



جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

الموضوع

انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على

نوعية الخدمات

-دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة-

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم

تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة

الأستاذ المشرف:

أ.د تومي ميلود

إعداد الطالب:

بن فرحات عبد المنعم

لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	أعضاء اللجنة
جامعة بسكرة	رئيسا	أ.د. حجازي إسماعيل
جامعة بسكرة	مقررا	أ.د. تومي ميلود
جامعة ورقلة	ممتحنا	أ.د. بن ساسي إلياس
جامعة الوادي	ممتحنا	د. لعبيدي مهاوات
جامعة المسيلة	ممتحنا	د. ولهي بوعلام
جامعة بسكرة	ممتحنا	د. العلواني عديلة



جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

الموضوع

انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على

نوعية الخدمات

-دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة-

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم

تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة

الأستاذ المشرف:

أ.د تومي ميلود

إعداد الطالب:

بن فرحات عبد المنعم

لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	أعضاء اللجنة
جامعة بسكرة	رئيسا	أ.د. حجازي إسماعيل
جامعة بسكرة	مقررا	أ.د. تومي ميلود
جامعة ورقلة	ممتحنا	أ.د. بن ساسي إلياس
جامعة الوادي	ممتحنا	د. لعبيدي مهاوات
جامعة المسيلة	ممتحنا	د. ولهي بوعلام
جامعة بسكرة	ممتحنا	د. العلواني عديلة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى من حملتني كرها من بعد كره وآثرتني بنفيس وقتها وراحة بدنها وبالحا ولن يفلح جهد
في مجازاتها وحسبي أني أتقرب إلى الله بحبها ...

أمي أدام الله ظلك،

إلى من أحب جميع أبنائه بوقار وخصني بالإفصاح والبيان على مرأى منهم جميعا ...

والدي رحمه الله،

إلى التي تركت أثر حنان أسرتها لتكون وثاق سعادة لي في الدنيا والآخرة ياذن الله
وأرجو أن تقبل اعتذار مقصر...

زوجتي الكريمة،

إلى سعادة القلب مهما شغبا ...

ابنائي: محمد إبراهيم وساجدة،

إلى الذين لهم في القلب مسكن وفي الذكرى كتاب وعند الله رابطة حب مستدام
ويعتذر اللسان عن عجزه في عدهم ...

إليكم جميعا أهدى هذا العمل وأسأل الله الرضا والتوفيق

شكر

بسم الله الرحمن الرحيم وبه أستعين، والصلاة والسلام على سيد الأنبياء وأشرف المرسلين

« من لم يشكر الناس لم يشكر الله »

بداية أشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل وإخراجه في هذه الصورة ووضعها محل النقد البناء والإثراء الإيجابي،

فالشكر أولاً لله عز وجل على منته وتوفيقه رغم تقصيرنا في عبادة الحمد،

الشكر في المقام الثاني للمشرف الأستاذ الدكتور ميلود تومي على قبوله الإشراف أولاً ولتسييره العمل ثانياً، فقد كان حدثاً في إشرافه إذ فوضني مسؤوليتي في العمل دون بيروقراطية مملة أو شدة مضنة أو تساهلية مخلة، فهو في العلم أخ أكبر قبل أن يكون مشرفاً، فبارك الله في وقته وعمله وعلمه.

والشكر في المقام الثاني لأعضاء لجنة المناقشة للجهد المبذول في قراءة هذه الرسالة وموافقتهم على إثرائها بمناقشهم، فجزاهم الله خيراً.

والشكر في المقام الثالث للأساتذة الكرام وزملاء المهنة سابقاً الذي قاموا بتحكيم الاستمارة وتقديم ملاحظاتهم قصد تصويب العمل وتجويده،

وشكر أيضاً إلى زملاء القطاع الصحي الذين سهلوا توزيع الاستمارة وتجاوبوا بسلاسة في الإجابة عن ما ورد فيها من أسئلة، بل وبعضهم ساعد في تجميع وتسجيل الإجابات وجعلها في متناول المعالجة الآلية فيما بعد،

وشكر غير متناه إلى أفراد أسرتي -الزوجة خاصة- الذين صبروا معي حتى تسنى لهذا العمل أن يرى النور.

وكل شكري لمن ساهم ولو بكلمة طيبة محفزة ممن أذكر وممن لم أذكر، فبارك الله فيهم جميعاً

الطالب

بن فرحات عبد المنعم

الملخص:

تناولت هذه الدراسة انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات وذلك من خلال دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة.

تمت الاستعانة في هذه الدراسة ببعض الإحصائيات حول بعض المؤشرات الكمية للخدمة الصحية، إضافة إلى استمارتين تناولتا المتغيرين الرئيسين: نمط التسيير والخدمة الصحية وإخضاع الفروض للاختبارات الإحصائية بواسطة برنامج SPSS.

توصلت هذه الدراسة إلى:

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية
- سيطرة النمط التقليدي البيروقراطي في تسيير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر رغم محاولة الأخذ ببعض أدوات النمط التعاقدية،
- أهمية التفويض والتسيير التشاركي في تحسين نوعية الخدمة الصحية،
- أهمية المصالح المركزية في التحكيم وعدالة توزيع الإمكانيات بين مختلف المؤسسات

الكلمات المفتاحية:

نمط التسيير، المؤسسة العمومية للصحة، جودة الخدمة الصحية، النمط التعاقدية، التفويض، التسيير التشاركي

Résumé :

Cette étude a traité les impacts des modes de gestion de l'établissement public de santé en Algérie sur la qualité des services à travers le cas d'un échantillon de certains établissements publics de santé.

A l'aide des quelques statistiques sur les indicateurs quantitatifs et deux questionnaires, cette étude a traité deux variables : le mode de gestion et la qualité des services de santé.

Les hypothèses ont été testées à l'aide du programme SPSS.

Cette étude a conclu qu'il ya :

- *Un impact significatif statistiquement du mode de gestion sur la qualité des services de santé,*
- *La domination du mode de gestion traditionnel bureaucratique dans les établissements publics de santé en Algérie malgré la tentative d'introduction de certains outils du mode contractuel,*
- *L'importance de la délégation managériale et la gestion participative dans l'amélioration de la qualité des services,*
- *L'importance du rôle des services centraux dans l'arbitrage et l'équité de la répartition des moyens entre les différents établissements*

Les mots clés :

Le mode de gestion, l'établissement public de santé, la qualité du service de santé, la contractualisation, la délégation, la gestion participative

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
IV	شكر
V	الملخص
VI	فهرس المحتويات
IX	قائمة الجداول
X	قائمة الأشكال
XI	قائمة الملاحق
01	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	1 - مقدمة
3	2 - طرح الإشكالية
4	3 - التساؤلات الفرعية
4	4 - الفرضيات
4	5 - دوافع اختيار الموضوع
4	6 - أهمية الموضوع
5	7 - الهدف من الدراسة
5	8 - تحديد المصطلحات
6	9 - نموذج الدراسة
7	10 - المنهج المتبع
7	11 - مجتمع وعينة الدراسة وطريقة اختيارها
11	12 - أدوات جمع البيانات
13	13 - الأدوات الإحصائية المستخدمة
14	14 - الدراسات السابقة
26	15 - هيكل الدراسة
27	الفصل الثاني: ماهية ومعايير تقييم الخدمة الصحية
28	تمهيد الفصل الثاني
29	II-1- المؤسسة الصحية: تعريفها، وظائفها وأهدافها
29	II-1-1- تعريف المؤسسة الصحية
32	II-1-2- وظائف المؤسسة الصحية

34	11-3- أهداف المؤسسة الصحية
38	11-2- الخدمة الصحية: مفهومها، خصائصها وأنواعها
38	11-2-1- مفهوم الصحة وأهميتها
39	11-2-2- مفهوم الخدمة الصحية
40	11-2-3- خصائص الخدمة الصحية
45	11-2-4- أنواع الخدمة الصحية
46	11-3- معايير تقييم الخدمة الصحية
46	11-3-1- جودة الخدمة الصحية وأبعاد قياسها
53	11-3-2- مؤشرات التقييم الكمية
59	ملخص الفصل الثاني
60	الفصل الثالث: أنماط تسيير المؤسسات العمومية للصحة
61	تمهيد الفصل الثالث
62	111- أساسيات الإدارة الصحية وخصوصيتها
62	111-1- تعريف الإدارة الصحية
63	111-2- مميزات الإدارة الصحية
64	111-3- العملية التسييرية بالمؤسسة الصحية
67	111-2- التفويض في إدارة المرفق الصحي العام
68	111-2-1- المركزية في إدارة المرفق الصحي العام
69	111-2-2- اللامركزية في إدارة المرفق الصحي العام
73	111-2-3- تطور تطبيقات اللامركزية في النماذج الصحية العالمية
77	111-2-4- النمط التعاقدية في التدبير المفوض للمرفق الصحي العام
86	111-3- المشاركة والمقاربة بالأهداف والنتائج
87	111-3-1- خطوات التسيير بالأهداف
88	111-3-2- خصائص التسيير بالأهداف
90	111-3-3- الأنماط التعاقدية لتكريس مبدأ المشاركة ومقاربة الأهداف والنتائج
95	ملخص الفصل الثالث
96	الفصل الرابع: المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر ومقاربات تسييرها
97	تمهيد الفصل الرابع
98	111-4- مرحلة القطاع الصحي

98	IV-1-1-1- القطاع الصحي
99	IV-1-2- واقع تسيير القطاعات الصحية
101	IV-2- الخارطة الصحية لسنة 2007
101	IV-1-2- دوافع الانتقال إلى الخارطة الصحية لسنة 2007
106	IV-2-2- هيكله الخارطة الصحية لسنة 2007
109	IV-3- المراجعة الحديثة لهيكله القطاع الصحي في الجزائر
109	IV-1-3- تقديم مشروع إعادة تنظيم هياكل الصحة على المستوى المحلي ضمن
111	IV-2-3- أدوات وآليات تسيير المقاطعة الصحية
118	IV-4- المقاربة التسييرية للمؤسسة العمومية للصحة في الجزائر
119	IV-1-4- النموذج التنظيمي للمرسوم التنفيذي 242/81
120	IV-2-4- النموذج التمثيلي في مجلس الإدارة
122	IV-3-4- المقاربات التسييرية المحدثة
129	ملخص الفصل الرابع
130	الفصل الخامس: دراسة انعكاسات نمط التسيير على نوعية الخدمة بعينة من المؤسسات
131	تمهيد الفصل الخامس
132	V-1- واقع الخدمة الصحية في الجزائر
141	V-2- الدراسة الوصفية لعينة الدراسة
141	V-1-2- خصائص مجوئي عينة الدراسة
144	V-2-2- الاتساق الداخلي
146	V-3-2- اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو أسئلة الاستمارة
155	V-3- اختبار الفرضيات
155	V-1-3- الفرضيات الإحصائية
156	V-2-3- اختبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الالتواء والتقلطح
157	V-3-3- اختبار الفرضيات
165	V-4- مناقشة وتفسير النتائج
177	ملخص الفصل الخامس
178	خاتمة
182	قائمة المراجع
189	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان
8	جدول رقم (1-1) يوضح المؤسسات محل تواجد مفردات عينة الدراسة
9	جدول رقم (2-1) يوضح عدد مفردات مجتمع الدراسة
10	جدول رقم (3-1) يوضح مفردات عينة الدراسة
13	جدول رقم (4-1) يوضح نتائج ألفا كرونباخ نحو متغيرات الدراسة
14	جدول رقم (5-1) الأوزان والاتجاهات لمقياس ليكرت الخماسي
133	جدول رقم (1-5) يوضح المؤسسات العمومية للصحة وعددها بالجزائر
134	جدول رقم (2-5) تطور عدد الممارسين الطبيين في المؤسسات العمومية للصحة من سنة 1990 إلى 2015
135	جدول رقم (3-5) تطور عدد الممارسين شبه الطبيين في المؤسسات العمومية للصحة من 1990 إلى 2015
135	جدول رقم (4-5) تطور عدد الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات الطبيين في المؤسسات العمومية للصحة من
136	جدول رقم (5-5) تطور مؤشر التغطية للممارسين الصحيين من سنة 1990 إلى 2015
137	جدول رقم (6-5) تطور الوفيات العامة ونسبة الوفيات من 1990 إلى 2015
138	جدول رقم (7-5) تطور وفيات الأطفال ونسبة الوفيات من 1990 إلى 2015
139	جدول رقم (8-5) تطور معدل الأمل في الحياة منذ الولادة ونسبتهم من 1990 إلى 2015
140	جدول رقم (9-5) تطور المؤشرات الاستشفائية للفترة من سنة 1990 إلى 2015
142	جدول رقم (10-5) خصائص مبحوثي عينة الدراسة من العمال
143	جدول رقم (11-5) خصائص مبحوثي عينة الدراسة من المرتفقين
144	جدول رقم (12-5) الاتساق الداخلي لفقرات الاستمارة الموجهة للموظفين
145	جدول رقم (13-5) الاتساق الداخلي لفقرات الاستمارة الموجهة للمرتفقين
146	جدول رقم (14-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد التفويض
147	جدول رقم (15-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج
149	جدول رقم (16-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد انعكاس مستوى التفويض على نوعية الخدمة
150	جدول رقم (17-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد انعكاس مستوى المشاركة على نوعية الخدمة
151	جدول رقم (18-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الاعتمادية
152	جدول رقم (19-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الاستجابة
152	جدول رقم (20-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الضمان
153	جدول رقم (21-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الملموسية
154	جدول رقم (22-5) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد التعاطف

156	جدول رقم (5-23) يوضح معاملي الالتواء والتقلطح لأبعاد متغيرات الدراسة
157	جدول رقم (5-24) علاقة الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع وأبعاده
157	جدول (5-25) نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية
158	جدول (5-26) نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الرئيسية
159	جدول (5-27) نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى
159	جدول (5-28) نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الأولى
160	جدول (5-29) نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية
161	جدول (5-30) نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثانية
161	جدول (5-31) نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة
162	جدول (5-32) نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة
162	جدول (5-33) نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة
163	جدول (5-34) نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة
163	جدول (5-35) نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الخامسة
164	جدول (5-36) نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الخامسة

فهرس الأشكال	
الصفحة	العنوان
6	شكل رقم (1-1) نموذج الدراسة

قائمة الملاحق

استمارة البحث الموجهة للموظفين

استمارة البحث الموجهة للمرتفقين

قائمة المحكمين

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- مقدمة

أصبح موضوع الصحة وكيفية إدارة منظومتها وتقديمها بنوعية وكفاءة وفعالية من الاهتمامات البارزة للحكومات والمنظمات والهيئات العاملة والباحثين في هذا المجال، وذلك لعدة أسباب منها: أهمية الصحة للفرد ليتمكن من التمتع بالحياة، وقدرته على المساهمة في البناء والإنماء الاقتصادي للمجتمع والدولة وارتفاع التكاليف المترتبة عن الصحة حال فقدانها أصلا ومضاعفات ذلك على الوضع الاجتماعي للفرد والأسرة والمجتمع والدولة على مستويات مختلفة، وارتفاع تكلفتها عند تقديمها أيضا نظرا للتعقيد الكبير الذي تتميز بها مستلزماتها المادية وكلفتها العالية، إضافة إلى كثرة عدد العاملين في مجال الخدمة الصحية وتنوع المهن والوظائف فيها،

وأمام هذه الحتمية الصحية، برزت أهمية الاعتناء بكيفية إدارة وتسيير المنظومات الصحية ودوائر تقديمها، لتحقيق الفعالية الاقتصادية والكفاءة النوعية في تقديم خدمة صحية تتميز بجودة ومقبولية فنية ونفسية وتشبع الحاجة في الحصول على صحة تتيح التمتع بالحياة بشكل أفضل.

ففي هذا الإطار، فقد كانت تجارب عالمية مختلفة اتخذت أنماطا متعددة لإدارة مؤسسات القطاع الصحي العام، تختلف بحسب الإمكانيات والوسائل ودافع الحاجة الصحية والتوجهات الاقتصادية العامة للبلد؛ إذ نجد بعضها يعتمد المركزية ويكرس مفاهيم الإدارة الفيدرالية القائمة على التسلسل الهرمي البيروقراطي والرقابة المباشرة والاعتماد على التنفيذ دون إشراك الفواعل الأخرى¹ من عاملين ومجتمع محلي، بينما اتجهت كثير من الأنظمة الصحية الأخرى إلى الاجتهاد في الأخذ بمبادئ التسيير العمومي الحديث القائم أساسا على تفويض المرفق العام واعتماد مقاربة بالأهداف والنتائج والسعي لإشراك جميع الفواعل في مهمات الصحة العمومية من خلال العلاقات العقدية.

وفي هذا السياق، فقد كانت المنظومة الصحية الجزائرية محل العديد من التحولات التنظيمية والتسييرية عبر فترات زمنية مختلفة، طمحت لتحقيق الأهداف الوطنية للصحة العمومية التي تطورت من مجرد توفير التغطية الصحية لكافة المواطنين إلى ابتغاء الوصول إلى الجودة الخدمية وفق المقاييس الحديثة لهذا المفهوم.

فهذه المنظومة الصحية التي كانت وإلى عهد قريب قائمة على رؤية تستند إلى جمع وتوحيد الهياكل والمنشآت الصحية القائمة على شكل مرفق عام يتمثل في القطاع الصحي كمشروع استراتيجي يهدف إلى تلبية حاجيات الصحة وأهدافها المتمثلة في: الوقاية و العلاج القاعدي، بالإضافة إلى إنشاء

¹ (GEORGE) A.larbi, *the new public management approach and crisis states*, geneva : unitede nation research institute for social development, discussion paper N° 112 septembre 1999, p12

مراكز استشفائية جامعية ومؤسسات استشفائية متخصصة؛ كانت خلال سنوات لاحقة محل العديد من الانتقادات بسبب النتائج التي حققتها والتي لم تكن بمستوى الطموح المرجو منها، وذلك برغم كل ما بذلته وتبذله الدولة في كل مراحلها من توفير موارد مالية ومادية وبشرية هامة، ما ألغى إلى حد بعيد ذلك فكرة ربط مستويات الرعاية الصحية الحالية بضعف الإمكانيات الموفرة والبحث عن حسن استغلال وإدارة هذه الموارد.

وفي محاولة لتشريح أسباب الإخفاق و كوامن الفشل فقد شخص تقرير للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات لسنة 2003 أسباب عجز السياسة الصحية الحالية ضمن خمسة أبعاد رئيسية هي: الهياكل الاستشفائية، التمويل، الموارد المادية، مع التركيز على التسيير والموارد البشرية سواء تعلق الأمر بالمهنيين الإداريين، الطبيين، شبه الطبيين والتقنيين.

وفي هذا الإطار فالخارطة الصحية عرفت عدة تطورات هيكلية من القطاع الصحي إلى إلغائه سنة 2007 واستبداله بمؤسسات أقل حجما وأكثر تخصصا، ثم طرح مشروع جديد يتمثل في المقاطعة الصحية، في محاولة من القائمين على القطاع العمل على تحسين مستويات الأداء وتحقيق جودة في الخدمة الصحية والتحكم في طرق وأدوات التسيير الحديثة.

إلا أن المنتبع يرى استمرار ذات الأنماط التسييرية السابقة، ما يطرح علامة استفهام حول مدى إمكانية تحقيق تلك الغايات المعلن عنها ومواءمتها للمنظور الجديد للسياسة الصحية في الجزائر.

2- طرح الإشكالية:

إذا كانت المنظومة الصحية الجزائرية قد عرفت عدة تطورات هيكلية وتنظيمية بغية تحقيق الجودة الخدمية العلاجية والوقائية والوصول إلى الرضا العام عن السياسة الصحية وجعلها أداة للتنمية البشرية والاقتصادية للبلاد، وسعت في ذلك إلى الانتقال من المفاهيم المطلقة للإدارة الفيبيرية إلى إدارة تعتمد التعاقد كآلية لتفويض أنشطة المرفق الصحي العام وتبني مقاربة بالأهداف والنتائج وتعزز من مستوى التسيير التشاركي، فإن التفاوت بين السياسات الموضوعة وواقع المنظومة الصحية، حدا بالباحث إلى طرح التساؤل التالي:

ما انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات؟

3- التساؤلات الفرعية:

- 1- ما نمط التسيير السائد بالمؤسسة العمومية للصحة بالجزائر؟
- 2- ما تقييم مرتفقي المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر لجودة الخدمة؟
- 3- ما أثر نمط التسيير على أبعاد جودة الخدمة الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

4- الفرضيات:

كإجابة أولية عن التساؤلات التي طرحت، وانطلاقاً من ملاحظاته المستمرة لواقع الصحة في الجزائر فقد اختار الطالب وضع الفرضيات التالية للتحقق من صحتها في ما بعد:

- 1- نمط التسيير الحالي يقوم على البيروقراطية التنظيمية ومركزية التخطيط والتصور وتحجيم دور الهيئات الاستشارية ومجالس التسيير للمؤسسة العمومية للصحة،
- 2- يقيم المرتفقون الخدمة بالمؤسسات العمومية للصحة تقييماً متوسطاً
- 3- لنمط التسيير السائد أثر سلبي على أبعاد جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات محل الدراسة.

5- دوافع اختيار الموضوع:

متابعة الباحث المستمرة لمجمل التغيرات التي عرفتتها المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر ومعايشته لبعض الأنماط التسييرية على المستوى الجزئي وملاحظته للإمكانيات المادية والمالية الموفرة لها خلال السنوات الأخيرة خاصة، دون إحساس عميق بالتغيير نحو الأفضل، خلق لديه الرغبة في المساهمة في وضع مقارنة تسييرية للمرفق الصحي تتسم بالمرونة والابداعية، تلبى الحاجة المحلية وتنمهي مع الأهداف الوطنية .

6- أهمية الموضوع: تتمثل أهمية الموضوع من ناحيتين: الأهمية العلمية والأهمية العملية

6-1- الأهمية العلمية للموضوع:

تبرز الأهمية العلمية للبحث فيما يعتقد الباحث، إلى فهم العلاقة بين نمط التسيير المعتمد في المرفق الصحي العمومي، سواء كان مركزياً أو لامركزياً أو مستمداً من آليات القطاع الخاص وبين نوعية الخدمة الصحية المقدمة في هذا المرفق.

وبالتالي إمكانية بلورة مقارنة تسييرية تعنى بالكفاءة الاقتصادية للمؤسسة العمومية للصحة وجودة الخدمة المقدمة في نفس الوقت.

6-2- الأهمية العملية للموضوع:

تتجلى الأهمية العملية للبحث في كونه يعالج جانبا من مشكلات القطاع الصحي العمومي في الجزائر المتمثلة في تسيير المؤسسات العمومية للصحة ونوعية خدماتها والذي كان الدافع لاتخاذ سياسات حكومية ومقاربات تنظيمية عديدة في ظل فترات زمنية متقاربة بغرض تحقيق أهداف الصحة العمومية وتحسين مستوى الخدمات.

7- الهدف من الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى:

- توصيف أنماط التسيير المطبقة في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر والمراحل الانتقالية التي عرفتھا،
- محاولة فهم مدى تأثير نمط التسيير على نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة العمومية للصحة،

8- تحديد المصطلحات:

1-8- الصحة العمومية: تعرف الصحة العمومية على " العلم والمهارة الذي يمنع ظهور الأمراض، لتمديد الحياة وتحسين الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعية متفق عليها لتطهير الوسط ولتوعية الفرد بقواعد الصحة الفردية"¹.

2-8- تسيير النظام الصحي: ويعنى به تطبيق العملية الإدارية في القطاع الصحي من تخطيط وتنظيم ورقابة وتوجيه؛ حيث تهدف فيه الإدارة إلى تقديم الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها لكافة أفراد المجتمع بغرض تحقيق الأهداف العامة والخاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثة (التخصصية) والتأهيلية².

3-8- نمط التسيير: يقصد بنمط التسيير الأسلوب التي تدار به المؤسسات العمومية للصحة اعتمادا على مقدار التفويض الإقليمي والفني ومستوى مشاركة الفاعلين الداخليين والخارجيين.

¹ (فرانسوا) جون، الصحة استهلاك أو استثمار، إكروميكا، لبنان، سنة 1981، صفحة 10

² (ذياب) صلاح محمود، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، الأردن، سنة 2009، ص 27

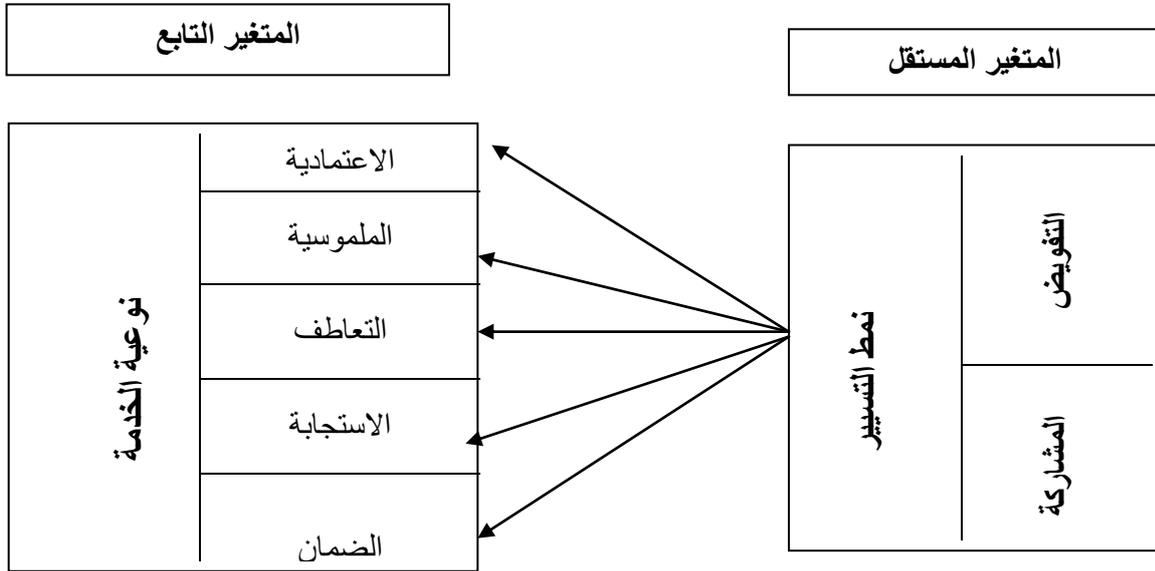
8-4- الخدمة الصحية: الخدمة الصحية هي: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل"¹

8-5- نوعية الخدمة الصحية: نوعية أو جودة الخدمة الصحية هي "التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"² وهي أيضا "تقديم خدمات صحية أكثر أمانا وأسهل منالا وأكثر إقناعا لمقدميها وأكثر إرضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة ايجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة"³

9- نموذج الدراسة:

اختار الباحث في دراسته نمودجا يقوم على اختبار المتغيرين الأساسيين المتمثلين في: نمط التسيير باعتباره متغيرا مستقلا و نوعية الخدمة باعتبارها متغيرا تابعا وذلك وفقا لما يوضحه الشكل التالي:

شكل رقم (1-1) نموذج الدراسة



المصدر: من إعداد الباحث

¹ (المساعد) زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، سنة 1988، ص 87
² (الطعامنة) محمد، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد 1، جامعة اليرموك، اربد، الأردن، ص 90.
³ (الطويل) أكرم أحمد وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 6، العدد 19، جامعة تكريت، سنة 2010، ص14

10- المنهج المتبع:

من أجل توصيف أنماط تسيير المؤسسات العمومية للصحة وتطورها خلال فترات مختلفة، فقد اختار الباحث دراسة مختلف النصوص القانونية والتنظيمية التي تحدد أدوات تسيير المؤسسات العمومية التي تشكل عناصر خارطة الصحة العمومية بالجزائر.

ولاختبار فروض الدراسة فقد اعتمد الباحث المنهج الإحصائي¹ الاستدلالي من خلال بعض الاختبارات الإحصائية المطبقة على الاستمارة البحثية المصممة لهذا الغرض والموجهة لعينة من المؤسسات العمومية للصحة.

11- مجتمع وعينة الدراسة وطريقة اختيارها:

1-11- تحديد المجتمع المستهدف بالدراسة:

يعرف مجتمع البحث بأنه " جميع المفردات التي تكون إطار البحث المراد دراسته، فهو جميع الأشخاص أو الأشياء المكونة للدراسة"². وهنالك نوعان من المجتمعات الإحصائية³:

- **مجتمع الهدف:** وهو المجتمع المستهدف بالدراسة والتي يأمل الباحث أن يعمم نتائجها عليه. ويتمثل المجتمع المستهدف في جميع المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر،
- **مجتمع الدراسة الممكن:** وهو المجتمع الخاضع للمعينة، أي الذي سيتم اختيار العينة منه ويعمم عليه النتائج.

مجتمع الدراسة الذي سيعنى بالبحث هنا يتمثل في الأفراد العاملين بمجموعة المؤسسات العمومية للصحة المختارة والتي راعى الباحث في اختيارها:

- ◀ طبيعة المؤسسة،
- ◀ توزيع هذه المؤسسات حسب المناطق الجهوية بالجزائر،
- ◀ اختيار أربع مؤسسات مختلفة حسب الإمكانية من كل منطقة جهوية لتكون محل تواجد مفردات العينة، حيث تكون هذه المؤسسات حسب الطبيعة كالتالي:

○ مؤسسة استشفائية جامعية CHU

¹ (قنديلجي) عامر ابراهيم، منهجية البحث العلمي، دار البازوري، عمان، الأردن، سنة 2012، ص ص 297-299.

² (العساف) أحمد عارف، محمود الوادي، منهجية البحث في العلوم الإجتماعية و الإدارية – المفاهيم و الأدوات. دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، سنة 2011، ص 221.

³ (فهيمي) محمد سامل بهاء الدين، الإحصاء بلا معاناة، الجزء الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2005، ص 98

- مؤسسة استشفائية متخصصة EHS
- مؤسسة استشفائية عمومية EPH
- مؤسسة عمومية للصحة الجوارية EPSP .

والجدول التالي (1-1) يوضح طبيعة المؤسسات الصحية العمومية المختارة منها عينة الدراسة حسب المنطقة الجهوية:

جدول رقم (1-1) يوضح المؤسسات محل تواجد مفردات عينة الدراسة

EPSP		EPH		EHS		CHU		المنطقة الجهوية
عين وسارة	جليدة	الأخضرية	العطاف	الاستجالات الطبية والجراحية سليم زميرلي	جراحة الأعصاب آيت ابدير	البليدة	نفيسة حمود	الجزائر (الوسط)
واد الفضة	غليزان	المهدية- تيارت-	أولاد محمد - الشلف-	الأمراض العقلية تنس	الأم والطفل الزهرة عواري -تيارت		وهران	وهران (الغرب)
سطيف	عين التوتة	سيدي عيسى	ششار	الأم والطفل أ.البواقي	الأم والطفل صالح بلقاسم خنشلة	باتنة	سطيف	قسنطينة (الشرق)
بشار	أدرار	بشار المستشفى القديم	أدرار	/	الأم والطفل بشار	/	/	بشار (الجنوب الغربي)
جامعة	جمورة	بشير بن ناصر	ورقلة	الأم والطفل توقرت	أمراض العيون بسكرة	/	/	ورقلة (الجنوب الشرقي)
10		10		09		05		المجموع

المصدر: من إعداد الباحث

والجدول التالي (2-1) يوضح عدد مفردات مجتمع الدراسة من المؤسسات العمومية للصحة المذكورة آنفا.

جدول رقم (1-2) يوضح عدد مفردات مجتمع الدراسة

الإداريين	شبه الطبيين	الممارسين الطبيين	المؤسسة	نوع المؤسسة
505	642	173	نفيسة حمود	المراكز الاستشفائية الجامعية
733	1669	245	وهران	
513	605	146	سطيف	
729	1141	287	البلدية	
415	905	224	باتنة	
114	148	28	جراحة الأعصاب - آيت إيدير -	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة
91	182	27	الأم والطفل - الزهرة عواري - تيارت	
38	185	19	الأم والطفل صالح بلقاسم - خنشلة -	
52	178	45	الأم والطفل محمد بوضياف - بشار -	
33	66	18	أمراض العيون - بسكرة	
379	373	73	الاستعجالات الطبية والجراحية زميرلي سليم	
18	5	8	الأمراض العقلية تنس	
94	141	31	الأم والطفل أم البواقي	
83	167	34	الأم والطفل توقرت	
85	311	74	العطاف	
143	226	59	أولاد محمد - الشلف -	المؤسسات العمومية الاستشفائية
57	141	37	ششار	
138	368	88	أدرار	
306	345	120	ورقلة	
133	229	85	الأخضرية	
74	164	36	المهدية - تيارت -	
114	247	64	سيدي عيسى	
141	72	13	بشار - المستشفى القديم -	
226	345	108	بشير بن ناصر	
30	269	114	جلبدة	
45	213	102	غليزان	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
29	160	57	عين التوتة	
162	319	91	أدرار	
40	77	37	جمورة	
44	247	86	عين وسارة	
123	241	204	واد الفضة	
157	335	156	سطيف	
93	377	127	بشار	
41	107	36	جامعة	
5978	11200	3052	المجموع	

المصدر: مديرية التخطيط والدراسات ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (سنة 2014)

11-2- تصميم العينة:

تشير العينة إلى "مجموعة جزئية مميزة ومنقاة من مجتمع الدراسة، فهي مميزة من حيث أن لها نفس خصائص المجتمع ويتم انتقاؤها من مجتمع الدراسة وفق إجراءات وأساليب محددة"¹

وقد اختار الباحث :

- عينة قصدية من الموظفين الذين لهم علاقة بوظائف التسيير بهذه المؤسسات بحكم وظيفتهم كمسير أو لمناصبهم التي تجعلهم أكثر احتكاكا بالأعمال التسييرية كرؤساء المصالح أو أعضاء مجلس الإدارة أو بعض المنخرطين في التنظيمات النقابية،

- عينة ميسرة من المرتفقين الذين روعي أن يكونوا على احتكاك متراكم بالخدمات الصحية بهذه المؤسسات.

والجدول التالي يوضح مفردات عينة الدراسة.

جدول رقم (1-3): يوضح مفردات عينة الدراسة

41 ممارس طبي	الأطباء	الموظفون
29 شبه طبي	شبه الطبيين	
32 إداري	الإداريين	
102 عامل	المجموع	
108 مرتفق	المرتفقون	

المصدر: من إعداد الباحث

¹ (التل) سعيد وآخرون، مناهج البحث العلمي: تصميم البحث والتحليل الإحصائي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، سنة 2007، ص 96

12- أدوات جمع البيانات:

1-12- الملاحظة بالمشاركة:

استعمل الباحث خلال فترة بحثه، الملاحظة بالمشاركة -التي تتيح الاستفادة من الخبرات المهنية في دمج المعلومات والتحليل¹- (كون الباحث موظف سابق بالقطاع الصحي العمومي)، من خلال ملاحظة واقع المؤسسات التي اشتغل بها وردود فعل المرتفقين على مستوى الخدمات المقدمة.

12-2- الاستمارة:

وهي نموذج يستخدم في مناهج البحث ويضم مجموعة من الأسئلة التي توجه للأفراد بغية الحصول على بيانات معينة²

كما تعرف على أنها عبارة عن صياغة لمجموعة أسئلة معدة سلفا يقوم المستجيب بتسجيل إجابته عليها، عادة باختيار أحد البدائل المحددة، وتعتبر وسيلة فعالة لجمع البيانات عندما يكون الباحث على معرفة دقيقة بالمطلوب وبكيفية قياس المتغيرات المطلوب دراستها³.

وتم إعداد استمارتين واحدة موجهة للموظفين والأخرى موجهة للمرتفقين وذلك كالتالي:

12-2-1- الاستمارة الموجهة للموظفين: وضمت ثلاثة أقسام:

القسم الأول: تضمن مقدمة تعريفية بموضوع البحث والهدف من الاستمارة، وبعض الأسئلة لاستجلاب معلومات شخصية عن المجيب، كسنه، منصبه، أقدميته في الوظيفة، مستواه العلمي.

القسم الثاني: تضمن مجموعة الأسئلة لقياس المتغير المستقل؛ حيث ضم 11 عبارة مثلت:

- التفويض: شمل العبارات من 1 إلى 7

- المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج: شمل العبارات من 8 إلى 11

القسم الثالث: يمثل انعكاسات المتغير المستقل على نوعية الخدمة من وجهة نظر الموظفين؛ حيث ضم 18 عبارة مثلت:

¹ Marie-Laure Gavard-Perret et autres, méthodologie de la recherche : réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion, Ed Pearson Education, Paris, 2008, p145.

² (بدري) أحمد زكي، معجم مصطلحات العلوم الإدارية، مطبعة النهضة العربية، مصر، سنة 1984، ص 356.

³ (سيكران) أوما، طرق البحث في الإدارة، مدخل لبناء المهارات البحثية، تعريف (بسيوني) اسماعيل علي، دار المريخ، السعودية، سنة 2006، ص 338.

- انعكاس التفويض على نوعية الخدمة: شملت العبارات من 12 إلى 22
- انعكاس المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج على نوعية الخدمة: شملت العبارات من 23 إلى

29

12-2-1- الاستثمار الموجهة للمرتفقين: وضمت قسمين:

القسم الأول: تضمن مقدمة تعريفية بموضوع البحث والهدف من الاستثمار، وبعض الأسئلة لاستجلاب معلومات شخصية عن المجيب، كسنة، جنسه، مستواه العلمي ومقدار تردده على المؤسسة بغرض تلقي الخدمة الصحية.

القسم الثاني: تضمن مجموعة الأسئلة لقياس المتغير التابع وضمت 23 عبارة شملت الأبعاد التالية:

- الاعتمادية: شملت العبارات من 1 إلى 5
- الاستجابة: شملت العبارات من 6 إلى 9
- الضمان: شملت العبارات من 10 إلى 13
- الملموسية: شملت العبارات من 14 إلى 18
- التعاطف: شملت العبارات من 19 إلى 23

تم توزيع بعض هذه الاستثمارات من قبل الباحث نفسه وبعضها الآخر بالاستعانة بوسطاء وزملاء المهنة السابقين في قطاع الصحة.

12-3- الاختبارات الخاصة بأداة الدراسة:

أ-الصدق الظاهري: قام الباحث بتوجيه الاستثمار إلى مجموعة من الأساتذة الباحثين وبعض المهنيين ممن تابعوا تكويننا جامعيًا لما بعد التدرج (أسماؤهم مدرجة في الملحق رقم 01) لتحكيمها وتقييم صياغة الأسئلة من حيث استجابتها لأهداف الدراسة وحسن وسلامة الأسلوب.

وقد عمل الباحث على الأخذ بالملاحظات المقدمة وتعديل الهفوات الواردة في الصياغة الأولى لأسئلة الاستثمار.

ب-ثبات أداة القياس: وذلك من خلال احتساب معامل ألفا كرونباخ لمختلف أبعاد متغيرات الدراسة؛ حيث كان هذا المعامل جد مقبول متجاوزًا 60%، ما يدل على ثبات الأداة في قياس المتغيرات في ظل ظروف مختلفة. وتظهر نتائج معامل ألفا كرونباخ نحو متغيرات الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (1-4) يوضح نتائج ألفا كرونباخ نحو متغيرات الدراسة

معامل الثبات	عدد العبارات	المتغيرات		الاستمارة الموجهة للموظفين
		التفويض	المتغير المستقل (نمط التسيير)	
0,771	7	التفويض	المتغير المستقل (نمط التسيير)	الاستمارة الموجهة للموظفين
0,866	4	المشاركة	المتغير المستقل (نمط التسيير)	
0,792	11	التفويض	انعكاس نمط التسيير على نوعية الخدمة	
0,766	18	المشاركة	انعكاس نمط التسيير على نوعية الخدمة	
0,820	29	الاستمارة ككل		الاستمارة الموجهة للمرتفقين
0,938	5	الاعتمادية	المتغير التابع (جودة الخدمة)	
0,878	4	الاستجابة		
0,808	4	الضمان		
0,751	5	الملموسية		
0,751	5	التعاطف		
0,910	23	الاستمارة ككل		

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

13- الأدوات الإحصائية المستخدمة:

في هذه الدراسة قام الباحث بالاستعانة بالإحصاء الوصفي بغرض توصيف عينة الدراسة والإحصاء الاستدلالي لاختبار فرضيات الدراسة؛ حيث ومن خلال حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية، تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

- ✓ معامل ألفا كرونباخ لقياس مدى ثبات أداة الدراسة- الاستمارة.
- ✓ معامل الارتباط بيرسون من أجل اختبار الصدق البنائي لأداة الدراسة.
- ✓ حساب معامل الالتواء ومعامل التفلطح من أجل اختبار خضوع الدراسة للتوزيع الطبيعي .
- ✓ حساب التكرارات والنسب المئوية بالإضافة إلى مقاييس النزعة المركزية و التشتت، حيث تم استخدام المتوسط الحسابي من مقاييس النزعة المركزية والانحراف المعياري من مقاييس التشتت و ذلك من أجل دراسة اتجاهات أفراد العينة حول فقرات الإستبيان، إضافة إلى المتوسطات المرجحة لمعرفة درجة الموافقة العامة على محاور الدراسة.
- ✓ اختبار Anova لمعرفة مدى ملاءمة نموذج الدراسة.

✓ مصفوفة معامل الارتباط من أجل التعرف على درجة الارتباط بين المتغيرات المستقلة والتابعة في الدراسة.

✓ الإنحدار (R^2): من أجل معرفة مقدار ما يفسره المغير المستقل في المتغير التابع، مع توضيح مستوى الدلالة.

علما أن الاستمارة قد اعتمد فيها مقياس ليكرت الخماسي الذي يقدم مستويات الإجابة حسب مجموعة من المتوسطات الحسابية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (5-1): الأوزان والاتجاهات لمقياس ليكرت الخماسي.

1	2	3	4	5	الأوزان
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الاتجاه
1.79-1.00	2.59-1.80	3.39 -2.60	04.19-3.40	05.00-4.20	المتوسط الحسابي

المصدر: عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام برنامج (SPSS)، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، 2008، ص540

14- الدراسات السابقة:

استعان الباحث في إجراء بحثه ببعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الخدمة الصحية ونوعيتها (جودتها) وذلك محاولة منه الإحاطة بالمفاهيم والمناهج التي استخدمت سابقا في تناول هذا الموضوع ونقاط التشابه والاختلاف مع ما يرمي إليه في بحثه.

ومن جهة أخرى معرفة أهم النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات بما يكون منطلقا أساسيا للمساهمة في التراكمية المعرفية من خلال هذا البحث.

هذه الدراسات التي اطلع عليها الباحث، تنوعت بين المكتبة الجزائرية، العربية والأجنبية. وقد كانت كالتالي:

1- الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-"¹ وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية من قبل الباحثة العلواني عديلة.

عالجت هذه الدراسة إيجابيات وسلبيات النمط التعاقدى ومدى قدرته على تفعيل أداء أنظمة تمويل الصحة وعلى الأخص أنظمة التأمين الصحي.

أهم النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة فيما يتعلق بالجزائر هو أن:

- ✓ المتطلبات القبلية لتأسيس النمط التعاقدى لا تتوفر في التجربة الجزائرية وخاصة منها؛ القدرة التقنية للممثلين والقبول السياسي الجاد والداعم لتجسيد هذا الأسلوب على أرض الواقع.
- ✓ النمط التعاقدى في الجزائر يندرج ضمن إستراتيجية شراء الخدمات والتي من شروطها الفصل بين هيئات التمويل وهيئات تقديم الخدمات.
- ✓ إنجاح النمط التعاقدى في الجزائر يتطلب إعداد هيكل ومؤسسات تتوفر على الشروط اللازمة والكفيلة بإنجاح هذه العملية، وممثلين لديهم القدرة على التفاوض مع الهيئات المعنية، مع ضرورة توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة، واستخدام أدوات الرقابة الكفيلة بمتابعة تطور هذه العملية وتقييمها.
- ✓ النمط التعاقدى هو أحد أساليب التمويل الكفيلة بتفعيل أداء المنظومة الصحية في الجزائر إذا ما تمت صياغته بالشكل السليم.

التعليق: استفاد الباحث كثيرا من هذه الدراسة في تأصيل الجانب النظري حول النمط التعاقدى وأنواعه وتطبيقاته المختلفة لكونه يمثل نمطا مهما من أنماط تسيير المنظومات الصحية، إضافة إلى تناولها الآثار المترتبة عن تطبيق هذا النمط في الجزائر وهو ذات السياق الذي يتطرق إليه الباحث في جزء من هذه الدراسة مع تركيزه على أثر هذا النمط وغيره على نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسات العمومية للصحة.

¹ (العلواني) عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، 2011.

الدراسة الثانية: حملت هذه الدراسة عنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية"¹ عن طريق دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة، وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير من قبل الطالبة عتيق عائشة.

تناولت هذه الدراسة إشكالية واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ومدى تأثيرها على رضا المريض؟

وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي من خلال أسلوب دراسة حالة والتي كانت على مجموعة من المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة خلال شهر نوفمبر 2011.

وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة إلى تتمثل فيما يلي:

- المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أن العوامل مثل العمر والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغيرها تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية،
- رضا المرضى عن جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان والتعاطف، بينما كان معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية،

التعليق: استفاد الباحث من هذه الدراسة في تكوين صورة أولية عن تقييم مستعملي المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر لجودة الخدمة الصحية من خلال الحالة المدروسة المتمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لسعيدة.

الدراسة الثالثة: حملت هذه الدراسة عنوان "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2000-2009"² من خلال دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، للباحث (خروبي بزاره عمر)

هدف هذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر (سياسة إصلاح المنظومة الصحية) في الفترة الممتدة من 1999 إلى 2009 وذلك من خلال دراسة تحليلية لعملية الإصلاح المنتهجة في هذه الفترة.

¹ (عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، مدرسة الدكتوراة للتسيير الدولي للمؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية 2011-2012

² (خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2000-2009 دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة غير منشورة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3، السنة الجامعية 2010-2011.

استخدم الباحث في دراسته هذه مجموعة من المناهج متمثلة في المنهج الوصفي اعتماد على أسلوب دراسة حالة، إضافة إلى المنهج التاريخي والإحصائي.

توصلت الدراسة إلى أن نجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن، وهو ما لم تصل إليه الجزائر بعد، كون المؤسسات الصحية في الجزائر هي مؤسسات بيروقراطية أكثر منها خدمتية، حيث أنه من الصعوبة فهم العلاقة التي تربط بين المستخدمين داخل المؤسسة الصحية، سواء كانت علاقة رسمية أو غير رسمية، وذلك ما يؤدي إلى ظهور بوادر اللااستقرار والدخول في صراعات فئوية بارزة، وهذا ما يسمى بإشكالية السلطة داخل المؤسسات الصحية.

التعليق: أفادت هذه الدراسة الباحث في تشخيص واقع المنظومة الصحية في الجزائر والآفاق المرجوة من الإصلاحات الحادثة حتى سنة 2009، أي بعد اعتماد الخارطة الصحية الجديدة في سنة 2007. كما أنها حاولت تقديم تشخيص لكيفية إدارة المؤسسات الصحية العمومية والوصول إلى توصيفها بالبيروقراطية، ما يعد منطلقاً أيضاً للباحث في تحديد الأنماط التسييرية التي عرفت هذه المؤسسات.

حدود هذه الدراسة امتدت لفترة قصيرة من اعتماد الخارطة الصحية (أي حتى سنة 2009)، ما يجعل عدة متغيرات حادثة فيما بعد هذه الفترة لم تكن قد حظيت بالدراسية هنا، وذلك فيما يتعلق بالأدوات التسييرية المحدثة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

وهو ما سيحاول الباحث في دراسته هذه الإحاطة بها ومناقشتها.

الدراسة الرابعة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية"¹ المعدة من طرف: نجاة صغيرو.

هدفت الباحثة من خلال بحثها هذا إلى التعرف على تقييم الزبائن (المرضى) لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم وتحديد أهم العناصر التي يوليها المريض نسبة عالية والتي تساعد إدارة المؤسسة على إعادة تشكيل أوضاعها لما تقتضيه الحاجة.

اعتمدت الباحثة في معالجتها لموضوع الدراسة على المنهج الاستنباطي والاستقرائي.

توصلت الباحثة إلى أهم النتائج التالية:

¹ (صغيرو) نجاة، **تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية** - مذكرة غير منشورة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3، السنة الجامعية 2010-2011.

- ضرورة تصميم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى،
- أفراد عينة الدراسة يقيمون كل بعد من أبعاد الجودة تقييما إيجابيا،
- أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري الملموسية والتعاطف،
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الصحية التي يقصدها المريض تؤدي دورا أساسيا في تحسين جودة الخدمات المقدمة،
- عدم وجود فوارق واضحة بين آراء وانطباعات أفراد عينة الدراسة نحو الجودة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة باختلاف: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة.

التعليق: قدمت هذه الدراسة تحليلا لجودة الخدمة الصحية وتقييمها من وجهة نظر الزبائن ومدى إمكانية تطويع الإدارة لممارساتها بغرض تحقيق الرضائية عن الخدمة من قبل المنتفعين.

وقد استفاد الباحث من هذه الدراسة كنموذج يعزز المكتسبات المعرفية حول مستوى جودة الخدمات الصحية في الجزائر إضافة إلى ما تم التعرف عليه من خلال دراسة "عتيق عائشة" السابقة.

الدراسة الخامسة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة في الجزائر - دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة"¹ وهي مقدمة ضمن برنامج البحث الوطني (PNR) من فريق بحث تحت إشراف الدكتور: (خنشور) جمال،

هدفت هذه الدراسة أساسا إلى وضع آلية علمية لتقييم مخرجات تسيير المنظومة الصحية من جهة ومن جهة أخرى تقييم هذه الآليات التسييرية بحد ذاتها والكشف عن الخلل الحادث في الخارطة الصحية الجديدة وإمكانية مراجعتها في ضوء النتائج المحصل عليها، بما يحقق الأهداف الاستراتيجية المقررة للمنظومة الصحية المتمثلة في تثمين الجانب العلاجي وتحسين الجانب الوقائي وكذا عقلنة وترشيد الإنفاق الصحي،

في هذا المشروع البحثي تمت الاستفادة من استخدام المنهج الوصفي والمسحي والإحصائي التحليلي.

كانت أهم النتائج الرئيسية المتوصل إليها في البحث هي:

- ضعف الكفاءة التشغيلية للمستشفيات

¹ (خنشور) جمال، (بن فرحات) عبد المنعم وآخرون، **تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة - دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة**، بحث ميداني مقدم في إطار البرنامج الوطني للبحث (PNR)، للفترة من جوان 2011 إلى جويلية 2013، كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة.

- اقتصار العمل الوقائي على الوقاية من الدرجة الثالثة في ظل إغفال لأهمية الوقاية الأولية والثانوية مع تسجيل قصور في التنفيذ المتقن لبعض البرامج الوطنية للصحة،
- ضعف الاعتناء بحاسبة التكاليف وبنظام معلومات التسيير المحاسبي وكذا الموارد البشرية، رغم توفر القطاع الوزاري المكلف بالصحة على شبكة انترانات (**intranet**) لذات الغرض، إلا أن استغلالها ما زال بطيئا جدا.
- ثبات الهياكل التنظيمية بين جميع المؤسسات، بما يتعكس مع المرونة في إعداد الهياكل التنظيمية وتوفيقها مع المتطلبات والخصوصيات المتعلقة بكل مؤسسة.
- ضعف دور مجلس الإدارة في مباشرة مهامه القيادية والتداولية وانفراد المصالح المركزية في عملية التخطيط وإصدار التعليمات.
- ضعف التنسيق بين المؤسسات الحديثة على إثر الخارطة الصحية الجديدة، ما يدفع لإعادة النظر في هذه الخارطة والعمل وفق نظام الأقطاب وتكريس تعضيد الوسائل (**la mutualisation des moyens**) وذلك بغرض ترشيد الإنفاق من جهة ومن جهة أخرى تسهيل تحقيق العدالة وسهولة الوصول إلى العلاج للمواطن والابتعاد عن البيروقراطية والإجراءات الإدارية غير اللازمة في تلقيه للخدمة الصحية.

