكر والتدابير الوقائية التي يمكن تنفيذها في حالة وقوع هذه الأخطار.²

وفي هذا السياق تم تشكيل اللجنة العلمية التابعة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات. وكان الهدف من تشكيل هذه اللجنة يتمثل في تدعيم اللجنة اليقظة والمتابع التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وسميت هذه اللجنة باللجنة العلمية لمتابعة فيروس كورونا، تم تشكيلها من كبار الأطباء الأخصائيين عبر التراب الوطني تحت إشراف وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتكون مهمتها في متابعة تطور أخبار الوباء وإبلاغ الرأي العام بذلك يوميا وبانتظام.³

كما تم كذلك إنشاء لجنة ولائية مكلفة بتنسيق النشاط القطاعي للوقاية ومكافحة وباء فيروس كورونا حيث أنه حسب المادة 07 من المرسوم تنفيذي رقم 20-70 الصادر في 24 مارس 2020 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا كوفيد 19 ومكافحته. تم إنشاء لجنة ولائية مكلفة بتنسيق النشاط القطاعي للوقاية ومكافحة وباء فيروس كورونا تسهر تطبيق الإجراءات الحكومية المتعلقة بمتابعة هذا الفيروس.

كما تم إنشاء موقع إلكتروني ومركز لمتابعة تطورات فيروس كورونا، حيث قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بإنشاء موقع رسمي لمتابعة تطورات فيروس كورونا في

¹ - أمجد حمدي، المرجع نفسه، ص 15.

² - حنان رغميت، عايدة مصطفاوي، (دور التخطيط الصحي في التكفل بصحة الأشخاص عند وقوع الكوارث الطبيعية)، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية والاقتصادية، المجلد 56، العدد 2، 2019، ص 203.

³ - وكالة الأنباء الجزائرية، (21 مارس 2020)

الجزائر¹: كما تم في هذا السياق إنشاء مركز لاستقبال المكالمات على الرقم المجاني 30-30 على مستوى وزارة الصحة.

خامسا: إنتاج مستلزمات الفحص والسريع وأجهزة التنفس الصناعي

عملت الجزائر على محاولة توفير مستلزمات الفحص السريع لفيروس كورونا المستجد، والذي تم تقديره بـ 200.000 وحدة أسبوعيا كما قامت بعض المؤسسات العمومية بالقيام بمجموعة من المبادرات ومن بين هذه المؤسسات المؤسسة الوطنية للصناعات الإلكترونية ENIE التي قامت بتصميم وصناعة أجهزة التنفس الاصطناعي وأجهزة التنفس الآلي لتزويد المستشفيات بالمعدات اللازمة. كما حصلت الجزائر على مساعدات من الصين على شكل دفعات تحتوي على أجهزة التنفس الصناعي وغيرها من المستلزمات الطبية الأخرى وقد شملت الدفعة الأولى "500 ألف كمامة طبية و50 ألف كمامة من نوع N95، و2000 ملابس واقية طبية، والقفازات الطبية".²

كما تم استخدام برتوكول دواء الكلوروكين (Chloroquine) و الهيدروكسي كلوروكين (HCQ)، للوقاية من ولمعالجة المصابين بفيروس كورونا المستجد.

سادسا: جعل المؤسسات الصحية آمنة

أدت أزمة كورونا إلى إجماع المرضى عن التردد إلى المؤسسات العلاجية لغرض العلاج، بحيث اكتفوا بالتعامل معها في حالات الطوارئ فقط، أو من خلال التواصل الإلكتروني، وعليه برزت الحاجة إلى ضرورة تطوير المستشفيات والعيادات والمراكز الطبية لتصبح أكثر أمانا وهذا ما يتطلب تطوير البنية التحتية لهذه المؤسسات الصحية لكي يتم إتاحة المجال أمام تطبيق سياسات التباعد الاجتماعي، وتطوير كفاءات التعامل مع الحالات المشتبه فيها، بما يساهم في تقليل انتشار العدوى.³

¹ - <http://covid19.sante.gov.dz/carte>

² - يونس بورنان، مساعدات طبية صينية إلى الجزائر لمكافحة كورونا، جريدة العين الإخبارية، السبت 28/3/2020 تاريخ الاطلاع 13-05-2021 <https://al-ain.com/article/algeria-china-experience-corona-medical-aid>

³ - حنان رغميت، نفس المرجع، ص 18.

