

أهمية توظيف أسلوب المشاركة المجتمعية في تنمية الخدمات الصحية

The importance of community participation in the development of health services

ط.د. معزوزي عتيقة^{1*}، د. نعيجة رضا²¹ جامعة أحمد دراية أدرار (الجزائر)، Atika.maazouzi@yahoo.fr² جامعة أحمد دراية أدرار (الجزائر)، rRedha051@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2019/12/26

تاريخ القبول: 2019/09/23

تاريخ الاستلام: 2019/06/30

ملخص:

لقد أحرز القطاع الصحي تقدما هاما بالدول التي اتخذت أسلوب المشاركة المجتمعية كنهج يقوم على تعزيز مساهمة المواطنين بصفة فردية او جماعية عن طريق منظمات المجتمع المدني في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية ، وذلك في اطار تقديم الاعانات المادية بشكل مباشر او غير مباشر، أو المشاركة في نشر الوعي الصحي كل حسب تخصصه (عاملين بالصحة، بالتعليم، بالإعلام...الخ) ، للوصول إلى تمكين الأفراد من الحفاظ على صحتهم ، وصحة غيرهم ، إضافة الى اشراك المواطنين في وضع ومتابعة وتنفيذ مختلف السياسات الصحية بالموازاة مع القرارات الحكومية ، هذا ما يسمح بوضع برامج صحية نابعة من احتياجات ومتطلبات مستقبلي الخدمة، بهدف تقديم خدمات صحية ذات نوعية جيدة، وبصفة عادلة، وفي وقتها المناسب، هذا ما نحن بحاجة ماسة اليه لتجاوز فشل إصلاحات المنظومة الصحية الوطنية، وانعكاساتها المتجلية في مظاهر عدم رضا المواطنين، وفقدان الثقة في الخدمات الصحية المقدمة لهم .

الكلمات المفتاحية: المشاركة المجتمعية; الخدمات الصحية; القطاع الصحي; السياسة الصحية; المنظومة الصحية; تمكين الافراد; الصحة.

Abstract:

The health sector has made considerable progress in countries that have adopted the community participation approach, which is to encourage the contribution of individuals

individually or collectively or through civil society organizations to improve the level of health services. , by providing subsidies directly or indirectly participation in the publication of health consciousness each according to his specialty (workers in the field of health, education, media ... etc), to allow individuals to take care of their health , in addition to the involvement of citizens in the monitoring, implementation, implementation of various health policies in parallel with government decisions, which allows the development of health programs based on the needs and requirements of patients, in order to provide quality services in a fair manner. So we are faced with an imperative requirement for overcoming the failure of reforms of the national health system and its reflections manifested by the dissatisfaction and loss of confidence of citizens in the health services provided to them.

Key words: community participation; health services; the health sector; Health policy ; Health System ; Empower individuals ; the health.

مقدمة:

إن موضوع المشاركة المجتمعية أصبح يكتسي أهمية بالغة ، باعتباره الوسيلة المثلى التي تمكننا من تحقيق التنمية الشاملة والواقعية ، وذلك باستغلال رأس المال الاجتماعي والبشري وتوجيهه نحو المساهمة في تطوير مختلف المجالات (السياسية والأمنية ، والاقتصادية الصحية ..)، وهذا بتوحيد الطاقات والجهود الفردية واستخدامها في تخطيط ووضع وتنفيذ مختلف سياسات التنمية باعتبار المواطنين هم الأقرب، والأدري باحتياجاتهم ، ومتطلباتهم وذلك بالموازاة مع الدور الحكومي في ذلك ، هذا ما اعتمده الدول المتقدمة في تطوير مختلف قطاعاتها بما فيها القطاع الصحي هذا القطاع الذي يحتاج الى دعم من افراد المجتمع بشكل كبير للارتقاء بمستوى الرعاية الصحية على مستوى التمويل ، والبحث العلمي ، وخاصة في نشر الوعي الصحي كضرورة ملحة للوقاية من الامراض ، أو التعايش معها، وتمكين الأفراد من المحافظة على صحتهم وصحة غيرهم سعيا للتقليل من المضاعفات لخفض التكاليف المرتبطة بالعلاج، بهدف تخفيف الضغط على المؤسسات الصحية الوطنية الخاصة او الحكومية التي لم تعد قادرة على تحقيق

رعاية صحية شاملة لكل المواطنين ، خاصة مع انخفاض اسعار البترول والتوجه نحو سياسة التنوع الاقتصادي اين ينخفض دعم الدولة لمختلف القطاعات ، بما فيها الصحية ، هذا ما ترجمه لنا ملاحظتنا اليومية من شكايات وعدم رضى من المواطنين عن مستوى خدمات المرافق الصحية ، فالمؤسسة الصحية الجزائرية هي مجبرة اليوم لتبني سياسة المشاركة المجتمعية كحل اثبت نجاحه عالميا وعربيا، سعيا لتضافر جهود المجتمع لتسهيل وصول الخدمات الصحية لكل محتاجها، بنوعية جيدة ، وبصفة عادلة، وفي وقتها المناسب. من هذا المنطلق نطرح التساؤلات التالية:

ما مفهوم المشاركة المجتمعية في مجال الصحة ؟ فيما تتمثل ضرورة لجوء السياسة الصحية الوطنية الى اسلوب المشاركة المجتمعية ؟ وفيما تتمثل اهم الاليات التي يمكن الاعتماد عليها لتفعيل مشاركة المواطنين في ترقية مستوى خدمات الرعاية الصحية ؟ وفيما تكمن اهم التحديات التي قد تحول دون تحقيق مشاركة مجتمعية فعالة في القطاع الصحي ؟

ا. أهمية الدراسة:

ترتبط دراستنا بمجال الصحة كموضوع بحث اصبح يشغل اهتمام الباحثين والدارسين في علم الاجتماع والاقتصاد والسياسة ، كمصدر اساسي للحفاظ على راس المال البشري ، ومؤشرواقي لوجود تنمية اقتصادية واجتماعية فعالة ، من هذا المنطلق ركزت دراستنا هذه على فلسفة المشاركة المجتمعية وأساليب تطبيقها في مجال الرعاية الصحية ، هذه الاخيرة التي اصبحت المؤسسات الصحية عاجزة على تحقيقها لوحدها دون مساندة المجتمع بإخفاقها في تقديم خدمات ذات نوعية جيدة ، وبصفة عادلة رغم تخصيص ميزانيات ضخمة لذلك والقيام بالعديد من الاصلاحات.

