

أداء المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي الجزائري: دراسة استطلاعية.

The Performance of Public Institutions Active in the Algerian Health Sector: An Exploratory Study.

موساوي سارة¹¹ كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3 (الجزائر).

تاريخ الاستلام: 2019-10-23 ؛ تاريخ القبول: 2019-11-06 ؛ تاريخ النشر: 2020-06-25

ملخص : عرفت المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي مجموعة من التغيرات ذات الطبيعة المانجيرية، وهذا بعد أن أدرك مسيروا هذه الأخيرة بأن الموارد المالية لوحدها تبقى غير كافية وهو ما يعكس التوجه نحو 5M (Machine, Money, Main d'œuvre, Matière première, Management) بعدما كان الأمر متوقفا عند الأربعة الأولى. توجه المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي إلى الاهتمام بالجانب المانجيري بمكوناته الأربعة (تخطيط، تنظيم، توجيه، رقابة)، بغية الرفع من أدائها، كان وفق منطق نظري حديث نوعا ما، يسمّى المانجمنت العمومي الجديد NMP: Nouveau Management Public الذي يعمل على استعمال أدوات وتقنيات نشأت في القطاع الخاص المتميز ببيئة أعمال تشهد منافسة قصوى. سعي المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي للرفع من أدائها لا يجب أن يتوقف بمجرد تبني منطق إداري جديد وإنما بالعمل على تفعيل هذا الأخير والحرص على تجسيد مبادئه.

الكلمات المفتاحية:

المانجمنت العمومي الجديد، أداء مؤسسات القطاع الصحي العمومي.

Abstract: The public institutions operating in health sector have experienced many managerial changes especially when their managers realized that financial resources are insufficient to ensure their operation, the thing that leads to the transition to the 5 M (Machine, Money, Labor, Raw Material and Management) that were limited to the first 4.

The interest of these institutions for managerial aspect with its 4 components (Planning, Organization, Orientation and Control) to improve their performance occurred according to a new theoretical logic called the New Public Management (NPM) that tends to use tools and techniques that appeared at private sector known for its highly competitive business environment.

The approach of public institutions operating in health sector to improve their performance should not stop by the adoption of a new managerial mode but shall promote it and do the best to apply its principles.

Keywords: New public management; Performance of public health institutions.

I - تمهيد:

تختلف المؤسسات العمومية التابعة للقطاع الصحي عن غيرها من المؤسسات سواء توافقت معها من حيث الطبيعة أو لم تتوافق، ويظهر الاختلاف في العناصر الموجهة لهذه الأخيرة (رسالة، رؤية، أهداف، ثقافة) والتي لها تأثير على كل خيار استراتيجي مُتخذ وقد تكون في بعض الأحيان هي من يتأثر.

يظهر نجاح المؤسسات مهما اختلفت طبيعتها من خلال ما تقدمه لربائنها باعتبارهم محور وأساس تواجدها، فإرضاء هؤلاء وكسب ولائهم يعتبر هدف كل المؤسسات، ويبقى الهدف الأول بالنسبة للمؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي، وبالتالي نجاح هذه الأخيرة وفشلها مرهون برضا زبائنها، حيث يعتبر المؤشر الأول لفعالية أدائها.

فعالية الأداء كانت ولا زالت من أكثر ما يهتم به مديروا المؤسسات العمومية باعتبار هذه الأخيرة دليل على نجاح المؤسسات الخارجي والداخلي، وان كانت بدرجات متفاوتة سواء في المنحى الانجابي أو السلبي.

وكون المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي كغيرها من المؤسسات من حيث سعيها الدائم لتحسين أدائها وهذا من خلال العمل على حسن استغلال مواردها، وان اعتبرت الموارد المالية كأهم مورد لسنوات عديدة فإن السنوات الأخيرة كانت كفيلة بإظهار عدم صواب ذلك. بما أن عدم كفاية الموارد المالية هو ما أدى للتوجه أكثر نحو الاهتمام بالمناجمت والعمل على تبني مفاهيم ادارية جديدة، تُنظر ولا يزال يُنظر إليها بأنها نشأت في بيئة أعمال هدف مؤسساتها الأول الربح دون سواه، يهدف هذا المقال لمعرفة ان كان مجرد تبني منطق اداري جديد يعتبر كاف لأجل تحويل الأداء المرغوب للمؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي إلى أداء فعلي.

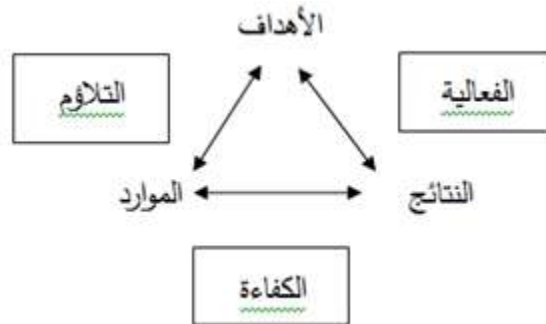
I.1 - إشكالية أداء المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي:

تعددت تعريفات الأداء واختلفت الاراء حوله وان كان يمكن الجمع بينها، على أن الاداء¹ يعبر عن مفهوم عام يعكس النجاح أو الفشل الذي تحققه المؤسسات كما يعكس مدى قدرتها على تحقيق غاياتها وأهدافها الطويلة الأجل.

