

جامعة البليدة 2 لونيدي علي
University of Blida 2 Lounici Ali
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
Faculty of humanities and social sciences
قسم العلوم الاجتماعية
Department of sociology
شعبة علم السكان
Filière of Démography
مطبوعة بيداغوجية بعنوان :

محاضرات في
مقياس النظريات و السياسات السكانية

الطور: ليسانس
السنة: الثانية
السداسي: الأول

من إعداد الأستاذة : رشيدة كرمبيط
الرتبة : أستاذة محاضرة (أ)

السنة الجامعية: 2022-2023

الفهرس

02	.....	الفهرس
05	.....	مقدمة
06	.....	المحاضرة الأولى
06	.....	تمهيد
06	.....	1- تعريف النظرية
07	.....	2- النظريات السكانية في القديم
07	.....	1-2 أراء الشعوب القدامى في السكان
11	.....	المحاضرة الثانية
11	.....	1- نظرية مالتوس حول السكان
18	.....	المحاضرة الثالثة
18	.....	1- النظريات السكانية اللاحقة لنظرية مالتوس
18	.....	1-1-1 النظريات الطبيعية
19	.....	1-1-1 نظرية سادلر
21	.....	1-1-2 نظرية دبلداي
23	.....	1-1-3 نظرية هيربرت سبنسر
24	.....	1-1-4 نظرية كوارد جيني
27	.....	المحاضرة الرابعة
27	.....	1-2 النظريات الاجتماعية
27	.....	1-2-1 نظرية أرسين ديمون
30	.....	1-2-2 نظرية كارل ماكس
31	.....	1-2-3 نظرية الكسندر كارسوندرز
37	.....	المحاضرة الخامسة
37	.....	تمهيد
37	.....	1- السياسة السكانية
37	.....	1-1 تعريف السياسة السكانية

38	.....	2-1 تاريخ ظهور السياسات السكانية
39	.....	3-1 الخلفية التاريخية لسياسة السكانية
41	.....	المحاضرة السادسة
41	.....	1- أنواع السياسات السكانية
41	.....	1-1 السياسة السكانية المبنية على الزيادة
42	.....	2-1 السياسة السكانية المبنية على التخفيض
43	.....	2- التشريعات و السياسات السكانية
43	.....	1-2 التشريعات و سياسة زيادة معدلات نمو السكان
46	.....	2-2 التشريعات و سياسة خفض معدلات نمو السكان
48	.....	المحاضرة السابعة
48	.....	1- مقومات السياسة السكانية
49	.....	1-1 الهجرة و السياسة السكانية
50	.....	2-1 الوفيات و السياسة السكانية
50	.....	3-1 الخصوبة و الإنجاب و معدلات المواليد و السياسة السكانية
53	.....	المحاضرة الثامنة
53	.....	1- النظام الصحي
53	.....	1-1 تعريف النظام الصحي
56	.....	2-1 مكونات النظام الصحي
59	.....	3-1 خدمات النظام الصحي
60	.....	4-1 أهداف النظام الصحي
61	.....	المحاضرة التاسعة
61	.....	1- السياسة الصحية
61	.....	1-1 تعريف السياسة الصحية
63	.....	2-1 أهمية السياسة الصحية
64	.....	3-1 تقسيمات السياسة الصحية
66	.....	4-1 مقومات السياسة الصحية
69	.....	المحاضرة العاشرة

69	.....	1- السياسة الصحية في الجزائر
69	.....	1-1 المرحلة الأولى 1962-1974
72	.....	2-1 المرحلة الثانية 1974 – 1980
74	.....	3-1 المرحلة الثالثة 1980 – 1995
79	.....	4-1 المرحلة الرابعة 1995 – 2005
82	.....	5-1 المرحلة الخامسة ما بعد 2005
86	.....	المحاضرة الحادية عشر
86	.....	1- هيكل النظام الصحي الجزائري
86	.....	1-1 مستويات النظام الصحي الجزائري
88	.....	2-1 هرم نظام الخدمات الصحية في الجزائر
89	.....	3-1 مكونات النظام الصحي الجزائري
94	.....	المحاضرة الثانية عشر
94	.....	1-التزامات المؤسسات الإستشفائية العمومية
94	.....	1-1 الالتزام بضمان استمرارية الخدمة و نوعيتها
95	.....	2-1 الالتزام بالسلامة البدنية للمريض
96	.....	2-مشروع الإصلاح الصحي الجزائري
96	.....	1-2 ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج
96	.....	2-2 ملف الهياكل الإستشفائية
97	.....	3-2 ملف الموارد البشرية
97	.....	4-2 ملف الموارد المالية
97	.....	5-2 ملف التمويل
97	.....	6-2 ملف اشتراك القطاعات
101-99	.....	قائمة المراجع

يشكل السكان المحور الأساسي للحياة الاجتماعية حيث لا يمكن تصورها من دونهم ، كما تتعدد جوانب دراستهم بتعدد وتنوع مظاهرها ، وهم محور للعديد من الدراسات العلمية .

تندرج مجمل الحقائق أو الوقائع المرتبطة بهم مثل حجمهم ، توزيعهم الجغرافي ، العمري و النوعي كثافتهم تركيبهم ، مكونات نموهم (حركة الإنجاب ، الوفيات و الهجرة) فيما يسمى بالظاهرة السكانية التي تختص بالعنصر البشري الذي يمتاز بشموله من حيث أنه كائن حي ذو جانب بيولوجي فسيولوجي و عضوي من جهة و ذو جانب بيئي جغرافي لعيشه و تفاعله معه ، إضافةً إلى جانب إنساني متعدد ومتنوع المظاهر يجعل منه كائن حي اجتماعي . توضح كل هذه الجوانب اهتمام مختلف التخصصات العلمية بالظاهرة السكانية .

توظف الدراسات السكانية متغيرات متعددة و مختلفة تشمل متغيرات بيولوجية ، اقتصادية، جغرافية، سياسية ، سوسولوجية و سيكولوجية .تستخدمها لتفسير ظواهر وأحداث سكانية (ديموغرافية) فتكون بمثابة مسببات لها ، كما يمكن أن تكون حصيلة أو نتاج لها أي أنها المُفسرة ، بمعنى أن متغيرات ديموغرافية هي التي تسببت في حدوث ظواهرها و أحداثها أي هي التي تفسر حدوثها.

شغلت المسائل السكانية طوال مراحل تاريخية مختلفة تفكير بعض المفكرين و كانت ذات اتجاهات مختلفة و أهداف متباينة اختلفت باختلاف الحقبة التاريخية التي عايشوها . و هو ما يفسر وجود مجموعة من القضايا القائمة على الملاحظة و التجريب تناولت المسألة السكانية من جوانب متعددة ومختلفة قدمت مساهمات كبيرة في تفسير الظواهر السكانية و فهمها .

المحاضرة الأولى

تعريف النظرية - النظريات السكانية في القديم (آراء الشعوب القدامى في السكان)

تمهيد :

بلورة الدراسات السكانية ما توصلت إليه من نتائج و قضايا في صورة نظريات ، غير أنها لاقت في هذا الصدد آراء مختلفة حيث أن هناك من يرى أن ما حاولت تنظييمه في نظرية من فروض وضعتها وحقائق جمعتها هو فعلاً علم أو قانون لسكان ، و هناك من يرى افتقارها في الوقت الحالي إلى النظرية على الرغم من اتسامها بوفرة النتائج الجزئية الناتجة عن جهودها المتواصلة المجرات في ميدانها لجمع هذه النتائج دون الأخذ بعين الاعتبار صياغتها في بناء منسق يفسر على أساسه سلوكيات السكان ، ويعود السبب في ذلك أولاً لتقدم الدراسات السكانية المحرز في ميدان البحوث الأمبريقية و انشغالها بتطوير مناهج متميزة لجمع البيانات و تحليلها ، و ثانياً لانتماء موضوع الدراسة السكانية إلى عدد من العلوم المتداخلة و لما يتميز به .

1- تعريف النظرية :

تُعرفُ النظريةُ لغةً: بأنَّها مصطلح مشتق من الكلمة الثلاثية نَظَرَ، ومعناها التأمل أثناء التفكير بشيء ما، أمَّا اصطلاحاً: فتُعرف بقواعد ومبادئ تُستخدمُ لوصفِ شيء ما، سواء أكان علمياً، أم فلسفياً، أم معرفياً، أم أدبياً، وقد تثبتُ هذه النظرية حقيقة معيّنة، أو تساهمُ في بناءِ فكر جديد، ومن التعريفات الاصطلاحية الأخرى للنظرية: هي الدراسة العقلانية و المنطقية لموضوع معين، من أجل استنتاج مجموعة من الخلاصات والنتائج التي تساهمُ في تعزيز الفكرة الرئيسة التي تُبنى عليها النظرية. وهي كذلك مجموعة من الفرضيات، التجارب والحقائق التي يتم استخدامها لتحقيق الإدراك الذهني عبر تفسير الظواهر المختلفة، كما تستخدم لفهم العلاقات بين مسببات الأمور وتأثيراتها على المحيط، إذ تشكّل النظريات أساساً للتفكير العلمي، الخاص بمحاولة شرح الأشياء المثبتة عبر عدد من المبادئ الأساسية.

النظرية العلمية: هي نوع محدد من النظريات تُستخدم في المنهج العلمي (scientific method) ومعنى "النظرية" قد يتغير بالاعتماد على الشخص الذي تطرح عليه السؤال. يقول جيم تانير Jaime Tanner ، أستاذ علم الأحياء في كلية مارلبورو: "الطريقة التي يستخدم فيها العلماء تعبير النظرية يختلف قليلاً عن استخدامها الشائع لدى العامة؛ فمعظمهم يستخدمها ليشير إلى فكرة أو شعور ما لدى أحدهم، لكن كلمة "نظرية" في العلم تُشير إلى الطريقة التي نفسر من خلالها الحقائق." عن المقصود بنظرية السكان فهي تعني التفسير اللفظي لأسباب الظواهر السكانية أو الديمغرافية ونتائجها، وتتضمن الجهود المبذولة للكشف عن المتغيرات المؤثرة في تطور السكان والعلاقات بينها من ناحية، وبين العوامل غير الديمغرافية من ناحية أخرى

فسرت المسائل المرتبطة بالسكان بطرق مختلفة من طرف مختلف المفكرين

2- النظريات السكانية في القديم :

شكل ارتفاع معدلات المواليد و انخفاض معدلات الوفيات عاملين أساسيين في تزايد السكان ؛ و قد اختلفت وجهات النظر حولهما بين المفكرين و من حيث الزمن و السرد الموالي يعرض بعض الآراء في مجال السكان :

2-1 آراء الشعوب القدامى في السكان :

اعتبر تزايد السكان من وجهة نظر المصريين القدماء مرادفاً لمفهوم السعادة ؛ حيث كان حكامهم ينصحونهم بالإكثار من النسل فقد نصح الحاكم (أنى) سنة 2300 ق .م الشبان المصريين بالإكثار من إنجاب الأطفال و ذلك من خلاله قوله "أن الحكيم هو من يتخذ له في شبابه زوجة تلد له أبناء ؛ و أن أفضل ما في الوجود بيت خاص به يعطيه ابناً يقوم على تربيته في شبابه و يعيش حتى يراه اشتد عوده و أصبح رجلاً ؛ فالسعيد و الموقر هو من كثر نسله و الحكيم هو من يبكر في الزواج ."

في ذات السياق سعى أفراد المجتمع الهندي إلى زيادة الإنجاب من خلال تمسكهم بقوانين (مانو) المشجعة على ذلك و التي تصورها من وحي الإله براهما .

نصت فلسفة كونفوشيوس على فكرة الحجم الأمثل للسكان Optimum Size فيرى تناسب عدد سكان المجتمع مع قوة إنتاجه فلا تتعدى الحجم المناسب و لا تنخفض عنه لكي لا يحدث الفقر و ينخفض مستوى المعيشة ؛ لذلك لم يعتبر الصينيون القدامى زيادة السكان شر و إنما خير و بركة فلم يتجهوا إلى تحديد النسل ؛ و سار الفرس القدماء على نفس المسار بحيث أخذوا بفلسفة زورستر التي لم تختلف عن فلسفة كونفوشيوس ؛ و فيما بعد أخذوا بالتعاليم الدينية التي وصلت إليهم عن طريق النبي نوح الظاهرة في قوله " أثمروا و أكثر و و إملأوا الأرض " ¹

من خلال تأملاته الفلسفية عن المسائل السكانية حدد أفلاطون العدد المناسب للمواطنين اليونان الملاك في المدينة بنحو 5040 نسمة و اعتبر أنه من الضروري في حالة زيادتهم عن هذا الحد تحديد الزواج و النسل و تنظيم الهجرة إلى البلاد مع التشجيع على الإكثار من النسل في حالة انخفاضه عن العدد المناسب ؛ و رأى أن على الحكام تنظيم عقود الزواج لتثبيت عدد السكان و أن يبذلوا أقصى جهدهم حتى لا تكبر الدولة و لا تنقص . و في بحثه عن النسل الممتاز حدد السن المناسب للزواج [بين 20 و 40 من العمر عند النساء] و [بين 25 و 55 من العمر عند الرجال] و رفض الزواج بعد هذه الأعمار حتى لا يتضخم المجتمع بالنسل الضعيف .

و من خلال التأملات الفلسفية لأرسطو كان منظوره في السكان و الظاهر في كلامه عن الدولة الفاضلة الصالحة التي لها حسب رأيه ثلاثة شروط أولها على اعتباره أن غاية الحياة الاجتماعية الفضيلة لا الغنى و لا التغلب و عليه وجب أن يكون عدد سكان المدينة مناسب و كافٍ لرخاء المدينة و تقدمها الفكري و ميسرا للحكم الصالح ؛ و ملائم لانتشار النظام و مساعد لتعارف المواطنين و تدبير شؤونهم وتوزيع المناصب عليهم حسب الكفاءة ؛ و قد تولى أرسطو عن صفته الاجتماعية عند ذكره لمجموعة من الإجراءات التعسفية لاستبقاء عدد السكان في المستوى المناسب التي شملت :

➤ الإجهاض قبل أن يدب الشعور بالجنين .

¹ د. زيدان عبد الباقي ؛ أسس علم السكان ؛ دون طبعة و سنة ؛ مكتبة وهبة ؛ ص 32-33.

➤ إعدام الأطفال ناقصي التكوين و المشوهين و فاسدي الأخلاق .

➤ تحريم الزواج على الشيوخ و العجزة و على كل ما يبلغ الخمسين من العمر . على اعتبار أن

المتقدمين في السن من كلا الجنسين شأنهم شأن الأحداث لا ينبغي أن يكونوا إلا مخلوقات ناقصة جسمًا

وعقلًا .

و على اعتبار أن التوافق بين العدد و السعة ينتج عنه نظام أمثل قدر أرسطو العدد المناسب للسكان

في المدينة بما لا يزيد عن مئة ألف نسمة ، فإذا كان عدد المواطنين مناسب للمساحة والرقعة تحقق

خير الدولة .

اعتبر النسل عند الرومان من الأمور المحمودة لذلك عمل مفكرو الرومان على تشجيع الإكثار من

الإنجاب لزيادة عدد السكان خاصة في ظل اتجاه بلادهم إلى تكوين إمبراطورية رومانية ما يتطلب

الكثير من القوى البشرية الضرورية للحروب .

ساهمت زيادة السكان في قيام الحروب بين الدول التي تضخمت شعوبها و قلت مواردها و تلك التي

زادت مواردها الأولية عن احتياجات شعوبها و مثال ذلك غزو اليابان لصين عام 1925 ، و غزو

إيطاليا للحبشة و ليبيا نتيجة لزيادة سكان اليابان و إيطاليا و نقص مواردهما ، بالإضافة إلى

إيديولوجيتهم المبرر لحل مشكلتهم السكانية بالغزو.¹

لاعتبار أن المسألة السكانية هي من اختصاص الخالق سبحانه و تعالى شجع مفكرو المسيحية على

زيادة الإنجاب و عدم التدخل بالتنظيم أو بالتحديد . كما سار في نفس السياق أيضا مفكرو المسلمين

حيث تمسكوا ببعض النصوص و الآيات الداعية لترك المسألة السكانية لله سبحانه و تعالى منها قوله

في الآيات التالية : " ما من دابة في الأرض إلا على الله رزقها (سورة هود الآية 10) " ، و في السماء رزقكم

و ما توعدون (سورة الذاريات الآية 22) " ، و أخذهم بحديث الرسول عليه الصلاة و السلام "

تناكحوا تناسلوا فإني مباه بكم الأمم يوم القيامة " ، و من فلاسفة المسلمين الذين لهم الريادة في

¹ نفس المرجع ، ص 34- 35 .

الدراسات السكانية العلامة العربي ابن خلدون الذي كانت لديه فكرة واضحة عن قوانين تزايد

السكان قبل ظهور مالتوس Malthus بأكثر من أربعة قرون و إن لم يعن بتحديد هذه الفكرة ووضعها

في صيغة علمية دقيقة في مقدمته و في صورة قانون كما فعل مالتوس ، وطالب علماء الاجتماع

بالتأكد و اختبار كل ما يسمعون من أخبار و وقائع اجتماعية باستخدام القوانين الاجتماعية

، فالجهل بعض المؤرخين بخصائص الظواهر الاجتماعية أخطأ في تسجيل الأخبار و سجلوا أخبار

تحكم هذه القوانين باستحالة حدوثها لتنافرها مع طبيعة العمران و الأحوال في الاجتماع الإنساني "

بفضل مجهودات سيكون في أوائل القرن السابع عشر و نيوتن في أواخره تقدمت علوم الطبيعة التي

اعتمدت كثيرا على الإحصاء ، و ظهر ملوك يتقنون الأساليب الإدارية العلمية الذين عملوا على التنظيم

الداخلي للبلاد معتمدين في ذلك على الأرقام كما نظموا الجيوش و متطلباتها بهذا الأسلوب أيضا ، مثال

ذلك لويس الرابع عشر ملك فرنسا آنذاك و بطرس الأكبر ملك روسيا ، و في إنجلترا ظهر علم الحساب

السياسي و هو علم جديد للسكان يدور موضوعه حول الحساب الاجتماعي ، ذلك أن كلمة سياسي آنذاك

كانت عند المفكرين السابقين لأواخر القرن التاسع عشر تقابل كلمة اجتماعي ، و أخذت الدراسات

الاجتماعية بدءاً من ذلك التاريخ الشكل العلمي ، وتوقف موضوع " علم الحساب السياسي " على حالة

السكان من وفيات و مواليد في مختلف الدول و هجراتهم من دولة لأخرى ، ومبلغ دخل الأفراد من ثروتهم

، و مقدار ما ينتجون و أنواع إنتاجهم و المدن ذات معدلات الإنتاج المرتفعة و مقدار الضرائب المفروضة

على الثروات بهدف الوقوف على مستويات الحياة الاجتماعية للسكان .¹

كما ظهرت في النصف الثاني من القرن الثامن عشر مدرسة الفيزيوقراط أو الطبيعة Physiocrats ، التي

كان كيناي Quesnay أحد روادها و الذي ربط بين الدراسات السكانية و الاقتصادية . و تجلت رؤى أتباع

المذهب الفيزيوقراطي في ترك التجارة أو الزراعة أو الإنجاب في مسارها الطبيعي دون التدخل ، على اعتبار

أن كل شيء في الحياة الاجتماعية يسير وفق الإرادة الإلهية الخيرة ، و لا سبيل لاعتراض العناية الإلهية ،

1 نفس المرجع ، ص 36-38.

كما تناول كيناي سكان فرنسا بالدراسة الوضعية التحليلية شبه العلمية ، وأضاف بحوالي نصف قرن تقريباً قبل مالتس أن للتناسل حدود غير القوت ، و مع ذلك فالتناسل يميل دائماً إلى الخروج على هذه الحدود ، مستدل في ذلك على وجود أناس فقراء في كل مكان ، لكن لم يمنعهم هذا من التناسل و التكاثر . و هذا ما أكدّه الأستاذ بجامعة كمبردج " ويجلي " Wrigley في قوله أن معدلات الخصوبة (القدرة على الإنجاب) تنخفض قليلاً في أوقات الجوع ، بينما تستمر في الثبات إلى حد كبير في حالات الأمراض الوبائية بل و حتى في حالة التفاقم الشديد من مختلف الأوبئة .

المحاضرة الثانية

نظرية مالتوس حول السكان (عرض إشكاله حول السكان –عوائق الزيادة السلبية للسكان)

1- نظرية مالتوس حول السكان :

توماس مالتوس كان رجل دين في إحدى المقاطعات القريبة من لندن نشأ في جامعة اشتهرت بالرياضيات و كان بارع فيها اتسمت الفترة التي جاءت فيها نظريته بالتفاؤل العام و الشعور بتمكن العلم و العقل من معالجة أية مشكلات قد تنشأ في الحياة الاجتماعية ، أين كانت الثورة الصناعية تسير نحو التقدم و كانت الأوضاع في أوروبا وأمريكا الشمالية تبشر بالخير .

و يعتبر أول من ثبت ركائز الدراسة العلمية للسكان كما ساعدت آرائه على تطوير عدد من القضايا التي جاءت كرد فعل لها، دارت نظريته حول الإجابة عن التساؤل الذي مفاده : ما هو مدى تأثير النمو السكاني على رفاهية السكان ؟ (في الطبعة الأولى من مؤلفه حول السكان) . كان عكس من سبقه من المتفائلين أمثال سوسميلش ، كوندروسيه ، جوددوين رفض نظرتهم و أسس نظرية مبنية على الأرقام التي ربط بين مدلولهم و معدلات النمو الاقتصادي و الإنجاب كما كانت نظريته ذات سند ديني ، اقتصادي و إحصائي .

"تتلخص أقوله في: "قوة السكان في التزايد أعظم من قوة الأرض في إنتاج القوت للإنسان والسكان، إذا لم يعق نموهم عائق ، يتزايدون حسب متتالية هندسية في الوقت الذي يتزايد فيه القوت حسب

متتالية حسابية فقط " و لما كان الإنسان لا يستطيع الحياة بدون غذاء،" فإن هاتين القوتين غير المتعادلتين لا بد أن يوجها نحو التعادل " و هو يرى دوام نشاط العوائق المحددة لنمو السكان ، ويحصرها في البؤس و الرذيلة « Misery and Vice »¹ . حيث وجد :

في انتشار البؤس _____ ارتفاع معدلات الوفيات

و قد يكون لانتشار الرذيلة _____ انخفاض معدلات المواليد

و ارتكزت أرائه في السكان على دعامتين (الغريزة التناسلية و غريزة حب الطعام) اللذين يعتبرهما سبب شقاء الإنسان . كما خلص إلى أن " عدم المساواة الطبيعية بين قوة السكان في الإنجاب و قوة الأرض في الإنتاج ، و تدخل القانون الأعظم للطبيعة من أجل حفظ أثارهما في تعادل دائم ما يشكل صعوبة حاسمة ضد البقاء المحتمل لمجتمع يجب أن يعيش كل أعضائه في راحة و سعادة و سعة نسبية بعيدا عن الشعور بالقلق على عدم وجود الفرصة المناسبة لبقائهم و بقاء أسرهم"² و هو ما عرضه للانتقاد بوصفه بالمتشائم و القنوط و اعتباره أرائه ضد الدين خاصة و انه من رجال الدين . ما دعاه لمراجعة مؤلفه بعناية و دقة و تعمق في دراسة السكان لمدة خمسة سنوات ، جمع خلالها مادة علمية كبيرة من زيارته لأوروبا مرتين، نشر الطبعة الثانية من مؤلفه باسمه سنة 1803 ، كانت و ما تزال طبعته المنقحة من أهم المراجع المتناولة لمسألة السكان .

جاء عرض نظريته في هذه الطبعة متفق و قواعد البحث الاجتماعي حيث دارت حول الإشكال التالي والذي حاول اختباره باعتباره من أهم الأسباب التي عاقت تقدم البشرية إلى السعادة:

1 حسن الساعاتي ، عبد الحميد لطفي ، دراسات في علم السكان ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر 1981 ، بيروت ، ص 40.

2 زيدان عبد الباقي ، مرجع سابق ، ص 49 .

اتجاه السكان نحو التزايد بدرجة أكثر من الغذاء المتاح

الافتراضات

الإشكال

5- تتخلص العقبات التي تمنع زيادة عدد السكان المضطرد وتجعله في مستوى متناسب مع كمية القوت في المانع الأدبي والرديلة والفاقة أو العوز

4- كلما ازداد القوت ازداد عدد السكان ، و لا تقف إلا إذا عاقتها عقبات قوية لا يمكن منعها

3- يحدد عدد السكان بالضرورة بواسطة مواد التغذية أو بمعنى آخر الترابط الوثيق بين عدد السكان و كمية القوت

2- اختلال التوازن بين عدد السكان وكمية المواد الغذائية الكافية لإشباع الحاجات الضرورية و غير الضرورية للأفراد في المجتمع

1- ميول البشر السريع لتزايد أكثر من ازدياد وسائل المعيشة بقيادة عوامل متنوعة

التساؤلات

- 1- ما هي نتيجة زيادة السكان الطبيعية لو تركت لتعمل في حرية تامة ؟.
- 2- ما هو المدى الذي يمكن أن ترتفع إليه نسبة الزيادة في غلة الأرض وسط أكثر الظروف ملائمة للكفاح الإنساني ؟ .