ا. تحديد المفاهيم:

1. تعاريف عامة لمفهوم المشاركة المجتمعية:

تشمل المشاركة المجتمعية كمصطلح كل المجالات السياسية الاجتماعية الاقتصادية... الخ، لذا يتسم مفهوم المشاركة المجتمعية بالمرونة، ويتخذ العديد من التعاريف التي تختلف حسب المجال المراد استخدامها فيه، والسياق المراد دراسته من خلالها، من هذا المنطلق سنحاول تقديم مجموعة من التعاريف ثم ضبط المفهوم فيما يتعلق بالمشاركة المجتمعية في مجال الصحة بشكل خاص، حيث نجد من بين أهم التعاريف ما يلي:

- أ. Butterfoss (2006) : يعرفها على أنها " عمليات اجتماعية للمشاركة التطوعية في النشاطات الرسمية، والغير رسمية في البرامج والنقاشات بهدف إثارة تغيير مخطط له، أو تحسين في حياة المجتمع المحلي وفي الخدمات والموارد.
 - ب. Morgan (2001) : هي أداة للتمكين من خلالها تأخذ الجماعات المحلية مسؤولية تشخيص وحل مشاكلهم الصحية والتنمية.
 - ت. Rifkin (1986) : ربط المشاركة بتحفيز أفراد المجتمع المحلي للمشاركة بفعالية في تقديم الخدمات الصحية.
 - ث. Leroux et Ninacs (2002) : هي المشاركة في النشاطات بكل أبعادها التعبير، الإصغاء، الفعل ووضع القرارات " (Marie-Eve Giroux , 2009, p23.)
- 2- مفهوم المشاركة المجتمعية في مجال الصحة:

أما فيما يتعلق بمفهوم المشاركة المجتمعية في مجال الصحة فهو "يتمركز في ان التنمية الصحية لا يمكن ان تتحقق بالجهود الحكومية فقط ، بل لابد من تضافر الجهود من كل اصحاب العلاقة للمساهمة في تحقيق تنمية صحية وتلبية الاحتياجات المتنامية والمتنوعة للمجتمع في المجال الصحي." (وزارة الصحة، برنامج المشاركة المجتمعية، البوابة الإلكترونية لوزارة الصحة).

هذا ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية تحت اسم "الرعاية التي تركز على الناس كنهج يتبنى صراحة منظور الافراد ،ومقدمي الرعاية، والأسر، والمجتمعات بوصفهم مشاركين ومستفيدين من النظم الصحية المأمونة ،والتي يتم تنظيمها وفقاً للاحتياجات الشاملة للناس، وليس على أساس أحد الأمراض والتي تراعي تفضيلات المجتمع ، وتتطلب كذلك الرعاية التي تركز على الناس أن يحصل المرضى على التنقيف ،والدعم اللازم لاتخاذ القرار، والمشاركة في رعاية أنفسهم، وأن يؤدي مقدمو الرعاية عملهم بأقصى طاقة لهم في سياق بيئة عمل داعمة، فالرعاية التي تركز على المرضى والناس هي أوسع نطاقاً من الرعاية التي تركز على المرضى وهي لا تشمل فقط التعاملات السريرية، ولكنها تشمل أيضاً الاهتمام بصحة الناس في مجتمعاتهم، ودورهم الماس في رسم السياسات والخدمات الصحية" (منظمة الصحة العالمية، 2016، ص02)

"كما يرتبط مفهوم اشراك الافراد في الخدمات الصحية بعملية التمكين، في اطار ما يسمى بالصحة المجتمعية ،وذلك بتمكين الناس وإشراكهم بتوفير الفرص والمهارات والموارد التي يحتاجونها للتعبير عن أنفسهم، وليصبحوا مستخدمين متمكنين للخدمات الصحية، وليمكنهم الزود عن النظام الصحي محل الإصلاح ، وتسعى هذه الاستراتيجية إلى توجيه موارد المجتمع والموارد الفردية للعمل على جميع المستويات ، وهي تسعى إلى تمكين الافراد من اتخاذ قرارات فعالة بشأن صحتهم، وتمكين المجتمعات المحلية من الانخراط بفعالية في بيئات صحية تعتمد على المشاركة في تقديم الخدمات، وتزويد مقدمي الرعاية غير الرسميين بالثتقيف اللازم لتحسين أدائهم وما يقدمونه من مساعدة للاستمرار في أداء دورهم. وتمكين الناس وإشراكهم في الوصول إلى الفئات المهمشة، والتي تعاني من نقص الخدمات لضمان حصول الجميع على الخدمات الجيدة، والاستفادة من تلك الخدمات محل المشاركة وفقاً لاحتياجاتهم الخاصة." (منظمة الصحة العالمية، 2016، ص05)

3- اشكال المشاركة المجتمعية في مجال الصحة:

تتخذ مساهمة افراد المجتمع في تنمية الخدمات الصحية عدة اشكال كالتالي:

مشاركة أفقية : تتم بين الافراد من نفس المستوى، كتقديم المساعدات والتبرعات والنصائح الطبية ،...

