

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر (2) - أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمقراطية

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم اجتماع تخصص: التنظيم والعمل بعنوان:

السياسة الصحية في الجزائر وتجربة الإصلاح

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة

إشراف الأستاذ:
أ.د. الهاشمي مقراني

إعداد الطالبة:
ذهبية صيفي

السنة الجامعية : 2018/2017

شكر

الشكر كل الشكر :

- للأستاذ المشرف الدكتور مقراني الهاشمي الذي أفادني من خبرته وتفضل علي بالنصائح والتوجيهات التي ساهمت في تجاوزي لبعض العقبات .
- للسيدة بلحسن فاطمة الزهراء والأنسة واعد زهية على المساعدة القيمة التي بذلتها من أجل إتمام هذا العمل .

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة

على قبولهم مناقشة وإثراء هذا العمل .

ذهبية صيفي

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع:

- إلى ينبوع الصبر والتفاؤل أمي الغالية .

- إلى معلمي الأول أخي سعيد الذي لم يبخل علي بشيء يوماً .

- لزوجي جيلالي شلوش الذي كان لي نعم السند ولم يدخر جهداً في

مساعدتي على إنجاز هذا العمل .

- وإلى كل من علمني حرفاً أصبح سناً برقه يضيء الطريق أمامي .

- وإلى أبنائي الأعزاء : عبد المالك ، ليلى ، مهدي وأمين .

ذهبية

فهرس المحتويات

شكر

اهداء

الفهرس

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

مقدمة 1

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة.....5

1. مبررات اختيار الموضوع 6

2. أهمية الدراسة. 6

3. أهداف الدراسة. 6

4. إشكالية الدراسة. 7

5. فرضيات الدراسة. 8

6. تحديد مفاهيم مصطلحات الدراسة. 8

7. المقاربة النظرية. 19

8. مجالات الدراسة. 24

9. المناهج و التقنيات المستعملة في الدراسة. 28

10. الدراسات السابقة. 35

11. صعوبات الدراسة. 46

الفصل الثاني : الإصلاحات الصحية في الجزائر و علاقتها بالإصلاح الإداري.....48

تمهيد 49

1. الإطار العام للإصلاح الإداري 49

1.1. أهمية الإصلاح الإداري في الإدارة العام. 49

52.....	2.1. الأسباب الداعية للإصلاح الإداري.
57.....	3.1. مداخل الإصلاح الإداري.
58.....	4.1. مجالات الإصلاح الإداري.
63	5.1. نماذج الإصلاح الإداري.
66	6.1. متطلبات عملية الإصلاح الإداري.
67.....	7.1. خطوات الإصلاح الإداري .
76.....	8.1. الإصلاح وردود أفعاله
77.....	9.1. معوقات الإصلاح الإداري.
78.....	10.1. التحديات المعاصرة في الإصلاح الإداري
79.....	2. الإصلاح الإداري في الجزائر :
79.....	1.2. نبذة عن جهود الإصلاح الإداري في الجزائر.
84.....	2.2. تكثيف جهود الإصلاحات الإدارية
100.....	3. الإصلاحات الصحية في خضم الإصلاحات الإدارية
100.....	1.3. الصحة خدمة عمومية تتكفل بها الدولة عن طريق المؤسسات العمومية للصحة
107.....	2.3. الخدمة الصحية نتاج تظافر ادوار عدة فاعلين.....
111.....	3.3. المحاور الكبرى لإصلاح المؤسسات العمومية للصحة
114.....	خلاصة الفصل.....
115.....	الفصل الثالث : واقع السياسة الصحية في ظل التغيرات الجديدة.....
116.....	تمهيد.....
116.....	1. التوجهات السابقة للسياسة الصحية
116.....	1.1. من حيث الهياكل
123.....	2.1. من حيث نظام التمويل
130.....	3.1. من حيث الموارد البشرية.....
133.....	2. خصائص السياسة الصحية قبيل الإصلاحات
133.....	1.2. الظروف الداخلية.....
135.....	2.2. الظروف الخارجية.....
140.....	3. محتوى الإصلاحات الصحية
141.....	1.3. الأهداف العامة
141.....	2.3. الاتجاهات الاستراتيجية للإصلاح.....

145.....	3.3 خطة العمل
147.....	4. المسار التطبيقي لعملية الاصلاح
147.....	1.4 الأعمال المخطط لها من 2001 الى نهاية 2003
149.....	2.4 الأعمال المخطط لها الى غاية نهاية 2005
150.....	3.4 الأعمال المخطط لها الى غاية نهاية 2010
152.....	خلاصة الفصل
153.....	الفصل الرابع: الدافعية لدى الموارد البشرية و عملية التحفيز
154.....	تمهيد
154.....	1. التحفيز كوظيفة لإدارة الموارد البشرية
154.....	1.1 مفهوم إدارة الموارد البشرية
156.....	2.1 أهمية إدارة الموارد البشرية و أهدافها
158.....	3.1 وظائف إدارة الموارد البشرية
175.....	2. العوامل المؤثرة في تأدية وظيفة التحفيز
175.....	1.2 العوامل الداخلية
177.....	2.2 العوامل الخارجية
178.....	3. التطور التاريخي لوظيفة التحفيز
178.....	1.3 المرحلة الأولى (المدرسة التقليدية)
178.....	2.3 المرحلة الثانية (المدرسة الإنسانية)
179.....	3.3 المرحلة الثالثة (المدرسة المعاصرة)
179.....	4. التحديات الحديثة المرتبطة بالتحفيز
180.....	1.4 قوة العمل المتغيرة
180.....	2.4 الظروف الإقتصادية المتغيرة
181.....	3.4 تغير النمط الثقافي السائد
181.....	5. نظريات الدافعية
182.....	1.5 نظريات الحاجات
190.....	2.5 النظريات المعرفية
195.....	6. نظام حوافز الموارد البشرية
195.....	1.6 أهداف سياسة التحفيز و مشاكلها
196.....	2.6 التقسيمات المختلفة للحوافز

199	3.6 أنواع الحوافز.....
199	4.6 مقومات فاعلية نظام الحوافز.....
202	5.6 مراحل تصميم نظام الحوافز.....
204	خلاصة الفصل.....
205	الفصل الخامس: استراتيجيات الاتصال في المؤسسة الصحية.....
206	تمهيد.....
206	1. عملية الاتصال.....
206	1.1 تطور نظرية الاتصال في الفكر الإداري.....
209	2.1 أهداف الاتصال.....
212	3.1 مهام الاتصال.....
213	4.1 عناصر عملية الاتصال.....
214	5.1 أنواع الاتصال.....
217	6.1 مبادئ عملية الاتصال.....
219	7.1 معوقات العملية الاتصالية.....
220	2. عملية الإتصال في المؤسسة الصحية.....
220	1.2 خصوصيات عملية الإتصال في المؤسسة الصحية.....
222	2.2 خصائص المعلومة في الصحة.....
228	3. إستراتيجية الاتصال في المؤسسة.....
228	1.3 إعداد إستراتيجية الإتصال.....
230	2.3 تنفيذ إستراتيجية الإتصال.....
230	4. تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات الحديثة.....
231	1.4 مفهوم تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات الحديثة.....
231	2.4 أسباب التوسع في استعمال تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات.....
232	3.4 الصحة الإلكترونية و تكنولوجيا المعلومات الصحية.....
235	خلاصة الفصل.....
237	الفصل السادس : تقديم ميدان البحث.....
238	تمهيد.....
238	1. تقديم عام لميدان البحث.....
238	1.1 لمحة تاريخية (الإنشاء و التصنيف).....

239.....	2.1. التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لزرالدة و بمهامها
239.....	3.1. التعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة و بمهامها
240.....	2. تنظيم و سير المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
240.....	1.2. التنظيم الإداري
241.....	2.2. التنظيم المالي
242.....	3.2. معطيات خاصة نشاط المؤسسات
243.....	3. تجربة المؤسسات الصحيين لزرالدة في اعادة الهيكلة (2007)
245.....	الفصل السابع : عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية
246.....	1. عرض و تحليل معطيات الاستبيان
246.....	1.1. عرض و تحليل بيانات المحور الأول (خصائص عينة البحث)
255.....	2.1. عرض و تحليل بيانات المحور الثاني (الفرضية الأولى)
301.....	- الإستنتاج الجزئي الأول
306.....	3.1. عرض و تحليل بيانات المحور الثالث (الفرضية الثانية)
327.....	- الإستنتاج الجزئي الثاني
331.....	4.1. عرض و تحليل بيانات المحور الرابع (الفرضي الثالثة)
343.....	- الإستنتاج الجزئي الثالث
345.....	2. عرض و تحليل بيانات المقابلات
345.....	1.2. عرض المقابلات
355.....	2.2. تحليل بيانات المقابلات
360.....	- الإستنتاج الجزئي الرابع
364.....	3. النتائج العامة للدراسة
373.....	خاتمة
375.....	قائمة المراجع

الملاحق

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
64	نماذج مفاهيم الإصلاح الإداري.	01
104	العلاقة بين النظام و النظم الفرعية المنبثقة عنه	02
105	مكونات المؤسسة الصحية كنظام مفتوح	03
108	مكونات النظام الصحي في الجزائر	04
109	الفاعلون و أدوارهم في الصحة العمومية	05
113	يبين تأثير السياسة الصحية بمختلف السياسات	06
137	الانتقال الديمغرافي للجزائر 1999-1900	07
170	محددات الكفاءة الإنتاجية	08
174	إدارة الأفراد كنظام متكامل	09
185	هرم الحاجات لماسلو	10
190	مقياس الرضى	11
190	مقياس عدم الرضى	12
193	التمثيل النظامي للتوقع	13
202	خطوات تصميم نظام الحوافز	14
207	مفهوم المعبر او الجسر للاتصالات الجانبية	15
211	الإتصالات كرابطة بين العمليات الإدارية و أهداف التنظيم	16
213	عناصر نظام الاتصالات	17
225	نظام المعلومات في التنظيم	18

226	نظم الإنتاج و العمليات في المستشفى	19
361	علاقة التوجه الجديد للسياسة الصحية بالسياسة العامة للدولة، ومجالات التغيير في الصحة	20
362	ترتيب المبحوثين لمعيقات العملية الإتصالية	21

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
26	التصنيف المهني لمستخدمي المؤسسة العمومية للاستشفائية لزر الدة و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.	01
28	يمثل توزيع أفراد العينة.	02
71	يبين أساليب إستراتيجية التغيير التدريجي.	03
72	الإستراتيجيات القيادية للتغيير البنوي.	04
132	التغطية الصحية للسكان في الجزائر (1996 – 2004).	05
246	توزيع افراد العينة حسب السن و الفئات المهنية.	06
247	توزيع افراد العينة حسب الفئات المهنية و الجنس.	07
248	توزيع افراد العينة حسب المستوى الدراسي و الفئة المهنية.	08
249	توزيع افراد العينة حسب الشهادات المتحصل عليها و الفئة المهنية.	09
250	توزيع افراد العينة حسب الأقدمية و الفئة المهنية.	10
251	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية و الفئة المهنية.	11
252	توزيع افراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة المتكفل بهم و الفئة المهنية.	12
253	توزيع افراد العينة حسب الأجر الشهري و الفئة المهنية.	13
255	يبين علم المبحوثين بالاصلاحات الجديدة للصحة وفق مستواهم الدراسي حسب الفئة المهنية.	14
257	يبين علم المبحوثين بالاصلاحات الجديدة وفق الأقدمية حسب الفئة المهنية	15
259	يبين أهمية هذه الاصلاحات للمؤسسة بالنسبة للمبحوثين حسب الفئة المهنية	16

260	يبين رأي المبحوثين في الفرصة التي توفرها هذه الاصلاحات للمؤسسة حسب الفئة المهنية.	17
-----	---	----

261	يبين رأي المبحوثين في الفرص التي توفرها الاصلاحات الصحية لمؤسستهم حسب اهميتها لديهم و حسب الفئة المهنية.	18
263	يبين رأي المبحوثين في إمكانية تعامل المؤسسة الصحية مع الإصلاحات بفاعلية و اسباب عدم فاعليتها حسب الفئة المهنية.	19
264	يبين رأي المبحوثين في ضرورة أدوارهم في إنجاح هذه الإصلاحات حسب الفئة المهنية.	20
266	يبين خدمة اهداف الاصلاحات الصحية لأهداف المبحوثين حسب الفئة المهنية	21
268	يبين مشاركة المبحوثين في اثراء عملية النقاش حول الإصلاحات حسب الأقدمية و حسب الفئة المهنية.	22
270	يبين مشاركة المبحوثين في اثراء النقاش حول الإصلاحات الصحية و الكيفية التي شاركوا بها حسب الفئة المهنية.	23
271	يبين تحفيز المؤسسة للمبحوثين على بذل أقصى جهودهم حسب الأقدمية.	24
272	يبين تصنيف المبحوثين لمهنتهم مقارنة بالمهن الاخرى حسب الفئة المهنية.	25
274	يبين رأي المبحوثين في مؤسستهم من حيث تقديرها لمهنتهم حسب الأقدمية و حسب الفئة المهنية.	26

275	يبين رأي المبحوثين في الأجر الذي يتقاضونه مقارنة بمستوى المعيشة حسب الفئة المهنية	27
276	يبين رأي المبحوثين في الأجر الذي يتقاضونه مقارنة بالجهد الذي يبذلونه حسب الفئة المهنية.	28
277	يبين تقييم المبحوثين لبرنامج عملهم حسب الفئة المهنية.	29
278	يبين رأي المبحوثين في ظروف الاماكن التي يزاولون فيها عملهم حسب الفئة المهنية.	30
279	يبين رأي المبحوثين في توفير مؤسستهم للوسائل المادية الضرورية لأداء مهامهم حسب الفئة المهنية.	31
280	يبين رأي المبحوثين في اجراءات الوقاية و الامن المعمول بها في المؤسسة حسب الفئة المهنية	32
282	يبين المبحوثين المستفيدين من الحوافز حسب الاقدمية و حسب الفئة المهنية.	33
284	يبين نوع الحوافز التي استفاد منها المبحوثين حسب معايير منح هذه الحوافز.	34
285	يبين استفادة المبحوثين من خدمات مؤسستهم و نوع هذه الاستفادة حسب الفئة المهنية.	35
288	يبين تقييم المبحوثين لبرامج الخدمات الاجتماعية في المؤسسة حسب استفادتهم منها و حسب الفئة المهنية.	36

289	يبين الدعم الذي يحصل عليه المبحوثون من طرف رؤسائهم المباشرين حسب الفئة المهنية.	37
291	يبين رأي المبحوثين في القوانين التي تسيّر حقوقهم وواجباتهم حسب المستوى الدراسي.	38
292	يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى حسب اهمية مهنتهم مقارنة مع المهن الأخرى و حسب الفئة المهنية.	39
294	يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى حسب تحفيز مؤسستهم لهم و حسب الفئة المهنية.	40
295	يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى قطاع آخر غير الصحة حسب تحفيز مؤسستهم لهم و حسب الأقدمية.	41
297	يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم الى قطاع اخر غير الصحة حسب اهمية مهنتهم مقارنة مع المهن الاخرى و حسب الفئة المهنية.	42
298	يبين توقعات المبحوثين فيما يتعلق بنجاح الاصلاحات حسب الفئة المهنية.	43
299	يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الاصلاحات الصحية و مبررات فشلها.	44
300	يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات حسب خدمتها لاهدافهم.	45
306	يبين رأي المبحوثين في الإصلاحات الصحية من حيث الموضوع حسب الفئة المهنية.	46

307	يبين رأي المبحوثين في الإصلاحات الصحية من حيث الوضوح حسب المستوى الدراسي.	47
308	يبين رأي المبحوثين في وضوح الإصلاحات حسب علمهم بها.	48
309	يبين رأي المبحوثين في الوعي بفائدة هذه الإصلاحات على مستوى المؤسسة حسب الفئة المهنية.	49
310	يبين رأي المبحوثين في استغلال مؤسستهم لكل امكانياتها لإنجاح هذه الإصلاحات و اسباب ذلك حسب الفئة المهنية.	50
311	يبين رأي المبحوثين في قدرة مؤسستهم للتعامل مع التغيير بفاعلية حسب استغلالها لإمكانياتها.	51
312	يبين تقييم المبحوثين لاستراتيجية الاتصال التي رافقت عملية الإصلاح حسب الشهادات الدراسية المتحصل عليها.	52
313	يبين تقييم المبحوثين لاستراتيجية الاتصال المرافقة لعملية الإصلاح حسب علمهم بالإصلاحات.	53
314	يبين رأي المبحوثين في اعلام مؤسستهم لهم التغييرات التي تحدث في مجال عملهم حسب الفئة المهنية.	54
315	يبين إستطاعة المبحوثين الاتصال بسهولة بالادارة العليا عند الحاجة.	55
316	يبين إمكانية إتصال المبحوثين مع كل من له علاقة بوظائفهم بسهولة.	56
317	يبين شرح المشرفين للمبحوثين كيفية مساهمة عملهم في تحسين اداء المصلحة و اداء المؤسسة ككل حسب الفئة المهنية.	57

318	يبين حصول المبحوثين على المعلومات من خلال مصادر غير رسمية.	58
319	يبين حصول المبحوثين على المعلومات المتعلقة بعملهم من خلال مصادر غير رسمية حسب اعلام مؤسستهم لهم بالتغييرات التي تحدث في مجال عملهم.	59
320	يبين راي المبحوثين في العلاقات بين المصالح المختلفة في المؤسسة حسب الفئة المهنية.	60
321	يبين راي المبحوثين في استراتيجية الإتصال من حيث الفعالية و اسباب عدم فعاليتها حسب الفئة المهنية.	61
323	يبين رأي المبحوثين حول التزام المؤسسة بأداء الأهداف المرسومة من طرف السلطات الوصية حسب الفئة المهنية.	62
324	يبين رأي المبحوثين حول التحديث المنتظم للاجراءات المهمة في المؤسسة حسب الفئة المهنية.	63
325	يبين رأي المبحوثين في تحديث المؤسسة لكل الاجراءات بانتظام حسب الالتزام بالأهداف المرسومة من طرف الوزارة الوصية.	64
326	يبين رأي المبحوثين في استراتيجية الاتصال المرافقة لعملية الاصلاح و علاقته مع تحديث المؤسسة لكل الاجراءات المهمة بصفة منتظمة.	65
331	يبين راي المبحوثين في الكيفية التي تم بها تقرير اصلاحات الصحة حسب الفئة المهنية.	66

332	يبين رأي المبحوثين في وضعية مؤسستهم مقارنة بوضعية المؤسسات العمومية في القطاعات الأخرى و حسب الفئة المهنية.	67
333	يبين رأي المبحوثين حول تلاؤم تدابير مؤسستهم وفق تغيرات المحيط الخارجي حسب الشهادات الدراسية.	68
334	يبين رأي المبحوثين في تحسين التكفل بالمرضى حسب الأقدمية.	69
335	يبين رأي المبحوثين في تحسين التكفل بالمرضى و اسباب تحسنه حسب الفئة المهنية.	70
337	يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الاصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و القطاعات الاخرى حسب الفئة المهنية.	71
338	يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الاصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و القطاعات الاخرى حسب الأقدمية.	72
339	يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و قطاعات اخرى حسب كيفية تقرير هذه الاصلاحات.	73
339	يبين رأي المبحوثين في مكاسب النجاح المتوقع للإصلاحات المشتركة	74
340	حسب الفئة المهنية.	
342	يبين رأي المبحوثين في أسباب الفشل المتوقع للإصلاحات الصحية المشتركة حسب الأقدمية	75

مقدمة :

إن الدولة الجزائرية و بصفتها تؤدي دور الفاعل الأساسي على المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و السياسي بشكل يتعدى حدودها الإقليمية إلى اللاحدود في إطار العولمة، فرض و لا يزال يفرض عليها التسيير في طريق محدد وفق آليات معينة كالخصوصية، و التعددية الحزبية، ترقية حقوق الإنسان، تقريب الإدارة من المواطن،... و إلى غير ذلك من الأهداف التي بتحقيقها قد تتخطى الأزمة و ترفع خناقها عن المواطن الجزائري. الذي ما يزال يعيش أوضاعا اقتصادية و اجتماعية مزرية، كغلاء المعيشة، نقص فرص العمل، الارتفاع المستمر في نسبة البطالة، استمرار السوق الموازية، و مالها من مساوئ على الاقتصاد الوطني، تدني نوعية الخدمات العمومية في كل الميادين، و انعدام البعض منها بالإضافة إلى شيوع ظاهرة الفساد الإداري و ما تحمله من صور متعددة منافية للقيم الأخلاقية و الدينية.

فما أشبه اليوم بالبارحة، حيث يعم السخط، و الرفض بالتعبير الفعلي للأوضاع بصفة عامة، و تفوح رائحة الغليان في أغلبية الأوساط. كل هذا، و غيره يمثل دعوة صريحة للدولة لمراجعة أدوارها، و دعوة للباحثين و رجال العلم لدراسة و تحليل ما نحن عليه الآن من أوضاع، لعل تصفو الرؤية و تتضح بحلول تقومها و تصححها.

لكن و مثل كل مرة، تلجأ الحكومة أمام هذه الضغوط إلى محاولة تهدئة الأوضاع بفتح ورشات تفكير و عمل كمعالجة سريعة للأمور من أجل تحسيس المواطن بنيتها في إصلاح ما يسوؤه، و بإرادتها في تحقيق مصلحته.

و من بين هاته الورشات المفتوحة، ورشة إصلاح السياسة الصحية للدولة، و التي ما كانت لتفتح لولا ما عاشته و ما تعيشه حاليا من مشاكل تخص على التوازي كلا من : المؤسسة الصحية، المواطنين الطالبين للخدمات الصحية و موظفي القطاع الذي لم يكن في منأى عن الأزمة العامة للدولة و عن الإصلاحات التي شرع فيها.

فقد كانت وضعية قطاع الصحة عبارة عن صورة مصغرة طبق الأصل لما كان يحدث في الدولة كمؤسسة في صورتها الكبرى. حيث أصبحت المؤسسة مرادفا للضعف و موضوعا لانتقاد المجتمع يطرح عدة تساؤلات حول فعاليتها و جدواها الاقتصادية و الاجتماعية، و مصدرا لعدم رضا عمالها عن أوضاعهم المهنية بشتى فئاتهم، و مصدر سخط و عدم ثقة في خدماتها من طرف مستعمليها من المرضى و المواطنين.

و قد لامسنا عن قرب مشاكل هذا القطاعو التي كانت موضوعا لإصلاحات عديدة ، فقد عرفت المنظومة الصحية الجزائرية بداية قوية بعد الاستقلال تبلورت في بناء الهياكل القاعدية و تكوين الإطارات و تخطيط البرامج الوطنية، و إرساء قواعد الصحة للجميع. لكن فيما بعد عرفت عدة مشاكل في ظل الأزمة الاقتصادية و الاجتماعية للدولة، خاصة مشكل التمويل و مشكل التنظيم و التسيير مما جعل الجهات المسؤولة تتحرك نحو البحث عن معايير و آليات جديدة لتحسين الإطار العام المنظم للصحة، بحيث يكون متماشيا مع التطورات الاقتصادية الهامة التي تمر بها البلاد، و تطور الوعي الاجتماعي لدى الأفراد و زيادة احتياجات المجتمع الصحية بفعل الزيادة الديمغرافية و التحولات الوبائية (الإبيديميولوجية) .

فقد تم تكليف الوزارة الوصية على هذا القطاع بمهمة إصلاح المستشفيات زيادة على الصحة و السكان و اللتان كانتا تشكلان المهمتان الرئيسيتان فيما سبق.

و من بين أهم الآليات الجديدة المطبقة : إعادة تنظيم هياكل الصحة بخلق هيكلين جديدين هما المؤسسة العمومية الاستشفائية، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية و إلغاء الهيكل المسمى بالقطاع الصحي، وكذلك إدراج آلية التعاقد، و مراجعة وظيفة كل هيكل ضمن سلم الخدمات الصحية ... و إلى غير ذلك.

لكن هاته العملية الإصلاحية لم ترق إلى التطلعات المرغوبة، حيث يلاحظ خلط كبير من ناحية إحترام وظيفة كل جهاز على حدى، و عدم وجود تكامل بين هاته الوظائف قصد تحقيق الوظيفة الرئيسية ألا وهي خدمة صحية ذات جودة عالية في الوقت و المكان المناسبين و للمريض المناسب، كما يتواصل سخط موظفي القطاع بكل شرائحهم من الشروط المهنية و الاجتماعية المتدهورة التي يعيشونها ضف إلى ذلك

جملة التساؤلات التي يواجهها المسيرون لهذا النوع من المؤسسات حول طرق ووسائل تحقيق هذه الفعالية المنشودة في ظل شح الموارد و التطور التكنولوجي، و كذلك في البحث عن الشروط المحفزة و الدافعة لكل العاملين ضمن محيط اجتماعي، اقتصادي، قانوني، و ثقافي في حركة مستمرة.

و حتى نتمكن من دراسة هذا الموضوع و تسليط الضوء على أهم جوانبه حسب الإشكالية التي حددناها بدقة و التي نتجت عنها إجابات مسبقة تمت صياغتها في ثلاث فرضيات، قمنا بتقسيم البحث إلى قسمين : نظري و تطبيقي يشملان سبعة فصول، يحوي الجانب النظري خمسة فصول، و الجانب التطبيقي فصلين. تناولنا في الفصل الأول من الجانب النظري الإطار المنهجي للدراسة، و الذي ركزنا فيه على تحديد أسباب اختيار موضوع الدراسة و أهدافها، كما حددنا الإشكالية و الفرضيات و مفاهيم المصطلحات التي وظفناها فيهما. ثم تعرضنا إلى المقاربة النظرية و المناهج و التقنيات المستعملة فيها، و كذلك حددنا مجالاتها و بعض الدراسات السابقة لهذا الموضوع، و أنهينا هذا الفصل بالتعرض لصعوباتها.

أما في الفصل الثاني فحاولنا تحديد العلاقة بين الإصلاحات الصحية و الإصلاحات الإدارية عن طريق التعرض للإطار النظري لعملية الإصلاحات الإدارية كتجربة تعيشها أغلب الدول ثم تعرضنا لتجربة الإصلاحات الإدارية التي تخوضها الجزائر لنخلص في الأخير إلى تكييف العلاقة بينها و بين الإصلاحات الصحية.

أما في الفصل الثالث فتناولنا واقع السياسة الصحية في ظل التغيرات الجديدة، فعرضنا توجهاتها السابقة، و كشفنا عن خصائص المؤسسة الصحية قبيل هذه الإصلاحات، كما عرفنا بمحتوى هذه الإصلاحات وبالمسار الذي اتخذته في تطبيقها.

و في الفصل الرابع تطرقنا للدافعية لدى الموارد البشرية و عملية التحفيز، و ذلك من خلال التعرف عليها كوظيفة من وظائف إدارة الموارد البشرية و على العوامل المؤثرة في تأديتها، و كذلك تطورها التاريخي و مختلف التحديات الحديثة التي ترتبط بها، و بينا مختلف النظريات التي تكونت في حقل الدافعية، و نظام الحوافز للموارد البشرية من حيث أهدافه، مراحلها و شروط نجاحه.

و تناولنا في الفصل الخامس الإتصال و إستراتيجيته في المؤسسة الصحية، حيث عرفنا في البداية بعملية الإتصال من حيث مكوناتها و أنواعها و مبادئها كعملية تعني جميع المنظمات، ثم تعرفنا عليها بخصوصياتها في المؤسسة الصحية و أدوارها التقليدية و الحديثة، ثم ركزنا على إستراتيجية الإتصال و تعرضنا إلى موضوع جد هام في هذا الصدد و هو تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات الحديثة، و خصصنا منه فرعا لدراسة الصحة الإلكترونية و تكنولوجيا المعلومات الصحية من حيث ماهيتها و أهميتها و آفاقها. هذا عن الفصول الخمس للقسم النظري، أما الجانب الميداني فكانت بدايته بالفصل السادس و الذي عرفنا فيه بميدان البحث و الذي يتمثل في مؤسستين عموميتين من قطاع الصحة، هما المؤسسة العمومية الاستشفائية، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الواقعتان بزرالدة فقدما نبذة عن تجربة إعادة الهيكلة التي مستهما كلاهما و عرضنا تنظيمهما الجديد حسب هذا الإصلاح.

ثم قمنا في الفصل السابع بعرض و تحليل المعطيات الناتجة عن الدراسة الميدانية المتمثلة في الاستمارة على مستوى هاتين المؤسستين و المقابلة على المستوى المركزي. بوزارة الصحة و السكان. مما مكنا في الأخير من التوصل إلى استخلاص النتائج العامة لهذه الدراسة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1. مبررات اختيار الموضوع .
2. أهمية الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. إشكالية الدراسة.
5. فرضيات الدراسة.
6. تحديد مفاهيم مصطلحات الدراسة.
7. المقاربة النظرية.
8. مجالات الدراسة .
9. المناهج و التقنيات المستعملة في الدراسة.
10. الدراسات السابقة .
11. صعوبات الدراسة

1. مبررات اختيار الموضوع :

- إن اختيارنا لموضوع هذا البحث أمله علينا أسباب ذاتية و أسباب موضوعية :
- ففيما يخص الأسباب الذاتية فهي تتمثل في أن الباحثة كانت تنتمي إلى مؤسسة صحية و بحكم هذا الإنتماء فهي تلمست ظاهرة الشكوى من المواطنين و من مختلف الشرائح المهنية العاملة في المؤسسة والتي لم تؤثر فيها مختلف الحلول المقدمه .
 - أما فيما يخص الأسباب الموضوعية فهي تتمثل في :
 - الواقع المتدهور للمؤسسة الصحية من حيث الخدمات ونوعيتها .
 - غياب الإنضباط والفعالية في استعمال المؤسسة الصحية لوسائلها وممتلكاتها في أداء مهمة تحقيق منفعة عمومية (الخدمة الصحية) .
 - مصاحبة هذه الشكوى لعدم الرضا لدى غالبية عمال القطاع ، وتقشي الإهمال في أدائه .
 - عدم إنجاز أو تجسيد التغييرات التنظيمية المبرمجة منذ أكثر من عشرين .

2. أهمية الدراسة :

تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة من حيث قيمتها العلمية فهي تتناول البعد التنظيمي و البعد الإجتماعي للإصلاحات التي طرأت على المؤسسة الصحية و تربط بين نتائج هذا التغيير المنعكسة عليها بصفة خاصة و على السياسة الصحية للدولة بصفة عامة.

و دراسة هذا الموضوع حسب رأينا هي جد ملائمة للكشف عن التطور الحاصل في هيكله المؤسسات الصحية ، عن الظروف الاقتصادية و الاجتماعية الراهنة التي تخص مختلف شرائح المستخدمين بها و كذلك مستعملي هذا المرفق و قد تقودنا إلى توقع ما سنؤول إليه الأمور في المستقبل القريب .

3. أهداف الدراسة :

نهدف من خلال دراستنا هذه إلى:

- 1 - محاولة معرفة الواقع التنظيمي للسياسية الصحية التي تعتمدها الدولة الجزائرية و إبراز مختلف نقاط القوة ونقاط الضعف التي تميزت بها .
- 2 - دراسة الوسائل التنظيمية الجديدة التي لجأت إليها الجهات المسؤولة قصد تدارك النقائص التي شهدتها القطاع .
- 3 - و بتحقيق هذين الهدفين (1 و 2) نستهدف الولوج إلى تحليل الإنعكاسات الناتجة عن هذه التغيرات على كل من الجانب الوظيفي و الإجتماعي للمؤسسة الصحية .
- 4 - ثم، تحديد الأولويات الجديدة في هذا التغيير و التي تستدعي إجراء مراجعة مستعجلة بالتصحيح أو بالتعديل، لكي لا تضيع الجهود السابقة هباء و تزداد المشكلة تعقيدا .

4. الإشكالية:

تميزت السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة الجزائرية بالحركة الدائمة من خلال الأهداف العامة، و المميزات التنظيمية، فكانت تتأثر بالتحويلات الداخلية و التحويلات المحيطة للسياسة العامة للدولة. و كانت تتجلى هذه التأثيرات واضحة من خلال مستوى و نوعية الإنتاج الذي تقدمه و كذلك الوضعية السوسيو مهنية لمستخدمي هذا القطاع. و من أهم التحويلات و أبرزها في تاريخ هذه السياسة تلك التغييرات المعبر عنها بالإصلاحات المزمعة منذ عشرينتين.

و كانت تهدف هذه الإصلاحات في عمومياتها إلى : " تركيز و مواءمة جهاز توفير الخدمات الصحية و الإستشفائية مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالإعتماد على نظام معلومات كفو، و منح مستخدمي الصحة مهما كانت أسلاكهم و مسؤولياتهم كل الوسائل و الإمكانيات التي بها يستطيعون تلبية الاحتياجات الصحية و الإجتماعية بفعالية، ثم إعادة التأكيد على وجوب التأسيس لعلاقات تعاقدية بين جميع المتدخلين في صحة المواطنين.

و التأكيد على حقوق وواجبات مستعملي المؤسسات الصحية و حماية المرضى منهم بصفة خاصة. و كذلك تأمين الإمكانيات المالية الضرورية للسير الحسن و تحسين فعالية النفقات المخصصة للمؤسسة الصحية تحت أي صورة كانت.

و بعد مناقشة هذه الأهداف مع الأطراف الفاعلة في هذا القطاع، والتي أثارت الكثير من الجدل حول طريقة طرحها و تحويلها من أفكار عامة إلى مهام محددة ضمن أدوار جديدة لهذه الأطراف، ووفق رزنامة و صفت بالموضوعية و الكافية، تم فتح ورشة العمل، و علق فيها الأمر إلى أجل غير مسمى. فما لاقت طلبات المواطنين و احتياجاتهم الصحية التكفل الأمثل ضمن الهيكل الجديد للنظام الصحي و ما ارتاح مستخدموا الصحة من انشغالاتهم و همومهم و التي تخص أساسا حياتهم المهنية و الإجتماعية و خير دليل على ذلك الإضرابات التي تشن في أغلب شهور السنة من طرف أغلبية التركيبة البشرية المستخدمة

و ما توفر مسيروا هذه الأجهزة على الإمكانيات القانونية و المادية و البشرية الملائمة للتكفل بما أنيط بهم تحقيقه. و يعيش الجميع (المواطن ، المسير ، المستخدمون ، الدولة) جوا من الضبابية و الخلط في حقوق وواجبات كل واحد منهم ، وفي حدود البداية و النهاية لهذه الحقوق و الواجبات. و رغم ما وصفت به الوضعية بالمؤسفة، إلا أننا نريد و بواسطة هذه الدراسة أن نتوصل إلى الإجابة عن السؤال التالي:

- لماذا لم تتغير المؤسسة الصحية في الجزائر وفق الإستراتيجية المسطرة منذ حوالي عشرين من الزمن؟

- و هل تلتزمها الوضعية التي آلت إليها الآن إعادة الصياغة لمشروع هذا التغيير ؟

5. فرضيات الدراسة :

- لنجاح الإصلاحات الصحية علاقة بدافعية مستخدمي قطاع الصحة .
- يعتبر نجاح الإصلاحات الصحية ذو علاقة بفاعلية استراتيجية الإتصال المعتمدة .
- يساهم ارتباط الإصلاحات الصحية بالإصلاحات في القطاعات الأخرى في نجاحها .

6. تحديد مفاهيم مصطلحات الدراسة :

بالنظر للقيمة العلمية التي يحتلها الإطار المفاهيمي في توضيح الإطار النظري للبحث من الناحية السوسيولوجية فإننا نسعى من خلال هذه المرحلة إلى وضع إطار محدد يبرز فيه الأهمية العلمية لهذه المفاهيم التي تعد بمثابة القاعدة التي ننطلق منها لمعالجة موضوعنا.

يعتبر الإطار المفاهيمي بمثابة الخلفية التي يعتمد عليها الباحث في تحديد مسار دراسته على اعتبار أن المفاهيم تشكل أدوات بحثية تحدد مضمون و دلالة الإشكالية البحثية في ترابط عناصرها. فالمفاهيم تشكل مفاتيح أساسية للدراسة و تحديدها إجرائيا يمنع الباحث من احتمالات الوقوع في خلط منهجي نتيجة غموض أو تعدد المضامين التي يحملها كل مفهوم، و كذلك فإن الربط المنطقي بين هذه المفاهيم يؤدي بنا إلى الميدان.¹ و لهذا أصبح من المؤلف في الدراسات السوسيولوجية أن تضبط المفاهيم في سياق نظري يسمح بترابط مراحل البحث . كما أن المعيار الأول لتصميم بحث دقيق و جيد هو الإهتمام بجميع المتغيرات المؤثرة في مشكلة البحث، أما المعيار الثاني فهو الإلتزام بالدقة في التعبير و تحديد المفاهيم والمصطلحات . و رأينا أن المفاهيم الجديرة بالتوضيح في هذا الإطار هي : السياسة الصحية، مؤسسة الصحة العمومية ، الإتصال ، الإصلاح ، الدافعية ، التحفيز.

¹Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, Conseil National de la réforme Hospitalière, Rapport Préliminaire : "Contraintes et Dysfonctionnement", Sans Date , p 02.

أ. السياسة الصحية:

قبل التطرق إلى مفهوم السياسة الصحية رأينا أنه من الأجدر تفكيك في مصطلح " السياسة " والتمعن فيه أولاً.

السياسة لغة "هي مأخوذة من الفعل "ساس" أو هو مأخوذ منها، على خلاف بين النحويين. و مضارع الفعل " يسوس " كما نص على ذلك السرقسطي"¹

أما عند الفيروز آبادي " وسست الرعية سياسة : أمرتها و نهيتها "².

اصطلاحاً تعني السياسة "مجموعة من القواعد و الأسس التي تضعها المنظمة لكي تنقيد بها الإدارات عند اتخاذها للقرارات و تنفيذ الخطط الخاصة بها"³.

" كما تعني أنها مجموعة من المبادئ التي توضح كيفية الإلتزام من قبل الإدارات المختلفة في المنطقة بتحقيق و إنجاز الأهداف المطلوبة و ذلك من خلال تطبيق بعض القواعد و الأنظمة"⁴.

و تعرف أيضا "بأنها التدبير الحكيم و النظر الحصيف في عواقب أمر ما. و الجهة التي تضع سياسة خاصة بهدف معين ترتبط بإطار للعمل التنفيذي لتحقيق هذا الهدف. و يقال السياسة السكانية و السياسة الاقتصادية"⁵.

" تتضمن السياسة الأنشطة التي يتم ممارستها في المنظمة للحصول على القوة و تطويرها واستخدامها لتحقيق رغبات مفضلة (لدى الفرد أو الجماعة) في موقف يتصف بعدم التأكد أو الاختلاف بشأن الخيارات"⁶.

و تختلف السياسة في معناها عن معنى الإستراتيجية حيث تشير هذه الأخيرة " إلى تفكير إبداعي و ابتكاري يسعى لتحسين نوعية الخدمات في الإدارة أو تحسين نوعية الإنتاج في المؤسسات الاقتصادية أنها نوع من الأساليب الفعالة لتحليل و معرفة نقاط الضعف و القوة في الإدارة و محاولة معرفة ما ينبغي عمله بسرعة لتحقيق الأهداف"⁷.

كما أنها " تعني اختيار الأسلوب الذي يضمن الاستفادة من الطاقات و الموارد المتاحة لتحقيق الأهداف المرغوبة أخذاً في الاعتبار أنواع المعوقات و الظروف السائدة في المجتمع"⁸.

فمن خلال المقارنة يظهر لنا ان مفهوم السياسة أشمل و أكبر من مفهوم الإستراتيجية إذ أن الإستراتيجية ستصنع في ظل ما يعتمد من سياسة.

1 - تحقيق محمد شرف و مراجعة محمد مهدي علام ، الأفعال للسرقسطي ، القاهرة ، الهيئة العامة للكتاب ، 1979 ، ص 3/498 .
 2 - مجموعة من المحققين ، الفيروز آبادي القاموس المحيط ، بيروت ، مؤسسة الرسالة 1987 ، ص 710 .
 3 - علي عباس، أساسيات علم الإدارة، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن، 2004، ص 85 .
 4 - بشير العلق ، مبادئ الإدارة ، دار البازوري ، عمان ، الاردن ، 2008 ، ص 244 .
 5 - عبد الفتاح مراد ، موسوعة البحث العلمي و اعداد الرسائل و الأبحاث و المؤلفات ، بدون معلومات ، ص 1077 .
 6 - حسين حريم، إدارة المنظمات، منظور كلي، دار الحامد، ط1، عمان، الأردن، 2003، ص -ص: 241 - 242 .
 7 - عمار بوحوش ، نظريات الإدارة الحديثة في القرن 21، بيروت ، دار الغرب الإسلامي ، 2006 ، ص 64 .
 8 - علي السلمي، الإدارة المصرية رؤية جديدة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1979 ، ص 106 .

و يتضح لنا مما سبق التعرض له من تعاريف أن مصطلح السياسة الصحية يحمل تخصصا في السياسة،
ألا و هو تخصص الصحة مما يدل على وجود سياسة عامة و هو مصطلح آخر.

ولقد عرفت المنظمة العالمية للصحة السياسة الصحية " بأنها القرارات و الخطط و الإجراءات التي يتم
القيام بها لتحقيق رعاية صحية محددة الأهداف داخل المجتمع"¹

ووفقا للمنظمة فإنه يمكن من خلال سياسة صحية واضحة تحقيق عدة أمور : أن تحقق أهدافا عديدة ،
و تحدد رؤية مستقبلية في الأولويات و الأدوار المتوقعة من فئات مختلفة ، و بناء توافق في الآراء بين
الناس .

و في تعريف آخر " تتضمن سياسات الصحة أو السياسات الصحية أو سياسات الصحة العمومية مجمل
الخيارات الإستراتيجية للسلطات العمومية و الخاصة من أجل تحسين الوضعية الصحية للسكان الذين هم
تحت مسؤوليتها و يتعلق الأمر ب :

- تحديد مساحات و حقول التدخل.

- تحديد الأهداف التي يجب بلوغها و القيام بخيارات دقيقة للأولويات .

- برمجة الوسائل التي ستوجد على هذا المستوى من المسؤولية الجماعية"².

السياسات الصحية هي " سياسات تطويرية " و هي دائما في حالة تغيير في أغلب دول العالم لماذا ؟ لأنه
ينبغي مواجهة ثلاث عناصر تشهد تعديلا دائما تتمثل في : مواجهة تحديات صحية جديدة ، تسديد نفقات
الصحة ، و تأمين الإستعمال العادل لجميع المواطنين للمرافق الصحية و للعلاجات القاعدية .

وعلى جميع الدول أن تعالج الاختلالات التي تنجر عن هذه الأهداف الثلاث الكبرى حيث يكون التفكير
دائما حول هذه العناصر الثلاث و حول تطوير إستراتيجيات جديدة فيما يتعلق بالصحة لكي تكون في
مستوى الإحتياجات السكانية في هذه الأونة الخاصة ...³

التعريف الإجرائي:

من خلال هذه التعاريف للسياسة الصحية يمكننا أن نحدد مفهوم السياسة الصحية في دراستنا هذه بأنها
تتمثل في تلك الأهداف و الأعمال و الوسائل التي تسعى الدولة بواسطتها إلى التكفل -التام بصحة
المواطنين ،وتتطلب هذه العملية تخطيطا على المدى: القصير، المتوسط و الطويل كما تتطلب تنظيما
للهيكل و الموارد .كما تتطلب انسجاما مع مختلف السياسات المنتهجة في باقي الميادين .

Https://f2. wikipedia . org. wiki /politique de santé , 24 juin2014 à 15h22mn .

²- Op .cite .

³-Farid Chaoui , "le système de santé en algérie : un enjeu stratégique , état des lieux , enjeux et perspectives"
،revue Confluences internationales institut national d'études de stratégie globale ,n°2,2015,p8.

ب. المؤسسة العمومية للصحة :

لتوضيح هذا المفهوم لابد من العودة إلى مفهوم المؤسسة و هو من بين أكثر المواضيع غموضا في البحث الاجتماعي و هذا يعود إلى التداخل بينه و بين مفاهيم عديدة كالمنشأة و الشركة و التنظيم و المنظمة والمنظومة ، و لا يسعنا في هذا الصدد الخوض في كل هاته المفاهيم و لذلك اختصرنا الطريق بمحاولة تقديم أهم المقاربات النظرية السوسولوجية في تحليل هذا المفهوم .

" تتضمن المقاربة البنوية: إعتبار المؤسسة القوة التي تعطي المؤسسة الديمومة و الإستمرار.

أما المقاربة الوظيفية فبيها يتم البحث عن العلاقة بين المؤسسة و الحاجات الإنسانية و ارتباطها بالأهداف الاجتماعية .

أما المقاربة القانونية فتحلل بحسب المؤسسة من خلال القوانين و القواعد التي أبرزتها للوجود و أعطتها سمة الإعتبارية .

أما المقاربة الاجتماعية و التي تحلل فيها المؤسسة من خلال الأدوار التي يقوم بها الفاعلون الاجتماعيون"¹.

فيمكن القول أن المؤسسة مفهوم عام يشمل كل تجمع للأفراد بحيث يخصص لكل فرد دورا محددًا بحسب قواعد يلتزم بها لتحقيق أهداف معينة .

إن المؤسسة تتكون من عناصر ذات علاقة فيما بينها تعمل بشكل منظم (أو شبه منظم) لتحقيق الأهداف " فإذا كانت المؤسسة تهدف إلى الربح فهذا دليل على أنها مؤسسة إقتصادية أو تجارية ، و إذا كان هدفها تربوي فهي مؤسسة تربوية و إذا كان هدفها تقديم مساعدات و إعانات للأفراد فهذا يعني أنها مؤسسة اجتماعية خيرية "².

التعريف الإجرائي :

إن هذا التعريف الشامل للمؤسسة هو ما اعتمدها لتقديم مفهوم المؤسسة الصحية العمومية كما يلي:
فهي جهاز إداري عمومي حسب القانون بمعنى أنها ملك للدولة و تأخذ الطابع الإداري كما أنها تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلالية المالية و هي تحمل صفة أحد أشكال النشاط الإقتصادي و هو النشاط الخدماتي الذي يهدف إلى حماية و ترقية الصحة العمومية ، كما تمثل هذه الخدمة أحد أشكال النشاط الاجتماعي الذي تتكفل به الدولة نحو مواطنيها .

¹ - سيف الإسلام شوية ، سلوك المستهلك و المؤسسة الخدمتية : إقتراح نموذج للتطوير ، ديوان المطبوعات الجامعية قسنطينة ، الجزائر ، 2006 ، ص 8 .

² - نفس المرجع ، ص - ص: 10 - 11 .

و هي تضم مجموعة من المديریات و المصالح المترابطة ببعضها البعض بحيث تشكل وحدة متكاملة مبنية على أساس العلاقات و التبادلات المنظمة بين هذه الأجزاء قصد أداء الوظائف التالية : الوقاية ، العلاج ، التكوين الطبي و شبه الطبي و البحث العلمي .

و هي تأخذ عدة تسميات كالمراكز الإستشفائية الجامعية ، المؤسسة العمومية الإستشفائية ، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية و قد تضطلع بوظيفة أو إثنين أو أكثر حسب ما تنص عليه القوانين التنظيمية المؤسسة لها .

ج. الإتصال:

تعني كلمة الإتصال لغة " عام و مشترك " ¹ " واتصل الشيء بالشيء أي إتصق به " ² .

و يفهم من لفظ الإتصال " تلك العملية التي يتم من خلالها نقل رسالة ما من المرسل إلى المرسل إليه سواء كانت هذه العملية بين فردين أو بين جماعتين أو بين فرد و جماعة أو بين تنظيمين ، عن طريق مجموعة من الرموز المعروفة لدى الطرفين و من خلال وسائل الاتصال المختلفة بحيث يكون غرضها تحقيق هدف معين يرمي إليه المرسل و الذي قد يكون إخباريا أو إقناعيا أو استعلاميا أو إصدار أوامر و غيرها " ³ .

كما يعتبر الإتصال " عملية تبادل المعلومات و الأفكار و الحقائق و حتى الإنفعالات بين العاملين على اختلاف مستوياتهم بهدف إحداث أثر في سلوك أطراف عملية الاتصال و إلا أصبح عملية إخبار أو كلام قد يكون و قد لا يكون له أثر يذكر " ⁴ .

و يعرف الإتصال أيضا بأنه " عملية تتضمن النقل و التردد الدقيق للأفكار بغرض اختبار التصرفات التي تحقق أهداف الشركة بفعالية و حيث أن الإتصال الإداري يرتبط أساسا بالناس لذلك ينبغي إيجاد درجة عالية من الفهم واضحة متضمنة في العادة التردد الدقيق للأفكار " ⁵ .

و لدى آخرين فهو " العملية التي بها يتفاعل على الناس من أجل التكامل الذاتي و الإجتماعي " ⁶ .

التعريف الاجرائي :

فالإتصال إذن هو عملية إرسال و استقبال المعلومات بهدف إحداث تغيير إيجابي و هي عملية أساسية و مهمة في الممارسة الفعالة للعملية الإدارية التي بدونها لا يمكن لأي تنظيم أن تقوم له قائمة . و نجد أن أغلب التعاريف تركز على أهمية الإتصال الإداري ، و ضرورة الفهم المشترك الذي يساعد في اتخاذ القرارات السليمة و رفع المعنويات التي تؤثر على العمل بشكل جيد .

¹ - إبراهيم عبد العزيز شبيحة ، أصول الإدارة العامة ، ط 4 ، منشأة المعارف الإسكندرية ، 2000 ، ص 26 .

² - أبو النجا محمد العمري ، الإتصال في الخدمة الإجتماعية ، ط 3 ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1999 ، ص 14 .

³ - ناصر قاسمي ، دليل مصطلحات علم إجتماع التنظيم و العمل ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر 2011 ، ص - ص 5 - 6 .

⁴ - محمد قاسم يوبي ، المفاهيم الحديثة في الإدارة ، ط 2 ، عمان ، 1993 ، ص 208 .

⁵ - عبد الغفور بونس ، نظريات التنظيم و الإدارة ، المكتب العربي الحديث ، الإسكندرية ، 1997 ، ص 202 .

⁶ - سعيد بس عامر ، الإتصالات الإدارية و المدخل السلوكي لها ، دار المريخ ، الرياض ، 1986 ، ص 29 .

و للإتصال في المؤسسة أنواع ، فهو قد يكون خارجيا (أي بين المنظمة و محيطها)، و قد يكون داخليا أي تتم عملية تمرير المعلومات داخل التنظيم في اتجاهات مختلفة. كما يتم الإتصال في مستويات متباينة سواء بشكل عمودي أي بين الرؤساء والعاملين (من الأسفل إلى الأعلى و من الأعلى إلى الأسفل)، أو بشكل أفقي بين وحدات و أقسام التنظيم وكلاهما مهم لتنفيذ الأوامر و تحقيق الأهداف التنظيمية بفعالية .
و أيضا يوجد الإتصال الرسمي الذي يكون حسب السلم الإداري ، و الإتصال غير الرسمي الذي يتم خارج هذا السلم ، و هما أيضا لا يقلان أهمية عما سبق ذكره من تقسيمات.

د.الإصلاح :

و قد أوردنا في بحثنا مصطلح الإصلاح " لأن إشكاليتنا تنصب في موضوع الإصلاح الإستشفائي "والذي هو عملية جزئية تخص قطاع الخدمة الصحية في الجزائر و التي تنتمي إلى عملية أشمل هي " الإصلاح الإداري " و الذي يعد مرحلة جديدة تمر بها الإدارة العامة في الجزائر .

لقد أشار العديد من الباحثين العرب في كتاباتهم إلى مشكلة الخلط بين مفهوم الإصلاح الإداري و مفاهيم أخرى كالتطوير الإداري ، التنمية الإدارية ، التحديث الإداري... و هذا مرده إلى اختلاف الإهتمامات والخلفيات الفكرية و السياسية وراء هذه المفاهيم للباحثين الذين بحثوا في موضوع الإصلاح الإداري ومداخلهم المختلفة، كما يعود ذلك إلى كون مفهوم الإصلاح هو مفهوم قيمي و معياري له أبعاد متعددة.
و قد عرف مؤتمر الإصلاح الإداري في الدول النامية الذي عقدته هيئة الأمم المتحدة بجامعة ساسكي البريطانية لعام 1971 عملية الإصلاح الإداري على أنها " حصيلة الجهود ذات الإعداد الخاص التي تستهدف إدخال تغيرات أساسية في المنظمة الإدارية العامة من خلال إصلاحات على مستوى النظام جميعه أو على الأقل من خلال معايير لتحسين واحدة أو أكثر من عناصرها الرئيسية مثل الهياكل الإدارية و الأفراد و العمليات الإدارية"¹.

و يؤكد علي السلمي على أهمية الأسلوب العلمي في تحقيق الإصلاح الإداري لذلك يعرفه على أنه " عملية إحداث تغيير بنقله أسلوب و مستوى الأداء الإداري في مجتمع معين إلى درجة أفضل مما هو مشاهد في الفترة السابقة على الإصلاح ، و تتحدد مواطن التغيير و اتجاهاته و مداه من خلال الدراسة الموضوعية و العلمية للموقف الإداري السائد في الحالة المراد إصلاحها"².

¹ - صياد بابة " الإصلاح الإداري في الجزائر 1999 - 2007 دراسة حالة المنظومة التربوية "، (رسالة ماجستير، جامعة الجزائر ، معهد العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2008) ، ص 7.

² - علي السلمي ، تطور الفكر التنظيمي، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة ، (د. ت) ، ص 303.

و يقاسمه القريوتي الرأي حينما يركز على الإعداد العلمي في عملية الإصلاح فيعرفه على أنه " كل العمليات الهادفة إلى إعداد أجهزة الإدارة في الدولة بما في ذلك الأفراد و المعدات والوسائل إعدادا علميا يجعل تحقيق الدور الإستراتيجي للجهاز الإداري أمرا ليس ممكنا فحسب و لكن أمرا إقتصاديا كذلك " ¹.

التعريف الإجرائي :

هذا التعبير – الإصلاح الأستشفائي – الذي ورد في خطابات سياسية و في محاولات لإقناع مختلف الفئات الاجتماعية بضرورة أحداث قطعية مع الممارسات السابقة في القطاع و الاتجاه نحو تنمية أنماط جديدة في بنائه التنظيمي تستوجب المتغيرات الحاصلة و المتوقعة في حجم الاحتياجات الصحية كما ونوعا للمواطنين ما هو في الحقيقة إلا عملية " تغيير مخطط " أو تنظيمي و هو المصطلح الذي يبدو أكثر دلالة علمية من الدلالة السياسية و الاجتماعية لمصطلح الإصلاح و لذلك نجد أنفسنا أمام ضرورة توضيح هذا المفهوم .

كما أن صفة الأستشفائية غير كافية للتعبير عن القطاع الصحي ككل إلا أن عملية الإصلاح المعلنة تستهدف القطاع بأكمله ابتداء من السياسة العامة للصحة إلى غاية الخدمة الصحية التي يتلقاها المواطن المستفيد منها .

التغيير التنظيمي:

التغيير هو " استجابة لمتغيرات بيئية داخلية أو خارجية ، فالمنظمات تعيش في بيئة متغيرة ، ولأحداث الإنسجام مع هذه البيئة و التكيف معها تجري المنظمات الكثير من التغيير في هيكلها التنظيمية و نظم العمل بها و حضارتها و تسبب التغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة إخلالا بالتوازن داخل المنظمة يتطلب إحداث تغيير ما لإعادة التوازن لها نحن نقصد هنا التغيير المخطط لمواجهة حاجة فعلية و ليس التغيير لمجرد التغيير و هو الذي يمثل استجابة لمقتضيات حقيقية مثل :

1 - تغيير في البيئة على المحيط المحلي أو الخارجي .

2 - إدخال تغييرات تكنولوجية.

3 - تغيير في العوامل الاجتماعية و الإقتصادية و القانونية المحيطة.

4 - تغيير لمقابلة فرص لتفادي تهديدات تواجه المنظمة " ².

" يتضمن التغيير التنظيمي إحداث تعديلات مخططة خلال حياة المنظمة لمواجهة ظروف أو مواقف معينة أو نتيجة التوصيف السلبي لجوانب معينة يتطلب الأمر تغييرها ، وأن هذا التغيير يتم وفق برنامج

¹ - محمد قاسم القريوتي ، الإصلاح الإداري بين النظرية و التطبيق، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، 2001، ص17.
² - سعد الصاوي ، محمود العرفي ، "التغيير في البيئة الداخلية لتفادي معوقات التغيير "، مجلة إدارة ، المدرسة الوطنية للإدارة ، المجلد 13، العدد 25، 2003، ص -ص: 219- 220 .

عمل متكامل يشمل على تشخيص لوضع المنظمة و تحديد مجالات تغييرها و اتمام عملية التغيير و التأكد من فعاليتها .

يستهدف التغيير التنظيمي زيادة فعالية المنظمة و تحقيق المواءمة المرغوبة مع بيئة المنظمة بما يجعل المنظمة قادرة على التعامل الفعال مع الفرص و القيود التي تواجهها مع التغييرات المستمرة في بيئة العمل الداخلية و الخارجية "1 .

يقصد أيضا بالتغيير التنظيمي من وجهة نظر العلماء التنظيم " إحداث تعديلات في أهداف و سياسات الإدارة أو في أي عنصر من عناصر العمل التنظيمي استهدافا لأحد الأمرين :

- إحداث نوع من الإنسجام بين التنظيم و المحيط بفرض ملاءمة التنظيم و أساليب عمل الإدارة و نشاطاتها مع تغييرات و أوضاع جديدة في المناخ المحيط بالتنظيم ، أي خلق ظروف مناسبة للتكامل و التناسق بينها .

- المساهمة في استحداث ظروف تنظيمية و أساليب إدارية و نشاطات جديدة تساعد التنظيم على تحقيق التطور على غيره من التنظيمات و بالتالي تمكنه من إنجاز أهدافه الإقتصادية "2 .

جوهرها هناك هدفان للتغيير المخطط:"الأول الذي يسعى لتحسين قابلية المنظمة على التكيف مع التغييرات في بيئتها ، الثاني الذي يسعى لتغيير سلوك العاملين و إذا ما أرادت المنظمة تحقيق البقاء و الإستمرار فعليها الإستجابة للتغييرات في بيئتها و هناك أربع خيارات للتغيير : التركيب أو التكنولوجيا أو الترتيبات المادية أو الناس .

تتضمن عملية تغيير التركيب : إدخال تغييرات في علاقات السلطة و آليات التنسيق و إعادة تصميم العمل أو متغيرات تركيبية أخرى .

أما تغيير التكنولوجيا فيشمل : إدخال تعديلات في طريقة و إجراءات العمل و المعدات المستخدمة .

و يشمل تغيير الترتيبات المادية : تغيير المسافات و الترتيبات في موقع العمل .

و يشير تغيير الأفراد إلى تغيير إتجاهات العاملين و مهاراتهم و توقعاتهم و مدركاتهم و/أو سلوكهم "3 .

و ذلك ما تضمنه التغيير الذي حملته الإصلاحات الإستشفائية من معاني و حقائق سنتعرض لها في الفصول التالية :

هـ. الدافعية :

إن مصطلح الدافعية يعني التحرك أي القوة الداخلية التي تدفع الإنسان لأن يقوم بالحركة التي

1- مصطفى محمد أبو بكر ، دليل المدير المعاصر : الوظائف ، الأدوار ، المهارات ، الصفات ، الدار الجامعية ، 2001 ، ص 227 .

2- على السلمي ، تطور الفكر التنظيمي، وكالة المطبوعات الجامعية، الكويت، 1975، ص 237 .

3- ماجدة العطية ، سلوك المنظمة ، سلوك الفرد و الجماعة ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ، لاردين ، 2003 ص 349 .

تعبّر عن الأعمال و السلوكيات الإنسانية¹.

قبل فهم معنى الدافعية نتعرف على مصطلح الدافع و الذي هو " نتيجة التفاعل بين الفرد و الموقف و بالتأكيد فإن الأفراد يختلفون في الدوافع التي تحركهم ، و يمكن أن نعرف الدافع على أنه العملية التي تتضمن الشدة و الإتجاه و الإصرار في الجهد باتجاه تحقيق الهدف"².

و يعرف الدافع أيضا بأنه " شيء داخلي نابع من داخل الفرد و هو تعبير عن حاجة ما تحثه على العمل و السلوك المرغوب فيه من قبل إدارة المؤسسة للحصول على الحافز المتاح و بالتالي إشباع الحاجة"³.

" الدافع هو حالة داخلية تشحن (تولد شحنة) تنشط أو تحرك أو تقود و توجه السلوك نحو أهداف هذه القوة الداخلية المحركة هي " دافع " فالدافع هو هذه القوة الداخلية التي تحرك الطفل الوليد ليبيكي طلبا للطعام ، و الطالب ليدرس و يحصل على درجة نجاح ، و الموظف ليبذل الجهد لينجز عمل ما ، يهتم علماء النفس بهذه الحالة الداخلية و كيف تنشط"⁴.

و الدافعية هي عملية نفسية تتناول تلك القوة التي تحرك الكائن الحي و توجه سلوكه أي أنها العملية النفسية التي تدرس الدوافع هذه العملية تحصل كما يلي :

أ - تنشأ لدى الكائن الحي حاجة هي نقص أو حرمان فيتولد لديه توتر و عدم ارتياح يحركه كما يحصل عندما يحتاج الفرد إلى غذاء بسبب نقص في الطاقة التي يحتاجها فيشعر بتوتر و عدم ارتياح نلاحظ هذا التوتر كنشاط يصدر عن الفرد .

ب - يؤدي هذا التوتر إلى إندفاع و سلوك هادف لأنه ليس عشوائي بل موجه لإشباع الحاجة.

ج - إذا توصل الكائن إلى هذا الهدف أو مادة الإشباع يزول التوتر و يشعر الكائن بنوع من الإرتياح لغاية ما تبدأ الدورة من جديد"⁵.

و هناك تعريف آخر للدافعية مفاده أن : الدافعية هي ذلك الحماس الداخلي الذي يتكون لدى الأفراد بدافع البحث عن الحاجات و الرغبات الداخلية بحيث يتحدد على أساسها سلوكهم التنظيمي و تحركهم نحو أهداف معينة عن طريق الإستعداد الفكري و العاطفي و الجسمي أو هو شعور داخلي و طاقة داخلية لدى الفرد تترجم في الرغبة في تحقيق هدف ما داخل التنظيم أو هي البواعث الكامنة داخل الفرد و التي توجه أفعاله نحو أهداف معينة له القدرة على تحقيقها "⁶.

¹ - عمر وصفي عقيلي ، إدارة القوى العاملة ، دار زهران للنشر و التوزيع ، عمان، 1996 ، ص 301.

² - ماجدة العطية، مرجع سابق، ص 112.

³ - عمر وصفي عقيلي ، مرجع سابق ، ص 306.

⁴ - سعاد نانف برنوطي ، إدارة الموارد البشرية - إدارة الأفراد ، دار وائل للطباعة و النشر، عمان، الاردن، 2001 ، ص 344.

⁵ - نفس المرجع ، ص - ص : 344 - 345 .

⁶ - ناصر قاسيمي ، مرجع سابق ، ص 65 .

و نلاحظ أن كل التعاريف السابقة تردد في محتوياتها مصطلح " الحاجة " و لذا كان من الضروري العودة إلى تعريفه قصد توضيح علاقته بالدافع و الدافعية .
فالحاجة " هي النقص و الحرمان الذي يسبب التوتر ثم السلوك لإزالته ، و هي إذا واحدة من عناصر و أجزاء عملية الدافعية و لكنها العنصر المحرك الذي يبدأ العملية ، لذلك كثيرا ما نتكلم عن الحاجات و كأنها مرادفة للدافعية"¹ .

التعريف الإجرائي:

الدافعية هي القوة التي تحرك الإنسان و توجهه لأن يبذل جهدا نحو تحقيق أو تلبية حاجة و الحاجة تلك و تشكل هدفا أو مسعى يرغب به . فإذا عدنا لتكلم عن دافعية الموارد البشرية فإننا نقول أنها تلك الطاقة الكامنة داخل المستخدمين و التي تسيروهم وفق اتجاه تحقيق هدف ما يشكل في الأصل إحتياجيا لهم ، و هم لا يتوانون في بذل ما يكفي من جهود لتحقيق تلك الغاية ، و يستمرون بالعمل بذلك الجهد أو أكثر للمحافظة على ما أنجزوا من أهداف .

إن اهتمام الإدارة بالدافعية هو لتحفيز العاملين للقيام بما تريده منهمو هي تقوم بذلك من خلال ما توفر لهم من أجور ورواتب و علاقات اجتماعية و فرص تعلم و تقدم وغيرها و هي تنجح في ذلك بحدود حسن تقديرها لدوافعهم أي لما يحفزهم و ما يستثيرهم .

و. التحفيز :

إن لفظ التحفيز يأتي من كلمة " حفز " و حسب المعجم العربي تعني " الدفع من وراء " .
و الحافر يعني " وسيلة الإشباع " و لكن عندما يعرضها طرف ثاني بهدف استشارة و توجيه سلوك معين فالطعام مثلا هو وسيلة إشباع الحاجة إلى الغذاء ، إذا قام شخص معين بأن يدفع شخصا ما بأن يذهب إلى مكان معين بوضع صحن الطعام في ذلك الموقع لأنه يعرف و يأمل بأن الفرد سيتوجه إليه لإشباع حاجته نسمي صحن الطعام " حافز " أي أن كل إغراء تضعه الإدارة لجعل الأفراد يتصرفون بطريقة معينة هو " حافز "² .

و الحافز " شيء خارجي موجود في البيئة توفره المؤسسة للعاملين لديها لإثارة حاجاتهم و دوافعهم في حين أن الدافع شيء داخلي نابع من داخل الفرد "³ .

و يجب الإشارة إلى أن علماء النفس اهتموا بموضوع ما يحرك الإنسان باسم الدافعية و يسمون وسائل التأثير التي تستخدمها المؤسسة لإثارة سلوك معين بالحوافز "¹ .

¹ - سعاد نانف البرنوطي ، مرجع سابق ، ص 345 .

² - نفس المرجع ، ص 345 .

³ - عمر وصفي عقيلي ، مرجع سابق ، ص 306 .

و الحوافز جمع الحافز تعني " هي مجموعة من العوامل التي تهيئها الإدارة للعاملين لتحريك قدراتهم الإنسانية كما تزيد من كفاءة أدائهم لإعمالهم على نحو أفضل و أكبر، و ذلك بالشكل الذي يحقق لهم حاجاتهم و أهدافهم و رغباتهم و بما يحقق أيضا أهداف المنظمة العاملة"².

" و مفهوم الحوافز ليس مطلقا ثابتا بل هو مفهوم يتغير بتغير الظروف و التنظيمات و يكفي أن نقارن على سبيل المثال بين معنى الحوافز في المجتمع الرأسمالي و الإقطاعي ليتضح لنا على الفور أن مفهوم الحوافز في المجتمع الرأسمالي قصير العمر لأنه لم ينشأ إلا منذ نشأت الرأسمالية. و الذين تحدثوا عن الحوافز في البداية - تاريخيا - لم يكونوا من رجال علم النفس بالمعنى العلمي الحديث فلم يكن هذا العلم قد ظهر و إنما تكلم عنه فلاسفة و إجتماعيون و رجال اقتصاد ، و ما قالوه عنه كان منبثقا من طبيعة النظام الجديد وقتئذ و ذلك في بداية عصر النهضة مثل " جون لوك " و " بينام " و غيرهم و كان مرتبطا بمفهوم الملكية الرأسمالية ، و عليه فإن مفهوم الحوافز في المجتمع الرأسمالي عمره لا يتجاوز 300 إلى 400 سنة و هو مرتبط بذلك النظام فهو ليس بالمفهوم الثابت الجامد المغلق . و بالتحول الإشتراكي كان لابد عليه أن يتحول "³.

يظهر لنا من خلال هاته التعاريف أن إنتقاء و توظيف الحوافز يدخل ضمن عملية هادفة هي " عملية التحفيز " و مصطلح التحفيز هو " فعل تنظيمي تقوم به القيادة التنظيمية أو إرادة التنظيم بهدف دفع العاملين نحو زيادة مستوى الفعالية من خلال رفع معنوياتهم وولائهم للتنظيم من خلال تخصيص جملة من الحوافز المادية و المعنوية السلبية والإيجابية "⁴.

و يعرف التحفيز أيضا بأنه " التعبير عن القوة التي تدفع الفرد إلى إشباع حاجاته و رغباته و التي تحدد سلوكا يستهدف الحد من التوتر و الضغط بهدف إرجاع التوازن ، و هو مجموع المجهودات المبذولة من أجل الوصول إلى الأهداف الفردية و الجماعية "⁵.

التعريف الإجرائي:

يعبر التحفيز عن عملية أو وظيفة تضطلع بها المنظمة أو المؤسسة ، مضمونها دراسة مختلف الحاجات التي يتميز بها مستخدموها و اختيار وسائل إشباع توجههم نحو سلوك معين. و هنا تكون الفائدة فائدتين: الأولى لمواردها البشرية التي تصبح تبذل جهدا في سبيل الحصول على إشباع لحاجاتها وفق سلوك معين، و الفائدة الثانية هي ما ستجنيه المؤسسة من نتائج عن هاته الجهود المبذولة و هاته السلوكات الجديدة الهادفة .

¹ - يوسف حجيم الطائي و اخرون ، إدارة الموارد البشرية مدخل إستراتيجي متكامل ، ط 1 ، مؤسسة الورق للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن، 2006، ص 368.

² - نفس المرجع، ص 368.

³ - حامد الحرفة و اخرون ، موسوعة الإدارة الحديثة و الحوافز، ج 2 ، ط 1 ، الدار العربية للموسوعات ، بيروت ، 1980، ص 723.

⁴ - ناصر قاسمي ، مرجع سابق ، ص 31.

⁵ - Lakhdar Sekiou, Gestion du personnel, Edition d'organisation, Paris, 1926, p 30.

7. المقاربة النظرية :

تعرف المقاربة بأنها : " التحرك للإقتراب من شيء ما. و بذلك فهي عملية إتخاذ خطوات أولية لإنجاز عمل معين"¹.

تنطلق معظم الدراسات و البحوث من إحدى النظريات أو أكثر، و هي تعتبر قاعدة أساسية لكي يكتسب البحث طابعه العلمي. و تتعدد النظريات و تختلف حسب طبيعة الموضوع المراد دراسته فالمقاربة النظرية هي الطريقة التي تحدد الإطار و الإتجاه الفكري الذي يسلكه البحث.

إن البحث في موضوع الإصلاح أو التغيير في المؤسسات الخدمائية العمومية يمكن أن يكون خط مساره متعددًا أو توليفيًا أي يجمع بين فروع علمية عديدة متقاربة و ذلك لأنه موضوع يتم فصل بين علم الاجتماع و العلوم الإدارية و العلوم الإقتصادية.

لكن هدفنا المتمثل في البحث في هذا الموضوع أي الإصلاح و علاقته بالسياسات التنظيمية في المؤسسات الخدمائية العمومية جعلنا نحدد مسارنظريتي التحليل النسقي و النظام التعاوني ، و اللتان تجدان أسسهما في النظرية البنائية الوظيفية.

أ. البنائية الوظيفية :

برزت مساهمات البنائية الوظيفية في الفكر التنظيمي بعد الإنتقادات التي وجهت إلى النظريات الكلاسيكية الخاصة بالإدارة البيروقراطية، و كذا النظريات ذات البعد الواحد. حيث ينطلق هذا الإتجاه من فكرة أن الظواهر تتشابه فيما بينها، و أن التنظيمات عبارة عن أنظمة اجتماعية تتكون من مجموعة من الأنساق الاجتماعية الفرعية تتشابه و تتفاعل فيما بينها ، و تهدف إلى تحقيق التكيف مع الكل الذي تعتبر هي جزء منه. يرى أصحاب هذا الإتجاه أن النظم الاجتماعية مثلها مثل الكائنات الحية، لها حاجات الإستمرار في الوجود و التكيف مع البيئة و تحمل بين أجزائها نمطا من الإتصال المتبادل. والمنظمات كأنساق مترابطة تتكون من سلسلة مترابطة من العمليات. فهذا الإتجاه ينظر إلى المؤسسة بوصفها بناء كلي يتكون من مجموعة من الأنظمة الفرعية الفعالة، التي تتفاعل فيما بينها لتحقيق الهدف.

إن المنظور الوظيفي يقوم أساسا على تحليل و تفسير السمات البنائية و العمليات الاجتماعية التي تميز المنظمات، و يحدد العناصر البنائية التي يجب توفرها في التنظيم كالاتي²:

- وجود جماعة ثابتة لها قيم تضامنية.

- وجود أهداف واضحة.

¹ - بو بكر بوخريسة، إقتراح نموذج تنظيمي مفتوح، مخبر التنمية و التحولات الكبرى في المجتمع الجزائري، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، المطبعة الجهوية لقسنطينة، (د،س،ن)،ص 139.

² - T.Parson, Suggestions for sociological Approach to the theory of Organization.

نقلا عن لطفي دنمبري " التنظيم و إدارة السلوك البشري في نظرية البنائية الوظيفية و النظرية المعدلة "، جامعة الجزائر، (مدونة تعليمية تفاعلية، السلوك التنظيمي)، (د،ص)، 2009/04/19.

- تحديد طريقة تحقيق هذه الأهداف من خلال معايير و أدوار.
 - تنظيم دقيق لنشاطات الأفراد.
 - وضع نظام رئاسي (متسلسل) يحدد الواجبات و الحقوق و يحدد تسلسل السلطة.
 - وضع نظام محدد للاتصال ينظم العلاقات بين كل المستويات.
 - إتباع نظام عادل في التعيينات، و الترقيات و الأجور و المكافآت.
 - وجود نظام قانوني يضبط السلوك.
- كما يركز هذا المدخل البنائي الوظيفي على جملة من العناصر من شأنها تحقيق الهدف البنائي الوظيفي و هي¹:

- التاريخ : حيث يفيد في فهم الواقع الحالي من خلال استقرار التطور الذي حدث في الماضي.
- القيم : تشتق أساسا من التفاعل الإجتماعي و هي تساعد على تحليل الأهداف و السلوك و التفاعل و البناء الإجتماعي كما تفيد في فهم مجتمع التنظيم.
- البعد التكنولوجي : و ما يرتبط به من زيادة في تقييم فرص العمل و ما يصطحبهم من مشاكل.
- الأهداف التنظيمية : و التي يلزم أن تكون لها الأولوية على أهداف الأفراد. إن الأهداف التنظيمية و الأهداف الفردية لأعضاء البناء الإجتماعي تمر جنبا إلى جنب حتى لا يحدث التضارب أو الصراع. و إن حدث تغير في الأهداف لضرورة معينة يلزم أن تواكبه الأبعاد السوسولوجية بالدراسة و الفحص.
- البناء التنظيمي : و يتحدد في شكل الهرم الوظيفي داخل مجتمع التنظيم و يتكون من المراكز و الأدوار و السلطات و المسؤوليات و القواعد التي تحدد نمط السلوك المتوقع بطريقة رسمية.

ب. النظام التعاوني لشستر برنارد (1886 – 1961) Chester Barnard :

و كانت مساهمته بمثابة حلقة الوصل بين تحليلات ماكس فيبر Max Weber في نظريته البيروقراطية و بين نظريات البنائية الوظيفية. فهو من رواد النظريات متعددة الجوانب. و كانت بإقراره وجود نسق تعاوني كمركب معقد فيزيقيا، بيولوجيا، و شخصيا و سوسولوجيا، له علاقة متميزة من خلال التعاون بين الأفراد. فالتنظيم عنده عبارة عن نظام تعاوني يقوم على أساس تعاون شخصية أو أكثر من أجل تحقيق هدف محدد. و التنظيم بهذا المنطلق يمثل وحدة فرعية في نظام أكبر من ناحية، كما يضم وحدات أصغر منه من ناحية أخرى، و بدورها الأنساق الفرعية هاته تتضمن نسقا تعاونيا داخليا، إذن التنظيم نظام مفتوح².

يقول برنارد أن التنظيم يتأثر بجملة من القضايا في مقدمتها البيئة أو المناخ المادي للمحيط، و كذا بالمناخ الإجتماعي و هو الأشد تأثيرا من الأول. إن لب مساهمة برنارد يكمن في

¹ - جبارة عطية جبارة، الاتجاهات النظرية في علم الاجتماع الصناعي، 2001، ص - ص : 174-176، نقلا عن نفس المرجع.
² - علي السلمي، مرجع سابق، ص 175 .

اهتمامها الكبير بالعنصر البشري و بالدوافع الإنسانية المحرك الرئيسي لأي نشاط بالتنظيم، و على الإدارة أن تعمل على تشجيع تكوين الجماعات و محاولة التنسيق بينها بإيجاد الجو التعاوني المناسب و قد طرح تقسيمات مميزة للأنساق التعاونية تظهر في¹:

- علاقات بالبيئة الفيزيقية: أي نسق تعاوني هو غير معزول عن الأنساق الفرعية الأخرى من التنظيمات.

- علاقات بالبيئة الإجتماعية: و تشير أن كل العناصر الإجتماعية مرتبطة في علاقتها بالموقف التعاوني.

- علاقات بالأجزاء: و هي تشير إلى الإتحاد بين البيئة الفيزيقية و البيئة الإجتماعية التي يتميز بها التنظيم.

و في علاقات وثيقة بعدة متغيرات أخرى، على المدير – حسب برنارد- أن يعلم بحقيقة التعاون بين الأنساق الفرعية و أن يحاول تسهيل عملية الاتصال التي تساعد على الاتصال أكثر و على تسهيل تبادل المعلومات بين الأفراد، و أن يشجع تكوين الجماعات، و أن يعمل على تحقيق إحتياجاتها و مقاربة أهدافها غير الرسمية مع الأهداف الرسمية للتنظيم، مستخدماً في سبيل ذلك المغريات – كما يطلق عليها برنارد- و هي تعني الحوافز التي من شأنها أن تحفز الأفراد، و الجماعة على العطاء.

إن برنارد يشيد بأهمية الحوافز كوسيلة مهمة لتحريك دوافع العمل لدى الأفراد، و يحصر مشكلة إدارة الموارد البشرية في محاولة استقطاب أكبر مساهمة ممكنة من الأفراد و هذا ما يعتمد – في نظره دائماً- على نوعية الحوافز التي يقدمها التنظيم و مدى اقتناع الأفراد بها، أو مدى تلبية إحتياجاتهم غير المشبعة.

و يطرح برنارد أنواع المغريات بالشكل الآتي²:

- المغريات المادية مثل النقود و غيرها.

- المغريات الشخصية غير المادية كالفرص المتاحة للتقدم.

- طرق العمل المادية الملائمة.

- المغريات المعنوية مثل التقدير للجهود المبذولة.

- حافز الارتباط الجماعي و الشعور بالانتماء إلى جماعة تؤيد الفرد و تحميه.

- حافز المشاركة و الشعور بالأهمية نتيجة الإسهام في اتخاذ القرارات.

و يحدد برنارد بعض الطرق التي يلجأ إليها التنظيم للحصول على اقتناع الأفراد بالحوافز المتاحة.

¹ نفس المرجع، ص-ص: 180-181، (بتصرف).

² السيد الحسيني، علم اجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994، ص 75، (نقلا عن لطفي دنميري، مرجع سابق)، (د.ص).

Talcott Parsons: (1972 - 1902) ج. نظرية التنظيم نسق مفتوح لتالكوت بارسونز

بنيت مساهمة بارسونز على جملة من الأفكار التي تنطلق أساسا من فكرة أن التنظيم عبارة عن نسق إجتماعي طبيعي يتكون من¹:

- وحدات فرعية (أقسام، وظائف، جماعات مهنية، إدارات) و هي في نفس الوقت وحدات فرعية داخل نسق اجتماعي أكبر (اقتصادي، سياسي،...).

- أوجه نشاط رسمية موجهة نحو إنجاز هدف محدد.

- يتوافر في التنظيمات وسائل لحل المشاكل التي تواجهها في المحافظة على أنماط العلاقات الداخلية.

- التنظيمات أنساق فرعية توجد في بيئة.

نظرية بارسونز تتعامل مع التنظيم بوصفه نسق مفتوح يؤثر و يتأثر بالبيئة الخارجية، التي يحصل منها على مدخلاته و يصرف فيها منتجاته. و لكي يقوم النسق الاجتماعي (التنظيم) بوظيفته على أكمل وجه يقول بارسونز أنه بحاجة إلى توفر جملة من المتطلبات يحددها في أربعة أساسية :

- التكيف و المواءمة : و يتمثل كافة الوسائل التي يستعين بها التنظيم ليحصل من بيئته على ما يحتاجه بناؤه لاستمراره.

- إنجاز أو تحقيق الهدف : و يشمل كافة الوسائل التي تساعد التنظيمات على إنجاز أهدافها المحددة.

و يهتم هذان المتطلبان بالعناصر الخارجية للنسق :

- التكامل : و الذي يتمثل في كشف الوسائل التي يمكن أن تتفق بها أوجه نشاط الوحدات الفرعية التي يتكون منها النسق مع أوجه نشاط الوحدات الأخرى في مستويات أخرى.

- الكمون : أو ما يطلق عليه بإدارة التوترات و المحافظة على النمط.

و يركز هذان المتطلبان الأخيران حول استقرار و توازن النمط.

هذه هي إذن أهم المشكلات – حسب بارسونز- التي يمكن أن تواجه أعضاء الإدارات الذين يهتمهم جدا معرفتها و تحديدها حتى يتمكنوا من اتخاذ القرارات السليمة لحلها من أجل ضمان الإستقرار والإستمرارية، و التي تعتمد أساسا على فكرة تحقيق الأهداف .

و يحلل بارسونز النماذج الأربعة و يقول أن :

- مطلب التكيف أو المواءمة في التنظيم يقابله أو تعبر عنه مشكلة تدبير كل الموارد البشرية و المادية لتحقيق الأهداف.

- و مطلب تحقيق الهدف يتحدد في حشد الموارد التنظيمية من أجل تحقيق الأهداف، هذالموارد التي يكون قد تم تدبيرها في تحقيق مطلب المواءمة و التكيف. و النجاح في تحقيق الهدف يعتمد بدرجة كبيرة على ملاءمة الوسائل للغايات.

¹ - نفس المرجع ، ص 76، (بتصرف).

- أما عن مطلب الكمون فيتفرع إلى مطلبين آخرين هما:

* مطلب تدعيم النمط: الذي يتعلق بمدى الإنسجام و التطابق بين الأدوار التي يؤديها الفرد في التنظيم و الأدوار التي يقوم بها في المجتمع.

* و مطلب إحتواء التوترات التنظيمية و استيعابها: الذي يتحقق من خلال ضمان وجود دافعية كافية لدى الفرد لكي يستطيع أداء مهامه التنظيمية.

لقد أفاد بارسونز كثيرا الفكر الإداري¹ من خلال تحليله للنسق التنظيمي من وجهة نظر نظامية ثقافية منطلقا من القيم و الطابع النظامي. أين نادى بضرورة أن تنسق القيم التنظيمية مع قيم المجتمع لأن هذه الاخيرة هي التي تعطي صفة الرشد للأولى. و خصائص النسق التنظيمي تحدد في :

- ضرورة وجود القيم في الأنساق التنظيمية لأنها تلعب دورا وظيفيا يعمل على ديمومة و استقرار التنظيم.

- أهمية الجماعة و الدور التنظيمي و اعتبار نسق القيم أساسي نظرا لمشاركة الأفراد في وظائف التنظيم. و يحدد بارسونز في هذا الصدد بالضبط مجموع القيم التي تواجه شاغلي الأدوار في التنظيمات، و التي على الإدارة أن تنتبه إليها أثناء تعاملها مع الأفراد. و هي : قيم النسب في مقابل قيم الانجاز، قيم الانتشار في مقابل قيم التخصص، قيم الاصطفائية في مقابل قيم العالمية، قيم العاطفة في مقابل قيم الحياد، قيم الاهتمام بالجماعة في مقابل قيم الحياد العاطفي. لأنه بناء على هذه القيم يمكن فهم سلوك الأفراد داخل التنظيمات و بالتالي يمكن التنبؤ بها، مما يتيح فيما بعد التحكم بها و إخضاعها لخدمة أهداف التنظيم عامة.

و قد اعتمدنا هذه المقاربة المتعددة في دراستنا باعتبار أن المؤسسة الصحية كبناء كلي تقوم على عدة أنظمة فرعية تتشابك و تتفاعل فيما بينها لتحقيق هدف التكيف مع الكل. و الخدمات الصحية هي هدف هذا البناء الكلي (البنائية الوظيفية).

كما أن هذه المؤسسة هي نسق تعاوني مركب و ماهي إلا جزء ضمن نسق أكبر هو السياسة الصحية للدولة، و التي هي جزء اخر ضمن السياسة العامة للدولة و هي تعمل ضمن نظام تعاوني، كما تتأثر بالبيئة المادية و الإجتماعية المحيطة بها. و تعد الموارد البشرية العاملة في هذا القطاع المحرك الرئيسي لنشاط انتاج الخدمة الصحية.

و تفيدنا مقاربة النظام التعاوني في الكشف عن الجو التعاوني المناسب الذي يجب توفيره في قطاع الصحة من طرف الإدارة من خلال عمليتي (الإتصال و التحفيز). أما مقاربة التحليل النسقي للمؤسسة الصحية كنظام مفتوح فتفيدنا في الكشف عن خصائصها من حيث وجود قيم تنظيمية متناسقة مع قيم المجتمع

¹ - لطفى دنميري، مرجع سابق، (د.ص).

الجزائري، وكذلك معرفة مدى أهمية الجماعة في هذا النظام ومختلف الأدوار التنظيمية التي تؤدي في نظام الصحة من خلال هذه الجماعات. كما ستمكننا من معرفة مدى توفر المتطلبات الأساسية الداخلية والخارجية لكي تؤدي المؤسسة الصحية وظيفتها الجديدة حسب ما يهدف إليه مشروع الإصلاح الحالي. حيث أن المؤسسة الصحية تعتبر مجالاً مفتوحاً يتفاعل مع البيئة المحيطة باستمرار فتؤثر فيها عن طريق مخرجاتها، وتتأثر بها عن طريق المدخلات التي تتحصل عليها منها، وبالتالي سنقف على مختلف مواقف الإستجابة والتكامل والإنسجام بين الأنظمة الفرعية، وكيف أن السياسة الصحية تشكل مجالاً مفتوحاً تتفاعل مع بيئتها المحيطة المتمثلة في السياسات المطبقة في المجالات الأخرى.

8. مجالات الدراسة :

نتناول في هذا الجزء المجالات المتعارف عليها في كل دراسة ميدانية للبحوث الاجتماعية و المتمثلة في المجال الجغرافي، المجال الزمني والمجال البشري.

أ. المجال الجغرافي:

المجال الجغرافي هنا غير محدود فهو يتعلق بنظام السياسة الصحية المتبعة من طرف الدولة الجزائرية والتي تتعلق بكل هيكل صحي مهما صغر حجمه أو كبر، وتمثل هذه الهياكل التي تنتشر عبر ربوع الوطن أنظمة فرعية، وهي من غايات دراستنا، فنحن بصدد معرفة ما إذا كانت السياسة الجديدة تستطيع تلبية حاجة المواطن الصحية مهما كان موقعه، و حاجة مستخدمي القطاع مهما كانت فئتهم. و من أجل تحقيق ذلك سنأخذ نموذجاً للدراسة من بين النماذج التنظيمية المطروحة، و ذلك على سبيل المثال من أجل الحصر و التعميم. و ستكون الوحدة المركبة من المؤسسة العمومية الإستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الكائنتين بمقاطعة زرادة التابعة لولاية الجزائر هي ذلك النموذج التنظيمي من النظام الفرعي، حيث تتكفل بتغطية الإحتياجات الصحية لكثافة سكانية معتبرة سواء كانت من نفس المقاطعة أو من مقاطعات مجاورة أو من أخرى أبعد. كما تمثل وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ميداناً ثانياً و ذلك بصفتها نظاماً فرعياً أعلى، و هي تقع بالعاصمة الجزائر، و تمتد سلطتها إلى كل المؤسسات الصحية عبر الوطن، كونها الإدارة المركزية للصحة. و سنتعرف على هذه التوليفة من المؤسسات في الفصل السادس من هذه الدراسة بشكل أكثر تفصيلاً.

ب. المجال الزمني :

و يتعلق الأمر بالفترة الزمنية التي استغرقتها هذه الدراسة، و قد تمت عبر عدة مراحل زمنية خلال مدة قدرها سبع سنوات (2011-2017).

و كانت بدايتها بالمرحلة الإستكشافية للموضوع، و التي أخذت حوالي ثلاث سنوات، و تمثلت في العديد من القراءات حول الموضوع خاصة ما ألفحوله من كتب ودراسات دولية و دراسات جامعية جزائرية، و

إعداد بطاقات القراءة. و كان مصدرها المكتبات الجامعية و الأترنت. و في حقيقة الأمر دامت في بعض النقاط إلى غاية قرب إنهاء تحرير هذه الدراسة، خاصة التي تتعلق بالإصلاحات الصحية للدولة الجزائرية و التي اقتضى الأمر تتبّع مسار إنجاز بعضها عن طريق إجراء بعض المقابلات الحرة بغرض استكمال استكشاف الموضوع و جمع المعلومات المستجدة حوله، و ذلك مع بعض المسؤولين و الممارسين في القطاع، و أيضا عن طريق وسائل الاعلام المصورة و المقروءة و التي تناولت في الكثير من المرات بعض الفروع منه.

ثم مرحلة بناء الموضوع، و التي تم فيها تحديد الموضوع و بناؤه من خلال ضبط الإشكالية و صياغة الفرضيات ، و اللتان كان قد سبق تحديدهما في المشروع التمهيدي لهذه الدراسة، كما تم تحديد فصول الدراسة النظرية الضرورية للإحاطة بالموضوع، و بداية جمع و تصنيف المعلومات حسب الفصول، ثم تلتها مرحلة تحرير الفصول النظرية، و قد أخذت هذه المرحلة حوالي سنتين . ثم شرع في بناء و إعداد الاستمارة و دليل المقابلة و كانت بداية المقابلات في افريل 2015، أما الاستثمارات فتم توزيعها في بداية نوفمبر 2015، و ذلك بعد انتهاء فترة العطل السنوية المسموح بها، و عودة أغلبية مستخدمي المؤسساتين الصحيّتين من عطلهم. كما أخذت مرحلة استرجاع الاستثمارات فترة طويلة. حيث شرع في تفرغ بياناتها وتحليلها في أواسط سنة 2017.

و كرسنا باقي أشهر سنة 2017 لتحرير الفصول الميدانية ، و إنهاء طباعة الرسالة .

و من المهم جدا ذكر بعض الملاحظات و التي ترتبط ارتباطا وثيقا بهذا المجال ، حيث :

- تزامنت الدراسة في جانبها الميداني مع مرحلة هامة من مراحل الإصلاحات في قطاع الصحة و المتمثلة في تعديل قانون الصحة و الذي كان قد صودق على مشروعه من طرف مجلس الوزراء في بداية سنة 2016، و بقي العمل متواصلا فيما يخص باقي الإجراءات لاستكمالها خلال باقي فترة الدراسة لكن دون أن يتحول هذا المشروع إلى قانون حقيقي، و هذا إلى غاية إنهاء طباعة هذه الرسالة.

- كما تزامنت مع حركة متواصلة للإضرابات و التي كانت تشن خلال فترات عديدة من كل سنة ابتداء من 2011 إلى غاية إنهاء هذه الدراسة، من طرف أغلبية مستخدمي الصحة، الأطباء المتخصصين، شبه الطبيين، القابلات، الأطباء المقيمين... و غيرهم.

- كما تمت خلال الدراسة الميدانية حركة تغيير مست مديري المؤسسات(ميدان الدراسة) في نهاية 2016، وكذا حركة واسعة على مستوى إدارات الوزارة الوصية (وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات) ابتداء من 2013.

ج.المجال البشري :

إن تحديد المجال البشري لدراستنا يؤدي إلى تحديد مجتمع العينة تحديدا واضحا، و تحديد جملة الأفراد التي يراد اختيار العينة منها.

- تحديد المجتمع الإحصائي الأصلي :

المجتمع الأصلي الذي تجري فيه دراستنا هو مجموع مستخدمي المؤسساتين الصحيين :

- المؤسسة العمومية الاستشفائية لزرالدة: و التي تضم 817 مستخدما و ينقسمون حسب تصنيفهم المهني وفق الجدول رقم (01) أدناه.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: والتي تضم 624 مستخدما ،وينقسمون حسب تصنيفهم المهني وفق الجدول رقم (01) أدناه.

الجدول رقم (01) : التصنيف المهني لمستخدمي المؤسسة العمومية الإستشفائية لزرالدة و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية :

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية	المؤسسة العمومية الإستشفائية	الفئة المهنية للمستخدمين
185	110	المستخدمين الطبيين
104	221	المستخدمين شبه الطبيين
44	64	المستخدمين الإداريين و التقنيين
291	422	الأعوان المهنيين
624	817	المجموع الكلي

المصدر : حسب المعطيات المتحصل عليها من إدارتي المؤسساتين لسنة 2015.

و يمثل عدد مستخدمي المؤسساتين معا 1441 مستخدما.

و يمثل هذا المجموع المجتمع الإحصائي الأصلي الذي يضمه ميدان بحث دراستنا لكن في حقيقة الأمر

يبلغ عدد مستخدمي قطاع الصحة العمومية حوالي 300.000 مستخدما حسب إحصائيات 2013¹

موزعين على :

- 28 مركز إستشفائي جامعي .

¹-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitaliere, Statistiques Sanitaires , Année 2013, Agence nationale de la documentation sanitaire, 2015, (document numérique).

- 68 مؤسسة إستشفائية متخصصة.

- 199 مؤسسة عمومية إستشفائية.

- 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية.

و تتوزع هذه المؤسسات العمومية على كامل التراب الوطني الجزائري عبر 48 ولاية حسب الخريطة الصحية المعتمدة منذ سنة 2008. و تمثل هذه المؤسسات المجتمع الإحصائي الأصلي الذي أخذنا منه عينة المؤسستين ميدان بحثنا. و كان اختيارنا للنوعين الأخيرين من المؤسسات لكونهما الهيكلين العلاجيين الأقرب إلى المواطن حسب هرم النظام الصحي المعتمد في الجزائر، و لأنهما الشكلان التنظيميان الجديان اللذان كانا نتاج الإصلاحات الصحية في جانبها الهيكلي .

- تحديد عينة البحث :

نظرا لكون مجموع أفراد المجتمع الأصلي الذي تدور دراستنا فيه هو حوالي 300.000 مستخدما موزعين على أكثر من 566 مؤسسة عمومية للصحة. فقد وقع اختيارنا على مؤسستين كما سبق وأن وضحنا ذلك في المجتمع الأصلي . ونظرا لكون العدد الكلي لمستخدمي هاتين المؤسستين يبلغ 1441 مستخدما فقد وقع اختيارنا على 150 فردا منهم أي ما يقارب حوالي 10%. و قد تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وفق توزيعهم على الفئات المهنية المتعددة التي تتشكل منها تركيبة مستخدمي قطاع الصحة مهما كان نوع الجهاز العلاجي و الممثلة تمثيلا تاما في هاتين المؤسستين المختارتين و هي : فئة الطبيين، فئة شبه الطبيين، فئة الإداريين و التقنيين و فئة الأعوان المهنيين.

و جاء توزيع و اختيار أفراد العينة كالتالي :

لقد أخذنا من كل فئة من الفئات المهنية لكل مؤسسة ما نسبته 10 % من مجموع أفرادها الكلي، و عندما لم يتوفر العدد الكافي فإننا نأخذ وحدة واحدة من مجموع الأفراد الذين لم يتجاوز عددهم 10 أفراد وهكذا... و هذا ما سمح لنا في النهاية باستجواب 150 فردا من مستخدمي المؤسستين حسب اختلاف الفئات المهنية بما نسبته 10 %دوما. و من الممكن أن تعتبر نتائج هذه الدراسة صالحة على المجتمع الأصلي بالنسبة للصحة العمومية، و مرد ذلك تشابه ظروف العاملين في المجالات: الخدمية و الإقتصادية و الإجتماعية، و كذلك وحدة نمط التسيير و التنظيم و تماثل العلاقات الإنسانية المهيمنة عليها... و إلى غير ذلك. فكانت عينة بحثنا طبقية تناسبية توزعت كما يلي :

جدول رقم (02) :يمثل توزيع أفراد العينة

العينة (%10)	العدد		الفئات المهنية
	مؤسسة الصحة الجوارية	المؤسسة العمومية الإستشفائية	
36	185	110	فئة الطبيين
37	104	221	فئة شبه الطبيين
12	44	64	فئة الاداريين و التقنيين
65	291	422	فئة الأعاون المهنيين
150	1441		المجموع

كما تم ضم 07 أفراد للعينة، اختيروا من نفس مجتمع البحث الأصلي. لكن يتميزون بخاصية الإنتماء الى مؤسسة أعلى من حيث مستواها في نظام الصحة و هي وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، و التي تم تناولها في دراستنا على اساس أنها النظام الأعلى الذي يضم الأنظمة الفرعية من المؤسسات الصحية هذا من جانب، كما تم تناولها على أساس أنها نظام فرعي يعمل مع أنظمة أخرى من أجل تحقيق هدف نظام أعلى آخر و هنا تصبح موازية في علاقاتها مع موضوع الإصلاحات مع المؤسسات الصحية التي هي في مستوى أدنى.

غير أن هؤلاء الأفراد تم استجوابهم عن طريق المقابلة نظرا لقلّة عدد من استطعنا الإتصال بهم، وباستعمال تقنية العينة القصدية، حيث اخترنا مبحثين من بين إطارات الوزارة، وهم يمثلون باقي الإطارات العاملين في هذا المستوى و ذلك لتمثيل المهام التي هم مسؤولون على أدائها رغم اختلاف التسميات ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة . فقصدنا إدارة الموارد البشرية، و إدارة الشؤون القانونية، و إدارة الميزانية و المالية، و إدارة الهياكل الصحية. كما أن عامل صعوبة الإتصال بهم و إستجوابهم كان كفيلا بالإكتفاء بهذا العدد من المقابلات .

9. المناهج و التقنيات المستعملة في الدراسة :

المنهج هو " الطريقة التي يسلكها العقل في دراسة موضوع أي علم من العلوم للوصول للقضايا الكلية أي القوانين العلمية أو الطريقة التي يبني عليها العلم قواعده و يصل إلى حقائقه"¹.

¹ - طلعت همام ، قاموس العلوم النفسية و الإجتماعية، ط1 ، موسوعة الرسالة ، بيروت، 1984 ، ص 3 .

كما يعرف بأنه "أداة يستعملها الباحث لمعالجة مشكل ما للوصول إلى أدق النتائج و ذلك بتقييده بمجموعة من الخطوات و القواعد التي تتماشى و موضوع الدراسة"¹.

1.9. المنهج المتبع :

لقد استلزمت دراستنا استخدام مناهج عديدة في نفس الوقت للتحكم و الإلمام بكل جوانب الظاهرة و لبلوغ الأهداف التي ترمي إليها ، و هي كالتالي :

- المنهج الوصفي التحليلي.

- منهج المقارنة.

أ – المنهج الوصفي التحليلي :

و هو منهج علمي يقوم أساسا على وصف الظاهرة أو الموضوع محل البحث و الدراسة و تعني بالضرورة تتبع هذا الموضوع و محاولة الوقوف على أدق جزئياته و تفاصيله، و التعبير عنها تعبيراً إما كيفياً و ذلك بوصف حال الظاهرة محل الدراسة، و إما تعبيراً كمياً و ذلك عن طريق الأعداد و التقديرات و الدرجات التي تعبر عن وضع الظاهرة و علاقتها بغيرها من الظواهر. و هي تكاد تكون عملية أولية تكمل بعملية تفسيرية قائمة على الإستنتاج و استخلاص القوانين و التعميم. و يتخذ الوصف بديلاً عن التجربة المخبرية.

و هناك عدة تقنيات وصفية، ففي وصفنا للظاهرة التي ندرسها اعتمدنا على :

- تقنية دراسة الحالة :

و هي تعتمد في الأساس على العينة كأداة أساسية من أدوات البحث العلمي و تعرف بأنها : " الطريقة العلمية الخاصة بالحالة المدروسة سواء كانت فرداً أو مؤسسة و تحليلها و مسانيرة المراحل و الخطوات التي مرت بها الحالة من أجل الوصول إلى نتائج علمية دقيقة و يمكن تعميمها على الحالات الأخرى المشابهة"².

و أسلوب دراسة الحالة هو " نوع من الدراسة المسحية فقط أن الفارق بين الأسلوبين هو أن الدراسة المسحية تخص الظاهرة بكاملها و مع جميع تفاصيلها، أما أسلوب دراسة الحالة فالمسح يتجه إلى وحدة واحدة أو نموذج واحد، و لا بد أن يعتقد الباحث أنها تمثل نمودجا لحالات أخرى مشابهة"³.

و سنعتمد المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرادة كحالة نموذجية ، و نحاول دراستها بتعمق من حيث محيطها الداخلي و تأثير المحيط الخارجي عليها و على الأفراد، مع تحليل كل عامل من العوامل المؤثرة، و فحص مدى تطبيق الإصلاحات الإستشفائية على مستوى

¹ - عبد التاصر جندلي، تقنيات و مناهج البحث في العلوم السياسية و الإجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005، ص 199 .

² - أحمد عياد، مدخل لمنهجية البحث الإجتماعي، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2009، ص:ص:61-62 (بتصرف).

³ - أحمد عياد، مرجع سابق، ص 66.

المؤسسة و محاولة التعرف على العوامل التنظيمية الداخلية التي تؤثر في تطبيق أو عدم تطبيق هذه الإصلاحات، و إخضاع الأفراد لملاحظة و قياس الظواهر المدروسة و معرفة اتجاهات سلوكياتهم و الأسباب التي تقف وراءها ، وذلك باستعمال طرق إحصائية لدراسة العلاقة بين المتغيرات.

- تقنية أو أسلوب التقارير السردية :

و هو "من بين الأساليب الوصفية الأساسية، كما أنه يفيد كثيرا في الدراسات الكيفية إذ الباحث فيه يبتعد عن الطرق الإحصائية و يكتفي برصد و جمع المعلومات و الحقائق المتعلقة بالظاهرة موضوع البحث"¹. و قد اتبعنا هذه التقنية بتحديد موضوع البحث، ووضع خطة حصرنا فيها أهم المجالات الأساسية لظاهرة الإصلاحات الصحية، ثم فحص و معالجة المعلومات و التمييز فيها بين الضروري و الثانوي ، ثم انتقلنا إلى صياغة التقرير النهائي.

ب- منهج المقارنة :

منهج المقارنة " هو أحد المناهج العلمية الموظفة على أوسع نطاق في الكثير من الإختصاصات العلمية، لا سيما منها العلوم الإجتماعية... و فيه يقوم الباحث بالموازنة بين المتغيرات في الموضوع محل الدراسة، و ذلك بين مجموعات أو عينات في نفس الوقت، أو على مستوى موضوع واحد لكن بين فترات زمنية مختلفة، و ذلك حتى يتمكن الباحث من تحديد أوجه التشابه و الإختلاف أولا، ثم التلازم في التغيير ثانيا و من ثمة يصل إلى تحديد العلل و الأسباب أخيرا... و ليس للمقارنة سبيل واحد، بل هي نوعين: المنهج العرضي و المنهج الطولي..."².

وقد استخدمنا هذا المنهج للموازنة بين متغيرات الإصلاح في السياسة الصحية باستخدام كلتا المقارنتين:

- المقارنة العرضية:

من خلال سياق زمني واحد، و هو المرحلة الممتدة من تقرير الإصلاحات الصحية إلى غاية إنهاء هذه الدراسة وذلك :

- بين مجموعات مختلفة (الفئات المهنية، فئات الأقدمية... الخ) هذا من جانب.

- و بين مستويات مختلفة (بين مستويات الأنظمة الفرعية داخل المؤسسة، بين مستوى الأنظمة الفرعية ممثلة في المؤسسات الصحية و المستوى الأعلى، و بين مستوى نظام الصحة ككل و باقي المستويات) من جانب ثاني.

- و كذلك من جانب أفراد العينة المبحوثين بتقنيات مختلفة (عينة المبحوثين عن طريق الاستمارة، و عينة المبحوثين عن طريق المقابلة).

¹ - نفس المرجع، ص 67.

² - نفس المرجع، ص-ص : 71-72.

و حرصنا على تتبع الإختلاف الجوهرى و الظاهر بين هذه المجموعات والمستويات والعينات، قصد التمكن من تحديد أوجه الشبه و الإختلاف و التلازم في التغيير و تحديد الأسباب الفاعلة.

المقارنة الطولية:

و التي تقوم أساسا على التتبع الزمني للظاهرة محل الدراسة. فقد تمثلت في تتبع موضوع الإصلاح في الصحة و في الإدارة العمومية الجزائرية في سياقه الزمني ، و الذي قسمناه إلى فترات زمنية حتى نتمكن من المقارنة و تحديد الشبه و الإختلاف و العلل الفاعلة. و قد احتكنا في تقسيم الفضاء الزمني إلى أسس و معايير منطقية حددها الموضوع ذاته. و على اعتبار أن المنهج الطولي يصعب الدراسة بصيغة تاريخية فقد لجأنا إلى استخدام البيانات و الإحصائيات و الوثائق حتى نتمكن من تتبع ظاهرتنا تتبعاً دقيقاً و معمقاً.

2.9. أدوات جمع البيانات :

لقد تعددت وسائل جمع البيانات المتعلقة بدراستنا و تنوعت تبعاً لطبيعة العينة و لطبيعة موضوع البحث. و تمثلت فيما يلي:

أ – الملاحظة :

و هي واحدة من بين أهم وسائل جمع البيانات، و هي تعني: " مراقبة و معاينة الظاهرة المراد دراستها، و لا نعني بها الملاحظة العابرة العادية، و إنما الملاحظة العلمية التي يستعين بها الباحث الاجتماعي في البحوث الاجتماعية"¹. و قد استعملنا أداة الملاحظة بنوعيتها.

- الملاحظة بالمشاركة :

و التي لم تتطلب منا جهداً كبيراً، و ذلك لتألفنا مع ميدان الدراسة بحكم الخبرة المهنية السابقة، و أهم ما عاد به استخدامنا لهذه الوسيلة التعرف على ميدان الدراسة من حيث النشاط و من حيث التركيبة البشرية، و كذا الاقتراب من ظروف العمل و تشخيص الواقع داخل ميدان الدراسة، مما ساعدنا ذلك كثيراً في مرحلة تفسير بعض جوانب الدراسة. و يجدر التأكيد في هذا الصدد على نقطة هامة ، وهي أن الملاحظة بالمشاركة التي قمنا بها لم تكن ضمن روتين العمل المألوف، بل كانت محددة الهدف و الموضوع و المراحل، و كان دور الباحثة مخفياً عكس دور الإنتماء إلى جماعة مستخدمي الصحة، والذي كان حقيقياً، و دون تقمص، و قد دام ذلك لمدة سنتين منذ بداية دراستنا.

- الملاحظة غير المشاركة :

و هي التي إعتدناها في ملاحظة و مراقبة جماعة و موضوع الدراسة من الخارج، و تسجيل المعلومات و الحقائق عنهم إلى غاية إنهاء هذه الدراسة.

ب – المقابلة :

¹ - نفس المرجع، ص 131.

و هي أداة أخرى تم استعمالها لغرض التزود مباشرة ببعض المعلومات حول موضوع الإصلاحات الصحية لدى مبحوثين ينتمون إلى مجتمع البحث لكن يتواجدون في مستوى أعلى من المؤسستين ميدان البحث، و الذين - بمقتضى إشكالية و فرضيات البحث و تبعا لموضوعه - تم ضمهم إلى العينة التي اخترناها.

و قد حضرنا مسبقا استمارة أسئلة لتكون موجهة لمقابلتنا لهؤلاء المبحوثين، فاعتمدنا على المقابلة المقننة أو الرسمية من بدايتها إلى نهايتها، و ذلك لأن الحصول على مواعيد لإجراء هذه المقابلة لم يكن أمرا سهلا، كما أنه لم يكن ممكنا ترك الحوار يجري بحرية لضيق الوقت و لالتزامات المقابلين المهنية. و تمحورت أسئلة المقابلة حول نفس محاور فرضيات الدراسة باعتبار المقابلين جزءا من العينة، بالإضافة إلى أسئلة أخرى تحمل الإجابة عنها معلومات أو بيانات تتعلق بمحتوى الإصلاحات الصحية، وبمستقبلها، و بعلاقتها مع المحيط باعتبارهم في مستوى أعلى من مستوى المؤسستين ميدان البحث. وكان مجموع الأسئلة هو 17 سؤالا، تدرجت من المتسع إلى الضيق حسب ما يبينه الملحق رقم (02). كما تم بناء هذه الأسئلة بشكل يسهل معه مقارنة إجابات المبحوثين مع بعضهم البعض، و بشكل يقلل فرص تهربهم من الإجابة. و كان زمن المقابلة الواحدة يمتد بين الساعة و النصف غالبا.

ج- الاستبيان :

" الإستبيان عبارة عن مجموعة أسئلة تدور حول موضوع معين، تقدم لعينة من الأفراد للإجابة عنها، وتعد هذه الأسئلة في شكل واضح بحيث لا تحتاج إلى شرح إضافي و تجمع معا في شكل إستمارة"¹. و لقد استعملنا أداة الإستبيان بهدف محاولة جمع المعلومات و البيانات التي قد تأخذ منا وقتا طويلا إذا حاولنا جمعها عن طريق المقابلة بسبب كثرة المعلومات و دقتها، و بسبب حجم العينة (150). في بداية الأمر قمنا بتحديد الإطار المرجعي للإستمارة الإستبائية، فقد ربطنا أجزاء الإشكالية التي نتناولها دراستنا و مجموعة الفرضيات المختارة بالإجابات أو البيانات التي نرتجي الوصول إليها من خلال هذه الإستمارة. وقد تضمنت أربعة محاور، و بها ستون سؤالا أغلبها مغلقة، يتعلق بعضها بحقائق وبعضها بآراء و مواقف. وهي تتوزع كما يلي :

- محور البيانات الشخصية : 9 أسئلة.
- محور أسئلة الفرضية الأولى : 28 سؤالا.
- محور أسئلة الفرضية الثانية : 14 سؤالا.
- محور أسئلة الفرضية الثالثة : 8 أسئلة.

¹ - مصطفى عمر التير، مقدمة في مبادئ و أسس البحث الإجتماعي، ط2، الجامعة المفتوحة، طرابلس، 1995. نقلا عن أحمد عياد، مرجع سابق، ص 121.

وقد تمت تجربتها على عدد أولي بلغ ثمانية أفراد من العينة قصد ضبطها من حيث الصياغة اللغوية ومن حيث الدقة في الحصول على المعلومات، ثم وفي خطوة ثانية تم التصميم النهائي للإستبائية والتوزيع على المبحوثين بشكل عشوائي مع احترام عددهم حسب نسب الفئات المعدة سابقا.

3.9. تقنيات تفرغ وتحليل البيانات وتفسيرها وعرض النتائج :

بعد جمع البيانات من الميدان عن طريق المقابلة و الإستبيان و الملاحظة و ما تم الحصول عليه من المعلومات الواردة في المراجع التي اعتمدنا عليها تطلب الأمر استخراج النتائج و تحليلها و تفسيرها وذلك عن طريق تفرغ البيانات و تحليلها:

أ – تفرغ البيانات طبقا لاستخدام المنهج الإحصائي :

كان لابد لنا من استخدام بعض الأساليب و الأدوات الإحصائية من أجل التمكن من معالجة ما جمعناه من بيانات بشكل يساعدنا على استخلاص الحقائق و الإستنتاجات، لأن ما جمع من بيانات لو ترك بصورته الأولية لأصبح غير صالح للإستفادة منه بصورة مباشرة. و تعتبر عملية التبويب و التصنيف من أهم المراحل، و تعرف عملية التبويب بأنها عبارة عن تفرغ البيانات الأولية المتاحة في جداول إحصائية لتلخيصها و تصنيفها، حتى يمكن التعرف على ما تحويه تلك البيانات من معان. و تمثلت البيانات المتاحة لنا في :

- البيانات الوصفية :

و هي بيانات تعبر عن وجود صفة ما بين مفردات المجتمع المبحوث و من أمثلتها البيانات المتعلقة بالحالة العلمية، و تم قياس هذه التغييرات إحصائيا عن طريق معرفة عدد المفردات التي تتصف بصفة معينة ، أو نسبة تلك المفردات التي تتسم بتلك الصفة بالنسبة لكل أفراد المجتمع البحثي .

- البيانات الكمية :

و هي تلك البيانات التي تعبر عن ظاهرة يمكن قياسها رقميا عن طريق استخدام وحدات قياسية معينة. و من أمثلتها البيانات الخاصة بالدخل. و لم تختلف طريقة التبويب بالنسبة لهذين النوعين من البيانات(الوصفية والكمية) إلا من حيث كيفية تقسيم المتغيرات محل البحث إلى فئات أو إلى مجموعات. بحيث لم تكن الفئات متداخلة ، و إيجاد لكل مفردة الفئة التي تندرج تحتها.

و قد استخدمنا نوعين من التبويب حسب أدوات البحث المستخدمة :

- التبويب أو التفرغ اليدوي للبيانات :

و الذي استعملناه بالنسبة للبيانات المتحصل عليها من المقابلة وذلك للعدد القليل للمبحوثين. حيث استخدمنا طريقة الترميز الوصفي و ذلك بتلخيص كل مقطع في كلمة أو كلمتين. ثم قمنا بتصنيف هذه الترميزات من حيث : التشابه، الإختلاف، التكرار، التسلسل، التعلق والسببية.

- التوبيب أو التفريغ الآلي للبيانات : باستخدام برنامج " الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية

. و هو عبارة عن حزم SPSSالمختصر ب Statistical package for social sciences حاسوبية متكاملة لإدخال البيانات و تحليلها، و هو يشتمل على معظم الإختبارات الإحصائية و له قدرة فائقة على معالجة البيانات، و عموما فإنه يمكن إجمال خطوات التوبيب الآلي فيما يلي : ترميز البيانات، إدخال البيانات في البرنامج، ثم اختيار الإختبار أو الشكل المناسب، و أخيرا تحديد المتغيرات المراد تحليلها. و قد استخدمنا هذا البرنامج فيما يتعلق بالبيانات المتحصل عليها من الإستبيان.

ب- تحليل البيانات و تفسيرها و عرض النتائج :

بدأنا عملية تحليل بيانات المقابلة بعمل خريطة ذهنية منذ بداية التحليل للترميزات والمواضيع لكي تسهل عملية كتابة النتائج وتفسيرها . ثم قمنا بدورة أولى جمعنا فيها الترميزات المتشابهة، المتقاربة، المختلفة.... والمتعلقة بالأسئلة البحثية لكل من المقابلة والإستبيان كل على حدى ، ثم قمنا بدورة ثانية جمعنا فيها بين نتائج التحليل المستخلصة من بيانات المقابلة مع نتائج التحليل المستخلصة من الإستبيان. و قمنا أيضا بدورة ثالثة أعدنا فيها التأكد من إمكانية وجود أخطاء في التصنيف أو في الترميز، وكذلك إمكانية إدراج ترميزات جديدة، أو دمج بعضها مع البعض الآخر، أو فصلها إلى أكثر من ترميز واحد. وتكمن أهمية هذه الدورة في التأكد من وجود التحليل وصحته.

وتمثلت أدوات التحليل في:

أدوات التحليل الكمي:

والتي سمحت لنا بقياس الظواهر وترجمتها إلى أرقام ذات دلالة إحصائية، توفر مجالا للتحقق من صحة الفرضيات. وقد استخدمنا الجداول الإحصائية البسيطة والمركبة، والجداول الثانوية والرئيسية، وكذلك النسب المئوية التي أخذناها من الأرقام الإحصائية . واستعملناها للمقارنة والتعليق على القيم الموجودة بين المتغيرات، كما استخدمنا أشكالاً ورسومات توضيحية ذات دلالة إحصائية.

- أدوات التحليل الكيفي :

وتمثلت في قراءة الجداول ومحاولة استنتاجها، والتعليق على النتائج المتوصل إليها في استنتاجات جزئية لكل فرضية ، متبوعة باستنتاج عام .

10. الدراسات السابقة :

يقال " ليس هناك صفر في المعرفة العلمية"¹، و أن العلم تراكمي . و لذلك يفرض على الباحث التعمق في قراءة ما كتب حول موضوع بحثه، و التعرف على الدراسات السابقة و التراث النظري لموضوعنا كان من شأنه تحقيق أبعاد معرفية و اخرى منهجية من اهمها : عدم انطلاقنا من الفراغ، تكوين نظرة شاملة عن الموضوع مما مكننا من هندسة و تحديد هيكل الدراسة، و كذلك استفادتنا من جهود سابقينا من خلال تعرفنا على النتائج التي توصلوا اليها لكي تكون بداية او انطلاقة لدراستنا تتسم بالإبداع و التجديد و تمثلت الدراسات السابقة لموضوعنا في دراسات عن الإصلاح الإداري و عن التغيير التنظيمي الذي هو هدف الإصلاح و عن اصلاح الصحة كقطاع اداري عمومي.

1.10. دراسات غربية :

ان الدور الذي يساهم به التغيير التنظيمي في تحسين الاداء شجع الباحثين و الاداريين و المنظمات على دراسة هذه الظاهرة، و قد قدمت محاولات كثيرة لتوضيح الكيفية التي يتم بها التغيير.

أ- دراسة كيرت ليفين Kurt levin²:

حاول كيرت ليفين تحديد مراحل التغيير التنظيمي في دراسة قام بها سنة 1945 و يصف المنظمة بأنها عبارة عن نظام في حالة ثبات من خلال قوى معادلة (قوى دافعة للتغيير و قوى مقاومة له) و هو من أشهر من كتب في عمليات التغيير، ويرى أن أي تغيير لابد و أن يمر بثلاث مراحل أساسية، و قد قدم محاولته الرائدة لتحديد هذه المراحل، و التي قام العديد من العلماء و الممارسين باستخدامها أو تطويرها لكي تناسب ظروفهم وذلك لبساطتها و هذه المراحل تعر "بنموذج ليفين في التغيير" وهي :

- **مرحلة الإذابة Unfreezing**: وتمثل هذه الخطوة محاولة إنارة ذهن أفراد وجماعات المنظمة لضرورة الحاجة إلي التغيير، وهي محاولة لجذب انتباههم إلي تلك المشاكل التي تعوق من تقدمهم في العمل فيها، و على التخلص من السلوكيات الحالية، وتهيئة الأجواء لخلق دوافع جديدة وإعداد العاملين نفسيا ومعنويا لاستقبال التغييرات المزمع إحداثها وذلك بإشعارهم بالأمان اتجاهها.

- **مرحلة التغيير Change**: وتعني التدخل الذي يقوم به القائمون على التغيير على الأنظمة وأساليب العمل والإجراءات التنظيمية وعلى السلوك الجماعي والفردى في المنظمة، وينظر الكثير إليها على أنها أيضا مرحلة التعلم وليس تدخلا فقط، أي مرحلة يكتسب فيها الفرد والجماعة والمنظمة أنماطا جديدة من التصرف والسلوك والتي تساعدهم على التغيير إلى الأحسن.

¹ - فضيل دليو و آخرون ، دراسات في المنهجية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ، 2000، ص 38.

² - Kurt Levin, " Group Decision and social change ", In Readings in social psychology (نقلا عن أحمد ماهر، السلوك التنظيمي، مدخل بناء المهارات، ط 7، الدار الجامعية، الإسكندرية 2000، ص- ص : 460-457، بتصرف).

وفي هذه المرحلة يحذر ليفين من عدم الإقدام بشكل متسرع على تنفيذ التغيير لأن ذلك سوف يترتب عليه ظهور مقاومة شديدة ضد التغيير، الأمر الذي يؤدي إلى الإرباك والتشويش، وعدم الوضوح ومن ثم عدم تحقيق المطلوب، ومن الضروري أن نفهم أن هذه المرحلة تتطلب فترة زمنية طويلة لوضع التغييرات موضع التنفيذ .

- **مرحلة التجميد Refreezing** : كما بدأت مراحل التغيير بضرورة إذابة الموقف، ثم انتقل الأمر إلى التدخل بتغييرات مطلوبة، يكون من اللازم بعد التوصل إلى النتائج والسلوك المطلوب أن يتم تجميد ما تم الوصول إليه ، أو يمكن القول بأن هذه المرحلة تهتم بحماية وصيانة التغيير الذي تم التوصل إليه. وبمعنى آخر هو محاولة التثبيت والحفاظ على المكاسب والمزايا وذلك ما يطلق عليه بتجميد الوضع أطول فترة ممكنة ،بل وضمان استمراريته وثباته.

ب - دراسة دانيال كاتز و روبرت كاهن Daniel katz and RobertKahn:

و هي التي تناولت نموذج النسق المفتوح و التي تستعمل في عدة فروع و تخصصات علمية و موضوع اتفاق بين الجميع. و لقد طوروا هذا النموذج لتفسير الأفعال التنظيمية في كتابهما " علم النفس الإجتماعي للتنظيمات" الصادر في 1966. و هو يعد حجر الزاوية في نظرية الأنساق المفتوحة.

أكدت هذه الدراسة على وجود منهجية للتغيير التنظيمي¹ و التي تتطلب مراعاة ثلاث مسائل :

- حالة المنظمة في الحاضر.

-و تحديد الحوافز التي يمكن أن تكون منطلقا للتغيير.

- و أن هناك عدة أساليب لتحقيق هذا التغيير منها : إلقاء محاضرات، وضع برامج تدريبية، القيام باستطلاع الآراء...

كما يحث الباحثان على التأكد من مدى فعالية التغيير التنظيمي، وهو يشمل عدة عناصر هي : تغيير هرم السلطة، تغيير نظام تقسيم العمل، تغيير نظام توزيع الأرباح.

و توصلا إلى وجود ستة مصادر لمقاومة التغييرات التنظيمية هي :

- إن الأنساق تتضمن آليات تحقق لها الثبات و الأفراد يتبعون نمطا معيناً.

- إن مطالبة العمال بالتغيير تتصادم مع النفوذ الذي اكتسبوه.

- يؤدي التغيير في نماذج التنظيم إلى تهديد علاقات السلطة.

- إن التغيير يهدد خبرة الجماعات المتخصصة في مهارات معينة.

- قيام جماعات مستفيدة من الوضع بالمقاومة، إذا كان هناك مساس بمصالحها.

¹- مصطفى عشوي، أسس علم النفس التنظيمي الصناعي، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1992، ص 207.

ج - نموذج جون كوتر John Kotter:

و الذي يرى في كتابه " قيادة التغيير " الصادر في سنة 1988 أن :¹¹ إدارة التغيير أمر مهم ففي غياب الإدارة الرشيدة قد تخرج عملية تحويل و تغيير العمل عن السيطرة و هذا أمر لا يحمد عقباه، و مع ذلك فإن قيادة التغيير تعد أكبر التحديات التي تواجه معظم المؤسسات...

و يرى كوتر أنه يجب الالتزام بثمان خطوات حسب تسلسلها و عدم الإخلال بها لأن نجاح كل مرحلة يتوقف على نجاح المرحلة التي تسبقها. فلو تأملنا في المراحل (1-4) سنجدها تعمل على تقسيم العمل الآتي، في حين تمثل المراحل (5-7) تقديم الممارسات الجديدة، أما المرحلة الثامنة و الأخيرة فتعمل على ترسيخ و تثبيت هذه التغييرات في ثقافة المؤسسة. و المراحل الثمانية للتغيير تتطلب فريقا متماسكا من القادة و ليس فردا واحدا، كما يشترط في هذا الفريق أن يكون مكونا من أفراد منسجمين ذوي سمعة.

- إيجاد شعور بأن التغيير ضرورة ملحة، و على قائد المؤسسة أن ينجح في خلق الشعور و الأجواء التي تؤدي للتغيير لأنه يعزز من المصداقية و الثقة و يعدد تسعة عوامل يجب العمل على التخلص منها .
- بناء تحالف لقيادة مساعي التغيير، فلا يستطيع أحد بمفرده وضع رؤية صحيحة، و توصيلها إلى عدد كبير من الناس... و لذلك لابد من بناء تحالفات تتمثل في تشكيل فريق قوي، ذو مستوى مناسب من الثقة المتبادلة، هدفه مشترك يسعى الجميع لتحقيقه.

- وضع رؤية و إستراتيجية و هي مهمة لتوضيح الاتجاه و لتحفيز الناس، و تساعد على التنسيق.
- توصيل رؤية التغيير : إن الاتصال سلاح ذو حدين فتارة يكون فعالا له القدرة على توحيد تصورات الأفراد داخل المنظمة، و طورا يكون ضعيفا قاتلا لروح الحماسة، و بالتالي يكون سببا في إفشال التغيير. و لتفاديه وضع كوتر سبعة مبادئ تكافح هذه الأخطاء هي :

وضوح التعبير عن الرؤية، استخدام اللغة المعبرة، الإكثار من وسائل توزيع البيانات، تكرار الرسالة، ضرب المثال و القدوة، الوقوف على مظاهر التعارض داخل المؤسسة، و توضيح الأمور بكل صراحة.
- تمكين الموظفين من صلاحيات تساعدهم على التحرك و العمل. فالتغييرات الطموحة حسب كوتر لابد أن تشترك في صياغتها كل الطاقات الفاعلة، حيث يتم تحويل الموظفين بوسائل عمل تتطابق مع الرؤية، و فيها تظهر إبداعاتهم. و ذكر نمط خطوات لإشراكهم هي : فهم الرؤية، إعادة هيكلة و تنظيم الهيكل الداخلي ليتوافق مع الرؤية، إتاحة التدريب الكافي، الموازنة و التنسيق بين أنظمة المعلومات و نظم العاملين، و فتح باب المناقشات.

¹- تحقيق بعض المكاسب على المدى القصير: يتطلب إنجاز عمليات التغيير الكبيرة وقتا طويلا، لذا لابد من وضع خطة تحافظ على حماس الأفراد عن طريق وضع مكاسب ملموسة على المدى القريب، و يرى كوتر أن التحسينات القصيرة الأجل ترفع من مستوى بذل العاملين لجهودهم .

¹- جمال محمد عبد الله، إدارة التطوير و التغيير التنظيمي، ط1، دار المعترف للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن، 2015، ص- ص:43-44،(بتصرف).

- توسيع نطاق التحول و توظيف قوة الدفع نحو مزيد من التغيير، بما أن التغيير كانت له ايجابياته على المؤسسة و على الأفراد فلا بد من الاستمرار في سياسة التغيير عن طريق إقناع بعض الأفراد داخل المؤسسة بالانخراط في مشروع التغيير الجديد، و العمل على إشراك الإدارة العليا في العملية عن كذب و الوقوف على المظاهر المعيقة و إزالتها.

- تثبيت التغيير في ثقافة المنظمة : عن طريق تثبيت تغييرها في البداية و ليس في النهاية، إدراك أهمية النتائج الملموسة، الاستعداد التام لمناقشة كافة القضايا، إمكانية تغيير بعض العناصر المهمة داخل المنظمة. و إسناد الترقية للعاملين بالثقافة الجديدة.

2.10 . دراسات عربية :

لقد تناول العديد من الدارسين العرب موضوع الإصلاح الإداري و قد لاحظنا أنهم أوردوا تعريفات له وفقا لاهتماماتهم و اختلاف وجهات نظرهم، و قد أشاروا في كتاباتهم إلى مشكلة الخلط بين الإصلاح الإداري و مفاهيم أخرى كالتطوير الإداري، و التنمية الإدارية، مما ترتب عدم دقة اللغة المستخدمة. و قد يعود ذلك أيضا إلى غموض العلاقة بين الإصلاح الإداري و المتغيرات البيئية المختلفة، و لكن هذا الاختلاف في التعبير يتوافق كثيرا من حيث دلالاته عن حدوث حالة تغيير، و لذلك سنورد أمثلة عن هاته الدراسات العربية ساعين وراء ذلك إلى اكتشاف الإصلاح بهذه الدلالة.

أ- دراسة المنظمة العربية للتنمية الإدارية (1997)²:

و هي نتائج الإجتماع الوزاري للجمعية العمومية المنعقدة في بيروت، لبنان في 23 و 24 جوان 1997. وفيها تناولت جلسة الحوار تجارب دول عربية في الإصلاح الإداري. و تمثلت هذه التجارب في تجربة دولة الأردن، و تونس، الكويت، مصر و المغرب و عرضت كل تجربة حسب المحاور التالية :

- مبررات اختيار الأهداف الإستراتيجية لبرنامج الإصلاح الإداري.

- آليات ربط خطة الإصلاح بالأهداف.

- رصد الانجازات.

- آليات المتابعة و التقييم المرحلي لبرنامج الإصلاح الإداري.

- المشكلات و المعوقات التي صادفت جهود التنفيذ.

- الدروس المستفادة.

و ختمت هذه التجارب - بعد عرض كل واحدة منها من طرف ممثل للدولة المعنية بالتجربة - بملاحظات تقييمية حول التجارب المعروضة من طرف هذه الدول العربية. و قدم هذه الملاحظات التقييمية الدكتور

²- المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تجارب عربية في الإصلاح الإداري، (سلسلة ندوات ومؤتمرات، رقم 5)، ط1، دار الرضا للطباعة و النشر، القاهرة، 1997.

أحمد صقر عاشور و الذي كان آنذاك مديرا عاما للمنظمة العربية للتنمية الإدارية، و قسم ملاحظاته كالاتي :

- أولا – التحولات و التغيرات الإيجابية في جهود الإصلاح الإداري :** و تمثلت في :
- تصاعد اهتمام الدول العربية بإصلاح و تطوير الجهاز الإداري للدولة و ربطه مع تبنيتها لبرامج الإصلاح الاقتصادي.
 - إعادة النظر في الكثير من السياسات و التوازن بين الدور و الوظائف التي يباشرها القطاع الحكومي و تلك التي يباشرها القطاع الخاص و القطاع الأهلي.
 - القيام بخطوات تحريرية للاقتصاديات العربية مما أدى إلى تقليص قبضة الأجهزة الحكومية و هذا نتيجة لتنامي تيار عولمة الاقتصاد و تحرير التجارة و الأسواق.
 - ترتيب قضية الإصلاح الإداري ضمن أولويات السياسات و البرامج الحكومية عن طريق تشكيل وإنشاء الأجهزة المتخصصة و المكلفة بذلك.
 - رغم التفاوت فإن أغلب الدول لديها برامج و خطط للإصلاح الإداري.
 - و أغلب هذه البرامج يركز على الخدمات الجماهيرية.
 - يتوافق مع الإصلاح الإداري اهتمام متصاعد بالإصلاح التشريعي.
- ثانيا – آفاق تطوير مستقبلية في تجارب الإصلاح الإداري العربية :** و أهمها :
- خطط و برامج الإصلاح الإداري العربية في حاجة ماسة إلى تبني توجه مشتق من التوجه الاستراتيجي للتنمية بشكل عام.
 - نقص الدعم السياسي اللازم لدفع جهود الإصلاح الإداري بشكل قوي هو قاسم مشترك لأغلب التجارب.
 - كل التجارب لازالت تدور في فلك تقليدي و لم يتوجه الاهتمام إلى الأداء بعد .
 - إن إصلاح الجهاز الحكومي له ارتباط وثيق بمعايير و آليات المساءلة في حين أنها لم تتغير بعد.
 - يدور الإصلاح الإداري في المستويات التنفيذية للعمل الحكومي و لم يصل بعد إلى البنية العلوية.
 - لم تنطرق جهود الإصلاح إلى البعد المتعلق بالإصلاحات التي تتداخل فيها أكثر من منظمة حكومية.
 - تفتقد برامج الإصلاح الإداري للقدر الكافي من التكامل، رغم تناولها لجزئيات عديدة.
 - و قد وردت في هذه الدراسة أيضا تدخلات و أسئلة طرحها الحاضرون في هذا الاجتماع بأسماء أصحابها و بالردود التي تلقوها.

ب – دراسة محمد قاسم القريوتي (عمان، الأردن، 2001):¹

عنونها "الإصلاح الإداري بين النظرية و التطبيق"، تناول في الباب الأول منها الجانب النظري للإصلاح الإداري أو إطاره العلمي، و تناول في الباب الثاني الإصلاح الإداري في دولة الأردن، حيث

¹ - محمد قاسم القريوتي، الإصلاح الإداري بين النظرية و التطبيق، مرجع سابق.

قسم دراسته إلى مراحل الإصلاح الإداري حسب تاريخ الأردن منذ سنة 1516 (بداية الحكم العثماني)، ثم مرحلة ما قبل سنة 1973 أين كانت البدايات الأولى للاهتمام بتطوير الإدارة الأردنية، ثم مرحلة التطوير ما بين سنة 1973 إلى سنة 1988. ثم مرحلة التحولات السياسية و الاقتصادية التي وصفها بالخطيرة و التي كانت ما بين سنة 1988 إلى غاية 1999. ثم تطرق إلى المرحلة الراهنة أي مرحلة ما بعد سنة 1999 و هي المرحلة الرابعة في تاريخ الإصلاح الإداري الأردني و تناول في كل مرحلة وصفا للأعمال الإصلاحية و لمحاور الإصلاح حسب الأهداف و الجهات القائمة عليها، و يختم كل مرحلة بتقييم يخصها و أنهى دراسته بخلاصة و استنتاجات كان أهمها: إعادة استعراض المنهجية العلمية السليمة التي يجب أن تستند عليها جهود الإصلاح الإداري و المتمثلة في الإستراتيجية المتكاملة و تقييم جهود الإصلاح الإداري الأردني من حيث توافقه مع هذا الإطار العلمي، و كانت النتائج هي أن جهود التطوير الإداري لم تشمل من العناصر اللازم توفرها إلا على ثلاث عناصر فقط من أصل ثمانية و هي :

- التركيز على إعادة التنظيم و تكييف الهياكل التنظيمية و التشريعات و أساليب العمل بهدف مواكبة المستجدات المحلية و العالمية.

- إعادة النظر في الأهداف و المبررات الموضوعية الخاصة بالأجهزة الإدارية.

- تشجيع نمط اللامركزية في العمل و تفويض الصلاحيات.

أما العناصر المغفلة في الإستراتيجية المتبعة للإصلاح و التي لم تلق الاهتمام الكافي في عملية التطوير الإداري حتى الآن فتتمثل فيما يلي :

- عدم تبلور مفاهيم واضحة للوظيفة العامة.

- تعاني الإدارة الأردنية من عدم التفعيل الكافي للموجود من القوانين و التشريعات.

- لم يتوفر حتى الآن التزام حكومي كافي بمنهج الشفافية و الوضوح في العمل.

- لم تستند جهود التطوير الإداري إلى مسوحات و دراسات و جولات ميدانية تتلمس مواقع الخلل و التعثر لتعمل على إصلاحه.

- تعاني جهود الإصلاح الإداري من تدني المشاركة الشعبية بها.

أما على مستوى تنفيذ هذه الإستراتيجية فقد عانت كافة الجهود في اتجاه الإصلاح الإداري من غياب عنصر المتابعة و التقويم. و يفسر ذلك بغياب المؤسسة و المساءلة . و يؤكد أن التغيير السريع في الحكومات و الذي بلغ 85 حكومة منذ تأسيس إمارة شرق الأردن حتى الآن لا يوفر فرصة تنفيذ أي حكومة للبرنامج الذي تضعه.

و في الأخير قام بلفت أنظار أصحاب القرار إلى الأمور التي يجب استكمالها إذا ما أريد للإصلاح الإداري أن يتحقق ضمن فترة زمنية معقولة بهدف الوصول إلى حالة من التوازن في المجتمع الأردني.

ج – دراسة مهدي حسن زويلف و سليمان أحمد اللوزي (1993):¹

و هي دراسة حول موضوع التنمية الإدارية و الدول النامية، و فيها تناولا المحاور التالية:

- التنمية الإدارية و المفاهيم المرتبطة بها : و يعالج هذا المصطلح حسبهما المسائل الإجرائية الإدارية مثل النظم و الأساليب... و يعالج المواضيع الخاصة بالمحاور الهيكلية و إصلاح البناء الهيكلي، كما يعالج الإتجاه السلوكي كتنمية قدرات الإنسان و المشاركة في صنع القرار.
- التخلف الإداري : فحددا مفهومه، مظاهره، أسبابه و أدوات معالجته.
- الفساد الإداري : و حددا مفهومه، و أسبابه الإجتماعية و الإقتصادية و السياسية و الإدارية، و الذاتية المتعلقة بالعاملين. كما تطرقا لآثاره و المعالجات الممكنة للتغلب على هذا الإنحراف.
- التغيير الإداري و مقاومة التغيير.
- تنظيم التنمية الإدارية.

- معوقات التنمية الإدارية في الدول النامية عامة و في الوطن العربي على وجه الخصوص. و فيها قيما جهود التنمية الإدارية لغالبية الدول النامية بأنها دون مستوى الطموح، و فيها فجوة بين قدرة الأداء المطلوب و المنجز، و صنفا العقبات و الثغرات التي لازلت تتخلل مسيرة التنمية الإدارية في الوطن العربي في : عقبات ناتجة عن البيئة الإدارية، و أخرى ناتجة عن البيئة الاجتماعية و أخرى ناتجة عن العاملين أنفسهم.

و قدما في آخر هذه الفصول النظرية معالجات لمعوقات التنمية في الوطن العربي حسب بيئتها. ثم تناولا التجربة الأردنية في التنمية الإدارية بتفصيل أكثر.

3.10. دراسات جزائرية :

أ – التقرير العام للجنة إصلاح هياكل و مهام الدولة (جويلية 2001):²

و هو التقرير الذي تم إعداده من طرف لجنة إصلاح هياكل و مهام الدولة المكلفة من طرف رئيس الجمهورية الجزائرية " عبد العزيز بوتفليقة " المنشأة و المحددة مهامها بواسطة المرسوم الرئاسي رقم 2000-372 المؤرخ في 22 نوفمبر 2000. و الذي أعد في مدة تسعة أشهر ابتداء من تنصيب هذه اللجنة. و تضم هذه اللجنة سبعون شخصية من كفاءات و خبرات علمية و مهنية جزائرية يرأسها السيد "ميسوم سبيح" المستشار القانوني لرئيس الجمهورية و أول مدير للتوظيف العمومي بعد الاستقلال. و يحتوي هذا التقرير على عناصر تحليل و تقييم و فحص و كذلك اقتراحات و توصيات و النسخة التي كانت مرجعنا هي محررة بالفرنسية و تضم 649 صفحة.

¹ مهدي حسن زويلف و سليمان أحمد اللوزي، التنمية الإدارية و الدول النامية، ط 1، دار مجدلاوي، 1993.

² La République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de la République, Commission de la réforme des structures de l'Etat, Rapport général, 2001.

- و قد باشرت إعداد هذا التقرير بموجب تكليف بمهمة من طرف رئيس الجمهورية.
- يحتوي هذا التقرير دراسة بباين، الباب الأول تناول إشكالية إصلاح الدولة من خلال :
- دراسة و فحص واقعها و تقييمه في القسم الأول منه، حيث تطرق إلى تطور مفهوم الدولة من معنى الدولة الحزب إلى الدولة في خدمة المواطن و في خدمة الجمهورية، ثم إلى تطور و تقييم تنظيم و تسيير السلطات العمومية. ثم تطرق إلى ممارسة الدولة لمهامها و المسؤوليات المنوطة بها في مجال السيادة و في المجالات الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية. و في آخر هذا القسم تم استخلاص أوجه الخلل في تنظيم و تسيير هيكل الدولة و التي نجلها حسب هذا التقرير فيما يلي:
- عدم التوافق بين السلطات و المهام تظهر في المركزية الشديدة و عدم تطوير عدم التمركز.
 - استقلالية غير حقيقية للمؤسسات العمومية و عدم فاعلية في تسييرها سواء كانت الإدارية أو الصناعية أو التجارية.
 - وظيفة عمومية غير مكيفة من حيث إطارها القانوني المرجعي، تسييرها، تركيبها البشرية و حتى من حيث أهدافها.
 - ضعف إتصال الدولة، و عدم الإهتمام بأهمية و دور سياسة الإتصال الحقيقية و الحوار الإجتماعي.
 - نمط حكم غير فعال لعدم اعتماده على وسائل و مناهج الحكم الراشد.
 - وجود أزمة دولة غذتها الأزمة الاجتماعية و أزمة السلطة.
- و في القسم الثاني من هذا الباب تناولت اللجنة تحديد المفهوم الجديد للدولة من خلال تناول الدواعي الداخلية و الخارجية لإصلاح الدولة، و فلسفة و أهداف هذا الإصلاح و التي ترمي إلى تحقيق دولة القانون في خدمة المجتمع، قوية و عصرية و حامية للانسجام و التضامن الاجتماعي و الوطني، و دولة قادرة على مواجهة رهانات العولمة. و ينتهي هذا القسم من هذا التقرير باستنتاج الدور الجديد للدولة من خلال المفهوم الجديد و الذي ترى اللجنة من خلاله إعادة تنظيم مهام السلطة العمومية و المرفق العمومي للدولة، و إعطائها دور تقوية الديمقراطية و التعددية، وكذا تنظيم دورها في المجال الإقتصادي و الإجتماعي.
- و تناول القسم الثالث من هذه الدراسة المحاور الكبرى لمشروع إصلاح الدولة و شروط تنفيذه. و فصلت هذه المحاور في الباب الثاني من التقرير و تمثلت في :
- إعادة تنظيم الإدارة المركزية و استقرارها و تناسقها و استمرارية نشاط الدولة.
 - لا مركزية و عدم تمركز الجماعات الإقليمية و الإدارة المحلية من أجل تحقيق ديمقراطية محلية.
 - إصلاح المؤسسات العمومية بصفقتها عوامل العصرية للخدمة العمومية.
 - إدراج العمل بأدوات حديثة في التسيير العمومي و المتمثلة في وظائف الاستشارة و الضبط و المراقبة.
 - وضع سياسة جديدة للموارد البشرية فيما يتعلق بأعوان الدولة.

