

السياسة العامة الصحية في الجزائر

دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012

أ.د. بوحنية قوي

أستاذ العلوم السياسية وعميد كلية الحقوق والعلوم
السياسية بجامعة ورقلة.

أ. حسيني محمد العيد

باحث في السياسات العامة المقارنة

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة اختبار العلاقة الموجودة بين متغيرات الاقتراب المؤسسي الحديث كالأفكار والمصالح والمؤسسات وسلوكيات الفاعلين في ميدان السياسات الصحية في الجزائر، وصلاحيات تطبيق هذا الاقتراب عندها، باعتبارها دولة تنتمي إلى مجموعة الدول النامية (أو ما يسمى بدول عالم الجنوب)، وذلك نظراً لما حظي به هذا الاقتراب من اهتمام في الدول المتقدمة، خلال العقود الأخيرة، حيث أراد الباحث التحقق من قدرة الاقتراب المؤسسي على تفسير الاختلالات الملحوظة في قطاع الصحة، من خلال دراسة مجموعة من الإصلاحات التي لحقت بالسياسة الصحية في الجزائر خلال العقدين الماضيين. حيث أثبتت النتائج المتحصل عليها إمكانية الاعتماد على هذا النوع من الاقترابات في دراسة السياسات العامة في الجزائر، إذا ما توفرت المعطيات الصحيحة وتم تطبيقه بشكل علمي دقيق.

Abstract:

The objective of this study is to try to examine the relationship between the variables of the neo-institutional approach such as: ideas, interests and institutions, and the behavior of actors in Algeria in the policy of health, as well as the ability to apply this approach in Algeria as a voice of developing countries.

Given the enthusiasm may have had in the developed countries, the researcher wanted to check while this approach may be useful to understand the misalignments observed in the health sector in Algeria, from the study of reforms have affected the health policy over the past two decades.

The results have shown the possibility of applying the neo-institutional approach to the study of public policy in Algeria, provided you have accurate data, and it is applied in a rigorous manner.

Résumé:

L'objectif de cette étude est de vérifier la relation qui existe entre les variables de l'approche

néo-institutionnelle telle que : les idées, les intérêts et les institutions d'une part, et les comportements des acteurs en Algérie dans les politiques de santé d'autre part, ainsi que l'aptitude d'appliquer cette approche en Algérie en tant que pays en voie de développement.

Devant l'engouement qu'a pu avoir dans les pays développées, le chercheur a voulu vérifier si cette approche peut être utile pour comprendre les désajustements observés au sein du secteur de la santé en Algérie à partir de l'étude des réformes qui ont touché la politique de santé au cours des deux dernières décennies.

Les résultats obtenus ont pu montrer la possibilité d'appliquer l'approche néo-institutionnelle pour l'étude des politiques publiques en Algérie, à condition d'avoir des données exactes, et qu'elles soient appliquées d'une manière rigoureuse.

الكلمات المفتاحية:

السياسة العامة، الصحة، السياسة الصحية في الجزائر، قانون الصحة، الاقترب، الاقترب المؤسسي الحديث، المؤسسات الصحية.

مقدمة

شد موضوع السياسات العامة منذ فترة اهتمام الباحثين الأكاديميين والسياسيين على حد سواء، وذلك لما يمثله من أهمية بالنسبة لدراسة النظم السياسية، من خلال بروز اقترابات متعددة، حاول كل اقتراب منها إلقاء الضوء على جانب من هذا الحقل العلمي، لما يمثله من أهمية في إدارة شؤون المجتمع في مختلف قطاعاته، خاصة في ظل تطور المجتمعات وظهور العديد من المشاكل التي لم تعدها هذه المجتمعات في القرون السابقة، وهو ما أدى إلى بروز اختصاص السياسات العامة -كفرع لعلم السياسة- للاستجابة لهاته المتطلبات المتسارعة، وأصبح كحقل معرفي يتقاطع مع مختلف العلوم الاجتماعية، من علم اجتماع واقتصاد وحقوق، والتي استفاد منها من أجل تحديد الكثير من مفاهيمه.

ويمكن لكل باحث أن يلاحظ تطور البحوث والدراسات التي تمحورت حول دراسة السياسات العامة في الدول، حيث تم التركيز على علاقة مؤسسات وهياكل الإدارة العامة بالسياسات التي تنتهجها وتبناها، مما أفرز اتجاهات مدارس ومراكز بحث، يسهر عليها العشرات من الباحثين، وهذا راجع لتعدد الظاهرة الاجتماعية وتعدد أبعادها، لذا تعددت الاقترابات والمناهج وتعددت المدارس، ولا يمكن لأي منها الادعاء باحتكار الحقيقة وامتلاك نظرية كاملة تغني عن مناهج واقترابات أخرى.

فبعدما هيمنت المدرسة السلوكية التي شكلت ثورة علمية حقيقية، كان لها أنصارا وخصوما وقد بلغت ذروتها بعد الحرب العالمية الثانية، حيث اهتمت بدراسة السلوك الواقعي للناس، بدلا من تحليل المؤسسات والدساتير، غير أن هذه المدرسة واجهت انتقادات أهمها أنها محافظة وتسعى للإبقاء على الوضع القائم، وأنها أغفلت أو أهملت ما يجري داخل "العلبة السوداء".

وبرزت الاقترابات -ما بعد السلوكية- التي قوضت أسس المدرسة السلوكية، ومن بينها المؤسسية الحديثة كرد فعل لإخفاق الدراسات أحادية النظرة، والتي تركز إما على أبنية الدولة، أو على أثر التوازنات الاجتماعية وتتجاهل مؤسسات الدولة، وأعلن الباحثون المهتمون بالاقتراب المؤسسي الحديث أنهم يحاولون شرح التأثير المتبادل المفتوح بين الدولة والمجتمع، والطرق التي تؤثر بها الأشكال المؤسسية في ممثلي الدولة والمجتمع.

فالمؤسسيون يفترضون دورا أكثر ذاتية للمؤسسات، لأن ترتيبياتها تؤثر في الصراع بين الفاعلين السياسيين والمجتمع، وهم يرون أن هذه الهياكل والمؤسسات هي عبارة على ساحة للتفاعل السياسي، ووسيطا بين مصالح وقدرات فاعلي الدولة والمجتمع.

وقد أعاد الاقتراب المؤسسي الحديث الاعتبار للدولة كفاعل رئيسي في الحياة السياسية، تحت عنوان "إعادة اكتشاف الدولة"، بحيث لم تستطع الاقترابات السلوكية كالاقترب النسقي والبنائي الوظيفي -مثلا- من تفسير الكثير من الظواهر السياسية، بفعل إغفال الدور المهم الذي تقوم به المؤسسات، سواء بشكلها المادي، أو كمعايير وقيم تؤثر تأثيرا مباشرا في سلوك الفاعلين السياسيين.

ويعتبر ميدان السياسات الصحية أحد الموضوعات التي لاقت اهتماما من قبل الباحثين في مجال السياسات العامة، نظرا لما تمثله الصحة من أهمية لا يستقيم نشاط الأفراد في باقي مجالات الحياة الأخرى من دونها.

وبما أن السياسة الصحية تهدف إلى تخليص أفراد المجتمع من المرض، وإعادة إدماجهم من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة، ليؤدوا دورهم بفاعلية داخل محيطهم الاجتماعي، وعليه فإن تحليل السياسات الصحية يستدعي جملة من الاقتربات تنتمي إلى اختصاصات مختلفة، حتى يمكن فهم طبيعة التفاعلات التي تحدث بين المؤسسات والمصالح والأفكار الخاصة بالفاعلين في هذه السياسات.

ونظرا لأهمية الصحة لدى الشعوب، فقد اضطلعت برسم وتنفيذ وتقييم السياسات الصحية العديد من المؤسسات الرسمية وغير الرسمية، الوطنية منها وحتى المؤسسات الدولية التي أصبحت تتدخل في الكثير من التفاصيل الخاصة بهذه السياسة باعتبار أن المشاكل الصحية لم تعد شأنًا داخليًا فحسب، بل شأنًا عالميًا تسيره العديد من المؤسسات الدولية، وتتكاثر جهود الدول من أجل مواجهة الأوبئة والآفات العابرة للدول والقارات، بفعل ازدياد حركة الأفراد وتطور وسائل النقل، بل هناك ترتيبا دوريا للدول تصدره الهيئات الدولية حسب المخاطر التي تمثلها على الشعوب الأخرى، ودرجة التقدم التي تحرزها في ميدان تفعيل الصحة.

وعليه يوجد في الوقت الحاضر سياسات صحية خاصة بكل دولة، وسياسات إقليمية وعالمية تشرف عليها مؤسسات مثل منظمة الصحة العالمية، والكثير من المؤسسات الأخرى المتخصصة.