يعود² مصطلح الأداء إلى فكرة أنه نتيجة تم تحقيقها بعد الانتهاء من مهمة معينة دون معرفة النتيجة المسبقة لهذه الأخيرة. والتي قد تكون ايجابية أو سلبية.

إن فكرة حصر الأداء في مفهومي الكفاءة والفعالية فكرة محدودة لا تعكس إلا جزء من أداء المؤسسات وهو ما أدى لتحليل العلاقة بين أهداف المؤسسات ومواردها من خلال مفهوم التلاؤم، حيث يطرح هذا الأخير فكرة تناسق الاهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها مع الموارد التي تملكها المؤسسة، بمعنى هل تتلاءم الموارد المستخرجة من قبل المؤسسة مع الأهداف المنشودة وهو ما يوضحه الشكل التالي.

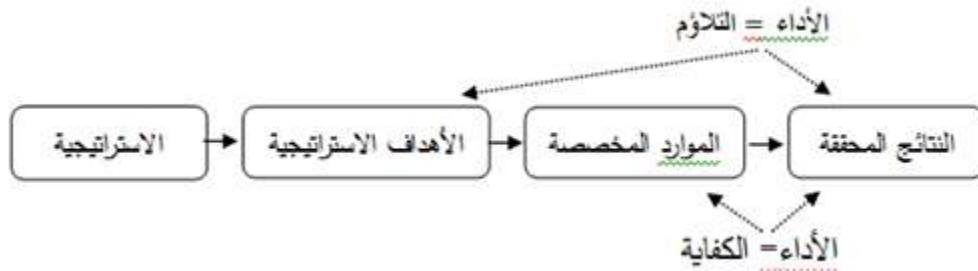
الشكل (1): مكونات الأداء



Jean Bernard Ducrou et Claire Lheureux, management des entreprises, Hachette Technique, Paris, 2008, P 39.

يقيس الأداء³ مدى تحقيق الأهداف الاستراتيجية، حيث تُقيّم الاستراتيجية من خلال مقارنة الأهداف الاستراتيجية مع النتائج المحققة، وبالتالي تقييم الأداء يتطلب أن تكون هذه الأهداف كمية والنتائج ذات طابع رقمي لأجل أن تتم عملية المقارنة، وفي الحقيقة النتائج المنتظرة هي عبارة عن أهداف استراتيجية مكمّمة، اذن يعتبر الأداء معيار تقييم استراتيجية المؤسسة لأنه يأخذ في الاعتبار الموارد المستعملة لأجل بلوغ الأهداف الاستراتيجية.

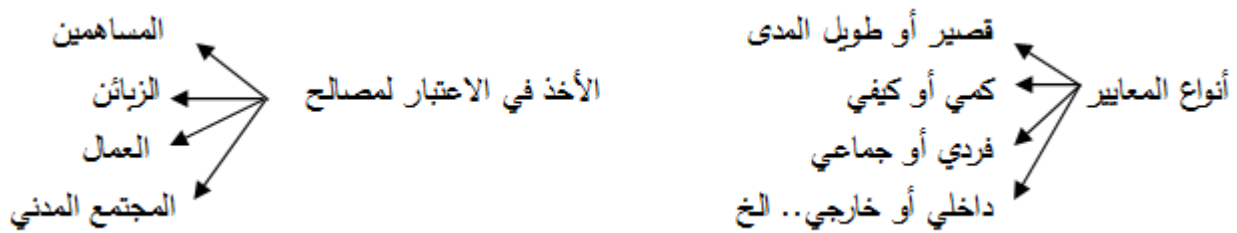
الشكل (2): الأداء: معيار لتقييم الاستراتيجية



Jean Bernard Ducrou et Claire Lheureux, management des entreprises, Hachette Technique, Paris, 2008, P45.

ونظرا لتعدد بيئة أعمال المؤسسة وديناميكيته أصبحت عملية قياس الأداء صعبة حيث انتقلت من نموذج أحادي يأخذ في الاعتبار الأهداف الاستراتيجية إلى نموذج متعدد يأخذ بالاعتبار جميع أصحاب المصالح، وقد تختلف معايير الأداء والتقييم التي يتم إجراؤها بين نفس أصحاب المصلحة، وفقا لتوقعات المجتمع، ومستوى المنافسة وعموما سياق الأعمال وهو ما يُعرقل التوفيق بين معايير الأداء ففي بعض الأحيان تصل لحد التناقض ويقع الدور هنا على المدير في محاولة التوفيق والتوحيد بينها.