اختبر مالتوس هذا الطرح على بيانات إحصائية عن بعض الولايات التي تقع في شمال الولايات المتحدة الأمريكية و التي تميزت فترتها ب : توافر فرص المعيشة بأريحية ، صفاء أخلاق الناس و تقديسهم للحياة الزوجية. كانت النتائج التي توصل إليها في أن نمو السكان سيستمر على نحو مضاعف كل خمس وعشرين عاما في المتوسط ما لم يصادف عوائق معبراً على ذلك بتعبير رياضي قائلاً أن السكان يتزايدون في العدد طبقاً لأسلوب تزايد المتوالي الهندسية ، ذلك أن كل طفل يستطيع بدوره إنجاب ذرية متضاعفة التي تواصل بدورها هذا التكاثر . كما تبين له بعد دراسة مستفيضة لمختلف الحقائق المرتبطة بإنتاج المحاصيل الزراعية الغذائية أنه مهما بذل من عناية في زراعتها يمكن رفع إنتاجها إلى الضعف كأقصى زيادة لها . معنى ذلك أن ما يحدث مع السكان لا يمكن أن يحدث مع الإنتاج الزراعي الذي لا يمكن أن يرتفع إلى أربع أمثاله بعد خمس و عشرين عام . يقول مالتوس في هذا : " أن كل زيادة تستهدف في معدلات الإنتاج الزراعي سوف تتناقص مع كل ما نعرفه عن خواص الأرض ، على اعتبار أن إصلاح الأراضي البور سوف

يحتاج إلى وقت و جهد كبيرين ، و قد لخص قوله هذا فيما بعد تحت ما عرفه بقانون تناقص الغلة ، و قد جاء هذا من ملاحظاته على طلب القمح في بريطانيا الذي كان يومئذ متزايداً نتيجة زيادة عدد السكان ، و هو ما جره إلى الاعتقاد أن كل زيادة متتالية في عدد السكان تتطلب بذل جهود أكبر لزيادة معدلات إنتاج القمح حتى يمكن تدبير الغذاء لهم . و في نظره أن عطاء الأراضي الزراعية من الإنتاج لا يكون بصفة مستمرة متزايداً كلما زاد عنصر العمل و رأس وإنما تأخذ هذه الزيادة بعد مدة معينة في الانخفاض التدريجي إلى أن تصل إلى الصفر ، لذلك لا جدوى من زيادة هذين العاملين لأنه لن تقابلها زيادة في الإنتاج الزراعي .¹ بالتالي يكون تزايد المحاصيل الزراعية من وجهة نظره (مالتوس) طبقاً لأسلوب تزايد المتوالية الحسابية و قد استدل في ذلك على تقديم بيان حسابي إذ على حد تعبيره إذا تم تصور عدد السكان في سنة 1700 ألف مليون نسمة ، و كمية المحاصيل التي تنتجها الأراضي الزراعية في نفس السنة ألف مليون طن ، تصبح النتيجة بعد قرنين من الزمان كما يلي :

السنة	عدد السكان في العالم (بالألف مليون نسمة)	كمية القوت في العالم (بالألف طن)
1700	1	1
1725	2	2
1750	4	3
1775	8	4
1800	16	5
1825	32	6
1850	64	7
1875	128	8
1900	256	9

يلاحظ من الجدول تضاعف كمية الغذاء (القوت) في السنوات الخمسة و العشرين الأولى فقط ثم أخذت تتناقص بفعل قانون الغلة المتناقضة .

1 السيد عبد العاطي السيد ، علم اجتماع السكان ، 1999 ، دار المعرفة الجامعية الأزهرية ، ص 136.

و عليه تصبح نسبة السكان إلى المواد الغذائية خلال قرنين من الزمان على النحو التالي :

256 : 9

و تصبح بعد ثلاثة قرون من الزمان :

4096 : 13

تستمر الزيادة في إنتاج الأراضي الزراعية في ظل انعدام وضع القيود عليها ، لكن رغم ذلك قوة السكان في معدلات الإنجاب تبلغ شأن كبير و يستحيل العمل على تخفيض الزيادة فيها إلى مستوى يعادل وسائل المعيشة إلا بدوام العمل لقانون الضرورة العظمى و هو القانون الطبيعي الذي يعمل على ضبط معدلات الزيادة في السكان مع معدلات الزيادة في إنتاج المحاصيل الغذائية . و لتقليل النتائج السلبية لزيادة السكان يقترح مالتوس ثلاث أنواع من العوامل (العوائق) :

1/العوائق أو الموانع الوقائية : و هي المخفضة للمواليد بأسلوب غير مباشر عن طريق تأخير الزواج أي الانصراف عن الزواج المبكر ، إهمال العلاقات الجنسية ، الرذيلة ، انتهاك حرمة الحياة الزوجية للآخرين .
2/العوائق أو الموانع الايجابية : تشمل كل العوائق التي تنقص عدد السكان بزيادة نسب الوفيات والتي يمكن تلخيصها في ثلاثي الخطر " الجوع و المرض و الحرب " كذلك العمل في الأعمال الشاقة القاسية وفي الحرف المضرة بالصحة ، و عمالة الأطفال فيهما ، وتربيتهم السيئة ، الفقر الشديد ، اكتظاظ المدن بالسكان .

اضطر مالتوس لإضافة النوع الثالث من العوائق إزاء ما لاقاه من مواقف رجال الدين المضادة للموانع غير إنسانية السالفة الذكر

3/العائق الأخلاقي : يستند على إرادة الإنسان في منع الشر قبل وقوعه و يقف على أساس رؤية الإنسان لإمكاناته الاقتصادية و مدى قدرتها على تغطية تكاليف الأسرة قبل إقباله على تكوينها بحيث بإمكانه الزواج إذا سمحت إمكاناته الاقتصادية بذلك و كفته لتغطية احتياجات الأسرة و عليه التأجيل في حالة العكس أو إذا استحال توفيرها . بهذا المانع يكون مالتوس " قد خلص نفسه من الاتهام الذي وجه له بنشر

مؤلف ضد الدين ، فالضبط الأخلاقي ليس رذيلة و لا بؤساً ، و لكنه في الوقت نفسه يحفظ عدد السكان

في الحدود المناسبة و بهذا الرأي الخاص بالضبط الأخلاقي ، {محا كل شائبة تشوب رحمة الله}.

يتلخص مبدأ مالتوس العام في السكان و الذي اختتم به مؤلفه الثاني في ثلاث مسائل هي :

أ- تحدد وسائل المعيشة (القوت) عدد السكان .

ب- يصطحب ازدياد وسائل المعيشة زيادة عدد السكان بشكل ثابت ما لم يمنع ذلك موانع قوية جدا

وظاهرة.

ت- تعود كل الموانع الضابطة لقوة السكان العظمى و الجاعلة أثارها في مستوى الغذاء إلى الضبط

الأخلاقي و الرذيلة و البؤس .

كما يلاحظ من المبدأ العام لمالتوس ملاحظتين :

أولهما : يرى فيما يخص المتتالية الهندسية أنها ليست أية متتالية لكنها متتالية معينة ، فتضاعف عدد

السكان كل 25 سنة لا يكون في أي نوع من السكان و إنما في سكان لا يعيقهم أي عائق مما ذكر سابقاً،

كذلك الحال بالنسبة في المتتالية الحسابية فهي متتالية معينة و اعتبرها حداً أقصى ، و لم ير إمكانية

زيادة وسائل المعيشة كل 25 سنة بكمية تعادل الإنتاج الأول، و لكنه افترض ذلك لتوضيح رأيه.

ثانيهما : أن هناك رأي شائع هو تنبأ مالتوس أن إذا طردت زيادة السكان سيكون لذلك نتائج مروعة في

المستقبل القريب أو البعيد ، لكن تركز صلب مؤلفه في أن استعداد السكان ليفوقوا دائماً وسائل القوت

كان و لم يزل دائم التأثير ، و نتج عنه و لا يزال ينتج عنه أحداث مروعة تنحصر في البؤس والرذيلة ، فهو

من ناحية رأي جديد و مفعم بالتشاؤم من ناحية أخرى .¹

قيل الكثير من علماء الإحصاء و الاقتصاد السياسي آراء مالتوس في السكان و استحسناها ، كان منهم

ريكاردو (Ricardo)لذي قوى نزعتها التشاؤمية و إعتبرها جون ستيوارت مل (John Stewart Mill)العلاج

الوحيد لأمرض المجتمع كلها ، لكن رغم ذلك فقد وجهت له العديد من الانتقادات منها :

¹ د.حسن الساعاتي ، د.عبد الحميد لطفي ، دراسات في علم السكان ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت ، 1981 ، ص ص 45- 46 .

1- عند اقتصره على الموانع الأخلاقية و الطبيعية في تحقيق التوازن بين عدد السكان و كمية الغذاء

قصر من دور العوامل الاجتماعية و الثقافية في ذلك

2- عند إرجاعه الزيادة في الإنتاج إلى قانون الغلة المتناقضة ، أهمل تطور و تغير الكفاية الفنية وتأثير التكنولوجيا في ذلك .

3- عدم المقدرة على تبيان درجة التزايد الممكنة في عدد السكان مع وجود الموانع أو دونها نتيجة الصياغة الغامضة لنظريته .

4- إن إدعائه على تزايد السكان بمعدل يفوق الإنتاج كذبه التاريخ بدلالة أنه ببداية استغلال سهول أمريكا الشمالية في الزراعة زاد عدد السكان بمعدل أقل مما زادت عليه الثروة .

5- أثبت إنخفاض معدل الخصوبة بين السكان بفعل انخفاض نسبة المواليد الناتجة عن الاستعمال الواسع لموانع النسل عدم مصداقيته نظريته¹.

¹ السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص ص 141-142.

المحاضرة الثالثة

النظريات السكانية اللاحقة لنظرية مالتوس

النظريات الطبيعية (نظرية سادلر – نظرية دبلداي- نظرية هربرت سنسر- نظرية كواردجيني)

1- النظريات السكانية اللاحقة لنظرية مالتوس :

ظهر جديد التفسير حول التزايد السكاني بعدما ازداد الاهتمام بالمتغيرات الاجتماعية في تفسير الظاهرة السكانية ، يمكن تصنيف هذا التفسير في نوعين من الاتجاهات، الأول تحتضنه النظريات الطبيعية والثاني تسنده النظريات الاجتماعية .

يقوم الاتجاه الأول على إعتقاد مفاده أن نمو السكان بنسبة معينة يخضع لعاملين طبيعة كل من الإنسان نفسه و العالم الذي يعيش فيه، و تكون سيطرة الإنسان على هذا النمو بشكل محدود النطاق، كما يظهر هذا الاتجاه محاولات علماء الحياة لإيجاد قانون لنمو السكان يمكنهم من معرفة الأحداث الماضية و المستقبلية دون تدخل الإنسان من ناحية القيم و الاتجاهات ، لاعتبار الأمر عادي ومألوف لا يمكن للإنسان منعه ، من رواده كواردوجيني ، هربرت سنسر ، سادلر ، دبلداي .

يسند الاتجاه الثاني الخاص بالجانب الاجتماعي نمو السكان إلى الظروف الاجتماعية المحيطة بالأفراد بدل إسنادها لقانون طبيعي ثابت ، و يتحدد عدد العوامل الاجتماعية المختلفة التي يخضع لها نمو السكان تبعاً لأنواع البيئات الاجتماعية المختلفة للمجتمع الإنساني ، من أصحاب هذا الاتجاه أرسين ديمون ، كارل ماكس ، الكسندر كار سوندرز .

1-1 النظريات الطبيعية :

تم التعرف سابقاً في عرضنا لأراء مالتوس "لسكان كيف أقر في قانونه الطبيعي عامة على أن عدد السكان يتزايد بمعدل أسرع من غذائهم ، بسبب الشهوة بين الجنسين . و لما كان هذا الأمر طبيعياً تكون الرذيلة و البؤس النصيب الحتمي للإنسان إلا إذا اتخذت على نطاق واسع تدابير واقية . غير أنه رغم ما أدخله

مالتوس من تعديلات فيما بعد جعلته أقل تشاؤماً ، بقي على اعتقاده في ميل الإنسان الغريزي إلى التكاثر

بمعدل أسرع مما يغنى ، سوف يستمر في أن يسبب الكثير من المشقة والألم .

كما اتضح كذلك خطؤه بسبب قانونه ، إذ لو حقق قانونه الطبيعي المتحكم في السكان أفضل توازن ممكن بين أعداد الإنسان و معاشه ، لما كان هناك قلق بشأن حدوث نمو سريع جداً في السكان و لما كان هناك سبب يدعو الإنسان إلى اتخاذ أية تدابير ايجابية للتحكم في أعداده ، لأن الطبيعة سوف تقوم بهذه المهمة بدلاً منه و سوف يتحسن حظه بطريقة آلية نتيجة الزيادة في قدرة الفرد على إنتاج السلع و الخدمات النافعة"¹

جاءت كرد فعل لنظرته الأخذة بمبدأ القانون الطبيعي بعض وجهات النظر التي خلصت إلى نتائج مختلفة هي :

1-1-1 نظرية سادلر:

مايكل توماس سادلر Michael Thomas Sadler (1780-1835) رجل اقتصاد و مصلح اجتماعي انجليزي ، معاصر لمالتوس جاء بالنقيض فيما يخص قانونه الطبيعي المتحكم في نمو السكان ، حيث يعتقد إن ميول البشر في التكاثر سوف يتناقص بالطبيعة كلما زاد الازدحام ، و عندما يتمتع الناس بأكبر قدر من السعادة تتوقف أعدادهم عن الزيادة ، و عليه ينظر إلى نمو السكان على أنه عملية بيولوجية تتحكم في نفسها بنفسها ، بما معناه أنه بوصول السكان إلى الثراء تتدخل العوامل البيولوجية للحد من تضخمهم الزائد من خلال إنقاص قدرتهم الفيزيولوجية على الانسلال ، و قد ألف في هذا الصدد كتاب نشر سنة 1830 عنوانه " قانون السكان " يشير فيه أن : { مبدأ تزايد الجنس البشري يمكن توضيحه باختصار و بساطة بأن قدرة الإنسان على التناسل تتناسب عكسياً مع عدده }.

« The Fecundity of human beings under similar circumstances varies inversely as their number on a given space »

¹ نفس المرجع ، ص 144.

إن رؤية سادلر معاكسة لما جاء به مالتوس ، حيث يرى أن القيم المختلفة للقدرة على التناسل تتأثر بالسعادة و الغنى لا بالبؤس و الرذيلة مع استثناء لحالات البؤس الشديد . و عليه يشجع العمل على الحرمان من الترف على التناسل عن طريق تنمية القدرة عليه ، و يتطابق ذلك على البلد القليل العدد المتنافر ، فالإنتقال الإنسان من مرحلة الصيد إلى مرحلة الرعي ثم إلى مرحلة الزراعة، للارتقاء في النهاية إلى أرقى درجات الحضارة التي تُظهر ظاهرة تقسيم العمل بكل وضوح ينجم عنه تخفيف وطأة العمل و تحرر الكثير من الأفراد من السخرة ، و الإقبال على الأعمال العقلية أو الاستغناء عن العمل كلياً ، بالمقابل تتزايد وسائل المعيشة و تنتشر الراحة و تعم الرفاهية . ينقص في كل مرحلة من مراحل الرقي المذكورة على لسان سادلر عدد السكان تدريجياً ليوقف عند حد يبلغ فيه أكبر عدد من السكان أقصى درجة ممكنة من السعادة . من هذه الرؤية يتبين اعتقاد سادلر في أن سعادة الإنسان يحققها حدوث التوازن في عدد السكان ما دام أنها معتمدة على حد كبير من الأشياء المادية ، رؤيته هذه منطوية على أساس طبيعي للتفاوت في مستقبل الإنسان الاقتصادي.¹

أهم ما وجه من انتقاد لنظرية سادلر ما يلي :

1/ ابتعادها عن القوانين الطبيعية الثابتة ، لأنها لم تقم على دراسة كل الحقائق المعروفة عن نمو السكان ، بحيث يوضح استقراء الحقائق السكانية لبعض دول العالم أن الصينيين و الهنود والمصريين كانوا من أكبر الشعوب مقدرة على الإنجاب لكنهم يعانون في نفس الوقت من زيادة سكانية مرتفعة و خطيرة .

2/ غياب التمييز بين القدرة على الإنجاب و بين النمو الفعلي لسكان ، إذا قد يكون بمقدرة عدداً من السكان على الإنجاب ، لكن مع ذلك نموه يكون ضعيف لارتفاع معدلات الوفيات ، كما لا بد لأي مجتمع من كينونة القدرة الفسيولوجية بدرجة عالية حتى يكون إنجابه على درجة عالية، و يمكن أن تكون هذه القدرة ذات درجة عالية دون ارتفاع معدل الخصوبة و ذلك في ظل ممارسة منع الحمل أو الإجهاض أو غيرها . أو يكون معدل الزيادة مرتفع لاعتدال الموانع الإيجابية و هذا ما لم يدركه كان سادلر ، و لعدم

¹ د.حسن الساعاتي ، مرجع سابق ، ص57.

تفرقته بين القدرة على الإنجاب و بين الإخصاب كان اعتقاده في انعدام التعارض بين قدرة الإنسان الطبيعية على التكاثر أو التناسل و بين قدرته على إنتاج الغذاء الكافي لجميع المواليد فجاء قوله بتناقص قدرة الإنسان على التناسل كلما نقصت قدرته على إنتاج القوت بسبب تضاعف عدد السكان.²

2-1-1 نظرية دبلداي :

توماس دبلداي Thomas Doubleday (1790 – 1870) هو كذلك رجل اقتصاد و فيلسوف اجتماعي انجليزي ، كتب بعد سادلر بحوالي عشرين سنة ، يربط الزيادة السكانية بالموارد الغذائية برابطة عكسية حيث كلما تحسنت موارد السكان الغذائية كلما تباطأت زيادتهم ، عنوان كتابه الذي نشره سنة 1837 بـ " القانون الحقيقي للسكان " قال فيه أن { في أي وقت يتعرض فيه النوع البشري للخطر ، بذلت الطبيعة جهوداً متناسبة لحفظه و بقاءه ، من خلال زيادة القدرة على الإنجاب أو الخصوبة و يحدث ذلك خصوصاً عندما ينتج هذا الخطر عن نقص الغذاء و ينجم عنه تشجيع خصوبة الطبيعة . و قياساً على ذلك يوجد أعظم تزايد للسكان بين الفقراء في المجتمع ، أما الأثرياء الذين ينعمون بكفاية الغذاء و بألوان الترف عددهم في تناقص مستمر ، أما الطبقة الوسطى من السكان فيحصل أفرادها على كفايتهم من الغذاء ، لكنهم لا يعانون في نفس الوقت من الإرهاق في العمل ، و لا يصرفون وقتهم في الكسل ، أي أنهم يعيشون عيشة وسطاً ، و لذلك كانت نسبة التوالد بينهم ثابتة . كما يرى دبلداي أن عدد سكان أية أمة يصبح ثابت عندما يكون الثراء فيها كافياً لإيجاد التوازن بين الفقراء المتزايدين ، و الأغنياء المتناقصين . بينما تضمحل و تفسى الأمة بتناقص عدد سكانها لكثرة الثراء و الرخاء ، بينما يتزايد عدد سكان المجتمعات الفقيرة السيئة التغذية زيادة تتناسب مع الفقر و ما ينجم عنه من نقص في الغذاء و هذا هو القانون

الحقيقي العظيم للسكان .¹

من الانتقادات التي وجهت لهذه النظرية ما يلي :

² السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص 146.

¹ د.حسن الساعاتي ، مرجع سابق ، ص ص 58-59.

✓ ابتعادها عن الواقع ، إذا لو كان الحال حسب ما قاله دبلداي لكان اشد الناس قدرة على الإنجاب

أشدهم بؤساً ، لان الحال لم يكن كذلك في العصور الماضية و لا ينطبق على ما هو حادث في الوقت الحالي ، و لا يزال الميول الدائم للقوة الإنجابية إلى التناقص بفعل كثرة الغذاء موضع جدل كبير ، حيث ليس هناك أساس علمي للاعتقاد بتأثير وفرة الغذاء على القدرة على الإنجاب .

✓ لا يمكن التأكيد على أن الإسراف في الطعام هو العامل الفعال في إنقاص القدرة على الإنجاب عند الطبقات المتخمة بالغذاء ، على الرغم من تأكيد بعض النتائج الطبية أن تناول الأطعمة الدسمة بشكل مفرط يقلل من قدرة الإنسان على الإنجاب ، غير أن هذا الإسراف صاحبه ظروف أخرى شكلت بدورها عامل هام في إضعاف القدرة على الإنجاب .

✓ عدم ادراك دبلداي على أن أي قانون للسكان يجب أن يتجه إلى أبعد من مجرد تفسير التغيرات في القدرة على التناسل ، لأن الفرق بين نسبة المواليد و نسبة الوفيات يُنتج نمو السكان، ولأن النسبتان تتميزان بكونهما متغيرتان فلا يكفي تفسير التغيرات التي تحدث لإحدهما دون الأخرى ، لاعتبار أن العلاقة بينهما هي التي تشير إلى الزيادة أو النقصان في عدد السكان .²

1-1-3 نظرية هيربرت سبنسر:

هيربرت سبنسر H.Spencer (1820-1903) من مفكري انجلترا المشهورين ،فسر التطور الاجتماعي والبيولوجي من خلال القوى الطبيعية ، كان اعتقاده حول نمو السكان معاكس لما جاء به دبلداي، حيث يرى أن الغذاء الجيد يزيد من قدرة التناسل ، و زيادة السكان تصاحبها زيادة الرقي البشري فتدفع الإنسان دفعاً إلى التقدم ، غير أنه إذا تجاوزت هذه الزيادة الحد فإنها تهدد بذلك بقاء الإنسان بل تهدد بانقراضه ، فتغلب الإنسان يكون بفضل صفاته المميزة و استعداداته على جميع الصعوبات .إن اختلاف معدلات الخصوبة ترجع إلى تطور الصفات المميزة في الطبقات الراقية ، إذ يفسر التطور التدريجي الاختلافات بين الحيوانات و غيرها من الكائنات . و يرى سبنسر أنه كلما ازدادت جهود الفرد

² السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص149.

لتأكيد وجوده و نجاحه ضعفت جهوده في الإنجاب مستدل على ذلك بقلة نسل السيدات المشتغلات بعقولهن المنتميات في العادة لطبقة العليا حيث رغم حصولهن على أجود تغذية و رعاية صحية مقارنة بنظيرتهن الفقيرات إلا أن تناسلهن يكون ضعيف بسبب الإجهاد الذهني الذي يؤثر على تركيبهن العضوي فيؤدي إلى ضعف القدرة على الإنجاب . كما يعجزن عن إرضاع أطفالهن و رعايتهن رعاية كاملة .

انتقد سبنسر على أنه :

1- رغم أن فروضه التي بناها على دلائل من الواقع ، غير أن هناك عدد آخر من الدلائل أغفلها تناقض هذه الفروض و هي أن الخصوبة المتناقصة لا تعود إلى تغيرات فزيولوجية في بناء الإنسان بقدر ما ترجع إلى الرغبة و الاختيار في تحديد حجم الأسرة باستعمال وسائل تحديد النسل .

1- ما عدى التعليم الذي يؤثر في القدرة على الإنجاب هناك عوامل اجتماعية أخرى ، حيث أن المرأة

المتحصلة على قدر من التعليم لا بد أن تكون قد تجاوزت أهم فترات خصوبتها التي تتميز بها

المرحلة العمرية (20-30) سنة¹.

4-1-1 نظرية كوارديني Coarod Gini (188):²

درس كوارديني المفكر الاجتماعي الايطالي بدرجة كبيرة التغير السكاني لاعتباره مؤشر على تطور و تغير المجتمع ، و نشر عام 1912 مؤلفه المعنون " أثر السكان في تطور المجتمع " أوضح فيه قضايا النظرية ، التي رغم أنها عالجت نمو السكان إلا أن معظمها انحصر في تحليل العلاقة بين السكان و تطور أو تغير بناء المجتمع بالأخص من النواحي البيولوجية و المورفولوجية أو البنائية و الاقتصادية و الثقافية وأيضاً أثر السكان في وقوع الأزمات الاجتماعية داخل المجتمعات. يمكن تلخيص هذه القضايا فيما يلي :

أ- تسليمه بمرور المجتمع بثلاث مراحل هي : النشأة و التكوين ، التقدم و الازدهار ، الاضمحلال والفناء .

ب- يمكن حسب افتراضه ملاحظة خصائص محددة في كل مرحلة من المراحل السابقة تميز نمو السكان ، و نتائج تنجم عن هذا النمو تؤثر في مختلف جوانب المجتمع البيولوجية والمورفولوجية و الاقتصادية و غيرها .

ت- بحثه عن شواهد واقعية تؤكد الارتباط بين نمو السكان و تغير المجتمع .