- وضع سياسة جديدة للعلاقات ما بين الدولة و المواطن لإعادة إصلاح الثقة .
 و في آخر التقرير وردت الخلاصة أو الإستنتاج العام للجنة إصلاح هياكل و مهام الدولة، و التي أكدت فيه على شمولية هذا المشروع و على تجانس أجزائه، و أوصت بأن تطبيق مقترحاتها العديدة و المتنوعة هي في غالبيتها ذات علاقات متداخلة بينها و تستحق تطبيقا متدرجا و ممنهجا، و لها بعد وطني و هي معقدة من حيث طبيعة المشاكل المطلوب حلها و من حيث التطلعات التي يتوق إليها المواطنون من خلال تحقيقها لدولة القانون التي تضمن الشفافية، المساواة و العدالة الاجتماعية. و هي ذات بعد طويل النفس أي تستحق وقتا كافيا لتحقيقها تبرره ضرورة التكيف الدائم للمؤسسات العمومية للتطورات الداخلية و الخارجية من جهة، و لأهداف بعض الإصلاحات الهيكلية التي تأخذ وقتا من جهة أخرى.
 و اشترطت لتطبيق هذه الإصلاحات: وجود إرادة سياسية دائمة تدعم هذا التغيير، و الضلوع الكامل والمسؤول لجميع المؤسسات العمومية و جميع أعوان الدولة في تطبيق عناصر هذا الإصلاح، كما اشترطت الانضمام الفعلي للمجتمع المدني لمسار التغيير بتجسيد أخلفة تسيير الشؤون العمومية و الديمقراطية الحقيقية في الحصول على الخدمة العمومية . وبهذا تكون الدولة المعاد بناؤها – حسب نظر اللجنة – على أسس صحيحة قادرة على اكتساب ثقة المواطنين و تقوية مصداقيتها في العالم. و حينما تستقر في هذا المستوى من دينامية التغيير العميق ستكون الدولة في مقام تحقيق الطموحات المشروعة للشعب الجزائري الذي قدم تضحيات ثقيلة لإنتراع إستقلاله، و هذا هو الهدف المركزي للإصلاح.
 و بهذه العبارات الأخيرة أختتم التقرير، الذي اعتبرناه دراسة ثرية من حيث الفحص و التحليل و التفسير، و تقديم البدائل ، و منطق قابلية مشروع الإصلاح للتطبيق.

– دراسة عبد القادر كاس (أطروحة دكتوراه 2014) :

تتمثل هذه الدراسة في أطروحة دكتوراه، عنوانها إشكالية الإصلاح الإداري في البلدان العربية والإسلامية بين الأصالة و المعاصرة ". و هي تدخل ضمن تخصص العلوم السياسية و العلاقات الدولية، قسم التنظيم السياسي و الإداري، لكلية العلوم السياسية بجامعة الجزائر لسنة 2013 – 2014.
 و فيها طرح الباحث الإشكالية التالية : " هل يمكننا القيام بعملية إصلاح إداري ناجح في بلداننا العربية والإسلامية بالاعتماد على التراث و الموروث العربي الإسلامي دون اللجوء إلى استعمال الأساليب العصرية الغربية ؟ "

و قد تناول في الجزء الأول من دراسته الطرح الغربي للإصلاح الإداري، أما في الجزء الثاني منها فتناول الطرح الإسلامي للإصلاح الإداري. و كان الجزئين نظريين كلاهما. ثم قام بالمقارنة بين الطرحين، فكانت دراسة مقارنة بين الطرحين الإسلامي و الغربي.

و كانت نتائج هذه الدراسة أن الإصلاح الإداري بوجه عام هو وسيلة و ليس غاية، كما أنها لا تعمل بمعزل عن البيئة المحيطة بها فهي تنعكس على البيئة الداخلية بمختلف مستوياتها: السياسية، الاقتصادية،

الاجتماعية و الثقافية، و هي تفترض بداية وجود الإرادة السياسية الحقيقية لمرافقتها و التي هي شرط نجاحها. و للإصلاح الإداري صلة وثيقة بالبيئة الاجتماعية و القيم و الأفكار السائدة فيها، و نجاحه مرتبط بالتوافق معها.

ج – دراسة فرعية من دراسة هاشم حمدي رضا (2011)¹:

و تتمثل في دراسة " الإصلاح الإداري " و التي تناول فيها هاشم حمدي رضا تجارب الإصلاح الإداري في الدول العربية مثل : دولة الأردن، مصر، تونس، اليمن...و كذلك أورد تجربة الجزائر. حيث قام بوضع محاور لعملية الإصلاح للدولة المعنية بالدراسة، ثم ذكر في كل محور الأعمال المنجزة فيه مع تقييم هذه الأعمال. و قد سبق هذه الدراسات بمقدمة عن الإصلاح الإداري تناول فيها مفهومه و مبادئه و أهدافه و أهميته ثم مداخله و عملياته و مراحل و كذلك معوقاته. و ما جلب اهتمامنا هو دراسته عن الإصلاح الإداري في الجزائر و التي كانت الوحيدة من نوعها فيما يتعلق بالدراسات العربية. إذ أننا صادفنا عديد الدراسات للتجارب العربية في الإصلاح الإداري خاصة الأردنية و المصرية و السورية و التونسية و كذا المغربية، و لكن فيما يتعلق بالتجربة الجزائرية لم نجد سوى هذه الدراسة خلال قراءتنا و كانت تجربة الجزائر التجربة السابعة التي تناولها الكاتب، و قدم فيها المحاور التالية :

- إصلاح هياكل الدولة و مهامها: و ملخصه أن هذا الإصلاح – حسب الباحث – هو شامل المدى و يتوخى تزويد الإدارة بالأدوات المكيفة و الوسائل اللازمة للمساندة الفعالة للمسار الديمقراطي، و تحضير الحكم الراشد و عصنة الإقتصاد و إقامة التقدم الإجتماعي.

- تطوير الشراكة بين الدولة و القطاع الخاص و المجتمع المدني: و في هذا المحور تناول إطار الحوار الثنائي بين الحكومة و الحركة النقابية، و إطار الحوار الثلاثي الذي يشرك أيضا أرباب العمل و وصفها بإقامة سنة تشاور محموددة بشأن التسيير الاقتصادي و الاجتماعي للبلاد.

- إصلاح قانون الأسرة و تساوي الحقوق و الواجبات بين المرأة الجزائرية و الرجل في المجالات السياسية و الاقتصادية و التربوية و الثقافية.

- مواصلة الإصلاح التربوي و الذي بذلت فيه الجزائر استثمارات معتبرة منذ الاستقلال و هي تسعى في هذا الإصلاح لتحقيق تحول نوعي لمنظومتها التعليمية بغية الاستجابة لمتطلبات ممارسة أنشطة المواطنة و تثمين القدرات الإبداعية لأبنائها.

- تعميق الإصلاحات الاقتصادية و المالية الجريئة التي انتهجتها الجزائر خلال السنوات الأخيرة بإدخال الصرامة و الانسجام على اختيارات تخصيص الموارد العمومية و إدارتها، كما سمحت بتطوير أدوات تحفيز المبادرة الخاصة و مرافقتها. و عصنة القطاع المالي و المصرفي.

¹ - هاشم حمدي رضا، الإصلاح الإداري، ط1، دار الرابطة للنشر، عمان، الأردن، 2011، ص 209 إلى ص 217 (بتصرف).

- إكراهات يجب التغلب عليها و محاور من أجل شراكة مكيفة، و في هذا المحور تناول الكاتب الإكراهات الداخلية المتمثلة في ضعف القدرات، و الإكراهات الخارجية المتمثلة في الإفراط في تقييم الخطر المتوجس منه في الجزائر و أيضا قيد المخلفات المعتبرة التي خلقتها عشرية الإرهاب. و كذلك الكوارث الطبيعية. و هي صعوبات لصيقة بكل مسار تحول. و لا بد من تناولها على ضوء التحديات التي تطرحها استحقاقات الشروع في تطبيق اتفاق الشراكة مع الإتحاد الأوربي و الإنضمام إلى منظمة التجارة العالمية.

- مجالات الإصلاحات الإدارية الجبائية و التي تخص إصلاح الإدارة الضريبية، و كذلك إصلاح التشريعات و الحوافز الجبائية و الذي يهدف إلى تشجيع المتعاملين الإقتصاديين على الإستثمار. و قد أورد تقييمه لهذا الإصلاح(الجبائي) قائلا أنه يمكن لهذه السياسة الجديدة أن تؤدي إلى هروب الإستثمارات من القطاعات الأخرى إلى القطاعات التي استفادت من الإمتيازات.

د – دراسة مليكة بوكلة بوزوان (أطروحة دكتوراه 2009) :¹

تتمثل هذه الدراسة في أطروحة دكتوراه باللغة الفرنسية عنوانها " إصلاح النظام الاستشفائي في الجزائر: تحديات و آفاق "، تخصص علوم اقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية و علوم التسيير بجامعة الجزائر. و تناولت في هذه الدراسة ثلاثة أقسام، خصصت القسم الأول لمحاولات الإصلاح الاقتصادي للجزائر منذ 1988 إلى غاية 1989 بتحدياتها المختلفة، و مواجهة الاقتصاد الجزائري لقوانين السوق، و قامت خلاله بمقارنة بينه و بين اقتصاد رومانيا و بولونيا لتخرج في الأخير بخلاصة مفادها أن هذه الإصلاحات الاقتصادية و السياسية قد أثرت في إعادة هيكلة نظام الصحة و ذلك لوجود علاقة وثيقة الصلة بين كل من الصحة، الإقتصاد و السياسة.

و في القسم الثاني قامت بتحليل الإصلاح الإشتفائي المقرر خلال سنة 2002 و أهم نتائج هذه الإصلاحات، و بينت أنه لا السياسات الصحية السابقة لهذه السنة و لا هذه الإصلاحات قد استطاعت أن تأتي بحلول جذرية للاختلالات الدائمة و المستمرة بين طلب العلاج و عرضه. و قد دلت على ذلك بمعطيات رقمية (إحصائية) على طول هذا القسم. و قد بدأت تحليلها بدراسة الطلب و العرض للعلاج لأنها تعتبرها أولوية أي إصلاح صحي، و اعتبرته كذلك نظرا للفارق الكبير بين الخدمات المقدمة و انتظارات المرضى.

و ردت فشل هذه السياسات في إلغاء هذا الفارق أو تقليصه إلى المنطق البيروقراطي الذي سيرت به البلاد بعد الإستقلال، و إلى تنظيم العلاج و هياكله و إلى تسيير المؤسسات الإشتفائية، و أخيرا إلى

¹Malika Boukella Bouzouane, "Réforme de système hospitalier en Algérie: contraintes et perspectives", Thèse de doctorat d'état en sciences économiques, Faculté des sciences économiques et sciences de gestion, Université d'Alger, Juin 2009).

غياب إستراتيجية قطاعية قادرة على توفير طلبات المرضى الذين يريدون أحسن تكفل و تحسينا في نوعية الخدمة المقدمة.

أما القسم الثالث فهو إستنباطي المنطق، و التي قامت من خلاله بوضع إقتراحات لحل هذه المشاكل واستهلقتها بعصرنة التسيير العمومي للمستشفيات و قيامه على أساس تحديد الأهداف أو " مشروع المؤسسة "، و على التنسيق و الشفافية، و التقييم.

و قد اعتمدت في دراستها على المؤشرات الإقتصادية مثل : تطور الدخل الفردي الخام (PIB) ، و على حجم المحروقات في الإقتصاد الوطني، و على أهمية الصناعة في الدخل الفردي الخام. و كذلك مؤشرات النجاعة الإقتصادية الكلية و المعايير المستعملة من طرف المؤسسات الدولية لقياس مناخ الأعمال، و كذلك على تطور الزيادة السكانية و مؤشرات ديموغرافية أخرى عديدة ، و كذلك بالإعتماد على مؤشرات وبائية لبعض الأمراض المزمنة مثل ارتفاع الضغط الشرياني، السكري وأمراض القلب.

و أنهت الدراسة بتنبؤات مفادها أن التغييرات المستقبلية في هذه التحديات (الإقتصادية، الديمغرافية، و الوبائية) هي ذات أهمية كبرى، و لذلك يجب تحسب ذلك بكثير من الإنضباط في تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية للصحة ، لأنها ستساهم في زيادة التكاليف و في تعقيد عملية التكفل الوقائي و العلاجي، و ستكون أقوى أثرا مما هي عليه الآن .

11. صعوبات الدراسة :

كأي دراسة هناك صعوبات تواجه الباحث و بالنسبة لدراستنا تنوعت هذه الصعوبات، حيث صادفتنا خلال بحثنا :

صعوبات معرفية:

من حيث عدم وجود دراسات حول إصلاح السياسة الصحية في الجزائر، فمجملة الدراسات تتناول الإصلاح الهيكلي، أو الإصلاح القانوني أو المالي... لكن جانب الأهداف و الغايات أو السياسة الصحية منعدم خاصة ضمن تخصص علم إجتماع التنظيم، و المتوفر من الدراسات هو إما ضمن تخصص التسيير أو الاقتصاد أو القانون أو الإدارة ، و قد اضطررنا إلى استنباط هذه المعارف المتعددة و تهيئتها قبل طرحها على شكلها الحالي بما يتوافق مع تخصص دراستنا.

- صعوبات منهجية من حيث الرغبة في اختزال العلاقة بين الأنظمة الفرعية، و أنظمتها العليا، لأن اكتشاف هذه الشبكة و هذه التداخلات بين الأنظمة السياسية و الإقتصادية و الإجتماعية، الداخلية والخارجية و ربطها مع نظام الصحة و ما يحتويه أو ما يضمه من أنظمة فرعية أخرى أنتج كما من العلاقات لا يعد و لا يحصى، و قد بذلنا مجهودا معتبرا حتى لا نخطيء في فرز هذه العلاقات و توضيحها و نبتعد عن كل ما من شأنه أن يبعثر نتائج بحثنا.

صعوبات ميدانية:

حيث و كما سبق و أن ذكرنا ذلك فيما يتعلق بتحديد المجال الزمني و البشري، فقد كان الميدان صعبا رغم معرفتنا السابقة به، لكن البحث الميداني كشف لنا أمورا كنا نجهلها. فعلى مستوى الوزارة لم يكن سهلا، العمل باستمارة الإستبيان، والحصول على مواعيد للمقابلة لم يكن في متناولنا، و على مستوى المؤسسات الصحيّتين سجلنا طول فترة جمع الإستبيان حيث تم توزيعه في بداية شهر نوفمبر 2016 لكن لم نستطع جمعه إلا بعد حوالي ستة أشهر، و ذلك لأن الأمر تطلب تنقلنا إلى جميع مستويات المؤسسات العمودية و الأفقية سواء في التوزيع أو في الجمع، وأهمها كان للشرح خاصة بعد أن لاحظنا طول مدة عدم إرجاع الإستبيانات. و قد أثرت حركة تغيير مديري المؤسسات كثيرا على عملية ملء الاستمارات و إرجاعها، و قد كررنا طباعة الإستمارات و توزيعها عدة مرات حتى تحصلنا على العدد الكافي من عينة دراستنا خاصة فيما يتعلق بالعينة الجزئية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

الفصل الثاني : الإصلاحات الصحية في الجزائر و علاقتها بالإصلاح الإداري :

تمهيد

1. الإطار العام للإصلاح الإداري .
 2. الإصلاح الإداري في الجزائر .
 3. الإصلاحات الصحية في خضم الإصلاحات الإدارية .
- خلاصة الفصل.

تمهيد :

إن التحولات الإقتصادية و السياسية في وظائف الدول أدت إلى اتجاه جهود حكوماتها منذ أوائل القرن الماضي نحو إصلاح الجهاز الإداري، و شكلت عدة لجان عهدت إليها مهمة إعداد و اقتراح وسائل تحقيق هذا الإصلاح. و في الوقت ذاته اتجهت جهود العلماء نحو دراسة مسائل التنظيم الإداري و ابتكار المبادئ و الاسس العلمية التي يتعين الاسترشاد بها في التنظيم الإداري، إيماناً بأن تحقيق التقدم و التطور في كافة ميادين الحياة يتوقف بالدرجة الأولى على كفاءة أجهزة الإدارة العامة في فهم و استيعاب حركة التطور.

و كمثل هذه الدول، عرفت الجزائر عملية إصلاح في جهاز إدارتها العامة و الذي له علاقة وطيدة بإصلاح الإدارة الصحية. و في هذا الفصل سوف نركز على :

- توضيح الإطار العام للإصلاح الإداري أولاً، كعملية استهدفتها معظم الدول (المتقدمة منها و النامية والسائرة في طريق النمو).

- ثم سنحاول تحديد التجربة الجزائرية ضمن هذا الإطار.

- و في الأخير سنتعرف على موقع إصلاح السياسة الصحية من هذه الإصلاحات ككل.

1. الإطار العام للإصلاح الإداري :

إن عملية الإصلاح الإداري تعمل على إيجاد نموذج جديد للإدارة تكون فيه قادرة على السير الفعال و الناجع لمختلف قطاعات المرفق العام و تكييفها مع التحولات الجديدة.

و لذلك سنتعرف في هذا الجزء الأول من هذا الفصل على أهمية الإصلاح الإداري، و الدوافع الداعية إليه، و مداخله و مجالاته، كما سنتطرق إلى نماذجه و إلى خطواته، ثم نبين كيف تتم هذه العملية من خلال عرض مراحلها، كما نتعرض إلى مختلف ردود الأفعال الناتجة عنها، و نتعرف على معوقات عملية الإصلاح الإداري و على التحديات المعاصرة أمامها.

1.1. أهمية الإصلاح الإداري في الإدارة العامة:

من المنفق عليه أن الحقل المعرفي للإدارة العامة هو أكثر الحقول العلمية المساييرة للتطورات العالمية وأكثرها تواءماً معها. فتدلنا دراسة تطور الإدارة العامة إلى أن المرحلة الأولى تمثلت في اقتصار دورها على تنفيذ السياسة العامة للدولة و ضرورة الفصل بين الإدارة و السياسة. أي البعد عن التسييس و التركيز على الجانب القانوني في العمل و هو دور محدود يتمشى مع فلسفة و مفهوم الدولة الحارسة. فهو يقتصر على حماية الأمن الداخلي و الخارجي و الفصل في المنازعات بين الناس دون الدخول في المجال الاقتصادي.

لكن و بعد الحرب العالمية الثانية و ظهور الأنظمة الإشتراكية توسع دور الإدارة العامة، فظهر " التوجه الجماعي للدولة كرد فعل للتوجه الفردي مما استلزم تدخلها في الكثير من النشاطات الاقتصادية و ذلك لحماية الفرد و تحقيق الصالح العام"¹. و تطلب منها الأمر إدارة المشاريع الاقتصادية، فدخلت في مرحلة ثانية و هي مرحلة التنمية. و ظهرت أساليب إدارية جديدة مثل نمط المؤسسات العمومية أو العامة أو الشركات الحكومية و التي تدار بأساليب مختلفة بهدف تحقيق الربح أو على الأقل بدون خسائر، و هو ما حررها من الإلتزام بنفس آليات العمل الحكومي و محدداته.

و قد تعدى الأمر الدول الإشتراكية ليصل إلى الدول الرأسمالية تطبيقا لشعارات العدالة الإجتماعية و معايير الكفاءة الاقتصادية و تنشيط الإقتصاد و معالجة الركود الإقتصادي، و أيضا ليصل الدول النامية " و التي لم يتطلب الأمر فيها جهد كبير حتى تنقل نفس الفلسفة و النهج لنمط الإدارة فيها. و ذلك بحكم أنها كانت دولا تابعة و ناقلة للأساليب بفعل علاقات التبعية الاقتصادية للدول الرأسمالية و الإشتراكية على حد سواء... و قد أعدت كثير من الدول النامية خططا خماسية أو ثلاثية متعاقبة للتنمية أشرف على إدارتها الجهاز الإداري في تلك الدول و كان مشهودا لها بأنها فعالة في تحقيق الأهداف الطموحة التي حددت لها"². و هذا هو الدور الجديد في هذه المرحلة والذي تمثل في الدور الرئيسي للحكومة في التخطيط و التنفيذ للمشاريع الاقتصادية.

و منذ نهاية الثمانينات شهد العالم نهجا جديدا في الإدارة حيث تزامن ذلك مع انهيار الإتحاد السوفياتي من جهة، و الدعوة إلى تقليص دور الحكومة في الولايات المتحدة الأمريكية من جهة ثانية. و تمثل هذا النهج الجديد في التوجه نحو الخصوصية أي الدعوة إلى تخلي الحكومات عن القيام بالنشاطات الاقتصادية التي كانت تديرها في السابق و تحويلها إلى القطاع الخاص. و ذلك لتجنب الهدر و توفير فرص العمل على أساس الكفاءة و الجدارة و الإنقاص من الإنفاق. و بذلك تعود الحكومة لدورها الطبيعي و هو الإشراف و التوجيه و التنظيم فقط و ليس مزاحمة القطاع الخاص و منافسته. و أصبح دور الإدارة العامة الإشراف على آليات التحول للخصوصية و الإشراف على التنفيذ بشكل يضمن مصالح جميع الأطراف. " و لم يكن صعبا على كثير من الدول تسويق هذا التحول المعاكس في السياسة و الإدارة، خاصة و أن الحكومات تملك الوسائل الرئيسية للترويج الإعلامي المكتوب و المسموع و المرئي"³.

إن هذا التطور في دور الدولة هو من بين أهم الأسباب التي تظهر أهمية الإصلاح الإداري في مواكبة كل مرحلة من التطور. حيث كلما امتد نشاط الدولة إلى مجالات الحياة المختلفة كلما تطلبت تلك المجالات أن تتسلح إداراتها بالكثير من المعرفة العلمية.

¹ - مهدي حسن زويلف- سليمان أحمد اللوزي، مرجع سابق، ص 19.

² - محمد قاسم القريوني- مرجع سابق، ص- ص : 22- 23.

³ - نفس المرجع، ص 24.

" كما أن توسع التنمية الاقتصادية يستلزم التوسع في نطاق العلوم التكنولوجية و كذلك استعمال الأنماط المتعددة من التنظيمات الجديدة، إلى جانب استخدام وسائل إدارية متنوعة و تقنية حديثة الشكل لم تعهده الدول من قبل مما يستلزم تطور الإدارة و تعميق معرفتها لتواكب تلك الطلبات"¹. و تمثل الزيادة المستمرة للسكان و تطلعاتهم لمستوى معيشي أرقى و أجود أعباء جديدة و التزامات إضافية تواجهها الأجهزة الإدارية للدولة.

و أضحي موضوع الإصلاح الإداري يحضى باهتمام متزايد في الوقت الراهن على المستوى العالمي والإقليمي و الوطني و حتى المحلي. و ذلك لاعتبارات سياسية و اقتصادية و اجتماعية. فيكثر الحديث عن ضرورة القيام بإصلاحات إدارية كشرط في جهاز هيئة الأمم المتحدة و كذا بذل الجهود من أجل دمج و تكامل إقتصاديات بعض الدول في إطار التكتلات الإقليمية سعيا وراء كسب أسواق دولية جديدة ، و كسبا للتنافس مع إقتصاديات الدول العملاقة. و أيضا بروز تيارات إصلاحية على المستوى المركزي للحكومات المختلفة المطالبة بتحسين الكفاءة و تقليل التبذير فيها، و نسمع كذلك الكثير من الحديث عن ضرورة إصلاح نظم الإدارة المحلية و تحسين الخدمات التي تقدمها الحكومات للمواطنين. و هذا ما يعبر عنه مفهوم الإدارة العامة الحديثة الذي تطور خلال العشرين سنة الماضية." و قد ظهر هذا النموذج أو الإطار بأسماء مختلفة : الإدارة العامة الجديدة (Hood، نموذج ما بعد البيروقراطية) (Barzelau)، الإدارة العامة بناء على نظام السوق (Lan and Rosenbloom)، و إعادة اختراع الحكومة (Osborne and Gaebler) ، و بالرغم من اختلاف مسميات الإدارة الحديثة فقد حاول الأكاديميين و الباحثين البحث للتعرف على خصائص الإدارة العامة الحديثة (kernaghan and Chanil) فقد حدد ثلاثة عناصر للإدارة العامة الحديثة :

1. تغيير في آلية الحكومة.

2. تغيير في أسلوب الإدارة.

3. تقليص دور الدولة"².

و لهذا يعتبر البحث في الإصلاح الإداري على قدر كبير من الأهمية بالنسبة للإدارة العامة، و قصد أداء الأدوار المنوطة بها في كل مكان و في كل زمان.

¹ - مهدي حسن زويلف- سليمان أحمد اللوزي، مرجع سابق ، ص 18.
² - جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 84.

2.1. الأسباب الداعية للإصلاح الإداري :

عندما تفكر الإدارات العامة في إحداث إصلاحات إدارية سواء في هيكلها أو في أجهزتها الإدارية و التنظيمية أو في طرق و أساليب العمل لديها فان هذا التفكير لا يأتي من فراغ و لكن ينبع من تغيرات حدثت أو ستحدث في بيئة عملها سواء الداخلية أو الخارجية. حيث تشكل هذه التغيرات و الأحداث تحديات يتجوب الصمود أمامها و التغلب عليها أو التكيف معها تجنباً لأي ضرر قد يصيبها جراء حدوثها. و بالتالي فإن التفكير في إحداث الإصلاح ينتج عن عوامل داخلية و أخرى خارجية سنرى البعض منها فيما يلي :

1.2.1. العوامل الداخلية :

و تتمثل في التغيرات التي تحدث في البيئة الداخلية للإدارات العامة ، و نذكر من بينها :

1.1.2.1 الضعف أو الخلل الإداري :

و هناك من يعبر عنه بالتخلف الإداري. و يمكن تحديد معنى الضعف أو الخلل الإداري بأنه " قصور الأجهزة الإدارية عن تحقيق الأهداف المطلوب منها تحقيقها سواء كانت سلعا أو خدمات بالكمية و النوعية المطلوبة، و قد يكون ذلك بسبب نقص المهارات أو المعدات أو الموارد المتاحة و التي لا يكون فيها القصور مقصوداً"¹.

أما التخلف الإداري فعرف بأنه : "الحالة التي يفتقد فيها الجهاز الإداري إلى القدرة على التنفيذ الكامل للسياسة العامة المحددة من الحكومة و قصوره على تحقيق الأهداف التي تتضمنها تلك السياسة"². و يرجع هذا القصور إلى " قصور في معرفة كم و نوع الطلبات التي حتمتها ثورة التطلعات للمجتمع للسلع و الخدمات و كذلك قصور مرده عدم كفاءة الجهاز في القيام بعمليات الإنتاج و التوزيع لجهاز الدولة الإداري"³.

و يمكن تحديد أهم المظاهر أو المؤشرات السلبية للخلل أو التخلف أو الضعف الإداري في مجالات عديدة نذكر من بينها ما يلي :

- فيما يخص العلاقة القائمة بين الإدارة و المواطنين و التي على الإدارة العامة أن تعتني فيها برضى المواطنين عموماً فهي لا تسعى للربح مثل إدارات الأعمال بل لتقديم الخدمات العمومية بجودة عالية و بطريقة مرضية للمواطنين. و من هنا فان الخلل في هذه العلاقة يتمثل في : البطء في تقديم الخدمات و عدم تحديد مدة زمنية لانجاز المعاملات، تعدد و طول الإجراءات التي تمر فيها القرارات الإدارية ،

¹ - محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 28.

² - عاصم الأعرجي و آخرون، نظريات التطوير الإداري، وزارة التعليم العالي، بغداد، 1982، ص 7.

³ - عاصم الأعرجي، نظريات التطوير و التنمية الإدارية، وزارة التعليم العالي، بغداد، 1988، ص 26.

غياب موظفي الإستقبال و الإستعلامات و التوجيه في الإدارات العمومية، عدم الإهتمام بالمطالب والعرائض و الشكاوي التي يبديها المواطنون ووسائل الإعلام اتجاه الأجهزة الإدارية و اتجاه تصرفات بعض العاملين فيها... و إلى غير ذلك.

- فيما يخص تنظيم وسائل العمل نلاحظ المظاهر التالية : المركزية الشديدة في اتخاذ القرارات و تعدد المستويات الإدارية، التداخل و الازدواجية في عمل العديد من الأجهزة و بين مراكز الاختصاص المختلفة، التضخم الكبير في الأجهزة الإدارية قياسا بحجم الوحدات الإدارية و نموها العشوائي، عدم الإهتمام الكافي بأمر التوثيق و السجلات كعدم تنظيمها و إهمالها أو فقدانها و عدم الاكتراث لها مما يولد الشعور بالسخط و الإحباط لدى المواطن، عدم وجود معايير دقيقة و مفهومة للإنفاق و اتصاف الأجهزة الإدارية بالإسراف و ارتفاع التكلفة الاقتصادية للخدمات و الإنتاج، غياب أو ضعف أو عدم كفاءة نظم الاتصالات أو نظم المعلومات مما " تتعذر معه دراسة المشاكل الإدارية و صعوبة أو استحالة حلها و كذلك صعوبة تلمس حاجات المجتمع و عدم معرفة متطلباته لتحقيقها و هو أكبر عامل من عوامل التخلف"¹ ، أيضا مشكل الإمكانيات المادية و التكنولوجية و التي قد تكون نادرة في دول معينة أو تكون موجودة في أخرى لكن دون استغلال عقلائي. و يبقى هذا المجال من الخلل الإداري أو التخلف غير محدود أيضا ليسمح بوجود مظاهر أخرى لا يسعنا ذكرها في هذا الصدد على سبيل الحصر.

- و فيما يخص أعداد و نوعية العناصر البشرية و المتمثلة في الموظفين في الأجهزة الحكومية والإدارات العمومية فهناك عدة أسباب تعد من دواعي الإصلاح الإداري، فقد يكمن الخلل في الأعداد الكبيرة الموجودة في المكاتب بسبب عدم تحديد حجم القوى العاملة تحديدا علميا و سوء توزيعها، و كذا عدم التطابق بين اختصاصات الموظفين و طبيعة أعمالهم، و فقدان التقييم الموضوعي لأداء الموارد البشرية، و هناك أسباب أخرى تتمثل في الإعتماد على غير الكفاءات في الإدارة العليا، و في مشاكل القيادة من عدم تأهيل و نقص في الإبداع و ندرة في بعض الخبرات، إضافة إلى شيوع ظاهرة التغييرات المستمرة في القيادات الإدارية، و ظاهرة التسابق في اصطلياد المناصب الإدارية العليا باستعمال أقصر الطرق مما يعد سببا رئيسيا في رداءة الممارسات الإدارية... و إلى آخره.

2.1.2.1 . الفساد الإداري :

" يعتبر الفساد الإداري نوعا من السلوك المخالف للأعراف الإجتماعية و القيم الدينية و الأخلاقية و يقصد منه تحقيق منافع شخصية، و يعرف البنك الدولي الفساد بأنه : إساءة استعمال الوظيفة العامة للكسب الخاص"².

¹ - مهدي حسن زويلف - سليمان أحمد اللوزي، مرجع سابق ، ص 28 و 29.
² - محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 33.

و لقد تعددت الأسباب التي يقدمها الإداريون لتفسير الفساد الإداري حسب تعدد البيئة الاجتماعية والسياسية و الإدارية و الاقتصادية التي ينشأ فيها، و مهما توحدت تعريفات الفساد الإداري في الدول المتطورة أو النامية أو أخذ أشكالاً مختلفة، أو اتسع نطاقه أو تقلص فإنه يعد من الأسباب و الدوافع الداخلية المستدعية لعملية الإصلاح الإداري، حيث يفقد الفساد الإداري المواطن ثقته بالدولة و عدالتها، و يفقده الأمن و الاطمئنان على حماية مصالحه، و قد يتخذ هو الآخر أساليب ملتوية للحصول على الأولوية دون وجه حق، و إذا عجزت الدولة عن ملاحقة الفساد قد تعم أمراضه بقية القيادات غير الفاسدة، و قد تسري العدوى إلى المجتمع الذي إن حلت القيم الفاسدة فيه قد يعمه التحلل الخلقي. و يستهان بالمصالح العامة فيه و تحل محلها المصالح الخاصة و تحيد الأجهزة الإدارية عن خدمة الأهداف المسطرة سابقا لتصبح خادمة لأهداف قلة من الأشخاص، و يصعب تحديد المسؤولية و تضييع موازين الرقابة و الإشراف في ضياع المسؤولية و التجاوز على الاختصاصات. و تزداد الاتصالات غير الرسمية المشبوهة التي تستهدف النفع و الاستغلال و ممارسة الضغوط غير المشروعة على حرية القرار الإداري.

كما تبرز ظاهرة الاستخدام غير الأمثل للموارد و ضياع الأموال العامة. و ذلك تحت شكل أو أكثر من الإشكال التالية¹:

- التمييز بين المواطنين الذين يتجهون للجهاز الحكومي للعمل أو للاستفادة من خدماته على خلاف القواعد المتمثلة في اللاشخصية و الرسمية في نمط تعامل الموظفين مع المواطنين، و على خلاف الافتراض بأن التوظيف في الجهاز الإداري يتم على أسس الكفاءة و التأهيل.

- التسبب في العمل و تدني الإنتاجية، و ذلك بعدم احترام قواعد العمل من احترام للوقت و أداء للمهام المطلوبة و قد يصبح الأمر تقليدا في الإدارة مما يؤدي حتما إلى هدر الجهد و المال.

- الرشوة و هو سلوك مرتبط بالسلوك السابق، و يتمثل في اضطرار بعض المتعاملين مع الجهاز الإداري إلى دفع رشوة للموظفين للحصول على حقوقهم المشروعة قانونا، و قد تكون أيضا ممن يطلبون خدمات غير قانونية.

- إفشاء المعلومات أو التكتّم عليها في المواضيع التي تسمح بتحقيق فوائد شخصية.

- تزوير الوثائق و القيود الرسمية مقابل الحصول على مكاسب مادية و هو تلاعب يؤثر سلبا على الصالح العام عن طريق عدم تمكين الحكومة من تحصيل بعض مستحقاتها، أو إعطاء أشخاص حقوقا غير مشروعة.

- سرقة أو اختلاس المال العام دون روادع و مساءلة إدارية و قانونية حقيقية.

¹ نفس المرجع، ص، ص: 38 الى 42 (بتصرف).

2.2.1. العوامل الخارجية :

و هي أسباب ناتجة عن التغييرات التي تحدث في البيئة الخارجية و من أهمها :

1.2.2.1 . الأسباب الاقتصادية :

و من أهم الأسباب الاقتصادية الداعية إلى الإصلاح الإداري العولمة الاقتصادية و انضمام الكثير من الدول للمنظمة العالمية للتجارة. و ما أسفر عنها من اشتداد حدة المنافسة في السوق و لجوء المنافسين الى طرق و وسائل تهدد مكانة الإدارات العامة و تزيد من الضغوطات الاقتصادية على المواطنين و على العاملين أو الموظفين في الأجهزة الإدارية على حد سواء.

و كذلك التغييرات في أسعار المواد المستخدمة في الإنتاج خاصة منذ " الأزمة المالية العالمية التي بدأت بالظهور منتصف عام 2008"¹ و ما تبعها من " تضخم في الأسعار و انخفاض قيمة النقد و ظهور التكتلات الاقتصادية و التجارية القوية فقد أدت هذه العوامل إلى البحث عن وسائل لترشيد الإنفاق الحكومي من خلال تحسين آليات العمل، و زيادة كفاءة العاملين و الحد من تضخم الأجهزة الحكومية و البحث عن وسائل تمكن الاقتصاديات الوطنية من البقاء و التطور"².

بالإضافة إلى " العجز الذي تعاني منه الكثير من الدول في موازنتها و انخفاض معدلات النمو الاقتصادي فيها و هو أمر محرر للحكومات... لا سيما و أنها كانت المسؤولة عن إدارة الاقتصاد بشكل مباشر او غير مباشر"³.

" هذه التغييرات الاقتصادية أثرت بشكل أو بآخر على أساليب و أنماط الإدارة في المنظمات و دفعتها للانتقال من المركزية و النظم البيروقراطية الساكنة التي تعمل بردة الفعل و طرق العمل النمطية إلى نظام أكثر مرونة يتناسب مع طبيعة التحولات الاقتصادية العالمية و برزت الضرورة إلى تبني الإصلاح"⁴.

2.2.2.1 . الأسباب القانونية و السياسية :

تكمن الأسباب القانونية في " تغير القوانين أو تعديلها، إذ أن هذه التشريعات تفرض قيودا أو تهيء فرصا مثل التغييرات في السياسة الحكومية المالية و النقدية... بالإضافة إلى ما تفعله بعض الحكومات من الانسحاب من بعض الأنشطة و تنظيم البعض الآخر"⁵.

أما الأسباب التي توفرها البيئة السياسية فهي عديدة، أهمها الاعتراف بالحريات الأساسية للإنسان و التي أدت إلى إحداث " تحولات أساسية عند المواطنين كان من أهمها تفهمهم أكثر لحقهم في الرقابة على

¹- ناصر جرادات و آخرون، إدارة التغيير و التطوير، ط1، إثراء للنشر و التوزيع، الأردن، 2013، ص 131.

²- محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص: 24 - 25.

³- نفس المرجع، ص 25.

⁴- جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 64.

⁵- نفس المرجع، ص 65.

الجهاز الإداري، و على نشاطات الحكومة المختلفة، و الوعي بضرورة استجابة الأجهزة الإدارية بكفاءة و فعالية لمطالبهم. و قد استدعى ذلك بدوره من المسؤولين رفع شعارات أو ممارسة جهود الإصلاح الإداري بما يستجيب مع توقعات المواطنين و مطالبهم¹ كما أن الديون الخارجية التي تتحملها دول كثيرة لها " أثر كبير على سياسات الإصلاح الإداري والاقتصادي في كثير من الدول المدنية، فقد أصبحت المساعدات الدولية المتمثلة بالقروض و حتى الاستثمارات الخاصة مشروطة بقيام الدول... بإحداث إصلاحات إدارية و اقتصادية كثيرة"². إضافة إلى الضغط الذي تمارسه الاتحادات و النقابات العمالية فيما يتعلق بسياسة الرواتب و الأجور وظروف العمل.

3.2.2.1. الأسباب التكنولوجية :

تمثل التطورات العلمية و التقنية المتسارعة ميزة القرن الحالي، و ترتب على ذلك تغير في مناهج التدريب و تغير في معايير الأداء و الوصول إلى معايير الجودة الشاملة. و مع التطور في تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات و التقدم في وسائل المواصلات لم تعد الوسائل الإدارية القديمة قادرة على التعامل مع المستجدات، خاصة و أن هذا التطور قد ألغى الحدود التي كانت تفصل بين الدول . و يتجلى ذلك في رقمية التجهيزات و الآلات و ثورة المعلومات التي تظهر من خلال تكنولوجيا الإعلام و الإتصال و التي أصبحت في متناول المديرين ، و الذين لا بد لهم من تطوير قدراتهم على فرزها و إدارتها و إستعمالها كأسس لاتخاذ القرارات و إعداد الخبرات و خدمة المواطنين بكفاءة و انفتاح. وهي أمور في صلب الإصلاحات الإدارية المطلوب إنجازها و التي تشكل تحديات العصر كالتحول إلى الحكومة الإلكترونية، الأعمال الإلكترونية، الإدارة الإلكترونية... و نتيجة لذلك تشد الحاجة إلى إجراء التغيرات اللازمة من أجل إحداث التوافق بين أنشطة الإدارة العامة و أساليب و طرق عملها مع متطلبات التغيرات التكنولوجية المحيطة و التكيف معها في مجالاتها كافة.

4.2.2.1. الأسباب الإجتماعية و الثقافية :

و تتمثل في التغير في رغبات و أذواق المواطنين المتعاملين مع الجهاز الإداري بصفتهم مستهلكين للخدمات التي ينتجها ، و هي اتجاهات قد تفرضها قوى العادات و التقاليد و المبادئ و القيم و كذلك مستوى الوعي لدى الرأي العام و الذي كثيرا ما أهمل موضوعه و " لسوء الحظ فإن قوى الرأي العام نادرا ما تدافع عن المؤسسات"³.

¹ - محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 27.

² - نفس المرجع ، ص 26.

³ - موسى قاسم القريوتي، علي خضر مبارك، أساسيات الإدارة الحديثة، ط 3، دار تسنيم للنشر و التوزيع، ص 219.

كما أن " ثقافة المحيط لا تؤثر فقط على سلوك العاملين و أسلوبهم في التعامل بل تنعكس هذه الثقافة في الهيكل القائم و نمط الإدارة السائد و نظم الاتصالات و المعلومات و طرق الأفراد في حل المشكلات و اتخاذ القرارات..."¹.

و كل ذلك يحتم على الإدارات إجراء التغييرات و الإصلاحات بما يتوافق و هذه المتغيرات الإجتماعية و الثقافية باعتبارها مؤثرا فاعلا.

5.2.2.1. الأسباب الديمغرافية :

" تتصل هذه العوامل بالضغوط المتزايدة على الموارد العامة، بفعل الزيادة السكانية في كثير من الدول بشكل يفوق معدل الزيادة في معدلات النمو الاقتصادي و كذلك التزايد السكاني بفعل موجات الهجرة القسرية بسبب الحروب و الكوارث. فقد شكلت هذه العوامل ضغوطا على الخدمات العامة التي تقدمها الدول المختلفة من خلال الأجهزة الإدارية لمواطنيها. مما كشف عن عيوب و ضعف في الرؤى المستقبلية لدى المسؤولين عن إدارة هذه الأجهزة"².

3.1. مداخل الإصلاح الإداري :

و تتمثل في مدخلين الجزئي و الشمولي.

1.3.1. الإصلاح الجزئي:

في الإصلاح الجزئي يمكن أن تأخذ عملية الإصلاح أحد البدائل التالية:

- " التغيير المرحلي : يتضمن تقسيم المجالات و التغييرات المطلوب إحداثها بالمنظمة على عدة مراحل، و بعد نجاح المراحل الأولى يتم الانتقال إلى المراحل التالية لها.

- التغيير التدريجي : و يتم هنا البدء بإحداث تغييرات بسيطة و بعد إقناع و التزام أعضاء المنظمة بتلك التغييرات يتم التوسع في عملية التغيير"³.

" يركز المدخل الجزئي في الإصلاح الإداري على إتباع أساليب جزئية و مرحلية لمعالجة المشكلات التي تواجه الجهاز الإداري من خلال التركيز على الهياكل التنظيمية و تبسيط الإجراءات. و يرى أنصار المنهج الجزئي الإصلاح كعملية ترميم للأجزاء المكونة للجهاز الإداري. و أن الأخذ بمبدأ التدرج سيؤدي إلى إصلاح الجهاز الإداري بشكله الكلي...فالاتجاه التقليدي للإدارة العامة ينظر للجهاز الإداري على أساس التنظيم الهرمي الذي يتسم بنظام محدد وواضح للعمل يتم من خلاله توزيع السلطات والاختصاصات و التركيز على تطبيق الأنظمة و اللوائح و القوانين"⁴.

¹ - نفس المرجع، ص 220.

² - محمد قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 25.

³ - مصطفى محمود أبو بكر، ص 323.

⁴ - هاشم حمدي رضا، مرجع سابق، ص 18.

2.3.1. الإصلاح الشمولي :

" و هو يستهدف تحقيق النتائج المطلوبة بالتعامل مع جميع المجالات و العناصر المطلوب تغييرها في آن واحد"¹.

يرى البعض أن استخدام منهج مدخل النظم يمكن الوصول لتحقيق المنهج الشامل للإصلاح الإداري، ومدخل النظام المفتوح يعنى بدراسة الظواهر الإدارية في إطار تفاعلها مع البيئة المحيطة بها. فاستمرار عمل التنظيم و فاعليته يعتمد و يتوقف بشكل كبير على استمرار حصوله على المدخلات (البشرية والمادية) من البيئة المحيطة.

" وفقا لمفهوم المنهج الشامل ينظر لعملية الإصلاح الإداري كجزء لا يتجزأ من الأوضاع السياسية والاقتصادية والاجتماعية إذ لا يمكن أن يتصور أن يتم تحقيق نجاح كامل لجهود الإصلاح دون أن تكون جزءا من إستراتيجية شاملة لإصلاح المجتمع. لذا فأنصار المنهج الشامل للإصلاح الإداري ينظرون للجهاز الإداري كوحدة متكاملة لا يمكن تجزئته و معالجة مشاكله بأسلوب و حلول جزئية، لهذا فالمدخل الشامل للإصلاح الإداري لا يقبل أسلوب التدرج أو عملية الترميم الجزئية للجهاز الإداري"².

و لا يقر البعض بمبدأ أن التدرج في جهود الإصلاح غير مفيد و لكن يؤكدون على " ضرورة وجود إستراتيجية شاملة تتناول مختلف الجوانب و لا تقتصر على جانب واحد. لأن التركيز على النواحي السهلة مثل إجراء التغييرات الهيكلية و إعادة التنظيم لن يكون فعالا، بل قد يراكم التخلف الإداري عن طريق استبدال التغيير اللازم بالتغيير السهل. ذلك لأن تكامل الجهود المتعلقة بالإصلاح مسألة ضرورية، و قد تؤدي تجزئتها إلى تعقيد جهود الإصلاح و تعثر فعاليتها، و إلى تحويل الأساليب الى غايات، و إلى انشغال العاملين في مجال الإصلاح في قضايا شكلية و إجرائية، على حساب الاهتمام بالإصلاح الجذري الحقيقي، و الذي يتمثل بإصلاح منظومة القيم الاجتماعية الأشمل"³.

4.1 . مجالات الإصلاح الإداري :

إن مجالات الإصلاح الإداري حظيت بكثير من الدراسات و الأبحاث من قبل المهتمين بمجال التغيير التنظيمي و ذلك لأهميتها، و يتطرق الإصلاح لعدة مجالات مختلفة في الإدارة العامة كما أنه قد يشمل أكثر من مجال واحد في الوقت نفسه، وارتأينا من خلال ما تمت دراسته أن نحدد المجالات التالية: مجال التنظيم، بما يضمنه من وظائف و إجراءات و هياكل، و مجال الموارد البشرية، و المجال التكنولوجي .

1.4.1 . مجال التنظيم :

إن التغييرات المستمرة في مكونات التنظيم المتمثلة في هياكل الوظائف و الأعمال و إجراءات العمل والتكنولوجيا و العملاء و الأسواق و غيرها، تستلزم ضرورة إحداث توازن بينها.

¹ - مصطفى محمود ابو بكر، مرجع سابق، ص 323.

² - هاشم حمدي رضا، مرجع سابق، ص- ص : 19-20.

³ - محمد قاسم القريوتي، المرجع السابق ، ص - ص : 17-18.

" و التنظيم المتبصر بذاته هو الذي يحدث التغييرات في مكوناته لكي يقيم التوازن بين هذه المكونات بعضها البعض. و بين هذه المكونات من ناحية و بين الأفراد و جماعات العمل من ناحية أخرى"¹ و من بين أهم التغييرات التي يركز عليها في عملية الإصلاح الإداري :

1.1.4.1. تغيير فلسفة و رسالة المنظمة:2

ويقصد بالفلسفة ما تتمتع به المنظمة من قيم عامة لها خصوصيتها و تميزها عن غيرها من المنشآت الأخرى و تمثل ثوابتها و حركة العاملين فيها. و يكون تغيير فلسفة المنظمة ضروريا إما كنتيجة لتغيير الرسالة و الأهداف و الإستراتيجيات أو بشكل مستقل، و هو إعادة تطويع الموارد و ترشيد استخدامها بما يساهم في تحسين بلوغ أهداف جديدة و تخفيض التكلفة أو تحسين الجودة أو زيادة الإنتاجية. و تتناول الرسالة الغرض الرئيسي للمؤسسة و مجال أو مجالات نشاطها و أنواع منتجاتها و السوق التي تخدمها ، حيث أن تغيير هذه الرسالة يجب أن يكون لمواكبة التغييرات التي تهيئ فرصا يمكن استغلالها بإضافة نشاط جديد، أو قد تفرض قيودا يتعين معها إلغاء أو تحجيم نشاط أو أكثر.

2.1.4.1. تغيير الأهداف و الإستراتيجيات : 3

إن الأهداف هي الوسيلة التي تمكن المنظمة من الوصول إلى غاياتها العليا، و من الطبيعي أن تغيير الرسالة يترتب عليه تغييرات تابعة في الأهداف المتفرعة عن الرسالة و المترجمة لها، و من ثم في الاستراتيجيات باعتبارها مناهج تتبع لتحقيق الأهداف. تقوم بعض المنظمات بإجراء تعديلات في أهدافها و في الاستراتيجيات المطبقة لتحقيق تلك الأهداف استجابة لتغيرات في البيئة المحيطة.

3.1.4.1. تغيير السياسات و القواعد الحاكمة للعمل :

كأن تغير المنظمة أولوياتها و تتخذ إجراءات و قواعد جديدة، أو تطور السياسات و القواعد الحالية لتكون أكثر مرونة و أقل مركزية.

4.1.4.1. التغيير الهيكلي أو البنائي :

الهيكل التنظيمي للمنظمة هو أيضا مجال أو موضوع للإصلاح أو التغيير " و يعرف الهيكل التنظيمي بأنه الإطار المؤسس الواضح لمكونات المنظمة، و ما تضمه من الأقسام و الفروع التي تتبعها، و المحدد للمستويات التي تدرج عليها، و للاتصالات التي ينبغي أن تتفاعل عن طريقها، و للأنشطة التي تنهض بها و للمسؤوليات و الصلاحيات التي تعطى لها.

¹ - أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 408.

² - جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 69.

³ - نفس المرجع، ص 70.

كما يتكون الهيكل التنظيمي من (تصميم العمل و التخصص، التكوين التنظيمي، التفويض، نطاق الإدارة، التنفيذيون و الإستشاريون)، و من ثم فإن أي تغيير في أحد أو بعض هذه المكونات يدخل في مجال التغيير الهيكلي أو البنائي¹.

و حسب العديد من الدراسات فإن عملية التغيير في الهيكل التنظيمي قد تتم من خلال :

- تغيير التركيب التنظيمي، و " تشمل قضايا التركيب : التخصص في العمل، و نطاق الإشراف والتصميمات التنظيمية المختلفة... و يعرف على أنه أسلوب التقسيم الرسمي للمهام و تجميعها وتنسيقها"².

- تغيير هيكل العلاقات و السلطات و توضيح حجم السلطة المتاحة لكل جزء و فرد داخل التنظيم، و تحديد نوع هذه السلطة (قانونية، عقابية أو شخصية، مستندة على الخبرة أو منح العوائد).

- تغيير هيكل الاتصال و المعلومات التي تنساب بين الأجزاء و الأفراد المكونين للتنظيم و ذلك بتحديد الجهة التي تصدر منها المعلومة و أسلوب إرسالها و جهة استقبالها، و تحديد غرض الاتصال وتأثيره.

- تغيير هيكل العمليات الإدارية عن طريق تغيير السياسات و الإجراءات و القواعد التي تحدد كيفية أداء عمليات التخطيط و التنظيم و التوجيه و الرقابة و اتخاذ القرارات.

- تغيير المستويات الإدارية و المدى الإداري لكل مستوى، مما ينتج عنه حذف بعض الوحدات التنظيمية أو دمجها معا أو استحداث وحدات جديدة.

- تغيير مؤشرات قياس أداء المنظمة و التي بواسطتها يتم الحكم على نجاحها أو فشلها فيمكن التحول من التركيز على كم الإنتاج إلى نوعيته. و من التركيز على الربحية إلى التركيز على رضا الزبائن و الحصة السوقية.

5.1.4.1. تغيير الترتيبات المادية :

" يشمل تغيير الترتيبات المادية تغيير المسافات و الترتيبات في موقع العمل، كما يجب أن يكون التركيب الداخلي لموقع العمل بعيدا عن العشوائية و أن تأخذ الإدارة بعين الاعتبار متطلبات العمل، و متطلبات التفاعل الرسمي و الحاجات الاجتماعية حينما يتخذ القرار حول ترتيب العمل و التصميم الداخلي"³.

2.4.1. مجال الموارد البشرية :

" إن الأداء الناجح للأفراد داخل أعمالهم و منظماتهم يعني أن هناك توافقا بين الأفراد (أهدافهم ودوافعهم، و شخصياتهم، و قدراتهم، و آمالهم و غير ذلك) من ناحية و بين المنظمة (أعمال، و وظائف، و أهداف، و تكنولوجيا، و إجراءات، و عملاء، و غير ذلك) من ناحية أخرى ، إلا أن دوام الحال من المحال، فكل

¹ - نفس المرجع ، ص 71.

² - ماجدة العطية، مرجع سابق، ص 349.

³ - جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 73.

من الأفراد و المنظمات يتغيران بصورة دائمة، و يسبب هذا التغيير عدم توافق الأفراد مع المنظمة مما يسبب مشاكل الأداء السيئ و انخفاض الرضا عن العمل. و هنا يجب إجراء بعض التدخل في الأنظمة المؤثرة على الأفراد مباشرة لكي نعيد التوافق و الإتزان بين طبيعة الأفراد من جهة و طبيعة التنظيم من جهة أخرى¹.

فالموارد البشرية هي مجال آخر من مجالات الإصلاح و تعتبره معظم الدراسات أنه أهمها. و قد اختلف في تناوله فمنها ما ركز على الأفراد من الناحيتين المادية و النوعية، و منها ما ركز على النواحي الإنسانية من خلال المهارات و الأداء و السلوك. و سنعرض أهم هذه النواحي فيما يلي :

1.2.4.1. تغيير المهارات و الأداء :

و يتم ذلك باستخدام ثلاث مداخل :

" أ- الإحلال : أي الاستغناء عن العاملين الحاليين واستبدالهم بأفراد أكثر كفاءة و إنتاجية، إلا أن هذا الإحلال يصعب تحقيقه.

ب- التحديث التدريجي للعاملين : بمعنى وضع شروط و معايير جديدة لاختيار العاملين الجدد.

ج- تدريب العاملين: أي تدريب العاملين الموجودين على رأس العمل بهدف تحسين أدائهم للعمل من خلال إكسابهم مهارات جديدة².

2.2.4.1. التغيير السلوكي :

بفعل التغييرات التي تمس الأفراد و جماعات العمل في المنظمة فإنه من الضروري اعتماد الإصلاح أو التغيير السلوكي و الذي يشمل " أبعادا نفسية و اجتماعية و انفعالية و قيمية، و أبعادا أخرى للثقافة التنظيمية"³.

- تغيير أنماط التأثير و القوة ضمن المنظمة بين أعضاء الإدارة العليا و العاملين.

- تغيير نظرة المنظمة إلى الفرد و إلى الأداء المتميز من النظرة التقليدية إلى إعطاء الأولوية للمساهمة في حل المشكلات و تشجيع المبادرة و الإبداع.

- تغيير أنماط العلاقات بين الأفراد و الجماعات إلى التركيز على التعاون و التنافس في الإبداع بدل التنافس التقليدي.

- تغيير الأولوية في الحاجات، فالنماذج الجديدة تثن حاجات الفرد و تعطي الفرد مكانة أولى على حاجات التنظيم و الجماعة.

- التغيير بزيادة الاهتمام بالثقة بالأفراد و الانفتاح في العلاقات و السلوك المحافظ.

¹ - أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 453.

² - جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 71.

³ - ناصر جرادات و اخرون، مرجع سابق، ص 222.

- تغيير نظرة الفرد إلى دوره في المنظمة من اعتبارها مجرد وسيلة للرزق و لا يؤدي سوى واجبه ، إلى إدراك أهمية دوره في تحقيق أهداف منظمته و إنجازها.
- تغيير العلاقات الإنفعالية بين المديرين و المرؤوسين من علاقات خوف و تبعية إلى علاقات ثقة و تعاون و مساواة.
- تغيير مقاييس الرضا و الفاعلية، فالمهم في الأشكال التنظيمية الجديدة هو ولاء الفرد و المشاركة الفعالة في تحديد استراتيجيات المنظمة و أهدافها عوضا عن مقاييس معدلات الغياب و تنفيذ المهام.
- تغيير الأنظمة المحاسبية و طريقة احتساب قيمتها و أصولها بشكل يسمح للمنظمة أن تغير نظرتها للعاملين و أن تعتبرهم موردها الأهم.
- تغيير أهمية جماعات العمل بالنسبة لكل من الأفراد و المنظمات فتعتبر جماعات العمل حلقة الوصل بين الأفراد من ناحية و بين المنظمة من ناحية أخرى بسبب تقابل توقعات الطرفين فيها. و تعتبر أيضا بمثابة الرابطة التي تمسك و تشد أجزاء التنظيم ببعضها البعض بسبب انتماء أعضائها أو رؤسائها إلى جماعات أخرى (أعلى أو في نفس المستوى).
- كما تعد المصدر الأساسي لتنمية مهارات معينة كالقيادة ، و الاستشارة، و التعاون، و التبعية، و التنسيق في اتخاذ القرارات الجماعية. و لذلك فإن الإصلاح في مجال الموارد البشرية لا يمكنه إغفال الجزء المتعلق بجماعات العمل فيها و التي تتغير بدورها من ناحية تشكيلاتها، و قيمها و معاييرها، و درجة التماسك فيها، و مشاكل التعارض و الصراع و أساليب معالجتها، و كذا أساليب الاتصال الجماعي، و وسائل تبادل المعلومات و الآراء التي تعتمد عليها، و أيضا أساليب المشاركة و أنماط اتخاذ القرارات الجماعية، و أهدافها التي قد تتغير من وقت لآخر مؤثرة على سلوك الجماعة.

3.4.1 . المجال التكنولوجي :

- المجال التكنولوجي " هو المدخل الذي يتم التركيز فيه لإحداث التغيير على إعادة تركيب و تدفق العمل، و على أنماط العمل و أساليبه و طرقه، أو على الوسائل المستخدمة في أداء العمل، أو إدخال معدات و أدوات و أساليب جديدة في العمل"¹.
- و قد بدأ الاهتمام بالتغيير في التكنولوجيا منذ القدم و ذلك بفعل العوامل التنافسية للمنظمات، " و التي تقتضي ابتداء معدات و وسائل و أساليب عمل جديدة تمكنها من إحراز السبق على غيرهم من المنظمات المنافسة"².
- " فأغلب الدراسات القديمة في الإدارة و سلوك المنظمة كانت تهدف لتغيير التكنولوجيا. فقد سعت الإدارة العلمية في بدايات القرن العشرين مثلا لإدخال تغييرات تعتمد على دراسة الوقت و الحركة بما يؤدي

¹ - جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص 72.
² - نفس المرجع، ص 72.

لزيادة كفاءة العملية الإنتاجية. أما اليوم فإن التغييرات التكنولوجية الأساسية تتضمن اعتياديا إدخال معدات و أدوات أو أساليب جديدة في العمل أو الأتمتة... حيث يستبدل الأفراد بالمكائن و قد بدأ استخدامها منذ الثورة الصناعية و استمرت إلى اليوم كأحد خيارات التغيير... و من بين أكثر التغييرات التكنولوجية الملاحظة خلال السنوات القليلة الماضية هو التوسع في الحوسبة، حيث أن أغلب المنظمات اليوم لديها أنظمة معلومات إدارية متطورة تربط العاملين في المنظمة بغض النظر عن مواقعهم الجغرافية... و يتضح ذلك من خلال استخدام الكمبيوترات الصغيرة التي ترتبط مع بعضها من خلال أنظمة شبكية بما يسمح لهذه الكمبيوترات بالاتصال ببعضها"¹.

و تنعكس آثار التغيير التكنولوجي على مختلف أوجه نشاط المنظمة، فبالإضافة إلى إمكانية استبدال الإنسان فإنه يتطلب تغييرات في مهارات العاملين ووظائفهم و يؤثر على أنظمة الإتصال و الرقابة بالإضافة إلى تأثيراته على الجوانب الهيكلية و التنظيمية و على سلوك العاملين. و " هناك اتجاهان يمكن التعرف عليهما بصفة عامة من الدراسات و الكتابات المهمة بالتكنولوجيا و المنظمات و هما :

الاتجاه الأول : هو ذلك الذي يهتم بأثر التكنولوجيا في سلوك و اتجاهات العاملين.

الاتجاه الثاني : يهتم و يركز بصفة أساسية على دراسة أثر التكنولوجيا على الهيكل التنظيمي"².

و بعد استعراض مجالات الإصلاح هذه و التي هي نفسها مجالات التغيير التنظيمي نؤكد على أنه إذا تم تغيير في أحد هذه المجالات يستلزم بالضرورة إحداث تغييرات بالمجالات الأخرى. و يبقى الباب مفتوحا لتضاف مجالات أخرى جديدة و التي يمكن اكتشافها بناء على فهم و إدراك القائمين على الإصلاح لمجموعة التغييرات المؤثرة في حياة المنظمة و التأثيرات المتبادلة بين تلك التغييرات و كيفية التعامل معها.

5.1 - نماذج الإصلاح الإداري :

إن دراسة تجارب الإصلاح الإداري في العديد من الدول أثمرت في إخراج العديد من النماذج، وأي محاولة لدراسة هذه النماذج تقتضي إيجاد علاقة تحليلية بين نشاط الإدارة و تبنيها لفكرة الإصلاح الإداري ومدى استجابتها للمتطلبات التنموية الوطنية ولأهداف الإصلاح، لذا فقد تم تبني شبكة تمثل مزجا لما قام في الشبكة الإدارية، و كذلك هرمن R.Blake and J.Mouton به كل من روبرت بليك وجين موتون

في صياغة السياسات الإدارية، لتدل على نماذج الإصلاح الإداري M.Harmon.

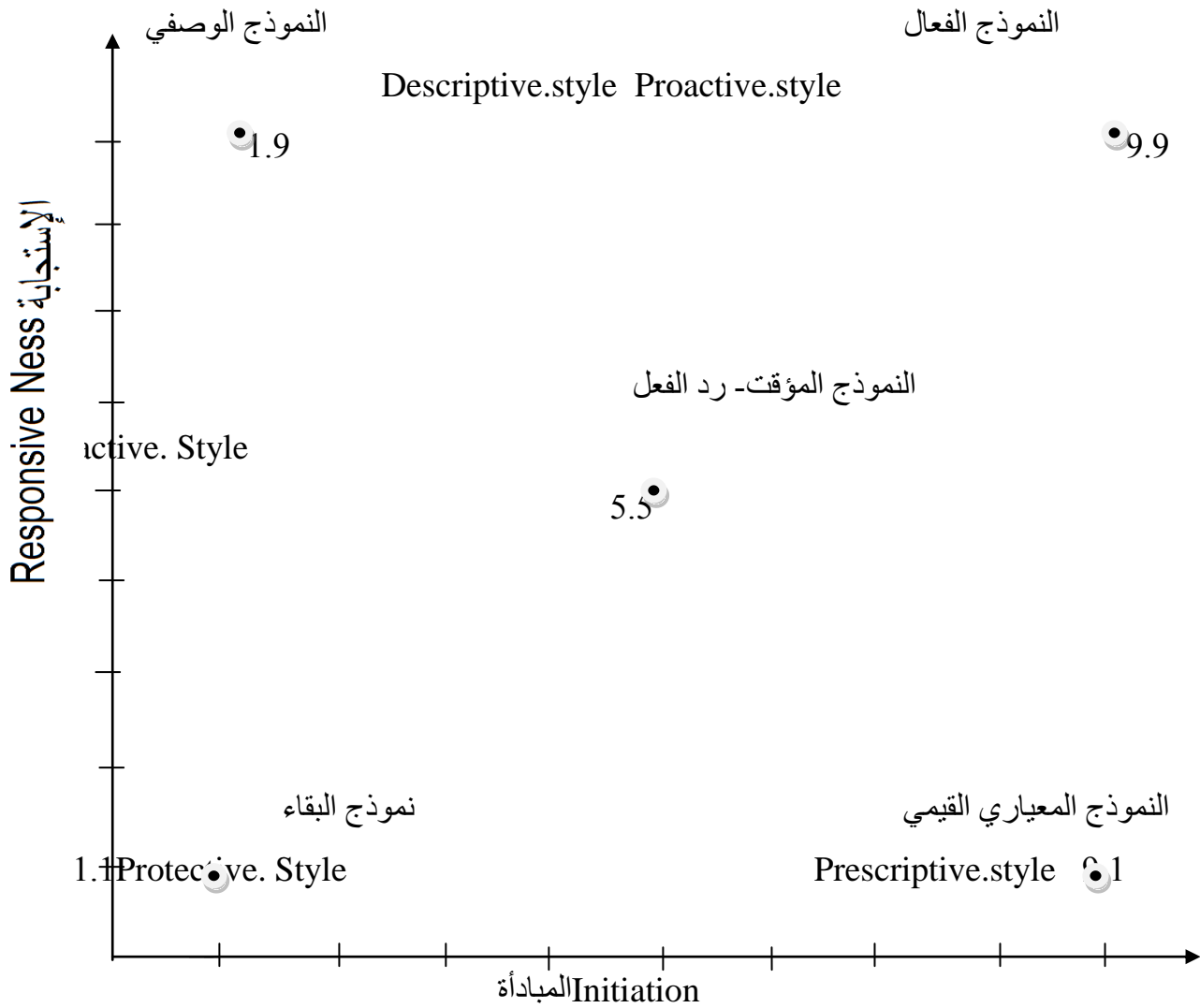
" و تمثل الشبكة نماذج سلوكية لعملية إدارة الإصلاح و التي يتبعها الإداريون و المهتمون بشؤون الإصلاح في الجهاز الإداري مبنية على محورين (س، ع)، يمثل المحور الأفقي (س) مدى تبني الإدارة

¹ - ماجدة العطية، مرجع سابق، ص 350.

² - جمال محمد عبد الله، مرجع سابق، ص ص : 72 . 73.

لنشاط الإصلاح و المبادرة فيه، بينما يشير المحور (ع) إلى مدى استجابة الجهاز الإداري لسياسة و أهداف الإصلاح.

شكل (01) : نماذج مفاهيم الإصلاح الإداري



المصدر: ياسر العدوان، نماذج لمفاهيم الإصلاح الإداري، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عمان، 1996، ص 93.

فالاستجابة تعني أن قدرة الإدارة تتماشى مع خطط التنمية و الإصلاح و متطلبات خدمة المواطنين بينما المبادرة و التبني يعني هنا الإصلاح الذاتي و الدعم المستمر و النشيط للإداريين بشتى سياسات الإصلاح وتنفيذها¹.

¹ - عبد القادر كاس، " إشكالية الإصلاح الإداري في البلدان العربية و الإسلامية بين الأصالة و المعاصرة" (أطروحة دكتوراه في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، قسم التنظيم السياسي و الإداري، كلية العلوم السياسية، جامعة الجزائر 3 ، 2013 - 2014)، ص 57.

1.5.1. نموذج البقاء :

و هو ما يسمى أيضا بالنمط الوقائي. " يتمثل في إعتقاد المنظمة أو الإدارة على الإكثار من التوسع في السلطات و الصلاحيات و صعوبة تنازل الوزارات أو المصالح عن أي منها لفائدة جهات أخرى لتحمي نفسها من الوزارات الأخرى لاعتقادها أن في حمايتها لتلك المصالح و الصلاحيات يكمن أساس بقائها... و هو ما نلمسه بوضوح في محاولة الإدارات تنفيذ برامجها الإدارية دون النظر أو التنسيق مع الإدارات الأخرى لحماية مصالحها و تبرير وجودها"¹.

2.5.1. النموذج الوصفي :²

تعتمد إدارة الإصلاح الإداري في هذا النموذج على محاولات المصلحين القيام بدراسات إدارية جزئية أو شاملة لأمراض إدارية محددة يتم على ضوءها تصور الحل و الإصلاح، من خلال تحديد المشاكل و من ثم إختيار الحلول الملائمة لذلك. فهي تعتبر الإصلاح الإداري وسيلة لتصحيح الأخطاء و تصويب المشاكل الإدارية... و يميل هذا النهج لتجزئة المشكلة الإدارية و كلية الإصلاح و تقسيمه إلى أجزاء يتم إصلاحها هنا و هناك.

3.5.1. النموذج المعياري القيمي :³

يطغى على هذا النموذج الإفتراض المعياري القيمي المبني على إدراكات مسبقة من قبل القائمين عليه متأثرا بالخبرة و المعرفة الإدارية، لافتراضه أن الإداريين هم أقدر الناس على معرفة ما يحتاجه الجهاز الإداري من تغيير و ما تحتاجه التنمية من تطوير و تحديث للجهاز الإداري، إضافة لما يحتاجه المواطن و طريقة الإستجابة لرغباته.

4.5.1. النموذج المؤقت – رد الفعل :⁴

إن العديد من محاولات الإصلاح الإداري عادة ما تأتي لعلاج مشكلة لم تستطع الإدارة القائمة مواجهتها، و بالتالي تعتبر كردة فعل لنكسة إدارية أو لعدم قدرة الجهاز الإداري على تحقيق خطط التنمية، و هو ما يؤكد عدد كبير من المشتغلين بحقل الإصلاح الإداري. و بالتالي إرتأى المسؤولون الإداريون العمل على الإستجابة له، و تكون الإستجابة في هذه الحالة لاحقة للحدث مما يؤدي إلى كونها قاصرة عن تحقيق الهدف من الإصلاح. و يعتمد هذا المنهج على التجربة المستقاة من الحياة العملية و الخبرة التي يمر بها دون أن تكون له القدرة على التنبؤ بالمشاكل المستقبلية و مجابتهها قبل حدوثها.

5.5.1. النموذج الفعال :

¹ - إدريس المدغري، "تقييم دور المؤسسات العامة و فعاليتها"، المجلة العربية للإدارة، مجلد 7، عدد3، 1984. نقلا عن عبد القادر كاس، مرجع سابق، ص 58.

² - نفس المرجع، ص- ص : 58- 59.

³ - نفس المرجع، ص 60.

⁴ - نفس المرجع، ص - ص: 60 - 61 .

و هو يفترض أن جهد الإصلاح ممثلا بمن يقومون به هم مسؤولون ذاتيا بالدرجة الأولى، و لديهم الوعي و الإدراك لمسؤولياتهم الإدارية و الإجتماعية قبل أي شيء آخر، مما يفترض التوازن بين جهد الإصلاح و تبنيه سياسة دائمة و ديناميكية تهدف إلى الاستجابة للطلبات العامة بمواجهتها المتطلبات الحالية والمستقبلية و المصلحة الكلية للإصلاح.

و هو ما يتطلب قادة إداريين لهم قدرة تفاوضية وتأثيرية على قوى الضغط الملازمة للجهاز الإداري، مما يكفل التفاعل المستمر لعملية الإصلاح مما يجعله يخرج بحلول مبدعة، ولا يكون مقيدا بما تفرضه عليه السلطة السياسية.

وبالنسبة لأنماط الإصلاح الإداري حسب تجارب دول الوطن العربي فهي حسب هاشم حمدي¹ اعتمدت على النمطين الوصفي و الوقائي، و قد أورد ملاحظة هامة عن هذه التجارب تفيد بأنها تفتقر إلى عناصر الإبداع المؤسسية في السياسات الإدارية التي تعتبر ضرورة للاستجابة إلى متغيرات البيئة الخارجية.

6.1. متطلبات عملية الإصلاح الإداري :

و تتمثل هذه المتطلبات في المهام التي يجب على المنظمة أن تقوم بها و الشروط التي يجب أن توفرها قبل، خلال، و بعد عملية التغيير أو الإصلاح.

و هذه المتطلبات حسب السلمي² تتمثل فيما يلي :

- إجراء التحليل الاستراتيجي للبيئة الداخلية و الخارجية للمنظمة بحيث يتم تحديد نقاط القوة و نقاط الضعف الداخلية في المنظمة و تحديد الفرص و التهديدات التي تفرضها البيئة الخارجية . و يقوم بهذا التحليل عادة إدارة البحث و التطوير في المنظمة أو يتم الاستعانة بخبرات خارجية في هذا المجال.

- إعادة صياغة رسالة المنظمة و رؤيتها المستقبلية، بما يخدم الأهداف الناشئة التي تسعى إليها المنظمة من خلال إحداث التغيير و من أجل أن يتم ذلك فلا بد من إشراك جميع العاملين في المنظمة لصياغة رسالة المنظمة و رؤيتها لتصبح رؤية مشتركة يؤمن بها الجميع.

- طالما أن المنظمة وضعت أهدافا جديدة لا بد من تحقيقها فلا بد لها من وضع معايير مناسبة لقياس النجاح في تحقيق هذه الأهداف.

- على المنظمة وضع و صياغة الخطط النابعة من إستراتيجيتها من أجل استثمار الفرص المتاحة وتجنب التهديدات الناشئة عن متغيرات خارجية.

- التركيز على نظم البحث و التطوير في المنظمة من أجل الكشف عن متغيرات متوقعة قد تكون في صالح المنظمة أو ضد مصلحتها.

¹ - هاشم حمدي رضا، مرجع سابق، ص - ص: 153 - 154.

² - ناصر جرادات و اخرون، مرجع سابق، ص - ص: 131 - 132.

- إعادة تشكيل الهيكل التنظيمي للمنظمة بما يتوافق و التغيير المنشود شريطة أن تراعى فيه الإختصاصات لكل إدارة من إدارات المنظمة و علاقات الإدارات بعضها ببعض.
- تطوير التقنيات و التكنولوجيا المستخدمة حاليا في المنظمة لكي تصبح قادرة على استيعاب التغيير المأمول.
- متابعة الأداء أولا بأول و تقييم ما تم إنجازه.
- و يضيف مصطفى محمود¹ متطلبات أخرى تجدر الإشارة إلى أهمها :
- تبني مدخل النظم، بالنظر إلى المنظمة كمنظمة متكاملة ذات مكونات مترابطة، و تتأثر فيما بينها.
- إقتناع الإدارة العليا بحتمية التغيير و التطوير و ضرورة مساندتها و تأييدها لبرنامج التغيير و التطوير.
- تهيئة الأفراد و إرساء قواعد الثقة بين الإدارة و العاملين في المنظمة.
- التركيز على البعد الإنساني فيجب مراعاة احتياجات و رغبات و توقعات العاملين عند تصميم أي تطويرات بالمنظمة و عدم قصر الاهتمام على الجوانب الفنية أو الهيكلية.
- الحرص على تحقيق بعض الإنجازات التي ينتج عنها منافع ملموسة خلال الفترة الأولى من العملية.
- التقييم المستمر للنتائج و التعرف على ردود الأفعال و تذليل العقبات في الوقت و بالأسلوب الملائم.

7.1 . خطوات الإصلاح الإداري :

" إن هذه الخطوات قد تمثل إلى حد كبير الخطوات التي يمر بها الإداري أو الممارس في حله للمشاكل واتخاذ القرارات. فعليه أن يشعر بالمشكلة، و أن يتعرف عليها و على أسبابها و أعراضها، ثم ينتقل إلى البحث عن الحلول الممكنة و أن يختار تلك الحلول التي تناسب الظروف و الإمكانيات المتاحة، ثم يضع خطة تطبيق الحل، و متابعة التنفيذ للقضاء على أي مشاكل تعوق التطبيق و إذا كانت هذه هي خطوات حل المشكلة و اتخاذ القرار، فإن مراحل التغيير تشابه إلى حد كبير هذه الخطوات السابقة"².

و لقد لخصنا أهمها في الخطوات التالية :

1.7.1. إكتشاف الحاجة إلى عملية الإصلاح الإداري و الإيمان بضرورتها :

" لقد بدأت التنظيمات و القيادات السياسية و المهنية و النقابية و القوى الاجتماعية و مراكز البحوث والدراسات و الجامعات المتخصصة و المؤسسات الإعلامية القائمة في المجتمع تستشعر الحاجة لإعداد وتنفيذ برنامج الإصلاح الإداري من خلال التعرف على مستويات الأداء في أجهزة الإدارة العامة ومعدلات النمو الاقتصادي و متوسط إنتاجية الفرد العامل، و تدني مستوى جودة الخدمات المقدمة لأفراد المجتمع و غير ذلك من المؤشرات"³.

¹ - مصطفى محمود أبو بكر، مرجع سابق، ص 305.

² - أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 460.

³ - هاشم حمدي رضا، مرجع سابق، ص 28.

" و لزيادة هذا التبصر و الوعي يمكن مقارنة أداء أجزاء المنظمة بعضها ببعض و دراسة تقارير الرقابة و المتابعة، و أيضا إجراء البحوث الميدانية داخل العمل عن درجة الرضا، و تغيير قيم العمل و إجراءات العمل و الإنتاج"¹.

و للقيادات السياسية دور فاعل في عملية اكتشاف الحاجة للإصلاح الإداري و هي التي تتبنى الإصلاح و تدعمه و توجه بتنفيذه. و آلية الشعور بالحاجة للإصلاح الإداري كعملية سياسية يمكن أن تتم حسب رأي العديد من الخبراء كما يلي:²

- يجب أن يظهر و ينمو الإحساس بالحاجة للإصلاح في إطار النظام السياسي الواعي و المتطور بشكل مبكر.

- ينتقل هذا الإحساس عبر الألفية السياسية القاعدية إلى القيادة السياسية العليا للدولة التي تدرس و تتبنى فكرة الإصلاح الإداري.

- تنتقل مفاهيم و أهداف القيادة السياسية بالنسبة للإصلاح الإداري إلى المؤسسات و المعاهد و الجامعات و المراكز المعنية بالتطوير الإداري و التي تحدد الاتجاهات، و الصيغ الرئيسية لعملية الإصلاح بالتعاون مع الإدارات المختصة.

- يجب على القيادة السياسية أن تتبنى فكرة الإصلاح الإداري كعملية قيادية، قبل أن تنقلها إلى عناصر التنفيذ حتى يمكن تحقيقها بمفهومها الصحيح. و تسمح هذه الخطوة:

- بمعرفة مصادر التغيير و التي قد تكون من البيئة الخارجية كالتغيرات التكنولوجية أو السياسية أو القانونية أو تلك التي تحدث في هيكل السوق ، و قد يكون المصدر داخليا كتغيير هيكل المنظمة أو علاقات السلطة و الإتصال، أو المناخ التنظيمي أو الجو العام المتمثل في شعور و إحساس العاملين ببرودة أو تعقيد الأمور في المنظمة :

- كما تسمح أيضا بتقدير هذه الحاجة إلى التغيير، و ذلك من خلال تحديد الفجوة الفاصلة بين موقع المنظمة الآن و بين ما تريد تحقيقه.

- و أيضا تمكن من تشخيص مشكلات المنظمة.

- و تعمل على تهيئة الأجواء الملائمة لخلق دوافع جديدة عند الأشخاص لعمل شيء ما، و تقوية شعورهم بضرورة استبدال الأنماط السلوكية و القيم و الإتجاهات القديمة بأخرى جديدة مما يؤهلهم للقبول بضرورة القيام بالتغيير و يسهل هذه العملية.

¹ - جمال محمد عبد الله ، مرجع سابق، ص - ص: 76-77.

² - هاشم حمدي رضا، مرجع سابق ، ص 28.

2.7.1. وضع الإستراتيجية الملائمة للإصلاح الإداري :

و هذا يعني معرفة من يقوم بالإصلاح، و تحديد الأهداف و الغايات المطلوب بلوغها ووسائلها، و متى ، و كيف يتم تنفيذها بأعلى كفاءة ممكنة، و تحديد تكلفة هذا الإصلاح.

1.2.7.1 . من يقوم بعملية الإصلاح:

و تعني المستويات التنظيمية أو الإدارية التي تشترك في جميع المعلومات و تشخيص المشاكل و تطبيق الحلول، و من هم الأفراد الذين سيشاركون في هذه الخطوات داخل هذه المستويات. و ما هي درجة مشاركتهم. و من المهم أن تتم جهود الإصلاح بالاستعانة بخبرات فنية و تنظيمية على مستوى عال من الكفاءة. " من بينها الخبراء الداخليين في المنظمة أو الاستعانة بخبراء من خارج المنظمة أو من خلال مزيج من الخبراء الداخليين و الخارجيين معا، ثم يتم تحديد العلاقة بين الفريق و إدارة المنظمة التي يجب أن تبني على الثقة و التعاون و التحديد الواضح للأدوار المطلوبة من كل منهم"¹.

إن تحديد الجهاز المسؤول عن الإصلاح الإداري يعتبر من أهم الخطوات، حيث يجب أن يسخر كافة إمكانياته من أجل تحويل خطط الإصلاح إلى واقع حي و ملموس.

2.2.7.1 . ماذا نغير، أو تحديد الأهداف و الغايات من الإصلاح :

فقد تكون هذه المرحلة " صعبة للغاية نظرا لوجود أطراف متعددة في المجتمع تتمثل بالقوى السياسية والاجتماعية و الاقتصادية العامة و الخاصة ذات أهداف قد تكون متباينة، لهذا يمكن إلقاء هذه المهمة من قبل القيادات السياسية على عاتق المراكز و المعاهد و الجامعات المتخصصة في الإصلاح و التنمية الإدارية و التي يفترض أن تقوم بعملية التوفيق بين وجهات نظر الدوائر السياسية و الفنية المعنية بالإصلاح إلى جانب التوفيق بين رؤية خبراء الإصلاح من جهة و رؤية المواطن من جهة أخرى، لهذا فان خبراء الإصلاح الإداري يجب أن يتصفوا بالمرونة في تقبل الأفكار و غرابتها و اعتماد المناسب منها"².

إن إستراتيجية الإصلاح الإداري يجب أن تهدف إلى³:

- إحداث تغييرات جوهرية في مفهوم الخدمة المدنية و تحديد دورها و مهام مؤسساتها و علاقاتها مع المؤسسات الأخرى الاجتماعية و السياسية و الاقتصادية في إطار النظام السياسي.
- تحقيق المزيد من المساءلة على عمليات الجهاز الإداري و تقوية نظام الاتصالات و تبادل و نشر المعلومات بشفافية.

¹ - مصطفى محمود أبو بكر، مرجع سابق، ص 321.

² - هاشم حمدي رضا، مرجع سابق، ص 29.

³ - نفس المرجع ، ص 29.

- تحقيق المزيد من اللامركزية بالنسبة للمسؤوليات و السلطات الإدارية.
- إلغاء الإشراف المالي و المبالغة في تقدير النفقات من الجهاز الإداري للدولة و التركيز على اقتصاديات التشغيل.
- التركيز على إنتاجية العنصر البشري في المؤسسات الإنتاجية.

3.2.7.1 . وسائل الإصلاح الإداري :

و يتمثل أهمها فيما يلي :¹

- الاعتماد على التنظيمات السياسية و أجهزتها و خاصة الإعلامية منها حيث تقوم السلطة السياسية عبر قرارات مدروسة إلى إحداث صدمة إصلاحية إدارية عن طريق تطهير الأجهزة الإدارية من بعض النماذج البيروقراطية التي تعارض عملية الإصلاح أو لكونها غير قادرة على إعداد برامج و تنفيذه.
- تكوين أجهزة خاصة للمراقبة، و التقصي، و التفتيش، تساعد السلطة السياسية في تقديم مقترحات و توصيات مناسبة.
- تعزيز الجهاز الإداري بالقيادات الإدارية الجديدة، المتخصصة، المؤمنة بالإصلاح و الجاهزة لتنفيذ برامجه.
- تمكين أجهزة الإدارة من ممارسة صلاحياتها بعيدا عن المركزية و البيروقراطية المعرقلة للتطور الفني و التقني. و التي لا تستجيب لمعطيات البيئة المحيطة.
- الإعتماد على الأجهزة الإستشارية و دعمها في صنع القرار.
- الإستعانة بالسلطة التشريعية في إعادة النظر في القوانين التي تحكم حركة النشاط الإداري.
- القيام بتغيير الإتجاهات السلوكية للموظفين استنادا إلى دعائم أخلاقية و تدريبهم على الإحساس بالمسؤولية و استخدام السلطة خلال فترة وجودهم في الحياة العملية.

4.2.7.1 . متى يتم الإصلاح الإداري :

من المهم أن يتم تحديد التوقيت المناسب و الظروف الملائمة لبدء الإصلاح و يشمل ذلك : التمهيد السياسي على النطاق الواسع لتهيئة الرأي العام و الجهاز الإداري لعملية الإصلاح، توقيت بدء و تنفيذ الدراسات اللازمة لعملية التغيير و الإصلاح، و توقيت عملية إعداد الوسائل و الخبرات و الأدوات المساعدة لبدء العمل بكفاءة، و توقيت توطيد العلاقات بالوحدات التنفيذية في الجهاز الإداري حتى يتحقق التعاون المطلوب، و توقيت الانتقال من مرحلة إلى أخرى، و توقيت التحفيز وفق النتائج المتحققة... وهكذا.

¹ - نفس المرجع ، ص 26.

5.2.7.1 . الكيفية التي يتم بها الإصلاح :¹

ف نجد هناك الكثير من الاستراتيجيات التي يمكن أن تتبعها المنظمات لإجراء التغيير الذي تريده. و تتنوع هذه الاستراتيجيات استنادا لحجم و قوة التغيير. إذ يمكن أن يكون التغيير تدريجيا، و قد يكون بنويا و سريعا و قد حدد (العطيات، 2007) نوعين من الإستراتيجيات التنظيمية ، هما :

أ- إستراتيجية التغيير التدريجي:

تتأثر هذه الإستراتيجية بعدة عوامل منها : مهارات العاملين و قدراتهم، و رغبتهم بالمشاركة، و ثقافة المؤسسة و التشجيع المستمر عليه، و يتبع هذه الإستراتيجية عدة أساليب أو استراتيجيات فرعية نلخصها في الجدول التالي :

الجدول (03) : أساليب إستراتيجية التغيير التدريجي :

كيف؟	متى؟	←
- المشاركة الواسعة من قبل جميع الأفراد المعنيين بعملية التغيير، و الذين يعرفون جميع تفاصيله.	- إذا كانت مقاومة التغيير منخفضة أو ضرورته منخفضة.	1- إستراتيجية واسعة النطاق
- يجتهد الأفراد المهمون في عملية التغيير و يشاركون مع التركيز على الاتصال الحقيقي بباقي الأفراد	- عندما تكون درجة إلحاح التغيير عالية و درجة مقاومته منخفضة. - لا يوجد الوقت الكافي لاشتراك الجميع.	2- المشاركة المركزة
- الإقناع و الوصول إلى أفضل الحلول من خلال مشاركة العاملين.	- درجة المقاومة عالية و درجة الإلحاح منخفضة.	3- أسلوب الإقناع
- الجبر مع مداومة الاتصال بالعاملين لتوضيح الأهداف و أهمية التغيير.	- عند الضرورة الملحة للتغيير ووجود مقاومة عالية له. - و عندما يكون أسلوب الإقناع غير مفيد أو يستغرق وقتا طويلا.	4- أسلوب الإكراه

المصدر : من إعداد الباحثة، اعتمادا على ناصر جرادات و آخرون، مرجع سابق، ص 229.

¹ - ناصر جرادات و آخرون، المرجع السابق، ص 229.

ب- إستراتيجية التغيير البنيوي :

" تتبنى هذه الإستراتيجية التغيير العميق في المؤسسة، و قد تشكل تهديدا لبعض العاملين، لذا لابد من إتباع الاستراتيجيات القيادية"¹. و التي نلخصها في الجدول الآتي :

الجدول (04) : الإستراتيجيات القيادية للتغيير البنيوي

كيف؟	متى؟	
- الروح القيادية بالإضافة إلى قدر كبير من التخطيط و التوجيه.	- عندما تكون درجة المقارنة منخفضة لا توجد أزمة.	1- إستراتيجية البراعة القيادية
- تعتمد على غرس الثقة و الأمل في نفوس العاملين بمستقبل أفضل.	- عندما تكون الأزمة مدركة من طرف الجميع، و مقاومة التغيير منخفضة.	2- إستراتيجية الإقناع
- الإلزام.	- عندما تكون المقاومة للتغيير مرتفعة و لا توجد أزمة.	3- إستراتيجية الإلزام
- الإلزام (مع العلم أن لها أضرارا جانبية تتعلق بالروح المعنوية للعاملين).	- عندما تكون مقاومة التغيير قوية - يوشك الوقوع في كارثة.	4- الإستراتيجية الديكتاتورية أو القسرية.

المصدر : من إعداد الباحثة ، اعتمادا على ناصر جرادات و آخرون، مرجع سابق، ص 230.

أما القريوتي و مبارك² فقدموا سبعة أساليب و سميها أساليب إدارة التغيير الإستراتيجي ، و هي ملخص لما تناوله الكثير من الباحثين من أساليب قد يؤخذ بها في إدارة التغيير، و اقترحا في الأخير نموذجا لهما يمكن من اختيار إستراتيجية للتغيير، و سنتعرض لذلك باختصار :

¹ - موسى قاسم القريوتي- علي خضر مبارك، مرجع سابق، ص 254.
² - نفس المرجع، ص 230.

- إستراتيجيات المشاركة :

تعتمد درجة القبول للتغيير بموجب هذه الإستراتيجيات على مقدار المشاركة من قبل الذين تأثروا بعملية التغيير في اتخاذ القرارات اللازمة لذلك. و يقصد بالمشاركة أن يكون هناك دور للأفراد في تصميم وتنفيذ برامج التغيير. و تكون هذه الإستراتيجية مهمة في حالة أن المدير المسؤول عن التغيير لا يملك

المعلومات الكافية لتصميم و تنفيذ برامج التغيير و يتوقع أن تكون هنا مقاومة. و يعتمد نجاح هذه الإستراتيجية في مدى التطبيق الفعلي لما تم الإتفاق عليه، مما يعني الإلتزام بالتغيير و اتخاذ أفضل القرارات المتعلقة به.

- استراتيجيات التعليم و الإتصال :

تقوم هذه الإستراتيجيات بعرض الحقائق بطريقة غير متحيزة بحيث تقدم مبررات منطقية للتغيير، وتتخذ شكل التقارير، المذكرات أو المناقشات والى غير ذلك. و تنجح هذه الإستراتيجية في حالة ما إذا كانت مقاومة التغيير مبنية على معلومات غير صحيحة أو غير دقيقة. فتبرير أهمية إجراء عملية التغيير للأفراد بطريقة عقلانية يجعلهم يفهمون ذلك و يقبلونه.

- استراتيجيات القوة :

إن الشخص الذي سيقوم بعملية التغيير قد يستعمل إستراتيجيات القوة إذا كان يملك أيًا من قواعد القوى التالية :

- سيطرته على شيء أساسي مثل المعلومات أو المكافآت المالية "أ".

- السلطة الرسمية و تسمى قوة المنصب و هي القدرة على إنجاز شيء معين بمجرد رغبة صاحب أومالك القوة في ذلك "ب".

- الشخص يستمد قوته من "أ" أو "ب".

و بكل بساطة قد يقوم الأفراد بإنجاز مراحل التغيير المطلوب لمجرد أن صاحب السلطة أراد ذلك، و في حالة ظهور مقاومة للتغيير قد يستخدم القوة بشكل ضمني أو ظاهر.

و تستخدم هذه الإستراتيجية إذا كان يجب تنفيذ التغيير بسرعة و الموارد غير كافية لاستخدام إستراتيجية التعليم أو التفاوض، و إذا كان الإلتزام بالتغيير غير مهم لتنفيذه أو إذا كانت المقاومة قليلة.

- استراتيجيات التلاعب و التأثير على الآخرين :

و يقصد بها ترتيب الأحداث بدقة بحيث يتصرف الأفراد بالطريقة التي تريدها الإدارة. و تستخدم هذه الإستراتيجية لجعل الأفراد متحمسين للتغيير و على الأقل عدم مقاومته. و توجد حسب هذه الإستراتيجية طريقتين رئيسيتين للتأثير على الآخرين و هما :

- **الظرفية :** و تعني إعادة تشكيل الموقف بحيث يقرر المرؤوس القيام بأفعال لم يقم بها سابقا.

- **التعمد :** أي إدارة موقف المرؤوس اتجاه موقف معين و محاولة تغيير مفهومه اتجاهه.

كما يأخذ التأثير شكلين :

- **الإيجابي :** بحيث يكون شعور المرؤوس إيجابيا كنتيجة لعملية التأثير هذه.

- **السلبي :** حيث يكون شعور المرؤوس أسوأ من السابق.

و بذلك نستطيع الوصول إلى أربعة وسائل لعملية التأثير مع الطرح الفردي لهذه الأساليب. و لكن قد يتم

استخدام أسلوب أو أكثر معا، و اعتمادا على الطرف من أجل إنجاز عملية تغيير غير مكلفة و سريعة

التنفيذ.

- استراتيجيات التفاوض :

و تعتمد على احترام آراء و أهداف الغير في حالة كان هناك نقاط اختلاف بينهما. و تستخدم إذا كان هناك

خاسر أو أكثر نتيجة لعملية التغيير و كان يتوقع أن يقاوم هؤلاء الخاسرون هذا التغيير. و يجب أن يقتنع

الجميع بأنهم لن يحصلوا على كل ما يريدون عند التفاوض. و إنما سيحاول كل طرف أن يحصل على

أكثر المكاسب عن طريق التنازل عن الأمور غير المهمة بالنسبة له و لكنها مهمة للأطراف الأخرى و يتم

ذلك بإتباع أسلوب المساومة.

- إستراتيجية تقديم التسهيلات :

تطبق هذه الإستراتيجية عندما يكون التغيير المقترح له نتائج مقلقة بالنسبة للذين سيتأثرون به. فإذا شعرت

الإدارة بنقهم المرؤوسين و قبولهم بالمساعدة تقدم تسهيلات من شأنها تسهيل تطبيق التغيير مثل تدريب

الأفراد و تسهيل الظروف البيئية الجديدة رغم تكلفته.

- استراتيجيات متعددة :

قد يتم استخدام عدة استراتيجيات من تلك السابقة الذكر لإحداث التغيير، و في بعض الحالات قد يكون

محتم استخدام إستراتيجية أو أكثر في نفس الوقت إذا كانت أهداف التغيير مختلفة. كاستخدام أسلوب القوة

لإجبار مجموعة من المرؤوسين على القبول بنظام معين، و تلجأ إلى أسلوب التعليم لمرؤوسين آخرين.

ج- النموذج المقترح لإختيار إستراتيجيات للتغيير :

و هو النموذج الذي اقترحه كلا من القريوتي و مبارك¹ و الذي مفاده: السلبيية أن المدير قد يختار

إستراتيجية أو عدة استراتيجيات لا تناسب الحالة القائمة (حيثيات التغيير)، و ما يجب أن يفعله بالمقابل هو

تحليل الموقف الذي يواجهه و من ثم اختيار ما يناسب هذا الموقف من إستراتيجيات، لا يوجد ما يسمى

بالإستراتيجية الأفضل أو المضمونة، و إنما هناك ما يسمى بالإستراتيجية الأكثر ملاءمة لهذا الموقف.

¹- نفس المرجع ، ص 262.

و عند التحليل يجب الأخذ بعين الاعتبار عدة عوامل تم تجميعها في مجموعتين رئيسيتين هما :

— **عوامل المهمة :** هي العوامل المرتبطة مباشرة ببرنامج التغيير و هي :

- موقع و أهمية البيانات ذات العلاقة في تصميم و تطبيق عملية التغيير. و كلما زادت كمية المعلومات التي يحتاجها، كلما زادت نسبة و كمية المشاركة.

- سرعة إحداث التغيير، إذا تحتم القيام بعملية التغيير بسرعة يجب استخدام استراتيجيات مثل إستراتيجية القوة.

- الموارد المتوفرة، إذا كانت الموارد قليلة يجب الأخذ بعين الاعتبار التكلفة للاستراتيجيات جميعها.

- النسبة المطلوبة من الالتزام بالتغيير، ليست كل التغييرات بحاجة إلى التزام لتكون ناجحة و على العكس هناك أخرى يرتبط تطبيقها و عدم مقاومتها بمدى الالتزام بها.

- ردة الفعل التي تسبق التغيير، هنا يفترض أن تكون فكرة عامة عن رأي المتأثرين بمقترح التغيير، و على مدير التغيير أن يستخدم الإستراتيجية الأنسب لما يتوقعه.

- **العوامل الأخرى :**

هي مجموعة العوامل التي تؤثر في عملية التغيير و لا ترتبط به و هي :

- المبادئ الحالية المتوفرة لدى الأفراد اتجاه المشاركة في التغيير.

- علاقة مدير التغيير بالمتأثرين بالتغيير، حيث تكون العلاقة طردية بين مقدار الثقة و قبول التغيير و مساندة.

- أسلوب القيادة ، و الذي يجب أن يتوافق مع إستراتيجية التغيير التي سيتم الأخذ بها.

- الاهتمام بهذه العوامل السابقة يعطي المسؤول عن التغيير النظرة الكافية لاختيار أسلوب التغيير الأنسب.

6.2.7.1. وضع ميزانية تقديرية لعملية التغيير :

يجب أن يتم وضع ميزانية تقديرية لعملية التغيير من خلال تحديد التكاليف المطلوبة لهذه العملية و التي تشمل على تكلفة المتطلبات اللازمة و التي تختلف باختلاف مجالات التطوير و الجهة المسؤولة عن التغيير، و الأسلوب المتبع في إحداث التغيير، و متطلبات التثقيف و التحفيز للأفراد لزيادة تعاونهم و تحمسهم لإنجاح العملية.

3.7.1. تنفيذ عملية الإصلاح و إحداث التدخل المستهدف :

ينبغي في هذه المرحلة مراعاة ما يلي :

- تحديد الأدوار و المسؤوليات المتعلقة بتنفيذ أعمال التغيير و الإصلاح المستهدف.

- تهيئة المناخ الملائم و المدعم لتطبيق إستراتيجية التغيير.

- تحديد قنوات واضحة للاتصال الفعال في كل الاتجاهات داخل المنظمة للتعرف على النتائج و الوقوف على العقبات التي قد تعترض عملية تنفيذ التغيير و العمل على تذليلها.
- تنفيذ برنامج الإصلاح خلال الفترة المحددة له في الخطة، و عدم تأجيل ذلك لأن التغيير غالبا ما يكون مرتبطا بفترة زمنية معينة و ربما قد لا يناسب فترات أخرى إن تم تأجيل تنفيذه حسب ما تم اقتراحه.

4.7.1 . متابعة ، تقييم و تقويم عملية الإصلاح :

يجب أن تكون هناك متابعة دورية لعملية التنفيذ و النتائج المحققة، و الإستمرار في المناقشات و الإجتماعات لتثمين ما تم إنجازه و التعرف على المشاكل التي تكون خلال مرحلة التنفيذ قصد التمكن من إيجاد سبل لعلاجها في الوقت المناسب دون التأثير على وقت العملية الإصلاحية ككل.

و يتم التقييم عن طريق رصد و قياس النتائج المحققة و مقارنتها مع المؤشرات و المعايير العلمية المخططة و المعتمدة في البرنامج الإصلاحي و ذلك من حيث الكفاءة في تنفيذ البرنامج، و من ناحية الزمن و التكلفة و الجودة، و من حيث المنعكسات و الآثار التي يتركها برنامج الإصلاح على النظام السياسي و الاجتماعي، و مدى النجاح في تحقيق الأهداف المطلوبة ، و سلامة عملية تخصيص الموارد و الأنشطة و برامج العمل الموضوعية.

كلتا العمليتين من متابعة و تقييم يمكنان في الوقت المناسب تقويم المسار و إجراء التصحيحات اللازمة و التعديلات و التعامل مع الوضع بالشكل الذي يعمل على إنجاح إستراتيجية التغيير، و كلها تعني دعوة أخرى للتغيير.

8.1 . الإصلاح و ردود أفعاله :

تؤثر عملية الإصلاح على الأوضاع القائمة و تلك هي الغاية، لكن ردود أفعال من يتأثرون بهذا التغيير قد تتباين بين قبول أو رفض أو غيرها، و قد تتميز بعدم التصديق و ذلك يؤدي إلى نوع من المقاومة، و التي من شأنها أن تعرقل مسار الإصلاحات إن لم تؤخذ في الحسبان و لم توضع لها الاستراتيجيات اللازمة لإدارتها و إضعافها و من ثم التغلب عليها. و يتطلب الأمر مجهودا إضافيا من المنظمات و المديرين في تخطيط عملية التغيير و إقناع من يتأثرون بها. و يمكن التمييز بين عدة مراحل تمر بها ردود الأفعال. و هذه المراحل هي:¹

- **الصدمة** : وهي تشير إلى شعور حاد بعدم الإتزان ، و عدم القدرة على التصرف.
- **عدم التصديق** : و هو شعور بعدم واقعية و عدم موضوعية السبب في ظهور التغيير.
- **الذنب** : و هو شعور الفرد بأنه قام بخطأ، ما يتطلب التغيير الذي حدث.
- **الإسقاط** : و هو قيام الفرد بتأنيب فرد آخر على التغيير الذي حدث.

¹ - أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 438 (بتصرف).

- التبرير: و هو قيام الفرد بوضع أسباب للتغيير.
- التكامل: و هو قيام الفرد باحتواء التغيير و تحويله إلى مزايا يتمتع بها الفرد أو النظام.
- القبول: و هو عبارة عن خضوع أو تحمس الفرد للوضع الجديد بعد التغيير.
- و إذا بحثنا في أسباب مقاومة التغيير فتشير البحوث العديدة التي أجريت على التغيير حسب ماهر " أن تغيير الناس و الأشياء هو أمر ممكن، و أنه ليس من المحال، بل أن طبيعة الناس تقبل التغيير كأمر طبيعي في حياتنا، و ما يرفضه الناس هو الإجراءات التي يمر بها التغيير، و الأساليب المستخدمة في ذلك، و الظروف المحيطة بهذا التغيير " ¹. و لمزيد من الإيضاح نذكر الأسباب التالية لمقاومة التغيير ²:
- عندما تكون أهداف التغيير غير واضحة.
- عندما يكون الأشخاص المتأثرين بالتغيير غير المشتركين فيه.
- عندما يكون إقناع الآخرين بالتغيير يعتمد على أسباب شخصية.
- عندما يتم تجاهل تقاليد و أنماط و معايير العمل.
- عندما يكون هناك اتصال ضعيف أو مفقود عن موضوع التغيير.
- عندما يكون هناك خوف من نتائج التغيير، أو تهديد للمصالح الشخصية.
- عندما يكون هناك خوف من فشل التغيير.
- عندما يرتبط التغيير بأعباء و ضغوط عمل كبيرة.
- عندما تكون تكلفة التغيير أكبر من العائد منه.
- عندما يرتبط التغيير بتهديدات وظيفية.
- عندما يكون هناك عدم ثقة فيمن يقومون بالتغيير.
- عندما يكون هناك رضا عن الوضع الحالي.
- عندما يكون التغيير سريعا جدا.
- عندما تكون الخبرات السابقة عن التغيير سيئة.
- عندما يكون هناك تعارض حقيقي بين الآراء فيما يتعلق بالتغيير.

9.1 . معوقات الإصلاح الإداري :

تعتبر معرفة المعوقات التي تعترض برامج الإصلاح الإداري ضرورية حتى يمكن معالجتها و التعامل معها، و حتى لا تكون عقبة تحول دون تحقيق الإصلاح المنشود. و يمكن إجمال أهم المعوقات على النحو التالي ³:

- القيم الإجتماعية و الثقافية.

¹- نفس المرجع ، ص ص : 438 - 439.

²- نقلا عن نفس المرجع، ص 439.

³- السيد علي الشتا، الفساد الإداري و مجتمع المستقبل، ط1، مطابع المعمورة، المنتزه، مصر، 1999، ص - ص: 21- 28، (بتصرف).

- عدم وجود أجهزة قادرة على تولي مسؤولية إدارة الإصلاح.
- تردد القيادة السياسية في تطبيق برامج الإصلاح.
- عدم حماس أعضاء الجهاز الإداري لتطبيق برامج الإصلاح.
- نقص القوى البشرية المدربة و القادرة على تنفيذ مهام الإصلاح.
- تردي الأوضاع الإدارية إلى درجة كبيرة لا يعود ممكنا معها الإصلاح إلا بتكاليف و مخاطر إقتصادية و إجتماعية و سياسية كبيرة، تفوق أو لا تقل سوءا عما آلت إليه الأوضاع.

10.1. التحديات المعاصرة في الإصلاح الإداري :

هناك الكثير من التحديات التي تواجه المنظمات المعاصرة، سواء في القطاع العام أو في القطاع الخاص وهي تحديات على كل عملية إصلاح إداري أخذها بعين الاعتبار حتى تحقق التطور المطلوب في الأجهزة و الوظائف الإدارية و حتى تلبي احتياجات المواطن بالكفاءة و الجودة اللتان ينتظرهما. و يمكن إجمال أهم تلك التحديات فيما يأتي¹:

أ- الحكومة الإلكترونية :

و تعتبر من التحديات الإدارية المعاصرة المهمة كونها تقوم على استخدام التكنولوجيا ووسائلها المتعددة وتطبيقاتها المختلفة، و حتى تظهر المنظمة في القطاع العام و تستمر و تتميز فهي بحاجة الى التطور، فالأولى بالمنظمات الحكومية أن تحول أعمالها إلكترونيا وهذا ليس بالأمر السهل، فالتحول إلى الحكومة الإلكترونية هو بحد ذاته تحد إداري.

ب- الأعمال الإلكترونية :

تعتبر من التحديات التي تواجه الإدارة المعاصرة، حيث أصبح بالإمكان تأسيس و إنشاء أي عمل خلال استخدام شبكات الحاسوب المتعددة و أنظمة المعلومات المتعددة أيضا و تسخير كل خدمات تكنولوجيا المعلومات لخدمة هذا العمل، حيث لا توجد الآن جامعة و لا مستشفى و لا شركة و لا حتى مشروعا صغيرا، و لا أي فكرة يمكن أن تخطر ببال إنسان إلا و لها موقع إلكتروني على الشبكة العنكبوتية العالمية، فالكل يسعى للتميز و التنافس و التواجد العالمي و الاستمرار.

ج- الإدارة الإلكترونية :

خلال السنوات الأخيرة من القرن الماضي جرى الحديث عن الوظائف الإلكترونية للإدارة كالتخطيط الإلكتروني و الإستراتيجية الإلكترونية... و غيرها من الموضوعات، و هنا برز مفهوم الإدارة الإلكترونية بشكل أكثر وضوحا ، لذا تعتبر من التحديات التي تتعامل معها الإدارة الحديثة.

¹- ناصر جرادات و آخرون، مرجع سابق، ص 135، (بتصرف).

د- عالمية الأعمال :

و العالمية تشير إلى الانتقال من المحلي إلى العالمي، بكل ما عمله ذلك الانتقال من أوجه و تفسيرات وتأويلات و في سبيل هذا الانتقال تحتاج المنظمات أن تغير في الكثير من سياساتها و أهدافها و إجراءات عملها.

ه- المنظمات الافتراضية :

و التي تتجاوز في نشاطها و عملها كل الحدود المكانية و الزمانية، حيث تستخدم المنظمات الحالية التكنولوجيا و أدواتها القائمة على تعدد مصادر الحصول على المعلومات، و توفرها بكثرة و بسرعة هائلة، و التي تقوم على وجود صناع للمعرفة يتنافسون بشكل هائل لتحقيق التميز في ممارسة أعمالها و تنفيذ مهامها، و حتى تصميم هياكلها التنظيمية. و تعتبر المنظمات الافتراضية و كيفية إدارتها و التعامل معها من القضايا الإدارية المهمة التي ينبغي دراستها و معرفتها، و معرفة كيفية التعامل معها.

و- التعلم الإلكتروني :

فكل منظمة أو مؤسسة بحاجة إلى تدريب عاملها الجدد و القدامى بشكل مستمر و غير مستمر، و كل مؤسسة تعليمية مهما بلغ مستواها التعليمي و مجالها، فهي بحاجة إلى مواكبة التطور و استخدام التكنولوجيا و تطبيقاتها و نظمها، حيث أن الوقت هو العنصر المهم، و تقليل الكلفة الهدف الأقصى، و الإستمرار و البقاء و التميز الغاية الأسمى لكل منظمة.

2 . الإصلاح الإداري في الجزائر :

الجزائر كغيرها من دول العالم عامة، و من دول العالم العربي خاصة، خاضت عدة تجارب في الإصلاح الإداري، و لا تزال الإدارة الجزائرية قيد الإصلاح فهي العملية التي تستمر باستمرار حركة عجلة التنمية نحو الأمام.

و من أجل التعرف على عملية الإصلاح الإداري في الجزائر نتطرق أولاً إلى نبذة عن التطور الذي عرفه مسار الإصلاحات الإدارية الجزائرية، ثم نركز على تجربة الإصلاح التي تخوضها حالياً، و نسلط الضوء في الأخير على ما أنتجته هذه العملية.

1.2 . نبذة عن جهود الإصلاح الإداري في الجزائر :

لقد مرت الإدارة العامة في الجزائر بعدة مراحل، و ذلك على امتداد تاريخ الجزائر كدولة. و لقد ترك هذا التاريخ بصمته على كل مرحلة مرت بها إدارتها. و تجربة الإصلاح الإداري في الجزائر ليست بالجديدة بل إنما لها جذورها الممتدة عبر ذلك التاريخ. و يمكن تلخيص تطور جهود الإصلاح الإداري في الجزائر في مرحلتين هامتين :

1.1.2 . الإدارة العامة الجزائرية قبل الاستقلال :

عرفت الجزائر كغيرها من دول المغرب العربي جملة من الحضارات المتعاقبة، و هذا ما يتضح جليا في المماليك البربرية - النوميديّة، و حتى الخلافة الإسلامية وصولا للحكم العثماني.

1.1.1.2 . الإدارة خلال الحكم العثماني بالجزائر:¹

لم تلجأ السلطة العثمانية إلى تغيير جذري في التنظيمات التي وجدتها قائمة على أرض الجزائر حيث احتفظت الجزائر إلى حد ما بالتقسيم الاجتماعي الذي حدث خلال الحقب التاريخية التي سبقت العهد التركي. إلا أنهم اكتفوا بوضع فوق ذلك التقسيم الاجتماعي تقسيما إداريا مرنا. يتميز بمحاولة التكيف حسب ما تفرضه الأحوال المختلفة. فالنظام التركي يفضل الأسلوب الإداري المباشر عندما يكون ذلك ممكنا. و كانت علاقة الإدارة التركية بالمواطن الجزائري تنسم بالتسلط و التعسف خاصة خلال فترة حكم الجيش الإنكشاري أين كانت العلاقة ذات طابع مقايضة تمثلت في التحصيل الضريبي المستمر مقابل الحماية وحفظ السلام من الأعداء الأجانب.

2.1.1.2 . الإدارة خلال الحكم الإستعماري بالجزائر:²

بالرغم من أن فرنسا تعتبر مهد نشأة و تطور النظم الإدارية و القانونية، إلا أن تطبيقاتها على مستوى أقاليم ما وراء البحار لم تكن بالطبيعة التي كانت عليها داخل فرنسا. فالفلسفة الإستراتيجية للسياسة داخل المستعمرات مبنية على أساس تنظيمات إدارية مركزية و محلية قامت على المصلحة الخاصة و لم تقم على خدمة المواطن الجزائري.

لقد انتهجت فرنسا الإتجاه الذي يدعوا إلى الإدماج الكلي على مستوى الأنظمة الإدارية و الاقتصادية والسياسية و أضحت إصلاحاتها تسعى للتكيف و التأقلم مع الأوضاع السياسية التي كانت تطفوا على سطح المجتمعات المستعمرة.

كما شهد هذا العهد إرساء قواعد الدولة الجزائرية الحديثة بقيادة الأمير عبد القادر بشقيها العسكري والمدني، و شهدت أيضا التنظيم الذي زامن الثورة التحريرية بموجب مؤتمر الصومام المنعقد في 20 أوت 1956، ثم تشكيل أول حكومة مؤقتة للثورة الجزائرية في سبتمبر 1956 التي باشرت إدارة الشؤون الثورية، إلى جانب تنفيذ السياسات العامة، و دامت إلى غاية نيل الاستقلال.

" إن الإشكال قد برز على الساحة السياسية في خلال انتقال الهيئات الدستورية من الحكومة الفرنسية إلى الحكومة الجزائرية المستقلة. و هنا بدأت بذور الصراع تنمو و تطفو بفعل اختلاف التصورات و كيفية

¹ - قاسم ميلود، " علاقة الإدارة و المواطن في الجزائر: بين الأزمة و محاولات الإصلاح"، مجلة دفاتر السياسة و القانون، العدد 5، جوان 2011، ص 59.

² - نفس المرجع، ص 60 .

بناء النظام السياسي و الإقتصادي الجزائري، و لقد ظهر جليا أثناء المناقشات التي دارت في إجتماع المجلس الوطني في طرابلس أين تباينت الآراء بشأن النظام الذي سيعتمد، حيث انعدم ذلك الإتجاه ووحدة الرأي، و كثرت وجهات النظر بسبب اختلاف ثقافات أعضاء المجلس و مصادرها ¹.

2.1.2 – الإصلاح في الإدارة العامة الجزائرية بعد الاستقلال :

" إن الدعامات الأساسية في بناء الدولة الجزائرية لما بعد الإستقلال تمثلت في التوجه الإشتراكي والمركزي و التوازن الجهوي. و رغم أن الجزائر حققت استقلالها السياسي، إلا أنها لم تحققه إداريا. حيث ورثت مشاكل كثيرة، منها انعدام الإطارات اللازمة القادرة على تسيير البلاد. فيما سبب خروج المعمريين الذين كانوا يشغلون الوظائف الإدارية فراغا في مختلف الإدارات. و لم تتمكن الجزائر من تشريع دستور خاص بها، لذا اعتمدت على التشريع الفرنسي، إلا بعض المواد التي تتنافس مع مبادئ الثورة ²".

هذه الظروف جعلت الدولة الجزائرية تتدخل لتنظيم عملية التكوين و تدريب الإطارات و الموظفين لبناء دولة قوية تواجه التخلف الإداري. كما تم التوجه لإرساء معالم البناء الإداري للدولة الجزائرية المستقلة من خلال تنظيم الهياكل الإدارية للدولة على المستويين المركزي و المحلي. و يمكن تقسيم هذه الفترة إلى مرحلتين : مرحلة الأحادية الحزبية، و مرحلة التعددية السياسية.

1.2.1.2. مرحلة الأحادية الحزبية (1962 – 1989):

لقد وعت الجزائر منذ استقلالها الدور الحيوي الذي تلعبه الوظيفة العمومية في حياة الدولة المواطن، وذلك ما جعلها تهتم منذ الأشهر الأولى للإستقلال بتعيين أول مدير للتوظيف العمومي بموجب المرسوم رقم 526-62 المؤرخ في 18.09.1962 .

و مع تأسيس أول دستور جزائري سنة 1963، تم تشكيل حكومة ضمت وزارة بكاملها تحت إسم وزارة الإصلاح الإداري و التوظيف العمومي، و قد فوضت لها صلاحيات عديدة لتتناول قضايا الإصلاح بصفة شاملة، و ذلك بموجب المرسوم رقم 344-64 المؤرخ في 02-12-1964 المحدد لصلاحيات وزير الإصلاح الإداري و التوظيف العمومي.

" و لقد تمحورت أولى نشاطات الجزائر غداة الاستقلال حول إنشاء اقتصاد وطني يقوم على تطوير صناعة ثقيلة ذات شمولية من 1962 إلى 1985 تابعة للقطاع العام و ممولة من عائدات النفط، بينما ينشط القطاع الخاص في مجالات الصناعة التقليدية. و من خلال استرجاع الثروات الوطنية المنجمية و البنوك

¹- نفس المرجع، ص 62.

²- فتيحة فرطاس، "عصرنة الإدارة العمومية في الجزائر من خلال تطبيق الإدارة الإلكترونية، و دورها في تحسين خدمة المواطنين". مجلة الاقتصاد الجديد. العدد 15، المجلد 02، جامعة الجبالي بونعامة، خميس مليانة، 2016، ص 309.

سنة 1966 و المحروقات سنة 1971، أمنت الدولة مصادر لتمويل مسارها التنموي. فضلا عن اللجوء إلى المديونية الخارجية القائمة أيضا على الموارد النفطية¹.

و ربما ذلك ما أدى إلى تحريك عجلة الإصلاح الإداري مرة أخرى، حيث تم إنشاء هيئات متخصصة في الإصلاح الإداري و التي نذكرها حسب الترتيب الزمني كما يلي² :

- 1966 : إنشاء مديرية عامة للتنظيم و الإصلاح الإداري و هذا في إطار تنظيم المركزية لوزارة الداخلية.

- 1968 : تحولت المديرية السابقة إلى مديرية عامة للتنظيم و الإصلاح الإداري و العلاقات العامة.

- 1976 : إعادة تنظيم إدارة وزارة الداخلية، ثم إنشاء مديرية عامة للتكوين و التعاون و الإصلاح الإداري. تضم ثلاث نيابات مديريةية : مديرية خاصة بالتنظيم، الهياكل الإدارية و البحث الإداري.

- 1982 : أنشئت كتابة الدولة المكلفة بالوظيف العمومي و الإصلاح الإداري لدى الوزير الأول. و من مهامها دراسة و تحضير الشروط العامة للتسيير و كذلك طرق عقلنة الإجراءات و تبسيط المهام الإدارية.

- 1983 : إنشاء لجنة وطنية للإصلاح الإداري لدى كتابة الدولة للوظيف العمومي (و تعد أول لجنة استشارية تعتمدها الحكومة الجزائرية)، يرأسها كاتب الدولة و تتكون من الأمناء العاميين لوزارات : الداخلية، المالية، العدل، و ممثل الأمانة العامة للحكومة. و من وظائفها: تحسين الشروط العامة للتنظيم و تسيير مصالح الدولة، عقلنة الهياكل و المناهج و تبسيط الإجراءات الإدارية و تحسين شروط عمل الموظفين العموميين.

- 1984 : تأسيس محافظة الإصلاح و التجديد الإداري و التي حلت محل كتابة الدولة للوظيف العمومي. و من مهامها: تقريب الإدارة من المتعامل، و تكييف الهياكل الإدارية في مواجهة تحديات التنمية، كما تساهم في دراسة و اقتراح كل السبل التي تساهم في تحسين التنظيم و سير المصالح في المنظمات العمومية، و كذا اقتراح كل إجراء يعمل على تقريب الإدارة من المتعاملين.

" و التي حذفت فيما بعد، و تم توزيع أشغالها بين مختلف الوزارات.

و ابتداء من 03 فيفري 1987: أدمجت مهام إصلاح المصالح العمومية و تحديثها و كذلك المناهج و إجراءات العمل التابعة لها في اختصاصات كل عضو من أعضاء الحكومة³.

- و شهدت سنة 1988 صدور أول قانون ينظم العلاقات بين الإدارة و المواطن، فركز على تحديد واجبات الإدارة اتجاه المواطن و التي تتمثل في احترامه و حماية حقوقه التي اعترف له بها الدستور

¹ - نفس المرجع، ص 310.

² - نفس المرجع، ص-ص: 310-311.

³ - سنوسي خنيش، "استراتيجية إدارة حماية البيئة في الجزائر"، (أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، معهد العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2005)، ص 153.

والتشريع¹.

و ما يمكن قوله عموما حول هذه المرحلة، أن الإدارة العامة تأثرت إلى حد كبير بالنهج الاشتراكي المتبع و يظهر ذلك جليا في حجم نطاق نشاطها، و الذي كان سببا في ظهور عدة مشاكل في الجهاز الإداري كزيادة حجم العمالة، و نقص التدريب و التكوين، و مشكلة التنسيق، و بطء الإجراءات و النوعية المتدنية للخدمة المقدمة... و لم تستطع محاولات الإصلاح تلك أن تؤثر فيها، و ذلك لتميزها بقلتها من حيث الكم و من حيث المحتوى و من حيث الجدية، و مقارنة بتفاقم تلك المشاكل و تضخمها أصبحت الهوة بين واقع الإدارة العمومية الجزائرية و آمال إصلاحها تزداد اتساعا.

2.2.1.2 . مرحلة التعددية السياسية (1989 – 1999) :

بعد الأزمة الاقتصادية العالمية سنة 1986، و هبوط أسعار البترول، تفاقمت أزمة مديونية البلاد. فتباطأت خطى الإصلاحات و اتسع نطاق الإختلالات الإقتصادية الكلية (إرتفاع التضخم، البطالة، تدهور ميزان المدفوعات، و إعلان العديد من الشركات الوطنية إفلاسها و تدني القدرة الشرائية) . بالإضافة إلى الضغوط الشعبية باتجاه الإصلاح تمثلت في الإحتجاجات و الإنتقادات لأداء الحكومات و إطلاق تهم الفساد. فقد حصلت مظاهرات عنيفة وقع فيها ضحايا في 05 أكتوبر 1988. "و كان السبب الرئيسي للأحداث هو الوضع المعيشي المتردي و البطالة المستشرية و الإقتصاد المنهار و الإقصاء و الحرمان والبيروقراطية"².

و تعد إنتفاضة أكتوبر 1988 السبب الرئيسي في دخول الجزائر عهد التعددية و الإنفتاح السياسي، كما كانت بداية لأحداث أكثر خطورة. حيث أجبرت الأحداث السلطات آنذاك بالتعهد بتنفيذ إصلاحات سياسية توجت بدستور 23 فيفري 1989 و الذي أنهى حكم الحزب الواحد. و تضمن الإنتقال من النظام الإشتراكي إلى النظام الليبرالي. فتراجعت الدولة عن دورها في مبادئ عديدة.

و لم يكن هذا الضغط قاصرا على المستوى الداخلي حيث أشارت المؤسسات الدولية الدائنة إلى ضرورة معالجة نواحي الخلل و التي رأت أن جانبا منه يعود لسوء الإدارة و ترهلها بتوظيف أعداد زائدة عن الحاجة من العاملين و هدر الموارد و الإسراف في استعمالها، و الحد من مجال الإستثمار المتاح للقطاع الخاص بسبب المزايا التي يتمتع بها القطاع الحكومي و احتكار الدولة لكثير من المجالات و وجود قيود على الإستثمار الأجنبي و تعدد الإجراءات و بطئها.

و قد وفرت هذه الظروف الموضوعية الضاغطة على الحكومة فرصة للقيام بخطوات غير مسبوقه في مجال الإصلاح الإداري كجزء من منظومة الإصلاحات الإقتصادية و السياسية فأصبح الحديث عن

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، " القانون رقم 88-131 الذي ينظم العلاقات بين الإدارة و المواطن، المؤرخ في 04 جويلية 1988"، (الجريدة الرسمية العدد 27).

² - <https://ar.m.wikipedia.org/،evenements%205%20octobre1988،consulté%20le%2007-06-2017>.

الإصلاح الإداري في الجزائر ليس مجرد أمل بمجاعة التطور العالمي مثل الدول المتطورة، بل أصبح ينظر إليه وسيلة للبقاء.

" و على خلفية الإختلالات السابقة، تم الشروع في دفعة جديدة من الإصلاحات الإقتصادية في 1994 مست كل المباديين المتعلقة بإنعاش و دعم إستقرار الإقتصاد الوطني، من خلال برامج إعادة الهيكلة، إلا أن أزمة التسعينات و برنامج التقويم الهيكلي الموالي لها، زاد من خطورة تخلف البلاد و انخفاض مستوى المعيشة، و كذا تأخرها في مجال اكتساب المعرفة و استعمالها و نشرها . فعلي إثر إعادة الهيكلة الصناعية و المخططات الإجتماعية التي واكبتها، تم تسريح عشرات الآلاف من التقنيين و العمال المؤهلين، بحيث ترتب عنه هدر لمهارات كبيرة تراكمت خلال العقود الماضية، وانعكست هذه الآثار بشكل مباشر على الرقي الإجتماعي و تحقيق حياة أفضل ¹."

و تتلخص المواصلة في مسار الإصلاح الإداري في هذه المرحلة حسب التسلسل الزمني فيما يلي :

- 1994 : تعيين وزير منتدب لدى وزير الداخلية مكلف بالجماعات المحلية و الإصلاح الإداري.
- 1996 : عوض بوزير منتدب لدى رئيس الحكومة مكلف بالإصلاح الإداري و الوظيف العمومي بموجب المرسوم رقم 96-212 المؤرخ في 15 جوان 1996.
- و في نفس السنة جرت تجربة لتحديث الإدارة اهتمت بثلاث إدارات أخذت كعينات هي : البلديات، مراكز البريد، و مصالح الضرائب.

- 1999 : طرح مشروع القانون الأساسي للوظيفة العمومية من طرف الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالإصلاح الإداري و الوظيف العمومي.

و تمثل الإصلاحات في هذه المرحلة مواصلة محتشمة لهذا المسار، حيث مع ما عرفته الجزائر من تحول سياسي و اقتصادي منذ سنة 1989، كان لزاما على الدولة إجراء التغييرات المنوطة على وظائف الإدارة تماشيا مع النهج الجديد الذي انتهجته (التعددية السياسية و اقتصاد السوق). لكن الدولة لم تتمكن حينها من القيام به بسبب الأوضاع الأمنية التي عرفتها البلاد و التي دامت عشرية كاملة و تواصلت آثارها السيئة لسنوات أطول بعدها. الأمر الذي أدى بها إلى تأجيل هذه التغييرات الضرورية إلى وقت لاحق و ذلك حسب ترتيب الأولويات الوطنية.

2.2. تكثيف جهود الإصلاحات الإدارية (1999 – 2017) :

و هي مرحلة جديدة في عملية الإصلاح الإداري أملتتها الظروف الجديدة و الوضعية التي آلت إليها الإدارة العامة الجزائرية و علاقتها مع المواطن، و الجديد فيها تمثل في تركيز الإصلاح على هياكل الدولة ومؤسساتها كبدائية، و ذلك ما سنتعرف عليه بعد أن نشرح الدواعي الجديدة لهذه المرحلة من الإصلاح.

¹فتيحة فرطاس ، مرجع سابق ، ص 310.

1.2.2 . دواعي تكثيف جهود الإصلاح الإداري :

" إن حتمية الإصلاح الإداري في كل إدارات العالم بمختلف اتجاهاتها و تياراتها و مدارسها فرضت لعدة عوامل موضوعية، فالدول المتقدمة تبحث دوما عن إصلاح إداري يواكب التطور و التقدم العلمي. والدول النامية بحكم مشكلاتها الإدارية و أزمتها الحادة و المستمرة وجدت نفسها وجها لوجه أمام ضرورة الإصلاح الإداري كحل لا بديل له. و سواءا عيننا بالإصلاح تصحيحا للشوائب و لإعادة تأهيل الوضع الإداري المتردي، أم تغييرا جذريا له برمته فثمة مبررات سياسية، و ثمة اعتبارات إدارية ومهنية، و عوامل اقتصادية و اجتماعية تجعل الإصلاح الإداري من حيث المبدأ ضرورة مستمرة"¹. و الجزائر هي من بين تلك الدول النامية التي وجدت نفسها أمام تحولات سياسية و اقتصادية و اجتماعية شكلت ضرورات ملحة للإصلاح .

1.1.2.2 . الضرورة السياسية للإصلاح الإداري :

تتبع هذه الضرورة من كون الإدارة العامة هي الأداة الفعالة لتنفيذ السياسة العامة للدولة على الوجه المطلوب، و هذا يقتضي إعادة تأهيل الجهاز الإداري بما يوائم الرؤيا السياسية الجديدة للنظام السياسي وبرامجه و أهدافه"². و في هذا السياق نذكر الضرورات السياسية التالية :

إن هذه المرحلة الجديدة من الإصلاح تدخل ضمن برنامج رئيس الجمهورية المعلن في حملته الانتخابية لعام 1999. " و الحديث عن إصلاح الدولة دليل قاطع على الاعتراف بفساد مؤسسات الدولة أو عدم تمكنها من مسايرة الواقع الجديد و المستجدات الطارئة، لذا بات من الضروري القيام بإصلاح جذري وجوهري لمؤسسات الدولة بعيدا عن سياسة الترفيعات"³.

- " كما أن فتح الحقل السياسي أمام فاعلين جدد و الذي تم عن طريق تكريس التعددية السياسية التي جاء بها دستور 1989، و أعاد تهيئتها دستور 1996 يعد مكسبا يتطلب تقويته من أجل إرسائه و عدم الرجوع عنه.

- تضاف إلى ذلك، ضرورة إكمال مسار استقلالية الحقل السياسي و الذي يعد أساس بناء أي دولة ديمقراطية، و الذي لم يكتمل بسبب ضعف الوساطة السياسية في ضبط المجتمع، و النقائص التي يحملها نظام التمثيل السياسي و مضخمات الأزمة.

- صعوبة تعلم الديمقراطية السياسية أين تتداخل الدولة و السلطة تداخلا خطيرا في ممارسة الحريات السياسية. ذلك ما يساهم في إضعاف الدولة و يزيد من مخاطر الحياد عن المسار الصحيح في الوصول إلى السلطة و التنافس السياسي.

¹ - زاهر الخطيب، الإصلاح الإداري، مشروع وثيقة للإصلاح الإداري في لبنان، بيروت (د.د.ن)، 1991، ص 15.

² - نفس المرجع، صص: 15 - 16.

³ - بلونين أحمد، "الأزمة السياسية في الجزائر و تضخم اللجان الوطنية للإصلاح"، (رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة الجزائر بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2007)، ص 248.

- الاستمرارية في مطالبة الدولة بإعادة تنظيم ممارسة الحريات السياسية و الذي يندرج ضمن وظيفتها الإستراتيجية حسب ما ينص عليه القانون، و مطالبتها أيضا بمسايرة و توسيع مساحة التعبير السياسي المتعدد للمجتمع¹.

2.1.2.2 . ضرورة المؤسساتية للإصلاح الإداري :

و هي الضرورة التي نتجت عن فشل تجربة التعددية في تشييد البناء المؤسساتي حسب دستور 1989، وفي التسيير الإداري للمرحلة الانتقالية خلال المرحلة الصعبة لمكافحة الإرهاب. حتى و إن كانت العودة إلى المشروعية المؤسساتية عن طريق انتخاب رئيس الجمهورية في 1995 فإنها بقيت محتشمة و غير كافية لتطور كما يجب.

و يرتبط ذلك أيضا بالضعف في مشروعية التمثيل الشعبي، و النقائص المسجلة في التنظيم المؤسساتي للسلطات و كنتيجة لفشل الوساطة المؤسساتية في العلاقات الرابطة بين الدولة و المجتمع خاصة في وضعية الأزمة ظهرت الضرورة الملحة لإعادة ترميم المؤسسات لمنح مصداقية أكثر للدولة و تعزيز سلطتها².

3.1.2.2 . ضرورة الإقتصادية للإصلاح الإداري :

إن تحرير الإقتصاد المكرس دستوريا في تحرير التجارة و الصناعة في إطار تقليص نشاط الدولة و أزمة الدولة الحارسة، ضاعف من الضغوط الممارسة على الدولة لتأمين المرور من اقتصاد مسير إلى اقتصاد السوق.

حيث كانت هناك ضغوط داخلية نابعة عن صدمة إعادة الهيكلة للمؤسسات الإقتصادية العمومية و التعديل الهيكلي لها، و ضغوط خارجية من أجل الإسراع في تطبيق الإصلاحات الإقتصادية. و قد تضافرت هذه الضغوط لتزيد في الضغط الإجتماعي و الذي تمثل في المطالبات التي تفوق إمكانيات الدولة و تقل عما يتطلبه منطقتا اقتصاد السوق.

هذا ما شكل بالنسبة للدولة إكراهات صعبة و معقدة أدت إلى تأجيل الإصلاحات الهيكلية و العميقة. ولمواجهة هذه الوضعية لم يصبح للدولة الخيار بل أصبحت مرغمة على الإلتزام بالإصلاحات اللازمة لبناء اقتصاد السوق و في نفس الوقت المحافظة على وئام اجتماعي³.

¹ - République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de l'Etat, rapport général , p 62.

² - Ibid , p 62.

³ - Ibid , p 63.

4.1.2.2. الضرورة الاجتماعية للإصلاح الإداري :

إن الإصلاح في هياكل و مهام الدولة يجب أن يتم وفق التحولات الاجتماعية الجديدة حيث تتميز بإعادة هيكلة عميقة للمجتمع. فزيادة على مسار التحول إلى الديمقراطية المزمع خلال العشرية الأخيرة، والإنكسارات الاجتماعية الناتجة عن أزمة الانتقال الإقتصادي، فتح المجال أما الحريات العمومية عن طريق تطوير الحركة الجمعوية والتعدد النقابي وحرية التعبير هذا ما أدى إلى إعادة الهيكل الاجتماعي بظهور مجتمع مدني يشغل أكثر فأكثر مجالات تدخل الدولة ، و ظهور جيل من الشباب يعيش صعوبة إقصائه من سوق الشغل واستقراره على منطقتي المواجهة والعنف الاجتماعي، وارتقاء بعض الفئات الاجتماعية الجديدة الناتجة عن الإقتصاد الفوضوي. أضف إلى ذلك الطلبات الاجتماعية المتفرقة المعبرة بالرفض وبالعنف بسبب ضبابية وانحراف الإدارة العمومية. ومن هنا تتبع وتبرز ضرورة عكس الوضعية، بحيث يندمج المجتمع ضمن الإستراتيجية الشاملة لإصلاح الدولة ولا يقف في وجهها وهذا ما يشكل تحديا عظيما في وجه الإصلاح .

5.1.2.2. الضرورة الخارجية للإصلاح الإداري:

إن إصلاح الدولة الجزائرية يدخل ضمن سياق دولي في تغير دائم يبرز فيه المفهومين الجديدين: العولمة الإقتصادية والأسواق المالية العالمية، حيث تطور مفهوم "الدولة العالمية" والتي هي في طور التكوين، والتي نظمت حول المجموعة المغلقة للأغنياء، ومؤسسات دولية تابعة، ومجتمع دولي يريد السيطرة على القرية العالمية على أساس منطقتي الهيمنة وقانون الأقوى تحت تسمية ضبط النظام الإقتصادي العالمي الجديد، و حماية المواطن من استبداد دول المواطنين¹.

وعلى هذا الأساس يمكن إدراج الوضعية العالمية والتي تتأسس كضرورة خارجية للإصلاح في دولة الجزائر خلال هاتين المرحلتين في نقطتين اثنتين:

أ - تحديات العولمة والإقتصاد العالمي :

إن الانضمام إلى المنظمة العالمية للتجارة يتوقف على عدة شروط منها حرية الصرف ، تعميم اقتصاد السوق ، العولمة الإقتصادية والمالية..... وإلى غير ذلك، وكل هذا يزيد من صعوبة إنجاز

¹Ibid, P- P : 64 - 65.-

الإصلاحات الاقتصادية ويزيد إشكالية الخروج من الأزمة ثقلا. وارتباطها بسياق التطورات التكنولوجية والعلمية المتسارعة وظهور مجتمع المعلومات والاتصال*.

"وتشير المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية في العالم وفق تقارير تنمية الموارد البشرية إلى اتساع الهوة بين الدول الصناعية والدول النامية بسبب التوجه نحو العولمة نتيجة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي سنويا بالدولار يتجه إلى الانخفاض مقارنة لاتجاهه إلى الإرتفاع في الدول المتقدمة، في الوقت الذي يتبعه معدل التضخم إلى الانخفاض في الدول ذات الدخل المرتفع، ويتجه إلى الإرتفاع في الدول ذات الدخل المنخفض، مما يحقق انخفاضا في مستويات المعيشة وتدهور معدلات الرعاية الاجتماعية"¹.

وهي عوامل محددة لمسار التنمية الاقتصادية والاجتماعية المتصفة بالتبعية الخارجية، مما اضطر الجزائر إلى إعادة صياغة وظائفها وبناء هيكلها وفق هذه الرؤية. والتي تعني اختيار إستراتيجية الاندماج من بين مختلف الإستراتيجيات المطروحة نظريا وعمليا للتناغم مع العولمة، و من أمثلتها: إستراتيجية الدفاع تقابلها إستراتيجية الهجوم، إستراتيجية الانسحاب (وهي المقابلة لإستراتيجية الاندماج) و إستراتيجية التحالفات الإستراتيجية و إستراتيجية توطين التكنولوجيات و تثبيت القيم الوطنية².

ب- السياق السياسي الدولي الجديد³:

إن التحديات والرهانات التي يطرحها السياق الدولي الجديد تزيد مسألة إصلاح هيكل ووظائف الدولة الجزائرية تعقيدا. حيث أدى امتداد آثار عولمة التبادلات الاقتصادية للسلع والخدمات وعولمة أسواق رؤوس الأموال إلى خلق منطوق الهيمنة والتبعية تمثل فيه القوى الغربية قطب القرارات السياسية الدولية، وهي بصدد التأسيس لنظام سياسي دولي جديد يتميز بالخصائص التالية:

- الإرادة الواضحة نحو التقليل من سيادات الدول بوصف نفسها حامية أو حارسة للديمقراطية ولحقوق الإنسان والحريات العامة وحماية الأقليات.

- القدرة على التدخل والمساومة الممارستين على الدول التي لم تندمج بعد في منطوق التبعية للسلطة المعولمة.

- قانون دولي يحمي في الأساس المصالح الإستراتيجية للقوى العظمى ويشجع على التدخل الأجنبي.

- مجتمع مدني دولي منظم في هيئات غير حكومية قوية تؤدي وظيفة الضابط والمراقب الدولي للحريات والديمقراطية في العالم.

* لم يسبق لظاهرة ناشئة أن فرضت نفسها كالذي فعلته ظاهرة العولمة، غير أن ذلك لم يمنع استمرار الجدل والنقاش الحاد بين المؤيدين والمعارضين من الكتاب والمفكرين".

- لأكثر تفصيل حول مفهوم العولمة والجدل القائم حوله، أنظر: عامر الكبيسي، الفساد والعولمة تزامن لا توأمة، المكتب الجامعي الحديث، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2005، ص من 124 إلى 133.

¹ - فريد النجار، نهال النجار، العولمة والرعاية الاجتماعية: الآثار الاقتصادية والاجتماعية، المكتبة المصرية، الإسكندرية، مصر، 2001-2002، ص 49.

² - نفس المرجع، ص 60.

³ - نفس المرجع، ص 94.

ولم تكف العولمة بمحاولة الإنفاص من سيادات الدول بل خلقت مفهوم المواطنة العالمية المبنية على أساس مجتمع المعلومات والذي يعمل على نشر قيمتها ومقاييسها وتوجهاتها حول الديمقراطية وحقوق الإنسان وحرية المقولة.

- في مواجهة هذه التغيرات الجديدة " أدى السباق نحو التفوق والمنافسة في العالم إلى قيام الدول الصناعية المتقدمة بالإهتمام بعملية بناء الأسواق والصناعات القوية ، ومن ثم ظهور المنظمات العملاقة الفعالة في جميع النشاطات: العسكرية والأمنية والإعلامية والمعلوماتية والإنتاجية . في حين تخلت الدول العربية عن هذا الركب في التقدم والتفوق متى أصبحت أقل قدرة على التنافس في عالم العولمة وتكنولوجيا الاتصالات والمعلومات ... و الجزائر في هذا الحال.

2.2.2. فلسفة وأهداف إصلاح هيكل الدولة ووظائفها :

" إن الدولة هي المؤسسة التي تجسد فيها السلطة، و تحدد شروط وكيفية ممارستها ، و تنتظم العلاقات الإجتماعية ، ويحدد النظام الإجتماعي المراد ، و تقوم على نظامها وعلى تمثيلها للمصلحة العامة . وهي قوة السلطة لأداء وظيفتها في تحقيق سلمية المطالب السياسية والتحكيم في النزاعات داخل المجتمع"¹.

هذه هي الأفاق التي يرتسم فيها المفهوم الجديد للدولة حسب لجنة الإصلاح في هيكل الدولة ومهامها المحدثة بموجب المرسوم الرئاسي رقم 2000 - 372² و التي كلفت من طرف رئيس الجمهورية المنشأة تحت سلطته بتحليل وتقييم كافة جوانب تنظيم الدولة وسيرها ، و باقتراح الإصلاحات المواتية في إطار مقارنة شاملة ، منسجمة ومنسقة.