مشاركة عمودية: تتم بين الأفراد من نفس المستوى والسلطات وأصحاب القرار من خلال التدخل في وضع القرارات وتنفيذها ومتابعتها.

مشاركة فردية : كتقديم اعانات من المواطنين بشكل فردي.

مشاركة جماعية : من خلال فرق تطوعية او منظمات المجتمع المدني.

مشاركة مباشرة : بالمساهمة في تقديم الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو الارشادية لمحتاجيها بشكل مباشر.

مشاركة غير مباشرة : بتقديم اعانات عن طريق منظمات وسيطة بين المؤسسات الصحية والمواطنين.

من حيث نوعية الخدمة : تختلف انواع المشاركة حسب نوعية الخدمة المقدمة (علاجية، ارشادية، وقاية توعوية،...)

4- مفهوم الخدمات الصحية:

"تعرف الخدمة الصحية على أنها : العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا، أو إرشادا، أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل." (دريدي ، 2014 ، ص16)

"يجب علينا هنا الاشارة الى ضرورة التفرقة بين مصطلحين يندرجان ضمن الخدمات الصحية وهما الرعاية الطبية والرعاية الصحية ، بحيث:

الرعاية الطبية :ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي ،وما يتعلق بالخدمات الطبية المتخصصة، والخدمات الطبية المكملة كالفحوص المختبرية والتحاليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الإسعاف التمريض ،الخدمات الصيدلانية ،والغذائية وغيرها.

أما الرعاية الصحية: فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره بهدف توفير الصحة للجميع كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية ورعاية المسنين وغيرها."(سلطاني، 2016، ص 06)

III. ضرورة تعزيز المشاركة المجتمعية واتخاذها كنهج في تنمية القطاع الصحي الوطني :

رغم الموارد المالية الضخمة التي وفرتها الدولة الجزائرية لإنعاش القطاع الصحي والإصلاحات التي قامت بها في إطار تحسين مستوى الخدمات الصحية بهدف توفير الخدمات الصحية بصفة عادلة لكل أفراد المجتمع إلا أن تلك السياسات لم تصل إلى تحقيق التنمية الصحية المنتظرة ، فلا زالت المؤسسات الصحية الوطنية تعاني من تدني مستوى الخدمات الصحية وعدم القدرة على تغطية طلبات المواطنين بشكل كافي ، مما يصاحبه العديد من المشاكل من عدم رضى من طرف أفراد المجتمع من عدم توفر الخدمات الصحية في وقتها المناسب ، مما قد يزيد من تفاقم الوضع الصحي للمرضى ويصعب تداركه إضافة إلى استياء مستخدمي الصحة من الكم الهائل من المرضى أمام قلة عددهم هذا ما يعكس تأزم الوضع الصحي بالجزائر، وتشير أغلبية الدراسات الاقتصادية والاجتماعية في مجال الصحة إلى أن المشكل الحقيقي يكمن في سوء التسيير، مما يستدعي ضرورة إعادة النظر في إيجاد سياسة عامة تهدف للوصول إلى حلول أكثر فعالية باستخدام الموارد المتاحة ، من هذا المنطلق وباستقراء النماذج الرائدة عالمياً وعربياً في هذا المجال والتي تشير في معظمها إلى استحالة تطوير مستوى الخدمات الصحية بالاعتماد على جهود الدولة لوحدها بل لابد من الاستعانة بالمجتمع وذلك في ظل تطبيق برامج المشاركة المجتمعية بالموازاة مع البرامج الحكومية كتجربة استخدمتها الدول الرائدة في المجال الصحي كالولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا... وكذلك دول الخليج على المستوى العربي و استطاعت بفضلها أن تتجاوز الأزمات التي تعرضت لها في مجال

الصحة، فالجزائر اليوم هي بحاجة ماسة اكثر من اي وقت مضى لانتهاج هذه السياسة لعدة اعتبارات نذكر منها:

1. اشكالية ضعف النمو الاقتصادي وسوء التسيير وأثره على تمويل القطاع

الصحي:

تشير جل دراسات اقتصاديات الصحة الى وجود علاقة طردية بين مستوى النمو الاقتصادي للبلد ومستوى الخدمات الصحية، لان " اصلاح الرعاية الصحية يشكل تحديا ماليا اساسيا امام صناعات السياسة في الاقتصاديات المتقدمة والنامية على السواء ، وتبين التجارب ان مزيجا من الاصلاحات يمكن ان تساعد على احتواء نمو الانفاق في الاقتصاديات المتقدمة ، في حين يحافظ في الوقت نفسه على الانصاف والكفاءة "(دريسي، 2015 ، ص145) وعلى المستوى الوطني قد عرفت المنظومة الصحية ضعف في التمويل في ظل انخفاض اسعار البترول الا انها لم تستطع تجاوز الازمات والوصول الى الاهداف المسطرة حتى في ظل ارتفاع البترول وبتخصيص ميزانيات ضخمة للنهوض بالقطاع الصحي ، مما يؤكد ان ضعف تمويل القطاع الصحي بالجزائر هو ناتج عن سوء التسيير اكثر منه قلة الموارد المالية كمشكل حقيقي كما اشارت الى ذلك جل الدراسات الاقتصادية والاجتماعية، اما في ظل الوضع الراهن وامام انخفاض اسعار البترول والتوجه نحو سياسة التنوع الاقتصادي أصبحت "المنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية الامر الذي زاد تأزم وضعيتها الهياكل الصحية لمواجهة الطلب المتزايد والمستمر على العلاج "(بن حميدة، 2015 ، ص16) هذا ما يستدعي البحث في وضع استراتيجية فعالة تقوم على التخطيط والتنفيذ السليم باستخدام الموارد المتاحة ومن اهم الموارد التي يمكن الاعتماد عليها هي راس المال البشري والاجتماعي بتجنيده للنهوض بقطاع الصحة في اطار برامج المشاركة المجتمعية كحل ضروري اثبتت فعاليته الدول الرائدة في هذا المجال ، حيث في "الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال ؛ يشكل القطاع غير