وقد جاءت الأسئلة المحورية للدراسة كما يلي:

- ما هي قدرة الاقتراب المؤسسي الحديث على تفسير سلوك الفاعلين في مختلف مراحل الإصلاحات التي عرفتتها السياسة الصحية في الجزائر من سنة 1990 إلى 2012؟
- وهل هناك دور للمصالح داخل هذه المؤسسات في التأثير على الفاعلين السياسيين أثناء المراحل المختلفة للسياسات الصحية في الجزائر؟
- وما تأثير القيم والمعتقدات أو الأفكار التي يتبناها هؤلاء الفاعلين على نوعية هذه السياسة العامة؟
- ولقد استدعت أسئلة هذه الدراسة وكيفية الإجابة عليها طرح الفرضيات التالية:
- يمكن الاستعانة بدراسة المؤسسات في الدول النامية مثل الجزائر باعتماد الاقتراب المؤسسي الحديث لعدم وجود اختلافات كبيرة بين المؤسسات في هذه الدول مقارنة بنظيرتها في الدول المتقدمة اعتمادًا على مسلمة أن متغيرات الأفكار والمصالح والمؤسسات هي نفسها في الدول المتطورة والدول النامية والفرق في الدرجة وليس في النوع.
- إن آليات "التبعية للمسار القديم" أو الوقوع تحت تأثير الترتيبات المؤسسية القديمة تحد من إمكانيات البحث عن سياسات عامة جديدة .
- وحتى في حالة اقتناع الفاعلين بضرورة التغيير فإن "المصالح المكتسبة" المرتبطة بالسياسات العامة الحالية تجعل هذا التغيير يُلاقى صعوبات جمة على أرض الواقع.
- إن الاختلاف الحاصل حول القيم والأفكار الموجهة للفاعلين في السياسات الصحية شتت الجهود المبذولة وعرقلت الإصلاحات المرجوة.

1. ماهية الاقتراب المؤسسي والسياسة العامة الصحية:

يمكن تعريف الاقتراب: "على أساس أنه المدخل الذي يُستخدم للإشارة إلى المعايير المستخدمة في انتقاء الأسئلة التي تطرح والضوابط التي تحكم اختيار موضوعات ومعلومات معينة، أو استبعادها من نطاق البحث"، ويستخدم المقرب كإطار لتحليل الظواهر السياسية والاجتماعية ودراستها، كما يساعد الباحثين والمحللين على

تحديد الموضوعات الأكثر أهمية وإيضاح جوانبها الأساسية، ويُعَيَّنُهم على الكيفية التي يعالجون بها موضوعاتهم⁽¹⁾.

ويقول موريس أنجرس **Maurice Angers** أن الاقترب يعني طريقة غير جامدة لإستعمال نظرية علمية ما، أي أن الباحث يستتير بالنظرية دون أن يكون أحد أتباعها المخلصين⁽²⁾. ويمكن تعريف الاقترب كذلك: على أنه الصيغة التي يجمع فيها بين طريقة طرح الأسئلة والذخيرة المنهجية والمعجم التفسيري⁽³⁾.

وهناك عدد كبير من الاقتربات تطورت عبر الزمن، حسب الخلفيات الفكرية للباحثين الذين أوجدوها والبيئات الأكاديمية التي نبتت فيها، كالاقترب القانونية والاقتربات المؤسسية الكلاسيكية، وكذلك الاقتربات السلوكية التي جاءت على أنقاض الاقترب الكلاسيكي، والذي نعتته بأنه معياري وغير علمي، ولم تعد المؤسسات تحتل ذلك الموقع المركزي في التحليل، وأصبحت الأولوية للفعل الفردي⁽⁴⁾.

وأما الاقترب المؤسسي الحديث فقد جاء في أعقاب فشل الاقتربات السلوكية في تفسير الكثير من الظواهر السياسية، وكان لبعض الباحثين الأمريكيين الفضل في التعريف بهذا الاقترب أمثال مارش واو لسن (Johan P. Olsen – James G. March) والدعوة التي رفعها الباحثون إلى "إعادة اكتشاف المؤسسات".

وهناك من يعرف المؤسسة الحديثة على أنها عبارة عن مجموع غير متجانس من النظريات، حيث تنتقل وجهات النظر في هذا الاقترب من التاريخ الاقتصادي إلى تحليل السياسات العامة، مروراً بعلم الاجتماع، والقاسم المشترك بين هذه الفروع العلمية هو تبنيها مواقف نقدية من النظريات المهيمنة داخلها، ورغبتها في إعطاء المؤسسات ادوار حاسمة ضمن خططها التفسيرية.

والسياسة كما ورد في لسان العرب، تعني الرئاسة. يقال ساس الأمر سياسة أي قام به، والأمر هنا مرتبط مبدئياً بما يتعلق بأمر الناس. وعندما نقول سوسه القوم أي جعلوه يَسُوسهم. يرأسهم ويتولى أمرهم. ومصطلح السياسة فإنه يعني القيام على الشيء بما يصلحه، ويذكر المعجم العربي الأساسي أن السياسة هي المبادئ المعتمدة التي تتخذ الإجراءات بناء عليها⁽⁵⁾.

وبالرغم من تعدد التعريفات الخاصة بالسياسات العامة، فإن تعاضد تدخل الدولة العصرية، المتمثل في أدوارها المتعددة الهادفة لتخطيط وتنظيم وتنسيق وتوجيه كافة جوانب الحياة في المجتمع، قد تجسد في تعددها وتنوعها الذي أدى إلى تبلور الإرادة المجتمعية، وتحديد الأطر الفكرية والمناهج العملية لتوجهات وأساليب عمل المؤسسات الحكومية، ومنها على سبيل المثال السياسات العامة المتصلة بالدفاع والأمن والعلاقات الخارجية، والصحة والتعليم والإسكان، وكذلك القوى العاملة والاقتصاد القومي والرعاية الاجتماعية والبيئة، وغيرها⁽⁶⁾.

ولقد تم وضع العديد من التعريفات لها، والتي يمكن ذكر البعض منها للتوضيح على سبيل المثال، لا الحصر:

- ايرا شاركنسكي Ira Sharkansky: "السياسة العامة هي النشاطات الهامة للحكومة".

(1) محمد شلبي، المنهجية في التحليل السياسي المفاهيم، المناهج، الاقتربات، والأدوات، الجزائر: 1997.

(2) Maurice Angers, initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, (Alger: casbah université 1997), p.59.

(3) alme Richard et Brouard Sylvain, «Les conséquences des choix politiques: choix rationnel et action publique», Revue française de science politique, paris :2005/1 Vol. 55, p.36

(4) Nicolas Freymond, «" la question des institutions dans la science politique contemporaine: l'exemple du neo-institutionnalisme», travaux de sciences politiques, nouvelle série N:15, université de Lausanne, département des sciences politiques, Lausanne 2003, p.11.

(5) شوكت أشتي، السياسة تطور المعنى وتعدد المقتربات، (بيروت: دار أبعاد، 2007) ص 14.

(6) حسن ابشر الطيب، الدولة العصرية دولة مؤسسات، (القاهرة:الدار الثقافية للنشر 2000)، ص31.

- ماكينني وهوارد J.B.Mackinney & L.C.Howard: "السياسة العامة هي ما يحدث لأفراد المجتمع نتيجة أفعال الحكومة".
- ج. أندرسون James Anderson: "السياسة العامة هي منهج عمل هادف يقصد إتباعه في التعامل مع مشكلة مجتمعية ما".
- بيار مولر Pierre Muller: "السياسة العامة تتحدد عندما تحاول سلطة محلية أو وطنية، بواسطة برنامج عملي منسق تعديل البيئة الثقافية أو الاجتماعية أو الاقتصادية للفاعلين الاجتماعيين في إطار العام للتقسيم القطاعي للمجتمع⁽¹⁾".
- السياسات العامة هو التعبير عن إرادة الحكومة في الفعل (أو عدم الفعل)، ويمكن تعريفها على أنها: كمجموعات مهيكلية ومتناسكة، من النوايا والقرارات والانجازات، تقوم بها سلطة عمومية (محلية أو وطنية أو دولية)⁽²⁾.

وانطلاقاً من التعريفات السابقة يمكن أن نقدم التعريف الإجرائي التالي:

السياسة العامة هي مجموعة النوايا و الأهداف التي تسعى الحكومة لتحقيقها، متضمنة الخطط والبرامج التفصيلية لتحقيق هذه الأهداف والقرارات، والأعمال التي تقوم بها، أو تمتنع عن القيام بها بشكل مباشر، أو غير مباشر، قصد القضاء أو الحد من مشكلة تحوز عل اهتمام المجتمع، في زمن معين بحيث تصبح هذه المشكلة مصدر توتر لدى فئة من السكان، وتضع الحكومة أمام مسؤولية إيجاد حلول لها في إطار المصلحة العامة، أي أن لا يكون حل المشكلة التي يعاني منها فئة من السكان على حساب فئات أخرى، والقرارات المتعلقة بتنفيذ السياسة العامة مع توضيح آليات الرقابة على خطط وبرامج التنفيذ، دون إهمال الآثار المترتبة على تنفيذ السياسات، وإمكانية تعديلها -عبر الزمن- حسب ما تتطلبه الظروف والمستجدات.

