

تحديث تسيير المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية

أ. / قبة فاطمة *

Abstract:

Le système de santé algérien est un indicateur de développement qui a connu une révolution dans les modes traditionnels de sa gestion en vue de le mettre à niveau et d'améliorer sa performance, ce qui nécessite la réalisation des nouvelles exigences ainsi que l'adaptation des stratégies modernes, et la modernisation des méthodes de gestion pour faire face aux grands défis.

Les mots clés: Gestion des Etablissement Hospitaliers Publics, Moderniser la gestion.

ملخص:

يعتبر القطاع الصحي الجزائري من أهم المجالات التي عرفت ثورة على أنظمة تسييرها التقليدية بغية الإرتقاء بها وتحسين أدائها، باعتبارها مؤشرا من مؤشرات التنمية ولهذا فهي الآن مطالبة بتحقيق متطلبات جديدة ولابد من إنتهاج إستراتيجيات تجعلها صامدة أمام التحديات الكبيرة التي تلزمها بدورها العمل على عصنة أنظمتها وتحديث أساليب تسييرها.

الكلمات المفتاحية: تسيير المؤسسات الإستشفائية العمومية، تحديث التسيير.

مقدمة:

إن التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها الجزائر دفعت بالقطاع الصحي الجزائري إلى أزمة حقيقية ليس بمفهوم أن هذا القطاع أصبح صعب التلاؤم مع الوضعية الحالية، بل كذلك طريقة التسيير المعتمدة وارتفاع مستوى الطلب على الخدمات الصحية مما أدى إلى ضرورة البحث عن سبل للخروج من الوضعية الراهنة، ولكن بالرغم من الإصلاحات التي تعمل على تكييف المؤسسات الصحية مع محيطها، وبالرغم من كل الجهود المبذولة من قبل الوزارة إلا أن كل الإصلاحات لم تشمل الجوانب التنظيمية والتسييرية التي تعطي فعالية أكثر لعناصر النظام الصحي في تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة، لذلك كان يجب الإعتماد على جانب التسيير الرشيد أكثر من الإعتماد على بناء هياكل لا يمكن التحكم فيها، من أجل كل ذلك جاءت الجلسات الوطنية التي انعقدت في ماي 1998 بوضع "ميثاق الصحة" كإشارة حتمية لتكييف المؤسسات الصحية مع التغيرات التي تعرفها البلاد في كل الميادين والتي تواصلت حتى 02 فيفري 2003 بتقديم التقرير الأولى لمتابعة تحقيق الأهداف المسطرة من طرف اللجنة الوطنية لإصلاح المستشفيات.

يتضح لنا أن مشكلة الدراسة تتمثل في ما مدى قدرت المؤسسات الاستشفائية على تغيير أساليبها الإدارية التقليدية وتبنى مفاهيم وقيم إدارية حديثة إذا ما أرادت تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية للرقى بخدماتها الصحية المقدمة، كما لا بد من أن ننقل من التسيير البيروقراطي إلى تنظيم يسمح باستقلالية تسييرها، ويعمل على خفض تكاليفها، وتصحيح مواطن خللها، وتوقيف تدهور نوعية العلاج.

من خلال الطرح السابق، يمكن تقديم الإشكالية الرئيسية كما يلي: **كيف يمكن عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؟**

- ومن أجل الإجابة المنهجية على الإشكالية الرئيسية قمنا بطرح الفرضيات التالية:
- أنتجت مراحل تطور الهياكل الصحية قواعد إنشاء تنظيم وسير مختلف أشكال المؤسسات الاستشفائية العمومية؛
 - مركزية القرار هي التي تعيق تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية؛
 - تعتمد وزارة الصحة على مشروع المؤسسة من أجل تطوير استراتيجية التنظيم والتسيير.

1) واقع تسيير المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية:

تعتبر المؤسسة الإستشفائية العمود الفقري لأي نظام صحي، حيث تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، الوقائية التعليمية، التدريبية والبحثية، كما تعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والإجتماعي، لذا تعتبر المؤسسات الإستشفائية هياكل حيوية لكونها تتوفر على برنامج صحي طموح كما تمثل قطاع هام للتشغيل، وذلك لما لها من أثر في دفع وتيرة التنمية الاقتصادية والإجتماعية، الأمر الذي يستوجب علينا دراسة واقع تسيير هذه المؤسسات في ظل المؤشرات الجديدة، في حين أنه الأساليب التي استخدمت قبل الإصلاح لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العوائد المرجوة منها، لذلك لا بد من إعادة النظر في السياسة الصحية ومعها الساسية الدوائية، وذلك لتبني مشروع الإصلاح والتطبيق الفعلي للتحديث الناتج من خلال المعطيات الجديدة.

1-1) تقديم النظام الصحي:

ورثت الجزائر بعد الإستقلال هياكل صحية ضعيفة غير قادرة على تلبية إحتياجات المواطنين المتزايدة، فكان من الضروري على الدولة الجزائرية إنتهاج سياسة جديدة من أجل النهوض بالمستوى الصحي، وباعتبار المؤسسات الإستشفائية العمومية الهيكل المفتاح للنظام الصحي الجزائري، والتي تضمن بدورها التكفل الصحي للسكان لذلك كان لا بد من إعادة النظر في تسيير هذه المؤسسات لتقديم العلاج اللائم.

✦ التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري:

عرف النظام الصحي الجزائري عدة تطورات تمثلت في إنطلاق خطط تنموية وتكثيف الإستثمار في الموارد المالية والبشرية والعمل على إقامة سياسة حكومية لصالح الصحة، وتبعا لهذه السياسة شرعت السلطات بتنفيذ أولى المخططات التنموية، وكانت ترمي أهداف التنمية الصحية إلى مضاعفة العمل في الميدان الصحي وفتح مناصب شغل للأطباء، كما بدأت في تطبيق سياسة الإستثمار المكثف وهذا بهدف التحرر من تبعية الدول المتقدمة في الميدان الصحي، وذلك من خلال تكوين الإطار الفني الجزائرية.