مراحل المجتمع :

1. (مرحلة النشأة) تغير السكان ونتائجه :

تتميز المجتمعات في هذه المرحلة (النشأة و التكوين) بمعدل خصوبة مرتفع و عدم وجود اختلافات اجتماعية واضحة بين سكانها و فئاتها ، مثل ما كانت عليه كريت ، طروادة ، أثينا ، و إسبرطة و حتى

¹ نفس المرجع ، ص ص 149،151،152 .

² د علي عبد الرازق جلي ، علم اجتماع السكان ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، الأردن ، الطبعة الخامسة 2015 ، ص ص 98-101 .

المجتمعات الحديثة المتكونة عن طريق الهجرة الدولية كأمريكا ، استراليا ، كندا و نيوزيلاندا ، و نتيجة لما كان يترتب على الخصوبة المرتفعة من زيادة في حجم السكان و كثافتهم انعكس أثر ذلك على بناء المجتمع فصاحبها تباين في الأوضاع الاجتماعية و اختلاف في الطبقات .

2. (مرحلة التقدم والازدهار) تغير السكان وعوامله :

عند دخول المجتمع مرحلة التقدم و الازدهار ، يحدث تناقص في الخصوبة ناجم عن تدخل عدة عوامل منها إما لأن المواليد في المجتمع وارين عن نسبة صغيرة من سكان الجيل السابق على هذه المرحلة ، و لأن النسبة الأخرى من هؤلاء السكان قد دخلت في عداد الوفيات قبل زواجها ، أو لم يستطيع جزءاً منها أن ينجب نسل بعد الزواج .هذا فضلاً عن أن نسبة الأنسال بين الطبقات الصاعدة إلى أعلى السلم الاجتماعي تتجه عموماً نحو الانخفاض .و حتى عندما محاولة نسبة من سكان الطبقات الدنيا الصعود في السلم الاجتماعي ملئ الفراغ الناتج عن انخفاض أنسال الطبقة العليا فإنها ما تلبث بدورها أن تلقى مصير سابقها ، أثر هذا الأمر ينعكس على نقص الخصوبة عموماً في المجتمع يضاف إلى العوامل السابقة عامل الهجرة و الحروب التوسعية التي تقع على عاتق الشباب أكثر الأفراد قوة ومغامرة و حماس وطني و استعداد للتضحية من أجل الوطن فيفقد المجتمع أصلح عناصره خصوبة و يقل عدد سكانه .

ينجم عن نقص عدد السكان و زيادة استغلال المستعمرات و البلاد المغلوبة انتعاش الاقتصاد و ارتفاع مستوى المعيشة ، فتعم الرفاهية و يطرد التصنيع و تنمو المدن و تزدهر التجارة ، بالإضافة إلى ازدهار الفنون و الموسيقى و الأدب ما يشعر المجتمع بالسعادة و الاطمئنان على المستقبل و يصبح أكثر ديمقراطية .

3. (مرحلة الاضمحلال والفناء) تغير السكان وعوامله :

يقل في هذه المرحلة عدد السكان في الكثير من أجزاء المجتمع، في المناطق الريفية نتيجة للنقص الشديد في الخصوبة الفعلية للسكان و نتيجة أيضاً لتصنيع و التوسع في هجرة العمالة من الريف إلى الحضر. وبالتالي من النتائج المترتبة على تغير السكان إهمال الأرض الزراعية نتيجة نقص الأيدي العاملة . زيادة

حالة الفلاحين سوءاً ، تدهور أحوالهم الاقتصادية ، و يقل الطلب في المدينة على الصناعات و يزيد الإنتاج على الاستهلاك ، فتحل الأزمات الاقتصادية ، و يزداد التعارض بين أوضاع الطبقات العمالية في المدن و الطبقات العليا ، حيث ينشب الصراع الطبقي بينهم مما يدفع الدولة للتدخل حتى تستطيع حماية نفسها ، فتلجأ إلى فرض الضرائب و تشتد رقابتها على الحياة الاقتصادية فتزداد حالة المجتمع سوءاً و اضمحلالاً مما قد يعجل بفنائه و اختفائه من على مسرح التاريخ .

يرى جيني أن الحل الوحيد لتجنب وصول المجتمع إلى هذه المرحلة يكون عن طريق الهجرة و إيجاد مستعمرات جديدة و بغير هذا لا يحتمل مواصلة المجتمع تاريخه إلى الأبد .

رغم ما تميزت به نظرية جيني من تكامل نظري واضح و استنادها إلى العوامل الاجتماعية في تفسير النمو السكاني و تغييره إلا أنها لم تخلو من بعض نقاط الضعف جعلتها عرضة للانتقاد التالي :

أ. يصعب قبول إفتراضه بأن العوامل البيولوجية و ضعف القدرة على التناسل يعملان على تحديد عدد السكان بالارتفاع و الانخفاض لاعتبار أن العلم أوضح خطأ التفسير استناداً على طبيعة غامضة لا يستطيع الإنسان التحكم فيها و ضبطها .

ب. إن الوقائع التي بنى عليها نظريته استمدتها من تاريخ بعض الشعوب التي في مقدمتها اليونان والرومان . غير أنه لاحظ أن هناك شعوباً كالصين و الهند اتجهت تطورها أخذ اتجاه مغايراً لاتجاه تطور المجتمع الذي تصوره .

ت. لا يمكن لنظريته أن تنطبق على كل المجتمعات و في كل الاوقات على حسب ما ذهب إليه جيني، و ذلك لتمييز المجتمعات الأخيرة بدرجة عالية من الخصوبة دون اختلاف بين طبقاتها .

ث. فضلاً عن الهجرة و الحروب لم ينتبه جيني لعوامل أخرى لها تأثير في انخفاض معدل نمو السكان و التي من أهمها المجاعات ، الوفيات ، الإجهاض و انخفاض نسبة المواليد ، فظهورها قد يؤثر في سيران تطور المجتمع في اتجاه مخالف تماماً عن الاتجاه الذي تصوره مع وجود عاملي الهجرة و

الحروب .

ج. توضح دراسة الشعوب التي أصابها الاضمحلال كبولندا ، قرطاج ، بوهيميا ، بابل ، آشور ، تركيا و إمبرطورية جنكيز خان أن سبب اضمحلالها كان بفعل عوامل غير العوامل السكانية والتي تمثلت في عوامل حربية بحتة . و لم يسر تطور هذه المجتمعات في نفس الخط الذي وضعه جيني لنشأة المجتمعات و نموها و اضمحلالها .

المحاضرة الرابعة

النظريات الاجتماعية (نظرية أرسين ديمون- نظرية كارل ماكس-نظرية الكسندر كارسوندرز)

1-2 النظريات الاجتماعية :

هي تلك النظريات التي أكدت على دور الظواهر الاجتماعية في تفسير الظاهرة السكانية و التي لها دورها في تشكيل البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها السكان . رافضةً بذلك مبدأ مالتوس التشاؤمي و العوامل الطبيعية البيولوجية و من هذه النظريات ما يلي :

1-2-1 نظرية أرسين ديمون¹:

أرسين ديمون Arsène Dumont (1849- 1902) عرفت نظريته باسم " نظرية الارتقاء الاجتماعي " وقد ارتكزت على الدراسات الأمبريقية التي أجراها على نمو السكان في فرنسا في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر ، أقر في مستهل عرضه لها أن هناك ثلاث نظريات للسكان ، تمثلت الأولى في نظرية مالتوس التي تنطبق في نظره على الحيوانات أو أشباه الحيوانات من الناس أولئك المعتمدين على ما يجدونه لا على ما ينتجوه . أما النظرية الثانية فهي نظرية جيلارد و تنطبق في نظره على مرحلة متقدمة من مراحل التطور الإنساني، تقرر إن حجم السكان ينظم نفسه بنفسه بطريقة آلية فحيثما يوجد خبز يولد رجل ، و بالتالي يصبح العمل و جمع الثروة هما هدف الحياة ، كما تصبح الخصوبة متناسبة

¹ د. السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص ص 157-161.

مع العمل المتاح . و آخر مراحل التطور الإنساني أي مرحلة التحضر فيصدق عليها نظرية ثالثة تختلف عن السابقتين و هي نظريته الارتقاء الاجتماعي .

تقرر نظريته بتكون الجماعات المتحضرة من طبقات اجتماعية مختلفة فيما بينها من حيث المستوى الاقتصادي و الاجتماعي ، ما يدل على اختلاف القيم باختلاف الجماعات و الطبقات . يحاول أفراد كل طبقة الظهور دائماً في مثالية براقة فيكون لديهم بذلك طموح و رغبة في الارتقاء الاجتماعي و الظهور طبقاً لقيم المجتمع الذي يعيشون فيه . و يصبح في ظل هذه الرغبة معدل الخصوبة منخفض لإعتبار الأبناء حائل يعطل تقدمهم و تحقيق أهدافهم . بعبارة أخرى ميول الأفراد الدائم إلى الارتقاء إلى المستويات أعلى في بيئتهم الاجتماعية ، يجعل توالدهم في ظل هذا الارتفاع أقل احتمالاً باطراد ، إذ يبتعدون عن وسطهم الطبيعي و عن أسرهم ما ينتج عنه فقدانهم الاهتمام بأسرهم و رفاهية سلالتهم ، و ينصب اهتمامهم الرئيسي على الصعود بطريقة تفيدهم شخصياً دون أن يأخذوا في اعتبارهم إن كان هذا يفيد جماعاتهم و سلالتهم . و حسب اعتقاد ديمون فالمجتمع الذي تكون فيه الحركة إلى أعلى من طبقة إلى طبقة سهلة نوعاً ما ، تكون فيه عملية الارتقاء الاجتماعي مثلها مثل الجاذبية حتمية ، ويقول في هذا الصدد : " إن الارتقاء بالنسبة إلى النظام الاجتماعي هي كالجاذبية بالنسبة إلى العالم الطبيعي " ، كذلك الانتقال من طبقة إلى طبقة أخرى هو في اعتباره سبب الانخفاض الطارئ على معدل المواليد حيث يرى أن : " زيادة النمو السكاني تتناسب عكسياً مع تطور الفرد و لكنه لا يعني ضمناً أن التغير في الأعداد راجع إلى تغيرات بيولوجية ، مثل اعتقاد سبنسر

و في نظره يكون الارتقاء الاجتماعي شديد المفعول في المجتمع الذي تكون فيه العقوبات ضد الانتقال من طبقة إلى طبقة قليلة و ضعيفة و مثاله في ذلك فرنسا التي تسودها الديمقراطية و ما صاحبها من سهولة الانتقال من طبقة إلى طبقة أخرى أعلى منها و هو ما ترتب عليه نقص ملحوظ في نسبة المواليد ، فاللندن الكبيرة في المجتمع الديموقراطي حسب رأيه جاذبية هائلة لها تأثير على من يعيشون قريباً منها ، تكثر فيها فرض العمل لتحقيق طموح الشباب مما يؤدي للهجرة نحوها ، فتصيب بالعقم النسبي المهاجرين إليها ،

مما يزيد من نسبة انخفاض المواليد فيها .أما الذين يعيشون بعيداً عنها ، أو أولئك الممارسين لأعمال فيها أقل الفرص لنمو الطموح الشخصي فإن فرص الارتقاء لا تجذبهم سريعاً .ولذلك لا يصبح محتملاً أن تنخفض نسبة المواليد بينهم مثل ما هو الحال بين من يكافحون لإشباع طموحهم . و مثاله عن البلاد ذات الحدود الطبقيّة الجامدة الهند التي تعرف عملية ارتقاء ضعيفة النشاط بسبب قسوة نظام الطبقات، ما يرفع بشكل كبير من نسبة المواليد دون ميولها إلى الانخفاض ،و بالتالي لا يميل عدد السكان إلى التناقص . و يعود هذا إلى استقرار حياة الفرد و سيرها على وتيرة واحدة . وهو ما يترتب عليه تماسك الأسرة لان عائلها لا يتركها و ينشغل عنها بما يحسن مركزه .

فتكون قدرة الفرد على التقدم و تحسين حاله كبيرة بتأخير زواجه حتى يشغله عما يسعى إليه ، و إذا حدث و أن تزوج فإنه يفكر لا محالة في تحديد أسرته لكي لا يعوقه كبرها عن تحقيق رغبته ، تشكل هذه الخاصية على اعتبار ديمون علامة من علامات تدهور المجتمع ، حيث ينجم عنها انشغال الأفراد بتحسين حالهم ،فيتناقص عدد السكان و يزيد الإقبال على المدن ، و تتفكك الأسرة و تضعف الروح القومية .و في تفسيره للظاهرة السكانية وضع ديمون بعض قواعد الارتقاء الاجتماعي حسب ما يلي :

- (1) التناسب العكسي للخصوبة مع الارتقاء الاجتماعي .
- (2) التناسب الطردي لكل من تقدم الفرد و قوة شخصيته و مقدار ترفه مع الارتقاء الاجتماعي .
- (3) التناسب العكسي لزيادة عدد الجنس مع مدى تطور الأفراد و تمتعهم بطيبات الحياة .
- (4) كثافة السكان تقل في البلاد الديمقراطية على العكس من البلاد ذات النظام الطبقي الاجتماعي الصارم الذي يصعب فيه انتقال الأفراد من طبقة اجتماعية إلى أخرى .
- (5) يعتبر كفاح الرجل الأمي أو العامل البسيط لتحقيق هدفه أشد من كفاح الارستقراطي ، إذ يضطر (العامل) إلى زيادة عدد أفراد أسرته لتحسين حاله نظراً لما يواجهه من صعوبات تعيقه في تحقيق ذلك .

يشكل توضيح طبيعة العلاقة بين الفردية و النوع و بين السكان و البناء الاجتماعي من طرف ديمون تطويراً لما سبق أن قرره سبنسر ، لذلك يعود له الفضل في توجيه المزيد من الاهتمام إلى الظروف الاجتماعية التي يعيش في ظلها الأفراد ، باعتبارها عوامل مهمة في إيجاد موانع واقية تحد من نمو السكان ، و يمكن لها التقليل من مفعول المانع المتمثل في وسائل العيش .

1-2-2 نظرية كارل ماكس :

كارل ماكس K .Marx (1818-1883) مفكر ألماني اشتهر بتعدد اهتماماته حيث أنه فيلسوف اجتماعي ورجل اقتصاد و سياسة ، لكنه اشتهر أكثر بوضع دائم الاشتراكية العلمية (أو الشيوعية) بالاشتراك مع زميله إنجلز ، لم يفرد لموضوع السكان مؤلفاً خاصاً و إنما عالج بعض الآراء النظرية المتعلقة بالسكان التي ضمنها مؤلفه المعنون برأس المال Capital الذي نشره سنة 1928 .

خالف و عارض آراء مالتوس ، فأنكر نظريته المتطرفة التي تقول بأن سبب الفقر و الشقاء هو ميل الإنسان الطبيعي إلى التكاثر بمعدلات أسرع بكثير من زيادة الموارد أو إنتاج أسباب عيشه . و هو يقر أن معاناة الإنسانية من الفقر و الشقاء في كل زمان و مكان ترجع إلى طبيعة النظام الاقتصادي السائد ، فلا يمكن في نظره من وجود قانون عام ثابت للسكان ، بل إن لكل عصر و لكل مجتمع قانونه الخاص بالسكان الناتج عن ظروفه الاجتماعية و الاقتصادية السائدة . إن تغير المجتمع يمر بمراحل متباينة ، طبقاً لتغير الإنتاج و النظام الاقتصادي .

و في اعتقاده أن شرور الرأسمالية هي الأساس الوحيد للفقر و لذلك قرر أن قانونه عن تزايد السكان ينطبق على كل المجتمعات التي تأخذ بأسلوب أو بالطريقة الرأسمالية للإنتاج ، رغم ما سبق و أن أشار إليه من أن لكل مرحلة أو طريقة للإنتاج قانوناً خاصاً بها يسيطر على تركيبها السكاني . فالتحول إلى النظام الاشتراكي هو أفضل وسيلة عنده للتغلب على مشاكل التزايد السكاني و القضاء على الفقر والبؤس ، ففي نظره بإمكان النظام الاشتراكي تحقيق التوازن بين زيادة رأس المال الثابت و رأس المال المتغير ، الأمر الذي يحول دون وجود فائض سكاني كما هو الحال في المجتمع الرأسمالي .

انتقد ماركس بأنه :

✓ تحيز لإحدى الطبقات المحكومة بالرغم من أنه عاب سابقه و منهم مالتوس في تحيزهم لأحد الطبقات الحاكمة . و قد أثر ذلك على قضايا النظرية و نتائج تحليلاته .

✓ تصور أن النظام الاشتراكي يحل مشاكل تزايد السكان بتقليله ضغط السكان على الموارد، غير أن هناك عوامل أخرى ترتبط بنمو السكان و منها الحرية الشخصية فيما يتعلق بالزواج والإنجاب ، و عليه لا يمكن إنكار تأثير هذه العوامل في تجاوز الحدود و الضغوط على موارد المجتمع .¹

1-2-3 نظرية الكسندر كارسوندرز A. M. Carr-Saunders (1886) :²

باحث انجليزي عنى بدراسة السكان و عرض قضايا النظرية في مؤلف سماه (سكان العالم) ، تتلخص أرائه فيما يلي :

أ. إقراره بأن السكان في أي مجتمع يكونوا إما قلة أو كثرة أو عند حد أمثل . كما يمكن التفرقة حسب رأيه بين أنواع مختلفة من كثافات السكان و هي الكثافة الفيزيائية و الكثافة الإحصائية و الكثافة الاقتصادية . و يرى أن مفهوم الكثافة السكانية مفهوم نسبي ، لأن الزيادة و القلة مسائل نسبية ، فلا يجب الحكم على مجتمع بأنه قليل السكان لأن عدده قليل في الكيلو متر المربع ، و لا يجوز الإقرار بكثرة عدد سكانه إذا كان عددهم في الكيلو متر كثيراً ، فقد يكون العدد قليلاً و هناك موارد ثروة كثيرة مثل البلاد الغنية بالأنهار و المعادن و الصناعات . و قد يكون العدد كثيراً و الموارد قليلة مثل المجتمعات الصحراوية .

ب. افتراضه بوجود علاقة بين حجم السكان و بين موارد الثروة في المجتمع من أراضي زراعية يمكن استغلالها أو ثروات معدنية يمكن استخراجها أو غيرها من موارد لازمة للإنتاج ، فيحكم على العدد بالقلة إذا كان لا يساعد على قيام المشروعات التي تستغل هذه الموارد و يعجز عن أن يوفر

¹ نفس المرجع ، ص ص 164-166

² د.علي عبد الرزاق جلي ، مرجع سابق ، ص ص 102-104.

المنتجات التي يحتاجها هذا العدد و لا يزيد القدرة الإنتاجية للفرد ، أو الحكم على العدد بالكثرة

إذا كانت هذه الزيادة في عدده تؤدي إلى تناقص الإنتاج المستخرج من موارده .

ت. حصر الأدلة على صحة افتراضه بالنظر إلى حقيقة دخل الفرد في المجتمع و المترتب على موارد

الثروة به ، و الجدول التالي يمثل نتائجه :

الدخل	عدد السكان بالمليون	متوسط الإنتاج بالجنيه
مجتمعات تتسم بقلة السكان	5	100
	6	120
	7	130
أو بحجم أمثل	8	125
أو بكثافة سكانية عالية	9	130
	10	120
	11	105

ث. يرى بناءً على هذه الأدلة إمكانية استخلاص مقياس يمكن بواسطته التعرف إلى مستوى القلة أو

الكثرة أو المثلى الذي قد يصل إليه السكان ، حيث يكون عدد السكان في هذا المجتمع عند حد

القلة إذا كان متوسط دخل الفرد أخذ في الزيادة ، و إذا كان متوسط الدخل في حالة استقرار

يكون عددهم عند الحد الأمثل ، أما إذا كان المتوسط متجهاً نحو الهبوط تدريجياً يكون عدد

السكان عند حد متزايد .

رغم ما امتازت به أفكار كار سوندرز من قربها من صورة النسق الاستنباطي المنطوي على قضايا

مسلمة و افتراضات لتفسير ظاهرة نمو السكان على ضوء موارد الثروة في المجتمع ، ثم محاولة

التحقق من هذه الافتراضات استناداً إلى شواهد و أدلة من الواقع . لكنه لم يستطع استخلاص

نتيجة عامة أو قانون يفسر به نمو السكان . و هذا ما عرضه للملاحظات النقدية التالية :

1. لم يتحلى الدقة في تحديد مفاهيمه خاصة عند تحديده لحجم أمثل للسكان في ضوء عامل واحد

هو موارد الثروة حيث أغفل ما انتهت إليه نتائج الدراسات السكانية الحديثة و بيانها لدور عوامل التنظيم الاجتماعي و المستوى التكنولوجي و الفني و الثقافي و الصحي و غيرها في تحديد هذا الحجم .

2. نظريته ذات طابع استاتيكي غير دينامي لا تأخذ في الاعتبار الظروف المتغيرة الناتج عن التقدم التكنولوجي و ارتفاع مستوى المعيشة و ما يترتب على الموارد المتاحة من المتغيرات كالكشف آبار البترول مثلاً ، فالحجم الأمثل للسكان قد يتغير بتغير هذه الظروف إذ لا يمكن الكشف عنه بصفة مطلقة بالنسبة لمجتمع معين .و من ناحية أخرى لا ينطبق على الدول النامية تعريف الحجم الأمثل للسكان و الذي يبلغ عنده الناتج المتوسط أقصاه ، لأن ما يهمها هو حصولها على أقصى قدر من الاستثمارات و ليس وصول متوسط الدخل الفردي إلى أقصاه .

3. ليس باستطاعة نظريته التنبؤ ذلك لأنه إذا افترض بإمكانية تحديد الحجم الأمثل للسكان بالنسبة لمجتمع ما في فترة معينة ، فإن هذه النظرية لا تساعد على تحديد السياسة السكانية الواجب إتباعها لتمكن من القضاء على الفجوة بين الحجم الفعلي و الحجم الأمثل للسكان .

من خلال ما سبق ذكره من نظريات حول السكان نستعرض فيما يلي أهم ملامحها الأساسية :

✓ اعتقاد مالتوس بأن ارتفاع معدلات الخصوبة تؤدي إليه طبيعة الإنسان _أو الميل الطبيعي بين الجنسين _ و هناك صراع دائم بين خصوبته و قدرته على إنتاج وسائل و سبل عيشه من البيئة الفيزيكية التي يعيش فيها ، و لا يجد الإنسان في خضم هذا الصراع مهرب من مواجهة الفقر و المعاناة من نتائج الموانع الايجابية . غير أن مالتوس عدل من نظريته فاعترف بقدرة الإنسان على استخدام الموانع الوقائية لتقليل من معدلات خصوبته من خلال تأجيل الزواج أو كبح جماح غرائزه الجنسية إذا تزوج ، ما يقلل من معاناته و يؤسه ، كما أنه و كغيره من أصحاب النظريات الطبيعية لم يتصور أبداً إمكانية القضاء على قدرة الإنسان البيولوجية على الإنجاب .

✓ تتسبب تغيرات في بيئة الإنسان الطبيعية في إحداث نقص في قدرته البيولوجية على الإنجاب (معدل خصوبته) و ذلك دون تدخل منه ، حسب اعتقاد كل من سادلو و دبلداي ، حيث أن التغير في القدرة البيولوجية على الإنجاب يحدثه ازدياد الكثافة السكانية هذا بالنسبة لسادلو ، أما بالنسبة لدوبلداي فإن سبب التأثير هو تزايد وفرة الغذاء .

✓ التوافقات البيولوجية للإنسان تحدث تغيرات تطورية في المجتمع و يكون الكثير من هذه التغيرات الطبيعية عوامل حاسمة في إحداث التطور الثقافي . يشكل في هذا الصدد تناقص أضعف القدرة البيولوجية على الإنجاب أهم هذه التغيرات البيولوجية الفعالة ، و عليه لا يملك الإنسان و لا قدرة للتحكم في سلوكه الإنجابي ما يجعل منه يبحث عن أي ضرورة أو حاجة للاهتمام بمعدل خصوبته ، لأن قوى التطور تكمن بعيداً عن مجال سيطرته و ضبطه .

✓ يمكن للإصلاح الاجتماعي حسب اعتقاد ماركس و بعض مناصري النظرية الاجتماعية أن يحدث نتائج اقتصادية هائلة تجعل الفرد ليس بحاجة إلى الاهتمام بنمو السكان أو تزايدهم مهما كان سريعاً أو ضخماً ، وقد سيطر على اعتقاد منظري هذه النظرية أنه بتحسين أحوال الأفراد

الاقتصادية سيمارسون ضبطاً طوعياً إرادياً على نموهم السكاني، غير أن هؤلاء المنظرين لم

يدرجوا هذه المسألة تحت ما اقترحوه من نظم للإصلاح الاجتماعي .

✓ ارتكزت كل اهتمامات ديمون و كار سوندرز على الضبط أو التحكم الإرادي الطوعي للإنسان

لنموه ، على اعتبار أن الإنسان إذا ما أراد تحسين مكانته الاقتصادية التي تضمن له في الوقت

ذاته القدر الكبير من الإشباع و الرضا عن تقدمه الشخصي ، إن هذا السلوك يمثل اعتبارات

أساسية تفرض على الإنسان الحاجة إلى أسر صغيرة الحجم .