سابعاً: تعاون الجهات الفاعلة غير الحكومية

تتطلب الوقاية الناجعة والمكافحة الفاعلة لانتشار كوفيد19 استجابة عالية التنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية في توفير نطاق واسع من الخدمات، بما في ذلك الوقاية من فيروس كورونا ومكافحته والحفاظ على الخدمات الأساسية.¹

الفرع الثاني: الاعتماد على التعاون الدولي لمواجهة الأزمات الصحية العالمية

لقد كانت الجزائر سباقة الى دعم الصين على إصر ظهور الجائحة وما شهدته مدينة ووهان الصينية من جعل الصين تقف الى جانب الجزائر فيما بعد ، حين عرفت المؤسسات الصحية نقص في الأدوات والمستلزمات الطبية، ونقص في الإمدادات وأدوات التعقيم والمطهرات، ونقص أجهزة التنفس الصناعي، ونقص مولدات الأكسجين بالمستشفيات، ونقص الكوادر الطبية والتمريض، وضعف القدرة على التخلص من النفايات الطبية الخطرة، ونقص غرف العناية المركزة والأسرة بالمستشفيات، مما أدى هذا النقص إلى ضرورة التعاون بين الدول في المجال الطبي، ولم يقتصر الأمر على الدول النامية فقط، بل امتد ليصل إلى الدول الكبرى التي عانت بشكل كبير جراء الموجة الأولى من فيروس كورونا.²

كما دفعت أزمة كورونا الدول الكبرى إلى مضاعفة طاقة المستشفيات من أجهزة التنفس الصناعي، نتيجة تصاعد الطلب غير المسبوق على المعدات الطبية بما فيها أجهزة التنفس الصناعي، واتجهت العديد من الدول إلى تزويد الدول النامية بأجهزة التنفس الصناعي على شكل منح، أو بأسعار ميسرة ومؤجلة الدفع.³

كما دعم البرنامج الإنمائي 88 حكومة من أجل شراء معدات وقاية شخصية ومستلزمات طبية تزيد قيمتها عن 80 مليون دولار وعمل البرنامج الإنمائي مع الصندوق العالمي في 13 بلد لحشد أكثر من 10 ملايين دولار عن طريق إعادة برمجة واستخدام المدخرات المتبقية من المنح.⁴

¹ - فادي الجردلي، بعد الجائحة : إعادة تصور دور الجهات الحكومية وغير الحكومية في إعادة بناء النظم الصحية الوطنية في العالم العربي.

² - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 27.

³ - أمجد حمدي، ما بعد كورونا: مستقبل النظم الصحية-الفرص والتحديات، مرجع سابق، ص 13.

⁴ - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ما بعد التعافي: المضي قدماً نحو 2030، ص 5.

كما أن صنع السياسات المنسق والتعاوني على المستويين الإقليمي والدولي له أهمية بالغة في مواجهة جائحة كورونا، ومختلف الفاشيات الوبائية في المستقبل، وتكمن الأولويات القصوى في هذا التعاون في تصنيع لقاح لفيروس كورونا وإتاحته على المستوى العالمي من أجل إنقاذ الأرواح والحد من خطر العواقب الاقتصادية طويلة الأجل في حين تكمن الأولوية الأخرى في تصميم وتقوية وحماية الهياكل الدولية التي تضمن سرعة وفعالية الاستجابات الدولية المنسقة.¹ وفي هذا الشأن هناك تعاون بين منظمة الصحة العالمية والمصرف الأوروبي للاستثمار من أجل دعم الاحتياجات الفورية المرتبطة بالكوفيد19 وتعزيز الاستثمار الصحي وبناء نظم صحية منيعة وتوطيد الرعاية الصحية الأولية من أجل التصدي لطوارئ الصحة العمومية فضلا عن تسريع وتيرة التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة في جميع أنحاء إفريقيا.²

¹ - صندوق النقد الدولي، السياسات المالية اللازمة للاستجابة لجائحة كوفيد19، ص 7.

² - منظمة الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية والمصرف الأوروبي للاستثمار يعززان الجهود لمكافحة جائحة كوفيد19 وبناء نظم صحية منيعة لمواجهة أي جوائح في المستقبل، متوفر الموقع -

who.int/ar/news/item/08-09-1441-who-and-european تاريخ الاطلاع: 2021/05/30.