✦ مرحلة المخططات التنموية 1965-1979:

لقد كان الأمر 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني وذلك ما جاء في عدة قوانين مثال قانون حماية الصحة 1975 وتم تأكيده في نص الميثاق الوطني لسنة 1976 "... ويمثل الطب المجاني قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر وأن تطبيقه الفعلي على مستوى مجموع السكان يلزم توسيع الهياكل الصحية وتوزيعها توزيعا عادلا عبر كل أنحاء البلاد...." كما دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه، والتي تنص بأنه " لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية...".

✚ مرحلة التقييم والإصلاحات 1980-1990:

تم إصدار قانون حماية الصحة وترقيتها في سنة 1985، والذي كان من شأنه تحديد الأحكام الأساسية في مجال الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية صحة السكان وترقيتها في إطار الخريطة الصحية وقد جاء في المادة 04 من هذا القانون تعريف المؤسسة الوطنية للصحة بأنها "مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها". تتميز هذه المرحلة بـ:

- سيطرة القطاع العمومي وتطويره؛
- تخطيط صحي يندرج في السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية؛
- إشترك القطاعات في إعداد البرامج الوطنية المحددة في مجال الصحة وتنفيذها؛
- تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية المتطابقة مع الأهداف الوطنية المحددة في مجال الصحة؛
- تكامل أعمال الوقاية والعلاج وإعادة التكييف؛
- مصالح صحية لامركزية قطاعية، قصد التكفل بكل حاجيات السكان الصحية؛
- تنظيم مشاركة السكان في تحديد برامج التربية الصحية وتطبيقها؛
- واندماج أعمال الصحة كيفما كان نظام ممارستها.

وأكد هذا القانون مبدأ مجانية العلاج، ودعمه الميثاق الوطني لسنة 1986 إذ نص صراحة على أن "... وعلى هذا الأساس يعتبر الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبيرا عمليا عن التضامن الوطني ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج"⁴، حيث إستمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني إلى غاية 1995 حيث تم إصدار منشور وزاري يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي، كما تم في هذه المرحلة إنشاء الهياكل الصحية القاعدية والمتمثلة في إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة وذلك سنة 1981، وفي سنة 1986 عرفت الجزائر إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية.

✚ المرحلة الإنتقالية 1990-2001:

إتسمت هذه المرحلة ببقاء مجانية العلاج وفتح العيادات الطبية الخاصة مع تحسين مجال الوقاية الطبية بالإضافة إلى اعتماد نظام إتصال للتقرب من المواطن بقصد إشراكه في التكفل بمشاكله الصحية، كما أكدت الجلسات الوطنية الصحية سنة 1998⁵ على ضرورة إعطاء الأولوية للصحة في برنامج الحكومة، وبالمقابل تميزت هذه الفترة بإعادة الهيكلة التدريجية للنظام الصحي، وذلك رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الإجتماعي والإقتصادي الذي عرفته الجزائر، حيث توصل هذا الأخير إلى⁶:

- مشروع الجهوية الصحية الممتد من فترة الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية وتحقيق تنمية إجتماعية وصحية متوازنة؛
- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة؛

كما تم في سنة 1997 إصدار مراسيم تنفيذية ثلاث من شأن كل واحد منها تحديد قواعد إنشاء تنظيم وسير كل من المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، القطاعات الصحية والمراكز الإستشفائية الجامعية.

✚ والمرحلة الرابعة من 2005 إلى الآن:

في سنة 2007⁷ تم إعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج

وتقريب المستشفيات والمؤسسة الصحية من المواطن. خلال هذه الفترة أصبحت الهياكل الصحية الجزائرية تحتوي على مجموعة معتبرة من مختلف المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الإستشفائي العمومي.

ولتجسيد هذه الأهداف، قامت الدولة باتخاذ كل الإجراءات التي من شأنها ترقية الحالة الصحية في الوطن وهذا بوضع برنامج متكامل يؤدي بالضرورة إلى تجنيد كافة الطاقات البشرية والمالية والتنظيمية، حيث توصلت إلى تحسين الإنفاق العام على الصحة، وهو يتكون من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإجبارية). كما أن إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي. حيث ارتفع من 68,4 سنة 2010 إلى 74,2 سنة 2013، أما نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية فقد ارتفع من 210 سنة 2010 إلى 314 سنة 2014 (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)⁸.

✦ أشكال المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر:

وفق خريطة صحية تتغير باستمرار، هناك عدة أشكال من المؤسسات الاستشفائية العمومية الصحية في الجزائر نذكر بعض أشكالها الأساسية:

- المؤسسات الإستشفائية الجامعية EHU⁹:

عددها مؤسسة إستشفائية جامعية واحدة (01) بوهران أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، المتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية بوهران وتنظيمها وتسييرها.

- المراكز الإستشفائية الجامعية CHU¹⁰:

تتكفل المراكز الإستشفائية الجامعية بمهام عديدة تتمثل في التشخيص الكشف، العلاج الوقاية التكوين، الدراسة والبحث وذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم و/ أو التكوين في العلوم الطبية¹¹. كما يتم إنشاء هذه المراكز الإستشفائية الجامعية بموجب مرسوم تنفيذي بناء على إقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على هذه المراكز بينما يمارس وزير التعليم العالي والبحث العلمي الوصاية البيداغوجية. وعددها 15 مركز استشفائي جامعي، لدينا 13 منها تخضع للمرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الإستشفائية الجامعية.

- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS¹²:

تتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بمرض معين، مرض أصاب جهازاً أو جهاز عضوي معيناً ويجب أن يذكر في تسميتها الإختصاص الموافق للنشاطات المتكفل بها، وهي تقوم في مجال نشاطها بالمهام الآتية¹³:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبى والإستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛
- والمساهمة في إعادة تأهيل مستخدمى مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

وقد كان عددها 68 مؤسسة إستشفائية متخصصة سنة 2008، كلها جاءت متممة لقائمة المستشفيات الملحقة بالمرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتعلق بتحديد قواعد انشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

- المؤسسات العمومية الإستشفائية EPH¹⁴ وللصحة الجوارية EPSP¹⁵:

في إطار الخريطة الصحية تم إعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحى، حيث وبمقتضى المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الذى يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، أصبح القطاع الصحى يتكون من 195 مؤسسة عمومية إستشفائية و 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (تجمع العيادات، المراكز الصحية وقاعات العلاج). وهما كيانان إداريان مستقلان في تسييرهما، الأولى للاستشفاء والثانية للأنشطة العلاجية، الاستشارات والوقاية. وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

- والمؤسسات الإستشفائية EH¹⁶:

هى مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالى، وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وعددها 05 مؤسسات إستشفائية.