كان لتيارات الفكرية السائدة علاقة في ظهور كل النظريات السكانية السابقة الذكر. كما أنها لم تكن

الأخيرة، لكنها تنبه بعدم التسرع في تحديد قانون النمو عند دراسة ما يحيط من نماذج و أشكال النمو

السكاني ، حيث ما يظهر في وقته على أنه مذهب أو نظرية سليمة قد لا يكون كذلك بعد فترة قصيرة . و

قد تبرز نظريات أخرى أكثر قدرة على التفسير و التحليل و التنبؤ باتجاهات المستقبل .

يقوم علم اجتماع السكان على تحليل الظواهر السكانية كالمواليد ، الوفيات و الهجرة ، بالإضافة إلى بحثه

في العوامل المتدخلة في تشكيلها و تحديد اتجاهاتها و مساراتها كالعوامل الإنسانية البحتة المتباينة و

المختلفة مجتمعة و منفردة منها الاتجاهات النفسية و القيم الاجتماعية و الثقافية والظروف المجتمعية

على الصعيدين السياسي و الاقتصادي و غيرها. ينتج عن هذا الأمر تفاوت حجم و معدلات وتيارات أو

اتجاهات هذه الظواهر . و عليه يترتب عن تدخل الإنسان لضبط و توجيه هذه العوامل ضبط وتوجيه

الظاهرة السكانية و التحكم فيها سعياً لتحقيق رفاهيته .

النظريات السكانية
"الاتجاهات المفسرة لظاهرة السكانية"

المحاولة الأولى

النظريات
الطبيعية
والاجتماعية

النظرية الطبيعية : تقوم على مبدأ أن طبيعة الإنسان والعالم الذي يعيش فيه هما اللذان يتحكمان في نمو السكان.

النظرية الاجتماعية : ترجع نمو السكان إلى الظروف الاجتماعية التي تحيط بهم

النظرية البيولوجية : يرجع انخفاض الخصوبة إلى انخفاض القدرة الفيزيولوجية أو البيولوجية على الإنجاب و يرجع ذلك إما لارتفاع الكثافة السكانية أو لتعقيد الحياة الاجتماعية

النظرية الاقتصادية : محورها الأساسي هو ارتباط كل من الزواج والإنجاب بالظروف الاقتصادية السائدة

النظرية الثقافية : تقوم على التفاعل الثقافي في تفسير الظاهرة السكانية، فتحاول تفسير السلوك الإنجابي ومن ثم نمو السكان بالرجوع إلى النسق القيمي السائد في المجتمع أو بالرجوع إلى مفهوم الثقافة التقليدية

المدخل المحافظ : يقوم على قبول المجتمع الدائم نحو التوازن الذي يختل في مراحل التغيير لكن و بفعل قوى اجتماعية أو بيولوجية يعود مرة أخرى هذا التوازن

المدخل الراديكالي : رؤيته تقوم على تأثير الإطار الثقافي السائد في المجتمع في معدلات الخصوبة و الذي يكون في الغالب انعكاس لعوامل مادية تلعب دور رئيسي في تحديدها

نظريات
بيولوجية ،
اقتصادية
وثقافية

المحاولة الثانية

المحاولة الثالثة

نظريات
المدخل
المحافظ
والمدخل
الراديكالي

المحاضرة الخامسة

السياسة السكانية (تعريفها - تاريخ ظهور السياسات السكانية - خلفياتها التاريخية)

تمهيد:

تسعى الدراسات السكانية إلى معرفة مشاكل السكان في المجتمع و اقتراح ما يناسبها من حلول والتنبؤ بوضعهم و أحوالهم المستقبلية من خلال صياغة القضايا النظرية ، و من مقدمة المشاكل التي يعاني منها كل مجتمع تحقيق التوازن بين عدد سكانه و بين المتاح من وسائل العيش و لأجل تحقيقه يجتهد علماء السكان لاقتراح توصيات علمية و إذا اتخذها المجتمع في صورة إجراءات متبلورة تشكل برنامج عمل يطلق عليه تسمية ضبط و توجيه الظواهر السكانية أو السياسة السكانية التي تختلف وتتنوع باختلاف و تنوع ظروف و أحوال المجتمع و تستند في تنفيذها إلى عدة دعائم .

1- السياسة السكانية :

1-1 تعريف السياسة السكانية :

تعرف أيضاً بسياسة الضبط و التوجيه للظواهر السكانية و هي العملية التي يحاول بها المجتمع والإنسان المحافظة على التوازن بين حجم السكان في شعب من الشعوب و بين وسائل العيش المتاحة في المجتمع ، بحيث أنه إذا كانت هناك زيادة في حجم السكان ناتجة عن نموهم بمعدل سريع بفعل المواليد و الهجرة إلى المجتمع تفوق ما توفر في هذا المجتمع من وسائل العيش فإن المجتمع قد يتدخل بالقوانين و التشريعات و الإجراءات الكفيلة بالحد من هذه الزيادة و كذلك إذا كان هناك نقص في عدد السكان ناجم عن نقص المواليد و زيادة معدل الهجرة من المجتمع بمعدل لا يوازي ما يتوفر في هذا المجتمع من وسائل للعيش فإن المجتمع قد يتدخل بالقوانين و التشريعات و الإجراءات التي تفيد في إعادة التوازن بين حجم السكان و وسائل العيش . كذلك يدل الموقف الذي يشمل عدم تدخل المجتمعات في تحقيق التوازن على وجود عمليات ضبط و توجيه تعينه . دون أن يخفى علينا أن تدخل المجتمع يكون مقتصرأ على أحد جوانب هذا التوازن و خاصة ذلك الجانب المتعلق بحجم السكان ، وإنما يمتد تدخل المجتمع ليشمل الجانب الآخر

لحالة التوازن ، أي وسائل العيش فالمجتمع الذي تقل فيه وسائل العيش عن حجم السكان فانه قد يعمل على تحسين الظروف التي من شأنها أن تزيد من هذه الوسائل للعيش و ذلك عن طريق برامج التنمية و خاصة في مجالات الزراعة و الصناعة ...إلخ¹.

تعرف أيضاً السياسة السكانية Population Policy على أنها مقاييس و برامج تشريعية أو إدارية أو أية إجراءات حكومية أخرى بقصد تعديل أو تغيير الاتجاهات السكانية لصالح رفاهية المجتمع . و هي تهتم بشكل عام بالجهود المبذولة للحفاظ أو لاستعادة أو لزيادة معدل النمو السكاني² .

1-2 تاريخ ظهور السياسات السكانية :

يبين التراث الفكري السكاني أن اهتمام الدول بمسائل السكان ليست بالظاهرة الحديثة و إنما تجلى هذا الاهتمام على شكل فرض قوانين أو سن تشريعات تشجع الزواج ، وفرض الضرائب على غير المتزوجين، ودعم الأسرة بمكافآت مالية ، و تنظيم أو تحديد الهجرة الخارجية ، و وضع سن أدنى للزواج .عرفت كل هذه الإجراءات منذ أقدم العصور و مثلت بوجه عام فلسفة سكانية تتساوى من خلال القوة و الرفاهية مع كبر حجم السكان.³

إن محاولة الإنسان لتحقيق التوازن بين معدل نمو السكان و معدل وسائل العيش في المجتمع لدليل على موقف ايجابي من طرفه ، حيث سعى باستمرار إلى تغيير ظروف المجتمع و إدخال التطورات وإيجاد الاكتشافات و القيام بالثورات لزيادة معدل نمو وسائل العيش و هذا حسب ما بينته الإيكولوجيا البشرية في تفسير العلاقة بين نمو السكان و وسائل العيش . و لم يكن موقفه هذا مقتصر على وسائل العيش بل امتد ليشمل نمو السكان بالتعديل و التطور عن طريق أساليب معروفة مرت هي أيضاً بتطورات واضحة ، حيث وضحت وثائق التاريخ قدم فكرة التحكم في عدد السكان ، إذ لجأ الناس من قديم الزمان للملائمة بين أعدادهم و موارد ثروتهم الطبيعية ، فكانت من الأساليب المعروفة بين شعوب العالم القديم في

¹ د.علي عبد الرزاق جلي ، مرجع سابق ، ص ص 262-263.

² د.السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص 364

³ نفس المرجع، ص 364.

اليونان و الرومان و باقي شعوب البحر الأبيض المتوسط وأد الأطفال أي قتلهم و هم المهد و قتل المسنين و الشيوخ و المرضى بحجة عدم مشاركتهم في الإنتاج الاقتصادي ، كما مارس هذا الأسلوب في العصور الجاهلية الشعب العربي و بيزوغ الإسلام حرمة القرآن الكريم .

فسرت ظاهرة وأد الأطفال من طرف الكتاب الاجتماعيين بأسباب تتعلق بالشرف و الكرامة في حين اتخذ التفسير الاقتصادي أسباب أخرى في تفسير هذه الظاهرة تمثلت في عدم توافر مصادر الثروة في العصور القديمة ، والعبء الثقيل الذي كان ينتج عن إعالة الأطفال الجدد منهم الإناث خاصة ما أجبر الإنسان القديم لقتل و وأد أولاده و هم صغار حتى لا تتعارض مع قدراته على توفير وسائل معيشتهم ، غير أنه و للتحكم في نمو السكان سرعان ما تم التخلي عن هذا الأسلوب للتحويل إلى وسيلة الإجهاض لتخفيف من الضغط السكاني و التقليل من السكان . ظلت هذه الوسيلة حتى الوقت الحالي وذلك سواءً من خلال القوانين الصادرة لتنظيم السكان ، أو في السر و التكتم الشديد . غير أن الإنسان إبتدع وسائل علمية حديثة تضبط السكان بعدما تبين له اتسام تلك الوسائل بالوحشية والبربرية و تنافها مع الإنسانية . و سرعان ما انتشرت الوسائل العلمية الحديثة بين سكان العالم كأساليب تطورت باستمرار في تنظيم الأسرة.¹

1-3 الخلفية التاريخية لسياسة السكانية :

عرفت السياسات السكانية توسع كبير في كل من ألمانيا و إيطاليا و اليابان خلال فترة ما بين الحربين العالميتين الأولى و الثانية ، حيث استخدمت إجراءات عديدة تشجع على زيادة حجم السكان تمثلت في:-

دفع أجور منتظمة للأسر المنجبة للأطفال .

- مكافأة أو دعم الأمومة مادياً و معنوياً .

- حظر استخدام وسائل منع الحمل .

- تحديد الهجرة الخارجية .

¹ د.علي عبد الرزاق جلي ، مرجع سابق ، ص ص 263-264 .

- التشريعات الخاصة بتحسين النسل و السلالة .

ارتبطت هذه الإجراءات بطموحات سياسية و إقليمية لدى قوى المحور تدفع لزيادة عدد السكان .
طورت خلال نفس الفترة سياسات سكانية تضمنت نفس القناعة إلى حد ما ، لكن بمنطق مختلف
و ذلك في بلدان أوروبية التي تميزت بانخفاض معدلات النمو و مهددة بخطر الانخفاض الحاد في عدد
السكان. فقد كانت معدلات الخصوبة فيها أقل من أن تقوم بدورها الطبيعي في عملية الإحلال (عوضاً عن
الوفيات) ، قدرت العملية ككل على أنها مجرد مسألة وقت قصير ينقضي ، و تمر هذه البلدان بمرحلة
نقص سكاني طبيعي حاد . ساهم الكساد الاقتصادي فيها في تطوير مفهوم جديد للعدالة الاجتماعية و
اتخذت الحكومات خطوات جادة لحماية العمال من مخاطر البطالة ، و لضمان أدنى حد ممكن لدخل
الأسرة يراعى فيه عدد الأفراد " العالة " بالنسبة لكل عامل .

رغم عدم وضوح الحد من انخفاض معدلات المواليد المستمر بسبب اتجاهات عالمية ، ومن تشكيلها
ظاهرة مؤقتة بسبب ظروف الحرب و الكساد ، إلا أن الاعتقاد بانخفاض معدل الزواج و انخفاض
معدلات الخصوبة المرتبطة بها كان له تفسير اقتصادي مقنع . ومن ثم كان ارتباط محاولة الاحتفاظ أو
زيادة معدلات المواليد بتطوير برامج التأمين الاجتماعي خاصة البرامج المساهمة في تحقيق الأمن
الاقتصادي للأسرة . جعل هذا الارتباط الاختلاف بين هذه البرامج و السياسات السكانية المشار إليها
سابقاً في كونها لم تكن سياسات توسعية بالمعنى الاستعماري ، وإنما دافعها الرغبة في تجنب الانخفاض أو
التدهور السكاني أو تحقيق و لو بأي درجة التزايد السكاني .

طورت في الاتحاد السوفياتي و أوروبا الشرقية برامج مماثلة كجزء متكامل من مخطط بناء الدولة ،
مستندة على مناهضة ماركس لنظرية مالتوس التشاؤمية ، فالزيادة السكانية المفرطة في نظر ماركس "
مسألة لا تعيب التنظيم الاجتماعي " ، كما كان لحاجة الاتحاد السوفياتي الماسة إلى حجم سكاني كبير
مستندها ، فطبيعة السياسة السكانية في هذه البلدان كانت لحد ما مسألة تفسر أو تعبر عن إرادة
الحكومة في اختيار برامجها و سياساتها .

مثلت السياسات السكانية وجهة مغايرة بعد الحرب العالمية الثانية ، مع ظهور دول جديدة و تنامي الوعي بالمشكلات الاقتصادية في الدول النامية و المتخلفة حيث انخفضت في الكثير منها و لأسباب عديدة معدلات الوفيات انخفاض ملحوظ مقابل تزايد معدلات الخصوبة عام بعد عام ، و هو موقف لم تألفه التجربة أو الخبرة الغربية ، كما أن هذه المعدلات فرضت إمكانية تضاعف عدد السكان خلال جيل واحد مما أثار مخاوف بتبدد ما يبذل من جهد لرفع مستوى المعيشة أمام ضرورة توفير أدنى حد ممكن من مستوى المعيشة لهذه الأعداد المتزايدة . هذا ما أدى إلى ظهور سياسات سكانية جديدة تتجه نحو التخفيض أو على الأقل المحافظة على معدلات النمو السكاني في كثير من البلدان النامية والمتخلفة في الشرق الأقصى و الكاريبي¹

المحاضرة السادسة

أنواع السياسات السكانية (السياسة المبنية على الزيادة –السياسة المبنية على التخفيض)
التشريعات والسياسات السكانية (التشريعات وسياسة زيادة معدلات نمو السكان- والتشريعات وسياسة خفض معدلات نمو السكان)

1- أنواع السياسات السكانية :

1-1 السياسة السكانية المبنية على الزيادة :

من أمثلة البلدان التي يسودها هذا الاتجاه البلدان الاسكندنافية و خاصة منها السويد ، حيث رافق انخفاض معدل الوفيات انخفاض مماثل و سريع في معدل المواليد ،هذا الأخير أثر في انخفاض عدد السكان و ذلك في الثلث الأول من القرن العشرين،و كان ذلك نتاج عن انخفاض نسبة المواليد السنوية لحوالي 60% بالنسبة للوفيات ، و لأجل زيادة السكان دعت الضرورة إلى البحث عن سياسة سكانية مناسبة ، و بعد دراسة مستوى المعيشة تبين أن نسبة كبيرة من السكان كانوا يعيشون تحت المستوى المطلوب .

¹ د.السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص ص 365-366.

على هذا الأساس كان الاهتمام بتحسين المعيشة بشكل مرتفع أكثر من زيادة عدد السكان ، و اتخذت السويد سياسة سكانية تعمل على توجيه كل أسرة نحو تحديد عدد أطفالها بنفسها و ذلك بما يتوفر لديها من موارد ، بالإضافة إلى توسيع نطاق المساعدات في مجال الصحة و الخدمات الاجتماعية حتى يسهم ذلك في رفع مستوى المعيشة لاعتبارها أن :

زيادة عدد الأطفال عن العدد المرغوب فيه  مستوى معيشة الأسرة مهما كان دخلها

كما عملت السياسة السكانية أيضاً على أن الزيادة في عدد السكان يجب أن لا تتعارض مع رفع مستوى المعيشة مع وجوب التضحية بالهدف الأول من أجل تحقيق الهدف الثاني . و بناءً على هذا كانت الأولوية إلى زيادة الخدمات التعليمية و تطوير البرامج الاجتماعية الاقتصادية للأسر و الأفراد لضمان حياة سعيدة و صحية . و يتوقف هذا على ضمان مستوى اقتصادي لمساندة الأسر في الحصول على احتياجاتها لتحقيق سعادة أفرادها .

2-1 السياسة السكانية المبنية على التخفيض:

إن هذا الاتجاه لنمو السكان تمثله اليابان حيث يتسم بالزيادة السريعة في السكان والذي يرافقه فيه الانخفاض المستمر في معدل الوفيات عادة انخفاض بطيء في معدل المواليد ، فكان الفارق بين المعدلين كبير ، كان هذا التحول أو التغيير الديموغرافي عام 1870 عندما كانت اليابان تبذل جهود ضخمة في مجال التصنيع ، مع حرصها في الوقت ذاته على رفع مستويات التعليم بين السكان ما يؤدي بدوره إلى رفع المستويات الصحية و القضاء على المجاعات و الأوبئة و المخاطر التي تعرضت لها في الماضي ، و إلى القضاء كذلك على التقاليد البالية السائدة بين كل طبقات السكان . و من نتائج هذه التنمية الصناعية و الثقافية الزيادة السريعة النسبية في السكان من 30 مليون في 1870 إلى 72 مليوناً في 1950 إلى 83 مليوناً في 1970 . و اتجهت سياسة الدولة في البداية نحو تشجيع زيادة النسل . ما نتج عنه تدهور الظروف الاقتصادية رغم مجهوداتها المبذولة لزيادة الإنتاج الصناعي و الزراعي و استعانتها بالمساعدات الخارجية، و انخفض دخل الفرد بدرجة كبيرة .

عانت اليابان من عدم التوازن بين معدلات التنمية و معدلات نمو السكان نتيجة عدم وضعها لسياسة سكانية تتفق مع الجوانب الاقتصادية والاجتماعية و إغفالها الجانب الديموغرافي ، فاتخذت لأجل الإجراءات التالية :

- ✓ إصدار قوانين تشجع استخدام وسائل منع الحمل و قانون يبيح الإجهاض .
 - ✓ تعليم الفتيات نوعاً من برامج التدريب على استخدام وسائل منع الحمل .
 - ✓ تكليف هؤلاء الفتيات بتوجيه و إرشاد الأمهات على هذه الوسائل (منع الحمل) .
 - ✓ تنظيم الجمعيات حملات حول فكرة تنظيم الأسرة و استخدام أساليب منع الحمل .
 - ✓ و بالأخذ في الاعتبار بالنتائج السليمة للإجهاض تضاعفت جهود السلطات نحو توزيع وسائل منع الحمل على نطاق واسع باعتبارها الطريقة الوحيدة و المناسبة لتنظيم الأسرة .
- حققت اليابان جراء السياسة السكانية التي اتخذتها انخفاض ملحوظ في معدلات المواليد و انخفضت الزيادة الطبيعية نتيجة لذلك كما أخذ النمو السكاني وضعه الطبيعي في إطار التنمية الاجتماعية والاقتصادية¹ .

2- التشريعات والسياسات السكانية :

لاعتبار القانون من أهم دعائم تنفيذ السياسة السكانية نستعرض فيما يلي مختلف التشريعات المؤثرة في العمليات السكانية التي تؤثر بدورها في حجم السكان و توزيعهم الجغرافي و تكوينهم .

1-2 التشريعات وسياسة زيادة معدلات نمو السكان :

اعتبرت معظم التشريعات التي حاولت التأثير في الخصوبة منذ مدة طويلة و حتى في الحاضر من النوع المشجع على زيادة النسل Pronatalist ، و كأول محاولة تشريعية تهدف لزيادة الخصوبة صدر قانون هامورابي ibarommaH في القرن العشرين قبل الميلاد في بلدة بابلون nolybaB ، و في روما في عهد القيصر أو أغسطس stsuguA صدرت بين القرنين 18،19 قبل الميلاد تشريعات أخرى لتحقيق سياسات

¹ د.علي عبد الرزاق جلي ، مرجع سابق ، ص ص 267 – 269.

زيادة النسل تضمنت بنوداً متباينة متعلقة بتشريع الزواج و زيادة النسل بالإضافة إلى أنه من المفضل في شغل المناصب العامة مراعاة عدد الأطفال في الأسرة المرشح لها . و أن يعطى الحق للأمهات في الأسرة كبيرة الحجم بارتداء ملابس مميزة و حلي .

و قد لاحظ أن هذه القوانين لم تهدف إلى تشجيع النسل عند السكان عامةً و إنما بين الأرستقراطيين فقط الذين لم يكن إنجازهم بالعدد الكافي الذي تتراح له الحكومة ، و لم يترك الأرستقراطيون قيام حكومتهم بتنظيم سلوكهم الزواجي ، فلم يكن بذلك لهذه القوانين أي أثر أو لا يمكن الاعتماد عليها . وقد ألغيت تماماً هذه القوانين عندما أصبحت الديانة الرسمية في روما هي المسيحية نظراً لأنها تعلق قيمة كبيرة على التبتل .

في فرنسا و إسبانيا في القرن السابع عشر سنت تشريعات أخرى مشجعة على زيادة النسل ، ففي إسبانيا كان الرجال المتزوجون مبكراً أو ذوي الأسر كبيرة العدد يعفون جزئياً أو كلياً عن الضرائب، وفي فرنسا صدر تشريع مماثل بالإضافة إلى الحصول على إعانات سنوية للنبلاء المرزوقين بعشرة أطفال شرعيين أو أكثر و الذين لا يزالون على قيد الحياة ، ساهمت في تنفيذ هذه السياسات السكانية ظروف مرت بها كل من فرنسا و إسبانيا التي كانت تخاف أن يصيبها الغزو العسكري بفاقد سكاني كبير فقد عرفت إنخفاض في عدد سكانها من حوالي 10 ملايين نسمة إلى حوالي 6 ملايين نسمة في عام 1700.

و من أهم العوامل التي دفعت الحكومة الفرنسية إلى إصدار قرار يوجب التوازي بين معدل المواليد في فرنسا و بين نظيره في ألمانيا الفاقد البشري الناجم عن غزو بروسيا لفرنسا خلال حرب عام 1870 وعن الحرب العالمية الأولى .

تشجيعاً على زيادة النسل في فرنسا و في غيرها من الأمم نظمت برامج معروفة باسم المعونات الأسرية ylimaf secnawolla تقدم إعانات مالية لأرباب الأسر التي تلد أطفال بغض النظر عن حاجتهم الشخصية لهذه المعونات . عرف هذا البرنامج تطور تدريجي حيث أقيم بالبداية عام 1918 على أساس اختياري تطوعي تقوم بمقتضاه الشركات الصناعية بتمويله من أجل توزيع المعونات الأسرية ، كما منح تشريع عام

1932 طابع قومي على برنامج المعونات البشرية و حصل طبقاً له كل العاملين في الصناعة على معونات مالية تدفع مقابل كل مولود . و في عام 1961 أوضحت المعونات الأسرية إلى ما يساوي 5% من إجمالي الدخل القومي .

أدى الفاقد البشري في الاتحاد السوفياتي و الذي تسببت فيه الحرب العالمية الثانية إلى الاهتمام بتنظيم برنامج لإعانة الأسر التي تضم 3 أطفال أو أكثر و قد وصلت الإعانة الأسرية إلى حوالي 51% من متوسط أجر رب الأسرة بعد ولادة الطفل الخامس .

إن الأخذ ببرنامج المعونات الأسرية لتشجيع النسل لم يقتصر في الواقع على البلدان السابقة الذكر وإنما حاولت بلدان أخرى كثيرة تطبيقه خاصة أستراليا ، بلجيكا ، البرازيل ، بلغاريا ، كندا ، شيلي ، تشيكوسلوفاكيا ، فنلندا ، ألمانيا الغربية ، بريطانيا ، المجر ، أيرلندا ، إيطاليا و هولندا وغيرها . وقد اعتمدت الولايات المتحدة الأمريكية على نوع آخر من القوانين في تشجيع النسل ، و من أهم هذه القوانين كان القانون الفدرالي للضريبة الذي يقض بخضوع العزاب لمعدل ضريبة يزيد عن المعدل المطبق على المتزوجين للاعتقاد أنهم قد يقسمان دخلهما و يدفع كل واحد منهما ضريبة على دخله الناتج أكثر مما يدفع على دخله قبل هذه القسمة .بالإضافة إلى القوانين الأخرى التي تستثني من الضريبة على دخل الأسرة مبلغ 600 دولار لكل طفل . هذا معناه وقوف القوانين المتعلقة بالضريبة على الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية إلى جانب الأسر المعيلة لأطفال أكثر من وقوفها إلى جانب غيرهم من المواطنين .