وفيما يخص **السياسة الصحية**: وقبل التطرق للسياسات الصحية، يجدر بنا ان نقدم تعريفاً لمفهوم الصحة الذي يغلب عليه طابع التجريد، وقد يكون تعريف المرض أكثر سهولة من تعريف الصحة، مفهوم هذا الأخير يعتبر مفهوماً مجرداً إلا أنه كما يقول ف.مطراني (Ph. Mitrani) "مفهوم الصحة يشكل نظاماً من التمثيلات (Representations) أكثر عمومية من مجرد مقابلة بينه وبين عناصر مفهوم المرض، بل بالعكس يأخذ هذا النظام من التمثيلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية والاجتماعية لكل جماعة انسانية⁽³⁾".

ويعتبر مفهوم الصحة (La sante) اليوم من أصعب المفاهيم تعريفاً وتحديداً، فإذا كانت كلمة الصحة تندرج يومياً في كلام الناس وخطاباتهم للتعبير عن أحوالهم ووجودهم، فإنها لا تُفهم دوماً من طرف العامة بنفس الطريقة وبنفس المدلول، ومن المؤكد أن الصحة تشغل بال واهتمامات الجميع، وبالأخص عندما يتلاقى الناس سواء في شكل تجمعات أو فرادى، لأنها مفهوم يعبر عن الوجود من جهة، وهي مفهوم علمي من جهة أخرى تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

وبتغيير مفهوم **الصحة** من حيث الزمان والمكان... يعرفها توماس بنس (Thoms Benesse) "بأنها تعني أكثر العلاقة بين الشخص وجسده من العلاقة الموجودة مع الأقارب، ومع الخطاب الطبي ومع الثقافة"⁽⁴⁾.

(1) BOURICHE Riadh» Analyse des politiques publiques», **revue des sciences humaines**, université de mentouri Constantine n°25, Juin 2006, pp.88

(2) Philippe breau, **sociologie politique**, éditions casbah 2004, Alger: p.549.

(3) la sante et la maladie concepts, determinants et - UNFPA Tunisie www.unfpa-tunisie.org 2013 /01/07 زيارة

(4) نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة** الطبعة الأولى، (الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012)، ص 71.

ولقد أبرزت منظمة الصحة العالمية (WHO) في مقدمة دستورها لعام 1946 مظاهر الإشكالية لهذا التعريف، الذي عرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة، سواء الفردية منها أو الجماعية، ومن ضمن التعاريف التي أعطيت:

« La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits de tout être humain».

"هي تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد (صورة ايجابية للصحة) وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة.

إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني⁽¹⁾. وعلى العموم يمكن تعريف السياسة الصحية على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية⁽²⁾

2. الخلفيات النظرية للاقترب المؤسسي الحديث

من أهم متطلبات فهم الأسس النظرية التي قام عليها الاقترب المؤسسي الرجوع إلى التيارات الثلاثة المكونة لهذا الاقترب، وهي المؤسسية التاريخية والمؤسسية الاجتماعية ومؤسسية الاختيار العقلاني، وتبيان العلاقة التي تربط بينها ومدى تأثيرها في الاستجابة للمتطلبات التي تسعى للحقيقة.

أولا المؤسسية التاريخية: فقد تطورت المؤسسية التاريخية كرد فعل في مقابل تحليل الحياة السياسية، من منظور الجماعة أو من المنظور البنوي الوظيفي، الذي هيمن على علم السياسة في ستينات وسبعينات القرن العشرين، غير أن المؤسسية التاريخية لم تلغ هذه المنظورات، بل أخذت منها الكثير من الأفكار ساعية إلى تجاوزها، أي أن منظر هذا الاقترب أخذ من منظور الجماعة مثلاً فكرة أن محور الحياة السياسية هو الصراع بين الجماعات المتنافسة من أجل الحصول على الموارد النادرة، غير أنهم حاولوا البحث عن تفسيرات أفضل لبعض المواقف السياسية في الدولة، وخاصة التوزيع غير المتساوي للسلطة والموارد⁽³⁾.

ووجدوا تلك التفسيرات في أشكال التنظيم المؤسسي للمجتمع السياسي والبنى الاقتصادية التي تتصارع فيما بينها، بحيث يتم ترجيح مصالح معينة على حساب أخرى، وهذا مرده إلى أن هناك تقليدا راسخا في العلوم السياسية يولي أهمية كبيرة للمؤسسات السياسية الرسمية، غير أن منظري هذا الاقترب يعطون معاني أوسع لمفهوم المؤسسة⁽⁴⁾.

كذلك نجد أن منظري اقترب المؤسسية التاريخية قد تأثروا بالبنوية - الوظيفية، التي ترى أن المجتمع السياسي عبارة على نظام شامل مكون من أجزاء تتفاعل فيما بينها، ومع قبولهم بهذا المبدأ إلا أنهم انتقدوا ميل الكثير من البنويين والوظيفيين إلى اعتبار أن الخصائص الاجتماعية والنفسية والثقافية للأفراد هي المعالم المحددة لعمل جزء كبير من النظام، ولكن بالعكس من ذلك يعتبر رواد المؤسسية التاريخية أن التنظيم المؤسسي للمجتمع السياسي وللإقتصاد السياسي هو العامل الحاسم في تشكيل السلوك الجماعي، والسبب في

(1) حاروش، المرجع السابق، ص 70.

(2) www.politique-africaine.com/numeros/pdf/044051.pdf Magali Barbieri CEPED Pierre Cantrelle ORSTOM visite le 27/12/2012.

(3) Hall Peter A., Taylor Rosemary, Hall Peter A., Taylor Rosemary C. R. «La science politique et les trois néo-institutionnalismes.» In: *Revue française de science politique*, 47e année, n°3-4, 1997. p 471.

(4) *ibid*, p.471.

الحصول على النتائج المتباينة، لذا فإنهم يفضلون "البنوية" الكامنة في مؤسسات المجتمع السياسي على "وظيفية" النظريات السابقة التي ترى أن المواقف السياسية هي عبارة على استجابة للمتطلبات الوظيفية .

ويُقدّم منظرو المؤسسة التاريخية تعريفاً لمفهوم المؤسسة "على أنها مجموعة من الإجراءات والبروتوكولات والمعايير والاتفاقيات الرسمية وغير الرسمية الكامنة في البنية التنظيمية للمجتمع السياسي أو الاقتصاد السياسي، وقد تشمل هذه المعايير والإجراءات طيفا واسعا يمتد من القواعد الدستورية أو الإجراءات العادية لعمل إدارة ما إلى الاتفاقيات التي تضبط سلوك النقابات أو العلاقات بين البنوك والشركات". وعلى العموم يميل أنصار هذا التيار البحثي إلى الربط بين المؤسسات من جهة، والمنظمات والقواعد والاتفاقيات الصادرة عن المنظمات الرسمية من جهة أخرى. وهو تعريف يغلب عليه الطابع المادي على اعتبار أن هذا التيار من اقتراب المؤسسة الحديثة يجسد أكثر من غيره من الاقتربات فكرة "عودة الدولة" من خلال مؤسساتها المختلفة. ويرى الكثير من الباحثين أنه بقدر ما تقيد المؤسسات عمل الفاعلين السياسيين، فإن عمل هؤلاء كذلك يعزز مكانة وقوة هذه المؤسسات أو بمعنى آخر يساهم في إعادة إنتاجها وبالتالي استدامتها واستقرارها. ولفهم أسرار هذه الاستدامة والاستقرار وضع المؤسسيون التاريخيون مفهوم "التبعية للمسار" «path dependency»، وهم يهدفون من وراء إطلاق هذا المفهوم رفض المسلمة التقليدية التي تقول أن نفس القوى سواء كانت سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية تؤدي في أي مكان إلى نفس النتائج، والاستعاضة عنها بمسلمة جديدة ترى أن هذه القوى يمكن أن تتغير بفعل خصائص السياق المحلي، أي الخصائص الموروثة من الماضي، وهي خصائص ذات طابع مؤسسي بالطبع.

ثانياً: المؤسسة الاجتماعية:

ظهر اقتراب "المؤسسة الاجتماعية" (institutionnalisme sociologique) في إطار علم اجتماع المنظمات، وذلك في نهاية السبعينات من القرن العشرين، وجاءت هذه التسمية أي "الاجتماعية" تعبيراً عن المرجعية الفكرية لرواد هذه المدرسة، وعلى خلاف المؤسسة التاريخية ومؤسسة الاختيار العقلاني، فمتمثلي المؤسسة الاجتماعية ليسوا من علماء السياسة، بل أغلبهم من الباحثين في علم الاجتماع، بالإضافة إلى هذا "المؤسسة الاجتماعية" تأثرت بالنظريات الاجتماعية الأكثر شهرة مثل الظاهرية والبنائية، وبرزت هذه المدرسة في سياق بحثي تصدى لمهمة إرجاع المجتمع إلى قلب التحليل السياسي، بعدما غاب المجتمع من تحليل المنظمات لحساب أنموذج الفاعل العقلاني (نظرية الفاعل العقلاني)، أو لحساب الدولة في إطار علم الاجتماع التاريخي⁽¹⁾.