1-2) مشاكل تسيير المؤسسات الإستشفائية العمومية:

هناك العديد من مواطن الضعف التى تعاني منها مؤسساتنا العمومية الصحية والتي أثرت سلباً على فعالية تسييرها ونتيجة لذلك يعاني نظامنا الصحى من عدة ثغرات، إلى ذكر مشاكل أخرى مرتبطة بتسويق الدواء¹⁷.

⊕ المشاكل الهيكلية:

تعددت المشاكل التي تعاني منها مؤسساتنا الإستشفائية، حيث يعتبر العجز فى الميزانية ومشاكل الصيانة من أهم المشاكل الهيكلية:

- العجز المستمر في الميزانية:

بمأن إيرادات ميزانية المؤسسات الصحية مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة، والموارد الخاصة المتأتية من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جدا، لا تتعدى في أحسن المؤسسات 2% من إجمالي إيراداتها. يرجع ذلك إلى الأسعار الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمات مقارنة مع أسعار القطاع الخاص، إلى جانب عدم اهتمام عمال هذه المؤسسات بتحصيلها من جانب آخر، لأنهم لا يستفيدون منها إذا ارتفعت.

ولذلك ندرج أسباب الوضع المالي لوجود:

- التزايد المستمر للأعباء الإستشفائية؛
- والأزمة المالية الناجمة عن ندرة الموارد المالية الخاص بسبب إنعدام المداخل.

- ومشاكل الصيانة:

إن الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ عانت وتعاوى من تعطلات متواترة، والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام، وما زاد في مشكل الصيانة في مؤسساتنا هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية، وعدم وجود مختصين في ذلك.

✦ المشاكل التنظيمية:

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وفي اتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور الميسرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات، وإن قامت بها فهي شكلية. الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في هذه المؤسسات، وإلى ارتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور، غياب ميسرين أكفاء.

- عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية:

يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فتمثل ما بين 80-90% من ميزانية هذه المؤسسات، لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية، وبدون تحفيز وأفاق، نتيجة لضعف الأجور، كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص، نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي، وإلى أفاق إغنائهم السريع في القطاع الخاص.

- ومنافسة القطاع الخاص:

ظهور قطاع خاص ينمو يوما بعد يوم يجلب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الإستشفائية العمومية، بفعل إغراءاته المالية، وظروف العمل الجيدة في هذا القطاع. إلى جانب عدم مراقبة هذا القطاع رقابة تقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد

الأدوية وتجهيزاته الصحية، وإلى أسعار خدماته المرتفعة جدا، مقارنة بمستوى خدماته ومقارنة بأسعار المؤسسات العمومية. إلى جانب هذه المظاهر فهناك التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية (الأدوية والمواد المستهلكة) وتقلص الموارد من العملة الصعبة أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات، وبالتالي شلل بعض النشاطات العلاجية¹⁸.

⊕ المشاكل الوظيفية:

بالرغم من المجهودات المبذولة من أجل تدعيم مؤسساتنا الإستشفائية العمومية، إلا أنه لم تستطع المؤسسات الصحية التحكم في التكاليف وكثرة نفقاتها، بالإضافة إلى عدم فعالية تسيير الميزانية، وذلك راجع لعدة أسباب منها مشاكل مرتبطة بالنفقات، الأمر الذي أدى إلى عدم تحقيق الفعالية في الإنفاق وذلك بدوره راجع لعدة أسباب:

- ارتفاع تكاليف التسيير والتجهيز؛
- الزيادة في كتلة الأجور ورواتب المستخدمين؛
- أسباب مرتبطة بنوعية التسيير المالي، وتتمثل هذه الأسباب في عدم إحترام ضوابط إعداد وتنفيذ الميزانية ومنه الوصول إلى عدم واقعية التقديرات الخاصة بالموارد وكذا النفقات.

تسجل هذه المؤسسات ديون معتبرة أثرت بشكل سلبي على الوضعية المالية للمؤسسة مما يؤدي إلى وقوع أزمة تمويل بالمؤسسة (كالأدوية-الصيانة المتخصصة-التمويل...). بالإضافة إلى مشاكل أخرى تتمثل في:

- عدم نجاعة توزيع الموارد المالية؛
- إهتلاك المعدات والتجهيزات الطبية؛
- محدودية سياسة الأدوية وعدم فعاليتها؛
- غياب التنسيق بين هياكل الصحة ومصالح الضمان الاجتماعي.

(2) إستراتيجية الوزارة لعصرنة تسيير المؤسسات الإستشفائية:

من أجل دمج المؤسسات الصحية مع المتغيرات الخارجية كان لابد من تبني إستراتيجية جديدة في التسيير تعمل على إشراك كل المستخدمين في تسيير الأهداف، وهذا لن يتأتى إلا من خلال صياغة مشروع يقوم على ديناميكية حقيقية للفاعلين داخل وخارج المؤسسة، ويعمل مشروع المؤسسة على تطوير إستراتيجية التنظيم والتسيير نحو المستقبل لتحقيق الأهداف فإنه لدافع أساسي أمام مؤسساتنا الصحية لتصور أهمية التسيير في سياق مشروع المؤسسة والإستفادة من فكرة المشروع المستتبطة من المؤسسات الناجحة، إذا من هنا تظهر فكرة مشروع المؤسسة كآلية تستجيب لضرورة العصرنة وذلك لكونها آلية تمكن المؤسسة الصحية للإنتقال من تسيير إداري إلى منطق تسيير يقوم على تحديد الأهداف وكذلك يستجيب لضرورة تعبئة الموارد البشرية حول تلك الأهداف.