الشكل (3): تعدد معايير الاداء



Jean Bernard Ducrou et Claire Lheureux, management des entreprises, Hachette Technique, Paris, 2008, P46.

أما فيما يخص أداء المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي التي عرفتها منظمة الصحة العالمية⁴ على أنها جزء متكامل من النظام الصحي، وظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركز للأبحاث الطبية والاجتماعية، حيث يمكن تمثيل المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي⁵ كمؤسسة تقع وسط مجموعة من العقود تعمل على ربط جميع الأطراف (أصحاب المصالح) ذات العلاقة بها، تتمثل مهامها الرئيسية في استقبال ورعاية المرضى، وإدارة الرعاية الوقائية والعلاجية لهم، فضلا عن التدريب والبحوث الطبية وهي التي تشكل رسالة المؤسسة العمومية الناشطة في القطاع الصحي بالمفهوم الاستراتيجي.

إذا أردنا تحديد مفهوم لأدائها فإن هذا ليس سهلا، فهو يأخذ أبعادا مختلفة وفقا للمؤلفين، حيث أن الأداء⁶ يغطي الكفاءة الاجتماعية والاقتصادية على حد سواء (توفير الرعاية يلي الاحتياجات الصحية، هل هو متكيف وفقا لمعايير الجودة المتوقعة؟)، الكفاءة (هل يتم القيام بالخدمات بأقل التكلفة؟) وجودة الخدمة (إمكانية الوصول إلى الرعاية، أوقات الانتظار، الخ)، وهناك الكثير من يعرف الأداء بمفاهيم الكفاءة والفعالية والتي تقتصر على الأداء المالي والأداء الاجتماعي والذي يعتبر أهم من الأول بالنسبة للمؤسسات العمومية الناشطة بالقطاع الصحي وهذا وفقا لرسالة هذه الأخيرة.

تُعرف منظمة الصحة العالمية⁷ أداء المؤسسة العمومية الناشطة بالقطاع الصحي بأنه البحث عن أفضل النتائج الممكنة مع نفس الموارد، وهو يجمع بين بلوغ الأهداف، وتحسين الحالة الصحية، والاستخدام الأمثل للموارد والقدرة على التكيف والابتكار. ثم إن دخول عدة فاعلين جدد في

سيرورة أداء المؤسسة العمومية الناشطة في القطاع الصحي إلى تعدد الأداء بتعدد أصحاب المصلحة فكان هناك: الأداء المالي، الاقتصادي، الفني، الاجتماعي، البشري، التنظيمي، البيئي والأخلاقي.

يرتكز الأداء الفني للمؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي على سبب وجود هذا الأخير، والذي يتمثل في توفير الرعاية الجيدة. يتميز البعد التقني للمؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي في: البنية التحتية التقنية، الموارد البشرية ورعاية المرضى، في حين يهتم الأداء البشري والاجتماعي بتوفر الكفاءات البشرية، المناخ الاجتماعي داخل المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي، المشاركة في النشاطات الاجتماعية.

يتعلق الجانب الاجتماعي بعدة مراحل هي على التوالي استقبال المريض، توجيهه للخدمات الكشف عنه من قبل طبيب أو عدة أطباء، الإقامة في المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي ان لزم الأمر... إلى غاية اخر مرحلة: خروج المريض، وبالتالي المرضى هم الذين يستطيعون تقييم هذا النوع من الأداء، يظهر الأداء المالي في إدارة المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي العمومي من خلال الاستغناء عن الحاجة المتزايدة للموارد المادية والمالية التي تخصصها له الدولة.

2.I- أداء المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي: من التسيير القائم على الموارد إلى المناجحت العمومي الجديد:

تواجه⁸ مؤسسات القطاع الصحي العمومي اليوم تحول تسييري جالب لعدة أدوات تسييرية فإلى أي مدى تمّ قبول هذه السياسات والأدوات من طرف الفاعلين، خصوصا أنّ وفرة الأبحاث المتعلقة بمؤسسات القطاع الصحي تتعلق بالجانب الهيكلي لتقدم الرعاية وقليلة هي التي تسعى لمحاولة تحليل اصلاحات الأنظمة الصحية في اطارها الواسع من خلال تحليل السياسات العمومية.

لا تعد الأهداف المحددة⁹ أداة لقياس الأداء فقط وإنما أيضا برنامج خاص للتحفيز ويجب أن تكون وفق تقنية SMART حيث تتميز بمجموعة من الخصائص تم جمع حروفها الأولى لتشكيل هذه الكلمة إذ يرمز الحرف الأول للخصوصية Spécifique، والثاني لقابلية الهدف للقياس Mesurable، والثالث لمدة قبوله Acceptable أما الرابع فيتعلق بقابلية الهدف للتحقيق Réaliste ويجسّد الحرف الأخير الفترة الزمنية Temporaire.