والجدير بالذكر أن هذه المؤسسة قد تصدت لهذا النقص البارز في الاقتربات الكلاسيكية والحديثة، من خلال إغفالها للبعد القيمي والأخلاقي في التحليل، حيث اهتمت بتحليل السياسات العامة، وكان عمل موظفي الدولة وتفاعلهم مع القوى المجتمعية محور اهتمام الباحثين المنتمين لهذا المنظور، بحيث لم يعد مفاجئاً اختيار علماء السياسة لمناهج علم الاجتماع في أبحاثهم بشكل مباشر.

ولقد شملت عناصر التحليل لديهم البعد المعرفي والفكري، أو القيمي والعقائدي للعمل العام أو الحكومي، غير أن هذا البعد لا يمتلك وجوداً حقيقياً يمكن تحديده امبريقياً ونظرياً، ومع هذا يمكن للباحث اعتماد ما يُسمى بالاقتراب المعرفي أو المعياري للسياسات العامة، مما يسمح له بتحديد جملة من المفاهيم والمكونات توجهه في عمله الميداني، لمعرفة الأبعاد المعرفية والمعارية للعملية موضوع الدراسة.

(1) Freymond, op cit, p.37.

ويقدم البعض مثل بيتر هال (Hall Peter) وبيار مولر (Pierre Muller) وبرونو جوبير (Jobert Bruno) وبول ساباتييه (Paul Sabatier) يقدمون توضيحات حول مكونات مفاهيمهم الأساسية مثل: الأنماذج الإرشادية (paradigme)، المرجعيات (référentiel)، انساق المعتقدات (systèmes des croyances).

ثالثاً: مؤسسية الاختيارات العقلانية:

ظهرت مؤسسية الاختيارات العقلانية (institutionnalisme des choix rationnels) في إطار الأعمال البحثية المهمة بدراسة سلوك أعضاء الكونغرس في الولايات المتحدة الأمريكية، عندما لاحظ الباحثون تناقضاً صارخاً بين نتائج ملاحظاتهم على سلوك المشرعين، وما جاءت به المسلمات الكلاسيكية لمدرسة الاختيارات العقلانية، أنه إذا كانت هذه المسلمات صحيحة، فإنه سيكون من الصعوبة الحصول على أغلبية مستقرة أثناء التصويت على القوانين داخل الكونغرس، نظراً لاختلاف تفضيلات المشرعين بين فترة تشريعية وأخرى، وتعدد أبعاد القضايا المطروحة للنقاش، مما يؤدي إلى بروز تناقضات، تحاول كل أغلبية جديدة العمل على توظيفها بهدف إلغاء القوانين التي صوتت عليها الأغلبية السابقة، غير أن ما تم ملاحظته هو الاستقرار البارز للقرارات داخل الكونغرس.

وللبحث عن تفسير لهذا التناقض اتجه الباحثون إلى المؤسسات، حيث رافع الكثير منهم على أن وجود الأغلبية المستقرة في عملية التشريع مرده إلى النظام الداخلي ولجان الكونغرس، التي تعمل على توجيه الاختيارات والمعلومات المتاحة للمشرعين، وبعض قوانين النظام الداخلي تسمح بضبط جدول الأعمال، وكذلك الحد من مدى القرارات المطروحة للتصويت⁽¹⁾.

من هنا، جاءت الفكرة لدى الباحثين المهتمين بنظريات الاختيار العقلاني بإدماج المؤسسات في أبحاثهم وخاصة تأثير هذه المؤسسات على سلوك الفاعلين السياسيين، وتم تعريف المؤسسة ضمن نظريات اللعب هذه، على أساس أنها شكل من الألعاب أي "مجموعة من القواعد التي تُخصص الاستراتيجيات المتوفرة لكل لاعب مناسب، والمزايا المتعلقة بكل إستراتيجية"، وهذه القواعد ينشئها الناس لتقييد السلوك والتفاعلات بين الأفراد، ويمكن أن تكون على شكل قواعد رسمية، مثل المؤسسات والقوانين، أو غير رسمية مثل التقاليد.

ويرى هذا الاقتراب أن المؤسسات عبارة على عقود طوعية يعقدها الفاعلون فيما بينهم، بغية الحفاظ على مصالحهم والتقليل من درجة الارتياح التي تنتج عن قراراتهم الجماعية، في وضعية تمتاز بعدم الحصول على المعلومات الكاملة، فوظيفة المؤسسة هي - أولاً وقبل كل شيء - تزويد الفاعلين بقليل من القدرة على التنبؤ بالسلوكيات الجماعية، من هنا تبدو تصرفات الفاعلين عقلانية، أي أنهم يقومون بحساب واستباق عواقب أفعالهم، في إطار القواعد المؤسسية الماثلة أمامهم، وهذه القواعد يكمن دورها الأساسي في تثبيت توقعات الفاعلين، بالنظر إلى ما يمكن أن يقوم به الفاعلون الآخرون عندما يكون الكل في وضعية اعتماد متبادل.

3. التفسيرات النظرية للإصلاحات التي مست السياسة الصحية في الجزائر في الفترة 1990-2012:

أولاً: تفسير المؤسسية الحديثة التاريخية/ أو الربط بين الميراث المؤسسي والسياسة الصحية في الجزائر:

يساعد اقتراب المؤسسية الحديثة الباحثين على فهم الكثير من الممارسات التي يقوم بها الفاعلون في مجال السياسات العامة، حيث يفترض في المؤسسة أنها المتغير المستقل ونمط السياسة هو المتغير التابع، ويبرز ذلك من خلال دراسة العمليات السياسية المتعلقة بالسياسة القطاعية المراد دراستها، كالسياسة الصحية مثلاً انطلاقاً من تحديد المشكلة ومروراً بمرحلة التنفيذ إلى مرحلة التقويم.

(1) Hall Peter A., Taylor Rosemary C. R, op cit, p. 477.

ويركز تيار المؤسسة التاريخية على مركزية الدولة في مجال السياسات العامة، حيث نجد هذا التيار عكس الاقترابات السلوكية، التي نزعته عن الدولة أية قدرة على التأثير في السياسات، فإنه جعل منها الفاعل الرئيسي من خلال العبارة الشهيرة "عودة الدولة" (Bringing the state back in)، وإن كان نقل المفاهيم والنظريات من بيئات منشؤها إلى بيئات أخرى تختلف عنها في الكثير من الخصائص مما قد يطعن في صحة النتائج المتوصل إليها، ولهذا فإن دولة كالجزائر يمكن اعتماد تطبيق اقتراب المؤسسة الحديثة عليها، حتى وإن حامت ومازالت تحوم الكثير من الشكوك حول قوة مؤسساتها، فهذه المؤسسات هي التي تتحكم في مجمل العمليات السياسية، بل نجد أن سياسات التنمية بكل جوانبها كانت دائماً من صلاحيات الدولة وحدها، ولم تترك للقوى الاجتماعية والاقتصادية إلا أدواراً هامشية لا تكاد تذكر، ويمكن إرجاع سبب تبني الدولة الجزائرية لهذا النهج في التفسير هو محاولة التأسّي بالمنظومة الاجتماعية في دول الرعاية (L'Etat providence) أين تعتبر الصحة حقاً يجب تقنينه وتنظيمه على أساس قاعدة المساواة في الوصول والاستفادة من العلاج، والذي من الواجب توفيره وفق مبادئ الصحة العمومية، والحكومة هي من يُحدد الأولويات الصحية للدولة، أما التمويل الصحي فيكون جماعياً، سواء بطريقة مباشرة عن طريق الضرائب، أو غير مباشرة باعتماد صناديق الضمان الاجتماعي⁽¹⁾.

والملاحظ في ميدان الصحة في الجزائر هو أن مؤسسات الدولة هي التي تتحسس المشكلات الصحية، سواء من خلال تحقيقات وبائية تقوم بها كالمعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، أو من خلال الديوان الوطني للإحصاء (ONS)، أو عن طريق البرامج التي تضعها وزارة الصحة، لمواجهة بعض الأمراض المنتشرة بشكل وبائي في الجزائر، كما تقوم الدولة بتنفيذ السياسات الصحية عن طريق الإدارات والهياكل الصحية التابعة لها، دون أن تترك لباقى القوى الاجتماعية المتمثلة في جمعيات المجتمع المدني أي مجال للمبادرة.

التفسير الموروث من المرحلة الاشتراكية وتأثيره على صانعي القرار الصحي:

بالإضافة إلى مفهوم مركزية الدولة فقد قدم اقتراب المؤسسة التاريخية مفاهيم تتعلق بعوامل الاستمرارية والتغيير في السياسات العامة، وكان أشهرها مفهوم "التبعية للمسار القديم" (dependency path)، وهو مفهوم يُشير إلى المسلمة التي تقول بأن السياسات والممارسات السابقة تُشكل قيوداً على إستراتيجيات وقرارات صانع السياسة العامة وتجعله يسير في رواق لا يحيد عنه إلا ليعود إليه..