(1-2) إستراتيجية مشروع المؤسسة:

من خلال القانون الأساسي المتضمن إنشاء المؤسسات الصحية التي تم عرضه سابقا توصلنا إلى أنها صنف كـمؤسسة عمومية ذات طابع إداري، ومن ثم أصبحت تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلالية المالية، الأمر الذي يتيح المجال للمؤسسات الصحية بتبني فكرة مشروع المؤسسة.

✦ تعريف مشروع المؤسسة:

من بين أهم التعاريف "عرف مشروع المؤسسة على أنه إنجاز ديناميكي لأهداف طبية إجتماعية للمؤسسة اعتمادا على نظريتها الفلسفية واختياراتها الإستراتيجية هي مؤسسة على مبدأ تعاقدى، تلتزم به الأطراف الفاعلة في المؤسسة ويعتبر بمثابة وثيقة مرجعية مكتوبة ذات وجهة داخلية وخارجية للمؤسسة¹⁹.

أيضا عرف مشروع المؤسسة على أنه "عبارة عن فعل إرادى مشترك يؤكد على خصوصيات المؤسسة، وهويتها التي يتم تجسيدها في ميثاق الذي يمثل المرجع الأساسي الدائم للعمليات المتخذة، وهو يجمع بين ثقافات الفاعلين في المؤسسة²⁰.

إذا من خلال التعارف السالفة الذكر، يتضح لنا أن مشروع المؤسسة الصحية يتكون من مجموعة مشاريع أساسية متكاملة فيما بينها، وهي كالآتي:

- المشروع الطبى: يتمثل في تشخيص الإمكانيات والقدرات الطبية، وأشكال التنظيم التي تعرضها المؤسسة الصحية للتسيير في إطار متكامل ومعروف، للإستجابة للمهام الصحية المسندة إليها في إطار إستعجالى على المدى القصير بالنسبة للعلاقات المتواصلة، وعلى المدى الطويل بالنسبة للعلاجات التي لها علاقة بالإستشفاء ومنه يتبن لنا من خلال هذا التعريف أن المشروع الطبى يعتبر بمثابة العمود الفقري لمشروع المؤسسة وأساسى لإعداد المشروعات الأخرى.
- المشروع شبه الطبى: كما يعرف بإسم مشروع المصلحة لأنه عبارة عن برنامج يتم إعداده من طرف رئيس المصلحة بالمشاركة مع مساعديه للتعريف بنظرتهم المستقبلية للمصلحة.

- والمشروع الإجتماعي: يتم إعداده من طرف مديرية تسيير الموارد البشرية، إذ يعبر عن التفكير الإستراتيجي الذي يستهدف إستكمال ومتابعة التغيرات التي يقوم بها مشروع المؤسسة لتسهيل عملية تكييف المستخدمين واختيار الكفاءات تبعا للأهداف المسطرة.

حيث أنه من خلال المشاريع السابقة نتوصل إلى أن مشروع المؤسسة هو مشروع تلتقي حوله كل الأطراف المتدخلة في العملية الصحية داخل المؤسسة وخارجها، كما ويجب أن يلتزم به الجميع، وفي ضوءه يتم تقييم مدى تحقيق المؤسسة الصحية لأهدافها، ومنه نستطيع القول أن مشروع المؤسسة يهدف لكسب الرهانات المطروحة لتحقيق:

- تعبئة الهياكل الصحية حتى تتخرط في مشروع مؤسسة صحة الغد؛
- التميز في نوعية الخدمات الصحية المقدمة كما ونوعا ؛
- ترقية المناخ الصحي؛
- تدعيم اللامركزية؛
- وتميز البرامج الصحية بالمرونة في التنفيذ.

إذا من خلال هذه الأهداف، نتوصل إلى وضع مشروعا صحيا شاملا يعمل على التنسيق بين التسيير الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية، كما يعبر عن آلية جديدة تجعل المؤسسة الصحية تتقاسم مستقبلها ومصيرها مع مستخدميها وتنمي روح إنتمائهم لمجموعة تحمل نفس القيم.

⊕ خصائص مشروع المؤسسة:

باعتبار مشروع المؤسسة خطة عمل تساهم جميع الأطراف المعنية في بلورته، وبما أنه يمثل المسار الشامل للمؤسسة الإستشفائية، هنا نستطيع القول أنه بالمقابل لابد من أن يتميز بالخصائص التالية²¹:

- وثيقة مكتوبة مرجعية:

من أهم العمليات التي يجب القيام بها خلال فترة إنجاز مشروع المؤسسة هو صياغة هذه العمليات في وثيقة مكتوبة، تعبر عن:

- مرجع لإستراتيجية المؤسسة؛
- الإتجاهات والمهام العامة للمؤسسة الصحية؛
- والتعبير عن القيم المشتركة بين أعضاء المجموعة القائدة والمنفذة للمشروع؛
- تحديد إطار مخططات النشاط التي توضع حيز التنفيذ لبلوغ الأهداف؛

- وسيلة بعث حيوية داخل المؤسسة:

التنسيق بين المستويات الطبية المختلفة وتعريفها بالوسائل التي يجب إستخدامها لتحقيق الأهداف المسطرة، والمتمثلة في:

- يعلن إرادة الفريق المسير؛
- تعبئة الطاقات الفردية والجماعية؛
- توطيد العلاقات مع المنتفعين داخل وخارج المؤسسة الصحية؛
- تحديد نطاق أنشطة المؤسسات الصحية من حيث الخدمات التي تقدمها والتكنولوجيا المستخدمة والفضاءات المستهدفة؛
- وتحديد المهام لنقوية إمكانية التكامل بين مختلف مكونات النظام الصحي.