ولهذا الغرض رأت هذه اللجنة³ من خلال تحليلها للمعطيات الواردة عن دراستها لواقع تنظيم الدولة بعض الإتجاهات الإستراتيجية المتداخلة ضمن مسار ديناميكي للخروج من الأزمة وتجاوزها والذي يتطابق مع مختلف التحولات الداخلية والخارجية للجزائر .فالمقاربة المعتمدة لمشروع التغيير المؤسساتي و الهيكلي

تتمثل في مدى قدرته على إعادة استخراج محددات وقيم جديدة قابلة لتكوين وئام أو اتفاق اجتماعي وإحداث القطيعة في نفس الوقت مع المرحلة المتركمة لتآكل سيادة الدولة وفقدان هيبتها.

وعلى أساس هذه الرؤية فإن التغيير سيكون محله في تصور الدولة من خلال أداء و إعادة تنظيم مهامها،و في تنظيم و تسيير هيكلها ، في طريقة و أسلوب حكمها ، وفي علاقاتها مع المواطن.

وعلى هذا الإصلاح أن يكون في إطار مبادئ الجمهورية و ذو صفة ديمقراطية، و أن يعمل على ترقية وتحقيق الأهداف التالية:

¹- République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de l'Etat, rapport, p 60.

²- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، رئاسة الجمهورية ،"المرسوم الرئاسي رقم 2000-372 المؤرخ في 22 نوفمبر 2000 يتضمن إحداث لجنة إصلاح هيكل الدولة و مهامها"(الجريدة الرسمية ،العدد 71 الصادرة بتاريخ 26 نوفمبر 2000) ص 4.

³- République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de l'Etat, rapport, Présidence de la république, Comité de réforme des structures et des mission de l'Etat, rapport général, p 65 au 72.

أ - دولة قانون تكفل حماية حقوق وحرية المواطن :

والتي يكون فيها القانون الإطار الوحيد الذي يجسد سيادة الدولة في أداء مهامها المنوطة بالسلطة العمومية ، والمجال الوحيد لتحديد العلاقات مع المواطن، والذي تعمل دولة القانون على حمايته من أخطار انحراف الممارسة لهذه السلطة ، وعلى إرساء الحقوق والحريات المعترف بها للمواطن و تقوية ثقته بالدولة و ذلك ما يضمن المصلحة العامة و الوحدة الوطنية و الانسجام الإجتماعي. و هي الأساس الأول الذي يبني عليه إصلاح الدولة وتتمثل الإستراتيجية : في تحقيق شرعية التمثيل السياسي المتعدد للمجتمع، و في تنظيم مؤسسات الدولة ، وتقوية العدالة الإدارية وإعادة تنظيم الطعن ، ووضع ميكانيزمات فعالة لتطبيق القانون وإنتاج آثاره مباشرة بعد صدوره .

ب - دولة في خدمة المجتمع وقريبة من المواطن :

وذلك عن طريق سياسة جديدة هي اللامركزية. والتي من شأنها أن تقوي الديمقراطية المحلية ومشاركة المواطن في ممارسة السلطة . وتشكل إطارا لتطوير الإستقلالية والمسؤولية المحلية في التكفل بشؤون المواطنة الجوارية . وذلك عن طريق تفويض المسؤوليات والسلطات، و تجديد تسيير الخدمة العمومية ومحاربة البيروقراطية بإعداد ميثاق سير العلاقة بين الإدارة والمدارين، ووضع مرصد دائم للتحليل والتقييم ، وهو ما من شأنه أن يقرب بين الدولة و المواطن ويحسن نوعية الخدمات العمومية.

ج - دولة قوية ، فعالة وعصرية :

تتحقق القوة عن طريق الثقافة الجديدة للدولة والتي يجب أن تتصف بالقيم ،الأخلاق والنزاهة . ومعنى المسؤولية واحترام المواطن . وعن طريق علاقاتها مع المجتمع المتميزة بتطوير الإدارة وأساليب التسيير، و احترام القانون والنظام وقرارات العدالة من طرف الدولة أولا ثم المواطن .

أما الفعالية فتكون عن طريق تحديد الدولة لأسس جديدة لنشاطها العمومي مبنية على الفاعلية والفعالية عن طريق زيادة إمكانياتها في إعداد وتقييم وتقدير واستشراف سياساتها العمومية . وإعادة توزيع الأدوار والمسؤوليات في إطار اللامركزية وعدم التمركز ، واعتماد المحافظة الإدارية الجهوية كهيئة ضرورية في تنظيم الدولة اقتناعا بالحقيقة الجهوية وبمستلزمات التنسيق للنشاطات الإقليمية في إطار تنفيذ إستراتيجية التهيئة العمرانية والتطوير الجهوي.

أما الدولة العصرية ، فنقتضي الإعتماد على ميكانيزمات وطرق وقواعد عمل جديدة عصرية تسهل أداء نشاطها العمومي ومن أجل تحقيق هذا الهدف يجب : تطوير علاقات التعاقد والمشاركة كأساس بين مختلف أجهزة الدولة ، وتوسيع مجال الإستشارة إلى مختلف الشركاء من مؤسسات الدولة ومن المجتمع المدني ، واعتماد التشاور و الحوار الإجتماعي في إعداد و تنفيذ السياسات العمومية وهي

تدخل ضمن ديمقراطية اتخاذ القرارات، الضبط الإقتصادي والإجتماعي عن طريق ميكانيزمات جديدة وتجديد أنظمة ووسائل التسيير بالإهتمام أكثر بوظيفتي المراقبة والتقييم، وتبسيط الإجراءات الإدارية و تطوير معلوماتية التسيير العمومي .

د - دولة في خدمة التناسق الاجتماعي والتضامن الوطني:

إن التعمق في هذه الإصلاحات والتغيير في نظام ودور الدولة سيضع التناسق الإجتماعي تحت تجربة قاسية جديدة . وفي هذا الإطار على الدولة أن تعمل على ترقية سياسة جديدة للتضامن الوطني ولمحاربة الفقر بمشاركة مختلف الفاعلين من مؤسسات المتعاملين الإقتصاديين و المجتمع المدني .

ه - دولة في مستوى التحديات العالمية :

وذلك بالإسراع في تجميع شروط التنافسية اللازمة لإندماج دولة في وضعية انتقالية مثل الجزائر ضمن مسار العولمة، والمتمثلة في :

- تحسين النظام الإنتاجي والمالي والبنكي و عصرنه إدارتها الاقتصادية .
- توجيه جهازها الدبلوماسي للدفاع عن مصالحها الإستراتيجية، والمساهمة في استعادة النمو عن طريق سياسات اقتصادية معينة وتقوية مستلزمات الحماية الإجتماعية.

3.2.2 . المحاور الكبرى لإصلاح الدولة:

من خلال فلسفة الإصلاح المعلن عنها، و الأهداف المأمول تحقيقها حسب الرؤية التي تشكلت بعد تحليل و دراسة المعطيات المتعلقة بعناصر الأزمة المتعددة الأبعاد في الجزائر، يظهر لنا جليا أن هذه العملية هي ذات أبعاد شمولية ولا تقتصر على جزء معين . وذلك مرده إلى ترابط هذه الأجزاء وعلاقة التأثير المتبادل بين كل جزء وآخر من خلال الأدوار التي يؤديها كل جزء . فبعد تحديد الخلل في هاته العلاقات والأدوار، رسمت أدوار جديدة للدولة تمثلت في :

- إعادة تكييف دور الدولة المتعلق بمهامها كقوة عمومية وكمرفق عام، خاصة بعد الضعف الذي نال منها خلال العشرية السوداء، ويقتضي هذا الدور إعادة إصلاح مهامها كقوة عمومية من خلال حماية الأشخاص والأموال و حفظ النظام العام والعدالة وحماية الإقليم . وإصلاح سلطتها وصورتها في الساحة الدولية حسب ما تقتضيه الأوضاع العالمية الجديدة، وتحديث مؤسساتها وإدارتها وأنظمة التسيير العمومي وجعلها أكثر احترافية.

- دور الدولة في تقوية وتعزيز الديمقراطية التعددية والذي لا يتحقق إلا في ظل دولة قوية، مستقرة، قادرة على التحكيم في النزاعات السياسية، والتحكم وتسيير الانتقال نحو التغيير المطلوب حتى وإن كان غير مؤكد.

- دور الدولة في المجال الإقتصادي والإجتماعي. حيث يتعين عليها توجيه وإدارة مسار التحول من التسيير المباشر والمحتكر إلى تفعيل قواعد و ميكانيزمات اقتصاد السوق رغم التعقيدات التي تطرحها منهجية التغيير نحوه، و عليها أن تدمج في هذا المسار ضرورة تحقيق التناسق الإجتماعي و الذي هو شرط مهم لنجاحه.

إن أداء هاته الأدوار يتطلب ستة (06) ورشات كبرى لإصلاح مهام و هياكل الدولة و نستطيع القول أن كل ورشة اضطلعت بمحور معين :¹

- الورشة الأولى : تتعلق بالإدارات المركزية، و تدرج ضمن هدف إعادة مركزة المهام حول الوظائف الإستراتيجية ووظائف تخطيط و تقدير و ضبط و مقايسة و مراقبة و تقييم السياسات العامة. بالاعتماد على التصور الجديد للدولة، و عليه أن يعاد تشكيلها حسب القطاعات المتجانسة للكفاءات و التي تمثل وحدات مستقرة تضمن انسجام و استمرارية النشاط العمومي.

- الورشة الثانية : تعمل على إعادة تشكيل إدارة الإقليم و تجسيد اللامركزية و عدم التمرکز كأساسين للإصلاح الإقليمي و كقاعدتين لإعادة تعريف طرق تنظيم و تسيير الإدارة المحلية و الجماعات الإقليمية. و في هذا الصدد تم إحداث " المقاطعة الإدارية الجهوية " و التي تدرج ضمن هدف تقوية الديمقراطية المحلية.

- الورشة الثالثة : المتعلقة بالمؤسسات العمومية و بالأجهزة التي تسيير المرفق العام، و التي تعمل على إعادة تعريف تصور المرفق العام و تحديد الأساليب الجديدة لتسيير الخدمات العمومية المسوقة، و تجديد وسائل و أنظمة تسيير المؤسسات العمومية و الإصلاح المقترح يهدف إلى توسيع مجال التسيير العمومي إلى المؤسسة الخاصة و إلى المجتمع المدني، و تحسين فاعلية و نوعية الخدمات المقدمة للمواطن.

- الورشة الرابعة : تختص بإعادة تعريف وظائف الإستشارة، الضبط و المراقبة و التي لها علاقة بالتصور الجديد، و وضع شروط تنظيمها و تنفيذها. و في هذا الإطار ستسمح الإصلاحات المقترحة بتحديد مجالات و أهداف و أساليب عمل الإستشارة، و الوسائل الجديدة و طرق الضبط، و تجديد هندسة الرقابة بناء على التقييم، الفاعلية و الشفافية.

- الورشة الخامسة : و تعمل على إعداد سياسة جديدة لتثمين المورد البشري مبنية على تجديد التشريعات ووسائل تسيير الوظيف العمومي و معتمدة على مقاربة جديدة للتكوين الإداري و مكيفة مع المتطلبات

¹ - Ibid , P-P: 81- 82.

الجديدة للنوعية و على احترافية عون الدولة. و تعمل على تكريس أخلاقيات جديدة مبنية على النزاهة والإخلاص للمرفق العمومي.

- الورشة السادسة : و التي تعمل على التأسيس لمجال مشاركة للمجتمع المدني، و تحسين العلاقة بين الإدارة و المواطن. وذلك ما يندرج تحت هدف تقوية ممارسة المواطنة و إعادة إصلاح الثقة بين الدولة و المواطن باعتباره قلب إشكالية إصلاح الدولة.

4.2.2 . تنفيذ إستراتيجية الإصلاح :

1.4.2.2 . شروط الإنضمام و الدعم للإصلاح:

إن عملية الإصلاح ليست عملية ظرفية بل عبارة عن مسار دائم للتكيف مع واقع يتغير باستمرار. ولإنجاحها يجب أن تحصل على دعم من إرادة سياسية قوية و مستمرة من طرف جميع الفاعلين والمواطنين و أن ينظروا إليها بإقناع.

على هذه الإرادة السياسية أن تشرع في الإصلاح مما سيقطع الطريق أمام كل مقاومة. و عليها أن تدعم بإستراتيجية اتصال ملائمة، و متابعة و تقييم للنتائج من أجل التكيف الدائم للسبل و الوسائل الضرورية لتنفيذها.

و تمثل الدعم الأول في تعبئة إطارات و أعوان الدولة، وذلك عن طريق التحسيس بأسس هذه الإصلاحات و بالفوائد التي يمكن جنيها و ضرورة مشاركتهم في انجازها. ثم تم التوجه إلى النقابات و المنظمات المهنية الخاصة المنتمية إلى الوظيف العمومي بالإضافة إلى التوجه إلى وسائل الإعلام للوصول إلى إقناع أكثر.

2.4.2.2 . وضع إستراتيجية للاتصال :

إن تنفيذ الإصلاحات يستوجب أن يسبقه و يرافقه مخطط إتصالي دقيق بغرض الحصول على دعم المجتمع وانضمامه و انخراطه في هذه الإصلاحات. و قد تم ذلك بإعداد الإقتراحات الإصلاحية وحصولها على المصادقة من طرف السلطات المعنية، بعد شرح أهدافها و ما يراد الوصول إليه من ورائها. ثم يتم تناول المخطط الإتصالي لكل الإنجازات مهما كان حجمها و إبلاغها عن طريق وسائل الإعلام و المجتمع المدني إلى المواطن، حتى يؤمن بأن الإدارة نحو التغيير هي فعلا حقيقة و أن القرارات المتخذة لم تكن خطابا فقط.

3.4.2.2 . هيكل قيادة و تأطير الإصلاح :

إن أهمية و تنوع الأعمال المراد إنجازها و تعدد الفاعلين المعنيين ، و كثافة الجهود و المدة اللازمة لتجسيدها يقتضي وجود هياكل تقود و تؤطر عملية الإصلاح و ذلك من شأنه تفادي مخاطر تبديد الجهود و المسؤوليات و تحقيق فهم مشترك و موحد لروح الإصلاحات و غاياتها، ووضعها في منأى عن كل المزايدات و الخلافات.

إن هاته الإصلاحات وضعت تحت قيادة رئيس الجمهورية و الذي اهتم بتوفير جميع الشروط الضرورية لهياكل الدولة قصد تمكينها من التكيف المستمر و التطور على جميع الأصعدة في المحيط و التأكيد على إن الإدارة العمومية تستطيع أن تغير بتغييرها.

إن فاعلية هيكل القيادة يتطلب أن يكون منفتحا على استشارة الفاعلين الأساسيين في الإصلاح. و الإتفاق مع أهم الشركاء و أن يعتمد على الخبرات الداخلية و الخارجية للإدارة العمومية و أن يتحول إلى السلطة اللازمة لتحقيق ما تم تقريره.

و لهذا نجد أن الرغبة و الإدارة السياسية في إجراء إصلاحات فعلية و شاملة لمختلف أجزاء المنظومة الإدارية قد تبلورت بالإعتماد على مجموعة من الأجهزة الإدارية و اللجان الوطنية لقيادة مسار الإصلاح الإداري منذ بدء هذه المرحلة.

1.3.4.2.2. الأجهزة الإدارية :

أ - الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالإصلاح الإداري و الوظيفة العمومية¹:

والتي سبقت الإشارة إليها في مرحلة ما قبل 1999 والتي تزامن وجودها مع بداية هذه الإصلاحات واستمرت إلى غاية 2003 أين أزيلت على إثر التغيير الحكومي سنة 2002 واضطلعت هذه الوزارة المنتدبة بمهام اقتراح عناصر السياسة الوطنية في ميادين الإصلاح الإداري والوظيف العمومي والسهر على تنفيذها.

ب. المديرية العامة للإصلاح الإداري²:

والتي نتجت عن تفكيك الوزارة المنتدبة المذكورة سابقا إلى مديريتين المديرية العامة للإصلاح الإداري والمديرية العامة للوظيفة العمومية ،وتعتبر المديرية العامة للإصلاح الإداري بمثابة جهاز دائم لقيادة خطط الإصلاح الإداري على كل المستويات وفي كل القطاعات، وهي تخضع لسلطة رئيس الحكومة ،وقد أوكلت إليها نفس المهام التي كانت تتكفل بها الوزارة المنتدبة في مجال الإصلاح الإداري .

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،رئاسة الحكومة،" المرسوم التنفيذي رقم 96- 212 المحدد لصلاحيات الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة المكلف بالإصلاح الإداري والوظيف العمومي"، (الجريدة الرسمية، العدد37،الصادرة بتاريخ 16 جوان 1996) ص8 .

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، رئاسة الحكومة ،"المرسوم التنفيذي رقم 03- 192 المحدد لمهام المديرية العامة للإصلاح الإداري وتنظيمها"، (الجريدة الرسمية، العدد30 ،الصادرة بتاريخ 30 أفريل 2003) .

ج- الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته¹ :

والتي أنشأت قصد تنفيذ الإستراتيجية الوطنية في مكافحة الفساد وهي الهيئة التي ينص عليها قانون 06 – 01² المتعلق بمكافحة الفساد وذلك بعد مصادقة الجزائر في أفريل 2004 على إتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد المعتمدة في دورتها الثامنة والخمسين المنعقدة في المكسيك من 9 إلى 11 ديسمبر 2003³، وبعد المصادقة في أفريل 2006 على إتفاقية الإتحاد الإفريقي لمنع الفساد ومكافحته المعتمدة بما بوتو بتاريخ 11 جويلية 2003⁴.

وقد أوردت المادة 20⁵ من القانون 06-01 مهام الهيئة وأبرزها :إقتراح سياسة شاملة للوقاية من الفساد تجسد مبادئ دولة القانون وتعكس النزاهة والشفافية والمسؤولية، تسيير الشؤون والأموال العمومية وإعداد برامج تسمح بتوعية وتحسيس المواطنين بالآثار الضارة الناجمة عن الفساد ، والإستعانة بالنيابة العامة لجمع الأدلة والتحري في وقائع ذات علاقة بالفساد.

د-المديرية العامة للوظيفة العمومية والإصلاح الإداري⁶:

والتي نتجت عن إعادة دمج المديريتين العامتين السابق ذكرهما، وتم وضع هذه المديرية الجديدة تحت سلطة الوزير الأول. وحسب المادة الثانية من المرسوم التنفيذي المنشىء لها فهي تمثل السلطة المركزية لتصور سياسة الحكومة في مجال الوظيفة العمومية والإصلاح الإداري وتنفيذها. وكما كانت في السابق فقد اضطلعت بمهام في مجال الوظيفة العمومية ،وأخرى في مجال الإصلاح الإداري وهي تتمثل في : -
إقتراح عناصر السياسة الوطنية للإصلاح الإداري .

- ودراسة القواعد العامة المنظمة للإدارات العمومية قصد تكيفها مع التطورات الإقتصادية

والإجتماعية ومع حاجات المواطنين.

- والعمل على ترقية المناهج والتقنيات العصرية لتنظيم الإدارة العمومية .

- وترقية كل تدبير يرمي إلى تحسين العلاقة بين الإدارة والمواطن.

وهو الجهاز الذي تبقى صلاحياته سارية المفعول إلي وقتنا هذا .

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته ، الإطار القانوني والمؤسسي لمكافحة الفساد في الجزائر، ط2، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية،الراغاية-الجزائر،2014،ص198 .

² - نفس المرجع ، ص 123 .

³ - نفس المرجع ، ص 04 .

⁴ - نفس المرجع ، ص 66 .

⁵ - نفس المرجع ، ص 131 .

⁶ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،الوزير الأول،"المرسوم التنفيذي رقم 14-193، المؤرخ في 3 جويلية سنة 2014 المحدد لصلاحيات المدير العام للوظيفة العمومية والإصلاح الإداري"،(الجريدة الرسمية،العدد41 ، الصادرة في 6 جويلية 2014)،ص - ص : 8 - 9 .

2.3.4.2.2 . اللجان الوطنية :

أ- اللجنة الوطنية لإصلاح العدالة¹:

أنشئت هذه اللجنة في أكتوبر 1999، وتمثلت مهامها بصفة عامة: في تشخيص وضعية النظام القضائي، واقتراح التدابير والأعمال المناسبة لإرساء نظام قادر على الإستجابة لتطلعات المواطن وعلى المساهمة في بناء دولة القانون، إقتراح طرق وأساليب عصرنه العدالة وإصلاح السجون، وتحديد الإجراءات الهادفة لتنمية الموارد البشرية العامة في قطاع العدالة والقضاء، ضمان إستقلالية القضاء...

ب- اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية² :

والتي أحدثت بعد إنهاء مهام المجلس الأعلى للتربية، وتمثلت مهامها: في تقييم المنظومة التربوية على أسس علمية ، قصد إعادة تشخيص موضوعي لجميع العناصر المكونة لمنظومة التربية والتكوين المهني والتعليم العالي، إقتراح مشروع سياسة تربوية جديدة، وإعداد القوانين الأساسية للتعليم العالي والأساتذة، وتشجيع البحث العلمي، وإيجاد صيغ للإستجابة لمتطلبات المحيط الإقتصادي والإجتماعي، ودراسة واقتراح كل ما يستلزمه إدماج التكنولوجيات الجديدة في المنظومة التربوية .

ج- لجنة إصلاح هياكل الدولة ومهامها³:

حسب المادة الثانية من المرسوم الرئاسي المنشئ لها تتولى هذه اللجنة المهام التالية :

- دراسة مهام الإدارات المركزية للدولة وهياكلها وسيرها، وكذا آليات التنسيق والتشاور والضبط والمراقبة .

- دراسة الجوانب المتعلقة بتنظيم وصلاحيات وسير جماعات الإقليمية والإدارة المحلية والمصالح المتفرعة للدولة.

- دراسة طبيعة مجمل المؤسسات العمومية و الهيئات التي تنهض بالخدمة العامة و مهامها و قوانينها الأصلية و صلاتها مع الإدارات المركزية و المصالح المتفرعة للدولة.

- دراسة وإعادة صياغة كافة القوانين الأساسية الخاصة بكل أعوان الدولة.

- ودراسة الآثار القانونية والمؤسسية للإصلاحات التي تقترحها وتحديد عناصر سياسة تقنينية.

وقد كلفت بإعداد تقرير عام ورفعته إلى رئيس الجمهورية، يحتوي على عناصر تحليلية وتقييمه وتشخيصية لتنظيم وسير الدولة، مرفقا باقتراحات وتوصيات وبمشاريع نصوص تسمح بتنفيذها في إطار مقارنة شاملة ومتناسقة. وذلك بعد مدة عمل حددت بتسعة أشهر وهو ما تم فعلا.

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة العدل ، إصلاح العدالة الحصيلية والأفاق ، فيفري 2005 ، ص - ص : 5 - 6 .
² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، رئاسة الجمهورية ، " المرسوم الرئاسي رقم 101-200 ، يتضمن إحداث اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية " ، (الجريدة الرسمية، العدد 27 ، الصادرة بتاريخ 10 ماي 2000) ، ص 4 .
³ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، رئاسة الجمهورية ، " المرسوم الرئاسي 372-2000 ، المتضمن إحداث لجنة إصلاح هياكل الدولة ومهامها " ، (الجريدة الرسمية، العدد 71 ، الصادرة بتاريخ 26 نوفمبر 2000) ، ص 4 .

وكان هذا التكليف قد قدم من طرف رئيس الجمهورية¹ خلال حفل تنصيب اللجنة في 25 نوفمبر 2000 بقصر الأمم بناي الصنوبر، أمام حضور رفيع المستوى من القيادات العليا للبلاد وأعضاء الحكومة و رؤساء المهمات الدبلوماسية، أين ألقى الرئيس خطابا توجيهيا.

وقد تم اختيار أعضاء اللجنة بحرص شديد، والذين اختيروا من ذوي الكفاءات والمؤهلات العلمية. ترأسها السيد ميسوم سبيح، أول من شغل منصب مدير عام للوظيفة العمومي بعد الاستقلال، والذي عين في 18-09-1962 بواسطة المرسوم رقم 62-526، كما زودت بإمكانية الحصول على كل المعلومات الكفيلة بتتوير أعمالها، شأنها شأن اللجنتين السابقتين لإصلاح العدالة والمنظومة التربوية.

وما يلاحظ عموما هو الدعم السياسي الكبير لجهود الإصلاح في هذه المرحلة وذلك ما لم نلتمسه في المراحل السابقة.

5.2.2. الملامح العامة للتغيرات في مجال الإصلاح الإداري :

إن المتتبع لخطوات تنفيذ برامج الإصلاح الإداري في الجزائر يستطيع أن يتحقق من إرتقاء بعض الميادين عن الصورة التي كانت عليها قبل الشروع في هذه المرحلة من الإصلاحات، ولا يسعنا تعداد الأعمال المنجزة كلها، بل سنكتفي بالإشارة إلى المحاور الهامة التي شهدت فعلا تغييرا يستحق الإشادة به:

- وأهم مجال نبدأ به استعادة الدولة والمواطن الأمن والاستقرار وهو ما يعد شرطا أساسيا للتنمية الوطنية والذي لا يمكن لأي إستراتيجية أن تنجح دونه، الأمر الذي مكن من توجيه الأنظار إلى ما تقتضيه التنمية البشرية من إعداد للخطط الاقتصادية والاجتماعية، وتجنيد للموارد المالية للتكفل باحتياجات المواطنين وتطوير للمنشآت القاعدية، واستدراك للعجز الكبير في هذه المجالات، والذي أعاقته الوضعية الأمنية السابقة الممتدة لعشرية كاملة من الزمن.

- إعادة تحديد طبيعة علاقات الدولة بالمجتمع وبالدائرة الاقتصادية، وكذا تعميم الأنماط التشاركية للتسيير على كافة المستويات، مع العزم على صب العمل أكثر فأكثر على العوامل المتحركة في النمو الاقتصادي وتطوير التشغيل وتحسين ظروف معيشة المواطنين. وإعادة التوزيع للصلاحيات والوسائل لفائدة الجماعات المحلية في انتظار حصاد تمثيل الدولة والديمقراطية المحلية كممارسة فعلية من خلال أسلوب اللامركزية واللامركزية.

- تطوير الشراكة بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني، وخاصة عند تأسيس أطر الحوار الثنائي بين الحكومة والحركة النقابية والحوار الثلاثي الذي يشرك كذلك أرباب العمل، مما سمح بإقامة سنة

¹- République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de l'Etat, lettre de mission au comité de la Réforme des structures et des missions de l'état (Annex n° 03 du rapport général de comité), 22 Novembre 2000.

تساور محمودة بشأن التسيير الاقتصادي والاجتماعي للبلاد، وذلك ما تقتضيه الفعالية الاقتصادية ومتطلبات الإنصاف الاجتماعي .

- قطع شوط كبير في تحسين بل مساواة وضع المرأة الجزائرية في الحقوق والواجبات في المجالات السياسية والاقتصادية والتربوية والثقافية مع أخيها الرجل،" حيث صار يشكل العنصر النسوي على سبيل البيان إلى أكثر من 50 % من التعداد الجامعي ، وأكثر من 60 % من التعداد الطبي ، وأكثر من 30 % من سلك القضاء وأكثر من 55 % من تعداد الصحفيين¹ ، كما تم إدخال أحكام جديدة على قانون الأسرة من أجل استرجاع التوازن بين الزوجين والتماشي مع ما يقتضيه الدستور والإلتزامات الدولية .

- مواصلة الإصلاح التربوي قصد تحقيق التحول النوعي للمنظومة التعليمية .

- " تعميق الإصلاحات الاقتصادية والمالية سمحت بتطوير أدوات التحفيز للمبادرة الخاصة ومرافقتها بما فيها مبادرات الشباب ضمن منظور التشجيع على بروز طبقة جديدة من المقاولين ، ومواصلة الإصلاحات من أجل عصرنة القطاع المالي والمصرفي ، وعلى عقلنة تسيير المال العام وتكثيف مسار فتح مؤسسات القطاع العام على الشراكة و الخصخصة ، والعمل على تنويع قاعدة الإنتاج الصناعي والزراعي والخدماتي بغية التقليل تدريجيا من التبعية إزاء المحروقات² .

- إصلاحات جبائية معقدة حيث تمت عصرنة الإدارة الضريبية لمكافحة الغش و التهرب الضريبي والإسراع في معالجة الملفات الإدارية وتخفيض العوائق البيروقراطية ، وأيضا تبسيط النظام الجبائي، ومحاولة تثبيت قوانينه وإدخال عدة تحفيزات ضريبية لزيادة قيمة الإستثمار وتوجيهه ، وتشجيع المتعاملين الإقتصاديين على الإستثمار .

- الإهتمام بالموارد البشرية من خلال إصدار القوانين الأساسية لمختلف الأسلاك المهنية والإهتمام أكثر بالتكوين ، وإصلاح نظام الوظيفة العمومية .

- عصرنة العدالة والعمل على خلق ميكانزمات ملائمة لتفعيل نظام قضائي متطور ويعتمد على تكنولوجيا المعلومات أكثر فأكثر .

- العمل على مكافحة الفساد و الرشوة وإعداد التشريعات اللازمة لذلك كتعديلات قانون الصفقات وإدراج التصريح بالامتلاكات وتمكين الجمهور من الحصول على المعلومات الخاصة بتنظيم وسير الإدارات، وتبسيط الإجراءات الإدارية ونظرا لما تتسم به هذه الظاهرة من تعقيد ، لا تزال الجهود متواصلة نحو التكفل بهذه المعضلة .

- عصرنة وترشيد الإدارة العمومية عن طريق عصرنة مناهج العمل، وتشجيع التكوين المتخصص وتخفيف إجراءات وأجال إنجاز المشاريع، وتطوير الشفافية في المرافق العمومية، والتوجه نحو تطبيق

¹ - هاشم حمدي رضا ، مرجع سابق، ص 211 .

² - نفس المرجع، ص 212 .

الإدارة الإلكترونية من خلال مشروع "الجزائر الإلكترونية 2013" ¹ "ولو أنه سجل تأخر في هذا الصدد إلا أن ملامحه بدأت تتجلى شيئاً فشيئاً ولا يزال العمل منصبا نحو تحقيق هذا الهدف.

6. 2. 2. المعوقات العملية للإصلاح الإداري :

ورغم أنه بقي الكثير من الأهداف التي لم تتحقق، إلا أننا يجب أن نعترف أن عملية الإصلاح وكما رأينا ذلك فيما سبق التعرض له، لم تكن بالعملية السهلة بل كانت ولادتها عسيرة وسط بيئة متأزمة على كل المستويات. وبالرغم من الجهود المبذولة إلا أن النتائج تبقى غير كافية ويعود ذلك أساسا:

- للتسرع الذي اتسمت به نتيجة للضغوط الخارجية لفرض بعض السياسات وترتيب الأولويات الوطنية كما تراها الهيئات الدولية، وذلك ما أدى إلي إكساب بعض سياسات الإصلاح المعتمدة طابع العشوائية والإرتجالية في كثير من الأحيان.

- كما لا يمكننا غض النظر عن البيروقراطية بمظاهرها السلبية والتي لا تزال تولد كل أشكال الفساد، وتردي النوعية في الخدمات وبالتالي تشكل عائقا لمسار الإصلاح، وأيضا غياب المشاركة الشعبية في تحديد مضمون الإصلاح، فهي تتسم بالفوقية أي تمليها القيادة السياسية الخاضعة لرغبة الهيئات الدولية بالإضافة إلي غياب آليات التنفيذ الفعالة والعناصر البشرية ذات الكفاءة العالية، وتلك مشكلة رئيسية تعاني منها الدول النامية بصفة عامة.

وارتأيت أن أضيف بعض المعوقات التي أثارها أحمد صقر عاشور، مدير عام المنظمة العربية للتنمية الإدارية كآفاق تطوير مستقبلية في تجارب الإصلاح الإداري العربية ² والتي تتوافق كمعوقات مع تجربة الإصلاح التي تشهدها الجزائر في هذه المرحلة. حيث:

- لا تزال تدور في فلك تقليدي وتركز على إصلاح الهياكل ونظم العمل والأنشطة والإجراءات، ولم يتوجه الإهتمام فيها بعد بشكل رئيسي لتبني مفهوم الأداء المؤسسي والنواتج النهائية لعمل الأجهزة الحكومية... نحن في حاجة إلى أن نهتم بقياس الخدمات الحكومية من حيث كفاءة أداء الخدمة، وفعالية التكلفة لمختلف البرامج والخدمات الحكومية.

- نحن في حاجة أيضا إلي أن نقيس جودة الخدمة المقدمة. وقياس الجودة هنا قطعت فيه الأجهزة الحكومية على مستوى العالم شوطا كبيرا وطويلا ويمكننا أن نستفيد منها في هذا الخصوص، لأنه دون وجود محك تقاس به نواتج جهود التطوير والإصلاح الإداري يصبح من الصعب الحكم على درجة النجاح المحرز.

- أما إصلاح وتطوير الجهاز الحكومي فله ارتباط وثيق بمنظومة ومعايير وآليات المساءلة، والتي لا زالت لم تتطور وتتغير في الإتجاه الذي يعزز جهود الإصلاح والتطوير بالشكل المطلوب، والتي من

¹ - فتحة فرطاس، مرجع سابق، ص 320.

² - المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تجارب عربية في الإصلاح الإداري، (أوراق ووقائع جلسة حوار للإجتماع الوزاري للجمعية العمومية، بيروت، 23 و24 يونيو 1997) ط1، دار الرضا للطباعة والنشر، القاهرة، ص: 170 إلى 172، (بتصرف).

الضروري أن تتوافق مع جهود موازية لتطوير منظومة ومعايير المساءلة التي يخضع لها الجهاز الحكومي سواء أمام أجهزة الرقابة الديمقراطية والشعبية، أو أمام أجهزة الرقابة المركزية، أو أمام أجهزة الصحافة والرأي العام.

- هناك بعد من أبعاد التطوير له خصوصية لم تتطرق إليه جهود الإصلاح بعد في إطار المنظومة التقليدية للإصلاح الإداري وقصد عاشور بهذا البعد إصلاح السياسات والبرامج الحكومية التي تمس أكثر من وزارة ، والتي تتداخل فيها جهود، وممارسات، وأنظمة عمل، وكذلك مشكلات وعقبات وتعقيدات تداخل أداء أكثر من منظمة حكومية ويتطلب نوعا من الدراسات يخرج عن الدراسات التقليدية التي تقوم بها أجهزة التطوير والإصلاح الإداري، وهو وثيق الصلة بدفع جهود التنمية وتحتاج إلي اهتمام أكبر بنوعية هذا الإصلاح وبنوعية تقييمه.

- وأخيرا شيوع ظاهرة التغييرات المستمرة في القيادات الإدارية لأسباب مختلفة مما يفقد العمل الإداري الاستمرار. وقد تكون لكل قيادة جديدة أفكارها ومناهجها فتنهار كافة الجهود التي تمت أو تتجاهلها¹ ومعروف جدا عدد التغييرات الحكومية والوزارية التي عرفتها هذه المرحلة.

3. الإصلاحات الصحية في خضم الإصلاحات الإدارية:

إن تناولنا هذا الفصل (الثاني) من دراستنا كان المقصود منه الوصول إلى تحديد معرفة موقع إصلاحات السياسة الصحية الجزائرية من مسار الإصلاحات التي تخوضها الدولة الجزائرية ككل، وهو ما أصبح الآن متاح تحديده.

3.1. الصحة خدمة عمومية تتكفل بها الدولة عن طريق المؤسسات العمومية للصحة:

إن مشروع إصلاح الدولة والذي سبق التعرض لدواعيه ولفلسفته وأهدافه حدد مجالا أو محورا يخص المؤسسة العمومية، ولقد أعلن صراحة² أنها هي المدخل والعامل الرئيسي لتحديث المرفق العام بحكم أنها تحتل المكانة الغالبة في الجهاز الإداري والاقتصادي للدولة. إذ تمثل الشكل الثالث للشخصية الاعتبارية أو المعنوية في القانون العام بعد الدولة والجماعات المحلية. وهي تعد أسلوب تدخل وأداء مميز ومفضل لأداء الدولة لوظيفتها كمرفق عمومي.

هذه الرؤية أدت إلى تخصيص الورشة الثالثة للجنة إصلاح هياكل الدولة ومهامها إلي التذكير بتعريف وبتطور مفهوم المرفق العمومي، ودراسة مختلف جوانب النقص والخلل التي تعتريه، ومن ثم إعادة تكييف المفهوم وفق التغييرات الجديدة لمفهوم الدولة، واقتراح حلول للأزمة التي يعيشها.

¹ - مهدي حسن زويلف سليمان احمد اللوزي، مرجع سابق، ص 138.

² - République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de la république, Comité de réforme des structures et des mission de l'Etat, rapport général, p 268.

1.1.3. أزمة مفهوم المرفق العام والإختيار المطروح :

إن مفهوم المرفق العام يعني نشاطا ذا مصلحة عامة تديره وتراقبه شخصية عمومية، ويخضع للنظام الخاص بالخدمة العمومية، ويسير وفق قواعد الفعالية. و هو بذلك يحتوى علي أربعة معاني ضمنية تتمثل في:

- المعني المؤسساتي، من حيث كونه عملية تدخل في نشاط الإدارة .
- المعني القانوني، من حيث خضوعه للقانون العام الإداري والمالي.
- المعني السياسي، والذي يحدد أسس وحدود الوظيفة الإدارية للدولة ومجال تدخلها.
- المعني الإقتصادي، والذي مفاده قابليته لمشابهة المؤسسة الإقتصادية من حيث التسيير في جانب الفعالية والإنتاجية.

كما أنه لا توجد قائمة محددة لنشاطات المرفق العام بل هي تحدد بحسب التوجه السياسي و الإقتصادي للسلطة العمومية، وهي تخضع للمبادئ الكبرى للقانون الإداري و المتمثلة في: الإستمرارية ، المساواة عدم التحيز، والتكيف.

لكن مع مرور الوقت فقد المرفق العام أغلبية معانيه وأصبح يقتصر معناه علي المعنى المؤسساتي والقانوني فقط ذلك ما أنتج أزمة في تنظيمه و تسييره.

إنالمرفق العمومي في الجزائر كان هو الآخر محط تأثر بالتغير في نمط النظام السياسي و الإقتصادي للدولة إذأنسياسة إحتكار الدولة لتسيير الخدمة العمومية كانت تتعايش مع الفكرة الأحادية التي كانت تطبع الحياة السياسية في بلادنا، إلا أنه وبعد انتهاج فكرة الإنفتاح السياسي والذي أنتج نمط إقتصادي جديد لم تتمكن الدولة من التكفل بكل الخدمات العامة بل احتفظت بخدمات التربية والصحة والحماية الإجتماعية للفئات المعوزة فقط¹، وتركت باقي الخدمات العمومية ذات الطابع التسويقي للقطاع الخاص للتكفل بها حسب قواعد اقتصاد للسوق، مع الإحتفاظ بدور الدولة كمقوم بحكم أنه لا يوجد محيط محدد للمرفق العام بل يبقى مجاله قابلا للتغير حسب الإختيارات السياسية، وكان هذا هو الإختيار السياسي فيما يتعلق بالمرفق العام و الخدمة العمومية.وبالتالي أصبحت الصحة - والتي هي موضوعنا - خدمة عمومية تتكفل بها الدولة.

إن هذا الإختيار غايته تحقيق التضامن والتناسق الإجتماعي، وهي غاية نابعة أساسا من فلسفة هذه الإصلاحات ومن أهدافها العامة، وتدخل ضمن إطار الأدوار الجديدة للدولة .

¹ Ibid , P-P : 273 – 274 .

2.1.3 . الخصائص المميزة للخدمة الصحية ولمؤسساتها:

1.2.1.3 . الخصائص العامة للخدمة :

عرفت الخدمة علي أنها: " جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ"¹ .

وتتميز الخدمة بصفات أساسية نذكرها بصفة عامة حتى نتمكن فيما بعد من تحديد إنعكاس هاته الصفات على الخدمة الصحية. وهذه الصفات هي:²

- لا ملموسة: وتعني أنه من غير الممكن إختبارها (مشاهدتها، لمسها، سماعها ...) قبل أن تتم عملية شرائها.

- متلازمة: فهي تمثل حالة إستهلاك مرتبطة مع وقت إنتاجها وبالتالي لا يمكن أن تمنح شخصيا أو تحول إلي غير منتجها لأنها متلازمة معه.

- متباينة: بحيث يكون من الصعب المحافظة على مستوى واحد من المعيارية في المخرجات لذات الخدمة المقدمة للفرد.

- مهتلكة: فهي لا تتجاوز زمنيا الطلب المتحقق عليها، فلا يمكن خزنها أو الإحتفاظ بها لحقبة من الزمن.

- لا تمتلك: وتعني أنه يمكن الإنتفاع منها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.

2.2.1.3 . خصائص الخدمة الصحية:

إن الصفات المذكورة سابقا تنعكس علنا لأسلوب والعمل الإداري للخدمة الصحية المقدمة للجمهور فتجعلها تختص بخصائص معينة نلخصها كالتالي:

- الخدمة الصحية هي عامة للجمهور وتسعى إلي تحقيق منفعة عامة.

- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو شراؤه، و لهذا تخضع إلى معيارية عالية في الأداء وإلى رقابة إدارية وطبية واضحة.

- تتأثر بالقوانين و الأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص فيما يتعلق بتحديد مناهج عمل المؤسسات الصحية وتحديد الخدمات والكيفية التي تم بها ذلك.

- في المؤسسات الصحية تكون قوة القرار متوزعة بين مجموعتين هما الإدارة والأطباء، في حين أنه في منظمات الأعمال تكون قوة اتخاذ القرار عموما بين شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة الإدارة .

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوردي العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، (دون سنة) ، ص-ص : 56-57.
² نفس المرجع، ص - ص : 57-58 .

- معظم المبالغ التي تنفق ذات العلاقة بالخدمة الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين، مؤسسات خيرية...)، وبالتالي فما يدفعه المرضى لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصلوا عليها ما يجعلهم أقل حساسية اتجاه الأسعار كما هو عليه في الخدمات الأخرى.

- وجوب الإتصال المباشر بين المؤسسة الصحية و المستفيد من الخدمة الصحية، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه وهذا الجانب ينعكس على طبيعة الإجراءات الإدارية التي يستوجب اتخاذها للحصول على الخدمة الصحية.

- نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد في عملها على المعايير والمفاهيم الاقتصادية نفسها التي تطبق في خدمات أخرى.

- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، يستوجب الأمر الإستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمة الصحية لطالبيها، ولا يمكن التأخر أو الإعتذار لأن ذلك يعني إخفاقا في أداء هذه المهمة الإنسانية، بينما تكون الحالة مقبولة بالنسبة للخدمات الأخرى.

3.2.1.3. خصائص المؤسسة الصحية:

إن هذه الخصائص تجعل المؤسسات المتكفلة بأدائها في وضعية خاصة غير تلك التي تشترك فيها المؤسسات المؤدية للخدمات الأخرى، حيث تتميز بالمزايا التالية:

- فهي تعتبر الأكثر تحسسا و معرفة باحتياجات الجمهور الصحية عن طريق تطبيقها للمفاهيم والأساليب الإدارية الصحيحة من تخطيط وتنظيم ورقابة وسيطرة على الأداء .

- الكثير من الوحدات الصحية تتماثل إلى حد كبير في الخدمات الصحية التي تقدمها إلا أن تميز هذا المستشفى عن غيره يكمن في حقيقة جودة الخدمة المقدمة، ولعل هذه الجودة تتحقق من خلال تضافر طرفين هما الطبيب و الإداري .

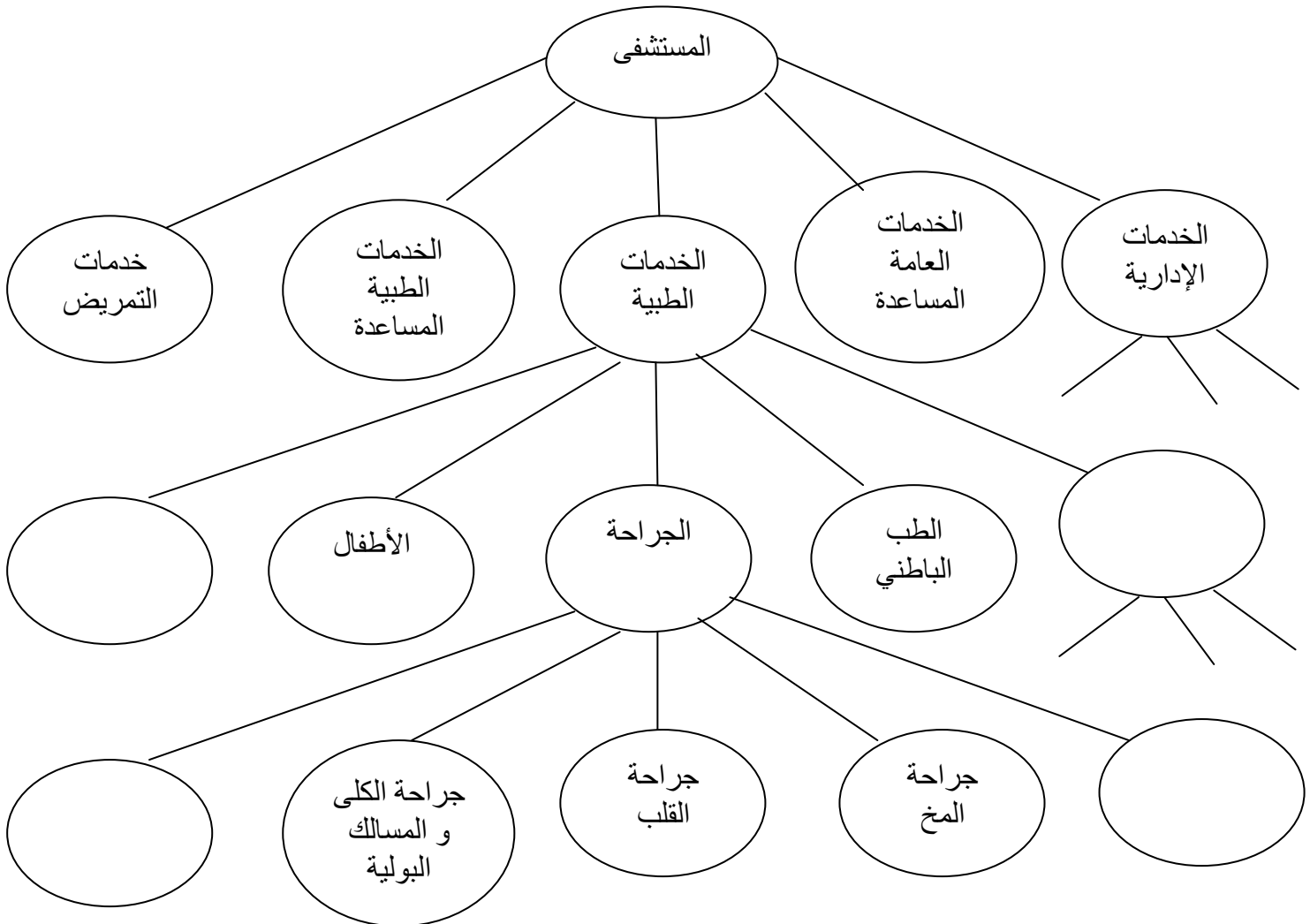
- إن تطبيق المفاهيم الإدارية في المؤسسات الصحية يجعلها أكثر قوة في إيجاد نظام توزيع للخدمة الصحية يكون كفؤا بين مختلف الأقسام ويجعلها أكثر قدرة على تنظيم وتقديم الخدمة في الوقت والمكان المناسب لمن يحتاجها، كما يمكنها من الانتقال إلى المجتمع ويجعلها أكثر قدرة على تطوير وإدماج البرامج لتقديم خدمات صحية جديدة ومتنوعة للجمهور من حيث التوقيت والأسلوب المعتمد والإستمرارية للخدمة .

- كما أن سيادة الأسس العلمية الصحية في إدارتها تجعل عاملها أكثر رضا وقبولا لأداء العمل لأنهم سيكونون أمام قواعد مستقرة في تقويم الأداء.

- و تعتبر المؤسسة الصحية نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل واحد منها أهداف وخصائص مختلفة. ويمكن تعريف النظام بأنه: " مجموعة من العناصر أو النظم الفرعية المترابطة أو المتداخلة"¹ التي تعمل بعضها مع بعض لتحقيق أهداف معينة.

أما النظم الفرعية فهي تمثل مجموعة العناصر الوظيفية ضمن النظام الأكبر، وكل نظام هو في الحقيقة نظام فرعي لنظام أكبر، وله في ذات الوقت أنظمة فرعية أصغر. والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (02): العلاقة بين النظام والنظم الفرعية المنبثقة عنه:

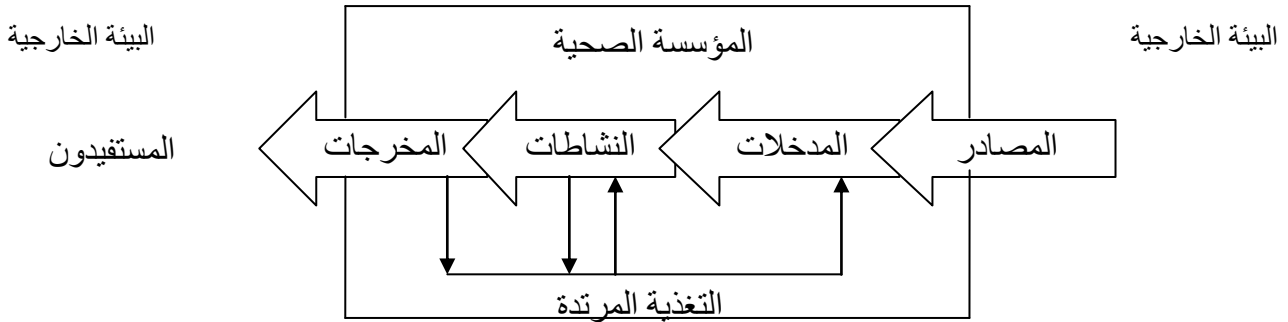


المصدر : محمد نذير خريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، 1990، ص 50..

¹ - محمد نذير خريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، 1990، ص 50.

- تتميز بنظام خدمة مستمرة على مدار اليوم والسنة ولا اعتبار فيه لأيام العطل الأسبوعية والأعياد.
- تعتبر من المنظمات الفنية الإجتماعية المعقدة نظرا لاشتمالها على موارد بشرية متنوعة (السلك الطبي، السلك شبه الطبي، سلك الإداريين والتقنيين)، وعلتخصصات دقيقة متعددة، وعلى مستويات جد متطورة للتكنولوجيا المستخدمة في التشخيص والعلاج.
- تتصف بأنها نظام إنساني فني، فمدخلاته إنسانية ومخرجاته خدمة إنسانية (رعاية المريض)، وكل الأعمال فيه تتم بوسائل إنسانية تستخدم الموارد الفنية بصورة مثلى، حيث تتميز بالقدرة على العمل، والتفاعل، والتفكير، والتعاطف، بجانب قدرتها على تشخيص المشكل والعمل بالتنسيق وبانسجام مع عناصر أخرى لاتخاذ الكثير من القرارات اللازمة لحل المشكل وتنفيذه بكل فعالية وكفاءة.
- هي نظام لا يمكن مكننة نشاطاته أو توحيدها أو برمجتها وذلك مرده اختلاف احتياجات المرضى، كما لا يمكن قياس حجم العمل المنتج بدقة وفي أي وقت .
- كما تتميز بوجود خطين للسلطة : الأول خط سلطة الوظيفة الرسمية ممثلا بالجهاز الإداري ، و الثاني خط المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي والذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع النفوذ.
- تدار الكثير منها بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف، وذلك لأن طبيعة العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل. مما يجعلها لا تستجيب للتغيير إلا عندما تظهر أزمة أو مشكلة تجبر على ذلك.
- كما تعتبر نظاما مفتوحا لأنها تعمل على حل المشاكل التي تعترض صحة أفراد المجتمع والذين يتفاعلون معها ويتأثرون بها ويؤثرون فيها والشكل التالي يلخص ذلك:

الشكل رقم (03) : مكونات المؤسسة الصحية كنظام مفتوح



المصدر : الباحثة، (بتصرف)، عن محمد نذير خريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، 1990، ص 55.

حسب حسان خريستاني تتكون المؤسسة الصحية كنظام مفتوح مما يلي :

- المدخلات : وهي تتمثل في :

- الأهداف العامة والتي تنقسم بدورها إلى الأهداف محددة ثم إلى برامج .
- ومن العنصر الإنساني (مستوى القدرات والمهارات ، طبيعة المشاكل الصحية ، الأساليب التكنولوجية) .
- والعنصر المادي (الموارد المادية والإمكانات المالية) .
- ومن عنصر المعلومات المتعلقة بالبيئة الخارجية (الإحتياجات ، الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية والتكنولوجية...) وبالبيئة الداخلية (سياسات الخدمة، المعايير، النشاطات...).

النشاطات :

وهي المرحلة التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى مخرجات. وهي تشمل جميع العمليات التي تؤديها الأقسام المختلفة وفق التنظيمات المعدة لها للوصول إلى نتائج تحقق في النهاية الأهداف العامة وهي تنقسم إلى قسمين :

- النشاطات الأساسية :

التي تساهم في تحقيق الأهداف العامة بطريقة مباشرة (تقديم الخدمة الصحية)، وهي نشاط التشخيص ونشاط العلاج وقد يضاف إليها التدريب والبحث العلمي والوقاية (حسب الهدف والإمكانات المسطرة لكل مؤسسة).

- النشاطات المساعدة :

التي تساهم في تحقيق الأهداف بطريقة غير مباشرة (تسهيل تقديم الخدمة الصحية). وهي النشاطات ذات الطبيعة الخدمية (مثل الصيانة، التمريض، التغذية، الأشعة، الصيدلة...) ، والنشاطات ذات الطبيعة الإستشارية (مثل نشاطات اللجان الطبية، وشبه الطبية، ونشاطات المتابعة، و التخطيط...).

المخرجات :

والتي تنتج عن نشاطات المؤسسة فتتمثل في :

حالة المرضى عند الخروج من المؤسسة (تحسن، شفاء، وفاة، إحالة إلى مؤسسة أخرى).

المخرجات المتعلقة بجودة الخدمات المقدمة والتي من شأنها زيادة ثقة المجتمع بهذا المرفق وبالتالي

دعمه ومساندته على مستوى الرأي العام.

المخرجات المتعلقة بكفاءة إدارة المؤسسة والتي تمثل العائد أو إيرادات الخدمات الصحية المقدمة مقارنة بما كلفته النشاطات المتعلقة بها والتي تعد وسيلة أيضا لمراجعة تقدير الإحتياجات من قوى عاملة ونفقات وفقا لحجم العمل الفعلي بالمؤسسة .

التغذية المرتدة :

فهي تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين وفق البرامج والسياسات المرسومة للمؤسسة. وهي ذات أهمية بالغة حيث يستفاد منها لتشخيص وتقويم ومواجهة المشكلات المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية عن طريق مقارنة المخرجات بالأهداف المرغوبة.

ويمكن تصنيف المعلومات المرتدة للمؤسسة الصحية كنظام مفتوح في نوعين :

- معلومات عن البيئة المحيطة (التقارير، الدراسات الخاصة بالظروف الصحية والإقتصادية والإجتماعية والتكنولوجية... لمجتمع منطقة الخدمة).

- معلومات عن البيئة الداخلية للمؤسسة (إحتياجات الوحدات الفنية والإدارية، نشاط العاملين وكفاءتهم، إتجاهات النفقات ، تقييم الجودة...).

وتبقى كفاءة وكفاية القرارات تعتمد إلى حد كبير على دقة المعلومات ،وحسن توقيتها، ومستوى جودتها، وعلاقتها بالقرار المراد اتخاذه.

البيئة:

وهي المكون الخامس في هذا النظام وتمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة الصحية وعلى نموها من محيطها المتغير، وهي:

البيئة الداخلية(الجوانب الإنسانية،التقنية،التنظيمية،ظروف العمل).

- البيئة الخارجية: والتي تتمثل في المؤثرات الخاصة بمصادر المدخلات (القوى العاملة،الموردين والممولين،المستفيدين ،المؤسسات العامة)، والمؤثرات المتعلقة بخصائص المجتمع(الخصائص الديمغرافية، السلوكات الصحية،الوضعية الوبائية...) ،والمؤثرات المتعلقة بالرقابة الاجتماعية عن المؤسسات الصحية (الوصاية،القضاء،الصحافة،رأي الأفرادوالمجتمع...).

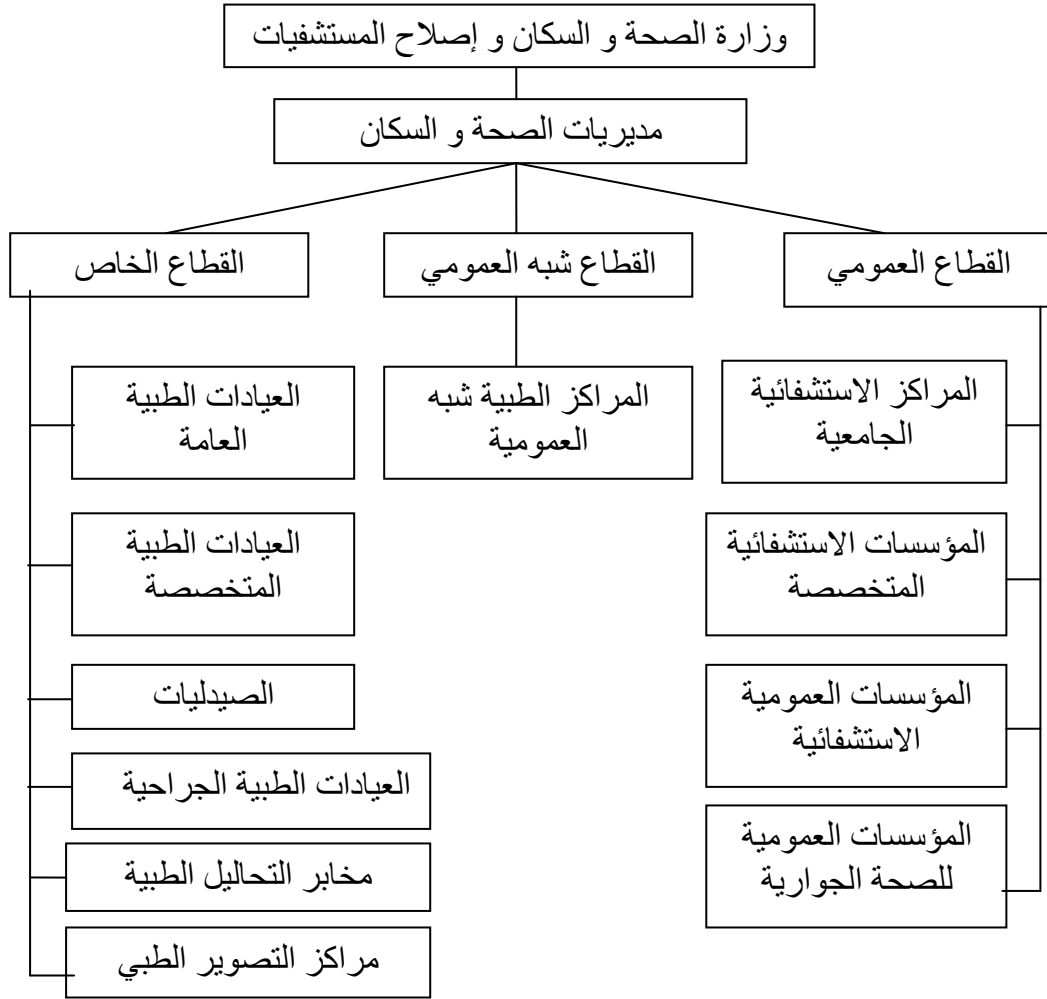
إن هذه المكونات الخمس : المدخلات،النشاطات،المخرجات،التغذية المرتدة والبيئة تتبادل علاقات تأثير

وتأثر فيما بينها. **2.3. الخدمة الصحية نتاج تظافر أدوار عدة فاعلين :**

إن النظام الصحي في الجزائر يعتمد على إدماج جهود عدة مؤسسات وهيئات تهدف كلها إلى تحسين

صحة المواطن وهي مكونات النظام الصحي فيشكله الداخلي :

الشكل رقم(04) مكونات النظام الصحي في الجزائر



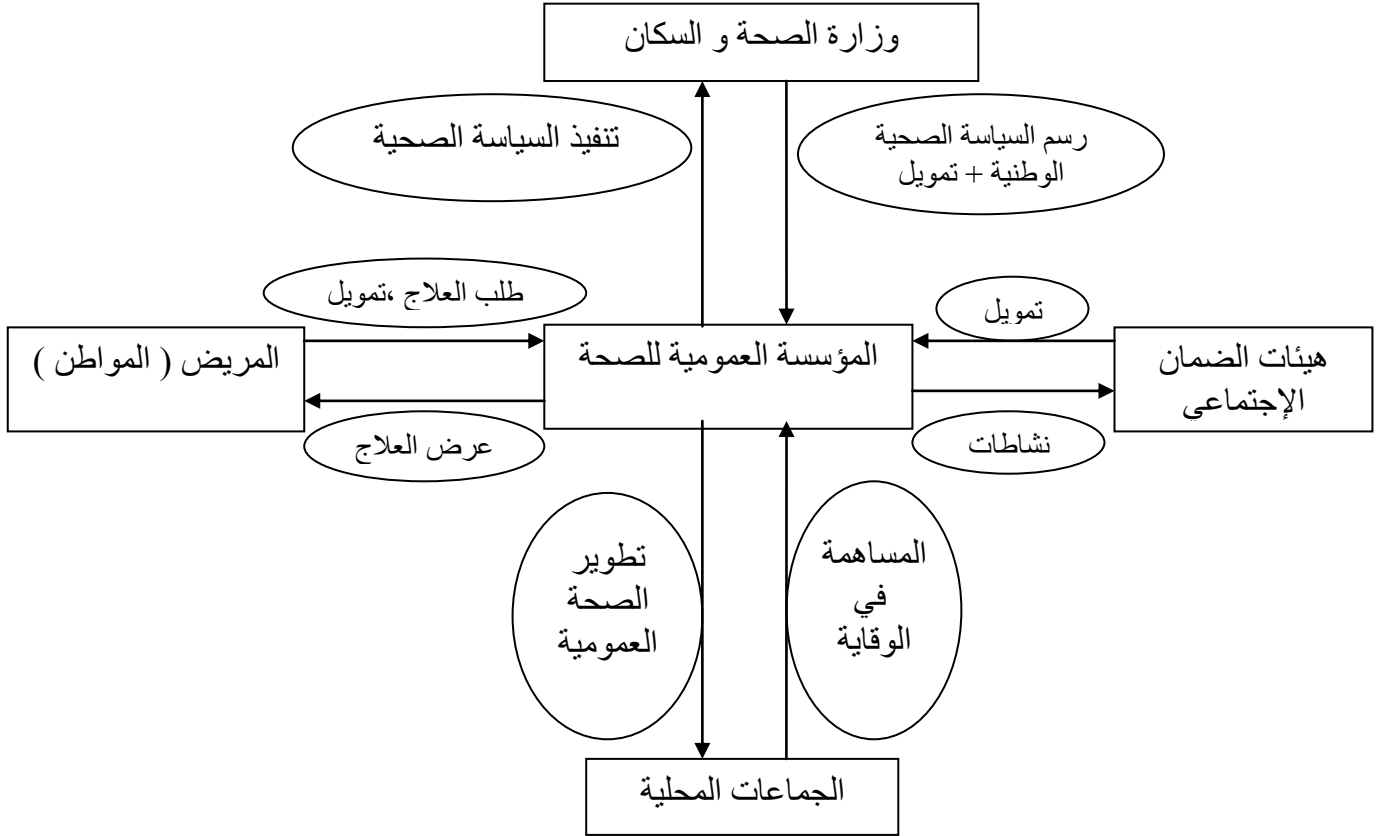
المصدر: الباحثة بناء على المعطيات الواردة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، ، مديرية الدراسات والتخطيط،" الإحصائيات الصحية لسنة 2013، طبعة 2015 "، د. ص، (قرص مضغوط، الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي).

أما عن علاقات المنظومة الصحية مع محيطها الخارجي فهي تنظم على أساس تبادلات وتفاعلات بين أدوار عدة فاعلين في قطاعات أخرى حيث يتأثر مستوى أداء كل دور بمستوى أداء الأدوار الأخرى بصفة مباشرة أو غير مباشرة. وتشترك كل الأدوار في تمثيل الصورة النهائية للصحة العمومية وهي الخدمة التي تهتم بصحة السكان إجمالاً في جوانبها الوقائية والعلاجية والاجتماعية. فالحالة الصحية للسكان " تتحدد عن طريق: العوامل البيولوجية، وسلوكياتهم وطريقة حياتهم، وأيضاً تتحدد بالبيئة المحيطة بهم، وبالنظام الصحي المعتمد"¹.

¹-H. OUFERHA, « Evaluation des activités de santé », (dossier pédagogique, Ecole nationale de la santé publique), 2005, s p.

وبذلك تصبح المؤسسة الصحية في قلب نظام أكبر يتأثر بمدخلات ومخرجات أطراف أخرى، حسب دور كل طرف. وذلك ما يبينه الشكل التالي في محاولة لتمثيله :

الشكل رقم (05) الفاعلون وأدوارهم في الصحة العمومية



Source : H. OUFERHA, « Evaluation des activités de santé », (dossier pédagogique, Ecole nationale de la santé publique), 2005, s p..

- وزارة الصحة و السكان:

بصفتها الإدارة المركزية وذات الصلة الأقرب بالسياسة العامة للدولة ترسم هذه الوزارة سياستها الصحية حسب دورها القطاعي في تنفيذ السياسة العامة بالموازاة مع القطاعات الأخرى، فهي نظام فرعي للنظام المركزي. ويتركز دورها في توزيع الهياكل والموارد المالية والبشرية حسب المعطيات الالبيديميولوجية والديمغرافية و الجغرافية، و الطلب المعبر عنه من طرف المواطنين، وتوجيهات المنظمات العالمية الحارسة لحق الصحة للشعوب مثل : المنظمة العالمية للصحة ، المنظمة العالمية للطب.... وهي بذلك تشكل النظام الصحي للدولة .

المؤسسة الصحية: لا ينحصر دورها في تطبيق السياسة الصحية الوطنية وفي العلاج والوقاية والتكوين فقط بل تساهم في تطوير الصحة العمومية، والتي لها بعد إجتماعي وإقتصادي وثقافي وتربوي يدخل ضمن دور الدولة كمسؤولة أولى عن هذه الخدمة حسب دورها الجديد في المسيرة الإصلاحية .

- **الجماعات المحلية:** إن المؤسسة الصحية تؤدي وظيفة الوقاية لتفادي الأمراض وتعزيز صحة المواطن وأداء هذا الدور يستدعي تدخل فاعل آخر هو الجماعات المحلية، فالمؤسسات الصحية الهادفة للوقاية تطبق حوالي 23 برنامجا وقائيا من أجل محاربة أمراض متنقلة عن مصادر تتحمل الجماعات المحلية من بلديات وولايات في الأصل مسؤوليتها، مثل: تطهير الوسط، معالجة المياه، القضاء على الحيوانات المشردة، الترميمات، توفير النقل والإضاءة، النظافة، تهيئة أماكن لتمضية أوقات الفراغ...وإلي غير ذلك من الأعمال .

ويزداد دورها في الإصلاحات الجديدة بشكل أكبر باعتبارها طرفا في النهج التعاقدية، والذي يرتب عليها مسؤولية إعداد الملف الوطني للمعوزين، ومسؤولية التمويل الناتجة عن أدائها لبعض النشاطات المتعلقة بصفة مباشرة أو غير مباشرة بالصحة العمومية.

- **هينات الضمان الإجتماعي:** ولها دور تطبيق سياسية الحماية الإجتماعية، والتي من شأنها محو

الفوارق الإجتماعية وتحقيق إستفادة بعض الشرائح الإجتماعية للتمتع بحقها في الصحة كحق من حقوق الإنسان، وذلك عن طريق التعويضات للمرضى المنتمين والمنضوين تحت رعاية هذا الجهاز. والأمر أصبح أكثر أهمية من خلال أداء الدولة لدورها الجديد والذي يفترض حماية أفراد المجتمع من الأخطار الإجتماعية الناتجة عن الإصلاحات الإقتصادية المنجزة والمنتظر إنجازها مستقبلا .

- **المريض:** وهو المواطن الذي يحتاج إلى الخدمة الصحية نتيجة المرض ذو البعد الفيزيائي والبيولوجي، أو نتيجة مشكل للصحة العمومية والذي له بعد إجتماعي، إقتصادي وثقافي. وهو يشكل قلب الإصلاحات في مشروع رئيس الجمهورية لإصلاح الدولة على حد تعبيره في رسالة المهمة التي كلف بها لجنة إصلاح هياكل ومهام الدولة¹.

ولذلك فإن الإصلاحات الصحية هي مهمة الجميع وتتطلب تظافر جهود كل الفاعلين فيها، وتنسيق تفاعلاتهم، وتوفير كل البيانات والمعلومات الضرورية من كل طرف حتى تتمكن الدولة من حفظ صحة المواطن و السهر على تمكينه من التمتع بحقوقه كاملة في هذا الجانب .

3.3 . المحاور الكبرى لإصلاح المؤسسات العمومية للصحة:

¹ - République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de la république, Comité de réforme des structures et des missions de l'Etat, lettre de mission, Annex 3, OP.cit ,p 572.

بناء على الدراسة التقييمية للجنة إصلاح هياكل الدولة ووظائفها في شقها الخاص بالمؤسسات العمومية (الورشة الثالثة)، قيمت الوضعية العامة للمؤسسات العمومية الصحية وبرمجت لها إصلاحات حسب الرؤية التي صاغتها اللجنة ، والتي سبق وأن تطرقنا إليها في هذا الفصل.

1.3.3. التقييم العام للمؤسسات العمومية للصحة¹:

- عدم تماشي نشاطات المؤسسات العمومية مع احتياجات المواطنين : حيث أن الخدمة العمومية موجهة في مجال الصحة إلى الوقاية والعلاج، والهياكل تؤدي هاته الخدمات متدرجة من قاعة العلاج للمركز الصحي إلى غاية هيكل المركز الإستشفائي الجامعي .و الواقع يثبت أن هذا القطاع يواجه مشاكل عويصة في عدم مسايرة وسائل هذه الهياكل(خاصة المالية) للإحتياجات المعبر عنها.
- غياب الإطار القانوني المتجانس المحدد لقواعد إنشاءتنظيم وتسيير هذه المؤسسات في إطار يتميز بالمرونة في التنظيم والفعالية في الأداء . حيثأنها بقيت في الواقع مماثلة للإدارات المركزية التابعة لها من ناحية ثقل السلم الهرمي وأساليب العمل غير الملائمة، وجمود الإجراءات.
- كما تتصف العلاقات بين المؤسسات العمومية ومصالح الدولة بالتدخل الكثيف من حيث ممارسة السلطة السلمية علنالأشخاص وعلناًأفعال،ونلك ناتج عن ممارسة توسعية للوصاية.
- كما يتميز بأجهزة قانونية غير عملية مثل :جهاز المداولات (مجلس الإدارة)، والجهاز التنفيذي الموضوع على هامش الأطارات العليا للدولة.
- بالإضافة إلى غياب قنوات الإعلام والاتصال ، وعدم وجود تسيير جوارى عند ما يتعلق الأمر بالعلاقات مع الجماعات المحلية.

2.3.3. الإصلاحات المقترحة للمؤسسات العمومية للصحة²:

- تكييف الإطار القانوني بناء على الاحتيادات الجديدة للمواطن، والتغير الحاصل على مستوى المحيط الوطنيومحيط الدولي، وإعادة النظر في مبادئ ومعايير إنشاء هذه المؤسسات حسب خصوصيات كل نشاط.
- تزويد المؤسسات بقواعد الكفاءة والفعالية في التسيير والتي تجعلها تحقق التغير المطلوب، و تتمثل هذه القواعد في التأكيد على استقلالية التسيير، و مواءمة الإطار الميزاني و المحاسبي و المالي، وعصرنة المواردالبشرية.
- إعادة تنظيم العلاقة بين المؤسسات العمومية والسلطات التابعة لها على أساس تعميم التعاقد ومسؤولية الأجهزة القانونية (المجالس الإدارية، المجالس الإستشارية، الجهاز المدير).

¹-République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de la république, Comité de la réforme des structures et des missions de l'Etat, rapport général, p 285.

²- Ibid, P 293.

- إدخال أنماط جديدة لتسيير الخدمة العمومية منافسة لتلك المعتمدة في التسيير الخاص ، و التي تعد أكثر فاعلية.

3.3.3. التغييرات العامة في السياسة الصحية :

إنالكثير من الإقتراحات تم تجسيدها،ومهما كانت درجة نجاحها،فإنهاقدأحدثت تغييراها،والتجلى أهم هذه التغييراتفيما يخص السياسة الصحية الجديدة فيما يلي :

- نص قوانين المالية ابتداء من سنة 1992 على أن مجال تدخل الدولة سيكون في خدمات الوقاية، والعلاج للمعوزين، والتكوين، و البحث في العلوم الطبية.أما باقي العلاجات فتتم وفق إتفاق بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي.

- كما أعيد تنظيم المؤسسات العمومية للصحة سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الإستشفائية الجامعية. ثم إعادة تنظيمها مرة أخرى بعد تجربة دامت عشر سنوات، حيث أعيد تنظيم القطاعات الصحية في 2007 لتصبح مؤسسات عمومية إستشفائية و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.تم الفصل بين العلاج الإستشفائي و الفحص والأعمال الوقائية. وذلك يعد تكريسا للامركزية، و تسهيلا للوصول إلى العلاج و تقريبا للمؤسسة الصحية أكثر من المواطن و تأسيسا للطابع الجوارى.

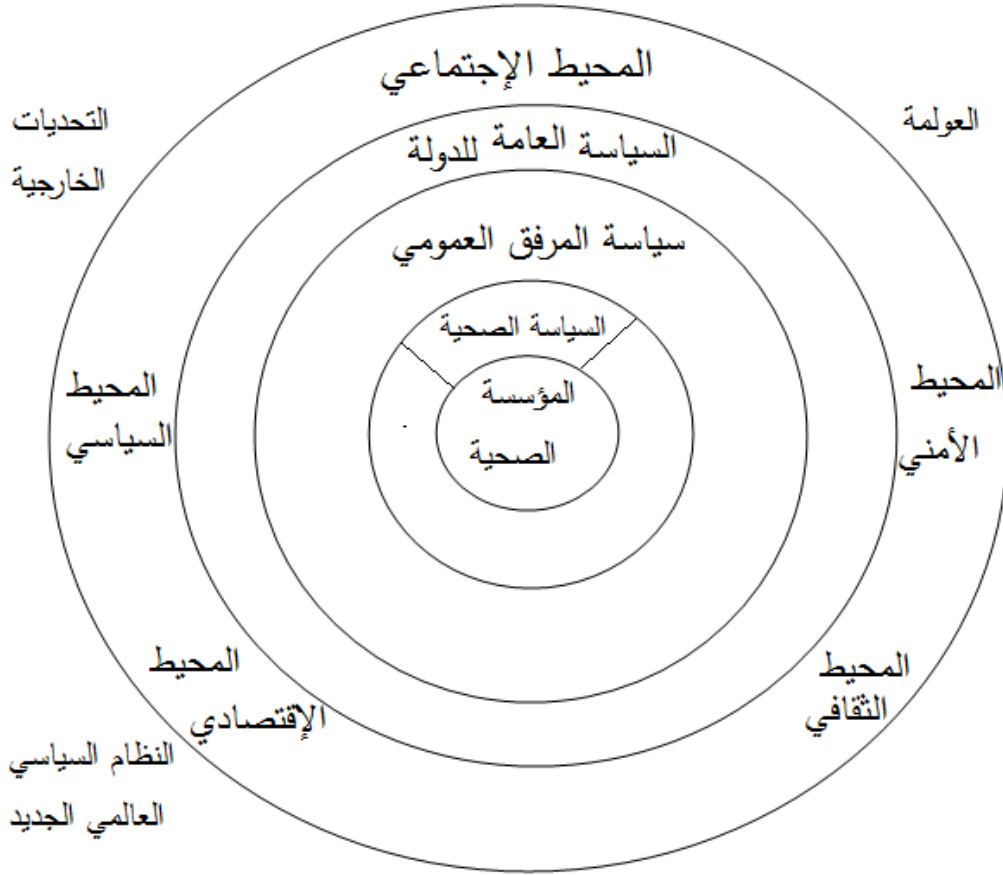
- كما تم تطوير الهياكل القاعدية من حيث العدد حسب الإحتياجات الجديدة للمواطنين (الديمغرافية والإبيديميولوجية)، و كذلك تطوير عدد المستخدمين و نوعية التكوين، و تخلت الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية و الأدوية في هذا المجال.

- كما تم الإعتماد على هياكل جديدة، و تجهيزات حديثة من أجل الكشف المبكر والتشخيص الدقيق للأمراض المسجل تطورها خلال السنوات الأخيرة ،مما يدل على مواكبتها للتحويلات التي شهدتها الدولة على المستوى الداخلي، و التي شهدتها المجتمعات المتقدمة على المستوى الدولي.

و سنتطرق إلى مسار هذه الإصلاحات و ما تم إنجازه بكثير من الإسهاب في الفصل اللاحق.

و من هنا يظهر لنا جليا تأثير السياسة الصحية كنظام فرعي للدولة باختيارات الدولة المتعلقة بالسياسة العامة كنظام أكبر، و تأثير هذه الإختيارات الإجتماعية و الإقتصادية و السياسية و الثقافية و الأمنية للدولة كنظام أكبر من سابقه، و أخيرا تأثير هذه الأوضاع بالتحديات الخارجية للدولة الناتجة عن العولمة و عن النظام السياسي العالمي الجديد كنظام أكبر من كل الأنظمة الفرعية السابقة.

شكل رقم (06) : يبين تأثير السياسة الصحية بمختلف السياسات.



المصدر : من إعداد الباحثة بناء على المعطيات النظرية للدراسة.

و بالتالي تظهر العلاقة واضحة بين كل الأجزاء، فالسياسة الصحية جزء من عملية الإصلاح الإداري والتي تخص قطاع الصحة، و مجموع السياسات القطاعية هي أجزاء عملية إصلاح الإدارة العمومية الجزائرية أو سياسة المرفق العمومي، و هاته السياسة بالإضافة إلى سياسات أخرى هي فروع السياسة العامة للدولة. و السياسة العامة للدولة هي اختيارات و ضغوطات تنتج عن المحيط الإجتماعي والإقتصادي و السياسي... و إلى غير ذلك، و التي ليست في منأى بل هي تحت تأثيرات ما تأتي به المخرجات الدولية من عولمة إقتصادية و مالية، ومن السياسات العالمية الجديدة.

خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل الإطار النظري العام لعملية الإصلاح الإداري، و بينا مختلف العناصر المنهجية المتبعة لإنجازها، و كانت تتخللها بعض المقارنات بين العملية ذاتها في الدول المتقدمة، و الدول النامية، و استنتجنا من ذلك أن الحديث عن الإصلاح الإداري لم يعد ترفاً أكاديمياً بل متطلب بقاء للدول، و يمكن أن يترتب على التهاون في إحداثه إختلالات كبيرة، و على هذا الإصلاح أن يكون شمولياً في التصور الإستراتيجي على مستوى الأهداف، و تدريجياً على مستوى التناول في التنفيذ، بحيث يدرك الجميع الخطة التي تدير عليها الدولة و يدرك الخطوات التي يتم تنفيذها بهدف الوصول إلى حالة من التوازن في المجتمع.

ثم عرضنا تجربة الجزائر من خلال مختلف الجهود التي بذلتها منذ نيل إستقلالها في إصلاح إدارتها من خلال مراحل مميزة في مسيرتها، و التي تعتبر تجربة فنية مقارنة بالدول التي تتعايش مع الإصلاحات منذ عقود من الزمن.

لنصل في الأخير إلى الربط بين موضوع دراستنا ألا و هو السياسة الصحية و موضوع الإصلاح الإداري المعلن عنه في مسيرة الجزائر المستقلة و نرى أن هذا غير كافي لشرح ما تعيشه المؤسسة الصحية من تغييرات إزاء هذه التطورات في السياسة الصحية، و لذلك سيكون ضروريا تناولها بتحليل أكثر حتى تتمكن من الإحاطة بكل التحولات الناتجة و المنتظرة إزاء الإختيارات في السياسة الإصلاحية للدولة.

الفصل الثالث: واقع السياسة الصحية في ظل التغيرات الجديدة.

تمهيد

- 1- التوجهات السابقة للسياسة الصحية .
- 2 - خصائص السياسة الصحية قبيل الإصلاحات .
3. محتوى الإصلاحات الصحية .
- 4.المسار التطبيقي لعملية الإصلاح .

خلاصة الفصل

تمهيد :

إن تعرضنا لهذا الفصل يبرره القصد في الكشف عن التطورات التي حدثت في السياسة الصحية الجزائرية بفعل جهود الإصلاح المتواصلة، لنتمكن من الوصول إلى تحديد واقع هذه السياسة و معرفة نتائج الإختيارات التي قامت الدولة الجزائرية يرسمها فيما يتعلق بقطاع الصحة، و من أجل تحقيق هذا المقصد سنتناول: أولاً التوجهات السابقة للسياسة الصحية الجزائرية، ثم سنتعرف على خصائصها عشية تقرير إصلاحها، كما سنحدد المحتوى الذي أتى به مشروع الإصلاح ثالثاً، و في الأخير نبين كيف تم تطبيقه.

1 . التوجهات السابقة للسياسة الصحية :

لقد عرفت المنظومة الصحية في الجزائر عدة توجهات ابتداءً من الاستقلال إلى يومنا هذا و أحدثت هذه التوجهات عدة تغييرات و تحولات عاشتها المؤسسة الصحية تبعاً للتطورات الاجتماعية و الاقتصادية والسياسية التي حدثت على الصعيد الوطني، و لقد فضلنا معالجة هذا التطور وفقاً لهيكلتها و تنظيمها لمواردها المالية و البشرية.

1.1. من حيث الهياكل :

تقسم هذه المرحلة الى ثلاثة مراحل كان المحدد الرئيسي فيها هو صدور القوانين الأساسية المنشئة للمؤسسات الصحية فنميز :

- مرحلة ما بين 1962 و 1981.

- مرحلة ما بين 1981 و 1997.

- مرحلة ما بين 1997 و 2007.

1.1.1. مرحلة ما بين 1962 و 1981 :

كانت السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل الموجودة لديها، فكان لابد من إعادة إنعاش الوحدات الصحية التي خلفها المستعمر، أي توفير الحد الأدنى من الخدمات الصحية للسكان، و من جانب آخر "كانت الدولة تعزز تنمية سياسة للإعانة و التي ترمي الى استئصال بؤر الأمراض و ذلك من خلال القيام بحملات تلقيحيةمثل مكافحة الملا رياء، السل، التيفوس،...الخ. و بغية تحقيق سياستها، لم يكن لدى الدولة سوى الوحدات القاعدية التي أنشأها المستعمر و التي كانت تغطي مايقدر ب 10.5 مليون نسمة تعتمد على :

- 156 مستشفى.

- 188 مركزاً صحياً.

- انعدام العيادات المتعددة الخدمات¹.
- إن هذه المرحلة تميزت أيضا "بوجود ثلاث قطاعات :
- قطاع خاص هامشي مقتصر على العناية الاسعافية في المدن.
- قطاع شبه عمومي ممول و مدار من قبل الضمان الاجتماعي و التعضديات لصالح المشتركين فيها فقط.
- قطاع عام تموله الدولة بقسط كبير و الضمان الاجتماعي بقسط أدنى، و كان القطاع العام مسيطر جدا، تعتمد عليه الدولة في تطوير سياستها الصحية"².
- و عرفت نهاية هذه المرحلة زيادة في عدد الهياكل و ذلك ما يظهر لنا من خلال الاحصائيات المتوفرة لدينا لسنة 1982 :
- "181 مستشفى.
- 288 عيادة متعددة الخدمات.
- 1660 قاعة فحص"³.

2.1.1. مرحلة ما بين 1981 و 1997 :

- تميزت هذه المرحلة بتطبيق سياسة مجانية العلاج و ذلك منذ سنة 1973 بموجب الأمر رقم 73 – 65 .⁴
- " النظام من حيث كفاءته لم يتغير كثيرا مقارنة بالفترة السابقة، فالقطاع الخاص ظل هامشيا، و القطاع شبه العمومي استوعبه القطاع العام، سنة 1983 استيعابا كليا مما يثبت الاختيار العام لكن ذلك أدى إلى تجريد الضمان الاجتماعي من جميع وحداته الصحية بدون مقابل⁵.
- أما المؤسسات الصحية فعرفت أول ظهور للقانون الأساسي المنشئ و المنظم لها. و ذلك بواسطة صدور المراسيم التنفيذية التالية :
- المرسوم التنفيذي رقم 81 – 242 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 و المتعلق بإنشاء القطاعات الصحية.
- المرسوم التنفيذي رقم 81-243 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 و المتعلق بإنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.
- المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 و المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية.

¹فريد شواوي، "تطور المنظومة الصحية في الجزائر"، (تقرير عن المؤتمرات و الحلقات الدراسية المتعلقة بإصلاح المنظومة الوطنية"، وزارة الصحة و السكان، الجزائر، 1990)، ص 3 .

²نفس المرجع، ص 4.

³Ali Toudert , " Economie de la Santé", (Document pédagogique, Ecole Nationale d'administration Alger), 1997,sp .

⁴الجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية"الأمر رقم 73-65 المتعلق بتأسيس الطب المجاني"، (الجريدة الرسمية، المؤرخة في 28 ديسمبر 1973).

⁵فريد شواوي، مرجع سابق، ص 5.

" في نهاية الثمانينات و بداية التسعينات فتحت الدولة الباب واسعا أمام الطب الخاص و الذي سيتطور فيما بعد بشكل مهم جدا. و الذي اقتصر في البداية على الفحص ثم و بسرعة انتقل الى العلاج، و من أجل توجيه العرض العلاجي أكثر الى القطاع الخاص تم تأسيس إجراء الوقت الكامل المهيأ. و الذي يسمح لأطباء القطاع العمومي بالممارسة مرتين أو ثلاث مرات في القطاع الخاص"¹.

" كما عرفت هذه المرحلة نموا في عدد المنشآت حيث سجل سنة 1992 :

- 247 مستشفى.

- 455 عيادة متعددة الخدمات.

- 1125 مركزا صحيا.

- 3880 قاعة فحص"².

" و أيضا زيادة في البرامج الصحية حيث تحسن مستوى الصحة العمومية للسكان فقد ارتفع معدل الحياة عند الولادة من 56 سنة عام 1962 الى 65 سنة عام 1989، كما أنه و بفضل التغطية التلقيحية انخفضت بعض الأمراض الخمجية مثل: شلل الأطفال، الحصبة، السل، الملاريا... الخ"³، مما جعل المرحلة توصف بالاجابية و لا ننسى دور الظروف الاقتصادية الجيدة في ذلك الوقت.

غير أنه سجلت بعض السلبيات كعدم وجود استقلالية فعلية للمؤسسات فكانت كل الأمور تسير من المركز مما أدى الى جهل الخصوصيات الاقليمية و إلى اتخاذ تدابير متعددة التطبيق، أو لا تأثير لها في ميدان تطبيقها. كما أن التنظيم الهيكلي كان متساويا بين كل الإدارات رغم اختلاف نشاط كل واحد منها، و نفس الأمر بالنسبة لهياكل التسيير فنجد : المجلس التداولي، و المعروف بمجلس التوجيه أو مجلس المديرية، وكذا المجلس الاستشاري المسمى بالمجلس العلمي أو المجلس الطبي حسب نوع المؤسسة الصحية المتواجد بها. إضافة الى المدير العام و اللجنة الاستشارية الموجودة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي.

3.1.1. مرحلة ما بين 1997 و 2007 :

لقد تواصل العمل بتلك الهيكلة إلى غاية سنة 1997 رغم ما أصبحت تعانيه المؤسسة الصحية من مشاكل مختلفة نتيجة التدهور الاقتصادي و الذي أثر على جميع جوانب الحياة في نهاية الثمانينات. إلى أن أجريت عملية إعادة للهيكلة مرة ثانية سنة 1997 كنتيجة لمشروع الإصلاح و الذي لاحت بوادره من خلال إنشاء مجموعة عمل في شهر نوفمبر 1997 كلفت بدراسة مظاهر التسيير الحالي للمنظومة الوطنية

¹ Farid Chaoui, Op Cit, p-p: 13 - 14.

² TOUDERT Ali , Op Cit. sp-

³ - شاوي ، مرجع سابق، ص 17.

للصحة و التطور الأكثر ملائمة و الذي يجب أن تعرفه لتنمية قدراتها. و من بين ما قررته من أهداف تخص الهياكل الصحية هو :

" تنظيمها في مجموعة متناسقة، متكاملة و مترابطة و سليمة من خلال :

- إنشاء شبكة صحية تدمج مختلف هياكل العلاج (المستوى القاعدي، المستوى الإستشفائي و المستوى الإستشفائي الجامعي).

- إن هذا التنظيم يهدف الى المساهمة في التكفل المتجانس و المتوازن للمشاكل الصحية لمجموعة سكانية في منطقة معينة و في اطار شبكة جهوية اين تدرج المشاكل المالية، البشرية و المادية التي تظهر في تنظيم و تسيير المؤسسات الصحية¹.

و من بين الثمار التي أتى بها الإصلاح المقرر منذ جانفي 1991 هي إعادة هيكلة المؤسسات الصحية بموجب المراسيم التنفيذية الصادرة في 02 ديسمبر 1997،² و المتمثلة في :

- المرسوم التنفيذي رقم 97- 465 الخاص بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

- المرسوم التنفيذي رقم 97- 466 الخاص بالقطاعات الصحية.

- المرسوم التنفيذي رقم 97 – 467 الخاص بالمراكز الاستشفائية الجامعية.

ووفقا للمراسيم المذكورة يمكن للمؤسسات الصحية تحديث و مطابقة قوانينها الأساسية مع مقتضيات الواقع الاقتصادي و الاجتماعي الجديد في البلاد حيث تم انشاء مجلس ادارة متكون خاصة من ممثلي الممولين و الحركة الجمعوية و الجماعات المحلية....

و تم الغاء مجلس التوجيه و اللجنة الاستشارية، كما أعطت مرونة أكثر في التسيير المالي سيما بالنسبة للأمرين بالصرف و المحاسبين، ثم تم تعديل التركيبة البنوية للمراكز الاستشفائية الجامعية بإنشاء مؤسسات استشفائية متخصصة و قطاعات صحية جديدة قصد تنظيم التغطية الصحية و ضمان التكفل التام و المنسجم بالمواطنين . و كانت ترمي إعادة الهيكلة هذه الى تكريس مبدأ سلمية الخدمات الصحية المتمثلة في الخدمات الصحية الأولية، المتخصصة، و ذات التخصص العالي. و التي وزعت بالترتيب على القطاعات الصحية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و المراكز الاستشفائية الجامعية و التي نتعرف إليها باختصار فيما يلي:

أ- المركز الاستشفائي الجامعي³:

المركز الاستشفائي الجامعي هو مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية وبالاستقلالية المالية، ينشأ بموجب مرسوم تنفيذي باقتراح مزدوج من الوزير المكلف بالصحة و الوزير

¹ - نفس المرجع ، ص 12.

² - الجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية، "المراسيم التنفيذية رقم 97-465 ، 97-466 ، 97-467"، (الجريدة الرسمية، المؤرخة في 02 ديسمبر 1997، العدد 81).

³ - الجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية، "المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء و سير المراكز الاستشفائية الجامعية"، (الجريدة الرسمية ، العدد 81)، ص 16.

المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي، و يتكلف كل منهما بالوصاية على هذه المؤسسة، إداريا هو تحت وصاية وزارة الصحة، أما بيداغوجيا فهو تحت وصاية وزارة التعليم العالي. و تتمثل المهام التي يتكفل بأدائها بالتعاون مع المؤسسة التعليمية و التكوينية في مجال العلوم الطبية في : الكشف و الفحص، العلاج، الوقاية، التكوين و الدراسة و البحوث.

في مجال الصحة :

- يتكفل بنشاطات الكشف و العلاج الاستشفائي و الاستعدادات الطبية الجراحية و بالوقاية و بكل النشاطات التي من شأنها أن تحمي و ترقى صحة السكان.
- تطبيق البرامج الصحية الوطنية، الجهوية و المحلية.
- المساهمة في إعداد المقاييس للتجهيز الصحي و العلمي و البيداغوجي للهياكل الصحية.
- المساهمة في حماية و ترقية المحيط فيما يتعلق بالوقاية، النظافة و مكافحة الآفات الاجتماعية.
- كما يؤمن للسكان المجاورين و غير المغطيين بخدمات القطاعات الصحية المحيطة، نفس الخدمات التي يؤديها القطاع الصحي.

في مجال التكوين :

- المساهمة بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في العلوم الطبية، التكوين المتدرج و ما بعد المتدرج في العلوم الطبية، و المشاركة في اعداد و تطبيق البرامج المتعلقة بذلك.
- المشاركة في التكوين و الرسكلة و إعادة التأهيل لمستخدمي الصحة.

في مجال البحث:

- في إطار القوانين السارية، يقوم بأداء كل أعمال الدراسة و البحث في ميدان الصحة.
- تنظيم الملتقيات العلمية و المؤتمرات و الأيام الدراسية و مختلف التظاهرات التقنية و العلمية بغرض تطوير نشاطات العلاج و التكوين و البحث في العلوم الصحية.
- و يدير المركز الاستشفائي الجامعي مجلس إدارة و يسير من طرف المدير العام كما له جهازا إستشاريا يدعى "المجلس العلمي" و فيما بين دورات المجلس العلمي يساعد المدير العام لجنة استشارية فيما يتعلق بالتسيير و أمين عام.

ب- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة¹:

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلالية المالية و الشخصية المعنوية، تنشأ بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي و توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة.

و هي تتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة.

تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بما يلي:

- مرض معين.

- مرض اصاب جهازا أو عضوا معينا.

- أو مجموعة ذات عمر معين.

و هي تتكفل في نفس مجال النشاط بأداء المهام الآتية :

- تنفيذ نشاطات الوقاية و التشخيص و العلاج و اعادة التكيف الطبي و الاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة.

- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي الصحة و تحسين مستواهم.

- كما يمكن استخدامها كميدان للتكوين شبه الطبي و التسيير الاستشفائي.

- بإمكانها أيضا أن تضمن نشاطات استشفائية جامعية.

وتدار من طرف مجلس إدارة مختلف التشكيلة (ممثل الوالي، ممثلي التأمينات، ممثلي المستخدمين، ممثلي مؤسسات التكوين، ممثلي الهيئات المحلية المنتخبة...) و الذي يتداول في مواضيع معينة محددة في المرسوم التنفيذي المذكور أعلاه مثل : مخطط التنمية، مشروع الميزانية، مشاريع الاستثمار، مشروع جدول الموظفين...الخ.

و يسيرها مدير معين بقرار من وزير الصحة، يساعده في تأدية مهامه مديرون مساعدون فيما يخص الإدارة و الوسائل، الشؤون الإقتصادية و النشاطات، كما لها جهازا إستشاريا هو المجلس الطبي و الذي يقوم بإصدار آراء تقنية فيما يخص : العلاقات بين المصالح الطبية، برامج التجهيز الطبي و بناء المصالح، برامج الصحة و التظاهرات العلمية و التقنية، و كذلك إقتراح كل الاجراءات التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج و سيرها. و هو أيضا يضم تشكيلة مختلفة من الأعضاء مثل : رؤساء المصالح، ممثلي شبه الطبيين، ممثلين عن الأطباء، الصيدلي المسؤول...الخ.

¹ - الجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية، "المرسوم التنفيذي رقم 97-465، المؤرخ في 02 ديسمبر ، المحدد لقواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها"، (الجريدة الرسمية، العدد 81)، ص 10.

وتسير ماليا وفقا لقواعد المحاسبة العمومية و تسند إدارة الأموال الى محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية. و تمتد السنة المالية من 01 جانفي إلى 31 ديسمبر من السنة الجارية و استثناء يمكن أن تستمر المدفوعات و أوامر الصرف إلى غاية 31 مارس من السنة الموالية.

ج - القطاع الصحي¹:

القطاع الصحي هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية و بالاستقلالية المالية. تحت وصاية الوالي. ينشأ بموجب مرسوم تنفيذي و يلغى بنفس الشكل. و هو يتشكل من مجموعة الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية، بالفحص، العلاج، الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي، و يغطي سكان مجموعة من البلديات. و هو ينتمي إلى الوزارة المكلفة بالصحة.

و هو يتكفل بصفة مندمجة و سلمية بالاحتياجات الصحية للسكان و في هذا الإطار هو يقوم بما يلي:

- يؤمن تنظيم و برمجة وسائل العلاج.
 - تنفيذ النشاطات الوقائية، المتعلقة بالفحص و بإعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء.
 - يتكفل بالنشاطات المتعلقة بالصحة الإنجابية و بالتخطيط العائلي.
 - تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية، و المحلية للصحة و السكان.
 - المساهمة في ترقية و حماية المحيط فيما يخص الوقاية و النظافة و الأمن الصحي و الافات الاجتماعية.
 - المساهمة في رسكلة و إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية.
- و من أجل أداء مهامه، هو منظم في شكل وحدات جغرافية صحية تغطي عددا معينا من السكان و تسمى هذه الوحدات " بقطاعات صحية تحتية". و يمكن له أن يكون ميدانا للتكوين شبه الطبي و التسيير الإستشفائي.

يدار القطاع الصحي بواسطة مجلس الإدارة و يسير بواسطة مدير و جهاز إستشاري هو المجلس الطبي . يتكون مجلس الإدارة من ممثلي : الوالي، إدارة المالية، التأمينات الاقتصادية، الضمان الاجتماعي، المجلس الشعبي البلدي، المجلس الشعبي الولائي، المستخدمين الطبيين، المستخدمين شبه الطبيين، المستخدمين الآخرين، جمعيات المنتفعين و رئيس المجلس الطبي. و هو يتداول بشأن المواضيع التالية: مخطط التنمية على المدى القصير و المتوسط، مشروع ميزانية المستشفى، الحسابات التقديرية، الحساب الإداري، مشاريع الاستثمار، و الصيانة الخاصة بالبناءات و التجهيزات...

أما المدير بمساعدة المديرين المساعدين يقوم بتمثيل المؤسسة في كل الأعمال المدنية و أمام القضاء² و يعتبر هو الأمر فيما يخص النفقات، و ينفذ مداورات مجلس الإدارة، كما يجري جميع الاتفاقيات و العقود و الصفقات، و يمارس سلطة التعيين و السلطة السلمية على جميع المستخدمين الموضوعين تحت سلطته.

¹ - الجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية، "المرسوم التنفيذي رقم 97-466، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء تنظيم و تسيير القطاعات الصحية"، (الجريدة الرسمية، العدد 81)، ص 15.

أما المجلس الطبي فيتكفل بإعطاء الآراء التقنية، خاصة المتعلقة :
 بالعلاقات ما بين المصالح الطبية، برامج التجهيز الطبي و الصحة و السكان، برامج التظاهرات العلمية،
 وكذلك إنشاء أو إلغاء المصالح الطبية و بصفة عامة كل المسائل المتعلقة بالطابع الطبي، العلمي،
 أو التكوين للقطاع الصحي. خاصة و أنه يتشكل من مسؤولي مختلف المصالح الطبية بالإضافة إلى ممثل
 السلك شبه الطبي و الصيدلي و ممثل سلك الإستشفائيين الجامعيين إن وجدوا.
 و نفس الشيء بالنسبة للمؤسسات الصحية السالفة الذكر، فإن ميزانية القطاع الصحي تحدد بموجب قرار
 وزاري مشترك بين وزير الصحة و المالية، و يؤدي فيها المدير دور الأمر بالصرف كما يتكفل بوضع
 و احترام قواعد المحاسبة الإدارية للنفقات و الإيرادات، أما الحسابات فهي تخضع لقواعد المحاسبة
 العمومية و هي تمسك من قبل عون محاسبة معين أو معتمد من طرف وزارة المالية. و تمتد السنة المالية
 من 1 جانفي إلى 31 ديسمبر للسنة الجارية مبدئياً لكن تمتد إلى غاية 31 مارس من السنة الموالية بالنسبة
 لعمليتي الأمر بالصرف و الدفع استثنائياً.

و قد بلغ عدد هذه الهياكل على مستوى التراب الوطني سنة 1999 :

- المراكز الاستشفائية الجامعية : 13.

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة : 32.

- القطاعات الصحية 185، تضم :

495 عيادة متعددة الخدمات.

1261 مركز صحي.

4464 قاعة علاج.

2.1. من حيث نظام التمويل :

هو الآخر ينقسم إلى عدة مراحل هي :

1.2.1. المرحلة الأولى منذ 1963 إلى 1973 :

كان النظام التمويلي في هذه المرحلة يتميز بضعف الوسائل، و كان من المستعجل في نفس الوقت إعادة
 تنشيط الهياكل الموروثة عن الإستعمار الفرنسي من أجل تحقيق الحد الأدنى من الخدمات الصحية
 للمواطنين.

كما كانت نفقة الصحة الوطنية ضئيلة إذ لم تفق 5.1% من الناتج الداخلي الخام للدولة.

" و قد عرفت تمويل الصحة في هذه المرحلة عدة صعوبات، مثل العدد المرتفع للجرحى، المعاقين،
 والأمراض المعدية التي مست جميع السكان هذا ما أدى إلى الإرتفاع المتزايد على طلب الخدمات
 الصحية، و ذلك بصفة غير متوازنة مع الموارد المالية القليلة المخصصة لقطاع الصحة، ذلك ما نتج عنه

عدم تلبية كل احتياجات السكان، سواء على المستوى الكمي أو النوعي¹. اعتمد القطاع العام في هذه المرحلة على ثلاثة مصادر متميزة و لكن متكاملة في تمويل قطاع الصحة، والتي تقابل ثلاث فئات من المرضي الذين يستقطبهم المستشفى و ذلك عن طريق تحديد الفئة الاجتماعية لكل شريحة، هذه المصادر تتمثل فيما يلي²:

أ- التسبيقات :

مثلث 60% من موارد المستشفى، و هي تجد مصادرها في الخزينة العمومية لحساب الدولة، و كذا صندوق التضامن للمحافظات و البلديات لحساب الجماعات الإقليمية. وهذه التسبيقات تمثل تمويلا للخدمات المؤداة للأشخاص التابعين لنظام الإعانة الصحية المجانية، حيث تغطي الخزينة نسبة 85% من نفقاتهم، و النسبة الباقية، أي 15% فتوزع على التوالي كما يلي : 8% على حساب المحافظات، و 7% على حساب البلديات.

ب- عائدات تسديد المصاريف :

تجد مصدرها في التأمينات الاجتماعية بمختلف أنظمتها، لقاء الخدمات الصحية المؤداة للمؤمن لهم و ذوي حقوقهم الذين استفادوا من الإستشفاء. و يتم حساب هذه التسديدات على أساس تسعيرة سند سعر اليوم في المستشفى، المحدد سنويا من طرف السلطات الوصية. و هنا كانت تساهم التأمينات الاجتماعية بنسبة 30% من نفقات الصحة.

ج- العائدات الخاصة :

تأتي من دفعوات المرضى ذوي الدخل الكافي و هم الذين يدفعون ثمن علاجهم بحكم أنهم يفتقدون للتغطية الاجتماعية بأي نظام تأمين كان، حيث تشمل هذه الفئة على سبيل المثال : ذوي المهن الحرة، التجار، الحرفيون،... الخ و لا تمثل هذه العائدات سوى 10% من دخل المستشفيات (للإشارة لم تكن هناك بعد ما يسمى حاليا بصندوق الضمان الإجتماعي لغير الأجراء - CASNOS).

هذا النظام التمويلي عرف مظاهر عجز يمكن تلخيصها فيما يلي :

- بالنسبة للمرضى الذين يدفعون المقابل، ترسل الفاتورة لتحصيلها لدى العنوان المبين من طرف المعني، مما جعل التحصيل غير محقق بسبب تغيير السكن بصفة متواصلة بعد الاستقلال هذا من جهة، و من جهة أخرى تصريح المرضى بعناوين خاطئة عمدا.

- بالنسبة للقطاع الصحي، الذي يسري عليه نظام التقادم الثنائي أي كل سنتين على الديون.

¹ - المدرسة الوطنية للإدارة، " نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة "، (حلقة دراسية، دفعة 32، جوان 1999)، ص 4.
² - Ecole National d'Administration, " La Gestion de l'Etablissement Public de Santé : Nécessité de la Réforme ", (Séminaire, 36 éme Promotion, Juin 2003), P 75.

- هو نظام قائم على أساس التسعيرة لليوم الاستشفائي و التي تسمح على الأقل بتتبع أنواع النفقات، و لكن في نفس الوقت تمثل مؤشرا سينا للنتائج. حيث تؤدي الى جمع أكبر عدد من الأيام الاستشفائية الممكنة وذلك من أجل التحصل على أكثر المبالغ الموازية لها. سواء كان في بداية الاستشفاء أو بعده و هي بذلك غير فعالة لكونها تحتوي على القليل من ذكر الأعمال الطبية¹.

و من هنا، و بمساعدة الوضعية الاقتصادية للبلاد في نهاية السبعينات، بدأ البحث عن نظام تمويلي آخر وهو ما كان محتوى للمرحلة الآتية.

2.2.1. المرحلة الثانية (منذ 1974 إلى 1991) :

ظهرت الرغبة في تحقيق مبدأ مجانية العلاج بدافع من الوضعية الاقتصادية المتحسنة للبلاد، وأيضا التطور الصناعي الذي ساعد على تمويل مختلف المشاريع الاجتماعية خاصة في ميدان الصحة، وذلك رغم الزيادات المتواصلة في النفقات الوطنية للصحة، هذا من جهة، و من جهة أخرى هناك نصوص قانونية ساعدت على تجسيد هذا المبدأ مثل :

- قانون خاص بالقطاعات الثلاثة (العمومي، شبه العمومي و الخاص).

- قرار وزاري مشترك في جانفي 1974 الذي حول الهياكل الفلاحية إلى هياكل صحية.

- كما تم إخضاع كل المراكز الطبية الاجتماعية التابعة للضمان الاجتماعي و التعاونيات تحت وصاية وزارة الصحة، و تجسيد مبدأ المخططات التنموية كأساس للتطوير الاقتصادي بصفة عامة و قطاع الصحة بصفة خاصة.

بالإضافة إلى هذا، تمت إعادة تجهيز المؤسسات الاستشفائية و توزيع منصف للأدوية على مختلف القطاعات و الوحدات الصحية القاعدية بمجيء الأمر 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بتأسيس الطب المجاني و من ثم تغيير نظام التمويل بإحداث ما يعرف بالدفع الجزافي. أين أصبح المستشفى يزود بميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية. و اعتماداتها نابعة أساسا من الممولين الأساسيين اللذان هما الدولة و صندوق الضمان الاجتماعي. يمول القطاع العام من جهة، بواسطة اعتمادات و تخصيصات من الميزانية العامة للدولة، و من جهة أخرى عن طريق جزاف يقطع من المركز على حساب موارد الضمان الاجتماعي.

و قد تمثلت المصادر التمويلية لهذه المرحلة فيما يلي :

أ- مساهمة الدولة :

و التي كانت موجهة أساسا :

¹-Fatima Zahra Oufriha, " Organisation de la Couverture Collective des Dépenses de Santé et Modalité de Leur Financement en Algérie " , (Revue économie Appliquée et Développement, CREAD, N°13, Premier Trimestre, 1988) P –P : 151 - 152-

- النشاطات الوقائية.
 - نشاطات التكوين و البحث.
 - لتغطية نفقات العلاج الذي يستفيد منه الأشخاص المعوزين.
 - لتغطية الاحتياجات الصحية للسكان بصفة عامة.
 و في هذا المجال نشير الى أن مساهمة الدولة في هذه المرحلة لم تتوقف عن النقصان مثل ما تبينه الأرقام التالية :

حيث في سنة 1974 كانت مشاركتها تقدر ب 71% ، و في سنة 1987 نزلت إلى 34% ، ثم في سنة 1988 وصلت إلى 30% و ذلك حتى لو أن المبالغ المالية كانت تبين عكس ذلك.

ب- مساهمة الجماعات الإقليمية :

دامت مساهمة الجماعات المحلية إلى غاية سنة 1979 و بعد هذه السنة توقفت على تمويل قطاع الصحة وذلك نظرا للمشاكل المالية التي عرفتها بدورها أيضا و قد قدرت مساهمتها في تمويل قطاع الصحة ب 6% من المجموع الكلي في سنة 1975.

ج- مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي :

كانت مشاركة صناديق الضمان الاجتماعي في هذه المرحلة جزافية، و هي محددة عن طريق تقديرات قطاع الصحة و مقارنة مع حجم مساهمة الدولة، فان مساهمة الضمان الاجتماعي عرفت تطورا حيث كانت تزيد كلما تناقصت نسبة مشاركة الدولة. و هذه المساهمة كانت موجهة أساسا :

- لتمويل بعض الهياكل الثقيلة النشاط مثل الهياكل الخاصة بأمراض القلب.
 - أيضا لتمويل المخطط العائلي.
 - لتمويل تحويل المرضى للعلاج في الخارج.
 - كما أضاف قانون المالية لسنة 1984 مهمة تمويل الاستثمارات المنجزة في قطاع الصحة.
- هذا ما جعل نسبة المساهمة تتطور من 24% سنة 1974 إلى 64% سنة 1978 ثم إلى 67% سنة 1988.

د- مساهمة طب العمل :

بالإضافة إلى الدخل المحقق من مساهمة الدولة و الجماعات الإقليمية و الضمان الاجتماعي وجد مصدر آخر في هذه المرحلة و الذي يتمثل في دفعات طب العمل و التي تقدم من طرف المؤسسات العمومية والإدارات.

يغطي هذا الدفع الجزافي مصاريف التسيير و كذا المبالغ الموجهة للاستثمارات و قد عرف نمو ملحوظا خاصة و أنه لم يكن هناك إجراءات واضحة تربط النشاط بمعايير تقييم النجاعة و لا حتى المحاسبة سواء من طرف الإدارة المركزية أو من طرف المصالح الصحية أو حتى من طرف المرتفقين.

من هذا المنطق فان الانتقاد الأول الموجه لهذا الأسلوب من التمويل المتمثل في الدفع الجزافي كان يتلخص في تجريد المسيرين من المسؤولية و كذا مسؤولية مصالح الضمان الاجتماعي. حيث أن:

" الفئة الأولى - المسيرين الصحيين - أصبحت تضم أمرين بالصرف بالمعنى الضيق، بدون حوافز لربط المستوى الكمي و لنوعي لنشاط مؤسساتهم بالموارد المالية الموضوعة تحت تصرفهم"¹.

أما الفئة الثانية - مسؤولي الضمان الاجتماعي - فقد تم إقصاؤها من تادية دور ايجابي حيث لا يمكنها مراقبة استعمال أموال الضمان الاجتماعي و لا يمكنها ضمان استفادة العمال المشتركين في الصندوق.

و قد اعتبر هذا النظام بدون محتوى اقتصادي و من بين عواقبه: ارتفاع مفرط في نفقات الصحة بالرغم من أن فعاليتها بقيت مستقرة نسبيا بدون أي تطور . فاعتماد سياسة الطب المجاني في سنة 1974 أدى إلى تحرير الطلب و منه تسريع الاستهلاك الطبي خصوصا مع التوسع في البنية الصحية . و مع مرور الوقت أصبح مشكل تمويل النفقات الصحية مطروحا بحددة في ظل الظروف الراهنة ، التي تتسم بنقص الموارد المالية ، و بتزايد أعباء المديونية فالنمو الملاحظ في النفقات الصحية لا يترجم بالضرورة تحسين المستوى الصحي للسكان بقدر ما يبين الأعباء الناجمة عن مجانية العلاج.

تغير هيكل النفقة العمومية للصحة . حيث أنها كانت منذ الاستقلال ممولة أساسا من طرف الدولة و القليل من طرف الضمان الاجتماعي و القليل جدا من طرف العائلات . "هاته السياسة الصحية انقلبت ، فتحت ذريعة تأميم جميع وسائل الإنتاج و أجهزة التمويل، قامت الدولة بضخ الأموال في صناديق الضمان الاجتماعي لتمويل الطب المجاني"². و كانت النتيجة تغيير تركيبة النفقات حيث أصبح الممول الأساسي هو الضمان الاجتماعي ، ثم القليل يمول من طرف الدولة ، و القليل جدا بقي من نصيب العائلات.

حيث سجلت في هذه المرحلة أكبر نسبة زيادة في النفقات العمومية للصحة فكانت تمثل سنة 1973 نسبة 7.3% من الناتج الداخلي الخام للدولة PIB . ثم 4.4% سنة 1980 ، ثم 5.5% سنة 1988 ثم 6% سنة 1990.³

(ملاحظة : الأرقام تتضمن كذلك نفقات التكوين ... الخ و يبقى الرقم الحقيقي لتغطية العلاج غير معروف).

و التأثير الآخر لهذه السياسة كان "تهديم نظام الإعلام الصحي و الذي ندفع ثمنه إلى غاية اليوم"⁴.

¹ - المدرسة الوطنية للإدارة، مرجع سابق، ص 7.

² - Farid Chaoui, " Le Système de Santé en Algérie : un enjeu Stratégique, état des Lieux, enjeux et Perspectives" , (Revue : Confluences Internationales, Institut National d'études de Stratégie Globale, N° 2, 2015), P 12.

³ - Ecole Nationale d'Administration, Op Cit, P 78.

⁴ - Chaoui, Op Cit, P12

حيث أن السياسة الجديدة للطب المجاني لم تعد تحتاج لاستعمال ملفات ووثائق فيما يخص دخول و خروج المرضى ، نوع العلاج المقدم ، نوع المرض المعالجإلى غير ذلك . في حين أنها كانت تكتسي أهمية بالغة حيث كانت تجمع من القاعدة و تصعد نحو مديريات الصحة الولائية ثم تواصل صعودها نحو وزارة الصحة ، إذا ما تمت معالجتها كما ينبغي ، كانت تشكل قاعدة هامة في التتبع الدقيق و العقلاني تطور الصورة الصحية لكل الوطن.

إنإغفال نظام المعلومات الصحية أدى بدوره إلىإغفال وجهل الكيفية التي كانت تتطور بها المشاكل الصحية للسكان.

- بالإضافة إلى ذلك فغياب التخطيط للوسائل و الموارد على المدى الطويل ، و تركيز مراكز القرار في القمة، و كذا العراقيل البيروقراطية للجهاز الإداري ، كانت عوامل هامة و رئيسية وراء التدهور التدريجي للخدمات الصحية.

- و من جهة أخرى فإن غياب الإنفاق العقلاني تولد عنه تقدير بالزيادة ، و تحديد الاحتياجات المترکز على معطيات غير مؤسسة ، و أيضا عدم التحكم في تعداد المستخدمين ، و هي من بين النقائص الهيكلية التي تعرقل فعالية النظام مما دفع للبحث عن وسائل تسهيل ، كالتحويل للعلاج بالخارجالخ(طلب الكثير من أجل الحصول على الأكثر).

" إن تناقص الموارد المالية في نهاية التسعينات حيث بدأت الأزمة الاقتصادية في الجزائر تشدد (انخفاض قيمة الدينار ، التضخم المالي ، النمو "0" لميزانية التسيير ،...) أدى إلى تعقيد الأمور أكثر، حيث أضيفت مشاكل : المديونية المزمنة للهياكل الصحية، مشكلة التوزيع غير العقلاني للموارد المتاحة سواء كان حسب المؤسسات أو حسب الخدمات المؤداة، أيضا مشكلة عدم استعمال مؤشرات النشاط و النجاعة، وكذلك عدم تماشي القوانين الأساسية للهياكل الصحية مع المحتوى الاقتصادي الجديد و كل هذا، يفسر الصعوبة في التسيير التي عرفها القطاع العمومي للصحة"¹.

هذا بغض النظر عن ايجابية هذا النظام في كونه ذو طابع تضامني من خلال تحمله لمصاريف و أعباء المنظومة الوطنية للصحة. و في هذا الإطار فهو يوصف بأنه نظام يكفل العلاج لكل شرائح المجتمع مهما كان دخلهم المالي أو مكانتهم الاجتماعية و لو لم يتوفر المريض يومها على سيولة، الشيء الذي جعل منه يبلغ مستوى لم تصل إليه العديد من دول العالم.

- أما صندوق الضمان الاجتماعي فقد عرف إضطرابات و صعوبات مالية منذ 1990، تميزت بعجز يرتفع باستمرار يصعب التحكم فيه. و في هذا السياق وصل الممولين الرئيسيين لقطاع الصحة الى حدود إمكانياتها في تسخير الموارد، مما فرض إصلاحا جديدا.

¹ - Ministère de la Santé et de la Population , " Développement du Système Nationale de Santé et Perspective, Mai 2001".(Document interne), P 28.

3.2.1.3 – المرحلة الثالثة (من 1992 إلى الوقت الحالي):

"...إن ميزانية المؤسسة الصحية في مرحلة العلاج المجاني كانت ميزانية كلية، جزافية، و سنوية،... لكن بدون قواعد دقيقة للتسيير من حيث الأهداف المحددة، و نفس الشيء بالنسبة لقواعد المراقبة، و قواعد تخصيص الموارد بدون وسائل عمل و فحص على أي مستوى كان، و ذلك من أجل جميع النفقات تصبح بهذا الأسلوب عبارة عن تكاليف ثابتة غير مربوطة بأي صفة كانت بحجم النشاط، و لا بحجم النتائج المحققة، إذن فهو تمويل أعمى، و الذي ستكون نتائجه المالية جد ثقيلة، بصفة خاصة"¹.

و في خلال هذه المرحلة نميز ثلاثة مصادر تمويلية رئيسية هي :

أ- مساهمة الدولة :

و التي يبقى دورها أساسي في تمويل قطاع الصحة. حيث تأخذ الدولة على عاتقها التكفل بالمعوزين غير المؤمنين إجتماعيا، نفقات الوقاية، نفقات التكوين، و نفقات البحث العلمي.

ب- مساهمة الضمان الاجتماعي :

أيضا مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي و التي بقيت تدفع بصفة جزافية إلى غاية السنة الحالية (2009) رغم التوصيات و القرارات المتخذة بشأن دفعها على أسس تعاقدية. و ذلك يعود إلى عدة مشاكل علمية و عملية في نفس الوقت، سنحاول معرفتها فيما سيلي من البحث. و نشير إلى أنه في هذه المرحلة لم تعرف المبالغ المدفوعة من قبل صناديق الضمان الاجتماعي أي نقصان، بل عكس ذلك فهي زيادة مستمرة منذ سنة 1992. مما يدفع إلى دق ناقوس الخطر خاصة مع المشاكل التي تعيشها هذه الصناديق.

ج- مساهمة العائلات :

بموجب المنشور الوزاري المشترك رقم 1 المؤرخ في 8 أفريل 1995 الذي يحدد طبيعة و قيمة الموارد المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة ، أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيدون منها في المؤسسات الاستشفائية العمومية باستثناء بعض الفئات التي تتكفل بها الدولة. لكن هذه المساهمة تبقى رمزية لأنها تمثل نسبة حوالي 2% من الميزانية الإجمالية للمؤسسات الصحية مما أدى بوزارة الصحة و السكان مع مطلع عام 2002 إلى تعديل المنشور السابق بالقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 فيفري 2002 و الذي يبقى غير ساري المفعول إلى يومنا هذا.

و تجدر الإشارة إلى أنه في خلال هذه المرحلة "بدأت النفقات العمومية للصحة تتناقص حيث : من نسبة 6% من الناتج الداخلي الخام سنة 1990 إلى 4.6% سنة 1993، ثم إلى 3.6% سنة 1999 و أخيرا نزلت إلى نسبة 3.3% سنة 2000.²

¹-Fatima Zahra Oufriha, Op Cit, P 152.-

²- جريدة الخبر اليومية، 11 أفريل 2005، ص 4.

" و بقيت منخفضة إلى غاية 2006 أين عرفت زيادة طفيفة بلغت نسبة 4.3% ثم إرتفعت لتصل إلى 6.6% سنة 2010 و 7.3% سنة 2011"¹.

هذا علما أن المنظمة العالمية للصحة توصي بنفقة صحية لا تقل عن 6% من الناتج الداخلي الخام للدولة.

3.1. من حيث الموارد البشرية :

نفس التقسيم الذي أوردناه في عنصر هيكلية المؤسسات الصحية سنعتمده في دراسة التنظيم البشري لهذه المؤسسات.

1.3.1. مرحلة ما بين 1962 و 1981 :

تميزت هذه المرحلة بالعجز الشديد فيما يخص الموارد البشرية و التي كانت غير كافية بالنظر إلى الوضعية الصحية المتدهورة للسكان فقدرت مختلف الأسلاك سنة 1962 كما يلي :

"- عدد الأطباء : 600.

- جراحي الأسنان : 135.

- الصيادلة 266"².

"- شبه الطبيين : 250 منهم 40 حاملي لشهادات دولة"³.

"- 19000 من المسيرين الإداريين و التقنيين و عمال المصالح سنة 1966"⁴.

و قد اضطرت السلطات في هذه المرحلة إلى توظيف مستخدمين غير مؤهلين و ذلك قصد ملء المناصب الشاغرة بذهاب المعمرين، و ذلك أمام الحاجة الماسة لتلبية الطلب الصحي للسكان و الذي كان موصوفا بالمتدهور جدا.

و أيضا إلزام الأطباء العاملين في القطاع الخاص بالعمل لنصف الوقت في القطاع العمومي، أما الأطباء المتخرجين ففرضت عليهم مدة الخدمة العمومية لكامل الوقت لمدة معينة و تمت مراجعة مدة عمل الممارسين الاستشفائيين الجامعيين قصد تمكينهم من اقتسامه بين العلاج و التكوين.

في هاته المرحلة تفتنت السلطات للإحتياجات الصحية الحقيقية للسكان و لهذا طورت برامج ذات فعالية بالنسبة للفترة تلك. فقد كانت ملزمة بإعادة النشاط للهياكل الصحية بواسطة موارد بشرية إضافية غير تلك التي وجدت فور رحيل المستعمر الفرنسي. و من بين هاته البرامج الصحية نذكر برامج محاربة الأمراض المتنقلة، برنامج مكافحة داء السل، برامج وطنية للتلقيح، و برنامج حماية الأمومة و الطفولة.

¹ - عبد القادر قداوي، النمو السكاني و النفقات العامة: الجزائر نموذجا، (بتصرف)، النشر الجامعي الجديد، تلمسان، الجزائر، 2017، ص 209.

² - Ali Toudert , Op Cit, sp.

³ - Ecole Nationale d'Administration, op cit, p 26.

⁴ - شاوي ، مرجع سابق، ص 3.

" و لإنجاز هذه البرامج قامت الجزائر بتوجيه نداء للتعاون الدولي. أين لبي الدعوة أطباء خاصة من دول الشرق لمد يد المساعدة... و الذين ساهموا في الخروج من وضعية جد مزرية"¹.
و قد تطورت في هذه المرحلة سياسة ثانية هي " تكوين الأطباء أو ما اشتهر بسياسة 1000 طبيب في السنة"².

و بعد السنوات التي تلت الاستقلال لوحظ نمو في هذه الأعداد حيث سجل سنة 1982 (نهاية هذه المرحلة) ما يلي :
- " 9056 طبيبا.
- 2313 جراح أسنان.
- 1137 صيدلي.
- 32640 تقني في الصحة (شبه طبي)"³.

مما يدل على أهمية الجهد المبذول في تكوين هذه الأعداد من المستخدمين و كذلك الوسائل المنفقة من أجل ذلك خاصة و أن الوضعية الإقتصادية (إرتفاع المدخول النفطي) كانت جد سائحة منذ 1973.

2.3.1. مرحلة ما بين 1981 و 1997 :

إن هذه المرحلة كانت بدايتها أحسن من بداية المرحلة الأولى لكنها كانت غير كافية بالنظر إلى النمو السكاني و زيادة احتياجاتهم الصحية، حيث تضاعف عدد السكان من " 10.5 مليون نسمة سنة 1982 وذلك لتحسن الظروف الصحية مما أدى إلى زيادة الولادات، إنخفاض الوفيات، إرتفاع سن الأمل في الحياة"⁴.

و كانت من بين متطلبات هذه المرحلة زيادة التكوين خاصة في أعداد شبه الطبيين و الإداريين " ففي سنة 1984 وضع برنامج عمل للصحة العمومية يهدف إلى عملية متعددة الأبعاد فيما يخص الرسكلة والتكوين في الميدان الإداري"⁵.

و قد أدت هذه الجهود إلى تغيير الأرقام سنة 1996 كما يلي :

- " المستخدمين الطبيين 39355 طبيبا و هو ما يمثل نسبة (21.2%) من المجموع العام.

-المستخدمين شبه الطبيين 85296 و هو ما يمثل نسبة (45.9%) من مجموع المستخدمين في الصحة العمومية.

-المستخدمين الإداريين 13111 و هو ما يمثل نسبة (7.1%) من مجموع مستخدمي الصحة العمومية.

¹- Chaoui, Op Cit, p 10.

²- Ibid, p 11.

³- Ali Toudert, Op Cit, sp.

⁴- Ibid, sp.

⁵- Ecole Nationale d'Administration, Op Cit, p 26.

- مستخدمي المصالح و التقنيين 47459 و هو مل يمثل نسبة (25.5%) من مجموع مستخدمي الصحة العمومية.

- مستخدمين آخرين 484 أي نسبة (0.3%) من مجموع المستخدمين و الذي قدر ب 185.705 (100%) مستخدما¹.

لكن ما وضع بين قوسين هو نوعية التكوين الذي تلقاه هؤلاء المستخدمين و الذي أثبتت المرحلة الموالية نقصه و عدم مواكبته لمتطلباتها.

3.3.1 . مرحلة ما بين 1997 و 2007:

تواصلت في هذه المرحلة عملية التكوين مما أدى إلى تحسين شفه الواقع الصحي في الجزائر من خلال تحسين التغطية الصحية للسكان، و نستطيع توضيح ذلك من خلال الجدول الآتي :

الجدول رقم(05): التغطية الصحية للسكان في الجزائر (1996- 2004):

عدد السكان بالنسبة لكل السنوات	طبيب واحد	جراح أسنان واحد	صيدلي واحد
1998	985	3710	6864
2000	941	3711	318 6
2002	887	3639	6 033

المصدر : عبد القادر قداوي، مرجع سابق (بتصرف)، ص 281.

و يعلق صاحب المصدر على هذا الجدول قائلاً :

"...نلاحظ الانخفاض الشبه الغالب في كل السنوات، و هذا ما يدل على أن عدد السكان المستفيدين من خدمات الطبيب أو جراح الأسنان أو الصيدلي الواحد في انخفاض مما يضمن تحسين نصيب الفرد الواحد من تلك الخدمة الصحية. و نعلم جيدا أن عدد السكان في تزايد مستمر إلا أن تحسن التغطية الصحية في الجزائر يوضح على أن معدل نمو الإطارات الصحية أكبر منه مقارنة مع معدل الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر. مما يؤكد على تزايد خريجي السلك الطبي بفضل تزايد المراكز و المعاهد المتخصصة، و هذا

راجع إلى الإنفاق العام المباشر و غير المباشر على القطاع الصحي من طرف الحكومة الجزائرية. ورغم تحسن مستوى التغطية الصحية في الجزائر، إلا أن هذا لا يعكس بجدية تحسن المستوى الصحي إلا إذا

¹ - Ibid, P 25.

كان توزيع الأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان و كل الأسلاك الطبية بصفة عامة متعادلا في كل مناطق الجزائر حسب احتياجات الكثافة السكانية عبر الوطن¹.

إن الأعداد المتزايدة من المستخدمين طرحت في هذه المرحلة عدة مشاكل كتنوع التكوين المقدم في المعاهد و المدارس المتكفلة بذلك و ما تعرفه أيضا من نقص في الوسائل و في البحوث العلمية في الميدان ذاته، و كذلك طريقة توزيعها على هياكل و منشآت الصحة العمومية حيث يتركز غالبيتهم - أي المستخدمين- في العاصمة و في الولايات الكبرى لكن تعاني بعض المناطق من قلة الوسائل البشرية رغم وجود الهياكل و نخص بالذكر هنا مناطق الجنوب و خاصة فيما يتعلق بالخدمات المتخصصة.

إن سوء التوزيع هذا أدى إلى عدم تكافؤ في فرص الحصول على العلاج لدى المواطنين لذلك شهدت معظم المؤسسات الصحية الواقعة في الولايات الكبرى و خاصة المراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة اكتظاظا في مختلف مصالحها مما أدى إلى مد آجال المواعيد الطبية و زيادة النفقات لدى هذه المؤسسات و التي أصبحت تؤدي أهدافا علاجية لكثافة سكانية أكبر من حجم وسائلها. و هذا ما انعكس سلبا على نوعية الخدمات المقدمة و أحدث تغييرا في الخريطة الصحية للدولة و تغييرا في سلم الخدمات الصحية مما أدى بالدولة إلى دق ناقوس الخطر.

كما أن الساحة الوطنية قد شهدت عدة اضطرابات لمختلف العاملين في قطاع الصحة، و التي كانت في مجملها تطالب بتحسين الظروف السوسيو مهنية، لهم و إعادة دراسة الأجور التي أصبحت لا تؤدي حتى الحاجات الضرورية بالموازاة مع ارتفاع تكلفة المعيشة، و مراجعة القوانين السياسية التي تسير حياتهم المهنية و تضبط حقوقهم و واجباتهم.

2. خصائص السياسة الصحية قبيل الإصلاحات :

إن ما سبق التطرق إليه من توجهات للسياسة الصحية الجزائرية، ترك آثارا منها ما هو ايجابي كالزيادة في الهياكل و في الموارد البشرية المتخصصة و القضاء على بعض الأمراض المتفشية. و منها ما هو ذو آثار سلبية، و ذلك على المستويين الداخلي للقطاع و الخارجي مما أكسبه خصائصا باتت سببا كافيا لإطلاق عملية الإصلاح و الإعلان عن الإرادة في تغيير الأمور نحو الأفضل. و ذلك ما سنراه في :

- الخصائص الداخلية لقطاع الصحة.

- الخصائص العامة المحيطة بالقطاع.

1.2. الظروف الداخلية:

أ - نقائص تنظيمية: ¹

¹ - عبد القادر قداوي، مرجع سابق، ص - ص : 210 - 211.

- عدم وجود استقلالية فعلية في تسيير المؤسسات الصحية، رغم كثرة الشعارات، و يظهر ذلك من خلال التدخلات المتعددة لأجهزة الإدارة الوصية في عملية التسيير مما جعل جهود التسيير لكلا الجهتين غير فعالة بل يزيدا إثقالا.
- عدم وجود تنسيق بين المؤسسة الصحية و مختلف الجهات الفاعلة مثل الجماعات المحلية، و مختلف القطاعات الأخرى رغم أن الوضعية الصحية لمجموعة سكانية ما تتداخل فيها عدة عوامل هي مسؤولية مشتركة بين العديد من القطاعات و ليس قطاع الصحة فقط فعلى سبيل الذكر : قطاع التجارة، قطاع التعليم العالي، التربية، البلدية...
- التوزيع السيء للهياكل الصحية يجعلها تلبي الجزء القليل فقط من الاحتياجات الصحية، و ينقص من فاعليتها.
- عدم ملائمة الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية مع أهدافها الاقتصادية و المالية. و وجود نقص في إجراءات التسيير.
- وجود نزاعات داخلية بين الإدارات و مختلف الفاعلين فيها مثل النقابات، اللجان و ذلك يعود لإقصاء هؤلاء الفاعلين من المساهمة في اتخاذ القرارات الخاصة بالوضعية الاقتصادية و الاجتماعية للمؤسسات.
- عدم وضوح معالم الخريطة الصحية رغم أنها تشكل الوسيلة الأولى للتخطيط الصحي، مما أنتج عدم التساوي في الوضعية الصحية للسكان و ذلك حسب التقسيمات الجغرافية.
- تدني في تنظيم الخدمات المتعلقة بالاستقبال، الإقامة النظافة.
- نظام المعلومات يفتقد لغالبية حلقاته ابتداء من طلب الخدمة الصحية إلى ما بعد نهاية هذه الخدمة أي أن المواطن لا يعرف حتى مكان التوجه عندما يريد خدمة صحية.
- و بغض النظر عن أين وجد هذه الخدمة، و كيف، و متى فإنه حتى بعد الاستفادة مما طلب لا يمكن تتبع حالتهولتصنيفهصحيا(مريضا أو متعافيا).
- تعدادا دقيقا للمشاكل التي تتخبط فيها المنظمة الصحية بل مجرد حصر لها ضمن عناوين فقط. فيمكن إيجاد الكثير من هذه النقائص التنظيمية.

ب- نقائص في الموارد :

- " إن النظام الصحي العمومي يشكو من نقص في الموارد المالية فهناك مفارقة بين ميزانيات المؤسسات الصحية و التي هي في تناقص مستمر في حين أن الطلب على العلاج هو في زيادة مستمرة أيضا، و أدى هذا إلى تدهور مهم في شروط سير هذه الهياكل... و هو ما شكل أول عوامل المديونية لهذه المؤسسات

¹ - Ministère de la Santé et de la Population, Conseil National de la Réforme Hospitalière, "Rapport Préliminaire : Contraintes et Dysfonctionnement", (Résumé), P de 7 au 10.

يضاف إليها عدم التساوي في توزيع هذه الوسائل و التي لا تمنح حسب صنف المؤسسة و حسب الخدمات التي تؤديها. إلى جانب غياب التحكم في التكاليف و في النفقات و التي تعود لعدم الاعتماد على مؤشرات النشاط و الكفاءة كمعايير موضوعية¹.

- بالنسبة للوسائل المادية فإن " التجهيزات التي تملكها هذه المؤسسات هي في غالبيتها غير كافية و غالبا ما هي قديمة و معطلة حيث بلغت نسبة العطل في الأجهزة نسبة 20% و بقيت ثابتة على تلك النسبة إلى

غاية سنة 2003"².

بالإضافة إلى مشاكل التمويل بالأدوية و المستحضرات الصيدلانية و التي كانت تشهدها المؤسسات الصحية من حين لآخر مثل انقطاع المخزونات و عدم مراجعة مدونة الأعمال الطبية و أسعارها.

- أما بالنسبة للموارد البشرية فإنه و بالرغم من "أن مجمل مستخدمي الصحة يمثل حوالي نسبة 19.9% من مستخدمي قطاع الوظيف العمومي، و هو يأتي في المرتبة الثالثة بعد قطاع التربية الوطنية (33.5%) و قطاع الداخلية و الجماعات المحلية (28%)"³. إلا أن هذه الثروة تعاني من عدم وجود سياسة لإدارة الموارد البشرية و نحن نعني بالسياسة وجود تخطيط و تقييم فعليين، و يعود ذلك إلى الطابع المتجمد للقواعد المسيرة للحياة المهنية و لا يمكنها أن تسمح بترقية و تطوير الوضعية السوسيو مهنية لهم. كما أن توزيع هذه الأعداد على الهياكل الصحية غير خاضع لمعايير موضوعية. فتسجل بعض المصالح عجزا في المستخدمين في حين أن مصالح أخرى تعاني فائضا، أضف إلى ذلك مناخ العمل و الذي هو بعيد كل البعد عن تحقيق رضاهم و بالتالي مردود يتهم و نقص في الثقافة الاتصالية و الحوار"⁴.

إن هذه الظروف بالإضافة إلى أخرى : " أدت بهجرة أكثر من 6000 طبيب عام و متخصص يعملون حاليا في الخارج مما شكل نزيفا كبيرا و غير قابل للتحكم فيه"⁵.

2.2. الظروف الخارجية :

أ-الوضعية الديمغرافية: عدد السكان تضاعف حوالي 3 مرات مقارنة بعدد السكان مباشرة بعد الاستقلال حيث أصبح (30.6 مليون نسمة) و يشكل الأطفال و الشباب الشريحة الأكبر فيه (48%)، أما الأشخاص ذوي العمر الثالث

(60 سنة فما فوق) فيشكلون نسبة في تزايد مستمر " .

¹ - Ecole Nationale d'Administration, Op Cit, p – p : 21 - 22.

² - Ebid, P 31.

³ - Ministère de la Santé et de la Population, " Développement du système Nationale de Santé", (Document Interne), Juin 2001 , p 21.

⁴ -Ibid , p – p : 42 – 43.

⁵ - Farid Chaoui, Op Cit, P 12.

- و يفسر ذلك تحسن الوضع الأمني (الاستقلال) ، و المستوى المعيشي ، خاصة في إطار المنهج الاشتراكي... من خلال المخططات التنموية... بغرض المحافظة على الاستقلال الاقتصادي و تلبية الاحتياجات الأساسية للسكان"¹.

أما نسبة الزيادة السكانية فانخفضت إلى 1.64% سنة 1999 و نفس الشيء بالنسبة للوفاة حيث انتقل من 16.45% سنة 1970 إلى 5.6% سنة 1999².

و يرجع سبب انخفاض نسبة الزيادة السكانية و الذي بدأ يتناقص منذ سنة 1993 إلى غاية سنة 2000 حيث انتقل من 2.25% إلى 1.43% إلى "الحالة التي عرفتها البلاد آنذاك خاصة الوضع الأمني... والوضع الاقتصادي المزري للأسر، و تفشي البطالة و النزوح من الريف إلى المدينة و أزمة السكن والإعراض عن الزواج و تسريح العمال بسبب التخريب و الحرق الذي لحق بمنشآت الدولة"³.

" و فيما يخص الأمل في الحياة عند الولادة و الذي يعتبر مؤشر صحة و مؤشر تنمية في نفس الوقت، فإنه عرف إرتفاعا ب 20 سنة مقارنة بسنة 1962، و ب 11 سنة مقارنة بسنة 1980"⁴.

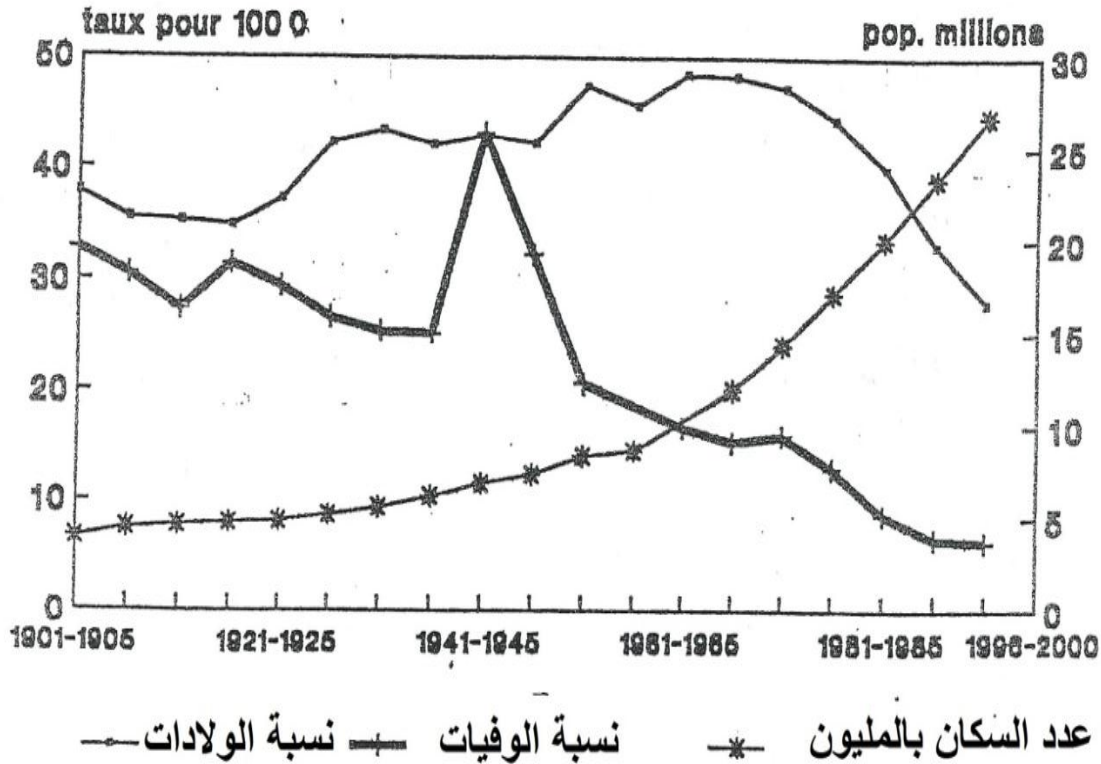
¹ - عبد القادر قداوي، مرجع سابق، ص 182.

² - Ministère de la Santé et de la Population, (Document interne), Op Cit, p -p : 10- 12.

³ - عبد القادر قداوي، مرجع سابق، ص 186.