الربحي من مقدمي الخدمات الصحية ما يعادل 60٪. اما كندا تعتبر رائدًا في هذا المجال أيضًا ففي عام 2014م كان مقدار مساهمة القطاعات غير الربحية والخاصة في شتى أوجه الدولة ما يعادل 14 بليون دولار، إضافة إلى العديد من الدول المتقدمة بل وحتى الرائدة في تقديم الخدمات الصحية كأستراليا ، المملكة المتحدة ، اليابان وغيرها. حيث ترتبط - وأحيانًا تعتمد- هذه الدول بشكل وثيق على المساهمات التي يقدمها المجتمع. كما نجد من بين الدول العربية انشاء وزارة الصحة السعودية عام 2017 أول برنامج للمشاركة المجتمعية من بين البرامج الحكومية " (وزارة الصحة المملكة العربية السعودية، 2018)

2. تسارع النمو الديمغرافي وعدم المساواة في تقديم الخدمات الصحية:

"بلغ عدد السكان في الجزائر 41.2 مليون نسمة في جانفي 2017 ، حيث عرفت الجزائر زيادة تقدر ب 85000 نسمة اي ما يعادل نمو 2.15% ، ونفس المستوى سجل سنة 2014 . " (الديوان الوطني للإحصائيات) "وتشير مؤشرات التغطية الصحية سنة 2015 الى ما يلي:"

1.76 سرير لكل 1000 ساكن

1 قاعة متعددة الخدمات لكل 23.917 ساكن

1 قاعة علاج لكل 6.886 ساكن.

1 طبيب لكل 1.118 ساكن.

1 طبيب مختص لكل 1413 ساكن.

1 جراح اسنان لكل 2972 ساكن.

1 صيدلي لكل 3467 ساكن.

1 قابلة لكل 1203 ساكن. " (ministère de la santé de la population et de la réforme)

(hospitalière)

كما ان هناك عدم مساواة بشكل واضح في توزيع الخدمات الصحية ، هذا ما تشير اليه الاحصائيات كالتالي:

"في الشمال 1 طبيب لكل 800 ساكن ، يقابله 1 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب ، ،فيينما يتمركز الأطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 1 طبيب لكل 318 نسمة ، يوجد في أدرار 1 طبيب لكل 2103 نسمة، أي 50٪ من الأطباء موجودين في منطقة الوسط في حين 1 من المؤسسات العمومية للصحة لا تتوفر على طبيب مختص ." (سعيدان، 2014، ص03)

اضافة الى "اختلال في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55 % من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة 22 % ، والغرب على نسبة 20 % . في حين منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي." (سلطاني، 2016، ص 147-148)

3. الوضعية الصحية:

إن زيادة انتشار الأمراض وتدني الاوضاع الصحية للمجتمع بشكل لا يمكن أن تواجهه الدولة بمفردها بدون تمكين أفراد المجتمع للعناية بصحتهم وإتباع العادات الصحية الملائمة كإتباع الحمية ،والابتعاد عن التدخين ، واحترام شروط النظافة ... الخ وذلك بتعزيز دور الاعلاميين والعاملين بقطاع التعليم وممتهني الصحة ، كل حسب تخصصه في نشر الوعي الصحي، خاصة وان " المجتمع الجزائري عرف نقلة وبائية ، من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة ، وذلك نتيجة لعدة عوامل أهمها الانتقال الديمغرافي وما نتج عنه من تغير في الهيكلية العمرية ، التصنيع والتحضر و ما صاحبهما من تغير في النمط الغذائي ، قلة الحركة وكثرة الضغوطات والمشاكل النفسية. فحسب الدراسات التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، فإن الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائري

يتصدرها كل من أمراض الضغط الدموي، أمراض القلب ، السكري. وتعتبر هذه الأمراض المزمنة من المسببات الرئيسية للوفيات في مجتمعنا ، إذ أصبحت تشكل تهديدا حقيقيا للصحة العمومية " (يمينة قوارح، محمد صالي، مارس 2017) إضافة إلى " مشاكل الصحة العقلية، والإدمان والحوادث المرورية أين لا يمكن غض البصر على نتائجها الخطيرة على المجتمع." (سعيدان رشيد، 2014، ص06) حيث بلغ "عدد الحوادث المسجلة على المستوى الوطني خلال سنة 2004 43777 حادثا اسفر عن 4356 قتيل و64714 جريح بمعدل يومي يقدر ب120 حادث يخلف 12 قتيل و177 جريح." (بن عباس، 2012، ص122) هذا ما يؤدي إلى تزايد عدد الحالات الحرجة بالمستشفيات.

