

## استمارة المشاركة

الاسم واللقب: بوالشرش نور الدين

الوظيفة : أستاذ

الرتبة : أستاذ محاضر - ب-

البريد الإلكتروني : bounsl@yahoo.fr

الهاتف : 0773752094

المحور: السلوك الصحي والمجتمع(الأطر والأليات...)

عنوان المداخلة : التحولات البنيوية للمؤسسة الصحية الجزائرية واشكالية الأداء

### الملخص:

المؤسسات الصحية في كل مجتمع مكون أساسي له طبيعته البنائية والوظيفية التي تنعكس على منظومة العلاقات التي تنشأ داخلها وعلى المجتمع ككل.

لقد شهدت المؤسسة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات سواء من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، أو من حيث عدد العاملين بها، هذه التغيرات كانت عبر مراحل عديدة، إلا أنها تعرف حاليا عدة تناقضات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها، خاصة في ظل المستجدات المعاصرة كالعولمة ومنافسة القطاع الخاص وكذا الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الراهنة.

ومن هذا المنطلق سوف نركز في مداخلتنا هذه على العناصر التالية:

أولاً: الصحة من منظور اجتماعي

ثانياً: مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية

ثالثاً: الجيل الرابع من الإصلاحات وإشكالية الأداء الفردي والمؤسسي

### Résumé

Les établissements de santé dans chaque communauté possède une composante essentielle de la nature structurelle et fonctionnelle , qui se reflète sur le système de relations qui se posent en eux et la société dans son ensemble .

l'organisation sanitaire algérienne Après l'indépendance, vue plusieurs changements à la fois en termes de structures de santé de toutes sortes , ou en termes de nombre d'employés , ces changements ont été par beaucoup d'étapes , mais actuellement connu plusieurs contradictions ont empêché la réalisation des buts et objectifs, surtout à la lumière des développements contemporains tels que la mondialisation et la concurrence du secteur privé , ainsi que les conditions économiques et sociales de l' actuelle .

Dans cet esprit , nous allons concentrer notre intervention dans ce sur les éléments suivants  
Tout d'abord, du point de vue de la santé sociale  
Deuxièmement, l'évolution de l'organisation sanitaire publique algérienne  
Troisièmement: La quatrième génération de réformes et de la performance individuelle  
et organisationnelle problématique

## السيرة الذاتية

### أولاً: البيانات الشخصية

الاسم: نور الدين

اللقب: بوالشرش .

الرتبة العلمية: أستاذ محاضر قسم - ب -

الوظيفة الحالية: أستاذ محاضر، بقسم علم الاجتماع . جامعة عنابة

### ثانياً: المؤهلات والوظائف العلمية والادارية:

#### 1- المؤهلات والوظائف العلمية:

- متحصل على شهادة البكالوريا شعبة علوم سنة 1991.
- متحصل على شهادة تقني سامي في الصحة سنة 1994.
- اطار بالمستشفى الجامعي بعنابة من سنة 1997 إلى غاية 2007.
- متحصل على شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع السنة الجامعية 2012/2001
- عضوية اللجنة العلمية لقسم علم الاجتماع- جامعة عنابة مند سنة 2008 إلى يومنا هذا.
- عضوية عدة لجان تنظيمية لملتقيات دولية ووطنية .

#### 2- الوظائف الادارية:

- نائب رئيس القسم مكلف بالدراسات العليا والبحث العلمي من أكتوبر 2011 إلى سبتمبر 2011.

### ثالثاً: المشاركة في الملتقيات والإشراف على المذكرات و العضوية في مشاريع البحوث

1- المشاركة في الملتقيات الوطنية والأيام الدراسية: المشاركة في العديد من الملتقيات الوطنية والأيام الدراسية منها:

-الملتقى الوطني الأول حول: الظاهرة الإجرامية في الجزائر الواقع الأسباب وسبل المكافحة .  
المنعقد يومي 04 و 05 وديسمبر 2007. بمداخلة موسومة بـ: عوامل الظاهرة الإجرامية

- اليوم الدراسي الوطني الأول حول الطفولة والرياضة - الواقع والآفاق - يوم 1 جوان 2009

بمداخلة موسومة بـ : دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في إرساء دعائم التربية البدنية

لدى الطفل.