⁴ - Ministère de la santé et de la population (Document interne) Op Cit, p 10

الشكل رقم 07 الانتقال الديمغرافي للجزائر 1999-1900



Source : A.OUCHFOUN , " problématique de la santé en Algérie " , Dossier pédagogique , Ecole nationale de santé publique , juin 2004 , p7.

ب- الوضعية الصحية :

إن استهلالنا للظروف الخارجية بالوضعية الديمغرافية كان من أجل التقديم للوضعية الصحية و التي أصبحت تتميز عن الوضعية السابقة للصحة الوطنية عموماً. فالجزائر في هذه المرحلة هي في فترة ايبيدلمولوجية انتقالية - حسب الخبراء في هذا الميدان- حيث " تتميز ببقاء الأمراض المتنقلة (أمراض الأطفال المعدية، السل، الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان) و هي الموصوفة بأمراض الفقر، و التي تتميز بها الدول التي في طور التنمية، و يضاف إلى هذه الوضعية طغيان الأمراض غير المتنقلة و المسماة بأمراض الرفاهية (السرطان، السكر، أمراض القلب والشرابين، القصور الكلوي، الأمراض العصبية، و التنفسية الحادة) و التي تغلب في البلدان المتقدمة، و هي تتطلب

تكفلا طبيا ثقيلًا و مكلفًا و الذي سيتضاعف تأثيراتها مع زيادة شريحة الشيخوخة في السنوات الآتية. وزيادة على ذلك يجب الاهتمام بمشاكل الصحة العقلية و التي يزيد حجمها الحالي و تأثيرها على المدى المتوسط و البعيد ستكون معتبرة، و سيزيد حمل الدولة أضعافًا إن علمنا أن هناك شريحة من المجتمع و التي لم تسمح لها إمكانياتها المادية من طلب العلاج¹ ، و ما ينتج من إعاقات جراء الحوادث المرورية و المنزلية و المهنية و الأمراض الناتجة عن التلوث و التي هي من نتائج التمدن أو زيادة الأوساط الحضرية نتيجة لسياسة الإسكان المنتهجة

ج- الوضعية الاقتصادية و الاجتماعية :

إن التدهور المستمر في قيمة الدينار – نهاية الثمانينات- و كذا انخفاض معدلات النمو الاقتصادي بسبب تدهور أسعار النفط – المصدر الأساسي للعملية الصعبة- قد أثر مباشرة على النشاط الاقتصادي ككل، و كنتيجة حتمية حدث اختلال في ميزان المدفوعات و تراكم في الديون الخارجية و قد أدت هذه الوضعية بالسلطة الجزائرية إلى القيام بمفاوضات عميقة مع صندوق النقد الدولي و البنك العالمي، قبلت على إثرها بميكانيزمات جديدة في التمويل حيث شرعت في إصلاحات جذرية بهدف التقليل من نسبة التضخم و من نسبة العجز في الميزانية العامة للدولة، و تبلورت هذه الإصلاحات في مخطط التعديل الهيكلي للمؤسسات و الذي كان يهدف أساسًا إلى تحقيق توازن الاقتصاد الكلي و دفع النشاط الاقتصادي و تبني اقتصاد السوق و ما يتبعه من خصوصية... الخ، و إصلاح المنظومة الصحية جاء كحل عقلائي اقتصادي خلال تحديد حجم الموارد المسخرة لقطاع الصحة للخروج من آثار الدفع الجرافي و ما نتج عنه من سلبيات.

" خاصة و أنه ورد في تقرير البنك الدولي للاستثمار فيما يخص الصحة سنة 1993 أنه تصرف أموال بما تفوق الحاجة أو بصفة سيئة من أجل الصحة بالجزائر من جراء خيارات غير صائبة من حيث الأولوية الصحية و التكنولوجية أو الهياكل القاعدية كما أشار التقرير إلى ركود الوضع الصحي و أحيانا تدهوره في البلدان النامية منذ نهاية الثمانينات من جراء سياسة التعديل الهيكلي و الأزمة الاقتصادية..."².

إن هذه الوضعية الاقتصادية أدت إلى رداءة الوضعية الاجتماعية بكل جوانبها خاصة بتفشي ظاهرة البطالة، و ما نتج عن التسريح الذي شهدته المؤسسات الاقتصادية، و غلاء مستوى المعيشة مما أدى إلى انزلاقات خطيرة تعدت بذلك الحدود الاجتماعية لتمس الأوضاع السياسية و الأمنية للبلاد و التي زادت الطين بلة.

¹ - Ministère de la Santé et de la Population, (Document interne), Op Cit, p – p : 12 - 13

² - جريدة الخبر ، "مقال : تقرير البنك الدولي للاستثمار في الصحة اصلاح المنظومة أكثر من ضروري"، الصادرة في 4 جانفي 1994، العدد 970.

د- الوضعية البيئية :

إن الكثير من المشاكل الصحية التي يتكفل بها قطاع الصحة، هي في الحقيقة مشاكل كان من الممكن عدم وجودها أو على الأقل وجودها بصورة ضعيفة. إن الأمر يتعلق بالبيئة، و التي كانت ضحية التنمية الصناعية و الاجتماعية التي اعتمدها الدولة إبان تنفيذها لمخططاتها التنموية و التي عرفت الحجم الأكبر ما بين سنوات السبعينات و الثمانينات، و أيضا خلال التوسعات العمرانية من أجل مواجهة مشاكل الإسكان الخاصة بالأعداد المتزايدة للسكان إثر النمو الديموغرافي السريع الذي عرفته البلاد و أيضا النتائج السلبية للنزوح الريفي نحو المدن و زيادة نسبة السكن الهش. كل هذا و الكثير مثله كان سببا في

زيادة نسب العديد من الأمراض، بل حتى سببا في الوفاة للكثير من السكان ، نذكر أمثلة عنها فيما يلي¹ :

- الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، و ذلك لقدم قنوات الصرف الصحي و عدم توفر مخططات التصفية الكافية حيث تغطي نسبة 20% فقط من السكان، هذا و إن كانت في حالة نشاط، زد على ذلك نقص التزود بالماء الشروب و الذي إن وجد يكون ذو نوعية رديئة. إن هذه الأمراض تكلف قطاع الصحة أموالا طائلة.
- التلوث الناتج عن سوء تسيير النفايات و التي يقدر جمعها فقط ب 60% أي الباقي في الطبيعة. و عملية الحرق لهذه النفايات تتم بالقرب من المراكز الحضرية المنتجة لها مما يزيد في خطر الإصابة بالأمراض.
- شروط السكن غير الملائمة، بل المضرة بالصحة و التي قد تكون بسبب هيكلة أو كيفية أو الوسائل و المواد المستعملة لإنجازه، أو لمساحته، و التي تميز السكنات الهشة المقدرة ب 6% من حظيرة السكنية للدولة سنة 1966 . و التي تأوي زيادة عن الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، إلتهاب السحايا، السل، الأمراض المتنقلة جنسيا، ألام المفاصل الحادة، الأمراض الاجتماعية و النفسية بسبب غياب شروط العيش.

- المشاكل الصحية في أوساط العمل و زيادة الأمراض المهنية بسبب التعرض للمواد المضرة بصحة العمال مثل الغازات و الغبار، و الضجيج.
- تلوث الهواء بفعل المصانع و حظيرة السيارات القديمة و الذي يعد سببا في تفشي الأمراض التنفسية و أمراض القلب و الشرايين.
- تلوث الشواطئ بنسبة 70% منها ممنوعة من السباحة بفعل قرب مواقع الصناعة الثقيلة بالساحل و الذي يحوي أخصب الأراضي و أهم الموارد المائية رغم أنه يمثل 1.7% من المساحة الكلية للجزائر.

¹ - Ministère de la Santé et de la Population, Boudjemaa dalila, "la santé une Préoccupation intersectorielle, (Assises nationales de la santé, Alger, 26-27 et 28 Mai 1998) (résumé),sp

كل هذا يدعونا إلى التساؤل كيف يمكن لقطاع الصحة أن يتحمل أثار كل هذه الوضعية التي لم يكن سببا فيها. إنه يقوم بعلاج أثارها لكن أين باقي القطاعات التي لهل دور الوقاية من مخاطر النشاطات التي تدخل ضمن مسؤولياتها.

إن هذا وصف شامل للظروف المحيطة بالمؤسسة الصحية عشية تقرير إحداث عملية التغيير فيها، والذي أخذته الحكومة على عاتقها فبدأت بتخصيص جهاز مكلف بإصلاح المستشفيات و إضافتها إلى وزارة الصحة و السكان و التي بدأت بعقد اجتماعات و مؤتمرات قصد تشريح الوضعية و البحث عن البدائل على المستوى الجهوي و الوطني.

3. محتوى عملية الإصلاح :

إن هذا الفرع من هذه الدراسة سيجعلنا نتعرف على ما حددته السلطات كبديل للتنظيم السابق للمؤسسة الصحية و الذي جاء كثمرة عمل مشترك بين مجموعة من الخبراء و مسؤولي وزارة الصحة و كذلك مديري المؤسسات الصحية على الصعيد الجهوي و الوطني و من أهم هذه الأعمال نذكر المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية لسنة 1990 و الذي انعقد في مدينة الجزائر شهر ديسمبر و في إطار هذا الأخير شكلت ستة لجان تمثلت في :

- لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية.
- لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية.
- لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة.
- لجنة التكوين.

كما انعقدت حلقة للخبراء في مدينة "جانت" من 17 إلى 20 ديسمبر من نفس السنة - 1990 - و هي حلقة تتعلق بإصلاح المنظومة الصحية. و شارك فيها ممثلين عن وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية و الصندوق الوطني للتأمين عن الأجراء و كذلك خبراء أجانب... و تمثلت أهداف هذا الاجتماع في إجراء تقدير لنتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية و كذلك اقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لأجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح¹ و سنعرض فيما يلي محتوى عملية الإصلاح هذه كما ورد في التقارير الرسمية فنعرض أولا إلى أهدافها ثم إلى اتجاهاتها و أخيرا إلى خطة العمل المرسومة لإنجازها.

¹ - شاي ، مرجع سابق ، ص 15.

1.3. الأهداف العامة :

- إن أهداف عملية التغيير في تنظيم المؤسسات الصحية تمثلت عموماً فيما يلي¹ :
- تركيز و مواءمة جهاز توفير الخدمات الصحية و الاستشفائية مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام معلومات كفوؤ.
 - منح مستخدمي الصحة – مهما كانت أسلاكهم و مسؤولياتهم – كل الوسائل و الإمكانيات التي بها يستطيعون تلبية الاحتياجات الصحية و الاجتماعية بفاعلية.
 - إعادة التأكيد على وجوب التأسيس لعلاقات تعاقدية بين جميع المتدخلين في صحة المواطنين.
 - التأكيد على حقوق و واجبات مستعملي المؤسسات الصحية، و حماية المرضى منهم بصفة خاصة.
 - تأمين الإمكانيات المالية الضرورية للسير الحسن للمؤسسة الصحية.
 - تحسين فعالية النفقات المخصصة للمؤسسة الصحية تحت أي صورة كانت.

2.3. الاتجاهات الإستراتيجية للإصلاح :

- إن تحقيق هذه الأهداف يحتاج إلى أعمال إستراتيجيات عمل فعالة مستندة في ذلك إلى النصوص التشريعية و التنظيمية المحينة و ذلك في الميادين التالية² :
- تنظيم النظام الصحي.
 - إصلاح تمويل الصحة.
 - تنظيم نظام فعال للمعلومة الصحية.
 - البرمجة الصحية.
 - الأدوية و التجهيزات الطبية.
 - القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة.
 - التكوين الطبي.
 - البحث في الميادين العلمية المتعلقة بالصحة.
 - الاتصال و مشاركة السكان.
 - قواعد و أخلاقيات المهنة.
- و كل إستراتيجية من هذه الاستراتيجيات حددت لها مجموعة من الأهداف المتوسطة و التي ستترجم إلى تطبيق فعلي. و سنرى بتلخيص محتوى هذه الإستراتيجيات³.
- أ- التنظيم و التسيير :**

¹- Conseil National de la Réforme Hospitalière, Op Cit , P 2

²- Ministère de la Santé et de la Population, (Document Interne),Op Cit, p – p : 37 – 38.

³- Ibid, du 38 au 52, (Résumé).

- إعداد الخريطة الصحية و التي تشكل العنصر المرجعي في التنمية الصحية للبلاد عن طريق التقسيم الحكيم للموارد في إطار موحد و مدمج لجميع المتدخلين .
 - إعادة تهيئة مختلف مستويات نظام الصحة عن طريق تخصيص الموارد البشرية و المادية اللازمة لكل مستوى مما يسمح بمعالجة المشاكل الصحية في الإطار الذي وجدت فيه و ضمان اللحاق إلى الفئات المعوزة و البعيدة للخدمات الصحية القاعدية الوقائية و العلاجية بالنسبة للدوائر و الولايات، أما الخدمات الصحية المتخصصة فتكون على مستوى جهوي عن طريق المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية.

- تعويض نظام الاستشفاء ببدائل أخرى، كالعلاج المتنقل، و العلاج في البيت...
 - اعتماد صور حديثة للتسيير بالنسبة لمديري هذه المؤسسات خاصة فيما يخص التعاقد من الباطن، التأسيس لمجمعات شراء مشتركة بين المؤسسات فيما يخص الأدوية و التجهيزات، إدخال العمل بالمحاسبة التحليلية، تقنية مشروع المؤسسة، الاستعمال الفعال للموارد البشرية و المادية، تقييم الكفاءات و التكاليف.

ب- التمويل :

- توجيه الوسائل المالية نحو تلبية الحاجات الصحية الضرورية عن طريق : مراجعة ميكانيزمات منح الوسائل و التي يجب أن تبني على منطق النشاط.
 - منح الأولوية للعلاج القاعدي بحيث يكون استعمال المؤسسات متساوي بين كل سكان الولايات مع إضافة الوسائل للولايات التي تعاني من تأخر صحي.
 - العمل بنظام الحسابات الوطنية للصحة و التي تسمح بالتعريف بمجموع الوسائل الممنوحة لنظام الصحة بمجمله. مما يسمح بتحليلها و تقييمها (أي الوسائل).
 - مراجعة العلاقات بين صناديق التأمين و المؤسسات الصحية عن طريق تحيين مدونات الأعمال الطبية، و طرق تمويلها، و أسعارها.
 - تصفية ديون المؤسسات الصحية عن طريق التخفيف منها تدريجيا خلال تطبيق مشروع الإصلاح.

ج- الإعلام الصحي :

- إلزامية احترام جميع دعائم المعلومة الصحية من ملفات المرضى و سجلات الفحص و الصيدلانية و الإدارة... الخ للإجراءات و القواعد المهنية.
 - تحديد المؤشرات الصحية الضرورية و وضع دعائم المعلومات الملائمة لها.
 - تحديد الأشخاص المسؤولين في كل المستوى عن هذه الدعائم و وظائفها.
 - استعمال النتائج المحللة للمعلومة الصحية في أخذ القرارات المحلية.

- تأمين انتقال المعلومات إلى المستويات عن طريق توفير الوسائل لذلك.
- تأسيس بنوك معلومات جهوية و مركزية فيما يخص الحالة الصحية، الوسائل البشرية، المالية و المادية للتمكين من استعمالها لتقييم النشاطات و نوعية الخدمات.

د- البرمجة الصحية :

- إن ميدان الوقاية يجب أن يأخذ المكان المميز في مهام نظام الصحة و ذلك عن طريق :
- وضع و تقييم البرامج السابقة للصحة و تزويدها بما تحتاجه من وسائل، و كذلك إعداد برامج جديدة تهتم بمكافحة الأمراض المزمنة الغالبة مثل : داء السكري، الضغط الدموي، أمراض القلب، السرطان، مكافحة الأمراض المتنقلة عن طريق الدم.

- المساهمة في الأعمال التي تهدف إلى ترقية مستوى معيشة السكان خاصة في ميدان : التغذية، النشاط الرياضي، مكافحة الإدمان...

- تحسين الصحة في الأوساط الخاصة بضمان التغطية الشاملة للسكان المعنيين (المدارس، الجامعات، الأوساط المهنية...) و كذا التكفل بالصحة العقلية و المشاكل الصحية الناجمة عن العنف، و كذلك الاهتمام بالبرامج الموجهة للمراهقين، و صحة المستهلك في إطار تحقيق الأمن الصحي و مضاعفة المراقبة فيما يخص النوعية الميكروبيولوجية و الكيمائية للماء و الهواء و البيئة بصفة عامة. و كذلك تحسين النظافة في الأوساط الاستشفائية.

تشديد المراقبة الصحية على مستوى الحدود فيما يخص الأشخاص و السلع.

- فيما يخص البرامج المتعلقة بالسكان يجب تقوية البرامج المتعلقة بحماية الأمومة و تطوير الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية و كذلك الوقاية و الكشف و علاج الأمراض المتنقلة جنسيا، و السرطانات.

- في مجال الخدمات العلاجية يجب تحسين مستوى هذه الخدمات عن طريق التعريف و الإعلام بكل ما يخصها و توفير الوسائل اللازمة لذلك.

ه- الأدوية و التجهيز :

- توفير الأدوية الضرورية عن طريق تشجيع إنتاج الأدوية الجنيسة و مراجعة النصوص القانونية المتعلقة باستيراد الأدوية و المتاجرة فيها. و كذلك إعادة تنظيم الصيدليات الاستشفائية بوضع مدونات خاصة و تحسين طرق تسييرها كمخزونات و توزيعها.

- عقلنة النفقات الموجهة للمنتجات الصيدلانية.

- تقوية الرقابة على المنتجات الصيدلانية و التجهيزات الطبية عن طريق وضع مقاييس و إجراءات و كذا فيما يخص نقل الدم و منتجاته بتكوين المستخدمين و توفير الوسائل الضرورية.

- العمل بأسلوب التسيير بالإعلام الآلي لهذه المنتجات و إعادة تنشيط مفتشية الصيدلة عن طريق وضع برنامج خاص و وضع دليل تعتمد عليه المؤسسات الصحية في كل العمليات التي تقوم بها في هذا الميدان.

و- القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة :

- تجنيد المستخدمين عن طريق مراجعة أساليب ممارستهم لأعمالهم و شبكات الأجور من أجل التخفيض في الفارق بينهم و بين مستخدمي القطاع الخاص.

- التخفيض من الفوارق الجهوية فيما يخص المستخدمين المتخصصين عن طريق وضع وسائل تجذب هؤلاء إلى تلك المناطق.

- العمل بأسلوب التعاقد عندما تصبح هناك تغطية لجميع الاحتياجات البشرية.

- إشراك الأطباء في نقل المعلومات الضرورية للتقييم الصحي و المراقبة اليببيديميولوجية. و احترام قواعد العمل الخاصة بذلك.

ز- التكوين :

- فيما يخص التكوين الأساسي يجب تحسين نوعية التكوين و ملائمة مع المناصب المستقبلية عن طريق تكوين المسيرين وفق الأنماط الحديثة، التحكم في أعداد الطلبة الأطباء، تكوين المتخصصين في الصحة.

- فيما يخص التكوين المتواصل يجب إشراك جميع فئات المستخدمين من أجل تحسين المهارات و يجب ربط ذلك بالتطور في المسار المهني لهم، كما يجب توفير مراكز للوثائق و التي من شأنها توفير المعلومات التقنية و تشجيع التبادل بين مختلف الهياكل الوطنية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية.

ح- البحث في علوم الصحة :

- توجيه البحوث العلمية التي تجري عادة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية، أو في مخابر جامعات الطب نحو البحوث التطبيقية أو الميدانية، و تقييم مدى استجابة إمكانيات نظام الصحة تقييما نوعيا و كميًا.

- تحديد المعوقات في التسيير و التمويل و التي تخل بسير نظام الصحة، من أجل اقتراح و توفير العناصر الموضوعية المساعدة على أخذ القرارات.

- وضع الوسائل المادية و البشرية الضرورية للتحكم في التقدّمات العلمية والتكنولوجية التي تعرفها علوم الصحة في هذا العصر و ذلك يتطلب المنطقية و الاختيار بالنظر إلى محدودية الوسائل.

ط الاتصال :

و تتفرع هذه الإستراتيجية إلى فرعين : الاتصال الاجتماعي، و الاتصال الداخلي، إذ :

- يجب وضع سياسة اتصال اجتماعي تسمح لنا بإشراك السكان في التكفل بمشاكلهم الصحية، و الدور الأساسي في هذه العملية يكون موزعا على : المؤسسات الصحية، أطباء الصحة المدرسية و الجامعية و الصحة المهنية في القيام بأعمال الاتصال دون إهمال دور وسائل الإعلام في التحسيس بمشاكل الصحة

العمومية. كما تهدف هذه السياسة إلى توجيه القائمين على القطاعات الأخرى لتحديد اختياراتهم في حماية و ترقية الصحة.

ي- قواعد و أخلاقيات المهنة :

لقد كرس الدستور حق جميع المواطنين في حماية صحتهم و جعل من ذلك حقا أساسيا. لكن الوضعية المتعددة الأبعاد التي عاشتها الدولة لأكثر من عشرية أدت إلى عدم تمكن بعض الشرائح من المجتمع لا يستهان بها من الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، مما نتج عنه بعض الممارسات والتي لا تمت بصلة لقواعد و أخلاقيات العمل. و لذلك فمن الضروري إصلاح و تصحيح هذه الممارسات عن طريق :

- احترام مبدأ المساواة في الحصول على الخدمات الصحية و تكريس ذلك في المؤسسات الصحية.
- أما على مستوى المريض فيجب وضع ميثاق يوضح شروط استقباله و إقامته بالمؤسسة و بالخصوص إحترام كرامته و اختياراته، و الالتزام بالسرية.
- يتطلب الأمر إجراء تحسيس و توعية لمختلف مستخدمي المؤسسة بقواعد العمل و الأخلاقيات التي يجب أن يتمتعوا بها بغض النظر عن القيم الأخلاقية و الثقافية.
- و لهذا الغرض فإنه يجب تفعيل دور المجلس الوطني لأخلاقيات المهنة و مختلف اللجان على مستوى المؤسسات ذاتها. و التي من شأنها التكفل بحل هذا النوع من المشاكل.

3. خطة العمل :

إن خطة العمل التي حددت من أجل تطبيق هذه الإصلاحات قسمت إلى ثلاث مراحل و التي سنعرضها فيما يلي :¹

أ- على المدى القصير (من جويلية 2001 إلى ديسمبر 2003):

- التفاهم مع مختلف فاعلي الصحة حول مشروع الإصلاح.
- إعداد و تطبيق برنامج الاتصال الاجتماعي.
- مراجعة القانون المتعلق بحماية و ترقية الصحة (القانون رقم 85-05).
- مراجعة الاتفاقيات مع صناديق تأمين المرض و تحسين مدونة الأعمال الطبية و شبه الطبية.
- التفاوض من أجل مسح ديون المؤسسات العمومية للصحة.
- دراسة و إعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- إجراء محادثات مع وزارة التعليم العالي و البحث العلمي حول إصلاح الدراسات الطبية و شبه الطبية و حول التحكم في أعداد التكوين، و منح الأهمية لتكوين المتخصصين.

¹ - Ibid, p -p : 53- 54 et 55.

- إعداد الخريطة الصحية و دراسة التخطيطات الصحية اللازمة على المستوى الوطني و الجهوي.
- إعداد بطاقات تعريفية للقطاعات الصحية من أجل تقييم درجة تغطيتها للاحتياجات السكانية و تحديد طبيعة و حجم الوسائل الواجب توفيرها وفق الأولويات.
- مراجعة القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة من أجل جذب و الإبقاء على المتخصصين المؤهلين في القطاع العام هذا من جهة، و من جهة أخرى من أجل تشجيعهم لإعادة توزيعهم في المناطق المعزولة.
- إعادة تهيئة المنشآت و التجهيزات و منح الأولوية لتطوير النشاطات الطبية الصحية عن طريق إنشاء هياكل استشفائية جديدة.
- وضع و دراسة المعايير و الميكانيزمات الخاصة بعملية تقييم نشاطات المؤسسات الصحية و تعميم نظام المعلومات الخاصة بالتسيير.
- تقوية برنامج الصحة الاستشفائية.
- التعريف و التطبيق لمجمل الخدمات الصحية القاعدية العلاجية منها و الوقائية و التي يجب أن تكون في متناول السكان أينما كانوا.
- إعداد و نشر المخططات العلاجية المتفق عليها فيما يخص الأمراض ذات الانتشار الواسع في الوطن.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات و التعديلات الواجب إتباعها.

ب- على المدى المتوسط (إلى غاية 2005) :

- اختيار طريقة العمل و الوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن الضروري بين التغطية الصحية الشاملة و تطهير الوضعية التمويلية.
- وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة و تنظيم فروع التكفل بهؤلاء المرضى.
- تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية و التي تركز أكثر استقلالية في التسيير.
- تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق هدف 45 % على الأقل من الاحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية الجينية.
- وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم الإعلام الآلي (إنشاء بنك معلومات في كل ولاية).
- إعداد و تطبيق البرامج المحلية للأعمال الصحية.
- تحديد ميكانيزمات منح و تخصيص الوسائل.
- لا مركزة الميزانيات الخاصة بالتسيير عن طريق ربطها بالولايات.
- وضع مفتشية مكلفة بتقييم النشاطات الطبية و التسييرية على مستوى كل مديريات الصحة و السكان.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات و اقتراح التعديلات.

ج - على المدى البعيد (حتى 2010) :

- توفير الوسائل اللازمة لسير المراكز الجهوية للخدمات الصحية ذات التخصص العالي (الأمراض السرطانية، الأمراض القلبية، نقل الأعضاء، الأمراض العصبية...).
- تكثيف بعض المصالح الصحية للوقاية و التكفل بالأمراض المرتبطة بشيخوخة السكان.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات ووضع الأولويات الجديدة.

4. المسار التطبيقي لعملية الإصلاح :

لقد تطرقنا فيما سبق إلى خطة العمل التي سطرته السلطات لتنفيذ عملية الإصلاح كما وردت في الوثائق التي أعدتها، لكن الآن سنتطرق إلى معرفة مدى تطبيق هذه الأعمال على أرض الواقع، لنحدد فيما بعد أيها قد تم تحقيقه و أيها لم يتحقق بعد. و سنعتمد معيار المدة الزمنية التي إتخذتها الوزارة الوصية كمحددات لخطة العمل.

1.4. الأعمال المخطط لها من 2001 إلى نهاية 2003 :

فيما يخص الأعمال المخطط تنفيذها خلال هذه المرحلة و التي تتبعنا صيرورتها إلى غاية نهاية دراستنا، نستطيع الإفادة بأن :

-عملية الشرح لمشروع الإصلاح قد تمت فعلا في بداية تقرير هذه الإصلاحات حيث نظمت عدة مؤتمرات، و عدة ملتقيات و إجتماعات على المستوى الوطني و على المستوى الجهوي. حيث أن أهداف الإصلاح و خطة العمل لتنفيذه كانت من بين الثمار التي أتت بها هذه اللقاءات، وقد تم إعتماها بعد عدة إجتماعات للمجلس الوطني للإصلاح الإستشفائي، وهي في الواقع " عبارة عن حوصلة لمختلف المشاركات و الإقتراحات الجماعية و الفردية التي وردت من مستخدمي الصحة و المؤسسات التابعة للوزارة و مختلف النقابات العمالية للصحة و كذلك الجمعيات الناشطة في ميدان حماية صحة المواطنين بعد نداء المشاركة الذي أطلقه المجلس في أوت، و ذلك بإرسالها مباشرة إلى أمانة المجلس أو عن طريق البريد الإلكتروني لموقع " Reformaster @ Santé . dz "، و الذي أحصيت فيه حوالي 4 آلاف زيارة في بداية سنة 2003، كما تم إعداد التقرير الأولي للمجلس عن طريق إستغلال مساهمات و إثراءات 12 إجتماعا جهويا نظم ما بين 10 و 17 ديسمبر 2002 على مستوى بعض الولايات¹. فهذه الأهداف و هذه الخطة كانا محل تفاهم بين مختلف الأطراف الفاعلة في قطاع الصحة.

- كما أن عملية وضع برنامج الاتصال الإجتماعي قد عرفت بداية العمل عليها لكنها لم تنته سنة 2003 كما كان مخططا لها، بل لازالت متواصلة إلى حد الآن. و قد تم إنجاز أمور جد مهمة في هذا المجال، مثل إعادة تهيئة مكاتب الدخول لجميع المؤسسات الصحية و العمل بإجراءات تم إدخالها من أجل تقريب

¹- Conseil National de la Réforme Hospitalière, Op Cit, p1.

الصحة للمواطن و في هذا الصدد تم إصدار عدة نصوص تنظيمية تمثلت في تعليمات و مناشير نذكر أهمها فيما يلي :

- التعليم رقم 07 المؤرخة في 23 أوت 2001 المتعلقة بتدعيم النشاطات الصحية.
- التعليم رقم 14 المؤرخة في 02 أكتوبر 2001 و المتعلقة بتحسين الخدمات المقدمة للمواطنين.
- التعليم رقم 16 المؤرخة في 22 سبتمبر 2002 و المتعلقة بأنسنة المستشفيات
- كما إستفاد الأعوان العاملون بمكاتب الدخول من تدريبات على الوسائل و التقنيات الجديدة التي تم إقتناؤها أو منحها من طرف الوزارة الوصية حسب إمكانيات كل مؤسسة صحية. و قد تم تنظيم هذه التدريبات على مستوى بعض المؤسسات. وقد ترجم بإنشاء نظام إعلام آلي على مستوى مكاتب الدخول والمصالح الإستشفائية، عن طريق إدخال بل إجبار العمل " بالبطاقة المتنقلة " التي تحصي كافة النشاطات و الخدمات التي إستفاد منها المريض منذ دخوله إلى المستشفى إلى غاية خروجه. و التي عن طريقها يتم إحصاء نشاطات المؤسسة التي ستكون محل تعويض من طرف الجهة الممولة لها، و كان هذا بمثابة التحضير لإدخال مفهومي "العقلانية" و "إقتصاد الصحة" في تسيير المؤسسة الصحية.
- فيما يخص مشكل الديون، فقد بدأت معالجته فعلا مع بداية هذه المرحلة بإحصاء جميع ديون المؤسسات الصحية، فتم منح إعتمادات مالية من أجل تغطية الديون الصغيرة، أما تلك المؤسسات التي كانت لديها ديون كبيرة فقد تمت جدولتها ضمن برنامج تسديد و لكن لم يتم التخلص منها في هذه المرحلة، بل إمتدت إلى غاية بداية سنة 2009 (أي المرحلة الثالثة من الخطة). مما يدل على أن العملية أخذت أكثر من الوقت الذي تقرر لها، و ذلك يعود لقلة الموارد المالية للقطاع بصفة عامة.
- الشروع في الإجتماعات مع وزارة التعليم العالي و البحث العلمي من أجل مواكبة هذه الإصلاحات بإصلاح برامج التكوين حسب الإحتياجات الصحية للسكان و التي كانت غير محددة بعد من طرف وزارة الصحة و بدأ العمل على تحديدها عن طريق الدراسات الإستشراافية بناء على المعطيات الديموغرافية والوبائية للسكان، و كذلك حسب الأعداد الضرورية لتلبية هذه الإحتياجات، سواء في ميدان الطب أو التمريض أو في ميدان التسيير الإستشفائي، لكن هذه الغاية لم تدرك أبدا خلال هذه المرحلة و ذلك لتقل المهمة و للنقائص الكبيرة فيما يخص جانب المعلومات الضرورية لذلك.
- صدور منشور يتعلق بإصلاح التجهيزات الطبية و هو المنشور رقم 04 المؤرخ في 07 أوت 2003، والذي يدخل ضمن هدف إعادة تهيئة المنشآت و التجهيزات، و الذي بقي تطبيقه في الواقع قيد الإنتظار لعدة عراقل أهمها نقص الوسائل المالية.
- تم إصدار التعليم رقم 17 المؤرخة في 24 أكتوبر 2002 و التي تضم إجراءات تتعلق بالزيارات التقنيشية و هي تهدف إلى المبادرة بإعادة تأهيل قاعات العلاج و ضمان سيرها عن طريق توفير التجهيزات و المستخدمين و السهر على برمجة الإستشارات الطبية الدورية.

- و قد تم تقييم هذه الإصلاحات في نهاية 2003 من طرف السلطات المركزية، و اعتبر أن فكرة نوعية الخدمات هي بعيدة التحقيق في الوقت الراهن، و أن ذلك يتطلب إنسجاما بين القطاع الخاص و العمومي و يتطلب وجود أجهزة تفتيش خارجية.

هذا ما تم إنجازه بالنسبة للأعمال المقرر تحقيقها في هذه الفترة، أما البقية من الخطة فمنها ما تأجل إلى مرحلة آتية، و منها ما لم يعرف النور إلى غاية الآن.

2.4. الأعمال المخطط لها إلى غاية 2005 :

سنبداً جرد هذه الأعمال بدءاً بالأعمال المؤجلة منذ المرحلة السابقة حيث :

- تم مواصلة العمل على محو الديون المتبقية للمؤسسات الصحية، و بالرغم من ذلك فإنه لم ينتهي التخلص منها في هذه الفترة.

- النص على إجراءات جديدة تتعلق بتسيير المنتجات الصيدلانية في المؤسسات العمومية للصحة. والهدف منها التسيير العقلاني للمواد الصيدلانية و تدعيم إجراءات المراقبة الداخلية و التكفل الجيد بالمريض وذلك بموجب المنشور رقم 06 المؤرخ في 21 نوفمبر 2005، و الذي من خلاله تم إدخال مفهوم المنافسة بعد أن كانت الإقتناءات من الأدوية و مستلزمات العلاج حكرا على الصيدلية المركزية للمستشفيات و التي كانت المورد الوحيد.

- و فيما يخص الوضعية المالية – كهدف رئيسي لهذه المرحلة – فإنه أعدت ترسانة من النصوص القانونية و التنظيمية قصد التأسيس للنمط التعاقدية، و الذي يتمثل في تمويل الخدمات الصحية التي تؤديها المؤسسة الصحية عن طريق إتفاقيات تبرمها هذه الأخيرة مع الأطراف الممولة و هي :

الدولة : حينما يتعلق الأمر بالمرضى عديمي الدخل و غير المؤمنين إجتماعيا، بالإضافة إلى تمويل نشاطات التكوين و البحث العلمي و الوقاية.

صناديق الضمان الإجتماعي : عند ما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين إجتماعيا و بذوي حقوقهم.

الأفراد : و هم المرضى الذين لا ينتمون إلى فئة المعوزين الذين تتكفل بهم الدولة، و لا ينتمون إلى فئة المؤمنين إجتماعيا، و هي الفئة التي تكون متاحة الدخل.

و تبقى هذه النصوص* مجمدة التطبيق بفعل أن التعاقد لم ينتهج بعد، و أن التمويل ما يزال يتم بنفس الطريقة التي مول بها منذ سنة 1974 (أي نظام الدفع الجزائي بالنسبة لصندوق الضمان الإجتماعي، مع

* هذه النصوص هي :

- " القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 المتضمن قانون المالية لسنة 1992 "، (الجريدة الرسمية، العدد 65).

- " القانون رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 "، (الجريدة الرسمية، العدد 87).

مساهمة للدولة و للأفراد بنسبة جد ضئيلة).

3.4. الأعمال المخطط لها إلى غاية نهاية 2010:

عرفت هذه المرحلة مواصلة إعداد بعض النصوص التنظيمية و العمل على تطبيقها في الواقع والتي تتعلق خاصة :

- بتحسين معاملة المريض، في محاولة لتغيير الفكرة من المريض أو المنتفع إلى فكرة الزبون. و أيضا إرجاع هيبة المؤسسة الصحية، و هو تغيير بمس ثقافة المواطن و المريض. حيث وضع المنشور رقم 11 المؤرخ في 17 أكتوبر 2006 حدا لجلب المرضى للأغطية و الأكل من طرف أهاليهم، و تم رفع تسعيرة اليوم الغذائي من 110 دج إلى 150 دج سنة 2006. كما تم عن طريق التعليم رقم 13 المؤرخة في 21 جانفي 2007 المتعلقة بتنظيم الزيارات للمرضى و منعها إلا خلال الأوقات الرسمية و تحديد عدد الزائرين، حفاظا على صحة المريض و من أجل التحكم أكثر في التسيير اليومي للمصالح الإستشفائية كما تم تحديد شروط نقل المرضى و الذي جاء لحل مشكل تحويلات المرضى من القطاعات الصحية إلى المراكز الإستشفائية الجامعية و ذلك كنتيجة للتهرب من تحمل مسؤولية المرضى و ذلك بواسطة التعليم رقم 07 المؤرخة في 03 سبتمبر 2006 المتعلقة بشروط نقل المرضى.
- مراجعة الخريطة الصحية بإعطاء مقاييس جديدة للتغطية السكانية على المستوى الحضري و الريفي. خاصة بعد أن بدأت الأعمال المشتركة بين قطاع الصحة و قطاع التعليم العالي تؤتي ثمارها من حيث التكوين حسب الإحتياجات، و قد نتج عن ذلك خطوة إيجابية من خلال إعادة تطبيق القانون الخاص بالخدمة المدنية للممارسين الأخصائيين الذين يضعهم أمام إجبارية العمل في المناطق الجنوبية خلال السنتين الأولى، و قد رافق ذلك منحهم التحفيزات المادية للعمل في الجنوب. كما رافق صدور هذه النصوص الخاصة بالإصلاحات الإستشفائية ظهور منح مالية للأطباء و لشبه الطبيين.
- كما تم التخلص نهائيا من ديون المؤسسات الصحية في بداية سنة 2009.

=- المنشور الوزاري المشترك المؤرخ في 08 أبريل 1995 المحدد لطبيعة و قيمة الموارد المالية المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة.

-المراسيم التنفيذية المحددة لقواعد إنشاء المؤسسات الصحية (97 - 465 ، 97 - 466، 97 - 467) المؤرخة في 02 ديسمبر 1997 ، (الجريدة الرسمية، العدد 81).

- المرسوم التنفيذي رقم 01 - 12، المؤرخ في 21 جانفي 2001، المحدد لكيفيات التقدم للعلاج لفائدة المعوزين غير المؤمنين إجتماعيا ، (الجريدة الرسمية، العدد 06).

- التعليم الوزاري المشتركة، المؤرخة في 14 جانفي 2003، المتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة ، هياكل الضمان الإجتماعي، و مديريات النشاط الإجتماعي للولايات.

- المرسوم التنفيذي رقم 04 - 101 المؤرخ في 01 جوان 2004 المحدد لكيفيات تحويل مساهمة هياكل الضمان الإجتماعي في تمويل الميزانيات العمومية للصحة، (الجريدة الرسمية، العدد 20).

- و قد عرف القانون المتعلق بحماية و ترقية الصحة تعديلا في بعض جوانبه سنة 2008 بموجب القانون رقم 08 – 13¹، دون التمكن من مراجعته كليا كما قرر في المرحلة الأولى من مخطط الإصلاح.

- و بخصوص القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية فقد تأخر إنجازها في المرحلة الأولى و الثانية من هذا المخطط، و ذلك لطول عملية جمع و إحصاء الإحتياجات الصحية للسكان و التي أسفرت حتى سنة 2007 عن تغيير جزئي في الخريطة الصحية بإلغاء المؤسسة الصحية المسماة " القطاع الصحي" والذي كان 185 قطاعا صحيا و تم تعويضها² بمؤسستين هما :

المؤسسة العمومية الإستشفائية : و التي وضعت تحت وصاية الوالي و هي تتكون من هيكل واحد للتشخيص و العلاج و الإستشفاء و تغطي حاجات بلدية أو مجموعة بلديات و تتكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان. بلغ عددها 199 مؤسسة عمومية إستشفائية.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية : وضعت تحت وصاية الوالي أيضا، و هي تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج و تغطي مجموعة من السكان ضمن حيز جغرافي صحي محدد. و عددها 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية.

أما القوانين الأساسية للمراكز الإستشفائية الجامعية، و المؤسسات الإستشفائية المتخصصة فهي ذاتها لسنة 1997، و لم يأت أي نص يمنحها أكثر إستقلالية في التسيير كما عبر عنه في المرحلة الأولى من مخطط الإصلاح، بالرغم من أنها مازالت توفر التخصصات الصحية ذات المستوى العالي و بنفس الوسائل تقريبا التي كانت تؤدي بها خدماتها سابقا. و الزيادة الطفيفة في عدد المستخدمين في الصحة لا يمكن التعبير عنها مقارنة بزيادة الطلب الصحي أكثر فأكثر. أي أن الطلب متزايد و الإمكانيات ذاتها أولا تكاد تراوح مكانها.

- و فيما يخص الأدوية الجنيصة فهي مطروحة في السوق الان و يستعملها الأفراد و المؤسسات الصحية و هو يطرح عدة مشاكل، لكن الهدف تجسد في غالبته حيث يغطي حوالي 60% من الإحتياجات الوطنية.

- أما بخصوص إعداد و متابعة البرامج الوطنية و المحلية للصحة فهو يتم و لكن بخطى ثقيلة و نفس الشيء بالنسبة للمخططات العلاجية التي تخص الأمراض ذات الانتشار الواسع في الوطن.

- و تبقى مراجعة القانون 85 – 05 من بين أهم النقاط التي لم تنجز إلى غاية نهاية 2017، رغم مصادقة مجلس الحكومة على مشروعه الذي طرحته الوزارة الوصية في نهاية 2016.

- كما تضاف إليها تطبيق النهج التعاقدية في تمويل النشاطات الصحية التي تؤديها المؤسسات الصحية

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "القانون رقم 08 – 13، المؤرخ في 20 جويلية 2008، المعدل و المتمم للقانون رقم 85 – 05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية الصحة و ترفيقها"، (الجريدة الرسمية، العدد 44، الصادرة في 03 أوت 2008)، ص 3.

² - "المرسوم التنفيذي رقم 07 – 140، المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها"، (الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007)، ص 10.

للأفراد.

- كما بقي الكثير لينجز فيما يخص وضع معايير و ميكانيزمات تقييم النشاطات الصحية، و تعميم نظام المعلومات الخاصة بالتسيير، و الخاصة بالتخطيط الصحي.

و بعد أن خالصنا إلى تعداد عناصر خطة العمل المتوقعة، و الإنجازات المحققة فعلا، و البقية المؤجلة، يمكننا ملاحظة أن وتيرة التغيير كما وصفت تتم بطريقة فوضوية و غير مراعية للأولوية التي سطرت بها خلال وضع مخطط الإصلاح، كما أنها تقوم بطرح مفاهيم صعبة و معقدة و غير قابلة للتطبيق لعدم تكامل و عدم إكمال الإنجازات التي قد تتكفل بتوضيح و تسهيل ذلك. كما يتم في كل مرة إصدار تعليمة جديدة أو منشور دون معرفة مستوالتنفيذ أو المعوقات المتعلقة بالتعليمات السابقة. و ذلك مرده إلى تغييب وظيفة التقييم في هذا المخطط ، و متابعة تنفيذه بالإعتماد على المركز، و التخلي عن ذهنية الحوار في المراحل الموالية على عكس التي بدء بها تقرير الإصلاحات.

خلاصة الفصل :

من خلال دراستنا لتطور المؤسسة الصحية منذ السنوات الأولى للإستقلال إلى غاية الان، و إظهارنا لمختلف عوامل النقص و المشاكل التي مازالت تتخبط فيها بفعل عوامل داخلية و أخرى خارجية، و عرضنا للبدائل النظرية التي أوجدتها الجهات القائمة بالإصلاح، يبدو لنا جليا أن عملية التغيير بهذا المحتوى أو بغيره لا مفر منها و ذلك لحساسية نشاط هذه المؤسسة و ما تقوم به من مهام قصد تلبية الحاجات الصحية للسكان. فهي أولا و أخيرا خدمات عمومية بوسائل عمومية، مما يتطلب منها الإلتزام بإنتاج أفضل نوعية للخدمة الصحية و كذلك بأخفض التكاليف الممكنة مع ضمان شروط و مناخ الراحة و الإحترام و التقدير للشخص المريض بصفته مواطنا.

وكما تبدو لنا فإن هذه العملية ليست بالبسيطة بل هي جد معقدة و جد مكلفة من حيث زمن إنجازها و من حيث الوسائل المادية و المالية و البشرية و كذلك التنظيمية الضرورية لتحقيقها. كما يوجد فارق بين توقع الإنجاز و محتواه و بين ما تم تحقيقه، و هو أمر يدعو إلى إعادة مراجعة مخطط الإصلاح من حيث أولوياته في التنفيذ، و من حيث إعطاء كل أمر حجمه الحقيقي.

الفصل الرابع: الدافعية لدى الموارد البشرية و عملية التحفيز:

تمهيد

1. التحفيز كوظيفة لإدارة الموارد البشرية.
 2. العوامل المؤثرة في تأدية وظيفة التحفيز.
 3. التطور التاريخي لوظيفة التحفيز.
 4. التحديات الحديثة المرتبطة بالتحفيز.
 5. نظريات الدافعية.
 6. نظام حوافز الموارد البشرية.
- خلاصة الفصل.

تمهيد :

في الفصل السابق حاولنا التعرف على غاية الإصلاحات الصحية و المتمثلة في خدمة المريض بصفته مواطناً، أما في هذا الفصل فسنتناول نصيب مستخدمي هذا القطاع، و الذي لهم الحق أيضا في الحصول على مقابل يساوي مستوى أدائهم و يقيهم في الخدمة العمومية، بدل اللجوء إلى الممارسات غير الأخلاقية مهنياً، أو الهروب إلى القطاع الخاص و الذي يوفر أجورا و حوافز أعلى، كما لهم الحق أيضا في الحصول على التقدير و الحفاظ على كرامتهم في أوساط عملهم. و الآن و بعد أن عرفنا محتوى عملية الإصلاح، سنتعرف على مدى تحقيقها لانتظارات مستخدمي هذا القطاع و مدى توفيره لمحفزات تدفعهم بالسير به نحو النجاح في إحداث التغيير المطلوب. و ذلك من خلال دراسة وظيفة التحفيز بصفقتها واحدة من بين وظائف إدارة الموارد البشرية، و التعرف على مختلف العوامل التي تؤثر في تأديتها، كما سنبين تطورها التاريخي، و مختلف التحديات التي ترتبط بها حديثاً، ثم سنعرض أهم نظريات الدافعية و التي ستكون لنا سندا في توضيح كيفية بناء أو إعداد نظام الحوافز للموارد البشرية.

1. التحفيز كوظيفة لإدارة الموارد البشرية:

توصف وظيفة إدارة الموارد البشرية في كل مؤسسة بالوظيفة الإستراتيجية. و هذا ليس بحكم عفوي، بل هو حكم معلل بما شهده هذا المفهوم من تطورات منذ ظهور التنظيمات إلى وقتنا الحالي. فهي إدارة تؤثر وتتأثر، و تمتد بامتداد حياة المؤسسة إن لم نقل هي من يمدّها بالحياة من خلال أداء وظائف مستمرة تزيد بها مقدرة و رغبة مستخدميها في العمل.

1.1 مفهوم إدارة الموارد البشرية:

يعتبر مفهوم الموارد البشرية من أكثر المفاهيم تغيراً في أوساط الفكر الإداري و التنظيمي القديم منها و المعاصر، و ذلك لطبيعة العنصر البشري النسبية و المتجددة. و نظراً لكون المؤسسة تنظيماً بشرياً قبل أن تكون تنظيمياً مادياً فإنها خصصت و منذ القديم إدارة تتشكل من مجموعة متخصصة تقوم بدراسة و تحليل العوامل التي تؤثر في السلوك العام للأفراد و تعمل على وضع الأسس التنظيمية المناسبة للرفع من كفاءتهم و بالتالي تحقيق أعلى مستويات التنظيم و قد شهدت هذه الإدارة تغيرات جذرية سواء في التسميات التي أطلقت عليها أو في الأدوار التي تقوم بها لتستقر على مفهوم إدارة الموارد البشرية في هذه الفترة الأخيرة و التي هي قابلة للتغير في الفترات اللاحقة للأسباب ذاتها أو لأخرى.

لكن أهمية هذه الإدارة و الأهداف التي تسعى لتحقيقها لا تزالان تكتسيان صفة الثبوت إن لم نقل أنها تتأكد مع كل تطور.

بدأت إدارة الموارد البشرية تحتل مكانة هامة بظهور الثورة الصناعية وإسهاماتها في تطور العلوم التكنولوجية، حيث لوحظ قصور علمي بخصوص السلوك البشري مما دفع بالعديد من المفكرين بالتوجه

إلى دراسته و توجيهه بما يخدم أهداف المؤسسات ، و اعتبر فريدريك تايلور F.TAYLOR رائد هذه المرحلة فقد ركز على تنظيم العلاقة بين الإدارة و العمال من خلال استخدام المنهج العلمي و إيجاد معايير محددة للحكم على كفاءة الفرد مثل: تطبيق مبدأ تقييم العمل و توزيع المسؤوليات، لتشجيع التخصص و المهارات،... الخ. وقد ترتب عن هذا الاتجاه توتر العلاقات بين الإدارة و الأفراد نتيجة الصدمات المتكررة معهم.

و مع بداية القرن العشرين ظهر مفهوم آخر لإدارة الموارد البشرية حيث اعتبرت إدارة الموارد البشرية أحد الوظائف الخمسة الأساسية الضرورية لبقاء المنظمة حية و ناجحة و هي: الإنتاج، التسويق، التمويل، الإدارة و التوظيف. وأصبحت حسب ما تراه مدرسة العمليات الإدارية و رائدها هنري فايول H.FAYOL تهتم بتخطيط و تنظيم و تنفيذ هذه الوظائف بصورة منظمة و مهيكل.

و مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين طورت نظرية علم النفس الصناعي النظرة السابقة بدراسة بعض الظواهر مثل تحليل العمل و تطوير الاختبارات النفسية لاختيار العاملين المتقدمين للوظائف الشاغرة، و قد اهتمت هذه النظرية بتعريف الوظائف لتحسين اختيار الموظفين المناسبين وتحسين التوافق بين الأفراد و الأعمال.

وامتدادا لمفهوم العلاقات الصناعية برزت حركة جديدة اتجهت نحو مفهوم العلاقات الإنسانية، و ركز أصحاب هذه المدرسة بقيادة إلتون مايو E.MAYO على إنتاجية العمال و نمط الإشراف و الخدمات المقدمة لهم. واعتمدوا على تشجيع العمال و إعطائهم المميزات الاجتماعية الضرورية كتحسين العلاقات و التفاوض معهم في المسائل التي تخصهم من أجل رفع مستوى إنتاجهم و إبراز دور مشاركتهم في التسيير لزيادة حافزيتهم للعمل و بظهور المدرسة التنظيمية، ظهر

مفهوم آخر للمورد البشري حيث اعتبر أحد الموارد الأساسية لمنظمات الأعمال حيث يوفر المعارف و الكفاءات و الطاقات الضرورية لعمل هذه المنظمات، و يركز هذا الاتجاه على القوانين و الإجراءات التنظيمية اللازمة لحسن تسيير الموارد البشرية.

لم تتوقف تطورات هذا المفهوم عند هذا الحد بل بظهور المدرسة السلوكية أصبح ينظر إلى أن سلوك العامل هو جوهر العمل الإداري، فعلى الإدارات أن تركز جهودها على أداء العمال مهما زادت المنظمة بناء و نموا.

كما أعطى الاتجاه الاستراتيجي صفة المورد الاستراتيجي للموارد البشرية الذي تلتف حوله بقية الموارد، لذا فعلى المنظمة إدماج العامل البشري في جميع مشاريعها و عليها أن تهتم بتطوير كفاءاته عن طريق التكوين و إشراكه في اختيار استراتيجيات المؤسسة.

ووصولاً إلى هذه المرحلة من التطور "أضحت إدارة الموارد البشرية أكثر تعقيداً ... و أصبح ينظر إلى دورها كدور استراتيجي، فهناك تغيرات كبيرة طرأت بصورة سريعة على نظم قوى العمل و الاقتصاد

والثقافة العلمية، و نستطيع القول أن التقنية الحديثة في حد ذاتها قد أوجدت حالة حرجة من عدم التكافؤ بين مهارا العاملين واحتياجات العمل، هذا بالإضافة إلى أن هذا التغيير اتناخذ مكانا هاما من خلا البيئة الاجتماعية تتسبب في الا اعتبار حيا الحقوق للموظفين وخصوصا صياتهم والمخاطر الصحية التي يتعرضون لها. و يتعين على مديري الموارد البشرية البحث عن مناهج جديدة لجذب العمالة المؤهلة من وسط حجم العمالة المتاحة الأخذ في النقل، كما يطلب منهم أيضا توضيح كيفية إتاحة فرص التعليم و التدريب للموظفين الأقل تعلمًا و الأدنى مهارة، و كيفية الاحتفاظ بالموظفين ذوي الخبرة عندما تتقلص أمامهم فرص التقدم خلال العمل، و كيفية تسريح العمالة في أوقات الركود و الكساد الاقتصادي. كذلك يتعين على مديري الموارد البشرية إعادة تأهيل و تدريب الموظفين لمنحهم القدرة على التوافق مع عمليات الاتوماتية و الحوسبة المتنامية، و العمل على موازنة سياسات العمل و توافقها مع الظروف الاجتماعية المتغيرة لقوى العمل واحتياجات أرباب العمل، فضلا عن ضرورة الالتزام باللوائح و القوانين الحكومية فيما يختص بممارسات التوظيف و مبدأ تكافؤ الفرص في عملية التوظيف¹.

من خلال ما سبق التطرق إليه من تطورات في مفهوم الموارد البشرية نتجه الآن إلى إيجاد تعريف أقرب للشمول والكمال للموارد البشرية يمنحها تلك الصفات التي توصلت إليها بفضل تطور وظيفتها.

- التعريف الأول: " إدارة الأفراد هي ذلك النشاط الإداري المتعلق بتحديد احتياجات المشروع من القوى العاملة و توفيرها بالأعداد و الكفاءات المحددة و تنسيق الاستفادة من هذه الثروة البشرية بأعلى كفاءة ممكنة"².

- التعريف الثاني: "يمكن تعريف إدارة الموارد البشرية على أنها عملية الاهتمام بكل ما يتعلق بالموارد البشرية التي تحتاجها المنظمة لتحقيق أهدافها و هذا يشمل اقتناء هذه الموارد و الإشراف على استخدامها و صيانتها و الحفاظ عليها و توجيهها لتحقيق أهداف المنظمة"³.

2.1. أهمية إدارة الموارد البشرية و أهدافها:

1.2.1. أهمية إدارة الموارد البشرية:

" تؤكد المدارس العلمية في إدارة الأعمال على أهمية الموارد البشرية بالنسبة للمنظمة سواء باعتبارها موردا استراتيجيا أو كوظيفة مساعدة على تحقيق الوظائف المرتبطة بنشاط المنظمة أو كإدارة تساعد على تحقيق الأهداف الإستراتيجية بفضل تنظيم الاستفادة من الكفاءات المتوفرة في المنظمة فتحسين مرد ودية

¹ - دافيد راتشمان و آخرون، الإدارة المعاصرة، ترجمة و مراجعة: رفاعي محمد رفاعي، محمد سيد احمد عبد المتعال، دار المريخ للنشر، 1996، ص- ص : 297 - 280.

² - على السلمي، إدارة الأفراد و الكفاءة الإنتاجية، دار غريب للطباعة، القاهرة، 1985، ص 17.

³ - حمادوي وسيلة، إدارة الموارد البشرية، مديرية النشر، الجامعة قالم، الجزائر، 2004، ص 28.

المنظمة مرتبط اليوم بتحسين قدرة و كفاءة مواردها البشرية، لذلك أصبح الاستثمار في هذا المورد الاستراتيجي احد العناصر الأساسية لبقاء و نجاح المنظمات"¹.

و تفسر زيادة الاهتمام بالموارد البشرية بما يلي:

أ- كبر حجم المؤسسات في الأعمال المختلفة و بالتالي زيادة أعداد العمال الذين تستخدمهم هذه المؤسسات، الأمر الذي أدى إلى زيادة مشاكل التعامل معهم و الإحساس بضرورة وجود إدارة متخصصة ترعى شؤونهم.

ب- زيادة الاتجاه نحو التصنيع في معظم دول العالم، و بالتالي كبر حجم العمالة الصناعية بما يشترط فيها من مواصفات و ما تحتاجه من تدريب و أعداد يجعل من العسير التفريط في القوى العاملة التي يتم استقدامها و تدريبها و ضرورة المحافظة عليها من خلال نظم و إجراءات مستقرة تقوم على تنفيذها إدارة متخصصة و مسؤولة.

ج- ارتفاع تكلفة العمل الإنساني، حيث تمثل الأجور نسبة عالية و متزايدة من تكاليف الإنتاج في مختلف المؤسسات. الأمر الذي يحتم ضبط تكلفة العمل و زيادة إنتاجية العمال من خلال البحث و الدراسة و الإدارة الجيدة التي يقوم بها جهاز متخصص في شؤون الموارد البشرية.

د- ارتفاع مستوى تطلعات العمال، و اختلاف المهارات و التخصصات يفرض إلزامية وجود تسيير خاص يرعى شؤونهم و ينسق استخدامهم بما يعود على المؤسسة بالمنفعة.

إن هذه الأسباب و غيرها كشفت عن أهمية الموارد البشرية في الإدارات الحديثة فإذا نظرنا إلى أهميتها كمورد فنقول إن الإنسان بما يملكه من مهارات و قدرات و ما يتمتع به من دوافع للعمل هو العنصر الأساسي في تحقيق الكفاءة الإنتاجية و إن الآلات و المعدات و العناصر المادية الأخرى هي في حقيقة الأمر عوامل مساعدة للإنسان، أما إذا نظرنا إلى أهميتها كوظيفة فنقول أنه من خلال حسن أداء إدارة الموارد البشرية لوظائفها، فتستطيع أن توفر للمؤسسة أفضل العناصر البشرية ذات الكفاءة و المهارة والاستعداد للعمل و العطاء، الأمر الذي يحدد قدرة أعلى في زيادة الإنتاج و تحسين الإنتاجية.

2.2.1. أهداف إدارة الموارد البشرية:

إذا اتفقنا أن الهدف " هو الانتقال من وضعية سيئة إلى وضعية حسنة عن طريق القيام أو عدم القيام

بأعمال معينة، خلال مدة زمنية محددة بمستوى معين من الدقة و الكفاءة"².

فإنه يمكننا استخلاص الأهداف التي تسعى إدارة الموارد البشرية في كل مؤسسة إلى تحقيقها كما يلي:

¹ - ضيف أحمد، " دور التحفيز في أداء العمال"، (مذكرة لنيل شهادة الدراسات المتخصصة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2005-2006)، ص 11.

² - AKKOUCHE, Management Général,(Dossier Pédagogique , Ecole national de la santé publique, ALGER, S.D) , P 17.

- تكوين قدرة عمل مستقرة و منتجة.
- تنمية القوى العاملة و تحسين كفاءتها في الإنتاج.
- الحفاظ على القوى العاملة و المحافظة على سلامتها و مستوى مهاراتها في الأداء.
- تعويض أفراد القوى العاملة عن جهودهم ماديا و معنويا و خلق درجة كافية من الرضا و الإقبال على العمل.
- الحفاظ على القوى العاملة المدربة ذات الكفاءة و تأمين مساهماتهم المستمرة في إنجاح أهداف المؤسسة¹.

"و بنظرة أكثر شمولا يعمل قسم الموارد البشرية على تسيير شؤون المؤسسة أو المنشأة بطريقة انسيابية في كل المستويات و ذلك من خلال تسهيل عملية أحداث التكامل بين أناس ينتمون إلى ثقافات مختلفة و أصول مختلفة، الأمر الذي يوحد جهود عناصر العمل لبلوغ و تحقيق الأهداف العامة للشركة"².

3.1. وظائف إدارة الموارد البشرية:

إستنتاجا مما سبق فإن إدارة الموارد البشرية هي نشاط إداري مرتبط بتحديد ما تحتاجه المؤسسة من موارد بشرية و العمل على توفير هذه الموارد و الكفاءات المتناسبة مع احتياجات المؤسسة و استخدام هذه الموارد استخداما فعالا. و بهذا يمكن تحديد الوظائف التي تؤديها بصفة أساسية في ثلاث وظائف: الأولى و هي تكوين قوة عمل قادرة على العمل، و الثانية هي تكوين قوة عاملة راغبة في العمل و الثالثة هي عبارة عن مجموعة من المهام المشتركة بين الوظيفتين الأولى و الثانية وكل هذا يتم في إطار تدعيم و تحقيق التعاون الفعال بين الإدارة و العمال من أجل تحقيق أهداف المؤسسة.

1.3.1. زيادة المقدرة على العمل:

يختلف الأفراد داخل المؤسسة مع بعضهم اختلافات كبيرة بالنسبة لقدراتهم البدنية و الذهنية و استعداداتهم اتجاه أعمالهم. و تعمل إدارة الأفراد على تنمية هذه القدرات بوضع سياسات محكمة لتدريبهم و تزويدهم بالمعرفة و الخبرة اللازمين في سبيل رفع الكفاءة الإنتاجية.

"وتكسب المقدرة على العمل بالتعليم و التدريب والخبرة العلمية بالإضافة إلى الاستعداد الشخصي والقدرات الشخصية التي يبنها التعليم و يوصلها التدريب و على ذلك فان المقدرة على العمل تتخذ مظهرين أساسيين لا بد من توافرها معا هما المعرفة و المهارة. فالمعرفة هي أن يحيط الفرد بالأصول و المبادئ

التي تحكم عملهم المهارة هي القدرة على استخدام و تطبيق تلك الأصول و المبادئ"³.

¹ - علي السلمي، مرجع سابق، ص 19.

² - دافيد راتشمان و اخرون، مرجع سابق الذكر، ص 280.

³ - علي السلمي، مرجع سابق، ص - ص : 25 - 27

تتوقف فاعلية القائمين على إدارة الموارد البشرية داخل المؤسسة في رفع الكفاءة الإنتاجية للمستخدمين بالدقة في الاختيار السليم للأفراد وتعيينهم في المناصب التي تتلاءم و تناسب ميولا تهم وقدراتهم وتهيئة ظروف العمل المناسبة لأداء مهامهم.

أ – التخطيط :

و نعني بالتخطيط هنا، تخطيط القوى العاملة وخطة القوى العاملة تنطوي على الخطوات التالية:

- تحديد أنواع الأعمال المطلوبة و التي بها تتحقق أهداف المؤسسة.
- توصيف الأعمال و الوظائف المختلفة حيث " أن الهدف الرئيسي لوصف الوظائف هو تحديد العلاقة بين وحدات العمل. وإعطاء وصف أو خلاصة دقيقة لكل وظيفة بحيث تكون كل وظيفة عندها خصائصها و مميزاتها عن جميع الوظائف و بكلمة أكثر وضوحا فان فكرة وصف الوظائف تعني الإجابة على الأسئلة الثلاثة الآتية:

- ماذا ينبغي أن تعمل؟

- كيف ينبغي أن تقوم بهذا العمل؟

- ما هو الهدف و لماذا نسلك هذا الطريق وليس طريقا آخر؟¹

- تحديد المهارات و الكفاءات البشرية اللازم استخدامها الأداء تلك الأعمال و الوظائف المحددة مسبقا أو وضع ما يسمى بالمحددات.

- دراسة قوة العمل الحالية و مقارنتها بقوة العمل المطلوب توفرها أو ما يعرف بإجراء دراسة تنبؤية² فتشكل مسألة العرض و الطلب العاملين الأساسيين في تخطيط الموارد البشرية كما هو الحال في مجالات تخطيط العمل بصفة عامة. و تبدأ عمل التنبؤ بتقديرات لعنصر الطلب المتعلق بعدد و نوع الموظفين المتعلق المقدر حاجة العمل إليهم في أوقات مختلفة، و تتمحور المهمة التالية حول تقدير العرض المتاح من الموظفين، وفي حالات كثيرة نجد أن هذا العرض يتوافر بالفعل بين يدي الشركة و قد يتطلب الأمر مجرد تدريب إضافي للوفاء بالمتطلبات المستقبلية، أما إذا تبين عدم صلاحية العناصر المتواجدة لشغل الشواغر الجديدة فانه يتعين في هذه الحالة على مدير الموارد البشرية تحديد و تقرير كيفية العثور على العناصر المناسبة من خارج الشركة من أولئك الذين يتمتعون بالمهارات الضرورية².

و هنا أيضا يجب أن تتوفر لدى مسؤولي إدارة الموارد البشرية الدراية الكاملة بسوق العمالة الذي يتميز في الآونة الأخيرة بتغيرات عديدة تحكمت فيها العوامل التالية :

- " قلة توافر الموظفين المؤهلين لبعض المهن.

- إزدياد الحاجة إلى العناصر البشرية التي يمكن أن تعمل بشكل فعال في بيئات ثقافية أخرى.

¹ - عمار بوحوش، الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984، ص303.

² - دافيدراتشمان وآخرون، مرجع سابق، ص282 .

- عدم توافر المهارات الكافية لدى بعض الموظفين"¹.

إضافة إلى ما سبق ذكره من مهام التخطيط على إدارة الموارد البشرية في ضوء دراستها التنبؤية أن تعمل على التخلص من الزيادة في حالة حدوث العكس. و باستخدام هذا الأسلوب في العمل يمكن التأكد من أن كل عمل إنما يخدم هدفا معينا من الأهداف. وبذلك فهو سيساهم في خدمة الهدف العام للمؤسسة كما يسمح بالتأكد من أن كل فرد أو كل عامل يقوم بأداء العمل المناسب له.

ب- استقطاب واختيار الموظفين:

تتمحور الخطوة التالية بمقارنة المحددات الوظيفية لوظيفة ما بإمكانيات و قدرات شخص ما أو مجموعة منتقاة من الأشخاص و تجري هذه المقارنة من خلال ما يعرف بالاستقطاب " وهي عملية جذب المرشحين المناسبين لشغل شواغر في مؤسسة ما. و المسؤولين عن عملية الاستقطاب هم أخصائيو الموارد البشرية بالشركة الذين يقومون بالبحث عن الاحتياجات من داخل الشركة أولاً، أو من خلال الاتصالات بالموظفين أو الزملاء العاملين في نفس المجال أو من خلال الإعلانات في الصحف أو من خلال الاتصال بوكالات التوظيف العامة و الخاصة، كما يقومون بعمل زيارات لأندية النقابات العالمية أو للكليات و المعاهد التعليمية، كما أنهم قد يحاولون جذب عناصر متميزة من أولئك الذين يعملون لدى شركات أخرى"².

وتجدر الإشارة إلى أن هذه العملية-الاستقطاب- قد تستغرق مدة زمنية معتبرة،بالإضافة إلى تلك التي تستغرقها عملية الاختبار من أجل التعيين. ومعظم إدارات الموارد البشرية تنتهج نفس المنهج في الاختيار فهي مراحل أساسية في إنجاز مهمة التعيين. إذ تجري عملية تصفية الأشخاص المتقدمين من أجل اختيار الشخص أو الأشخاص المناسبين للقيام بالأعمال و الوظائف المحددة، فوجود خطة مثالية للقوى العاملة لا يضمن بالضرورة توفر الأفراد المناسبين إلا إذا أحسنت الإدارة القيام بوظيفة الاختيار من بين المتقدمين لشغل الوظائف المحددة. وهنا تدخل مسألة المقاييس التي تستعمل لإيجاد الشخص المؤهل و الذي تتوفر فيه جميع الشروط الأساسية لشغل الوظيفة و"تتمثل مؤهلات الفرد في مدى استطاعته القيام بالواجباتالمتتمثلةفي:

- المقدرة العلمية مثل المستوى العلمي أو التدريبي الذي يحتاجه للإلمام بقواعد العمل و أداء المهمة بنجاح.
- المهارات و ذلك مثل القيام بعمل مماثل في الماضي، نوع الأشياء التي لا يعرفها الموظف و يمكن أن يتدرب عليها للإلمام بجميع الصعوبات التي يواجهها شاغل الوظيفة.

¹ - نفس المرجع، ص 284 .
² - نفس المرجع، ص 288 .

- المجهود الزمني و البدني الذي تتطلبه الوظيفة و ذلك مثل صرف معظم الوقت واقفا أو متحركا أو جالسا في مكتب و كذلك القوة البدنية التي تتطلبها الوظيفة"¹ .
و تتمثل مراحل الاختيار فيما يلي:
- تتجسد المرحلة الأولى في اختيار عدد صغير من المرشحين المؤهلين من إجمالي عدد المقدمين، و قد يتم اختيار المرشح على أساس ما يرد بنموذج طلب التوظيف الذي يقوم المرشحون باستيفاء بياناته، أو على أساس ما يرد فيما يعرف ب " مجمل السيرة الذاتية". للمتقدم للوظيفة و أحيانا يجري استخدام المصدرين معا.
- أما المرحلة الثانية في عملية التعيين فهي إجراء المقابلات مع كل مترشح لاستيضاح مؤهلاته و لاستقاء المعلومات الناقصة... و الإنشاء مفكرة كافية عن شخصية المتقدم للوظيفة و مدى قدراته للعمل بالتعاون مع الآخرين.
- و بعد المقابلات الأولية قد يطلب من أفضل المترشحين مقابلة احد أعضاء قسم الموارد البشرية الذي يقوم بإجراء المزيد من المقابلات الاختيارية.
- و في المرحلة الرابعة يقوم هذا المشرف بالتشاور مع رئيسه و عمل التقييم اللازم لأولئك المترشحين .
- أما المرحلة الخامسة فتتمثل في فحص المرجع الخاص بأفضل المترشحين.
- وفي المرحلة السادسة يقوم المرشح باختيار أفضل المرشحين للوظيفة و تنتهي عملية البحث على أساس قبول المرشح للعرض"² و الذي يتم توظيفه بموجب العقد.
و غالبا ما تكون مراحل الاختبار و التعيين في المؤسسات محكومة بواسطة قوانين تنظيمية و ذلك قصد اجتناب كل ممارسات غير موضوعية كما تسمح للمترشحين بأداء اعتراضاتهم عن طريق الطعون في حالات عديدة.

ج- الإشراف و القيادة:

تعرف عملية الإشراف و التوجيه في العلوم الإدارية بأنها " ملاحظة جهود العاملين بغية توجيهها لوجهة سليمة عن طريق الأوامر و التعليمات و الإرشادات الشفهية و الكتابية"³.
كما يعرفها البعض الآخر بأنها "العمل الدائب أثناء التنفيذ ذاته لمواجهة أية مشكلة و لضمان أن يسير العمل ويتم بالمستوى المطلوب الذي يضمن دوما التحقيق المتكافئ للأهداف"⁴.
ويمكن القول أن" سلطة الإشراف و التوجيه هي عملية إدارية تتحقق عن طريق التدخل الدائم و المطرد لمراقبة و ملاحظة أعمال العاملين المرؤوسين من قبل رؤسائهم الإداريين، و توجيه جهودهم و دفعهم

¹ - عمار بوحوش، مرجع سابق، ص 304.

² - دافيد راتشمان و آخرون، مرجع سابق، ص - ص: 288-289.

³ - محمد بكر القباني، الإدارة العامة، الجزء الثاني، بدون سنة، دار نشر، ص 165.

⁴ - أحمد رشيد، نظرية الإدارة العامة، دار المعارف، مصر، 1977، ص 270.

نحو الالتزام بالأساليب و الطرق و القوالب الصحيحة علميا و فنيا و قانونيا و الملائمة لتحقيق أهداف العمل الإداري بانتظام و باطراد و بكفاية و ذلك باستعمال أساليب الإرشاد و الإعلام و النصح والمشورة"¹.

كما أن هدف القيادة الحقيقي هو خلق الدافع لدى العامل لتحسين أدائه و رفع مستواه عن فئاعة و إدراك. ووظيفة إدارة الموارد البشرية في هذه الناحية هي نشر الأفكار السليمة عن أساليب القيادة الفعالة. و تعرف القيادة حسب بيتر دروكر P.DROKER على أنها " هي الارتفاع ببصيرة الإنسان إلى نظريات أعمق و الإرتفاع بمستوى أدائه إلى مستويات أعلى... و بناء شخصيته بحيث يتعدى حدوده العادية... و ليس هناك أفضل من أساس لبناء الشخصية القيادية من روح الإدارة التي تطبق عن طريق العمل اليومي للمنظمة المبادئ الحازمة للقيادة و المسؤولية و الارتفاع بمستويات الأداء و الاحترام الفرد و عمله"².

د – التكوين و التطوير:

أصبح التكوين المهني في اغلب المنظمات وسيلة إستراتيجية. فمتطلبات المنافسة و التطور التكنولوجي يعدان دافعان رئيسيان لإحداث تطور في الكفاءات. و من اجل التلاؤم مع الاحتياجات الجديدة فانه يجب على المستخدمين إثراء معارفهم المهنية و تغيير ممارستهم، بل و على البعض منهم أن يغيروا حتى مناصب عملهم و هنا تستطيع المنظمات مساعدتهم عن طريق وضع سياسة تكوين تسمح للأغلبية من المستخدمين إيجاد أماكن لهم ضمن الممارسات الجديدة.

"إن نظام التكوين هو حتما معقد، إذ يجب وضع أهداف عامة له و تحديد الاحتياجات الخاصة بكل مصلحة و كذا الأخذ بعين الاعتبار الطلبات الفردية، و هو يهدف في نطاق السير اليومي للعمل إلى تحسين الممارسات المهنية و كفاءات مجموعات العمل. أما في إطار التسيير التقديري فإن مهمة نظام التكوين تصبح الحصول على كفاءات العمال كما هي موضوعة في الأهداف فيما يتعلق بالمقدرة و المرونة . ويمكن إجراء هذه العملية من طرف خبراء على وظائف مفتاحية عن طريق الإثراء التقني لبعض أقسام العمل أو عن طريق رفع المستوى للعمال غير المؤهلين"³.

و من بين الأهداف التي يمكن تحقيقها عن طريق التكوين، نذكر مايلي:⁴

بالنسبة للمنظمة:

- زيادة تنافسية المنظمة عن طريق تقوية المعارف التقنية و تعديل المهارات المهنية للعمال.

¹ - عوايدي عمار، مبدأ فكرة تدرج السلطة الرئاسية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984، ص 413.

² - كمال حمدي أبو الخير، الإدارة بين النظرية و التطبيق، مكتبة، عين الشمس، 1987، ص 344.

³ - Pierre LAOUART, Gestion des Ressources Humaines, 2eme edition, EYROLLES Université, Paris, 1994, P 129.

⁴ - IBID, P 132.

- المحافظة أو تطوير الكفاءات عند التوظيف، أو عند تحويل موظف من عمل إلى عمل آخر أو عند ترقيته.
- التأكيد على الفئات الناقصة الكفاءة من العمال، و على إدماج الشباب منهم، و أيضا على المشاكل المرتبطة ببعض مراحل الحياة المهنية للأفراد.
- الجمع بين التكوين و الاتصال من أجل بناء جو أو مناخ يسوده التفاهم أكثر فأكثر.
- تطوير مستوى التأطير من حيث كفاءته المعرفية، ثقافته و قدرته على القيادة...
- أما بالنسبة للأفراد:- فعملية التكوين قد تعمل على تحقيق أهداف مرتبطة مباشرة بأمنيات المستخدمين بدون أن تكون هناك فائدة للمنظمة. و هنا قد تواجه المنظمة نوعا من التحدي القانوني المتمثل في "العطل التكوينية" حيث يسمح الأجراء لأنفسهم بإجراء تكوينات دون أن تكون منظمة من طرف المؤسسة ذاتها و بهذه الصفة هم يستطيعون إعادة وضع أهداف جديدة حتى تلك الخاصة بالمنظمة تخدمهم هم أولا بغض النظر عن المنظمة، مثل:
- التحصل على أحسن تحكم في تخصصهم.
- التحضر لتغيرات مهنية و تحويلات داخلية.
- تطوير المعرفة المهنية فيما يخص العلاقات، التسيير و المناجمنت.
- فهم المؤسسة التي يعملون فيها أكثر فأكثر.
- الوجود مع زملاء و أصدقاء في جو أكثر تعايشا، أو العكس إيجاد علاقات جديدة مع أشخاص جدد من فضاءات خارجية عن العمل.
- التكون في ميادين مرتبطة بالمتعة الشخصية أو بأدوار اجتماعية سياسية دون أن تكون لها علاقة مباشرة مع العمل.
- الحصول على تصميم برامج التدريب و تنفيذها.
- معارف و كفاءات نقابية... إلى آخره.
- و على كل حال فإن التكوين في حد ذاته هو وسيلة و ليس غاية، و قيمته ترتبط ارتباطا وثيقا بنوعية الأهداف المسطرة من طرف المنظمة و بالعمليات الناتجة عنها. و لذلك يجب قياس الفائدة التي ستجنيها المنظمة من العمليات التكوينية و التدريبية و تحقيقها في الأوقات المحددة، كما يجب جعلها وسيلة جذب للعمال. و إشراك للمشرفين عن العمل. فالتكوين هو استثمار ينتظر منه تحقيق أرباح في نهايته و عليه يجب قياس مردوديته، و اختبار نوعيته بربطه مباشرة مع التكاليف و الميزانيات المخصصة له.
- فمهمة إدارة الموارد البشرية هي رسم سياسات التدريب التي تعكس احتياجات المؤسسة و العمل.

ه - تهيئة ظروف العمل المناسبة:

إن ظروف العمل تلعب دورا هاما لا يمكن تجاهله في التأثير على مستوى عمل العمال. و لهذا فعلى مديري الموارد البشرية أن يعملوا على توفير ظروف العمل المناسبة. و لا يمكن تحقيق هذا الهدف إلا بعد القيام بالبحوث و الدراسات التي يبحث فيها عن المواصفات و الشروط الواجب توفرها في جو العمل و يدرس فيها العلاقة بين هذه المواصفات و بين كفاءة الإنتاج.

و الدراسة هذه يجب أن تخرج بنتائج هي اقتراح سبل التغيير أو التحسين و حتما فإن خلق الظروف المناسبة في العمل سيساهم في خفض معدلات الغياب و حوادث العمل و الإصابات المهنية...و يمكن تقسيم ظروف العمل إلى مادية و اجتماعية و نفسية. فبالنسبة للظروف المادية هي: " تلك الأشياء التي تشكل جو العمل و تؤثر على مثل: الإضاءة التهوية، فترات الراحة: التدفئة، الرطوبة، الضوضاء، النظافة، و التسهيلات المشابهة بصفة عامة".¹

- " إطار العمل هو مجموعة الشروط المادية و العلاقاتية لمنصب العمل، فإذا كان مهيباً بصفة جيدة فإنه سيشكل عامل صحة قبل أن يشكل قاعدة للإنتاجية، فمهم جدا أن يتقن إطار العمل بمرونة و أن يهيباً و أن يضمن الأمان".²

إن هذه العوامل تنطبق على عوامل الصيانة أو الوقاية التي حددها **فريديريك هيرزبيرج F.HERZBERG** في نظريته، والواجب توفيرها حتى تتجنب المنظمة عدم رضا العمال و هذا لا يعني أن وجودها وحدها سيحقق كفاءة إنتاجية مرتفعة، فيتطلب الاهتمام أيضا بالجوانب الاجتماعية و النفسية للأفراد.

فالظروف الاجتماعية تنعكس على مستوى أداء الأفراد سواء كانت ظروفها داخلية أو خارجية عن المنظمة فالعامل ليس أداة طبيعية في يد الإدارة و إنما هو مورد حقيقي يمتلك شخصية مستقلة ضمن المجموعة التي ينتمي إليها و يحتاج إلى الاهتمام به و إزالة كافة العقبات التي تعترضه لإنشاء مناخ عملي يسوده جو من الترابط الإنساني بهدف رفع الكفاءة الإنتاجية.

2.3.1. زيادة الرغبة في العمل:

إن دور إدارة الموارد البشرية لا يقتصر فقط على زيادة القدرة في العمل بل يعمل أيضا على زيادة رغبة العامل في القيام بعمله. و ذلك إيمانا بدور الرغبة في الرفع من مردودية العامل إذا أضيفت إلى

¹ - علي السلمي، مرجع سابق، ص 27.

² - Pierre LOUART, Op Cit, P 150.

قدرته على العمل. فتأثير المقدره على العمل على مستوى الأداء يتوقف على درجة رغبة الفرد في العمل، و بالمقابل فان تأثير الرغبة في العمل على مستوى الأداء يتوقف على مدى مقدره الفرد على القيام بالعمل. و العوامل التي تزيد الرغبة في العمل هي:

أ- تحديد سياسة الأجور:

تتوقع الإدارة من المستخدمين أن يتعاونوا في أداء جاد لعملهم، و يتوقع المستخدمون أن يتلقوا تعويضا مناسباً، إن نجحوا في ذلك. و يؤخذ التعويض صوراً و أشكالاً مختلفة مثل: الأجر الأساسي، الحوافز و المزايا التي تقدمها المنظمة لموظفيها. و بالرغم من أن التعويض لا يعتبر العامل الوحيد لزيادة رغبة العامل في عمله، إلا أن التعويض المناسب يلعب دوراً هاماً في هذا الصدد.

" و يعتبر تحديد معدلات الأجور واحداً من أصعب المهام في إدارة الموارد البشرية، ليس فقط باعتباره عملية معقدة نسبياً، لكن للأهمية البالغة لكل من الإدارة و العاملين. فبالنسبة للمنظمة فالأجور و ملحقاتها من مكافآت و بدلات و مزايا أخرى تكاد تمثل أكبر عناصر التكلفة الكلية في كثير من المنظمات حيث تتراوح بين 33% و 65% من هذه التكلفة. و أما بالنسبة للعاملين فهي مصدر إشباع حاجتهم المادية فضلاً عن كونها صيغة من صيغ تقدير المنظمة لجهد الفرد".¹

- و يعرف الأجر بأنه: " مقابل أو ثمن ما يبذله العامل من مجهود عضلي و عقلي، و مهارته في العمل".²
- كما يعرف على أنه: " مجموعة الموارد المالية الممنوحة للإجراء تعويضاً عن نشاطاتهم المهنية، سواء كانت متوقعة أو غير متوقعة في عقود العمل الخاصة بهم".³

- و يعرف أيضاً بأن: " تعتبر الأجور و الرواتب تعويضاً مرتكزاً على الإسهامات المقدمة للعمل من خلال وظيفة معينة".⁴

و هناك عوامل تتحكم في تحديد هيكل الأجور و هي تتمثل فيما يلي:

- التشريع العام:

من بين القواعد الأساسية نذكر قاعدة الأجر القاعدي، و هو الأجر الأدنى المشترك لجميع النشاطات المهنية حيث لا يمكن النزول تحته، و هي بذلك تحقق نوعاً من الأمان للمستخدمين من ناحية الحصول على تعويضات. كما نذكر القاعدة المتعلقة بمساواة المرأة و الرجل في تلقي التعويضات عن نفس النشاطات المهنية و إلى غير ذلك....

¹ - أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، منظور القرن الواحد و العشرين، دار الكتب، القاهرة، 2000، ص 363

² - نفس المرجع، ص 370.

³ - Pierre LOUART, Op Cit, P 150.

⁴ - دافيد راتشمان و آخرون، مرجع سابق، ص 300

- عوامل أخرى خارجة عن المنظمة:¹

الأجور ترتبط أيضا بمستوى تطور البلد الذي يوجد فيه المنظمة و بالظروف الاقتصادية، الوضعية الإقطاعية لأسواق العمل، تطور العائدات و الأسعار، و أخيرا بمستوى علاقات التفاوضية بين مختلف الشركاء الاجتماعيين.

و بالخصوص هي تتأثر بقطاع النشاط الذي تعمل فيه المنظمة. فإذا كانت تعمل في القطاع العمومي، فإن الأجور تكون مرتبطة بنقط استدلالية و شبكات أجرية خاصة بالقوانين الوطنية و المحلية أو الخاصة بنوع معين من المؤسسات. أما إذا كانت تعمل في القطاع الخاص فإنها تكون مرتبطة بسلام أجرية أكثر مرونة مع ضرورة احترام الحدود الدنيا المنصوص عليها في الاتفاقيات الجماعية.

- عوامل داخلية للمنظمة:

في الواقع تعمل المنظمة على عدم تجاوز سقف معين، لحجم الأجور و ذلك في حدود التكاليف المقبولة منطقيا، كما عليها أن تحترم الحدود الدنيا كما ذكر سابقا، و بين هذه الحدود العليا و الدنيا تملك نوعا من حرية التصرف نوعا ما ضيقة، تسمح لها بخلق التوازن بين مختلف الأجور الخاصة بمستخدميها قصد تجنب عدم الرضا لديهم أو تجنب بعض النزاعات النقابية مثلا. كما تستطيع أن تجعل وسائل التوظيف أكثر جذبا و ذلك عن طريق عرض تعويضات أكثر تنافسية مع المنظمات العاملة في نفس القطاع حتى تتجنب المقارنة بين أجورها و الأجور التي تمنحها تلك المنظمات.

- المميزات الشخصية:

هناك عناصر أخرى تدخل في تحديد أجور المستخدمين، و التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار من طرف المنظمة و تتمثل غالبا في ما يلي:

- المنصب المشغول و الذي بدوره يحدد لنا القانون الأساسي المطبق و نذكر على سبيل المثال: إذا كان عاملا مهنيا نطبق القانون المشترك للعمال، أما إذا كان عاملا تقنيا نطبق القانون الأساسي الخاص بهذا التخصص.

- أيضا مدة الخبرة المكتسبة في هذا المنصب و مستوى المعارف و الشهادات المتحصل عليها.

- صعوبات و خصائص العمل المطلوب إنجازه في ذلك المنصب.

- تقييم السلوك المهني و النتائج المتحصل عليها.

- الأقدمية في العمل، و هي عنصر معمول به أكثر في الوظيف العمومي.

و يترتب على إدارة الموارد البشرية مراعاة بعض الشروط التي يجب أن لا تخلو أية سياسة أجور منها فنظريا يمكن وضع قاعدة رياضية لحساب جميع فئات المستخدمين لكن في الواقع أو عند التطبيق

¹ - Pierre LOUART, Op Cit, P 152.

الأمر ليس بتلك السهولة. فقد تكون طريقة حسابها غير مفهومة من طرف العمال، و بالتالي لا تنتج عندهم أية رد فعل دافعة، أو بالعكس قد تثيرهم ضد المنظمة. و لذلك يجب مراعاة هذه الشروط:

- السهولة في حساب الأجور، فعلى الإدارة أن تتجنب تعقيد طرق الحساب حتى تضمن القبول عند العمال.
- العدالة، فيتعين على إدارة الموارد البشرية أن تقدم الأجور دون تمييز و على أساس موضوعي عادل. و هنا تعيدنا العملية إلى وظيفة أخرى هي التقييم و التي سنعالجها فيما بعد.
- الأمان، و ذلك بعدم تجاوز الحدود الدنيا للأجور و التي إن حدث العكس تصبح تشكل خطراً على إنتاجية المنظمة و على قطاع النشاط في حد ذاته.
- القدرة على التكيف، فعلى أي نظام تعويض أن يكون مرناً بقدر الكفاية للتأقلم مع التغيرات التي يمكن إن تطرأ على المنظمة و على الاقتصاد ككل.
- الحافزية، لأن نظام الأجور عليه أن يدفع بالمستخدمين للعمل أكثر. و هذا الشرط يستلزم شرط السهولة. فإذا كان النظام غامضاً لا يستطيع العمال التجاوب مع سياسة الأجور. فبقدر ما تكون السهولة بقدر ماتكون حافزية النظام مضمونة أكثر فأكثر.
- التنافسية، بحيث يتعين على نظام الأجور أن ينطوي على عناصر تجعله أعلى أو في مستوى أنظمة الأجور الخاصة بالمنظمات المحيطة. و هنا يمكن لإدارة الموارد البشرية أن تركز على أنظمة المكافآت. إن هذه العناصر الستة واجبة المراعاة عند رسم السياسة الأجرية للمؤسسة.

وهناك من يضعها في ثلاثة شروط فقط "نستطيع أن نقول عنها أنها واجبة الأخذ بعين الاعتبار في كل بحث لتطوير نظام التعويضات

- المرونة، والتي تعكس متطلبات التنافسية التكيف في اقتصاد مفتوح و غير مؤكد.
- الحافزية، والتي تفترض شرط السهولة.
- الراحة الاجتماعية، والتي يكون الحفاظ عليها عن طريق احترام قواعد الأمانة و العدالة"¹.

كما يتعين على إدارة الموارد البشرية معرفة متى تقرر زيادة الأجور ويتم ذلك بما يتناسب مع زيادة في قيمة الوظيفة، فواجبات الوظيفة و مسؤوليتها والظروف المحيطة بأدائها قد تكون ثابتة لكن مراعاة الاستقرار المادي و الاجتماعي و المعنوي للعاملين يتطلب الزيادة.

وبهذا تتضح أهمية وظيفة تحديد سياسة الأجور كعامل مؤثر في زيادة الرغبة في العمل إذا انعكس ذلك في شكل نظام عادل و محفز و متكيف مع التغيرات مما يوفر الأمان، و الراحة الاجتماعية للعمال بصفة عامة مهما تعددت أنظمتهم الأجرية الخاصة بأسلاكهم.

¹ - DIMITRI WEISS, Ressources Humaines, 2^{ème} Edition d'Organisation, 2003, Paris, P346.

ب- الاتصال:

تتموقع وظيفة الاتصال في صميم وظائف إدارة الموارد البشرية ، فالأسباب الحقيقية للكثير من المشاكل التنظيمية يعود مصدرها إلى نقص أو عدم وجود سياسة اتصالية .

حيث أن "نقص الإعلام يؤدي إلى تشويه عملية الفهم فيما يخص النشاطات المراد القيام بها أو محتوى العمل وتتبعها بذلك كل مظاهر الخلل و بغض النظر عن هذا ، يمكننا ملاحظة سوء التفاهم أي الترجمة المشوهة للوقائع والتي تأتي نتيجة وضع الأفراد لافتراضات داخلية من أجل فهم وضعيات تنقصهم المراجع الملموسة عنها . فهم بذلك يغذون إشاعات أو اعتقادات ترتبط بذلك تبدي أنهم يتحكمون في الأمور . ولا يمكن الإنقاص من هذه الظواهر إلا بالمعلومات الواضحة الكافية ، و المراسلة في الوقت الملائم ، وتجدر الإشارة إلى أنه وفي غالب الأحيان يكون العمال على حق في نظرتهم للإدارة العامة والتي تخفي المعلومات وتتخوف من الاعتراف ببعض الحقائق، وفي هذا المجال تلعب إدارة الموارد البشرية دور الضبط والتي يجب عليها المساعدة في خلق أحسن التبادلات عن طريق تحسين وسائل الإعلام وهذا ما يؤدي إلى تطوير شبكتها العلاقتية الخاصة"¹.

إن الهدف من وراء وضع سياسة اتصال في المنظمة هو:

- نشر المعلومات المرتبطة بالعمل و بأهداف المنظمة بشكل محفز من أجل دمج المستخدمين في سياسة المنظمة دون فرض.

- التنسيق بين الجهود وتوجيهها نحو أهداف مشتركة.

- التأسيس لخلق حوار دائم لدراسة المشاكل والتحويلات وإيجاد أطر للتفاهم وحل المنازعات بين الجماعات الداخلية ، المساهمة في خلق لغة مشتركة بين فئات العمال من أجل اقتسام مناخ ثقافي واحد عن طريق التقريب في الميزات الشخصية لأفراد المنظمة مثل "المصالح، القيم، الغايات...".

- القدرة على تقييم تطوير الاتجاهات والتغيرات والنزاعات عن طريق خاصية رجوع المعلومة والتي تساعد إدارة الموارد البشرية في تقدير أعمالها المستقبلية.

ج- التحفيز:

لقد تعرضنا سابقا إلى مفهوم التحفيز و في هذا الصدد سنتعرض للتحفيز كوظيفة من وظائف إدارة الموارد البشرية. فالإدارة الحديثة للموارد البشرية تعمل على وضع و إيجاد أحسن الأساليب المحفزة لزيادة رغبة العمال في العمل و هذه الوظيفة هي ملتقى لجميع الوظائف التي سبق وأن عرضناها.

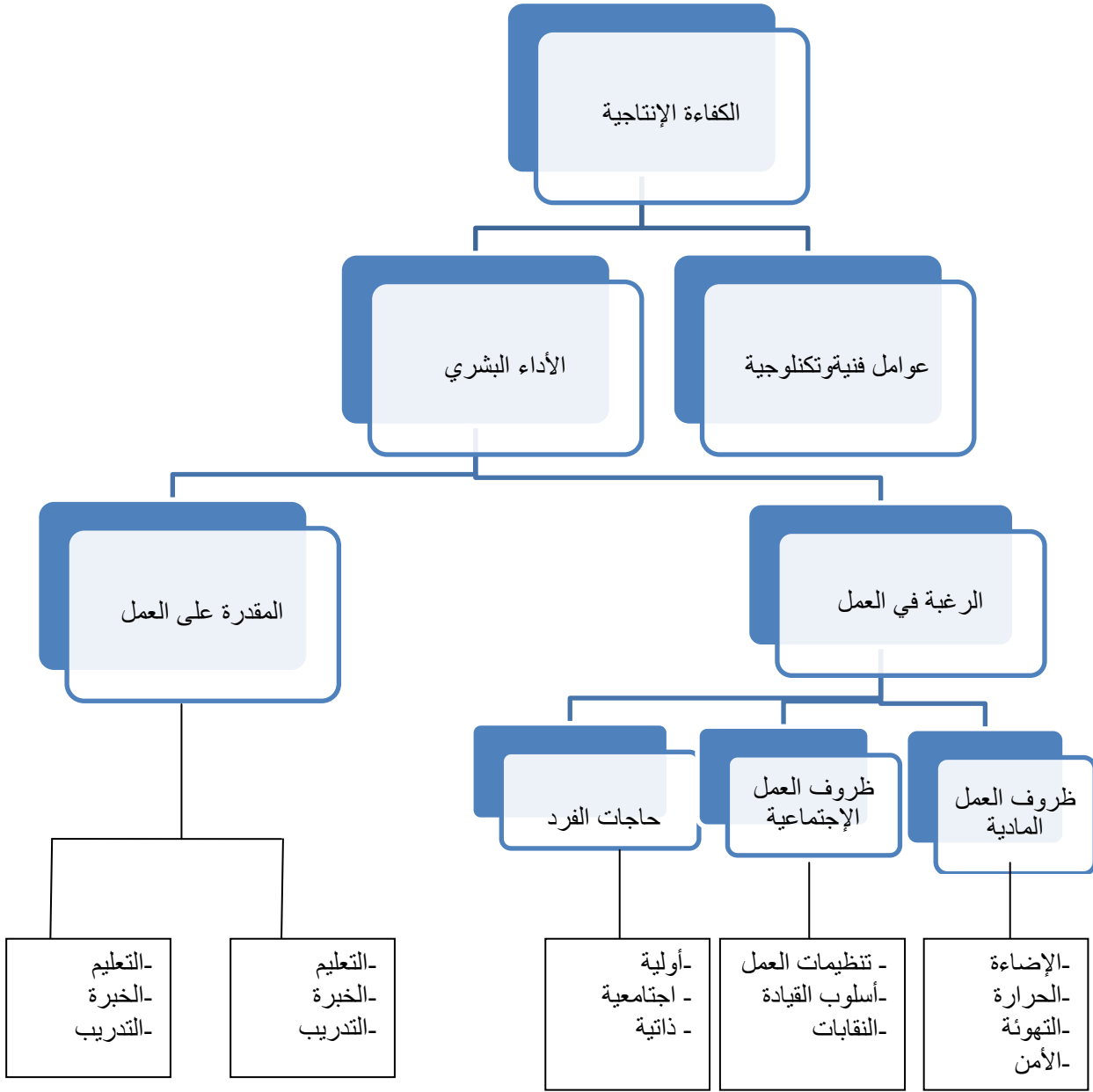
فبوظيفة التخطيط تستطيع إدارة الموارد البشرية أن تضع خططها لنظام الحوافز تتماشى مع أهداف ووسائل المؤسسة و ذلك ما سنراه لاحقا في نفس هذا الفصل.

¹ - Pierre LOUART , Op Cit, P – P : 172-173.

و بواسطة وظيفة الاختيار و الإشراف و القيادة تمنح لموظفيها تلك الثقة في إدارة مؤسستهم و التي يستنتجونها من خلال أساليب أداء هذه الوظائف، فمتى كانت شفافة و عادلة و واضحة و متفهمة كانت هذه الثقة وحدث الاندماج المطلوب بين أهداف الأفراد و أهداف المؤسسة.

أما وظيفة التدريب و التكوين فهي تزيد في تحكم العمال في أعمالهم و زيادة معارفهم و كسر أجواء الملل و الروتين و تفتح أمامهم مجالات أخرى للتعرف على أشخاص و أماكن أخرى، و بصيغة مختصرة: التدريب و التكوين هما عبارة عن إثراء للحياة المهنية و النفسية و الاجتماعية للمستخدمين، و نفس الشيء بالنسبة لتهيئة ظروف العمل بكل جوانبها، و تحديد هيكل الأجور و الاتصال، فإدارة الموارد البشرية تمارس وظيفة التحفيز خلال أدائها لوظائفها الهادفة لزيادة المقدرة على العمل، من أجل ترغيب المستخدمين في أعمالهم. و الشكل الموالي يوضح عوامل تحقيق الكفاءة الإنتاجية للمؤسسة و يشرح كيف يؤدي المورد البشري دوره في الوصول إلى هذه الكفاءة.

الشكل رقم 08 : محددات الكفاءة الإنتاجية



المصدر : علي السلمي، مرجع سابق، ص 39 .

و حديثاً، توجد عدة أساليب للتحفيز كانت نتيجة لبعض التجارب الرائدة في العالم و التي استعملتها الإدارات من أجل تحقيق النجاح لمؤسساتها، نذكر فيما يلي البعض منها:

- إنشاء الجو المناسب للعمل: عن طريق تهيئة العامل و إدماجه داخل المؤسسة و تحديد الدور

الملائم لقدراته و إمكانياته.

- تقييم العامل: عن طريق الفاعلية في تحقيق النتائج و ليس عن طريق حساب مدة عمله أي خلافا لمعيار الأقدمية.

- إعطاء العامل حرية أكبر: في اتخاذ الإجراءات اللازمة و الخاصة بعمله مع عدم تكثيف المراقبة.
- النقود : و التي تشكل عاملا مهما في التحفيز، و هي تأخذ شكل الرواتب، الأجور، العلاوات،... الخ.
- التدعيم الإيجابي : و ذلك بخلق جو عمل ملائم و جيد و تفادي العقوبات التي لها رد فعل عكسي من طرف العامل. إذ تعمل هذه التقنية عن طريق تحليل وضعية العمل بطريقة تحدد فيها أسباب سلوك العمال و بعد ذلك توضع التغييرات اللازمة من أجل التقليل من عوائق الإنتاج.
- المشاركة: و هي تقنية تحث الأفراد على زيادة الإنتاج و تحقيق نوع من الرضا عن العمل و تهدف إلى تهيئة الأفراد و تزويد شعورهم بالاهتمام عن طريق المشاركة في الاجتماعات و المؤتمرات و اللجان أو من خلال صناديق الاقتراحات فقد حظي هذا النوع من الأساليب باهتمام كبير خاصة عند إتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل ذاته.
- اهتمام المستخدمين بالنتائج : عن طريق ربط نصيب من أجرة العمال بنتائج مؤسستهم، و يمكن حتى دفع مبالغ مهمة في حالة نجاح المؤسسة.
- تمييز العامل : و هو أداة مهمة لمكافأة المستخدمين الأكثر فعالية و الأكثر جدارة و استحقاقا في المؤسسة.
- إثراء العمل : عن طريق إعطاء العمال حرية أكثر فيما يخص اختيار طرق تأدية العمل، و تشجيع مشاركتهم، و إشعارهم بالمسؤولية الفردية اتجاه أعمالهم... الخ.
- الإدارة بالأهداف : يستند هذا الأسلوب إلى مشاركة العمال في تثبيت الأهداف و وسائل تحقيقها.
- الاتصال الجيد : تزداد حماسة العمال نحو إنجاز معايير العمل إذا ما وجدت علاقة إنسانية طيبة من المشرفين و أيضا الاتصال الجيد بالأفراد لتعريفهم بمستوى الأداء المرغوب تحقيقه.
- بالإضافة إلى هذه الأساليب توجد أخرى مثل تخصيص بدلات مختلفة لبعض العمال حسب طبيعة العمل الذي يمارسونه، التغذية، الإسكان، توفير النقل، برمجة نشاطات رياضية و ترفيهية، و كذلك مختلف الخدمات المالية كالمساعدات المقدمة في حالات المرض أو وفاة مقرب أو الزواج...، الخدمات الطبية بوضع مصلحة أو مركز يتكفل بالرعاية الصحية للمستخدمين و عائلاتهم، تخصيص و تجهيز دور الحضانة لأبناء العاملات و العمال الذين تعمل زوجاتهم أيضا، بغض النظر عن التأمينات المختلفة، والترقيات، و العطل المدفوعة الأجر و الاستثنائية،... وإلى غير ذلك.
- فعلى إدارة الموارد البشرية أن تصمم نظام حوافزها بالشكل الذي يخدم أهدافها و أهداف مستخدميها حتى تضمن الحفاظ على مستوى معين من الرضا المهني، و على وجود محركات تدفع و ترغب العمال في بذل المزيد من الجهد لتحقيق المزيد من النتائج.

3.3.1. وظائف مشتركة :

بغض النظر عن الوظائف التي تضطلع بها إدارة الموارد البشرية في سبيل زيادة القدرة على العمل، و زيادة الرغبة في العمل، هناك وظائف أخرى تعد مشتركة بين الوظائف الأولى و الثانية و هي وظيفتي: التقييم و البحوث و الدراسات.

أ- التقييم :

إن كل قرار تتخذه إدارة الموارد البشرية سواء كان متعلقا بالتوظيف، زيادة الأجر، التوجيه، النقل، الترقية، التخفيض في الدرجة، أو التسريح... الخ يفترض تقييما لأداء و لمؤهلات العامل المعني. و من هنا يمكن القول أن دقة هذا القرار ستتوقف على نوعية التقييم و منه على ملائمة الطرق و المعايير المستعملة لتقييم أداء الأفراد.

و نظرا لارتباط التقييم بمختلف جوانب تسيير الحياة المهنية، يمكن القول أنه بدون نظام تقييم لا يمكن وضع أي واحد من الأنظمة التي تعدها إدارة الموارد البشرية (نظام التوظيف، التدريب، الاتصال، التحفيز،... الخ) و لا حتى معرفة مدى نجاحها هي كإدارة في تحقيق زيادة القدرة و الرغبة في العمل. فعملية التقييم هي عملية متواصلة تبدأ قبل اتخاذ أي قرار و لا تنتهي بانتهاء عملية تنفيذه، إذ تمهد فيما بعد لاتخاذ قرارات أخرى بناء على النتائج المتحصل عليها من العملية التنفيذية للقرار الأول و هكذا....

" و يجب على نظم التقييم أن تتحرى العدل و النزاهة إذ أن معاييرها القياسية ترتبط بالعمل، و عند استخدام برامج تقييم الأداء فلا بد من تدوين المعايير المتعلقة بالموضوع ليدرك كل الموصف و المشرف ما هو المتوقع ، و متى يستطيع المشرف أن يحدد ما إذا كان العمل يجري إنجازه بصورة متقنة أم لا. و معظم النظم المعتمدة تتطلب وجود عمليات تقييم منتظمة و مدونة الأداء لكل عامل... وأخيرا فإن كثيرا من نظم تقييم الأداء موظف من قبل عناصر بشرية متعددة (أكثر من مشرف) و هذا المسلك يضمن وجود عنصر العدالة و النزاهة و يؤدي إلى تصحيح و تقادي احتمالات الإنحياز الذي يتم به تقييم شخص واحد"¹.

إن الأنظمة الحديثة للتقييم لاتهتم بالفرد بحد ذاته فحسب و إنما أصبحت تهتم بما يمكن أن يقدم الفرد للمنظمة، أي مساهمته في تحقيق الفعالية في الأداء العام للمنظمة . و يهدف هذا التوجه إلى تحسين المردودية و الفعالية للمنظمة و للأفراد، و توضيح الأدوار لتحديد المسؤوليات و من شأن ذلك أن يحقق الصرامة في انجاز المهام و يقضي على الاتكالية و التهرب من المسؤولية. و انطلاقا من تقييم الأداء

¹ - دافيد راتشمان و آخرون، مرجع سابق، ص 298

تتطلب النتائج المتحصل عليها تقييم الاستعدادات أو تقييم المؤهلات لتولي أو لتحقيق نتائج أخرى أحسن منها مستقبلا، و تحديد المهارات التي تلزم لذلك، و كفايات تطوير الأنظمة المعتمدة خلال عمليات الأداء. فأى إدارة موارد بشرية تحتاج إلى توضيح الرؤية حول عنصرين هامين هما: التطور الطبيعي لمواردها البشرية، و تطور احتياجاتها المستقبلية من الكفاءات.

وأكبر مشكلة تواجه نظم التقييم هي إيجاد وسيلة نموذجية لقياس الأداء، و يعتبر عنصر الإنتاجية هو المعيار النهائي و لكنه ليس سهل القياس دائما، ففي مجال الوظيفة الإنتاجية يمكن القياس كاعتماد وسيلة عدد الوحدات المنتجة خلال وقت زمني محدد، ولكن في مجال الوظيفة الخدماتية يصبح الأمر صعبا إن لم يكن مستحيلا. إذ كيف يمكن قياس إنتاجية موظف استقبال مثلا و كيف نستطيع ربط نتيجة هذا النوع من المنظمات بمجهودات موظف معين، وهكذا فإن معايير أخرى يجب أن تضاف في نظام التقييم المعتمد من طرف إدارة الموارد البشرية كتقييم زبائن المؤسسة و أرائهم، سلوك الموظف اتجاه زملائه و اتجاه الزبائن، الإحاطة العلمية و الوافية بمهام الوظيفة، الفاعلية و المهارات... و كل هذه العناصر تساعد في الحكم على الموظف.

" توجد هناك أربع أنواع مختلفة لتقييم العمل مبنية على أربع طرق مختلفة لتقييم. يمكن تقسيم هذه الطرق إلى قسمين أساسيين، يشمل كل قسم منها نوعين من التقييم:

- طرق التقييم غير التحليلية و تشمل:

- نظام الرتب.

- نظام الدرجات.

- طرق التقييم التحليلية و تشمل :

طريقة مقارنة العوامل.

- طريقة التقييم بالنقط.¹

ب- البحوث و الدراسات :

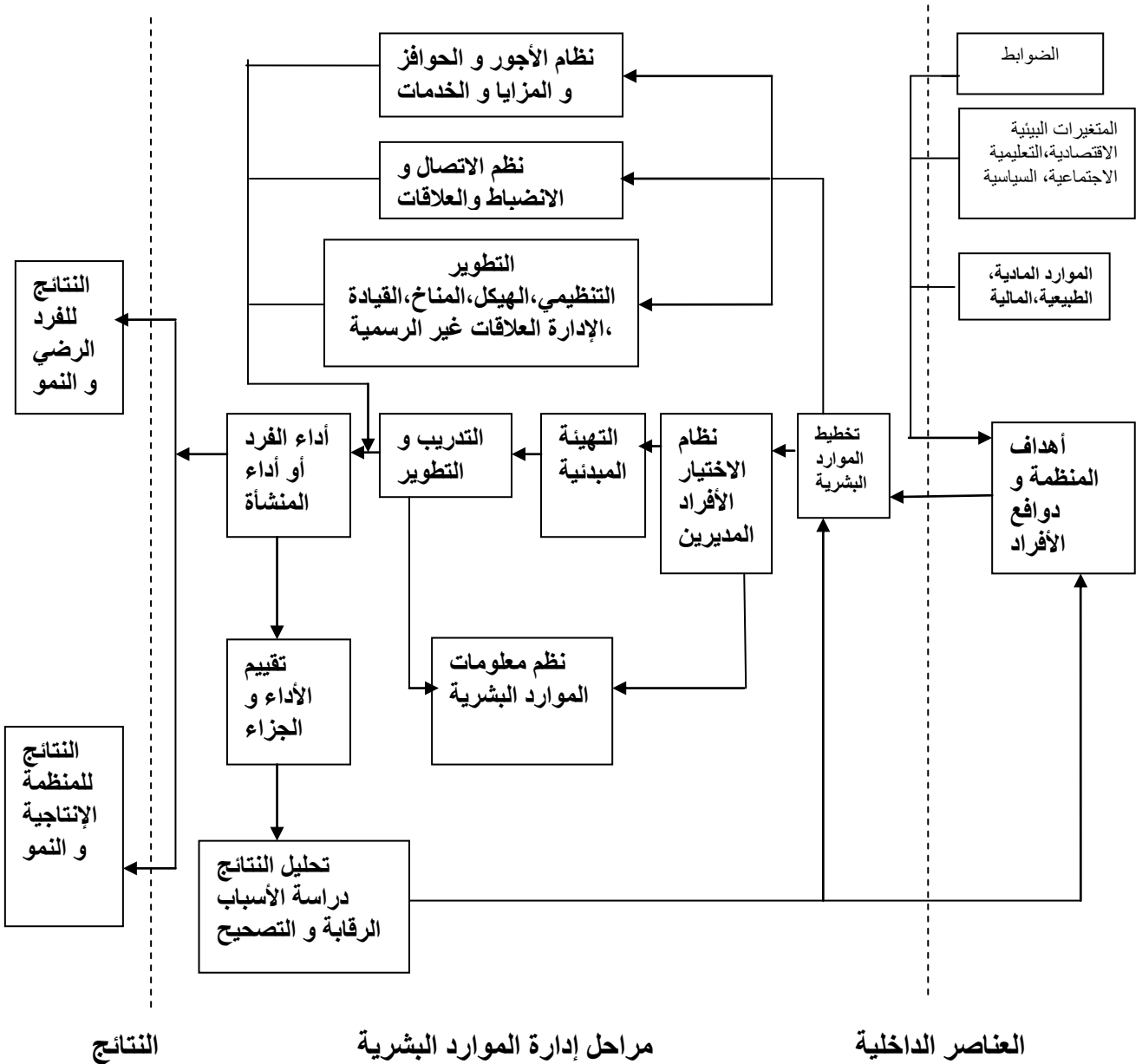
من أجل إرساء سياسات الموارد البشرية على أساس سليم فإنه يستوجب القيام ببحوث و دراسات، فمثلا محاولة إدخال التغييرات على نظام العمل و الرغبة في معرفة نتائج ذلك على العمال، أو وسائل زيادة الرغبة لديهم في العمل لا يمكن اتخاذ القرار بشأنها إلا إذا درست كل حالة و جمعت عنها بيانات و معلومات كافية.

و من المعلوم أن تحديد العمليات التي يقوم بها جهاز إدارة الموارد البشرية ليس كافيا لتمكينه من الوفاء بالتزاماته، بل يجب عليه إضافة إلى ذلك تحديد الظروف التي يتم فيها تنفيذ تلك المعلومات. و بمعنى آخر تحديد الشروط التي تستلزمها هذه العمليات أثناء القيام بها و سياسات الموارد البشرية هي المعبرة عن هذه

¹ - حامد الحرفة و آخرين، مرجع سابق، ص 1537.

الشروط ، و هي تعبر عن رغبة الجهاز فيما يتعلق بتوفير احتياجات المؤسسة من الموارد البشرية وإختيارهم و تعيينهم و استخدامهم و صيانتهم و تعويضهم عن جهودهم من أجل تحقيق الكفاءة الإنتاجية . و على جهاز الموارد البشرية للمنظمة البحث و إجراء الدراسات الممكنة قصد تحديد سياسته لأداء جميع وظائفه بما يقتضيه من التحولات و التغيرات النابعة من المستخدمين كمورد متحرك و غير مضبوط ، و النابعة من المحيط أو البيئة التي تتواجد بها المنظمة و التي هي غالبا غير متحكم فيها أيضا .

الشكل رقم 9 : إدارة الأفراد كنظام متكامل



المصدر: على سلمي، مرجع سابق، ص 17 .

2.العوامل المؤثرة في تأدية وظيفة التحفيز:

هناك عدة عوامل تؤثر على إدارة الموارد البشرية خلال تأديتها لوظائفها ،تستطيع في حالة ملاءمتها التسهيل في الأداء و تحقيق الأهداف المسطرة ،أما في حالة سلبيتها فمن شأنها أن تعيق عملها و أن تقف كحاجز يمنعها من ذلك ، و هذه العوامل قد تكون نابعة من داخل المنظمة أو خارجة عنها.

1.2.العوامل الداخلية :

لا شك أن نجاح إدارة الموارد البشرية في تحقيق هدف رفع الكفاءة الإنتاجية يتوقف على وجود و توفر عدة أشياء داخل المؤسسة من بينها الإمكانيات و نوعية العلاقات داخل المؤسسة و التي يسخر جهاز الموارد البشرية للنهوض بها نحو تحقيق هدف المنظمة ، لذلك سنقسم دراسة هذه العوامل إلى أربعة فروع هي:

- توفر الكفاءات اللازمة.

- مساعدة الإدارات العليا.

- مساعدة الإدارات الأفقية.

- ثقافة المنظمة.

أ- توفر الكفاءات اللازمة :

إن تخطيط القوى العاملة، الاختيار و التعيين، تحديد هيكل الأجور، التدريب...و غيرها من المهام التي تدخل ضمن صلاحيات إدارة الموارد البشرية تتطلب توفر أشخاص ذو كفاءات و خبرات متنوعة، فمن المهام ما تتطلب عملا نظريا كافيا، و منها ما تتطلب دراسات جامعية متخصصة، و منها يتطلب خبرة عملية في ميدان التخصص...و في حالة توفر هذه الخبرات و هذه الكفاءات لجهاز إدارة الموارد البشرية فان ذلك سيؤدي إلى الأداء الكفؤ ، و العكس صحيح.

ب - مساعدة الإدارة العليا:

قد يصطدم مسيري الموارد البشرية أحيانا ببعض التعقيدات التي تتطلب اتخاذ قرارات حاسمة بصفة ضرورية ، و حيث لا يشكل هذا الجهاز سوى جهازا مساعدا لاتخاذ القرار أو استشاريا، إذ أن "جهاز تسيير الموارد البشرية هو جهاز استشاري لا يملك سلطات تنفيذية"¹، فإن أي مجهود يقوم به يتوقف في حقيقة الأمر على مدى اقتناع الإدارة العليا ، أو قيادة أي مجهود يقوم به يتوقف في حقيقة الأمر على مدى اقتناع الإدارة العليا أو قيادة المؤسسة بذلك الجهد و مدى المساعدة و التأييد الممنوحين للجهاز من أجل تأدية نشاطه. إذ تؤثر كعامل قوي على سير العمل في الجهاز. و

¹ - علي السلمي ، مرجع سابق ، ص 50.

هذا التأييد لا يستطيع الجهاز كسبه إلا إذا استطاع إقناع الإدارة المركزية بما يريد إنجازَه و إذا تحقق ذلك فإنه يضمن تحقيق ما يصبو إليه بسهولة، و في ظروف مهياً بشكل حسن و بنتائج أكثر فعالية.

ج - مساعدة الإدارات الأفقية:

بما أن جهاز إدارة الموارد البشرية يمس كل نواحي العمل في المؤسسة ، فإن نجاحه في أداء واجباته يتوقف إلى حد كبير على مدى التعاون الذي يتحصل عليه من الإدارات و الأقسام في المنظمة. و يكون هذا التعاون في شكلين :

- إمداده بالبيانات و المعلومات التي تلزمه لرسم السياسات و وضع الخطط و البرامج.
- تنفيذ هذه البرامج و الخطط و وضعها موضع التطبيق.

د- ثقافة المنظمة:

" تتمثل الثقافة التنظيمية في مجموع العناصر الأساسية التي يشترك فيها أعضاء المنظمة و التي تميزهم عن بقية المنظمات و تساعدهم على تفهم المنظمة التي يعملون بها و تكون مرشداً و موجهاً لتصرفاتهم"¹ و تعرف ثقافة المنظمة أيضاً على أنها " كيان مركب مكتسب ، يؤثر على سلوك الفرد سواء كان سلوكاً كامناً مستتراً مثل التفكير أو ظاهراً في تعامله مع البيئة المحيطة. و هي محصلة معرفته بأبعاده واقعه الخاص و العام و درجة تأثيره بهذه المعرفة.

وتتألف ثقافة المنظمة من مجموعة الأفكار، المبادئ، القيم، المواقف، المعتقدات، و التصرفات المكتسبة خلال فترة زمنية معينة. و تنبثق هذه الخصائص عن تاريخ المؤسسة و قيم المسيرين السابقين و الحاليين

و تنتقل من جيل إلى آخر..."²

فمن خلال هذا التعريف يبرز لنا دور ثقافة المنظمة كعامل جد قوي في تقبل أو عدم تقبل سياسة إدارة الموارد البشرية. كما يضيف نفس الكاتب أنه " يمكن تصنيف تصرفات الأفراد إلى ثلاثة مجموعات:

- مجموعة الأفراد المندمجين: يقومون بما هو مطلوب منهم و يقبلون قواعد اللعبة كما هي و لا يسببون المشاكل.
- مجموعة الأفراد غير المندمجين : يناقشون باستمرار القوانين و الإجراءات الموجودة في المنظمة.
- مجموعة الأفراد المتعاونين: يريدون تحقيق النجاح باستمرار و هم يمثلون الطبقة الرائدة"³

¹ - ضيف احمد، مرجع سابق، ص 19.

² - إسماعيل محمد السيد، الإدارة الإستراتيجية، المكتب العربي الحديث، 1999، ص 92.

³ - نفس المرجع، ص 92.

فتحديد هذه المجموعات يحدد لنا مدى المساعدة التي يمكن أن تقدمه الثقافة التنظيمية للمؤسسة من أجل تحسين فعالية تسيير الموارد البشرية عن طريق توفير التقنيات اللازمة لتسييرها.

2.2. العوامل الخارجية:

باعتبار أن المؤسسة أو المنظمة موجودة ضمن محيط فإنها تتأثر بما يوجد و ما يحدث فيه ، و هذا التأثير سيمتد إلى جهاز الموارد البشرية بصفة خاصة مما يجعله عرضة لمختلف التأثيرات الخارجية مهما كانت نوعيتها. و هنا سنقسم المحيط إلى ثلاث مستويات: المحيط الكلي، الوسيط و الجزئي¹.

أ- المحيط الكلي:

- و هو يشمل كلا من المحيط الاقتصادي، الاجتماعي، الثقافي، السياسي، القانوني و التكنولوجي...
- المحيط الاقتصادي: يشمل عناصر النظام الاقتصادي الذي تعمل فيه المنظمة مثل الدخل، معدل التضخم، السياسات النقدية و المالية للدولة...

- المحيط الاجتماعي : يؤثر كثيرا على قيم و ممارسات العاملين و تصرفاتهم أثناء القيام بعملهم كما يؤثر على طلب منتجات و خدمات المنظمة و من أهم متغيراته معدل الزيادات السكانية، متوسط الدخل، مستوى التعليم...

- المحيط الثقافي : و هو يؤثر بما يشمله من عادات و تقاليد و معتقدات و قيم على قدرة المنظمة، حيث يحكم تصرفات الأفراد العاملين بها.

- المحيط السياسي و القانوني: و يشمل القوانين و التشريعات التي تصدرها الدولة و التي تنظم عمل المنظمات...

- المحيط التكنولوجي: يعتبر من أهم المتغيرات المؤثرة في الوقت الراهن على عمل المنظمات.....حيث يؤثر على الطلب على المنتجات و الخدمات كما يؤثر على العمليات الإنتاجية و على جودة المنتجات.

ب - المحيط الوسيط:

" و هو يتكون من المنافسة، الموردين، المستهلكين، و غيرهم من المؤسسات الموجودة في مستوى وسيط بين المحيط الكلي و المباشر للمنظمة"²

ج - المحيط الجزئي:

" و هو يتكون من مجموعة المتعاملين المباشرين مع المنظمة كالبنوك و المؤسسات الإدارية المختلفة: الجبائية، مصلحة اليد العاملة، مراقبة العمل.....الخ و كذلك المنظمات الاجتماعية"¹

¹ - نفس المرجع، ص 92.
² - نفس المرجع، ص 92.

فمن خلال عرضنا لمكونات المحيط الخارجي للمنظمة يظهر لنا جليا مدى المدخلات التي يمكن أن ترد إلى المؤسسة و تلك التي تخرج منها في علاقة تفاعلية مستمرة بهذا المحيط، و ما لذلك من تأثيرات إذ " تؤثر التطورات الخارجية على مختلف العمليات الداخلية للمنظمة و كذلك على كيفية تسيير مواردها البشرية، و لإحداث التغيير و الحفاظ على نجاحها و تطورها المنظمة ملزمة على تطوير الكفاءات و القدرات الداخلية للتكيف مع محيطها الخارجي"¹.

3. التطور التاريخي لوظيفة التحفيز:

لقد مرت وظيفة التحفيز كغيرها من الوظائف الأخرى بتطورات عبر التاريخ، إذ يوجد هناك ثلاث مراحل سائدة :

1.3. المرحلة الأولى (المدرسة التقليدية) :

تمثل هذه المرحلة المدرسة التقليدية في الإدارة التي ترى أن المنظمة وحدة اقتصادية هدفها تعظيم الربح فقط. ففي بداية الثورة الصناعية بأوروبا كان أصحاب المصانع يرون أن العامل كسول و لا يجب العمل ، و العمل شاق ، و العامل غير طموح و أنه دائما يتجنب المسؤولية ، و العامل يحب الإشراف المباشر الذي يعفيه من المسؤولية ، و بناء على ذلك فإن ما يبذله من طاقة و جهد يرتبط سلبيا مع مستوى الأجرة. وفي نهاية الأمر كلما ارتفع الأجر قل الحافز على العمل و بالعكس. و قد بنو رأيهم هذا على أساس أن العلاقة بين الأجر و الجهد المبذول تكون موجبة، أي كلما زاد الأجر زاد الجهد حتى يصل العامل بالإنتاج إلى حد معين، أين تصبح العلاقة بين الأجر و الجهد المبذول سلبية. ومعنى ذلك أن ارتفاع الأجر بعد هذا الحد يصحبه زيادة في تفضيل العامل لوقت الفراغ. ففي هذه المرحلة تتفرد الإدارة بقراراتها دون الرجوع إلى أحد ، لذلك اقتصر الحوافز على الأمور المادية فقط مثل الأجور وملحقاتها من المكافآت و العلاوات النقدية، و انحصر دورها في مسك السجلات و توفير البيانات اللازمة عن العاملين و تتبع حركاتهم الوظيفية.²

2.3. المرحلة الثانية (المدرسة الإنسانية):

إن مدرسة العلاقات الإنسانية حتى و لو كانت تعطي الأهمية الكبرى للعامل البشري (أحاسيس، حاجات خاصة بالأفراد) فإن هدفها الأساسي يكمن في توافق العمل مع أهداف المؤسسة و مع الإنشغال الأساسي للمسير و هو الإنتاج.

فنظرت هذه المدرسة للعامل على أساس أنه يستمتع بالعمل و أنه مبدأ في حين توفرت الفرصة المناسبة ، و عليه فإن الإدارة تشرك العمال في اتخاذ القرار و تشعرهم بالانتماء للعمل كما تساعدهم على التطور و تشجعهم على العمل الجماعي.

¹ - نفس المرجع ، ص 17.

² - سعاد نائف البرنوطي ، مرجع سابق، ص 92

و من الواضح أن المدرسة التقليدية ركزت على الحوافز المادية فقط و أهملت الحوافز المعنوية لذلك نجد إن الإدارة في هذه المرحلة تقدم حوافز معنوية بالتقدير و الاحترام و تركز مدرسة العلاقات الإنسانية على نظرية الحاجات و دور التحفيز في إدماج المستخدمين في أهداف المؤسسة ، و كذلك التسيير عن طريق المشاركة كعامل تحفيز و أخيرا تطوير نظام الإعلام و الاتصال في المؤسسة لكن معايير تقديم الحوافز كانت سرية للغاية و من حق الإدارة العليا الاحتفاظ بها و عدم الإفصاح عنها إلا في أضيق الحدود. و هذا ما أحدث فرقا من حيث الممارسة في المدرستين الأولى و الثانية على عكس المعاصرة.

3.3. المرحلة الثالثة (المدرسة المعاصرة) :

وتجسد هذه المرحلة الفكر السائد حاليا، حيث تطورت النظرة إلى المنظمة و الفرد و الحوافز إلى حد بعيد و أصبحت تعكس الواقع بشكل أكثر من السابق فالمنظمة في هذه المرحلة أصبحت مفتوحة تؤثر و تتأثر بالمجتمع الذي تعيش فيه. و الفرد أو الموظف هو جوهر اهتمام المنظمة و ركيزتها الأساسية في تحقيق مختلف أهدافها نظرا لتمتعه بطاقات إبداعية متنوعة. و لأنه إنسان ناضج فإن الإدارة تتوقع منه أن يكون رقبيا على نفسه دون الحاجة إلى رقيب خارجي، و الأفراد بعد ذلك متباينون في خصائصهم و دوافعهم وإبداعاتهم ، لذلك لا بد من الوقوف عليها بالدراسة العلمية الميدانية¹.

و قد "أخذت إدارة الموارد البشرية في المرحلة الراهنة دورا مهما إذ أصبحت عضوا فعالا يدخل ضمن مسؤولياتها التأكد من توفر الأفراد الملائمين للمنظمة من حيث القدرات و المؤهلات و استكشاف ميولهم و طموحاتهم و مدى رغبتهم في العطاء و الابتكار. و كذلك بحث الطريقة الملائمة لترغيبهم في العمل و تحفيزهم على زيادة الإنتاج."²

كما أن معايير تقديم الحوافز أصبحت أكثر وضوحا و أكثر موضوعية مما سبق ، و غالبا في صيغ كمية ، ويساهم الأفراد في تحديدها.

4. التحديات الحديثة المرتبطة بالتحفيز:

إن عملية التحفيز أصبحت تشكل تحديا بالنسبة لمديري الموارد البشرية إذ أن المهمة أصبحت أكثر صعوبة مما كانت عليه ، و هذا يعود لعدة أسباب و التي تعد ميزة من ميزات المرحلة الراهنة. و لقد تناول دافيد راتشمان هذه التحديات في كتابه " الإدارة المعاصرة" و التي يخص بها المرحلة في التسعينات فما فوق في أمريكا، و يرجع هذه التحديات لارتباط التحفيز بالطبيعة المتغيرة لقوة العمل والأحوال الاقتصادية المتغيرة بالإضافة إلى تغير التيار الثقافي في المؤسسة سنلخص ما أورده فيما يلي:

¹ - يوسف حجيم الطائي و آخرون، مرجع سابق، ص 405.

² - نفس المرجع ، ص 406 .

1.4. قوة العمل المتغيرة:

إن قوة العمل تخضع لتغيرات هامة الأمر الذي يقتضي إحداث تغيير كبير في الكيفية التي يحافظ بها المديرين على سعادة العاملين و جعلهم أكثر إنتاجية في العمل . و من بين أهم الاتجاهات الهامة و المؤثرة في بنية و تركيب قوة العمل : - المرحلة السنوية لقوة العمل .
- التضخم في مكانة المرأة في القوة العاملة .
- زيادة التفاوت و التنوع الثقافي في قوة العمل .

أ- المرحلة السنوية لقوة العمل :

إن الانفجار السكاني يؤدي إلى تناقص أو هبوط المتوسط السنوي للعاملين . و بسبب أعدادهم يستمر التنافس القوي على فرص العمل و على الترقيات، و هم يتطلعون إلى نيل ما هو أكثر من مجرد أجر جيد و عمل يحقق الرضا ، و يستعين المؤلف برأي مستشار مهني لقول " إن هذا الجيل هو أكثر الأجيال صعوبة في الإدارة ، و إن الإغراءات التقليدية مثل النقود و المنزلة قد فقدت بريقها ، و هم نوعية من الناس ليس من السهل تحفيزها بالمقارنة مع أولئك الذين يمكن تحفيزهم بالمال، فهم يرغبون في أداء عملهم و الذهاب إلى منازلهم و إن يعيشوا حياتهم".¹

ب - النساء في قوة العمل :

إن نسب النساء العاملات في تصاعد مستمر و ذلك يؤثر في نسبة شريحة الأزواج العاملين في مهنتين بالتصاعد أيضا ، و ذلك من الضروري و على منظمات الأعمال أن تراعي في عملية التوظيف احتياجات أعضاء الأسرة ، بمساعدة العاملين على الموازنة بين متطلبات كل من العمل و الأسرة ، و القيام بتقديم خدمات في رعاية الأطفال مثلا و جداول عمل مرنة .

ج - تصاعد التباين الثقافي :

تتزايد نسب القوى العاملة التي تنتمي إلى أصول ثقافية متباينة زيادة على نسب المهاجرين ، هؤلاء الموظفون يحملون معهم نطاقا واسعا من المهارات العلمية و العادات و الاتجاهات اتجاه العمل من شأنها التأثير على السلوك الوظيفي ، و التحدي هنا يكمن في إيجاد و إنشاء قنوات اتصال مناسبة مع هؤلاء الأفراد إضافة إلى تشجيع التعاون و التنسيق، و إذا ما نجح المديرين في إنجاز هذه المهمة فسوف يحصلون على مصدر للأفكار يكون بمثابة المفتاح لخلق حياة مبتكرة في السنوات القادمة .

2.4. الظروف الاقتصادية المتغيرة:

إن الأسلوب الذي يدار به العمل يتطور يوميا و هناك عوامل كثيرة تؤدي إلى تغير جوانب النشاط و منها تلك التغيرات التي تطرأ على الأسواق و المنافسة و التمويل و التوزيع الجغرافي لقوة العمل و التكنولوجيا

¹ - دافيد راتشمان، مرجع سابق، ص 264 .

و التنظيم و الإدارة بالإضافة إلى الأفكار و المعتقدات. وفي المقابل تؤثر هذه المتغيرات على الاقتصاد الكلي و الذي يعمل في إطاره العاملون و المديرون و المنظمات. مما يعني أن البقاء في سوق المنافسة يتطلب استثمارا جيدا في الموارد البشرية على كل المستويات.

3.4. تغير النمط الثقافي السائد:

في ضوء التغيرات الطارئة على كل من قوة العمل و الظروف الاقتصادية، تغيرت أيضا الثقافة السائدة في المنظمة، مثلا يتحتم على الشركات أن تعتمد أسلوب الترقية الأفقي و الرأسي بشكل متوازن و تهتم أكثر بجعل الموظفين يفكرون في التحرك الأفقي و الجانبي من أجل تحسين مهاراتهم و معارفهم عن الشركة عوض الأسلوب السابق للترقية من القاعدة نحو القمة. كما يتحتم أن تصبح الثقافة السائدة في المنظمة أكثر إنتاجية عن طريق التحكم في الشائعات، و اعتماد أسلوب اتصال أمين و صريح، مما يؤدي إلى رفع الروح المعنوية، و يسمح بتركيز الموظفين أكثر على الأداء و الإنجاز، و ستكون في حاجة إلى اكتشاف أساليب لدعم و تشجيع الابتكار.

5. نظريات الدافعية :

فسر معظم المفكرين مفهوم التحفيز - غالبا - بالجانب المادي المعترف و المغربي، لكن بمرور الزمن أثبتت الكثير من الدراسات و التجارب محدودية هذا العامل كدافع للعمال من أجل تحسين أدائهم الإنتاجي. إذ أصبح للعلاقات الإنسانية دورا أكثر أهمية من ذي قبل، خاصة بعد الدراسة التي أجراها التون مايو و التي كانت بمثابة نقطة تحول في استحواد العامل الإنساني على اهتمام العديد من الباحثين في مجال إدارة الأفراد. حيث أثبتت تجارب "الهاوثورن" أن إنتاجية العمل تتأثر أكثر بمحددات مثل درجة قبول الجماعة للفرد و مدى شعوره بالأمان عن المحددات المادية للعمل مثل الأجور و الحوافز المادية¹. و زاد اهتمام الدراسات الموالية بعد ذلك، حيث أصبحت تركز على الجانب الإنساني للعاملين أكثر من الجوانب الأخرى. و مثلت مواضيع الحافزية، التحفيز، و الرضا الوظيفي، و أخلاقيات العمل، آفاقا جديدة للبحث نتيجة ارتفاع مستوى التعليم و مستوى تطلعات العاملين، و توقعاتهم من وظائفهم أكثر من مجرد المكاسب المادية و الاقتصادية. و تبين الدراسات الحديثة ضرورة الاهتمام بالقيم الروحية و الثقافة الاجتماعية لدى العاملين كأسلوب تحفيزي فعال لتحقيق الكفاءة الإنتاجية و نجاعة المؤسسة العصرية التي تستمد مبادئ تسييرها من الفكر الحديث.

فحتى تضع المؤسسة نظاما للحوافز، و قائمة الحوافز التي تستخدمها تحتاج أن تحدد ما الذي يحرك عمالها، أي عليها أن تحدد ما الذي تعتقده يجعل العامل أو الموظف يجذب إليها أو ينفر منها أو يتركها، وما

¹ - محمد سعيد سلطان، إدارة الموارد البشرية، المكتبة الإدارية الدار الجامعية، بيروت، لبنان 1993، ص 50.

الذي يجعله يندفع إلى القيام بسلوك معين أو يتجنبه. بمعنى آخر عليها أن تحدد "نظريتها" حول دافعية العاملين.

و على الرغم من أهمية الدوافع و كثرة المعارف العلمية حولها، لا تتوفر لحد الآن نظرية واحدة تفسر العملية، بل هناك مجموعة كبيرة من النظريات المهمة سنتعرف هنا على أهمها.

" و يمكن تصنيف هذه النظريات إلى مجموعتين: نظريات حاجات – نظريات معرفية.

- **نظريات حاجات:** و تركز على حاجات الفرد و حوافز إشباعها سنتعرف على خمسة مهمة هي النظرية الاقتصادية، نظرية "ماسلو"، نظرية "ألدرفر"، نظرية ثنائية العوامل و نظرية الحاجات للإنجاز.

- **نظريات معرفية:** و هي نظريات تركز على العمليات العقلية التي تحصل بين تعرض الفرد لحافز

وسعيه للحصول عليه و سنتعرف هنا على نظريتين هما نظرية العدالة و نظرية التوقع¹. **1.5. نظريات**

الحاجات :

1.1.5. نظرية الحاجات الاقتصادية:

تمثل النظرية الاقتصادية النظرية الأولى التي إعتمدها علماء الإدارة الأوائل ، و قد تكون النظرية الشائعة في مؤسساتا تمارس إدارية بسيطة و و عي علمي محدود.

أ- إفتراضات نظرية الحاجات الاقتصادية:

يمكن تلخيص افتراضات هذه النظرية بما يلي:

يعمل الفرد بسبب حاجة و دافع واحد هو الحصول على دخل يستخدمه لإشباع حاجاته المختلفة ، أما عن كيفية استخدام هذا المال فهذا شيء خاص به.

- الإنسان هو **كائن اقتصادي عقلائي**. لهذا الوصف معنى محدد " للعقلانية " و هو أنه يسعى لتعظيم مدخولاته أي انه يسعى للحصول على أعلى دخل ممكن (و إذا كان سيتعرض لعقوبة فهو يسعى لتقليل خسائره)، و كلما كان الدخل أكبر كلما بذل جهدا أكبر، فإذا وجدنا شخصا يقبل بدخل أقل مما يستطيع سنقول بأن تصرفه غير عقلائي².

من أبرز الأعمال المقدمة في هذه النظرية أعمال **فريدريك تايلور FREDERIK TAYLOR** الواضع للأسس العلمية لدراسة الأداء (الحركة و الوقت)، فبعد أن مارس أعمالا مختلفة و تدرج في وظائف عديدة (من عامل، فكتاب، ثم ملاحظ، فمهندس) لاحظ و تأثر لفشل زملائه العمال في الوصول إلى تحقيق ثلث الإنتاج اليومي ، كما لاحظ أن أجرهم انخفض مما تسبب في المنازعات بين الإدارة من جانب و العمال من جانب آخر.

و من ثم اعتمد **تايلور** على وسائل أو نظم يحدد بمقتضاها فئات أجور العمال من خلال القواعد الآتية:

¹ - سعاد نانف برنوطي، مرجع سابق، ص 358.

² - نفس المرجع، ص 359.

-تحديد عناصر العمل و طريقة الأداء.
 - إختيار عامل مثالي الأداء و تمرين باقي العمال على هذا الأداء.
 - توطيد العلاقة الطيبة بين الإدارة و العمال"¹.
 و كان أكثر ما يهتم تايلور هو كيف يمكنه الحصول على اكبر رفاهية ممكنة لصاحب العمل مصحوبة بأكبر رفاهية ممكنة للعامل و اهتم تايلور بالتنفيذ عن طريق تخطيط العمل تخطيطا دقيقا بتعليمات أكثر دقة ، و طالب بدراسة الوقت على أساس أن أسرع طريقة لتنفيذ أي عمل تتم عن طريق الوقت النمطي، و طالب أيضا بتحديد معايير ثابتة يتم العمل على أساسها .فالعامل المهم في هذه المدرسة هو التركيز على العمل فقط .و بذلك تتلخص مدرسة الإدارة العلمية في كيفية تخطيط العمل ورقابته من أجل تمعين الكفاءة في استخدام الموارد للوصول إلى رضا العاملين.

ب- أبعاد النظرية الإقتصادية لعملية التحفيز:

إن الإدارة التي تعتمد هكذا نظرية للدوافع تهتم فقط بمبلغ الحوافز التي تعرضها فإذا أرادت أن يبذل شخص جهدا أكبر لأداء عمل معين تعرض عليه مبلغا حافزا أكثر. و إذا أرادت التأكد من تجنب سلوك معين حددت عقوبة مادية أكبر لهذا السلوك.

ج- الإنتقادات الموجهة لهذه النظرية:

هناك انتقادات و جوانب خلل أثيرت من طرف منظرين آخرين و جهت إلى هذه النظرية نذكر من أهمها مايلي :

- يعمل الإنسان المعاصر لإشباع أكثر من حاجة و على الرغم من أهمية مبلغ الحافز المادي إلا انه ليس الدافع الوحيد (سنجد بان نظرية ماسلو و النظريات الأخرى تهتم بذلك)².

- عندما يعرف موظف معين بمبلغ حافز تعرضه عليه الإدارة فهو لا يستجيب له كمبلغ بل ما يقيمه ويقارنه بما يستحقه أو ما تعرضه لزميله، أي أنه يقوم بعمليات عقلية يتصرف على أساسها (سنجد بأن نظرية العدالة تعالج هذا الجانب)³.

أ - إفتراضات نظرية ماسلو :

- الإنسان هو كائن يشعر باحتياج لأشياء معينة و هذا الاحتياج يؤثر على سلوكه ،فالحاجات غير المشبعة تسبب توترا لدى الفرد و الفرد يود أن ينهي حالة التوتر هذه من خلال مجهود و سعي منه للبحث عن إشباع هذه الحاجة⁴.

¹ - حامد الحرفة مع نخبة من الأخصائيين، مرجع سابق، ص 927.

² - سعاد نانف برنوطي ، نفس المرجع، ص 359.

³ - نفس المرجع ،ص 359.

⁴ - محمد سعيد سلطان، مرجع سابق، ص 252.

- للإنسان حاجة نفسية مركزية هي الحاجة لتحقيق الذات فهي توجه كل نشاطه للنمو و التعلم و النضج و الذي يحصل بطريقة هادفة و موجهة و ليس عشوائية مشتتة، فمجموع حاجات الفرد عديدة، إلا أنها تنتظم في خمسة مجاميع رئيسية هي: حاجات فيزيولوجية، حاجات الأمان، الحاجة إلى الحب و الانتماء إلى جماعة، الحاجة إلى التقدير الاجتماعي و الحاجة لتحقيق الذات.