4. تدني مستوى الخدمات الصحية:

"بالنظر لمستوى توزيع الخدمات الصحية الذي يتواجد في مستويات متدنية حيث تحتل الجزائر المرتبة 110 . كذلك بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان حيث نجدها تحتل المرتبة 91 من مجموع الدول العضوة. أما بالنسبة لعدالة تمويل النظام الصحي نجد أن الجزائر تحتل الرتبة 75 . وهذا ما يؤكد السيد عبد اللطيف بن أشهوف في مقال له أن المؤسسات الصحية العمومية لازلت بعيدة عن مستويات الأداء ، خاصة فيما يتعلق بالظروف غير الجيدة لاستقبال وإقامة المرضى، ندرة الأدوية وارتفاع في معدل الانتظار، إضافة إلى قلة النظافة والتأخر في معالجة المرضى." (بومعراف، 2010، ص32)

5. المهاجرين وزيادة الامراض:

"ظلت الجزائر وقتا طويلا من البلدان المصدرة للمهاجرين نحو أوروبا ، خاصة فرنسا ، لكنها تحولت في السنوات الأخيرة إلى أرض هجرة من بلدان أفريقيا الغربية. من النيجر ومالي ونيجيريا والكاميرون يقطع المهاجرون مسافات طويلة عبر الصحراء في ظروف صعبة من أجل اللجوء إلى الجزائر ، أكبر دولة أفريقية مطلة على البحر المتوسط وقريبة من أوروبا ، لكن أغلب أراضيها في الصحراء الكبرى.

ولا توجد أي أرقام رسمية حول عددهم ، إلا أن بعض المنظمات غير الحكومية تتحدث عن مئة ألف شخص. وبما أن مواصلة الرحلة نحو أوروبا تكاد تكون مستحيلة ، ينتهي الأمر بكثير من المهاجرين بالاستقرار في الجزائر ، الدولة الغنية ، والتي لا تشهد اضطرابات كبرى مقارنة ببلدانهم الأصلية ، رغم ظروف حياتهم الصعبة " (<http://www.aljazeera.net/news/immigration/2016/6/13>) ان تدفق المهاجرين الى الجزائر اصبح يشكل خطرا على صحة المواطنين بنقلهم للأمراض المعدية بتواجدهم وتفاعلهم مع افراد المجتمع في كل الاماكن.

سرعة التغيرات الخارجية : ان المؤسسة الصحية الجزائرية ليست بمعزل عن التغيرات والتطورات السريعة للعالم في المجال الصحي، من تكنولوجيا، ومستوى العلاج، والتشخيص... هذا ما يتطلب دعم الابحاث الطبية وتوفير متطلبات البحث العلمي لمواكبة تلك التغيرات.

6. عدم التوازن بين القطاع الصحي الخاص والعام:

ان وجود القطاع الصحي الخاص يساهم في تخفيف الضغط على المؤسسات الحكومية حيث يلجأ الاشخاص القادرين على دفع التكاليف الطبية الى العيادات الخاصة بدل المؤسسات العمومية الا ان المشكل ان " العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة تنافس الهياكل الاستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءاتها الطبية، وتنافسها في نوعية الخدمات المقدمة ،فهذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم التوازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص والتي ترمي في معظم الاحيان الى اهداف ربحية بحثة وتستهدف فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة، هذه الازدواجية شكلت خطرا على المستشفيات العمومية من خلالها اصبح المستشفى يلعب دور المساعد الاجتماعي وبالتالي يجب اعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج " (بن حميدة حليلة، 2015، ص 35) وهذا ما يمكن

تدركه من خلال تعزيز المشاركة المجتمعية في اطار المسؤولية الاجتماعية لمؤسسات القطاع الخاص كآلية لتحقيق التوازن بين القطاعين.

فقدان المواطنين للثقة في المستشفيات:

أصبح هناك فقدان ثقة من طرف المواطنين في مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم، " حيث ان المريض يعاني من ازمة ثقة داخل هذا النظام الصحي الذي تجلت اثاره المنحرفة في كل المستويات، هذا ما يترجم من خلال اللإنسانية في الهياكل، الاكتظاظ في المراكز الصحية الجامعية وتفاقم تكاليف العلاج وخاصة سوء الاستقبال في مصلحة الاستعجالات، وانعدام الكفاءة والفعالية على المستوى الهرمي للعلاجات الأولية (العلاجات الجوارية والقاعدية) الخالية من المستلزمات التقنية والوسائل اللازمة لمواجهة الحالات الاستعجالية ولمستخدمين أكفاء للتصدي للحالات المماثلة.

كما فقد ممتن الصحة، هو الآخر، الثقة في المنظومة الصحية، مما أدى، اساسا، إلى تدهور فضيع في الخدمات العلاجية و تضخم في مصاريف التسيير، حيث بدأت تتجلى بوضوح مظاهر اللانضباط و الفوضى داخل الهياكل الصحية. التخلي عن القطاع العام لصالح القطاع الخاص في تزايد مستمر. " (Bahlouli Ahmed Sofiane, 2012, P91-92)

هذا ما يكمن تجاوزه من خلال المشاركة المجتمعية في اطار اشراك الافراد في وضع وتنفيذ القرارات الصحية ، كآلية من شأنها ان تنمي شعور المواطنين بان اراءهم مسموعة ويأخذ بها في مختلف الخطط والبرامج وبالتالي تعزيز ثقتهم بالخدمات المقدمة لهم.