أما بالنسبة للتشريعات المؤثرة في الهجرة بهدف زيادة معدلات نمو السكان فتعود إلى القرنين 17 و 18 ، حيث سادت إيديولوجية التجاريين و التي شجعت الكثير من الحكومات في أوروبا على اتخاذ التدابير التي تمنع للهجرة من الدولة rgimenoita و تشجع الهجرة إلى الدولة noitargimmi ، حيث أصدرت فرنسا في نهاية القرن 17 تشريعاً يقضي بتوقيع عقوبة الإعدام على الأشخاص المحاولين الهجرة من الدولة أو المساعدين غيرهم على الهجرة باستثناء المهاجرين إلى أية مستعمرة فرنسية في أي مكان .

كما سنت بروسيا عام 1721 قانون آخر يعمل على استقرار المهاجرين إليها و ذلك اعتماداً على المبالغ التي رصدها الإمبراطور لهذا الغرض ، و قدمت من طرف بعض قياصرة روسيا إعانات للمهاجرين إلى الدولة من المستعمرات الخارجية و معظمهم كان يقدم من ألمانيا .و خلال القرن 19 بدأت الولايات المتحدة الأمريكية ترحب بالملايين من المهاجرين إليها .

سعت استراليا من خلال سياسة قومية أعدتها إلى إغراء و جذب عدد سنوي من المهاجرين إليها يساوي 1% من إجمالي سكانها و غالباً ما كانت تساهم في تكاليف سفرهم إليها ، كما شجعت إسرائيل الهجرة إليها من أي مكان في العالم ، و قدمت المعونات اللازمة .

2-2 التشريعات وسياسة خفض معدلات نمو السكان :

أول التشريعات غير مشجعة على زيادة النسل القانون الصادر عام 1712 في روتيمبرج (grepmettuW) ألمانيا الغربية الآن) الذي يحرم الزواج إلا في حالة القدرة على تكوين أسرة و إعالتها . كما كانت اليابان أول الدول الأخذ بسياسة عدم تشجيع على النسل في الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية و قد دفعها على ذلك الظروف التالية :

✓ دمار البلاد و انخفاض مستويات المعيشة فيها إلى ما يوازي 52% من المستوى الذي كان عليه قبل الحرب .

✓ التجريد من ممتلكاتها في منشوريا و كوريا و تايوان و ميكرونيا .

✓ استقبالها إلى 6.6 مليون جندي من الأسرى و المسرحين المهاجرين إليها من الخارج .

و أصدرت اليابان لتنفيذ سياسة عدم تشجيع النسل تشريع يحث على الإجهاض لأسباب صحية ، وأكد مجلس ممثلي التغذية فيها على ضرورة اتخاذ الإجراءات التي من شأنها تقليل معدل المواليد . ثم صدر تشريع آخر يبيع الإجهاض لأسباب اقتصادية ، ثم لعدل لبيحه إذا طلب الطبيب المعالج ذلك و خول للمرضى و المولودات الحق في تقديم النصيح و الإرشاد في مجال تحديد النسل الأمر الذي ترتب عنه زيادة حالات الإجهاض من 250.000 حالة عام 1949 إلى مليون حالة عام 1952 كما انخفض معدل الخصوبة

بشكل واضح في اليابان من 2.2 إلى 11.000 أو أقل عام 1957 ، و مع حلول عام 1967 لجأت الصين إلى العديد من الإجراءات لتنفيذ سياسة خفض معدلات النمو السكاني ، منها عدم تشجيع الزواج المبكر و توفير وسائل منع الحمل و جعل الإجهاض عملية شرعية .

و مع بداية عام 1852 تبنت الهند سياسة قومية لتنظيم النسل و تزايد الإنفاق عليها مع بداية الخطة الخمسية الثالثة التي بدأت عام 1961 ، كانت هذه السياسة تقضي إلى :

➤ إنشاء وحدة لتنظيم الأسرة في كل منطقة ريفية يقطنها 75.000 شخص و في كل منطقة حضرية يسكنها 50.000 نسمة

➤ تشرف على كل وحدة طبية يساعدها عدد من الممرضات و الموالدات للقيام بتنظيم المقابلات التعليمية حول تنظيم الأسرة و تقديم النصائح للنساء الحوامل و الأمهات الجدد و صرف وسائل تحديد النسل المتوافرة ، فضلاً عن منح المكافآت لكل ذكر أو أنثى يوافق على إجراء عملية تعقيم له .

و من أنجح البرامج في تنظيم الأسرة في العصر الحديث برنامج تاوان nawiaT لأنه يشمل الجزيرة كلها ، بدأ عام 1964 تستخدم فيه وسيلة واحدة لمنع الحمل و هي اللولب الذي يقوم الأطباء بتركيبه للإناث في سن الحمل في العيادات الخاصة على أن تتحمل الأنثى جزءاً من ثمنه ، والجزء الباقي تتحمله الدولة من خلال ما توفره من رصيد هيئة التنمية الدولية في الولايات المتحدة ، و قد ترتب عن البرنامج وصول نسبة من النساء المتزوجات اللاتي يستخدمن إحدى وسائل منع الحمل إلى 21 % عام 1965 وهو ما يمكن من القول أن معدل الخصوبة في هذا البلد انخفض من 5.4 عام 1962 إلى 4.8 في عام 1965 .

اتبع عدد كبير من الدول في العموم و خاصة في آسيا برامج لتنظيم الأسرة من بينها سيلان ، جاميكا ، ماليزيا ، سنجاپور ، كوريا الجنوبية ، تونس ، تركيا ، مصر و غيرها .

من ناحية أخرى استعانة الدول المتبعة لسياسات خفض معدلات نمو السكان بتشريعات تمنع الهجرة إليها تماماً أو تضع قيوداً شديدة عليها، حيث أصدرت الولايات المتحدة الأمريكية في العامين 1921 و 1924

تشريعات تحدد بدرجة كبيرة عدد المهاجرين إليها و ذلك من خلال حصص معينة من المهاجرين إليها من الدول غير الأوروبية ، و تحدد حصص أخرى للمهاجرين إليها من كل دولة من دول جنوب غرب أوروبا و حصة مغايرة لبلاد أوروبا الشمالية و الشرقية . انخفض عام 1968 حجم هذه الحصص عمومًا إلى 170.000 مهاجر إلى الدولة من نصف الكرة غير الأوروبية و 120.000 من نصف الكرة الأوروبية ، و كانت النوعية المفضلة من المهاجرين إلى الدولة من المهنيين و هو ما أدى إلى اتهام الولايات المتحدة بارتكابها جريمة استنزاف العقول من بقية دول العالم .¹

المحاضرة السابعة

مقومات السياسة السكانية (الهجرة و السياسة السكانية-الوفيات و السياسة السكانية- الخصوبة و الإنجاب و معدلات المواليد و السياسة السكانية)

1- مقومات السياسة السكانية :

يهتم صانعي السياسة السكانية بفهم عوامل التغير الذي يطرأ على الخصوبة ، الوفيات و الهجرة ويسعون إلى تحديد الوسائل المؤثرة في اتجاه التغير و مداه في كل منها ، و لإعطاء نظرة شاملة و متكاملة نعرض كل منها على حدى مع مراعاة لما يسند لكل منها من أهمية نسبية :

1-1 الهجرة و السياسة السكانية :

تعتبر قضية إعادة توزيع السكان عملية ديموغرافية الجوهر في حين أن الهجرة الداخلية تشكل قضية محورية من قضايا السياسات السكانية التي تتميز بطابعها الكيفي لا الكمي ، لكن العمل عليه له أهمية واضحة يمكن الاستفادة من نتائج التحليلات و المنظورات . حيث كانت أكثر أشكال الهجرة الداخلية في الماضي غير مخططة أو غير موجهة ، و على رأسها الهجرة الريفية ، الأمر الذي أثار العديد من مشكلات التزاحم و الانفجار السكاني في العديد من مناطق و أحياء المراكز الحضرية و المدن الكبرى. و تعد برامج

¹ د.علي عبد الرزاق جلي ، مرجع سابق ، ص ص 269- 275 .

الاستيطان ، و تخطيط المدينة ، و الأحياء أو التجديد الحضري . و إعادة توطين الصناعات ، و تطوير العمل الزراعي و غيرها من البرامج المشابهة أمثلة لمحاولات الحكومات التوافق لهذه الأوضاع المتأزمة ، كما أن معظم هذه البرامج تستعين بالمدخل الديموغرافي أو الحل الديموغرافي لمواجهة المشكلة أي لإعادة توزيع السكان .

تتعدد و تختلف الأشكال التي تتخذها السياسات السكانية بخصوص تنظيم الهجرة و ذلك باختلاف شكل الهجرة (داخلية أو خارجية) و باختلاف الفترة الزمنية التي يمر بها المجتمع النامي أو المتقدم ، حيث تنحصر بين المنع الكامل و بين التشجيع الايجابي المحفز ، بالأخذ ببعض القوانين التي تقيد حركة الهجرة بوضوح شروط خاصة بالأصل العرقي أو الديانة أو وجوب أقارب سبق لهم الهجرة الخ .

فمثلاً في استراليا حددت الهجرة إليها بعدد معين يحدد عام بعد عام ، و من سلالات أو جنسيات بعينها حيث حددت النسبة المسموح بها للهجرة إليها بحوالي 1% من سكانها ، مع حظر أو منع المهاجرين من آسيا و تشجع المهاجرين من أوروبا . و في الولايات المتحدة الأمريكية تحدت أبعاد الهجرة فيها بناءً على عدة عوامل أهمها المصلحة الاقتصادية ، التفرقة العنصرية ، و استراتيجيات الحرب الباردة (في الخمسينات) إلى جانب اقتصاديات حلفائها الشرعيين و غير الشرعيين ، و بالتالي قد لعبت الاعتبارات السياسية إلى جانب المصالح الاقتصادية و التمييز العنصري دوراً كبيراً في تشكيل سياسة الهجرة إليها.¹

2-1 الوفيات والسياسة السكانية :

تتمثل في مجموع الوسائل و الإجراءات المراد من خلالها التأثير في معدلات الوفيات ، بهدف منها هو تحسين المستوى الصحي للسكان و ليس ضبط معدل و اتجاه التغيرات العددية أو الكمية للسكان وبهذا تصبح السياسة السكانية بمعناها هذا مرادف للسياسة الصحية .

إذن يمكن القول أن دور السياسة السكانية في مجال الوفيات يظهر في المجهودات المبذولة من قبل الحكومات قصد تخفيض معدلاتها ، و في محاولة للنهوض بالمستوى الصحي للسكان عن طريق برامج

1 د. السيد عبد العاطي السيد ، مرجع سابق ، ص ص 379-381.

الصحة العامة ، و تطوير أو تحسين البيئة و التطعيم ضد الأمراض المعدية ، و الارتقاء بالمستوى الصحي للغذاء ، و توفير الأدوية و العقاقير ، و غير ذلك من التسهيلات الصحية المقدمة للسكان كخدمة عامة مجانية .

1-3 الخصوبة والإنجاب ومعدلات المواليد والسياسة السكانية¹

للسياسة السكانية في هذا المجال تاريخ طويل قد يمتد إلى فترات ما قبل الميلاد ، و تعتبر أول محاولة مسجلة للبحث على زيادة الولادات قانون هامورابي Hammurabi في القرن العشرين قبل الميلاد ، كما انتهجت سياسات مماثلة شهدتها الفترة ما بين القرن التاسع عشر قبل الميلاد و حتى القرن التاسع الميلادي ، حتى مجيء المسيحية التي أعطت قيمة كبرى للعزوبة و الإحجام عن الزواج . يمكن القول عموماً أنه في كل مرحلة تاريخية لعبت الظروف السياسية و الثقافية و الاقتصادية و الاجتماعية دوراً في التحفيز على الإنجاب ، و زيادة المواليد ، فتارة كانت تسن قوانين و توجه الجهود لتحقيق هذا الهدف ، و تارة أخرى تناهض كثرة المواليد و الإنجاب و بذل الجهود للإقلال من معدلاتها .

إن مصطلح التحكم أو ضبط النسل لا يعني المحاولات التي تبذل للإقلال من معدلات المواليد فقط ، إنما وكما تؤكد الشواهد التاريخية و المعاصرة معنى الجهد أيضاً في اتجاه زيادة المواليد و بالتالي فالضبط أو التحكم يعني أو يتضمن الجانبين معاً والشواهد التاريخية التالية تدعم هذا التصور :

الدول	السياسة السكانية المنتهجة
واجهت دول أوروبية انخفاض ملحوظ في معدلات الخصوبة منذ القرن السابع عشر و حتى بداية القرن العشرين.	سيطرة نزعة مؤيدة و مناصرة لدعوى الإنجاب دعمتها تشريعات تحث على زيادة النسل Pro-Natalist
* فرنسا : من جراء خسائرها البشرية التي تسببت	* وضعت برنامج و مخططات مختلفة لتحقيق الزيادة

¹ نفس المرجع ، ص ص 386-388.

المنسل . *طبقت برنامج "علاوة الأسرة" Family Allowance و هو عبارة عن مخصصات مالية تصرف للأسر المنجبة للأطفال ، بهدف تحقيق الرفاهية الاجتماعية إلى جانب تحقيق زيادة معدلات الإنجاب ، طبق البرنامج في ألمانيا في عهد هتلر ، و في إيطاليا في عهد موسوليني ، و في الاتحاد السوفياتي في عهد ستالين * طبق نفس البرنامج .	فمها حربها مع بروسيا عام 1870 والحرب العالمية الأولى . * استراليا ، النمسا ، البلجيكي ، البرازيل ، بلغاريا . كندا ، شيلي ، فنلندا ، ألمانيا ، بريطانيا ، المجر ، إيزلندا . إيرلندا . إيطاليا ، النرويج ، البروتغال ، رومانيا ، اسبانيا ، السويد ، سويسرا * جنوب إفريقيا ، الاتحاد السوفياتي ، مصر
سيطرت نزعة مناقضة للنزعة السابقة و هي نزعة مضادة و معادية للإنجاب Anti-Natalist شملت البلدان التي عرفت معدلات نمو سكاني مرتفعة الناجم عن ارتفاع معدلات المواليد و الخصوبة *فبسبب انخفاض مستويات معيشتها الحاد بعد تدميرها في الحرب ، و إجبارها على تسريح الجنود العائدين من الخارج ، و حرمانها من ممتلكاتها في منشوريا ، كوريا وتايوان . ما دفع بحكوماتها إلى تبني سياسة مناهضة للإنجاب ، أصدرت بمقتضاها تشريعات تسمح بالإجهاض لأسباب اقتصادية (1949) ، أو بتصريح من طبيب واحد مع إعطاء	*اليابان

السلطة للقبالات و المولدات لممارسته(1952) ، إلى جانب صدور تشريعات منع الحمل ، ما أدى إلى انخفاض معدل الخصوبة من 2.20 عام 1947 على أقل من 1 بعد عام 1957 . *منذ السبعينات من هذا القرن تبنت هذه الدول النامية سياسات مناهضة للإنجاب تنادي بمنع الحمل أو على الأقل تنظيم النسل . إضافةً إلى غيرها من الدول التي تخطى حجم سكانها عشرة ملايين نسمة سنة 1973 .	*أفغانستان ، الجزائر ، سيلان ، شيلي ، كولومبيا ، مصر ، الهند ، أندونيسيا ، إيران ، العراق ، كينيا ، ماليزيا ، المكسيك ، المغرب ، فيتنام الشمالية ، باكستان ، الصين ، الفلبين ، تايوان ، جنوب إفريقيا ، كوريا ، جنوب السودان ، تنزانيا ، تركيا ، تايلاند ، أوغندا ، فنزويلا .
--	---

المحاضرة الثامنة

النظام الصحي (تعريفه-مكوناته-خدماته-أهدافه)

1- النظام الصحي :*

1-1 تعريف النظام الصحي :

اتفقت تقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP على أن الوضعية الصحية في أي بلد من العالم هو نتيجة لثلاث عوامل أساسية هي الأوضاع العامة في داخل الدولة ، الأوضاع البيئية ، فاعلية النظام الصحي و سياساته العامة القائمة في داخل الدولة لذا فالمقصود بالنظام الصحي جملة المنظمات و المؤسسات التنفيذية و الموارد المكرسة لتحقيق و تحسين السلامة الصحية ¹.

يمكن تعريف النظام – من خلال نظرية **Systems Theory** - بأنه مجموعة من العناصر أو الأنشطة الوظيفية أو النظم الفرعية المتشابكة التي تتعاون من أجل تحقيق أهداف محددة . أما النظم الفرعية **Subsystems** فهي مجموعة العناصر أو الأنشطة الوظيفية ضمن النظام الأكبر ، و كل نظام هو في حقيقته نظام متفرع من نظام أكبر و له في الوقت ذاته ، أنظمة فرعية أصغر ².

"يمكن النظر إلى النظام الصحي في ضوء ما سبق على أنه نظام مركب من مجموعة نظم فرعية ، لكل منها طبيعة مميزة و خصائص مختلفة . و هذه النظم الفرعية قد تتمثل على سبيل المثال في الجهات المعنية بالشؤون الصحية ، وفي طبيعة الخدمات التي تقدمها كل منها و مستوياتها ، كخدمات الرعاية الصحية الشخصية ، و خدمات الصحة العامة ، و خدمات الرعاية الصحية الخاصة كالعناية بالمعوقين و المسنين

* كرمييط رشيدة، مرجع سابق ، الخدمة الصحية في المؤسسة الإستشفائية من منظور سوسيولوجي ، دراسة ميدانية بالمؤسسات الإستشفائيتين فرانتز فانون الجامعي و إبراهيم بن عبد الله تيريشين بالبليدة ، جامعة الجزائر 2 ، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، قسم علم الاجتماع ، 2017-2018 . صص 157-158.

¹ حسان محمد نذير حرساني ، إدارة المستشفيات ، المملكة العربية السعودية ، معهد الإدارة العامة ، 1990، ص4.

² طلال بن عايد الأحمد ، إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث 1425هـ-2004م ، بدون طبعة ، الرياض ، ص 19. نقلاً عن نفس المرجع ، ص50.

، وحالات الإدمان و حالات الصحة النفسية ، كما يمكن النظر إليه على أنه نظام مفتوح ، لعمله على

مواجهة مشكلات قد تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه و يتأثرون به و يؤثرون فيه ¹.

أورد الباحثون في نظام الرعاية الصحية في تعريفهم للنظام الصحي تعريفات لا تخرج عن المنظور السابق و هي كما يلي: "تعريف مارك فيليد Mark Field " النظام بأنه مجموعة التعهدات أو الالتزامات و الموارد التي يخصصها مجتمع ما – أو يضعها جانباً أو يستثمرها – للاهتمام بالجانب الصحي اهتماماً مستقلاً عن ضروب اهتمامه بالجوانب الأخرى كالتعليم العام ، و الدفاع ، الإنتاج الصناعي ، الاتصالات ، الإنشاءات الأساسية و ما شاكل ذلك .

أما من وجهة نظرية النظم فيعرفه الباحث نفسه بأنه الآلية المجتمعية Societal Mechanism التي يتم بها تحويل الموارد العامة أو المدخلات إلى مخرجات متخصصة في صورة خدمات صحية تستهدف مواجهة المشكلات الصحية في المجتمع ².

في حين يرى " دارسكي و متزنر Darsky & Metzner " أنه تدخل اجتماعي Social Intervention ينظم الأفراد أنفسهم فيه بطريقة معينة لمكافحة الأمراض و أشكال التعويق و الموت المبكر أو وقاية مجتمعهم منها ³. أما العماري فيعرفه بأنه الترتيبات التي توزع على ضوءها أدوار معينة و إمكانات محددة لتحقيق الهدف الذي وضعه لها هذا النظام ، ألا و هو حماية صحة الأفراد المستفيدين و استعادتها ⁴.

يعرف النظام على أنه مجموعة العناصر المترابطة مع بعضها البعض يؤدي عملها ككل متكامل إلى حدوث شيء ما ، فالنظام الصحي بناءً على هذا التعريف هو مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة اتصالات تعمل من أجل تحقيق هدفه المتمثل في تحقيق مستوى صحي للفرد

¹ نفس المرجع ، ص 19 .

² طلال بن عايد الأحمد ، مرجع سابق ، ص 20. نقلاً عن Mark Field " The concept of The Health System at The Macro-Sociological Level," **Social Science and Medicine**, 1973, Vol.7, pp763-764

³ نفس المرجع ، ص 20 . نقلاً عن Jonathon S.Rakich, Beaufort B.Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore :Health Professions Press, 1992), p.34.

⁴ نفس المرجع ، ص 20 . نقلاً عن عبد الله العماري و محمد علي التركي ، "تنظيم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من 4-7 ربيع الثاني 1404 هـ ، ص 15.

والمجتمع و هو أيضاً : مجموعة المنظمات و المؤسسات و الموارد المكرسة للتدخلات الصحية ، و إذا كان

تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي ، فإنه ليس بالغرض الوحيد ، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين : بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة) ، و الحد بقدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)¹.

كما يعرف كذلك " أنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية و العمل على توفير هذه الخدمات ، من خلال إيجاد الموارد اللازمة و إدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن و تعزيزها ، و تقوم هذه الخدمة بطريقة شاملة و متكاملة للسكان و بتكلفة معقولة و بطريقة ميسرة "².

و يعرف كذلك بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواءً تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة.³

و بأخذ آخر : أنه عبارة عن مجموعة من الأجزاء ترتبط بشبكة من الاتصالات و تعمل معاً بهدف تحقيق أهداف معينة ، و ترتبط بالنظام مستوياته و علاقاته و تركيبه التنظيمي ، و أهدافه و تفاعله مع البيئة و تحديد مدخلاته و كيفية تشغيلها ، و مخرجاته و مؤشرات التغيير و التطوير و النمو.⁴

¹ النظم الصحية و تقييم أدائها <http://www.Sgh.org.Sa/Fan.htm>

² فالج بن زياد الفالح ، تطوير النظام الصحي في المملكة ، الرياض الالكترونية ، الأحد 19 رمضان 1423هـ ، العدد 12574 ، السنة 38 <http://www.planning.gov.sa/planning/all%20presentation/day%201/1c-health/11.38>

³ علي عبد القادر علي ، اقتصاديات الصحة ، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية ، العدد 22 ، السنة 2 ، المعهد الغربي للتخطيط ، الكويت ، أكتوبر 2003 ، ص 2.

⁴ فريد النجار ، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية ، الدار الجامعية ، مصر ، 2002 ، ص 55.

1-1 مكونات النظام الصحي :

يتكون النظام الصحي كأى نظام اجتماعي من أربعة مكونات أساسية يشكل كل منها نظام فرعي ضمن النظام ككل .

1-2-1 نظام الإنتاج

يتكون من المنظمات و كافة الأنشطة التي تعمل على إنتاج و تقديم خدمات الرعاية الصحية و الطبية سواءً للفرد أو للمجتمع ككل ، وتشمل بدورها على خدمات الصحة العامة ، خدمات الصحة الشخصية .

2-2-1 نظام الصيانة

يتكون من كافة الأنشطة التي تقوم أساساً بمهمة إعداد و تعليم و تدريب العاملين للقيام بأدوار محددة من أجل استمرارية النظام الصحي ، من خلال صيانة المعدات و التجهيزات الطبية و غير الطبية .

3-2-1 نظام التكيف

و هو يتكون من كافة الأنشطة التي تعمل على رصد و متابعة التغيرات الحاصلة في النظام الاجتماعي كالتغير في انتشار المرض و التكنولوجيا المستعملة في العلاج و طرق تمويل الخدمات الصحية ، و طرق وكيفية تقديم الخدمات بالإضافة إلى التوقعات لحاجات المتعاملين مع النظام الصحي ، للعمل على الاستجابة للتغيرات الحاصلة (الممكنة) و محاولة التكيف معها .

4-2-1 نظام الإدارة

و هو يتكون من الأنشطة التي تكون مهامها التنسيق و الضبط و التوجيه لهذه الأنشطة ، و التي تنطوي تحت الأنظمة الفرعية السابقة .

يختلف تطور هذه الأنظمة من مجتمع لآخر و من منظمة صحية لأخرى ، غير أنه يتطلب أن تكون هذه الأنظمة الفرعية مترابطة فيما بينها ، لكنها في الواقع تتصف العلاقة بين هذه الأنظمة بالضعف و عدم الاستجابة السريعة للتغيرات ، و يتضح ذلك أكثر بين نظام الإنتاج و المتمثل في الأطباء و المهنيين الصحيين و إدارة المنظمات الصحية ، فنظام الإنتاج يضبط نفسه حسب النشاطات و المتطلبات الفنية له و النظام الإداري من خلال علاقاته التفاعلية والتبادلية يؤثر على نظام إنتاج الخدمات ، وقد يقيد حركته على إنتاج الخدمات الصحية وفق مصلحة النظام الكلي للمنظمة الصحية.

هناك من يحدد المكونات الأساسية للنظام الصحي بخمسة عناصر هي : - إنتاج الموارد الصحية - تنظيم

البرامج الصحية - إنتاج و تقديم الخدمات الصحية - الدعم المالي و التمويل - الإدارة الصحية .يمكن من خلال العرض الموالي التطرق لكل عنصر من هذه العناصر بشكل من التفصيل .