التعليق: إضافة إلى كون الباحث مشاركا في الفريق البحثي الذي تناول تقييم فعالية تسيير مؤسسات الرعاية الصحية في الجزائر بالدراسة، فقد كان هذا العمل بالنسبة له مساهما في اختبار بعض الفرضيات المتعلقة بتسيير المنظومة الصحية في الجزائر وتأثيرها على المخرجات الخدمية.

إضافة إلى ذلك فهذه الدراسة اعتمدت في تقييمها لمستويات الخدمة على المؤشرات الكمية الاستشفائية والوقائية من خلال دراسة لعينة من مؤسسات ولاية بسكرة. وهو ما يعد مدخلا آخر لتقييم نوعية الخدمة.

الدراسة السادسة: حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية"¹ من خلال دراسة ميدانية على ثلاثة مستشفيات عمومية تابعة لولاية البويرة (مستشفى محمد بوضياف البويرة، مستشفى الأخريرية، مستشفى عين بسام)، للباحث (سنوسي علي)

¹ (سنوسي) علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر - دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة حسنية بن بو علي (الشلف)، الجزائر، سنة 2009، ص ص 289-304.

عالجت هذه الدراسة إشكالية المعوقات التي تؤدي إلى عدم رضا المواطنين عن مستوى الخدمات التي يحصلون عليها في القطاع الصحي العمومي، رغم الاهتمام المتزايد الذي يحظى به خلال السنوات الأخيرة.

استخدم الباحث لمعالجة الإشكالية المطروحة قائمتين للاستقصاء، الأولى لقياس اتجاهات مسؤولي الإدارة باستخدام مقياس مكون من أحد عشر عنصرا تمثل المقاييس الفرعية للفعالية التنظيمية والقائمة الثانية لقياس مستوى رضا المستفيدين مكونة من خمس عناصر لقياس رضا المستفيدين.

خلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- ضرورة تبني ومساهمة مديري المستشفيات في العمل المستمر على تطوير وتحسين مستوى الأداء، من خلال الاستعانة بالخبرات الاستشارية المتخصصة في مجال الإدارة ونظم المعلومات والرقابة والجودة، مع ربط جهود التطوير بنظم فعالة لتقييم الأداء،
- أهمية حل المشكلة الخاصة بجمود اللوائح والقوانين والتشريعات المطبقة في مختلف المؤسسات الصحية والتي تحد من حرية المديرين في اتخاذ القرارات، كما تقف حائلا أمام تلك المنظمات نحو التطوير والتجديد وتحقيق الإصلاح المنشود.
- إيجاد الوسائل التنظيمية التي تسمح بزيادة فرص المشاركة في الإدارة، ما يضمن ارتفاع مستوى أداء وجودة التخطيط ورسم السياسات وتحقيق رقابة ذاتية على مستوى المستشفى .
- ضرورة العمل على إيجاد معايير قياسية للأداء لتوجيه العمل بالمستشفى، مع توفير هذه المعايير لجميع المستشفيات حتى يتسنى مقارنة الأداء بالمستشفيات ككل،
- أن يراعى في اختيار مديري المستشفيات توافر القدرات الادارية والتنظيمية، بما ينعكس ايجابا على أداء المستشفى،
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية،
- يجب أن تعتمد ادارة المستشفى على استراتيجيات توقعات العملاء ومتطلباتهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم،
- إمداد المستشفيات بالأجهزة الطبية الحديثة، والعمل باستمرار على تحديثها للارتفاع بمستوى الأداء، فضلا عن تأثيرها في عمليات التسويق والجودة بالمستشفيات.

التعليق: معالجة هذه الدراسة لموضوع الفعالية التنظيمية وربط ذلك بتحسين الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية، يعتبر مرتكزا مهما للباحث في فهم العلاقة بين التنظيم الإداري المعتمد ومستوى الخدمة المقدم.

وإذا كانت هذه الدراسة قد ركزت أكثر على الجوانب التنظيمية بالمؤسسة الصحية العمومية، فإن العمل البحثي الذي سيتم إجراؤه حالياً، يقوم أساساً على دراسة علاقة نمط التسيير المتبع بجودة الخدمة الصحية.

II- الدراسات العربية:

الدراسة السابعة: حملت هذه الدراسة عنوان " قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين "¹ للباحث (صلاح محمود ذياب)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى استخدام المستشفيات الحكومية الأردنية لأبعاد جودة الخدمات الطبية. ومدى معرفة العاملين في تلك المستشفيات لأبعاد جودة الخدمات الطبية،

تم في هذه الدراسة استخدام المنهج الإحصائي الوصفي بالإضافة إلى المنهج الاستقرائي التحليلي وذلك على عينة تنتمي إلى جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وعددها (30) مستشفى في مختلف محافظات الأردن الاثنى عشر.

أظهرت الدراسة النتائج التالية أن:

- إدارة المستشفيات الحكومية أظهرت اهتماماً في أبعاد الجودة للخدمة الطبية عدا بعد الاستجابة الذي كان ضعيفاً، إذ ومن خلال مقارنة المتوسطات الحسابية فإن الترتيب التنازلي للأبعاد هو الملموسية كان أكثر الأبعاد تطبيقاً ثم الاعتمادية، فالضمان، فالتعاطف، وأخيراً الاستجابة .
- أن توقعات المرضى للخدمات المتوقعة كانت إيجابية بما يرتبط بأبعاد الخدمة الطبية (الاعتمادية، الأمان والملموسية)، أما فيما يتعلق بتوقعات المرضى لبعدي التعاطف والاستجابة فقد كانت سلبية وهذا يؤكد وجود فرق بين الخدمات الطبية المقدمة فعلاً والمتوقعة لهذين البعدين (الاستجابة والتعاطف).

التعليق: يستفاد من هذه الدراسة في إدراك أبعاد الجودة وتطبيقاتها من قبل المؤسسات الصحية العمومية في بيئات أخرى غير البيئة الجزائرية ولكن تماثلها من حيث الأبعاد الثقافية والاجتماعية، ومحاولة فهم السياقات التي يمكن أن تكون ذات أثر إيجابي في تحقيق خدمة بمواصفات الجودة.

¹ (ذياب) صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، يناير 2، ص69-104

III-الدراسات باللغة الأجنبية:

الدراسة الثامنة: حملت هذه الدراسة عنوان " **Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise** (1980-2009)¹ للباحث (Jean-Paul Domin)

تناول الباحث في دراسته إشكالية تسيير المستشفيات العمومية في فرنسا بين منطق المستشفى البيروقراطي ومنطق المستشفى-المؤسسة، إذ أن الانتقال الذي عرفه القطاع الاستشفائي العمومي في فرنسا من خلال القوانين المختلفة، كان يستهدف أساسا إعادة تعريف تسيير هذه المؤسسات من مقارنة بيروقراطية إلى مقارنة إدارة الأعمال، بما يضمن من الناحية النظرية رشادة ومرونة أكثر في التسيير الصعوبات الفعلية التي تعيق هذا التحول التسييري بالنظر إلى طبيعة وخصائص المستشفى العمومي.

اعتمد الباحث منهجا يقوم على تحليل النصوص القانونية الضابطة لعملية التسيير وإدارة المستشفى العمومي وموقعها من المدارس الإدارية المختلفة، في محاولة فهم منطق تفكير المستشفى منطلقا من التحليل البيروقراطي فعلاقات الوكالة المعتمدة في هذه المنظمة وصولا إلى التفكير في المستشفى المؤسسة (hôpital-entreprise).

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- منطق إدارة المستشفى هو منطق إداري بيروقراطي، بحيث يعود في أساسه إلى النمط التسييري للمستشفى عقب الثورة الفرنسية من خلال قانون 07 أكتوبر 1796، حيث عهد تسيير المؤسسة الاستشفائية للجنة إدارية (commission administrative) مكونة من 05 مواطنين يقيمون في البلدية المقر، برئاسة رئيس البلدية ويعينون أمينا يدير المستشفى بشكل فعلي، ليغير هذا الأمين فيما بعد ويصبح بصفة المدير ويتمتع بسلطة محاسبية وهرمية،
- استمرار المنطق البيروقراطي رغم التعديلات التي مست تنظيم مجلس الإدارة -بعد الجمهورية الخامسة سنة 1958- الذي حل محل اللجنة الإدارية،
- تقليص دور مجلس الإدارة الديمقراطي الذي لا يتداول سوى في التوجيهات الكبرى للمؤسسة،

¹ (Domin) Jean-Paul, *Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009)*, , archive ouverte en sciences de l'homme et de la société, <http://halshs.archives-ouvertes.fr>, visité le 05/09/2011.

- أهمية اعتماد النموذج البريطاني الذي يحقق الديمقراطية في التسيير والرقابة على الأداء واتخاذ القرارات. ويمكن بالتالي من تحسين النتائج المرجة من الخدمة المقدمة في المؤسسة الصحية؛ حيث يقوم هذا النموذج على:

- ✓ الارتكاز على مفهوم الخصوصية الاجتماعية (social ownership)،
- ✓ السلطة تقوم على مبدأ عدم التركيز،
- ✓ المديرون والأطباء يحددون الأهداف بكل حرية وتخضع قراراتهم في المقابل لرقابة مجلس المؤسسة (board of governor) المشكل نصف أعضائه من ممثلي الأجراء والنصف الثاني من ممثلي الهيئات الشريكة،
- ✓ مدير المؤسسة والمدير المالي والمدراء المساعدين، يوظفون من قبل هذا المجلس الذي يقوم بدور المصادقة على التوجهات الإستراتيجية للمؤسسة، الرقابة على الفعالية، جودة العلاجات والنتائج المالية للمؤسسة.

التعليق: شكلت هذه الدراسة للباحث، منطلقا أساسيا في فهم المنطق الفلسفي للتفكير الإداري بالمؤسسات الصحية العمومية والسياق التاريخي الذي أنشأه، خاصة وأن المنظومة الصحية الجزائرية بهياكلها وأعرافها الإدارية وثقافتها التنظيمية موروثه بالأساس من العهد الاستعماري.

وهو ما يجعل السياق التاريخي والفكر الإداري للقطاع الصحي العمومي الفرنسي دليلا أساسيا لفهم نظيره في الجزائر.

إضافة إلى ذلك فإن كثيرا من الإشكالات والعوائق التسييرية التي يعاني منها قطاع الصحة العمومي في الجزائر تتماثل مع تلك الإشكالات والعوائق التي يعاني منها القطاع الصحي العمومي الفرنسي.

الدراسة التاسعة: حملت هذه الدراسة عنوان " *quelles formes organisationnelles pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public*"¹ للباحث (CUEILLE) Sandrine.

ناقشت الباحثة في دراستها هذه إشكالية العلاقة التنظيمية والتسييرية للمرفق العمومي من خلال نموذج المستشفى العمومي وبين المنتج الذي يقدمه هذا المرفق. وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

¹ (CUEILLE) Sandrine, *quelle formes organisationnelles pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexions sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public*, revue politique et management public, volume 25, n° 4, décembre 2007, institut de management public, 2007.

- هل نمط التسيير والتنظيم المتبع داخل المرفق العام الصحي، له تأثير في طبيعة النشاط الذي يقوم به؟

- كيف يمكن تطبيق المبادئ المحددة للمرفق العام عند اعتماد الأنماط الحديثة من القطاع الخاص؟

اعتمدت الباحثة في دراستها هذه على الدراسة الوثائقية من خلال تحليل النصوص القانونية والتنظيمية التي تحكم تسيير وتنظيم المرفق العمومي بشكل عام من ونموذج المستشفى العمومي بشكل خاص، بالتطرق لمختلف التحولات التنظيمية والمقاربات التسييرية التي عرفت هذه المؤسسة وموقعها من النظرية الإدارية من جهة والإبداعات الحاصلة في القطاع الخاص ومدى إمكانية الاستفادة منها في تحسين مردودية وكفاءة الخدمة الصحية العمومية.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هو:

- تحديد مبادئ نموذج جديد للتنظيم داخل المستشفى العمومي يرتكز على التنسيق الشبكي بدل التنسيق الهرمي. وذلك عن طريق:

✓ التعاون بين المؤسسات الصحية العمومية، بما يتوافق مع مهام المرفق العام الأساسية: العدالة، الإستمرارية، النوعية والحيادية، من جهة وبما يحقق لهذا المرفق تحسين الوصول للعلاج،

✓ تنمية أداة الإقليم الصحي، بدلا من القطاع الصحي.

- إعادة تعريف مفهوم المرفق العام الصحي من خلال تحديد المهام المرتبطة بكل الفاعلين في هذا المجال من التنسيق الشبكي.

التعليق: الفائدة الأساسية التي كانت للباحث من خلال هذه الدراسة، هي تطرقها لمفهوم المرفق العام ومحدداته القانونية ومدى إمكانية الاستفادة من أدوات التسيير المعتمدة في القطاع الخاص، بغرض تحسين أداء القطاع العمومي وكفاءة مخرجاته (أي جودة الخدمة الصحية في نموذج المستشفى العمومي) من جهة والمحافظة على مبادئ المرفق العمومي المتمثلة في الحيادية، العدالة، الاستمرارية والنوعية، أو إعادة تعريف مفهوم هذا المرفق وأدواره.

ويعتقد الباحث أن هذه الدراسة مثلت مدخلا أساسيا في تنمية البحث حول استخدام المناهج والأدوات التسييرية للقطاع الخاص لصالح القطاع العمومي وتكييفها ضمن المحددات القانونية للمرفق العام.

الدراسة العاشرة: حملت هذه الدراسة عنوان "Performance et pouvoir dans l'hôpital"¹ للباحث Thiery (NOBRE)

يطرح الباحث في دراسته إشكالية كفاءة المستشفى العمومي وفق السياق الحديث للخدمة الصحية ومتطلبات جودتها، متجاوزة بذلك المفهوم التقليدي للمستشفى القائم على القدرات الاستيعابية (عدد الأسرة...) وضمان العلاجات.

اتبع الباحث منهجية البحوث التدخلية أو الإجرائية (méthodologie de recherche intervention) أو البحث عن طريق الفعل بالمشاركة (recherche-action) وذلك من خلال إجراء رصد للاختلالات الموجودة لتقييم فعالية التكفل بالمريض داخل المستشفى.

خلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- التحليل يبرز أن السياق الاقتصادي والتحول التي عرفتها الممارسة الطبية أثرت بشكل أساسي على آلية الكفاءة،
- التحولات التي عرفتها الممارسة الطبية، أفرزت معها تطورا في علاقات السلطة داخل المستشفى العمومي ؛ حيث أن المهنيين الطبيين أصبحوا الفاعلين الأساسيين في مقابل تقلص دور شبه الطبيين وكذا الإداريين،
- هذا التطور في العلاقات الذي يسميه Mintzberg بالبيروقراطية المهنية (la bureaucratie professionnelle)، يمثل تحديا في إيجاد توازن بين سلطات الفاعلين وضمان الاستمرار في مهمة المرفق الصحي العمومي في تقديم خدماته ضمن المنظومة الصحية الوطنية،
- أهمية خلق ثقافة تنظيمية تعنى بتحسين مستوى التنسيق بين سلطات الفاعلين الحاليين وإشراك فاعلين خارجيين (مستعملي المرفق الصحي بالأساس والمؤسسات الأخرى التي لها علاقة بهذه المؤسسة) في اتخاذ القرار الذي تكون سمته الأساسية تحقيق معادلة الخدمة النوعية والأخذ بعين الاعتبار العقلانية الاقتصادية.

¹ (NOBRE) Thiery, *performance et pouvoir dans l'hôpital*, revue politique et management public, volume 17, n°3, septembre 1999, institut de management public, 1999..

التعليق: عالجت الدراسة السابقة إشكالية العلاقات السلطوية بين مختلف الفاعلين المهنيين وتأثيرها على تجانس الأداء العام للمرفق الصحي العمومي وانعكاس ذلك بالضرورة على نوعية الخدمات.

وقد استفاد منها الباحث في فهم السلوك التنظيمي داخل المؤسسة العمومية للصحة وما يترتب عليه من انعكاس على المخرجات الخدمية.

توظيف الدراسات السابقة:

استعان الباحث بالدراسات السابقة الأساسية التي اطلع عليها في بناء مخطط البحث ونموذج الدراسة الذي سيعتمده للإجابة على الإشكالية المطروحة، حيث أنه استرشد بهذه الدراسات في:

- ضبط الإشكالية وصياغة التساؤلات،
- ضبط الحدود النظرية للبحث،
- نموذج الدراسة التطبيقي ومنهجية فحص واختبار الفرضيات،
- بلورة الاستمارة لجمع البيانات وتحليلها فيما بعد،

15- هيكل الدراسة:

فضلا عن الفصل الأول المتعلق بالإطار العام للدراسة، فبغرض الإجابة على إشكالية للدراسة قسم البحث إلى أربعة فصول أخرى؛ حيث تم التطرق إلى المفاهيم النظرية للخدمة الصحية وآليات ومؤشرات تقييمها (الفصل الثاني) ثم تناول مفهوم المؤسسة العمومية للصحة وأهم وظائفها وأنماط تسييرها المختلفة وبعض التطبيقات العالمية والإيجابيات والسلبيات لهذه الأنماط على مخرجات الخدمة الصحية (الفصل الثالث) ليتم التطرق بعدها إلى المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر والتطورات التنظيمية التي عرفتتها والمقاربات التسييرية التي استصحبتها (الفصل الرابع) بينما خصص الفصل الخامس لإبراز واقع الخدمة الصحية في الجزائر من خلال بعض المؤشرات الكمية العلاجية والوقائية للفترة من 1990 إلى 2015 وتحليل الاستبيانيين الموزعين على مفردات عينة الدراسة ومحاولة تفسير المعطيات واستخلاص النتائج وتقديم بعض الاقتراحات في خاتمة الدراسة.

الفصل الثاني

أهمية ومعايير تقييم الخدمة

الصحية

تمهيد:

يتبادر إلى الذهن عادة أن الخدمة الصحية التي يتلقاها الإنسان مرتبطة فقط بالخدمة المقدمة في حالة المرض والتي تتمثل في بعض الأعمال المادية التي يقوم بها ممارس الصحة العمومية كإجراء بعض الفحوصات والإسعافات أو العمليات الجراحية...؛ غير أن الخدمة الصحية في حقيقة الأمر تتجاوز هذا التعريف المادي الملموس لأداء بعض ممارسي الصحة العمومية لنتسع إلى مفهوم أشمل يعنى برفاهية الإنسان ومدى تمتعه بالحياة، حال السلامة قبل حال المرض الذي يكون فيه مفهوم الخدمة الصحية محدودا بإزالة الألم أو التخفيف من المعاناة بسببه.

وأمام هذا المفهوم المتسع للخدمة الصحية يصبح من الصعب ضبطها بمواصفات محددة، بل تكون في بعض الأحيان أقرب إلى التفسير النفسي للحالات المستفيدة من الخدمة. وبالتالي تكون عملية ضبط وتقييم المخرجات الصحية صعبة لارتباطها من جهة بالجوانب الإنسانية النفسية والاجتماعية والاقتصادية ومن جهة أخرى فإن أهمية الصحة للمجتمع والاقتصاد ككل يفرض تحديدا لمجموعة من المعايير في توصيف الخدمة الصحية وكذا آليات تقييم مخرجاتها التسييرية، إذ أن هذه الخدمة وفي الزمن المعاصر لها مجموعة من المؤسسات التي تعنى بتقديمها وإدارة كيفية الاستفادة منها وتوصيلها لمستحقيها.

وفي هذا السياق يقدم هذا الفصل تعريفا بمؤسسات الخدمة الصحية ووظائفها وأهدافها المختلفة (المبحث الأول) و يبحث في الإجابة عن مفهوم ومعايير تصنيف هذه الخدمة (المبحث الثاني) ومؤشرات تقييمها (المبحث الثالث).

II-1- المؤسسة الصحية: تعريفها، وظائفها وأهدافها:

تتعدد أشكال المؤسسات الاقتصادية بين الخدمية والصناعية، الربحية وغير الربحية، ... وضمن ذلك تتموقع المؤسسة الصحية التي لها خصوصيتها المستقلة بحكم النشاط الذي تؤديه، الذي قد يأخذ الطابع الصناعي كما هو الحال بالنسبة لشركات الأدوية مثلا، أو الطابع الخدمي بغض النظر عن غايته الربحية أو غير الربحية كالمستشفيات، المخابر .. الخ.

وتعتبر المؤسسات الصحية عاملا مشتركا في أي مجتمع من المجتمعات، فنحن جميعا نتعامل معها من أجل الحصول على خدمة داخلية أو خارجية¹.

وفيما يلي سيتم التطرق إلى مفهوم هذه المؤسسة وأهم وظائفها وأهدافها.

II-1-1- تعريف المؤسسة الصحية:

يختلف تعريف المؤسسة الصحية من فرد لآخر، لاختلاف المداخل الإدارية واختلاف الشكل القانوني والصحي والتنظيمي.

ولأجل الاطلاع على مفهوم المؤسسة الصحية والاستشفائية منها على وجه الخصوص، فقد تم تقديم تعريف عام للمؤسسة الصحية وإفراد المؤسسة الاستشفائية منها بتعريف أدق، ثم تناول أنواع هذه المؤسسات وتصنيفاتها.

II-1-1-1- المؤسسة الصحية بشكل عام:

تعتبر المؤسسة مهما اختلفت نشاطاتها عبارة عن "مجموعة من الوسائل المادية و البشرية والمالية المنظمة بصفة عقلانية لتحقيق هدف معين وهي في ذلك تمارس نشاطا لبلوغ هذا الهدف"²، لذا يمكن اعتبار طبيعة النشاط والهدف معياران أساسيان لتمييز مؤسسة ما عن غيرها.

وبالنسبة للمؤسسة الصحية، فقد تناولتها عدة تعاريف، على أنها « كل مؤسسة تقدم الرعاية الطبية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات الساندة والصيانة الطبية »¹

¹ (ريحان) محمد، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، مقال في المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات، مطبوعات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، سنة 2004، ص 34

² (PASTRE) Olivier, (GABELLE) Lucile chérubin, (ACOSTA) Fernandes, Economie de l'entreprise, Economica, France, 2008, page 16.

فهي « كل هيئة تقوم بتقديم خدمات صحية ما، سواء كانت ربحية أو غير ربحية، أو كان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال مجموعة من المهنيين والمتخصصين»²

وما يستنتج من ذلك أن المؤسسة الصحية تتحدد بمعايير النشاط الهادف إلى إنتاج خدمة صحية ما، سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة.

II-1-1-2- المؤسسة الصحية الاستشفائية:

يعد المستشفى أهم المؤسسات الصحية على الإطلاق بحكم تشعب مهامه وتعدد وظائفه. وقد عرف من طرف الهيئة الأمريكية للمستشفيات أنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"³

وعرفته المنظمة العالمية الصحة من منظور وظيفي على أنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية"⁴، أي أنه "نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، تتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية في المجال الطبي"⁵

ويبدو أن التعريف المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة أكثر شمولاً؛ حيث لا يقتصر في تحديده لوظائف المستشفى على التشخيص والعلاج، بل شمل أيضا التعليم والتدريب والقيام بالبحوث.

¹ (نياز) عبد العزيز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية و التطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005، ص 362

² (البكري) ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، الأردن، 2005، ص 66.

³ (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص 5.

⁴ (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، المرجع أعلاه، ص 5.

⁵ (علوية) السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، إيتراك، القاهرة، 2001، ص 81.

وبناء على ذلك يمكن القول أن المؤسسة الصحية الاستشفائية هي عبارة عن نظام شامل يتكون من جملة من العناصر المتمثلة في¹:

- **الأهداف:** تمثل ترجمة للاحتياجات الصحية، وهي بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها الإدارة لتلبية هذه الاحتياجات.
- **المدخلات:** تمثل العنصر الإنساني، العنصر المادي وعنصر المعلومات وهي عناصر لازمة لقيام المؤسسة بنشاطها.
- **النشاطات:** والتي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل جميع العمليات التي تقوم بها مختلف الأقسام.
- **المخرجات:** وتتحصر المخرجات الأساسية بجودة الخدمات الطبية المقدمة المتعلقة بالأفراد عند خروجهم، والمخرجات المتعلقة بكفاءة المؤسسة.
- **التغذية المرتدة:** تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين وفقا للخطط المرسومة لها.
- **البيئة:** تمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة وعلى نموها.

II-1-1-3- أنواع المؤسسات الصحية:

يمكن تقسيم المؤسسات الصحية على أساس عدة معايير، من ذلك:

- ✓ معيار الملكية والتبعية الإدارية،
- ✓ معيار التخصص أو نوع الخدمة التي تقدمها،
- ✓ معيار الحجم أو الطاقة الاستيعابية،
- ✓ موقعها ومتوسط فترة الإقامة ... الخ

غير أن التقسيم على أساس الملكية ومعيار التخصص هما الأكثر شيوعا؛ حيث تصنف المؤسسات الصحية وفقا لمعيار الملكية والتبعية الإدارية إلى مجموعتين هما²: المؤسسات الصحية الحكومية والمؤسسات الصحية الخاصة، حيث أن:

¹ (حريستاني) حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 81.

² (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، مرجع سابق، ص 8-11

أ) المؤسسات الصحية الحكومية: يقصد بها تلك التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بهذا النوع من المؤسسات.

وتأخذ عدة أشكال منها: الخاصة بفئات معينة، المستشفيات الجامعية أو التعليمية، المستشفيات التخصصية، الوحدات العلاجية والمستوصفات... الخ.

ب) المؤسسات الصحية الخاصة: تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقاً لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الخاص في الدولة.

II-1-2- وظائف المؤسسة الصحية:

انطلاقاً من التعاريف المعطاة للمؤسسة الصحية الاستشفائية وبالأخص ذلك المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة، يمكن تفصيل الوظائف الأساسية للمستشفيات في ثلاثة وظائف رئيسية هي:

- ✓ الرعاية الطبية و الصحية،
- ✓ التعليم و التدريب،
- ✓ البحوث الطبية والاجتماعية.

II-1-2-1- الرعاية الطبية و الصحية:

أ) الرعاية الطبية: ويقصد بها الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من فحوصات معملية (مختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية.

ب) الرعاية الصحية: وتختلف أنشطة ومجالات الرعاية الصحية باختلاف ظروف البيئة المحلية في الدول المختلفة، ومن أهم الأنشطة والمجالات التي تشملها الرعاية الصحية ما يلي¹:

¹ معهد الإدارة العامة، ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها، السعودية، 1990، ص 337.

- ✓ البرامج التثقيفية بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.
- ✓ رعاية الأمومة والطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة.
- ✓ التحصين ضد الأمراض الرئيسية المعدية.
- ✓ الوقاية من الأمراض المتوطنة محليا ومكافحتها.
- ✓ العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة.
- ✓ توفير الأدوية والأمصال الأساسية.
- ✓ رعاية المسنين.
- ✓ الصحة العقلية والإعاقات البدنية.

وقد تختلف هذه القائمة غير النهائية من دولة إلى أخرى ومن مؤسسة إلى غيرها حذفاً أو إضافة.

II-1-2-2- التعليم والتدريب: إذ تمثل المؤسسات الصحية الاستشفائية بطبيعتها وعلى وجه الخصوص منها، المؤسسات الاستشفائية التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات، مراكز تدريب عملية للأطباء والمرضين والفنيين والأخصائيين، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والعقاقير المناسبة لها، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومن ثمة تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها¹.

II-1-2-3- البحوث الطبية والاجتماعية: تسهم المستشفيات بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه من معامل مخبرية وأجهزة وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل².

ومن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية الأدوية في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة.

¹ (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، مرجع سابق، ص 7.

² (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، مرجع سابق، ص 7.

ومن خلال المختبرات والتقنيات الطبية يمكن القيام بالبحوث الخاصة بتطوير علاجات بديلة أو طرق فحص أكثر تطورا أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى وانتشار المرض وغيرها.

II-1-3- أهداف المؤسسة الصحية:

تطور المحيط الاقتصادي والاجتماعي للمؤسسات الصحية الاستشفائية، عدل من مفهومها من مجرد مقدم للعلاجات والخدمات الصحية والطبية والتمريضية وشبه الطبية، إلى مؤسسات تعنى بتحقيق المعايير الاقتصادية في أدائها دون التأثير في غايتها الأساسية المتوجهة لإشباع الحاجة الصحية للمريض، فأصبح لزاما على المؤسسة الصحية العمل على تقديم خدمات ذات جودة ونوعية وبأقل التكاليف، أي تحقيق أكبر قدر من النجاعة المالية.

ومن هنا يمكن إجمال الأهداف الرئيسية للمؤسسات الصحية فيما يلي:

- ✓ الجودة الخدماتية،
- ✓ النجاعة المالية،
- ✓ ضمان خدمة المرفق العام.

II-1-3-1- الجودة الخدماتية:

في ميدان الصحة فإن المنظمة العالمية للصحة قدمت تعريفا للجودة أكثر تدقيقا؛ حيث تعرفها بأنها: « العملية التي تسمح بضمان لكل مريض بتلقي الأعمال التشخيصية والعلاجية التي تؤمن له أفضل نتيجة صحية ممكنة بأقل تكلفة وبأدنى خطر متوقع مع تحقيق أكبر حالة رضائية، بكل ما له علاقة بالإجراءات، النتائج والروابط الإنسانية داخل نظام صحي ما»¹

ويمكن اعتبار جودة الخدمات الصحية أيضا بمثابة الكفاءة أو الفعالية التسييرية المرتكزة على العامل البشري وقيمتها المضافة وتضمن تحقيق حركية متوازنة بين أهداف التنظيم، تكييف الموارد مع المحيط، الإنتاج الصحي السليم وتحقيق قيمة مضافة².

¹ (BRUNO) Fantino, (GERARD) Robert, guérir le système de santé de ses maux, édition ALEAS, Lyon, France, 2004, p 85

² Les coûts de l'hôpital, le prix du service public, Dossier FHF, France, 2004, p 04

وتعد جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض في صلب اهتمام السلطات العمومية، كما هو الشأن بالنسبة لمهنيي الصحة ضمن التعريف السابق، فالجودة داخل المؤسسة الصحية، تقتضي إشباع حاجات المرضى عن طريق التزام المؤسسة ذاتها، بتحسين وتطوير خدماتها المقدمة للمرتفقين في كل الجوانب وهو ما يتطلب ملاحظة وتحليلاً دورياً¹:

- ✓ تنظيم الخدمات،
- ✓ الفندقية و الإيواء،
- ✓ الاستقبال، ... الخ.

وذلك بغرض التحقق من أن هذه المؤسسة هي مطابقة بالفعل لمستويات الإتقان المحددة مسبقاً.

ويمكن تمييز ثلاثة أبعاد رئيسية للجودة الصحية داخل المؤسسات الصحية والتي تحدد نجاعتها وتبرر نشاطها²:

- **البعد العمودي:** يأخذ مرجعه من قدرة المؤسسات العلاجية على الاندماج في توجيهات نظام الصحة و الاتجاه نحو الأهداف العامة للمجتمع.
- **البعد الجانبي:** و يحدد قدرة المؤسسة الصحية على الاستجابة لحاجات المرضى الذين يقصدون خدماتها من جهة ومن جهة أخرى الاستجابة لتطلعات الأجراء، ممولي النظام والمواطنين بشكل عام.
- **البعد الأفقي:** ويحدد قدرة المؤسسة على مزاجية نشاطها مع باقي الوحدات العلاجية الأخرى المتواجدة في النظام الصحي، من أجل ضمان أفضل مقارنة من حيث المجالات المختلفة للمؤسسة، التقنية (أي التجهيزات الضرورية)، الطبية (أي العمل الطبي السليم)، العلاجية (أي الكفاءة اللازمة)، التنظيمية (أي الأجل اللازم، الوقت الضروري، المعلومة المهمة)، الاجتماعية (أي المكان الأفضل)، النفسية (أي التطلع المرغوب والاتصال السليم).

ويتطلب ذلك توافق ثلاثة رؤى مترابطة فيما بينها للجودة داخل المؤسسات الصحية³:

¹ (CHASSANIOL) Jean-Luc, **Performance hospitalière et management durable** : faire plus avec moins ?, XVI èmes journées nationales ADH (Association des directeurs d'hôpital), Cap 15, Paris, 22-23 mars 2007.

² (MARCON) Eric et autres, **Gestion et performance des systèmes hospitaliers**, édition Lavoisier, Paris, 2008, p 75, 76

³ (CLAVERANNE) JP., (PASCAL) C., **Repenser les processus à l'hôpital**, Média, Lavrosier, Paris, 2004, p4

- نظرة خارجية، قائمة على مؤشرات الصحة العمومية وترتكز على المؤشرات الصحية والتحليلية، مع الأخطار التي يمكن أن يجلبها تفسيرها السيء.
- نظرة طبية، تعمل على قياس فعالية النتائج بالنظر إلى المرجعيات الطبية وتهدف إلى تقليل الأخطار الإكلينيكية.
- نظرة إدارية، قائمة على مراعاة هدف عام وهو فعالية مجمل النشاطات داخل المؤسسة الصحية الاستشفائية.

II-1-3-2- النجاعة المالية:

العوائق التي يفرضها المحتوى الاقتصادي والاجتماعي للمحيط الاستشفائي، يجبر مسيري المؤسسات الصحية على تركيز أفعالهم حول قيادة مؤسساتهم ورسم استراتيجية متوافقة مع التخطيط الصحي.

فقد أضحى من المعلوم تزايد النفقات الصحية وأهمية حصتها بالنسبة للنتائج الداخلي الخام في معظم دول العالم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تصل نسبة نفقات الصحة إلى 15% من الناتج الداخلي الخام للبلد وفي فرنسا تصل إلى 11%¹.

وضمن فاتورة الإنفاق الصحي المتزايدة هذه، تبرز المستشفيات كأهم المؤسسات المكونة للنسيج الصحي في معظم البلدان، حيث تعرف نشاطاتها زيادة متسارعة بحسب تسارع الاكتشافات العلمية وتطور المهن الطبية على وجه الخصوص وهو ما يرفع بالمقابل من حجم النفقات بها.

وأهمية الإشكال الذي يطرحه حجم نفقات المؤسسات الاستشفائية من جهة ومحاولة عقلنتها والتحكم فيها من جهة أخرى، تبرزه نماذج التمويل المختلفة والهادفة إلى إيجاد نمط متجانس يحقق الرغبة في تدنية التكاليف وعقلنة الإنفاق وتحقيق الجودة في آن واحد.

II-1-3-3- ضمان خدمة المرفق العام:

يعرف المرفق العام بأنه «مشروع يستهدف النفع العام بانتظام واضطراد ويخضع لإشراف الدولة»²

¹ (TRAPEAU) Jérôme, **Rapport sur tarification et financement des hôpitaux**, EN3S, Saint-Etienne, 2008.

² (عبد الحميد) عبد المطلب، **الاتجاهات الحديثة في خصخصة المرافق العامة**، ندوة الإدارة الحديثة في إدارة منظمات الخدمة العامة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص26

ويتميز المرفق العام بعدة خصائص، أهمها طابع اللائق، عكس المرافق الخاصة، غير أن إدخال أو استجلاب أنماط التسيير الحديثة للمؤسسات الصناعية والخاصة ومحاولة تطبيقها على مؤسسات المرفق العام، يكاد يصيب هذه الخاصية في الصميم¹.

والمؤسسات العمومية للصحة تشكل واحدة من المرافق العمومية، فإن كانت ومن ناحية مطالبة بتعديل طرق تسييرها لتكون أكثر حيوية ومستجيبة لنماذج التسيير الحديثة، خصوصا ما تعلق بتحقيق الجودة الخدماتية والتحكم في التسيير المالي والميزاني لتحقيق نجاعة أكبر، فإنها ومن ناحية أخرى، يجب أن تسعى دائما إلى الحفاظ على استمرارية المرفق العام وضمان خدماته.

وتتميز مهام المرفق العام الصحي بعدة خصائص، أهمها²:

- ✓ مهام آخذة في الاتساع،
- ✓ مهام تضمن بأشخاص معنوية من القانون العام أو الخاص،

وأيا كانت مهام المرفق العام فهي تقوم على ثلاثة مبادئ رئيسية هي³:

- **الاستمرارية:** أي كان المرفق العام لا يجوز توقف نشاطاته لأي سبب من الأسباب وهذا للحالة المجتمعية إليه.
- **الحيادية:** أي أن المرفق العام لا يخضع في تعاملاته إلى منطق التفرقة الاثنية أو الدينية أو اللغوية بين مرتفقيه، والذين هم عامة المجتمع أو جزء منه بطابع خاص يحوز صفة المرتفق العمومي.
- **المساواة:** وذلك يعني سهولة الوصول إلى المرفق العام والاستفادة من خدماته من طرف الجميع وفق قواعد وآليات وضوابط تضمن له تحقيق ذلك.

¹ (YVES) Emrey et (GRIAQUE) David, **paradoxes de la gestion publique**, édition l'Hamattan, France, 2005, p p 64-65

² (MOLINIE) Eric, **l'hôpital public en France, Bilan et perspectives**, CES, France, 2005, p p 39-44.

³ (YVES) Emrey et (GRIAQUE) David, op.cit, page 65

II-2- الخدمه الصحيه: مفهومها وخصائصها وأنواعها

تتأني أهمية الخدمه الصحيه من أهمية الصحه في حد ذاتها كونها عاملا أساسيا ورئيسيا في أي عمليه تنمويه، بل إنه في اعتقادنا أن أي عمليه تنمويه إنما تستهدف رفاهية الإنسان وسعادته بالحياه وهما مرتبطان ارتباطا وثيقا بالصحه.

وبالنظر لأهمية الصحه فإن الخدمه المرتبطه بها أصبحت شغلا شاعلا لكل الدول وعديد المنظمات المحليه منها، الإقليميه والدوليه و كذا الفاعلين الاجتماعيين والسياسيين... وبالنظر أيضا إلى تعقيداتها وعدم معياريتها في كثير من الأحيان وتداخل العوامل المتعلقة بها، فإن كثيرا من الدراسات والأبحاث والاجتهادات كانت قد تناولت موضوع الصحه والمفاهيم والآليات المرتبطه بها...

وفي هذه الفقرات اللاحقه محاوله لتحديد مفهوم الخدمه الصحيه، خصائصها وأنوعها.

II-2-1- مفهوم الصحه وأهميتها:

يصعب في الحقيقه إعطاء تعريف جامع عن الصحه ويتأني ذلك من صعوبه قياسها؛ إذ تتجاوز الصحه في مفهومها المعطى المادي المرتبط بالسلامه من المرض إلى مجال أوسع يعنى بالرضا النفسي والسعاده بالحياه، "فالتمتع بحاله الصحه الجيده لا يعنى مجرد الحياه، بل يعنى القدره على التمتع بالحياه إلى أقصاها"¹.

وهي بحسب منظمه الصحه العالميه "حاله السلامة البدنيه والعقليه الكامله وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"²، كما تعرف على أنها "العلم والمهاره الذي يمنع ظهور الأمراض، لتمديد الحياه وتحسين الصحه والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعيه متفق عليها لتطهير الوسط ولتوعيه الفرد بقواعد الصحه الفرديه"³. لذلك فهي:

- تؤثر على المحيط من خلال تقليص قدرته على نقل الأمراض.
- تنظم عمليه الحصول على العلاج.
- تراقب الحاله الصحيه باعتبارها تعكس مدى شفافية السياسه التي تتبناها الإدارة.
- تعمل على الوقايه من الأوبئه الفتاكه.
- تتحمل أعباء الصحه الجماعيه.

¹ (الدمرداش) طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحيه، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، الطبعة الثانيه، سنة 2006، ص 17.

² (بوعنة) عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحيه، دار مكتبة الحامد، عمان، الأردن، سنة 2004، ص 27.

³ (فرانسوا) جون، مرجع سابق، صفح 10.

وتتمثل أهداف الصحة العمومية بحسب ما ذكره القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة العمومية و ترقيتها¹ في مادتيه الثانية والثالثة في ما يلي:

- "رفاهية الإنسان الجسمية والمعنوية وتفتحه ضمن المجتمع، ومن ثم تشكل عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلاد " (م02)؛ فالصحة إذن لها هدف أساسي هو المساهمة في إيجاد المناخ الملائم والجسم السليم للعامل الرئيسي لتنمية البلاد وهو الإنسان.

- حماية الإنسان من الأمراض والأخطار وتحسين ظروف المعيشة والعمل لا سيما عن طريق ما يأتي:

- تطوير الوقاية .
- توفير العلاج الذي يتماشى و حاجيات السكان.
- أسبقية الحماية الصحية لمجموعات السكان المعرضة للأخطار.
- تعميم ممارسة التربية البدنية و الرياضة و التسلية.
- التربية الصحية.

فالصحة إذا كمفهوم جامع تشمل الصحة البدنية، الاجتماعية والعقلية وهي ترتبط بعدة عوامل ك: "الدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الأفراد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير"²، إضافة إلى العوامل الوراثية.

II-2-2- مفهوم الخدمة الصحية:

هنالك عدة تناولات لمفهوم الخدمة الصحية تتمايز حسب وجهة النظر إليها، فهناك من يتناولها انطلاقا من كونها عملا تقنيا مرتبطا بالعلوم الطبية ومتطلباتها المعرفية، بينما يتناولها البعض من منظور آثارها الاجتماعية والاقتصادية والتنموية...

فمن التعاريف التي قدمت للخدمة الصحية هي أنها "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل"³ أو أنها "الخدمات الشخصية العلاجية، التأهيلية،

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 08، الصادر في 26 جمادى الأولى عام 1405 هـ، الموافق لـ 17 فيفري سنة 1985، القانون رقم 85-05 المؤرخ في 25 جمادى الأولى عام 1405 هـ، الموافق لـ 16 فيفري سنة 1985، المتضمن حماية الصحة و ترقيتها، المعدل والمتمم

² البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة (واشنطن دي سي: البنك الدولي، 1992) ص 71

³ (المساعد) زكي خليل، مرجع سابق، ص 87

الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية¹.

ويتضح مما سبق صعوبة إعطاء تعريف شامل للخدمة الصحية، فهي في جانب تلك الخدمة التي يطلبها المتلقي بنفسه عند المؤسسات المانحة لها سواء كانت مراكز استشفائية عامة أو تخصصية أو هياكل التشخيص والعلاجات القاعدية وهي أيضا في الوقت ذاته تلك المنفعة التي تلمس جانب السلامة البدنية، العقلية والنفسية وإن لم يطلبها المستفيد بنفسه مباشرة. فعملية التوعية والإرشاد الصحي والنفسي التي تنفذها مؤسسات الدولة الصحية أو المنظمات والهيئات التطوعية تعتبر حسب ما تقدم من تعريف من الخدمة الصحية.

ولعل عدم المعيارية المطلقة للمنفعة الصحية وارتباطها في شق منها بالانطباقية والقبول النفسي يزيد من صعوبة تحديد تعريف دقيق للخدمة الصحية؛ حيث أن المنافع المتحققة من الخدمات الصحية وخاصة العامة منها يمكن تقسيمها إلى²:

- منافع مباشرة ملموسة Tangible يمكن قياسها وحسابها، وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.
- منافع مباشرة غير ملموسة Intangible ويصعب قياسها، تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.
- منافع غير مباشرة يمكن حسابها، تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

ومن هذا المنطلق، يعتقد الباحث أن الاقتراب من الإحاطة بمفهوم الخدمة الصحية يفرض عرض خصائصها مقارنة بالسلع المادية وغيرها من الخدمات، ثم تناولها من جانبيها الوقائي والعلاجي.

II-2-3- خصائص الخدمة الصحية:

تتميز الخدمة الصحية عن غيرها من السلع والخدمات في عدة نقاط، يمكن ذكرها كما يلي:

¹ (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، مرجع سابق. ص 8-9

² (أحمد نصار) هبة، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة (القاهرة، جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 1983) ص 27،

II-2-3-1- من حيث الاستهلاك: وفي ذلك يمكن ذكر الخصائص التالية:

أ- صعوبة التعلم السريع لتقدير حجم التكلفة عند تكرار استهلاك الخدمة الصحية عكس الخدمات الأخرى وذلك لكونها في الغالب لا تتكرر دائماً أو وفقاً لذات الظروف وإنما هي حالة استثنائية؛ خاصة عند الحديث عن الخدمة الصحية العلاجية التي يطلبها المتلقي بنفسه عند حدوث علة جسدية، فالنشاط في المؤسسات الصحية الاستشفائية منها والوقائية ليس ثابتاً في حجمه؛ حيث يزداد الإقبال على هذه المؤسسات في بعض الفترات الزمنية ويرتفع حجم النشاط عندها، في حين ينخفض الإقبال في فترات زمنية أخرى، كما هو الحال في بعض المناطق في فصول الحر وبعض المناطق الأخرى في فصول البرد، كما أنه يتسم بالتغير على مستوى الأسابيع وحتى في اليوم الواحد يختلف حجم المرتفقين وبالتالي حجم النشاط والخدمات المقدمة بين ساعات الصباح، القيلولة والمساء... الخ¹.

ب- صعوبة تقدير حجم المنفعة المتأتية من الخدمة الصحية ومدى جودتها لكونها ليست سلعة معيارية تستهلك بظروف معيارية كما هو الحال في السلع والخدمات الأخرى²، كما أن ذلك يعود أيضاً إلى عدم فورية نتائج الخدمة الصحية فهي تتأخر لفترات تصل إلى أيام وربما أشهر أو سنوات، هذا في الخدمة الصحية العلاجية أما الوقائية فإن آثارها لا ترى في الغالب للفرد، وهي مرتبطة أكثر بالصحة المجتمعية ككل.

يضاف إلى ذلك أن استهلاك الخدمة الصحية هي علاقة احتمالية غير يقينية ومرتبطة بمهارة مقدم الخدمة وقدرته على التشخيص وإدراك المشكلة الصحية والتي عند الحديث عن كثير من الحالات العلاجية فهي عادة ما تكون ذات بعد نفسي عند المستهلك أكثر من كونها ذات جانب عضوي بيولوجي.

II-2-3-2- من حيث الموارد البشرية:

تتنوع الموارد البشرية العاملة في ميدان الصحة، غير أن أهم عنصر مرتبط بالتقديم الفعلي للخدمة الصحية يتمثل في الطبيب الذي يعتبر العارض الأول للخدمة (offreur des soins) والمحدد الأساسي لمقدار الإنفاق الصحي (le dépenseur de santé) من خلال ما يقدمه من عرض أو تلبية للطلب، سواء كان ذلك مباشرة أو عبر وسائط إدارية مختلفة.

¹ (عطية) أحمد هاشم، (عبد ربه محمد) محمد محمود، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية، المستشفيات، الدار الجامعية 2000، الإسكندرية، ص28.

² (نصيرات) فريد توفيق، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، سنة 2008، ص 33

وما يمكن ذكره عن المورد البشري كأحد عناصر تقديم الخدمة الصحية هو¹:

أ- غموض ميدان الطب وتعقيده وصعوبة فهمه للمتلقي العادي للخدمة، ما يجعل من الطبيب أو الممارس التقني في ميدان الصحة يملك قوة شبه احتكارية للمهنة (la corporation du métier)، وهو ما يضع طالب الخدمة الصحية أسيرا لهذا الممارس من حيث المعلومة التي يقدمها والتوجيهات التي يرشدها إليه أو الطرائق العلاجية التي يتبعها معه من جهة ومن جهة أخرى فإن هذا الممارس يصعب إخضاعه بالتالي للتعاملات الإدارية كغيره من المهن والوظائف؛ حيث يشعر الأطباء عادة بأنهم فوق الخضوع للإجراءات الإدارية وتحكمهم بالتالي أخلاقيات المهنة أكثر من تلك الإجراءات.

وبالمقابل من ذلك فإن طالب الخدمة وإن كان خاضعا للطبيب بحكم جهله باحتياجاته الصحية البيولوجية، فإن تقييمه لنوعية الخدمة ومدى جودتها يأخذ مسلكا انطباعيا، ما يجعل هذه الخدمة تأخذ طابعا ذاتيا في بعض الأحيان.

ب- وجود تمايز كبير لدى المجتمع الذي يشكل أفرادها العناصر الطالبة للخدمة الصحية و/أو المستهلكة لها في فهم سلوك الأطباء من حيث الدور المتوقع منهم وظيفيا أو النموذج السلوكي للممارسة ومقدار التركيز على العلاج وعلى الرعاية وعلى القداسة

II-2-3-3- من حيث التكاليف المالية:

تعرف الخدمات الصحية بشكل عام تزايدا كبيرا في حجم الإنفاق، نتيجة لعدة أسباب كالمطلوبات الصحية المتزايدة التي فرضها تطور المدنية والتقدم التكنولوجي وتوسع مفهوم الرعاية الصحية من جهة أخرى، الذي لم يعد مرتبطا أو مقتصر على الخدمة العلاجية القاعدية أو البرامج الوقائية التقليدية.

ويمكن سوق بعض الخصائص للخدمة الصحية من حيث تكلفتها كالتالي²:

أ- يعتبر الطبيب المقدم للخدمة والمحدد الرئيسي كذلك لحجم الإنفاق تجاه هذه الخدمة، إذ أن الأطباء كما تم ذكره سابقا يخضعون لحكمة ذاتية كنتيجة طبيعية لاحتكارياتهم المعرفية من جهة ولضوابط أخلاقيات المهنة التي لا تتيح فرض نموذج تفصيلي موحد للعملية التشخيصية أو المسلك العلاجي الذي يقرره الطبيب للمستهلك.

¹ (نصيرات) فريد توفيق، مرجع سابق، ص ص 35-37 بتصرف

² (OR) Zeynep et autres, **les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables**, document de travail, institut de recherche et documentation en économie de santé, N 25, Paris, mai 2009, pp 7-8

هذا السلوك في العمل الطبي يصعب عملية ترشيد الإنفاق أو بأقل حدة يصعب تقدير حجم الإنفاق الممكن تجاه مجمل الخدمة الصحية التي يمكن أن تقدمها المؤسسة المعنية؛ إذ من الناحية الواقعية والعملية فإن تدنية الإنفاق لا يجب أن يؤثر مطلقاً على الإجراء السليم تقنياً الذي يحقق المنفعة الصحية المتكاملة نسبياً والتي يحددها الممارس الطبي بما تمليه عليه قواعد مهنته الطبية لا بما تحكمه به قواعد حساب التكلفة.

ب- المؤسسات المعنية بتقديم الخدمة الصحية تتميز عادة بارتفاع حجم عمالتها المختلفة على مختلف المستويات: من الأطباء بمختلف رتبهم وتخصصاتهم، شبه الطبيين، المساعدين الطبيين، إداريين وعمال مهنيين... وهو ما يجعل نسبة هامة من الإنفاق في المؤسسات الصحية تتمثل في الرواتب والأجور،

ت- فضلا عن العمالة في القطاع الصحي، فإن التكنولوجيا المعتمدة في الخدمة الصحية والمنتجات المرافقة لها كالأدوية والملحقات الطبية، ذات كلفة عالية كنتاج أساسي لتكلفة إنتاجها في المصانع والمختبرات الخاصة بها، وهو ما يرفع بالضرورة حجم الإنفاق الصحي في الدول ليصبح نسبة ذلك من الناتج الداخلي الخام واحداً من مؤشرات قياس مستوى الخدمة الصحية في تلك الدول.

ويمكن القول أن زيادة التكاليف المالية للخدمات الصحية، هو ما دفع نحو العمل على احتواء هذه التكاليف في برامج الرعاية الصحية المختلفة من خلال تغيير "نمط رعاية المرضى من التركيز على الرعاية في المستشفيات إلى الرعاية الخارجية"¹ اعتماداً على البرامج الوقائية المختلفة والصحة الجوارية.

II-2-3-4- من حيث متطلبات تقديمها:

مما تم ذكره سابقاً من ميزات للخدمة الصحية، فإن تقديمها بما يلبي الحاجة إليها يتطلب تحقيق مجموعة من الظروف والعوامل لذلك.