من هنا ارتأينا اعتماد هذا الاقتراب كمحاولة لفهم سلوكيات الفاعلين في السياسة الصحية في الجزائر منذ بداية التسعينيات من القرن الماضي، والذي تزامن مع جملة تحولات اقتصادية واجتماعية وسياسية شهدتها الجزائر، خاصة بعد أحداث أكتوبر 1988 والأزمة الاقتصادية التي أثرت على الأداء الاقتصادي، بفعل تراجع مدا خيل المحروقات التي تعتبر المصدر الأساسي للعملة الصعبة.

فالإصلاحات التي طال انتظارها في قطاع حساس على غرار قطاع الصحة لم تأت، فمنذ نهاية الثمانينات اكتفت الحكومات المتعاقبة بإحداث تعديلات طفيفة لسياستها الصحية لمواجهة الأمور المستعجلة دون أن تغوص إلى عمق المشاكل التي يتخبط فيها المواطن في حياته اليومية، وهناك تساؤلات لم تجد لها إجابات مقنعة إلى اليوم، فما هو دور الدولة في مجال الصحة؟ هل تبقى هي المحتكر الأساسي للاداءات الخاصة بالعلاج؟ أم تقوم بدور الناظم لقطاع يتشكل من فاعلين مختلفين؟ وهذه التساؤلات موضوعية خاصة وأن الإصلاحات الاقتصادية أصبحت أمراً واقعاً لا رجوع عنه⁽²⁾.

(1) Tizio Stéphane, «Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle», *Mondes en développement*, 2005/3 no 131, p.52.

(2) Rachid Tlemceni, *état, bazar et globalisation l'aventure de l'infithah en Algérie*, (Alger : les éditions EL Hikma, 1999), p.155.

وكثيراً ما يتكرر سؤال حول جدوى الاحتفاظ بقانون للصحة تم وضعه سنة 1985 وهو القانون 85-05 المتعلق بحماية وترقية الصحة، الذي وُضع في سياق الطب المجاني والاقتصاد الموجه، وهو سياق يختلف تماماً عن الزمن الحالي من كل النواحي، سواء ما تعلق منها بالتحول الديمغرافي أو الوبائي أو البيئة الاجتماعية والاقتصادية للجزائر، التي تختلف جذرياً عن سنة 1985، وحتى على المستوى الخارجي فإن الواقع الدولي أصبح مختلفاً، فلماذا الاحتفاظ بهذا القانون مع أن الجزائر عرفت دستورين (1989 و 1996) منذ المصادقة على قانون الصحة، وعلى الرغم من مرور أكثر من خمسة وزراء على وزارة الصحة منذ الشروع في دراسة مشروع القانون الخاص بالصحة في سنة 2002، بل حتى وزارة الصحة أضافت تسمية أخرى لتسميتها وأصبحت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات :MSPRH Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière (1)، إلا أن الوضع ضل على حاله، وهو ما يؤكد فرضية القيود الموضوعية في طريق صانعي القرار الصحي في الجزائر، مهما كانت أنواع هذه القيود التي -حالت ومازلت- تحول دون إحداث تغييرات جذرية تتماشى مع التطورات الحاصلة في المجتمع.

- ويمكن إرجاع فشل محاولات إدخال إصلاحات على السياسة الصحية في الجزائر إلى عوامل عدة منها:
- 1- أن الرصيد القيم للإجراءات والممارسات كرسَتْ واقِعاً لم يعد يسمح للفاعلين -خاصة على مستوى الإدارات العليا- من التفكير في بدائل أخرى، لحل المشكلات التي يواجهونها في تسيير قطاع الصحة .
 - 2- أصبحت كل محاولة لإرساء قواعد وإجراءات جديدة -حتى وإن كانت أفضل- مغامرة لا يقدم عليها أي مسؤول في ظل نظام إداري بيروقراطي بطيء، وهيئات لصنع القرار تتركس الطابع المركزي الجامد، لا يُسمح فيه بالمبادرة وقد يتعرض من يسلك مسار غير تقليدي في التسيير إلى عواقب هو في غنى عنها، وقد تقصيه من منافع وامتيازات وترقيات يحلم بها كل موظف.
 - 3- يؤكد بعض المهتمين بالصحة على الدور المركزي للفاعلين في التغييرات التي تخص السياسات الصحية، لأنه يبرز هذا أكثر إذا ما تعلق الأمر بسياسة عامة، يكون فيها الصراع حول القيم دافعاً للفاعلين بأن يقوموا بسد الطريق أو إجهاض أية محاولة للقيام بإصلاحات في المنظومة الصحية، وتتضح هذه المقاومة للإصلاح أكثر فأكثر عندما نعلم حدة الخلافات بين المجتمعات في تفسير مفهوم العدالة.
 - 4- يعتبر الاختلاف حول ترسيخ السياسة الصحية انعكاس لاختلاف نوايا الفاعلين، فاعتماد اللامركزية في تسيير الصحة قد يهز أركان توزيع السلطة بين الفاعلين المحليين في النظام الصحي، والفاعلين المركزيين الذين يجدون أنفسهم قد فقدوا الكثير من الامتيازات والسلطات، التي تخول لهم التحكم في الكثير من الموارد (2).

الأزمة الاقتصادية والأمنية "مظروف حرجة" للتغير المؤسسي في مجال الصحة في العشريتين الماضيتين:

قام الباحث السياسي غورفيتش (P.Gourevitch) بوضع مفهوم "الظروف الحرجة" critical junctures، وهي تلك الفترة المحصورة في الزمن، والتي تُصبح فيها العلاقات بين الفاعلين مفتوحة، وهو ما يلحق بالترتيبات المؤسسية علاقات جديدة بين الفاعلين، وحسب طبيعة تفاعلاتهم مع بعضهم البعض، وسلطة التأثير لكل منهم تبرز حلولاً وخيارات جديدة تؤدي إلى مرحلة جديدة من الاستقرار، ويشبه غورفيتش هذه العملية بحركة الصفائح

(1) bengounia abdelwaheb, «Le changement de la politique nationale de santé est impératif», El Watan - Algérie -le 06/07/2011, n6296, p.11.

(2) Valéry Ridde, «Kingdon à Bamako: conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique», Politique et Sociétés, vol. 23, n° 2-3, 2004 p.195, URI: <http://id.erudit.org/iderudit/010889ar> visite le 14/02/2013

التي تُكون قشرة الأرض، أي أن الظروف الحرجة عبارة على الزلازل والبراكين التي تغير من العلاقة بين الصفائح، لكن لن يكون التغير عشوائياً إنما تقيدته الترتيبات المؤسسية السابقة (1).

وتمر هذه المؤسسات بعد ذلك بمرحلة استقرار، قد تطول أو تقصر حسب الأحداث والمستجدات التي تطرأ على المجتمع، سواء من الداخل أو الخارج.

واعتماداً على هذا المفهوم، يمكننا وضع فرضية مفادها أن السياسة الصحية في الجزائر مرت بفترة حرجية، تمثلت في الأزمة الاقتصادية التي لحقت بالدولة مع نهاية الثمانينات، إضافة إلى الأزمة الأمنية التي تولدت عنها أزمة سياسية، والتي تجلت من خلال غياب المؤسسات الدستورية، وتعطل الكثير من البرامج والمشاريع، حيث تركت هذه الظروف بصمتها على المؤسسات، بما فيها المكلّفة بوضع وتنفيذ السياسة الصحية في الجزائر.

ولقد مست الأزمة بشكل صريح بنية النفقات الوطنية للصحة (DNS) la dépense nationale de santé مما شكل عبئاً إضافياً على عاتق الأسر أو العائلات، حيث انتقلت نسبة تحمل هذه العائلات لمصاريف الصحة إلى 30%، ونسبة الدولة إلى 40%، والباقي على عاتق الضمان الاجتماعي، وذلك بسبب محدودية الموارد التي حدثت على إثر انخفاض سعر البترول في الأسواق العالمية، تجسدت على المستوى الصحي في ندرة الأدوية وارتفاع ثمنها، بفعل تراجع نسبة صرف الدينار إلى العملات الأجنبية، وتأثرت البرامج الوطنية بهذه الأزمة، خاصة البرنامج الصحي الموسع الذي يضم التلقيحات والبرنامج الوطني لمكافحة مرض السل.

وفي إطار إعادة هيكلة الاقتصاد الوطني وتحت إشراف صندوق النقد الدولي، اضطرت الدولة إلى خفض نسبة الاعتمادات الموجهة للسياسات الاجتماعية، فالناتج المحلي الخام تدهور من 2400 دولار أمريكي إلى 1400 دولار أمريكي، والنفقات الوطنية للصحة انتقلت من 5.2% من الناتج الوطني الخام (130 دولار للفرد) في سنة 1989 إلى 3% سنة 2000 (2).

وكان من آثار هذه الأزمة فتح المجال للنقابات الحرة غير المنضوية تحت لواء الاتحاد العام للعمال الجزائريين، بموجب القانون رقم 90-14 المؤرخ في 2 جوان 1990 المساهمة في الحياة الاقتصادية، لكن ما يلاحظ على الحركة النقابية المستقلة في الجزائر أنها -وبالرغم من أن قانون 14/90 وخاصة المادة 39 منه ينص على أحقية المنظمات النقابية المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية للبلاد- لم تشارك في أي لجنة أو مجلس إداري في أي منظمة عمومية أو خاصة (3)، وتمثل دور هذه النقابات في المطالبة بتحقيق المطالب الاجتماعية، باعتماد أساليب الضغط عن طريق الإضرابات المتكررة (كرفع الأجور والعلاوات والسكن)، دون التأكيد على المشاكل الكبيرة التي يتخبط فيها قطاع الصحة.