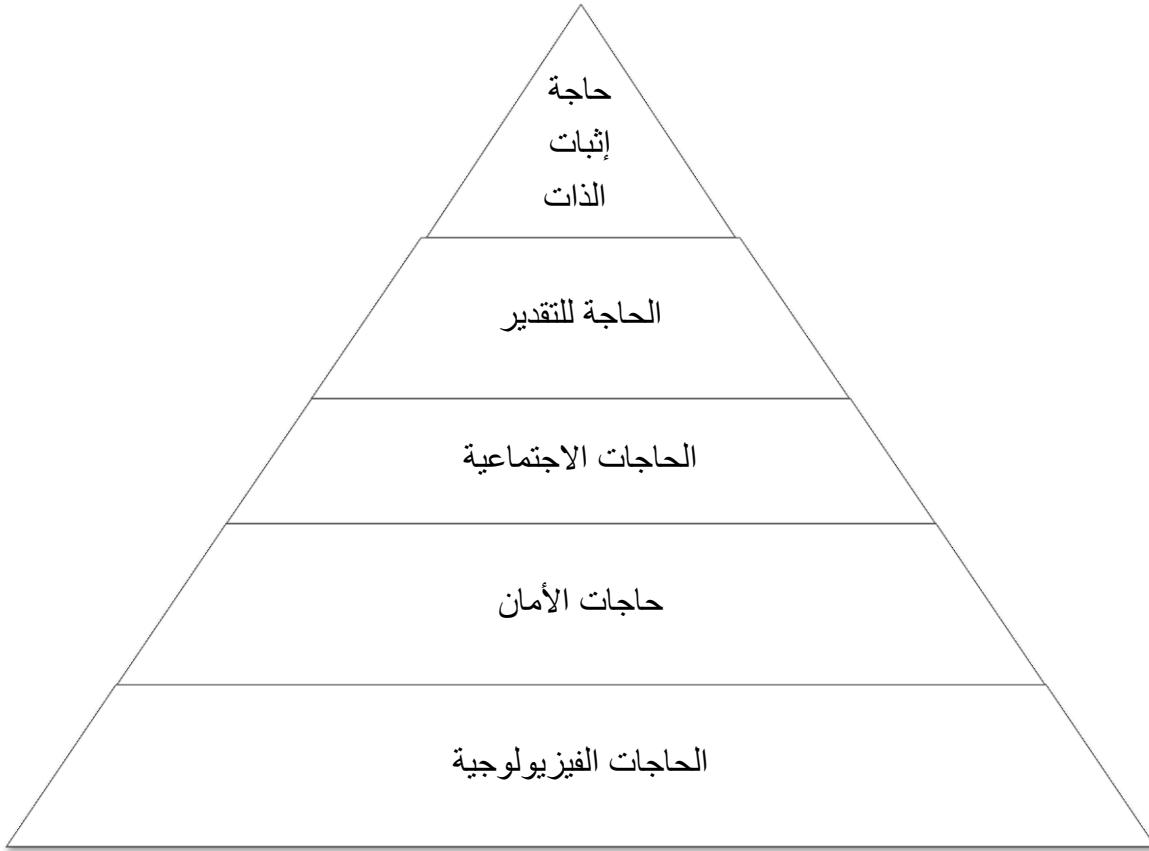
- ترتب هذه الحاجات من حيث الأولوية للبقاء و الإلحاح على شكل هرم، تتدرج فيه بترتيب واحد، من أكثر إلحاحاً للأقل إلحاحاً. فالحاجات الفيزيولوجية هي الأكثر أولوية و إلحاحاً للبقاء، تليها حاجات الأمان ثم الحب و الانتماء، ثم التقدير، ثم الذاتية. أي أنه إذا كان الإنسان محروماً من وسائل إشباع كل حاجاته فالذي يكون له ملحا هو الحاجات الفيزيولوجية فقط ، و إذا كانت الحاجات الفيزيولوجية مشبعة، فالحاجات المهمة تكون فقط حاجات الأمان و هكذا.

- لا تكون "الحاجة" دائماً "دافعة" للسلوك بل فقط عندما تكون غير مشبعة فمتى ما أشبعت حاجة معينة لا تعود دافعة. و يتحقق الإشباع إذا اطمأن الفرد بأنه يستطيع إشباع مجموعة الحاجات بشكل طبيعي و شبه تلقائي.

- لا تكون كل المجاميع الخمسة من الحاجات نشطة سوية و في أن واحد بل تنشط بالتتابع فعندما تكون مجموعة معينة نشطة تكون المجاميع الأخرى كامنة.

- في أي فترة من حياة الإنسان تكون مجموعة واحدة هي الأكثر نشاطاً و دافعة للسلوك في حين تكون المجاميع الأخرى كامنة أو ثانوية. فمتى ما تم إشباع مجموعة معينة من الحاجات تتوقف عن الدفع في حين تبدأ تنشط المجموعة التالية في السلم.

الشكل رقم 10: هرم الحاجات لماسلو



المصدر : أنور سلطان محمد سعيد، إدارة الموارد البشرية، قسم إدارة الأعمال، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2003، ص 257.

تسمى هذه المجموع من الحاجات بسلم ماسلو للحاجات لأنها تترتب على شكل سلم، أو هرم. فابتداءاً تنشط الحاجات الفيزيولوجية، و تكون قوة الاندفاع لإشباعها عالية، بعد إشباعها تتوقف عن الدفع فتتنشط المجموعة الثانية و هي حاجات الأمان، فتكون قوة الاندفاع لإشباعها عالية لغاية ما تشبع فلا تعود تدفع وهكذا إلى غاية الوصول إلى مجموعة الحاجات الذاتية الموجهة كلياً لتحقيق الذات.

ب- أبعاد نظرية ماسلو لعملية التحفيز:

يمكن تلخيص أبعاد هذه النظرية للدافعية للعمل و الإدارة بما يلي :

- الإنسان يعمل لإشباع عدد من الدوافع، و ليس للحصول على الأجر فقط. فهو يعمل لإشباع حاجاته الاجتماعية بالانتماء إلى جماعات و تحقيق مكانة اجتماعية و الحصول على التقدير و تعلم مهارات جديدة و إتقان عمل معين و الإبداع والانجاز.....و غير ذلك من دوافع لتحقيق الذات و على الرغم من أهمية

الدخل، خاصة و أنه يساعده في إشباع حاجاته الأخرى إلا أنه ليس الدافع الوحيد للعمل لهذا فنظام الحوافز الفاعل يجب أن يوفر محفزات لإشباع الحاجات المختلفة و ليس المالية فقط.

- تختلف الحاجة المحركة و المنشطة من فرد إلى آخر، فقد تكون الحاجات المادية منشطة ل "س" من العاملين و حاجات الانتماء ل "ص" و حاجات تحقيق الذات لآخر.
كما أنها تتغير للفرد الواحد، فقد تكون الحاجات الفيزيولوجية و المالية مهمة لفرد ما في تاريخ معين لكن و بعد أشهر يبدأ لاهتمام بحاجاته للأمن.
و لهذا يجب أن يوفر نظام الحوافز مجموعة من المحفزات تشبع المجاميع المختلفة من الحاجات كما يجب أن يتسم بالمرونة بحيث يستجيب كل فرد في ضوء الحاجات الدافعة لديه.

ج- الإنتقادات الموجهة للنظرية :

رغم ما أنتت به هذه النظرية من تفسيرات جديدة لظاهرة الدافعية أو الحافزية إلا أن بعض المفكرين أوردوا بعض التحفظات نذكر منها :

- التركيز على خمس حاجات فقط يتجاهل بعض الحاجات الأخرى التي لم تهتم بها النظرية و التي تتداخل مع هذه الحاجات.

- يجب النظر إلى حاجات الإنسان في شكل حركي أو ديناميكي و ليس في شكل ثابت كما تفترض النظرية ، حيث التركيز فيها على حاجة معينة لن تظهر إلا بعد إشباع ما قبلها فإذا لم تشبع الحاجة الأولى لن تظهر الحاجة الثانية و هذا غير صحيح و لا يمثل الواقع في بعض الحالات.

فعندما نلاحظ دوافع الإنسان نجد بان الناس لا يتحركون دائما على السلم بالطريقة التي تقترحها النظرية فكلنا نعرف أشخاصا يرفضون الانتقال إلى وظائف تدر عليهم دخلا أعلى يحتاجونه لأسباب اجتماعية أو ذاتية و حالة الأسرة ذات الإمكانيات المحدودة التي تقترض حتى تؤدي واجبا اجتماعيا فتحافظ على مكانتها الاجتماعية و نفس الشيء بالنسبة للفنان و المنخرط في الجيش، و الباحث..... الخ

- هناك انتقاد للنظرية أيضا يتعلق بجمود البعض في مرحلة معينة فظاهرة " الجشع المادي" مثلا تدل على أن بعض الناس قد يبقون في مرحلة معينة لفترة طويلة على الرغم من تحقيق إشباع حاجاتهم المالية، كما قد يكون استمرارهم في تكديس المال على حساب تحقيق حاجاتهم العليا، كما يوجد أشخاص يفضلون الجمود في مرحلة تحقيق الحاجات المتعلقة بالانتماء و حب الآخرين لهم و عدم الانتقال إلى مراحل موالية.

فهذا يبين أن النظرية تتجاهل أن حاجات الإنسان لا يمكن أن تشبع بالكامل نظرا للتغيير الدائم في مستويات الإشباع عند الفرد كنتيجة للتطورات الاجتماعية ، الاقتصادية و الثقافية في المجتمع و عند الفرد.

و هذا ما مهد إلى ظهور نظرية أخرى انطلقت على أساس هذه الانتقادات و هي نظرية ألدرفر.

3.1.5. نظرية ألدرفر في الوجود، الإنتماء و النمو¹:

نظرية كلينتون ألدرفر CLINTON ALDERFER هي صيغة معدلة لنظرية ماسلو تحاول معالجة النقائص التي وردت فيها، و تدخل عامل التعلم كعامل مهم في تفسير السلوك.

أ- افتراضات نظرية ألدرفر:

يعتمد ألدرفر نفس فرضيات ماسلو حول الحاجات، مع التعديلات التالية:

تنظيم الحاجات المتعددة للإنسان ضمن ثلاثة مجاميع و ليس خمسة هذه المجاميع هي:

- حاجات الوجود و أساسها الحاجات الفيزيولوجية و حاجات الأمان كما هي في سلم ماسلو.

- حاجات الإنتماء و التي تشمل حاجات الإنتماء و المكانة الاجتماعية في سلم ماسلو.

- حاجات النمو و التي أساسها الحاجات الذاتية الخاصة بالفرد و نموه.

ERG (existence/relatedness/ growth) و لهذا تسمى بنظرية و.ا.ن (وجود/ انتماء/ نمو)

(تختلف هذه المجاميع للحاجات من حيث أهداف و أساليب إشباعها:

- فحاجات الوجود تشبع بأشياء مادية يتنافس الفرد مع الآخرين للحصول عليها.

- حاجات الإنتماء تشبع بحصول الفرد على قبول الآخرين من خلال التعاون و ليس التنافس.

- أما حاجات النمو فيشبعها الفرد بالتعلم و اقتناء أشياء غير مادية، و بالتميز على الآخرين و هذا بالتعاون و عن طريق التنافس.

- يحصل ترتيب الحاجات و أولوياتها بالنسبة للفرد نتيجة عملية التعلم و التنشئة الاجتماعية، مثلا يمكن

لفرد ما أن يتعلم بأن يعطي المرتبة الأعلى لحاجات الإنتماء و الأدنى لحاجات النمو أو حتى حاجات البقاء

(كما في المجتمعات التقليدية)، فإذا تعلم أن يعطي الأولوية لحاجة النمو مثلا، سيعطي كل جهده للنمو و

ستكون هذه الحاجة (النمو) ملحة له حتى لو كانت حاجاته للبقاء و الإنتماء غير مشبعة كفاية.

- إذا أشبع الفرد مجموعة من الحاجات، قد يجد صعوبة في البدء بإشباع مجموعة ثانية لأنه لا يعرف كيف

و لا يملك المهارات و التعلم الضروري لإشباعها. فمثلا يشبع فرد حاجته للوجود ثم يحاول إشباع حاجته

¹ - نفس المرجع، ص - ص : 363 - 364

للانتماء و لكنه يستمر بالتنافس لأنه لا يعرف كيف يتعاون مع الآخرين. في هذه الحالة سيفشل و هذا يجعله يعوض الفشل بمواصلة إشباع الحاجات التي يملك المهارات لإشباعها أي يستمر بإشباع حاجاته المادية التي يعرف كيف يشبعها، فيصبح الإشباع نوعا من الجشع الضار المبالغ فيه.

ب- أبعاد نظرية الدرفر لعملية التحفيز :

تنبه هذه النظرية إلى ضرورة أن يوفر نظام الحوافز للفرد فرص التعليم و الإرشاد لاكتساب المهارات الضرورية لإشباع المجاميع الجديدة من الحاجات و الانتقال من مجموعة إلى أخرى.

4.1.5. نظرية ثنائية العوامل (العاملين):

إلى جانب النظرية السابق ذكرها ظهرت دراسة جديدة قام بها فردريك هرزبرج Fredrik Herzberg في سنة 1959، أستاذ علم النفس الصناعي، عالم و ممارس. تحاول هذه النظرية أن تعالج أثر العوامل المختلفة على موضوعين مختلفين هما الاندفاع لأداء العمل وحالة الرضا.

أ- إفتراضات نظرية ثنائية العوامل:

فيما يلي أهم إفتراضات هذه النظرية¹.

- لا تؤثر كل "الحوافز" التي تستخدمها المنظمات في خلق دافع للعمل والإبداع، فبعضها يؤثر فقط في منع حصول تذمر و عدم رضا، ولهذا يستبدل مصطلح "الحوافز" بمصطلح "العوامل".
- و يمكن تصنيف العوامل التي يمكن للمنظمة أن تقدمها إلى مجموعتين:
- مجموعة "دافعة" للأداء المتميز، ومجموعة أخرى "مطهرة من الشكوى و التذمر (أو كما يسميها البعض بالوقائية).

- العوامل الدافعة، أي التي تؤدي إلى الدافعية العالية للعمل ، هي بالأساس ترتبط بالعمل نفسه و ما يتوفر من فرص لإشباع حاجات ذاتية في التعلم و التقدم و تحقيق الذات .

هذه العوامل إذا توفرت ، تولد دافعية عالية للعمل، أما إذا غابت فتكون الدافعية للعمل و الأداء العالي و الإبداع ضعيفة، إلا أن ذلك لا يؤدي إلى الشكوى و عدم الرضا ، بمعنى إذا تم تكليف الفرد بعمل ينطوى

على فرص للإنجاز و التعلم، فهذا يدفعه للأداء العالي، أما إذا لم تتوفر في العمل هذه السمة، فالفرد لا يشعر بغيابها، ولا يظهر عليه التذمر و عدم الرضا بسبب ذلك ، و هذا هو سبب تسميتها بالعوامل الدافعة. المجموعة الأخرى من العوامل هي عوامل صحية أو عوامل مطهرة أو وقائية إذا غابت أو كانت سلبية تؤدي إلى عدم الرضا و الشكوى أما إذا توفرت بشكل جيد فهي لا تؤدي إلى الرضا العالي و لا إلى الدافعية للأداء العالي فمثلا إذا كانت الظروف المادية ممتازة، كأن تكون الرواتب و الأجور جيدة، المباني مؤثثة و مكيفة، التسهيلات نموذجية... إلخ.

¹ - نفس المرجع، ص - ص: 324 - 325.

فهذه بحد ذاتها لا تولد رضا عالي بل يتم كحالة طبيعية كما أنها لا تولد لدى الأفراد الدافعية العالية لأداء أعمالهم و الإبداع فيها، بل قد تدفعهم للاسترخاء و التكاسل، أما إذا غلبت و كانت سيئة، فتولد التذمر و عدم الرضا، و هذا هو سبب تسميتها بالعوامل الصحية أو المطهرة، فهي تطهر أجواء العمل من الشكوى و التذمر.

باختصار إذا، العوامل نوعين من حيث تأثيرها، بعضها ضروري لإزالة أسباب الشكوى و التذمر، وبعضها الآخر ضروري لخلق الدافعية للأداء العالي.

و هذا هو سبب تسمية النظرية بثنائية العوامل. و تجدر الإشارة إلى أن مجموعة العوامل الوقائية أو الصحية تتشابه مع حاجات المستويات السفلى في هيراركية ماسلو و وظيفة هذه العوامل هي منع عدم الرضا.

و مجموعة العوامل الدافعة التي تزود الأفراد بالدافعية تتشابه مع حاجات المستويات العليا في هيراركية ماسلو.

و تؤكد هذه النظرية على أن " الأفراد يميلون إلى إرجاع حماسهم و رضاهم إلى عوامل راقية مشبعة لحاجاتهم العليا، و يميلون إلى إرجاع عدم رضاهم إلى عوامل متدنية متعلقة بحاجاتهم الأساسية"¹. تشمل العوامل الدافعة ما يلي :

- فرص الشعور بالإنجاز، أن شعور الفرد بأنه نجح في إنجاز شيء.
- خصائص العمل نفسه كعمل مثري ينطوي على التحدي أو الإثارة.
- الاعتراف بالجهود المحققة.
- المسؤولية التي ترافق العمل.
- فرص التقدم التي يوفرها الإنجاز المتميز.
- هذه و غيرها من عوامل، كلها تتعلق بالعمل و المسؤولية، بل بالحاجات الذاتية (حسب تصنيف ماسلو)، وهي التي تدفع للأداء الأفضل.
- أما العوامل الصحية (أو الوقائية) فتتمثل :
- الراتب من حيث كفايته و عدالته.
- السياسات و الأساليب الإدارية، من حيث الوضوح و التحيز و غيرها.
- أسلوب الإشراف و سلوك المشرف في توجيه العاملين لتنفيذ العمل.
- العلاقات الاجتماعية و الإنسانية مع المشرف و زملاء العمل.
- الظروف المادية للعمل كالضوضاء، التكيف، النظافة... الخ.
- و أكثر هذه العوامل يتعلق بظروف العمل.

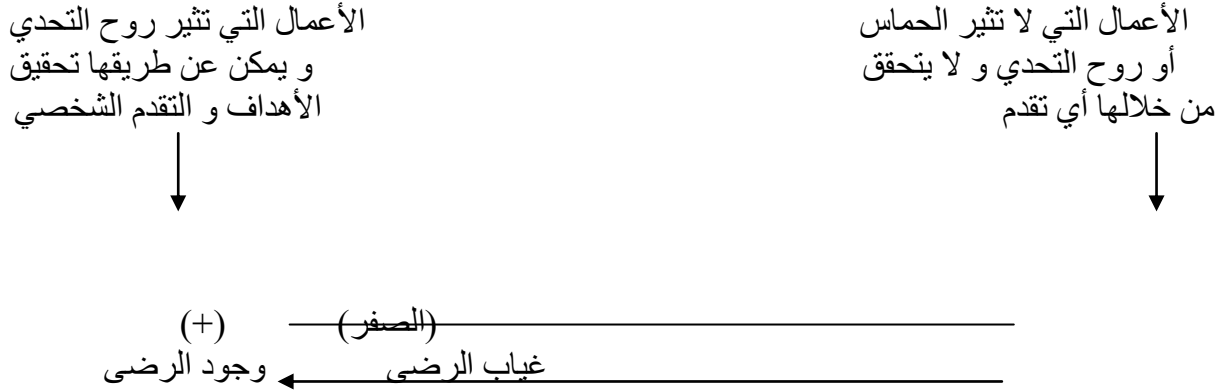
¹ - محمد سعيد سلطان، مرجع سابق، ص 264.

هذه النظرية توفر وسيلة لتفسير لماذا يكون الإنسان راضياً، ولكنه غير منتج، وأحياناً منتج ولكنه غير راضٍ كثير التذمر، السبب هو أن المنظمة توفر العوامل الصحية فقط وتهمل العوامل الدافعة الحالة الأولى. أما في الحالة الثانية فإن الأمر يدل على اهتمامها بالعوامل الدافعة وتهمل العوامل الصحية.

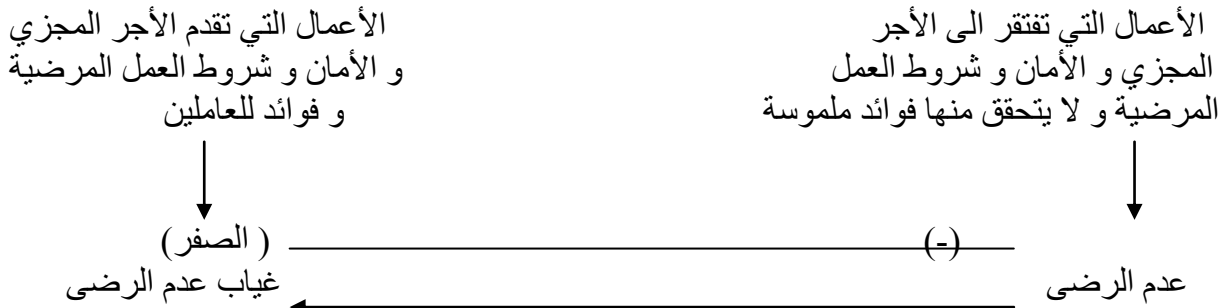
ب- أبعاد نظرية ثنائية العوامل لعملية التحفيز:

" أهم أبعاد هذه النظرية هي أن على المنظمة أن توفر العوامل الصحية و الدافعة، مع الإدراك بأن العوامل الصحية ستؤدي إلى عدم الشكوى و التذمر، في حين ستؤدي العوامل الدافعة إلى الاندفاع للعمل وللداء المتميز"¹. و الشكلين التاليين يلخصان ذلك :

الشكل 11 : مقياس الرضى



الشكل 12 : مقياس عدم الرضى



المصدر : متولي السيد متولي: مرجع سابق، ص 33.

¹ - سعاد نانف البرنوطي، مرجع سابق، ص 366.

2.5 . النظريات المعرفية: 1.2.5. نظرية العدالة :

هذه النظرية هي صيغة معدلة للنظرية الاقتصادية، فهي تركز على الحاجات الاقتصادية و لكنها تهتم بالتحليل الذي يحصل في عقل الإنسان قبل أن يستجيب للحافز المادي.

أ- افتراضات نظرية العدالة:

- إذا تعرض فرد ما إلى حافز مادي معين ، لا يندفع نحو الحافز حالا ، بل يقوم بتقييم مبلغ المكافأة و عدالته (و هذه عملية عقلية) ، و هو يحكم على عدالة المبلغ بمقارنة ما سيقدم من جهد مقارنة مع ماسيأخذ، و كذلك بمقارنته مع ما قد تعطيه المنظمة للآخرين لنفس الجهد.

- إذا شعر بأن هذا المبلغ غير عادل فهذا يولد لديه صراعا ذاتيا و عدم الارتياح و هو يشعر بذلك حتى إذا كان الفرد سيحصل على أكثر مما يعتبره عدلا.

- إذا شعر بأن مبلغ الحافز غير عادل فسيوجه نشاطه حسب خصائصه و طبيعة الموقف. فقد يوجه كل جهوده لتغيير النظام لجعله أكثر عدالة، أو الشكوى و التذمر و التحريض على المنظمة، أو زيادة جهده معتبرا حصوله على أكثر من الآخرين نوعا من التقدير الخاص، أو إلى تقليل عطائه و أحيانا التخريب إذا وجد بأنه مظلوما... الخ أي أن التحفيز يؤدي إلى نشاط و لكن ليس لإنجاز العمل المطلوب.

- في كل هذه العملية يحكم على العدالة كما يدركها و ليس كما هي موضوعيا ، و هذا يتأثر بإدارته لأهمية جهده و للفئة التي يقارن نفسه معها فمثلا عندما يقارن موظف ما الحافز الذي تحصل عليه مع ما يقدم لمجموعة أخرى يعرفها قد يعتبر الحافز عادلا في حين لو عرف بما يقدم لآخرين قد يصل إلى نتيجة مغايرة.

أي أن الحافز قد يكون غير عادل و لكن العاملين يدركونه كعادل بسبب سرية نظام الحوافز، أو بسبب عزل الأفراد عن آخرين يحصلون على مكافآت عالية أو غيرها. المهم أن عدالة الحافز تدخل كعنصر مهم في عملية توجيه سلوك الإنسان.

ب - أبعاد نظرية العدالة:¹

- تقوم هذه النظرية على أساس أن الأفراد يقومون بتحديد مجال للمقارنة بينهم و بين أشخاص آخرين لهم قواسم مشتركة تخص مثلا درجة السلم الوظيفي ، ظروف العمل ، القدرات ، ... و ينتج عن المقارنة قرارات تعبر عن حالة الرضا أو عدمه.

تتضمن هذه المقارنة نسبة المخرجات التي يستفيد منها الفرد مقابل حجم المدخلات التي يضيفها الفرد في العمل هي :

- الجهد المبذول في العمل.

- مستوى التعليم.

- مستوى الأداء في العمل.

- مستوى الخبرة السابقة.

- مستوى المهارة في العمل.

- بعض المدخلات الأخرى التي يحضرها العامل معه إلى جو العمل بهدف إستخدامها و الإستفادة منها.

أما المخرجات أو العائد الذي يتطلع الفرد إلى الحصول عليه من العمل فهي تتمثل فيما يلي :

- الأجر و المكافآت.

- الترقية.

- المكانة المتميزة في التنظيم.

- علاقات العمل الطيبة.

- تحقيق الأهداف الشخصية.

- اعتراف الآخرين بأهميته.

" كما تتأثر إنتاجية الفرد في المؤسسة بالسلب إذا ما ظهر له أن حجم العائد المتحصل عليه لا يتناسب مع مقدار الجهد المبذول ، و العكس صحيح."² تؤكد هذه النظرية على أن المهم في الحوافز ليس مبلغا بل العدالة التي يتم بها نظام الحوافز في مكافأة الأفراد المختلفين و الذين هم في مجال المقارنة. و من الأبعاد المهمة لأي نظام حوافز أن يأخذ قسطاً كبيراً من التعريف و الإعلام به و ضرورة تؤكد الإدارة من أن الأفراد المختلفين يدركونه كنظام عادل.

- كلما كان الإنسان أكثر نضجا عقليا و أوسع معارفا، كلما كانت عملية التقييم عنده أكثر نضجا، فهناك عوامل مهنية: كالعمر، الجنس، التحصيل العلمي، المؤهلات، المكانة الاجتماعية و الوظيفية، تدخل في

¹ - سعاد نانف برنوطي، مرجع سابق، ص - ص : 369-370.

² - متولي السيد متولي، مرجع سابق، ص- ص : 45 - 46.

عملية التقييم هذه. كما يراعي الفرد الامتيازات المادية و المعنوية المختلفة التي قد يحصل عليها كفرص التقدم ، فرص الإشباع الاهتمام بعدالة الحوافز حتى لا يوجه النشاط الذي تستثيره إلى مجالات ضارة بها.

2.2.5. نظرية التوقع:

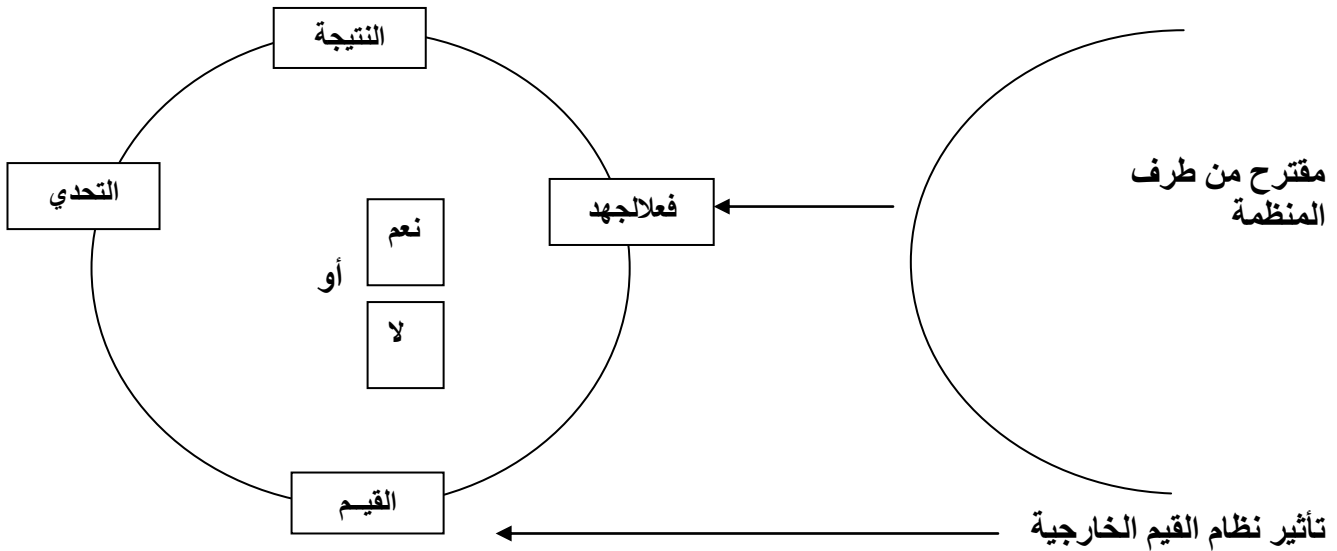
يعزى الفضل في إعداد هذه النظرية إلى الأمريكي فيكتور فروم Victor vroom في بداية الستينات، و هي تمثل واحدة من النظريات المعرفية الأهم لتفسير سلوك العمل و لتقدير قوة اندفاع فرد ما للقيام بعمل ما.

أبفراضاتنظريةالتوقع:

تفترض هذه النظرية مسبقا فاعلا مدركا، متحكما في سلوكه، قادرا على تخطيط أفعاله المستقبلية وعلى المعرفة مسبقا بالنتائج المحتمل الحصول عليها على حسب الأهداف التي يسعى إليها. و هذا النمط ينطبق جيدا على الجانب الواعي و المفكر لميكانيزم الفعل.

و نظرا للطابع الاستراتيجي جدا المعطى للسلوك نستنتج أن هذه النظرية قد اتخذت من طرف العديد من علماء الاجتماع و المؤسسات أو المنظمات. و من أجل البرهنة على الطابع الدائري لمسار التوقع الذي هو أساس نظرية التوقع ليس هناك أفضل من اللجوء إلى التمثيل النظامي مع حلقة الفعل الارتدادي.

الشكل 13 : التمثيل النظامي للتوقع



SOURCE : DIMITRI WEISS , Op Cit, P 3

-إذا تعرض فرد لحافز ما، لا يندفع حالاً للحصول عليه، بل تحصل في عقله مجموعة من العمليات فهو لا يتدخل فعلياً في عمل ما تطلبه المؤسسة إلا إذا وجد أجوبة بنعم لثلاثة أسئلة:

- هل أنا قادر على تحقيق الفعل المطلوب للحصول بذلك على النتيجة المحددة؟

هذه المرحلة الأولى المسماة بالتوقع expectation 'تقيم نوعاً ما احتمالية نجاح الفعل. وكتوضيح، نأخذ هذا المثال البسيط، نتخيل مكلفاً بالمبيعات رئيسه في العمل بالمبيعات

يحدد نسبة 20% زيادة في رقم المبيعات كهدف. فهل يكون لهذا العامل الحظوظ المعقولة لتحقيق هذا الهدف؟ هل ستمنح له الوسائل الضرورية، و هل ستكون لديه البراعة و الطاقة اللازمتين؟ إذا لم يكن الجواب إيجابياً فهو سيكون شبه متأكد مسبقاً من إحباطه و لن يقوم بالفعل المنتظر منه.

- الحصول على النتيجة هل يؤدي بصورة أكيدة إلى الحصول على نتيجة مقابلة (تحدي)؟

هذه الحالة الثانية و المسماة الأداة Instrumentalité تقيم شفافية العملية، أي الضمان المعطى للعامل بأن نجاحه في الفعل سيؤدي إلى مكافأة أو إلى عدم العقاب (و هذا هو التحدي)، و سنتابع في مثالنا السابق لشرح هذه المرحلة ، فحسب عامل المبيعات فإن تحقيق الهدف سيجلب له مكافأة أو علاوة أو تعويضاً محدداً. فإن لم يكن الأمر كذلك كأن يرتبط منح مكافأة مثلاً بمزاج مدير المبيعات ذلك اليوم فإنه سيكون من المنتظر أن العامل سيتراجع في التزاماته.

- هل للعامل مصلحة أو قيمة حقيقة؟

هذه المرحلة الثالثة تسمى بتحديد القيمة La valence، و التي تعد المرجع الذي يمثله التحدي في عين العامل. أي قيمة و أهمية العوائد التي سيحصل عليها و هل هي مهمة أم غير مهمة فقد تعرض الإدارة أن تكون هذه العوائد ذات قيمة إيجابية عالية جداً أو سلبية عالية أو ذات قيمة واطئة دائماً في إطار مثالنا فهل يكون العامل فعلاً مهتماً بالزيادة الموعود بها؟ فإذا قدر أن تلك الزيادة ضعيفة جداً فإنه لن يبذل الجهد لتحقيق ذلك الهدف.

إذا لم تكن الإجابة إيجابية للمراحل الثلاث : التوقع ، الأداة ، تحديد القيمة، فإن عملية التحفيز لن تكون لتطلق. و يجدر بالذكر أن نظرية التوقع هي مفتوحة على الثقافة ، و حقا فإن الوضعية السوسيو ثقافية هي التي تجعلنا نعطي معنى رمزي أكثر لبعض التحديات. فتحديد القيمة هو مفهوم أوسع من مفهوم الحاجة، و من البديهي في مجتمع رأسمالي أن المال يشكل تحدياً أكثر قيمة ، لهذا يمكن أن يستعمل كقاعدة عامة في عملية التحفيز . و لكن و في نفس المجتمع يمكن أن توجد حالات أين تكون فيها تحديات لها نفس الجاذبية.

ب - أبعاد نظرية التوقع :

يحدد الفرد توقعاته، و احتمالية الحصول على الحافز، في ضوء عاملين أساسيين:

- تقديره لقدراته فقد يشعر بأنه لا يملك القدرات للقيام بالعمل الضروري للحصول على الحافز ، و يمكن أن يخطئ في ذلك فيبالغ أو يقلل من قدراته، مع ذلك يتصرف على أساس هذا التقدير و هو يبني هذا التقدير على تجاربه السابقة في أداء أعمال متشابهة.

- تقديره لسلوك الإدارة و الطرف الذي يعطي الحافز: فقد يشعر بأنها من النوع الذي يعد و لكن لا يفي بالوعد و هو يبني هذا التقدير على تجاربه السابقة معها.

إذا ،أبعاد هذه النظرية لتصميم نظام للحوافز تتمثل في مطالبتهم بمهام يشعرون بأنهم قادرين على انجازها ، و يوفر حوافز مهمة لهم ، مع التأكد من تنفيذ هذه الوعود ، أي أن تقي بما تعد¹.

" و بناء على هذا النموذج من التوقع اقترح نادلر ولولر أن المديرين يمكنهم تحسين أداء العاملين اعتمادا على مايلي :

- تحديد المكافأة ذات القيمة بالنسبة لكل عامل.

- تحديد مستوى الأداء المرغوب بالنسبة لكل عامل.

- تحديد مستويات أداء يمكن تحقيقها.

- ربط المكافآت بالأداء.

- التيقن من ملاءمة و تناسب المكافأة .²

ج - الانتقادات الموجهة للنظرية :

" إذ معرفتنا بالحاجات التي يسعى الشخص لإشباعها ، لا تؤدي بالضرورة لأن يدرك الفرد أن الأداء العالي يؤدي بالضرورة لإشباع تلك الحاجات "³.

6. نظام تحفيز الموارد البشرية :

تهتم إدارة الموارد البشرية بتصميم نظام للحوافز لجعل الأفراد يتصرفون بطريقة معينة تستجيب لأهدافها المسطرة و ذلك وفق سياسة معينة.

1.6. أهداف سياسة التحفيز و مشاكلها :

سياسة التحفيز هي "السياسة التنظيمية المتعلقة بأنواع و كميات المكافآت و الطرق التي توزع بها في المنظمات"⁴

فهي تعبر عن مجموعة العوامل و الأساليب التي تستخدمها المؤسسة للتأثير في سلوك الأفراد العاملين لديها مما يجعلهم يبذلون المزيد من اهتماماتهم بعملهم و أدائهم كما و نوعا . وذلك بزيادة الإنتاج و رفع الروح المعنوية لديهم و إشباع حاجاتهم، و بالتالي تصبح أهداف المؤسسة قابلة للتحقيق.

¹ - سعاد نانف برنوطي ، مرجع سابق،ص-ص : 372- 373.

² - طارق شريف يونس، معجم مصطلحات العلوم الادارية و المحاسبة و الأنترنت،ط1، دار وائل للنشر ، عمان، الأردن،2005،ص104.

³ - دافيد راتشمان ، مرجع سابق، ص 257.

⁴ - ماجدة العطية ، مرجع سابق ، ص 131.

1.1.6. أهداف سياسة التحفيز:

- إن الحوافز بمختلف أنواعها تهدف إلى ربط حاجات المؤسسة بحاجات الفرد و حاجات الفرد بحاجات المؤسسة و نلخص أهداف الحوافز في النقاط التالية :
- "انخفاض معدل دوران العمل بين المؤسسات.
 - انخفاض نسبة تغيب العامل في المؤسسة و تأخره عن العمل.
 - يكسب العاملين سلوكا ايجابيا أفضل.
 - تحقيق الأهداف التي حقق لها العامل أو رئيسه أو الدائرة ككل.
 - الطاقة و الجودة في الإنتاج"¹.
- كما تهدف الحوافز الجماعية إلى تحقيق عدة أهداف نذكر منها :
- "الارتباط و الانسجام و التوافق الجماعي.
 - الملاءمة مع ظروف العمل.
 - تنمية الشعور بالمشاركة.
 - الشعور بالتضامن و التكافل الجماعي"².

2.1.6. مشاكل التحفيز في المؤسسة:

- إن تعدد الحوافز و تباين أهداف العاملين و دوافعهم و تبدلها أو تغييرها بين وقت و اخر يجعل مسألة الحافز مشكلة حقيقية أمام العاملين في إدارة الموارد البشرية و تتمثل هذه المشاكل فيما يلي :
- عدم وضوح أهداف نظام الحوافز لكل من الإدارة و العاملين.
 - غياب الدراسات العلمية و البحوث الميدانية المتعلقة بدوافع و اتجاهات العاملين.
 - عدم التحديد الدقيق لمعدلات الأداء لكي تمنح الحوافز بناء عليها و قد يؤدي ذلك إلى حصول أعداد كبيرة من العاملين على حوافز واحدة أو متشابهة بالرغم من وجود الفروقات المهارية و الثقافية فيما بينهم .-
 - نقص مهارة المديرين في تطبيق الحوافز و تحفيز بعضهم، و تدخل العوامل الشخصية في تطبيق الحوافز.
 - قصور المتابعة و الرقابة على الحوافز من حيث فعاليتها و الأثر الذي تتركه على الأفراد، و العائد المحقق منها و الثغرات التي توجد فيها و النواحي التي تحتاج للتعديل و غياب الإحصاءات الدالة على ذلك.

2.6. أنواع الحوافز:

- و التي تمكن الإدارة من تكيف حاجات عاملها وفقها. و تختلف الحوافز حسب طبيعتها، أو تأثيرها أو حسب المتحصلين عليها.

¹ - يوسف حجيم الطائي و اخرون، مرجع سابق، ص 237.

² - ناصر دادى عدون، إدارة الموارد البشرية، دار المحمدية، الحامة، الجزائر، 2004، ص 78.

1.2.6. الحوافز من حيث طبيعتها :

و تشمل الحوافز الايجابية و الحوافز السلبية :

أ- **الحوافز الإيجابية** : تشجع الأفراد على إحداث السلوك المرغوب فيه حيث تحدد المنظمة السلوك الايجابي و الحافز المادي أو المعنوي المستعمل مقابل ذلك. ففي هذه الحالة تصبح جاذبة و من ثم تؤدي إلى إرضاء بعض الدوافع لدى العاملين.

ب - **الحوافز السلبية**: تدفع العاملين لتجنب سلوك معين و يمكن أن تكون مادية أو معنوية أيضا، تحتفظ بها الإدارة و التي تطبقها عادة في شكل جزاءات أو عقوبات مثل التوبيخ عن الإهمال، وهو عامل له تأثير هام في إطاعة العمال و لكن دون المغالاة فيه فقد تؤدي كثرة استعماله إلى المفعول عكسي أي إحباط العامل و تنمية روح العداء لديه.

2.2.6. الحوافز من حيث مادتها :

و تنقسم إلى حوافز مادية و معنوية:

أ- الحوافز المادية:

و يقصد بها تلك الحاجات التي تشبع رغبات العاملين المقدمة من طرف المؤسسة بشكل يتوافق و طبيعة العمل و مقدار الجهد المبذول. و لقد عرفت بأنها: "تلك الحوافز التي تصرف في صورة نقدية دفعة واحدة أو دفعات دورية. و هي تشمل إلى جانب المرتب أو الأجر الأساسي كل ما يضيف دخلا إضافيا مثل الأجور التشجيعية، و أجر الوقت الإضافي و العلاوات الدورية و الاستثنائية، و المكافآت"¹. إضافة إلى ذلك، هناك بعض الحوافز المادية التي تتصل بالعمل و تساهم في تدعيم الرضا لدى العمال و رفع قوة الدافعية لديهم و هي:

- ظروف و إمكانيات العمل المادية (التهوية، الإنارة، النظافة... الخ).

- الخدمات المختلفة (وسائل النقل، السكن، الخدمات الصحية... الخ).

ب- الحوافز المعنوية :

و هي مجموعة الحاجات النفسية الذاتية و الاجتماعية لدى الأفراد و تتعلق بالمحيط الداخلي و الخارجي للعمل و تتمثل أهم هذه الحوافز في :

- "الحوافز المتعلقة بالعمل مثل العمل المناسب من حيث تصميمه و تناسبه مع قدرات و مهارات الفرد و فرص الترقية و المشاركة في الإدارة.

¹ - علي محمد عبد الوهاب، العنصر الإنساني في إدارة الإنتاج، مكتبة عين الشمس ، القاهرة، 1984، ص 197.

- حوافز متعلقة ببيئة العمل مثل جماعة العمل المنسجمة و ظروف العمل الجيدة و الاشراف الفاعل و نظم الاقتراحات. بالإضافة لحوافز معنوية أخرى مثل خطابات الشكر و أنماط الجدارة و درع الكفاءة و وضع لوحة شرف لتسجيل أسماء الموظفين المجيدين.

كذلك يمكن تنظيم مسابقات بجوائز لحفز العاملين و العاملات على التباري في تحسين الأداء من حيث السرعة و الدقة و جودة التعامل"¹.

3.2.6. الحوافز من حيث تأثيرها :

يتمثل هذا النوع في مدى الأثر الذي يتركه على الفرد و هو قسمان : حوافز مباشرة و حوافز غير مباشرة.أ- الحوافز المباشرة :

و هي من الأساليب التي تشجع العاملين مباشرة على سرعة الانجاز و دقة الأداء في العمل و تقسم إلى :

- الحوافز المادية، وقد تطرقنا إليها مثل : الأجر، العلاوات الدورية، البدلات، حوافز الإنتاج.
- الحوافز المعنوية، و التي تحدثنا عنها من قبل أيضا مثل: العمل المناسب، التصميم المحفز للعمل.

ب- الحوافز غير المباشرة :

إذا كانت الحوافز المباشرة هي تلك الوسائل ذات الأثر المباشر في تحفيز العمال فان ذلك قد لا يتم إلا إذا توفر الجو المناسب للعمل و تدريب العمال و هذا ما يسمى بالحوافز غير المباشرة. فشعور العمال بالأمان و الاستقرار في عملهم و اختيار الأفراد الصالحين للقيادة و للإشراف و تنمية معارفهم و مهاراتهم، كل ذلك يؤدي إلى خفض التكاليف و تحقيق السرعة في الأداء بالإضافة إلى صيانة الآلات و تهيئة أفضل ظروف العمل بصفة غير مباشرة و نفس الشيء هناك:

- الحوافز غير المباشرة المادية : و المتمثلة في الحوافز العينية و هي تمثل كل المزايا العينية التي يحصل عليها العمال بمقابل و بلا مقابل مثل: العلاج، دور الحضانة، التغذية، المواصلات، الرياضة و الترويح أو ما يدخل ضمن الخدمات الاجتماعية.

-الحوافز غير المباشرة المعنوية: مثل الإشراف، العلاقات مع صحبة العمل، ظروف العمل المادية.

4.2.6. الحوافز من حيث المتحصل عليها :

و تنقسم إلى نوعين : حوافز فردية و حوافز جماعية.

أ- الحوافز الفردية :

و يصلح هذا النوع من الحوافز في الأعمال التي تتميز باستقلالية الوظائف أين يؤدي كل عامل عمله بصفة مستقلة عن غيره من العمال الآخرين. "و في ظل الحوافز المادية يكون الجزاء أو المكافأة في

¹ - أحمد سيد مصطفى، مرجع سابق، ص 388.

صورة مادية أو معنوية، و غالبا في صورة التحفيز المادي. و هذا ما نتبعه الآن في الكثير من المشروعات الصناعية...¹

و هي تدفع للفرد على أساس مكافأة زيادة على الأجر العادي بعد أدائه للعمل أو المهمة التي كوفئ عليها. و يعد هذا حافز مباشر بالنسبة للعامل الذي تحصل على المكافأة، و حافزا غير مباشر لغيره من العمال، و يساعد في النهاية على زيادة حماس الأفراد و حثهم على تقديم اقتراحات التطوير و الابتكار و هي في نفس الوقت تلبي الحاجات المادية و النفسية و الاجتماعية. كما تتطلب المراقبة للعمل و العمال بالإشراف الدقيق حتى لا تحدث الآثار السلبية من منافسة موترة للعلاقات بين العمال، و من مظاهر تبذير وسائل الإنتاج قصد الربح في الوقت و عدم الجودة لعدم بذل المهارات اللازمة و المتطلبة لجهد ووقت أكبر.

ب- الحوافز الجماعية :

أما هذا النوع فيصلح في بعض النشاطات و التي تتطلب تظافر و تعاون مجموعة من العمال قصد انجاز مرحلة من مراحل الإنتاج بحيث يصعب تحديد الكفاءة الإنتاجية لكل فرد من أفراد المجموعة. و تختلف طرق التحفيز الجماعي عن تلك الفردية. فبينما تميل الطرق الفردية إلى عزل الفرد و عمله عن المجموعة و عن المنظمة، تميل الطرق الجماعية إلى إدماج كل فرد في هدف المنظمة المشترك و من ثم في هدف المنظمة العام. و نفس الشيء يمكن أن تتحقق بصفة مادية أو معنوية. و ما تتميز به هو تقاسم المسؤولية والتعاون و المنافسة البناءة، غير أنه يخشى فيه نمو الروح الإتكالية لبعض الأفراد و الإحساس بعدم الإنصاف للبعض الأخر.

3.6. أسس منح الحوافز :

إن منح الحوافز سواء كانت فردية أو جماعية، أو كانت مباشرة أم غير مباشرة أو كانت مادية أم معنوية يستند إلى معايير و ذلك ما قصدناه من قولنا أن نظام الحوافز يجب أن يكون موضوعيا و عادلا، و ذلك حتى لا يصبح وسيلة للإحباط عوض أن يكون وسيلة لتنمية الروح الدافعية لدى الأفراد و تتمثل هذه المعايير فيما يلي :

أ- معيار الأداء : و هو يعتبر من أهم المعايير في حساب الحوافز، فيتم تحليل الأداء و من ثم وضع معايير قابلة للقياس بالنسبة لكل وظيفة. ثم تمنح الحوافز للعامل الذي وصف أدائه بالأكثر توافقا مع هذه المعايير.

ب- معيار المجهود : يستعمل هذا المعيار في قياس ناتج العمل لكن يقاس المجهود الذي يبذله كل فرد في أدائه و يقاس ذلك بالوقت أو عن طريق تصنيف للمجهود مثل : الجهد البصري، العقلي، العضلي. وأيضا يكون وفقا لظروف العمل أي من السهلة إلى الصعبة إلى الأكثر صعوبة، فتوجد هنا أيضا عدة

¹ - صلاح البيومي، حوافز الإنتاج في الصناعة، ديوان المطبوعات الجماعية، الجزائر، 1982، ص 10.

معايير لقياس ذلك، و كل منظمة تختار المعيار الذي يتلاءم مع نشاطها أكثر لتقرير من يكافأ أكثر من الآخر.

ج- معيار الأقدمية : و هو معيار شائع الاستخدام خاصة في الوظيفة العمومية، تأخذ بعين الاعتبار المدة المهنية التي قضاها العامل في المنظمة و التي تعتبر كمؤشر لولائه و لانتمائه للمؤسسة كلما كانت المدة أطول، و ذلك ما يجعله يستحق حوافز أكثر من غيره الذين يلونه.

د- معيار تحقيق الأهداف : و هو معيار مستخدم كثيرا في المنظمات الحديثة، كما أنه حتى المنظمات السابقة لها تحاول العمل وفق هذا المعيار، و ذلك للفائدة التي يحققها، فهو يشجع مختلف الفئات المهنية للمنظمة على انجاز الأهداف المسطرة و المحددة مسبقا. أي تمنح الحوافز وفق مدى تحقق هذه الأهداف.

هـ- معيار المهارة : بعض المؤسسات تعوض و تكافئ الفرد على ما يحصل عليه من شهادات أعلى أورشخص ، إجازات أو دورات تدريبية¹.

4.6. مقومات فاعلية نظام الحوافز :

يتطلب إعداد أي نظام للحوافز الأخذ بعين الاعتبار بعض الشروط و التي تعد بمثابة متطلبات نجاح أي نظام تحفيزي مهما اختلف محتواه :

أ- ممارسة إدارية ناضجة:

إن هذا الشرط يفترض أن يكون مسؤولي إدارة الموارد البشرية متمتعين بجملة من الخصائص المعرفية و ذوي خبرة في هذا الميدان. كأن يكون لديهم تكوين متخصص في ذلك زيادة على الدراية بمختلف البحوث و الدراسات الحديثة التي تبحث في تنمية هذا المورد. و بذلك تكون ممارساتهم مبنية على أسس علمية و ليست ارتجالية. و ذلك لأن لكل خطوة نتائج متى كانت قريبة إلى الصواب كان ضررها أقل. كما يفترض توفرهم على قدر كبير من الرصانة و الصبر ، فالحصول على النتائج المنتظرة يتطلب وقتا و جهدا حتى يأتي بثماره. و زيادة على ذلك يجب التمتع بخبرة في ميدان الاتصال ، و يعد الإنصات للآخر عاملا مهما في ذلك لهذا يجب على كل مدير أن يتعلم كيف ينصت لأن في ذلك مجال لمعرفة ما يفكر فيه الآخر و يؤدي إلى تسهيل عملية الاتصال و تحسين العلاقات.

و عليه فان مسؤولية نجاح برنامج التحفيز للمنظمة يقع على عاتق المشرفين على ذلك و الذين يضمنون نجاحه لأنهم يحتلون المكانة المثلى و التي تسمح لهم بمعرفة كل ما يحدث على جميع المستويات و متابعة كل ما من شأنه تحقيق أهداف العاملين و المؤسسة معا.

¹ - أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 237.

ب- دراسة الإدارة لحاجات العاملين :

على القائمين بإدارة الموارد البشرية كخطوة أولى القيام بدراسة شاملة لخصائص عمالها و خصائصها هي كمنظمة. فيتمتع الأفراد بخصائص سيكولوجية، اجتماعية و ثقافية مختلفة عن بعضهم البعض كما تتميز المنظمة بخصائص مالية، اقتصادية، ثقافية أخرى مختلفة عن باقي المنظمات حتى و إن كانت في نفس ميدان التخصص.

كما أن كلا الخصائص توجد في حركية دائمة و تتميز بديناميكية متواصلة باعتبارها تشكل جزءا من المحيط المتغير.

" و من أجل تحفيز العاملين يجب على أصحاب العمل أن يذهبوا إلى ما هو أبعد من المحفزات التقليدية. فيقوم الكثير منهم الآن بتعزيز الحوافز من خلال : وضع الأهداف و تعديل السلوك و التدريب و إعادة التدريب ، و جودة أفضل للحياة العملية و وضع جداول عمل مرنة و الاتصال عن بعد و المشاركة في العمل و الوظائف"¹.

و هناك أساليب أخرى للتحفيز كمنح العامل المزيد من حق إبداء الرأي في السياسات العملية للشركة، و منح الموظفين مجالاً أكبر في عملية اتخاذ القرار و التفويض في السلطة مما يؤدي إلى مشاركتهم في تحمل المسؤولية، ذلك ما ينمي روح الفريق زيادة على إمكانية إشراكهم في المكاسب و منحهم حصصاً من رأس المال و بناء على ما تقدم يصبح من الممكن، تحديد احتياجات كل العمال بشتى اختلافاتهم و معرفة مدى توفر المؤسسة على الإمكانيات اللازمة لتلبية كل أو البعض من هذه الحاجات.

ج- تحديد المنظمة لنظريتها فيما يخص الدوافع :

على ضوء ما حددته الإدارة من حاجات لمختلف جماعات العمل التي تتكون منها نستطيع استخلاص أي نوع من الدوافع تنتمي إليه هذه الحاجات فتقوم بذلك باختيار واحدة أو أكثر من النظريات التي وردت في موضوع دافعية العمل و التي تتناسب أكثر مع هذه الحاجات، فتحديد النظرية التي ستعتمدها المنظمة لتحفيز مستخدميها هو الكفيل فيما بعد بتحديد اتجاه المنظمة ، أي هل سيكون اتجاهاً مركزاً على الفرد أم على محيطه أم على الاثنين معاً.

د- اختيار مزيج الحوافز المناسبة :

"إن الإدارة الفعالة هي التي تدرس و تفهم العاملين بتقسيماتهم المختلفة (مثل : طبيعة أعمالهم، مدة خدمتهم، مستوى أجورهم، حالتهم الاجتماعية...) بحيث تقدم مزيج الحوافز الذي يتيح أكثر من غيره أقصى إشباع ممكن للأفراد بهذه التقسيمات"².

¹ - دافيد راتشمان ، مرجع سابق، ص 269.

² - أحمد سيد مصطفى ، مرجع سابق ، ص 400.

فالحوافز مهما كان نوعها لا تكون لها نفس القدرة على توليد قوة الدفع للعاملين من فرد لآخر بحسب درجة حاجته. كما لا تكون لها نفس التأثيرات عليهم و لذلك يوصي مختلف علماء النفس الصناعيين بالمزج بين مختلف الحوافز المادية و المعنوية و تلك الخاصة بالشخص و المحيط في أن واحد ، حتى يجد كل فرد دافعا ملائما لتحقيق حاجته. فكلما أشبعت حاجات الفرد في مجال العمل و قدم له مزيج الحوافز المناسب كلما أسهم ذلك في رضائه و ساعد على إثارة دافعيته، فعلى الإدارة وضع نظام متكامل للحوافز.

ه- تعريف النظام و الإعلان عنه :

بعد أن قامت الإدارة بدراسة حاجات العمال، و قامت بتحديد اتجاهها في التحفيز وفق ذلك ثم قامت بتحديد قائمة الحوافز التي يمكنها إجراؤها تقوم الآن بالإعلان عن نظامها و التعريف به إذا – عن طريق سياستها الاتصالية- يتوجب عليها تقديم نظامها للحوافز بشكل واضح و أن تقنعهم بمزاياه و ما سيجلبه لهم وللمنظمة ككل، كما عليها أن تشرح لهم أهدافها من هذا النظام، و تبين الجهات المسؤولة عن تنفيذ هذا النظام. و في الحقيقة أن المسؤولية الأساسية تقع على عاتق كل فرد من العاملين في المؤسسة، أي تشمل كل فرد في التنظيم .

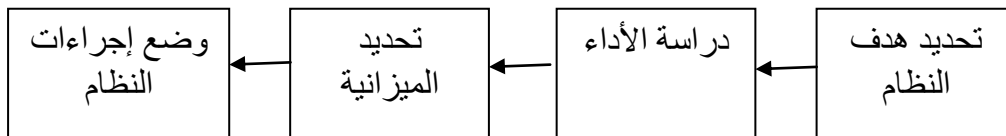
و- التقييم المستمر للنظام :

ككل مهمة يتطلب هذا النظام إجراءات التقييمات اللازمة في كل مراحله حتى يقدم نفس المستوى من المزايا لكل من الإدارة و العاملين و حتى تستدرك نقائصه في الوقت المناسب مما يزيد فيه صفة الإستمرار و الإستقرار في ان واحد. و في نفس الوقت يضيف عليه صفة المرونة التي تمكن من إدخال التعديلات عليه كلما تغيرت الظروف. فعلى الإدارة إذن أن تضع برنامجا شاملا لجميع مشاكل الدافعية لدى مستخدميها و أن تحيط جميع الأطراف المعنية بمحتواه و أن يتفهم الجميع محتواه.

5.6. مراحل تصميم نظام الحوافز :

لتصميم نظام الحوافز يجب إتباع المراحل الموضحة في الشكل التالي :

الشكل 14 : خطوات تصميم نظام الحوافز



المصدر : أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 205.

1.5.6. تحديد هدف النظام :

" تسعى المؤسسات إلى أهداف عامة و إستراتيجية محددة، و على من يقوم بوضع نظام للحوافز أن يدرس هذا جيدا، و يحاول بعد ذلك ترجمته في شكل هدف لنظام الحوافز. وقد يكون تخفيض التكاليف، أو التشجيع على الأفكار الجديدة، أو تشجيع الكميات المنتجة، أو تحسين الجودة أو غيرها من الأهداف. و لتحقيق هذا الهدف العام يجب تقسيمه إلى أهداف جزئية بحسب وحدات التنظيم (الأنشطة، و القطاعات، الأدوات، المصانع و المراكز، الفروع و الأقسام). و كما نرى فإن هذا الإختلاف الكائن بين هذه الوحدات يبرر أن يكون هناك أهداف خاصة بها، و قد تكون مختلفة بطبيعتها. كما يجب أن تترجم إلى أجزاء واضحة في نظام الحوافز. و لذلك فإن نظام الحوافز الشامل و الكامل يمكن أن يتضمن عدة أنظمة فرعية بداخله إذ يغطي كل المستويات و كل الوحدات بقدر الإمكان، و تقسيم الهدف العام إلى أهداف جزئية يعني ضرورة التسلسل من أعلى إلى أسفل، و ذلك داخل كل وحدة تنظيمية إنتقالا من الإدارات العامة إلى الأقسام وصولا حتى المساهمة الفردية لكل شخص في تحقيق هذه الأهداف"¹.

2.5.6. دراسة الأداء :

و تسعى هذه الخطوة إلى تحديد و توصيف الأداء المطلوب كما تسعى إلى تحديد طريقة قياس الأداء الفعلي و الذي يستدعي مايلي²:

أ – وجود وظائف ذات تصميم سليم : فيجب أن تكون الوظيفة محددة وواضحة المعالم، ذات بداية ونهاية معلومة ، و ذات عملية و نواتج واضحة.

ب- وجود عدد سليم للعاملين : يجب أن يكون عدد العمال حسب إحتياجات المؤسسة. فإذا كان العاملون يؤديون وظائف متتابعة و متكاملة و بها نوع من الإعتمادية، فيجب أن يكون النظام جماعيا، و ذلك مقارنة بالأعمال المتشابهة و المنفصلة كالإنتاج و التي قد تقترح نظاما فرديا للحوافز.

ج- وجود طرق عمل سليمة : بمعنى وجود خطوات كاملة للعمل و أساليب للأداء و الإتصال و خطوات للحصول على مدخلات العمل و خطوات للمراحل و العمليات و أيضا لنواتج العمل.

د- وجود ظروف عمل ملائمة : و يعني هذا أن مكان العمل يسهل الأداء من حيث التجهيزات و الأدوات، الإضاءة، الحرارة، و التهوية، و المواصلات.

ه – وجود سيطرة كاملة للفرد على العمل: فلا يمكن محاسبة الفرد على عمل ليس له أي سيطرة عليه. إذ هناك مؤشرات يتم بها التعبير عن الأداء و هي :

¹ - أحمد ماهر، مرجع سابق، ص 256.

² - نفس المرجع، ص 257.

- كمية العمل مثل عدد الوحدات المنتجة، و المبالغ التي يتم تحصيلها.
- جودة العمل مثل عدد الوحدات المعيبة و عدد الوحدات السليمة.
- التدرج و الترتيب أي وضع أداء الأفراد محل تقييم على مقياس يفاضل بينهم (هذا هو الأول، وهذا هو الثاني...) أو القياس بنوع تقديري (ممتاز، جيد، ضعيف).

3.5.6. تحديد ميزانية الحوافز :

و يقصد بها تحديد المبلغ المالي المقدر لكي ينفق على هذا النظام منذ بداية التخطيط له إلى غاية تنفيذه وتقييمه، و الذي يكون متاحا لإدارة الموارد البشرية أو لمديرية نظام الحوافز بحيث يغطي جميع التكاليف المتنبأ بها. فيجب أن تحتوي ميزانية الحوافز البنود التالية :

"- قيمة الحوافز و الجوائز مثل: المكافآت، العلاوات، الهدايا...

- التكاليف الإدارية مثل تكاليف تصميم النظام و الإعداد له و تدريب المديرين على هذا النظام.

- تكاليف الترويج مثل النشرات و الملصقات الدعائية و المراسلات و خطابات الشكر..."¹.

و على الميزانية أن تشمل جزءا ثابتا غير متغير و هو المبلغ الذي تقدره المؤسسة حسب خبرتها السابقة من أجل تغطية الحوافز المقرر إدراجها، و المتميزة بصفة الثبات مثل الأجور. و جزءا غير ثابت و غير محدد مسبقا لأنه يتغير حسب الشيء المرتبط به. مثل تحديد نسبة من الأرباح أو الإنتاج أو المبيعات. فلا يمكن تثبيت قيمة الحافز على الربح و لا يعرف كم ستكون أرباح المؤسسة.

أي أن الميزانية المرصودة لنظام الحوافز يجب أن تكون مرنة تستجيب للمؤشرات الثابتة و المتغيرة في آن واحد.

4.5.6. وضع إجراءات النظام :

" و هنا يتم ترجمة النظام في شكل خطوات، و إجراءات متسلسلة و هي تعني بتسجيل الأداء، حساباته، نماذجه، إجتماعاته، أدوار المشاركين و أنواع الحوافز و الجوائز و توقيت تقديم الحوافز "¹. و فيما يلي شرح لأهم الإجراءات :

- أ- تحديد الأدوار : كل الرؤساء يشاركون في ملاحظة سلوك مرؤوسيههم و تسجيل من الذي يستحق الحافز.
- ب- الإجتماعات : و التي تكون حسب الحاجة، إما على نطاق ضيق كالتي تخص إجتماع لجنة الحوافز بمدير الحوافز، أو على نطاق أوسع كإجتماع مدير الحوافز مع غيره من المديرين.
- ج- توقيت تقديم الحوافز : و يبين إجراء التوقيت ، الأوقات و المناسبات و التواريخ التي يتلقى فيها المتميزون في الأداء حوافزهم.

¹ - نفس المرجع، ص 261.

- د - نوع الحوافز : تقتضي هذه الإجراءات وضع و تحديد أنواع الحوافز التي يمكن أن تشبع مختلف الحاجات الفيزيولوجية و الإجتماعية و الذاتية للعمال. و تدفعهم للإنتاج و للأداء الجيد.
- هـ - النماذج : على الجهة المسؤولة على إبداء نظام الحوافز أن توفر سجلات قياس الأداء و نماذج صرف و تقديم الحوافز حتى لا تتعرقل العملية أكثر وحتى تتسم بطابع الجدبة.
- و بهذا تشرع الإدارة بتنفيذ نظامها بدقة، بحيث يخلق لدى الأفراد القناعة بأن بذل الجهد يضمن فعلا المكافأة التي يعد بها النظام.

خلاصة الفصل :

ناقشنا في هذا الفصل دور إدارة الموارد البشرية في عملية التحفيز، و ذلك من خلال تعرضنا للوظائف التي تضطلع بها و كيف أن وظيفة التحفيز تتداخل مع كل هذه الوظائف لتنتج للمنظمة نظاما للحوافز يتماشى مع إحتياجات مواردها البشرية، و يربط كل ذلك مع الوسائل المادية و المعنوية التي يجب على المنظمة توفيرها لتحقيق نظام تحفيزي متكامل، عادل، واضح، و متبنى من طرف جميع فئات العمل.

كما تعرضنا إلى مختلف الأجواء التي يتم فيها التحضير لهذه الأعمال و تنفيذها، و كيف تؤثر في أداء هذا الجهاز بصفاتها عناصر داخلية أو خارجية عن المنظمة و التي تبقى المحدد الأخير لإنجاح أو إفشال كل محاولة تغيير أو تطوير.

الفصل الخامس: إستراتيجية الاتصال في المؤسسة الصحية.

تمهيد

1. عملية الإتصال في المؤسسة.
 2. عملية الإتصال في المؤسسة الصحية .
 3. إستراتيجية الإتصال في المؤسسة.
 4. تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات الحديثة .
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر موضوع الإتصال من المواضيع التي عرفت إهتماما كبيرا في السنوات الأخيرة من طرف العلماء والباحثين في مجال الإدارة والتنظيم، وذلك لما له من أهمية بالغة في دراسة الآليات التي يسير عليها التنظيم خاصة بعد تغير ظروف المؤسسة الداخلية والمحيطية، حيث تتجه لإحداث تغييرات على المستوى التنظيمي من أجل مسايرة تغيرات المحيط. وفهم هذه الآليات لا يتم دون دراسة الجانب الاتصالي وكل ما يتعلق به في المؤسسة .

ويظهر الإتصال كعملية واجبة يتحتم على المنظمة القيام بها فإن انقطعت أو توقفت عن ذلك فإنها تنقطع عن التفاعل مع البيئة التي تتواجد فيها، وبالتالي عدم إستمرارها وإنتهاؤها. وهذا الأمر ينطبق إلى حد كبير على مختلف المؤسسات الصحية لكونها أصلا وجدت لخدمة الآخرين، ومسألة الإتصالات في الصحة من المهام الكبيرة والواجبة لكي تتمكن من تحقيق ما أوكل لها من مهام وأهداف .

ولذلك وجب فهم عملية الإتصال من حيث: المكونات، والأنواع، والتطور، والمبادئ، كعملية تعني جميع المنظمات دون إستثناء. ثم التعرف عليها بخصوصياتها في المؤسسة الصحية وما ينبغي لها أن تؤديه من أدوار تقليدية وحديثة في محيطها، ثم يتوجب علينا التعرف على ما تعرضه تكنولوجيا المعلومات والإتصالات الحديثة في مجال الصحة، و الذي ليس لإعتماده كنمط فعال أي بديل في زمن يتميز بسرعة المعلومة، وهذه السرعة قد تساهم في حماية الصحة و الحفاظ عليها.

1. عملية الإتصال:

يعد الإتصال من الظواهر الاجتماعية التي تحدث بين الأشخاص في مختلف مجالات وميادين حياتهم، وهي ليست بالعملية البسيطة وإنما تكتسبها العديد من المشاكل والجوانب التي تناولتها مختلف الدراسات والنظريات لدى الاجتماعيين والسلوكيين، كما أنها تستلزم عدة عناصر لتأخذ دورها العملي، ولها العديد من الأشكال وطرقا وأنواعا مختلفة حسب الأهداف والأدوار المراد بلوغها من خلالها.

1.1 . تطور نظرية الإتصال في الفكر الإداري :

لقد اهتم المختصون في الإدارة والتنظيم بالاتصال مند ظهور النظريات الأولى حتى الحديثة ولكل نظرية إسهاما في هذا الموضوع، والتي سوف نحاول التعرف عليها حسب ترتيبها التاريخي .

1.1.1 .الاتصال في النظرية الكلاسيكية (التقليدية):

وهي تضم مدرسة الإدارة العلمية ومدرسة العملية الإدارية والمدرسة البيروقراطية .-لدى فريدريك

ونسلو تايلور:¹

إن المبادئ التي نادى بها تايلور (توزيع الأدوار، و تقسيم العمل، استعمال الأدوات العلمية في اختيار

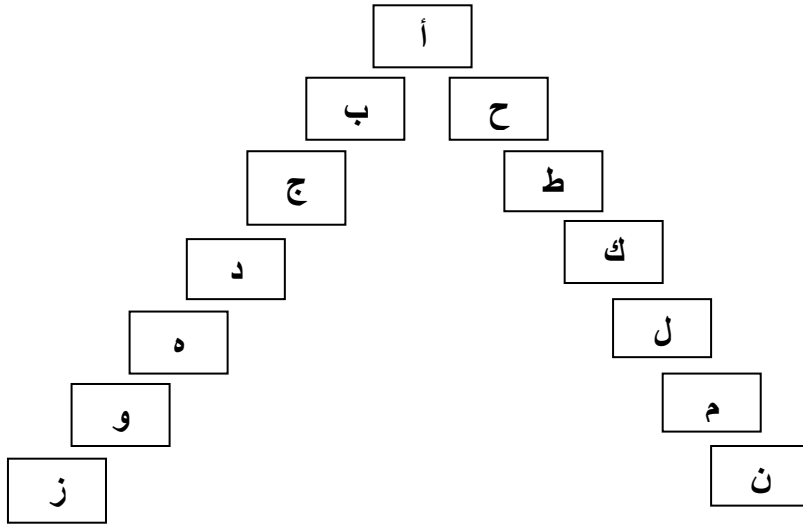
¹ - ناصر دادي عدون، الإتصال و دوره في كفاءة المؤسسة الاقتصادية، دراسة نظرية و تطبيقية، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2004، ص - ص : 23- 24 (بتصرف).

الأفراد و الإشراف...) لا يمكن تطبيقها إلا من خلال إيجاد نظام اتصالات مستمرة، يضمن على الخصوص إيصال التوجيهات من الإدارة إلى مختلف المستويات السفلى في المؤسسة من أجل توجيهه و تنسيق مختلف الأعمال المنوطة بها.

-لدى هنري فايول¹:

و الذي قدم مساهمة مهمة و ذلك عندما وصف قنوات الاتصال الرسمي بأنه يأخذ وقتا طويلا، و إجراءات مكتبية معقدة، و يؤدي إلى عدم فعالية الاتصال، و عليه اقترح إمكانية عمل ما يطلق عليه "بالجسر أو المعبر" بين الشخصيتين (و) و (م) حسب الشكل (15) أدناه، و لقد كان مفهوم الجسر رائدا في وقته، و ذلك لأنه اقترح نظام الاتصالات الجانبية بدلا من الاتصالات الرأسية السائدة في ذلك الوقت.

شكل رقم (15) : مفهوم المعبر أو الجسر للاتصالات الجانبية.



المصدر : أحمد ماهر ، كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الإتصال، مرجع سابق، ص 30.

-أما المدرسة البيروقراطية :

و المتمثلة في رائدها ماكس فيبر فهي تتماثل مع مدرسة الإدارة العلمية و التي لم تتحدث عن الإتصالات إلا ككونها أسلوب لإتصالات من أعلى إلى أسفل، و بغرض توجيه المرؤوسين و لتحديد طريقة الأداء و كتنقيح للمدرسة الكلاسيكية يمكن القول أن مساهمتها محدودة ، حيث اهتمت بالشكل الرسمي للإتصالات فقط.

2.1.1. الإتصال في نظرية العلاقات الإنسانية (أو الكلاسيكية المعدلة) :

استطاعت هذه النظرية أن تثبت من خلال تجاربها أن للاتصالات تأثيرا قويا على العلاقات الاجتماعية، والتفاعلات، و رضا و دافعية الأفراد في عملهم ، كما أثبتت أثر المقابلات الشخصية بين القائد و مرؤوسيه في إشباع حاجاتهم الاجتماعية. و على هذا انقلب مفهوم الاتصالات في مدرسة العلاقات

¹ - أحمد ماهر، كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الإتصال، الدار الجامعية، القاهرة، الطبعة الثانية، 2000، ص 30، (بتصرف).

الإنسانية من كونه وسيلة اتصال من أعلى لأسفل، إلى كونه وسيلة للتعرف على العالم الداخلي للعمل و للأفراد، وكوسيلة لرفع كفاءة العمل و الرضا عنه.

3.1.1. الإتصال في النظرية الحديثة في الإدارة و التنظيم :

من أشهر المساهمات الحديثة نذكر :

: و الذي قدم مفهوم "حلقة الوصل" و يركز هذا المفهوم على أن **Rensis Likert** - **رنسيس ليكرت** كثيرا من العاملين يلعبون دورين في أعمالهم : الأول كقائد لمجموعة من المرؤوسين ، و الدور الثاني كعضو في جماعة يرأسها فرد آخر، و على هذا يكون الفرد كحلقة الوصل بين مجموعتين. و يبين هذا المفهوم أن هذا الفرد ينقل معلومات مرة لأعلى، و مرة أخرى لأسفل. و هذا التنوع و الكثافة في الإتصالات يمكنها أن تثيري تبادل و انتشار المعلومات و أيضا الترابط بين المجموعة.

4.1.1. الإتصال في نظرية النظم :

تتظرنظرية النظم إلى المنظمات على أنها نظام اجتماعي ، يضم أفرادا، و أهدافا، و اتجاهات نفسية، و دوافع مشتركة بين الأفراد، فتري أن النظام الاجتماعي لن يستقيم دون وجود اتصالات تؤثر فيه بحيوية ، و ترى أيضا:

- أن الاتصالات هي جزء من النظام الاجتماعي للعمل ، تؤثر فيه و تتأثر به.
- أن الاتصالات هي الوسيلة لربط النظام الاجتماعي للعمل بالبيئة المحيطة به من منظمات أخرى، وعملاء و موردين، و مساهمين و غيرها.
- يعتمد التوازن داخل النظام الاجتماعي للعمل على وجود نظام متكامل من الاتصالات الذي يربط أجزاءه و أفراده.
- أنه باختلاف الظروف يمكن أن يختلف نظام ووسائل الاتصال.

5.1.1. النظرية الموقفية :

و كامتداد لنظرية النظم، تقدم النظرية الموقفية تأكيدها لأهمية اختلاف الظروف و البيئة المحيطة على عملية الاتصال. و تفترض هذه النظرية : أنه ليس هناك طريقة واحدة مثلى لأداء العمل أو للإدارة. و أن هناك طرقا عديدة لذلك. و يمكن للنظام و الأفراد تقبل هذا الاختلاف في طرق العمل و الأداء لو أحسن توفير المعلومات عن ذلك. أي لو أحسن إستخدام الإتصالات.

6.1.1. نظرية المعلومات :

تقدم بعض المساهمات في نظرية الاتصالات ، فهي ترى أن الاتصال عبارة عن مجموعة الأنشطة الخاصة باستقبال المعلومات، و ترميزها ، و تخزينها، و تحليلها، واستعادتها، و عرضها. على هذا، فهناك اهتمام خاص بتحويل المعلومات من شكلها الوصفي التقليدي (في شكل أحاديث ، تقارير...) إلى رموز

معينة، مثل تلك المستخدمة في المكتبات. كما تهتم بتحويل البيانات محل الاتصال من شكلها الوصفي إلى شكل رياضي أو إحصائي، مما يسهل معالجتها بشكل أسرع.

- ونجد أن بيتر دراكر Peter Drucker قد قفز بالاتصال إلى مرحلة جد متقدمة بما قدمه من مبادئ و عناصر أدخل فيها الجوانب النفسية و الاجتماعية لعملية الاتصال. فقد تناول عملية الاتصال من جوانب أربعة حسب ما يلي :

- الإتصال كنوع من الإدراك الحسي.

- الإتصال كنوع من التوقعات.

- الإتصال كنوع من الشمول.

- الإتصال و اختلافه عن المعلومات¹

و فيما يتعلق بالجانب الأخير فإنه يشير إلى أن الاتصالات تحمل المعلومات و كلما توافقت الاتصالات مع إدراك و شعور الأطراف المتصلة، كانت للمعلومات قيم أو درجة من الأهمية لدى المستقبل الذي يحدد نتيجة عملية الاتصال. و المعلومات تسبق عملية الاتصال في وجودها و تتطلب الوضوح و الفهم من المستقبل حتى تؤدي دورها. كما أن اعتبار الاتصال بشكل ما هو نهاية المعلومات، فكل وسائل الاتصال هي وسائل معلومات. إلا أن وسائل المعلومات لا تكون وسائل اتصال إلا إذا سمحت بوجود رسالة منعكسة و التي تسمى لدى البسيكولوجيين " بالتغذية المرتدة " .

بين الاتصال و المعلومات حيث عرف Herbert SIMON و في هذا المجال فقد ربط هيربرت سيمون الاتصال بأنه "أي عملية يتم بواسطتها إيصال أو استلام افتراضات لازمة لاتخاذ القرار في أي جهات المنظمة أو المؤسسة. و هذه العملية تتحرك في الاتجاهات الأربعة : أعلى و أسفل و الجانبين. و يعطي "سيمون" أهمية للإتصال غير الرسمي في المؤسسة لإيصال المعلومات و يقلل من أهمية السلطة في ذلك. و كان في هذا من الداعين إلى إنشاء نظام معلومات بالمؤسسة"².

إن هذه التطورات النظرية للاتصال هي تحاكي ما يحدث بالفعل في الواقع العملي، و قد قدمت في هذا الإطار عدة نماذج كمحاولة لوضع نظريات تشرح الواقع العملي للاتصالات مثل : نموذج شانون و ويفر، نموذج بيرلو ، نموذج لاسويل ، نموذج فينر، نموذج شرام... وغيرها. وهي تشترك في معظمها في عناصر معينة، و قد تركز على عناصر محددة.

2.1. أهداف الاتصال :

بالإتصال تتحقق أهداف كثيرة لعدة أطراف حيث هناك :

¹ - داداي عدون ، المرجع السابق، ص - ص: 26 - 27.

² - نفس المرجع، ص - ص: 29 - 30 .

1.2.1. أهداف خاصة بالعاملين :

حيث يسعى الاتصال إلى التعريف بما يجري داخل المؤسسة مما يؤدي إلى زيادة التفاهم و الثقة. كما يهدف إلى خلق الرضا و الذي لا يتحقق بسهولة، و تحدده عدة عوامل منها نوعية العمل و مدى استجابته لتطلعات العامل المادية و المعنوية، و ثقة العامل في عمله و تمسكه به تتوقف إلى حد كبير على تحقيق حاجاته المادية و المعنوية. و يلعب الاتصال في هذا دورا فعالا، فالعامل إذا عومل كأنه شريك في الإنتاج و أحسن تدريبيه و أثير اهتمامه، و أعطي فكرة صحيحة و متكاملة عن أهداف هذا العمل، و أحسن توجيهه، و كان يقدم له النصح و التعليم و تصحيح الأخطاء ، و فتح مجال الترقية أمامه، تكون الإدارة قد فتحت الطريق أمام تحقيق التعاون الخلاق في مجالات العمل.

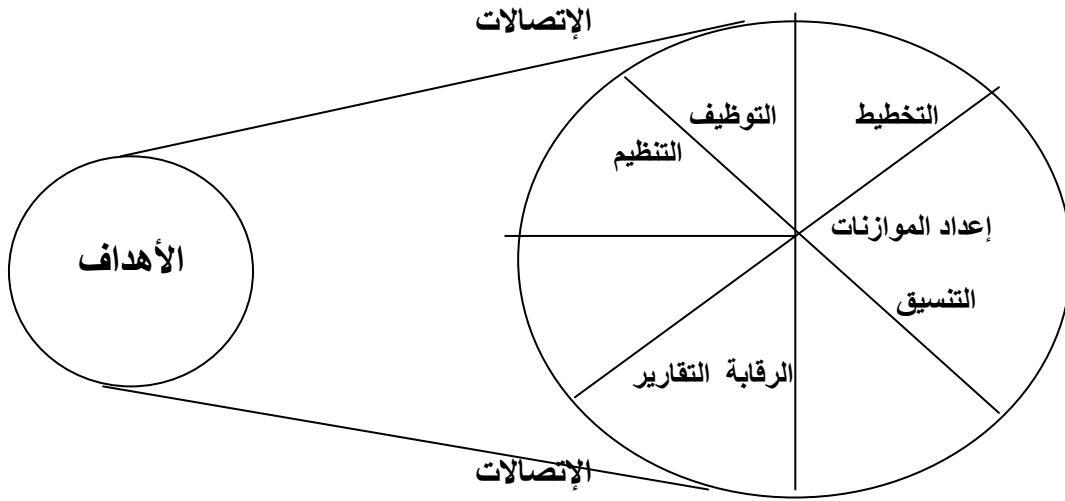
ومن جهة أخرى، تربط عملية الاتصال بين الأشخاص المتحركين فيها و تكون حامل العلاقات الاجتماعية المرتكزة على الإشارات و الرموز و هي الوسيلة التي توجه الحركة الاجتماعية. كما يهدف إلى رفع الروح المعنوية لدى العمال و ذلك عن طريق تحديد المؤسسة لخصائص عمالها خلال العملية الاتصالية التي تسعى فيها إلى توجيه تنظيم و تنسيق عمليات الأفراد، و تفهم هذه الخصائص و العمل على الاستفادة منها في تحقيق مسعى المؤسسة . كما يؤدي إشراكهم في عملية التسيير عن طريق إبداء آرائهم إزاء المواضيع المطروحة في المساهمة في الارتقاء بمعنوياتهم.¹ بالإضافة إلى هدف التقليل من الدور السلبي الذي تلعبه الإشاعة في الوسط العمالي.

2.2.1. أهداف خاصة بالقيادات الإدارية:

و هي تدور في مجملها حول تمكين القائد من التعرف على ما يحدث داخل و خارج المؤسسة بصورة صادقة، و الاعتماد عليها لتطوير نظام يتم بموجبه إعطاء المعلومات و تفسيرها للمجموعات و الأفراد داخل التنظيم يؤكد هذه الحقيقة : Minitzberg خارجه . و الشكل التالي لمنتربرج

¹ - لمزيد من الشرح أنظر : أحمد ماهر، كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الاتصال ، مرجع سابق ، و دادي عدون، مرجع سابق .

شكل رقم (16) : الإتصالات كرابطة بين العمليات الإدارية و أهداف التنظيم



المصدر : ثامر ياسر البكري، مرجع سابق ، ص 253.

إذ يتضح من الشكل بأن الاتصالات تعد وظيفة أساسية و مهمة في عمل المدير، لأن مهمتها ترجمة و نقل المعلومات الإدارية الخاصة بأنشطة الإدارة و مهامها إلى العاملين بهدف إحداث رد فعل أو سلوك مرغوب فيه لديهم، من أجل تحقيق الأهداف . و أنها تمكن المدير من ممارسة العمليات الإدارية المختلفة، لكون الاتصال يمثل العمل الأساسي في العمل الإداري اليومي.

أما على المستوى الخارجي للمنظمة فيمثل الاتصال حقيقة السلوك التنظيمي في تفاعل المنظمة مع البيئة ممثلة بمديرها ، و عكس ذلك التفاعل على بقية أجزاء المنظمة ، و ينجم عن هذا تفهم المنظمة و تنظيمها لاحتياجات البيئة المختلفة.

كما يعد الاتصال "وسيلة الإدارة لتطوير و تحسين المواقف و الاتجاهات للأفراد العاملين في المؤسسة، و كذلك لإقناعهم بضرورة التغيير خوفا من وقوع صراع و مقاومة للتغيير، كما يستخدم للمدح و المكافأة و التأديب للعاملين في المؤسسة"¹، و تشجيعهم على الاستمرار في زيادة مجهوداتهم.

3.2.1. أهداف خاصة بالجمهور :

تتلخص هذه الأهداف في " إقامة نظام اتصال يمكنه من توصيل حقيقة الجهود التي تبذلها، و كذا ترسيخ صورة المؤسسة في ذهنه و النشاطات التي تقوم بها، و كذا طبيعة إنتاجها و خدماتها من جهة، و التعرف على رأي الجمهور فيها و كذا مقترحاته لتحسين خدماتها من جهة أخرى"².

و يتمثل الجمهور في : الممولين، الزبائن، الإدارات الأخرى،... وغيرهم. إذن فالالاتصال يسهل التعامل مع المحيط و الذي يتميز بسرعة التغيير إلى درجة أنه يلزم المؤسسات على أن تكون في يقضة دائمة من أجل

¹ - موسى قاسم القريوتي، علي خضر مبارك، مرجع سابق، ص 172.

² - خيري خليل الجميلي، الاتصال و رسائله في المجتمع الحديث، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 1997، ص 37.

مواكبة هذا التغيير و تجنب مخاطره. و يتميز أيضا بتعدد جوانبه فهو يشتمل على جوانب سياسية، واقتصادية، قانونية، اجتماعية، ثقافية و تكنولوجية.

3.1. مهام الإتصال :

من خلال عرضنا لأهداف عملية الاتصال، وبصرف النظر عن الغرض من قيام المؤسسة سواء كان لإنتاج سلعة أو تقديم خدمة، و سواء كان القصد ربحي أو خيرى، نجد أن المؤسسة تعتمد على الإتصال كدعامة رئيسية في المؤسسة من منطلق المهام التي تؤدي من خلال مزاوله عملية الاتصال. و يلاحظ أن الاتصال ينفرد بأربع مهام رئيسية حسب يس عامر¹، و التي تتماثل مع المهام التي أوردتها أيضا باترولي Batroli و هي : إعلامية ، إنضباطية، تكاملية و إقناعية.

1.3.1. المهمة الإعلامية للاتصالات :

و تظهر المهام الإعلامية للاتصال من خلال تدفق المعلومات على كافة المستويات الإدارية و التنفيذية، فالمدبر الناجح هو الذي يتخذ قرارات ناجحة، و القرار الناجح يعتمد على كمية هائلة من المعلومات السليمة في الوقت المناسب. ويعتمد تدفق المعلومات على مدى فعالية الاتصال. و على المستوى التنفيذي نجد أن العاملين بحاجة إلى الكثير من المعلومات المرتبطة بالأداء الوظيفي، و على قدر تدفق المعلومات المرتبطة بأداء معين نجد أن نوعية الأداء تتأثر. هذا إلى جانب أن العاملين بحاجة إلى معرفة الكثير من المعلومات المرتبطة بسياسات المؤسسة و التغييرات المستمرة، و يتم ذلك من خلال المهمة الإعلامية للاتصال.

2.3.1. المهمة الإنضباطية للاتصالات :

يعتمد سير العمل بالمؤسسة على مزاوله الكثير من العمليات الإدارية من ضبط، رقابة، و تنسيق بين الأنشطة المختلفة، و بالتالي يستلزم وجود سياسات و استراتيجيات و مجموعة من التعليمات و القرارات والإرشادات و المذكرات الدورية و التي توضح لأعضاء المؤسسة ما يجب إتباعه أو ما يجب تجنبه. و لا يتم كل هذا إلا بمزاوله عملية الاتصال. و تستمد المهمة الانضباطية للاتصال أبعادها من منطلقين :

- أما المنطلق الأول فيرتبط بتحكم الإدارة في نقل المعلومات بحكم كونها مركز السلطة.
- أما المنطلق الثاني فيأتي من كون اقتصار المعلومات و الرسائل و المعاني الصادرة عن الإدارة على ما يتعلق بالعمل و ظروفه.²

3.3.1. المهمة الإقناعية للاتصالات :

أحيانا لا يكفي تمتع الإدارة بقوة السلطة لضمان سير العمل في الحياة الوظيفية، بل يجب أن تكفل الإدارة للعاملين بالمؤسسة حرية التعبير عن وجهة النظر و حرية الموافقة أو عدم الموافقة مع الرؤساء، و يرتبط

¹ - يس عامر، الاتصالات الادارية و المدخل السلوكي لها، المريخ، الرياض، 1986، ص- ص : 68 - 69
² - BATROLI. A. *Comunication et organisation*, Editions d'organisation, Paris, 1994, p 110.

ذلك بالمهمة الإقناعية التي يمكن إنجازها من خلال مزاولة عملية الاتصال. و تظهر أبعاد المهام الإقناعية في الاتصال ذو الطرفين، حيث تعطى الفرصة للمستقبل لإجراء المزيد من الاستفسارات بقصد الإقناع بشيء معين، و قد أكد تطور الفكر الإداري على أهمية الإقناع في الأداء الوظيفي.

4.3.1. المهمة التكاملية للاتصالات :

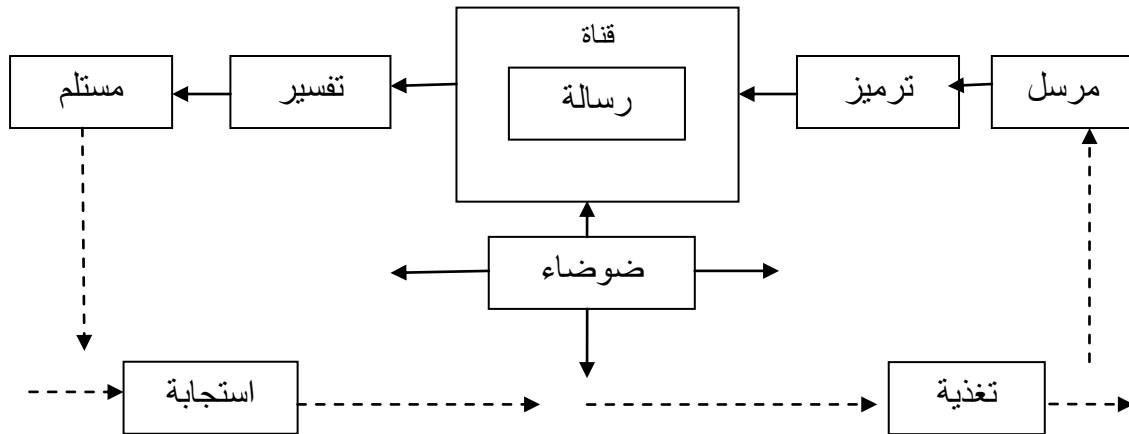
تتبع أبعاد المهمة التكاملية للاتصال من كونه تعبير عن الممارسات المختلفة حيث يتفاعل الأفراد من أجل التكامل الذاتي و الجماعي، و تساعد هذه المهمة على سيادة روح الوحدة بالمؤسسة، مما يستلزم توفير وسيلة يستطيع بها الموظف التعرف على نفسه من خلال الإنتماء إلى مجموعة ما بالمؤسسة. و من الطبيعي أنه لا يمكن تحقيق المهام التكاملية بالمؤسسة دون مزاولة لعملية الاتصال، حيث تعتمد الإدارة على الاتصال في صورته المختلفة لمحاولة الربط بين أهداف المؤسسة و أهداف الأفراد، و خلق جو من التكامل البناء لتقليل احتمالات النزاعات المختلفة.

و بأداء الإتصال لمهامه الأربعة هذه يحقق الأهداف التي سبق و أن رأيناها.

4.1. عناصر عملية الاتصال :¹

يمكن توضيح أجزاء عملية الاتصال كنظام من خلال الشكل الآتي، و الذي يمثل تسعة عناصر:

الشكل رقم (17) : عناصر نظام الاتصالات



المصدر : ياسر البكري ، مرجع سابق، ص 257.

- المرسل : هو الطرف الذي تبدأ من عنده عملية الاتصال و قد يكون شخصا أو تكون وحدة تنظيمية في إتصالها.

- الترميز : لا يمكن أن يتم إرسال الرسالة من المصدر إلى المستلم من دون أن يكون هناك فهم مشترك بين الطرفين يتمثل في استخدام لغة واحدة أو كتابة أو حروف أو إشارات.

¹ - ياسر البكري، مرجع سابق، ص 258 و مابعدھا، (بتصرف).

- الرسالة : هي المضمون أو المحتوى لعملية الاتصال، و تأخذ أشكالاً مختلفة كأن تكون مكتوبة أو أن تكون محادثة لفظية أو حتى تكون إيماءات معينة في الوجه... يتم فهمها من الطرف الآخر.
- الوسيلة (القناة) : يمكن استخدام وسائل متعددة في عملية الاتصال سواء كان ذلك في داخل المؤسسة أو خارجها، و لكل وسيلة هدف أو محتوى يختلف عن غيرها.
- التفسير : وهي استخدام الرموز و العبارات القابلة للفهم المشترك بين الطرفين المرسل و المستلم، و أن تتوافق تلك الرموز مع قدرة المستلم على تفسيرها.
- و فيما يلي شرح لهذه العناصر و ما تتضمنه :
- المستلم : و هو الطرف المقصود في عملية الاتصال، الذي يستلم الرسالة، و يكون قادراً على إدراكها عبر ما يتمتع به من حواس، و أن يكون قادراً على الاستجابة لمضمون و محتوى الرسالة.
- الاستجابة : و تعني قبول أو رفض الرسالة القادمة من المرسل إلى المستلم ، و يتوقف ذلك القبول على درجة ارتقاء مضمون الرسالة إلى قيم و توقعات حاجات المستلم.
- التغذية العكسية : تشكل التغذية العكسية أو تسمى أحياناً بالمعلومات المرتدة الأداة الأهم في عملية الاتصال. إذ أنها تمثل الفهم الصريح للمستقبل و لمضمون الرسالة و التعبير بسلوك واضح ومرتد إلى المرسل عن قبول أو رفض الرسالة الصادرة. و من خلالها يتبادل المرسل و المستلم الأدوار بحيث يصبح المرسل مستقبلاً ، و يصبح المستقبل مرسلًا و هكذا... و لتكون دورة الاتصال.
- الضوضاء : و يقصد بها عمليات التشويش التي تصاحب عملية الاتصال بدءاً من نقطة انطلاقها من المرسل حتى وصولها إلى المستلم مروراً بكل المراحل التي سبق الحديث و الإشارة إليها. و هي كل شيء يمكن أن يحدث إنحرافاً في مسار الهدف الذي يسعى إلى بلوغه المرسل من عملية الاتصال.

1.5 أنواع الاتصال :

حتى تستطيع المؤسسة أن تؤدي نشاطها العادي فهي تشمل شبكة أو شبكات من الاتصالات و أشكالاً عديدة منها. وقد وردت عدة تقسيمات لأنواع الاتصال. و هي تتداخل و تتكامل فيما بينها و ليس من الضروري أن تتوفر كلها في المؤسسة، فكل مؤسسة تعمل على توفير ما يخدمها من اتصالات. و سوف نحاول التطرق إلى هذه التقسيمات فيما يلي :

1.5.1 أنواع الإتصال حسب الوسيلة (طريقة الإتصال):

يمكن إيجاز طرق الإتصال في ثلاث طرق هي :¹

¹ - موسى قاسم القريوتي، علي خضر مبارك، مرجع سابق، ص، 176.

- الاتصالات الشفوية (اللفظية) :

وهي التي تتم بشكل مباشر بين شخصين أو أكثر، و يتم ذلك من خلال اللقاءات بين الرؤساء والمرؤوسين. و من فائدتها أنها تعطي ردود فعل مباشرة و تبادلًا سريعًا للأفكار. و من العيوب أن هناك أفرادًا لا يجيدون الاتصال الشفوي للخجل أو للخوف أو لأي عامل نفسي آخر.

- الإتصالات المكتوبة :

هذه الاتصالات تعتبر معتمدة و قانونية لأنها مكتوبة، حيث لا يستطيع مدير أي شركة أن يتصل مباشرة و شفويًا مع كافة الموظفين لذلك لابد من الاتصال الكتابي عبر الرسائل و التعليمات و المذكرات، و أصبح الآن الاتصال عبر الحاسوب و شبكة الانترنت. و من عيوب هذه الطريقة تراكم الأوراق المحفوظة و عدم قدرة العاملين على كتابة الرسائل بصيغة جيدة.

- الإتصالات غير اللفظية :

وهي المشاركة بمعلومات دون استخدام كلمات لنقل الأفكار. و يتم بواسطة الإيماءات (تعبير غير لفظية) مثل نبرات الصوت، و تعابير وجهية، و لغة العيون و حركات جسم الفرد.

2.5.1. أنواع الإتصال حسب الإتجاه :

و تأخذ أربعة أشكال¹:

- الإتصال النازل : و هي من أكثر أنواع الاتصالات استخدامًا في المؤسسة، و يتم استخدامها في عملية نقل الأوامر و التعليمات من الإدارة العليا في المؤسسة إلى المستويات الوسطى و الدنيا، من خلال الإجتماعات الرسمية، و التعليمات المكتوبة و لوحات الإعلانات.

- الإتصال الصاعد : و هو الاتصال من أسفل إلى أعلى، و من خلاله يقوم المرؤوسون بنقل ملاحظاتهم عن العمل مما يؤدي بالرؤساء إلى الحصول على التغذية العكسية. و تتم بشكل تقارير، أو شكاوي، أو اقتراحات أو عن طريق سياسة الباب المفتوح أو اللقاء المباشر بين الرئيس و المرؤوسين.

- الإتصال الأفقي : و يطلق عليها أيضا الاتصالات الجانبية حيث تناسب أو تتدفق المعلومات من أي نقطة على الخريطة التنظيمية بشكل أفقي إلى نقطة أخرى على هذه الخريطة، حيث أن الاتصال ينساب عبر التنظيم من جانب إلى آخر. وهذا الاتصال يتم بين الإدارات أو الأقسام التي تقع على نفس المستوى التنظيمي في المؤسسة، مثل الإتصال بين مدير الإنتاج و مدير التسويق.

¹ - موسى قاسم القريوتي، علي خضر مبارك، مرجع سابق، ص- ص : 174 - 175.

- **الإتصال القطري** : هذا الإتصال يتم بين شخصين أو أكثر مختلفين في المستوى الإداري، و لا تربطهم علاقات رسمية، رتبوية مثل اتصال مدير الإنتاج برئيس قسم التسويق. و الهدف من هذه الاتصالات زيادة التنسيق بين أقسام و إدارات المؤسسة.

3.5.1. أنواع الإتصال حسب المحيط :

و ينقسم إلى نوعين : داخلي و خارجي.

- **الإتصال الداخلي** : و يوصف هذا النوع من اتصال المؤسسة بأنه أساس النظام الاجتماعي و عماد العلاقات المهنية في المؤسسة. ذلك أنه يوظف للربط بين أعضاء المؤسسة بغية نشر المعلومات، الحقائق و الأفكار ، لتحقيق هدف محدد هو التأثير على السلوكات و الاتجاهات بطريقة رسمية أو غير رسمية، فيتم ذلك بتخطيط و إعداد مسبق و محكم.

- **الإتصال الخارجي** : ينظر إلى المؤسسة في النظريات الحديثة للإدارة على أنها جزء من البيئة تؤثر فيها وتتأثر بها، لذلك فإن إدارات المؤسسات تعمل على توفير نوع من الاتصالات الخارجية سواء مع المنظمات الأخرى، أو مع الجمهور حتى تظل علاقتها قوية بهذه البيئة. و بالتالي فهذا النوع يوجه إلى الجمهور الخارجي للمؤسسة. و هو يقسم بدوره إلى نوعين¹:

- **إتصال خارجي عملياتي** : و هو الذي ينشط فيه أعضاء المؤسسة في نطاق اتصالي مباشر مع المحيط كونهم ممثلين لهذه المؤسسة أمام شركائهم الخارجيين (الزبائن ، الموردين ، السلطات العمومية ، الرأي العام ، ...) أو مع المنافسين ، و يتلقون بالمقابل ردودا و معلومات يدمجها المسؤولون ضمن شبكة المعلومات داخل المؤسسة.

- **إتصال خارجي إستراتيجي** : و هو يعتمد على مهمتين رئيسيتين :

الأولى: هي مهمة إنشاء و تكوين الشبكات لان المؤسسات تبحث عن التواجد و تحقيق الذات في محيطها ، و هي وسيلة دفاع يمكن أن تخدمها في حالة وجود صعوبات .

الثانية: تتمثل في وضع المؤسسات قنوات الاستقبال للمعلومات الإستراتيجية في محيط تواجدها و هو ما يعبر عنه بالسمع الخارجي. فهي تسعى من خلاله للتعرف على المنافسة في أقرب وقت و كذلك إشارات التطور التكنولوجي و التقنيات العصرية و الإمكانيات المتاحة و القوانين الجديدة و الحركات الاجتماعية التي يمكن أن تحدث في المجتمع . هذه المعلومات تغذي المؤسسة بمواد التحليل التي تشكل عوامل مساعدة في اتخاذ القرارات على المدى المتوسط و الطويل.

4.5.1. أنواع الإتصال حسب القناة :

و تنقسم إلى نوعين : الإتصالات الرسمية و غير الرسمية.

¹ - عبد الفتاح محمد سعيد ، التسويق، دار النهضة العربية، بيروت، 1983 ، ص 417.

- **الاتصال الرسمي** : " هو اتصال مباشر بين مرسل الرسالة و المستقبل لها، و يتم هذا النوع في إطار القواعد التي تحكم المنظمة، و تتبع المسارات التي يحددها البناء التنظيمي الرسمي"¹.

و هو يوجد في كل مؤسسة، و يتم تحديده عند وضع الهيكل التنظيمي لتوضيح كيفية الربط بين الوحدات الإدارية المختلفة التي يتضمنها. و يساهم الاتصال الرسمي في تدفق المعلومات و التوجيهات و التعليمات و الأوامر إلى المرؤوسين، مع التعرف على وجهات نظرهم من خلال المعلومات المرتدة و ينقسم بدوره إلى اتصال نازل ، اتصال صاعد، اتصال أفقي، و اتصال خارجي بنفس المعاني التي سبق و أن رأيناها و ما يربطها هو أنها تسري وفق القنوات الرسمية فقط.

- **الاتصال غير الرسمي** : و يعرف بكونه " شبكة الاتصالات التي تنشأ بين العاملين على أساس شخصي"². و يعرف أيضا " بالاتصالات التي تتم بين الأفراد و الجماعات و تكون عادة بدون قواعد محددة و واضحة، و تمتاز بسرعتها قياسا بالاتصالات الرسمية"³.

و يتم خارج إطار القنوات الرسمية للاتصال في المؤسسة، و يحدث في جميع المستويات دون التقيد بمراكز المتواصلين و رتبهم و علاقتهم الرسمية. و يتعلق بالعمل أو الحياة الاجتماعية أو الجوانب الشخصية. و يحدث في جميع الأوقات داخل العمل أو خارجه دون التقيد بشبكات التواصل. و يساعد على معرفة معلومات و أفكار مهمة قد لا يذكرها الاتصال الرسمي، و على تنمية الروابط و العلاقات الإنسانية الحسنة.

كما قد تكون له آثار سلبية على الاتصال الرسمي باحتجاز المعلومات من طرف أعضائه أو تشويبهها ، خاصة تلك المعلومات التي لها قيمة عند زملائهم و قادتهم.

و يتوقف التماسك بين النوعين : الاتصال الرسمي و الاتصال غير الرسمي على مدى تجانس أهداف المؤسسة مع الأهداف الشخصية و اتجاهات العاملين.

6.1. مبادئ عملية الاتصال :

حتى يكون نظام الاتصال جيدا و ناجحا و أكثر فائدة للمؤسسة عليه أن يتوفر على عدد من الخصائص الضرورية و التي تعد بمثابة مبادئ⁴ نشرها كما يلي :

- **الوضوح** : إن المؤسسة الواضحة هي التي تجيب على الأسئلة المحددة مسبقا : "من أنا ، أين أنا ، أين 4 سأكون " . و يتعلق هذا المبدأ بالهوية الذاتية للمؤسسة بحيث لا يظهر أي تناقض مع هذه الهوية في الرسالة المرسلة إلى المستقبل.

¹-BARTOLIA , opcit, p 255.

²- مصطفي حجازي، الاتصال في العلاقات الإنسانية و الإدارية، ط 2، دار الطليعة ، بيروت، 1992، ص 88.

³- عبد الغفار حنفي، السلوك التنظيمي و إدارة الأفراد ، مرجع سابق، ص 510.

⁴- Emmanuel Dup Tomas, De vers la communication interne vers l'entreprise transparente, les éditions d'organisation, 1988, p de 32 à 40 (résumé)

- **الإرادة :** يترجم هذا المبدأ من خلال إنشاء المؤسسات الراقية لمصلحة الاتصال و تخصيص ميزانية لذلك. و اعتمادها للقدرة على الاتصال كمعيار لاختيار الإطارات في المناصب العليا، و إعطائه جزءا كبيرا من عملية التسيير.
- **الشفافية :** وتعني نشر المعلومات كاملة، بدون غموض أو تناقض أو طرق ملتوية، و لا يجب التذرع بواجب السرية لإخفاء المعلومات لأن الإشاعات تتولد من التكتم. و تطبيق هذا المبدأ يقتضي الاعتراف بحق الآخر.
- **البساطة :** باستعمال لغة بسيطة، سهلة الفهم من طرف المرسل و شرح مضمون الرسالة بشرط أن لا تكون هذه البساطة مبالغ فيها فتأخذ معنى آخر و أن تكون هذه اللغة تتوافق مع لغة المستقبل.
- **السرعة :** و تتمثل فائدة سرعة وصول المعلومات في حفظ قيمة المعلومة، و ضمان حق المستفيد منها و عدم خلق الملل لديه في انتظارها. و هي تشكل عامل ثقة في المؤسسة، و تؤدي إلى تفادي الإشاعات و تحد من انتشارها.
- **القوة :** على المشرف على الاتصال أن يبلغ الرسالة لكل الفاعلين بالمؤسسة بدون استثناء إن كانت تمس الجميع، و يتوجب استعمال كل الوسائل اللازمة لإعلامهم و معرفة رد فعلهم.
- **الواقعية :** فالاتصال ليس معجزة، بل يقوم بتطوير سلوكيات و قدرات الأفراد تدريجيا، و يسمح بفهم المؤسسة أكثر و يرجع أمر تغيير طبيعة العلاقات إلى المستخدمين أنفسهم. فتطور الاتصال هو استثمار لن تبدو بوادره و مردوديته إلا في المدى المتوسط أو المدى الطويل، و لن يأتي التغيير في ثقافة المؤسسة إلا بالممارسة و التواصل.
- **التأقلم :** إن تعدد وسائل الاتصال قد يؤدي إلى حملها لجزء من المعلومات، و بحسب أشخاص معينين، و لهذا تظهر ضرورة أن يكون هناك تحليل لمختلف تطلعات المستخدمين و اختيار الدعائم التي تتأقلم بدقة مع ثقافتهم و مع محيط العمل و ظروفه.
- **الالتزام :** إن المؤسسة تلتزم بتحقيق الأهداف المسطرة مسبقا و يتطلب ذلك رصد مجموعة من الموارد و البحث عن التأثير على السلوكيات و التصرفات لصالح المؤسسة.
- **المدة :** الإتصال يقتضي الإستماع، التبادل و الإقتناع و هذا يفترض مواصلته تحت أي ظرف لتحقيق نتائجه. لكن لا يجب أن يستغرق زمنا طويلا حتى لا يخلق الملل عند المستقبلين.
- **الإثارة :** يفرض هذا المبدأ على الاتصال على أن يثير الاهتمام ، و أن يجعل موضوعا ما يشغل المستقبلين، و يرصد الآراء ثم يجمعها حول مبدأ واحد، و أن يثير الإعجاب حول فكرة ما، و كل هذه المهام هي إثارة. و هي لا تتطلب بالضرورة نفقات كبيرة و إنما تتطلب أكثر عناية و ذكاء و لغة مقنعة.
- **التنبؤ :** يكفل الإتصال إعطاء تنبؤات مستقبلية من خلال تقييم الذهنيات و معرفة مدى تأثيرها و ردود الأفعال المنتظرة. فيؤدي إلى التأهب لمواجهة الأحداث المحتملة قبل وقوعها.

و تبقى هذه المبادئ مفتوحة المجال و ذلك لأنها تجعل الاتصال يتميز بخصائص تساعده على أداء مهماته و تحقيق غاياته حسب الظروف و المحيط الذي يؤدي فيه.

7.1. معوقات العملية الإتصالية :

تحتل المعوقات الإتصالية باهتمام الإدارات و ذلك لما لها من تأثيرات سلبية قد تشوب مسار الاتصالات بداية من إرسالها إلى غاية استقبالها. و لكي يعطي الاتصال ثماره لابد على الإدارات أن تحقق الظروف الملائمة لذلك، و تحد من العراقيل التي من شأنها أن تحرف أو تشوه المعلومة المنقولة أو تمنع تأثيرها الإيجابي أو تقيم حواجز في سبيل بلوغ الاتصال لأهدافه.

و قد أورد الدارسون لهذا الموضوع معوقات عديدة نذكر أهمها :

- **الاختيار السيء للوسيلة الإتصالية :** حيث لابد على المرسل اختيار الوسيلة التي تصل إلى كل المستقبلين بناء على مطابقة خصائص الوسيلة مع خصائص العاملين أو الجمهور و مع طبيعة الهدف من الرسالة، و كذلك ملاءمة تكلفة استخدامها مع أهمية الهدف المطلوب لتحقيقه و مراعاة عامل الوقت.

- **الاختيار السيء لنمط الإتصال المعتمد :** حيث تختلف أنواع الاتصالات كما سبق و تناولناه من مؤسسة إلى أخرى و اختيار النمط الإتصالي تتحكم فيه عوامل لابد من مراعاتها، و هي : حجم المؤسسة و تشعب فروعها، درجة التعقيد التنظيمي، عبر المؤسسة و الذي يتطلب إن كان قصيرا التضييق في عملية الاتصال، و إن كان قد مر عليه وقت طويل فإن الاتصالات تتشابك و تتسع و تزيد رسميتها، و كذلك عامل طبيعة العمل و النشاط الذي تمارسه المؤسسة، و نوعية الرؤساء أو القادة و اتجاهاتهم فمنهم من يحبذ المشاركة، و منهم المتسلطون المنغلقون.

- **ظروف و بيئة الإتصال غير الملائمة :** حيث أنه للبيئة تأثير على فعالية تلقي الرسالة. فالظروف المادية للبيئة (الحرارة ، الرطوبة ، التهوية، ...) تعوق استقبال المعلومات المرسل، بالإضافة إلى الظروف غير المادية كالضوضاء و انعدام العدالة و الثقة و كثرة تغيير المديرين.

- **عدم تماشي محتوى و طريقة عرض المعلومات مع المتلقي :** حيث يتوقف تأثير عملية الاتصال على تلقي المعلومات و تحقيقها للهدف. فعلى المرسل تقديمها بطريقة تيسر الاستيعاب و التأثير بها من طرف المستقبل.

- **معوقات طبيعة التنظيم المؤسسي :** إذ تختلف التنظيمات الداخلية و أساليب العمل من مؤسسة إلى أخرى تبعا لاختلاف الأهداف و الخطط و السياسات و طبيعة العمل و الأحجام و الإمكانيات المادية و البشرية، و كذا حالة العاملين، و من أهم الاختلافات: مركزية و لا مركزية اتخاذ القرارات، و عدد المستويات الإدارية داخل المؤسسة، و تجانس جماعات العاملين و مدى توافقهم في درجة المستوى الثقافي و الإقتصادي و الإجتماعي، و إختلاف العوامل النفسية لهم.

- المعوقات المفتعلة بإرادة من بعض أطراف عملية الإتصال : مثل التلاعب بالألفاظ والمعاني، و تحريف المعلومات، و إخفاء بعضها عن متخذي القرارات ...الخ.
و بصفة عامة فإنه كلما ابتعد الاتصال عن مبدأ من المبادئ التي تضبطه كلما تشكل عائق أمامه يحد من فعاليته.

2. عملية الإتصال في المؤسسة الصحية :

لقد سبق و أن تعرفنا على المؤسسة الصحية (الفصل الثالث) ، و على موقعها في النظام الصحي الجزائري و على مختلف التحديات التي ترفعها قصد التكيف مع التغييرات الجديدة المتعددة الأبعاد (الفصل الثاني) و لقد تأكد أمر خلال ما سبق تناوله من هذا الفصل (الرابع) ألا و هو عدم الاتصال يعني الانقطاع عن التفاعل مع البيئة و بالتالي الإنحسار و الفناء.
و هذا الأمر ينطبق إلى حد كبير على مختلف المنظمات أو المؤسسات الصحية لكونها أصلا وجدت لخدمة الآخرين. و أصبحت مسألة الاتصالات فيها من المهام الكبيرة و الواجبة لتحقيق المهام الموكلة إليها و الأهداف المنوطة بها، و من غير ذلك لا يمكنها البقاء و الإستمرار.

1.2. خصوصيات عملية الإتصال في المؤسسة الصحية :

إن " مفهوم الاتصال في المؤسسات الصحية لا يختلف كثيرا من حيث الجوهر عما سبق الإشارة إليه إلا أن أوجه الاختلاف يكمن في خصوصية الرسالة المنقولة، و الأطراف التي يتم الاتصال بينها، و بخاصة في البيئة الخارجية و طبيعة العلاقة التي تحكم الاتصال إلى حد كبير. و تبرز أهمية الاتصالات في داخل المستشفى بشكل خاص ما بين الكادر (الطقم) الطبي و المريض. إذ لا يمكن أن يحدد و يشخص الطبيب طبيعة المرض للشخص المعالج من دون حصوله على معلومات دقيقة و حقيقية في المجالات التالية التي قد تأخذ أشكالا مختلفة و هي :

- معلومات مكتوبة تؤشر طبيعة المرض و تاريخ بدء العلاج (كتابة).
- معلومات عن التحاليل المخبرية التي أجريت على المريض (رموز).
- معلومات شخصية عن قدرة المريض لتقبل العلاج و استمراره (سلوك).
- الفحص الشعاعي لحالة المريض (صور).
- رد فعل المريض و استجابته للعلاج في مراحل سابقة (رسوم بيانية).
- تطور حالة المريض لدى الشخص المعالج (إشارات).

1- ثامر ياسر البكري ، مرجع سابق، ص- ص : 254 - 255.

- درجة إيمان و اعتقاد المريض بجدوى العلاج (تعابير الوجه).

و هناك تفاصيل أخرى يمكن أن تمثل صيغا متعددة لعملية الاتصال بين المريض و الطبيب، أو بين المريض و الكادر التمريضي أيضا في جوانب أخرى تلي مرحلة العلاج و التي تستوجب بيانات ومعلومات تختلف إلى حد كبير عما هو عليه في المرحلة الأولى للعلاقة مع الطبيب.

و بالتالي يمكن القول أن الهدف الرئيسي من عملية الاتصال بين الطبيب و المريض هو تسلم و إرسال معلومات دقيقة بالشكل الذي يؤدي إلى إحداث تحسين و تطوير في حالة المريض الصحية و بما يساعده على تحقيق الشفاء و العودة الى الحالة الطبيعية قدر المستطاع.

و نفس معوقات الإتصال التي رأيناها سابقا تنطبق على العملية الإتصالية في المؤسسة الصحية، و يضاف إليها معوقات أخرى تدخل ضمن خصوصية هذا القطاع حيث يعيقها:¹

- ضعف الإيمان الحقيقي لدى إدارات المستشفى بجدوى عملية الاتصالات مع البيئة المحيطة، اعتقادا بأن المجتمع بكل أطرافه شاء أم أبى هو بحاجة إلى خدمات المستشفى فلا توجد حاجة إذن للاتصال بهم.

- محدودية وسائل الإتصال المتاحة أمامها في كثير من الحالات، فضلا عن ارتفاع كلفتها في أحيان أخرى.

- التشريعات القانونية التي تسنها الدولة و التي تمنع في أحيان كثيرة الاعلان و الترويج للخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة.

- عدم وجود أقسام متخصصة في مجال الاتصال بالجمهور و على وجه الدقة أقسام: التسويق، العلاقات العامة في المستشفى التي يمكنها و بما يمتلك أفرادها من معلومات أن يحققوا كفاءة أفضل في الاتصالات.

هذا عن خصوصية الخدمة الطبية أو العلاجية المقدمة في المؤسسات الصحية سواء كانت عمومية أو خاصة و التي لها نظامها الخاص بها، بالإضافة إلى ذلك تؤدي هذه المؤسسات خدمات أخرى تدخل ضمن أنظمة فرعية أخرى هي: النظام المالي، النظام البشري، النظام الاقتصادي، النظام الأمني... الخ، توجد تحت نظام أكبر هو النظام الإداري. و بين النظامين : الإداري و العلاجي تظهر ضرورة الاتصال أهميته كرباط يجمع بين كل هاتاه الأنظمة الفرعية و بين هاتاه الأنظمة الكبرى في نظام واحد أكبر يهدف إلى توفير الخدمات الصحية لكل من يسعى إلى هذا الهيكل الصحي طالبا إليها

و يستدعي الأمر اهتماما بالغ الدرجة بالمعلومة الصحية لكي تتمكن إدارات الصحة من تجسيد و تطوير سياسة صحية حسب الطلب أو حسب الإحتياجات الصحية للمجتمع، بحيث يتعين على هذه الإدارات اتخاذ القرارات، و القيام بنشاطات معينة تكون مبررة بالمعرفة و الاطلاع التام على الحالة السابقة للمجموعة التي ستطبق عليها هذه النشاطات يجب أن تكون قابلة للتقييم بواسطة أحكام ملائمة

لتطور هذه الحالة و هو ما يوجب توفر المعلومات و المعطيات المناسبة في كلتا الحالتين (معلومات عن

¹ - نفس المرجع، ص - ص : 257 - 27

الحالة السابقة، معلومات عن النشاطات المقررة). و موضوع المعلومات في الصحة هو موضوع اخر يستدعي التوضيح لعلاقته الوطيدة بالاتصال في النظام الصحي و الذي له خصوصيته أيضا.

2.2. خصائص المعلومة في الصحة :

1.2.2. مفهوم المعلومة و خصائصها :¹

" المعلومة هي البيانات التي تم إعدادها لتصبح في شكل أكثر نفعاً للفرد المستقبل لها. و التي لها إما قيمة مدركة في الاستخدام الحالي أم المتوقع أو في القرارات التي يتم إتخاذها ".
و يشير إسماعيل السيد إلى حقيقة أساسية هي أنما يعد معلومة بالنسبة لفرد ما قد تكون بيانا خاما بالنسبة لفرد آخر بل إن المعلومة قد تكون بيانا خاما لنفس الفرد في موقف مختلف.

و تظهر أهميتها في أنها قد تستخدم للإضافة إلى ما هو موجود، أو تستخدم لتصحيح أو لتأكيد معلومة سابقة، أو أنها تحتوي على مفاجأة بمعنى أنها تقول شيئا جديدا لا يعرفه من استقبلها من قبل أو لا يمكنه التنبؤ بها.

- كذلك فإن للمعلومات قيمة مهمة عند متخذي القرارات حيث إنها تغير من الاحتمالات الخاصة بالنتائج المتوقعة في الموقف الذي يتخذ فيه القرار.

- و يختلف مستوى المعلومات المطلوبة باختلاف مستوى مستخدمها. إذ أن مخرجات أحد المستويات التنظيمية يمكن أن تكون مدخلات لمستوى أعلى.

- و استخدامها لا يجعلها تفقد قيمتها، بل إنها تكتسب قيمتها في خلال عملية استخدامها. و هذا ما يجعلها تتميز عن باقي موارد الادارة مثل الموارد البشرية و المالية.

- أما فيما يتعلق بتقديم المعلومة، فإن ذلك يتم باستخدام عدة طرق. كاستخدام طريقة التلخيص لتقليل

حجمها، و طريقة التوزيع المحدود للمعلومات على الأفراد و المصالح المحتاجة لها فقط.

- يمكن تحديد محتوى هذه المعلومات و تحديد لمن ترسل إليه، و ما هي المعلومات التي يتم تداولها داخل المؤسسة.

- كما يمكن للمعلومة أن تتعرض للتأخير في إرسالها، أو التعديل و التنقيح، استخدام الاستنباط، التقليل من درجة عدم اليقين أو تقديمها بصورة مميزة.

- بالإضافة إلى ما سبق، فهي تخضع لعمليات ترتيب، تجميع، تصنيف و اختيار، و هي تمارس على المعلومة بنوع من الذاتية. و المعروف أن الطريقة التي تقدم بها المعلومة تؤثر أو تؤدي إلى تحيز إدراكي من قبل مستقبلها، و يؤثر هذا التحيز على عملية تفسير معنى المعلومة. و التحيز هنا لا يشير إلى شيء

¹ - إسماعيل السيد، نظم المعلومات لاتخاذ القرارات الإدارية، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، (دس)، ص 97 و ما بعدها. (بتصرف).

سيء أو جيد و لكنه يشير إلى درجة التأثير الخاص بطريقة تقديم المعلومة سواء كان هذا التأثير متعمدا أم غير متعمد على عملية إدراك و فهم المعلومة ذاتها.

- أما من ناحية جودتها فهي تتحدد بقدرة المعلومة على تحفيز الفرد ليتخذ موقفا معينا، و بقدرتها على جعل متخذ القرار يصل إلى قرارات أكثر فعالية.

2.2.2. المعلومة في الصحة:

أ- من حيث الشكل:

يمكن للمعلومات في الصحة أن تأخذ عدة أشكال : فقد تكون إحصائية بإيراد معطيات حول التوجهات الكمية في قطاع الصحة و طنيا أو جهويا أو على مستوى المؤسسة الصحية الواحدة، كما يمكن أن تأخذ شكل إدماج لإحصائيات، أو شكل تحليل، أو وصفا لحالة في مستوى واحد أو في عدة مستويات.

ب - من حيث الموضوع :¹

- **معلومات عن البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية :** و تعتبر هذه المعلومات ضرورية للتعرف على نتائج نشاطات المرضى من حيث الاستفادة من خدمات المؤسسة، و تقييم جودة الخدمات الطبية المقدمة لهم. فضلا عن الوقوف على نشاطات الموارد البشرية، و رصد اتجاهات التكاليف و النفقات، و بمعنى آخر معرفة إن كان قد تم استغلال موارد المستشفى بالصورة المناسبة.

- **معلومات عن البيئة الخارجية للمؤسسة الصحية :** و هي تفيد في التعرف على الاحتياجات الصحية الضرورية لمنطقة الخدمة، و على أوضاعها الإقتصادية و الإجتماعية و التعليمية، و تعتبر مهمة لأنها تعطي إدارة المؤسسة فكرة واضحة على المدخلات و عن عملية تحويلها إلى مخرجات.

ج - من حيث المحتوى: فحسب النظام الصحي الجزائري و الهياكل الصحية المعمول بها نجد أن المعلومات في المركز الإستشفائي الجامعي ليست هي المعلومات ذاتها في مؤسسة إستشفائية متخصصة و ليست هي المعلومات الموجودة على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية. فعلى الرغم من أن مبادئ العمل هي ذاتها بالنسبة لجمع و تحليل و توزيع المعلومات على مستعملها، إلا أنها تبقى شديدة الارتباط بالمهام المسندة إلى المؤسسة الصحية المعنية و تتوافق مع نشاطها. فهناك المؤسسات التي تتكفل بالعلاج و الوقاية فقط مثل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، و منها ما تتكفل بالعلاج و الوقاية و التكوين و البحث العلمي كالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة و المراكز الإستشفائية الجامعية، و منها ما يؤدي خدمة العلاج فقط كما هو الحال في العيادات العامة و الجراحية الخاصة.

¹ - محمد حسان نذير خريستاني، مرجع سابق، ص

3.2.2. نظام المعلومات في المؤسسة الصحية :

إن المعلومات التي تعمل بها المؤسسات الصحية لا يمكن أن تكون ذات أهمية إلا إذا كانت تحيي في نظام متكامل يضمن لها المرور من عملية الجمع إلى المعالجة و التحليل ثم إلى التقييم و النشر.

أ - أهداف نظام المعلومات في المؤسسة الصحية:¹

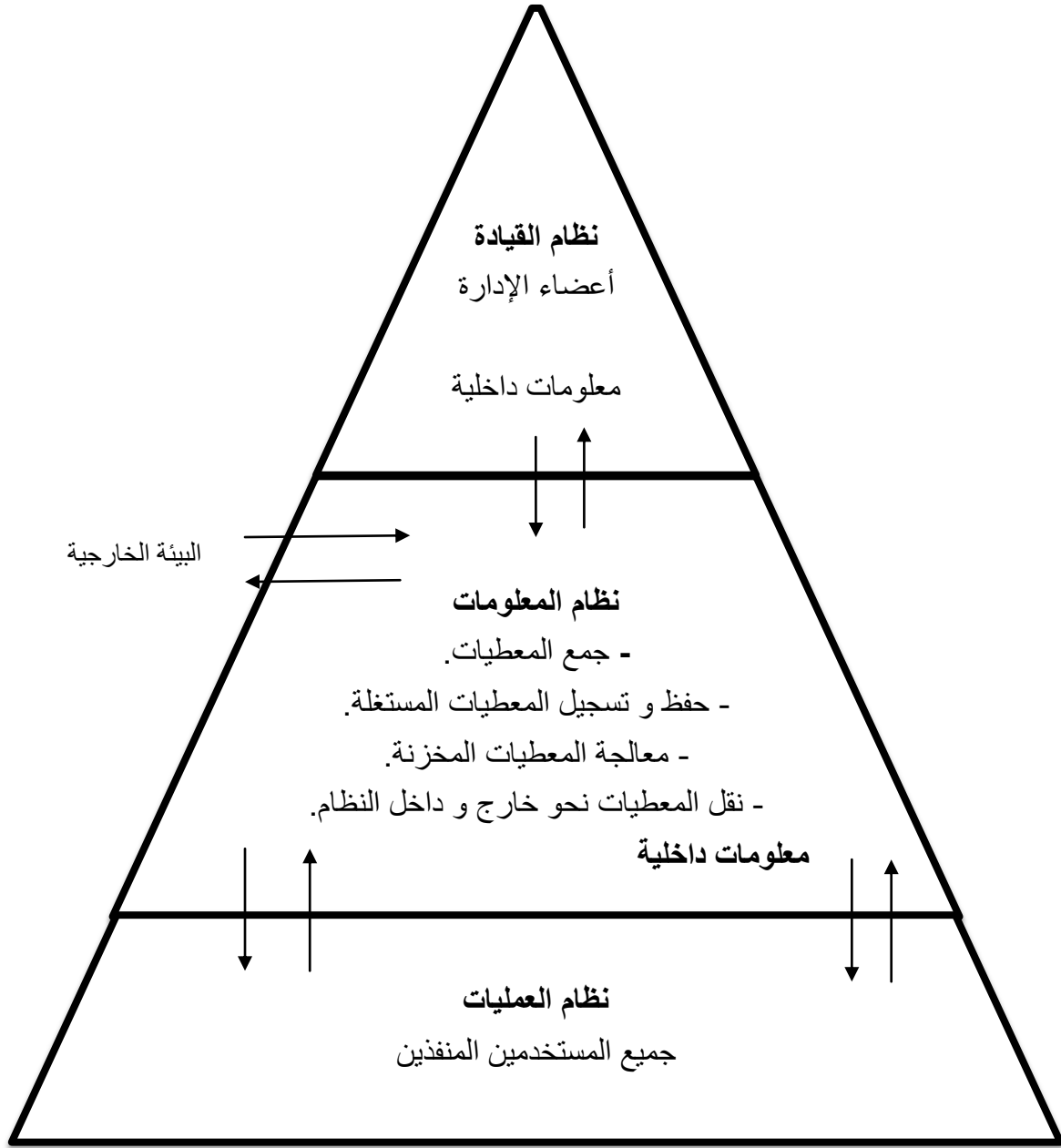
- المساعدة على تقييم الخدمات الصحية المقدمة.
- التعجيل في اتخاذ القرارات و في التدخل لتحسين أي وضعية و بالتالي التمكن من حل المشاكل المطروحة في القاعدة (ميدان العمل) بسرعة.
- توفير المعلومات الضرورية لتأدية كل نشاط مع ضمان جودتها ووصولها في الوقت المناسب.
- متابعة المريض منذ دخوله حتى خروجه مع تقييم تطور حالته.
- التحليل الإحصائية للنشاطات المشكلة لقاعدة البيانات بما تحتويه من معطيات دقيقة حول النفقات المبذولة من أجل كل مريض.

ب - مكونات أو عناصر نظام المعلومات:

فيشتغل نظام المعلومات لأي تنظيم في إطار علاقات عمودية أو رأسية (نحو الأعلى و نحو الأسفل) و علاقات أفقية (ذهابا و إيابا) و في كلا العلاقتين يؤدي وظيفتي الإرسال و الإستقبال. و نستطيع تصوير هذه العلاقات عن طريق المخطط التالي:

¹- PierreFRUTIGER, Jean Marie FESSLER, la gestion hospitaliere medicalisee, ESF edition, 1991, p 107.

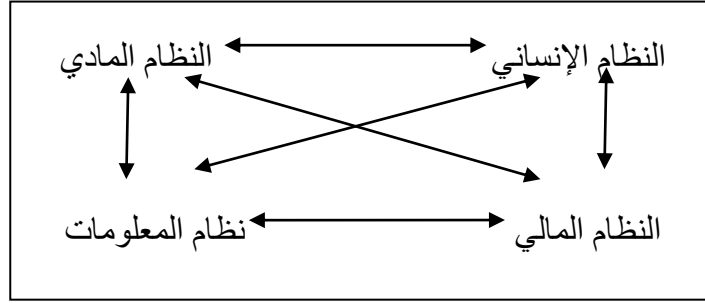
الشكل رقم (17) : نظام المعلومات في التنظيم



Source : M. DJAILZ , " Les système d'information dans l'organisation ",Revue : Savoir et compétences, Paris, n ° 00, Janvier, 1998, P24.

بالإضافة إلى ما سبق ذكره، فإن نظام المعلومات يعمل بشكل تكاملي مع باقي الأنظمة الموجودة في كل هيكل صحي و هذا الشكل يوضح لنا ذلك :

الشكل رقم (19) : نظم الإنتاج و العمليات في المستشفى



المصدر : أحمد سيد مصطفى، " الكفاءة الإنتاجية في إدارة المستشفيات، مفهومها و سبل بلوغها"، المجلة العربية للإدارة، المجلد 11، العدد 03، 1987، ص 20.

و قد تطرقنا لنظام المعلومات في المؤسسة بهدف التأكيد على أن المعلومات تسبق عملية الإتصال، والإتصال يحمل معلومات عبر وسائله، و هي نفسها وسائل المعلومات، و كلما توافقت الإتصالات مع إدراك و شعور الأطراف المتصلة كانت للمعلومات قيمة أو درجة من الأهمية لدى المستقبل . لكن نظام المعلومات لا يرقى إلى عملية الإتصال بسبب أن هذه الأخيرة تحوي عنصر أو مكون التغذية المرتدة في نظامها. أما الأول فتنعدم فيه.

4.2.2. إتصالات المؤسسة الصحية مع المجتمع¹:

إن المؤسسة الصحية تمثل كيانا إجتماعيا متفاعلا مع البيئة المحيطة به، و كونها نظاما مفتوحا على المجتمع يعود لكونها وجدت أصلا لتقديم الخدمة و العون للمجتمع. و تأسيسا على ذلك فإن الاتصالات التي تجريها مع المجتمع تمثل سر بقائها و تطورها لما هو أفضل، لكونها تصبح ذات نفع أكبر من خلال تقديم خدماتها للجمهور و إخبارهم و مساعدتهم للحصول على ما يحتاجونه من خدمات طبية سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو وقائية.

من نشاط المنظمات بصفة عامة، فكيف الحال %و يمكن الإشارة بأن الإتصالات تمثل ما يقرب من 75

¹ - ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص من 264 حتى 270 (بتصرف).

إذا كان الأمر يخص المستشفى تبعا لمقدار تعاملها مع الأطراف المختلفة في المجتمع ؟ - بلا شك أن النسبة ستكون أكبر ، و أنها ملزمة بذلك لكونها أساسا وجدت لتذليل ما يعانيه المجتمع من مشكلات صحية مختلفة. و تمثل الأطراف التالية المجتمع الذي تتصل به المؤسسة الصحية و بمضامين محددة :

- **المرضى :** و هم الشريحة الرئيسية في المجتمع الذين تسعى لخدمتهم وإعادة رسم البسمة على وجوههم وجوههم عن طريق تعريفهم بالخدمات الصحية المقدمة، و كل ما هو جديد من علاج، و التحذير والإرشاد، و أسلوب المراجعة، و قواعد التعامل مع المستشفى و تكاليف الخدمات.

- **المجهزون :** و هم الذين تتوفر لديهم احتياجات المستشفى من مواد طبية و غذائية و تجهيزات فنية، و المعلومات الجديدة عن عروض التجهيز و دورات التدريب و التطوير للعاملين التقنيين.

- **الحكومة :** و تتمثل في الجهات الرسمية التي ترتبط بها المؤسسة الصحية سواء كانت الوصية، أو المرتبطة بوحدة إدارية محلية. و تتعلق مضامين الاتصال بالتقارير الدورية عن مدى تحقيق التعليمات و عن درجة استقرار العمل، و الإحتياجات المالية، و البيانات الإحصائية عن الخدمات الصحية،... و إلى غير ذلك.

- **نقابات الأطباء و ذوي المهن الصحية :** و تتمثل في تسهيل إنجاز بعض المهام، و المشاركة في الأنشطة الثقافية و الإجتماعية ، و التنسيق لخلق روح التعاون،... الخ.

- **المستثمرون :** لهذا الطرف علاقة مع القطاع الخاص و الذي يحتاج إلى المعلومات عن المركز المالي للمؤسسة، الأفق المستقبلية للتوسع و فرص الإستثمار الجديدة، التسهيلات المالية الحكومية... الخ.

- **الباحثون و الجامعات:** و هم الذين يتواصلون مع المؤسسة فيما يتعلق بالفرص المتاحة لإجراء البحوث و تقديم البيانات المتعلقة بالبحوث المطلوبة، المشاركة و التعاون في إجراء التجارب المخبرية و السريرية، تدريب الطلبة لكليات الطب و التمريض، و المعاهد الفنية، و إعداد برامج التكوين، و الاستثمارات...

- **الشرطة و المحاكم :** فيما يتعلق بنتائج التشريح الطبي، و التصريح بالاعتداءات، و التدخلات في الحالات الطارئة

- **المنظمات الأخرى و المجتمع :** كأن تكون هذه المنظمات هي المدارس، المصانع، دوائر الدولة، المجتمعات السكنية، الجمعيات، ... و التي يستوجب تفاعل المؤسسة الصحية معها من خلال مد جسور التعاون خاصة عند التبرع بالدم و التلقيحات الوقائية، الخدمات الإرشادية و التعرف على الشكاوي و مقترحات المواطنين...

و إزاء هذه الحالة المعروضة في عمليات الاتصال التي تقوم بها المؤسسة الصحية مع المجتمع عبر أطرافه المختلفة سواء كانت المذكورة أعلاه أم غير المذكورة، فإنها يجب أن تضع في اعتبارها أن هدفها الرئيسي ينصب في أن تصل خدماتها و جهودها إلى الجميع، و أن تكون موضع قبول و رضا من قبل

المجتمع. كما يمكنها توسيع المشاركة لكل الأطراف في عملية الاتصال من خلال اتباع سياسة الاتصال الفعال القائم على المشاركة و اعتبارها هي الوظيفة الرئيسية في تعزيز علاقتها و مكانتها في المجتمع

3. إستراتيجية الإتصال في المؤسسة :

تعتبر إستراتيجية الإتصال في المؤسسة من بين العوامل الهامة المساعدة في عملية تحديد الطرق والوسائل المساهمة في تطبيق وأداء الاستراتيجية العامة للمؤسسة، و التي بدورها تساهم في تطبيق وأداء الاستراتيجية العامة للصحة تطبيقا للسياسة الصحية التي تعتمدها الدولة.

" و تستجيب الإستراتيجية المتعلقة بالاتصال لأكثر من هدف، فهي تبين طريقة و هوية المؤسسة في النشاط من خلال خطابها سواء مع المتعاملين داخلها أو مع المتعاملين خارجها. و من المميزات التي يجب أن توفر في هذه الإستراتيجية :

- الإنسجام بين الإتصال الداخلي و الإتصال الخارجي.

- الإنسجام بين مختلف سجلاتها للإتصال.

- إنسجام الخطب بين مختلف مشاريعها.

-الإنسجام في مخططها.

و هي مثل الإستثمارات في المؤسسة، تكلفها قيمة من الأعباء فيما يتعلق بالدراسات و التحليلات حول الشيء الموجود حسب الهيكل الإداري و إستراتيجيتها العامة، و كل ما يمس التجهيز بالوسائل التقنية والآلات. و كذلك الوسائل المعنوية.

و هما الجانبان اللذان شهدا تطورات جد معتبرة في السنوات الأخيرة مما أثر في نفس الوقت على تكاليف إعداد و تكوين الأفراد و المتخصصين في مجال الإتصال¹.

1.3. إعداد إستراتيجية الإتصال :

إن خطة الإتصال في المؤسسة تمر على أكثر من مرحلة لإعدادها مثل مختلف الخطط الإستراتيجية وسوف نتعرض إلى هذه المراحل في أهم جوانبها :²

1.1.3 تحديد الأهداف :

حتى يتسنى لها تحديد أهداف الإتصال يفترض وجود إستراتيجية عامة للمؤسسة و سياستها و أهدافها العامة. و إستراتيجية الإتصال كما ذكر سابقا ليست إلا إستراتيجية في خدمة تحقيق الغايات و الأهداف. وهي تترجم النظرة الاستراتيجية للمسير. فتحدد أولا من طرف المقرر : الرئيس، المدير العام أو مجلس الإدارة و هو في هذا المعنى ضامن للإنسجام العام في المؤسسة.

و في الحالات العامة فإن أهداف الإتصال تجمع في ثلاث مجموعات :

¹ - ناصر دادي عدون، مرجع سابق، ص 73.

² - نفس المرجع ، ص 75 و ما بعدها (بتصرف).

- التجميع و الالتفاف حول المؤسسة و برامجها و أهدافها.
- تحقيق أمثل و أكثر حركية بها لنفس الأغراض و هي أعلى فعالية و كفاءة.
- و كذلك تحضير ظروف و شروط التغيير فيها طبقا للتطورات و الأحداث التي تدور حولها و فيها. وكل من هذه المجموعات يتفرع إلى عدة عناصر.

2.1.3. دراسة المحيط الإجتماعي و الثقافي للمؤسسة :

في هذه الخطوة تقوم المؤسسة أو المصلحة المكلفة بها بكل من :

أ – البحث عن هوية المؤسسة و صورتها :

فالمؤسسة كشخص معنوي لها هوية مثل الشخص الحقيقي تحدد من خلال : هيكلها، أنظمتها، تاريخها، المجموعات الثقافية التي تكونها، قيمها....

و صورة المؤسسة تنتج أو هي إنعكاس للهوية و تقيم من خلال المكونات الأساسية : التأسيسية، المهنية، العلائقية و الشعورية. و تكون الصورة داخلية و خارجية للمؤسسة.

ب – تأكيد أهداف الاتصال المحددة من الإدارة و تكييفها :

تحدد الأهداف من طرف إدارة الاتصال انطلاقا من تصورها لواقع المؤسسة الحقيقي. و ما ترجوه من إدارة الإتصال. و الدراسة هنا تتمثل في تحديد التطلعات و ما ينتظره الأفراد في ميدان الإتصال، الحاجات المحسوسة و غير المعلن عنها، أخطار المعارضة و النزاعات مع هوية و صورة المؤسسة كما هي معاشة داخليا...

ج – تعيين خطوط حركة المعلومات في المؤسسة :

تسمح الدراسة بتحديد خريطة لقنوات الإتصال سواء الرسمية أو غير الرسمية، و القيام بتعديلات عليها للإستعمال الأمثل و الفعال. و التي يجب أن تظهر : المرسلين الرسميين و غير الرسميين في كل المستويات، و الوسطاء، أهداف الإتصال، و المستقبلين الرسميين و غير الرسميين و كيفية عملهم... و تتم مختلف هذه العمليات من طرف مجموعة عمل مؤقتة في العادة تنتهي أو تحل بمجرد إنتهاء عملها.

3.1.3. تعيين المستقبلين و تكييف الرسائل :

بعد تحديد الأهداف النهائية للإتصال يجب ترجمتها إلى رسائل إتصال و تعيين المستقبلين للإتصال الذين ترسل إليهم، و تكييفها مع المستقبلين المحتفظ بهم.

4.1.3. إختيار الحوامل و الوسطاء :

تتم عملية الإتصال في المؤسسة عبر حوامل ووسطاء يفرضهم حجم المؤسسة ، و هاته الأدوات هي ما سوف تحمل عليه الرسائل نحو المستهدفين. و لذلك فإن هذه الحوامل تستعمل أو تتكيف مع المستهدف و تختار حسب معيار الفعالية. و قد وفر التطور التكنولوجي عدة إختيارات في هذا الجانب أمام المؤسسة.

أما الوسطاء بين المرسل و المستقبل فهم الذين تمر عليهم الرسالة قبل وصولها إلى المستقبل، و قد يكونوا أشخاصا أو جماعات أو كل النظام بكامله. فهم أولا مستقبلين و يطلب منهم إحياء المعلومة و إعطاءها معنى للأشخاص الموجهة إليهم، و عملهم بالتالي أكبر من وسيط، و اختيارهم يكون حسب الهدف من الرسالة.

و هذه العناصر تفيد في تحديد كل من الوسائل و الوسطاء في العملية الإتصالية، و تحديد أدوارهم و أعمالهم فيها، حسب طبيعة الرسائل المراد نقلها أو إيصالها، و كذا اختيار الوقت المناسب و الأداة التي سوف تحدث الأثر المرغوب من العملية بشكل أحسن و أضمن من غيرها.

2.3. تنفيذ إستراتيجية الإتصال :

و هي تتكون من مرحلتين: إعداد مخطط عمل، و تسيير مخطط عمل الإتصال، و إستراتيجية الإتصال يمكن أن تحدد لمدة زمنية من سنتين إلى خمس سنوات. و تنفيذها يأتي من خلال خطط عملية سنوية.

1.2.3. الخطة العملية:

و هي ترجمة عملية لإستراتيجية الإتصال تتحقق بالإنسجام بين الأهداف، الخلايا الإتصالية، المستهدفين والوسائل، الوسطاء، و التواريخ، إلى التكاليف المتعلقة بها، و الحدود أو القيود التي يمكن أن تواجهها العملية الإتصالية.

و يجب أن تتم حسب منهجية نقدية من أجل تحديد كل النشاطات الضرورية لنجاح المخطط، و الذي يجب أن يأخذ بعين الإعتبار: الأهداف، و نتائج الدراسة، و سيرورة الاتصال الرسمية و غير الرسمية. و علي أساسها تحدد الخطة النهائية للإتصال من طرف المصلحة أو الجهة المعنية الموكل إليها هذا العمل. و يمكن توزيع هذه الخطة إلى خطط ثانوية في كل مصلحة أو مجموعة عمل...