- فضاء للمشاركة:

- يعمل مشروع المؤسسة على ضمان:
- روح التضامن والمبادرة بين فريق العمل في المؤسسة الصحية؛
 - يحرص على تطوير حركة إنخراط ضمن أهداف محددة جماعيا؛
 - وتطوير الشعور بالمسؤولية للعمل من أجل المصلحة العامة؛

- رسالة للمحيط الخارجي:

تمثل الركيزة الأساسية لتحقيق الأهداف المرجوة من مشروع المؤسسة، حيث تعمل هذه الرسالة على:

- المحاور الكبرى لأهم الإستراتيجيات التي سبق التفكير فيه؛
- الأهداف التي يجب أن تكون مبنية على الإستمرارية؛
- رسالة تزيد من إمكانية التناسق الداخلي، لكونها تعد بشكل جماعي يقوم بتكريس التقارب بين الطموحات الفردية وتتوافق مع إمكانيات المؤسسة الصحية؛

- مشروع تعبئة وتجنيد:

- يسعى مشروع المؤسسة إلى تحقيق التقاط الموائية:
- يقيم العناصر الديناميكية في ثقافة المؤسسة من أجل تحضير المستقبل؛
 - دعم ترجمة مخططات نشاط وإستراتيجية المؤسسة الصحية؛
 - دعم تطلعات وطموحات الأعضاء المكونة للمجموعات تبعا للمهام والقيم المشتركة؛
 - التركيز على فكرة المشاركة والنقاش بين الأعضاء المشاركين في مختلف المجموعات؛
 - وربط علاقات إتصالية بين المسؤولين وأعضاء المجموعات على المستوى الطبى وشبه الطبى والإجتماعى.

(2-2) مسار إعداد مشروع المؤسسة:

باعتبار تبني فكرة مشروع المؤسسة من طرف المؤسسة الصحية فضاء متميز يسمح للمؤسسة الدخول في حوار مع نفسها من جهة ومع محيطها الخارجي من جهة أخرى، ولضمان أداء فكرة المشروع بعدها الأساسي لابد من إتباع المراحل الموائية:

- مرحلة التشخيص:

تتميز هذه الخطوة بضمان الجو الملائم لمسار المشروع والركيزة الرئيسية لإعدادها، حيث يتم من خلال هذه الخطوة تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، لذلك فهي تمس عملية تشخيص المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة:

(أ) تشخيص المحيط الداخلي:

لا يمكن أن تتم هذه الخطوة إلا في حالة إعتبار المؤسسة الصحية كنظام إنتاجي من حيث التسيير وكذا نوعية العلاقة فيما بين المصالح، كما يمكن أن تشمل عملية التشخيص الداخلي المجالات التالية:

- دراسة شاملة لوظيفة وأهداف المؤسسة (شروط العمل، التسيير، التنظيم، الموارد البشرية، الموارد التقنية)؛
- دراسة الوظائف المختلفة بالمؤسسة الصحية (الوظيفة الطبية، التقنية، العلاجية، الإدارية، الإمداد، الفندقية...)
- ودراسة المصالح (خصائصها، نقاط القوة فيها ونقاط الضعف، مهامها، تنظيمها والكفاءات المهنية المتوفرة فيها، بالإضافة إلى نوعية الخدمات التي تقدمها...).

ب) تشخيص المحيط الخارجي:

يعتبر من النقاط الرئيسية التي تحدد جودة الخدمات الصحية وذلك نظرا لما تواجهه المؤسسات الصحية من تغيرات وتعتيدات نتيجة للتعديلات في السياسات والقوانين وأساليب التسيير، لذلك يهتم هذا النوع بمنظومة القوانين، الميزانية ونفقات الصحة، تطور التقنيات والتكنولوجيا في مجال الصحة والتوسع إلى خدمات صحية في مجال التشخيص والعلاج، وهذا على الصعيد الوطني، أما على الصعيد المحلي فيتم تشخيص وضعية العرض من خلال دراسة الوضع الوبائي، تشخيص وضعية الطلب على العلاج وذلك من خلال دراسة المعطيات الديمغرافية، الجغرافية والوبائية للمجتمع، كما لابد من معرفة تركيبة السكان المطلوب علاجهم، وطريقة إستقاداتهم من الخدمات الصحية وذلك برسم خريطة معلم عليها المؤسسات الصحية العمومية والخاصة الواقعة في الإقليم الجغرافي للقطاع أو تلك التي يحتاج إليها للمساعدة في التكفل الصحي.

- والتشخيص الإستراتيجي:

يعمل هذا التشخيص على إستحداث جو ملائم لإنطلاق مشروع المؤسسة، بحيث هو عبارة عن عملية تعتمد على إستطاق الواقع بالدخول في تواصل جاد من جهة مع مكونات المحيط الخارجي ومن جهة أخرى مع عناصر المحيط الداخلي، وهو ما يضمن السير قدما نحو إنخراط الفاعلين الأساسيين في حياة المؤسسة في سياق المشروع، بداية من الإقتناع بالفكرة ثم الإنخراط فيها والإلتزام بمضمونها والعمل من أجل إنجاحها. ويعمل هذا التشخيص على المقارنة بين معطيات التشخيص للمحيط الداخلي والخارجي، وتكمن أهمية هذا التقييم في التعرف على دلالتها وأبعادها الإستراتيجية، وذلك لتقدير الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة للمؤسسة إتجاه وضعها التنافسي بالمؤسسات المحلية التي تقدم نفس الخدمات الصحية، وهذا لا يتم إلا من خلال:

- تحديد نقاط الضعف وإظهارها للإستفادة منها عن طريق دعمها مستقبلا؛
- زيادة فعالية التشخيص الإستراتيجي من خلال تحقيق الترابط بين نقاط القوة ونقاط الضعف؛
- توضيح علاقة التأثير بالمؤسسات الصحية المختلفة سواء تلك التي تعمل على الإمداد لها والتي تستقبل خدماتها أو تنشط في عملياتها.

✦ مرحلة صياغة المشروع:

بعد تشخيص واقع المؤسسة يقوم القائم على إعداد مشروع المؤسسة إلى الصياغة النهائية له، وذلك وفق الخطوات التالية:

- صياغة التوجهات العامة:

يتم ذلك من خلال التعبير عن الفرص والأخطار المتواجدة في البيئة الخارجية للمؤسسة الإستشفائية، حيث تقوم لجنة قيادة مشروع المؤسسة بطرح الأفكار الأساسية لمضمون المشروع، ثم تطلب من مختلف المصالح إعداد مشاريع فرعية تستجيب لنفس الإطار العام الذي حددته اللجنة مسبقا، ثم تجمع كل المشاريع الفرعية المقترحة في مشروع شامل، كأن تقوم المؤسسة الصحية المحافظة على إختصاص معين أو إلغاء نشاط أو التوسع لمهام أو التركيز على خدمة معينة.