وإجمالاً فإنه ولتقديم الخدمات الطبية بشكل كافٍ ومستوى عالٍ، يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية، والتي يقصد بها²:

أ- الكفاية الكمية: تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كافٍ يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل:

¹ (أوزجان) يشار، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص 27.

² (مزاخرة) أيمن وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن، سنة 2000، ص 79-80.

-توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من ترميزية ومخبرية وإدارية. -توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية (وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات... الخ) ويشترط أن تكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.

-توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 سا فالمرض لا يعرف وقتا محددًا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.

-توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.

- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.

ب- الكفاية النوعية: توفير ظروف مواتمة للعمل الطبي وهذا يشمل:

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج. ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراسة في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.

- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والإطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاوله المهنة.

- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية

اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.

- التنسيق بين الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها.

II-2-4- أنوع الخدمة الصحية:

يمكن تقسيم الخدمة الصحية إلى قسمين رئيسيين: خدمات صحية علاجية وخدمات وقائية.

II-2-4-1- الخدمات الصحية العلاجية:

وتشمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل "خدمات التشخيص وعلاج الأمراض وخدمات التأهيل"¹ بهدف تخليصه من إصابة أو تخفيف معاناته من ألم مرضي ما.

وتتم الخدمات العلاجية بعدة صور: فقد تكون بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو عن طريق التدخل الجراحي.

II-2-4-2- الخدمات الصحية الوقائية:

وهي²: الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع؛ فهي ترتبط بصحة الفرد بصورة غير مباشرة، إذ تتضمن تلك الإجراءات التي تعنى بمنع حدوث المرض أو الإصابات وتهدف لتحسين مستوى الصحة.

وتشمل عدة أنشطة منها برامج التلقيح الدورية للأطفال وحملات التلقيح ضد الأمراض الوبائية، برامج حماية الأمومة والطفولة، مكافحة مصادر الأمراض المعدية مثل مراقبة سلامة مياه الشرب، مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض...، الرقابة الصحية على المتاجر والمحلات، وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي، وكذلك خدمات الحجر الصحي.

¹ (نصيرات) فريد توفيق، مرجع سابق، ص54

² (BOURDILLON) François, (BRUCKER) Gilles, (TABUTEAU) Didier "Traité de Santé Publique": Prévention et promotion de la santé édition Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2008,

II-3- معايير تقييم الخدمة الصحية:

لم يعد السعي نحو خدمة صحية ذات نوعية ومستوى من الجودة هدف الفرد مستهلك هذه الخدمة لوحده، بل هو اهتمام مجتمع عن طريق هيئاته الرسمية ممثلة في السلطات العمومية والمؤسسات التابعة لها أو الهيئات المجتمعية الأخرى الخاصة التطوعية منها والربحية. هذا الاهتمام مرده الآثار المترتبة عن نوعية الخدمة الصحية على المستوى الاجتماعي، السياسي والاقتصادي.

ونتيجة لهذه السعي نحو خدمة صحية نوعية، برز الاهتمام نحو صياغة مؤشرات كمية تمكن من تقييم هذه الخدمة ومخرجاتها وتكون دلالة عن المستوى النوعي الذي تقدمه المؤسسات الصحية من جهة وكفاءتها التشغيلية؛ بما "يمكن من معرفة وفعالية النظام في الرعاية الصحية"¹.

وقد كانت لذلك بعض المؤشرات الاستشفائية والوقائية التي سميت تقليدية فيما بعد وما تزال تلقى أهميتها في قراءة المستوى الخدمي للصحة على المستوى الجزئي والكلي.

وإضافة إلى المعايير التقليدية في تقييم المخرجات الصحية، استحدثت معايير أخرى تعنى بدراسة جودة الخدمة على المستوى الجزئي.

وفيما يلي تقديم لمؤشرات تقييم الخدمة الصحية وأبعاد قياس جودتها.

II-3-1- جودة الخدمة الصحية وأبعاد قياسها:

II-3-1-1- مفهوم جودة الخدمة الصحية :

II-3-1-1-1- مفهوم الجودة عموماً: تتعدد التعاريف المعطاة لمصطلح الجودة، إلا أنها بشكل عام القدرة على الاستجابة لتوقعات الزبائن بخصوص السلعة التي يطلبونها، مادية كانت هذه السلعة أو خدمية.

فقد عرفت الجودة على أنها "تتضمن على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذاتها؛ حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية مع العملاء"² وهي

¹ (غبور) أكرم، **quality improvement in hospitals**، المؤتمر العربي الثالث حول الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 5-6 ديسمبر 2004.

² (الدراركة) مأمون سليمان، **إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، سنة 2006، ص 118

أيضا " ذلك الفرق الذي يفصل العميل عن الخدمة...وما يحس بها بعد استعماله للخدمة، أو بعد تقديمها له"¹.

فالجودة في الخدمة بشكل عام إذن، مرتبطة بشكل رئيسي بتحسين النظام الإجرائي وأخلاقيات التعامل بما يرضي العميل أثناء تلقيه الفعلي للخدمة أو ما يتوقع أن يتلقاه حال طلبه للخدمة ذاتها؛ فالجودة بالتالي "تعتبر مقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة لتقابل توقعات العملاء، فهي مدى تطابق توقعات الزبائن مع الخدمة المقدمة فعلا من قبل مقدم الخدمة"²

ولطبيعة الصحة وتعقيدها وأهميتها للإنسان، فإن مفهوم الجودة في الخدمة الصحية يأخذ طابعا خاصا وهو ما ستم محاولة توضيحه في الفقرات التالية.

II-3-1-1-2- جودة الخدمة الصحية:

بسبب الانطباعية وعدم المعيارية التي تتميز بها الخدمة الصحية والذي يجعل مفهومها صعب التحديد، فإن إيجاد تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية يصبح أكثر صعوبة لذلك.

وفي هذا الإطار وقياسا على المفهوم العام للجودة، فقد كانت هنالك تعريفات لجودة الخدمة الصحية منها المنظمة العالمية للصحة التي عرفتها بأنها "التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"³ ويلاحظ محاولتها الإقتراب بالجودة إلى المفهوم الشامل للخدمة الصحية التي تهتم بالجانب العلاجي والوقائي على حد سواء وتعنى بجانب السلامة البدنية، النفسية والعقلية، وهو ما يتجانس مع تعريف آخر لجودة الخدمة الصحية بأنها "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان"⁴ أو أنها "تقديم خدمات صحية أكثر أمانا وأسهل منالا وأكثر إقناعا لمقدميها وأكثر إرضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة ايجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة"⁵

¹ G. Toquer , M. longbois , " le marketing des services. le défi relationnel ", édition dunod, paris,1992, p45

² (علوان) نايف قاسم، إدارة الجودة ومتطلبات الأيزو، دار الثقافة، ليبيا، سنة 2005، ص 125

³ (الطعامنة) محمد، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد 1، جامعة اليرموك، اربد، الأردن، ص 90.

⁴ A.Jacquerye, la qualité des soins infirmiers, Lmplantation, Evaluation,Accreditation Editions Maloine,1999,p247

⁵ (الطويل) أكرم أحمد وآخرون، مرجع سابق، ص14.

وإذا أخذنا الخدمة الصحية بالمنظور العلاجي أو الوقائي فإن الجودة هنا تكون "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع"¹، فهي تلك الخدمة المرضية للزبون من منظور إزالة علة مرضية أصيب بها عن طريق استخدام جميع الإجراءات والوسائل الممكنة الإنسانية منها والآلية المتاحة وفقا للمعارف والصناعات الحديثة، وفي ذلك يحدد المعهد الطبي الأمريكي الجودة "بمستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع ومواءمة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة"².

وهو تقريبا نفس ما تذهب إليه الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية التي عرفتها على "إنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية"³

ومن المفيد هنا الإشارة إلى أن جودة الخدمة الصحية وكما تم إيرادها تعنى بالأساس بمستوى الرضا والمقبولية عند الزبون (طالب الخدمة الصحية)، وفي ذات الوقت ينظر إليها من زوايا مختلفة باختلاف الأطراف الداخليين في هذا النظام ويقصد بذلك العارض الأول للخدمة ومقدمها وهو الممارس الطبي والمتلقي للخدمة وهو الزبون الذي قد يكون مريضا أو طالبا لرعاية صحية وفي كطرف ثالث الهيئة المتكفلة بتقديم الخدمة وهي المؤسسة الصحية التي غالبا ما تتمثل في المستشفى باعتباره الأكثر استقطابا عند طلب الخدمة الصحية. حيث وفي هذا السياق فإن "مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لآراء مختلفة لا تعكس بالضرورة اتجاهات متماثلا. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية"⁴.

¹ (البكري) ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، 2005، ص 199

² (VILCOT) Claude et (LECELET) Hervé , indicateurs qualité en santé , 2ème Edition, AFNOR , 2006, p14

³ (بن السعيد) خالد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1،

نوفمبر 1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت، ص 12

⁴ (بن عبد العزيز) فطيمة، (معزوز) نشيدة، أهمية الإبداع ودوره في الرفع من أداء المنظمات الحديثة وعلاقته بالتغيير التنظيمي، مداخلة مقدمة

ضمن الملتقى الدولي حول "الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية"، يومي 18 و19 ماي 2011

II-3-1-2- أهمية جودة الخدمة الصحية :

سعى الإنسان نحو الكمال والدقة في مجال الصناعة ورشادتها الاقتصادية، دفعه نحو البحث عن الآليات التي تمكنه من تحقيق ذلك وفي هذا السياق برزت تجارب وملاحظات عديدة أفرزت في زمن لاحق نظرية إدارة الجودة؛ حيث كانت أهميتها من أهمية المبتغى الذي ترمي إليه المؤسسات الصناعية نحو الإشباع الأقصى للرغبة الممكنة للعميل بأيسر الطرق وأقل التكاليف المالية والبشرية.

وإذا كان هذا هو الحال في الصناعة، فإنه في ميدان الصحة تصبح الجودة أكثر أهمية لارتباطها بمتعة الحياة للإنسان الذي تدور حوله ومن أجله كل الإجهادات البشرية.

وفي هذا السياق فإن أحد رواد الجودة في العلم وهو السيد إدوارد ديمينغ وأثناء إقامته بأحد المستشفيات الأمريكية للعلاج، دون ملاحظات حول أداء الخدمات ليخلص إلى أن كافة الانتقادات والأخطاء التي سجلها لس لها "أي علاقة باختيار الأطباء أو المستشفى أو تكلفة العقاقير والأدوية... فإذا استخدمنا نظام جودة فإن الكثير من هذه المشكلات أو غيرها سيتم حلها"¹

ويمكن أن نعدد مجموعة من النقاط تبرز أهمية جودة الخدمة الصحية كالتالي² :

- ✓ ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .
- ✓ تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية .
- ✓ تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- ✓ تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .
- ✓ تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية .
- ✓ تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة .
- ✓ كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيما أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتوسيع لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد .

¹ (دوبينز) لويد، (ماسون) كلير كراوفورد، إدارة الجودة (التقدم والحكمة وفلسفة ديمينغ)، ترجمة حسين عبد الواحد، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، سنة 1997، ص 166.

² (الطويل) أكرم أحمد، مرجع سابق، ص 14.

✓ تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج .

II-3-1-3- أبعاد جودة الخدمة الصحية:

من خلال التعاريف والمفاهيم المعطاة عن الجودة، اجتهد الكثيرون في إبراز الأبعاد الرئيسية التي يمكن أن تقوم عليها، ومن خلال الإطلاع في عديد الكتابات المقدمة حول دراسات الجودة، يمكن القول أن الجميع يكاد يتفق على خمسة عناصر رئيسية تمثل أبعادا لجودة الخدمة الصحية هي: الاستجابة، الاعتمادية، الضمان ، الملموسية والتعاطف، حيث يقصد بـ:

II-3-1-3-1- بعد الاستجابة **Responsiveness** : "قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم"¹ و"المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة الى المستفيد"² و"التقليل ما أمكن من الأمور المزعجة له"³، أي أن هذه الإستجابة مقرونة بالفورية في أداء الخدمة وتقديمها حال الحاجة إليها والمبادرة إلى ذلك من خلال معرفة رغبة طالبي الخدمة تلقائياً، أدركوا هم توصيف حاجتهم أم لم يدركوها لحظة وقوع المشكلة الصحية.

ويبرز هذا البعد بشكل واضح في الخدمات الاستعجالية التي تقدمها المؤسسات الصحية الاستشفائية التي هي عليها أن تكون حاضرة طوال اليوم أو على مدار الـ 24 ساعة، بفريق صحي متكامل يضمن سرعة الاستجابة وتلبية المنفعة الصحية المقصودة من طالبيها (وهو المريض في مثل هذه الحالة).

ومن العناصر التي تعتمد لتقييم هذا البعد⁴:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة،
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال،
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض،
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى،

¹ Lovelock, Christopher H., (1996). "Service Marketing", 3rd Ed, Prentice Hall international, New York ,pp.96, 470

² (البكري) ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص-ص 212-213

³ (هيوكوش)، إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة د.طلال بن عايد الأحمد، الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة، سنة 2002، ص 19.

⁴ (حاروش) نور الدين، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، سنة 2012.

➤ إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.

II-3-1-3-2- بعد الاعتمادية Reliability :

"تشير الاعتمادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ولتفهم الاعتمادية فان الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية أداءه لوظيفته خلال الاستعمال، فهي عبارة عن مقياس منتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية ولمدة محددة"¹، فهي إذا ترجمة لمقدار الثقة في الإجراءات والمهارات التقنية التي سيعتمدها مقدم الخدمة وتحقق لطالبيها النجاعة المثلى حسب المواصفات المعرفية المتاحة. وبعبارة أخرى فالاعتمادية هي تعبير عن مدى إمكانية الاعتماد والتعويل على بلوغ الدقة التقنية في إشباع المنفعة الصحية من طرف مقدمها، أي "قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات"²

ومن العناصر التي تعتمد لتقييم هذا البعد³:

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة،
- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج،
- توافر التخصصات المختلفة،
- الثقة في الأطباء والأخصائيين والممرضين،
- الحرص على حل مشكلات المريض،
- الاحتفاظ بالسجلات والملفات الطبية الدقيقة.

II-3-1-3-3- بعد الضمان (الأمان) Assurance :

من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة"⁴ فهو "نتاج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم"⁵.

¹ (عبد العزيز) سمير محمد، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 و 10011، مكتبة الإشعاع، الإسكندرية، سنة 2000، ص 59

² Lovelock, Christopher H., (1996).'' O.p.cit p.96

³ (الأحمدي) حنان، تحسين الجودة : المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000.

⁴ (البكري) ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 212.

⁵ Shaikh B.T.,and Rabani .h.,(2005),'' Health Management Information System : A tool to gauge patient 115 satisfaction and quality of care'',Eastem Mediterranean Health,Vol.11, N0.12,p

وهذا البعد يوضح مقدار ما يوفره مقدم الخدمة من إشارات تعطي الأمان لطالبيها بأن المنفعة الصحية التي يود الحصول عليها قابلة للإشباع ومؤكدة التحقيق في حدود الإمكانيات المعرفية المتاحة. ويكون ذلك من خلال "إيجاد بيئة تساعد على سلامة المريض، وطمأنته على سلامة الإجراءات المتخذة حيال وضعه الصحي؛ بحيث تحقق له الرضا والقناعة بالإجراءات المقدمة له"¹

ومن المتغيرات التي تعتمد في تقييم هذا البعد:

- الشعور بالأمان في التعامل،
- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء،
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين،
- استمرارية متابعة حالة المريض،
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض،
- دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة

II-3-1-3-4- بعد الملموسية Tangibles : الإهتمام بالجودة يتجاوز الجانب التقني التخصصي في تقديم الخدمة إلى الجوانب المادية المرتبطة بتقديم هذه الخدمة، كالبناءات، المعدات، التجهيزات، الملابس... وهو ما يطلق عليه الملموسية أو الجوانب الملموسة، حيث تشير إلى "مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومعدات الاتصال والمباني والتكنولوجيا المستخدمة، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة ، والمظهر الخارجي للعاملين ، وصلات الانتظار للمرضى، ومكاتب الأطباء، والزى الرسمي والأجهزة والمعدات والتصميم والتنظيم الداخلي"²

ومن التعاريف السابقة يمكن صياغة بعض متغيرات تقييم هذا البعد كما يلي:

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية،
- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني،
- حداثة الأجهزة ومسايرتها للتكنولوجيا،
- الادوات المستخدمة في التشخيص والعلاج،
- المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة،

¹ (هيوكوش)، مرجع سابق، ص 19.

² Shaikh B.T.,and Rabani .h.,(2005),” Health Management Information System : A tool to gauge patient satisfaction and quality of care”,Eastem Mediterranean Health,Vol.11, N0.12,p 95

➤ أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

II-3-1-3-5- التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy: ويشير هذا البعد إلى " درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية" فهو يعني " درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد"¹

ويعود اعتبار هذا البعد وأهميته إلى الطبيعة الإنسانية التي تحكم خدمات الرعاية الصحية بشكل عام. ومن هنا كان الحديث كواحد من أهداف المنظومة الجوانبية الحديثة عن أنسنة (humanisation) الخدمات أي إعطاء البعد الإنساني في تقديم الخدمة على مستوى مؤسساتنا الصحية.

ويشمل على البعد على مجموعة من المتغيرات منها:

- اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماماً شخصياً،
- تفهم احتياجات المريض،
- وضع مصلحة المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين،
- ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة،
- العناية الشخصية بكل مريض،
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه،
- ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين .

II-3-2- مؤشرات التقييم الكمية:

وضع الباحثون في مجال الصحة مجموعة من المؤشرات التي تمكننا من معرفة مستوى فعالية خدمات مؤسسات نظم الرعاية الصحية وتسمح لنا بتقييمها، والتي يمكن تصنيفها إلى^(*):

- مؤشرات كلية،
- مؤشرات تفصيلية حسب المصالح.

¹ (البكري) ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 212.

^(*) راجع : 53 page, 1993, la fonction publique hospitalier, (Stinge), DIDIER (و(شعلان) محمد صلاح الدين، quality indicators of medical management services in measurement of hospital performance، بحوث المؤتمر العربي الثاني، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية، ص 152.

II-3-2-1- المؤشرات الكلية¹: ويمكن تقسيمها إلى: مؤشرات الإستشفاء ومؤشرات الوقاية

II-3-2-1-1- مؤشرات الإستشفاء:

أ- متوسط المدة الزمنية للإستشفاء²: حسابه يسمح بتقييم الفترة التي قضاها المريض قصد الإستشفاء. هذا المؤشر يسمح بإعطاء حكم تقديري على نوعية الخدمة المقدمة؛ ففي الواقع كلما كانت مدة الإستشفاء قليلة كلما كان التكفل بالمريض من حيث العلاج ناجعا.

من الممكن أحيانا وجود مرضى يشغلون الأسرة لوقت أطول من المعدل العام لفترة المكوث مثل حالة المصابين بالأمراض المزمنة.

حساب هذا المؤشر أيضا يسمح بإجراء مقارنة بين مختلف مصالح الإستشفاء التي لها نفس التخصص أو بتخصصات مختلفة.

متوسط المدة الزمنية للإستشفاء يعطى بالمعادلة التالية:

عدد أيام الإستشفاء خلال السنة

عدد المرضى الباقين حتى 12/31 + عدد المرضى المستشفين خلال السنة

ب- معدل شغل الأسرة³: يسمح هذا المؤشر بمتابعة شغل الأسرة لمصلحة استشفائية. في الواقع، إذا كان معدل شغل الأسرة مساوي لـ 100%، فذلك لا يعني أن أداء المصلحة فعال، بل يثبت أن المرضى لم يتم التكفل بهم كما يجب في الهيئات غير الاستشفائية و أن مصلحة الوقاية لم تؤد دورها كاملا. بالمقابل، إذا كان معدل شغل الأسرة منخفضا جدا، أقل من 50%، فنستنتج العكس بما يعني أن ارتفاع معدل شغل الأسرة هو بمثابة جرس إنذار لبحث الخلل في التسيير وإيجاد الحل في أقرب الأوقات.

معدل شغل الأسرة يعطى بالمعادلة التالية:

عدد أيام الإستشفاء

$100 \times \frac{\text{عدد أيام الإستشفاء}}{\text{عدد أيام السنة} \times \text{عدد الأسرة}}$

¹ (DIDIER) Stinge, **la fonction publique hospitalier**, imprimé en France, 1993, p p 53-59

² (LOMBRAIL) Pierre et autres, **Les éléments de la performance hospitalières**, revue études et résultats du ministère de l'emploi et de la solidarité en francance, N 42, décembre 1999, p5.

³ **La gestion des lits dans les hopitaux et cliniques**, rapport établi par la mission nationale d'expertise et et d'audit hospitalière, paris, 2008, p38

ج- معدل الدوران¹: هذا المؤشر يسمح بمعرفة عدد المرضى الذين تم استشفائهم على ذات السرير خلال سنة معينة؛ فهو يسمح إذن، بتقييم الدوران على السرير بمصلحة استشفائية. يسمح كذلك بإجراء مقارنة بين مختلف المصالح الاستشفائية.

كما يحظى هذا المؤشر من زاوية أخرى بأهمية معتبرة في تقييم التكلفة السنوية للسرير مقارنة بميزانية التشغيل؛ فكلما كان معدل الدوران مرتفعا بالنسبة للسرير، كلما انخفضت التكلفة نتيجة لارتفاع طاقة الاستيعاب داخل المستشفى.

معدل الدوران يعطى بالمعادلة التالية:

$$\frac{\text{عدد المرضى الباقين في 01/01} + \text{عدد المرضى الداخلين}}{\text{عدد أسرة الاستشفاء}}$$

د- متوسط المرتفقين: ويعني متوسط المرضى الذين دخلوا إلى المستشفى خلال سنة معطاة. هذا المؤشر يسمح بمراقبة المرضى الذين قصدوا مكتب الدخول و باقي المصالح الاستشفائية.

ويعطى متوسط المرتفقين بالمعادلة التالية:

$$\frac{\text{عدد أيام الاستشفاء}}{\text{عدد أيام السنة}}$$

هـ- نسبة الوفيات: والمقصود به نسبة الوفيات بين المرضى الذين دخلوا المؤسسة الإستشفائية.

و تعطى نسبة الوفيات كالتالي:

$$100 \times \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد الإخراجات (أحياء + أموات)}}$$

و- معدل الإشغال لأي يوم: والمقصود به تحديد معدل شغل الأسرة اليومي. و يعطى كالتالي:

¹ La gestion des lits dans les hopitaux et cliniques, opcit, p38

عدد المرضى الموجودين في ذلك اليوم

عدد الأسرة المتوفرة

ز- **معدل شغور الأسرة** : ويوضح هذا المؤشر نسبة شغور الأسرة بالنظر لعدم القدرة على الاستغلال الكامل للطاقة الإيوائية للمؤسسة الاستشفائية، و يعطى كالتالي:

$$100 - \text{معدل شغل الأسرة}$$

II-3-2-1-2- مؤشرات الوقاية: توجد عدة مؤشرات لتقييم الأنشطة الوقائية في بلد ما، وتتمثل إجمالاً في:

أ- **نسبة الوفيات**: و ذلك لما تهدف إليه الصحة من تمديد معدل العمر وخفض نسبة الوفيات، بما يجعل هذا المؤشر دليلاً على حسن التكفل بالمرضى كلما كان منخفضاً و العكس من ذلك كلما كان مرتفعاً فإنه يدل على عدم توفر الشروط الكافية للتكفل الجيد بالمرضى بما يعني تراجعاً في مستوى الخدمة.

$$\text{و تعطى نسبة الوفيات وفق المعادلة التالية} \\ 100 \times \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد الاستشفاءات}}$$

ب- **معدل وفيات الأطفال**: و هو مؤشر دال على مدى نجاعة السياسات الوطنية في برامج التلقيح الموسعة، و كذا برامج حماية الأمومة و الطفولة و التي هي من صميم العمل الوقائي للهياكل الصحية العمومية.

وتعطى نسبة وفيات الأطفال أقل من خمسة (05) سنوات وفق المعادلة التالية

$$1000 \times \frac{\text{عدد الوفيات بين الأطفال اقل من 05 سنوات}}{\text{عدد الأطفال اقل من 05 سنوات}}$$

وتعطى نسبة وفيات الرضع وفق المعادلة التالية

$$1000 \times \frac{\text{عدد الوفيات بين الأطفال اقل من سنة}}{\text{عدد المواليد الأحياء}}$$

وتعطى نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة وفق المعادلة التالية

$$1000 \times \frac{\text{عدد الوفيات بين الأطفال اقل من 28 يوم}}{\text{عدد المواليد الأحياء}}$$

ج- معدل العمر المتوسط للفرد: و هو يحدد مقدار أمل الحياة للإنسان في ظل النظام الصحي للبلد الذي يقطنه.

ويعطى معدل العمر المتوسط للفرد وفق المعادلة التالية

$$\frac{\text{مجموع أعمار المتوفين لفترة معينة}}{\text{عدد المتوفين خلال ذات الفترة}}$$

د- معدل الإصابة بالمرض: و يعني متوسط حالات الإصابة بمرض ما لدى مجموعة سكانية خلال السنة (كما قد يعطى هذا المعدل خلال فترة مختارة تكون أقل من السنة)

ويعطى معدل الإصابة بالمرض كالتالي:

$$1000 \times \frac{\text{عدد الحالات من مرض معين}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$$

هـ- معدل الخصوبة: ويستعمل لقياس الخصوبة العامة للسكان خلال فترة معينة، كما يؤشر بالنسبة للمؤسسات الصحية الوقائية عن مدى نجاعة برنامج التخطيط العائلي حسب الأهداف المسطرة خلال فترة معينة.

ويعطى معدل الخصوبة العام كالتالي:

$$1000 \times \frac{\text{عدد المواليد الأحياء}}{\text{عدد النساء في سن الحمل (15-49) سنة في منتصف السنة}}$$

و يعطى معدل الخصوبة النوعي كالتالي:

$$1000 \times \frac{\text{عدد المواليد في فئة عمرية معينة}}{\text{عدد النساء في نفس الفئة العمرية في منتصف السنة}}$$

و- تطور الأمراض الوبائية: و الهدف من ذلك هو معرفة مدى نجاعة النشاطات الوقائية في الحد أو التقليل من انتشار الأمراض الوبائية، لما لها من تداعيات جد سلبية على صحة المجتمع، و من ذلك:

- معدل الإصابة بالأمراض المراقبة بواسطة التلقيحات كالسعال الديكي.
- معدل الإصابة بالأمراض المتقلة عن طريق الحيوانات كالكلب.
- معدل الإصابة بالأمراض المتقلة عن طريق المياه ... الخ.

II-3-2-2- المؤشرات التفصيلية حسب المصالح¹: توضع هذه المؤشرات لتقييم فعالية أداء التسيير الجزئي للمؤسسة الصحية في المصالح والأقسام المختلفة، وتتعدد حسب طبيعة المصلحة أو القسم من جهة وحسب التصور الاستراتيجي لمسير المؤسسة الصحية من جهة أخرى (سواء كانت مرفقا عاما أو مؤسسة خاصة). تتميز هذه المؤشرات بكون أغلبها ذات طابع كفي ويصعب استخدامها، نظرا لما تتطلبه من متابعة مستمرة وملاحظة دقيقة وتطبيقها مكلف ومجهد في في آن واحد. ويمكن ذكر بعضها كالتالي:

- ✍ عدد المرضى المحولين إلى مؤسسات صحية أخرى لنقص الأسرة
- ✍ عدد المرضى المحولين بسبب تأخرهم في الاستشفاء لدى المؤسسة الصحية الأقرب،
- ✍ عدد المرضى العائدين إلى مصالحيهم في أقل من 24 ساعة، نظرا لعدم مطابقة أو عدم واقعية علاجهم
- ✍ الأخطاء الصحية في التكفل بالمرضى
- ✍ الأضرار الناجمة عن عمليات التخدير
- ✍ عدد العمليات الجراحية
- ✍ نسبة الولادات القيصرية
- ✍ درجة الألم التي يشعر بها المريض
- ✍ درجة رضا المرافق الصحي (سواء كان مريضا يقصد العلاج أو مواطنا عموميا يستفيد من برامج الوقاية المختلفة)

¹ (شعلان) محمد صلاح الدين، quality indicators of medical management services in measurement of hospital performance، بحوث المؤتمر العربي الثاني، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية، ص 152

ملخص الفصل الثاني:

مفهوم الخدمة الصحية في عصرنا الراهن، تجاوز المفهوم التقليدي المرتبط بردة الفعل العلاجية أو التدخلية تجاه المرض وما يسببه من آلام، إلى مفهوم أكثر شمولية يعنى بالنشاط الذي يتم تقديمه لضمان أكبر إمكانية للتمتع بالحياة، بتفادي هذا الألم أصلاً أو إزالته والتخفيف منه في مرحلة متقدمة.

فالخدمة الصحية في هذا الإطار هي وقائية بالدرجة الأولى وعلاجية تدخلية في المقام الثاني.

وأمام تطور مفهوم الحاجة الصحية والخدمة التي تعنى بها، كان الاجتهاد أيضاً في تحديد عناصر الرضاوية عن مستوى تقديمها؛ حيث تمت صياغة مجموعة من المؤشرات التقييمية الكمية والكيفية.

فالأبعاد الرئيسية لتقييم الخدمة الصحية من حيث جودتها تتمثل في: الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية والتعاطف.

أما التقييم الكمي لهذه الخدمة فيعتمد على مجموعة من المؤشرات الاستشفائية وأخرى وقائية.

الفصل الثالث

أنماط تسيير المؤسسات

العمومية للصحة

تمهيد:

دور قطاع الصحة كرافد للحياة الاقتصادية وأهمية مؤشراتته في تحديد مستوى الرفاه للمجتمعات، كان دافعا نحو اعتماد عدة مقاربات حسب الدول في إدارة المؤسسات القائمة به. وذلك بغرض تحقيق أعلى مستوى من الكفاءة والنجاعة الخدمية والاقتصادية في آن واحد.

ومن خلال التجارب المتعددة في بلدان مختلفة، وإن تنوعت واختافت تفصيلات أنماط تسييرها لقطاع الصحة بشكل عام؛ إلا أنه يمكن إدراجها إجمالاً ضمن نمطي الإدارة التقليدية والتسيير العمومي الحديث، ويمكن أن نمايز بينها من خلال معيارين رئيسيين هما:

- مقدار التفويض وما يترتب عليه من اتجاه نحو المركزية أو اللامركزية وإقامة العلاقات العقدية الخارجية،
- مقدار مشاركة الفاعلين في إدارة المرفق الصحي العام وما يترتب عليه من اعتماد الأساليب التعاقدية عن غيرها وكيفية إدارة الإمكانيات المتاحة لتحقيق الأهداف والنتائج المرجوة.

وسعياً لتمحيص هذين النمطين وصورهما العملية وفحص إيجابياتهما وسلبياتهما - ومن خلال عرض بعض التجارب العالمية- في هذا السياق، فسيتم التطرق في هذا الفصل إلى:

- أساسيات الإدارة الصحية وخصوصيتها (المبحث الأول)
- التفويض في إدارة المؤسسة الصحية (المبحث الثاني)
- المشاركة وإدارة الأهداف والنتائج بالمؤسسة الصحية (المبحث الثالث)

III-1- أساسيات الإدارة الصحية وخصوصيتها:

البيئة المعقدة للمؤسسة الصحية وحساسية مخرجاتها، يجعل من إدارة هذه المؤسسة ذات ميزات وخصوصيات مختلفة عن غيرها من الإدارات الأخرى.

وفيما يلي نحاول التعرض إلى مفهوم الإدارة الصحية وأهم خصوصياتها من جهة وكيفية صيرورة العملية التسييرية داخلها من جهة أخرى.

III-1-1- تعريف الإدارة الصحية:

تنامي الاهتمام بمواضيع إدارة وتسيير المؤسسات الصحية، بتنامي الاهتمام بموضوع الصحة وكفاءة الخدمات التي تقدمها.

حيث أن علم إدارة المستشفيات أو الإدارة الصحية بشكل عام، تطور بشكل متسارع وغدا تخصصا مستقلا يعنى بالبحث في المناهج والمداخل والأدوات التسييرية الكفيلة بإدارة بيئة معقدة لها خصوصيتها عن باقي الإدارات من حيث مخرجاتها أو مدخلاتها أو عناصر الإنتاج فيها ومقدار التنوع والتخصصية في الموارد البشرية العاملة بها.

وفي هذا السياق المعرفي، فقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بأنها "تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل"¹.

كما عُرِّفت أيضا بأنها "وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والمواد والتقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد، ولذلك فإن الإدارة الصحية تهدف إلى إنجاز السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى علاجيا ووقائيا وبحثيا وتنمية للقوى البشرية الصحية"².

¹ (نصيرات) فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2008، ص 20
² (ماضي) محمد، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2002، ص 53

ومما سبق فإن الإدارة الصحية هي التي تعنى بالاستغلال والتنسيق العقلاني بين الموارد المادية، البشرية والمالية بالمؤسسة الصحية، مستعينة في ذلك بالمعارف والنظريات العلمية والخبرات السابقة بغرض إشباع الحاجات الصحية لمستحقيها بأفضل نوعية ممكنة تحقق الرضائية للمستفيد منها وبأكثر فعالية ونجاعة اقتصادية.

III-1-2- مميزات الإدارة الصحية: أهم ما يميز إدارة المؤسسات الصحية عن غيرها من الإدارات ما يلي¹:

- ✓ طبيعة العمل فيها غالباً ما تكون على مدار الساعة وبدون توقف أثناء العطل والأعياد.
- ✓ العمل فيها غالباً ما يكون تحت ظل من الاضطراب النفسي والعاطفي وهذا لا يعني بالطبع عدم وجود العقلانية في اتخاذ القرارات وإنما تسيطر أحياناً النواحي العاطفية والنفسية في اتخاذ بعض القرارات.
- ✓ الإلزامية الغالبة وضرورة اتخاذ الإجراءات الفورية في حل المشاكل التي قد تحدث في المؤسسة الصحية كإنقطاع التيار الكهربائي أو التدفئة أو المياه.
- ✓ التعقيد لوجود مهن مختلفة كثيرة وكذلك أعداد كبيرة من العاملين ووجود أجهزة ومستلزمات طبية معقدة،
- ✓ المرونة العالية التي تتطلبها إدارة المؤسسات الصحية لتمييزها بالعلاقات الإنسانية الكثيرة وفي مختلف الاتجاهات.
- ✓ يغلب عليها أسلوب إدارة الأزمات ما يتطلب تمتعها بالقدرة على التكيف مع مختلف التغيرات البيئية.
- ✓ صعوبة تحديد قيمة مخرجاتها الخدمية ما يصعب قياس نجاحها خاصة الحكومية منها.
- ✓ كثرة المعايير والأهداف المستخدمة فيها.
- ✓ التأكد من صحة القرارات المتخذة فيها المؤسسة الصحية، تستغرق فترة زمنية طويلة، وأحياناً تصل إلى سنوات فالفترة الزمنية بين القرار ونتائجه يكون كبيراً الأمر الذي يجعل القرار يتميز بالخطورة.
- ✓ من الناحية الاقتصادية فإن الطلب والعرض والسعر تخضع لعلاقات عكسية أو طردية بناء على معطيات السوق والمنافسة بينما لا توجد هذه العلاقات في قرارات المؤسسة الصحية فالسعر مثلاً يتحدد غالباً من قبل الحكومة أو المسؤولية الاجتماعية ويكاد لا يرتبط إطلاقاً بالعرض والطلب.
- ✓ تقوم بتوفير الخدمة الصحية التي تؤثر على الصحة ولا تقوم بإنتاج الصحة ذاتها.

¹ (ذياب) صلاح محمود، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009، ص 46.

III-1-3- العملية التسييرية بالمؤسسة الصحية:

بشكل عام يمكن تعريف التسيير بأنه "الفن أو الطريقة التي يتم بها تنظيم وقيادة نشاط أو وحدة معينة"¹، وحسب المفهوم العقلاني فإن التسيير يعرف بأنه "سيرورة خاصة للتنظيم والإدارة والمراقبة تعنى بتحديد الأهداف والوصول إليها عن طريق استعمال الموارد البشرية وموارد أخرى"².

فكل مؤسسة تهدف إلى إنتاج سلع أو خدمات تسمح بإشباع حاجة من حاجات البيئة المحيطة بها وهي في ذلك تقوم ب³:

- التحليل والتشخيص: ويفيد معاينة وضعيتها، توصيفها، تحديد خصائصها القوية ...
- القرار: وذلك بالاختيار بين البدائل والترجمة إلى فعل،
- المراقبة: ويقصد به مراقبة فعالية الاختيارات بالنظر إلى المعايير الموضوعية، بما يمكن من تعديل الخيارات المستقبلية.

ومثل أي مؤسسة فإن عملية التسيير بالمؤسسة الصحية تقوم عادة على مجموعة قواعد هي: التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة. هذه القواعد يصعب فصلها في الحقيقة عن بعضها، فهي متكاملة ضمن حلقة تدور باستمرار وتتفاعل كل وظيفة ضمن الأخرى.

III-1-3-1- التخطيط و التنظيم:

أ) **التخطيط:** يعتبر التخطيط من أبرز الوظائف التي تتولاها الإدارة، ويعود ذلك إلى جملة أسباب أهمها أن وظيفة التخطيط هي بمثابة المرشد والدليل لمسار عمل المنظمة على مختلف المستويات، وتتجه الخطط الموضوعية من قبل إدارة المؤسسة نحو تحقيق أهداف محددة أو لحل مشكلات معينة في طريق بلوغ تلك الأهداف⁴

¹ (ZOUAOUI) Mahmoud et (ZOUAOUI-KAROUI) Samia, **le management : processus de gestion et fonctions de l'entreprise**, 2^{ème} édition, édition contributions à la littérature d'entreprise, Tunis, 1999, p24.

² G.R Terry et S.G Franklin, **les principes de management**, economica, Paris, 1985, p 32.

³ (THEVENT) Maurice et autres, **fonctions RH politiques**, métiers et ourils des ressources humaines, Pearson éducation, Paris 2007, p6.

⁴ (الشماخ) خليل محمد حسن، **مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال**، ط1، مطبعة الخلود، بغداد، 2001، ص 89.

ويمكن تعريف التخطيط بأنه "العملية التي تشمل القيام بإجراءات وعمليات منطقية لاتخاذ قرار أو موقف تجاه موضوع مستقبلي، أو لتحقيق أهداف مستقبلية ضمن مراحل زمنية متتابعة"¹ كما يمكن تناوله من الناحية الإجرائية بأنه "عملية تحديد ماهية وكيفية اتخاذ القرارات من أجل تحقيق نتائج مرغوب فيها في المستقبل"² وهذا التحديد للتخطيط يتضمن الأبعاد التالية:

- ✓ أين يمكن أن تتجه المنظمة (الأهداف).
- ✓ مع أي شيء تعمل (الموارد).
- ✓ كيف يتم العمل (الفاعلية).
- ✓ متى يتم العمل (المستقبل).

(ب) **التنظيم:** كمقاربة أولى فالتنظيم يمكن أن يعبر عنه بأنه الطريقة التي يتأسس بها المجموع حتى يشتغل³. وتتعدد تعاريف التنظيم ومن ذلك تعريف فريديريغ بأنه "ضمان التنسيق والتعاون بين أعضاء المؤسسة في تنمية وتحقيق أهداف محددة"⁴ فهو إذن "عملية تجميع للأنشطة والموارد في وحدات بطريقة منطقية ومناسبة، تحدد السلطات والمسؤوليات"⁵ بغرض تحقيق الأهداف التي وضعت لها هذه العملية.

وتعتبر مشكلة تنظيم الموارد الصحية من المحاور الرئيسي في إدارة المؤسسة الصحية وتحقيق الأهداف المخططة؛ أي أنه يجب التعرف على كيفية تكوين المدخلات العلاجية والوقائية من الأفراد والتخصصات والأجهزة والمعدات الطبية والمواد المساعدة وبأي نسب وفي أي مزيج؟ وتحليل كيفية توزيع السلطة التنظيمية بغرض تحقيق الأهداف بأقل تكلفة ووقت ممكنين؟ وهل يفضل التنظيم المركزي أم الوحدات العلاجية الإقليمية الجغرافية؟ الخ⁶.

III-1-3-2- التوجيه و الرقابة:

(أ) **التوجيه:** سياسة التوجيه تعد أساسا من وظائف الإدارة العليا التي تحدد مقاييس العمل لتحقيق النهايات المبتغاة ولأجل ذلك تعتمد أساليب متعددة لإنجاز الأهداف فعملية التوجيه والتحفيز إذن هي ممارسة السلطة من القيادة العليا نحو أقسام الإدارة الوسطى والدنيا تتابعا ضمن مخطط موضوع لتحقيق الأهداف المسطرة بالوسائل المشروعة⁷.

¹ (الأحمدي) طلال بن عابد، إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2004، ص51.

² (حريستاني) حسان، مرجع سابق، ص43.

³ A. Labourdette, *théorie des organisations*, PUF, 1992, page 09.

⁴ (Hervé) Leteur et autres, *la qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, Berger-Levrault, Paris 1999, p 53

⁵ (شريف) علي و(سلطان) محمد، المدخل المعاصر في مبادئ الإدارة، الدار الجامعية، الإسكندرية، من دون سنة نشر، ص26.

⁶ (النجار) فريد، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، سنة 2007، ص 194.

⁷ (حمداوي) وسيلة، إدارة الموارد البشرية، مديرية النشر لجامعة قالم، سنة 2004، ص 35.

وفي هذه السياق تستند إدارة المؤسسة الصحية على مجموعة وسائل منها¹:

- **لوحات القيادة:** إنجاز لوحة قيادة عامة يسمح بتقديم دقة إجمالية - من خلال المصلحة أو القسم - للخدمات المقدمة للمريض، أداء الإدارة، ... فلوحة القيادة تسمح عن طريق مؤشرات معينة بوصف و توجيه الخدمات المقدمة سواء من طرف المصالح الاستشفائية أو العلاجية القاعدية للمرضى، أو الخدمات الإدارية.
- **تقييم الأداء:** ويتم وفقا لعدة معايير منها:

- استقبال المرضى.
- النظافة الاستشفائية.
- جودة الإيواء.
- صيانة المحال والأجهزة.
- مسك السجلات لمختلفة.
- الانضباط العام... الخ.

(ب) **الرقابة:** نظام الرقابة عبارة عن مجموعة من الأنشطة والأدوات الفنية التي تستخدم للحفاظ على عملية تحقيق الأهداف ومحاولة تصحيح الانحرافات عن تلك الأهداف. يرتبط هذا المفهوم في المؤسسات الصحية إلى حد كبير بمدى قدرة هذه المؤسسات في تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية، ومستوى و تنوع الخدمات الصحية المقدمة. إذ ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة وبما يتاح لها من موارد مختلفة².

¹ (Hervé) Leteur et autres, Op.Cit,pp 144 - 145

² (البكري) ثامر ياسر، مرجع سابق، ص ص 200-201.

III-2- التفويض في إدارة المرفق الصحي العام:

تطور تسيير المرافق العمومية من نمط الإدارة الفيدرالية القائمة على المركزية واحترام القواعد والإجراءات والاهتمام بالوسائل إلى نمط حديث يقوم على اللامركزية وتفويض الصلاحيات واعتماد التعاقد كأداة لتحقيق الأهداف والنتائج¹، ومعيار التمييز الأساسي في ذلك هو مقدار التفويض في الصلاحيات وإسناد المهام؛ كما أنه حتى من الناحية القانونية أصبح معروفاً أن المرفق العام يأخذ أسلوبين في التسيير هما الإدارة المباشرة والتدبير المفوض.

ففي الإدارة المباشرة للمرافق العمومية نجد شكلين رئيسيين هما: الاستغلال المباشر وأسلوب المؤسسة العمومية؛ حيث في كلا الحالتين تكون الإدارة العمومية هي القائمة كلية بشؤون التخطيط والرقابة والتوجيه.

غير أن الاستغلال المباشر الذي هو «تسيير مباشر من قبل المجموعة العامة التي تتولى مسؤولية هذا المرفق»² يركز أكثر على مفهوم المركزية وعدم التركيز في بعض الحالات، بينما تقوم الفكرة الأساسية لأسلوب المؤسسة العمومية على اللامركزية الإدارية.

ففي الاستغلال المباشر وبمفهوم المركزية الإدارية فإن المرفق العام في هذه الحالة لا يتمتع بالشخصية المعنوية ولا الذمة المالية المستقلة عن الشخص المعنوي العام الذي يتبعه، إذ يتمتع هذا الأخير بـ«الحقوق ويتحمل الالتزامات المتولدة عن النشاط الذي يزاوله المرفق»³

وفي هذا السياق يعتمد عادة في تسيير الخدمات الصحية العمومية على أسلوب الإدارة المباشرة من خلال مؤسسات عمومية موكلة بإدارة المرفق الصحي العام.

وإذا كانت الإدارة المباشرة عن طريق المؤسسة العمومية كما هو الحال في المرافق الصحية العمومية تركز على اللامركزية الإدارية، فإن هذا المبدأ يبقى بدوره نسبياً بطبيعة العلاقة التي تربط المؤسسة العمومية بالسلطات المركزية من جهة ومدى تدخل هذه الأخيرة في أعمال الأولى من جهة ثانية، سواء من حيث التخطيط أو التوجيه أو الرقابة.

ولتوضيح خصائص كل نمط وسلبياته وإيجابياته، يتم التطرق فيما يلي إلى:

¹ (عشور) طارق، مقارنة التسيير العمومي الجديد كآلية لتدعيم وتعزيز تنافسية وكفاءة المنظمات الحكومية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 01/2011-2012،

² (محيو) أحمد، محاضرات في المؤسسات الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1996، ص 144.

³ (شطناوي) علي خطار، الوجيز القانون الإداري، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، سنة 2003، ص 280

- ✓ مفهومي المركزية واللامركزية والتجارب التي اعتمدت هذين الأسلوبين ومبررات ذلك.
- ✓ النمط التعاقدى الخارجى،

III-2-1 - المركزية في إدارة المرفق الصحي العام:

المركزية بمفهوم القانون الإداري تعني حصر المهام والمسؤوليات والوظائف في نقطة واحدة من الدولة تمثل عاصمتها كالوزارت مثلا.

وإذا تجاوزنا ضوابط القانون الإداري، فإن المركزية هي نقيض اللامركزية التي تبيّن مدى استقلالية المرفق المحلي أو التخصصي حسب النشاط عن الإدارة المركزية في اتخاذ القرارات وإدارة هذا المرفق. فالمركزية إذن، تفيد التبعية التنفيذية والسلمية للرئيس الإداري وعدم الاستقلالية في مجال التسيير وعدم التمتع بتفويض الاختصاص.

وبرغم التمتع القانوني للمرفق باللامركزية، إلا أنه قد تتحقق المركزية من خلال¹:

- تصعيد كل مشكلة تتطلب حلا إلى الجهات المركزية العليا أو من يمثلها من المصالح الخارجية من أجل البت فيها، وهو ما يشير إلى عدم امتلاك المرفق المحلي الصلاحيات الكافية أو عدم قدرته على اتخاذ القرار بالنظر إلى سياقات تاريخية وتجارب علائقية سابقة،
- إصدار لوائح وتعليمات تفصيلية من قبل المصالح المركزية تتسم بتعميم تطبيقها على جميع الحالات المشابهة وتلتزم الجهات الأدنى بتطبيقها دون حق التصرف أو الاجتهاد.

ولعل ما يدعو إلى اعتماد المركزية في المرافق العمومية ومنها الصحية، هو تلك الميزات التي يوفرها هذا النمط التسييري حيث يتحقق فيه²:

- سهولة التنسيق وتوحيد السياسات والممارسات بين الإدارات المختلفة،
- التشغيل الاقتصادي الأمثل للإمكانات المتاحة،
- عدم حدوث ازدواجية في اتخاذ القرارات،
- سهولة الرقابة وإجراءاتها،
- تحقيق المساواة في توزيع المنافع،

¹ (العكيلي) عبد الأمير عبد العظيم، مبادئ الإدارة العامة، مدخل بيئي وسياسي، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1992، ص 161

² (عبد الوهاب) علي محمد، مقدمة في الإدارة، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1982، ص 101.

ومع هذه المبررات الداعية لاعتماد المركزية في إدارة المرافق العمومية، إلا أن لها عيوباً منها¹:

- أنها لا تشجع على الابتكار وروح المبادرة؛ حيث يتصف النظام بالجمود من حيث صعوبة الأخذ بالاقترحات وإحداث التغييرات التي تصطدم بالبيروقراطية، كما أنها تضع عادة حلولاً متماثلة لحالات ومشكلات مختلفة من حيث بيئتها وظروف نشأتها والعوامل التي كرستها.
- انشغال القياديين في السلطة المركزية بأمر ثانوية على حساب المواضيع الحيوية والرئيسية.
- تحول دون اتخاذ قرارات ملائمة لطبيعة وظروف المناطق المختلفة بما لا يحقق الغاية من المرفق العام.
- البطء في اتخاذ القرار وتنفيذه بسبب كثرة الرئاسات المتعددة في الإدارة المركزية .
- غياب مفهوم الديمقراطية وتقاسم المسؤولية بين أفراد ومستويات الإدارة المختلفة،

وللمركزية أسباب وعوامل منها:

- أن المحرك المؤثر والفعال في هذا الاتجاه قد ينشأ من²:
 - ✓ الميل إلى التركيز على نشاط بعينه،
 - ✓ الاعتقاد في جدوى السلوك المفروض من خارج التنظيم،
 - ✓ السعي إلى توحيد النماذج السلوكية لتصرفات العاملين في التنظيم،
- الاعتقاد بأمثليتها في تحقيق التنمية الشاملة العادلة على مستوى المجموع الوطني³،
- ازدياد الاهتمام بنشاط معين، نتيجة ما يكون من زيادة ملحوظة فيما ينفق عليه من أموال، أو ما يؤثره النشاط من مصالح وقيم في أهم قطاعات المجتمع⁴.

III-2-2- اللامركزية في إدارة المرفق الصحي العام:

بفعل المنافسة التي غدا تتعرض لها المؤسسات العمومية للصحة، فقد كانت اللامركزية بالمعنى العام واحدة من الأفكار الرئيسية التي طرحت بدءاً من سنوات التسعينيات في عديد الدول، وهو نتاج للتطور نحو التسيير العمومي الحديث للمرافق العمومية.

¹ (عبد الوهاب) علي محمد، مرجع سابق، ص102

² (مجيد) جاسم، دراسات في الإدارة العامة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2001، ص111.

³ (العكيلي) عبد الأمير عبد العظيم، مرجع سابق، ص165

⁴ (مجيد) جاسم، المرجع أعلاه، ص111.

في بعض من هذه الدول، كان الاتجاه نحو تفويض تسيير النظام الصحي وتطور الأمر إلى التمويل في حد ذاته وذلك لصالح الجماعات المحلية، بينما في دول أخرى فإن هذا المفهوم لا يعني اللامركزية بالمعنى السياسي التام للمصطلح، وإنما يتعلق الأمر بتفويض المسؤوليات لفاعلين محليين: مؤسسات صحية عمومية، معاهد، مجموعات مهنية... الخ.

وفي كل هذه الحالات، فقد نظر إلى اللامركزية كأداة لتحسين فعالية ونجاعة النظام الصحي؛ حيث يكون أقدر على الاستجابة للحاجات الصحية من خلال تقريب القرارات للمجتمع المحلي وتحفيز المواطنة الصحية.

وقد كان الاتجاه في كثير من الأحيان بغرض تطوير أداء مؤسسات القطاع العام نحو "توفير المرونة اللازمة لإدارة الأعمال بصورة تخفف الأعباء على الإدارة العامة وعدم المركزية الشديدة ورفع المستوى العام وإحساس المجتمع بالمشاركة في الرقابة على كفاءة أداء الخدمات العامة"¹

واللامركزية في القانون الإداري تعني "توزيع الوظيفة الإدارية بين الحكومة المركزية وهيئات منتخبة أو محلية تباشر اختصاصاتها تحت إشراف الحكومة وراقبتها"².