الخاتمة

من خلال دراستنا هذه والموسومة بتقييم السياسة الصحية في الجزائر من خلال الأزمات - جائحة كورونا أنموذجاً- رأينا أن الأهداف التي سطرت لمواجهة هذه الأزمة ، عموماً أثبتت نجاعتها مبدئياً، إذا ما قارناها بما نسمعه ونشاهده يومياً عبر القنوات التلفزيونية و مختلف وسائل الإعلام الدولية ، ففي وقت انهارت فيه المنظومات الصحية بدول متقدمة كإيطاليا ، وفرنسا و غيرها ، شمر رجال الجيش الأبيض الجزائري "كما لقبهم السيد رئيس الجمهورية عبد المجيد تبون" على سواعدهم ولن تكل عزيمتهم ، رغم ما قدموه من شهداء في ساحات المعارك ، ضد عدو لا يرى بالعين المجردة و لا يعرف من أين تأتي العدوى به ، فلهم مني ألف شكر ، على صبرهم وشجاعتهم وبسالتهم التي أظهروها في وقت كان ينظر الجميع للمنظومة الصحية بالجزائر بأنها أفضل منظومة بالعالم ، كان لعمال الصحة بالجزائر بمختلف رتبهم انطلاقة عون الأمن و عامل النظافة إلى أعلى مسؤول بهذا القطاع كلمتهم في الميدان و أثبتوا بإنسانيتهم أنهم رجال التحدي وقت الأزمات، وساهموا في نجاح السياسة الصحية التي اتبعتها وزارة الصحة من إجراءات وتدابير احترازية وحملات توعوية، و ذلك ما يثبت صحة فرضيات الدراسة المقترحة ، كما أن القوانين التي صدرت خلال الأزمة الصحية في الجزائر، كان لها الإسهام الكبير في خفض عدد الإصابات.

ومن بين ما توصلت إليه كذلك من نتائج من خلال محاورتي مع بعض الأصدقاء والزملاء العاملين بقطاع الصحة بولايتنا أن التركيز على الجانب الهيكلي والمؤسسي، وإهمال الجانب البشري لا يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية، بل بالعكس سيؤدي إلى تعفن الوضع، وهو ما يلاحظ من خلال التدهور الكبير لمعنويات الجيش الأبيض الذي تعرفه جل المؤسسات الصحية في الجزائر، وذلك ناتج عن التأخر في صب بعض المستحقات المالية كالمنحة التي أقرها رئيس الجمهورية للعاملين في الصفوف الأولى لمجابهة وباء كورونا.

كما أشير في هذا الصدد إلى أن العمل بقانون عمره 25 سنة، لم يعد يحقق التنمية المنتظرة في القطاع، لذلك من الضرورة بمكان المطالبة بتغييره، بحيث يبقى على المكتسبات الدستورية الشريحة واسعة من الشعب الجزائري، ويتمثل ذلك في مجانية العلاج حتى ولو كانت بأثمان رمزية.

كما أنّ التغيير الذي طرأ على المجتمع الجزائري في كل المجالات، يحتم على السلطات الوصية العمل على مواكبة هذا التغيير، ومحاربة الانعكاسات السلبية التي تنجر عنه، حيث نلاحظ نمو عدد السكان وظهور أمراض جديدة (الأمراض المزمنة) وعودة الأمراض المتقلبة،

وكذا زيادة النفقات على الصحة، كل هذا يدعو إلى تغيير طرق وأساليب تسيير قطاع الصحة في الجزائر، وذلك بضرورة سن قوانين تتماشى والوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان عامة والمحافظة على الرأسمال البشري العامل في القطاع خاصة، وذلك بتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية للعمال بدون استثناء.

كما توصلنا إلى أن الاهتمام ببناء هياكل صحية، وإهمال الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمستخدمين في قطاع الصحة، لا يؤدي إلى حل مشكل الصحة في الجزائر وما يمكن إضافة في هذه الخاتمة، وهو ما يجعلنا مقتنعين أن كل تحسن في ظروف و حياة ومعيشة هذه الفئات التي تعرف تدهورا كبيرا في السنوات الأخيرة، يمكن أن يكون عامل مساهم في تحسين أداء هذه القطاعات بما سينعكس إيجابا على علاقة هذه القطاعات المهنية بالمواطنين، وبمستوى أدائها العام كمؤسسات.