- 2- إشراف و مناقشة العديد من مذكرات التخرج لنيل شهادة الليسانس والماستير فى علم الاجتماع.
- 3- مشاريع البحوث: عضو مكلف بالبحث فى مشروع بعنوان: واقع مشاركة المجتمع المدني فى التنمية المحلية بالمناطق الحضرية المتخلفة- جمعيات أحياء مدينة عنابة أنموذجا .
- عضو فرقة بحث :التحولات وعلاقتها بالسيايات الصحية فى الجزائر.ضمن مخبر التنمية والتحويلات الكبرى فى المجتمع الجزائري. كلية الآداب والعلوم الانسانية والاجتماعية- جامعة عنابة.

### التحويلات البنيوية للمؤسسة الصحية الجزائرية وإشكالية الأداء

#### تمهيد

لقد شهدت المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغييرات سواء من حيث هياكلها، أو عدد العاملين بها، هذه التغييرات كانت عبر أربع مراحل أساسية نوجزها فيما يلي:

المرحلة الأولى هي مرحلة تسيير الأزمات الصحية الناجمة أساسا عن تراكمات الممارسة الاستعمارية، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة شكل فيها الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية فى الجزائر. أما المرحلة الثالثة فتميزت بإصلاح القطاع الصحي، وذلك عن طريق هيكلته ومحاولة تطوير أساليب التسيير والتنظيم، بينما المرحلة الرابعة تعتبر مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا، واعتماد صيغة جديدة فى إدارة المؤسسات الصحية العمومية تماشيا مع التغييرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي يشهدها المجتمع الجزائري حاليا.

لكن هذا التطور المادي والبشري لم يصاحبه تخطيط استراتيجي فعال لتنظيم وتسيير الهياكل الصحية بمواردها البشرية، وتصميم الاستراتيجيات التي تأخذ بعين الاعتبار المورد البشري باعتباره محورا فعالا ورئيسيا فى كل عملية تنموية أو تغيير نحو الأفضل.

#### أولا: الصحة من منظور اجتماعي:

إن ميدان الصحة من الميادين التي برزت فيها النظرة السوسبيولوجية إلى المرض، تلك النظرة التي لا تغفل العوامل المجتمعية والنفسية بل تدخلها فى الحساب، فقد مهدت التدابير الاجتماعية التي

اعتمدت في مجال الصحة العامة والبحوث والدراسات الصحية إلى العناية بالجانب الاجتماعي والارتقاء بالمستوى الثقافي والتربوي للأفراد والجماعات (1).

ومن ناحية أخرى نجد أن الصحة في واقع الأمر إنما هي توازن بين الإنسان والوسط الذي يعيش فيه من النواحي البدنية، التربوية، السلوكية، النفسية والطبية... الخ، فسوء الحالة الصحية ينعكس سلباً على الأفراد والمجتمع.

لقد بينت الدراسات والأبحاث أن هناك علاقة واضحة بين العوامل الاجتماعية (الطبقة الاجتماعية، المستوى التعليمي والثقافي والمؤسسات الصحية والمهنية... الخ) وبين استجابة المريض للمرض، وأساليب الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، ويمكن أن نستشف ذلك من خلال التطرق إلى بعض العناصر الاجتماعية وعلاقتها بالصحة والمرض وبرامج الخدمة الصحية (2):

أ- العوامل الاجتماعية مثل المستوى الاقتصادي والتعليم وحجم الأسرة وحالة السكن... الخ والتي تعمل في الغالب على توطين المشكلات الصحية واستمرارها في المجتمع، أو تعمل على تقليلها والتخلص منها ومن أمثلة ذلك:

1- الفقر والجهل والاعتقادات الخاطئة حول الصحة والمرض.

2- سوء التغذية والعوامل الأسرية والحالة السكنية غير الصحية.

ب- تتأثر أنواع الأمراض ومعدلات الوفيات وأنواعها في المجتمع بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة والعمل والتطلعات الاجتماعية والمنافسة، والتضامن الاجتماعي، كما تتأثر بالنماذج الثقافية المتعلقة بتربية الأبناء وتنشئتهم الاجتماعية.

إن مفهوم الصحة يختلف باختلاف المفاهيم السائدة لدى أفراد المجتمع، والناعبة من تكوينهم الاجتماعي والفكري، الاقتصادي والثقافي... الخ، فينظر البعض إلى أن الصحة تعني بشكل مختصر

"معالجة المرض"، وهذا مفهوم يشوبه بعض القصور، إذ أن الصحة هي العناية بالبيئة المحيطة بالأفراد سواء الاجتماعية أو النفسية... الخ.