لطالما تميزت إدارة المؤسسات العمومية الصحية بتنظيم هرمي مركزي، على رأس التنظيم الوزارات الوصية مع وجود تقاسم للمسؤوليات غير واضح وانحاز المهام يكون من خلال التجزئة والتخصص، تركز الإدارة في مؤسسات القطاع الصحي العمومي بشكل رئيسي على استخدام الموارد، بما في ذلك الميزانيات والإعانات، دون البحث عن النتيجة وبالتالي وجود الإجراءات الثقيلة والروتينية التي لا يشجع على الإبداع.

إن تاريخ مقاربة الجودة¹⁰ الذي كانت بدايته في المؤسسات الصناعية توسع لمجموعة من الميادين وبالأخص ميدان الخدمات، حيث يتم التركيز على أربعة أبعاد للمناجحت: الاستراتيجي، الهيكلي، التقني والثقافي، التي تميز المناجحت الداخلي لأي مؤسسة، وتمّ اضافة البعد القانوني كبعد جديد وذلك لاعتبار أن لا يمكن ادارة المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي بنفس الطريقة التي تدار بها المؤسسات الأخرى نظرا لأنّ هذا النوع من المؤسسات لديه قيود خاصة والتي تحد من خياراته الاستراتيجية، السياسية، الهيكلية والثقافية.

وعلى الأرجح فإنّ الدواعم الرئيسية لأجل تحفيز الأفراد بالمؤسسات العمومية الصحية على الالتزام بشكل فعلي في مقاربة الجودة هي: اعطاء معنى «donner du sens»، الهيكلية «structurer»، الاشراف «piloter»، الاتصال «communiquer»، التكوين «former»، التقييم «évaluer»، التثمين «valoriser»، التبادل «mutualiser»، الاستمرار «pérenniser». هذه العوامل مترابطة فيما بينها وعلى الأرجح فإن لكل عامل عدة اثار على المناجحت.

وعكس الادارة العمومية الكلاسيكية¹¹ التي كانت حسب مؤيديها جامدة وغير فعالة، فإنّ المناجحت العمومي الجديد يهدف إلى زيادة فعالية التسيير العمومي في المؤسسات الصحية العمومية من خلال الاستعانة بمبادئ التسيير الناشئة في القطاع الخاص.

ويمكننا التأكيد على أنّ خصائص المناجحت العمومي الجديد هي: الادارة بالأهداف، تقديم خدمات ذات جودة، الزبون هو محور كل العمليات، تقييم البرامج، مساءلة الأفراد، التعاون مع القطاع الخاص في بعض الأنشطة، الادارة الأفقية للموارد البشرية، التشجيع على التنافس، اللامركزية وتفويض السلطة.

II – الطريقة والأدوات :

لتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي والمنهج التحليلي معتمدين على ما توفر من مستندات رسمية وتقارير أعدتها هيئات موثوقة، حيث لم يتم التوقف عند جمع المعلومة المتعلقة بالظاهرة، بل محاولة تحليلها والوصول إلى استنتاجات، وقد تم الرجوع في ذلك نظرياً إلى مصادر المعلومات والاعتماد على الاستشهاد الميداني من خلال جمع المعلومات الوثائقية والإلكترونية الخاصة بموضوع الدراسة، كما تم استغلال موقع الويب الخاص بالهيئة المسؤولة عن مؤسسات قيد الدراسة و الاعتماد على التقارير المعترف بها، وتم إجراء مقابلة مع مجموعة من مسؤولي وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات من خلال دليل مقابلة ارتكز على معرفة أين وصل أداء مؤسسات القطاع الصحي العمومي الجزائري بتبنيها منطق المناهجت العمومي الجديد.

III – النتائج ومناقشتها :

تعتبر المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر¹² هيئات عمومية استشفائية يجمعها نظام قانوني مشترك وهو نظام المؤسسة العمومية ذات الطابع الاداري، لأنه هنالك نوع من الهيئات العمومية الاستشفائية المستحدثة في السنوات الأخيرة لها نظام قانوني خاص وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية ذات الطابع الخاص والمؤسسة الاستشفائية الجامعية ذات الطابع الخاص.

سواء تعلق الأمر بالمؤسسات العمومية الاستشفائية أو بالمراكز الاستشفائية الجامعية أو بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة التي تندرج كلها في إطار المؤسسة العمومية الصحية في الجزائر، فإن السعي لتحسين الأداء يبقى هدف كل واحدة منها وان اختلف أسلوب تطبيق ذلك، هنالك نوع من الهيئات العمومية الاستشفائية المستحدثة في السنوات الأخيرة لها نظام قانوني خاص وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية ذات الطابع الخاص والمؤسسة الاستشفائية الجامعية ذات الطابع الخاص .

✓ المؤسسة العمومية الاستشفائية.

تتكون هذه المؤسسة العمومية الصحية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وهي تقوم بتغطية سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات، مع الملاحظة أن مثل هذه المؤسسات الاستشفائية منتشرة عبر كافة ولايات الوطن. وحددت مهام هذه المؤسسة بجعلها تتكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان وذلك بضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الطبي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، وتطبيق البرامج الصحية الوطنية، وضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، وضمان تحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية وكذا تحديد معارفهم.