وبخصوص جائحة كوفيد 19 لقد فاق ارتفاع حالات الإصابات بفيروس كورونا المستجد للمرضى، قدرات الأنظمة الصحية خلال فترات الذروة وذلك أمام النقص الحاد في موظفي قطاع الصحة الأكفاء واللوازم الطبية الصحية الوقائية مما تسبب في فقد الجيش الأبيض للكثير من الشهداء

كما توصلنا أيضا من خلال هذه الدراسة إلى أهم النتائج التالية:

1/- المنظومة الصحية بالجزائر أثبتت فعاليتها رغم نقص الإمكانيات التي سعت الدولة الى توفيرها في ظل ندرتها في السوق العالمية لخضوع مختلف دول العالم إلى خطر فيروس كورونا وعجزهم عن وجود لقاح مناسب للقضاء عليه.

2/- إن الاستجابة الفعالة لجائحة كورونا تتطلب نهجا يشمل جميع دول ومجتمعات العالم بأكملها.

3/- أثبت قطاع الصحة في الجزائر بفضل توفيق الله أولا و إنسانية عمال هذا القطاع الحساس وسعي الدولة لتوفير كل المستلزمات و اتخاذ كل التدابير في وقت ثبتت عدم قدرة الجهات الحكومية في العديد من الدول على تغطية الخدمات الصحية خلال الأزمات الصحية العالمية.

4/- أظهرت جائحة فيروس كورونا وجود نقص في الخبرة في مجال الصحة العامة.

5/- الاستعداد بالقطاع الصحي الخاص من أجل تقديم الخدمات الصحية للمرضى المصابين بفيروس كورونا.

ومن أهم الاقتراحات التي نوصي بها ما يلي:

- 1/- التعاون الدولي في المجال الصحي لاسيما في مجال الخبرة.
- 2/- التعاون بين الجهات الحكومية وغير الحكومية في الدولة لتقديم خدمات رعاية صحية شاملة وعالية الجودة للجميع.
- 3/ التشجيع على المبادرات التضامنية كتلك التي تفنن الشعب الجزائري خلال الحجر المطبق على ولاية البليدة .

قائمة المراجع

- أحمد مصطفى الحسين، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، المركز العلمي للدراسات السياسية، ط1، الأردن، 2002.
- آرنولدج.هايدنهايمر، هيوهيكو، كارولينتيش آدامز، السياسات العامة المقارنة سياسات الخيار الاجتماعي في أمريكا وأوروبا واليابان، ترجمة أمل الشرقي، الأهلية للنشر والتوزيع، ط3، عمان، 1999.
- بوحفص رواني، مريم شرع، مصطفى بن نوي، (نموذج مقترح للتدقيق الصحي من أجل تقييم السياسة الصحية لمواجهة جائحة كوفيد) 19، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، مجلد (06)، عدد (02)، 2020.
- ثامر كامل محمد الخزرجي، النظم السياسية الحديثة والسياسات العامة: دراسة معاصرة في إستراتيجية إدارة السلطة، دار مجدولوي للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2004.
- جيمس أندرسون، صنع السياسات العامة، ترجمة: عمار الكبيسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 1999.
- حنان رغميت، عايدة مصطفىاوي، (دور التخطيط الصحي في التكفل بصحة الأشخاص عند وقوع الكوارث الطبيعية)، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية والاقتصادية، المجلد 56، العدد 2، 2019.
- خيرى عبد القوي، دراسة السياسة العامة، ذات السلاسل للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، الكويت، 1988.
- سلمة بورياح، (مراكز الأبحاث وآليات تأثيرها على صنع السياسات العامة)، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المجلد 3، العدد 6.
- صلاح محمد زياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر، عمان، 2009.
- عامر الكبيسي، التطوير التنظيمي وقضايا معاصرة، ج4، سلسلة التنظيم الإداري الحكومي بين التقليد والمعاصرة، قطر، دار الشروق، 1998.

- عبد الحميد جفالي، عمار سيدى دريس، التنمية الصعبة وعلاقتها بالتنمية البشرية، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، 2014.
- عثمان مختار الفاتح محمد، (اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية) مجلة أماراباك - المجلد 4، العدد 10، 2013.
- عديلة العلواني، تفعيل النمط التعاقدى في نظام الصحة الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.
- الفاتح محمد عثمان مختار، (اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية)، مجلة امراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم وتكنولوجيا، مجلد الرابع، العدد العاشر، 2013.
- الفهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2001.
- محمد قاسم القريوتي، رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، ط1، دائرة المكتبة الوطنية، عمان.
- معمر عمار، مكانة السياسة العامة في الجزائر دراسة وصفية تحليلية في البيئة والمؤسسات، دار ابن بطوطة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2011.
- مولاي بوعلام، (سياسة تعديل وتوزيع الدخل في البلاد العربية)، مجلة المعارف، الجزائر، العدد 11، ديسمبر 2011.
- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية الجزائر: (پ. د. ن)، 2008.
- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.
- يوسف حماس، (تحليل العملية الإدارية في بعض المستشفيات العراقية)، مجلة البحوث الاقتصادية، العدد 1، تشرين الأول 1975.

