

استمارة خاصة بالمشارك الأول

الاسم واللقب: نورالدين بوالشرش

الوظيفة: أستاذ

مؤسسة الارتباط: قسم علم الاجتماع – جامعة عنابة

الدرجة العلمية: أستاذ محاضر (أ)

هاتف: 0773752094 البريد الإلكتروني: bounsl@yahoo.fr

رقم وعنوان المحور المستهدف: المحور الأول: الصحة في الجزائر : اشكالية هياكل أم اشكالية تسيير

عنوان المداخلة: اشكالية الأداء في المؤسسة الصحية الجزائرية

استمارة خاصة بالمشارك الثاني

الاسم واللقب: الطيب بولنوار

الوظيفة: أستاذ

مؤسسة الارتباط: قسم علم الاجتماع – "جامعة محمد الشريف مساعديّة" سوق أهراس

الدرجة العلمية: أستاذ محاضر (ب)

هاتف/ البريد الإلكتروني:

Boulanouart23@gmail.com / 0697445924

رقم وعنوان المحور المستهدف: المحور الأول: الصحة في الجزائر : اشكالية هياكل أم اشكالية تسيير

عنوان المداخلة: المؤسسة الصحية الجزائرية واشكالية الأداء

ملخص:

لقد شهدت المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات سواء من حيث هيكلها، أو عدد العاملين بها، لكن هذا التطور المادي والبشري لم يصاحبه تخطيط استراتيجي فعال لتنظيم وتسيير الهياكل الصحية بمواردها البشرية، وتصميم الاستراتيجيات التي تأخذ بعين الاعتبار المورد البشري باعتباره محورا فعالا ورئيسيا في كل عملية تنمية أو تغيير نحو الأفضل. ومن خلال هذه المداخلة سنحاول تسليط الضوء على واقع المؤسسة الصحية الجزائرية واشكالية الأداء.

Résumé :

L'institution de santé publique algérienne a subi plusieurs changements après son indépendance en termes de structures ou de nombre d'employés mais ce développement physique et humain ne s'est pas accompagné d'une planification stratégique efficace pour l'organisation et la gestion des structures sanitaires avec ses ressources humaines et la conception de stratégies centrées sur les ressources humaines. Processus de développement ou changement pour le mieux. A travers cette intervention, nous tenterons de faire la lumière sur la réalité de l'établissement de santé algérien et la performance problématique.

المؤسسة الصحية الجزائرية واشكالية الأداء

مقدمة:

لقد شهدت المنظومة الصحية العمومية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تحولات بنيوية عبر مراحل عدة نوجزها فيما يلي:

المرحلة الأولى هي مرحلة تسيير الأزمات الصحية الناجمة أساسا عن تراكمات الممارسة الاستعمارية، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة شكل فيها الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية في الجزائر. أما المرحلة الثالثة فتميزت بإصلاح القطاع الصحي، وذلك عن طريق هيكلته ومحاولة تطوير أساليب التسيير والتنظيم، بينما المرحلة الرابعة تعتبر مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا، واعتماد صيغة جديدة في إدارة

المؤسسات الصحية العمومية تماشيا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي يشهدها المجتمع الجزائري حاليا.

أولا: المؤسسة الصحية وخصوصيتها التنظيمية

تعد المؤسسة الصحية إحدى المؤسسات التي تتوفر فيها البناء والوظيفة، فالبناء يتساند أجزاءه وظيفيا، لتحقيق أهداف المؤسسة من خلال مجموعة وحدات، هذا البناء الذي يطلق عليه التنظيم الإداري للمؤسسة الصحية، وذلك البعد البنائي - الوظيفي هو الذي يحدد أنشطة الخدمة الصحية.

فالتنظيم الصحي يعد نسقا فرعيا داخل إطار أكبر وأشمل هو المجتمع، فهذا الأخير هو مصدر موارده البشرية والمادية والتكنولوجية، وعليه يعتمد التنظيم الصحي في رسم سياسته وإيديولوجيته، بيد أن التنظيم يمارس في الوقت ذاته تأثير من نوع آخر على المجتمع، مصدره الوظيفة التي يؤديها، والتي من خلالها يساهم في تشكيل سياسة المجتمع الذي هو جزء منها. ونسق الخدمة الصحية يعتبر نسقا من أنساق المؤسسة الصحية، تابع لإدارتها، ويخضع لإشرافها، ويعمل على إيجاد الترابط بين الأنساق الداخلية فيها من جهة، وعلى إيجاد الترابط بين المؤسسة والبيئة الخارجية ممثلة في هيئاتها، ومواردها الطبية، الاجتماعية، الاقتصادية ... وغيرها من جهة أخرى 16 (إبراهيم عبد الهادي المليجي وآخرون، 2000، ص ص 61-64).

وقد تناول كل من "روبرت بيرلمان" و"هرنولد جورين" وظائف المؤسسة، حيث أشار كل منهما إلى أن للمؤسسة نوعين من الوظائف إحداهما وظائف ظاهرة والأخرى كامنة، وهاتان الوظيفتان يجب أن تتكامل وتتكاتف حتى يمكن للمؤسسة أن تحقق أهدافها وترفع مستوى أدائها.