وبالتالي تتأكد العلاقة الوثيقة بين صحة الأفراد أو مرضهم، وبين الواقع الاجتماعي الذي يعيشونه وهذه العلاقة متداخلة تحكمها عوامل عديدة كصحة الإنسان أو مرضه والظروف البيئية والاجتماعية التي تمثل محيطه الذي يتواجد فيه.

لقد ساد الاعتقاد بأن البحوث الصحية قد أسهمت بشكل فعال في الكشف عن الأسباب البيولوجية للمرض وابتكار الوسائل الفعالة لمعالجتها أو السيطرة عليها، ويعتقد كذلك بأن تزايد الطبية والعلمية سيؤدي إلى التحسن في مستويات الصحة العامة.

إن تناول قضايا الصحة والمرض على هذا النحو قد أصبح بالغ التأثير في الحياة الاجتماعية الحديثة، غير أنه لا يلقى القبول من جانب علماء الاجتماع الذين ينظرون إلى هذه المسائل من منظور مغاير تماما.

فالاتجاه التقليدي يغفل الدور المهم الذي تؤديه المؤثرات الاجتماعية والبيئية على أنماط الصحة والمرض، فالتحسن العام الذي طرأ على الصحة العامة خلال القرن الماضي لا يمكنه أن يخفي خلا واضحا وصارخا في توزيع الصحة والمرض في أوساط المجتمع الواحد أو بين المجتمعات المختلفة، وقد أظهرت الدراسات أن جماعات محددة من المجتمع تتمتع بمستويات صحية أفضل من غيرها، مثلما أن المرض وتدني الأوضاع الصحية ينتشران بصورة أوسع لدى الشعوب والطبقات والشرائح الفقيرة في مجتمعات العالم بأسره، وترتبط ظاهرة اللامساواة الصحية هذه ارتباطا وثيقا بأنماط الحياة الاقتصادية الاجتماعية، وإذا كان هناك اتفاق بين أغلب الدارسين في هذا المجال على أنه ثمة ترابط بين الصحة و اللامساواة الاجتماعية، فإنهم يختلفون حول طبيعة هذا الترابط، والوسيلة التي ينبغي

انتهاجها لمعالجة هذا التفاوت الصحي وتمثل إحدى النقاط التي يثور حولها الجدل في أهمية المتغيرات الفردية (مثل أسلوب الحياة السلوك، التغذية، والأنماط الثقافية) مقابل عوامل أخرى بيئية بنوية. يرى العديد من علماء الاجتماع أن التحسن الذي طرأ على الأوضاع الصحية بصورة عامة إنما يعود أساسا لفعالية أساليب المحافظة على الصحة العامة (3).

إن المشكلات الصحية والظواهر المرضية المعاصرة تعد دليلا على علاقة الصحة والمرض بالواقع الاجتماعي، ومؤشرا على وجود التخلف الاجتماعي وتدني مستوى معيشة الأفراد وسوء التغذية في المجتمع، وكذلك وجود نوع من التصدع الاجتماعي والانحيار الأخلاقي خاصة في المجتمعات المتقدمة، حيث تزداد مؤشرات انتشار البطالة وتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات واضطراب دور الأسرة وضعف تماسكها وغيرها (4).

ثانيا: مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية:

#### أ - مرحلة إدارة الأزمة الصحية

ورثت الجزائر عقب الاستقلال وضعية صحية متردية اتسمت بنقص كبير في الموارد المادية والبشرية وبنية تحتية مفككة، نتيجة عملية التخريب والحرق التي قادتها منظمة الجيش الفرنسي السري، كما تم تهريب الآلات والمعدات الصحية إلى فرنسا عن طريق إقامة جسر جوي في 19 مارس 1962، كما عرفت هذه المرحلة نقصا حادا في عدد الإطارات الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية، حيث قدر عدد الأطباء الجزائريين بـ 342 طبيب وقدر عدد الإطارات الفنية المؤهلة بـ 1.8 % لكل 10 آلاف نسمة، بعد مغادرة (2200) طبيب و (2700) ممرض تاركين (144) مستشفى دون تسيير إداري وتقني (5).