وإذا كان هذا التعريف يركز على اللامركزية الإدارية من حيث المقاربة الانتخابية كتعبير عن التشاركية الديمقراطية في إدارة الشأن المحلي فالتعريف التالي أكثر شمولاً من سابقه؛ إذ أن اللامركزية هنا تعني "توزيع الوظيفة الإدارية بين السلطة المركزية وبين هيئات محلية أو مصلحة تتمتع بالشخصية المعنوية، وبمقتضى نظام اللامركزية يوجد في الدولة أشخاص معنوية عامة متعددة يطلق عليها اسم الأشخاص الإدارية أو أشخاص القانون العام، وهي أن تكون أشخاص إدارية إقليمية كالمunicipalities أو أشخاص مرفقية أو مصلحة كالمؤسسات العامة على اختلاف أنواعها.

وتهدف اللامركزية الإدارية كأسلوب من أساليب التنظيم الإداري إلى توزيع سلطة اتخاذ القرارات بين عدة أجهزة إدارية إلى جانب السلطة المركزية، وإن هذه الجهات الإدارية المستقلة في الأصل لا تتبع السلطة المركزية كسلطة رئاسية لها، إلا أنها تخضع لنوع من الرقابة والإشراف من قبلها، وذلك من خلال ما يعرف بالوصاية الإدارية"³

¹ (حثة) محمود حافظ محمد، التطوير والإصلاح المؤسسي، نموذج الإدارة المتكاملة للمنظمات العامة، ندوة الإدارة الحديثة في إدارة منظمات الخدمة العامة، المنظمة العرلابية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص4.

² (الزغبى) خالد، القانون الإداري وتطبيقاته في المملكة الأردنية الهاشمية، دار الثقافة، عمان، 1986، ص25

³ (العزري) محمد سليم، نظرات حول الديمقراطية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 77.

وما نستنتج في ذلك أن اللامركزية تفيد بتمتع المرفق المحلي بالشخصية المعنوية والاستقلال في اتخاذ القرارات، مع خضوعه للرقابة من طرف المصالح المركزية، أي أن تبعية المرفق المحلي للمصالح المركزية تتسم بالمرونة وبطابع الوصائية لا بطابع الهرمية، ما يتيح للأول الحرية والإبداعية في اتخاذ القرارات التي تعنى بشؤون المجتمع الذي يتوجه إليه بخدماته.

وقد أخذ الاتجاه نحو اللامركزية وبنسب معينة، منحى متزايدا في معظم دول العالم فيما يتعلق بالتسيير العمومي. ومن ذلك الأنظمة الصحية* . وذلك بالنظر للمزايا التي توفرها والتي يمكن إجمالها فيما يلي¹:

- السرعة في اتخاذ القرارات،
- رفع الروح المعنوية للمديرين والرؤساء في المستويات الإدارية المختلفة نتيجة لشعورهم بالمشاركة الإيجابية، ما يساهم أيضا في تحسين تطوير أدائهم،
- تقريب الإدارة من المواطنين وزيادة القدرة في فهم مشاكلهم والاهتمام بها.
- تحقق مبدأ هاما يتمثل في التوازن بين السلطات والمسؤوليات

ولاتخلو اللامركزية بدورها من عيوب والتي يمكن إبرازها في اعتقادنا فيما يلي:

- عدم تماثل القرارات المتخذة من طرف المرافق المحلية المختلفة، فيما يتعلق بذات المشكلة الخدمية، مما يعطي انطبعا متناقضا لدى متلقي الخدمة عن عدم تجانس الخدمة العمومية،
- الاختلال الذي يمكن أن يحدث، كنتيجة طبيعية للاختلال في الإمكانيات المادية والبشرية بشكل أخص بين مختلف المناطق، ما يمكن أن يفرز حالة من عدم العدالة في مستوى الخدمات للمواطنين المتساوين في نظر القانون،
- العبء المالي الذي يكلف الدولة، بسبب تعدد حيز الإنفاق المستقل، فيما يمكن أن يكون أكثر رشادة من خلال اعتماد اقتصاديات الحجم ونظام تعضيد الوسائل (la mutualisation des moyens) والذي تتيحه المركزية في المقابل.

وفي واقع الحال، فإنه لا توجد مركزية مطلقة أو لامركزية مطلقة في تسيير المرافق الصحية العمومية، بل في غالب الأحيان نجد تزاوجا بين النمطين في الممارسات العملية، حتى وإن كان السياق القانوني يتبنى أحدهما (أي المركزية واللامركزية).

* سيتم التطرق لاحقا لبعض النماذج العالمية في اعتماد المركزية واللامركزية،
¹ (عبد الوهاب) علي محمد، مرجع سابق، ص91

فاللامركزية ترتبط ارتباطاً عضوياً بعملية تفويض السلطة؛ إذ الفرق بينها وبين المركزية، أن اللامركزية تعني تفويض سلطة اتخاذ القرارات إلى المستويات الدنيا في المؤسسة وعلى العكس فإن المركزية تعني الاحتفاظ بهذه السلطة في المستوى الأعلى.

ولعل المفاضلة في الاختيار بين النمطين في الممارسة العملية يعود إلى مجموعة من المسببات، التي يمكن إجمالها فيما يلي¹:

(أ) **حجم المؤسسة**: زيادة حجم المنظمة مقاسل بعدد العاملين، تعني زيادة تعقد عملياتها، ما يؤدي إلى تعقد عملية اتخاذ القرارات التي تحتاج عندئذ إلى وقت أطول لتحليل المعلومات ودراسة المشاكل المختلفة. كل ذلك يزيد من عبء العمل على كاهل الإدارة العليا. عندئذ يصبح التفويض ضرورة ملحة، ومنه فإن زيادة حجم المنظمة تزيد من احتمالات اللامركزية.

(ب) **التداخل بين الأنشطة**: كلما زادت درجة التداخل بين الأنشطة، يكون من الأفضل تطبيق المركزية، لكي يمكن الحصول على جميع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات من مصدر واحد. (ت) **طبيعة العاملين**: يقصد بها مهارات العاملين وقدراتهم وصفاتهم الشخصية من حيث الرغبة أو عدم الرغبة في لمساهمة في اتخاذ القرارات. فإذا كان العاملون مهرة وقدراتهم مرتفعة وإذا كانوا راغبين في المشاركة في اتخاذ القرارات، فإن ذلك يعد من العوامل التي تحبذ اللامركزية، أما إذا كانوا عكس ذلك، فإن المركزية تكون الأسلوب الأمثل.

(ث) **توافق الأهداف**: عندما تكون أهداف العاملين متوافقة مع أهداف إدارات وأقسام المنظمة، وعندما تكون هذه الأهداف الأخيرة متوافقة مع الهدف العام للمنظمة، فمعنى ذلك إمكانية تحقيق مستوى مرتفعاً من التنسيق. عندئذ فإن اللامركزية يمكن أن تطبق بنجاح، أما في حالة التعارض بين الأهداف والذي يؤدي إلى اشتداد ظاهرة الصراع التنظيمي فإن المركزية تكون الأسلوب الأفضل.

(ج) **مستوى صنع القرارات**: بصفة عامة، فإن القرارات ذات الأهمية الخاصة تكون عادة مركزية، أي يحتفظ المستوى الأعلى بحق إصدارها. وذلك بعكس القرارات ذات الأهمية النسبية الأقل؛ حيث يمكن تفويضها إلى المستويات الدنيا. علاوة على ذلك هنالك قرارات مثل قرارات التمويل والأفراد عادة ما تكون مركزية بطبيعتها.

(ح) **كفاءة المؤسسة**: يقصد بذلك القدرة النسبية للمؤسسة في تحقيق أهدافها، ظروف النشاط ومدى كفاءة النظام الرقابي.

فالمؤسسة الأكثر قدرة على تحقيق أهدافها المالية بنجاح، يصبح لديها دافع قوي لزيادة إسهام العاملين ومشاركتهم في اتخاذ القرارات؛ أي تتجه نحو اللامركزية.

¹ (شريف) علي و(سلطان) محمد، مرجع سابق، ص ص 278-280

أما من حيث ظروف النشاط، فإنه يعد سببا رئيسا للمركزية أو اللامركزية حتى لو تعارض مع بعض المبررات الأخرى، ومن ذلك الأهمية النسبية التي توليها المؤسسة لعامل السرعة في تلبية حاجات العملاء.

وأما كفاءة النظام الرقابي فهي تعتبر عاملا محددًا للمفاضلة بين المركزية واللامركزية. فبصفة عامة، هنالك علاقة طردية بين كفاءة النظام الرقابي وبين اللامركزية، فلا يتجه إلى تفويض السلطة والاتجاه نحو اللامركزية إلا في وجود وسائل رقابية فعالة، تضمن له متابعة الأداء والحكم على مستواه.

(خ) **طبيعة البيئة:** فإذا كانت البيئة معقدة مع مستوى مرتفع من عدم التأكد، يفضل تطبيق اللامركزية التي تحقق حينئذ نوعا من المرونة وسرعة التجاوب مع الظروف البيئية المتغيرة. وعلى العكس من ذلك، إذا كانت البيئة بسيطة ومستقرة مع مستوى منخفض من عدم التأكد، فإن هذا الوضع يناسب الأسلوب المركزي.

من خلال ما تم عرضه سابقا، فإن الحكم على الممارسات العملية لنمط تسيير المرافق الصحية العمومية إن كان يتبنى المركزية أو اللامركزية، إنما يكون في اعتقاد الباحث بمعرفة المؤشرات التالية:

- ✓ مدى ممارسة مجلس الإدارة لصلاحياته التداولية،
- ✓ مدى ممارسة مجلس الإدارة لدوره الرقابي،
- ✓ مقدار تدخل الوصاية في أنشطة المؤسسة الصحية العمومية،
- ✓ مقدار التقنين والتحديد لإجراءات العمل،
- ✓ مقدار الهرمية أو السلمية في ممارسة السلطة بالمؤسسة العمومية للصحة.

III-2-3- تطور تطبيقات اللامركزية في النماذج الصحية العالمية:

هنالك تجارب عدة في مجال اعتماد اللامركزية في تسيير مؤسسات القطاع الصحي العمومي سنتناول بعضها فيما يلي من خلال:

- النموذج الإسكندنافي،
- النموذج الإسباني والإيطالي،

III-2-3-1- **النموذج الإسكندنافي:** الأنظمة الصحية الإسكندنافية تعتمد مرجعية الخدمة الوطنية للصحة (service national de santé)؛ حيث نجد شمولية ومجانية العلاج، كما أن عرض العلاجات يوكل بشكل كامل إلى القطاع العام، غير أن تمويل وتسيير النظام الصحي يكون لا مركزيا

على مستوى الجماعات المحلية القريبة للمقاطعة الإدارية المعنية، بل أنه قد يوكل إلى البلديات كما هو الشأن في فلندا مثلا.

في الدنمارك، يوجد 14 مجلسا ينتخب مدة كل أربع (04) سنوات، يعمل على¹:

- ✓ تسيير المستشفيات ومراكز العلاج الأولية،
- ✓ تسديد أجور مهنيي الصحة وفقا لعلاقة عقدية بالنتائج،
- ✓ ضمان تمويل الصحة العمومية عن طريق الجباية المحلية (الضرائب على الدخل أساسا وبشكل هامشي الضرائب العقارية) حيث يوفر ذلك نحو 87% من ميزانيتها، بينما تتكفل السلطة المركزية بـ 13% الباقية.

فهذه المجالس تعمل على تسيير وتمويل المؤسسات الصحية العمومية في نفس الوقت، كما أنها تقوم أيضا بتسيير بمصالح عمومية أخرى كالتعليم الأساسي والبيئة مثلا وتعمل على التحكيم بين نفقات مختلف المجالات التي تسييرها وفي العادة فإن قطاع الصحة يحتل النسبة الأكبر بما يصل إلى 70% من الميزانية.

ويكاد يكون معلوما لدى الجميع أن الأنظمة الصحية الإسكندنافية تعتبر من أحسن الأنظمة الصحية العالمية من حيث نجاعتها وكفاءتها.

III-2-3-2- النمذج الإسباني والإيطالي: بخلاف النمذج الإسكندنافي الذي نحا نحو لا مركزية مطلقة في مجال التسيير والتمويل في آن واحد، فإن النمذج الإسباني والإيطالي يتشابه مع النظم اللامركزية الموجودة في فرنسا وبالمحاكاة منها في دول المغرب العربي، حيث يعتمد تسيير لامركزيا من خلال فاعلين محليين، بينما يكون التمويل وطنيا.

ففي إسبانيا كان الانتقال منذ سنة 1981 من نظام حماية اجتماعية مركزي تماما إلى نظام وطني للصحة مسير من قبل مجموعات مستقلة ذاتيا (وهي المناطق الجهوية التي تطورت ليصل عددها إلى 17 حاليا) وممول بشكل شبه كلي من الإدارة المركزية²؛ حيث لا يتعدى هامش مشاركة المناطق الجهوية في التمويل ما نسبته 9% متأتية من الجباية المحلية³.

¹ (POLTON) Dominique, *décentralisation des systèmes de santé, quelques réflexions à partir d'expériences étrangères, question d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, N°72, Paris, octobre 2003.*

² (SALTMAN) Richard and others, *Decentralization in health care, open university press, England, 2007, p136*

³ (POLTON) Dominique, *Op.Cit*

هذا التوجه في حقيقة الأمر يعكسه الطابع السياسي والتنظيمي للحكم في البلاد؛ إذ تبرز هنا الأقاليم المتمتعة بحكم ذاتي كإقليم كتالونيا مثلا الذي تتحمل المسؤولية الكاملة عن إدارة وتسيير مرافق الخدمات الصحية العمومية.

فالملاحظ في هذا النظام في إسبانيا أنه يجمع بين المركزية واللامركزية في آن واحد؛ إذ تبرز المركزية من خلال التمويل الموحد الذي تتكفل به السلطة المركزية في البلاد والتي تقوم بدور التحكيم وتوزيع النفقات بين مختلف الجهات بينما تحظى هذه الأخيرة بالاستقلالية في التسيير وتحمل مسؤولية ذلك، ما يبرز مفهوم اللامركزية في هذا الجانب.

هذا النموذج في إسبانيا تعرض إلى مجموعة من الصعوبات تمثلت في¹:

أ) صعوبة إيجاد قواعد رضائية في توزيع الموارد المالية بين الجهات المختلفة: وذلك بسبب الانتقال من طابع الاعتمادات المالية التاريخية إلى الاعتمادات المبنية على النتائج لاختلاف المعايير بين الجهات، ما دفع نحو تفاوض وطني حول ذلك واعتماد مجلس متعدد الأقاليم (*conseil interterritorial*) للقيام بعملية التحكيم.

ب) التنسيق بين الجهات المختلفة: وذلك بغرض تحقيق الوصول العادل للخدمة الصحية بين الجهات المختلفة على كامل التراب الوطني والسماح بحركة المرضى بين الجهات. هذا الأمر دفع نحو نقاش وطني لتحديد تعريف موحد لمستويات الخدمة والأداء، مستويات التغطية الصحية الواجبة، ...

ت) تقسيم المسؤولية بين مسؤولية التسيير جهويا والتمويل وطنيا: حيث خلق ذلك نزاعا مستمرا بين المركز القائم بعملية التمويل وبين الجهات التي تتعرض لبعض الصعوبات المالية، ما يؤثر على مستويات أداء الخدمة فيها لاحقا.

وكما إسبانيا، فقد انتقلت إيطاليا بدورها من نظام حماية اجتماعية مركزي إلى نظام وطني للصحة خلال نهاية عقد السبعينات. وقد تعلق الأمر في بدايته بتسيير لمؤسسات الخدمة الصحية العمومية عبر ثلاثة مستويات²:

➤ المستوى الوطني: يتم تحديد الميزانية العامة للصحة وإعداد مخطط وطني،

¹ (POLTON) Dominique, Op.Cit

² (POLTON) Dominique, *décentralisation des systèmes de santé : un éclairage internationale, revue française des affaires sociales, Paris, N°4-2004, p278*

- المستوى الجهوي: 20 مجلسا جهويا يتكفل منتخبوها بالتخطيط وتوزيع الميزانيات على الوحدات الصحية المحلية،
- المستوى المحلي: يتكفل المسيرون المحلون للوحدات الصحية بمسؤولية نفقات التسيير لهذه الوحدات.

وقد عرف هذا النمط المزدوج بين المركزية واللامركزية في تمويل وتسيير مؤسسات الخدمة الصحية العمومية نفس المشاكل التي عاني منها النظام الصحي في إسبانيا من مشكلة توزيع الموارد المالية بين الجهات ومشكلات التنسيق بين مختلف الجهات والصعوبات المرتبطة بتقاسم السلطة والمسؤولية عن التمويل والتسيير بين الإدارة المركزية والمجالس الجهوية.

ونتاجا لذلك كانت الإصلاحات المقدمة في سنوات 1992-1993 التي أخذت بعين الاعتبار السياق التنافسي الذي غدت فيه مؤسسات الخدمة الصحية العمومية مع نظيرتها من المؤسسات الخاصة. وقد حاكت في ذلك النموذج البريطاني (NHS الخدمة الصحية الوطنية)* من خلال اعتماد مقارنة تعاقدية بين المستويات الجهوية والوطنية، مع فقدان المنتخبين المحليين لسلطة التسيير، حيث أوكلت بالمطلق للمجالس الجهوية التي بدورها تتحمل إضافة لمسؤولية التسيير الموكلة إليها مسؤولية مالية أخرى، ويتعلق الأمر بقيامها بسد العجز المصاحب لنشاطها عن طريق الجباية المحلية.

هذا المزيج بين المركزية واللامركزية الذي عرفه النموذج الإيطالي خلال هذه الفترة لم يسلم هو الآخر من بعض الصعوبات المرتبطة أساسا بعدالة توزيع الموارد حدود الصلاحيات للممنوحة للجهات، ما نحا في سنة 1999 إلى توسيع تطبيق اللامركزية الجهوية من خلال "الفيدرالية الجبائية le fédéralisme fiscal" الذي وضع حدا لمبدأ الميزانية الوطنية المعاد توزيعها بين الجهات المختلفة¹، ليصبح الأمر ومن خلال مرافقة متدرجة مشابهة للنظام الاسكندنافي.

من خلال النماذج المذكورة آنفا (ونماذج أخرى يطول التعرض إليها) يلاحظ زيادة التوجه نحو اعتماد اللامركزية بما يمكن الفاعلين المحليين من المساهمة الفعلية ليس القرار الصحي فحسب، بل في التسيير ككل.

* في الخدمة الصحية الوطنية البريطاني بعد أن كان خاضعا في بداية الأمر للمراقبة الهرمية للعلاج (نمط مركزي) تطور فيما بعد نحو آليات المنافسة السوقية من خلال إدخال العلاقات التعاقدية بين طالبي الخدمة ومقدميها ليصل إلى المرحلة الحالية القائمة على التعاون عن طريق شبكات مهنيي الصحة المحليين، انظر: (الأحمدي) طلال بن عابد، إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، ص 34-36.

¹ (FARGIAN) Valeria, *le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement*, revue française des affaires sociales, N° 02-2006, Paris, p302

هذا التوجه نحو اللامركزية تعكسه الرغبة في إشراك المجتمع المحلي والتقرب من فهم احتياجاته الصحية ومراعاة ثقافته وإشعاره بالمسؤولية في تقديم الخدمة الصحية العمومية من جهة ومن جهة أخرى تقليل العبء على الإدارة المركزية المرتبط بالتخطيط، التمويل والإدارة العملية.

غير أن هذا التوجه نحو اللامركزية يظل مقيدا بالاعتبارات السياسية للبلاد وطبيعة النظام السياسي والمقدرات الاقتصادية والبشرية لمختلف المناطق بالبلاد من جهة ومستوى الوعي المجتمعي وتطوره الثقافي الذي يمكنه من تحمل المسؤولية فيما يتعلق بالصحة العمومية وما ترتبه من آثار في شتى المجالات.

III-2-4- النمط التعاقدى في التدبير المفوض للمرفق الصحي العام:

لقد عرف مفهوم التدبير المفوض للمرافق العامة عدة تطورات وأشكال مست في الأساس المرفق العام المحلي من الجماعات المحلية أو المركزي كإدارة الكهرباء والمياه، وذلك بغرض تحسين مستوى الخدمات التي تقدمها هذه الإدارات وتخفيف العبء المالي والتسييري الذي يترتب عن الاستغلال المباشر من قبل الهيئة العمومية.

وقد تنامي هذا الاتجاه أيضا في المرفق الصحي العام؛ حيث أن ارتفاع تكاليف الإنفاق والمنافسة الجدية التي بدأ يفرضها القطاع الخاص على القطاع العام في مجال الصحة دفع بضرورة إيجاد توفيقات معينة بين الإدارة المباشرة والتقليدية المرتكزة على المنطق البيروقراطي للمرفق الصحي العام من جهة وإمكانية الاستفادة مما تتيحه أساليب التسيير في القطاع الخاص من جهة أخرى¹، بما يحقق النوعية الخدمية المطلوبة في ميدان المنافسة مع القطاع الخاص وكذا الاستمرار في الالتزام بأهداف الصحة العمومية ووظائف المرفق العام التي تأسس لأجلها.

وفي هذا السياق فقد كان الاتجاه نحو الآليات التعاقدية لتحقيق التدبير المفوض في المرفق الصحي العام.

وفي الفقرات التالية سنتطرق إلى:

- ✓ مفهوم العلاقة العقدية وضوابطها وأهم تصنيفاتها في القطاع الصحي العام
- ✓ أنواع التعاقدات في القطاع الصحي العام

¹ (C.J.L) Murray et J.Frenck, un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé, bulletin de l'organisation mondiale de la santé, article N03, p 162.

III-2-4-1- مفهوم العلاقة العقدية:

من الجدير الإشارة إليه هنا هو أن التدبير المفوض للمرفق الصحي العام لا يعني التنازل كلية عن إدارته أو نقل ملكيته من شخص عمومي إلى شخص آخر من القانون الخاص، بل إسناد بعض الخدمات إما لهيئات خارجية أو ضبط العلاقة بين المتعاملين الرئيسيين مع المرفق الصحي العام وبين هذا الأخير وفق علاقة عقدية ملزمة قانونيا أو تسييريا، تقوم على تحقيق نتائج وأهداف محددة في آجال معلومة.

III-2-4-2- مفهوم العقد وأركانه:

العقود القانونية التي تيرمها الإدارة عادة ما تكون عقودا إدارية. وتكون الأحكام الضابطة للعقد الإداري متشابهة مع العقد المدني؛ حيث يتضمن توافق إرادتين على إنشاء التزامات وحقوق مع تمتع الإدارة بميزة السلطة العمومية.

وقد عرفت المادة 54 من القانون المدني¹ العقد على أنه "اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص آخرين، بمنح أو فعل أو عدم فعل شيء ما"، إذ يعتبر المجال التعاقدية هو "المجال الوحيد الذي يتمتع فيه الأشخاص بحرية إنشاء حقوق والتزامات وترتيب آثار قانونية على تصرفاتهم. إلا أن هذه الحرية ليست مطلقة بل سرعان ما تصطدم بتدخل القانون تنظيما للعلاقات التعاقدية"²، كما هو الحال في ضبط العلاقة العقدية بين المؤسسات العمومية للصحة وهيئات الضمان الاجتماعي في مجال التمويل.

ويرتكز العقد على ثلاثة أركان هي: الرضا، المحل والسبب.

أ) **التراضي**: يقصد بالتراضي توافق إرادتي المتعاقدين بالإيجاب (أي العرض بالتعاقد) والقبول، مع مراعاة ما يقرره القانون من أوضاع معينة يجب اتباعها³ ولا تشوبه عيوب الغلط والتدليس والإكراه والغبن أو عدم الأهلية. فالرضا "بالنسبة للإدارة كطرف في العقد يجب ان يكون صادرا من الجهة المختصة بالتعاقد وفقا للنظم المقررة من حيث الشكل والاختصاص"⁴

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان عام 1395 هـ الموافق 26 سبتمبر 1975، المتضمن القانون المدني المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية عدد 78 صادر في 30 سبتمبر 1975.

² (زعلاني) عبد المجيد، موسوعة القانون الجزائري، دار بيرتي للنشر، الجزائر، 2009، ص 235.

³ (حلمي) محمود، العقد الإداري، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 1977، ص 6

⁴ (الشريف) عزيزة، دراسات في نظرية العقد الإداري، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981، ص 15

(ب) **المحل**: يقصد بالمحل، "العملية القانونية التي يراد تحقيقها من حيث إنشاء حقوق والتزامات متقابلة للمتعاقدين"¹ فيكون الدواء أو الأجهزة الطبية هي محل العقد بالنسبة للمؤسسة الصحية العمومية في حال عقد التوريد على سبيل المثال.

ويشترط في المحل أن يكون²:

- ✓ ممكنا غير مستحيل،
- ✓ معينا أو قابلا للتعيين،
- ✓ موجودا وقت التنفيذ،
- ✓ مشروعا.

(ت) **السبب**: سبب العقد هو الباعث الدافع إلى التعاقد، سواء كان مباشرا أو غير مباشر. ويشترط فيه أن يكون مشروعا³.

إن العقود التي تناولنا مفهومها وأركانها في الفقرات السابقة هي عقود إدارية تحدث آثارا قانونية بين طرفي العقد؛ غير أن الإدارة الحديثة وبرغم أهمية العقود التقليدية السالف ذكرها وضرورتها في تحقيق مصالح المرفق العام وأهدافه، إلا أنها لا تلتزم فقط بهذه القواعد التي يفرضها القانون الإداري وإنما تتبنى مقاربات عقدية أخرى تحدث بالأساس آثارا تسييرية على المؤسسة ومن يلتزم معها حيال هذه العقود والتي تسمى بالعقود العلائقية (les contrats relationnels).

وفي ما يلي من فقرات نتعرض بإيجاز أيضا لمفهوم العقد العلائقي وأهميته في المؤسسة.

III-2-4-2-2- العقد العلائقي:

يعتبر العقد العلائقي من العقود النفسية ويمكن أن يصاغ ضمن وثيقة عقدية تحدد الالتزامات والحقوق الناشئة بين الطرف المتعاقد والمصلحة المتعاقدة والتي تتمثل في مجال بحثنا في إدارة المؤسسة الصحية العمومية⁴.

وما يميز العقد العلائقي عن غيره من العقود التقليدية، أن ترتيبات العمل في هذا العقد تكون طويلة المدى ومفتوحة على المستقبل ومؤسسة على الثقة والإخلاص والعائدات، فهي مشروطة بالأداء

¹ (حلمي) محمود، المرجع السابق، ص7

² (زعلاني) عبد المجيد، مرجع سابق، ص ص 247-248

³ (زعلاني) عبد المجيد، مرجع سابق، ص 250

⁴ (Robinson), Sandra L. et (Rousseau) Denise.M «**Violating the psychological contract** : Not the exception but the norm». Journal of organizational Behavior, 1994 vol. 15, no. 3, p. 249.

القائم على العضوية والمشاركة في المؤسسة¹. ومن ذلك يمكن أن نستنتج أن العقد العلائقي بهذا المفهوم يؤسس للولاء المؤسسة والاجتهاد في تحقيق أهدافها.

وفي المقابل فإن العقود التقليدية مبنية على الالتزام القانوني دون الأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية التي تعتبر محددًا أساسيًا في فعالية أداء العامل، كما أن العقود التقليدية عي في الغالب محددة في الزمن وبالوفاء بمحل العقد المبرم بين الطرفين.

وفي هذا السياق، تبرز عقود النجاعة والأهداف ومشروع المؤسسة كمثالين نموذجيين عن العقود العلائقية.

III-2-4-3- التعاقد الخارجي في القطاع الصحي العام:

وفيه يمكن التمييز بين:

III-2-4-3-1- المناولة (la sous-traitance): تتمثل المناولة عموماً في "إنابة الغير في تنفيذ الأعمال وتتم بواسطة عقد بين مؤسستين، المؤسسة الأمرة بالأعمال والمؤسسة المناولة والذي بموجبه تعهد الأولى بجزء من نشاطها الإنتاجي للثانية، نظراً لما تتمتع به الأخيرة من مهارات فنية وتقنية وإمكانيات تجعلها قادرة على توفير سلع ذات جودة وبشروط اقتصادية ميسرة"²

فهي تمكن المؤسسة الأمرة بالأعمال كما في التعريف السابق من الاستفادة من الكفاءات التقنية للمؤسسة المناولة بأقل تكلفة ممكنة من جهة وتوفر عليها أعباء التسيير المتعددة التي تستصحب قيامها بهذا النشاط بذاتها من جهة أخرى.

والمناولة في قطاع الصحة العمومي تركز أساساً على النشاط اللوجستيكي المتمثل في التغذية، الإطعام، الغسل، النظافة الاستشفائية والفرنجة والوسائل العامة وكذا التمويل بالمعدات والأدوات الطبية.

وإذا أخذنا كل نشاط من هذه الأنشطة اللوجستكية، فإن نلاحظ تمايزاً من حيث السهولة والصعوبة في الاعتماد على المناولة بغرض القيام بها؛ حيث³:

¹ (صوفي) عبد الوهاب، طبيعة العقد النفسي في المؤسسة العمومية والمؤسسة الخاصة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقة، العدد 13، ديسمبر 2013، ص 171.

² (VALENTIN) George, les contrats de sous traitance, édition librairie techniques, Paris, 1979, p 02.

³ (BENANTEUR) Younes, la sous traitance de fonctions logistiques en milieu hospitalier, un enjeu complexe dans un contexte budgétaire contraint et structurant, Revue logistique management, N°24-2004, numéro spécial, p43

(أ) **الإطعام والتغذية:** تبقى وظيفة الإطعام والتغذية من الأنشطة التي يصعب اعتماد المناولة في أدائها. وذلك يعود إلى أن الإطعام في ميدان الصحة هو علاج بحد ذاته وجد حساس لرضا المريض (الزبون)؛ حيث تراعى فيه مجموعة من الشروط المتعلقة بالنظافة، المحتوى، النوعية، التخزين وكذا التقديم.

وإذا كانت وظيفة الإطعام بهذه المواصفات بالنسبة للمريض، فإنها تكون أقل تعقيدا بالنسبة لمستخدمي الصحة الدواميين والذين تتكفل المؤسسة الصحية بإطعامهم، ما يجعل المناولة في هذا الفرع ممكنا، غير أنه يكون أكثر حذرا وصعوبة كلما تعلق الأمر بالمريض لمتطلباته الصحية الخاصة.

(ب) **التببيض والغسل:** إذا كان هذا النشاط لا يخضع للمتطلبات الصحية الصارمة، كما هو الشأن في الإطعام، فإن اعتماد المناولة يرجع أساسا للاعتبارات الاقتصادية ومقارنة تكلفتها فيما لو تم الاستمرار في إدارتها بشكل مباشر من قبل المؤسسة الصحية. غير أن استعملية ما يترتب على هذا النشاط والمقصود به توزيعه حسب المصالح والمرضى، فإن التعامل مع هذا الإجراء يكون بعناية شديدة.

(ت) **النظافة الاستشفائية:** وتكمن الصعوبة في اعتماد المناولة فيها، لصعوبة وتعقيد التنسيق في خدمات النظافة المعهد بها إلى المناولة وبين تلك التي يقوم بها بشكل يومي العاملون في المؤسسة الصحية، فيما يتعلق خاصة بالمصالح ذات النشاط المستمر كالاستجالات مثلا. صف إلى ذلك الاعتبارات المرتبطة بمعايير ومقاييس النظافة الاستشفائية التي يجب مراعاتها ضمن هذا البيئة الحساسة المختلفة عن البيئة العادية في الحياة اليومية الأخرى.

(ث) **التموين الطبي، الفندقية والوسائل العامة:** من المفيد هنا التفريق بين عقود الشراء المرتبطة بقواعد وإجراءات قانونية (الصفقات العمومية على سبيل المثال) وبين إسناد تدبير الاحتياجات في المجال الطبي والفندقي والوسائل العامة إلى طرف خارجي وفقا لعقد مناولة أو تخريج. وفي اعتقادنا، فإن ذلك يخضع للتحكيم الاقتصادي أولا ثم الجانب الصحي ثانيا، خاصة فيما يتعلق بطبيعة ونوعية الأدوية المراد استعمالها والتي يكون المورد البشري التقني الأكثر تأهيلا في تحديد الاختيارات فيها.

وفي هذا السياق المتعلق باعتماد المناولة في بعض الأنشطة اللوجستيكية بالمؤسسة الصحية، يمكن القول أن هذا النمط يحمل معه إيجابيات وسلبيات أيضا.

فمن إيجابيات المناولة في اعتقادنا أنها:

➤ تقلص تكاليف الإدارة المباشرة للأنشطة. ولا يقصد بذلك التكاليف المالية بالضرورة التي يبقى تقديرها محل دراسة مستفيضة وإنما تلك التكاليف المرتبطة بإدارة الأفراد، التخزين والوقت المستهلك ... في إدارة هذه الأنشطة بشكل مباشر.

➤ تمكن المؤسسة الصحية من تقاسم أعباء التسيير مع طرف خارجي وتحمله جزءا من المسؤولية المرتبطة بأداء هذه الأنشطة مع استمرارها في عملية المراقبة والمتابعة المستمرة لمدى جودة القيام بتلك النشاطات وتحمل مسؤوليتها الرقابية في ذلك.

➤ تمنح المؤسسة الصحية الإمكانية للتركيز على نشاطها الرئيسي المرتبط بالرعاية الصحية للمواطن سواء من خلال البرامج الوقائية المباشرة وغير المباشرة أو باعتباره مريضا يتلقى الخدمة الصحية العلاجية.

غير أن المناولة في المقابل لها تبعات سلبية تكمن أساسا في:

➤ صعوبة التحكم في تذبذب التكاليف المرتبطة بعملية المناولة، نظرا لارتباطها بالتكاليف المرتبطة بالطرف الخارجي في مقابل النوعية المطلوب منه تقديمها، بعكس ما يمكن أن تمارسه الإدارة المباشرة للمؤسسة من إجراءات ذاتية تمكنها من ترشيد بعض النفقات حال لزوم ذلك.

➤ اعتماد المناولة لا يعني بالضرورة إخلاء المسؤولية الإدارية للمؤسسة الصحية تجاه الآثار الناجمة عن أنشطة المناولة، وهو ما يدفعها لتكثيف الرقابة والمتابعة المستمرة وهو ما يعد تكلفة في حد ذاته وقد يكون مرهقا ومحتما لتحمل مهارات خاصة في ذلك.

➤ تغيير الطرف الخارجي المعتمد عليه في المناولة، واحتكاكه بالواقع المعيش داخل المؤسسات الصحية، ما قد يخلق مشكلة عدم سرية خصوصية المعلومات بهذه المؤسسات وآثار ذلك على الناحية الاجتماعية والموثوقية في الخدمة الصحية من جهة والمسؤولية الأخلاقية والقانونية من جهة أخرى.

➤ فقدان المؤسسة لبعض المهارات نتيجة تخليها عن هذه الأنشطة لطرف خارجي، لا يساهم في عملية التدريب وإعادة التأهيل، ما يجعلها في حالة تبعية لهذا الطرف، ما يصعب عليها مستقبلا التحكم في التكاليف الناجمة عن هذه الأنشطة.

ومن هنا في نظرنا- فإن المفاضلة بين الإدارة المباشرة للأنشطة والمناولة يخضع لثلاثة معايير

رئيسية:

أ) التحليل الدقيق للتكاليف: حتى يمكن الحكم على مدى الجدوى الاقتصادية للمناولة. ويكون هذا

التحليل متضمنا لعدة مؤشرات تتعلق بالاستهلاك الصحي، التخزين، الصيانة والموارد البشرية.

(ب) تقدير الخطر الاجتماعي والمسؤولية القانونية: حيث أن الخطر الاجتماعي يرتبط أساسا بمقاومة التغيير من طرف أفراد المؤسسة نتاجا لاقتراب أطراف خرجية من خصوصيات بيئتهم المهنية وخوفهم من ضياع وظائفهم -خصوصا بالنسبة للمؤقتين والمتعاقدين- ما قد يستصحب بعض النزاعات. ومن جهة أخرى المعرفة الكاملة بأن المؤسسة ومن خلال عملية الرقابة والمتابعة المستمرة تتحمل المسؤولية القانونية عن نشاطات المناولة.

(ت) جدول الكفاءات ومهارات الموارد البشرية: حيث أن المركزية في الإدارة المباشرة تمكن من توحيد الإجراءات وتطوير أرغونوميا المهام والمهارات للموارد البشرية، بينما يترتب عن المناولة عادة فقدان المهارة والالتكالية في آن واحد.

كما أن الحديث عن تحسين جودة الخدمات المقدمة في الجانب اللوجستيكي، يمر على الأقل عبر¹:

- إلغاء جميع العمليات التي لا تؤدي إلى إنتاج قيمة مضافة،
- الابتعاد عن التبذير ومحاولة تحقيق أحسن أداء بأقل التكاليف،
- التقليل من الخلل الوظيفي الناشئ عن تواجد طرف خارجي لأداء أنشطة كانت تؤدي بشكل مباشر من قبل المؤسسة الصحية.

III-2-4-2-3-2- التعاون (la coopération): العديد من العقود الكلاسيكية كانت تقوم على مبدأ القيام بالعمل بشكل منفرد واقتناء الخدمات والوسائل المادية، بينما في هذا الشكل من عقود التعاون فإنها تقوم على مقارنة مختلفة تتمثل في القيام بالعمل أو النشاط بشكل جماعي، أي التعاون والتنسيق بين الفاعلين الذين يعتبرون في هذا السياق بمثابة شركاء (partenaires).

فمن خلال عقود التعاون يبحث الشركاء عن كيفية مساهمة كل منهم في تحقيق هدف مشترك، كما أن هذا الشكل من العلاقات العقدية يبرز إرادة التداخل التنظيمي بين الشركاء.

ولهذا السبب، فإنه يشار إلى أن «العلاقة العقدية هذه تتميز بالتزامات تتصف بالديمومة والاستراتيجية»². وهو ما يجعل العلاقات الناشئة تستهلك وقتا في إعدادها أولا وفي النتائج المترتبة عنها ثانيا.

¹ (BENANTEUR) Younes, Op.Cit, p46

² (PERROT) Jean, de la contractualisation dans le secteur de la santé, discussion paper, N° 1-2007, OMS, Genève, p32.

وبالنظر لتعقيد هذا النوع من العلاقات العقدية انطلاقاً من احتمالية تباين مجالات اهتمام الشركاء وللخصائص التنظيمية والإدارية لكل منهم، فإن هذه العقود تتسم عادة بالمرونة في تطبيقها واتخاذ قرارات تكميلية بشأنها وإمكانية التفاوض حول بعض مظاهرها.

فهي إذا «اتفاق ينشأ ضمن أفق بعيد المدى، يحدث تفاعلاً بين عناصر تنظيميين مستقلين، يضعان وسائلهما معاً لتحقيق هدف مشترك»¹.

في الواقع فإن هذا النمط التعاوني يمكن أن نجده في عدة أشكال حسب درجة التداخل التنظيمي ونميز منها - لا على سبيل الحصر -:

- ✓ الامتياز le franchising
- ✓ التعاون مع الجمعيات التطوعية،
- ✓ المقاربة عن طريق الشبكة،
- ✓ عقود التوأمة.

وفيما يلي نتعرض بإيجاز لهذه الأصناف من العلاقات العقدية التعاونية²:

أ) **الإمّياز (la franchise):** حسب القانون الأوربي لأخلاقيات المهنة، فإن الامتياز يتم تعريفه بأنه «نظام تسويق منتجات و/أو سلع و/أو تكنولوجيات، قائم على تعاون متبادل ومستمر بين مؤسستين مختلفتين مستقلتين قانونياً ومالياً، هما صاحب الامتياز (le fanchiseur) والممنوح له الامتياز (le fanchisé)؛ حيث يمنح الأول الحق للثاني ويلزمه باستغلال المؤسسة وفقاً لمفهوم صاحب الامتياز».

إذا هذا النوع من العلاقات العقدية يعرف شيوعاً في مجالات التعامل التجاري والصناعي. وعلى الرغم من عدم أهميته في موضوع دراستنا هذه كونه في ميدان الصحة يؤخذ به في الدول التي تعرف ضعفاً شديداً في الموارد البشرية والإمكانات المادية، بغرض إشراك القطاعات الخاصة والمنظمات الدولية الحكومية (ONG) في تنفيذ البرامج الوطنية للصحة، مثلما هو الشأن في مكافحة داء السل، حيث تعتمد دول كالهند، البنغلادش وكمبوديا والنيبال طريقة الامتياز بغرض إدماج ومرافقة الخواص في الحد من هذا الداء.

¹ Idem.

² (PERROT) Jean, Op.Cit, pp 32-35

(ب) التعاون مع الجمعيات التطوعية: ويكون ذلك من خلال اتفاقيات مكتوبة بغرض المساهمة في بعض الأنشطة الصحية الوقائية مثلا، من خلال برامج التوعية الدورية و/أو المرافقة الاجتماعية للمرضى الطالبين للخدمات العلاجية. أو تلك الجمعيات المهتمة بالطفولة، ما يعزز من المرافقة النفسية والاجتماعية لهذه الفئة خلال تلقيهم للخدمات الصحية المختلفة.

(ت) المقاربة عن طريق الشبكة (les réseaux): من المعتاد أن الطبيب يوجه مريضه نحو مستوى أكثر تخصصا، حيثما تتطلب وضعيته ذلك.

في السابق فإن استمرارية العلاج كانت مضمونة بصفة حصرية من خلال السلك الطبي، غير أنه حاليا فإن إدماج عدة أصناف من المهن الصحية والاجتماعية أصبح أكثر إلحاحا؛ إذ أن الإقرار بتعدد محددات الصحة يستدعي مقاربات متعددة التخصصات (multidisciplinaires).

ومن ذلك فإن التكفل بالمريض من كل الجوانب يصبح يوما بعد آخر، أكثر ضرورة. وهو ما يستلزم التنسيق الجيد للعلاجات المقدمة للمريض من خلال فاعلي الصحة بشكل مترافق أو متتابع.

ومن هذا المنطلق، فإن النموذج العملي الذي يساير هذا المنطق يتخذ بدوره شيئا فشيئا شكل شبكة للعلاجات؛ حيث نجد أن بريطانيا تعتبر الرائدة في اعتماد منظومة الشبكات في تقديم الخدمات الصحية لمواطنيها.

وكتعريف فإن «الشبكة هي شكل تنظيمي لمجموعة من المهنيين من تخصصات وهايكل مختلفة. ويعد تعريفهم بشكل مشترك لمجموعة من الأهداف، عملوا عن طريق التفاوض على وضع قواعد للممارسات والتكيف المتبادل التي تبدوا لهم مسبقا الأفضل ضمنا للنتائج المنتظرة من التكفل بمجتمع ما على حيز جغرافي معين»¹.

هذه المقاربة عن طريق الشبكة تضمن من جهة إدماج الخواص في مهام المرفق العام مع احتفاظهم بخصوصيتهم، ومن جهة أخرى فإن التعاقد ضمن إطار الشبكة يمكن المريض من الحصول على ممارسات صحية منسجمة وموحدة؛ كونه لا يتجه في الأصل للمارس الصحي بل إلى الشبكة الصحية في حد ذاتها وهو ما يضمن له أيضا استمرارية التكفل بمتطلباته الصحية المختلفة مهما كان المكان الذي فرض عليه فيه الاقتراب من المنظومة الصحية (مكان عمل، حادث مرور، مركز صحي...).

¹ (PERROT) Jean et (DEROODENBEKE) Eric, *la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*, Ed Karthala, Paris, 2005, p345

ومن الناحية العملية، فإن نظام الشبكة يتشكل من عناصر رئيسية هي¹:

- هيكل شبكة العلاجات: أي تنتظم في إطار قانوني (جمعية، منظمة، منتدى...)
- الانخراط في شبكة العلاجات: ويكون ذلك من خلال التزام عقدي بالأهداف الموضوعة في هذه الشبكة ودوره - أي المنخرط- في سلسلة تقديم العلاجات.
- العلاقات مع الممولين والسلطات الصحية: فمن الضروري أن تكون هذه الشبكات معلومة ومعتمدة لدى الجهات الوصية على قطاع الصحة. كما أنه من الضروري أن توفر هذه الشبكات تعاقدات مع الجهات الممولة (الضمان الاجتماعي، الإدارة الصحية) لضمان ديمومة نشاطها.
- المريض: وهو الذي يجب أن يتم إعلامه بالشبكة ويعلن قبوله بعقد كتابي بأن يتم التكفل به في إطارها.

ث) عقود التوأمة (**le jumelage**): تسمح مثل هذه العقود بتعاون بين مؤسستين صحييتين في منطقتين مختلفتين وبتخصصات أو كفاءات متميزة، تسمح بتسيير تقديم الخدمة الصحية للمواطنين في المناطق ذات الإمكانيات الأضعف من جهة وتطوير وتنمية المهارات للمؤسسة الأقل إمكانيات مثلاً².

III-3- المشاركة والمقاربة بالأهداف والنتائج:

تعني المشاركة هنا مقدار ما توفره الإدارة لمساهمة الأطراف المعنية -سواء كانوا عاملين أو مرتفقين- بالمؤسسة الصحية في صناعة القرار ورسم الأهداف وتحقيق النتائج من جهة ومن جهة أخرى صورة الالتزام المتبادل بين هذه الأطراف وإدارة المؤسسة في تحقيق تلك النتائج.

وفي هذا السياق فإنه عند الحديث عن التحول إلى التسيير بالنتائج الذي هو امتداد عملي للتسيير بالأهداف، فإننا لا نعني بذلك إلغاء التشريعات والنصوص التنظيمية ودور التوجيهات والتعليمات المقدمة من طرف المراكز الإدارية السلمية؛ بل إن ذلك يعني التوجه نحو المقاربة بالنتائج بدلا عن مقاربة الوسائل والإمكانيات فقط. وذلك من خلال التقليل من درجة التفصيل الإجرائي للعمليات الإدارية والأنشطة الخاصة بالمرفق العمومي والعمل في المقابل على تحديد آجال الإنجاز أو تحقيق المخرجات ومعايير قياسها وتقييمها.

¹L.laplace et autres, **Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90**, article publié en revue santé publique, Paris, 2002/1 (vol.14), p52.

² (PERROT) Jean et (DEROODENBEKE) Eric, Op.cit, p73

فالتسيير بالأهداف والنتائج يعني من جهة إعداد أهداف لمجمل المؤسسة ولكل وحدة من وحداتها ومن جهة أخرى تقييم كفاءة كل وحدة بمقارنة النتائج مع الأهداف المسطرة؛ فهو نظام يجعل كل عامل أو فرد في المؤسسة يساهم في تحديد الأهداف التي تعنيه والوسائل التي تمكنه من تحقيق هذه الأهداف.

هذه الأهداف ومخططات تنفيذها المحددة تكون محل تفاوض بين الرئيس والمرؤوسين. وإن لزم الأمر يتم تعديلها في حدود الإطار العام المحدد من طرف الرئيس، ليتم تبنيها في النهاية بعد الاتفاق بين الرئيس والمرؤوسين المعنيين.

ولتبيان ذلك سيتم فيما يلي تناول خطوات وخصائص التسيير بالأهداف والنتائج ثم عرض بعض الصور التعاقدية المجسدة لمبدأ المشاركة والمقاربة بالنتائج من خلال التعاقد مع المرتفقين والتعاقد الداخلي بأداة مشروع المؤسسة.

III-3-1- خطوات التسيير بالأهداف:

تمر عملية التسيير بالأهداف بمجموعة من الخطوات تتمثل في¹:

(أ) **تحديد الأهداف:** حيث أن الأهداف هي النتائج التي تبحث المؤسسة تحقيقها خلال فترة محددة، كالوصول إلى نسبة معينة في البرنامج الوطني للتلقيح خلال السنة الجارية. هذه الأهداف تكون بمثابة الدليل في تنفيذ النشاطات المختلفة والمرتبطة بإنجازها، كما أنها بمثابة مؤشر حول التوجهات الاستراتيجية والمرحلية للمؤسسة.

وحتى تكون هذه الأهداف بمثابة دليل لنشاطات المؤسسة المختلفة، يجب أن تستجيب لمجموعة من المعايير كالتالي:

- **تجزئة الأهداف:** أي أن يتم تجزئة الأهداف الكلية إلى أهداف جزئية حسب الوحدات، بما يسمح بإشراك الجميع في النشاط نحو الهدف المسطر وتحمل كل فرد المسؤولية الجزئية المستتعبة للنشاط الموكل به.
- **أن تكون الأهداف متوازنة:** بين الوحدات المختلفة من جهة وبين الأهداف العامة من جهة ثانية، فحين يتم تسطير هدف معين في الوصول إلى تغطية صحية بنسبة طبيب مثلا على تعداد سكاني معين خلال السنة الحالية، يجب الأخذ بعين الاعتبار الحجم الفعلي من الموارد البشرية الطبية حاليا وما هو مسطر في برنامج المديرية الفرعية

¹ (ZOUAOU) Mahmoud et (ZOUAOU-KAROU) Samia, opcit, 1999, pp 53-55

للموارد البشرية من توظيفات خلال ذات السنة وإمكانيات توزيعها حسب المصالح والمراكز الصحية المختلفة.

➤ **المراجعة الدورية للأهداف:** أي أن تتمتع الأهداف بإمكانية مراجعتها دوريا وتعديلها عند اللزوم بما تفرضه المعطيات الجديدة للمؤسسة.

➤ **أن تكون الأهداف واقعية:** ويتطلب ذلك ان تكون مفهومة من كل فرد معني في المؤسسة من جهة ومقدورا على تحقيقها من جهة ثانية. هذه الواقعية تفرض المنطق التشاركي في إدارة الأهداف بالمؤسسة.

➤ **إعداد معايير قياس وتقييم للأهداف:** وهو ما يسهل التقييم المادي للأهداف المنجزة خلال كامل المرحلة المحددة أو خلال الفترات الجزئية، ما يمكن من تصحيح الانحرافات وتعديل الاختلالات المحتملة في الإنجاز.

(ب) **تخطيط الأنشطة لإنجاز الأهداف:** فبعد تحديد الأهداف ووحدات قياسها، يكون من اللزوم تخطيط الأنشطة الواجب القيام بها لإنجاز الأهداف المسطرة آفا. ويعني الأمر في هذه المرحلة توفير الموارد البشرية والمالية والمادية الضرورية، تحديد الفترة الضرورية للإنجاز ومراحلها المختلفة، إسناد المهام الخاصة بكل فرد والتي يكون مسؤولا عنها. ويتطلب الأمر أيضا من الإدارة تحديد كيفية مواجهة الصعوبات والعراقيل المحتملة خلال عملية الإنجاز.

(ت) **التقييم الدوري للإنجازات:** حيث يتم في كل مرحلة مراقبة عملية الإنجاز ومقارنتها بالنتائج الجزئية المتوقعة خلال كل مرحلة. هذه العملية تمكن الإدارة من تصحيح الخلل الوارد أو تعديل الأهداف حسب العوامل الدافعة لذلك.

وما تجدر الإشارة إليه أن هذا التقييم الدوري لا يعني في الأساس الحكم على الأفراد وإنما العمل على الاقتراب ما أمكن من إنجاز الأهداف وتحقيق النتائج المحددة سلفا من جهة وفهم أسباب الفجوات بين التوقعات والمنجزات.

III-3-2- خصائص التسيير بالأهداف:

من الناحية النظرية فإن التسيير بالأهداف والنتائج يمكن من تجميع الطاقات والكفاءات الموجودة لصالح أهداف المؤسسة، وذلك بالنظر لمجموعة من الخصائص التي يمكن إجمالها فيما يلي¹:

➤ **المشاركة:** حيث أن مسار تحديد الأهداف وإعداد الآليات والإجراءات التنفيذية وتحديد طبيعة العلاقة بين الرؤساء والمرؤسين وفرق العمل فيما بينها، يقتضي مشاركة جميع الأفراد ضمن

¹ (ZOUAOUI) Mahmoud et (ZOUAOUI-KAROUI) Samia, opcit, p 57.