فما يميز المؤسسة الصحية من حيث تسييرها هو وجود نظام يتسم بازدواجية السلطة داخلها ممثلة في نسقين هما: السلطة الإدارية والسلطة الفنية (الطبية)، فالأولى يمتلكها أصحاب الإدارة العليا في المؤسسة الصحية،

والمستمددة من الهيكل الهرمي للتنظيم، أما السلطة الثانية يمتلكها القائمون على العمل الفني في المستشفى، وهم الأطباء بمختلف تخصصاتهم ومهاراتهم، وهذه الازدواجية في السلطة خلقت وضعاً تنظيمياً معقداً على جميع المستويات داخل المؤسسة، بفعل تقاطع وتداخل في الصلاحيات بين هاتين السلطتين، ما انعكس سلباً على أداء المورد البشري

ولما كانت المؤسسات بصفة عامة والمؤسسة الصحية بصفة خاصة تعمل في بيئة ديناميكية وهادفة إلى البقاء والاستمرار لبلوغ ما خطط لها من أهداف، فإن تعاملها مع الأفراد والمؤسسات يمثل العامل الرئيسي في بلوغ مبتغاهما، وبقدر ما تعلق الأمر بالخدمات، فإن المؤسسات الحديثة وضعت ضمن استراتيجياتها توطيد العلاقة بالمجتمع، من خلال سعيها الدائم لتلبية احتياجات الأفراد من الخدمات المختلفة.

من هذا المنطلق فإن المؤسسات المختلفة وبشتى تخصصاتها قد انفتحت على المحيط الخارجي لتأمين خدماتها، حتى أصبح هناك نمو سريع ومتزايد في هذا المجال، بل يمكن القول بأن العالم يعيش اليوم في ظل ما يسمى بمجتمع الخدمات، بدليل أن المجتمعات المتقدمة أصبحت تتسابق فيما بينها باتجاه تقديم أجود الخدمات، والاعتماد على تحويل عامل مهم من اقتصادياتها إلى خدمة. ونشير هنا أن الولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من بين أكثر الدول توجهاً نحو الاعتماد على الخدمات في تنمية اقتصادها (ثامر ياسر البكري، د ت ن ، ص 55).

عموماً فإن المؤسسة الصحية تتميز عن باقي المؤسسات بمجموعة من الخصائص نوجزها فيما يلي (أروى

مصطفى أحمد ياسين 1996، ص ص 14-15):

1- تتميز المؤسسة الصحية بالتعقيد، كونها تقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الفئات المهنية العاملة فيها، الأمر الذي أدى إلى صعوبة التنسيق بين تلك الفئات المتفاوتة على المستويين الثقافي

والوظيفي. وللحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يخص حياة الإنسان، وما يتبع ذلك من توتر نفسي وإجهاد جسدي طوال فترة العمل، ما يزيد من تعقيد نظام المؤسسة الصحية.

2- تتميز المؤسسة الصحية بنظام خدمة مستمرة، مع الاعتماد على درجة عالية من التخصص.

3- تتسم المؤسسة الصحية بوجود نظام يتألف من عناصر إنسانية لديها القدرة على التفاعل والتعاطف والاتصال الجيد، إلى جانب القدرة على تشخيص وحل المشكلات المختلفة.

4- تتميز المؤسسة الصحية بنظام دقيق فيما يتعلق بالمهن الطبية والخدمات الإدارية، وغيرها من أقسام المؤسسة الصحية، التي تتضافر في العمل من أجل تحقيق وإبراز أهدافه.

5- تتميز المؤسسة الصحية بصعوبة قياس وتحديد مخرجاتها.

6- من خصائص العمل في المؤسسة الصحية نقص أو انعدام الحراك الوظيفي، بحيث يبقى العامل في نفس حقل التخصص الذي يلتحق به، هذا ما يسبب تدرجا طبقيًا يثير الصراع بين العاملين بمختلف انتماءاتهم الفئوية.

ثانياً: مراحل تطور المنظومة الصحية في الجزائر من (1962 إلى 2017):

ذهب كثير من الباحثين إلى تمييز أربعة مراحل رئيسية، التي مرت بها عملية تنمية النظام الصحي بالجزائر:

1- المرحلة الأولى: مرحلة تسيير الأزمة الصحية (1962-1973):

إن الوضع المزري الذي ورثته الجزائر بعد الاستقلال، اضطر السلطات لطلب الدعم الخارجي خصوصاً من القطب الاشتراكي بزعمامة الاتحاد السوفياتي آنذاك. وبشكل موازي تحتم على الدولة الجزائرية الفتية النظر في تنظيم قطاع الصحة وملائمته وحاجة المواطنين، وتم إرساء بعض الإجراءات حسب الأولوية، ففي 1963 تم إقرار إلزامية التبليغ عن الأمراض المتنقلة (Les maladies transmissibles) والاستفادة من مجانية خدمات مراكز حماية الأمومة والطفولة (P.M.I)، وتم تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا (La malaria)، ورمد الأعين (La conjonctivite)، وفي 1965 تم الأمر بإجراء التطعيم والتلقيح الجاني ضد الأمراض المعدية.