إضافة إلى ما سبق كان المجتمع الجزائري يعاني من عدة مشكلات كالفقر المدقع، سوء التغذية وانتشار واسع للأوبئة والأمراض... الخ، والواقع أن الأزمة الصحية التي عرفتتها المؤسسة

الصحية العمومية الجزائرية كانت أزمة عميقة الجذور نتيجة لتراكمات الممارسة الاستعمارية وتحيز مؤسساتها في توزيع فرص الصحة بين الفرنسيين والجزائريين (6).

هذه الوضعية الموروثة عن الاستعمار أستوجبت القيام بإصلاح المنظومة الصحية، من خلال الاستعانة بإطارات من بعض الدول كبلغاريا ورومانيا وروسيا... الخ، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء إلى الخارج من أجل تكوينهم وتدريبهم، فنقص الوسائل والمعدات الصحية ورؤوس الأموال استلزم إعادة تنظيم وهيكل النظام الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد. ومع بداية السبعينات وخاصة في الفترة الممتدة بين 1970-1974 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تحولات بنيوية تجسدت في ارتفاع عدد الأطباء والعاملين وعدد المستشفيات والمراكز الصحية، التي ساهمت في التوعية الصحية لأفراد المجتمع والجدول التالي يوضح ذلك (7):

#### جدول رقم (01) المنجزات المحققة في المجال الصحي (1962-1974)

المنجزات السنوات	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
1962	342	156	188
1974	1425	163	558

#### ب- مجانية العلاج وبقرطة المؤسسات الصحية:

عرفت هذه المرحلة تحولات ارتبطت بتطبيق مرسوم الطب المجاني المؤرخ في 28-11-1973، وتم الإعلان عن ذلك في جانفي 1974، من أجل تجسيد شعار ديمقراطية العلاج حيث عممت هذه السياسة عبر كل القطاعات الصحية، إذ شكلت مجموعات عمل متعددة الاختصاصات كلفت بالمساعدة على تنفيذ المخطط الرباعي الثاني، إعداد البرامج الصحية وشبه الصحية (8).

وقد اهتمت الجزائر بتطوير المنظومة الصحية، من خلال التكفل بضمان الوقاية لتحسين صحة السكان، ومنه فإن عمل أو نشاط المؤسسة الصحية العمومية يجب أن يأخذ بعين الاعتبار كعنصر مهم

في التطور السوسيو اقتصادي للمجتمع الجزائري. كما شكل الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية الجزائرية، وتم اقتراح إعادة تنظيم الوظيفة الطبية، بطريقة تضيء على الصحة العمومية محتوى اجتماعي صارم(9).

وتواصلت التحولات البنوية في النظام الصحي الجزائري، حيث أدخلت المراكز الصحية للأرياف وتزايد عدد المستشفيات في المدن، كما شهدت هذه الفترة كذلك تطور فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين ما انعكس إيجابا على الوضع الصحي بصفة عامة، حيث ارتفع أمل الحياة، وانخفاض معدل وفيات الرضع وانخفاض عدد من الأمراض المعدية، عموما فقد شهدت هذه المرحلة تطورا في المجال الصحي، حيث زاد عدد المراكز الصحية، عدد المستشفيات، العيادات متعددة الخدمات والأطباء(10).

كما تميزت هذه المرحلة كذلك بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، كما أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل نفقات الصحة، ما انعكس سلبا على فعالية المؤسسة الصحية. (11).

#### ج- السياسات الإصلاحية:

تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي، إذ كانت الدولة الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه الاستثمارات الصحية، وقد ظهر في الثمانينات اتجاها مهما في السياسة الصحية (12).

حيث أن المؤسسة الصحية الجزائرية خلال هذه المرحلة حققت قدرا من التقدم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء، فوصل عددهم سنة 1982 إلى (7350) طبيب في مقابل (2401) طبيب أجنبي، كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين، حيث بلغ في نفس السنة ( 2171 ) جراحا، أما عدد الصيادلة فوصل إلى (1093) سنة 1982.

والملاحظ أن المنشآت الصحية قد ارتفع عددها في سنة 1982 كما هو موضح في الجدول التالي(13):



جدول رقم (02): تطور الهياكل الصحية من سنة 1979 - 1982

1982	1981	1980	1979	السنوات المنشآت الصحية
196	196	183	183	القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة
260	214	175	161	المجمعات الصحية
867	810	741	622	المراكز الصحية
1598	1474	1368	1344	وحدات العلاج والكشف

وكان من أهم الاهتمامات في هذه الفترة عملية التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف من خلال إنشاء وحدات العلاج معتمدة في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة، من أجل تبليغ الرسالة الصحية لمختلف فئات المجتمع.