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية دستور 1976.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر (رقم 73-65) مؤرخ في 03 ذي الحجة 1393 الموافق ل 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية الجريدة الرسمية، العدد الأول، الصادرة في 7 ذو الحجة الموافق ل 01 يناير 1974
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر (رقم 76-57) مؤرخ في 27 رجب 1396 الموافق ل 05 يوليو 1976 يتضمن نشر الميثاق الوطني - الجريدة الرسمية، العدد 61 الصادرة في 03 شعبان 1396 الموافق ل 30 يوليو 1976.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1435 الموافق ل 16 فبراير 1985 يتعلق بالصحة الجريدة الرسمية، العدد 8 الصادرة 27 جمادي الأولى 1405 الموافق ل 17 فبراير 1985.

القوانين والداستاتير

- القانون رقم 99-01 يحدد القواعد المتعلقة بالفندقة.
- المادة 66 الفقرة 1 و 2 من القانون 01/16 المؤرخ في 06 مارس 2016، الجريدة الرسمية رقم 14، المؤرخة في 7 مارس 2016 المتضمنة التعديل الدستوري.
- المرسوم التنفيذي 86/20 المؤرخ في 08 شعبان 1441 الموافق 02 أبريل 2020 المتضمن تمديد الأحكام المتعلقة بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) وكافحته، الجريدة الرسمية، العدد 19 الصادرة بتاريخ 08 شعبان عام 1441 الموافق 02 أبريل 2020.
- المرسوم التنفيذي رقم 70/20 المؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس 2020، يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد19) ومكافحتها الجريدة الرسمية، العدد 16 المؤرخ في 29 رجب عام 1441، الموافق 24 مارس 2020.
- المرسوم التنفيذي رقم 6920 المؤرخ في 26 رجب عام 1441 الموافق 21 مارس 2020 يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) ومكافحته، الجريدة الرسمية، العدد 15 الصادر بتاريخ 26 رجب 1441 الموافق 21 مارس 2020.

المراسيم

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.، (24 مارس 2020) المرسوم تنفيذي رقم 20-70 الصادر في 24 مارس 2020 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا كوفيد 19 ومكافحته. العدد 16.
- مرسوم تنفيذي رقم 19-151 مؤرخ في 23 شعبان عام 1440 الموافق 29 أبريل سنة 2019، يتضمن تعريف نشاط الإطعام السياحي وتنظيمه، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 31 المؤرخة في 7 رمضان عام 1440هـ الموافق 02 مايو 2019 م.
- مرسوم تنفيذي 158/19 المؤرخ في 24 شعبان عام 1440 الموافق لـ 30 أبريل 2019، يعرف المؤسسات الفندقية ويحدد شروط وكيفيات استغلالها وتصنيفها واعتماد مسيرتها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 33 المؤرخة في 14 رمضان عام 1440هـ الموافق لـ 19 مايو سنة 2019م، مع أن هذا المرسوم الغي أحكام المرسوم التنفيذي رقم 2000-46 مؤرخ في 25 ذي القعدة عام 1420 الموافق لـ 01/03/2000، يعرف المؤسسات الفندقية ويحدد تنظيمها وسيرها وكذا كيفيات استغلالها، الجريدة الرسمية العدد 10 لـ 05/03/2000.

مذكرات التخرج

- حسين محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية، من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، ماجستير علوم السياسية، ورقة.
- درابح بوصوف، أقاليم المستشفى، دكتوراه دولة في الجغرافيا الصحية، جامعة نابولي، مارس 1998.
- عمر خروبي بزار، (2009/1999) إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة ماجستير، في قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة بجامعة الشلف.

مجلات

- إيمان العباسي، (ضمانات الحق في الصحة من خلال النصوص القانونية الدولية والوطنية)، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية، المجلد 54، العدد 5، 2017.