وتتالت التدابير والإجراءات خلال هذه الفترة على غرار التوزيع المجاني لموانع الحمل، وتحمل الدولة لأعباء الكوارث الطبيعية: (1969)، والتركيز على مكافحة مرض السل (Le tuberculose)، والشلل (La poliomyélite) كما تم إنشاء اللجنة الوطنية للنظافة ومجلس مكافحة الأمراض المهنية. (Mostapha Khiati, 1990. P:52)

أما على صعيد الإجراءات التنظيمية المتخذة كذلك في هذه المرحلة، فكان العمل بنظام المساعدات حيث يقدم العلاج للفئات المحرومة مجاناً، بينما تدفع الفئات الاجتماعية المسورة ثمن الفحوصات والتحليل مقابل تعويض جزئي من مدفوعاتهم لصناديق التأمين الصحي للمشاركين فيها، وكانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي، وكان نظام التشغيل مبنياً على لجنين واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما، كما يشترك ممثلو صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية، ولم يكن هدف هذه المؤسسات الربح، وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بأقل تكلفة، كما يتم وضع الميزانية انطلاقاً من معطيات مبررة (زين الدين بن لوصيف: ، 2003، صص: 137-148).

، وإلى جانب قطاع الصحة العمومي، كان القطاع الخاص (الممارسة الحرة) ينشط هو بدوره.

كما تم في هذه المرحلة العمل على توحيد الوصاية الإدارية للهيكل العامة كمرحلة أولية، قبل إنشاء ما أُطلق عليه فيما بعد بالقطاعات الصحية (Les secteurs sanitaires)، لأن هياكل الصحة آنذاك كان منها ما هو تابع للولاية أو لوزارة التعليم العالي أو للديوان العام للصحة الاجتماعية، وأدرجت كلها فيما بعد تحت وصاية وزارة الصحة. (محمد رضا بلمختار، 1987، ص 91).

فمهما يكن، فإن وضع النظام الصحي في هذه المرحلة لم يشهد حركة حقيقية في تنمية النظام الصحي بالجزائر، حيث لم يتم تلبية الحاجة الماسة لعلاج المرضى على كامل التراب الوطني، بدليل أن غالبية الإطارات الطبية وشبه الطبية المتخرجة من المعاهد كانت تستقطنها وتستهوئها مستشفيات المدن الكبرى، ما كرس سوء توزيع الخدمة الصحية بين الريف والمدينة، ما يعني استمرار اللامساواة الصحية (M.Djehri, 1983, P288.)

المرحلة الثانية: مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974-1980):

لقد سبق قرار مجانية العلاج كثير من القرارات، التي لامست ميادين عديدة من حياة المجتمع منها ما تعلق ب:
- إصلاح التعليم العالي ودمقرطة التعليم ومجانيته: 1970.

- تأميم المحروقات (البتروال والغاز): 1971.
- التسيير الاشتراكي للمؤسسات: 1971.
- الثورة الزراعية: 1972.

وبما أن التنمية الصحية هي جزء من عملية التنمية الشاملة، فقد صدر في سياق ذلك مرسوم الطب المجاني رقم: 73/65 ودعم هذا المرسوم في صياغة الميثاق الوطني (la charte nationale) لسنة 1976، والذي حدد إستراتيجية التنمية الصحية: "إن الصحة من مسؤولية الدولة، بحيث تتكفل بحماية وصيانة وتحسين مستوى الصحة للسكان (الميثاق الوطني، 1976، ص271).

. أما الدستور فقد نص في مادته: 60 "على إنشاء مصلحة وطنية للصحة مجانية وعامة (الميثاق الوطني، 1976، ص08).

وقد تضمنت هذه المرحلة، توحيد نسق الصحة الوطني، وتم إدماج نظام الصحة الزراعي بالقطاع الصحي العام بموجب القرار الوزاري لسنة: 1974، فقرار مجانية العلاج كان يهدف أساساً إلى:

- تحديد إستراتيجية وطنية تتضمن المساواة في العلاج لكل أفراد الشعب.
- تكريس مبدأ العدالة الاجتماعية للتمكن من الحصول على فرص العلاج.

• ديمقراطية العلاج (Mostapha Khaticit, 1990, P 112)

بالتالي عرفت وتيرة التنمية الصحية بالجزائر استفاقة حقيقية بارتفاع اعتمادات الدولة لهذا القطاع بشكل غير مسبوق منذ الاستقلال، غير أن واقع ديمقراطية العلاج والتوزيع الأحسن لكافة أفراد الشعب كانت غير متاحة بالصورة التي صورتها قرارات الإدارات السياسية: "فبوجوازية الدولة كانت لها فرص متعددة للحصول على فرص الوقاية والعلاج سواء في القطاع العام أو في القطاع الخاص أو الشبه الطبي، بينما الطبقات الفقيرة، فكان غير متاح لها الاختيار ففتحه مباشرة نحو القطاع العام (A. Thébaud. 1977, P-P. 178-179).