✓ المركز الاستشفائي الجامعي.

ينتشر المركز الاستشفائي الجامعي عبر أنحاء البلاد و كان يبلغ عددها 13 مركزا قبل قيام السلطات العمومية بإنشاء المركز الاستشفائي الجامعي لبجاية ليتّم قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية.

المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشاءها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي وبذلك يكون المركز الاستشفائي الجامعي هيئة عامة خاضعة لقواعد القانون العام كإدارة العمومية إلا ما استثنى منه بنص قانوني، غير أنه تختلف هذه المراكز الاستشفائية الجامعية عن المؤسسات العمومية الاستشفائية بكونها هيئات مكلفة بالتكوين والدراسة والبحث، وذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم والتكوين العالي في العلوم الطبية المعنية، بالإضافة إلى قيامها بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية الصحية.

عددت مهام المراكز الاستشفائية الجامعية المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي رقم 461/91 مُصنّفة إياها إلى ثلاثة أصناف بحسب الميادين التالية:

مهام المركز الاستشفائي الجامعي في ميدان الصحة

يتولّى المركز في الميدان الصحي بضمان نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطبية والجراحية والوقاية إلى جانب كلّ نشاط يساهم في حماية وترقية صحة الإنسان، و بتطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، وكذا المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للهيئات الصحية، و المساهمة في حماية المحيط و تربيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار و

الآفات الاجتماعية ، بالإضافة إلى تكلفه بمهام المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية على السواء بالنسبة للسكان القاطنين بالقرب من المركز الاستشفائي و الذين هم محرومين من تغطية هذه الهيئات العمومية الصحية .

مهام المركز الاستشفائي الجامعي في ميدان التكوين

يتولّى المركز في ميدان التكوين بضمان تكوين التدرّج و ما بعد التدرّج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في إعداد و تطبيق البرامج المتعلقة به، وبالمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة و إعادة تأهيلهم و تحسين مستواهم.

مهام المركز الاستشفائي الجامعي في ميدان البحث

يتولّى المركز في ميدان البحث بالقيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدّراسة و البحث في ميدان علوم الصحة، و بتنظيم مؤتمرات و ندوات و أيام دراسية و تظاهرات أخرى تقنية و علمية من أجل ترقية نشاطات العلاج و التكوين و البحث في علوم الصحة.

✓ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.

إن أهم ميزة تميّز المؤسسة الاستشفائية المتخصصة عن باقي الهيئات الاستشفائية، كالمؤسسات العمومية الاستشفائية أو المراكز الاستشفائية الجامعية، هي كونها و بعكس هذه الأخيرة و كما تدلّ عليها تسميتها الرسمية، مكلفة بالاعتناء و التخصص بمرض معيّن أو بداء أصاب جهازاً أو جهازاً عضوياً معيّن في جسم الإنسان أو أخيراً بمجموعة من الأشخاص الذين لهم سنّ معيّن . لذلك فإن التسمية الرسمية لمثل هذه الهيئات الاستشفائية تتضمن دائماً الاختصاص الخاص بالنشاط المكلفة به.

تواجه مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر تحديات عديدة يمكن استخلاصها من خلال تقنية PESTEL (تقنية لتشخيص المحيط الخارجي: تعتمد على دراسة المحيط السياسي، الاقتصادي، السوسولوجي، التكنولوجي، البيئي والقانوني). وذلك¹³ باستمرار وجود الأمراض المعدية وظهور أمراض جديدة: السرطان، السكري، أمراض القلب بالإضافة لانخفاض النمو الديموغرافي والذي يبنى عن ارتفاع درجة الشيخوخة. مع¹⁴ مراقبة السلطة الوصية والبيروقراطية المهنية.

كما تعرف المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي صعوبة في التكيف مع التغيرات الوبائية بالإضافة لنقص العقلانية والمرونة من أجل تقديم خدمات ذات جودة وبأقل تكلفة. وتشهد نقص واضح في البنية التحتية الأساسية، توفر معدات، توفر الموظفين، توفر الأدوية الأساسية، وبالتالي سوء في ادارة المرافق الصحية ومن هنا كانت بداية القيام بالاصلاحات..

ففي الفترة 2002-2011¹⁵ كانت بداية القيام بإصلاحات من بينها لامركزية تسيير المؤسسات الصحية والعمل على أساس التعاقد، وإعادة تنظيم عمل مؤسسات القطاع الصحي العمومي من خلال حذف القطاعات الصحية وإنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

وحسب¹⁶ الفترة 2002/2012 كانت بداية القيام بمجموعة من التغييرات والتي تهدف إلى: تخطيط وتنظيم عرض الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية، تقديم الرعاية الإنسانية والأمن، تحديث المرافق وإعادة تصنيف خدمات الرعاية من خلال خلق أنشطة تنكيف مع المطالب والأنواع الجديدة للرعاية الصحية، الفصل بين المؤسسات العمومية الناشطة بالقطاع الصحي المهتمّة بالوقاية والأخرى التي تقدم الرعاية القاعدية.