- نبيه محمد، (فيروس كورونا بين ضرورتي اتخاذ تدابير الاحتواء والالتزام بالمعايير الدولية)، مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والفقهية والقضائية، مجلة علمية فصلية محكمة تعنى بنشر المقالات والأبحاث القانونية والفقهية والقضائية (عدد خاص بجائحة كورونا - كوفيد 19)، العدد 17، المملكة المغربية، أبريل 2020.

مقالات

- أمجد حمدي، تداعيات أزمة كورونا على النظم الصحية في العالم، المعهد المصري للدراسات، تركيا، 2020.

- د/ عيسى زهية، (دور الأمن في المجال السياحي)، مداخلة أقيمت في إطار الملتقى الوطني حول تحولات الأمن العمومي " أيام 6،7 ماي 2015، بكلية الحقوق جامعة الجزائر 1.

- عتيق عائشة، (جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة)، جامعة تلمسان. دس

- مبارك بن زاير، ثورية بلقايد، (ظاهرة الفقر في الدول العربية، المظاهر وسبل العلاج حالة الجزائر)، مجمع مداخلات الملتقى الدولي حول تقييم سياسات الإقلال من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة، جامعة الجزائر 3، 8-9 ديسمبر 2014.

- حنان عيسى ملكاوي، (تداعيات جائحة فيروس كورونا المستجد على الأمن الصحي العربي)، نشرية الالكسو العلمية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، العدد 02، 2020.

- منظمة التعاون الإسلامي، (الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد-19 في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الآفاق والتحديات)، مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب الدول الإسلامية (sesric)، تركيا، 2020،

تقارير

- منظمة التعاون الإسلامي، الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد-19 في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الآفاق والتحديات، مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب الدول الإسلامية (sesric)، تركيا، 2020.
- منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، الاستجابة لازمة فيروس كورونا19 في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2020.
- صندوق النقد الدولي، السياسات المالية اللازمة للاستجابة لجائحة كوفيد19.
- كامل معنا، الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول المؤتمر الوطني الأول تجمع الهيئات الأهلية.
- منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وت مني، التقرير الخاصة بالصحة في العالم 2008، جنيف.

مراجع أجنبية

- consiel national économique et social(c.n.c.s), quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie? rapport national sur le développement humain 2013-2015.
- Nouara, Kaid, Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a travers la santé des enfants en quête dans la wilaya de béjaia. pour le doctorat d'état, université d'alger, faculté des science économiques, Des sciences commerciales et de gestion.
- -Farid Chaoui, Michel Legros, autre, les systèmes de santé en Algérie Maroc et Tunisie :défis nationaux et enjeux partagés, les notes ipemed études et analyses, institut de prospective économique du monde méditerranéen, N13. avril 2012.
- Contribution à l'étude de la santé en Algérie :les cahiers du CREADN° 35/36 3eme et 4eme trinthestre ,1993.

مواقع إلكترونية

- <https://www.researchgate.net/publication/285413983>
- <http://hrlibrary.umt.edu/arab/b002.html>
- <http://hrlibrary.umn.edu/arab/b003.html>
- <http://tafalebanon.org>
- <http://dw.com>
- <http://www.ministerecommunication.gov.dz>

قائمة المراجع

- <https://www.elkhabar.com>
- وكالة الأنباء الجزائرية - <http://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie>
- <https://al-ain.com/article/algeria-china-experience-corona-medical-aid>
- <https://who.int/ar/news/item/08-09-1441-who-and-european>

فهرس المحتويات

شكر وعران ج

إهداء

1	مقدمة
1	تمهيد
2	2- أهمية الموضوع:
3	3- أهداف الدراسة:
4	4- أسباب اختيار الموضوع:
4	5- الدراسات السابقة:
6	6- إشكالية الدراسة:
7	7- فرضيات الدراسة:
7	8- حدود الدراسة:
8	9- منهجية الدراسة:
10	10- صعوبات البحث:
10	11- هيكلية الدراسة:
12	الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للسياسات الصحية
13	تمهيد
14	المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للسياسات العامة
14	المطلب الأول: تعريف السياسة العامة ومراحل إعدادها
14	الفرع الأول: تعريف السياسة العامة