وفي سنة 1984 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تحولات بنيوية ملحوظة خاصة في مجال المنشآت الصحية والإطار الطبي، حيث بلغ عدد الأطباء خلال سنة 1984 (12082) طبيب و (2880) جراح أسنان و(1197) صيدلي (14).

وبالنسبة لعدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989 فقد ارتفعا هاما كما يوضحه الجدول التالي(15):

1989	1986	1985	السنوات المنشآت الصحية
261	238	211	عدد المستشفيات
54147	55265	49315	عدد الأسرة
433	359	319	قاعات متعدد الخدمات

1089	1025	669	مراكز صحية
2693	2574	2454	قاعات العلاج

أما في سنة 1990 سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر حيث دعمته ببعض العيادات والمخابر الخاصة كما استمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني حتى شهر مارس 1995 (16) وابتداء من سنة 1995 تم إلغاء مجانية العلاج تدريجيا تماشيا مع انفتاح المؤسسة الصحية على محيطها الخارجي، ومواكبة التحولات السريعة للمجتمع الجزائري في مختلف المجالات بغية إعطاء هذه المؤسسة الصحية الكفاءة والفعالية اللازمتين للرفع من أدائها الفردي والمؤسسي. وقد تميزت هذه المرحلة بإنشاء مؤسسات صحية جديدة بمختلف أنواعها كما يوضحه الجدول التالي:

#### جدول رقم (04): تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2000

2000	1999	1998	1997	1996	الهياكل الصحية
13	13	13	13	13	مراكز استشفائية جامعية
224	217	187	177	185	قطاعات صحية
31	31	31	25	21	مؤسسات استشفائية متخصصة
488	482	478	642	446	عيادات متعددة الخدمات
1210	1186	1126	1110	1098	مراكز صحية
3975	3851	3780	3601	3748	قاعات العلاج

المصدر: وزارة الصحة والسكان.

كما تواصلت عملية إنشاء المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها وتخصصاتها، من أجل توسيع الخدمات الصحية وإيصالها إلى فئات واسعة من المجتمع الجزائري، كما تبينه الإحصائيات الآتية(17) :

#### جدول رقم (05): عدد المؤسسات الصحية الجزائرية بين سنة 2000-2003

2003		2002		2001		2000		البيان
العدد	الأسرة التقنية	العدد	الأسرة التقنية	العدد	الأسرة التقنية	العدد	الأسرة التقنية	
177	31004	187	33319	217	34770	224	35115	القطاعات الصحية
8	600	14	962	-	-	-	-	العيادات الاستشفائية
13	13466	13	13236	13	13465	13	13087	المراكز الاستشفائية الجامعية
32	6046	32	5960	32	2661	31	6416	المستشفيات المتخصصة
359	3517	412	4244	395	3132	392	3393	عيادات الولادة العامة
30	439	35	470	42	494	38	450	عيادة الولادة الخاصة

فالنظام الصحي الجيد قبل كل شيء ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للمجتمع،

فحسب منظمة الصحة العالمية فإنه لا يكتف فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي لمجتمع

معين في الوقت الذي يوجد فيه ارتفاع في نسبة الفوارق الاجتماعية بين أفراد المجتمع في مجال

الحصول على الخدمات الصحية، وأن التطور في متوسط المستوى الصحي تستفيد منه الطبقة

الميسورة الحال، فهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين: عامل متعلق بالجودة والتي تمثل أحسن

مستوى صحي، وعامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة والتي تمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق

بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية (18).

ومن أجل تحقيق الأهداف السالفة الذكر، والوصول بالمؤسسة الصحية إلى مستوى عالي من الأداء، يسمح لها بتقديم خدمة صحية ذات جودة وفعالية، يستوجب أنسنة العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة الصحية، فهذه الأخيرة تتميز بالطابع الإنساني لعلاقات العمل فيها، حيث يغلب عليها الطابع التعاوني الذي يفرضه تقسيم العمل بين مختلف الفاعلين من تخصصات متعددة يؤدي إلى تكامل في الأدوار والمهام، بهدف رفع مستوى الأداء الفردي والجماعي.