IV. آليات تفعيل المشاركة المجتمعية:

تختلف الاليات التي يمكن من خلالها تفعيل مشاركة الافراد او الجماعات في تطوير الخدمات الصحية حسب المستويات التي يمكن ان يتدخل المواطنين للمساهمة في ترقيتها كالتالي:

1. على مستوى التمويل:

تسعى عمليات المشاركة المجتمعية الى تعزيز مساهمة الافراد والجماعات والمؤسسات في تمويل القطاع الصحي بتقديم الاعانات المالية والمادية وذلك من خلال:

- تشجيع العمل التطوعي بشكل فردي في شكل اعانات وتبرعات يقدمها المواطنين او من خلال جماعات في اطار منظمات المجتمع المدني التي نستطيع من خلالها تنظيم التطوعات الفردية وتوجيهها بما يخدم الاحتياجات والمتطلبات ، حيث نجد في "بريطانيا يتطوع بما يزيد عن ثلاثة مليون شخص سنويا في مجال الصحة بحيث يقومون بتوفير مليارات الجنيهات على القطاع الحكومي ." (بدر بن عبد الله الخنبشي، وزارة الصحة السعودية)

- تعزيز مساهمة المؤسسات الربحية في اطار المسؤولية الاجتماعية، خاصة مع تنامي القطاع الخاص وتزايد الموارد المالية الفردية.

- الحث على انشاء مؤسسات صحية وقفية بتعاون الافراد والجماعات والمؤسسات.

2. على مستوى تشخيص الاحتياجات: " بالتواصل مع المواطنين و إجراء مقابلات بغية تحديد الاحتياجات الجماعية في المجال الصحي ، كما مع مهنيي الصحة من أجل توصيف الأمراض الأكثر إنتشارا." (Bahlouli Ahmed Sofiane, 2012, P94)

3. على مستوى الوقائي:

بنشر الوعي الصحي وتكثيف التوعية الصحية والتحسيس بمدى اهمية مساهمة الافراد في الاهتمام بصحتهم وصحة الغير ، وذلك بمساهمة المؤسسات الإعلامية وسائل التواصل الاجتماعي، المساجد والمؤسسات التعليمية ، وذلك "بنشر الثقافة الصحية بين المواطنين الأكثر عرضة للأخطار من خلال تنظيم دورات إعلامية ، و كذا من خلال الاتصال بمسئولي القطاعات المعنية (المياه ، البيئة و السكن)، هذا إلى جانب المساعدات التي يجب أن تقدم إلى المواطنين من أجل تنظيمهم في شكل مجموعات بهدف

الشامل الذي يحدد ويوجه الممارسات والأفعال لأفراد المجتمع ككل بشكل عام، ومنه تنبع سلوكيات الفاعلين الجمعيين بشكل خاص، لأنه الإطار المرجعي لكل القيم، فإذا كانت هذه القيم تتلاءم والمقومات التي تميز المجتمع المدني، فإنه سيقوم بأدواره كلها بشكل أكثر فاعلية وتأثير." (بوصنبورة، 2011، ص 24-25)

6. على المستوى العمودي بتعزيز مساهمة المواطنين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة:

لا تنحصر فلسفة المشاركة المجتمعية كآلية لتنمية القطاع الصحي في تقديم المساعدات وتوعية الافراد بشكل افقي، وإنما تشمل ايضا مشاركة المواطنين في وضع ومتابعة وتنفيذ القرارات بشكل عمودي، وذلك من خلال فتح باب الحوار، وتبادل الافكار بين السلطات والمواطنين كشركاء في وضع الاستراتيجيات والبرامج الصحية حتى تكون الاصلاحات نابعة من خصوصية افراد المجتمع مما يقضي على ازمة فقدان الثقة التي يعاني منها المواطن كما اشرنا اليها سابقا.

"الا انه يبدو أن مصطلح المشاركة العمومية مقيد، ولا يكاد يتعدى حد المساهمة المالية، ولم يكن ليصل يوما إلى مستوى اتخاذ القرار والنقاش حول القضايا المتعلقة بالصحة العمومية، أو كيف يمكن حل هذه المشاكل والتفكير في خيارات مستقبلية محلية وجهوية تتماشى من خصوصيات كل المناطق الجغرافية، حيث ان هذه الحلول والنقاشات المفتوحة لعامة الناس دون قيد أو شرط، يجب أن تكون منوطة بالمجتمع المدني وعلى وجه الخصوص جمعيات المرضى." (Bahlouli, 2012, p93-94)

7. التنسيق بين منظمات المجتمع المدني والمنظمات الحكومية:

المشاركة المجتمعية لا يمكن ان تتحقق بدون مرافقة الدولة، حيث لا بد من العمل على بناء علاقة تبادلية متينة بين الحكومة ومنظمات المجتمع المدني، هذه الاخيرة التي تمد المسؤولين باحتياجات ومتطلبات الشعب بشكل واقعي بحكم القرب من مختلف

فئات المجتمع وضرورة القيام بنشاطاتها بالتوازي مع المؤسسات الحكومية ، هذه الاخيرة التي تسهر هي الاخرى على مراقبة ومتابعة نشاط الجمعيات والهيئات الخيرية لتفادي التلاعبات بمساهمات الافراد لخدمة المصالح الشخصية ، وكذا تقديم الدعم المالي لتشجيع المبادرات التطوعية.

٧. تحديات تحقيق مشاركة مجتمعية فعالة:

١. ضعف الاعلام:

"يرز عالم الاجتماع "ميلز" MILLS خطورة وسائل الإعلام الجماهيرية وكيفية تأثيرها في صياغة وتشكيل افكار الافراد والتأثير في اراءهم وتكوين وعيهم ، حيث قال : " ان جانبا ضئيلا فقط مما تعرفه من الحقائق الاجتماعية عن العالم قد توصلنا اليه بأنفسنا ، والجانب الاكبر عن طريق وسائل الاعلام والاتصال الجماهيري" (جلس، 2010 ، ص146-147).