والملاحظ في أواخر هذه الفترة، يقف على مدى تراجع الدولة في الإنفاق على القطاع الصحي: "ففي 1972 كانت الدولة تساهم بحوالي 61,5% من الإنفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية، في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة بـ 38.5%، غير أن هذه النسب تغيرت مع حلول سنوات الثمانينات (بلقاسم مزبوة، 2009، ص 86)، كما تميزت هذه المرحلة كذلك بالمركزية المفرطة للسلطة، حيث اقتصر دور المديرين في المؤسسات الصحية على تنفيذ الميزانيات لا غير، وأصبحت كل من الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي هما من يتحملان نفقات قطاع الصحة:

" وقد تسبب ذلك في اكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخماً كبيراً مع تدهور نوعية العلاج". وزارة الصحة والسكان:

"تقرير عام حول النظام الصحي بالجزائر"، غير أن جل الاستثمارات في قطاع الصحة وجهت نحو تطوير وتدعيم

أساسات الطب العلاجي (médecine curative)، ما فُسر على أن ميكانيزمات هذه المرحلة كانت تفصل بين المشكلات الصحية وأبعادها الاجتماعية، والتركيز فقط على المشكل الصحي وتطبيبه، وأصبح المستشفى المحور الأساسي الذي تدور حوله عملية التنمية الصحية: "رغم أن الخطاب السياسي كان يحاول إظهار غير ذلك حيث يستفيد ب(3/4) من الموارد المالية المتخصصة لقطاع الصحة. (Fatima.Zohra. oufriha, 1989, P09.)

2- المرحلة الثالثة: الاتجاه نحو الانفتاح وليبرالية العلاج من (1981-1990):

انعقد في 1980 المؤتمر الاستثنائي لحزب جبهة التحرير الوطني، وتم على إثره حذف المفهوم الذي عرّف الصحة على أنها: "الخلو من الأمراض" وتم تبني مفهوم آخر الذي يعتبر: "الصحة من الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية ذات البعد الوقائي". فالميثاق الوطني لسنة: 1976 و 1986 ودستور 1976 تضمنوا التأكيد على مجانية العلاج، غير أن دستور 1989 استبعد هذا القانون وأسقط كل مواده لتحل محلها مواد أخرى، لاسيما المادة 51 من دستور 1989، والتي تنص في مضمونها على أن: "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها" **جبهة التحرير الوطني، "دستور 1989"**، ص: 08، هذا ما فسر على أن الدولة لا تتكفل إلا بالجانب الوقائي.

وقد تميزت هذه المرحلة: " بإصلاح قطاع الصحة، ولعبت الحكومة آنذاك دورا بارزا في سبيل إصلاح هذا القطاع، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية. (نبيلة بوخيزة: 1997، ص 33).

والملاحظ لهذه الفترة، يدرك حجم تراجع استثمارات الدولة في مساهمتها ضمن ميزانية وزارة الصحة والسكان، حيث لم تتعدى اعتماداتها إلا: 35% وتساهم صناديق التضامن الاجتماعي (CNAS) بـ 65%. (Fatma.Zohra. oufriha.1989,P 46).

ففي هذه المرحلة كذلك، تم إصدار قانون الاستثمار الذي يشجع القطاع الخاص لاسيما في مجالات الخدمات والصناعات الصغرى بالدخول في النشاط العام، وأعطيت تسهيلات كبيرة لعملية الاستيراد من الخارج ويُسّر للقطاعات الصحية والمستشفيات برمجت وتنفيذ أنشطتها الطبية والصحية، إلا أن الأهداف الأساسية المتوخات من عملية التنمية الشاملة لم تساير الديناميكية الاجتماعية: "فالبرنامج الصحي لم يساير أهدافه لغياب شبه تام لمشروع اجتماعي وسياسي تنموي واضح. (A.Lhouari, 1985, P44).

3- المرحلة الرابعة: بؤادر النظام التعاقدية (1991-2017):

وما تجدر الإشارة إليه هنا: أن وزارة الصحة والسكان قد عرفت بداية من جوان 2002 تسمية جديدة، ليتسع مجال نشاطها من وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (Ministère de la Santé, de la Population & de la Réforme Hospitalière) والغاية منها هو تفعيل إستراتيجية خاصة بالقطاع، عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل، وإيجاد آليات عمل جديدة تسمح للمؤسسات الصحية بتمويل وتسيير ذاتها بذاتها من خلال اللامركزية التمويل والتسيير.

ففي 2003 قامت مجموعة من الخبراء بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بإعداد صياغة مشروع جديد لقانون الصحة عوض قانون: 05/85، حيث استرعى كثير من الجوانب المعاشة، التي تأخذ بعين الاعتبار مستلزمات الظروف، إلا أن هذا المشروع لم يتم اعتماده وفضل عليه التشريع بالأوامر الرئاسية.

وبالرغم من التطورات التي عاشتها البلاد والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحة العمومية، فإن الإحصائيات الواردة من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2005 تشير إلى وجود أكثر من 50000 طبيب و 300 مستشفى و 1500 قاعة علاج: "إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة (طاهر حسيني، 2002، ص 23).