كما نجد -بالإضافة إلى فتح المجال للعمل النقابي- أن الظروف الحرجة التي تمثلت في انخفاض الموارد المالية، مما جعل الدولة تراجع الكثير من المشاريع والبرامج أو تتخلى على الكثير منها، ولاقت السلطات آنذاك صعوبات في الاستجابة للكثير من متطلبات قطاع الصحة، كأجور العمال أو صيانة التجهيزات الموجودة، ناهيك عن شراء تجهيزات جديدة.

(1) Bruno palier, Yves Surel et autres «L'explication du changement dans l'analyse des politiques publiques: identification, causes et mécanismes», (paris: centre d'études européennes mai 2010.), p.32.

(2) Jean-Paul Grangaud, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Ipemed, 2012, p.51.

(3) قاسم ميلود، إشكالية عمل المنظمة النقابية في ظل التحولات الاقتصادية دراسة حالة الجزائر، تونس والمغرب رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في التنظيم السياسي والإداري من قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية بكلية العلوم السياسية والإعلام، الجزائر 2010 ص 29.

وأمام التدهور الواضح الذي عرفته نوعية الأداءات الطبية، سعت السلطات السياسية إلى تشجيع القطاع الخاص، لكن من دون تأطير قانوني أو تخطيط عقلاني للاستثمارات في هذا القطاع ، وهو ما اعتبره البعض خيانة للنهج الاشتراكي في الفترة السابقة .

ثانيًا: تفسير المؤسسية الحديثة للاختيار العقلاني، السياسة الصحية في الجزائر أنموذجاً
دور التكنوقراط والإداريين في التأثير على أداء السياسة الصحية من منظور أنموذج الفاعل الرئيسي - الوكيل (principal-agent)

من المواضيع التي يزخر علم السياسات المقارنة بالكثير من الدراسات الامبريقية المعتمدة على اقتراب (الفاعل الرئيسي - الوكيل)، والتي توصلت لتأكيد بعض الفرضيات القائلة بأن عدم الاستقرار الوزاري يضر بآليات التحكم في تكاليف النظام الصحي، وأشهر هذه الدراسات دراسة جون هوبير (John Huber) التي يرى فيها أن التفاعل الذي تمت أنموذجته باستعمال اقتراب الفاعل الرئيسي - الوكيل (principal-agent) يشير إلى أن الوضعية التي تتسم بانعدام الاستقرار الوزاري يجد فيها الوزير ومن ورائه الحكومة أنفسهم أمام صعوبات جمة في التحكم في أفعال الموظفين، مما يسمح لهؤلاء الموظفين من اكتساب استقلالية واضحة، وهي الفكرة المتضمنة في مقولة "الوزراء يذهبون والموظفون يبقون"، وعليه فكما قلت نسبة التفاعل بين الوزير وموظفي الوزارة عبر الزمن، كلما قلت ثقة الوزير في أن هؤلاء الموظفين يتبعون توجيهاته هو بدلاً من توجهاتهم الخاصة، بالإضافة إلى ذلك فاستقرار الموظفين يعطيهم أفضلية في مجال المعلومات، ويسمح لهم باستعمال ما يوجد بحوزتهم في دفع الوزير إلى صياغة سياسة مطابقة لمصالحهم، لكن في المقابل، كلما طال العهد بالوزير في الوزارة فإن الكفة تميل نحوه في مجال المعلومات، ويجد الموظفون أن من مصلحتهم اعتماد الشفافية في تبادل المعلومات معه خاصة إذا ما تأكدوا من أن مدة تعاملهم مع الوزير ستطول عبر الزمن⁽¹⁾.

وكما هو معلوم في الدول الديمقراطية التي يتم فيها التداول على السلطة من خلال انتخابات دورية، فإن الوزراء يتداولون الإشراف على الوزارات، ويسعون لتطبيق برامج أحزابهم التي وعدوا بها منتخبهم عندما كانوا في المعارضة، فوزراء الصحة -مثلاً- قد يعدون المواطنين بتحسين أداء المصالح الصحية، وتطوير الجودة في ظل ظروف اقتصادية تتسم بندرة الموارد المالية، أو بالرغبة في ترشيد المصاريف الخاصة بالصحة.

والحديث بالذكر، أن ظاهرة الاستمرارية التي اتسمت بها الجزائر في فترة الأحادية والتي كان يتم فيها تعيين الوزراء في مرحلة الأحادية من داخل الحزب الحاكم (أي حزب جبهة التحرير الوطني)، فإن الوضع لم يتغير كثيراً في مرحلة التعددية، على أساس أن معظم الوزراء لا يتم تعيينهم انطلاقاً من الانتماءات الحزبية، بل اعتماداً على اعتبارات أخرى لا علاقة لها بالخلفية الإيديولوجية للوزير، وإن نصت المادة 79 من الدستور على أن "يقدم رئيس الحكومة أعضاء حكومته الذين اختارهم لرئيس الجمهورية الذي يعينهم"⁽²⁾، ومنذ مطلع التسعينات سعى عدد من رؤساء الحكومات تكريس هذه المادة في الميدان بممارسة صلاحياتهم في اختيار الوزراء (على غرار بلعيد عبد السلام ومولود حمروش وأحمد أويحي) تحت رئاسة الرئيس. أما في عهد الرئيس بوتفليقة، فإن رئيس الجمهورية هو الفاعل الرئيس والوحيد في الكثير من الأحيان، عندما يتعلق الأمر بتعيين الوزير، إلا أنه يمكن أن يستشير ويتأثر بآراء محيطه، لكنه في النهاية هو الذي يقرر وحده عندما يتعلق الأمر بتعيين وزرائه،

(1) Balme Richard et Brouard Sylvain, op cit p. 44.

(2) الدستور، استفتاء 28 نوفمبر 1996، ط2، (الجزائر: مطبوعات الديوان الوطني للأشغال التربوية 1998)، ص 19.

والذي عادة ما يراعي فيهم بعض الخصائص الفردية المتعلقة بالتأهيل والتجربة، مع عدم نسيانه لظاهرة التمثيل الجهوي والوفاء⁽¹⁾.

وعليه، فإن وزراء الصحة -كباقي الوزراء- ينفذون برامج رئيس الحكومة الذي يختارهم، أو رئيس الجمهورية الذي يعينهم، فمنذ سنة 1990 نجد أن وزارة الصحة التي مر عليها عدد كبير من الوزراء (منهم الأستاذ في الطب والطبيب العام، ومنهم التكنوقراطي المنتمي إلى تخصص آخر). دون أن نجد بصمة لأحدهم في الإصلاحات التي مست المنظومة الصحية.

ثالثاً: تفسير المؤسسية الحديثة الاجتماعية/أو الربط بين أفكار ومعتقدات الفاعلين والسياسة العامة الصحية
توفر المؤسسية الاجتماعية جملة من المداخل تسمح للباحث بتفسير الكثير من الظواهر السياسية المتعلقة بالسياسات العامة للدولة ومنها:

1- الأفكار والقيم والمعايير الموجهة لصانعي السياسة الصحية في الفترة الاشتراكية:

لقد أفرزت التجربة التاريخية للدولة الجزائرية بمختلف مراحلها الكبرى (الاستعمار، فترة الحركة الوطنية، فترة الثورة وما بعد الاستقلال) الكثير من الخصائص التي ميزت الثقافة السياسية الشعبية، والتي سادت فيها الأفكار والممارسات الراديكالية (الجزرية) أثناء طرح المطالب الاقتصادية والاجتماعية، كما عممت النظرة المساواتية الرافضة للتمايز الاجتماعي المستهجن⁽²⁾، وجعلت أفراد الشعب يطمحون للحصول على مجمل الحقوق التي كانت مسلوقة من طرف الاستعمار، وصادف ذلك وجود نخب حاكمة تبنت إيديولوجية مساواتية في إطار النهج الاشتراكي للدولة، خوفاً من عودة البرجوازية للهيمنة على المجتمع، وهي التي كان ينظر إليها بأنها تسعى لتحقيق مصالحها على حساب مصالح عامة الشعب.

وتتمثل أهم مظاهر اشتراكية الدولة في مركزية النظام الاقتصادي في الملكية الجماعية لوسائل الإنتاج ... وفي آليات القرار، التي تخص التوزيع القطاعي للاستثمارات وتمويلها، وتنظيم إنتاج السلع والخدمات⁽³⁾. وكانت نظرة صناع القرار في هذه الفترة يغلب عليها الطابع الرومانسي، أي البحث عن تحقيق أعظم الانجازات وفي أسرع وقت، كالقول "يلزمننا أحسن ما هو موجود في العالم وحالاً"، وهي تصريحات ليس لها أثر في الواقع، مما يعكس ملامح الأبوية التي تمارسها الطبقة الحاكمة، والتي تحاول أن تجعل من الإصلاحات مجرد هبة تُمنح دون أن تأخذ بعين الاعتبار تضامن القاعدة وكتلتها، انطلاقاً من التضامن الضروري لنجاح كل عملية، وكل هذا شجع من انتشار مناخ الأمبالاة، وهذا يدل عن القطيعة الموجودة بين صانع القرار وحيثيات الميدان، وكرسست النخب الحاكمة هذه التوجهات من خلال النصوص الأساسية المتمثلة في الدستور والخطابات الرسمية والوثائق التوجيهية.