غير أن التقدم نحو المناهج العمومي الجديد والعمل على تبني الأدوات التسييرية الحديثة في المؤسسات الناشطة بالقطاع الصحي العمومي يتم ولكن بخطوات بطيئة، كان من احداها ادراج نظام آلي للمحاسبة والتسيير في بعض المؤسسات العمومية للصحة¹⁷.

وبهدف تسهيل التواصل بين مختلف الفاعلين والشركاء في قطاع الأعمال الصحي، وتحسين خدمة الزبائن ولأجل المساهمة في تطوير نشاطات

البحث والتكوين يتم العمل على انشاء منصة تفاعلية بين كل الأطراف المعنية Une plateforme d'intégration des TIC dans le secteur d'activité sanitaire والتي من بين ما تصبو إليه التعليم عن بعد télé-enseignement، التطبيب عن بعد télémédecine، المراقبة الوبائية surveillance épidémiologique...

تعاين المؤسسات الناشطة في القطاع الصحي العمومي من نقص في أدوات التسيير (عدم وجود المحاسبة، القرارات لا تتخذ وفق أساس علمي، وعدم توازن الحسابات)، غياب نظام للمعلومات وإدارة المعدات لا تتم وفق ما يجب، و يعرف الجهاز التقني خلل في القيادة، هذا كله أدى لمجموعة من النتائج: استقبال سيء للزبائن، عدم وجود صفة الديمومة في الرعاية المقدّمة، تعقيد آليات التكفل بالزبائن/ المرضى وغياب البروتوكولات في التشخيص والعلاج.

يرتبط ما سبق بعدم وجود توصيف للوظائف والمناصب في المرافق الصحية، وتدني الرواتب، وعدم تطبيق اللائحة مما يخلق اختلافات في إدارة المرضى، غياب نظام معلومات، وهو ما دفع الى اقتراح تغيير يعمل على إعادة هيكلة كلية للمؤسسات العمومية الصحية من أجل بلوغ الأهداف التي

تم تحديدها وعلى رأسها وضع المريض في قلب المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي، وذلك من خلال تحسين إدارة هاته المؤسسات، بحسن استغلال الموارد وتحسين نوعية الرعاية، وتسهيل وصول الناس إلى الرعاية الصحية.

وفي تقرير¹⁸ صدر بعد زيارة بعض المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي ينبئ عن حالة تدهور هذه الأخيرة فمن حيث تقادم المباني وعدم الامتثال للمتطلبات الجديدة الناتجة عن البرامج الصحية التي يجري تنفيذها، من حيث الصيانة الدورية الغير مضمونة بصفة مستمرة... وفي اطار استقبال وتوجيه المرضى وجدوا بأنه كلما كانت المؤسسة العمومية الناشطة في القطاع الصحي كبيرة كلما كانت جودة الاستقبال والتوجيه فيها متدهورة بشكل أكبر. وباستثناء حالات نادرة فإن أغلبية هاته المؤسسات لم تتوفر فيها سجلات الشكاوى عند مرور الأعضاء المكلفين بالتقرير؛ وحيثما وجدت، فإنه لم يتم تحديثها حتى الآن ولم تكن متاحة للمرضى والزوار نظرا لموقعها في المكاتب الإدارية بعيدا عن متناول الجميع، استغناء الأطباء عن ارتداء المآزر والتي تكون بألوان مختلفة لأجل تسهيل عملية التعرف على مختلف الفئات العاملة؛ والاستغناء كذلك عن بطاقات الهوية وهو ما يجعل كل محاولة للتعرف على نوع النشاط الذي يمارسه مستحيل....

غياب الكراسي المتحركة والتي تكون لصالح المرضى المعاقين أو الذين يعانون من صعوبة في الحركة، كما تم تسجيل فوضى عارمة وذلك من خلال: عدم احترام أوقات الزيارة، غياب تام للرقابة والتي من المفترض تواجدتها على الأقل أثناء أوقات الزيارة، المأكولات والمشروبات التي يتم احضارها غير خاضعة للرقابة لا عند الدخول ولا في قاعات التمريض، تواجد للأطفال بدون احترام لقواعد الوقاية والنظافة بل تواجدهم أثناء قيام أوليائهم بواجبهم المهني -خدمة الحراسة الليلية.