- الإختيار:

من بين عدد من الإمكانيات المطروحة يتم إختيار مشروع واحد وذلك حسب تجسيدها في الميدان وحسب الأولوية.

- صياغة الأهداف:

على المؤسسة الإستشفائية تحديد الأهداف والنتائج المرغوب الوصول إليها وقياس التقدم إتجاهها كنتيجة يمكن تحقيقها في إطار زمني محدد، ومنه ترجمة رسالة المؤسسة الصحية إلى واقع عملي.

✦ مرحلة التنفيذ:

بعد أن يتم إعداد الخطوط العريضة لمشروع المؤسسة تأتي مرحلة وضع المشروع حيز التجسيد على أرض الواقع، بحيث يتم التطبيق من خلال المراحل الموالية:

- مرحلة إعداد مخطط النشاط:

لابد من إعطاء أهمية لمجموع النشاطات التي تتكرر يوميا بها والتي يتم إنهاؤها من قبل مستويات التحكم والتنفيذ وتلك النشاطات ذات البعد الإستراتيجي الذي يربط المؤسسة الإستشفائية بمحيطها، حيث أن الهدف من إعداد مخططات النشاط هو تكريس أهمية التسيير اليومي كأداة لإنجاح مسار مشروع المؤسسة، وعند الإنتهاء من عملية إعداد مخططات النشاط يتم إستخلاص أهم التنبؤات الممكنة للموارد والميزانيات التقديرية للمشروع، وذلك بإشتراك جميع الفاعلين من أجل تسهيل عملية إنجاز وتنفيذ المشروع.

- إعداد لوحة القيادة:

تعتبر عن وسيلة قيادة ومتابعة للعمل، كما تضم مجموعة من المؤشرات التي يتم إختيارها من طرف المسؤولين كمعيار تدل على مدى تحقيقهم لأهدافهم، ولا يتم الإعداد النهائي للوحة القيادة إلا بالالتزام بالقواعد الآتية:

- الدورية:

يتم إعداد المعطيات القاعدية المتعلقة بنشاط الهياكل الصحية في كل ثلاثي أو عند طلبها من قبل الجهات الوصية كوزارة الصحة أو مديرية الصحة على مستوى الولاية، في فترات غير متجانسة زمنيا، ومنه لابد من الإشارة إلى أنه فترة ثلاثة أشهر تعتبر فترة طويلة نسبياً وهذا يتناقض مع طبيعة نشاط المؤسسات الاستشفائية التي تستلزم التقييم السريع لإتخاذ التدابير اللازمة، لذلك لابد من تعديل المدة إلى شهر على الأكثر لإعداد المعطيات ومعالجتها، ومنه تصبح هناك إمكانية إتخاذ القرارات التصحيحية في الوقت وبالكيفية المطلوبة ومن ثم تقييم فعاليتها.

- المقارنة:

لا يتم إستعمال أسس موضوعية وعملية لتقييم مردودية المصالح الاستشفائية، ذلك لأن أصل المقارنة يقوم على أساس الإعتماد على مصالح متجانسة سواء من حيث الحجم أو من حيث تعداد المستخدمين أو من حيث التجهيزات أو من حيث تعداد المنفعين.

- المسؤولية:

ترتبط مسؤولية إعداد لوحة القيادة بمدير المؤسسة الاستشفائية أو المدراء المساعدون، حيث تتمثل مسؤولية المدير في ضبط التوازنات المالية وحجم الخدمات المقدمة، وعمليا يمكن حصرها في ثلاثة أقسام، فنجد القسم الخاص بالتسيير، حيث يقوم هنا مدير المؤسسة الاستشفائية بمتابعة كل من مساهمة الدولة ومختلف الهيئات الأخرى المتدخلة في إيرادات الميزانية وكذلك المتابعة الدورية لمجموع الإيرادات المتحصل عليها مقابل الخدمات الصحية المقدمة هذا من جهة، ومن جهة أخرى لابد على نفس المدير من متابعة وتحديد النفقات الخاصة بالمستخدمين وتغذية المرضى، نفقات الأدوية، الوقاية والتجهيز وبالإضافة إلى نفقات أخرى مرتبطة بالتسيير، أما بالنسبة لقسم الإستثمارات يقوم مدير المؤسسة الاستشفائية بمتابعة نفقات الإستثمار بصفة دورية على المدى القصير والمتوسط والطويل من خلال الإعتماد على معدل التجهيز ومعدل الإنجاز ومعدل الإهلاك، كما أيضا له مسؤولية خاصة بالنسبة لقسم النشاطات الصحية حيث لا يمكن له أن يحدد الزيادة أو النقصان في الإيرادات والنفقات إلا من خلال معرفة تطور مختلف النشاطات والخدمات، وهذا بدوره لا يتم إلا من خلال الإعتماد على مؤشرات أساسية، مثل عدد المرضى، عدد أيام العلاج، متوسط مدة الإقامة. هذا من جهة، ومن جهة أخرى وحسب القانون التنظيمي للمؤسسات الصحية فإنه يساعد المدير على تسيير الهياكل الصحية مدراء مساعدين ووفق التوجهات المحددة من قبل مجلس الإدارة.

2-3) إستراتيجية القضاء على فوضى التسيير في القطاع الصحي:

إن المشاكل التي تعاني منها مؤسساتنا الإستشفائية العمومية يمكن إرجاعها إلى غياب سياسة واضحة خاصة بنمط التسيير وإلى غياب إستراتيجية صحية واضحة، لذا نسلط الضوء في هذا العنصر على مجموعة من الإستراتيجيات المعتمدة من قبل وزارة الصحة الجزائرية.