وبحكم الاحتكاك والتعاون المستمرين داخل المؤسسة الصحية تتشكل شبكة من العلاقات المهنية، حيث يقوم الاتصال بدور فعال في تدعيم التفاعل والتواصل، ويمتد تأثيره إلى العلاقات الاجتماعية بين العاملين بمختلف تخصصاتهم ومراكزهم الوظيفية (19).

### ثالثاً: الجيل الرابع من الإصلاحات وإشكالية الأداء الفردي والمؤسسي

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

- أداء الأفراد في وحدتهم التنظيمية.

- أداء الوحدات التنظيمية في إطار السياسات العامة للمؤسسة.

- أداء المؤسسة في إطار البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ولا يمكن رفع مستوى أداء

العاملين في أي مؤسسة مهما كان نوعها من خلال المداخل الفنية مثل تطوير الآلات والأجهزة والأدوات، أو تحسين وتبسيط طرق وإجراءات العمل، أو ترشيد معايير الأداء، وإنما يتطلب الأمر أيضاً الاهتمام بالجوانب النفسية الاجتماعية للعاملين وتثمين قدراتهم ومهاراتهم، ما يسمح لهم بإشباع حاجاتهم المختلفة، والتي تنعكس إيجاباً على أدائهم في العمل (20).

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

وفي هذا الإطار فإن منظمة الصحة العالمية اهتمت ببلورة مفهوم فاعلية الأداء في المؤسسات الصحية من خلال انعكاس تأثرها بإسهامات المفكرين والمختصين في مجال إدارة المؤسسات. وقد عرفت مداها الصحي على أنها "مقياس لمدى تحقيق الأهداف الصحية" وعادت إلى تعريفها مرة أخرى على أنها تأثير النشاطات والنتائج النهائية، المخرجات أو العوائد للأفراد، و متحققة في ضوء الأهداف المحددة، وهذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن المؤسسة الصحية تعمل في ظل نظام مفتوح ترتبط أساسا بتحقيقها للأهداف الموضوعية لها تجاه المجتمع، ومقاسه أصلا بالمخرجات النهائية التي تعبر عن حجم ومقدار النشاط المتحقق في إنجازها لبلوغ تلك الأهداف الموضوعية. وقد تبلور هذا الاتجاه بشكل أوضح في مرحلة لاحقة عندما عرفت فاعلية الخدمات الصحية على أنها العلاقة بين الانجازات الفعلية والمرغوبة كأهداف نهائية.

وفي هذا التعريف إشارة إلى وجود علاقة بين ما يمكن التعبير عنها بالفجوة، وهي ما تسعى المؤسسات الصحية عامة في الغالب إلى محاولة غلقها، بما هو متاح لها من إمكانيات وقدرات إبداعية مضافة من أجل ذلك، وفي تعريف آخر للفاعلية يشار إلى أنها قياس مدى قدرة الخدمات الصحية على تخفيف حالات معينة أو تحسين الأوضاع الصحية ودرجة الرضا عنها (21).

ومما سبق فإن فاعلية الأداء في المؤسسات الصحية تمتد إلى الربط بين الأهداف المحققة مع بعض المستلزمات الرئيسية الواجب توافرها من أجل ذلك وأهمها المشاركة من قبل المجتمع ودرجة رضاه عن تلك الخدمات المقدمة، أو بتعبير آخر الفاعلية في الأداء أصبحت تقاس وفقا لهذا المنظور من خارج المؤسسة الصحية (المجتمع)، وعلى أساس ما هو متحقق من رضا لدى الأفراد تجاه الخدمة المقدمة وليس على أساس ما تنظر إليه المؤسسة الصحية في أدائها الداخلي لانجاز الخدمة الصحية(22).

فجودة الخدمات الصحية لها ثلاث جوانب: الأول فني ذو صلة بتطبيق العلوم والتقنية الطبية للتعامل مع مشكلات الخدمة الصحية للمريض، والجانب الثاني من الجودة إنساني ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية والنفسية بين المرض ومقدم الخدمة، في حين أن الجانب الثالث يتعلق بتحقيق احتياجات المريض من الكماليات، وترى منظمة الصحة العالمية الجودة في التوافق مع المعايير والأداء السليم بأسلوب مقبول من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بهدف تقليل نسبة المرض ونسبة الوفيات وغيرها، كما عرفت الجودة على أنها الدرجة التي تكون عندها خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات قادرة على زيادة احتمال تحقيق النتائج المرغوبة، على أن تساير تلك الخدمات المعرفة المهنية الراهنة المصاحبة للممارسة الأفضل (23).