- عملية تفاوضية تنتهي بعلاقة عقدية علائقية، ما يجعلهم يتحملون مسؤولية النتائج المترتبة عن أنشطتهم في حدود الظروف الطبيعية لممارسة ذلك النشاط.
- **الأهداف العامة تمثل دليلا لأنشطة كل وحدة:** فالمشاركة والتبادل بين مختلف المستويات الهرمية يهدف -كما أسلفنا- إلى أن يجعل لكل فرد هدفا جزئيا ينتظم ويتسق ضمن هدف جزئي من أهداف المؤسسة المنبثقة بالضرورة من أهدافها العامة.
 - **أولوية النتائج:** فكل وحدة في المنظومة تمتلك هامشا من الحرية في اختيار الوسائل والطرق القانونية التي تعتمد عليها لتحقيق الأهداف المرجوة.
 - **وضوح الأهداف:** فضمن هذا المبدأ يعبر عن الأهداف بدقة ووضوح. فبعد العملية التفاوضية والتبادل بين المستويات الهرمية المختلفة يكون كل فرد مدركا بالنتائج التي عليه تحقيقها.
 - **تحديد الأدوار:** فالتحديد الدقيق والواضح للأهداف يستتبع بتحديد الأدوار والأنشطة من كل فرد ومقدار المسؤولية المترتبة عليه في ذلك.
 - **تحسين الاتصال:** المسار الذي يتطلبه إنجاز الأهداف بقاء بالعملية التفاوضية والتبادل بين المستويات الهرمية المختلفة في تحديد تلك الأهداف وانتهاء بمراجعتها وتقييمها، يفرض تقوية العلاقات التفاعلية بين الأفراد والوحدات بالمؤسسة، ما يحتم ضرورة إيجاد مناخ اتصالي ملائم.

هذا الأسلوب يكون أسلوبا ناجحا ومميزا في إدارة المؤسسة الصحية، شريطة توفر إدارة تتميز بالكفاءة والمعرفة والقدرة على تطبيق هذا الأسلوب، حيث يشارك الموظف في هذا الأسلوب بوضع أهدافه بشكل محدد وواضح وتحديد جدول زمني لتحقيق تلك الأهداف ودمجها مع الأهداف العامة للمؤسسة، ثم قياس ما تم تحقيقه من أهداف وبمشاركة الموظفين والإدارة معا .

ومن فوائد هذا الأسلوب¹ :-

- **إفساح المجال أمام الموظفين لتحقيق الذات والشعور بالرضا للمشاركة في وضع الأهداف.**
- **تحميل جزء كبير من المسؤولية للموظفين في تحقيق الأهداف والمحافظة على كفاءة العمل.**
- **تنسيق وتكامل الأهداف الخاصة للعاملين والأقسام مع الأهداف العامة للمستشفى .**
- **اشتراك مختلف المستويات الإدارية مع العاملين وهذا يساعد على عمل الفريق الواحد وزيادة التعاون والتنسيق في مختلف إجراءات ومراحل العمل .**

¹ (ذياب) صلاح محمود، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، مرجع سابق، ص216

➤ توفير الفرص للتخطيط المنظم والمشاركة الفعلية في تحقيق أهداف المستشفى والمؤسسة الصحية

III-3-3- الأنماط التعاقدية لتكريس مبدأ المشاركة ومقاربة الأهداف والنتائج:

بالنظر للفوائد التي يحملها مبدأ المشاركة في الإدارة الحديثة، فإن تحقيق هذا المبدأ لم يعد متروكا فقط للأسلوب القيادي للرئيس الإداري وإن كانت له أهميته النسبية-، بل إنه قد اجتهد في إيجاد آليات تنظيمية تمثل مجالا لزاميا أكثر للأطراف المعنية بغرض تحقيق ذلك.

وفيما بعض الصور التعاقدية التي تركز مبدأ المشاركة ومقاربة الأهداف والنتائج.

III-3-3-1- التعاقد مع المرتفقين (contractualisation avec les usagers):

كان للتطور نحو اللامركزية والاتجاه نحو المقاربة التشاركية للمجتمع المحلي دور في تطوير العلاقة مع المرتفقين أو زبائن المرفق العمومي إجمالا ومنه المرفق الصحي؛ وفقا لطبيعة عقدية علائقية.

هذه العلاقة كانت مبنية في السابق على أساس أن النص التشريعي يحدد حقوق المستعملين أو المرتفقين وفي المقابل فإن الإدارات العمومية مكلفة بتقديم الخدمات المنصوص عليها في النص التشريعي.

في الوقت الحاضر برز نوع جديد من العلاقة مع المرتفقين، يفيد بأن «الخدمة المقدمة للمستخدمين لم تعد محكومة بالتزام وسائل (obligation de moyen) وإنما بالتزام نتائج (obligation de résultat)¹»، فمثلا عند الحديث عن المرفق الصحي العمومي، نقول أنه لا يكفي فقط توفير قاعة علاج لتجمع سكاني معين بتجهيزاتها ومواردها البشرية المعيارية، بل هي أكثر من ذلك ملزمة بتحسين الحالة الصحية وفقا لمؤشرات قياس معلومة مسبقا.

هذا النوع من العلاقة لا تحكمه العقود التقليدية المقيدة بنصوص تنظيمية معينة، وإنما بعقد معنوي مع المستخدمين أو من خلال "التزام خدمة" (engagement de service) من قبل الإدارة العمومية.

هذا التحول نحو العلاقة العقدية وإن كانت معنوية في بعضها- مع المرتفقين، يرتبط بدرجة كبيرة بالتسيير الداخلي للمرفق العمومي. فالتسيير في منظوره السابق مبني بالأساس على تحديد مهام

¹ (ABATE) Bernard, *la nouvelle gestion publique*, librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2000, p29

المصالح والإدارات المختلفة وكيفية قيادة مختلف المستويات الإدارية المتتابعة وتحديد الوسائل الخاصة بها وفق تسلسل هرمي؛ بينما التسيير الحديث والذي يتصاعد في كل مرة يقوم على تحديد النتائج المتوقعة من خلال أهداف قابلة للقياس وكذا تفويض المسيرين بمسؤولية أوسع في اختيار الأنشطة والموارد المستعملة لذلك، بغرض الوصول إلى النتائج المتفق عليها بأحسن اقتصاد وتوفير في الوسائل المستعملة.

وكلاهما في -اعتقادنا- يرسم المبدأ العام لنمط التسيير الحديث من خلال الانتقال من تسيير تنظيمي بيروقراطي متمحور حول القانون الإداري والوسائل إلى تسيير كفاءات مرتكز حول العقود والنتائج.

III-3-3-2- التعاقد الداخلي: في المفهوم التقليدي، فإن العقد هو توافق إرادتين تتمتعان بالشخصية القانونية سواء كانت طبيعية أو اعتبارية.

وعلى هذا الأساس، فإن المؤسسة الصحية المتمتعة بالشخصية الاعتبارية بإمكانها التعاقد وفقا لهذا المفهوم مع مؤسسة أخرى نظيرة لها، أو أشخاص طبيعيين آخرين. لكن العلاقات التي تكون بين مصالحها المختلفة رؤساء المصالح وفرق عملهم، فهي علاقات تدرج ضمن مبدأ السلطة الرئاسية أو القيادة الهرمية وتخضع للتحكيم الوظيفي فيما بينها على هذا الأساس.

غير أن تطور الممارسات الإدارية، دفع المؤسسات إلى استمداد المنطق التعاقدية في إدارة العلاقات بين مختلف العناصر المذكورة آنفا؛ حيث تحدد هذه الأخيرة علاقاتها من خلال اتفاقيات مكتوبة تبرز فيها التزاماتها ومرجعية التحكيم فيما بينها. وهو ما يندرج ضمن العقود العلائقية التي لها آثار تسييرية في التقييم والتقويم ولا تمتلك تلك الآثار القانونية المترتبة عن العقود التقليدية في النظام القانوني.

هذا النمط من العلاقات التعاقدية هو ما يطلق عليه "التعاقد الداخلي" كونه يتحدد ضمن البيئة الداخلية للمؤسسة.

ونمايز في ذلك ثلاثة أشكال محتملة للتعاقد الداخلي¹:

- التعاقد الداخلي بين الإدارة ومصالحها المختلفة،
- التعاقد الداخلي بين مصلحتين لذات المؤسسة الصحية،
- التعاقد الداخلي بين مؤسسة مقدمة للخدمة وإدارة مركزية أو وصائية.

يحمل التعاقد الداخلي معه العديد من الإيجابيات منها:

¹ (PERROT) Jean, *de la contractualisation dans le secteur de la santé*, opcit, p47

- يدفع مختلف المصالح لذات المؤسسة التي تتبادل فيما بينها، إلى عدم جعل علاقاتها تتأسس مطلقاً على مبدأ الهرمية والتحكيم السُّلْمِي، بل على توافق محدد بشكل مشترك ويحظى بالقبول بكل حرية.
- يدفع مختلف المصالح إلى التفاوض وتدقيق كفاءات إدارة العلاقات فيما بينها،
- يدفع أكثر نحو تحمل مختلف المكونات لمسؤوليتها في النشاط وعدم التخفي وراء قرار سُلْمِي من جانب واحد.

وما يجب مراعاته عند إعداد هذا النوع من العقود، هو:

- أن لا يتم مخالفة المبادئ أو الكيفيات التنظيمية المحددة في النصوص القانونية والتنظيمية،
- أن تتمتع هذه العقود بميزة العقوبة الداخلية بغرض احترام الالتزامات الناشئة عنها. وذلك بحكم عدم القدرة على التحايج بها لتوقيع عقوبات خارجية من الجهات المختصة.

ومن أمثلة هذا النوع من العقود الداخلية، نجد: مشروع المؤسسة.

III-3-3-2-1- مشروع المؤسسة:

في المعنى العام لمصطلح المشروع فهو "ما نقترح القيام به والعمل على تنفيذه"¹، فكل مشروع بهذا المعنى مصحوب بأهداف ملموسة ومعيارية.

أما مشروع المؤسسة فهو " تعبير عن إرادة مشتركة تتضمن أربعة (04) عناصر أساسية:

- نظرة للمستقبل،
- إرادة تحقيق الأهداف،
- نظام قيم مشتركة،
- أولويات للتنفيذ"²

فمشروع المؤسسة بالمفهوم الاجتماعي هو أسلوب من أساليب التسيير، يعمل على تنمية الثقافة التنظيمية داخل المؤسسة والتي تكون في خدمة أهدافها وتنمية أداؤها وتحسين مخرجاتها.

¹ (VINOT) Didier, le projet d'établissement à l'hôpital: de la formalisation du concept à son instrumentalisation, thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin, Lyon3, 1999, p 57.

² (BOYER) Luc et (EQUILBEY) Noël, le projet d'entreprise, les éditions d'organisation, Paris, 1986, p 135.

ومشروع المؤسسة بهذا التصور، يمكن من تحقيق الولاء للمؤسسة وانخراط الجميع في تحقيق أهدافها.

وعند إسقاط هذه الآلية داخل المؤسسة الصحية، فيعتقد مينتزربرغ أن هذا "المشروع يخفف من البيروقراطية المهنية التي يقوم عليها منطق تسيير المستشفى"¹؛ إذ أنه أداة لتعبئة الموارد بشكل جماعي دون إغفال للإبداع الفردي بغرض حل المشكلات والقيام بمهام المرفق العام.

ويمر مشروع المؤسسة عادة بخطوات أساسية تتمثل في²:

- (أ) **التشخيص:** ويقصد بذلك مذاكرة الواقع الخاص بالمؤسسة لتحديد المشكلات المتأتية سواء من عناصر البيئة الداخلية أو حتى الخارجية، والتي تقف عائقا أمام تحقيق غاياتها -أي المؤسسة-. كما أن عملية التشخيص تتضمن أيضا التوافق بين مختلف الفاعلين المعنيين بهذا المشروع حول هذه المشكلات والمعوقات من جهة ومستوى التعبئة المطلوب لتجاوزها.
- (ب) **تحديد الأولويات:** أي تصنيف المعوقات التي تم تشخيصها إلى مستويات رئيسية وثانوية، ما يفيد باستغلال جهود المجموعة المنضوية في مشروع المؤسسة وتوجيه طاقاتها بشكل عقلائي نحو تحقيق أهداف مرحلية وتجاوز العقبات بشكل تدريجي وفعال.
- (ت) **وضع الإجراءات:** من خلال برمجة الأنشطة العملية التي سيتم القيام بها بناء على الأولويات المحددة مسبقا، إضافة إلى تعبئة الموارد الخاصة بتنفيذ هذه الأنشطة.
- (ث) **المراجعة والتقييم:** بغرض التحكم في مدى تنفيذ الإجراءات المعتمدة ومستوى تفعيلها من قبل المجموعة.

وفي العادة فإن مشروع المؤسسة يمتد لفترة 05 سنوات، يعاد بعدها مذاكرة النتائج والتحقق من بلوغ الأهداف ووضع مشروع جديد بأهداف جديدة³

ففي فرنسا مثلا ومن خلال إصلاحات⁴ 1996 وحتى المخطط الخاص بالمستشفيات لسنة 2007 (plan hopital 2007)¹ تم تطوير التعاقد الداخلي بالمؤسسات الصحية العمومية. إذ يعمل

¹ (MINTZBERG) Henry, *structure et dynamiques des organisations*, les éditions d'organisation, Paris, 1982, p434.

² (J.C) Becker et autres, *projet d'établissement, comment le concevoir et le formaliser*, édition ESF, Paris, 2004 p43

³ (ROLLAND) Louis et autres, *l'hôpital expliqué*, édition FHF, Paris, 2007, p85

⁴ Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé, journal officiel de la République Française, N° 98 du 25 avril 1996, p 6324

مشروع المؤسسة كعقد داخلي على تنظيم التبادل العلائقي بين مسير المؤسسة ومسؤولي المصالح الطبية وغير الطبية في اتجاه هدف متفاوض عليه وبالتزامات مكتوبة.

وتقوم الفكرة هنا على "إدخال ثقافة قائمة على مدخل التسيير بالنتائج والجودة، وهو ما يفترض توضيحا لأدوار الفاعلين من السلطات العمومية إضافة إلى مختلف الفئات المهنية العاملة بالمستشفى"²

ومن خلال هذا العقد الداخلي تتمتع مراكز المسؤولية، التي تمثل المصالح (أو الأقطاب الصحية) بتفويض داخلي في مجال التسيير من طرف مدير المؤسسة. وفي المقابل، فإن هذا العقد يحدد الأهداف والوسائل ومؤشرات متابعة هذه المصالح وتثمين نتائج تسييرها إضافة إلى ما يترتب عن عدم تنفيذ العقد.

¹ Ordonnance N° 2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation, journal officiel de la République Française, N° 206 du 06 septembre 2003, p 15391

² (ROLLAND) Louis et autres, Op.Cit, pp 92-93

ملخص الفصل الثالث:

الإدارة الصحية العمومية تتميز بخصوصية التعقيد، لعدة اعتبارات منها هدفية الصالح العام وضرورة تلبية حاجاته الصحية من جهة ومن جهة أخرى تعقيد المدخلات والمخرجات بمؤسساتها وتنوع الفاعلين في أداء خدماتها.

وأمام هذه البيئة المعقدة والحاجة الملحة لمخرجات المؤسسات الصحية العمومية، فقد كان اجتهاد في تطوير العملية التسييرية بها ومحاولة اعتماد مقاربات مختلفة تنحو في الحديث منها نحو التدبير التفويضي وإعطاء الأهمية للفاعلين المحليين سواء كانوا ممثلين للمجتمع المحلي أو من المجتمع الداخلي لهذه المؤسسات - أي العاملين بها - ما يمكن أن يحسن من أدائها وتحسين مخرجاتها وتجويد خدماتها.

هذا الاتجاه التفويضي، أبرزته عدة نماذج في المنظومات الصحية العالمية مثل السياسة الوطنية للصحة في بريطانيا، أو اللامركزية المحلية في سويسرا والدول الاسكندنافية وإيطاليا وحتى فرنسا التي لا تزال المقاربة البيروقراطية هي السائدة فيها بالنظر للمعطيات التاريخية التي كونت هذا القطاع، إلا أنها تحاول الأخذ ببعض هذا المفهوم انطلاقاً من ترسيخ مبدأ التعاقد الداخلي من خلال مشروع المؤسسة والتسيير بالأقطاب وفتح مجال التعاقد الخارجي في حدود الحفاظ على مبادئ المرفق العام.

هذه الأنماط التسييرية المختلفة تحمل إيجابيات وسلبيات تعزى بالأساس إلى المستوى الثقافي والتكويني للأفراد وطبيعة البيئة الاقتصادية والاجتماعية للمحيط الداخلي والخارجي لها.

الفصل الرابع

المؤسسة العمومية للصحة

بالجزائر ومقاربات تسييرها

تمهيد:

عرفت المنظومة الصحية العمومية الجزائرية، عدة تطورات على فترات زمنية مختلفة على الصعيد الهيكلي وآليات الإدارة والتسيير.

فقد كان البناء الإستراتيجي الذي تقوم عليه المنظومة الصحية الوطنية يتمثل في القطاع الصحي والذي شهد نقلتين أساسيتين في إدارته، ليعرف فيما بعد تغييرا بالغائه وإحلال هياكل وتنظيم جديدين يتم تنفيذ السياسة الوطنية للصحة من خلالهما.

هذه البدائل الجديدة بدورها وخلال فترة يسيرة كانت محل نقاش واقتراح بمراجعة هيكلتها من جديد وفقا للمتطلبات الصحية الجديدة وسعيا لتحقيق الكفاءة الخدمية والاقتصادية للمنظومة الصحية.

وبغرض الوقوف على أهم هذه التطورات وطرق إدارة مؤسسات القطاع الصحي العام في الجزائر، فقد تم التطرق في هذا الفصل إلى:

- مرحلة القطاع الصحي وما ميزها من واقع تسييرها (المبحث الأول)،
- الخارطة الصحية لسنة 2007 وأهم دوافع وأهداف استحداثها (المبحث الثاني)،
- المراجعة الحديثة للخارطة الصحية والتوجه نحو مشروع المقاطعة الصحية (المبحث الثالث)،
- المقاربات التسييرية المختلفة للمؤسسة العمومية بالجزائر من مرحلة القطاع الصحي إلى المقاطعة الصحية (المبحث الرابع).

IV-1-1- مرحلة القطاع الصحي:

قبل 2007، سنة إصدار المرسوم التنفيذي المحدد لإنشاء وتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والجوارية، فقد كان القطاع الصحي هو المؤسسة الأساسية المشكلة للخارطة الصحية في الجزائر والتي من خلالها، يتم تنفيذ مختلف البرامج والسياسات الصحية على المستوى المحلي.

هذا القطاع عرف بدوره منذ إنشائه في بداية الثمانينات واقعا تسييريا خلال مرحلتين أساسيتين في جانبه التنظيمي وأدوات إدارته، نحاول التعرض إليها فيما يلي من الفقرات.

IV-1-1-1- القطاع الصحي:

ظهر القطاع الصحي كهيئة عمومية، كان من خلال المرسوم رقم 242/81 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 والمتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية¹، الذي جاءت المادة الثانية محددة لمجموع الهياكل التابعة للقطاع الصحي حيث نصت على أن « تحول إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تسمى القطاع الصحي مجموع هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء، وإعادة تقويم الأعضاء طبيا الواقعة في الدائرة الواحدة والمعدة مستشفيات وعيادات متعددة الاختصاصات والمراكز الصحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد ومراكز المراقبة الصحية على الحدود وكل هيكل صحي عمومي تابع لوزارة الصحة.

ويستثنى من ذلك الهياكل الصحية التابعة للضمان الاجتماعي والهياكل الصحية التابعة للمؤسسات الوطنية والمحلية والتعاضدية والمصالح والمؤسسات الأخرى غير التابعة لوزارة الصحة والسكان ولأجل تكييف الوسائل مع الاحتياجات الصحية يمكن إنشاء أكثر من قطاع صحي في الدائرة الواحدة «.

كما أن المادة الرابعة من المرسوم المذكور أعلاه، جعلت للقطاع الصحي شخصية معنوية تمنحه الاستقلالية المالية وتؤهله للمثول أمام القضاء؛ حيث نصت على أنه « يتمتع القطاع الصحي بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويكون مقره في أهم هياكله ويوضع تحت وصاية الوالي «

وخلال أكثر من خمس عشرة سنة تم إعداد مجموعة من النصوص التنظيمية وضعت حيز التنفيذ، ليتم بعدها إصدار مرسوم جديد لتنظيم القطاعات الصحية وسيرها وهو المرسوم التنفيذي رقم

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 36، الصادر في 09 ذي القعدة عام 1401هـ، الموافق لـ 08 سبتمبر سنة 1981، المرسوم التنفيذي رقم 242-81 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 هـ، الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981، المتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها

466/97 الصادر في 02 ديسمبر سنة 1997¹، حيث حدد قواعد وطرقا جديدة في تنظيم وسير القطاعات الصحية.

IV-1-2- واقع تسيير القطاعات الصحية:

هذا البناء التنظيمي الذي ارتكزت عليه المنظومة الصحية الجزائرية لتحقيق أهدافها، والذي استمر إلى غاية 2007/12/31 ليعاد ترتيبه وهيكلته من جديد، عرف واقعا معينا من التسيير خلال الفترة الماضية، وتبرز أهم سمات التسيير في المرحلة السابقة في ما يلي:

- هيمنة الإنفاق على الهياكل بدل التخصصات العلاجية.
- هيمنة منطق الموارد والإنفاق بدل النتائج.

IV-1-2-1- هيمنة الإنفاق على الهياكل بدل التخصصات العلاجية:

يمكن ملاحظة أن كثيرا من الهياكل كانت تتجزئ مستوى ضعيفا من النشاطات الصحية، لكنها تستهلك الميزانية المخصصة لها بالكامل. على سبيل المثال: نجد عددا معتبرا من مراكز التوليد الريفية، التي تتجزئ عددا ضئيلا جدا من الولادات، بالموازاة مع تكلفة هياكلها (التكاليف الثابتة)، التي كان من الممكن تحقيق الربح منها في حالة تهيئتها على أساس النشاط.

فالمستشفى إذن ينفق كامل ميزانيته، لكن بخدمات صحية حقيقية جد ضعيفة، فهو يستقبل المرضى فعلا لكنه يقوم بعملية الانتقاء فقط مما يستلزم مكثه بالمستشفى لمدة أطول إلى حين تحويله إلى هيئات استشفائية أخرى متخصصة متمركزة عادة بالمدن الكبرى كالجزائر، قسنطينة وهران.

نلمح كذلك أن إجراءات التخطيط المركزي ووجهت وزارة الصحة إلى ضبط المستخدمين في سنوات الثمانينات إضافة إلى ضبط الهياكل، بمعنى أنه يتم تحديد عدد قياسي من المستخدمين لكل هيكل صحي، مما أوجدنا في أوضاع مغلوبة. فمثلا، عيادة طبية حدد لها كقياس ثابت 06 أطباء فإذا ما انخفضت نشاطاتها، ظلت مستمرة بذات العدد من الأطباء رغم أنهم لا يشتغلون، مما يعني تكلفة زائدة².

كما أن الإجراءات المحاسبية لم تفرق بوضوح بين النشاطات الوقائية والعلاجية؛ فالقطاع الصحي الذي يحتوي على مستشفى عام على الأقل بالإضافة إلى هياكل أخرى غير استشفائية، نجد أن

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 81، الصادر في 10 شعبان عام 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ، الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

² (Larbi) LAMRI, *réforme hospitalière : les cinq plaies du système de gestion*, communication, 2002

الميزانية التي يتلقاها القطاع موحدة، بما يدفع مسيري القطاعات إلى توجيه الأهم من النفقات نحو الهياكل الاستشفائية؛ أي نشاطات العلاج وإهمال الهياكل غير الاستشفائية والتي تقوم بدور الوقاية.

IV-1-2-2-هيمنة منطق الموارد والإنفاق بدل النتائج:

ما يمكن ملاحظته هو أن مسؤول القطاع الصحي هو مجرد منفق للميزانية التي قد حددت وفصلت سلفا من طرف المصالح المركزية، إذ وعلى الرغم من اتباع مجموعة من الإجراءات في التقدير الميزاني من خلال إحصاء المستلزمات الضرورية لسير المرفق العمومي من قبل مديري القطاعات الصحية السابقة، ومن ثمة تحديد حجم النفقات السنوية التقديرية الممكنة خلال السنة المقبلة، ويتم رفعها إلى الهيئات المركزية للموافقة، إلا أن اللامعيارية في توزيع الأغلفة المالية، خلق نوعا من الخلل بدأت صورته في جلاء أكثر حين نجد أن عددا من القطاعات تستفيد من ميزانية متشابهة مع اختلاف حجم النشاطات التي يقوم بها كل منها والتي تكون فاضحة أحيانا¹.

فعلى سبيل المثال نجد قطاعا صحيا من الدرجة (أ) له مستشفيان بطاقة استيعاب تصل إلى أكثر من 500 سرير، وعددا غير هين من المجمعات والمراكز الصحية ذات البعد الوقائي والعلاج القاعدي، يعطى ميزانية تفوق بقليل جدا قطاعا آخر من الدرجة (ج) ويشغل مستشفى أوليا بطاقة استيعاب لا تفوق 60 سريرا، كما أن حجم نشاطاته الوقائية أقل بكثير من سالفه بالنظر إلى عدد السكان المعنيين بتغطيته الصحية.

ومن ناحية ثانية يمكن ملاحظة أن الذي يتحدد أولا في حقيقة الأمر هو كمية الموارد الممكن تحصيلها، بما يعني أن الموارد هي التي تحدد حجم الإنفاق وليس مستوى النشاط؛ فالإدارة محكومة بالزامين: أولهما أن تصرف كل الاعتمادات الممنوحة حتى تحقق السمة المتلى بحسب مفاهيم الإنفاق العام، وثانيهما أن لا تتجاوز في صرفها الاعتمادات الممنوحة وإن كان النشاط وحجمه يستوجب ذلك وإن حدث فلا بد من تبرير مقنع جدا.

¹ Idem

IV-2- الخارطة الصحية لسنة 2007:

في سنة 2007، صدر مرسوم تنفيذي جديد عدل التنظيم الذي قامت عليه الخارطة الصحية في الجزائر المرتكز على القطاع الصحي بشكل أساسي، إلى تنظيم جديد يتمحور حول الفصل بين الأنشطة العلاجية والوقائية والمؤسسات المعنية بتقديمهما.

وفيما يلي سيتم عرض ملامح هذه الخارطة الجديدة وقبل ذلك التطرق إلى دوافع هذا التغيير وأهم الأهداف والتحديات المرتقبة منه.

IV-2-1- دوافع الانتقال إلى الخارطة الصحية لسنة 2007:

التغيير الذي عرفته الخارطة الصحية في الجزائر في نهاية سنة 2007، بالانتقال من القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية لم يكن وليد الصدفة بل له في ذلك أسباب ودوافع نحت بهذا الاتجاه. فقد سبق هذا التغيير عدة ملتقيات ومؤتمرات لمناقشة الوضع الذي آلت إليه القطاعات الصحية بكل مضامينها وحيثياتها، سواء من حيث التسيير، الخدمات المقدمة، الإمكانيات المادية واللوجيستكية المسخرة لها ... الخ. ولعل التقرير الذي تقدم به المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات سنة 2003 يكشف الجوانب الإجمالية من الأبعاد المؤدية إلى هذا التغيير في المنظومة الصحية ككل والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

- الخلل المرتبط بالتنظيم والموارد البشرية.
- الخلل المرتبط بالإعلام والتكوين.

IV-2-1-1- الخلل المرتبط بالتنظيم، التمويل والموارد البشرية:

بحسب التقرير الصادر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عن سنة 2003¹، فقد ذكر أن عدة أعمال قام بها المجلس وعدة ملتقيات سابقة عقدت بينت أن التنظيم الحالي للمستشفيات (القطاعات الصحية سابقا) أصبح متجاوزا، وأن التغيير أصبح ضرورة لازمة.

وفي هذا السياق أصبح مطلوبا تبني مقاربة تعاقدية تسمح بالمرور من منطق الوصاية إلى منطق التفاوض. وهو ما يجعل الدولة في موضع الحكم لرغبات المواطنين. وهنا أدرج التقرير الملاحظات

¹ تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والإجراءات المستعجلة، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر في 17 جانفي 2003، ص ص 9-15

المرتبطة بالخارطة الصحية السابقة وما أبرزته من خلل في التنظيم، التمويل، الوسائل المادية والبشرية، يمكن سرد أبرزها كالتالي مع التوصيات المقدمة في هذا الشأن:

(أ) **الخلل المرتبط بالتنظيم:** أورد التقرير الملاحظات التالية¹:

- ✓ وجود تعدد للهيئات المتدخلة على عدة مستويات مما يجعل الوصاية ثقيلة وغير فعالة.
- ✓ هيكل تنظيمي ثابت وموحد على الجميع وغير مرن.
- ✓ ضعف في آليات التسيير وإجراءات العمل الإداري.

وقد كانت التوصيات المقدمة بهذا الشأن كالتالي:

- ✓ منح المستشفيات استقلالية أكثر في التسيير.
- ✓ تقليص تدخلات الوصاية من خلال تحديد وتدنية مهام الإدارة المركزية وهيئات عدم التركيز التابعة لها.
- ✓ إعادة تحديد مهام المؤسسات الاستشفائية وتكيف قوانينها الأساسية مستهدفة بذلك جعل إجراءات التسيير الإداري أكثر مرونة وكذا الأمر بالنسبة للتسيير المالي وإجراءات الرقابة؛ أي أنه يتوجب التوجه نحو اعتماد عقود بالأهداف بين الوزارة والمستشفيات (مشروع مؤسسة projet d'établissement) وكذا عقد بالأهداف طرفاه المستشفى والزبون المتلقي لخدماته (مشروع خدمة projet de service). ومن بين الوسائل الأكثر ديناميكية لتحقيق ذلك هو **النظام التعاقدية.**
- ✓ مراجعة الهياكل التنظيمية للمصالح الإدارية للمؤسسات الصحية، بحيث يكون بناؤها ووضعها على أساس الأهداف المسطرة وبالخصوص الاقتصادية منها والمالية.
- ✓ إعداد دليل لإجراءات التسيير.

(ب) **بالخلل المرتبط بالتمويل والموارد البشرية:** في هذا الشأن كانت ملاحظات التقرير كالتالي:

(ب-1) **على صعيد التمويل:**

نقص الإمكانيات المالية في المرحلة السابقة كان عاملا مهما في تفاقم تدهور وضعية القطاع العام. وفي هذا السياق لخص التقرير أبرز مواطن الخلل المرتبط بالتمويل فيما يلي²:

¹ تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص 10

² تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 14-15

- ✓ ضعف وعدم توافق في تخصيص وتقسيم الموارد المالية.
- ✓ ميزانية المستشفيات غير تفاوضية.
- ✓ غياب التحكم في التكاليف والنفقات.
- ✓ عدم التوازن في ميزانية القطاعات بين تلك الموجهة للمستشفيات والموجهة للهياكل القاعدية؛ ما يؤثر في مبدأ تدرج العلاج.

وكانت أبرز التوصيات المقدمة كالآتي:

- ✓ البحث عن بدائل أخرى لتمويل قطاع الصحة، عن طريق جزء من الرسوم المحلية (على التلوث، التبغ، ... الخ)،
- ✓ اعتماد مقارنة عقلانية للنظام التعاقدى من خلال وضع مدونة الأعمال الطبية والتسعيرات المكافئة قيد التنفيذ،
- ✓ السهر على أن تكون المؤسسات الصحية خاضعة لرقابة بعدية واحدة طبقا للتنظيم المعمول به،
- ✓ تحرير المبادرة للبحث عن موارد أخرى ذاتية ضمن المهام الرئيسية للمستشفى (تكوين غير جامعي، استثمارات المصالح الاقتصادية والعامّة)،
- ✓ وضع مخطط محاسبي للمستشفيات،
- ✓ السماح للمستشفيات بالمرور نحو عقود خدمات مع الهيئات الوطنية والدولية والمؤسسات الاقتصادية،
- ✓ التحول من نظام يقوم على تمويل الهياكل إلى نظام يقوم على تمويل النشاطات، على أن تبقى الأنشطة الرئيسية للمستشفيات (الاستعجالات، التكوين، البحث، الوقاية) تمول عن طريق الميزانية العامة للدولة،
- ✓ تدعيم الإجراءات الحالية لحساب التكاليف،
- ✓ وضع ميزانية ملحقة للهياكل القاعدية الخارجية مستقلة عن ميزانية المستشفى التابع للقطاع الصحي،

ب-2) الخلل المرتبط بالموارد البشرية: قدم التقرير في ذلك الملاحظات التالية¹:

- ✓ عدم حافزية مستخدمي الصحة للعمل بحكم الظروف السيئة للنشاط وكذا قواعد التعويض المالي.
- ✓ عدم المساواة وغياب العدالة في تقسيم الموارد البشرية وحتى المالية على الجهات وحتى داخل الجهة الواحدة.

¹ تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص 11

وهنا قدمت التوصيات التالية:

- ✓ مراجعة القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة باتجاه تحسين ظروف ممارسة النشاط وتعظيم المسار المهني، وإدخال نظام تعويض أكثر تحفيزا.
- ✓ الأخذ في الحسبان ظروف ممارسة النشاط المختلفة بالنسبة لمجموع المستخدمين على أساس مكان العمل وعلى غرار قطاعات أخرى والاقتصادية منها خصوصا، يمكن الحديث عن وضع مخططات لمسارات مهنية فردية وأكثر ترغيبا ودافعية، والتي تحل مشكلة الخدمة المدنية للأطباء المختصين على سبيل المثال.
- ولأجل النجاح في هذا الإصلاح على المؤسسات أن تنظم داخلها طريقة للتعبئة الدائمة لمستخدميها، وذلك عن طريق تقوية مجالات التفاوض الرسمي مع مختلف الفاعلين (نقابات، لجان... الخ)، وفي نفس الوقت السهر على خلق طريقة تسييرية تركز على المشاركة المباشرة.
- ✓ عقلنة وترشيد توزيع الموارد البشرية، من خلال إعادة ضبط الخارطة الصحية وفق احتياجات السكان وطبيعة عيشهم.

IV-2-1-2- الخلل المرتبط بالإعلام و التكوين:

- أ) الخلل المرتبط بالإعلام: حسب التقرير فإن المعلومة الصحية تكبدت نتائج المرور من نظام تقليدي لجمع واستكشاف وتحليل المعلومة إلى نظام جديد يعتمد إدخال تكنولوجيا الإعلام.
- هذا التحول أفقد مهنيي الصحة الخبرة المتراكمة فيما يختص بالجمع والتسيير اليدوي للمعلومة دون التحكم الكلي في التكنولوجيات الحديثة، ويمكن إعطاء أمثلة على ذلك: المسك السليم للملف الطبي، التقارير الطبية ومختلف السجلات الإدارية.
- كما أن النظام الحالي للمعلومة لا يبلغنا إلا جزئيا حول اتساع حقيقة الطلب على العلاج وجودة الخدمات المقدمة للسكان. لذا أصبح من الضروري تحديد ووضع نظام معلومات موثوق يمكننا من تحقيق هذه الأهداف.

العوائق والاختلالات في مجال المعلومة أوردها التقرير فيما يلي¹:

- ✓ مكتب الدخول ليس عمليا كما يجب.

¹ تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص 16

- ✓ قلة تكوين المستخدمين في مجال التقييم والتصنيف الدولي للأمراض (CIM 10).
- ✓ التنظيم السيء للملف الطبي والتقارير الطبية.
- ✓ عدم ملاءمة بعض السجلات الإدارية.

وقد كانت التوصيات المقدمة بهذا الشأن متمثلة فيما يلي:

- ✓ تجديد الوسائل الاعتيادية وإشراطات التوثيق والتسجيل الإجباريين للمهام المنجزة، الطبية وغير الطبية، وهي تمثل بالأخص حالة ملف المريض، من خلال متابعة المريض داخل المستشفى (بطاقة التنقل (fiche navette)، مختلف السجلات، ملخصات الخروج أو تقارير العمليات الطبية.
- ✓ وضع الوسائل التي تسمح بضمان ربط مختلف المؤسسات الصحية الموجودة في نفس الجهة وما بين الجهات.

(ب) العوائق والاختلالات المرتبطة بالتكوين: هذه العوائق والاختلالات أوردتها التقرير كما يلي¹:

- ✓ النظام التعليمي والتكويني لا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الفعلية لقطاع الصحة.
- ✓ القطاع الصحي بحد ذاته غير قادر على التعبير عن احتياجاته التكوينية بدقة من حيث الكم والنوع، وذلك راجع للمعرفة الضئيلة بالطالبيين الحقيقيين للعلاج من السكان.
- ✓ التكوين الأكاديمي لا يقدم المؤهلات المطلوبة على المستوى التطبيقي للمهنة أو متطلبات التنوع الميداني.
- ✓ عدم التوافق في بعض الحالات بين التأهيل الأكاديمي والكفاءة المهنية، ما ينتج عنه نقص فادح أو حتى اضمحلال بعض التخصصات الطبية وشبه الطبية.
- ✓ مدارس التكوين شبه الطبي لا تلبي بالكامل الطلب على التكوين المتواصل.
- ✓ تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي (المدرسة الوطنية للإدارة على سبيل المثال) لا يلبي بالكامل متطلبات التسيير الاستشفائي.

هذه الاختلالات قدم بشأنها التقرير مجموعة من التوصيات على عدة مستويات من أهمها:

- ✓ تحديد الاحتياجات من ممتهني الصحة ومجالات تكوينهم (إعداد قوائم مرجعية للمهن الصحية).

¹ تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 17-18

- ✓ بالتعاون مع قطاع التعليم العالي يتم مراجعة الديمغرافيا الطبية ومن ثمة وبالقياس إلى احتياجات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات يعاد تحديد مجالات التكوين المطلوبة ومحتوى التدريس.
- ✓ يتم التدارس مع وزارة التكوين المهني في الاحتياجات الحقيقية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، كهندسة الطب الحيوي على سبيل المثال وبعض التكوينات التقنية غير الطبية يختص بها قطاع الصحة.
- ✓ إعادة فتح - حسب الضرورة - ملاحق مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الاستشفائية، في إطار تكوين المستخدمين أثناء العمل (رسكلة، إتقان).
- ✓ إدخال التربصات الميدانية خلال نهاية المرحلة التكوينية خارج المراكز الاستشفائية المتخصصة لتمكين أطباء المستقبل من معايشة الواقع الميداني وملامسة حالات حقيقية.
- ✓ جعل برامج التكوين المتواصل ملزمة لجميع المؤسسات الصحية مع الأخذ في عين الاعتبار الطابع غير التجانسي لمستويات التكوين القاعدي.
- ✓ وضع لجنة مختلطة على المستوى المركزي بين وزارتي الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من جهة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي من جهة أخرى.

IV-2-2-هيكله الخارطة الصحية العمومية لسنة 2007:

البناء الجديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين جديدين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07¹.

ومن خلال قراءة وتفحص مواد وفقرات هذا المرسوم يمكن الوقوف على ما يلي:

- أ. تمتع كلا النوعين الجديدين من المؤسسات بذات السياق القانوني للقطاع الصحي؛ فكلاهما² مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.
- ب. تختلف المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية عن المشتملات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية؛ حيث أن المؤسسة العمومية الاستشفائية تتكون من هيكل

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر في 03 جمادى الأولى عام 1428هـ، الموافق لـ 20 مايو سنة 2007، المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ، الموافق لـ 19 مايو سنة 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها المعدل والمتمم.

² المرسوم التنفيذي 140-07، المواد 02 و06.

للتشخيص والعلاج والاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية و احدة أو مجموعة بلديات¹.

أما في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان².

ج. تتحدد مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومنتسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان وفي هذا تتولى على الخصوص المهام الآتية³:

✓ ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

✓ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

أما مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتمثل⁴ في التكفل بصفة متكاملة ومنتسلسلة بـ:

✓ الوقاية والعلاج القاعدي.

✓ تشخيص المرض.

✓ العلاج الجوارى.

✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

✓ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

✓ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

✓ المساهمة في ترقية وحماية البيئة وحماية في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة

والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

د. يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها

مدير، ويزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي⁵.

¹ المرسوم التنفيذي 140-07، المادة 03.

² المرسوم التنفيذي 140-07، المادة 07.

³ المرسوم التنفيذي 140-07، المادة 04.

⁴ المرسوم التنفيذي 140-07، المادة 08.

⁵ المرسوم التنفيذي 140-07، المادة 10.

هـ. ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقيت بنفس النصوص الواردة عن ميزانية القطاعات الصحية؛ حيث في جانب الإيرادات تتمثل في¹:

- ✓ إعانات الدولة.
- ✓ إعانات الجماعات المحلية.
- ✓ الإيرادات لنتيجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي فيما يخص العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم والتعاضديات والمؤسسات ومؤسسات التكوين،
- ✓ المخصصات الاستثنائية.
- ✓ الهبات والوصايا.
- ✓ الإيرادات المختلفة.
- ✓ الموارد الأخرى المرتبطة بنشاط المؤسسة.
- ✓ تعويضات التأمينات الاقتصادية عن الأضرار الجسدية.

أما في باب النفقات فتتمثل في:

- ✓ نفقات التسيير.
- ✓ نفقات التجهيز.
- ✓ كل النفقات الأخرى الضرورية لتحقيق هدفها.

والفارق هنا لا تحدده مصطلحات النصوص وإنما طبيعة السياسات التمويلية المعتمدة للصحة العمومية بين نظام الجراف والنمط التعاقدية.

¹ المرسوم التنفيذي 140-07، المادة 29

IV-3- المراجعة الحديثة لهيكله القطاع الصحي في الجزائر

بعد أقل من ستة سنوات عن تطبيق المرسوم التنفيذي 07-140 الخاص بهيكله المنظومة الصحية العمومية حول مؤسسات عمومية للصحة الجوارية وأخرى استشفائية، ظهرت خلال هذه الفترة بعض الاختلالات في التسيير وإدارة الشأن الصحي بشكل عام، أبرزه النقد المتتابع من كثير من الشركاء الاجتماعيين حول آليات تسيير هذه الهيئات العمومية وكذا قدرتها على تحقيق الأهداف الصحية المطلوبة مثل تعريف الاحتياجات الصحية للمواطن، تقريب الخدمة، تحقيق الجودة ... الخ.

وعلى إثر ذلك وبالتشاور مع الشركاء الاجتماعيين ومهنيي الصحة، تقدمت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في نهاية سنة 2013، بمشروع جديد يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر، وطرحته للإثراء والمناقشة بغرض إعداد المشروع النهائي للمرسوم التنفيذي المحدد لهذه الهيكله الجديدة.

وفيما يلي عرض لأهم المحاور والنقاط المحدثة في هذا المشروع.

IV-3-1- تقديم مشروع إعادة تنظيم هياكل الصحة على المستوى المحلي ضمن مقاطعات صحية¹:IV-3-1-1- الطبيعة القانونية والمهام العامة²:

نص المشروع الجديد على أن الهيئة المناط بها تقديم خدمة الصحة العمومية وتنفيذ برامجها على المستوى المحلي، تتمثل في المقاطعة الصحية (La circonscription sanitaire).

عرفت المقاطعة الصحية على أنها هيئة عمومية ذات طابع إداري، تصنف حسب فئتين: فئة مقر الولاية، فئة مقر الدائرة.

وهي منظمة إدارية وصحية تحوي هياكل الصحة، الوقاية، التشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الحركي وكل الهياكل الأخرى التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتسعى أي هذه المنظمة- إلى تلبية الاحتياجات الصحية لمجموعة من المواطنين ضمن مجال جيو-صحي يشمل دائرة أو أكثر، كما يمكن أن تكون في الدائرة الإدارية الواحدة عدة دوائر صحية لتلبية الحاجات الخاصة بالكتلة السكانية الكثيفة فيها.

¹ المراسلة الصادرة من طرف الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى مختلف مديريات الصحة والسكان بالولايات تحت رقم 1043 لـ 03 ديسمبر سنة 2013، تحوي مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.

² المواد 02 و 03 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.

تستثنى من ذلك، المعاهد التي لها مهام العلاج والبحث، المؤسسة الاستشفائية الجامعية، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة التي تقوم بتغطية حاجات لمنطقة سكانية تشمل عدة دوائر أو ولايات.

IV-3-1-2- التنظيم العام للمقاطعة الصحية¹:

تكون كل مقاطعة صحية منظمة وفق مجموعة من الوحدات الصحية.

تتمثل المهام العامة لهذه المقاطعة الصحية في التالي:

- تحديد الاحتياجات الصحية للحوض السكاني المطلوب تغطيته،
- تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بشكل متكامل، مدمج، هرمي ومستمر.
- تنفيذ البرامج الوطنية والجهوية للصحة،
- إعداد وتنفيذ البرامج المحلية للصحة بعد المصادقة عليها من طرف مدير الصحة والسكان للولاية،
- السهر على متابعة ومراقبة أنشطة الوحدات للدائرة الصحية،
- الالتزام بعقود أهداف و تحديد المسؤولية للنشاطات عن طريق الأنشطة والموارد وذلك مع المدير المكلف بالصحة من جهة والمصالح الطبية والتقنوبية من جهة أخرى،
- التقييم الدوري للنشاطات الصحية الخاصة بوحدات المقاطعة الصحية وبلوغ الأهداف المسطرة في العقود سالفة الذكر،
- الالتزام بعقود التعاون بين القطاع شبه العمومي والخاص،
- يمكن أن تضمن -حسب الحاجة- نشاطات العلاج ذات المستوى العالي، للتعليم الجامعي والبحث العلمي.
- فيما يتعلق بالجانب الوقائي:
 - ضمان السهر على الخدمة الصحية وإعداد إحصائيات صحية،
 - ضمان بشكل عام الحماية، الوقاية وترقية الصحة،
 - تعزيز ترقية الصحة الجوارية، خاصة عن طريق العلاج المنزلي والفرق المتنقلة،
 - تعزيز النشاطات الصحية في المناطق الخاصة،

¹ المواد 05 و09 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.

➤ فيما يتعلق بالتشخيص وكذا العلاج:

- المساهمة في وضع مخطط جهوي لتنظيم العلاجات،
- تطوير وتنفيذ مخطط تنظيم نشاطات التشخيص والعلاج عن طريق الشبكات الوظيفية واقسام العلاج،
- تلبية حاجات العلاج الاستعجالي عن طريق تنظيم خدمة دائمة للعلاج الاستعجالي، موزعا عبر الوحدات المكونة للدائرة الصحية،
- تنسيق نشاطات العلاج بين الوحدات المكونة للدائرة الصحية،
- تنمية التكامل بين القطاع العمومي، شبه العمومي وكذا الخاص فيما يتعلق بنشاطات التشخيص والعلاج.

➤ فيما يتعلق بالتكوين:

- المبادرة والمساهمة في التكوين المتواصل ودورات الإتقان للمستخدمين،
- المساهمة في التكوين القاعدي عن طريق جعل الوحدات التابعة للدائرة الصحية مجالا للتربصات بناء على اتفاقيات موقعة مع الهيئات التكوينية التابعة للتعليم العالي، التكوين المهني وكذا المتخصصة في ميدان الصحة.

IV-3-2- أدوات وآليات تسيير المقاطعة الصحية:

تسيير المقاطعة الصحية عن طريق مجلس توجيه وتدار من طرف مدير عام بالنسبة لمقر الولاية ومن طرف مدير بالنسبة لمقر الدائرة الإدارية. كما تزود بمجلس علمي.

IV-3-2-1- مجلس التوجيه¹:

وهي هيئة تداولية للمقاطعة الصحية، يضم في عضويته:

- ✓ الوالي أو من يمثله رئيسا،
- ✓ عضو من المجلس الشعبي الولائي، معين من طرف رئيسه،
- ✓ عضو من المجلس الشعبي البلدي، للمقر الاجتماعي للدائرة الصحية،
- ✓ رئيس المجلس العلمي،
- ✓ ممثل عن وزارة المالية،
- ✓ ممثل عن التأمينات الاقتصادية،

¹ المواد 11 و 12 و 13 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.

- ✓ ممثل عن مصالح الضمان الاجتماعي،
- ✓ رؤساء المجالس الطبية لوحدات المقاطعة الصحية،
- ✓ ممثل عن الجمعيات النشطة في مجال الصحة ضمن إقليم المقاطعة الصحية، يعينه الوالي،

وتكون مشاركة مدير المقاطعة في أعمال المجلس بصوت استشاري، كما أنه يضمن أمانة ذات المجلس.

يتداول مجلس التوجيه في النقاط التالية:

- الحصيلة الاجتماعية للموارد البشرية،
- جدول تعداد المستخدمين والمخطط السنوي للتوظيف والتكوين،
- البرامج السنوية لصيانة المباني والتجهيزات،
- الإجراءات الخاصة بترقية وتطوير أنشطة الصحة والبحوث التطبيقية،
- الأسئلة المتعلقة بتنظيم وسير المصالح، وكذا التنظيم الداخلي للمؤسسة،
- مشاريع الاستثمار ضمن حدود القيود التي تفرضها القوانين والأنظمة،
- الاكتساب والتخلي عن الأملاك المنقولة وعقود الإيجار،
- قبول أو رفض الهبات،
- تسوية المنازعات،
- التقرير السنوي للنشاط المعد والمقدم من طرف المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية،
- مشروع المؤسسة وعقد الأهداف وتحديد المسؤولية للنشاطات والموارد،
- مخطط وضع قيد العمل البرامج الوطنية للصحة العمومية،
- حصيلة الأعمال المنجزة في النشاط الوقائي، العلاجات القاعدية والعلاجات الطبية،
- جميع الأسئلة المرتبطة بالتنسيق بين وحدات المقاطعة الصحية،
- دراسة مختلف اقتراحات الشراكة العمومية-العمومية أو العمومية-شبه العمومية أو العمومية-الخاصة.
- المخطط السنوي لدعم وتعزيز الاستجالات وكذا المناوبة.

IV-3-2-2- الإدارة:

IV-3-2-2-1- المدير العام ومدير المقاطعة الصحية¹:

المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية يضمن إدارة مجموع الوحدات التابعة لها. وهو في أثناء أداء مهامه معان بمجلس بين القطاعات (conseil intersectoriel) للصحة العمومية (يضم هذا المجلس ممثلي وزارة الداخلية، الموارد المائية، الزراعة، البيئة، التجارة، السكن، التربية والصحة)، والذي بدوره معان في أشغاله بمندوبية الوقاية والسهر الصحي على مستوى المقاطعة الصحية.

يساعد المدير العام للدائرة الصحية مقر الولاية أمين عام ومدراء المندوبيات واللجان التقنية. بينما مدير المقاطعة الصحية مقر الدائرة الإدارية فيساعده في أداء مهامه نواب مديرين، مديرو الوحدات، مندوبين ولجان تقنية.

مديرو الوحدات الصحية بدورهم يساعدهم رؤساء مكاتب ومنسقين للمناطق الصحية (aires sanitaires).

تحدد المهام الخاصة بالمدير العام أو المكلف بالمقاطعة الصحية فيما يلي:

- وضع قيد التنفيذ مداوات مجلس التوجيه للدائرة الصحية،
- إعداد الميزانية التقديرية وضمان تنقيده،
- تمثيل المقاطعة الصحية أمام الجهات القضائية والدوائر المدنية،
- ضمان السلطة السلمية على مجموع الموظفين للدائرة الصحية،
- وضع آليات تنفيذ عقد الأهداف وتحديد المسؤوليات للنشاطات والموارد،
- إعداد مشروع مؤسسة وضمان تنفيذه بعد المصادقة عليه من طرف مجلس التوجيه، ويكون مشروع المؤسسة المذكور لمدة خمس (05) سنوات بناء على أولوية أهداف تطوير نشاطات ترقية الصحة العمومية،
- تنسيق نشاطات الوحدات الصحية،
- ضمان التوازن الميزاني، تخفيض تكاليف التسيير، وتنويع موارد المؤسسة في حدود التشريعات المتاحة،
- تطوير كل عمل تشاوري مع المجلس العلمي للدائرة الصحية، بغرض تحسين كفاءة المؤسسة،
- ضمان توفير كل الوسائل لحسن التكفل بالمريض.