- الشراكة مع مؤسسات متعددة الجنسيات:

من بين الإصلاحات التي دخلت حيز التطبيق، نجد أن وزارة الصحة قامت بشركات مع مؤسسات متعددة الجنسيات، إذ ومن أجل تحديث تسيير المركز الجامعي مصطفى باشا كعملية نموذجية تكمن في إعادة تنظيم الطب الجراحي والنظافة الاستشفائية في إطار إعادة الاعتبار لخدمة الاستعجالات الطبية بالتعاون مع المجموعة الدولية "جنيرال الكترك" وينتظر توسيع التعاون مع هذه المجموعة المتعددة الجنسيات وتعميم هذه العملية على باقي المصالح الاستعجالية عبر الوطن من أجل الاستجابة والتكفل الأمثل بالمرضى والجرحى بفعالية في مصالح الاستعجالات.

كما أنه من أهم ما تضمنته الاتفاقية مع مجموعة "جنيرال الكترك" اقتراح بعض الحلول لتحسين تسيير حركة توزيع المرضى على المصالح لما تمتلكه هذه المجموعة الاقتصادية من خبرة في مجال التسيير، وأضاف أنه بالنظر إلى المشاكل الظرفية التي يواجهها هذا المركز تم اقتراح تحيين بعض المعطيات وتحسين طرق استعمال الحلول العلمية الموجودة عبر العالم. واعتبر أن طبيعة الاستعجالات الطبية الجراحية تمثل حالات غير مبرمجة وغير منتظرة وتنظيمها يتطلب عدة إجراءات، ميرزا أن الشراكة مع مجموعة جنيرال الكترك ليست هي الحل الوحيد والبدل وإنما يجب الحرص على تقديم العلاج النوعي خاصة وأنها تمتلك الكفاءات والإمكانات المادية إلى جانب برنامج الوزارة المبنى على الديمومة. بالإضافة إلى ذلك نجد أنه من أولويات برنامج وزارة الصحة إعادة تنظيم وإصلاح الاستعجالات من خلال تكثيف العمليات التفتيشية للوقوف على تشخيص الحالة كما هي، حيث هناك 24 محورا يتعلق مباشرة بإصلاح المرفق العام للصحة وبالأخص الاستعجالات لتحسين نظرة المواطن لهذا القطاع.

أيضا هناك فكرة إدراج برمجة عدة مشاريع على مستوى وزارة الصحة لإنشاء مراكز استشفائية عمودية وذات بناية واحدة لان المستشفيات المتواجدة على المستوى الوطني والعاصمة على غرار بنى مسوس وباب الواد لا يستجيب للمتطلبات الحديثة بالرغم من كثرة المرضى مؤكدا بان مستشفى مصطفى باشا يحتوى على 45 مصلحة جراحية ومصالح الأشعة والصيدليات وهو مستشفى عن العهد الاستعماري يقوم بدوره على أحسن ما يرام لكن هذا النوع من البنايات لا يسهل العمل على العمال والمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين وبعد المصالح عن بعضها البعض يزيد من مشاكل تسيير الحركة، كما أن مشكل تسيير الضغط على المستشفيات الجامعية إلى توافد المواطنين إلى المستشفيات الجامعية من أجل الفحوصات البسيطة التي يمكن القيام بها في قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات²³.

- الخارطة الصحية:

إن متطلبات العصر والتحولات الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع الجزائري، تستدعى قانون صحة جديد باعتبار أن قانون 85/05 الذي وضع منذ أكثر من 25 سنة، أصبح لا

يستجيب لهذه التحولات. حيث أن المجتمع الجزائري شهد تحولات ديموغرافية ووبائية بعد القضاء على الأمراض المعدية المتقلة التي كانت متفشية خلال سنوات السبعينيات وظهور أمراض جديدة مزمنة منتشرة، فرض على الدولة فتح ورشات جديدة تتطلب قوانين وتشريع جديد يتماشى مع هذه التطورات.

كما أظهرت مختلف عمليات التفتيش التي قامت بها وزارة الصحة للعديد من المؤسسات التابعة للقطاع منذ شهر سبتمبر 2013، مشكلتين أساسيتين كانت سببا في الاختلالات التي يعاني منها القطاع الصحي، الأولى ذات طابع تنظيمي والثانية تتمثل في التسيير. فبالنسبة للمشاكل التنظيمية فإن الخبرة في الميدان أثبتت أن التنظيم الحالي للقطاع لا يساعد على وضع برامج صحية جيدة في ظل غياب التخطيط، حيث ينتظر من القانون الجديد للصحة أن يعيد الاعتبار لتخطيط يتماشى مع الخارطة الصحية الجديدة ويسمح بتسيير الموارد ووضع شبكات علاج محلية ولأئية ووطنية. كما سيجتمع هذا التقسيم الجديد في إطار قانون الصحة المقبل وينسق الموارد بين القطاعين العمومي والخاص من أجل ضمان تغطية صحية شاملة لكل مناطق الوطن في إطار هذه الخارطة الجديدة. وسيتم في إطار التنظيم الجديد البحث عن وسائل تمويل لنشاطات القطاع العمومي بعدما كان ومنذ 1974 تمول الدولة الهياكل فقط وستسمح هذه السياسة الجديدة بالمحافظة على مكاسب الطب المجاني مع السهر على حماية الشرائح الهشة للمجتمع ووضع ميكانيزمات جديدة وفق مقاييس عالمية تضمن توفير علاج حسب نظام الدفع من أجل الغير يستفيد منه المواطن بالقطاعين العمومي والخاص في إطار نظام التعاقد وترشيد التسيير. حيث سيرتكز هذا التنظيم الجديد بالدرجة الأولى على نتائج ونوعية التشخيص والتكفل ومتابعة الملف الطبي للمريض بطريقة محكمة ونفاذ مصاريف إضافية وتحاليل طبية دون جدوى من جهة، وكذلك تمويل المؤسسات العمومية على أساس النشاطات التي تقوم بها والنتائج المحققة من جهة أخرى.