إضافة إلى غياب منظومة فعالة لنقل المعلومات من أجل التشخيص الجيد والسريع لمختلف الأمراض والأوبئة: "ولا يزال القطاع العام ممول وبصفة كلية من طرف موارده التقليدية. (Fatma.Zohra. oufriha. 2002, P125.)

وقد عرفت خريطة المنظومة الصحية بالجزائر تعديلا في قاعدة هرمها، حيث أعيدت هيكله هذه القاعدة بداية من: 01 جانفي 2008 ونص المرسوم التنفيذي الصادر في: 19 ماي 2007 على: إعادة القطاع الصحي في جوانبه الخاصة بالتنظيم الإداري والمالي والتجهيزات والمؤسسات وفق تصور جديد.

وتتضمن الخريطة الصحية الجديدة على إعادة هيكله القطاعات الصحية التي تحتوي ضمن مرافقها على مستشفى إلى شقين: مؤسسة عمومية استشفائية على حدى وأخرى عمومية للصحة الجوارية تتكفل بالجانب الوقائي بشكل أساسي، وتشمل هذه الأخيرة حسب التنظيم الجديد على قاعات علاج في المشاتي والدواوير وعيادات متعددة الخدمات بالتجمعات السكنية وحذفت المراكز الصحية بها.

ولم يطرأ بالموازاة أي تغيير على المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)، والمراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) حيث بقيت على حالها. فأصبحت لقاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات إدارة مستقلة

تديرها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) وميزانيتها مضمونة من طرف الدولة، أما بخصوص المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) والمراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) فإن الديناميكية الجديدة ضمنت لهم مبدأ تكريس استقلالية الميزانية والتسيير: "وستكون عملية بعد أن يتم التوقيع مستقبلاً على عقد التأمينات الاجتماعية بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التضامن الوطني والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (ministère de la santé, de la population, 2003)

أما فيما يخص التكفل بالمرضى بالخارج، فإنه تقرر التخلي عن هذه الصيغة بسبب التكاليف الباهظة جراء عملية النقل هذه، فقد كلفت الدولة في سنة 1990 ما يناهز 14 مليار دينار جزائري، بينما لم تتعدى 3 مليارات دينار جزائري في سنة 2013، بفعل الاعتماد على آلية التكوين والتكوين المتواصل للطواقم الطبية وشبه الطبية، واستقدام فرق طبية أجنبية متخصصة لإجراء الفحوصات والعمليات المعقدة، التي لم يتم بعد التحكم بها محلياً بدل إرسال المرضى إلى الخارج. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، دائرة التخطيط، 2009).

لقد تطور النظام الصحي بالجزائر مباشرة بعد الاستقلال تطوراً مختلفاً، نتيجة إرثه لظروف كارثية بفعل إفلاس قطاع الصحة العمومي، وقد تفاقمت أكثر جراء الهجرة الجماعية للأطعم الطبية وشبه الطبية الفرنسية والأوروبية، وعدم تمكن الجزائر من سد الحاجة الصحية إلا بعد سنوات مريرة، وعليه بادرت السلطات لاتخاذ في كل مرة جملة من الإجراءات والتدابير لاحتواء الوضع وتسيير الأزمة الصحية للجزائريين، وذلك بإعادة تنظيم وهيكله القطاع بما يتماشى والظروف المستجدة.

أما في المرحلة الثانية: (1973-1980) فقد اتخذت منحى: تطيب المشكلات الصحية من خلال توجيه جل استثمارات قطاع الصحة للطب العلاجي المجاني، وأصبح المستشفى المحور الرئيسي الذي تدور حوله كل العملية التنموية الصحية.

أما المرحلة الثالثة: (1981-1990) فقد تميزت بالتوجه نحو تحرير النظام الصحي، وتم الاهتمام بالتكوين المكثف للإطارات الطبية وشبه الطبية، وإنشاء عدد من المستشفيات والمراكز الصحية، واستيراد التكنولوجيات المتقدمة في مجال الطب والتقنية العالية في الكشف والعلاج، وإدخال بالمناسبة عدد كبير من برامج الطب الوقائي ضمن مخططات التنمية الصحية (أنظر قانون الصحة: 05/85)، وقد استمرت الدولة في التخلي التدريجي بالموازاة في ذلك عن دورها الأساسي في تدعيم التنظيم الصحي المباشر.

أما بالنسبة للمرحلة الرابعة: (1990-2014) فقد اتسمت بعدم الاستقرار وغابت سياسة عامة في قطاع الصحة، وتمكن القطاع الخاص من الانتشار، ولاحق بواد النظام التعاقدية (La contractualisation)، وتم بالفعل إرساء بعض من آلياته وفق المخالصة الصورية (La Facturation à blanc)، تمهيداً لتفعيله بعدما تبرم كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التضامن الوطني والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS) على اتفاقية إطار، يمكن بموجبها إرساء ميكانيزمات النظام الصحي الجديد (لم يدخل حيز التطبيق إلى غاية جوان 2014، وأحسن مثال على ذلك استعمال المواطنين لبطاقة الشفاء إلا في الصيدليات).