وإذا كانت رعاية المرضى صباحا ذات جودة رديئة: طول الانتظار، غياب للأطباء، تأخر وصول المرضى، عدم الفصل بين المرضى المصابين بأمراض معدية، استعمال سيارات الاسعاف لنقل الموظفين فهي ذا مستوى أردى ليلا: غياب نظام اتصال- مريض - Système de l'appel-malade وبغية التأكد تم البحث عن المسؤول عن الحراسة الليلية وللأسف لم يتم معرفته من قبل من هم من المفروض أن يكونوا تحت مراقبته.... تركيب آلات الغسيل غير موجود في كامل المؤسسات التي تم زيارتها وان وجد فاستعماله ليس كما ينبغي، فالعاملين عليه لم يخضعوا لأية عملية تكوين بالإضافة لأشياء أخرى كعدم التأكد من جودة ماء جافيل المستعمل وعدم استعمال السولوفان بتاتا لتغليف الأشياء التي تم تنظيفها. بالإضافة لمعاناة بعض المؤسسات من التزود الدائم بالماء الجاري.

يطرح مجال المعدات مشاكل من حيث التقادم، وصيانة وتجديد وتكييف التكنولوجيات الجديدة للاحتياجات في مجال الرعاية الصحية وحاليا جزء كبير من المعدات الطبية والخدمات اللوجستية في وقف دائم أو مؤقت لعدم توفر قطع الغيار أو الاكسسوارات¹⁹.

عدم رضا أصحاب المصالح عن الخدمات الصحية المقدمة، فالزبائن يرون بأنها لا ترقى للجودة المطلوبة مع عدم رضاهم عن كفاءة ونوعية التنظيم، وكمثال لا الحصر²⁰-كيف نفسر أن المعدل المتوسط لاستغلال الأسرة lits- في المستشفيات الجزائرية لا يتجاوز نصف الإمكانات المتوفرة رغم أن المعدل المتوسط لانتظار التمريض (الحصول على العلاج) المقرر يتراوح من ثلاثة أشهر إلى سنة كاملة. كما أن الموارد البشرية العاملة في هذه المؤسسات لديها نظرة انتقادية للقدرة التكنولوجية لمؤسساتهم مع التغيرات الديموغرافية، وبائية وكذا الاجتماعية الاقتصادية التي يعرفها القطاع الصحي وتبقى الدولة غير راضية عن التفاوت وعدم المساواة في التغطية الصحية الوطنية وعن التكاليف الصحية العالية.

وبسبب كون طرق التسيير ضعيفة المشاركة أو التعاون²¹، ما يخلق مشاريع تبقى لفترة طويلة عبارة عن استراتيجيات فردية و/أو إقطاعية متقاربة على كونها استراتيجيات مؤسسية فعلية. الموظفين وفي بعض الأحيان المؤطرين لا يتدخلون في هذه الطريقة والتوافق بين مجموع المصالح الإدارية غير متطور، وبذلك لا يوجد تيار قيادي ولا حتى فكر شامل.

من هنا تبدو أهمية الأخذ بعين الاعتبار الأهداف المسطرة على مستوى الوصاية أو السلطة و توجيهها إلى مستوى المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي وهذا ليس بعملية توجيه بسيطة فقط، لكن بعملية مصادرة نفس هذه الأهداف من أجل تفادي²² فشل استراتيجيات المؤسسات في مرحلة التنفيذ والذي يكون عادة بسبب ضعف الاشراف أو نقص الاتصال اللازم بين المعنيين بها.

وفي الأخير نقول بأن إعادة تنظيم مؤسسات القطاع الصحي وعملية الفصل ما بين خدمات الرعاية القاعدية والخدمات الاستشفائية والتركيز على الميزات فقط ما هو إلا تعبير عن رؤية غير كاملة للصحة التي تهدف لمواجهة التحدي المالي لوحده وليس لأجل تحصيل الرفاه المادي والمعنوي لزبائن هذه المؤسسات والذين يعتبرون أساس التنمية لكل القطاعات الأخرى.

IV- الخلاصة :

تبين المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي لمنطق المناجمت العمومي الجديد سواء أكان فرضاً أم خياراً كان بهدف تحسين أداء هذه الأخيرة والارتقاء بجودة خدماتها.

وبالرغم من التقدم القليل المسجل غير أنّ الملاحظ لا يرى بالفارق الحاصل في الأداء في الفترة التي عرفت فيها هذه المؤسسات مجموعة التغيرات ذات المنطق الإداري والتي كانت في السنوات القليلة الماضية.

إذ أنّ هذه المؤسسات كانت ولا زالت ذات أداء ضعيف فهل يا ترى نتائج التغيير لم تظهر بعد وهو أمر مستبعد كون المراحل الأولى لمشاريع التغيير انتهت وما يتم الآن هو انطلاق مشاريع جديدة.

أم أنّ المشكل قائم في المنطق الإداري الجديد نفسه وهو ما يتم استبعاده أيضاً كون هذا الأخير حقق نجاحات في مؤسسات عمومية لبلدان أخرى.

ويبقى الاحتمال الثالث وهو الأقرب للصواب نسبياً بأنّ التجسيد الفعلي لمبادئ المناجمت العمومي الجديد غير موجودة نوعاً ما وهو ما يعكس مشكل في الإرادة وإن كانت موجودة في بعض المؤسسات يبقى العمل بها غير دائم وهو ما يعكس مشكل في الاستمرارية، أو أنها لا تتم وفق ما يجب وهو ما يعكس مشكل في الرقابة.