وكانت السياسة الصحية أداة من أدوات النظام لتجسيد هذه الطموحات على أرض الواقع، فجاءت سياسة الطب المجاني، لتعكس رغبة السلطة في القضاء على أهم معاقل اللامساواة بين المواطنين، حيث كان يهدف هذا الأمر للقضاء على عدم المساواة، الذي كان واضحاً بين فئات المجتمع في الحصول على العلاج، وانتشار

(1) ناصر جابي، "لكل رئيس وزير"، *جريدة الخبر اليومي*، العدد 5610، 18 أفريل 2009، ص3.

(2) ناصر جابي، الجزائر: الدولة والنخب دراسات في النخب، الأحزاب السياسية والحركات الاجتماعية (الجزائر: منشورات الشهاب 2000) ص 95.

(3) عبد الحميد إبراهيمي، *المغرب العربي في مفترق الطرق في ظل التحولات العالمية*، (بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 1996، ص158.

الأمراض والفقر، التي بقيت منتشرة بشكل كبير في القرى وبعض الجيوب الفقيرة في المدن، بالإضافة إلى أن المؤسسات والتي غادرها الكثير من الأطباء الفرنسيين كان ينظر لها المجتمع على أنها رمز من رموز الاستعمار، فحتى اللغة المتداولة داخل أروقة هذه المؤسسات هي اللغة الرسمية للمستعمر (أي اللغة الفرنسية)، ولم يكن أمام السلطة الحاكمة إلا إقرار سياسة الطب المجاني، وهي أشبه ما تكون بسياسة تأمين المحروقات في المجال الاقتصادي، دون التفكير في انعكاسات هذا الإجراء على نوعية الأداءات الطبية، أو إمكانية مراجعته بعد مرحلة انتقالية قد تنتهي بتحسين الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للسكان، زيادة على أن رئاسة الجمهورية كانت تسعى لتقوية شرعيتها أمام الشعب، في تلك الفترة التي اتسمت بغياب الكثير من المؤسسات الدستورية المعروفة الآن.

2- التفسير من منظور المرجعيات لبيار مولر:

يعتبر النموذج الذي قدمه بيار مولر (Pierre Muller) لتفسير التغيير في السياسات العامة من أهم الأنماذج التي تسعى إلى تحليل ذلك الترابط بين الآثار الناتجة عن البنى أو الهياكل، كالمرجعية القطاعية (Référentiel sectoriel) والمرجعية الشاملة (Référentiel globale).

فإذا كانت المرجعية القطاعية (Référentiel sectoriel) يتم اعتمادها من طرف نخبة أو أقلية من الخبراء الذين يهيمنون على سلطة القرار في القطاع المعني، فإن قطاع الصحة في الجزائر، هيمنت عليه -ولو بدرجات متفاوتة حسب المراحل الزمنية- نخبة من أساتذة الطب، وعلى رأسهم الوزراء الذين غالباً ما كانوا من الأطباء، وأما المرجعية التي سادت في بداية التسعينات كما يقول غرنغو (Grangaud) (ما بين قطاعية L'intersectorialité)، وهي تتلخص في أن الصحة ليست قضية الأطباء ومهنيي الصحة فقط، بل قضية المجتمع في عمومه، حيث أخذت هذه المرجعية أبعاداً مهمة، من خلال الصراعات التي قامت حتى على أعلى المستويات في الدولة، ويبقى اسم الوزير يحي قيدوم* مرتبط بهذا المفهوم أشد الارتباط، ففي بداية سنة 1996 وقعت جائحة (Epidémie) حمى التيفويد (Fièvre typhoïde) فاضطر وزير الصحة رفع دعوى قضائية ضد المجلس البلدي لبلدية عين طاية، بحجة أنها قد أخلت بالإجراءات المعمول بها في انجاز مشروع ربط الأحياء بقنوات الصرف الصحي، مما كبد وزارة الصحة خسائر فادحة جراء العلاجات وتكاليف المدة التي قضاهها ضحايا حمى التيفويد في المستشفيات، والذي فاق عددهم 100 مريض، وكان الهدف من هذه الدعوة تحسيس المسؤولين والرأي العام بضرورة أن يتحملوا مسؤولية الصحة، بالإضافة إلى وزارة الصحة، أشخاص ومؤسسات قاموا بأفعال وممارسات أضرت بصحة المواطنين⁽¹⁾، وهذه العلاقة بين معاناة قطاع الصحة والإختلالات الناجمة عن قطاعات أخرى من المجتمع يسميها مولر وبرونو جوبير العلاقة بين القطاع والمجتمع بشموله (rapport global-sectoriel) (RGS) هي المرجعية Référentiel الخاصة بالسياسة العامة، وهذه العلاقة لا يمكن لها أن تتحول إلى موضوع للسياسة العامة، إلا تبعاً للصورة التي يكونها الفاعلون لهذه العلاقة، أما من يتكفل برسم هذه الصورة فيطلق عليه الباحثان الفرنسيان اسم الوسيط (médiateur) الذي يحتل مكانة إستراتيجية في تشغيل السياسة العامة.

3- التفسير من منظور براديجم السياسة العامة لبيتر هال:

(1) Abderrahmane Djelfaoui, **Grangaud d'Alger à El-Djazair**, edition casbah, Alger 2000. P.212.

* يحي قيدوم: أستاذ جراح متخصص في جراحة العظام في المستشفى الجامعي بقسنطينة، تقلد منصب وزير الصحة والسكان في بداية التسعينات، وينتمي سياسياً إلى حزب التجمع الوطني الديمقراطي.

يطرح بيتر هال (Peter Hall) قضية التغيير في السياسات العامة من منظور مختلف، فهو يميز بين التغيير التراكمي والتغيير الجذري، ويقدم كإجابة على السؤال، هل التغيير تراكمي أم جذري؟ حيث يقول أن هناك ثلاثة مستويات للتغيير، أول مستوى يتعلق باستعمال أدوات السياسة العامة، والثاني يتعلق باختيار هذه الأدوات، والثالث يتعلق بأهداف هذه السياسة⁽¹⁾.

فالمستوى الأول من التغيير من خلال التعديلات التي تحدثها السلطة العمومية، والتي تمس في المقام الأول أدوات السياسة العامة، كأن تقوم الحكومة بتعديل نسبة الاقتطاع الضريبي على الدخل، أما المستوى الثاني فيمس أسلوب الاختيار بين الأدوات المستعملة في السياسة العامة، دون أن تتأثر أهداف هذه السياسة بهذا التغيير، في حين نجد أن المستوى الثالث يسعى إلى تغيير أهداف السياسة العامة في حد ذاتها، من هنا قدم بيتر هال فكرته القائلة بأن براديجم الأنموذج الإرشادي للسياسة العامة، يتحول إذا مس التغيير المستوى الثالث، أي أن أهداف السياسة العامة في حد ذاتها يلحقها التغيير، وعليه فالتعديلات الهامشية، أو تلك التي تمس المستويين الأول والثاني هي أشبه بالعلم العادي، الذي تكلم عنه توماس كون (Thomas Kuhn) في كتابه "بنية الثورات العلمية"، أما التغيير الذي يلحق بأهداف السياسة العامة فيمكن اعتباره تحولاً جذرياً في الأنموذج الإرشادي للسياسة العامة أو بمثابة العلم الثوري الذي جاءت به نظريته، الذي يشهد بروز نظرية ومناهج ومفاهيم جديدة تخلف عن تلك القديمة، وتجعلها في حكم الماضي.

فلو أردنا تحليل السياسات الصحية في الجزائر معتمدين على نموذج بيتر هال، لوجدنا أن أهداف الصحة في الجزائر والتي وضعتها السلطة الحاكمة، حتى وان لم تصرح بها، منذ المرحلة التي تلت الاستقلال مازالت هي نفسها، أي كسب الشرعية لدى المواطنين، حتى وان تعرضت أدوات السياسة الصحية أو الاختيارات بين هذه الأدوات إلى التغيير بين الحين والآخر.

فشرعية النظام كانت هي الغاية الأولى من كل السياسات الاجتماعية، ومازالت إلى يومنا هذا، وحتى في الدول المتقدمة كانت السياسات الاجتماعية هي الجسر الذي يعبر به الساسة إلى قلوب المواطنين لكسب ولائهم، ومن ثمة تحقيق السلم الاجتماعي، الذي يعتبر الضامن لبقاء مؤسسات الدولة وديمومتها.