ولوحظ في هذه المرحلة ظهور أنواع أخرى من الأمراض غير نمطية (atypiques) بين الجزائريين، ذات تكاليف جد باهظة وعالية العلاج، يحتم على الجزائر تحجيمها للوضع واتخاذها لتدابير إستراتيجية تقلل من اكتساح هذه الأمراض للمجتمع.

عموماً يمكن القول: بأن المراحل التي مر بها النظام الصحي بالجزائر لم تكن إلا جزئية وليدة نماذج إيديولوجية، اتسمت بعدم الاستقرار والتقلب، وما يهمننا تحديداً من هذا العنصر هو الوقوف على مدى تأثير العلاقة بين الأطباء والمرضى كعلاقة محورية متداخلة ومتشعبة مرتبطة بمنظومة قوانين مؤطرة لقطاع الصحة وسلم للأجور والعلوات، وما يتعلق بآليات الممارسة على أساس توفر الموارد والوسائل الكفيلة بإجراء عمليات استشفائية تناسب والحاجة الصحية للمرضى.

فالملاحظ لواقع الممارسة، يستنتج محدودية النشاط والفعالية، بحكم قانون العرض والطلب وما يعانیه التنظيم الاستشفائي المحلي من إسقاطات السياسات المتعاقبة، التي تعالج قضايا الصحة مركزياً، فهامش التحرك للمدير (وليس للمسير) ضئيلة جداً، ولا يمكن له التصرف بالميزانية أو بالموارد كما تقتضيه حاجة المؤسسة المطلقة (عرفت الجزائر أواخر 2010 إلى غاية جويلية 2013 أزمة حادة في التموين بالأدوية الأساسية، تعرضت فيها منظومة الصحة لسخط وتذمر من طرف المرضى وذويهم، وأنتج مظاهر للصراع كانت غير مألوفة داخل المجتمع، مما أدى بموظفي الصحة بكل أسلاكهم للدخول في حركات احتجاجية وإضرابات تنادي بتحسين ظروف العمل وظروف المهنة بصفة عامة، وقد عرفت سنة 2013 إعادة صياغة أوضاع الأسلاك (Les statuts particuliers) لكل المهنيين دون استثناء، بما في ذلك الذين لم يكن لهم من قبل تمثيل قانوني أو عوائد مادية أو تكوين بيداغوجي أو علمي متخصصين.

هذه الاختلالات جعلت من التنظيم الإداري شبه جامد (Figé)، فقد أفرزت هذه الوضعية نتائج عكسية أثرت على نوعية الخدمة المتمثلة في تقديم العلاج ومرافقه المرضى من طرف الأطباء والممرضات الذين يعانون هم في حد ذاتهم من تداعيات هذه الوضعية، التي لا تحفز على المثابرة وروح المبادرة، كل هذا وذاك اثر وبشكل جوهري في الروح المعنوية داخل المؤسسة الاستشفائية بفعل شمولية النظام الصحي الجزائري، وعدم مسابرة للتحويلات والتغيرات المجتمعية والدولية، وأحسن دليل هو مراوحة النظام التعاقدى لمكانه منذ 1990 والذي يعول عليه الفاعلين الاستشفائيين الكثير بالرغم من المساوى الذي يحملها في طياتها، علماً أن من مميزات النظام التعاقدى (المستمد أساساً من الايديولوجية الغربية) تكريسه لمبدأ التنافس والفعالية والنجاعة الفردية والمؤسسية، والتي قد تحسن من أداء الأطباء وتسرع من وتيرة التكفل الأجمع بالمرضى، ضمن منظومة صحية تتسم بمبدأ التعاقد في كل مناحي الخدمة المقدمة (مردودية أفضل عوائد مادية وروح معنوية عالية).

ثالثاً: الجيل الرابع من الإصلاحات وإشكالية الأداء الفردي والمؤسسي

يعتبر الأداء المؤسسي منظومة متكاملة لتتاج أعمال المؤسسة في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية، وهو يشتمل على الأبعاد التالية:

- أداء الأفراد في وحدتهم التنظيمية.
- أداء الوحدات التنظيمية في إطار السياسات العامة للمؤسسة.
- أداء المؤسسة في إطار البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ولا يمكن رفع مستوى أداء العاملين في أي مؤسسة مهما كان نوعها من خلال المداخل الفنية مثل تطوير الآلات والأجهزة والأدوات، أو تحسين وتبسيط طرق وإجراءات العمل، أو ترشيد معايير الأداء، وإنما يتطلب الأمر أيضاً الاهتمام بالجوانب النفسية الاجتماعية للعاملين وتثمين قدراتهم ومهاراتهم، ما يسمح لهم بإشباع حاجاتهم المختلفة، والتي تنعكس إيجاباً على أدائهم في العمل (أحمد سيد مصطفى، 1999، ص 402).