أولاً: إنتاج الموارد الصحية :

إن لكل نظام صحي موارد بشرية و مادية و مالية ، فلا بد أن تكون هذه الموارد البشرية صحية متطورة تعمل في المنظمات الصحية ، و لا بد أن تتوفر على معدات و أجهزة طبية و أدوية لرعاية المرضى ، و مواد كيميائية تستعملها في مخابر التحاليل الطبية ، إضافة إلى البحوث الطبية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية باستعمال التكنولوجيا ، وهذه الوسائل التي تختلف عن الموارد المالية القابلة للتغير من جراء تحولها إلى موارد مادية تتمثل في المعدات الطبية و الأدوية ، و أجور الموظفين في حقل النظام الصحي، كما أن المعرفة الصحية يمكن الحصول عليها عن طريق البحوث والدراسات ، سواء كانت خاصة بذلك النظام الصحي أو التي تحصل عليها من جهات أخرى متعددة ، في إطار الدراسات و المؤتمرات أو في إطار التعاون الدولي .

ثانياً: تنظيم البرامج الصحية :

يقوم بهذه البرامج وزارة الصحة بالإضافة إلى الوزارات و الهيئات الحكومية الأخرى كوزارة الدفاع والهيئات العسكرية في إطار الصحة العسكرية المتمثلة في خدمات المستشفى العسكري أو العيادات التابعة لوحداته ، بالإضافة للقطاع الخاص و برامج الضمان الاجتماعي ، و المنظمات الخيرية و التطوعية و كذلك النقابات و اتحادات العمال .

ثالثاً: الدعم المالي و التمويل :

تتضمن مصادر التمويل الصحي مصادر و أشكال عدة ، منها مصادر التمويل العمومية و التي تختلف بدورها من بلد لآخر ، و مصادر التمويل الخاصة و التي ترمي في اتجاهاتها إلى توسيع القطاع الخاص ، بالإضافة إلى مصادر تأتي عن طريق التأمينات أي تأمين الأفراد ، وهي تختلف باختلاف الأنظمة

الصحية ، وأخيراً مصادر التمويل الخارجية التي تأتي عن طريق المساعدات الخارجية في شكل هبات و منح أو قروض لقطاع الصحة كالتى تأتي عن طريق المنظمة العالمية للصحة أو بنك العالمى للإنشاء و التعمير .

رابعاً: الإدارة الصحية للنظام الصحي :

للإدارة الصحية دور حيوي و هام في إدارة النظام الصحي ، حيث يقوم بالتخطيط الاستراتيجي وتقويم البرامج الصحية و تعمل على تدريب و تكوين الطلبة في العلوم الطبية ، و أصحاب المهن الأخرى بالمدارس و الملحقات التابعة لها ، بالإضافة إلى البحوث الصحية و وضع معايير الرقابة على الأداء ، لتحسين مخرجات و عمليات و مدخلات النظام الصحي ، كما تعمل على تنظيم الظروف البيئية ، و القوى البشرية العاملة و تقييم جودة أدائها ، و تحسينها ، و ترخيص و اعتماد المهن الطبية و المؤسسات الصحية ، و إصدار التشريعات الصحية .

خامساً: إنتاج و تقديم الخدمات الصحية :

يسعى النظام الصحي دوماً إلى تقديم خدمات صحية على كافة المستويات سواءً تعلق الأمر بالخدمات الصحية الأولية المقدمة على مستوى العيادات الخارجية أو المراكز الصحية . أو تلك الخدمات التي تقدم داخل المستشفيات ، أو الخدمات المتخصصة و التي تستدعي وجود معدات وأجهزة و أطباء في الاختصاص ، لتلبية الحاجات الصحية و هذا كله من أجل الحفاظ على صحة الفرد و المجتمع ، و محاولة منع حدوث الأمراض و الحوادث المؤثرة سلباً على الصحة¹.

¹رشيدة كرمبيط ، مرجع سابق ، ص ص 161-162 ، نقلاً عن أمير جيلالي ، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط ، جامعة الجزائر ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير ، قسم العلوم الاقتصادية ، 2008-2009 ، ص ص 119-120 .

مكونات النظام الصحي ووظائفه وتداخلاته .



المصدر: فريد توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، الطبعة 1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2008، ص59.

3-1 خدمات النظام الصحي :

يهدف أي نظام صحي للعمل على صحة الفرد و المجتمع من خلال توفير مستوى صحي أمثل في ظل ما يتوافر عليه من إمكانيات مادية و مالية و بشرية مؤهلة و يقوم من أجل ذلك بوظيفتين رئيسيتين هما :

* ضمان تقديم خدمات صحية ذات نوعية للأفراد و العمل على توفرها في أماكن تواجدهم ، من خلال المراكز الصحية أو قاعات العلاج أو المستوصفات ، و أن تكون هذه الخدمات في متناول من يطلبها و يحتاجها دون عوائق تحد الوصول إليها ، لأن هذه الخدمات العلاجية تعتبر من الأولويات بالنسبة لإحتياجات الفرد الصحية ، و التي من خلالها يحكم الأفراد على كفاءة النظام الصحي ونجاحه ، لما يوفره من خدمات صحية بمستوى و نوعية معينة .

* محاولة تخفيض أو الحد من معدلات الوفيات ، و معدلات حدوث الأمراض و انتشارها والحوادث والإعاقات في المجتمع الناتجة لعدة أسباب ، و على المستوى الفردي تقوم الوحدات الصحية بتقديم الخدمات العلاجية من خلال الرعاية الطبية للأفراد المتوافدة على هذه المؤسسات أو الوحدات . إلا أن هذه الخدمات ودورها في تحقيق هذا الهدف يبقى محدوداً بالنظر إلى دورها الذي يقتصر على تشخيص و معالجة المرض قبل استفحاله ، فعلى المستوى الجماعي فإن المسؤولية لتحقيق ذلك الهدف تقع على عاتق مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى و التي لها علاقة بالصحة العامة و البيئة وترقية الصحة ، و التي تصمم في إطار برامج صحية توجه لخدمة المجتمع .

حتى يتمكن النظام الصحي من القيام بالوظيفتين السابقتين لتحقيق الهدف المرسوم له يتطلب توفير مجموعتين من الخدمات الصحية لتشكّلان النظام الصحي ، و هي خدمات و برامج الصحة العامة التي توجه لخدمة المجتمع ككل ، و خدمات الرعاية الطبية ، و كما يسميها البعض الخدمات الشخصية الصحية¹.

¹ أمير جيلالي ، مرجع سابق ، ص 121 .

4-1 أهداف النظام الصحي :

يهدف النظام الصحي إلى :

- تطوير و دعم الوضع الصحي للسكان و المواطنين .
- تقديم الخدمات الصحية و الطبية بأقل تكلفة ممكنة .
- إرضاء السكان و الاطمئنان على صحتهم و حمايتهم من الأمراض و الأخطار .
- تنمية الموارد البشرية في المجال الصحي و إشراكهم في التنمية الصحية .
- توفير الخدمات التي تلبى التطلعات المشروعة (الطبية و غيرها) للسكان¹.

المحاضرة التاسعة

السياسة الصحية (تعريفها- أهميتها- تقسيماتها- مقوماتها)

تقدم الدول الرعاية الصحية لمواطنيها من خلال سياسات صحية تضمن بها التغطية الصحية ، إذن تعرف السياسة الصحية على أنها:

1- السياسة الصحية :

1-1 تعريف السياسة الصحية :

تتخذ السياسات عموماً عدة تعاريف منها تعريف "شايش مان" أنها مجموعة من الإجراءات يقصد بها التأثير على أهداف المجتمع من حيث تحقيق الحرية و الأمان و العدالة ، أما الآخرون أمثال "جف جن" فقد عرفها على أنها وضع مجموعة من الحلول المعينة بهدف التأثير في أحداث معينة ، و إذا ما طبقت على القطاع الصحي فإنها تكون وضع مجموعة من الحلول الصحية بهدف التأثير في أحداث صحية ملائمة .
توضع السياسات عادة ضمن عبارات مفهومة وواضحة ما يرد و مكتوبة و بناءً عليها يعتبر تصرف الموظف

¹ Agence canadienne de Développement International ou est ce qu'un système de santé ?,document disponible sur le site www.ACDI.ca Consulté le 23.02.2010.

صحيح أو غير صحيح في ضوء ما يرد في هذه السياسات ، أو هي مجموعة من العلاقات المترابطة و

المتكاملة من القرارات و النشاطات و التي تشكل جزءاً من إستراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية¹.
ومن أجل وضع سياسات صحية وطنية فعالة وملائمة يرى "هارولد لفت Harold Luft" "ضرورة استيعاب واضعها لآليات عمل نظام الرعاية الصحية على نحو شامل و تام ، ودراسة مختلف المشكلات التي تواجهه واضعين نصب أعينهم الانسجام مع تكاليف الرعاية الصحية الآخذة في الارتفاع ، من دون أن يؤدي ذلك إلى الإخلال بمستويات جودة الرعاية الصحية المقدمة . تراوحت على سبيل المثال السياسات الصحية التي تم تنفيذها في الولايات المتحدة الأمريكية في منتصف الثمانينات ، لتحقيق هدف التجاوب مع احتواء تكاليف الرعاية الصحية Cost Containment، بين وضع لوائح تنظيمية لأسعار الرعاية الصحية ، والاستثمار فيها و الرقابة على خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص . وتشجيع التنافس بين مختلف أنماط نظم الرعاية الصحية السائدة².

أما بالنسبة لمفهوم السياسة الصحية فيشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي : مجموعة الأهداف و البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة ، تصاحبها مجموعة الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية و تنفيذية و برامج العمل المقترحة للحكومات ، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ و الإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة و تأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص و العام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة و فاعلية . وهي كذلك مجموعة الهياكل و المؤسسات الإدارية والخدماتية . يقوم على تسييرها أفراد ذوي مهارات وتخصصات مختلفة و يعتبرون المحرك الرئيسي لها. أو هي موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة ، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية ، وهي "كذلك الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة. ويمكن تلخيص

¹ صلاح محمود ذياب ، إدارة خدمات الرعاية الصحية ، دار الفكر ناشرون و موزعون ، عمان ، 2009م ، ص 216.

² طلال بن عايد الأحمد ، مرجع سابق ، ص 22 . نقلاً عن Harold S,luft , Competition and Regulation ,Medical Care journal, Vol,23,No,5(Philadelphia :J,B,Lippincott company,may 1985), pp,383-384 .

خصائص السياسة الصحية في تحديد الأولويات والأهداف واختيار الطرق المناسبة لإنجاح هذه السياسة الصحية و توفير قواعد قانونية لتسطير السياسة الصحية ومحاولات إصلاح الخلل وفق ما يتناسب و احتياجات السكان"¹.

1-2 أهمية السياسة الصحية :

من الأهداف التي تسعى السياسة الصحية لتحقيقها توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة وتشكل إطاراً عاماً تعمل من خلاله المؤسسة الصحية ، و تحدد الخطوط العريضة للمؤسسة و الأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها . هذه الكيفية ليست تفصيلية و إنما لبيان أهمية السياسات من خلال أن العمل لا يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطاراً عاماً له ².

تظهر أهمية السياسة الصحية من خلال ما يلي :

أولاً: رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية و بالتالي فإن عملية الاستجابة لها تكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا ، فمثلاً سياسات التطعيم التي غالباً ما تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى هرمي صحي ، تلقى أكبر ما يمكن من اهتمام و التزام لارتباطها بالمستويات الإدارية العليا و عليه يمكن القول أن الاستجابة و الالتزام و الاهتمام بالسياسة الصحية مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار و وضع السياسة الصحية ³.

ثانياً: يعطي تعدد طرق و أساليب وضع السياسات الصحية أهمية لها ، حيث توضع أحياناً سياسات للاستجابة لمطالب الإدارة العليا و بالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة و أحياناً أخرى لتحقيق أهداف محددة ، و عليه تنبع أهمية السياسة من طبيعة الهدف الذي وضعت لأجل تحقيقه .

¹ Magali Barbeiri , Pierre centrelle , Santé et Population lieu non identifier, pp 51-65.

² صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق ، ص 218 .

³ فريدة توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، 2008 ، ص 33 .

ثالثاً: تختلف القطاعات الصحية من دولة لأخرى لكن في الغالب تشتمل على القطاع الصحي الحكومي

العام و القطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى القطاعات الأخرى الصحية حسب النظام الصحي لتلك الدول ، و المقصود هنا الذي يضع السياسات الصحية الخاصة في الدولة جزء أساسي من النظام الصحي ، و غالباً ما يركز في القطاع الصحي الخاص الحكومي و لا يمكن بأي حال من الأحوال إنفراد القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي بوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي¹.

رابعاً: اعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة و هذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية ففي بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو تاريخية أو تلبيةً لرغبات بعض التكتلات و الجماعات، و أحياناً لأسباب غير معروفة و بالتالي فإن غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات².

3-1 تقسيمات السياسة الصحية :

قسمت السياسة الصحية حسب وجهة نظر العديد من المفكرين لأساليب أو طرق كثيرة (عديدة) و ذلك حتى تسهل دراستها و هي كما يلي :

1 : د. والت 1994 :

قسم السياسات الصحية إلى سياسات كبيرة و سياسات صغيرة. تتميز الكبيرة منها باهتمامها بكل أفراد المجتمع و أهدافها طويلة المدى ، أما الصغيرة فهي تهتم بالمجتمع المحلي وأهدافها قصيرة المدى بالإضافة إلى تناولها موضوع محدد و ليس شامل .

¹ صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق ، ص 209.

² نفس المرجع ، ص ص 218-219.

قسّمها إلى أربع مستويات : مستوى النظام ، مستوى البرامج ، مستوى التنظيم بالإضافة إلى مستوى الأداء.

أولاً: مستوى النظام : يرتبط بالمظاهر و الأمور العامة للنظام الصحي و مدى التخطيط وتعليم الموارد البشرية الصحية، كما يفسر طبيعة العلاقة بين القطاعات الصحية المختلفة داخل النظام الصحي و علاقة النظام الصحي و القطاعات الصحية بأنظمة القطاعات الأخرى غير صحية .

ثانياً: مستوى البرامج : يحدد أولويات الرعاية الصحية و طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف النظام الصحي بالإضافة إلى تحديد الأساليب و الطرق التي من خلالها يتم توزيع الموارد المادية و البشرية بصورة مثالية و الاستفادة من أكبر قدر ممكن.

ثالثاً: مستوى التنظيم : يحدد طريقة العمل و الإنتاجية و تقديم الخدمات الصحية و كيفية زيادة جودة الخدمة الصحية و مستواها .

رابعاً: مستوى الأداء : يحتوي على الأنظمة التنفيذية للعمل في المؤسسة الصحية كتوضيح نظام المعلومات الإداري المعمول به و أنظمة شؤون العاملين و الحوافز و أنظمة العمل التنفيذية لبقية أقسام وحدات المؤسسة الصحية.

3: التقسيم العام للسياسات

تقسم السياسات وفق هذا التقسيم للأقسام التالية :

أ/سياسات الميّا: تعتبر من أهم و أصعب السياسات يتم من خلالها وضع القواعد التي تعتمد عليها ، متخذاً القرار في وضع السياسات في القطاع الصحي . تضم نظام وضع السياسات.

ب/سياسات الميّا: تضم مجموعة متقدمة من السياسات ، تضم الإرشادات العامة والتوجيهات للسياسات الأخرى الأقل منها مستوى ، تتضمن السياسات الصحية بمستوى الميّا ما يلي :

1-توضيح دور المؤسسة الصحية في التنمية الاقتصادية أو الاجتماعية أو القطاع الصحي في

الدولة.

2-القاعدة الأساسية و قيم المؤسسة الصحية .

3-توضيح الأولويات و الأهداف التي ترغب المؤسسة بتحقيقها.

4-بيان معدل (مستوى) التعيين المطلوب في المؤسسة و معدل المخاطرة و التطلعات المستقبلية .

5-تحديد المسألة و نوعيتها.¹

ج/السياسات المحددة التنفيذية : هي من حيث المستوى الإداري والتكاليف من أدنى المستويات، تهتم بالأمور الروتينية البسيطة بالإضافة إلى توضيح ظروف و تفاصيل العمل .

1-4 مقومات السياسة الصحية:²

غالباً ما تتولى الجهة الحكومية مسؤولية وضع السياسة الصحية و تحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة عمل كفيلة بذلك ، في بعض الأحيان تشكل الحكومات مجلس صحي وطني تمثل فيه جميع القطاعات حتى تضمن انعكاس جميع وجهات النظر و تتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة و أنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة ، كما تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة والتنمية الصحية لتتولى الخدمات الاستشارية في جميع ما يتعلق بالأمور الصحية.

مهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية إلا أن وضعها لا يكون كاملاً و ممكن التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات الأساسية وهي:

¹ صلاح محمد ذياب ، مرجع سابق ، ص ص 218-221.

² كرمبيط رشيدة ، مرجع سابق ، ص ص 171-173

أولاً: الالتزام السياسي

قبل وضع السياسة تتخذ قرارات قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهمة بالشؤون الصحية ، كما يجب تعبئة الرأي العام و توضيح الحقائق له حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة .يعني أن رسم و تنفيذ السياسة الصحية يتطلب التزاماً سياسياً صريحاً لتحقيق الأهداف المنشودة و ترجمتها إلى حقيقة واقعة .

ثانياً: الاعتبارات الاجتماعية

لا بد للسياسة الصحية أن تهدف إلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء و الفقراء ، يعني تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمر الحاجة لها . فالسياسة الصحية ترمي في الأساس إلى تحسين نوعية الحياة لا سيما بالنسبة للمحرومين ، فهي تتكامل مع السياسات الاجتماعية و الاقتصادية الشاملة .

ثالثاً: مشاركة المجتمع

بصرف النظر عن مسؤولية الحكومات عن صحة شعوبها على الأفراد والأسر والمجتمعات تحمل مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم ،لذا لا بد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع ، هذه المشاركة ليست مرغوبة و إنما ضرورة اجتماعية و اقتصادية.

رابعاً: الإصلاح الإداري

لأنه أصبح من الضروري تعزيز و تكييف الهياكل و النظم في جميع القطاعات وليس فقط في القطاع الصحي مع المبادرة للتنسيق المشترك بين القطاع الصحة و بين جميع القطاعات الأخرى كالتعليم ، الزراعة ، الغذاء ، الموارد المائية و حماية البيئة و هذا كله لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها .

خامساً: تخصيص الموارد المالية

تبرز الحاجة عند وضع السياسات الصحية في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية لأقصى حد ، كما أنه عند وضع الميزانية الصحية لا بد من الأخذ بعين الاعتبار زيادة مطردة في تكلفة الخدمة و الناتج و ارتفاع أجور العاملين و التقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية .

سادساً: سن التشريعات

لضمان تنفيذ السياسة الصحية لا بد من سن تشريعات جديدة كالتشريعات الخاصة بحماية البيئة و الضمان الاجتماعي و التأمين الصحي ، كما أنه من المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان المجموعة و المحللة من قبل منظمة الصحة العالمية و يجب إرفاق الإجراء التشريعي بتعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام .

سابعاً: إعداد خطة عمل

حتى تنفذ السياسة الصحية ينبغي أن تتم ترجمتها إلى برامج و خطة عمل محددة كما يجب تجديد الأغراض الواجب بلوغها و ما يتصل بها من أهداف مباشرة و محددة كمياً قدر الإمكان ، و يجب أن تشمل هذه الخطة عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله و الإطار الزمني و تقديم الاحتياجات و الكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ و تقييم النتائج ، و مما لا شك فيه أن تنفيذها عملية طويلة الأمد فانه من الصعب أن يحدد لها مسبقاً جداول زمنية تقريبية .

المحاضرة العاشرة

السياسات الصحية في الجزائر (مراحلها)

1- السياسات الصحية في الجزائر: ¹

شهد قطاع الصحة في الجزائر وضعيات صحية مختلفة بناءً على ما مر به من مراحل تاريخية رسمت انطلاقاً منها سياسات صحية تسعى لتحسين الأداء و مردودية الخدمات و هو ما سندعرضه فيما يلي:

1-1 المرحلة الأولى 1962-1974:

سعت الجزائر في هذه الفترة لتسيير الأزمة الصحية جراء ما ورثته بعد الاستقلال من وضعية صحية صعبة عرفت فيها قلة في عدد هياكلها الصحية و ندرة كبيرة في الموارد البشرية المؤهلة بالإضافة إلى التفشي الواسع للأمراض و الأوبئة نتيجة الفقر المدقع و سوء التغذية ، و يمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في: ²

➤ هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين الذي بلغ عددهم 2200 طبيب و 2700 ممرض و ممرضة.

➤ وضعية صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الطاقم الطبي المؤهل ، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك ثمانية أطباء لكل مئة ألف ساكن ، كما كان عدد الصيادلة حوالي خمسون صيدلياً و ثلاثون طبيب أسنان فقط .

➤ النقص الكبير في الموارد الفنية و الإدارية لتسيير المؤسسات الصحية .

➤ سوء توزيع المراكز و المؤسسات الصحية .

➤ محدودية المرافق الصحية و المستخدمين فيها ، و تمركزها في المناطق و المدن الكبرى .

¹ رشيدة كرمييط ، مرجع سابق ، ص 173.

² Mohamed Amir, l'Histoire de la santé en Algérie , Alger : Edition OPU, 1999, p205.

كانت السياسة الصحية خلال هذه الفترة متمثلة في القيام بعدد من الإصلاحات على المؤسسات الصحية من خلال: الاستعانة بإطارات من بعض الدول الأجنبية كبلغاريا ، رومانيا ، وروسيا . إرسال العديد من الأطباء للتكوين بالخارج بالإضافة إلى صياغة مجموعة من الأهداف و الإجراءات المتمثلة فيما يلي:¹

-إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية .

-الاستفادة من مراكز الأمومة و الطفولة .

-تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا و حمى المستنقعات عام 1965.

-التطعيم يكون إجبارياً و مجانياً لخمسة أمراض (السل ، التيتانوس ، السعال الديكي ، شلل

الأطفال ، الجدري) و ذلك من خلال القرار 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969.

-إنشاء لجنة النظافة و مجلس الأمراض المهنية .

صدرت سنة 1965 في 22 فيفري و 07 مارس جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية التي من ضمن قراراتها مرور المسؤولين بفترة تدريبية بالمركز الإستشفائي الجامعي ، و إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات و الوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية و الاجتماعية ، بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد ، تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن و اختصاص كل مسؤول ، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين و إعداد قائمة الاجتماعات و اللوازم للمستشفيات².

¹ Mostafa khîati , Quelle Santé pour les Algériennes ? Alger, Edition Maghreb Relation ,1990,p52.

² الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد الأول ، الصادرة سنة 1966 ، ص ص 341-342 .

بالإضافة إلى صدور المرسوم 66-73 المؤرخ في 4 أبريل 1966 الذي ألحق الوحدات الصحية بالمؤسسات

الإستشفائية ،وتوسيع الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين و كذلك مرسوم 69-96 في جويلية 1969

الذي أقر إجبارية و مجانية التطعيم الذي وصل حتى الأرياف¹

عرفت الفترة الممتدة ما بين 1966-1972 تباطؤ في إنشاء الوحدات الصحية لقلة الموارد المالية، لكن ظهر

بالمقابل نوع جديد من المرافق تم إدخاله إلى النظام الصحي و هو العيادات المتعددة الخدمات التي

عوضت المستشفى في الزيارات التي لا تتطلب المكوث في المستشفى ، كما عرف عدد المراكز الصحية

ارتفاعاً قدر بـ 20% و 17% بالنسبة لقاعات العلاجية (جدول) .

الجدول رقم(01) : تطور المرافق الصحية بين عامي 1966 و 1972.

التغير	الفترة		المرافق الصحية
	1972	1966	
	163	163	المستشفيات
	16	-	عيادات متعددة الخدمات
20%	307	256	مراكز صحية
17%	1266	1081	قاعات العلاج

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء ، 2005.

تجدر الإشارة هنا إلى نقطة هامة في السياسة الصحية الجزائرية تتمثل في صدور قانون الطب المجاني

سنة 1973 و إنشاء القطاع الصحي مع بداية تنفيذ الطب المجاني سنة 1974.

¹ Ministère de la Santé ,Séminaire sur le Développement d'un système National de santé ,Expérience Algérienne, p.p. 7-25.

2-1 المرحلة الثانية 1974 – 1980 :

تمثلت السياسة الصحية في هذه المرحلة " في تطبيق قانون الطب المجاني على كامل القطاعات الصحية سنة 1974 إضافة إلى صدور الميثاق الوطني سنة 1976 و ما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية و مضاعفة بناء المستشفيات و المراكز الصحية و المخابر ، إلى جانب تكوين الأطباء و عمال الصحة بهدف الوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن ، مع تطوير الاهتمام و الرعاية بالأمومة و الطفولة . كما عرفت المركزية المفرطة في التسيير ، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير ، إضافة إلى غياب متخصصين في التسيير الصحي انعكس سلباً على القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين ، هجرة هياكل العلاج القاعدية ، و اكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الإستشفائية الجامعية التي ينبغي أن تقدم العلاج المتخصص ، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخماً كبيراً مع تدهور نوعية العلاج¹ .