فتحسين أداء الموارد البشرية في المؤسسات بصفة عامة و المؤسسات الصحية بصفة خاصة يتطلب استحداث طرق وأساليب إدارية جديدة تتماشى مع التغيرات التكنولوجية والاجتماعية وغيرها. عموما فإن السياسة الصحية المتبعة في الجزائر في الوقت الحاضر تتمثل في النقاط التالية(24) :

1- إصلاح المستشفيات، أي ترقية التكفل الطبي والجراحي بالحالات المرضية الثقيلة، التي تطلبت في السابق تحويل المرض إلى الخارج على عاتق ميزانية الدولة وتسببت في نفقات كبيرة للمؤسسة

الصحية، علما أن التغطية الطبية حاليا هي طبيب لكل 800 مواطن مع تسجيل فوارق بين الشمال والجنوب.

2- إعادة الاعتبار للمؤسسات الخاصة، أي العيادات المختصة في مجالات طبية معينة.

3- تطوير العلاجات القاعدية.

4- تشجيع الصناعة الصيدلانية القاعدية عن طريق خلق مشاريع الاستثمار والشراكة و بالرغم من التطورات والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحية العمومية الجزائرية ، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال تعرف قصورا حادا انعكس سلبا على الصحة العامة في المجتمع.

لقد ارتفع عدد المستشفيات في الجزائر من 156 مستشفى سنة 1962 إلى 181 مستشفى في 1990 ليصل عددها في سنة 2008 إلى 240 مستشفى، وقد أثرت إعادة الهيكلة على البنية الأساسية للصحة خلال عام 1998، وذلك بانتشاء قطاعات صحية جديدة كالمستشفيات المتخصصة (EHS) إلى جانب المستشفيات الجامعية (C.H.U)، وبتفاوت نظام تقديم الرعاية الصحية بدرجة كبيرة من حيث التوزيع المادي والبشري العادل للموارد الصحية بين مختلف جهات الوطن، حيث يوجد 13 مركز استشفائي جامعي والتي لا تزال دون تغيير، بيد أن بعض وحداتها تم ربطها ببعض القطاعات الصحية والمستشفيات المتخصصة، إضافة الى مؤسسة استشفائية جامعية واحدة. ويتكون النظام الصحي الجزائري الحالي من 62 مؤسسة استشفائية متخصصة(25).

إضافة إلى الهياكل الصحية فان عدد المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين(بمختلف تخصصاتهم) ارتفع في السنوات الأخيرة، كما يوضحه الجدولين رقم(6)و(7) - ورغم ذلك تبقى التغطية الصحية غير كافية خاصة في بعض المناطق كالجنوب مثلا التي تشهد نقصا حادا فيما يخص الأطباء المختصين وشبه الطبيين.

جدول رقم(6) الهياكل الصحية سنة 2009

العدد	الهياكل الصحية
13	مراكز استشفائية جامعية
192	مؤسسة عمومية استشفائية
61	مؤسسات استشفائية متخصصة
1436	عيادات متعددة الخدمات
271	مؤسسة عمومية للصحة الجوارية
5258	قاعات العلاج
04	مؤسسة استشفائية
01	مؤسسة استشفائية جامعية

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

جدول رقم(7) المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين سنة2009

العدد	المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين
10778	طبيب مختص
18477	طبيب عام
5888	جراح أسنان
595	صيدلي
67643	ممرض حامل شهادة دولة
21040	ممرض مؤهل
11542	مساعد شبه طبي

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

ورغم محاولات إصلاح وتطوير المؤسسة الصحية في الجزائر، إلا أنها مازالت تعاني من عدة تناقضات، نظرا لأن عملية الإصلاح شملت تطوير المنشآت والهياكل الصحية دون الاهتمام بالعنصر البشري، الذي يمثل المحور الأساسي في كل عملية تنموية.