فالرضا عن العمل له علاقة وطيدة بأداء العنصر البشري في المؤسسة، ويستمد هذا الرضا من عوامل متعددة بعضها يتصل بالعمل نفسه، وبعضها بالمحيط الذي يعمل فيه، وبعضها بالمؤسسة التي ينتمي إليها، وتتداخل عوامل عديدة في ذلك تتحكم في أداء هذا العنصر البشري، من أجل تحقيق أهداف المؤسسة في بيئة تنافسية متغيرة باستمرار (صلاح الشنواني، 1999، ص 416)

كما تحتل مسألة فعالية الأداء أهمية كبيرة في مختلف المجالات ومنها الخدمات الصحية وذلك نظرا لما تظهره من أثر واضح في نتائجها النهائية على الفرد والمجتمع، ولكن على الرغم من هذه الأهمية الكبرى، إلا أن مسألة تحديد مفهوم فاعلية الأداء في الخدمات الصحية تكتنفه العديد من الصعوبات لأسباب كثيرة يبرز في مقدمتها الملموسية وعدم ملموسية النتائج النهائية التي تصل إليها المؤسسات الصحية عند تقديمها لهذه الخدمات، و مدى قناعة الفرد أو المجتمع بتلك الخدمات، لكونه صاحب المنفعة والمصلحة الحقيقية منها، إلا أن ذلك لا يمنع من البحث عن طرق وأدوات قياس أداء هذه المؤسسات.

وفي هذا الإطار فإن منظمة الصحة العالمية اهتمت ببلورة مفهوم فاعلية الأداء في المؤسسات الصحية من خلال انعكاس تأثيرها بإسهامات المفكرين والمختصين في مجال إدارة المؤسسات.

وقد عرفت مداها الصحي على أنها "مقياس لمدى تحقيق الأهداف الصحية" وعادت إلى تعريفها مرة أخرى في عام 1971 على أنها تأثير النشاطات والنتائج النهائية، المخرجات أو العوائد للأفراد، ومتحققة في ضوء الأهداف المحددة، وهذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن المؤسسة الصحية تعمل في ظل نظام مفتوح ترتبط أساسا بتحقيقها للأهداف الموضوعية لها تجاه المجتمع، ومقاسه أصلا بالمخرجات النهائية التي تعبر عن حجم ومقدار النشاط المتحقق في إنجازها لبلوغ تلك الأهداف الموضوعية. وقد تبلور هذا الاتجاه بشكل أوضح في مرحلة لاحقة عندما عرفت فاعلية الخدمات الصحية على أنها العلاقة بين الإنجازات الفعلية والمرغوبة كأهداف نهائية.

وفي هذا التعريف إشارة إلى وجود علاقة بين ما يمكن التعبير عنها بالفجوة، وهي ما تسعى المؤسسات الصحية عامة في الغالب إلى محاولة غلقها، بما هو متاح لها من إمكانيات وقدرات إبداعية مضافة من أجل ذلك، وفي تعريف آخر للفاعلية يشار إلى أنها قياس مدى قدرة الخدمات الصحية على تخفيف حالات معينة أو تحسين الأوضاع الصحية ودرجة الرضا عنها (تامر ياسر البكري، د ت ن، ص ص 179-180).

ومما سبق فإن فاعلية الأداء في المؤسسات الصحية تمتد إلى الربط بين الأهداف المتحققة مع بعض المستلزمات الرئيسية الواجب توافرها من أجل ذلك وأهمها المشاركة من قبل المجتمع ودرجة رضاه عن تلك الخدمات المقدمة، أو بتعبير آخر الفاعلية في الأداء أصبحت تقاس وفقا لهذا المنظور من خارج المؤسسة الصحية (المجتمع)، وعلى أساس ما هو متحقق من رضا لدى الأفراد تجاه الخدمة المقدمة وليس على أساس ما تنظر إليه المؤسسة الصحية في أدائها الداخلي لانجاز الخدمة الصحية (تامر ياسر البكري، د ت ن، ص 180).

فجودة الخدمات الصحية لها ثلاث جوانب: الأول فني ذو صلة بتطبيق العلوم والتقنية الطبية للتعامل مع مشكلات الخدمة الصحية للمريض، والجانب الثاني من الجودة إنساني ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية والنفسية بين المرض ومقدم الخدمة، في حين أن الجانب الثالث يتعلق بتحقيق احتياجات المريض من الكماليات، وترى منظمة الصحة العالمية الجودة في التوافق مع المعايير والأداء السليم بأسلوب مقبول من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بهدف تقليل نسبة المرض ونسبة الوفيات وغيرها، كما عرفت الجودة على أنها الدرجة التي تكون عندها خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات قادرة على زيادة احتمال تحقيق النتائج المرغوبة، على أن تساير تلك الخدمات المعرفة المهنية الراهنة المصاحبة للممارسة الأفضل (بدران عبد الرحمن العمر، 2002، ص ص 307-

352).

وفي هذا الصدد أشارت دراسة حول مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، إلى أن مدى تطبيق أو إدارة الجودة الشاملة بشكل عام مرتبط بشكل جوهري بتطبيق مبدأ "التحسين المستمر" ثم مبدأ "اتخاذ القرارات بناء على المعلومات" فمبدأ "التركيز على العميل" (بدران عبد الرحمن العمر، 2002، ص ص 307-352).