فالخدمات الاجتماعية التي تقدم للمواطنين تمثل ضرورة حتمية لشرعية الدولة، حتى وإن تكفلت هيئات غير رسمية (في إطار تجاري أو تطوعي) بتوفير هذه الخدمات، فإن أعمال هذه الهيئات تصب في شرعية الدولة، على أساس أنها هي التي تؤطر عمل هذه الهيئات وتراقب نشاطاتها.

والتغيير الذي لحق بأدوات السياسة الصحية قد يكون في فتح المجال للقطاع الخاص، سواء في التكفل بالعلاج أو الفحص أو في مجال استيراد الدواء، كذلك التحول الذي لحق بطرق تمويل النظام الصحي، غير أن توفير خدمات مجانية للمواطنين داخل مؤسسات القطاع العام بقيت من الثوابت، حتى وإن كانت الخدمات المقدمة داخل المصالح الاستشفائية لا ترقى إلى مستوى الأموال الكبيرة التي يتم ضخها في قطاع الصحة.

4 - التفسير من منظور إطار ائتلاف الفاعلين لبول سابا تيه (Paul. Sabatier)

يقدم أنموذج بول سابا تيه والمعروف بإطار ائتلاف الفاعلين ((Advocacy Coalition Framework (ACF) تفسيرات لعمليات التغيير التي تمس السياسات العامة على المدى المتوسط، حيث يولي هذا الإطار المفاهيمي اهتماماً بالأنساق الفرعية للمعتقدات التي يحملها الفاعلون في قطاع معين، وداخل هذه الأنساق من المعتقدات

(1) Bruno Palier, Yves Surel et al, op cit, p.34.

فإنه يوجد أن وضع السياسة العامة يُشرف عليه مجموعة من الفاعلين المهتمين بتطبيق هذه السياسة العامة، وعليه يمكن القول أن التغييرات التي مست السياسات الصحية في الجزائر، والتي من بينها كمثال الإصلاحات التي عرفتتها المنظومة الصحية سنة 1998، والتي تمثلت في القانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت 1998، المعدل والمتمم للقانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، والذي جاء في المادة رقم 04 منه التأكيد على السماح للممارسين الطبيين في الصحة العمومية والاستشفائيين الجامعيين بالممارسة بصفة خواص.

ولقد جاء هذا التعديل الذي طال قانون الصحة نتيجة لضغوط قام بها الأطباء المختصون، خاصة رؤساء المصالح الاستشفائيين منهم، لأنهم يشكلون ائتلاف فاعلين مع بعض الإداريين في الإدارات العليا في وزارة الصحة، بالإضافة إلى لوبي العيادات الخاصة، ويتقاسمون أنساقا من المعتقدات، أهمها أولوية تحرير النشاط الطبي من قبضة الدولة والسماح للقطاع الخاص بالتعامل المباشر مع طالبي العلاج، على أساس أن العلاج الطبي سلعة كباقي السلع، يتحكم فيها قانون العرض والطلب، وعلى الدولة التكفل بالوقاية وأن لا تتدخل إلا للضبط القانوني لسوق العلاج والتحكم بين الفاعلين في ميدان الصحة .

وكان لهذا الائتلاف من الفاعلين ما أراد بالرغم من معارضة الكثيرين على هذا القانون، بحجة أنه سيفرغ القطاع العام من الكفاءات، ومرضى القطاع الخاص هم الذين سيستفيدون من مؤسسات القطاع العام، الأمر الذي سيحرم الفقراء من العلاج لعدم كفاية الأسرة والإمكانيات⁽¹⁾.

ويؤكد أنموذج بول ساباتييه كذلك على الدور الحاسم الذي تقوم به الصدمات الخارجية، ولقد كان للتحويلات الاجتماعية والاقتصادية دورا في إحداث التغييرات، وإن لم تكن جذرية في السياسات الصحية في الجزائر، وهنا يجب الإشارة إلى الأدوار المهمة التي أصبح يقوم بها الخبراء والباحثون⁽²⁾: فالمجالس الاستشارية على غرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي، أو المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، كانت تؤكد على أهمية محددات الصحة (Les déterminants de la sante)، مما دفع بالفاعلين السياسيين إلى التركيز على هذه المحددات من أجل التخفيف من الكثير من الأزمات الصحية، كتزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب وقنوات الصرف الصحي من أجل القضاء على الأمراض المتقلة عن طريق المياه، والتي كانت تشكل خطرا دائما على صحة المواطنين، خاصة في القرى والأحياء الفقيرة، أو مشروع التطوير الريفي الذي ساعد في ترقية الإطار المعيشي لسكان الأرياف وإبقائهم في القرى، دون الاضطرار إلى النزوح نحو المدن لطلب الرزق، وما يشكله ذلك النزوح من مخاطر على صحتهم.

(1) نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، المرجع السابق ص 197.

(2) Patrick fafard, «Données probantes et politiques publiques favorables à la santé: pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique» Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé Mai 2008, p. 23.

الخاتمة:

وباستعمال الأنماذج التي جاء بها اقتراب المؤسسة الحديثة، حاولنا تتبع الإصلاحات التي قامت بها السلطات الصحية في الجزائر، مع البحث عن ملامح التبعية للمسار القديم في مجال السياسة الصحية، مما أعاق الكثير من مبادرات الإصلاح للمنظومة الصحية، مع التوقف عند مفهوم الظروف الحرجة الذي قدمته نفس المدرسة، يساعد على فهم التحولات التي لحقت السياسة الصحية في الجزائر، بعد الأزمة الاقتصادية والأمنية التي شهدتها الجزائر في بداية التسعينات.

تطبيق بعض الأنماذج المعروفة في تيار المؤسسة الاجتماعية، على أهم التحولات التي عرفتتها السياسة الصحية في الجزائر في المرحلة موضوع البحث، وتم التوصل لبعض الاستنتاجات، قد تسمح بفهم الكثير من الخلفيات الفكرية والقيمية لصانعي السياسة الصحية في الجزائر في تلك الفترة.

من هنا، فاعتماد الاقتراب المؤسسي الحديث في سياق اجتماعي واقتصادي مختلف عن الدول الغربية، قد يمثل إشكالية ولكن ليست بالحدة التي يمكن تصورها، أي أن المتغيرات التي جاء بها هذا الاقتراب متشابهة بين الدول المتطورة والدول النامية، من هنا تكون الفرضية الأولى صحيحة، أي أن الاختلاف بين الدول المتطورة والدول النامية هو في الدرجة، وليس في النوع.

وحتى وإن كانت الخطابات والتصريحات التي يقدمها الفاعلون - من حين إلى آخر - والتي تصب كلها في الرغبة في الإصلاح الشامل للمنظومة الصحية، والارتقاء بهذه المنظومة إلى مصاف الدول المتطورة، فإن الواقع يثبت غير ذلك، والسبب حسب ما توصلت إليه الدراسة هو حجم المصالح المرتبطة بالسياسة الصحية الحالية، فالأطراف الفاعلة في هذه السياسة ترغب في إبقاء الوضع على حاله، حتى تستفيد من أموال الربح المتأتية من تصدير المحروقات، التي يتم صرفها دون مساءلة.

كذلك اختلاف الرؤى بين الفاعلين حول ما هو المطلوب من أية سياسة صحية، عقد من أمور الصحة في الجزائر، فمن يرى أن الخدمات الصحية سلعة كباقي السلع يجب أن ترضخ لقانون العرض والطلب، وهؤلاء هم دعاة التحرير الكلي للاقتصاد، أي تحرير كامل القطاعات الإنتاجية والخدمات بما فيها الخدمات الصحية، مما يضمن نوعية جيدة للأداءات الصحية، بسبب المنافسة بين الذين يقدمون هذه الخدمات للمواطنين، وهناك في الطرف المقابل من يرى أن الصحة ليست سلعة كباقي السلع، ولا يجب تركها لقانون السوق، الذي قد يقصي الضعفاء ويكرس اللامساواة الاجتماعية في ميدان الصحة التي هي حق لكل مواطن.

وعلى الفاعلين في مجال السياسة الصحية في الجزائر - سواء من الرسميين أو غير الرسميين - إبداع حلول للمشكلات الصحية لأفراد المجتمع الجزائري، تتسم بالجدة في التصور والفعل معاً، وتتأى بهم عن المسارات القديمة التي أثبتت عدم جدواها، وضيعت على الدولة الكثير من الفرص، وأهدرت الكثير من الموارد دون أن تحقق النتيجة المأمولة، والاستناد إلى أبحاث علمية موضوعية معتمدة على أرقام وإحصائيات دقيقة، ومن ثم رسم السياسة الملائمة التي تتضمن الأهداف من تلك السياسة والمدى الزمني لتحقيقها، والوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ، تسمح بتدارك الخلل وتعديل المسار في لحظة اكتشاف الخطأ وقبل فوات الأوان، في ظل وجود مجتمع مدني فاعل ومشارك في العملية السياسية، وإعلام وطني يكون همزة الوصل بين الحكام والمحكومين، وينشر المعلومات الصحيحة حول الوضع الحقيقي للصحة في الدولة، ويرسخ الثقافة الصحية الرصينة التي تضمن تفعيل دور المواطن في مختلف مراحل السياسة الصحية.