"ففي غياب مؤسسات للاستطلاع الرأي ووسائل إعلام مستقلة وتعمل بمهنية ، تنقطع وسائل الاتصال بين الحكام والمحكومين ويصيب المجتمع الشلل وتبدو السلطة عديمة الإحساس لنبض الشارع ، فوسائل الإعلام في أكثر الدول النامية مقيدة في عملها ، ويمارس المراسلون الرقابة الذاتية بصرامة خوفا من عواقب نشر تقارير تعود عليهم بالوبال تبعا للتشريعات المعمول بها والتي تجرم الصحفي وتعرضه لمتابعات قضائية ، في ضوء هذا الوضع فان صانع القرار لا تصله المعلومات الكافية حول المشكلات التي يسعى لوضع سياسة عامة لحلها ." (حسيني ، 2013 ، ص102)

"اذ يلعب الاعلام دوراً كبيراً في المجتمع ويقوم بوظائف متعددة مثل تزويد الشباب بالمعلومات الفردية عن المجتمع والعالم المحيط ، وحيث تعمل وسائل الاعلام على زيادة ثقافة المشاركة لدى الشباب وزيادة وعيهم ولأهمية هذه العملية وانعكاساتها على الفرد

والمجتمع والعمل على تنميته حسن الانتماء عند الشباب لكي يدفعوا للمساهمة في الانشطة الايجابية التي تخدم المجتمع. (" اساور عبد الحسين، العدد32، ص 12)

كذلك ضعف قنوات التواصل وتبادل الازاء بين الافراد وبين المواطنين والسلطات المعنية في اطار "الاتصالات التشاركية من اجل التنمية كعملية مخطط لها تقوم على عمليات المشاركة من جهة ومن جهة اخرى على وسائل الاعلام والتواصل بين الافراد التي تسهل الحوار بين مختلف الاطراف المجتمعة لوجود مشكل متعلق بالتنمية او هدف مشترك من اجل تحديد ووضع اليات عملية تهدف لحل المشكل او بلوغ الهدف المنشود كما انها تدعم وترافق هذه المبادرة.

وهذا من طرف الأطراف المعنية التي نقصد بها أفراد المجتمع، الجماعات المحلية، والسلطات المحلية أو الإقليمية، المنظمات الغير حكومية والخدمات الحكومية وغيرهم، وينطوي هذا النوع من الاتصال على الممارسات العملية فهو لا يركز على نشر المعلومة أو الإقناع وإنما على تسهيل التواصل بين مختلف الأطراف المعنية بمشكل تنمية مشترك، هذا ما يقود إلى تحديد ووضع الحلول الممكنة وتحديد الشروط المادية والمعرفية اللازمة." (Guy bessette, 2004, p10)

2. انخفاض مستوى التعليم:

أن الاهتمام بتطوير المستوى الفكري للطبقات الضعيفة هي مهمة اساسية للارتقاء بهم وتمكينهم من الاشتراك في صنع القرار، وهذا من خلال نشاطات مؤسسات المجتمع المدني هذا ما أشار إليه غرامشي " وحرصه بشكل كبير على ضرورة الاهتمام بصناعة النخب المتعلمة والمثقفة من خلال العمل القاعدي في التكوين الفكري والثقافي لطبقات البروليتارية التحتية، سعيا لتمكينها من الصعود الى البنى الفوقية -مراكز صنع القرار- وتحقيق أهدافها وطموحاتها المشتركة." (بركات كريم، 2014، ص 40)

فانخفاض مستوى التعليم في المجتمعات العربية يؤدي الى وجود افراد غير فاعلين لا يمكن اشراكهم في التنمية حيث " تشير الإحصائيات إلى وجود قرابة 61 مليون أُمي في العالم العربي الأمر الذي يحد من قدرة مؤسسات المجتمع المدني على نشر أفكارها ومبادئها، وكذلك يحد من قدرتها على التنمية او التطوير في داخل المجتمع العربي."(المجتمع المدني في العالم العربي، 2013 ، ص 25)

3. غياب دور منظمات المجتمع المدني:

تساهم منظمات المجتمع المدني بشكل كبير في تفعيل برامج المشاركة المجتمعية ، من خلال دورها الهام في توحيد الجهود الفردية وتوجيهها نحو الهدف المنشود، كما تعمل مؤسسات المجتمع المدني كوسيط لنقل انشغالات المواطنين بطريقة منظمة الى السلطات المعنية، و" ما يلفت الانتباه في بنية المجتمع المدني الجزائري هو ضخامة الحجم مقارنة بنظيره في الدول العربية وحتى في دول أكثر عراقية بكثير في مجال الديمقراطية والحريات المدنية، هذا الحجم الذي لا يعكس مستوى الأداء الفعلي لهذه المؤسسات في الواقع الاجتماعي."(شاوش، 2015 ، ص132) حيث "تشير التقديرات الرسمية لوزارة الداخلية بصفتها الوصاية الأولى على الحركة الجمعوية إلى أن عدد الجمعيات الجزائرية كبير جدا؛ حيث تطور من 30 ألف جمعية سنة 1992 إلى 48 ألف سنة 1997 ، ثم إلى 53 ألف سنة 2000 ، لينقل سنة 2001 إلى حوالي 75 ألف جمعية، منها نحو 830 جمعية وطنية تنشط أو بالأحرى مسجلة في جميع المجالات" (بوصنبورة، 2011، ص103) ، اضافة الى "تمركز برامج منظمات المجتمع المدني حول العمل الخيري الاقرب الى مفهوم الاحسان، في حين ان عمل مثل هذه المنظمات في المجتمعات المتقدمة بات اقرب الى المفهوم التنموي، بحيث يوازي المؤسسات الحكومية ان هذا يستدعي اعادة النظر في منظومة البرامج التي تقدمها هذه المنظمات وتجاوز فكرة الاحسان المباشر الى العمل التنموي والتأهيل والتدريب للفئات المستهدفة في نشاط هذه المنظمات" (ملاوي، 2008، ص267) ، بهدف استثمار راس المال الاجتماعي وتوجيهه بطريقة فعالة نحو تنمية الخدمات الصحية .