2.2.3. تسيير مخطط الإتصال :

يتطلب تسيير الخطة العملية للإتصال تعيين تنظيم قيادة تحت وصاية القيادة العليا من أجل تسييرها و متابعتها.

و يفترض تسيير خطة العمل وجود وسائل مناسبة لتقييم وضعية خطة الإتصال كإيجاد مؤشرات النتائج الأكثر ملاءمة بالنسبة لكل حالة و الأهداف و الوسائل الملائمة للحالة ذاتها، و استعمال لوحات القيادة والتي تسمح : بالتسيير اليومي للخطة و إعادة توجيه النشاطات و أقرمتها مع الأهداف و الفاعلين بالمؤسسة، و أيضا تسمح بإعطاء معلومات عن ردود الأفعال و التي تعتبر نقطة مهمة في خطة الإتصال، و بمتابعة حالة تطور الخطة و تقييمها و ذلك بمراقبة الرزنامة. و التكاليف و خاصة المنهجية النقدية و بالتالي تصحيح الأوضاع و أخطاء الخطة.

4. تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة :

إن المنظمات المتقدمة تحاول أن تتساير مع التكنولوجيا من أجل تحقيق هدف الإنسجام مع التغيرات المحيطة، إذ أصبحت التكنولوجيا تلعب دورا هاما في عملية المعرفة و عملية الاتصال داخل المنظمة. ونظرا لهذه العلاقة الوثيقة ارتأينا أن التطرق إلى هذا الموضوع من شأنه أن يضيء جانبا اخر من موضوع الاتصال، ألا و هو هذه الثورة التكنولوجية التي نعيشها و التي فتحت افاقا كبيرة أمام من يقدرين قيمة الاتصال و المعلومات و دورهما كثروة لا بديل لها في اتخاذ القرارات الصائبة ، و توجيه سلوكيات الأفراد ، و تجميعهم نحو القيم التي تنتشدها جميع الادارات و المؤسسات مهما كان وجه نشاطها.

1.4 مفهوم تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات الحديثة :

" هي تمثيل للجانب التكنولوجي لنظام المعلومات، و الذي يعتمد في مهمة معالجة البيانات و اختزان المعلومات، و تحديثها، و استرجاعها و توصيلها إلى المستخدمين على الأساليب اليدوية لفترات طويلة من الزمن و التي أثبت محدوديتها، و عجزها عن إنجاز هذه المهمة على النحو المطلوب خاصة بعد الإزدياد الهائل في حجم و نوع البيانات، و بات الوضع يحتم ضرورة استخدام تكنولوجيا المعلومات الحديثة في تطبيق نظام المعلومات"¹.

كما عرفت بأنها : " مجموعة من الأدوات التي تساعدنا في استقبال المعلومة و معالجتها و تخزينها وإسترجاعها و طباعتها و نقلها بشكل إلكتروني سواء كانت بشكل نص، أو صوت، أو صورة، أو فيديو وذلك باستخدام الحاسوب"².

و تعرف أيضا بأنها : " جميع أنواع التكنولوجيا المستخدمة في تشغيل و نقل و تخزين المعلومات في شكل إلكتروني. و تشمل تكنولوجيا الحاسبات الآلية، ووسائل الاتصال و شبكات الربط و أجهزة الفاكس وغيرها من المعدات التي تستخدم بشبكة في الإتصالات"³.

و من التعاريف السابقة نستنتج أن مفهوم تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات الحديثة يعبر عن مجموعة من المكونات المادية، البرمجيات، الإتصالات، البيانات و الأفراد التي تستخدمها المنظمة في استقبال البيانات و المعلومات و خزنها و معالجتها و استرجاعها باستخدام برمجيات متعددة الوسائط (السمعية، بصرية و نصية) .

¹- محمد الطائي، المدخل إلى نظم المعلومات الإدارية، ط2، دار وائل للنشر، الأردن، 2005، ص 152.

²- حسن علي الزغبى، نظم المعلومات الإستراتيجية مدخل إستراتيجي، ط 1 ، دار وائل للنشر، الأردن ، 2005، ص 15.

³- معالي فهمي حيدر، نظم المعلومات ، مدخل لتحقيق الميزة التنافسية ، ط 1 ، دار الجامعة ، الاسكندرية ، 2002، ص 253.

2.4. أسباب التوسع في إستعمال تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات :

إن التقنيات المستخدمة من طرف المؤسسات في هذا المجال تزداد تطورا يوما بعد يوم و هي تتسارع نحو

الإستثمار فيها. و تتمثل أهم الدوافع التي تقف وراء هذا التسارع في النقاط التالية :

أ – ظهور و تطور إقتصاد المعرفة :

و يتمثل بظهور إقتصاديات أساسها المعلومات و المعرفة، و تسارع موجات تولدها و تراكمها بوحداث زمنية غير ملموسة تعجز كل القدرات الإنسانية على ضبطها و الإلمام بها.

ب – تطور شبكة الأنترنت المتلاحقة و تفاعلاتها التكنولوجية :

لقد أدت الأنترنت إلى خلق نوع من الإنجاز الهائل في اهتمام الناس و أصحاب الأعمال ليس له نظير في مسار العلم و التكنولوجيا. هذا الإنفجار في استخدام شبكة الأنترنت أدى إلى ظهور نماذج جديدة للأعمال لم تكن معروفة من قبل.

ج – تعقد و تسارع التغيير في بيئة الأعمال :

و يظهر هذا التغيير بجلاء أكثر في البيئة التكنولوجية و الإجتماعية و الثقافية و السياسية للعالم و في تطور التكنولوجيا . نتيجة لهذا يجب على المنظمات أن تقوم بأداء الأنشطة التي تهدف إلى تحسين و حماية عملياتها في البيئة غير المستقرة و المعقدة.وعليه يمكن النظر لتكنولوجيا المعلومات و الاتصالات هنا كما لو كانت أداة مدعمة لكل هذه الأنشطة.

د – المنافسة الشديدة و الإقتصاد العالمي (العولمة) :

المنافسة العالمية لا تركز فقط على الأسعار بل تركز أيضا على الجودة و مستوى الخدمة، سرعة التسليم، خدمة ما بعد البيع، و تقديم خدمات و منتجات حسب طلب العميل. و هنا تلعب تكنولوجيا المعلومات دورا مهما و حيويا في الحصول على مزايا العولمة حيث تساهم في تحسين الإنتاجية، زيادة مستوى جودة الخدمات ، و زيادة الربحية ، و هذه العوامل تمثل مدخلات للتعامل مع العديد من مشاكل و فرص العولمة.

ه – التحولات في مشاريع الأعمال :

إذ لم تعد المنظمات تقتصر على الحدود المنظمة التقليدية أي الحدود المكانية المتعارف عليها، بل جعلت الأنترنت و التكنولوجيا ذات الصلة إمكانية القيام بالأعمال عبر حدود الشركة بنفس الكفاءة تقريبا في قيامها بها داخلها.

و - ظهور ما يسمى بالشركة الرقمية :

التي يتم تكييف مجمل الأعمال المهمة فيها سواء مع الزبائن أوالمجهزين أو العاملين إلكترونيا أو أنها متمكنة رقميا، فإجراءات الأعمال الرئيسية تنجز من خلال الشبكات المحوسبة الممتدة في كل منظمة.

3.4. الصحة الإلكترونية و تكنولوجيا المعلومات الصحية :¹

1.3.4. الصحة الإلكترونية ، تعريفها، أهميتها و حدودها المستقبلية :

أ - تعريف الصحة الإلكترونية :

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الإلكترونية بأنها : " الإستخدام الآمن، و الأوفر كلفة لتكنولوجيا المعلومات و الإتصالات و دورها في دعم الصحة والمجالات المتصلة بها، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية و الرصد الصحي و الأدبيات الصحية و التثقيف و المعارف و البحوث الصحية "². و هناك من يرى أن الصحة الإلكترونية هي : " مفهوم عام يندرج تحته استخدام و تطبيق جميع أنواع تقنية المعلومات (البرمجيات و الشبكات و الإتصالات و غيرها) في قطاع الخدمات الصحية و فروعها، و الإستفادة من هذه التقنيات في كل ما يعزز الصحة و يساعد على الوقاية من الأمراض و يدعم الأبحاث الطبية و السريرية "³.

إن نشأة مفهوم الصحة الإلكترونية كان منذ بداية عصر الإتصالات. فعند بداية ثورة الحوسبة في بداية خمسينات القرن الماضي بدأت فكرة " الكمبيوتر الطبي " بالظهور في الدراسات البحثية التي حاولت أن تطرح فكرة أن يقوم الكمبيوتر بالمساعدة في تشخيص بعض الحالات بناء على معطيات و مدخلات محددة. لكن فكرة الصحة الإلكترونية لم تتحول من مسار البحث إلى مسار التطبيق إلا في بداية الثمانينات عندما ظهرت لغات برمجة جديدة ساعدت على إنشاء برامج خاصة ببعض الخدمات في العيادات والمستشفيات مثل الجدولة و المختبرات و الأشعة. و قد أدى هذا للتطور السريع في التقنية إلى إحداث تغيير ملموس في معظم المجالات الطبية باتجاه استخدام تقنية المعلومات و الإتصالات.

¹ - بلقيدوم صباح، " أثر تكنولوجيا المعلومات و الإتصالات الحديثة على التسيير الاستراتيجي للمؤسسات الاقتصادية " ، (رسالة دكتوراه، جامعة قسنطينة 2 ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، شعبة علوم التسيير، 2012 - 2013)، ص - ص، 176 - 138.

² - //w w .moh. gov . sa, Pages, Ehealth.: https

³ - https : // Ehealth sa . com, archives.

ب – أهمية الصحة الإلكترونية :

- الحاجة للصحة الإلكترونية¹:

* بالنسبة للسكان : سهولة العثور على الخدمات الصحية من حيث اختصار الوقت، و التقليل من فترة الإنتظار، إمكانية عرض المعلومات الصحية الخاصة و في أي وقت، تنقيف و تأقلم مختلف فئات المجتمع،...

* بالنسبة لإدارة قطاع الصحة : يشمل مجال التنظيم الفعال لمختلف المعلومات و المعطيات على حد سواء. من خلال تصنيفها و ترميزها لاستغلالها في ميادين أخرى من قبل هيئات و مؤسسات معينة. مواجهة التوزيع غير المنظم للموارد المختلفة، و سرعة الإجابة على الطلبات المتزايدة، إلى جانب إحتراف فن الإدارة الإلكترونية في العديد من المجالات الإقتصادية كإدارة الموارد المالية لتكاليف المرضى، الحرص على تحقيق التنمية المستدامة، و رفع كفاءة تسيير القطاع ...

* العاملون في قطاع الصحة : يساهم التكوين المتواصل في تنمية كفاءة عمال القطاع الصحي مما يسمح بتشجيع و تسهيل التعاون و تبادل الخبرات و المعارف بين عناصره و تقليص عزلة الممارسين نسبيا من جهة، و في نفس الوقت متابعة سجلات المرضى، و من جهة أخرى تقليص عدد و حجم الأخطاء الطبية بتوفير المعلومات و الخبرات السابقة.

- إيجابيات الصحة الإلكترونية :

* توسيع النطاق الجغرافي بغاية تجاوز المسافة بين المريض و الطبيب.
* تيسير إتصالات المريض بهدف تسهيل الإتصال بين العاملين الصحيين و البرامج الصحية و المرضى.
* تحسين التشخيص و المعالجة بغرض السماح للعاملين بتحسين الأداء أثناء التدريب مع اتخاذ القرار.
* تحسين إدارة المعطيات بجمعها و تنظيمها أو تحليلها، و ذلك من شأنه أن يسرع و يعزز نقل المعطيات عن بعد.

* تبسيط المعاملات المالية بتسهيل دفع المريض لتكاليف الرعاية.
* التخفيف من الغش و سوء الإستخدام بالتحقق من المنتج الطبي، هوية المريض، المعاملات المالية...

ج – الحدود المستقبلية للصحة الإلكترونية²:

إن إدخال خدمات الصحة الإلكترونية (النقل السريع للمعلومات العلمية و الطبية عن طريق التقنيات والأنظمة الرقمية و شبكة الانترنت للأغراض السريرية و البحثية) هو أمر بالفعل قيد التنفيذ حاليا في

¹ - <https://ar.m.wikipedia.org>.

² - المنظمة العالمية للصحة " الحدود المستقبلية للصحة الإلكترونية"، (مجلة المنظمة العالمية للصحة، المجلد 90، العدد 5، ماي 2012)، ص- ص : 321 - 400 (بتصرف).

العديد من البلدان و له نتائج متباينة. و هي تشمل الخدمات الإستهلاكية لاستخدامات المرضى اليومية و الأنظمة السريرية و المختصين بهدف تبادل الاستثمارات أو التعليم عن بعد. إن خدمات و أدوات الصحة الإلكترونية يمكن إستخدامها عبر شبكة الأنترنت بشكل عام. و قد تم بناؤها للإستخدامات النموذجية على أجهزة الحاسوب الشخصية ، و بشكل متزايد للأجهزة المحمولة و الهواتف الذكية و ينبغي على الجميع أن يناضل و يكافح إلى حد ما مع مسألة التبادلية المعقدة للحصول على الإستخدام الأفضل و الأوسع نطاقا في المستقبل. فبرمجة الصحة الإلكترونية تتطلب تخطي الحدود في الجوانب التقنية و التنظيمية و الثقافية ، كما أنها حيوية و هامة للحصول على الأنظمة التي تتواصل بشكل سهل و واضح مع بعضها البعض.

2.3.4. تعريف تكنولوجيا المعلومات الصحية ، أهدافها و أنواعها :¹

أ – تعرف تكنولوجيا المعلومات الصحية بأنها :

" تطبيق معالجة المعلومات التي تشمل أجهزة و برامج الحاسوب التي تتعامل مع تخزين و استرجاع و استبدال البيانات و تساعد في اتخاذ القرار الجيد في مجال الرعاية الصحية.

ب – الهدف من تكنولوجيا المعلومات الصحية :

- تحسين جودة الرعاية الصحية.

- زيادة كفاءة الرعاية الصحية.

- الحد من الأخطاء الطبية.

- خفض التكاليف.

- زيادة كفاءة الإدارة الطبية.

- الاتصال بين العاملين في مجال الرعاية الصحية.

ج – أنواع تكنولوجيا المعلومات الصحية :

- السجل الصحي الإلكتروني : خاص بتسجيل بيانات الأطباء و يحتوي على التاريخ المرضي للمريض.

- السجل الطبي الإلكتروني : و هو خاص بتسجيل المرض من حيث رقم المريض، إسمه، تاريخ دخوله، تاريخ خروجه، التحاليل الخاصة به، التشخيص، و الطبيب المعالج.

- الوصف الإلكتروني : يسمح للأطباء بالاتصال المباشر بالصيدلية لتساعد على الحد من إستخدام الأوراق، ناهيك عن خط الأطباء السيئ.

¹-<https://se.egyres.com/xbnwo> , 24 Novembre 2015..

- العلاج عن بعد : و هو لا يقتصر فقط على التشخيص بل يتيح أيضا متابعة التطور في العلوم الطبية من خلال المناقشات و العروض التي تتم عبر المؤتمرات المرئية الطبية عن بعد. حيث يتطور اليوم نحو العالمية ، فنجد أن بعض المستشفيات تسوق لنفسها.
- أرشفة الصور و نظام الاتصالات : تلتقط هذه التكنولوجيا و تدمج الصور التشخيصية و الإشعاعية من مختلف الأجهزة.
- البطاقة الذكية : و تحتوي على جميع المعلومات الطبية الخاصة بحاملها، و يمكن أن تقرأ من كل الأجهزة التي تحتوي على قارئ للبطاقة. و فيها كود أو شفرة تسمح للطبيب بقراءة تلك المعلومات الطبية و متابعتها يوميا.
- يستطيع الطبيب الحصول على معلومات طبية من خلال الأنترنت كالتحاليل و النتائج المعملية... و أيضا شراء معدات و أدوية.
- و أيضا يوجد المستشفى الافتراضي على الأنترنت : إنشاء مواقع إلكترونية للمستشفيات الطبية وربطها بالأجهزة و الهواتف الذكية و يتم من خلالها توفير المعلومات الخاصة بالأطباء و الخدمات الطبية المقدمة و أخبار المراجع بالمواعيد و مسألة تأجيلها أو إلغائها..

خلاصة الفصل :

لقد تدرجنا في هذا الفصل من عملية الإتصال في المؤسسات بصفة عامة، لتتعرف عليها بوجهها الخاص في المؤسسة الصحية، و قد تعرفنا على مختلف مراحل ووسائل إعداد إستراتيجية إتصالية فعالة، و التي من خلال مراعاتها لهذه الخصوصيات ستسمح للمؤسسة الصحية العمومية – اليوم – أن تتجه تدريجيا وبخطى هادفة نحو التسيير الحديث الذي يقوم على الإنفتاح على المحيط، و تأسيس لغة التحاور و البحث عن الفعالية و تقديم خدمات ذات نوعية. ونستنتج أن تحقيق هذه الغاية يقتضي تحقق أمرين إثنين، أولهما: الإعتراف بمكانة الفرد داخل المؤسسة أو خارجها، و إعتبره مركزا فعالا لنقل و إستقبال و تنفيذ مختلف السياسات، و ثانيا : التأثير على سلوكه بالإقناع و تكييفه مع المحيط . و لهذا يعد الإهتمام بالإتصال ضروريا في المؤسسة الصحية بإعتبره عاملا أساسيا في كل مرحلة من مراحل التغيير.

الفصل السادس : تقديم ميدان البحث.

تمهيد.

1. تقديم عام لميدان البحث.
2. تنظيم و سير المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة.
3. معطيات خاصة بنشاط المؤسستين .
4. تجربة المؤسستين الصحيّتين لزرالدة في إعادة الهيكلة (2007).

تمهيد :

إن ميدان البحث الذي جرت فيه دراستنا يتمثل في المؤسستين العموميتين : المؤسسة الاستشفائية ومؤسسة الصحة الجوارية الواقعتين بزرالدة ،ولاية الجزائر. و تم اختيار هذا الميدان لأنه يعد عينة للتغيير الهيكلي الذي نتج عن الإصلاحات الصحية فيما يخص مؤسسات الصحة العمومية. و سنتعرف في هذا الفصل على كلا المؤسستين، ثم نتطرق إلى عرض تجربتهما في عملية إعادة الهيكلة.

1. تقديم عام لميدان البحث :**1.1. لمحة تاريخية (الإنشاء و التصنيف) :**

وجدت المؤسسة في شكل " القطاع الصحي لزرالدة " بتاريخ 09 جويلية 1985 و دخلت حيز النشاط سنة 1986، و صنفت ضمن الصنف " أ ". لكن بحلول تاريخ 19 ماي 2007 أعيدت هيكلة هذه المؤسسة، فألغيت تسمية القطاع الصحي ليصبح مؤسسة عمومية إستشفائية ضمن الإصلاحات الجديدة للنظام الصحي و ذلك بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء، تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية . و كان في شكله السابق كقطاع صحي يشمل:

أ - الهياكل التالية:**- بالنسبة لبلدية شراكة :**

03 عيادات متعددة الخدمات

07 قاعات العلاج

01 مخبر للنظافة

- بالنسبة لبلدية عين البنيان :

02 عيادات متعددة الخدمات

03 قاعات للعلاج

- بالنسبة لبلدية زرالدة :

02 عيادات متعددة الخدمات

10 قاعات العلاج

أما مع التقسيم الجديد له فاحتفظت المؤسسة العمومية الإستشفائية بالهيكل الاستشفائي فقط، و حولت العيادات المتعددة الخدمات و قاعات العلاج التي كان يشملها القطاع الصحي السابق إلى المؤسستين العموميتين للصحة الجوارية لزرالدة وللشراكة، و هي شكل آخر من المؤسسة الصحية أفرزته الإصلاحات الأخيرة و بهذا الشكل أصبحت الهياكل الثلاثة الجديدة مستقلة عن بعضها البعض .

ب- من حيث عدد المستخدمين:

- المستخدمين الطبيون: 383 .

- المستخدمون شبه الطبيون: 376 .

- المستخدمون الإداريون : 488 .

- المستخدمون المهنيون: 181 .

- المجموع: 1728 مستخدما .

و بعد عملية التقسيم تفصل مجموع مستخدميه إلى 864 مستخدما فقط، و البقية منهم وزعوا على المؤسساتين الجواريتين للشراكة و لزرالدة.

2.1. التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية لزرالدة و بمهامها :

المؤسسة العمومية الإستشفائية لزرالدة " بوقاسمي الطيب "تقع بجانب الطريق السريع المؤدي من ولاية الجزائر نحو ولاية تيبازة .

تتربع على مساحة قدرها 3980 م ،تمثل المساحة المبنية منها 1203 م و الباقي هي مساحات خضراء .
تغطي المؤسسة الاستشفائية لزرالدة الإحتياجات الصحية لكثافة سكانية قدرها 450.000 نسمة تشمل كل سكان المقاطعتين الإداريتين لزرالدة و الشراكة .أي مجموعة بلديات : زرالدة ، اسطوالي ، الشراكة ، أولاد فايت ، معالمة ، عين البنيان، السويدانية، الرحمانية، معالمة .

وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تحت وصاية الوالي المنتدب لمقاطعة زرالدة، تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج و الإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي.
تتمثل مهامها في التكفل بصفة كاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان و في هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية :

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة .
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الاضرار و الآفات الاجتماعية .
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم .
- تستخدم أيضا كميدان للتكوين الطبي و شبه الطبي و للتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

3.1. التعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة و بمهامها :

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية وبالاستقلال المالي، و هي تحت وصاية الوالي المنتدب لمقاطعة زرالدة.

وهي تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج، و تغطي مجموعة من السكان تقارب حوالي 170.000 نسمة.

و تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة فيما يتعلق :

- بالوقاية و العلاج القاعدي.
- تشخيص الأمراض و العلاج عن طريق الطب العام، و الطب المتخصص القاعدي .
- الأنشطة المتعلقة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.
- و تكلف على الخصوص بما يأتي :
- المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بالحفاظ على الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الأفات الإجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

2. تنظيم و سير المؤسسة العمومية الإستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

و هي أحكام مشتركة بين المؤسستين :

1.2. التنظيم الإداري :

تسير المؤسسة الإستشفائية و مؤسسة الصحة الجوارية بواسطة مجلس إدارة يترأسه الوالي و يختلف أعضاؤه من حيث إنتمائهم :

فهناك ممثلين للقطاعات الإقتصادية و آخرون عن الجماعات المحلية و آخرون يمثلون مؤسسات التكوين و المجتمع المدني و ممثلي المستخدمين .

يتداول هذا المجلس فيما يخص :

- مخطط تنمية المؤسسة .
- مشروع ميزانية المؤسسة ، الحسابات التقديرية ، و الحساب الإداري .
- مشاريع الاستثمار.
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة .
- البرامج السنوية لحفظ البنايات و التجهيزات و صيانتها.
- الإتفاقيات المتعلقة بالتكوين و عقود تقديم العلاج مع هيئات الضمان الإجتماعي و التأمينات و الصفقات.
- مشروع جدول تعداد المستخدمين و النظام الداخلي للمؤسسة .
- إقتناء و تحويل المنقولات و العقارات و قبول الهبات و الوصايا أو رفضها .

و تدار كل واحدة منهما، من طرف مدير معين بقرار من الوزير المكلف بالصحة. و هو المسؤول عن حسن سير المؤسسة، فهو الممثل للمؤسسة أمام العدالة و في جميع أعمال الحياة المدنية، و هو الأمر بالصرف و المكلف بإعداد مشاريع الميزانيات و حسابات المؤسسة، و المنفذ لمداولات مجلس الإدارة كما يمارس السلطة السلمية على المستخدمين و له سلطة التعيين .

و يساعد المدير أربعة نواب مكلفون على التوالي:

- بالمالية و الوسائل .

- بالموارد البشرية.

- بالمصالح الصحية.

- بصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة.

و إضافة لما سبق فإن المؤسساتين مزودتين بهيئة إستشارية تدعى المجلس الطبي .

و هو يتكفل بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة و إبداء رأيه الطبي و التقني فيها و لاسيما فيما يخص مايلي :

- التنظيم و العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.

- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية و بناء المصالح و إعادة تهيئتها .

- برامج الصحة و السكان.

- برامج التظاهرات العلمية و التقنية .

- إنشاء الهياكل الطبية أو إلغاؤها .

كما يقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة و سيرها لاسيما مصالح العلاج و الوقاية و هو يضم مسؤولي المصالح الطبية و الصيدلي و جراح الأسنان ممثل عن شبه الطبيينو ممثل عن الاستشفائيين الجامعيين .

2.2. التنظيم المالي:

تحدد الميزانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية و للمؤسسة العمومية للصحة الجوية بقرار مشترك من الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالمالية و هي تشمل بابا للإيرادات و بابا للنفقات .

يعد المدير مشروع الميزانية و يعرضه على مجلس الإدارة للمداولة و يرسله بعدئذ للسلطة الوصية (الوالي) للموافقة عليه .

و تمسك محاسبتها حسب قواعد المحاسبة العمومية ، و يسند تداول الأموال إلى عون محاسب يعينه أويعتمده الوزير المكلف بالمالية . و هي تشمل بابا للإيرادات (إعانات الدولة، إعانات الجماعات المحلية، الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الإجتماعي...)، و بابا للنفقات (نفقات التسيير، نفقات التجهيز، كل النفقات الأخرى الضرورية لتحقيق هدفها) .

3.2. معطيات خاصة بنشاط المؤسسات العموميتين للصحة (الإستشفائية والجوارية):

1.3.2. المعطيات الخاصة بنشاط المؤسسة العمومية الإستشفائية لزرالدة :

- عدد الأسرة: 160 سريرا حسب نص الإنشاء. و لكن في الحقيقة يحوي 232 سريرا.

05 مصالح طبية :

* مصلحة الجراحة العامة (ألق بها في السنتين الأخيرتين تخصص جراحة الفك و الوجه و الذي كان ينشط بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالدويرة).

* مصلحة التوليد و طب النساء.

* مصلحة طب الأطفال .

* مصلحة الطب الداخلي .

* مصلحة الطب الشرعي.

- مخبر مركزي .

- قاعة أشعة .

-صيدالية .

- 06 قاعات جراحية .

- مخبر لنقل الدم .

2.3.2. المعطيات الخاصة بنشاط المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة :

يتوزع نشاط المؤسسة العمومية للصحة الجوارية على 28 هيكل من خلال 04 عيادات متعددة الخدمات

(01 ببلدية زرالدة، 02 ببلدية اسطاوالي، 01 ببلدية السويدانية) و هي تضم في مجملها :

- 19 قاعة علاج (موزعة على جميع بلديات المقاطعة).

- 03 مصالح لحماية الأمومة و الطفولة (زرالدة، معالمه، الرحمانية).

- 02 عيادة طب الأسنان.

- 01 مصلحة فحص و علاج الأمراض الصدرية.

- 01 مركز الفحص التطوعي.

- 01 مصلحة الصحة المدرسية.

- 01 مصلحة طب العمل.

و هي مجهزة ب :

- 21 جهاز كرسي لطب الأسنان.

- 05 مخابر للتحاليل البيولوجية .

- 04 أجهزة للأشعة.

كما تتكفل بالإستجالات عن طريق الهياكل الإستجالية خارج الإستشفاء و هي تتواجد بالعيادات المتعددة الخدمات التي تنشط 24 سا / 24 سا (زرالدة، اسطاوالي، و السويدانية)، و تحتوي هذه الهياكل الإستجالية على 11 سريرا للملاحظة.

و تؤمن المؤسسة فحوصا طبية متخصصة عن طريق فريقها من الأطباء المتخصصين و كذلك أطباء مختصين ينتمون إلى مؤسسات صحية أخرى، يعملون بتوزيع على هياكلها في إطار الفحص الخارجي الذي تؤديه فرق المختصين من المؤسسة العمومية الإستشفائية لزرالدة، و المركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس و المؤسسة الإستشفائية للشاطئ الأزرق. و ذلك قصد تخفيف الضغط على الهياكل الإستشفائية المجاورة لها، و قصد ضمان خدمة صحية جوارية لساكنيها دون تحمل عناء التنقل إلى هذه الهياكل الإستشفائية و دون تعقيد إجراءات الفحص. و هي طريقة عمل وفرت حولا للعديد من المشاكل والتي كانت تشكو منها كل المؤسسات الإستشفائية سابقا.

3. تجربة المؤسستين لزرالدة في إعادة الهيكلة (2007) :

إن إعادة هيكلة هذه المؤسسة و تحويلها من قطاع صحي بعد أن عمل في هذا الإطار مدة 21 سنة إلى مؤسسة إستشفائية ومؤسسة للصحة الجوارية لم يتم بسهولة، فرغم تغيير الشكل و المهمة بين ليلة و ضحاها بالنسبة للإجراءات التنظيمية، إلا أن الأمر كان أشد صعوبة بالنسبة لمسيري و مستخدمي هذه المؤسسة حيث لم يحضر الجميع لذلك و جرت أمور التغيير بمجرد صدور المرسوم التنفيذي رقم 7-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 و الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .

فبعد صدور هذا النص في شهر ماي لم يصنف أي عمل تحضيرية أو نقاش حول الوضعية الجديدة إلى غاية شهر نوفمبر من نفس السنة، أين عقد اجتماع واحد بمقر مديرية الصحة و السكان لولاية الجزائر مفاده مواصلة تسيير المؤسسات الجديدة للصحة الجوارية لزرالدة و الشراكة إلى غاية شهر مارس من سنة 2008، و ذلك فيما يتعلق بالجانبين التنظيمي و الماليين طرف نفس إدارة المؤسسة الإستشفائية لزرالدة¹، كما كان الأمر منذ شهر ماي 2007.

و بعد تعيين مسيرين لتلك المؤسستين (الجواريتين) طلب من المؤسسة العمومية الإستشفائية منح جزء

¹ - عن مقابلة مع السيد "ب.م" المدير الذي عاش فترة إعادة الهيكلة بين المؤسسات الثلاث (المؤسسة العمومية الإستشفائية لزرالدة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية للشراكة) 13 جويلية 2011.

من عمالها إلى هاته المؤسسات الجديدة قصد سد النقص فيها، و هنا كانت أصعب مرحلة حيث لم تستعملر أي معايير لإختيار الذين يحولون إلى المؤسسات الأخرى و الذين يبقون في مؤسستهم .

و في جو سادته الإشاعة و القلق في أوساط المستخدمين حول عملية التحويل، و الضغط على المسيرين من طرف الوصاية لإتمام الأمور في أسرع وقت ممكن، و الإلحاح من طرف مسيري المؤسسات الجوارية الجديدة، كان إعداد أول قائمة للمستخدمين الذين سيحولون، لكن المعيار الذي استخدم في هذا التقسيم كان غير موضوعي إذ حول المستخدمون غير المنضبطين في عملهم إلى المؤسسات الجديدة، مما أدى بالمسيرين الجدد لرفض هؤلاء العمال و إعادتهم إلى المؤسسة الإستشفائية ثم أعيدت قائمة المستخدمين المحولين من جديد لتنتهي الأمور.

و بعد عملية التقسيم احتفظ للمؤسسة الإستشفائية 864 مستخدما، و البقية وزعوا على المؤسستين العموميتين للصحة الجوارية المنشأتين.

إن هذه العملية و هذه الظروف التي جرت فيها تركت أثارا سيئة في نفوس مستخدمي هذه المؤسسة حيث اعتبر التحويل للمستخدمين بمثابة إجراء تأديبي غير مؤسس، و برز دور العلاقات الخاصة في تحديد قائمة المحولين. كما تحملت إدارة المؤسسة جميع تكاليف التسيير لهذه المؤسسات إلى غاية منحها ميزانياتها المالية، مع تحميل جميع الديون المسجلة في السنوات السابقة للسير على ميزانية المؤسسة الإستشفائية .

الفصل السابع : عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية.

1. عرض و تحليل معطيات الإستبيان.
2. عرض و تحليل المقابلات.

1. عرض و تحليل معطيات الإستبيان:

1.1. عرض و تحليل بيانات المحور الأول (خصائص عينة البحث) :

فيما يلي نتعرف على خصائص عينة البحث ، و ذلك من خلال عرض و تحليل البيانات العامة للمبحوثين (السن ، الجنس ، المستوى الدراسي ، الشهادات المتحصل عليها ، الفئة المهنية ، الأقدمية ، الحالة المدنية، عدد أفراد الأسرة المتكفل بهم ، الأجر الشهري) وهي المعلومات الممثلة للمحور الأول من الإستمارة .

الجدول رقم 06: توزيع أفراد العينة حسب السن والفئات المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة السن المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
33.3	50	20	13	33.3	04	55.5	20	35	13	من 20 إلى 35
48	72	66.2	43	41.7	05	28	10	38	14	من 36 إلى 50
18.7	28	13.8	09	25	03	16.5	06	27	10	أكثر من 50
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

يظهر من خلال الجدول أن أكبر نسبة هي 48 % و هي تمثل المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم من 36 إلى 50 سنة ، و هي تتوزع على فئة الأعوان المهنيين بنسبة 66.2 % ثم فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 41.7 % و تليها فئة الطبيون بنسبة 38 % و في الأخير فئة شبه الطبيين بنسبة 28 % ، و في المرتبة الثانية تظهر نسبة 33.3 % الممثلة للمبحوثين ذوي الفئة من (20 إلى 35 سنة) تتوزع في غالبيتها على فئة شبه الطبيين بنسبة 55.5% و تليها فئة الطبيين بنسبة 35 % ثم فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 33.3 % و أخيرا فئة الأعوان المهنيين بنسبة 20 %.

أما النسبة الأضعف فهي نسبة 18.7% و الممثلة لفئة ذوي الأعمار الأكثر من 50 سنة ، و هي فئة تتركز بنسب قريبة جدا عند الطبيين و الإداريين بنسب 27 % و 13.8 % .

و نلاحظ من خلال هذه النسب أن التوزيع الغالب لفئة من (36 إلى 50 سنة) و تليها الفئة من (20 إلى 35 سنة) يمنح المؤسستين الصحييتين بميدان البحث خاصية هي بحد ذاتها إمتياز و هي توفرها على طاقة بشرية شابة ذات خبرة عالية و ذات حس أكبر بالمسؤولية بالنسبة للفئة الأولى و طاقة ذات قوة و هي في أوج العطاء و الإبداع من أجل تحقيق مكانة مهنية و اجتماعية من خلال الوظائف التي تشغلها و هي

التي تتوفر في الفئة الثانية ، إن الجمع بين هاتين الفئتين دليل آخر على أن التوظيف في هذا القطاع يستقطب العناصر البشرية الشابة خاصة و أن إستراتيجية التكوين في التخصصات الصحية أصبحت تواكب أكثر مما مضى سياسة التوظيف في الصحة ، حيث نجد أن الكثير إن لم نقل غالبية المتخرجين من الأطباء المتخصصين و شبه الطبيين هم يوظفون مباشرة بعد تخرجهم في المؤسسات العمومية للصحة ، وإلزاما ، خاصة في إطار ما يسمى بالخدمة العمومية الإجبارية.

أما فيما يخص الفئة الثالثة و هي (أكثر من 50 سنة) و التي شكلت النسبة الأضعف فهنا يظهر عاملان هامان: الأول يتعلق بخروج أغلبية ممتهني الصحة في إطار التقاعد المسبق نظرا لكون هذا النشاط من النشاطات الشاقة ، و العامل الثاني يتمثل في كون أن من يتقاعدون هم مستقربون من طرف القطاع الخاص للصحة والذي يوفر أجورا و حوافز مادية أكبر من القطاع العام و الذي يبحث أكثر عن ذوي الخبرة من نوع فئة شبه الطبيين.

الجدول رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب الفئات المهنية و الجنس:

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية / الجنس	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
40.7	61	47.7	31	41.7	05	27.8	10	40.5	15	ذكر
59.3	89	53.3	34	58.3	07	72.2	26	59.5	22	أنثى
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

يظهر من خلال الجدول أن النسبة الغالبة 59.3 % من مجموع العينة هي فئة الإناث مقابل نسبة 40.7% فئة الذكور ، و هي الغالبة في كل فئة حيث توزع نسبة 72.2% في فئة شبه الطبيين ، تليها نسبة 59.5% في فئة الطبيين ، ثم 58.3% من الإداريين و التقنيين و أخيرا نسبة 52.3% من الأعوان المهنيين ، في حين أن نسبة الذكور تتوزع غالبيتها في فئة في فئة الأعوان المهنيين بنسبة 47.7% ثم فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 41.7% ثم تليها فئة الطبيون ب 40.7% و تمثل أقل نسبة من الذكور فئة شبه الطبيين بنسبة 27.8%.

إن النسب المتحصل عليها تعكس الصورة الحقيقية لقطاع الصحة حيث أن هذا القطاع يستقطب اليد العاملة النسوية أكثر من الذكور مثله مثل قطاع التربية ، ويعود ذلك إلى ملاءمة هذا النشاط لفطرة المرأة بصفة عامة مثل الإعتناء بالمريض ، التطبيب ، أعمال النظافة ، و إلى غير ذلك.

الجدول رقم 08: توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي و الفئة المهنية:

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية / المستوى الدراسي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
04.6	07	07	-	-	-	-	-	-	إبتدائي	
19.3	29	24	16.7	16.7	02	08.4	03	-	متوسط	
27.3	41	26	33.3	33.3	04	30.5	11	-	ثانوي	
48.8	73	08	50	50	06	61.1	22	100	37	جامعي
100	150	65	100	100	12	100	36	100	37	المجموع

يظهر من خلال الجدول أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 48.8 % الذي يخص الموظفين ذوي المستوى الجامعي و تدعم هذه النسبة عند فئة الطبيين بنسبة 100 % تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 61.1 % ثم الإداريين و التقنيين بنسبة 50% وفي الأخير الأعوان المهنيين بنسبة 12.2 % ثم تأتي نسبة 27.3 % الممثلة لفئة ذوي المستوى الثانوي و تتقدم فيها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 40 % و تليها فئة الإداريين بنسبة 33.3 % ثم فئة شبه الطبيون بنسبة 30.5 % ثم تأتي نسبة 19.3 % تمثل ذوي المستوى الدراسي المتوسط وهي تبرز بشكل أكبر عند الأعوان المهنيين بنسبة 37 % تليها نسبة 16.7 % لفئة الإداريين و 8.4 % لفئة شبه الطبيين، و في الأخير نسبة 4.6 % و هي أضعف نسبة في المستوى الدراسي و التي تمثل المستوى الابتدائي بنسبة 10.8 % من فئة الأعوان المهنيين فقط.

نلاحظ من الجدول أنه هناك علاقة طردية بين المستوى الدراسي للمبجوثين و الفئة المهنية ، حيث كلما زاد المستوى الدراسي كلما ظهر غالبا في الفئة المهنية المعنية به، و هذا يعود إلى متطلبات التوظيف في المناصب المتعلقة بفئة ما ، فلا يمكن توظيف شخص أدنى مستوى من الجامعي في فئة الأطباء والأخصائيين النفسانيين و الصيادلة... الخ، فهي تخصصات تقتضي دراسة جامعية أطول من بعض المستويات الجامعية الأخرى و ذلك لمتطلبات التخصص. و نفس الأمر بالنسبة للشبه الطبيين الذين في أغلبهم هم من ذوي الشهادات الجامعية إلا بعض التخصصات التي تم التكوين فيها فيما مضى من الزمن من ذوي المستوى الثانوي، و نادرا هم الأفراد الذين دخلوا سلك شبه الطبي بالمستوى المتوسط، و الذين حتما هم من ذوي الأقدمية الطويلة و ذوي الفئة العمرية من 50 سنة فما فوق أين كان التوظيف يتم بالخبرة فقط دون مستوى دراسي معين عندما كانت الصحة في الجزائر عاجزة عن توفير هذا المورد

البشري. إضافة إلى ذلك نلاحظ أن الفئة الغالبة في الأعوان المهنيين هي الفئة ذات المستوى الدراسي الثانوي و هو الذي يمكن هؤلاء الأعوان من إكتساب شهادات مهنية عن طريق التكوين المهني. والإستثناء يتكرر ثانية في وجود ذوي المستوى الجامعي ضمن هذه الفئة (الأعوان المهنيين) ، كما لا يفوتنا الإشارة إلى عدم وجود أي نسبة للأميين.

الجدول رقم 09: توزيع أفراد العينة حسب الشهادات المتحصل عليها و الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية المستوى الدراسي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
12	18	26	17	08	01	-	-	-	-	بدون شهادة
36.7	55	54	35	33	04	44	16	-	-	شهادة مهنية
5.3	08	08	05	25	03	-	-	-	-	شهادة عامة
46	69	12	08	33	04	56	20	100	37	شهادة جامعية متخصصة
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول يظهر لنا أن النسبة الغالبة هي نسبة 46 % من فئة ذوي الشهادات الجامعية المتخصصة. و تندعم هذه النسبة في فئة الطبيين بنسبة 100 %، تليها فئة شبه الطبيين ب 56 % و نسبة 33 % بالنسبة لفئة الإداريين و التقنيين ثم في الأخير فئة الأعوان المهنيين. كما نجد نسبة 36.7 % وهي المرتبة الثانية من ذوي الشهادات المهنية، و التي تندعم بفئة الأعوان المهنيين بنسبة 54 %، تليها نسبة 44 % من شبه الطبيين. ثم 33 % من فئة الإداريين و التقنيين. و في المرتبة الثالثة تظهر نسبة 12% من فئة عديمي الشهادات ، و التي تنعدم بنسبة 26% من فئة الأعوان المهنيين و 08 % من فئة الإداريين و التقنيين. كما نجد أضعف نسبة يحتلها ذوي الشهادات العامة بنسبة 5.3 % و المدعمة في فئة أضعف نسبة يحتلها ذوي الشهادات العامة بنسبة 5.3 % و المدعمة في فئة الإداريين و التقنيين ب 25% تليها 8% من الأعوان المهنيين.

و يمكن تفسير نتائج الجدول بأن العمل في قطاع الصحة يستدعي موارد بشرية من ذوي التخصصات، سواء كانوا من حاملي الشهادات المهنية المتخصصة. لأن التخصص هو من مميزات الخدمة الصحية المقدمة في هذا النوع من المرافق. و هذا يظهر البعد القوي للسلطة العلمية و التي تناولناها سابقا في خصائص المؤسسة الصحية. و تبقى الشهادات العامة أو عدمها قليلة جدا و التي تتوفر أكثر في الأعوان

التقنيين و المهنيين أكثر من غيرهم ، و هم الذين يؤدون بعض النشاطات التي لا تستدعي شهادات مثل بعض أعمال التنظيف و الإعتناء بالمحيط و حتى الحراسة... و إلى غير ذلك.

و نفسر وجود نسبة 12 % من ذوي الشهادات الجامعية و لكن ينتمون إلى فئة الأعوان المهنيين لكون هؤلاء من الذين لم يسعفهم الحظ في التوظيف في تخصصاتهم، و تجنباً للبطالة يقبلون بأداء بعض النشاطات التي لا تستحق تخصصاً دقيقاً، و قد يستعملون قدرتهم على القراءة و الكتابة فيها فقط دون توظيف كل إمكانياتهم العلمية و المهنية لعدم تلاؤم المنصب المشغول مع مستواهم الدراسي، و هي ظاهرة تستدعي دراسة موضوع آخر لأنه و حسب الملاحظة توجد العديد من الحالات المشابهة في المؤسسات العمومية بصفة عامة.

الجدول رقم 10: توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية و الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الأقدمية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
26	39	16.9	11	16.7	02	44.4	16	27	10	من 01 إلى 05
33.3	50	43.1	28	41.6	05	13.9	05	32.4	12	من 06 إلى 15
16.7	25	21.5	14	16.7	02	05.6	02	18.9	07	من 16 إلى 25
24	36	18.5	12	25	03	36.1	13	21.6	08	من 26 فما فوق
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 33.3 % و هي تمثل فئة الأقدمية من [06 إلى 15] سنة. و نجد أن النسبة الغالبة فيها استحوذت عليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 43.3 % تليها فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 41.6 % ثم الطبيون بنسبة 32.4 % و أخيراً شبه الطبيون بنسبة 13.9 % أما نسبة 26 % فهي تمثل المبحوثين الذين أقدميتهم من [01 إلى 05] سنوات، تدعمها نسبة 44.4 % من شبه الطبيين و 27 % من الطبيين ثم الأعوان المهنيين و الإداريين بنسب متساوية تقريباً هي 16.9 % و 16.7 % على الترتيب. أما في الترتيب الثالث فتأتي نسبة 24 % و التي تمثل المبحوثين الذين تتراوح أقدميتهم من 26 سنة فما فوق، حيث تتوزع على التوالي بنسبة 36.1 % من فئة شبه الطبيين، تليها فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 25 % ثم فئة الطبيين بنسبة 21.6 % و في الأخير تأتي فئة الأعوان المهنيين بنسبة 18.5 % في حين نجد أضعف نسبة هي 16.7 % تمثل فئة من [16 إلى 25]

سنة أقدمية تتوزع على الأعوان المهنيين بنسبة 21.5 % و تليها فئتي الطبيين و الإداريين بنسب متقاربة هي 18.9 % و 16.7 % على الترتيب و في الأخير نسبة 5.6 % من شبه الطبيين.

نلاحظ من خلال ما سبق أن أغلبية المبحوثين هم من ذوي الأقدمية المتوسطة أي من 06 إلى 15 سنة ومن ذوي الأقدمية الصغيرة و التي لا تتجاوز 5 سنوات ،في حين تتناقص فئة ذوي الاقدمية الطويلة جدا أو الطويلة (من 16 إلى 25 سنة، و من 26 سنة فما فوق) . و هذا يدل على أن سياسة التوظيف في القطاع قد عرفت تطورا ملحوظا و ملموسا، رغم أنها كانت متذبذبة بين التوظيف الأكثر للأعوان المهنيين و الإداريين تارة و بين شبه الطبيين و الطبيين تارة أخرى، و هذا يعود إلى النقص الكبير في أعداد الموارد البشرية الذي شهده قطاع الصحة منذ أكثر من عشرين في العديد من التخصصات لأداء أنواع معينة من الخدمات الصحية (خدمات النظافة الصحية، أعوان التخدير، القابلات، الصحة المدرسية، طب العمل، القبول، التخصصات الطبية الدقيقة في الجنوب، المعلومات الطبية الإدارية...).

و قد ترجمت سياسة التوظيف هاته زيادة الأعداد من الموارد البشرية المستخدمة حديثا في القطاع و هي تعكس أيضا سياسة التكوين، حيث أن التخصص و الذي سبق و أن لاحظنا أنه ميزة الخدمة الصحية يؤكد أن جهودا عظيمة قد بذلت من أجل توفير هذه الاختصاصات في الجامعات و المعاهد و مراكز التكوين. و يترجم أيضا حجم الموارد المالية التي كلفتها السياستين (التوظيف و التكوين) مما يبرر زيادة النفقات في الصحة العمومية.

الجدول رقم 11 : توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية و الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الحالة المدنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
26.7	40	27.7	18	16.6	02	36	13	19	07	أعزب
73.3	110	72.3	47	83.4	10	64	23	81	30	متزوج
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 73.3 % من المبحوثين هم المتزوجون، و تندعم هذه النسبة في كل الفئات مع بعض التفاوتات الخفيفة، حيث تستحوذ فئة الإداريين على أعلى نسبة بنسبة 83.4 % تليها نسبة 81 % من فئة الطبيون ثم نسبة 72.3 % من الأعوان المهنيين و في الأخير

فئة شبه الطبيون بنسبة 64 % و في المقابل نجد نسبة 26.7 % هم عزاب، و تبرز فئة شبه الطبيين بنسبة 36 % و هي الأكبر تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 27.7 % .
من المعطيات المسجلة في الجدول نلاحظ أن غالبية أفراد عينة البحث هم متزوجون و ذلك على مستوى كل فئة. يعود ذلك الى الاستقرار الذي تتميز به الوضعية المهنية لهؤلاء الأفراد من حيث صيغة التوظيف (دائمة) و الإمكانات المادية (الأجرة الشهرية) و اللتان تعدان من شروط الإستقرار الاجتماعي للأشخاص و الذي يمنحهم القدرة على تكوين أسرة عن طريق الزواج. إضافة إلى خاصية التأنيث حيث لاحظنا في الجدول رقم 07 أن حوالي 60% من المبحوثين هم نساء. و معروف جدا أن هذا العنصر مرغوب فيه للزواج أكثر في مجتمعنا (الطبيبات والممرضات). كما نلاحظ أن النسبة القليلة أو الأصغر هي نسبة العزاب، و ذلك يعود إلى كون المؤسسات قد شهدنا زيادة في التوظيفات الجديدة خاصة في فئتي شبه الطبيين و الأعوان المهنيين، إذا سجلنا في الجدول رقم 06 أن الفئة من 20 إلى 35 سنة يشكلون 55% من شبه الطبيين. وهو سن يفسر عدد العازبين إذ أنهم في بداية حياتهم المهنية.

الجدول رقم 12: توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة المتكفل بهم و الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيين		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية عدد المتكفل بهم
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
28.7	43	27.7	18	25	03	41.7	15	19	07	لا يتكفل بأحد
55.3	83	49.3	32	66.7	08	41.7	15	65.7	28	من 1 إلى 4
14.7	22	20	13	08.3	01	16.6	06	05.3	02	من 5 إلى 8
01.3	02	03	02	-	-	-	-	-	-	أكثر من 8 أفراد
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلب المبحوثين يتكفلون بنسبة 55.3 % من [بفرد الى 4 أفراد] من الأسرة، و تحتل فئة الإداريون و التقنيون نسبة 66.7 % النسبة الأعلى، تليها فئة الطبيون بنسبة 65.7% ثم الأعوان المهنيين بنسبة 49.3% و في الأخير نسبة 41.7 % الممثلة لفئة شبه الطبيين. ثم تليها نسبة 28.7 % ممن لا يتكفلون بأحد من الأسرة، و هم بالدرجة الأولى فئة شبه الطبيين بنسبة 41.7 % ثم الأعوان المهنيين بنسبة 27.7 %، ثم في الترتيب الثالث تتكفل بنسبة 14.7 % من المبحوثين بعدد أفراد [من 5 إلى 8] و هم يتوزعون بنسبة 20 % من فئة الأعوان المهنيين، و 16.6 % من فئة شبه الطبيين.

وتتشكل الفئة المتكيفة بأكثر من 8 أفراد النسبة الأصغر حيث تمثل نسبة 1.3 % و هي ممثلة كلها في فئة الأعران المهنيين.

إن هذا الجدول يجعلنا نستنتج أن أغلب المستخدمين لهم مسؤوليات الرعاية و التكفل بأسر ذات حجم صغير (من 1 إلى 4 أفراد)، و إذا أضفنا لها نسبة من يتكفلون بأسر متوسطة (من 5 إلى 8 أفراد) و من يتكفلون بأسر تتعدى 8 أفراد فإن هذه المسؤوليات ستزداد اتساعا. فلا تبقى سوى نسبة صغيرة ممن لا يتكفلون بأحد. و هذا يجعلنا نتصور حجم الاحتياجات من الوقت و المال و الجهد للاضطلاع بهذه المسؤوليات و التي هي حتما تضاف إلى المسؤوليات المهنية و التي يؤديها هؤلاء الأفراد داخل مؤسساتهم.

الجدول رقم 13 : توزيع أفراد العينة حسب الأجر الشهري و الفئة المهنية :

المجموع	الأعران المهنيين		الإداريين و التقنيين		شبه الطبيين		الطبيون		الفئة المهنية الأجر (بالألف)	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
35.5	53	74	48	33.3	04	2.8	01	-	-	من 11 إلى 25
30	45	23	15	50	06	61	22	5.4	02	من 26 إلى 40
16	24	03	02	16.7	02	36.2	13	19	07	من 41 إلى 55
04	06	-	-	-	-	-	-	16.2	06	من 56 إلى 70
06	09	-	-	-	-	-	-	24.3	09	من 71 إلى 85
7.3	11	-	-	-	-	-	-	29.7	11	من 86 إلى 100
1.2	02	-	-	-	-	-	-	05.4	02	من 101 إلى 115
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول يتضح لنا أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 35.5 % ممن يتقاضون أجرا شهريا يتراوح ما بين [11 إلى 25 ألف دينار جزائري] و هي تدعم لدى فئة الأعران المهنيين بنسبة 74 % و تليها فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 33.3 % في مقابل نسبة 30 % ممن يتقاضون أجرا [من 26 إلى 40 ألف دج] و هي تتوزع بنسبة 61 % من فئة شبه الطبيين و بنسبة 50 % من فئة الإداريين. ثم تليها نسبة

16% ممن يتقاضون أجرا [من 41 إلى 55 ألف دج] موزعة بنسبة 36.2% من شبه الطبيين، تليها 19% من الطبيين و 16.7% من الإداريين. ثم تتضاءل النسب الممثلة للفئات الأجرية المتزايدة و تنحصر في فئة الطبيين فقط حيث سجلت نسبة 7.3% بالنسبة للأجور من [86 إلى 100 ألف دج] و 1.2% من فئة الأجور 100 ألف فما فوق.

إننا نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من أفراد العينة هم يتقاضون أضعف الأجور و هم من تنتمي فئاتهم إلى الأسلاك المشتركة في الوظيف العمومي (فئة الأعوان المهنيين، و فئة الإداريين و التقنيين) في حين أن باقي الأجور تبدأ بالارتفاع لتصل إلى أقصاها بالنسبة لفئة شبه الطبيين و الإداريين في حدود 55 ألف دج و تبقى الأجور الأكثر ارتفاعا من نصيب فئة الطبيين و لو أن هناك أسلاكاً من بينهم تشترك في الأجور القصوى مع الفئتين السابقتين كالأخصائيين النفسانيين و الأطباء العاميين. و الأقلية من فئة الطبيين يتدرجون حسب الدرجة العلمية و التخصص و الخبرة بين أجور تتراوح من [56 ألف إلى ما يفوق 115 ألف دج]. فإذا عبرنا عليها بالصيغة التالية أن الغالبية المقدره بنسبة 81.5% من أفراد العينة يتقاضون أجوراً تقل عن 55 ألف دج، و الأقلية المقدره ب 18.5% منهم من يتلقون أجوراً من 56 ألف إلى ما يفوق عن 115 ألف دج فان الأمر يصبح أكثر تعبيراً و لا يستهان به.

2.1. عرض وتحليل بيانات المحور الثاني : للإصلاحات الصحية علاقة بدافعية المستخدمين و تحفيزهم (دراسة الفرضية الأولى) :

جدول رقم 14 : يبين علم المبحوثين بالإصلاحات الجديدة للصحة وفق مستواهم الدراسي حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		العلم /المستوى الكفئة المهنية بالإصلاحات الدراسي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
0.6	01	1.5	01	-	-	-	-	-	-	إبتدائي
08	12	12.3	08	8.3	01	8.3	03	-	-	متوسط
13.4	20	13.9	09	25	03	22.2	08	-	-	ثانوي
28	42	12.3	07	41.7	05	25	09	56.8	21	جامعي
50	75	40	25	75	09	55.5	20	56.8	21	المجموع
04	06	9.2	06	-	-	-	-	-	-	إبتدائي
11.3	17	24.6	16	8.3	01	-	-	-	-	متوسط
14	21	26.2	17	8.3	01	8.3	03	-	-	ثانوي
20.7	31	1.5	01	8.4	01	36.2	13	43.2	16	جامعي
50	75	60	40	25	03	44.5	16	43.2	16	المجموع
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نصف المبحوثين صرحوا بعلمهم بالإصلاحات الجديدة للصحة و ذلك بنسبة 50% و تدعم بنسبة 75% بالنسبة لفئة الإداريين تليها النسبتين المتقاربتين لفئتي الطبيين و شبه الطبيين ب 56.8 % و 55.5 % على الترتيب ، و في الأخير نسبة 40% من الأعوان التنفيذيين. و النصف الآخر من المبحوثين (50 %) صرحوا بعدم علمهم بهذه الإصلاحات، و تدعمت هذه الإجابة بنسبة 60%

عند فئة الأعران المهنيين، تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 44.5 % ثم نسبة 43.2 % من فئة الطبيين و في الأخير نسبة 25 % من الإداريين بالنسبة للمبجوثين اللذين أجابوا بالعلم و الاصطلاحات تدعت إجابتهم بنسبة 28 % من ذوي المستوى الجامعي توزع بنسبة 56.8 % على فئة الطبيين، تليها فئة الإداريين بنسبة 41.7 % ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 25 % و في الأخير نسبة 12.3 % من الأعران المهنيين. تليها نسبة 13.7 % من ذوي المستوى الثانوي و تتوزع بنسبة 25 % على الإداريين و بنسبة 22.2 % من شبه الطبيين. ثم تأتي نسبة 8 % من ذوي المستوى المتوسط و 0.6 % من ذوي المستوى الابتدائي . أما بالنسبة للمبجوثين اللذين أجابوا بعدم العلم بالإصلاحات فتتدعم بنسبة 20.7 % من الجامعيين تتوزع بنسبة 43.2 % من فئة الطبيين، و بنسبة 36.2 % من فئة شبه الطبيين و 28.3 % من الإداريين. تليها نسبة 14 % من ذوي المستوى الثانوي، تتوزع بنسبة 26.2 % من الأعران التنفيذيين و بنسبة متساوية 8.3 % من كلا الفئتين الإداريين و شبه الطبيين مقابل 24.6 % من فئة ذوي المستوى المتوسط من الأعران المهنيين، و في الأخير نسبة 9.2 % من ذوي المستوى الابتدائي الممثلين في فئة الأعران المهنيين فقط.

من خلال هاته القراءة للجدول نلاحظ ما يلي :

أنه كلما زاد قرب الفئة المهنية من الإدارة، كلما زاد العلم بهذه الإصلاحات و كلما بعدت الفئة المهنية عن الإدارة نقص علمها بالإصلاحات، هذا من جهة. و من جهة أخرى لاحظنا أنه كلما زاد المستوى التعليمي للمبجوثين كلما كانوا يعلمون بالإصلاحات، و كلما نقص المستوى التعليمي للمبجوثين إنعدم العلم بها. ولكن ذلك لم ينطبق على فئة الجامعيين اللذين كانوا النسبة الغالبة ممن يعلمون بهذه الإصلاحات و كانوا النسبة الغالبة ممن لا يعلمون بها. و هذا يعود لحرص هذه الفئة من ذوي المستوى العالي على الخوض في المواضيع التي يتحكمون فيها بقدر كبير من المعلومات و الحقائق، و لكن مجرد عدم امتلاكهم للحقيقة و للمعرفة العميقة بالموضوع قد يجعلهم يتخوفون بل يترددون عن الحديث فيه. و هذا يعود حسب ما إلتمسناه منهم إلى علمهم السطحي بالإصلاحات و ليس العميق.

جدول رقم 15 : يبين علم المبحوثين بالإصلاحات الجديدة وفق الأقدمية حسب الفئة المهنية

:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة الأقدمية	العلم بالإصلاحات المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
10	15	06.1	04	16.6	02	16.6	06	8.1	03	من 1 إلى 5	نعم
14	21	12.3	08	25.2	03	05.5	02	21.6	08	من 6 إلى 15	
09.3	14	09.2	06	16.6	02	02.9	01	13.5	05	من 16 إلى 25	
16.7	25	10.8	07	16.6	02	30.5	11	13.5	05	من 26 فما فوق	
50	75	38.4	25	75	09	55.5	20	56.7	21	المجموع	
16	24	10.8	07	-	-	27.8	10	19	07	من 1 إلى 5	لا
19	29	30.7	20	16.6	02	08.3	03	11	04	من 6 إلى 15	
7.3	11	12.3	08	-	-	02.9	01	5.3	02	من 16 إلى 25	
7.3	11	07.7	05	08.4	01	05.5	02	08	31	من 26 فما فوق	
50	75	61.6	40	25	03	44.5	16	43.3	16	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

من خلال هذا الجدول يتضح لنا أن نسبة المجيبين بأنهم يعلمون بالإصلاحات الصحية و البالغة 50 % تدعم بنسبة 16.7 % من فئة ذوي الأقدمية الأكثر من 26 سنة، و تتوزع بنسبة 30.5% من فئة شبه الطبيين و 16.6 % من فئة الإداريين و 13.5 % من فئة الطبيين، تليها نسبة 14 % من ذوي الأقدمية من [6 إلى 15 سنة] و تتوزع على 25.2 % من فئة الإداريين و 21.6 % من فئة الطبيين و نسبة 12.6 % من فئة الأعوان المهنيين، ثم نسبة 10 % من ذوي الخبرة [من 1 إلى 5 سنوات] تتوزع بالتساوي بين فئة شبه الطبيين و الإداريين بنسبة 16.6 %.

أما المبحوثين الذين أجابوا بعدم علمهم بالإصلاحات و هم أيضا يمثلون 50 % من مجمل المبحوثين فتتدعم بنسبة 19% من ذوي الأقدمية التي تتراوح [ما بين 6 إلى 15 سنة] تتوزع بنسبة 30.7 % من فئة الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 16.6 % من فئة الإداريين و تليها فئة الطبيون بنسبة 11 % و في الأخير فئة شبه الطبيين بنسبة 8.3 % . ثم تأتي بنسبة 16 % و التي تمثل فئة ذوي الأقدمية [من 1 إلى 5 سنوات] وتتوزع بنسبة 27.8 % من فئة شبه الطبيين، ثم فئة الطبيين بنسبة 19 % و في الأخير فئة الأعوان المهنيين بنسبة 10.8 % و تنعدم عند الإداريين.

بناء على هذه الملاحظات يتضح لنا أنه يزداد العلم بالإصلاحات الصحية عند الفئة الأكبر من حيث الأقدمية (26 سنة فما فوق) و الفئة ذات الأقدمية من (6 إلى 15 سنة) في فئتي شبه الطبيين و الإداريين. و تتقارب الفئتان نوات الأقدمية من (1 إلى 5 سنة) و من (16 إلى 25 سنة) عند فئتي شبه الطبيين و الإداريين أيضا. و هذا يدل على أن هاتين الفئتين هما اللتان تعلمان أكثر بالإصلاحات الصحية مهما كانت أقدميتهن مقارنة بفئة الطبيين، و فئة الأعوان المهنيين التي تترتب في الأخير.

أما بالنسبة لعدم العلم بهذه الإصلاحات فهي تزداد عند فئة الأعوان المهنيين ذوي الخبرة من [6 إلى 15 سنة] و تليها فئة [من 16 إلى 25 سنة] أقدمية. و تترتب بعدها فئة ذوي الخبرة من [1 إلى 5 سنوات] عند شبه الطبيين و الطبيين. في حين تنعدم عند الإداريين من نفس فئة الأقدمية، فعلى الرغم من علم أغلبية شبه الطبيين الأقدم، فإن أحدثهم هم الأغلب في عدم العلم بها. و بالرغم من أن عمر أهم هذه الإصلاحات يزيد عن 25 سنة، مثل ترشيد الإنفاق، و حساب التكاليف و التعاقد، و نظام المعلومات الطبية... و إلى غير ذلك، و هناك إصلاحات أقل عمرا من ذلك بل هناك ما يعود إلى هذه السنوات الأخيرة، مما يجعل احتمالات علم جميع مستخدمي الصحة بها مؤكدة بنسبة جد عالية عند جميع الفئات سواء حديثة النشاط أو ذات الخبرة الطويلة. إلا أن هذه النسب و التي مثلتها عينتنا تبطل كل هاته الاحتمالات و تجعل قاعدة العلم بالإصلاحات أو عدم العلم بها من الظواهر الصعبة التفسير إلى حد الآن. و لعل البحث في علاقات أخرى من شأنه أن يوضح لنا الصورة أكثر.

جدول رقم 16 : يبين أهمية هذه الإصلاحات للمؤسسة بالنسبة للمبحوثين حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية	الإصلاحات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المهنية	تهم المؤسسة
76	114	75.4	49	83.4	10	75	27	75.7	28		نعم
18	27	24.6	16	08.3	01	08.3	03	19	07		لا
06	09	-	-	08.3	01	16.7	06	05.3	02		لا أعلم
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37		المجموع

من خلال الجدول يتضح أن الاتجاه العام للمبحوثين حول أهمية هذه الإصلاحات بالنسبة للمؤسسة الصحية يؤكد هذه الأهمية بنسبة 76 % و هي تتدعم بنسبة 83.4 % من فئة الإداريين و التقنيين ثم بنسبة متقاربة (75.7 %، 75.4 %، 75 %) عند باقي الفئات المهنية. و هي نسب كبيرة مقابل نسبة 18 % من الذين نفوا أو أجابوا بعدم أهمية هذه الإصلاحات و التي تتوزع بنسبة 24.6 % من الأعوان المهنيين و تليها نسبة 19 % من فئة الطبيين. في حين فضلت نسبة 6 % من المبحوثين التصريح بعدم العلم بها إن كانت مهمة أو غير مهمة و توزعت بنسبة 16.7 % من فئة شبه الطبيين تليها فئة 8.3 % من الإداريين و 5.3 % من الطبيين و انعدمت هذه الإجابة عند فئة الأعوان المهنيين.

و من خلال قراءة هذه النسب، نلاحظ أن الغالبية من المستخدمين مهما كانت فئتهم هم مقتنعون بأهمية هذه الإصلاحات بالنسبة لمؤسستهم الصحية و هم يقرون بذلك رغم أنهم كانوا قد صرح الكثير منهم بعدم العلم بها. و هذا يدل على أنهم يقرون بضرورة إصلاح الأوضاع في قطاعهم دون الدراية بمحتوى هذا الإصلاح و هذا يرصد استعدادهم لتقبله.

جدول رقم 17 : يبين رأي المبحوثين في الفرصة التي توفرها هذه الإصلاحات للمؤسسة حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة الإصلاحات المهنية فرصة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
15.3	23	21.5	14	08.3	01	13.8	05	08	03	تحل فيها جميع المشاكل
63.4	95	60	39	75	09	61.2	22	67.6	25	تحل فيها بعض المشاكل
15.3	23	18.5	12	08.3	01	08.3	03	19	07	لا توفر أي حلول
06	09	-	-	08.4	01	76.7	06	05.4	02	لا أعلم
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

إن الاتجاه العام في هذا الجدول للمبحوثين يتمثل في نسبة 63.4 %، و هم يؤكدون أن الإصلاحات الجديدة للصحة هي فرصة لمؤسستهم لتحل فيها بعض مشاكلها، و هي تتدعم بنسبة 75 % من فئة الإداريين، ثم بنسبة 67.6 % من فئة الطبيين، تليها نسبة 61.2 % من شبه الطبيين و هي تقريبا نفسها بالنسبة للأعوان المهنيين (60%).

ثم تأتي نسبة 15.3 % من المبحوثين الذين أجابوا بأن هذه الإصلاحات هي فرصة لمؤسستهم لتحل فيها جميع مشاكلها و هي تتوزع بنسبة 21.5 % من فئة الأعوان المهنيين، تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 13.8 % و تأتي نسبة مساوية للنسبة الثانية و هي 15.3 % من الذين يرون أن هذه الإصلاحات لا توفر أي حلول للمؤسسة الصحية و هي تتوزع بنسبة 19% لدى فئة الطبيين و ما يقاربها من فئة الأعوان المهنيين بنسبة 18.5%. في حين كانت أضعف نسبة هي 6% ممن لا يعلمون الفرص التي توفرها الإصلاحات الصحية للمؤسسة و هي تظهر النسبة الغالبة لشبه الطبيين و ذلك بنسبة 76.7% في حين تتعدم عند الأعوان المهنيين.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أغلب المبحوثين يؤكدون على أن الإصلاحات الصحية توفر حولا لبعض المشاكل التي تعترض مؤسساتهم و يرى قلة آخرين منهم أنها توفر حولا لجميع المشاكل. ونستنتج من هذا أن النظرة التي أخذها هؤلاء على الإصلاحات هي في غالبيتها تعكس البعد الجزئي للإصلاحات و لا يرى بعدها الشمولي إلا قلة قليلة.

جدول رقم 18 : يبين رأي المبحوثين في الفرص التي توفرها الإصلاحات الصحية لمؤسستهم حسب أهميتها لديهم و حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		أهمية الإصلاحات	الفرص التي توفرها	الفئة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
15.3	23	21.5	14	8.3	01	13.8	05	8.10	03	نعم	تحل جميع المشاكل	
55.3	83	49.2	32	75.1	09	58.4	21	56.8	21		تحل بعض المشاكل	
5.3	08	4.6	03	-	00	02.8	01	10.8	04		لا توفر أي حلول	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		لا أعلم	
76	114	75.3	49	83.3	10	75	27	75.7	28		المجموع	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لا	تحل جميع المشاكل	
08	12	10.8	07	-	-	2.8	01	10.8	04		تحل بعض المشاكل	
10	15	13.9	09	8.3	01	5.5	02	8.1	03		لا توفر أي حلول	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		لا أعلم	
18	27	24.7	16	8.3	01	8.3	03	19	07		المجموع	
06	09	-	-	8.3	01	16.7	06	5.3	02	لا أعلم	لا أعلم	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع		

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الاتجاه العام يتمثل في نسبة 55.3% القائل بأن الإصلاحات هي فرصة للمؤسسة الصحية لتحل فيها البعض من مشاكلها و ذلك ما يؤكد أهميتها لديهم، و نجد أن النسبة الغالبة استحوذت عليها فئة الإداريين بنسبة 75.1 % ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 58.4 %، تليها فئة الطبيين بنسبة 56.8 % و في الأخير الأعوان المهنيين بنسبة 49.2 %، أما نسبة 15.3 % فهي تمثل

نسبة المبحوثين اللذين يرون أن الفرصة التي توفرها هذه الاصلاحات للمؤسسة الصحية يتمثل في القدرة على حل جميع مشاكلها مما يؤكد أهمية هذه الاصلاحات لديهم. و يغلب فيها المبحوثين من الأعوان المهنيين بنسبة 21.5% مقابل 13.8 % من شبه الطبيين. اما النسبة 10% فهي تمثل المبحوثين الذين يرون أن هذه الاصلاحات لا توفر أي حلول و هي ليست بالمهمة، و تتوزع أولا على فئة الأعوان المهنيين بنسبة 13.9% ثم الاداريين والطبيين بنسبتين متقاربتين هما 8.3% و 8.1% على الترتيب و أخيرا 5.55% من شبه الطبيين، في حين ترى نسبة 8% من المبحوثين أن هذه الاصلاحات هي فرصة لحل بعض المشاكل رغم أنهم ممن أكدوا عدم أهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية.

ثم تأتي نسبة 5.3% و هي التي تمثل المبحوثين الذين يرون أن الاصلاحات الصحية لا توفر أي حلول للمؤسسة الصحية، و غلب هذا الرأي على نسبة 10.8% من فئة الطبيين رغم أنهم يؤكدون على أهمية هذه الإصلاحات.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن غالبية المبحوثين يتفقون على جزئية هذه الاصلاحات. حيث أنها لا تهتم إلا ببعض المشاكل و تؤكد على ذلك جميع الفئات في غالبيتها بدءا بالإداريين ، و لكن ذلك لم يستبعد رأي الغالبية في كونها مهمة. كما أن من يرون شمولية الاصلاحات لتوفيرها فرصا لحل جميع مشاكل المؤسسات الصحية هم نسبة معتبرة (15.3%) ينتمون إلى فئة الاعوان المهنيين و فئة شبه الطبيين والذين وصفوا هذه الإصلاحات أيضا بالمهمة.

ومن الملاحظات المهمة في هذا الجدول، تلك المتعلقة بالإجابة عن الفرص التي توفرها هذه الإصلاحات سواء جزئيا أو بالإنعدام رغم جزمهم بعدم أهميتها. و ذلك يعود إلى كونها تفتقد كليا للطابع الشمولي حسبهم في معالجتها لمشاكل القطاع و لا تعالج سوى نسبة ضئيلة حسب رأي الطبيين، و عدم توفيرها لأي حل حسب رأي الأعوان المهنيين. و تأتي هذه الملاحظة لتؤكد أن نسبة هامة من المجيبين بعدم أهمية الاصلاحات يرجعون ذلك لأسباب موضوعية، فالأهمية عندهم تقاس بمدى الإنجاز المحتمل على إثر تطبيقها، و بما أنهم يرون ضعف هذه الفرص (الإنجاز) فهي غير مهمة.

جدول رقم 19 : يبين رأي المبحوثين في إمكانية تعامل المؤسسة الصحية مع الإصلاحات بفاعلية، و أسباب عدم فاعليتها حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		أسباب عدم الفاعلية المهنية	تتعامل بفاعلية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
40	60	40	26	50	06	36.2	13	40.5	15		نعم
26	39	29.2	19	25	03	16.7	06	29.7	11	نقص الوسائل المادية	لا
14.7	22	20	13	8.3	01	5.5	02	16.2	06	نقص الوسائل البشرية	
14	21	10.8	07	8.4	01	27.8	10	8.1	03	أخرى (انعدام التنسيق)	
54.7	82	60	39	11.7	05	50	18	54.4	20	المجموع	
5.3	08	-	-	8.3	01	13.8	05	5.5	02		لا أعلم
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37		المجموع

إن الإتجاه العام في الجدول أعلاه يتمثل في نسبة 54.7% و هي تمثل رأي المبحوثين الذين أجابوا بأن مؤسستهم لا يمكنها أن تتعامل مع هذا التغيير بفاعلية، و هو الرأي الذي غلبت عليه فئة الأعوان المهنيين بنسبة 60% ، ثم الطبيين بنسبة 54% و نسبة 50% من شبه الطبيين و هي نسب أكبر من أنصاف هذه الفئات. و يرجع عدم فاعلية المؤسسة في تحقيق هذا التغيير حسب هؤلاء المبحوثين بالدرجة الأولى إلى نقص الوسائل المادية بنسبة 26% تتوزع على فئة الطبيين و الاعوان المهنيين بنسب متقاربة هي 29.7% و 29.2% على الترتيب تليها فئة الإداريين بنسبة 25% و في الأخير شبه الطبيين بنسبة 16.7%. ثم نسبة المجيبين بنقص الوسائل البشرية المتمثلة في 14.7% تتوزع بنسبة 20% من الأعوان المهنيين، و 16.2% من الطبيين، و تساويها نسبة المجيبين بأسباب أخرى و التي تمثلت في إنعدام التنسيق بنسبة 14% توزعت بنسبة 27.8% من فئة شبه الطبيين و 10.8% من الأعوان المهنيين.

و مثلت 40% النسبة الثانية للمبحوثين الذين يرون أن المؤسسة الصحية تتعامل بفاعلية مع التغيير، ونجد أول نسبة فيها تعود لفئة الإداريين و التقنيين بنسبة 50% تليها فنتي الطبيين و الأعوان المهنيين بنسبة 40%، ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 36.2% . و في الأخير تأتي نسبة المبحوثين الذين لا يعلمون إن كانت مؤسساتهم تتعامل مع هذا التغيير بفاعلية، و ذلك بنسبة 5.3% و هي التي يغلب فيها مبحوثي فئة شبه الطبيين بنسبة 13.8%.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن فاعلية هذه الاصلاحات ، و لكي تحدث التغيير المحبذ لدى جميع الفئات السوسيو مهنية للصحة ترتبط أشد الارتباط في : الدرجة الأولى بالإمكانيات المادية و المتمثلة في تجنيد التكاليف المالية من خلال ميزانية المؤسسة الصحية، و التكاليف المتعلقة بالتجهيزات التقنية و بالمنشآت التي يتطلبها تحقيق الأهداف الجديدة للسياسة الصحية.

و في الدرجة الثانية تأتي الوسائل البشرية و التي يجب أن تكون بالكم و النوع الملائم لتحقيق هذا التغيير و أيضا في الوقت المناسب حتى تترافق (الوسيلتين) لتحقيق الفاعلية المنتظرة. وفي الدرجة الثالثة تأتي عملية التنسيق و التي كانت اختيارا من إنتاج المبحوثين أنفسهم، حيث أجابوا على الأسباب الأخرى لعدم فاعلية التغيير بإجابة " عدم التنسيق " و التنسيق هنا يعد من الإمكانيات أو الوسائل التنظيمية التي يجب أن ترافق عملية إنجاز هذه الاصلاحات، و لها دور محوري في الربط بين مكونات النظام الصحي المادية و البشرية و جعلها تتجه نحو تحقيق الأهداف. و هذا دليل كافي على وعي المجهيين بما تتطلبه الوضعية التنظيمية في مؤسساتهم قصد بلوغ أفضل النتائج بأقل كلفة و في الزمن المحدد.

جدول رقم 20 : يبين رأي المبحوثين في ضرورة أدوارهم في إنجاز هذه الإصلاحات حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية	دورك في الإصلاحات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
59.3	89	55.4	36	66.7	08	69.5	25	54	20	ضروري	
40.7	61	44.6	29	33.3	04	30.5	11	45	17	هامشي	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر نسبة هي 59.3% و هي الممثلة للاتجاه العام الذي يرى المبحوثين فيه أن دورهم هو ضروري في إنجاح الإصلاحات التي تعتمدها المؤسسات الصحية. و تندعم هذه الإجابة بنسبة 69% عند شبه الطبيين، ثم نسبة 66.7% عند الإداريين، تليها فئة الأعران المهنيين بنسبة 55.4%. و في الأخير فئة الطبيين بنسبة 54%. أما نسبة 40.7% فهي تمثل المبحوثين الذين أجابوا بأن أدوارهم هي هامشية في إنجاح هذه الإصلاحات، و تتوزع بنسبة 45% عند الطبيين و 44.6% عند الأعران المهنيين ثم بنسبة 33.3% من الأعران المهنيين و أخيرا الإداريين بنسبة 33.3%.

و نستخلص من هذا الجدول أن أغلب الفئات العاملة في الصحة هم مقتنعون بأن دورهم ضروري في إنجاح هذه الإصلاحات، و يعني ذلك شبه الطبيين و الإداريين أكثر من غيرهم. و ترى نسبة معتبرة أن دورها هو هامشي، في هذه الإصلاحات مما يعني أنها سواء نجحت أم لم تتجح فإن ذلك لن يكون له علاقة بما يؤدونه، و هذا الرأي يعني فئة معتبرة من الطبيين و الأعران المهنيين و الذين يعلنون أنهم مهمشون وليس لهم أي دور في تحقيق و إنجاح هذه الإصلاحات. و لذلك يمكننا القول أن رسم الأدوار للفاعلين ضمن نظام الصحة و التأكد من أن هذه الأدوار تتلائم مع كل الفئات هو أمر جد هام، فيجب تحسين جميع الفاعلين في السياسة الصحية بأن أداءهم لهذه الأدوار بصفة واعية و عن قناعة من شأنه أن يؤدي إلى إنجاح هذه الإصلاحات و تحقيق المبتغى منها و الذي ستكون نتائجه مريحة لكل الأطراف: العاملين كلهم، المواطن، و القائمين على سياسة الإصلاح، و رغم تحقيق هذه الغاية – حسب ما تظهره المعطيات أعلاه – إلا أن النسبة المهمشة تعد معتبرة و تستحق أن يعاد رسم أدوارها لكي تتمكن من إعطاء دفع جديد للسياسة الصحية.

جدول رقم 21 : يبين خدمة أهداف الإصلاحات الصحية لأهداف المبحوثين حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية أهداف الإصلاحات	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
18.7	28	6.2	04	8.3	01	30.5	11	32.4	12	الأهداف العلمية	تخدم
46	69	40	26	58.3	07	55.6	20	43.2	16	الأهداف المهنية	
04	06	6.2	04	-	-	5.6	02	-	-	الأهداف الشخصية	
68.7	103	52.4	34	66.6	08	91.7	33	57.6	28	المجموع	
31.3	47	47.6	31	33.4	04	8.3	03	24.4	09	لا تخدمني أبدا	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

إن الاتجاه العام في هذا الجدول يتمثل في نسبة 68.7% و هي تعبر عن رأي غالبية المبحوثين في أن الأهداف من الإصلاحات الصحية تخدم أهدافهم، و هي تتدعم بنسبة 19.7% من فئة شبه الطبيين تليها فئة الطبيين بنسبة 57.6% ثم فئة الإداريين بنسبة 66.6%، ثم فئة الأعوان المهنيين بنسبة 52.4%. وتحصل رأي المبحوثين بأنها تخدم أهدافهم المهنية على نسبة أكبر من الأهداف الأخرى، حيث تتأكد إجابتهم هذه بنسبة 46%، و هي تتوزع بنسبة 56.3% من فئة الإداريين، ثم نسبة 55.6% من فئة شبه الطبيين، تليها فئة الأطباء بنسبة 43.2% ثم فئة الأعوان المهنيين بنسبة 40%. في حين أن نسبة 18.7% تمثل رأي المبحوثين في أن هذه الإصلاحات تخدم أهدافهم العلمية، و هي تتوزع بنسبة 32.4% من الطبيين و بنسبة 30.5% من فئة شبه الطبيين. تليها نسبة 8.3% من الإداريين و نسبة 6.2% من الأعوان المهنيين. أما الأهداف الشخصية التي تخدمها الإصلاحات الصحية فهي تتمثل في 4% من المبحوثين موزعة على فئة شبه الطبيين بنسبة 5.6% و على فئة الأعوان المهنيين بنسبة 6.2%.

أما المبحوثون الذين أجابوا بأن هذه الإصلاحات لا تخدم أهدافهم أبدا فهم يمثلون نسبة 31.3%، تتوزع بنسبة 47.6% من الأعران المهنيين، ثم نسبة 33.4% من الإداريين، تليها نسبة 42.4% من فئة الطبيين و في الأخير نسبة 8.3% من فئة شبه الطبيين.

و نسجل من خلال هذا الجدول الملاحظات التالية : إن أهداف الإصلاحات الصحية هي تخدم أغلب الفئات المهنية العاملة في الصحة و لكن بدرجات متفاوتة، فتخدم أولا الأهداف المهنية لغالبية الإداريين و شبه الطبيين و نسبة متوسطة من الطبيين و الأعران المهنيين، ثم تخدم الأهداف العلمية لنسبة معتبرة من فئة الطبيين و شبه الطبيين، و هي لا تخدم الأهداف الشخصية إلا بنسب ضعيفة جدا عند الأعران المهنيين و شبه الطبيين.

أما الذين يرون أنها لا تخدم أي هدف من أهدافهم فهم الأعران المهنيون بنسبة مهمة، ثم يليهم بعض الإداريون و بعض الطبيون بنسب معتبرة. و هذا من شأنه أن ينبئنا بالنقائص التي حملتها هذه الإصلاحات في أهدافها، فهي لم تربط في إستراتيجيتها أهداف السياسة الصحية مع أهداف كل العاملين في هذا القطاع، على الرغم من أن منهجية الإصلاح تستدعي دمج هاته الغايات معا لكي يكون الإنجاز في أشد ذروته. إذ يزيد اهتمام الفاعلين بهذه الإصلاحات حسب ما تهتم هي بتحقيقه لهم من غايات سواء كانت ذات طابع مهني، أو علمي أو حتى شخصي. و لذلك يمكننا التأكيد من خلال هذه المعطيات (المسجلة أعلاه) أن نقول أن هذه الإصلاحات همشت فئة جد معتبرة من مهني الصحة ضمن أهدافها، وهي بذلك تخسر طاقات هامة كان يمكنها استثمارها لإنجاحها في أدق تفاصيلها و في مدة زمنية أقل من التي استغرقتها لحد الآن.

جدول رقم 22 : يبين مشاركة المبحوثين في إثراء عملية النقاش حول الإصلاحات حسب الأقدمية و حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة الأقدمية المهنية	المشاركة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
3.3	05	05	03	08	01	-	-	03	01	من 1 إلى 5	نعم
3.3	05	05	03	-	-	-	-	05	02	من 6 إلى 15	
1.4	02	02	01	-	-	-	-	03	01	من 16 إلى 25	
4.7	07	02	01	-	-	14	05	03	01	من 26 فما فوق	
12.7	19	12	08	08	01	14	05	14	05	المجموع	
22.7	34	12	08	08	01	44	16	24	09	من 1 إلى 5	لا
30	45	38	25	42	05	14	05	27	10	من 6 إلى 15	
15.38	23	20	13	17	02	06	02	16	06	من 16 إلى 25	
19.33	29	17	11	25	03	22	08	19	07	من 26 فما فوق	
87.3	131	88	57	92	11	86	31	86	32	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

من خلال هذا الجدول يظهر أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 87.3% من المبحوثين الذين أجابوا بعدم مشاركتهم في إثراء عملية النقاش حول الإصلاحات الصحية. تستحوذ على غالبيتها فئة الإداريين بنسبة 92% ثم فئة الأعوان المهنيين بنسبة 88% و تليها فنتي الطبيين و الشبه الطبيين بنسبة 86% المتساويتين و تبرز فئة المبحوثين ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) ممن لم يشاركوا في قرار الإصلاحات بنسبة 30% توزع على 42% من الإداريين تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 38% ثم فئة الطبيين بنسبة 27% و في الأخير 14% من فئة شبه الطبيين. ثم تأتي نسبة 22.7% من ذوي الاقدمية (من 1 إلى 5 سنوات)

موزعة على 44% من شبه الطبيين و 24% من الطبيين، ثم نسبة 19.3% من ذوي الأقدمية التي تفوق 25 سنة، ثم فئة ذوي الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة) بنسبة 15.3%.

و النسبة الثانية في الجدول هي نسبة 12.7% و هي التي تمثل المبحوثين المشاركين في عملية قرار الإصلاحات الصحية و تبرز فيها مشاركة فئة الطبيين و شبه الطبيين بنسبة متساوية قدرها 14% و تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 12% و تترتب في الأخير فئة الإداريين المشاركين بنسبة 8% . و الفئة الأكثر مشاركة هم ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق) بنسبة 4.7%، غالبيتها في فئة شبه الطبيين بنسبة 14% تليها فئة الطبيين بنسبة 3% ثم الأعوان المهنيين بنسبة 2% و تنعدم عند الإداريين.

من خلال قراءتنا لنتائج هذا الجدول يتبين لنا أن نسبة المشاركة لمستخدمي هاتين المؤسستين الصحيتين - قياسا على العينة المدروسة - في إثراء العملية الإصلاحية باقتراحات أو إثارة نقاط تشغل تفكيرهم...كانت ضئيلة جدا. و حتى نسبة المشاركة الضئيلة تركزت في الفئة ذات الأقدمية الأكبر (من 26 سنة فما فوق) دون باقي الفئات مما يدل على عدم استمرارية المشاركة رغم طول مدة هذه الإصلاحات. فهي لم تكن حركا على مرحلة محددة أو على نشاط يحكم فئة مهنية واحدة. فإذا كانت هذه المشاركة قد سجلت في معظمها منذ بداية تقرير الإصلاحات، فأين هي المشاركة المتعلقة بالمراحل المتبقية من إستراتيجية الإصلاح (التنفيذ، التقييم، التقويم، إعادة اتخاذ القرارات...الخ)، فالمشاركة لا تكون فقط في مرحلة دراسة الواقع و تحديد العوائق التي تستحق التغيير، بل لابد من مواصلة التشراك طيلة مسار إستراتيجية التغيير. و هكذا يكون الاستمرار موازيا أيضا للمسار المهني لموظفي القطاع فكل فئة تأخذ حظا حسب درجة أقدميتها، فلا تهتمش الطاقات الشابة المبدعة، و لا تهتمش الطاقات الخيرة ذات التجربة، بل من شأن هذه المشاركة أن تخلق جوا للحوار و النقاش بين أجيال المؤسسة.

كما نلاحظ أن أغلب المشاركات تمت من طرف المنتمين إلى فئة شبه الطبيين يليهم في ذلك الطبيين ثم الأعوان المهنيين، في حين تميزت فئة الإداريين بالمشاركة المعدومة. و بما أن هذه الفئة تحوي سلك المسيرين فإنه كان من المفروض أن تلعب الدور الأساسي في شرح و توضيح و إيصال أهداف و تطلعات و انتظارات عمال هاتين المؤسستين، و مناقشة ذلك مع الجهات المتكفلة بإعداد العملية الإصلاحية، ثم إعادة تكرار هذا الدور بإعلام باقي الفئات بالتطورات و المكاسب الجديدة لهم ضمن مشروع الإصلاح. و لكن جميع النسب المسجلة في الجدول أعلاه و المتعلقة بهذه الفئة على مدار كافة فئات الأقدمية تؤكد لنا أنها لم تلعب هذا الدور.

الجدول رقم 23: يبين مشاركة المبحوثين في إثراء النقاش حول الإصلاحات الصحية و الكيفية التي شاركوا بها حسب الفئة المهنية:

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية		المشاركة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الكيفية		
06	07	-	-	8.3	01	5.5	02	10.8	04	اجتماع (مصغر)	نعم
4.7	09	1.5	01	-	-	11.1	04	10.8	04	ملتقى (موسع)	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مراسلة	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البريد الالكتروني	
02	03	-	-	-	-	2.8	01	5.4	02	أخرى (اجتماع+ملتقى)	
12.7	19	1.5	01	8.3	01	19.5	07	27	10	المجموع	لا
87.3	131	98.5	64	91.7	11	80.5	29	73	27	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

من خلال الجدول يتضح لنا أن النسبة الكبيرة من المبحوثين تتمثل في 87.3%، و هي المعبرة عن المبحوثين غير المشاركين في النقاش و الحوار حول الإصلاحات الصحية. و هي تدعم بنسبة 98.5% من فئة الأعوان المهنيين، و بنسبة 91.7% من فئة الإداريين ثم بنسبة 80.5% من شبه الطبيين و 73% من فئة الطبيين. تليها نسبة المبحوثين المشاركين بنسبة 12.7% و هي تتوزع بنسبة 27% من الطبيين وبنسبة 19.3% من شبه الطبيين تليها نسبة 8.3% من الإداريين و 1.5% من الأعوان المهنيين. بالنسبة للمبحوثين المشاركين تأكدت مشاركتهم عن طريق الاجتماعات و قد حظيت بنسبة 6% ، تتوزع بنسبة 10.8% من فئة الطبيين و 8.3% من الإداريين، ثم نسبة 5.5% من شبه الطبيين. تليها المشاركة عن طريق الملتقيات بنسبة 4.7% موزعة على فئة شبه الطبيين بنسبة 11.1%، تليها نسبة 10.8% من الطبيين ثم 1.5% من الأعوان المهنيين. ثم مشاركة بعض المبحوثين بصيغة الاجتماع و الملتقى و التي عبروا عنها في الإجابة "بأخرى" و مثلت 2% توزعت بنسبة 5.4% من الطبيين و 2.8% من شبه الطبيين، أما صيغ : المراسلة الإدارية و البريد الالكتروني فلم تسجل بهما أي مشاركة.

و عموماً فإن الجدول يبرز و يوضح عدم إشراك القائمين على الإصلاح لعمال القطاع خاصة و أنه يزخر بالكفاءات العلمية و الخبرة العالية في التنظيم الخاص بهذا الصنف من المرفق العمومي من إطارات مسيرة، طبية، و شبه طبية، و الذين هم كلهم من ذوي المستوى الجامعي و الذين كان بإمكانهم إثارة بعض المشاكل التي تحدث في أرض الواقع و لا يجدون لها حلاً، و التي قد لا تصل إلى علم قائدي الإصلاح، كما يقدمون بعض المعلومات الدقيقة الخاصة ببعض القضايا أثناء عملية دراسة و الكشف عن المشاكل في القطاع، و المشاركة لا تقف في هذا المستوى بل هي من أسباب زيادة فعالية عملية اتخاذ القرارات إن أشرك الفاعلون فيها، و كذلك ترافق عملية التنفيذ لهذه القرارات عن طريق تبادل المعلومات من القاعدة إلى القمة و العكس و التي تنبئ عن كيفية التنفيذ و معيقاتها و إنجازاتها و إلى غير ذلك. فهي عملية من شأنها تحسيس الأفراد بأهميتهم في إستراتيجية الإصلاح و توعيتهم بضرورة التعامل الإيجابي و الموضوعي مع السياسات الجديدة و جعلهم أكثر دافعية للإنجاز و الإبداع.

إن تهمين الموارد البشرية و الذي جاء كهدف لخطة جزئية في خطة إصلاح الصحة قد حكم على نفسه بالفشل حينما ألغت الخطة المشاركة الفعلية و المستمرة للفاعلين في القطاع و بالأخص مهنيي المؤسسات الصحية. و حتى هذه المشاركة الهزيلة تتسم أيضاً بتقليديتها فعدا صيغتي الاجتماع و الملتقى لم توجد أية صيغة أخرى رغم تقدم الوسائل التكنولوجية في هذا المجال. كما أن هاتين المؤسستين اللتين كانتا محل بحثنا الميداني، هما تنتميان إلى عاصمة البلاد، و الذي لم يشفع لهما قريهما منالمركز بأن تحظيا بنسبة واسعة من المشاركة، فما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الصحية المنتشرة عبر 47 ولاية المتبقية.

الجدول رقم 24: يبين تحفيز المؤسسة للمبحوثين على بذل أقصى جهودهم حسب الأقدمية :

المجموع		من 26 فما فوق		من 16 إلى 25		من 6 إلى 15		من 1 إلى 5		الأقدمية التحفيز
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
43.3	65	44.4	16	48	12	42	21	41	16	نعم
56.7	85	55.6	20	52	13	58	29	59	23	لا
100	150	100	36	100	25	100	50	100	39	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن الاتجاه العام للمبحوثين يتمثل في إجاباتهم بعدم تحفيز مؤسستهم لهم و ذلك بنسبة غالبية بلغت 56.7% من المبحوثين . وهي تتدعم بنسبة 59% عند ذوي الأقدمية(من 1 إلى 5

سنوات)، تليها نسبة 58% من فئة ذوي الأقدمية من (6 إلى 15 سنة)، ثم ذوي الأقدمية (التي تفوق 25 سنة) بنسبة 55.6% و في الأخير الفئة ذات الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة). أما نسبة المحفزون فهي 43.3%. تتوزع بنسبة 48% على ذوي الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة) ثم تأتي بعدها باقي الفئات بنسب متقاربة 44.4% من الفئة ذات الأقدمية (من 26 سنة فما فوق). 42% من فئة ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15) و أخيرا 41% من فئة (من 1 إلى 5 سنوات) أقدمية.

و نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدم التحفيز هو رأي أغلب المبحوثين في مؤسستهم، و الملاحظة تعم جميع فئات العمال سواء القدماء فيالعمل أو الذين مرت عليهم فترة عمل متوسطة أو الذين استخدموا حديثا. فهذا الإحساس هو عام و لا يرتبط بفئة معينة و رغم أن في كل فئة توجد نسبة صرحت بأنها محفزة، لكن الأمر لا يمكن أن يكون دون الوسط و هو مؤشر غير إيجابي، إذ أنه لا يمكن أن يدفع المستخدمين لإنجاز أهداف معينة و تحقيق أداء معين دون أن يخلق لهم الدافع، و الأمر سواء، إذا تعلق بذوي الخبرات الطويلة أو تعلق بذوي القدرات الشابة المبدعة فكلهم قادر على العطاء حسب إمكانياته و لكن إذا ما توفر ما يحفزه، أما إذا لم يتوفر له فهو ينتظر أحد الحلين: إما الإنتظار إلى غاية التقاعد، أو الإنتظار إلى غاية الحصول على فرصة أفضل في القطاع الآخر.

الجدول رقم 25: يبين تصنيف المبحوثين لمهنتهم مقارنة بالمهن الأخرى حسب الفئة المهنية:

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		الشبه طبيون		الطبيون		لجنة المهنية مهنتك مقارنة بالمهن الأخرى	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
90.7	136	80	52	100	12	97	35	100	37	مهمة
9.3	14	20	13	-	-	03	01	-	-	غير مهمة
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول يتضح لنا أن الاتجاه العام يتمثل في نسبة 90.7% و هو يمثل المبحوثين الذين وصفوا مهنتهم بالمهمة مقارنة مع المهن الأخرى سواء في نفس القطاع أو خارجه. و تتوزع هذه النسبة بالأغلبية التامة لفئة الطبيين و فئة الإداريين و التقنيين بنسبة 100%، و تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 97% و هي

قريبة جدا من الفئتين الأولتين، و في الأخير تأتي فئة الأعوان المهنيين بنسبة 80%. أما نسبة 9.3% و التي تتعلق بالمبجوثين الذين وصفوا مهنتهم بغير المهمة فتغلب فيها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 20%. من خلال النتائج المسجلة، نلاحظ أن معظم مهنيي القطاع هم مقدرين للدور الذي يؤديه في حياتهم المهنية، و مقتنعون بالمكانة التي تحظى بها أنشطة توفير الخدمات الصحية و حماية صحة الأفراد في المجتمع ككل فهي عمل ذو بعد إنساني أولا و قبل كل شيء، و تزداد هذه الأهمية عند فئة الأطباء و الممرضين و المسيرين المتخصصين في الصحة أكثر من الفئات الأخرى و التي بإمكانها أن تنشط في أي قطاع مثل الأعوان المهنيين (الحجاب، السائقين، المنظفين، أعوان الأمن، عمال المطابخ و المغاسل... الخ)، و هي تعتبر أنشطة مساعدة، بدونها لا يمكن للمهنة الكبرى أن تؤدي بمواصفات الجودة و الفعالية المطلوبتين في قطاع الخدمات العمومية. و يلعب تقدير المهنة دورا هاما في خلق الدافعية لدى الموارد البشرية، فكلما كان العامل يقدر مهنته أكثر كلما كان مستعدا لبذل جهد أكبر.

جدول رقم 26 : يبين رأي المبحوثين في مؤسستهم من حيث تقديرها لمهنتهم حسب الأقدمية و حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة الأقدمية المهنية	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المؤسسة تقدر مهنتك	
14	21	12.2	08	8.3	01	22.3	08	10.8	04	من 1 إلى 5	نعم
14.7	22	15.4	10	33.4	04	5.5	02	16.2	06	من 6 إلى 15	
9.3	14	10.8	07	8.3	01	2.8	01	13.5	05	من 16 إلى 25	
15.3	23	10.8	07	16.6	02	30.5	11	8.1	03	من 26 فما فوق	
53.3	80	49.2	32	66.8	08	61.1	22	48.6	18	المجموع	
12	18	4.6	03	8.3	01	22.3	08	16.2	06	من 1 إلى 5	لا
18.7	28	27.7	18	8.3	01	8.3	03	16.2	06	من 6 إلى 15	
7.3	11	10.8	07	8.3	01	2.8	01	5.4	02	من 16 إلى 25	
8.7	13	7.7	05	8.3	01	5.5	02	13.5	05	من 26 فما فوق	
46.7	70	50.8	33	33.2	04	38.9	14	51.4	19	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول أن النسبة الغالبة من المبحوثين هي التي ترى أن المؤسسة تقدر مهنتهم و ذلك بنسبة قدرها 53.3% و هي تتدعم عند المبحوثين الإداريين بنسبة 66.8%، و بنسبة 61.1% من شبه الطبيين، و تتأكد هذه الإجابة عند ذوي الأقدمية من (26 سنة فما فوق) بنسبة 15.3% من المبحوثين. تتوزع بنسبة 30.5% من شبه الطبيين و 16.6% من الإداريين، و 10% من الأعوان المهنيين و 8.1% من الطبيين، أما نسبة 14.7% فهي تمثل المبحوثين الذين تقدر المؤسسة مهنتهم من ذوي الأقدمية (من 16 إلى 15 سنة) و هي تتوزع بنسبة 33.4% من الإداريين، و بنسبة 16.2% من الطبيين، ثم نسبة

15.4% من الأعوان المهنيين. ثم نسبة 5.5% من شبه الطبيين. و تليها نسبة 14% من ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات) تتوزع بنسبة 22.3% من شبه الطبيين و 12.2% من الأعوان المهنيين ثم بنسبة 10.8% من الطبيين. و أضعف نسبة هي 9.3% و الممثلة لفئة الأقدمية من (16 إلى 25 سنة) موزعة بنسبة 13.5% من الطبيين و 10.7% من الأعوان المهنيين. أما نسبة 46.7% فهي تمثل المبحوثين الذين لا تقدر المؤسسة مهنتهم حسب رأيهم، و هي تتدعم بنسبة 51.4% من الطبيين، و بنسبة 50.8% من الأعوان المهنيين. و يتأكد هذا الرأي عند ذوي الاقدمية (من 6 إلى 15 سنة) بنسبة 18.7% و هي تتوزع بنسبة 27.7% من الأعوان المهنيين، و بنسبة 16.2% من الطبيين. ثم بنسبة 12% من ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات) الموزعة بنسبة 22.3% من شبه الطبيين، تليها نسبة 16.2% من الطبيين. ثم تأتي نسبة 8.7 من ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق) و تتوزع بنسبة 13.5% من الطبيين، و نسبة 8.3% من الإداريين، و 7.7% من الأعوان المهنيين. ثم نسبة 7.3% و هي أضعف نسبة من ذوي الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة) تتوزع بنسبة 10.8% من الأعوان المهنيين و 8.3% من الإداريين و 5.4% من الطبيين، و 2.8% من شبه الطبيين.

من خلال هاته المعطيات نلاحظ أن الرأي القائل بأن المؤسسة تقدر مهنة المبحوثين لا يغلب إلا على فنتي الإداريين و شبه الطبيين فقط و بنسبة قريبة من الوسط، في حين يعاني أغلب المبحوثين من فنتي الطبيين و الأعوان المهنيين عدم تقدير المؤسسة لمهنتهم و أيضا بنسبة قريبة من النصف. في حين تبقى النسبتين المتبقيتين من كلا الرأيين هي في الرأي الآخر (المعاكس) و بنسبة معتبرة (قريبة من النصف). و تقدير المؤسسة لمهن نصف مستخدميها هو شعور يؤدي النصف الأخرى يحسسه بعدم الإنتماء إلى نفس المؤسسة مما يجعله يعاني التهميش و بالتالي نقص الدافعية في الأداء.

الجدول رقم 27: يبين رأي المبحوثين في الأجر الذي يتقاضونه مقارنة بمستوى المعيشة حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		مقارنة الفئة المهنية بمستوى المعيشة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مرتفع
10	15	06	04	16.7	02	5.5	02	19	07	مناسب
90	135	94	61	83.3	10	94.5	34	81	30	ضعيف
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن الإتجاه العام يتمثل في 90% من المبحوثين الذين يرون أن الأجور الشهرية التي يتقاضونها هي ضعيفة مقارنة بمستوى المعيشة. و تتوزع النسبة 94.5% من فئة شبه الطبيين و تتقارب منها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 94% ، ثم تأتي فئة الإداريين بنسبة 83.3%، و في الأخير نسبة 81% من الطبيين.في حين سجلت نسبة 10% من المبحوثين الذين يرون أن أجورهم مناسبة لمستوى المعيشة، و تأخذ فئة الطبيين منها نسبة 19%، و تليها فئة الإداريين بنسبة 16.7%. أما الإجابة بأنها مرتفعة مقارنة بالمستوى المعيشي فهي منعدمة لدى كل الفئات.

من خلال الجدول نلاحظ أن الغالبية الكبرى لموظفي قطاع الصحة يعانون ضائقة في مستوى معيشتهم مقارنة بالأجور التي يتقاضونها خاصة مع الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي تعيشها البلاد، و القلة القليلة التي أجابت بأن أجورها مناسبة هي تنتمي لفئة الأطباء و الذين يعدون الأوفر حظا من حيث تلقيهم للرواتب الأعلى مقارنة بالفئات الأخرى حسب خصائص العينة التي ندرسها (أنظر الجدول رقم 13)، و ذلك يفسر نقصا في حافز الأجر على هذا المستوى، و انعدامه في باقي المستويات الأخرى (فئة شبه الطبيين و الأعوان المهنيين و الإداريين)، و يعود الأجر عاملا جد مهم لكسب رضا المستخدمين و لخلق الدافعية لديهم نحو الأداء الأفضل.

الجدول رقم 28: يبين رأي المبحوثين في الأجر الذي يتقاضونه مقارنة بالجهد الذي يبذلونه حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيين		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية مقارنة الأجر بالجهد
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
2.7	04	03	02	8.4	01	2.7	01	-	-	مناسب
24.7	37	20	13	33.3	04	25.1	09	29.7	11	مناسب نوعا ما
72.6	109	77	50	58.3	07	72.3	26	70.3	26	غير مناسب
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 72.6% ، و هي نسبة المبحوثين المجيبين بأن أجورهم لا تتناسب مع الجهد الذي يبذلونه لأداء عملهم، و يتأكد هذا الإتجاه بنسبة 77% من فئة

الأعوان المهنيين، تليها نسبة 72.3% من شبه الطبيين، ثم فئة الطبيين بنسبة 70.3% و في الأخير نسبة 58.3% من الإداريين في حين سجلت نسبة 24.7% من المبحوثين الذين يرون أن أجورهم تتناسب نوعا ما مع جهودهم في العمل، و هي تتوزع بنسبة 33.3% من فئة الإداريين، ثم فئة الطبيين بنسبة 29.7%، تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 25%، و أخيرا فئة الأعوان المهنيين بنسبة 20%. و أضعف نسبة سجلت هي 2.7% و المتعلقة بالإجابة المفيدة بأن الأجور متناسبة مع جهود العمل.

نلاحظ من خلال النتائج المسجلة أعلاه أن أغلب المبحوثين يبذلون جهدا أكثر من الأجر الذي يتقاضونه مقابل ذلك، و قد ترتبت الفئات حسب النسب التنازلية كالتالي: فئة الأعوان المهنيين و هم الذين يتقاضون أضعف الأجور حسب خصائص العينة، فهم يؤدون واجباتهم المهنية في المؤسسات الصحية و يتلقون أدنى الأجور مقارنة بالفئات الأخرى (جدول رقم 13) و مقارنة بمستوى المعيشة (جدول رقم 27). ثم تليها فنتي شبه الطبيين و الطبيين بنسب متقاربة جدا، و الذين يتطلب أداء مهامهم جهدا كبيرا، وطمأنينة أكثر و ظروفأ أفضل، فعمل الطبيب و الممرض هو عمل دقيق جدا. و تأتي فيما بعد فئة المستخدمين الإداريين و التي تشكو أيضا عدم مكافأة الأجور لجهودهم و لكن بصورة أقل من الفئات السابقة.

و نستنتج أن الأجور في المؤسسة الصحية العمومية هي غير مجزية للجهود المبذولة من طرف الغالبية الكبرى لموظفيها، و هو مؤشر يدل على عدم التحفيز، و يؤدي إلى نقص الدافعية لدى الموارد البشرية العاملة في القطاع دون استثناء. و قد يمثل لديهم مبررا لترك القطاع العام و الانتقال إلى القطاع الخاص بحثا عن أجور مكافئة أكثر.

الجدول رقم 29: يبين تقييم المبحوثين لبرنامج عملهم حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيين		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية برنامج العمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
52.7	79	53.8	35	41.7	05	52.8	19	54	20	مكتف
47.3	71	16.2	30	58.3	07	47.2	17	46	17	عادي
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن النسبة الغالبة تعود للمبحوثين الذين صرحوا بأن برنامج عملهم هو مكتف و هي 52.7%، و تندعم هذه النسبة عند فئة الطبيين بنسبة 54%، ثم فئة الأعوان المهنيين بنسبة 53.8% و

فئة الشبه الطبيين بنسبة 52.8% و هي نسب متقاربة جدا بل تكاد تكون متساوية. و أخيرا فئة الإداريين بنسبة 41.7% في مقابل نسبة 47.3% ممن صرحوا بأن برنامج عملهم هو عادي. و تتوزع هذه النسبة على 58.3% من الإداريين ثم بنسبة 47.2% من شبه الطبيين و 46% من الأعوان المهنيين و الطبيين. و من خلال تصريحات المبحوثين نجد أن برنامج عمل مستخدمي قطاع الصحة هو برنامج مكثف عموما بالنسبة للفئات: الطبيين و شبه الطبيين و الأعوان المهنيين، و يعود ذلك إلى النقص الذي تشهده أغلب المؤسسات الصحية في أعداد الموارد البشرية الطبية و شبه الطبية بصفة عامة، و في العديد من الاختصاصات بصفة خاصة. و هذا العجز يؤدي إلى تكثيف العمل على بعض الفئات من التخصصات أكثر من غيرهم، مما يؤدي مع مرور الوقت إلى إرهاق هذه الفئات و قد يضاعف احتمالات ارتكابهم لأخطاء مهنية لا تقدر بثمن إذا كانت تتعلق بصحة المواطن، و قد يدفعهم إلى التسرب للقطاع الخاص الذي قد يوفر لهم برامج وفق المقاييس المهنية الخاصة بكل فئة. فبرامج العمل الملائمة هي محفز تشترك فيه جميع النشاطات و جميع الفئات و من شأنها أن تخلق الرضا المستهدف.

الجدول رقم 30: يبين رأي المبحوثين في ظروف الأماكن التي يزاولون فيها عملهم حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية ظروف مكان العمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
44	66	40	26	41.7	05	55.5	20	40.5	15	مناسبة
56	84	60	39	58.3	07	44.5	16	59.5	22	غير مناسبة
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن النسبة الكبيرة من المبحوثين تصرح بأن ظروف أماكن عملهم غير مناسبة وتتدعم بنسبة قدرها 56%. و تتوزع بنسبة 60% بالنسبة للأعوان المهنيين، و نسبة مقاربة لها قدرها 59.5% من الطبيين ثم فئة الإداريين بنسبة 58.3%. تليها نسبة 44% ممن صرحوا بأنها مناسبة لأداء عملهم، و هي تتوزع بنسبة 55.5% من فئة شبه الطبيين ثم بنسب متقاربة قدرها حوالي 40% لكل من الفئات المتبقية.

يتضح لنا من خلال الجدول أن الشروط الضرورية في أماكن عمل أغلبية المبحوثين هي غير متوفرة. ونقصد بظروف مكان العمل تلك الشروط المادية من إنارة، و تهوية، و تدفئة، و تبريد، و اتساع،

ونظافة... و إلى غير ذلك، و التي تناولتها عدة نظريات كمحفز، كلما توفرت زاد رضى العمال و إزدادت دافعيتهم له.

و عموما فإن المؤسسة الصحية بصفقتها تتكفل بصحة المواطنين، و هي ملتقى لجميع الأمراض و الأوبئة فإن الأمر يقتضي الزيادة في توفير هذه الشروط المادية و التي يكون لها الأثر الكبير في فعالية كل نشاط طبي و ترميضي يؤدي، و تعد شروط النظافة من أكبر الشروط أولوية، ثم تأتي البقية بعدها. و تخضع المؤسسة الصحية في هذا المجال لمقاييس معينة، لكن إمكانياتها المادية و البشرية تقف كعائق أمام تطبيق هذه المقاييس، مما قد يمس حق الحماية لمستخدمي هذا القطاع بالدرجة الأولى من كل الأخطار الناتجة عن هذا النشاط (الخدمة الصحية) و حماية طالبي العلاج من المرضى، و زوارهم من أفراد المجتمع، و البيئة المحيطة. و إذا توفر حق الحماية و توفير الظروف المناسبة لعمل القطاع سيتوفر حتما عامل إضافي لرضاهم.

الجدول رقم 31: يبين رأي المبحوثين في توفير مؤسساتهم للوسائل المادية الضرورية لأداء مهامهم حسب الفئة المهنية:

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية توفير وسائل العمل الضرورية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
12.6	19	10.8	07	25	03	8.3	03	16.2	06	دائما
66.7	100	58.5	38	66.7	08	83.4	30	64.9	24	أحيانا
20.7	31	30.7	20	8.3	01	8.3	03	18.9	07	إطلاقا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

فيما يخص استجابة المؤسسة الصحية بتوفيرها للوسائل المادية الضرورية لأداء موظفيها لمهامهم، يرى أغلب المبحوثين و بنسبة قدرها 66.7% أنها متوفرة أحيانا. و تتوزع بنسبة 83.4% من فئة شبه الطبيين تليها نسبة 66.7% من فئة الإداريين، ثم 64% من فئة الطبيين و أخيرا فئة الأعوان المهنيين بنسبة 58.5%. ثم نسبة 20.7% من المبحوثين الذين أجابوا بأن المؤسسة لا توفر إطلاقا الوسائل المادية للعمل، و هي تتمثل بشكل أساسي في 30.7% من فئة الأعوان المهنيين، تليها نسبة 18.9% من فئة الطبيين. و في الأخير نسبة 12.6% من المبحوثين الذين صرحوا بأن وسائل العمل المادية الضرورية هي متوفرة

دائماً في مؤسستهم و تؤكدها فئة الإداريين بنسبة 25%، تليها فئة الطبيين بنسبة 16.2% ثم نسبة 10.8% من الأعران المهنيين و 8.3% من شبه الطبيين.

من خلال هذا الجدول نرى أن أغلب الإجابات أكدت أن المؤسسة توفر أحياناً وسائل العمل، و يتأكد ذلك عند جميع الفئات و لكن بنسب متفاوتة، و ذلك حسب احتياجات كل تخصص في العمل لوسائل معينة. فالطبيون و شبه الطبيون يتطلب عملهم وسائل قاعدية و وسائل متخصصة معقدة بقدر كبير من الوفرة لمواجهة كل الأمراض و الإصابات في أي وقت و بكميات قد يصعب تقديرها، لأن بعض الأعمال و أحياناً الكثير منها يؤدي في ظروف استعجالية فتلعب وفرة الوسائل الضرورية دوراً كبيراً في تحقيق هذا النشاط للفعالية المطلوبة. أما الإداريين و المسيرين فهم يعرفون شحاً في الإعتمادات المالية و هم مجبرين على إحداث توازن في ميزانية المؤسسة باعتماد سياسة التقشف في ميادين معينة و ذلك ما يبرر التوفير (أحياناً) لبعض متطلبات الإدارة و الأعران المهنيين، و (إطلاقاً) للبعض الأخرى. و بتلبية (دائماً) لبعض الاحتياجات في ميادين أخرى مهما بلغت كلفتها، و ذلك يتطلب حكمة تنظيمية و اقتصادية كبيرة في ظل الظروف الراهنة التي تعيشها المؤسسة العمومية خاصة من ناحية تمويل النشاطات الطبية.

الجدول رقم 32: يبين رأي المبحوثين في إجراءات الوقاية و الأمن المعمول بها في المؤسسة حسب الفئة المهنية:

المجموع	الأعران المهنيين		الإداريين و التقنيين		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية إجراءات الوقاية و الأمن	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
25.3	38	29.2	19	16.6	02	30.5	11	13.5	05	صارمة
59.3	89	46.2	30	66.8	08	63.9	23	75.7	28	غير صارمة
15.4	23.7	24.6	16	16.6	02	5.6	02	10.8	04	منعدمة
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

إن الاتجاه العام في هذا الجدول يتمثل في رأي المبحوثين بأن إجراءات الوقاية و الأمن المعمول بها في مؤسستهم هي غير صارمة، و تندعم هذه الإجابة بنسبة 59.3%. و تتوزع بنسبة 75% من فئة الطبيين، تليها نسبة 66.8% من الإداريين، ثم نسبة 63.9% من شبه الطبيين و أخيراً فئة الأعران المهنيين بنسبة 46.2%. ثم تليها نسبة المبحوثين الذين صرحوا بأن هذه الإجراءات هي غير صارمة و ذلك بنسبة 25.3%، تتوزع بنسبة متقاربة على فئتي شبه الطبيين و الأعران المهنيين بنسبة 30.5% و 29.2%

على الترتيب. و أضعف نسبة هي 15.4% و هي التي تمثل رأي المبحوثين بأن إجراءات الوقاية و الأمن هي منعدمة في مؤسستهم، و هي تتوزع بنسبة غالبية عند فئة الأعوان المهنيين بنسبة 24.6 % و تليها فئة الإداريين بنسبة 16.6% ثم الطبيين بنسبة 10.8%.

و يعطينا هذا الجدول فكرة عن الإجراءات الأمنية و الوقائية التي تعمل بها المؤسسة الصحية لحماية مستخدميها و مرتاديهيها مما يمكنه أن يهدد أداءهم أو صحتهم أو حياتهم بالخطر. فتشير غالبية إجابات المبحوثين إلى كون هذه الإجراءات غير صارمة، و يتأكد ذلك من طرف الطبيين و هم الأكثر دراية من جميع الفئات بالخطر الذي ينجر عن النشاط الإنتاجي للخدمات الصحية من أخطار الإصابات بالعدوى بحكم تخصصهم العلمي، و يتأكد أيضا من طرف الإداريين و المسيرين الذين هم مسؤولين عن تنفيذ الإجراءات الأمنية و الوقائية حسب ما تنص عليه القوانين في هذا المجال سواء بالنسبة للمستخدمين أوللمرتفقين أو للمجتمع و البيئة المحيطين بالمؤسسة، و هم مسؤولون أيضا عن اتخاذ كل التدابير اللازمة لتجنب أي خطر بالإستعانة بمختلف الأجهزة الإستشارية الداخلية للمؤسسة (المجلس العلمي، لجنة النظافة، و الأمن، لجنة مكافحة الأمراض الناتجة عن العدوى الاستشفائية...)، و الهياكل الخارجية، المحلية و الوطنية.

كما تمثل النسبة الضئيلة الإجابة بأنها منعدمة، و لكن في نفس الوقت نصنفها كمؤشر جد مهم يعبر عن خطورة وضعية الفنتين الغالبتين فيها و هما فتنا الأعوان المهنيين و الإداريين من حيث افتقادها لشروط الأمن، و السلامة خاصة إذا عرفنا أن أعوان، و عاملات التنظيف هم من فئة الأعوان المهنيين و يتم توظيفهم في غالبيتهم بعقود عمل مؤقتة مما يحرمهم حق الاستفادة من منحة العدوى، هذا بالإضافة إلى عدم توفرهم على الوسائل الضرورية لأداء عملهم دائما (حسب الجدول رقم 31).

و هذا أمر يستدعي الاهتمام بمراجعة و إثراء هذه الإجراءات حتى تسود الطمأنينة و الأمان جميع فئات القطاع الصحي و أن ترتقي درجة الصرامة إلى أعلى حدودها، لان الوسط خطير بخطورة نشاطه، و لا تكفي نسبة الصرامة المعبر عنها (25%) و التي تتوازي فيها درجة شدة الإجراءات الأمنية بدرجة الاختصاص، بتحقيق الرضا عند جميع المستخدمين، بل قد تثبط أدائهم و تزعزع دافعيتهم.

جدول رقم 33 : يبين المبحوثين المستفيدين من الحوافز حسب الأقدمية و حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الأقدمية / الإستفادة من الحوافز		الفئة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
8.7	13	13.8	09	8.3	01	2.8	01	5.4	02	من 1 إلى 5		نعم
17.3	26	30.8	20	16.8	02	2.8	01	8.1	03	من 6 إلى 15		
12.7	19	18.5	12	8.3	01	2.8	01	13.6	05	من 16 إلى 25		
16	24	10.8	07	8.3	01	27.8	10	16.2	06	من 26 فما فوق		
54.7	82	73.9	48	41.7	05	36.1	13	43.3	16	المجموع		
17.3	26	03	02	8.3	01	41.7	15	21.6	08	من 1 إلى 5		لا
16	24	12.3	08	25	03	11.1	04	24.3	09	من 6 إلى 15		
04	06	03	02	8.3	01	2.8	01	5.4	02	من 16 إلى 25		
08	12	7.7	05	16.7	02	8.3	03	5.4	02	من 26 فما فوق		
45.3	68	26.1	17	58.3	07	63.9	23	56.7	21	المجموع		
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع		

من خلال هذا الجدول يتجلى لنا أن المبحوثين المستفيدين من الحوافز هم اكبر بنسبة من الذين لم يستفيدوا منها. حيث تدعم بنسبة 54.7% من المبحوثين. وهي تتوزع بنسبة 73.9% من فئة الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 43.3% من الطبيين، تليها نسبة 41.7% من الإداريين ثم بنسبة 36.1% من فئة شبه الطبيين. و هي تتأكد بنسبة 17.3% من ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) تتوزع بنسبة 30.8% من الأعوان المهنيين و 16.8% من الإداريين، ثم بنسبة 16% من فئة ذوي الأقدمية (من 26 فما فوق) و هي تتوزع بنسبة 27.8% من شبه الطبيين، ثم 16.2% من الطبيين ثم 10.8% من الأعوان المهنيين. ثم نسبة

12.7% من فئة (من 16 إلى 25 سنة) تتوزع بنسبة 18.5% من الأعوان المهنيين و 13.6% من الطبيين و في الأخير نسبة 8.7% بالنسبة لفئة ذوي الأقدمية من (1 إلى 5 سنوات) تتوزع بنسبة 13.8% من الأعوان المهنيين. أما المبحوثين غير المستفيدين من الحوافز فيمثلون نسبة 45.3% تتوزع بنسبة 63.9% من فئة شبه

الطبيين و 58.3% من الإداريين، و بنسبة 56.7% من الطبيين، و بنسبة 26.1% من الأعوان المهنيين. و أكبر فئة غير مستفيدة من هذه الحوافز، هي الفئة ذات الأقدمية من (1 إلى 5 سنوات) بنسبة 17.3% تتوزع بنسبة 41.7% من شبه الطبيين و بنسبة 24.3% من الطبيين. ثم ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) بنسبة 16%، و هي تتوزع بنسبة 25% من الإداريين، و بنسبة 24.3% من الطبيين، ثم 12% من الأعوان المهنيين، و 11.1% من شبه الطبيين. ثم نسبة 8% من ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق) تتوزع بنسبة 16.7% من الإداريين و 8.3% من شبه الطبيين و 7.7% من الأعوان المهنيين، و 5.5% من الطبيين. و آخر نسبة هي 4% المقابلة للفئة ذات الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة) تتوزع في أغليبتها على الإداريين بنسبة 8.3%، و 5.4% من الطبيين.

و نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المستفيدين من الحوافز يشكلون تقريبا نصف المبحوثين، و الفئة الغالبة فيهم هي فئة الأعوان المهنيين، و تمثل الفئة ذات الأقدمية من (6 إلى 15 سنة) أكثر فئة مستفيدة. و تتميز هذه الفئة - حسب خصائص العينة - بكونها شابة و هي في صدد التأسيس لحياتها المهنية و الإجتماعية ولذلك فهي تعمل على الإستفادة من الحوافز التي توفرها المؤسسة (الترقية، التكوين، ... الخ) بشكل أكبر من غيرها من باقي الفئات، كما أن عامل الأقدمية هذا يضاف إليه عامل أخريتمثل في كون الأعوان المهنيين هم الأضعف أجورا، و هم يتكفلون بعائلات في أغلبهم، فيسعون إلى تحسين أجورهم عن طريق الحصول على حوافز. و يظهر الجدول أن النسب الغالبة في المبحوثين غير المستفيدين هم الفئات: شبه الطبيين و الإداريين و الطبيين، و تعتبر الفئات من (1 إلى 5 سنوات) و (من 6 إلى 15 سنة) هما الفئتان الأكثر حرمانا من الإستفادة بهذه الحوافز، و هذا لأن الحصول على ترقية أو تكوين لا يكون عادة في المؤسسات العمومية إلا بعد 5 سنوات فما فوق و هي مدة توصف بالعادة لكن الفئة الموالية أي الأكثر من 5 سنوات من المفروض أن تكون في بداية سنوات الترقية.

و عموما فإن الإستفادة من الحوافز في المؤسسة حسب ما يبينه الجدول هي غير متوازنة، فنقتصر على فئة معينة دون الآخرين، حيث تحرم الفئات ذات الأقدمية الدنيا و المتوسطة من ذلك، و هذا قد ينقص حافزية هاته الفئات و التي تتمتع بالقوة و الشباب و الطموح و هي في بداية مشوارها مع المسؤوليات الأسرية و الإجتماعية المكلفة، هذا بغض النظر عن كونها في قلب العملية الإنتاجية للخدمة الصحية و نخص بالذكر الطبيين و شبه الطبيين، أما الإداريين و المهنيين فهم يشكلون السند لهذه العملية.

جدول رقم 34 : يبين نوع الحوافز التي استفاد منها المبحوثين حسب معايير منح هذه الحوافز:

المجموع		أخرى (الأقدمية)		العلاقات الخاصة		العمل الإضافي		زيادة الإنتاج		المواظبة		معياري الاستفادة الحوافز
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
47.6	39	85.2	23	100	03	33.3	04	66.7	02	18.9	07	ترقية
35.4	29	11.1	03	-	-	41.7	05	33.3	01	54	20	تكوين
17	14	3.7	01	-	-	25	03	-	-	27.1	10	تشجيع
100	82	100	27	100	03	100	12	100	03	100	37	المجموع

الجدول أعلاه يتناول العينة الجزئية المتمثلة في المبحوثين المستفيدين من الحوافز و المقدره بنسبة 54.7% من العينة الكلية. و منه نلاحظ أن الاتجاه العام يتمثل في نسبة 47.6% من المبحوثين الذين استفادوا من حافز الترقية و هي تتوزع بنسبة 100% من معيار العلاقات الخاصة ثم بنسبة 85.2% من معيار الأقدمية. يليها معيار زيادة الإنتاج بنسبة 66.7% ثم معيار العمل الإضافي بنسبة 33.3%، وأخيرا معيار المواظبة بنسبة 18.9%. أما النسبة الثانية فتمثل حافز التكوين و الذي كانت نسبة استفادة المبحوثين به بنسبة 35.4% و الذي أخذ معيار المواظبة فيه النسبة الأكبر و المقدره بنسبة 54% تليها نسبة 41.7% من التكوينات التي منحت على أساس معيار العمل الإضافي، ثم نسبة 33.3% الممنوحة على أساس معيار زيادة الإنتاج و في الأخير بنسبة 11.1% من معيار الأقدمية. و آخر نسبة في الجدول هي 17% و التي تمثل حافز التشجيع (سواء كان شفهيًا أم كتابيًا) و الذي صرح المبحوثون أنهم تحصلوا عليه بنسبة 27.1% على أساس معيار المواظبة، و نسبة 25% على أساس العمل الإضافي. و أخيرا نسبة 3.7% على أساس الأقدمية. كما تجدر الإشارة إلى أن حافز المكافأة المالية لم تسجل فيه أي إجابة.

من خلال الجدول نلاحظ أن أهم الحوافز التي يحظى بهام ووظفوا الصحة هي الترقية و التي يكون معيار الأقدمية في الحصول عليها هو المعيار الأول، و هو المعمول به في المؤسسات العمومية التابعة للتوظيف العمومي بشكل عام، بالإضافة إلى معيار زيادة الإنتاج و العمل الإضافي و المواظبة خاصة و أن القطاع يعمل على مدار اليوم و السنة بدون توقف و تضطر الإدارة إلى استعمال إمكاناتها البشرية في تغطية

العجز الذي قد يحدث في غالب الأحيان عن طريق العمل الإضافي، و هم يكافئون بالترقية كلما سمحت لهم الفرصة بذلك، لأنه لا توجد إمكانية لا محاسبة و لا مالية لمكافأة ساعات العمل الإضافية بسبب الاعتماد على نظام المحاسبة العمومية المعروف بجموده في هذا الجانب على غرار المؤسسات الاقتصادية التي بإمكانها فعل ذلك. أما العلاقات الخاصة و التي ظهرت نسبتها كاملة (100%) فهي في الحقيقة ذات قراءة أخرى، فعدد التكرارات هو لا يتجاوز نسبة 3.6% من العينة، و هو أمر و لو أنه موجود في الواقع، إلا أنه قليل الحدوث. و نسبة 3.6% تعبر عليه بوضوح أكثر من نسبة 100% و هو نوع من الفساد الإداري الذي تعاني منه الإدارة الجزائرية، و ها هو يأخذ وجهها من أوجهه في منح الحوافز.

و بعد حافز الترقية يأتي حافز التكوين و الذي يمنح أساسا بناء على معيار المواظبة، لأنه لا يمكن للمؤسسة أن تتكلف نفقات مقابل تكوين غير المواظبين، و هو شرط موضوعي، يليها معيار العمل الإضافي و الذي رأينا أنه ليس من وسيلة لمكافأته ماديا و لذلك تأخذ المكافأة عنه شكل الترقية كما رأيناها سابقا أو التكوين أو أي شكل آخر من الحوافز غير المادية أو المعنوية.

ثم يأتي حافز التشجيع و الذي يعتمد على معياري المواظبة و العمل الإضافي و هو يعبر عن امتنان الإدارة و رؤساء المصالح للمستخدمين الذين يبذلون قصارى جهدهم في المواظبة في عملهم لأن كل تغيب أو تأخر يكلف إرهاب من يحضرون من الزملاء، و قد يكلف حياة مريض، و يحمل المصلحة الطبية و المؤسسة مسؤولية متعددة الأوجه (المسؤولية الطبية، الإدارية، المدنية، ... الخ)، و كذلك يرفع التشجيع معنويات من يؤدون العمل الإضافي حتى لا يشعرون بالاستغلال.

و على الرغم من أنه توجد عدة حوافز في المؤسسات الأخرى (غير الإدارية) إلا أن المؤسسة الصحية وبصفتها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري لا يمكنها توفير إلا هذه الحوافز، و يبقى باب الإجتهد مفتوحا بالنسبة للمسيرين و رؤساء المصالح الطبية في تعزيز التحفيز المعنوي لمن يستحق ذلك.

جدول رقم 35 : يبين إستفادة المبحوثين من خدمات مؤسستهم و نوع هذه الإستفادة حسب الفئة المهنية :

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة / الخدمة المهنية	نوع الإستفادة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
1.3	02	-	-	16.6	02	-	-	-	-	سكن	نعم
14.7	22	13.8	09	16.6	02	22.2	08	8.1	03	تغذية	
02	03	-	-	8.3	01	5.5	02	-	-	نقل	
19.3	29	26.2	17	50	06	8.3	03	8.1	03	قرض	
6.7	10	9.2	06	8.3	01	-	-	8.1	03	إعانة إجتماعية	
44	66	49	32	100	12	36	13	24.3	09	المجموع	
56	84	50.8	33	-	-	64	23	75.7	28	لا	المجموع
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37		

من خلال الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 56% من المبحوثين الذين لم يستفيدوا من خدمات مؤسستهم، و هي تدعم بنسبة 75.7% لدى فئة الطبيين ثم بنسبة 64% من شبه الطبيين، ثم بنسبة 50.8% من الأعوان المهنيين. أما نسبة 44% فهي الممثلة للمبحوثين الذين صرحوا بأنهم استفادوا من خدمات مؤسستهم، و تمثل فئة الإداريين أكبر مستفيد من الخدمات و ذلك بنسبة 100%، تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 49% ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 36% و أخيرا فئة الطبيين الذين استفادوا بنسبة 24.3% منها. أما بالنسبة لأنواع الخدمات التي استفاد منها هؤلاء المبحوثين، فتترتب في الدرجة الأولى خدمة القرض المالي بنسبة 19.3% من بين أنواع الخدمات، و هي تتوزع بنسبة 50% على الإداريين، ثم بنسبة 26.2% من فئة الأعوان المهنيين. ثم تأتي نسبة 14.7% من الذين استفادوا بخدمة التغذية، و التي تغلبت فيها فئة شبه الطبيين بنسبة 22.2% ثم نسبة 16.6% من الإداريين و 13.8% من الأعوان المهنيين و بعدهم فئة الطبيين بنسبة 8.1%، ثم تأتي نسب ضعيفة من المبحوثين و التي أفادت أنها استفادت من خدمات

الإعانة الاجتماعية بنسبة 6.7%، استفاد منها 9.2% من الأعوان المهنيين و حوالي 8% لكل من الإداريين و الطبيين. و كذلك سجلت أضعف النسب في خدمات النقل بنسبة 2% والتي استفاد منها الإداريون و شبه الطبيون فقط ، و خدمات السكن بنسبة 1.3% و هي التي لم يستفد أحد آخر منها من الفئات الأخرى إلا الإداريون . كما لم تسجل خدمة برنامج الاستراحة أية إجابة تذكر.

و قد تجلت لنا من هذا الجدول ملاحظة أن الخدمات التي توفرها المؤسساتيتين الصحييتين هي ضعيفة المحتوى حيث تنقصها الخدمات الثقافية و الترفيهية، و السياحية ... الخ و ذلك ما أدى بعدم استفادة نسبة كبيرة من المستخدمين. فخدمة القرض عنت فئة المستخدمين الإداريين و الأعوان المهنيين أكثر من الفئات الأخرى و اللتان سجلتا نسبة ضعيفة استفاد منها المبحوثين الذين يلاقون صعوبات في مستوى المعيشة أو ظروفًا معينة من فئة الطبيين و شبه الطبيين. و خدمة التغذية عنت المستخدمين بنسبة قليلة نوعًا ما، نظرا لبرامج العمل المكثفة التي لا تسمح لبعض المستخدمين من كل الفئات عموما و من فئة شبه الطبيين بشكل أكبر الاستفادة من وقت للطعام في أوقاته المعتادة لأنه قد يؤثر على سير العمل و على أداء الواجبات المهنية اتجاه المرضى طيلة اليوم نهارا و ليلا، تلزم القوانين المعمول بها في القطاع الصحي بتوفير المؤسسة للوجبات الغذائية لهؤلاء خلال أوقات العمل في إطار ما يسمى بالمداومة، و التي تؤدي في جميع الفئات.

فتصميم برامج الخدمات يخدم أكثر بعض الاحتياجات القاعدية، و لا يوفر التنوع الذي يتماشى مع تنوع الفئات المهنية في الصحة من حيث المستوى الثقافي و المعيشي و حتى العلمي. و الذي يجعلهم يحسون بتهميش المؤسسة لهم في هذا الجانب، و عدم التساوي في حق الخدمة الاجتماعية، و ذلك ما يؤكد الجدول التالي (رقم 36).

جدول رقم 36 : يبين تقييم المبحوثين لبرامج الخدمات الإجتماعية في المؤسسة حسب استفادتهم منها وحسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		التقييم	الفئة الاستفادة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
19.3	29	23.1	15	25	03	16.7	06	13.5	05	جيدة	نعم
20	30	18.5	12	58.4	07	19.5	07	10.8	04	غير جيدة	
4.7	07	6.1	04	-	-	5.5	02	2.7	01	منعدمة	
44	66	47.7	31	83.4	10	41.7	15	27	10	المجموع	
9.3	14	13.8	09	8.3	01	5.5	02	5.5	02	جيدة	لا
27.3	41	30.7	20	8.3	01	25	09	29.7	11	غير جيدة	
19.3	29	7.7	05	-	-	27.8	10	37.8	14	منعدمة	
56	84	52.3	34	16.6	02	58.3	21	73	27	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

من خلال الجدول يتبين لنا أن الإتجاه العام يتمثل في 56% و هو المعبر عن رأي المبحوثين في عدم استفادتهم من برامج الخدمات الاجتماعية لمؤسستهم ، و يتدعم هذا الرأي بنسبة 73% من الطبيين، و بنسبة 58.3% من فئة شبه الطبيين، ثم بنسبة 52.3% من الأعوان المهنيين. و يقيم هؤلاء المبحوثين غير المستفيدين الخدمات التي تبرمجها المؤسسة بأنها غير جيدة بنسبة 27.3%، و هي تتوزع بنسبة 30.8% من الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 29.7% من الطبيين، ثم بنسبة 25% من شبه الطبيين. ثم تأتي نسبة 19.3% و هي المعبرة على أن الخدمات منعدمة في المؤسسة. و هي تتوزع بنسبة 37.8% من فئة الطبيين، و 27.8% من فئة شبه الطبيين. ثم تأتي نسبة 9.3% و التي تعبر بأن الخدمات جيدة رغم أنهم لم يستفيدوا منها. و هي تتوزع بنسبة 13.8% من الأعوان المهنيين و بنسبة 8.3% بالنسبة للإداريين،

وبنسبة 5.5% لكل من فئة شبه الطبيين و الطبيين. أما نسبة 44% فهي تمثل نسبة المبحوثين المعبرين عن استفادتهم من خدمات مؤسستهم. و هي تتوزع بنسبة 83.4% من فئة الإداريين، و بنسبة 47.7% من الأعران المهنيين، و بنسبة 41.7% من شبه الطبيين، ثم 27% من فئة الطبيين. و يقيمونها بأنها غير جيدة بنسبة 20% تتوزع بنسبة 58.4% من الإداريين ثم نسبة 19.5% من شبه الطبيين، ثم بنسبة 18.5% من الأعران المهنيين و أخيرا بنسبة 10.8% من الطبيين، و يأتي التقييم بأنها جيدة بنسبة 19.3%، موزعة بنسبة 25% من الإداريين، و 23.1% من الأعران المهنيين ثم 16.7% من شبه الطبيين، و 13.5% من الطبيين، أما نسبة 4.7% فهي تمثل رأيهم بأنها منعدمة و يتأكد ذلك عند الأعران المهنيين بنسبة 6.1%، و شبه الطبيين بنسبة 5.5%.

و نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المؤسسة لا توفر خدمات يستفيد منها الجميع فأغلبية العمال لم يستفيدوا منها و مع ذلك يحكمون عليها بأنها غير جيدة، و منعدمة كما نلاحظ أن حتى الذين استفادوا منها، وأكثرهم الإداريون و الأعران المهنيين و شبه الطبيين يصفونها بغير الجيدة في المقام الأول، و لا تتعدى نسبة من يرون أنها جيدة من المستفيدين نسبة 20% من العينة كلها، و هذا دليل على نقص برامج الخدمات في المؤسساتين الصحييتين، من حيث المحتوى و النوعية. فتصميم هذه البرامج لا بد أن يخضع لتلبية الاحتياجات ذات الأولوية بالنسبة لأغلبية المستخدمين، و لا يقتصر على خدمة شريحة معينة دون سواها، و من شأنه أن يكون موضوع حوار و نقاش داخل المؤسسة بين ممثلي جميع الفئات حتى يختاروا البرامج التي تلائمهم أكثر في جو شفاف، و تشاركي، و هي سمات قد تخلق ثقافة و مناخا تنظيميا يشد الجميع إليه.

الجدول رقم 37: يبين الدعم الذي يحصل عليه المبحوثون من طرف رؤسائهم المباشرين حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعران المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية دعم المشرف
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
58.7	88	60	39	75	09	55.5	20	54	20	نعم
37.3	56	38.5	25	25	03	36.1	13	40.5	15	لا
04	06	1.5	01	-	-	8.4	03	5.4	02	دون إجابة
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

يبين هذا الجدول الدعم الذي يوفره الرؤساء المباشرين أو المشرفين لمرؤوسيهـم من المبحوثين، و نرى أن الاتجاه العام لهؤلاء المبحوثين يتمثل في وجود هذا الدعم بنسبة غالبية. و هي تتدعم بنسبة 58.7% من الإجابات، مقابل 37.3% ممن لا يدعمهم رؤساؤهم المباـشرون عندما يتطلب الأمر ذلك. و تتوزع النسبة الغالبة بنسبة 75% من فئة الإداريين تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 60%، ثم نسبة 55.5% من فئة شبه الطبيين، و 54% من فئة الطبيين. أما نسبة من لا يدعمهم رؤساؤهم من المبحوثين فتمثل 37.3% و هي تتوزع بنسبة 40.5% من الطبيين، و تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 38.5% ثم بنسبة قريبة منها من شبه الطبيين قدرها 36.1%، ثم نسبة 25% من الإداريين. و سجلت عدم الإجابة على هذا السؤال من طرف 6 مبحوثين يمثلون نسبة 4% قد تعود لحساسية السؤال.

و نلاحظ من خلال هذا الجدول علاقة الرؤساء المباشرين بالمبحوثين و المتميزة بدعمهم لهم خاصة إذا تعلق الأمر بالفئات التالية: حيث نجد أن الإداريين هم الأكثر دعما من طرف رؤسائهم، يليهم الأعوان المهنيون، ثم شبه الطبيون و في الأخير الطبيون وهم الأكثر تضررا في هذه العلاقة. و هذا يعود لخصوصية كل فئة، فالإداريون و الأعوان المهنيون يعملون تحت السلطة السلمية لمشرفيهم و هم ينصاعون في أدائهم لتوجيهاتهم فان أصابوا فيعود جزء من هذا النجاح إلى المشرف و إن أخطأوا فهو له جزء من تلك المسؤولية. أما بالنسبة لشبه الطبيين فرؤساؤهم هم الطبيون و هنا العلاقة تتميز بنفس السمات مع العلاقة الأولى للإداريين و المهنيين مع رؤسائهم، لكن الأمر مختلف بالنسبة للطبيين، فهنا السلطة و المعرفة العلمية تلعب دورا مهما، إذ على كل من الرئيس و المرؤوس أن يؤدي عملهما حسب خبرتهما و معرفتهما العلمية كل في نطاقه، و لا تتعدى أن تكون علاقة الدعم بسيطة من خلال التوجيهات العامة، و نظام العمل فقط، لكن المسؤولية عن الخدمة الطبية و المعرفة المتعلقة بها الخاصة بالمرؤوسين الطبيين لا يدعمها في كل الأحوال الرؤساء. فعلى كل واحد في هذه الفئة أن يثبت مهارته و كفاءته و قدرته بعيدا عن دعم الرئيس.