تركزت أهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة على :²

- تحديد إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع .
- تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج (ديموقراطية العلاج) .

عموماً اتسمت السياسة الصحية في هذه الفترة بما يلي :

- ✓ إصلاح نظام التعليم و خاصة الدراسات الطبية ، التي تهدف إلى تحسين نوعية التعليم وتعزيز التأطير ، و التي أدت إلى وفرة عدد كبير من الأطباء الممارسين في جميع التخصصات .
- ✓ إنشاء قطاع صحي و هو حجر الزاوية في تنظيم النظام الصحي الوطني الذي تم ربطه بجميع وحدات الرعاية الأساسية و التي كانت تديرها البلديات أو القطاع الشبه العام .

يعتبر القطاع الصحي البنية الأساسية لتشغيل و تنظيم جميع الأنشطة و الخدمات الصحية فهو الوسيلة الأساسية لتقديم الرعاية للسكان و المساحة الجغرافية و هو يشمل كل الهياكل الخاصة بالوقاية

¹ وزارة الصحة و السكان ، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري ، 1990 .

² Ministère de la santé , op.cit., p71 .

والرعاية ، التشخيص و الاستشفاء الواقعة في الإقليم الإداري للدائرة و هو بالفعل يتكون من مشفى و عموماً يكون هو الأهم إن لم يكن الوحيد بالنسبة لمقر الدائرة فهو مركز كل القرار بالإضافة إلى وحدة صحية محيطة متمثلة في عيادات متعددة الخدمات و مراكز صحية مهيكلية .

تحسنت بصفة عامة أغلب المؤشرات الصحية خلال هذه الفترة تزامناً مع النتائج التي أعطتها البرامج الوطنية الصحية ، التي وضعت في نهاية الستينات ، حيث أن أغلب الأمراض المعدية المتفشية في وسط الأطفال بدأت تعرف تراجعاً محسوساً ، كما أن أمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962 إلى 60 سنة في 1982 لكن إلى جانب هذه المؤشرات الايجابية عرفت هذه الفترة انتشار أمراض مزمنة كضغط الدم، السكري و الربو كما أدى وجود مصادر الأوبئة إلى ظهور أمراض معدية كحصى التفؤيد ، التهاب الكبد الفيروسي والكوليرا .

أما بخصوص المرافق الصحية فقد عرفت هذه الفترة زيادة تخص المستشفيات الصغيرة مقارنة مع باقي المرافق و ذلك في الثمانينات نظراً للجوء الدولة إلى استخدام هياكل بسيطة و أقل تكلفة لتجهيز والسماح لغالبية السكان بإمكانية الوصول إليها، كما عرف عدد عيادات الولادة مراكز الأمومة ارتفاع كبيراً خلال الفترة 74-80 و يفسر هذا بزيادة عدد الولادات مما كانت هناك حاجة لبناء عيادات جديدة ، تأتي العيادات المتعددة الخدمات في المركز الثاني إذ شهدت أعلى زيادة كعيادات الولادة حيث و لأجل تغطية البلاد بالمرافق الصحية تم الاعتماد على العيادات المتعددة الخدمات لتحقيق هذا الهدف في أجال معقولة فكان بالإمكان ذلك لأن هذا المرفق بسيط و أقل تكلفة مقارنة بالمستشفى. قاعات العلاج عرفت انخفاض خلال هذه الفترة.¹

¹ رشيدة كرمبيط ، مرجع سابق ، ص 176.

الجدول رقم (02): تطور المرافق الصحية بين 1974 – 1980

التغير بالمئة	الفترة			المرافق الصحية
	1980	1975	1974	
21.86	183	142	143	المستشفيات
15.71	662	612	558	مراكز الصحة
34.16	161	123	106	عيادات متعددة الخدمات
-2.79	1364	1452	1402	قاعات العلاج
7.41	54	53	50	مراكز الأمومة
-0.87	43028	44135	43404	عدد الأسرة
21.86	183	142	143	

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء ، 2005.

3-1 المرحلة الثالثة 1980 – 1995 :

خضعت السياسة الصحية خلال هذه الفترة لعملية تقييمية اتبعتها الجزائر على السياسة التنموية ، فعملت على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل .

كانت الإستراتيجية الصحية مرتكزة حول المستشفى و الخدمات العلاجية مما أدى إلى تهميش الرعاية الأولية و الوقاية ، بالإضافة إلى الاكتظاظ و الازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي ، نقص وندرة الأدوية ، و أهم المشاكل تدني الأجور لدى الأطباء و عمال القطاع ككل مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي ، و هو ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص هذا الأخير سمحت له الفرصة بالنمو و الارتقاء بخدماته كمأ ونوعاً ، إلا أن المواطن

البسيط لم يكن بإمكانه الاستفادة من العلاج فيه (القطاع الخاص) بسبب تكلفته المرتفعة إذ يعمل

بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبرالي).

هذه الوضعية أقلقت السلطة السياسية الجزائرية مما استدعى المسؤولين في أعلى هرم السلطة إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني FLN في ديسمبر 1980 لملف الصحة فقط ، واحتوت قرارات المؤتمر على 159 نقطة كانت بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني ، من بين أهم القرارات التي خرج بها المؤتمر :

1-إنشاء نظام صحي اشتراكي أو نظام قائم على الخدمة الوطنية للصحة ، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بحيث يكون موحد و متجانس ، أي إلغاء الشبه العمومي Parapublic ، وذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية و الوقائية ضمن نشاطات القطاع العام ، أي ارتباط المؤسسات الصحية بالحماية الاجتماعية الموجودة ضمن الحدود الجغرافية للقطاعات الصحية ، ولقد طبقت هذه العملية سنة 1984 بالنسبة للهياكل و المؤسسات الموجودة (عيادات طب الأسنان والمستشفيات الصغيرة المتخصصة و عيادات طب الأطفال ، عيادات الولادة و المراكز الطبية الإستشفائية) .

2-النظام الصحي جزء مدمج و مهم في التطور الاقتصادي و الاجتماعي ، هذا يعني أنه لن يكون هناك تطور اقتصادي دون تطور النظام الصحي ، و لذلك وجب إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية و تكوين الموارد البشرية حسب الأهداف المسطرة و كذا التخطيط للنشاطات و البرامج الصحية كبرنامج حماية الأمومة و الطفولة ، برنامج تباعد الولادات و نظافة المحيط ، و طب العمل .

3-نظام صحي متعدد المشاركة الذي يجمع قطاعات معينة أو مهتمة و حتى السكان أي دعوة كل القطاعات الأخرى للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة مثل قطاع الشباب و الرياضة ، قطاع البيئة و الجماعات المحلية . إذن كانت الدولة الفاعل الوحيد تقريباً في مجال توجيه و تحقيق و تمويل الاستثمارات الصحية .

حدث خلال هذه الفترة انعطاف مهماً في اتجاهات السياسة الصحية إذ حققت المؤسسة الصحية خلال هذه الفترة قدراً من التقدم في المجال الصحي حيث بلغ عدد الأطباء سنة 1982 إلى 7350 طبيب في المقابل 2401 طبيب أجنبي كما زاد عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ في نفس السنة 2171 أما عدد الصيادلة الجزائريين فوصل إلى 1093 سنة 1982. واهتم خلال هذه الفترة بالتثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف من خلال وحدات العلاج المقامة فيها و قد تم الاعتماد في ذلك على وسائل الإعلام من أجل توصيل الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية بالإجراءات التالية :

- رفع مردودية الهياكل الموجودة و التي تنشأ فيما بعد .
 - دعم الهياكل القاعدية بهدف تخفيف الضغط على المراكز الجامعة و المستشفيات الكبرى المتخصصة.
 - الاعتماد على سياسة نشيطة في مجال الوقاية و التربية الصحية .
- بالإضافة إلى بناء مرافق صحية عديدة خاصة المستشفيات العامة و هياكل بسيطة (عيادات متعددة الخدمات و مراكز صحية) لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية و مجانية العلاج وتم خلال هذه الفترة إقامة 13 مركز استشفائي جامعي بثلاث مهام : الرعاية ، التكوين ، البحث¹ وكان ذلك سنة 1986². و الجدول الموالي يبين ارتفاع عدد المنشآت الصحية .

¹ Ministère de la santé et de la population, opcit, p3.

² ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1982 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية ، الجريدة الرسمية ، عدد 06 الصادرة في 12 فيفري 1986 ، ص 115.

الجدول رقم (03) : عدد المنشآت الصحية في الفترة 1985-1990

المؤسسات الصحية	الفترة			
	1990*	1989	1986	1985
عدد المستشفيات	284	261	238	211
عدد الأسرة	60124	55265	54147	49315
قاعات متعددة الخدمات	510	433	359	319
مراكز صحية	1309	1089	1025	669
قاعات العلاج	3344	2693	2574	2454

Source : Ministère de la Santé op.cit., p76

*معطيات سنة 1990 أخذت من جدول مصدره الديوان الوطني للإحصاء 2005.

بصفة عامة تحسنت خلال هذه الفترة أغلب المؤشرات الصحية بفضل تطبيق البرامج الوطنية للصحة (مكافحة مرض السل ، سوء التغذية ، وفاة الأطفال ، البرنامج الموسع للتطعيم) وتحسن مستوى معيشة السكان، كما أن أمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962 إلى 60 سنة في 1982 ليصل إلى 65 سنة في 1989. أما من الناحية القانونية التشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم 85 – 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية الصحة وترقيتها .

كما عرفت هذه المرحلة صدور القرار رقم 22 المؤرخ في 05/09/1981 القاضي بتنظيم و سير القطاعات الصحية ، تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية و التسيير في 06/12/1986 فيما يخص المراكز الإستشفائية الجامعية ، و من خلال إصدار القانون 88-15 المعدل و المتمم للقانون 85-05 المتعلق بحماية و ترقية الصحة تم فتح باب الاستثمار للقطاع الخاص و ذلك بالسماح للخواص بفتح عيادات

خاصة وفق شروط تحددها وزارة الصحة ، فظهرت بذلك مشاريع رسمية لفتح مؤسسات خاصة تشارك

القطاع العمومي في تقديم الخدمات الصحية .

أما بالنسبة للنفقات الوطنية للصحة في الجزائر فيمكن ملاحظتها من خلال الجدول الموالي :

الجدول رقم (04) : النفقات الوطنية للصحة في الجزائر في الفترة الممتدة من 1980 إلى 1989

السنوات	1980	1985	1988	1989
ميزانية الدولة	29.3	17.9	20.0	19.9
الضمان الاجتماعي	39.9	57.2	60.3	60.2
السكان	26.0	24.0	18.6	18.7
مساهمات أخرى	5.4	2.3	1.1	1.1

المصدر: البنك الدولي ، النسبة %

يمكن ملاحظة من خلال الجدول المساهمة المرتفعة للضمان الاجتماعي مقابل تراجع ميزانية الدولة بالنسبة للنفقات على الصحة العمومية . أدى نقص الموارد المالية إلى تقليص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية و الإستشفائية ، حيث بات موضوع اقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر ، جاء على اثر ذلك قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في سنة 1995 م متعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الإستشفائي¹ ، و جاء في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث و بالمعوزين ، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي¹ ، هذا الأخير (النظام أو النهج التعاقدى) يشرع في عملية التجريب بداية من سنة

¹ ج.د.ش. ، وزارة الصحة و السكان ، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى ، ص 2.

¹ نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، الطبعة 1، دار كتامة للكتاب ، الجزائر ، 2008، ص 152.

1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية

و المراكز الإستشفائية الجامعية .

تميزت الفترة الممتدة ما بين 1993 و 1995 بإعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الإستشفائية الوطنية وعصرنتها و إضفاء نجاعة أكبر عليها . نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 و المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية ، المرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1994/03/30 و المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية ، المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/09 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء ، المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري ، المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات ، المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم .

4-1 المرحلة الرابعة 1995 – 2005 :

انتهجت خلال هذه المرحلة سياسة إصلاحية في القطاع الصحي من قبل الوزارة الوصية نتيجة الارتفاع المفرط في نفقات الصحة الناتجة عن تطبيق سياسة العلاج المجاني ، و التدهور التدريجي لجودة الخدمات الصحية المقدمة و ذلك من أجل رفع فعاليته و دفعه نحو المبادرة الحرة و حرية المنافسة من خلال تحسين نوعية خدماته و ذلك من خلال مجموعة من الوسائل الإصلاحية تمثلت في :

1/مرجعة القوانين الأساسية : من خلال العمل على تكييف قوانين المؤسسات الإستشفائية

العمومية ، و إضفاء المرونة على إجراءات التسيير الإداري و المالي و المراقبة ، والتوجه نحو إرساء عقود أهداف وزارة/مستشفيات (مشروع مؤسسة) و مستشفى / مصلحة (مشروع مصلحة)¹.

2/أسلوب النظام التعاقدي لتمويل قطاع الصحة : تم اعتماد أسلوب جديد لتمويل قطاع

الصحة من اجل التحكم في النفقات الصحية التي تتحملها الدولة لوحدها في إطار العلاج المجاني تمثل في أسلوب التمويل على أساس العلاقات التعاقدية و التي حددتها المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في أن "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان ، وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"².

و تتمثل مختلف الأطراف التعاقدية في :

*الممول (Bayeur de fonds): يقصد به الأشخاص الذين يتكفلون بتمويل جزء من نفقات

الصحة ، و هم الدولة ، صناديق الضمان الاجتماعي ، حيث تتكفل الدولة بالمعوزين الذين يفقدون موارد مالية و غير المنتمين لفئة المؤمنین اجتماعياً و لا لذوي حقوقهم أما صناديق الضمان الاجتماعي فتتكفل بنفقات المؤمنین اجتماعياً و ما يتبعهم من ذوي حقوق .

*صاحب الخدمة (Prestataire de service) :يشمل مجمل الهيئات الإستشفائية التي تلتزم

بتقديم الخدمة الصحية للمرضى سواء كانت مراكز جامعية ، قطاعات صحية و هيئات متخصصة .

*مستهلكي الخدمات الصحية (Patients) : و هو زبائن قطاع الصحة من : فئة المحرومين

الذين تتكفل بهم الدولة كلية ، فئة المؤمن عليهم : جزء تغطيه هيئات التأمين و جزء يقع على عاتقهم ، فئة غير المسدد : يتكفلون بكامل نفقاتهم .

¹ زهرة رباعي ، إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر ، مهماتها ، تنظيماتها من خلال مشروع الإصلاح ، بين الأهداف والوسائل ، الملتقى الدولي الأول لاقتصاد الصحة ، كلية الحقوق و العلوم الاقتصادية ، جامعة بجاية ، (13-15 نوفمبر 2006) ، ص 5.

² الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 87.

3/ الخريطة الصحية : و هي الأداة التي تسمح بتنظيم الشبكات و عقلنة توزيع المستخدمين أي

توحيد الوسائل البشرية و المادية بوضع مخطط لتطوير الطب عن بعد و المشاركة إضافةً إلى¹:

- إحصاء شامل لحظيرة العتاد الطبي و غير الطبي بغية تحديثها .
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات تكلف بالتجهيزات و الصيانة و وضع خريطة وطنية جهوية للتجهيزات الثقيلة و الخاصة .
- جعل صيدلية المستشفيات هيكلاً مستقلاً و تحدد مهامها بدقة و إلزامها بشروط الصيدلي الإستشفائي .
- تحسين الإعلام بوضع شبكة إعلام و تحسين اللافتات و النظافة في المستشفيات قصد تحسين ظروف الاستقبال و الاستشفاء .
- إعادة تأهيل "مكتب الدخول" من أجل تحضير فاتورة كشف التكاليف الإستشفائية .

"بشأن التغطية الصحية من حيث الهياكل القاعدية سنة 1997 ممكن ملاحظة :سريين (02) لكل 1000 نسمة . عيادة لكل 70241 نسمة ، مركز صحي لكل 28559 نسمة ، قاعة علاج لكل 9433 نسمة ، أما في عام 1998 فكانت النسب التالية سريين (02) لكل 1000 نسمة ، عيادة لكل 60731 نسمة ، مركز صحي لكل 25454"².

أما بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 فكانت كما يلي :نسبة الزيادات 25.3 من الألف ، نسبة الوفيات العامة 6.04 من الألف ، متوسط مدة الحياة 68 سنة³ .تم انشاء سنة 1996 المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي (INPFP) و ذلك لتكفل بالتعليم و التكوين و البحث في المجال الشبه الطبي ، أما في

¹ رياحي زهرة ، مرجع سابق ، ص 11 .

² نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، مرجع سابق ، ص 82.

³ نفس المرجع ، ص 83.

سنة 1998 فقد أنشئ المركز الوطني لمراقبة الوسائل و المنتجات الصيدلانية (CNPM) والمركز الوطني

للتسمم (CNT) و هذا لتكفل بدراسة و تقويم كل ما يخص أخطار التسمم¹.

عرفت المؤشرات الصحية سنة 2005 بعض من التحسن غير أنه غير كاف و دليل ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي و المقدرة بـ 9.1% من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى المطلوب ، و يعود السبب في ذلك لعدم وجود سياسة و إستراتيجية ناجحة و سوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية، كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج².

1-5 المرحلة الخامسة ما بعد 2005 :

تميزت هذه المرحلة بمواصلة إصلاح المؤسسات الصحية حيث بدأ فيها تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات و ذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009 ، كما أعيد هيكلة الخريطة الصحية المعمول بها قبل سنة 2007 بصور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 و الهادف لإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ، و بموجبه تم إلغاء أحكام المرسوم الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها ، و بالتالي تتحول جميع مؤسسات و هياكل القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية إستشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية و تم تطبيقه ابتداءً من 1 جانفي 2008 .

ساهم تطبيق الخريطة الصحية الجديدة في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها ، و أدت إلى تقريب الصحة من المواطن كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية ، حيث وصل عدد العيادات إلى 286 و عدد الأخصائيين الخواص 5095 و الطب العام 6205 طبيب ، أما عن الإعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة فقد شهدت تطوراً

¹ R.A.D.P. Ministère de la sante et de la population, Direction de la planification, **Statistique Sanitaire**, Alger , Aout 1999,p8.

² نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، مرجع سابق ، ص 138 .

مستمرًا حيث بلغت النسبة 76.70% في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58% خلال سنة 1999 م وبالنسبة لتوزيع نفقات الصحة العمومية ، فإن نسبة 42.08% تأتي من ميزانية الدولة في حين يساهم صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة 28.04% و ما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة من حيث عدد الأسرة يمثل ربع ما أنجز خلال 46 سنة ، حيث بلغ 15500 سرير دون إدخال في الحسابان القطاع الخاص¹.

و فيما يخص المؤشرات الصحية فقد جاءت كما يلي :

بلغ أمل الحياة حسب بيانات منظمة الصحة العالمية 71 سنة لدى الذكور و 73 سنة لدى الإناث أما حسب الإحصائيات الرسمية الوطنية فهي 75.1 سنة مع تعداد سكاني فاق 34.4 مليون نسمة في أفريل 2008 و نمو سكاني بنسبة 1.78% .

و بالنسبة للانتقال الوبائي فقد تم القضاء على معظم الأمراض المتنقلة بصفة نهائية (الجدام ، الحصبة ، الدفتيريا ، مرض السعال الديكي) أما عن مرض السل فقد بلغ عدد حالاته حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة ، و في المقابل ظهرت الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب و السكري ، و ارتفاع ضغط الدم و السرطان ، حيث تبين أن نسبة 10.5% من السكان مصابون بهذه الأمراض و في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4.38% تليها أمراض السكري بنسبة 2.10% . وكذلك :

- معدل وفيات الأطفال دون الخامسة : 37‰ .

- معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة : 22‰ .

- معدل وفيات البالغين بين 15 و 60 سنة : 147‰ . ذكور و 121‰ إناث .

- نسبة وفيات الأمومة : 180 لكل 100000¹ .

أما عن الهياكل الصحية العمومية فقد بلغت سنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008 :

¹ براحو فافه سهيلة ، إصلاح المنظومة الصحية واقع وأفاق ، مجلة دراسات إستراتيجية ، عدد 6 ، سنة 2009 ، ص 115-116.

¹ منظمة الصحة العالمية ، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2009 ، ص 16.

*المستشفيات العمومية : 240 بعدد 35157 سرير .

*المستشفيات الخاصة بالأمومة : 511 عيادة

*الهياكل العمومية للصحة الجوارية :

- العيادات المتعددة الخدمات : 1477 عيادة.

- المراكز الصحية : 338 مركز.

- قاعات العلاج : 5117 قاعة و 324 قاعة غير مشغلة .

*المؤسسات الإستشفائية الجامعية EHU : 01 بعدد 740 سرير .

*المراكز الإستشفائية الجامعية CHU : 13 بعدد 12697 سرير .

*المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS : 54 بعدد 9785 سرير .

*الوكالات الصيدلانية 1019 وكالة ².

*الهياكل الصحية للقطاع الخاص :

- العيادات الطبية المتخصصة 5206 عيادة.

- العيادات الطبية العامة : 6179 عيادة .

- عيادات طب الأسنان : 4381 عيادة .

- الصيدليات : 6689 صيدلية .

- العيادات الطبية الجراحية : 164 عيادة .

² République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la population et de la Réforme Hospitalière , **Statistiques sanitaires année 2007**, Alger, 2008 ,p35.

- عيادات تشخيص الأمراض : 13 عيادة¹ .

*تطور عدد المستخدمين :

-عدد الأطباء : 35368 طبيب ، أي 11 طبيب لكل 1000 ساكن .

-أطباء الأسنان : 9553 طبيب أي 03 لكل 10000 ساكن ، 17 سرير لكل 10000 ساكن .

-الشبه الطبيين : 69749 أي 22 لكل 10000 ساكن .

و فيما يخص التغطية الدوائية :

عملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام الموزعين الأجانب بالاستثمار محلياً وكذا بواسطة منع استيراد الأدوية التي يسمح الإنتاج المحلي بتغطية الطلب الوطني عليها ، وتشجيع استعمال الأدوية الجنيسة .

¹ Ibid ;p36 .

المحاضرة الحادية عشر

هيكل النظام الصحي الجزائري (مستوياته-هرم نظام الخدمات الصحية في الجزائر-مكونات النظام

الصحي الجزائري)

1- هيكل النظام الصحي الجزائري :

1-1 مستويات النظام الصحي الجزائري :

تعتبر وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء و رفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين و المقيمين و ذلك من خلال تنظيم المؤسسات والمرافق الصحية و الوحدات القاعدية التابعة لها، يشمل التنظيم العام للنظام الصحي ثلاث مستويات أساسية هي¹:

1/المستوى المركزي :

تشمل الوزارة عشرة وحدات تم تأسيسها عن طريق مرسوم وتحت تنسيق الأمين العام ، كما توجد لجان وطنية و قطاعية تحت سلطة الوزارة المكلفة بالصحة والسكان، تقوم بالفحص و غالباً ما تلعب دور مهم في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة ، و توجد بالمقابل عشرة هيئات تحت وصاية الوزارة وتسيرها مجالس الإدارة .

2/ المستوى الجهوي :

أسست الجهوية الصحية سنة 1995 من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج و احتياجات السكان ، و ضمان مبدأ المساواة و العدالة في مجال الاستفادة من العلاج ، فالمجلس الجهوي للصحة عبارة عن هيئة متكونة من عدة قطاعات تهتم بالفحص و تتكفل بتدعيم التشاور بين المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الإستراتيجية ، اتخاذ القرار و خاصة تجنيد (تخصيص) الموارد.ويمكن اعتبار المراقبين

¹ Ministère de la santé et de la population; **Développement du système National de santé**:Stratégie et perspective ;Mai 2001. [http://www.Ands.Dz/Systeme de santé](http://www.Ands.Dz/Systeme%20de%20sant%C3%A9.htm#1)

الجهويين للصحة من الناحية القانونية و الوظيفية كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس

مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية .

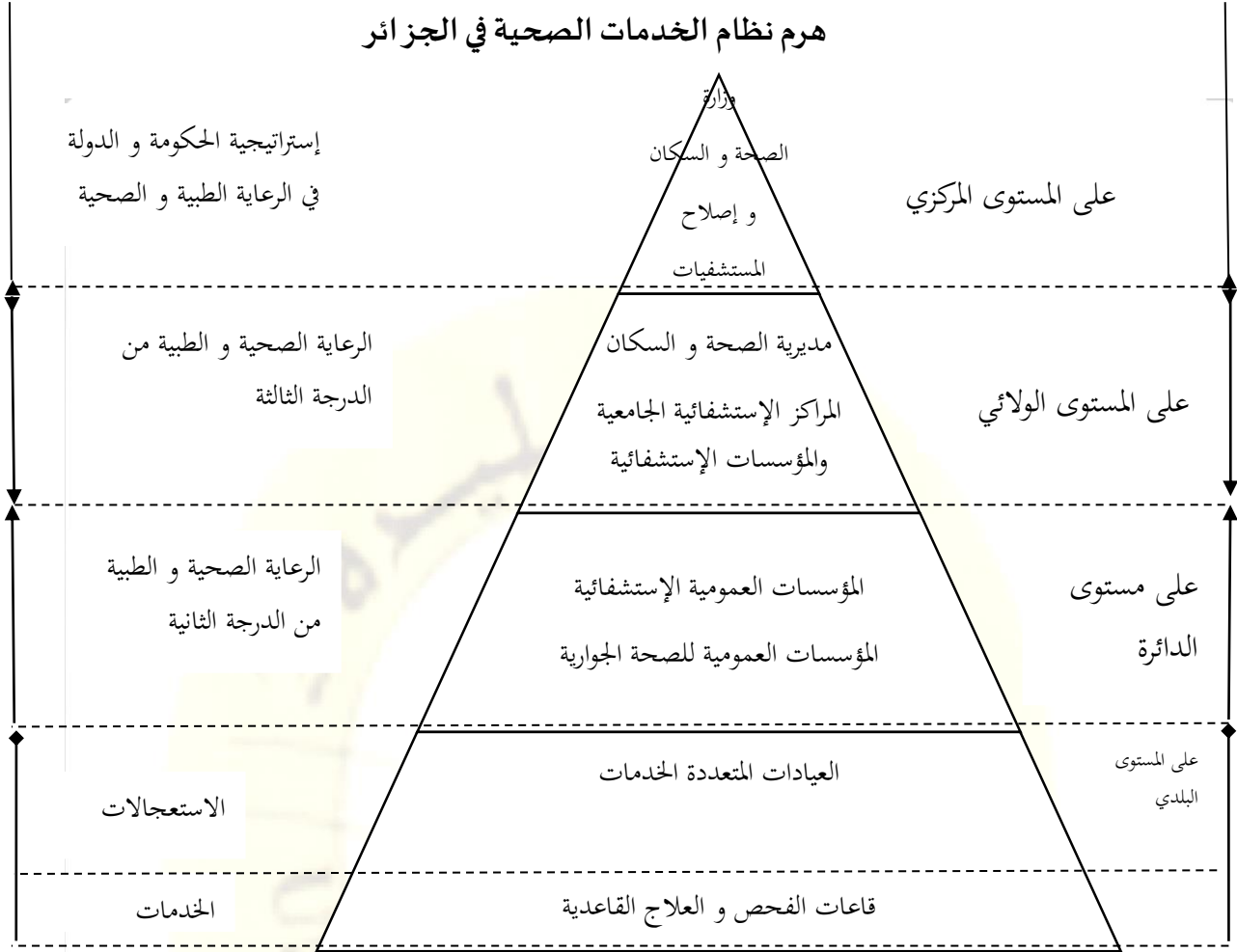
تتمثل المناطق الصحية الموجودة في : منطقة الوسط تضم 11 ولاية ، منطقة الشرق تضم 14 ولاية ، أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية و منطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين : منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات و منطقة الجنوب الغربي و تضم 05 ولايات .

تجدر الإشارة إلى أن المستوى الجهوي يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة ، و تبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني .

3/ المستوى الولائي :

لكل ولاية في الجزائر مديرية للصحة و السكان طبقاً للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية و تشغيل مديريات الصحة و السكان و الوارد بالجريدة الرسمية رقم 47 . تتمثل مهامها في جمع و تحليل المعلومات الصحية و وضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي و تقييمها . فمديرية الصحة والسكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية ، كما تمارس وصايتها و مراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية ، صيدليات ، مخابر التحاليل و الأشعة ، عيادات خاصة ...) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية (المنشآت الصحية المتخصصة EHS ، القطاعات الصحية SS ، المراكز الإستشفائية الجامعية CHU) .

هرم نظام الخدمات الصحية في الجزائر



المصدر: ميزان التاج ، مرجع سابق ، ص 172.

2-1 معايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر :

أولاً: "تصنف المؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر وفق مجموعة المعايير التالية : عدد السكان ، عدد البلديات ، عدد الأسرة ، عدد المصالح ، الطابع الجامعي ، مقر الولاية . و يتم ترتيبها وفق ثلاث مستويات "أ" ، "ب" و "ج" تنازلياً بحسب عدد النقاط المتحصل عليها .

ثانياً: تصنف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب معيار: عدد السكان ، عدد البلديات وعدد هياكل الصحة الجوارية (العيادات المتعددة الخدمات مع عيادة الولادات أو بدونها وقاعات العلاج)¹

¹ القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير سنة 2012 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 20 ، ص ص 24-

3-1 مكونات النظام الصحي الجزائري :

يتكون من قطاعين : القطاع العمومي و هو المهيمن تتدخل الوزارة الوصية على تسيير و تحسين العلاج فيه . القطاع الخاص و تعمل الوزارة الوصية على مراقبة شروط الممارسة الطبية فيه .

1/ مؤسسات القطاع العمومي :

أ/ المؤسسة الإستشفائية المتخصصة : هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة ، تتكفل بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره و تقوم بما يلي :

- تنفيذ نشاطات الوقاية ، التشخيص ، العلاج ، إعادة التكييف الطبي و الإستشفاء .
- تطبيق البرامج الوطنية ، الجهوية و المحلية للصحة .
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستواهم¹ .

ب/ القطاع الصحي : هي " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي ، لها نفس المهام الموكلة للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالإضافة إلى :

- تنظيم توزيع الإسعافات و برمجتها .
- ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية و التخطيط العائلي .
- المساهمة في ترقية المحيط و حمايته في مجالات الوقاية ، النظافة ، الصحة ومكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية .

تشكل المؤسسة الإستشفائية العمومية من :

- مؤسسات عمومية إستشفائية EPS .

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-465 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81 ، 10 ديسمبر 1997 ، ص ص 13-14.

○ وحدات صحية قاعدية تتمثل في العيادات المتعددة الخدمات ،المراكز الصحية وقاعات

العلاج"¹.

لكن تضمن قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 لسنة 2007 تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى :
أولاً : مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH) : وهي حسب نفس المرسوم عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، توضع تحت وصاية الوالي ، وتتكون من هيكل للتشخيص و العلاج و الإستشفاء و إعادة التأهيل الطبي ، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات ، تحدد المشتملات المادية و الحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة . تتمثل مهامها حسب المادة 04 في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان ، تتولى في هذا الإطار على الخصوص المهام التالية:²

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الإستشفاء.
 - تطبيق البرامج الوطنية الصحية .
 - ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية .
 - ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تحديد معارفهم .
- كما يمكن استخدامها ميداناً للتكوين الطبي و الشبه طبي و التكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .
- ثانياً : المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) : و هي حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية غير أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات علاج ، تحدد المشتملات المادية و الحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة .
- تتمثل مهامها حسب المادة 08 في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بما يلي :

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-466 ، نفس المرجع ، ص 20.

² الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادر في 20 مايو 2007 ، ص ص 10-11

*الوقاية و العلاج القاعدي .

*تشخيص المرض و العلاج الجوارى .

*الفحوصات الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي .

*الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلى .

*تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان و تكلف على الخصوص بما يلى :

*المساهمة فى ترقية و حماية البيئة فى المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النقاوة ، و مكافحة

الأضرار والآفات الاجتماعية .

*المساهمة فى تحسين مستوى مستخدمى مصالح الصحة و تجديد معارفهم ، كما يمكن

استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميداناً للتكوين الطبى و شبه الطبى ، و التكوين فى التسيير
الإستشفائى .

ج/المركز الإستشفائى الجامعى : "و هو عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إدارى تتمتع

بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالى ، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذى بناء على اقتراح مشترك بين
الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالى و البحث العلمى يتكفل بما يلى :

فى ميدان الصحة :

*ضمان نشاطات التشخيص ، العلاج ، الإستشفاء و الاستعجالات الطبية الجراحية و الوقائية ،

إلى جانب كل نشاط يساهم فى حماية و ترقية صحة السكان .

*تطبيق البرامج الوطنية ، الجهوية و المحلية للصحة .

*المساهمة فى حماية المحيط و تربيته فى الميادين المتعلقة بالوقاية ، النظافة ، الصحة و مكافحة

الأضرار والآفات الاجتماعية .

في ميدان التكوين :

*ضمان تكوين التدرج و ما بعد التدرج في علوم الطب .

*المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة ،إعادة تأهيلهم و تحسين مستواهم .

في ميدان البحث :

*القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة و البحث في ميدان علوم الصحة ¹.

*تنظيم مؤتمرات ، ندوات ، أيام دراسية و تظاهرات أخرى تقنية و علمية من أجل ترقية

نشاطات العلاج ، التكوين و البحث في علوم الصحة .

يبين الجدول الموالي :

الجدول رقم(05):تطور الموارد البشرية في القطاع العمومي الجزائري ما بين 2007 و 2010 .

عدد الموارد البشرية			السنة
الأطباء	الأعوان الطبيين	الأعوان الإداريين	
35000	70000	7000	2007
54734	95650	13000	2010

المصدر : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ، الندوة الأولى حول إصلاح المؤسسات الإستشفائية ، جوان 2011.

و حسب نفس المصدر أعلاه فقد احتوى القطاع الصحي على 11 كلية طب ، 15 مركز إستشفائي جامعي ، 32 مركز للصحة العمومية و 9387 هيكل بكل أنواعه .مع تسجيل عدة مشاريع منها 187 مستشفى جديد ، 411 عيادة متعددة الخدمات ، و 92 مركز إستشفائي تخصصي .

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-467 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81 ، 10 ديسمبر 1997 ، ص ص 29-30.

2/ المؤسسات الصحية الخاصة :

تعتبر إحدى مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر فهي تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الإستشفائية و عيادات الفحص الطبي و العلاج و عيادات جراحة الأسنان و الصيدليات ومخابر التحاليل الطبية و مخابر النظارات و الأجهزة الاصطناعية الطبية¹.

فبعدما اقتصر النشاط الخاص على عيادات الفحص و التشخيص تم إضافة هيكل جديد هو العيادات الإستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية و الجراحية بما فيها أمراض النساء والتوليد وكذا الاستكشاف ، و اشترط المشرع أن تشتغل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء ، بحيث لا يقل عدد أسرتها عن سبعة أسرة ، تاركاً الحد الأقصى مفتوحاً على حسب إمكانيات المستثمر².

تتنوع عيادات القطاع الإستشفائي الخاص بين العيادات الطبية الجراحية و العيادات الطبية ، لوحظ منذ فتح قطاع الصحة للخواص سنة 1988 (المرسوم التنفيذي 88-204) نمو جد واضح للمؤسسات الخاصة بمختلف أشكالها³.

¹ Loi n° 88-15 du 3 Mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative a la protection et a la promotion de la santé .

² Décrit n° 88-204 du 18 Octobre 1988 Fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées .

³ <http://www.andi.dz/ar/Fc=sante>

المحاضرة الثانية عشر

التزامات المؤسسات الاستشفائية العمومية – مشروع الإصلاح الصحي الجزائي

1- التزامات المؤسسات الإستشفائية العمومية :

بالنسبة لطبيعة القانونية للمؤسسات الإستشفائية العمومية فانه من خلال المادتين 800 و 801 من القانون رقم 09-08 المؤرخ في 25 فبراير 2008 المتضمن قانون الإجراءات المدنية و الإدارية الجديد نجد أن المشرع اعتبرها بمثابة مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية والاستقلال المالي فهي عبارة عن مؤسسات مكلفة بتقديم خدمة عمومية تخضع لقواعد القانون الإداري سواء في تنظيمها و سيرها ، أما فيما يتعلق بتنظيم علاقات العمل بين الإدارة و المستخدمين فيختص القضاء الإداري بالفصل في المنازعات كذلك بالنسبة للقضايا التي تثار بمناسبة تنفيذها للمهام المكلفة بها حيث تقوم بعدة أنشطة منها ما يتعلق بالجانب الإداري و التنظيمي و منها ما يتعلق بالجانب الطبي الذي يعتبر بمثابة النشاط الذي أنشئت من أجله ، حيث تشكل هذه الأنشطة مصدر للمسؤولية الإدارية عن الأضرار مما يدفعنا إلى تحديد كل نشاط .

إن المؤسسات الإستشفائية العمومية من أهم المؤسسات المساهمة في تطوير المنظومة الصحية الوطنية و ذلك من خلال أنشطتها الطبية ، الشبه الطبية و الإدارية ونظراً لكونها مرافق عمومية تؤدي خدمة عامة للجمهور و التي تتعلق بإحدى مجالات الحياة الاجتماعية ألا و هي الصحة يقع على عاتق أنواعها المتعددة مجموعة من الالتزامات اتجاه الأفراد المنتفعين بخدماتها ، تنسجم هذه الالتزامات بطبيعة المهام المكلف بها طاقمها الإداري ، الطبي و الشبه الطبي .

تتكون أثناء ممارسة المؤسسات الإستشفائية العمومية لمهامها علاقات مختلفة منها خاصة تلك التي تربط بينها و بين مستخدميها الطبيين أو الشبه الطبيين و منها تلك التي تربطها بجمهور المنتفعين من خدماتها.

فيما يلي أهم التزامات المؤسسات الإستشفائية فيما يلي :

1-1 الالتزام بضمان استمرارية الخدمة ونوعيتها :

نظراً لطبيعة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية لأفراد المجتمع و حاجاتهم المتواصلة لها والتي لا تقترب بوقت فإنها تتميز بذلك عن باقي المؤسسات بأداء مهامها دون انقطاع وتوقف ليلاً و نهاراً ولضمان هذا يتطلب اعتماد نظام عمل معين سيما نظام المداومة الذي يفرض على كل المستخدمين تسخير كل أنشطتهم و بصفة استثنائية لخدمة المؤسسة إذ أن مبدأ الاستمرارية في الخدمة

يقتضي التناوب في العمل أو الحضور الفوري للمستخدمين للاستجابة للاحتياجات الضرورية و الاستثنائية للمؤسسة التي قد تطرح خارج أوقات العمل المعهودة خاصة عند حدوث مضاعفات للمريض. نجد في هذا الخصوص في المادة 155 من قانون الصحة 05-85 « يتعين على جميع الوحدات الصحية الإستعجالية أن تقدم العلاج الطبي المستعجل باستمرار ، في أي ساعة من ساعات النهار أو الليل، إلى أي مريض بقطع النظر عن مكان سكناه... ».

إذا كان بالإمكان تحقيق مبدأ الاستمرارية فإنه يبدو غير ذلك بالنسبة لنوعية و كيفية تقديم الخدمة ، فإذا اعتمدت المؤسسة نظام عمل معين يتعلق بتفاصيل الممارسة الطبية أو العلاجية أو الإدارية فقد يشكل هذا عائقاً لنوعية أعمال العلاج مما يتطلب ترك روح المبادرة لتنظيم الخدمة بالشكل المناسب لتحقيق النوعية سيما فيما يخص العلاج الذي يعتبر الهدف الرئيسي لوجود المؤسسة .

2-1 الالتزام بالسلامة البدنية للمريض :

يترتب عن وجود المريض بإحدى المؤسسات الإستشفائية العمومية جملة من الالتزامات منها تلك المتعلقة بالمحافظة على سلامته من كل الأخطار التي قد تلحق به سواء كانت نابعة من إرادته أو خارجة عنها ذلك أن المريض في المؤسسة الإستشفائية يعد طرفاً ضعيفاً بدنياً و نفسياً و يحتاج للكثير من الرعاية مما يفرض عليها ضمان :السلامة ، الأغذية ، الأدوية المقدمة ، الأجهزة المستعملة ، التحاليل ، عمليات نقل الدم. وطبقاً للقواعد العامة فإن التزام المؤسسة بشفاء المريض هو التزام ببذل عناية أما الالتزام بسلامة المريض فمن الراجح فقهاً و قضاءً أنه يعتبر التزام بتحقيق نتيجة ، و يتشدد القضاء بالنسبة لمرضى الأمراض العقلية إلى حد الأخذ بالخطأ المفترض من جانب المؤسسة لضمان سلامة المريض . إن تنفيذ تعليمات و أوامر الطبيب لا يكفي المؤسسات العلاجية المتخصصة بل تلتزم التزاماً مستقلاً باتخاذ كافة التدابير و الإجراءات الأمنية لضمان سلامة المريض و عدم إيذائه لنفسه بالإضافة إلى كل هذا فقد أكد المشرع الجزائري بأنه ينبغي على هذه المؤسسات ضمان التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات لفائدة فئة شبه الطبيين للصحة العمومية لغرض ترقية و تمكينهم من تحسين مؤهلاتهم باستمرار ، أما بخصوص التنظيمات القضائية لهذا الالتزام فقد أكد مجلس الدولة في العديد من قراراته على أن التزام المؤسسات الإستشفائية العمومية بسلامة المريض يعتبر التزاماً بتحقيق نتيجة و ليس ببذل عناية حيث اعتبر أن عدم فحص الأدوات المستعملة أثناء الجراحة يشكل إخلالاً بواجب المحافظة على السلامة البدنية للمريض من طرف المؤسسة .

1- مشروع الإصلاح الصحي الجزائري :

— جاء مشروع الإصلاح الصحي لتحقيق مجموعة من الأهداف هي¹:

- إحصاء عروض العلاج و الاستشفاء و تكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال .
- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية .
- التأكيد على حقوق و واجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص .
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن .
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة ، مهما كانت مسؤولياتهم و ذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية .
- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

اشتمل الإصلاح على ستة ملفات هي :²

1-2 ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج :

تفادياً لعزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي ، الوبائي ، المالي و التنظيمي ركز هذا الملف على دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة و منظومته الإستشفائية الفرعية فتعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية المتمثلة في قاعات العلاج الجوارية أو المراكز الصحية الجوارية ومستشفى القطاع من جهة و بين تلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى .

2-2 ملف الهياكل الإستشفائية :

اختص هذا الملف بإصلاح الهياكل الصحية من خلال إدراج جملة من الأهداف المتمثلة فيما يلي :

- ✦ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة .
- ✦ الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حدّ سواء ، من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي .
- ✦ إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص .
- ✦ مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه و واجباته بعين الاعتبار .

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

² Les 6 dossiers de la reforme hospitalière <http://www.sante-maghreb.com/actualités/0703/0703-27.htm>

✦ المساهمة الفعالة للمريض و لجمعية المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج ، و جودة أدائها .

✦ استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي .

3-2 ملف الموارد البشرية :

تناول هذا الملف المورد البشري للنظام لصحي و المتمثل في فئة المستخدمين فعمل على مراجعة أحوالهم الشخصية ، شروط و ظروف عملهم ، علاواتهم و أجورهم ، ترقيةهم في المسار المهني و تكوينهم لضرورته لهم و الذي يكون بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي و التكوين المهني خاصة.

4-2 ملف الموارد المالية :

ركز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج و يستدعي ذلك التوازن بين الوسائل و مستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و تقييس الوسائل ، و ذلك لإعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج على أن توزع بعقلانية . و تشكل كل من الجوانب المرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية ، و الخاصة بالأمن و النوعية و تعيين الأطقم الفنية عناصر مكملة لهذا الملف .

5-2 : ملف التمويل :

درس هذا الملف طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات مع ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي بإدخال مرونة حسابية بالإضافة إلى العمل على تكييف القوانين الأساسية المسيرة للمؤسسات الصحية مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات ، و حول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات و الفواتير بطريقة تحقق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى .

6-2 ملف اشتراك القطاعات :

ترتبط نشاطات كل من القطاعات التالية : قطاع المالية ، العمل و الحماية الاجتماعية ، الضمان الاجتماعي ، التضامن ، التعليم العالي ، التكوين المهني ، الجماعات المحلية و البيئية ، الصناعة و الفلاحة بنشاطات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و لذلك وجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة .

تجدر الإشارة هنا أنه لم يتم التطرق إلى الموضوعين تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب و الاستعجال على المستويين الجهوي و الوطني في مشروع الإصلاح هذا . فبالنسبة لموضوع تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب فقد تمت الإشارة إليه عدة مرات بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد و الظروف

المناخية ، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين بإمكانهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثاً معمقاً على نتائج التحقيق الذي كلفت به الوزارة المعهد الوطني للصحة العمومية .



قائمة المراجع :

1. السيد عبد العاطي السيد ، علم اجتماع السكان ، دار المعرفة الجامعية ، 1999 .
2. أمير جيلالي ، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط ، جامعة الجزائر ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير ، قسم العلوم الاقتصادية ، 2008-2009 .
3. براحو فافة سهيلة ، إصلاح المنظومة الصحية و اقع وأفاق ، مجلة دراسات إستراتيجية ، عدد 6 ، سنة 2009 .
4. حسن الساعاتي ، دكتور عبد الحميد لطفي ، دراسات في علم السكان ، دار النهضة العربية ، 1981 .
5. حسان حرستاني ، إدارة المستشفيات ، الرياض ، معهد الإدارة العامة ، 1410هـ .
6. رشيدة كرمبيط ، الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية من منظور سوسولوجي ، دراسة ميدانية بالمؤسستين الاستشفائيتين : فرانتز فانون الجامعي و إبراهيم بن عبد الله تيرشين بالبلدية جامعة الجزائر ، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، قسم علة الاجتماع ، 2017-2018 .
7. زيدان عبد الباقي ، أسس علم السكان ، مكتبة وهبة ، مطبعة السعادة .
8. زهرة رباحي ، إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر ، مهماتها ، تنظيماتها من خلال مشروع الإصلاح ، بين الأهداف والوسائل ، الملتقى الدولي الأول لاقتصاد الصحة ، كلية الحقوق و العلوم الاقتصادية ، جامعة بجاية ، (13-15 نوفمبر 2006)
9. صلاح محمود ذياب ، إدارة خدمات الرعاية الصحية ، دار الفكر ناشرون و موزعون ، عمان ، 2009م .
10. طلال بن عايد الأحمد ، إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، بدون طبعة ، الرياض ، 1425هـ-2004م ،
11. علي عبد الرزاق جلبي ، علم اجتماع السكان ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، الطبعة الخامسة ، 2015 .
12. عبد الله العماري و محمد علي التركي ، " تنظيم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية "، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من 4-7 ربيع الثاني 1404 هـ .
13. علي عبد القادر علي ، اقتصاديات الصحة ، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية ، العدد 22 ، السنة 2 ، المعهد الغربي للتخطيط ، الكويت ، أكتوبر 2003 .

14. فالج بن زياد الفالح ، تطوير النظام الصحي في المملكة ، الرياض الالكتروني ، الأحد 19 رمضان 1423 هـ ، العدد 12574 ، 38. <http://www.planning.gov.sa/planning/all%20presentation/day%201/1c-health/11>
15. فريد النجار ، إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية و الطبية ، الدار الجامعية ، مصر ، 2002.
16. فريدة توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، 2008.
17. نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، الطبعة 1، دار كتامة للكتاب ، الجزائر ، 2008.
18. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد الأول ، الصادرة سنة 1966.
19. الأمر رقم 03-94 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 87.
20. المرسوم التنفيذي رقم 465-97 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81 ، 10 ديسمبر 1997 .
21. الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادر في 20 مايو 2007 .
22. المرسوم التنفيذي رقم 467-97 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81 ، 10 ديسمبر 1997.
23. النظم الصحية و تقييم أدائها <http://www.Sgh.org.Sa/Fan.htm>
24. ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1982 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية ، الجريدة الرسمية ، عدد 06 الصادرة في 12 فيفري 1986.
25. ج.ج.د.ش، وزارة الصحة و السكان ، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى.
26. منظمة الصحة العالمية ، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2009 .
27. وزارة الصحة و السكان ، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري ، 1990 .
28. Mark Field "The concept of The Health System at The Macro-Sociological Level," Social Science and Medicine, 1973, Vol.7.
29. Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore :Health Professions Press, 1992.
30. Harold S. Luft , **Competition and Regulation** , Médical Care journal, Vol, 23, No, 5 (Philadelphia :J.B, Lippincott company, may 1985).

31. Magali Barbeiri , Pierre centrelle , **Santé et Population lieu non identifier.**
32. Mohamed Amir, **l'Histoire de la santé en Algérie** , Alger : Edition OPU, 1999.
33. Mostafa khâti , **Quelle Santé pour les Algériennes ?** Alger, Edition Maghreb Relation , 1990.
34. Ministère de la Santé , **Séminaire sur le Développement d'un système National de santé , Expérience Algérienne.**
35. R.A.D.P. Ministère de la sante et de la population, Direction de la planification, **Statistique Sanitaire**, Alger , Aout 1999.
36. République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la population et de la Réforme Hospitalière , **Statistiques sanitaires année 2007**, Alger, 2008 .
37. de la santé et de la population; **Développement du système National de sante : Stratégie et perspective** ; Mai 2001.
38. Loi n° 88-15 du 3 Mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative a **la protection et a la promotion de la santé** .
39. Décret n° 88-204 du 18 Octobre 1988 **Fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées** .
40. Agence canadienne de Développement International **ou est ce qu'un système de santé ?**, document disponible sur le site www.ACDI.ca
Consulté le 23.02.2010.
41. <http://www.Ands.Dz./Systeme> de santé .htm#1
42. <http://www.andi.dz/ar/Fc=sante>