¹ المواد 16 إلى 21 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.

ب- وحدة العلاجات الاستشفائية وتسمى بالمستشفى العام (HG): وهو منظم عن طريق مصالح متخصصة طبية، جراحية وطبية-تقنية. وتعمل هذه المصالح على ضمان عمليات نشاطات التشخيص، العلاجات الأولية، الثانوية والثالثية وكذا العلاجات الاستعجالية.

ت- وحدة العلاجات الاستشفائية المتخصصة وتسمى المستشفى المتخصص (HS): وهو منظم عن طريق مصالح طبية و/أو جراحية متخصصة وطبية-تقنية. وتعمل هذه المصالح على ضمان عمليات نشاطات التشخيص، العلاجات الأولية، الثانوية والثالثية وكذا العلاجات الاستعجالية لمرض محدد.

* كل وحدة يسيروها مدير، يساعده في ذلك ثلاث رؤساء مكاتب ومنسقين للمناطق الصحية. ويكلف كل مدير وحدة إضافة إلى وظائفه التقليدية كالسلطة السلمية على مجموع الموظفين وحسن سير نشاط الوحدة، بالسهر على تنسيق النشاطات والبرامج المقررة وكذا وضع قيد التنفيذ تعليمات المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية، والعمل على وضع قيد التنفيذ مشروع المؤسسة وعقد الأهداف والوسائل.

IV-3-2-4- المندوبية¹:

وهي تمثل مصلحة ذات طبيعة عملية، توكل لموظف من المقاطعة الصحية له كفاءة بغرض تنمية مهمة دقيقة وجد محددة.

وتتكون المقاطعة الصحية من ثلاث مندوبيات:

- أ- مندوبية للاتصال، الإعلام ومرافقة التكفل بالمريض، الشراكة والتوأمة: وتكلف بمعالجة ومتابعة طلبات المرتفقين، المرضى وجمعيات المرضى وتضمن ردا بشأن ذلك. كما تقوم بتطوير كل وسيلة اتصال ممكنة بين المرضى والوحدات الصحية ومرافقة المريض في دوائر وشبكات العلاج ووضع آليات الشراكة والتوأمة.
- ب- مندوبية الربط مع الشركاء الاجتماعيين: وتكلف بضمان التواصل الدائم مع الشركاء الاجتماعيين من خلال الاجتماعات المنظمة في إطار الحوار مع الشريك الاجتماعي.
- ت- مندوبية الوقاية والسهر الصحي: وتكلف بوضع قيد التنفيذ للبرامج الوطنية للصحة وتقييمها، وكذا تنسيق نشاطات الوقاية بين مختلف وحدات المقاطعة الصحية.

IV-3-2-5- المجلس العلمي²: المجلس العلمي للمقاطعة الصحية يتكون من:

¹ المواد 23 و24 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية
² المواد من 25 إلى 27 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية

- ✓ المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية،
 - ✓ رؤساء المجالس الطبية للوحدات الذين ينتخبون من نظرائهم في المجلس الطبي، الذي يتكون من:
 - بالنسبة للوحدات الصحية الجوارية: الممارسين المنسقين للمناطق الصحية وممثلين (02) للسك شبه الطبي والمساعدين الطبيين ينتخبون من طرف نظرائهم،
 - بالنسبة للوحدات الصحية الاستشفائية أو المتخصصة: من رؤساء المصالح وممثلين (02) عن السلك شبه الطبي والمساعدين الطبيين ينتخبون من طرف نظرائهم.
 - ✓ اثنان (02) من رؤساء المصالح الطبية للوحدات، ينتخبون من نظرائهم،
 - ✓ الممارسين المنسقين مسؤولي المناطق الصحية الجوارية،
 - ✓ طبيبان (02)، جراح أسنان وصيدلي ينتخبون من نظرائهم ويزاولون نشاطهم بالوحدات الجوارية للعلاجات،
 - ✓ ممثلين (02) عن السلك شبه الطبي، ممثلين (02) عن سلك القابلات وممثلين (02) عن سلك المساعدات الطبيين ينتخبون من نظرائهم ويمارسون نشاطهم في الوحدات الجوارية للعلاجات،
 - ✓ ممثلين (02) عن المصالح التقنية للدائرة الصحية.
- يعتبر المجلس العلمي هيئة تشاورية، تتمثل مهمته الأساسية في إبداء الرأي وتقديم الاقتراحات والتوصيات للمدير العام أو مدير المقاطعة الصحية حول جميع القضايا الطبية المرتبطة بتنظيم وسير المقاطعة الصحية، خاصة:
- ✓ مشاريع الاستثمار واقتناء التجهيزات وإنجاز وإعادة تهيئة المصالح،
 - ✓ تنسيق مجموع الوسائل للدائرة الصحية؛ خاصة تلك المرتبطة بالتكفل بالمريض،
 - ✓ المشاريع الطبية للمصالح التابعة للدائرة الصحية.

IV-3-2-6- اللجان التقنية¹:

كل وحدة من الوحدات التابعة للدائرة الصحية تكون مزودة بلجان تقنية كالتالي:

- لجنة العلاجات الطبية، الاستعجالات وجودة العلاجات،
- اللجنة التقنية للنظافة والأمن،
- اللجنة التقنية للدواء،
- اللجنة التقنية للعلاجات الوقائية.

IV-3-2-7- إعداد، تنفيذ ومراقبة الميزانية: تمثلت الإضافات التي أتى بها هذا المشروع عن المرسوم سابقه والساري مفعوله في²:

- أن المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية يكون أمرا بالصرف بالنسبة للمؤسسة، فيما يكون مديرو الوحدات أمرين بالصرف ثانويين،
- أنه إضافة لإجراءات المحاسبة العمومية، يمكن مسك محاسبة وفقا لقاعدة القيد المزدوج،
- أن الحساب الإداري يقدم مرفقا بتقرير تقييمي حول عقد الأهداف وتحديد المسؤولية للنشاطات والموارد، وبعد من طرف الأمر بالصرف ويطلع عليه من طرف المجلس التوجيهي، ليخضع لمصادقة الوالي الذي يقدم نسخة منه للوزارة المكلفة بالصحة.

¹ المادة 43 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.
² المواد من 45 إلى 54 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية.

IV-4- المقاربة التسييرية للمؤسسة العمومية للصحة في الجزائر:

من المهم الإشارة إلى أن الثقافة التسييرية للمرفق الصحي العام في الجزائر، هي ثقافة موروثية عن العهد الإستعماري.

ورغم بعض التعديلات الهيكلية التي عرفتها المنظومة الصحية تماشياً مع التوجهات الإيديولوجية للسياسة الاجتماعية والاقتصادية للبلاد في كل فترة من الفترات التي أعقبت الاستقلال إلا أن الملاحظ هو استمرار ذات المنطق التسييري المرتكز على العملية الإدارية الإجرائية بمعناها القانوني حتى عصرنا الراهن.

وفي هذا السياق يعتبر (Domin Jean-Paul)¹ أن منطق إدارة المستشفى هو منطق إداري بيروقراطي، بحيث يعود في أساسه إلى النمط التسييري للمستشفى عقب الثورة الفرنسية من خلال قانون 07 أكتوبر 1796، حيث عهد تسيير المؤسسة الاستشفائية للجنة إدارية (administrative commission) مكونة من 05 مواطنين يقيمون في البلدية المقر، برئاسة رئيس البلدية ويعينون أميناً يدير المستشفى بشكل فعلي، ليغير هذا الأمين فيما بعد ويصبح بصفة المدير ويتمتع بسلطة محاسبية وهرمية.

هذا المنطق البيروقراطي استمر رغم التعديلات التي مست تنظيم مجلس الإدارة بعد الجمهورية الخامسة سنة 1958- الذي حل محل اللجنة الإدارية، ليعرف تقلص دور مجلس الإدارة الديمقراطي الذي لا يتداول سوى في التوجيهات الكبرى للمؤسسة.

النموذج البيروقراطي طوره فيبر ويعتقد من خلاله أنه الأكثر رشادة أو عقلانية وكفاءة، حيث يرى بأن المنظمات ذات الأداء الجيد تتصف بخمسة خصائص بيروقراطية:

- هرمية واضحة ومحددة للسلطة،
- قواعد وإجراءات محددة لتنفيذ العمل،
- تقسيم واضح للعمل على أساس التخصص،
- قرارات موضوعية منزهة من الاعتبارات الشخصية،
- الاستناد في اختيار العاملين وترقيتهم على الكفاءة والجدارة.

¹(Domin) Jean-Paul, Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009), Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, Dec 2009, France

ويمكن القول أن أهم المساهمات ذات القيمة التي قدمتها نظرية فيبر البيروقراطية لتسيير المرفق الصحي العمومي هي¹:

- مبدأ التخصص وتقسيم العمل وتنظيم الأنشطة على أساس التخصص؛ حيث تستعمل المؤسسات الصحية هذا المبدأ في تنظيم أنشطتها على نطاق واسع،
- مبدأ اختيار العاملين على أساس الكفاءة والمقدرة وهو مبدأ هام جدا في المؤسسات الصحية؛ حيث يعتبر العنصر البشري وكفاءته وقدراته الأساس في إنتاج وتقديم خدمات طبية ذات جودة. كما أن قضية تدريب وتنمية قدرات العاملين هي على قدر كبير من الأهمية في الرعاية الطبية.
- المؤسسات الصحية العمومية في تنظيم أنشطتها على كثير من المبادئ الإدارية كمبدأ وحدة الأجر، تسلسل السلطة، التخصص والتنسيق. فهذه المبادئ تعتبر أساسية في تنظيم أنشطة المؤسسة الصحية وتحجيد الأدوار للمشاركين المختلفين وضمان التنسيق بين الأنشطة المتداخلة وذات الاعتماد المتبادل.

هذه المقاربة البيروقراطية برزت في قطاع الصحة العمومي في الجزائر من خلال نموذجين أساسيين:

- النموذج التنظيمي للمرسوم التنفيذي 242/81،
- النموذج التمثيلي في مجلس الإدارة

IV-4-1- النموذج التنظيمي للمرسوم التنفيذي 242/81:

النموذج التنظيمي الذي أتى به المرسوم التنفيذي 242/ 81 والمتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية؛ تمثل في أن الذي يسير القطاع الصحي في تلك الفترة هو مجلس المديرية الذي يرأسه المدير بنفسه.

هذا التوجه التنظيمي يعكس بالضرورة السلطة المتزايدة والمركزة في شخص المدير. هذا الأخير يقوم في حقيقة الأمر بدور المنفذ والموجه لتعليمات الوصاية المركزية الممثلة في وزارة الصحة والسكان. حيث أن هذه الأخيرة تقوم بمهام التصور والتخطيط ورسم السياسات للمناطق المحلية وتوكل إدارتها وتسييرها العملي لمدير القطاع الصحي المطالب بتقديم تقارير دورية وسنوية عن النشاطات المنجزة.

¹ (نصيرات) فريد توفيق، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 217-218.

هذا النمط في الإدارة والتسيير القائم على البيروقراطية التقليدية؛ أين يقل فيه الدور التمثيلي للشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين في مقابل السلطة المركزية للمدير، عرف تحولا رئيسيا من خلال تعديل المرسوم 242/81 المتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية بالمرسوم التنفيذي 466/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي جعل من تسيير القطاع الصحي موكلا إلى مجلس الإدارة.

IV-4-2- النموذج التمثيلي في مجلس الإدارة:

من خلال التعديلات التي أتى بها المرسوم التنفيذي 466/97 أصبح تسيير القطاع الصحي من صلاحية مجلس الإدارة الذي يكون فيعه المدير كاتبا لجلساته ومنفذا لتوصياته.

هذا النموذج في إدارة المرفق الصحي العام، استمر مع التغيير الهيكلي الذي عرفته خارطة الصحية في الجزائر في سنة 2007.

حيث أن المرسوم التنفيذي 07-140 وفي أثناء تعريفه للمؤسسة الصحية استشفائية كانت أو للصحة الجوارية ذكر في المادة العاشرة (10) منه، المتعلقة بأحكام التنظيم والتسيير ما يلي: «يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي».

ففي نص هذه المادة حدد القانون الآليات القانونية لتسيير المؤسسات الصحية متمثلة أساسا في:

✓ مجلس الإدارة كهيئة تسيير تداولية و تقريرية.

✓ الإدارة العليا وعلى رأسها المدير كهيئة تسيير تنفيذية.

أ) مجلس الإدارة: مجلس الإدارة عرف منطقه في الديمقراطية السياسية، فهو بمثابة السلطة التشريعية للنظام السياسي داخل المؤسسة؛ حيث أنه يقوم بمجموعة من الأدوار التشريعية و الرقابية التي تهدف إلى إنجاز المهام التالية¹:

- إحكام الرقابة على إدارة موارد المؤسسة من قبل المدير العام.
- مناقشة و تعديل و رفض أو الموافقة على رسالة المؤسسة و أهدافها الاستراتيجية التي يقترحها المدير العام.

¹ (القظامين) أحمد، الإدارة الاستراتيجية ، مفاهيم و حالات تطبيقية، دار مجدلاوي، عمان الأردن، ط 1، سنة 2002، ص 48.

▪ ممارسة الرقابة على أداء الإدارة العليا في المؤسسة في ضوء المؤشرات الأدائية العامة و يتضمن ذلك التأكد من أن القرارات التي تتخذ على كافة المستويات الإدارية في المؤسسة تنسجم مع القوانين و الأنظمة المعمول بها في المؤسسة و في المجتمع.

فالملاحظات الهامة في هذا السياق أن مهام مجلس الإدارة تنحصر في توجيه شؤون المؤسسة الوجهة الصحيحة وليس المساهمة في إدارتها مباشرة. وهو ما يعكس غلبة الثقافة البيروقراطية في إدارة المرفق الصحي العام مع نوع من التوجه نحو إشراك الفاعلين في هذه المؤسسات.

ب) الإدارة العليا: وهنا يكون من المناسب توضيح الصلاحية وأبعادها لكي يتسنى استيعاب المسؤولية وتوزيعها ضمن المستشفى. إذ تعرف السلطة بأنها " حق المدير أو قدرته المستمدة من منصبه الرسمي على اتخاذ القرارات المؤثرة في مرؤوسيه "¹ فهي تعني بهذه الحالة الحق الشرعي الذي يمتلكه المدير في اتخاذ القرارات وإصدار الأوامر التي تحكم تصرفات الآخرين الذين بمعيته لإنجاز أهداف المستشفى. وبالتالي فإن السلطة هي من أساسيات عمل المدير وامتلاكها هي أحد المقومات المهمة التي تمكنه من ممارسة المسؤولية وكفاءة عالية، ولكن لا يعني ذلك بأن له الحق في إصدار ما يشاء من أوامر وتعليمات قد تنعكس سلبا على النتيجة، أو الهدف المراد تحقيقه من إدارة المستشفى.

وفي هذا السياق فالمرسوم التنفيذي 140/07 السابق ذكره تحدث عن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المعينين بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامهما حسب الأشكال نفسها، بأنه مسؤول عن حسن سير المؤسسة.

ب- الهيئات المساعدة في التسيير: بالنظر إلى الطابع التقني للمهنة الطبية قد يجد المسير نفسه في مواجهة مجالات تتطلب معرفة معمقة وهو بذلك مجبر على استشارة أهل الاختصاص.

ولهذا الغرض تم إنشاء ووضع هيئات مساعدة تعمل على تنسيق أعمالها مع الإدارة وتتوه بكل ما قد تراه غير طبيعي وتقترح بدورها الحلول².

هذه الهيئات المساعدة تتمثل أساسا في المجلس الطبي وبعض اللجان الاستشارية الأخرى حسب كل مجال. هذه اللجان منها ما فرضه القانون و منها ما يخضع لرؤية المسير في توسيع الاستشارة أو تضيقها حسب دافع الحاجة لذلك عنده.

¹ (البكري) ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 121.

² (TAHER) Hocein, *cours en gestion des services sanitaires*, Ecole National d'Administration, 1999/2000

IV-4-3- المقاربات التسييرية المحدثة:

في السنوات الأخيرة عرفت المؤسسات الصحية العمومية بعض التوجيهات من قبل الإدارة الوصائية، في محاولة لتحسين أساليب وأدوات تسييرها، ركزت في معظمها على إرساء مفهوم التسيير التشاركي (la gestion participative) كنمط يمكن من تحقيق فريق العمل، الشعور بالمسؤولية، الولاء للمؤسسة والعمل على تحسين الخدمة الصحية.

وفي هذا السياق برز التوجه نحو تبني مقاربة عقدية في تسيير المرفق الصحي العمومي من

خلال:

- مراجعة نمط التمويل وإخضاعه لعلاقة عقدية،
- الاجتهاد في اعتماد مشروع المؤسسة كصيغة عقدية بين الفاعلين في تقديم الخدمة الصحية.

وفيما يلي سيتم التطرق إلى هاتين النقطتين باعتبارهما تجسدان النمط التعاقدية في تسيير المؤسسة الصحية مستقبلا.

IV-4-3-1- النمط التعاقدية في التمويل:

سياسة التمويل الحالية للنشاطات التي تؤديها المرافق الصحية العمومية تعتمد على نظام الجراف. هذا النظام تعرض لمجموعة من الانتقادات¹ من أنه لا يحقق العدالة في توزيع الأعباء التمويلية على المستفيدين من الخدمة من جهة ولا يمكن من تحقيق الرشد الاقتصادي في قطاع الصحة العمومي من جهة أخرى. كما أنه لا يحفز تحسين وتطوير الخدمة المقدمة، لضعف التنافسية مع القطاع الخاص ومؤسسات القطاع العام فيما بينها.

وكبديل عن ذلك تم اقتراح نمط جديد في التمويل يقوم على التعاقد، وفيما يلي سيتم تناول الأطراف المعنية بالتعاقد في هذا النمط التمويلي وأهم الأهداف الصحية المبتغاة من ورائه.

IV-4-3-1-1- أطراف التعاقد: ورد في قانون المالية لسنة 1995 " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات التي

¹ تم التطرق إلى موضوع إصلاح النمط التمويلي للقطاع الصحي العمومي وتقديم عدة اقتراحات نحو تصويبه في إطار تعاقدية في عدة محطات منذ صدور قانون المالية لسنة 1992 إلى غاية التقرير الوطني لإصلاح المستشفيات الصادر في سنة 2003 (مشار إليه سابقا)

تحدد عن طريق التنظيم"¹. من نص هذه المادة نجد أن أطراف التعاقد في هذه الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية هي:

أ- الممول: وتشمل الجهات التي تقوم بتمويل جزء من نفقات الصحة وذلك بناء على المعطيات والبيانات التي تقدمها الهيئة الاستشفائية صاحبة الخدمة وهم:

- الدولة: وتتمثل وظيفتها في هذا الجانب بالخصوص في تغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا².
- الضمان الاجتماعي: هيئات الضمان الاجتماعي تدفع مساهمة لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية بتقدير فعلي لا جزافي؛ حيث أنها-أي هيئات الضمان الاجتماعي- " تكلف بتحيين البطاقة الوطنية للمؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم"³ وتخضع الأموال الموجهة لتمويل برامج علاج نوعية لفائدتهم لتقييم دوري تقوم به المصالح المختصة لدى الوزارتين المكلفتين بالصحة و الضمان الاجتماعي⁴.

ب- صاحب الخدمة: ويتمثل في المؤسسات العمومية للصحة المقدمة لخدمات العلاج.

ج- مستهلك الخدمة: وهم المرضى المتلقون للعلاج بالمؤسسات العمومية للصحة، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون إليها؛ إذ نصنف ثلاث فئات هم:

- فئة المحرومين: وتتكفل بهم الدولة كلية.
- فئة المؤمن عليهم: يقع على عاتقهم تسديد 20% من مصاريف الاستشفاء والباقي تتكفل به مصالح الضمان الاجتماعي.
- فئة ثالثة غير محرومين و غير مؤمنين: وهؤلاء يتحملون مصاريف استشفائهم كاملة.

IV-4-3-1-2- أهداف النظام التعاقدي: تتعدد الأهداف التي يرتجى تحقيقها باعتماد هذا النمط في التمويل والتي يمكن تصنيفها على ثلاثة مستويات: الإنفاق، الخدمة الصحية وطريقة التسيير.

حيث تتمثل الأهداف الرئيسية للنمط التعاقدي فيما يلي:

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 87، الأمر رقم 94-03 مؤرخ في 27 رجب عام 1415هـ الموافق لـ31 ديسمبر سنة 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، المادة 136.

² المادة 132 من الأمر رقم 94-03 المتضمن قانون المالية لسنة 1995.

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 20، المرسوم التنفيذي رقم 04-101 مؤرخ في 11 صفر عام 1425هـ الموافق لـ01 أبريل سنة 1994 يحدد كفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، المادة 05

⁴ المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 04-101 يحدد كفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية

أ- **الترشيد والتحكم في النفقات:** فالنمط التعاقدى يفرض على المؤسسات الصحية الاستشفائية على وجه الخصوص نوعا من الصرامة في النفقات على أنشطتها الصحية المختلفة وأن تكون بفعالية أكبر؛ أي تحقيق أحسن أداء بأقل تكاليف وذلك من خلال:

- إعطاء الأهمية الاستخدامية لمحاسبة التكاليف واستغلالها في هندسة النفقات الصحية وليس كوثيقة إجرائية إدارية كما هو حاصل حاليا،
- إعادة تنظيم المصالح الصحية والداعمة الأخرى على أساس النشاط وليس بطريقة معيارية تقليدية، وهو ما يترتب عليه حتما إعادة توزيع الأسرة وتوجيه الموارد البشرية حسب حجم النشاط بالمصالح ومراجعة نمط تسيير الصيدلية...

ب- **تحسين نوعية الخدمة الصحية:** فالمؤسسة الصحية العمومية في مثل هذا النمط من التمويل تكون محل منافسة مع غيرها من مؤسسات القطاع العام والخاص كذلك، ما يستلزم منها تحسين أداء خدماتها الاستشفائية بما يجعلها نقطة جذب لطالبي الخدمة في هذا الجانب وهو ما سيعزز بالضرورة تحسين المؤشرات الصحية الكمية والكيفية على حد سواء.

ومن جهة أخرى فإن مساهمات الدولة -دون فئة المحرومين في الجانب الاستشفائي- ستكون موجهة بالكامل للتكفل بالبرامج الوقائية ومهام المنفعة الصحية العامة، ما يسهم في تحسين هذا الجانب وإعطائه العناية الخاصة به.

ج- **إرساء التسيير التشاركي للمؤسسة الصحية:** تأثير النمط التعاقدى على مصادر التمويل وطريقة الإنفاق سيفرض حتما على المؤسسة الصحية أن تراجع نمط تسييرها بالانتقال من نمط توجيهي إجرائي إلى نمط تفاوضي يعزز من مفهوم التسيير التشاركي بين مختلف الفاعلين فيها.

هذا التسيير التشاركي يمكن تصوره من خلال عدة آليات منها:

- التسيير بالأقطاب وجعل مؤشرات وسيلة في تحديد الأغلفة المالية وتوزيع المخصصات المادية والبشرية من جهة وفي نظام المكافأة والمجازاة من جهة أخرى،
- اعتماد الإدارة بالأهداف والنتائج والتوجه نحو وضع علاقات عقدية مع الإدارة والمصالح والعاملين.

IV-4-3-2- مشروع المؤسسة:

من خلال قراءات سابقة لواقع إدارة وتسيير المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، كان الاتجاه نحو تحسين أنماط التسيير وفق صيغة عقدية من خلال عدة أدوات، أهمها مشروع المؤسسة وعقد الأهداف.

ففي هذا السياق قد استفادت المنظومة الصحية من برنامج بالتعاون مع الإتحاد الأوروبي¹ يسعى للاستفادة من تجارب البلدان الأخرى في مجال الإدارة والتسيير؛ حيث كان التركيز منصبا على تطوير أدوات القيادة كمشروع المؤسسة، حيث أبرز أن الدافع لاعتماده هو الميزات الخاصة به، فهو يمكن من "تحديد نظرة استراتيجية ووضوحا في القرارات المتخذة وسرعة رد الفعل، علاوة على أنه يحقق التفويض والمسؤولية وتقاسم الأدوار ضمن مشروع واحد وتحفيز العاملين فيه" وفي ذلك فهو وثيقة مرجعية تعرف المؤسسة وما تود أن تؤول إليه خلال سنوات لاحقة، كما أنه وسيلة اتصال محددة لاستراتيجية التكوين والأنشطة الصحية والمالية.

ورغبة تحقيق هذا المبتغى، فقد صدرت من قبل الجهة الوصية على القطاع ممثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بعض التوجيهات في هذا الشأن. وذلك من خلال المنشور الوزاري المتعلق بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة والذي تضمن 24 بندا تشمل ستة محاور رئيسية كالتالي²:

1) فيما يتعلق بتنسيق ومتابعة النشاطات على مستوى الولاية:

- ✓ القيام باجتماعات أسبوعية مع رؤساء المؤسسات وتحويل محضر في اليوم ذاته،
- ✓ إعداد مونوغرافيا الخريطة الصحية للولاية،

2) فيما يتعلق بالاستقبال وتوجيه مرتفقي الصحة، وشروط الإقامة والتكفل بالمرضى:

- ✓ ضمان إصغاء جيد للجمهور والإجابة على مختلف مراسلات مستعملي أو مرتفقي الصحة العمومية،
- ✓ العمل على إرشاد وإعلام مرتفقي الصحة من خلال لوحات إرشادية بقوائم المناوبة،
- ✓ ضبط الزيارات للمرضى،
- ✓ إعادة تنظيم مصالح الاستعجالات حسب حجم تدفقات المرتفقين وبما يحقق فرز الحالات الصحية ويضمن التكفل الآتي بالحالات الاستعجالية الحيوية،

¹ (BOUADI) Sonia, **le projet d'établissement hospitalier : un nouveau instrument au service du management hospitalier**, cas EPH Ain Elhammam, mémoire de magistère en sciences économiques, université Mouloud MAMMERRI, Tizi-ouzou , 2015-2016, p129

² المنشور الوزاري رقم 05 مؤرخة في 30 يوليو 2013 المتعلق بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة.

- ✓ ضمان استقبال وتوجيه المرتفقين من خلال مهنيي الصحة وليس من خلال أعوان الأمن،
- ✓ تخفيف الإجراءات الإدارية للتكفل بالمرضى،

(3) فيما يتعلق بتحسين النظافة والبيئة الاستشفائية:

- ✓ إعادة تهيئة المطابخ حسب معايير النظافة الصحية ووضع آلية رقابة مستمرة لنظافة المحال والعتاد والعمال والوجبات الغذائية،
- ✓ إعادة هيكلة الحضائر بهدف ضمان سيولة حركية على مستوى المؤسسات الصحية،
- ✓ ضمان إنارة مناسبة لجميع المؤسسة الصحية،
- ✓ إسناد صيانة الفضاءات الصحية لهيئات خارجية عن طريق المناولة والتخريج، ما أمكن ذلك.

(4) فيما يتعلق بتوفير المواد الصيدلانية:

- ✓ ضمان وفرة الأدوية والأمصال واللقاحات والقيام بضبط توزيعها،
- ✓ ضمان طلب الأدوية والأمصال واللقاحات في الآجال المطلوبة على مستوى الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائر،
- ✓ تخطيط الاحتياجات من المواد الصيدلانية على مستوى المؤسسات الصحية والمصالح،

(5) فيما يتعلق بشروط العمل وتعويض المستخدمين:

- ✓ ضمان الالتزام بارتداء الملابس والشارات النظامية،
- ✓ السهر على الاحترام الصارم لمواقيت العمل،
- ✓ ضمان الوفاء بصفة مستمرة ومنتظمة بتعويضات وأجور المستخدمين،
- ✓ السهر على التطبيق الصارم بالأحكام التنظيمية المنظمة للنشاط التكميلي،
- ✓ السهر على مسك جميع السجلات التي تفرضها النصوص التنظيمية،

(6) فيما يتعلق بالإعلام وتألية المعلومات على مستوى المؤسسات الصحية:

- ✓ تطوير تألية المعلومات (informatisation) على مستوى المؤسسات الصحية،

(7) فيما يتعلق بالحوار الاجتماعي:

- ✓ ضمان استمرارية الحوار والإصغاء مع الشركاء الاجتماعيين،
- ✓ إنشاء قنوات إعلام واتصال مع الشركاء الاجتماعيين.

فالهدف من هذه الآلية هو إرساء مسار شراكة مع مختلف مستخدمي الصحة سواء كانوا ممارسين طبيين، شبه طبيين، عمالا أو مسيرين على أن تصب هذه المشاركة في طموح موحد وهو توفير الشروط التي تسمح بالتكفل الأمثل لمتلقي الخدمة الصحية - والمرضى منه على أكبر قدر من التخصيص - الذي يمثل غاية وجود المرفق الصحي العام.

ويتضمن مشروع المؤسسة المقترح من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الخطط التالية¹:

- خطة عمل لتصفية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة،
- خطة عمل للتصفية المالية فيما يخص ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائر،
- خطة عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية خارجية والعلاج داخل الهيكل الاستشفائي.

وتكون هذه الخطط محل جلسات تقييم أسبوعية مع مدير الصحة والسكان للولاية، ويحال عرض حال بذلك إلى المصالح المركزية للوزارة الوصية.

وتتمثل المؤشرات الصحية وتقييم أداء الخدمات الكمية والمشار إليها في نموذج مشروع المؤسسة الصحية في²:

➤ المؤشرات المتعلقة بالفعالية (النوعية) حسب المصالح والمدرجة في الملحق الأول، وهي:

- ✓ عدد الأسرة،
- ✓ نسبة الوفيات،
- ✓ نسبة إعادة القبول،
- ✓ نسبة التحويل،
- ✓ نسبة انتشار عدوى المستشفيات.

➤ المؤشرات المتعلقة بالأنشطة حسب المصالح والمدرجة في الملحق الثاني، وفيها:

- ✓ عدد المرضى الذين تم قبولهم،
- ✓ عدد أيام الإقامة الاستشفائية،
- ✓ نسبة شغل الأسرة،
- ✓ معدل مدة الإقامة،
- ✓ نسبة دوران الأسرة

هذه المؤشرات يهدف من ورائها أساسا إلى³:

- تحديد أولويات الصحة، العلاج والتسيير،

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01 مؤرخة في 16 أبريل 2014، المتعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير.

² نفس المرجع

³ نفس المرجع

- تحسين الاستقبال والأمن، من خلال:
 - إعادة النظر في إجراءات استقبال المرضى،
 - تحديد إجراء داخلي لتحسين فرص الحصول على العلاج والفحوصات الطبية الخارجية،
 - تعزيز نوعية مسارات العلاج،
 - تعزيز مكافحة عدوى المستشفيات،
 - تعزيز الأمن الداخلي.
- تعبئة مهنيي الصحة، من خلال:
 - تحسين ظروف العمل،
 - تحسين راحة فريق المناوبة،
 - تطوير التسيير التنبؤي للمهن والكفاءات،
 - تصفية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة.
- ضمان الفعالية لخدمة المريض، من خلال:
 - تحسين تنظيم العلاج،
 - وضع نظام حاسوبي داخلي،
 - تحديث لوجيستيك المستشفيات وهياكل الصحة،
 - وضع حيز التنفيذ خطة للصيانة،
 - تحسين الرقابة الداخلية،
 - تطوير تسيير مصالح الصحة،
 - ضمان التوازن للميزانية،
 - ضمان التصفية المالية،
 - تطور مؤشرات التسيير،
 - وضع لوحات قيادة للتسيير حيز التنفيذ.

مما يلاحظ مما سبق أن هذه المؤشرات والأهداف المرتبطة بها، وإن كانت تتكيف مع طبيعة وحجم المؤسسة ونوعية خدماتها ومهامها الصحية، فإن هنالك -فيما يعتقد الباحث- أن بعض المؤشرات قد أهملت أو قد تكون أُرجئت للظروف الحالية التي خلص إليها محلل الواقع الصحي في الجزائر.

ملخص الفصل الرابع:

المنظومة الصحية الجزائرية عرفت عدة تطورات مست الشكل التنظيمي للهياكل المقدمة لخدماتها، تطرقت من القطاع الصحي بفترة التنظيميين إلى المؤسسات التي تتجه نحو الوظيفة الجوارية خلال التعديل الحاصل سنة 2007، ثم العودة إلى الشكل التجميعي للقطاع الصحي وذلك تحت اسم المقاطعة الصحية في المشروع التعديلي الأخير للخارطة الصحية المقترح من قبل الوزارة لسنة 2014 والمعتزم تنفيذه خلال سنة 2017.

ومن الملاحظ أن المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر خلال هذه التطورات التنظيمية كان النمط التسييري المهمين عليها هو النمط التقليدي المتم بالمركزية الفعلية من حيث التصور والتخطيط وتوجيه أدوات السياسة الصحية على المستوى المحلي وإن تمتعت تلك المؤسسات بصفة الشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري ومجلس إدارة تداولي من الناحية القانونية، إلا أن الممارسة العملية تبرز ضعف استقلالية المشروع الصحي المحلي عن الذي يتم تسطيره مركزيا.

واتجاه الوصاية حديثا إلى محاولة استجلاب مفاهيم التسيير العمومي الحديث من خلال تفويض المرفق العام والاعتماد على التعاقد في أداء الخدمات قد تكون له انعكاسات إيجابية كما قد تكون له انعكاسات سلبية على نوعية الخدمة المقدمة والتي وإن تحسنت بالمفهوم المادي من حيث التأطير وتوفير الهياكل والمعدات، إلا أنها ما تزال دون الرضائية الكافية من المجتمع.

الفصل الخامس

دراسة انعكاسات نمط

التفسير على نوعية الخدمة

بعينة من المؤسسات

العمومية للصحة

تمهيد الفصل

بعد التطرق إلى الإطار النظري لمفهوم الخدمة الصحية ومعايير تقييمها ومختلف الإيجابيات والسلبيات لأنماط التسيير على أداء هذه الخدمة، وانطلاقا من التطور التنظيمي والمقاربات التسييرية التي عرفتتها المؤسسة العمومية للصحة في الجزائر فإن التساؤل هو كيف انعكس ذلك على نوعية الخدمة الصحية عندنا؟

ولمحاولة تحديد أثر نمط التسيير السائد على نوعية الخدمة سيتم في هذا الفصل التطرق إلى واقع الخدمة الصحية في الجزائر من خلال الإحصائيات المقدمة من قبل الجهات الوصية خلال السنوات الماضية وقراءتها من منطلق مؤشرات التقييم الكمي للخدمة الصحية، ثم الاستعانة باستمارة لبحث آراء عينة من العاملين والمرتفقين ببعض المؤسسات العمومية للصحة والمتنوعة حسب الطبيعة والمنطقة الجهوية.

V-1- واقع الخدمة الصحية في الجزائر

رغم الهياكل الكبيرة التي تدعم بها قطاع الصحة في الجزائر في مجال التوثيق والإحصاء، إلا أن الاهتمام بالإحصاءات والمعطيات الميدانية بمؤشرات تقييم مستويات الخدمة الصحية في الجزائر من حيث نسبة التغطية وكذا نجاعتها ما يزال متراجعا أو على الأقل غير مذاع بشكل يتيح للباحث العلمي تقديم وجهة نظره في حدود المنهج العلمي المتكامل لمنظومة الصحة في الجزائر.

وفي هذا الإطار فقد اعتمد الباحث في هذه الإحصاءات على:

- ✓ مجموعة من الإصدارات الخاصة بالمعهد الوطني للصحة العمومية الذي يقدم نشرات دورية حول الوضعية الوبائية للبلاد.
- ✓ الإحصاءات المقدمة من المركز الوطني للتوثيق الصحي،
- ✓ الإحصاءات المقدمة من الديوان الوطني للإحصاء،
- ✓ المعلومات المجمعّة من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

وفي ما يلي محاولة لتقديم صورة عن واقع الخدمات الصحية بالجزائر من خلال الإحصاءات والمؤشرات التي أتاحت للباحث في المجالات التالية:

- الهياكل الصحية المقدمة للخدمة،
- الإمكانيات البشرية وتوزيعها،
- المؤشرات الإستشفائية،
- المؤشرات الوقائية،

1- هياكل المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر:

الجدول التالي رقم (5-1) يبرز حجم المؤسسات الصحية الاستشفائية والجوارية المقدمة للخدمة الصحية حاليا في الجزائر؛ حيث أن الخارطة الصحية السابقة كانت تقوم على القطاعات الصحية والتي لها دور استشفائي ودور آخر يتمثل في الجانب الوقائي والتشخيص القاعدي. وابتداء من سنة 2008 بعد صدور المرسوم التنفيذي 140/07 عدل في هيكل الخارطة الصحية بإلغائه للقطاعات الصحية واعتماده على هيكل استراتيجية جديدة تتمثل في المؤسسات الاستشفائية التي تعنى بالجانب العلاجي الاستشفائي ومؤسسات للصحة الجوارية تعنى بالوقاية والصحة القاعدية.

جدول رقم (5-1): يوضح المؤسسات العمومية للصحة وعددها بالجزائر

العدد	المؤسسة
14	مركز استشفائي جامعي
01	مؤسسة استشفائية جامعية
71	مؤسسة استشفائية متخصصة
196	مؤسسة عمومية استشفائية
05	مؤسسة استشفائية
271	مؤسسة عمومية للصحة الجوارية

المصدر: *santé en chiffre, annuaire statistique sanitaire de l'Algérie en 2014, ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, édition janvier 2016, pp 9-13*

2- الإمكانيات البشرية في المؤسسات العمومية للصحة وتوزيعها:

وسيتم من خلال الجداول التالية عرض بعض الإحصائيات حول تطور الموارد البشرية من ممارسين طبيين، شبه طبيين وكذا إداريين وتقنيين وعمال خدمات على مستوى المؤسسات الصحية العمومية من جهة ومن جهة أخرى تطور مؤشرات التغطية حسب عدد السكان.

2-1- تطور عدد الممارسين الطبيين:

جدول رقم (5-2): تطور عدد الممارسين الطبيين في المؤسسات العمومية للصحة من سنة 1990 إلى 2015

(الوحدة: ممارس طبي)

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
الممارسين الطبيين						
الأطباء الأخصائيون	4513	5616	4291	5290	7339	12391
الأطباء العامون	8876	10296	11587	12717	18475	24245
جراحو الأسنان	4877	5188	4608	4742	5886	6936
الصيدالة	385	460	202	232	595	1244

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

من بين المؤشرات الصحية الهامة التي تعكس مقدار التكفل الصحي بالسكان أو مستوى العدالة في التغطية الصحية هو نسبة الممارسين الصحيين إلى عدد السكان، هذا المؤشر يتحكم فيه مقدار الموارد البشرية المعنية حسب الوظيفة والتخصص.

وما يلاحظ من خلال الجدول السابق أن:

- ✓ بخلاف الفترة بين سنة 1995 و 2000، أين شهد عدد الأطباء الأخصائيين وجراحي الأسنان والصيدالة تراجعاً في القطاع العام بسبب توجه أغلبهم إلى القطاع الخاص، فإن بقية الفترات عرفت نمواً معتبراً خاصة خلال الفترة من 2010 إلى 2015 أين زاد حجم الأطباء الأخصائيين بنسبة تجاوزت 68%، والصيدالة بنسبة تجاوزت 109%.
- ✓ عدد الأطباء العامين عرف نمواً معتبراً خلال كل الفترات المدروسة ليصل إلى 24245 طبيب عام سنة 2015 بعد أن كان 8876 طبيب عام سنة 1990.

هذا التطور في الكم أملت حتمية الزيادة السكانية من جهة وتوجه السياسة الوطنية في ميدان الصحة نحو التغطية المتوائمة مع الاحتياجات السكانية المختلفة والعمل على ترقية الصحة الجوارية.

2-2- تطور عدد الممارسين شبه الطبيين:

جدول رقم (3-5) : تطور عدد الممارسين شبه الطبيين في المؤسسات العمومية للصحة من سنة 1990 إلى 2015
(الوحدة: ممارس شبه طبي)

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
الممارسين شبه الطبيين	82362	84065	85843	88345	97773	120025

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

يلاحظ من خلال الجدول، أن هنالك تطورا في عدد شبه الطبيين العاملين في قطاع الصحة العمومي؛ حيث كان عددهم 82362 سنة 1990، ليصل إلى 120025 سنة 2015.

هذه الزيادة مردها السياسة التكوينية التي اتجهت إليها الوصاية بغرض تدعيم قطاع الصحة العمومية بالمستخدمين شبه الطبيين نظرا للنقص الذي كان يعانيه خلال السنوات الفارطة. ومن المعلوم أهمية هذا المورد في الخدمة العلاجية المرافقة ونشاطات الصحة القاعدية، فضلا عن دوره الأساسي في تدعيم العمل الطبي التخصصي.

2-3- تطور عدد الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في القطاع الصحي العمومي:

جدول رقم (4-5) : تطور عدد الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة من سنة 1990 إلى 2015 (الوحدة: عامل)

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
التخصص						
الإداريين	11908	11671	14270	13254	14053	20073
التقنيين	/	734	2071	3046	4654	5775
عمال الخدمات	39128	58514	59125	40535	41640	38456

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

يلاحظ من خلال الجدول أن هنالك زيادة مضطردة في عدد الإداريين والتقنيين (مع التوضيح أن التقنيين لم يظهر عددهم سنة 1990 كونهم محسوبين في إحصائيات الوزارة ضمن عمال الخدمات) خاصة بين سنتي 2010 و2015 أين ارتفعت نسبة الإداريين بـ: 42,83% و بـ 24,08% بالنسبة للتقنيين، أما عمال الخدمات فقد زادت نسبتهم من سنة 1990 إلى غاية 2000 لتعرف بعدها انحدار خلال الفترات اللاحقة.

هذه الأرقام المقدمة لا تعكس في الحقيقة حجم العاملين الفعليين في قطاع الصحة العمومي من هذه الفئات وخاصة فيما يتعلق بعمال الخدمات، الذين تمت الاستفادة من كثير منهم في شكل متعاقدين بالتوقيت الجزئي وهو ما لا يبرز في هذه الإحصائيات المقدمة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ومرد هذه الزيادة هو الوظائف التي غدت شاغرة وتمثل في نفس الوقت احتياجا جديدا ملحا للمؤسسات الصحية الجديدة المحدثة من خلال المرسوم التنفيذي 07-140 المتضمن إنشاء مؤسسات عمومية استشفائية وجوارية.

هذا من جهة ومن جهة أخرى، فإن التوجه التدريجي نحو ضمان جودة الخدمة الصحية وبالنظر إلى آثارها غير المرغوبة على الصحة، ألزم ذلك الجهات الوصية التركيز على النظافة الاستشفائية ومكافحة العدوى المتأتية عن الإلتانات الاستشفائية وهو ما يستدعي بالضرورة كما معتبرا من عمال الخدمات لتحقيق هذا المبتغى.

كما أن السعي نحو تنفيذ توصيات تقرير المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات حول ضرورة التكفل بالتجهيزات والمعدات الطبية وإطالة حياتها الإنتاجية من خلال برامج الصيانة الوقائية والعلاجية وضمن مسار متكامل لذلك، دفع نحو استقطاب موارد بشرية أخرى في المجال التقني.

2-4- تطور مؤشر التغطية للممارسين الصحيين من سنة 1990 إلى 2015:

في الجدول الموالي عرض مؤشر التغطية للممارسين الصحيين من سنة 1990 إلى غاية 2015، حيث أن هذا المؤشر يبرز حجم التغطية الصحية المتاحة لعدد من السكان من طرف أحد الممارسين الصحيين، سواء كان طبيبا أو شبه طبي.

جدول رقم (5-5): تطور مؤشر التغطية للممارسين الصحيين من سنة 1990 إلى 2015

الوحدة (1 ممارس صحي بالنسبة لعدد x من السكان)

الممارس الصحي	1990	1995	2000	2005	2010	2015
الأطباء	1063	1027	941	969	640	578
جراحي الأسنان	3476	3483	3711	3646	3093	2996
الصيدلة	11725	7602	6318	5389	3962	3634
شبه الطبيين	304	334	354	367	310	276

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

يلاحظ من معطيات الجدول السابق، أن هنالك تحسنا في مستوى التغطية الصحية في الجزائر، فمثلا من طبيب واحد لكل 1063 ساكن خلال سنة 1990، إلى طبيب واحد لكل من 578 ساكن خلال سنة 2015 ومن شبه طبي واحد لكل 367 ساكن خلال سنة 2005 إلى شبه طبي واحد لكل 276 ساكن خلال سنة 2015.

هذا التحسن في مؤشر التغطية الصحية العامة، يعود أساسا إلى الزيادة في عدد الممارسين الصحيين بالقطاع الصحي العمومي والخاص أيضا، يقابله في نفس الوقت استقرار نسبي في العدد الإجمالي للسكان.

غير أنه ورغم هذا التحسن الكمي، إلا أن ذلك يخفي اختلالا في التوزيع الجهوي والولائي، ما يؤثر بالضرورة على عدالة الخدمة الصحية العمومية بين جميع أبناء الوطن.

ومن جهة أخرى، فإن الحديث عن تحسن مؤشر التغطية بالنسبة للممارسين الطبيين وكذا شبه الطبيين، يتطلب توضيحا أعمق من خلال الإحصائيات -التي لم تتح للباحث- حول طبيعة الاختصاص، منطقة العمل، مكان العمل ... حتى يكون بالإمكان إعطاء قراءة سليمة وأكثر موضوعية لمؤشر التغطية الصحية.

3- تطور الوفيات خلال الفترة من سنة 1990 إلى 2015

من خلال الجداول التالية سيتم عرض بعض المؤشرات المتعلقة بتطور الوفيات العامة، وفيات الأطفال والمزداين متوفين.

جدول (5-6): تطور الوفيات العامة ونسبة الوفيات من سنة 1990 إلى 2015

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
مجموع السكان بالألف	25 022	28 060	30 416	34 591	35 978	39 963
عدد الوفيات بالألف	151	180	140	153	157	170
النسبة (%) (عدد الوفيات×1000/مجموع السكان)	6,03	6,43	4,59	4,42	4,37	4,25

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

من خلال ملاحظة النسب الواردة في الجدول أعلاه، فإن نسبة الوفيات العامة في الجزائر بالنسبة إلى مجموع السكان، بقيت مستقرة نسبيا في حدود 4,5 بالألف وذلك منذ سنة 2000، غير أن مقدار التحسن

الملحوظ يبرز عند مقارنة معدلات باقي السنوات بالمعدل الذي كان خلال سنة 1990؛ حيث كان الانتقال من نسبة 6,03% إلى 4,59% في سنة 2000.

جدول (5-7): تطور وفيات الأطفال ونسبة الوفيات من سنة 1990 إلى 2015

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
عدد الوفيات	36 270	41 146	21 072	20 793	21 046	22 088
النسبة عند الذكور (%)	49,2	57,94	38,4	26,9	25,2	23,9
النسبة عند الإناث (%)	45,8	51,68	35,3	23,9	22,2	21,2
النسبة الإجمالية (%)	46,8	57,87	36,9	25,5	23,7	22,6

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

هذا المؤشر يبرز نسبة وفيات الأطفال إلى إجمالي الزيادات خلال السنة. ومما يلاحظ أن النسبة الإجمالية لوفيات الأطفال كانت مستقرة نسبيا منذ سنة 2005 إلى غاية سنة 2015 وذلك في حدود المجال 25,5 و 22,5%. غير أن القفزة الحقيقية المسجلة كانت بين الفترتين الممتدتين بين سنتي 1990 و 2000، حيث كان الانتقال من نسبة وفيات للأطفال من حدود 46,8% إلى 36,9% مع ما يبرز من تراجع في عدد الوفيات العامة أيضا لذات الفترة، مما يجعله مسببا رئيسيا لتراجع نسبة وفيات الأطفال كذلك؛ "أضف إلى ذلك تراجع عدد المواليد خلال ذات الفترة، إذ كان في حدود 775 000 سنة 1990 وأصبح 589 000 عند سنة 2000".¹

أما الفترة الثانية التي شهدت بدورها منعطفا هاما في تحسن هذه النسبة الإجمالية فهي الممتدة من سنة 2000 وسنة 2005؛ حيث كانت نسبة وفيات الأطفال في حدود 36,9% لتصبح 25,5% فيما بعد. وهذا راجع أساسا لزيادة عدد المواليد خلال هذه الفترة مع الاستقرار النسبي لعدد الوفيات.

4- تطور معدل الأمل في الحياة:

يدل هذا المؤشر بشكل عام على تحسن الظروف الصحية للمواطن وقدرة النظام الصحي على تقليل أسباب الوفيات العائدة إلى الاختلال في العمل الوقائي أو ضعف التكفل العلاجي في المؤسسات الاستشفائية.

¹ Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : déficits nationaux et enjeux partagés, les notes d'IPMED, études et analyse, N°13 avril 2012, www.ands.dz

جدول (5-8): تطور معدل الأمل في الحياة منذ الولادة ونسبتهم من سنة 1990 إلى 2015

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
المعدل عند الرجال (بالسنوات)	66,3	66,1	71,5	74,8	75,6	75,8
المعدل عند النساء (بالسنوات)	67,3	68,2	73,4	76,4	77	77,6
المعدل الإجمالي (بالسنوات)	66,8	67,2	72,5	75,6	76,3	76,7

المصدر: <http://www.ons.dz>, *démographie algérienne, statistiques de l'office National des Statistiques (ONS)*, vue le 22 mars 2016

من خلال الجدول تطور معدل الأمل في الحياة للإجمالي بشكل معتبر من حوالي 70 سنة في سنة 1990 إلى 72,5 سنة خلال سنة 2000، ثم يرتفع إلى غاية 76,3 سنة خلال سنة 2010 ليستقر في حدود هذا المعدل حتى سنة 2015. هذا المعدل يعد مقبولا جدا بالنظر إلى المعدلات العالمية. هذا المعدل يشير في بعض قراءاته إلى تحسن التكفل الصحي بالمواطن وحسن رعايته بما مكن من تلافي أسباب الوفيات السابقة سواء مكن خلال العمل الوقائي أو النشاط الاستشفائي، إلا أنه لا يعد مقياسا وحيدا لذلك، فالوضعية الوبائية للمجتمع تفصح بشكل أكبر عن مدى حسن الرعاية الصحية.

وفي هذا السياق، لم يعد خافيا تزايد الإصابات ببعض الأمراض المزمنة والفتاكة في آن واحد بين المواطنين الجزائريين، مما جعلها من أولويات الصحة العمومية في الوقت الراهن مثل التهاب الكبد الفيروسي، أمراض السرطان، نقص المناعة المكتسبة...

5- النشاطات الاستشفائية:

معدل شغل الأسرة مرتبط أساسا بالمدة الزمنية للإقامة بالمستشفى من جهة ومن جهة أخرى بعدد الأسرة؛ حيث تبرز المؤشرات الاستشفائية المختلفة الكفاءة التشغيلية للمصالح الاستشفائية وتعبّر في نفس الوقت عن العقلانية في استخدام الهياكل الصحية الاستشفائية ومدى تهيئتها على أساس النشاط وقدرتها على تغطية التكاليف الثابتة لها.

ومن خلال تأمل بعض المؤشرات الاستشفائية للقطاع الصحي العمومي بالجزائر (الجدول 5-9) يمكن ملاحظة أن معدل شغل الأسرة الإجمالي كان مستقرا في حدود 49 إلى 48% خلال السنوات 1995، 2000 و2015، بينما عرفت سنة 1990 أعلى معدل بـ56,32% في حين كان أدنى المعدلات خلال سنتي 2005 و2010 وذلك في حدود 42%.

من جهة أخرى فإن قراءة هذا المعدل حسب الهياكل يبين أنه "ضعيف نسبيا في القطاعات الصحية السابقة حيث لم يتجاوز في أحسن حالاته 44% خلال سنة 2003 بعد أن كان في حدود 36% سنة 2000، بينما هو في حدود المتوسط بالمراكز الاستشفائية الجامعية خصوصا في مصالح أمراض النساء والتوليد، إضافة إلى المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وذلك في حدود 67% خلال سنة 2003".¹

هذه النسب هي دون المعدلات المأمولة ولا تعكس الكفاءة التشغيلية الفعلية لمؤسساتنا الصحية كنتاج لعدم استغلال كافة الأسرة النظرية من جهة ومن جهة أخرى نقص الإطار الطبي المتخصص في بعض المناطق والذي يعتبر عاملا أساسيا في رفع وتيرة النشاط باعتباره العارض الرئيسي للخدمة الصحية الاستشفائية.