خاتمة:

إن الأوضاع المزرية التي الت اليها الخدمات الصحية اليوم بمستشفياتنا ،تستدعي ضرورة التفكير بجدية في ايجاد اساليب اكثر نجاعة وفعالية لترقية القطاع الصحي الوطني، ويعتبر نهج مشاركة افراد المجتمع في تحمل مسؤولية تحقيق التنمية الصحية امرا ضروريا قد اثبت نجاحه جل التجارب والخبرات العالمية والعربية بمساهمة راس المال الاجتماعي كطاقة بشرية هامة يمكن الاستفادة منها بتوظيفها في النهوض بمستوى الخدمات الصحية، من خلال مساهمة الافراد والجماعات والمؤسسات الخاصة ومنظمات المجتمع المدني بصفة منظمة في نشر الوعي الصحي وتقديم الاعانات والتبرعات اضافة الى المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة حتى نضمن وجود برامج نابغة من خصوصية ومتطلبات المواطنين سعيا لتعزيز الثقة بين المجتمع والمؤسسات الصحية وكذا الاستغلال الامثل للموارد المالية المتاحة .

قائمة المراجع:

1. ملاوي، أحمد إبراهيم، (2008)، أهمية منظمات المجتمع المدني في التنمية، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 24 ، العدد الثاني، قسم الاقتصاد، جامعة مؤتة الأردن.
2. بركات، كريم، (2014)، مساهمة المجتمع المدني في حماية البيئة، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، جامعة تيزي وزو.
3. بن حميدة، حليلة، (2015)، واقع التنمية الصحية في الجزائر، مجلة شؤون اجتماعية، المجلد32، العدد 127.
4. بن عباس، فتيحة، (2012)، دور الإعلام في التوعية والوقاية من حوادث المرور في الجزائر: مقارنة بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، أطروحة دكتوراه في علوم الاعلام والاتصال كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر03.

5. بومعروف، الياس، وعماري، عمار،(2010)، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 07.
6. بودية، بشير،(2016)، اشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمعة بشار، أطروحة دكتوراه، علوم اقتصادية، تخصص تسيير، جامعة أبو بكر بالقايد تلمسان.
7. دريسي، أسماء،(2015)، تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)،المجلة الجزائرية للعولة والسياسات الاقتصادية، العدد06.
8. دريدي، أحلام،(2014)، دور استخدام صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، علوم التسيير، جامعة بسكرة.
9. منظمة الصحة العالمية،(2016)، اطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، تقرير من الامانة، جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون البند 16-1 من جدول الاعمال المؤقت، ج 39/69 15 أبريل.
10. سلطاني، وفاء، (2016)، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها ، دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه ل.م.د، علوم التسيير، تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1.
11. سعيدان، رشيد، وبوهنة، علي،(2014)، واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الأول، سبتمبر.
12. قوارح، يمينة، وصالي، محمد،(2017)، الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والأفاق، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد28، مارس.
13. بوصنبورة، عبد الله، (2011)، الحركة الجموعية في الجزائر ودورها في ترقية طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب، أطروحة دكتوراه علوم، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة قسنطينة.

14. حلس، موسى عبد الرحيم ، ومهدي، ناصر علي،(2010)، دور وسائل الاعلام في تشكيل الوعي الاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني، مجلة جامعة الازهر بغزة سلسلة العلوم الانسانية، المجلد12، العدد02 .
15. حسيني، محمد العيد،(2013)، السياسة العامة الصحية في الجزائر،دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، مذكرة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تخصص سياسات عامة مقارنة.
16. عبد الحسين، عبد السادة،(دت)، الشباب والمشاركة المجتمعية، دراسة ميدانية في جامعة بغداد،مجلة البحوث التربوية والنفسية،العدد 32.
17. شاوش، اخوان جهيدة،(2015)، واقع المجتمع المدني في الجزائر، أطروحة دكتوراه علوم، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع تخصص تنمية ، جامعة بسكرة.
18. Bahlouli Ahmed Sofiane ,(2012), La politique de santé en Algérie , mémoire pour obtention du magistère en science en sciences politiques et relations internationales, Faculté droit, université d'Oran.
19. Guy bessette, (2004), Communication et participation communautaire, centre de recherches pour le développement international ,les presses de l'université laval québec ,canada .
20. Marie-Eve Giroux, (2009), La participation des citoyens et citoyennes dans les cooperatives de santé au Québec, mémoire pour obtention du grade de maitre en service social, programme de maitrise en service social, Faculté des sciences sociales, Université LAVAL, Québec.
21. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, indicateur démographiques, www.sante.gov.dz
22. الديوان الوطني للإحصائيات www.ons.dz يوم 09 صبا 2018/04/14
23. المجتمع المدني في العالم العربي،(2013) ، التطور، الاطار القانوني، والادوارUSAID,ICNL، ص 25. www.icnl.org يوم2018/04/14.

24. <http://www.aljazeera.net/news/immigration/2016/6/13>

25. الخنبشي، بدر بن عبد الله، (2018)، وزارة الصحة، السعودية، www.natakaml.com يوم

18/04/04

26. http://www.natakaml.com/?page_id=89 يوم 2018/03/24 سا 09 ملتقى القطاع

الصحي غير الربحي، وزارة الصحة المملكة العربية السعودية.

27. وزارة الصحة، (2018)، برنامج المشاركة المجتمعية، البوابة الالكترونية لوزارة الصحة،

المملكة العربية السعودية، على الموقع: www.moh.gov.sa على الساعة 09 يوم

2018/03/28