الجدول رقم 38: يبين رأي المبحوثين في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم حسب المستوى الدراسي :

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		المستوى الدراسي	رأيكفي قوانين عملك
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
7.3	11	6.9	05	7.3	03	6.9	02	-	-	شاملة و كاملة	
64	96	65.8	48	63.4	26	55.2	16	71.5	05	ناقصة و محدودة	
28.7	43	27.3	20	29.3	12	37.9	11	28.5	02	محدودة جدا	
100	150	100	73	100	41	100	29	100	07	المجموع	

من خلال الجدول يتضح أن أغلبية المبحوثين يقيمون القوانين التي تحكم حياتهم المهنية بالناقصة والمحدودة و يتدعم هذا الرأي بنسبة 64%، و تتوزع على جميع فئات المستوى الدراسي بشكل متقارب، فتأتي أولاً نسبة 71.5% من ذوي المستوى الابتدائي، تليها نسبة 65.8% من ذوي المستوى الجامعي، ثم ذوي المستوى الثانوي بنسبة 63.4%، ثم نسبة 55.2% من ذوي المستوى المتوسط ثم تأتي نسبة 28.7% من الإجابات بأن هذه القوانين هي محدودة جداً و تتوزع بنسبة 37.9% من ذوي المستوى المتوسط، ثم ذوي المستوى الثانوي بنسبة 29.3% و تليها فئة ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 28.5% وفي الأخير نسبة 27.3% من الجامعيين. أما النسبة الضعيفة فهي تلك التي عبر فيها المبحوثون عن رأيهم بأن القوانين التي تحكمهم هي شاملة و كاملة و التي أخذت نسبة 7.3% تتقارب فيها كل الفئات بنسبة 7% . إلا فئة ذوي المستوى الابتدائي التي تنعدم بالنسبة لهذا الرأي.

من خلال قراءتنا لمعطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن المستوى الناقص و المحدود للقوانين التي تحكم المستخدمين هو الرأي الغالب عند المبحوثين. و هو يزداد تأكيداً كلما تصاعدنا من المستوى المتوسط ثم إلى الثانوي فالجامعي، مما يؤكد وجود علاقة طردية بين متغير القدرة على فهم هذه القوانين بأنها ناقصة و محدودة و متغير المستوى الدراسي للمبحوثين، حيث كلما زاد المستوى الدراسي ازداد الفهم بأنها ناقصة و محدودة. أما بالنسبة للرأي الثاني فالعلاقة هي عكسية بالنسبة لنفس الفئات حيث كلما ازداد المستوى التعليمي تناقص الرأي بأنها محدودة جداً.

في حين تستنتج الإجابة بأنها شاملة و كاملة من هاتين العلاقتين، لتبقى ثابتة و متقاربة بين الفئات الثلاث (متوسط، ثانوي، و جامعي). أما فئة ذوي المستوى الابتدائي فإنها تترتب في العلاقة الأولى (الطردية

للإجابة الأولى) في أعلى كل النسب رغم أنها تشكل المستوى الأدنى، و تترتب في الدرجة ما قبل الدنيا في العلاقة الثانية (العكسية، للإجابة الثانية) في حين أنها أضعف مستوى من العليا في حين تنعدم في الإجابة الأولى، و هذا الاستثناء الذي سجلته هذه الفئة يرد إلى كون عدد التكرارات في هذه الفئة هو الأصغر من (7) مقارنة بالفئات الأخرى، و أيضا يعود لخاصية أفراد هذه الفئة و التي تتمثل في عدم تمكنهم من الفهم الكلي للقوانين التي تسيرهم هذا إن اطلعوا عليها، أو تكوين فكرة عنها من خلال أشخاص ذووا مستوى أعلى من الابتدائي و التأثير بقراءاتهم، و قد يلجؤون في كل مرة إلى جهة معينة (إدارة الموارد البشرية، مكاتب النقابات...) للإستفسار و الإستعلام عن الأمور التي تتعلق بحياتهم المهنية. و تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أنه قد تم خلال مسيرة الإصلاحات تعديل مختلف القوانين الأساسية للأسلاك التقنية العاملة ما بين سنتي (2008 و 2012) في قطاع الصحة، و كذلك القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية (2006)، و القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك المشتركة (تعديل 2008 و تعديل 2016) و المناقشات مازلت جارية بين مختلف النقابات الممثلة لهذه الأسلاك و الجهات الوصية قصد تحيين هذه القوانين و تعديلها وفق الظروف الجديدة لمختلف الأسلاك.

جدول رقم 39 : يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى حسب

أهمية مهنتهم و حسب الفئة المهنية :

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		العمل أهمية في مؤسسة مهنتك المهنية أخرى	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
39.3	59	30.8	20	25	03	47.2	17	51.3	19	مهمة
1.4	02	03	02	-	-	-	-	-	-	غير مهمة
40.7	61	33.8	22	25	03	47.2	17	51.3	19	المجموع
51.3	77	49.3	32	75	09	50	18	48.7	18	مهمة
08	12	16.9	11	-	-	2.8	01	-	-	غير مهمة
59.3	89	66.2	43	75	09	52.8	19	48.7	18	المجموع
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

تشير المعطيات في هذا الجدول إلى أن نسبة 59.3% تمثل الاتجاه العام للمبحوثين الذين أجابوا بعدم تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى. و هي تتوزع بنسبة 75% من الإداريين و التقنيين ثم نسبة 66.2% من الأعران المهنيين، تليها نسبة 52% من فئة شبه الطبيين ثم نسبة 48.7% من الطبيين. و تتدعم هذه الإجابة بنسبة 51.3% من المبحوثين الذين وصفوا مهنتهم بالمهمة موزعة بنسبة غالبية قدرها 75% من الإداريين و تليها نسبة 50% من فئة شبه الطبيين. أما الذين أجابوا بعدم أهمية مهنتهم، و عدم رغبتهم في تغيير مؤسسة عملهم فيمثلون نسبة 8%، أغلبهم الأعران المهنيين بنسبة 16.9%. أما نسبة 40.7% فتمثل الذين أجابوا بالموافقة على تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى. و هم يتوزعون بنسبة 51.3% من فئة الطبيين و تليها نسبة 47.2% من شبه الطبيين، ثم 33.8% من الأعران المهنيين و تعني هذه الإجابة نسبة 39.3% من المبحوثين الذين أكدوا بأن مهنتهم مهمة مقارنة بالمهن الأخرى. أما الذين أجابوا بغير المهمة فهم الأضعف نسبة حيث تقدر ب 1.4% و هم من الأعران المهنيين.

إن ملاحظة هذه النتائج تبين أنه لا علاقة بأهمية أو عدم أهمية المهنة عند المبحوثين برغبتهم في تغيير أو عدم تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى، و ينطبق هذا على نسبة معتبرة ممن لديهم الرغبة في تغيير المؤسسة إلى أخرى و هم يقدرون في غالبيتهم مهنتهم، و في المقابل هناك نسبة أكبر من الأولى يريدون البقاء في مؤسساتهم الحالية رغم وجود نسبة مهمة فيهم يرون أنهم يؤدون مهنة غير مهمة. و هذا يدل على أن الأسباب التي تدفع إلى البقاء أو إلى المغادرة نحو مؤسسة أخرى في نفس القطاع تبقى متعلقة بالمؤسسة الحالية و مدى تلاؤم ظروف العمل مع أهداف و ظروف الموظفين.

و هنا تتأكد إما وجود عوامل أخرى في المؤسسة المرغوبة تحفز أكثر هؤلاء المبحوثين و إما وجود عوامل مثبطة تعلن عدم رضاهم عن العمل في المؤسسة الحالية، و تدفع بهم إلى البحث عن الأفضل و يتعلق الأمر أكثر بفئة الطبيين التي تشكل أهم مدخل لإنتاج الخدمة الصحية في نظام الصحة. فإذا كانت هاته الفئة هي التي ترغب في الذهاب فماذا تفعل مؤسساتهم الحالية ببقية عناصر العملية الإنتاجية؟ و بما أن متغير أهمية المهنة له علاقة بالرغبة في تغيير العمل لدى هؤلاء الطبيين فسنبحث عن علاقات أخرى مع متغيرات جديدة.

جدول رقم 40 : يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى حسب تحفيز مؤسستهم لهم و حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة	تغيير التحفيز المؤسسة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
17.3	27	18.5	13	16.7	02	22.2	08	13.5	05	يوجد	نعم
22.7	34	15.4	10	8.3	01	25	09	37.9	14	لايوجد	
40.7	61	33.9	22	25	03	47.2	17	51.4	19	المجموع	
24	36	18.5	12	25	03	30.5	11	27	10	يوجد	لا
36	54	49.3	32	50	06	22.2	08	21.6	08	لايوجد	
59.3	89	66.1	43	75	09	52.8	19	48.6	18	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

يوضح لنا هذا الجدول أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 59.3% من المبحوثين الذين صرحوا بعدم تغييرهم لعملهم بمؤسستهم الحالية في حال ما إذا عرض عليهم العمل في مؤسسة صحية أخرى، و تتوزع هذه النسبة على 75% من فئة الإداريين، و 66.1% من الأعوان المهنيين و 52.8% من شبه الطبيين، و 48.6% من الطبيين. و تتأكد هذه الإجابة عند المبحوثين الذين أجابوا بعدم تحفيز مؤسستهم لهم بنسبة 36% و تتوزع بنسبة 50% من الإداريين، ثم نسبة 49.3% من الأعوان المهنيين، ثم نسبة 22.2% من فئة شبه الطبيين و في الأخير نسبة 21.6% من فئة الطبيين. في المقابل نسبة 24% ممن أجابوا بأنهم محفزون في مؤسستهم، يتوزعون بنسبة 30.5% من شبه الطبيين، تليها نسبة 27% من الطبيين ثم نسبة 25% من الإداريين و أخيرا الأعوان المهنيين بنسبة 18.5%. أما المبحوثون الذين أجابوا برغبتهم في الإنتقال إلى مؤسسة أخرى فيمثلون نسبة 40%، تتوزع بنسبة 51.4% من فئة الطبيين و تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 47.2%، ثم نسبة 33.9% من الأعوان المهنيين. و تمثل فيها نسبة 22% نسبة غير المحفزين تتوزع بنسبة 37.9% على فئة الطبيين تليها نسبة 22.2% من شبه الطبيين و 15.4% من الأعوان المهنيين. أما نسبة المحفزين الراغبين في تغيير المؤسسة فهم أضعف نسبة، حيث قدرت بنسبة

18.7% يتقدمهم شبه الطبيين بنسبة 25% ثم يليهم الأعوان المهنيون بنسبة 18.5% فالإداريون بنسبة 16.7%، و الطبيون بنسبة 13.5%.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن المبحوثين الراغبين في البقاء في مؤسساتهم الصحية هم أكبر نسبة ممن يرغبون في الانتقال إلى أخرى، و هذا رغم أنهم ذاتهم غير المحفزين بنسبة أكبر من الفئة الأخرى ، و هذه النتيجة تنطبق على فئة الإداريين بالدرجة الأولى تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة عالية أيضا ثم شبه الطبيين بنسبة متوسطة. في حين أن الفئة الراغبة في الانتقال إلى مؤسسة أخرى لها علاقة مع عدم التحفيز. حيث نلاحظ وجود الغالبية من غير المحفزين هم من فئة الطبيين و شبه الطبيين في هذا المستوى، وهنا تظهر أهمية التحفيز لهذه الفئة من مهني الصحة و التي من شأن الإصلاح فيها أن يبقوهم في خدمة مؤسساتهم الحالية، كما تظهر أهمية الدراسة و الكشف و البحث عما يستقطبهم في المؤسسات الأخرى و محاولة تحقيق ما يساويه أو مايفوقه في المؤسسة الحالية.

جدول رقم 41 : يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى قطاع آخر غير الصحة حسب تحفيز مؤسساتهم لهم و حسب الأقدمية :

المجموع		من 26 فما فوق		من 16 إلى 25		من 6 إلى 15		من 1 إلى 5		الأقدمية / التحفيز	تغيير قطاع العمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
18	27	11.1	04	20	05	22	11	18	07	يوجد	نعم
36.7	55	33.3	12	40	10	40	20	33.3	13	لايوجد	
54.7	82	44.4	16	60	15	62	31	51.3	20	المجموع	
25.3	38	33.3	12	28	07	20	10	23	09	يوجد	لا
20	30	22.3	08	12	03	18	09	25.7	10	لايوجد	
45.3	68	55.6	20	40	10	38	19	48.7	19	المجموع	
100	150	100	36	100	25	100	50	100	39	المجموع	

إن النسبة الأكبر في هذا الجدول تتمثل في 54.7% و هي الممثلة للإتجاه العام للمبحوثين، و الذين أجابوا باستعدادهم لتغيير قطاع العمل إلى آخر غير الصحة إذا عرض الأمر عليهم. و يتوزع هذا الرأي بنسبة

62% من ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) و بنسبة 60% من ذوي الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة) و بنسبة 51% من ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات). ثم نسبة 44.4% من ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق). و يتدعم هذا الرأي بنسبة 36.7% عند المبحوثين غير المحفزين، يتوزعون بنسبة 40% لكلا من ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) و (من 16 إلى 25 سنة) تليها نسبة 33.3% لكل من فئتي (من 1 إلى 5 سنوات) و (من 26 سنة فما فوق) أما نسبة 18% فهم محفزون لكن يرغبون في تغيير القطاع، و تتوزع بنسبة 22% من فئتي ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة)، و بنسبة 20% من الفئة (من 16 إلى 25 سنة) ثم بنسبة 18% من فئة (من 1 إلى 5 سنوات) و أخيرا بنسبة 11.1% (من فئة 26 فما فوق). أما النسبة الثانية فتمثل الذين لا يريدون تغيير القطاع و هم يشكلون نسبة 45.3% من المبحوثين تتوزع بنسبة 55.6% من الفئة (26 سنة فما فوق) تليها نسبة 48.7% من فئة (من 1 إلى 5 سنوات)، ثم نسبة 40% من فئة (من 16 إلى 25 سنة)، و أخيرا 38% من فئة (من 6 إلى 15 سنة). و هي تتأكد عند المبحوثين المحفزين بنسبة 25.3%، تتوزع بنسبة 33.3% من ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق) ثم نسبة 28% من فئة (من 16 إلى 25 سنة)، ثم بنسبة 23% من فئة (من 1 إلى 5 سنوات) و أخيرا نسبة 20% من فئة (من 6 إلى 15 سنة)، ثم تأتي نسبة 20% من المبحوثين غير المحفزين و الذين يحبذون البقاء في القطاع و هي تتوزع بنسبة 25.7% من فئة (من 1 إلى 5 سنوات)، تليها نسبة 22.3% من فئة (26 سنة فما فوق)، ثم نسبة 18% من فئة (من 6 إلى 15 سنة)، ثم 12% من فئة (من 16 إلى 25 سنة). من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أغلبية المبحوثين يريدون تغيير القطاع و الأمر وارد أكثر بالنسبة للفئتين (من 6 إلى 15 سنة) و (من 16 إلى 25 سنة) و عامل عدم التحفيز يعد هاما في هذا الرأي حيث عبر غير المحفزين بنسبة أكبر عن رغبتهم في تغيير القطاع على الرغم من وجود نسبة أخرى أقل من نفس الفئتين الأفتين محفزتين و لكن ترغبان في الذهاب، و ذلك يعود إلى البحث عن تحفيزات أخرى خارج قطاع أفضل من قطاع الصحة.

أما بالنسبة للذين لا يريدون الذهاب إلى قطاع آخر، فأغلبهم هم المحفزون، أما في غير المحفزين فتبرز فئة ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق) و ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات) و ذلك يعود إلى كون الفئة الأولى هي على أبواب التقاعد فهي رغم تحفيزها أو عدم تحفيزها، يرغب غالبيتها البقاء في الصحة. و الفئة الثانية هي الفئة التي في بداية اكتساب خبرتها و التي لها الحظ الأول في قطاعات أخرى خاصة (الصحة الخاصة) مثل حظ ذوي الخبرة، فمكوئهم له من الفائدة ما يرجى رغم تحفيزهم أو عدم تحفيزهم . فلكل فئة أهدافها و على أنظمة الحوافز أن تحاول توفير ما يرغب فيه من يريدون المغادرة، بدرجة تنافس القطاع الآخر، حتى تضمن مكوئهم، و في نفس الوقت عليها أن تحفز أكثر من هم باقون حتى يكون لبقائهم الأثر في إنجاز الأهداف الجديدة للسياسة الصحية.

جدول رقم 42 : يبين رأي المبحوثين في تغيير عملهم إلى قطاع آخر غير الصحة حسب أهمية مهنتهم مقارنة مع المهن الأخرى و حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		أهمية الفئة / مهنتك المهنية	تغيير قطاع العمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
46	06	44.6	29	66.7	08	52.8	19	35.1	13	مهمة	نعم
8.6	01	18.5	12	-	-	2.8	01	-	-	غير مهمة	
54.6	82	63.1	41	66.7	08	55.6	20	35.1	13	المجموع	
44.6	06	35.4	02	33.3	04	44.4	16	64.9	24	مهمة	لا
0.8	01	1.5	01	-	-	-	-	-	-	غير مهمة	
45.4	68	36.9	24	33.3	04	44.4	16	64.9	24	المجموع	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول أن النسبة الأكثر أهمية هي نسبة المبحوثين الذين أجابوا باستعدادهم لقبول عروض العمل من قطاع آخر غير قطاع الصحة الذي ينتمون إليه حالياً. فالإتجاه العام يتمثل في الإجابة بنعم بنسبة 54.6% مقابل نسبة 45.4% ممن يرغبون المواصلة في الصحة. و تندعم الإجابة الأولى الموافقة على القطاع الآخر بنسبة 66.7% من الإداريين ثم نسبة 63.1% من الأعوان المهنيين ثم نسبة 55.6% من شبه الطبيين و في الأخير الطبيين بنسبة 35.1% و تتأكد هذه الإجابة بالنسبة للمبحوثين الذين يعتبرون مهنتهم من أهم المهن بنسبة 46% و هي تتوزع بنسبة 66.7% من الإداريين و يليهم شبه الطبيون بنسبة 52.8% ثم الأعوان المهنيون بنسبة 44.6% و في الأخير الطبيون بنسبة 35.1%. أما نسبة 8.6% المتبقية فهي تمثل المبحوثين الذين يصفون مهنتهم بغير المهمة و لكنهم يرغبون في تغيير القطاع و هم يتوزعون بنسبة 18.5% من فئة الأعوان المهنيين. ثم تأتي نسبة 45.4% ممن يرغبون في البقاء في قطاع الصحة و هم يتوزعون بنسبة 64.9% من فئة الطبيين و هم الأغلبية ثم 44.4% من فئة شبه الطبيين، فالأعوان المهنيون بنسبة 36.9% و أخيراً الإداريون بنسبة 33.3%.

و النتيجة التي يمكننا استخلاصها من هذا الجدول، هي أن أغلب مستخدمي قطاع الصحة هم مستعدون للانتقال إلى قطاع آخر إذا عرض عليهم العمل فيه و يحتل فيه الإداريون و شبه الطبيين و الأعوان المهنيون بالترتيب النسب العليا.

فإذا كانت القطاعات الأخرى هي ملاذ للإداريين و الأعوان المهنيين فإن القطاع الخاص و شبه العمومي في الصحة هو البديل الوحيد للمتمتعين شبه الطبيين خاصة و أن هؤلاء هم في أغلبهم مقدرين لمهنتهم و معترفون بها، و التغيير إلى قطاعات أخرى لا ينقص من قيمتها، بل قد يعزز حصولهم على حوافز أخرى من أهمها الأجر، و تبرز الفئة الطبية التي تحصل على أحسن فئات الأجر في القطاع العمومي للصحة، و هي تشكل الفئة الأكثر تقديرا لمهنتها ضمن الرافضين للانتقال إلى قطاعات أخرى و هذا رغم إمكانية حصولها على أعلى الأجر أيضا في القطاع الخاص للصحة و في القطاع شبه العمومي، و هذا يدل على تمسك هذه الفئة أكثر من كل الفئات الأخرى بالقطاع العمومي، مع نسب أقل من المتوسطة من الفئات الأخرى و التي تتراوح ما بين 44% و 33% والتي تتمسك بهذا القطاع أيضا.

الجدول رقم 43: يبين توقعات المبحوثين فيما يتعلق بنجاح الإصلاحات حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيين		الطبيون		الفئة المهنية توقعات النجاح
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
31.4	47	32.3	21	50	06	33.3	12	21.7	08	نعم
68.6	103	67.7	44	50	06	66.7	24	78.3	29	لا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح لنا أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 68.6% من المبحوثين الذين يتوقعون أن هذه الإصلاحات لن تنجح، و هي تتدعم بنسبة 78.3% من فئة الطبيين، تليها نسبة 67.7% من الأعوان المهنيين، ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 66.7%، و أخيرا فئة الإداريين بنسبة 50%. أما نسبة 31.4% فهي تمثل إجابة المبحوثين المتوقعين نجاح هذه الإصلاحات و هي تتوزع بنسبة 50% من فئة الإداريين ثم بنسبة 33.3% من فئة شبه الطبيين، تليها فئة الأعوان المهنيين بنسبة 32.3% ثم فئة الطبيين بنسبة 21.7%.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أنه لا يوجد تفاوت بنجاح هذه الإصلاحات بل بالعكس يتوقع الأغلبية فشلها. و يبرز هذا الرأي بنسبة أكبر عند فئة الطبيين و التي قاربت نسبة 80% و الذين سبق و أن صرحوا بأن أهداف هذه الإصلاحات تخدم أهدافهم العلمية و المهنية (الجدول رقم 21) بنسبة عالية، و أن دورهم ضروري في إنجاحها و يقدر مهنتهم، و هم الأقل تحمسا لتغيير القطاع. لكن مؤسستهم لا تقدر مهنتهم، و لا تحفزهم، و قد همشوا إلى حد بعيد في المشاركة في مناقشة هذه الإصلاحات... الخ و كذلك شبه الطبيين و الأعوان المهنيين، لا يتوقعون نجاحها، و هم زيادة على ما سبق، غير محفزين، خاصة من ناحية الأجر، و المشاركة، و مستعدين لمغادرة قطاع الصحة. و كذلك نفس الرأي يراه الإداريون الذين ينقسمون مناصفة بين الرأيين، و رغم قرب هذه الفئة من مراكز أخذ القرارات، و الدور الذي تضطلع به كفاعل في شرح و توضيح مختلف خطوات التغيير التي تدخل ضمن إستراتيجية الإصلاح، و تقييم الإنجازات و إزالة العوائق في سبيل إنجاحها. فرغم كل هذا تتوقع الفشل.

الجدول رقم 44: يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات الصحية و أسباب فشلها:

توقع نجاح الإصلاحات	ك	%
نعم	47	31.3
لا	18	12
	03	02
	02	1.3
	41	27.3
	38	25.4
	01	0.7
	المجموع	103
المجموع	150	100

من خلال هذا الجدول البسيط نستطيع الكشف عن توقعات المبحوثين المتعلقة بنجاح الإصلاحات أو عدمه، و نستطيع معرفة الأسباب التي يرون أن من شأنها إفشال هذه الإصلاحات. فيرى أغلب المبحوثين أن هذه الإصلاحات لن تنجح و ذلك يتدعم بنسبة 68.7% من الإجابات مقابل نسبة 31.3% من الذين يتوقعون نجاحها.

و يرى أصحاب التوقع بالفشل أن السبب الرئيسي و الأول يتمثل في عدم الثقة في القائمين عليها و ذلك بنسبة قدرها 27.3%، أما السبب الثاني فيتمثل في الإحساس بأنها مجرد خطاب لا يتعدى لأن يصبح أفعالا و ذلك بنسبة 25.4 %، ثم السبب الثالث و هو عدم الاقتناع بها وذلك بنسبة 12%. أما سبب الزيادة

في الواجبات فكانت نسبته ضعيفة قدرها 2%، و كذلك بالنسبة لسبب التغيير في السلطات الذي أخذ نسبة 1.3%.

إن هذا الجدول يوضح لنا ما يتنبأ به المبحوثون فيما يتعلق بنجاح أو عدم نجاح الإصلاحات الصحية، وهم في توقعهم هذا يستندون إلى مبررات يرون أنها ستكون سببا في فشل هذه الإصلاحات و يعد عامل الثقة في القائمين عليها أول المبررات، حيث و منذ تقرير هذه الإصلاحات عرف الجهاز المركزي للصحة المتمثل في وزارة الصحة و السكان عددا كبيرا من التغييرات في المسؤولين، و هذه التغييرات أدت إلى تعدد القائمين عليها، هذا إن تحدثنا عن تعدادها فقط، أما إذا تطرقنا إلى الكفاءة فذلك موضوع آخر، و هذه التغييرات تتسلسل لتصل إلى كل المؤسسات الصحية بدون استثناء، و هذا يعد سببا لكي يفقد مستخدمي الصحة الثقة في من يقودونها.

و كذلك عدم رؤية و تلمس الإنجازات الهامة طيلة هذه المرحلة من الإصلاح يجعلها تبدو كأنها خطاب فقط يزكي به أصحابه أنفسهم في أوقات معينة، و يسكتون عنه في أوقات أخرى و لا يتعدى أن يكون كلاما. و هناك الأمر الثالث و هو الأكثر أهمية لأنه ينبع من وعي المبحوثين و هو الأسوء و المتمثل في عدم الإقتناع بها، و هذا يعود إلى عدم إشراكهم في صنع هذه الخطط و في تنفيذها و تقييمها، فذلك كان من شأنه أن يجعلهم يقتنعون بل يدافعون عنه و ينضمون إلى قادته في جلب الدعم له من بقية المستخدمين غير المقتنعين، و كانوا سيكونون شريكا في إنجاح هذه الإصلاحات بدل أن يكونوا منتقدين لها قلبا و قالبا.

الجدول رقم 45: يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات حسب خدمتها لأهدافهم:

المجموع	لا تخدم أبدا		الأهداف الشخصية		الأهداف المهنية		الأهداف العلمية		الإصلاحات تخدم توقع النجاح	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
31.3	47	4.2	02	83.3	05	42	29	39.3	11	نعم
68.7	103	95.8	45	6.7	01	58	40	60.7	17	لا
100	150	100	47	100	06	100	69	100	28	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن الإتجاه العام يتمثل في إجابة المبحوثين بأنهم يتوقعون عدم نجاح الإصلاحات الصحية. و تندعم هذه الإجابة بنسبة 68.7% من المبحوثين.

و هي تتوزع بنسبة 95.8% من المبحوثين الذين لا تخدمهم هذه الإصلاحات أبدا من حيث الأهداف، ثم بنسبة 60.7% ممن لا تخدم هذه الإصلاحات أهدافهم العلمية، تليها نسبة 58% ممن لا تخدم أهدافهم

المهنية. و أخيرا 6.7 % ممن لا تخدم أهدافهم الشخصية. أما نسبة 31.3 % فهي تمثل إجابات المبحوثين الذين يتوقعون نجاح هذه الإصلاحات و هي تتوزع بنسبة 83.3 % ممن تخدم الإصلاحات أهدافهم الشخصية، و بنسبة 42% ممن تخدم الإصلاحات أهدافهم المهنية، ثم بنسبة 39.3 % ممن تخدم أهدافهم العلمية، و أخيرا بنسبة 4.2% ممن لا تخدمهم هذه الإصلاحات أبداً.

و نلاحظ من الجدول أن أغلبية المبحوثين يتوقعون فشل هذه الإصلاحات و يعود ذلك - حسب نتائج ربط متغير التوقعات بمتغير خدمة الإصلاحات لخدمة المبحوثين - أولاً إلى عدم خدمة الإصلاحات الصحية الجديدة لأي هدف للمبحوثين. و ثانياً لعدم خدمتها لأهدافهم العلمية، وثالثاً لعدم خدمة أهدافهم المهنية، و رابعاً و أخيراً لعدم خدمتها لأهدافهم الشخصية.

أما المجيبين من المبحوثين عن توقع نجاح هذه الإصلاحات فهم يردون ذلك إلى خدمتها لأهدافهم الشخصية أولاً ثم خدمتها لأهدافهم المهنية ثانياً، و ثالثاً خدمتها لأهدافهم العلمية، و ترتب في آخر أصحاب هذا التوقع من لم تخدمهم هذه الإصلاحات في تحقيق أي هدف.

و نستنتج أنه كلما خدمت أو عملت هذه الإصلاحات على تحقيق أهداف مستخدمي الصحة كلما كان النجاح حليفها، خاصة إذا تعلق الأمر بالأهداف العلمية و المهنية و لما لا تحقيق الأهداف الشخصية التي لا تتنافى مع الأهداف الكلية حتى تتحقق غاية إنعاف الجميع حول هذه الإصلاحات و العمل على إنجاحها.

- الإستنتاج الجزئي الأول :

في هذا الجزء من الدراسة الميدانية المتعلق بالفرضية الأولى حاولنا إختبار العلاقة بين الإصلاحات الصحية كغاية يسعى كل نظام الصحة إلى تحقيقها، و عملية التحفيز التي يؤديها هذا النظام قصد دفع مستخدمي الصحة بكل فئاتهم إلى العمل على إنجاحها. و من خلال تحليلنا لها تبينت لنا عدة نتائج تضمنتها الجداول : من الجدول رقم 14 الى الجدول رقم 45، مفادها أن التحفيز في المؤسسات ناقص في جوانب هامة و منعدم في أخرى مما يوفر كل العناصر السلبية لعدم رضا العمال و عدم دافعيتهم لإنجاح هذه الإصلاحات.

- و أول نتيجة تم الوصول إليها فيما يتعلق بالجوانب المعنوية لعملية التحفيز تمثلت في أن العلم بالإصلاحات الصحية لا يمس سوى نصف المبحوثين، و النصف الآخر لا يعلم بها. و قد تحكمت في ذلك عدة عوامل، أولها عامل قرب أو بعد الفئة المهنية عن الإدارة و الذي عبر عن وجود علاقة طردية بين القرب من الإدارة و العلم بالإصلاحات و العكس صحيح، و ثانيها تمثلت في عامل المستوى الدراسي الذي ينشق إلى شقين: الأول يتمثل في العلاقة الطردية للمستوى الدراسي للفئات ذوات المستوى الابتدائي إلى غاية ذوي المستوى الثانوي بمستوى علمهم بالإصلاحات، و العكس صحيح بالنسبة لمستوى جهلهم بها. و الشق الثاني يتعلق بالفئة الجامعية التي يسمح لها مستواها بأن تكون أغلبية من يعلمون بها، و لكن سطحية هذه المعرفة جعلت بقيتهم هي التي تشكل أغلبية من لا يعلمون بها، و هذا إن دل على شيء فإنما

يدل على أن من لا يعلمون بالإصلاحات من بقية الفئات هم أيضا ذوو معرفة سطحية غير كافية أو منعدمة تماما بالموضوع. و ثالث هذه العوامل تتمثل في الأقدمية، حيث يتأثر العلم بالإصلاحات بتفاوت المكاسب المحققة من هذه الإصلاحات و توافقها من حيث عمرها مع فئات الأقدمية، فالفئة التي صادفت تحقق بعض الأهداف الجزئية للإصلاحات - قياسا مع المسار التطبيقي لمراحل تنفيذ هذه الإصلاحات الوارد في الفصل الثالث - كانت أكثر الفئات علما، و التي لم تصادف تحقيق أي إنجاز كانت الأكثر جهلا. - و على الرغم من عدم علم نصف هؤلاء المستخدمين بالإصلاحات، إلا أن غالبيتهم بالإضافة إلى من يعلمون بها يقررون بأهميتها بالنسبة لمؤسساتهم الصحية، و هذا يدل على أنهم يقررون أيضا بضرورة إصلاح الأوضاع في قطاعهم، و يرصد استعدادهم لتقبله أكثر إن كانوا أكثر دراية بمحتواه. و يبعد كل احتمالات مقاومتهم لها.

- و توفر هذه الإصلاحات فرصة للمؤسسة الصحية لإيجاد حلول لبعض المشاكل التي تعيشها و ذلك ما يعكس البعد الجزئي للإصلاحات الصحية و ينفي بعدها الشمولي لكافة المشاكل التي يتخبط فيها القطاع. و تؤكد النتائج في هذا الجانب أن هذه الجزئية في الإصلاحات أنقصت من أهميتها خاصة عند الطبيين والأعوان الطبيين.

- كما تفيد أن المؤسسة الصحية لا يمكنها أن تتعامل مع هذه الإصلاحات بفاعلية لعدم توفرها على الإمكانيات المادية و البشرية و كذا التنظيمية التي يجب أن ترافق عملية تنفيذها لهذه الإصلاحات. و التي يعي أفرادها بما تتطلبه العملية قصد بلوغ مؤسساتهم أفضل النتائج بأقل كلفة و في الأجل المحددة لذلك.

- كما يعون ضرورة أدوارهم في إنجاز هذه الإصلاحات نسبيا، على الرغم من تهميش هذه العملية لفئة مهمة من المستخدمين هي فئة الطبيين و الأعوان المهنيين. و يعد رسم الأدوار للفاعلين ضمن نظام الصحة، و التأكد من أن هذه الأدوار متلائمة مع كل الفئات المهنية، أمرا هاما جدا لتحسيسهم وإكسابهم ثقة أكبر في القائمين على هذا الإصلاح. فمنحهم أدوارا هامة بقدر أهمية نشاطاتهم يزيد في دفعهم إلى إنجاز هذه النشاطات و يقوي مسؤولياتهم - في نفس الوقت- عن تغيير هذا الواقع إلى مستقبل أفضل.

- و تخدم أهداف هذه الإصلاحات نسبيا أهداف مستخدمي هذا القطاع، و خاصة الأهداف المهنية و العلمية منها، كما تهمش نسبا معتبرة منهم. و في ذلك خسارة لطاقت هامة كان بالإمكان استثمارها لإنجاح هذه الإصلاحات، على الرغم من أن منهجية الإصلاح تستدعي دمج هاته الغايات معا لكي يبلغ الإنجاز أعلى ذروته.

- و يظهر تهميش أدوار هاته الفئات و أهدافهم في ضعف إشراكهم لإثراء النقاش و التحاور حول الإصلاحات أثناء تقريرها و خلال تنفيذها من خلال نسبة المشاركة الضعيفة جدا للطبيين و شبه الطبيين وإقصاء الإداريين من كلتا المؤسستين في ذلك. و بما أن هذه الفئة تضم المسيرين فكان من المفروض أن تلعب الدور الأساسي في شرح و توضيح و إيصال أهداف و تطلعات و انتظارات عمال هاتين المؤسستين

و مناقشة ذلك مع الجهات المكلفة بإعداد العملية الإصلاحية، ثم العودة لإعلام باقي الفئات بالتطورات والمكاسب الجديدة لهم ضمن مشروع الإصلاح. لكن فرصة المشاركة لم تمنح لهاته الفئة بالنسبة لميدان بحثنا. خاصة و أن هذا القطاع يزخر بالكفاءات العلمية و ذوي الخبرة من المتخصصين في الصحة سواء من المسيرين أو من الممارسين للعلاج، و الذين تعد مشاركتهم من العوامل التي تزيد من فعالية عملية اتخاذ القرارات، و تنفيذها وتقييمها.

- إن التهميش للأدوار و عدم خدمة الأهداف النسبيين للمستخدمين، و عدم إشراكهم شبه الكلي في خلق حوار حول هذه الإصلاحات أدى إلى طغيان عدم التحفيز لدى الغالبية منهم و التي تمس كل الفئات من حيث الأقدمية سواء من حديثي العمل أو القدماء فيه.

- كما أن المؤسسة لا تقدر مهنة المبحوثين إلا بشكل نسبي، والذين يحسون بذلك هم الإداريون و شبه الطبيون، في حين تبقى فئة الطبيين و الأعوان المهنيين تشعر بعدم التقدير لمهنتهم في هذا الوسط من طرف مؤسساتهم . و تقدير المؤسسة لمهن جزء من مستخدميها هو شعور مؤذ للجزء الآخر ويغذي لإحساس بعدم الانتماء إلى نفس المؤسسة مما يجعلهم يعانون من التهميش و بالتالي نقص الدافعية في الأداء. هذا عن الجوانب المعنوية لعملية التحفيز.

أما من حيث الجوانب المادية فإننا استنتجنا :

- أن الغالبية الكبرى لموظفي قطاع الصحة تعاني ضائقة في مستوى معيشتهم مقارنة بالأجور التي يتقاضونها، خاصة مع الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي تعيشها البلاد. كما تحصل الأقلية من المستخدمين (الطبيون) على معظم الكتلة الأجرية للمؤسسة و ذلك ما أدى إلى نقص حافز الأجر عند غالبيتهم و انعدامه عند البقية، كما أن هذه الأجور غير مجزية للجهود المبذولة من طرف الغالبية الكبرى لموظفيها، و قد يعد سببا لتركهم القطاع العام و انتقالهم إلى القطاع الخاص بحثا عن أجور مكافئة أكثر.

- إلى جانب عدم توفر نظام الحوافز على مكافآت مالية، فهي مثل باقي قطاعات الوظيفة العمومي تتركز في منحة المردودية المعتمدة على أسلوب التنقيط من طرف المشرفين عن العمل، و أيضا هناك منحة خطر العدوى و التي تمنح لفئات معينة في المؤسسة دون غيرهم على الرغم من أن كل الفئات معرضة لهذا الخطر، و هي مصدر إستياء كبير لدى بقية الفئات المحرومة منها .

- و بالإضافة إلى ذلك فإن برامج العمل هي مكثفة في أغلبها حسب التصريحات و يعود ذلك إلى العجز في أعداد الموارد البشرية من طبيين و شبه طبيين و حتى بعض تخصصات الأعوان المهنيين، مما يؤدي إلى تكثيف العمل على بعض الفئات من التخصصات دون غيرهم، كما يؤدي مع مرور الوقت إلى إرهاق هذه الفئات و يضاعف احتمال ارتكابهم لأخطاء مهنية لا تقدر بثمن إذا كانت تتعلق بصحة أو حياة المواطن، و قد يدفعهم إلى التسرب للقطاع الخاص الذي قد يوفر لهم برامج وفق المقاييس المهنية الخاصة بكل تخصص. فبرامج العمل هي غير محفزة و من شأنها إحباط الشعور بالرضا المستهدف.

- أما ظروف العمل حسب الأماكن التي يزاول فيها المبحوثون أعمالهم فهي غير مناسبة في أغلبها. وقصدنا بظروف مكان العمل تلك الشروط المادية من إنارة و تهوية و اتساع... و التي لها دور كبير في تحفيز العمال و رفع مستوى رضاهم. و المؤسسة الصحية بصفتها ملتقى لجميع الأمراض و الأوبئة فان الأمر يقتضي توفير هذه الشروط المادية و بصرامة خاصة شروط النظافة الصحية و التي تعد ذات الأولوية. و نقص هذا الشرط يمس حقا هاما من حقوق مستخدمي هذا القطاع بالدرجة الأولى، كما يمس طالبي العلاج من المرضى، و زوارهم من مختلف فئات المجتمع و كذلك البيئة المادية المحيطة، كما تعد إجراءات الوقاية و الأمن الأخرى غير صارمة عند الأغلبية مما يشعرهم بعدم الطمأنينة و عدم الأمان.

- و فيما يخص توفر وسائل العمل الضرورية لأداء المبحوثين لمهامهم فهي غالبا متوفرة أحيانا لدى كل الفئات، و يكون بعضها منعدما لدى بعض الفئات حسب تصريحاتهم. و ديمومة توفرها هو أمر ضعيف جدا إلى درجة ندرته. و تخصيص الوسائل اللازمة للعمل دائما يتطلب حنكة تنظيمية و اقتصادية كبيرة في ظل الظروف الراهنة التي تعيشها المؤسسة العمومية للصحة خاصة من ناحية تمويل النشاطات الطبية و شبه الطبية التي تؤديها.

- أما من حيث الحوافز فتستفيد الأغلبية منها نسبيا. في حين عبرت البقية ذات النسبة المهمة عن عدم استفادتها، و تتمثل هذه الفئات في أغلبية الطبيين و شبه الطبيين و كذلك الإداريين. مما يعطينا صورة عن عدم توازن الفئات في الاستفادة منها، و إقصاء حديثي العمل من حيث الأقدمية ، وكذا الفئات الرئيسية لعملية انتاج الخدمة الصحية. و تمثلت هذه الحوافز في معظمها في الترقية والتكوين و هما الصيغتان الغالبتان على إدارات الوظيف العمومي التي تنتمي إليها المؤسسة الصحية و اللتان يتحصل عليهما عن طريق معيار الأقدمية ثم زيادة الإنتاج ثم المواظبة. و تتناقص صيغ التحفيز عن طريق التشجيع و تنعدم عن طريق المكافأة العينية.

- كما توفر المؤسسة بعض الخدمات و التي يمكن إدراجها ضمن الحوافز، لكن نفس الشيء غالبية المبحوثين لا يحصلون عليها، في حين يستفيد منها نسبيا بالنسبة لخدمة القروض المالية في إطار الخدمات الاجتماعية، وخدمة التغذية في إطار تبعات تأدية بعض الأسلاك للمداومة. و لذلك تمكنا من استنتاج أن تصميم برامج الخدمات الاجتماعية يخدم أكثر بعض الإحتياجات القاعدية و لا يوفر التنوع الذي يتماشى مع تنوع الفئات المهنية في الصحة من حيث المستوى الثقافي و المعيشي و حتى العلمي مما يجعلهم يحسون بالتمهيش مرة أخرى و عدم التساوي في حق الخدمة الاجتماعية و يقيمونها بأنها غير جيدة أو منعدمة.

- كما ظهر جانب جد مهم في عملية التحفيز و هو الدعم النسبي الذي يوفره المشرفون عن العمل لمروسيهم ، و الذي يغلب عند الإداريين و الأعوان المهنيين ، و ينقص عند شبه الطبيين و ينقص أكثر عند الطبيين ، و ذلك يرد لطبيعة العمل. فعلى هؤلاء أن يثبتوا مهاراتهم و كفاءاتهم و قدراتهم بعيدا عن

دعم رؤسائهم، و أن يعتمدوا على معارفهم و خبراتهم العلمية أكثر. و لا تتعدى علاقتهم حد البساطة مع مشرفيهم والتي تتمثل في التوجيهات العامة و تنظيم العمل.

- أما قوانين العمل التي تسيّر الحياة المهنية لمستخدمي المؤسسات من حيث الحقوق و الواجبات فيشكروا غالبيتهم نقصها و محدوديتها، و تزيد نسبة أخرى عليها بوصفها أنها محدودة جداً، هذا رغم خضوعها إلى تعديلات مابين سنوات 2008 و 2012 لكنها مازالت محل نقاش بين مختلف النقابات و الجهات الوصية إلى غاية الآن قصد تحيينها وفق الظروف الجديدة.

- كما سجلنا أن الأغلبية لا يريدون تغيير عملهم إلى مؤسسة صحية أخرى في حين تريد نسبة معتبرة منهم المغادرة. و لم يكن لعامل أهمية المهنية أي تأثير في هذين القرارين سواء في البقاء أو في المغادرة. أما عامل التحفيز فكان له دوره بالنسبة للذين يريدون المغادرة و هم في غالبيتهم غير المحفزين من الطبيين وشبه الطبيين. و لا يعتبر ذو علاقة مع الذين يريدون البقاء حيث توجد فئة معتبرة من غير المحفزين الذين يتمسكون بمؤسساتهم.

- كما يريد حوالي نصف المبحوثين تغيير قطاع العمل إلى قطاع آخر غير الصحة. و هنا يبرز عامل التحفيز بعلاقته مع هذا المتغير، حيث أغلب من يريدون تغيير القطاع هم غير المحفزون، و أغلب من يريدون البقاء هم المحفزون، كما لعب دور الأقدمية دورا نسبيا حيث أن أغلبية الفئة الأكبر أقدمية لا يريدون تغيير القطاع لأنهم على أبواب التقاعد، و كذلك حديثي العمل و قليلي الخبرة أيضا. أما الفئتين اللتان تقعان بينهما (ذوي الخبرة المتوسطة والطويلة) فأغلبهما من غير المحفزين يريد التغيير إلى قطاع آخر. و يظهر أيضا عامل أهمية المهنة غير مؤثر على تغيير القطاع أو عدم تغييره. لكن فئة الطبيين متمسكة أكثر من غيرها من الفئات بقطاع الصحة دون غيره من القطاعات، مع نسب ضعيفة من الفئات الأخرى.

- و يتوقع الأغلبية عدم نجاح هذه الإصلاحات لكن بدرجات متفاوتة فالغالبية القصوى يمثلها الطبيون و هم - حسب ميدان دراستنا - الذين لا تقدر مؤسساتهم مهنتهم ، و لا تحفزهم ، و قد همشوا إلى حد بعيد في المشاركة في مناقشة الإصلاحات ، ثم تبدأ بالتناقص عند شبه الطبيين و الأعوان المهنيين لتصل إلى نصف الإداريين و تبقى النسبة القليلة الباقية ممن يتوقعون نجاح الإصلاحات ، أكبرها نصف الإداريين ، و هذه نسبة هامة. و لذلك نقول أن هذه الإصلاحات يتوقع فشلها غالبا، و يبقى توقع نجاحها ضعيف نسبيا.

كما لاحظنا وجود علاقة مع توقعات النجاح و خدماتها لأهداف المبحوثين، حيث كلما خدمت هذه الإصلاحات أهدافهم ، كلما كانت توقعاتهم بالنجاح أكثر .

و تعود أسباب هذا الفشل المتوقع حسب المبحوثين: عدم الثقة في القائمين عليها بأكثر نسبة ، يليه سبب اعتبارها مجرد خطاب و عدم إمكانية ترجمتها إلى أفعال ، ثم إلى سبب ثالث هو عدم الإقتناع بما جاءت به.

3.1. عرض وتحليل المحور الثالث: علاقة الإصلاحات الصحية بإستراتيجية الإتصال المعتمدة (الفرضية الثانية) :

الجدول رقم 46: يبين رأي المبحوثين في الإصلاحات الصحية من حيث الوضوح حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الإصلاحات الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
19.3	29	21.5	14	16.7	02	25	09	10.8	04	واضحة
76	114	75.4	49	66.6	08	69.4	25	86.5	32	غامضة
4.7	07	3.1	02	16.7	02	5.6	02	2.7	01	لا أعلم
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من الجدول أعلاه يتضح أن الاتجاه العام يتمثل في نسبة 76% و هي أكبر نسبة للمبحوثين الذين أجابوا بأن الإصلاحات الصحية هي غامضة. و هي تتدعم بنسبة 86.5% عند الطبيين، تليها نسبة 75.4% عند الأعوان المهنيين، ثم نسبة 69.4% من شبه الطبيين و نسبة 66.6% عند الإداريين. أما نسبة 19.3% فتتمثل نسبة المبحوثين الذين يرون أن محتوى الإصلاحات هو واضح. و هي تتوزع بنسبة 25% من شبه الطبيين تليها نسبة 21.5% عند فئة الأعوان المهنيين ثم الإداريين بنسبة 16.7% و أخيرا نسبة 10.8% من الطبيين. أما نسبة 4.7% فهي تمثل المبحوثين الذين لا يعلمون إن كانت هذه الإصلاحات واضحة أو غامضة و هي تتوزع بنسبة 15.7% من الإداريين تليها نسبة 5.6% من شبه الطبيين و نسبة 31% من الأعوان المهنيين و في الأخير نسبة 2.7% من الطبيين.

يعبر الجدول على أن الإصلاح بصفة عامة هو غامض. و ذلك بالنسبة لأغلبية كل الفئات. و ما هو مثير للإهتمام هو أن فئة الطبيين، تعبر عن غموضها أكثر من باقي الفئات، و تظهر درجة الغموض بينها وبين باقي الفئات الأكثر بعدا. و رغم أن فئة الإداريين و التي وصفت في الجدول رقم (14) الأكثر علما بالإصلاحات إلا أنها سجلت نسبة وضوح ضئيلة جدا. و ما يعادلها من عدم العلم. و نفس الشيء بالنسبة لفئتي شبه الطبيين و الأعوان المهنيين لكن بدرجة غموض أكبر، ودرجة وضوح أعلى بقليل من الفئتين السابقتين و عدم علم أقل. و الغموض هو من بين معيقات العملية الإتصالية إذ أن محتوى الرسالة لا يمكن فهمه من قبل المرسل إليهم وذلك مهما كان بعدهم أو قربهم من المصدر (أو المرسل)، و نقصد بهذا أنه

مهما كانت الفئة المهنية قريبة أوبعيدة عن القائمين على الإصلاح، لا يمكنها فهمه طالما كان يكتنفه الغموض. و على هذا الأساس كان يجدر بهؤلاء الإصلاحيين أن يبسطوا المحتوى و يرافقون ذلك بعملية شرح و توضيح واسعة لكل الفئات حتى يضمنوا فهمها. و من بعد ذلك تكون ردود الأفعال، و التي لن يزيد بها الفهم إلا إيجابية، أما الغموض فيترك الأمر عرضة للتأويلات و التخوفات و ينتج ردودا بعدم الإندفاع لإنجاز أي هدف لهذا الإصلاح، لأنه و باختصار ما يراد إنجاز غير مفهوم .

الجدول رقم 47: يبين رأي المبحوثين في الإصلاحات الصحية من حيث الوضوح حسب المستوى الدراسي :

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		إبتدائي		المستوى الدراسي الإصلاحات الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
31.9	29	19.2	14	17	07	20.7	06	28.6	02	واضحة
76	114	76.7	56	75.7	31	75.9	22	71.4	05	غامضة
4.7	07	4.1	03	7.3	03	3.4	01	-	-	لا أعلم
100	150	100	73	100	41	100	29	100	07	المجموع

إن الإتجاه العام في الجدول أعلاه يتمثل في نسبة 76% من المبحوثين الذين يرون أن هذه الإصلاحات هي غامضة. و تتدعم بنسبة 76.7% من الجامعيين، ثم بنسبة 75% من ذوي المستوى الدراسي الثانوي و المتوسط ثم بنسبة 71.4% عند ذوي المستوى الابتدائي. و تليها نسبة 19.3% ممن يرون أن الإصلاحات هي واضحة، و هي تتوزع بنسبة 28.6% من فئة ذوي المستوى الإبتدائي، تليها نسبة 20.7% من ذوي المستوى المتوسط، ثم نسبة 19.2% من ذوي المستوى الجامعي، و نسبة 17% من فئة المستوى الثانوي. في حين سجلت الإجابة بعدم العلم بوضوحها أو بغموضها بنسبة 4.7% من الثانويين، و 4.1% من الجامعيين، ثم 3.4% من ذوي المستوى المتوسط.

إن ربط متغير وضوح أو غموض الإصلاحات الصحية بمتغير المستوى الدراسي جاء بنتائج غير بعيدة عن تلك التي تم تسجيلها في الجدول السابق (رقم 46) حيث أن غالبية فئات المستويات الدراسية أكدت غموض هذه الإصلاحات، و سجل الجامعيون أكبر نسبة للغموض. و كذلك الثانويون، أما الوضوح فكان مثيرا للاهتمام أكثر عندما زادت نسبة ذوي المستوى الإبتدائي و المتوسط عن نسبة الجامعيين و الثانويين. فالمعروف أن ذوي المستوى الدراسي الأعلى هم من تكون لهم القدرة على الفهم الأكثر، لكن ذلك لم

يتحقق في العينة محل الدراسة، و ذلك يدل على عدم وجود علاقة للمستوى الدراسي بوضوحية الإصلاحات الصحية. و يدل في نفس الوقت أن المشكل ليس في المستوى الدراسي للفئات، و لو كان كذلك لظهر من خلال التسلسل التصاعدي أو التنازلي لفهم الإصلاحات حسب التسلسل التصاعدي أو التنازلي للمستوى الدراسي، و إنما المشكل هو في غموض المحتوى فعلا و الذي لم تتمكن أي فئة من فهمه مهما زاد أو نقص مستواها الدراسي، و النتيجة المنتظرة من هذا الغموض و هذا الإبهام هي عدم التفاعل الإيجابي لمختلف الفئات مع هذه الإصلاحات.

الجدول رقم 48: يبين رأي المبحوثين في وضوح الإصلاحات حسب علمهم بها :

المجموع		لا		نعم		العلم بالإصلاحات الإصلاحات
%	ك	%	ك	%	ك	
19.3	29	-	-	38.7	29	واضحة
76	114	90.7	68	61.3	46	غامضة
4.7	07	9.3	07	-	-	لا أعلم
100	150	50	75	50	75	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح لنا أن أكبر نسبة للمبحوثين هم من يرون أن هذه الإصلاحات هي غامضة وذلك بنسبة 76%، و تتدعم هذه الإجابة بنسبة 90.7% ممن لا يعلمون بها، و بنسبة 61.3% ممن يعلمون بها. أما نسبة 19.3% فهي النسبة الممثلة لمن أجابوا على أنها واضحة، و هي تتوزع بنسبة 38.7% من فئة الذين يعلمون بها، و تتدعم عند المبحوثين الذين لا يعلمون بها. في حين أن المبحوثين الذين لا يعلمون إن كانت هذه الإصلاحات واضحة أم غامضة هم الذين لا يعلمون بها و ذلك بنسبة 9.3%.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الحكم بالغموض هو الأكثر تأكيدا من الحكم بعدم العلم بها. و قد أدرجنا إجابة عدم العلم في هذا السؤال (رقم 11) لاختبار إن كان العلم أو عدم العلم المعبر عنه في السؤال رقم 10 (العلم بالإصلاحات) هو علم واضح بها، أو علم بها لكن غامض هذا من ناحية، أو عدم علم نتيجة الغموض الذي يكتنفها أو عدم علم بآتم معنى الكلمة (أي من لا يعلم ما هي الإصلاحات المدرجة لن يعلم إن كانت واضحة أو غامضة من حيث المحتوى). و هذا ما ثبت، فعدم العلم بها المعبر عنه إجابة للسؤال

10 إنما هو غموض في أغلبيته 90.7%. هذا بالإضافة إلى أن من أجابوا أنهم يعلمون بها ظهر من خلال إجاباتهم أن الإصلاحات عند نسبة غالبية منهم (61.3%) هي غامضة.

الجدول رقم 49: يبين رأي المبحوثين في الوعي بفائدة هذه الإصلاحات على مستوى المؤسسة حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الوعي بالإصلاحات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
22	33	24.6	16	25	03	22.2	08	16.2	06	نعم
74	111	73.8	48	58.3	07	75	27	78.3	29	لا
04	06	1.6	01	16.7	02	2.8	01	5.5	02	لا أعلم
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول يظهر أن الإتجاه العام يتمثل في 74% و هي نسبة المبحوثين الذين أجابوا بعدم وجود وعي بفائدة الإصلاحات الصحية على مستوى المؤسسة، و تندعم بنسب متقاربة من أغلب الفئات، حيث تتوزع بنسبة 78.3% من فئة الطبيين و نسبة 75% من فئة شبه الطبيين ثم نسبة 73.8% من الأعوان المهنيين ثم بنسبة 58.3% من الإداريين. أما نسبة 22% فهي تمثل رأي المبحوثين الذين أكدوا وجود وعي بفائدة هذه الإصلاحات على مستوى المؤسسات الصحية. و هي تتوزع بنسبة 25% من الإداريين تليها نسبة 24.6% من الأعوان المهنيين، ثم نسبة 22.2% من شبه الطبيين و 16.2% من الطبيين. في حين أن نسبة 4% منهم لا تعلم إن كان هناك وعي أم لا على مستوى المؤسسة و ذلك بنسبة 16.7% من فئة الإداريين و 5.5% من الطبيين.

من خلال هذه المعطيات نلاحظ أن أغلبية المبحوثين يرون عدم الوعي في المؤسسة بفائدة هذه الإصلاحات، و ذلك عند كل الفئات المهنية، و هذا أمر منطقي كنتيجة للكثير من الغموض الذي اكتتفته عملية الإصلاح و لتهميش أدوار أغلبية المستخدمين في إجراءاتها.

جدول رقم 50 : يبين رأي المبحوثين في استغلال مؤسستهم لكل إمكانياتها لإنجاح هذه الإصلاحات و أسباب ذلك حسب الفئة المهنية:

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة استغلال الإمكانيات المهنية السبب	الفئة استغلال الإمكانيات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
18.7	28	20	13	16.7	02	16.7	06	19	07	تؤيد و تؤمن بالتغيير	نعم
22	33	27.7	18	25	03	22.2	08	10.8	04	مرغمة على التغيير	
40.7	61	47.7	31	41.7	05	38.9	14	29.8	11	المجموع	
59.3	89	52.3	34	58.3	07	61.1	22	70.2	26		لا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37		المجموع

يتضح من خلال الجدول أن أكبر نسبة للإجابات تمثلت في رأي المبحوثين في أن المؤسسة لا تستغل كل إمكانياتها من أجل إنجاح هذه الإصلاحات و ذلك هو الإتجاه العام، و الذي يتدعم بنسبة 59.3% من الإجابات. و هي تتوزع بنسبة 70.2% من فئة الطبيين تليها نسبة 61.1% من شبه الطبيين، ثم نسبة 58.3% من الإداريين و نسبة 52.3% من الأعوان المهنيين. أما نسبة 40.7% فهي تمثل رأي المبحوثين بأن المؤسسة تستغل كل إمكانياتها من أجل إنجاح هذه الإصلاحات، و هي تتوزع بنسبة 47.7% من الأعوان المهنيين، ثم 41.7% من الإداريين ثم 38.9% من فئة شبه الطبيين، و 29.8% من فئة الطبيين. و تتأكد هذه الإجابة بنسبة 22% من المبحوثين الذين ارجعوا استغلال المؤسسة لكل إمكانياتها إلى كونها مرغمة على ذلك و يتوزع هذا الرأي بنسبة 27.7% من فئة الأعوان المهنيين، ثم 25% من فئة الإداريين، ثم نسبة 22.2% من شبه الطبيين، و نسبة 10.8% من الطبيين. أما الرأي بأن المؤسسة تستغل كل إمكانياتها عن قناعة و ذلك لأنها تؤمن و تؤيد هذا التغيير فتتمثل في نسبة 18.7%، و هي تتوزع بنسبة 20% من فئة الأعوان المهنيين، ثم 19% من فئة الطبيين، تليها نسبة 16.7% لكلا الفئتين من شبه الطبيين و الإداريين .

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أغلبية المبحوثين يرون أن المؤسسة لا تستغل كل إمكانياتها المادية والبشرية لإنجاح هذه الإصلاحات، و هذا الرأي ينطبق على كل الفئات المهنية ، و يقر هذا الموقف من

أغلبية المبحوثين أنه هناك طاقات و إمكانيات في المؤسسة بالإمكان استغلالها و تفعيلها لصالح هذه الإصلاحات. أما النسبة الصغرى لمن أجابوا بأنها تستغل إمكانياتها فهم ينقسمون مناصفة (بالتقريب) بين الذين يرون أنها مرغمة على إنجاح هذه التغييرات و بالتالي هي مرغمة على استغلال كل إمكانياتها من أجل ذلك هذا من جهة ، ومن جهة أخرى الذين يرون أن المؤسسة تؤيد و تؤمن بهذا التغيير و لذلك تجند كل إمكانياتها المادية و البشرية و التنظيمية لإنجاح ذلك عن قناعة.

الجدول رقم 51: يبين رأي المبحوثين في قدرة مؤسستهم للتعامل مع التغيير بفاعلية حسب استغلالها لإمكانياتها :

المجموع		لا		نعم		استغلال الإمكانيات التعامل مع التغيير
		%	ك	%	ك	
40	60	31.4	28	52.5	32	بفاعلية
54.7	82	59.6	53	47.5	29	بعدم فاعلية
5.3	08	09	08	-	-	لا أعلم
100	150	100	89	100	61	المجموع

إن أكبر نسبة تتضح من هذا الجدول هي نسبة إجابات المبحوثين بعدم تعامل المؤسسة بفاعلية مع هذا التغيير و ذلك بنسبة 54.7% . و يتدعم هذا الإتجاه العام بنسبة 59.6% من المبحوثين الذين يرون أن المؤسسة لا تستغل كل إمكانياتها لإنجاح هذه الإصلاحات في مقابل نسبة 47.5% من يرون أنها تستغل كل إمكانياتها.

ثم تأتي نسبة 40% ممن يرون أن المؤسسة تتعامل بفاعلية مع هذا التغيير و هي تستغل كل إمكانياتها لإنجاحه و ذلك بنسبة 52.5% من المبحوثين، في مقابل من يرون أنها لا تستغل كل إمكانياتها و الممثلين بنسبة 31.4%. و أضعف نسبة هي 5.3% و الممثلة للمبحوثين الذين لم يستطيعوا معرفة التعامل بفاعلية أو بعدم فاعلية للمؤسسة مع هذا التغيير لكن أجابوا بعدم استغلالها لكل إمكانياتها و ذلك بنسبة 9% .
 يعلمنا هذا الجدول بأن عدم فاعلية المؤسسة في تعاملها مع هذا التغيير مرتبط باستغلالها لإمكانياتها. فكلما توفر هذا الاستغلال الكامل للإمكانيات المادية و البشرية و التنظيمية، كلما كان التعامل مع التغيير بفاعلية، و كلما انعدم أو نقص هذا الإستغلال، انعدمت أو نقصت الفاعلية في مسابقة هذا التغيير.

كما نلاحظ أن حتى ما تمتلكه المؤسسة من إمكانيات قليلة (حسب الجدول رقم 22) لا تستغل بكاملها في تحقيق و إنجاز هذا التغيير و ما عدم امتلاكها للإمكانيات ليس إلا حجة لتصعيب الموقف. و ينم هذا عن عدم توفر الإرادة الكاملة للإلتزام بإنجاح هذه الإصلاحات و الذي يرد إلى عدم الوعي بفائدة هذه الإصلاحات الغالب على مستوى المؤسسة الصحية .

جدول رقم 52 : يبين تقييم المبحوثين لإستراتيجية الإتصال التي رافقت عملية الإصلاح حسب الشهادات الدراسية المتحصل عليها:

المجموع		شهادة جامعية متخصصة		شهادة عامة		شهادة مهنية		بدون شهادة		الشهادات إستراتيجية الإتصال	التقييم
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
10.7	16	7.9	05	14.3	02	10.9	06	16.7	03	موجودة	جيدة
48	72	49.2	31	42.8	06	47.3	26	50	09		رديئة
58.7	88	57.1	36	57.1	08	58.1	32	66.7	12		المجموع
41.3	62	42.9	27	42.9	06	41.9	23	33.3	06	منعدمة	
100	150	100	63	100	14	100	55	100	18	المجموع	

من خلال الجدول يتضح الاتجاه العام يتمثل في نسبة 58.7% من المبحوثين الذين يرون أنه هناك إستراتيجية إتصال مرافقة لعملية الإصلاح، و يتدعم هذا الرأي بنسبة 57.1% لكل من ذوي الشهادات الجامعية المتخصصة و ذوي الشهادات العامة، ثم نسبة 66.7% من عديمي الشهادات ثم نسبة 58.1% من ذوي الشهادات المهنية. لكن نسبة 48% من المعترفين بوجود هذه الإستراتيجية الإتصالية أكدوا رداؤها و يتوزع هذا الرأي بنسبة 50% عند عديمي الشهادات، ثم بنسبة 49.2% من حاملي الشهادات الجامعية المتخصصة ثم نسبة 47.3% من ذوي الشهادات المهنية و 42.8% من ذوي الشهادات العامة، في حين ترى نسبة من المبحوثين قدرها 10.7% أن إستراتيجية الإتصال المرافقة للإصلاحات هي جيدة، و هي تتوزع بنسبة 16.7% من فئة عديمي الشهادات الدراسية، ثم نسبة 14.3% من ذوي الشهادات العامة ثم ذوي الشهادات المهنية بنسبة 10.9%، و بنسبة 7.9% من حاملي الشهادات الجامعية المتخصصة. في حين أن الإجابة بانعدام إستراتيجية الإتصال تمثلت في نسبة 41.3% من المبحوثين

والتي تتوزع بنسبة 42.9% من فئتي ذوي الشهادات الجامعية المتخصصة و ذوي الشهادات العامة بالتساوي. تليها فئة ذوي الشهادات المهنية بنسبة 41.9% ثم عديمي الشهادات بنسبة 33.3%. في غياب معايير و معطيات كافية لتقييم سياسة الإتصال التي رافقت عملية الإصلاح في الصحة ارتأينا أن نربط متغير إستراتيجية الاتصال بمتغير الشهادات الدراسية، و كان القصد منه معرفة كيف تقيم هذه الإستراتيجية من طرف أفراد العينة حسب ما توفره لهم مؤهلاتهم العلمية من إمكانيات للحكم عليها. و قد خلصنا إلى حكمهم برداءة هذه الإستراتيجية بنسبة غالبية، ثم بانعدامها عند نسبة أخرى معتبرة (قريبة من الأولى) من المبحوثين، ثم بنسبة ضعيفة ممن قيموها بأنها جيدة (10.7%). وذلك هو حال إستراتيجية الإتصال التي رافقت عملية الإصلاح و التي طغت عليها الرداءة إلى حد الإنعدام.

جدول رقم 53 : يبين تقييم المبحوثين لإستراتيجية الاتصال المرافقة لعملية الإصلاح حسب علمهم بالإصلاحات :

المجموع		لا		نعم		الشهادات إستراتيجية الاتصال
		%	ك	%	ك	
10.7	16	2.7	02	18.7	14	جيدة
48	72	46.7	35	49.3	37	رديئة
58.7	88	49.4	37	68	51	المجموع
41.3	62	50.6	38	32	24	منعدمة
100	150	50	75	50	75	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام يتمثل في 58.7% من المبحوثين الذين أجابوا بوجود إستراتيجية إتصال مرافقة لهذه العملية الإصلاحية و يتدعم ذلك بنسبة 68% ممن أكدوا علمهم بهذه الإصلاحات، مقابل 49.4% ممن لا يعلمون بها. و قد تأكدت رداءة هذه الإستراتيجية بنسبة 48% عند أصحاب هذا الرأي توزعوا بنسبة 49.3% من الذين يعلنون بهذه الإصلاحات في مقابل نسبة 46.7% ممن لا يعلمون بها. في حين أن من وصفوها بالجيدة مثلوا بنسبة 10.7% من إجمالي المبحوثين، وتتوزع هذه النسبة بنسبة 18.7% ممن يعلمون بالإصلاحات مقابل 2.7% ممن لا يعلمون بها. أما الرأي الممثل للمبحوثين الذين وصفوا هاته الإستراتيجية بالمنعدمة تقارب نسبة 41.3%. و هي تتأكد بنسبة 50.6% من المبحوثين الذين لا يعلمون بالإصلاحات مقابل 32% ممن يعلمون بها.

من خلال هذه المعطيات نستطيع القول أن الأكثر علما بالإصلاحات هم أصحاب الرأي الغالب برداءة إستراتيجية الاتصال المرافقة لعملية الإصلاحات الصحية، و هو حكم يؤخذ به لموضوعيته الأكثر. و كما رأينا في تقديمنا لميدان البحث - في الفصل السادس - فإن تجربة المؤسسة الإستشفائية، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة في التقسيم قد تمت بكاملها دون حتى عقد إجتماع واحد أو نشر مذكرة إعلامية لإبلاغ المستخدمين بذلك، مما سمح بانتشار الإشاعات و المعلومات المغلوطة عن أهداف إعادة الهيكلة، و غيب كل أساليب التواصل. و ذلك هو الإنطباع عن إستراتيجية الإتصال الذي ما يزال راسخا عند مستخدمي هاتين المؤسستين. بالإضافة إلى ما يتعلق بالعناصر الأخرى من العملية الإصلاحية و التي تدخل ضمن هذا الحكم بالرداءة.

الجدول رقم 54: يبين رأي المبحوثين في إعلام مؤسستهم لهم بالتغيرات التي تحدث في مجال عملهم حسب الفئة المهنية :

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الاعلام بالتغيرات	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
16	24	21.5	14	16.7	02	11.1	04	10.8	04	دائما
44.7	67	40	26	75	09	47.2	17	40.5	15	أحيانا
39.3	59	38.5	25	8.3	01	41.7	15	48.7	18	اطلاقا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن النسبة الأكبر من المبحوثين هم الذين أجابوا بأن مؤسستهم تعلمهم بالتغيرات التي تحدث في مجال عملهم أحيانا و هو الإتجاه العام. و يتدعم بنسبة 44.7%، تتوزع بنسبة 75% من الإداريين، تليها نسبة 47.2% من فئة شبه الطبيين، ثم بنسبة 40.5% و 40% من فئتي الطبيين و الأعوان المهنيين على الترتيب. ثم تأتي نسبة 39.3% من المبحوثين الذين أجابوا بأن مؤسستهم لا تعلمهم إطلاقا بالتغيرات التي تحدث في مجال عملهم، و هي تتوزع بنسبة 48.7% من فئة الطبيين، تليها نسبة 41.7% من فئة شبه الطبيين ثم نسبة 38.5% من الأعوان المهنيين و في الأخير نسبة 8.3% من الإداريين. ثم تأتي النسبة الأضعف و التي تمثل رأي المبحوثين الذين أجابوا بأن مؤسستهم تعلمهم دائما بالتغيرات التي تحدث في مجال عملهم بنسبة 16%، و هي تتوزع بنسبة 21.5% من الأعوان

المهنيين، ثم بنسبة 16.7% من الإداريين، و بنسبة 11.1% من شبه الطبيين، و نسبة 10.8% من الطبيين في الأخير.

من خلال هذا الجدول يتضح لنا أن توفير المعلومات المتعلقة بأداء مختلف الفئات المهنية لعملها لا يتوفر في المؤسسات في أغلبه إلا أحيانا و هو في صالح الإداريين أكثر من باقي الفئات. و في الدرجة الثانية يسود عدم الإعلام المطلق حسب رأي المبحوثين و الذي تعاني منه فئة الطبيين بنسبة أكبر مقارنة مع باقي الفئات. أما فيما يخص الإجابة بالإعلام الدائم من طرف المؤسسة لمستخدميها فهي تخص نسبة ضعيفة جدا من المبحوثين موزعين على كل الفئات، و تزيد عنهم فئة الأعوان المهنيين بنسبة أكبر نوعا ما.

و نفسر هذه الملاحظات بكون أن فئة الإداريين تتمتع بامتيازات أكبر في الحصول على المعلومات التي تتعلق بمجالات عملها بصفتها الأقرب إلى قمة هرم نظام المعلومات في المؤسسة، و هي المشاركة الرئيسية في معالجة المعلومات و إعادة توزيعها على محتاجيها، و رغم ذلك فإنها لا تتمكن إلا أحيانا منها، مما يعني عدم وفرتها في النظام أساسا بالكم و النوع الذي تحتاجه. و إذا كانت هذه معاناة فئة الإداريين – رغم امتيازاتهم في هذا المجال – فإن الفئات الأخرى و خاصة الطبيين و شبه الطبيين تعانيان الجهل الغالب للمعلومات المتعلقة بأداء عملها. و هو من أكبر المعوقات في العملية الإنتاجية للخدمة الصحية و التي تحتاج إلى مدخلات من المعلومات الضرورية عن بعض الخصائص و الموارد والإمكانات التنظيمية... و إلى غير ذلك حتى تكون الخدمة الصحية في أتم جودتها. و بتر هذه المعلومات بعدم توفيرها المطلق أو في بعض الأحيان فقط، يعد بترًا للخدمة الصحية المقدمة في جانبها النوعي وحتى الكمي. و عدم تأدية إستراتيجية الاتصال الداخلية للمؤسسة لوظيفة الإعلام يلغي أهمية وجودها أصلا ويؤكد بدل رداءتها إنعدامها، و يترك المجال مفتوحا لدخول المعلومات التي مصدرها الإشاعات والموصوفة بعدم الصدق.

جدول رقم 55 : يبين قدرة المبحوثين على الاتصال بالإدارة العليا :

الإتصال بالإدارة العليا	ك	%
دائما	26	17.3
أحيانا	85	56.7
إطلاقا	39	26
المجموع	150	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام للمبحوثين يتمثل في المجيبين بقدرتهم أحيانا على الإتصال بالإدارة العليا. و يتدعم بنسبة 56.7% من الإجابات. ثم يترتب بعده الرأي بعدم إمكانية الإتصال المطلقة بالإدارة العليا عند الحاجة، و في الأخير نسبة 17.3% الممثلة للمبحوثين الذين أكدوا إمكانية الإتصال الدائم مع الإدارة العليا.

و قد فضلنا في هذا الجدول عدم ربط متغير الإتصال بالإدارة العليا بأي متغير آخر و ذلك قصد الحصول على نظرة عامة لإمكانية اتصال كافة المستخدمين مع الإدارة العليا عند الحاجة. بالرغم من علمنا المسبق أن ربطها بمتغير الفئة المهنية سيؤكد لنا تفاوت هذه الإمكانية حسب الفئات، لكن اكتفينا به لوحده لكشف أن إستراتيجية الإتصال المتبعة من طرف المؤسسة داخليا تشوبها العراقيل و التي تصعب عمليتي الإعلام و الاستعلام بين الإدارة العليا و المستخدمين من باقي المصالح دون استثناء.

جدول رقم 56 : يبين إمكانية إتصال المبحوثين مع كل من له علاقة بوظائفهم بسهولة :

إمكانية الإتصال بمن لهم علاقة بالوظيفة	ك	%
دائما	58	38.7
أحيانا	78	52.3
إطلاقا	14	9.3
المجموع	150	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة تعود للمبحوثين الذين أجابوا بإمكانية الإتصال أحيانا بكل من لهم علاقة بأداء عملهم و ذلك بنسبة 52.3%، تليها نسبة 38.7% من المبحوثين الذين يمكنهم الإتصال دائما بكل من له علاقة بأداء وظائفهم ، ثم في الأخير تأتي نسبة 9.3% من الذين لا يمكنهم إطلاقا الإتصال بمن له علاقة بأداء وظائفهم.

و الأمر نفسه مع الجدول السابق (رقم 54) اكتفينا بالإجابات عن السؤال بسيطة دون ربطها مع أي متغير آخر بقصد الكشف عن السهولة أو المرونة التي توفرها العملية الاتصالية بين كل مبحوث و من له علاقة بأدائه لعمله. واكتشفنا أنه يوجد تطور أو ارتقاء في المستوى في هذا الجانب مقارنة مع العملية الاتصالية بين الإدارة العليا و باقي المستخدمين. و ذلك من شأنه أن يوفر مرونة و سيولة للمعلومات المتبادلة بين المصالح المرتبط أداء عملها مع بعضها البعض. و يتمثل هذا الإرتقاء في تغيير الإتجاه من الإمكانية أحيانا إلى الإمكانية دائما، عوض الإتجاه نحو الأسفل أي نحو عدم الإمكانية إطلاقا. بالرغم من أن المستوى الأفضل هو أن تكون أغلب الإمكانيات هي الإمكانية الدائمة للاتصال. ما كشفنا عنه في هذا الجدول يتمثل

في نقص توفير إستراتيجية الاتصال الداخلي للمؤسسة لإمكانية الاتصال الدائم بين مختلف أطراف العملية الإنتاجية للخدمة الإنتاجية حتى تكون في مستوى النوعية و الفعالية المطلوبتين.

الجدول رقم 57: يبين شرح المشرفين للمبحوثين كيف يساهم عملهم في تحسين أداء المصلحة و المؤسسة ككل حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية المشرفون
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
50.7	76	55.4	36	58.3	07	47.2	17	43.2	16	يشرحون
49.3	74	44.6	29	41.7	05	52.8	19	56.8	21	لا يشرحون
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح لنا أن الإتجاه العام يتمثل في نسبة 50.7% و هي إجابة المبحوثين بأن مشرفيهم يشرحون لهم كيف يساهم عملهم في أداء المصلحة و في أداء المؤسسة ككل. و يتدعم هذا الإتجاه بنسبة 58.3% من فئة الإداريين ثم بنسبة 55.4% من فئة الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 47.2% من فئة شبه الطبيين و في الأخير نسبة 43.2% من الطبيين. و تليها نسبة 49.3% من إجابات المبحوثين التي تفيد بأن مشرفيهم لا يشرحون لهم مساهمة عملهم في أداء المصلحة و في أداء المؤسسة. و تتوزع بنسبة 56.8% من فئة الطبيين، ثم بنسبة 52.8% من فئة شبه الطبيين، ثم بنسبة 44.6% من الأعوان المهنيين و في الأخير نسبة 41.7% من فئة الإداريين.

و نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أغلب المبحوثين من فئة الإداريين ثم من فئة الأعوان المهنيين يتلقون شروحات من رؤسائهم في العمل حول كيفية مساهمة عملهم في تحسين أداء المصلحة و في تحسين أداء المؤسسة ككل. في حين أن أغلبية المبحوثين من فئتي الطبيين ثم من فئة شبه الطبيين يؤكدون عدم شرح رؤسائهم لهم كيفية مساهمة عملهم في تحسين أداء المصالح التي يعملون بها و في تحسين أداء المؤسسة ككل.

و نلاحظ هذا الفرق في معاملة المشرفين للإداريين و التقنيين و للمهنيين، و معاملة المشرفين للطبيين وشبه الطبيين. و لكل معاملة أثرها في ترسيخ أسلوب الإتصال المباشر بين المشرف و المرؤوس. فتتميز العلاقة الأولى (المشرفين مع الإداريين و المهنيين) بكونها مبنية على الحوار بين الطرفين و ذلك من شأنه أن يرفع معنويات المرؤوسين، و يؤدي بالمشرف إلى تقويم كل اعوجاج و تحقيق كل الأهداف المنتظرة من مرؤوسيه دون مقاومة لأي تغيير. و أما العلاقة الثانية (المشرفين مع الطبيين و شبه الطبيين) فتتميز

بغلق كل منافذ الحوار، و تباعد الطرفين و ذلك من شأنه أن يزرع عدم الرضا لدى المرؤوسين و يدفعهم لعدم بذل أي مجهود اتجاه الأهداف المطلوبة، و قد يصبحون مقاومين لأي تغيير بسبب تهميش المشرفين لهم.

الجدول رقم 58: يبين حصول المبحوثين على المعلومات من خلال مصادر غير رسمية حسب الفئة المهنية:

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية المعلومات غير رسمية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
16.7	25	9.2	06	8.3	01	16.6	06	42.4	12	دائما
57.3	86	63	41	33.3	04	58.4	21	54	20	أحيانا
26	39	27.8	18	58.4	07	25	09	13.6	05	إطلاقا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام يتمثل في نسبة كبيرة من المبحوثين الذين أجابوا أنهم يحصلون أحيانا على المعلومات من خلال مصادر غير رسمية. و تتدعم هذه الإجابة بنسبة 57.3%. وهي تتوزع بنسبة 63% من فئة الأعوان المهنيين ثم نسبة 58.4% من فئة شبه الطبيين، ثم نسبة 54% من فئة الأطباء، و أخيرا نسبة 33.3% من فئة الإداريين. ثم تليها نسبة 26% من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم لا يحصلون على المعلومات من مصادر غير رسمية إطلاقا، و هي تتوزع بنسبة 58.4% من الإداريين، و بنسبة 27.8% من الأعوان المهنيين، و بنسبة 25% من شبه الطبيين و أخيرا نسبة 13.6% من الطبيين. أما نسبة المبحوثين الذين أجابوا عن لجوءهم إلى المصادر غير الرسمية دائما للحصول على المعلومات فتمثلت في نسبة 16.7%. و هي تتوزع بنسبة 42.4% من فئة الطبيين، ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 16.6% ثم نسبة 9.2% من الأعوان المهنيين و 8.3% من الإداريين.

و من خلال قراءتنا للمعطيات الواردة في هذا الجدول نلاحظ أن أغلب المبحوثين من فئات الأعوان المهنيين و شبه الطبيين و الطبيين يلجؤون إلى الاتصال غير الرسمي أحيانا للحصول على المعلومات الضرورية لأداء عملهم، و يتوفر الإتصال غير الرسمي في هذا المجال من مصادر داخلية في المؤسسة من باقي المصالح أو من مصادر خارجية عن المؤسسة من باقي زملاء الفئة في المؤسسات الصحية الأخرى أو من السلطات العليا للمؤسسة.

و يظهر عدم الحصول المطلق عن المعلومات من مصادر غير رسمية في الدرجة الثانية بنسبة ضعيفة عند فئات الطبيين و شبه الطبيين و الأعوان المهنيين لكن فئة الإداريين تبرز بنسبتها الكبيرة و عدم استعمال هذه المصادر غير الرسمية لحصولها على المعلومات، طالما توفرت لها إمكانية الحصول عليها من المؤسسة بصفة رسمية (انظر الجدول رقم 52) . أما الذين يعودون إلى المصادر غير الرسمية دائما للحصول على المعلومات فهم المبحوثون الذين ينتمون إلى فئة الطبيين بالدرجة الأولى، ثم فئة شبه الطبيين، و كلاهما يعاني حسب الجدول رقم 52 ، من الجهل بالمعلومات عن طريق المؤسسة و كذلك عن طريق المشرف (الجدول رقم 55) كمصدر رسمي.

الجدول رقم 59: يبين حصول المبحوثين على المعلومات المتعلقة بعملهم من مصادر غير رسمية حسب إعلام مؤسستهم لهم بالتغيرات التي تحدث في مجال عملهم :

المجموع		إطلاقا		أحيانا		دائما		الإعلام بالتغيرات المعلومات غير رسمية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
16.7	25	25.4	15	12	08	8.3	02	دائما
57.3	86	19.2	29	70.1	47	41.7	10	أحيانا
26	39	25.4	15	17.9	12	50	12	إطلاقا
100	150	100	59	100	67	100	24	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام يتمثل في حصول أغلبية المبحوثين، عن المعلومات من مصادر غير رسمية أحيانا، و يتدعم بنسبة 57.3% من الإجابات. و هي تتوزع بنسبة 70.1% من المبحوثين الذين تعلمهم مؤسستهم أحيانا بالتغيرات في مجال عملهم، ثم بنسبة 49.2% من الذين لا تعلمهم إطلاقا مؤسستهم، و بنسبة 41.7% من الذين تعلمهم مؤسستهم دائما. تليها نسبة 26% من المبحوثين الذين أجابوا بأنهم لا يستعملون المصادر غير الرسمية للحصول على المعلومات و يتأكد هذا عند نسبة 50% ممن تعلمهم مؤسستهم دائما، و تليهم نسبة 25.4% ممن لا تعلمهم مؤسستهم إطلاقا، ثم 17.9% ممن تعلمهم أحيانا. أما الذين يستعملون المصادر غير الرسمية للتزود بالمعلومات فهم 16.7% من المبحوثين. و تتوزع هذه النسبة بنسبة 25.4% ممن لا تعلمهم مؤسستهم إطلاقا بالتغيرات التي تحدث في مجال عملهم.

و من خلال هذا الجدول نلاحظ العلاقة الوطيدة التي تجمع بين متغيري الحصول على المعلومات من مصادر غير رسمية و الحصول عليها من طرف المؤسسة. فنجد أنه كلما زاد الإعلام الرسمي الدائم من طرف المؤسسة نقص عدم اللجوء المطلق إلى الاتصال غير الرسمي، و العكس صحيح إذ كلما انعدم الإعلام الرسمي إطلاقاً كان اللجوء إلى الاتصال غير الرسمي دائماً، و كلما كان الإعلام الرسمي أحياناً، تم اللجوء في الأحيان الأخرى إلى الإعلام غير الرسمي.

و بما أن الغالبية حسب الجدول تستعمل أحياناً المصادر غير الرسمية كلما كان الإعلام متوفر أحياناً من طرف المؤسسة. فإننا نتأكد من أن إستراتيجية الإتصال لم توفر المعلومات بالقدر الكافي للمبجوثين مما يجعلهم يلجؤون إلى المصادر غير الرسمية لتعويض المعلومات الناقصة أو الحصول على كافتها إذا كانوا محرومون منها ، و في ذلك خطر على الجو العام في المؤسسة من حيث إمكانية سيادة الإشاعة و المعلومات غير الصادقة و التي تؤدي إلى الخطأ في الإنجاز و في الأداء المستخدم لهذه المعلومات ، هذا بغض النظر عن الإستياء الذي سيغمر شيئاً فشيئاً مختلف أوساط المستخدمين ، و بالتالي الحياذ عن الأهداف المرجوة من التغيير الذي تحمله هذه الإصلاحات.

الجدول رقم 60: يبين رأي المبجوثين في العلاقات بين مختلف المصالح في المؤسسة

حسب الفئة المهنية :

المجموع	الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية العلاقات تتصف	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
41.3	62	38.5	25	41.7	05	41.7	15	46	17	بالتعاون
58.7	88	61.5	40	58.3	07	58.3	21	64	20	بعدم التعاون
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن الإتجاه العام يتمثل في المبجوثين الذين أجابوا بأن العلاقات بين المصالح المختلفة للمؤسسة تتميز بعدم التعاون و تندعم هذه الإجابة بنسبة 58.7%. و هي تتوزع بنسبة 64% من فئة الطبيين تليها نسبة 61.5% من الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 58.3% لكل من فئة شبه الطبيين و الإداريين على التساوي. أما نسبة 41.3% فتمثل إجابات المبجوثين الذين يرون أن العلاقات بين المصالح المختلفة في المؤسسة هي تتميز بالتعاون و هي تتوزع بنسبة 46% من فئة الطبيين، ثم بنسبة 41.7% من فئة الشبه الطبيين و من فئة الإداريين بالمساواة، ثم بنسبة 38.5% من فئة الأعوان المهنيين.

و نستنتج من هذا الجدول أن العلاقات بين مختلف مصالح المؤسسة هي تتميز بعدم التعاون في معظمها. وذلك رأي أغلبية المبحوثين في كل الفئات و أكبر فئة تشكوا عدم التعاون بين المصالح هي فئة الطبيين. وقد رأينا مثالا حيا تمثل في مشكل عدم توفر المعلومات بالنسبة لهذه الفئة والذي يشكل عائقا كبيرا في العملية الإنتاجية، و الأمر يصبح أكثر إعاقة إذا زاده عدم التعاون في المجالات الأخرى – غير المعلومات – من العلاقات التنظيمية بين المصالح بالنسبة لباقي الفئات.

أما الرأي المعبر عن التعاون لم يتعد حتى المتوسط ، و هذا نذير نقص في إستراتيجية الإتصال أيضا.

جدول رقم 61 : يبين رأي المبحوثين في إستراتيجية الاتصال من حيث الفعالية و أسباب عدم فعاليتها حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	إستراتيجية الإتصال
32.6	49	32.3	21	33.3	04	33.3	12	32.4	12	فعالة
25.3	38	24.6	16	33.3	04	27.8	10	21.6	08	لا تشعر بوحدة الفريق
18	27	18.5	12	8.3	01	16.7	06	21.6	08	لا تحفز على العمل
22	33	24.6	16	25	03	19.5	07	18.9	07	لاتحسن علاقات المصالح
0.7	03	-	-	-	-	2.8	01	5.4	02	تركيز المعلومات
67.4	101	67.7	44	66.7	08	66.7	24	67.6	25	المجموع
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام للمبحوثين يتمثل في الإجابة على أن إستراتيجية الإتصال المعتمدة و المرافقة لعملية الإصلاحات هي إستراتيجية غير فعالة.

و تندعم هذه الإجابة بنسبة 67.4%، و تتوزع بنسبة 67.6% بالنسبة لفئتي الطبيين و الأعوان المهنيين متساويتين، تليها فئتي شبه الطبيين و الإداريين بنسبتين متساويتين قدرهما 66.7%. و كل النسب هي متقاربة. و تتأكد عدم الفعالية بنسبة 25.3% من المبحوثين الذين يرون أن هذه الإستراتيجية لا تشعر

بروح الفريق الواحد. و هي تتوزع بنسبة 33.3% من فئة الإداريين و بنسبة 27.8% من فئة شبه الطبيين، ثم بنسبة 24.6% من الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 21.6% من فئة الطبيين. و ترى نسبة 22% من المبحوثين أن هذه الإستراتيجية هي غير فعالة بسبب عدم تحسينها للعلاقات بين مختلف المصالح، و هي تتوزع بنسبة 25% من فئة الإداريين، و بنسبة 24.6% من الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 19.5% من شبه الطبيين و 18.9% من فئة الطبيين. كما رأت نسبة 18% من المبحوثين أن السبب في عدم الفاعلية يكمن في عدم تحفيز إستراتيجية الاتصال على العمل، و توزعت بنسبة 21.6% عند الطبيين، و بنسبة 18.5% عند الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 16.7% من فئة شبه الطبيين، و بنسبة 8.3% من الإداريين. وقد ورد رأي بوجود أسباب أخرى تلخصت في تركيز المعلومات عند الإدارة العليا و عدم توفيرها لبقية المصالح بنسبة ضئيلة قدرها 0.7% و توزعت بنسبة 5.4% عند الطبيين و 2.8% عند شبه الطبيين.

أما نسبة المبحوثين الذين أجابوا بأن إستراتيجية الاتصال كانت فعالة فتمثلت في 32.6%، و هي تتوزع بنسبة متساوية قدرها 33.3% من فئتي شبه الطبيين و الإداريين، و نسبة متساوية لفئتي الطبيين و الأعوان المهنيين بنسبة 32.4%.

و نلاحظ من هذا الجدول أن أغلب المبحوثين يرون أن إستراتيجية الاتصال المعتمدة من طرف المؤسسة و المرافقة لعملية الإصلاحات هي غير فعالة، وذلك يعود: للسبب الأول المتمثل في عدم تعزيزها للشعور بأن كل فئات المؤسسة هم فريق واحد في عملية إنتاج الخدمة الصحية، و كان هذا الرأي الغالب لفئة الإداريين و شبه الطبيين، و السبب الثاني لعدم الفعالية يكمن في أنها لم تحسن العلاقات بين المصالح، وذلك الرأي يغلب على فئة الإداريين و الأعوان المهنيين من المبحوثين، ثم يأتي السبب الثالث و الذي يتمثل في عدم تحفيزها على العمل، و هذا الرأي تغلب فيه فئة الطبيين و الأعوان المهنيين.

و من هنا نلاحظ أن كل فئة ترجو أهدافا من خلال إستراتيجية الإتصال، و مهما اختلفت تفضيلاتهم فإنها لاتعدو أن تخرج عن نطاق ثلاثة أهداف ذات أولوية هي :

- التحسيس بأن الكل فريق واحد.

- و تحسين الروابط بين مختلف المصالح المكونة للمؤسسة.

- و أن تكون محفزة على العمل.

و كلها أهداف تبدو من بديهيات أي إستراتيجية اتصال، لكن الإستراتيجية التي اعتمدت في ميدان بحثنا و المرافقة لعملية الإصلاحات لم تراع هاته البديهيات أو هذه المبادئ.

الجدول رقم 62: يبين رأي المبحوثين حول إلتزام المؤسسة بأداء الأهداف المرسومة من طرف السلطات الوصية حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الإلتزام بالأهداف
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
32.6	49	32.3	21	33.3	04	33.3	12	32.5	12	نعم
67.3	101	67.7	44	66.7	08	66.7	24	67.5	25	لا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن الاتجاه العام للمبحوثين يتمثل في الإجابة على أن المؤسسة لا تلتزم بأداء الأهداف المرسومة من طرف السلطات الوصية، و هي تتدعم بنسبة 67.3%. و تتوزع بنسب متساوية قدرها 67.5% من فئتي الطبيين و الأعوان المهنيين، و بنسبتي 66.7% من كلا الفئتين لشبه الطبيين والإداريين.

أما نسبة 32.6% فهي تمثل نسبة المبحوثين الذين صرحوا بأن المؤسسة هي ملتزمة بأداء الأهداف المرسومة من طرف الوزارة الوصية، و هي تتوزع بنسبة 33.3% لكل فئة من شبه الطبيين و الإداريين، و بنسبة 32.5% لكل فئة من الطبيين و الأعوان المهنيين.

الملاحظة الهامة من هذا الجدول تتمثل في تقارب النسب الشديد بين كلا الرأيين لكل الفئات. فنرى بالنسبة للرأي الغالب و المتمثل في عدم التزم المؤسسة بأداء الأهداف المرسومة من السلطات الوصية التقارب الشديد بين فئتي الطبيين و الأعوان المهنيين- و هذا ليس بأول ملاحظة - و تقارب فئتي شبه الطبيين والإداريين. و في الرأي المخالف المصرح بالإلتزام بأداء الأهداف نلاحظ نفس التقارب الشديد بين نفس الفئات. و عموما فإن هذا التقارب يدل على صدق و تطابق التصريحات مع الواقع، إذ يسهل إدراك الأمر في نفس الوقت والإتفاق عليه.

و نفسر تقارب فئتي الطبيين و الأعوان المهنيين في بعض الآراء (جداول رقم 57 و 58) بكونهما القريبتان أكثر من حيث الإحساس الأكبر بالتهميش في عمليتي الإتصال والتحفيز، كما أن فئتي شبه الطبيين و الإداريين يقتربان من بعضهما أكثر في كلتا العمليتين.

الجدول رقم 63: يبين رأي المبحوثين حول التحديث المنتظم للإجراءات في المؤسسة حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية التحديث المنتظم للإجراءات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
53.3	80	60	39	58.3	07	47.2	17	46	17	نعم
46.7	70	40	26	41.7	05	52.8	19	54	20	لا
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام للمبحوثين يتمثل في الإجابة بأن هناك تحديث منتظم للإجراءات المهمة في المؤسسة، و تندعم هذه الإجابة بنسبة 53.3%. و تتوزع بنسبة 60% من الأعوان المهنيين، ثم تليها فئة الإداريين بنسبة 58.3%، ثم فئة شبه الطبيين بنسبة 47.2%، و أخيرا بنسبة 46% من فئة الطبيين. أما نسبة 46.7% فهي تمثل رأي المبحوثين بأنه ليس هناك تحديث منتظم للإجراءات المهمة في المؤسسة. و تتوزع بنسبة 54% من فئة الطبيين، ثم بنسبة 52.8% من شبه الطبيين، و تليها فئة الإداريين بنسبة 41.7%، ثم فئة الأعوان المهنيين بنسبة 40%.

و الملاحظات التي يتم استخراجها من هذا الجدول هو أن أغلب المبحوثين يرون أنه يتم تحديث جميع الإجراءات المهمة في المؤسسة بانتظام. و لكن إذا دققنا الملاحظة نجد أن هذه الأغلبية تمثل فقط الفئتين المهنيتين للإداريين و الأعوان المهنيين أما أغلبية فئتي الطبيين و شبه الطبيين فهم يرون أنها لا تحدث بانتظام. و يعود ذلك إلى كون الإجراءات المهمة في عمل هاته الفئات مختلفة تماما عن إجراءات عمل الفئات الأخرى. فتمتاز إجراءات العمل للإداريين و المهنيين بالتسلسل البيروقراطي الهرمي و بالبساطة و الوضوح وإمكانية إنجازها إن توفرت الوسائل الملائمة أوحتى وإن قلت قليلا، أما إجراءات العمل بالنسبة لفئتي الطبيين و شبه الطبيين فهي تتميز بالتوسع الأفقي للتخصصات يبلغ إلى حد درجة التوازي بينهما من حيث الأهمية، كما تتميز بالتعقيد العلمي و التقني في آن واحد، مما يجعل فقط أهلها الأدرى بها و الأفضل موقعا لتقييمها أو للتنبؤ بها، و أيضا قد تكون مجالا لتداخل عدة إجراءات لعدة جهات متخصصة في آن واحد، ومن هنا تنبع صعوبة التحديث المنتظم لإجراءات العمل المتعلقة بهاتين

الفئتين، و يستوجب انتظامها إشراك المؤسسة لهؤلاء المتخصصين، وما ينتج من عدم انتظام هو دليل على استبعاد هذه الفئة من عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بإجراءات العمل المراد تحديثها، و هذا ما حصل

- على سبيل المثال - عندما أريد تحديث بطاقة الإستشفاء التي كانت مقدره الإنجاز خلال مدة قصيرة، إلا أن الواقع أثبت عكس ذلك ، حيث أن إجراءات ملئها من طرف كل المتدخلين في إنتاج الخدمات الصحية للمريض الواحد – صاحب البطاقة الاستشفائية- كانت جد معقدة ، و أخذ الأمر سنوات عديدة و مازالت تشكو شغور خاناتها، و يتعلق الأمر في غالبه بمشاكل تقنية لا يحلها إلا أولوا الإختصاص. و الأمثلة من هذا النوع كثيرة، منها ما عرف الحل مع مرور السنوات و منها ما هو قيد الإنتظار، و أغلبها يستوجب حلولاً تشاركية و تعاونية بين كل المصالح الفاعلة في الموضوع المطروح. و تزداد استحالة إيجاد الحلول كلما اتصفت العلاقات بين المصالح المعنية بعدم التعاون كما هو الحال في ميدان البحث الذي جرت فيه هذه الدراسة.

الجدول رقم 64: يبين رأي المبحوثين في تحديث المؤسسة لكل الإجراءات بانتظام حسب الإلتزام بالأهداف المرسومة من طرف الوزارة الوصية :

المجموع		لا		نعم		الإلتزام بالأهداف التحديث المنتظم للإجراءات
		%	ك	%	ك	
53.3	80	45.6	46	69.4	34	نعم
46.7	70	54.4	55	30.6	15	لا
100	150	100	101	100	49	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن الإتجاه العام يمثل المبحوثين المجيبين بالتحديث المنتظم لإجراءات العمل المهمة و تندعم هذه الإجابة بنسبة 53.3%، و هي تتوزع بنسبة 69.4% من المبحوثين الذين صرحوا باللتزام المؤسسة بأداء أهداف الوزارة الوصية مقابل نسبة 45.6% ممن صرحوا بعدم إلتزامها بها، أما نسبة 46.7% فتمثل المبحوثين الذين صرحوا بعدم التحديث المنتظم للإجراءات المهمة في العمل من طرف المؤسسة، و تتوزع بنسبة 54.4% ممن صرحوا أن المؤسسة غير ملتزمة بأداء الأهداف المرسومة من طرف الوزارة الوصية مقابل 30.6% ممن يرون أنها ملتزمة بذلك.

و تتجلى من الجدول العلاقة بين متغيري التحديث المنتظم للإجراءات و الإلتزام بأهداف الوزارة، فهي علاقة طردية. إذ كلما توفر التحديث المنتظم لإجراءات العمل المهمة في المؤسسة تحقق الإلتزام بأداء

الأهداف المرسومة من طرف الوصاية ، و العكس صحيح. حيث كلما لم ينتظم تحديث الإجراءات المهمة في العمل فإن الإلتزام بأداء الأهداف المرسومة لن يتحقق .
و من هنا يظهر أن الإجراءات التي تم تحديثها من طرف المؤسسة بانتظام هي توافق الأهداف المحددة من طرف الوزارة و هي جزء من الأهداف الرسمية للإصلاحات، لكن ذلك يبقى نسبيا أو جزئيا مقارنة مما تبقى من إجراءات لم يتم تحديثها بانتظام حسب الرأي الآخر للمبجوثين و الذي رأينا (حسب الجدول رقم 60) أنه يخص أكثر الإجراءات المتعلقة بالنشاط الطبي و شبه الطبي للمؤسسة و هو قلب عملية إنتاج الخدمة الصحية ، في حين أن المنجز من الإجراءات يخص فقط الإجراءات المتعلقة بالنشاط المساعد والذي يؤديه الإداريون و الأعوان المهنيون لخدمة النشاط الرئيسي، حتى تخرج الخدمة الصحية بمواصفاتها الكمية و النوعية لطالبيها من المرضى و المواطنين الذين هم في حاجتها، و ذلك هو الجزء المتبقي إنجازة من أهداف الإصلاحات الصحية المرسومة من طرف الوصاية و الذي شرحنا أنه هو الأهم والأولى .

جدول رقم 65 : يبين رأي المبجوثين في وجود إستراتيجية إتصال للإصلاح و علاقته مع

تحديث المؤسسة المنتظم للإجراءات :

المجموع		لا		نعم		الإجراءات تقييمها	تحديث إستراتيجية الاتصال
%	ك	%	ك	%	ك		
10.7	16	1.4	01	18.8	15	جيدة	موجودة
48	72	50	35	46.2	37	رديئة	
58.7	88	51.4	36	65	52	المجموع	
41.3	62	49.6	34	35	28	غير موجودة	
100	150	100	70	100	80	المجموع	

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام للمبجوثين يتمثل في وجود إستراتيجية اتصال مرافقة لعملية الإصلاح و يتدعم بنسبة 58.7%. و تتوزع بنسبة 65% من المبجوثين الذين أكدوا على أن إجراءات العمل المهمة يتم تحديثها بانتظام في المؤسسة. ثم بنسبة 51.4% من المبجوثين الذين صرحوا بعدم التحديث المنتظم لهذه الإجراءات. و يؤكد هؤلاء المبجوثون على رداءة هذه السياسة الإتصالية بنسبة

48% . و التي تتوزع بنسبة 50% من الذين يرون أن الإجراءات غير محدثة بانتظام. ثم بنسبة 46.2% من الذين يوافقون على انتظامها. تليها نسبة 10.7% ممن يرون أن إستراتيجية الاتصال هي جيدة، ويتأكد ذلك بنسبة 18.8% من فئة المصريحين بالتحديث المنتظم لإجراءات العمل في المؤسسة. أما نسبة 41.3% فهي تمثل المبحوثين الذين يرون أن إستراتيجية الاتصال غير موجودة. و تتوزع بنسبة 49.6% ممن يرون أن الإجراءات لاتعرف تحديثا منتظما ، مقابل نسبة 35% ممن يرون أنها منتظمة.

و من خلال هذه النتائج نلاحظ العلاقة الوطيدة بين سياسة الاتصال المعتمدة و التحديث المنتظم لإجراءات العمل فكما كانت الإستراتيجية جيدة كلما انتظم تحديث الإجراءات، و كلما كانت هذه الإستراتيجية رديئة كلما بعد تحقيق انتظام تحديث إجراءات العمل. و كلما انعدمت إستراتيجية الاتصال إنعدم التحديث المنتظم لهذه الإجراءات. و من هنا تظهر نتيجة رداءة الإستراتيجية التي اعتمدت لمرافقة سياسة الإصلاح و المتمثلة في عدم الإنجاز المنتظم و عدم التنفيذ لكافة الإجراءات المقرر تحديثها على مستوى المؤسسات الصحية.

الإستنتاج الجزئي الثاني :

من خلال تحليلنا لجداول الفرضية الثانية و التي تمتد من الجدول رقم 46 الى الجدول رقم 65 تمكنا من الوصول إلى النتائج التالية :

- إن أغلبية المبحوثين عبروا عن غموض عملية الإصلاح. و هذا الرأي اشتركت فيه كل الفئات المهنية و ما أثار انتباهنا هو نسبة الغموض شبه التامة لفئة الطبيين كما لم تكن له أي علاقة بالمستوى الدراسي. و الغموض هو من بين معيقات العملية الاتصالية، إذ أن محتوى الرسالة لا يمكن فهمه من قبل المرسل اليهم مهما قربوا أو بعدوا عن المصدر (أو المرسل). و هو يؤدي إلى تعريض الإصلاحات للتأويلات و التخوفات و ينتج ردود أفعال بعدم الإندفاع لإنجازها ، لأنه و باختصار ما يراد إنجاز هغير مفهوم. و كان الحكم بالغموض أكثر تأكيدا من الحكم بعدم العلم بهذه الاصلاحات ، كما كان مكتنفا لغالبية من يعلمون بها.

- و قد أثر هذا الغموض في عدم الوعي بفائدة هذه الاصلاحات على مستوى المؤسسة ، مما جعلها لا تستغل كل إمكانياتها المادية و البشرية لإنجاحها و انطبق هذا الرأي على جميع الفئات المهنية. و النسبة الضعيفة الذين يرون أنها تستغل كل إمكانياتها، يردون ذلك إلى كون مؤسستهم مرغمة على إحداث هذه التغيرات أكثر مما هي مقتنعة و مؤيدة لها. و كان من شأن الإقتناع بها أن يؤدي بالمؤسسة إلى تجنيد كل إمكانياتها في سبيل إنجاحها، لكن أنى لها أن تقتنع و الأمور جعلها غامضة أمامها.

- و أثر عدم استغلال المؤسسة لكل إمكانياتها – القليلة – في تحقيق هذه الاصلاحات بعدم فاعليتها في تعاملها مع هذا التغيير، و ينم هذا عن عدم توفر الإرادة الكاملة للإلتزام بإنجاحها والذي يعود أساسا إلى مستوى الوعي الضعيف بفائدتها.

- في غياب معايير و معطيات كافية لتقييم سياسة الاتصال التي رافقت عملية الإصلاح ارتأينا أن نربط متغير استراتيجية الاتصال بمتغير الشهادات الدراسية. و كان القصد منه الحصول على تقييم لهذه الإستراتيجية حسب توفره على المؤهلات العلمية لأفراد العينة من إمكانيات معرفية للحكم عليها. و قد خلصنا إلى حكمهم عليها بالردئية بنسبة غالبية و بانعدامها بنسبة أخرى. أما ربطنا لها بمتغير العلم بالإصلاحات فنتج عنه أن الذين يعلمون أكثر بالإصلاحات هم أغلبية المعبرين برداءة هذه الإستراتيجية.

- و رغم توفر هذا الحكم عن استراتيجية الاتصال كنتيجة أولية لهذه الفرضية، إلا أننا واصلنا دراسة بعض الجوانب الأخرى في عناصر العملية الإتصالية التي تتميز بها المؤسساتيتين، فتوصلنا إلى أن توفيرها للمعلومات المتعلقة بأداء مختلف الفئات المهنية لعملها لا يتوفر إلا أحيانا، و هذا هو الرأي الغالب، و هي في متناول الإداريين أكثر من باقي الفئات الأخرى. كما ينعدم في نسبة أخرى ضعيفة، و تعد فئة الطبيين الأكثر معاناة فيها من عدم توفر المعلومات، و هذا يعد من أكبر المعوقات في العملية الإنتاجية للخدمة الصحية، و التي تحتاج إلى مدخلات من المعلومات الضرورية حتى تكون في أتم جودتها، و بتر هذه المعلومات بعدم توفيرها المطلق أو توفيرها في بعض الأحيان فقط يعد بترًا للخدمة الصحية ذاتها في جانبها النوعي و الكمي. و ذلك دليل على عدم تأدية هذه الإستراتيجية في الإتصال لوظيفة الإعلام و التي تعد أول المبادئ الكلاسيكية و الهامة لأي عملية اتصالية.

- و ظهر من خلال الدراسة أن عملية الإتصال بين المبحوثين و الإدارة هي ممكنة في غالبها أحيانا ثم إطلاقا، و عبرت نسبة ضعيفة عن إمكانية تواصلها معها دائما، أما من حيث إمكانية الاتصال بكل من له علاقة بالوظيفة فكانت أفضل قليلا من حيث أنها هي غالبا ممكنة، ثم أحيانا، ثم دائما. مما يدل على أن الإتصالات الأفقية أفضل حالا من الإتصالات العمودية. لكن تبقى إستراتيجية الإتصال المتبعة ناقصة جدا فيما يخص توفير إمكانيات الإتصال العمودي و الأفقي بين الأطراف المختلفة للعملية الانتاجية للخدمات الصحية، و الذي اثر أيضا على نوعية العلاقات بين مختلف مصالح المؤسسة – من غير جانب تبادل المعلومات – و التي وصفت في غالبها بعدم التعاون مع بعضها البعض خاصة من جانب الطبيين، و ذلك خلل آخر يحسب عليها.

- كما استنتجنا أن شرح المشرفين للمبحوثين عن كيفية مساهمة عملهم في تحسين أداء المصلحة و أداء المؤسسة هو نسبي، وأنه يوجد فرق في معاملة المشرفين أو رؤساء العمل لمرووسيهم المبحوثين من حيث الفئة المهنية. حيث تتميز العلاقة بين الإداريين و الأعوان المهنيين بالحوار مع مشرفيهم في غالبها نسبيًا، و تتميز بالتباعد الشديد بين فئتي الطبيين و شبه الطبيين و مشرفيهم، مما يزيد درجة إحساسهم بالتهميش حتى داخل مصالح عملهم، و يزيد عدم رضاهم عن هذه الإصلاحات المفضي لرفضها أو حتى لمقاومتها.

- يعتمد غالبية الباحثين على المصادر غير الرسمية للحصول على المعلومات التي تهمهم في عملهم و ذلك في غالب الأحيان، و هنا أيضا توجد فروقات بين الفئات فتلجأ في الغالب فئات الأعراف المهنيين و شبه الطبيين و الطبيين إلى هذه المصادر، و تلجأ إليها دائما نسبة هامة من الطبيين و الذين يشكون أكثر من غيرهم من عدم توفير المعلومات لهم سواء من طرف إدارة المؤسسة أو من طرف مشرفيهم. في حين أن فئة الإداريين لا تستعمل هذه المصادر إطلاقا في أغلبيتها، و ذلك ما ينعكس عن امتيازاتها في التزود بالمعلومات مقارنة عن باقي الفئات. و تتمثل مصادر المعلومات غير الرسمية من مصادر داخلية في المؤسسة أو خارجية عن المؤسسة. و برزت العلاقة العكسية بين الإتصال الرسمي و غير الرسمي، اتضح أنه كلما تناقصت إمكانية الإتصال الرسمي زاد اللجوء إلى الإتصال غير الرسمي و العكس صحيح. و ذلك يحمل أخطارا على إنجاز الإصلاحات من حيث سيادة الإشاعات و المعلومات غير الصادقة و الذي يؤدي إلى الخطأ في الإنجاز و المقاومة و الإعتراض عن تحقيق الأهداف المرجوة من التغيير الذي تحمله هذه الإصلاحات.

- أما فيما يتعلق بالإتصال الخارجي بين المؤسسات الصحية و السلطات العليا فقد لاحظنا أن تقييم الباحثين لهذه العلاقة يتميز في غالبته بعدم التزام المؤسسة بأداء الأهداف المرسومة من طرف السلطات الوصية لها. كما أنها لا تعمل على التحديث المنتظم للإجراءات المهمة في العمل إلا نسيبا و هذا الرأي يعود لفئة الأعراف المهنيين و الإداريين فقط، أما باقي الفئات من الطبيين و شبه الطبيين فهم يرون في أغلبهم عدم التحديث المنتظم لهذه الإجراءات و ذلك للفرق الموجود في إجراءات العمل بالنسبة للفرق الأول و للفرق الثاني من الفئات. و التي تستوجب بالنسبة للطبيين و شبه الطبيين التوضيح و الإقتناع و الإشراف في القرارات و في تنفيذها و تقييمها لكي تتحقق نسبة إنجاز أفضل، و لكن عدم تحقق هذا أدى إلى تعطيل العديد من الإجراءات التي أريد تحديثها عن طريق الأسلوب القسري فقط و الذي لا يتلاءم مع كل الإجراءات بل هناك إجراءات ذات خصوصية تستدعي استعمال أساليب أخرى أكثر مرونة.

- و قد استطعنا عن طريق ربط متغير تحديث إجراءات العمل المنتظم استنتاج أن ما تم تحديثه من إجراءات و الذي يخص في غالبية العمل الإداري و عمل الأعراف المهنيين، هو يخرط مباشرة ضمن الأهداف المعبر عنها من طرف الباحثين أنه ملتزم بها من طرف المؤسسة. أما الإجراءات التي تخص العمل الطبي و شبه الطبي و التي حظيت في غالبيتها بعدم الإنتظام في تحديثها فهي التي تشكل الجزء الآخر للأهداف غير الملتزم بها من طرف المؤسسة. و هذا ترتب عنه استنتاج آخر هو أن الأهداف المحققة من الإصلاحات تخص أكثر الأنشطة المساعدة في الخدمة الصحية، و لا تتعلق في جانبها الغالب بالأنشطة الرئيسية (الطبية و شبه الطبية)، و لا يمكن الحديث عن أي إنجاز لأهداف هذه الإصلاحات حتى يتحقق كليا ما تبقى من إجراءات، و هو الجزء الأهم فيها و ذو الأولوية.

- هناك علاقة وطيدة بين التحديث المنتظم لإجراءات العمل و سياسة الإتصال المعتمدة فكما وصفت الاستراتيجية من طرف المبحوثين بالريئة كلما لم يتحقق انتظام تحديث الإجراءات المطلوبة. و كلما وصفت بالمنعدمة، اقتربت الإجراءات من الإنعدام، و من هنا تظهر النتيجة المتمثلة في رداءة استراتيجية الإتصال التي اعتمدت لمرافقة سياسة الإصلاحات الصحية، و عدم فعاليتها.

- و رتب المبحوثون أسباب عدم فعالية هذه الإستراتيجية حسب الأولوية كما يلي :

* لا تشعر بروح الفريق الواحد.

* لا تعمل على تحسين العلاقات بين مختلف المصالح.

* لا تحفز على العمل.

* لا توفر المعلومات الضرورية للعمل.

و من خلال هذا الترتيب يمكننا الكشف عن إستراتيجية الإتصال التي يفضلها المبحوثون و التي تخدم أولوية التحسيس بأن كل المستخدمين في الصحة هم فريق واحد و على كل فئة فيه أن تحصل على دورها في هذا الفريق، كما أن المؤسسة هي الكل الذي يشمل كل المصالح و عليها تحقيق التعاون بينها لكي تستطيع إنجاز كل عمل له بعد شمولي. و ينطبق هذا على الإستراتيجية الداخلية للمؤسسة، و على الإستراتيجية الخارجية بين المؤسسات الصحية و السلطات الوصية عن الصحة العمومية.

4.1. عرض وتحليل بيانات المحور الرابع : علاقة الإصلاحات الصحية بالإصلاحات في القطاعات الأخرى (الفرضية الثالثة) :

الجدول رقم 66: يبين رأي المبحوثين في كيفية تقرير إصلاحات الصحة حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون والتقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية / كيفية التقرير
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
20	30	21.6	14	33.3	04	16.7	06	16.2	06	بعد اشراك جميع الفاعلين
22	33	24.6	16	16.7	02	22.2	08	18.9	07	بعد التفاوض مع مختلف الشركاء
58	87	53.8	35	50	06	61.1	22	64.9	24	بعد تحديد و فرض طريقة معينة
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال الجدول يشير الإتجاه العام إلى المبحوثين الذين أجابوا عن الكيفية الثالثة التي تم بها تقرير الإصلاحات الصحية، و المتمثلة في تحديد و فرض طريقة معينة من طرف الوصاية، و تدعم هذه الإجابة بنسبة 58%. و هي تتوزع بنسبة 64.9% من فئة الطبيين، و بنسبة 61.1% من شبه الطبيين، و بنسبة 53.8% من الأعوان المهنيين ثم بنسبة 50% من الإداريين و التقنيين. تليها نسبة المبحوثين الذين أجابوا بأن تقرير الإصلاحات الصحية تم بعد التفاوض مع مختلف الشركاء من القطاعات الأخرى و ذلك بنسبة 22%، و هي تتوزع بنسبة 24.6% من فئة الأعوان المهنيين، و بنسبة 22.2% من فئة شبه الطبيين و بنسبة 18.9% من فئة الطبيين، و في الأخير 16.7% من فئة الإداريين. أما نسبة 20% فهي تمثل المجيبين من المبحوثين عن تقرير الإصلاحات عن طريق إشراك جميع الفاعلين في الصحة العمومية. و هي تتوزع بنسبة 33.3% من فئة الإداريين. و بنسبة 21.6% من الأعوان المهنيين، ثم نسبة 16% من فئتي شبه الطبيين و الطبيين.

و نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أغلب المبحوثين صرحوا بأن تقرير هذه الإصلاحات كان في أكثر جوانبها عن طريق تحديدها من طرف الوزارة الوصية منفردة و فرضها بطريقة الإلزام للمؤسسة الصحية بتنفيذها. و قد اتفق في هذا الرأي غالبية المبحوثين من كل الفئات بنسب غالبية، و على رأسهم فئة الطبيين و شبه الطبيين. أما الكيفية الثانية و المتمثلة في تفاوض الوصاية مع مختلف الشركاء من القطاعات الأخرى فيما يتعلق بالصحة العمومية فقد حظيت بها نسبة معتبرة من الأعمال المقررة في هذه

الإصلاحات وهذه الأعمال تتعلق – على سبيل المثال لا الحصر- بالقطاعات التالية: البيئة، و الجماعات المحلية، الضمان الإجتماعي، الحماية الإجتماعية ... بالإضافة إلى المجتمع المدني . و قد غلب هذا الرأي على الفئات الثلاث : الأعران المهنيين، شبه الطبيين و الطبيين. و حتى الكيفية الثالثة كان لها نصيب في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بهذه الإصلاحات والتي اقتضت إشراك جميع الفاعلين في الصحة العمومية بما فيهم القطاعات السابقة بالإضافة إلى المجتمع المدني ومختلف النقابات العمالية الممثلة للفئات الناشطة في الصحة العمومية والخاصة وشبه العمومية ، وقد كانت هذه الإجابة تمثل الغالبية من الإداريين مقارنة بأصحاب هذا الرأي من الفئات الأخرى .

وما نخلص إليه هو أن الإستراتيجية التي اعتمدت في تقرير هذه الإصلاحات قد اتصفت بالفرض و الإلزام و هو الأسلوب القسري من السلطات الوصية في أغلب جوانبها، بالإضافة إلى اعتماد أسلوب التفاوض و المشاركة فيما يتعلق بجوانب أخرى من العملية الإصلاحية و هي إستراتيجية مركبة من عدة استراتيجيات و لكن تنقصها عناصر أخرى لتكون كاملة مثل أسلوب الإغراء و أسلوب التطوير التكنولوجي... و إلى غير ذلك من الأساليب.

الجدول رقم 67: يبين رأي المبحوثين في وضعية مؤسستهم مقارنة بوضعية المؤسسات

العمومية في القطاعات الأخرى حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعران المهنيين		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيين		الطبيون		الفئة المهنية المقارنة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
65.3	98	58.5	38	58.3	07	69.5	25	75.7	28	متشابهة
32	48	38.5	25	33.3	04	27.7	10	24.3	09	غير متشابهة
2.7	04	03	02	8.4	01	2.8	01	-	-	لا أعلم
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من هذا الجدول يتضح أن الاتجاه العام للمبحوثين يتمثل في الإجابة على أن وضعية مؤسستهم الصحية هي مشابهة لوضعية المؤسسات العمومية في القطاعات الأخرى ، و ذلك يتدعم بنسبة 65.3% من المبحوثين. و هي تتوزع بنسبة 75.7% من فئة الطبيين ، تليها فئة شبه الطبيين بنسبة 69.5%، ثم بنسبة 58% من فئة الأعران المهنيين و ما يساويها من فئة الإداريين. أما نسبة 32% فهي تمثل المبحوثين الذين أجابوا على أن وضعية مؤسستهم غير مشابهة لوضعية المؤسسات العمومية و القطاعات الأخرى. وتوزع

بنسبة 38.5% من فئة الأعران المهنيين و بنسبة 33.3% من الإداريين ثم بنسبة 27.7% من شبه الطبيين، و بنسبة 24.3% من الطبيين.

و سجلت أضعف نسبة و قدرها 2.7% من المبحوثين المجيبين بعدم علمهم بتشابه أو عدم تشابهها مع المؤسسات العمومية في القطاعات الأخرى في الوضعية.

و نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين من كل الفئات يجمعون على تشابه الوضع بين المؤسسة الصحية و المؤسسة العمومية في باقي القطاعات، و ذلك من حيث المشاكل التي تتخبط فيها من نقص للوسائل المادية و المالية، و نقص في الموارد البشرية الكفؤة، و سوء عملية الإتصال، و نقص في التحفيز، ... و إلى غيره، و كذلك من حيث كونها ورشات لعملية إصلاحية أخرى فكل المؤسسات تشهد تغييرات على مستويات عديدة، و هذا ما يجعلنا نلمس وعي و إدراك هذه الفئات للعملية الإصلاحية التي تجري على نطاق واسع خارج قطاع الصحة، على مستوى باقي القطاعات و التي تنشط في مجال الخدمة العمومية.

الجدول رقم 68: يبين رأي المبحوثين حول تلاؤم تدابير مؤسساتهم وفق تغيرات المحيط الخارجي حسب الشهادات:

المجموع		شهادة جامعية متخصصة		شهادة عامة		شهادة مهنية		بدون شهادة		الشهادات التلاؤم
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
40	60	47.8	33	25	02	38.2	21	16.7	03	موجود
58	87	52.2	36	75	06	60	33	72.2	13	غير موجود
02	03	-	-	-	-	1.8	01	11.1	02	لا أعلم
100	150	100	69	100	08	100	55	100	18	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن الإتجاه العام للمبحوثين يتمثل في نسبة 58% و هو يمثل الرأي المفيد بأن المؤسسة الصحية تتابع ما يحدث من تغيرات في محيطها الخارجي لكنها لا تعمل على اتخاذ الخطوات الملائمة لذلك التغير. و هي تتوزع بنسبة 75% من ذوي الشهادات الدراسية العامة، و بنسبة 72.2% من المبحوثين بدون شهادات دراسية، و بنسبة 60% من ذوي الشهادات المهنية ثم بنسبة 52.2% من ذوي الشهادات الجامعية المتخصصة. أما نسبة 40% فهي تمثل المبحوثين المجيبين بأن مؤسساتهم تتابع ما يحدث من تغيرات في محيطها الخارجي و هي تعمل على اتخاذ الخطوات الملائمة لذلك التغير. و هي

تتوزع بنسبة 47.8% من ذوي الشهادات الجامعية المتخصصة، يليها أصحاب الشهادات المهنية بنسبة 38.2%، ثم فئة ذوي الشهادات العامة بنسبة 25% و أخيرا عديمي الشهادات الدراسية بنسبة 16.7% . و سجلت نسبة 2% من الذين لا يعلمون بمسايرة أو عدم مسايرة المؤسسة الصحية لتغيرات المحيط و هم من عديمي الشهادات بنسبة 11.2% و 1.8% من ذوي الشهادات المهنية.

و الملاحظة التي تشير إليها النتائج أعلاه، هي أن المؤسسة الصحية لا تساير التغيرات التي تحدث في محيطها باتخاذ الإجراءات و الخطوات اللازمة، و ذلك رأي أغلبية المبحوثين من كل الفئات المهنية.

و ذلك يعود إلى عدم وجود أدوار تؤديها في هذا المحيط، و بصفتها ذات شخصية معنوية و استقلالية مالية إلا أنه لا يمكنها المشاركة في صنع القرارات على مستوى البيئة الخارجية التي قد تتعلق و تمس كثيرا بعض الجوانب على المستوى الداخلي للمؤسسة، مثل الأعمال الوقائية قصد تجنب بعض الأوبئة و الأمراض، و كذلك الأعمال التثقيفية ذات البعد الجوارى و الحملات التوعوية و التي هي من صلاحيات مؤسسات أخرى في المحيط الخارجي، و التي تطالب المؤسسة الصحية – بعد ذلك – بتحقيق أكبر النتائج فيها و أفضلها من طرف المواطنين و المجتمع المدني و الرأي العام، و تتعرض للإنتقاد من طرفهم بعدم الفاعلية. و هذه الأدوار لا تمتلك المؤسسة الحرية فيها للعمل بطلاقة، و إنما يقتضي إشراكها من قبل هذه القطاعات الخارجية، و منحها جزءا من هاته المسؤوليات و الذي يقدر أن يكون مكافئا لإمكانياتها المادية و البشرية أو يقدر أن تتظافر فيها مع وسائل هذه القطاعات .

الجدول رقم 69: يبين رأي المبحوثين في تحسين التكفل بالمرضى حسب الأقدمية :

المجموع	من 26 فما فوق		من 16 إلى 25		من 6 إلى 15		من 1 إلى 5		الأقدمية تحسين التكفل	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
64.7	47	66.7	24	64	16	60	30	69.2	27	موجود
35.3	53	33.3	12	36	09	40	20	30.8	12	غير موجود
100	150	100	36	100	25	100	50	100	39	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة من الإجابات هي التي تخص المبحوثين الذين صرحوا بتحسين التكفل بالمرضى في المؤسسات و ذلك بنسبة 64.7%. و يتدعم هذا الاتجاه بنسبة 69.2% من فئة ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات)، ثم نسبة 66.7% من فئة ذوي الأقدمية من (26 سنة فما فوق)، و

تليها نسبة 64% من ذوي الأقدمية (من 6 إلى 25 سنة) ، و في الأخير بنسبة 60% من ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) . أما نسبة 35.5% فهي تمثل المبحوثين الذين أجابوا بعدم تحسين التكفل بالمرضى. و هي تتوزع بنسبة 40% من فئة ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة)، ثم بنسبة 36% من فئة ذوي الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة)، و بنسبة 33.3% من فئة ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق)، و في الأخير بنسبة 30.8% من فئة (من 1 إلى 5 سنوات) أقدمية.

و نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أغلب المبحوثين يتفقون على تحسن التكفل بالمرضى ، و يتأكد ذلك من خلال تصريحات أصغر فئة من المستخدمين من حيث الأقدمية و الذين استطاعوا أن يلاحظوا خلال الخمس سنوات من عملهم أو أقل من ذلك تطورا و تحسنا في الخدمات الصحية المقدمة. و نفس الملاحظة قد شهد بها الأكثر أقدمية و الذين بمرور السنوات الأكبر مقارنة بباقي الفئات يمكنهم تقييم المستوى السابق المتدني للخدمات الصحية، و تحسنها في الفترات الأخيرة و ارتقائها إلى مستوى أفضل. لكن ما يزال هدف التحسن لم يبلغ نسبا عالية جدا، فهو يبقى فوق الوسط أو الحسن إن قيمناه كفيلا. و يفتح ذلك المجال للبحث عما يمكنه المساهمة في رفع مستواها شيئا فشيئا .

جدول رقم 70 : يبين رأي المبحوثين في تحسين التكفل بالمرضى و أسباب تحسنه حسب

الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		أسباب الفئة المهنية	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	التحسين	التكفل
31.3	47	27.6	18	33.3	04	41.7	15	27	10	عملية التحفيز	موجود
26.7	40	26.2	17	41.7	05	22.2	08	27	10	عملية الاتصال	
6.7	10	6.2	04	-	-	13.9	05	2.7	01	أخرى	
64.7	97	60	39	75	09	77.8	28	56.7	21	المجموع	
35.3	53	40	26	25	03	22.2	08	43.3	16	غير موجود	
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع	

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام للمبحوثين يتمثل في المجيبين بتحسين التكفل بالمرضى، ويتدعم هذا الرأي بنسبة 64.7% من المبحوثين. و هي تتوزع بنسبة 77.8% من فئة شبه الطبيين و بنسبة 75% من فئة الإداريين، ثم بنسبة 60% من فئة الأعوان المهنيين و في الأخير نسبة 56.7% من الطبيين. و تعود أسباب هذا التحسن عند هؤلاء المبحوثين بالدرجة الأولى إلى عملية التحفيز في المؤسسة و التي تتمثل في نسبة 31.3%. و هي تتوزع بنسبة 41.7% من شبه الطبيين و بنسبة 33.3% من الإداريين ثم نسبة 27.6% من الأعوان المهنيين و بنسبة 27% من الطبيين. أما النسبة الثانية فهي 26.7% من المبحوثين الذين يرون أن تحسن التكفل بالمرضى يعود إلى عملية الإتصال في المؤسسة، و هي تتوزع بنسبة 41.7% من فئة الإداريين تليها فئة الطبيين بنسبة 27%، ثم فئة الأعوان المهنيين بنسبة 26.2%، ثم 22.2% من شبه الطبيين. ثم نسبة 6.7% من المبحوثين الذين أرجعوا التحسن فيها لأسباب أخرى تلخصت في المجهودات البحتة للفريق الطبي و شبه الطبي و التي توزعت بنسبة 13.9% من فئة شبه الطبيين، و بنسبة 6.2% من فئة الأعوان المهنيين ثم 2.7% من فئة الطبيين. أما الرأي المقابل والذي يمثل نسبة 35.3% من المبحوثين فيجيب أصحابه بأنه لا توجد أي تحسينات في التكفل بالمرضى. و هي تتوزع بنسبة 43.3% من فئة الطبيين، و بنسبة 40% من فئة الأعوان المهنيين، ثم 25% من فئة الإداريين و 22.2% من شبه الطبيين.

و نلاحظ من خلال ما تم تسجيله من معطيات أن النشاط الأساسي للمؤسسة الصحية و المتمثل في التكفل بالمرضى - و هو سبب إنشائها - قد شهد نوعا من التحسن و هذا حسب رأي كل الفئات الممتثلة في أغلب المبحوثين. و يعود ذلك إلى عملية التحفيز أولا، برأي غالب لفئة شبه الطبيين ، وفعلا هي الفئة التي عبرت في جدول سابق (رقم 38) على أنها الأكثر تحفيزا مقارنة بالفئات الأخرى. ثم يعود ثانيا إلى عملية الإتصال، و الرأي الغالب فيها هو لفئة الإداريين و التي هي بالفعل الأكثر استفادة من إعلام المؤسسة حول كل التغييرات الهامة في العمل (الجدول رقم 52). و يبرز ذلك أهمية عملية التحفيز و الإتصال في تحسين الأداء و دفع المستخدمين لبذل جهود أكثر في سبيل ذلك.

و من المهم جدا أن نعود إلى الرأي بعدم وجود تحسينات في التكفل بالمرضى لنلاحظ أن فئة الطبيين و هي الأكثر أهلا لإعطاء تقييم عن تطور و تحسن الخدمات الصحية المنتجة في المؤسسة، لكن نجدها الأكبر نسبة من أصحاب هذا الرأي مقارنة ببقية الفئات، و لو أنها ليست الرأي الغالب في هذه الفئة، لكن بنسبة 43.3% ممن حكموا بعدم تحسن الخدمات الصحية دليل على أن النشاط الأساسي للمؤسسة مازال بعيدا عن تحقيق هدف الإصلاحات فيما يخص تحسين الخدمة الصحية من حيث الكم و النوع حسب الطلب، و تحقيق رضا المواطن و استرجاع ثقته في مرفق الصحة العمومي الذي تقوم الدولة بتسييره. و قد يكون التحسين الذي عبر عنه المبحوثين أصحاب الرأي الأول، ما هو إلا تحسين في الخدمات المساعدة من

إيواء و تغذية و نظافة و استقبال و توجيه ... دون أن يمس الخدمة الأساسية و التي تتمثل في العلاج الطبي و التمريضي.

الجدول رقم 71: يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع

الصحة و القطاعات الأخرى حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية الإصلاحات المشتركة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
32.7	49	26.1	17	33.3	04	36.1	13	40.5	15	تنجح
67.3	101	73.9	48	66.7	08	63.9	23	59.5	22	لاتنجح
100	150	100	65	100	12	100	36	100	37	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام يتمثل في توقعات المبحوثين لعدم نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى. و تتدعم هذه الإجابة بنسبة 67.3 % من المبحوثين. وهي تتوزع بنسبة 73.9% من فئة الأعوان المهنيين و بنسبة 66.7 % من فئة الإداريين، ثم بنسبة 63.9% من فئة شبه الطبيين ثم 59.5% من فئة الطبيين. أما نسبة 32.7% فهي تمثل نسبة المبحوثين الذين يتوقعون نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى، و تتوزع بنسبة 40.5% من فئة الطبيين، ثم بنسبة 36.1% بالنسبة لشبه الطبيين، و بنسبة 33.3% من فئة الإداريين و 26.1% من فئة الأعوان المهنيين.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثين يتوقعون فشل الإصلاحات الصحية التي يرتبط إنجازها بالقطاعات الأخرى، و ذلك بتأكيد أكبر عند فئتي الأعوان المهنيين ثم الإداريين و يليهم في ذلك فئتي شبه الطبيين و الطبيين. و قد منحتهم التجربة التي مرت بها المؤسسات في تنفيذ بعض النشاطات المرتبطة بإجراءات أو عمليات تتكفل بها قطاعات أخرى، و نذكر على سبيل المثال، عملية الفوترة و تحديد تكلفة العلاج لكل مريض استفاد من الخدمة الصحية و التي رغم إنجاز المؤسسات الصحية لأهم العمليات الخاصة بها في هذا المجال، إلا أن بقاء هذه الفاتورات دون مبالغ نهائية يحول دون تنفيذ الهدف المتمثل في تكفل الأطراف الممولة لقطاع الصحة بتكاليف العلاج الخاصة بالفئات التي تحت حمايتها.

و يعود عدم القدرة على إنجاز الفواتير الحقيقية إلى عدم تحيين مدونة الأعمال الطبية و عدم تحديد أسعار هذه الأعمال، و الذي يحتاج إلى عمل مشترك دقيق لعدة قطاعات إضافة إلى قطاع الصحة، مثل التعليم

العالي و البحث العلمي، التجارة،...إلى غير ذلك.و نجد ملف المعوزين الذي تشترك فيه مديريات النشاط الاجتماعي و الجماعات المحلية، و الأمثلة من هذا النوع كثيرة.

أما من يتوقون النجاح لهذه الإصلاحات و في مقدمتهم الطبيون و شبه الطبيون رغم قلة نسبتهم فهم يأملون إن الاشتراك في إنجاز هذه الأعمال حتما سوف يكفل بالنجاح مع مرور الوقت لأن الأمر لا مفر منه و الأمر متعلق أيضا بمشاكل مشابهة تتعلق بهذه القطاعات و التي هي في قيد الإصلاح أيضا.

الجدول رقم 72: يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع

الصحة و القطاعات الأخرى حسب الأقدمية :

المجموع	من 26 فما فوق		من 15 إلى 25		من 6 إلى 15		من 1 إلى 5		الأقدمية الإصلاحات المشتركة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
32.7	19	41.7	15	40	10	20	10	35.9	14	تنجح
67.3	101	58.3	21	60	15	80	40	64.1	25	لا تنجح
100	150	100	36	100	25	100	50	100	39	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن الإتجاه العام للمبحوثين يتمثل في الإجابة بتوقع عدم نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى و هي تتدعم بنسبة 67.3% . و تتوزع بنسبة 80% من المبحوثين ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة)، ثم نسبة 64.1% من فئة ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات)، و بنسبة 60% من فئة (من 15 إلى 25 سنة)، ثم بنسبة 58.3% من ذوي أقدمية (من 26 سنة فما فوق). أما نسبة 32.7% فهي تمثل المبحوثين الذين أجابوا بتوقعهم لنجاح هذه الإصلاحات. و هي تتوزع بنسبة 41.7% من ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق)، تليها نسبة 40% من فئة ذوي الأقدمية (من 15 إلى 25 سنة)، ثم بنسبة 35.9% من ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات)، وفي الأخير نسبة 20% من ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة).

و ما يلاحظ أن الرأي الغالب هو توقعات عدم نجاح هذه الإصلاحات المشتركة بين القطاعات الأخرى وقطاع الصحة. و يتفق في ذلك غالبية المبحوثين من كل فئات الاقدمية سواء المتوسطة، الصغيرة أو الطويلة . و تشير النسبة الكبيرة المتوقعة لفشلها إلى فئة ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) و التي تعد أكبر فئة من حيث عدد التكرارات و تمثل ثلث العينة، و تصادف هذه الفئة مرحلة ركود و قلة إنجاز من عمر مشروع الإصلاح الصحي في هذا النوع من العمليات المشتركة بين القطاعات و هي المرحلة الممتدة من (2001 إلى 2011 تقريبا) و التي عرفت معظم الأعمال التي تقرر انجازها فيها تأخرا و

تأجيلا امتد إلى غاية هذه السنوات الأخيرة. و تعتبر هذه الفئة خير شاهد على ذلك، و يضاف إليها الفئات التي تزيد عنها خبرة و التي عايشت نفس الفترة، لكن توقعاتها بالنجاح تزداد قليلا عن غيرها إيماناً بأن هذه الإصلاحات تستحق وقتاً طويلاً حتى تتجسد و ما توالي الإصلاحات في الصحة منذ الاستقلال إلا مثال على ذلك، وكل فشل سيلبية إعادة نظر و بالتالي إصلاح جديد، و تلك هي الدورة التي لا تتوقف في حياة كل منظمة.

الجدول رقم 73: يبين توقعات المبحوثين حول نجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى حسب كيفية تقرير الإصلاحات:

المجموع		تحديد و فرض طريقة معينة		التفاوض مع مختلف الشركاء		إشراك مختلف الفاعلين		كيفية التقرير الإصلاحات المشتركة
		%	ك	%	ك	%	ك	
32.7	49	24.1	21	36.4	12	40	12	تنجح
67.3	101	75.9	66	63.6	21	60	18	لا تنجح
100	150	100	87	100	33	100	30	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام للمبحوثين يتمثل في توقع فشل الإصلاحات المشتركة بين القطاعات بما فيها الصحة، و ذلك بنسبة 67.3%، و هي تتوزع بنسبة 75.9% من المبحوثين الذين صرحوا بأنها حددت و فرضت على المؤسسات الصحية فرضاً من طرف الوصاية، تليها نسبة 63.6% من المبحوثين الذين صرحوا بأن هذه الإصلاحات قد تم تقريرها بعد التفاوض مع مختلف الشركاء من القطاعات الأخرى. ثم بنسبة 60% من المبحوثين الذين صرحوا بأنه تم تقريرها بعد إشراك مختلف الفاعلين في الصحة.

أما نسبة 32.7% فهي تمثل رأي المبحوثين بنجاح هذه الإصلاحات و هي تتوزع بنسبة 40% ممن صرحوا بأنها كانت محل إشراك لمختلف الفاعلين، تليها نسبة 36.4% من الذين أجابوا بأنها كانت محل تفاوض مع مختلف الشركاء، و في الأخير نسبة 24.1% المبحوثين الذين أجابوا بأنها فرضت قسراً.

من الجدول تظهر الملاحظات التالية : إن متغير الفشل المتوقع مع متغير كيفية تقرير الإصلاحات يظهر لنا علاقة اختيار الأسلوب في تقرير هذه الإصلاحات مع توقعات النجاح. فنجد أن أسلوب الفرض القسري لها من طرف الوزارة على المؤسسات الصحية قد أدى بتوقع نسبة مهمة من المبحوثين لفشلها و العكس

صحيح بالنسبة لمتوقعي النجاح. و كذلك بالنسبة للتفاوض و الذي يبني أساسا على دفاع كل قطاع عن مصالحه الخاصة في هاته الإصلاحات دون إعطاء أهمية للغاية السامية منها و التي ستعكس على باقي القطاعات إيجابا، و ترك الأمور معلقة أحيانا لدى قطاع الصحة جراء عدم الإهتمام هذا. و قد انخفض قليلا توقع الفشل ليزداد توقع النجاح بالنسبة لأسلوب التشارك بين مختلف الفاعلين في الصحة، و من هنا يظهر ابتعاد إستراتيجية هذه الإصلاحات عن البعد التكاملي بين مختلف الأساليب الناجعة التي يجب أن تحتويها، و التي أثبتت تجارب العديد من الدول العربية و حتى المتقدمة فاعليتها في إنجاز الأهداف.

الجدول رقم 74: يبين رأي المبحوثين في مكاسب النجاح المتوقع للإصلاحات المشتركة

حسب الفئة المهنية :

المجموع		الأعوان المهنيون		الإداريون و التقنيون		شبه الطبيون		الطبيون		الفئة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المكاسب
8.2	04	5.9	01	-	-	7.7	01	13.3	02	خلق مناخ ملائم للعمل
14.3	07	11.7	02	-	-	7.7	01	26.6	04	تحسين سلوك الأفراد
49	24	58.9	10	50	02	53.9	07	33.5	05	تحسين العلاقات مع المرضى و المواطنين
28.5	14	23.5	04	50	02	30.7	04	26.6	04	إنتاج خدمات ذات نوعية
100	49	100	17	100	04	100	13	100	15	المجموع

في هذا الجدول نحاول إظهار المكاسب التي ستتحقق نتيجة نجاح الإصلاحات المشتركة الذي توقعته نسبة 32.7% من العينة الكلية.

و يظهر من خلال النتائج أعلاه أن الإتجاه العام لمتوقعي النجاح يتمثل في الإجابة بتحقيق مكسب تحسين العلاقات مع المرضى و المواطنين. و تتدعم هذه الإجابة بنسبة 49%، و هي تتوزع بنسبة 58.9% من الأعوان المهنيين، ثم بنسبة 53.9% من شبه الطبيين تليها نسبة 50% من فئة الإداريين، و 33.5% من فئة الطبيين. تليها نسبة 28.5% من الذين يرون أنها ستحقق مكسب إنتاج خدمات ذات نوعية حسب المعايير المعتمدة، و هي تتوزع بنسبة 50% من الإداريين، و بنسبة 30.7% من شبه الطبيين، و بنسبة 26.6% من فئة الطبيين و 23.5% من فئة الأعوان المهنيين. و يليها المكسب الثالث المتمثل في تحسين سلوك الأفراد بنسبة 14.3%. و هي تتوزع بنسبة 26.6% من فئة الطبيين، و بنسبة 11.7% من الأعوان المهنيين و 7.7% من شبه الطبيين.