ويمكن أن نجمع كل هذا في مصطلح واحد وهو الثقافة وبالتالي ضعف أداء المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي رغم تبنيها منطق إداري جديد قد يرجع للثقافة السائدة في هذه الأخيرة.

- الإحالات والمراجع :

¹ سواكري مباركة (2008)، معايير أداء المؤسسات من خلال مقاربات التحليل الإستراتيجي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علوم التسيير، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر سابقاً، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، ص32.

² Annie Bartoli (2005), **Le management dans les organisations publiques**, Paris, Dunod, p419.

³ Jean Bernard Ducrou et Claire Lheureux (2008), **Management des entreprises**, Paris, Hachette Technique, p35-p 45-46.

⁴ حنان يحيى الشريف (2008/2007)، تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية: دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، ص40.

⁵ KAÏD TLILANE Nouara et CHEURFA Taous (28-29 Avril 2014), **La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives**, Séminaire international sur L'administration publique en Algérie; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation –Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales, Université Constantine 2.

⁶ Patrick BLANC, Amélie Verdier, Agathe Denechere, Gilles Duhamel (2007), **Rapport Sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières**, France, p3.

⁷ François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland, Hung Nguyen, **Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé :Le modèle EGIPSS**, Rapport réalisé dans le cadre du mandat accordé par le Conseil de la santé et du bien-être Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 2005, p37.

⁸ Grevin Anouk (2010), **Le jeu avec les outils de gestion comme nouvelle compétence stratégique : Un établissement de santé face aux régulations du secteur sanitaire**, Journal de gestion et d'économie médicales, , Volume 28, p. 329-345.

⁹ Peter Smith, Elias Mossialos et Irene Papanicolas (2008), **Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives**, document de référence, Organisation mondiale de santé et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, p2.

¹⁰ Tachet Aomar, **La qualité dans les établissements de santé**, visité le : 19/01/2015 sur : e-healthmag.com/2011/

¹¹ Mélanie Bourque (2007), **Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : Les cas du Québec et du Royaume-Uni**, Revue gouvernance, p3.

¹² عمر شنيتير رضا (2013-2012)، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، قسم القانون العام، كلية الحقوق بن عكنون، جامعة الجزائر 1، ص.ص 147-156.

¹³ Youcef Laid (2010), **Dialogue National Interministériel sur le Changement Climatique, Secteur clé: Santé** (Adaptation) Alger, Algérie, p4.

- ¹⁴ Guylaine Loubet (2005), **Quelles représentations de la performance : le cas des médecins hospitaliers ?**, Comptabilité et Connaissances, France, p3.
- ¹⁵ Rapport de la Conférence Nationale sur l'Usage Rationnel des Médicaments en Algérie (PURMA), Alger 11 - 14 novembre 2012.
- ¹⁶ CHACHOUA (18 et 19 Janvier 2014), **le système national de santé 1962 à nos jours**, Colloque International sur les Politiques de Santé, ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en collaboration avec école nationale supérieure en sciences politiques, , Alger.
- ¹⁷ JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 15, 17 Jomada El Oula 1435/ 19 mars 2014.
- ¹⁸ Rapport de la visite sur des établissements hospitaliers, commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme, 2008-2009, p21-p28.
- ¹⁹ Rapport de la Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, projection de développement du secteur de la santé : perspective décennale, Juillet-2003, p15-16.
- ²⁰ Manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du PASS - UE.DZ, programme d'appui au secteur de la santé.
- ²¹ Nathalie KRIEF ATER, **PROJET STRATEGIQUE ET DYNAMIQUE DE L'HOPITAL PUBLIC**, Université Lumière Lyon 2, Centre de Recherches ISEOR, p13.
- ²² Jean François Bosquet(2003), **la performance globale de l'entreprise**, éditions d'organisation, p10.

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

موساوي سارة (2020)، أداء المؤسسات العمومية الناشطة بالقطاع الصحي الجزائري: دراسة استطلاعية، مجلة المؤسسة، المجلد 09 (العدد 01)، الجزائر : جامعة الجزائر-3، ص.ص 353-361.



يتم الاحتفاظ بحقوق التأليف والنشر لجميع الأوراق المنشورة في هذه المجلة من قبل المؤلفين المعنيين وفقا لـ **رخصة المشاع الإبداعي نسب المُنشَف - غير تجاري - منع الاشتقاق 4.0 دولي (CC BY-NC 4.0)**.

مجلة المؤسسة مرخصة بموجب **رخصة المشاع الإبداعي نسب المُنشَف - غير تجاري - منع الاشتقاق 4.0 دولي (CC BY-NC 4.0)**.



The copyrights of all papers published in this journal are retained by the respective authors as per the **Creative Commons Attribution License**.

Entreprise Review is licensed under a **Creative Commons Attribution-Non Commercial license (CC BY-NC 4.0)**.