- وسياسة توظيف جديدة:

جاءت الإستراتيجية الجديدة على أنه سوف يتم تبني سياسة توظيف جديدة، حيث أنه لابد إلى غاية سنة 2018 التحكم كليا في العجز المسجل على مستوى تسيير المؤسسات الاستشفائية معترفا بوجود عجز "هام" في هذا المجال²⁴، ومن أجل معالجة هذه الوضعية لابد من تدعيم قطاع الصحة بمسيرين يتميزون بالكفاءة لذا سيم الإعتماد على سياسة توظيف جديدة تعتمد على الدفعة الثانية للمتصرفين الإداريين الرئيسيين المتخرجين من المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة والمكونة من 75 طالبا، وذلك تحت إشراف وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

خاتمة:

من خلال الدراسة التي قمنا بها توصلنا إلى أن أزمة المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس نقص في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا. الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين الصحية، لذا فإنه لا يمكن أن تستمر مثل هذه الوضعية، فمن أجل التكيف مع المستجدات المعاصرة والتغيرات في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لبلادنا يتحتم على مؤسساتنا الصحية أن تعمل على تحويل عميق لطرق تسييرها، وتحديث جذري لأنظمة التسيير المعتمدة ومحاولة إشراك المستخدمين في الإدارة، الاهتمام بمعايير المردودية، الكفاءة والفعالية الشيء الذي يمكنها من تقديم خدمات صحية أكثر نوعية وأقل تكلفة.

من خلال البحث، توصلنا إلى مجموعة من النتائج تمكنا من الحكم على صحة أو نفي الفرضيات المعتمدة:

- التطور التاريخي الذي عرفه النظام الصحي الجزائري حدد أساليب تسيير وتنظيم مختلف أشكال المؤسسات الإستشفائية، إلا أنه في الواقع لازال الإعتماد على أساليب التسيير التقليدية التي تحول دون العصرية؛
- بالرغم من الأهمية الإستراتيجية للهيكل الصحية في تحقيق التنمية الاجتماعية والإقتصادية إلا أنه هناك الكثير من المشكلات التي تعترض السير الحسن للمؤسسات الإستشفائية وأهمها مركزية القرار؛
- باشرت السلطات المعنية بإصلاحات هامة من أجل تحديث تسيير المؤسسات الإستشفائية، لكنها تبقى غير كافية لأن تطبيق بعض الإستراتيجيات يسيير بوتيرة بطيئة، والبعض منها يبقى مجرد حبر على ورق.

وبناء على نتائج التحليل، هناك مجموعة من التوصيات:

- لا بد من تحفيز وتحريك الموارد البشرية، وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المرضى خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم؛
- وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها والسهر على تنفيذها وتقييمها؛
- يجب على المؤسسات الصحية أن تهتم بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات، وأن تشجع المبادرات وأن تعمل إدارتها على إشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهم تسيير ومستقبل مؤسساتهم.
- العمل على تحسين ظروف العمل، وتوفير المواد المستهلكة، الأدوية الأساسية بصفة دائمة حيث في الكثير من الحالات ينتظر المرضى بسببها الشيء الذي يسمح بالتكفل التام بالمسائل الصحية للمواطنين؛
- لا بد من وضع مخطط محاسبي وطني إستشفائي يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف التشغيل؛
- الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات، والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى وتقديم خدمات صحية في المستوى.

الهوامش والمراجع:

- 1 الأمر 57-76 المؤرخ في 05 جويلية 1976م الموافق لـ 07 رجب 1396هـ المتضمن الميثاق الوطني (الجريدة الرسمية، العدد 61).
- 2 الأمر 97-76 المؤرخ في 22 نوفمبر 1976م الموافق لـ 30 ذي القعدة 1396هـ المتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية (الجريدة الرسمية، العدد 94).
- 3 القانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985م الموافق لـ 26 جمادى الأول 1405هـ المتعلق بحماية الصحة وترقيتها (الجريدة الرسمية، العدد 08).
- 4 المرسوم 86-22 المؤرخ في 09 فيفري 1986م الموافق لـ 30 جمادى الأول 1406هـ المتعلق بنشر الميثاق الوطني (الجريدة الرسمية، العدد 07).
- 5 وثيقة الجلسات الوطنية للصحة، «ميثاق الصحة»، الجزائر (قصر الأمم) 26-28 ماي 1998، ص 5.
- 6 SAIHI A., «Le Système De Santé Publique En Algérie», In Revue "Gestions Hospitalières", n° 455, Avril 2006, pp. 241-242.
- 7 المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها (الجريدة الرسمية، العدد 33).
- 8 قاعدة بيانات البنك العالمي، <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH>
- 9 Etablissement Hospitalo Universitaire
- 10 Les Centre Hospitalo Universitaires.
- 11 المرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997م الموافق لـ 02 شعبان 1418هـ المحدد لقواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية، العدد 81).
- 12 Spécialisés Les Etablissement Hospitaliers.
- 13 المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997م الموافق لـ 02 شعبان 1418هـ المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية، العدد 81).
- 14 Etablissements Publics Hospitaliers.
- 15 Etablissements Publics de Santé de Proximité.
- 16 Etablissements Hospitaliers.
- 17 السعيد قاسمي، «التفاعل بين الرسالة والبيئة في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية: دراسة حالة بعض مؤسسات صناعة الأدوية»، أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، 2011، ص ص 174-175.
- 18 بن لوصيف زين الدين، «تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة»، <http://www.startimes.com> 2014/06/14
- 19 LEFEVRE P., «Guide of formation directeur d'établissement, social et médico-social», ed. Dawned, Paris, 1999, p. 151.
- 20 BELAID -, «System de gestion», Dossier Pédagogique, ENMAS, Mars 2006, Alger, p. 20.
- 21 سنوسي علي، «تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010»، دكتوراه علوم في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010، ص 312.
- 22 سنوسي علي، مرجع سابق، ص 333.
- 23 يوسف ب، «شركة متعددة الجنسيات لـ "تسيير وتنظيم المستشفيات الجزائرية"»، 2014/06/16، <http://www.elhayatarabiya.com>
- 24 بوعبوش سعاد، «تغطية العجز المسجل في إدارة المؤسسات الاستشفائية»، 2014/06/16، <http://www.djazaire.com/echchaab>