و تليها نسبة 8.2% ممن يرون أنها ستحقق مكسب خلق مناخ ملائم للعمل في المؤسسة الصحية و في القطاع ككل. وهي تتوزع بنسبة 13.3% من فئة الطبيين، و 7.7% من شبه الطبيين، و بنسبة 5.9% من الأعران المهنيين.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أغلب المبحوثين في هذه العينة الجزئية و التي تمثل متوقعي نجاح الإصلاحات الصحية يرون أنها ستحقق مكسب تحسين العلاقات مع المرضى و المواطنين و هي الترتيب الذي وجد عند كل فئة مهنية، يليه مكسب إنتاج خدمات ذات نوعية و حسب المعايير المعتمدة، و هو الترتيب المساوي للأول عند فئة الإداريين و الثاني بالنسبة لباقي الفئات. ثم يليه المكسب الثالث و الذي هو تحسين سلوك الأفراد . و قد نال هذا الترتيب نسبة هامة من فئة الطبيين وتلتها فئة الأعران المهنيين، و في الأخير ترتب مكسب خلق مناخ العمل الملائم، و الذي حظي هو الآخر بنسبة هامة من الطبيين، و قليلة جدا من شبه الطبيين و الأعران المهنيين و انعدم عند الإداريين.

و نستنتج أن متوقعي النجاح ينتظرون تحقيق مكسبين هامين و يتفوقون في ترتيبهما هما: تحسين العلاقات مع المرضى و المواطنين، و إنتاج خدمات ذات نوعية، و هما أولى الأهداف التي سعت الإصلاحات الصحية و لا زالت تسعى لتحقيقها منذ الشروع فيها. لكن نسبة التوقع الأضعف مقارنة بنسبة توقع الفشل (حسب العينة الكلية) يؤكد أن هاته الأهداف لم تحقق بعد .

الجدول رقم 75: يبين رأي المبحوثين في أسباب الفشل المتوقع للإصلاحات الصحية المشتركة حسب الأقدمية :

المجموع		من 26 فما فوق		من 15 إلى 25		من 6 إلى 15		من 1 إلى 5		الأقدمية الأسباب
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
7	07	8.4	02	7.8	01	5.4	02	7.4	02	عدم الاستقرار على المستوى المركزي
31.7	32	33.3	08	23	03	32.4	12	33.3	09	عدم كفاءة الاتصال بين القمة و القاعدة
14.9	15	16.8	04	15.4	02	13.6	05	14.8	04	عدم التأييد الفعلي في القاعدة
21.8	22	16.8	04	23	03	27	10	18.6	05	عدم كفاءة قادة الإصلاح
22.7	23	20.7	05	30.8	04	21.6	08	22.2	06	عدم التنسيق مع القطاعات الأخرى
1.9	02	4.2	01	-	-	-	-	3.7	01	أسباب أخرى
100	101	100	24	100	13	100	37	100	27	المجموع

إتبعنا في هذا الجدول نفس الطريقة في الجدول السابق (رقم 74) ، إذ نحاول فيه إظهار و ترتيب أسباب الفشل المتوقع من طرف 67.3% من المبحوثين للعينة الكلية. و يظهر من خلاله أن الإتجاه العام لمبحوثي هذه العينة الجزئية يتمثل في توقع الفشل بسبب عدم كفاءة نظام إتصال فعال بين قمة النظام الصحي وقاعدته، و تتدعم هذه الإجابة بنسبة 31.7%. و هي تتوزع على المبحوثين من ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات) بنسبة 33.3% و بنفس النسبة 33.3% من فئة الأقدمية (من 26 فما فوق)، و تليها فئة ذوي الأقدمية من (6 إلى 15 سنة) بنسبة 32.4%. ثم تأتي نسبة 22.7% من المبحوثين الذين يرون أن سبب الفشل يعود لعدم التنسيق مع القطاعات الأخرى، و هي تتوزع بنسبة 30.8% من فئة ذوي الأقدمية (من 15 إلى 25 سنة) ،تليها نسبة 22.2% من فئة ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات)، و بنسبة 20.7% من فئة ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق).

و في الترتيب الثالث جاءت نسبة 21.8% من المبحوثين لتصرح بأن السبب يعود لعدم كفاءة قادة الإصلاح. و توزعت هذه النسبة عند ذوي الأقدمية (من 6 إلى 15 سنة) بنسبة 27% ،تليها نسبة 23% من ذوي الأقدمية (من 16 إلى 25 سنة) ،ثم ذوي الأقدمية (من 1 إلى 5 سنوات) بنسبة 18.5%، و في الأخير نسبة 16.8% من ذوي الأقدمية (من 26 سنة فما فوق). و يعود السبب الرابع في الترتيب إلى عدم

وجود تأييد فعلي في القاعدة لهذه الإصلاحات و ذلك بنسبة 14.9% من المبحوثين. و هي تتوزع بنسب متقاربة بين جميع الفئات تتراوح ما بين 16% و 15% من فئتي الأقدمية (من 15 فما فوق 26 سنة)، تليها نسبة مابين 14% و 13% من فئتي (من 1 الى 15 سنة)، و في الأخير ترتب السبب الخامس و الأخير والتمثل في عدم الاستقرار على المستوى المركزي بنسبة 7.7% و هو الترتيب الذي تقاربت فيه كل الفئات بنسب من 8% إلى 5%.

ونلاحظ في هذا الجدول أن الفشل المتوقع من الإصلاحات الصحية والممثل لغالبية المبحوثين، يعود إلي عدة أسباب، وما هي في الحقيقة إلا معيقات تبدو واضحة أمام كل مستخدمي الصحة، وما وفره لنا المبحوثون في هذا الجدول هو تمكيننا من ترتيبها تنازليا لمعرفة أيهم أكثر تأثيرا وأكثر دلالة على الفشل المتوقع . وقد حققنا هدفنا هذا بالإعتماد على متغير الأقدمية والذي سعينا من ورائه على إستعمال خبرة هؤلاء المبحوثين لتأكيد هذا الترتيب باعتبارهم قد عايشوا هذه الإصلاحات منذ فترة زمنية تجد توافقها مع سنوات الخبرة المفيدة . وكان ترتيب الأسباب كالتالي:

أولا : عدم كفاءة نظام الإتصال بين قمة وقاعدة نظام الصحة .

ثانيا : عدم التنسيق في النشاطات بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى .

ثالثا : عدم كفاءة قادة الإصلاح.

رابعا : عدم وجود تأييد فعلي في القاعدة .

خامسا : عدم الإستقرار على المستوى المركزي .

وبحصولنا على هاته المعيقات في وجه نجاح الإصلاحات الصحية نكون قد وفرنا إمكانية إختيار الأسلوب الملائم لإزالة كل عائق حسب خصوصيته بناء على واقع الميدان الذي أنتج هذه المعطيات.

الإستنتاج الجزئي الثالث :

من خلال التحاليل التي قمنا بها لجداول الفرضية الثالثة، و التي تمتد من الجدول رقم 66 حتى الجدول رقم 75 تبين لنا مايلي :

- إن الكيفية التي تم بها تقرير الإصلاحات الصحية تمثلت أساسا في تحديدها من طرف الوزارة الوصية منفردة، و فرضها بطريقة الإلزام على المؤسسات الصحية قصد تنفيذها. و لم تلجا إلى أساليب التفاوض و المشاركة إلا في أجزاء قليلة من هذه الإصلاحات و الذي كان مع مختلف الشركاء لقطاع الصحة من القطاعات الأخرى و لمختلف الفاعلين فيه. و هذا ما جعل إستراتيجية اتخاذ قرارات الإصلاحات الصحية و تنفيذها غير متكاملة من حيث تقنيات المداخلة و التي تعد بمثابة الروح و القلب النابض الذي يحرك الإستراتيجية و تتمثل في المداخلات التي تحسن من الإتصال و التواصل فيما بين المستويات الإدارية ، وكذلك التي تركز على تعليم المستخدمين و رفع مستواهم ليكونوا قادرين على التعامل مع التغيرات مع التركيز على تحسين الأداء لإدماجهم في الأجواء الجديدة للتغيير و تقليل مقاومته.

- كما تلمسنا وعي و إدراك مستخدمي المؤسساتين الصحييتين للعملية الإصلاحية التي تجري على نطاق أوسع خارج قطاعهم ، على مستوى باقي القطاعات المتكفلة بالخدمات العمومية، و ذلك ما يجعلها في وضعية مشابهة لمؤسساتهم كونها ورشات أخرى مفتوحة أمام التغيير.

- و رغم هذه التغييرات إلا أن المؤسسة الصحية لا تسيرها باتخاذ الخطوات الملائمة لتحسين الوضع، وذلك يعود لعدم وجود أدوار لها و آليات تسمح لها بالمشاركة في صنع القرارات التي تمسها على مستوى البيئة الخارجية، رغم أنها تعد مسؤولة من قبل الرأي العام و المواطنين بعدم فعاليتها في التحكم في الوضعية الصحية للسكان بصفة عامة.

- و بالرغم من هذا، فإن المؤسساتين الصحييتين عرفتا تحسنا في الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين مقارنة بالسنوات الماضية و يبقى المجال مفتوحا أمامها للإنجاز أكثر في هذا المستوى. و قد ارتبط هذا التحسن الجزئي بعملية التحفيز و الاتصال النسبيتين بالخدمات الصحية المساعدة أكثر من ارتباطه بالخدمة الصحية الرئيسية.

- كما كانت التوقعات بنجاح الإصلاحات المشتركة بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى متشائمة. و ذلك بتوقع فشلها، و نجاحها لن يتم إلا مع مرور الوقت، خاصة و أن هذه الأعمال المشتركة تمثل أمرا لا مفر منه و قد يتحقق ذلك بتحقيق عملية التغيير الموجودة و التي هي قيد الإنجاز على مستوى كل هاته القطاعات.

- و يزداد توقع الفشل لهذه الإصلاحات ارتباطا مع الأسلوب العشري الذي اعتمدته السلطات الوصية في تقريرها و تنفيذها، و يتناقص عند الأساليب الأخرى المتمثلة في التفاوض و المشاركة، و كان سيتناقص أكثر لو أنها اعتمدت على الإستراتيجية المتكاملة في هذا التغيير.

- كما تعود أسباب الفشل المتوقع إلى عدة معيقات أهمها :

* عدم كفاءة نظام الاتصال بين القمة و القاعدة.

* عدم التنسيق في النشاطات بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى.

* عدم كفاءة قادة الإصلاح .

* عدم وجود تأييد فعلي في القاعدة.

* عدم الإستقرار على المستوى المركزي.

و قد تم ترتيب هذه المعوقات بناء على نتائج هذه الدراسة الميدانية و التي توفر للمختصين إمكانية إختيار الأساليب اللازمة لإزالتها.

- و يأمل متوقعي نجاح هذه الإصلاحات - و هم الأقلية - تحقيق مكاسب هي :

* تحسين العلاقات مع المرضى و المواطنين.

* و إنتاج خدمات ذات نوعية ووفق المعايير المعتمدة.

* ثم تحسين سلوك الأفراد.

* و خلق مناخ ملائم للعمل.

و قد تزداد أهمية هذه المكاسب، و تخلق أخرى إذا زادت توقعات النجاح و تناقصت توقعات الفشل الغالبة في أوساط مستخدمي الصحة.

2. عرض و تحليل المقابلات :

لقد إعتدنا في دراستنا على تقنية المقابلة كتقنية أساسية و ليس تدعيمية. و ذلك لان تقنية الاستمارة مكنتنا من اختبار فرضياتنا في قاعدة النظام الصحي، أما ما يلي هذه القاعدة من باقي المستويات فبقي محجوبا عنا، ولذلك أردنا الكشف عنه بواسطة هذه التقنية حتى نصل إلى نظام صنع القرارات في الصحة، و التي منها انبثقت الإصلاحات الصحية، بعد تكيفها مع الإصلاحات العامة في الدولة.

و أردنا أن نعرف – بعد الأنظمة الفرعية الممثلة في المؤسساتيتين الصحييتين ميدان بحثنا – آراء و تقييمات و توقعات البعض من المسؤولين الصناعيين لهذه الإصلاحات و القائمين عليها و ذلك بالتركيز في المقابلات على إشكالية الدراسة و المحاور الأساسية للفرضيات. كما أردنا بعض الأسئلة التدعيمية للدراسة الميدانية و ذلك استغلالا لفرصة أن عينة المقابلين هم من مستخدمي قطاع الصحة، و فيما يلي سنعرض هذه المقابلات و نقوم بتحليلها، لنخلص في الأخير إلى الإستنتاج الجزئي الرابع:

1.2. عرض المقابلات :

- المقابلة رقم (01) :

- البيانات الشخصية :

1- الجنس : أنثى .

2- السن : 38 سنة.

3- المنصب : مديرة فرعية.

4- الخبرة المهنية : 15 سنة في القطاع، منها 04 سنوات في الوزارة.

- البيانات الموضوعية :

تمثلت تصريحات هذه المسؤولة من خلال أسئلة المقابلة في الإجابات التالية :

5- إن التوجه الجديد للسياسة الصحية في الجزائر هو إدماج القطاع الخاص مع القطاع العمومي للصحة قصد توفير خدمة صحية أفضل للمواطنين.

6- هذا التوجه هو نابع أساسا من تحسين الخدمة العمومية و توفير إحتياجات المواطنين.

7- من خلال تجربتي في الإدارة المركزية نحن نعمل كلنا على مراجعة قانون حماية و ترقية الصحة و تحسين محتواه مع المقترضات الجديدة.

- 8- أنا أقيم هذه العملية بالإعتماد على بلوغها إعداد القانون الجديد للصحة، و التي تفيد بأنها في طريق الإتمام، و ستكون أفضل في المستقبل.
- 9- إن مستقبل هذه العملية هو ناجح، و الذي ستبدأ نتائجه بالظهور فور تطبيقه. فهو يحمل حولا عديدة للمشاكل الحالية للمؤسسات و للمرضى.
- 10- إن هذا الإصلاح يمس عدة جوانب أهمها الجانب الشمولي لتنظيم كل النشاطات في الصحة وفق المقاييس الإنتاجية المعمول بها. و جانب مشكل التمويل، و التسيير المالي للمؤسسة الصحية. و كذلك في جانب العلاقات مع المواطنين، و تلك هي ثمرة الإصلاح.
- 11- لا توجد أي عوائق على هذا المستوى.
- 12- هناك نوع من المقاومة في المجتمع أي لدى المواطنين خاصة عندما يتعلق الموضوع بالحلول المرتبطة بمشكل التمويل. و لكن ذلك سيزول فور بدأ العمل بتقنيات التمويل الجديدة.
- 13- كانت سياسة الإتصال جزئية على مستوى الأهداف و كلية على مستوى التوجه. و هي لا تختلف من حيث العناصر و الوسائل، بل متشابهة و نقيمتها بالكافية.
- 14- العلاقات مع مختلف الفاعلين في هذا المشروع هي غير كافية لكن نأمل أنها ستكون أفضل في المستقبل، لأن المشروع لا يمكنه أن يكتمل إنجازا بدون الجوانب المتعلقة بهذه القطاعات، خاصة قطاع الوظيف العمومي، و قطاع المالية، و الضمان الإجتماعي و كذا الجماعات المحلية و الحماية الإجتماعية و آخرين.
- 15- نعم هناك ما يدفعني للعمل أكثر لإنجاح هذا التغيير، خاصة و أن الأجواء جد محفزة من حيث الإحترام.
- 16- أمل أن نحظى بالإشراك في اتخاذ القرارات. و هذا أمر مستعجل.
- 17- لن يكون عدم تحقيق هذا سببا للتخلي عن هذا المشروع، فهو جزء من عملنا و سنؤديه كما نحن نؤديه الآن.

- المقابلة رقم (02) :

- البيانات الشخصية :

- 1- الجنس : ذكر.
- 2- السن : 44 سنة.
- 3- المنصب : مدير مركزي.
- 4- الخبرة المهنية : 18 سنة في القطاع، منها سنتين في الوزارة.

- البيانات الموضوعية :

- 5- التوجه الجديد للسياسة الصحية يتمثل في إيجاد و توفير موارد تمويل جديدة لقطاع الصحة و هي تتمثل في الخدمات الصحية ذاتها، فعلى كل مركز إنفاق أن يعمل هو بنفسه على خلق إيراداته.
- 6- هذا التوجه يندرج تحت تحقيق غاية المساواة في المرفق العمومي و تحسين جودة الخدمات العمومية قصد استعادة ثقة المواطن عن طريق تفعيل المساواة.
- 7- التغيير يتمثل في أن تتحمل جميع مراكز القرارات أعباء نشاطاتها و تتحمل نتائج ذلك، و المسؤولية تكون على مستوى تحقيق الأهداف الكلية للمؤسسات الصحية، و الأهداف الجزئية للمصالح الطبية.
- 8- إن هذه العملية هي ضرورية و لا مفر منها، خاصة و أن الموارد المالية للدولة ليست نفس التي كانت في الماضي، و هذا الهدف يجب تحقيقه، و لا نستطيع تقييمها الآن لأن الأمور ليست واضحة بعد.
- 9- ستكون هناك نتائج أفضل في المستقبل، خاصة عند بدء العمل بالتشريعات الصحية الجديدة و التي ستحقق تكفلا أحسن بالمرضى.
- 10- إن عملية الإصلاح هذه هي شاملة و لا تتركز في مستوى معين.
- 11- فعلا، توجد معوقات و هذا أمر واقعي خاصة و أن تحقيق هذا التغيير يتطلب عمليات قبلية تتمثل في تغيير الهيكلة و إجراءات العمل حتى تظهر نتائجها.
- 12- في الحقيقة لا توجد أي مقاومة لهذا التغيير، لكن ما يدور من نقاشات في الصحة مع الشركاء الاجتماعيين يدخل ضمن الحركة التي يشهدها المجتمع الجزائري ككل، و ذلك على مستوى جميع القطاعات، فالكل يسعى لتحسين ظروف عمله و تحسين مستوى معيشتهم، و نحن مثل كل قطاع نتعامل مع هذه الأطراف بالحوار و توفير كل الحلول الموضوعية الممكنة.
- 13- إن سياسة الإتصال المتبعة كانت على حسب الواقع، إذ أن تجسيد نظام التعاقد في الصحة يتطلب الإتصال و العمل المشترك مع كل أطراف هذه العملية و ذلك ما تم فعلا، هذا على المستوى الخارجي. أما على المستوى الداخلي فإن الأمور ستكون واضحة أكثر عند بدء تطبيق الإجراءات الجديدة المحتواة في قانون الصحة الجديد و الذي أشركنا في إعداده جميع شرائح الفئات المهنية للصحة.
- 14- العلاقات بين مختلف الفاعلين في الصحة تتمثل في المشاركة المتعددة الأطراف حسب ما تقتضيه عملية التعاقد فكل طرف عليه تحقيق الجزء الذي يدخل ضمن نطاق عمله، و ذلك ما يتم فعلا.
- 15- نعم هناك أمور كثيرة تدفعني للعمل، فأنا بصفتي إطار لدي طاقات و غايات أعمل على تجسيدها.
- 16- ما أمل أن يضاف كمحفزات طبعا بغض النظر عن الحصول على أجور مناسبة، هو الحصول على حرية أكثر في تقرير الأمور التي تخص مجال عملي. و هذا ضروري الآن، لأن الحاجة إليها بالموازاة مع تجسيد عملية التعاقد.

17- لن يكون هذا سببا للتخلي عن العمل، فنحن لدينا أيضا مسؤوليات لا تقاس بالحصول على هذه المحفزات و نستطيع المواصلة بكل كفاءة لأن إمكانياتنا العلمية و المهنية توفر ذلك.

- المقابلة رقم (03) :

- البيانات الشخصية :

- 1- الجنس : ذكر.
- 2- السن : 47 سنة.
- 3- المنصب : مدير مركزي.
- 4- الخبرة المهنية : 18 سنة في القطاع منها سنتين في الوزارة.

- البيانات الموضوعية :

5- التوجه الجديد للسياسة الصحية في الجزائر هو متعدد المحاور. فهو يحمل محور إقتصادي يتمثل في تحسين الخدمة الصحية، و محور إجتماعي يتمثل في إنهاء تيهان المريض بين المستويات العلاجية و بين القطاعين الخاص و العام.

6- السياسة الصحية هي تدخل ضمن إطار إلتزام السياسة العامة للدولة بتحقيق هدف تحسين الخدمة العمومية بصفة شاملة.

7- لقد أريد بهذه الإصلاحات تحسين وضعية المرضى من حيث إعادة تنظيم و تحديد المستويات السلمية للعلاج و تمكينهم من التوجه نحو المستوى الذي يخدمهم أكثر. و إعادة ضبط عملية التسيير للمؤسسات الصحية و تحديثها من حيث أنظمة العمل.

8- هذه التغييرات هي ممكنة جدا و قابلة للإنجاز كليا و لا شيء مستحيل فيها.

9- بالنسبة للمستقبل سيتحول كل شيء.

10- ستتحوّل المؤسسة الصحية من التسيير التقليدي إلى التسيير الحديث كأى منظمة عن طريق الإعتقاد على قواعد المناجمنت و يكون عليها تحقيق أهداف وجودها، و ستكون هناك مساءلة عن بلوغ هذه الأهداف، و ستكون عدة اختيارات مطروحة أمام المرضى و المواطنين، ملائمة لكل فئات المجتمع، و ما يبقى على المريض إلا إختيار أنسبها بالنسبة إليه.

11- إن العائق الوحيد الذي يبدوا لي هو أن كل هذا التغيير الممكن إنجازه مرتبط بشرط التقييم. فعدم التقييم أو نقصه سيؤدي إلى إعاقة التحول كليا.

12- لا توجد أي مقاومة للعملية، و إذا كانت هناك أمور لم تنجز فذلك يرد إلى أن تأجيلها كان ضروريا لأسباب جد موضوعية، فمثلا الأعمال التي كان مقرر مخطط لها ابتداء من 2003 هي أغلبها أجلت لأنها تطلبت دراسات و إجراءات أعمق، و ليس لأنها رفضت أو قوبلت بالمقاومة.

- 13- بالنسبة لسياسة الإتصال المعتمدة خلال هذا المشروع هي كافية على كل المستويات و قد مست كل الأطراف.
- 14- من حيث العلاقات مع الذين لهم دور في هذه الإصلاحات من القطاعات الأخرى فهي تتميز بضم الجهود إلى بعضها البعض، و كل طرف يعتمد على وسائله.
- 15- بالطبع، هناك ما يدفعني للعمل أكثر حسب ما تقتضيه واجباتي المهنية، فنحن بصدد ممارسة كل ما كنا قد كونا من أجله و كل ما مررنا به طيلة خبرتنا المهنية، كما أننا من خلال العمل على هذا المشروع نكتسب خبرات أخرى جد مهمة.
- 16- أمل أن تضاف التحفيزات المادية، و لا أحد يستطيع إنكار أن حياتنا المهنية و الإجتماعية كإطارات تتطلب مستوى معيشي أفضل من الحالي، كما و حسب خبرتنا أمل أن نحظى بالحماية في بعض أعمال التسيير التي نقوم بها. و ذلك ضروري جدا.
- 17- بالنسبة لعدم توفير هذه الإحتياجات، فالأمر لا يمكن أن يبلغ التخلي عن إنجاز هذا المشروع، فحياتنا المهنية في قطاع الصحة لم تبدأ الآن بل كانت ممارستنا طيلة سنوات عملنا في ظروف أكثر صعوبة مما هي عليه الآن، سواء من ناحية الظروف المادية أو المعنوية، لكن ذلك لم يشكل أي عائق لمواصلة العمل.

- المقابلة رقم (04) :

- البيانات الشخصية :

- 1- الجنس : أنثى.
- 2- السن : 40 سنة.
- 3- المنصب : رئيسة مكتب.
- 4- الخبرة المهنية : 16 سنة في الادارة المركزية.

- البيانات الموضوعية :

- 5- إن القول بأن هناك سياسة صحية جديدة في الجزائر هو مجرد وهم، و القول الصحيح يتمثل في أن هناك مراجعة للسياسة الصحية المعمول بها لا غير.
- 6- إن هذه المراجعة للنظام الصحي هي تابعة لمراجعة أدوار الدولة في إطار المعطيات الإقتصادية والإجتماعية الجديدة، و ليس هناك من سياسة جديدة بمعنى الكلمة.
- 7- و بالنسبة لعملية التغيير، فيقصد بها تحسين نوعية الخدمات الصحية، و التي أصبح الجميع يشكو من ترديها و عدم جودتها، و نوعية الخدمة قد تكون متعلقة بجانبها المادي أو الكيفي أو بهما معا.
- 8- أما تقييمي لهذه المراجعة فأستطيع القول أنه هناك بعض التحسن في هذا الجانب (جانب نوعية الخدمات الصحية).
- 9- و سيكون مستقبلها أحسن، إذ أن العمل على تحقيق هذا الهدف هو ممكن جدا.

- 10- إن هذا الإصلاح يمكننا لمسه في جميع مستويات الخدمة الصحية حسب السلم الهرمي لها إبتداء من الخدمات القاعدية إلى غاية الخدمات العالية المستوى و الدقيقة التخصص.
- 11- العوائق حسب رأيي تجتمع كلها في نقص الوعي في مستويات إنتاج هذه الخدمات الصحية لدى غالبية الشرائح المهنية.
- 12- إن نقص الوعي هو في حد ذاته نوع من المقاومة، فتحسين جودة الخدمة الصحية لا يأتي إلا من وراء التقييم المستمر للأداء، و الكثير من المؤيدين لهذه الخدمة ليس في صالحهم أن يكونوا موضع التقييم، فالمسألة هنا تتعلق أكثر بالمساس ببعض المصالح الخاصة، و المقاومة هي وسيلة للحفاظ على هذه المصالح. و أنا أعتبرها حالة عادية، و يعد اكتشاف نقص الوعي أو انعدامه بداية للحل و للتخلص من هذه الذهنية.
- 13- بالنسبة لسياسة الإتصال، فبالفعل هناك سياسة بذلت فيها الكثير من الجهود من أجل التحسيس و نشر الوعي بهذه الإصلاحات، و لكن حاليا يجب المرور نحو التطبيق، خاصة و أن العملية قد طالت نوعا ما، مما قد يؤدي إلى الإستهانة بها.
- 14- العلاقات بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى هي علاقات عادية فكل القطاعات هي تحت سلطة الحكومة و التعاون مع بعضهم البعض في أداء بعض الأهداف هو أمر عادي. و لا يمكن تخيل أن أحد القطاعات يرفض التعاون مع آخر، بل إن معالجة بعض الأمور تستدعي وقتا في إنجازها أكثر مما كانت تبدوا عليه في بادئ الامر.
- 15- نحن نعمل كل ما في وسعنا لإنجاح هذه الأعمال حتى و إن كانت المحفزات ناقصة جدا.
- 16- ما ينقصنا نحن الإطارات ذوا الخبرة في الإدارة المركزية هو التقدير، فنحن نلاحظ أن المناصب العليا تشغل و تشغل من طرف إطارات تأتي من خارج الإدارة المركزية، و نحن لا تتوفر لنا هذه الفرص، رغم مؤهلاتنا و كفاءتنا التي يشهد لها الجميع، و نفس الشيء بالنسبة لفرص التكوين.
- 17- إن اختياري لهذه الوظيفة و أدائي لعملي لم يكن أبدا مشروطا بهذه الحوافز لكن لو أضيفت لكانت الأمور أفضل بالنسبة لي و لمن هم في مثل وضعيتي.

- المقابلة رقم (05) :

- البيانات الشخصية :

- 1- الجنس : ذكر.
- 2- السن : 33 سنة.
- 3- المنصب : مدير فرعي.
- 4- الخبرة المهنية : 12 سنة في الادارة المركزية.

- البيانات الموضوعية :

- 5- السياسة الصحية في الجزائر هي نفسها، ليس هناك أي جديد.
- 6- السياسة الصحية هي إستمرارية للسياسة العامة للدولة. لكن نلاحظ أن هناك عدم إستمرارية في تحقيق الأهداف الصحية مقارنة بالأهداف العامة للدولة. إذ وجدت خطابات في إطار السياسة العامة بتحسين القطاع و إحداث تغييرات و ذلك منذ 25 سنة تقريبا لكن لا نتائج تذكر إلى حد الآن.
- 7- بالنسبة للخطابات التي تشرح أهداف الإصلاح هي تشمل عدة محاور منها ما يتعلق بالخدمة الصحية، و منها ما يتعلق بالهياكل و منها ما يتعلق بالوسائل المالية و القانونية و كذا التنظيمية.
- 8- تقييمي للتجربة أنها لازالت لم تحقق النتائج التي رسمت.
- 9- أما من حيث مستقبلها فهو حتما سينجز لأنه ليس هناك من بدائل، إنها الضرورة التي تقتضي ذلك، والأمر هو محتم.
- 10- إذا تحقق فإن التغيير يمكن لمسه في كل المستويات، لأن الغاية من هذه الإصلاحات هي كل القطاع و ليس جزءا منه.
- 11- العوائق تتمثل في عدم توفر نظام المعلومات الذي يرافق هذه الإصلاحات في كل المراحل، و إلا لكان يساهم كثيرا في اتخاذ القرارات الصائبة و وضع رزنامات الإنجاز حسب ما يوفره هذا النظام من معلومات ذات العلاقة في المرحلة التحضيرية. لكن انعدامه جعل عملية التخطيط، و إن كانت ذات أهداف هامة، لا تتفق مع الواقع.
- 12- بالطبع، كأى خطاب، فإن هذه الإصلاحات حينما بدأ الحديث عنها، لاقت الموافقة من البعض، و لاقت المقاومة من البعض الآخر، وهي تعود إلى عدم التحضير المسبق، لكن حجمها ليس بالقوي و هي قابلة للتجاوز دون أي مضاعفات.
- 13- لا يمكننا الحديث عن إستراتيجية حقيقية للإتصال، فعملية الإتصال التي ترافق هذه الإصلاحات ينقصها الكثير من المنهجية لتصبح إستراتيجية، وهي لم تصل إلا لمستويات قليلة داخل القطاع.
- 14- إن أغلب الأعمال المرتبطة بشركاء من القطاعات الأخرى هي تعرف تأخرا في التنفيذ، و ذلك لأن هذه القطاعات لم تلعب أدوارها كما يجب.
- 15- بالنسبة لي لدي دوافعي للعمل أكثر في إنجاح هذه التغييرات و هي في الأساس دوافع مهنية، و أنا جد مقتنع بما سيحقق من ترقية و تطوير للصحة من جراء تحقيق هذه الإصلاحات.
- 16- أريد أن نحظى نحن الإطارات بحوافز مادية أكثر، و بتكوينات فيما يتعلق بالتحكم أكثر في هذه الإصلاحات. و فرصة تحقيقها هي الآن، أي أن ترافق الإصلاحات، فليكن التحفيز للإطارات و للمستخدمين في الصحة أول ما تجلبه هذه الإصلاحات، حتى يشعر الجميع بأن هناك أمور تتغير فعلا.
- 17- إن واجباتنا المهنية، و قناعاتنا بضرورة التغيير تحتم علينا التمسك أكثر بهذا المشروع و ليس التخلي عنه، فهذه دوافع أقوى و أهم من التي نريد إضافتها.

- المقابلة رقم (06) :

- البيانات الشخصية :

1- الجنس : ذكر.

2- السن : 50 سنة.

3- المنصب : مدير مركزي.

1- 4 - الخبرة المهنية : 25 سنة في الادارة المركزية.

- البيانات الموضوعية :

5- هناك فعلا توجه جديد للسياسة الصحية في الجزائر، و هو يتمحور حول تمكين القطاع من أداء خدماته الصحية لعامة المواطنين في أحسن ظروف، و الرفع من المستوى الصحي للسكان، و الذي عرف تقهقرا في السنوات الأخيرة (التي تسبق هذا التوجه).

6- و هذا التوجه هو شديد الارتباط بالسياسة العامة للدولة، و هو جزء منها إذ توجد إصلاحات في العديد من القطاعات إن لم نقل كلها، فالإصلاحات الإقتصادية كانت هي السبابة خلال التسعينات، أما في هاتين العشريتين تعمل الدولة على النهوض بالكثير من المجالات كالتربية و العدالة، و الإدارة المحلية... و غيرها. و تلك كلها أجزاء من السياسة العامة و التي تهدف إلى تحسين الروابط مع المواطنين و خدمتهم بما تتطلبه حقوق المواطنة.

7- إن التغيير الذي يراد من خلال تجربة الاصلاح التي يخوضها قطاع الصحة حاليا يتمثل في تقريب الخدمة من المواطن، و تسهيل الحصول عليها من حيث الإجراءات و من حيث الوسائل، و كذلك العمل على رفع مستوى جودة الخدمة الصحية.

8- إن تقييمي لهذه العملية هي أنها بلغت مرحلة مهمة جدا و هي مرحلة إنهاء وضع الإطار القانوني الذي يسمح بتحقيق كل تلك الأهداف، و الذي وقفت وراءه الإرادة السياسية للسلطات العليا و سياسة الإتصال و الإشراف التي كانت في صورة جلسات وطنية و جهوية مما يلوح ببوادر إيجابية.

9- أما مستقبلا، بعد إنهاء هذه المرحلة فهو قابلية تكيف جميع أوضاع القطاع مع هذا الإطار القانوني، مما يجعل تحقيق الإصلاحات أمرا ميسرا أكثر على ما يبدو عليه الآن. و يصبح إنجاز كل الأهداف ممكنا.

10- يمكننا لمس هذا الإصلاح على مستوى تنظيم العلاج و هياكله.

11- لا توجد عوائق، و العائق الوحيد يتمثل في طول إجراءات المصادقة على قانون الصحة الجديد، أو عدم المصادقة عليه، و كلا الأمرين غير واردين، لأن مشروع القانون قد تمت المصادقة عليه من طرف الحكومة و القانون هو بصدد المصادقة على مستوى الغرفتين التشريعتين، و كل الإجراءات ستنتهي في القريب العاجل. و بالتالي ليس هناك أي عائق.

12- بالفعل حدثت في البداية مقاومة نوعا ما لبعض محتويات هذا الاصلاح لكن تلاشت فيما بعد. و كان سببها حسب رأيي هو نقص دور إدارات المؤسسات الصحية في توضيح الغايات من هذا المشروع، وكذلك سوء الإتصال، و تلاشت هذه الضغوطات بفعل إقتناع الجهات المقاومة بضرورة تغيير أساليب العمل و بأن الأوضاع لن تزيد إلا تآزما إن لم تصلح.

13- تميزت سياسة الإتصال في بداية الأمر بعدم الإستقرار في الأسلوب، لكن فيما بعد أصبحت مدروسة أكثر، و كل النشاطات حظيت بالجانب الذي يتلاءم معها من هذه الإستراتيجية. و كان الإتصال جد موسعا على المستويات الداخلية و الخارجية من حيث أطرافه، أما من حيث أسلوبه فكان يختلف حسب الهدف و حسب المستوى. و ذلك ما جعلنا نعبر عنها أنها أصبحت مدروسة أكثر.

14- فيما يخص العلاقات بين الصحة و مختلف الفاعلين في هذه الإصلاحات، فأستطيع القول أنها كانت تتميز بالإختلاف بين القطاعات، فمنها ما تفاعل إيجابيا حسب الأهداف و الجدول الزمني، مثل قطاع التعليم العالي الذي استجاب إلى تعديل أعداد المكونين حسب الإختصاصات التي تشكل عجزا في قطاع الصحة أو تعديل برامج بعض الإختصاصات مما يسمح بتقليص ذلك العجز، و مازال العمل جاريا في هذا الصدد، و هناك قطاعات أخرى اتبعت بعض المماثلة في إنجاز هذه الأهداف، و رسميا الأمر يعود إلى أسباب موضوعية لديهم، لكن تأخرهم ذلك أثر كثيرا على أداء بعض الأهداف لقطاع الصحة.

15- إن اقتناعي بهذه الحلول و هذه المعالجة هو ما يدفعني و بكل حماس للعمل أكثر على إنجاح هذه الإصلاحات في أداء المهام التي أديرها و في إنجاح كل ما له صلة بها و لو بصفة غير مباشرة من خلال علاقاتي بالمديريات الأخرى.

16- حسب تجربتي الحالية و التي تتميز بتوفر مناخ العمل المناسب فإنني أمل المحافظة عليه طيلة المراحل الموالية، فإن ذلك سيكون مشجعا جدا على متابعة المشوار في الإصلاحات و المشوار المهني بصفة عامة.

17- التخلي عن هذا المشروع غير وارد لا بالنسبة للسلطات و لا بالنسبة لنا كإطارات، و قياس فوائده أو مكاسبه إن تحقق يعد في ذاته تحفيز لنا و نحن في إنتظار ذلك.

- المقابلة رقم (07) :

- البيانات الشخصية :

1- الجنس : ذكر.

2- السن : 60 سنة.

3- المنصب : مدير فرعي.

4- الخبرة المهنية : 29 سنة في القطاع منها 3 سنوات في الإدارة المركزية.

- البيانات الموضوعية :

- 5- إن السياسة الجديدة للصحة في الجزائر تتجه نحو تمكين المواطن من الحصول على الخدمات التي بمعناه الواسع : على *Accissibilité* يحتاجها في قطاع الصحة، و ذلك بالعمل على ترسيخ مبدأ الإتاحة مستوى الطلب الصحي، و على مستوى الإجراءات، و كذا الهياكل، و من خلال وسائل العمل المادية والبشرية، و على مستوى الفئات و الشرائح الإجتماعية... و إلى غير ذلك.
- 6- إن هدف قابلية الحصول على الخدمات الصحية من طرف المواطنين ينخرط تماما ضمن هدف السياسة العامة للدولة و المتمثل في تحسين الخدمة العمومية.
- 7- لقد أريد بتجربة الإصلاح تصحيح بعض الأخطاء التي كانت في السابق ، مثل نظام مجانية العلاج، و نظام المقاطعة الصحية... و إلى غير ذلك.
- 8- إن هذه الأخطاء هي بصدد التصحيح و ذلك من خلال التكوين و الوسائل الحديثة للتسيير و هي جد إيجابية.
- 9- كثير من مجالات التغيير تتجسد حسب ما يحمله مشروع قانون الصحة الجديد، مثل التقييم، و الذي يرتبط بتحقيق تغيير أدوات القياس و المتمثلة في نظام المعلومات بالإضافة إلى إدخال ثقافة جديدة و كذا إشراك الحركة الجمعوية، فهذه الثقافة هي التي *Intersectorialité* المتمثلة في تعاون القطاعات تتلاءم أكثر لحل بعض المشاكل ذات الطبيعة الخاصة و التي تتطلب تعدد المتدخلين.
- 10- يمكننا لمس هذا الإصلاح في إطار الوقاية، التنظيم و التسيير.
- 11- أما المعوقات فهي تتمثل في بعض الذهنيات و التي مازالت سائدة وفق الممارسات السابقة، و هي موجودة في جميع المستويات القائمة على أداء الخدمة الصحية.
- 12- بالنسبة للمقاومة، بالطبع توجد مقاومة لهذا المشروع. و الأمر جد عادي، و هي مقبولة لدينا، وسببها هو تلك الذهنيات التي تناولناها سابقا و التي اعتادت العمل بالأساليب القديمة و ترفض تغييرها. وطرق إزالتها معروفة ، فعملية التحسيس سنتقص من درجتها، لكن لن تزيلها كليا، و لذلك يكون أسلوب الإرغام هو الحل للقضاء عليها نهائيا.
- 13- وجدت عدة سياسات إتصال اعتمدت خلال هذه المراحل من الإصلاح، و اختلفت حسب إختلاف المسارات. و تتميز السياسة الحالية بأنها الأكثر تفتحا و الأكثر كمالا.
- 14- إن العلاقات بين القطاعات التي لها دور في تحقيق بعض الإصلاحات و قطاع الصحة هي علاقات تتميز بأنها سياسية أكثر. و حتى يتحقق التعاون القطاعي و الذي بنجاحه نضمن نجاح هذه الإصلاحات العالقة يجب أن يتم فرضه عن طريق التنظيم القانوني. فهو الضامن الوحيد، حين يغيب التعاون السياسي ما بين القطاعات.

- 15- نعم، هناك ما يدفعني للعمل على إنجاح هذا التغيير، فهناك سنوات مهمة في رصيد خبرتي و أنا أسعى لوضعه في خدمة هذه الإصلاحات.
- 16- إننا نطمح في زيادة الأجور بالطبع و إثراء معارفنا للتمكن من مسايرة هذه الإصلاحات، و هي ضرورية خلال هذه المرحلة، لأنه هناك جانب من العمل ينتظر الإنجاز.
- 17- المشروع ضروري جدا تحقيقه بالحوافز أو بدونها.

2.2. تحليل بيانات المقابلات :

من خلال المقابلات التي تمت مع العينة من المسؤولين في الإدارة المركزية للصحة و التي هي وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، توصلنا إلى تسجيل ملاحظات هامة، منها ما يعطينا إضافات جديدة من حيث المعلومات على عملية الإصلاح الصحي، و منها ما يعطينا تدعيمات للأسئلة الرئيسية لمحاور فرضيات دراستنا. و قد تمثلت هذه الملاحظات فيما يلي :

- فيما يخص خصائص هذه العينة من المسؤولين - التي نذكر بأنها كانت عشوائية - لاحظنا أن أغلبهم من ذوي الخبرة المتوسطة إلى العالية (من 12 سنة إلى 19 سنة). كما أن غالبيتهم قد عمل في قطاع الصحة في الأنظمة الفرعية قبل أن يلتحق بالإدارة المركزية، و أن تجربة الإدارة المركزية عند هؤلاء ليست بالطويلة و إنما تتراوح ما بين 2 و 4 سنوات، و هو ما يتزامن مع تنصيب المسؤول الجديد عن هذا القطاع (الوزير). و الذي استقدم إطارات جديدة إلى هذه الإدارة لكن ممن عايشوا الإصلاحات الصحية على مستوى الأنظمة الفرعية، بصفتهم مسؤولين أيضا. و البقية من المبحوثين عملوا مباشرة بعد إنهاء تأهيلاتهم العلمية في الإدارة المركزية، و هم ذوو خبرة أيضا في هذا المستوى (من 12 إلى 16 سنة)، لكن أغلب الذين استقدموا استفادوا من المناصب العليا الأكبر (مدير مركزي) و البقية تحصل غالبيتها على مناصب عليا و لكن أدنى (مدير فرعي و رئيس مكتب) . و الإلتحاق بالنسبة لكل أفراد العينة بالوزارة كان وفقا لاختياراتهم و لرغباتهم. كما أنهم يشتركون في المستوى التأهيلي العالي و المتخصص من حيث الشهادات الدراسية و من حيث التكوينات الميدانية. أما من ناحية الجنس فهناك أغلبية ذكورية. هذا من ناحية البيانات الشخصية للمبحوثين.

- أما بالنسبة للبيانات الموضوعية فلاحظنا منذ البداية اختلاف الإجابات من حيث تحليل المبحوثين لهذه الإصلاحات و من حيث التقييم و التوقع. كما لاحظنا بعض التشابه في لغة الإجابة و التي تتميز بكونها لغة تسيير أكثر. حيث نجد وفرة من المصطلحات و المفاهيم الإدارية و هي اللائقة الأكثر بالنسبة لهذا النوع من المناصب. و كان هناك يسر في فهم الأسئلة و ردود متميزة بالتأكد و الثقة و غير مشوبة بأي شك أو غموض. مما يدل على تألفهم مع الموضوع الرئيسي لدراستنا و إدراكهم للعلاقات التي تربط إشكالية دراستنا مع الفروض الموضوعية لها. و تمثلت الملاحظات في هذا الجانب فيما يلي :

- أغلبية المبحوثين تماثلت إجاباتهم فيما يخص التوجه الجديد للسياسة الصحية في الجزائر و هم المستقدمون الجدد من الإطارات حيث يتمثل حسبهم في تحسين الخدمة الصحية لتلبية لاحتياجات المواطن لكن أوردوا مداخل فرعية لهذا التوجه الرئيسي فاتجه أغلبهم إلى مدخل تحسين الإتاحة أو إمكانية حصول المواطن على الخدمة الصحية من حيث إدماج القطاعات الفرعية للصحة، و توفير موارد أكثر، و رفع المستوى النوعي لهذه الخدمات أو الجودة. لكن هناك رأي آخر و هو رأي الأقلية من المبحوثين و هم الأكثر خبرة في الإدارة المركزية و الذين صرحوا بأن هذا ليس بتوجه جديد. إنما كل السياسات الصحية للجزائر عملت على خدمة المواطن و تلبية احتياجاته الصحية، و إنما هي مراجعة جزئية للسياسات المعمول بها وإضافة أهداف جزئية جديدة تدخل ضمن التحديث و العصرية و التي أصبحت عالمية في كل قطاعات الصحة، و هي تكييف للسياسة المعمول بها مع الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية للمجتمع وكذا التكنولوجيا، فهذه العملية هي مراجعة من أجل التكييف، و انطلاقة جديدة لتحقيق أهداف الخطابات السابقة.

- أغلبية المبحوثين يرون أن هذا التوجه يدخل كجزء مرتبط جدا بالسياسة العامة للدولة و المتمثلة في تحسين الخدمة العمومية المتكفل بها من طرف الدولة و توفير احتياجات المواطن من أجل استعادة ثقته. في حين ترى الأقلية المجيبة عن هذا السؤال بأن هذه المراجعة هي تابعة و مرتبطة بمراجعة سياسة وأدوار الدولة وفق المعطيات الجديدة الداخلية و الخارجية للجزائر.

- و كإجابة عن السؤال المتضمن تحديد ما الذي يراد تغييره من خلال هذا التوجه الجديد لاحظنا استعمال غالبية المبحوثين لعدة تعابير مختلفة في ظاهرها لكن تفسيرها و تحليلها يوحي بتقارب معانيها، (حيث أوردوا العبارات التالية: تحسين، تقريب، تسهيل، تحديث، مراجعة، تصحيح و رفع) و هي كلها مصادر تعبر عن الوجود السابق للخدمة الصحية، و لكن تضيف عملية بعدية تقع على هذه الخدمة تغير جانباً أو جزءاً فيها إما من حيث النوعية أو إمكانية الحصول عليها أو تعدله.

و منه نستنتج أن التوجه في السياسة الصحية فعلا ليس بالجديد، إنما هي عملية تغيير و تعديل في بعض عناصرها و المتمثلة في الأهداف الجزئية مع الحفاظ على نفس السياسة للدولة في هذا المجال و ليس بالتغيير الجذري و التام للسياسة الصحية . فهو من بين المعاني الحقيقية لمفهوم الإصلاح الجزئي و الذي سبق التعرض له في الفصل الثاني من هذه الدراسة . و قد تأكدت جزئية هذا الإصلاح من خلال إجابة كل المقابلين.

- و هم يقيمون عملية الإصلاح هذه بأنها لازالت لم تتجسد بعد و هذا ما يؤكد جميع المبحوثين. إذ أن أغليبتهم أجابت بأنها في طريق الإنجاز، و قد حددوا مرحلة إنجاز و إتمام مشروع قانون الصحة كمرحلة هامة في هذه الإصلاحات و هي أهم مكسب - حسبهم - إلى غاية الآن . و البقية من المبحوثين أكدوا بان كونه مجرد مشروع للقانون و ليس قانونا تاما فإنه يمكن القول أنه لم ينجز شيء منها.

- بالنسبة لمستقبل هذه الإصلاحات يرى أصحاب الرأي السابق و المتمثل في إنجاز مرحلة بدء مراجعة التشريعات الصحية أن المستقبل سيكون النجاح ، و ذلك لأن هذه التشريعات سوف توفر إمكانيات التغيير التي توصل إلى تحقيق الأهداف المرغوب إنجازها. أما البقية من أصحاب الرأي المفيد بأنه لم ينجز أي شيء من هذه الإصلاحات فهم ينضمون للتوقع بنجاح هذه الإصلاحات، و ذلك لأنهم يؤمنون بحتمية هذه التعديلات و أنه لا بديل عن ذلك. فكل المبحوثين إذا يتوقعون نجاح هذه الإصلاحات مهما كانت تبريراتهم.

- و برغبة منا في تحديد أي المستويات يعينها هذا الإصلاح الجزئي في الصحة أكد لنا أغلبية المبحوثين أنها تعني مستويات أداء الخدمة الصحية كلها، أي كل المؤسسات الصحية المنتجة لخدمات الصحة. أما الأقلية فحدودوا مستويات معينة داخل هذه المؤسسات تتعلق بالخدمة الصحية: فكان أولها تنظيم الخدمات العلاجية و هياكلها، و ثانيها مستوى التسيير من حيث المساءلة و تحديث التقنيات، و ثالثها مستوى الوقاية الصحية.

- أما بالنسبة لمعوقات العملية الإصلاحية فقد أكد غالبية المقابليين وجودها، و حدودها حسب تكراراتها كما يلي :

* أولا عائق المتطلب الزمني، و الذي تستغرقه العمليات التحضيرية القبلية مثل التعديلات الهيكلية و تعديل إجراءات العمل، و طول إجراءات تحضير و مناقشة و المصادقة على التشريعات اللازمة .

* ثانيا الذهنيات التي تسود مستويات الخدمة الصحية، و المتعلقة بعدم الوعي بغايات هذا الإصلاح و بذهنية عدم تقبل التقييم و الذي يعد شرطا من شروط نجاح هذه الإصلاحات في المستقبل، و يعتبر مؤشرا يعتد به لتحديد مسؤوليات مسيري المؤسسات و مصالحها و لجهودهم في إنجاز الأهداف المنوطة بالأنظمة الفرعية و أنظمتها الأكثر تفرعا .

* أما العائق الثالث فيتمثل في عدم توفر نظام المعلومات الملائم، و الذي يجعل من الخطابات الإصلاحية غير متوافقة مع الواقع و غير مطابقة له، و الذي من شأن توفيره أن يساهم في تصويب القرارات و التحديد الدقيق لبرنامجات العمل و أولوياته.

و عبر مبحوث واحد عن عدم وجود عوائق لهذا الإصلاح ، و يمكن تفسيره بتحفظ هذا المبحوث في جانب المعوقات، و التي قد تبدوا أنها موضوعا حساسا نوعا ما لدى بعض المسؤولين.

- يؤكد أغلب المبحوثين بل جلهم على وجود مقاومة لهذه الإصلاحات، و هناك رأي واحد بعدم وجود أي مقاومة، و أن تأجيل الإصلاحات هو تأجيل ضروري و موضوعي و ليس بفعل المقاومة أو الرفض. و هناك اختلاف بالنسبة لتحديد ما من طرف المبحوثين . و قد حددناها باستعمال الترميز الوصفي لإجابات هؤلاء المبحوثين ، ثم تحليلها كما يلي:

* هناك نوعين من المقاومة الأولى داخل قطاع الصحة، و الثانية خارجه:

فأما الأولى - الداخلية - فهي تعني فئتين : الفئة التي عبرت عن عدم وضوح هذه الإصلاحات من حيث غاياتها و عدم تحضيرهم المسبق لها و الذي يعود لسوء العملية الاتصالية خاصة في بدايات الإصلاح، و الفئة الثانية هي أصحاب الذهنية الراضية للتقييم و التي لا يخدمها هذا البعد التطويري في الإصلاحات.

أما النوع الثاني من المقاومة فهي خارجية عن القطاع و تكمن في مقاومة المواطنين من بعض فئات المجتمع. و هم أيضا فئتان: الفئة الأولى هي الشريحة الراضية لتقنية التعاقد كحل للمشاكل التمويلية لقطاع الصحة و ذلك اعتقادا منهم أنها ستلغي مبدأ مجانية العلاج و تمنع استفادتهم من حماية الدولة لهم. و الفئة الثانية هي التي تقاوم التغييرات المعلن عنها و ذلك في إطار النقاش الاجتماعي و الذي يشهد حركة ملحوظة في السنوات الأخيرة، و هو يمس كل القطاعات العمومية حيث أصبح أفرادها يطمحون إلى تغيير مستوى معيشتهم إلى الأفضل و شروط عملهم إلى الأحسن و حصولهم على حقوقهم كمواطنين وفق الوعي الذي تشكل و تأثر بفعل التطور الثقافي و السياسي، للمجتمع الجزائري على المستوى الداخلي للدولة، ووفق ثقافة العولمة على المستوى الخارجي و التي تنادي بحماية حقوق الإنسان، خاصة في مجال الصحة و الحياة. و هو رأي مبحوث واحد فقط.

* أما من حيث درجة تقبل المسؤولين لهذه المقاومة فأغلبهم يرون أنها عادية ، و النسبة الأخرى ترى أنها ضعيفة. و على العموم فهي ليست ذات أهمية كبيرة بالنسبة لجميع المبحوثين .

* أما من حيث طريقة معالجتها فترى الأغلبية بأن طريقة الفرض هي الملائمة ، و قد عبر عنها المبحوثون بالعبارات التالية : " يمكن تجاوزها، ستزول مع التطبيق، بالإرغام، بالإلزام ". و في ذلك إشارة على أن هذه المقاومات لازالت متواصلة إلى غاية الآن . أما الفئة الذين عبروا عن وجود مقاومة في بداية الإصلاحات و عن تلاشيها نهائيا فقد صرحوا بأن طريقة معالجتها كانت عن طريق الإقناع و عن طريق التحسيس المعتمدة في سياسة اتصالية لاحقة.

- اختلف المبحوثون في رأيهم بشأن إستراتيجية الإتصال المعتمدة من طرف الإدارة المركزية لمرافقة هذه الإصلاحات . فهناك رأي أول يفيد بأنه لم تعتمد سياسة اتصال واحدة خلال مسار هذه الإصلاحات، و اتفق أصحابه على أنها كانت ناقصة و غير موسعة ثم عدلت إلى سياسة أخرى أكثر دراسة و أكثر تفتحا و هي المعمول بها حاليا. و عبر رأي آخر على أن هذه الإستراتيجية هي واقعية من حيث إشراك الفاعلين في الإصلاحات و تبذل جهودا في التوعية و التحسيس بها، و أضافوا أن هناك غموض في هذه الإصلاحات لا يمكن لأي إستراتيجية اتصال أن تزيله و الحل الوحيد هو التطبيق المباشر لها، أي يكتفى بالاتصال المعتمد في هذا الحد و يعول أكثر على التطبيق الفعلي في إزالة باقي الغموض الذي يكتنف العملية الإصلاحية. و هذان الرأيان متقاربان من حيث النسبة و يعبران عن واقعية سياسة الاتصال المعتمدة والجمع بين الرأيين يصبح هو الرأي الغالب . و إذا تغاضينا النظر إلى السياسة المعتمدة في البداية وركزنا في الحالية نجد أن الحالية تزيد عن الواقعية بالتفتح و الدقة و الكفاية. و قد عبر رأي ثالث

عن صفة جديدة لم يتطرق إليها الرأيين السابقين هي صفة الكلية في التوجه و الجزئية في الأهداف. مما يستلزم التعبير عنها بالإستراتيجية و إلغاء التعبير عنها بالسياسة. مما يعني وجود تطور في عملية الاتصال التي إعتدتها الوزارة الوصية لمرافقة الإصلاحات و الذي سمح بأن ترقى من سياسة ناقصة المنهجية و المحتوى في البداية إلى إستراتيجية كاملة في المرحلة الموالية.

- تتميز العلاقات ما بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى بكونها ضرورية في عملية الإصلاح و يستحيل أن تتم بدون تعاون هذه القطاعات في إنجازها مع قطاع الصحة. و قد قيمها المبحوثون في أغلبهم بأنها علاقات غير تعاونية بالشكل الذي يكفي لإنجاح الإصلاحات المشتركة، و قد أدى ذلك إلى عرقلة بعض الأعمال و ترك أخرى عالقة. و يرى مبحوثون آخرون أن هذا التعاون هو نسبي لهذه القطاعات لتأخر إنجاز بعض الأعمال التي تتطلب وقتاً أطول في أدائها نظراً لاختلاف الوسائل بالنسبة للقطاعات و للتعقد الموضوعي خلال تنفيذها. و لذلك فإن هذه العلاقات هي تعاونية لكن تشهد تأخرات حسب الوسائل و نوع الأعمال المطلوبة. و هناك رأي ثالث ضعيف يتمثل في المشاركة الفعلية لهذه القطاعات في إنجاز الأعمال المشتركة و ذلك بفرض من العلاقات التعاقدية و التي تقتضي هذا التعاون. و في هذا الصدد ذكر أحد المبحوثين أن العلاقات الملزمة بالقانون هي الضامن و الملزم الوحيد لتعاون هذه القطاعات و لإنهاء الأعمال العالقة و أن العلاقات السياسية بين مسؤولي القطاعات هي غير كافية.

- بالنسبة للتحفيز و علاقته بدافعية هؤلاء المبحوثين لاحظنا من خلال الإجابات أن أغلبهم و بنسبة شبه كاملة صرحوا بأن لديهم دوافع تحفزهم على بذل جهودهم لإنجاح هذه الإصلاحات، لكن فرز هذه المحفزات ينتج نوعين من الدوافع: الدوافع الذاتية و المتعلقة بالمبحوث ذاته أي الداخلية، و دوافع ناتجة عن تحفيز أو دفع من طرف المؤسسة المركزية و هي خارجية. تمثلت الدوافع الداخلية في : الإقتناع بالإصلاحات و الحماس المتولد عنه، توظيف الخبرة المهنية و العلمية و هي تتلخص في حب العطاء ، ودافع الإبداع و الإنجاز. أما الدوافع الخارجية فتمثلت في توفر مناخ العمل المناسب، وجود الإحترام و منح الفرص للإبداع. و سجلت نسبة ضعيفة جدا تمثلت في رأي مبحوث واحد صرح بنقص التحفيز، وهو من الذين لديهم خبرة أطول في الإدارة المركزية و مع ذلك بقي يشغل نفس المنصب (رئيس مكتب) منذ عدة سنوات رغم أن الكثير من الإطارات يتم استقدامهم من الخارج و يصرح بأنه ليس الوحيد بل هناك العديد من الإطارات بنفس حالته و أكد في نفس الوقت أن هذا لا يمنع من دافعيته لتحقيق و إنجاز هذه الإصلاحات، لأنها تخدم اختياراته الشخصية و قناعاته.

و رغم نسبة التحفيز العالية لدى المقابلين إلا أنهم يرغبون في إثراء هذه الحوافز، و قد توجهت رغباتهم المشتركة أكثر إلى تحسين الأجور و الحوافز المادية في الدرجة الأولى، يليها الاستفادة أو برمجة تكوينات تمنحهم تمكينا علميا و مهنيا فيما يتعلق بالأعمال الإصلاحية غير المنجزة أو مرافقة لها، ثم تأتي

بعض الرغبات الفردية تمثلت في الإشراف في اتخاذ القرار بالنسبة للمديرين الفرعيين، و منح حرية أكثر في إتخاذ القرارات و توفير حماية في التسيير عند المديرين المركزيين، و التقدير بالنسبة للمناصب الدنيا. كما تماثلت آراء المبحوثين تماما بخصوص الحاجة الأنية أو المستعجلة لهذه الحوافز المرغوبة إضافتها وذلك كمرافقات للإصلاحات الصحية.

و تماثلت آراؤهم أيضا بخصوص عدم التخلي عن مشروع الإصلاحات الصحية مهما توفرت أو لم تتوفر الحوافز لأنها أولا تدخل ضمن الواجبات المهنية لهؤلاء المسؤولين و هي جزء من مسؤولياتهم، و ثانيا لأن هذه الإصلاحات هي سبيل للتغيير في الأوضاع المهنية لجميع مهنيي الصحة نحو الأفضل إذا تم تحقيقها، فإذا لم ترافقها التحفيزات الآن فإنها حتما ستكون من مكاسبها لاحقا.

- الإستنتاج الجزئي الرابع :

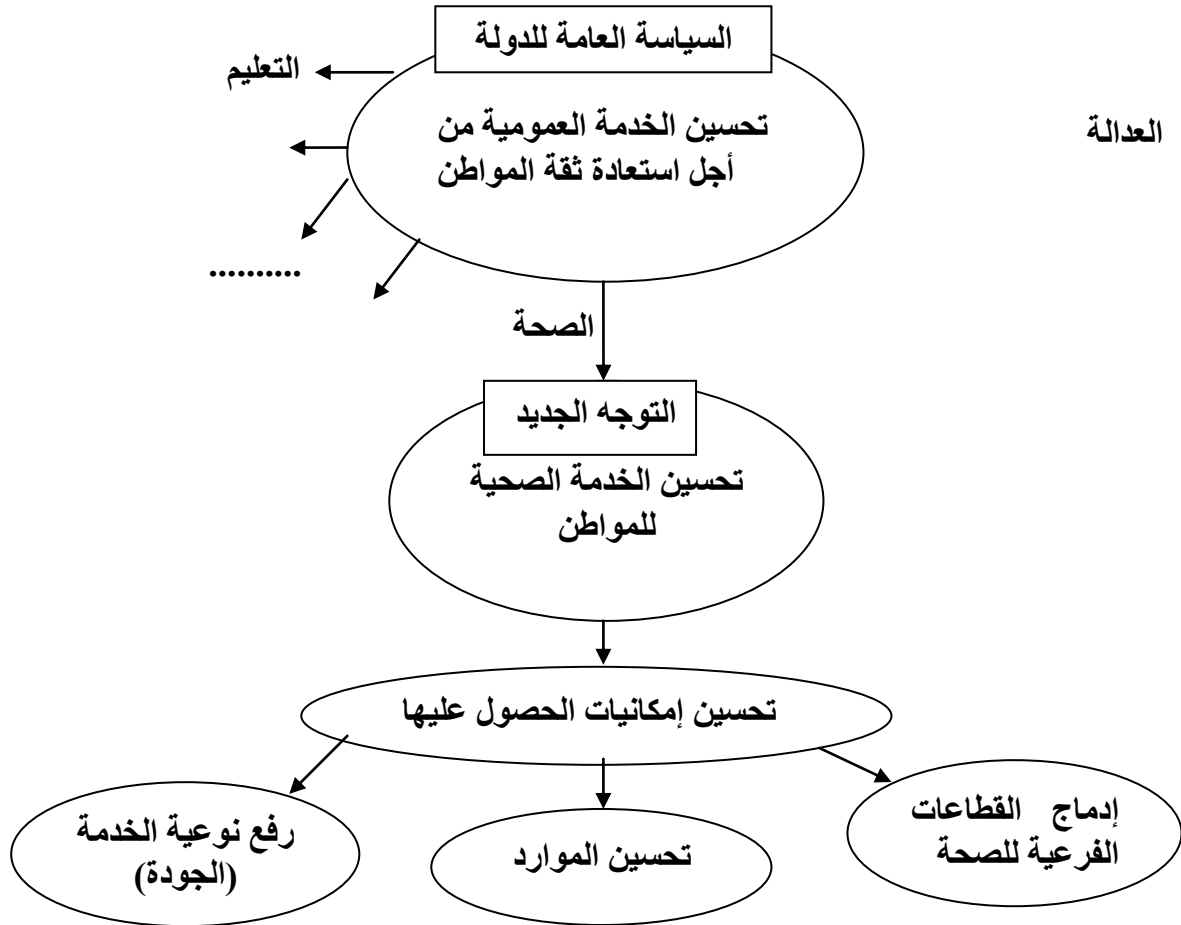
من خلال تحليل بيانات هذه المقابلات تمكنا أن نميز بين صنفين من النتائج - و ذلك ما كنا نسعى إليه- جزء نصنفه ضمن نتائج ميدانية جديدة ناتجة عن استعمال تقنية المقابلة و التي كشفت عن بعض الخصائص للنظام الأعلى (و الذي تنبثق عنه الأنظمة الفرعية المتمثلة في المؤسسات الصحية و هي مجتمع البحث الأصلي الذي أخذت منه العينة الإحصائية للمؤسستين العموميتين الاستشفائية و للصحة الجوارية لزرادة و التي طبقنا فيهما تقنية الاستمارة) ، و جزء ثاني نصنفه ضمن النتائج المدعمة للفرضيات المدروسة في محاور تحليل الاستمارة و هي تتمثل في :

- أصحاب المناصب العليا في الإدارة المركزية أغلبهم مستخدمون من الأنظمة الفرعية للصحة و يرافق استخدامهم تغيير المسؤول الأول عن القطاع، و الغرض من ذلك هو إنجاح برنامج عمل المسؤول الأول حسب الصلاحيات المخولة له. و يعبر هذا على خبرة و دراية هؤلاء المبحوثين بموضوع الإصلاحات الصحية و حيثياته و تطوره.

- الإصلاحات الصحية هي مدخل جزئي للسياسة الصحية في الجزائر، و هي تعني تحسين الخدمة الصحية العمومية للمواطن من حيث إمكانية الحصول عليها و من حيث الجودة. و هي مراجعة و تكييف للسياسة المعمول بها في الدولة مع المستجدات الإجتماعية و الإقتصادية و التكنولوجية و الثقافية للمجتمع الجزائري.

- هذه المراجعة الجزئية للسياسة الصحية جزء من مراجعة الدولة لسياساتها العمومية و أدوارها الجديدة حسب المعطيات الداخلية لها، و المعطيات الدولية الخارجية. و تتبلور هذه المراجعة في تحسين الخدمة العمومية المتكفل بها من طرف الدولة و توفير احتياجات المواطن من جل استعادة ثقته. و الشكل رقم (01) يلخص هذه العلاقة.

الشكل رقم 20 علاقة التوجه الجديد للسياسة الصحية بالسياسة العامة للدولة و مجالات التغيير في الصحة :



المصدر: الباحثة اعتمادا على نتائج المقابلات (السؤال رقم 5،6، و 7)، أنظر الملحق رقم 02.

- لقد قيمت عملية الإصلاح من طرف المبحوثين بأنها غير منجزة بعد، و هي في طريق التجسيد. و ربطوا مستقبلها بإكمال التشريعات الصحية الجديدة المتمثلة في قانون الصحة الجديد. و هم يتوقعون نجاحها لتوفر كل إمكانيات التغيير في هذه التشريعات و لاحتمتيها.

- و تعني هذه الإصلاحات كل مستويات أداء الخدمة الصحية في كل المؤسسات الصحية، و هي تتعلق بخدمات العلاج و الوقاية و هياكلها، و بمستوى عملية التسيير خاصة في جانب تحديث تقنياته و تطبيق المساءلة من خلال عملية التقييم.

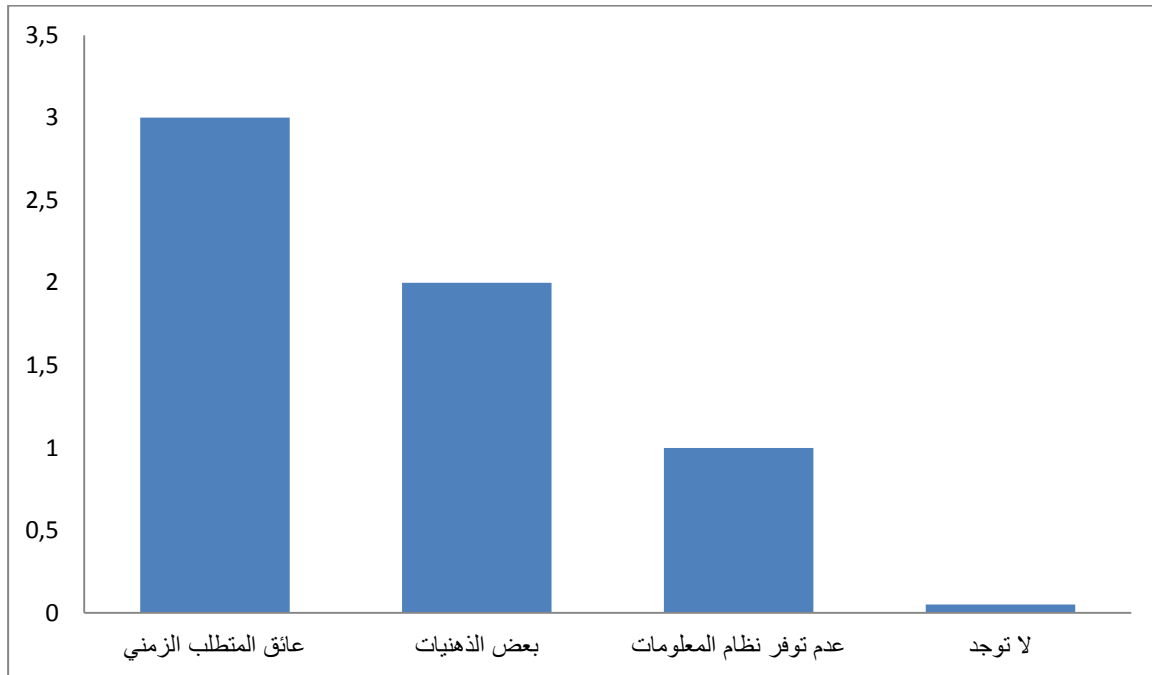
- هناك معوقات للعملية الإصلاحية تتمثل في :

* عائق المتطلب الزمني : و الذي استغرقت العمليات التحضيرية المسبقة مثل التعديلات الهيكلية و تعديل إجراءات العمل، و طول إجراءات المصادقة على التشريعات اللازمة.

* بعض الذهنيات التي تسود مستويات الخدمة الصحية المتعلقة بنقص الوعي بغايات هذا الإصلاح وبعدم تقبل التقييم.

* عدم توفر نظام المعلومات الملائم الذي يوفق بين الخطاب الإصلاحي و الواقع، مما أدى إلى إتخاذ قرارات غير صائبة و تحديد رزنامات عمل و أولويات غير واقعية. و الشكل رقم (02) يرتب هذه المعوقات حسب تكراراتها من قبل المقابلين.

شكل رقم (21) : ترتيب المبحوثين لمعوقات العملية الاتصالية.



المصدر: الباحثة اعتمادا على نتائج المقابلات (السؤال رقم 11)، أنظر الملحق رقم 02.

- أكد جل المبحوثين على وجود مقاومة لهذه الإصلاحات، تم تحديد مصدرين لها:

* المصدر الأول هو من داخل القطاع و هو يعني فئتين: فئة الذين لم يفهموا الإصلاحات الصحية و الذي يعود لسوء العملية الاتصالية خاصة في بداية الإصلاح، و فئة أصحاب الذهنية الراضية للتقييم.

* المصدر الثاني هو من خارج القطاع و يكمن في مقاومة بعض فئات المجتمع. و هم أيضا فئتان: الأولى هم المواطنون الراضون للتعاقد كحل للمشاكل التمويلية لقطاع الصحة، و ذلك اعتقادا بأنها ستلغي مبدأ مجانية العلاج. و الثانية هي التي تدخل في حركة النقاش الاجتماعي حول التغيرات المعلن عنها كخطاب اجتماعي للسلطات و تهدف هذه الفئة إلى تحسين مستواها المعيشي و حصولها على حقوق المواطنة.

و يرى أغلبية المبحوثين أن هذه المقاومة ليست ذات أهمية كبيرة، إذ تتراوح ما بين العادية إلى الضعيفة. و طريقة الفرض أو الإلزام هي الملائمة لمعالجتها. فوقت التحسيس و الإقناع قد مضى.

- كما استنتجنا وجود تغيير في عملية الإتصال التي اعتمدها الوزارة الوصية لمرافقة الإصلاحات، و الذي سمح بأن ترقى من سياسة ناقصة المنهجية و المحتوى في البداية إلى إستراتيجية كاملة و مدروسة في المرحلة الحالية.

- أما بخصوص العلاقات ما بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى فقد قيمت بأنها علاقات غير تعاونية في غالبيتها و بالشكل الذي لا يكفي لإنجاح الإصلاحات المشتركة، و قد أدى ذلك إلى عرقلة تحقيق بعض الأعمال، و ترك أخرى عالقة. و هناك رأي آخر بنسبية هذا التعاون لأن تأخر إنجاز بعض الأعمال يعود إلى متطلب منحها الوقت الكافي لذلك، و لاختلاف وسائل الإنجاز بالنسبة للقطاعات، و لعدم وجود ضمانات تلزم هذه الجهات بالتعاون.

- أغلب المقابليين المبحوثين صرحوا بدافعيتهم للعمل على إنجاز هذه الإصلاحات ، و هذه الدوافع نوعان داخلية و خارجية :

* دوافع داخلية تتمثل في الإقتناع بهذه الإصلاحات ، و الحماس المتولد عنه ، و حب العطاء من الخبرة المهنية و العلمية المحصل عليها، و دافع الإبداع و الإنجاز.

* دوافع خارجية تتمثل في توفر مناخ العمل المناسب و جو الاحترام و تشجيع الإبداع. - و هناك حوافز أخرى يرغب المبحوثون في الحصول عليها مرافقة مع إنجاز هذه الإصلاحات تتمثل في: تحسين الأجور و الإستفادة من التكوين فيما يتعلق بالأعمال غير المنجزة، الإشراف في اتخاذ القرارات و توفير حماية في أعمال التسيير و كذلك التقدير لجهودهم المبذولة.

- تتماثل آراء المبحوثين بخصوص عدم التخلي عن مشروع الإصلاحات و ذلك كونها ضمن الواجبات المهنية لهؤلاء المسؤولين. و لأن الإصلاحات هي سبيل التغيير نحو حياة مهنية أفضل لجميع مستخدمي الصحة، و سيكون التحفيز من مكاسبها لاحقاً.

النتائج العامة للدراسة :

شكل هذا الفصل محاولة منهجية للكشف عن الأسباب الموضوعية لعدم تغير المؤسسة الصحية وفق إستراتيجية الإصلاح المسطرة من طرف السلطات و معرفة إن كانت هذه الوضعية تتطلب إعادة صياغة لمشروع هذا التغيير، و ذلك عن طريق دراسة المعطيات الميدانية للمؤسستين الصحييتين العموميتين للصحة الجوارية، و الاستشفائية لزرالدة، و معطيات بعض القائمين على هذه الإصلاحات على مستوى الإدارة المركزية للصحة المتمثلة في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

و قد تبينت من خلال هذه المحاولة العلمية المتواضعة النتائج التالية :

بالنسبة لنتائج المحور الأول من الدراسة تمثلت فيما يلي :

- إن العلم بالإصلاحات لا يمس سوى نصف المبحوثين ، و النصف الآخر لا يعلم بها. و قد تحكمت في ذلك عدة عوامل: أولها عامل قرب أو بعد الفئة المهنية عن إدارة المؤسسة، و ثانيها عامل المستوى الدراسي، و ثالثها عامل الأقدمية قياسا مع مراحل تنفيذ هذه الإصلاحات، و يتدعم هذا بدراية و خبرة مسؤولي القطاع بموضوع الإصلاحات الصحية و حيثياته و تطوره.

- غالبية المستخدمين من أفراد العينة يقرون بضرورة إصلاح الأوضاع في قطاعهم، و هذا يرصد إستعدادهم أكثر إن كانوا أكثر دراية بمحتواه و يبعد احتمال مقاومتهم له، و يؤكد كل أفراد العينة من الإدارة المركزية هذه الضرورة و هذه الأهمية للإصلاح.

- و يعي هؤلاء المبحوثين أن هذه الإصلاحات توفر فرصة لإيجاد حلول لبعض المشاكل التي تعيشها المؤسسة و ليس كلها، و ذلك ما يعكس البعد الجزئي للإصلاحات الصحية و ينفي بعدها الشمولي. و ذلك ما تدعم في نتائج المقابلة، إذ تؤكد على أن الإصلاحات الصحية هي مدخل جزئي للسياسة الصحية في الجزائر، و هي تعني تحسين الخدمة الصحية العمومية للمواطن من حيث إمكانية الحصول عليها و من حيث الجودة، و التي تدخل ضمن إطار مراجعة الدولة لسياساتها العمومية و لأدوارها حسب مستجداتها الداخلية و الخارجية.

- لا يمكن للمؤسسة الصحية أن تتعامل مع هذه الإصلاحات بفاعلية لأنها لا تمتلك الإمكانيات المادية و البشرية و التنظيمية الكافية لذلك حسب مبحوثي النظام الفرعي، مما يتأكد و يتدعم بتقييم القائمين عليها على أن هذه الإصلاحات غير منجزة بعد، و هي في طريق التجسيد، و ربطوا مستقبلها بإكمال التشريعات الجديدة و التي من شأنها أن تدفعها لتحقيق هذه الفاعلية .

- و يعي جميع المبحوثين من النظام المركزي ضرورة أدوارهم في إنجاح هذه الإصلاحات ، على عكس المبحوثين من النظام الفرعي و الذي تعد فيه أدوارهم ضرورية نسبيا فقط. و ذلك لتهميشهم من

طرف القائمين على الإصلاحات في وضع أدوار ملائمة لهم من هذا المشروع ، و الأمر يعني فئة الطبيين أكثر.

- كما لا تخدم هذه الإصلاحات أهداف مستخدمي الأنظمة الفرعية إلا نسبيا. و يظهر تهميش أدوار هاته الفئات و أهدافهم في ضعف إشراكهم لإثراء النقاش و التحاور حول الإصلاحات أثناء تقريرها و خلال تنفيذها . و قد تدعم ذلك بتصريح المقابلين من النظام المركزي بأن عملية التحسيس و التوعية بهذه الإصلاحات كان نسبيا في بداياته، و غير متفتح في جانب المشاركة. مما ضيع على هذا المشروع فرصة استفادته من الكفاءة العلمية و ذات الخبرة من المتخصصين في الصحة من مسيرين أو ممارسين للعلاج على مستوى الأنظمة الفرعية للنظام الكلي.

- لا تقدر مهنة المبحوثين من الأنظمة الفرعية إلا بشكل نسبي لفئات الإداريين و شبه الطبيين، و تبقى فئات الطبيين و الأعوان المهنيين الأكثر معاناة من عدم تقدير مؤسساتهم لمهنتهم. كما يعاني الطبيون و شبه الطبيون من نقص الدعم و الذي لا يوفره لهم مشرفوهم عن العمل، عكس فئة الإداريين و الأعوان المهنيين الذين يستفيدون في غالبيتهم من دعم مشرفيهم. و هذا التفاوت بين الفئات يزرع الإحساس في أوساط المهتمين بعدم الانتماء إلى نفس المؤسسة.

- إن العوامل المتمثلة في نقص التحسيس و هذا التهميش لمبحوثي النظام الفرعي في الأدوار، و عدم خدمة الأهداف النسببية، و عدم إشراكهم شبه الكلي في الحوار حول هذه الإصلاحات، بالإضافة إلى التقدير و علاقات الإشراف المتباينين بين الفئات المهنية أدى إلى طغيان عدم التحفيز المعنوي لدى غالبيتهم و التي تمس كل الفئات من حيث الأقدمية سواء من حديثي العمل أو من القدماء فيه.

أما من حيث التحفيز المادي فاستنتجنا أن الغالبية الكبرى لموظفي القطاع في المستوى الفرعي تعاني ضائقة في مستوى المعيشة مقارنة بالأجور التي يتقاضونها خاصة مع الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي تعيشها البلاد. كما لا تعد مجزية من حيث مكافأتها للجهود المبذولة من طرف الأغلبية الكبرى منهم.

إن برامج العمل هي مكثفة في أغلبها، و يعود ذلك إلى العجز في توفير الإمكانيات البشرية من طبيين و شبه طبيين و حتى أعوان مهنيين في بعض التخصصات، مما يؤدي إلى إرهاق هذه الفئات و يضاعف احتمال ارتكابهم لأخطاء مهنية لا تقدر بثمن إذا كانت تتعلق بصحة أو حياة المواطنين.

ظروف عملهم المادية في الأماكن التي يزاولون فيها أنشطتهم هي غير مناسبة في أغلبها، كما تعد إجراءات الوقاية و الأمن هي الأخرى غير صارمة عند الأغلبية، مما يشعرهم بعدم الطمأنينة و الأمان، خاصة و أن المؤسسة الصحية تعتبر ملتقى لجميع الأمراض و الأوبئة مما يتطلب توفير هذه الشروط (المادية و الأمنية) خاصة شرط النظافة الصحية و التي تعد الأولوية القصوى، و نقص هذه الشروط يمس حقوقا هامة لمستخدمي هذا القطاع بالدرجة الأولى، كما يمس طالبي العلاج من المرضى و زوارهم من مختلف فئات المجتمع، و كذلك يمس بالبيئة المادية المحيطة.

وسائل العمل الضرورية لأدائه هي متوفرة أحيانا في غالبها و ليس دائما لدى كل الفئات المهنية. وتوفرها الدائم يتطلب حنكة تنظيمية و اقتصادية كبيرة في ظل الضائقة المالية التي تعيشها المؤسسة الصحية خاصة في جانب تمويل النشاطات الطبية و شبه الطبية التي تؤديها.

هناك عدم توازن بين الفئات في الاستفادة من الحوافز و إقصاء فئات حديثي العمل من حيث الأقدمية وكذا الفئات الرئيسية لعملية إنتاج الخدمة الصحية (الطبييون و شبه الطبييون) منها. و تتمثل هذه الحوافز في معظمها في الترقية و التكوين، و هما الصيغتان الغالبتان على الإدارات التابعة للوظيف العمومي والتي تنتمي إليها المؤسسات الصحية. و يتحصل عليها عن طريق معيار الأقدمية غالبا ثم زيادة الإنتاج ثم المواظبة. و تتناقص صيغ التحفيز عن طريق التشجيع. و تنعدم المكافآت العينية و تنحصر المكافآت المالية في منحة المردودية المعتمدة على أسلوب التنقيط من طرف المشرفين و الذي لا يخضع لمعايير تقييم موضوعية مما يفتح المجال لبعض الممارسات الفاسدة، و هناك منحة العدوى و التي تمنح لفئات معينة دون غيرهم على الرغم من أن كل الفئات معرضة للخطر، و هي مصدر استياء كبير لدى بقية الفئات المحرومة منها.

توفر المؤسسات بعض الخدمات و التي يمكن إدراجها ضمن الحوافز لكن غالبية المبحوثين لا يستفيدون منها. و النسبة الضعيفة للمستفيدين منها تتمثل في قروض مالية في إطار الخدمات الاجتماعية، و التغذية في إطار تبعات تأدية بعض الأسلاك للمداومة. مما يدل على أن تصميم برامج الخدمات لا يتماشى مع تنوع الفئات المهنية في الصحة. مما يجعلهم يحسون بالتهميش مرة أخرى و عدم التساوي في حق الخدمة الاجتماعية.

يشكو غالبية المبحوثين نقص و محدودية قوانين العمل التي تسير حياتهم المهنية، رغم خضوعها إلى تعديلات و تبقى محل نقاش بين مختلف النقابات و الجهات الوصية إلى غاية الآن.

إن عدم تناسب الأجور مع المستوى المعيشي و مع الجهود المبذولة، و كثافة برامج العمل و سوء الظروف المادية للعمل و نقص إجراءات الوقاية و الأمن، و عدم التوفر الدائم لوسائل العمل الضرورية بالإضافة إلى تباين استفادة فئات المستخدمين من حوافز الترقية و التكوين و الخدمات الاجتماعية و محدودية القوانين المسيرة للحياة المهنية تعد كلها مؤشرات إلى عدم التحفيز المادي أيضا لمستخدمي هذه الأنظمة الفرعية. كان لعامل التحفيز دور في تصريح من يريدون المغادرة إلى مؤسسة أخرى لدى أغلب الطبيين و شبه الطبيين و لم تكن له علاقة بمن يريدون البقاء فيها. كما يريد حوالي نصف المبحوثين تغيير قطاع العمل إلى قطاع آخر غير الصحة، و يبرز عامل التحفيز بقوة أكثر مما سبق حيث كان أغلب من يريدون تغيير القطاع هم غير المحفزون و أغلب من يريدون البقاء هم المحفزون.

يتوقع الأغلبية من مبحوثي الأنظمة الفرعية عدم نجاح هذه الإصلاحات الصحية و يمثل غالبية أصحاب هذا الرأي الطبييون و هم الذين يعانون عدم التحفيز أكثر، ثم تبدأ بالتناقص عند شبه الطبيين و الأعوان

المهنيين، لتصل إلى نصف الإداريين. و تبقى النسبة الباقية للذين يتوقعون النجاح أغلبها هم نصف الإداريين. كما لاحظنا وجود علاقة طردية بين توقع النجاح للإصلاحات و خدمة هذه الأخيرة لأهداف المبحوثين.

أما بالنسبة للمبحوثين من الإدارة المركزية فجلهم مندفعون لإنجاح هذه الإصلاحات بفعل دوافع داخلية ومحفزات خارجية تمثلت أساسا في الاقتناع بهذه الإصلاحات و الحماس المتولد عنها و حب العطاء، ودافع الإنجاز و الإبداع و المسؤولية، و كذا توفر مناخ العمل المناسب، و رغم ذلك تنقصهم الحوافز المادية من الأجور و المكافآت و التكوين في الأعمال الإصلاحية غير المنجزة، و الإشراف و الحرية في إتخاذ القرارات و التقدير لمجهوداتهم.

و تبرز المقارنة بين فنتي مستخدمي النظام المركزي ومستخدمي الأنظمة الفرعية فيما يخص التوقعات و العمل على إنجاح الإصلاحات الصحية و درجة التحفيز أن الفئة الأولى المندفعة و المحفزة نسبيا تتوقع و تعمل أكثر على إنجاح هذه الإصلاحات، أما الفئة الثانية و التي تعاني عدم التحفيز في جانبه المعنوي و المادي فهي متوقعة لفشلها بسبب عدم الثقة في القائمين عليها أولا، يليها سبب إقرارها مجرد خطاب لا غير، و أخيرا بسبب عدم الإقتناع بها.

و هذا يثبت صحة الفرضية الأولى التي تفيد بأن لنجاح الإصلاحات الصحية علاقة بدافعية و تحفيز مستخدمى قطاع الصحة و التي تدعمت ميدانيا على مستوى النظام المركزي، و على مستوى الأنظمة الفرعية. و يسمح تحديد المعوقات لعملية النجاح في هذا المحور الأول من الدراسة إلى إعادة صياغة العملية التحفيزية في المراحل المستقبلية من هذا المشروع، بالتركيز على إزالتها، و إثرائها بما تم إثبات خدمته أكثر لتحقيق الدافعية لديهم.

و تمثلت نتائج المحور الثاني من هذه الدراسة فيما يلي:

- غموض محتوى عملية الإصلاح بالنسبة لأغلبية المبحوثين في النظام الفرعي، و هو رأي متقارب لدى كل الفئات المهنية، و الذي لم تكن له علاقة بالمستوى الدراسي، و كان الحكم بالغموض أكثر تأكيدا من الحكم بعدم العلم بها و الذي كان يكتنف أغلبية من صرحوا بعلمهم بها.

و قد أثر هذا الغموض في عدم الوعي بفائدة هذه الإصلاحات على مستوى المؤسساتيتين الصحييتين، مما جعلهما لا تستغلان كل إمكانياتهما المادية و البشرية لإنجاح هذه الإصلاحات على حد تصريحات المبحوثين. و أكدت غالبية المجيبين باستغلال المؤسسة لإمكانياتها و هي النسبة الأضعف أن ذلك يعود إلى كون مؤسساتهم مرغمة على إحداث هذه التغييرات أكثر مما هي مقتنعة و مؤيدة لها. و كان له علاقة بعدم فاعلية المؤسسة الصحية في التعامل مع هذا التغيير، و يدل هذا على عدم توفر الإرادة الكاملة للإلتزام بإنجاحها و العائد أساسا إلى مستوى الوعي الضعيف بفائدتها. و قد دعمت نتائج المقابلة هذا الرأي، إذ أن المبحوثين من الإدارة المركزية صرحوا بوجود مقاومة داخل قطاع الصحة تتمثل في فئة

الذين لم يفهموا الإصلاحات الصحية، و فئة أصحاب الذهنية الراضية للتقييم، و قد أكدوا عدم أهميتها وأن معالجتها تتم باستعمال طريقة الفرض أو الإلزام و أن الوقت لم يعد ملائماً للتحسيس و الإقناع. فهذه التصريحات تؤكد وجود فئة لم تفهم هذه الإصلاحات و تؤكد طريقة الإلزام كما تؤكد تأثيرها على عدم وجود إرادة كاملة للالتزام بها، و العائد أساساً إلى سوء عملية التحسيس و الإقناع و فشل سياستهما. و لا يعود إلى مقاومة مفتعلة بل مبررة. كما يفهمها هؤلاء المسؤولين في النظام المركزي و كما يشرحها الباحثين في الأنظمة الفرعية. و لذلك فقد قيمت إستراتيجية الإتصال بالرديئة في أغلبها و المنعدمة بنسبة أخرى، وازداد تأكيدها بالنسبة لأغلب العالمين بها. كما أن هذه الإستراتيجية لم تؤد وظيفة الإعلام المنوطة بها وهي أول مبادئ أي إستراتيجية اتصال. كما يوجد تمييز بين فئات المستخدمين في هذا المستوى إذ يستفيد منها الإداريون أكثر من باقي الفئات، و تعد فئة الطبيين الأكثر معاناة من عدم توفر المعلومات و يعد هذا من أكبر المعوقات في العملية الإنتاجية للخدمة الصحية و التي تحتاج إلى مدخلات من المعلومات الضرورية حتى تنجز بجودة كاملة. و قد تدعمت هذه الإجابات من طرف المقابلين و الذين تناولوا عائق الذهنيات و عائق عدم توفر نظام المعلومات الملائم للخطاب الإصلاحي و الواقع. و نفس الإجابة بوجود ذهنيات راضية للتقييم، أنها ليست ذهنية نابعة عن إرادة أصحابها لأنه تتوفر لديهم عدة مبررات لذلك ، مثل : عدم وجود المعلومات اللازمة لإنتاج خدمات صحية ذات جودة، و عدم توفر وسائل العمل دائماً بصفة غالبية، و عدم توفير شروط الحماية اللازمة... و إلى غير ذلك إن كل هذا يؤدي إلى إنجاز خدمات رديئة لكن دون إرادة من منتجها بل هي ظروف تحيط بهم و تمنعهم من ممارسة مهنتهم بالمستوى العلمي و المعرفي المطلوب في إنتاج خدمة ذات جودة. و لا يمكنهم تقبل هذا التقييم حتى تتوفر كل شروط الإنجاز و التي حتما ستؤدي بمساءلة منتجي الرداءة. و هذا يثبت أيضاً أن المقاومة المردودة إلى ذهنية رفض التقييم هي مبررة.

- تبرز تباينات بين الفئات المهنية في إمكانيات الإتصال بالإدارة. و تعتبر الإتصالات الأفقية أفضل حالاً من الإتصالات العمودية في المؤسسة ، و كليهما ناقص في العملية الإتصالية من حيث إمكانية تبادل المعلومات بين الأنظمة الفرعية داخل المؤسسة كنظام أعلى فيما يتعلق بالعملية الإنتاجية للخدمات الصحية، مما أثر على نوعية العلاقات بين مختلف مصالح المؤسسة و التي وصفت في غالبها بغير المتعاونة مع بعضها البعض خاصة من جانب الطبيين ، و ذلك خلل آخر يحسب على جودة الخدمة الصحية.

- دور المشرفين في شرح الأعمال التي تؤدي إلى تحسين الأداء لمروسيهم هو نسبي، و متباين من حيث الفئة المهنية. حيث تتميز العلاقة بين الإداريين و الأعوان المهنيين بالحوار مع مشرفيهم نسبياً. و تتباعد فئة الطبيين و شبه الطبيين بشدة عن مشرفيهم، مما يزيد درجة إحساسهم بالتهميش حتى داخل مصالح عملهم و عدم رضاهم.

- يعتمد غالبية المبحوثين غير المستفيدين من عملية الإعلام في المؤسسة على المعلومات الصادرة عن المصادر غير الرسمية الداخلية و الخارجية، و يزداد استعمالها من طرف فئة الطبيين. و برزت العلاقة العكسية بين الإتصال الرسمي و غير الرسمي تناقصا أو زيادة.و ذلك يحمل أخطارا على إنجاز الإصلاحات من حيث الإعتماد على المعلومات غير الصادقة و الإشاعات و الذي يؤدي إلى الخطأ في الإنجاز، و يبرر نمو مقاومة ضد إنجاز الإصلاحات. و يتدعم ذلك بنتيجة سجلت في المقابلة و التي أفاد مبحوثوا الإدارة المركزية فيها بأن بداية سياسة الإتصال المعتمدة كانت رديئة جدا و ناقصة المنهجية و المحتوى. لكن وصفهم لها بأنها هي الآن أكثر كمالا و تفتحا و دراسة ليس له أي رأي مماثل عند المبحوثين في القاعدة بل هي نسبة ضعيفة جدا مما ينفية، أو يؤكد احتمال أن التعديل الجديد لإستراتيجية الإتصال ما زال لم ينزل إلى قاعدة نظام الصحة بعد.

- عدم إلتزام المؤسسات الصحية (الأنظمة الفرعية) بأداء و إنجاز الأهداف المرسومة من طرف السلطات الوصية (النظام الأعلى). كما أنها لا تعمل على التحديث المنتظم للإجراءات المهمة في العمل إلا نسبيا. وأغلب من يرون عدم تحديثها لهذه الإجراءات هم فئة الطبيين و شبه الطبيين. و ذلك للفرق الموجود في إجراءات العمل بين الفئات المهنية للصحة. فما يتطلبه العمل الطبي من إجراءات يختلف تماما عما يتطلبه العمل الإداري، و التي يتطلب إنجازها أساليب مرنة تتلاءم مع هذه الخصوصية للإجراءات مثل : التوضيح و الإشراف، و الإقناع... و إلى غير ذلك. عكس الأسلوب القسري و الذي فضله مبحوثوا النظام الأعلى و الذي يعد مبررا أو سببا لتعطل العديد من الإجراءات التي أريد تحديثها عن طريق الأسلوب الإلزامي فقط.

- تحقيق أهداف الإصلاحات يخص أكثر الأنشطة المساعدة في الخدمة الصحية، و أغلبه لا يتعلق بالأنشطة الرئيسية (الطبية و شبه الطبية) و هذا يوصلنا إلى إستنتاج أن ما تم إنجازه من هذه الإصلاحات ليس بالمهم، و الأهم هو ما لم ينجز بعد، و تتدعم هذه النتيجة بتقييم المقابلين في النظام الأعلى بأن عملية الإصلاح لم تتجز بعد.

- ظهور علاقة طردية بين التحديث المنتظم لإجراءات العمل و سياسة الإتصال المعتمدة ، فكما وصفت الإستراتيجية من طرف المبحوثين في القاعدة بالردئية كلما لم يتحقق إنجاز و تحديث الإجراءات المطلوبة، و كلما وصفت بالمنعدمة، اقترب إنجازها من الإنعدام. مما يؤكد عدم فعالية هذه الإستراتيجية في الإتصال . و هذا يثبت صحة الفرضية الثانية التي تفيد بأن لنجاح الإصلاحات الصحية علاقة بإستراتيجية الإصلاح المعتمدة لمرافقة هذه الإصلاحات ، و التي تدعمت ميدانيا على مستوى الأنظمة الفرعية و على مستوى النظام المركزي الأعلى . و قد كشفنا عن إستراتيجية الإتصال التي يفضلها المبحوثون في القاعدة، وهي التي تخدم أولوية التحسيس بأن كل المستخدمين في الصحة هم فريق واحد، و على كل فئة فيه أن تحصل على دورها في هذا الفريق. كما أن المؤسسة هي نظام يشمل أنظمة فرعية

أخرى (المصالح الطبية و الإدارية...) و التي على هذه الإستراتيجية أن تحقق ثانيا التعاون بينها لكي تستطيع إنجاز كل عمل له بعد جزئي أو بعد شمولي. و ينطبق هذا على إستراتيجية الإتصال داخل المؤسسة، أو بينها و بين السلطات الوصية عن الصحة. و هذا من شأنه أن يسمح بصياغة إستراتيجية اتصال جديدة تخدم هذه الأولويات القاعدية.

بالنسبة لنتائج المحور الثالث فتمثلت فيما يلي :

- قررت الإصلاحات الصحية بصفة منفردة ، و حددت من طرف الوزارة الوصية للصحة ، و فرضت بطريقة الإلزام على المؤسسات الصحية قصد تنفيذها و إنجازها، ولم يستعمل أسلوب التفاوض و المشاركة إلا في جزء ضعيف من هذه الإصلاحات و هو يخص الأعمال التي يقتضي إنجازها تدخل قطاعات خارجية مثل قطاع الضمان الإجتماعي، قطاع الوظيف العمومي، قطاع المالية، قطاع التعليم العالي و البحث العلمي، قطاع الجماعات المحلية،... و غيرهم. و مختلف الفاعلين من المجتمع المدني. و قد أدرك مبحوثوا الأنظمة الفرعية هذه الأساليب و مواضع استعمالها، كما أكد مبحوثوا النظام الأعلى أن هذه الأعمال المشتركة تعد من أهم الأعمال الإصلاحية و الذي يعول عليها كثيرا في تغيير الأوضاع الحالية إلى الأفضل.

- قيمت العلاقات ما بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى من طرف مبحوثي النظام المركزي بأنها علاقات غير تعاونية في غالبها. و مجهوداتها لا تعد كافية لإنجاح الإصلاحات المشتركة. و قد أدى ذلك إلى عرقلة تحقيق بعض الأعمال و ترك أخرى عالقة. و هناك رأي آخر لا يقل أهمية عن الرأي الأول - من المقابلين أيضا - يتفهم و يبرر التعاون الضعيف للقطاعات الأخرى بكون هذه الأعمال ليست باليسيرة و هي تتطلب وقتا كافيا لكي تنجز، كما أن وسائل القطاعات مختلفة، منها ما سمح بإكمال بعض الأعمال، و منها ما يزال قيد الإنجاز. كما لا توجد أي إزامات قانونية تدفع بهذه القطاعات للإسراع أو للتعاون الكفؤ لإتمام هذه الأعمال، و هي عبارة عن دوافع سياسية فقط غير متوازية الخطاب دائما. و هذا الرأي الثاني للمقابلين يعتبر مدعما في تقاربه من رأي المبحوثين في النظام الفرعي و الذي يتضمن غالبيتهم، و هو يشكل مبررا لفشل الإصلاحات المرتبطة بهذه القطاعات حيث تتشابه وضعيات مؤسساتهم مع وضعيات مؤسسات القطاع الصحي من حيث كونها هي الأخرى ورشات لعملية إصلاحية أخرى على نطاق واسع و الذي يصب في إحداث تغييرات فيما يخص التكفل بالخدمات العمومية، و الذي ربطه المقابلون سابقا بالسياسة العامة للدولة، و هذا من شأنه أن يأخذ وقتا طويلا، و يضيفون بأن تحقيق المشاريع الإصلاحية لهذه القطاعات سيؤدي إلى تسهيل إنجاز مشروع إصلاح قطاع الصحة ، و هو أمر لا مفر منه. و يربط مبحوثي النظام الفرعي جزءا من مسؤولية عدم إنجازها مع قطاع الصحة ، حيث يرجع متوقعي فشل الإصلاحات المشتركة منهم إلى عدة معوقات و يرتبونها كالاتي :

أ- عدم كفاءة نظام الإتصال بين هذه القطاعات و قطاع الصحة

- ب- عدم التنسيق في النشاطات بين قطاع الصحة و القطاعات الأخرى.
- ج- عدم كفاءة قادة الإصلاح.
- د- عدم وجود تأييد فعلي من طرف هذه القطاعات للإصلاحات الصحية.
- ه- عدم الإستقرار على المستوى المركزي.
- و توفر هذه النتيجة الميدانية للمختصين إمكانية دراسة و اختيار الأساليب الأكثر فعالية في إزالة العوائق وامتلاك فرص أكثر لتحقيق و لإنجاح الأعمال الإصلاحية التي يرتبط فيها أكثر من قطاع الصحة لكونها تخدم الصالح العام للمواطنين هذا من جهة ، و من جهة أخرى لكونها تشكل محور التغيير في الخدمة الصحية، و التي يسأل عنها قطاع الصحة و يقيم وحده عليها من طرف المواطن و الرأي العام.
- المؤسسة الصحية لا تسير التغييرات التي تحدث في محيطها باتخاذ الخطوات الملائمة لتحسين الأوضاع و ذلك يعود لعدم وجود أدوار لها و آليات تسمح لها بالمشاركة في صنع القرارات التي تمسها على مستوى البيئة الخارجية رغم أنها تعد مسؤولة عن التحكم في الوضعية الصحية للسكان بصفة عامة.
- عرفت المؤسستين الصحييتين لزرادة (المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية) تحسنا في الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين مقارنة بالسنوات الماضية، و يبقى مجال التحسين مفتوحا أمامها لإنجاز الكثير في هذا المستوى. و قد ارتبط هذا التحسن الجزئي كثيرا بعملية التحفيز و الإتصال النسبيتين. و ذلك في شق الخدمات الصحية المساعدة أكثر من ارتباطه بالخدمة الصحية الرئيسية (العلاج).
- يأمل متوقعوا نجاح الإصلاحات المشتركة بين القطاعات الأخرى و قطاع الصحة - و هم الأقلية - تحقيق عدة مكاسب و هي تترتب حسبهم كآتي :
- أ - تحسين العلاقات مع المرضى و المواطنين.
- ب- إنتاج خدمات ذات نوعية وفق المعايير المعتمدة.
- ج- تحسين سلوك الأفراد.
- د- خلق مناخ ملائم للعمل.
- و هي مكاسب يتوقعها مبحوثي الأنظمة الفرعية و يدعمها مبحوثي النظام المركزي. و قد تزداد أهمية إذا أزيلت المعوقات الميدانية لعملية التعاون بين القطاعات و هو ما يؤكد أن فرضية علاقة إنجاز الإصلاحات الصحية وارتباطها بالإصلاحات الأخرى قد تدعمت ميدانيا على المستويين الفرعي و الأعلى لنظام الصحة الكلي.
- و بهذا تكون عناصر الإجابة عن إشكالية دراستنا قد توفرت لنخلص إلى قول أن المؤسسة الصحية لم تستطع أن تتغير وفق الإستراتيجية المسطرة منذ حوالي عشرينين بسبب ارتباط نجاحها بتحقيق عدة عوامل في جزء هام من محاورها، و تتمثل هذه العوامل في : عملية التحفيز لمستخدمي قطاع الصحة،

ووجود إستراتيجية فعالة للإتصال ، و التعاون القطاعي . فقد أثبتت وحددت الدراسة الميدانية التي قمنا بها قصورا هاما في كل هاته العوامل. كما أكدت نتائجها إلزامية إعادة صياغة مشروع إصلاح الصحة في الجزائر بما من شأنه إزالة العوائق التي تم الكشف عنها في عينتنا الميدانية.

خاتمة :

إن الإصلاحات الصحية ، فعلا تم تسطيرها بعد دراسة لواقع المرفق العمومي في الجزائر. و لكن ربط محاور إصلاحه بمحاور عجزه و نقصه في تلبية احتياجات المواطن من الخدمات العمومية كان غير كافيا لتكون الرؤية صائبة. و كان يشوبه تهميش التغيير وفق الرؤية التي يفتنح بها مستخدمي هذا القطاع بكل فئاتهم خاصة المنتجين الرئيسيين للخدمة الصحية، فهو لم يسمح بتوفير الدافعية الكاملة لإنجاح فئاتهم. كما زاد قصور إستراتيجية الإتصال من حيث أطرافها و أساليبها ووسائلها الأمر سوءا، حيث لم تخلق فيها الأدوار الضرورية لإنجاز التغيير المأمول فيه، و الذي تزيد حظوظ مستخدمي النظام الأعلى فيه أكثر من حظوظ مستخدمي الأنظمة الفرعية. بالإضافة إلى عدم التعاون فيما بين القطاعات لإنجاز أهداف مرتبطة برؤية مشتركة بين الكل، رسالتها خدمة المواطن وفق احتياجاته و بما يليق بمقتضيات عصره ، وبتلك الصورة التي يقتضيها الدور الجديد للدولة خاصة في جانبه الإقتصادي و الذي يرسم صورة هذا المواطن المستهلك للخدمة الصحية على أنه الزبون الملك. فكل الركائز و الدعائم لأي نظام تقوم من القاعدة - كأى بناء - و هناك تكامل بين أجزاء هذا البناء أو هذا النظام، فلكل نظام فرعي دور و كل أدوار الأنظمة الفرعية تؤدي إلى أداء دوره ، و هو - بدوره- يؤدي دورا يتكامل مع أنظمة أخرى، و يعتبرون جميعهم أنظمة فرعية ضمن نظام أكبر. و هذه الصورة قد اتضحت بكل جلاء في تجربة الإصلاحات التي خاضتها السياسة الصحية الجزائرية، و التي نرجوا أن يكون بحثنا المتواضع قد أمانع اللثام عن أسباب عدم إتيانها أكلها، كما نأمل أن يكون قد فتح أبوابا جديدة لمناقشة و دراسة مواضيع أخرى ذات صلة به ، خاصة و أن موضوع الإصلاح أو التغيير يعد من مواضيع الساعة في علم اجتماع التنظيمات.

و تحضرني - و أنا بصدد ختم هذه الدراسة - مسألة أشار إليها الأستاذ العربي غويني في خاتمة كتابه " الواجبات الاقتصادية للدولة في ظل المستجدات العالمية " و هو مرجع سابق في دراستنا، مفادها: أنه لا بد أن يحتضن المجتمع سياسة الإصلاحات بصفة عامة و العاملين بالميادين التي نود تطبيق هذه الإصلاحات فيها. فنقافة التغيير هذه لا بد أن تصبح قناعة شخصية لكل العاملين في هذه الميادين، و ذلك لأن الحقيقة العلمية أكدت أن التغيير هو طبيعة كل الأشياء، و بالتالي حتى يكون مردوده إيجابي على كل فئات المجتمع لا بد أن ينبع هذا التغيير من الداخل و يوظف بشكل فعال و صحيح، و لا يفرض من الخارج انطلاقا من التغييرات الدولية. إذا نريد تغييرا نصنعه نحن ، تغييرا نتحكم فيه و لا يتحكم فينا، تغييرا نقوده نحن و لا يفودنا. والحمد لله .

قائمة المراجع والمصادر

المراجع باللغة العربية :

- الكتب :

- 1- أبو بكر، مصطفى، محمد، دليل المدير المعاصر: الوظائف، الأدوار، المهارات، الصفات، الدار الجامعية، 2001.
- 2- أبو الخير، كمال حمدي، الإدارة بين النظرية و التطبيق، مكتبة عين شمس ، مصر، 1987.
- 3- الأعرجي، عاصم، نظريات التطوير الإداري، وزارة التعليم العالي، بغداد، العراق، 1988.
- 4- الأعرجي، عاصم و آخرون، نظريات التطوير الإداري، وزارة التعليم العالي، بغداد، العراق، 1982.
- 5- البكري، ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، دار اليازوردي العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، (دون سنة).
- 6- البيومي، صلاح، حوافز الإنتاج في الصناعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982.
- 7- التير، مصطفى عمر، مقدمة في مبادئ و أسس البحث الإجتماعي، ط2، الجامعة المفتوحة، طرابلس، 1995.
- 8- الجميلي، خيرى خليل، الإتصال و رسائله في المجتمع الحديث، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 1997.
- 9- الزغبى، حسن علي، نظم المعلومات الإستراتيجية مدخل إستراتيجي، ط1 ، دار وائل للنشر، الأردن، 2005.
- 10- الحرفة، حامد آخرون، موسوعة الإدارة الحديثة و الحوافز، ج2، ط1، الدار العربية للموسوعات، بيروت، 1980.
- 11- الحسيني، السيد، علم إجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1984.
- 12- الطائي، يوسف حجيم و آخرون، إدارة الموارد البشرية مدخل إستراتيجي متكامل، ط1، مؤسسة الورق للنشر و التوزيع، 2006.
- 13- الطائي، محمد، المدخل إلى نظم المعلومات الإدارية، ط2، دار وائل للنشر، الأردن، 2005.
- 14- الكبيسي، عامر، الفساد و العولمة تزامن لا توأمة، المكتب الجامعي الحديث، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2005.
- 15- الكيالي عبد الوهاب ، وآخرون ، الموسوعة السياسية ، ج1، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بيروت ، (د،ت).

- 16- النجار، فريد، النجار، نهال، العولمة و الرعاية الإجتماعية : الأثار الإقتصادية و الإجتماعية، المكتبة المصرية، الإسكندرية، مصر، 2001-2002.
- 17- النجار، فريد، التغيير و القيادة و التنمية التنظيمية محاور الإصلاح الإستراتيجي في القرن 21، الدرا الجامعية، الإسكندرية، 2006 .
- 18- السلمي، علي، تطور الفكر التنظيمي، وكالة المطبوعات الجامعية، الكويت، 1975 .
- 19- السلمي، علي، الإدارة المصرية رؤية جديدة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1979 .
- 20- السلمي، علي، إدارة الأفراد و الكفاءة الإنتاجية، دار غريب للطباعة، القاهرة، 1985 .
- 21- العدوان ياسر، نماذج لمفاهيم الإصلاح.
- 22- العطية، ماجدة، سلوك المنظمة، سلوك الفرد و الجماعة، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2003 .
- 23- العلاق، بشير، مبادئ الإدارة، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2008.
- 24- العمري، أبو النجا محمد، الإتصال في الخدمة الإجتماعية، ط 3 ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 25- القريوتي، موسى قاسم، مبارك، علي خضر، أساسيات الإدارة الحديثة، ط3، دار تسنيم للنشر و التوزيع، 2006 .
- 26- القريوتي، محمد قاسم، نظرية المنظمة و التنظيم، ط1، دار وائل للطباعة و النشر، عمان، 2000 .
- 27- القريوتي، محمد قاسم، الإصلاح الإداري بين النظرية و التطبيق، ط1، دار وائل للطباعة و النشر، عمان، الأردن، 2001 .
- 28- القريوتي، محمد قاسم، زويلف، مهدي، المفاهيم الحديثة في الإدارة النظريات و الوظائف، ط3، 1993 .
- 29- القباني، محمد بكر، الإدارة العامة، ج2، (بدون سنة).
- 28- الشتا، السيد علي، الفساد الإداري و مجتمع المستقبل، ط1، المنتزه: مطابع المعمورة، مصر، 1999
- 30- الخضير، محسن أحمد، إدارة التغيير، سلسلة الرضا للمعلومات، ط1، دار الرضا للنشر، دمشق، سوريا، 2003 .
- 31- الخطيب، زاهر، الإصلاح الإداري، مشروع وثيقة للإصلاح الإداري في لبنان، بيروت، 1991 .
- 32- بوحوش، عمار، الذنبيات، محمد محمود، مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995 .
- 33- بوحوش، عمار، نظريات الإدارة الحديثة في القرن 21، بيروت، دار الغرب الإسلامي، 2006 .

- 34- بوحوش، عمار، **الإتجاهات الحديثة في علم الإدارة**، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984 .
- 35- بوخريسة، بوبكر، **إقتراح نموذج تنظيمي مفتوح**، مخبر التنمية و التحولات الكبرى في المجتمع الجزائري، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، المطبعة الجهوية لقسنطينة.
- 36- برنوطي، سعاد نائف، **إدارة الموارد البشرية**، إدارة الأفراد، دار وائل للطباعة و النشر، عمان، الأردن، 2001 .
- 37- جبارة، عطية جبارة، **الإتجاهات النظرية في علم الإجتماع الصناعي**، 2001 .
- 38- جاكسون، جون، و آخرون، **نظرية التنظيم**، منظور كلي للإدارة، (د.د.ن)، 1988 .
- 39- جندلي، عبد الناصر، **تقنيات و مناهج البحث في العلوم النفسية و الإجتماعية**، ط1، موسوعة الرسالة، بيروت، 1984 .
- 40- جرادات، ناصر و آخرون، **إدارة التغيير و التطوير**، ط1، إثراء للنشر و التوزيع، الأردن، 2013 .
- 41- دادي عدون، ناصر، **الإتصال و دوره في كفاءة المؤسسة الإقتصادية**، دراسة نظرية و تطبيقية، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2004.
- 42- دادي عدون، ناصر، **إدارة الموارد البشرية**، دار المحمدية الحامة، الجزائر، 2004.
- 43- دليو، فضيل و آخرون، **دراسات في المنهجية**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2000 .
- 44- همام، طلعت، **قاموس العلوم النفسية و الإجتماعية**، ط1، موسوعة الرسالة، بيروت، 1984 .
- 45- زويلف، مهدي حسن، اللوزي، سليمان، أحمد، **التنمية الإدارية و الدول النامية**، ط1، دار مجدلاوي، عمان، الأردن، 1993 .
- 46- زويلف، مهدي حسن و آخرون، **التنظيم و الأساليب و الإستشارات الإدارية**، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 1999 .
- 47- حجازي، مصطفى، **الإتصال في العلاقات الإنسانية و الإدارية**، ط2، دار الطليعة، بيروت، 1992 .
- 48- حيضر، معالي فهمي، **نظم المعلومات، مدخل لتحقيق الميزة التنافسية**، ط1، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002 .
- 49- حنفي، عبد الغفار، **السلوك التنظيمي و إدارة الأفراد**.
- 50- حريم، حسين، **إدارة المنظمات** ، منظور كلي، دار الحامد، ط1، عمان الأردن، 2003 .
- 51- يوبي، محمد قاسم، **المفاهيم الحديثة في الإدارة**، ط2، عمان 1993.
- 52- يونس، عبد الغفور، **نظريات التنظيم و الإدارة**، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، 1997 .
- 53- كيران ، جازية، **محاضرات في المنهجية لطلاب علم الإجتماع**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008.
- 54- ماهر، أحمد، **كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الإتصال**، ط2، الدار الجامعية، القاهرة، 2000 .

- 55- مجموعة من المحققين، الفيروس أبادي...
56- مهنا، محمد فؤاد، سياسة الإصلاح الغداري و تطبيقاتها، 1978.
57- محمد السيد، إسماعيل، نظم المعلومات لإتخاذ القرارات الإدارية، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، (دونسنة). 58- محمد السيد، إسماعيل، الإدارة الإستراتيجية، المكتب العربي الحديث، 1999
59- مصطفى، أحمد سيد، إدارة الموارد البشرية، منظور القرن الواحد و العشرون، دار الكتب، القاهرة، 2000 .
60- مراد، عبد الفتاح، موسوعة البحث العلمي و إعداد الرسائل و الأبحاث و المؤلفات.
61- نعمة أنطوان ، وآخرون ، المنجد في اللغة العربية المعاصرة ، دار المشرق ، بيروت ، 2000 .
62- سلطان، محمد سعيد، إدارة الموارد البشرية، المكتبة الإدارية، الدار الجامعية، بيروت، لبنان، 1993.
63- سلطان، محمد سعيد أنور، إدارة الموارد البشرية، قسم إدارة أعمال، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2003.
64- سعيد، عبد الفتاح محمد، التسويق، دار النهضة العربية، بيروت، 1983.
65- عامر، سعيد يس، الإتصالات الإدارية و المدخل السلوكي لها، دار المريخ، الرياض، 1986 .
66- عامر، سعيد يس، إستراتيجية التغيير و تطوير منظمات الأعمال العربية، القاهرة، 1993.
67- عباس، علي، أساسيات علم الإدارة، دار المسيرة، ط1، عمان الأردن، 2004.
68- عبد الله، جمال محمد، إدارة التغيير و التطوير التنظيمي، ط1، دار المعتز للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2015.
69- عبد الوهاب، علي محمد، العنصر الإنساني في إدارة الإنتاج، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1984.
70- عطية، عبد الحميد، جمعة، سلمى محمود، النظرية و الممارسة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001.
71- عوادي، عمار، مبدأ فكرة تدرج السلطة الرئاسية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984.
72- عياد، أحمد، مدخل لمنهجية البحث الإجتماعي، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، 2009.
73- عقيلي، عمر وصفي، إدارة القوى العاملة، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، 1996.
74- عشوي، مصطفى، أسس علم النفس التنظيمي الصناعي، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1992.
75- قاسمي، ناصر، دليل مصطلحات علم إجتماع التنظيم و العمل، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011.

- 76- قداوي، عبد القادر، النمو السكاني و النفقات العامة الجزائر نموذجاً ، النشر الجامعي الجديد، تلمسان، الجزائر، 2017.
- 77- راتشمان، دافيد و آخرون، الإدارة المعاصرة، (ترجمة و مراجعة رفاعي محمد رفاعي، محمد سيد عبد المتعال)، دار المريخ للنشر، 1996.
- 78- روبنسن، دانا جانسن، روبنسن، جيمس، التغيير أدوات تحويل الأفكار إلى نتائج، (ترجمة عبد الرحمان توفيق)، إصدارات القاهرة، 2000.
- 79- رسلان نبيل، الحوافز في قوانين الحكومة و القطاع العام، دار زهران، عمان، 1999.
- 80- رشيد، أحمد، نظرية الإدارة العامة، دار المعارف، مصر، 1977.
- 81- رشيد، أحمد، الإدارة العامة بالدول النامية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1979.
- 82- رضا، هاشم حمدي، الإصلاح الإداري، ط1، دار الراية للنشر، عمان، الأردن، 2011.
- 83- شاندا أشوك، كوبرا شليا، ترجمة عبد الحكيم أحمد الخزامي، دار الفجر للنشر و التوزيع، القاهرة 2002.
- 84- شوية، سيف الإسلام، سلوك المستهلك و المؤسسة الخدمائية: إقتراح نموذج للتطوير، ديوان المطبوعات الجامعية، قسنطينة، الجزائر، 2006.
- 85- شيحة، إبراهيم عبد العزيز، أصول الإدارة العامة، ط4، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2000.
- 86- شرف محمد، محمد - مراجعة علام، محمد مهدي، الأفعال للسرقسطي، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، 1979.
- 87- شريف، يونس طارق، معجم مصطلحات العلوم الإدارية و المحاسبة و الأنترنت، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2005.
- 88- خرستاني، محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، 1990.
- 89- غويني العربي، الواجبات الإقتصادية للدولة في ظل المستجدات العالمية، النشر الجديد الجامعي، تلمسان، الجزائر، 2016.

المقالات :

- 90- المنظمة العالمية للصحة، "الحدود المستقبلية للصحة الإلكترونية"، مجلة المنظمة العالمية للصحة، المجلد 90، العدد 5، ماي 2012.
- 91- جريدة الخبر اليومية، 11 أبريل 2005.
- 92- جريدة الخبر، "مقال: تقرير البنك الدولي للإستثمار في الصحة إصلاح المنظومة أكثر من ضروري"، الصادرة في 4 جانفي 1994، العدد 970.

- 93- ميلود، قاسم، "علاقة الإدارة و المواطن في الجزائر: بين الأزيمة و محاولات الإصلاح"، مجلة دفاتر السياسة و القانون، العدد 5، جوان 2011.
- 94- فرطاس، فتيحة، "عصرنة الإدارة العمومية في الجزائر من خلال تطبيق الإدارة الإلكترونية، ودورها في تحسين خدمة المواطنين"، مجلة الإقتصاد الجديد، العدد 15، المجلد 02، جامعة الجبلاي بونعامة، خميس مليانة، 2016.
- 95- شايوي، فريد، "تقرير عن المؤتمرات و الحلقات الدراسية المتعلقة بإصلاح المنظومة الوطنية"، وزارة الصحة و السكان، الجزائر، 1990.
- 96- الصاوي، سعد- العرفي، محمود، "التغيير في البيئة الداخلية لتفادي معوقات التغيير"، مقال منشور في مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، المجلد 13، العدد 25، 2003.
- 97- المدغري، إدريس، "تقييم دور المؤسسات العامة و فعاليتها"، المجلة العربية للإدارة، عدد 3، مجلد 7، 1984.
- 98- المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تجارب عربية في الإصلاح الإداري، "أوراق ووقائع جلسة حوار للإجتماع الوزاري للجمعية العمومية، بيروت، يونيو 1997، ط1، دار الرضا للطباعة و النشر، القاهرة.

الوثائق الحكومية :

- 99- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الميثاق الوطني، 1989.
- 100- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور الوطني.
- 101- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئاسة الجمهورية، الأمر رقم 73-65 المتعلق بتأسيس الطب المجاني، (الجريدة الرسمية، المؤرخة في 28 ديسمبر 1973).
- 102- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئاسة الجمهورية، المرسوم الرئاسي رقم 2000-101، يتضمن إحداث اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية (الجريدة الرسمية - العدد 27 الصادرة بتاريخ 10 ماي 2000).
- 103- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئاسة الجمهورية "المرسوم الرئاسي رقم 2000-372، المؤرخ في 22 نوفمبر 2000، يتضمن إحداث لجنة إصلاح هياكل الدولة و مهامها" (الجريدة الرسمية، العدد 71، الصادرة بتاريخ 26 نوفمبر 2000).
- 104- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي رقم 96-212 المحدد لصلاحيات الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة المكلف بالإصلاح الإداري و الوظيف العمومي، (الجريدة الرسمية - العدد 37، الصادرة بتاريخ 16 جوان 1996).

- 105- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي رقم 03- 192، المحدد لمهام المديرية العامة للإصلاح الإداري و تنظيمها، (الجريدة الرسمية – العدد 30، الصادرة بتاريخ 30 أبريل 2003).
- 106- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الوزير الأول، المرسوم التنفيذي رقم 14- 193 المؤرخ في 3 جويلية سنة 2014، المحدد لصلاحيات المدير العام للوظيفة العمومية و الإصلاح الإداري، (الجريدة الرسمية، العدد 41، الصادرة في 6 جويلية 2014).
- 107- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 97- 467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء و سير المراكز الإستشفائية الجامعية، (الجريدة الرسمية، العدد 81 الصادرة في 2 ديسمبر 1997).
- 108- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 97- 465، المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها، (الجريدة الرسمية، العدد 81 الصادرة في 2 ديسمبر 1997 .
- 109- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 97- 466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء، تنظيم و تسيير القطاعات الصحية (الجريدة الرسمية، العدد 81 الصادرة في 2 ديسمبر 1997.
- 110- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئاسة الحكومة، المرسوم التنفيذي رقم 07- 140 المؤرخ في 19 ماي 2007، "يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها"، (الجريدة الرسمية، العدد 33 الصادرة في 20 ماي 2007).
- 111- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الوزارة الأولى، المرسوم التنفيذي رقم 11- 379، المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، "المحدد لصلاحيات وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات"، (الجريدة الرسمية، العدد 63 الصادرة في 23 نوفمبر 2011).
- 112- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة العدل، "إصلاح العدالة الحويلة و الأفاق"، فيفري 2005.
- 113- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد و مكافحته، الإطار القانوني و المؤسسي لمكافحة الفساد في الجزائر، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية، الرغاية، الجزائر، 2014.

المواد غير المنشورة :

- 114- المدرسة الوطنية للإدارة، "نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة"، (حلقة دراسية، دفعة 32، جوان 1999).
- 116- بلونين، أحمد، "الأزمة السياسية في الجزائر و تضخم اللجان الوطنية للإصلاح"، (رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة الجزائر بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2007).
- 117- بلقيدوم، صباح، "أثر تكنولوجيا المعلومات و على التسيير الإستراتيجي الإتصالات الحديثة للمؤسسات الإقتصادية"، (رسالة دكتوراه، جامعة قسنطينة 2، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، شعبة علوم التسيير، 2012 – 2013).
- 118- دنميري، لطفي، "التنظيم و إدارة السلوك البشري في نظرية البنائية الوظيفية و النظرية المعدلة"، جامعة الجزائر، 2009/04/19، (مدونة تعليمية تفاعلية، السلوك التنظيمي).
- 119- حمداوي، وسيلة، إدارة الموارد البشرية، مديرية النشر لجامعة قلمة، الجزائر، 2004 .
- 120- كاس، عبد القادر، "إشكالية الإصلاح الإداري في البلدان العربية و الإسلامية بين الأصالة والمعاصرة"، (أطروحة دكتوراه في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، قسم التنظيم السياسي و الإداري، كلية العلوم السياسية، جامعة الجزائر 3 – 2013 / 2014).
- 121- صياد، باية، "الإصلاح الإداري في الجزائر 1999- 2007، دراسة حالة المنظومة التربوية"، (رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، معهد العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2008).
- 122- خنيش، سنوسي، "إستراتيجية إدارة حماية البيئة في الجزائر"، (أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، معهد العلوم السياسية و العلاقات الدولية، 2005).
- 123- ضيف، أحمد، "دور التحفيز في أداء العمال"، (مذكرة لنيل شهادة الدراسات المتخصصة، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة الجزائر، 2005 – 2006).

المراجع باللغة الفرنسية :

BIBLIOGRAPHIE :

LIVRES:

- 124- BATROLI, A, Comunication et organisation, Editions d'organisation, Paris, 1994.
- 225- BENOIT Cristophe, **Motivez par l'enthousiasme**, édition d'organisation, Paris, France, 2002.
- 126- CHAOUI, Farid, "le système de santé en Algerie : un enjeu stratégique, état des lieux, enjeux et perspectives", Revue : Confluences internationales, Institut National d'Etudes de Stratégie Globale.
- 127- EMNANUEL Dup Tomas, **De vers la communication interne vers l'entreprise transparente**, les éditions d'organisation, 1988.
- 128- FRUTIGER, pierre, JEAN FESSLER marie, **la gestion hospitalière médicalisée**, ESF Edition, Paris, 1991.
- 129- HUDEMAN Calixte, la conquete de la santé en Europe 1750- 1900.
- 130- JOEL Autret, Le monde des personnels de l'hôpital, l'harmattan, 2002.
- 131- KURT, Levin, "Group Decision and Social Change", in Readings in Social Psychology.
- 132- LAOUART Pierre, Gestion des ressources humaines, 2^{ème} édition, EYROLES Université, Paris, 1992.
- 133- MICHEL le Berre et Guy Tallandier, Précis de gestion des ressources humaines, Presses universitaires de grenole, 1995.
- 134- OUFRIHA , Fatima Zohra, "Organisation de la couverture collective des dépenses de Santé et Modalité de leur Financement en Algerie", **Revue : Economie appliquée et developpement**, CREAD, N° 13 premier trimestre, 1988.
- 135- Parson.T, Suggestions for sociologique Approach to the theory of Organization.
- 136- SERGE Blanchard, Quand les ressources humaines construisent la croissance, édition d'organisation, Paris, 2005.
- 137- SEKIOU, Lakhdar, **Gestion du personnel**, Edition d'Organisation, Paris.
- 138- WGISS, Dimitri, Ressources humaines, 2^{ème} édition, Editions d'organisation, Paris, 2003.
- 139- XAVIER M outserrat, Comment motiver, Editions d'organisation, Paris, 2004.

ARTICLES :

- 140- ANICK Michel, Philippe Maravel, "ISO Good et administration hospitalière : l'éternelle réhabilitation", Revue : Gestion Hospitalière, N° 396, Mai 2000.

141- MARIE Jeanne Fourrière et all, " contractualiser pour responsabiliser", Revu : Gestion hospitalière, N° 420, Novembre 2002.

142- CHONGRAMI Saada, Kaddar Miloud, "Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie", Revu : Journal d'économie médicale, volume 28, N° 5 , Septembre 2010.

143- Confluences internationales N° 2, 2015.

DOCUMENTS GOUVERNMENTALS :

144- Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, Conseil National de la réforme Hospitalière, Rapport Préliminaire : "Contraintes et Dysfonctionnement".

145- Ministère de la santé et de la population, BOUDJEMAA, Dalila, "Assises nationales de la santé, la santé une préoccupation intersection", Alger, 26- 27 et 28 Mai 1998.

146- Ministère de la santé et de la population, "Développement du système nationale de santé et perspectives", Mai 2001,(Document interne).

147- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitaliere, **Statistiques sanitaires année 2013**, Agence nationale de la documentation sanitaire, 2015, (document numérique).

148- République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de l'Etat, Comité de réforme des structures et des mission de l'Etat, rapport général.

149- République Algérienne Démocratique et Populaire, Présidence de l'Etat, lettre de mission au comité de la réforme des structures et des missions de l'état, (Annex n° 03 du rapport général de comité), 22 Novembre 2000.

DOCUMENTS NON PUBLIES :

150- AKKOUCHE , Management Général, (dossier pédagogique), Ecole Nationale de la Santé Publique, Alger, 2005.

151- AUCHFOUN. A, " Problématique de la santé en Algérie", dossier pédagogique, Ecole nationale de santé publique, Juin 2004.

152- BOUKELLA Bouzouane Mlika, " Réforme de système hospitalier en Algérie : Contraintes et perspectives", (Thèse de doctorat d'état en sciences économiques, Faculté des sciences économiques et sciences de gestion université d'Alger, Juin 2009).

153- Ecole National d'administration, "la gestion de l'établissement public de santé : Nécessité de la Réforme", (Séminaire, 36^{ème} Promotion, Juin 2003).

154- OUFERHAT , H, "Evaluation des activités de santé", (dossier pédagogique, Ecole nationale de la santé publique), EL MARSAS , Alger, 2005.

155- TOUDER Ali, "économie de la santé", Dossier pédagogique, Ecole nationale d'administration, Alger, 1999.

CITES INTERNET :

156- [https://ar : Wikipedia org wiki](https://ar.wikipedia.org/wiki).

157- <https://ar.m.wikipedia.org>. vu le 07/06 2017.

158- [https:// www. Moh. Gov.sa.pages](https://www.Moh.Gov.sa/pages), Ehealth.

159- [https:// Ehealth sa. Com. Archives](https://Ehealth.sa.Com.Archives).

160- [https:// ar : Wikipedia org](https://ar.wikipedia.org).

161- [https:// se. egyres. Com / xbnwo](https://se.egyres.Com/xbnwo), 24 Novembre 2015.

الملاحق

جامعة الجزائر 2 " أبو القاسم سعد الله "
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع
تخصص التنظيم و العمل

الموضوع : إستمارة

سيدي (تي) ، المحترم (ة) ،

في إطار تحفيزنا لأطروحة الدكتوراه في علم الاجتماع تخصص التنظيم و العمل، تحت عنوان "السياسة الصحية في الجزائر و تجربة الإصلاح" و الذي يهدف الى معرفة العلاقة بين الاصلاحات الصحية و عمليتي التحفيز و الاتصال في المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرادة أولا و معرفة العلاقة بين هذه الاصلاحات و الاصلاحات في القطاعات الأخرى ثانيا. لذا نطلب من سيادتكم الاجابة على هذه الأسئلة بكل موضوعية و نحيطكم علما أن معلومات هذه الاستمارة سرية، و لا نستخدمها إلا للأغراض العلمية البحتة، و تعتبر مساهمة منكم في انجاز هذا البحث العلمي.

و لكم منا جزيل الشكر مسبقا.

تحت إشراف:
أ.د - مقراني الهاشمي

من إعداد الطالبة :
- صيفي ذهبية

المحور الأول : البيانات الشخصية

1- السن : سنة

2- الجنس :

ذكر أنثى

3- المستوى الدراسي :

الابتدائي المتوسط

الثانوي الجامعي

4- الشهادات المتحصل عليها :

بدون شهادة شهادة مهنية

شهادة عامة شهادة جامعية متخصصة

5- الفئة المهنية :

السلك الطبي سلك الإداريين و التقنيين

السلك شبه الطبي سلك الأعداء المهنيين

6- الإقامة :

سنة

7- الحالة المدنية :

أعزب متزوج

8- عدد أفراد الأسرة المتكفل بهم :

فردا

9- الأجر الشهري :

دج

المحور الثاني : علاقة الإصلاحات الصحية بالدافعية و تحفيز المستخدمين:

10- هل أنت على علم بالإصلاحات الجديدة للصحة؟

نعم لا

11- هل تهتم هذه الإصلاحات مؤسستك؟

نعم لا

12- هذه الإصلاحات فرصة ل:

- تحل فيها مؤسستك جميع مشاكلها.

- تحل فيها مؤسستك بعض مشاكلها.

- لا توفر لمؤسستك أي حلول .

- لا أعلم.

13- هل يمكن لمؤسستك أن تتعامل مع هذا التغيير بفاعلية؟

نعم لا لا أعلم

14- إذا كان الجواب ب "لا" هل لأنها:

-لا تمتلك الوسائل المادية .

- لا تمتلك الوسائل البشرية.

- أخرى.

ماهي؟.....

(بالنسبة للسؤال 14 اختر جوابا واحدا فقط).

15- هل ترى أن دورك في انجاح هذه الإصلاحات :

ضروري هامشي

16- هل أهداف هذه الإصلاحات تخدم :

<input type="checkbox"/>	أهدافك الشخصية	<input type="checkbox"/>	أهدافك العلمية
<input type="checkbox"/>	لا تخدمك أبدا	<input type="checkbox"/>	أهدافك المهنية
		<input type="checkbox"/>	لا أعلم

17- هل شاركت في إثراء هذه العملية؟

نعم لا

18- إذا كانت الإجابة "نعم" كيف شاركت؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اجتماع مصغر	<input type="checkbox"/>	لتتقى موسع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البريد الإلكتروني	<input type="checkbox"/>	طريقة أخرى

..... ما هي؟

19- هل تحفزك مؤسستك على بذل أقصى جهدك؟

نعم لا

20- كيف تصنف مهنتك مقارنة مع المهن الأخرى؟

مهمة غير مهمة

21- هل تقدر مؤسستك مهنتك؟

نعم لا

22- هل الأجر الذي تتحصل عليه مقارنة بمستوى المعيشة؟

مرتفع مناسب ضعيف

23- هل الأجر الذي نتحصل عليه مقارنة بالجهد الذي تبذله؟

مناسب مناسب نوعا ما غير مناسب

24- هل برنامج عملك؟

مكثف عادي خفيف

25- هل مكان عملك يتوفر على :

ظروف مناسبة ظروف غير مناسبة

26- هل توفر لك الإدارة كل الوسائل المادية الضرورية لعملك؟

دائما أحيانا إطلاقا

27- هل إجراءات الوقاية و الأمن المعمول بها في مؤسستك هي؟

صارمة غير صارمة منعدمة

28- هل استفدت من :

مكافأة مالية ترقية

تكوين تشجيع (كتابي أو شفهي)

(بالنسبة للسؤال 28 اختر جوابا واحدا فقط).

29- كيف تحصلت على ذلك؟

المواظبة زيادة الإنتاج العمل الإضافي

العلاقات الخاصة طريقة أخرى

ماهي؟.....

30- هل استفدت من خدمات مؤسستك:

سكن برنامج إستراحة

تغذية نقل قرض

إعانة إجتماعية لم أستفد

31- هل الخدمات الاجتماعية في مؤسستك:

جيدة غير جيدة منعدمة

32- هل تحصل على الدعم من رئيسك المباشر عندما يتطلب الأمر ذلك؟

نعم لا

33- ما رأيك في القوانين التي تدير حقوقك و واجباتك؟

شاملة و كاملة ناقصة و محدودة محدودة جدا

34- إذا عرض عليكم العمل في مؤسسة صحية أخرى هل توافقون؟

نعم لا

35- إذا عرض عليكم العمل في قطاع اخر غير الصحة هل توافقون؟

نعم لا

36- هل تتوقعون نجاح الإصلاحات:

نعم لا

37- إذا كانت الإجابة ب "لا" هل يعود ذلك إلى:

- عدم الاقتناع بها.
- لاحتمال الزيادة في واجباتك.
- لاحتمال التغيير في سلطاتك.
- عدم الثقة في القائمين عليها.
- لإحساسك بأنها مجرد خطاب.
- لأسباب أخرى.

..... ما هي؟

(بالنسبة للسؤال 37 اختر جوابا واحدا فقط).

المحور الثالث : علاقة الإصلاحات الصحية بالسياسة الاتصالية المعتمدة:

38- هل تصف الإصلاحات الصحية الجديدة ب:

واضحة غامضة لا أعلم

39- هل هناك وعي في مؤسستك بفائدة هذه الإصلاحات:

نعم لا

40- هل تلاحظ أن مؤسستك تستغل كل إمكانياتها (المادية و البشرية) لإنجاح هذه الإصلاحات؟

نعم لا

41- إذا كانت الإجابة "نعم" فهل يعود ذلك إلى:

- هي تويد و تؤمن بهذا التغيير.

- هي مرغمة على التغيير و ليس لها اختيار.

- لأسباب أخرى.

ما هي؟.....

42- كيف تقيم سياسة الاتصال التي رافقت عملية الإصلاح؟

جيدة رديئة منعدمة

43- هل تعلمك مؤسستك بالتغيرات التي تحدث في مجال عملك؟

دائما أحيانا إطلاقا

44- هل تستطيع الاتصال بسهولة بالإدارة العليا عند الحاجة؟

دائما أحيانا إطلاقا

45- هل تستطيع الاتصال بسهولة مع كل من له علاقة بوظيفتك؟

دائما أحيانا إطلاقا

46- هل يشرح لك رئيسك كيف يساهم عملك في أداء المصلحة و المؤسسة ككل؟

نعم لا

47- هل تحصل على المعلومات المتعلقة بعملك من خلال مصادر غير رسمية؟

دائما أحيانا إطلاقا

48- هل تتميز العلاقات بين المصالح في مؤسستك ب:

التعاون عدم التعاون

49- هل تصفون سياسة الاتصال المعتمدة من طرف مؤسستكم ب :

الفعالة غير الفعالة

50- إذا كانت " غير فعالة " لأنها:

- لا تشعر المستخدمين بأنهم فريق واحد.

- لا تحفز المستخدمين على العمل.

- لا تعمل على تحسين العلاقات بين المصالح .

- لأسباب أخرى.

- ماهي ؟.....

(بالنسبة للسؤال 50 اختر جوابا واحدا فقط).

51- هل تلتزم مؤسستك بأداء الأهداف المرسومة من الوزارة الوصية:

نعم لا

52- هل يتم تحديث كل الاجراءات المهمة بصفة منتظمة في مؤسستك:

نعم لا

المحور الرابع : علاقة الإصلاحات في الصحة بالإصلاحات في القطاعات الأخرى :

53- حسب رأيك، هل تم تقرير إصلاحات الصحة بعد:

- إشراك مختلف الفاعلين في الصحة العمومية.

- التفاوض مع مختلف الشركاء من القطاعات الأخرى.

- تحديد و فرض طريقة معينة من طرف الوصاية.

54- هل تلاحظ أن وضعية مؤسستك تشبه وضعية مختلف المؤسسات العمومية في القطاعات الأخرى؟

نعم لا لا أعلم

55- إذا كانت مؤسستك تتابع تغيرات المحيط الخارجي لها فهل تتخذ الخطوات الملائمة لما يحدث:

نعم لا

56- هل توجد تحسينات في التكفل بالمرضى؟

نعم لا

57- إذا كانت الإجابة "نعم" هل ترجع ذلك إلى :

- عملية التحفيز في مؤسستك.

- عملية الاتصال في مؤسستك.

- أخرى.

- ماهي؟.....

58- هل تتوقعون نجاح الإصلاحات التي يشترك فيها قطاع الصحة مع قطاعات أخرى؟

نعم لا لا أعلم

59- إذا توقعتم النجاح:

- هل سيتحقق خلق مناخ ملائم للعمل .

- تحسين سلوك الأفراد .

- تحسين العلاقة مع المرضى و المواطنين .

- إنتاج خدمات ذات نوعية.

- أخرى .

- ماهي؟.....

(بالنسبة للسؤال 59 اختر جوابا واحدا فقط).

60- إذا توقعتم الفشل هل يعود ذلك إلى :

- عدم الاستقرار على المستوى المركزي.

- عدم كفاءة نظام الإتصال بين القطاعات.

- عدم وجود تأييد فعلي من طرف هذه القطاعات.

- عدم كفاءة قادة الإصلاح.

- عدم التنسيق مع القطاعات الأخرى.

- أسباب أخرى.

..... ماهي ؟

الملحق رقم (02) :

دليل المقابلة :

المقابلة رقم :

- البيانات الشخصية :

1- الجنس :

2- السن :

3- المنصب :

4- الخبرة المهنية :

- البيانات الموضوعية :

5- ما هو التوجه الجديد للسياسة الصحية في الجزائر؟

6- ما موقعها من السياسة العامة للدولة؟

7- من خلال تجربة الإصلاح التي يخوضها قطاع الصحة مالذي أريد تغييره؟

8- ما هو تقييمكم لعملية التغيير هذه من حيث بلوغها لتحقيق هذا التوجه الجديد؟

9- ما هو مستقبل هذه العملية، حسب رأيكم؟

10- في أي مستوى من مستويات المنظومة الصحية يمكننا لمس هذا الإصلاح؟

11- أين يمكننا لمس العوائق المانعة للمضي قدما بهذه الإصلاحات؟

12- هل تمت الأمور إلى غاية الآن دون مقاومة؟ إذا وجدت ما هي أسباب وجودها؟ وكيف ستزال؟

13- كيف تقيمون سياسة الاتصال المعتمدة خلال هذا المشروع، من حيث عناصرها ووسائلها، و من حيث مستوياتها : الداخلية و الخارجية؟

14- كيف تقيمون العلاقات بين مختلف الفاعلين في الإصلاح من خارج قطاع الصحة؟

15- هل هناك ما يدفعكم للعمل أكثر لإنجاح هذا التغيير؟ إن وجد في ماذا يتمثل؟

16- ما الذي تأملون أن يضاف لكي تكونوا أكثر تحفيزاً، حسب تجربتكم؟ و في أي مرحلة ترونه ضرورياً جداً؟

17- هل ستتخلون عن هذا المشروع إذا لم تكن هذه الدوافع؟