في المقابل فإن متوسط المدة الزمنية للاستشفاء يعتبر مقبولا في الإجمالي بحدود 4 أيام تقريبا خلال مختلف السنوات المقدمة في الجدول أدناه، غير أن التحليل الدقيق لهذا المؤشر يستدعي معرفة المتوسطات الفرعية حسب المؤسسات والمصالح لاعتماده كمعيار لتقييم حسن التكفل ونوعية الخدمة المقدمة للمريض.

من جهة أخرى فمعدل الدوران الذي هو أقل من (50 يوم) يبرز حجم التكلفة الفعلية المرتفعة المترتبة عن استعمالية السرير الواحد. وبالتالي فهو صورة عاكسة لضعف معدل شغل الأسرة.

جدول (5-9) : تطور المؤشرات الاستشفائية للفترة من سنة 1990 إلى 2015

السنوات	1990	1995	2000	2005	2010	2015
عدد الأسرة المنظمة للاستشفاء (الوحدة:سرير)	52 037	54 213	54 618	58 906	63 680	64 954
عدد الداخلين (الوحدة:مرضى مقيم بالمستشفى)	1 614 519	1 625 713	1 693 851	1 962 895	2 358 875	2 874 810
الأيام الاستشفائية (الوحدة:يوم إقامة استشفائية)	10 697 299	9 822 521	9 637 657	9 086 388	9 598 098	11 685 336
معدل شغل الأسرة (الأيام الاستشفائية/100×عدد الأسرة)	56,32	49,64	48,34	42,26	41,29	49,29
متوسط الإقامة الزمنية للاستشفاء (الأيام الاستشفائية/عدد الداخلين)	6,63	6,04	5,69	4,63	4,07	4,06
معدل الدوران (عدد الداخلين/عدد الأسرة)	31,03	29,99	31,01	33,32	37,04	44,26

المصدر: مديرية الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر، سنة 2016

¹ (BRAHMIA) Brahim, économie de santé : évolution et tendances des systèmes de santé, bahaeddine édition, Constantine, 2010, p 380.

V-2- الدراسة الوصفية لعينة الدراسة:

V-2-1- خصائص مبحوثي عينة الدراسة:

V-2-1-1- خصائص مبحوثي عينة الدراسة من العمال:

تظهر خصائص مبحوثي عينة الدراسة من العمال في الجدول (5-10) حسب المنصب، سنوات الأقدمية، السن والمستوى التعليمي، حيث تتميز كالتالي:

أ- حسب المنصب:

نسبة المستجوبين من المسيرين هي الأعلى بما يصل إلى 38%، فالأطباء وشبه الطبيين رؤساء المصالح، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المسيرين هم في أغلبهم من الإداريين وجزء يسير فقط هم من الأطباء الذين يتواجدون على رأس بعض المؤسسات الصحية الجوارية وفقا للمسار الذين كان معتمدا في تعيينات مدراء هذه المؤسسات عند تاريخ إنشائها.

ب- حسب سنوات الأقدمية:

أعلى نسبة من المستجوبين كانت من الذين يمتلكون أقدمية تتجاوز 11 سنة تليهم مباشرة من تتجاوز خبرتهم 05 إلى 10 سنوات، بينما النسبة الأقل فهي لمن لا تتجاوز خبرتهم 05 سنوات وهو ما يعطي لإجابات أفراد العينة أهمية كونهم عايشوا مراحل متعددة ولفترات مختلفة على مستوى قطاع الصحة العمومي.

ت- حسب السن:

هو ترجمة طبيعية لخصائص العينة حسب سنوات الأقدمية، إذ أن أغلب من يحوزون أقدمية 11 سنة فما أكثر، هم ممن تتجاوز أعمارهم الـ30 سنة.

ث- حسب المستوى التعليمي:

أغلب المستجوبين بنسبة كبيرة تجاوز 80% يحوزون مستوى جامعا وهو ما يعطي قيمة إضافية لإجابات أفراد العينة.

جدول (5-10) : خصائص مبحوثي عينة الدراسة من العمال

النسبة %	التكرار	الفئات	الخصائص الديمغرافية
38,24	39	مسير	المنصب
20,59	21	طبيب رئيس مصلحة	
15,69	16	ش طبي رئيس مصلحة	
4,90	5	إداري	
12,75	13	طبيب	
7,84	8	شبه طبي	
100	102	المجموع	
6,86	7	أقل من 05 سنوات	سنوات الأقدمية
14,71	15	من 05 إلى 10 سنوات	
34,31	35	من 11 إلى 15 سنة	
28,43	29	من 16 إلى 20 سنة	
15,69	16	أكثر من 20 سنة	
100	102	المجموع	
18,63	19	من 25 إلى 30 سنة	السن
24,51	25	من 30 إلى 35 سنة	
31,37	32	من 35 إلى 45 سنة	
25,49	26	من 45 سنة فما فوق	
100	102	المجموع	
1,96	2	ابتدائي	المستوى التعليمي
4,90	5	متوسط	
12,75	13	ثانوي	
80,39	82	جامعي	
100	102	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث

V-2-1-2- خصائص مبحوثي عينة الدراسة من المرتفقين:

تظهر خصائص مبحوثي عينة الدراسة من المرتفقين في الجدول (5-11) حسب الجنس، السن، عدد الزيارات العلاجية للمؤسسة والمستوى التعليمي، حيث تتميز كالتالي:

أ- حسب الجنس:

نسبة المستجوبين من فئة الذكور هي الأعلى بما يصل إلى 82% والنسبة الباقية لفئة الإناث.

ب- حسب السن:

أغلب المستجوبين هم ممن تتجاوز أعمارهم الـ 30 سنة بنسبة إجمالية تتجاوز 81% بينما الفئات الأخرى الأقل من 30 سنة فلا تتجاوز 19%، وهو ما يبرز أن أغلب المبحوثين هم من الفئات الناضجة عمريا بما يعطي أهمية موضوعية لإجاباتهم.

ت- حسب عدد الزيارات العلاجية للمؤسسة:

71,3% من المستجوبين كانت لهم من زيارتين إلى خمس زيارات للمؤسسة بغرض تلقي خدمة صحية علاجية و28,7% كانت لهم أكثر من زيارة، وهو ما يعني الاحتكاك المتكرر بخدمات المؤسسة الصحية محل الزيارة، ما يمكن -في اعتقاد الباحث- المرتفق من تقييم موضوعي إلى حد ما للخدمات الصحية بالمؤسسة من وجهة نظره.

ث- حسب المستوى التعليمي:

أقل نسبة 5,5% من ذوي المستوى الابتدائي بينما أكثر من 52% من المستجوبين لديهم مستوى جامعي و30% لديهم مستوى ثانوي والبقية بمستوى المتوسط. وهو ما يعطي بنظر الباحث أهمية للتقييم العقلاني لجودة الخدمة الصحية من قبل المرتفقين.

جدول (5-11) : خصائص مبحوثي عينة الدراسة من المرتفقين

النسبة %	التكرار	فئات المتغير	المتغير
82,41	89	ذكر	الجنس
17,59	19	أنثى	
100	108	المجموع	
1,85	2	أقل من 20 سنة	السن
16,67	18	من 20 إلى 30 سنة	
34,26	37	من 31 إلى 40 سنة	
41,67	45	من 41 إلى 50 سنة	
5,56	6	أكثر من 50 سنة	
100	108	المجموع	
0,00	00	زيارة واحدة	عدد الزيارات العلاجية للمؤسسة
71,30	77	من 02 إلى 05 زيارات	
28,70	31	أكثر من 05 زيارات	
100	108	المجموع	
5,56	6	ابتدائي	المستوى التعليمي
11,11	12	متوسط	
30,56	33	ثانوي	
52,78	57	جامعي	
100	108	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث

V-2-2-2-الاتساق الداخلي (الصدق البنائي):

لمعرفة الاتساق الداخلي (الصدق البنائي) للاستمارة، قام الباحث باحتساب معامل الارتباط Pearson بين كل فقرة من فقرات الاستمارة والبعد الذي تنتمي إليه، حيث كانت ومن خلال النتائج الواردة في الجدولين أدناه (5-12 و 5-13) دالا عند مستوى دلالة 0,01.

جدول (5-12) الاتساق الداخلي لفقرات الاستمارة الموجهة للموظفين

مستوى	معامل	رقم	البعد	مستوى	معامل	رقم	البعد
0.000	0,902**	12	انعكاس مستوى التفويض على نوعية الخدمة	0.000	0,782**	1	التفويض
0.000	0,604**	13		0.000	0,739**	2	
0.000	0,899**	14		0.000	0,868**	3	
0.000	0,899**	15		0.000	0,748**	4	
0.000	0,601**	16		0.000	0,929**	5	
0.000	0,655**	17		0.000	0,550**	6	
0.000	0,349**	18		0.000	0,619**	7	
0.000	0,828**	19					المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج
0.000	0,577**	20		0.000	0,873**	8	
0.000	0,904**	21		0.000	0,887**	9	
0.000	0,599**	22		0.000	0,795**	10	
				0.000	0,856**	11	
0.000	0,764**	23	انعكاس مستوى المشاركة على نوعية الخدمة				
0.000	0,695**	24					
0.000	0,335**	25					
0.000	0,412**	26					
0.000	0,843**	27					
0.000	0,837**	28					
0.000	0,862**	29					

**دال عند مستوى دلالة 0.01 فأقل.

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات نظام SPSS.

جدول (5-13) الاتساق الداخلي لفقرات الاستمارة الموجهة للمرتفقين

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	البعد	مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	البعد
0.000	0,872**	19	التعاطف	0.000	0,946**	1	الاعتمادية
0.000	0,842**	20		0.000	0,894**	2	
0.000	0,873**	21		0.000	0,925**	3	
0.000	0,723**	22		0.000	0,757**	4	
0.000	0,744**	23		0.000	0,943**	5	
				0.000	0,906**	6	الاستجابة
				0.000	0,877**	7	
				0.000	0,832**	8	
				0.000	0,813**	9	
				0.000	0,853**	10	الضمان
				0.000	0,889**	11	
				0.000	0,767**	12	
				0.000	0,832**	13	
				0.000	0,764**	14	الملموسية
				0.000	0,741**	15	
				0.000	0,817**	16	
				0.000	0,681**	17	
				0.000	0,654**	18	

**دال عند مستوى دلالة 0.01 فأقل.

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات نظام SPSS.

3-2-2-3- اتجاهات أفراد الدراسة نحو أسئلة الاستمارة:

يمكن أن نستشف اتجاه أفراد عينة الدراسة نحو أسئلة الاستمارة من خلال المتوسط الحسابي والذي تم إعداده في الجداول التالية حسب كل بعد بناء على مخرجات برنامج SPSS

3-2-2-1- اتجاهات أفراد الدراسة نحو أسئلة الاستمارة الموجهة للعاملين:

أ- بعد التفويض:

جدول رقم (5-14) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد التفويض

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد التفويض
3	مرتفع	0,609	3,84	1	
5	متوسط	0,896	3,57	2	
4	متوسط	0,840	3,65	3	
1	مرتفع	0,596	4,04	4	
6	متوسط	1,060	3,49	5	
7	متوسط	1,047	3,33	6	
2	مرتفع	0,585	3,88	7	
1	مرتفع	0,537	3,69	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

من خلال نتائج الجدول أعلاه فقد كان بعد التفويض المتضمن 07 عبارات ذا أهمية نسبية بدرجة موافقة مرتفعة إذ بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد 3,69 وانحراف معياري 0,537 وقد جاءت الفقرة الرابعة منه في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ 4,04 وانحراف معياري 0,596.

ومن خلال العبارات الواردة في هذا البعد فإن المؤسسات الصحية محل الدراسة تتميز باتجاه مركزي بيروقراطي وذلك ما يبرزه الدور المتضائل لمجلس الإدارة في مجال التداول وممارسة وظيفته في الرقابة والمساءلة من جهة ومن جهة أخرى تدخل الوصاية -متمثلة في المصالح المركزية للوزارة ومصالحها الخارجية متمثلة في مديريات الصحة والسكان على مستوى الولايات- في العملية التسييرية عن طريق التعليمات والتوجيهات وحتى بعض الإجراءات الداخلية، عززه في ذلك الفترة الانتقالية التي صاحبت إنشاء المؤسسات الصحية الاستشفائية والجوارية من خلال الخارطة الصحية لسنة 2007 والتي

استمرت لفترة خمس سنوات تقريبا، جعل من مديري هذه المؤسسات مجرد وكيل بالإمضاء فقط لصالح مديري الصحة والسكان.

كما أن المؤسسات محل الدراسة تتميز بهرمية واضحة ومحددة للسلطة ويقواعد وإجراءات محددة للعمل وهو ما يبرز الطابع البيروقراطي الذي تتميز به المؤسسات الصحية غالبا.

وإضافة إلى ذلك فإن الفقرتين السادسة والسابعة تبرزان أن اتجاه المؤسسات الصحية العمومية نحو اعتماد الأساليب التعاقدية والتعاون في صورته المختلفة في مجال الخدمات الصحية أو خدمات الدعم والإسناد ما يزال ضئيلا وهو ما يفسره قيامها بهذه الخدمات بوسائلها الخاصة، وذلك على الرغم من إقرار وزير الصحة في كثير من التصريحات بضرورة الاستفادة من أدوات التسيير الحديثة وإرساء التعاقد في صورة المناولة فيما يتعلق بالفندقة والإطعام والتبويض والنظافة الاستشفائية ومحاولة تحسين الخدمات الصحية عن طريق التوأمة بين المؤسسات الصحية المختلفة.

كما أنه برغم ما تخوله لها المدونة الميزانية الجديدة من إمكانية التعاقد مع هيئات خارجية لأداء بعض الخدمات إلا أن أغلبها ما يزال يتمسك بمباشرة ذات الأعمال بإمكانياته ولعل ذلك يعود إلى الخشية من عيوب التعاقد الخارجي.

ب- بعد المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج:

جدول رقم (5-15) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد المشاركة
3	متوسط	0,982	3,49	8	
2	متوسط	0,846	3,61	9	
1	مرتفع	0,662	3,73	10	
4	متوسط	1,069	3,25	11	
2	متوسط	0,762	3,52	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

من الجدول أعلاه، فإن بعد المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج، كان ذا أهمية نسبية بدرجة موافقة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي 3,52 والانحراف المعياري 0,762، وقد حظيت الفقرة الثالثة منه بأعلى متوسط حسابي بلغ 3,73 وانحراف معياري 0,662.

فقرات هذا البعد جاءت بدرجة موافقة عالية عدا الفقرة الرابعة منه والتي كانت درجة الموافقة عليها متوسطة؛ حيث بلغ متوسطها الحسابي 3,25 وانحرافها المعياري 1,069.

وما يوقف عليه من خلال هذه الإجابات هو أن النمط التسييري السائد في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، يتسم بعدم الاكتراث كثيرا لأهمية مشاركة الأفراد العاملين في مسار إدارة الأهداف بهذه المؤسسات، بدءا من مرحلة وضع الأهداف وتحديد الوسائل وصولا إلى إتاحة الفرصة لمناقشة ما انفردت الإدارة بتحديدده أو فسح المجال لتقديم بعض الرؤى الإبداعية.

ولعل ذلك يعود أساسا إلى الثقافة التقليدية لمسيرتي هذه المؤسسات التي يغلب عليها الطابع التنفيذي الإجرائي على الرغم من وفرة هذه المؤسسات على صيغ قانونية وأطر تنظيمية تتيح المسار التشاركي، بل إن توجيهات الوصاية خلال السنوات الأخيرة تنصب في واحدة منها على أهمية الإصغاء الداخلي وإلزام المسيرين برفع تقارير شهرية عن ذلك، كما أن الجميع ملزم أيضا باعتماد مشروع المؤسسة داخليا وإمضاء عقود الأهداف والنجاحة مع المصالح الوصائية وإطلاعها بذلك، غير أن الواقع العملي يبرز التعامل مع هذه الأدوات بطريقة الإثبات المادي لتنفيذ هذه التوجيهات وإغفال أنها مسارات تفاوضية في الأساس تفرض إشراك الجميع.

ومن جهة أخرى فإن المفهوم الحديث للتسيير العمومي الذي يقوم على المقاربة بالنتائج بدل الوسائل ما يزال متواضعا في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر، إذ على الرغم من أن العبارة الرابعة من هذا البعد المتمثلة في أن المؤسسة تراعي احترام الإجراءات على حساب النتائج كانت بدرجة موافقة متوسطة، إلا أن ما يعزز ما تم ذكره سابقا هو العبارة الثالثة من ذات البعد والتي حازت المرتبة الأولى من حيث درجة الموافقة؛ أين تهتم المؤسسة غالبا بتوفير الوسائل فقط.

ت- انعكاس مستوى التفويض على نوعية الخدمة:

جدول رقم (5-16) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد انعكاس مستوى التفويض على نوعية الخدمة

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد انعكاس مستوى التفويض على نوعية الخدمة
3	مرتفع	0,876	3,84	12	
1	مرتفع	0,708	4,12	13	
4	مرتفع	0,904	3,88	14	
4	مرتفع	0,904	3,88	15	
2	مرتفع	0,659	4,04	16	
6	مرتفع	1,274	3,77	17	
10	متوسط	1,178	2,91	18	
8	متوسط	1,059	3,45	19	
11	متوسط	1,072	2,62	20	
7	مرتفع	0,783	3,69	21	
9	متوسط	0,979	3,41	22	
2	متوسط	0,549	3,60	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

- من الجدول فإن أغلب سبع فقرات حظيت بموافقة مرتفعة بينما الأربعة الباقية كانت بموافقة متوسطة.

- كان تقدير المبحوثين بشكل مرتفع بأن:

- المقاربة الإدارية البيروقراطية تؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة،
- النمط التعاقدى مع الضمان الاجتماعى سيمكن من تحسين نوعية الخدمة المقدمة،
- التدبير المفوض يعزز المسؤولية المحلية في الاستجابة للاحتياجات المحلية والحفاظ على الوسائل المادية، دون أن ينفي ذلك أهمية المصالح المركزية التي لها دور ضروري في عدالة توزيع الإمكانيات المادية والمالية والبشرية،
- إسناد بعض الخدمات لهيئات خارجية يخل بخصوصية المرضى، وفي ذات السياق وإن كانوا يعتقدون بمساهمة التعاون مع المؤسسات الصحية العمومية و/أو الخاصة في تقديم

خدمة صحية ذات جودة فإنهم يتجهون وبنفس القدر إلى أن ذلك له انعكاس سلبي على

المؤسسة بفقدانها لمهارة أداء الخدمة،

- في تقييمهم للخارطة الصحية لسنة 2007، اتجه الإجابات إلى أنها حسنت فعلا من التغطية الصحية الجوارية غير أنه لم يكن لها نفس الأثر في تسهيل الحصول على الخدمة العلاجية الاستشفائية، مع الاعتقاد بموافقة متوسطة بأن مشروع الدائرة الصحية سيحسن من نوعية الخدمة الصحية.

ث- انعكاس مستوى المشاركة على نوعية الخدمة:

جدول رقم (5-17) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد انعكاس مستوى المشاركة على

نوعية الخدمة

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد انعكاس مستوى المشاركة على نوعية الخدمة
4	مرتفع	0,426	4,24	23	
5	مرتفع	0,429	4,12	24	
1	مرتفع	0,534	4,72	25	
6	مرتفع	0,596	4,04	26	
2	مرتفع	0,557	4,35	27	
3	مرتفع	0,545	4,31	28	
7	متوسط	1,277	3,18	29	
1	مرتفع	0,439	4,14	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

من الجدول فإنه ما عدا الفقرة الأخيرة والمتعلقة بمساهمة التعاون مع الجمعيات التطوعية و/أو المرتفقين في تحسين توصيل الخدمة والتي حظيت بموافقة متوسطة، فإن أغلب الفقرات كانت بموافقة مرتفعة وبمتوسط حسابي يتجاوز الـ(4)؛ حيث تتجه أغلب إجابات المبحوثين لأهمية مشاركة العاملين والمجتمع المحلي واعتماد المكافأة بالنتائج ووضع دفتر شروط عقدي للمسير في تحسين أبعاد جودة الخدمة الصحية.

ب- بعد الاستجابة

جدول رقم (5-19) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الاستجابة

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الاستجابة
3	متوسط	0,949	2,81	6	
1	متوسط	1,042	3,75	7	
4	متوسط	1,035	2,56	8	
2	متوسط	0,949	3,19	9	
5	متوسط	0,851	3,08	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

هذا البعد احتل الترتيب الخامس بالنسبة لمتغير نوعية الخدمة، حيث كانت درجة الموافقة متوسطة بمتوسط حسابي بلغ 3,08 وانحراف معياري 0,851 وقد جاءت كل فقراته بدرجة موافقة متوسطة، حيث كانت الفقرة الثانية في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي لها 3,75 وانحراف معياري 1,042، تليها على التوالي الفقرة الرابعة فالأولى فالثالثة منه.

الإجابات عن فقرات هذا البعد، تبرز التقييم المتوسط لبعد الاستجابة من قبل المرتفقين خاصة ما تعلق بقيام المؤسسة بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة وانشغال العاملين بتلبية طلبات المرضى بشكل فوري واستعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى غير أن تبسيط المؤسسة لإجراءات العمل وتيسير الحصول على الخدمة يعتبر مقبولا جدا.

ت- بعد الضمان

جدول رقم (5-20) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الضمان

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الضمان
4	متوسط	1,020	2,93	10	
1	مرتفع	0,463	4,69	11	
2	مرتفع	0,581	4,21	12	
3	متوسط	0,949	3,34	13	
1	مرتفع	0,629	3,79	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

بعد الضمان جاء في المرتبة الأولى في أبعاد متغير نوعية الخدمة إذ حاز موافقة مرتفعة بمتوسط حسابي قدره 3,79 وانحراف معياري 0,629 وكانت الفقرة الثانية منه في الترتيب الأول بموافقة عالية من خلال متوسط حسابي 4,69 وانحراف معياري 0,463 تليها الفقرة الثالثة بموافقة عالية أيضا وذلك بمتوسط حسابي قدره 4,21 وانحراف معياري 0,581 ثم الفقرتان الرابعة والخامسة بموافقة متوسطة.

من خلال الإجابات الواردة يبرز التقييم الإيجابي لمعظم فقرات هذا البعد إذ:

- تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى،
- لدى المرتفقين ثقة بكفاءة الممارسين الصحيين بالمؤسسة وهم أيضا يشعرون بالأمان عند التعامل معها،
- في مقابل ذلك مقدار متابعة العاملين لحالة المرضى باستمرار هو دون المستوى المرغوب.

ث- بعد الملموسية

جدول رقم (5-21) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد الملموسية

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الملموسية
2	مرتفع	0,637	3,93	14	
3	مرتفع	0,561	3,85	15	
4	مرتفع	0,890	3,74	16	
5	متوسط	1,057	2,88	17	
1	مرتفع	0,920	4,30	18	
2	مرتفع	0,590	3,74	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

بعد الملموسية حل في المرتبة الثانية لمتغير نوعية الخدمة وقد كان بدرجة موافقة مرتفعة من خلال متوسط حسابي قدره 3,74 وانحراف معياري 0,590، وقد جاءت الفقرة الرابعة منه فقط في المرتبة الأخيرة بدرجة موافقة متوسطة بمتوسط حسابي 2,88 وانحراف معياري 1,057، بينما كل الفقرات الأخرى كانت بدرجة موافقة مرتفعة .

الإجابات عن فقرات هذا البعد تبرز التقييم الإيجابي لهذا البعد إذ:

- تتوفر بالمؤسسة الأدوية التي يحتاجها المريض غالبا،

- موقع وتصميم المؤسسة ملائمان لتقديم الخدمة الصحية، كما أن العاملين يحرصون على حسن المظهر،

غير أن الخدمات المرافقة بالمؤسسة لا تحظى بالرضا الكافية من قبل المرتفقين.

ج- بعد التعاطف

جدول رقم (5-22) يتضمن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات بعد التعاطف

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد التعاطف
2	متوسط	0,980	3,44	19	
3	متوسط	0,992	3,31	20	
4	متوسط	0,944	3,07	21	
5	متوسط	1,023	2,60	22	
1	مرتفع	0,799	4,16	23	
4	متوسط	0,770	3,32	البعد	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

بعد التعاطف حظي بموافقة متوسطة من خلال متوسط حسابي بلغ 3,32 وانحراف معياري 0,770 وكانت الفقرة الرابعة منه في المرتبة الأولى بموافقة عالية أين بلغ متوسطها الحسابي 4,16 وانحرافها المعياري 0,779 تليها بينما باقي الفقرات كانت بموافقة متوسطة.

إجابات أفراد العينة حول فقرات هذا البعد تبرز:

- أن الوظيفة الصحية للمؤسسة لم تلغ ثقافة الأفراد في مراعاة العادات والتقاليد السائدة في المجتمع ومحاولة تفهم العاملين لثقافة المرتفقين كبعض العادات المصاحبة للولادات مثلا،
 - التقييم المتوسط لمستوى اهتمام العاملين بالمرتفق الصحي من حيث تقديرهم لظروف المريض والإصغاء الجيد لشكاويه وبدرجة أكبر مدى منحه الوقت الكافي لرعايته.
- غير أن هذا التقييم قد يكون مرده الطابع النفسي لمن يعاني من مشكلة صحية وإحساسه بضرورة التفرغ لعنايته العاطفية بشكل مستمر وهو ما قد يتنافى أحيانا مع العقلانية العلاجية التي يقوم بها الممارس الصحي والمفروضة عليه بحكم تواجده عادة في سياق إدارة أزمة خاصة في بعض المصالح كالاستعجالات مثلا.

V-3- اختبار الفرضيات:

V-3-1- الفرضيات الإحصائية:

تمت إعادة صياغة الفرضيات البحثية نحو فرضيات إحصائية بالشكل التالي:

الفرضية الرئيسية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط تسيير المؤسسة العمومية للصحة على جودة الخدمة الصحية.

الفرضيات الفرعية:**الفرضية الفرعية الأولى:**

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط تسيير المؤسسة العمومية للصحة على اعتمادية الخدمة الصحية

الفرضية الفرعية الثانية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط تسيير المؤسسة العمومية للصحة على الاستجابة في الخدمة الصحية

الفرضية الفرعية الثالثة:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط تسيير المؤسسة العمومية للصحة على الضمان في الخدمة الصحية

الفرضية الفرعية الرابعة:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط تسيير المؤسسة العمومية للصحة على ملموسية الخدمة الصحية

الفرضية الفرعية الخامسة:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط تسيير المؤسسة العمومية للصحة على التعاطف في الخدمة الصحية

V-3-2- اختبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الالتواء والتفطح:

يمكن اختبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الالتواء *skewness*، فإذا كانت هذه النسبة تقع ضمن المدى $[-2, 2]$ ، فإن توزيع البيانات المشاهدة يتبع التوزيع الطبيعي¹ كما يجب الكشف عن معامل التفطح والذي يكون محصورا بين (-3) و (3) ²

جدول (5-23) يوضح معاملي الالتواء والتفطح لأبعاد متغيرات الدراسة

معامل التفطح	معامل الالتواء	البعد
-0,628	0,043	نمط التسيير (المتغير المستقل)
0,347	-0,305	جودة الخدمة (المتغير التابع)
0,435	-0,470	الاعتمادية
0,565	-0,496	الاستجابة
0,083	-0,047	الضمان
-0,509	0,009	الملموسية
0,262	-0,617	التعاطف

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه، فإن متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي، كون معامل الالتواء كان محصورا بين $[-2, 2]$ ومعامل التفطح كان محصورا بين $[-3, 3]$ وهو ما يتيح للباحث استخدام الاختبارات المعلمية.

¹ (بوخص) عبد الكريم، الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام برنامج SPSS، ج1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2013، ص127

² West SG, Finch JF, Curran PJ. Structural equation models with nonnormal variables: problems and remedies. In: Hoyle RH, editor. Structural equation modeling: Concepts, issues and applications. Newbery Park, CA: Sage; 1995. pp. 56-75.

V-3-3-اختبار الفرضيات:

V-3-3-1-اتجاه العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع وأبعاده:

يعرض الجدول التالي نتائج الارتباط من خلال معامل بيرسون بين المتغير المستقل (نمط التسيير) والمتغير التابع (جودة الخدمة بأبعاده المختلفة)

جدول (5-24): علاقة الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع وأبعاده

التعاطف	الملموسية	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمة	معامل الارتباط بيرسون	نمط التسيير
-0,731**	-0,531**	-0,650**	-0,831**	-0,766**	-0,771**		
0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	مستوى الدلالة	

**دال عند مستوى دلالة 0.01 فأقل.

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات نظام SPSS.

يظهر الجدول ارتباطا سالبا وقويا بين متغير نمط التسيير ومتغير جودة الخدمة بأبعاده المختلفة وهو دال عند مستوى $\alpha=0,01$ ، مما يعني أنه يمكن التنبؤ بنوع من الدقة بقيم المتغير التابع وأبعاده من خلال قيم المتغير المستقل.

V-3-3-2-اختبار الفرضيات من خلال تحليل الانحدار:

أ- الفرضية الرئيسية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية
لذلك تم استخدام تحليل التباين للانحدار (ANOVA) لاختبار صلاحية النموذج وكانت نتائجه كما في الجدول التالي (الجدول 5-25):

الجدول (5-25): نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	28,097	1	28,097	146,692	0,000 ^b
الخطأ المتبقي	19,153	100	0,192	-	-
المجموع	47,250	101	-	-	-

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه فإن قيمة $F = 146,692$ عند مستوى دلالة 0,000 وهو أقل من 0,05 أي أن قيمة F المحسوبة أكبر من F الجدولية ومنه نرفض الفرض العدم (النموذج غير مناسب) ونقبل الفرض البديل (النموذج مناسب).

من خلال الجدول الموالي رقم (5-26) يمكن اختبار معنوية أثر متغير نمط التسيير على جودة الخدمة؛ حيث ومن خلال النتائج الواردة في هذا الجدول فإن:

- قيمة T المحسوبة $= (-12,112)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، أي أن T المحسوبة أكبر من T الجدولية ومنه نقبل الفرض البديل بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية،

- قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0,595$ تبين أن المتغير المستقل (نمط التسيير) يفسر ما مقداره 59% من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية)، فيما 41% المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

- معلمة الميل $(B = -0,896)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، ما يعني أن نمط التسيير الحالي يتسبب في تراجع مستوى جودة الخدمة الصحية بمقدار 0,896.

الجدول (5-26): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الرئيسية.

R^2	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات النمطية	المعاملات غير النمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0,595	0,000	24,633	-	0,272	6,693	الثابت
	0,000	-12,112	-0,771	0,074	-0,896	نمط التسيير

المتغير التابع: جودة الخدمة.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ب- الفرضية الفرعية الأولى:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الاعتمادية

تم استخدام تحليل التباين للانحدار (ANOVA) لاختبار صلاحية النموذج وكانت نتائجه كما في الجدول التالي رقم (5-27):

الجدول (5-27): نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	38,647	1	38,647	141,881	0,000 ^b
الخطأ المتبقي	27,239	100	0,272		-
المجموع	65,886	101			-

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه فإن قيمة $F = 141,881$ عند مستوى دلالة 0,000 وهو أقل من 0,05 أي أن قيمة F المحسوبة أكبر من F الجدولية ومنه نرفض الفرض العدم (النموذج غير مناسب) ونقبل الفرض البديل (النموذج مناسب).

من خلال الجدول الموالي رقم (5-28) يمكن اختبار معنوية أثر متغير نمط التسيير على متغير الاعتمادية؛ حيث ومن خلال النتائج الواردة في هذا الجدول فإن:

- قيمة T المحسوبة $= (-11,911)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، أي أن T المحسوبة أكبر من T الجدولية ومنه نقبل الفرض البديل بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الاعتمادية،
- قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0,587$ تبين أن المتغير المستقل (نمط التسيير) يفسر ما مقداره 59% من التباين في المتغير التابع (الاعتمادية)، فيما 41% المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.
- معلمة الميل $(B = -1,051)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، ما يعني أن نمط التسيير الحالي يتسبب في تراجع مستوى بعد الاعتمادية من جودة الخدمة الصحية بمقدار 1,051.

الجدول (5-28): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الأولى.

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات النمطية	المعاملات غير النمطية		المتغير
				Beta	الخطأ المعياري	
0,587	0,000	21,907			0,324	الثابت
	0,000	-11,911	-0,766		0,088	نمط التسيير

المتغير التابع: الاعتمادية.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ت- الفرضية الفرعية الثانية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الاستجابة

للم تم استخدام تحليل التباين للانحدار (ANOVA) لاختبار صلاحية النموذج وكانت نتائجه كما في

الجدول التالي رقم (5-29):

الجدول (5-29): نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	53,506	1	53,506	223,775	0,000 ^b
الخطأ المتبقي	23,911	100	0,239	-	-
المجموع	77,417	101	-	-	-

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه فإن قيمة $F = 223,775$ عند مستوى دلالة 0,000 وهو أقل من 0,05 أي أن قيمة F المحسوبة أكبر من F الجدولية ومنه نرفض الفرض العدم (النموذج غير مناسب) ونقبل الفرض البديل (النموذج مناسب).

للم من خلال الجدول الموالي رقم (5-30) يمكن اختبار معنوية أثر متغير نمط التسيير على متغير الاستجابة؛ حيث ومن خلال النتائج الواردة في هذا الجدول فإن:

- قيمة T المحسوبة $= (-14,959)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، أي أن T المحسوبة أكبر من T الجدولية ومنه نقبل الفرض البديل بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الاستجابة،

- قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0,691$ تبين أن المتغير المستقل (نمط التسيير) يفسر ما مقداره 69% من التباين في المتغير التابع (الاستجابة)، فيما 31% المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

- معلمة الميل $(B = -1,236)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، ما يعني أن نمط التسيير الحالي يتسبب في تراجع مستوى بعد الاستجابة من جودة الخدمة الصحية بمقدار 1,236.

الجدول (5-30): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثانية.

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات	المعاملات غير النمطية		المتغير
			النمطية	B	الخطأ المعياري	
0,691	0,000	24,924	-	0,304	7,566	الثابت
	0,000	-14,959	-0,831	0,083	-1,236	نمط التسيير

المتغير التابع: الاستجابة.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ث- الفرضية الفرعية الثالثة:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الضمان

تم استخدام تحليل التباين للانحدار (ANOVA) لاختبار صلاحية النموذج وكانت نتائجه كما في الجدول التالي رقم (5-31):

الجدول (5-31): نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	17,798	1	17,798	73,256	0,000 ^b
الخطأ المتبقي	24,295	100	0,243	-	-
المجموع	42,093	101	-	-	-

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه فإن قيمة $F = 73,256$ عند مستوى دلالة 0,000 وهو أقل من 0,05 أي أن قيمة F المحسوبة أكبر من F الجدولية ومنه نرفض الفرض العدم (النموذج غير مناسب) ونقبل الفرض البديل (النموذج مناسب).

من خلال الجدول الموالي رقم (5-32) يمكن اختبار معنوية أثر متغير نمط التسيير على متغير الضمان؛ حيث ومن خلال النتائج الواردة في هذا الجدول فإن:

- قيمة T المحسوبة = $(-8,559)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، أي أن T المحسوبة أكبر من T الجدولية ومنه نقبل الفرض البديل بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الضمان،

- قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0,423$ تبين أن المتغير المستقل (نمط التسيير) يفسر ما مقداره 42% من التباين في المتغير التابع (الضمان)، فيما 58% المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

- معلمة الميل ($B=-0,713$) عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0,05$ ، ما يعني أن نمط التسيير الحالي يتسبب في تراجع مستوى بعد الضمان من جودة الخدمة الصحية بمقدار 0,713.

الجدول (5-32): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة.

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات	المعاملات غير النمطية		المتغير	
			النمطية	B	الخطأ المعياري		
0,423	0,000	20,832			0,306	6,375	الثابت
	0,000	-8,559	-0,650		0,083	-0,713	نمط التسيير

المتغير التابع: الضمان.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ج- الفرضية الفرعية الرابعة:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الملموسية

تم استخدام تحليل التباين للانحدار (ANOVA) لاختبار صلاحية النموذج وكانت نتائجه كما في الجدول التالي رقم (5-33):

الجدول (5-33): نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	9,969	1	9,969	39,241	0,000 ^b
الخطأ المتبقي	25,404	100	0,254	-	-
المجموع	35,373	101	-	-	-

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه فإن قيمة $F = 39,241$ عند مستوى دلالة 0,000 وهو أقل من 0,05 أي أن قيمة F المحسوبة أكبر من F الجدولية ومنه نرفض الفرض العدم (النموذج غير مناسب) ونقبل الفرض البديل (النموذج مناسب).

من خلال الجدول الموالي رقم (5-34) يمكن اختبار معنوية أثر متغير نمط التسيير على متغير الملموسية؛ حيث ومن خلال النتائج الواردة في هذا الجدول فإن:

- قيمة T المحسوبة = (-6,264) عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0,05$ ، أي أن T المحسوبة أكبر من T الجدولية ومنه نقبل الفرض البديل بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على الملموسية،
- قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0,282$ تبين أن المتغير المستقل (نمط التسيير) يفسر ما مقداره 28% من التباين في المتغير التابع (الملموسية)، فيما 72% المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.
- معلمة الميل $(B=-0,534)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0,05$ ، ما يعني أن نمط التسيير الحالي يتسبب في تراجع مستوى بعد الملموسية من جودة الخدمة الصحية بمقدار 0,534.

الجدول (5-34): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة.

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات غير النمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	
0,282	0,000	18,153		0,313	الثابت
	0,000	-6,264	-0,531	0,085	نمط التسيير

المتغير التابع: الملموسية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ح- الفرضية الفرعية الخامسة:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على التعاطف

للم يتم استخدام تحليل التباين للانحدار (ANOVA) لاختبار صلاحية النموذج وكانت نتائجه كما في الجدول التالي رقم (5-35):

الجدول (5-35): نتائج تحليل التباين للانحدار (ANOVA) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الخامسة

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	33,432	1	33,432	114,596	0,000 ^b
الخطأ المتبقي	29,174	100	0,292	-	-
المجموع	62,606	101	-	-	-

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه فإن قيمة $F = 114,596$ عند مستوى دلالة 0,000 وهو أقل من 0,05 أي أن قيمة F المحسوبة أكبر من F الجدولية ومنه نرفض الفرض العدم (النموذج غير مناسب) ونقبل الفرض البديل (النموذج مناسب).

- من خلال الجدول الموالي رقم (5-36) يمكن اختبار معنوية أثر متغير نمط التسيير على متغير التعاطف؛ حيث ومن خلال النتائج الواردة في هذا الجدول فإن:
- قيمة T المحسوبة = $(-0,977)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، أي أن T المحسوبة أكبر من T الجدولية ومنه نقبل الفرض البديل بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على التعاطف،
 - قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0,534$ تبين أن المتغير المستقل (نمط التسيير) يفسر ما مقداره 53% من التباين في المتغير التابع (التعاطف)، فيما 47% المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.
 - معلمة الميل $(B = -0,977)$ عند مستوى دلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ ، ما يعني أن نمط التسيير الحالي يتسبب في تراجع مستوى بعد التعاطف من جودة الخدمة الصحية بمقدار 0,977.

الجدول (5-36): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الخامسة.

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات النمطية	المعاملات غير النمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0,534	0,000	6,855		0,335	6,855	الثابت
	0,000	-0,977	-0,731	0,091	-,977	نمط التسيير

المتغير التابع: التعاطف.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

V-4- مناقشة وتفسير النتائج:

انطلاقا من تعريف إجرائي لجودة الخدمة الصحية من أنها تتضمن ثلاثة مستويات رئيسية هي:

- جودة التشخيص،
- جودة العلاج،
- جودة المتابعة

والتي يمكن فهمها ضمن خمسة أبعاد رئيسية تتمثل في الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية والتعاطف ولكل بعد مؤشرات قياسية.

فإنه على مستوى كل وحدة تكلفة بخدمة صحية ما، نجد أن هذه الأبعاد تسمح بتحديد دقيق لما يجب الاعتناء به فيما يتعلق بالهيكل الصحي (العتاد، فرق العمل، التكاليف، الخبرات المهنية والتخصصية...) والإجراءات ووضع قياس للننتائج المراد الوصول إليها وتقييم ما تم تحقيقه فعلا بالنسبة للمرتفق الصحي أخذا بعين الاعتبار المفهوم الجوّاري.

ومنه يمكن تلخيص مفهوم نوعية أو جودة الخدمة الصحية، بأنها التكلفة الصحي والاقتصادي والجغرافي المثالي بصاحب الحاجة سواء كان فردا أو مكونا مجتمعا.

ابتداء من هذا المفهوم إضافة إلى المفاهيم النظرية المتتوالفة سابقا في الدراسة ومن خلال العبارات الواردة في الاستبيانين واتجاهات أفراد العينة نحوها يمكن استخلاص تفسير أثر نمط التسيير على جودة الخدمة الصحية.

ومن خلال نتائج الاختبارات الإحصائية لفروض الدراسة فإنه:

يوجد أثر لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية ككل وعلى أبعادها كل على حدى، إذ يفسر نمط التسيير ما مقداره 59,5% من التغير الحاصل في جودة الخدمة الصحية بأبعادها مجتمعة، كما يفسر أيضا (أي نمط التسيير) التغير الحاصل في أبعاد جودة الخدمة الصحية بما مقداره:

- 58,7% في بعد الاعتمادية،
- 69,1% في بعد الاستجابة،
- 42,3% في بعد الضمان،
- 28,2% في بعد الملموسية،
- 53,4% في بعد التعاطف.

وما يمكن استنتاجه هنا هو:

- أهمية التفويض في إدارة الخدمة الصحية،
- أهمية الإدارة المركزية في التحكيم خاصة،
- أهمية التسيير التشاركي والمقاربة بالأهداف والنتائج

وفيما يلي توضيح للنقاط السالف ذكرها.

1- أهمية التفويض:

اللامركزية أضحت في عديد البلدان من الإصلاحات الأساسية للمنظومات الصحية بشكل عام. وقد كان ذلك وفق مسار مرحلي للتحويل من المركزية المطلقة إلى لامركزية مقيدة بالأهداف الوطنية ومستجيبة للحاجيات الصحية المحلية.

والاتجاه نحو اللامركزية وإعطاء أهمية أكبر لدور المجموعات المحلية القطاعية وغير القطاعية في إدارة الشأن الصحي، تبرره من جهة العيوب أو العوائق التي تميز التسيير المركزي الذي يفرز عادة:

- فعالية محدودة في التسيير،
- بطئا في التحول الإبداعي،
- استجابة غير متوائمة مع الاحتياجات الصحية المحلية.

وفي مقابل ذلك، فإن نقل الصلاحيات والمسؤوليات من المستوى الوطني إلى مستوى الجهات، يعتقد أن له عدة إيجابيات، فهو:

➤ يحفز الأخذ بعين الاعتبار الخصائص المحلية واستجابة أفضل للاحتياجات الصحية وما يستتبعه في المقابل من إمكانيات العرض الخدمي،

فكما تمت الإشارة إليه سابقا، فإن الجودة المقدمة تتمايز حسب المؤهلات البشرية والعوامل المادية المستعملة وخطوط العلاقة بينهما (أي الإجراءات وطريقة التسيير).

فجودة التشخيص والعلاج والتكفل، تفترض الحظوظ المتوافرة لأي ذي حاجة صحية في الوصول إلى الهياكل الصحية والحصول على مستوى متكافئ من الخدمات أينما كان موقع سكنه الجغرافي.

فالمطلوب هنا العمل على تسيير الملاءمة بين الإمكانيات المادية والبشرية وتحقيق الجوارية الجغرافية الدائمة أو الظرفية بالنسبة للمريض.

وإذا قبلنا بأن الهدف الأساسي هو التكفل بالمريض بمفهوم الجودة السابق، فإن تعريف الحاجات الصحية حسب الأحواض السكانية -سواء تعلق الموضوع بالوضع الوبائية أو الصعوبات العلاجية ونمط التكفل- يصبح الطريقة الأكثر موضوعية، وهو ما يجعل من الاتجاه نحو لا مركزية إدارة الشأن الصحي أو على الأقل بمفهوم التخطيط ذا أهمية كبيرة. وهو ما يعكس توجه أفراد العينة نحو إعطاء موافقة عالية لتفويض المجموعات المحلية في المجال الصحي.

وفي ذات السياق فإن توصيف هذه الحاجات على المستوى المحلي، يسمح بتحديد ضرورات السرعة في التكفل بالمرضى ومستوى توزيع الكفاءات الطبية وغير الطبية وكذا الهياكل التقنية.

➤ من خلال عملية نقل السلطة من الإدارة المركزية إلى مستوى الجهة، يسهل ويحفز في نفس الوقت المواطن الصحية من خلال العلاقة السلسة التي ستكون بين هياكل القطاع الصحي العام ومختلف الشركاء والمجموعات المحلية ويعزز في نفس الوقت المشاركة والإبداعية في صناعة السياسات الصحية المحلية،

ومن خلال إجابات أفراد العينة يمكن ملاحظة أهمية النمط اللامركزي في صورة التدبير المفوض لصالح المجموعات المحلية وأثره على مختلف أبعاد جودة الخدمة الصحية (عدا بعد التعاطف)؛ حيث أن التدبير المفوض ونقل بعض السلطة والمسؤولية من الإدارة المركزية إلى المحلية سوف:

- يعزز المسؤولية المحلية في جعل المؤسسة أكثر استقطابا لطالبي الخدمة وهو ما يحسن من مستوى الاعتمادية،
- يعزز المسؤولية المحلية في الاستجابة للاحتياجات الصحية،
- يسهم في تحقيق الرضا عن الخدمة من خلال إشراك فواعل المجتمع المحلي في إدارة الأهداف الصحية،
- يعزز المسؤولية المحلية في الحفاظ على الوسائل المادية المختلفة بالمؤسسة.

كما أنه من المهم في هذا السياق تخفيف أعباء الإدارة المباشرة للقطاع الصحي العام عن طريق تفويض تسيير بعض الخدمات من خلال آليات التعاقد الخارجي في إطار المناولة أو صور التعاون المختلفة، من خلال:

- تنمية مهارات العاملين مع مؤسسات أخرى، والتي قد تكون إما مؤسسات وظيفتها تكوينية أساسا أو مؤسسات أخرى عاملة في الميدان الصحي وتوفر بيئة مناسبة لتبادل الخبرات والمعارف أو مجالا للتكوين المرافق.
- التعاون لأداء بعض الخدمات الصحية مع هيئات خارجية، سواء كانت مؤسسات صحية عمومية أو خاصة أو حتى مؤسسات جمعوية أو ذات تنظيم يعنى في جانب منه بالمجال الصحي،
- إسناد بعض الخدمات اللوجيستكية إلى هيئات خارجية،

وتفسير ذلك هو الإيجابيات المحتملة لهذا النمط في التسيير، إذ يحقق:

- ✓ تقليص تكاليف التسيير المباشر للأنشطة المرتبطة بإدارة:
 - المورد البشري وما يتعلق بتسيير حياته المهنية من توظيف وترقية وأعباء اجتماعية مختلفة،
 - مشكلات التخزين والنقل والوقت المستهلك،
 - التجهيزات وصيانة العتاد،
 - الإطعام وبعض شؤون الفندقية الصحية كالنظافة والبياضات مثلا،
 - شؤون الوقاية والأمن الخارجي،
- ✓ تمكن المؤسسة الصحية من تقاسم أعباء التسيير مع طرف خارجي وتحمله جزءا من المسؤولية المرتبطة بأداء هذه الأنشطة مع استمرارها في عملية المراقبة والمتابعة المستمرة لمدى جودة القيام بتلك النشاطات وتحمل مسؤوليتها الرقابية في ذلك.
- ✓ السماح للمؤسسة الصحية بتوفير مجهوداتها وإمكانياتها المادية والبشرية للقيام بأنشطتها الصحية المباشرة بنوعها الوقائية والعلاجية،
- ✓ استغلال أطر خارجية لتحسين المهارات والكفاءات البشرية العاملة بالقطاع،

ويبدو من خلال الاتجاهات المتلاحقة في التعديلات التي تطال المنظومة الصحية في الجزائر، أنه قد أعطيت أهمية كبيرة لمفهوم التفويض في إدارة الشأن الصحي من خلال القطاع العام والخاص أيضا.

حيث ومن خلال قراءة سريعة لمشروع قانون الصحة الجديد¹ يمكن الوقوف في مواد عديدة منه على الاتجاه نحو التفويض وترسيخه كنمط جديد في إدارة بعض من مجالات الشأن الصحي.

فأساس النظام الصحي الجديد هو قيامه على الإقليمية وتدرجية العلاجات وعلى التكامل بين أنشطة المؤسسات الصحية ضمن إطار شبكة أو أي شكل آخر من أشكال التعاون.

فبعد الحديث عن البرامج الصحية فإن مشروع القانون يعددها في ثلاثة مستويات وطنية وجهوية ومحلية، وعلى أساسها تتحدد طبيعة وأدوار المصالح المؤهلة في إعدادها وتنفيذها ومراقبتها أيضا.

فالبرامج الوطنية للصحة يتم إعدادها ومتابعتها وتقييم دوريا من قبل المصالح المؤهلة التابعة للوزارة المكلفة بالصحة وبمساعدة القطاعات الأخرى المعنية وتوضع هذه البرامج قيد التنفيذ على مستوى الجهات والمقاطعات الصحية.

ويضع المشروع في هذا السياق استثناء حول بعض البرامج الوطنية المتعلقة ببعض الأمراض ذات الطبيعة الخاصة على غرار برامج مكافحة السرطان مثلا والتي لا يمكن إخضاعها لذات المسار التنظيمي، إذ يمكن أن تستفيد من استثناءات خاصة في مجال التنظيم التدرجي والهياكل المكلفة بإنفاذها وشبكة العلاقات متعددة القطاعات التي تتطلبها.

البرامج الجهوية للصحة توجه للتكفل بالمشكلات الصحية الخاصة لجهة أو لجهات جغرافية متعددة من البلاد.

وإعداد هذه البرامج ووضعها قيد التنفيذ يترك لمبادرة الجهات الصحية والتي هي مطالبة في ذات الوقت بالبحث عن الموارد الضرورية وتعبئتها لتنفيذ هذه البرامج، إلا في حالة الاتساع الشديد ومستوى الخطورة العالي المصاحب لهذه المشكلات والتي تتطلب تدخل الوزارة الوصية.

البرامج المحلية للصحة لمقاطعة صحية تعنى أساسا بالحاجات الصحية التي تتطلب أولية في التكفل بالنسبة للمواطنين. ويتم إعداد هذه البرامج من طرف المصالح المحلية للصحة وبالتعاون مع القطاعات المعنية والمنتخبين.

¹ مشروع قانون الصحة، الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

وفيما يتعلق بالموارد الضرورية لإنفاذها فهي تقع عاتق السلطات الإدارية والمصالح التقنية المختصة إقليمياً.

ويتضح من ذلك اتجاه الوصاية نحو تكريس المسؤولية المحلية في التخطيط أولاً وتعبئة الموارد الضرورية والتنفيذ ثانياً للبرامج الصحية التي تتطلبها المجموعة السكانية على مستوى حيز جغرافي ما، بدءاً من المستوى الوطني وصولاً إلى أصغر وحدة لإقليمية صحية داخل مقاطعة صحية ما والتي تكون منضوية في جهة من الجهات تحت وصاية إدارة تدعى الوكالة الجهوية للصحة.