15	الفرع الثاني: مراحل إعداد السياسة العامة.....
18	المطلب الثاني: مضامين تقييم السياسة العامة.....
18	الفرع الأول: تعريف عملية تقييم السياسة العامة.....
19	الفرع الثاني: أهمية تقييم السياسة العامة.....
19	الفرع الثالث: معايير ومؤشرات تقييم السياسة العامة.....
21	الفرع الرابع: مشاكل وصعوبات تقييم السياسة العامة.....
23	المبحث الثاني: السياسة الصحية.....
23	المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية وتطورها.....
23	الفرع الأول: تعريف السياسة الصحية.....
26	الفرع الثاني: تطور السياسات الصحية في الجزائر.....
30	الفرع الثالث: أهداف السياسة الصحية ومجالات الخدمات الصحية.....
32	المطلب الثاني: نظرة على وضعية الصحة وتحدياتها.....
32	الفرع الأول: الوضعية الصحية في الجزائر.....
40	الفرع الثاني: تحديات السياسة الصحية.....
44	الفرع الثالث: مظاهر أزمة تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية:.....
47	الفصل الثاني: فعالية السياسة الصحية خلال أزمة كورونا بالجزائر.....
48	تمهيد.....
	المبحث الأول: حالة النظم الصحية خلال أزمة كورونا وسبل مواجهتها في التشريع الجزائري
49
49	المطلب الأول: حالة النظم الصحية.....

49.....	الفرع الأول: انهيار النظم الصحية.....
50.....	الفرع الثاني: المؤسسات العلاجية بين إجهام المرضى عنها واكتظاظها.....
50.....	المطلب الثاني: الوقاية من الأزمات الصحية ذات الانتشار الدولي على ضوء التشريع الجزائري.....
56.....	المبحث الثاني: تقييم فعالية السياسة الصحية المتخذة للتصدي لأزمة كورونا.....
56.....	المطلب الأول: مضاعفة الإنفاق على النظم الصحية.....
58.....	المطلب الثاني: السياسات الصحية المتخذة لمجابهة الأزمة بالجزائر.....
58.....	الفرع الأول: السياسات الوطنية لتطوير النظم الصحية.....
71.....	الفرع الثاني: الاعتماد على التعاون الدولي لمواجهة الأزمات الصحية العالمية.....
73.....	الخاتمة.....
77.....	قائمة المراجع.....
85.....	فهرس المحتويات.....

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تقييم السياسة الصحية بالجزائر خلال الأزمات و لقد اتخذت من أزمة كورونا أنموذجا و لذلك لمعرفة مدى نجاعة السياسيات و الإجراء المتخذة من طرف السلطات الوصية على قطاع الصحية في تسيير هذه الأزمة الوبائية حيث تطرقت في هذه الدراسة إلى فصل أول إلى تقديم مفهوم شامل للسياسة العامة و أساليب تقييمها و كذلك إلى التعريف بالسياسة الصحية و مراحل إعدادها أما من خلال الفصل فلقد استعرضت حلة الأنظمة الصحية و الإجراءات التي اتخذت في الجزائر في مجال التدابير الاحترازية و الوقائية ، وتوصلنا في الأخير إلى أن السياسة التي اتبعتها الجزائر في مجال مجابهة أزمة كورونا كانت ناجحة إذا ما قورنت بما شهدته الدول المتقدمة في مجال الصحة و التي انهارت منظومتها الصحية على عكس ما كان متوقعا بالجزائر ورغم قلة الإمكانيات و رغم الظروف الصعبة التي يعمل فيها الجيش الأبيض إلا أنها تمكنت من الوقوف في وجه الوباء

الكلمات المفتاحية: السياسة العامة ، السياسة الصحية ، المنظومة الصحية ، جائحة كورونا ، الجزائر

Study summary:

The study aimed at evaluating health policy in Algeria during crises, and it took the Corona crisis as a model, and therefore to know the extent of the efficacy of the policies and the action taken by the guardians of the health sector in managing this epidemiological crisis. In this study, it touched on a first chapter to present a comprehensive concept of policy In the chapter, I reviewed the state of health systems and the measures taken in Algeria in the field of precautionary and preventive measures, and we came to the conclusion that the policy followed by Algeria in the field of confronting the Corona crisis was Successful if compared to what the developed countries witnessed in the field of health, whose health system collapsed, contrary to what was expected, Algeria and despite the lack of capabilities and despite the difficult conditions in which the white army operates, it was able to stand in the face of the epidemic

Keywords: public policy, health policy, health system, corona pandemic, Algeria