فتحسين أداء الموارد البشرية في المؤسسات بصفة عامة و المؤسسات الصحية بصفة خاصة يتطلب استحداث طرق وأساليب إدارية جديدة تتماشى مع التغيرات التكنولوجية والاجتماعية وغيرها. ورغم محاولات إصلاح وتطوير المؤسسة الصحية في الجزائر، إلا أنها مازالت تعاني من عدة تناقضات، نظرا لأن عملية الإصلاح شملت تطوير المنشآت والهياكل الصحية دون الاهتمام بالعنصر البشري، الذي يمثل المحور الأساسي في كل عملية تنموية.

فالعنصر البشري يعتبر أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، بيد أن هذا المورد الاستراتيجي غير مستخدم بفعالية، ودون تحفيز مادي ومعنوي، ما أدى بالعاملين إلى هجرة المؤسسات الصحية العمومية نحو العيادات الخاصة، ما انعكس سلبا على جودة الخدمة الصحية.

خلاصة

من خلال التحولات البنوية للمؤسسة الصحية الجزائرية يمكن استخلاص ما يلي:

* الاهتمام بتطوير وتحسين الجانب المادي من حيث بناء الهياكل والمنشآت الصحية وإهمال العوامل الأخرى الخاصة بعملية التنظيم والتسيير.

* إهمال المورد البشري كعنصر فعال، ومحور رئيسي في عملية تحسين أداء المؤسسة، حيث اتسمت الفترات الأولى بالمركزية في الإدارة والتنظيم، إضافة إلى الممارسات غير العقلانية التي أثرت سلباً على أداء العاملين من جهة، وفعالية المؤسسات الصحية من جهة أخرى.

المصادر والمراجع :

أولاً: المصادر والمراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم عبد الهادي المليحي وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000.
- 2- ثامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، د ت ن.
- 3- أروى مصطفى أحمد سيف: نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، 1996.
- 4- زين الدين بن لوصيف: "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل التغيرات المعاصرة"، أبحاث روسكادة، جامعة سكيكدة، الجزائر، ديسمبر 2003،
- 5- "الميثاق الوطني"، الجزائر، 1976،
- 6- بلقاسم مزبوة: "السلطة والرضا الوظيفي"، رسالة ماجستير لم تنشر بعد، جامعة سكيكدة، الجزائر، 2009،
- 7- وزارة الصحة والسكان: "تقرير عام حول النظام الصحي بالجزائر"، 1990.
- 8- جبهة التحرير الوطني، "دستور 1989"،
- 9- القانون: 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها والذي عوض القانون 79/76.
- 10- طاهر حسيني: "الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات وفي المستشفيات العامة"، دار هومة للطباعة والنشر، الجزائر، 2002،
- 11- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: دائرة التخطيط: 2009.

- 12- المرسوم التنفيذي رقم : **140/07** المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) وتنظيمها وتسييرها.
- 13- نبيلة بوحبزة: "الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر"، المجلة الجزائرية للاتصال، جامعة الجزائر، العدد 14، ديسمبر 1997،
- 15- بالمختار محمد رضا: نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1987.
- 16- أحمد سيد مصطفى: إدارة الموارد البشرية، منظور القرن الواحد والعشرين، دار وائل للنشر، الأردن، 1999.
- 17- الشنواني صلاح: إدارة الأفراد والعلاقات الإنسانية مدخل الأهداف، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية مصر، 1999.
- 18- بدران عبد الرحمن العمر: مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، دورية الإدارة العامة، المجلد الثاني، جانفي 2002.

ثانيا: المصادر والمراجع باللغة الأجنبية

- 19-Khiaté Mostafa: quelle santé pour les algériennes ? édition Maghreb relation, Alger, 1990.
- 20-M.Djehri: " **évolution sociale et système de santé: intégration et participation**", ministère de la santé; séminaire sur le développement d'un système de santé, Alger, Algérie, avril, 1983, P:288.
- 21-A. Thébaud: " **besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie**", (Ed) : cahiers d sociologieet de démographie médicales", 17eme année, N0 : 04,oct./déc.:1977
- 22-Fatima.Zohra. oufriha: " **quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement de service de soins en Algérie**" , (Ed) : CREAD: N°:19, Alger, Algérie, 1989.
- 23-Ministère de la santé et de la population: " **Rapport général sur l'organisation du système de santé**", janvier 1990.
- 24-Fatma.Zohra. oufriha: " **analyse de l'évolution des statuts de la structure de dépense des personnel**", (Ed) : revue CREAD, N:19, Alger, Algérie, 1989.
- 25-A.Lhouari: " **état politique devant l'état économique**", le projet: N0 193, Alger, Algérie, juin 1985.

26-Fatma.Zohra. oufriha:" **système de santé et population en Algérie**", (Ed) : ANEP, Alger,Algérie,2002P:125

27-Rapport Préliminaire du conseil de la réforme hospitalière, ministère de la santé, de la population & de la réforme hospitalière, janvier 2003.

28-ministère de la Santé, de la population & de la réforme hospitalièreDéveloppement du système national du santé:"**stratégie et perspective, document de** ", Alger, Algérie, mai 2001.