فالعنصر البشري يعتبر أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، بيد أن

هذا المورد الاستراتيجي غير مستخدم بفعالية، ودون تحفيز مادي ومعنوي، ما أدى بالعاملين إلى هجرة المؤسسات الصحية العمومية نحو العيادات الخاصة، ما انعكس سلبا على جودة الخدمة الصحية. ومن أجل تحسين أداء هذا المورد البشري فرديا وجماعيا يستوجب توافر مواصفات أساسية واستعدادات مهنية مع الاقتناع بالأهداف المسطرة وبالعامل على إنجازها، ضمن إستراتيجية عمل محددة مسبقا، تراعي في ذلك عناصر معينة كالأجال المحددة لانجاز المهام الوظيفية والحجم الساعي المحددة للعمل، وعدد العاملين اللازمين لذلك، بمعنى أن العملية تخضع أساسا للتخطيط المسبق والضبط والتنظيم التي تأخذ بعين الاعتبار الجوانب العملية الأخرى، كمحيط العمل والوسائل المادية والمالية والهيكلية المتوفرة، ونظم وقواعد العمل، واستعدادات المورد البشري من حيث مؤهلاته ومهاراته ومدى تحفيزه لأداء المهام المنوطة به (26) .

### خلاصة

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

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

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

فالعنصر البشري ممثلا في الموارد والكفاءات البشرية يعتبر أحد العوامل المسؤولة على امتلاك المؤسسة للميزة التنافسية ونجاحها وتطويرها، فإهمال هذا العنصر وعدم تنميته وتحفيزه وتوفير بيئة العمل المناسبة، ينعكس سلبا على المؤسسة ككل، وبالتالي فإن فقدان الكفاءات أو ضعف أداء المورد

البشرية بسبب عدم فعالية طرق الإدارة المعتمدة رغم كفاية الموارد المالية يعد سببا رئيسيا في فشل استراتيجيات وسياسات المؤسسة التنافسية.

الهوامش:

- 1- إبراهيم عبد الهادي المليجي وآخرون: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000، ص9.
- 2- عبد المجيد الشاعر وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2003، ص ص 97-98
- 3- أنتوني غدنز: علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، الطبعة الأولى، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 2005. ص ص 225-250
- 4- عبد السلام بشير الدويبي: علم الاجتماع الطبي، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2006، ص ص 9-10
- 5- ministère de la santé: séminaire sur le développement d'un système national de santé, expérience algérienne, alger, 1983, pp 7-25
- 6- Amir Mohamed: l'histoire de la santé en Algérie, édition O.P.U, Alger, p 205
- 7- محمد رضا بالمختار: نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1987. ص 67
- 8- الميثاق الوطني، 1976، ص ص 184-185
- 9- الميثاق الوطني، 1976، ص ص 184-185
- 10- جلال أحمد حسن: دراسات في التنمية والتكامل العربي، الطبعة الأولى، مركز دراسات الوحدة العربية، 1982، ص 298.
- 11- وزارة الصحة والسكان: تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990

- 12- نبيلة بوخيزة: الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، المجلة الجزائرية للاتصال، جامعة الجزائر، العدد 16، ديسمبر 1997، ص ص 33-34
- 13-ministère de la santé: séminaire sur le développement d'un système national de santé, expérience algérienne,op.cit, p 272
- 14-ministère de la santé: rapport sur l'organisation du système de santé, Alger, janvier,1999.p 3-4
- 15-ministère de la santé: enquête sur la morbidité infantile en Algérie, Alger, 1985-1988, p26.
- 16- ministère de la santé: rapport sur l'organisation du système de santé, Alger, janvier,1999, p16.
- 17- office National des statistiques, www.ons.dz/santé.
- 18- OMS: Rapport Mondial sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant, Genève 2000, p9
- 19- نادية محمود السيد عمر: علم الاجتماع الطبي- المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية مصر، 1998، ص 93
- 20- أحمد سيد مصطفى: إدارة الموارد البشرية، منظور القرن الواحد والعشرين، دار وائل للنشر، الأردن، 1999، ص 402.
- 21- ثامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، د ت ن، ص ص 179-180.
- 22- المرجع السابق، ص 180.
- 23- بدران عبد الرحمن العمر: مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، دورية الإدارة العامة، المجلد الثاني، جانفي 2002، ص 307-352.
- 24- جريدة الشروق اليومي: العدد 4314، 23 فيفري، 2005.

25- حوالم رحلما: ضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المسلسفياا العامة الجزائرية مجلة

علوم إنسانية، السنة السابعة، العدد 42، صيف 2009، ص ص 8-9.

26- علي السلمي: مفهوم وأهمية تخطيط وتنمية القوى العاملة، مجلة الإنماء والإدارة،

العدد 36، 1997، ص 42 .