وفي نفس الوقت فإن هذا التفويض لم يجعل المسؤولية كلية على الهيئات والوحدات الصحية الإقليمية التابعة للقطاع فقط، بل أشرك أيضاً القطاعات الأخرى ذات العلاقة بميدان الصحة في ذلك. ويبرز ذلك جلياً من خلال توضيح طريقة تعبئة الموارد الضرورية لقطاع الصحة على المستوى المحلي ودور جميع السلطات والمصالح التقنية المختصة إقليمياً في ذلك.

هذا التفويض الإقليمي يتم تنفيذه إجرائياً من خلال مخطط تنظيمي وطني للصحة الذي يحدد معايير التغطية الصحية على المستوى المحلي والجهوي والوطني وذلك لضمان توزيع عادل وعقلاني لعرض العلاجات الصحية تساوفاً مع المخطط الوطني لتهيئة الإقليم.

ويتم من خلال النظام الوطني للصحة إنشاء الجهات والمقاطعات الصحية أخذاً بعين الاعتبار الأحواض السكانية وخصائصها الوبائية والصحية والجغرافية والديمقراطية والاقتصادية والاجتماعية.

ويتم إعداد خارطة صحية والتي تمثل الأداة التي من خلالها يتم تنفيذ المخطط الوطني للصحة؛ حيث يتم إعداد هذه الخارطة على المستوى الوطني والجهوي على أساس معايير التغطية المشار إليها آنفاً.

ويحدد من خلال هذه الخارطة الصحية طبيعة توزيع الإمكانيات المادية والبشرية والإنشاءات الهيكلية، على أن تتم مراجعتها وتحيينها بصفة إلزامية كل خمس سنوات.

وفي مجال آخر من التفويض غير الإقليمي، تحدث نص المشروع عن تفويض آخر يتمثل في النمط التعاقدية في مجال التسيير؛ حيث ذكر بأنه :

- يمكن للمؤسسات الصحية العمومية والخاصة أن تقيم من خلال اتفاقية شبكات علاج للتكفل ببعض التجمعات السكانية أو المشكلات الصحية الخاصة .

ويكون الهدف من هذه الشبكات هو ضمان أفضل توجيه للمريض وتحقيق استمرارية العلاجات من جهة وتضمن سهولة وعدالة الوصول إلى خدمات صحية جوارية من جهة أخرى.

- ويمكن لهذه الشبكات أن تجمع في إطارها أيضا الممارسين الطبيين الخواص ومهنيي الصحة الآخرين والمنظمات ذات الطبيعة الاجتماعية والصحية.

ويتم إطلاع المصالح غير الممركزة والوكالة الجهوية للصحة المختصة بمحتوى هذه الاتفاقيات.

- يمكن للمؤسسة الصحية العمومية أن تضمن بعض نشاطاتها الخدمية أو اللوجيستكية من خلال عقود أو اتفاقيات مع متعاملين آخرين من القطاع العام أو الخاص.

ويبرز من خلال ما ورد في نص هذا المشروع اتجاه المشرع إلى الدفع نحو الأخذ بالطرق والأساليب الحديثة في إدارة الشأن الصحي، من خلال:

- إقامة العلاقات العقدية بين مؤسسات القطاع الصحي العام والقطاع الخاص بغرض التكفل ببعض المشكلات الصحية، وذلك من خلال نظام الشبكة الذي يبدو أن المشرع فيه قد استأنس بالتجربة البريطانية وما يمكن أن تحققه من نتائج إيجابية، خاصة في حديثه عن إمكانية إشراك الممارسين الطبيين الخواص وغيرهم من مهنيي الصحة كالأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين.

غير أن هذا الأمر وحتى إصدار نصوص تنظيمية موضحة لطبيعة هذه الاتفاقيات وشروط إنشائها، يبقى التساؤل حول مدى إلزامية اندماج القطاع الخاص في أنشطة الصحة العامة.

- إقامة العلاقات العقدية مع ممولي الخدمات اللوجيستكية كأنشطة الإطعام والفندقة، وما يوفره ذلك من تكاليف - إذا ما استثنينا السلبيات المصاحبة لهذا النمط في التسيير - على مؤسسات القطاع الصحي العام.

غير أن الأخذ بالتفويض في إدارة الشأن الصحي يتطلب التقليل من الأدوات والإجراءات البيروقراطية التي يعتقد أغلب أفراد العينة أنها تؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة ويعضد ذلك أن خارطة الصحية لسنة 2007 لم تحقق ما كان منتظرا من تسهيل الحصول على الخدمة العلاجية الاستشفائية بسبب زيادة المسارات الإدارية بين المؤسسات المحدثة بما يعيق مبدأ التدرج في العلاج وسهولة الوصول إلى مقدم الخدمة الصحية.

2- أهمية المشاركة واعتماد إدارة الأهداف والنتائج:

النمط السائد حاليا في إدارة المؤسسة تقل فيه الأدوار التشاركية للعاملين في مجال التسيير واصطباغ الإدارة الصحية بمنطق المقاربة بالأدوات على حساب النتائج، كما هو بارز من خلال إجابات أفراد العينة حول بعد المشاركة وإدارة الأهداف والنتائج، أين تنفرد إدارة المؤسسة غالبا بتحديد الأهداف والوسائل ولا توفر فرصا كثيرة للمشاركة بالاقتراحات والأفكار من جهة ومن جهة أخرى فهي تهتم غالبا بتوفير الوسائل فقط وتراعي احترام الإجراءات على حساب النتائج.

يلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها من الاستمارة البحثية، أن هنالك اتجاها غالبا لأفراد العينة نحو أهمية التسيير التشاركي واعتماد إدارة الأهداف والنتائج في القطاع الصحي العام.

حيث نجد أن العبارات الواردة في هذا السياق، قد حظيت بموافقة عالية، إذ أن:

- المشاركة تحسن من اهتمام العاملين بأداء خدمة ذات جودة،
- إشراك النقابات و/أو العاملين يحسن من مساهمتهم في تقديم صورة جيدة عن المؤسسة وهو ما يعزز من مستوى الاعتمادية والضمان،
- وضع دفتر شروط عقدي للمسير سيحسن من نوعية الخدمة المقدمة،
- المكافأة بالنتائج تلزم المؤسسة بتقديم الخدمات المسندة إليها بدقة وهو ما يعزز من مستوى الاعتمادية،
- إشراك المجتمع المحلي في إدارة الأهداف الصحية يسهم في تحقيق الرضا عن الخدمة، ما يعزز بعد الضمان في جودة الخدمة المقدمة.
- المقاربة بالنتائج تدفع لجعل مصالح المستفيد "المريض" في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، كما أن المشاركة تدفع العاملين إلى تفهم احتياجات المريض وهو ما يعزز بعد التعاطف في جودة الخدمة المقدمة بالمؤسسة،
- التعاون مع الجمعيات التطوعية و/أو المرتفقين يساهم في تحسين توصيل الخدمة.

وتفسير ذلك أن نمط التسيير الحالي لم يراعي الاحتياجات الطبيعية وأدوات الضبط العادلة للعامل

الأساس في تحقيق أبعاد الجودة الخدمية والمتمثل في المورد البشري؛ إذ:

- يقوض من الإبداعية وروح المبادرة،
- لا يحقق عامل الانتماء والولاء للمؤسسة،
- لا يحقق الدافعية الكافية لتحسين الأداء،

- لا يحقق الانخراط في أهداف المؤسسة،

وفي مقابل ذلك، فإن أفراد العينة ومن خلال إجاباتهم يعبرون ضمنا عن هذه النقائص وضعف الاعتبارية للفرد وعدم العدالة في تقييم الأداء.

ومن هذا المنطلق يمكن تفسير الأثر الإيجابي لنمط التسيير التشاركي والإدارة بالأهداف والنتائج على أبعاد جودة الخدمة الصحية؛ حيث:

- أن قيام الإدارة بالإصغاء وإشراك العاملين في تحديد الأهداف والوسائل وعدم انفرادها بذلك، سوف يحقق:

- ✓ وضع أهداف موضوعية متناسبة والإمكانيات التي تحوزها المؤسسة،
- ✓ إجماعا من قبل الفاعلين على الأهداف الموضوعية وقياسات النتائج المنتظرة ومعايير التقييم المعتمدة في ذلك،
- ✓ المسؤولية الفردية والجماعية عن النتائج في إطار عقد علائقي،
- ✓ المهام والإجراءات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف،
- ✓ تشخيص موضوعي للإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة والاحتياجات الضرورية لتجسيد الأهداف المتفق عليها،
- ✓ توضيح المهام المرتبطة بكل الفاعلين من مصالح إدارية ومصالح طبية وتقنية،
- ✓ تفعيل دور الجهات الأخرى غير القطاعية وتحسيسها بمسؤولياتها في المجال الصحي، سواء كانت هذه الجهات إدارات عمومية أو جماعات محلية أو أفراد منتظمين في حركات جمعوية أو غيرها من الأطر التنظيمية الأخرى.

- كما أن اعتماد المكافأة بالنتائج:

- ✓ سوف يعزز الاعتبارية للعمل وحسن الأداء من قبل العاملين،
- ✓ يجسد المفهوم الحديث للتسيير العمومي الذي يقوم على مقارنة بالنتائج عوضا عن المفهوم التقليدي الذي يقوم على مقارنة بالوسائل،
- ✓ يكرس العمل نحو جعل المؤسسة الصحية العمومية أكثر جذبا للخدمات، إذا ما أخذنا بعين الاعتبار المحيط التنافسي الذي ستفرضه عليها عناصر القطاع الخاص في هذا السياق مؤسسات كانت أو أفراد، وهو ما يفرض بالضرورة تحسين مستوى الخدمات المقدمة والسعي نحو الالتزام بمعايير الجودة.

وما يشار إليه هنا هو أن مبدأ المكافأة عن النتائج قد يكون عن الأداء الفردي أو الجماعي في صورة تعويض مردودية عن النشاط أو من حيث الأغلفة المالية التي يمكن منحها للمؤسسة ككل.

ومن جهة أخرى يمكن أن يكون هذا المبدأ أساسا في تهيئة المصالح المختلفة على أساس النشاط وليس على أسس معياري ثابت.

وفي بعض مواد نص مشروع قانون الصحة الجديد تم التأكيد على أهمية مشاركة جميع الفاعلين المنضوين تحت القطاع الصحي العام وغيره في القيام بصفة كلية أو جزئية في أنشطة الصحة العمومية كما أنه -أي القانون- يحفز ويشجع المسؤوليات الفردية، العائلية والجماعية في ميدان الصحة،

فالدولة، الجماعات المحلية، السلطات الصحية، مهنيي الصحة، المؤسسات العمومية للصحة والخاصة أيضا، الحركات الجمعوية وكل المنظمات الأخرى تشارك في نشاطات الوقاية والعلاج وبمشاركة السكان بغرض تنمية وتطوير الوقاية من جهة وضمان الوصول العادل من قبل كل فرد للخدمة العلاجية المناسبة لحالته الصحية وضمان استمرارية العلاجات والسلامة الصحية الأكثر إمكانا.

كما أن هيئات ومهنيي الصحة أيا كان مجال نشاطهم يقومون بالمشاركة في إعداد الإحصائيات والأدوات الأخرى القياسية لإنجاز وتقييم التخطيط الصحي.

ويتضمن التخطيط الصحي في هذا الصدد تحديد الأهداف وضبط الوسائل التي توضع قيد التنفيذ والخاصة بالهيكل والتجهيزات والموارد البشرية والمالية وبرامج التكوين والبرامج الصحية الأخرى.

وفي هذا الإطار تكون كل مؤسسة صحية عمومية أو خاصة ملزمة بإعداد مشروع مؤسسة ومخطط للجودة يتماشى والأهداف الوطنية والجهوية وكذا المحلية للتنمية الصحية.

وفي إطار تنفيذ البرامج الصحية المختلفة، تقوم الهياكل الصحية ومهنيو الصحة وبمشاركة ودعم الدولة والجماعات المحلية والمنظمات العمومية والحركات الجمعوية -وحتى المؤسسات الدولية- بحملات توعية ونشاطات وقاية ضد الأمراض والآفات الاجتماعية والحوادث أيا كانت طبيعتها.

كما أشار ذات نص مشروع القانون على اعتماد المقاربة بالنتائج في توزيع الأغلفة المالية للجهات الصحية الذي يكون على أساس عقد نتائج مع الوزارة الوصية.

ومما يشار إليه هنا هو أن إعطاء أفراد العينة الأهمية للتسيير التشاركي وإدارة الأهداف والنتائج في تقديم خدمة صحية تراعي معايير الجودة، يثير في ذات الوقت تساؤلا آخر حول الآليات التي تمكن

من اتباع المسارات السليمة لاستخدام بعض الأدوات التسييرية التي تحقق هذا النمط من التسيير والمقصود في ذلك بشكل خاص هو مشروع المؤسسة الذي أكد عليه نص مشروع قانون الصحة الجديد، إذ في الواقع فإن جميع المؤسسات الصحية العمومية ملزمة بإعداده وفقا لنموذج وزاري، غير أنه عمليا ورغم هذا الالتزام الإجرائي، إلا أنه لا يحقق مفهوم التشاركية ولا يؤسس لمبدأ إدارة الأهداف والنتائج والسبب في ذلك أن التعامل معه يتم على اعتباره وثيقة إدارية إجبارية لا على أساس أنه عقد تفاوضي بين مجموعة من الشركاء.

3- دور المصالح المركزية في تحقيق العدالة الصحية:

بداية من المهم التذكير بأن عبارات الاستمارة الموجهة للموظفين في القسم الثاني كانت بغرض توصيف نمط التسيير السائد في إدارة مؤسسات القطاع الصحي العام، من خلال محاولة معرفة اتجاهات أفراد العينة حول مقدار التفويض واعتماد التسيير التشاركي وإدارة الأهداف والنتائج. حيث أبرزت الإجابات أن هذا النمط يتسم بمركزية فعلية غالبية ومحدودية في تفويض المرفق الصحي المحلي بسبب ضعف دور هيئاته التداولية والاستشارية من جهة ومن جهة أخرى فإن أغلب هذه المؤسسات ويممارساتها العملية يتضاءل فيها الدور التشاركي للعاملين وتغلب عليها تلك المقاربة بالوسائل عوضا عن النتائج.

وفي هذا السياق كان أسئلة القسم الثاني في معظمها تركز على مدى الحاجة إلى الأخذ بأنماط التسيير الحديثة في صورة التفويض الإقليمي والأنشطة المرفقية إضافة إلى أهمية المشاركة واعتماد مقاربة حديثة تقوم على اعتماد النتائج في ضبط الإمكانيات وتقدير المكافآت.

وإذا كانت معظم الإجابات قد أفرت أهمية هذين البعدين في تجسيد جودة الخدمة الصحية، فإن ذلك لا يعني تسليم جميع مفردات العينة بالإيجابية المطلقة لهذا النمط في التسيير.

فدور المصالح المركزية يبقى مهما في تحقيق التجانس وتكافؤ الفرص بين مختلف المناطق الجغرافية، وعدالة توزيع الإمكانيات المادية والبشرية والمالية، كما أنه وفي ظل نمط التسيير الحالي كانت المؤسسات الصحية العمومية تتوفر غالبا على معظم التخصصات الصحية المطلوبة.

فالاتجاه المطلق للتفويض بمفهومه الإقليمي تترتب عليه عادة مجموعة من المشكلات تبرز أساسا

في:

- تجزئة في الخدمات،
- خطر الاستغلال السياسي للمجموعات النافذة لمصالحها الذاتية،

- إضعاف وتحجيم لدور القطاع الصحي العام في مقابل نفوذ القطاع الخاص،
- وجود خطر كبير على عدالة توزيع الإمكانيات بين المناطق المختلفة.

وأمام هذه العيوب المصاحبة للتفويض الإقليمي، يبرز دور المصالح المركزية من خلال الوزارة المكلفة بالصحة في القيام بالتحكيم بين المؤسسات المتواجدة في مختلف مناطق الوطن.

فالتباين في الكفاءات والإمكانيات الاقتصادية للمناطق المختلفة، قد يخلق اختلالاً وعدم توازن في عرض الخدمات الصحية ونوعيتها مع وجود الحاجة إليها في نفس الوقت. وأمام ذلك فإن أغلب المستجوبين يعتقدون أن الإدارة المركزية ملزمة بالقيام بوظائفها الاجتماعية والتنمية وتصحيح الانحرافات والاختلالات التي قد يفرزها التفويض الإقليمي.

وفي هذا الإطار فقد ذكر مشروع قانون الصحة الجديد بأن الوزارة المكلفة بالصحة تضمن التحكيم فيما يتعلق بالنفقات داخل النظام الوطني للصحة وفيه تضمن الدولة عدالة وتكافؤ فرص الوصول إلى العلاجات لجميع المواطنين.

ملخص الفصل الخامس

من خلال النتائج المتوصل إليها سابقا، فإن:

- النمط السائد في تسيير المؤسسة العمومية للصحة في الجزائر هو النمط التقليدي عوضا عن الارتكاز على مفاهيم التسيير العمومي الحديث الذي يقوم على التدبير المفوض واعتماد مقارنة بالنتائج وتعزيز مشاركة الفاعلين من خلال العلاقات التعاقدية سواء كانت داخلية أو خارجية،
- يوجد أثر سلبي لنمط التسيير السائد على أبعاد جودة الخدمة الصحية،
- الميزات التي تكمن في النمط الحديث في التسيير تجعل من الأهمية بمكان الأخذ به والعمل على توفير المناخ المناسب والثقافة التحولية التي تمكن من إنجازه؛ خصوصا وأنه يعزز من مشاركة الفاعلين ويربط تسيير المؤسسة بمقاربة الأهداف والنتائج بدلا من الإمكانيات والوسائل، مع أهمية دور المصالح المركزية في التحكيم وصياغة التصور الكلي للمنظومة الصحية.

خاتمة

خاتمة

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة أن نجيب على تساؤل حول انعكاس نمط التسيير للمؤسسة العمومية للصحة على نوعية الخدمة بها.

ومن خلال هذه الدراسة التي تمت في خمسة فصول كاملة، تم استعراض الأدبيات النظرية والتطبيقية للمتغيرين الرئيسيين المتمثلين في نمط التسيير ونوعية الخدمة إضافة لدراسة حالة شملت عينة من مختلف المؤسسات الصحية المتواجدة بالجزائر حسب شكلها التنظيمي ومهامها من مؤسسات استشفائية جامعية ومؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات استشفائية متخصصة وكذا مؤسسات صحية جوارية؛ حيث وقفنا في ذلك على مجموعة من النتائج أبرزها:

- أن النمط البيروقراطي الذي يميز المؤسسات الصحية العمومية بدأ يفسح المجال نحو مقارنة التسيير العمومي الحديث من خلال النمط التعاقدى بتطبيقاته المختلفة، في معظم دول العالم المتقدم وأصبح العمل باللامركزية والتفويض المحلي سمة أساسية في تقييم مستوى التسيير لهذه المنظومات الصحية مثل هو الأمر في الدول الاسكندنافية التي تعتبر أنظمتها الصحية الرائدة في العالم حسب تصنيف المنظمة العالمية للصحة (OMS)،
- أن النمط التعاقدى يجسد منطق المقاربة بالأهداف والنتائج في مخالفة للمنطق التقليدي المرتكز على توفير الإمكانيات والوسائل،
- أن المنظومة الصحية الجزائرية من خلال التوصيات والتعليمات التي أقرت بها خلال السنوات الأخيرة وما يفترضه التعديل المرتقب للخارطة تتحو نحو الاعتماد على المقاربة العقدية في إدارة المؤسسات الصحية العمومية ومحاولة الاستفادة مما توفره هذه المقاربة من ميزات،
- أنه رغم الالتزام الإجرائي من قبل كل المؤسسات الصحية العمومية بتطبيق تعليمات الوصاية في تبني وإعداد مشروع المؤسسة وعقد الأهداف والنجاحة، إلا أن الالتزام بالخطوات الفعلية في إعداد هذه اللوحات القيادية يكاد يكون منعدما. ونقصد بذلك التفاوض الحقيقي بين الفاعلين الداخليين في المؤسسات الصحية وإشراكهم في وضع الأهداف وتسطير الأدوات الممكنة لنجاح هذا النمط في التسيير،
- أن تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال استطلاع آراء عينة سواء كانوا عاملين أو مستفيدين يبقى نسبيا، ما لم تحدد معايير موضوعية من قبل خبراء في الميدان لمستلزمات الجودة واعتمادها كمؤشرات عملية في تقييمها، خصوصا وأن الميدان الصحي عموما والطبي منه على وجه الخصوص لا يمكن ربط قياسه فقط من خلال انفعالات المستفيدين أو انطباعات العاملين.

الاقتراحات:

ما يقترحه الباحث من خلال ما توصل إليه من نتائج في هذه الدراسة هو:

- أن الحالات المرضية يجب التكفل بها في التوقيت الضروري المتوافق مع أدبيات المهنة الطبية. هذه الأوقات تعنى أكثر بالأمراض ذات الطابع الاستعجالي كالسرطان مثلاً.
- وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار المناطق التي لا تتوفر على الكفاءات المهنية والهيكل الصحية الموائمة، من خلال العمل على التأثير على الوقت المستغرق في الانتظار والوصول إلى الخدمة عن طريق توفير وسائل نقل صحية خاصة لا تتأثر بمعوقات الوصول الفنية (كازدحام الطرقات البرية مثلاً) وذلك في انتظار تأهيلها مادياً وفنياً لتحقيق كفاءتها الصحية.
- إضافة إلى النقطة السابقة، فإن استعجالية التكفل ببعض الحالات يطرح ضرورة وجود رؤية تشجيعية للاستثمار في المجال الصحي من طرف الخواص وإشراكهم الإلزامي بعد ذلك في مسؤوليات المرفق العام، مع إيجاد آلية تمويلية تضمن مبدأ العدالة الاقتصادية في تحميل الأعباء على المواطن والتي هي من المهام الاجتماعية للدولة.
- كما يمكن في ذات السياق تنمية دور طبيب العائلة وإتاحة الإمكانيات للأطباء الخواص من الوصول إلى الهياكل التقنية للقطاع العام من خلال آليات عقدية واضحة.
- ضرورة إعداد خارطة تخضع للتحيين الدوري وينظر فيها لطبيعة توزيع الهياكل والمهارات الصحية بين مختلف الجهات، سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو القطاع الخاص، والعمل على التأثير في ذلك بغرض الوصول إلى وضعية أكثر عدالة في توزيع هذه الإمكانيات والتي يكون الخلل فيها عادة مرتبطاً بالانتشار غير المعتدل في الهياكل المادية أو توجيه الموارد البشرية ومستوى مهاراتها التخصصية.
- فيما يتعلق بالخدمات ذات المستوى التقني العالي، فمن الأهمية بمكان الأخذ بعين الاعتبار التوازن من حيث حجم النشاط ومنطقة التواجد؛ حيث أنه:
 - ✓ بالنسبة للحالات غير الاستعجالية، فإن عامل البعد الجغرافي يصبح أقل أهمية اعتبارية،
 - ✓ بالنسبة للحالات الاستعجالية، فإنه وفي حدود الإمكانيات المتاحة يصر إلى الاعتماد على هياكل تقنية مكيفة ضمن مؤسسات استشفائية توفر الوصول السريع للمريض من جهة وتحضيره للتحويل في أفضل الظروف.

ومن المهم الإشارة هنا أن هذا التوجه قد اتخذ من قبل وزارة الصحة فيما يتعلق بملف مكافحة السرطان؛ أين تم وضع مصالح تكفل ابتدائية على مستوى بعض المؤسسات الاستشفائية العمومية ، إلا أنه ظل محدودا في هذا الجانب مع كونه ذو طابع استجالي في حقيقة الأمر.

- وضع مقارنة شاملة تنحو إلى تفعيل دور المجموعات المحلية في المجال الصحي وتعزيز مسؤولياتها في التبعات الاجتماعية والاقتصادية على مستوى نطاقها الجغرافي،
- العمل على التحديد الفعلي لمهام الإدارات غير القطاعية الأخرى في المجال الصحي وضمان التنسيق بينها وبين الإدارات القطاعية.
- أن يتم إعداد مدونة معايير خاصة بالجودة الصحية،
- أن يتم تنصيب لجنة مركزية مستقلة مكونة من خبراء لتقييم جودة الخدمة ومدى الالتزام بأدوات التسيير الحديث،
- إعادة النظر في نمط التعيينات الحالي لمسيري المؤسسات الصحية، بما يستجيب وإمكانية قيامهم بالتغيير نحو إدارة هدفية تعنى بالنتائج أكثر من إدارة إجرائية تعنى بالالتزام بالتعليمات وتنفيذ التوصيات المركزية.

آفاق الدراسة:

- بغرض معالجة موضوع التسيير وجودة الخدمات بالقطاع الصحي العمومي من جوانب متعددة، يقترح الباحث مجموعة من المجالات والتي يعتقد أنها ذات أهمية في البحث والإثراء:
- تطبيقات التسيير العمومي الحديث في المرفق الصحي العام،
 - متطلبات التحول إلى نمط التدبير المفوض في المرفق الصحي العام،
 - استراتيجية توازن العرض والطلب على العلاج في النظام الصحي،
 - التسيير الاقتصادي والاجتماعي للقطاع الصحي العام،
 - دور تعريف مرجعية المهارات في تحقيق العدالة الصحية،
 - أثر الثقافة الاجتماعية في تسيير المرفق الصحي العام،
 - متطلبات تحقيق مقارنة شمولية للخدمة الصحية،

المراجع

الكتب

- 1- (أوزجان) يشار، 2008، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية
- 2- (الأحمدي) طلال بن عايد، 2004، إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية
- 3- (بوحفص) عبد الكريم، 2013، الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام برنامج SPSS، ج1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
- 4- (بوحفص) عبد الكريم، 2013، الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام برنامج SPSS، ج2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
- 5- (البكري) ثامر ياسر، 2005، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، الأردن
- 6- (البكري) ثامر ياسر، 2005، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن
- 7- (بوعنة) عبد المهدي، 2004، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار مكتبة الحامد، عمان، الأردن
- 8- (بدري) أحمد زكي، 1984، معجم مصطلحات العلوم الإدارية، مطبعة النهضة العربية، مصر
- 9- (التل) سعيد وآخرون، 2007، مناهج البحث العلمي: تصميم البحث والتحليل الإحصائي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن
- 10- (حاروش) نور الدين، 2012، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن
- 11- (حمداوي) وسيلة، 2004، إدارة الموارد البشرية، مديرية النشر لجامعة قلمة
- 12- (حرسثاني) حسان محمد نذير، 1990، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض
- 13- (حلمي) محمود، 1977، العقد الإداري، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة
- 14- (الدراركة) مأمون سليمان، 2006، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن
- 15- (الدمرداش) طلعت، 2006، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، الطبعة الثانية
- 16- (دوبينز) لويد، (ماسون) كلير كراوفورد، 1997، إدارة الجودة (التقدم والحكمة وفلسفة ديمينغ)، ترجمة حسين عبد الواحد، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة
- 17- (ذياب) صلاح محمود، 2009، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، الأردن
- 18- (زعلاني) عبد المجيد، 2009، موسوعة القانون الجزائري، دار بيرتي للنشر، الجزائر
- 19- (الزغبى) خالد، 1986، القانون الإداري وتطبيقاته في المملكة الأردنية الهاشمية، دار الثقافة، عمان
- 20- (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، 2003، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر
- 21- (مجيد) جاسم، 2001، دراسات في الإدارة العامة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية
- 22- (مزاهرة) أيمن وآخرون، 2000، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن
- 23- (محيو) أحمد، 1996، محاضرات في المؤسسات الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
- 24- (المساعد) زكي خليل، 1988، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن
- 25- (نصيرات) فريد توفيق، 2008، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن
- 26- (نصيرات) فريد توفيق، 2008، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن
- 27- (النجار) فريد، 2007، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية
- 28- (نياز) عبد العزيز بن حبيب الله، 2005، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية و التطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض
- 29- (العساف) أحمد عارف، محمود الوادي، 2011، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية و الإدارية - المفاهيم و الأدوات- دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان
- 30- (علوان) نايف قاسم، 2005، إدارة الجودة ومتطلبات الإيزو، دار الثقافة، ليبيا

- 31- (علوية) السيد، 2001، إدارة الأزمات في المستشفيات، إيتراك، القاهرة
- 32- (عطية) أحمد هاشم، (عبد ربه محمد) محمد محمود، 2000، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية، المستشفيات، الدار الجامعية، الإسكندرية
- 33- (عبد العزيز) سمير محمد، 2000، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 و 10011، مكتبة الإشعاع، الإسكندرية
- 34- (العزري) محمد سليم، 2000، نظرات حول الديمقراطية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان
- 35- (العكيلي) عبد الأمير عبد العظيم، 1992، مبادئ الإدارة العامة، مدخل بيئي وسياسي، الجامعة المفتوحة، ليبيا
- 36- (عبد الوهاب) علي محمد، 1982، مقدمة في الإدارة، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية
- 37- (فهومي) محمد شامل بهاء الدين، 2005، الإحصاء بلا معاناة، الجزء الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض
- 38- (فرانسوا) جون، 1981، الصحة استهلاك أو استثمار، إكونوميكا، لبنان
- 39- (قنديلجي) عامر ابراهيم، 2012، منهجية البحث العلمي، دار اليازوري، عمان، الأردن
- 40- (القطامين) أحمد، 2002، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيم وحالات تطبيقية، دار مجدلاوي، عمان الأردن
- 41- (سيكاران) أوما، 2006، طرق البحث في الإدارة، مدخل لبناء المهارات البحثية، تعريف (بسيوني) اسماعيل علي، دار المريخ للنشر، السعودية
- 42- (شطناوي) علي خطر، 2003، الوجيز القانون الإداري، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن
- 43- (الشماع) خليل محمد حسن، 2001، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، ط1، مطبعة الخلود، بغداد
- 44- (الشريف) عزيزة، 1981، دراسات في نظرية العقد الإداري، دار النهضة العربية، القاهرة
- 45- (شريف) علي (سلطان) محمد، المدخل المعاصر في مبادئ الإدارة، الدار الجامعية، الإسكندرية، من دون سنة نشر
- 46- (هيوكوش)، 2002، إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة د.طلال بن عايد الأحمد، الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة

المجلات والدوريات

- 1- (الأحمدي) حنان، أكتوبر 2000، تحسين الجودة : المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني
- 2- (بن السعيد) خالد، 1994، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت
- 3- (ذياب) صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، يناير 2004، (ريحان) محمد، 2004، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، مقال في المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات، مطبوعات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية
- 5- (الطويل) أكرم أحمد وآخرون، 2010، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 20، العدد 19
- 6- (الطعامنة) محمد، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد 1، جامعة اليرموك، اربد، الأردن
- 7- معهد الإدارة العامة، 1990، ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها، السعودية
- 8- (صوفي) عبد الوهاب، ديسمبر 2013، طباعة العقد النفسي في المؤسسة العمومية والمؤسسة الخاصة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقلة، العدد 13
- 9- (عشور) طارق، 2011-2012، مقارنة التسيير العمومي الجديد كآلية لتدعيم وتعزيز تنافسية وكفاءة المنظمات الحكومية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 01
- 10- (عبد الحميد) عبد المطلب، 2007، الاتجاهات الحديثة في تخصصات المرافق العامة، ندوة الإدارة الحديثة في إدارة منظمات الخدمة العامة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة
- 11- (سنوسي) علي، 2009، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر -دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة حسيبة بن بوعلي (الشلف)، الجزائر

الملتقيات والمؤتمرات

- 1- (بن عبد العزيز) فطيمة، (معزوز) نشيدة، 18 و 19 ماي 2011، أهمية الإبداع ودوره في الرفع من أداء المنظمات الحديثة وعلاقته بالتغيير التنظيمي، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول "الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية"

- 2 (حنة) محمود حافظ محمد، 2007، التطوير والإصلاح المؤسسي، نموذج الإدارة المتكاملة للمنظمات العامة، ندوة الإدارة الحديثة في إدارة منظمات الخدمة العامة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة
- 3 (ماضي) محمد، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة
- 4 (شعلان) محمد صلاح الدين، quality indicators of medical management services in measurement of hospital performance، بحوث المؤتمر العربي الثاني، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية (غبور) أكرم، 5-6 ديسمبر 2004، quality improvement in hospitals، المؤتمر العربي الثالث حول الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة،

الأبحاث والدراسات

- 1 (خنشور) جمال، بن فرحات عبد المنعم وآخرون، تقييم فعالية تسيير مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المباشرة -دراسة عينة من مؤسسات ولاية بسكرة، بحث ميداني مقدم في إطار البرنامج الوطني للبحث (PNR)، للفترة من جوان 2011 إلى جويلية 2013، كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة
- 2 حلقة دراسية بعنوان نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة، إشراف (سايجي) عبد الحق، المدرسة الوطنية للإدارة، سنة 1999

المذكرات

- 1 (صغبرو) نجاه، السنة الجامعية 2010-2011، تقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة ميدانية- مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3
- 2 (عتيق) عائشة، السنة الجامعية 2011-2012، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، مدرسة الدكتوراة للتسيير الدولي للمؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان
- 3 (العلواني) عديلة، 2011، تقييم فعالية النمط التعاقد كاستلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-، مذكرة تخرج غير منشورة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-
- 4 (خروبي بزار) عمر، السنة الجامعية 2010-2011، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 2000-2009 -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3
- 5 (هبة) أحمد نصار، 1983، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة القاهرة، جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية،

التقارير

- 1 تقرير مقدم لرئيس الجمهورية في إطار متابعة أعمال أعضاء الحكومة، ضمن جلسة مخصصة لقطاع الصحة بتاريخ 2006/10/17.
- 2 تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، 17 جانفي 2003، الأولويات والإجراءات المستعجلة، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر

ب- باللغة الأجنبية

Les ouvrages

- 1- (ABATE) Bernard, la nouvelle gestion publique, 2000, librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris
- 2- A.Jacquerye, 1999, la qualité des soins infirmiers, Lmplantation, Evaluation,Accreditation Editions Maloine
- 3- A. Labourdette, 1992, théorie des organisations, PUF
- 4- (BRAHMIA) Brahim, 2010, économie de santé : évolution et tendances des systèmes de santé, bahaeddine édition, Constantine
- 5- (BRUNO) Fantino, (GERARD) Robert, 2004, guérir le système de santé de ses maux, édition

ALEAS, Lyon, France

- 6- (BOYER) Luc et (EQUILBEY) Noël, 1986, le projet d'entreprise, les éditions d'organisation, Paris
- 7- Claude Vilcot et Hervé Leceret , 2006, 'indicateurs qualité en santé ,2ème Edition,AFNOR
- 8- (CLAVERANNE) JP., (PASCAL) C, 2004, Repenser les processus à l'hôpital, Média, Lavrosier, Paris
- 9- (DIDIER) Stinge, 1993, la fonction publique hospitalier, imprimé en France
- 10- G. Toquer , M. longbois , 1992, " le marketing des services. le défi relationnel" , édition dunod, paris
- 11- G.R Terry et S.G Franklin, 1985, les principes de management, economica, Paris
- 12- Hervé Leteur et autres, 1999, la qualité hospitalière, 2^{ème} édition, Berger-Levrault
- 13- (J.C) Becker et autres, 2004, **projet d'établissement, comment le concevoir et le formaliser**, édition ESF, Paris
- 14- Lovelock, Christopher H., (1996), " Service Marketing", 3rd Ed, Prentice Hall international, New-York
- 15- (MARCON) Eric et autres, 2008, Gestion et performance des systèmes hospitaliers, édition Lavoisier, Paris
- 16- Marie-Laure Gavard-Perret et autres, 2008, **méthodologie de la recherche : réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion**, Ed Pearson Education, Paris
- 17- (MINTZBERG) Henry, structure et dynamiques des organisations, 1982, les éditions d'organisation, Paris
- 18- (PASTRE) Olivier, (GABELLE) Lucile chérubin, (ACOSTA) Fernandes, 2008, Economie de l'entreprise, Economica, France
- 19- **(PERROT) Jean et (DEROODENBEKE) Eric, 2005, la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée , Ed Karthala, Paris**
- 20- **(ROLLAND) Louis et autres, 2007, l'hôpital expliqué, édition FHF, Paris**
- 21- (THEVENT) Maurice et autres, 2007, fonctions RH politiques, métiers et outils des ressources humaines, Pearson éducation, Paris
- 22- (VALENTIN) George, 1979, les contrats de sous traitance, mantepellier, Paris
- 23- (YVES) Emrey et (GRIAQUE) David, 2005, paradoxes de la gestion publique, édition l'Hamattan, France
- 24- (ZOUAOUI) Mahmoud et (ZOUAOUI-KAROUI) Samia, 1999, le management : processus de gestion et fonctions de l'entreprise, 2^{ème} édition, édition contributions à la littérature d'entreprise, Tunisie

Revue

- 1- (BOURDILLON) François, (BRUCKER) Gilles, (TABUTEAU) Didier, 2008 "Traité de Santé Publique": Prévention et promotion de la santé édition Médecine-Sciences Flammarion, Paris
- 2- (BENANTEUR) Younes, 2004, la sous traitance de fonctions logistiques en milieu hospitalier, un enjeu complexe dans un contexte budgétaire contraint et structurant, Revue logistique management, N°24, numéro spécial
- 3- (CUEILLE) Sandrine, 2007, quelle formes organisationnelles pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexions sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public, revue politique et management public, volume 25, n° 4, décembre 2007, institut de management public
- 4- (C.J.L) Murray et J.Frenck, **un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé**, bulletin de l'organisation mondiale de la santé, article N03
- 5- (Domin) Jean-Paul, Dec 2009, Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009), Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, France
- 6- Deon Filmer, Health Policy In Poor Countries : Weak Links In The Chain (Washington DC: World Bank, Policy Research Working Papers

- 7- **(FARGIAN)** Valeria, 2006, le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement, revue française des affaires sociales, N° 02, Paris
- 8- **(GEORGE)** A.larbi, septembre 1999, the new public management approach and crisis states, geneva : united nation research institue for social development, discussion paper N° 112
- 9- L.laplace et autres, 2002, Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90, article publié en revue santé publique, Paris, (vol.14)
- 10- **(LOMBRAIL)** Pierre et autres, décembre 1999, Les éléments de la performance hospitalières, revue études et résultats du ministère de l'emploi et de la solidarité en francance, N 42
- 11- **(NOBRE)** Thiery, septembre 1999, performance et pouvoir dans l'hôpital, revue politique et management public, volume 17, n°3, institut de management public
- 12- **(PERROT)** Jean, 2007, de la contractualisation dans le secteur de la santé, discussion paper, N°1, OMS, Genève
- 13- **(POLTON)** Dominique, 2004, décentralisation des systèmes de santé : un éclairage internationale, revue française des affaires sociales,Paris, N°4
- 14- **(POLTON)** Dominique, octobre 2003, décentralisation des systèmes de santé, quelques réflexions à partir d'expériences étrangères, question d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, N°72, Paris
- 15- **(Robinson)**, Sandra L. et **(Rousseau)**Denise.M, 1994, «Violating the psychological contract : Not the exception but the norm». *Journal of organizational Behavior*, vol. 15, N° 3
- 16- **(SALTMAN)** Richard and others, 2007, Decentralization in health care, open university press, England
- 17- Shaikh B.T.,and Rabani .h.,(2005),'' Health Management Information System : A tool to gauge patient satisfaction and quality of care'',Eastem Mediterranean Health,Vol.11, NO.12
- 18- West SG, Finch JF, Curran PJ. 1995, Structural equation models with nonnormal variables: problems and remedies. In: Hoyle RH, editor. Structural equation modeling: Concepts, issues and applications. Newbery Park, CA: Sage

Communications et congrès

- 1- **(CHASSANIOL)**Jean-Luc, Performance hospitalière et management durable : faire plus avec moins ?, *XVI èmes journées nationales ADH (Association des directeurs d'hôpital)*, Cap 15, Paris, 22-23 mars 2007
- 2- Performance hospitalière et management durable : faire plus avec moins ?, *XVI èmes journées nationales ADH (Association des directeurs d'hôpital)*, Cap 15, Paris, 22-23 mars 2007
- 3- ¹⁾ (Larbi) LAMRI, 1986, le système de santé algérien, Novembre

Recherches et Etudes

- 1- Les systèmes de santé en Algérie, avril 2012, Maroc et Tunisie : déficits nationaux et enjeux partagés, les notes d'IPEMED, études et analyse, N°13
- 2- **(TAHER)** Hocein, 1999/2000, cours en gestion des services sanitaires, Ecole National d'Administration

Thèses

- 1- **(BOUADI)** Sonia, 2015-2016, le projet d'établissement hospitalier : un nouvelle instrument au service du management hospitalier, cas EPH Ain Elhammam, mémoire de magistère en sciences économiques, université Moulod MAMMERI, Tizi-ouzou
- 2- **(VINOT)** Didier, 1999, le projet d'établissement à l'hopital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation, thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin, Lyon3

Rapports

- 1- La gestion des lits dans les hopitaux et cliniques, 2008, rapport établi par la mission nationale d'expertise et et d'audit hospitalière, paris
- 2- 2004, Les coûts de l'hôpital, le prix du service public, Dossier FHF, France
- 3- (MOLINIE) Eric, 2005, l'hôpital public en France, Bilan et perspectives, CES, France
- 4- *santé en chiffre, janvier 2016, annuaire statistique sanitaire de l'Algérie en 2014, ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière*
- 5- (TRAPEAU) Jérôme, 2008, Rapport sur tarification et financement des hôpitaux, EN3S, Saint-Etienne
- 6- (OR) Zeynep et autres, mai 2009, les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables, document de travail, institut de recherche et documentation en économie de santé, N 25, Paris

ت-القوانين والنصوص التنظيمية

- 1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 87، الأمر رقم 94-03 مؤرخ في 27 رجب عام 1415هـ الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995
- 2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان عام 1395 هـ الموافق 26 سبتمبر 1975، المتضمن القانون المدني المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية عدد 78 صادر في 30 سبتمبر 1975
- 3- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 08، الصادر في 26 جمادى الأولى عام 1405هـ، الموافق لـ 17 فيفري سنة 1985، القانون رقم 85-05 المؤرخ في 25 جمادى الأولى عام 1405 هـ، الموافق لـ 16 فيفري سنة 1985، المتضمن حماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم
- 4- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر في 03 جمادى الأولى عام 1428هـ، الموافق لـ 20 مايو سنة 2007، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ، الموافق لـ 19 مايو سنة 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها المعدل والمتمم.
- 5- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 20، المرسوم التنفيذي رقم 04-101 مؤرخ في 11 صفر عام 1425هـ الموافق لـ 01 أبريل سنة 1994 يحدد كفاءات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية
- 6- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 81، الصادر في 10 شعبان عام 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ، الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها
- 7- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 36، الصادر في 09 ذي القعدة عام 1401هـ، الموافق لـ 08 سبتمبر سنة 1981، المرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 هـ، الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981، المتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها
- 8- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01 مؤرخة في 16 أبريل 2014، المتعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير
- 9- المنشور الوزاري رقم 05 مؤرخة في 30 يوليو 2013 المتعلق بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة
- 10- المراسلة الصادرة من طرف الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى مختلف مديريات الصحة والسكان بالولايات تحت رقم 1043 لـ 03 ديسمبر سنة 2013، تحوي مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية
- 11- Ordonnance N° 2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation, journal officiel de la République Française, N° 206 du 06 septembre 2003
- 12- Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé, journal officiel de la République Française, N° 98 du 25 avril 1996

مواقع الانترنت

- 1- <http://halshs.archives-ouvertes.fr>, archive ouverte en sciences de l'homme et de la société
- 2- www.ands.dz
- 3- <http://www.ons.dz>

الملاحق

(ملحق رقم 01)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



جامعة محمد خيضر - بسكرة-
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

استمارة بحث موجهة للموظفين

انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات
دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة-

دراسة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الدكتوراه

تهدف هذه الاستمارة، إلى تقييم أنماط التسيير المعتمدة في المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر من القطاع الصحي إلى مشروع الدائرة الصحية وانعكاس ذلك على نوعية وجودة الخدمات المقدمة

يرجى منكم، سيدي الموقر، أن تجيبوا على الأسئلة التي بوسعكم الإجابة عنها، بوضع علامة x في الخانة المناسبة.

ما يجب أن يشار إليه، أن هذه الاستمارة سرية و المعلومات المحصل عليها سوف تستخدم فقط بغرض البحث العلمي.

لكم جزيل الشكر و الاحترام.

إشراف:

أ.د. تومي ميلود

إعداد الباحث:

بن فرحات عبد المنعم

القسم الأول: معلومات عن المستجوب:

المنصب:

مسير طبيب رئيس مصلحة ش طبي رئيس مصلحة
إداري طبيب شبه طبي

الأقدمية في الوظيفة:

أقل من 05 سنوات من 05 إلى 10 سنوات من 11 إلى 15 سنة من 16 إلى 20 سنة
أكثر من 20 سنة

السن:

من 25 إلى 30 من 30 إلى 35 من 35 إلى 45 من 45 فما فوق

المستوى التعليمي:

ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

الأسئلة					
غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
القسم الثاني: أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة					
أولا- التفويض					
					1 تتميز المؤسسة بجرمية واضحة ومحددة للسلطة
					2 توجد قواعد وإجراءات محددة لتنفيذ العمل
					3 لا يتمتع مجلس الإدارة بجرية التداول وإعداد المشاريع الصحية
					4 لا يمارس مجلس الإدارة دوره في الرقابة والمساءلة
					5 تتدخل الوصاية كثيرا في العملية التسييرية للمؤسسة
					6 تقوم المؤسسة غالبا بالخدمات اللوجستية بوسائلها فقط
					7 تؤدي المؤسسة الخدمات الصحية بوسائلها فقط
ثانيا- المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج:					
					8 تنفرد إدارة المؤسسة غالبا بتحديد الأهداف والوسائل
					9 توجد عقبات لا تسمح بالمشاركة بالاقتراحات والأفكار
					10 تهتم المؤسسة غالبا بتوفير الوسائل فقط
					11 تراعي المؤسسة احترام الإجراءات على حساب النتائج
القسم الثالث: انعكاس نمط التسيير على نوعية (جودة) الخدمة الصحية					
أولا- التفويض:					
					12 دور المصالح المركزية ضروري في عدالة توزيع الإمكانيات (المادية، المالية والبشرية)
					13 المقاربة الإدارية البيروقراطية تؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة
					14 يعزز التدبير المفوض المسؤولية المحلية في الاستجابة للاحتياجات الصحية
					15 يعزز التدبير المفوض المسؤولية المحلية في الحفاظ على الوسائل المادية
					16 يمكن النمط التعاقد مع الضمان الاجتماعي من تحسين نوعية الخدمة المقدمة
					17 إسناد بعض الخدمات لهيئات خارجية يخل بخصوصية المرضى
					18 يساهم التعاون مع المؤسسات الصحية العمومية و/أو الخاصة في تقديم خدمة صحية ذات جودة
					19 التعاون مع المؤسسات الصحية العمومية و/أو الخاصة يفقد المؤسسة مهارة أداء الخدمة
					20 مكنت الخارطة الصحية الجديدة لسنة 2007 من تسهيل الحصول على الخدمة العلاجية الاستشفائية
					21 حسنت الخارطة الصحية لسنة 2007 من التغطية الصحية الجوارية
					22 تعتقد أن مشروع الدائرة الصحية سيحسن من نوعية الخدمة الصحية
ثانيا- المشاركة في إدارة الأهداف والنتائج :					
					23 تحسن المشاركة من اهتمام العاملين بأداء خدمة ذات جودة
					24 تعتقد أن إشراك النقابات و/أو العاملين تحسن من مساهمتهم في تقديم صورة جيدة عن المؤسسة
					25 تعتقد أن وضع دفتر شروط عقدي للمسير سيحسن من نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الصحية
					26 تعتقد أن المشاركة الفعالة للمجتمع المحلي تساهم في تحقيق الرضا عن الخدمة
					27 المكافأة بالنتائج تلزم المؤسسة بتقديم الخدمات الصحية المسندة إليها بدقة
					28 المقاربة بالنتائج تدفع لجعل مصالح المستفيد "المريض" في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين
					29 يساهم التعاون مع الجمعيات التطوعية و/أو المرتفقين (les usagers) في تحسين توصيل الخدمة

(ملحق رقم 02)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم الاقتصادية

استمارة بحث موجهة للمرتفقين

انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات
دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة-

دراسة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الدكتوراه

تهدف هذه الاستمارة، إلى تقييم أنماط التسيير المعتمدة في المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر من القطاع الصحي إلى مشروع الدائرة الصحية وانعكاس ذلك على نوعية وجودة الخدمات المقدمة

يرجى منكم، سيدي الموقر، أن تجيبوا على الأسئلة التي بوسعكم الإجابة عنها، بوضع علامة x في الخانة المناسبة.

ما يجب أن يشار إليه، أن هذه الاستمارة سرية و المعلومات المحصل عليها سوف تستخدم فقط بغرض البحث العلمي.

لكم جزيل الشكر و الاحترام.

إشراف:

أ.د. تومي ميلود

إعداد الباحث:

بن فرحات عبد المنعم

القسم الأول: معلومات عن المستجوب:

الجنس:

أنثى

ذكر

السن:

من 41 إلى 50 سنة

من 31 إلى 40 سنة

من 20 إلى 30 سنة

أقل من 20 سنة

أكثر من 50 سنة

عدد الزيارات العلاجية للمؤسسة:

أكثر من 05 زيارات

من 02 إلى 05 زيارات

زيارة واحدة

المستوى التعليمي:

جامعي

ثانوي

متوسط

ابتدائي

الأسئلة					
غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
القسم الثاني: نوعية (جودة) الخدمة الصحية					
أولاً- الاعتمادية:					
					1 تلتزم المؤسسة بتقديم الخدمات الصحية الموعودة إلى المرضى في الوقت المحدد
					2 تتوفر بالمؤسسة معظم الخدمات الصحية المطلوبة
					3 تبدي المؤسسة اهتماما خاصا بمشاكل واستفسارات المرضى
					4 تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة و موثقة
					5 تحظى المؤسسة بثقة المستفيدين من خدماتها الصحية
ثانياً- الاستجابة:					
					6 تقوم المؤسسة بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة
					7 تبسط المؤسسة إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية
					8 ينشغل العاملون في المؤسسة بتلبية طلبات المرضى فورا
					9 يبدي العاملون الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى
ثالثاً- الضمان:					
					10 يتابع العاملون في المؤسسة حالة المرضى باستمرار
					11 تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى
					12 لديكم ثقة بكفاءة الممارسين الصحيين بالمؤسسة
					13 تشعرون بالأمان عند التعامل مع المؤسسة
رابعاً- الملموسية:					
					14 موقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة
					15 تصميم المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية
					16 يحرص العاملون في المؤسسة على حسن المظهر
					17 الخدمات المرافقة بالمؤسسة (الإطعام، الإيواء، النظافة الاستشفائية...) جيدة
					18 تتوفر بالمؤسسة الأدوية التي يحتاجها المريض غالبا
خامساً- التعاطف:					
					19 تضع المؤسسة مصالح المستفيد "المريض" في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين
					20 يقدر العاملون في المؤسسة ظروف المريض
					21 يحسن العاملون الإصغاء لشكاوى المرتفقين
					22 يعطي العاملون في المؤسسة الوقت الكافي لرعاية الزبون
					23 تراعي المؤسسة العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع

(ملحق رقم 03)

قائمة المحكمين للاستمارة

الرقم	المحكم	مؤسسة الانتساب
01	أ.د. حامد نور الدين	جامعة محمد خيضر بسكرة
02	أ.د. مفتاح صالح	جامعة محمد خيضر بسكرة
03	أ.د. خنشور جمال	جامعة محمد خيضر بسكرة
04	أ.د. منصوري كمال	جامعة محمد خيضر بسكرة
05	د. بن الزاوي عبد الرزاق	جامعة محمد خيضر بسكرة
06	د. رابحي مسعود	جامعة محمد خيضر بسكرة
07	عوماري محمد	مدير فرعي مكلف بالمالية والوسائل بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بسكرة.